

AMMATTIKORKEAKOULUN OPINNÄYTETÖIDEN JA  
TUTKIMUSTIEDON HYÖDYNTÄMINEN HOITOTYÖN  
KEHITTÄMISESSÄ

Päivi Pohjola  
Tampereen yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
Opettajan koulutusohjelma  
Pro gradu työ  
Ohjaajat:  
THT Marja-Terttu Tarkka  
TtM Anna Liisa Aho  
Kevät 2008

## TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Hoitotieteen laitos

**Pohjola Päivi:** Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden ja tutkimustiedon hyödyntäminen hoitotyön kehittämisessä

Pro gradu – tutkielma, 103 sivua, 6 liitettä

Ohjaajat: THT Marja-Terttu Tarkka ja TtM Anna Liisa Aho

Hoitotiede

Huhtikuu 2008

---

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden ja tutkitun tiedon käyttöä hoitotyön kehittämisessä, terveydenhuoltohenkilöstön näkökulmasta. Tavoitteena oli löytää tekijöitä, jotka edistävät ja estävät ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden ja tutkitun tiedon käyttöä.

Tutkimus toteutettiin eräässä länsisuomalaisessa sairaanhoitopiirissä. Tutkimukseen otettiin mukaan satunnaisotannalla valittu terveydenhuoltohenkilöstö (osastonhoitajat, apulaisosastonhoitajat ja sairaanhoitajat) (n=215), jolla oli sähköpostiosoite sairaanhoitopiirissä. Tutkimusaineisto koottiin sähköisellä kyselylomakkeella syyskuussa 2007. Mittarina käytettiin ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden osalta tätä tutkimusta varten kehitettyä mittaria ja tutkitun tiedon osalta kansainvälistä, The Barriers Scale mittaria. Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin SPSS for Windows 13,0 tilastokäsittelyohjelmalla kuvailevilla tilastollisilla menetelmillä. Laadullinen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Tutkimus osoitti, että ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden käytännönläheinen, työelämän tarpeista lähtevä ja hyvin rajattu aihevalinta, edistivät opinnäytetöiden käyttöä hoitotyön kehittämisessä. Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyvä saatavuus ja opiskelijoiden pitämät osastotunnit valmiista tutkimuksista motivoivat terveydenhuoltohenkilöstöä osallistumaan ja käyttämään opinnäytetöitä hoitotyön kehittämisessä. Ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyötä tulisi lisätä ja tukea työelämän organisaation tasolta.

Tutkitun tiedon käyttöä edisti parhaiten sairaanhoitopiirin johdon tuki mahdollistamalla tutkimustuloksiin tutustumisen työajalla. Tutkimusten hyvä saatavuus, työyhteisön kannustava tuki, tutkimusten hyvä ymmärrettävyys ja terveydenhuoltohenkilöstön oma motivaatio edistivät tutkimusten hyödyntämistä. Tässä tutkimuksessa, kuten myös kansainvälisissä tutkimuksissa, suurin estävä tekijä tutkitun tiedon lukemiselle ja käytölle, oli kiire ja ajanpuute työelämässä. Ammattikorkeakoulun kieltenopetuksen vaikutus sairaanhoitajakoulutuksessa, näkyi siinä, ettei tutkimustulosten vieraskielisyys ollut niin suuri este tänä päivänä kuin vuonna 2000, jolloin se koettiin suurimmaksi esteeksi tutkitun tiedon hyödyntämiselle.

Avainsanat: Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, hoitotyön kehittäminen, tutkittu tieto

## **ABSTRACT**

University of Tampere

Department of Nursing Science

**Pohjola Päivi:** Developing Nursing Care with the Help of Research and Bachelor's Theses Conducted at Universities of Applied Sciences

Master's thesis, 82 pages, 5 appendices

Supervisors: PhD Marja-Terttu Tarkka and MNSc Anna Liisa Aho

Nursing Science

April 2008

---

The purpose of this study is to describe how research and bachelor's theses conducted at universities of applied sciences are used in developing nursing care from health care providers' perspective. The aim was to detect factors, which either enhance or prevent the use of the theses or research results.

This study was carried out in a nursing district in West Finland. The target group of the research consists of randomly selected health care providers (head nurses, staff nurses and registered nurses, n=215) with an e-mail address in the nursing district. A measure was developed for the bachelor's theses in this study and an international measure, the Barrier Scale, was used for other research. The quantitative data were analysed with the help of descriptive statistical methods of the SPSS for Windows 13,0 programme. The qualitative material was analysed with inductive content analysis.

The research showed that the practice-oriented, well demarcated topics of the bachelor's theses based on the needs of the nursing settings enhanced their use in developing nursing care. In addition, the health care providers become motivated to apply the results of the theses in developing nursing if the theses are easily accessible and the students present completed theses in the wards. Therefore, it is important to improve co-operation between the universities of applied sciences and nursing settings. This co-operation should be supported by health care organisations.

The use of research in developing nursing care was enhanced by the support of the management in the nursing district, in particular, if the research results could be studied at work. Also, the research results were put to use if the studies were intelligible and easily accessible, their use was supported at the workplace and the staff themselves were motivated to apply the results.

The results of this study were consistent with international research which has shown that the most important factors which prevent the application of research results is lack of time in getting acquainted with them and heavy workload. The impact of language teaching in nursing education at the universities of applied sciences was shown in the fact that it was not experienced as great an obstacle any more if the research results were in a foreign language as it was earlier. In 2000 it was considered the main obstacle for the use of research results.

**Key words:** Bachelor's thesis, a university of applied sciences, developing nursing care, research

# SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT</b>	<b>8</b>
2.1 Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö	8
2.2 Hoitotyön kehittäminen ja osastonhoitaja hoitotyön kehittäjän	12
2.3 Tutkimustiedon käyttö hoitotyössä ja sen kehittämisessä	14
2.4 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista	16
<b>3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT</b>	<b>18</b>
<b>4 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT</b>	<b>19</b>
4.1 Kohderyhmä ja aineiston hankinta	19
4.2 Mittarit	22
4.3 Aineiston tilastollinen analyysi	25
4.4 Tutkimuksen laadullinen aineisto ja analyysi	28
<b>5 TULOKSET</b>	<b>30</b>
5.1 Vastaajien taustatiedot	30
5.2 Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntäminen hoitotyön kehittämisessä	32
5.2.1 Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntäminen käytännöstä lähtevillä aiheilla	32
5.2.2 Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödynnettävyys hoitotyössä	33
5.2.3 Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödynnettävyys hoitotyön kehittämisessä	34
5.2.4 Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden saatavuus työorganisaatiossa	35
5.2.5 Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntämisen summamuuttujien tarkastelua	36
5.3 Opinnäytetöiden käyttöä estävät ja edistävät tekijät	38
5.3.1 Opinnäytetöiden käyttöä estäviä tekijöitä	38

5.3.2 Opinnäytetöiden käyttöä edistäviä tekijöitä	40
<b>5.4 Tutkitun tiedon käyttöä estävät ja edistävät tekijät</b>	<b>42</b>
5.4.1 Tutkitun tiedon käyttöä estäviä tekijöitä	42
5.4.2 Taustamuuttujien yhteys tutkitun tiedon käyttöä estäviin ja edistäviin tekijöihin	48
5.4.3 Tutkitun tiedon käyttöä edistävät ja estävät tekijät vastaajien itse kuvaamina	48
<b>5.5 Yhteenveto tuloksista</b>	<b>53</b>
<b>6 POHDINTA</b>	<b>56</b>
6.1 Tutkimuksen eettisyys ja ekologisuus	56
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	57
6.3 Tutkimustulosten tarkastelu	60
6.4 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset	63
<b>7 JOHTOPÄÄTÖKSET</b>	<b>65</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>66</b>
<b>LIITTEET</b>	<b>72</b>

## 1 JOHDANTO

Tutkimustiedon käytön merkitystä hoitoalalla on yleisemmin alettu painottaa vasta 1990-luvulla, jolloin näyttöön perustuva toiminta tuli sekä lääketieteen että hoitotyön alueelle, vaikuttaen myös koulutukseen. Terveystieteiden rahavarojen vähentyessä, halutaan toiminta ohjata oikeaan paikkaan oikeanlaisena. Turhia hoitomenetelmiä karsitaan ja panostetaan vaikuttavuuteen. Koulutukselle tämä luo omat haasteensa. Ammattikorkeakoulu antaa keskimäärin hyvät edellytykset tutkimustiedon käytön oppimiselle, mutta ammattikorkeakouluilla on merkittäviä eroja keskenään tutkimustiedon käytössä opetuksessa ja opiskelijoiden informaation lukutaidossa. Valmistuvien hoitotyön opiskelijoiden odotetaan hoitavan potilaita tutkittuun tietoon perustuen, mutta hoitotyön koulutus ei edelleenkään tue riittävästi opiskelijoiden tutkitun tiedon osaamistavoitteiden saavuttamista, koska tutkittua tietoa ei ole yhdistetty kaikkeen hoitotyön opetukseen koko koulutuksen ajalle. Moniammatillisissa työryhmissä sairaanhoitaja on vastuussa hoitotyöstä, hoitotyön asiantuntijan ominaisuudessa. Erilaisissa hoitoketjuissa sairaanhoitaja toimii sekä ohjaajana, että tiedon hankkijana ja välittäjänä terveydenhuollon asiakkaille Ammattikorkeakoulun käyneet sairaanhoitajat suhtautuvat myönteisemmin tutkitun tiedon käyttöön ja käyttävät myös tutkimustietoa työssään enemmän kuin vanhan opistokoulutuksen saaneet. Kuitenkin myönteisesti suhtautuvienkin ryhmässä, arvostus on korkeammalla kuin siihen sitoutuminen. (Perälä 1997; Elomaa 2003,6; Heikkilä 2005,6.)

Ammattikorkeakoulututkintoon kuuluu tärkeänä osana opinnäytetyö. Opinnäytetyön tarkoitus ammattikorkeakoulussa on osoittaa, miten opiskelija osaa kehittää sekä soveltaa tietojaan ja taitojaan oman alansa ammattiopintoihin liittyvissä käytännön asiantuntijatehtävissä. Erilaisia opinnäytetöitä tehdään ammattikorkeakoulussa tutkintoon johtavassa ja erikoistumiskoulutuksessa runsaasti. Suomessa tehtiin tutkintoon johtavassa koulutuksessa sosiaali-, terveys- ja liikunta-alalla vuonna 2005 yhteensä 5825 opinnäytetöitä. Ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön hyödyntäminen olisi varmistettava, mutta tästä on hyvin vähän tutkimus- ja tilastotietoja. (Amkota tilastoja 1997–2005; Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2004:7,80; Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24,13–14.)

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyön omaleimaisuutta verrattuna yliopiston opinnäytetöihin, on perusteltu tiiviillä työelämäyhteistyöllä. Yhteistyö työelämän, ammattikorkeakoulun ja opiskelijan välillä merkitsee kaikkien toimijoiden roolien ja opinnäytetyöhön liittyvien odotusten tiedostamista. Hyvin toimiva yhteistyö merkitsee opinnäytetyön tavoitteiden selkiyttämistä ja toimijoiden sitoutumista opinnäyteprosessin läpiviemiseen. Työelämälähtöisten opinnäytetöiden aiheet nousevat pääosin ammattialan käytäntöjen, sekä työn ja toiminnan ongelmista. Työelämän intressi liittyy lähes aina vahvasti käytännön hyötyyn, joskus jopa unohtaen opiskelijan oppimisprosessin. Opiskelijan on oppimisen kannalta tärkeää löytää itseään kiinnostava aihe työyhteisöstä, josta hän tekee tutkimus- tai kehittämistehtävän. Ohjauksen kannalta työelämä luo haasteita opettajille, joiden odotetaan tuovan uutta tietoa ja uusia näkökulmia kehittämistyöhön. Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöllä on myös alueellista vaikuttavuutta, tuoden esiin alueellisia tutkimus- ja kehittämistarpeita. (Rissanen 2005.)

Opinnäytetöiden laatua mitataan mm. valtakunnallisella Thesis-kilpailulla. Siinä eri ammattikorkeakoulut kilpailevat keskenään opinnäytetöidensä paremmuudesta. Vuodesta 2000 lähtien sosiaali-terveys- ja liikunta-ala on ollut mukana. Kilpailun tarkoituksena on ollut myös edistää koulutuksen ja työelämän vuoropuhelua ja välittää ajantasaista tietoa ammattikorkeakoulutuksesta. Palkituista töistä vuonna 2005, yhä suurempi osa oli tilaustöitä. Voittajia oli terveysalalla mm. Savonia-ammattikorkeakoulu, jonka kaikista sosiaali- ja terveysalan opinnäytetöistä oli hankkeistettuja suurin osa (98 %), samoin kuin toinen voittaja Laurea-ammattikorkeakoulu (74 %). (Amkota-tilastoja 1997–2005; Ranne 2005,5.)

Kilpailuun osallistuneet sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan opinnäytetyöt olivat muuttuneet vuodesta 2000 verrattuna vuoden 2004 kilpailutöihin. Parityöskentely oli yleistynyt (vuonna 2000 parityönä 31 % ja vuonna 2004 52 %), työelämäyhteistyö lisääntynyt (vuonna 2000 työelämäyhteistyönä 49 % ja vuonna 2004 66 %), opinnäytetyön luonne muuttunut tutkimuspainotteiseksi (vuonna 2000 tutkimuksia 51 % ja vuonna 2004 63 %) ja tiedonkeruu tapahtui enenevin määrin kyselyjen avulla (vuonna 2000 20 % ja vuonna 2004 33 %). Haastattelujen määrä oli laskenut kuudella prosentilla. Opinnäytetöiden yleisin kohderyhmä oli ammattihenkilökunta, molempina tarkasteltuina vuosina. Muina kohderyhminä olivat lapset ja nuoret, sekä pitkäaikaissairaat ja erityisryhmät. Tarkasteltaessa opinnäytetöitä Terveys-2015-kansanterveysohjelman kannalta, opinnäytetyöt

vastasivat melko hyvin sosiaali- ja terveystieteisiin haasteisiin. (Toljamo & Rissanen 2005.)

Tutkimukseni tarkoituksena on kuvata ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden ja tutkimustiedon hyödyntämistä hoitotyön kehittämisessä terveydenhuoltohenkilöstön näkökulmasta. Tällaista tutkimusta ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntämisestä hoitotyön viitekehyksessä ei ole aiemmin tehty. Tutkitun tiedon hyödyntämisen esteitä ja mahdollistajia on tutkittu maassamme aiemminkin. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa tutkitun tiedon esteet ja mahdollistajat tällä hetkellä.

## **2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT**

### **2.1 Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö**

Ennen ammattikorkeakoulua, opinnäytetyöstä ei löydy mainintaa laissa tai asetuksissa. Asetus terveydenhuolto-oppilaitoksista vuodelta 1987 määräsi tarkasti esimerkiksi opetusryhmien koon ja opetukseen kuuluvat päivät, mutta opinnäytetöistä ei ollut mainintaa (Asetus terveydenhuolto-oppilaitoksista 501/1987).

Ammattikorkeakouluasetuksen (352/2003) neljännen pykälän mukaan opintoihin kuuluu opinnäytetyö ja sama asetus määrittelee opinnäytetyön tavoitteeksi ”*kehittää ja osoittaa opiskelijan valmiuksia soveltaa tietojaan ja taitojaan ammattiopintoihin liittyvässä käytännön asiantuntijatehtävässä*” (Valtioneuvoston asetus Ammattikorkeakouluista 423/2005,7§). Suomen ammattikorkeakouluissa sairaanhoitajan/terveydenhoitajan/kätilön tutkintoon johtavassa koulutuksessa opinnäytetyö on 15 opintopistettä (koko koulutus vähintään 210/240/270 opintopistettä) (Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24, 70). ”*Tutkintoa varten opiskelijan on kirjoitettava opinnäytetyönsä alalta kypsyysnäyte, joka osoittaa perehtyneisyyttä alaan ja suomen tai ruotsin kielen taitoa. Ammattikorkeakoulu päättää kypsyysnäytteestä silloin, kun opiskelijalta ei vaadita 8§:n 1 momentissa tarkoitettua kielitaitoa*” (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 423/2005,10 §).



Ammattikorkeakoulun ylempään tutkintoon liittyvä opinnäytetyö on yleensä 30 opintopistettä (koko koulutus 60 tai 90 opintopistettä). ”Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ja osoittaa kykyä soveltaa tutkimustietoa ja käyttää valittuja menetelmiä työelämän ongelmien erittelyyn ja ratkaisemiseen sekä valmiutta itsenäiseen vaativaan asiantuntijatyöhön.” Ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluu myös opinnäytetyöhön liittyvä kypsyyssäily. (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 423/2005 7a§.)

Ammattikorkeakoulujen järjestämät ”*ammattilliset erikoistumisopinnot ovat ammattikorkeakoulututkintoon pohjautuvia laajoja täydennyskoulutusohjelmia*” (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 423/2005, 12 §). Erikoistumisopinnot laajuus on useimmiten 30 opintopistettä, vaihdellen 60 opintopisteeseen asti. Opetusministeriö voi vahvistaa erikoistumisopinnot laajuudeksi yli 60 opintopistettä erityisestä syystä (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 497/2004, 12 §). Ammatillisten erikoistumisopinnot opinnäytetöistä ei ole mitään asetuksia. Opintopistemäärä opintojen lopussa tehtävässä opinnäytetyössä vaihtelee hyvin paljon muutamasta opintopisteestä, lähes puoleen koko opintojen opintopistemäärästä.

Opinnäytetyön toteutuksesta ammattikorkeakoulut saavat melko vapaasti itse päättää. Ammattikorkeakoulujen tutkimus- ja kehitystyö on luonteeltaan työelämän tarpeista lähtevää ja soveltavaa tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoululakityöryhmän mukaan. Silloin kun tutkimuksen lähtökohtana ovat työelämän käytännölliset kysymykset, se voidaan käsitellä tutkimuksen kannalta kolmella eri tavalla: 1. Työelämä voi antaa valmiita ongelmia, joita tutkija ratkoo ulkopuolisena asiantuntijana ilman teoreettista viitekehystä 2. Tutkija voi olla tiedollinen auktoriteetti, joka jäsentää itse ratkaisemansa ongelmat teoreettisesta viitekehystä käsin 3. Tutkija lähestyy työelämää tasavertaisena kumppanina ja määrittää ratkaistavat ongelmat yhteistyössä työelämän edustajien kanssa ja tutkijan teoreettinen viitekehys on joustava. (Mutanen, 2003.)

Ammattikorkeakouluille on muodostunut kaksi toisistaan eroavaa opinnäyttekulttuuria. Toinen on tutkielmamuotoinen yliopistomainen ”pikkugradu” ja toinen ”käytännöllinen” painottaen koulun, työharjoittelun ja työelämän välistä yhteistyötä, jolloin opinnäytetyö ei välttämättä ole ollenkaan perinteinen kirjallinen tuotos. Koulutuspoliittiset tavoitteet eivät ota kantaa ammattikorkeakoulun opinnäytetyön toteuttamistapaan. Ohjaajan rooli on kuitenkin tärkeä korkeatasoisen lopputuloksen kannalta ja ohjaaja voi

luoda positiivisen riippuvuuden itsensä ja opiskelijan välille, jolloin yhteistoiminta heidän välillään mahdollistaa tietojen ja taitojen kehittämisen. (Frilander-Paavilainen 2005, 37–41.)

Opinnäytetyön opiskelija voi tehdä myös hankkeistettuna. AMKOTA käsikirjan mukaan hankkeistettuja opinnäytetöitä ovat opinnäytetyöt, joissa täyttyy yksi seuraavista kriteereistä:

1. työelämä maksaa joko ammattikorkeakoululle tai opiskelijalle työn tekemisestä ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
2. opinnäytetyölle on nimetty ohjaajaksi työelämän edustaja ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
3. työyhteisön tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia omassa toiminnassaan ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.

Olennaista hankkeistetussa opinnäytetöissä on kirjallinen sopimus, joka tehdään kahden sopijaosapuolen välillä (AMKOTA käsikirja 2004, 29–30).

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan hankkeistettujen opinnäytetöiden määrä on noussut tasaisesti tarkasteltaessa ammattikorkeakoulujen tilastoja vuodesta 2000 vuoteen 2006. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Hankkeistettuja ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä 2000 – 2006.

Vuosi	Hankkeistettujen opinnäytetöiden prosenttiosuus opinnäytetöistä
2000	42 %
2001	54 %
2002	56 %
2003	65 %
2004	67 %
2005	68 %
2006	72 %

Ammattikorkeakoulujen välillä oli suuria eroja, kuinka suuri osa opinnäytetöistä oli hankkeistettuja. Vuosittainen vaihtelu oli myös merkittävän suuri. Syitä hankkeistettujen opinnäytetöiden suuruuteen tai pienuuteen, tilasto ei kerro. Vuonna 2005 Haaga Instituutin ja Savonia ammattikorkeakouluissa opinnäytetöistä sosiaali-, terveys- ja liikunta-alalla oli suurin osa (98 %) hankkeistettuja, kun vaihteluväli kaikkien maamme ammattikorkeakoulujen kesken oli 16–98%. Vuonna 2006 Savonia ammattikorkeakoulun opinnäytetöistä suurin osa (98 %) oli edelleen hankkeistettuja, kun taas Haaga Instituutin vain pieni osa (14 %). (Amkota tilastoja 1997–2005; Opetusministeriö, Amk-tietopalvelu 2008.)

Työelämälähtöinen opinnäytetyö ammattikorkeakoulussa tarkoittaa, Rissanen (2003) tutkimuksen mukaan, monimenetelmällisyyden korostumista sekä tuotettavan tiedon ja asiantuntijaosaamisen jakamista. Siinä työelämä, opiskelija ja ammattikorkeakoulu tuottavat ja siirtävät uutta tietoa ja toimintamalleja, kokemuksia, asiantuntijuutta sekä osaamista toisilleen. Työelämälähtöisellä opinnäytetyöllä on ammattikorkeakoulussa kolme tehtävää: ammattitaidon oppimiseen, ammatilliseen kehittymiseen ja työyhteisön kehittämiseen liittyvä tehtävä. Opinnäytetyö voi olla kehittämistyö, markkinalähtöinen tilaustutkimus tai tutkintotyö riippuen opinnäytetyöprosessin lähtökohdista. Se myös kaventaa teorian ja käytännön kuilua ja tuottaa työelämään soveltuvaa tietoa. Opinnäytetyössä sekä ammattikorkeakoulun että työelämän tarkoituksena on hyötyä tutkimus ja kehittämistyöstä. Tiedon siirrettävyys työyhteisön käyttöön on ongelmallista, jos kommunikointiin ja raportointiin ei kiinnitetä tarpeeksi huomiota. Työelämän edustajat odottavat opinnäytetöiltä käytännöllisyyttä ja hyödynnettävyyttä käytännön työhön. (Rissanen 2003, 5-6, 31–34, 240–244.)

Opinnäytetyö voi olla perustutkimusta, soveltavaa tutkimusta tai kehitystyötä. Tutkimusten mukaan opiskelijat hankkivat itsenäisesti opinnäytetyönsä aiheen, rajaavat sen ja valitsevat työskentelymenetelmät. Valitettavan usein opinnäytetyö on irrallinen oppimistehtävä opintojen lopussa. Terveysalalla aiheet haetaan usein hoitotyön käytännön aihepiiristä, jolloin ne palvelevat hoitotyön kehittämistä. Ammattikorkeakoulun opettajat odottavatkin, että opiskelija hankkii opinnäytetyön työelämästä, mutta eivät kuitenkaan ohjaa opiskelijoita työelämäreflektointiin. Käytännönläheinen aihevalinta palvelee myös opiskelijaa, jolloin valmistuvan siirtyminen työelämän palvelukseen helpottuu

luotujen yhteyksien avulla. (Kinnunen 2002, 241; Frilander-Paavilainen 2005, 162–171; Vesterinen 2005, 33.)

Tutkimuksia ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntämisestä hoitotyössä on erittäin vähän ja kaikki pro gradu-tutkimuksia. Salmen (2000) diakoniamattikorkeakoulun opinnäytetöistä tekemän tutkimuksen tulokseksi saatiin, että noin puolet opinnäytetöistä oli hyödynnettävissä työelämään. Hyödynnettävyys edellytti työelämälähtöistä opinnäytetyön aihetta sekä tiivistä yhteistyötä työelämän kanssa. Laitisen (2006) tutkimuksen mukaan opinnäytetöitä hyödynnettiin heikosti ja hyödynnettäessä keinona oli eniten keskustelu opinnäytetöistä, ei käytännön toteuttaminen. Työelämäyhdyshenkilöt pitivät hyödyntämistä tärkeänä ja toivoivat, että opinnäytetöiden avulla pystyttäisiin kehittämään hoitotyötä.

## **2.2 Hoitotyön kehittäminen ja osastonhoitaja hoitotyön kehittäjänä**

Hoitotyö on muuttunut voimakkaasti viime vuosikymmenenä. Hoitotyön työyhteisöissä toimintaympäristö muuttuu nopeasti erilaisten uusien hoitomuotojen ja teknisten sovelusten vuoksi. Työntekijät joutuvat päivittäin ratkaisemaan uusia ongelmia, joita ei vielä eilen ollut. Hoitoajat ovat lyhentyneet voimakkaasti (esim. päiväkirurgia). Sairaanhoidajien keskeisiä osaamistarpeita ovat muutoksen hallintaan, työn arviointiin ja kehittämiseen liittyvät taidot sekä moniammatillisen yhteistyön osaaminen. Nämä taidot hoitajat kokevat tutkimusten mukaan huonommiksi kuin potilaiden hoitoon liittyvät taidot. Nopea muutos työelämässä edellyttää kuitenkin, että on todella tärkeää sairaanhoidajien olla myös mukana suunnittelemassa, tutkimassa ja toteuttamassa sitä muutosta. Esimiehellä on tärkeä rooli varmistaa, ettei älyllistä ratkaisua vaativat tehtävät jää aina saman ihmisen ratkaistaviksi, jolloin hän kehittyy, mutta muut organisaation jäsenet eivät. (Hakkarainen 2005, 4-7; Kuokkanen 2005, 18–24.)

Hoitotyön kehittäminen käsitteenä on monimerkityksellinen ja laaja-alainen. Hoitotyön kehittäminen voidaan ymmärtää kolmella eri tavalla, hoitotyön auttamiskeinoina, lähiympäristön kehittämisenä tai ihmisen, terveyden ja ympäristön kehittämisenä. Kapealaisimmassa näkökulmassa sillä tarkoitetaan toimia, joilla pyritään edistämään ihmisen,

asiakkaan, potilaan hyvää, hyvinvointia ja terveyttä erilaisin hoitotyön auttamiskeinoin. Tässä tarve kehittämislle syntyy käytännön hoitotyössä havaittujen ongelmien ja muutostarpeiden kautta esimerkiksi raportoinnin tai kirjaamisen kehittäminen. Hieman laajemmassa näkökulmassa hoitotyön kehittäminen tarkoittaa kehittämistä oman organisaation, kunnan tai sairaanhoitopiirin tasolla. Kaikkein laajin hoitotyön kehittämisen käsite sisältää ihmisen, terveyden ja ympäristön toiminnan muuttamista paremmaksi. Tällaisia ovat esimerkiksi työyhteisön kehittäminen, henkilöstön osaamisen kehittämisen koulutuksen avulla, terveyttä edistävän toiminnan kehittäminen ja johtamisen kehittäminen, kehittämistarpeiden tullessa muuttuvasta ympäristöstä tai yhteiskunnasta. (Renlund 2006, 4.)

Narisen (2000) väitöskirjan mukaan osastonhoitajien työ sisältää puolet työajasta kliinistä hoitotyötä ja toinen puoli oli henkilöstö- ja taloushallintoa sekä yhteistyö- ja kehittämistehtäviä. Kehittämistyössä organisaation ulkopuoliset oppilaitokset koettiin tärkeimmiksi. Osastonhoitajista yli puolet arvioi, että heidän työhönsä liittyi paljon potilaan hoidon kehittämiseen liittyvää kehittämistyötä ja siihen kului melko paljon aikaa. Kehittämistyön myös arveltiin lisääntyvän tulevaisuudessa. Auditointia ja tutkimustyötä osastonhoitajan työhön kuului vähiten. (Narinen 2000, 94–148.)

Tällä vuosikymmenellä osastonhoitajan työssä painottuu oppimisedellytysten luominen ja henkilökunnan osaamisen varmistaminen sekä kehittämistyö, joka sisältää kehittämis- ja projektitöitä, henkilökunnan ammattitaidon kehittämistä sekä osastonhoitajan itsensä kehittämistä. Toisaalta osastonhoitajat mielsivät kehittämistyön toissijaiseksi työksi tai tutkimukseksi, eikä se ollut luontevaa arkityötä. Surakan (2006) tutkimuksen mukaan osastonhoitajien kehittäminen kohdistui eniten ulkopuolisista tekijöistä johtuvaan kehittämiseen (47 %), toiminnan kehittämiseen (38 %), ongelmien ja ristiriitojen ratkaisuun (12 %) ja vähiten näyttöön perustuvaan kehittämiseen (4 %). Kehittäminen ei tutkimusaineiston perusteella juurikaan perustunut tieteellisten tutkimusten hyödyntämiseen, vaan potilaspalautteisiin, kyselyihin ja tilastotietoihin. Hoitotyön kehittäminen ja organisointi pitäisi perustua näyttöön ja tutkittuun tietoon, jonka osastonhoitajien pitäisi nähdä luontevana arkityönä. Tulevaisuuden haasteena osastonhoitajan työssä on juuri tutkittuun tietoon perustuva hoitotyö, koska osastonhoitajan edellytetään käyttävän tutkittua tietoa omassa työssään ja olevan avainhenkilö muille. Tämän mahdollistamiseksi osastonhoitajalla on oltava riittävästi aikaa ja henkilökuntaresursseja omassa toimin-

tayksikössään, koska tutkimusten mukaan juuri osastonhoitaja joustaa omasta työstään, jos resurssit ovat liian pienet. (Surakka 2006, 33–179.)

Muutokset terveydenhuollossa ja niukat resurssit vaikuttavat siihen, että hyvästä tahdosta ja virallisista hoitoyksikköjen ideologiasta huolimatta, hoitotyön kehittäminen ja asiantuntijuuteen kasvu ei juuri työpaikalla työajalla onnistu. Laakkosen tutkimus (2004) osoitti, että oppimista luonnehti negatiivisuus ja tilanteisiin sopeutuminen enemmän kuin tilanteiden kehittäminen. Hoitotyöllä ei ollut omaa selkeää, itsenäistä tehtävää tutkitussa yksikössä, jonka seurauksena toiminta ohjautui pelkästään lääketieteestä käsin. (Laakkonen 2004, 5-6.)

Surakan (2006/Pro terveys-päivät) mukaan työn kehittämistä tehdään usein lähes huomaamatta esimerkiksi erillisinä projekteina. Kehittämisen alkuunpanijana voi olla yhteiskunnan taloudellinen tilanne kuten 1990-luvun lama. Myös sairaaloiden ja osastojen lakkauttaminen tai muuttaminen toiseksi sysää kehittämisen liikkeelle. Hoitamiseen liitettyjen periaatteiden ja toimintafilosofioiden muutokset sekä tietotekniikasta johtuvat seikat pakottavat kehittämään hoitotyötä osana arjen aherrusta.

### **2.3 Tutkimustiedon käyttö hoitotyössä ja sen kehittämisessä**

Hoitotyön perusta saadaan tieteellisten tutkimusten tuloksista. Näyttöön perustuvan hoitotyön hoitosuosituksot perustuvat kotimaisiin ja kansainvälisiin hoitotieteellisiin tutkimuksiin. Näyttöön perustuva toiminta ei ole vain tutkimustiedon soveltamista käytäntöön, vaan se voi perustua myös seuranta- ja arviointitietoon sekä asiantuntijoiden yhteisymmärrykseen, kuitenkin siten, että lähtökohta pitää olla selkeästi ontologinen. (Kynge 2003, 201; Kylmä, Pelkonen & Hakulinen 2004, 250–257; Tuomi 2004, 285–293.)

Sairaanhoitajien tutkitun tiedon käytöstä hoitotyössä on tehty tutkimuksia Suomessa sekä ulkomailla ja eniten on tutkittu sairaanhoitajien asennetta ja suhtautumista tutkituun tietoon (mm. Funk, Champagne, Wiese & Tornquist 1991; Oranta, Routasalo & Hupli 2000; Elomaa 2003; Hutchinson & Johnston 2006; Smirnoff, Ramirez, Koopli-mae & Gibney 2007). Parhaiten voidaan verrata keskenään tutkitun tiedon käytön estei-

tä, koska siinä on käytetty ympäri maailmaa samaa mittaria. Funk ym. (1991) loivat The Barriers Scale – mittarin 1987 ja saivat tutkimuksessaan suurimmaksi tutkitun tiedon käytön esteeksi hoitotyössä, hoitajien valtuuksien puuttumisen hoitokäytäntöjen muuttamiseksi. Dunn ym. (1997) saivat samanlaisen tuloksen kuusi vuotta myöhemmin Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Ruotsalaisessa tutkimuksessa Nilsson Kajermo ym. (1998) suurin este oli tutkimusraporttien huono saatavuus. Norjalainen tutkimus Hommelstad & Ruland (2004) antoi samantyyppisen tuloksen ja suurimmaksi esteeksi nousi se, ettei tarkoituksenmukaista kirjallisuutta ole koottu yhteen paikkaan. Suomalaisessa Oranta ym. (2000) tekemässä tutkimuksessa nousi suurimmaksi esteeksi tilastollisten analyysien huono ymmärrettävyys ja tutkimustiedon julkaiseminen vieraalla kielellä. (Funk, Champagne, Wiese & Tornquist 1991; Dunn, Crichton, Roe, Seers & Williams 1997; Nilsson Kajermo, Nordström, Krusebrant & Bjovell 1998; Oranta, Routasalo & Hupli 2000; Hommelstad & Ruland 2004.)

Tarkasteltaessa The Barriers Scale – mittarilla tehtyjä tutkimuksia kansainvälisesti, eniten mainittu este vuosien 1991 -2005 välisenä aikana tutkimustiedon käytölle hoitotyössä, oli ajan puute, joka esti tutkimusten lukemisen tai hoitotyön käytäntöjen muuttamisen. Tilastollisten analyysien huono ymmärrettävyys ja kyvyttömyys arvioida tutkimusten laatua, olivat myös merkittäviä esteitä tutkimustiedon käytölle hoitotyössä. WHO on myöntänyt, ettei näyttöön perustuvaa tietoa voi käyttää hoitotyön kehittämiseksi, ennen kuin tieteellinen tieto on kirjoitettu siten, että käytännön hoitotyötä tekevät hoitajat ymmärtävät sen. (Hutchinson & Johnston 2006, 189–199.)

Smirnoff ym. (2007) toistivat vuonna 1995 tehdyn tutkimuksen sairaanhoitajien asenteista tutkittua tietoa kohtaan. Mikään ei ollut muuttunut kymmenessä vuodessa. Kaikki olivat edelleen yhtä mieltä, että hyvä hoitotyö vaatii uutta tietoa ja tutkimuksiin osallistuminen edistää sitä. Aikaa ei kuitenkaan uuden tiedon lukemiselle eikä tutkimukseen osallistumiselle, työnantajan puolesta, annettu. Henkilöstöjohdon on tehtävä voitavansa, jotta tutkimustiedon käytölle ja osallistumiselle tutkimuksiin, löytyisi resursseja ja aikaa. Tanskalaisessa tutkimuksessa Adamsen ym. (2003) selvitettiin tutkimuksia aktiivisesti ja tutkimuksia ei aktiivisesti käyttävien sairaanhoitajien eroa. Tilastollinen ero näiden kahden ryhmän välillä oli merkittävä. Aktiivisesti tutkimuksia käyttävien hoitajien hoitotyö perustui tutkittuun tietoon eikä ollut sellaisia esteitä tutkimusten käytölle, joista he eivät olisi selvinneet. He olivat muutenkin kansainvälisesti suuntautuneita. Ne hoitajat,

jotka eivät aktiivisesti käyttäneet tutkimuksia, kokivat suurimmiksi esteiksi tutkimusten käytölle tutkimusten suuren määrän ja kykenemättömyyden arvioida tutkimusten laatua. (Adamsen, Larsen, Bjerregaard & Madsen 2003, 57–65; Smirnoff ym. 2007, 24–31.)

Suomessa ilmestyy kaksi hoitotieteellistä lehteä: Hoitotiede ja Tutkiva hoitotyö. Vuonna 2002 Hoitotiede-lehti oli ainoa hoitotieteellinen julkaisu ja siinä päätoimittaja Tarkka pohtii, miksi lukijakunta oli niin suppea. Tehdyn tutkimuksen mukaan vain neljännes kyselyyn osallistuneista luki Hoitotiede-lehteä. Hoitotyön opiskelijoille tehtyjen tutkimusten mukaan, tieteellisiä hoitotyön lehtiä luetaan edelleen vähän (Tarkka 2002, 1; Rannikko 2003, 4; Saarinen 2006, 3).

#### **2.4 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista**

Opinnäytetyö kuuluu kaikkiin ammattikorkeakoulun järjestämiin, ammattiin valmistaviin opintoihin, pakollisena osana opintoja. Erikoistumisopinnoissakin se on aina osana opintoja, vaikka siinä sen laajuutta ei olekaan asetuksilla määrätty. Opinnäytetöiden hyödynnettävyys paranee käytännöstä lähtevillä aiheilla. Terveysalalla työelämälähtöinen opinnäytetyö palvelee sekä opiskelijaa, että työelämää. Opiskelija luo kontakteja työelämään, varmistaen näin oman työllistymisensä. Työelämä puolestaan saa arvokasta tietoa omasta toiminnastaan. Opinnäytetöiden hyödynnettävyydestä hoitotyössä on niukasti tietoa. Tehtyjen tutkimusten mukaan opinnäytetöitä hyödynnettiin heikosti ja vain puolet töistä oli hyödynnettävissä. Tutkimuksia ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntämisestä hoitotyön kehittämisessä, terveydenhuoltohenkilöstön näkökulmasta ei ole ollenkaan, vaikka kehittämistyön arveltiin lisääntyvän tulevaisuudessa. Opinnäytetöiden saatavuudesta ei löytynyt tutkimuksia, mutta tutkitun tiedon saatavuus koettiin 2000 tehdyssä Orannan tutkimuksessa ongelmaksi. (Narinen 2000, 94–148; Salmi 2000; Kinnunen 2002, 241; Rissanen 2003, 5-244; Frilander- Paavilainen 2005, 162–171; Vesterinen 2005, 33; Heinonen 2006; Laitinen 2006, 2, 46–47.)

Hoitotyö on muuttunut paljon viimeisen vuosikymmenen aikana johtuen mm. tekniikan voimakkaasta kehittämisestä. Hoitotyön esimies on avainasemassa hoitotyön kehittämisessä omassa yksikössään. Hänellä on tärkeä rooli oppimisedellytysten luomisessa ja



henkilökunnan osaamisen varmistamisessa sekä kehittämisessä. Tähän tehtävään osastonhoitaja tarvitsee etenkin aikaresursseja. (Surakka 2006, 33–179.)

Tutkimustiedon käyttöön hoitotyössä sairaanhoitajien asenteet ovat myönteisiä, mutta käytännön toteutus on heikkoa, niin meillä Suomessa kuin muuallakin maailmassa. Suurimmaksi esteeksi tutkitun tiedon käytölle on muodostunut ajan puute. Sairaanhoitajilla ei ole aikaa lukea tutkimuksia tai ei ole aikaa muuttaa hoitokäytäntöjä työssään. Henkilöstöjohdon haastava tehtävä on löytää ratkaisu tähän ongelmaan. ( Heikkilä 2005,6; Hutchinson & Johnston 2006, 189–199.)

### **3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT**

Tutkimukseni tarkoituksena on kuvata ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntämistä hoitotyön kehittämisessä sekä ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden ja tutkitun tiedon käyttöä estäviä ja edistäviä tekijöitä terveydenhuoltohenkilöstön näkökulmasta.

#### **TUTKIMUSONGELMAT**

1. Kuvaila ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntämistä hoitotyön kehittämisessä.
2. Selvittää, mitkä tekijät ovat yhteydessä ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntämiseen hoitotyön kehittämisessä?
3. Kuvaila ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden käyttöä edistäviä ja estäviä tekijöitä hoitotyön kehittämisessä.
4. Selvittää, mitkä tekijät ovat yhteydessä tutkitun tiedon käyttöön estävinä ja edistävinä tekijöinä.
5. Kuvaila mitkä tekijät estävät ja edistävät tutkitun tiedon käyttöä hoitotyössä?

### **4 TUTKIMUSAINESTO JA MENETELMÄT**

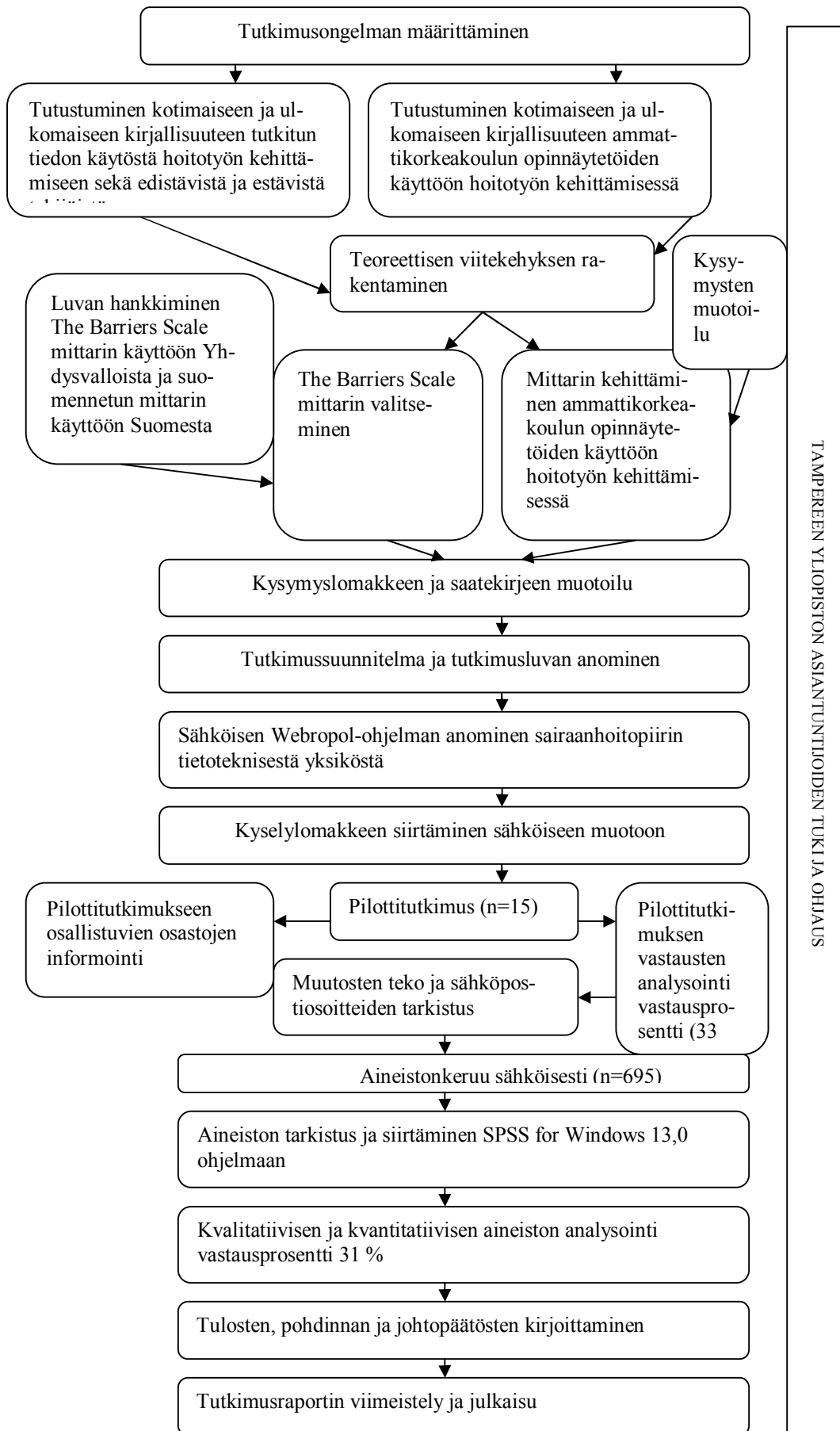
#### 4.1 Kohderyhmä ja aineiston hankinta

Tutkimus päätettiin suorittaa kvantitatiivisena, koska näin oli mahdollista selvittää tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia ja kuvata ilmiötä numeerisen tiedon pohjalta. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä ei kuitenkaan pysty riittävästi selvittämään asioiden syitä, joten osa kysymyksistä oli avoimia. Ne olivat hyvä keino selvittää kohderyhmän arvoja, asenteita, tarpeita ja odotuksia. (Heikkilä 2004, 16–21.)

Tutkimuksen kohderyhmänä oli satunnaisotos erään sairaanhoitopiirin terveydenhuoltohenkilöstöstä (osastonhoitajat, apulaisosastonhoitajat ja sairaanhoitajat). Vuonna 2006 sairaanhoitopiiriin kuului 23 jäsenkuntaa, joissa oli yhteensä noin 227000 asukasta. Henkilökuntaa sairaanhoitopiirissä oli vuoden 2006 lopussa 3291 henkilöä, joista eriasteisia sairaanhoitajia 1504. Eriasteisten sairaanhoitajien keski-ikä oli 45,2 vuotta. Vakinaisessa palvelusuhteessa heistä oli 63 % ja määräaikaisia 37 %. Sairaanhoitopiiri jakautui tulosalueisiin ja tutkimuksen kohdehenkilöt työskentelivät konservatiivisella, operatiivisella ja psykiatrisella tulosalueella. Sairaanhoitopiirin konservatiiviseen tulosalueeseen kuuluivat sydäntoimenpideyksikkö, vastasyntyneiden teho, lastenosastot ja poliklinikat, erilaiset sisätautiosastot ja poliklinikat, keuhkosairauksien osastot ja poliklinikka, aikuisten ja lasten neurologiset osastot ja poliklinikat ja kuntoutusyksiköt. Operatiiviseen tulosalueeseen kuuluivat päivystyspoliklinikka, teho-osasto, leikkausosastot, useita aikuiskirurgisia osastoja ja poliklinikka, lastenkirurginen osasto ja poliklinikka, silmätautien osasto ja poliklinikka, suu- ja leukakirurgian poliklinikka, korva-, nenä- ja kurkkutautien osasto ja poliklinikka, kuulontutkimusasema, synnytyssalit ja synnytysvuodeosasto sekä naistentautien osasto ja poliklinikka. Psykiatrian tulosalueeseen kuuluvat aikuis- ja lasten psykiatrisia osastoja, poliklinikat sairaaloissa ja avosektorilla sekä kuntoutustoiminta. Lupa tutkimuksen suorittamiseen sähköisesti, saatiin sairaanhoitopiirin johtavalta hoitajalta kesäkuussa 2007. Luvan saamisen jälkeen listattiin nimikkeellä osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja ja sairaanhoitaja oleva terveydenhuoltohenkilöstö. Kaikki, joilla ei ollut sähköpostiosoitetta tai joiden sähköpostiosoitteessa oli jotakin epäselvää, jäivät automaattisesti kyselyn ulkopuolelle. Jäljelle jäi 972 sähköpostiosoitetta, joista valittiin satunnaisotoksella 700 terveydenhuoltohenkilöstöön kuuluvaa. Esitutkimukseen kuuluneet jätettiin kyselyn ulkopuolelle.

Esitutkimus tehtiin ennen varsinaista tutkimusta (n=15) kahdella sairaanhoitopiirin osastolla. Vastauksia saatiin viisi, vastausprosentin ollessa 33 %. Annetun palautteen mukaan mittariin ei tarvinnut tehdä muutoksia, mutta saatekirjeen ohjetta selkeytettiin lisäämällä Webropol-ohjelman nimi vastauslinkin kohdalle, sekä lisättiin maininta, ettei sähköpostin lähtevään tiedostoon jäänyt mitään merkintää, koska vastaaminen tapahtui linkin kautta. Vastaaminen sähköisesti koettiin helpoksi. Esitutkimukseen kuuluvien kahden osaston henkilökunnan nimilistat saatiin sairaanhoitopiirin sähköisestä listasta. Esitutkimuksessa ilmeni, ettei kaikilla tutkimukseen valituilla henkilöillä ollutkaan sähköpostiosoitetta tai osoite oli eri, kuin henkilön nykyinen nimi. Esitutkimuksen perusteella varsinaisen kyselyn sähköpostiosoitteet tarkistettiin vielä yksitellen sairaanhoitopiirin sähköpostilistoista. Tämänkin lähteen heikkoutena oli, ettei siinä ilmennyt, jos henkilö oli pitkään poissa vuorotteluvapaalla, äitiyslomalla tai muusta syystä. Onnistuneesti varsinainen sähköpostikysely lähti 695 vastaajalle, koska viisi sähköpostia palautui osoitteen tuntemattomuuden vuoksi.

Aineisto kerättiin sähköisesti syyskuussa 2007 Webropol-ohjelmalla, joka saatiin käyttöön kyseisestä sairaanhoitopiiristä. Webropol-linkin kautta vastaaminen tapahtui anonyymisti, eikä vastaajien henkilöllisyys tullut missään vaiheessa ilmi. Vastausprosentti oli 31 ja vastaajia 216. Vastaajista yksi jouduttiin hylkäämään, puutteellisten vastausten vuoksi. Hän oli vastannut ainoastaan ikänsä, joten lopulliseen analyysiin vastaajia jäi 215. Tutkimuksen vaiheet on kuvattu kuviossa 1.



Kuvio 1. Tutkimusprosessin kuvaus

## 4.2 Mittarit

Kysymyslomake muodostui taustatiedoista, ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntämisestä hoitotyössä ja tutkitun tiedon käytännön sovellutusten esteistä ja edistäväistä tekijöistä (Liite 1). Taustatiedoissa selvitettiin vastaajien sukupuoli, ikä, koulutus, työkokemus hoitotyön tehtävissä, työtehtävä, työsuhteen luonne, työpaikka, osaston erikoisala, oliko osallistunut viimeisen viiden vuoden aikana omalla ajalla koulutuksiin, millaisiin ja minkä kestoisiin koulutuksiin oli osallistunut sekä mitä hoitotyön lehtiä vastaajalle tuli. Lisäksi taustatietoihin valittiin kysymys, kuinka monta opinnäytetyötä viimeisen vuoden aikana työyksikössä oli tehty, koska sillä katsottiin olevan merkitystä vastaajien vastauksiin.

### Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntäminen hoitotyössä mittari

Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntämistä hoitotyössä mitattiin kirjallisuuden pohjalta muodostetun mittarin avulla. Mittari koostui neljästä, kirjallisuuskatsauksen perusteella muodostetusta summamuuttujasta ja kolmesta avoimesta kysymyksestä, joiden avulla selvitettiin vastaajien omaa käsitystä opinnäytetöiden käyttöä edistäväistä ja estävistä tekijöistä. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntämisen mittarin tutkimusongelmat, summamuuttujat, kysymysten numerot ja lähteet

Tutkimusongelma	Summamuuttujat	Kysymysten numerot	Lähteet
Kuvailla ammatikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntämistä hoitotyön kehittämisessä.	Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntäminen käytännöstä lähtevillä aiheilla	23, 24, 29, 30, 31, 34	Kinnunen 2002, Frilander-Paavilainen 2005, Vesterinen 2005, Heinonen 2006
	Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödynnettävyys hoitotyössä	14, 18, 20, 22, 28, 32	Salmi 2000, Laitinen 2006
	Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödynnettävyys hoito-	15, 16, 17, 19, 21, 26, 33	Narinen 2000

	työn kehittämisessä			
	Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden saatavuus työorganisaatiossa	12, 13, 25, 27	Oranta 2000	
Selvittää, mitkä tekijät ovat yhteydessä ammatikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntämiseen hoitotyön kehittämisessä?	Taustatekijät	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,24	Narinen 2000, Oranta 2000	
Kuvailla ammatikorkeakoulun opinnäytetöiden käyttöä edistäviä ja estäviä tekijöitä hoitotyön kehittämisessä.	Edistäviä tekijöitä	37,38	Nilsson-Kajermo ym. 1998, Dunn ym. 1998, Oranta 2000,	
	Estäviä tekijöitä	36	Parahoo ym. 2000, Oranta ym. 2002, Glacken ym. 2004	

Mittarissa käytettiin kuusiportaista Likert – asteikkoa, jossa ensimmäinen vaihtoehto oli täysin samaa mieltä ja viimeinen vaihtoehto täysin eri mieltä. Vastausvaihtoehdot koodattiin seuraavasti: 1 = täysin samaa mieltä, 2 = osittain samaa mieltä, 3 = samaa mieltä, 4 = jokseenkin eri mieltä, 5 = osittain eri mieltä, 6 = täysin eri mieltä. Näin koodattuna, pieni arvo tarkoitti samanmielisyyttä ja suuri arvo erimielisyyttä. Tällainen koodaus valittiin, jotta se olisi yhdenmukainen kyselylomakkeen loppuosan The Barriers Scale -mittarin koodausten kanssa.

### **Tutkitun tiedon käytön esteitä ja edistäviä tekijöitä mittaava mittari**

Tutkitun tiedon käytön esteitä ja edistäviä tekijöitä mittaavaksi mittariksi valittiin The Barriers Scale-mittari. ( Liite 1.) Mittarin käyttöön saatiin lupa sekä Sandra Funkilta että Olli Orannalta. Orannan lupa koski suomennetun mittarin käyttöä. Yhdysvalloissa 1987 tutkijaryhmä Funk, Champagne, Tornquist and Wiese loivat The Barriers Scale-mittarin, joka perustuu Rogersin prosessimalliin. Alkuperäinen mittari koostui 29 väittämästä. Ruotsalaisessa ja suomalaisessa tutkimuksessa väittämiä oli 30, koska oli lisätty väittämä ”Tutkimustieto on julkaistu vieraalla kielellä”. Tähän muutokseen oli saatu mittarin

kehittäjien lupa. Muiden muutosten tekeminen oli ehdottomasti kielletty. Mittarissa oli myös avoimia kysymyksiä, joihin sai laittaa muita mahdollisia esteitä, kuin mitä väittämissä oli, sekä mahdollisuus nimetä tutkimustiedon hyödyntämistä edistäviä tekijöitä. Vastajia pyydettiin lisäksi nimeämään kolme tärkeintä estettä tutkimustiedon hyödyntämiselle. Mittaria on käytetty 1991 tutkimuksen jälkeen useita kertoja ympäri maailmaa monissa eri maissa, kuten Yhdysvalloissa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa, Australiassa, Kanadassa, Irlannissa, Kreikassa, Norjassa, Ruotsissa ja Suomessa. (Hutchinson & Johnston 2006, 189–199.)

Mittarissa käytettiin ohjeiden mukaisesti viisiportaista Likert – asteikkoa, jossa ensimmäinen vaihtoehto oli ”ei ole este” ja viimeinen vaihtoehto ”en osaa sanoa”. Kaikista vastausvaihtoehdoista tarkasteltiin frekvenssit, keskiarvot, keskihajonnat ja määrät. Tämän jälkeen vastausvaihtoehdot koodattiin siten, että vaihtoehto ”en osaa sanoa” jätettiin pois. Muut koodattiin seuraavasti: 1 = ei ole este, 2 = estää vain vähän, 3 = estää jonkin verran, 4 = estää erittäin paljon. Näin koodattuna pieni arvo tarkoittaa, ettei jokin asia estä tutkitun tiedon käyttöä ja suuri arvo tarkoittaa tutkitun tiedon käytön estettä. Vastausvaihtoehdot ”estää jonkin verran” ja ”estää erittäin paljon” laskettiin yhteen kansainvälistä vertailua varten.

Funkin ohjeiden mukaan muodostettiin neljä summamuuttujaa: Sairaanhoidon tutkimustiedon hyödyntäjänä (43, 47, 53, 54,58,59,64,66), Organisaation merkitys tutkimustiedon hyödyntämisessä (44, 45,51, 52, 56,57, 63, 67 ), Tutkimuksen sisällön merkitys tutkimustiedon hyödyntämisessä (46, 48,49, 55, 60,61) ja Tutkimuksen julkaisemisen ja saatavuuden merkitys tutkimustiedon hyödyntämisessä (39,40,41,42,50,62). Kysymys 65 ”Tutkimustiedon määrä on liian suuri” otettiin mukaan kysymyksiin, vaikka se ei latautunut mihinkään summamuuttujaan, koska ohjeen mukaan kyselylomaketta, ei saanut muuttaa. Se analysoitiin erikseen samoin kuin kysymys 68 ”Tutkimukset on julkaistu vieraalla kielellä”.

### **Kyselylomakkeen muuttaminen sähköiseen muotoon**

Kyselylomake saatettiin ensin kirjalliseen muotoon, jonka jälkeen se siirrettiin Webropol-ohjelmaan sähköiseen muotoon. Webropol-ohjelma asetti joitakin rajoituksia kysy-



mysten muodoille, joten kysymyksiä muokattiin sisältöä muuttamatta, ohjelmaan sopivaksi. Saatekirje lähetettiin vastaajille sähköpostitse, johon oli liitetty vastauslinkki. Webropol-ohjelman vastauslinkki mahdollisti vastaajien vastaamisen anonyymisti ja vain kerran. Vastaajat valitsivat haluamansa vaihtoehdon ja vastausvaihtoehdon kohdalle tuli piste, valinnan merkiksi. Avoimissa kysymyksissä vastaajat kirjoittivat vastauksensa siihen varatulle kohdalle. Vastausaikaa ensimmäisen sähköpostikirjeen lähettämisen jälkeen oli kaksi viikkoa. Viikon kuluttua lähetettiin kaikille kyselyyn valituille muistutuskirje, koska vastanneiden henkilöllisyys ei ollut selvillä. Kaksi viikkoa ensimmäisen sähköpostin lähettämisen jälkeen vastauslinkki suljettiin, eikä vastaaminen ollut enää mahdollista. Saatekirjeessä mainittu vastausaika oli viikko.

### 4.3 Aineiston tilastollinen analyysi

Webropol-ohjelmalla kerätty tutkimusaineisto siirrettiin sähköisesti Windows for SPSS 13,0 tilastonkäsittelyohjelmaan ja analysoitiin sillä. Koska aineisto oli riittävän suuri, puuttuvia arvoja ei korvattu. Tutkimusaineiston siirron jälkeen, aineisto tarkistettiin. Käänteiset kysymykset käännettiin. Taustamuuttujat luokiteltiin uudelleen, jotta aineiston tarkastelu riippuvuustestien avulla oli mahdollista. Luokittelu oli seuraava:

Ikäluokat: 1 = 20 – 35 vuotta 2 = 36 – 45 vuotta ja 3 = 46 -65 vuotta

Ammatillinen koulutus: 1 = sairaanhoitaja/erikoissairanhoitaja 2 = sairaanhoitaja AMK

Työkokemus hoitotyön tehtävissä: 1 = 0-10 vuotta 2 = 11–20 vuotta 3 = yli 20 vuotta

Nykyinen työtehtävä: 1 = osastonhoitaja/apulaisosastonhoitaja, 2 = sairaanhoitaja/erikoissairaan-hoitaja

Työsuhde: 1 = vakinainen 2= sijainen

Sairaala: keskussairaala = 1, aluesairaala = 2, sairaala= 3

Työyksikkö 1 = operatiivinen tulosalue 2= konservatiivinen tulosalue 3= psykiatrinen tulosalue

Koulutukseen osallistuminen omalla ajalla 1= kyllä 2= ei

Kiinnostus hoitotyön lehtiin 1= ammatilliset lehdet 2= tieteelliset lehdet

Ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä on tehty työyksikössä viimeisen vuoden aikana:

1= ei yhtään 2= yksi tai enemmän

län luokittelussa alle 20 vuotiaat ja yli 65 vuotiaat jätettiin pois, koska vastaajien joukossa ei ollut yhtään kyseisiin ikäryhmiin kuuluvia. Yllä oleva luokittelu valittiin, jotta pystyttäisiin vertaamaan nuorten, keski-ikäisten ja hieman iäkkäämpien vastaajien vastauksia. Ammatilliseen koulutukseen kohtaan muu, vastauksia oli erittäin vähän. Siihen oli laitettu ennen sairaanhoitajaksi opiskeltuja koulutuksia, kuten lastenhoitaja, artesaani, yo-merkonomi, sekä sairaanhoitajatutkinnon jälkeisiä koulutuksia, kuten terveystieteiden maisteri – ja terveystieteiden kandidaattikoulutus, ylempi AMK tutkinto. Koska vastaajia ryhmässä muu, jotka eivät olleet laittaneet itselleen myös sairaanhoitaja vaihtoehtoa, oli kovin vähän, heidät sijoitettiin ryhmään sairaanhoitaja, paitsi ylempään AMK tutkinnon suorittaneet ryhmään sairaanhoitaja AMK. Työkokemus jaettiin kolmeen osaan, jotta saatiin mahdollisimman tasaiset ryhmät. Työtehtävä kohtaan muu, vastauksia oli myös erittäin vähän ja vastaajat olivat yleisimmin laittaneet erikoistehtävänsä sairaalassaan, kuten diabeteshoitaja, haavahoitaja, avannehoitaja, joten päädyttiin jakoon esimiestehtävissä oleviin (osastonhoitaja/apulaisosastonhoitaja) ja sairaanhoitajiin/erikoissairanhoitajiin. Työsuhde luokiteltiin vakinaisiin ja sijaisiin. Kesäsijaisia vastaajien joukossa oli vain yksi ja hänet luokiteltiin luokkaan sijainen. Vastausvaihtoehto kesäsijainen, otettiin kyselylomakkeeseen tutkimuksen luvanantajan toivomuksesta. Sairaaloja ei raportissa nimetä, vaan tutkija on oman harkintansa mukaan numeroinut sairaalat 1-3. Oman työskentely-yksikön erikoisalaan oli vastattu hyvin monimuotoisesti ja epäyhtenäisesti, joten selkeyden vuoksi kaikki ryhmiteltiin raporttiin tulosalueittain. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt työskentelivät sairaanhoitopiirin konservatiivisella (sydäntoimenpideyksikkö, vastasyntyneiden teho, lastenosastot ja poliklinikat, erilaiset sisätautiosastot ja poliklinikat, keuhkosairauksien osastot ja poliklinikka, kuntoutusyksiköt), operatiivisella (päivystyspoliklinikat, teho-osasto, leikkausosastot, useita aikuis-kirurgisia osastoja ja poliklinikkoja, lastenkirurginen osasto ja poliklinikkoja, silmätautien osasto ja poliklinikka, suu ja leukakirurgian poliklinikka, korva, nenä ja kurkkutautien osasto ja poliklinikat, kuulontutkimusasema, synnytyssalit ja synnytysvuodeosastot) ja psykiatrisella (aikuis- ja lasten psykiatrisia osastoja, poliklinikoita sairaaloissa ja avosektorilla, kuntoutustoiminta) tulosalueella. Koulutukseen osallistuminen omalla ajalla luokiteltiin selkeyden vuoksi vain kahteen ryhmään, on osallistunut ja ei ole osallistunut. Kysymys lehdistä luokiteltiin samoin vain kahteen ryhmään, ammatilliset ja tieteelliset lehdet. Ammatillisiin lehtiin kuuluivat Tehy-lehti, Sairanhoitajalehti ja oman erikoisalan lehdet. Tieteelliseksi lehdeksi luokiteltiin Hoitotiede-lehti ja Tutkiva hoitotyö. Kysymys kuinka monta ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä oli viimeisen

vuoden aikana tehty työyksikössä, luokiteltiin myös kahteen luokkaan, samoin perustein kuin muutkin kahteen luokkaan luokitellut vastaukset.

Kvantitatiivisessa analyysissä kuvailtiin aineistoa aluksi frekvenssien, prosenttilukujen, keskiarvojen, keskihajonnan, ja taulukoiden avulla. Summamuuttujat muodostettiin tarkastelemalla muuttujia ja valitsemalla ne muuttujat samaan ryhmään, jotka mittasivat samaa ilmiötä. Kukin muuttuja oli vain yhdessä summamuuttujassa. Muuttujien välistä lineaarista yhteyttä mitattiin käyttäen Spearmanin korrelaatiokerrointa ja ristiintaulukointia. Muodostetuista summamuuttujista laskettiin Cronbachin alfa, jolla testattiin summamuuttujien sisäistä yhtenäisyyttä. Cronbachin alfa vaihteli välillä 0,4 -0,9. Summamuuttujista tehtiin histogrammit ja tarkistettiin vinous. Koska suurin osa summamuuttujista oli vinosti jakautuneita, testinä käytettiin Mann-Whitneyn U-testiä, joka ei vaadi normaaleja jakaumia. ( Oulun yliopisto, Analyysimenetelmät 2003; Heikkilä 2004, 142–242.)

Raportin tekstiosassa mainittu samanmielisyyys tai erimielisyys ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä koskevissa vastauksissa perustui vastausvaihtoehtojen yhteenlaskuun. Myönteisen vastauksen prosentteihin laskettiin yhteen vaihtoehdot 1. Täysin samaa mieltä, 2. Osittain samaa mieltä ja 3. Samaa mieltä. Kielteiseen vastaukseen laskettiin yhteen vastausvaihtoehdot 4. Jokseenkin eri mieltä, 5. Osittain eri mieltä ja 6. Täysin eri mieltä. Tutkitun tiedon vastausten kohdalla, laskettiin yhteen Funkin ohjeen mukaisesti vastausvaihtoehdot 1. Ei ole este ja 2. Estää vain vähän, jolloin katsottiin, ettei kyseinen väittämä ollut este tutkitun tiedon käytölle. Esteeksi laskettiin vastausvaihtoehdot 3. Estää jonkin verran ja 4. Estää erittäin paljon. Vastausvaihtoehto, 5. En osaa sanoa, jätettiin pois vertailtaessa tuloksia samalla mittarilla tehtyihin tutkimuksiin. Keskiarvon (Ka), ollessa yksi, vastaajat olivat täysin samaa mieltä ja keskiarvoluvun ollessa kuusi, vastaajat olivat täysin eri mieltä. Keskihajonnalla (Kh) ilmaistaan havaintoarvojen hajaantumista muuttujan jakauman keskikohdan ympärille ja mitä pienempi keskihajonta on, sitä tiiviimmin havaintoaineisto on keskittynyt keskiarvon ympärille. (Oulun yliopisto, Analyysimenetelmät 2003.)

Taustamuuttujien yhteyttä summamuuttujiin tarkasteltiin vastaajien määrän (n), keskiarvon (Ka), mediaanin (Md), keskihajonnan (Kh) avulla ja merkittävyyttä mitattiin Mann-Whitneyn U-testillä ja Kruskal-Wallis testillä, jakaumien vinouden vuoksi. Mer-

kittävyystaso ilmaistiin p-arvolla, jonka yleisesti hyväksytyt riskitasot olivat: tilastollisesti melkein merkitsevä jos  $0,01 < p \leq 0,05$ , tilastollisesti merkitsevä jos  $0,001 < p \leq 0,01$  ja tilastollisesti erittäin merkitsevä jos  $0,001 < p \leq 0,001$ . (Heikkilä 2004, 194 – 195. )

#### 4.4 Tutkimuksen laadullinen aineisto ja analyysi

Tutkimuksen laadullinen aineisto muodostui avoimien kysymysten vastauksista. Avoimien kysymysten vastaukset siirrettiin sähköisesti Webropol-ohjelmasta Microsoft Word tekstinkäsittelyohjelmaan ja vastausten kirjasintyyli ja fonttikoko muutettiin yhteneväksi. Kunkin kysymyksen kohdalla, vastaukset kirjoitettiin omille numeroidulle riveilleen.

Avointen kysymysten vastaukset analysoitiin sisällön analyysillä, jokainen kysymys erikseen. Kyngäs - Vanhanen (1999) määrittelee sisällönanalyysin seuraavasti: ”*Sisällön analyysi on tapa järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä*”. Induktiivinen sisällönanalyysi on aineistolähtöistä, jossa ensin valitaan luokitteluyksikkö ja sitten luodaan pohja analysoinnille, lukemalla aineistoa useaan kertaan läpi. Induktiiviseen lähestymistapaan päädyttiin, koska haluttiin saada tietoa terveydenhuoltohenkilökunnan näkemyksistä ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden käytöstä hoitotyön kehittämiseksi ja tutkitun tiedon käytön esteistä ja edistävästä tekijöistä. Aineisto pelkistettiin, ryhmiteltiin ja abstrahoitettiin. Pelkistämävaiheessa johtavana ajatuksena oli tutkimuskysymys. Ilmaukset koottiin ryhmiin ja muodostettiin alakategoriat. Alakategorioille haettiin yhteinen tekijä, jonka mukaan ne nimettiin yläkategorioiksi. (Liite 2.) Tutkimusten luotettavuuden lisäämiseksi, tulosten raportointiosaan lisättiin autenttisia lainauksia vastauksista, jotta lukija pystyy arvioimaan analyysin luotettavuutta. (Kyngäs - Vanhanen 1999, 3-6; Nieminen 1997, 219–220.)

Terveydenhuoltohenkilöstön näkemyksiä ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden käyttöä edistävästä ja estävästä tekijöistä selvitettiin kahdella avoimella kysymyksellä. Kysymys 36: Mitkä ovat mielestäsi suurimmat esteet ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden käytölle hoitotyön kehittämiseksi ja kysymys 37: Mitkä tekijät mielestäsi edistävät parhaiten opinnäytetöiden käyttöä hoitotyön kehittämiseksi. Edistäviin tekijöihin vastasi 151 ja estäviin 150 henkilöä. Lisäksi tiedusteltiin kysymyksessä 38: Miten valmis työ

pitäisi esitellä työyksikössäsi. Tähän vastasi 169 vastaajaa. Kysymys 38 yhdistettiin edistäviin tekijöihin eli kysymykseen 37. Varsinaista puhtaaksikirjoitusta ei tehty koska aineisto oli jo valmiiksi sähköisessä muodossa, mutta fontin tyyli, koko sekä rivivälit yhtenäistettiin. Sähköinen aineisto siirrettiin kirjoitusohjelmaan, jokainen vastaus omalle rivilleen, fontin tyyli Times New Roman, fontin koko 12 ja riviväli 1,5. Opinnäytetöiden käyttöä edistäviä ilmaisuja tuli näin muokattuna viisi sivua ja kokonaisilmaisumäärä oli 158. Opinnäytetöiden käyttöä estäviä ilmaisuja tuli kuusi sivua ja kokonaisilmaisumäärä oli 221. Opinnäytetyön esittelytoivomuksista tuli viisi sivua ja kokonaisilmaisumäärä oli 202.

Tutkimustiedon käytön edistämistä työssä kysyttiin avoimella kysymyksellä 74: Millaiset asiat helpottavat tutkimustiedon käyttöä työssä? Siihen tuli 94 vastausta. Koska vastaukset olivat valmiina sähköisessä muodossa, ne siirrettiin kirjoitusohjelmaan jokainen vastaus omalle rivilleen ja muokattiin ulkoasultaan yhteneväksi kirjainten koon ja tyylin osalta. Valtaosa vastauksista oli hyvin lyhyitä ja pelkistettyjä. tekstiä tuli viisi sivua, fonttikoko 12 ja riviväli 1,5. Ilmaisujen kokonaismäärä oli 160.

Tutkimustiedon käytön soveltamisen esteitä kysyttiin neljällä avoimella kysymyksellä. Jokaiseen kysymykseen toivottiin yhtä estettä, joka olisi lisäksi arvioitu asteikolla yhdestä viiteen. Kysymyksillä 69 – 72: Tuleeko mieleesi muita syitä, jotka estävät tutkimustiedon soveltamisen käytännön työssä? Jos muita syitä löytyy, kirjoita syyt seuraaville riveille ja arvioi niiden vaikutus asteikolla 1 – 5. (69) Muu syy 1, (70) Muu syy 2. (71) Muu syy 3, (72) Muu syy 4. Vastaajista enemmistö ei ollut käyttänyt numeroarviointia ollenkaan, joten syyn arviointi yhdestä viiteen jätettiin pois kaikkien kohdalta. Ensimmäiseen kysymykseen tuli 30 vastausta, toiseen 12, kolmanteen neljä ja neljänten kolme. Näistä neljästä avoimesta kysymyksestä saatiin aukikirjoitettua tekstiä kolme sivua, fonttikoko 12 ja riviväli 1,5. Ilmaisujen kokonaismäärä oli 61.

Aineisto luettiin useaan kertaan läpi, pelkistettiin, muodostettiin alakategoriat ja yläkategoriat. Muodostettujen yläkategorioiden mukaan laskettiin prosenttiosuudet niiden alakategorioiden ilmaisuista, suhteessa kunkin kysymyksen kaikkiin ilmaisiin.

## 5. TULOKSET

### 5.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimusotos oli kokonaisuudessaan 695 terveydenhuoltohenkilöstöä (osastonhoitajia, apulaisosastonhoitajia ja sairaanhoitajia), joista hyväksyttävästi täytettynä kyselylomakkeen palautti 215 henkilöä. Kyselyyn vastanneista valtaosa oli naisia. Suurin vastaajamäärä oli ikäryhmässä 46–65 vuotiaat. Mieshoitajista puolet kuului tähän ryhmään ja naisistakin 44 prosenttia. Sairaanhoitajista neljännes (26 %) oli suorittanut ammattikorkeakoulututkinnon. (Taulukko 3. )

Työkokemusta vastaajilla oli paljon. Yli 20 vuotta oli puolella mieshoitajista ja hieman alle puolella (41 %) naishoitajista. Hoitotyön esimiestehtävissä osastonhoitajia tai apulaisosastonhoitajia tutkimukseen osallistuneista oli neljännes (24 %). Vastanneista mieshoitajista heitä oli kolmannes (31 %) ja naisista neljännes (24 %).

Vakinaisessa työ/virkasuhteessa pisimpään olivat olleet vuonna 1968 vakinaistetut hoitajat. Kaikki mieshoitajat, jotka olivat vastanneet kysymykseen, olivat vakituisessa työ/virkasuhteessa, samoin kuin kaikki yli 56 vuotiaat naishoitajat. 20- 25 vuotiaat vastaajat olivat kaikki sijaisia. Kyselyyn vastanneista hieman alle puolet (47 %) oli vakinaistettu 2000-luvulla, vaihteluvälin ollessa vuodesta 1968 vuoteen 2000 ja keskiarvo 1994. Sairaanhoitajan sijaisuuteen tulo vaihteluväli oli vuodesta 1993 vuoteen 2007, keskiarvon ollessa 2002.

Vastaajista selvä enemmistö oli osallistunut koulutukseen omalla ajallaan viimeisen viiden vuoden aikana. Koulutukset olivat päivästä, kahteen vuoteen kestäviä, erilaisia oman erikoisalan koulutuksia kuten diabetes-, haava-, lääke-, huume- ja psykoterapia-koulutus. Ammatillisia lehtiä tuli valtaosalle (94 %) vastaajista, mutta tieteellisiä lehtiä vain pienelle osalle (6 %). Kolmannes vastaajista ilmoitti, ettei heidän työyksiköstään oltu tehty yhtään ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä viimeisen vuoden aikana.

Taulukko 3. Vastaajien taustatiedot

Muuttajat		n	%
Sukupuoli	Nainen	198	93
	Mies	16	7
Ikä	20–35 vuotta	45	21
	36–45 vuotta	74	34
	46 -65 vuotta	96	45
Ammatillinen koulutus	Sairaanhoidaja/ erikoissairaanhoidaja	159	74
	Sairaanhoidaja AMK	55	26
Työkokemus hoitotyön tehtävissä	0-10 vuotta	50	23
	11 – 20 vuotta	74	34
	yli 20 vuotta	91	42
Nykyinen työtehtävä	Osastonhoitaja/ Apulaisosastonhoitaja	52	24
	Sairaanhoidaja /Erikoissairaanhoidaja	163	76
Työsuhde	Vakinainen	158	83
	Sijainen	32	17
Sairaala	Sairaala 1	138	65
	Sairaala 2	30	14
	Sairaala 3	45	21
Työyksikköni tulos- alueittain	Operatiivinen	86	40
	Konservatiivinen	80	38
	Psykiatrinen	47	22
Koulutukseen osallis- tuminen omalla ajalla viimeisen viiden vuoden aikana	Ei	91	43
	Kyllä	120	57
Kiinnostus hoitotyön lehtiin	Ammatilliset lehdet	198	94
	Tieteelliset lehdet	11	6
Ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä on tehty työyksikössä viimeisen vuoden aikana	Ei yhtään	79	38
	Yksi tai enemmän	127	62

## 5.2 Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntäminen hoitotyön kehittämissessä

### 5.2.1 Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntäminen käytännöstä lähtevillä aiheilla

Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntäminen lähti opinnäytetöiden aihevalinnasta ja siitä miten terveydenhuoltohenkilöstö koki voivansa vaikuttaa aihevalintoihin. Neljännnes vastaajista ehdotti ammattikorkeakouluopiskelijoille opinnäytetyön aihetta ja puolet opiskelijoista kysyi opinnäytetyön aihetta työyksiköistä. Enemmistö (78 %) vastaajista oli tietämätön kyselystä, jossa ammattikorkeakoulut olisivat kysyneet henkilökunnalta, opinnäytetöiden aiheita. Asiakkaat/potilaat eivät myöskään (94 %) ehdottaneet aiheita opiskelijoille. Työkavereista hieman yli puolet oli ehdottanut opinnäytetyön aihetta opiskelijoille ja puolet vastaajista koki, että opiskelijat tekivät opinnäytetyönsä mistä aiheesta halusivat. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Opinnäytetöiden hyödyntäminen käytännöstä lähtevillä aiheilla

	n	1	2	3	4	5	6
	Ka	Täysin	Osittain	Samaa	Jok-	Osittain	Täysin
	Kh	samaa	samaa	mieltä	seenkin	eri	eri
		mieltä	mieltä		eri	mieltä	mieltä
		%	%	%	mieltä	%	%
					%		
Olen usein ehdottanut ammattikorkeakouluopiskelijoille opinnäytetyön aihetta	212 4,3 1,6	2,4 %	15,6 %	10,4 %	23,6 %	19,8 %	28,3 %
Opiskelijat kysyvät työyksikössäni, mitä ehdotuksia meillä olisi opinnäytetyön aiheeksi	213 3,6 1,6	5,2 %	25,8 %	20,2 %	20,7 %	11,3 %	16,9 %
Ammattikorkeakouluista on tehty kysely, mistä aiheesta minä haluaisin opiskelijoiden tekevän tutkimuksia työssäni	208 4,7 1,7	4,8 %	8,7 %	7,7 %	17,3 %	16,8 %	44,7 %
Asiakkaat/potilaat ovat tehneet ehdotuksia opiskelijoiden tutkimusaiheista	207 5,3 1,4	0,5 %	1,9 %	3,9 %	18,8 %	15,0 %	59,9 %
Työkaverini ovat ehdottaneet opiskelijoille tutkimusaiheita	211 3,5 1,6	5,7 %	26,5 %	23,2 %	17,5 %	12,8 %	14,2 %



Ammattikorkeakoulun opiskelijat tekevät opin-	210						
näytetyönsä mistä halua-	3,6	4,8 %	22,9 %	14,3 %	31,9 %	16,7 %	9,5 %
vat, eivätkä kysy tutkitta-	1,5						
valta osastolta aihetta							

### Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödynnettävyys hoitotyössä

Opinnäytetöiden tutkimustulokset oli ilmaistu selkeästi valtaosan (69 %) mielestä. Uusia hoitokäytäntöjä hoitotyöhön eri koulutusvaihtoehdoista oli saatu eniten erikoistumiskoulutuksien opinnäytetöistä (45 %). Opinnäytetöitä ei koettu vaikeaselkoisiksi. Puolet vastaajista koki saaneensa opinnäytetöistä vastauksia hoitamiseen liittyviin käytännön ongelmiin. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödynnettävyys hoitotyössä

	n	1	2	3	4	5	6
	Ka	Täy-	Osittain	Samaa	Jok-	Osittain	Täysin
	Kh	sin	samaa	mieltä	seenkin	eri	eri
		samaa	mieltä		eri	mieltä	mieltä
		mieltä			mieltä		
		%	%	%	%	%	%
Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden tutkimustulokset on ilmaistu selkeästi	212 2,9 1,3	7,5 %	39,6 %	21,7 %	18,4 %	8,5 %	4,2 %
Erikoistumiskoulutuksen opinnäytetyöt ovat tuoneet uusia hoitokäytäntöjä työhöni/ työyksikköni	210 3,5 1,5	6,2 %	25,2 %	13,3 %	30,5 %	12,9 %	11,9 %
Sairaanhoitajaksi/ kättilöksi/ terveydenhoitajaksi valmistuvien opinnäytetyöt ovat tuoneet uusia hoitokäytäntöjä työhöni/ työyksikköni	212 3,8 1,5	2,4 %	23,6 %	9,9 %	34 %	16,5 %	13,7 %
Ylemmän ammattikorkeakoulututkimmon suorittavien opiskelijoiden opinnäytetyöt ovat tuoneet uusia hoitokäytäntöjä työhöni/ työyksikköni	208 3,8 1,5	1,4 %	23,1 %	13,5 %	31,7 %	17,8 %	12,5 %
Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden tutkimus-	208 3,8	1,4 %	21,6 %	10,6 %	38,5 %	21,6 %	6,3 %

lokset ovat vaikeaselkoisia	1,4						
Ammattikorkeakoulun tutkimustuloksista löytyy vastauksia hoitamiseen liittyviin käytännön ongelmiin	209 3,6 1,4	1,4 %	23,9 %	24,4 %	24,9 %	18,2 %	7,2 %

### 5.2.3 Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödynnettävyys hoitotyön kehittämisessä

Yli puolet vastaajista luotti ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden tutkimustuloksiin ja piti niitä hyödyllisinä hoitotyön kehittämisessä. Erikoistumiskoulutuksen opinnäytetyöt (77 %) koettiin kaikkein hyödyllisimmäksi hoitotyön kehittämisessä. Ylemmän AMK-tutkinnon ja perustutkinnon opinnäytetöiden tulokset olivat vastaajien mielestä samanarvoisia hoitotyön kehittämisessä. Täysin hyödyttömät opinnäytetyöt olivat vain hyvin pienen (14 %) joukon mielestä. Esimiehistä suurin osa (68 %) ei kannustanut henkilö-  
kuntaansa opinnäytetöiden hyödyntämiseen. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödynnettävyys hoitotyön kehittämisessä

	n	1	2	3	4	5	6
	Ka Kh	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Samaa mieltä	Jok- seenkin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
		%	%	%	%	%	%
Voin täysin luottaa ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden tutkimustuloksiin	210 3,0 1,3	5,7 %	42,4 %	16,7 %	23,8 %	9,0 %	2,4 %
Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat suureksi avuksi hoitotyön kehittämisessä	212 3,0 1,3	7,9 %	31,6 %	22,8 %	24,7 %	7,9 %	3,7 %
Erikoistumiskoulutuksen opinnäytetyöt ovat erittäin hyödyllisiä hoitotyön kehittämisen kannalta	212 2,6 1,1	14,2 %	35,8 %	27,4 %	18,4 %	2,8 %	1,4 %
Sairaanhoitajaksi / kättilöksi/ terveydenhoitajaksi valmistuvien opinnäytetyöt ovat erittäin hyödyllisiä hoitotyön kehittämisen kannalta	211 3,0 1,3	8,1 %	33,6 %	26,5 %	20,4 %	8,5 %	2,8 %

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittavien opiskelijoiden opinnäytetyöt ovat erittäin hyödyllisiä hoitotyön kehittämisen kannalta	206 3,0 1,4	9,7 %	34,5 %	23,8 %	18,4 %	9,2 %	4,4 %
Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat täysin hyödyttömiä työni kehittämisessä	213 4,5 1,3	1,9 %	7,0 %	5,2 %	39,9 %	19,7 %	23,6 %
Esimieheni kannustaa minua hyödyntämään ammattikorkeakoulun tutkimustuloksia käytännön hoitotyössä	213 4,2 1,5	2,3 %	15,5 %	14,1 %	25,8 %	17,4 %	24,9 %

#### 5.2.4 Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden saatavuus työorganisaatiossa

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt oli koottu yhteen paikkaan yli puolessa työyksiköistä ja suurin osa (72 %) pystyi lukemaan opinnäytetöitä työyksikössään. Lähes kaikki (98 %) pitivät tärkeänä opiskelijoiden pitämää osastotuntia saamistaan tutkimustuloksista. Yli puolet (65 %) lukisi opinnäytetöitä enemmän työpaikallaan, jos ne olisivat luettavissa sähköisessä muodossa. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden saatavuus työorganisaatiossa

	n	1	2	3	4	5	6
	Ka Kh	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Samaa mieltä	Jok- seenkin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
		%	%	%	%	%	%
Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt on koottu yhteen paikkaan työpaikallani	214 3,2 1,6	13,6 %	30,8 %	14,5 %	17,8 %	9,3 %	14 %
On tärkeää, että opiskelijat käyvät pitämässä osastotuntin saamistaan tuloksista tutkimukseen osallistuville osastoille	214 1,6 0,9	66,4 %	12,6 %	17,8 %	1,9 %	1,4 %	0 %
Työpaikallani tehtyjä ammattikorkeakoulun opinnäy-	214 2,9	21,0 %	21,5 %	29,4 %	13,6 %	7,9 %	6,5 %

tetöitä on luettavissa työyksikössäni	1,5						
Lukisin enemmän valmiita ammattikorkeakoulun opin- näytetöitä, jos voisin lukea niitä sähköisessä muodossa työpaikallani	213 3,1 1,5	12,7 %	25,4 %	26,8 %	15,5 %	10,8 %	8,9 %

---

### 5.2.5 Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntämisen summamuuttujien tarkastelua

Taulukossa 8 esitetään kyselylomakkeen ammattikorkeakouluosuuden väittämistä muodostettujen, ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödynnettävyyttä hoitotyön kehittämisessä kuvaavien summamuuttujien keskiarvot ja keskihajonnat. Kyselylomakkeen väittämät 23, 24, 29, 30, 31 muodostivat summamuuttujan 1: Käytännöstä lähtevät aiheet, väittämät 14,18,20,22,28,32 muodostivat summamuuttujan 2: Käytäntöön hyödynnettävyys, väittämät 16,17,19,21,22 muodostivat summamuuttujan 3: Hoitotyötä kehittävä väittämät 12,13,27,25 muodostivat summamuuttujan 4: Opinnäytetöiden saavuus.

Taulukko 8. Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntämisen summamuuttujien keskiarvot, hajonnat ja mittarin sisäinen konsistenssi (Ka 1 = hyvä...Ka 6 =huono)

Summamuuttuja	Keskiarvo (Ka)	Keskihajonta (Kh)	Gronbachin alfa
Käytännöstä lähtevät aiheet	4,1	0,9	0,6
Käytäntöön hyödynnettävyys	3,5	0,8	0,7
Hyödynnettävyys hoitotyön kehittämisessä	3,0	0,9	0,9
Opinnäytetöiden saavuus	2,7	0,8	0,4

Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntämisen summamuuttujien keskiarvoja tarkasteltaessa voidaan todeta, että terveydenhuoltohenkilöstön mielestä ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden aiheet eivät lähteneet käytännöstä (Ka 4,1, Kh 0,9). Opinnäytetöiden käytäntöön hyödynnettävyys oli heikkoa (Ka 3,5, Kh 0,8) ja hoitotyön kehittämiseen kohtalaista (Ka 3,0, Kh 0,9) samoin kuin opinnäytetöitä oli saatavilla kohtalaisesti (Ka 2,7, Kh 0,8).

### **Taustamuuttujien yhteys ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntämiseen hoitotyön kehittämisessä**

Taustamuuttujista sukupuoli, ammatillisella koulutuksella, koulutukseen osallistumisella ja kiinnostuksella hoitotyön lehtiin ei löytynyt tilastollisesti merkitsevää yhteyttä vastaajien mielipiteeseen siitä, oliko opinnäytetöiden aihe käytännönläheinen. Sen sijaan erittäin merkitsevästi ( $p=0,000$ ) vaikuttivat nykyinen työtehtävä sekä olivatko opiskelijat tehneet opinnäytetöitä työyksikössä. Osastonhoitajat/apulaisosastonhoitajat pitivät käytännöstä lähteviä aiheita tärkeänä, samoin kuin niiden yksiköiden vastaajat, joissa oli tehty opinnäytetöitä. Vakinaisessa työsuhteessa olevat pitivät käytännöstä lähteviä aiheita tärkeämpinä kuin sijaiset samoin kuin vanhimpaan ikäluokkaan (45–65 vuotta) kuuluvat, yli 20 vuotta työssä olleet, sairaalassa kaksi ja konservatiivisella tulosalueella työskentelevät. (Liite 3.1.)

Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden käytäntöön hyödynnettävyys oli esimiestehtävissä olevien mielestä parempaa kuin sairaanhoitajien. Samoin vastasivat vastaajat, joiden yksikössä oli tehty yksi tai enemmän opinnäytetöitä, kuin he joiden yksiköissä opinnäytetöitä ei ollut tehty ollenkaan ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä viimeisen vuoden aikana. (Liite 3.2.)

Taustamuuttujien yhteys vastaajien mielipiteisiin opinnäytetöiden hyödyntämisestä hoitotyön kehittämiseen, oli vähäistä. Tilastollisesti melkein merkitsevä ( $p=0,043$ ) oli vastaajan nykyinen työtehtävä, siten että esimiesasemassa olevien mielestä ammattikorkeakoulun opinnäytetöistä oli enemmän hyötyä hoitotyön kehittämisessä kuin sairaanhoitajien mielestä. (Liite 3.3.)

Opinnäytetöiden saatavuuteen taustamuuttujilla oli voimakkaampi yhteys. Tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p=0,000$ ) oli nykyinen työtehtävä ja merkitseviä ( $p=0,004-0,007$ ) olivat työyksikön tulosalue ja kiinnostus hoitotyön lehtiin. Osastonhoitajien/apulaisosastonhoitajien mielestä opinnäytetöitä oli helpommin saatavilla kuin sairaanhoitajien mielestä. Konservatiivisen tulosalueen henkilökunta sai helpommin luettavaksi opinnäytetöitä kuin muiden tulosalueiden henkilökunta. Vastaajat, joille tuli tieteellisiä hoitotyön lehtiä, olivat tyytyväisempiä opinnäytetöiden saatavuuteen kuin vastaajat, joille tuli vain ammatillisia hoitotyönlehtiä. (Liite 3.4.)

### 5.3 Opinnäytetöiden käyttöä edistävä ja estävät tekijät

#### 5.3.1 Opinnäytetöiden käyttöä edistävät tekijät

Vastaajista viidennes piti opinnäytetöiden hyvää aihevalintaa ja lähes puolet vastaajista opiskelijoiden itsensä pitämää osastotuntia tekemästään opinnäytetyöstä, opinnäytetöiden käyttöä edistävänä tekijänä. Viidesosa vastaajista piti oppilaitosten yhteistyötä työpaikkojen kanssa edistävänä tekijänä sekä kolmannes vastaajista organisaation tukea. Vain kahdessa vastauksessa hoitajista itsestään johtuvat tekijät edistivät opinnäytetöiden käyttöä työelämässä. (Taulukko 9.) Eniten opinnäytetöiden käyttöä hoitotyön kehittämisessä edisti opiskelijoista johtuvat tekijät ja vähiten edisti hoitajista itsestään johtuvat tekijät. (Liite 4.)

Taulukko 9. Opinnäytetöiden hyödyntämistä edistävät tekijät, hoitajien kuvaamana, lausumien jakautuminen yläkategorioihin (n)

Yläkategoria	Ilmaisujen määrä	
	(n)	%
Opinnäytetöistä johtuvat tekijät	68	19 %
Hoitajista johtuvat tekijät	2	0,5 %
Opiskelijoista johtuvat tekijät	154	43 %
Oppilaitoksista johtuvat tekijät	32	9 %
Organisaatiosta johtuvat tekijät	104	29 %
Yhteensä	360	100 %

**Oppinäytetöistä johtuvia tekijöitä**, jotka edistivät oppinäytetöiden käyttöä, olivat aihevalintaan liittyvät asiat. Käytännönläheiset ja osaston tarpeista lähtevät oppinäytetöiden aiheet edistäisivät oppinäytetöiden käyttöä työelämässä. Aihetta tulisi kysyä osaston henkilökunnalta ja sen pitäisi olla selkeä, hyvin rajattu, riittävän lyhyt ja ytimekäs, jotta työstä tulisi hyvä. Etenkin selkokieliset tiivistelmät, lisäisivät oppinäytetöiden hyödynnettävyyttä.

*”Huolella valittu aihe, jolla oikeasti painoarvoa käytännön työssä”*

**Hoitajista johtuvia tekijöitä** oli mainittu vain kahdessa vastauksessa. Oppinäytetöiden käyttöä edistäisi hoitajien oma aktiivisuus ja myönteinen asenne oppinäytetöitä kohtaan.

*” Oma aktiivisuus ja aiheiden ehdottaminen opiskelijoille”*

**Opiskelijoista johtuvia tekijöitä**, jotka edistäisivät oppinäytetöiden käyttöä työelämässä, oli oppinäytetöiden esittäminen tutkimuksiin osallistuvilla osastoilla. Tämä oli vastaajien vastauksissa erittäin usein esitetty toive. Vastaajat toivoivat opiskelijoiden itsensä pitämiä osastotunteja tai muita yhteisiä tilaisuuksia.

*”Opiskelijat itse esittelevät työnsä”*

**Oppilaitosten**, oppilaiden ja työyksikköjen välinen yhteistyö parantaisi töiden laatua ja hyödynnettävyyttä. Yhteistyön avulla hoitohenkilökunta pystyisi vaikuttamaan aiheisiin, sisältöön, oppinäytetöiden luettavuuteen ja ulkoasuun. Oppilaitosten toivottiin mainostavan oppinäytetöitään, jotta edes tiedettäisiin, millaisia oppinäytetöitä oli olemassa.

*”Koulujen ja työpaikan yhteistyö niin opiskelijoiden kuin opettajien suunnalta. Hyvä olisi, jos opiskelija tuntisi aiheen omakseen ja olisi kokenut aiheen tarpeelliseksi esim. ollessaan työharjoittelussa tai sijaisena.”*

**Organisaatio** edistäisi oppinäytetöiden käyttöä monella eri tavalla. Esimiesten tulisi luoda yksikköihinsä tutkimusmyönteinen ilmapiiri ja rohkaista henkilökuntaansa lukemaan ja hyödyntämään oppinäytetöitä työssään sekä antaa aikaa oppinäytetöiden lukemiseen työaikana. Ylihoitajien ja osastonhoitajien tulisi ehdottaa ammattikorkeakou-

luille opinnäytetöiden aiheita henkilökunnan toiveiden pohjalta ja osallistua töiden ohjaamiseen. Opinnäytetöiden tulisi olla hyvin saatavilla osastolla, jotta niitä pystyisi hyödyntämään. Osa toivoi, että opinnäytetyöt olisivat luettavissa sähköisessä muodossa ja niiden valmistumisesta ilmoitettaisiin sähköpostitse.

*”Jos johto näkee tarpeen osaston kehittämiseen ja on tutkimuksen takana antamassa oman osuutensa sen tekemiseen ja toteutukseen. Ja on myös mukana sovellusten ja niiden toteuttamisessa osastolla. Muuten se ei onnistu. Varsinkin silloin, jos tutkimus osoittaa johdon puutteita tai kyvyttömyyttä tai arvostelua.”*

### 5.3.2 Opinnäytetöiden käyttöä estävät tekijät

Opinnäytetöiden käyttöä hoitotyön kehittämisessä estäviä tekijöitä oli opinnäytetöistä, hoitajista, opiskelijoista, oppilaitoksesta ja organisaatioista johtuvat syyt. (Taulukko 10.) Eniten esti hoitajista johtuvat tekijät ja vähiten oppilaitoksista ja organisaatiosta johtuvat tekijät. (Liite 4.)

Taulukko 10. Opinnäytetöiden käyttöä estävät tekijät hoitajien kuvaamana, lausumien jakautuminen yläkategorioihin (n)

Yläkategoria	ilmaisujen määrä	
	(n)	%
Opinnäytetöistä johtuvat tekijät	68	31 %
Hoitajista johtuvat tekijät	56	25 %
Opiskelijoista johtuvat tekijät	42	19 %
Oppilaitoksista johtuvat tekijät	19	9 %
Organisaatioista johtuvat tekijät	19	9 %
Yhteensä	221	100 %

**Opinnäytetöistä johtuvia tekijöitä** opinnäytetöiden käytön esteeksi, nousi esiin vastausten ilmaisuissa eniten. Näitä olivat opinnäytetöiden aihe, luotettavuus, liika teoreettisuus sekä se, etteivät opinnäytetyöt tuoneet uutta tietoa hoitotyöhön. Opinnäytetöiden



aiheet olivat kaukana käytännön hoitotyöstä, liian teoreettisia, vaikeita soveltaa käytäntöön ja osa täysin turhaa tutkimusta. Opinnäytetyöt koettiin tasoltaan epätasaisiksi, tieteellinen pohja ei ollut riittävä, lähteet saattoivat olla kovin vanhoja ja tutkimusta tehtiin, koska se kuului opintosuunnitelmaan. Tutkimusten otannat koettiin myös liian pieniksi ja se vaikutti näin luotettavuuteen.

*” Teoreettisuus, pienet otokset, laihat lopputulokset ”*

*” Aiheet eivät kosketa käytännön hoitotyötä ja ovat usein liian tieteellisiä ”*

**Hoitajista johtuvia tekijöitä** olivat ajanpuute, asenteet, aktiivisuuden puute sekä arvioimisen ja oman työn kehittämisen vaikeus. Vastaajat kokivat oman ajanpuutteensa, kiireen työelämässä merkittäväksi esteeksi opinnäytetöiden käytön hyödyntämiselle työssään. Hoitohenkilökunnan kielteiset asenteet muutokselle ja kehittämiselle tulivat myös monessa vastauksessa esiin. Samoin tuli esiin hoitajien oman aktiivisuuden puute lukea tai etsiä tietoa opinnäytetöistä tai käyttää niitä hoitotyön kehittämiseen.

*” Kiire- kukaan ei ehdi perehtyä opinnäytetyöhön, josta voisi saada hyviäkin vinkkejä käytännön kenttätöihin. Rahkeet eivät enää riitä siihen vapaa-ajallakaan ”*

**Opiskelijoista johtuvia tekijöitä** olivat töiden esittelyn puute, vähäinen työkokemus ja tiedonpuute käytännön työstä. Opiskelijat eivät esitelleet valmiita töitään osastoille, eivätkä pitäneet osastotunteja tuloksista. Opiskelijoiden vähäinen työkokemus ja tieto käytännön hoitotyöstä, johti siihen, että opiskelijoiden todellisuus oli kaukana työelämästä.

*” Opinnäytetöitä tullaan harvoin esittelemään osastoille, joten ei ole tietoa tutkimustuloksista ”*

**Oppilaitoksista johtuvia tekijöitä** olivat yhteistyön puute, opettajien tietotaito ja opinnäytetöiden määrä. Oppilaitosten opettajien ja käytännön työelämän yhteistyö koettiin kovin puutteelliseksi. Opettajien tiedot käytännön työelämästä olivat kovin kaukana käytännön työelämästä. Oppilaitosten opiskelijat myös tekivät liikaa tai liian vähän opinnäytetöitä sairaanhoitopiirin työyksiköissä.

*” Yhteistyön puute koulun ja kentän välillä ”*

*” Opettajilla teoretiedot ovat kaukana käytännön työstä ”*

**Organisaatiosta johtuvia tekijöitä** opinnäytetöiden käytön vähäisyydelle olivat opinnäytetöiden huono saatavuus ja johdon tuen puute henkilökunnalle. Henkilökunta koki, ettei sillä ollut mahdollisuutta saada valmiita opinnäytetöitä luettavaksi työyksikkönsä eikä osastonhoitaja tai muu sairaalan johto tukenut mitenkään opinnäytetöiden lukemista työajalla.

*” Tutkittu tieto ei ole kulkeutunut osastolle asti ”*

## **5.4 Tutkitun tiedon käyttöä estävät ja edistävät tekijät**

### **5.4.1 Tutkitun tiedon käyttöä estäviä tekijöitä**

Tutkitun tiedon käyttöön liittyviä tekijöitä kuvattiin väittämillä, joista muodostettiin Funkin ohjeen mukaisesti summamuuttujat; sairaanhoitaja tutkimustiedon hyödyntäjänä, organisaation merkitys tutkimustiedon hyödyntämisessä, tutkimuksen sisällön merkitys tutkimustiedon hyödyntämisessä ja tutkimuksen julkaisemisen ja saatavuuden merkitys tutkimustiedon hyödyntämisessä. Suurimpana (Ka 2,9, Kh 0,8) tutkitun tiedon käytön esteenä, vastaajat pitivät organisaatiosta johtuvia tekijöitä. Tutkimusten julkaisemiseen ja saatavuuteen liittyvät tekijät olivat toiseksi (Ka 2,8, Kh 0,7) suurin este tutkitun tiedon käytölle. Toiseksi vähiten (Ka 2,7, Kh 0,8) tutkitun tiedon käyttöä esti sairaanhoitajaan liittyvät tekijät ja vähiten (Ka 2,6, Kh 0,9) tutkitun tiedon käyttöä esti tutkimuksen sisältöön liittyvät asiat. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Tutkitun tiedon käyttöön liittyvien summamuuttujien keskiarvo, keskihajonta, Gronbachin alfa ja p-arvo (Ka 1 ei ole este...Ka 4 estää erittäin paljon)

Summamuuttuja	Keskiarvo (Ka)	Keskihajonta (Kh)	Gronbachin alfa	p-arvo
Sairaanhoitaja tutkimustiedon hyödyntäjänä	2,7	0,8	0,8	0,063
Organisaation merkitys tutkimustiedon hyödyntämisessä	2,9	0,8	0,8	0,012
Tutkimuksen sisällön merkitys tutkimustiedon hyödyntämisessä	2,6	0,9	0,8	0,145
Tutkimuksen julkaisemisen ja saatavuuden merkitys tutkimustiedon hyödyntämisessä	2,8	0,7	0,7	0,055

### Sairaanhoitaja tutkimustiedon hyödyntäjänä

Suurin osa sairaanhoitajista (73 %) koki tutkimustiedon käytön esteeksi sen, ettei ollut tietoinen tutkimuksista. Nykyisen käytännön muuttamisesta saatu hyöty oli vastaajille hieman epäselvä, koska lähes neljännes vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään ja lähes puolet, jotka olivat ilmaisseet mielipiteensä, pitivät sitä tutkitun tiedon käytön esteenä. Lähes puolella vastaajista oli riittävästi asiasta perillä olevia kollegoita, joiden kanssa voi keskustella tutkimuksista. Yli puolet hoitajista ei kokenut hyötyvänsä mitenkään tutkimusten soveltamisesta, tutkimus ei ollut arvokasta käytännön kannalta eikä ollut dokumentoitua tarvetta muuttaa hoitokäytänteitä. He eivät olleet halukkaita muuttamaan käytänteitä tai kokeilemaan uusia työtapoja ja tunsivat olevansa kykenemättömiä arvioimaan tutkimusten laatua. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Sairaanhoitaja tutkimustiedon hyödyntäjänä

	n	1. Ei ole este	2. Estää vain vähän	3. Estää jonkin verran	4. Estää erittäin paljon	5. En osaa sanoa
	Ka	%	%	%	%	%
	Kh					
Sairaanhoitaja ei ole tietoinen tutkimuksista.	178	10 %	14 %	32 %	41 %	3 %
	3,1					
	1,1					

Nykyisen käytännön muuttamisesta saatu hyöty on vähäinen	209 2,9 1,4	18 %	20 %	32 %	11 %	19 %
Sairaanhoitajalla ei ole riittävästi asiasta perillä olevia kollegoita, joiden kanssa voisi keskustella tutkimuksista.	211 2,5 1,2	25 %	23 %	32 %	14 %	6 %
Sairaanhoitaja ei koe hyötyvänsä tutkimuksen soveltamisesta mitenkään.	209 2,9 1,2	15 %	20 %	33 %	27 %	5 %
Tutkimus ei ole sairaanhoitajan mielestä arvokas käytännön kannalta.	209 2,8 1,2	18 %	21 %	35 %	19 %	7 %
Ei ole dokumentoitua tarvetta muuttaa hoitokäytänteitä.	208 2,2 1,1	0 %	28 %	40 %	17 %	15 %
Sairaanhoitaja ei ole halukas muuttamaan käytänteitä/kokeilemaan uusia työtapoja.	208 2,8 1,3	22 %	18 %	26 %	32 %	2 %
Sairaanhoitaja ei koe olevansa kykenevä arvioimaan tutkimusten laatua.	204 2,6 1,2	17 %	23 %	41 %	14 %	5 %

### Organisaation merkitys tutkimustiedon hyödyntämisessä

Tarkasteltaessa tutkimustiedon hyödyntämistä organisaation kannalta, suurimmaksi esteeksi nousi kiire työelämässä. Sairaanhoitajilla ei ollut aikaa lukea tutkimustuloksia (81 %) ja työn kiireellisyys esti uusien työtapojen soveltamisen (77 %). Kohtaan ”*Sairaanhoitajalla ei ole aikaa lukea tutkimustuloksia*” ei tullut yhtään ”*En osaa sanoa*” vastausta. Yhteistyö lääkärin kanssa, tutkimustuloksien yleistämisen vaikeus, sairaanhoitajien valtuuksien puute muuttaa potilaiden hoitokäytäntöjä sekä muun henkilökunnan tuen puute uusien käytäntöjen soveltamiseksi, tuli esiin reilusti yli puolella vastaajista. Vain puolet vastaajista koki, ettei sairaalan hallinto salli muutoksia nykyiseen käytäntöön tai välineet ja tilat rajoittaisivat käytännön sovellusta. Eniten (11 %) ”*En osaa sanoa*” vastauksia tuli väittämään ”*Sairaalan hallinto ei salli muutoksia nykyiseen käytäntöön*”. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Organisaation merkitys tutkimustiedon hyödyntämisessä

	n Ka Kh	1. Ei ole este %	2. Estää vain vähän %	3. Estää jonkin verran %	4. Estää erittäin paljon %	5. En osaa sanoa %
Välineet ja tilat rajoittavat käytännön sovellusta.	209 2,6 1,2	19 %	21 %	36 %	18 %	6 %
Sairaanhoitajalla ei ole aikaa lukea tutkimustuloksia.	212 3,2 1,0	7 %	12 %	25 %	56 %	0 %
Sairaanhoitajalla ei ole riittävästi valtuuksia muuttaa potilaiden hoitokäytänteitä.	211 2,8 1,1	13 %	19 %	38 %	28 %	2 %
Tutkimustuloksia ei voi yleistää työympäristöön.	210 2,9 1,0	7 %	21 %	49 %	18 %	5 %
Lääkärit eivät tee yhteistyötä sovellettaessa tuloksia käytännössä.	211 3,1 1,2	12 %	13 %	32 %	36 %	7 %
Sairaalan hallinto ei salli muutoksia nykyiseen käytäntöön.	208 2,8 1,3	17 %	22 %	30 %	20 %	11 %
Muu henkilökunta ei tue uusia käytännön sovelluksia.	204 2,8 1,3	13 %	18 %	33 %	31 %	5 %
Työn kiireellisyys estää uusien työtapojen soveltamisen.	207 3,0 1,1	10 %	12 %	36 %	41 %	1 %

### Tutkimuksen sisällön merkitys tutkimustiedon hyödyntämisessä

Tutkimuksen sisällön merkitys tutkimustiedon hyödyntämisessä oli vastaajien mielestä vaikea vastata, koska vastausvaihtoehtoa ”*En osaa sanoa*” käytettiin eniten (8-18 %) tämän osion väittämässä. Eniten (18 %) tätä vaihtoehtoa käytettiin väittämässä ”*Tutkimuksessa käytetyissä menetelmissä on puutteita*”. Lähes puolet vastaajista (47 %) koki tutkitun tiedon käytön esteeksi, että tutkimustieto tulee vain yhdestä lähteestä ja yli puolet (54 %) vastaajista epäili tutkimusten luotettavuutta ja käytettyjä menetelmiä (49 %).

Tutkimusraportteja ja artikkeleita julkaistiin vastaajien (55 %) mielestä riittävän nopeasti, mutta niiden johtopäätökset eivät olleet perusteltuja (63 %) ja kirjallisuudesta löytyi ristiriitaisia tuloksia (55 %). (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Tutkimuksen sisällön merkitys tutkimustiedon hyödyntämisessä

	n	1. Ei ole este	2. Estää vain vähän	3. Estää jonkin verran	4. Estää erittäin paljon	5. En osaa sanoa
	Ka	%	%	%	%	%
	Kh					
Tutkimustieto tulee vain yhdestä lähteestä.	210 2,7 1,3	19 %	21 %	39 %	8 %	13 %
On epävarmaa, voiko tutkimustuloksiin luottaa.	211 2,8 1,2	13 %	25 %	36 %	18 %	8 %
Tutkimuksessa käytetyissä menetelmissä on puutteita.	209 3,0 1,3	9 %	24 %	37 %	12 %	18 %
Tutkimusraportteja ja artikkeleita ei julkaista riittävän nopeasti.	210 2,4 1,3	25 %	30 %	26 %	8 %	11 %
Tutkimuksen johtopäätökset eivät ole perusteltuja.	206 2,2 1,1	0 %	23 %	37 %	26 %	14 %
Kirjallisuudesta löytyy ristiriitaisia tuloksia.	209 2,8 1,2	14 %	21 %	41 %	14 %	10 %

### Tutkimuksen julkaisemisen ja saatavuuden merkitys tutkimustiedon hyödyntämisessä

Suurin osa vastaajista (60 %) sai tutkimusraportteja ja artikkeleita luettavakseen huonosti eikä tutkimustulosten vaikutus käytäntöön ollut ollenkaan selvä suurimmalle osalle hoitajista (72 %). Suuri osa heistä (70 %) piti tilastollisia analyyskejä vaikeasti ymmärrettävinä. Tutkimusten tärkeydestä vastaajien mielipiteet jakautuivat tasaisesti puolesta

(48 %) ja vastaan (48 %). Tutkimuskirjallisuuden sijoittaminen moneen paikkaan oli valtaosan (61 %) mielestä este tutkitun tiedon käytön este samoin kuin tutkimustulosten epäselvyys ja epäluotettavuus. Vastausvaihtoehtoa ”En osaa sanoa” oli käytetty hyvin tasaisesti (3-6 %) kaikkien väittämien osalta. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Tutkimuksen julkaiseminen ja saatavuuden merkitys tutkimustiedon hyödyntämisessä

	n	1. Ei ole este	2. Estää vain vähän	3. Estää jonkin verran	4. Estää erittäin paljon	5. En osaa sanoa
	Ka	%	%	%	%	%
	Kh					
Tutkimusraportteja ja artikkeleita on saatavilla huonosti.	213 2,8 1,1	17 %	20 %	34 %	26 %	3 %
Tutkimustulosten vaikutukset käytäntöön eivät ole selviä	212 3,0 1,0	6 %	16 %	47 %	25 %	6 %
Tilastolliset analyysit eivät ole ymmärrettäviä.	212 2,9 1,0	9 %	18 %	42 %	28 %	3 %
Tutkimukset eivät ole tärkeitä sairaanhoitajan käytännön työssä.	211 2,4 1,2	28 %	20 %	31 %	17 %	4 %
Tarkoituksenmukaista kirjallisuutta ei ole koottu yhteen paikkaan.	210 2,7 1,2	18 %	16 %	39 %	22 %	5 %
Tutkimustuloksia ei esitetä selkeästi ja luotettavasti.	206 2,9 1,2	11 %	20 %	36 %	27 %	6 %

Kaksi väittämää ei kuulunut mihinkään summamuuttujaan Funkin ohjeiden mukaan ja niitä tarkasteltiin erikseen. Hieman yli puolet vastaajista (56 %) piti tutkimustiedon määrää liian suurena. Tutkimustiedon vieraskielisyys oli merkittävä este tutkimustiedon käytölle suurelle osalle (73 %) vastaajista.

#### 5.4.2 Taustamuuttujien yhteys tutkitun tiedon käyttöä estäviin ja edistäviin tekijöihin

Taustamuuttujilla ei ollut minkäänlaista tilastollista yhteyttä siihen, millainen **sairaanhoitaja oli tutkimustiedon hyödyntäjänä**. (Liite 5.1.) Sen sijaan taustamuuttujista työkokemuksella, oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p=0,001$ ) yhteys tarkasteltaessa **organisaation merkitystä tutkimustiedon hyödyntämisessä**. Yli 20 vuotta työkokemusta hoitotyössä omaavat pitivät organisaatiota pienempänä esteenä tutkimustiedon hyödyntämiselle työssään kuin kymmenen vuotta tai alle, hoitotyön tehtävissä olleet. Pitkään työssä olleilla hoitotyön perustehtävien lisäksi riitti enemmän aikaa tutkimustuloksien lukemiselle, työyhteisön tuki käytännön sovelluksille koettiin myönteisenä ja lääkäreiden yhteistyö heidän kanssaan oli suurempaa, kuin vähän työkokemusta omaavilla. Ammattikorkeakoulusta valmistuneet sairaanhoitajat kokivat organisaation suuremmaksi esteeksi tutkimustiedon käytölle kuin muut sairaanhoitajat, koska heidän työkokemuksensa oli alle 20 vuotta. Samoin kokivat ne vastaajat, jotka kuuluivat ikäryhmään 20–35 vuotta tai työskentelivät väliaikaisessa työsuhteessa. Miehet pitivät organisaatiota pienempänä esteenä tutkitun tiedon käytölle kuin naiset, koska miehistä puolet kuului vanhimpaan ikäryhmään eli heillä oli myös pitkä työkokemus. Sairaalassa kaksi työskentelevistä vajaa puolet kuului vanhimpaan ikäryhmään, ammattikorkeakoulusta valmistuneita sairaanhoitajia ei juuri ollut ja lähes puolella vastaajista oli yli 20 vuoden työkokemus, joten he kokivat organisaation pienemmäksi esteeksi tutkitun tiedon käytölle kuin muiden sairaaloiden henkilökunta. (Liite 5.2.)

**Tutkimuksen sisällön merkitys tutkimustiedon hyödyntämisessä** oli taustamuuttujien osalta tilastollisesti melkein merkitsevä ( $p=0,012$ ) sukupuolen osalta. Mieshoitajilla tutkimuksen sisällön merkitys oli suurempi kuin naishoitajille. (Liite 5.3.) **Tutkimuksen julkaisemisen ja saatavuuden merkitys** oli tilastollisesti melkein merkitsevä ( $p=0,021$ ) työskentelysairaalan osalta. Sairaalassa kaksi työskentelevät vastaajat saivat helpoiten luettavaksi tutkitun tiedon julkaisuja, kun taas sairaalassa yksi työskenteleville se oli vaikeinta. (Liite 5.4.)

#### 5.4.3 Tutkitun tiedon käyttöä edistävät ja estävät tekijät vastaajien itse kuvaamina

##### **Tutkimustiedon käyttöä työssä edistävät tekijät**



Vastauksista nousivat esiin johdon tuki, tutkimusten hyvä saatavuus, työyhteisön tuki, ymmärrettävä tutkimus sekä oma motivaatio. (Taulukko 16.) Eniten tutkimustiedon käyttöä työssä edisti organisaation johdosta johtuvat tekijät ja vähiten edisti hoitajista itsestään johtuvat tekijät. (Liite 6.)

Taulukko 16. Tutkimustiedon käyttöä työssä edistävät tekijät

Yläkategoria	Ilmaisujen määrä	
	(n)	%
Organisaation johdosta johtuvat tekijät	61	38 %
Tutkimusten saatavuudesta johtuvat tekijät	39	24 %
Työyhteisöstä johtuvat tekijät	28	18 %
Tutkimuksesta johtuvat tekijät	27	17 %
Hoitajista itsestään johtuvat tekijät	5	3 %
yhteensä	160	100%

**Organisaation johto** voisi tukea tutkimusten käyttöä antamalla työaikaa ja resursseja niihin tutustumiseen sekä edistää myönteisellä asenteella uusien käytäntöjen kokeilua. Tutkimusyhteyshenkilö, joka kääntäisi ulkomaisia tutkimuksia eri erikoisaloilta suomeksi ja referoisi niitä henkilökunnan käyttöön, edistäisi ulkomaisten tutkimusten tietoutta huomattavasti henkilökunnan keskuudessa.

*” Jos joku hakisi ne valmiiksi ja hiukan tuputtaisi tai ottaisi keskustelun alle. Osastolla voisi myös ongelma- tai kehityskokouksessa hakea hoitotyöstä vaikka kuukauden tai alkuvuoden ongelma, joka sitten yritetään ratkaista hakemalla tietoa asiaan, vaikka ryhmässä. Jos yksin yrittää niin ei se taida kantaa kovin pitkälle. Tutkitun tiedon saaminen arkikäyttöön voisi edesauttaa jos tutkimustuloksista saisi vaikka "maalaistollo" versiot joita olisi helpompi / hyväksyttävämpi lukea, vaikka ollaan ammattilaisia. ”*

Tutkimusten tulisi olla helposti **saatavilla** joko sähköisesti tai kirjallisesti ja mielellään referoituina versioina. Käyttöä helpottaisi myös, jos osastoille saataisiin säännöllistä informaatiota valmistuneista tutkimuksista.

*” Jos vaikka tietokoneelta olisi luettavissa uusien tutkimusten nimet ja vaikkapa tiivistelmät ”*

**Työyhteisön** kannustava tuki oli myös useassa vastauksessa. Asioiden käsittely yhteisesti osastokokouksissa tai muissa yhteisissä tilaisuuksissa edistäisi tutkimustietouden lisääntymistä ja yhteisesti asioista päätettäessä, muutokset olisivat helpommin toteutettavissa ja kaikki sitoutuisivat niihin. Muutosten toivottiin toteutuvan hiljalleen ja järkevästi. Myös lääkäreiden tutkimusmyönteisyys työyhteisössä edistäisi muun henkilökunnan tutkimusmyönteisyyttä.

*” Omaa alaa koskevien tutkimusten käsittely osastotunneilla ja esimiehen aktiivisuuden uuden tutkitun tiedon keräämisessä, esiin tuomisessa sekä luetuttamisessa henkilökunnalla.”*

**Tutkimus** oli ymmärrettävä, jos se oli helppolukuinen, aiheeltaan käytännönläheinen, suomenkielinen, selkeästi kirjoitettu ja tulokset käytäntöön sovellettavissa.

*” Selkeys Helposti luettavia Lyhyt ja ytimekäs Olennainen asia, turhat fraasit pois.”*

**Hoitajista** johtuvia tekijöitä kuvattiin kolmessa vastauksessa. Näissä tuli esiin hoitajien oma motivaatio tutkimusten käyttöön.

*” oma motivaatio, resurssit muutosten tekemiseen ”*

### **Tutkimustiedon käyttöä estävät tekijät**

Tutkimustiedon käyttöä estävät tekijät liittyivät organisaatioon, tutkimusten saatavuuteen, työyhteisöön, tutkimukseen ja hoitajiin itseensä. (Taulukko 17.) Eniten tutkimus-

tiedon käyttöä esti hoitajista itsestään johtuvat tekijät ja vähiten tutkimusten saatavuuteen liittyvät tekijät. (Liite 6.)

Taulukko 17. Tutkimustiedon käyttöä estävät tekijät

Yläkategoria	Ilmaisujen määrä	
	( n)	%
Organisaation johdosta johtuvat tekijät	6	10 %
Tutkimusten saatavuudesta johtuvat tekijät	2	3 %
Työyhteisöstä johtuvat tekijät	6	10 %
Tutkimuksesta johtuvat tekijät	14	23 %
Hoitajista itsestään johtuvat tekijät	33	54 %
Yhteensä	61	100 %

**Organisaation johdon** tuen puute kuvattiin sitoutumattomuutena tutkitun tiedon käyttöön. Hoitajien halukkuutta kehittää omaa työtään ei johdon taholta tuettu.

*” Arvostus - hoitajien kehittämistyön saama hallinnon tuki on mitätöntä ”*

**Tutkimusten saatavuuteen** liittyviä ilmaisuja oli vain kahdessa vastauksessa ja ne liittyivät tiedonhaun vaikeuteen.

*”Tiedon saatavuus – on haettava ja joskus se on vaikeaa”*

Tutkimustiedon käyttö ja siihen sitoutuminen vaati koko **työyhteisöltä** yhteistyötä ja sen puute oli suuri este tutkitun tiedon käytölle.. Yhteistyö lääkärien ja hoitajien välillä ei toiminut. Tutkitun tiedon käyttöä esti myös vertaistuen puute.

*” Tutkimustiedon soveltaminen vaatii yhteistä keskustelua ja sopimuksia”*

**Tutkimukset** olivat liian teoreettisia eikä niiden tarkoituksesta ja hyödystäkään ollut aina varmuutta. Tutkimustiedon koettiin olevan kaukana käytännöstä ja se oli huonosti sovellettavissa käytännön työelämään. Tutkimuksia tehtiin vain jonkun tutkinnon suorittamiseksi.

*” Tutkimukset tuntuvat usein olevan tehty vain koska tutkimus pitää tehdä ja käytännön todellisuus on niistä oikeasti todella kaukana ”*

**Hoitajista** itsestään johtuvat tekijät liittyivät kielteisiin asenteisiin ja ajanpuutteeseen. Tutkitun tiedon käytön esteiksi koettiin sekä omat että muiden kielteiset asenteet tutkittua tietoa kohtaan. Muutosvastarinta ilmeni pelkona muutoksia kohtaan niin, ettei haluttu edes kokeilla uusia työtapoja. Tutkimustieto koettiin jopa pelottavaksi asiaksi. Tutkimusten lukeminen oli vastaajien mielestä aikaavievää, eikä kiireisessä työtahdissa ollut siihen mahdollisuuksia. Lukeminen ei myöskään kiinnostanut, koska ei ollut aikaa työn kehittämiseksi kun kaikki aika meni perustyöhön.

*”Ylipäättään kiinnostuksen puute. Oma aktiivisuus loppuu, kun sulkee oven takanaan töistä lähtiessä”*

Kysyttäessä tieteellisen tiedon käytön soveltamisen kolmea suurinta estettä vastausvaihtoehtoista valittaessa, vastaukseksi tuli kaikissa kolmessa kohdassa kiire. Suurimmiksi esteiksi vastaajat valitsivat vaihtoehdot ” *Työn kiireellisyys estää uusien työtapojen soveltamisen* ” (n=30), ”*Sairaanhoidajalla ei ole aikaa lukea tutkimustuloksia*” (n=20) ja ”*Tutkimustieto on julkaistu vieraalla kielellä*” (n=10). Toiseksi suurimmaksi esteiksi nousivat ”*Sairaanhoidajalla ei ole aikaa lukea tutkimustuloksia*” (n=12), ” *Työn kiireellisyys estää uusien työtapojen soveltamisen* ” (n=11) sekä ”*Muu henkilökunta ei tue uusia käytännön sovelluksia*” (n=11). Kolmanneksi suurimmat esteet olivat ” *Työn kiireellisyys estää uusien työtapojen soveltamisen* ” (n=10), ”*Tutkimustieto on julkaistu vieraalla kielellä*” (n=10) ja ”*Sairaanhoidaja ei koe hyötyvänsä tutkimuksen soveltamisesta mitenkään* ”(n=10).

## 5.5 Yhteenveto tuloksista

Enemmistö vastaajista oli naisia, iältään 46–65 vuotta, työkokemusta yli 20 vuotta, opistotasaisen sairaanhoitajakoulutuksen käyneitä, vakinaisessa sairaanhoitajan toimes- sa olevia ja työskentelivät sairaalassa 1, operatiivisella tulosalueella. Hieman yli puolet oli osallistunut omalla ajallaan, viimeisen viiden vuoden aikana koulutuksiin. Ammatil- lisiä lehtiä tuli valtaosalle ja tieteellisiä lehtiä kuudelle prosentille vastaajista. Ammatti- korkeakoulun opinnäytetöitä oli viimeisen vuoden aikana tehty yli puolessa (62 %) työ- yksiköistä.

Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödynnettävyyttä hoitotyön kehittämisessä, mitattiin neljällä summamuuttujalla. Opinnäytetöitä oli saatavilla kohtuullisen helposti ja opiskelijoiden toivottiin esittävän valmiita töitään tutkimukseen osallistuville osas- toille. Esimiesasemassa olevat pitivät ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä helpommin saatavina kuin sairaanhoitajat. Vastaajista konservatiivisessa tulosyksikössä työskente- levät saivat opinnäytetöitä helpommin luettaviksi kuin muiden tulosyksikköjen henkilö- kunta. Henkilöt, joille tuli tieteellisiä hoitotyön lehtiä, olivat tyytyväisempiä opinnäyte- töiden saatavuuteen kuin ammatillisista lehdistä kiinnostuneet. Yli puolet vastaajista piti suurena apuna, hoitotyön kehittämisessä, ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä. Kaikkein hyödyllisimpinä pidettiin erikoistumiskoulutuksen opinnäytetöitä. Täysin hyödyttöminä, ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt olivat vain kymmenesosan mielestä. Hoitotyön kehittämisessä esimiehet eivät kannustaneet käyttämään ammattikorkeakou- lun opinnäytetöitä, vaikka osastonhoitajat/apulaisosastonhoitajat pitivät ammattikorkea- koulun opinnäytetöitä hyödyllisempinä hoitotyön kehittämisessä kuin sairaanhoitajat. Opinnäytetöiden tutkimustulokset oli enemmistön mielestä ilmaistu selkeästi. Erikois- tumiskoulutuksen opinnäytetyöt olivat tuoneet työpaikoille enemmän uusia hoitokäytän- töjä, kuin muiden koulutusten opinnäytetyöt. Hoitamiseen liittyviin käytännön ongel- miin, puolet vastaajista oli saanut vastauksen. Esimiesasemassa olevat pitivät ammatti- korkeakoulun opinnäytetöitä paremmin käytäntöön soveltuvina kuin sairaanhoitajat. Samoin vastasi niiden yksikköjen henkilökunta, joissa opinnäytetöitä oli tehty viimeisen vuoden aikana. Eniten vastaajat olivat eri mieltä väittämien kanssa kohdassa, opinnäy- tetöiden käytännöstä lähtevät aiheet. Vastaajien mielestä ammattikorkeakoulut eivät kysyneet opinnäytetöiden aiheita työyksiköistä, mutta opiskelijoista puolet oli kysellyt henkilökunnalta ehdotuksia opinnäytetöiden aiheeksi. Suurin osa ei ollut itse esittänyt

aihe-ehdotuksia opiskelijoille, mutta työkavereista yli puolet oli. Asiakkaat/potilaat eivät ehdottaneet opinnäytetöiden aiheita opiskelijoille. Hieman alle puolet vastasi, että opiskelijat tekevät opinnäytetyönsä mistä haluavat. Esimiesasemassa olevat, yksikköjen henkilökunta joissa oli viimeisen vuoden aikana tehty opinnäytetöitä, vakinaisessa työsuhteessa olevat, vanhimpaan ikäryhmään (45-65v) kuuluvat, yli 20 vuotta työssä olleet, sairaalan 2 henkilökunta ja konservatiivisella tulosalueella työskentelevät, pitivät käytännöstä lähteviä aiheita tärkeämpinä kuin muut.

Avoimiin kysymyksiin opinnäytetöiden käyttöä estäviin ja edistäviin tekijöihin sekä miten opinnäytetyö pitäisi esitellä osastolla, tuli runsaasti vastauksia. Opinnäytetöiden käyttöä estäviksi tekijöiksi nousi esiin itse opinnäytetöistä, hoitajista, opiskelijoista, oppilaitoksista ja organisaatioista johtuvia syitä. Opinnäytetöiden aihevalinta oli huono, teoreettisuus sekä soveltumattomuus käytännön työhön. Hoitajilla oli kiire ja kielteinen asenne tutkimuksia kohtaan. Opiskelijoilla oli vähäinen työkokemus sekä tiedonpuute käytännön työstä. He eivät esitelleet töitään osastoilla. Oppilaitosten yhteistyössä yksiköiden kanssa koettiin puutteelliseksi ja opettajien tietotaito kyseenalaistettiin. Opinnäytetöitä tehtiin yksiköissä joko liikaa tai liian vähän. Organisaatio ei tukenut henkilökunnan opinnäytetöiden hyödyntämistä.

Opinnäytetöiden käyttöä edistäviä tekijöitä olivat opinnäytetöiden käytännönläheinen, osaston tarpeista lähtevä aihevalinta. Ammattikorkeakoulujen toivottiin mainostavan opinnäytetöitään ja yleensäkin parantavan niiden saatavuutta työyksiköissä. Tiiviimpi yhteistyö työyksiköiden kanssa parantaisi töiden laatua ja hyödynnettävyyttä. Organisaation tuki työyhteisöille, antamalla aikaa ja luomalla tutkimusmyönteistä ilmapiiriä, edistäisi opinnäytetöiden käyttöä. Valmiit opinnäytetyöt toivottiin esitettävän suullisesti osastotunneilla opiskelijoiden itsensä pitäminä. Työyksiköt toivovat lisäksi saavansa opinnäytetyöstä sekä kirjallisen- että internetversion.

Tutkitun tiedon käyttöä estäviä ja edistäviä tekijöitä mitattiin puolistrukturoidulla kansainvälisellä kyselykaavakkeella. Kyselylomakkeen väittämät mittasivat tutkitun tiedon käyttöä estäviä tekijöitä ja avoimet kysymykset sekä estäviä että edistäviä tekijöitä. Tutkitun tiedon käyttöön liittyviä tekijöitä kuvattiin väittämillä, joista muodostettiin mittarin laatijan ohjeen mukaisesti neljä summamuuttujaa. Ainoa väittämä, johon yksikään vastaaja ei ollut käyttänyt vastausvaihtoehtoa ”En osaa sanoa”, oli väittämä ”Sai-

raanhoitajalla ei ole aikaa lukea tutkimustuloksia". Suurin osa (80 %) vastaajista valitsi vaihtoehdot "Estää jonkin verran" tai "Estää erittäin paljon".

Tutkitun tiedon käyttöä esti vähiten tutkimuksen sisältö. Suurin tutkitun tiedon este oli organisaation asenne ja toiminta. Taustamuuttujien yhteys tutkitun tiedon summamuuttujiin oli vähäinen kaikkien muiden summamuuttujien osalta, paitsi tarkasteltaessa organisaation merkitystä tutkimustiedon hyödyntämisessä. Organisaation kokivat tutkitun tiedon käytön esteeksi naiset, nuorimpaan ikäryhmään (20–35 vuotta) kuuluvat, ammattikorkeakoulusta valmistuneet, vähän työkokemusta (0-10 vuotta) omaavat, sijaisina toimivat ja sairaalassa yksi työskentelevät vastaajat.

Avoimeen kysymykseen tutkitun tiedon käyttöä edistävästä tekijöistä, vastaajat nostivat esiin tutkimuksen ymmärrettävyyden, hyvän saatavuuden, johdon tuen, työyhteisön tuen ja oman motivaation. Tutkimus oli ymmärrettävä, jos se oli helppolukuinen, selkeä, käytännönläheinen ja suomenkielinen. Hyvään saatavuuteen kuuluivat tutkimuksen helppo saatavuus, tuodaan mielellään osastolle, voi lukea internetistä ja myös kirjallisesti saatavilla. Johdon tuki tarkoitti resurssien saamista, esimiehen kannustavaa asennetta ja tukea, työaikana mahdollisuutta tutustua tutkimuksiin ja määrätty henkilöä, joka kääntää tutkimuksia suomeksi ja referoi ne henkilökunnalle. Työyhteisön tuki merkitsi kannustavaa ja tutkimusmyönteistä ilmapiiriä työyksikössä, yhteistyötä ja tutkimusten käsittelyä osastotunneilla. Omaan motivaatioon kuuluivat oma kiinnostus tutkimuksiin ja tutustuminen niihin kotona.

Tutkimustiedon käytön soveltamisen esteitä kysyttiin neljällä avoimella kysymyksellä. Soveltamisen esteet liittyivät kielteisiin asenteisiin, tutkimuksen teoreettisuuteen sekä tarkoituksen ja hyödyn epäselvyyteen, ajanpuutteeseen, johdon tuen puutteeseen ja yhteistyön puutteeseen. Omat asenteet tunnistettiin esteeksi tottumattomuutena lukea tutkimuksia, kiinnostuksen puutteena ja kielteisinä asenteina tutkimuksia kohtaan. Muutosvastarinta esiintyi muutoshaluttomuutta ja kielteisyytenä uusia tapoja kohtaan. Soveltamisen este oli, jos tutkimukset olivat kaukana käytännöstä, huonosti käytäntöön sovellettavia, liian teoreettisia, hyödyn suhteen epäselviä ja tulokset tulivat hitaasti. Ajanpuute näkyi kiireenä, eikä työaikana ollut aikaa lukea tutkimuksia ja johdon tuen puute byrokraattisuutena, tutkimusten saannin vaikeutena, sitoutumattomuutena tutkitun tiedon käyttöön ja informaation puutteena. Yhteistyön tarve oli esteenä, koska yhteistyötä ei

ollut tai siihen ei ollut aikaa. Kysymykseen, mikä oli kaikkein suurin este tutkimustiedon soveltamiseen työssä, tuli selkeästi vastaukseksi kiire.

## **6 POHDINTA**

### **6.1 Tutkimuksen eettisyys ja ekologisuus**

Tutkijan perustehtävä on luotettavan tiedon tuottaminen todellisuudesta. Tiedon tuottamiseen liittyy keskeinen osa tutkijan ammattietiikkaan kysymyksistä. Tutkimuksen julkistamisen etiikka tarkoittaa omien tietojen ja taitojen siirtämistä uusille tutkijoille. Tutkimuksen tekijän on oltava kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta, paneuduttava tunnollisesti omaan alaansa ja vältettävä kaikenlaista vilppiä. Tietojen hankkimisessa eettisiksi kysymyksiksi nousevat: mistä ja miten tietoa hankitaan, millaista tietoa tulisi tuottaa ja mihin sitä jatkossa käytetään. Kaikesta sellaisesta tutkimuksesta tulee pidättäytyä, joka aiheuttaa kohtuutonta vahinkoa. Ihmisarvoa tulee kunnioittaa ja sosiaalinen vastuu velvoittaa, että tieteellistä tietoa käytetään eettisten vaatimusten mukaisesti. Tutkijan tulee toimia tavalla, joka edistää tutkimusten teon mahdollisuuksia ja suhtautua toisiin tutkijoihin kunnioittavasti. Kunnioittavuus ei tarkoita vilpin tai väärinkäytöksen hyväksymistä. Koko tiedeyhteisö hyötyy rehellisestä ja muita tutkijoita kunnioittavasta tutkimuksesta. (Pietarinen 1999, 6–12.)

Tieteellistä tutkimustoimintaa ohjataan ja valvotaan eettisen ohjeistuksen avulla, johon kaikki suomen yliopistot ja tutkimuslaitokset ovat sitoutuneet. Näin edistetään hyvää tieteellistä käytäntöä ja sen loukkausten käsittelyä. Suomessa on useita eettisiä neuvottelu- ja toimikuntia, jotka tekevät tutkimushankkeiden eettistä ennakoarviointia ja pohtivat tutkimuskohteen moraalista asemaa tutkimuksessa. (Launis 2007, 28–29.)

The Barriers Scale – mittarin käyttöön pyydettiin asianmukaiset luvat sekä S. Funkilta että suomennetun version haltijalta Olli Orannalta. Heidän nimensä mainittiin myös kyselylomakkeessa, jolloin vastaajille ilmeni mittarin alkuperäiset tekijät, eikä missään vaiheessa ollut mahdollisuutta väärinkäsitykseen.



Tutkimuslupa tähän tutkimukseen pyydettiin sairaanhoitopiirin hallintoylihoitajalta, koska tutkimuksen kohteena oli terveydenhuoltohenkilöstö. Eettisen toimikunnan lupaa ei tarvittu, koska tutkimuskohteena eivät olleet sairaanhoitopiirin potilaat. Tutkimuksesta tiedotettiin sähköpostilla. Vastaus tapahtui nimettömänä ja vapaaehtoisesti vastauslinkin kautta, siten ettei yhdenkään vastaajan henkilöllisyys tullut esiin missään vaiheessa. Näin varmistettiin, ettei tutkittaville aiheutunut mitään haittaa. Tämä kerrottiin vastaajille saatekirjeessä. Terveydenhuoltohenkilöstön vastauksia pidettiin suostumuksena tutkimukseen. Koska kyse oli sähköisestä tutkimuksesta linkin kautta, vastauslomake palautui täytettynä Webropol-ohjelmaan eikä vastaajan sähköpostiin jäänyt mitään merkintää vastaamisesta. Ohjelmaan oli valittu anonyymiteetin lisäksi vastauskertojen rajaus yhteen vastauskertaan. Kyseisessä tutkimusohjelmassa jokaisella tutkijalla oli käyttäjätunnus vain omiin tutkimuksiinsa, eivätkä muut päässeet katselemaan tai käsittelemään tutkimusaineistoa. Näin taattiin tutkimuksen luottamuksellisuus. Tutkimuksen kohteena ollutta sairaanhoitopiiriä ei mainita nimeltä raportissa, eikä osastokohtaisia tuloksia julkaistu, ettei pienimpiä yksiköitä ollut mahdollista tunnistaa. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 26–33; Heikkilä 2004, 29–32.)

Tutkimuksen analysoinnin aikana eettisyys ilmeni tietojen luottamuksellisena käsittelynä rehellisesti, mitään muuttamatta. Avointen kysymysten sisällönanalyysin vaiheet on tarkasti kuvattu ja aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä löytyy esimerkki liitteenä, jotta lukija pystyy seuraamaan aineiston analyysin kulkua ja arvioimaan lopputulosta. Tutkimustulokset julkaistiin todellisina, muuttamatta niitä kenenkään edun mukaisiksi.

Tutkimuksen ekologisuus näkyi paperin ja kopiomusteen käytön vähäisyytenä tutkimuksen suoritusvaiheessa. Kyselylomakkeita ei tulostettu paperille kuin Tampereen yliopistolle lähetettäessä ja tutkimuslupaa anottaessa sairaanhoitopiirin hallintoylihoitajalta. Kaikki muut kyselylomakkeet lähetettiin sähköisesti. Luonnon saastekuormitusta vähennettiin näin yhden tutkimuksen osalta.

## **6.2 Tutkimuksen luotettavuus**

Tutkimuksen luotettavuus tarkoittaa tieteellisessä tutkimuksessa, että tulokset ovat eissattumanvaraisia ja tutkimus voidaan tarvittaessa toistaa. Tarkoituksena on saada luotet-

tavia vastauksia tutkimuskysymyksiin. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mittarin luotettavuus on yksi tärkeimmistä asioista, koska tutkimuksen tulokset ovat siitä riippuvaisia. Luotettavuutta mitataan validiteetilla ja reliabiliteetilla. Tutkimuksen kvalitatiivisen osuuden osalta, ei ole yhtä tiukkoja luotettavuuskriteereitä kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi perustuu aineiston keräämiseen, analyysiin ja raportointiin. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 206- 216; Heikkilä 2004, 29.)

Teoriaosaan tietojen haku suoritettiin Chinal(ovid)-, Medline(ovid)-, Arto- ja Tamcat-tietokannoista, vuosilta 1997–2008. Teoriatiedon pohjalta rakennettiin ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden käyttöä hoitotyön kehittämisessä mittaava mittari, jossa käytettiin apuna Tampereen yliopiston asiantuntemusta. Tutkitun tiedon käytön esteitä mittaava mittari The Barriers Scale, valittiin kansainvälisen vertailtavuuden vuoksi. Molemmat mittarit sisälsivät myös avoimia kysymyksiä, syventäen näin tiedon luonnetta.

Mittarin validiteetti eli pätevyys tarkoittaa, että mittari mittaa juuri oikeita asioita. Validius tarkoittaa systemaattisen virheen puuttumista. Tutkittavat käsitteet ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, hoitotyön kehittäminen ja tutkittu tieto määriteltiin, samoin kuin tutkittava perusjoukko. Käsitteet operationalisoitiin mitattaviksi muuttujiksi. Tutkimuksen validiutta lisättiin suorittamalla esitutkimus pienellä, etukäteen määritellyllä tutkimusjoukolla, jolloin varmistettiin mittarin toimivuus, loogisuus, ymmärrettävyys ja helppokäyttöisyys. Saadut esitutkimus vastaukset analysoitiin, mutta vastausten vähyyden vuoksi mitään jakaumia ei voitu laskea. Avoimiin kysymyksiin oli vastattu niukasti. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 207–208; Heikkilä 2004, 29–30.)

Mittarin reliabiliteetti on mittarin kyky antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia eli tulosten tarkkuutta. Mittarin reliabiliteettia parannettiin esitutkimuksella, jonka seurauksena saattekirjettä korjattiin. Mittausaika rajattiin tarkasti kahteen viikkoon ja sähköinen tutkimusohjelma esti samaa vastaajaa vastaamasta uudelleen. Vastaamisen saattoi jättää kesken ja jatkaa kyselylomakkeen täyttämistä itselleen sopivana ajankohtana, tutkimuksen aikataulun puitteissa. Mittarin summamuuttujista laskettiin mittarinsisäinen konsistenssi eli yhteneväisyys Cronbachin alfan avulla. Reliabiliteetti toteutui kohtuullisesti ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä koskevissa kysymyksissä (Cronbachin alfa 0,4 – 0,7) ja

hyvin tutkitun tiedon käytön esteissä (Cronbachin alfa 0,7 – 0,8). (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 209–210; Heikkilä 2004, 30, 187.)

Esitutkimuksen otos oli pieni ja vastausprosentti alhainen. Yksi esitutkintaan osallistuneista henkilöistä otti itse yhteyttä tutkijaan, varmistaakseen vastauksensa perille tulon. Häntä haastateltiin samassa yhteydessä kyselylomakkeen väittämien ymmärrettävyydestä ja vastaamisesta sähköisesti. Kyselylomakkeen ammattikorkeakouluosa oli hänestä selkeä, mutta The Barriers Scale osuus oli hieman vaikea. Vastaaminen sähköisesti oli hänestä vaivaton ja helppo tapa. Eniten kysymyksiä oli herättänyt hänessä samoin kuin muissa vastaajissa, sähköpostista puuttunut ”vastaus lähtenyt” merkintä. (Kyseisen sairaanhoitopiirin lähetetyistä vastauksista jää oma merkintänsä henkilökohtaiseen sähköpostiin.) Saatekirjeeseen lisättiin selitys, ettei vastaamisesta jää mitään merkintää, koska vastaaminen tapahtui anonyymisti linkin kautta. Kyselylomakkeen muutosehdotukset koskivat The Barriers Scale – mittaria, johon tutkijalla ei ollut valtuuksia tehdä muutoksia.

Tutkimuslomakkeen alkuosassa olevat esitiedot ja ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä koskevat muuttujat pyrittiin tekemään selkeiksi ja kukin vain yhtä asiaa mittaavaksi (Heikkilä 2004, 48). The Barriers Scale – mittaria oli käytetty ympäri maailmaa ja sen oli todettu mittaavan tutkitun tiedon käytön esteitä. Vastaajia pyrittiin saamaan riittävästi valitsemalla tarpeeksi suuri otos (n=690), koska oli tiedossa, että organisaatioissa joissa tehdään paljon tutkimuksia, terveydenhuoltohenkilöstö vastaa tutkimuksiin ajoittain melko huonosti. Vastausprosenttia pyrittiin nostamaan lähettämällä vastauskehotus kaikille tutkimukseen valituille henkilöille viikon kuluttua vastausajan alkamisesta. Saatua vastausprosentti oli pieni (31 %), mutta vastaajien jakauma oli yhdenmukainen sairaanhoitopiirin ikäjakauman ja henkilökunnan tehtäväjaon kanssa. Näin ollen alhaisen vastausprosentin ei katsota alentavan tutkimuksen luotettavuutta, koska vastaajien kokonaismäärä oli yli 200.

Aineistonkeruun luotettavuutta lisättiin tarkistamalla tutkimusotokseen valittujen henkilöiden sähköpostiosoite kahteen kertaan. Sähköpostin lähettämiseen käytettiin sairaanhoitopiirin sisäistä sähköpostia, johon ulkopuolisilla ei ollut käyttöoikeuksia. Näin varmistettiin, että kaikki henkilöt kuuluivat sairaanhoitopiirin henkilöstöön. Luotettavuutta alensi hieman se, että käytetyistä tietolähteistä ei ollut mahdollista tarkistaa, oliko

henkilö äitiyslomalla, hoitovapaalla tai muuten pitkään poissa omasta työstään. Luotettavuutta lisäsi sähköpostikirjeiden lähettäminen kaikille yhtä aikaa ja vastausajan päättyminen kaikilta samanaikaisesti. Vastajat täyttivät kyselylomakkeen työajallaan, sopivana katsomanaan aikana. Aineisto siirrettiin sähköisesti tilasto-ohjelmaan, ja siirron oikeellisuus tarkistettiin. Myös avointen kysymysten vastaukset siirrettiin ensin tilasto-ohjelmaan ja sitten kirjoitusohjelmaan analysointia varten. Aineiston analyysi kuvattiin raportissa tarkasti luotettavuuden lisäämiseksi ja saadut tilastolliset taulukot laitettiin raportin liitteiksi. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysin avulla ja luotettavuutta lisättiin alkuperäisillä ilmaisuilla. (Nieminen. 1997, 219–220.)

Tutkimustulosten sisäistä ja ulkoista validiteettia lisäsi tutkimukseen vastanneiden henkilöiden jakauman yhtenevyys tutkittavan sairaanhoitopiirin terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Tutkimukseen henkilöt valittiin satunnaisotoksella. Tutkimuksesta ei tiedotettu sairaanhoitopiirin sisäisessä lehdessä, vaan jokaisen tutkimukseen valitun sähköpostissa, koska tutkijan ja muiden henkilöiden vaikutus vastauksiin haluttiin minimoida. Näin pyrittiin saamaan jokaisen vastaajan henkilökohtainen mielipide esiin ja tutkimustulos mahdollisimman totuudenmukaiseksi.

### **6.3 Tutkimustulosten tarkastelu**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntämistä hoitotyön kehittämisessä sekä ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden ja tutkitun tiedon käyttöä estäviä ja edistäviä tekijöitä terveydenhuoltohenkilöstön näkökulmasta.

Tutkimus osoitti, että ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntäminen hoitotyön kehittämisessä, oli yhteydessä vastaajan työkokemukseen ja työelämäyhteistyöhön. Ammattikorkeakoulun erikoistumisopinnot tehdään yleensä työn ohessa ja työelämäsidonnaisuus on vahva. Tällaiset opinnäytetyöt koettiin kaikkein hyödyllisimmiksi hoitotyön kehittämisessä. Työelämän tarpeisiin vastaava opinnäytetyö, kehittää eniten opiskelijan asiantuntijuutta eli siitä hyötyvät sekä työelämä että opiskelija (Rissanen 2003). Perustutkinto-opiskelijoiden opinnäytetyöt koettiin myös hyödyllisiksi. Työharjoittelujakson jälkeen aloitettu opinnäytetyö, jonka aihe on työelämlähtöinen, linkittyy

myös työelämän tarpeisiin ja parhaimmillaan auttaa opiskelijaa työllistymään valmistumisen jälkeen (Heikkilä 2004, 27; Heinonen 2006,55).

Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden käytön esteeksi nousi suurimpana itse opinnäytetyö, jonka aihe saattoi olla liian kaukana käytännön hoitotyöstä, liian teoreettinen käytäntöön sovellettavaksi ja vanhojen asioiden toistoa. Stenvallin (1999) mukaan terveydenhuollon opettajat luonnehtivat ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä tutkimuksen tekemiseksi yliopistojen tapaan (Stenvall 1999, 33). Kilpiäisen (2003) tutkimuksessa opiskelijat kokivat tieteellisen toiminnan ammattikorkeakoulussa epämääräisenä, liian abstraktina ja osittain tarpeettomana. Tämä johtui opiskelijoiden mielestä tieteellisen toiminnan opetuksen ja ohjauksen puutteista. (Kilpiäinen 2003, 5.) Työelämälähtöisen tutkimus- ja kehitystyön vaarana on lyhytjännitteisyys ja tulosten välitön tavoittelu (Rissanen 2003). Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt olivat vastaajien mielestä vajavaisia tieteelliseltä pohjaltaan, otannaltaan liian pieniä ja tutkimusta tehtiin, koska se kuului opintosuunnitelmaan. Osastonhoitajien/apulaisosastonhoitajien mielestä opinnäytetyön käytännönläheinen aihe oli tärkeä, opinnäytetyön hyödynnettävyyden kannalta ja opinnäytetöistä oli hyötyä hoitotyön kehittämisessä. Kuitenkin opinnäytetöiden käytön esteeksi nousi esimiesten tuen puute. Osastonhoitajat/apulaisosastonhoitajat eivät tukenet henkilökuntaa opinnäytetöiden hyödyntämisessä, eivätkä antaneet aikaresursseja. Surakan tutkimuksessa, osastonhoitajien työnkuvassa, kehittämisen osuus 2000 – luvulla oli niukka (Surakka 2006, 146). Osastonhoitajat olivat väsyneitä jatkuvista muutoksista ja halusivat keskittyä enemmän osaston perustyöhön ja potilaiden laadukkaaseen hoitoon kuin kehittämistyöhön (Koski 2006, 47).

Opiskelijoista ja oppilaitoksista johtuvia ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntämisen esteitä oli opiskelijoiden ja opettajien tiedonpuute käytännön työelämästä. Opettajien työelämäkontekstin heikkous vaikuttaa myös opinnäytetöiden tekoon, ohjaukseen ja hyödyntämiseen hoitotyön kehittämisessä (Frilander-Paavilainen 2005; Isohanni & Toljamo 2005). Organisaation tuen puute vaikeutti ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden käyttöä. Tämä näkyi opinnäytetöiden vaikeana saatavuutena ja aikaresurssien puutteena. Henkilökunnalla ei ollut aikaa lukea opinnäytetöitä työaikana, jos he niitä saivat luettavakseen. Kaupin (2000) tutkimuksessa tulokset olivat samansuuntaiset.

Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntämistä hoitotyön keittämisessä edisti käytännönläheinen aihe, opinnäytetöiden hyvä saatavuus, rakentava ja toimiva yhteistyö oppilaitosten, opiskelijoiden ja työelämän välillä sekä esimiesten tuki ja aikaresurssien anto opinnäytetöiden lukemiseen työaikana. Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden aihe tulisi nousta työelämästä ja lisäksi aiheen tulisi olla riittävän konkreettinen palvelukseen hyvin työelämän tarpeita (Hakala 2000,18; Heinonen 2006, 159). Opinnäytetöiden esittäminen osastotunneilla, lyhyesti ja ytimekkäästi, opiskelijoiden itsensä esittämänä, tuli selkeänä toiveena yli puolelta vastaajilta. Opinnäytetöiden sähköistä lukemismahdollisuutta pidettiin myös opinnäytetöiden käyttöä edistävänä tekijänä. Rissasen (2003) tutkimuksessa todetaan, että tiedon siirtäminen työelämään on vaikeaa, jos kommunikointiin ja raportointiin kiinnitetään liian vähän huomiota. Sähköinen tiedon siirto on tulevaisuutta ja tehokas keino saavuttaa organisaation eri tasoilla työskentelevät henkilöt (Lintilä 2002; Jauhiainen 2004; Baernholdt & Clarke 2006).

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkitun tiedon käyttöä estävistä tekijöistä, sairaanhoitajan suurin este tutkimustiedon hyödyntäjänä, oli tietämättömyys tutkimuksista. Organisaation merkitys tutkitun tiedon käyttöä estävänä tekijänä, näkyi aikaresurssien puutteena. Ei ollut aikaa lukea tutkimustuloksia. Tutkimuksen sisällön merkityksessä, suurimmaksi esteeksi nousi tutkimuksen johtopäätösten perustelemattomuus. Tutkimusten julkaisemisen ja saatavuuden, kannalta suurin este tutkimustiedon käytölle oli tutkimustulosten epäselvä vaikutus käytäntöön. Tarkasteltaessa tutkitun tiedon esteitä kokonaisuudessa, kaikkein suurimmaksi esteeksi (81 %) tässä tutkimuksessa nousi esiin väittämä, sairaanhoitajalla ei ole aikaa lukea tutkimustuloksia. Tulos oli yhtenevä kansainvälisten tutkimusten kanssa (Nilsson Kajermo ym. 1998; Bjorkstrom & Hamrin 2001; Lopez-Bushnell 2002; McCleary ym. 2003; Glacken & Chaney 2004; Pravikoff, Tanner & Pierce 2005; Karkos & Peters 2006). Toiseksi suurin (77 %) este prosenttiosuuksista laskettaessa oli työn kiireellisyys estää uusien työtapojen soveltamisen. Kysymykseen, jossa vastaajat saivat itse valita kaikkein suurimman esteen, he valitsivat kyseisen vaihtoehdon. Tämäkin oli täysin kansainvälisten tutkimusten mukainen tulos (Dunn ym. 1997; Closs ym. 2000; Retsas 2000; Griffiths ym. 2001; Bryar ym. 2003).

Funk ym. (1995) ja Carroll ym. (1997) saivat kaikkein suurimmaksi esteeksi sairaanhoitajan tietämättömyyden tutkimuksista. Tässäkin tutkimuksessa lähes kolme neljäsosaa vastaajista, piti väittämää suurena esteenä tutkimustiedon käytölle. Yhtä moni piti es-

teenä tutkimustiedon käytölle tutkimustietojen julkaisemista vieraalla kielellä eli vieras-kielisyys oli kolmanneksi suurin este tutkimustiedon käytölle. Oranta ym. (2002) tekemässä tutkimuksessa suurimmaksi esteeksi nousi tutkimustiedon julkaiseminen vieraalla kielellä, toiseksi lääkärit eivät tee yhteistyötä sovellettaessa tuloksia käytännössä ja kolmanneksi tilastolliset analyysit eivät ole ymmärrettäviä. Mikään edellä mainituista vaihtoehtoista ei noussut kolmen suurimman esteen joukkoon tässä tutkimuksessa. Suurin ero oli väittämän kohdalla, sairaanhoitajalla ei ole aikaa lukea tutkimustuloksia. Orannan (2000) tutkimuksessa alle puolet (49 %) piti tätä esteenä, kun taas vaihtoehto työn kiireellisyys estää uusien työtapojen soveltamisen oli samansuuntainen Orannan (2000) tutkimuksessa, kuin tässä tutkimuksessa.

Tutkitun tiedon käyttöä edisti johdon antama aikaresurssi tutkimustulosten lukemiseksi, sekä myönteinen asenne tutkimustulosten soveltamiseen käytännön työhön. Johdon tuki, tietoisuus tutkimuksista sekä niiden saannin helppous, tuli esiin sekä tässä tutkimuksessa että kansainvälisissä tutkimuksissa tärkeänä tekijänä tutkitun tiedon käyttöä lisäävänä tekijänä (Lankinen 2000; Niinimäki 2001; Glacken & Chaney 2004; Karkos & Peters 2006). Kansainväliset tutkimukset ja osa suomalaisistakin on julkaistu englannin kielellä ja näiden kääntäminen suomeksi ja referointi tutkimusyhteyshenkilön toimesta, edistäisi huomattavasti tutkimustulosten lukemista ja käyttöä. Lääkäreiden ja muun työyhteisön tuki oli myös tärkeä tekijä tutkimustulosten soveltamisessa käytäntöön. Kansainvälisissä tutkimuksissa tuli edistävänä tekijänä henkilökunnan toive saada lisäkoulutusta tutkimusten lukemiseksi (Glacken & Chaney 2004; Karkos & Peters 2006). Tässä tutkimuksessa tuli esiin tutkimustulosten helppolukuisuus ja ymmärrettävyys tutkimustulosten käyttöä edistävänä tekijänä. Samanlaisen tuloksen saivat mm. Oranta (2000), Kajermo ym. (2000) ja Kirkham ym. (2007) tutkimuksissaan.

#### **6.4 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset**

Tutkimuksen viitekehyksen, ammattikorkeakoulun ja tutkitun tiedon käyttöä estävän ja edistävän mittarin avulla, voidaan tarkastella tutkimustiedon käyttöä hoitotyön kehittämisessä. Vaikka tutkitun tiedon käyttöä mittaava mittari, The Barriers Scale, asetti rajoituksia tutkimukselle, se oli ja on kansainvälinen mittari, joka antoi mahdollisuuden vertailla tämän tutkimuksen tuloksia kansainvälisiin tutkimuksiin. Tutkimusraporttia voi-

daan hyödyntää käytännön työelämässä sekä ammattikorkeakoulun opinnäytetyön opettamisessa ja ohjaamisessa.

Kiire ja ajanpuute ovat lisääntyneet työelämässä. Työvuoroja suunniteltaessa voisi varata, kerran kuukaudessa, ajan oman alan uusimpien tutkimusten läpikäymiseen yhteisellä osastotunnilla. Valmiiksi varattu aika ja paikka, mahdollistaisivat yhteisen keskustelun ja arvioinnin uusimpien tutkimusten hyödynnettävyydestä omassa yksikössä. Tutkimusten käännoistyön ja referoinnin voisi tehdä henkilö, jolla on siihen riittävä koulutus ja kiinnostus, esimerkiksi ylihoitaja, koska juuri tutkimusten vieraskielisyys on suuri este tutkimusten lukemiselle.

Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntäminen hoitotyössä lisääntyisi, yhteistyön lisäämisellä työelämän ja ammattikorkeakoulun välillä. Ammattikorkeakoulujen tulisi lisätä opinnäytetöiden aiheiden kysymistä osastotasolla, esimerkiksi työpaikkojen sisäisten lehtien tai sähköpostin avulla kaikille hoitotyöntekijöille, koska vain tällä tavalla, kysely tulisi kaikkien tietoon. Työelämästä lähtevät aiheet lisääisivät niiden käyttöä hoitotyön kehittämisessä. Jokaiseen ammattikorkeakoulun opinnäytelupaan tulisi liittää velvoite, valmiin opinnäytetyön esittämisestä, niissä yksiköissä joissa opinnäytetyön kysely on suoritettu. Näin varmistettaisiin tutkimustulosten esittäminen ja motivoitaisiin työyksiköjä osallistumaan tutkimuksiin, koska tutkimustulokset olisivat kaikkien ulottuvilla.

Terveystieteen henkilöstön tietoisuutta tutkitun tiedon ja ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden säilytyspaikasta tulisi lisätä, ilmoittamalla esimerkiksi säilytyspaikasta sisäisen lehden avulla, puolivuositain.

Jatkotutkimuksella olisi mielenkiintoista selvittää, olisiko yllä olevilla parannusehdotuksilla, vaikutuksia ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden ja tutkitun tiedon käyttöön hoitotyön kehittämisessä sekä millainen vaikutus sähköisellä kirjaamisella on tutkitun tiedon käyttöön hoitotyön kehittämisessä.



## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämä tutkimus antoi tietoa ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden ja tutkitun tiedon hyödyntämisestä hoitotyön kehittämisessä. Ammattikorkeakoulutusta terveydenhuoltoalalla on ollut jo yli kymmenen vuotta. Tänä aikana on valmistunut terveydenhuoltohenkilöstöä, jolla on tutkimustiedon koulutus. Koulutus ei tässä tutkimuksessa vaikuttanut ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden tai tutkitun tiedon hyödyntämiseen hoitotyön kehittämisessä.

1. Ammattikorkeakoulun opiskelijat eivät kysy tutkimusaiheita työyksiköistä eivätkä esittele tutkimustuloksia tutkimuksiin osallistuvissa yksiköissä.
2. Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden tutkimustuloksiin luotettiin, tutkimustulokset ilmaistaan selkeästi ja niitä pidettiin hyödyllisinä hoitotyön kehittämisessä, mutta esimiehet eivät kannustaneet niiden käyttöön, vaikka arvostivatkin niitä.
3. Yli 20 vuotta työssä olleet arvostivat ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden käytännönläheisyyttä ja kokivat organisaatiota pienempänä esteenä tutkitun tiedon käytölle kuin vähemmän työssä olleet.
4. Tutkitun tiedon käytön suurimmaksi esteet olivat ajanpuute ja kiire.
5. Tutkimusten vieraskielisyys ei ollut enää niin suuri este kuin vuonna 2000 Suomessa tehdyssä tutkimuksessa. Tässä ammattikorkeakoulun kieltenopetus näkyy positiivisena tekijänä. Kuitenkin halutaan, että joku työyksikön ulkopuolinen kääntää, referoi ja esittää uusimmat tutkimustulokset työyksiköissä.
6. Terveydenhuoltohenkilöstö ei tiedä missä ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä tai muiden tutkimuksien tuloksia työpaikalla säilytetään.

## 7 LÄHTEET

Adamsen L, Larsen K, Bjerregaard L & Madsen J. 2003. Danish research-active clinical nurses overcome barriers in research utilization. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17 (1) 57-65.

AMKOTA käsikirja 2004.

[http://amkota.minedu.fi:8080/amkota\\_www/manual/Amkota\\_kasikirja\\_2006.doc](http://amkota.minedu.fi:8080/amkota_www/manual/Amkota_kasikirja_2006.doc)  
luettu 20.12.2006

AMKOTA tilastoja 1997 – 2005.

[http://amkota.minedu.fi:8080/amkota\\_www/taulukot/v2005/39.pdf](http://amkota.minedu.fi:8080/amkota_www/taulukot/v2005/39.pdf)  
luettu 25.12.2006

Asetus terveydenhuolto-oppilaitoksista 501/ 1987.

[www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

Baernholdt M. & Clarke S.P. 2006. Internet research in an international context. *Applied Nursing Research* 19, 48-50.

Bjorkstrom M & Hamrin E. 2001. Swedish nurses' attitudes toward research and development within nursing. *Journal of Advanced Nursing* 34 (5) 706-714.

Bryar R, Closs S & Baum G.2003. The Yorkshire BARRIERS project: diagnostic analysis of barriers to research utilization. *Int Journal Nurses Student* 40, 73-84.

Carroll D, Greenwood R, Lynch K, Sullivan J, Ready C & Fritzmaurice J. 1997. Barriers and facilitators to the utilization of nursing research. *Clinical Nurse Specialist* 11 (5), 207-212.

Closs S, Baum G, Bryar R, Griffiths J & Knight S. 2000. Barriers to research implementation in two Yorkshire hospitals. *Clinical Eff Nurses* 4, 3-10.

Dunn V, Crichton N, Roe B, Seers K & Williams K. 1997. Using research for practice: a UK experience of barriers scale. *Journal of Advanced Nurse* 26 (6) 1203-1210.

Elomaa L. 2003. Research Evidence Implementation and its Requirements in Nursing Education. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Turku.

Frilander-Paavilainen E-L. 2005. Opinnäytetyö asiantuntijuuden kehittäjänä ammattikorkeakoulussa. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 199. Yliopistopaino, Helsinki.

Funk S, Champagne M, Wiese R & Torquist M. 1991. Barriers: the barriers to use research utilization scale. *Applied Nursing Research* 4 (1) 39-45.

Glacken M & Chaney D. 2004. Perceived barriers and facilitators to implementing research findings in the Irish practice setting. *Journal of Clinical Nursing* 13, 731-740.

Griffiths J, Bryar R & Closs. 2001. Barriers to Research implementation by community nurses. *Br Journal Community Nurses* 6 (10) 501–510.

Hakala J. 2000. Opinnäytetyö luovasti. Kehittämis- ja tutkimustyön opas. Gaudeamus. Tammer Paino Oy. Tampere.

Hakkarainen K. 2005. Asiantuntijuus ja oppiminen työelämässä – psykologisia näkökulmia. Puheenvuoro osaamisen murroksessa – työelämälähtöisen osaamisen tunnistaminen ja tunnustaminen seminaarissa 12.4.2005. Helsinki.

Heikkilä T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5. uudistettu painos. Edita Prima Oy Helsinki.

Heikkilä A. 2005. Ammattikorkeakoulusta valmistuvien hoitotyön opiskelijoiden tutkitun tiedon käyttö. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Turku.

Heinonen J. 2006. Suomalaisten tiede- ja ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt ohjaajien silmin. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Kasvatustieteiden laitos. Tampere University Press.

Hommelstad J & Ruland CM. 2004. Norwegian nurses perceived barriers and facilitators to research use. *AORN Journal* 79 (3) 621 – 634.

Hutchinson A. & Johnston L. 2006. Beyond the Barriers Scale. Commonly Reported Barriers to Research Use. *The Journal of Nursing Administration* 36 (4) 189–199.

Isohanni I. & Toljamo M. 2005 Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö opiskelijoiden, opettajien ja työelämän näkökulmasta – kirjallisuuskatsaus ammattikorkeakoulujen opinnäytetöihin liittyvistä tutkimuksista. *Keveer* 3/2005. Ammattikorkeakoulutuksen verkkolehti.

<http://www.piramk.fi/keveer/keveer.nsf>  
luettu 17.3.2007

Jauhiainen A. 2004. Tieto- ja viestintätekniikka tulevaisuuden hoitotyössä. Asiantuntijaryhmän näkemys hoitotyön skenaarioista ja kvalifikaatioista vuonna 2010. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.  
<http://www.uku.fi/vaitokset/2004/isbn951-781-952-8.pdf> luettu 15.1.2008

Kajermo K, Nordström G, Krusebrant Å & Björvell H. 2000. Perceptions of research utilization: comparisons between health care professional, nursing students and a reference group of nurse clinicians. *Journal of Advanced Nurses* 31 (1), 99-109.

Karkos B & Peters K. 2006. A Magnet Community Hospital Fewer Barriers to Nursing Research Utilization. *The Journal of Administration* 36 (7/8), 377–382.

Kauppi M. 2000. Opinnäytetyö ammattikorkeakoulussa – tieteellinen ja käytännöllinen oppineisuus. Pro Gradu-tutkielma

Kilpiäinen S. 2003. Odotetaan käytäntöä ja saadaan teoriaa. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveysalan opiskelijoiden käsityksiä ja kokemuksia opetuksesta ja ohjauk-

sesta vuosina 1995–1997 ja 2000–2001. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Acta Universitatis, Lapponiensis 59. Rovaniemi.

Kinnunen J. 2002. Ammattikorkeakoulujen tutkimus ja kehitystoiminta tekniikan alalla. Teoksessa J-P Liljander (toim.) Omalla tiellä. Ammattikorkeakoulut kymmenen vuotta. Arene. Edita, 236–255. Helsinki.

Kirkham S, Baumbusch J, Schultz A & Anderson J. 2007. Knowledge Development and Evidence – based Practice. Insight and Opportunities From a Postcolonial Feminist Perspective for Transformative Nursing Practice. *Advance in Nursing Science* 30 (1), 26–40.

Koski S. 2006. Osastonhoitajien toiminta laadun- ja muutoksen johtajana ennen organisaatiomuutosta ja organisaatiomuutoksen jälkeen. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Kuokkanen L. 2005. Sairaanhoitajan tehtävät ja osaaminen. Mitä viime vuosien suomalainen tutkimus kertoo. *Tutkiva hoitotyö* 3 (4), 18–24.

Kylmä J, Pelkonen M & Hakulinen T. 2004. Laadullinen tutkimus ja näyttöön perustuva hoitotyö. *Hoitotiede* 16, 250 – 257.

Kyngäs H & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3-12.

Kyngäs H. 2001. Näyttöön perustuva hoitotyö. *Hoitotiede* 15, 5-8.

Laakkonen A. 2004. Hoitohenkilökunnan ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print. Tampere.

Laitinen T. 2006. Oppiminen ammattikorkeakoulun opinnäyteprosessista ja opinnäyte-työn työelämähyödynnettävyys. Työelämäyhdysheikilöiden näkemyksiä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Lankinen I. 2000. Hoitotieteellisten tutkimustulosten hyödyntäminen hoitotyössä – Sairaahoitajien näkemyksiä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Launis V. 2007. Tutkimuksen eettinen ennakoarviointi - mitä se on? Tieteessä tapahtuu. 1. 2007.

Leino-Kilpi H & Välimäki M. 2003. Etiikka hoitotyössä. WSOY, WS BOOKWELL OY. Juva.

Lintilä L. 2002. Organisaation sisäisen tietoverkon hyödyntäminen tiedonhankintaan ja viestintään. Yksilöllisten ja organisaatiolähtöisten tekijöiden tarkastelua. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Informaatiotieteiden tiedekunta. Informaatiotutkimuksen laitos. Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print. Tampere.  
<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5247-X.pdf> luettu 15.1.2008

Lopez-Bushnell K. 2002. Get research- ready. *Nursing Management* 33 (11) 41-44.

McCleary L & Brown T. 2003. Barriers to paediatric nurses' research utilization. *Journal of Advanced Nursing* 42 (4), 364–372.

Mutanen A. 2003. Ammattikorkeakoulututkimuksesta: teoreettista tarkastelua. Pääkirjoitus. *KeVer* 4/2003. ISSN 1795-0430.  
<http://www.piramk.fi/kever/kever.nsf> luettu 28.12.2006

Narinen A. 2000. Terveysthuollon osastonhoitajan työn sisältö tällä hetkellä ja tulevaisuudessa. Tutkimus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osastonhoitajien ja ylihoitajien mielipiteistä. Akateeminen väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto. Helsingin yliopiston verkkojulkaisut.  
<http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/narinen/terveyde.pdf> luettu 2.2.2007

Nieminen H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva. 215–221.

Niinimäki M. 2001. Tutkimustiedon hyödyntäminen terveydenhoitajan työssä. Pro Gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Nilsson Kajermo K, Nordström G, Krusebrant A & Bjovell H. 1998. Barriers to and facilitators of research utilization, as perceived by a group of registered nurses in Sweden. *Journal of Advanced Nurse* 27 (4) 798 – 807.

Opetusministeriö, Amk – tietopalvelu 2008  
[http://amkota2.csc.fi:8080/portal/page?\\_pageid=116,41053,116\\_76484:116\\_78126&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://amkota2.csc.fi:8080/portal/page?_pageid=116,41053,116_76484:116_78126&_dad=portal&_schema=PORTAL)  
luettu 11.2.2008

Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2004:7. Tutkimus- ja kehitystyö suomalaisissa ammattikorkeakouluissa.  
[http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2004/liitteet/opm\\_227\\_tr07.pdf?lang=fi](http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2004/liitteet/opm_227_tr07.pdf?lang=fi)  
luettu 10.4.2007

Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet.  
<http://80.248.162.139/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>  
luettu 25.12.2006

Oranta O, Routasalo P & Hupli M. 2000. Barriers to and facilitators of research utilization among Finish registered nurses. *Journal of Clinical Nursing* 11, 205-213.

Oranta O, Routasalo P & Hupli M. 2002. Sairaanhoidaja tutkimustiedon hyödyntäjänä – estävät ja edistävät tekijät. *Hoitotiede* 14 (1) 89–98.

Oulun yliopisto. Analyysimenetelmät.  
<http://herkules.oulu.fi/isbn9514272293/html/x487.html>  
luettu 30.10.2007.

- Parahoo K & McCaughan E.M. 2001. Research utilization among medical and surgical nurses: a comparison of their self reports and perceptions of barriers and facilitators. *Journal of Nursing Management* 9, 21 – 30.
- Pravikoff D, Tanner A & Pierce S. 2005. Readiness of U.S. Nurses for Evidence-Based Practice. *AJN* 105 (9) 40–51.
- Pietarinen J. 1999. Tutkijan ammattietiikan perusta. Teoksessa: Toim. Lötjönen S. 1999. Tutkijan ammattietiikka. Opetusministeriö/Tutkimuseettinen neuvottelukunta. [http://www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/1999/tutkijan\\_ammattietiikka?lang=fi](http://www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/1999/tutkijan_ammattietiikka?lang=fi) luettu 18.3.2008
- Perälä M-L. (toim.) 1997. Hoitotyön suunta – strategia laatuun ja suunnitelmallisuuteen. *Stakes*.
- Ranne K. 2005. Puheenjohtajan tervehdys. Ammattikorkeakoulujen valtakunnallinen opinnäytetyökilpailu Thesis 2005. Ammattikorkeakoulut teoriaa ja käytäntöä. <http://www.samk.fi/thesis> luettu 10.1.2007
- Rannikko M. Tutkimustiedon käyttö hoitotyössä ja hoitotyön opiskelussa opiskelijoiden näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Turku.
- Renlund H. 2006. Hoitotyön kehittäminen – käsitteen tarkastelua hybridisen käsiteanalyysin avulla. Pro gradu – tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulu.
- Retsas A. 2000. Barriers to using research evidence in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 31(3): 599-606.
- Rissanen R. 2003. Työelämälähtöinen opinnäytetyö oppimisen kontekstina: Fenomenografisia näkökulmia tradenomin opinnäytetyöhön. Akateeminen väitöskirja. Kasvatustieteiden tiedekunta. Tampereen yliopisto. Tampere University Press. Tampere.
- Rissanen R. 2005. Kokemuksia opinnäytetyöstä – tarkastelussa työelämäyhteys ja arviointi. *KeVer* 3/2005, ISSN 1795-0430. <http://www.piramk.fi/kever/kever.nsf> luettu 3.1.2007
- Saarinen H. 2006. Hoitotyön opiskelijoiden asenteet tutkittua tietoa kohtaan ja tutkitun tiedon käytön edistäminen hoitotyön opiskelussa ja hoitotyössä. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Turku.
- Salmi E. 2000. Millainen opinnäytetyö hyödyttää työelämää? Diakonia-ammattikorkeakoulun päättötöyt ja työelämän kehittäminen. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Pro-gradu tutkielma.
- Smirnoff M, Ramirez M, Kooplimae L & Gibney M. 2005. Nurses attitudes toward nursing research at a metropolitan medical center. *Applied Nursing Research* 20, 24–31.

- Stenvall K. 1999. Opinnäytetyökulttuurit ammattikorkeakouluissa. Opetusministeriö. Koulutus ja tiedepoliittisen osaston julkaisusarja 63. Helsinki.
- Surakka T. 2006. Osastonhoitajan työ erikoissairaanhoidossa 1990-luvulla ja 2000-luvulla. Toimintavalta, vastuullisuus ja asiantuntijuus lähijohtajuudessa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Tampere.
- Surakka T. 2006. Luentolyhennelmä Pro terveys-päivillä 12–13.10.2006. Työn kehittäminen – Projektiksi vai osa arkista aherrusta. Pirkanmaan hoitokoti. Tampere.
- Tarkka M-T. 2002. Pääkirjoitus. Hoitotiede 14 (1) 1.
- Toljamo M. & Rissanen L. 2005. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt: analyysi vuosina 2000 ja 2004 Thesis-kilpailuun lähetetyistä sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan opinnäytetöistä. KeVer 3/2005, ISSN 1795-1430.  
<http://www.piramk.fi/kever/kever.nsf>  
luettu 10.1.2007
- Tuomi J. 2004. Näyttöön perustuvan hoitotyön 'paradigma' - Hertta Kalkkaan asettama haaste. Hoitotiede 16, 287 – 293.
- Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 352/2003.  
<http://www.finlex.fi>
- Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 497/2004.  
<http://www.finlex.fi>
- Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 423/2005.  
<http://www.finlex.fi>
- Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva. 26–33.
- Vehviläinen-Julkunen K & Paunonen M. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva. 206–213.
- Vesterinen A. 2005. Terveysalan opiskelijan hoitotyön osaamisen oppiminen opinnäytetyön kontekstissa. Lisensiaattitutkimus. Kasvatustieteiden laitos. Tampereen yliopisto.

## LIITE 1. Kyselylomake saatekirjeineen

Tampereen yliopisto  
Lääketieteellinen tiedekunta  
Hoitotieteen laitos  
Syyskuu 2007

Hyvä vastaanottaja!

Olen opiskelijana Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella ja teen pro gradu-tutkielmaa ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden hyödyntämisestä hoitotyön kehittämiseen ja tutkitun tiedon käytöstä. Tarkoitukseni on tutkia, miten ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä hyödynnetään hoitotyön kehittämisessä osastotasolla. Tutkielmani avulla pyrin saamaan tietoa, jolla ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä ja tutkimustietoa voitaisiin parhaiten käyttää hyväksi hoitotyön kehittämiseen. Tutkielmani ohjaajina toimivat THT Marja-Terttu Tarkka ja TtM Anna Liisa Aho.

Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselylomakkeen täyttäminen ei vie aikaasi kuin hetken. Kysymykset ovat suurimmalta osalta monivalintakysymyksiä, joista valitset parhaiten mielipidettäsi kuvaavan vaihtoehdon. Muutamaan avoimeen kysymykseen on varattu tyhjää tilaa kirjoitusta varten. Vastaaminen tapahtuu nimettömänä, eikä henkilötietosi tule missään vaiheessa ilmi. Vastaukset ovat vain tutkijan käytössä. Kaikille kyselyyn valituille, lähetetään muistutussähköposti viikon kuluttua. Kysymyksiin ei ole oikeita tai vääriä vastauksia, vaan Sinun mielipiteesi on tärkeä. Pääset kyselyyn klikkaamalla alla olevaa Webropol -linkkiä. Koska vastaaminen tapahtuu Webropol-ohjelman kautta nimettömänä, sähköpostiisi ei jää lähteisiin mitään merkintää. Vastausaikaa on viikko.

Vastaan mielelläni tutkielmaani koskeviin mahdollisiin lisäkysymyksiin.

Kiitos vastauksestasi!  
Ystävällisin terveisin  
TtM-opiskelija Päivi Pohjola  
e-mail: [paivi.pohjola@uta.fi](mailto:paivi.pohjola@uta.fi)

[http://www.webropol.com/p.aspx?t=1&l=166650\\_97a7554bc5a94814](http://www.webropol.com/p.aspx?t=1&l=166650_97a7554bc5a94814)



## LIITE 1. Kyselylomake saatekirjeineen

Pyydän sinua vastaamaan huolellisesti jokaiseen kysymykseen tai väittämään, omien tietojesi ja kokemustesi perusteella. Kysymyksiin ei ole oikeita tai väärää vaihtoehtoja, mutta mielipiteesi on tärkeä. Kirjoita pyydetty vastaus siihen varattuun tilaan ja vaihtoehtojen kohdalla valitse sopivin.

### A. VASTAAJAN TAUSTATIEDOT

#### 1) Sukupuoli

- Nainen  
 Mies

#### 2) Ikä

- 19 vuotta tai alle  
 20-25 vuotta  
 26-35 vuotta  
 36-45 vuotta  
 46-55 vuotta  
 56-65 vuotta  
 66 vuotta tai yli

#### 3) Koulutus

- Sairaanhoitaja/erikoissairaanhoitaja (vanhamuotoinen opistokoulutus)  
 Sairaanhoitaja Amk  
 Muu mikä?

4) Työkokemukseni hoitotyön tehtävissä

- Alle 1 vuotta
- 1-2 vuotta
- 3-4 vuotta
- 5-10 vuotta
- 11-20 vuotta
- 21-30 vuotta
- 31 vuotta tai yli

5) Toimin nyt

- Sairaanhoidajana/erikoissairaanhoidajana
- Kätilönä
- Apulaisosastonhoitajana
- Osastonhoitajana
- Muu mikä?

6) Olen

- Vakinaisessa työsuhteessa XXXXXX sairaanhoitopiirissä vuodesta
- Sijaisena XXXXXX sairaanhoitopiirissä vuodesta
- Olen kesäsijainen

7) Työpaikkani on

- XXXXXXXXX sairaala
- XXXXXXXXX sairaala
- XXXXXXXXX sairaala

8) Osastoni erikoisala on

9) Olen osallistunut viimeisen viiden vuoden aikana omalla ajallani hoitotyön koulutuksiin

- En ollenkaan omalla ajallani
- 1-2 kertaa omalla ajallani
- 3-4 kertaa omalla ajallani
- 5-6 kertaa omalla ajallani
- 7 kertaa tai useammin omalla ajallani

10) Millaisiin ja minkä kestoisiin?

11) Minulle tulee

- Tehy-lehti
- Sairaanhoidtaja - lehti
- Hoitotiede – lehti
- Tutkiva Hoitotyö-lehti
- muita hoitotyön lehtiä, mitkä?

**B. AMMATTIKORKEAKOULUN OPINNÄYTETÖIDEN HYÖDYNTÄMINEN HOITOTYÖN KEHITTÄMISESSÄ TYÖSSÄNI**

Valitse vaihtoehdoista se, joka parhaiten kuvaa SINUN mielipidettäsi.

12) Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt on koottu yhteen paikkaan työpaikallani

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

13) On tärkeää, että opiskelijat käyvät pitämässä osastotunnin saamistaan tuloksista tutkimukseen osallistuneille osastoille

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

14) Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden tutkimustulokset on ilmaistu selkeästi

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

15) Voin täysin luottaa ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden tutkimustuloksiin

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Samaa mieltä

- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

16) Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat suureksi avuksi hoitoyön kehittämisessä

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

17) Erikoistumiskoulutuksen opinnäytetyöt ovat erittäin hyödyllisiä hoitotyön kehittämisen kannalta

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

18) Erikoistumiskoulutuksen opinnäytetyöt ovat tuoneet uusia hoitokäytäntöjä työhöni/ työyksikköni

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

19) Sairaanhoidajaksi / kättilöksi/ terveydenhoitajaksi valmistuvien opinnäytetyöt ovat erittäin hyödyllisiä hoitotyön kehittämisen kannalta

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

20) Sairaanhoidajaksi/ kättilöksi/ terveydenhoitajaksi valmistuvien opinnäytetyöt ovat tuoneet uusia hoitokäytäntöjä työhöni/ työyksikköni

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

21) Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittavien opiskelijoiden opinnäytetyöt ovat erittäin hyödyllisiä hoitotyön kehittämisen kannalta

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

22) Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittavien opiskelijoiden opinnäytetyöt ovat tuoneet uusia hoitokäytäntöjä työhöni/ työyksikköni

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä

- Samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

23) Olen usein ehdottanut ammattikorkeakouluopiskelijoille opinnäytetyön aihetta

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

24) Opiskelijat kysyvät työyksikössäni, mitä ehdotuksia meillä olisi opinnäytetyön aiheeksi

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

25) Työpaikallani tehtyjä ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä on luettavissa työyksikössäni

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

26) Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat täysin hyödyttömiä työni kehittämisessä

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

27) Lukisin enemmän valmiita ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä, jos voisin lukea niitä sähköisessä muodossa työpaikallani

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

28) Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden tutkimustulokset ovat vaikeaselkoisia

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

29) Ammattikorkeakouluista on tehty kysely, mistä aiheesta minä haluaisin opiskelijoiden tekevän tutkimuksia työssäni



- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

30) Asiakkaat/potilaat ovat tehneet ehdotuksia opiskelijoiden tutkimusaiheista

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

31) Työkaverini ovat ehdottaneet opiskelijoille tutkimusaiheita

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

32) Ammattikorkeakoulun tutkimustuloksista löytyy vastauksia hoitamiseen liittyviin käytännön ongelmiin

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Samaa mieltä

- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

33) Esimieheni kannustaa minua hyödyntämään ammattikorkeakoulun tutkimustuloksia käytännön hoitotyössä

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

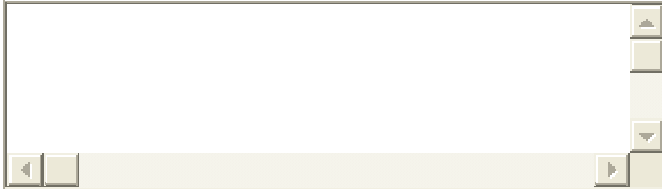
34) Ammattikorkeakoulun opiskelijat tekevät opinnäytetyönsä mistä haluavat, eivätkä kysy tutkittavalta osastolta aiheetta

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

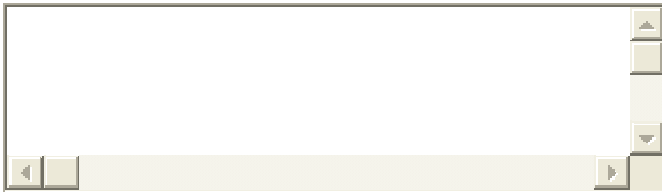
35) Kuinka monta ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä viimeisen vuoden aikana työyksikössäsi on tehty?

- Ei yhtään
- 1
- 2-3
- 4-5
- 6 tai enemmän

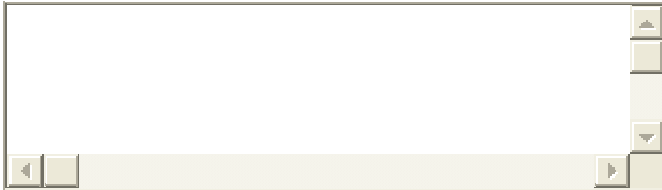
36) Mitkä ovat mielestäsi suurimmat esteet ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden käytölle hoitotyön kehittämiseksi?



37) Mitkä tekijät mielestäsi edistävät parhaiten ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden käyttöä hoitotyön kehittämiseksi?



38) Miten valmis työ pitäisi esitellä työyksikössäsi?



## C TUTKIMUSTIEDON KÄYTÄNNÖN SOVELLUSTEN ESTEET JA MAHDOLLISTAJAT

© 1987 Funk, Champagne, Tornquist & Wiese. © 2000 Oranta, Hupli & Routasalo

Hoitamista koskevissa julkaisuissa ilmestyneet artikkelit osoittavat, että käytännön työtä tekevät sairaanhoitajat eivät käytä tutkimustietoa hyväkseen käytännön hoitotyössä. Tähän on olemassa useita syitä.

Tässä tutkimuksen osassa haluan selvittää, missä määrin SINÄ arvelet seuraavassa esitettävien väittämien olevan syynä siihen, että sairaanhoitajat harvoin käyttävät tutkimustietoa käytännön työn muuttamiseen ja parantamiseen.

Valitse kutakin tilannetta esittävän väittämän kohdalta se numero, joka parhaiten kuvaa omaa mielipidettäsi.

Mielestäni väittämä/tilanne.....käytännön sovelluksen kannalta.

39) Tutkimusraportteja ja artikkeleita on saatavilla huonosti.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

40) Tutkimustulosten vaikutukset käytäntöön eivät ole selviä

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

41) Tilastolliset analyysit eivät ole ymmärrettäviä.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

42) Tutkimukset eivät ole tärkeitä sairaanhoitajan käytännön työssä.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

43) Sairaanhoidaja ei ole tietoinen tutkimuksista.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

44) Välineet ja tilat rajoittavat käytännön sovellusta.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

45) Sairaanhoidajalla ei ole aikaa lukea tutkimustuloksia.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

46) Tutkimustieto tulee vain yhdestä lähteestä.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

47) Nykyisen käytännön muuttamisesta koituva hyöty on vähäinen.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

48) On epävarmaa, voiko tutkimustuloksiin luottaa.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

49) Tutkimuksessa käytetyissä menetelmissä on puutteita.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

50) Tarkoituksenmukaista kirjallisuutta ei ole koottu yhteen paikkaan.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon

En osaa sanoa

51) Sairaanhoidajalla ei ole riittävästi valtuuksia muuttaa potilaiden hoitokäytänteitä.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

52) Tutkimustuloksia ei voi yleistää työympäristöön.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

53) Sairaanhoidajalla ei ole riittävästi asiasta perillä olevia kollegoita, joiden kanssa voisi keskustella tutkimuksista.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

54) Sairaanhoidaja ei koe hyötyvänsä tutkimuksen soveltamisesta mitenkään.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran

- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

55) Tutkimusraportteja ja artikkeleita ei julkaista riittävän nopeasti.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

56) Lääkärit eivät tee yhteistyötä sovellettaessa tuloksia käytännössä.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

57) Sairaalan hallinto ei salli muutoksia nykyiseen käytäntöön.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

58) Tutkimus ei ole sairaanhoitajan mielestä arvokas käytännön kannalta.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran



- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

59) Ei ole dokumentoitua tarvetta muuttaa hoitokäytänteitä.

- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

60) Tutkimuksen johtopäätökset eivät ole perusteltuja.

- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

61) Kirjallisuudesta löytyy ristiriitaisia tuloksia.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

62) Tutkimustuloksia ei esitetä selkeästi ja luotettavasti.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon

En osaa sanoa

63) Muu henkilökunta ei tue uusia käytännön sovelluksia.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

64) Sairaanhoidtaja ei ole halukas muuttamaan käytänteitä/kokeilemaan uusia työtapoja.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

65) Tutkimustiedon määrä on liian suuri.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

66) Sairaanhoidtaja ei koe olevansa kykenevä arvioimaan tutkimusten laatua.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon

En osaa sanoa

67) Työn kiireellisyys estää uusien työtapojen soveltamisen.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

68) Tutkimustieto on julkaistu vieraalla kielellä.

- Ei ole este
- Estää vain vähän
- Estää jonkin verran
- Estää erittäin paljon
- En osaa sanoa

Tuleeko mieleesi muita syitä, jotka estävät tutkimustiedon soveltamisen käytännön työssä?

Jos muita syitä löytyy, kirjoita syyt seuraaville riveille ja arvioi niiden vaikutus asteikolla 1-5.

69) Muu syy 1. (arvioi myös vaikutus asteikolla 1-5)

70) Muu syy 2.(arvioi myös vaikutus asteikolla 1-5)

71) Muu syy 3.(arvioi myös vaikutus asteikolla 1-5)

72) Muu syy 4. (arvioi myös vaikutus asteikolla 1-5)

73) Mitkä edellä esitetyistä väittämistä 39-79 ovat kolme suurinta estettä tutkimustiedon käyttämiselle sairaanhoitajan työssä?

- Suurin este.....Väittäjä nro:
- Toiseksi suurin este..... Väittäjä nro:
- Kolmanneksi suurin este .Väittäjä nro:

74) Millaiset asiat HELPOTTAVAT tutkimustiedon käyttämistä työssä?

Kiitos vastauksestasi!

LIITE 2. Esimerkki aineiston ryhmittelystä ja analyysistä

Alkuperäisilmaisuja	Pelkistettyjä ilmaisuja	Ryhmitelty ilmaisu	Alakategoria	Yhdistävä kategoria
<i>” Vaikka puhutaan tiimityöstä niin kyllä lääkärit sanelevat ja hoitajat toteuttavat, lääkärit eivät kunnioita hoitajien mielipidettä ja näkemystä vaan haluavat määrätä ja tavaltaan alistaa hoitajat. Riippuu paljolti varmasti työpisteestä, mutta meillä on näin. ”</i>	määrääminen ja alistaminen	yhteistyön puute		
<i>”Tutkimustiedon soveltaminen vaatii yhteistä keskustelua ja sopimuksia.”</i>	yhteinen keskustelu	yhteistyön tarve		
<i>”Tutkimustiedon käyttö käytäntöön tulisi tapahtua yhdessä osaston keskuudessa sopien, ei niin että yksi muuttaa käytäntöä ilman että muilla tietoa. Käytännön tavan muuttaminen vie aikaa ja vaatii keskustelua.”</i>	sopien käytäntöjen muuttamisesta	yhteistyön tarve		<b>Työyhteisöön liittyvät tekijät</b>
<i>”Kiinnostusta varmasti olisi mutta mahdollisuus edes keskustella on aivan olematon”</i>	ei keskustelumahdollisuuksia	yhteistyön puute		
<i>”Lääkärit määräävät hoidot”</i>	määrääminen	yhteistyön puute		
<i>”Vertaistuki puuttuu”</i>	vertaistuen puute	vertaistuen puute	<b>Vertaistuen</b>	

LIITE 3.1. Taustamuuttujien yhteys mielipiteeseen opinnäytetyön käytännöstä lähtevään aiheeseen

Taustamuuttuja	n	Ka	Md	Kh	p
<b>Sukupuoli</b>	214				0,888
Nainen	198	4,05	4,0	0,89	
Mies	16	4,04	4,1	0,68	
<b>Ikä</b>	215				<b>0,017</b>
20–35 vuotta	45	4,34	4,5	0,67	
36–45 vuotta	74	4,03	3,9	0,88	
46–65 vuotta	96	3,92	3,9	0,92	
<b>Ammatillinen koulu- tus</b>	214				0,307
Sh/Esh	159	4,0	4,0	0,90	
Sh AMK	55	4,3	4,3	0,73	
<b>Työkokemus hoito- työn tehtävissä</b>	215				<b>0,031</b>
0–10 vuotta	50	4,27	4,4	0,81	
11–20 vuotta	74	4,09	4,0	0,79	
yli 20 vuotta	91	3,89	3,8	0,94	
<b>Nykyinen työtehtävä</b>	215				<b>0,000</b>
Oh/Aoh	52	3,58	3,5	0,76	
Sh/Esh	163	4,20	4,3	0,85	
<b>Työsuhde</b>	190				<b>0,002</b>
Vakinainen	158	3,95	3,8	0,87	
Sijainen	32	4,44	4,5	0,65	
<b>Sairaala</b>	215				<b>0,023</b>
Sairaala 1	138	4,02	4,0	0,85	
Sairaala 2	30	3,73	3,8	1,00	
Sairaala 3	45	4,33	4,5	0,74	
<b>Työyksikkö tulosalu- eittain</b>	213				<b>0,027</b>
Operatiivinen	86	4,01	4,0	0,96	
Konservatiivinen	80	3,92	3,8	0,79	
Psykiatrinen	47	4,34	4,5	0,76	
<b>Koulutukseen osallis- tuminen omalla ajalla viimeisen viiden vuo- den aikana</b>	211				0,217
Kyllä	120	4,01	4,0	0,86	
Ei	91	4,15	4,3	0,81	
<b>Kiinnostus hoitotyön lehtiin</b>	211				0,101
Ammatilliset lehdet	198	4,06	4,1	0,88	
Tieteelliset lehdet	13	3,73	3,5	1,11	
<b>Ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä on tehty työyksikössä viimeisen vuoden aikana</b>	206				<b>0,000</b>
Ei yhtään	79	4,35	4,5	0,74	
Yksi tai enemmän	127	3,86	2,5	3,9	

LIITE 3.2. Taustamuuttujien yhteys vastaajien mielipiteisiin opinnäytetyön käytäntöön hyödynnettävyyteen

Taustamuuttuja	n	Ka	Md	Kh	p
<b>Sukupuoli</b>	207				0,335
Nainen	192	3,42	3,3	0,85	
Mies	15	3,62	3,8	0,69	
<b>Ikä</b>	208				0,436
20–35 vuotta	45	3,57	3,5	0,74	
36–45 vuotta	72	3,43	3,3	0,72	
46–65 vuotta	91	3,40	3,3	0,96	
<b>Ammatillinen koulu- tus</b>	207				0,871
Sh/Esh	152	3,44	3,4	0,84	
Sh AMK	55	3,45	3,3	0,84	
<b>Työkokemus hoito- työn tehtävissä</b>	208				0,756
0–10 vuotta	50	3,52	3,5	0,82	
11–20 vuotta	72	3,40	3,5	0,83	
yli 20 vuotta	86	3,44	3,3	0,87	
<b>Nykyinen työtehtävä</b>	208				<b>0,006</b>
Oh/Aoh	51	3,20	3,0	0,77	
Sh/Esh	157	3,53	3,5	0,85	
<b>Työsuhde</b>	184				0,168
Vakinainen	152	3,38	3,3	0,87	
Sijainen	32	3,61	3,5	0,75	
<b>Sairaala</b>	208				0,081
Sairaala 1	134	3,41	3,3	0,81	
Sairaala 2	28	3,22	3,3	0,66	
Sairaala 3	44	3,69	3,8	0,97	
<b>Työyksikkö tulosalu- eittain</b>	206				0,101
Operatiivinen	82	3,47	3,5	0,66	
Konservatiivinen	78	3,30	3,3	0,92	
Psykiatrinen	46	3,65	3,6	0,96	
<b>Koulutukseen osallis- tuminen omalla ajalla viimeisen viiden vuo- den aikana</b>	204				0,250
Kyllä	114	3,40	3,3	0,85	
Ei	90	3,53	3,5	0,82	
<b>Kiinnostus hoitotyön lehtiin</b>	204				0,107
Ammatilliset lehdet	192	3,48	3,5	0,81	
Tieteelliset lehdet	12	3,04	2,9	1,20	
<b>Ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä on tehty työyksikössä viimeisen vuoden aikana</b>	200				<b>0,026</b>
Ei yhtään	77	3,60	3,7	0,92	
Yksi tai enemmän	123	3,34	3,3	0,78	

LIITE 3.3. Taustamuuttujien yhteys hoitotyötä kehittävään opinnäytetyöhön

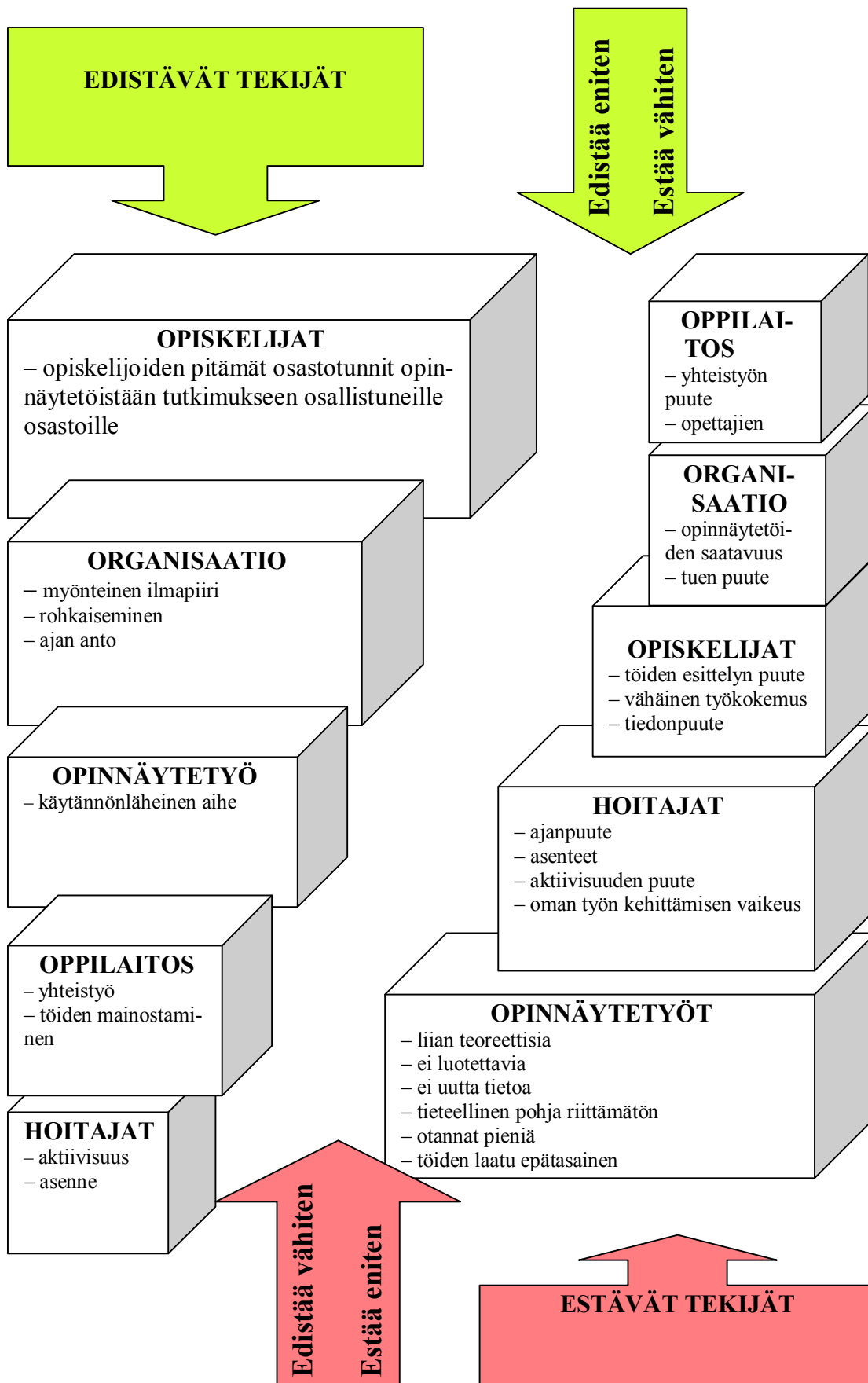
Taustamuuttuja	n	Ka	Md	Kh	p
<b>Sukupuoli</b>	214				0,147
Nainen	198	3,24	3,3	0,78	
Mies	16	3,45	3,6	0,84	
<b>Ikä</b>	215				0,226
20-35 vuotta	45	3,42	3,4	0,71	
36-45 vuotta	74	3,21	3,3	0,72	
46-65 vuotta	96	3,21	3,1	0,87	
<b>Ammatillinen koulu- tus</b>	214				0,419
Sh/Esh	159	3,23	3,3	0,82	
Sh AMK	55	3,34	3,3	0,70	
<b>Työkokemus hoito- työn tehtävissä</b>	215				0,260
0-10 vuotta	50	3,41	3,4	0,75	
11-20 vuotta	74	2,53	3,3	0,74	
yli 20 vuotta	91	3,27	3,1	0,84	
<b>Nykyinen työtehtävä</b>	215				0,122
Oh/Aoh	52	3,13	3,1	0,76	
Sh/Esh	163	3,29	3,3	0,80	
<b>Työsuhde</b>	190				0,168
Vakinainen	158	3,20	3,1	0,81	
Sijainen	32	3,38	3,4	0,70	
<b>Sairaala</b>	215				0,110
Sairaala 1	138	3,26	3,3	0,77	
Sairaala 2	30	2,98	3,1	0,76	
Sairaala 3	45	3,40	3,4	0,82	
<b>Työyksikkö tulosalu- eittain</b>	213				0,033
Operatiivinen	86	3,32	3,3	0,73	
Konservatiivinen	80	3,11	3,0	0,82	
Psykiatrinen	47	3,39	3,4	0,83	
<b>Koulutukseen osallis- tuminen omalla ajalla viimeisen viiden vuo- den aikana</b>	211				0,411
Kyllä	120	3,21	3,3	0,79	
Ei	91	3,33	3,3	0,81	
<b>Kiinnostus hoitotyön lehtiin</b>	211				0,168
Ammatilliset lehdet	198	3,27	3,3	0,76	
Tieteelliset lehdet	13	3,07	2,9	1,11	
<b>Ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä on tehty työyksikössä viimeisen vuoden aikana</b>	206				0,160
Ei yhtään	79	3,35	3,4	0,83	
Yksi tai enemmän	127	3,20	3,1	0,78	



LIITE 3.4. Taustamuuttujien yhteys opinnäytetöiden saatavuuteen

Taustamuuttuja	n	Ka	Md	Kh	p
<b>Sukupuoli</b>	214				0,358
Nainen	198	2,67	2,5	0,84	
Mies	16	2,83	2,8	0,66	
<b>Ikä</b>	215				0,236
20–35 vuotta	45	2,87	2,8	0,84	
36–45 vuotta	74	2,63	2,8	0,71	
46–65 vuotta	96	2,63	2,5	0,90	
<b>Ammatillinen koulu-</b> <b>tus</b>	214				0,291
Sh/Esh	159	3,44	3,5	1,04	
Sh AMK	55	3,58	3,5	0,85	
<b>Työkokemus hoito-</b> <b>työn tehtävissä</b>	215				0,101
0–10 vuotta	50	2,87	3,0	0,88	
11–20 vuotta	74	2,53	2,5	0,68	
yli 20 vuotta	91	2,70	2,5	0,89	
<b>Nykyinen työtehtävä</b>	215				<b>0,000</b>
Oh/Aoh	52	2,25	2,3	0,53	
Sh/Esh	163	2,82	2,8	0,86	
<b>Työsuhde</b>	190				0,234
Vakinainen	158	2,67	2,5	0,86	
Sijainen	32	2,77	2,8	0,70	
<b>Sairaala</b>	215				0,150
Sairaala 1	138	2,60	2,5	0,80	
Sairaala 2	30	2,64	2,5	0,80	
Sairaala 3	45	2,89	2,8	0,84	
<b>Työyksikkö tulosalu-</b> <b>eittain</b>	213				<b>0,007</b>
Operatiivinen	86	2,69	2,8	0,83	
Konservatiivinen	80	2,51	2,3	0,78	
Psykiatrinen	47	2,93	2,8	0,85	
<b>Koulutukseen osallis-</b> <b>tuminen omalla ajalla</b> <b>viimeisen viiden vuod-</b> <b>en aikana</b>	211				0,211
Kyllä	120	2,62	2,7	0,80	
Ei	91	2,77	2,8	0,81	
<b>Kiinnostus hoitotyön</b> <b>lehtiin</b>	211				<b>0,004</b>
Ammatilliset lehdet	198	2,73	2,8	0,80	
Tieteelliset lehdet	13	2,13	1,8	0,89	
<b>Ammattikorkeakoulun</b> <b>opinnäytetöitä on</b> <b>tehty työyksikössä</b> <b>viimeisen vuoden</b> <b>aikana</b>	206				<b>0,014</b>
Ei yhtään	79	2,88	2,8	0,92	
Yksi tai enemmän	127	2,55	2,5	0,75	

LIITE 4. Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden käyttöä edistäviä ja estäviä tekijöitä



LIITE 5.1. Taustamuuttujien yhteys sairaanhoitaja tutkimustiedon hyödyntäjänä

Taustamuuttuja	n	Ka	Md	Kh	p
<b>Sukupuoli</b>	214				0,264
Nainen	198	2,66	2,8	0,75	
Mies	16	2,43	2,5	0,80	
<b>Ikä</b>	215				0,314
20–35 vuotta	45	2,71	2,9	0,70	
36–45 vuotta	74	2,73	2,8	0,76	
46–65 vuotta	96	2,55	2,7	0,77	
<b>Ammatillinen koulu-</b> <b>tus</b>	214				0,149
Sh/Esh	159	2,59	2,8	0,78	
Sh AMK	55	2,81	2,9	0,67	
<b>Työkokemus hoito-</b> <b>työn tehtävissä</b>	215				0,256
0-10 vuotta	50	2,83	2,9	0,53	
11–20 vuotta	74	2,62	2,8	0,84	
yli 20 vuotta	91	2,57	2,6	0,78	
<b>Nykyinen työtehtävä</b>	215				0,070
Oh/Aoh	163	2,62	2,8	0,73	
Sh/Esh	52	2,72	3,0	0,85	
<b>Työsuhde</b>	190				0,160
Vakinainen	158	2,59	2,8	0,77	
Sijainen	32	2,86	2,8	0,51	
<b>Sairaala</b>	215				0,105
Sairaala 1	138	2,72	2,8	0,64	
Sairaala 2	30	2,35	2,5	0,95	
Sairaala 3	45	2,61	2,9	0,88	
<b>Työyksikkö tulosalu-</b> <b>eittain</b>	213				0,678
Operatiivinen	86	2,69	2,8	0,71	
Konservatiivinen	40	2,59	2,7	0,75	
Psykiatrinen	87	2,71	2,9	0,84	
<b>Koulutukseen osallis-</b> <b>tuminen omalla ajalla</b> <b>viimeisen viiden vuo-</b> <b>den aikana</b>	211				0,503
Kyllä	120	2,65	2,8	0,79	
Ei	91	2,64	2,8	0,72	
<b>Kiinnostus hoitotyön</b> <b>lehtiin</b>	211				0,762
Ammatilliset lehdet	198	2,64	2,8	0,76	
Tieteelliset lehdet	13	2,67	2,9	0,82	
<b>Ammattikorkeakoulun</b> <b>opinnäytetöitä on</b> <b>tehty työyksikössä</b> <b>viimeisen vuoden</b> <b>aikana</b>	206				0,306
Ei yhtään	79	2,69	2,9	0,80	
Yksi tai enemmän	127	2,61	2,6	0,73	

LIITE 5.2. Taustamuuttujien yhteys organisaation merkitys tutkimustiedon hyödyntämisessä

Taustamuuttuja	n	Ka	Md	Kh	p
<b>Sukupuoli</b>	214				<b>0,023</b>
Nainen	198	2,94	3,0	0,75	
Mies	16	2,50	2,5	0,85	
<b>Ikä</b>	215				<b>0,012</b>
20–35 vuotta	45	3,14	3,3	0,70	
36–45 vuotta	74	2,96	2,8	0,71	
46–65 vuotta	96	2,75	2,9	0,80	
<b>Ammatillinen koulu-</b> <b>tus</b>	214				<b>0,002</b>
Sh/Esh	159	2,80	2,9	0,80	
Sh AMK	55	3,19	3,3	0,54	
<b>Työkokemus hoito-</b> <b>työn tehtävissä</b>	215				<b>0,001</b>
0–10 vuotta	50	3,24	3,3	0,47	
11–20 vuotta	74	2,87	3,0	0,80	
yli 20 vuotta	91	2,74	2,9	0,80	
<b>Nykyinen työtehtävä</b>	215				0,083
Oh/Aoh	52	2,71	2,9	0,87	
Sh/Esh	163	2,96	3,0	0,71	
<b>Työsuhde</b>	190				<b>0,014</b>
Vakinainen	158	2,84	3,0	0,77	
Sijainen	32	3,21	3,3	0,40	
<b>Sairaala</b>	215				<b>0,022</b>
Sairaala 1	138	3,00	3,1	0,69	
Sairaala 2	30	2,59	2,63	0,88	
Sairaala 3	45	2,80	3,0	0,85	
<b>Työyksikkö tulosalu-</b> <b>eittain</b>	213				0,771
Operatiivinen	86	2,92	3,1	0,74	
Konservatiivinen	80	2,90	3,0	0,79	
Psykiatrinen	47	2,87	3,0	0,78	
<b>Koulutukseen osallis-</b> <b>tuminen omalla ajalla</b> <b>viimeisen viiden vuo-</b> <b>den aikana</b>	211				0,262
Kyllä	120	2,93	3,0	0,79	
Ei	91	2,86	3,0	0,73	
<b>Kiinnostus hoitotyön</b> <b>lehtiin</b>	211				0,305
Ammatilliset lehdet	198	2,90	3,0	0,77	
Tieteelliset lehdet	13	2,81	2,9	0,76	
<b>Ammattikorkeakoulun</b> <b>opinnäytetöitä on</b> <b>tehty työyksikössä</b> <b>viimeisen vuoden</b> <b>aikana</b>	206				0,346
Ei yhtään	79	2,8	2,9	0,80	
Yksi tai enemmän	127	2,9	3,0	0,74	

LIITE 5.3. Taustamuuttujien yhteys tutkimuksen sisällön merkitys tutkimustiedon hyödyntämisessä

Taustamuuttuja	n	Ka	Md	Kh	p
<b>Sukupuoli</b>	214				<b>0,012</b>
Nainen	198	2,68	2,7	0,83	
Mies	16	2,20	2,0	1,01	
<b>Ikä</b>	215				0,475
20–35 vuotta	45	2,50	2,5	0,77	
36–45 vuotta	74	2,68	2,6	0,78	
46–65 vuotta					
<b>Ammatillinen koulu- tus</b>	214				0,305
Sh/Esh	159	2,61	2,7	0,90	
Sh AMK	55	3,19	3,3	0,54	
<b>Työkokemus hoito- työn tehtävissä</b>	215				0,860
0–10 vuotta	50	2,62	2,7	0,68	
11–20 vuotta	74	2,62	2,5	0,85	
yli 20 vuotta	91	2,68	2,7	0,93	
<b>Nykyinen työtehtävä</b>	215				0,180
Oh/Aoh	52	2,67	2,7	1,01	
Sh/Esh	163	2,64	2,7	0,79	
<b>Työsuhte</b>	190				0,976
Vakinainen	158	2,63	2,7	0,87	
Sijainen	32	2,64	2,7	0,64	
<b>Sairaala</b>	215				0,196
Sairaala 1	138	2,70	2,8	0,75	
Sairaala 2	30	2,49	2,5	1,03	
Sairaala 3	45	2,57	2,3	0,97	
<b>Työyksikkö tulosalu- eittain</b>	213				0,652
Operatiivinen	86	2,67	2,7	0,77	
Konservatiivinen	80	2,65	2,7	0,85	
Psykiatrinen	47	2,61	2,3	0,98	
<b>Koulutukseen osallis- tuminen omalla ajalla viimeisen viiden vuo- den aikana</b>	211				0,817
Kyllä	120	2,64	2,7	0,88	
Ei	91	2,65	2,7	0,84	
<b>Kiinnostus hoitotyön lehtiin</b>	211				0,854
Ammatilliset lehdet	198	2,64	2,7	0,86	
Tieteelliset lehdet	13	2,64	2,8	0,88	
<b>Ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä on tehty työyksikössä viimeisen vuoden aikana</b>	206				0,180
Ei yhtään	79	2,75	2,8	0,94	
Yksi tai enemmän	127	2,57	2,7	0,79	

LIITE 5.4. Taustamuuttujien yhteys tutkimuksen julkaisemisen ja saatavuuden merkitys tutkimustiedon hyödyntämisessä

Taustamuuttuja	n	Ka	Md	Kh	p
<b>Sukupuoli</b>	214				0,666
Nainen	198	2,80	2,8	0,69	
Mies	16	2,66	2,7	0,91	
<b>Ikä</b>	215				0,933
20–35 vuotta	45	2,74	2,8	0,66	
36–45 vuotta	74	2,81	2,8	0,65	
46–65 vuotta	96	2,80	2,8	0,78	
<b>Ammatillinen koulu- tus</b>	214				0,538
Sh/Esh	159	2,80	2,8	0,76	
Sh AMK	55	2,79	2,8	0,56	
<b>Työkokemus hoito- työn tehtävissä</b>	215				0,609
0–10 vuotta	50	2,82	2,8	0,49	
11–20 vuotta	74	2,73	2,8	0,74	
yli 20 vuotta	91	2,82	2,8	0,78	
<b>Nykyinen työtehtävä</b>	215				0,538
Oh/Aoh	52	2,77	2,9	0,79	
Sh/Esh	163	2,80	2,8	0,68	
<b>Työsuhte</b>	190				0,343
Vakinainen	158	2,75	2,8	0,75	
Sijainen	32	2,89	3,0	0,48	
<b>Sairaala</b>	215				<b>0,021</b>
Sairaala 1	138	2,86	2,9	0,67	
Sairaala 2	30	2,48	2,6	0,69	
Sairaala 3	45	2,76	2,8	0,75	
<b>Työyksikkö tulosalu- eittain</b>	213				0,298
Operatiivinen	86	2,86	3,0	0,67	
Konservatiivinen	80	2,71	2,8	0,70	
Psykiatrinen	47	2,82	3,0	0,79	
<b>Koulutukseen osallis- tuminen omalla ajalla viimeisen viiden vuo- den aikana</b>	211				0,773
Kyllä	120	2,77	2,8	0,75	
Ei	91	2,83	2,8	0,68	
<b>Kiinnostus hoitotyön lehtiin</b>	211				0,417
Ammatilliset lehdet	198	2,78	2,8	0,70	
Tieteelliset lehdet	13	2,82	3,2	0,91	
<b>Ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä on tehty työyksikössä viimeisen vuoden aikana</b>	206				0,587
Ei yhtään	79	2,82	3,0	0,75	
Yksi tai enemmän	127	2,74	2,8	0,68	

LIITE 6. Tutkimustiedon käyttöä edistäviä ja estäviä tekijöitä

