

Opinnäytetyö (YAMK)

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto, Terveyden edistäminen

2018

Johanna Koski

**KOKEMUSASIAANTUNTIJA  
SAIRAAHOITAJAOPISKELIJOIDEN  
MIELENTERVEYSHOITOTYÖN  
OPETUKSESSA**

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto, Terveyden edistäminen

2018 | 40 sivua + 10 liitesivua

Johanna Koski

# KOKEMUSASIAANTUNTIJA SAIRAAHOITAJAOPISKELIJOIDEN MIELENTERVEYSHOITOTYÖN OPETUKSESSA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteita ja mielipiteitä mielenterveyshoitotyöstä ja kokemusasiantuntijan käytöstä opetuksessa. Opinnäytetyö on osa kansainvälistä Co-Produced Mental Health Nursing education -projektia. Commune-projektissa ollaan kehitelty uusi tapa mielenterveys- ja päihdehoitotyön opetukseen sairaanhoitajaopiskelijoille. Kokemusasiantuntija ja ammattikorkeakoulun hoitotyön lehtori yhdessä pitävät teoriaopinnot mielenterveys- ja päihdehoitotyöstä. Suomessa ei ole aiemmin käytetty kokemusasiantuntijaa systemaattisesti mukana hoitotyön opetuksessa.

Tässä tutkimuksessa tehtiin toistetut monivalintakyselyt. Kyselyissä arvioitiin sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteita mielenterveysongelmista kärsiviä henkilöitä kohtaan, sekä kokemusasiantuntijan käytöstä opetuksessa. Tutkimusaineisto kerättiin sairaanhoitajaopiskelijoilta (N=72). Opiskelijat täyttivät samat kyselylomakkeet ennen opintojaksoa ja välittömästi kokemusasiantuntijan pitämän opintojakson jälkeen.

Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Tutkimuksessa saatiin tilastollisesti merkittäviä tuloksia. Kokemusasiantuntijan pitämän opintojakson jälkeen sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteet olivat myönteisemmät ajatellen uramahdollisuutta mielenterveyshoitotyössä. Tulokset osoittavat, että kokemusasiantuntijan käytöllä on merkittävä rooli sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteiden muuttamisessa positiivisempaan suuntaan mielenterveyshoitotyötä ja kokemusasiantuntijan käyttöä kohtaan.

## ASIASANAT:

Sairaanhoitajaopiskelija, asenteet, mielenterveys, kokemusasiantuntija

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health promotion, Master's Degree

2018 | 40 pages + 10 pages in appendices

Johanna Koski

## STUDENTS' ATTITUDES TO MENTAL HEALTH NURSING

- does the involvement of Expert by Experience impact on students' attitudes?

The objective of the study was to evaluate nursing students' attitudes to mental health nursing and consumer participation. The study was part of an international Co-produced Mental Health Nursing education -project. Commune -project has created a new way to teaching mental health care to nursing students. An expert by experience works collaboratively with senior lecturer in nursing to deliver the new curricula in the classroom. Experts by experience have not previously been systematically used in teaching in Finland.

The study involved repeated self-report questionnaires that measure attitudes to people with mental illness and consumer participation in education. Data for the study were collected from nursing students (N=72). Students filled the same questionnaires before and after mental health nursing course.

Data were analysed using quantitative methods. Statistically significant results were observed on the role of expert by experience in teaching. According to the study results, the expert by experience had an important role and a positive influence on the nursing students' attitudes towards a career in mental health care.

KEYWORDS:

Nursing education, attitudes, mental illness, expert by experience

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>3</b>
<b>2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT</b>	<b>4</b>
<b>3 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b>	<b>6</b>
<b>4 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS</b>	<b>7</b>
4.1 Kokemusasiantuntijuus	8
4.2 Sairaanhoidaja (AMK) -koulutus	11
4.3 Mielensterveys ja mielensterveystyö	13
<b>5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS</b>	<b>14</b>
5.1 Kyselylomakkeet	14
5.2 Kohdejoukko ja aineiston keruu	18
5.3 Aineiston käsittely ja analysointi	19
<b>6 TULOKSET</b>	<b>22</b>
6.1 Kysely mielensterveyshoitotyön opiskelijoille	22
6.2 Mielensterveisiin ja asenteisiin kohdistuva kysely	24
6.3 Asiakkaan osallisuus	25
<b>7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>26</b>
7.1 Tutkimuksen eettisyys	26
7.2 Tutkimuksen luotettavuus	27
<b>8 TULOSTEN POHDINTA, JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOKEHITYSIDEAT</b>	<b>31</b>
8.1 Sairaanhoidajaopiskelijoiden suhtautuminen mielensterveysongelmista kärsiviä henkilöitä kohtaan	31
8.2 Sairaanhoidajaopiskelijoiden ajatukset mielensterveyshoitotyön vaikutuksista ja asiakkaan osallisuudesta	32
8.3 Kokemusasiantuntijavetoisen opintojakson vaikutus sairaanhoidajaopiskelijoiden suhtautumiseen	32
8.4 Jatkokehitysideat tutkimuksen tulosten valossa	33
<b>9 KEHITTÄMISTOIMINNAN ARVIOINTI</b>	<b>35</b>

**LIITTEET**

- Liite 1. Kysely mielenterveyshoitotyön opiskelijoille.  
Liite 2. Mielenpitemisiin ja asenteisiin kohdistuva kysely.  
Liite 3. Asiakkaan osallisuus.

**KUVAT**

- Kuva 1. Sairaanhoidajakoulutuksen (AMK) mielenterveys- ja päihdeopintojen määrä Suomen ammattikorkeakouluissa (Kivelä & Kilkku 2017). 12

**KUVIOT**

- Kuvio 1. Opinnäytetyön eteneminen. 5  
Kuvio 2. Tutkimukseen vastanneet opiskelijat. 19  
Kuvio 3. Summamuuttujan "Opiskelijan ajatukset mielenterveyshoitotyön opintoihin liittyen" keskiarvot alku- ja loppukyselyistä sukupuolittain ja koko joukosta. 24

**TAULUKOT**

- Taulukko 1. "Kysely mielenterveyshoitotyön opiskelijoille" -mittarin (Mental Health Nursing Education Survey) väittämien sisällöllinen kuvaus ja summamuuttujien muodostaminen. 17  
Taulukko 2. Kysely mielenterveyshoitotyön opiskelijoille summamuuttujien kaikkien vastaajien keskiarvo ja keskihajonta ennen ja jälkeen opintojakson, sekä mielenpitemen muuttumisen tilastollinen merkitsevyys. Mittarin skaala 1-7 22  
Taulukko 3. Mielenpitemisiin ja asenteisiin kohdistuvan kyselyn summamuuttujien kaikkien vastaajien keskiarvo ja keskihajonta ennen ja jälkeen opintojakson, sekä mielenpitemen muuttumisen tilastollinen merkitsevyys. Mittarin skaala 1-5. 25  
Taulukko 4. Asiakkaan osallisuus summamuuttujien kaikkien vastaajien keskiarvo ja keskihajonta ennen ja jälkeen opintojakson, sekä mielenpitemen muuttumisen tilastollinen merkitsevyys. Mittarin skaala 1-7. 25

# 1 JOHDANTO

Kokemusasiantuntijalla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan henkilöä, jolla on kokemusta mielenterveys- tai päihdeongelmista, joko omakohtaisesti tai läheisen roolissa (Sosiaali- ja Terveysministeriö STM 2009, 20). Kokemusasiantuntijat ovat koulutettuja henkilöitä, jotka osaavat kokemuksensa kautta kertoa, mistä asioista kuntoutumisessa ja selviytymisessä on ollut hyötyä (Rissanen 2013, 13-14; Noorani 2013). Kyetäkseen kokemusasiantuntijaksi, on oman kuntoutumisprosessin oltava riittävän pitkällä ja kokemusasiantuntijalla tulee olla kyky reflektoida omia kokemuksiaan, sekä yleisön vastaanottokykyä (Hietala & Rissanen 2015, 19, 32). Kokemusasiantuntija tuo läsnäolollaan hoitotyön opetustilanteeseen tarttumapintaa mielenterveyskokemuksiin, sekä tuo opetukseen elävyyttä ja inhimillisyyttä (mm. Edward ym. 2015; Fokuo ym. 2017; Happell ym. 2015c; Pearlman ym. 2017; Thongpriwan ym. 2015).

Nykyisellään yhteistyö ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden kesken on vielä alkutekijöissään, vaikka kansalliset suositukset ohjaavat lisäämään osallisuutta (Falk ym. 2013, 4). Mielenterveys- ja päihdehoitosuunnitelmassa ohjataan ottamaan kokemusasiantuntijoita mukaan päättämisprosesseihin ja koulutukseen. Kokemusasiantuntijoiden nähdään tuovan uutta näkökulmaa kehittämistyöhön. Tavoitteena on pystyä vaikuttamaan ennakkoluuloihin, joita ammattilaistenkin keskuudesta löytyy. (STM 2009.)

Kokemusasiantuntijoille on kysyntää ja paljon käyttökohteita sosiaali- ja terveysalalla. Tämän tutkimuksen avulla halutaan osoittaa kokemusasiantuntijan käytön hyödyllisyys ja tätä kautta mahdollisesti saada kokemusasiantuntijan käyttö suunnitellusti mukaan mielenterveys- ja päihdetyön opetussuunnitelmaan. Opinnäytetyössä ollaan kiinnostuneita selvittämään, onko kokemusasiantuntijan käytöllä hoitotyön opetuksessa vaikutusta sairaanhoitajaopiskelijoiden mielipiteisiin ja asenteisiin mielenterveyskuntoutujia ja -hoitotyötä kohtaan. Kyseessä on kvantitatiivinen tutkimus. Opinnäytetyö on osan kansainvälistä Co-produced Mental Health Nursing education -projektia, jossa on rakennettu uudenlainen malli mielenterveyshoitotyön opetuksen.

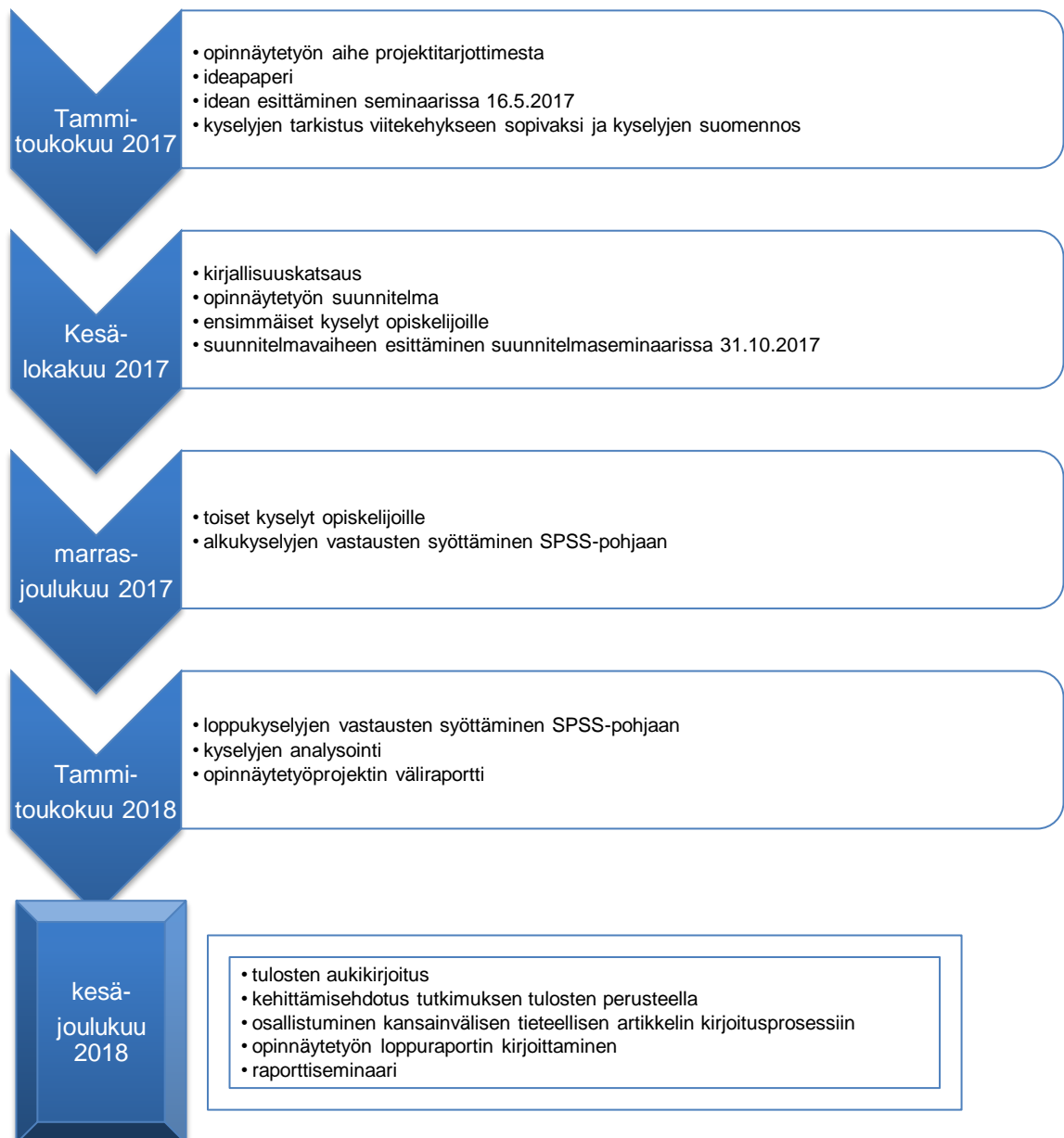
## 2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Tässä tutkimuksessa selvitetään sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteita ja mielipiteitä mielenterveyskuntoutujista ja -hoitotyöstä, sekä kokemusasiantuntijan vaikutuksesta opiskelijoiden asenteisiin. Tutkimus on osa Co-produced Mental Health Nursing education (Commune) -projektia. Commune on kansainvälinen projekti, jossa kehitetään sairaanhoitajaopiskelijoille yhden opintopisteen laajuinen opintokokonaisuus mielenterveyshoitotyön opetukseen. Opintojaksoa kehitetään ottamalla opetukseen mukaan mielenterveyspalveluiden kokemusasiantuntija. Commune-projektia johdetaan Islannista käsin. Projektissa ovat mukana University of Iceland, Turun ammattikorkeakoulu, Hollannista Utrecht University of Applied Sciences, Norjasta University of Hedmark, Irlannista Dublin City University and University Collage Cork sekä Australiasta University of Canberra. Lisäksi mukana projektissa on potilas- ja omaisjärjestöjä kaikista maista. (Ellilä 2017.)

Opinnäytetyön aloitukseen mennessä Commune-projektissa oli tehty taustatutkimuksia, focus group -haastattelut kuntoutujille ja omaisille, sekä suunniteltu kokemusasiantuntijan toteuttamaa opintojaksoa. Opintojaksosta haluttiin validoitujen mittarien avulla tehdä asennemittaukset sairaanhoitajaopiskelijoille. Tämän opinnäytetyön aihe muodostui opintojakson toteuttamisvaiheen perusteella asenteiden tarkasteluun määrällisen tutkimuksen keinoin. Kyselyissä mitattiin sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteita ja ennakkoluuloja mielenterveyskuntoutujia ja -hoitotyötä kohtaan. Kyselyt tehtiin opiskelijoille mielenterveyshoitotyöopintojakson alussa ja lopussa. Mielenterveyskokemusasiantuntija toteutti opintojakson yhdessä hoitotyön opettajan kanssa. Sama protokolla toteutui kaikissa kuudessa projektiin osallistuvassa maassa.

Opinnäytetyö eteni suunnitellun aikataulun mukaisesti (kuvio 1). Idea opinnäytetyöhön saatiin Turun Ammattikorkeakoulun projektitarjottimesta. Ohjausryhmä muodostui Commune-projektin kahdesta työntekijästä, sekä opinnäytetyötä ohjaavasta tutorista. Ohjausryhmän kanssa suunniteltiin opinnäytetyön sisältöä tarkemmin. Commune-projektilla oli tarve kyselytutkimusten analyysiin, tämä osoittautui mielenkiintoiseksi ja riittävän haastavaksi aiheeksi tutkimuspainotteiselle opinnäytetyölle. Tutkimuksen tekijällä ei ollut aiempaa kokemusta määrällisen tutkimuksen tekemisestä. Opinnäytetyön suunnittelu alkoi ideapaperin hyväksyttämistä ja alustavasta

kirjallisuuskatsauksesta. Myöhemmin opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa analysoitavien kyselylomakkeiden määrä kolminkertaistui. Laajemman tutkimusaineiston saamisen todettiin olevan tutkimuksen luotettavuutta lisäävä seikka. Että opinnäytetyö vastaisi ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyön vaatimuksiin, päätettiin yhdessä ohjausryhmän kanssa, että tutkimusten tulosten perusteella annetaan kehittämissuhteita sairaanhoitajaopiskelijoiden mielenterveys- ja päihdetyön opintojaksolle.



Kuvio 1. Opinnäytetyön eteneminen.



### 3 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteita mielenterveyshoitotyöhön, mielenterveyskuntoutujia kohtaan, sekä opiskelijoiden ajatuksia ja ennakkoluuloja mielenterveysongelmista. Lisäksi selvitetään mitä opiskelijat ajattelevat mielenterveyshoitotyön merkityksestä ja asiakkaan osallisuudesta, sekä hoitotyön vaikutuksesta mielenterveysongelmasta kärsivälle henkilölle. Tarkoituksena oli saada lisää tietoa opiskelijoiden suhtautumisesta opetuskäytänteiden muuttamiseen kokemusasiantuntijan avulla. Tavoitteena oli arvioida kokemusasiantuntijan käytön hyödyllisyyttä ja tutkimuksen tulosten perusteella kehittää opintojaksoa, sekä mahdollisesti saada kokemusasiantuntijan käyttö suunnitellusti mukaan mielenterveys- ja päihdehoitotyön opetussuunnitelmaan.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millainen asennoituminen sairaanhoitajaopiskelijoilla oli mielenterveysongelmista kärsiviä henkilöitä kohtaan?
2. Millaisia vaikutuksia sairaanhoitajaopiskelijat ajattelevat psykiatrisella hoitotyöllä olevan ja mitä opiskelijat ajattelevat asiakkaiden osallisuudesta?
3. Miten sairaanhoitajaopiskelijoiden asennoituminen muuttui opintojakson jälkeen?

## 4 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Opinnäytetyöprojektiin valmistauduttiin perehtymällä aikaisempaan tutkimustietoon kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli arvioida aiemmin tuotettua tietoa tutkittavasta aiheesta (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 110). Perinteinen laaja kirjallisuuskatsaus korvattiin kartoittavalla katsauksella, koska tutkittua tietoa löytyy nykyisin runsaasti. Kirjallisuuskatsauksessa pyrittiin keräämään laajasti alkuperäistutkimuksia ja hyödyntämään olemassa olevia tuloksia tehokkaasti. (Metsämuuronen 2009, 47.) Kirjallisuuskatsauksen avulla pyrittiin luomaan vakaa tieteellinen pohja kehittämisprojektin taustaksi. Katsauksen avulla etsittiin tietoa kokemusasiantuntijan käytöstä hoitotyön opetuksessa, sekä sairaanhoitajaopiskelijoiden mielipiteitä tähän liittyen. Erityisesti Australiassa on aiheesta tehty paljon tutkimustyötä.

Kirjallisuuskatsausta varten määriteltiin tarkat kriteerit alkuperäistutkimuksien valinnalle (Stolt & Routasalo 2007, 59). Työskentely aloitettiin tarkastamalla yleisiä käytössä olevia sanoja Yleisestä suomalaisesta asiasanastosta YSA:sta. Aiheeseen liittyviä asiasanoja löydettiin kattavasti, kuten kokemusasiantuntijat, mielenterveystyö, opiskelijat, sairaanhoitajat ja opetus. Englanninkielisiä termejä tarkistettiin MOT-online kielipalvelusta. Sopivia termejä olivat expert by experience, teaching, learning ja mental health. Tiedonhakuja tehtiin erilaisista sähköisistä tietokannoista. Hakuja tehtiin suomeksi ja englanniksi eri sanoilla, niiden yhdistelmillä Boolean operaattoreiden avulla, sanakatkaisulla, fraasihauulla ja osin myös rajauksella pelkkään englanninkieliseen materiaaliin. Sisäänottokriteerinä tutkimuksissa oli oltava käsiteltynä kokemusasiantuntijuutta hoitotyön opetukseen liittyen tai opiskelijoiden asenteita mielenterveyskuntoutujista. Haut rajattiin vuosiin 2007-2017. Kielivaatimuksena oli suomi tai englanti. Katsaukseen otettiin mukaan akateemisten julkaisujen artikkeleja ja tutkimuksia, sekä suomenkielisiä raportteja ja julkaisuja. Jokainen relevantti englanninkielinen artikkeli oli vertaisarvioitu, tämän perusteella tutkimuksia pidettiin laadukkaina.

Englanninkieliset haut tehtiin tietokannoista PubMed ja Cinahl Complete. Alustavassa kirjallisuuskatsauksessa ulkomaisia artikkeleja löytyi 63, joista hyödynnettiin 16. Tutkimuksen edetessä satunnaisissa hauissa ja artikkeleiden lähdeluetteloista löydettiin

lisää tutkimukseen sopivia lähteitä. Myös aiemmin löytyneitä lähteitä kokemusasiantuntijuuteen liittyen käytettiin hyödyksi teoreettisen taustan luomisessa.

Hakuja suomeksi tehtiin tietokannoista Google Scholar ja Melinda. Lisäksi suomenkielisiä hakuja tehtiin hakukannoista Arto, Medic ja kirjaston tietokanta Finna. Nämä haut eivät tuottaneet relevantteja tuloksia. Opinnäytteet poissuljettiin kirjallisuuskatsauksen tuloksista, koska niitä ei voida pitää tieteellisesti tasokkaina. Vahvaan näyttöön perustuvaa tutkimusaineistoa kokemusasiantuntijuuden hyödyntämisestä hoitotyön opetuksessa Suomessa ei hauissa löytynyt. Tämän perusteella voidaan todeta, että suomenkielistä materiaalia aiheesta ei juurikaan ole.

#### 4.1 Kokemusasiantuntijuus

Yksiselitteistä määritelmää kokemusasiantuntijuudelle ei ole, tehtävissä toimii erilaisia ihmisiä, jokainen omalla persoonallaan ja tarinallaan. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman vuosille 2009-2015, johon sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kokemusasiantuntijuus perustuu. Suunnitelmassa määritellään kokemusasiantuntijalla tarkoitettavan henkilöä, jolla on kokemusta mielenterveys- tai päihdeongelmista, joko omakohtaisesti tai läheisen roolissa. (STM 2009, 20.) Kokemusasiantuntijalla on omakohtaista tietoa siitä miltä tuntuu olla asiakkaan tai potilaan roolissa (Rissanen 2013, 13-14; Noorani 2013). Kokemusasiantuntija nimikkeenä kertoo asian syvällisestä tuntemuksesta eli asiantuntijuudesta (Koistiainen ym. 2014, 14). Kokemusasiantuntijuus kypsyy ajan kuluessa (Hietala & Rissanen 2015, 16).

Tavoitteena kokemusasiantuntijan käytössä voi olla esimerkiksi ymmärryksen lisääminen, vaikuttaminen asenteisiin ja leimaantumisen vähentäminen. Omien kokemustensa kautta he pystyvät kertomaan todellisia tapahtumia mielenterveyskuntoutumisesta sekä olemuksellaan välittämään käsitystä mielenterveysongelmaisesta henkilönä. (Koistiainen ym. 2014, 7.) Kokemuskouluttajana toimivilla tulee olla käytynä kokemuskouluttajan peruskoulutus, joita esimerkiksi järjestöt järjestävät. Koulutuksessa opitaan muun muassa esiintymistaitoja, sekä työstetään ja jäsennetään omaa tarinaa. Koulutuksen tavoitteena on turvata kokemuskouluttajien tiedolliset ja taidolliset valmiudet. (Reumaliitto 2013.) Koulutuksen merkittävä tavoite on työstää kokemusasiantuntijan omaa elämäntarinaa, koska oma tarina on oleellinen työväline. Kyetäkseen kokemusasiantuntijana toimimiseen, on kuntoutumisprosessin

oltava riittävän pitkällä. Asiantuntijana toimiminen vaatii kykyä reflektoida kokemuksiaan sekä sitä, miten viestii kokemuksistaan tilanteeseen, paikkaan ja yleisöön nähden. Kokemusasiantuntijan on mukauduttava kuulijoiden vastaanottokykyyn ja tuotava asiansa esiin tarkoituksenmukaisesti. (Hietala & Rissanen 2015, 32.) Tarjoamalla koulutusta, pystytään vahvistamaan kokemusasiantuntijoiden identiteettiä ja luomaan uuden tason asiantuntijuutta (Falk ym. 2013, 4).

Arblasterin ja tutkimuskumppaneiden (2015) tekemä systemaattinen kirjallisuuskatsaus tuo esiin näkökantaa, jonka mukaan kokemusasiantuntijoiden asiantuntijuuden ja osallistumisen vaatimustaso oli heikko, erityisesti mielenterveyshoitotyössä. Käytäntöjen yhtenäistämiseksi ja laadun varmistamiseksi on tehtävä tutkimus- ja kehittämistyötä, niin kotimaassa kuin maailmanlaajuisestikin. Kokemusasiantuntijuus tulee nähdä valtavana voimavarana, jota kannattaa hyödyntää.

Ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden yhteistyö on vielä alkutekijöissään huolimatta kansallisista suosituksista osallisuuden lisäämisessä (Falk ym. 2013, 4). Kokemusasiantuntija kykenee tuomaan opetukseen kokemuseräistä tietoa. Jo pelkästään hänen läsnäolonsa voi muistuttaa siitä, miksi ammattilaisia tarvitaan myös mielenterveyden alalle. Kokemusasiantuntijan mukana olo tuo opetukseen elävyyttä ja inhimillisyyttä, se voi auttaa tuottamaan tarkoituksenmukaisia työskentelytapoja. (Hietala & Rissanen 2015, 19.) Kokemustieto täydentää ammattilaisen tuottamaa tietoa ja tuo uuden ulottuvuuden asiaan, kun toimitaan rinnakkain (Koistiainen ym. 2014, 24).

Kouluissa ja oppilaitoksissa luentoja ja alustuksia pitävästä kokemusasiantuntijasta voidaan käyttää myös termiä kokemuskouluttaja. Kokemuskouluttajan rooli voi olla asenteisiin vaikuttaminen ja ennakkoluulojen vähentäminen. Kouluttajien tavoitteena on auttaa opiskelijoita hahmottamaan, millaista on elää mielenterveysongelman kanssa, miten voi kuntoutua ja millä tavoin ammattilaiset voivat edistää kuntoutumista. (Hietala & Rissanen 2015, 20.) Tässä opinnäytetyössä termi kokemusasiantuntija sisältää kokemuskouluttajan merkityksen.

Kokemusasiantuntijoiden osallistumisella sairaanhoitajien opetukseen on merkittävä vaikutus pelon vähentämisessä ja psyykkisten sairauksien mystisyyden poistamisessa. Kokemusasiantuntijoita halutaan käyttää asenteiden muuttamisessa positiiviseen suuntaan. (Rush 2008; Byrne ym. 2013; Happell ym. 2015a.) Rushin tutkimuksen mukaan kokemusasiantuntijan käyttö sairaanhoitajien opetuksessa auttaa opiskelijoita eläytymään mielenterveyskuntoutujan rooliin ja täten ymmärtämään heitä paremmin

(Rush 2008, 540-541). Byrne tutkimusryhmineen on tehnyt vertailevaa tutkimusta sairaanhoidon opettajan ja kokemusasiantuntijan pitämästä opetuksesta. Tutkimuksessa todettiin, että kokemusasiantuntijan opetus muutti opiskelijoiden asenteita mielenterveyshoitotyöstä positiivisempaan suuntaan. Opettajan yksinään pitämällä opetuksella ei ollut yhtä tehokasta vaikutusta. (Byrne ym. 2014.)

Voimakas stigma vaikuttaa asenteisiin mielenterveyden saralla. Mielenterveysasiakkaat saattavat kokea syrjintää leiman vuoksi ja se saattaa vaikuttaa hoidon tasoon. Fokuon työryhmän tutkimuksessa asetettiin hypoteesi, jonka mukaan sairaanhoitajaopintojen aikana toteutettavat interventiot, jotka sisältävät tarttumapinnan mielenterveyskokemuksiin, ovat tehokkaita stigman muuttajia. Tutkimuksen tulos puoltaa kokemusasiantuntijan ottamista mukaan sairaanhoitajaopiskelijoiden opintosuunnitelmaan. (Fokuo ym. 2017.) Pearlman ym. ovat myös todenneet tutkimuksessaan, että sairaanhoitajaopiskelijat ymmärsivät paremmin mielenterveysasiakkaiden stigmaa ja asiakkaan roolia toipumisessaan, kun opiskelijat kohtasivat opiskeluaikana mielenterveyskuntoutujia (Pearlman ym. 2017). Tutkimuksissa on osoitettu myös, että mitä enemmän sairaanhoitajaopiskelijat saavat ylipäänsä kokemusta mielenterveystyöstä, esimerkiksi työharjoittelupaikoilla, teorianunneilla ja aiemman työkokemuksen perusteella, sitä varmempi olo heillä on työskennellä mielenterveysongelmista kärsivien henkilöiden kanssa (Edward ym. 2015; Thongpriwan ym. 2015). Sairanhoitajaopiskelijoiden näkemyksiä mielenterveysasioista voidaan avartaa teoriaopintojen avulla ja täten vaikuttaa asenteisiin positiivisesti (Happell & Gaskin 2013).

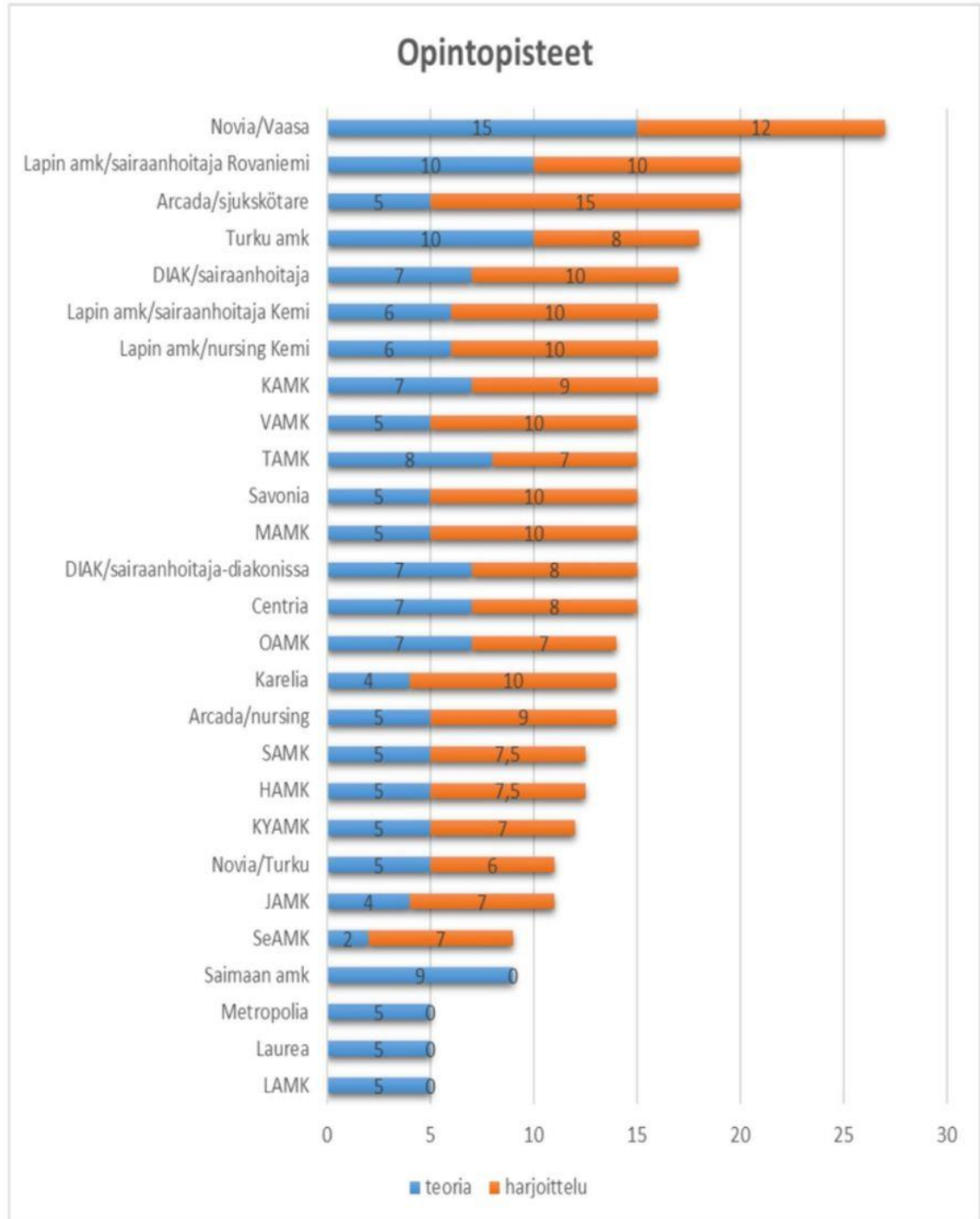
Opetussuunnitelman kautta, käyttämällä suunnitellusti kokemusasiantuntijaa mukana mielenterveyshoitotyön opetuksessa, on mahdollisuus vaikuttaa sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteisiin mielenterveyspotilaita kohtaan sekä kiinnostusta uraan mielenterveyshoitotyössä (Happell ym. 2014b). Happell ym. ovat haastatelleet mielenterveyshoitotyön opettajia kokemusasiantuntijan käytöstä opetustyössä. Tutkimuksen tuloksena ilmeni voimakas kannatus kokemusasiantuntijan käytöstä. Kuitenkin käytännöt yliopistojen välillä vaihtelivat runsaasti ja tutkimuksessa todettiin, että jatkossa tarvitaan selkeitä ohjeistuksia opetussuunnitelmaan. (Happell ym. 2015c.)

## 4.2 Sairaanhoidaja (AMK) -koulutus

Suomessa sairaanhoidajan ammattikorkeakoulutus (AMK) pohjautuu Euroopan parlamentin ja neuvoston uudistuneeseen ammattipätevyysdirektiiviin (2013/55/ EU), jossa määritellään ammatillisen osaamisen vähimmäisvaatimukset. Direktiivin mukaan yleissairaanhoidajan koulutuksen tulee olla laajuudeltaan 180 opintopistettä. (Euroopan parlamentti ja neuvosto 2013.) Kansallisen lainsäädännön mukaisesti sairaanhoidajatutkinto (AMK) Suomessa on laajuudeltaan 210 opintopistettä ja kestää 3,5 vuotta. Yleispätevän sairaanhoidajan (180 opintopistettä) opintojen lisäksi syventäviä opintoja on 30 opintopistettä oppilaitoksen tarjonnan ja opiskelijan kiinnostuksen mukaan. (Sairaanhoidajat 2014.)

Sairaanhoidajakoulutuksen sisältö voi vaihdella ammattikorkeakouluittain. Jokainen oppilaitos voi itsenäisesti päättää opetussuunnitelmien laadinnasta ja opintojen järjestelyistä. (Korkeila 2006, 23, 26.) Opetussuunnitelmatyötä ohjaavat valtakunnallisesti yhteneväiset osaamiskuvaukset. Osaamiskuvausten tarkoituksena on taata valmistuvien sairaanhoidajien osaamisen yhtenäisyys ja tasalaatuisuus eri ammattikorkeakoulujen välillä. (Eriksson ym. 2015, 35-47, 73.)

Sairaanhoidajaopintoihin sisältyy mielenterveys- ja päihdetyön opintoja. Mielenterveystyön opinnot toteutuvat eri kouluissa eri tavoin, myös opintojen laajuudessa on eroja. Kivelän ja Kilkun vuonna 2017 laatimassa artikkelissa esitellään mielenterveys- ja päihdetyön opintojen osuutta sairaanhoidajaopinnoissa Suomen ammattikorkeakouluissa. Kuva 2 esittää tiivistetysti sen, miten mielenterveystyön opintojen teoriaosuus ja työelämäharjoittelun laajuus eroavat eri ammattikorkeakouluissa. (Kivelä & Kilku 2017.) Mielenterveys- ja päihdetyön opintojen laajuus vaihtelee 5-27 opintopisteen välillä eri ammattikorkeakouluissa.



Kuva 1. Sairaanhoitajakoulutuksen (AMK) mielenterveys- ja päihdeopintojen määrä Suomen ammattikorkeakouluissa (Kivelä & Kilcku 2017).

### 4.3 Mielen terveys ja mielen terveytyö

Maailman terveysjärjestö määrittelee mielen terveyden olevan hyvinvoinnin tila, jossa jokainen yksilö tunnistaa oman potentiaalinsa, pystyy selviytymään normaaleissa elämän haasteissa, sekä työskentelemään tehokkaasti ja ottamaan osaa yhteiskunnan toimintaan (World Health Organisation 2014). Mielen terveys on osa ihmisen terveyttä ja se muuttuu elämän aikana. Mielen terveyteen vaikuttavat monet tekijät, kuten perimä, biologiset tekijät, sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset tekijät, yhteiskunnan rakenteelliset tekijät ja kulttuuriset arvot. Myönteisenä ja laajana terminä mielen terveys viittaa ihmisen hyvinvointiin ja henkiseen toimintakykyyn. (Hietaharju & Nuutila 2010, 12-14.) Mielen terveydestä puhuttaessa ajatellaan monesti negatiivisen kautta, mielen terveyshäiriöitä. Stigman poistamiseksi voitaisiin puhua positiivisesta mielen terveydestä. Positiivisella mielen terveydellä tarkoitetaan hyvinvoinnin kokemusta ja se määritellään sekä yksilön, perheen, yhteisön ja koko yhteiskunnan voimavaraksi. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 9-10.) Positiivinen mielen terveys tulee nähdä mielen terveyttä edistävänä voimavarana (Appelqvist-Schmidlechner 2016).

Mielen terveytyö on potilaan ja hänen läheistensä, terveys- ja sosiaalialan asiantuntijoiden ja esimerkiksi kokemusasiantuntijoiden toteuttamaa monitieteistä toimintaa. Mielen terveytyötä ovat mielen terveyden edistäminen, mielen terveysongelmien ennaltaehkäisy ja mielen terveysongelmien hoito. (Hämäläinen ym. 2017, 5, 18.) Mielen terveytyöstä säädetään terveydenhuoltolaissa ja mielen terveyslaissa (Terveydenhuoltolaki 1362/2010; Mielen terveyslaki 1116/1990). Mielen terveyshoitotyö on hoitajan toteuttamaa mielen terveyttä edistävää hoitotyötä, osa mielen terveytyön alueita. Mielen terveyshoitotyön tärkeitä osia ovat varhainen tunnistaminen, psyykkisen avun anto ja mielen terveyden palauttaminen sekä kohentaminen, kuten myös sairauden uusiutumisen ehkäiseminen ja elämänlaadun parantaminen. Mielen terveyshoitotyössä hoitajan tulee olla aidosti kiinnostunut potilaasta ja hänellä on oltava tietopohjaa mielen terveydestä, mielen terveyshäiriöistä sekä kriisi- ja päihdetyöstä. Hoitajan on kyettävä moniammatilliseen ja vuorovaikutukselliseen työhön. Mielen terveyshoitotyö vaatii jatkuvaa eettistä pohdintaa ja potilaslähtöistä toimintaa. (Hämäläinen ym. 2017, 5, 18, 33-34.)



## 5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselyitä. Kyselytutkimuksen avulla kysytään samoja kysymyksiä tietyin kriteerein valitulta joukolta (Anttila 2007). Asennekyselyissä kysymykset usein muotoillaan väitelauseen muotoon, jolloin vastaajan on mietittävä oma kantansa (Erätuuli ym. 1994, 45). Commune-projektin puolesta oli valittu kolme validoitua kyselyä, jotka olivat Mental Health Nursing Education Survey (Happell & Hayman-White 2009), Opening Minds Scale for Health Care Providers OMS-HC (Modgill ym. 2014) ja Mental Health Consumer Participation Questionnaire (Happell, Moxham, & Platania-Phung 2010). Kyselyillä pyrittiin mittaamaan monipuolisesti kokemusasiantuntijan käytön vaikutusta opiskelijoiden asenteisiin. Samat kyselyt teetettiin opiskelijoille heti opintojakson alussa, sekä välittömästi opintojakson päättyttyä.

Kulttuuriset, kielelliset ja opetussuunnitelmaan liittyvät seikat pohdittiin mittarin ekvivalenssin varmistamiseksi. Ekvivalenssilla tarkoitetaan sitä, että asiaa mitataan eri otoksissa samalla mittarilla ja yksiselitteisesti (Aaltola & Valli 2010, 135). Commune-projektin kyselylomakkeiden tarkastelu ja sopivuus viitekehukseen tehtiin maakohtaisesti keväällä 2017. Aluksi tarkistettiin Australiasta tulleiden valmiiden kyselyjen sopivuus Suomessa toteutettavaan opetussuunnitelmaan. Alkuperäisissä kyselyissä Commune-projektissa oli ajatuksena, että toinen kysely tehtäisiin psykiatrisen hoitotyön harjoittelujakson jälkeen. Suomessa harjoittelujakso ei ollut tutkimuksen kannalta sopivassa aikataulussa. Tästä syystä ohjausryhmän kanssa päätettiin, että kyselyt toteutetaan mielenterveyshoitotyön opintojakson alussa ja lopussa. Kun oli päätetty mitä kyselyitä käytetään, tämän tutkimuksen tekijä käänsi kyselyt suomeksi.

### 5.1 Kyselylomakkeet

”Kysely mielenterveyshoitotyön opiskelijoille” (Mental Health Nursing Education Survey) on nelisivuinen kysely, joka sisältää 28 asenneväittämää (liite 1). Vastausvaihtoehdot ovat Likertin seitsenportaisella asteikolla, jossa toinen ääripää vastaa mielipidettä ”täysin eri mieltä” ja toinen ääripää ”täysin samaa mieltä”. Mittarilla arvioidaan, millainen opiskelijan oma asenne on:

- mielenterveyskuntoutujia kohtaan, ajatukset ja ennakkoluulot

mielenterveysongelmista

- mielenterveyshoitotyöhön
- mielenterveyshoitotyön työharjoittelun suhteen
- suuntautumiseen psykiatriseen vs. yleissairaanhoidon.

Lisäksi selvitetään mitä opiskelijat ajattelevat mielenterveyshoitotyön merkityksestä ja vaikutuksesta mielenterveysongelmasta kärsivälle henkilölle. Lomakkeella taustatietoina kysytään vastaajan sukupuoli, ikä sekä mahdollinen aiempi mielenterveyshoitotyön harjoittelu.

Mielipiteisiin ja asenteisiin kohdistuvassa kyselyssä (Opening Minds Scale for Health Care Providers OMS-HC) kysymyksiä on 20 kappaletta (liite 2). Alkuperäistä kyselyä on käytetty erityisesti Kanadassa arvioitaessa mielenterveyshoitotyön stigman poistamiseen tähtäävissä ohjelmissa (Kassam ym. 2012). Tässä kyselyssä vastausasteikko on viisiportainen. Vaihtoehdot ovat täysin eri mieltä, eri mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, samaa mieltä ja täysin samaa mieltä. Tämän lomakkeen kysymykset liittyvät opiskelijoiden asenteisiin mielenterveysongelmien suhteen sekä suhtautumisesta henkilöihin, joilla on mielenterveysongelma. Kolmessa kysymyksessä selvitetään heidän asennettaan mielenterveyshoitotyön, sekä sen merkityksestä ja vaikutusmahdollisuuksista mielenterveyskuntoutujien suhteen.

Kolmas kysely kohdistui asiakkaan osallisuuteen (Mental Health Consumer Participation Questionnaire) ja sillä selvitettiin opiskelijoiden mielipiteitä potilaan roolista mielenterveystyön palveluissa (liite 3). Kyselyssä on 24 kysymystä, joihin vastataan Likertin seitsemäportaisella asteikolla. Kysymyksillä selvitetään opiskelijoiden mielipidettä potilaan osallisuudesta omaan hoitoonsa. Osa väittämistä pitää potilasta passiivisena ja korostaa hoitotyön merkitystä. Kolmessa kysymyksessä nostetaan esiin kokemusasiantuntijan käyttö. Kahdessa kysymyksessä ajatellaan nykyisen mallin olevan hyvä. Lisäksi kyselyssä on kolme avointa kysymystä, joilla selvitetään opiskelijoiden ajatuksia potilaiden ja hoitotyön yhteistyöstä sekä potilaiden osallistamisesta.

Aineiston tiivistämiseksi, järjestysasteikollisia samaa ominaisuutta mittaavia muuttujia voidaan yhdistää summamuuttujiksi (Holopainen ym. 2004, 127; Heikkilä 2014, 129-133). Kun vähintään kolmessa kysymyksessä on kysytty saman ominaisuuden eri osaluokkia, voidaan ne yhdistää yhdeksi mittariksi (Liukkonen 2011). Kun väittämiä on

paljon, voidaan ryhmiä muodostaa useita. Koska tutkimuksessa analysoitavia kyselyjä oli kolme ja järjestysasteikollisia kysymyksiä yhteensä 73, samaan aiheeseen liittyvistä muuttujista muodostettiin summamuuttujia. Tutkimuksen tekijä ryhmitteli kysymykset rakenteellisesti hallittavaan muotoon samankaltaisuuden perusteella. Jokaisesta kyselystä tutkimuksen tekijä muodosti summamuuttujia. Summamuuttujien pätevyys varmistettiin laskemalla Crohnbachin alfakerronin. Kysely mielenterveyshoitotyön opiskelijoille -mittarista muodostettiin kolme summamuuttujaa (taulukko 1) joiden alfa-arvot vaihtelivat välillä 0,70-0,89. Muodostetut summamuuttujat mittaavat

- 1) opiskelijoiden omia taitoja ja asenteita,
- 2) opiskelijoiden näkemystä mielenterveyshoitotyön vaikuttavuudesta, sekä
- 3) ajatuksia mielenterveyshoitotyön opintoihin liittyen.

Tästä mittarista tutkimuksessa huomiotta jäivät kysymykset 17 ja 24, koska ne eivät liittyneet tutkimuskysymyksiin.

Taulukko 1. "Kysely mielenterveyshoitotyön opiskelijoille" -mittarin (Mental Health Nursing Education Survey) väittämien sisällöllinen kuvaus ja summamuuttujien muodostaminen.

Mittarin väittämät	Muodostetut summamuuttujat
Millainen opiskelijan oma asenne on: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ mielenterveyskuntoutujia kohtaan, ajatukset ja ennakkoluulot mielenterveysongelmista (kysymykset 3, 5, 9, 10, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 22, 25, 27, 28)</li> <li>○ mielenterveyshoitotyön työharjoittelun suhteen (kysymykset 14, 26).</li> </ul>	Opiskelijan omat taidot ja asenteet. (16 väittämää)
Mitä opiskelijat ajattelevat mielenterveyshoitotyön merkityksestä ja vaikutuksesta mielenterveysongelmasta kärsivälle henkilölle (kysymykset 2, 4, 8 ja 23).	Opiskelijan näkemys mielenterveyshoitotyön vaikuttavuudesta. (4 väittämää)
Millainen opiskelijan oma asenne on: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ mielenterveyshoitotyöhön (kysymykset 1, 6, 7),</li> <li>○ suuntautumiseen psykiatriseen vs. yleissairaanhoidon (kysymykset 12, 15, 17, 19, 24).</li> </ul>	Opiskelijan ajatukset mielenterveyshoitotyön opintoihin liittyen. (6 väittämää)

Toinen mittari, joka on "Mielipiteisiin ja asenteisiin kohdistuva kysely", mittaa opiskelijan asenteita ja mielipiteitä psyykkisiä sairauksia ja mielenterveyskuntoutujia kohtaan. Tästä mittarista muodostettiin yksi summamuuttuja (19 kysymystä). Summasta jäi pois kysymys 11, koska Chronbachin alfassa oli selkeä poikkeama (Holopainen ym. 2004, 128). Muodostetun summamuuttujan alfa-arvo oli 0,80 alkumittauksessa ja 0,87 loppumittauksessa.

Kolmas, Asiakkaan osallisuus -mittari selvittää opiskelijoiden mielipiteitä asiakkaan roolista mielenterveystyön palveluissa. Osiosta koetettiin muodostaa useampia summamuuttujia, mutta Cronbachin alfa-arvo oli toistuvasti ristiriidassa. Lopulta

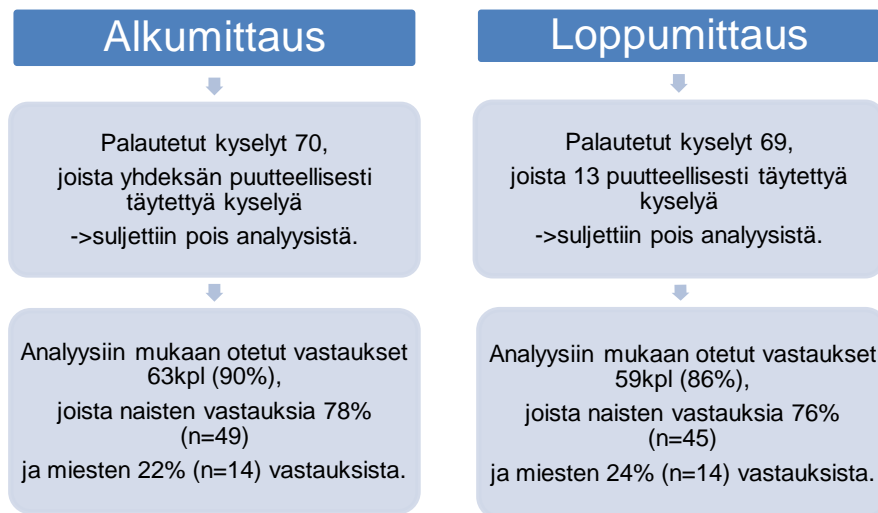
päädyttiin yhteen summamuuttujaan, jonka alfakerroin oli alkumittauksessa 0,82 ja loppumittauksessa 0,88. Summamuuttuja mittaa opiskelijoiden asenteita potilaisiin liittyen. Summamuuttujaan valikoitui 18 kysymystä. Tutkimukseen ei otettu mukaan kysymyksiä 11, 12, 13, 15 ja 16, koska ne eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Avoimien kysymysten vastauksia ei tässä työssä raportoida.

## 5.2 Kohdejoukko ja aineiston keruu

Alkukyselyt tehtiin Turun Ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoille syyskuussa 2017 ja toistetut kyselyt samoille henkilöille marraskuussa 2017. Kyselyiden teettämisen ajankohta oli liitoksissa Commune-projektiin, myös muiden maiden kyselyt ajoittuivat samaan syksyyn. Näin ollen otos valikoituu sen perusteella, keillä opiskelijoilla oli mielenterveyshoitotyön opintojakso tässä ajankohdassa. Opintojakson opettaja kertoi opiskelijoille tutkimuksesta ja jakoi kyselylomakkeet opiskelijoille täytettäväksi. Lomakkeiston mukana toimitettiin tiedote kyselytutkimuksesta, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, osallistumisen luonteesta ja tutkimuksen luottamuksellisuudesta. Kyselyihin vastaaminen oli vapaaehtoista. Opiskelijat saivat vastata kyselyihin yhden opetustunnin aikana, jolloin kenenkään ei tarvinnut käyttää omaa aikaa laajan lomakkeiston täyttämiseen. Vastaaminen järjestettiin opiskelijoille mahdollisimman helpoksi, että vastaukset saataisiin kattavalta joukolta. Mikäli vastaamatta jättäneitä olisi paljon, se voi aiheuttaa tuloksiin vinoumaa, sekä heikentää tulosten hyödynnettävyyttä ja luotettavuutta. (Robson 2001, 130.)

Kyselyt täytettiin nimettömänä ja palautettiin suljetussa kirjekuoressa luennoitsijalle. Kirjekuoreen opiskelijat kirjoittivat oman nimensä ainoastaan siksi, että alku- ja loppukyselyt voitiin yhdistää. Nimiä ei mainita missään raportoinnin vaiheessa, eikä vastauksia pystytä kohdentamaan kehenkään yksilöön. Tutkimuksen suostumuslomake täytettiin ensimmäisen kyselyn yhteydessä. Luvat on säilytetty koulun arkistoissa lukollisissa tiloissa.

Kyselytutkimukseen vastauksia saatiin kaikkiaan 72 opiskelijalta. Alkumittauksesta palautui 70 kyselyä, joista yksi henkilö oli jättänyt lomakkeisiin vastaamatta. Loppukyselystä saatiin 69 palautettua kyselyä. Loppukyselyn suhteen puuttui kolme henkilöä, jotka olivat vastanneet alkukyselyyn. Loppukyselyssä oli kaksi uutta vastaajaa. Myös loppukyselyn osalta palautui yksi tyhjä kyselylomake. Kuviossa 2 kuvataan mukaan valitut kyselylomakkeet.



Kuvio 2. Tutkimukseen vastanneet opiskelijat.

Vastaajista naisia oli alkumittauksessa 78% ja miehiä 22%. Loppumittauksessa naisia oli 76% ja miehiä 24% vastanneista. Valtaosa vastaajista oli iältään 18-29 vuotiaita (83%) ja loput iältään 30-39 vuotiaita. Aikaisempi työharjoittelu mielenterveyskuntoutujien kanssa oli vain neljällä henkilöllä 72:sta. Vertailua iän tai aiemman harjoittelun suhteen ei tehty, koska otokset eivät olleet riittäviä, tarvittavaa vaihtelua ei ryhmien suhteen esiintynyt (Heikkilä 2014, 39). Vastauksia vertailtiin naisten ja miesten välisten keskiarvojen avulla. Ainoastaan yhdessä summamuuttujassa ”opiskelijan ajatukset mielenterveyshoitotyön opintoihin liittyen”, todettiin eroavaisuutta sukupuolen perusteella. Tutkimustuloksista ilmeni, että miehet olivat naisia kiinnostuneempia mielenterveyshoitotyöstä urana. Koska eroavaisuuksia taustamuuttujissa muutoin ei ilmennyt, tutkimuksen pääanalyysi kohdistuu alku- ja loppukyselyiden vertailuun koko vastaajajoukossa.

### 5.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Opiskelijoiden täyttämät kyselylomakkeet toimitettiin tutkimuksen tekijälle loppuvuoden 2017 aikana. Aluksi paperisten vastausten täydellisyys, täsmällisyys ja yhtenäisyys tarkistettiin. Varmistettiin, että kaikki olivat antaneet kirjallisen suostumuksen kyselytutkimukseen osallistumiseen. Vastauslomakkeet identifioitiin juoksevan numerosarjan avulla siten, että alku- ja loppumittauksen tulokset olivat yhdistettävissä.

Tutkimusaineisto käsiteltiin IBM SPSS Statistics 24 -tilasto-ohjelmalla, jonka lisenssi oli koululta omalle koneelle ladattavissa määräajaksi. Valmis SPSS matriisipohja tuli Commune-projektin puolesta. Havaintomatriisissa muuttujat oli valmiiksi määritelty sarakkeisiin (Heikkilä 2014, 120-124). Matriisin määrittelyä tarkennettiin yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun tilastotieteiden lehtorin kanssa, joka ystävällisesti ohjasi tutkimuksen tekijää tilastoinnissa. Alkuperäisissä mittareissa kysymykset olivat osin positiivisia, osin negatiivisia väittämiä. Ennen analyysin aloittamista kaikki kysymykset koodattiin tilasto-ohjelmassa samansuuntaisiksi eli positiiviseksi asteikoksi. Käytännössä alkuperäinen asteikko käännettiin. Paperivastaukset syötettiin matriisiin ja avoimet vastaukset tutkimuksen tekijä käänsi englanniksi. Kaikki vastaukset oli syötetty matriisiin tammikuun 2018 loppuun mennessä. Täydennetty SPSS matriisi toimitettiin sovitusti Commune-projektille kansainvälisiä analyysejä varten.

Likertin asteikon mukaisesta ordinaali- eli järjestysasteikosta tunnusluvuksi valittiin keskiarvo. Jokaisesta muodostetusta summamuuttujasta laskettiin keskiarvo ja keskihajonta tiedon tiivistämiseksi SPSS-ohjelman funktioluettelo apuna käyttäen (Heikkilä 2014, 83-87). Keskiarvotestillä vertaillaan ryhmien keskiarvoja toisiinsa. Usein ryhmien välillä on eroja, mutta todennäköisyys sille, että ero johtuu sattumasta, on testattavissa keskiarvotestillä. Ensin tarkasteltiin normaalijakautuneisuutta Kolmogorov-Smirnovin testillä ja todettiin, että joukko ei ole normaalisti jakautunut. Koska kyseessä on pieni otos, ei parametristä t-testiä voida käyttää. Alku- ja loppumittausten välisten vertailujen erojen merkittävyyttä mittaamaan valittiin Wilcoxonin testi. Wilcoxonin testi on ei-parametrinen testi kahdelle toisistaan riippuvalle otokselle ja jatkuville muuttujille. Testi ei vaadi normaalijakautuneisuutta ja sitä voidaan soveltaa jatkuvaluonteisille mielipidemuuttujille. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 198, 205.)

Tässä tutkimuksessa sukupuolten välinen merkitsevyytaso (sig) oli tilastollisesti merkittävä vain yhden summamuuttujan osalta. Koska haluttiin varmistua, että tulos ei aiheudu sattumasta, sukupuolten välisen eron merkitsevyyden todellista eroa osoittamaan tulos tarkistettiin ei-parametrisellä testillä. Aluksi testattiin Kruskal-Wallis testillä ja verrattiin tulosta ANOVA tableen. Havaittiin, että matriisipohjassa sukupuolella oli myös vaihtoehto ”ei ilmoitettu”. Koska kaikki vastaajat olivat ilmoittaneet sukupuolekseen nainen tai mies, voitiin tämä kolmas vaihtoehto poistaa matriisipohjasta. Kun vaihtoehtoja sukupuoleksi jäi kaksi, voitiin testiksi valita Mann-Whitneyn U -testi,

koska se soveltuu parhaiten kahden riippumattoman otoksen testiin. (Heikkilä 2014, 217-2119.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen tuloksia analysoitaessa on hallittava tilastollisen merkitsevyyden käsite. Eroa keskiarvojen välillä voidaan osoittaa olevan vain, jos siitä on riittävä näyttö. Tilastollisesta merkitsevyydestä kertoo p-arvo eli sig-lukema (significance), joka mittaa tehdyn testin tilastollista luotettavuutta. Tilastollisessa merkitsevyydestä tulosta ilmoitettaessa tilastollisesti erittäin merkitsevä tulos saadaan, kun p-arvo on  $<0,001$ . Tilastollisesti merkitsevässä tuloksessa p on  $<0,01$ . Tilastollisesti melkein merkitsevä tuloksessa p on  $<0,05$ . Tilastollisesti melkein merkitsevää ilmaisu ei yleensä tuloksissa käytetä, vaan ilmausta tilastollisesta merkitsevä. (KvantiMOTV 2003.)



## 6 TULOKSET

### 6.1 Kysely mielenterveyshoitotyön opiskelijoille

Kyselylomakkeiston ensimmäisen summamuuttujan (16 kysymystä) avulla mitattiin opiskelijan omia taitoja ja asenteita mielenterveysongelmiin liittyen. Esimerkiksi kysymys ”Olen innoissani työskentelystä mielenterveysongelmasta kärsivien henkilöiden kanssa”. Alkumittauksessa kaikkien vastanneiden mielipiteiden keskiarvo skaalalla 1-7 oli 4,96 ja loppumittauksen 5,29 (Taulukko 2). Verrattaessa summamuuttujan keskiarvoa omista taidoista ja asenteista ennen ja jälkeen opintojakson, saatiin tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ( $p$ -arvo  $< 0,001$ ). Opintojakson jälkeen opiskelijat suhtautuivat positiivisemmin omiin taitoihinsa mielenterveyskuntoutujien kanssa. Heidän asenteensa mielenterveyskuntoutujia kohtaan oli parantunut.

Taulukko 2. Kysely mielenterveyshoitotyön opiskelijoille summamuuttujien kaikkien vastaajien keskiarvo ja keskihajonta ennen ja jälkeen opintojakson, sekä mielipiteen muuttumisen tilastollinen merkitsevyys. Mittarin skaala 1-7

<b>Kysely mielenterveyshoitotyön opiskelijoille (Mental Health Nursing Education Survey)</b>	ka (kh) ennen N=63	ka (kh) jälkeen N=59	p-arvo*
Opiskelijan omat taidot ja asenteet	4,96 (0,77)	5,29 (0,85)	$p < 0,001$
Opiskelijan näkemys mielenterveyshoitotyön vaikuttavuudesta	5,76 (0,75)	5,94 (0,74)	$p = 0,171$
Opiskelijan ajatukset mielenterveyshoitotyön opintoihin liittyen	3,62 (0,93)	4,25 (0,92)	$p < 0,001$

\*Wilcoxonin testi

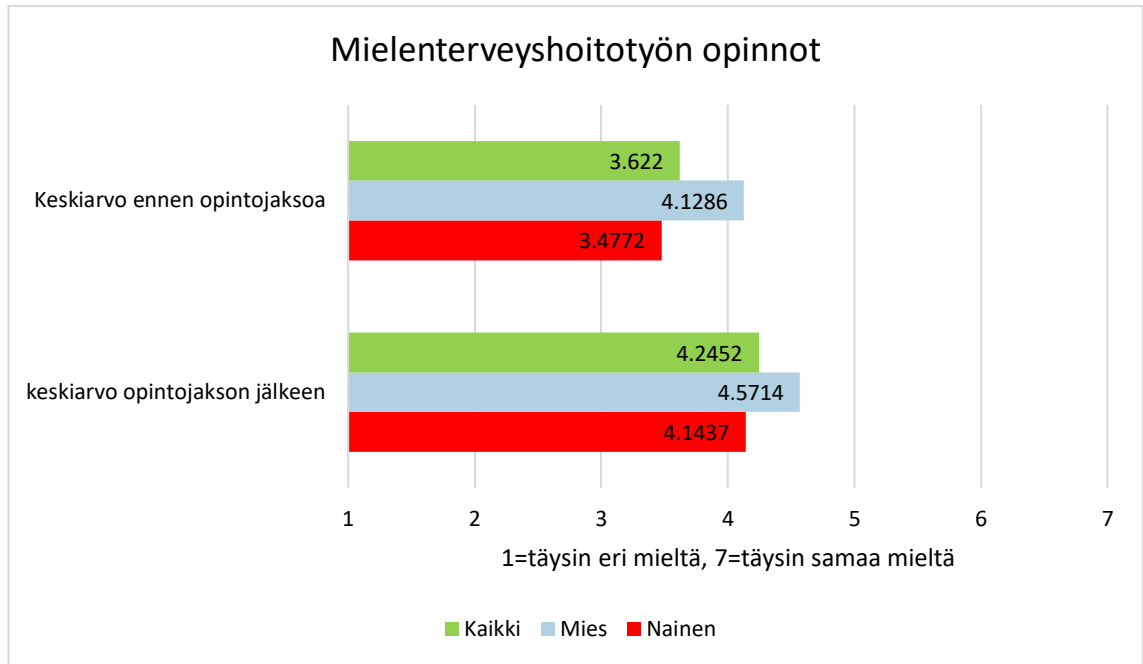
Toiseen summamuuttujaan valittiin kysymykset, joissa opiskelijoille esitettiin väittämiä mielenterveyshoitotyön vaikuttavuuteen liittyen, kuten ”Mielenterveyshoitotyöllä on positiivinen vaikutus henkilöihin, joilla on mielenterveysongelma”. Opiskelijoiden mielipiteiden keskiarvo mielenterveyshoitotyön vaikuttavuudesta oli kaiken kaikkiaan positiivinen, kun vastauksien keskiarvo jäi vähän alle kuusi, kun seitsemän merkitsi arvoa

”täysin samaa mieltä”. Opintojakson myötä mielipiteet paranivat hieman, mutta tilastollista merkitsevyyttä ei ilmennyt.

Opintoihin liittyvien kysymysten suhteen saatiin mielenkiintoisia vastauksia ja tässä kategoriassa tuli esiin eniten tilastollisesti merkitseviä seikkoja. Opiskelijoiden asennoitumista mielenterveyshoitotyön opintoihin liittyen mitattiin muun muassa kysymyksellä ”Aion hakea mielenterveyshoitotyön suuntautumisvaihtoehtoon”. Ennen opintojaksoa opiskelijat eivät olleet erityisen positiivisin mielen mielenterveyshoitotyötä kohtaan, kaikkien tutkittavien opiskelijoiden keskiarvo oli 3,6 (skaalalla 1-7), eli enemmän negatiivisen kuin positiivisen kannalla. Opintojakson jälkeen mielipiteet olivat parantuneet keskiverron positiiviselle puolelle, keskiarvon ollessa 4,2. Alku- ja loppukyselyjen vastauksissa oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ( $p < 0,001$ ).

Tämä oli koko kyselyn ainut summamuuttuja, jossa ilmeni sukupuolten välillä tilastollisesti merkitsevää eroa. Sukupuolten välisten vastausten eroavaisuus tulee selvästi esiin kuvion 3 palkkikaaviossa. Naisten keskiarvo ennen opintojaksoa oli 3,5 eli naiset eivät suhtautuneet mielenterveyshoitotyön opintoihin innokkaasti. Miesten vastaava keskiarvo oli 4,1, he olivat naisia innostuneempia ( $p = 0,19$ ). Vastanneet miehet olivat sekä ennen että jälkeen opintojakson naisia kiinnostuneempia mielenterveyshoitotyön opinnoista. Sekä naisten, että miesten mielipiteet kohenivat opintojakson myötä.

Vertailun vuoksi mainittakoon, että opintojakson jälkeen tehdyssä kyselyssä sukupuolten välisten keskiarvojen erot ( $p = 0,134$ ) eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Tulos varmistettiin Mann-Whitneyn U-testillä ( $p = 0,166$ ). Tästä voidaan päätellä, että opintojaksolla oli suurempi vaikutus erityisesti naisten mielipiteen muuttumisen mielenterveyshoitotyön opinnoista.



Kuvio 3. Summamuuttujan ”Opiskelijan ajatukset mielenterveyshoitotyön opintoihin liittyen” keskiarvot alku- ja loppukyselyistä sukupuolittain ja koko joukosta.

## 6.2 Mielenpitoisiin ja asenteisiin kohdistuva kysely

Opiskelijan asenteita ja mielipiteitä yleisesti mielenterveysasioita kohtaan mittaavasta kyselylomakkeesta muodostettu summamuuttuja sisälsi 19 kysymystä, esimerkiksi ”Jos minulla olisi mielenterveysongelma, kertoisin siitä ystäväilleni”. Huomioitavaa tässä on, että mittauksen Likert-asteikon skaalaus on 1-5, kun muissa kyselyissä se oli 1-7. Ennen opintojaksoa suoritetussa kyselyssä opiskelijoiden asenne oli varsin neutraali sen suhteen, miten he suhtautuvat mielenterveysongelmiin itsellään tai muilla (ka 3,6). Taulukossa kolme on havaittavissa, että vastaajien keskiarvo koheni loppukyselyssä. Opintojakson jälkeen saatiin tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ( $p = 0,005$ ). Opiskelijoiden mielipiteet olivat muuttuneet positiivisempaan suuntaan (ka 3,7). Opintojakson jälkeen opiskelijoiden asenteet olivat avoimempia mielenterveysongelmia ja niihin suhtautumista kohtaan.

Taulukko 3. Mielenpitoisiin ja asenteisiin kohdistuvan kyselyn summamuuttujien kaikkien vastaajien keskiarvo ja keskihajonta ennen ja jälkeen opintojakson, sekä mielenpiteen muuttumisen tilastollinen merkitsevyys. Mittarin skaala 1-5.

Mielenpitoisiin ja asenteisiin kohdistuva kysely	ka (kh) ennen n=63	ka (kh) jälkeen n=59	p-arvo
Opiskelijan asenteet ja mielenpiteet	3,57 (0,44)	3,67 (0,49)	p = 0,005

### 6.3 Asiakkaan osallisuus

Kolmas kysely mittaa opiskelijoiden asenteita asiakkaiden osallisuuteen ja kyvykkyyteen liittyen, kuten kysymys ”Mielen terveystyöpalvelut voisivat kehittyä, mikäli potilaat olisivat mukana suunnittelemassa ja toteuttamassa hoitoa”. Ennen opintojaksoa opiskelijat olivat jokseenkin saamaa mieltä siitä, että potilaat ovat kykeneviä osallistumaan mielen terveystyöpalvelujen ja oman hoidon suunnitteluun sekä päätöksentekoon (ka 4.5). Opintojakson myötä todettiin tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ( $p < 0,001$ ), kun opiskelijat ajattelivat potilaan roolin olevan tärkeämpi (ka 4.8), kuin mitä he olivat ajatelleet ennen opintojaksoa (taulukko 4). Opiskelijoiden asenne muuttui avoimemmaksi, he kokivat, että mielen terveystyöpalvelut voisivat osallistua oman hoidon suunnitteluun ja heidän mielenpiteet tulisi ottaa huomioon arvioinnissa ja heitä tulisi osallistaa aiempaa enemmän. Kokemusasiiantuntijan luennon jälkeen opiskelijat näkivät mielen terveystyöpalvelun kykenevänä, toisin kuin he ennen opintojaksoa olivat ajatelleet.

Taulukko 4. Asiakkaan osallisuus summamuuttujien kaikkien vastaajien keskiarvo ja keskihajonta ennen ja jälkeen opintojakson, sekä mielenpiteen muuttumisen tilastollinen merkitsevyys. Mittarin skaala 1-7.

Asiakkaan osallisuus	ka (kh) ennen n=63	ka (kh) jälkeen n=59	p-arvo
Asenteet asiakkaisiin liittyen	4,48 (0,67)	4,80 (0,82)	p < 0,001

## 7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

### 7.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusetiikan kannalta hyvä ohjenuora on muun muassa Helsingin julistus vuodelta 1964, jossa on käsitelty asioita, joita tulee huomioida tutkimuksen eettisiä kysymyksiä pohdittaessa (Lääkäriliitto 2017). Tutkimukset ovat aina kantaaottavia ja muodostavat uutta tietoa, siksi tutkimus ei voi olla viaton. Käytetyt menetelmät ja johtopäätökset tulee olla hyvin perusteltuja, että tutkimus on luotettava, läpinäkyvä ja tiedonmuodostuksen kannalta eettinen. Tutkimuksen eettiseen toteuttamiseen tarvitaan laaja-alaista ajattelua, joka puolestaan vaatii teorioiden ja kontekstien monipuolista tuntemista. (Laitinen 2010, 68-69.)

Tutkimus toteutettiin eettisesti hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Lupa kyselyjen teettämiseen tuli Commune-projektin puolesta. Turun ammattikorkeakoulun terveys- ja hyvinvointialan koulutusjohtaja myönsi luvan 1.10.2017. Opiskelijoille kerrottiin tutkimuksesta suullisesti ja kirjallisesti, heillä oli mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä. Jokaisella tutkimukseen osallistuneella oli mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta. Vastaaminen oli vapaaehtoista ja opiskelijoilla oli oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen milloin tahansa ilman erillistä syytä. Kyselylomakkeisiin vastaaminen tapahtui siten, että vastaajan henkilöllisyyttä ei pystytty yhdistämään vastauksiin. Opiskelijat palauttivat täytetyt kyselyt ja lupalomakkeet suljetussa vastauskuoressa. Kuoreen he kirjoittivat oman nimensä, kyselylomakkeeseen lisättiin pelkästään identifiointinumero siten, että pystyttiin yhdistämään alku- ja loppukysely. Mikäli lupalappua ei oltu allekirjoitettu, poissuljettiin vastaukset tutkimuksesta. Tutkijoita sitoo vaitiolovelvollisuus, eikä vastauksia saatettu ulkopuolisten haltuun. Tiedot olivat vain tutkijoiden käytettävissä ja aineisto tullaan hävittämään tutkimuksen jälkeen.

Tutkimus raportoitiin huolellisesti ja rehellisesti. Tutkimuksen objektiivisuutta eli puolueettomuutta puoltaa se, että tutkimuksen tekijälle mielenterveysala ja asenteiden tutkiminen ei ole tavallista enempää tietämystä, eikä täten erityisiä ennako-odotuksia. Myöskään sitoumuksia aihealueeseen liittyen ei ole. Tutkija on pystynyt suhtautumaan aiheeseen ja vastauksiin varsin neutraalisti. Objektiivisuutta vahvistaa se, että tulokset eivät ole tutkijan mielipiteistä riippuvaisia (Heikkilä 2014, 28-29).

Commune-projektissa oli kaksi kokemusasiantuntijaa, jotka rekrytoituivat mukaan Mielenterveysomaisten keskusliitto FinFamin kautta. Kokemusasiantuntijat olivat mukana hankkeen suunnittelussa ja saivat vaikuttaa opintojakson rakentamiseen ja toteutukseen. He kertoivat hankkeen ja opintojakson olleen antoisia. Kokemusasiantuntijat olivat opetuksessa mukana omalla persoonallaan ja kokemuksellaan, he antoivat opiskelijoille mahdollisuuden kysyä varsin henkilökohtaisia kysymyksiä. Kokemusasiantuntijoista tämä oli paikoin raskasta, mutta he kokivat, että toipuminen ja oma vointi sallivat osallistua opetukseen tällä tavoin. Päällimmäisenä tunteena heillä oli kiitollisuus mahdollisuudesta jakaa omaa kokemusta opiskelijoille ja sitä kautta tuoda opintojaksoon uutta näkökulmaa. Heidän kertomansa mukaan olisi toivottavaa, että kokemusasiantuntijat voisivat osallistua opintokokonaisuuden toteutukseen edelleen jatkossa. Tämän tutkimuksen tuloksista kuuleminen vahvisti heidän ajatustaan.

## 7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi on keskeistä tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Tutkimuksen luotettavuutta pyritään tarkastelemaan monelta kannalta läpi tutkimusprosessin. Tutkimuksen lähdemateriaalin luotettavuus pohjautuu siihen, että kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan akateemisten julkaisujen artikkeleja ja tutkimuksia. Jokainen käytettävä englanninkielinen artikkeli oli vertaisarvioitu, tämän perusteella tutkimuksia pidettiin laadukkaina. Opinnäytteet poissuljettiin kirjallisuuskatsauksen tuloksista, koska niitä ei voida pitää tieteellisesti tasokkaina.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa virheitä voi sattua tuloksia syötettäessä, käsiteltäessä ja tuloksia tulkittaessa. On tärkeää osata tulkita tulokset oikein ja käyttää analysointimenetelmiä hallitusti. (Heikkilä 2014, 28.) Tuloksia syötettiin SPSS-taulukkoon useana eri päivänä, jolloin välttyttiin väsymisen aiheuttamalta epätarkkuudelta. Jokainen lomake myös kaksoistarkistettiin tutkimuksen tekijän toimesta, koska haluttiin varmistua, että tulokset oli kirjattu koneelle oikein. Tilastotestien valintaan ja tulosten tulkintaan saatiin apua koulun tilastotieteiden lehtorilta.

Koska Commune-projekti, johon tämä tutkimus liittyy, toteutetaan eri maissa, on oltava tarkkana, että voidaan varmistua mitattavan samoja asioita. Käännösten toimivuuden varmistaminen on tärkeää, joten käännösten luotettavuutta on tarkasteltu kääntämisen

ja takaisin kääntämisen menetelmällä (Vastamäki 2010,136). Tutkimuksen tekijä suomensi ensin kyselyt ja tutkimusryhmän yliopettaja Ellilä ja vastuullinen vetäjä Lahti tekivät kyselyille takaisinkäännöksen. Tässä tutkimuksessa käännösten luotettavuutta lisää tutkimuksen tekijän kiitettävä englanninkielen taito, sekä tutkimuksen aihealueeseen perehtyneisyys.

Kyselylomaketutkimuksen etuina voidaan pitää suuren vastaajajoukon tavoitettavuutta sekä kyselyjen samankaltaisuutta. Kaikki tutkimukseen osallistuvat vastaavat samoihin kysymyksiin, lomakkeissa tutkijan äänenpaineet tai vivahteet eivät vaikuta vastaamiseen. Kyselyihin liittyy aina riski, että vastaajat antavat vastauksensa sen perusteella, mitä ajattelevat olevan oikein, sen sijaan, että vastaisivat rehellisesti oman mielipiteensä. (Valli 2001, 31.) Vinoumaa tässä tutkimuksessa oletettavasti pienentää se, että vastaajat saavat vastata nimettömänä. Myöskin esitettyjen kysymysten sanamuodot oli tarkkaan harkittu ja samaa asiaa mittaavia kysymyksiä oli useita. Osa väittämistä oli positiivisia, osa negatiivisia. Tällä tavoin voidaan varmistaa opiskelijoiden lukeneen kysymykset ja vastanneen johdonmukaisesti.

Tutkimuksen täytyy olla toistettavissa ollakseen reliaabeli. Reliabiliteetilla tarkastellaan mittauksen johdonmukaisuutta ja tutkimuksen luotettavuutta. Eri tutkijoiden tulisi samalla tutkimusasetelmalla saada samanlaiset tulokset ja johtopäätökset. (Hirsjärvi ym. 2009, 226-227; Heikkilä 2014, 178.) Tämän vuoksi käytetyt mittarit, muodostetut summamuuttajat ja käytetyt aineiston analyysimenetelmät on tässä opinnäytetyöraportissa kuvailtu mahdollisimman tarkasti. Stabiiliteetti kuvaa sitä, saadaanko samalla mittarilla samoja tuloksia eri mittauskerroilla. Tällöin mittari on luotettava ja riippumaton muista tekijöistä, kuten lomakkeen täyttöpaikasta tai olosuhteista, jotka täytöhetkellä vallitsevat. (Aaltola & Valli 2010, 135.) Opinnäytetyössä käytetyt mittarit olivat valmiita validoituja mittareita.

Vaikka käytössä oli validoidut mittarit, ohjausryhmässä päädyttiin siihen, että tämän tutkimuksen tekijä muodostaa summamuuttajat itse harjaantumisen kannalta, huomioiden tutkimuskysymykset. Summamuuttujia muodostettaessa reliabiliteettia tarkasteltiin Cronbachin alfakertoimen avulla, joka mittaa muuttujien sisäistä yhtenäisyyttä eli konsistenssia (Holopainen ym. 2004, 128-130). Konsistenssilla tarkoitetaan eri kysymysten kykyä mitata samaa asiaa (Aaltola & Valli 2010, 135). Määrittämällä Cronbachin alfakerroin, voitiin varmistaa, että summamuuttujiksi yhdistetyt väittämät todella mittaavat samaa ominaisuutta. Alfakertoimen maksiarvo on yksi ja minimiarvo nolla. Kun alfakerroin on vähintään 0,7, voidaan mittaristoa pitää reliaabelina.

(Holopainen ym. 2004, 128.) Summamuuuttujia muodostettaessa testauksia tehtiin runsaasti. Mikäli jokin väittäjä korreloi huonosti, jätettiin se pois summamuuuttujasta reliabiliteetin parantamiseksi. Tässä tutkimuksessa muodostettujen summamuuuttujien alfakertoimien luotettavuus vaihteli välillä 0.7– 0.89, eli muodostettuja summamuuuttujia voitiin pitää reliaabeleina.

Mittariston luotettavuutta vahvistamaan mitattiin korrelaatiota kahden eri kyselyn välillä. Kun korrelaatiokerroin poikkeaa selkeästi nolasta, voidaan muuttujien välillä osoittaa olevan lineaarista riippuvuutta. Testaus suoritettiin yksisuuntaisena, jolloin sig-arvo on puolet vastaavana suoritettuna keksisuuntaisen testin merkitsevyydestä (Heikkilä 2014, 194), tämä huomioitiin korrelaatiokerrointa laskiessa. Korrelaatiokertoimen avulla haluttiin tarkistaa, ovatko opiskelijat vastanneet samalla tavalla kyselyn eri osioihin. Kyselystä ”Kysely mielenterveyshoitotyön opiskelijoille” valittiin omia taitoja ja asenteita mittaava summamuuuttuja ja verrattiin sitä ”Mielipiteisiin ja asenteisiin kohdistuva kysely” opiskelijoiden asenteita ja mielipiteitä mittaavaan summamuuuttujaan. Ennen opintojaksoa suoritettuna kyselyssä todetaan erittäin merkitsevä tilastollinen yhteys, jossa p-arvo on 0,000, sekä Pearsonin korrelaatiokerroin on 0,729, kun vahvan korrelaation rajana pidetään 0,7. Samoin opintojakson jälkeisessä kyselyssä todetaan erittäin merkitsevä tilastollinen yhteys, kun p-arvo 0,000 ja Pearsonin korrelaatio 0,846. Tämä tukee mittariston luotettavuutta, kyselyyn osallistuneet ovat vastanneet samalla lailla kyselyn eri osioissa. (KvantiMOTV 2004.)

Sukupuolten välinen ero laskettiin kaikkien summamuuuttujien osalta, mutta kuten tuloksista ilmeni, sukupuolten välistä tilastollista merkitsevää eroa pystyttiin osoittamaan vain yhden summamuuuttujan osalta. Tästä syystä tilastollisesti merkitsemättömiä tuloksia ei tässä raportoida. Mann-Whitneyn U-testillä varmistettiin todetun eroavaisuuden osalta, että tulos ei aiheudu sattumasta. Mann-Whitney U -testin avulla todettiin tilastollisesti merkitsevä ero ennen opintojaksoa tehdyssä kyselyssä, jossa p-arvoksi saatiin 0,012. Mitattu sukupuolten välinen ero oli todellisesti tilastollisesti merkitsevä.

Tutkimuksen validius eli pätevyys varmistetaan etukäteen suunnittelemalla tutkimus huolellisesti. Validiteetin tarkastelu jälkeinpäin on hankalaa. Perusjoukosta edustavan otoksen saaminen ja korkea vastausprosentti, sekä mittareiden tarkka valinta lisäävät tutkimuksen validiteettia. Mikäli ei saada riittävästi vastaajia, on se riski kyselytutkimuksen onnistumiselle. Tämän riskin poissulkemiseksi opiskelijat saivat täyttää kyselylomakkeet opiskelujakson yhteydessä. Alkumittauksesta hyväksytysti



täytettyjä lomakkeita oli 90% (n = 63). Toistettuun kyselyyn opiskelijat vastasivat laiskemmin, puutteellisesti täytettyjä lomakkeita tuli enemmän (14,5% vastauksista). Molempien kyselyiden osalta puutteellisesti täytetyt lomakkeet poissuljettiin tutkimuksesta. Huomioiden kyselylomakkeiston laajuus (kokonaisuudessaan 12 sivua), olivat opiskelijat vastanneet kyselyihin kiitettävästi. Otoskokoon ja vastausprosenttiin ollaan tyytyväisiä. Täydellisiin vastausprosentteihin harvoin tutkimuksissa päästään, kato ja hylättävät lomakkeet ovat aina mahdollisia (Heikkilä 2014, 41-42).

Kysymyslomakkeet olivat valmiita mittareita, joita on käytetty aiemmin. Tutkimuksen validiteetti kuvaa, miten tarkasti tutkimuksessa on onnistuttu mittaamaan juuri sitä, mitä oli tarkoitus mitata. (Heikkilä 2014, 27, 178.) Kysymyslomakkeistosta saatiin vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Näiden eri arvioiden tuloksena voidaan tutkimuksen luotettavuutta pitää hyvänä.

## 8 TULOSTEN POHDINTA, JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOKEHITYSIDEAT

Tutkimuksessa tavoiteltiin ymmärryksen syvenemistä ja uuden tiedon luomista (Uljas-Rautio 2010, 159). Tulosten analyysin jälkeen pohdittiin saatuja tuloksia ja tehtiin johtopäätöksiä (Hirsjärvi ym. 2009, 229). Tässä kappaleessa esitellään vastaukset tutkimuskysymyksiin ja johtopäätöksiä yhteenvetona tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta. Tuloksia peilattiin muihin tutkimuksiin ja lähdemateriaaliin (Koppa 2010; Gray ym. 2017, 588-560). Tulosten perusteella annetaan kehittämissuositukset mielenterveys- ja päihdehoitotyön opetukseen ammattikorkeakoulussa, sekä jatkokehitysideat.

Keskiarvoja tarkasteltaessa opiskelijoiden vastaukset muuttuivat positiiviseen suuntaan kaikissa viidessä summamuuttujassa, kun verrattiin alku- ja loppukyselyjen vastauksia. Tilastollisesti erittäin merkitsevä ero pystyttiin osoittamaan opiskelijan omissa taidoissa ja asenteissa, sekä mielipiteisiin ja asenteisiin kohdistuvissa mittareissa.

### 8.1 Sairaanhoidajaopiskelijoiden suhtautuminen mielenterveysongelmista kärsiviä henkilöitä kohtaan

Tutkimuksissa on todettu, että sairaanhoidajaopiskelijat kokevat muut hoitotyön osa-alueet kiinnostavammaksi kuin mielenterveyshoitotyön. Alalle suuntautumiseen vaikuttaa negatiivinen asenne työskentelystä mielenterveysongelmista kärsivien henkilöiden kanssa. (Gough & Happell 2009.) Mielenterveysalalla työskentely mielletään henkisesti uuvuttavaksi ja mielenterveysongelmaisiiin liittyvät negatiiviset ajatukset lisäävät uuvuttavuutta. Mielenterveysongelmista toivutaan yleensä hitaasti, joka voi tuntia hoitajasta raskaalta. Toisaalta voinnin edistymisen havaitseminen koetaan hyvinkin kannustavana. (Jansen & Venter 2015; Koskinen ym. 2011, 623.)

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella yhteenvetona voidaan todeta, että yleinen asenne mielenterveysasioita kohtaan ennen opintojaksoa oli varautunut, silti varovaisen positiivinen. Opiskelijoiden asenne muuttui positiivisemmaksi opintojakson myötä. Poreddin ym. tutkimuksessa todettiin, että opiskelijoilla oli vähemmän negatiivisia asenteita mielenterveysalalla työskentelyyn, kun heillä oli kokemus siitä, että he olivat saaneet riittävästi opetusta aiheesta. Teoreettisella opiskelulla ja kliinisellä harjoittelulla

on osoitettu olevan merkittävä vaikutus asenteisiin. (Happell 2008; Happell ym. 2008; Poreddi ym. 2015.) Sairaanhoidajaopiskelijoiden näkemyksiä mielenterveyden sairauksista pystytään avartamaan teoriaopintojen avulla ja täten vaikuttamaan mielipiteisiin positiivisesti (Happell & Gaskin 2013). Aiemmat tutkimukset tukevat tässä tutkimuksessa saatuja tuloksia.

## 8.2 Sairaanhoidajaopiskelijoiden ajatukset mielenterveyshoitotyön vaikutuksista ja asiakkaan osallisuudesta

Tähän tutkimukseen osallistuneilla opiskelijoilla oli tulosten perusteella kohtalaisen positiivinen ennakkokäsitys siitä, että mielenterveyshoitotyön avulla pystytään hyvin tukemaan mielenterveyskuntoutujia. Opiskelijat ajattelivat, että mielenterveyshoitotyö on asiakkaan kannalta vaikuttavaa ja merkityksellistä. Sekä naiset, että miehet olivat samoilla linjoilla. Tilastollisesti ei pystytty osoittamaan, että opintojaksolla olisi ollut merkittävää vaikutusta. Voidaan vetää johtopäätös, että opiskelijoilla oli valmiiksi realistinen kuva mielenterveys- ja päihdetyöstä. Tässä tutkimuksessa ei selviä opiskelijoiden oma aiempi kosketuspinta mielenterveyden häiriöihin itsellä tai läheisillä. On vaikea todeta heidän tietämyksen laajuutta mielenterveyshoitotyöstä aiemmin. Positiivista tuloksessa on, että sairaanhoidajaopiskelijat pitivät mielenterveyshoitotyötä vaikuttavana ja merkittävänä apuna mielenterveyskuntoutujille.

Tilastollisesti merkitsevä muutos positiivisempaan osoitettiin opiskelijoiden asenteissa asiakkaan osallisuuden suhteen. Kokemusasiantuntijan pitämä opintojakson jälkeen opiskelijat ajattelivat, että asiakkaita tulisi osallistaa nykyistä enemmän.

## 8.3 Kokemusasiantuntijavetoisen opintojakson vaikutus sairaanhoidajaopiskelijoiden suhtautumiseen

Opiskelijoiden asenteet muuttuivat positiiviseen suuntaan kaikilla mittareilla tarkasteltua opintojakson jälkeen suoritetun kyselyn perusteella. Tilastollisesti erittäin merkitsevä ero tuloksissa ennen ja jälkeen opintojakson pystyttiin osoittamaan opiskelijoiden taidoissa, asenteissa ja mielipiteissä, ajatuksissa mielenterveyshoitotyön opintoihin sekä mielenterveyskuntoutujiin liittyen. Erityisesti mielenterveyshoitotyön opintoja mittaava muuttuja tuotti selkeästi positiivisia tuloksia. Opiskelijoiden asenne nousi kyselyissä keskitason positiiviselle puolella, kun erityisesti naisopiskelijoiden asenne

mielenterveyshoitotyön opinnoista ennen opintojaksoa oli enemmän negatiivisen kuin positiivisen kannalta.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että kokemusasiantuntijan käytöllä opetuksessa on merkittävä vaikutus sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteiden muuttamisessa positiiviseen suuntaan psyykkisiä sairauksia ja kokemusasiantuntijoita kohtaan. Voidaan todeta, että opintojaksolla oli myönteinen vaikutus opiskelijoiden ajatuksiin omasta kyvykkyydestä ja kiinnostukseen mielenterveyshoitotyötä kohtaan.

#### 8.4 Jatkokehitysideat tutkimuksen tulosten valossa

Kun otetaan huomioon väestön mielenterveyden tila, sekä sosiaali- ja hoitotyön ammattilaisten tarve kansainvälisesti (World Health Organization 2013), on olemassa selkeä kysyntä korkeasti koulutetuille ja ammattitaitoisille hoitotyöntekijöille, jotka ovat valmiita tarjoamaan kokonaisvaltaista, toipumiseen keskittyvää ja terapeutista hoitotyön palvelua monenlaisissa eri työtehtävissä (Delaney 2016; Le Boutilier ym. 2015). Kokemusasiantuntijan käyttö mukana hoitotyön opetuksessa heijastaa nykyistä mielenterveyspolitiikkaa (Larivaara 2016; STM 2009; STM 2017) ja kannustaa sairaanhoitajaopiskelijoita harkitsemaan uraa mielenterveyshoitotyön alalla.

Psyykkisten sairauksien stigman poistaminen ja negatiivisten asenteiden muuttaminen on osoittautunut haastavaksi tehtäväksi. Laaja-alaista työtä on tehty, ja asenteiden muuttamista on tarvittu niin terveydenhuollon ammattilaisten kuin laajemmankin yleisön suhteen. (Dabby, Tranulis, & Kirmayer, 2015; Larivaara 2016; Modgill ym. 2014; Schomerus ym 2012; Simmons, Jones, & Bradley 2017, STM 2009.) Tässä tutkimuksessa osoitettiin, että kokemusasiantuntijan osallistuminen kohensi opiskelijoiden asennetta mielenterveyshoitotyötä kohtaan. Tätä lopputulemaa tukee laaja kirjallisuus ja muut tutkimukset aiheesta erityisesti ulkomailla (mm. Arblaster, Mackenzie & Willis 2015; Byrne ym. 2014; Happell ym. 2014a; Happell ym. 2015b; Mahboub & Milbourn 2015; O' Donnell & Gormley 2013; Scammell, Heaslip & Crowley 2016; Schneebeli ym. 2010).

Lisää tutkimuksia tarvitaan vahvistamaan teoriaa, jossa kokemusasiantuntijalla voi olla myönteinen vaikutus sairaanhoitajaopiskelijoiden urakehityksen suhteen. Myöskin tutkimuksen luotettavuutta lisäisi verrokkiryhmän mukaan ottaminen. Kyselymittaukset voitaisiin tehdä myös Suomessa eri ryhmille, joista yhtäältä opetus olisi opettajavetoista

ja toisissa ryhmissä käytettäisiin lisäksi kokemusasiantuntijaa. Verrokkiryhmien avulla voitaisiin täten mitata eroja mahdollisten asenteiden muutosten suhteen ja mahdollisesti osoittaa, että asenteiden muutokset johtuivat nimenomaan kokemusasiantuntijan vetämästä opintojaksosta. Kokemusasiantuntijan käytön vaikuttavuudesta tulee tehdä lisää tutkimuksia, koska näyttöä Suomessa on vasta vähän.

Tämä kyselytutkimus toimii hyvänä ponnahduslautana ja kannustimena tehdä lisää tutkimuksia aiheesta Suomessa. Tässä tutkimuksessa saavutetut rohkaisevat tulokset yhdessä muiden Turun ammattikorkeakoulussa ja muiden Commune-projektin yhteistyötahojen tehtyjen tutkimusten tulosten kanssa, sekä huomioiden runsaat tutkimukset ulkomailla, vahvistaa käsitystä, että kokemusasiantuntija pystyy vaikuttamaan positiivisesti opiskelijoiden asenteisiin. Mielenterveystyön opetukseen on panostettava, että saadaan riittävästi päteviä hoitajia alalle. Opetusmetodeja tulee kehittää ja nykyaikaistaa. Kokemusasiantuntijan käyttö opetuksessa, ja täten monialainen kouluttaminen, lisää innovatiivisuutta hoitotyön opetuskäytänteissä. Tämä voi johtaa positiiviseen muutokseen suhtautumisessa psyykkisiä sairauksia kohtaan. Mahdollisesti täten pystytään kannustamaan ja houkuttelemaan sairaanhoitajaopiskelijoita työskentelemään mielenterveyshoitotyön alalla. (Happell ym. 2018.) Tutkimuksen tulosten ja teoriapohjan perusteella suositellaan ottamaan kokemusasiantuntijan käyttö systemaattisesti mukaan mielenterveys- ja päihdetyön opetukseen. Kokemusasiantuntijan käyttö tulisi sisällyttää opetussuunnitelmaan.

Commune-projektissa niin ikään on päästy samaan lopputulemaan. Koko Commune-projekti on ollut suuri kokonaisuus, johon liittyy useita Turun ammattikorkeakoulussa tehtyjä opinnäytetöitä. Töiden avulla opetusjaksoa on rakennettu tehtyjen haastattelujen, kyselyjen ja saadun palautteen perusteella. Kyseessä oli projekti ja toteutettu opintojakso oli kokeiluluontoinen. Niin opiskelijoilta, opettajilta kuin kokemusasiantuntijoilta saatu palaute rohkaisevat opetusmetodien päivittämiseen. Tuotettu opetusmateriaali ja yhteistyö järjestötyön kautta mukaan tulleiden kokemusasiantuntijoiden kanssa tukevat aktiivista kehitystoimintaa. Opetusjaksoa on kehitetty vastaamaan nykyisiä ja tulevia tarpeita työmarkkinoilla. Projektissa on tuotettu valmis kokonaisuus, joka voidaan sellaisenaan ottaa mukaan opetussuunnitelmaan.

## 9 KEHITTÄMISTOIMINNAN ARVIOINTI

Hankemaailma on kiehtova ja monimuotoinen. Opinnäytetyön kautta oli avartava kokemus lähteä mukaan meneillään olevaan hankkeeseen. Vaikka alkuun kokonaisuus tuntui laajalta ja paikoin haastavalta, asiat selkiytyivät projektin edetessä. Yhteistyö ohjausryhmän kanssa on toteutunut kunnioittaen ja luottamuksellisesti. Ohjausryhmän vahva ammattitaito projektityöskentelystä ja tutkimusten tekemisestä ovat herättäneet kunnioitusta ja arvostusta. Mentorointi ja ohjaus on ollut hedelmällistä, kannustavaa, pyyteetöntä ja mutkatonta, yhteistyö on ollut joustavaa. Yhteydenpito on tapahtunut tarvittaessa kasvokkain, paljon asioita on onnistuttu hoitamaan sähköpostitse ja skype-yhteyksin. Tämä on ollut tärkeä etu huomioiden tutkimuksen tekijän maantieteellinen etäisyys ohjausryhmästä.

Erillistä projektiryhmää ei tässä tutkimuksellisessa työssä ollut, eikä näin ollen varsinaista projektijohtajuutta. Henkilökohtainen projektijohtajuus on tarkoittanut sovitusta aikatauluista kiinnipitämistä ja tutkimuksen etenemistä suunnitelman mukaisesti. Aikataulullisesti oli pysyttävä kansainvälisen projektin asettamissa raameissa. Tässä onnistuttiin ongelmitta.

Projektin aikana vastaan tuli joitain muutoksia, mutta niihin suhtauduttiin ennakkoluulottomasti ja haasteet otettiin vastaan. Projekti on tekijälleen ollut haastava ja opettavainen. Tilastollinen tutkimus oli ennestään vieras aihe ja siitä on itsenäisesti hankittu runsaasti tietämystä. Tilastotieteiden kurssi ja tulosten esittämiseen liittyvä kurssi olisivat varmasti auttaneet tutkimuksen tekijää. Kuitenkin käytännön syistä kursseille osallistuminen ei ollut mahdollista. Tietoa hankittiin menetelmäkirjallisuudesta ja ohjaavilta opettajilta. Tiedonhaun taidot ja määrällisen tutkimuksen prosessin käsitys ovat kehittyneet ja työn tekeminen on ollut hedelmällistä. Tehdyn työn kautta on tullut ymmärrys määrällisen tutkimuksen laajuudesta, ja siitä miten paljon työtä tapahtuu taustoilla. Tutkimuksen tekeminen on työlästä. Taustatyöt, tutkimusaineiston kasaaminen, taulukointi, analyysit ja tulokset teettävät paljon työtä, jota tutkimusraportteja ja artikkeleita lukiessaan aiemmin ei ole tullut ajatelleeksi. Työ on opettanut tekijäänsä valtavasti ja tuonut rohkeutta asioiden kokeilemiseen ja täysin uuden opetteluun.

Tutkimuksen tulokset olivat tilastollisesti merkitseviä ja tulokset on esitelty yleisölle Commune-projektin päätöstilaisuudessa. Tulosten perusteella on annettu kehittämisidea sairaanhoitajaopiskelijoiden opintojakson kehittämiseen. Tulokset tullaan esittämään Turun ammattikorkeakoulun alueseminaarissa marraskuussa 2018. Tutkimustuloksista kirjoitetaan artikkeli alkuvuodesta 2019 ja sitä tarjotaan julkaistavaksi Tutkiva hoitotyö - tiedelehteen. Arvokkaalla tutkimushankkeella on kansainvälistä näkyvyyttä. Koko Commune-projektin kuuden maan aineisto on käsitelty Commune-projektissa ja saavutetuista tuloksista on kirjoitettu kansainvälisiä tieteellisiä artikkeleja. Tämän tutkimuksen tekijä sai kunnian osallistua kansainvälisen tieteellisen artikkelin kirjoitus- ja julkaisuprosessiin. Näkyvyys lisää tietoisuutta ja kiinnostuneisuutta aihetta kohtaan.

Osallistuminen laajaan kansainväliseen projektiin on ollut ainutlaatuinen kokemus. Alkuperäiset projektille asetetut tavoitteet saavutettiin ja tutkimuksellista ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä voidaan pitää onnistuneena. Projekti on antanut valmiuksia ja rohkeutta vastaisuudessa haastavampiin työtehtäviin. Kokonaisuudessa oman asiantuntijuuden kehittyminen on ollut laaja-alaista.

## LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. (Toim.) 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Anttila, P. 2007. Kyselyyn perustuvan tutkimuksen suorittaminen. Ylemmän AMK-tutkinnon metodifoorumi. Virtuaaliammattikorkeakoulu. Viitattu 15.10.2017 <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464131489/1194289345955/1194290010211.html>.

Appelqvist-Schmidlechner, K., Tuisku, K., Tamminen, N., Nordling, E. & Solin, P. 2016. Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan. Suomen Lääkärelehti Vol. 71, No 24, 1759-1764.

Arblaster, K., Mackenzie, L. & Willis, K. 2015. Mental health consumer participation in education: a structured literature review. Australian Occupational Therapy Journal. Vol. 62, No 5, 341-362.

Byrne, L., Happell, B., Welch, T. & Moxham, L. J. 2013. Things you can't learn from books: Teaching recovery from a lived experience perspective. International Journal of Mental Health Nursing. Vol. 22, No 3, 195-204.

Byrne, L., Platania-Phung, C., Happell, B., Harris, S. & Bradshaw, J. 2014. Changing Nursing Student Attitudes to Consumer Participation in Mental Health Services: A Survey Study of Traditional and Lived Experience-led Education. Issues in Mental Health Nursing. Vol. 35, No 9, 704-712.

Dabby, L., Tranulis, C. & Kirmayer, L. J. 2015. Explicit and implicit attitudes of Canadian psychiatrists toward people with mental illness. Canadian Journal of Psychiatry. Vol. 60, No 10, 451-459.

Delaney, K. R. 2016. Psychiatric Mental Health Nursing Workforce Agenda: Optimizing Capabilities and Capacity to Address Workforce Demands. J Am Psychiatr Nurses Assoc. Vol. 22, No 2, 122-131.

Edward, K-L., Warelow, P., Hemingway, S., Herculinskyj, G., Welch, A., McAndrew, S. & Stephenson, J. 2015. Motivations of nursing students regarding their educational preparation for mental health nursing in Australia and the United Kingdom: a survey evaluation. BMC nursing. Vol. 14, No 1, 29-33.

Ellilä, H. 2017. Commune Project. Co-produced mental health nursing education. EU-rahoitus Strategical Partnership program 2016/10 – 2018/10. Diasarja.

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Viitattu 7.10.2018 <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>.

Erätuuli, M., Leino, J. & Yli-Luoma, P. 1994. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Euroopan parlamentti ja neuvosto. 2013. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU ammattipätevyyden tunnistamisesta. Viitattu 7.10.2018 [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=uriserv:OJ.L\\_.2013.354.01.0132.01.FIN&toc=OJ:L:2013:354:TOC](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2013.354.01.0132.01.FIN&toc=OJ:L:2013:354:TOC).



Falk, H., Kurki, M., Rissanen, P., Kankaanpää, S. & Sinkkonen, N. (Toim.) 2013. Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL Työpöytäpaperi 39/2013. Helsinki: Juvenes Print. Viitattu 1.10.2017 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110670/URN\\_ISBN\\_978-952-302-028-3.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110670/URN_ISBN_978-952-302-028-3.pdf?sequence=1).

Fokuo, J.K., Goldrick, V., Rossetti, J., Wahlstrom, C., Kocurek, C., Larson, J. & Corrigan, P. 2017. Decreasing the Stigma of Mental Illness Through a Student-Nurse Mentoring Program: A Qualitative Study. *Community Mental Health Journal*. Vol. 53, No 3, 257-265.

Gough, K. & Happell, B. 2009. Undergraduate nursing students attitude to mental health nursing: a cluster analysis approach. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 18, No 22, 3155-3164.

Gray, J. R., Grove, S. K. & Sutherland, S. 2017. Burns and Grove's the practice of nursing research : appraisal, synthesis, and generation of evidence. 8<sup>th</sup> edition. St. Louis, MO: Elsevier.

Happell, B. 2008. The importance of clinical experience for mental health nursing - part 2: relationships between undergraduate nursing students' attitudes, preparedness, and satisfaction. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 17, No 5, 333-340.

Happell, B., Bennetts, W., Harris, S., Platania-Phung, C., Tohotoa, J., Byrne, L. & Wynaden, D. 2015a. Lived experience in teaching mental health nursing: Issues of fear and power. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 24, No 1, 19–27.

Happell, B., Byrne, L., McAllister, M., Lampshire, D., Roper, C., Gaskin, C. J., Martin, G., Wynaden, D., McKenna, B., Lakeman, R., Platania-Phung, C. & Hamer, H. 2014a. Consumer involvement in the tertiary-level education of mental health professionals: a systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 23, No 1, 3-16.

Happell, B., Byrne, L., Platania-Phung, C., Harris, S., Bradshaw, J. & Davies, J. 2014b. Lived-experience participation in nurse education: Reducing stigma and enhancing popularity. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 23, No 5, 427-434.

Happell, B., Platania-Phung, C., Bocking, J., Scholz, B., Horgan, A., Manning, F., Doody, R., Hals, E., Granerud, A., Lahti, M., Pullo, J., Ellilä, H., Vatula, A., van der Vaart, K. J., Allon, J., Griffin, M., Russell, S., MacGabhann, L., Bjornsson, E. & Biering, P. 2018. Nursing students' attitudes towards people with diagnosed with mental illness and mental health nursing: an international project from Europe and Australia. *Issues in Mental Health Nursing*. Viitattu 31.10.2018 <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01612840.2018.1489921>.

Happell, B. & Gaskin, C.J. 2013. The attitudes of undergraduate nursing students towards mental health nursing: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 22, No 1, 148-158.

Happell, B., & Hayman-White, K. G. 2009. Nursing students' attitudes to mental health nursing: psychometric properties of a self-report scale. *Arch Psychiatr Nurs*. Vol. 23, No 5, 376-386.

Happell, B., Moxham, L., & Platania-Phung, C. 2010. A psychometric analysis of the Mental Health Consumer Participation Questionnaire. *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol. 19, No 6, 377-384.

Happell, B., Platania-Phung, C., Byrne, L., Wynaden, D., Martin, G. & Harris, S. 2015b. Consumer participation in nurse education: A national survey of Australian universities. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 24, No 2, 95-103.

Happell, B., Robins, A. & Gough, K. 2008. Developing more positive attitudes towards mental health nursing in undergraduate students: part 1 - does more theory help? *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. Vol. 15, No 6, 439-446.

Happell, B., Wynaden, D., Tohotoa, J., Platania-Phung, C., Byrne, L., Martin, G. & Harris, S. 2015c. Mental health lived experience academics in tertiary education: The views of nurse academics. *Nurse Education Today*. Vol. 35, No 1, 113-117.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. painos. Helsinki: Edita.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.

Hietala, O. & Rissanen, P. 2015. Opas kokemusasiantuntijatoiminnasta. Kokemusasiantuntija – hoidon ja avun kohteesta omien kokemusten jakajaksi sekä palveluiden kehittäjäksi. Helsinki: Unigrafia Oy.

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

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Holopainen, M., Tenhunen, L. & Vuorinen, P. 2004. Tutkimusaineiston analysointi ja SPSS. Järvenpää: Yrityssanoma Oy.

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. 5.-6. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Jansen, R. & Venter, I. 2015. Psychiatric nursing: an unpopular choice. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. Vol. 22, No 2, 142-148.

Kassam, A., Papish, A., Modgill, G. & Patten, S. 2012. The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: the Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC Psychiatry*. Vol. 12, No 62. Viitattu 16.9.2017 <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-62>.

Kivelä, H. & Kilkku, N. 2017. Mielenterveys- ja päihdetyön opintojen määrä ja sisältö sairaanhoitajien koulutuksessa Suomessa. *TAMK Journal*, 14.2.2017. Viitattu 7.10.2018 <http://tamkjournal.tamk.fi/mielenterveys-ja-paihdytyon-opintojen-maara-ja-sisalto-sairaanhoitajien-koulutuksessa-suomessa/>.

Koistiainen, E., Ahonen, S., Verho, T., Rissanen, P. & Rotko, T. 2014. Kokemukset käyttöön – kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen. *THL Työpaperi 36/2014*. Helsinki: Juvenes Print. Viitattu 1.10.2017 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125488/URN\\_ISBN\\_978-952-302-373-4.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125488/URN_ISBN_978-952-302-373-4.pdf?sequence=1).

Koppa. 2010. Jyväskylän yliopiston Kurssi- ja oppimateriaalipilone. Viitattu 9.5.2017 <https://koppa.jyu.fi/> > Etusivu > Avoimet > Humanistis-yhteiskuntatieteellinen tiedekunta > Menetelmäpolkuja humanisteille > Tutkimusprosessi -> Tutkimuksen toteuttaminen.

Korkeila, J. 2006. Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä* 2006:32. Viitattu 7.10.2018 <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71721/Selv200632.pdf?sequence=1>.

Koskinen, L., Mikkonen, I. & Jokinen, P. 2011. Learning from the world of mental health care: nursing students' narratives. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. Vol. 18, No 7, 622-628.

KvantiMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. 2003. Hypoteesien testaus. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 11.5.2017 <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/hypoteesi/testaus.html>.

KvantiMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. 2004. Korrelaatio ja riippuvuusluvut. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 11.5.2017  
<https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/korrelaatio/korrelaatio.html>.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laitinen, M. 2010. Kontekstin ja teorian hahmottamisen taito. Teoksessa Hurtig, J., Laitinen, M. & Uljas-Rautio, K. (Toim.) Ajattele itse! Tutkimuksellisen lukutaidon perusteet. Jyväskylä: PS-kustannus, 44-70.

Larivaara, M. 2016. Kärkihanke Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen. Hankesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:50. Viitattu 14.10.2017  
[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75362/Rap\\_ ja\\_mui\\_2\\_2016\\_\\_ .pdf?sequence=1](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75362/Rap_ ja_mui_2_2016__ .pdf?sequence=1).

Le Boutillier, C., Chevalier, A., Lawrence, V., Leamy, M., Bird, V.J., Macpherson, R., Williams, J. & Slade, M. 2015. Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a systematic review and narrative synthesis. *Implementation Science*. Vol. 10, No 87, 1-14.

Liukkonen, J. 2011. Kvantitatiivisten tutkimusmenetelmien syventäminen. Diasarja. Viitattu 20.9.2018 [http://users.jyu.fi/~jaliukko/LPES002\\_reliabiliteetti\\_summamauuttajat.ppt](http://users.jyu.fi/~jaliukko/LPES002_reliabiliteetti_summamauuttajat.ppt).

Lääkäriliitto. 2017. Maailman lääkäriunionin Helsingin julistus. Viitattu 6.5.2017  
<https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/>.

Mahboub, L. & Milbourn, B. T. 2015. Modernising occupational therapy teaching, research and practice in mental health. *Australian Occupational Therapy Journal*. Vol. 62, No 5, 363.

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp OY.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Annettu Helsingissä 14.12.1990. Saatavilla sähköisesti <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1990/19901116>.

Modgill, G., Patten, S. B., Knaak, S., Kassam, A. & Szeto, A. C. 2014. Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC): examination of psychometric properties and responsiveness. *BMC Psychiatry*. Vol. 14, No 120. Viitattu 16.9.2017  
<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-14-120>.

Noorani, T. 2013. Service User Involvement, Authority and the 'Expert by Experience' in Mental Health, *Journal of Political Power*, Vol. 6, No 1, 49-68.

O' Donnell, H. & Gormley, K. 2013. Service user involvement in nurse education: perceptions of mental health nursing students. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. Vol. 20, No 3, 193-202.

Perlman, D., Patterson, C., Moxham, L., Taylor, E., Brighton, R., Sumskis, S. & Heffernan, T. 2017. Preparing Nursing Students for Mental Health Care: The Impact of a Recovery-oriented Clinical Placement. *Issues in Mental Health Nursing*. Vol. 38, No 8, 663-668.

Poreddi, V., Thimmaiah, R., Pashupu, D. R., Ramachandra & Badamath, S. 2014. Undergraduate Nursing Students' Attitudes towards Mental Illness: Implications for Specific Academic Education. *Indian Journal of Psychological Medicine*. Vol. 36, No 4, 368-372.

Reumaliitto. 2013. Kouluttautuminen kokemuskouluttajaksi. Viitattu 3.10.2017  
<http://www.kokemuskoulutus.fi > Kokemustoiminta > Kouluttautuminen kokemustoimijaksi>.

- Rissanen, P. 2013. Mitä on kokemusasiantuntijuus? Teoksessa Falk, H., Kurki, M., Rissanen, P., Kankaanpää, S. & Sinkkonen, N. (Toim.) Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi. THL Työpaperi 39. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 14–19.
- Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Helsinki: Tammi.
- Rush, B. 2008. Mental health service user involvement in nurse education: a catalyst for transformative learning. *Journal of Mental Health*. Vol. 17, No 5, 531-542.
- Sairaanhoitajat. 2014. Opiskelu sairaanhoitajaksi. Viitattu 7.10.2018 <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/opiskelu-sairaanhoitajaksi/>.
- Scammell, J., Heaslip, V. & Crowley, E. 2016. Service user involvement in preregistration general nurse education: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 25, No 1-2, 53-69.
- Schneebeli, C., O'Brien, A., Lampshire, D. & Hamer, H. P. 2010. Service user involvement in undergraduate mental health nursing in New Zealand. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 19, No 1, 30-35.
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G. & Angermeyer, M. C. 2012. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 125, No 6, 440-452.
- Simmons, L., Jones, T. & Bradley, E. 2017. Reducing mental health stigma: the relationship between knowledge and attitude change. *European Journal of Mental Health*, Vol. 12, No 1, 25-40.
- STM. 2009. Mielenterveys -ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.
- STM. 2017. Palvelut asiakaslähtöisiksi. Viitattu 14.10.2017 <http://stm.fi/hankkeet/asiakaslahtoisuus>.
- Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (Toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51.
- Sulosaari, V. & Kajander-Unkuri, S. 2015. Integoitu kirjallisuuskatsaus. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (Toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, sarja A:73, 110-119.
- Terveydenhuoltolaki 1362/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326>.
- Thongpriwan, V., Leuck, S., Powell, R., Young, S., Schuler, S. & Hughes, R. 2015. Undergraduate nursing students' attitudes toward mental health nursing. *Nurse Education Today*. Vol. 35, No 8, 948-953.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 29.10.2018 [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf).
- Uljas-Rautio, K. 2010. Kirjoittamisen ja lukemisen taito. Teoksessa Hurtig, J., Laitinen, M. & Uljas-Rautio, K. (Toim.) Ajattele itse! Tutkimuksellisen lukutaidon perusteet. Jyväskylä: PS-kustannus, 149-182.
- Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vastamäki, J. 2010. Kyselylomaketutkimus: Tutkimusasetelman ja mittareiden valinta. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (Toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 128-140.

Vuori-Kemilä, A.; Stengård, E.; Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

World Health Organisation. 2013. Mental Health Action Plan 2013-2020. Viitattu 10.10.2018 [http://www.who.int/mental\\_health/action\\_plan\\_2013/en/](http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/).

World Health Organisation. 2014. Mental health: a state of well-being. Viitattu 29.10.2018 [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/).

# Kysely mielenterveyshoitotyön opiskelijoille

Kysely mielenterveyshoitotyön opiskelijoille

Osio 1

OSA A:

Nimi: \_\_\_\_\_

(Kyselyyn osallistuvien nimiä ei julkaista, nimeä käytetään kyselyn tulosten vertailussa.)

**Ympyröi numero joka mielestäsi parhaiten kuvaa kantaasi annetuissa esimerkeissä**

**1 = Täysin eri mieltä      7 = Täysin samaa mieltä**

	Täysin eri mieltä							Täysin samaa mieltä
1. Koen itseni hyvin valmistautuneeksi mielenterveyshoitotyön harjoittelujaksoa varten.	1	2	3	4	5	6	7	
2. Mielenterveyshoitotyöllä on positiivinen vaikutus henkilöihin, joilla on mielenterveysongelma.	1	2	3	4	5	6	7	
3. Olen innoissani työskentelystä mielenterveysongelmasta kärsivien henkilöiden kanssa.	1	2	3	4	5	6	7	
4. Ymmärrän hyvin psykiatrisen sairaanhoitajan roolin.	1	2	3	4	5	6	7	
5. Olen epävarma, miten käyttäytyä mielenterveysongelmaista henkilöä kohtaan.	1	2	3	4	5	6	7	
6. Aion hakea mielenterveyshoitotyön suuntautumisvaihtoehtoon.	1	2	3	4	5	6	7	

	Täysin eri mieltä						Täysin samaa mieltä
7. Koen luottavaisuutta kykyyni hoitaa henkilöä, jolla on mielenterveysongelma.	1	2	3	4	5	6	7
8. Mielenterveyshoitotyö voi auttaa mielenterveysongelmaista toipumisessaan.	1	2	3	4	5	6	7
9. Henkilöt joilla on mielenterveysongelma, ovat arvaamattomia.	1	2	3	4	5	6	7
10. Mielenterveysongelma ei ole heikkouden merkki henkilössä.	1	2	3	4	5	6	7
11. Minua huolestuttaa, että mielenterveysongelmainen henkilö saattaa vahingoittaa minua.	1	2	3	4	5	6	7
12. Mielenterveyshoitotyön opintojakson teoreettinen osuus on valmistanut minua hyvin työharjoittelujaksoa varten.	1	2	3	4	5	6	7
13. Mielenterveysongelmaiset henkilöt ovat todennäköisemmin väkivaltaisia.	1	2	3	4	5	6	7
14. Työharjoittelupaikkani mielenterveyshoitotyön jaksolla tuottaa arvokasta kokemusta sairaanhoitajan taitojani ajatellen.	1	2	3	4	5	6	7
15. Aion tavoitella uraa psykiatrisena sairaanhoitajana.	1	2	3	4	5	6	7

16. Mikäli minulle tulisi mielenterveysongelma, en kertoisi siitä ihmisille, ellei minun olisi pakko.	1	2	3	4	5	6	7
17. Kurssini on valmistanut minua toimimaan laillistettuna sairaanhoitajana sisätauti-kirurgisessa suuntautumisohjelmassa.	1	2	3	4	5	6	7
18. Mielenterveysongelma voi koskettaa kaikkia ihmisiä kaikilla elämän aloilla.	1	2	3	4	5	6	7
19. Kurssini on valmistanut minua toimimaan laillistettuna psykiatrisena sairaanhoitajana.	1	2	3	4	5	6	7
20. Mielenterveysongelmaisten henkilöiden tarpeet ovat minulle tuttuja.	1	2	3	4	5	6	7
21. Joku tuntemani henkilö on kokenut mielenterveysongelmia.	1	2	3	4	5	6	7
22. Kun henkilölle aiheutuu mielenterveysongelma, se ei ole henkilön oma vika.	1	2	3	4	5	6	7
23. Mielenterveyspalvelut tuottavat arvokasta apua henkilöille, jotka kokevat mielenterveysongelmia.	1	2	3	4	5	6	7
24. Työskentelen sisätauti-kirurgisella puolella ainakin vuoden, ennen kuin harkitsen uraa mielenterveyshoitotyössä.	1	2	3	4	5	6	7
25. Henkilöt joilla on mielenterveysongelmia, eivät pysty käsittelemään liian suurta vastuuta.	1	2	3	4	5	6	7



26. Minulla on turvallinen olo mielenterveyshoitotyön harjoittelupaikasta.	1	2	3	4	5	6	7
27. Toisten ihmisten asenteet mielenterveysongelmaista kohtaan voivat vaikuttaa siihen mitä mielenterveysongelmainen henkilö tuntee.	1	2	3	4	5	6	7
28. Henkilöt joilla on mielenterveysongelma, tekevät todennäköisemmin rikoksia tai rötöksiä.	1	2	3	4	5	6	7

## OSA B:

<b>1. Sukupuoli:</b>	• Mies	• Nainen		
<b>2. Ikä:</b>	• 18-29	• 30-39	• 40-49	• 50 tai vanhempi
<b>3. Tämä harjoittelupaikka on:</b>	• Mielenterveyshoitotyö			
	• Muu (tarkenna): _____ _____			
<b>4. Olen ollut mielenterveyshoitotyön harjoittelussa aiemmin</b>	• Kyllä			
	• Ei			

Kiitos osallistumisestasi kyselyyn.

## Mielipiteisiin ja asenteisiin kohdistuva kysely

### MIELIPIDEMITTAUS (OMS-HC)

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Autan mieluummin henkilöä, jolla on fyysinen sairaus, kuin henkilöä, jolla on psyykkinen sairaus.					
2. Jos henkilö, jolla on mielenterveysongelma, valittaa fyysistä oiretta (esim. pahoinvointi, selkäkipu tai päänsärky), yhdistän tämän todennäköisesti hänen mielenterveysongelmaansa.					
3. Jos henkilö, jonka kanssa työskentelen kertoisi, että hänellä on hallinnassa oleva mielenterveysongelma, työskentelisin hänen kanssaan yhtä mielelläni kuin muutenkin.					
4. Jos minulla hoidettaisiin mielenterveysongelmaa, en paljastaisi tätä kollegoilleni.					
5. Olisin taipuvaisempi hankkimaan apua mielenterveysongelmaan, jos terveydenhuolto tarjoava taho ei olisi yhteydessä omaan työpaikkaani.					
6. Kokisin itseni heikoksi, jos minulla olisi mielenterveysongelma, enkä pystyisi sitä itse korjaamaan.					
7. Olisin vastahakoinen etsimään apua, jos minulla olisi mielenterveysongelma.					
8. Työnantajien tulisi palkata henkilö, jolla on hallinnassa oleva mielenterveysongelma, mikäli hän on paras henkilö kyseiseen työtehtävään.					
9. Menisin silti lääkärin vastaanotolle, vaikka tietäisin, että häntä on hoidettu psyykkisen sairauden vuoksi.					
10. Jos minulla olisi mielenterveysongelma, kertoisin siitä ystäväilleni.					
11. Terveydenhuollon työntekijöiden velvollisuus on luoda toivoa henkilöille, joilla on mielenterveysongelma.					
12. Huolimatta ammatillisista käsityksistäni, minulla on negatiivisia tunteita mielenterveysongelmaisista henkilöistä kohtaan.					
13. Voin tehdä vain vähän auttaakseni mielenterveysongelmaisista henkilöistä.					

jatka seuraavalle sivulle

14. Yli puolet mielenterveysongelmaisista henkilöistä eivät yritä riittävästi parantuakseen.					
15. Mielenterveysongelmaiset henkilöt harvoin aiheuttavat riskiä muille.					
16. Paras hoito psyykkisesti sairaalle on lääkitys.					
17. En haluaisi psyykkisesti sairasta työskentelemään lasten kanssa, vaikka se olisikin asiallisesti järjestetty.					
18. Terveystieteiden työntekijöiden ei tarvitse olla mielenterveysongelmaisten puolustajia.					
19. Minua ei haittaisi, vaikka naapurissani asuisi henkilö, jolla on mielenterveysongelma.					
20. Koen hankalaksi tuntea myötätuntoa psyykkisesti sairasta kohtaan.					

## Asiakkaan osallisuus

### OSA C

- Tässä kyselyssä potilaalla tarkoitetaan henkilöä, joka on ollut tai tällä hetkellä on mielenterveyspalveluiden käyttäjänä avo- tai osastohoidossa.
- "Kokemusasiantuntijalla" tarkoitetaan henkilöä, jolla on henkilökohtaista kokemusta mielenterveyspalveluiden käytöstä, on tällä hetkellä työllistettynä akateemisessa työssä ja on aktiivisesti mukana mielenterveysammattilaisten kouluttamisessa.

#### Ympyröi numero joka mielestäsi parhaiten kuvaa kantaasi annetuissa esimerkeissä

	Täysin eri mieltä							Täysin samaa mieltä
1. Mielenterveyspalveluiden järjestäjien tulisi puoltaa potilaiden osallisuutta palveluprosesseissa.	1	2	3	4	5	6	7	
2. Potilaiden tulisi aktiivisesti olla mukana suunnittelemassa omaa hoitoaan.	1	2	3	4	5	6	7	
3. Potilaiden mielipide tulisi olla keskeisessä asemassa mielenterveyspalveluita suunniteltaessa.	1	2	3	4	5	6	7	
4. Potilaiden pitäisi aina olla mukana heidän ongelmiansa arvioinnissa ja diagnoosin tekemisessä.	1	2	3	4	5	6	7	
5. Potilaiden tulisi olla aina mukana uusien mielenterveyspalveluissa työskentelevien henkilöiden rekrytoimisessa.	1	2	3	4	5	6	7	
6. Potilailla tulisi aidosti olla mahdollisuus vaikuttaa saamaansa hoitoon.	1	2	3	4	5	6	7	

	Täysin eri mieltä						Täysin samaa mieltä
7. Potilaita tulisi rohkaista osallistumaan heitä koskevien hoidon huomioiden ja potilasasiakirjojen laatimiseen.	1	2	3	4	5	6	7
8. Potilaille annetaan jo tarpeeksi mahdollisuuksia osallistua saamaansa hoitoon.	1	2	3	4	5	6	7
9. Mielenterveyspalveluissa käytetyt lääkehoidot ovat jo tarpeeksi monimutkaisia ja potilailla pitäisi olla rajoitetut mahdollisuudet vaikuttaa sopivimman lääkityksen valinnassa.	1	2	3	4	5	6	7
10. Potilaiden pitäisi osallistua hoitohenkilökunnan koulutuksen ja ammatillisen kehityksen suunnitteluun.	1	2	3	4	5	6	7
11. Kokemusasiantuntijan tulisi olla osa henkilökuntaa mielenterveystyötä ja psykiatrista sairaanhoitoa opetettaessa.	1	2	3	4	5	6	7
12. Kokenut mielenterveys/psykiatrinen hoitaja osaa tuoda hyvin esille potilaan näkökulman.	1	2	3	4	5	6	7
13. Kokemusasiantuntijan tulisi opettaa minua ymmärtääkseni paremmin potilaan kokemusta mielenterveyspalveluissa.	1	2	3	4	5	6	7
14. Liika vastuu ei sovi mielenterveyspotilaalle.	1	2	3	4	5	6	7
15. Kaikissa mielenterveyspalveluista päättävissä elimissä pitäisi olla mukana vähintään yksi kokemusasiantuntija.	1	2	3	4	5	6	7

16. Mielenterveyspalvelut toimivat niin hyvin kuin voivat eikä niiden parantamiseen pitäisi kuluttaa resursseja.	1	2	3	4	5	6	7
17. Päätöksen teko ”hyvän hoidon” tarkoituksesta pitäisi olla potilailla.	1	2	3	4	5	6	7
18. Potilaat käyttävät mielenterveyspalveluita koska he tarvitsevat apua, heitä ei pitäisi rasittaa sillä kuinka heille palveluita tuotetaan.	1	2	3	4	5	6	7
19. Mielenterveyspalvelut eivät tulisi muuttumaan merkittävästi vaikka potilaat osallistuisivat niiden toteuttamiseen.	1	2	3	4	5	6	7
20. Määrättävät lääkitykset tulisi selittää potilaille yksityiskohtaisesti, kuitenkin siten että potilas ne ymmärtää ja voi tehdä tietoisia päätöksiä lääkitykseensä liittyen.	1	2	3	4	5	6	7
21. Mielenterveyspalvelut voisivat kehittyä mikäli potilaat olisivat mukana suunnittelemassa ja toteuttamassa hoitoa.	1	2	3	4	5	6	7
22. Potilaiden lisääntynyt osallistuminen mielenterveyspalveluiden toteuttamiseen todennäköisesti lisääisi palveluiden tarjoajien (henkilökunnan) stressiä.	1	2	3	4	5	6	7
23. Potilaiden on vaikea antaa merkittävää palautetta koska he eivät ymmärrä mielenterveyspalveluiden monimutkaisuutta ja kieltä.	1	2	3	4	5	6	7
24. Potilailla ei ole tarpeeksi itsevarmuutta osallistuakseen mielenterveyspalveluiden suunnitteluun ja toteutukseen.	1	2	3	4	5	6	7

25. Oletko sitä mieltä että potilaiden tulisi aktiivisesti osallistua palveluiden toteuttamiseen?

Kyllä                      Ei

Jos vastasit kyllä, kuinka?

26. Kerro lyhyesti mitä potilaan osallistaminen mielenterveyspalveluissa sinulle merkitsee.

27. Kerro kolme asiaa jotka sinä koet tärkeimmiksi terveyspalveluiden tarjoajien ja potilaiden yhteistyötä kehitettäessä.