

Hyvä, ihanteellisuus ja epätsekkyys
arvo- ja arvostuskäsityksinä terveydenhuollon
koulutuksessa ja työelämässä



AIRA PIHLAINEN

Hyvä, ihanteellisuus ja epätsekkyys
arvo- ja arvostuskäsityksinä terveydenhuollon
koulutuksessa ja työelämässä

English summary

Tampereen yliopisto
Tampere 2000

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos
Tampereen yliopistollinen sairaala

Ohjaaja

Professori Annikki Järvinen
Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Professori Helena Leino-Kilpi
Turun yliopisto
Professori Matti Häyry
Kuopion yliopisto

Myynti



Tampereen yliopiston
julkaisujen myynti
PL 617
33101 Tampere

Tel. +358 3 215 6055
Fax +358 3 215 7150
taju@uta.fi
<http://granum.uta.fi>

Kannen suunnittelu
Juha Siro

Painettu väitöskirja
Acta Universitatis Tamperensis 730
ISBN 951-44-4762-x
ISSN 1455-1616

Electronic dissertation
Acta Electronica Universitatis Tamperensis 18
ISBN 951-44-4763-8
ISSN 1456-954X
<http://acta.uta.fi>

Vammalan Kirjapaino Oy
Vammala 2000



AIRA PIHLAINEN

Hyvä, ihanteellisuus ja epäitsekkyys arvo- ja arvostuskäsityksinä terveydenhuollon koulutuksessa ja työelämässä



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston lääketieteellisen
tiedekunnan luvalla julkisesti tarkastettavaksi
lääketieteen laitoksen B-rakennuksen
isossa luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,
perjantaina huhtikuun 7. päivänä 2000 kello 12.

Tampereen yliopisto
Tampere 2000

TIIVISTELMÄ

Aira Pihlainen

Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos

Hyvä, ihanteellisuus ja epäitsekkyyks arvo- ja arvostuskäsityksinä terveydenhuollon koulutuksessa ja työelämässä

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata terveydenhuollon opiskelijoiden ja hoitohenkilökunnan henkilökohtaisia ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiä. Tavoitteena on lisätä tietoa terveydenhuollon koulutuksen, hoitoetiikan ja hoitotyön kehittämiseen.

Tutkimusotteena on fenomenografia. Tutkimukseen osallistui sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoita (N=28-57) sekä työelämästä sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia (N=10). Aineisto kerättiin vuosina 1988-1990 ja 1997. Tiedonkeruumuotoina olivat kyselyt, kirjoitukset ja haastattelut. Tulokset muodostettiin aineistolähtöisesti ja niitä kuvataan teemoina, luokkina ja arvokategorioina sekä kuvausprofiileina.

Henkilökohtaisiksi arvo- ja arvostuskäsitysten arvokategorioiksi muodostuivat *Yleinen hyvä ja onnellisuus, Minän ja toisen yhteinen hyvä, Henkilökohtainen hyöty, Velvollisuudet ja Tunteet*. Työelämävaiheessa ensisijaiseksi vaihtui *toisen hyvä*. Koulutuksen alkuvaiheessa esiintyi tunteista muodostunut arvokategoria. Koulutuksen loppuvaiheessa velvollisuudet siirtyivät hoitotyön arvokategorioihin. *Perhe- ja ystävyysuhteet* sekä *työ ja terveys* säilyivät henkilökohtaisina arvo- ja arvostuskäsityksinä koko tutkimusjakson.

Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten arvokategorioiksi muodostuivat *Potilaan hyvä, Ihanteellisuus potilaan auttamisessa, Sairaanhoitajan sitoutuminen, Velvollisuudet ja Hyvä työnantaja*. Koulutuksen alkuvaiheessa hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset olivat *ihanteellisia* ja *epäitsekkeitä*. Koulutuksen loppuvaiheessa esillä olivat ihanteellisten käsitysten ohella *velvollisuudet ja säännöt*, kun taas työelämävaiheessa *ihanteelliset* ja *epäitsekkeitä* arvo- ja arvostuskäsitykset korostuivat uudelleen. Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksissä ei esiintynyt *yleisiä yhteiskunnallisia* arvo- ja arvostuskäsityksiä. Hoitotyön käsitykset suuntautuivat potilaaseen ja hoitajaan itseensä sekä työelämävaiheessa työnantajaan. *Ihmisarvo* ja *ihmisen kunnioittaminen, yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, terveys* ja *inhimillisyys* esiintyivät hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksinä koko tutkimusjakson. Kokonaisuutena henkilökohtaiset ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset olivat koko tutkimusajanjakson ristiriidattomia ja samankaltaistuivat tutkimuksen kuluessa.

Tulevaisuudessa on tärkeää tutkia terveydenhuollossa vallitsevia arvo- ja arvostuskäsityksiä potilas-hoitajasuhteessa sekä työnantajan ja työntekijöiden välillä. Hoitohenkilökunnan toiminnassa tulee selvittää moraalien kehitystä ja sukupuolen merkitystä vuorovaikutussuhteissa. Hoitoetiikan tutkimus vallitsevan kielen merkityksistä teorian kehittämisessä on tärkeää. Monitieteinen arvo- ja arvostuskäsitysten ja moraalien tutkimus yleisesti eri väestöryhmille on myös tärkeää.

Avainsanat: henkilökohtaiset ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset sekä hoitoetiikka.

ABSTRACT

Aira Pihlainen

Department of Nursing Science, University of Tampere, Finland

Goodness, idealism and altruism as values and valuations in health care education and nursing practice

The aim of the study was to describe students' and nursing practitioners' values and valuations and add to the knowledge of the development of teaching nursing care, of care ethics and of the practice of nursing.

The study is humanistic and pragmatic in nature. The sample consisted of two to four student groups (N=28-57). In working life, nurses and public health nurses (N=10) were interviewed. The data were collected over the period of 1988-1990 and 1997 by means of questionnaires, writings and interviews. The data were analysed by using the method of phenomenography. The results were formulated based on the data and are described through themes, classes and categories of values and descriptive profiles.

The categories of personal values and valuations were *the common good and happiness, the common good of oneself and of the other, personal profit, duties and feelings*. In working life, the *other's good* took precedence over the conceptions focusing on oneself. The category of feelings manifested itself only at the beginning of education, and duties moved to a nursing category at the end of education. *Relations to the family and friends* as well as *work and health* persisted as personal values and valuations throughout the study period.

The categories of nursing values and valuations were *the patient's good, idealism in helping the patient, the nurse's commitment to his or her work, duties and a good employer*. As for the study period, nursing values and valuations were *idealistic and altruistic* at the beginning of education. *Duties and rules* emerged at the end of education, whereas *altruistic and idealistic* nursing values and valuations were again emphasised in working life. Conceptions of common society and the world were not included in nursing values and valuations. *Human dignity and respect for people as well as individuality, health and humanity* persisted as nursing values and valuations throughout the study period. Overall, personal and nursing values and valuations were harmonious throughout the study period and started to resemble each other during the study.

In the future it is important to continue research on the prevailing values and valuations in patient-nurse relationships and between employees and employers. The significance of gender in human interactions and the evolution of morals need to be examined within the functions of nursing staff. Research of care ethics is important due to the prevalent language interpretations and development of theory. Multidisciplinary follow-up research on values, valuations and morals should be targeted more widely on the whole population.

Key words: personal and nursing values and valuations and care ethics.

ESIPUHE

Toivon, että tutkimukseni tulokset lisäävät suomalaisten uskoa ja luottamusta hyvään ja inhimilliseen hoitoon terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammattihenkilöstön toivon saavan tutkimuksestani voimaa toimia potilaan parhaaksi eri hoitoympäristöissä sekä keskustelevan hoitoetiikasta niin koulutuksessa kuin käytännön työelämässäkin.

Tutkimuksen onnistumisesta lämpimät kiitokset kuuluvat tutkimusjoukolle, joka on jakanut ajatuksensa arvoistaan ja arvostuksistaan kanssani melkein kymmenen vuotta. Kannustava otteenne tutkimuksen eteenpäinviemiseen on ollut arvokas tuki koko tutkimusprosessin ajan.

Akateeminen väitöskirjaprosessi edellyttää tieteellistä näyttöä ja kokemusta omaavien asiantuntijoiden tukea ja palautetta. Ensimmäiset kiitokset kuuluvat professori, FT Annikki Järviselle, joka on luotsannut tutkimusta ohjaajana varmasti, ollut tärkeä keskustelukumppani ja palautteen antaja koko tutkimusprosessin ajan. Hoitotieteen laitoksen esimies, professori, THT Marita Paunosen tuki on kannustanut tutkimuksen loppuunsaattamiseen. Professori, THT Helena Leino-Kilpi on työn esitarkastusvaiheessa esittänyt tutkimusta selkiyttäviä ja asiantuntevia näkemyksiä. Professori, bioetiikan dosentti, VTT Matti Häyry on esitarkastajana lisännyt filosofisen etiikan kompetenssia ja antanut hyviä huomioita tutkimuksen kokonaisuuteen. Kiitokset Teille kaikille arvokkaasta tietotaidostanne. Kiitokset suomen- ja englanninkielen tarkistuksesta FM Paula Niemiselle.

Mitä olisikaan opiskelu ilman opiskelutovereita. Jatkokoulutuksen seminaariryhmä, THL Kristiina Hyrkäs, TtT Päivi Karttunen, THM Tiina Nurmela, TtT Paula Pelttari ja TtT Paula Stenfors ovat olleet kanssakulkijoita. Yhteinen opiskelumme on ollut arvokasta.

Vapaaehtoisen tiedetaideryhmän jäsenet, THT Liisa Ollikainen, THL Terhikki Miettinen ja THM Marjatta Saikkonen ovat olleet luovan keskustelun voima tutkimukseni taustassa. THT, KL Helena Aavarinne on ollut asiantunteva ja ymmärtäväinen tukija erityisesti tutkimuksen viime vaiheessa. Terveydenhuollon ja opetustyön ammattilaisista koostuvat ystävien, työtoverien, asiantuntija- ja luottamustehtävien henkilöverkostot ovat antaneet perspektiiviä tutkimuksen sisältöihin. Samoin lukuisten opiskelijaryhmien kanssa käydyt keskustelut ovat syventäneet ymmärrystä hoitoetiikan ja arvo- ja arvostuskäsitysten merkityksestä sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Perheeni tuntee äidin, joka on elinikäinen opiskelija. Tutkimuksessani poikani Ilkka on ollut korvaamaton apu tietokonetaitojen hallinnassa. Tyttäreni Riikka on ensimmäinen arvioija tutkimusraportin esityksissä ja vävyeni Juha on avustanut englanninkielisten esitysten valmisteluissa. Sydämelliset onnittelet nuorelle avioliitollemme. Mieheni Risto on kantanut vastuuta taloudenhoidosta. Olette osoittaneet perheen merkityksen ja perhetiimin kyvyn toimia.

Kiitokset kuuluvat väitöskirjaa taloudellisesti tukeneille tahoille: Suomalainen Konkordia-liitto, Suomen sairaanhoitajaliitto, Sairaanhoidon Tutkimuslaitos, Helsingin ammattikorkeakoulu ja Tampereen yliopiston Tukisäätiö.

Väitöskirjatyo on avannut minulle tien käytännöstä teoriaan ja päinvastoin. Kuljettu tie on edellyttänyt tieteellistä uteliaisuutta, rohkeutta, se on ollut opettava, avartava ja palkitseva.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	13
2	ARVOT JA ARVOSTUKSET ETIIKASSA	16
2.1	Arvo- ja arvostuskäsite etiikassa ja hoitotyössä	16
2.1.1	<i>Arvojen ja arvostusten määrittely ja luokittelu</i>	16
2.1.2	<i>Arvo- ja arvostuskäsite hoitotyössä</i>	19
2.1.3	<i>Yhteenveto arvo- ja arvostuskäsitteistä</i>	20
2.2	Etiikan teoriat ja terveydenhuolto	20
2.2.1	<i>Päämääräetiikka ja hoitotyö</i>	21
2.2.2	<i>Velvollisuusetiikka terveydenhuollossa</i>	22
2.2.3	<i>Seurausetiikka terveydenhuollossa</i>	23
2.2.4	<i>Yhteenveto etiikan teorioista, arvoista ja arvostuksista terveydenhuollossa</i>	24
2.3	Arvojen ja arvostusten kehittyminen yksilöllä	25
2.3.1	<i>Etiikan ja arvojen kehittymistä koskevia teorioita</i>	25
2.3.2	<i>Nuorten arvot ja arvostukset yhteiskunnassa ja hoitotyössä</i>	26
2.3.3	<i>Yhteenveto arvojen ja arvostusten kehittämisestä yksilöllä</i>	27
3	HOITOETIIKKA TERVEYDENHUOLLON KOULUTUKSESSA JA TYÖELÄMÄSSÄ	29
3.1	Hoitoetiikan lähtökohtia	29
3.1.1	<i>Humanistinen hoitotyö</i>	29
3.1.2	<i>Päätöksenteko hoitoetiikassa</i>	30
3.1.3	<i>Tietokäsitykset hoitoetiikassa</i>	31
3.2	Hoitotyön etiikka	33
3.2.1	<i>Hoitotyön päämäärä ja tehtävä</i>	33
3.2.2	<i>Hoitotyön periaatteet</i>	34
3.2.3	<i>Huolenpito</i>	37
3.2.4	<i>Eettiset ohjeet hoitotyössä</i>	38
3.2.5	<i>Eettisiä ongelmia ja kysymyksiä</i>	39
3.3	Hoitoetiikan oppiminen ja opettaminen	40
3.3.1	<i>Arvoista ja arvostuksista lähtevä hoitoetiikan opetus</i>	41
3.3.2	<i>Muita hoitoetiikan opetuksen lähestymistapoja</i>	43
4	YHTEENVETO ARVO- JA ARVOSTUSKÄSITYKSISTÄ SEKÄ HOITOETIIKASTA	46
5	TUTKIMUSONGELMAT JA -ASETELMA	48

6	TUTKIMUKSEN LÄHESTYMISTAPA JA EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	50
6.1	Fenomenografia tutkimusotteena yleensä	50
6.2	Tutkimuksen empiirinen toteuttaminen	52
6.2.1	<i>Tutkimusympäristö</i>	52
6.2.2	<i>Tutkimusjoukko</i>	54
6.2.3	<i>Aineiston keruu</i>	57
6.2.4	<i>Aineiston analysointi</i>	60
6.3	Tutkimuksen etiikka	65
7	TUTKIMUSTULOKSET	68
7.1	Opiskelijoiden henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset koulutuksen alkuvaiheessa	68
7.1.1	<i>Henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten teemat</i>	68
7.1.2	<i>Henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten luokat</i>	69
7.1.3	<i>Opiskelijoiden henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsityksien kuvausprofiilit</i>	73
7.1.4	<i>Henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten arvokategoriat</i>	75
7.1.5	<i>Yhteenveto opiskelijoiden henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten arvokategorioista ja niiden suhteista</i>	77
7.2	Opiskelijoiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset koulutuksen kuluessa	78
7.2.1	<i>Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten teemat</i>	78
7.2.2	<i>Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten luokat koulutuksen kuluessa</i>	79
7.2.3	<i>Opiskelijoiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten kuvausprofiilit koulutuksen kuluessa</i>	83
7.2.4	<i>Hoitotyön arvokategoriat</i>	84
7.2.5	<i>Yhteenveto hoitotyön arvokategorioista ja niiden suhteista</i>	86
7.3	Opiskelijoiden henkilökohtaiset ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset koulutuksen loppuvaiheessa	87
7.3.1	<i>Henkilökohtaisten ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten teemat</i>	87
7.3.2	<i>Henkilökohtaisten ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten luokat</i>	90
7.3.3	<i>Opiskelijoiden henkilökohtaiset ja hoitotyön kuvausprofiilit koulutuksen lopussa</i>	95
7.3.4	<i>Opiskelijoiden henkilökohtaiset ja hoitotyön arvokategoriat</i>	97
7.3.5	<i>Yhteenveto henkilökohtaisista ja hoitotyön arvokategorioista koulutuksen loppuvaiheessa</i>	99
7.4	Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien henkilökohtaiset ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset työelämässä	101
7.4.1	<i>Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien arvo- ja arvostuskäsityksistä muodostuneet luokat</i>	101
7.4.2	<i>Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien arvo- ja arvostuskäsitysten</i>	

	<i>kuvausprofiilit</i>	108
	7.4.3 <i>Työelämävaiheen arvo- ja arvostuskäsitysten kategoriat</i>	109
	7.4.4 <i>Yhteenveto työelämävaiheen arvokategorioista ja niiden suhteista</i>	111
	7.5 Yhteenveto tutkimuksen tuloksista	113
8	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	118
9	POHDINTA	122
	9.1 Tulosten tarkastelu ja päätelmät	122
	9.1.1 <i>Henkilökohtaisten arvojen ja arvostusten kehitys itsekkäistä käsityksistä toisen hyvää korostaviin käsityksiin</i>	122
	9.1.2 <i>Hyvä, ihanteellisuus, sitoutuminen ja velvollisuudet hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksinä</i>	123
	9.1.3 <i>Henkilökohtaiset ja hoitotyön arvokategoriat tiimalasissa</i>	125
	9.2 Fenomenografia arvo- ja arvostuskäsitysten käsitteellistämässä	127
	9.3 Jatkotutkimusehdotukset	128
	LÄHTEET	130
	LIITTEET	143
	Liite 1: Luettelo opiskelijoiden hoitoetiikan esseistä	143
	Liite 2: Näytteitä opiskelijoiden esittämistä henkilökohtaisista arvo- ja arvostuskäsityksistä ja niiden teemoittelusta koulutuksen alkuvaiheessa	144
	Liite 3: Näytteitä opiskelijoiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksistä ja niiden teemoittelusta	145
	Liite 4: Näytteitä opiskelijoiden esseissä esiintyvistä arvo- ja arvostuskäsityksistä koulutuksen loppuvaiheessa	146
	Liite 5: Teemahaastattelun suorittaminen	148
	Liite 6: Näytteitä sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien teemahaastattelun arvo- ja arvostuskäsityksistä	151

KUVIOT

Kuvio 1:	Tutkimuksen kulku	14
Kuvio 2:	Hoidoetiikan opetuksen malli terveydenhuollon koulutuksessa (mukaeltu Jones Stenberg 1979)	42
Kuvio 3:	Yhteenveto tutkimuksen kirjallisuuskatsauksesta	47
Kuvio 4:	Tutkimusasetelma	49
Kuvio 5:	Tutkimusaineiston analyysiprosessi	61
Kuvio 6:	Henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten luokat	69
Kuvio 7:	Opiskelijoiden henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset kuvausprofiileina	74
Kuvio 8 :	Henkilökohtaiset arvokategoriat	75
Kuvio 9:	Henkilökohtaisten arvokategorioiden suhde arvon kohteisiin ja moraalisiin tasoihin	77
Kuvio 10:	Opiskelijoiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten luokat	79
Kuvio 11a:	Opiskelijoiden (N=46) hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten kuvaus- profiilit koulutuksen alkuvaiheessa	83
Kuvio 11b:	Opiskelijoiden (N=28) hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten kuvaus- profiilit koulutuksen loppuvaiheessa	84
Kuvio 12:	Hoitotyön arvokategorioiden suhde arvon kohteeseen ja moraalisiin tasoon	86
Kuvio 13:	Opiskelijoiden (N=31) henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten kuvausprofiilit esseissä	95
Kuvio 14:	Opiskelijoiden (N=31) hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten kuvaus- profiilit esseissä	96
Kuvio 15:	Esseissä esiintyneiden henkilökohtaisten ja hoitotyön arvokategorioiden suhde arvon kohteeseen ja moraalisiin tasoon	99
Kuvio 16:	Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten kuvausprofiilit	108
Kuvio 17:	Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien hoitotyön arvo- ja arvostus- käsitysten kuvausprofiilit	109
Kuvio 18:	Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien henkilökohtaisten ja hoito- työn arvokategorioiden suhde arvon kohteeseen ja moraalisiin tasoon	112
Kuvio 19:	Yhteenveto arvokategorioista terveydenhuollon koulutuksessa ja työelämässä	116

TAULUKOT

Taulukko 1:	Hoitotyön eettiset periaatteet	34
Taulukko 2:	Opiskelijoiden (N=59) taustatekijöitä (koulutuksen alkuvaiheessa) ja yleisin arvosana tutkintotodistuksessa	55
Taulukko 3:	Tutkimusjoukko koulutusvaiheen tiedonkeruussa	56
Taulukko 4:	Työelämävaiheen haastateltavien (N=10) taustatekijöitä	57
Taulukko 5:	Arvo- ja arvostuskäsitysten luokittelun ja arvokategorioiden muodostamisen perusteet	64
Taulukko 6:	Henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten teemat ja arvon kohteet	69
Taulukko 7:	Opiskelijoiden (N=57) henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten luokkien muodostuminen	71
Taulukko 8:	Tutkimusjoukon henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten luokista muodostuneet arvokategoriat	76

Taulukko 9: Opiskelijoiden (N=46) hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksistä muodostuneet teemat	79
Taulukko 10: Opiskelijoiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten sijoittuminen luokkiin	81
Taulukko 11: Opiskelijoiden arvo- ja arvostuskäsitysten luokista muodostuneet hoitotyön arvokategoriat	85
Taulukko 12: Opiskelijoiden (N=31) esseistä muodostuneet arvo- ja arvostuskäsitysten teemat	88
Taulukko 13: Opiskelijoiden henkilökohtaisten ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten luokat	90
Taulukko 14: Opiskelijoiden henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten luokittelu	91
Taulukko 15: Opiskelijoiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksistä muodostetut luokat	93
Taulukko 16: Tutkimusjoukon esseiden arvo- ja arvostuskäsitysten luokista muodostetut arvokategoriat	97
Taulukko 17: Esseistä muodostuneet henkilökohtaiset arvokategoriat suhteessa luokkiin	97
Taulukko 18: Esseistä muodostuneet hoitotyön arvokategoriat suhteessa arvo- ja arvostuskäsitysten luokkiin	98
Taulukko 19: Sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsityksien luokkien muodostuminen	102
Taulukko 20: Sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten sijoittuminen luokkiin	105
Taulukko 21: Tutkimusjoukon henkilökohtaiset arvokategoriat ja luokat työelämässä	109
Taulukko 22: Tutkimusjoukon hoitotyön arvokategoriat ja luokat työelämässä	110
Taulukko 23: Tutkimusjoukon usein ilmaiset henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset tutkimuksen eri vaiheissa	113
Taulukko 24: Usein esiintyneet hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset tutkimuksen eri vaiheissa	114

1 JOHDANTO

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata terveydenhuollon opiskelijoiden ja hoitohenkilökunnan arvo- ja arvostuskäsityksiä. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa terveydenhuollon koulutuksen, erityisesti hoitoetiikan ja hoitotyön kehittämiseen. Tietoa haetaan empiirisesti hoitotyön koulutuksesta ja työelämästä. Tutkimus liittyy hoitodidaktiikan ja hoitotyön käytännön tutkimiseen. Arvo- ja arvostuskäsitysten empiirinen tutkimus on tärkeää, koska empiiriseen tutkimukseen perustuvaa tietoa opiskelijoiden ja hoitohenkilökunnan henkilökohtaisista ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksistä on vähän. Tutkimuksen merkitystä voidaan perustella kehittämisvaatimuksilla, joita yhteiskunnan ja terveydenhuollon toimintajärjestelmät esittävät koulutukselle ja käytännön toiminnalle.

Suomalainen yhteiskunta tarjoaa arvo- ja arvostuskäsitysten tutkimukselle haasteita, sillä menneet lähivuodet ovat koetelleet hyvinvointivaltion rakenteita. Alasuutari (1996, 122-154) väittää terveydenhuollon ammattien eläneen muun yhteiskunnan mukana murroksessa, ja että yleistä periaatteista, velvollisuuksien ja kutsumuksen mukaisesta kokonaisvaltaisesta omistautumisesta työlle on siirrytty keskustelemaan esimerkiksi tulosvastuusta ja asiakashinnasta. Keskusteluissa esillä ovat myös terveydenhuollon palveluihin liittyvät valinnat (Ryynänen ym.1997, Rintala 1998). Lisäpaineita terveydenhuollon nykyhetkeen tuovat yhteiskunnassa tapahtuva väestön ikääntyminen, tiedon lisääntyminen ja sen kompleksisuus, teknologian muutokset, kansainvälistyminen ja maailmanlaajuinen kilpailu sekä työn hallintaan liittyvät laadulliset vaatimukset.

Terveydenhuollon koulutukselle yhteiskunnan toimesta asetetaan kehittämistavoitteita niin ammatillisen peruskoulutuksen kuin myös jatko- ja täydennyskoulutuksienkin osalta. Ammattikorkeakoulun koulutustavoitteissa korostetaan asiantuntijuutta, laaja-alaisuutta, kansainvälisyyttä ja teoreettisen tiedon hallintaa käytännön toiminnassa (esim. Ekola 1992, Lampinen 1995, 1998). Terveydenhuollon koulutuksen kehittämisvaateissa korostuvat erityisesti käytännön ja teorian integrointi, laadun varmistus, näyttöön perustuva toiminta, moniammatillinen yhteistyö sekä opiskelijan ammatillisen ja persoonallisen tietotaidon kokonaisvaltaisuus. Hoitohenkilöstön täydennyskoulutusvaatimuksissa painotetaan elinikäistä oppimista, johtamiskoulutusta ja alueellisia koulutustarpeita. (Esim. Janhonen 1992, Aavarinne 1993, Perälä 1997, STM 1998a.)

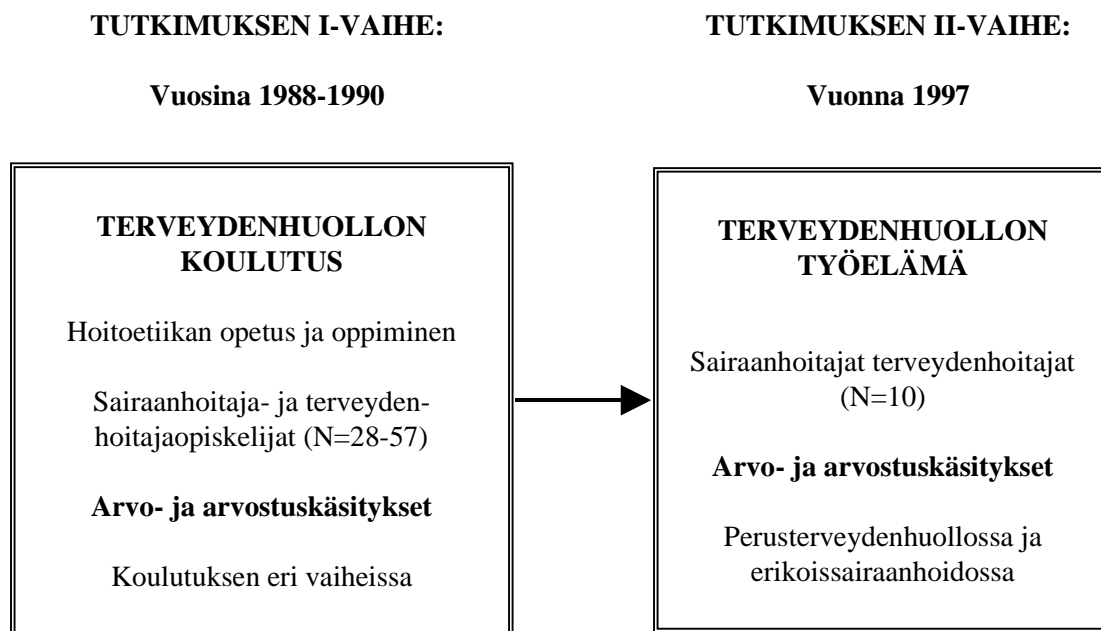
Terveydenhuollon kehittäminen edellyttää hoitotyön käytäntöjen, palvelurakenteiden ja ammatillisen osaamisen kehittämistä (esim. Perälä 1997, STM 1998a). Hoitohenkilöstöltä edellytetään kykyä avoimeen, joustavaan, kriittiseen ja itsenäiseen toimintaan sekä taitoja toimia moniammatillisissa työryhmissä ja kykyä verkostoitua paitsi kansallisesti, myös kansainvälisesti (esim. STM 1998b). Hoitotiede tuo teoreettisuuden sekä jatkuvan uuden tiedon omaksumisen vaatimukset hoitotyön käytäntöön.

Hoitotyön ammatteihin hakeudutaan ja niitä opiskellaan nuoruusiässä, jolloin yksilön arvot ovat muotoutumassa (esim. Helve 1993). Miten tähän nuoruusiän murrokseen soveltuvat terveydenhuollon hoitohenkilökunnan ja koulutuksen ammatilliset ja erityisesti eettisten arvo- ja arvostuskäsitysten omaksumisen vaatimukset? Saman kysymyksen voi esittää myös hoitoetiikan tiedoille ja taidoille, sillä monissa tutkimuksissa viitataan tarpeeseen kehittää hoitoetiikkaa (esim. Mölsä 1992, Simula 1998, Räisänen 1998, Välimäki 1998).

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan arvo- ja arvostuskäsityksiä käsitteparina, jolla pyritään välttämään arvokäsitteen kapea tulkinta. Arvo- ja arvostuskäsityksiksi tutkimuksessa tulkitaan tutkittavien arvoina ilmaisemat ajatukset mm. hyveistä, ihanteista, periaatteista, oikeuksista ja velvollisuuksista. Arvo- ja arvostuskäsitettä määritellään moraali filosofien ja hoitoetiikan näkemyksiä integroiden. Hoitoetiikalla viitataan terveydenhuollon

hoitohenkilöstön etiikkaan ja hoitotyön etiikka viittaa sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kättilöiden ammattiryhmäkohtaiseen etiikkaan. Tässä tutkimuksessa hoitoetiikasta arvo-, arvostuskäsitysten lähtökohdaksi nousevat humanistinen hoitotyö, eettinen päätöksenteko ja eettiset tietokäsitykset. Arvo- ja arvostuskäsitysten kannalta hoitotyön etiikasta keskeisiä ovat hoitotyön päämäärä, tehtävä, periaatteet, huolenpito ja ammattiryhmien asettamat eettiset ohjeet jäsenistölleen sekä hoitotyössä esiintyvät eettiset ongelmat ja kysymykset. Tietoa arvo- ja arvostuskäsityksiin haetaan edellä kuvattujen lähteiden lisäksi etiikan teorioista.

Tutkimuksessa haetaan vastausta toisaalta yksilön käsityksiin ja toisaalta hoitoyhteisössä vallitseviin arvo- ja arvostuskäsityksiin. Tutkimuskysymyksenä on: mitä ovat henkilökohtaiset ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset koulutuksen aikana opiskelijoiden käsityksissä ja tehtävissä sekä vastaavasti hoitohenkilökunnan käsityksissä työelämässä. Tutkimuksen kulkua selvitetään kuviossa 1.



Kuvio 1. Tutkimuksen kulku ¹

Tutkimus jakaantuu terveydenhuollon koulutus- ja työelämävaiheeseen, joista pääpaino on koulutuksen aikaisten arvo- ja arvostuskäsitysten tutkimisessa. Koulutuksessa arvo- ja arvostuskäsityksiä tutkitaan hoitoetiikan opetuksen yhteydessä tehdyin kyselyin ja kirjoituksin. Työelämävaiheessa tutkittujen henkilökohtaisista sekä hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksistä etsitään tietoa haastattelujen avulla. Tutkimus on laadullinen, tutkimusotteena on fenomenografinen lähestymistapa, jossa keskeistä on kuvata tutkittavien käsitysten variaatioita. Tämä merkitsee myös sitä, että tulokset rakentuvat induktiivisesti aineistosta käsin. Samoin tutkimuksen kirjallisuuskatsaus on rakentunut yhtä aikaa tulosten kanssa.

Tutkimustulokset kuvaavat terveydenhuollon ammattihenkilöstön henkilökohtaisia ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiä, eli sitä, mitä tutkimusjoukko on pitänyt henkilökohtaisina ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksinä tutkimustilanteessa. Tuloksia esitellään teemoina, luokkina ja arvokategorioina sekä niiden vertailuina. Tulosten fokus on

¹ Tutkimusasetelmassa kuvataan tutkimuksen kulku yksityiskohtaisemmin (Kuvio 4, 49).

tutkimusjoukon arvo- ja arvostuskäsityksien kokonaisuudessa. Parhaan kuvan yksittäisen tutkimukseen osallistuneen henkilön arvo- ja arvostuskäsityksistä saa tarkastelemalla tuloksissa esitettyjä kuvausprofiileja tai tutkittavien käsityksistä esitettyjä lainauksia. Tulosten mukaan terveydenhuollon koulutuksessa ja työelämässä vallitsee hyvää, ihanteellisuutta ja epätietoisyyttä kuvastavat arvo- ja arvostuskäsitykset.

2 ARVOT JA ARVOSTUKSET ETIIKASSA

Etiikka liittyy käsitteisiin ”hyvä” ja ”oikea” sekä niiden vastakohtakäsitteisiin ”paha” ja ”väärä”. Yksilön toiminnassa etiikka ilmenee eettisyytenä ihmisten sosiaalisessa kanssakäymisessä, kuten sopimuksina ja käyttäytymisnormeina. Eettiseen toimintaan kuuluvat yleiseen harkintaan ja tunteisiin perustuvat säännöt, periaatteet, ideaalit ja hyveet sekä näihin kohdistuvat vaatimukset. Hyvä on hyödyllistä, merkityksellistä, luonnostaan tai pohjimmiltaan hyvää, tai se merkitsee hyvän elämän arvoja. (Frankena 1963, 5-10, 64-67.)

Arvofilosofian keskeisenä alueina ovat etiikka sekä esteettisten elämysten, kokemusten laadun ja ehtojen selvittely niin taiteessa kuin luonnossakin (Krohn 1991, 17). Tässä luvussa keskitytään arvofilosofian eettiseen alueeseen ja selvitetään yksilöiden ja hoitotyön käsityksiä arvoista, arvostuksista, niiden perusteista ja kokonaisuudesta (arvomaailmasta²). Pitkäsen (1994) mukaan arvo-osaaminen on taitoa ymmärtää tarpeita sekä kykyä asettaa arvoja ja arvostuksia paremmuusjärjestykseen suhteessa päämäärään. Etiikan teorioista arvoja ja arvostuksia käsitellään päämäärä-, velvollisuus- ja seurausetiikassa. Lisäksi näkökulmana on yksilön henkilökohtainen eettinen kehitys.

2.1 Arvo- ja arvostuskäsite etiikassa ja hoitotyössä

Arvokäsitettä selkiytetään etupäässä suomalaisten moraalifilosofien luokitteluja ja määrittelyjä tarkastelemalla. Arvostuskäsitettä määritellään arvoja lähellä olevien näkemysten kuten hyveiden, ihanteiden, periaatteiden ja tarpeiden avulla. Samoin arvo- ja arvostuskäsitettä tarkastellaan hoitotyössä esiintyvien määrittelyjen kautta. Moraalifilosofien ja hoitotyön näkemyksiä yhteen liittäen esitetään tämän tutkimuksen henkilökohtaisten ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitteiden käyttö.

2.1.1 Arvojen ja arvostusten määrittely ja luokittelu

Arvojen ja arvostusten määrittely tehdään kuvaamalla arvoluokitteluja ja moraalifilosofien käsityksiä yksilön ja yhteisön arvoista ja arvostuksista. Ahlman (1939, 15, 19, 23-90) esitti kulttuuriin sitoutuvan *arvaluokituksen*, jossa on yhdeksän arvoluokkaa: hedoniset, vitaaliset, esteettiset, tiedolliset, uskonnolliset, sosiaaliset, mahti-, oikeus- ja eettiset arvot. Tämä luokittelu kohdistuu *yksilöön* ja asettaa hänelle päämääriä siitä mitä ihminen ”ajattelee, tuntee, tekee ja on”. Niiniluoto (1993) pitää Ahlmanin arvaluokitusta hyödyllisenä. Sajama (1993, 88) näkee, ettei arvojen luokittelu filosofisessa mielessä ole kiinnostavaa. Salmela (1993 ja 1998) arvioi Ahlmanin käsityksen tiettyjen arvojen ehdottomuudesta rajoittavan yksilön mahdollisuuksia luoda arvoja vapaasti. Salmelan mukaan Ahlmanin luokituksessa on lievää vastakohtaisuutta, kun hän sovittaa yhteen yksilöllisiä ja yleispäteviä arvoja.

Frankena (1963, 47-48, 66-67) erotteli eettiset (moraaliset) ja ei-eettiset (ei-moraaliset) arvot. Eettisiä, hyvää edustavia arvoja ovat hyveet ja osa motiiveista. Hyvään perustuvia ei-eettisiä arvoja ovat yhteys Jumalaan, henkisyys, tieto tai materiaaliset asiat. Muita ei-eettisiä arvoja ovat erilaiset hyötyä tuovat tai ulkoiset asiat kuten luonnostaan hyvää kokemusta edustavat tekijät, hyvän elämän mahdollistavat tai kokonaisuutena kunakin hetkenä hyvää kuvaavat seikat. Frondizi (1971, 111-119) muodosti arvoille hierarkkisia kriteerejä, joita ovat arvojen kesto aika, perusteet, kohde, niiden antama tyytyväisyys ja suhteellisuus. Suhteellisuuskriteeriin sisältyvät eettiset arvot. Frondizi luokittelee arvoja tunteisiin,

² Arvomaailma on yksityisen ihmisen arvojen kokonaisuus (Niiniluoto 1993).

vitaalisiin, uskonnollisiin ja mielen (spiritual) arvoihin. Mielen arvoihin sisältyvät kauneus, tieto oikeasta, väärästä ja totuudesta. Turunen (1997, 95-136) jaottelee arvostukset kohde- ja kokemusarvoiksi. Kohteet on yleensä helppo nimetä, sillä ne voi kohdistaa esineisiin, ilmiöihin ja tapahtumiin. Kokemusarvot puolestaan tarkoittavat aistimuksia, elämyksiä ja tunteita. Turusen mukaan kokemusarvot ovat ihmisen tärkeimpiä arvoja ja niihin voi katsoa sisältyvän koko elämän arvon ja olemassaolon kokemuksen.

Westermarck (1979) korosti etiikan tutkimuskohteena *ihmisen* eettistä tietoisuutta ja sen syntyä ja luontoa (luonne). Hänen mukaansa etiikan tehtävänä on tutkia sitä "mitä pidetään oikeana", ei sitä "mikä on oikein". Westermarckin mukaan "oikea on olemassa vain siinä arvostuksessa, jonka subjekti kohdistaa tiettyihin objektiivisiin tosiseikkoihin, tahdonakteihin tai tekoihin, ja etiikan korkein tehtävä on tämän arvostuksen muodostumisen ja sen lakien tutkiminen". Von Wright (1979) arvioi Westermarckin etiikassa olevan keskeistä tunteiden hyväksymisen ja paheksumisen moraalisisissa arvostelmissa. Salmela (1998) korostaa Westermarckin olleen johdonmukaisin subjektivistisesti suomalaisessa etiikassa. Kuitenkin hän toteaa, että Westermarck asettaa subjektivistisen tulkinnan myös näkemyksille, joilla perustellaan objektiivisia arvoja.³

Airaksisen (1987, 131-136, 1994, 24) mukaan arvo on asia, joka on toiminnan motiivina, päämääränä ja tarkoituksena. Ne näkyvät *yksilön* käytännön toiminnassa ja määräytyvät intentioista, suunnitelmista, päätöksistä ja teoista. Sajama (1993, 87-90) näkee arvojen lähtevän yksilön positiivisista asenteista ja toimivan yksilön ihanteina, hyveinä ja ominaisuuksina. Frankena (1963, 78-98) tuo esille arvojen ymmärtämisessä intuitionismin eli "eettisen omantunnon" ja oikeudenmukaisuuden. Airaksinen (1987, 113-118) katsoo etiikan olevan intuitiivista perustuessaan asioiden ajatteluun, mutta moraalit perustuu valintoihin ja yhteiskunnalliseen sopimukseen.

Niiniluodon (1984, 318-323, 1991, 1993) mukaan arvot ovat *erilaisissa yhteisöissä* omaksuttuja periaatteita ja tapoja, jotka luodaan ihmisten välisessä kanssakäymisessä. Arvot ovat toiminnallisia päämääriä ja tavoitteita, joita voidaan esittää komparatiivisesti, kvalitatiivisesti ja kvantitatiivisesti. Häyryn ja Häyryn (1988a) mukaan arvoissa korostuvat toiminnan hyväksytyt päämäärät ja tavat. Arvoina voidaan pitää esim. onnellisuutta, elämää, mielihyvää ja toivottavia luonteenpiirteitä. Turunen (1992, 7-55) korostaa arvojen elävän kulttuuri-ilmiönä ja vallitsevan yhteisöissä. Arvoja voidaan luonnehtia eri puolilta, vaikka niitä ei voidakaan kuvata tyhjentävästi. Varsinaiset arvot ovat hänen mukaansa totuus, kauneus ja hyvyys. Arvot ovat monitahoisia ja etäällä arkielämästä.

Krohn (1990, 194 - 202) osoittaa arvojen ja normien nousevan samoista lähtökohdista. Hän toteaa kuitenkin velvollisuuksista, että "näyttää kuitenkin jäävän jäljelle jäännös, jota ei kokonaan voida palauttaa arvoihin". Ihminen on asetettu dualistiseen tilanteeseen arvon pitämisen ja todellisuuden välillä. Hän näkee normi- ja arvotiedon eräänä lajina aitoa tietoa, jonka olemuksessa piilee ihmisyyden idea. Krohn (1998) korostaa hyvän tahdon ja henkisten arvojen toteutumista *koko ihmiskunnassa ja luonnossa*, jonka yksilö voi saavuttaa omassa sisäisessä maailmassaan. Salmela (1998) toteaa suomalaisten moraalifilosofien näkemyksissä vallitsevan koulukuntakiistatkin ylittävän yksimielisyyden yleispätevinä pidettyjen arvojen merkityksestä länsimaaisessa kulttuurissa. "Totuus, lähimmäisenrakkaus, oikeudenmukaisuus, tasa-arvo ja vapaus on nähty yhtä aikaa sekä länsimaista kulttuuria että aitoa, kehittyntä ihmisyyttä ristiin määrittävinä arvoina".

³ Niiniluoto (1993) toteaa arvoteorioista, ettei niistä olla saavutettu yksimielisyyttä "kahden ja puolen vuosituhatvuotien aikana". Arvoteorioita ovat mm. emotivistiset, subjektivistiset, objektiiviset, relativistiset (kulttuurirelativistiset) ja absoluuttiset teoriat. Arvoteorioista voi hakea tietoa filosofian ja moraalifilosofian kirjoituksista (esim. Niiniluoto 1984, 318-323, 1993, Airaksinen 1987, 91-132, Salmela 1998).

Arvostuskäsite

Airaksinen (1987,132) näkee *arvostukset* myönteisenä ajatuksena, joka toimijalla on esimerkiksi omasta päämäärästään. Airaksisen mukaan arvostukset ovat enemmän henkilökohtaisia kuin arvot. Turusen (1992, 95-114) mukaan arvostuksilla on selvä kohde, ne ovat keskeinen osa yhteiskunnallista ainesta sekä muuttuvat yhteiskunnan ja yksilön kehityksen mukana. Arvostukset saattavat muuttua ihanteiden kaltaisiksi. Arvostuksia ovat esimerkiksi kyvyt, taidot, oppineisuus, asunto, rauha, terveys, elämä, luonto ja ystävyys.

Arvo- ja arvostuskäsitteen lähikäsitteitä ovat hyveet, ihanteet, periaatteet, tarpeet ja halut. *Hyveet* ovat keinoja, joiden avulla voidaan suunnata päämäärään. Aristoteles jaotteli hyveet intellektuaalisiin ja luonteen hyveisiin. Intellektuaalisia hyveitä ovat viisaus, ymmärrys ja käytännöllinen järki. Luonteen hyveet kuvastavat liiallisuuden ja puutteellisuuden keskiväliä. Luonteen hyveitä ovat esimerkiksi rohkeus, uteliaisuus, itsekunnioitus, oikeudenmukaisuus, totuudellisuus ja ystävällisyys. (Aristoteles 1989, 7-26, 63-82.) Airaksinen (1987, 230, 242-243) mukaan hyveet ovat luonteenpiirteitä ja ne kuuluvat ihmisen persoonallisuuteen ja yksilölliseen luonteeseen. Hyveet edustavat idealisoivaa näkemystä ja käytännön sujuvuuden perustekijöitä, jotka antavat hyville arvoelementin. Häyryn (1991, 100) mukaan hyveet ovat yksilön luonteenpiirteitä, ominaisuuksia ja kykyjä, jotka ilmenevät ihmisen periaatteina hänen toiminnassaan. Airaksinen (1987, 248-250) mukaan Aristoteleen hyveet eivät ole suoraan sovellettavissa nykypäivään, sillä modernissa yhteiskunnassa ei ole mahdollista palata sankariaikaan tai edes yhteisten päämäärien muodostaman kunniakäsityksen piiriin. Airaksinen kysyy, onko olemassa ihmisten elämän tarkoitukseen perustuvaa kokonaisuutta, josta hyveet voitaisiin johtaa, vai onko olemassa ihmisten suorittamia tehtäviä ja yhteyksiä, joilla he voivat loistaa.

Ihanteiden tehtävä on jäsentää yhteiskuntaa yhteisten etujen näkökulmasta ja niissä ilmenee kulttuurin, elämäntavan, yhteiskunnan tai yhteisön ydin. Ihanteet ovat ihmisen kykyjä ja luonteenpiirteitä, joihin liittyy yhteisöstä nousevia velvollisuuksia ja kunnioitusta (Turunen 1997, 184-197, 209-214). Ihanteita ovat sellaiset seikat kuin rehellisyys, luotettavuus, oikeudenmukaisuus, tasapuolisuus, suvaitsevaisuus ja vastuullisuus (Turunen 1992, 59-85). Sajaman (1988) mukaan ihanteet ovat Kantin esittämiä epätäydellisiä velvollisuuksia eli hyveitä.

Frankena (1963, 45-48) esittää *periaatteet* oikeuksina tai velvollisuuksina, jotka perustuvat oikeudenmukaisuuteen tai hyvän tekemiseen. Arvoihin ja arvostuksiin liittyvät läheisesti normit, jotka ilmaisevat oikeuksia, kieltoja ja velvollisuuksia. Airaksinen (1987, 183) mukaan *oikeudet* ovat muiden ihmisten suhteen esitettyjä perusteltuja vapausvaateita. Niiniluodon (1991) mukaan oikeuksien ja velvollisuuksien sääntelyn julkinen muoto on lainsäädäntö. Hänen mukaansa yhteiskunta tarvitsee moraalien ohella myös sopimuksenvaraisia normatiivisia sääntökokoelmia (koodeja). Scheinin (1991) katsoo ihmisoikeuksien olevan myönteisiä eettisiä arvoja.

Tarve ja halu edustavat ihmisellä jonkun asian tarvitsemista, kokemusta tai halua. Ihmisen tarpeet ovat moninaiset ja ne voidaan erotella aineellisiin, sosiaalisiin ja henkisiin tarpeisiin. (Turunen 1997, 77-93.) Yksilön tarpeet on hoitotyössä usein käytetty lähestymistapa aina Nightingalesta (1964) ja Henderssonista (ks. Hendersson ja Nite 1978) lähtien.

2.1.2 Arvo- ja arvostuskäsite hoitotyössä

Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitteet esiintyvät ammattihenkilöiden hyveiden ja luonteenpiirteiden kuvauksina tai potilaan kohtelua kuvaavina toivottavina piirteinä. Hoitoyhteisön arvoja ja arvostuksia tarkastellaan ammattikunnan tehtävän ja ammattikunnan asettamien ohjeiden (koodit) kautta.⁴ Bandman ja Bandman (1990, 62-63) liittävät hoitotyön arvot suhteellisiin, yksilöllisiin ja kulttuurisiin lähtökohtiin. Fry (1994, 5-13) luokittelee hoitotyön arvot henkilökohtaisiin, kulttuurisiin ja ammatillisiin.

Yksilön asenteet ja käyttäytyminen kuvastavat hänen arvojaan (Shelly 1991a, 8). Shelly (1991b, 55-74) esittää kymmenen tärkeintä hoitotyön arvoa, jotka ovat myötätunto, pätevyys, luottamus, uskollisuus, toivo, yksilön kunnioittaminen, eheys, rakkaus, elämän pyhyys ja totuus. Shellyn tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat kokivat arvot enemmän henkilökohtaisina kuin ammatillisina arvoina.

Hoitoyhteisön ja hoitotyön tehtävään suuntaavia arvoja ovat väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen (Hendersson ja Nite 1978, 15-36, ICN 1989, Sarvimäki 1993, Kalkas 1996a, Ssl 1996). Fryn (1994) mukaan kulttuuriset arvot heijastuvat terveyden ja sen edistämisen käsityksiin. Hoitoyhteisön arvoina potilas-sairaanhoitajasuhteessa keskeisiä ovat potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, luottamuksellisuus, lähimmäisyys ja oikeudenmukaisuus (ICN 1989, Ssl 1996). Fagermoenin (1997) mukaan potilaaseen liittyvistä arvoista keskeinen on ihmisen kunnioittaminen, johon liittyvät humanisuus, yksityisyys, itsenäisyys, luottamus, kumppanuus, henkilökohtaisuus, turvallisuus, eheys ja toivo.

Kalkas (1991) painottaa terveydenhuollon lähtökohtana ”pehmeää ja inhimillistä” näkemystä. Hänen mukaansa terveydenhuollon ammattiryhmien arvolähtökohdissa painottuvat erilaiset arvot. Sarvimäki (1993) korostaa hoitoyhteisöä ja ammattihenkilöitä koskevin arvoina potilaan ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta ja loukkaamattomuuden kunnioittamista sekä oikeudenmukaisuutta, kollegiaalisuutta ja yhteistyötä. Pihlaisen (1990, 70-71) mukaan valmistuvat sairaanhoitajaopiskelijat arvostavat hoitotyössä ihmisarvoa, inhimillisyyttä, itsemääräämisoikeutta, integriteettiä, tasa-arvoa, oikeudenmukaisuutta ja terveyttä. Sairaanhoitajakoulutuksen aloittaneet opiskelijat korostavat muuten samoja hoitotyön arvoja kuin valmistuvat opiskelijat, mutta oikeudenmukaisuus ja integriteetti tulevat harvoin esille. Davis (1999) näkee amerikkalaisen hoitotyön kulttuurin keskeisenä arvona potilaan itsenäisyyden, jota tukevat yksilöllisyys ja itseluottamus.

Arvostuskäsityksiä kuvastavat kansallisten ja kansainvälisten ammattijärjestöjen jäsenistölleen asettamat periaatteet, ohjeet ja laatuvaatimukset, joista voi nähdä ammattikunnan korostamia hyviä asioita. Hoitotyöhön kuuluu olennaisesti elämän, ihmisarvon ja ihmisoikeuksien kunnioittaminen (ICN 1989). Eettiset ohjeet korostavat sairaanhoitajan työn keskeisinä arvostuksina työn päämäärää, inhimillistä ja humania suhtautumista potilaaseen sekä ammatillista sitoutumista työhön (Ssl 1996). Sosiaalialan eettiset periaatteet painottavat inhimillistä kasvua ja sosiaalisesti kestävästä kehitystä (Sosiaalityöntekijäin liitto 1998). Lääkärin tulee ammatissa toimiessaan saavuttaa luottamusta persoonallisten ja ammatillisten tietojensa ja taitojensa perusteella (Suomen lääkäriliitto 1988). Häyry ja Häyry (1997, 210-211) näkevät lääkintäetiikan ohjeiden, julistusten ja sääntöjen perusteella lääkinnän arvoina ihmiselämän suojelemisen, potilaan terveyden palauttamisen ja säilyttämisen sekä hänen itsemääräämisensä kunnioittamisen.

⁴ Näitä asioita käsitellään myös hoitotyön etiikassa (luku 3.2, 33-40).

2.1.3 Yhteenvedo arvo- ja arvostuskäsitteistä

Arvot sitoutuvat yksilöön ja ohjaavat hänen tunteitaan, päämääriään, tarkoituksiaan ja valintojaan. Arvot näkyvät yksilön intentioissa, suunnitelmissa, päätöksissä ja teoissa sekä ohjaavat yksilön toimintaa.⁵ Eri yhteisöissä arvot nousevat esille yksilöiden välisessä kassakäymisessä toiminnan hyväksytyinä päämäärinä ja tapoina sekä näkyvät yhteisön totuuskäsityksinä, velvollisuuksina ja periaatteina.⁶ Arvoja voi luokitella, verrata ja asettaa paremmuusjärjestykseen.⁷

Arvostuksilla on selvä kohde ja ne muuttuvat yhteiskunnan ja yksilön kehityksen mukana.⁸ Arvostuskäsite kuvaa hyveitä, ihanteita, periaatteita, velvollisuuksia, ohjeita, oikeuksia, tarpeita ja haluja, jotka yksilön käsityksissä näyttäytyvät arvoina. Arvot ja arvostukset ovat yksilön toiminnan oikeuttamisen peruste, ne ovat yksilön järkevien ja tiedostavien valintojen taustalla tai asettavat hänen toiminnalleen päämäärän. Tutkimuksen yksilöä kuvaavat *henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset* nousevat edellä kuvatuista arvo- ja arvostuskäsitteen näkemyksistä.

Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset kuvaavat terveydenhuollosta, hoitoyhteisöstä ja hoitotyön ammasteista nousevia näkemyksiä. Näitä ovat hyvät asiat, kuten ihmisen kunnioittaminen, hyvä ja inhimillinen ihmisen kohtaaminen, oikeudenmukaisuus ja yhteistyö.⁹ Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset sitoutuvat työn päämäärään, tehtävään, tavoitteisiin ja toimintaan.¹⁰ Ne kertovat yksilön ja hoitoyhteisön sisäisistä hyvä- ja totuuskäsityksistä, periaatteista, oikeuksista, velvollisuuksista, ohjeista sekä ansioista. Yksilön näkemyksissä ammattihyveet ilmaisevat yksilön hyviä luonteenpiirteitä, ominaisuuksia ja kykyjä.

Käsityksillä tarkoitetaan yksilön henkilökohtaista tapaa käyttää ja soveltaa teoreettista, ammatillista ja henkilökohtaista tietoa arvojen ja arvostuksien kuvailemisessa.

2.2 Etiikan teoriat ja terveydenhuolto

Etiikan teorioista on käsiteltäväksi nousseet päämäärä-, velvollisuus- ja seurausetiikka. Mainitut etiikan teoriat sisältyvät normatiivisen etiikan alaan (Häyry 1993a). Normatiivisessa etiikassa käsitellään ihmisen käyttäytymiseen liittyviä tekijöitä, joita ovat inhimillisen onnellisuuden luonne, yksilön suhde yhteiskuntaan sekä oikeudet ja velvollisuudet. Normatiivinen etiikka jakaantuu kolmeen alueeseen: teleologiseen, päämäärään suuntautuneeseen sekä deontologiseen, velvollisuutta arvostavaan ja yleisiä sääntöjä ja periaatteita noudattavaan etiikkaan (Frankena 1963, 13-16). Kolmas normatiivisen etiikan alue on konsekventialistinen, tekojen seurauksia painottava etiikka (Häyry 1993b). Seurausetiikka liitetään usein yhteen teleologisen etiikan kanssa (Frankena 1963, 14).

Terveydenhuollon henkilöstön käyttäytymisessä päämääräetiikka näyttäytyy henkilökohtaisina sekä ammatillisina arvo- ja arvostuskäsityksinä. Velvollisuus- ja seurausetiikan mukaisissa näkemyksissä korostuvat terveydenhuoltoon kohdistuvat yhteiskunnan vaatimukset. Nämä vaatimukset hoitohenkilöstö kokee arvoina ja arvostuksina. Tässä tutkimuksessa mainittuja etiikan teorioita nimitetään teoreettiseksi etiikaksi erotuksena

⁵ Vrt. Ahlman (1939, 15-16), Westermarck (1979), Airaksinen (1987, 132-134).

⁶ Vrt. Niiniluoto (1984, 317-321, 1993), Häyry ja Häyry (1988a).

⁷ Vrt. Ahlman (1939, 23-27), Frankena (1963, 47-48), Frondizi (1971, 117-118), Niiniluoto (1993), Pitkänen (1994).

⁸ Vrt. Airaksinen (1987, 132), Turunen (1992, 98).

⁹ Vrt. ICN (1989), Shelly (1991a, b), Sarvimäki (1993), Ssl (1996), Kalkas (1991, 1996a), Fagermoen (1997).

¹⁰ Vrt. Hendersson ja Nite (1978, 15-36), ICN (1989), Kalkas (1996a).

käytännöllisestä eli soveltavasta etiikasta, joksi tässä työssä kutsutaan hoitoetiikkaa. Viimemainittua käsitellään luvussa 3.

2.2.1 Päämääräetiikka ja hoitotyö

Päämäärään suuntautuvat etiikan teoriat jakaantuvat sisäisiin ja ulkoisiin teorioihin. Aristoteleen etiikka kuvaa ihmisen sisäistä etiikan teoriaa. Aristoteleen (1989, 7-26) mukaan kaikki ihmisen taidot, tutkimukset, toiminnat ja valinnat tähtäävät hyvän saavuttamiseen. Hänen mukaansa *hyvä ja onnellisuus* on ihmisen täydellisin päämäärä. Häyryn ja Häyryn (1988a, 29-31) mukaan onnellisuus ja vapaus ovat korkeimmat arvot. Turunen (1992, 134-135) näkee hyvän ja onnellisuuden kytkeytyvän toisiinsa: ”Hyvää on se, kun ei aiheuta kipua tai pyrkii hankkimaan miellyttäviä kokemuksia toiselle ihmiselle ja ponnistelee sen eteen”. Hyvä ja hyvyys edustavat arvotiivistymää, josta yksilöillä on yleismaailmallisesti melko yhteneväinen käsitys (Turunen 1997, 345-346). Hoitotyössä korostetaan potilaan hyvää ihanteena (esim. Eriksson 1996), yhtenä keskeisenä toiminnan päämääränä (esim. Leino-Kilpi 1990) ja se liitetään hyvän tekemiseen toiselle ihmiselle (esim. Thompson ym. 1995, 60-61).

Frankena (1963, 13-15) korostaa ulkoisissa teorioissa komparatiivisuutta hyvän ja pahan vertailussa, jossa hyvä sitoutuu sankaruuteen ja hyveisiin. MacIntyre (1994, 121-130, 151-152, 252-255, 263) liittää ihmisen *hyveet ja sankaruuden* yksilöön ja yhteiskuntaan. Hänen mukaansa sankaruutta kuvaavat hyveet, esimerkiksi rakkaus (arete) ovat edelleen merkityksellisiä. Hän näkee, että yhteistä yhteiskunnallista hyvää määritellään edelleen Aristoteleen käsitykseen nojautuen. Esimerkiksi lakien perusta on Aristoteleen oikeudenmukaisuusnäkemyksessä¹¹. MacIntyre päätyy ajatukseen, että hyveet ovat merkityksellisiä modernissa yhteiskunnassa ja antavat mahdollisuuden ymmärtää paremmin kulttuuria ja vallitsevaa käsitystä totuudesta. MacIntyre arvioi hyveiden antavan toivoa tulevaisuuteen.

Hoitotyössä Lanara (1981, 49-54) korostaa hoitotyön arvona sankaruutta perustaen näkemysensä hoitotyön historiaan, kreikkalaiseen sankaruuteen ja Raamattuun. Hoitotyön toiminnan Lanara näkee perustuvan sankarillisiin hyveisiin. Sankarillisuus hoitotyössä merkitsee ihmisen kunnioittamista ja hänen kärsimyksensä ymmärtämistä sekä sairaanhoitajan vastuullisuutta, uhrautuvaisuutta ja rakkautta (Lanara 1996). Erikssonin (1996) mukaan hyveet ovat hoitoetiikan yksi lähtökohta, johon yhdistyy karitatiivinen (rakkaudellinen) etiikka. Erikssonin (1989, 43-44, 47-51) mukaan rakkaus toimii ihmisen ja hoitotyön voimanlähteenä, johon liittyvät läheisesti usko ja toivo. Knowlden (1990) esittää hoitotyön hyveinä toisen ihmisen auttamisen ja tukemisen, hoitotyön hyvään pyrkivän toiminnan sekä tavoitteen kehittyä ihmisenä. Scottin (1995) mukaan Aristoteleen hyveillä on merkitystä arvioitaessa hoitotyön eettistä lähtökohtaa ja hoitotyöntekijöiden käyttäytymistä työssään. Hyveille ja sankaruudelle on yhteistä se, että tavoitteena kaikissa on hyvä ja hyvän tekeminen ja ne sitoutuvat kunkin kulttuurin käsitykseen hyvästä. Sellmanin (1997) mukaan sairaanhoitajien hyveellinen käyttäytymistapa antaa myös tulevaisuuden toimintaan uskoa.

Hoitotyössä pyritään toisen ihmisen hyvällä ololla lisäämään hänen hyvänsä ja onnellisuuttaan. Hoitotyön hyveitä voi pitää arvojen kaltaisina, sillä ne kohdistuvat useimmiten toisen ihmisen epäitsekäiseen auttamiseen. Hoitotyön vuorovaikutustilanteissa esiintyvät sellaiset hyveet kuin ystävällisyys, inhimillisyys, rehellisyys ja oikeudenmukaisuus. Kaikkia näitä hyveitä voi hoitotyön ammatissa toimiva tietoisesti kehittää itsessään.

¹¹ Vrt. Rawlsin (1988, 46) mukaan oikeudenmukaisuuden periaate sisältää jokaisen ihmisen yhtäläisen oikeuden laajimpaan mahdolliseen perusvapauteen, joka on sovitettavissa yhteen muiden samanlaisten vapauksien kanssa. Yhteiskunnalliset ja taloudelliset asiat on järjestettävä sellaisiksi, jotta on mahdollista odottaa niistä etua kaikille ja että ne liittyvät kaikille avoimiin asemiin ja virkoihin.

Hoitotyössä tulee vastaan tilanteita, joissa sairaanhoitaja tai yleensä hoitotyön henkilökunta tekee sankarillisia tekoja. Esimerkkeinä ovat toisen ihmisen epäitsekäs auttaminen kriittisessä elämäntilanteessa tai sairaanhoitajan osoittama syvällinen vastuu hänen puolustaessaan potilasta silloin, kun potilas ei itse siihen kykene.

2.2.2 *Velvollisuusetiikka terveydenhuollossa*

Velvollisuusetiikka edellyttää lakien, sääntöjen ja periaatteiden noudattamista päämäärästä tai seurauksista riippumatta (Häyry 1993a). Deontologisissa teorioissa erotetaan toiminta- ja sääntöteoriat. Sääntöteoriat määrittävät ”hyvän” ja ”väärän” vaatimuksia sääntöjen avulla. Toimintateorioita kuvaa kysymys ”mitä pitäisi tehdä”. (Seedhouse 1991, 93-99.) Velvollisuusetiikasta käsitellään tässä yhteydessä sääntöperustaista klassista Kantin etiikkaa ja esimerkkejä terveydenhuollon lainsäädännöstä. Näiden lisäksi tarkastellaan terveydenhuollon sopimuksia ja oikeuksia toimintaperustaisina velvollisuuksina.

Sääntöperusteisen velvollisuusetiikan keskeinen edustaja oli Immanuel Kant. Hänen teoriansa yksi käsite on vapaus tahdon autonomian selvittämisessä. Vapaus merkitsee riippumattomuutta tahdon sisällöstä ja pyrkimyksistä sekä aistivaikutteista. Vapaus ilmenee lakina toimia puhtaasta velvollisuudesta, mikä on samalla ehdoton käsky. Tätä käskyä Kant nimittää kategoriseksi imperatiiviksi, jonka perusajatus on: ”toimi vain sen maksimin mukaan, jonka kautta samalla saatat tahtoa, että se tulisi yleiseksi laiksi”. Kant esittää imperatiivin soveltamista periaatteeksi: ”toimi niin, että käytät ihmistä, sekä omaa että jokaisen muun persoonaa, aina samalla tarkoituseränä eikä koskaan pelkästään välineenä”. Keskeistä Kantin lakien toteuttamisessa on yksilön oma tahto ja järki. (Kant 1931, 25-26, 110, 120, 134-139.) Sajama (1988) luokittelee Kantin velvollisuuden käsitettä juridisesti ja moraalisesti. Hänen mukaansa Kantin etiikassa arvostellaan tekojen arvoa teon vaikuttimen perusteella. Seedhouse (1991, 99-101) toteaa, ettei Kantin etiikka salli kompromisseja. Hänen mukaansa hoitohenkilökunnan joustava käyttäytyminen nopeasti muuttuvissa tilanteissa ei onnistu Kantin velvollisuussääntöjen mukaan. Seedhouse (1991, 102-103) korostaa Kantin käsitystä yhdenvertaisuudesta (ikä, talous tai terveys) terveydenhuollon valintoja koskevissa päätöksissä. Airaksinen (1987, 176-177) ja Sajama (1993, 107-109) päätyvät näkemykseen, että Kantin teoria on liian ankara. Airaksisen mukaan velvollisuudet on kohdistettava johonkin tiettyyn tavoitteeseen ja elämämpiiriin, kuten esimerkiksi oikeuksiin, sopimuksiin ja hyveisiin.

Terveydenhuoltoon säätelee monimuotoinen lainsäädäntö, joka terveydenhuollon ammattien harjoittamiseen kytkettynä muodostaa perustan velvollisuuksille. Lait säätelevät hoitohenkilöstön velvollisuuksia ja lakien perusteella henkilö voidaan tuomita rangaistuksiin ellei hän ole noudattanut lain antamia velvoituksia. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (28.6.1994/559) säätelee ammattieettisiä velvollisuuksia. Laissa korostetaan ammattitoiminnan päämäärää terveyden monipuolisessa ylläpitämisessä, ammatissa käytettävien toimintamallien hyväksyttävyyttä, potilaalle koituvan hyödyn ja haitan tasapuolista arviointia ja avun antamista kiireellistä apua tarvitsevalle ihmiselle. Laissa korostetaan potilaan oikeuksia käsittelevän lain noudattamisvelvollisuutta. Potilaan asemaa ja oikeuksia käsittelevässä laissa (17.8.1992/785) säädellään potilaan oikeutta hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon, asialliseen kohteluun, tiedonsaantiin ja itsemääräämiseen terveydenhuollon palveluja tarvitessaan. Leino-Kilven ym. (1993, 1995) ja Suomisen (1994) tekemät tutkimukset osoittavat, että potilaan oikeudet toteutuivat melko hyvin jo lain voimaantullessa. Potilaat kokivat pääosin saaneensa hyvää hoitoa ja kohtelua. Potilaan oikeuksista heikoimmin toteutuivat tiedonsaanti ja itsemäärääminen. Dickensonin (1994) mukaan HIV-potilaan oikeus yksityisyyteen on tärkeämpää kuin oikeus tietää omasta

hoidostaan. Juridisiin perusteisiin liittyvät velvollisuudet eivät sanktioperiaatteen vuoksi ole eettisiä (ks. Sajama 1988). Säädellyt velvollisuudet pitävät sisällään vaaran, että hoitotyöntekijä tukeutuu eri tilanteissa sääntöihin ja jättää huomiotta toiminnan eettiset arvot ja arvostukset.

Ammattikunta-kohtaiset sopimukset jaotellaan esimerkiksi potilas-sairaanhoitajasuhteessa sopimus pohjaiseen ja potilaan puolustamismalliin. Sopimukset perustuvat luottamukselliseen potilas-sairaanhoitajasuhteeseen, jota ohjaa potilaan oikeudet päättää omassa asiassa. (Yeo 1991, 8-10, Fry 1994, 49-51). Fryn mukaan potilaan puolesta puhumisessa korostetaan potilaan oikeuksia, arvoja tai kunnioittamista. Sopimukset pitävät sisällään myös paternalismin. Hustedin ja Hustedin (1991, 44-45) mukaan paternalismi tarkoittaa potilaan puolesta toimimista tilanteissa, joissa potilaalla ei ole vapautta ja vastuuta päätöksentekoprosessista. Häyryn (1997a, 54-59, 66) mukaan lääkinnällinen paternalismi on sellaista toimintaa tai toiminnasta pidättäytymistä, jonka päämääränä on potilaan oletettu hyvä. Paternalismi ”suuntautuu potilaan näennäisiä tai todellisia haluja ja toiveita vastaan”. Häyry erottaa maltillisen ja jyrkän paternalismin. Hoitohenkilökunnan toimintaa ohjaavat myös työnantajien sopimus pohjaiset velvollisuudet kuten erilaiset toimintafilosofiat, -periaatteet ja hyväksytyt suunnitelmat.

Yksilön itselleen asettamia sääntöjä voi kutsua sisäisiksi velvollisuuksiksi, joita yksilö asettaa omasta vapaasta tahdostaan. Sisäisiä hoitotyön ammattihenkilön asettamia velvollisuuksia ovat esimerkiksi uskonnolliset periaatteet, joiden perusteella yksilö määrittelee omaa suhtautumistaan toisiin ihmisiin ja pyrkii toimimaan asettamiensa periaatteiden mukaisesti. Toisaalta hoitotyön auttamistehtävän sisäistämisen kautta yksilö saattaa asettaa itselleen yksilöllisiä velvollisuuksia, kuten oman työn korkea laatu tai lupauksen pitäminen ja toden puhuminen. Yksilön itselleen asettamia velvollisuuksia voi pitää hänen sitoutumisenaan ammattityöhönsä. Nämä velvollisuudet ovat verrattavissa arvoja ja arvostuskäsityksiin ja ne ovat usein hyveitten kaltaisia, sopimuksia tai toisen ihmisen oikeuksien kunnioittamista.

2.2.3 Seurausetiikka terveydenhuollossa

Seurausetiikka korostaa nimensä mukaisesti tekojen seurauksia. Tässä yhteydessä seurauksia tarkastellaan *hyötyetiikan* (utilitarismin) kannalta, koska terveydenhuollossa vallitsevat arvo- ja arvostuskäsitykset sitoutuvat yhteiskunnallisiin hyötynäkemyksiin. Utilitarismia tarkastellaan klassisen hyötyutilitarismin (Mill) ja liberaali utilitarismin sekä terveydenhuollon hyötyä kuvaavan priorisointikeskustelun kautta. Utilitarismissa erotetaan toimintaa ja sääntöjä korostavat näkökulmat (Frankena 1963, 14, 30–35, Häyry ja Häyry 1988b, Seedhouse 1991, 103–108). Toimintautilitarismissa lasketaan ”oikean” ja ”väärän” tasapainoa. Sääntöutilitarismi edellyttää sellaisten sääntöjen noudattamista, jotka tuottavat lopputuloksiltaan suurinta hyvää pitkällä aikavälillä. (Seedhouse 1991, 105, 107.)

Klassista utilitarismia edustaa Millin teoria, jonka lähtökohtana on hyödyllisyys tai suurin mahdollinen onnellisuus. Millin teorian mukaan utilitarismissa on keskeistä hyödyllisyys onnellisuutta edistävässä toiminnassa. Onnellisuus sisältää mielihyvän ja kivun välttämisen. Hyötyetiikka ohjautuu ihmisenä olemisen voimasta uhrata oma suurin hyvä toisten hyväksi, jota kuvaa kristillinen ”golden rules” eli ”tee se toiselle, minkä haluaisit itsellesi tehtävän” -periaate. (Mill ym. 1962, 256-257, 268.) Häyry (1993b) näkee klassisen utilitarismin perustuvan universaaliin altruismiin. Universaalien altruismin revisioitua muotoa hän kutsuu liberaaliksi utilitarismiksi, josta seuraa ydinajatus ”yksilön ja hänen vapautensa puolustaminen yhteisön liiallisia vaatimuksia vastaan”. Liberaali utilitarismin varassa ei kuitenkaan pystytä ratkaisemaan kaikkia ristiriitoja, joten sitä on täydennettävä muilla

normatiivisen etiikan päätöksenteon malleilla. Näitä malleja Häyry kutsuu soveltavan etiikan metodeiksi.¹² Myös Norcross (1995) päätyy tulokseen, että utilitarismissa joudutaan valitsemaan hyvän ja pahan vaihtoehtoista ja tästä syystä utilitarismin avulla ei kyetä ratkaisemaan eettisiä dilemmoja.

Terveydenhuollon hyötyä on viime vuosina tarkasteltu priorisoinnissa ja hoitotoimien valinnoissa. Keskustelussa ovat olleet esillä terveydenhuollon palvelujen *hyöty yksilölle ja yhteiskunnalle* sekä näyttöön perustuva hoito (esim. Rynänen ym. 1997, Rintala 1998). Häyry (1997c, 128-158) nostaa terveydenhuollon hyödyn arviointiin oikeudenmukaisuuden ja tasapuolisuuden perusteet. Hän perustelee näkemyksiään terveydenhuoltoon kohdistetulla vaatimuksella ”täyttää mahdollisimman monen yksilön tärkeimmät terveystarpeet”. Häyry korostaa yksilön edun nostamista yhteisen edun rinnalle terveydenhuollon yhteistä hyvää määriteltäessä. Stakesissa (1994, 11-14, 30-35) perustettu priorisointiryhmä vertaili terveyshyötyä, vaikuttavuutta ja tehokkuutta. Näissä vertailuissa päädyttiin riskiin, jossa on mahdollista loukata ihmisten yhdenvertaisuutta esimerkiksi vanhusten, mielisairaiden, vaikeavammaisten ja päihdeongelmaisten palvelujen tarjoamisessa. Suomen lääkäriliitto (1996, 68-71) esitti priorisointia ihmisarvon, solidaarisuuden ja kustannustehokkuusperiaatteen mukaan. Priorisoinnissa (Rynänen ym. 1997, 83-91, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 1999) lähdetään potilaan hyvän hoidon takaamisesta siten, että hoidon muotoja ja keinoja valitaan kunkin potilaan kohdalla tarkoituksenmukaisesti. Priorisointiehdotuksessa keskeisiä ovat kansalaisten terveys, eettiset lähtökohdat, tutkimukseen perustuva hoito, kustannusten hallinta, hoitohenkilökunnan jatkuva koulutus ja kansalaiskeskustelu.

Keskustelu terveydenhuollon palveluista on sitoutunut hyödyn arviointiin ja priorisointiin. Eettiseltä näkökulmalta seuraamuksia tulisi tarkastella sekä yhteisön että yksilön hyvän näkökulmasta ja löytää oikeudenmukainen ristiriidaton ratkaisu molempien osapuolten kannalta. Näyttää loogiselta, ettei pelkästään hyötyyn perustuva näkökulma anna ristiriidatonta ratkaisua terveydenhuollon ja hoitotyön eettisiin valintaongelmiin käytännön toimintatilanteissa.

2.2.4 Yhteenvedo etiikan teorioista, arvoista ja arvostuksista terveydenhuollossa

Etiikan teoriat auttavat jäsentämään terveydenhuollon toimintaa ja antavat näin tukea arvo- ja arvostuskäsityksien ymmärtämiseen laajemmin kuin mitä yksittäiset arvot ja arvostukset ja niiden sisällöt mahdollistavat. Päämääräetiikka tuo terveydenhuollon arvo- ja arvostuskäsityksiin tietoisuuden toiminnan päämäärästä ja antaa mahdollisuuden perustella hoitotyön toimintoja ja valintoja. Hyveet ja sankaruus pitävät yllä yksilön toiminnan ja käyttäytymisen ihanteellisia perusteita, jotka ovat toivottavia toisen ihmisen auttamisessa. Hyveet korostuvat hoitohenkilökunnan käyttäytymistä ohjaavina ja kuvaavina arvo- ja arvostuskäsityksinä.

Velvollisuusetiikka liittyy terveydenhuollon lainsäädäntöön ja ohjeisiin. Ohjeita ja sopimuksia asettavat yhteiskunnan lisäksi mm. työnantajat ja ammattikunnat. Se luo arvo- ja arvostuskäsitysten muodostamiselle vastuullisuuden perustason, joka tulee huomioida työn vaatimusten kannalta toiminnassa. Yksilö asettaa myös itselleen velvollisuuksia, jotka toimivat hänen käyttäytymis- ja toimintanormeinaan. Tätä kutsutaan yksilön sitoutumiseksi kulloinkin kyseessä olevaan asiaan, tehtävään tai työhön.

¹² Soveltavan etiikan metodi on eettinen ongelmanratkaisuprosessi, jossa on kuusi vaihetta. Tärkeimpiä työvälineitä soveltavan eetikon ongelman ratkaisussa ovat normien johdonmukaisuuden arviointi sekä yleisen hyväksyttävyyden varmistaminen. (Häyry 1993b.)

Seuraus- ja hyötyetiikka korostavat arvo- ja arvostuskäsitysten valintaa ja edellyttävät toiminnan seuraamusten arviointia sekä yhteisöllisistä että yksilöä korostavista näkemyksistä. Tulevaisuuden ehkä välttämättömät priorisointitoimet edellyttävät arvo- ja arvostusperustaisen toiminnan tiedostamista ja arviointia oikeudenmukaisesti ja tasapuolisesti sekä yksilön että yhteisön hyödyn kannalta.

2.3 Arvojen ja arvostusten kehittyminen yksilöllä

Arvo- ja arvostuskäsitykset oletetaan näkyvän käytännön toiminnassa yksilöiden ajatuksina, puheina ja tekoina. Tässä yhteydessä yksilön henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten kehittymistä tarkastellaan ihmisen moraalien kehittymistä kuvaavien teorioiden ja tutkimusten avulla, jossa erityisenä kiinnostuksen kohteena ovat nuorten arvot yleensä yhteiskunnassa ja hoitotyössä.

2.3.1 Etiikan ja arvojen kehittymistä koskevia teorioita

Etiikan teorioista käsitellään moraalien kehitysteoriaa sekä yksilön ja hoitohenkilöstön eettisyyden kehitysprosessia. Kohlberg (1984, 170-205, 252-257) esittää ehkä tunnetuimman tiedolliseen kehittymiseen liittyvän moraalien teorian. Kohlbergin teoria perustuu oletuksille, että yksilöt ovat kehittyviä kulttuurista tai koulutuksesta riippumatta. Lisäksi teoriassa on piirteitä Kantin velvollisuusetiikasta ja Piagetin kehitysteoriasta. Teoriassa on kolme perustasoa, jotka Kohlberg jaottelee kuuteen vaiheeseen. Teorian tasot ovat esisovinnainen, sovinnainen ja periaatteiden taso. Esisovinnaisessa vaiheessa yksilö välttää rangaistuksia tottelevaisuudella, ja hänen moraalinsa on välineellistä. Sovinnaisessa tasossa korostuvat ihmisten välinen sopusointu, laillisuus ja säännöt. Periaatteiden tasolla yksilö sitoutuu yhteisiin sopimuksiin ja yleisiin eettisiin periaatteisiin. Kehitystasot ovat osittain ikäsidonniaisia siten, että esisovinnainen taso muotoutuu lapsen käsitteellisen kehittymisen mukana seitsemän vuoden iästä lähtien. Sovinnainen taso liittyy yksilön nuoruuden aikaiseen sosiaaliseen kasvuun. Tämän jälkeen yksilö yleensä saavuttaa periaatteellisen tason.

Hoitotyön opiskelijoiden eettisten ongelmien päätöksenteko tapahtuu useimmiten sovinnaisella laillisuuteen, sääntöihin ja velvollisuuksiin perustuvalla tasolla (Dierckx de Casterle` ym. 1997). Sivberg (1998) selvitti terveydenhuollon opiskelijoiden moraalien kehitystä periaatteellisella tasolla. Tutkittujen ammatillisessa moraalissa tapahtui koulutuksen aikana kehitystä, joskin eri oppilaitoksissa opiskelevien opiskelijoiden kehityksessä oli eroavuuksia. Oberle (1995) taas päätyy siihen, ettei ole yhteisiä moraalisia tekijöitä, joilla voitaisiin ratkoa hoitotyön eettisiä kysymyksiä, vaan ratkaisut perustuvat yksilölliseen tietoon, asenteisiin ja arvoihin. Samoin Ellenchild Pinch ja Parsons (1997) päätyivät vanhusten hoitotyötä käsittelevässä tutkimuksessa siihen, että hoitotyön eettiset päätökset ovat hoitohenkilökunnan omaan eettiseen orientaatioon perustuvia. Weinstein (1991) kritisoi Kohlbergin teorian hierarkkisen rakenteen universaalisuutta, mitä hänen mukaansa ei voi pitää itsestään selvänä lähtökohtana. Hänen mukaansa Kohlbergin teoria ei huomioi moraalisten tilanteiden vaikutusta, ja teorian määrittelyt saattavat köyhdyttää moraalikeskustelua.

Gilligan (1994) osoittaa naisten moraalien eroavan miesten moraalista. Gilligan esittää naisten moraalien kehityksen kolmena eri tasona: orientoituminen yksilön selviytymiseen, hyvyys ja uhrautuvaisuus sekä moraalinen rauhanomaisuus. Orientoitumistasolla yksilö ilmentää itsekeskeisiä piirteitä, mutta osoittaa kykyä vastuuseen. Toisella tasolla yksilö osoittaa toimissaan hyvyttä ja totuudellisuutta. Rauhanomaisessa vaiheessa nainen osoittaa inhimillistä ymmärrystä, kehittymistä ja kykyä yhteistyöhön. Moraalien eroavuudet naisten ja

yleisen moraalisen kehittymisen välillä tulevat esille viimeisellä tasolla, kun vertaillaan oikeudenmukaisuuden (Kohlberg) ja rauhanomaisuuden (Gilligan) sisällöllisiä eroja. Ellenchild Pinch ja Parsons (1997) osoittivat, että naisten etiikassa painottuu hoito ja miesten etiikassa oikeudenmukaisuus. Muuten he epäilevät Gilliganin tutkimuksen tuloksia. Norberg ja Uden (1995) sekä Dierckx de Casterle` ym. (1997) päätyvät tulokseen, ettei naisten ja miesten eettisessä kehityksessä ole eroja. Gallagherin (1995) mielestä puhe siitä, että lääkintäetiikka perustuisi oikeudenmukaisuuteen (maskuliiniseen) ja hoitoetiikka (feminiiniseen etiikkaan), on perusteetonta. Hänen mukaansa tulisi puhua yhteisistä eettistä periaatteista, kuten itsemääräämisestä, hyvän tekemisestä ja pahan välttämisestä sekä oikeudenmukaisuudesta.

Perry (1981) kuvaa college-opiskelijoiden eettisyyttä monivaiheisena prosessina, jossa kehitys liittyy opiskelijan persoonallisuuden kasvuun. Prosessin alkuvaiheessa opiskelija odottaa oikeaa vastausta kaikkeen, sitten hän hyväksyy erilaiset mielipiteet ja loppuvaiheessa hän tiedostaa käsitysten suhteellisuuden ja kantaa vastuuta omista näkemyksistään. Kehityksen korkein taso on opiskelijan tietoisuus omista arvoista ja muiden näkemysten kunnioitus. Raths ym. (1978) tuovat esille arvojen muodostumisprosessin, joka on samankaltainen kuin edellä esitetty Perryn eettisyyden kehitysprosessi. Heidän mukaansa arvojen muodostuminen käsittää myös monta eri vaihetta. Alkuvaiheessa yksilö valitsee arvot vapaasti ja kehityksen loppuvaiheessa hän toimii arvojensa mukaisesti eri tilanteissa. Steele ja Harmon (1983, 7-9) esittävät arvojen kehittymisen hoitotyössä selkiintymisprosessina, jonka vaiheita ovat arvojen valinta, niiden arvostaminen ja arvojen mukainen toiminta.

Crisham (1981) tutki hoitotyön opiskelijoiden ja työssä olevien sairaanhoitajien moraalien kehitystä. Tulosten mukaan opiskelijoiden kriittinen ja periaatteellinen ajattelu on kehittyneempää kuin työssä olevien sairaanhoitajien. Asiantuntijaksi edenneiden sairaanhoitajien periaatteellinen ajattelu oli puolestaan kehittyneempää kuin vähemmän kokemusta omaavien sairaanhoitajien. Eettinen ajattelu kasvoi koulutustason kohoamisen mukana ja oli kehittyneintä koulutuksessa, johon osallistuivat työssä olevat maisteritason opiskelijat. Keller (1985) esitti eritasoisille hoitotyön opiskelijoille eettisiä ongelmaesimerkkejä, joita hän pyysi ratkomaan eri lähtökohdista käsin. Esimerkeissä vastaajista alle puolet tukeutui eettisiin perusteisiin. Vastauksissa yleisin eettinen peruste oli potilaan toiveen kunnioittaminen ja yleisin ei-eettinen peruste oli tukeutuminen auktoriteetteihin tai sairaalan toimintaohjeisiin. Keller arvioi, että sairaanhoitajien ammatillisuuden ja itsenäisyyden tulisi lisääntyä ennen kuin hoitotyön ongelmien ratkaisu voi sitoutua eettisiin perusteisiin. Myös suomalaisten opiskelijoiden eettisten ongelmien ratkaisuperustelut vaihtelivat eettisistä ei-eettisiin. Parhaiten eettisiin perusteisiin tukeuduttiin terminaalihoitoa koskevassa kysymyksessä ja heikoimmin potilaan toiveen huomioonlääkehoitoa toteutettaessa. (Pihlainen 1990, 57-66.) Kellerin (1985) ja Pihlaisen (1990) tulokset olivat melko yhdensuuntaisia.

2.3.2 Nuorten arvot ja arvostukset yhteiskunnassa ja hoitotyössä

Niemen ym. (1984, 10) mukaan koululaitos ja joukkoviestintä ovat yhteiskunnan sosiaalisten rakenteiden sekä arvojen ja arvostuksien informaation välittäjiä. Kohlbergin (1984) moraalien kehitysteorian mukaan nuoren on mahdollista saavuttaa periaatteellinen eettinen kehitystaso. Tästä syystä arvo- ja arvostuskäsityksiä tutkittaessa osuu ammattikoulutus moraalien kehityksen kannalta tärkeään kehitysvaiheeseen nuoren ihmisen elämässä. Tässä yhteydessä tarkastellaan etupäässä suomalaisiin nuoriin kohdistuneita arvotutkimuksia, koska arvo- ja arvostuskäsitysten oletetaan sitoutuvan kulttuuriin

näkemyksiin. Hoitotyön kirjallisuudesta löytyy vähän terveydenhuollon koulutuksen aikaiseen opiskelijoiden arvojen kehittymiseen liittyviä tai arvoja sivuavia tutkimuksia.

Helveen (1993, 22-28, 34-45, 71-81, 100-102)¹³ mukaan nuoret suhtautuivat melko positiivisesti tulevaisuuteen, mutta heidän pelkojaan kuvastavat kysymykset ”kaverit jättää ja mä jään yksin” tai ”mitäköhän minusta tulee”. Traditionaaliset arvot ovat väistymässä, ja tilalle ovat tulossa ”eurooppalaiset arvot”. Naiset esiintyvät muutoksen ”airueina”, jota ohjaavat erityisesti nuorten naisten kriittinen suhtautuminen tieteen ja teknologian saavutuksiin sekä taloudelliseen kasvuun. Nämä postmaterialistiset arvot kohdistuvat luontoon, itsensä kehittämiseen, vaikutusvaltaan yhteiskunnallisessa päätöksenteossa, perheeseen ja ystäviin. Helveen käsitystä arvojen muutoksesta tukevat Åhlbergin (1989) tulokset kesäyliopistonuorten arvoista, joita olivat maailmanrauha, luonnon tasapaino ja perheen turvallisuus. Suhosen (1988, 69-76 ja 78-79)¹⁴ mukaan nuorten (15 - 29 -vuotiaat) tärkein arvoajatus on ”työ ja työpaikka”. Muita arvostuksia ovat perhe, puoliso, lapset sekä rauhallinen, turvallinen ja onnellinen elämä. Venkula ja Rautavaara (1992, 61-63) korostavat arvovalintojen olevan yksilöllisiä, ja jakaantuvan ikäkausi- ja aikakaussidonnaisiin arvoihin. Ikäkaussidonnaisista muuttumattomia arvoja ovat ihmiseen itseensä ja uskontoon liittyvät arvostukset. Aikakaussidonnaisista muuttuvia arvoja ovat yhteiskunnassa toimiminen sekä yleensä maailmaan ja tulevaisuuteen liittyvät arvostukset.

Terveydenhuollon koulutukseen tulevat sairaanhoitajaopiskelijat (pääasiainen ikäjakama 19-30) kokivat hoitotyön keskeisinä arvoina inhimillisyyden ja ihmisarvon. Terveydenhuollon koulutuksesta valmistuvat opiskelijat esittivät hoitotyöhön useampia arvoja, joista keskeiset olivat ihmisarvo, inhimillisuus, itsemääräämisoikeus, eheys ja tasa-arvo. Hoitotyössä esille tulevien eettisten ongelmien ja kysymysten taustalla opiskelijaryhmät pitivät useimmiten arvoina potilaan ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta, inhimillisyyttä ja terveyttä. Sairaanhoitajakoulutuksen aikana muodostuva arvoperusta jäi tutkituilla opiskelijoilla melko kapeaksi ja selkiintymättömäksi. (Pihlainen 1990, 54, 67-71, 76-79, 86-87.) Simula (1998, 124) selvitti terveydenhuoltoalan opiskelijoiden käsityksiä potilaan asemasta ja oikeuksista. Hän nimeää humanisuuden, ihmisarvon ja potilaan kunnioittamisen yksilönä ja persoonana hoitotyön arvoiksi. Opiskelijoiden näkemyksissä ohjenuorana oli ”kultainen sääntö”. Mäkisaloon (1996) mukaan terveydenhuolto-oppilaitoksen opiskelijat kokevat laitoksen toiminnan joustavaksi ja vastuullisuutta kehittäväksi. Sitä vastoin opiskelijoiden kokemuksista nousi ristiriitaisia näkemyksiä oikeudenmukaisuuden toteutumisesta. Mäkisalo (1998) esittää terveydenhuollon opiskelijoiden myönteisinä käsityksinä olevan itseen kohdistuva arvostus, tasa-arvoisuus ja osallistumisen mahdollisuus sekä hyvä olo koulutuksessa.

2.3.3 Yhteenveto arvojen ja arvostusten kehittymisestä yksilöllä

Edellä esitettyjen teorioiden ja tutkimusten mukaan yksilöllä eettinen ja arvojen kehittyminen etenee asteittaisesti ja prosessimaisesti.¹⁵ Toisaalta näyttää myös siltä, ettei päätösten taustalle voi muodostaa yleistä eettistä perustaa, vaan hoitotyön päätökset perustuvat yksilön henkilökohtaiseen tietoon, arvoihin ja arvostuksiin.¹⁶ Eroista naisten ja

¹³ Helveen (1993) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää nuorten uskomuksien ja asenteiden takana olevaa arvomaailmaa. Tutkimus tehtiin kyselynä (asennemittari) ja tutkimusjoukkona oli helsinkiläisiä (n=113) ja pohjalaisia (n=125) nuoria. Tuloksista tehtiin faktorianalyysi.

¹⁴ Suhosen (1988) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää suomalaisten arvokäsityksiä. Tutkimus tehtiin haastatteluna eri ikäiselle väestölle (N=1944) ja kyselynä eri ikäiselle väestölle (n=1079) ja nuorille (n=303).

¹⁵ Vrt. Perry (1981), Steele ja Harmon (1983), Kohlberg (1984).

¹⁶ Vrt. Oberle (1995), Ellenchild Pinch ja Parsons (1997).

miesten eettisestä kehityksestä on vastakkaisia näkemyksiä.¹⁷ Hoitotyön päätöksenteon ongelmana näyttää olevan suuret vaihtelut eettisiin perusteisiin tukeutumisessa.¹⁸ Eettisten perusteiden vaihtelut saattavat osoittaa, että eettinen päätöksenteko perustuu etupäässä yksilölliseen eettiseen tietoon, arvoihin ja arvostuksiin.

Nuorten arvot ja arvostukset näyttäisivät ilmentävän ainakin osittain kunkin kulttuurin omia näkemyksiä ja kuvaavan ehkä parhaiten kunkin aika- ja ikäkauden heijastumia. Toisaalta arvojen nähdään edustavan ainoastaan yksilön subjektiivisia käsityksiä. Terveystieteiden koulutuksessa olevien opiskelijoiden arvot näyttäisivät kuvastavan samoja arvostuksia kuin ammatissa toimivat yleensä arvostavat kuten ihmisarvo, humanisuus, inhimillisyys, oikeudenmukaisuus ja terveys. Terveystieteiden koulutuksessa olevien nuorten arvo- ja arvostuskäsitykset näyttäisivät olevan yhteneväisempiä kuin nuorten arvot yleensä. Arvoista saatujen tulosten vertailu ja johtopäätökset ovat hankalia, koska arvotutkimuksien lähtökohdat ovat vaihtelevia.

¹⁷ Vrt. Kohlberg (1984), Gilligan (1994), Norberg ja Uden (1995), Oberle (1995), Ellenchild Pinch ja Parsons (1997), Dierckx de Casterle` ym. (1997).

¹⁸ Vrt. Crisham (1981), Keller (1985), Pihlainen (1990).

3 HOITOETIIKKA TERVEYDENHUOLLON KOULUTUKSESSA JA TYÖELÄMÄSSÄ

Tässä tutkimuksessa hoitoetiikkaa kutsutaan käytännölliseksi etiikaksi¹⁹, josta toinen esimerkki on lääkärin etiikka eli lääkintäetiikka (Suomen lääkäriliitto 1996). Hoitoetiikka ja lääkintäetiikka yhdistyvät bioetiikassa, joka kattaa hoitotyön, terveydenhuollon, biologisen ja lääketieteellisen tutkimuksen sekä ympäristökysymysten etiikan alan (Häyry 1997b). Häyry ja Häyry (1991, 130-174) tarkastelevat lääkintä- ja hoitotyön etiikkaa "juustokupu" -mallina. "Kupu" eli ammattietiikka suojaa ammattikuntaa ja sen tehtäväkenttää ulkopuolisilta paineilta kuten "lailliselta edesvastuulta" ja "yleisen mielipiteen tuomiolta".

Koulutuksessa hoitoetiikka on ammattiaineisiin sisältyvä oppiaines (AKH 1987). Koulutuksessa hoitoetiikan tulee tukea hoitohenkilöstön ideaalitavoitteiden, ihmisläheisyyden, inhimillisyyden ja yhteistyötaitojen kehittymistä (Aavarinne 1990). Monet tutkimukset osoittavat tarpeen kehittää käytännön ja teorian yhdistämistä terveydenhuollon hoitohenkilöstön koulutuksessa (esim. Aavarinne 1993, Munnukka 1997, Karttunen 1999 ja Stenfors 1999). Tämä sama tavoite tulee asettaa myös hoitoetiikan opetukselle.

Terveydenhuollossa arvo- ja arvostuskäsitykset tulevat esille toiminnan lähestymistavoissa ja kunkin ammattiryhmän ammattietiikassa ja ohjeissa. Hoitoetiikka kuvaa hoitohenkilöstön ammatteihin sisältyvää yhteistä käytännöllistä etiikkaa ja hoitotyön etiikka kuvaa puolestaan sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kättilöiden ammattiryhmiin sisältyvää käytännöllistä etiikkaa. Tässä luvussa käsitellään hoitoetiikan lähtökohtia, hoitotyön etiikkaa sekä hoitoetiikan oppimis- ja opettamismenetelmiä ja -lähestymistapoja.

3.1 Hoitoetiikan lähtökohtia

Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset ja hoitoetiikka todentuvat ja näkyvät ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa ja käytännön eettisten ongelmien ratkaisuisissa. Eettisten ratkaisujen perustat löytyvät hoitohenkilökunnan arvo-, arvostus- ja totuuskäsityksistä. Tässä tutkimuksessa hoitoetiikan lähtökohtien tarkastelussa keskeisenä ovat humanistinen hoitotyö, eettistä toimintaa orientoiva päätöksenteko ja eettiset tietokäsitykset.

3.1.1 Humanistinen hoitotyö

Hoitotyön humanistisesta lähtökohdasta vallitsee laaja yksimielisyys sekä aikakaussittain että kansainvälisesti tarkastellen (esim. Nightingale 1964, Hendersson ja Nite 1978, Watson 1988, Rogers 1990, Meleis 1992, Eriksson 1993a). Erikssonin (1993a, 1996) mukaan hoitotiede on kehittynyt itsenäiseksi tieteeksi humanistisesta tieteestä. Hän näkee hoitotieteen keskeisenä lähtökohtana olevan kärsivä ihminen, jonka kunnioitus nousee kristillisestä humanismista.²⁰ James (1995) katsoo humanismin liittyvän pragmatismiin.²¹

Gortnerin (1992) mukaan hoitotieteen arvot nousevat humanismista. Hän perustaa näkemyksensä eri maiden (Pohjois-Amerikka, Britannia ja Skandinavia) hoitotyön toimintaohjelmien, laatuvaatimusten ja eettisten ohjeiden vertailuun. Myös Kalkas (1991)

¹⁹ Käytännöllinen etiikka vastaa käsitettä soveltava etiikka (syn. ammattietiikka) (esim. Häyry 1993a, b).

²⁰ Humanismin lisäksi Eriksson korostaa hoitotieteen tarvitsemaa poikkitieteellistä tietoa (Eriksson 1993a).

²¹ James (1995) määritteli pragmatismien sisältävän käsityksen totuudesta, jossa tutkimus sitoutuu tiedon, teorian ja käytännön välisiin yhteyksiin. Hookwayn (1992) mukaan pragmatismi edustaa tiedon ja realismin yhteenkuuluvuutta.

painottaa pehmeää ja inhimillistä näkemystä terveydenhuollossa, jolloin ihminen kohdataan eheänä minätietoisena, ajattelevana, tuntevana ja tahtovana ainutkertaisena kokonaisuutena. Purdy (1997a, b) katsoo humanistisen näkemyksen vallitsevan laajasti myös hoitotyön koulutuksessa.

Humanistinen hoitotyö esiintyy käytännön toiminnassa, teorioissa ja ihmisten välisissä suhteissa. Humanistista hoitotyötä kuvataan eläväksi dialogiksi, jossa keskeisiä ovat ihmisten kokemukset yksilö-yksilösuhteessa. Samoin merkityksellisiä ovat yksilön ajatukset ja havainnot elämän eri tilanteissa ja paikoissa. Humanismi on tietoisuutta itsestä ja toisesta sekä kokemusta yksilöllisyydestä, kokemuksellisuudesta, valintojen mahdollisuuksista ja arvosta. Humanistisessa hoitotyössä kokemus on hyvää oloa, inhimillisiä mahdollisuuksia, ihmisten välistä vuorovaikutusta, tekemistä ja olemista. (Paterson ja Zherad 1988.)

Watson (1988, 15-18, 33) katsoo, että humanistisessa hoitotyössä korostuvat ihmisen vapaus, valinnat, vastuullisuus ja työn inhimillisyys. Rogersin (1990) näkemykset ihmisen kokonaisuudesta perustuvat humanistisen ja luonnontieteellisen suunnan yhdistämiseen, jossa ihminen sitoutuu elämänprosessinsa kautta aikaan ja ympäristöön. Meleis (1992) korostaa humanistisessa hoitotyössä prosessin merkitystä lopputuloksen rinnalla. Sairaanhoidajien eettisissä ohjeissa humanistisen hoitotyön näkemys korostuu potilaan kohtaamisessa: ”sairaanhoidaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä” ja ”kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon” (Ssl 1996). Hendersson ja Nite (1978, 55-60) korostavat hoitohenkilökunnan käyttäytymisen humanistisia piirteitä potilaan terveystarpeisiin vastaamisessa.

Suomalaisissa tutkimuksissa humanistisen hoitotyön piirteitä esiintyy runsaasti. Esimerkiksi Leino-Kilpi (1990) jäsentää hoitajien toimintaa ihmiseen (human-oriented) ja tehtäviin suuntautuviksi. Vehviläinen-Julkunen (1990) selvittää äitien ja terveydenhoitajien välistä vuorovaikutusta perustaen tutkimuksensa lähtökohdan humanistiseen tieteseen. Nores (1993) pyrkii löytämään naisvanhuspotilaiden yksilöllisiä olemassaolokokemuksia. Eriksson (1996a) keskittyy omaisten kokemuksiin heidän saamastaan tuesta läheisen sairastaessa. Kuuppelomäki (1996) selvittää syöpää sairastavien ihmisten kärsimyskokemuksia. Edellä kuvatut tutkimukset ovat esimerkkejä siitä, miten hoitotieteen tutkimuksista on löydettävissä humanistisen hoitotyön piirteitä riippumatta tutkimuksen lähestymistavoista tai menetelmistä.

Samoin kuin hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset myös humanistinen hoitotyö ilmenee ihmisten välisessä kanssakäymisessä eri tilanteissa ja asioissa. Inhimilliset ihmiseen suuntautuvat arvot liittyvät humanistiseen hoitotyöhön. Edellä olevan kuvauksen perusteella voi arvioida ihmistä ja inhimillisyyttä korostavien arvojen olevan laajasti hyväksytyjä hoitotyön toiminnassa niin Suomessa kuin ulkomaillakin.

3.1.2 Päätöksenteko hoitoetiikassa

Hoitotyön toiminnan kannalta lopputulos ja seuraukset ovat merkityksellisiä, koska hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiä ilmaistaan toiminnan päämäärien kautta. Tästä syystä on tarkoituksenmukaista tarkastella hoitoetiikan päätöksentekoa, sillä hoitotyön käytännössä ja potilaan hoidossa on osittain aina kysymys eettisistä ratkaisuksista ja joissakin tilanteissa ratkaisut perustuvat kokonaan eettisiin perusteisiin.

Von Wright (1975, 83-131) kuvaa tekoja teleologisen (päämäärään suuntautuvan) selittämisen avulla. Myöhemmin von Wright (1976) kutsuu teon teoriaa intentionaaliseksi (tarkoituksien ja merkityksien) selittämiseksi. Teleologisessa selittämisessä pyritään tarkastelemaan käyttäytymistä ja sen seuraamuksia. Voimana intention taustalla on usein

tahtominen, jota määräävät halut ja velvollisuudet (Von Wright 1980, 15 ja 67-85). Tuomelan (1976, 196, 201) mukaan von Wrightin intentionaalinen selittäminen tähtää rationaaliseen harkintaan ja päätösten tekemiseen. Mele (1992, 218-221) näkee intention sisällön olevan lähellä teon suunnittelun käsitettä. Niiniluodon (1993) mukaan tekoja edeltävä harkinta tarjoaa parhaat mahdollisuudet tavoitteiden saavuttamiseen ja järkevä ihminen korjaa toimintaansa tulosten perusteella.

Hoitotyössä Fry (1994, 80-91, 1997, 79-87) esittää arvoihin perustuvan päätöksentekomenetelmän. Menetelmässä päätös syntyy prosessimaisesti tarkastelemalla henkilökohtaisia arvoja ja arvostuksia, ongelmaan liittyviä käsitteitä ja hoitotyön käytäntöä, etiikan teorioita ja eettisen käyttäytymisen ohjeita. Näiden tarkastelukulmien perusteella muodostuu neljän kysymyksen sarja: mitä tekijöitä on arvoristiriitojen taustalla, mikä on näiden arvojen merkitys, mikä on ristiriitojen merkitys eri osapuolille ja mitä pitäisi tehdä? Fry (1997, 93-225) esittää hoitotyön eri toiminta-alueilta esimerkkejä, joissa kuvataan päätöksentekoprosessia ja ratkaisuja. Husted ja Husted (1991) esittävät eettisten ongelmien ratkaisumallin, joka perustuu hoitotyön eettisiin periaatteisiin kuten itsemääräämiseen, rehellisyyteen, hyvän tekemiseen, vapauteen, yksityisyyteen ja luottamukseen. Periaatteiden avulla hoitotyöntekijät perustelevat toimintansa oikeutusta. Päätöksenteon lähtökohta pitäisi olla potilaan ja sairaanhoitajan välisessä yhteisessä sopimuksessa. Eettistä kysymystä tai ongelmaa tarkastellaan vallitsevan tilanteen ja eettisen tiedon kontekstissa, jonka jälkeen jokaista vaihtoehtoa tarkastellaan edellä esitettyjen periaatteiden suhteen ja tehdään ratkaisu. Thompson ym. (1995, 184-191) esittävät hoitotyön prosessin mukaista päätöksentekomenetelmää eettisiin ongelmiin. Baldonadon ym. (1997) esittävät minimin ja maksimin optimointia hyvän tekemisessä ja pahan välttämässä. Baldonadon ym. mallin ongelmana ovat toiminnan tarkastelua ohjaavat tekijät, jotka teoreettisessa mielessä eivät ole samalla käsitteellisellä tasolla.

Laurin (1986, 1-27, 65-68, Lauri ym.1998) esittämä hoitotyön päätöksentekomalli soveltuu myös eettisten ongelmien ratkaisuun. Päätöksenteon suunnittelun lähtökohdat nousevat ammatillisesta viitekehystä, jossa keskeistä ovat hoitotyön arvot. Huplin (1996, 109-118) mukaan opiskelijoiden ja sairaanhoitajien päätöksentekotaidot ovat samantasoiset, mutta opiskelijat kuvaavat hoitotyön suunnitelman vaiheet kokonaisuutena useammin kuin sairaanhoitajat. Päätöksentekoon tulisi liittyä kriittisen ajattelun elementtejä kuten ratkaisuun liittyvien erilaisten vaihtoehtojen arviointia (esim. Bandman ja Bandman 1988, Järvinen 1990, Kuokkanen 1992, Tossavainen 1995).

Päätöksenteonmenetelmät auttavat systematisoimaan ja järkipäristämään hoitotyön toimintaa. Eettisen päätöksenteon merkityksen tunnistaminen on keskeistä silloin kun tarkastellaan päätöksenteossa vallitsevia arvo- ja arvostuskäsityksiä.

3.1.3 Tietokäsitykset hoitoetiikassa

Tietokäsitykset ovat yksi tapa tarkastella arvo- ja arvostuskäsitysten lähtökohtia. Sarvimäki (1994) ja Bergum (1994) jäsentävät etiikkaa tietolajien mukaan ja Sarvimäki (1988) on tarkastellut tietoa myös yleisellä tasolla, Niemi (1996) ja Eraut (1997) liittävät tietokäsityksiin ammatillisen tiedon. Muista tietokäsityksistä usein esiintyvät hoitotyössä Carperin (1978) esteettinen, eettinen, persoonallinen ja empiirinen tieto sekä tiedonintressejä yleensä edustava Habermansin (1988) tekninen, praktinen ja emansipatorinen intressi. Tässä yhteydessä keskitytään eettiseen tietoon ja siihen miten eettinen tieto suhtautuu muihin tietokäsityksiin.

Sarvimäki (1988, 176-178, 182, 242-246, 250-259) jakaa tiedon yleisesti teoreettiseen ja käytännölliseen. Teoreettinen tieto määrittelee ja selittää käytännöllistä tietoa ja

käytännöllinen tieto antaa todistusvoimaa teoreettiselle tiedolle. Nämä kaksi tietoa ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa ja yhdistyvät käsitteissä tai toiminnassa. Käytännölliseen tietoon yhdistyvät arvot ja periaatteet sekä taito suorittaa tehtäviä yksilöllisesti ja yhteistyössä muiden kanssa. Yksilöllinen käytännöllinen tieto omaksutaan koulutuksessa ja se ohjaa yksilön toimintaa. Yhteisöllinen (kollektiivinen) tiedon käyttö esimerkiksi sairaanhoitajan toiminnassa merkitsee yhteisön arvojen ja periaatteiden mukaista hoitotyön toimintaa. Teoreettinen tieto on hoitotyön käsitteellistämistä, mutta se ei välttämättä ole tieteellistä tietoa. Tutkimuksen avulla rakennettu tieto on teoreettista ja sitä kutsutaan Sarvimäen (1994) mukaan esimerkiksi hoitotyön teoriaksi. Myös Jacobs-Kramer ja Chinn (1992), Carper (1992) sekä Reed ja Ground (1977, 49-51) korostavat teoreettisen ja käytännöllisen tietämisen tarvetta.

Sarvimäen (1996, 30-34) mukaan moraalinen tieto jakaantuu teoreettisen ja käytännöllisen tiedon lisäksi henkilökohtaiseen ja moraaliseen tilannetietoon sekä moraaliseen eheyteen. Teoreettinen moraalitieto on älyllistä, käsitteellistä tai väittämätietoa, jota voidaan kutsua eettiseksi näkemykseksi tai käsitykseksi ja joka on reflektivoivaa ja kriittistä. Käytännöllinen moraalitieto ilmenee toiminnassa ja se edustaa hyviä tekoja ja tapoja. Henkilökohtainen moraalitieto on ”hiljaista tietoa” ja sitä voi kuvata empaattisuutena, herkkyytenä, ystävällisyytenä ja hyväntahtoisuutena. Moraalinen tilannetieto on sitä, että ymmärtää tilanteen eettisesti merkitykselliset piirteet. Moraalinen eheys syntyy siitä, kun edellä kuvatut moraalitiedot nivoutuvat toisiinsa. Tämä merkitsee sitä, että yksilö kykenee ohjaamaan ja analysoimaan toimintaansa teoreettisen moraalitiedon avulla ja että hänellä on myönteisiä luonteenpiirteitä, kuten velvollisuudentunne, rehellisyys ja vastuuntunto. Sarvimäki (1988, 255-258) toteaa sekä koulutuksessa että käytännön toiminnassa tarvittavan kaikenlaista tietoa, joskin tiedon käyttäjistä riippuen tiedon käytössä ilmenee laajaa vaihtelua.

Bergum (1994) jäsentää etiikan tiedon kuvailevaan, käsitteelliseen ja ihmisellä luonnostaan (inherent) olevaan eettiseen tietoon. Kuvaileva tieto sisältää yksilöllisen, kokemuksiin, arvoihin ja tunteisiin sisältyvän tiedon. Käsitteellinen tieto perustuu objektiiviseen tietoon ja yleisiin arvoihin. Sen avulla yksilö teoretisoi ja jäsentää erilaisia tilanteita. Luonnostaan ihmisellä olevassa eettisessä tiedossa yhdistyvät kuvaileva ja käsitteellinen tieto. Tämän tiedon avulla ihminen käsittelee sellaisia kysymyksiä kuten elämän tarkoitus ja elämä kokonaisuutena, ja ko. tieto korostaa yksilön persoonallisia luonteenpiirteitä. Bergumin mukaan sairaanhoitajalla tulee olla taitoja kuunnella potilasta sekä kuvailla hänen oireitaan, tuntemuksiaan ja kokemuksiaan. Tiedon avulla sairaanhoitaja kykenee rationaalisesti analysoimaan, tekemään johtopäätöksiä hoitotyön tilanteissa ja ymmärtämään asioiden merkityksiä. Kokonaisuuksien hallinta auttaa sairaanhoitajaa toimimaan viisaasti ja yhteistyössä toisten kanssa sekä olemaan hyvää tekevä toimija potilaalle.

Sarvimäen (1988) teoreettinen tieto ja Bergumin (1994) käsitteellinen eettinen tieto muistuttavat toisiaan, ja myös käytännöllisessä ja kuvailevassa eettisessä tiedossa on samankaltaisuutta. Bergum (1994) erottelee lisäksi eettisen tiedon (inherent), mikä muistuttaa ihmiselle kehittyvää ”moraalista omaatuntoa”. Sarvimäen (1988, 1996) moraalisen tiedon jaottelu on samankaltainen kuin hänen esittämänsä yleinen tiedon jäsenitys, johon hän moraalisisessa tiedossa liittyy tilannetiedon ja moraalisen eheyden. Jacobs-Kramer ja Chinn (1992) lähtevät jäsentämään tietoa edellä kuvatusta poiketen. He katsovat eettisen tiedon sisältävän arvojen muodostumis- ja selkiintymisprosessin, potilaan puolustamisen, eettiset ohjeet ja laatuvaatimukset sekä normatiivisen etiikan teoriat ja eettisen päätöksenteon kuvailun. Heidän mukaansa hoitotyötä jäsenetään myös intuitiivisen eettisen tiedon kautta. Karttunen (1999, 99-129) jäseni eettisen tiedon tasoiksi eettinen tieto hoitotyön ytimenä, tieto arvoista, periaatteista ja velvollisuuksista sekä tieto todetuista arvoista ja periaatteista.

Eraut (1997, 1-18, 149-157) esittää ammatillisen tietokäsityksen, joka jakaantuu ammatin erityistietoon, käyttötietoon ja teoriatietoon. Tämä ammatillinen tietokäsitys lähestyy sisällöltään asiantuntijakäsitystä. Myös Leino (1996) kutsuu professionaalista tietoa ammatilliseksi tiedoksi, jota hänen mukaansa kuvaavat työhön liittyvä tieto ihmisistä ja tilanteista. Toiskallio (1993, 45-50) esittää sisältötiedon käsitteen, jolla hän tarkoittaa tiedon sulautumista persoonallis-professionaaliseksi tietojen ja taitojen kokonaisuudeksi. James ja Clarke (1994) korostavat reflektiivistä ammatillisen tiedon kehittämistä.

Tämän tutkimuksen arvo- ja arvostuskäsityksissä on mukaeltu teoreettisen ja käytännöllisen eettisen tiedon jaottelua, mikä kuvastaa esimerkiksi henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten taustalla olevaa tietokäsitystä.²² Tutkimuksen hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset liittyvät lisäksi näkemykseen hoitoyhteisössä vallitsevasta eettisestä erityistiedosta eli ammatillisesta eettisestä tiedosta.²³

3.2 Hoitotyön etiikka

Hoitohenkilökunnan käsityksissä arvoina ja arvostuksina esiintyvät hoitotyön päämäärä, tehtävä ja periaatteet sekä huolenpidon ja eettisten ohjeiden sisällöt. Käytännön toiminnassa hoitotyön etiikka näyttäytyy potilaan hoidossa esiintyvänä eettisinä kysymyksinä ja ongelmina. Tässä yhteydessä näitä tarkastellaan hoitotyön etiikan sisältöinä.

3.2.1 Hoitotyön päämäärä ja tehtävä

Hoitotyön päämääränä on terveys ja sen edistäminen, ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen, kärsimyksen lievittäminen ja auttaminen rauhalliseen kuolemaan (esim. Hendersson ja Nite 1978, Kalkas 1996a, ICN 1989, Janhonen 1992, Sarvimäki 1993, Suomen säädöskokoelma 1994, Ssl 1996). Kalkas (1996a) korostaa edellisten lisäksi hyvän elämän arvojen ylläpitämistä, ihmisen kunnioittamista, ammatillista koulutusta ja ammattiin sitoutumista sekä hoitoyhteisöjen toimintaperiaatteita. Erikssonin (1997) mukaan terveys merkitsee ihmisen kokonaiskokemusta, jossa hän tuntee ja aistii inhimillisen, kokonaisena olemisen kokemuksen, mikä perimmältään liittyy uskontoon ja kristillisyyteen. Hän kuvaa terveyttä ja kärsimystä ihmiseen integroituneina perusulottuvuuksina, jotka ihminen pyrkii pitämään harmonisessa tasapainossa. Lisäksi hän toteaa, että ”terveys on siedettävää kärsimystä” (Eriksson 1993b). Kuuppelomäki (1996) osoittaa kärsimyskokemuksilla olevan myönteisiä vaikutuksia sairastavan ihmisen positiivisiin elämän tarkoituksen ja arvostuksen kokemuksiin.

Hoitotyön päämäärää, hyvää hoitoa ja terveyttä ovat selvittäneet esimerkiksi Leino-Kilpi (1990), Åsted-Kurki (1992), Lindholm (1993) ja Häggman-Laitila (1999). Hyvä hoito on inhimillistä ja monimutkaista toimintaa potilaan ja sairaanhoitajan välillä. Sairaanhoitajan tehtävänä on hyvä hoito ja se on potilaan suojelemista, hoitamista, neuvomista, puolesta tekemistä, ymmärtämistä, puolustamista ja puolueetonta toimintaa. (Leino-Kilpi 1990, 28, 100, 107-109.) Väestö kokee terveyden arvona ja arkipäivän kokemuksena. Terveys väestön kokemuksena on hyvää oloa, tietämistä, toimintaa ja tekemistä. (Åsted-Kurki 1992, 19-22, 43-74, 150-156.) Lindholmin (1993) mukaan nuoret kokevat terveyden voimavarana ja tasapainona sekä mahdollisuuksina esim. vapauteen ja osallistumiseen. Häggman-Laitilan (1999, 33-50) mukaan terveyskokemuksen perustyyliä ovat ihmisen itsetuntemus terveydestä

²² Vrt. Sarvimäki (1988 ja 1994) ja Bergum (1994).

²³ Vrt. Eraut (1997).

(esim. tasapaino ja toimintakyky), terveys normaaliutena (esim. taudittomuus, oireettomuus) ja osalla ihmisistä terveys on jäsentymätön.

Eettisessä toiminnassa on kyettävä arvioimaan erilaiset prosessit ja se, miten nämä vaikuttavat terveyden edistämiseen, sairauden ehkäisemiseen, hyvinvointiin ja kärsimyksen lievittämiseen. Tässä tutkimuksessa hoitotyön päämäärän katsotaan sisältävän potilaan terveyden edistämisen ja ylläpitämisen, sairauksien ehkäisemisen, kärsimyksen lievittämisen ja rauhallisen kuoleman. Hoitotyön tehtävänä on taas edellä kuvatun päämäärän saavuttamiseen ja turvaamiseen liittyvät toiminnot. Potilaan hyvä olo kuvaa myönteisiä kokemuksia, jotka liittyvät yksilön terveyteen, kärsimykseen, kuolemaan ja hyvinvointiin (esim. taloudelliset ja sosiaaliset kysymykset).

3.2.2 Hoitotyön periaatteet

Hoitotyön kirjallisuudessa etiikkaa tarkastellaan usein eettisinä periaatteina (Husted ja Husted 1991, Yeo 1991, Sarvimäki 1993, 1996, Thompson ym. 1995, Fry 1994). Fryn (1994, 57-62) mukaan hoitotyön periaatteet yhdessä huolenpidon kanssa antavat hoitotyölle eettisen mallin. Fryn esittämä eettinen lähestymistapa saa tukea Hustedin ja Hustedin (1991) ja Yeon (1991) näkemyksistä. Leininger (1990) korostaa inhimillisen hoitamisen periaatteiden, laatuvaatimusten ja eettisten ohjeiden merkitystä tulevaisuuden hoitotyössä. Seuraavassa taulukossa (1) on yhteenveto eettisistä periaatteista.

Taulukko 1. Hoitotyön eettiset periaatteet

Sarvimäki (1993, 1996)²⁴	Thompson et al. (1995)	Fry (1994)	Yeo (1991)	Husted & Husted (1991)
<ul style="list-style-type: none"> • Ihmisen kunnioittam. • Oikeudenmukaisuus (tasa-arvo) • Itsemäärääminen • Ihmis-oikeudet • Altruismi 	<ul style="list-style-type: none"> • Ihmisen kunnioittam. • Oikeudenmukaisuus • Hyvän tekeminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Oikeudenmukaisuus • Hyvän tekeminen • Itsemäärääminen • Rehellisyys • Luotettavuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Oikeudenmukaisuus • Hyvän tekeminen • Itsemäärääminen • Rehellisyys • Luotettavuus • Eheys 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyvän tekeminen • Itsemäärääminen • Rehellisyys • Luotettavuus • Vapaus • Yksityisyys

24 Sarvimäki (1993, 1996) käsittelee esitettyjä periaatteita osittain arvoina ja osittain hoitoetiikan lähtökohtana.

Useimmiten hoitotyön eettisinä periaatteina esiintyvät hyvän tekeminen, potilaan itsemääräämisoikeus, rehellisyys, luotettavuus ja oikeudenmukaisuus. Ihmisen kunnioittamista, eheyttä, ihmisoikeuksia, vapautta, altruismia ja yksityisyyttä pidetään harvemmin eettisinä periaatteina. (Yeo 1991, Husted ja Husted 1991, 40-54, Thompson ym. 1995, 60-61, Sarvimäki 1993, 1996, Fry 1994, 27-33.) Taulukossa (1) esiintyvistä periaatteista ihmisen kunnioittaminen liitetään hoitotyön arvoihin (vrt. Fagermoen 1997, Sarvimäki 1993). Oikeudenmukaisuus (Husted ja Husted 1991, 40-54, vrt. myös Sarvimäki 1996, Häyry 1997c) liitetään yhteiskunnallisiin ja bioeettisiin kysymyksiin. Näistä eettisistä periaatteista tässä yhteydessä käsitellään hyvän tekemistä, itsemääräämistä, rehellisyyttä, luotettavuutta ja oikeudenmukaisuutta sekä näihin läheisesti liittyviä tai sisältyviä periaatteita.

Yeo ja Molke (1991, 25-53) katsovat *hyvän ja hyvän tekemisen* merkitsevän toisen hyvää tai hyvinvointia, jonka vastakohta on toiselle aiheutettu vahinko. Käsitys on pohjimmiltaan kristillinen, mutta se yhdistetään nykyisin ammattikuntaan, joka auttaa toista ihmistä. Sairaanhoidajille tämä merkitsee ammatillista velvollisuutta ja lupautta tehdä hyvää toiselle ihmiselle. Thompson ym. (1995, 60-61) arvioivat hyvän tekemisen periaatteen ilmenevän lapsen tai ”haavoittuvien” potilaiden puolesta puhumisena. Hoitohenkilökunnan työssä hyvän tekemisen periaate liittyy potilaan terveyden ja hyvän olon edistämiseen. Hoitotyössä hyvän tekemistä voi tarkastella hoitohenkilökunnan velvollisuutena potilasta kohtaan.

Itsemäärääminen ja vapaus liittyvät läheisesti yhteen. Itsemäärääminen tarkoittaa ihmisen vapautta tehdä itsenäisiä päätöksiä omasta elämästään ja hyvinvoinnistaan. Itsemääräämisen ehtona on, että yksilö saa tarpeellisen tiedon kyetäkseen tekemään päätöksiä. (Freeman 1990, 291-293, Yeo ja Dalziel 1991, 54-58, Pietarinen 1994, Turunen 1997, 245-249.) Lainsäädännössä velvoitetaan huolehtimaan potilaan itsemääräämisoikeudesta, jolloin potilaalla on oikeus esimerkiksi valita hoitomuoto ja kieltäytyä hoidosta (Suomen säädöskokoelma 1992). Potilaan itsemäärääminen rajoittuu, kun hänelle ei kerrota hänen hoidostaan tai hän ei kykene ymmärtämään annettua tietoa (Yeo ja Dalziel 1991, 64, 68). Freeman (1990, 293-304) katsoo itsenäisyyden rajoittuvan laitoksissa vallitsevien sääntöjen vuoksi tai siksi että potilas on kyvytön ja heikko ratkomaan omaa hoitoaan koskevia kysymyksiä. Thomson ym. (1995, 73-75) arvioivat potilaan itsenäisyyden rajoittuvan siitä hetkestä lähtien, kun hän tulee terveydenhuollon laitokseen. Toipumisvaiheessa itsenäisyyden aste kohoaa ja kotiuttamisvaiheessa potilas saavuttaa itsenäisyyden.

Itsemääräämiseen ja vapauteen samoin kuin hyvän tekemiseen liittyy paternalistinen oikeutus päättää potilaan puolesta, jota yksilön vapaaehtoinen suostumus säätelee. Paternalismin heikkous on toisen rajoittaminen tai pakottaminen. (Häyry 1990, 24-30, 37-52, 83-89, Yeo ja Molke 1991, 33-35, Häyry 1997a.) Dementoituva potilas ja hänen omaisensa saattavat olla uupuneita, jolloin he tarvitsevat sairaanhoitajaa omien oikeuksiensa puolestapuhujana. Se, miten potilaan puolustaminen toteutuu, on sidoksissa sairaanhoitajan kykyyn välttää paternalistista suhtautumista potilaaseen. (Voutilainen 1997.) Itsemääräämisen ja hyvän tekemisen vaikeudet näyttäisivät ainakin osittain nousevan hoitohenkilökunnan paternalistista päätöksistä ja paternalistisesta potilaan puolesta tekemisestä.

Välimäen (1998) mukaan itsemäärääminen on moniulotteinen käsite, jonka taustalla on erotettavissa henkilökohtaisia ja ulkoisia tekijöitä. Henkilökohtaisia itsemääräämiseen heijastuvia tekijöitä ovat itsemääräämisen tärkeys ihmiselle itselleen, hänen kykynsä, tunteensa ja tietonsa. Ulkoisia tekijöitä ovat yksilön saama tuki, ympäristö, resurssit ja laillisuustekijät. Itsemäärääminen todellistuu eriasteisesti itsemääräämisoikeuden puutteesta laajaan itsemääräämiseen. Välimäen mukaan mielenterveyspotilaalle saattaa koitua sekä itsemääräämisestä että itsemääräämisoikeuden puutteesta myönteisiä tai kielteisiä

seuraamuksia. Näyttäisi siltä, että Välimäen käsitykseen heijastuisivat paternalismin eri muodot, joita voisi vertailla esimerkiksi Häyryn (1997a) esittämään maltilliseen ja jyrkkään paternalismiin.

Yksilön vapauteen liittyy *yksityisyys ja koskemattomuus* päättää ihmissuhteistaan: tämä on osa yksilön itsemääräämisoikeutta (Husted ja Husted 1991, 50, Turunen 1997, 258-261). Ihmisen eheys tulee esille hoitosuhteessa ja se yhdistyy myös luottamukseen. Eheyden periaatteen toteutumisen esteet nousevat esille arvojen ja arvostusten välisenä ristiriitana, kun sairaanhoitaja joutuu asettamaan potilaan arvot vastakkain sairaanhoitajakunnan, lääkärin tai työnantajan arvojen kanssa. (Yeo ja Ford 1991, 189-192.) Terveystieteiden tutkimuksessa laajan eettisen kysymyksen muodostaa ihmisen geeniperimä ja sen koskemattomuus (STM 1998c).

Rehellisyys ja totuus ovat suomalaisessa kulttuurissa yhteen liittyviä käsitteitä. Turusen (1997, 333-343) mukaan totuus on yksi varsinaisista arvoista, joka sisältää rehellisyyden ihanteen. Husted ja Husted (1991, 30, 49) korostavat rehellisyyden toteutumisessa sopimuksen ja lupauksen pitämistä. Hoitotyöntekijän totuuden mukainen käyttäytyminen edellyttää potilaan informointia ja toiveiden kunnioittamista, kun tämä haluaa tai ei halua tietää totuutta omasta tilastaan (Yeo ja Mitchell 1991, 86-111). Totuuden kertominen lähestyvistä kuolemista on erityisen vaikeaa lapsipotilaalle (Thompson ym. 1995, 97-99). Parantumatonta syöpää sairastavat potilaat pitivät totuuden kertomista tärkeänä ja odottivat asiallista kertomistapaa (Kuuppelomäki 1996, 70-73, 151).

Luotettavuus liittyy läheisesti rehellisyyteen ja totuuteen. Fryn (1994, 31-33) mukaan luottamukseen kuuluu ammatillinen sitoutuminen lupauksensa pitämiseen ja luottamuksellinen käytös kahdenkeskisissä tapaamisissa. Luotettavuus liittyy hoitohenkilökunnan arviointikykyyn siitä, mikä tieto on tarpeellista potilaasta ja miten tämä tieto jaetaan muiden työryhmän jäsenten kesken (Yeo ja Krahn 1991, 117-146). Husted ja Husted (1991, 31, 50-51) arvioivat luotettavuuden periaatteen merkitsevän potilaalle tunnetta oman asiansa hallinnasta ja yksityisyydestä. Yeo ja Krahnin (1991, 119) mukaan luotettavuus ja yksityisyys ovat olleet hoitohenkilökunnan tärkeimmät arvot koko hoitotyön historian ajan.

Oikeudenmukaisuus liittyy etujen ja hyötyjen jakoon. Sen mukaan vahingonaiheuttajan velvollisuutena on korvata vahinko tai rikkomus. (Turunen 1997, 225-232.) Hoitotyössä oikeudenmukaisuuden peruslähtökohdat ovat yksilön vapaus, tasa-arvoisuus ja hyöty. Oikeudenmukaisuus on merkitykseltään kasvava, koska terveydenhuollon voimavarojen kohdentaminen pääasiassa sitoutuu tähän periaatteeseen. (Yeo ja Donner 1991, 147-162.) Oikeudenmukaisuuden kriteereitä ovat yksilön tarpeet, yhdenvertaisuus ja syrjinnän välttäminen (Seedhouse 1991, 108-110) sekä yksilön itsenäisyys (Husted ja Husted 1991, 41-42). Häyry (1997c) tarkastelee oikeudenmukaisuutta terveydenhuollon kannalta. Hänen mukaansa terveydenhuollossa ”ainoa hyödyllinen oikeudenmukaisuuden muoto” on korostaa ”yksilöiden yhtäläistä oikeutta saada tarpeidensa mukaista hoitoa”. Samoin Pietarinen (1994) tarkastelee oikeudenmukaisuutta yksilön oikeuksina ja velvollisuuksina sekä hyödykkeiden jakelua koskevin vaatimuksina ja periaatteina. Hän näkee voimavarojen jakamisen ”suurena kiusauksena” tehokkuusvaatimuksen, jolloin tehokkuuden korostaminen johtaa oikeudenmukaisuuden laiminlyöntiin erityisesti huonokuntoisten vanhusten, mielisairaiden, vaikeavammaisten tai päihdeongelmaisten osalta. Oikeudenmukaisuus yhteiskunnallisena makrotason kysymyksenä johtaa tehokkuuden ja voimavarojen kohdentamisen arviointiin (ks. Rynänen ym. 1997, Rintala 1998). Hoitotyön periaatteena oikeudenmukaisuus esiintyy mikrotason näkökulmasta, johon sisältyy yksilön oikeus saada terveydenhuollon peruspalveluja tasapuolisesti ja yhdenvertaisesti suhteessa muihin palvelujen käyttäjiin. Erityisesti yksilön näkökulmasta oikeudenmukaisuutta arvioidaan suhteessa hoitoon, sen laatuun tai ihmisten kohteluun palveluja haettaessa.

Oikeudenmukaisuutta pidetään keskeisenä hoitotyötä ohjaavana periaatteena. Hyvän tekeminen, itsemäärääminen (yksityisyys ja eheys), rehellisyys ja luottamus kuvaavat potilas-hoitajasuhteessa esiintyviä periaatteita. Nämä heijastuvat yksittäisen ihmisen (potilaan ja hoitajan) myönteisiin kokemuksiin ihmisenä olemisesta ja hänen kunnioittamisestaan. Näin ollen ne kaikki kuvaavat hyvän potilas-hoitajasuhteen toteutumisen eettistä laatua ja näyttävät yksilön käsityksissä arvoina ja arvostuksina.

3.2.3 Huolenpito

Fryn (1990, 1994, 57-61) mukaan huolenpito on hoitotyön etiikan perusta. Erikssonin (1997) mukaan huolenpito on alkuperäistä hoitamista, se on elämäntapa, jossa on mukana henki (spirit), rakkaus, usko ja toivo. Hänen mukaansa luontainen huolenpito voi liittyä kutsumukseen, jota aikaisemmin pidettiin lähtökohtana hoitotyön ammatteihin hakeutumisessa. Knowlden (1990) ja Eriksson (1997) näkevät huolenpidossa tavoiteltavan yksilön kokonaisuutta ja hyveellistä hyvän tekemistä toiselle ihmiselle, mikä todellistuu potilas-hoitajasuhteessa. Eriksson (1993b) korostaa hoitamisessa toisen ihmisen kärsimyksen syvällistä ymmärtämistä (att lida med). Parse (1997) kuvaa tunnetta huolenpitoon kuuluvana todellisena tai aitona läsnäolon kokemuksena. Huolenpito on yksilön auttamista, tukemista ja selviytymistä edistävää (Kidd 1990). Sarvimäen (1996, 53-56) mukaan huolenpidon sisältö nousee altruismista ja ihmisen kunnioittamisesta, mikä koskee sekä ihmistä että koko maailmaa. Altruismi tarkoittaa toisen ihmisen edun asettamista oman edun edelle. Altruismi merkitsee teon hyvyyttä, jolloin ”tarkoituksena on lisätä toisen ihmisen hyvinvointia, onnea, hyvinolontunnetta tai vähentää toisen ihmisen kärsimystä, onnettomuutta ja pahoinvointia”. Altruistisen teon tunnetta hoitotyössä kutsutaan empatiaksi. (Sarvimäki 1996, 37-44.)

Leininger (1991) tarkastelee huolenpitoa kulttuurisesti. Hänen mukaansa suomalais-amerikkalainen huolenpidon käsite sisältää yksilön vastuullisuutta ja rakkauden osoitusta, kansanparannusta, kuuntelua, hiljaa olemista, kärsimyksen kestämistä ja heikompien suojelua. Anglo-amerikkalaisessa kulttuurissa huolenpidon käsitys sisältää yksilöllisyyden, tavoitteen fyysisestä ja emotionaalista tasapainosta, persoonallisen toiminnan ja terveyteen johdattelun. Japanilais-amerikkalaisessa kulttuurissa huolenpidon käsitys sisältää perheen kunnioittamisen auktoriteettina, sukulaisiin ja työryhmään kohdistuvat velvollisuudet, toisten palvelemisen sekä omien tunteiden ja toiminnan kontrolloinnin. Kulttuurisesti erilaisten huolenpitokäsitysten ymmärtäminen on merkityksellistä silloin, kun kohdataan eri kulttuurista tulevia potilaita tai keskustellaan eri kulttuureissa vallitsevista hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksistä.

Ammatillinen huolenpito on niitä tietoja ja taitoja, joita saavutetaan ammatillisella koulutuksella. Kulttuurisen huolenpidon avulla voidaan hoitotyössä edistää hyvän tekemistä toiselle ihmiselle tietoisena toisen ihmisen kulttuurisista lähtökohdista. Tämänhetkisten käsitysten mukaan huolenpitoa (caring) pidetään myös omana lähestymistapanaan hoitotyöhön. Toisaalta huolenpito erotetaan itsenäiseksi teoriaksi hoitotieteen lähestymistavoissa (esim. Wilkes ja Wallis 1998). Tässä tutkimuksessa huolenpitoa tarkastellaan ihmisen yksilöllisenä kokonaiskokemuksena saamastaan hoidosta ja sen eri auttamismuodoista. Huolenpidolla voidaan kuvata myös ammattihenkilöiden taitoja, kuten eleitä ja toimintoja (katse, kuuntelu, läsnäolo) tai humanistista ihmisen kohtaamista kuvaavaa tietoa.

3.2.4 Eettiset ohjeet hoitotyössä

Sopimuksista tarkastellaan hoitohenkilökunnan itselleen asettamia eettisiä koodeja ja ohjeita, jotka useimmiten määrittelevät hoitohenkilökunnan suhdetta potilaaseen, ammattikuntaan ja yhteiskuntaan. Eettisten ohjeiden nähdään kuvastavan hoitohenkilöstön itselleen asettamia arvo-, arvostus- ja totuuskäsityksiä.

Häyry (1997b) näkee ammattieettisten ohjeiden toimivan kaksijakoisesti. Ohjeet kuvaavat yhteiskunnan jäsenille ammattilaisten velvollisuudet ja toisaalta viestivät ammattikunnan jäsenille yhteenkuuluvuuden tunnetta ja erityisasemaa yhteisössä. Husseyn (1996) mukaan ammatillisten ohjeiden (code) tarkoituksena on suojella yleisöä ja ammattilaisia, antaa tietoa, olla ammatin arvostuksen julistus sekä toimia neuvottelujen välineenä suhteessa työnantajiin ja muihin tahoihin. Esterhuizen (1996) arvioi ammatillisten ohjeiden olevan kulmakivi hoitotyön käytännölle, sillä ohjeiden avulla voidaan säädellä hoitotyön todellista laatua. Bandman ja Bandman (1990, 24) katsovat eettisten ohjeiden antavan hoitajalle tukea, kun hän asettaa potilaan ensisijaiseksi toimintalähtökohdaksi. Hoitaja voi perustella eettisten ohjeiden avulla hyvää ja vastuullista tapaa hoitaa potilasta, asettaa vaatimukset omalle työlleen, vaikuttaa ammatin laatuvaatimuksiin ja koulutuksen sisältöön sekä perustella julkisesti omaa toimintaansa.

Kansainvälisissä sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa kuvataan sairaanhoitajan suhdetta väestöön, vastuuta ammattityöstä ja sen kehittamisestä sekä määrittellään sairaanhoitajan suhdetta yhteiskuntaan ja työtovereihin (ICN 1989.) Suomalaisissa sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa ammatin tehtäväksi nimetään “väestön terveyden edistäminen, ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen”. Potilas-sairaanhoitajasuhteessa on keskeistä potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, luottamuksellisuus, lähimmäisyys ja oikeudenmukaisuus. Sairaanhoitajalta odotetaan vastuullisuutta ja ammattinsa kehittämistä sekä yhteistyötä. Yhteiskunnassa sairaanhoitajat osallistuvat päätöksentekoon ja “maailmanlaajuisesti edistävät samanarvoisuutta, suvaitsevaisuutta ja yhteisvastuullisuutta”. (Ssl 1996.)

Suomessa myös monet muut terveydenhuollon ammattiryhmät ovat laatineet itselleen omat eettiset ohjeistonsa. Esimerkiksi lääkärit (1988), fysioterapeutit (1998) ja kättilöt (1998) ovat asettaneet työlleen omat eettiset ohjeistonsa. Lähihoitajien eettisissä ohjeissa kuvataan lähihoitajan ammattityötä säätelevät lait, ammattia ohjaavat arvot ja periaatteet sekä esitetään ammattitaitovaatimukset (Suomen lähi- ja perushoitajaliitto 1997). Lukuisien eri maiden sairaanhoitajat ovat laatineet omalle ammattikunnalleen eettisiä ohjeistoja (mm. American Nurses' Association 1985, The Danish Nurses' Organization 1992, Canadian Nurses Association 1998). Weis ja Schank (1997) osoittavatkin amerikkalaisten ja englantilaisten opiskelijoiden ammatillisten arvojen samankaltaisuuden, kun niitä tutkittiin eettisistä ohjeista nousevin kysymyksiin.

Hussey (1996) esittää varauksia ammatillisten ohjeiden suhteen, sillä ohjeet eivät voi antaa vastausta kaikkiin eettisiin kysymyksiin. Sairaanhoitajalta ohjeiden soveltaminen käytäntöön edellyttää ammatillisia taitoja. Eettiset ohjeet saattavat aiheuttaa ristiriitaa yksilöllisyyden toteuttamisessa. Etenkin tunteisiin perustuvat eettiset kysymykset voivat suurestikin vaihdella yksilöittäin ja olla ristiriitaisia suhteessa toisen yksilön näkemyksiin.

Hoitotyön etiikkaan liittyy sopimuksia ja ohjeita, jotka useimmiten määrittelevät eettisen minimitason ammattityössä. Samalla kuitenkin ohjeet ja lainsäädäntö antavat työntekijälle laillisuus- ja yhteisöllistä suojaa työssä toimimiselle. Tässä tutkimuksessa ohjeet, koodit ja sopimukset edustavat velvollisuuksiin verrattavaa eettisen toiminnan tasoa, joita yksilö kuvaa arvo- ja arvostuskäsityksinä.

3.2.5 Eettisiä ongelmia ja kysymyksiä

Elämän hallinta lääketieteellisesti ja teknologian kehittyminen ovat aiheuttaneet sen, että lääketieteeseen ja hoitotyöhön muodostuu monia vaikeita eettisiä kysymyksiä. Eettisesti vaikeat kysymykset eli dilemmat ovat kysymyksiä, joissa ratkaisun oikeellisuudesta ei voi olla varma. (Tate 1977, Bandman ja Bandman 1990, Suomen lääkäriliitto 1996.) Kalkaksen (1996a, 82-85) mukaan eettisen ongelman luonteenomainen piirre on se, ettei ongelman ratkaisussa voida vedota yksinomaan johonkin tietoon. Eettisten ongelmien ratkaisuilla on syvällinen merkitys ”koskien ihmisen olemassaoloa maailmassa, elämän tarkoitusta sekä ihmisten välisiä suhteita”. Taten (1977) mukaan hoitotyön eettisiä ongelmia esiintyy elämän kunnioittamisen, sairaanhoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen, yhteistyösuhteiden ja ammatillisen käyttäytymisen alueilla. Leino-Kilpi (1996) tarkastelee eettisiä kysymyksiä elämänkaaren eri vaiheissa ja päätyy siihen, että ihmisen eri elämänvaiheissa syntyy sekä samankaltaisia että elämänvaiheeseen liittyviä eettisiä kysymyksiä. Vaikeimmat eettiset ongelmat liittyvät elämän alkuun ja loppuun. Tässä yhteydessä esitetään lyhyt katsaus eettisiin ongelmiin ihmisen elämän alussa ja lopussa sekä hoitotilanteissa. Nämä eettiset ongelmat ja kysymykset nostavat esille yksilön ja hoitoyhteisön arvo- ja arvostuskäsityksiä.

Potilaan hoitoon liittyvät eettiset kysymykset alkavat jo *ennen ihmisen syntymää*. Kysymyksessä ”sikiön oikeudesta syntyä” vastakkain ovat sikiön ja naisen oikeudet. Naisen oikeus päättää abortista on useissa maissa määritelty lainsäädännöllä (Bandman ja Bandman 1990, 124-126). Häyry (1997d, 16-32) tarkastelee aborttikysymystä yhteiskunnallisena kysymyksenä lähtien mm. sikiön ja naisen ihmisyyden, ihmisoikeuksien ja ihmisarvon kysymyksistä. Hoitotyössä eettistä toimintaa ihmisen syntymään liittyvissä kysymyksissä ohjaavat seuraavat periaatteet: potilaan oikeus valita omassa asiassaan, sairaanhoitajan tuki potilaan omalle päätökselle, sairaanhoitajan tehtävä antaa tietoa eri ratkaisuvaihtoehdoista ja hoitotilanteiden turvallisuudesta huolehtiminen (Bandman ja Bandman 1990, 135-137, Thompson ja Thompson 1981, 60-61).²⁵ Eettisesti muita vaikeita ongelmia jo ihmisen syntymävaiheessa nousee nykyisen tiedon ja teknologian mukanaan tuomista mahdollisuuksista kuten kohdunvuokraus-, koeputkihedelmöitys- ja geeniteknologiakysymykset. Nämä ovat kysymyksiä, joita säädellään yhteiskunnallisilla ja lainsäädännöllisillä keinoin (esim. STM 1994, Oikeusministeriö 1997 ja STM 1998c, Suomen säädöskokoelma 1999).

Ohjeet *potilaan hoidosta kuoleman lähestyessä* (terminaalihoito vaihe) sisältävät velvoitteet kuolevan ihmisen ihmisarvoa kunnioittavasta huolenpidosta, tilanteenmukaisesta perushoidosta ja kuolevan perheenjäsenten tuesta (Lääkintöhallitus 1982). Miettisen ym. (1995) mukaan terminaalihoito-ohjeet toteutuivat henkistä tukea lukuun ottamatta hyvin. Kuuppelomäen (1996, 150-155) mukaan parantumaton syöpä sairastavien potilaiden fyysinen ja henkinen hoito toteutui hyvin. Kivun lievittäminen ja hoitohenkilökunnan tiedollinen tuki koettiin ongelmaksi. Kuuppelomäen mukaan ongelmana on se, että päätös kuolevan potilaan terminaalihoitosta tehdään niin myöhään, ettei siitä ole potilaalle oleellista hyötyä. Kuolevan ihmisen hoidossa korostuvat hoitohenkilökunnan ammatillinen ja persoonallinen käyttäytyminen, sillä hoitohenkilökunnan oman käyttäytymisen hallinta heijastuu yksilön tunteiden kautta avuntarvitsijaan (Lindqvist 1996). Hoitohenkilökunnan omien tunteiden hallinta on vaativaa, koska samanaikaisesti he osallistuvat useiden potilaiden hoitotyöhön. Erityisesti tämä kysymys koskee nuorta opiskelijaa ja hänen jaksamistaan kuolevan potilaan hoitotyössä (Sailo 1992, 5-7, 73-76).

²⁵ Ks. myös Häyry ja Häyry (1987, 17-95), Häyry (1997d).

Eettisiä kysymyksiä hoitotilanteissa saattavat synnyttää *potilaan ikä ja sukupuoli*, kuten lapsen tai murrosikäisen potilaan kieltäytyminen hoidosta ja vanhuspotilaan hoitovalinnat (Kalkas 1996a, 169-172, 181-183, Thompson ja Thompson 1981, 138, 141, 165, 184). Hoitohenkilökunnan tekemät hoitovalinnat potilaan puolesta saattavat loukata iäkkään potilaan kohtelua tasavertaisena ihmisenä. (Pihlainen 1994, 1996a.) Keskeiset eettiset ongelmat *potilaan oikeuksien* suhteen ovat totuuden kertominen potilaalle ja luottamuksellisen hoitosuhteen säilyttäminen (Thompson ym. 1995, Yeo ja Mitchell 1991, 86-111). *Sairauksista* aiheutuvia eettisiä kysymyksiä aiheuttaa esimerkiksi HIV-infektiota sairastava potilas (Bandman & Bandman 1990, 197, Dickenson 1994, Suomen lääkäriliitto 1996, 40-41, Kalkas 1996, 179-181). *Päivittäisiä eettisiä kysymyksiä* hoitotyössä nousee arkipäivän tilanteista, joissa ei toimita inhimillisesti potilasta kohtaan, kun ammattihenkilöstön käyttäytymisessä ilmenee ei-toivottavia piirteitä ja päätökset eivät ole eettisesti hyväksyttäviä (Kane ja Caplan 1990). Esimerkiksi Macklinin (1990) mukaan potilaat luokitellaan "hyviin ja pahoihin". Potilaat saattavat aiheuttaa toisilleen eettisiä ongelmia ja niitä muodostuu myös potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä (Kane ja Caplan 1990, 90, 125-126.)

Eettiset ongelmat hoitotyössä liittyvät läheisesti ihmisen elämään, sen päämääriin, tavoitteisiin ja motiiveihin. Hoitoyhteisössä tulisi etsiä useita eri ratkaisuvaihtoehtoja eettisiin kysymyksiin ja ongelmiin sekä löytää eettisesti "oikea", "hyvä" ja "paras" ratkaisu eri tilanteissa. Eettisissä ongelmissa joudutaan etsimään ratkaisuja tunnistamalla tilanteisiin sisältyvät arvo- ja arvostuskäsitykset ja niiden kautta arvioimaan tekojen ja päätösten ratkaisuja tai toimintamuotoja.

Yhteenvedo hoitotyön etiikasta

Hoitotyön päämäärä terveys ja sen edistäminen ja potilaan sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimysten lievittäminen näyttäytyvät väestölle ja hoitohenkilöstölle arvoina ja arvostuksina. Samoin hoitohenkilöstölle arvoina ja arvostuksina näyttäytyvät hoitotyön eettiset periaatteet, joista tässä yhteydessä korostetaan hyvän tekemistä toiselle ihmiselle, itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, rehellisyyttä ja luotettavuutta sekä oikeudenmukaisuutta. Hoitohenkilökunnan itselleen asettamissa eettisissä ohjeissa esitetään kokoavasti ammattitoiminnan eettisiä vaatimuksia. Nämä eettiset periaatteet ja ohjeet muodostavat hoitoammattissa toimimisen velvollisuuseettiset näkemykset, joita yksilöt kuvaavat omina arvo- ja arvostuskäsityksinään. Huolenpito pitää sisällään hoitotyön toiminnan inhimillisiä näkemyksiä, joiden voi katsoa liittyvän läheisesti humanistisen hoitotyön sisältöön sekä altruistiseen käyttäytymiseen. Potilaan hoidossa esille tulevat eettiset ongelmat edellyttävät laajan ja monia eri näkemyksiä huomioivan tarkastelun. Lähtökohtia joudutaan tällöin hakemaan hoitotyön etiikan lisäksi yhteiskunnallisista ohjeista ja säännöistä, lääketieteellistä perusteista ja muista sekä kansallisista ja kansainvälisistä ohjeistoista.

3.3 Hoitoetiikan oppiminen ja opettaminen

Aikaisemmin on jo viitattu hoitoetiikan kehittämisen tarpeisiin (esim. Mölsä 1992, Simula 1998, Räisänen 1998, Välimäki 1998). Tässä yhteydessä etiikan opetuksesta otetaan esille arvoista ja arvostuksista lähtevä malli ja vertailuna esitetään joitakin vaihtoehtoisia hoitoetiikan oppimis- ja opettamismalleja sekä lähestymistapoja.

3.3.1 Arvoista ja arvostuksista lähtevä hoitoetiikan opetus

Tässä tutkimuksessa lähtökohdaksi valittu hoitoetiikan opetus perustuu Jones Stenbergin (1979) etiikan opettamisen malliin. Tämän mallin tausta-ajatukset nousevat Piagetin ja Kohlbergin näkemyksistä. Mallin taustalla on todennäköisesti yhteys systeemiteoriaan, mutta tätä Jones Stenberg (1979) ei mainitse. Jones Stenbergin opetuksen tavoitteena on, että opiskelija oppii tiedostamaan omia arvojaan, tuntee etiikan teorioita, osaa tunnistaa etiikan ongelmia ja kehittää omia eettisiä taitojaan hoitotyön toimintaan soveltuviksi. Opetuksen tuloksena opiskelijoilla tulisi kehittyä kriittinen ajattelutaito, kyky eettiseen toimintaan hoitotyössä, ammattikunnan sisällä ja yhteiskunnassa.

Jones Stenbergin etiikan mallin sovelluksessa²⁶ keskeisenä taustana ovat käytäntöön sitoutuva kokemuksellinen ja refleктоiva hoitoetiikan oppiminen sekä eettisen oppimisen prosessimaisuus (vrt. Kolb 1984, Kohlberg 1984, Järvinen 1990). Hoitoetiikan oppimistilanteissa voi käyttää hyväkseen yksilöoppimista edistäviä keinoja, joita tarvitaan yksilön päätöksentekotaitojen ja identiteetin kehittymisessä (vrt. Bandman ja Bandman 1988, 33-57, Eriksson 1986, 210-220), ja yhteistoiminnallista pienryhmäoppimista (vrt. McKinley 1983, Bruffee 1987, MacGregor 1990, Tossavainen 1995). Yhteistoiminnallinen oppiminen tukee hoitoetiikassa mm. opiskelijan kehittymistä erilaisten perustelujen ja näkemyksien arvioinnissa sekä kehittää yhteistyötä. Hoitoetiikan opiskelu voi tapahtua luokkahuoneessa tai osittain käytännön toiminnassa. Krawczyk (1997) mukaan etiikan opetus erillisinä kursseina on suositeltavaa.

Suomessa terveydenhuollon valtakunnallinen opetussuunnitelma (AKH 1987) jakoi hoitoetiikan kahdeksi erilliseksi kurssiksi opiskelun alku- ja loppuvaiheissa. Valtakunnallisen opetussuunnitelman ensimmäisen hoitoetiikan kurssin tavoitteena oli opiskelijan tietojen lisääminen etiikasta ja sen merkityksestä yhteiskunnallisesti sekä eettisyyden hyväksyminen osana hoitotyön toimintaa. Toisen hoitoetiikan kurssin tavoitteena oli opiskelijan kyky erottaa eri hoitotilanteita ja niiden eettisiä vaikutuksia potilaan hoitoon. Näistä AKH:n (1987) valtakunnallisista etiikan opetuksen tavoitteista muodostettiin mukailtuun Jones Stenbergin (1979) opetusmalliin soveltuvat hoitoetiikan oppimistavoitteet²⁷: Näitä sovellettuja tavoitteita kuvataan seuraavassa esityksessä.

Opiskelija

- ymmärtää henkilökohtaisten arvojen ja arvostusten yhteydet hoitoammattien arvoihin ja arvostuksiin
- osaa soveltaa ja käyttää etiikan teorioita ja hoitoetiikan tietoa
- tunnistaa eettisiä kysymyksiä ja ongelmia erilaisissa hoitotilanteissa
- on kykenevä ratkomaan hoitotyön eettisiä ongelmia yhdistäen käytännöllisen (kokemuksellisen), teoreettisen ja ammatillisen tiedon etiikasta
- osallistuu ja vaikuttaa yhteiskunnalliseen keskusteluun ja päätöksentekoon potilaan (väestön) inhimillisten terveydellisten olojen edistämiseksi sekä kansallisesti että kansainvälisesti²⁸.

Hoitoetiikan tavoitteiden saavuttaminen ei kohdistu yksinomaan hoitoetiikan opetukseen vaan se integroituu muihin ammattiaineisiin. Samoin yleiset filosofiset ja eettiset opintojaksot edistävät tavoitteiden saavuttamista. Hoitoetiikan oppimisen lopputuloksena opiskelijan tulisi

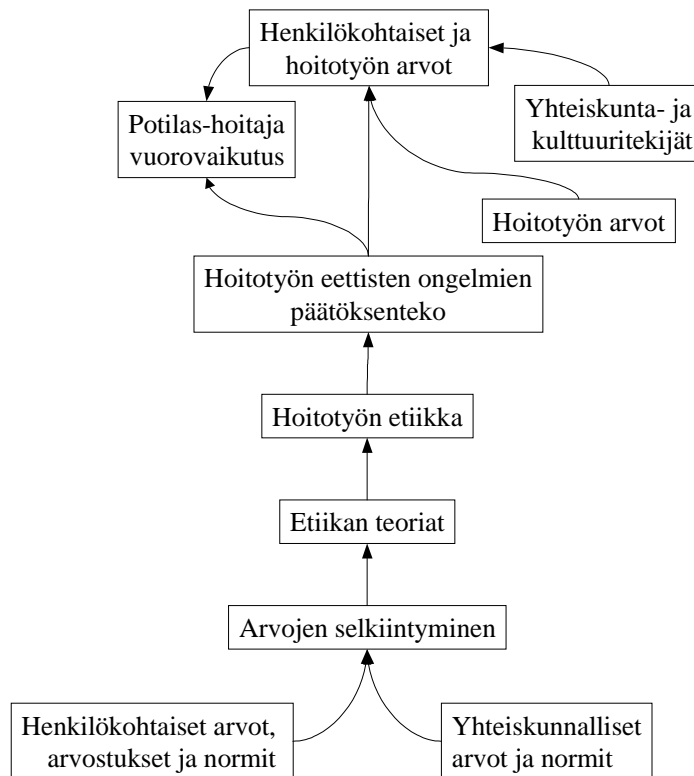
²⁶ Olen soveltanut ko. hoitoetiikan opetusta suomalaisen hoitoetiikan opetukseen. Ks. Pihlainen 1990, 1993a, 1998.

²⁷ Tutkimuksessa oleva tutkimusjoukko on osallistunut esitettyjen tavoitteiden (paitsi viimeinen tavoite) mukaiseen hoitoetiikan opetukseen.

²⁸ Tämä tulee liittää tavoitteeksi, kun halutaan tarkastella hoitoetiikkaa yhteiskunnallisista kysymyksistä lähtien.

hallita ammattityö eettisesti. Tämä merkitsee sitä, että opiskelija kykenee arvioimaan ammatillista käytöstään, toimintaansa ja päätöksiään eettisistä perusteista.

Hoitoetiikan oppiminen ja opetus koostuu opiskelijan arvojen selkiinnyttämisestä, etiikan teorioista, hoitoetiikasta ja taidoista ratkoa tapausesimerkkejä hoitotyön tilanteissa. Opetus- ja oppimisprosessin rakennetta esitellään kuviossa 2.



Kuvio 2. Hoitoetiikan opetuksen malli terveydenhuollon koulutuksessa (mukailtu Jones Stenberg 1979)

Hoitoetiikan opetus on sidoksissa opiskelijoiden opiskeluvaiheeseen ja –taustaan. Ammatillisessa peruskoulutuksessa hoitoetiikka rakentuu kahdesta eri jaksosta. Ensimmäisessä jaksossa pyritään selkiinnyttämään henkilökohtaisia ja yhteiskunnassa vallitsevia arvoja, etiikan teorioita ja hoitotyön etiikkaa ja mahdollisesti yleisesti eettistä päätöksentekoa. Ensimmäinen jakso on tietokeskeistä etenkin silloin, kun opiskelijoiden muissa opinnoissa ei tule esille etiikan teorioita tai ammatissa tarvittavien ohjeistojen sisältöjä (vrt. Leavitt 1996, Krawczyk 1997). Toinen jakso pitää sisällään etupäässä omiin kokemuksiin sisältyvien eettisten kysymysten ja ongelmien käsittelyä ja prosessointia pienryhmissä eli hoitotyön eettisten ongelmien päätöksentekoharjoituksia ja ratkaisujen arviointia eri näkökulmista. (Ks. kuvio 2.) Hoitoetiikan opetuksen tulee olla systemaattisesti ja loogisesti rakennettu. Opetuksen tulee olla joustavaa ja mahdollistaa opiskelijoiden esille tuomien tilanne-esimerkkien käsittely luontevana osana oppimisprosessia. Viimemainittu luo erityisesti opettajan etiikan ja hoitoetiikan sisältötiedolle vaatimuksia (vrt. Rauste von Wright ja von Wright 1994, 200-203).

Esitetty hoitoetiikan opetuksen rakennemalli systematisoi etiikan opetusta, mutta sisältää vaaran normatiivisesta lähestymistavasta. Lisäksi hoitoetiikan opetus saattaa keskittyä ammattieettisiin kysymyksiin ja terveydenhuollon koulutukselle asetettu yleistavoite koulutuksen laaja-alaisuudesta jää hoitoetiikan osalta toteutumatta. Hoitoetiikan opetusmalli

mahdollistaa teorian ja käytännön yhdistämisen opetuksessa. Lisäksi opetuksessa on mahdollista peilata hoitoetiikan näkemyksiä esim. filosofiassa ja tutkimuksessa.

3.3.2 Muita hoitoetiikan opetuksen lähestymistapoja

Etiikan muista opetusmalleista tarkasteluun on valittu etiikan käsitteiden kautta jäsenyvä opetus ja käytäntöön orientoituva opetustapa. Ensimmäinen edustaa aikaisemmin yleisesti käytössä ollutta hoitoetiikan jäsenystä (esim. Fry 1994) ja käytäntöön orientoituva lähestymistapa voisi olla vaihtoehto edellisessä luvussa kuvatulle hoitoetiikan opetusmallille. Lopuksi esitetään katsaus bioetiikkaan, joka mahdollistaa hoitoetiikkaa laajemman lähestymistavan terveydenhuollon etiikan tarkasteluun.

Käsitteiden kautta jäsenyvässä hoitoetiikan opetuksessa on aikaisemmin painotettu eettisesti tärkeitä asioita, joita on vertailtu lääkintäetiikkaan. Hoitotyön etiikassa tärkeiksi asioiksi on nähty potilaan oikeudet, sairaanhoitajan vastuu ja eettiset ohjeet (koodit), oikeudenmukaisuus ja salassapitovelvollisuus. Lisäksi opetuksessa on käsitelty vaikeita eettisiä ongelmia kuten aborttia, eutanasiaa, vammaisten hoitoa ja kuolemaan liittyviä kysymyksiä. (Esim. Tate 1977, Pihlainen 1990, 1994.) Edellä kuvattua opetustapaa Fry (1994, 265-270) kutsuu käsitteiden menetelmäksi, jossa erottuvat etiikan käsitteiden oppiminen ja eettisten ongelmien käsittely. Lindqvist (1994) jäsentää samaan tapaan lääkärikoulutuksen etiikan opetusta, jossa sisältönä ovat etiikan historia, etiikan teoria, tutkimuksen etiikka, hallinnon ja resursoinnin etiikka, kliinisten erityisalojen spesifit eettiset ongelmat sekä tapauskohtaiset arvioinnit.

Fry (1989, 1994, 271-274) kuvaa hoitoetiikan oppimista käytännön mallina. Opiskelija oppii eettisiä asioita potilaan hoitotilanteissa kolmesta eri näkökulmasta; neuvotteluissa, esimerkkien avulla ja potilaan vuoteen vieressä. Eettiset neuvottelut jäsenyvät eri osastojen toiminnan sisältöjen mukaan. Neuvottelussa keskustelun sisältö koostuu eettisen ongelman jäsentämisestä, siihen liittyvistä laillisuusperusteista ja sosiaalisista näkökulmista sekä sairaalan toiminta-ohjeiden heijastuksista eettiseen ongelmaan. Tavoitteena eettisessä neuvottelussa on löytää erilaisia näkökulmia ja oppia arvioimaan eri vaihtoehtoja. Osastoneuvottelut ovat toistuvia ammattikoulutuksen eri vaiheissa. Potilasesimerkkien avulla opiskelija oppii analysoimaan potilaan eettisiä ongelmia, erottamaan arvoja ja tekemään päätöksiä. Päivittäisessä hoitotyössä esiintyvien eettisten kysymysten tarkastelussa mukana tulisi olla potilas, omaiset, hoitohenkilökunta, opiskelijat ja opettaja. Potilaskierroilla tarkoituksena on kuulla eri osapuolten näkemyksiä hoitotyöstä ja pyrkiä löytämään yhteinen eettisesti toivottava näkemys toiminnalle. Oppimistavan etuna on se, että opiskelija oppii eettiseen keskusteluun ja avoimeen yhteistyöhön sekä potilaan että henkilökunnan kanssa. Oppimistilanteiden tarkoituksena on kehittää opiskelijan kykyä eettiseen päätöksentekoon.

Kuvattu opetusmenetelmä muistuttaa kokemuksellista (Kolb 1984) ja tilanneoppimista (situated learning) (Lave ja Wenger 1991). Fry (1994) ei viittaa kirjoituksessaan näihin taustoihin. Opetusmenetelmällisesti Fryn näkemys on monipuolinen ja sitoutuu todelliseen hoitotyön toimintakulttuuriin. Ongelmaksi opetuksen toteuttamisessa saattaa jäädä se, ettei hoitoetiikan sisältö tule systemaattisesti esille eikä näin jäseny oppiskelijan ajatuksissa. Tällöin mallin toteuttaminen olisi verrattavissa Krawczykin (1997) näkemykseen heikosti menestyneestä opiskelijaryhmästä, jonka etiikan opetusta ei ollut eriytetty muusta ammatillisesta opetuksesta. Hoitoetiikan oppimisessa kuten yleisessä oppimisessakin näkemykset vaihtelevat erilaisten suuntausten kuten kognitiivisen, humanistisen tai konstruktivistisen käsitysten mukaan (vrt. Ruohotie 1993, Rauste von Wright ja von Wright 1994, Purdy 1997a, b). Olennaista hoitoetiikan oppimisessa on se, että etiikan opiskelu on osa systemaattisesti rakennettua opetussuunnitelmaa (vrt. Bevis ja Watson 1989).

Erilaisten oppimisessa ja opetuksessa käytettyjen lähestymistapojen etuna on se, että niiden avulla hoitoetiikan opiskelusta muodostuu kokonaisuus. Hoitoetiikan opetuksen sisällön tulee integroitua terveydenhuollon koulutuksen kokonaisuuteen ja tavoittaa ammatillisessa eettisessä toiminnassa tarvittava erityistieto. Opiskelijan hoitoetiikan opiskelun lähtökohdina ovat henkilökohtaiset ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset, joiden ammattityössä tulee näyttäytyä sopusointuisina ja ristiriidattomina. Opiskelijoiden tulee koulutuksen loppuvaiheessa hallita hoitoetiikka soveltamistasoisesti, jolloin opiskelijoiden ammattityössä yhdistyvät eettinen tieto ja käytäntö sekä nämä nivoutuvat laajempiin yhteiskunnallisiin tekijöihin.

Hoitoetiikan opetuksen liittäminen bioetiikkaan

Bioetiikka on Yhdysvalloista 1970-luvulla nimensä saanut kehityssuunta. Bioetiikka tarkoittaa koko elollisen luonnon ja siihen liittyvien biotieteiden tutkimuksen hyödyntämistä etiikassa. (Lindqvist 1991.) Häyryn (1997b) mukaan bioetiikan alaan kuuluvat lääkintä- ja hoitotyön etiikka, koko terveydenhuollon etiikka yhteiskunnallisena järjestelmänä, tutkimuksen etiikka ja ekologinen etiikka. Bioetiikan metodeja tai lähestymistapoja voidaan tarkastella ammatillisina, lainsäädännöllisinä, tieteellisinä ja filosofisina kysymyksinä. Tässä yhteydessä bioetiikkaa tarkastellaan etiikan opetuksessa. Hoitoetiikan yhdistäminen bioetiikan sisältöihin nousee tarpeelliseksi, kun halutaan tarkastella etiikkaa laajemmasta kuin ammattiryhmäkohtaisesta etiikasta.

Davis (1994) lähtee jäsentämään bioetiikkaa ammatillisista lähtökohdista yhdistäen lääkintäetiikan ja hoitoetiikan sisältöjä toisiinsa. Hän korostaa bioetiikassa ammatillisia arvoja, laillisuutta, sosiaalisuutta, uskonnollisuutta ja kulttuurisia tekijöitä. Davisin mukaan bioetiikan kehitystarpeeseen heijastuvat teknologian mahdollisuudet vaikuttaa ihmisen elämään ja kuolemaan. Ammatillisia lähtökohdita korostavat myös DeMoissac ja Warnock (1996), jotka kytkevät bioetiikan sisällön huolenpitoon. Heidän mukaansa bioetiikan sisältönä korostuvat etiikan periaatteet kuten itsemääräämisoikeus, hyvän tekeminen, pahan välttäminen ja oikeudenmukaisuus. Bioetiikka laajentaa ja syventää eettistä tietoa hoitotyössä ja koulutuksessa (esim. Scott 1996, Styles 1996, Tschudin ja Hunt 1996). Kortekangas (1995) kannattaa lääkintäetiikan opetusta lisättynä bioeettisillä ja juridisilla sisällöillä lääkärikoulutuksen alkuvaiheesta lähtien.

Payton (1980) tarkastelee bioetiikkaa hoitohenkilöstön opetussuunnitelmasta lähtien. Hän näkee bioetiikan ammattietiikkaa laajempänä, mikä sisältää eettiset käsitteet, etiikan teorioita ja filosofiaa. Bioetiikan keskeiset käsitteet ovat itsemäärääminen, totuuden kertominen, toisen puolesta tekeminen (paternalismi), suostumus, oikeudenmukaisuus ja vastuullisuus. Leavittin (1996) mukaan bioetiikka on osa hoitoetiikan tiedettä, jota jäsenetään uskonnollisista, filosofisista, sosiaalitieteellisistä perusteista käsin. Hän arvioi sairaanhoitajien olevan bioetiikan edustajina tärkein ryhmä kahdenkymmenen vuoden kuluttua, koska sairaanhoitajat tarkastelevat potilaan hoitoa kokonaisuutena. Leavittin mukaan bioetiikan opetuksen tulee koostua ajankohtaisista, monikulttuurisista ja tapausesimerkkejä sisältävistä aineksista. Hän korostaa bioetiikan oppimisessa kokemuksellisuutta ja avointa reflektiota enemmän kuin tiukkaa teoreettista asioiden hallintaa. Näkemystään hän perustelee sillä, että asioiden syvällinen ja avoin reflektointi on tärkeämpää kuin sanojen analysointi.

Hoitotyössä esiintyvissä etiikkaa käsittelevissä kirjoituksissa esiintyy vähän mainintoja etiikan tutkimuksesta tai ekologisesta etiikasta. Häyry (1997b, 8-10) korostaa bioetiikan tutkimuksen etiikassa kaikkia ihmisiä ja ammattiryhmiä koskevia eettisiä periaatteita kuten tasavertaisuutta, suostumusta ja hyväksyttävyyttä. Ihmiseen sekä ihmisen alkioon ja sikiöön kohdistuvaa lääketieteellistä tutkimusta säädellään lainsäädännöllä (Suomen säädöskokoelma

1999). Ekologinen etiikka liittyy läheisesti tutkimuksen etiikkaan ja ulottuu koko maapallon elollista luontoa koskeviin kysymyksiin (Häyry 1997b, 10-11, 15). Häyry toteaa bioetiikan olevan filosofisessa tutkimuksessa voimakkaasti kasvava ala.

4 YHTEENVETO ARVO- JA ARVOSTUS- KÄSITYKSISTÄ SEKÄ HOITOETIIKASTA

Kirjallisuuskatsauksessa arvo- ja arvostuskäsitteen määrittely on tehty moraalifilosofian ja hoitotyön käsityksistä lähtien. Yhteiskunnassa vallitsevat arvot ja arvostukset ovat etupäässä kulttuurisia ja sitoutuvat yhteisöihin. Arvoja voi tarkastella yleisinä, koko maailmaa koskevinä kuten käsitys hyvästä ja elämästä. Yhteisöt ja yksilöt perustelevat arvo- ja arvostuskäsityksillä toiminnan oikeutusta, valintoja ja päämäärää. Arvostuskäsitykset viittaavat arvonkaltaisiin hyviin asioihin ja ominaisuuksiin kuten hyveisiin, ihanteisiin, periaatteisiin, velvollisuuksiin ja ohjeisiin. Näin ollen osa arvo- ja arvostuskäsityksistä ei välttämättä nouse eettisistä perusteista. Yhteisön ja yksilön arvo- ja arvostuskäsityksiä voi luokitella ja asettaa paremmuusjärjestykseen.

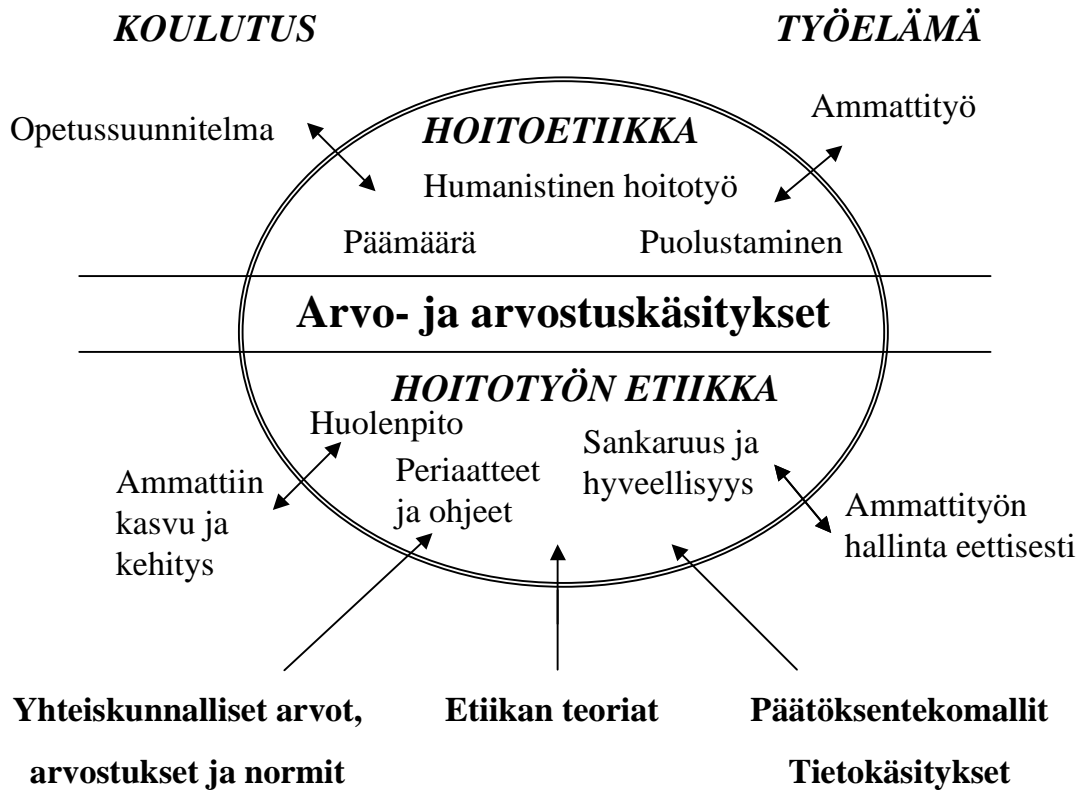
Terveydenhuollon tehtävänä on edistää potilaan, perheen, yhteisöjen ja yhteiskunnan hyvän olon ja terveyden tavoitteita ja päämäärää. Näihin päämäärä- ja tavoiteasetteluihin sitoutuvat hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset niin koulutuksessa kuin työelämässäkin. Työelämässä arvo- ja arvostuskäsitykset näkyvät erilaisten terveydenhuollon eettisten kysymyksien ja ongelmien ratkaisuja tarkasteltaessa. Terveydenhuoltoon integroituu eettisiä ongelmia, jotka edellyttävät toiminnan eettistä tarkastelua hoitoetiikkaa laajemmista näkökulmista esimerkiksi bioetiikasta orientoituen.

Kirjallisuuskatsauksessa etiikan teorioista käsitellään päämäärä-, velvollisuus- ja seurausetiikkaa. Nämä etiikan teoriat kytkeytyvät terveydenhuoltoon ja hoitoetiikan sisältöihin siten, että päämääräetiikka integroituu hoitotyön päämäärää ja tehtävää kuvaaviin arvo- ja arvostuskäsityksiin. Samoin päämääräetiikkaan sisältyvät määrittelyt hyveistä ja sankaruudesta. Seurausetiikan nähdään tukevan potilaan puolustamiseen liittyviä arvoja ja arvostuksia. Velvollisuusetiikasta tulee aineksia periaatteiden, ohjeiden ja sopimusten sisältöihin. Näihin liittyvät säännökset, jotka ovat sopimuksenvaraisia tai nousevat lainsäädännöstä.

Hoitoetiikan lähtökohdista esillä ovat humanistinen hoitotyö, eettinen päätöksenteko ja eettiset tietokäsitykset. Hoitotyön etiikasta nousevat hoitotyön päämäärä, tehtävä, periaatteet, huolenpito ja ammattiryhmien eettiset ohjeet. Hoitoetiikan opettamisesta ja oppimisesta kirjallisuuskatsauksessa keskitytään arvoista lähtevään hoitoetiikan opetukseen.

Seuraavassa kuviossa (3) on tiivistettynä henkilökohtaisiin ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiin heijastuvat tekijät sekä terveydenhuollon koulutuksessa että työelämässä. Koulutuksen opetussuunnitelma suuntaa ja saa sisältöjä hoitoetiikasta ja hoitotyön etiikasta. Samoin nämä etiikat heijastuvat ja saavat palautetta työelämästä. Muista tieteenaloista filosofinen etiikka ja erityisesti etiikan teoriat tukevat hoitoetiikan sisältöjen jäsentämistä. Eettistä ajattelua ja toimintaa selkiinnyttävät eri tieteissä esitetyt päätöksentekomallit ja tietokäsitykset. Yhteiskunnalliset ja kulttuuriset arvo- ja arvostuskäsitykset vaikuttavat terveydenhuollossa vallitseviin arvo- ja arvostuskäsityksiin.

TERVEYDENHUOLTO



Kuvio 3. Yhteenveto tutkimuksen kirjallisuuskatsauksesta

Terveydenhuollon ammatillisen peruskoulutuksen vaiheessa opiskelija on nuori. Hänen kasvunsa ja kehittymisensä eettisesti jatkuu koulutuksen kuluessa yhdistyen ammatilliseen kasvuun ja kehittymiseen. Koulutus osuu tärkeään aikaan nuoren ihmisen moraalisen kehittymisen kannalta. Hoitoetiikan yksi keskeinen tavoite on selkiinnyttää nuoren henkilökohtaiset, mutta myös hoitotyön ja terveydenhuollon arvo- ja arvostuskäsitykset. Samoin opiskelijan tulee saavuttaa eettinen päätöksentekotaito siten, että hän kykenee toimimaan käytännön tilanteissa eettisesti toivottavalla tavalla eli hallita ammattityö eettisesti. Opiskelijalla tulee iästään huolimatta olla jo opiskeluaikana valmiuksia kohdata vaikeita eettisiä ongelmia. Tämä edellyttää häneltä henkilökohtaisten ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten tunnistamista ja hallintaa.

5. TUTKIMUSONGELMAT JA -ASETELMA

Arvo- ja arvostuskäsitysten tutkimus on tarpeellista, koska yhteisöt ja yksilöt perustelevat toiminnan oikeutuksia, valintoja, motiiveja ja päämääriä arvoilla ja arvostuksilla. Erityisen tarpeellista tutkimus on terveydenhuollon koulutuksessa ja tämän jälkeen työelämässä, koska tutkimustietoa näiden ryhmien arvo- ja arvostuskäsityksistä on niukasti. Samoin tutkimusta tarvitaan, koska terveydenhuollon ammattityössä arvo- ja arvostusperusteet korostuvat. Terveydenhuollossa toiminnan toinen osapuoli on potilas, joka tarvitsee apua ja tukea eikä välttämättä ole kykenevä edustamaan tai puolustamaan itseään palvelujen saajana.

Terveydenhuollon koulutuksesta tulee tietää, mitä arvo- ja arvostuskäsityksiä opiskelijoilla on koulutuksen aikana ja heidän valmistuessaan ammattiin. Tutkimustiedon tarpeellisuus on perusteltua, jotta koulutuksessa saavutettavia tuloksia sekä koulutuksen ja työelämän yhteyksiä voidaan tehokkaasti arvioida ja kehittää. Samoin arvo- ja arvostuskäsitysten tutkimus lisää tietoa hoitoetiikan kehittämiseen, koska arvot ja arvostukset sitoutuvat eettiseen toimintaan. Terveydenhuollosta tulee tietää, miten hoitohenkilökunnan arvo- ja arvostuskäsitykset toimivat käytännössä. Samoin on tärkeää tietää, miten opiskelijoiden ja hoitohenkilökunnan arvo- ja arvostuskäsitykset ovat yhteneviä tai erilaisia.

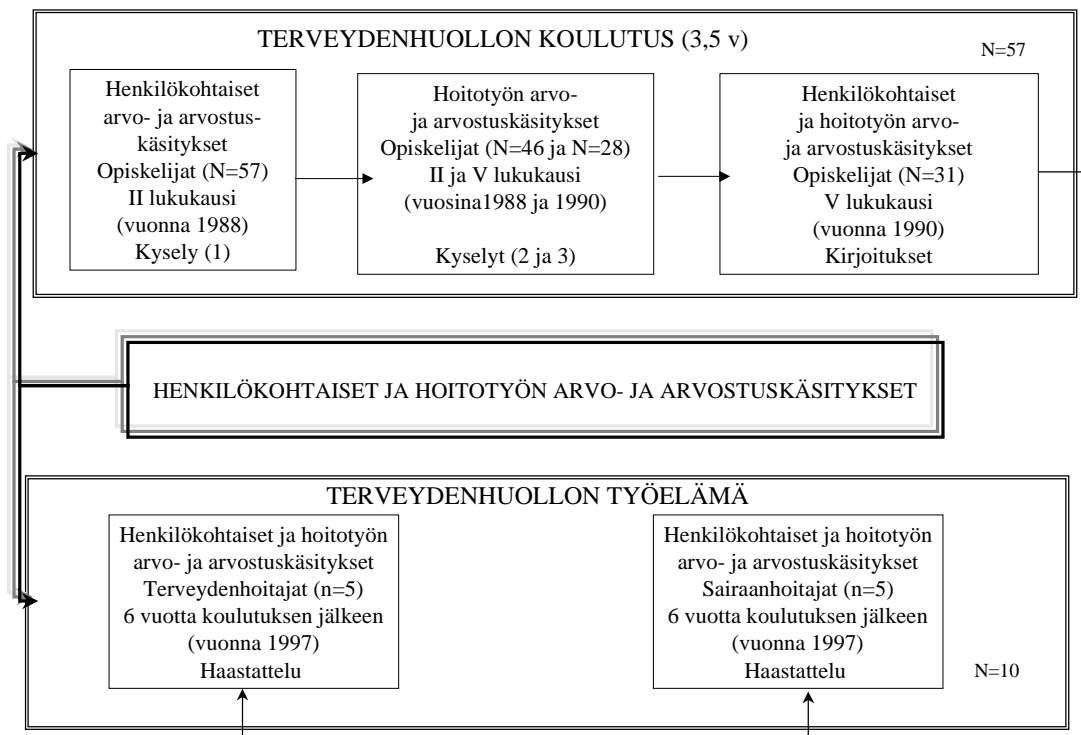
Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata opiskelijoiden arvo- ja arvostuskäsityksiä terveydenhuollon koulutuksessa ja myöhemmin koulutuksen jälkeen ammattityössä. Tutkimusjoukoksi on valittu sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijat. Työelämästä tutkimusjoukkona on sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat, jotka ovat mukana myös koulutusvaiheen tutkimusjoukossa.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Millaisia henkilökohtaisia arvo- ja arvostuskäsityksiä sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijat kuvaavat koulutuksen alkuvaiheessa?
2. Millaisia hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiä sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijat kuvaavat koulutuksen kuluessa?
3. Millaisia henkilökohtaisia ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiä sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijat kuvaavat koulutuksen loppuvaiheessa?
4. Millaisia ja miten sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat kuvaavat henkilökohtaisia ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiä koulutuksen jälkeen työelämässä?

Tutkimusongelmiin haettiin vastausta sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden itsensä kuvaamista käsityksistä lähtien. Ensimmäiseen ja toiseen tutkimusongelmaan vastausta haettiin kyselyin, joissa opiskelijoita pyydettiin nimeämään henkilökohtaisia ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiä. Koulutuksen loppuvaiheessa jokainen opiskelija kirjoitti etiikan kysymyksiä käsittelevän esseen. Opiskelijoiden kirjoituksissa kuvaamat henkilökohtaiset ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset vastaavat kolmanteen tutkimusongelmaan. Viimeiseen tutkimusongelmaan

vastausta etsittiin käytännön työssä olevia sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia haastattelemalla. Seuraavassa kuviossa (4) esitetään tutkimusasetelma.



Kuvio 4 . Tutkimusasetelma

Tutkimuksen keskeinen mielenkiinnon kohde on opiskelijoiden ja myöhemmin ammattihenkilöiden henkilökohtaiset ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset. Tutkimus jakaantuu kahteen vaiheeseen: terveydenhuollon koulutukseen ja työelämään. Tutkimuksen pääpaino on koulutuksen aikaisten arvo- ja arvostuskäsitysten kuvaamisessa. Koulutusvaiheessa tutkimusjoukon koko vaihteli 57:sta opiskelijasta 28:aan opiskelijaan. Koulutuksen alkuvaiheessa ja kuluessa tehtiin kolme kyselyä, joista ensimmäinen kysely koski henkilökohtaisia arvo- ja arvostuskäsityksiä ja kaksi kyselyä hoitotyön käsityksiä. Koulutuksen loppuvaiheessa opiskelijat kirjoittivat esseen. Terveydenhuollon työelämässä tutkimusjoukkoa (N=10) haastateltiin. Tämä tutkimusvaihe tapahtui kuuden vuoden kuluttua koulutuksesta. Toisen vaiheen tulokset ovat palaute ensimmäisen vaiheen tuloksista ja antavat tietoa koulutuksessa esiintyneiden arvo- ja arvostuskäsitysten samankaltaisuudesta, pysyvyydestä tai muuttumisesta työelämässä.

6 TUTKIMUKSEN LÄHESTYMISTAPA JA EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Tässä tutkimuksessa selvitetään terveydenhuollon koulutuksessa opiskelijoiden ja työelämästä hoitohenkilöiden käsityksiä henkilökohtaisista ja hoitotyön arvoista ja arvostuksista. Tutkimusotteena on yksilön ja tutkimusjoukon käsitysten kuvaamisen mahdollistava fenomenografia. Tutkimusotteeksi fenomenografia soveltuu siitä syystä, että tutkimus kohdistuu opiskelijoiden ja hoitohenkilöstön tiedostamiin ja kokemiin käsityksiin henkilökohtaisista ja hoitotyön arvoista ja arvostuksista. Näistä käsityksistä on vähän empiirisesti hankittua tietoa, ja fenomenografia mahdollistaa vähän tutkitun aiheen tutkimisen aineistolähtöisesti. Lisäksi perusteena fenomenografian valintaan on se, että tuloksina muodostuvat luokat ja kategoriat kokoavat ja jäsentävät yksilöiden ja ryhmien arvo- ja arvostuskäsityksiä kokonaisuuksiksi. Tutkimusongelmien samankaltainen toistuvuus mahdollistaa eri tutkimusvaiheiden tuloksina saatujen luokkien ja kategorioiden vertailun toisiinsa esimerkiksi tutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa. Tässä luvussa tarkastellaan fenomenografiaa tutkimusotteena yleensä sekä tämän tutkimuksen toteuttamista ja etiikkaa.

6.1 Fenomenografia tutkimusotteena yleensä

Fenomenografiassa tutkimuksen tavoitteena on löytää ihmisten erilaiset kokemukselliset variaatiot käsityksistä, joiden avulla hän kokee, ymmärtää ja tiedostaa ympäröivässä maailmassa olevia ilmiöitä. Fenomenografiassa ollaan kiinnostuneita ”todellisuuden eri aspekteista” ja niiden käsitteellistämisestä. (Marton ja Booth 1997, 82-109, 111.) Järvinen (1985, 49-52) kuvaa tätä kiinnostuksen kohdetta koetun ja ”eletyn” elämän tarkasteluna.

Fenomenografian historia tutkimusotteena on lyhyt. Sen kehittämisen juuret juontavat 1970-luvulle, jolloin ruotsalainen tutkijaryhmä alkoi kehittää oppimisen ja ajattelun tutkimiseen soveltuvaa menetelmää (Marton 1981, 1988, Marton ja Booth 1997). Tutkimusotteen kehittäminen lähti kritiikistä Piaget’n teoriaa kohtaan: Piaget liittyy oppimisen lapsen ikään ja jättää huomiotta oppimiskokemukset (Marton 1981, Gröhn 1992). Fenomenografian toinen suunta tulee hahmopsykologiasta, josta nousee kiinnostus ihmisten havaintoihin (Gröhn 1992). Nimensä tutkimusote on saanut yhtymäkohdistaan fenomenologiaan. (Marton 1988, Marton ja Booth 1997, 116-117). Fenomenografian eroavuudet fenomenologiaan selittyvät sillä, että fenomenografia pyrkii löytämään ihmisten käsitysten variaatiot määriteltävästä ilmiöstä (Marton ja Booth 1997, 116-117). Suomessa fenomenografiasta metodina ovat kirjoittaneet mm. Järvinen (esim. 1985, 1990, Järvinen ja Järvinen 1996, Järvinen ja Karttunen 1997) ja Uljens (esim. 1989, 1991, 1993).

Fenomenografisen tutkimuksen ensivaiheita ovat tutkimuksen tavoitteiden asettaminen ja näkökulman valinta tutkittavan ilmiön tarkasteluun. Tavoitteena on tutkia ihmisten tietoisuutta erilaisista asioista, käsityksistä ja kokemuksista. Tällöin *ei pyritä vastaamaan kysymykseen, miten jokin asia on objektiivisessa mielessä vaan kuvataan miten yksilö kokee ja kuvaa* jonkin asian. (Marton ja Booth 1997, 112-114.) Fenomenografiassa tarkastellaan yksilön kokemuksia ja käsityksiä ensimmäisen ja toisen asteen näkökulmasta. Ensimmäinen aste tarkoittaa tutkittavan yksilön omia kokemuksia jokapäiväisen elämän ilmiöistä, tilanteista ja maailmasta. Toinen aste kuvaa sitä, miten toinen orientoituu toisen yksilön (tutkittavan) ajatuksiin, kokemuksiin ja käsityksiin ja tekee niistä päätelmiä. (Mt. 1997, 117-121.) Tässä tutkimuksessa lähestytään tutkittavien arvo- ja arvostuskäsityksiä toisen asteen näkökulmasta.

Aineiston keruumenetelmä fenomenografiassa on useimmiten haastattelu. Haastattelun suosiminen fenomenografisen tutkimuksen yhteydessä selittyy sillä, että se mahdollistaa tiedonkeruuvaiheessa haastateltavan ja haastattelijan vuorovaikutuksen ja että haastattelussa voidaan kysymyksin syventää tietoa tutkittavan käsityksistä. (Marton 1981, 1988, Marton ja Booth 1997, 129-132). Myös muut tiedonkeruumenetelmät, joissa ihmisten kokemukset voidaan pukea sanoiksi, ovat mahdollisia, esimerkkinä kirjoitukset tai videot. (Marton ja Booth 1997, 132.) Tässä tutkimuksessa aineisto on kerätty avoimina kyselyinä, esseinä ja teemahaastatteluina.

Uljens (1991) kuvaa aineiston analysointia neljällä askeleella: ilmiön kuvailu aineiston käsitteillä, samankaltaisten käsitysten muutos yleisemmiksi teemoiksi, teemojen merkitysten luonnehdinta sekä tulosten luokittelu ja käsitteellistäminen. Tämän tutkimuksen aineiston analyysi mukailee edellä kuvattuja vaiheita, jotka jaotellaan kuuteen vaiheeseen. (Ks. luku 6.2.4, 60)

Fenomenografiassa kuvausluokat eli kategoriat ovat jo sinällään tutkimuksen tuloksia. Kategoriat ovat kuvausta ihmisten käsitysten ryhmittelystä ja suhteista. Kategorioille asetetaan kolme kriteeriä: 1) kategoriat tulee olla selkeässä suhteessa kuvattavaan ilmiöön, 2) kategorioiden suhteiden toisiinsa tulee erottua toisistaan esimerkiksi hierarkkisesti ja 3) kategoriat tulee muodostaa säästeliäästi, jotta aineistosta nousevat variaatiot saadaan esille. (Marton 1988, Marton ja Booth 1997, 124-128.) Kategorioita voi ryhmitellä yksityiskohta - kokonaisuus, osa - osa tai ”syvälinen – pinnallinen” suhteiden mukaisesti (Järvinen 1985, 53-54, Larsson 1986, 31-36, Uljens 1989, 39-43, 1991, Marton ja Booth 1997, 126-127). Tulokset esitetään horisontaalisena, vertikaalisena tai hierarkkisena rakenteena (Uljens 1989, 46-51 ja 1991, Järvinen ja Järvinen 1996, 50-51, Järvinen ja Karttunen 1997, 169-170). Horisontaalisessa tavassa kategoriat ovat vertailtavissa ja yhtä tärkeitä suhteessa toisiinsa. Tätä tapaa on käytetty erityisesti varhaisissa fenomenografisissa tutkimuksissa. Vertikaalisesti rakennetussa kuvauksessa kategoriat on asetettu järjestykseen esim. yleisyysasteen tai ajan suhteen, mutta ei paremmuusjärjestyksessä. Hierarkkisessa rakenteessa kuvausluokat ovat suhteessa toisiinsa siten, että alempi taso voi olla osa ylempää tasoa. (Järvinen ja Järvinen 1996, 50-52, Järvinen ja Karttunen 1997, 169-170.) Tämän tutkimuksen tuloksia esitellään yhdistäen vertikaalinen ja horisontaalinen kuvaustapa sekä hierarkkisuus yleisyys-henkilökohtaisuustasojen mukaan. Tuloksia havainnollistetaan kuvioina.

Tutkimuksen luotettavuudesta puhuessaan Marton (1988) esittää vertauksen kasvitieteilijästä, joka löytää ja nimeää tuntemattoman kasvin. Hän korostaa, että kategorioiden muodostamisen jälkeen toinen tutkija voi löytää samoja luokkia uudesta aineistosta. Marton painottaa tutkimustuloksista käytävän keskustelun merkitystä. Uljens (1989, 52-58) kuvaa tutkimusaineiston, -prosessin ja tulosten arviointia, jossa keskeistä on tutkimuksen todellisuuden vastaavuus, loogisuus, ymmärrettävyys ja tutkimuksesta aiheutuvat seuraamukset. Järvinen ja Karttunen (1997, 170-172) painottavat tarkkaa tutkimuksen kulun raportointia luotettavuuden arviointikeinona. Yleisesti ottaen fenomenografisen tutkimuksen luotettavuutta voi arvioida laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta ja arvioinnista esitetyillä kriteereillä (esim. Burns 1989, Tynjälä 1991, Mäkelä 1992, 42-59, Begley 1996, Holloway ja Wheeler 1996, 188-192, Foster 1997, Leino-Kilpi 1997). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat esimerkiksi aineiston riittävyys ja vastaavuus sekä tulosten vertailtavuus ja neutraalisuus. Luotettavuuskriteereihin palataan myöhemmin, kun tarkastellaan tämän tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkijan ominaisuuksista Marton ja Booth (1997, 111) mainitsevat, että tutkimuksen tulokset ovat tutkijan tapa kokea jotakin eli katsannossa korostuu toisen asteen perspektiivi. Tutkijasta itsestään todetaan, että hänen rooliaan tulisi tarkastella kriittisesti (Järvinen ja Karttunen 1997, 172). Tutkijan tulee tiedostaa omat lähtökohtansa ja pyrkiä objektiivisuuteen

(Uljens 1989). Laadullinen tutkimus antaa tutkijalle tutkimusprosessiin vapautta ja joustavuutta (Eskola ja Suoranta 1996, 14-17). Hyvä laadullisen tutkimuksen tekijä on herkkä intuitiivisti, tarkka analyytikko ja luova keksijä. Intuitiota tulisi kuitenkin ohjata pohtiva järki, sillä muuten aineiston tulkintaan saattaa liittyä harhaisia riskejä. (Ehrnrooth 1992, 32-35.)

Tutkimusotteen käyttökelpoisuudesta kiistellään. Esimerkiksi Uljens (1993) kritisoi fenomenografian sallivan niukasti reflektointia tulosten raportoinnissa verrattuna fenomenologiseen menetelmään, jossa reflektio on olennaista. Uljens näkee käsitteellistä epäselvyyttä yksilön käsitysten ja kokemusten tulkinnessa. Simoila (1993) arvioi, ettei fenomenografia menetelmällisesti tue tutkimusprosessin läpiviemistä. Dall'Alba (1993) puolustaa fenomenografian sallivan monipuolisen oppimisen ja opetuksen tutkimisen. Wenestam (1993) pitää oppimisen tutkimusta yleisesti perusteltuna, koska oppilaat ymmärtävät kaksi kolmasosaa opetuksesta ja kolmannes jää ymmärtämättä. Marton ja Booth (1997) puolustavat fenomenografisen tutkimusotteen avulla luotujen kuvauskategorioiden merkitystä tiettyä ilmiötä jäsentävänä ja kuvaavana menetelmänä. Samoin he korostavat fenomenografian merkitystä kokemusten kuvaamisessa siten kuin ihmiset itse tiedostavat kokemuksensa ympäröivässä maailmassa.

Fenomenografisella tutkimusotteella tehdyistä tutkimuksista Järvisen (1985) lääketieteen opiskelijoiden käsityksiä koskeva tutkimus on ensimmäinen Suomessa. Koulutukseen ja opetukseen liittyviä tutkimuksia ovat esim. Järvisen (1990), Gröhnin (1991), Trigwellin (1997) Mäkisalonen (1998) Karttusen (1999) tutkimukset. Terveystieteiden tutkimusotteen käyttöön liittyy Jokelan (1996) tutkimus ja hoitohenkilöstöä ovat tutkineet Simoila (1994) ja Nousiainen (1998).¹ Edellä esitettyjen tutkimusjulkaisujen perusteella fenomenografinen tutkimusote on saanut 90-luvulla osakseen enenevää kiinnostusta koulutuksessa ja terveydenhuollossa. Tämä fenomenografisen tutkimusotteen käyttö selittyy sillä, että se mahdollistaa tutkimuksen yksilön (opiskelijan, opettajan, asiakkaan, potilaan ja hoitajan) kokemusten ja käsitysten sekä niiden variaatioiden tutkimisen.

6.2 Tutkimuksen empiirinen toteuttaminen

Raportin seuraavissa osissa käsitellään terveydenhuollon koulutus- ja työelämävaihetta erikseen. Tutkimuksen koulutusvaiheen suorittamiseen saatiin lupa terveydenhuolto-oppilaitoksen rehtorilta ja tutkittavat päättivät itse tutkimukseen osallistumisesta sekä koulutusvaiheesta että työelämävaiheesta.

Tässä luvussa keskitytään tutkimusympäristön, tutkimusjoukon, aineiston keruun ja analysoinnin kuvaamiseen. Valtaosa tutkimuksen liitteistä viittaa tämän luvun sisältöihin. Liitteissä 1-4 esitetään esimerkkejä koulutuksen aikaisesta tutkimusvaiheesta. Liitteet 5-6 sisältyvät työelämävaiheen tutkimukseen.

6.2.1 Tutkimusympäristö

Tutkimusympäristö terveydenhuollon koulutusvaiheessa

Ensimmäisen vaiheen tutkimusympäristö oli perinteinen suomalainen terveydenhuollon oppilaitos, jonka kokonaisopiskelijamäärä oli yli tuhat opiskelijaa. Oppilaitoksen vuosikertomuksen (1990) mukaan opetuksen kehittämisen kohteena oli opetuksen laatu.

¹ Terveystieteiden tutkimusotteen käyttöön liittyy Jokelan (1996) tutkimus ja hoitohenkilöstöä ovat tutkineet Simoila (1994) ja Nousiainen (1998).¹ Edellä esitettyjen tutkimusjulkaisujen perusteella fenomenografinen tutkimusote on saanut 90-luvulla osakseen enenevää kiinnostusta koulutuksessa ja terveydenhuollossa. Tämä fenomenografisen tutkimusotteen käyttö selittyy sillä, että se mahdollistaa tutkimuksen yksilön (opiskelijan, opettajan, asiakkaan, potilaan ja hoitajan) kokemusten ja käsitysten sekä niiden variaatioiden tutkimisen.

Oppimisenäkemyksenä opetuksessa esiintyi mm. Engeströmin (1988) oppimisen malli. Tutkimuksessa mukana olleet opiskelijat suorittivat opistoasteen sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan ammattitutkintoa. Opiskelijoiden opetus toteutui valtakunnallisen terveydenhuollon peruslinjan ylioppilas pohjaisen sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan opetus suunnitelmien mukaisesti (AKH 1987). Koulutuksen kokonaispituus oli 3,5 vuotta eli seitsemän lukukautta. Opiskelijat aloittivat koulutuksensa heti erikoistumislinjojen mukaisissa ryhmissä. Lukusuunnitelmissa opinnot jakaantuivat yleissivistäviin ja ammattiaineisiin, joista viimeksi mainittu jakaantui ammatillisiin yleisaineisiin ja ammattiaineisiin. Opetussuunnitelmien mukaan eettistä sisältöä esiintyi hoitoetiikan kurssien lisäksi mm. sosiologiassa, hoito-opin, -yhteisön ja -taidon kursseilla sekä kliinisillä että syventävillä hoito-opin kursseilla. (AKH 1987, tutkimuksessa mukana olleen terveydenhuolto-oppilaitoksen vuosikertomus 1990.)

Tutkimusaineisto kerättiin opetus suunnitelmaan sisältyvän hoitoetiikan kurssin oppimis- ja opetustilanteissa.² Ensimmäinen hoitoetiikan kurssi sijoittui koulutuksen toiseen lukukauteen. Kurssin sisältönä olivat etiikan peruskäsitteet (maailmankatsomukset, ihmiskäsitys, arvot ja periaatteet), etiikan merkitys yhteiskunnassa, hoitotyön normit, ohjeet ja sairaanhoitajan vastuu. Kurssin loppuvaiheen opetuksessa käytiin läpi päätöksentekoprosessi, jossa lähde teoksena käytettiin Laurin (1986) päätöksentekomallia. Eettistä päätöksentekoa käsiteltiin opiskelijoiden hoitotyön harjoittelussa esille tulleiden eettisten ongelmien ratkaisemisessa. Kurssista oli kirjallinen koe, jossa vaatimuksena oli mm. Kalkkaan ja Sarvimäen (1985) teos ”Hoitotyön eettiset perusteet”. Toinen hoitoetiikan oppikurssi toteutui noin kahden vuoden kuluttua edellisestä kurssista viidennellä lukukaudella. Kurssin alussa käsiteltiin ajankohtaisia eettisiä asioita, kuten potilaan oikeuksia, sairaanhoitajan salassapitoa, ammattiin sitoutumista ja eettistä päätöksentekoa. Varsinaisesti kurssin sisältönä olivat opiskelijoiden kirjoittamat esseet hoitotyön eettisistä kysymyksistä tai ongelmista. Opiskelijoiden käsittelemiä eettisiä ongelmaesimerkkejä olivat erilaisten potilasryhmien eettiset kysymykset, potilaan oikeudet, itsemääräämisoikeus, ihmisen syntymään ja kuolemaan liittyvät kysymykset sekä teknologian mahdollisuudet terveydenhuollossa. (Liite 1.) Opetusmenetelmänä ensimmäisellä kurssilla olivat etupäässä opetuskeskustelut sekä toisella kurssilla ohjattu itsenäinen ja seminaariluontoinen opiskelu.

Tutkimusympäristönä oppilaitos oli tutkimukseen hyvin soveltuva. Opetustilanteet antoivat luonnollisen vuorovaikutteisen ympäristön havainnoida, tulkita ja selkiinnyttää tutkittavien käsityksiä ja kokemuksia.

Tutkimusympäristö terveydenhuollon työelämävaiheessa

Toisen vaiheen tutkimusjoukkona olivat sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat. He olivat mukana jo ensimmäisen vaiheen tutkimusjoukossa. Heidän työkokemuksensa koostui joko sairaalatyöstä tai perusterveydenhuollosta. Tutkittavat sairaanhoitajat työskentelivät sairaaloissa: yliopistollisen keskussairaalan eri klinikoiden tai aluesairaalan kirurgisilla ja leikkaus/anestesiaosastoilla. Terveydenhoitajat työskentelivät perusterveydenhuollossa. Heidän työpaikkansa oli laaja-alainen väestövastuuneuvola tai sen osa-alue (väestövastuuneuvola sisältää äitiys-, lasten- ja aikuisväestön neuvolat sekä koti- ja avosairaanhoidon). Yhden terveydenhoitajan työkokemus oli kouluterveydenhoidosta ja toinen oli työssä yksityisellä erikoislääkäriasemalla. (Erikoislääkäriaseman työhön sisältyi edellä kuvatun väestövastuuneuvolan toimintoja sekä työterveyshuolto).

² Hoitoetiikan tavoitteita ja opetuksen rakennetta käsitellään luvussa 3.3.1: 41-43 ja Pihlainen 1990, 1993a, 1998.

Osa tutkimusjoukosta halusi haastattelun tapahtuvan oppilaitoksessa, jossa he olivat tutkimuksen tiedonkeruun ensi vaiheessa opiskelleet. Tutkimusjoukosta puolet tuli oppilaitokseen ja yhtä lukuun ottamatta tämä oli heille ensimmäinen kerta koulutuksen jälkeen. Haastattelut tehtiin rauhallisessa huoneessa. Kolme haastattelua tehtiin työpaikoilla työpäivän päättymisen jälkeen joko sairaalassa tai terveysasemalla. Näissä haastattelutilan tutkittavat järjestivät itse. Myös nämä tilanteet olivat rauhallisia ja kiireettömiä. Kaksi tutkittavaa haastateltiin heidän kotonaan. Toisessa tilanteessa lapsi osallistui haastattelutilanteeseen, mutta hän ei kuitenkaan ratkaisevasti häirinnyt tutkimustilannetta. Kaikki haastattelut nauhoitettiin.

Tutkimusjoukon toiveiden mukaisesti haastattelutilanteiden tutkimusympäristö vaihteli kodin, työpaikan tai koulutilojen välillä. Tutkimuksen kannalta olennaista oli se, että haastattelupaikat mahdollistivat luontevan vuorovaikutuksen, rauhallisen ja mahdollisimman häiriöttömän ympäristön tiedon taltiointiin.

6.2.2 Tutkimusjoukko

Tutkimusjoukko terveydenhuollon koulutusvaiheessa

Fenomenografisessa tutkimuksessa tulee tutkimusjoukon koostua siten, että se tuo tutkimukseen mahdollisimman laajan variaation tutkittavasta ilmiöstä (mm. Marton ja Booth 1997, 124). Tässä tutkimuksessa ensimmäisen vaiheen tutkimusjoukko koostui sairaanhoitaja- (n=45) ja terveydenhoitajaopiskelijoista (n=15). Sairaanhoitajaopiskelijat edustivat yhteensä kolmea eri opiskeluryhmää sisätauti-kirurgisesta ja perioperatiivisesta hoitotyöstä. Terveydenhoitajaopiskelijat muodostivat yhden opiskeluryhmän. Ryhmistä tutkimuksen pääasiallisinta tutkimusjoukkoa edustivat sairaanhoitaja- (ryhmä I, n=15) ja terveydenhoitajaopiskelijat (ryhmä II, n=16). Ryhmätunnukset (I, II, III ja IV) esittävät aina samaa opiskelijaryhmää.

Seuraavassa taulukossa (2) esitellään lähemmin tutkimukseen osallistuneiden opiskelijaryhmien taustoja. Opiskelijoiden taustatekijöistä tarkastellaan opiskelijoiden ikää taustakoulutusta, siviilisäätystä (edellä kuvatut tekijät on kirjattu koulutukseen tulotilanteen mukaisesti), ja koulumenestystä (koulutuksen päättyessä). Tiedot poimittiin oppilaitoksen rekisteristä. Pääasiallisina rekisteritietoina käytettiin koulunsaapumisvaiheen opiskelijalomaketta ja tutkintotodistusta. Koulumenestymistä kuvataan tutkintotodistuksessa useimmiten toistuneen arvosanan avulla.

Tutkimusjoukosta kaikki olivat ylioppilaita, valtaosa nuoria ja naimattomia naisia. Erilaisuutta ryhmissä oli se, että miehiä oli kolme ja kaksi opiskelijaa terveydenhoitajaryhmässä oli yli 40-vuotiaita. Muuten terveydenhoitajaryhmä (ryhmä II) oli iältään samankaltainen muiden ryhmien kanssa. Jotkut opiskelijat (n=11) olivat suorittaneet aiemmin ammattitutkinnon. Opiskelijaryhmien koulumenestyksessä oli laadullisia eroja; ryhmät II ja III olivat menestyneet muita paremmin. Viimemainittu ryhmä (III) oli mukana ainoastaan ensimmäisessä henkilökohtaisissa arvo- ja arvostuskäsityksiä koskevassa kyselyssä. Tutkimusjoukon voi arvioida edustavan ylioppilaspohjaisia opiskelijoita ko. terveydenhuolto-oppilaitoksessa.

Opiskelijaryhmiä I ja II tutkittiin myös Rantasen (1992) tutkimuksessa. Hän tutki opiskelijoiden oppimistyyliä suhteessa opintomenestykseen. Rantasen tulosten mukaan sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijaryhmissä ei ollut merkittävää eroa oppimistyyliissä. Molemmat ryhmät käyttivät pääasiallisesti merkityssuuntautunutta oppimistyyliä, jota kuvaa ”minulle on tärkeää menestyä opinnoissani”. Tämä oppimistyyli korreloi positiivisesti opiskelijoiden tutkintotodistusten arvosanojen kanssa.

Taulukko 2. Opiskelijoiden (N=59) taustatekijöitä (koulutuksen alkuvaiheessa) ja yleisin arvosana tutkintotodistuksessa

TUTKIMUS- JOUKKO	PERUSKOU- LUTUS (lukumäärä)	SIVILISÄÄTY SUKUPUOLI (lukumäärä)	KESKIM. IKÄ- JA IKÄJAKAUMA (vuosina)	YL. ARVOSANA TUTKINTO- TODISTUKSESSA (lukumäärä)
Sairaanhoitaja Ryhmä I (n=15)	ylioppilas (15) opistotutkinto (1) koulututkinto (1)	naimaton (11) avioliitossa (4) naisia (13) miehiä (2)	keskim. ikä 22 ikäjakauma 20-26	eritt. hyvä (4) hyvä (10) tydyttävä (1)
Terveydenhoitaja Ryhmä II (n=14) *opisk. keskeytt. (2)	ylioppilas (14) koulututkinto (6)	naimaton (10) avioliitossa (4) naisia (14)	keskim. ikä 25 ikäjakauma 19-44	kiitettävä (1) eritt. hyvä (10) hyvä (3)
Sairaanhoitaja Ryhmä III (n=15)	ylioppilas (15) koulututkinto (2)	naimaton (15) naisia (15)	keskim. ikä 21 ikäjakauma 20-24	kiitettävä (2) eritt. hyvä (11) hyvä (2)
Sairaanhoitaja Ryhmä IV (n=15)	ylioppilas (15) opistotutkinto (1)	naimaton (14) avioliitossa (1) naisia (14) miehiä (1)	keskim. ikä 22 ikäjakauma 19-32	eritt. hyvä (7) hyvä (7) tydyttävä (1)

Koulutuksen aikana oli neljä tiedonkeruuvaihetta; kolme kyselyä, ja kerran opiskelijat kirjoittivat esseen. Tutkimusjoukon määrä vaihteli eri tiedonkeruuvaiheissa siten, että ensimmäisessä kyselyssä oli mukana 57 (=N) opiskelijaa (ryhmät I, II, III ja IV). Tämä oli tarpeen arvokategorioiden löytämiseksi ja luokkien erilaisuuden tunnistamiseksi eli ns. kylläntymistason saavuttamiseksi (vrt. Mäkelä 1992, Eskola ja Suoranta 1996, 34-36, Marton ja Booth 1997, 124). Samasta syystä toisessa kyselyssä oli mukana vielä kolme opiskelijaryhmää (N=46). Tutkimusjoukon lopullinen laajuus varmistui tutkimusaineiston analysoinnin yhteydessä. Tutkimusaineistoa ja sen osia taltioitiin kaikilta edellä kuvatuilta neljältä opiskelijaryhmältä. Tämä oli mahdollista siitä syystä, että kyselyt olivat osa hoitoetiikkakurssin tehtäviä. Seuraavassa taulukossa (3) tarkastellaan tutkimusjoukkoa eri tiedonkeruuvaiheissa.

Taulukko 3. Tutkimusjoukko koulutusvaiheen tiedonkeruussa

TUTKIMUSKOHDDE	AINEISTONKERUU, LUKUKAUSI JA VUOSI	TUTKIMUSJOUKKO JA -MÄÄRÄ
Henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset	Kysely 1	Ryhmä I sairaanhoitajat, n=15
	II lukukausi	Ryhmä II terveydenhoitajat, n=16
	Kevät tai syksy 1988	Ryhmä III sairaanhoitajat, n=14
		Ryhmä IV sairaanhoitajat, n=12 Yhteensä N= 57
Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset	Kysely 2	Ryhmä I sairaanhoitajat, n=15
	II lukukausi	Ryhmä II terveydenhoitajat, n=16
	Kevät- tai syksy 1988	Ryhmä IV sairaanhoitajat, n=15 Yhteensä N=46
	Kysely 3	Ryhmä I sairaanhoitajat, n=14
	V lukukausi	Ryhmä II terveydenhoitajat, n=14
	Kevät 1990	Yhteensä N=28
Henkilökohtaiset ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset	Kirjoitukset	Ryhmä I sairaanhoitajat, n=15
	V lukukausi	Ryhmä II terveydenhoitajat, n=16
	Kevät 1990	Yhteensä N= 31

Opiskelijaryhmät mahdollistavat yksilöitä ja ryhmiä koskevan aineiston vertailun. Tutkimusjoukoksi haluttiin erilaisia opiskelijoita (sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja) ryhmittäin, jotta tutkimusjoukon käsitysten variaatiot tutkittavasta ilmiöstä tulisivat mahdollisimman monipuolisesti esille.

Tutkimusjoukko terveydenhuollon työelämävaiheessa

Terveydenhuollon koulutusvaiheen opiskelijaryhmistä I ja II valittiin yhteensä (N=10) haastateltavaa, joista puolet oli sairaanhoitajia ja puolet terveydenhoitajia. Tutkittaviksi henkilöiksi päädyttiin valitsemaan rajattu joukko alkuperäisestä tutkimusjoukosta. Osittain tähän vaikutti tiedonkeruumuotona käytetty teemahaastattelu (Hirsjärvi ja Hurme 1995). Koulutusvaiheen tutkimuksen tulosten perusteella voitiin olettaa, että jo kymmenen haastateltavan kautta saadaan selville useimmiten toistuvat arvo- ja arvostuskäsitysten arvokategoriat. Tutkimusjoukoksi pyrittiin kuitenkin saamaan erilaista työkokemusta omaavia sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia, jotka edustaisivat alkuperäisiä opiskelijaryhmiä I ja II (vrt. Eskola ja Suoranta 1996, 33-40).

Tutkittavien valinta tapahtui siten, että opiskelijarekisteristä tarkistettiin ko. opiskelijaryhmien yhteystiedot. Näiden tietojen perusteella ensimmäisiin tutkittaviin otettiin yhteyttä puhelimitse ja heiltä saatiin opiskelutovereiden yhteystietoja. Yksi tutkittavista tavattiin hänen työpaikallaan opiskelijoiden harjoittelun yhteydessä. Tutkittavien jäljittäminen oli vaikeaa lähinnä siitä syystä, että monilla oli sukunimi vaihtunut opiskelunsa jälkeen.

Yhteystiedot saatiin yhteensä 18 mahdolliselta tutkittavalta ja heistä valittiin sattumanvaraisesti tutkimusjoukko (N=10). Periaatteena pidettiin kuitenkin sitä, että tutkittavat asuivat kotimaassa ja heillä oli koulutuksen jälkeen karttunut työkokemusta ammattityöstään. Tutkittaviksi valittujen taustoja kuvaavat taulukon (4) tiedot. Taustatietoja kerättiin haastattelun yhteydessä lomakkeella (liite 6).

Taulukko 4. Työelämävaiheen haastateltavien (N=10) taustatekijöitä

TUTKIMUS- JOUKKO	KOULUTUS (lukumäärä)	SIVIILISÄÄTY, SUKUPUOLI LASTEN MÄÄRÄ JA IKÄJAKAUMA (lukumäärä)	HAASTATEL- TAVIEN IKÄJAKAUMA	TYÖPAIKKA JA -AIKA (lukumäärä)
Sairaanhoitaja (ryhmä I, n=5)	ylioppilas (5) avoin yliopisto (1)	naimaton (3) naimisissa (2) naisia (4) miehiä (1) lapsia (1; 4,5v)	29 – 33 vuotta	sairaala (5) 6 – 6,5 vuotta
Terveydenhoitaja (ryhmä II, n=5)	ylioppilas (5) aik.koulututk. (1) yliopisto (1) avoin yliopisto (1) th-jatkokurssi (2)	naimisissa tai yksinhuoltaja (5) naisia (5) lapsia (10; alle 1 - 8v)	28 – 35 vuotta	perusterveyden- huolto (5) ½ - 6 vuotta

Terveydenhoitajat olivat lähes kaikki jatkaneet opiskeluaan koulutuksen jälkeen. Terveydenhoitajat olivat naimisissa tai yksinhuoltajia. Kaikilla terveydenhoitajilla oli lapsia. Sairaanhoitajista yksi oli jatkanut opintojaan työn ohella avoimessa korkeakoulussa. Kaksi sairaanhoitajista oli perheellisiä, ja toisella oli yksi lapsi. Sairaanhoitajaryhmä (I) oli varsin yhtenäinen työkokemuksen suhteen siten, että kaikki olivat olleet lähes koko ajan työssä sairaalassa koulutuksen jälkeen (6 – 6,5 v). Terveydenhoitajien työkokemus vaihteli (6 kk - 6 vuoteen).

Kaikki työelämävaiheessa haastatellut sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat asuivat ja työskentelivät pääkaupunkiseudulla. Lähes kaikki olivat olleet yhden työnantajan palveluksessa koko koulutuksen jälkeisen ajan. Jotkut olivat vaihtaneet työpistettä tai työnkuvaa. Sairaanhoitajat ja neljä terveydenhoitajista oli julkisen työnantajan ja yksi terveydenhoitaja yksityisen työnantajan palveluksessa.

6.2.3 Aineiston keruu

Aineiston keräyskeinoja tässä tutkimuksessa ovat kyselyt, haastattelu ja kirjoitettujen tekstien käyttö. Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen aineiston keruuta kuvaa erilaisen kirjallisen aineiston ajallinen prosessiluontoisuus (vrt. Eskola ja Suoranta 1996, 11, Marton ja Booth 1997, 129-132). Vaatimusta aineiston alkuperäisyydestä ja tarkoituksenmukaisuudesta perustellaan sillä, että aineiston keruu tapahtui luonnollisissa koulutilanteissa. Aineiston

edustavuuteen vastaa taas se, että aineistona on aina kokonainen opiskelijaryhmä. Toisen vaiheen aineiston keruu lisää aineiston monipuolisuutta. (Vrt. Alasuutari 1993, 66-67, Holloway ja Wheeler 1996, 66-68.) Seuraavissa kappaleissa käsitellään yksityiskohtaisesti aineistonkeruun eri vaiheita ja niihin liittyneitä tekijöitä, myös epäonnistumisia. Sekä ensimmäisen että toisen vaiheen aineistonkeruussa käytettiin apuna päiväkirjaa ja toisessa vaiheessa myös nauhuria (vrt. Grönfors 1985, 87-143).

Aineiston keruu terveydenhuollon koulutusvaiheessa

Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen aineistonkeruu tapahtui hoitoetiikan opiskelun yhteydessä kyselyinä ja esseinä. Ensimmäinen kysely henkilökohtaisista arvo- ja arvostuskäsityksistä tehtiin opiskelijoille toisen lukukauden hoitoetiikan kurssin ensimmäisellä tunnilla. Opiskelijoilta kysyttiin: *Mitä arvoja arvostat?* Kysymys esitettiin piirtoheittimellä oppitunnin aikana koko ryhmälle, ja jokainen opiskelija vastasi nimettömänä puhtaalle paperille. Vastauksiin opiskelijat käyttivät aikaa n. 15 minuuttia. Esimerkiksi opiskelija (III/1) kirjasi arvoikseen:

”Hyvä terveys, riittävä toimeentulo, hyvät ihmissuhteet, rehellisyys, luotettavuus ja tyytyväisyys”.

Liitteessä (3) on lisäesimerkkejä opiskelijoiden esittämistä käsityksistä. Ensimmäinen kysely ajoittui vaiheeseen, jossa hoitoetiikan opetuksessa käsiteltiin arvojen selkiintymisprosessia ja omien arvojen tunnistamista (vrt. Steele ja Harmon 1983).

Toinen kysely tehtiin hoitoetiikan kurssin viimeisellä tunnilla toisen lukukauden lopussa. Kysely liittyi hoitoetiikan opiskelun arviointiin, joista yksi kysymys toimi tämän tutkimuksen aineistonkeruuna. Koko palautteen kirjoittamiseen käytettiin aikaa n. 15 minuuttia. Tutkimuskysymys kuului: *Nimeä mielestäsi tärkeimmät arvot, jotka ohjaavat hoitotyötä?* Poikkeuksen esitettyyn kysymykseen teki opiskelijaryhmä IV, jonka hoitotyön arvokäsityksiä koskeva kysymys kuului: *Mitä arvoja nimeät itseäsi ohjaavaksi hoitotyössä?* Vastaukset molempiin kysymyksiin oli kirjattu samankaltaisesti eikä vastausten erilaisuutta voi selkeästi todeta tuloksissa. Esimerkiksi opiskelija (II/8) kirjasi hoitotyön arvoiksi:

”Inhimillisuus, palveleminen, yhteistyö, kunnioitus toista ihmistä kohtaan ja yleensä elämää kohtaan sekä kunnioitus kuolemaa kohtaan.” Ja toinen opiskelija (IV/9) ”Ihmisen kunnioittaminen, tasa-arvoisuus, elämän kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus ja itsensä kehittämien” (Ks. liite 4.)

Koulutuksen loppuvaiheessa hoitoetiikan opetuksen päättyessä opiskelijoille tehtiin kolmas kysely. Tässä yhteydessä esitettiin kysymys: *Miten arvomaailmasi on kehittynyt suhteessa hoitotyön arvoihin?* Tämä kysymys ei toiminut tutkimuskysymyksenä, koska opiskelijat eivät maininneet arvo- ja arvostuskäsityksiään (millaisia-vastauksia) vaan arvioivat arvojensa kehitystä. Esimerkiksi opiskelijat vastasivat:

”Arvomaailmani on kehittynyt” tai ”Jyrkkä mustavalkoisuus on pehmentynyt” tai ”Se ei ole muuttunut mitenkään”.

Kolmannen kyselyn tutkimusaineistona käytetään tutkimuksessa sairaanhoitaja- (ryhmä I) ja terveydenhoitaja- (ryhmä II) opiskelijoille tehtyä kyselyä, jossa yhtenä kysymyksenä oli kysymys: *Nimeä mielestäsi keskeiset hoitotyön arvot?* Kysely tehtiin samalla tunnilla kuin tähän tutkimukseen tarkoitettu kysely. Tämä kysely oli huomattavasti pitempi kuin

hoitoetiikan opetuksen arviointina tehdyt kyselyt, ja koko kyselyyn opiskelijat käyttivät vastausaikaa keskimäärin 30 minuuttia.

Koulutusvaiheen aineistonkeruu esseinä tapahtui edellä kuvatun toisen hoitoetiikan kurssin kuluessa viidennellä lukukaudella. Kurssi sisälsi opiskelijan itsenäistä, ohjattua ja seminaariluontoista opiskelua, jonka tavoitteena oli opiskelijan arvomaailman selkiintyminen ja hoitotyön eettisten päätöksentekotaitojen kehittyminen. Jokainen opiskelija kirjoitti esseen eettisestä ongelmasta tai aiheesta. Kirjoittamiseen annettiin aihe-ehdotuksia, joista opiskelija valitsi itseään kiinnostavan aiheen. Opiskelijalla oli myös mahdollista valita oma aihe. Esseiden aiheisiin sopivaa lähdekirjallisuutta esiteltiin, ja jokaista opiskelijaa ohjattiin kirjoittamisessa henkilökohtaisesti. Ohjauksessa käsiteltiin lähinnä kirjallisen esityksen jäsentämistä. Esseiden kirjoittaminen tapahtui noin 1 kk aikana, jonka jälkeen essee käsiteltiin seminaareissa. Esseen kirjoittamiseen opiskelija sai 10 tuntia oppikurssin resursseista. Suosituspituudeksi määriteltiin 5-10 sivua. Essee oli hoitoetiikan kurssin arvostelun peruste. Liitteessä (1) on luetteloitu tutkimusjoukon (r. I ja II) esseiden aihealueet. Fenomenografisen tutkimusotteen kannalta joutuu kysymään, mitä merkitsi se, että esseiden aiheet olivat erilaisia. Tätä kysymystä tarkastellaan aineiston luotettavuuden yhteydessä. Kirjallista aineistoa kertyi yhteensä 217 sivua eli keskimäärin 7-8 sivua/essee. Opiskelijoiden esseiden sisällöistä on näytteitä liitteessä (4).

Hoitoetiikan opetuksesta pidettiin opettajan päiväkirjaa, johon kirjattiin aikataulutiedot ja tunnilla käsitellyt aihealueet. Opiskelijoiden esseiden esitystilaisuuksista merkittiin muistiin keskustelualueet, opiskelijan itsensä ja opponentin arviointi sekä yleinen keskustelu ja kommentit tilaisuudesta. Kaikkea tätä on käytetty hyväksi aineistoa käsiteltäessä, kuitenkin etupäässä asioiden mieleenpalauttamisessa.

Aineiston keruu terveydenhuollon työelämästä

Tutkimuksen toisen vaiheen aineisto kerättiin terveydenhuollon työelämästä haastattelemalla sairaanhoitajia (n=5) ja terveydenhoitajia (n=5). Tutkimusjoukon haastattelut monipuolistavat ensimmäisen vaiheen tiedonkeruumuotoja sekä kuvaavat koulutuksessa vallinneiden arvokäsitysten pysyvyyttä ja muutosta (vrt. LoBiondo-Wood ja Haber 1994, 23-26). Aavarinne (1993, 135) suosittaa viivästettyä arviointia koulutuksessa saavutettujen valmiuksien arviointiin. Haastattelun avulla voidaan arvioida tutkimuksen luotettavuutta aineistotriangulaationa (vrt. Janesick 1994, Eskola ja Suoranta 1996, 40-44, Leino-Kilpi 1997).

Työelämävaiheen tiedonkeruussa päädyttiin teemahaastatteluun (vrt. Hirsjärvi ja Hurme 1995, ks. liite 5). Haastattelu mahdollisti tutkittavan ja tutkijan välisen luonnollisen vuorovaikutuksen ja antoi mahdollisuuden tarkentaa haastattelun kuluessa esille tulevia käsityksiä (vrt. Eskola ja Suoranta 1996, 64). Lisäksi haastattelun kuluessa saatettiin kysyä tarkentavia kysymyksiä tutkittavan arvo- ja arvostuskäsityksistä koulutuksen aikana. Näitä asioita monet mielellään myös muistelivatkin. Teemahaastattelussa tutkittavien (N=10) määrä on pieni (vrt. Hirsjärvi ja Hurme 1995, 38) ja siten tutkittavien joukkoa voi kutsua myös näytteeksi (vrt. Eskola ja Suoranta 1996, 13).

Haastatteluteemat muodostuivat terveydenhuollon koulutusvaiheen arvokäsitysten tulosten sisällöistä. Haastattelussa Marton (1988) korostaa avauskysymystä, joksi tässä tutkimuksessa valittiin: *Mitkä arvot ja arvostukset parhaiten edustavat Sinun sekä henkilökohtaisia että hoitotyön käsityksiäsi (näkemyksiä) tänä päivänä?* Avauskysymys pilkottiin aputeemoihin, jotka koskivat sekä henkilökohtaisia että hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiä. (Liite 5.) Lähes kaikki haastateltavat tarvitsivat aputeemoja kyetäkseen jäsentämään ajatuksiaan

arvoistaan ja arvostuksistaan. Yksi haastateltava tuotti kuitenkin lähes tunnin pituisen sisällön pääkysymyksestä. Haastattelujen sisällöstä on esimerkkejä liitteessä (6). Kaksi ensimmäistä haastattelua toimi samalla esihaastatteluna, joiden perusteella haastatteluteemoihin lisättiin arvo- ja arvostuskäsityksiä konkretisoivia esimerkkejä. Näiden esittämisessä pyrittiin varomaan haastateltavan johdattelua. Haastattelutilanteessa tutkittavat valitsivat halusivatko he ensin käsitellä hoitotyön vai henkilökohtaisia arvo- ja arvostuskäsityksiä. Usein he käsitelivät henkilökohtaisia ja hoitotyön arvojaan ja arvostuksiaan päällekkäin tai ristiin.

Haastattelun valmistelussa olennaisena pidettiin, että ensimmäisessä puhelinkontaktissa palautettiin haastateltavan mieleen tutkimusta koskevia tapahtumia koulutuksen ajalta. Lisäksi kerrottiin haastattelun koskevan tutkittavan tämän hetken henkilökohtaisia ja hoitotyön arvoja ja arvostuskäsityksiä. Haastattelussa yksi tutkittavista kommentoi, ettei muistanut tarkasti teemaa haastatteluun tullessaan. Tutkittavista kaksi olisi halunnut etukäteen haastatteluteemat kirjallisina itselleen ja lähes kaikki haastatellut kommentoivat jollakin tavoin haastattelun sisällöllistä vaikeutta:

”pitää aivonystyröitä hieroa, että ymmärtää mitä kysytään”, ”eihän näihin ole yhtä määrättyä vastausta” ja ”ei näitä (arvoja) tuu pohdittua”. (II/3)

Tapaamistilanne aloitettiin yleisellä keskustelulla säästä, ruuhkista tai päivän muista tapahtumista. Useimmat kommentoivat haastattelutilannetta:

”ihan miellyttävä”, ”rauhallinen” ja ”leppoisa”.

Muutama haastateltavista koki alkuun nauhurin häiritseväksi, mutta haastattelun kuluessa he lähes unohtivat nauhurin käytön. Haastattelujen lopuksi tarkistettiin, että nauhoitus oli onnistunut. Haastattelu lopetettiin yleisellä keskustelulla, jolloin käsiteltiin haastateltavan esittämiä asioita tai tutkimuksen etenemistä ja sisältöä.

Haastattelut purettiin tekstiksi, mikä tehtiin mahdollisimman nopeasti haastattelun jälkeen. Haastatteluista kertyi 67 sivua tekstiä. Tekstien pituudet vaihtelivat n. 5-8 sivua/haastateltava. Tutkija sai välittömästi palautetta haastattelusta nauhojen purkamisen yhteydessä, kuten epäselvistä kysymyksistä tai tarpeettomasta kommentoinnista. Haastattelutilanteet nauhurin käyttöineen sujuivat ongelmitta. Haastattelun hallinta menetelmällisesti kehittyi haastattelujen edetessä, jolloin muutamassa viimeisessä haastattelussa tuntui kuin edettäisiin lähellä syvähaastattelun ideaa. Haastatteluista pidettiin tutkijapäiväkirjaa, joka auttoi tutkimustilanteiden mieleenpalauttamisessa.

Yhteenvedon aineistonkeruusta voi esittää, että aineisto muodostuu pääasiallisesti opiskelijoiden koulutusvaiheesta, jolloin tutkimuskertoja oli neljä. Näistä kirjoitukset ovat tekstinä laajin osa aineistosta. Aineistonkeruu työelämävaiheessa sisältää samankaltaisen aineiston kuin opiskelijoiden kirjoitukset, mutta on laajuudeltaan suppeampi. Ajallisena tarkastelujaksona koulutusvaiheen tutkimuskerrat kuvaavat koulutusprosessin (3,5 vuotta) alkuvaiheen ja loppuvaiheen opiskelijoiden käsityksiä. Työelämävaiheen aineisto puolestaan kuvaa tutkittavien arvo- ja arvostuskäsitysten kehitystä ja muutosta opiskelun jälkeen (6 vuotta). Ensimmäisen ja viimeisen aineistonkeruun väliin jää noin kymmenen vuoden pituinen aika.

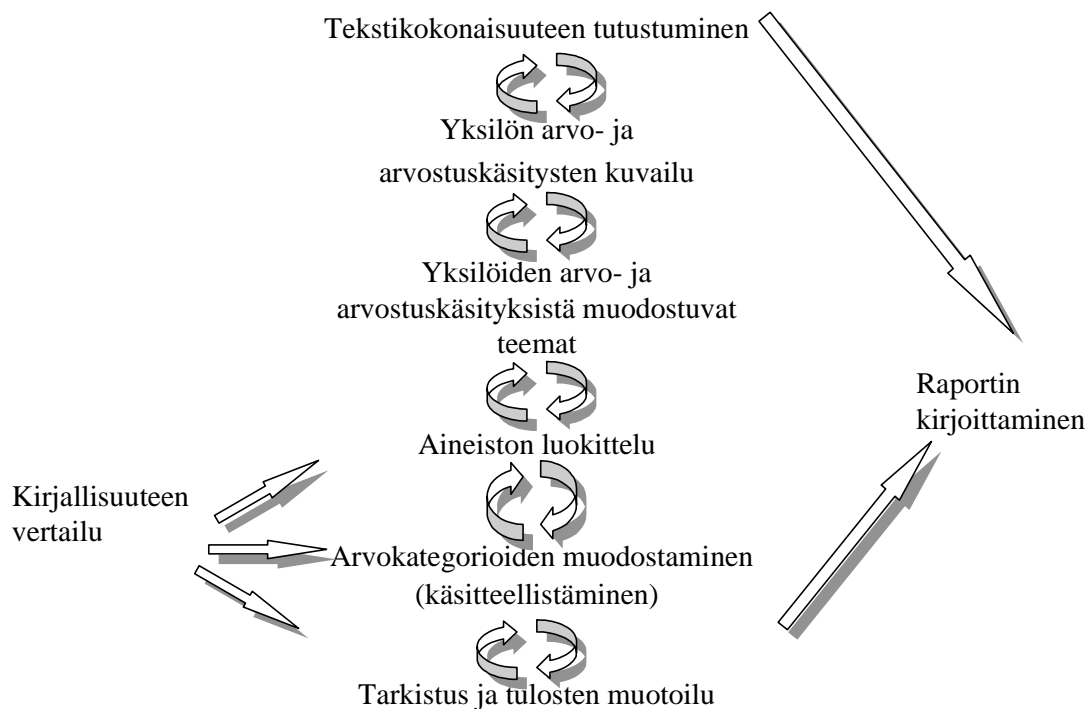
6.2.4 Aineiston analysointi

Tutkimuksen aineiston analysointi alkoi aineiston kokonaisuuden tarkastelusta ”ratkaisujen löytämiseksi” (vrt. Alasuutari 1993, 21, Marton ja Booth 1997, 110-136). Aineiston analysointiin muodostettiin kuusivaiheinen prosessi (vrt. Järvinen 1985, 52-62,

Grönfors 1985, 144-155, Uljens 1991, Huberman ja Miles 1994, Miller ja Crabree 1994, Marton ja Booth 1997, 16-32, 86-109). Analyysissa pyrittiin noudattamaan loogista päättelyä (vrt. Niiniluoto 1983). Analyysiprosessin vaiheiksi nimettiin: tekstikokonaisuuteen tutustuminen, yksilön arvo- ja arvostuskäsitysten kuvailu, yksilöiden arvo- ja arvostuskäsityksistä nousevien teemojen muodostaminen, aineiston luokittelu ja arvokategorioiden muodostaminen (käsitteellistäminen) sekä tulosten tarkastus ja muotoilu.

Tulokset esitellään kolmivaiheisena käsiteluoitteluna: teema, luokka ja arvokategoria. Teema edustaa tutkittavien yksilöiden käsityksistä muodostuvia alustavia luokkia, jotka ohjaavat myöhempää luokitusta. Yksi teema saattaa sisältää kaikki yksittäisen tutkittavan ilmaiset arvo- ja arvostuskäsitykset. Luokat ovat arvo- ja arvostuskäsitysten ominaisuuksiin perustuvaa ryhmittelyä ja usein teemoja yksityiskohtaisempia. Arvokategoriat kuvaavat käsitysten kokonaisuutta, joka muodostuu monesta luokasta. Arvokategoriassa käsitteellistetään arvo- ja arvostuskäsitykset yleiselle tasolle. Luokkiin ja arvokategorioiden sisältyvät käsitykset koostuvat tutkimusjoukon lausumista. Olennaista on, että teemat, luokat ja kategoriat nousevat tutkimusaineistosta ja myös niiden nimet etsittiin aineistosta. Luokittelutapaa voi kuvata siten, että teemat edustavat ns. esiteoreettista luokittelua. Luokat ja arvokategoriat edustavat teoreettista luokittelua. (Vrt. Järvinen 1985, 53-57.)

Analyysiprosessi eteni tiedonkeruun mukaisissa vaiheissa siten, että koulutusvaiheen kyselyt (1, 2 ja 3) analysoitiin ensin, ja kun näistä oli muodostettu kategoriat, siirryttiin kirjoitusten analysointiprosessiin. Työelämävaiheen haastattelussa koulutusvaiheen tutkimustulokset olivat valmiina. Kuviossa (5) esitellään analyysiprosessi.



Kuvio 5. Tutkimusaineiston analyysiprosessi

Tekstikokonaisuuteen tutustuminen ja yksilöiden arvo- ja arvostuskäsitysten kuvailu

Koulutusvaiheen kyselyissä (1, 2 ja 3) tekstikokonaisuuteen tutustumisen lähtökohtana oli yksittäisen tutkittavan käsitysten kokonaisuus, josta edettiin ryhmän käsitysten ja sitten ryhmien käsitysten vertailuun (vrt. Marton 1988, Uljens 1989, 39-43, 1991, Järvinen ja Karttunen 1997, 167-168, Marton ja Booth 1997, 110-136). Koulutusvaiheen henkilökohtaisten ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksien kyselyistä (1,2 ja 3) aineisto muodostui pääasiassa tutkittavien lausumien lyhyistä listauksista. Tutkittavien kaikki käsitykset tulkittiin merkittäviksi lausumiksi.

Yksilöiden henkilökohtaisia arvo- ja arvostuskäsityksiä koskevan kyselyn (1) analyysi eteni siten, että jokaisen opiskelijaryhmän (I, II, III ja IV) arvo- ja arvostuskäsityksistä tehtiin kooste, jossa yksittäisen opiskelijan arvo- ja arvostuskäsityksiä saattoi tarkastella erikseen. Ensin tarkasteltiin yhden opiskelijaryhmän jokaista opiskelijaa ja hänen käsityksiään vertailtiin ryhmän toisiin opiskelijoihin. Näin tarkasteltiin jokainen opiskelijaryhmä erikseen, jonka jälkeen ryhmiä vertailtiin toisiinsa. (Liite 2.)

Esimerkiksi koulutuksen alkuvaiheessa opiskelija ilmaisi henkilökohtaisina arvokäsityksinään:

”Tiedonhalu, turvattu elämä ja hyvät ihmissuhteet”. (II/12)

Tätä kokonaisuutta kuvailtiin *inhimillisenä kasvuna ja turvana*. Muina yksilöiden käsityksinä muotoutui seuraavanlaisia kuvailuja: *elämää ja sen tarkoitusta, omia hyviä ominaisuuksia, työtä, uutta tietoa, tulevaisuutta ja ihmissuhteita* koskevat käsitykset. Kyselyistä (2 ja 3) muodostuneiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksien kanssa meneteltiin samalla tapaa kuin edellä kuvattiin. Opiskelijoiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiä kuvaavat luonnehdinnat: *ihmisen kunnioittaminen, hyvä olo, ihminen kokonaisuutena, ammatillisuus ja epätsekäs toisen auttaminen*. Opiskelijoiden hoitotyön arvokäsityksistä on esimerkkejä liitteessä (3).

Koulutusvaiheessa jokaisen ryhmän kirjoitukset luettiin ajallisesti tiiviinä kokonaisuutena kahteen kertaan, jolloin aineistosta alkoi erottua arvo- ja arvostuskäsityksiä. Kirjoituksissa arvo- ja arvostuskäsitykset muodostivat ajatuskokonaisuuksia ja ne merkittiin korostuskynällä. Toisen lukukerran yhteydessä tekstistä merkittiin arvo- ja arvostuskäsitykset marginaaliin, josta ne siirrettiin erillisiksi tiedostoiksi. Yksittäisten opiskelijoiden kirjoituksista on otteita liitteessä (4), jossa alleviivaukset kuvaavat korostusmerkintää ja marginaaliin siirretyt arvo- ja arvostuskäsitykset kuvaavat marginaaliin merkittyjä arvokäsityksiä (lausumia). Marginaaliin merkityistä käsityksistä muodostettiin tiedosto siten, että sama arvo- tai arvostuskäsitys esiintyi kerran yhden tutkimushenkilön tiedostossa.

Työelämävaiheen haastatteluissa tutkimusjoukon arvo- ja arvostuskäsityksistä muodostui ensimmäinen kuva haastattelutilanteesta ja haastattelujen aukikirjoittamisen yhteydessä. Muuten tekstiin tutustuminen sujui samankaltaisesti kuin kirjoitusten kohdalla meneteltiin. Haastatteluissa esiin nousseista arvo- ja arvostuskäsityksistä ja merkinnöistä on esimerkkejä liitteessä (6).

Yksilöiden arvo- ja arvostuskäsityksistä muodostuvat teemat

Koulutusvaiheen kyselyistä (1, 2 ja 3) teemat muodostuivat yksittäisten opiskelijoiden arvo- ja arvostuskäsitysten kokonaisuuden luonnehdinnasta ja kuvailusta lähtien. Yhden opiskelijan arvo- ja arvostuskäsitykset pyrittiin sijoittamaan yhteen teemaan käsitysten painotusten perusteella. Samankaltaisia arvostuksia esittävät opiskelijat erottuivat

arvokäsitysten vertailun avulla. Vertailua tehtiin ensin opiskelijaryhmän sisällä ja sitten eri ryhmien käsityksiä tarkastellen. Esimerkiksi henkilökohtaisia arvokäsityksiä kuvaava ”yksilön turva” -teema muotoutui siten, että opiskelijat ilmaisivat arvokäsityksinään:

”turvallisuus ja taloudellinen turva”, ”taloudellinen turvallisuus ja turvalliset elinolosuhteet” ja ”turvattu elämä”. (Ks. liite 2.)

Hoitotyön arvokäsityksistä muodostuvaa teemaa ”ihanteellinen potilaan auttaminen” kuvaavat esimerkkinä opiskelijoiden lausumat:

”asiakkaan tasavertainen huomioonottaminen ja auttaminen”, ”inhimillisyys, ihmisrakkaus, lähimmäisen kunnioittaminen ja altruistinen käytös” ja ”rakkaus ja empaattisuus”. (Ks. liite 3.)

Kirjoituksissa teemoittelu eteni alkuun toisella tapaa kuin edellä opiskelijoiden kyselyissä. Esseistä muodostui esimerkiksi ”humaani ihminen” –teema sisällöistä:

”inhimillisyys, tasa-arvo, ihmisarvo, vapaus, koskemattomuus, integriteetti, loukkaamattomuus, vastuu ja yksilöllisyys” (II/1), ”kehittyminen, ihmissuhteet ja tasavertaisuus” (II/5) ja ”yksilöllisyys, vapaus, vastuu, kasvu, inhimillinen ja ihmisarvo”. (II/14)

Tämä analyysipolku päättyi tähän, mutta se paljasti opiskelijoiden kirjoitusten sisältävän sekä henkilökohtaisia että hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiä. Käsitteet vaikuttivat samankaltaisilta kuin aikaisemmin opiskelijoiden kyselyissä kuvailtiin. Henkilökohtaisina ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksinä tarkastellen esseistä nousivat esille kyselyissä (1, 2 ja 3) kuvatut teemat. Analyysissa siirryttiin ominaisuuksien mukaiseen luokitteluun. Samoin meneteltiin työelämävaiheen haastatteluissa. (Liitteet 4 ja 6.)

Aineiston luokittelu ja arvokategorioiden muodostaminen

Aineiston kuvailun ja teemoittelun yhteydessä oli muodostunut erilaisia teemoittelun perusteita, jotka perustuivat arvo- ja arvostuskäsitysten ominaisuuksiin. Näitä perusteita järjestettiin ja vertailtiin kirjallisuuteen, jolloin löydettiin ominaisuuksille yhtymäkohtia mm. ihmisen päämäärään, hyveisiin, altruismiin, hyötyyn, ohjeisiin, oikeuksiin ja sääntöihin. Tästä muodostuivat käsitysten luokittelun perusteet arvojen määrittelyjen ja etiikan teorioiden mukaisesti (ks. luku 2). (Esim. von Wright 1963, 1975, Kohlberg 1984, Niiniluoto 1984, Airaksinen 1987, 1991, 1994, Häyry ja Häyry 1988a, 1991, Aristoteles 1989, Häyry 1991, 1993b, MacIntyre 1994, Gilligan 1994.) Hoitoetiikan ja hoitotyön etiikan lähteitä olivat mm. tieto päämäärästä, hoitotyön tehtävästä, periaatteista, huolenpidosta, sankaruudesta, potilaan oikeuksista ja puolustamisesta sekä yhteiskunnan ja ammattiryhmien eettisistä ohjeista ja sopimuksista (ks. luku 3) ja (esim. Lanara 1981, 1996, Crisham 1981, Keller 1985, Eriksson 1987, 1989, Leino-Kilpi 1990, Husted ja Husted 1991, Yeo 1991, Åsted-Kurki 1992, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Toisinaan luvuissa 2 ja 3 esitetty kirjallisuuskatsaus on valtaosaltaan muotoutunut aineiston analyysin tässä vaiheessa.

Kirjallisuuden perusteella arvo- ja arvostuskäsitysten ominaisuudet järjestettiin loogisesti suhteessa toisiinsa, jolloin muodostui looginen polku käsitysten ominaisuuksista teoreettisten perusteiden kautta etiikan teorioihin (teoreettinen ja käytännöllinen etiikka). Teoreettiset perusteet noudattavat ”löysästi” jaottelua ihmisen sisäiset ja ulkoiset tekijät. Ihmisen sisäisillä tekijöillä tarkoitetaan käsityksiä, joita ihminen asettaa itselleen omasta tahdostaan ilman ulkoisia vaatimuksia. Esimerkiksi hyveet on tulkittu sisäisiksi tekijöiksi (vrt. luku 2.2.1, 21). Ulkoiset perusteet kuvaavat ulkopuolisia tekijöitä, joita yhteiskunta (terveydenhuolto),

ammatti tai toiset ihmiset asettavat. Seuraavassa taulukossa (5) esitetään kategorioiden ja luokitusten perusteet yksityiskohtaisesti.

Taulukko 5. Arvo- ja arvostuskäsitysten luokittelun ja arvokategorioiden muodostamisen perusteet

KÄYTÄNNÖLLISEN FILOSOFIAN ALA	Teoreettiset perusteet	Arvo- ja arvostuskäsitysten ominaisuudet
TEOREETTINEN ETIIKKA		
Teleologinen	<ul style="list-style-type: none"> • Ihmisen päämäärä (sis.) • Ihmisen päämäärä (ulk.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Onnellisuus, hyvä ja hyve • Elämän tarkoitus ja päämäärä • Yleinen hyvä
Deontologinen	<ul style="list-style-type: none"> • Aktiperustainen • Säännöt (sis.) (ulk.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Omatunto ja intuitio • Velvollisuus ja tavoitteet • Säännöt ja ohjeet
Konsekventalistinen	<ul style="list-style-type: none"> • Altruistinen (posit.) (negat.) • Egoistinen 	<ul style="list-style-type: none"> • Seuraukset hyviä • Tavoitteet, tarpeet ja hyöty
KÄYTÄNNÖLLINEN ETIIKKA		
Hoitotiikka	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitotyön tehtävä • Periaatteet (sis.) (ulk.) • Huolenpito (sis.) (ulk.) • Sankaruus (sis.) (ulk.) • Sopimus (ulk.) • Puolustaminen (ulk.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Terveys, hyvä olo ja kärsimyksen lievittäminen • Motivaatio • Vastuu ja velvollisuus • Pyyteetön (altruistinen) • Seuraukset hyviä • Uhrautuvaisuus ja kutsumus • Seuraukset hyviä • Ammatillinen velvollisuus • Ammatillinen vastuu

Arvo- ja arvostuskäsityksien ominaisuudet olivat luokkien muodostamisen perusteena. Näin päästiin luokkiin, joissa sama käsitys ei esiintynyt useassa eri luokassa. Eri tutkimuskertojen aineistot käsiteltiin samankaltaisesti. Luokkien nimet pyrittiin löytämään alkuperäisestä aineistosta. Muutamit luokat pysyivät melko lähellä teeman sisältöä, ja tästä syystä luokan nimi on samankaltainen kuin vastaava teema. Näin oli erityisesti hoitotyön

arvo- ja arvostuskäsityksissä. Luokkia muodostui enemmän kuin alkuperäisiä teemoja ja ne ovat yksityiskohtaisempia kuin teemat.

Aineiston käsitteellistäminen (teoreettinen vaihe) eteni luokista vaiheittaisesti siten, että joka aineistosta (kyselyt, esseet ja haastattelut) muodostettiin luokkien perusteella arvokategoriat. Arvokategoriat nimettiin luokkien ominaisuuksien mukaan teoreettiseen perustaan yhdistellen huomioiden kategorioille asetut kriteerit (ks. 6.1, 51).

Tarkistus ja tulosten muotoilu

Tulokset tarkistettiin siten, että koulutusvaiheen tulokset käytiin uudelleen läpi eri aineistonkeruu- ja luokitusvaiheiden mukaisesti. Tarkistuksessa alkuperäisestä aineistosta löytyi joitakin yksittäisiä arvo- ja arvostuskäsityksiä, jotka olivat jääneet pois ensimmäisessä analyysissä. Nämä olivat kuitenkin käsityksiä, jotka olivat tulleet esille jonkun toisen yksilön käsityksinä, joten täysin uusia arvo- tai arvostuskäsityksiä ei tarkistusvaiheessa löydetty. Ajallisesti tämä tarkistus tapahtui noin vuoden kuluttua alkuperäisestä analyysistä.

Tulosten raportointiin valittiin tekstin lisäksi *kuviot ja taulukot*, jotka kuvaavat aineistosta muodostunutta kunkin tutkimusvaiheen *tutkimusjoukon yhteistä tulosta*. *Yksilöä* koskevat tulokset näkyvät *kuvausprofileissa*, jotka muodostettiin arvo- ja arvostuskäsitysten *luokista*.

Tutkimuksen raportti kuvaa koko tutkimusprosessia (vrt. Rickhardson 1994, Holloway ja Wheeler 1996, 171-185, Vehviläinen-Julkunen ja Paunonen 1997, 234-247). Tutkimuksen tuloksia esitetään kuvausluokkina (luokat ja kategoriat): horisontaalisena, vertikaalisena ja hierarkkisena rakenteena (vrt. Uljens 1989, 46-51 ja 1991, Järvinen ja Järvinen 1996, 50-51 ja Järvinen ja Karttunen 1997, 169-170). Esimerkiksi tuloksissa arvo- ja arvostuskäsitysten *luokissa* on yhdistetty sekä horisontaalinen että vertikaalinen käsitysten kuvaustapa. Horisontaalisesti kuvataan luokkaan sisältyvät kaikki tutkittavien arvo- ja arvostuskäsitykset. Taulukot on laadittu vertikaalisesti siten, että luokat etenevät yleisestä yksityiskohtaiseen tai hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksissä potilaasta hoitajaa itseään koskeviin käsityksiin.

Arvokategorioiden esittelyssä jatketaan horisontaalisen ja vertikaalisen kuvaustavan yhdistämistä. Näissä kuvauksissa lähdetään muodostettujen kategorioiden yleisyys/yksityiskohtaisuus- tai potilas/hoitajaperusteista. Tämän lisäksi arvokategorioita tarkastellaan hierarkkisesti, jolloin perusteena on edelleen yleisyysjärjestys, mutta myös arvokategorioiden suhteet arvon kohteeseen ja moraalin tasoon. Työelämävaiheessa tutkittavat itse kuvasivat arvonkohteiden suhteet. Tekstissä pyritään esimerkkien avulla kuvaamaan tutkittavien arvo- ja arvostuskäsitysten kirjoa.

6.3 Tutkimuksen etiikka

Tutkimuksen eettisinä kysymyksinä tarkastellaan tutkittavan asemaa, tutkimustilanteissa vallinnutta vuorovaikutusta ja koko tutkimusprosessia. Tutkittavan asemassa on keskeistä: 1) tutkittavan itsenäisyyden kunnioittaminen ja vapaaehtoisuus, 2) tutkimuksella ei aiheuteta pahaa vaan tavoitteena on tehdä hyvää 3) tutkittavalla on tieto tutkimuksesta sen eri vaiheissa ja 4) tutkittavan anonymiteetti suojataan (Pohjoismaisten sairaanhoitajien yhteistoimintaelin 1987, Leino-Kilpi ja Tuomaala 1989, Helsingin julistus, 1991, Punch 1994, 92-93, Jackson 1994, 322-341, Rogers-Anaya ym. 1994, Holloway ja Wheeler 1995, 1996, 39-52, Vehviläinen-Julkunen 1997).

Tutkittavan asema

Tutkittavan itsenäisyys ja vapaaehtoinen osallistuminen nousee eettiseksi kysymykseksi silloin, kun opetuksessa syntyneitä materiaalia käytetään samalla tutkimusaineistona. Toisaalta ammatillisen koulutuksen ja siihen liittyvien toimintojen tavoite on kasvattaa opiskelija ammattiin; siis tavoitteeltaan hyvän tekemistä tilanteessa, jossa opiskelija on vapaaehtoisesti hakeutunut koulutukseen.

Tutkimukseen osallistuneessa terveydenhuollon oppilaitoksessa oli tehty päätös (opettajakunta) kerätä opiskelijoiden koulutuksessa muodostuva kirjallinen aineisto myöhempää tutkimusta varten. Ensimmäisellä hoitoetiikan tunnilla opiskelijoita informoitiin opiskelussa kertyneen aineiston keruusta. Samoin jokaisen koulutusvaiheen tutkimuskerran (kyselyt 1, 2 ja 3 sekä kirjoitukset) yhteydessä opiskelijaa muistutettiin aineiston käytöstä tutkimukseen. Asiasta keskusteltiin vielä koulutusvaiheen loppuvaiheessa viimeisellä hoitoetiikan tunnilla, jolloin opiskelijoille annettiin mahdollisuus kieltäytyä tähän tutkimukseen osallistumisesta. Kukaan opiskelijoista ei kieltäytynyt osallistumasta.

Työelämävaiheen yhteydenottotilanteessa muistutettiin tutkittavia koulutuksen aikaisesta aineistosta ja kysyttiin halukkuutta jatkotutkimukseen. Kaikki, joihin otettiin yhteyttä suostuivat haastateltaviksi, heistä yksi perui haastattelun myöhemmin työasioiden takia. Hänen tilalleen valittiin uusi haastateltava. Työelämävaiheen tutkittavia (N=10) oli lukumääräisesti vähän, joten erityisesti heitä koskeva tietosuoja on pyritty huomioimaan. Tietosuoja on säilynyt esimerkiksi siten, että tutkija on purkanut haastattelunauhut tekstiksi.

Tutkimustilanteissa vallinnut vuorovaikutus

Eettiseksi kysymykseksi koulutuksen aikaisen tutkimuksen tekee se, että tutkija oli kaksoisroolissa: tutkijana ja opettajana (esim. Holloway ja Wheeler 1995). Opiskelijat olivat tutkijasta riippuvaisessa opiskelija-opettajasuhteessa. Tästä voisi ajatella opiskelijan suostuneen tutkimukseen opettajan aseman vuoksi. Opiskelija saattoi kieltäytyä tutkimuksesta suoritettuaan hoitoetiikan kurssit ja saatuaan arvosanat. Näin eivät opiskelijat toimineet. Päinvastoin opiskelijat olivat motivoituneita osallistumaan hoitoetiikan opiskeluun, kiinnostuneita tutkimuksesta ja siitä, mitä tietoa tulokset toisivat heidän tehtävistään. Voi jopa arvioida opiskelijoiden arvostaneen erityisasemaansa tutkittavina.

Opettaja-opiskelijasuhteessa on aina myös kysymys vastavuoroisesta toisen kehitykseen ja näkemyksiin vaikuttamisesta. Opetuksessa tämä näkyy erilaisina valintoina tai arvo- ja arvostuskäsitysten painotuksina. (Vrt. Tornberg 1994, Sivberg 1998.)

Työelämävaiheen haastatelluista valtaosa oli kiinnostunut tutkimuksesta ja sen valmistumisesta. Haastattelutilanteissa tutkittavat korostivat tutkimuksen merkitystä ja toivoivat saavansa tietoa tuloksista.

”Ihan mielenkiintoista, että joku on kiinnostunut arvoista niinkin paljon” .. ”kiva tietää minkälainen tulos tästä tulee ja mitä kurssikaverit on sanonut”(I/4) ”ois kiva saada palaute työstä” (II/1) ja ”on tärkeää pohtia näitä asioita, jos joku tekee tällöistä tutkimusta se on hyvä asia”. (II/5)

Työelämävaiheen haastattelu tuki ajatusta, että opiskelijat suostuivat vapaasta tahdostaan tutkimukseen eikä opettaja-asemalla ollut ratkaisevaa merkitystä tutkittavien osallistumisessa.

Tutkimusprosessi

Kalkas (1996b) korostaa tutkimuksen lähtökohdan ja metodin yhteensopivuutta. Tutkimuksessa valittiin lähtökohdaksi arvo- ja arvostuskäsitykset ja tutkimusotteeksi fenomenografia. Koulutuksen aikaisen aineiston ensisijainen tarkoitus oli hoitoetiikan tehokas oppiminen. Aineisto kerättiin ennen kuin tutkimussuunnitelma oli jäsentynyt tavoitteiltaan ja tutkimusongelmiltaan. Tästä seurasi se, että aineistoa kerättiin jonkin verran enemmän kuin tutkimuksen ongelmat edellyttivät, esimerkkinä tutkittujen opiskelijoiden koevastaukset, joita ei käytetty tutkimuksessa. Tutkimuksen analysointia pyrittiin tekemään mahdollisimman objektiivisesti ja kirjallisuutta hyödyntäen. Tutkimuksen luonteen mukaan on kuitenkin selvää, että joitakin asioita on ratkaistu subjektiivisesti omista arvo- ja arvostuskäsityksistä lähtien.

Raportissa on huomiota kiinnitetty sanavalintoihin siten, että ne kertoisivat totuuden analysoidusta sisällöstä. Työelämävaiheen haastatteluja esittelevissä suorissa lainauksissa on karsittu puhekielen ilmauksia (niinku, no, oh, äh jne.) ja ylimääräisiä sidesanoja (ja, sekä). Koko tutkimusprosessi pyritään raportoimaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti, jotta lukija voisi itse arvioida tutkimuksen eettisyyttä.

Tulosten julkaisemista edellyttävät opiskelijoille annetut lupaukset hoitoetiikan opiskelun yhteydessä. Sama tulosten julkaisemisodotus näkyi tutkittavissa, kun heitä haastateltiin työelämävaiheessa.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tulokset kuvataan tutkimusongelmien mukaisesti siten, että ensimmäiset luvut 7.1–7.3 käsittelevät arvo- ja arvostuskäsitysten tuloksia terveydenhuollon koulutuksessa ja luku 7.4 terveydenhuollon työelämässä. Tulosten esittäminen toistuu melko samankaltaisena eri tutkimuskerroilla. Tulokset sisältävät henkilökohtaisten ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten teemat, luokat ja arvokategoriat. Luokkiin on sijoitettu tutkittavien henkilöiden ilmaisemat yksittäiset arvo- ja arvostuskäsitykset. Tulosten kuvaamisessa poikkeuksen tekevät työelämävaiheen tulokset, jossa esitetään tutkimusjoukon arvo- ja arvostuskäsitysten luokat ja arvokategoriat. Jokaisessa luvussa kuvataan tutkittavien arvo- ja arvostuskäsityksiä kuvausprofiileina. Niissä näkyvät yksittäisen tutkimukseen osallistuneen henkilön arvo- ja arvostuskäsityksien kokonaisuus. Tutkimusvaiheittain tuloksista esitetään yhteenveto, joissa muodostuneita arvokategorioita vertaillaan arvon kohteeseen ja moraalintason. Luku 7.5 sisältää tulosten vertailevan yhteenvetön.

7.1 Opiskelijoiden henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset koulutuksen alkuvaiheessa

7.1.1 Henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten teemat

Opiskelijat (N=57) nimesivät opiskelun alkuvaiheessa henkilökohtaisia arvo- ja arvostuskäsityksiään listauksina ja valintoja perusteltiin vähän. Arvo- ja arvostuskäsityksistä saattoi kuitenkin päätellä, että käsitykset kohdistuivat joko itseen, vuorovaikutussuhteisiin tai läheisiin. Tutkittavat nimesivät henkilökohtaisiksi arvoikseen esimerkiksi:

”työpaikka, raha, asunto, vaatteet, auto, kaverit ja ystävät” (I/13) sekä ”ystävyyss/rakkaus, terveys, luonto ja sen säilyminen ja taloudellinen hyvinvointi” (II/24).¹

Näissä arvo- ja arvostuskäsityksissä nähtiin painottuvan elämiseen liittyvät käsitykset ja näiden katsottiin kuuluvan *Tasapainoisen elämän ehtoihin*. Tuloksena muodostui viisi teemaa, joihin opiskelijoiden arvomaailmat näyttivät sijoittuvan. Teemoiksi nimettiin: *Inhimillinen kasvu*, *Henkilökohtaiset hyveet*, *Yksilön turva*, *Tasapainoisen elämän ehdot* ja *Toisen ihmisen arvostus*. Teemojen nimet nousivat sisältöä parhaiten kuvaavista tutkittavien ajatuksista ja yleistyksistä. Opiskelijoiden henkilökohtaisista arvo- ja arvostuskäsityksistä sekä teemoittelun vaiheista on esimerkkejä liitteessä 2. Seuraavassa taulukossa (6) esitetään henkilökohtaisista arvo- ja arvostuskäsityksistä muodostuneet teemat ja arvonkohteet.

¹ Tutkimusaineistosta esitetyissä suorissa lainauksissa I, II, III ja IV viittaa opiskelijaryhmään ja 1, 2 jne. viittaa opiskelijaan. Nämä koodit ovat yhdenmukaiset kuvausprofiileissa esiintyvien koodien kanssa.

Taulukko 6. Henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten teemat ja arvon kohteet

ARVON KOHDE	MINÄ	MINÄ	MINÄ	MINÄ-SINÄ	SINÄ
Teemat	Inhimillinen kasvu	Henk.kohtaiset hyveet	Yksilön turva	Tasapainoisen elämän ehdot	Toisen ihmisen arvostus
Arvo- ja arvostuskäsitykset	Henkisyys, uusi tieto, inhimillisyys ja ihmistuntemus	Vastuuntunto, arvostus, itsenäisyys, omatoimisuus, rehellisyys ja tasapuolisuus	Yksityisyys, ystävyys, turvallisuus, usko, elämän tarkoitus ja isänmaa	Terveys, elämä, ihmissuhteet, perhe/koti, ammatti ja raha	Humanismi, toisen ihmisen kunnioitus, luottamus ja tasavertaisuus

Koulutuksen alkuvaiheen henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset opiskelijoilla kohdistuivat valtaosaltaan itseen. *Inhimillinen kasvu* -teeman käsitykset keskittyivät ihmisenä kehittymiseen:

”henkisyyteen” (I/9) ja ”uuteen tietoon”. (II/22)

Teemassa *Henkilökohtaiset hyveet* opiskelijat asettivat itselleen vaatimuksia hyvänä ihmisenä arvostaen vastuuntuntoa ja rehellisyyttä. Opiskelijoista osan käsityksissä korostui turvallisuuden tarve, jota kuvaa teema *Yksilön turva*. *Toisen ihmisen arvostus* -teemassa arvokäsitykset kohdistuivat itsestä ulospäin:

”toisen ihmisen kunnioittamiseen”. (III/38)

Teemoittelu (esiteoreettinen vaihe) jäi epätarkaksi, joten teemoista lähtien luokittelua jatkettiin ja muodostettiin teemoja yksityiskohtaisemmat luokat.

7.1.2 Henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten luokat

Opiskelijoiden (N=57) henkilökohtaisista arvo- ja arvostuskäsityksistä muodostui yhdeksän (9) luokkaa. (Kuvio 6.)

-
1. MAAILMAA KOSKEVAT ARVOSTUKSET
 2. ELÄMÄÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET
 3. MINÄÄ JA TOISTA KOSKEVAT ARVOSTUKSET
 4. KEHITTYMINEN IHMISENÄ
 5. YKSILÖN SELVIYTYMISTÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET
 6. HENKILÖKOHTAISET HYVEET
 7. KUULIAISUUS JA VELVOLLISUUS
 8. EGOISTISET ARVOSTUKSET
 9. TUNTEET
-

Kuvio 6. Henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten luokat

Henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten luokissa näkyy yhteneväisyyksiä edellä esitettyihin teemoihin, sillä esimerkiksi luokka *Kehittyminen ihmisenä* on lähes samankaltainen kuin teema *Inhimillinen kasvu*. Sitävastoin *Tunteet*, *Egoistiset arvostukset*, *Kuuliaisuus ja velvollisuus* ja *Maailmaa koskevat arvostukset* ovat luokkia, jotka eivät teemoittelussa nousseet esille. (Vrt. taulukko 6.) Mainitut uudet luokat tulivat esille muutaman tutkittavan nimeämistä käsityksistä. Uusien luokkien muodostuminen osoittaa sen, että teemoittelu jäi karkeaksi ja epätarkaksi suhteessa luokkien muodostamiseen.

Tutkimusjoukon (N=57) nimeämät henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset keskittyivät toisiinsa verratessa samankaltaisiin sisältöihin kuten ihmissuhteisiin, ammatin hankkimiseen ja itseä kuvaaviin hyviin luonteenpiirteisiin. Yhden tutkittavan henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset olivat:

” Hyvät perhesuhteet, olen päässyt opiskelemaan, valmistun ammattiin ja melko hyvä taloudellinen tilanne”. (I/8)

Seuraavassa taulukossa (7) esitetään se, miten tutkimusjoukon henkilökohtaisista arvo- ja arvostuskäsityksistä nousivat edellä kuvatut yhdeksän luokkaa. Luokittelu perustuu arvo- ja arvostuskäsitysten ominaisuuksiin (ks. taulukko 5: 64). Luokkien järjestys kuvaa yleisyys/yksilökohtaisuus-jäsennystä, jolloin taulukon ensimmäiset luokat ovat yleisiä ja viimeiset kuvaavat yksilöä ja häntä itseään koskevia arvo- ja arvostuskäsityksiä.

Taulukko 7. Opiskelijoiden (N=57) henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten luokkien muodostuminen

Luokat ja ominaisuudet	Opiskelijoiden arvo- ja arvostuskäsitykset	
MAAILMAA KOSKEVAT ARVOSTUKSET Yleinen hyvä	<ul style="list-style-type: none"> • Maailman tajuaminen • Kaikki ihmiset ja rodut samanarvoisia 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanismi
ELÄMÄÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET Päämäärä, elämän tarkoitus	<ul style="list-style-type: none"> • Elämä ja sen tarkoitus • Onni ja elämäntaito • Rakkaus • Vapaus ja valinta • Usko ja toivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Luonto ja eläimet • Suvunjatkaminen • Tulevaisuus • Isänmaa
MINÄÄ JA TOISTA KOSKEVAT ARVOSTUKSET Seuraukset hyviä	<ul style="list-style-type: none"> • Toisen ihmisen kunnioitus ja arvostus • Ihmissuhteet • Ystävät (kumppanuus ja läheisyys) 	<ul style="list-style-type: none"> • Huolehtiminen • Tasa-arvo, samanarvoisuus (solidaarisuus)
KEHITYMINEN IHMISENÄ Kehittyminen	<ul style="list-style-type: none"> • Henkisyys (viisaus, älykkyys) • Uusi tieto 	<ul style="list-style-type: none"> • Koulutus • Ammatti
YKSILÖN SELVIYTYMISTÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET Tavoitteet ja tarpeet	<ul style="list-style-type: none"> • Toimeentulo, elintaso, taloudellisuus • Raha ja säästäminen • Terveys • Perhe, avioliitto • Koti, asunto ja elinolosuhteet 	<ul style="list-style-type: none"> • Työpaikka, työ • Turvallisuus, kokonaisvaltaisuus • Esineet • Ei kilpailua
HENKILÖKOHTAISET HYVEET Luonteen myönteisiä piirteitä	<ul style="list-style-type: none"> • Rehellisyys • Itsenäisyys, yksilöllisyys ja erilaisuus • Yksityisyys • Itsen arvostus • Luottamuksellisuus • Oikeudenmukaisuus • Inhimillisyys, ystävällisyys ja lämminsydämyisyys • Suvaitsevaisuus ja joustavuus • Ahkeruus ja tunnollisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Vastuuntunto ja vastuullisuus • Luovuus • Esteettisyys ja kauneus • Luonnollisuus • Omatoimisuus ja harrastukset • Huumorintajuisuus • Avoimuus • Tyytyväisyys
KUULIAISUUS JA VELVOLLISUUS Säännöt ja normit	<ul style="list-style-type: none"> • Ohjeet • Odotukset 	<ul style="list-style-type: none"> • Järjestys ja siisteys
EGOISTISET ARVOSTUKSET Kokemukset	<ul style="list-style-type: none"> • Ylpeys 	<ul style="list-style-type: none"> • Egoismi
TUNTEET Tunteelliset ilmaukset	<ul style="list-style-type: none"> • Yksilön käyttäytyminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Lähteminen/tuleminen • Tunteet

Maailmaa ja yhteisöä koskevat arvostukset -luokan muodostamisperusteena oli yleinen hyvä. Ensimmäiseksi tämä luokka sijoitettiin yleisyytensä takia, koska käsitykset liittyivät yhteiskuntaan ja maailmaan. Käsitystä ”maailman tajuamiseen pyrkimisestä” ei perusteltu tarkemmin. Arvokäsitystä ”humanismi” opiskelija perusteli hengellisillä näkemyksillä. Humanismi sijoitettiin luokkaan, koska sen katsottiin edustavan maailmankuvaa.

Tutkimusjoukosta (N=57) kolme opiskelijaa ilmaisi yleisiä maailmaa koskevia arvo- ja arvostuskäsityksiä.

Elämää koskevat arvostukset -luokassa opiskelijoiden arvojen perusteena oli pohdinta omasta päämäärästä ja elämän tarkoituksesta. Arvokäsitysten sisältö liittyi läheisesti opiskelijan omaan elämään tai ympäristöön. Esimerkkejä opiskelijoiden arvostuksista olivat:

”elämisen arvoinen elämä” (III/36) ja ”osata nauttia elämästä kaikin tavoin myös elämän kolhuista kuin huippuhetkistä” (I/1). Rakkautta perusteltiin ”rakkauden, luottamuksen ja arvostamisen löytyminen ihmisten välisissä suhteissa on elämässä yksi tärkeimmistä” (III/38) arvoista.

Rakkauden perusteluissa näkyi laajempi konteksti kuin vastaajan elämänympäristö, mutta usein vastaajat liittivät rakkauden läheisesti omaan elämäänsä ja perheeseen perustellen sitä vähäisesti. Tähän luokkaan sisältyivät käsitykset elämästä, sen tarkoituksesta, onnesta ja elämäntaidosta. Puolet opiskelijoista ilmaisi jonkun elämää koskevan arvon.

Minää ja toista koskevat arvostukset -luokan muodostamisperustetta kuvasi ajatusrakennelma, kun olen toiselle hyvä, seuraa siitä myös minulle jotain hyvää.

”Ihmissuhteet ovat minulle tärkeitä ja niiden hoitaminen sekä oppiminen niiden avulla” (I/1).

Luokkaan useimmiten sijoitetut arvot olivat ystävyys ja toisen ihmisen kunnioitus. Opiskelijoista kolme neljästä ilmaisi luokkaan sisältyvän käsityksen.

Kehittyminen ihmisenä -luokka muotoutui ihmisen kasvun ja kehittymisen ominaisuuksista. Opiskelijat tarkastelivat ihmisenä kehittymisen hyviä ja myönteisiä kokemuksia.

”Olen päässyt kouluun - mieleiseen ammattiin” (I/3) ja ”opiskelu, uuden tiedon hankkiminen”(II/22).

Yksittäisistä arvokäsityksistä opiskelijat arvostivat valtaosaltaan uutta tietoa ja ammattia. Opiskelijaryhmästä vajaa puolet ilmaisi jonkin kehittymiseen viittaavan arvo- tai arvostuskäsityksen.

Yksilön selviytymistä koskevat arvostukset -luokan ominaisuuksia olivat opiskelijan tavoitteet ja tarpeet. Arvo- ja arvostuskäsitykset liittyivät opiskelijoiden lähiyhteisöön tai tulevaisuuteen. Opiskelijoiden perusteluista esimerkkejä olivat:

”nykyisin ei tule toimeen, jos ei ole rahaa eli taloudellinen arvokin on tärkeää” (I/6), ”terveys on tärkeä arvo” (I/2) ja ”hyvä ja kestävä avioliitto” (I/7).

Yksittäisistä arvo- ja arvostuskäsityksistä usein esiintyivät toimeentulo, terveys ja perhe. Lähes kaikki opiskelijat esittivät jonkun selviytymiseen liittyvän arvo- tai arvostuskäsityksen.

Henkilökohtaiset hyveet -luokan perusteena olivat itseen kohdistuvat hyveelliset luonteenpiirteet. Hyveisiin sisältyvät arvot ja arvostukset olivat useimmiten listauksia, joita perusteltiin vähäisesti. Esimerkkejä perusteluista olivat:

”hyväksyy itsensä sellaisena kuin on, tietää hyvät ja huonot puolet” (I/5) ja ”jokainen ihminen on erilainen ja jo sinänsä arvokas - yksilöllisyys” (III/38).

Opiskelijoiden käsityksissä esiintyi usein rehellisyys. Kaksi kolmesta esitti hyveisiin sisältyviä arvo- ja arvostuskäsityksiä. Yksi opiskelija luetteli yhdeksän (9) henkilökohtaista hyvettä ja hyvää luonteenpiirrettä.

Kuuliaisuus ja velvollisuus -luokan ominaisuutta kuvaavat sääntöjen ja normien noudattaminen. Opiskelijoiden vastauksista esimerkkejä olivat:

”malli - vanhempien opetukset ja neuvot” (II/19) ja ”kohtuullinen järjestys ja siisteyden ylläpitäminen”. (II/20)

Opiskelijoista kaksi ilmaisi velvollisuuksiin sisältyvän arvostuksen.

Egoistiset arvostukset -luokan muodostamisperusteena oli itseä korostava kokemus.

Opiskelijoista yksi esitti luokkaan sisältyvän arvostuksen.

Luokka *Tunteet* muodostettiin muutamasta käsityksestä:

”tunteet” (II/19) ja ”lähteminen/tuleminen”. (III/36)

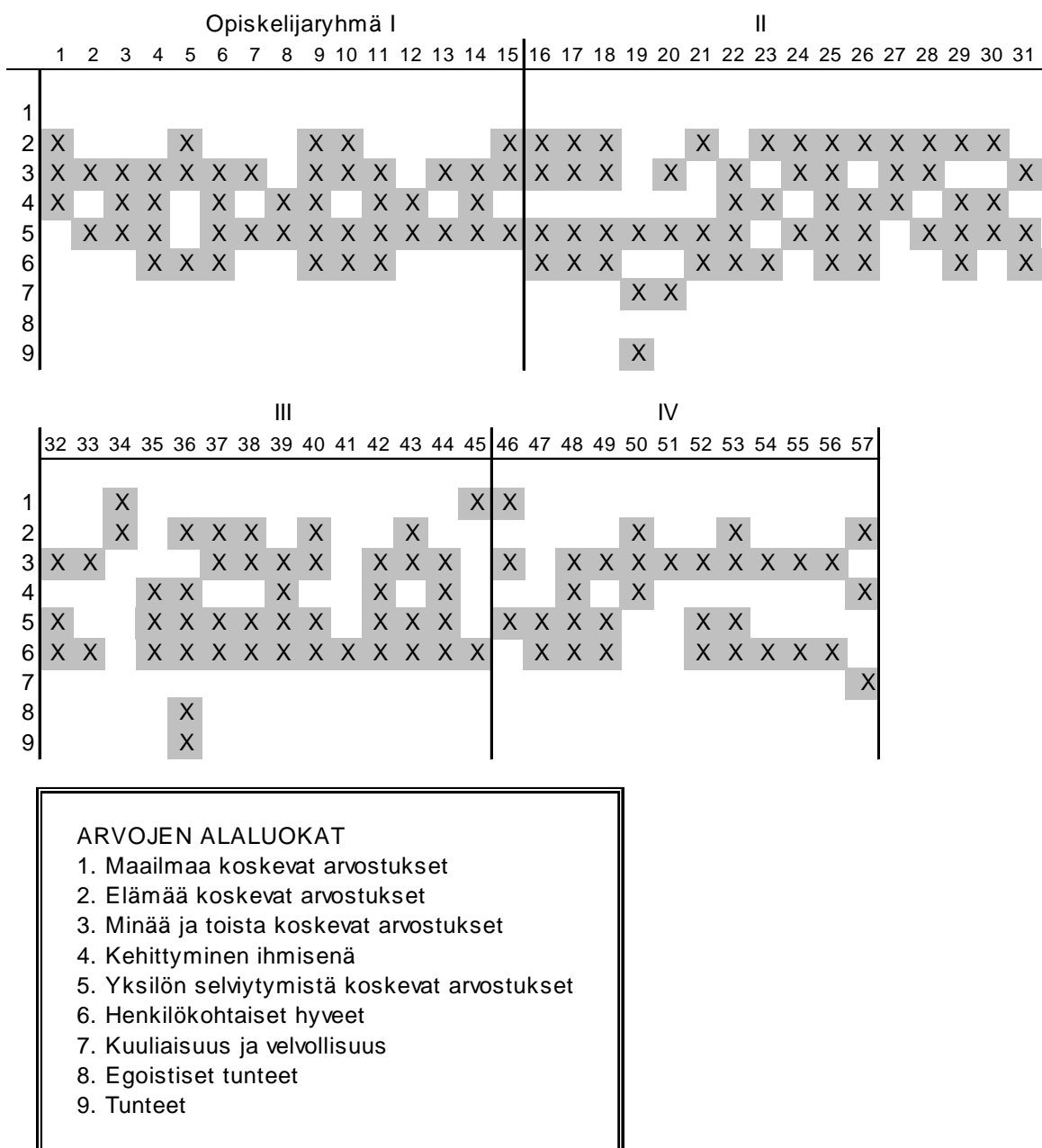
Luokan muodostamisperusteena olivat tunteelliset kokemukset, koska luokkaan sijoitetuista kaikista lausumista ei voi varmuudella päätellä tarkoittavatko ne tunteita vai muita kokemuksia. Nämä käsitykset olivat peräisin kahdelta opiskelijalta. Viimeksi mainittu luokka jäi sisällöltään melko epämääräiseksi ja vähäisille perusteluille.

Yhteenveto

Useimmiten opiskelijat (N=57) esittivät arvo- ja arvostuskäsityksiä, jotka sisältyivät luokkiin: *Yksilön selviytymistä koskevat arvostukset*, *Minää ja toista koskevat arvostukset* ja *Henkilökohtaiset hyveet*. Vähiten käsityksiä tuli luokkiin *Maailmaa koskevat arvostukset*, *Kuuliaisuus ja velvollisuus*, *Egoistiset arvostukset* ja *Tunteet*. Opiskelijoiden henkilökohtaisina arvo- ja arvostuskäsityksinä usein esiintyivät *ihmisen kunnioitus*, *ystävyyys*, *ihmissuhteet*, *rehellisyys* ja *toimeentulo*. Samoin korostuivat *itsenäisyys*, *terveys* ja *perhe*.

7.1.3 Opiskelijoiden henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsityksien kuvausprofiilit

Opiskelijoiden (N=57) arvo- ja arvostuskäsityksien variaatioista saa kuvan tarkastelemalla kuvausprofiileja, jotka kuvaavat jokaisen opiskelijan arvomaailman kokonaisuutta erikseen. Kuvausprofiileissa näkyy opiskelijoiden käsitysten jakaantuminen eri luokkiin. Henkilökohtaisia arvokäsityksiä tarkasteltiin neljältä opiskelijaryhmältä, jotka kuviossa (7) erotetaan toisistaan ryhmätunnuksilla I–IV.



Kuvio 7. Opiskelijoiden henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset kuvausprofiileina

Kuvausprofiilit osoittavat, että suurin osa yksittäisten opiskelijoiden henkilökohtaisista arvo- ja arvostuskäsityksistä sijoittuu kolmeen tai neljään luokkaan. Muutaman opiskelijan käsitykset sijoittuvat viiteen tai kuuteen luokkaan, kun muutaman opiskelijan käsitykset rajoittuvat yhteen tai kahteen luokkaan. Jokainen opiskelija nimesi vähintään yhden henkilökohtaisen arvo- tai arvostuskäsityksen.

Ryhmittäin opiskelijoiden henkilökohtaisissa arvo- ja arvostuskäsityksissä oli joitakin eroavuuksia. Ryhmässä II jokainen opiskelija nimesi vähintään kolmeen luokkaan sisältyviä arvoja ja arvostuksia, kun ryhmissä I, III ja IV noin kolmannes opiskelijoista nimesi yhteen tai kahteen luokkaan sisältyviä arvoja ja arvostuksia. *Elämää koskevat arvostukset* esiintyivät usein ryhmässä II. *Minää ja toista koskevat arvostukset* olivat yleisiä kaikissa ryhmissä. Samoin *Yksilön selviytymistä koskevat arvostukset*, paitsi ryhmässä IV viimeksi mainittu ei korostunut. Erityisen runsaasti *Henkilökohtaiset hyveet* korostuivat ryhmässä III. *Maailmaa*

koskevat arvostukset muodostuivat kolmen opiskelijan käsityksistä. Kokonaisuutena opiskelijoiden (N=57) henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset olivat kuitenkin melko samankaltaisia sekä yksilöinä että ryhminä.

7.1.4 Henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten arvokategoriat

Arvo- ja arvostuskäsityksien luokista muodostettiin arvokategoriat. Arvokategorioiden nimissä pyrittiin säilyttämään kiinteä yhteys opiskelijoiden henkilökohtaisiin arvo- ja arvostuskäsityksiin. Arvokategorioita muodostui viisi. (Kuvio 8.)

-
1. YLEINEN HYVÄ JA ONNELLISUUS
 2. MINÄN JA TOISEN YHTEINEN HYVÄ
 3. HENKILÖKOHTAINEN HYÖTY
 4. VELVOLLISUUDET
 5. TUNTEET
-

Kuvio 8. Henkilökohtaiset arvokategoriat

Arvokategorioiden nimissä on havaittavissa yhteys luokkiin ja teemoihin, sillä *Minän ja toisen yhteinen hyvä* sisältää toiseen ja itseen sisältyvät arvostukset. Samoin *Tunteet* -arvokategoria on edellisten luokittelujen kaltainen. *Velvollisuudet* -kategoria laajeni sisällöltään, sillä siihen liitettiin sääntöjen ja normien lisäksi yksilön hyveisiin liittyvät arvostukset. Hyveet kuvaavat ihmisen sisäistä käyttäymistä sääteleviä käsityksiä. Arvokategoria *Tunteet* jätettiin omaksi kategoriakseen, koska siihen liittyvät lausumat olivat vaikeita tulkita eikä käsityksien tarkoitusta voitu tarkkaan arvioida. Arvokategorioiden muodostumista käsitellään yksityiskohtaisemmin taulukossa (8). Kategoriat on järjestetty yleisyysuhteen mukaan siten, että ensimmäinen arvokategoria kohdistuu yleisiin arvo- ja arvostuskäsityksiin ja viimeinen kuvastaa yksilön käsityksiä itsestään.

Taulukko 8. Tutkimusjoukon henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten luokista muodostuneet arvokategoriat

ARVOKATEGORIAT	TEOREETTISET PERUSTEET	LUOKAT
YLEINEN HYVÄ JA ONNELLISUUS	Yleinen hyvä Olemassaolo, päämäärä	MAAILMAA KOSKEVAT ARVOSTUKSET ELÄMÄÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET
MINÄN JA TOISEN YHTEINEN HYVÄ	Myönteisesti altruistinen	MINÄÄ JA TOISTA KOSKEVAT ARVOSTUKSET
HENKILÖKOHTAINEN HYÖTY	Henkinen hyöty (sisäinen) Materiaalinen hyöty (ulkoinen) Egoismi	KEHITTYMINEN IHMISENÄ YKSILÖN SELVIITYMISTÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET EGOISTISET ARVOSTUKSET
VELVOLLISUUDET	Hyvä käyttäytyminen (sisäinen) Normien mukainen käyttäytyminen (ulkoinen)	HENKILÖKOHTAISET HYVEET KUULIAISUUS JA VELVOLLISUUS
TUNTEET	Kokemukset	TUNTEET

Arvokategorian *Yleinen hyvä ja onnellisuus* muodostamisperuste on ihmisen hyvä, päämäärä ja olemassaolo. Käsitykset liittyivät elämään, luontoon, onnellisuuteen ja vapauteen. (Vrt. Aristoteles 1989, Häyry ja Häyry 1988a.) Arvokategoria sijoitettiin ensimmäiseksi, koska käsitykset ilmauksiltaan olivat yleisiä ja osittain koskivat koko maailmaa.

Minän ja toisen yhteinen hyvä -arvokategoria on ominaisuudeltaan altruistinen, jossa tasapainossa ovat toisen ihmisen kunnioitus, minä ja ystävät. *Minän* ensisijaisuus arvokategoriassa perustuu opiskelijoiden (N=57) käsityksiin, joissa he korostivat omaa suhdettaan toiseen ihmiseen. Arvokategorian teoreettinen perusta on altruismissa ja seurausetiikassa (Esim. Airaksinen 1987, Häyry 1993b).

Henkilökohtainen hyöty -arvokategorian perusteena on ihmisen sisäinen hyöty ja kasvu henkisyyteen ja viisauteen. Toisena perusteena ovat ulkoiseen materiaan perustuvat arvostukset kuten raha ja talous sekä kolmantena yksilön itseensä kohdistamat egoistiset arvostukset esim. ylpeys. Arvokategoria kuvastaa seuraamuksiltaan arvo- ja arvostuskäsitysten välineellisiä ja materiaalisia hyötyjä. Sisäinen hyöty merkitsee ihmiselle

ansioita, joista hän hyötyy kehittyessään. Ulkoinen hyöty tarkoittaa yksilön ulkopuolelta tulevia hyödykkeitä, mutta myös ihmisen tarpeita kokea turvallisuutta ja säilyttää terveytensä. Teoreettisena perustana arvokategorian muodostamisessa on hyötyoppi ja arvoluokitteluista materiaalisia arvoja käsittelevät luokitukset (Esim. Frankena 1963, Häyry 1993b).

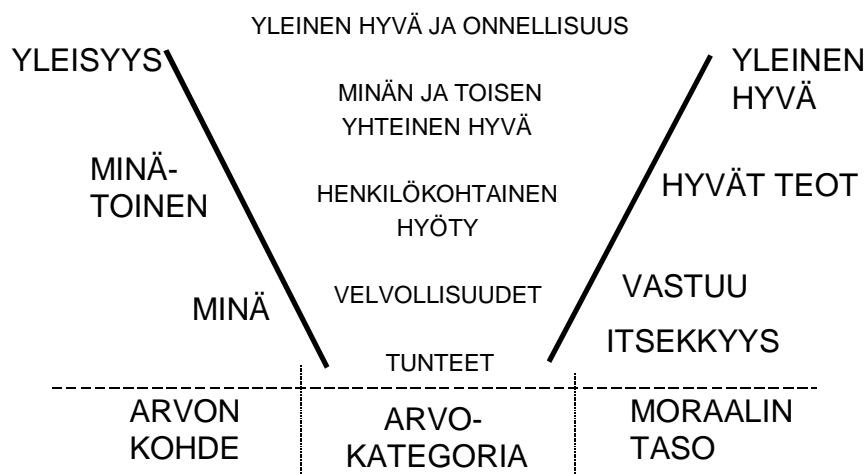
Arvokategorian *Velvollisuudet* perusteena ovat sisäiset ja ulkoiset velvollisuudet. Sisäisiä velvollisuuksia ovat rehellisyys ja oikeudenmukaisuus, jotka ilmenevät yksilöllä hyveinä tai käyttäytymisen piirteinä. Ulkoiset velvollisuudet ovat toisten luomia sääntöjä ja normeja sekä niihin liittyviä velvollisuuksia. Perusteena arvokategorian muodostamisessa ovat etiikan velvollisuusteoreettiset näkemykset (Esim. Kant 1931, von Wright 1975, Airaksinen 1987).

Tunteet -arvokategorian muodostamisperusteeksi nimettiin kokemukset, koska arvokategoriaan sisältyvät arvo- ja arvostuskäsitykset jäivät epämääräisiksi ja lausumiltaan vähäisiksi. Käsitusten katsotaan kuitenkin ilmaisevan tunteenomaisia lausumia. Tämä arvokategoria sijoitettiin viimeiseksi, koska lausumien nähdään koskevan lähinnä yksilöä itseään ja hänen sisäisiä (salattuja) arvo- ja arvostuskäsityksiään.

Henkilökohtaisten arvokategorioiden teoreettiset perusteet tulevat etupäässä teoreettisesta etiikasta. Joidenkin käsitysten luokituksissa on viitteitä moraalifilosofien luokituksiin esim. materiaalsen hyödyn näkemyksessä (vrt. Frankena 1963). Arvokäsitysten luokittelun perusteita voi tarkastella lähemmin aikaisemmin esitetystä taulukosta (5: 64) ja kirjallisuuskatsauksesta (Luvut 2.1 ja 2.2).

7.1.5 Yhteenveto opiskelijoiden henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten arvokategorioista ja niiden suhteista

Yhteenvetona voi nähdä, että opiskelijoiden henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset ovat minäkeskeisiä. Opiskelijoiden arvokäsitysten teemoissa ja luokissa korostuivat inhimillisyys ja yksilön myönteiset piirteet. Tarkasteltaessa arvokategorioiden suhdetta arvon kohteeseen ja moraalintasoon on kategorioissa havaittavissa hierarkkinen rakenne. Yleiset käsitykset merkitsevät arvojen laajuutta siten, että ne koskevat ympäristöä, yhteisöä, maailmaa ja kosmosta. Yksilökohtaiset käsitykset kohdistuvat yksilön sisäiseen minään. Kahden edellisen väliin jäävät lähiyhteisöä ja ihmissuhteita koskevat käsitykset. Seuraavassa kuviossa (9) arvokategorioita vertaillaan yleisyys/yksilökohtaisuus kohteen sekä moraalintason mukaisesti (vrt. Kohlberg 1984, Gilligan 1994).



Kuvio 9. Henkilökohtaisten arvokategorioiden suhde arvon kohteisiin ja moraalintasoihin

Arvo- ja arvostuskäsityksistä muodostetut arvokategoriat kohdistuivat minään, toiseen ihmiseen sekä yleisiin yhteiskuntaa ja maailmaa hahmottaviin kohteisiin. Arvokategoriat sijoittuivat kehitystasoille, joita kuvaavat *yleinen hyvä, hyvät teot, vastuu ja itsekkyyys*.

Yleinen hyvä ja onnellisuus kuvaa arvokategoriaa, jossa yksilö arvostaa *yleistä hyvää* kuten yhteiskuntaa ja maailmaa. *Minän ja toisen yhteinen hyvä* -kategoria on edellisen kaltainen, mutta yksityiskohtaisempi ja kohdistuu etupäässä lähiyhteisöön. Moraalin kohteena *minä* on ensisijainen ja tämän jälkeen tulee *toisen* kunnioittaminen ja hänestä huolehtiminen. Moraalin tasona minää ja toista koskevat arvostukset sijoittuvat *yleistä hyvää* ja lähiyhteisöä koskevien *hyvien tekojen* väliin. *Henkilökohtainen hyöty* -arvokategoria sijoittuu *vastuun* ja *hyvien tekojen* väliin, koska siinä yksilö huomioi tekojen hyvät seuraukset sekä *itselle* että *toiselle*, kuten käsitykset ammatista ja toimeentulosta. *Velvollisuudet* -kategoria on sääntö- ja normiperustainen. Hyveitten kautta käyttäytymissääntöjä *minälle* luovat esimerkiksi käsitykset rehellisyydestä, luottamuksellisuudesta ja oikeudenmukaisuudesta. Velvollisuudet moraalin tasona kuvaavat *vastuullisuutta* itsestä yhteiskunnan jäsenenä sekä itseä ohjaavana hyväksyttävänä toimintana. *Tunteet* -arvokategoria kuvaa *minän* haluja, jotka korostavat yksilön *itsekkäitä* -piirteitä.

Opiskelijoiden henkilökohtaisissa arvoissa ja arvostuksissa näkyi teemoittelusta lähtien *minä arvojen ensisijaisena kohteena*. Toisena käsitysten kohteena olivat *suhteet lähipiiriin*, kuten vanhempiin tai ystäviin. Yleisen arvokategorian löytyminen aineistosta edellytti neljän opiskelijaryhmän henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten läpikäyntiä. Tällöin yleisiä arvoja ilmaisi muutama opiskelija. Vastaavasti moraalin tasoina tarkastellen arvokategoriat kohdistuivat pääasiallisesti *yksilön vastuuseen, hyväksyttävään käyttäytymiseen ja toimintaan*. *Itsekkyyys* näkyi yhtä vähän kuin *yleinen* yhteiskunnallinen hyvä. Koulutuksen alkuvaiheessa opiskelijoiden henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset kohdistuivat etupäässä omaa selviytymistä, hyveellistä käyttäytymistä ja lähiyhteisön hyviä sosiaalisia suhteita arvostaviin käsityksiin. Yksilöinä opiskelijoiden arvokäsitykset olivat melko samankaltaisia, joskin arvokäsitysten laajuudet vaihtelivat laajasta suppeaan näkemykseen.

7.2 Opiskelijoiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset koulutuksen kuluessa

7.2.1 Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten teemat

Opiskelijoiden (N=46 ja N=28) nimeämistä hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksistä muodostettiin teemat. Esimerkkinä opiskelijoiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksistä ovat:

”Ihmisarvo, ihmisen kunnioittaminen kokonaisuutena ja ainutkertaisena. Lähimmäisen rakkaus ja terveyden arvostaminen” (IIA/26) sekä ”Ihmisarvoinen elämä, terveys, inhimillisyys, itsenäisyys, rakkaus ja luottamuksellisuus”. (IIK/26)²

Lisäesimerkkejä opiskelijoiden nimeämistä hoitotyön arvokäsityksistä on liitteessä 4. Opiskelijoiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksistä muodostui kuusi teemaa. Nämä ovat: *Hoitotyöhön sitoutuva hoitaja, Potilaan huomiointi ammatillisesti, Potilaan hyvä kokonaisuutena, Potilaan osallistuminen hoitoon, Potilaan kunnioittaminen ja Ihanteellinen potilaan auttaminen*. Teemoja ja arvonkohteita esitellään seuraavassa taulukossa (9).

² Opiskelijoiden ilmaisemissa hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten lainauksissa A viittaa koulutuksen alkuvaiheessa tehtyyn kyselyyn (2) ja K viittaa koulutuksen loppuvaiheen kyselyyn (3).

Taulukko 9. Opiskelijoiden (N=46) hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksistä muodostuneet teemat

ARVON KOHDE	MINÄ HOITAJA	MINÄ HOITAJA	HOITAJA-POTILAS	SINÄ POTILAS	SINÄ POTILAS	SINÄ POTILAS
Teemat	Hoitotyöhön sitoutuva hoitaja	Potilaan huomiointi ammatillisesti	Potilaan hyvä kokonaisuutena	Potilaan osallistumisen hoitoon	Potilaan kunnioittaminen	Ihanteellinen potilaan auttaminen
Arvo- ja arvostuskäsitykset	Kiinnostunut työstään, tieto/taito, rauhallinen, vastuu, luottamus, rehellisyys ja korkea ammattitaito	Yksilöllinen, tasa-arvo, ammatillinen, empatia, vastuuta, työtaito, yhteistyö, terveys ja hyvinvointi	Terveys, yksilöllinen, inhimillinen, holistisuus, hyvä olo, korkeatasoinen hoito	Yksilöllinen, omatoiminen ja itsehoito	Ihmisarvo, ihmisen ja elämän kunnioittaminen	Ihmisen kunnioittaminen, Golden rules, tasavertaisuus, lähimmäisen rakkaus, hyvä olo, empatia ja palvelu

Opiskelijat tarkastelivat hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiä itselleen asettamista vaatimuksista lähtien. Teemoista kaksi kohdistui itseen hoitajana, kolme potilaaseen ja yksi hoitaja-potilassuhteeseen. Itseen kohdistuneet käsitykset suuntautuivat työhön sitoutumiseen ja ammatilliseen käyttäytymiseen:

”kiinnostunut työstään ja korkea ammattitaito” (IA/3) ja ”amatillinen, empatia ja yhteistyö”. (IIA/21)

Potilaaseen kohdistuvissa arvo- ja arvostuskäsityksissä korostuivat potilaan kunnioittaminen, osallistumismahdollisuudet ja ihanteellinen auttaminen. Viimeksi mainitussa teemassa nousi esille Golden rules –sääntö (esim. Kant 1931). Nimetyt teemat lähtökohtana siirryttiin arvo- ja arvostuskäsitysten luokitteluun.

7.2.2 Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten luokat koulutuksen kuluessa

Arvo- ja arvostuskäsitysten luokkia muodostui kuusi. (Kuvio 10).

-
1. OSALLISTUVA POTILAS
 2. POTILAAN HYVÄ KOKONAISUUTENA
 3. POTILAAN KUNNIOITTAMINEN
 4. IHANTEELLINEN POTILAAN AUTTAMINEN
 5. HOITOTYÖSSÄ TAITAVA SAIRAAHOITAJA
 6. SAIRAAHOITAJAN HYVEET
-

Kuvio 10. Opiskelijoiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten luokat

Luokat muodostuivat melko samankaltaisiksi kuin teemat, sillä lähes sama nimi ja sisältö säilyi luokissa *Potilaan hyvä kokonaisuutena*, *Potilaan kunnioittaminen* ja *Ihanteellinen potilaan auttaminen*. Hoitajaan kohdistuneet teemat *Hoitotyöhön sitoutuva hoitaja* ja *Potilaan huomiointi ammatillisesti* jäsennettiin uudelleen luokiksi *Hoitotyössä taitava sairaanhoitaja* ja *Sairaanhoitajan hyveet*. Luokkiin sijoitettiin kaikki opiskelijoiden nimeämät hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset, jotka esiintyivät kyselyissä (2, 3). Vertikaalinen kuvaus luokissa etenee potilaasta sairaanhoitajaan siten, että ensin kuvataan potilasta koskevat arvo- ja arvostuskäsitykset ja viimeksi hoitajaa itseään koskevat käsitykset. Opiskelijoiden käsityksiä ei esitetä esiintymistiheyden mukaan vaan koulutuksen alku- ja loppuvaihetta luokittain vertaillen. Taulukossa (10) kuvataan hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiä, luokkia ja niiden jäsentämistä ohjanneita ominaisuuksia.

Taulukko 10. Opiskelijoiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten sijoittuminen luokkiin

Luokat ja ominaisuudet	Opiskelijoiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset	
	KOULUTUKSEN ALKUVAIHEESSA	KOULUTUKSEN LOPPUVAIHEESSA
OSALLISTUVA POTILAS Osallistuvuus	<ul style="list-style-type: none"> • Itsemääräämisoikeus • Itsehoito • Omatoimisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Itsemääräämisoikeus ja itsenäisyys • Itsehoito
POTILAAN HYVÄ KOKONAISUUTENA Hoitotyön päämäärä	<ul style="list-style-type: none"> • Hyvinvointi • Terveys • Elämän/kuoleman kunnioittaminen • Hyvä olo/potilaan hyvä • Holistisuus/kokonaisvaltaisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Laadukas elämä • Terveys • Elämän kunnioittaminen/ylläpito, elämä • Integriteetti • Holistisuus/kokonaisvaltaisuus
POTILAAN KUNNIOITTAMINEN Seuraukset	<ul style="list-style-type: none"> • Ihmisarvo • Ihmisen kunnioittaminen • Ainutkertaisuus • Toisen huomiointi • Yksityisyys • Yksilöllisyys/ihmisyys • Tasa-arvo/tasavertaisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Ihmisarvo • Potilaan/lähimmäisen kunnioittaminen • Potilaan toiveiden huomiointi • Yksilöllisyys • Tasa-arvo/tasavertaisuus
IHANTEELLINEN POTILAAN AUTTAMINEN Emotivistinen tuki	<ul style="list-style-type: none"> • ”Golden rules” • Ihmis-/lähimmäisenrakkaus • Palveleminen/auttaminen • Huolehtiminen • Empatia/ymmärtäminen • Eläytyä • Altruistinen käytös • Rakkaus 	<ul style="list-style-type: none"> • Ihmis-/lähimmäisenrakkaus • Auttamishalu • Kärsimyksen poistaminen • Rakkaus
HOITOTYÖSSÄ TAITAVA SAIRAAHOITAJA Vastuu ja motivaatio	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyö • Kiinnostus työhön • Kehitys/arvostus/motivaatio • Tieto/taito/kokemus • Työ/ammatti • Vastuuntunto/vastuullisuus • Vaitiolovelvollisuus • Hoidon jatkuvuus • Turvallisuus • Tarpeet • Kuuntelu 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoidon tasokkuus • Ammattitaitoinen • Salassapito • Turvallisuus
SAIRAAHOITAJAN HYVEET Luonteen piirteitä	<ul style="list-style-type: none"> • Eettisyys • Rehellisyys • Luottamuksellisuus • Ammatillisuus • Empaattisuus • Rauhallisuus • Inhimillisuus • Oikeudenmukaisuus • Avoimuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Rehellisyys • Luottamuksellisuus • Aitous/huomaavaisuus • Inhimillisuus • Oikeudenmukaisuus

Osallistuva potilas -luokan muodostamisperusteena ovat potilaan mahdollisuudet osallistua itseään koskevan hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon. Päämääränä on potilaan hyvä. Esimerkkinä opiskelijan arvokäsityksistä ovat:

”omatoimisuuteen pystyminen ja itsehoidon tukeminen”. (IIA/30)

Potilaan osallistumiseen liittyvät arvo- ja arvostuskäsitykset lisääntyivät koulutuksen aikana.

Potilaan hyvä kokonaisuutena -luokan käsitysten ominaisuudet kuvaavat hoitotyön päämäärää ja hoitotyön tarkoitusta. Arvokäsitykset ilmaistiin terveyden arvostuksina, joista esimerkkeinä ovat:

”terveyden saavuttaminen ja ylläpitäminen” (IA/4), ”terveyden arvostus” (IIA/26) ja ”terveyden optimointi” (IA/5).

Koulutuksen aikana opiskelijat omaksuivat uusia käsityksiä kuten

”integriteetin säilyttäminen” (IK/11) ja ”laadukkaan elämän mahdollistaminen” (IIK/16).

Terveys oli useimmiten esitetty arvokäsitys. Kolmannes opiskelijoista ilmaisi potilaan hyvää tarkoittavan arvon tai arvostuksen koulutuksen alkuvaiheessa ja valtaosa arvosti potilaan hyvää koulutuksen loppuvaiheessa.

Potilaan kunnioittaminen -luokka on perusteiltaan hoitotyön hyvään pyrkivää toimintaa. Opiskelijat ilmaisivat useimmiten käsityksinään ihmisen kunnioittamisen ja ihmisarvon, esimerkiksi

”kunnioitus toista ihmistä kohtaan ja yleensä elämää kohtaan”. (IIA/23)

Kaksi kolmesta opiskelijasta arvosti ihmisen kunnioittamista koulutuksen alkuvaiheessa ja lähes kaikki opiskelijat koulutuksen lopussa.

Ihanteellinen potilaan auttaminen -luokka perustuu potilaan auttamiseen myönteisten tunteiden kautta, mikä on lähellä altruistista asennoitumista. Useimmiten arvo- ja arvostuskäsityksinä ilmaistiin lähimmäis- ja ihmisrakkaus kuten

”auttaminen, ajatuksella, mitä haluat itsellesi tehtävän tee se myös toiselle” (IIA/16) tai ”lähimmäisestä huolehtiminen” (IIA/31) ja ”rakkaus” (IIA/28).

Kolmannes opiskelijoista arvosti ihmisen auttamista sekä koulutuksen alku- että loppuvaiheessa.

Hoitotyössä taitava sairaanhoitaja luokitteluperusteen ominaisuus on vastuu ja motivaatio ammattityön hyvästä suorittamisesta. Luokkaan sisältyy perinteisiä hoitotyön periaatteita. Esimerkkeinä opiskelijoiden arvostuksista ovat:

”kyky olla vaiti – vaitiolovelvollisuus, kuuntelemisen taito” (IA/1), ”potilaan tarpeiden ensisijaisuus” (IA/2) ja ”hoitajan kiinnostus työhönsä” (IA/3).

Neljännes opiskelijoista arvosti hoitotyön taitoja koulutuksen alkuvaiheessa ja vain muutama koulutuksen loppuvaiheessa.

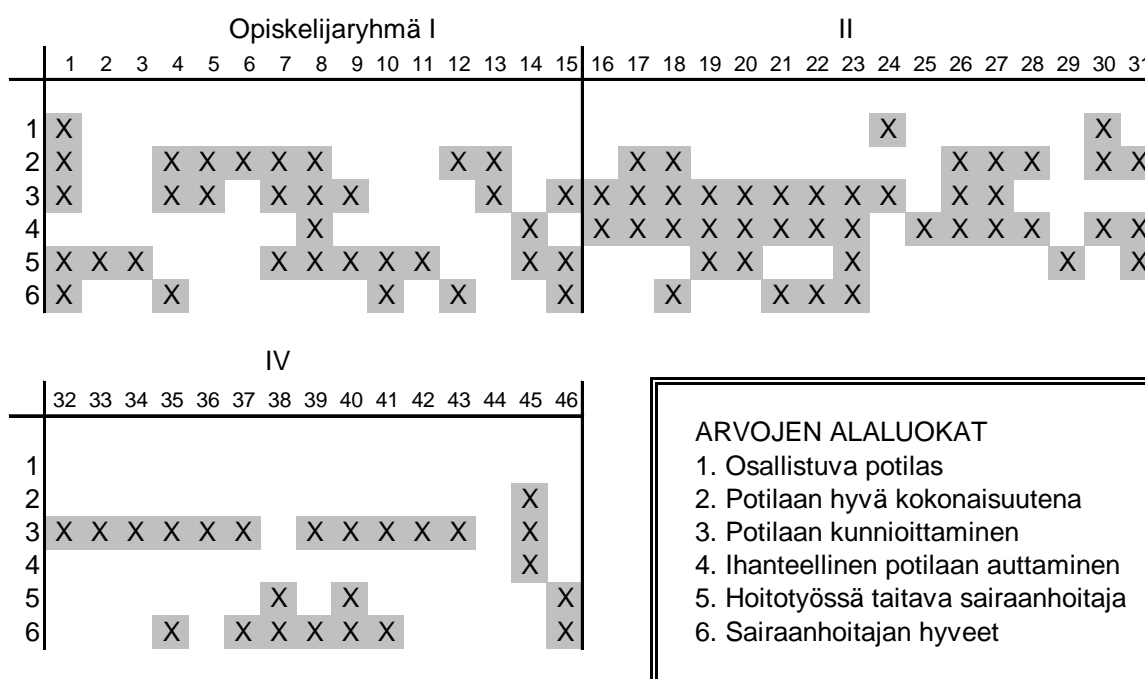
Sairaanhoitajan hyveet -luokka sisältää arvostuksen omia myönteisiä luonteenpiirteitä kohtaan. Käsityksissä korostuivat luottamuksellisuus, rehellisyys ja inhimillisyys. Kolmannes opiskelijoista arvosti hyveitä koulutuksen alkuvaiheessa ja puolet opiskelijoista koulutuksen loppuvaiheessa. Nämä arvokäsitykset pysyivät melko samoina koulutuksen kuluessa.

Yhteenveto

Koulutuksen kuluessa esiintyneet opiskelijoiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset sijoittuivat useimmiten *Potilaan kunnioittaminen* -luokkaan. Muuten opiskelijoiden arvot ja arvostukset jakaantuivat melko tasaisesti eri luokkien kesken. Yksittäisistä arvokäsityksistä yleisimpiä koulutuksen alkuvaiheessa olivat *terveys, yksilöllisyys, ihmisarvo ja lähimmäisenrakkaus*. Näitä käsityksiä esiintyi neljänneksellä opiskelijoista. Koulutuksen loppuvaiheen yleisimpiä arvokäsityksiä olivat *ihmisarvo, elämän kunnioittaminen, terveys, inhimillisyys ja ihmisrakkaus*. Nämä käsityksen esiintyivät vähintään kolmanneksella tutkimukseen osallistuneista.

7.2.3 Opiskelijoiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten kuvausprofiilit koulutuksen kuluessa

Yksittäisen opiskelijan hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten hajaantumisesta luokkiin saa kuvan tarkastelemalla kuvausprofiileja. Koulutuksen alkuvaiheessa opiskelijoita oli kolme ryhmää (N=46) ja loppuvaiheessa kaksi ryhmää (N=28). (Kuviot 11a, 11b). Kuvioita verrattessa on syytä muistaa, etteivät opiskelijaryhmän tunnusluvut tarkoita samaa opiskelijaa koulutuksen alussa ja lopussa.



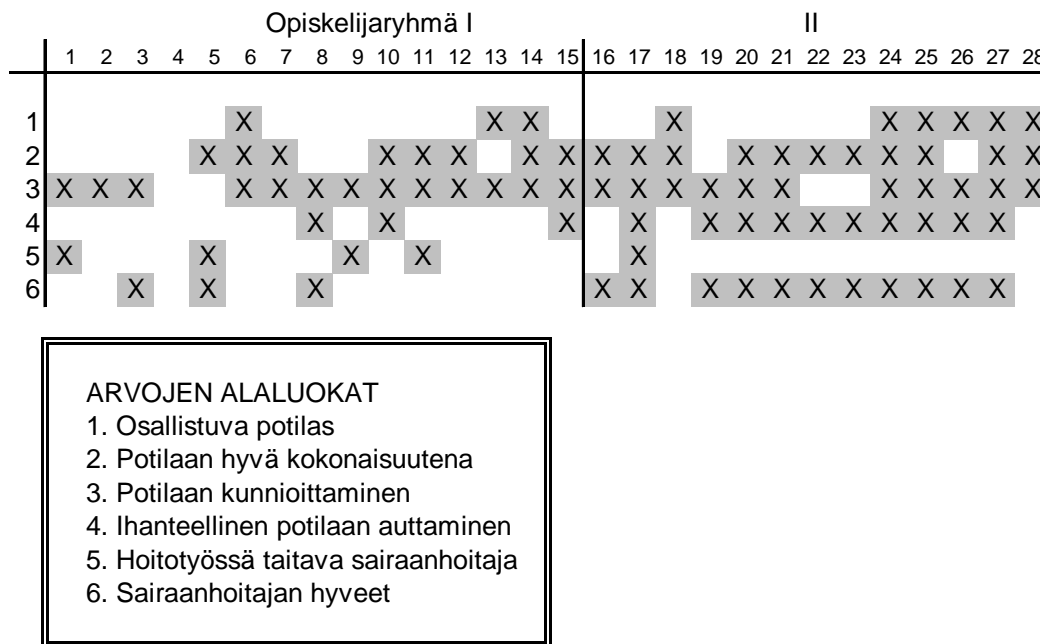
Kuvio 11a. Opiskelijoiden (N=46) hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten kuvausprofiilit koulutuksen alkuvaiheessa

Koulutuksen alkuvaiheen kuvausprofiilit osoittavat opiskelijoiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksien sijoittuvan useimmiten kahteen tai kolmeen luokkaan. Neljännes opiskelijoista ilmaisi yhteen luokkaan sisältyviä käsityksiä. Neljä opiskelijaa ilmaisi neljään tai useampaan luokkaan sisältyviä hoitotyön arvoja ja arvostuksia. Yksi opiskelija ei nimennyt yhtään hoitotyön arvo- tai arvostuskäsitystä.

Kaikissa opiskelijaryhmissä korostuivat *Potilaan kunnioittamiseen* sisältyvät käsitykset. Muuten arvo- ja arvostuskäsityksien luokkien lukumäärissä ja luokkiin kohdentumisissa oli

ryhmittäin eroavuuksia. Opiskelijaryhmässä I hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset jakaantuivat melko tasan *Potilaan kunnioittamisen* lisäksi *Potilaan hyvään kokonaisuutena* ja *Hoitotyössä taitava sairaanhoitaja* -luokkien kanssa. Ryhmässä II käsitykset keskittyivät *potilaan kunnioittamisen* lisäksi *Ihanteelliseen potilaan auttamiseen*. Ryhmässä III eivät korostuneet muut arvo- ja arvostuskäsitysten luokat kuin *Potilaan kunnioittamiseen* sisältyvät käsitykset.

Opiskelijoiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten kuvausprofiilit koulutuksen loppuvaiheessa näkyvät kuviosta (Kuvio 11b)



Kuvio 11b. Opiskelijoiden (N=28) hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten kuvausprofiilit koulutuksen loppuvaiheessa

Koulutuksen loppuvaiheessa hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset kattoivat vähintään kaksi luokkaa. Poikkeuksen tähän teki kaksi ryhmän I opiskelijaa, joista toinen ei nimennyt yhtään käsitystä ja toisen sijoittuivat yhteen arvo- ja arvostuskäsitysten luokkaan. Neljään tai viiteen luokkaan sijoittuivat kuuden opiskelijan (ryhmä II) käsitykset.

Opiskelijaryhmässä I korostuivat edelleen *Potilaan kunnioittamiseen* sisältyvät käsitykset. Ryhmän II arvo- ja arvostuskäsitykset sijoittuivat melko tasaisesti lähes kaikkiin luokkiin. Poikkeuksen tästä teki luokka *Hoitotyössä taitava sairaanhoitaja*, johon ryhmästä II sijoittui yhden opiskelijan käsityksiä. Käsitykset *Osallistuvasta potilaasta* jäivät muita luokkia vähäisemmälle huomiolle.

Kyselyiden (2, 3) mukaan opiskelijoiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset pysyivät koulutuksen kuluessa melko samankaltaisina. Näin oli erityisesti *Potilaan kunnioittamiseen* liittyvässä luokassa. Kuitenkin opiskelijoiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten luokkiin sijoittuminen laajeni koulutuksen kuluessa.

7.2.4 Hoitotyön arvokategoriat

Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksistä muotoutui kolme arvokategoriaa *Potilaan hyvä, Ihanteellisuus potilaan auttamisessa* ja *Sairaanhoitajan sitoutuminen*. Luokittelun perusteita ovat ihmisen ja yhteisön päämäärät, altruistisuuden myönteiset seuraukset toiselle ihmiselle

ja yksilön kokemat velvollisuudet (ks. Taulukko 5: 64). Arvokategorioiden nimet pyrittiin löytämään opiskelijoiden nimeämistä arvo- ja arvostuskäsityksistä. Seuraavassa taulukossa (11) kuvataan hoitotyön arvokategorioita sekä luokkia ja arvokategorioita yhdistäviä teoreettisia perusteita.

Taulukko 11. Opiskelijoiden arvo- ja arvostuskäsitysten luokista muodostuneet hoitotyön arvokategoriat

ARVOKATEGORIAT	TEOREETTINEN PERUSTE	LUOKAT
POTILAAN HYVÄ	Potilaan itsenäisyys ja vapaus Hoitotyön tarkoitus ja tehtävä	OSALLISTUVA POTILAS POTILAAN HYVÄ KOKONAISUTENA
IHANTEELLISUUS POTILAAN AUTTAMISESSA	Myönteisesti altruistinen, huolenpito Seuraukset myönteisesti altruistisia ja sankaruus	POTILAAN KUNNIOITTAMINEN IHANTEELLINEN POTILAAN AUTTAMINEN
SAIRAAHOITAJAN SITOUTUMINEN	Ammatin velvollisuudet (ulk. säännöt), sopimukset Hyvä käyttäytyminen (sis. säännöt)	HOITOTYÖSSÄ TAITAVA SAIRAAHOITAJA SAIRAAHOITAJAN HYVEET

Potilaan hyvä -arvokategoria kuvastaa hoitotyön tietoisuutta potilaan olemassaolosta, hoitotyön tarkoituksesta ja tehtävästä. Luokan sisältöä kuvaavat käsitykset itsemääräämisoikeudesta, omatoimisuudesta ja potilaan toiveista. Hoitotyön päämäärää kuvaavat potilaan hyvä, terveyden edistäminen, saavuttaminen ja laadukas elämä. (Esim. Leino-Kilpi 1990, Åsted-Kurki 1992, Sarvimäki 1993, Ssl 1996, Eriksson 1997).

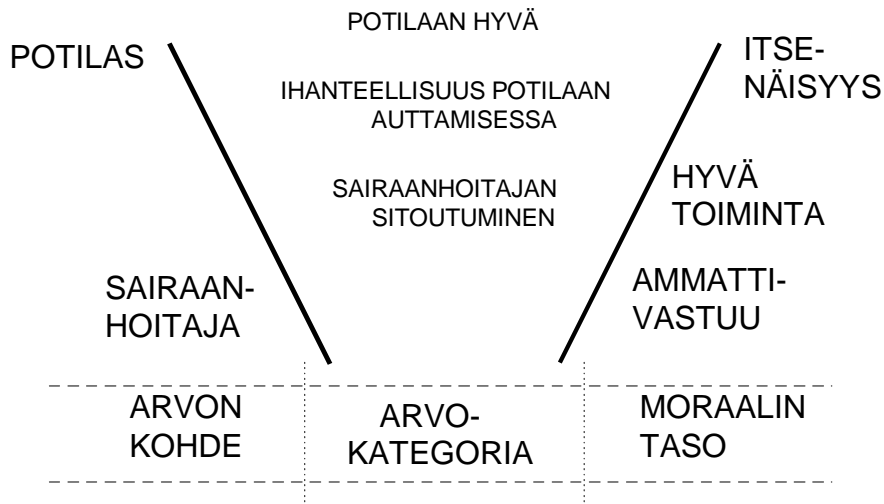
Ihanteellisuus potilaan auttamisessa -arvokategorian teoreettiset perusteet ovat altruistisessa ihmisen kunnioittamisessa, lähimmäisenrakkaudessa, sankaruudessa, huolenpidossa ja auttamishalussa (esim. Lanara 1981 ja 1996, Knowlden 1990, Eriksson 1993, 1997, Fry 1994, Sarvimäki 1996).

Sairaanhoitajan sitoutuminen -arvokategoria kuvaa sairaanhoitajien ammatillisia velvollisuuksia kuten kiinnostus omaa työtä kohtaan, vastuullisuus ja hyvä hoitotyön laatu. Lisäksi arvokategoriaan sisältyy sairaanhoitajan toivottavia luonteenpiirteitä kuten luottamuksellisuus, rehellisyys ja aitous (esim. Bandman ja Bandman 1990, Knowlden 1990, Husted ja Husted 1991, Yeo 1991, Scott 1995, Sellman 1997).

Hoitotyön arvokategorioiden luokitusperusteet nousevat hoitoetiikan sisällöistä hoitotyön tehtävästä, huolenpidosta, sankaruudesta, periaatteista ja sopimuksista. Etiikan teoriat ovat kuitenkin näiden taustalla siten, että päämääräetiikan sisällöt näkyvät soveltaen potilaan hyvässä sekä hyveet ja sankaruus ihanteellisessa auttamisessa. Viimeksi mainitussa arvokategoriassa on myös piirteitä seurausetiikan altruismista. Sitoutumiseen sisältyvissä käsityksissä voi puolestaan nähdä velvollisuusetiikan sisältöä.

7.2.5 Yhteenveto hoitotyön arvokategorioista ja niiden suhteista

Hoitotyön arvokategorioita verrataan arvon kohteisiin ja moraalien tasoihin (vrt. Perry 1981, Crisham 1981, Kohlberg 1984, Keller 1985, Gilligan 1994). Vertailun tarkoituksena on tarkastella kategorioita yksityisyys-yleisyystasojen mukaan. Arvon kohteet jakaantuivat joko potilaaseen tai sairaanhoitajaan. Moraalin tasoja ovat ammattivastuu, hyvä toiminta ja itsenäisyys. (Kuvio 12.)



Kuvio 12. Hoitotyön arvokategorioiden suhde arvon kohteeseen ja moraalien tasoon

Sairaanhoitajan sitoutuminen ja Ihanteellisuus potilaan auttamisessa kuvaavat opiskelijan itseensä *sairaanhoitajana* kohdistamia vastuun ja hyvän toiminnan moraalisia tasoja. Nämä sairaanhoitajaan kohdistuvat arvokategoriat edustavat yksityistä tasoa. *Potilas* arvon kohteena edustaa terveydenhuollon asiakasta, asukasta, potilasta, perhettä ja yhteisöä. *Potilaan hyvä* –arvokategoria suuntautuu hoitotyön päämäärään ja moraalien tasona edustaa potilaan itsenäisyyttä.

Henkilökohtaiset ja hoitotyön arvo- ja arvokäsitykset eroavat toisistaan siinä, että henkilökohtaisissa luokissa esiintyvä arvokategoria *Yleinen hyvä ja onnellisuus* kuvastaa huomattavasti laajempaa yhteisöllistä ja yhteiskunnallista arvokäsitystä kuin hoitotyön arvokategorioissa esiintyvä *Potilaan hyvä* -kategoria. Samoin henkilökohtaisissa luokissa tunteet kuvastavat yksilön tuntemuksia itseään kohtaan. Vastaavankaltaisia mainintoja ei opiskelijoilla esiintynyt hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksissä itseään kohtaan. Hoitotyössä käsitykset painottuivat joko potilaaseen tai itseen sairaanhoitajana, mutta ei keskinäiseen potilas-sairaanhoitaja vuorovaikutussuhteeseen.

Koulutuksen alku- ja loppuvaiheen kyselyiden (2, 3) mukaan tutkimusjoukon hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset laajenivat ja monipuolistuivat, mutta koko koulutuksen ajan käsityksissä säilyi yksilöllisiä ja ryhmäkohtaisia eroavuuksia. Koulutuksen kuluessa hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksistä korostuivat *potilaan kunnioittamiseen* liittyvät arvot ja arvostukset. Kokonaisuutena tutkittavat (N=46 ja N=28) nimesivät *inhimillisiä, lämpimiä, toista ihmistä arvostavia ja hoitotyöhön sitoutuvia* hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiä.

7.3 Opiskelijoiden henkilökohtaiset ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset koulutuksen loppuvaiheessa

Koulutuksen loppuvaiheen arvo- ja arvostuskäsityksiä kuvataan opiskelijoiden (N=31) etiikan kirjoitusten (esseet) sisällöistä nousevina tuloksina. Luvussa 7.3.1 kuvataan esseiden teemoittelua päättyneenä esiteoreettisena polkuna. Tämä on esimerkki laadullisen tutkimuksen tulosten vaihtoehtoja etsivästä luonteesta. Luvussa (7.3.2) käsitellään kirjoituksista nousseet sekä henkilökohtaisten että hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten luokat. Luvussa (7.3.3) esitellään kuvausprofiilit. Luvussa (7.3.4) kuvataan luokista johdetut arvokategoriat. Esseistä muodostuneiden arvokategorioiden yhteenveto on luvussa 7.3.5. Samalla luku on yhteenveto tutkimusjoukon koko koulutuksen aikaisista henkilökohtaisista ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksistä. Liitteessä (4) on esimerkkejä opiskelijoiden esseistä ja niissä esiintyvistä arvo- ja arvostuskäsityksistä.

7.3.1 Henkilökohtaisten ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten teemat

Seuraava esimerkki on opiskelijan esseestä, jonka aiheena on ”Elvytykseen liittyvät eettiset ongelmat”. Opiskelija lähtee pohtimaan asiaa omista kokemuksistaan sairaalassa ja tarkastelee kysymystä, milloin elvytystä ei tulisi tehdä. Hän kuvaa kokemuksiaan:

”Edellä kuvatussa esimerkkitapauksessa unohdettiin potilas inhimillisenä olentona. Häntä käytettiin lääketieteellisen teknologian kaikkivoipaisuuden esittelyesineenä. Uuden uljaan lääketieteen voimin saadaan sydän sykkimään. Viis siitä, että ”uusi elämä” jää hetkelliseksi ja että potilas joutuu kärsimään. Vanha sairaalahierarkia toimii näissä tilanteissa hyvin. Lääkäri on auktoriteetti, määrääjä. Hoitohenkilökunta tottelee kiltisti. Lääkärille on tärkeää elämän säilyttäminen. Heidän on vaikeaa tehdä päätös elvytyksestä luopumisesta, vaikka potilaan ennuste on huono. Niin kauan kuin on elämää on toivoa. Elämän kipinä on syytettävä uudelleen kerta toisensa jälkeen. Hoitajat kärsivät. He haluavat taata potilailleen hyvän ja tarkoituksenmukaisen hoidon. He haluavat välttää turhaa kivun ja kärsimyksen tuottamista. He haluavat ottaa huomioon potilaiden toivomukset sekä heidän omaistensa mielipiteet. Toisaalta he kunnioittavat lääkäriä asiantuntijana ja työtoverina.” (II/26)

Esimerkistä voi arvo- ja arvostuskäsityksiä kuvailla seuraavasti: potilas inhimillisenä olentona, kärsimyksen leivittäminen, elämän säilyttäminen, elämä ja toivo, potilaan hyvä ja tarkoituksenmukainen hoito, potilaan toiveet sekä työtoverin kunnioitus.

Esseiden sisältöön tutustuttaessa opiskelijoiden (N = 31) arvo- ja arvostuskäsitykset eivät vaikuttaneet samankaltaisilta kuin aikaisemmin (luvut 7.1 ja 7.2.) kuvatut teemat. Tästä syystä teemoja lähdettiin muodostamaan aikaisemmasta teemoittelusta poikkeavasti. Esseistä muodostuivat teemat: *Persoonalliset arvot*, *Elämän arvot*, *Humaani ihminen*, *Oma ja toisen hyvä*, *Sankarilliset arvot* ja *Yhteisölliset arvot*. Yksittäisen opiskelijan esseestä muodostuneiden teemojen lukumäärät vaihtelivat yhdestä viiteen. Teemat ryhmiteltiin *persoonallisiin*, *humaaneihin* ja *elämään* liittyviin teemoihin. Teemojen ryhmittely muodostettiin eniten kirjoituksen sisältöä kuvaavasta tai ainoasta esiinnousseesta teemasta. Taulukossa (12) on teemakokonaisuuksiin merkitty tutkittavien opiskelijoiden lukumäärät ja ryhmätunnukset (I ja II). Luvut kuvaavat teemojen määrällistä esiintyvyyttä tutkimusjoukossa.

Taulukko 12. Opiskelijoiden (N=31) esseistä muodostuneet arvo- ja arvostuskäsitysten teemat

TEEMOJEN LUKUMÄÄRÄ/ OPISKELIJA	PERSOONALLISISTA KÄSITYKSISTÄ NOUSEVAT TEEMAT	HUMAANISISTA KÄSITYKSISTÄ NOUSEVAT TEEMAT	ELÄMÄÄN LIITTYVISTÄ KÄSITYKSISTÄ NOUSEVAT TEEMAT
VIISI ERI TEEMAA		Yhteisölliset arvot Oma ja toisen hyvä Humaani ihminen Persoonalliset arvot Elämän arvot (R. II/ 1 opisk.) ³	
NELJÄ ERI TEEMAA	Oma ja toisen hyvä Sankarilliset arvot Humaani ihminen Persoonalliset arvot (R II/ 3 opisk.)	Yhteisöll. arvot Oma ja toisen hyvä Humaani ihminen Persoonall. arvot (R II/ 3 opisk.)	Oma ja toisen hyvä Humaani ihminen Persoonall. arvot Elämän arvot (R I/ 2 opisk. ja R II/ 3 opisk.)
KOLME ERI TEEMAA	Oma ja toisen hyvä Humaani ihminen Persoonall. arvot (R I/ 2 opisk. ja R II/ 1 opisk.)	Yhteisöll.arvot Humaani ihminen Persoonall.arvot (R I/ 1 opisk.)	Humaani ihminen Persoonall. arvot Elämän arvot (R I/ 3 opisk. ja R II/ 3 opisk.)
KAKSI ERI TEEMAA		Humaani ihminen Persoonalliset arvot (R II/ 2 opisk.) Sankarilliset arvot Oma ja toisen hyvä (R I/ 1 opisk.)	Humaani ihminen Elämän arvot (R I/ 1 opisk.)
YKSI TEEMA	Persoonall.arvot (R I/ 1 opisk.)		Elämän arvot (R I/ 1 opisk.)

Opiskelijoiden (N=31) teemojen esiintymisissä oli painotuseroja, sillä useimmiten esiintyi elämään liittyviä arvo- ja arvostuskäsityksiä. Esseissä esiintyneet teemat sijoittuivat siten, että kahden opiskelijan esseessä esiintyi yhteen teemaan sisältyviä käsityksiä. Sitä vastoin yhden opiskelijan esseen arvokäsitykset jakaantuivat viiteen eri teema-alueeseen. Eniten opiskelijoiden esseissä löytyi joko kolmeen tai neljään eri teemaan sijoittuvia käsityksiä.

Teemoista yleisiä arvo- ja arvostuskäsityksiä edustivat *Yhteisölliset arvot*. Tämä teema koostui opiskelijoiden arvostamasta yhteisestä hyvästä, yhteistyöstä ja ammattitaidosta. Opiskelija kuvasi:

”Asiantuntemus ja pätevyys ovat olennainen osa sairaanhoitajan eettistä vastuuta. Koska sairaanhoitajalla on velvollisuus opiskella, pitää tietonsa ajan tasalla ja soveltaa sitä ammatissaan, muodostuu tärkeiksi tekijöiksi ammatillinen osaaminen ja hoidon arvot”. (I/6)

Esimerkki koskee sairaanhoitajan ammatillista pätevyyttä. Neljä opiskelijaa käsitteli yhteisöllisiä arvo- ja arvostuskäsityksiä.

³ Numerot 1,2 jne. viittaavat opiskelijoiden lukumäärään, ei siis opiskelijakoodiin.

Oma ja toisen hyvä –teemassa käsiteltiin potilasta ja opiskelijaa itseään. Toista ihmistä opiskelijat tarkastelivat hyvän kannalta, kuten turvallisuus, toisen auttaminen ja suojeleminen. Opiskelija kuvasi potilaan tietojen salassapitoa:

”Tiedot on kerätty potilaan parasta ajatellen, se takaa hoidon jatkuvuuden ja luo hoitoon turvallisuutta; potilaan on voitava luottaa, että kerätyt tiedot pysyvät salassa, eikä niitä voida käyttää häntä vastaan”. (I/2)

Toinen opiskelija korosti tasavertaisuutta:

”Kaikille ihmisille kuuluu myös itsemääräämisoikeus, mikä tarkoittaa oikeutta ohjata omaa elämäänsä tahtomaansa suuntaan...Ihanteellinen hoitosuhde olisi varmasti kahden ihmisen, hoitajan ja asiakkaan liitto, jossa tavoitteet ovat yhdessä sovitut ja keinot niiden saavuttamiseksi myös etsitään yhdessä”. (II/16)

Teeman *Sankarilliset arvot* nimi syntyi siitä, kun opiskelijat käsitelivät heroismia ja rakkautta. Esimerkiksi:

”Elinsiirtoihin liittyy monia eettisiä ongelmia. Munuissiirtoa lukuun ottamatta hoito on vielä kokeiluasteella, hoitoa voidaan myös pitää heroisena”. (II/24)

Toinen opiskelija kuvasi rakkautta hylätyksi tulleen lapsen kokemuksista:

”Korostetaan sitä, että äiti osoitti rakkautta kenties luopumalla lapsesta ja halusi antaa lapselleen paremman tulevaisuuden kuin mihin itse olisi pystynyt”. (II/22)

Usein toistuneen teeman *Humaani ihminen* käsitykset liikkuivat ihmisarvossa, inhimillisyydessä, vapaudessa ja potilaiden kärsimyksen lievittämisessä. Opiskelija kuvasi yksilön kokemuksia omasta hoidostaan:

”Missä on yksilön vapaus päättää omaa sairauttaan ja terveyttään koskevissa asioissa” ja kirjoittaessaan vaihtoehtohoidoista: ”Tämäkin tosiasia olisi huomioitava ja aktivoitua avarampaan ajatteluun”. (II/21)

Toinen opiskelija pohti ihmisten asenteita itsemurhiin ja itsemurhaa yrittäneen potilaan hoitosuhdetta:

”Toisaalta halutaan olla liberaaleja ja hyväksyä erilaisia yksilöllisiä ratkaisuja. Ihmisillä katsotaan olevan vapaus ja oikeus itsemurhaan ja sitä saatetaan jopa ihannoita. Toisaalta taas itsemurhaa pidetään moraalittomana ja se nähdään pakona tai vastuun välttelemisenä...Liikaa ammatillisuutta ei hoitosuhteessa tulisi korostaa. Suhteen tulisi perustua luottamukselliseen ja inhimilliseen vuorovaikutukseen. Tällöin voidaan aktivoida potilaan kyvyt tilanteen korjaamiseen”. (II/30)

Persoonalliset arvot -teema oli lähellä hyveitä, kuten luottamuksellisuutta, aitoutta ja rehellisyyttä. Esimerkiksi opiskelija pohti:

”Ammattietiikka antaa työlle inhimillisen perustan sekä auttaa selviytymään käytännön ongelmatilanteissa. Se tarjoaa myös terveydenhoitajalle persoonallisen otteen työhönsä”. (II/17) Toinen opiskelija korosti: ”Hoitajalta vaaditaan nuoren kohtaamisessa paitsi hienotunteisuutta, aitoutta ja rehellisyyttä ja rohkeutta puuttua asioihin”. (II/19)

Elämän arvot -teeman käsitykset kuvasivat käsityksiä elämästä, terveydestä, kokonaisvaltaisuudesta ja taloudellisuudesta. Opiskelija kirjoitti:

”Jos me, joiden ammattina on auttaminen, pystymme saamaan aikaan sen, että potilaan ja hänen perheensä tarpeet ovat tasapainossa keskenään”. (I/4)

Toinen opiskelija pohti elinsiirtoihin liittyviä ongelmia:

”Osa tutkimuksista saattaa olla hyvinkin kalliita, joten onko taloudellisesti perusteltua käyttää aikaa vainajan elintoimintojen tutkimiseen, kun sama aika voitaisiin käyttää useamman elävän potilaan hyödyksi”. (I/12)

Kokonaisuutena teemoitteluvaihe paljasti esseissä esiintyvien arvo- ja arvostuskäsitysten jakaantumisen sekä henkilökohtaisiin että hoitotyön käsityksiin. Esseiden sisältöjen tarkastelu osoitti, että niistä on muodostettavissa edellä kuvatut henkilökohtaiset (7.1.1) ja hoitotyön teemat (7.2.1). Vaikka tässä esitetty teemoittelu päättyi, on se esimerkki tuloksia etsivästä vaihtoehdosta. Teemojen määrällinen tarkastelu on esimerkki fenomenografian hierarkkisesta luokittelusta, jossa seuraava taso sisältää aina edelliset ja enemmän kuin aikaisemmat tasot.

7.3.2 Henkilökohtaisten ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten luokat

Seuraavassa esimerkkikatkelma opiskelijan esseestä:

”Näistä hyvistä tuloksista huolimatta voidaan kysyä, mikä on ihmisen velvollisuus. Onko suostuttava hoitoon, esimerkiksi painontarkkailuun, vai onko ihmisellä oikeus olla olemassa omana itsenään? Ihmiselämän laatuahan ei määrää sen pituus, eikä terveys ole ainut arvo. Terveys on toki meille kaikille tärkeää, mutta sen merkitys on lähinnä muun toiminnan mahdollistaminen, ei itseisarvona oleminen. Ihmisellä on oikeus nauttia elämästään, suorittaa valintoja ja ratkaisuja, ja ottaa niistä täysi vastuu.” (II/16)

Tekstiesimerkissä opiskelijan käyttämiä arvo- ja arvostuskäsityksiä ovat: ihmisen velvollisuus ja oikeus, elämä ja terveys, oikeus nauttia elämästään, valinnan vapaus ja vastuu päätöksistä. Opiskelijan esseessä käyttämät muut arvo- ja arvostuskäsitykset olivat: itsemäärääminen, inhimillisuus, eheys, tasa-arvo, ihmisarvo, koskemattomuus, integriteetti, loukkaamattomuus, turvallisuus, hyvinvointi ja yksilöllisyys. Kirjoituksista esimerkkejä on myös liitteessä (5). Opiskelijoiden kirjoituksista henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten luokkia muodostui viisi ja hoitotyön käsityksistä kahdeksan luokkaa. Seuraavassa tarkastellaan ensin nimettyjä luokkia (Taulukko 13) sekä tämän jälkeen esitetään tutkimusjoukon (N=31) henkilökohtaisten ja hoitotyön luokkien muodostuminen arvo- ja arvostuskäsitysten ominaisuuksien mukaisesti. (Taulukot 14 ja 15.)

Taulukko 13. Opiskelijoiden henkilökohtaisten ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten luokat

HENKILÖKOHTAISET LUOKAT	HOITOTYÖN LUOKAT
MAAILMAA JA YHTEISÖÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET	OSALLISTUVA POTILAS
ELÄMÄÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET	POTILAAN JA PERHEEN HYVÄ KOKONAISUUTENA
MINÄÄ JA TOISTA KOSKEVAT ARVOSTUKSET	POTILAAN KUNNIOITTAMINEN
KEHITYMINEN IHMISENÄ	IHANTEELLINEN POTILAAN AUTTAMINEN
YKSILÖN SELVIYTYMISTÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET	POTILAAN PUOLESTA TEKEMINEN
	HOITOTYÖSSÄ TAITAVA SAIRAANHOITAJA
	SAIRAANHOITAJAN HYVEET
	KUULIAISUUS JA VELVOLLISUUS

Henkilökohtaisista arvokäsityksistä muodostuneet luokat olivat lähes samoja kuin koulutuksen alkuvaiheen tuloksissa (Luku 7.1.2). Käsitukset kohdistuivat maailman lisäksi yhteisöllisiin arvostuksiin.

Kokonaan uusiksi hoitotyön luokiksi muodostuivat *Potilaan puolesta tekeminen ja Kuuliaisuus ja velvollisuus*. Kyselyissä (2 ja 3) esiintyneissä opiskelijoiden käsityksissä ei esiintynyt potilaan puolesta tekemistä tai velvollisuutta koskevia arvo- ja arvostuskäsityksiä. Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten luokista *Potilaan hyvä kokonaisuutena* laajeni koskemaan myös hänen *perhettään*. Seuraavassa tarkastellaan tutkimusjoukon henkilökohtaisten ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten luokittelua erikseen.

Opiskelijoiden henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten luokat esseissä

Henkilökohtaisia arvo- ja arvostuskäsityksiä esiintyi opiskelijoiden (N=31) kirjoituksissa vähäisessä määrin. Luokkia ja niiden sisältöjä esitellään taulukossa (14).

Taulukko 14. Opiskelijoiden henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten luokittelu

Luokat ja ominaisuudet	Opiskelijoiden arvo- ja arvostuskäsitykset	
MAAILMAA JA YHTEISÖÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET Yleinen hyvä	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteisön hyvä ja etu • Humanismi • Turvallinen maailma 	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteisvastuu • Ympäristön terveys • Yhteiskunta aktiivisuus
ELÄMÄÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET Päämäärä, elämän tarkoitus	<ul style="list-style-type: none"> • Onnellinen • Rakkaus • Vapaus ja valinta 	<ul style="list-style-type: none"> • Rauha • Itsenäisyys • Vakaumus
MINÄÄ JA TOISTA KOSKEVAT ARVOSTUKSET Seuraukset hyviä	<ul style="list-style-type: none"> • Ihmissuhteet 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyöty
KEHITTÄMINEN IHMISENÄ Kehittyminen	<ul style="list-style-type: none"> • Kehittyminen/kasvu • Tasapaino 	<ul style="list-style-type: none"> • Tietoisuus • Aito kiinnostus
YKSILÖN SELVIYTYMISTÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET Tavoitteet ja tarpeet elämässä	<ul style="list-style-type: none"> • Työ • Arvovalta 	<ul style="list-style-type: none"> • Resurssit • Taloudellisuus

Maailmaa ja yhteisöä koskevat arvostukset -luokan käsityksissä tuli esille yhteisöllisyys:

”yksilön oikeuksilla ja yhteisen hyvän välillä on ristiriita”. (II/28)

Opiskelijat korostivat yhteistä hyvää, yhteisvastuuta ja solidaarisuutta. Tämän luokan arvo- ja arvostuskäsitykset olivat monipuolistuneet koulutuksen kuluessa. Viiden opiskelijan (N=31) esseissä esiintyi maailmaa ja yhteisöä koskevia käsityksiä. Koulutuksen alkuvaiheessa tässä mukana olevat opiskelijaryhmät I ja II, eivät esittäneet yhtään maailmaa ja yhteisöä koskevaa arvostusta.

Elämää koskevat arvostukset -luokassa esiintyvien mainintojen kirjo oli kapea. Rakkaus luokiteltiin tähän, koska opiskelijat kuvasivat yksilöiden välistä rakkautta. Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten (kyselyt 2 ja 3) luokittelussa rakkaus liitettiin ihanteelliseen potilaan auttamiseen. Opiskelijoiden useimmiten mainitsema arvokäsitys luokassa oli vapaus ja valinta. Puolet opiskelijoista ilmaisi elämää koskevia käsityksiä.

Minää ja toista koskevat arvostukset -luokka jäi suppeaksi maininnoiltaan, koska useimmiten opiskelijat sovelsivat käsityksiään potilaaseen tai itseensä sairaanhoitajana. Luokkaan sisältyi hyötyä koskevia arvostuksia, esimerkiksi:

”ihmisarvon ja oikeudenmukaisuuden asettamia rajoja ei voi muuttaa päämäärien hyödyllisyyteen vetoamalla”. (I/8)

Ihmissuhteita yksi opiskelija pohti seuraavasti:

”Ihmisen todellinen koti on hänen tärkeissä ihmissuhteissaan”. (I/4)

Neljännes opiskelijoista esitti tähän luokkaan sisältyviä käsityksiä.

Kehittyminen ihmisenä -luokka oli myös käsitysten vaihtelun osalta niukka. Koulutuksen alkuvaiheessa korostuivat uusi tieto, koulutus, ammatti ja toimeentulo. Esseissä nämä eivät esiintyneet kenenkään maininnoissa. Useimmiten ilmaistu arvostuskäsitys oli kehittyminen. Opiskelija pohti

”pystyäkseen tukemaan potilasta ja hänen omaisiaan sairauden kulun aikana on minun annettava aikaa ja kehitysmahdollisuus omalle henkiselle kasvulleni”. (I/4)

Melkein puolet opiskelijoista esitti kehittymiseen sisältyviä arvostuksia.

Yksilön selviytymistä koskevat arvostukset -luokka oli suppea. Kolme opiskelijaa ilmaisi selviytymistä koskevia arvostuksia, joita olivat työ, arvovalta ja resurssit.

Yhteenveto

Kolmannes tutkimusjoukosta (N=31) ei esittänyt yhtään henkilökohtaista arvo- ja arvostuskäsitystä. Kokonaisuutena opiskelijoiden esseissä esiintyneet henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset olivat vähäisiä sekä käsitysten variaation että käsitysten määrän suhteen. Eniten opiskelijoiden käsityksiä sisältyi luokkiin *Elämää koskevat arvostukset* ja *Minää ja toista koskevat arvostukset*. Yksittäisistä käsityksistä useimmiten esiintyivät *vapaus ja valinta, hyöty ja kehittyminen*.

Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten luokat

Uusina hoitotyön arvokäsitysten luokkina esille nousivat *Potilaan puolesta tekeminen ja Kuuliaisuus ja velvollisuus*. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Opiskelijoiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksistä muodostetut luokat

Luokat ja ominaisuudet	Opiskelijoiden arvo- ja arvostuskäsitykset
OSALLISTUVA POTILAS Osallistuvuus	<ul style="list-style-type: none"> • Itsemäärääminen/itsem.oikeus • Oma tahto • Osallistua • Aloitteellisuus/aktiivisuus • Omatoimisuus
POTILAAN JA PERHEEN HYVÄ KOKONAISUUTENA Hoitotyön päämäärä	<ul style="list-style-type: none"> • Hyvinvointi • Terveys (henkinen) • Toisen/potilaan/lapsen hyvä olo ja hoito • Hyvä elämä, uusi elämä ja hyvä kuolema • Kokonaisuus/kok.valtaisuus • Eheys /integriteetti
POTILAAN KUNNIOITTAMINEN Seuraukset hyviä	<ul style="list-style-type: none"> • Ihmisarvo • Ihmisen kunnioittaminen • Elämän kunnioittaminen/suojelu • Ihmisyys ja hyväksyntä • Yksilöllisyys • Ainutkertaisuus ja arvokkuus • Yksilön koskemattomuus, yksityisyys, intimiteetti ja loukkaamattomuus • Samanlaisuus/yhdenvertaisuus • Tasa-arvo/-puolisuus • Toiveiden kunnioitus • Solidaarisuus • Tiedonsaanti
IHANTEELLINEN POTILAAN AUTTAMINEN Emotivistinen tuki	<ul style="list-style-type: none"> • Toisen auttaminen • Lähimmäinen/lähimmäisyys • Kärsimyksen lievittäminen/kivuttomuus • Empatia, ymmärtävä ote, ymmärtäväisyys ja hyväksyntä • Herooinen (sankarillinen) • Altruismi • Huolenpito • Henkinen tuki
POTILAAN PUOLESTA TEKEMINEN Seuraukset hyviä	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaan puolesta • Paternalismi • Potilaan suostumus
HOITOTYÖSSÄ TAITAVA SAIRAAHOITAJA Vastuu ja motivaatio ammatissa	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyö • Vastuu • Asiantuntijuus, ammattitaito • Kuuntelu, keskustelu • Sitoutunut • Salassapito, vaitiolo • Turvallisuus • Jatkuvuus • Tarpeet
SAIRAAHOITAJAN HYVEET Luonteen myönteisiä piirteitä	<ul style="list-style-type: none"> • Objekttiivinen • Oikeudenmukainen • Rohkeus • Ammatillinen • Suvaitsevainen/liberaali • Avoimuus • Kärsivällisyys • Luottamus • Rehellinen, totuudenmukainen • Inhimillinen/ihmisyys • Huumori • Lempeys/hellyys • Asiallisuus • Hienotunteisuus • Aitous • Avara ajattelu • Itseluottamus • Eettisyys
KUULIAISUUS JA VELVOLLISUUS Sääntöjen ja normien noudattaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Oikeus/oikeudet • Velvollisuus • Oikeusturva • Hyväksytyt menettelytavat • Ohjeet, säännöt • Oikeutus

Osallistuva potilas -luokassa opiskelijoiden esseistä nousi monimuotoisempia arvokäsityksiä kuin aikaisemmin kuvatussa vastaavassa luokassa (ks. Luku 7.2, 81). Opiskelijat korostivat potilaan omaa tahtoa, osallistuvuutta ja aktiivisuutta.

”Kaikille ihmisille kuuluu myös itsemääräämisoikeus, mikä tarkoittaa oikeutta ohjata omaa elämäänsä tahtomaansa suuntaan”. (II/16)

Useimmiten opiskelijoiden arvokäsitykset kohdistuivat potilaan itsemääräämisoikeuteen, jonka lähes puolet opiskelijoista ilmaisi omana hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksenään.

Potilaan ja perheen hyvä kokonaisuutena -luokka oli samankaltainen ilmauksiltaan kuin aikaisemmin, paitsi että potilaan hyvän lisäksi tarkasteltiin myös perheen hyvää. Opiskelijat käyttivät monimuotoisesti luokkaan sisältyviä ilmauksia. Terveyttä tarkasteltiin kriittisesti.

”Ihmiselämän laatuahan ei määrää sen pituus, eikä terveys ole ainut arvo” (II/16) sekä ”turvallinen ja terveellinen elämä ei välttämättä olekaan yksiselitteisesti asiakkaan ihannnormi.” (II/17) ”Eikö siihen, että hoidamme sairautta tulisi liittää käsitys kokonaisvaltaisesta hoidosta?” (I/4)

Lähes kaikki opiskelijat pohtivat potilaan tai perheen hyvää.

Potilaan kunnioittaminen -luokka oli samankaltainen kuin aikaisemmassa hoitotyön luokituksessa (ks. Luku 7.2). Esimerkkejä potilaan kunnioittamisen käsityksistä ovat:

”Emme hoida tiettyä kohtaa ihmisessä, vaan hoidamme ihmistä kokonaisuutena, ainutkertaisena yksilönä....Miten vuorovaikutussuhde onnistuu, ellei potilaan omia toivomuksia huomioida?...Mutta jos ihminen on elänyt elämänsä vain puolinaisesti tajuamatta sen arvokkuutta, ainutlaatuisuutta ja ainutkertaisuutta, hänen on vaikea luopua siitä?”. (I/4) Potilaan intimitteettiä kuvaa: ”AIDS-potilaan intimitteettiin on suhtauduttava tavanomaista ankarammin”. (I/8)

Lähes kaikki opiskelijat käsitelivät potilaan kunnioittamista.

Luokat *Ihanteellinen potilaan auttaminen* ja *Hoitotyössä taitava sairaanhoitaja* olivat myös samankaltaisia kuin aikaisemmin esiintyneet vastaavat luokat (ks. Luku 7.2). Opiskelijoista kolmannes ilmaisi ihanteellisia arvostuksia ja kaksi kolmasosaa arvosti sairaanhoitajan taitoja. Viimemainitussa luokassa yksittäisistä käsityksistä usein esiintyi turvallisuus, kuten

”On tärkeää, että sivuvaikutuksiin (lääkehoidossa) kiinnitetään huomiota niin lääkäreiden kuin yhteiskunnankin taholta, sillä siten turvataan hoidon kehittyminen ja turvallisuus”. (I/13) Toinen turvallisuutta arvokäsityksenä valottava esimerkki oli ”Vaihtoehtoinen hoito tyydyttää niitä tarpeita, joihin virallinen terveydenhoito ei ole pystynyt vastaamaan, arvojen murenemisen ja turvallisuuden heikkenemisen myötä.” (II/21)

Uutena luokkana tuli esille *Potilaan puolesta tekeminen*, esimerkiksi käsityksessä

”potilaan puolesta toimivan olisi syytä ilmoittautua asiamieheksi” (I/2) ja ”tietoja ei missään nimessä saa antaa ilman potilaan suostumusta”. (I/8)

Pohdiskelussa oli kyse AIDS-potilaan kohtelusta. Luokkaan sisältyvät käsitykset muodostuivat kolmen opiskelijan käsityksistä.

Sairaanhoitajan hyveet -luokka oli muuten samankaltainen kuin aikaisemmassa luokituksessa (ks. Luku 7.2), mutta rikassisältöistä käsitysten variaatioiden osalta, kuten käsitykset huumori, lempeys, hienotunteisuus, avara ajattelu ja itseluottamus. Inhimillisyys esiintyi useimmiten arvokäsityksenä

”hoidon inhimillistä puolta” (I/3) ja ”mistä ihmisyyden raja vedetään”. (I/11)

Melkein kaikki opiskelijat käsitelivät ammatin hyveellisiä arvo- ja arvostuskäsityksiä.

Kuuliaisuus ja velvollisuus muodostettiin uutena luokkana. Esseissä lähes kaikki opiskelijat käsitelivät jollain tavalla oikeuksia ja puolet opiskelijoista myös velvollisuuksia. Laki potilaan oikeuksista oli esseiden kirjoittamisen aikoihin sekä yhteiskunnallisessa että hoitotyön keskusteluissa esillä. Esimerkiksi oikeuksia tarkasteltiin:

”Potilaalla itsellään on aina oikeus saada tieto itseään koskevista lääkirintodistuksista ja lausunnoista.” (I/1) ”Aids-potilaalla on samat oikeudet kattavaan hoitoon kuin kenellä tahansa sairaalla ihmisellä”. (I/8)

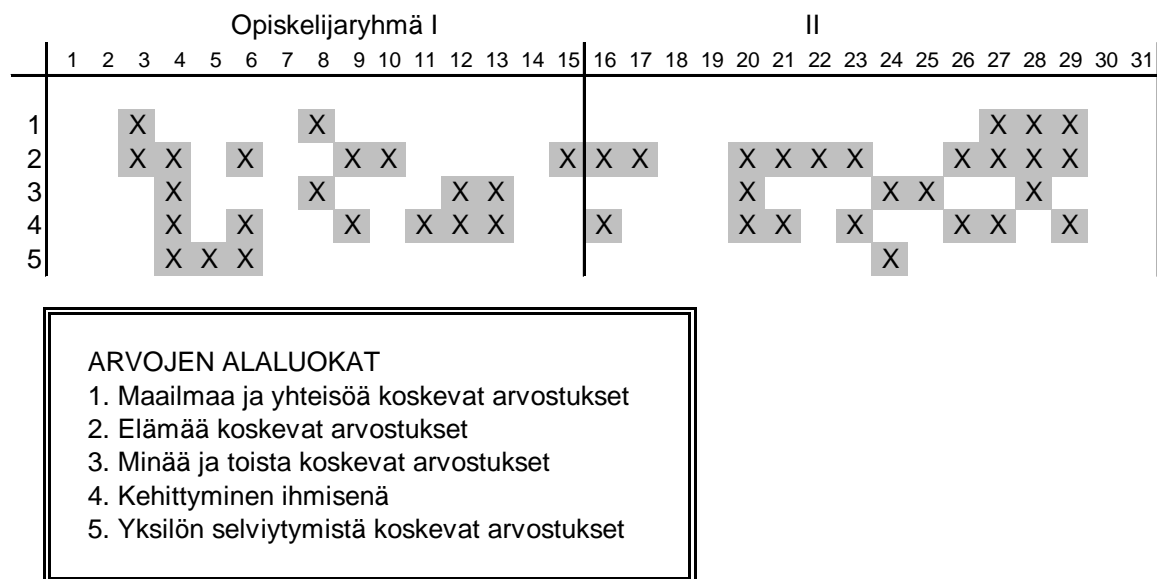
Näissä arvostusesimerkeissä oli näkyvissä potilaan oikeuksia käsittelevän lain sisältöä.

Yhteenvetona voi todeta esseistä muodostuneiden hoitotyön luokkien olevan samankaltaisia kuin kyselyissä koulutuksen kuluessa (ks. luku 7.2). Erona oli se, että käsitysten variaatiot olivat esseissä moni-ilmeisempiä ja rikkaampia kuin mitä tuli kyselyissä (2 ja 3) esille. Opiskelijan hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksissä esiintyivät usein *oikeus ja oikeudet, ihmisarvo ja ihmisen kunnioittaminen, inhimillisuus, turvallisuus, velvollisuus ja itsemäärääminen sekä oma tahto*. Opiskelijoiden arvokäsitykset laajenivat potilaasta koskemaan myös *tämän perhettä ja läheisiä*. Esseistä muodostui hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksinä kaksi uutta luokkaa, jotka kohdistuivat *potilaan puolesta tekemiseen ja velvollisuuksiin*. Viimemainitussa luokassa olivat potilaan oikeudet korostuneesti esillä.

7.3.3 Opiskelijoiden henkilökohtaiset ja hoitotyön kuvausprofiilit koulutuksen lopussa

Henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten kuvausprofiilit

Opiskelijat (N=31) ilmaisivat esseissä henkilökohtaisia arvo- ja arvostuskäsityksiä niukasti. Kuvausprofiilit jäivät näin ollen melko harvalukuisiksi teemoiltaan. Lähes kolmannes opiskelijoista ei ilmaissut yhtään henkilökohtaisiin käsityksiin luokiteltuja arvo- ja arvostuskäsityksistä. (Kuvio 13.)



Kuvio 13. Opiskelijoiden (N=31) henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten kuvausprofiilit esseissä

Opiskelijaryhmien I ja II muutos henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten kuvausprofiileissa koulutuksen alkuvaiheen jälkeen on tapahtunut *Yksilön selviytymistä koskevissa arvostuksissa*. Esseissä käytetyistä käsityksistä selviytyminen esiintyi muutamalla opiskelijalla, kun koulutuksen alkuvaiheessa lähes kaikki opiskelijat arvostivat selviytymiseen liittyviä näkemyksiä. *Maailmaa ja yhteisöä koskevia arvostuksia* kuvasi viisi opiskelijaa kirjoituksissaan, kun kukaan heistä ei koulutuksen alkuvaiheessa nimennyt ko. luokkaan sisältyviä arvo- ja arvostuskäsityksiä. Opiskelijaryhmien (I ja II) henkilökohtaisten

arvo- ja arvostuskäsitysten kuvausprofiilit olivat monimuotoisempia variaatioiltaan koulutuksen alkuvaiheessa kuin loppuvaiheessa (ks. kuvio 7, ryhmä I ja II: 74).

Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten kuvausprofiilit

Opiskelijoiden (N=31) hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten kokonaisuutta kuvaavat kuvausprofiilit (Kuvio 14).

	Opiskelijaryhmä I															II															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	X	X	X						X				X	X	X	X	X		X						X	X	X	X		X	
2		X		X	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X	
3			X	X	X	X		X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	
4				X		X		X		X			X	X					X					X	X	X		X	X	X	
*		X					X	X							X																
5		X	X			X	X	X	X	X			X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
6	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	
**	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	

- ARVOJEN ALALUOKAT**

 1. Osallistuva potilas
 2. Potilaan ja perheen hyvä kokonaisuutena
 3. Potilaan kunnioittaminen
 4. Ihanteellinen potilaan auttaminen
 - *. Potilaan puolesta tekeminen
 5. Hoitotyössä taitava sairaanhoitaja
 6. Sairaanhoitajan hyveet
 - ** . Kuuliaisuus ja velvollisuus

*, ** ovat uudet esille tulleet arvojen alaluokat

Kuvio 14. Opiskelijoiden (N = 31) hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten kuvausprofiilit esseissä

Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset ulottuivat lähes kaikilla opiskelijoilla neljästä seitsemään luokkaan. Kolmen opiskelijan käsitykset sijoittuivat kahteen tai kolmeen luokkaan. Uutena nimettyyn *Kuuliaisuus ja velvollisuus* -luokkaan sisältyviä käsityksiä esiintyi lähes kaikilla opiskelijoilla. Neljä opiskelijaa toi esille uuden *Potilaan puolesta tekemisen* -luokan. Nämä opiskelijat olivat kaikki ryhmästä I.

Molempien opiskelijaryhmien (I ja II) käyttämät arvo- ja arvostuskäsitykset sijoittuivat *potilaan ja perheen hyvää kokonaisuutena* ja *hänen kunnioittamistaan* arvostaviin luokkiin. Sairaanhoitajaan kohdistuvissa käsityksissä korostuivat *hyveellisen ja taitavan sairaanhoitajan* arvo- ja arvostuskäsitykset. *Potilaan osallistumista* ja *hänen ihanteellista auttamistaan* esiintyi noin puolella molempien ryhmien opiskelijoista. Kun tarkastelee opiskelijoiden esseissä käyttämiä arvo- ja arvostuskäsityksiä, *hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset laajenivat ja monipuolistuivat koulutuksen kuluessa.*

7.3.4 Opiskelijoiden henkilökohtaiset ja hoitotyön arvokategoriat

Opiskelijoiden esseistä muodostuneiden arvo- ja arvostuskäsitysten luokista johdettiin henkilökohtaiset ja hoitotyön arvokategoriat. Henkilökohtaisista käsityksistä muodostui kolme ja hoitotyön käsityksistä neljä arvokategoriaa. (Taulukko 16.)

Taulukko 16. Tutkimusjoukon esseiden arvo- ja arvostuskäsitysten luokista muodostetut arvokategoriat

HENKILÖKOHTAISET ARVOKATEGORIAT	HOITOTYÖN ARVOKATEGORIAT
<ul style="list-style-type: none">• YLEINEN HYVÄ JA ONNELLISUUS• MINÄN JA TOISEN YHTEINEN HYVÄ• HENKILÖKOHTAINEN HYÖTY	<ul style="list-style-type: none">• POTILAAN HYVÄ• IHANTEELLISUUS POTILAAN AUTTAMISESSA• SAIRAAHOITAJAN SITOUTUMINEN• VELVOLLISUUDET

Henkilökohtaiset arvokategoriat ovat melko samankaltaiset kuin aikaisemmin esiintyneet kategoriat koulutuksen alkuvaiheessa. Opiskelijoiden esseistä muodostuneissa luokissa ei esiintynyt emotivistisia henkilökohtaisia arvo- ja arvostuskäsityksiä. Koulutuksen alun arvokategoria *Tunteet* jäi pois. Hoitotyön arvokäsityksistä muodostui uutena *Velvollisuudet* -kategoria. Seuraavassa kahdessa taulukossa (17 ja 18) esitetään henkilökohtaisten ja hoitotyön arvokategorioiden muodostamista.

Taulukko 17. Esseistä muodostuneet henkilökohtaiset arvokategoriat suhteessa luokkiin

ARVOKATEGORIAT	TEOREETTISET PERUSTEET	LUOKAT
YLEINEN HYVÄ JA ONNELLISUUS	Yleinen hyvä Olemassaolo, päämäärä	MAAILMAA JA YHTEISÖÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET ELÄMÄÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET
MINÄN JA TOISEN YHTEINEN HYVÄ	Myönteisesti altruistinen	MINÄÄ JA TOISTA KOSKEVAT ARVOSTUKSET
HENKILÖKOHTAINEN HYÖTY	Henkinen hyöty (sisäinen) Materiaalinen hyöty (ulkoinen)	KEHITTYMINEN IHMISENÄ YKSILÖN SELVIITYMISTÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET

Arvokategorioiden teoreettiset muodostamisperusteet ovat samat kuin aikaisemmin koulutuksen alussa (ks. 76). Seuraavassa taulukossa (18) ovat hoitotyön arvokategoriat sekä niitä ja luokkia yhdistävät teoreettiset perusteet.

Taulukko 18. Esseistä muodostuneet hoitotyön arvokategoriat suhteessa arvo- ja arvostuskäsitysten luokkiin

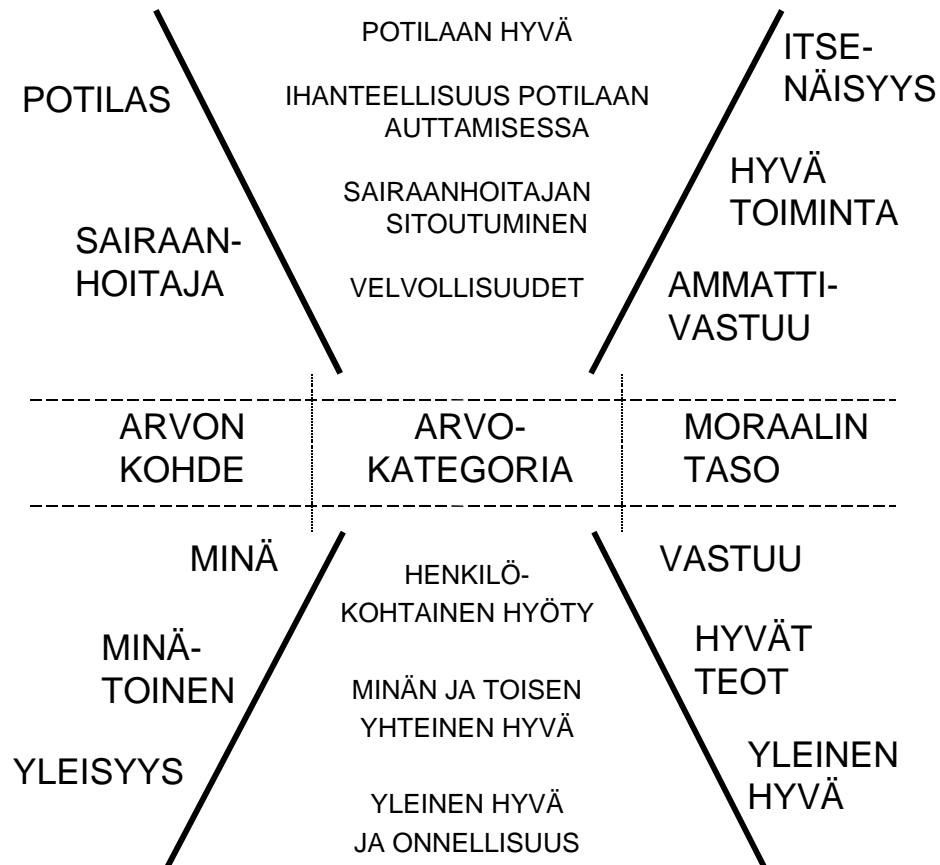
ARVOKATEGORIAT	TEOREETTISET PERUSTEET	LUOKAT
POTILAAN HYVÄ	Potilaan itsenäisyys ja vapaus Hoitotyön tarkoitus ja tehtävä	OSALLISTUVA POTILAS POTILAAN JA PERHEEN HYVÄ KOKONAISUUTENA
IHANTEELLISUUS POTILAAN AUTTAMISESSA	Myönteisesti altruistinen ja huolenpito Seuraukset myönteisesti altruistisia ja sankaruus Puolustaminen	POTILAAN KUNNIOITTAMINEN IHANTEELLINEN POTILAAN AUTTAMINEN POTILAAN PUOLESTA TEKEMINEN
SAIRAAHOITAJAN SITOUTUMINEN	Ammatin velvollisuudet (ulkoinen) Hyvä käyttäytyminen (sisäinen)	HOITOTYÖSSÄ TAITAVA SAIRAAHOITAJA SAIRAAHOITAJAN HYYEET
VELVOLLISUUDET	Normien mukainen käyttäytyminen (ulkoinen), sopimukset	KUULIAISUUS JA VELVOLLISUUS

Hoitotyön arvokategorioiden teoreettiset perusteet ovat samat kuin aikaisemmin esitetyissä hoitotyön arvokategorioissa (ks. 85). *Velvollisuudet* -kategorian luokitteluperusteet sisältävät näkemyksiä hyväksyttävästä normien mukaisesta käyttäytymistä, ihmisten oikeuksien kunnioittamisesta sekä hyväksytyjen menettelytapojen ja sopimusten noudattamisesta (esim. Yeo 1991, Curtis 1992, Leino-Kilpi ym.1993, 1995, Suomen säädöskokoelma 1994). Velvollisuuskategorian teoreettinen perusta kumpuaa myös velvollisuusetiikasta (esim. Häyry 1993a).

Tutkimusjoukon (N=31) esseistä muodostuneet henkilökohtaiset ja hoitotyön arvokategoriat pysyivät melko samankaltaisina kuin aikaisemmat kategoriat. Arvokäsityksistä jäivät pois henkilökohtaisissa kategorioissa esiintyneet *tunteet*. *Ihanteellisuus potilaan auttamisessa* -kategoria laajeni sisältäen myös *Potilaan puolesta tekemisen* arvo- ja arvostuskäsitykset. Uutena hoitotyön arvokategoriana esille nousivat *Velvollisuudet*.

7.3.5 Yhteenveto henkilökohtaisista ja hoitotyön arvokategorioista koulutuksen loppuvaiheessa

Aikaisempaan tapaan esseissä muodostuneita arvokategorioita vertaillaan hierarkkisesti toisiinsa suhteessa arvon kohteeseen ja moraalın tasoon. Vertailun tarkoituksena on suhteuttaa kategoriat toisiinsa niiden yleisyysasteen mukaan. Tässä vertailussa ovat mukana opiskelijoiden esseissä esittämät sekä henkilökohtaiset että hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset. (Kuvio 15.)



Kuvio 15. Esseissä esiintyneiden henkilökohtaisten ja hoitotyön arvokategorioiden suhde arvon kohteeseen ja moraalın tasoon

Henkilökohtaisista arvokategorioista *minään* kohdistuivat henkilökohtaista hyötyä koskevat arvostukset, jotka kuvastavat moraalın tasona vastuuta itsestä, omasta selviämisestä ja kehittymisestä. *Hyvät teot* suuntautuivat joko toisen tai itsen yhteiseen hyvään. Yleisyyttä henkilökohtaisissa arvokäsityksissä kuvaa *yleinen hyvä* moraalın tasona ja vastaavanlaisena arvokategoriana. *Yleinen hyvä ja onnellisuus* -arvokategoria laajeni koulutuksen kuluessa koskemaan yhteisöä. Samoin arvokategoriaan sisältyvien käsitysten esiintyvyys opiskelijoiden kuvauksissa lisääntyi. Henkilökohtaiset arvokategoriat olivat samankaltaiset kuin kyselystä (1) esille nousseet kategoriat sillä erolla, että esseissä *velvollisuudet* siirtyivät hoitotyön kategorioihin. *Tunteet* -kategoriaan luokiteltavia käsityksiä ei esseissä esiintynyt.

Esseistä muodostuneet hoitotyön arvokategoriat ovat samoja kuin koulutuksen alku- ja loppuvaiheen kyselyissä (ks. Luku 7.2, 86). Kirjoituksissa tutkimusjoukon

tarkastelunäkökulma laajeni potilaasta koskemaan myös hänen *perhettään*, ja arvo- ja arvostuskäsitykset *potilaan puolesta tekemisestä* nousivat esille.

Hoitotyön arvokategorioissa ei esiintynyt yhteiskuntaa ja maailmaa koskevaa arvokategoriaa kuten henkilökohtaisissa kategorioissa. Kun tarkastelee opiskelijoiden henkilökohtaisten ja hoitotyön arvokäsityksien kategorioita kokonaisuutena, ne ovat ristiriidattomia suhteessa toisiinsa. Henkilökohtaisissa arvo- ja arvostuskäsityksissä esiintyi itsensä ja toisen arvostaminen tasapuolisesti, mutta tasaveroisen potilas-sairaanhoitajasuhteen käsitykset puuttuivat. Tämä vuorovaikutussuhde esiintyi kuitenkin opiskelijoiden henkilökohtaisten arvokäsitysten kohteena *minä-toinen*.

Koulutuksen aikaisia henkilökohtaisia ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiä näyttäisi kuvaavan tiimalasi. Arvo- ja arvostuskäsitysten siirtymistä henkilökohtaisista hoitotyön käsityksiin osoittaa arvokategoria *Velvollisuudet*, joka siirtyi henkilökohtaisista hoitotyön käsityksiin.

7.4 Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien henkilökohtaiset ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset työelämässä

Työelämävaiheen tuloksissa esitetään sairaanhoitajien (n=5) ja terveydenhoitajien (n=5) henkilökohtaisten ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten luokat, kuvausprofiilit ja arvokategoriat. Lopuksi esitetään yhteenveto työelämävaiheen haastattelujen tuloksista.

7.4.1 Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien arvo- ja arvostuskäsityksistä muodostuneet luokat

Haastattelun sisältöä kuvaa esimerkki, jossa haastateltava pohtii väestövastuisen hoitotyön arvoja ja arvostuksia.

”Minulle tulee nyt sellaisia asioita mieleen, kun yksilöllisyys, ainutkertaisuus, että se tilanne oli aina sille asiakkaalle ainutkertainen. Vaikka mä olisin sata kaks-kuukautista asiakasta tarkistanu, mut just sen asiakkaan sen lapsen 2kk-tarkistus oli ainutkertainen asia sille asiakkaalle. Mä en voi ottaa sitä liukuhihnatyönä vaan mun pitää ajatella, et se on sille niin ainutkertainen ja yksilöllinen tapahtuma. Se mitä mä usein huomasin niin, jos sanotut kemiaat pelas yhteen asiakkaan kanssa, niin ne oli hirveen tyytyväisiä siihen, että mä terveydenhoitajana hoisin heitä ensin äitiysneuvolassa ja se suhde jatku lastenneuvolassa oikeastaan kouluun asti”. (II/8)

Esimerkkitekstistä löytyvät arvo- ja arvostuskäsityksinä ihmisen ainutkertaisuus ja yksilöllisyys sekä hoitosuhteen jatkuminen ja tilannekohtaisuuden huomiointi. Haastattelujen sisällöistä ja tunnistetuista arvo- ja arvostuskäsityksistä on lisäesimerkkejä liitteessä 6.

Merkittävistä lausumista tehtiin alustava teemoittelu. Sen perusteella haastateltujen arvo- ja arvostuskäsitykset näyttivät jäsentyvän melko yhdensuuntaisesti koulutusvaiheessa muodostettujen luokkien kanssa, joten siirryttiin henkilökohtaisten ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten luokitteluun.

Henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten luokat työelämävaiheessa

Henkilökohtaisia arvo- ja arvostuskäsityksiä kuvaa esimerkki, jossa esiintyvät henkilökohtaisina arvo- ja arvostuskäsityksinä luottamus, työ sekä jatkuvuus ihmissuhteissa, yhteiskunnassa ja tulevaisuudessa.

”Kun sä puhut arvot ja arvostukset niin siinä on varmaan kaikki nää luottamus ja työ, jos ajatellaan henkilökohtaista elämää niin mulle on ehdottoman tärkeitä, että on jatkuvuutta ja luottamusta. Luottamus ja jatkuvuus on niinku, sitoutuminen siihen, ihan niinku avioliittoa solmiessa siinä valassa puhutaan niin myötä kuin vastoin käymisestäkin. Ja varsinkin nyt kun on kiire ja on ollut rankkaa ja me molemmat muistaa just sen asian. Vaikka ei välttämättä oo kauheen aina niin ruusuista niin aina haluaa et se oma halu ja näkee, että toinenkin haluaa jatkaa hommaa, jos ajattelee ihan yhteiskunnallisesti ajatellen niin varmaan tärkeintä, että haluis omille lapsille välittää luottamus yhteiskunnalliseen systeemiin, että vaikkakin välillä itsestäkin tuntuu, että onko tässä mitään järkeä niin uskaltais luottaa siihen mitä muut tekee.” (II/7)

Tutkimusjoukon arvo- ja arvostuskäsityksiä ei esitellä luokissa esiintymistiheyden mukaan vaan koulutusvaiheen käsitysten ryhmittelyä mukailten. Luokat on järjestetty samaan tapaan kuin aikaisemmin (lukuissa 7.1 ja 7.3) eli yleisyyden mukaan siten, että ensimmäisen luokan arvo- ja arvostuskäsitykset edustavat yleisiä käsityksiä ja viimeisin sisältää lähinnä haastateltua itseään koskevia käsityksiä. Arvo- ja arvostuskäsityksissä on kaikki tutkittavien lausumat, jotka he esittivät henkilökohtaisina arvoinaan ja arvostuksinaan. Tästä seuraa se, että sekä henkilökohtaisissa että hoitotyön käsityksissä esiintyy samoja arvo- ja

arvostuskäsityksiä. Taulukossa (19) esitetään tutkimusjoukon (N=10) henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset ja niistä muodostuneet luokat.

Taulukko 19. Sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsityksien luokkien muodostuminen

Luokat ja ominaisuudet	Tutkimusjoukon arvo- ja arvostuskäsitykset	
MAAILMAA JA YHTEISÖÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET Yleinen hyvä	<ul style="list-style-type: none"> • Globaalinen välittäminen • Moniarvoinen yhteiskunta • Kulttuureista koitua hyöty 	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteiskunnallinen aktiivisuus, luottamus ja turvallisuus • Sosiaaliturva ja kansanterveys
ELÄMÄÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET Päämäärä, elämän tarkoitus	<ul style="list-style-type: none"> • Elämä, selviytyminen ja tasapaino • Onnistuminen ja onnellisuus • Rakkaus • Vapaus • Rauha, usko ja uskonnollisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Luonto • Suvunjatkaminen • Tulevaisuus ja jatkuvuus • Isänmaa • Hyvä olo
TOISTA JA MINÄÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET Seuraukset hyviä	<ul style="list-style-type: none"> • Toisen kunnioittaminen • Ihmissuhteet ja ystävät • Toisen läheisyys, auttaminen ja ajan antaminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasavertaisuus • Yhteishenki ja yhteisyö
KEHITTYMINEN IHMISENÄ Kehittyminen	<ul style="list-style-type: none"> • Kasvu ihmisenä • Oppia uutta 	<ul style="list-style-type: none"> • Koulutus • Ammatillinen kehittyminen • Elämäkokemus
YKSILÖN SELVIYTYMISTÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET Tavoitteet ja tarpeet	<ul style="list-style-type: none"> • Talous ja raha • Terveys • Perhe 	<ul style="list-style-type: none"> • Koti • Työ, sen tulos ja laatu • Turvallisuus ja energia
HENKILÖKOHTAISET HYVEET Luonteen myönteisiä piirteitä	<ul style="list-style-type: none"> • Rehellisyys • Itsensä arvostaminen • Luotettavuus • Ystävällisyys • Suvaitsevaisuus ja joustavuus • Avoimuus • Vastuullisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Herkkyys • Pitkäjänteisyys • Järkevä, arvioija • Pikkutarkka • Iloisuus ja positiivisuus • Rauhallisuus ja kärsivällisyys • Inspiraatio

Maailmaa ja yhteisöä koskevat arvostukset -luokassa yksi haastatelluista pohti maailman tilannetta sekä vallitsevia heikkouksia ja uhkia:

”On sotaa, nälänhätää, kasvihuoneilmiöt ja ylikansoittuminen, mutta en laittaisi vielä hanskoja naukaan vaan yritän löytää positiivista, sillä kyllä asioille voidaan vielä tehdä jotain. Jos kaikki välittäisi luonnosta, autettaisiin naapuria ja se olisi sellaista maailmanlaajuista varmaan asiat vielä sujuisivat”. (II/8)

Kansanterveys sisällytettiin luokkaan, koska käsityksen ilmaissut haastateltava korosti koko kansan terveyttä:

”Ohjataan ihmisiä enemmän pitämään huolta itsestään”. (II/8)

Haastatelluista puolet esitti maailmaa ja yhteisöä kuvaavia arvo- ja arvostuskäsityksiä.

Elämää koskevat arvostukset olivat arvo- ja arvostuskäsityksiltään samankaltaisia kuin opiskelijoiden esittämät käsitykset koulutuksen alkuvaiheessa. Haastateltu korosti elämässään tasapainoa:

”Minulle olisi tärkeitä hyvän olon tunne ja semmoisen balanssin löytäminen elämään” tai elämää ja hyvää oloa ”Hyvän olon tunnetta ja semmoista yksi elämä täällä vaan eletään, että pystyy ottamaan kaiken siitä irti”. (I/1)

Rakkaus tuli arvostuksena vähäisesti esille, mutta yksi haastateltava totesi:

”Se on rakastettu, ystävä, aviomies ja kaikkee mahdollista yhdessä” ja toinen totesi: ”Rakkaus tulee mieleen ensimmäisenä, mutta sehän on klisee”. (II/7)

Rakkauden haastateltavat liittivät lähiyhteisönsä ihmissuhteisiin ja ystävyyteen. Usein haastatellut esittivät tähän luokkaan kuuluviksi arvostuksiksi elämän, selviytymisen elämässä, tasapainon ja hyvän olon. Kaikki haastatellut esittivät jonkin tähän luokkaan sisältyvän käsityksen.

Toista ja minää koskevat arvostukset -luokan arvokäsitysten kohteessa *minä ja toinen* vaihtoivat paikkaansa verrattaessa koulutuksen aikaisiin käsityksiin. Haastatellut tarkastelivat henkilökohtaisia arvostuksiaan altruistisesti toisen ihmisen tai lähiyhteisönsä ensisijaisuudesta lähtien. Useimmiten kommentoitiin ihmissuhteita ja ystävyyttä:

”suureen arvoon nousee elämässä ystävät, joita ilman en varmaan jaksaisi itsekään” ja ”ystävät on antanut minulle voimaa jatkaa tuossa työssä”. (I/1)

Yhteistyötä perheessä yksi haastateltava perusteli:

”Meillä on sellaista rumbaa, että jokaisen täytyy tiimiä tehdä, että pärjää”. (II/6)

Melkein kaikki haastateltavat ilmaisivat toista ihmistä ja itseä kuvaavia arvo- ja arvostuskäsityksiä.

Kehittyminen ihmisenä ja ammatissa -luokassa haastateltujen usein esiinnostama arvokäsitys oli kasvu ihmisenä:

”Itseään kannattaa aina kehittää”. (I/4)

Samoin yksi haastelluista korosti uuden tiedon oppimista ja opintojen tuomia mahdollisuuksia:

”Halus jollain lailla kehittää itseä ja kokeilla omia rajojaan... Kun aloitti opinnot, mulla oli sellainen olo kuin olisi karkkikaupassa ja kaikissa on uusia asioita, makuja ja haluaisin maistaa kaikkea, ettei tiedä mihin mä ryhdyn enää. Kyllä se on selviytymistä siinä mielessä, että koulutus takaa paremman palkan ja opinnot takaa laajemman mahdollisuuden työpaikkojen hakuun”. (II/7)

Lisäksi yksi haastateltava käsitteli omaa elämäntilannettaan todeten:

”Luottavaisesti suhtaudun tulevaisuuteen, tämä oli mun kasvun paikka”. (II/9)

Yksilön selviytymistä koskevat arvostukset -luokassa haastateltavat toivat esille oman terveyden, työn, perheen ja turvallisuuden. Esimerkiksi:

”Minulle tällä hetkellä on tärkeitä. Työ on tietysti yksi, joka mulle on tärkeä ja sit, että mä oon terve ihminen, mulla on perhe ja muutenkin sukulaisia”. (I/1)

Ihmisenä kehittyminen sekä itseä ja toista koskevat arvokäsitykset olivat melko samankaltaisia arvo- ja arvostuskäsityksiltään kuin vastaavat käsitykset koulutusvaiheessa.

Henkilökohtaiset hyveet -luokan käsitykset olivat *muuttuneet eniten koulutuksen aikaisista arvo- ja arvostuskäsityksistä*. Haastatellut arvostivat kuitenkin edelleen rehellisyyttä, luotettavuutta, ystävällisyyttä, itsensä arvostamista, joustavuutta ja suvaitsevaisuutta.

”Tällaiset ku luotettavuus. No, jos joku asia sovitaan, että mä hoidan niin mä hoidan ja, jos sovitaan, että joku toinen hoitaa niin mä oletan, että asia toimii näin. Jos joku kertoo mulle salaisuuden, niin mä olen sitten luotettava enkä kerro sitä eteenpäin. Mitäs muuta, kauheeta en ole tällaisia asioita ollenkaan

miettinyt. Ystävällisyys ja tulee toimeen ihmisten kanssa, monet sanoo mua rauhalliseksi, rauhallisuus.” (II/8)

Koulutusvaiheessa ei esiintynyt sellaisia arvokäsityksiä kuin herkkyys, pitkäjännitteisyys, järkevyys, pikkutarkkuus ja inspiraatio. Yksi haastateltu arvosti ja pohti luonteensa ominaisuuksia:

”Olen luonteeltani hirveen pikkutarkka ja pedantti”, jatkaen sitten: ”se on joskus hirvee rasite”. (I/5)

Kokonaisuutena tämän luokan arvo- ja arvostuskäsitykset olivat *yksilöllisiä*. Lähes kaikki haastatellut esittivät luonteenpiirteitä arvostuskäsityksinään.

Koulutuksen alkuvaiheen luokittelussa tulivat esille henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten luokat: *Kuuliaisuus ja velvollisuus, Egoistiset arvostukset ja Tunteet*, nyt nämä luokat eivät nousseet esille haastateltujen käsityksissä. Velvollisuuksia tutkittavat kommentoivat seuraavasti:

”ne antaa raamit” (I/4), ”ne on tukipilarit” (II/6) ja ”ei voi arvoina ajatella” (II/7).

Tutkittujen henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset olivat kuitenkin melko samankaltaisia kuin koulutusvaiheessa (Luvut 7.1 ja 7.3). Koulutuksen aikaisista arvostuskäsityksistä poikkesivat henkilökohtaisten hyveiden käsitykset. Voisi arvioida henkilökohtaisiin hyveisiin luokiteltujen arvo- ja arvostuskäsitysten kuvaavan eniten *haastateltujen ajassa ja iän mukana muuttuvia arvo- ja arvostuskäsityksiä*. Yksilön lähiyhteisön arvostuksen kohteessa *oli tapahtunut muutos*, haastateltavat korostivat *ensijaisesti toisen hyvää* ja vasta sitten huomio kohdistui itseen.

Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten luokat

Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset näyttivät aineistoon tutustumisen perusteella melko samankaltaisilta kuin mitä esiintyi koulutusvaiheessa. Kuitenkin aineistosta nousi esille koulutuksen aikaisiin luokkiin sopimattomia käsityksiä. Nämä eroteltiin muista käsityksistä, ja kun niitä tarkasteltiin erillisinä, olivat uudet arvokäsitykset eri haastatelluilla melko samankaltaisia. Käsitykset nimettiin *Työnantajan kannustus* -luokaksi, sillä käsitykset sisälsivät tavoitteita ja tarpeita suhteessa työnantajaan.

Esimerkki hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksistä:

”Työ ensin. Velvollisuudet. Semmoinen taustarakenne, minkä mukaan täytyy toimia on nämä salassapitovelvollisuudet ja mitäs näitä nyt kaikkia, tietysti rokotuslait ja muu, mutta ne on niin iskostunut selkäyttimeen, ne on semmoinen runko minkä mukaan eletään... Mä koen (ammatin) semmoisena ensinnäkin, että mä olen tasavertainen niiden potilaiden kanssa. Et mä en oo joku henkilö, joka antaa ylhäältä ohjeita vaan haluaisin, että ihmiset kokisi mut semmoisena, että mä annan vaihtoehtoja ja he saa valita niistä, mikä heidän elämäntilanteeseen sopii parhaiten. Et mä en oo mikään terveysterroristi en sellainen halua...Ja sit työyhteisössä, että meillä on hirveen tasavertainen työyhteisö tuolla, yhteistyö eri ammattiryhmien välillä sujui. Mä oon ollu just sellaisessa työssä, jossa tehdään väestövastuuta, et ne asiat oli yhteisiä, ettei ollu niin tarkkaa rajaa et toi on sun homma ja tää on mun homma.” (II/8)

Esimerkistä nousee hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksinä tasavertaisuus potilaan ja työyhteisön jäsenten kesken sekä yhteistyö. Velvollisuuksia haastateltava kuvasi taustarakenteena.

Seuraavassa taulukossa (20) kuvataan hoitotyön luokkien arvo- ja arvostuskäsityksiä. Taulukossa luokat on järjestetty siten, että taulukon alkuosa kuvaa väestöä ja potilasta koskevia käsityksiä. Sitten tulevat potilas–hoitohenkilökuntasuhteeseen, haastateltujen ammattiin ja itseensä kohdistamat arvo- ja arvostuskäsitykset. Viimeisenä ovat työnantajaa

kuvaavat käsitykset. Luokkien järjestys ei kuvaa paremmuusjärjestystä vaan se muotoutui haastateltavien arvonkohdetta jäsentävistä näkemyksistä. Haastateltujen yksittäiset arvo- ja arvostuskäsitykset ryhmiteltiin kuvausluokissa samaan järjestykseen kuin koulutuksen aikaiset käsitykset. Käsitysten järjestys ei siis kuvaa tutkimusjoukon (N=10) ilmaisemien lausumien esiintymistiheyttä.

Taulukko 20. Sairaanhoidtajien ja terveydenhoitajien hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten sijoittuminen luokkiin

Luokat ja ominaisuudet	Tutkimusjoukon arvo- ja arvostuskäsitykset	
OSALLISTUVA POTILAS Osallistuvuus	<ul style="list-style-type: none"> • Vapaus valita • Itsehoito 	<ul style="list-style-type: none"> • Vastuu itsestä
POTILAAN JA PERHEEN HYVÄ KOKONAISUUTENA Hoitotyön päämäärä	<ul style="list-style-type: none"> • Hyvinvointi • Terveys • Elämän ja kuoleman kunnioittaminen • Elämän pelastaminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaan hyvä kokonaisuutena • Lapsen paras • Terveelliset elämäntavat, ennalta ehkäisevä ja työkyvyn ylläpito • Voimavarat jaksamisessa
POTILAAN KUNNIOITTAMINEN Seuraukset	<ul style="list-style-type: none"> • Ihmisarvo • Potilaan kunnioittaminen • Ainutkertaisuus, ainutlaatuisuus • Yksilöllisyys, potilaslähtöisyys ja perhekeskeisyys 	<ul style="list-style-type: none"> • Intimiteetti • Tasa-arvo ja yhdenvertaisuus • Toiveiden huomiointi • Asiakas ensin
IHANTEELLINEN POTILAAN AUTTAMINEN Emotivistinen tuki	<ul style="list-style-type: none"> • Golden rules ja lähimmäisen rakkaus • Halu auttaa, hoitaa ja pitää huolta • Empatia 	<ul style="list-style-type: none"> • Lämpö, välittäminen, kohtaaminen, läheisyys ja sydän mukana • Toisen huomioon ottaminen ja yhteishenki
POTILAAN PUOLESTA TEKEMINEN Seuraukset hyviä	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaan puolesta tekeminen • Ihmisen tunnetilojen tulkki 	<ul style="list-style-type: none"> • Potilasasiamies ja edunvalvoja
HOITOTYÖSSÄ TAITAVA SAIRAANHOITAJA Vastuu ja motivaatio	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyö • Hyvä ammattitaito • Vastuu • Salassapito • Turvallisuus • Hoidon jatkuvuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Keskustelu ja kuuntelu • Ammatillinen itsenäisyys ja kokemus • Kokonaisuuden hallinta ja tilanteen mukainen toiminta • Tuloksen tekeminen
SAIRAANHOITAJAN HYVEET Luonteen myönteisiä piirteitä	<ul style="list-style-type: none"> • Rehellisyys • Luottamuksellisuus • Ammatillisuus • Avoimuus • Rohkaiseva • Rauhallinen • Aitous • Joustavuus • Asiallisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Itsehillintä ja kriittisyys • Arvokas käytös ja kohteliaisuus • Vaatimattomuus • Aktiivisuus • Luovuus • Oikeudenmukaisuus • Herkkyys • Esteettisyys • Pitkäjännitteisyys
KUULIAISUUS JA VELVOLLISUUS Sääntöjen ja normien noudattaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Yleiset normit 	<ul style="list-style-type: none"> • Valtuuksien tunnistaminen
TYÖNANTAJAN KANNUSTUS Tavoitteet ja tarpeet	<ul style="list-style-type: none"> • Työrauha ja aikaa • Kannustus ja työn arvostus • Hyvä työympäristö ja ilmapiiri • Työn monipuolisuus ja haasteellisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Työn mielekkyys ja ”kivat” asiat • Yhdenvertaisuus • Yhteinen päämäärä • Huolenpito työntekijästä • Työn jatkuvuus

Osallistuva potilas -luokassa haastateltujen käsitykset eivät juuri olleet muuttuneet, kun niitä vertaa koulutuksen aikaisiin käsityksiin. Muutama haastateltu ilmaisi luokkaan sisältyviä käsityksiä. Esimerkiksi:

”Kyllä se on varmaan holistisuus ja ihmisen itsehoidollisuus, jos ajattelee ihmisiä persoonina, et kumpuaa paljon voimavaroja ja se, että meidän tehtävänä on herättää ihmisissä oma kiinnostus itseen”. (II/10)

Potilaan ja perheen hyvä kokonaisuutena -luokassa usein esiintyvä arvokäsitys oli potilaan hyvä:

”kaikki potilaan eteen ja hänen takiaan” (I/1) ja ”jokainen tekee parhaan, antaa parhaimpansa”. (I/2)

Lähes kaikki haastatellut esittivät potilaan hyvää kuvaavia käsityksiä.

Potilaan kunnioittaminen -luokka oli myös samankaltainen kuin koulutuksen aikana ja lähes jokainen haastatelluista ilmaisi luokkaan sisältyviä arvostuksia. Yksi haastateltava kiteytti omat hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksensä lauseeseen:

” Elikkä ne on oikeastaan kaksi tärkeintä ihmisarvo on ensimmäinen ja toinen on tasa-arvo ja mun mielestä se kattaa kaiken”. (I/4)

Toinen haastateltu pohti ihmisen kunnioittamista:

”Ihmisen kunnioittaminen ja sitä pidän hirveen tärkeänä. Mä en oo kellekään sanomaan mikä on oikein, voin tietysti sanoa, miltä musta tuntuu, kaikki tekee omat ratkaisut”. (I/1)

Ihanteellinen potilaan auttaminen -luokassa esiintyi arvokäsityksiä lämpimästä kohtelusta, välittämisestä, ihmisen kohtaamisesta, läheisyydestä ja sydämellä mukana olemisesta.

”Kyl voi sanoa, että mulle tärkeä motiivi, miksi oon tässä työssä on ihmisen auttaminen, että, mä oon perusluonteeltani sellainen herkkä ihminen. Mä koen, että olen herkkä ihminen ja mulla on aika paljon herkkyyttä vaistota toisen ihmisen tunnetiloja. Mä meen kyllä, mulla on kyky, että mä pystyn menemään tukevasti mukaan semmoisen ihmisen viereen, joka kärsii tai on paha olo tai vastaavaa. Mä en lähde koskaan karkuun sellaista ihmistä, tärkeä motiivi on ihmisen auttaminen.” (I/5)

Arvo- ja arvostuskäsitykset olivat vaihtuneet eri termeiksi suhteessa koulutuksen aikaisiin ilmauksiin ja maininnoissa oli viitteitä tasavertaisesta vuorovaikutussuhteesta. Esimerkkejä käsityksistä ovat lausumat:

”Molemmipuolinen luottamus eli kohtaat potilaan sillä tavalla, kun haluaisit tulla itse kohdatuksi”. (I/3)
Ihmisen kohtaamista suhteessa hänen yksinäisyyteensä haastateltava jäseni: ”Kotikäynnit ovat ainoita käynnejä, missä voi kohdata ihmisen, jolle (asiakas) voi kertoa omista iloistaan ja suruistaan”. (II/10)

Valtaosa haastatelluista ilmaisi ihanteelliseen auttamiseen liittyviä arvokäsityksiä.

Lähes jokainen sairaanhoitaja otti jollakin tavoin esille *potilaan puolesta tekemisen* arvokäsityksensä. Tämän luokan käsitysten variaatio oli kuitenkin melko suppea sisältäen etupäässä lausuman:

”potilaan puolesta toimija”. (I/5)

Hoitotyössä taitava sairaanhoitaja -luokassa jokainen haastateltava mainitsi hyvän ammattitaidon omana arvo- ja arvostuskäsityksensä ja lähes kaikki korostivat yhteistyön merkitystä. Esimerkiksi:

”Teen työni erittäin hyvin, voin jakaa muillekin tietoa ja taitoa ja tuun ihan kivasti työkavereiden kanssa toimeen, lääkärien ja muiden ja he pystyy luottamaan minuun”. (I/3)

Toinen haastateltava kertoi työnantajan antamasta palautteesta koskien hänen ammattitaitoaan ja yhteistyötään työyhteisössä:

”Sit oon saanut palautetta, että ovat tyytyväisiä. Oon siinä mielessä onnistunut hyvin. Yhteistyössä kaikkien labran henkilökunnan, lääkärien ja työterveyshoitajan kanssa, että kukaan ei hankaloita ja hidasta toimintaa. Minullekin päin joustetaan jossain asiassa, kun jouston toiseen suuntaan. Täällä on sellainen lämmin ja ystävällinen henki, että aina voi kysyä ja pyytää, kun tarvii neuvoo ja käytännön apua”. (II/6)

Haastattelussa yksi tutkittava pohti ammattitaitoaan ja tilanteen mukaista toimintaansa:

”On tärkeätä, että homma on balanssissa, teen omaa tahtiani asioita ja uskon, että yllättävissäkin tilanteissa pystyn toimimaan, jos tilanne tulee siitä selviän sitten”. (I/1)

Sairaanhoitajan hyveet -luokassa arvokäsitysten variaatio oli monimuotoinen. Käsitelyssä ei ollut selkeästi arvostuksia, jotka esiintyivät muita lukuisammin. Kuitenkin puolet haastatelluista otti esille *luottamuksen* arvokäsityksensä. Yli puolet käsityksistä oli samoja kuin mitä haastatellut esittivät henkilökohtaisina hyveinään. Sairaanhoitajan hyveinä esiintyivät ammatillisuus, itsehillintä, rohkaiseva ja arvokas käytös. Kaikki haastatellut kuvasivat arvo- ja arvostuskäsityksinään joitakin myönteisiä luonteenpiirteitä.

Kuuliaisuus ja velvollisuus -luokka nousi esille muutaman haastatellun käsityksissä. Valtaosa haastatelluista kuitenkin ilmaisi, etteivät he koe erilaisia sääntöjä ja ohjeita arvoina.

Koulutusvaiheeseen verrattessa uutena arvo- ja arvostuskäsitysten luokkana nousi esille *Työnantajan kannustus*. Tässä luokassa keskeisinä arvo- ja arvostuskäsityksinä nousivat esille toive työrauhasta, työnantajan osoittamasta kannustuksesta ja työpaikkojen ilmapiiristä:

”Vaaditaan enemmän kuin pystyy antamaan eikä ymmärretä sitä, että ihmisellä on rajat...Haluaisin tehdä työtä rauhassa” (I/2), ”Tuntui ettei arvostanut sitä mitä alaiset tekee” (II/8) ja ”Välittävämpi ilmapiiri, kun kommunikaatio toimii on mukavampia tilanteet”. (II/9)

Lähes kaikki haastatelluista esittivät työnantajaan liittyviä arvo- ja arvostuskäsityksiä.

Yhteenveto

Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien arvo- ja arvostuskäsitykset olivat melko samankaltaisia kuin koulutuksen kuluessa oli tullut esille. Uutena luokkana esiintyivät hyvää työnantajaa kuvaavat käsitykset. Lausumien kirjo oli monimuotoisinta omaa ammattia koskevissa kuvauksissa. Lähes kaikki haastatellut mainitsivat lausumissaan potilaaseen liittyviä arvo- ja arvostuskäsityksiä. Usein ilmaistuja yksittäisiä arvo- ja arvostuskäsityksiä olivat *potilaan hyvä, hyvä ammattitaito, yhteistyö, potilaan puolesta puhuminen, potilaan yksilöllisyys, työrauha ja aikaa työn tekemiseen. Kohtaaminen, kohtelu ja välittäminen* eivät termeinä esiintyneet koulutusvaiheen arvo- ja arvostuskäsityksissä.

7.4.2 Sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien arvo- ja arvostuskäsitysten kuvausprofiilit

Sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten kuvausprofiilit

Kuvausprofiileja tarkastelemalla saa kuvan haastateltujen henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten kokonaisuudesta. (Kuvio16.) Kuvausprofiilit osoittavat lähes kaikkien haastateltujen henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten sijoittuvan viiteen tai kuuteen luokkaan. Poikkeuksen teki yksi haastateltu, jonka käsitykset sijoittuivat kolmeen luokkaan.

		Ryhmä I					Ryhmä II				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Maailmaa ja yhteisöä koskevat arvostukset	1			X		X		X	X		X
Elämää koskevat arvostukset	2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Toista ja minää koskevat arvostukset	3	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Kehittyminen ihmisenä ja ammatissa	4	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Yksilön selviytymistä koskevat arvostukset	5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Henkilökohtaiset hyveet	6	X	X	X		X	X	X	X	X	X

Kuvio 16. Sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten kuvausprofiilit

Koulutuksen aikaisiin käsityksiin verrattessa henkilökohtaiset arvokäsitykset ovat laajentuneet ja monipuolistuneet. Haastateltavat myös kuvasivat arvokäsityksiään verraten niitä koulutusvaiheen käsityksiin, kuten esimerkiksi:

”luulen, että on menty sellaisesta suppeasta laajempaan päin” (I/4), ”arvot oli silloin hyvin niinku intohimoisia sellaisia musta-valkoisia, ne kaikki mitä olikaan” (II/ 7) ja ”perusarvot on kyllä aika paljon samanlaisia ja jollakin tapaa selkiintyneet”. (I/5)

Haastattelussa joka toisella esiintyi yhteiskunnallisia arvo- ja arvostuskäsityksiä. Kuitenkin yksi haastateltu kuvasi suhdettaan yhteiskunnallisiin näkemyksiin:

”Vaikka opiskelen yhteiskunnallisia asioita, niin en ole jaksanut keskittyä niihin ollenkaan. En jaksaa ajatella niin isoina ympyröinä.” (II/7)

Sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten kuvausprofiilit

Sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten jakautuminen arvojen luokkiin näkyy seuraavista kuvausprofiileista. (Kuvio 17.) Sairaanhoidajien (r. I) ja terveydenhoitajien (r. II) arvo- ja arvostuskäsitysten kuvausprofiilit hajaantuivat lähes kaikkiin luokkiin. Poikkeuksen tekivät velvollisuuksiin liittyvät arvostukset. Potilaan osallistumista käsittelevään luokkaan sisältyviä arvokäsityksiä esitti noin puolet haastatelluista. *Työnantajan kannustus* -luokkaan lähes kaikki haastatellut esittivät joitakin arvo- ja arvostuskäsityksiään. Runsaimmin yksittäisiä arvo- ja arvostuskäsityksiä tuli luokkiin *Hoitotyössä taitava sairaanhoitaja* ja *Sairaanhoidajan hyveet*.

		Ryhmä I					Ryhmä II				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Osallistuva potilas	1	X							X	X	X
Potilaan ja perheen hyvä kokonaisuutena	2	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Potilaan kunnioittaminen	3	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Ihanteellinen potilaan auttaminen	4	X		X		X	X	X	X	X	X
Potilaan puolesta tekeminen	*	X	X		X	X	X		X		
Hoitotyössä taitava sairaanhoitaja	5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sairaanhoitajan hyveet	6	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Kuuliaisuus ja velvollisuus	**				X	X					
Työnantajan kannustus	***	X	X	X	X		X	X	X	X	X

Kuvio 17. Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten kuvausprofiilit

Kokonaisuutena sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien henkilökohtaiset ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset olivat laajentuneet luokkien määrän suhteen, kun verrataan koulutuksen aikaisiin käsityksiin. Tämän moni tutkituista haastattelutilanteessa totesikin. Potilaan osallistuminen jäi haastateltujen arvostuksissa edelleen vähäiselle huomiolle. Moni haastatelluista arvioi, etteivät ammattityötä normittavat velvollisuudet kuulu heidän arvo- ja arvostuskäsityksiinsä, vaan ovat työhön kuuluvia ohjeita ja taustarakenteita.

7.4.3 Työelämävaiheen arvo- ja arvostuskäsitysten kategoriat

Haastatteluissa esille nousseista henkilökohtaisista ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksistä muodostettiin arvokategoriat. Muodostamisperusteet ovat samat kuin koulutusvaiheen arvokategorioiden muodostamisessa (Taulukko 5:64). Seuraavassa taulukossa (21) kuvataan sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien esittämistä henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten luokista johdetut arvokategoriat.

Taulukko 21. Tutkimusjoukon henkilökohtaiset arvokategoriat ja luokat työelämässä

Arvokategoriat	Teoreettiset perusteet	Luokat
YLEINEN HYVÄ JA ONNELLISUUS	Yleisyys Olemassaolo	MAAILMAA JA YHTEISÖÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET ELÄMÄÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET
TOISEN JA MINÄN YHTEINEN HYVÄ	Myönteisesti altruistinen	TOISTA JA MINÄÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET
HENKILÖKOHTAINEN HYÖTY	Henkinen hyöty (sis.) Materiaalinen hyöty (ulk.)	KEHITTYMINEN IHMISENÄ JA AMMATISSA YKSILÖN SELVIYTYMISTÄ KOSKEVAT ARVOSTUKSET
VELVOLLISUUDET	Hyvä käyttäytyminen (sis.)	HENKILÖKOHTAISET HYVEET

Haastateltavien henkilökohtaisissa arvo- ja arvostuskäsityksissä *Velvollisuudet* -luokkaan sisältyivät haastateltujen ilmaisemat myönteiset luonteenpiirteet eli henkilökohtaiset hyveet. Arvokategoriassa *Toisen ja minän yhteinen hyvä* toisen ensisijaisuus kuvastaa luokan

altruistista lähtökohtaa. Sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien arvokäsityksien sisältö oli melko yhtenevä koulutuksen aikaisiin ilmauksiin verrattaessa. Arvokäsityksissä on työelämässä tapahtunut arvon kohteen ensisijaisuuden vaihtuminen, sillä haastateltavat asettivat *toisen* itsensä edelle. Tämä kuvanee hoitoammattien altruistista luonnetta, joka haastattelussa tuli esille myös henkilökohtaisissa arvo- ja arvostuskäsityksissä.

Usein lausuttuja henkilökohtaisia arvo- ja arvostuskäsityksiä olivat *hyvät ihmissuhteet, ystävät, kasvu ihmisenä, terveys, työ ja perhe*. Henkilökohtaisia luonteenpiirteitä koskevat käsitykset hajaantuivat eniten ilmauksiltaan. Yleistä yhteiskuntaa ja maailmaa koskevia arvostuksia esiintyi puolella haastatelluista. Haastatellut eivät katsoneet normien ja sääntöjen edustavan arvo- ja arvostuskäsityksiään. Henkilökohtaiset arvokategoriat säilyivät samoina kuin koulutusvaiheessa.

Hoitotyön arvokategoriat vastaavat koulutusvaiheessa esille nousseita kategorioita, paitsi uutena muodostui: ”Hyvä työnantaja” -arvokategoria. Hyvän työnantajan ominaisuudet arvo- ja arvostuskäsityksinä nousevat lähinnä moraalisosioologiasta¹ ja edustavat työnantajan tuomaa yhteiskunnallista hyvää työntekijälle. Tämä kategoria sisältää myös työnantajaa koskevia normeja, sopimuksia ja odotuksia sekä työntekijän kokemia tunteita suhteessa työnantajan menettelyihin. Seuraavassa on taulukko (22) hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksien luokista ja niistä johdetuista arvokategorioista.

Taulukko 22. Tutkimusjoukon hoitotyön arvokategoriat ja luokat työelämässä

Arvokategoriat	Teoreettiset perusteet	Luokat
POTILAAN HYVÄ	Potilaan vapaus Hoitotyön tarkoitus	OSALLISTUVA POTILAS POTILAAN JA PERHEEN HYVÄ KOKONAISUUTENA
IHANTEELLISUUS POTILAAN AUTTAMISESSA	Myönt. altruistinen Seuraukset myönt. altruistisia	POTILAAN KUNNIOITTAMINEN IHANTEELLINEN POTILAAN AUTTAMINEN POTILAAN PUOLESTA TEKEMINEN
SAIRAAHOITAJAN SITOUTUMINEN	Ammatin velvollisuudet (ulk.) Hyvä käyttäytyminen (sis.)	HOITOTYÖSSÄ TAITAVA SAIRAAHOITAJA SAIRAAHOITAJAN HYVEET
VELVOLLISUUDET	Normien mukainen toiminta (ulk.)	KUULIAISUUS JA VELVOLLISUUS
HYVÄ TYÖNANTAJA	Odotukset yhteisöltä	TYÖNANTAJAN KANNUSTUS

Kun koulutusvaiheen tutkimusaineistoa ja opiskelijoiden taustoja tarkastelee suhteessa uuteen arvokategoriaan *Hyvä työnantaja*, on huomioitava opiskelijoiden ikä ja vähäinen kokemus työntekijä-työnantajasuhteesta. Koulutusvaiheessa oli mukana kaksi iäkkäämpää opiskelijaa, mutta heidänkään esseissään ei noussut esille arvostuksia työnantajaa kohtaan. (Ks. taulukko 2: 55.) Parissa muussa esseessä käsiteltiin hoitohenkilökunnan lakkoa ja

¹ Moraalisosioologiassa tarkastellaan eettisiä arvoja, normeja, periaatteita ja sääntöjä eri yhteiskunnissa ja kulttuureissa sekä näiden vaikutusta ihmisten elämään, asenteisiin ja toimintaan (Häyry 1993a).

työyhteisön ihmissuhteita, joissa olisi voinut sisällön perusteella nousta esille hoitotyöntekijän suhde työnantajaan, mutta näin ei ollut (ks. liite 1).

Työntekijän lakko-oikeutta käsittelevässä esseessä ilmeni arvostuskäsitys suhteessa työnantajaan:

”työvuorojen sovittaminen inhimillisempään suuntaa”. (II/30)

Hoitoyhteisön ihmissuhteita käsittelevässä kirjoituksessa viitataan:

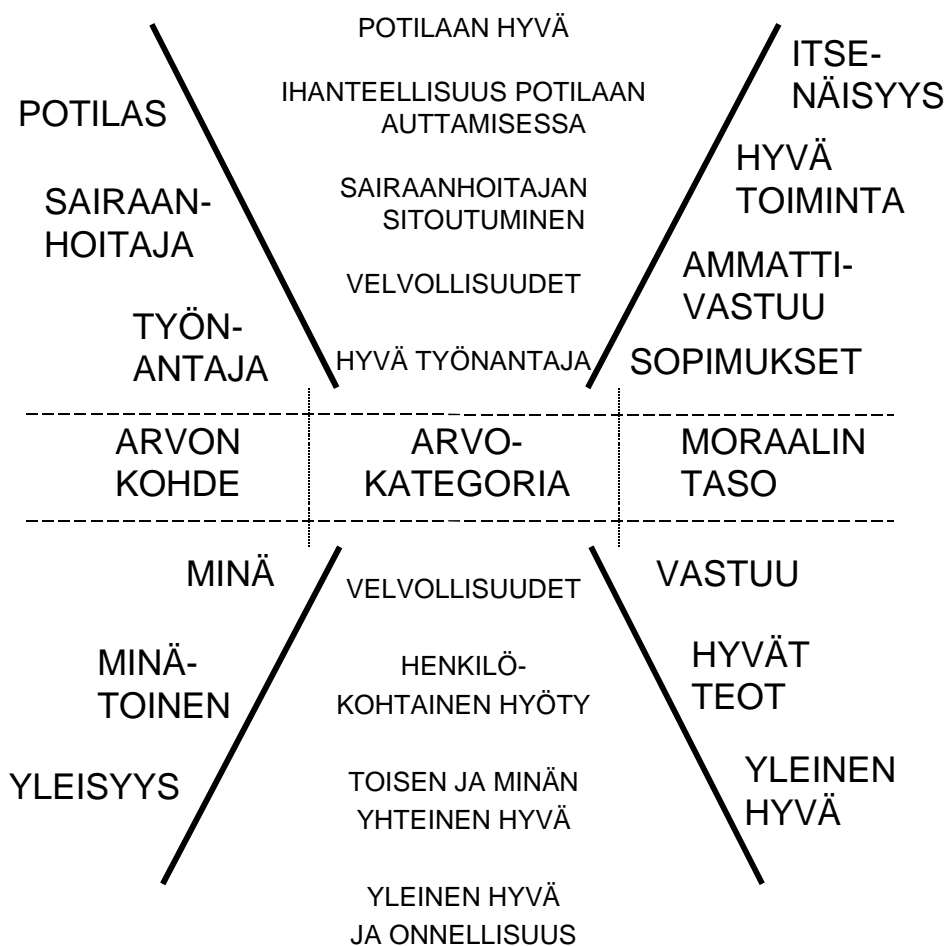
”Organisatorisiin syihin, henkilöstön riittämätön perehdyttäminen ja koulutuksen puutteellisuus koetaan ammattitaidon kehittämisen tai säilyttämisen vaikeutena. Hyvä perehdytys saa aikaan myönteisiä asenteita työtä kohtaan ja ohjaa vastavalmistuneen hoitotyöntekijän ammatillisen kehittymisen suuntaan”. (I/6)

Näistä työnantajäkäsityksistä ei kuitenkaan tunnistettu *Hyvää työnantajaa* - arvokategoriana koulutusvaiheessa.

Työelämävaiheen hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset olivat samankaltaisia kuin koulutuksen aikana esiintyneet näkemykset. Uudeksi arvon kohteeksi muodostui *työnantaja*. Käsitykset kohdistuivat työnantajan ja työntekijän suhteeseen sekä työilmapiiriin. Yksittäisiä usein toistuvia hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiä olivat *potilaan hyvä* ja *potilaan lämmin kohtelu*, *hyvä ammattitaito* sekä *yhteistyö*.

7.4.4 Yhteenveto työelämävaiheen arvokategorioista ja niiden suhteista

Samoin kuin koulutusvaiheessa haastattelujen perusteella muodostuneita arvokategorioita vertaillaan suhteessa arvonkohteeseen ja moraalien tasoon. Vertailun tarkoituksena on suhteuttaa arvokategoriat toisiinsa. Yleisintä arvokategoriaa edustaa haastateltavien henkilökohtaisia arvo- ja arvostuskäsityksiä kuvaava *Yleinen hyvä ja onnellisuus*. Yksilöä itseään lähinnä ovat *Velvollisuudet* -arvokategoriat. Hoitotyön arvokategoriat on ryhmitetty tutkimusjoukon (N=10) asettaman arvon kohteen mukaiseen tärkeysjärjestykseen, jolloin työnantajaa koskeva arvokategoria sijoittuu yksilöä itseään koskevan arvokategorian jälkeen. (Kuvio 18.)



Kuvio 18. Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien henkilökohtaisten ja hoitotyön arvokategorioiden suhde arvon kohteeseen ja moraalintasoon

Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten *Hyvä työnantaja* sijoitettiin sairaanhoitajia itseään koskevien käsitysten jälkeen. Henkilökohtaisissa arvokategorioiden *toinen ja minä* vaihtoivat paikkaa, mikä oli seurausta haastateltavien esittämästä prioriteettijärjestyksestä.

”Opiskeluvaiheessa oli sellaista elämää, että ensin oli minä ja sit tuli kaikki muut. Sitten kun seurusteli niin aina ensin tuli poikaystävä ja sitten minä, mutta nyt on niin, että lapsi on elämän ykkönen. Ensin on lapsi, sitten minä ja sitten aviomies tai minä ja aviomies tasapuolisesti, sitten mun vanhemmat, sisko, veli ja sen perhe. Toisaalta huomaa että, kun aviomiehelläkin on perhe, niin välillä tulee tasapainottelua. Minä vedän mun perheeseen päin, kyllä sen on huomannut.” (II/7)

Henkilökohtaisten ja hoitotyön arvokategorioiden arvon kohteet olivat lähes samat kuin koulutusvaiheessa. Hoitotyön arvon kohteet lomittuivat toisiinsa yleisestä yksityiskohtaiseen suuntaan. Työnantaja arvon kohteena sijoitettiin yksilöä koskevien arvostusten jälkeen. Arvon kohteen järjestyksen osa haastateltavista esitti prioriteettijärjestyksen:

”asiakas tulee ensimmäisenä” (II/7) ja ”asiakas on ensin, minä ja sitten työnantaja”. (II/6)

Moraalin tasot olivat pitkälle samat kuin koulutusvaiheessakin (vrt. Kohlberg 1984, Gilligan 1994). Työnantajaan kohdistuvan arvokategorian moraalintasoksi nimettiin *sopimukset*.

Haastateltujen henkilökohtaiset ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset lomittuivat toisiinsa, mitä yksi haastateltava kuvasi:

”Minä en oikeastaan isoa eroa näe siinä, jos ajattelee henkilökohtaista elämää ja sitten työelämää eli hoitotyötä” (I/5) ja toinen haastateltava: ”Ensiksi työssä, tietysti ne tulee vähän molemmista, mutta eri tavalla painottuneena, koska työssä oma työrooli tuo oman vaikutuksensa”. (II/9)

Toisaalta muutama haastateltu näki henkilökohtaiset ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset erikseen, mutta esittivät molemmissa teemoissa lähes samoja käsityksiä. Toisin sanoen *tiimalasi* kuvaa osuvasti sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien henkilökohtaisten ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten suhdetta. Koulutuksen jälkeen on tapahtunut enenevästi käsitysten yhdenmukaistumista sekä henkilökohtaisissa että hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksissä.

Haastateltavien arvo- ja arvostuskäsityksistä voi todeta, että ne olivat melko samankaltaiset kuin koulutusvaiheen henkilökohtaiset ja hoitotyön käsitykset. Henkilökohtaisia ja hoitotyön arvokäsityksiä verratessa huomaa hoitotyön käsitysten rajoittuvan yleisyystasoltaan lähipiiriin. Henkilökohtaisten arvostusten yleisellä tasolla oleva arvokategoria oli *Yleinen hyvä ja onnellisuus*. Hoitotyössä tarkastelu kohdistui yleisimmillään työnantajaan yhteiskunnan edustajana. Hoitotyössä tulivat esille *Velvollisuudet* -kategoria. Tämänkaltaista arvokategoriaa ei henkilökohtaisissa arvo- ja arvostuskäsityksissä esiintynyt. Haastateltujen henkilökohtaisissa ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksissä painoutuivat *altruistiset* arvo- ja arvostuskäsitykset.

7.5 Yhteenvedo tutkimuksen tuloksista

Tulokset kuvaavat terveydenhuollon koulutuksen aikaisia opiskelijoiden henkilökohtaisia ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiä sekä terveydenhuollon työelämässä vallitsevia vastaavia hoitotyön ammattihenkilöiden (sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat) käsityksiä. Koulutusvaiheessa tutkimusjoukkona oli enimmillään N=57 opiskelijaa ja työelämävaiheessa N=10 sairaanhoitajaa ja terveydenhoitajaa. Tutkimusjoukon lukumäärä vaihteli eri tutkimusvaiheissa, mutta tutkittavat olivat samoja henkilöitä koko tutkimusajanjakson. Ensimmäisen ja viimeisen tutkimuskerran väliin jäänyt aika oli noin kymmenen vuotta. Eri tutkimusvaiheista tuloksissa kuvataan yksilöiden arvo- ja arvostuskäsityksistä muodostettuja teemoja, luokkia ja arvokategorioita sekä vertaillaan arvokategorioita suhteessa arvon kohteeseen ja moraalitason.

Seuraavassa taulukossa (23) esitetään tutkittujen henkilökohtaisia arvo- ja arvostuskäsityksiä tutkimusajanjakson aikana. Nämä käsitykset ovat sellaisia, joita lukumääräisesti esiintyi eniten tutkittujen maininnoissa.

Taulukko 23. Tutkimusjoukon usein ilmaisemat henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset tutkimuksen eri vaiheissa

Koulutuksen alussa	Koulutuksen lopussa	Työelämässä
Ihmisen kunnioitus		
Itsenäisyys	Vapaus ja valinta	Perhe, ystävät ja ihmissuhteet
Perhe, ystävyys ja ihmissuhteet	Kehittyminen	Kasvu ihmisenä
Rehellisyys		
Terveys		Terveys, hyvä olo
Toimeentulo	Hyöty	Työ

Tutkittujen henkilökohtaisina arvo- ja arvostuskäsityksinä koko tutkimuksen ajan esiintyivät läheiset *suhteet perheeseen ja ystäviin, terveys, työ ja toimeentulo*. Koulutuksen alkuvaiheessa tutkittavat arvostivat itsenäisyyttä ja työelämävaiheessa kasvua ihmisenä. Koko tutkimusajanjakson aikana tutkimusjoukon käsityksissä eivät sanottavasti nousseet

esille yksilön tunteisiin liittyvät henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset. Sitä vastoin hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset sisälsivät emotivistisia ihanteelliseen potilaan auttamiseen liittyviä ilmauksia.

Yksittäisten henkilöiden henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten kehityksen näkee kuvausprofiileista. Profiilit olivat melko samansuuntaisia koulutuksen alku- ja työelämävaiheessa. Arvo- ja arvostuskäsityksissä koko tutkimusjakson näkyi muutosta käsitysten laajentumisessa ja monipuolistumisessa siten, että koulutusvaiheessa tutkittavien käsitykset sijoittuivat etupäässä yhteen tai kahteen luokkaan, ja työelämävaiheessa taas valtaosalla tutkittavista käsitykset sijoittuivat lähes kaikkiin tunnistettuihin henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten luokkiin. Kuitenkin joillakin yksilöillä henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten variaatio oli suuri koulutuksen alusta lähtien. Koulutusvaiheessa tutkittujen käsityksissä esiintyi vähän yhteisöä, maailmaa ja kosmosta koskevia käsityksiä. Työelämävaiheessa näitä käsityksiä toi esille puolet haastatelluista.

Henkilökohtaisista arvo- ja arvostuskäsityksistä muodostettiin viisi arvokategoriaa: *Yleinen hyvä ja onnellisuus, Toisen ja minän yhteinen hyvä, Henkilökohtainen hyöty, Velvollisuudet ja Tunteet. Minä ja toinen vaihtoivat* tutkimusajanjakson aikana paikkaa siten, että altruistinen näkemys korostui työelämävaiheen arvo- ja arvostuskäsityksissä. Henkilökohtaiset arvokategoriat muodostuivat yhdeksästä eri luokasta. Nämä luokat sisälsivät maailmaa, elämää, toista ja minää, ihmisenä kehittymistä, selviytymistä, hyveitä, kuuliaisuutta, itsekkäitä ja omia tunteita kuvaavia käsityksiä.

Seuraavassa taulukossa (24) on esitetty eniten esiintyneet hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset tutkimuksen eri vaiheissa. Taulukossa on vertailevaa tietoa aikaisemmassa tutkimuksessa esille nousseista hoitotyön keskeisistä arvoista (Pihlainen 1990).

Taulukko 24. Usein esiintyneet hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset tutkimuksen eri vaiheissa

Koulutuksen alussa	Koulutuksen lopussa	Työelämässä	Pihlainen (1990)
Ihmisarvo ja ihmisen kunnioittaminen	Ihmisarvo, ihmisen ja elämän kunnioittaminen Potilaan paras	Ihmisarvo ja ihmisen kunnioittaminen Potilaan hyvä	Ihmisarvo
Yksilöllisyys	Itsemäärääminen ja oma tahto Tasa-arvo	Yksilöllisyys	Itsemääräämisoikeus Integriteetti Tasa-arvo
Terveys	Terveys	Terveys	Terveys
Lähimmäisenrakkaus	Inhimillisuus, ihmisrakkaus Potilaan oikeudet Velvollisuudet Turvallisuus Vastuu Luotettavuus	Lämpö, välittäminen, kohtaaminen ja läheisyys Potilaan puolesta Ammattitaito Yhteistyö Työrauha ja aikaa	Inhimillisuus

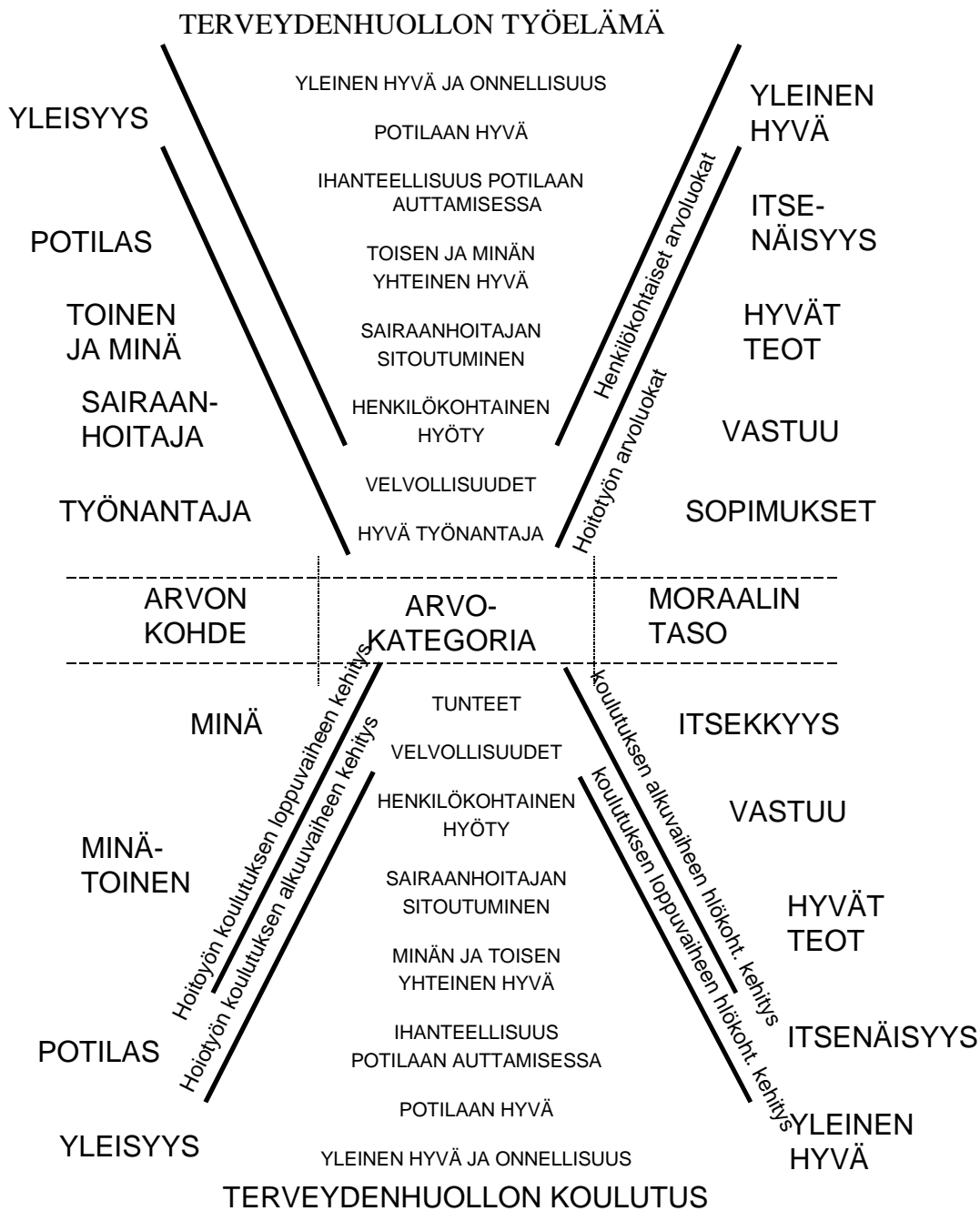
Yksittäisinä tutkimusjoukon usein mainitsemina hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksinä koko tutkimusjakson esiintyivät *ihmisarvo ja ihmisen kunnioittaminen, terveys, yksilöllisyys* ja *itsemääräämisoikeus* sekä *inhimillisuus ja lähimmäisenrakkaus*. Viime mainitut olivat ilmauksiltaan monipuolisia työelämävaiheen tutkimusjoukon arvo- ja arvostuskäsityksissä (lämpö, välittäminen, kohtaaminen ja läheisyys). Potilaan oma tahto ja itsemäärääminen

korostuivat koulutuksen loppuvaiheen kirjoituksissa, mutta ne eivät nousseet keskeiseksi muissa aineistoissa.

Kuvausprofiilien mukaan hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset pysyivät samankaltaisina ilmauksiltaan sekä koulutus- että työelämävaiheessa. Hoitotyön käsitykset muuttuivat ja laajenivat siten, että käsityksiä kuvaavina arvojen uusina luokkina tulivat esille koulutuksen kuluessa *potilaan puolesta tekeminen* ja *velvollisuudet* sekä työelämävaiheessa *työnantajan kannustus*. Profiilit osoittavat tutkimusjoukkoon kuuluneiden yksilöiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten laajenemista ja monipuolistumista. Koulutuksen loppuvaiheessa korostuneet velvollisuudet jäivät useimmiten pois työelämävaiheessa. Työelämän tutkimusjoukosta noin puolet korosti potilaan osallistumista ja hänen puolustamistaan.

Hoitotyön arvokategorioita muodostettiin viisi: *Potilaan hyvä*, *Ihanteellisuus potilaan hoitamisessa*, *Sairaanhoidajan sitoutuminen*, *Velvollisuudet* ja *Hyvä työnantaja*. Nämä olivat sekä koulutus- että työelämävaiheessa muuten samat, paitsi että työnantajaan kohdistuvat arvostukset tulivat esille ainoastaan työelämässä. Hoitotyön arvokategoriat muodostettiin luokista, jotka käsittelivät potilaan osallistumista, tämän hyvää kokonaisuutena, kunnioittamista, ihanteellista auttamista ja puolesta tekemistä sekä hoitotyössä taitavaa, hyveellistä ja velvollisuudentuntoista sairaanhoitajaa sekä hyvää työnantajaa edustavia käsityksiä. Potilaan puolesta tekemistä koskevat käsitykset tulivat esille koulutuksen loppuvaiheen kirjoituksissa ja työelämän haastattelutilanteissa.

Seuraavassa kuviossa (19) esitetään tutkimuksessa esiintyneet arvokategoriat koko tutkimusajanjakson ajalta terveydenhuollon koulutuksessa ja työelämässä. Esityksessä on integroitu toisiinsa sekä henkilökohtaiset että hoitotyön arvokategoriat yleisyys/yksilökohtaisuussuhteiden mukaisesti. Tästä logiikasta poikkeava työnantajaa kuvaava arvokategoria, jonka tutkittavat sijoittivat itseään kuvaavien arvo- ja arvostuskäsitysten jälkeen. Arvokategorioita vertaillaan arvonkohteen ja moraalien tason suhteen. Moraalinen tasovertailu on järjestetty työelämävaiheen tutkimusjoukon esittämien näkemysten mukaisesti. Kuviossa (19) kuvataan henkilökohtaisten ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten kehityssuunta eri tutkimusvaiheissa.



Kuvio 19. Yhteenvedo arvokategorioista terveydenhuollon koulutuksessa ja työelämässä

Terveydenhuollon koulutusvaiheessa arvokategoriat sijoittuvat *Yleisestä hyvästä ja onnellisuudesta* yksilöä edustaviin *Tunteisiin*. Näiden arvokategorioiden väliin jäivät potilasta ja yksilön lähiyhteisöä ja tutkittavaa itseään sekä ammatti-ihmisenä että henkilökohtaisesti koskevat arvokategoriat. Lähes samat arvokategoriat esiintyivät työelämävaiheessa. Tunteita sisältävän arvokategorian tilalla on *Hyvää työnantaja* -kategoria.

Henkilökohtaisten ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten moraalitason tasot säilyivät melko samankaltaisina koko tutkimusajanjakson. Koulutuksen alussa esille tulleet itsekkäisiin arvo- ja arvostuskäsityksiin sisältyneet näkemykset eivät tulleet muissa tutkimusvaiheissa esille. Useimmiten arvo- ja arvostuskäsitykset sijoittuivat *vastuun, hyvien tekojen ja itsenäisyyden* tasoille. Työelämävaiheessa tuli esille *sopimustaso*, mikä liittyi työnantajaan kohdistuviin odotuksiin. Sopimustason tutkimusjoukko sijoitti *yleisiä, potilasta ja itseänsä* koskevien

arvo- ja arvostuskäsitysten jälkeen. Moraalin tasona *yleinen hyvä* esiintyi henkilökohtaisissa arvo- ja arvostuskäsityksissä. Työelämävaiheessa puolet tutkimusjoukosta toi esille tähän tasoon sisältyviä henkilökohtaisia arvo- ja arvostuskäsityksiä.

Arvon kohteena esiintyivät yleistä, potilasta, läheisiä ihmissuhteita ja itseä sekä työnantajaa koskevat käsitykset. Työelämävaiheessa tutkittavat näkivät hoitotyössä keskeiseksi potilaaseen kohdistuvat arvo- ja arvostuskäsitykset. Tutkimuksessa esiintyi vähän käsityksiä, jotka suuntautuivat potilaan ja hoitajan vuorovaikutussuhteen tasavertaisuuteen, sillä potilas asetettiin itsensä edelle. Sitä vastoin tutkimusjoukko asetti työnantajan arvon kohteena itsensä jälkeen. Tutkimusjoukon henkilökohtaisissa arvo- ja arvostuskäsityksissä esiintyi käsityksiä, jotka koskivat lähiyhteisön vuorovaikutussuhteita. Näissäkin käsityksissä koulutusvaiheen itsekorosteisuus oli vaihtunut työelämävaiheessa toista ihmistä ensisijaisesti huomioiviin näkemyksiin.

Tutkimus osoittaa tutkittujen arvo- ja arvostuskäsityksissä tapahtunutta kehitystä siten, että henkilökohtaiset käsitykset kohdistuivat koulutuksen alkuvaiheessa *itse* ja *lähiyhteisöön* sekä työelämävaiheessa enevästi itsestä kohti *yleisiä* arvokäsityksiä. Eri tutkimusvaiheissa tutkimusjoukon henkilökohtaiset käsitykset suuntautuivat yleisemmälle tasolle kuin hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset. Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset koskivat ensisijaisesti *potilaan hyvää* ja *ihanteellista hoitamista*. Koko tutkimusajanjakson tutkittavien käsityksissä korostuivat hoitohenkilökunnan *myönteiset luonteenpiirteet* ja *hyveellisyys*. Työelämässä tutkitut arvostivat *kannustavaa* ja *hyvää työnantajaa*. Tutkimusjoukon hoitotyön käsityksissä oli ammatillisen ajattelun sisältäviä *emotivistia* arvo- ja arvostuskäsityksiä. Henkilökohtaisissa näkemyksissä ei juuri tullut esille tunteisiin liittyviä arvo- ja arvostuskäsityksiä. Henkilökohtaisten ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksissä ei ollut havaittavissa ristiriitaisuuksia.

Koko tutkimusjaksoa tarkastellen henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten kehityssuunta oli havaittavissa siten, että koulutuksen alkuvaiheessa esiintyneet itsekkäät, omaa henkilökohtaista hyötyä koskevat näkemykset jäivät pois, ja käsitykset suuntautuivat kohti yleistä hyvää ja onnellisuutta kuvaaviin arvo- ja arvostuskäsityksiin. Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksissä tapahtui koulutuksen kuluessa päinvastainen muutos, sillä koulutuksen alussa tulivat esille *itse* ja *potilasta koskevat ihanteelliset* arvo- ja arvostuskäsitykset. Koulutuksen loppuvaiheessa korostuivat *ihanteellisten* käsitysten ohella *velvollisuudet*. Tämä kehityssuunta oli taas työelämävaiheen tutkimusjoukolla vaihtunut *ihanteellisten* arvo- ja arvostuskäsitysten ensisijaisuuteen. Toisin sanoen tutkimusjoukon hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset kuvasivat koulutuksen alussa *ihanteellisia ja epätsekkäitä* käsityksiä ja koulutuksen lopussa korostuivat *velvollisuudet ja säännöt ihanteellisten* käsitysten rinnalla, ja työelämävaiheessa uudelleen tutkimusjoukko kuvasi *ihanteellisia ja epätsekkäitä arvo- ja arvostuskäsityksiä*.

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata terveydenhuollon opiskelijoiden ja hoitohenkilökunnan arvo- ja arvostuskäsityksiä. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa terveydenhuollon koulutuksen ja hoitotyön kehittämiseen. Tutkimusaineistossa pääpaino on koulutuksen aikaisissa opiskelijoiden arvo- ja arvostuskäsityksissä, jota työelämän hoitohenkilöiden käsitykset täydentävät. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan kolmella tavalla:

1) Tulosten tiedonkeruuta ja analyysitapaa tarkastellaan triangulaation perustalta. Triangulaatio tarkoittaa erilaisten tutkimusmenetelmien käyttöä joko samanaikaisesti tai jaksoittain. Esimerkkejä triangulaatiotavoista ovat aineiston keruun erilaiset muodot, eri teoreettisten ja tieteiden tietoa yhdistävät menetelmät. (Esim. Tynjälä 1991, Janesick 1994, Begley 1996, Eskola ja Suoranta 1996, 40-44, Foster 1997, Leino-Kilpi 1997.)

2) Lisäksi tutkimusprosessista arvioinnin kohteeksi on valittu aineiston riittävyys ja vastaavuus tuloksissa. Riittävyys merkitsee sitä, että aineisto tuottaa tutkimusongelmien mukaisen oleellisen tiedon tutkittavasta ilmiöstä. Vastaavuudessa korostetaan muodostettujen konstruktoiden yhdenmukaisuutta tutkittavien alkuperäisten käsitysten kanssa. (Esim. Burns 1989, Tynjälä 1991, Mäkelä 1992, 42-59, Punch 1994, 90-94, Holloway ja Wheeler 1996, 162-169, Järvinen ja Karttunen 1997, Nieminen 1997.)

3) Tutkimuksen tuloksia tarkastellaan vahvistettavuuskriteerin avulla. Vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä miten tulokset vastaavat ja ovat vertailtavissa todellisuuden kanssa sekä kuvastavat tutkijan riippumattomuutta ja neutraalisuutta tutkittavista henkilöistä. (Esim. Tynjälä 1991, Mäkelä 1992, Punch 1994 sekä Holloway ja Wheeler 1996, 162-169.) Lopuksi arvioidaan tulosten siirtomahdollisuuksia toiseen ympäristöön (ks. Uljens 1989, Tynjälä 1991) ja tulosten merkitystä ja hyötyä käytännössä.

1) Triangulaatio

Tutkimuksen aineiston keruuseen liittyvä triangulaatio toteutui tutkimuksessa siten, että aineisto kerättiin kyselyin (1, 2 ja 3), kirjoituksin ja haastatteluin. Aineiston keruu tapahtui jaksoittain samoilta tutkimushenkilöiltä koulutuksen kuluessa ja tämän jälkeen työelämässä. Aineistoa kerättiin vähintään kahdelta eri ryhmältä jokaisessa tutkimusvaiheessa, ja opiskelijat olivat samassa koulutusvaiheessa kunkin aineiston keräystilanteessa. Työelämässä tieto kerättiin sairaanhoitajilta ja terveydenhoitajilta, joiden valmistumisesta oli kulunut yhtä pitkä aika. Sairaanhoitajat olivat varsin samankaltaisia työkokemuksen suhteen, mutta terveydenhoitajien työkokemus vaihteli puolesta vuodesta kuuteen vuoteen (ks. taulukko 4: 57). Eri vaiheissa, eri ryhmiltä ja erilaisin menetelmin kerätty aineisto näyttäytyi tuloksissa melko samankaltaisena, sillä samat arvo- ja arvostuskäsitysten luokat ja arvokategoriat nousivat esille eri aineistoista. Samoin tutkimuksen henkilökohtaiset ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksien vertailu osoittaa molemmissa aineistoista samankaltaisia piirteitä esimerkiksi aineiston ryhmittymisessä moraalien tasoina. Tutkimuksen aineistot täydensivät tuloksia siten, että eri aineistoista muodostui uusia arvo- ja arvostuskäsitysten luokkia ja arvokategorioita. Arvo- ja arvostuskäsitysten eroavuudet osittain selittyivät yksilökohtaisina eroavuuksina ja käsitysten muutoksina.

Aineistosta muodostuneiden luokkien ja kategorioiden teoreettista perustaa haettiin sekä hoitoetiikasta että etiikan teorioista. Tämä nähdään edustavan *aineiston teoreettista triangulaatiota*. Aineiston analyysi eteni induktiivisesti siten, että arvo- ja arvostuskäsitykset teemoiteltiin (esiteoreettinen vaihe), jonka jälkeen teemoihin tukeutuen aineistosta muodostettiin luokkia ja arvokategorioita (teoreettinen luokittelu). Luokkien muodostaminen perustui käsitysten ominaisuuksiin, joita verrattiin arvokategorioiden nimeämisen yhteydessä teoreettiseen perustaan (ks. taulukko 5: 64). Etiikan teorioiden ja hoitoetiikan yhdistämistä

aineiston analyysissä voi kutsua myös *tieteiden väliseksi triangulaatioksi*. Edellä kuvatun analyysitavan lisäksi tämä näkyy myös tutkimuksen arvo- ja arvostuskäsityksissä, joiden määrittelyssä tietoa yhdistettiin sekä hoitotyön että moraalifilosofian alasta.

2) Aineiston riittävyys ja vastaavuus

Tutkimusaineiston *riittävyttä* voi arvioida sitä kautta, miten aineisto tuotti oleellisen tiedon tutkimusongelmiin. Ensimmäisessä tutkimusvaiheessa koulutuksen alussa arvo- ja arvostuskäsitysten teemoitteluun tarvittiin neljän opiskelijaryhmän (N=57) arvo- arvostuskäsitykset. Tästä opiskelijoiden määrät vähitellen laskivat siten, että seuraavassa teemoittelussa oli mukana kolme opiskelijaryhmää ja seuraavissa kaksi. Työelämävaiheessa haastateltiin yhteensä 10 (=N) hoitohenkilöä. Koulutuksen alussa tutkimusaineisto koostui henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten listauksista. Alkuvaiheen analyysiin tarvittiin lukumääräisesti runsas joukko (N=57) johtuen kyselyn tuottamasta niukasta aineistosta, mutta myös tutkijan kylläntymistason saavuttamiseksi (esim. Eskola ja Suoranta 1996, 34-36). Neljä opiskelijaryhmää osoittautui tarpeelliseksi myös siksi, että sattumalta kolmas ryhmä tuotti yleisiä henkilökohtaisia arvo- ja arvostuskäsityksiä sisältävän luokan ja arvokategorian. Viime mainittu johtui todennäköisesti opiskelijoiden henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten niukkuudesta koulutuksen alkuvaiheessa. Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksissä eri opiskelijaryhmät tuottivat jo koulutuksen alusta lähtien tasaisesti eri vaiheissa tunnistetut arvo- ja arvostuskäsitysten luokat ja arvokategoriat. Poikkeuksen tästä teki ryhmä kaksi, joka ei nimennyt yhtään potilaan puolustamiseen sisältyviä käsityksiä koulutuksen loppuvaiheen kirjoituksissa.

Työelämävaiheessa haastateltiin sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia (N=10). Tämän tutkimusjoukon katsottiin mahdollistavan palautetiedon saamisen koulutusvaiheen tulosten samankaltaisuudesta, pysyvyydestä tai kehitymisestä työelämässä. Haastatteluaineistosta muodostuneet henkilökohtaisten ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten luokat ja arvokategoriat ovat lähes samat kuin koulutusvaiheen tulokset. Kuitenkin haastatellut toivat esille uuden *Hyvä työnantaja* arvokategorian. Tämän kategorian voi arvioida nousevan esille työelämässä työskentelevien käsityksistä. Kategorian löytymisen jälkeen tarkastettiin koulutusvaiheen tutkimusaineisto uudelleen, mutta vastaavia arvo- ja arvostuskäsityksiä ei esiintynyt mainittavasti. Työelämävaiheen haastatellut olivat työssä sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon laitoksissa. Vaihtoehtoisesti tutkimusjoukko olisi voinut edustaa vielä monipuolisemmin terveydenhuollon työelämää ja esimerkiksi kaikkia koulutuksen alkuvaiheessa mukana olevia opiskelijaryhmiä. Työelämävaiheen tutkimusjoukko vahvisti koulutusvaiheen tuloksia.

Aineiston ja tulosten *vastaavuutta* todistetaan analyysiprosessin ja tulosten melko yksityiskohtaisella kuvaamisella raportissa ja liitteissä. Tutkimusjoukon arvo- ja arvostuskäsitysten vastaavuudessa suhteessa tuloksiin on pyritty totuuteen, tarkkuuteen ja huolellisuuteen. Kyselyistä (1, 2 ja 3) muodostetut tulokset sisältävät kaikki tutkittavien nimeämät henkilökohtaisten ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset. Kirjoitusten ja haastattelun aineiston analysoinnissa kriittisiä pisteitä ovat merkittävät lausumat, jotka esiintyvät vain kerran eikä samankaltainen käsitys esiinny kuin yhdellä tai muutamalla tutkituilla. Menetelmällisesti aineisto käytiin systemaattisesti läpi vähintään kahteen kertaan. Eri analysointikerroilla ei juuri esiintynyt mainittavia poikkeamia käsitysten tunnistamisessa. Aineiston vastaavuutta lisätään myös sillä, että tuloksina nimettyjen teemojen, luokkien ja kategorioiden nimet etsittiin alkuperäisestä aineistosta. Työelämävaiheen tutkittavat vahvistavat koulutusvaiheen tuloksia arvo- ja arvostuskäsityksistä ja niiden kohteista (esim. kuvio 18:112).

Tulosten vastaavuus opiskelijoiden etiikan esseistä herättää kysymyksen, tuottivatko kirjoitukset vertailukelpoisia vastauksia tutkimusongelmaan (ks. tutkimusongelma 3 ja liite

1). Esseistä nousseet arvo- ja arvostuskäsitykset kattoivat hoitotyön osalta kaikki luokat ja tuottivat kaksi uutta arvokategoriaa, jotka liittyivät potilaan puolustamiseen ja hoitotyön velvollisuuksiin. Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten osalta voi perustella, että kirjoitukset vastasivat samoin kuin muutkin tutkimuskerrat tutkimusongelmaan huolimatta siitä, että kirjoitusten aiheiden sisältö oli erilainen. Kirjoituksina kerätyn aineiston ongelmana voi arvioida olevan se, etteivät ne antaneet luotettavaa kuvaa tutkimusjoukon henkilökohtaisista arvo- ja arvostuskäsityksistä vaan tulokset jäivät tältä osin suuntaa antaviksi. Nyt aineistona olleiden esseiden sijasta aineiston voi vaihtoehtoisesti kerätä henkilökohtaisten ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiä käsittelevinä esseinä koulutuksen loppuvaiheessa. Samoin tutkimusajankohdan voi suunnata aikaan juuri ennen valmistumista, sillä tämän tutkimuksen ja valmistumisvaiheen väliin jäi yksi lukukausi. On mahdollista, että henkilökohtaisiin ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiin kohdistetut kirjoitukset voivat tuottaa runsaamman ja monipuolisemman tutkimusaineiston kuin tässä tutkimuksessa saatiin. Toisaalta tällöin jää todistamatta, että yksilön eri aiheisiin suuntautuvista esseistä on tulkittavissa hänen arvo- ja arvostuskäsityksensä. Tämä tutkimus todistaa sen hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten osalta, mutta ei yksilön henkilökohtaisten käsitysten osalta.

3) Tulosten vahvistettavuus ja siirtomahdollisuudet

Miten aineisto ja tulokset *vastaavat hoitotyön todellisuutta*? Koulutusvaiheessa opiskelijoita tutkittiin heidän opiskeluunsa liittyvien tehtävien kautta. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa aineisto kerättiin opetustilanteissa ja aineistoa käytettiin myös opiskelussa. Tällöin voi kysyä, esittivätkö opiskelijat enemmän koulutuksessa odotettuja käsityksiä kuin omiaan. Työelämävaiheessa ei enää ollut kysymys opinnoissa menestymisestä. Haastatteluissa tuli esille kuitenkin pääasiassa samoja arvo- ja arvostuskäsityksiä kuin koulutusvaiheessa. Kahden viimeisen tutkimusjakson väliin jäävä aika oli yli kuusi vuotta. Tämä tukee käsitystä, että tutkittavat ovat tuottaneet todellisia arvo- ja arvostuskäsityksiään eri tutkimuskerroilla. Tutkimus ei anna vastausta siihen, toteutuvatko tutkimuksessa esiintyvät arvo- ja arvostuskäsitykset käytännön toiminnassa vai edustavatko käsitykset tutkimusjoukon *ihanteita henkilökohtaisista ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksistä*. Tulokset kuvaavat tässä tutkimuksessa mukana olevan tutkimusjoukon kuvaamia käsityksiä omista arvoistaan ja arvostuksistaan eikä tarkoitus ole pyrkiä yleistettävyyteen. Hoitotyön todellisuudessa vallitsevien arvojen ja arvostusten vertailu ja arviointi tutkimuksessa esitettyihin tuloksiin jää jokaiselle lukijalle itselleen vertailtavaksi ja arvioitavaksi.

Aineiston *neutraalisuudessa* huomio kiinnittyy koulutusvaiheen aineistoon. Opettajan ja tutkijan roolin yhdistämisessä on kysymys tutkimuksen puolueettomuudesta ja subjektiivisuudesta. Opettajan roolin heijastuksista opiskelijoiden arvo- ja arvostuskäsityksiin nousee mielenkiintoinen kysymys, sillä koulutusvaiheessa tutkimusjoukkona oli eri opiskelijaryhmiä, ja ryhmittäin opiskelijoiden arvo- ja arvostuskäsitysten painotukset olivat erilaisia (vrt. Tornberg 1994, Sivberg 1998). Ryhmittäistä eroavuutta ei esiintynyt työelämävaiheen käsityksissä. Työelämävaiheen haastatteluissa kerättyä aineistoa käytetään ainoastaan tässä tutkimuksessa. Tätä aineistoa kerätessä painotettiin tutkijan roolia ja neutraalia suhtautumista tutkittaviin, sillä haastattelutilanteissa tutkija saattaa helposti johdatella haastateltavien ajatuksia. Tämä pyrittiin minimoimaan sillä, että haastattelukysymykset ja tutkimustilanteet pyrittiin systematisoimaan samankaltaisiksi (ks. liite 5). Laadullinen tutkimus sisältää kuitenkin väistämättä subjektiivisia tulkintoja.

Laadullisen tutkimuksen *tulosten siirrettävyyttä* toiseen ympäristöön tukee tutkimuksessa se, että opiskelijoiden arvo- ja arvostuskäsitysten luokitukset ja arvokategoriat toistuivat eri tutkimusaineistoissa. Arvo- ja arvostuskäsityksissä tapahtuneiden muutosten voi arvioida ainakin osin olevan käsitysten todellisia muutoksia. Tulosten siirrettävyyden ongelma on se,

ettei tutkittava välttämättä ole eri tutkimustilanteissa tuottanut kaikkia arvo- ja arvostuskäsityksiään, vaan eri syistä osa hänen todellisista arvokäsityksistään on jäänyt pois. Tämän tutkimuksen tulosten kannalta olennaista on se, että joku tutkituista on tuottanut tietyn merkittävän lausuman, koska tuloksia pääasiassa esitellään tutkimusjoukon arvo- ja arvostuskäsityksiä tarkastellen. On kuitenkin muistettava, että tutkimuksessa oli kyse koko tutkimusajanjakson samasta tutkittavien joukosta. Tutkimustuloksia tarkastellessa esille ei nouse sellaisia oletuksia, etteivät tutkimuksessa tunnistetut arvo- ja arvostuskäsitysten teemat, luokat ja arvokategoriat ole löydettävissä toisen vastaavan tutkimusjoukon näkemyksistä.

Tutkimuksen merkitys ja hyöty

Tutkimuksen aihealueen kohdistuminen hoitoeettisiin sisältöihin on jo sinällään arvokasta, koska hoitoeetiikan tutkimus on kansainvälisestäkin nuorta (vrt. Eriksson 1996, Leino-Kilpi 1996). Aikaisemmin on jo todettu hoitoeetiikan kehittämisen tarpeet (vrt. Mölsä 1992, Simula 1998, Räisänen 1998, Välimäki 1998). Hoitoeetiikan kehittämiseen tämä tutkimus tuo tietoa arvo- ja arvostuskäsityksistä. Samoin tutkimus jäsentää ja käsitteellistää tietoa arvoista ja arvostuksista luokittelujen ja jäsenysten avulla. Tutkimuksen toteuttamisessa yhdistettiin hoitoeetiikan ja moraalifilosofian tietoa, mikä luo perusteita hoitoeetiikan teorian kehittämiseen.

Tämän tutkimuksen koulutusvaiheen aineisto kerättiin terveydenhuollon opistokoulutuksessa (vuosina 1988-1990), mutta tuloksia voidaan käyttää myös sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutuksen ja toisen asteen koulutuksen kehittämisessä. Tutkimuksen empiirinen toteutus lähti halusta saada tietoa hoitotyössä opiskelevien ja työskentelevien ihmisten arvo- ja arvostuskäsityksistä. Aineiston keruussa haluttiin kokeilla opetuksen ja tutkimuksen yhdistämistä. Koulutuksen aikana kertyy opiskelijoiden tuottamaa monipuolista materiaalia, mutta sitä hyödynnetään vähän muuten kuin oppimisen välineenä. Tämä tutkimus hyödyntää opetuksessa kertynyttä materiaalia tutkimuksen aineistona.

Työelämävaiheen tutkimuksen suorittaminen (vuonna 1997) on palaute koulutuksessa esiintyvien arvo- ja arvostuskäsitysten siirtymisestä tai muutoksesta työelämässä. Samoin se antaa viitteitä kysymykseen, miten tämän tutkimuksen tulokset ovat liitettävissä koko terveydenhuollon kehittämistarpeisiin.

Kokonaisuutena tutkimuksen painopiste on lisätä tietoa terveydenhuollon opiskelijoiden ja hoitohenkilöstön arvo- ja arvostuskäsityksistä koulutuksen aikana sekä tämän jälkeen työelämässä.

9. POHDINTA

Tulosten mukaan tutkittavien hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset kohdistuvat *potilaan hyvää, ihanteellista potilaan auttamista, ammatillista sitoutumista, velvollisuuksia ja hyvää työnantajaa* tavoittelevaan toimintaan. Tutkittavien henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset *kohdistuivat yleiseen hyvään ja onnellisuuteen, toisen ihmisen ja itsensä yhteistä hyvää, henkilökohtaista hyötyä, velvollisuuksia ja tunteita* sisältäviin arvostuksiin. Tämä tutkimus ei tue väitettä, että terveydenhuollon ammatti-ihmisten arvo- ja arvostuskäsitykset eivät olisi enää yleviä ja hyveellisiä (vrt. Alasuutari 1996).

Tutkimuksen tarkastelutapa lähtee käytäntöä ja teoriaa yhdistävästä tavasta kuvata yksilön ja ryhmän käsityksiä. Tutkimusotteena on fenomenografia. Tutkimusaineistona ovat terveydenhuollon koulutuksen kuluessa opiskelijoilta kerätyt kyselyt ja kirjoitukset sekä työelämässä tehty haastattelu. Aineisto kerättiin vuosina 1988-1990 ja 1997. Koulutuksen kuluessa tutkimukseen osallistuneiden opiskelijoiden määrät vaihtelivat 28-57 (=N). Työelämästä haastateltiin 10 (=N) sairaanhoitajaa ja terveydenhoitajaa. Henkilökohtaisten ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksien tuloksia sekä koulutuksessa että työelämässä peilataan näkemyksiin arvoista yleensä, hoitotiikkaan ja teoreettiseen etiikkaan. Lisäksi tarkastellaan fenomenografisen tutkimusotteen soveltuvuutta tutkimukseen ja esitetään jatkotutkimushaasteita.

9.1 Tulosten tarkastelu ja päätelmät

9.1.1 Henkilökohtaisten arvojen ja arvostusten kehitys itsekkäistä käsityksistä toisen hyvää korostaviin käsityksiin

Tutkimusjoukon henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset kuvaavat yleistä yhteiskunnallista, itsensä ja lähiyhteisön hyvää, henkilökohtaista hyötyä, velvollisuuksia ja tunteita sisältäviä käsityksiä. Henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset ovat varsin samansuuntaisia ja pysyviä koko tutkimusajanjakson. Poikkeuksen tekevät tunteisiin liittyvät arvostukset, joita esiintyi koulutuksen alkuvaiheessa.

Suomalaisten arvokäsityksinä vuosisadan alkupuolella olleet hedonistiset, vitaaliset, tiedolliset, sosiaaliset ja eettiset arvostukset näkyivät tämän tutkimuksen arvo- ja arvostuskäsityksissä (vrt. Ahlman 1939). Esteettiset ja uskonnolliset arvostukset eivät juuri nousseet tutkimuksen aineistossa esille (esim. Ahlman 1939, Åsted-Kurki 1992, 43-49). Helve (1993) kuvaa ”eurooppalaisia arvoja”, joita myös tämän tutkimuksen tutkittavat toivat esille arvostuksinaan, esimerkiksi itsen kehittämisen sekä perheeseen ja ystäviin kohdistuvat arvo- ja arvostuskäsitykset.

Tutkimuksen aikana henkilökohtaisissa arvo- ja arvostuskäsityksissä voi havaita käsitysten kehittymissuunnan (ks. luokat ja kuvausprofiilit). Koulutuksen alkuvaiheessa tutkittavat painottivat etupäässä itseä koskevia arvoja ja arvostuksia kuten rehellisyyttä, itsenäisyyttä sekä ystäviä ja läheisiä ihmissuhteita. Työelämävaiheessa esillä olivat edelleen läheiset ihmissuhteet ja ihmisenä kasvu sekä toisen ihmisen arvostus, kunnioittaminen, auttaminen ja tasavertaisuus (vrt. Helve 1993). Tutkittavat arvostivat toimeentuloa, terveyttä ja perhettä kautta koko tutkimusajanjakson (vrt. Suhonen 1988). Samoin elämään liittyvät arvostukset pysyivät samankaltaisina kautta koko tutkimusajanjakson. Elämää kuvaavia arvo- ja arvostuskäsityksiä olivat elämän tarkoitus, rakkaus ja vapaus. Vaikuttaa siltä, että rakkauden sisällöllinen merkitys muuttui tutkimusjoukon käsityksissä tutkimusajanjakson aikana. Yleisiä yhteiskunnallisia arvostuksia esiintyi vähäisesti koulutusvaiheessa. Työelämävaiheessa tutkimusjoukko kiinnitti huomiota yhteiskunnallisina arvo- ja

arvostuskäsityksinä moniarvoisuuteen, eri kulttuurien tuomaan hyötyyn ja yhteiskunnalliseen aktiivisuuteen.

Tunteisiin liittyvät henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset tulivat koko tutkimuksessa vähäisesti ja melko epämääräisesti esille. Mitä tämä merkitsee, vastaus jää avoimeksi? Tunteisiin liittyvien arvo- ja arvostuskäsitysten vähäisyyteen voi vastaus löytyä tämän tutkimuksen asetelmista, tutkimusjoukon valikoituneisuudesta ja aineiston keruutavoista. Toisaalta voisiko olla niin, että yksilön tunteet ja niihin liittyvät arvostukset eivät tule esille terveydenhuollon koulutuksen luokkatilanteissa ja oppimistehtävissä. Sama kuitenkin tapahtui työelämävaiheessa, kun haastateltavat kuvasivat työelämän tilanteita: he esittivät vain vähän tunteisiin liittyviä henkilökohtaisia arvo- ja arvostuskäsityksiä. Kuitenkin tuloksissa esiintyi ihanteellisia hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiä, joihin sisältyi myönteisiä tunteita toista ihmistä kohtaan, kuten lämmin kohtelu, sydämellä mukana oleminen tai läheisyys ja välittäminen. Samoin työnantajaan kohdistettiin tunteisiin liittyviä arvo- ja arvostuskäsityksiä.

Tuloksissa henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsitysten rajoituksena on se, että koulutuksen loppuvaiheen kirjoitukset eivät kuvaa luotettavasti henkilökohtaisten käsitysten koko variaatiota vaan tulokset jäivät tältä osin satunnaisiksi ja vähäisiksi. Sitä vastoin koulutuksen alussa ja työelämävaiheessa tutkittavat itse arvioivat henkilökohtaisia arvo- ja arvostuskäsityksiään.

Kokonaisuutena tutkittavien henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset olivat tutkimusajanjakson aikana varsin pysyviä ja samansuuntaisia. Henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset monipuolistuivat ja laajenivat *siirtyen itsekeskeisestä tarkastelusta toisen hyvää huomioiviin arvostuksiin*. Koko tutkimusjakson henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset kohdistuivat tutkittavaan itseensä, läheisiin ihmissuhteisiin ja yleisiin näkemyksiin. Henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsityksien voi arvioida edustavan 19-35-vuotiaiden arvo- ja arvostuskäsityksiä (vrt. Suhonen 1988, 74-79). Terveydenhuollon heijastuksena voi arvioida henkilökohtaisten arvo- ja arvostuskäsityksien kehityksen epätitekkääseen suuntaan, vaikka myös Helve (1993, 64-66) viittaa samankaltaisiin tuloksiin nuorten arvoissa. Terveydenhuollon koulutus ja sen jälkeinen työelämä eivät näytä edistävän yhteiskuntaa koskevien ja yleisten arvojen ja arvostusten kehittymistä, joskaan nämä käsitykset eivät nouse tärkeinä esille myöskään muissa samanikäisiä nuoria koskevissa tutkimuksissa (esim. Suhonen 1988, Helve 1993).

9.1.2 Hyvä, ihanteellisuus, sitoutuminen ja velvollisuudet hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksinä

Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset kuvaavat potilaan hyvää, ihanteellista potilaan auttamista, hoitohenkilökunnan sitoutumista, velvollisuuksia ja arvostuksia hyvästä työnantajasta. Nämä käsitykset olivat koko tutkimusajanjakson melko pysyviä ja samankaltaisia. Velvollisuudet korostuivat koulutuksen loppuvaiheessa ja työnantajaan liittyvät käsitykset nousivat esille työelämävaiheessa. Tutkimusajanjakson arvostuksen kohteena tutkittavien käsityksissä esiintyi ensisijaisesti potilas ja jossain määrin potilaan perhe ja tutkittava itse hoitajana sekä työelämävaiheessa työnantaja. Koko tutkimusajanjakson ajan arvon kohteena olivat vain harvoin potilas-hoitajasuhteeseen liittyvät arvostukset. Tutkimusajanjaksoa tarkastellen tutkittavien käsitykset monipuolistuivat ja laajenivat, ja koulutusvaiheessa ilmennyt ryhmittäinen eroavuus tasaantui työelämävaiheessa.

Tutkimusajanjaksoa yksityiskohtaisemmin tarkasteltaessa lausumissa jäivät vähäisiksi potilaan itsenäistä osallistumista koskevat arvo- ja arvostuskäsitykset (ks. luokat ja kuvausprofiilit). Koulutuksen kuluessa potilaan osallistumista kuvattiin itsemääräämisinä ja työelämävaiheessa potilaan vapautena, itsehoitona ja vastuuna itsestä (vrt. Leino-Kilpi ym. 1993, 1995, 1997, Simula 1998). Potilaan hyvään kokonaisuutena (hyvinvointi ja terveys) liittyvät arvo- ja arvostuskäsitykset lisääntyivät tutkittavien kuvauksissa koulutuksen

kuluessa. Työelämävaiheessa lähes jokainen tutkittava esitti potilaan hyvään liittyviä lausumia. Yksittäisistä hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksistä kautta koko tutkimusajanjakson esiintyivät ihmisarvo ja ihmisen kunnioittaminen, terveys, yksilöllisyys tai itsemääräämisoikeus ja inhimillisyys.

Kaikissa hoitotyön aineistoissa tutkimusjoukon arvo- ja arvostuskäsitykset suuntautuivat *potilaan välittömään hoitotyöhön*, kuten *potilaan kunnioittamiseen* ja *auttamiseen* sekä *sairaanhoitajan taitoihin* (vrt. Shelly 1991a, b, Fagermoen 1997, Räisänen 1998). Potilaan kunnioittamisessa arvostettiin ihmisarvoa, ihmisen ainutkertaisuutta ja yksilöllisyyttä. Potilaan auttamisessa esille nousivat lausumat lähimmäisenrakkaudesta, halusta auttaa ja välittämisestä. Koulutuksen loppu- ja työelämävaiheessa potilaan auttamiseen liitettiin potilaan puolesta tekeminen (vrt. Leino-Kilpi 1990). Viime mainitut ilmaisut olivat suppeita eikä niitä yleensä pohdittu vaan ne olivat enemmän toteamuksen luonteisia. Hoitajan ammattitaitoihin liittyivät arvostukset ammatin taidoista, vastuusta ja yhteistyöstä. Hoitohenkilökunnan hyveenkaltaisina ominaisuuksina korostettiin rehellisyyttä, luottamuksellisuutta ja ammatillisuutta. Sekä hoitajan taitoihin ja hyveisiin liittyvät arvo- ja arvostuskäsitykset pysyivät samankaltaisina koko tutkimusajanjakson, vaikka ilmauksiltaan työelämässä käsitykset olivat monimuotoisempia kuin koulutuksen aikana.

Väestöä ja yhteiskuntaa koskevat hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset eivät juuri nousseet esille tutkittujen maininnoissa. Koulutuksen loppuvaiheessa opiskelijat käsitelivät kirjoituksissaan terveydenhuoltoa koskevia eettisiä kysymyksiä ja ongelmia kuten sairauksia, syntymää ja kuolemaa. Myöskään tästä aineistoista eivät nousseet esille yleiset yhteiskunnalliset tai laajemmat terveydenhuollon arvo- ja arvostuskäsitykset. Hyvää työnantajaa koskeva arvokategoria oli ensimmäinen, joka sisälsi *merkkejä yhteiskuntaan suuntautuvista hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksistä*. Työnantaja arvon kohteena oli tärkeä, sillä työnantajan toimenpiteitä arvosteltiin arvoperustaisista lähtökohdista. Erityisen tärkeänä mainintana esitettiin työnantajan kannustava ja arvostava suhtautuminen työntekijään (vrt. Mäkisalo 1998, Simula 1998). Samoin työyhteisön ilmapiiri, työn haasteellisuus, työntekijöiden yhdenvertaisuus ja työn jatkuvuus nousivat esille tutkittavien käsityksissä. Arvon kohteena tutkimusjoukko sijoitti työnantajan potilaan ja itsensä jälkeen. Kuvastavatko nämä käsitykset yleisesti hoitohenkilökunnan suhtautumista työnantajaan? Yhteiskunnallisten arvo- ja arvostuskäsityksen vähäisyys luo kehittämishaasteita terveydenhuollon koulutuksen sisältöjen valinnoille, jotta laaja-alaisuuden ja kansainvälisyyden tavoitteet terveydenhuollon koulutuksessa ja työelämässä saavutetaan.

Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten *arvon kohteet* suuntautuivat joko *potilaaseen*, *itseän hoitajana* ja *työnantajaan*. Arvo- ja arvostuskäsitykset eivät mainittavasti kohdistuneet *potilaan ja hoitajan vuorovaikutussuhteen* sisältöihin. Hoitoetiikassa korostettu humanistisen hoitotyön lähtökohta esiintyi käsityksissä siten, että kautta koko tutkimuksen korostuivat ihmisarvoa, ihmisen ainutkertaisuutta, inhimillisyyttä, yksilöllisyyttä ja itsemääräämistä korostavat arvo- ja arvostuskäsitykset (vrt. Paterson ja Zherad 1988). Potilas-hoitajasuhteeseen liittyvien arvo- ja arvostuskäsitysten integrointi sekä koulutuksen sisältöihin että käytännön toimintaan luo kehittämishaasteita.

Kokonaisuutena *hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset vakiintuivat melko samankaltaisiksi* tutkittavien näkemyksissä *jo koulutuksen alkuvaiheessa*. Tästä voi olettaa, että jo koulutuksen alkuvaiheessa käsiteltiin keskeiset hoitotyötä ohjaavat arvo- ja arvostuskäsitykset. Koulutuksen loppuvaiheessa nousivat esille potilaan puolustamiseen liittyvät näkemykset. Nämä näkemykset jäivät melko pinnallisiksi toteamuksiksi ja voi olettaa, että koulutuksen sisällöissä käsitellään vähäisesti potilaan puolustamiseen liittyviä näkemyksiä. Koulutuksen loppuvaiheessa esille nousivat *potilaan hyvää, ihanteellista ja epätsekästä auttamista sekä hoitohenkilökunnan sitoutumista* koskevien arvo- ja arvostuskäsitysten lisäksi *velvollisuudet*. Tässä tuloksessa saattaa heijastua myös aineiston keruumuoto, sillä tutkimusjoukon esseissä esiintyi velvollisuuspainotteisuus. Velvollisuuksia korostava kehityssuunta herättää

kysymyksen siitä, miten yleensä terveydenhuollon koulutuksessa käsitellään erilaisia velvollisuuksia ja sääntöjä. Minkälaista arvo- ja arvostuskäsitysten kehittymistä edistää sääntö- ja velvollisuuspainotteinen koulutus ja mitä tämä merkitsee ammatillisessa koulutuksessa?

9.1.3 Henkilökohtaiset ja hoitotyön arvokategoriat tiimalasissa

Arvokategoriat hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksissä jäsentyivät etupäässä hoitoetiikasta ja henkilökohtaiset arvokategoriat etiikan teorioista lähtien. Kuitenkin hoitoetiikka ja etiikan teoriat integroituvat myös hoitotyön arvokategorioissa.

Tutkimuksessa elämän tarkoitukseen suuntautuivat henkilökohtaisten *Yleinen hyvä ja onnellisuus* sekä hoitotyön *Potilaan hyvä* -kategoriat. Yleiseen hyvään sisältyivät yleiset maailmaa ja elämän päämäärää kuvaavat arvot ja arvostukset. Potilaan hyvässä taas korostuivat potilaan itsenäisyys sekä hoitotyön tarkoitus ja tehtävä. Näitä arvo- ja arvostuskäsityksiä kuvaavat ihmisen hyvä, terveys, elämä ja hyvinvointi, joita myös lukuisissa muissa lähteissä tarkastellaan hoitotyön päämääränä (esim. Leino-Kilpi 1990, Åsted-Kurki 1992, Eriksson 1993b, Sarvimäki 1993, Kalkas 1996a). Tutkimuksen tuloksissa elämää koskevat käsitykset esiintyivät koko tutkimusajanjakson sekä henkilökohtaisissa että hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksissä. Nämä käsitykset olivat melko samankaltaisia kautta koko tutkimuksen, ja havaittavissa olevaa kehitystä voi tulkita tutkittavien arvo- ja arvostuskäsitysten selkiintymiseksi.

Koulutusvaiheen ja työelämän tutkimustilanteissa nousivat *hyveet* esille niin henkilökohtaisten kuin hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksissä. Henkilökohtaisista lausumista hyveet liitettiin hyvää käyttäytymistä kuvaavaan *Velvollisuudet* ja hoitotyössä *Sairaanhoitajan sitoutumisen* -kategoriaan. Henkilökohtaisten käsitysten lausumia olivat rehellisyys, ystävällisyys ja suvaitsevaisuus, jotka ovat jo antiikin aikana tunnistettuja hyveitä (ks. Aristoteles 1989, MacIntyre 1994). Tutkittujen hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksissä nousivat hoitohenkilökunnan *ammattin hyveet*, jota näkemystä käsitellään myös lukuisissa muissa lähteissä (esim. Lanara 1981, 1996, Eriksson 1989, 1993b, Scott 1995, Lutzen ja da Silva 1996). Hoitotyön hyveinä olivat rehellisyys, luottamuksellisuus, ammatillisuus sekä itsehillintä ja arvokas käytös. Näitä hoitohenkilökunnan ammattin myönteisiä piirteitä on korostettu koko systemaattisen hoitotyön ajan eli viimeiset sataviisikymmentä vuotta (esim. Nightingale 1964). Tutkimusaineistossa uusia hyveitä edustivat mm. omatoimisuus, harrastukset, positiivisuus ja inspiraatio. Näihin ei perinteinen Aristoteleen hyveoppi anna tukea, mutta ne luokiteltiin tutkittavien antamien hyveenkaltaisten ominaisuuksien mukaan tämän päivän hyveisiin. Toisaalta on myös myönnettävä, että antiikin hyveet eivät vastaa tämän päivän nuorten maailmaa (vrt. Airaksinen 1987) ja joutuu kysymään, onko hyveperustaisella ammattityöllä tulevaisuutta? Kuitenkin tässä tutkimuksessa hämmästyttävän usein tutkittujen käsitykset kuvataan jo antiikin hyveissä. Hyveitä ja luonteenpiirteitä kuvaavien arvokategorioiden teoreettinen perusta tuli hoitoetiikan lisäksi sekä päämäärä- että velvollisuusetiikasta.

Arvo- ja arvostuskäsityksissä korostuivat *hoitotyön periaatteet*, jotka liitettiin motivaatio- ja velvollisuuseettisiin näkemyksiin. Nämä käsitykset hajaantuvat lähes kaikkiin nimettyihin hoitotyön arvokategorioihin. Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksissä esiintyivät potilasta koskevana periaatteina potilaan hyvä, itsemäärääminen, yksilöllisyys, potilaslähtöisyys, integriteetti ja yhdenvertaisuus. Koulutusvaiheessa korostui myös potilaan hoidon kokonaisvaltaisuus. Potilaaseen kohdistuvat periaatteet sisältyivät *Potilaan hyvä* ja *Ihanteellisuus potilaan auttamisessa* -kategorioihin. Hoitohenkilökunnan taitoihin liittyviä periaatteita olivat luotettavuus, yhteistyökykyisyys, vastuullisuus, hoidon turvallisuus ja jatkuvuus. Sairaanhoitajaan liittyvät periaatteet on sijoitettu *Sairaanhoitajan sitoutumisen* -kategoriaan. (Vrt. Taulukko 1:34.) Huolenpito nähdään periaatteiden kaltaisena, mutta myös

humanistiseen hoitotyöhön sitoutuvana arvo- ja arvostuskäsitysten perustana. Huolenpitoon liittyvät arvo- ja arvostuskäsitykset koskivat potilaan ihanteellista auttamista ja hoitamista (vrt. Eriksson 1987, Fry 1990, 1994). Huolenpitoon liittyviä käsityksiä olivat halu auttaa, kärsimyksen lievittäminen, välittäminen, huolehtiminen ja läheisyys. Huolenpidon teoreettiset perusteet ovat hoitoetiikassa sekä altruistisessa seurausetiikassa.

Tutkittavien seurauseettisiä arvo- ja arvostuskäsityksiä kuvaavat henkilökohtaisten käsitysten *Minän ja toisen yhteinen hyvä* sekä *Henkilökohtainen hyöty* -arvokategoriat. Käsitykset liittyivät läheisiin ihmissuhteisiin ja ihmisenä kehittymiseen kuten uusi tieto, opiskelu ja ammattitaito. Henkilökohtaisina arvo- ja arvostuskäsityksinä esiintyneet omaa kehittymistä koskevat maininnat liitettiin yksilön arvostamaan sisäiseen henkiseen hyötyyn. Selviytymistä kuvaavat tavoitteet ja tarpeet liitettiin ulkoiseen materiaaliseen hyötyyn. Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksistä muodostettiin altruistiseen perustaan sitoutuva *Ihanteellisuus potilaan auttamisessa* –kategoria, jonka teoreettiset perusteet ovat hoitoetiikan lisäksi seurausetiikassa. *Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksissä ei muodostunut hyötyyn liittyvää kategoriata* tai luokkaa. Myöskään tutkittavien yksittäisissä lausumissa ei juuri esiintynyt hyötyyn liittyviä hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiä. Hyödyn ja taloudellisten näkemysten vähäisyys hämmästyttää, kun esimerkiksi työelämävaiheessa terveydenhuollon taloudelliset kysymykset ja priorisointi olivat toistuvasti julkisuudessa.

Kokonaisuutena etiikan teorioista ensisijaisesti *päämäärä, velvollisuus- ja seurausetiikka* näkyivät tutkittavien henkilökohtaisissa arvo- ja arvostuskäsityksissä. Mainitut etiikan teoriat yhdessä hoitoetiikan kanssa yhdistyivät myös hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten arvokategorioissa. Etiikan teorioiden esiintyvyys herättää kysymyksen, onko hoitohenkilökunnan arvoperusta riittävän laaja, kun tarkastellaan toimintaa yhteiskunnallisesti. Esimerkiksi *hyötyeettiset* näkemykset näkyivät henkilökohtaisissa, mutta eivät hoitotyön käsityksissä.

Tuloksina saatiin henkilökohtaisten arvokategorioiden moraalintasoiksi: *itsekkyyden, vastuu, hyvät teot ja yleinen hyvä*. Hoitotyön arvokäsityksissä moraalintasot edustivat *sopimukset, vastuu, hyvät teot ja potilaan itsenäisyys* eli osittain samat tasot kuin henkilökohtaisissa arvostuksissa. (Vrt. Kohlberg 1984, Gilligan 1994.) Vertailu tehtiin yleisyys/yksilökohtaisuustasojen mukaan. Arvokategorioiden sijoittumisessa tapahtui laajentumista moraalintasossa siten, että yleistä hyvää koskevat käsitykset lisääntyivät ja sopimukseen liittyvät näkemykset tulivat uutena tasona esille tutkimuksen työelämävaiheessa. Koulutuksessa hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksissä tapahtui kehityskulun muutos siten, että vastuullisuustasoon sisältyvät velvollisuus- ja normikäsitykset korostuivat hyvien tekojen lisäksi koulutuksen loppuvaiheessa. Tutkimusjoukon moraalintasoon liittyvät näkemykset tukevat ajatusta, että opiskelijoiden arvo- ja arvostuskäsitykset keskittyvät *vastuutasolle* koulutusvaiheen lopussa. Tätä tasoa kuvaavat käsitysten sisältöinä esiintyneet sääntö-, velvollisuus- ja laillisuusperusteet (vrt. Dierckx de Casterle' ym. 1997). Työelämävaiheessa tutkittujen käsitykset kattoivat melko tasaisesti kaikki nimetyt moraalintasot (vrt. Sivberg 1998). Yksilön eettisyyden kannalta voi nähdä myönteisenä käsitysten laajentumiskehityksen, sillä kaikki nimetyt moraalintasot esiintyivät lähes kaikkien tutkittavien arvo- ja arvostuskäsitysten sisällöissä työelämävaiheessa.

Tutkimusjoukon arvo- ja arvostuskäsityksiä tarkasteltiin henkilökohtaisina ja hoitotyön (ammattillisina) käsityksinä. Tämä jako oli välttämätön ratkaisu, jotta tulokset saatiin järjestettyä arvokategorioihin. Tuloksissa henkilökohtaisten ja hoitotyön arvokategorioiden suhdetta kuvataan *tiimalasina* siten, että henkilökohtaiset ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset lähenivät toisiaan tutkimusjakson kuluessa. Koulutusvaiheessa tutkimusjoukon henkilökohtaisina arvo- ja arvostuskäsityksinä nimeämät velvollisuudet siirtyivät koulutuksen loppuvaiheessa hoitotyön käsityksiin. Tiimalasi osoittautui tutkittavien arvo- ja arvostuskäsityksiä osuvasti kuvaavaksi muodoksi, koska työelämävaiheessa tutkimusjoukko ilmaisi samankaltaisia käsityksiä sekä henkilökohtaisina että hoitotyön

näkemyksinä. Voisi olettaa, että samalle tutkimusjoukolle tehtävän uusintatutkimuksen tuloksissa ei enää erottaisi mainittavasti henkilökohtaisia ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiä toisistaan.

Tutkittavien arvo- ja arvostuskäsityksien voi arvioida edustaneen lähinnä henkilökohtaista ja hoitotyön kuvailevaa, mutta myös käsitteellistä (teoreettista) ja ihmisen sisäistä aktiperustaista tietoa (vrt. Bergum 1994). Tutkimuksen loppuvaiheessa henkilökohtaiset ja hoitotyön arvokategoriat kuvasivat *laajaa arvo- ja arvostuskäsitysten perustaa tutkituilla henkilöillä*, josta kuitenkin jäivät *vähäiselle huomiolle yhteiskunnalliset ja globaalit* näkemykset. Nämä näkemykset *puuttuivat hoitotyön* käsityksistä. Yksilön *tunteisiin* perustuvat käsitykset *eivät juuri esiintyneet arvo- ja arvostuskäsityksissä*.

9.2 Fenomenografia arvo- ja arvostuskäsitysten käsitteellistämässä

Tutkimusotteena fenomenografia *soveltuu käsitysten ja kokemusten* tutkimiseen ja *aineistolähtöiseen analyysiin* (ks. Järvinen 1985, Marton 1988, Järvinen ja Järvinen 1996, Järvinen ja Karttunen 1997, Marton ja Booth 1997). Fenomenografia tutkimusotteena osoittautui mielenkiintoiseksi, koska metodi antoi mahdollisuuksia luoviin ratkaisuihin. Tutkimusotteena fenomenografia on turvallinen, koska siinä on piirteitä määrällisen tutkimuksen tarkkuudesta. Fenomenografiassa tutkimus kohdistuu tutkittavan lausumiin käsityksiin, eikä siis tulkitse tutkittavien käsityksien merkityksiä (vrt. Uljens 1993). Tässä tutkimuksessa tämäntapainen asia tuli eteen opiskelijoiden kirjoituksia analysoitaessa, jolloin olisi mielellään tulkinnut tutkittavien ajatuksia. Haastattelussa taas saattoi esittää tarvittaessa tarkentavan kysymyksen ja näin varmistaa tutkittavan käsityksiä.

Yksittäisten arvo- ja arvostuskäsitysten *merkityksissä ja luokituksissa on tulkinnallisuutta* ja mahdollisuutta *kritisointiin*, esimerkiksi terveys- ja kärsimyskäsitysten osalta. Henkilökohtaisessa luokituksessa terveys liitettiin yksilön selviytymistä kuvaaviin arvostuksiin ja hoitotyön luokituksessa kuvaamaan potilaan hyvää. Näin menetellen henkilökohtaisia arvostuksia kuvaavassa luokituksessa terveys merkitsee tavoitteena hyvää seurauksiensa vuoksi. Hoitotyön arvokategorioiden perusteissa terveys kuvaa hoitotyön päämäärää. Samoin kärsimyksen ja kivun lievittäminen luokiteltiin ihanteelliseen auttamiseen, koska tutkittavat antoivat käsityksille altruistisia merkityksiä. Rakkauskäsitys oli monimerkityksinen ja muuttuva tutkittavien maininnoissa. Merkityksestä huolimatta rakkaus luokiteltiin elämää koskeviin arvostuksiin, vaikka se joillakin merkitsi enemmän itseä ja läheistä ihmistä yhdistää arvokäsitystä.

Tuloksissa sekä teemojen, luokkien ja arvokategorioiden muutamat *nimet ovat lähellä toisiaan*, erityisesti näin on hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksissä. Esimerkiksi potilaan hyvä kokonaisuutena toistuu luokissa ja arvokategoriassa. Tätä ei nähdä tuloksissa ongelmana vaan perusteena on se, että teemoittelusta lähtien sisältö säilyi melko *samankaltaisena*. Toisaalta tutkittavat esittivät samaa asiaa kuvaavia arvo- ja arvostuskäsityksiä käsitteellisesti *eri tasoilla*. Näin on esimerkiksi kategoriaksi nimetyn *Potilaan hyvän* kohdalla, jonka tutkimuksen eri vaiheissa tutkittavat nimesivät myös arvokäsityksenään. Jos taas arvokategorioiden nimet tuntuvat tavanomaisilta, kuvaavat ne kuitenkin tämän tutkimuksen tutkittavien henkilökohtaisia ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksiä aineistolähtöisesti.

Tässä tutkimuksessa *hoitotyössä ja hoitoetiikassa esiintyvää sirpaleista tietoa* päämäärästä, sankaruudesta, periaatteista, huolenpidosta ja eettistä ohjeista kerättiin fenomenografisen tutkimusotteen avulla *kokonaisuudeksi arvokategorioiden*. Tämänkaltaista tietoa ei kirjallisuudessa esiintynyt. Arvokategorioiden muodostamisen voi katsoa olevan askel kohti *hoitoetiikan teoriaa* arvo- ja arvostuskäsitysten sekä osittain myös koko hoitoetiikan osalta. Tutkimuksen toinen ansio on, että fenomenografiaan kohdistettu kritiikki

(esim. Uljens 1993, Simoila 1993) innosti kehittämään aineiston käsitteellistämisvaiheeseen teoreettista perustaa (ks. taulukko 5:64). Tutkimus lähti induktiivisesti etenemään, ja teemojen muodostamisen jälkeen etsittiin kirjallisuudesta perusteita käsitysten ominaisuuksien mukaiseen luokitteluun. Tästä sitten edettiin ominaisuuksien ja teoreettisten perusteiden vertailun kautta *teoreettiseen kategorisointiin*. Käsitteellistämässä ei kuitenkaan tiukasti pitäydytty teoreettiseen perustaan vaan samalla otettiin huomioon aineistosta nousevat tulkittavien käsitysten sisältö ja nämä yhdessä muodostivat esitetyt arvokategoriat.

Kokonaisuutena arvioiden fenomenografia soveltui arvo- ja arvostuskäsitysten tutkimiseen. Fenomenografia soveltui kyselyjen, kirjoitusten ja haastatteluin kerätyn tiedon käsittelyyn, mikä ei sallinut kirjoitusten merkitysten tulkintaa. Fenomenografia soveltuu aineistolähtöiseen luokitteluun ja on tutkimusotteena varteenotettava vaihtoehto kokemuksellisten ja ihmisten tiedostamien käsitysten tutkimisessa.

9.3 Jatkotutkimusehdotukset

1) Jatkotutkimus tälle tutkimukselle on *henkilökohtaisten ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten tutkimuksen jatkaminen ja uusintatutkimus*. Tutkimusasetelmaa tulee korjata todettujen rajoitusten osalta (esim. aineiston keruussa). Uusintatutkimuksen voi tehdä esimerkiksi kyselynä isommalle tutkimusjoukolle *terveydenhuollossa*, jotta isompi populaatio varmistaa tutkimuksen ulkoista luotettavuutta. Samoin tutkimuksen voi laatia koskemaan myös muita ammattialoja tai kansallisuuksia, jolloin saadaan vertailevaa tietoa vallitsevista arvo- ja arvostuskäsityksistä suhteessa muihin toimialoihin sekä kansallisesti että kansainvälisesti.

Monitieteistä seurantatutkimusta voi kohdistaa myös varhaisvaiheen yksilön arvo- ja arvostuskäsitysten tutkimiseen *päiväkodeissa, peruskoulussa, lukioissa ja ammatillisen toisen asteen koulutuksissa*. Varhaisvaiheen yksilön arvo- ja arvostuskäsitysten tutkimuksessa on suotavaa yhdistää *yksilön moraalien kehityksen, yksilön käytösten ja toisen ihmisen arvostamisen* tutkimus. Samoin monitieteisessä tutkimuksessa erityismielenkiinto voi olla *tunneperustaisten ja yhteiskunnallisten arvo- ja arvostuskäsitysten esiintyvyyden* selvittäminen. Viime mainittu on tarpeen erityisesti terveydenhuollon koulutuksen ja käytännön toiminnan tutkimisessa.

2) Toinen jatkotutkimus kohdistuu *potilas-hoitajasuhteessa* vallitsevien arvo- ja arvostuskäsitysten selvittämiseen, sillä tässä tutkimuksessa saatiin tutkimusjoukon arvo- ja arvostuskäsityksistä tietoa opiskelijoiden ja hoitohenkilökunnan esittämänä. Hoitohenkilökunnan käytännön toiminnasta tulee selvittää, miten hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset tai laajemmin hoitoetiikka esiintyvät suhteessa potilaaseen. Tutkimuksen tulee sisältää *potilaiden ja heidän omaistensa arvio* hoitotyön ammattihenkilöstön arvo- ja arvostuskäsityksistä, eettisestä käyttäytymisestä ja toiminnasta.

3) Hoitohenkilöstöön suuntautuvaa tutkimusta tulee lisätä *moraalien kehityksestä*. Yhtä tärkeää on saada vertailevaa tietoa *sukupuolen ja kulttuurin* merkityksestä arvo- ja arvostuskäsityksissä. Tämän tutkimuksen arvokategoriat suhtautuivat toisiinsa melko samansuuntaisesti kuin muissa opiskelijoihin kohdistuneissa tutkimuksissa on saatu tuloksina (vrt. Dierckx de Casterle' ym. 1997, Sivberg 1998). Tutkimusjoukossa oli mukana muutamia miehiä, mutta tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu naisten ja miesten arvo- ja arvostuskäsitysten eroja. Miesten ja naisten moraalien kehityksen erot on kiistanalainen kysymys (esim. Gallagher 1995, Norberg ja Uden 1995). Hoitotyön ammattiteissa toimivat ovat edelleen valtaosaltaan naisia. Mitä kulttuurisia erityispiirteitä on *naisten arvo- ja arvostuskäsityksissä*? Tutkimus on terveydenhuollossa ajankohtainen, koska *miessairaanhoidajien* määrä on ollut

lisääntyvä. Erityisen tarpeellista on nais- ja miessairaanhoitajien *yhteistyösuhteisiin* sisältyvien arvo- ja arvostuskäsitysten tutkimus. Samoin eri kulttuureista tulleiden hoitohenkilöiden arvo- ja arvostuskäsityksiä tulee tutkia (vrt. Leininger 1990, 1991).

4) Hoitoetiikassa on suotavaa lisätä *kielen merkitysten* tutkimusta. Aihepiiristä on hyvä muodostaa tutkimusprojekteja. Suomessa on tehty potilaan hyvää hoitoa, itsemääräämisoikeutta ja oikeuksia koskevia tutkimuksia (esim. Leino-Kilpi 1990, Leino-Kilpi ym. 1993, 1995, 1997, Välimäki 1998, Simula 1998). Tässä tutkimuksessa opiskelijoiden arvo- ja arvostuskäsitysten yksityiskohtaisia sisältömerkityksiä ei tutkittu. Yksityiskohtainen jatkotutkimus tuo tarpeellista tietoa siitä, *millaisia merkityksiä* yksityinen ihminen antaa esimerkiksi *turvallisuudelle, avoimuudelle, luottamukselle ja huolehtimiselle*. Kokonaisuudessaan hoitotieteen kielentutkimus on merkityksellistä (vrt. Tuomi 1997), sillä tutkimusprosessin aikana hoitotyön käytännöstä nousi uusia käsitteitä, joiden sisältöä oli vaikea tulkita yksiselitteisesti. Tällaisia käsitteitä ovat esimerkiksi *potilaan kohtaaminen, hoitaminen ja välittäminen*.

5) Tutkimuksessa luokiteltiin yksittäisiä *arvo- ja arvostuskäsityksiä yhteen kokonaisuuksiä sisältäviksi kategorioiksi*. Näissä yhdistettiin hoitoetiikan tietoa etiikan teorioihin. Tämänkaltaista hoitoetiikan tutkimusta tulee jatkaa ja laajentaa, jotta yksittäisistä asiasisällöistä edetään *ydinsisältöjä kokonaisuuksina* hahmottavaan lähestymistapaan. Hoitoetiikan tieto on sirpaleista ja yksityiskohtien kautta kokonaisuutta rakentavaa, ja siltä puuttuvat kattavat, laajat ja yleistävät teoriat (vrt. Eriksson 1996). Jatkotutkimushaasteet kohdistuvat hoitoetiikan teorian kehittämiseen sekä hoitoetiikan ja moraalifilosofian painotusten ja yhteyksien selvittämiseen.

6) Tutkimuksen terveydenhuollon työelämävaiheessa nousi selkeä tarve käynnistää monitieteisiä tutkimus- ja kehittämishankkeita *arvojen mukaisesta työstä*. Tutkimuksen työelämävaiheen tutkimusjoukko nosti esille työnantajaan kohdistuvat arvosidonnaiset odotukset ja haasteet. Tutkimuksen työelämävaihe osui ajankohtaan, jossa yhteiskunnalliset rakenteet olivat olleet useita vuosia muutospaineessa. Taloudellinen lama oli läpikäyty, terveydenhuollon palvelujen priorisointivaateet olivat esillä, ja hoitohenkilökunnan lomautukset ja irtisanomiset olivat arkipäivää. Tutkimuksessa esille nousseet hoitohenkilökunnan arvo- ja arvostuskäsitykset potilaan hyvää tavoittelevasta toiminnasta, ihanteellisesta potilaan auttamisesta ja ammatillisesta sitoutumisesta voivat olla ristiriidassa työnantajan käsitysten kanssa, jos työyhteisössä ei vallitse samoja arvoja arvostava työilmapiiri ja -kulttuuri.

L Ä H T E E T

- Aavarinne H (1990): Sairaanhoidon opiskelijoiden arviointia hoito-opin perusteiden oppimisesta. *Hoitotiede* 2: 118-123.
- Aavarinne H (1993): Ohjauksellisten ja opetuksellisten valmiuksien kehittyminen sairaanhoitajakoulutuksessa. *Acta Universitas Ouluensis, Series D Medica* 269, Hoitotieteen laitos, Oulu.
- Ahlman E (1939): Kulttuurin perustekijöitä. Kulttuurifilosofisia tarkasteluja. Gummerus, Jyväskylä.
- Airaksinen T (1987): Moraalifilosofia. WSOY, Helsinki.
- Airaksinen T (1991): Ammattien ja ansaitsemisen etiikka. Yliopistopaino, Helsinki.
- Airaksinen T (1994): Arvojen yhteiskunta, erään taistelun kuvaus. Areena, WSOY, Helsinki.
- American Nurses' Association (1985): Code for Nurses with Interpretative Statements. The American Nurses' Association, Kansas City, Missouri.
- AKH=Ammattikasvatushallitus (1987): Sairaanhoitajan opetussuunnitelma. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Alasuutari P (1993): Laadullinen tutkimus. Vastapaino, Tampere.
- Alasuutari P (1996): Toinen tasavalta, Suomi 1946 - 1994. Vastapaino, Tampere.
- Aristoteles (1989): Nikomakhoksen etiikka. Suom. S Knuutila, Yliopistopaino, Helsinki.
- Baldonado AA, Holm K and Balquiedra NE (1997): Cultural/Ethnicity Issues in the Classroom. *Hoitotiede* 5: 231-236.
- Bandman EL and Bandman B (1988): *Critical Thinking in Nursing*. Appleton & Lange, Norwalk, Connecticut, USA.
- Bandman EL and Bandman B (1990): *Nursing Ethics Through the Life Span*. Sec.ed. Appleton & Lange, East Norwalk, Connecticut.
- Begley CM (1996): Triangulation of communication skills in qualitative research instruments. *Journal of Advanced Nursing*, 24: 688-693.
- Bergum V (1994): Knowledge for Ethical Care. *Nursing Ethics*, 1: 71-79.
- Bevis O and Watson J (1989): *Toward a Caring Curriculum: A New Pedagogy for Nursing*. National League for Nursing, New York.
- Bruffee K (1987): The Art of Collaborative Learning. *Change* March/April: 43-47.
- Burns N (1989): Standards for Qualitative Research. *Nursing Science Quarterly* 2: 44-52.
- Canadian Nurses Association (1998): Code of Ethics for Registered Nurses. *Nursing Ethics*, 65-77.
- Carper BA (1978): Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. In: *Perspectives on Nursing Theory*, pp. 252-260, ed. Nicoll LH, Scott, Foresman and Company Glenview, Illinois, London.
- Crisham P (1981): Measuring Moral Judgement in Nursing Dilemmas. *Nursing Research* 30: 104-110.
- Curtis MJ (1992): *Ethics in Nursing*. Third ed. Oxford University Press, New York.
- DallAlba G (1993): Reflections on phenomenography. *Nordisk Pedagogik* 3: 130-133.
- Danish Nurses' Organization (1992): *Ethical Guidelines for Nursing*. The Danish Nurses' Organization, Denmark.
- Davis AJ (1994): *Ethical Issues in Nursing Education*. Unpublished Essay (1.10.1994, Finland). University of California, San Francisco.
- Davis AJ (1999): Global Influence of American Nursing: Some Ethical Issues. *Nursing Ethics* 6: 118-125.
- DeMoissac DM and Warnock FF (1996): The Evolution of Caring Within Bioethics: Provision for Relationship and Context. *Nursing Ethics* 3: 191-201.

- Denzin NK and Lincoln YS (1994): *Handbook of Qualitative Research*. Sage, Thousand Oaks, California.
- Dickenson D (1994): The right to know and the right to privacy: confidentiality, HIV and Health care professionals. *Nursing Ethics* 1: 111-115.
- Dierckx de Casterle B, Grypdonck M, Vuylsteke-Wauters M and Janssen PJ (1997): Nursing Students' Responses to Ethical Dilemmas in Nursing Practice. *Nursing Ethics*, 4: 12-28.
- Ehrnrooth J (1992): Intuitio ja analyysi. Teos: Kvalitatiivisen aineiston analyysi, ss. 30-41. Toim. K Mäkelä, Gaudeamus, Helsinki.
- Ekola J (1992): *Johdatusta ammattikorkeakoulupedagogiikkaan*. WSOY, Helsinki.
- Ellenchild Pinch WJ and Parsons ME (1997): Moral Orientation of Elderly Persons: Considering Ethical Dilemmas in Health Care. *Nursing Ethics* 4: 380-393.
- Engeström Y (1988): *Perustietoa opetuksesta*. Valtionvarainministeriö, Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Eraut M (1997): *Developing Professional Knowledge and Competence*. The Falmer Press, London.
- Eriksson E (1996a): A Description of the Help Received by Cancer Patient's Relatives in Their Adjustment. *Turun yliopiston julkaisusarja, Sarja D Osa 219, Medica - Odontologica, Turun yliopisto, Turku*.
- Eriksson K (1986): *Hoito-opin didaktiikka*. SHKS, Helsinki.
- Eriksson K (1987): *Hoitamisen idea*. SHKS, Helsinki.
- Eriksson K (1989): *Caritas-idea*. SHKS, Helsinki.
- Eriksson K (1993a): *Vårdvetenskapen som autonom disciplin*. Teos: *Hoitotyön Vuosikirja 1994, on aika puhua*, ss. 87-91. Toim.k. H Willman (päätoim.), Hygieia, Kirjayhtymä Oy, Helsinki.
- Eriksson K (1993b): *Lidandets ide. I: Möten med Lidanden*. *Vårdforskning, Institutionen för vårdvetenskap, Reports from the Department of Caring Science* 4, ss. 1-27. Red. K Eriksson, Åbo Akademi, Åbo.
- Eriksson K (1996): *Mot en vårdetisk teori*. Teos: *Hoitotyön Vuosikirja 1997, hoitotyö ja etiikka*, ss. 9-23. Toim.k. T Munnukka (päätoim.), Hygieia, Kirjayhtymä Oy, Helsinki.
- Eriksson K (1997): *Caring, spirituality and suffering*. In: *Caring from the Heart, The Convergence of Caring and Spirituality*, pp.68-84. Ed. MS Roach, Paulist Press, New York.
- Eskola J ja Suoranta J (1996): *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Lapin yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja C 13, Lapin yliopisto, Rovaniemi.
- Esterhuizen P (1996): Is the professional code still the cornerstone of clinical nursing practice? *Journal of Advanced Nursing*, 23: 25-31.
- Fagermoen MS (1997): Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25: 434-441.
- Foster RL (1997): Addressing epistemologic and practical issues in multimethod research: a procedure for conceptual triangulation. *Advances in Nursing Science*, 20: 1-12.
- Frankena WK (1963): *Ethics*. Prentice-Hall, London.
- Freeman IC (1990): *Developing Systems That Promote Autonomy: Policy Considerations*. In: *EveryDay Ethics, Resolving Dilemmas in Nursing Home Life*, pp. 291-304, Ed. RA Kane and AL Caplan, Springer, New York.
- Fronzizi R (1971): *What is value?* The Open Court Library of Philosophy, Illinois.
- Fry ST (1989): *Teaching Ethics in Nursing Curricula. Traditional and Contemporary Models*. *Nursing Clinics of North America*, 24: 485-497.
- Fry ST (1990): *The Philosophical Foundations of Caring*. In: *Ethical and Moral Dimensions of Care*, pp 13-24. Ed. M Leininger, Wayne State University Press, Detroit.

- Fry ST (1994): *Ethics in Nursing Practice. A Guide to Ethical Decision Making*. International Council of Nurses, Geneva.
- Fry ST (1997): *Etiikka hoitotyössä, eettisen päätöksenteon opas*. Suom. E Grönlund, Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki.
- Gallagher A (1995): *Medical and Nursing Ethics: Never The Twain?* *Nursing Ethics* 2: 95-101.
- Gilligan C (1994): *In A Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- Gortner SR (1992): *Nursing Values and Science: Toward a Science Philosophy. Perspectives on Nursing Theory*, pp. 176-185, Ed. LH Nicoll, Sec.Ed, JB Lippincott, Philadelphia.
- Gröhn T (1991): *Kotitalouden tieteenalan liittyvien käsitysten muuttuminen korkeakoulutuksen eri vaiheissa*. *Tutkimuksia* 92, Helsingin yliopiston opettajakoulutuslaitos, Helsinki.
- Gröhn T (1992): *Fenomenografinen tutkimusote. Teos: Laadullisia lähestymistapoja koulutuksen tutkimuksessa*, ss. 1-32. Toim. T Gröhn ja J Jussila, Yliopistopaino, Helsinki.
- Grönfors M (1985): *Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät*. WSOY, Helsinki.
- Habermans J (1988): *Theory and Practice*. Polity Press, Cambridge.
- Helsingin julistus (1996): *Biolääketieteellistä tutkimustyötä koskeva Helsingin julistus*. (Suom.) Teos: *Lääkärin etiikka*, ss. 114 –118, liite WMA:n julkaisut, Suomen lääkäriliitto, Helsinki.
- Helve H. (1993): *Nuoret humanistit, individualistit ja traditionalistit*. Suomen Nuorisoyhteistyö Allianssi ry. Gummerus, Jyväskylä.
- Hendersson V and Nite G (1978): *Principles and Practice of Nursing*. Sixth ed. Macmillan, New York.
- Hirsjärvi S ja Hurme H (1995): *Teemahaastattelu*. Gaudeamus, Helsinki.
- Holloway I and Wheeler S (1995): *Ethical Issues in Qualitative Nursing Research*. *Nursing Ethics*, 2:223-232.
- Holloway I and Wheeler S (1996): *Qualitative Research For Nurses*. Blackwell, Oxford.
- Hookway C (1992): *Pierce*. Routledge, London.
- Huberman AM and Miles MB (1994): *Data Management and Analysis Methods*. In: *Handbook of Qualitative Research*, pp. 428-444. Ed. NK Denzin and YS Lincoln, Sage, Thousand Oaks, California.
- Hupli M (1996): *Sairaanhoitajan ja sairaanhoitajaopiskelijan hoitotyön päätöksenteko kolmella eri menetelmällä tutkittuna*. Turun yliopiston julkaisuja, Sarja C, Osa – Tom. 129, Turun yliopisto, Turku.
- Hussey T (1996): *Nursing Ethics and Codes of Professional Conduct*. *Nursing Ethics* 3: 250-258.
- Husted GL and Husted JH (1991): *Ethical Decision Making in Nursing*. Mosby Year Book, St. Louis.
- Hägman-Laitila A (1999): *Terveys ja omatoiminen terveydenhoito*. *Acta Universitatis Tamperensis* 648, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Häyry H ((1990): *Freedom, Autonomy and The Limits of Medical Paternalism*. Department of Philosophy, University of Helsinki, Hakapaino Oy, Helsinki.
- Häyry H (1997a): *Tahdonalainen eutanasia ja lääkärin eutanasia*. Teos: *Elämän ehdot, bioetiikan, vapauden ja vastuun filosofia*, ss. 52-69. H Häyry ja M Häyry, Yliopistopaino, Helsinki.
- Häyry M (1991): *Nuorukaiselle kuolla kuuluu - vai kuuluuko? Sotilasammattien etiikan ulkoisia ja sisäisiä rajanvetoja*. Teos: *Ammattien ja ansaitsemisen etiikka*, ss. 76-102. Toim. T Airaksinen, Yliopistopaino, Helsinki.

- Häyry M (1993a): Kymmenen vuotta käytännöllistä filosofiaa. Professori Timo Airaksisen oppilaiden katselmus. Teos: Ajatus 50, Vapaus ja moraalinen perusta, ss. 1-6. Toim. H Häyry ja M Häyry, Suomen filosofisen yhdistyksen vuosikirja, Helsinki.
- Häyry M (1993b): Liberaali utilitarismi ja soveltava etiikka. Professori Timo Airaksisen oppilaiden katselmus. Teos: Ajatus 50, Vapaus ja moraalinen perusta, ss. 21-33. Toim. H Häyry ja M Häyry, Suomen filosofisen yhdistyksen vuosikirja, Helsinki.
- Häyry M (1997b): Bioetiikan ala ja metodit. Teos: Elämän ehdot, bioetiikan, vapauden ja vastuun filosofia, ss. 3-15. H Häyry ja M Häyry, Yliopistopaino, Helsinki.
- Häyry M (1997c): Onko oikeudenmukaisuudesta hyötyä terveydenhuollossa? Teos: Elämän ehdot, bioetiikan, vapauden ja vastuun filosofia, ss. 128-158. H Häyry ja M Häyry, Yliopistopaino, Helsinki.
- Häyry M (1997d): Abortti, ihmisoikeudet ja ihmisarvo. Teos: Elämän ehdot, bioetiikan, vapauden ja vastuun filosofia, ss. 16-32. H Häyry ja M Häyry, Yliopistopaino, Helsinki.
- Häyry H ja Häyry M (1987): Rakasta, kärsi ja unhoita. Moraalifilosofisia pohdintoja ihmiselämän alusta ja lopusta. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Häyry H ja Häyry M (1988a): Arvot ja niiden arviointi. Teos: Rakennamme tulevaisuutta: Utopiasta vai uhkakuvista totta? Toim. A Kajanto, Vapaan sivistystyön yhteisjärjestö, Kokkola.
- Häyry H ja Häyry M (1988b): Utilitarismi, ihmisoikeudet ja terveyden uudelleenjako preventiivisen lääketieteen keinoin. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 25: 256-264.
- Häyry H ja Häyry M (1991): Oikeuksien ja velvollisuuksien rajapintoja lääkintä- ja hoitotyössä. Teoksessa Ammattien ja ansaitsemisen etiikka, ss. 130-174. Toim. T Airaksinen, Yliopistopaino, Helsinki.
- Häyry H ja Häyry M (1997): Ohipuhumisen etiikka: Hoitotapahtuman kielen eettisistä ulottuvuuksista. Teos: Elämän ehdot, bioetiikan, vapauden ja vastuun filosofia, ss. 205-220. H Häyry ja M Häyry, Yliopistopaino, Helsinki.
- ICN =International Council of Nurses (1989): The Code of Nurses. ICN, Geneve.
- Ivarsson H (1997): Fenomenografi inför studier av hälsopedagogik i sjuksköterskeutbildningen. Spriline, 54170, Sammanfattning.
- Jackson BS (1994): Legal and Ethical Issues. In: Nursing Research, pp. 313-343. Ed. G LoBiondo-Wood and J Haber, Mosby, St. Louis, Missouri.
- Jacobs-Kramer M and Chinn PL (1992): Perspectives on Knowing: A Model of Nursing Knowledge. In: Perspectives on Nursing Theory, pp. 289-296. Sec.ed. Ed. LH Nicoll, JB Lippincott Company, Philadelphia.
- James C and Clarke B (1994): Reflective practice in nursing: issues and implications for nurse education. Nurse Education Today 14: 1175-1179.
- James W (1995): Pragmatism, What Pragmatism Means, Pragmatism and Humanism. In: Pragmatism a Contemporary Reader, pp. 50-75. RB Goodman, Routledge, London.
- Janesick VJ (1994): The Dance of Qualitative Research Design: Metaphor, Methodolatry, and Meaning. In: Handbook of Qualitative Research, pp. 209-219. Ed. NK Denzin and YS Lincoln, Sage, Thousand Oaks, California.
- Janhonen S (1992): The Core of Nursing as Seen by the Nurse Teachers in Finland, Norway and Sweden. Acta Universitatis Ouluensis, Series D Medica 245, Oulu.
- Jokela V (1996): Iäkkäiden käsityksiä seksuaalisuudesta ja seksuaalisuuden ilmenemisestä vanhemmalla iällä. Lisensiaattitutkimus, Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Jones Stenberg M (1979): Ethics as a Component of Nursing Education. Advances of Nursing Science 1: 53-61.

- Järvinen A (1985): Lääketieteen opiskelijoiden tieteellisiä ja ammatillisia käsityksiä koskeva seurantatutkimus. Acta Universitas Tamperensis, Ser A: 197, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Järvinen A (1990): Reflektiivisen ajattelun kehittyminen opettajakoulutuksen aikana. Tutkimuksia, Kasvatustieteen tutkimuslaitoksen julkaisusarja A 35, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Järvinen P ja Järvinen A (1996): Tutkimustyön metodeista. Opinpaja Oy, Jäljennepalvelu, Tampere.
- Järvinen A ja Karttunen P (1997): Fenomenografia – käsitysten kirjon kuvaaja. Teos: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka, ss. 164-173. M Paunonen ja K Vehviläinen-Julkunen, WSOY, Helsinki.
- Kalkas H (1991): Pehmeät arvot terveydenhuollossa. Hoitotiede3: 2-7.
- Kalkas H (1996a): Hoitotyön etiikan käytännölliset perusteet. Teos: Hoitotyön etiikan perusteet, ss. 75-187, H Kalkas ja A Sarvimäki, WSOY, Helsinki.
- Kalkas H (1996b): Hoitotyön tutkimuksen etiikka. Sairaanhoitaja 69: 7-8.
- Kalkas H ja Sarvimäki A (1985): Hoitotyön eettiset perusteet. SHKS, Helsinki.
- Kane RA and Caplan AL (1990): Everyday Ethics, Resolving Dilemmas in Nursing Home Life. Springer, New York.
- Kant I (1931): Siveysopilliset pääteokset. Suom. E Salomaa, WSOY, Helsinki.
- Karttunen P (1999): Tietoa hoitotyön toimintaan. Acta Universitatis Tamperensis 651, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Keller M (1985): Nurses' Responses to Moral Dilemmas. Essey. ICN, Conference, The Law and Ethics, Tel Aviv.
- Kidd PS (1990): Oral Expression and Perceptions of Care with Ethical Implications. In: Ethical and Moral Dimensions of Care, pp. 95-105, Ed. M Leininger, Wayne State University Press, Detroit.
- Knowlden V (1990): The Virtue of Caring in Nursing. In: Ethical and Moral Dimension of Care, pp. 89-94. Eds. MM Leininger, Wayne State University Press, Detroit.
- Kohlberg L (1984): The Psychology of Moral Development. The Nature and Validity of Moral Stages. Harper & Row, San Francisco.
- Kolb D (1984): Experimental learning. Experience as the source of learning and development. Prentice-Hall, Englewood, New Jersey.
- Kortekangas P (1995): Etiikka lääkärien perus- ja jatkokoulutuksessa. Suomen lääkärilehti 50:1547.
- Krawczyk RM (1997): Teaching ethics: Effect on Moral Development. Nursing Ethics 4: 57-65.
- Krohn S (1990): Totuus, arvo ja ihminen. 2.painos, Jyväskylän yliopisto, Filosofian laitos, Jyväskylä.
- Krohn S (1991): Ihminen, luonto ja logos. 2.painos, Jyväskylän yliopisto, Filosofian laitos, Jyväskylä.
- Krohn S (1998): Arvoetiikan perusteita. Tiedepolitiikka 23: 13-15.
- Kuokkanen R (1992): Kriittinen ajattelu sairaanhoitajakoulutuksen alkuvaiheen osastotunneilla. Hoitotiede 4: 79-87.
- Kuokkanen L ja Leino-Kilpi H (1995): Terveystieteiden koulutuksen tuloksellisuuden arviointia - opetetaan koulutuksessa hoitotyön laadun kehittämistä? Hoitotiede 5: 151-161.
- Kuuppelomäki M (1996): Parantumaton syöpä sairastavien potilaiden kärsimyskokemukset ja selviytymistä tukevat toiminnot. Turun yliopiston julkaisuja, Sarja C 124, Turun yliopisto, Turku.

- Lampinen O (1995): (toim.) Ammattikorkeakoulut - vaihtoehto yliopistolle. Gaudeamus, Helsinki.
- Lampinen O (1998): Suomen koulutusjärjestelmän kehitys. Gaudeamus, Helsinki.
- Lanara V (1981): Heroism as a Nursing Value in Philosophical Perspective. Sisterhood Evniki, Athens.
- Lanara V (1996): Sankarillisuus hoitotyön arvona, filosofinen näkökulma. Suom. SHKS; Helsinki.
- Larsson S (1986): Kvalitativ analys – exemplet fenomenografi. Studentlitteratur, Lund.
- Lauri S (1986): Hoitotyön ammatillinen päätöksenteko. SHKS, Helsinki.
- Lauri S, Eriksson E ja Hupli M (1998): Hoidollinen päätöksenteko. WSOY, Helsinki.
- Lave J and Wenger E (1991): Situated learning, Legitimate peripheral participation. Cambridge University Press, Cambridge.
- Leavitt FJ (1996): Educating Nurses for Their Future Role in Bioethics. Nursing Ethics 3: 39-52.
- Leininger M (1990): Culture: The Conspicuous Missing Link to Understand Ethical and Moral Dimensions of Human Care. In: Ethical and Moral Dimensions of Care, pp. 49-66, Ed. M Leininger, Wayne State University Press, Detroit.
- Leininger M (1991): Selected Culture Care Findings of Diverse Cultures Using Culture Care Theory and Ethnomethods. In: Culture Care Diversity & Universality: A Theory of Nursing, pp. 345-371. Ed. M Leininger, National League for Nursing Press, New York.
- Leino J (1996): Development and Evaluation of Professional Competence. In: Professional Growth and Development, Direction, Delivery and Dilemmas, pp 71-90. P Ruohotie and PP Grimmert, Career Development Finland Ky, Tampere.
- Leino-Kilpi H (1990): Good Nursing Care. On what basis? Turun yliopiston julkaisusarja, Sarja Medica 49, Turun yliopisto, Turku.
- Leino-Kilpi (1996): Ihmisen elämänkaari – eettisten kysymysten kirjo hoitotyössä. Teos: Etiikan puutarhassa, eettisyys ja arki terveydenhuollossa, ss. 110-126. Toim. S Salo ja H Tähtinen, Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Leino-Kilpi H (1997): Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen? Teos: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka, ss. 222–231. M Paunonen ja K Vehviläinen-Julkunen, WSOY, Helsinki.
- Leino-Kilpi H ja Tuomaala U (1989): Research ethics and nursing science: an empirical example. Journal of Advanced Nursing 14: 451-458.
- Leino-Kilpi H, Kurittu K ja Välimäki M (1993): Potilaan oikeudet sairaalassa - empiirinen kartoitus potilasoikeuslain sisältöalueista. Hoitotiede 5: 162-171.
- Leino-Kilpi H and Kurittu K (1995): Patients' Rights in Hospital: An Empirical Investigation in Finland. Nursing Ethics 2: 103-113.
- Leino-Kilpi H, Nyrhinen T ja Katajisto J (1997): Patient's Rights in Laboratory Examinations: Do They Realize? Nursing Ethics 4: 451-464.
- Lindholm L (1993): Den unga människans hälsobild – en studie över gymnasieelevers uppfattning om hälsa. Hoitotiede, 5: 56-63.
- Lindqvist M (1991): Bioetiikan peruskysymyksiä. Teos: Tiede ja etiikka, ss. 264-267, Toim. P Löppönen, P Mäkelä ja K Paunio, WSOY, Helsinki.
- Lindqvist M (1994): Etiikan opetus tähtää viisauteen ja myötäelämiseen. Suomen lääkärilehti, 49: 1067.
- Lindqvist M (1996): Eettisyys ja hoidon sisältö. ss. 85-97. Toim. S Salo ja H Tähtinen, Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- LoBiondo-Wood G and Haber J (1994): Nursing Research. Methods, Critical Appraisal and Utilization. Third. Ed. Mosby Year Book, St. Louis, Missouri.

- Lutzen K and Silva da AB (1996): The Role of Virtue Ethics in Psychiatric Nursing. *Nursing Ethics* 3: 202-211.
- Lääkintöhallitus (1982): Terminaalihoitoa koskevat ohjeet. Ohjekirje 3024/02/80.
- MacGregor J (1990): Collaborative Learning: Shared Inquiry as a Process of Reform. *New Directions Teaching and Learning*, 42: 19-30, Jossey-Boss, San Francisco.
- MacIntyre A (1994): *After Virtue, a study in moral theory*. Sec. ed. Duckworth, Great Britain by Biddles Ltd, Guilford and King's Lynn.
- Macklin R (1990): Good Citizen, Bad Citizen, Case Commentary. In: *EveryDay Ethics, Resolving Dilemmas in Nursing Home Life*, pp. 60-70. Ed. RA Kane and AL Caplan, Springer, New York.
- Marton F (1981): Phenomenography – Describing Conceptions of The World Around Us. *Instructional Science* 10: 177-200.
- Marton F (1988): Phenomenography: A Research Approach to Investigating Different Understandings of Reality. In: *Qualitative Research in Education: Focus and Methods*, pp. 141-161. RR Sherman and RB Webb, Explorations in Ethnography Series. The Falmer Press, London.
- Marton F and Booth S (1997): *Learning and Awareness*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah, New Jersey.
- McKinley J (1983): Training for Effective Collaborative Learning. In: *Helping Adults Learn How to Learn*, pp. 13-22. Ed. R Smith, *New Directions for Continuing Education: no 19*, Jossey-Boss, San Francisco.
- Mele AP (1992): *Springs of Action. Understanding intentional behavior*. Oxford University Press. New York.
- Meleis A (1992): ReVisions in Knowledge Development: A Passion for Substance. In *Perspectives on Nursing Theory*, pp. 118-126, ed. LH Nicoll, Sec. Ed, JB Lippincott, Philadelphia.
- Miettinen T, Raatikainen R, Karppi P ja Tilvis R (1995): Kuolevien vanhuspotilaiden hoito omaisten arvioimana. *Gerontologia* 9: 184-192.
- Mill JS, Bentham J and Austin J (1962): *Utilitarianism on Liberty Essay on Bentham*. Ed. M Warnock, William Collins Sons & Co, Glasgow.
- Miller WL and Crabree BF (1994): Clinical Research. In: *Handbook of Qualitative Research*, pp. 340-352. Ed. NK Denzin and YS Lincoln, Sage, Thousand Oaks, California.
- Munnukka T (1997): Hoitamaan oppiminen ja opettaminen. *Acta Univesitatis Tamperensis* 579, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Mäkelä K (1992): Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teos: Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta, ss. 42-55. Toim. K Mäkelä, Gaudeamus, Helsinki.
- Mäkisalo M (1996): Arvojen ja periaatteiden merkitys terveydenhuolto-oppilaitoksen toiminnassa. *Hoitotiede* 8: 184-193.
- Mäkisalo M (1998): Terveydenhuolto-oppilaitoksen organisaatiokulttuuri, Opettajien ja opiskelijoiden käsitykset todellisesta ja toivotusta toiminnasta. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 58, Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Mölsä A (1992): Sairaanhoitaja-, erikoissairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja kättilöopiskelijoiden käsitykset koulutuksessa saamista valmiuksista ja tulevasta ammatistaan. *Lisensiaattitutkimus, Hoitotieteen laitos, Lääketieteellinen tiedekunta, Tampereen yliopisto, Tampere*.
- Niemi H (1996): Do Teachers Have a Future? Conditions of Teachers' Growth. In: *Professional Growth and Development, Direction, Delivery and Dilemmas*, pp. 227-262. Ed. P Ruohotie and PP Grimmett, Career Development Finland Ky, Tampere.
- Niemi P, Nurmi JE ja Rauste von Wright ML (1984): Arvojen empiirisen tutkimuksen problematiikka. *Psykologian tutkimuksia* 72, Turun yliopisto, Turku.

- Nieminen H (1997): Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teos: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka, ss. 215-221. M Paunonen ja K Vehviläinen-Julkunen, WSOY, Helsinki.
- Nightingale F (1964): Sairaanhoidosta. (Suom.), SHKS, Helsinki.
- Niiniluoto I (1983): Tieteellinen päättely ja selittäminen. Otava, Keuruu.
- Niiniluoto I (1984): Tiede, filosofia ja maailmankatsomus. Otava, Keuruu.
- Niiniluoto I (1991): Tiedeinstituutio ja tutkijan eettiset valinnat. Teos: Tiede ja etiikka, ss. 38-52. P Löppönen, P Mäkelä ja K Paunio, WSOY, Helsinki.
- Niiniluoto I (1993): Arvojen muutos ja moraalikasvatus. Aikuiskasvatus 2: 84-94.
- Norberg A and Uden G (1995): Gender Differences in Moral Reasoning Among Physicians, Registered Nurses and Enrolled Nurses Engaged in Geriatric and Surgical Care. Nursing Ethics 2: 233-241.
- Norcross A (1995): Should Utilitarianism Accommodate Moral Dilemmas? Philosophical Studies 79: 59-83.
- Norlund AL (1997): Ökad förståelse för kvinnlig könsstämpning ger bättre barnmorskor: fem infibulerade kvinnors tankar kring sin förlossning. Spriline, 56408, Sammanfattning.
- Nores T (1993): Olemassaolokokemus. Naisvanhuspotilaan olemassaolokokemusta koskeva käsitteellinen ja empiirinen analyysi. Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto, SHKS, Helsinki.
- Nousiainen I (1998): Osastonhoitajien ja ylihoitajien käsityksiä sairaanhoitajan työn osaamisalueista. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 1, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Jyväskylä.
- Oberle K (1995): Measuring Nurses' Moral Reasoning. Nursing Ethics, 2: 303-313.
- Oikeusministeriö (1997): Sukusolujen ja alkioiden käyttö lääketieteellisessä hedelmöityshoidossa. Työryhmän ehdotus 14.10.1997, Helsinki.
- Parse RR (1996): The Human Becoming Theory: Challenges in Practice and Research. Nursing Science Quarterly 9: 55-61.
- Paterson J and Zherad L (1988): Humanistic Nursing. National League for Nursing, New York.
- Paunonen M ja Vehviläinen-Julkunen K (1997): Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Helsinki.
- Payton RJ (1980): A Bioethical Program for Baccalaureate Nursing Students. In: Ethics in Nursing Practice and Education. American Nurses' Association, Kansas City, Missouri.
- Perry GW jr (1981): Cognitive and Ethical Growth: The Making of Meaning. Teos: The Modern American College; pp. 76-115. Ed. Chickering Ser. A, The Jossey-Boss series in higher education, Jossey-Boss, San Francisco.
- Perälä M-L (1997): Hoitotyön suunta, strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Stakes, Helsinki.
- Pietarinen J (1994): Oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa. Teos: Hoitotyön Vuosikirja 1994, on aika puhua, ss. 175-182. Toimituskunta H Willman ym., Kirjayhtymä, Helsinki.
- Pihlainen A (1990): Sairaanhoidajakoulutuksen etiikan opetuksen sisällön kehittämistarpeen arviointi. Tutkielma, Hoitotieteen ja terveydenhuollon hallinnon laitos, Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Pihlainen A (1993a): Hoitotyön koulutukseen sisältyvä etiikan opetus. Keskustelumuistio, Eettisiä kysymyksiä, ss. 21-25. Sarja C: Muistiot 1, Tehy, Helsinki.
- Pihlainen A (1993b): Ethical Knowledge Among Student Nurses in Training. Poster presented at XX Quadrennial Congress ICN, U for Q, 20-25 June 1993, Madrid. Abstract.
- Pihlainen A (1994): Hoitotyön päivittäiset eettiset kysymykset. Sairaanhoidaja 4: 13-15.
- Pihlainen A (1996a): Vanhus voimavara vai hoitovelvoite sairaanhoitajalle? Vanhus terveydenhuollossa eettisyyden näkökulmasta. Sairaanhoidaja 3: 27-28.

- Pihlainen A (1996b): Arvojen kehittyminen terveydenhuoltoalan koulutuksessa. Paperiesitys. Terveydenhuollon koulutuksen tutkimuksen seminaari 15.10.1996, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos, Tampere.
- Pihlainen A (1998): Experiential Learning as a Way of Teaching Nursing Ethics. Paper presented at the 6th International Conference on Experiential Learning, 2-5 July, 1998, Tampere. Abstract.
- Pitkänen P (1994): Arvo-osaaminen metodisena valmiutena. *Futura* 3: 57-63.
- Pohjoismaisten sairaanhoitajien yhteistoimintaelin = PSY (1987): Hoitotyön tutkimuksen eettiset suuntaviivat Pohjoismaissa. Sykepleiernes Samarbeid i Norden, Printing Data Center, Aurskog.
- Punch M (1994): Politics and Ethics in Qualitative Research. In: *Handbook of Qualitative Research*, pp. 83-97. Ed. NK Denzin and YS Lincoln, Sage, Thousand Oaks, California.
- Purdy M (1997a): Humanist ideology and nurse education. 1. Humanist educational theory. *Nurse Education Today* 17: 192-195.
- Purdy M (1997b): Humanist ideology and nurse education. 2. Limitations of humanist educational theory in nurse education. *Nurse Education Today* 17: 196-202.
- Rantanen SL (1992): Ammattiin valmistuvien sairaanhoitajien oppimistyyliä ja niiden yhteys opintomenestykseen. Tutkielma. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Helsinki.
- Raths LE, Harmin M and Simon SP (1978): *Values and teaching*. Charles E Merrill, Columbus, Ohio.
- Rauste-von Wright MI ja von Wright (1994): *Oppiminen ja koulutus*. WSOY, Helsinki.
- Rawls J (1988): *Oikeudenmukaisuusteoria*. Suom. T Pursiainen, WSOY, Helsinki.
- Reed J and Ground I (1997): *Philosophy for Nursing*. Arnold, A member of the Hodder Headline Group, London.
- Richardson L (1994): Writing, A Method of Inquiry. In: *Handbook of Qualitative Research*, pp. 516–529, Ed. NK Denzin and YS Lincoln, Sage, Thousand Oaks, California.
- Rintala E (1998): *Priorisointi julkisessa terveydenhuollossa*. Vaasan yliopisto, Suomen kuntaliitto, Helsinki.
- Rogero-Anaya P, Carpintero-Avellaneda JL and Vila-Blasco B (1994): Ethics and Research in Nursing. *Nursing Ethics* 1: 216-223.
- Rogers ME (1990): *Nursing: Science of Unitary, Irreducible, Human Beings: Update 1990*. In: *Visions of Rogers' Science-Based Nursing*, pp. 5-11. Ed. EA Manhart Barrett, National League for Nursing, New York.
- Ruohotie P (1993): *Ammatillinen kasvu työelämässä*. Tampereen yliopiston Hämeenlinnan Opettajankoulutuslaitos, Ammattikasvatussarja B, Hämeenlinna.
- Ryynänen O-P, Myllykangas M, Kinnunen J ja Takala J (1997): *Terveyden ja sairauden valinnat*. Suomen kuntaliitto, Helsinki.
- Räsänen A (1998): *Terveydenhuollon koulutuksen tuloksellisuus, koulutuksesta valmistuvien sairaanhoitajien, kätilöiden ja terveydenhoitajien hoitotyön toimintojen hallinta*. Lisensiaattitutkimus, Hoitotieteen laitos, Lääketieteellinen tiedekunta, Turun yliopisto, Turku.
- Sailo K (1992): *Kuolevan potilaan hoito*. Hygieia, Kirjayhtymä, Helsinki.
- Sajama S (1988): *Kant, laki ja moraalit*. Teos: Ajatus 45, ss. 61-67, Suomen filosofisen yhdistyksen vuosikirja, Helsinki.
- Sajama S (1993): *Arkipäivän filosofiaa*. Kertomus ihmisestä tiedon hankkijana ja arvoratkaisujen tekijänä. Hygieia, Kirjayhtymä, Helsinki.
- Salmela M (1993): Erik Ahlmanin arvofilosofia - hyvää elämää vai elämän tarkoitusta etsimässä? Teoksessa Ajatus 50, Vapaus ja moraalin perusta, ss. 153-168. Toim. H Häyry ja M Häyry, Suomen filosofisen yhdistyksen vuosikirja, Helsinki.

- Salmela M (1998): Arvot kulttuurin kulmakivenä 1900-luvun suomalaisessa filosofiassa. *Tiedepolitiikka*. 23: 7-12.
- Sandström K (1997): Tankar om kropp och träning: en studie om kroppsbild och rörelseträning hos personer med stroke. *Spriline*, 58537, Sammanfattning.
- Sarvimäki A (1988): Knowledge in Interactive Practice Disciplines. An analysis of knowledge in education and health care. *Research Bulletin* 68, Department of Education, University of Helsinki, Helsinki.
- Sarvimäki A (1993): Terveystieteiden yhteiset arvot ja periaatteet. *Keskustelumuistio, Eettisiä kysymyksiä*, ss. 5- 8. Sarja C, Muistiot 1, Tehy, Helsinki.
- Sarvimäki A (1994): Science and Tradition in the Nursing Discipline. A Theoretical Analysis. *Scand J Caring Sci* 8: 137-142.
- Sarvimäki A (1996): Hoitotyön etiikan filosofiset perusteet. Teos: Hoitotyön etiikan perusteet, ss. 11-74, H Kalkas ja A Sarvimäki, WSOY, Helsinki.
- Scheinin M (1991): Ihmisoikeudet ja tutkimusetiikka. Teos: Tiede ja etiikka, ss. 85-103. P Löppönen, P Mäkelä ja K Paunio, WSOY, Helsinki.
- Scott PA (1995): Aristotle, Nursing and Health Care Ethics. *Nursing Ethics* 2: 279-285.
- Scott PA (1996): Ethics Education and Nursing Practice. *Nursing Ethics* 3: 53-63.
- Seedhouse D (1991): Ethics The Heart of Health Care. John Wiley & Sons, Chichester.
- Sellman D (1997): The Virtues in the Moral Education of Nurses: Florence Nightingale Revisited. *Nursing Ethics* 4: 3-11.
- Shelly JA (1991a): Personal Values. In: Values in Conflict. Christian Nursing in a Changing Profession, pp. 7-17. JA Shelly and AB Miller, InterVarsity Press, Downers Grove, Illinois.
- Shelly JA (1991b): Values in Today's Nursing. In: Values in Conflict. Christian Nursing in a Changing Profession, pp. 55-74. JA Shelly and AB Miller, InterVarsity Press, Downers Grove, Illinois.
- Simoila R (1993): Fenomenografia laadullisena tutkimusotteena. *Hoitotiede* 5: 21-30.
- Simoila R (1994): Terveystieteiden työn kehitys, ristiriidat ja työorientaatiot. Oulun yliopisto Hoitotieteen laitos. Tutkimuksia 48, Stakes, Helsinki.
- Simula J (1998): "Itse tiedän huonosti – Mahtaako potilaat tietää", Valmistuvien terveydenhuoltoalan opiskelijoiden tiedot ja käsitykset potilaan asemasta ja oikeuksista. *Lisensiaattitutkimus*, Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto, Turku.
- Sivberg B (1998): Self-Perception and Value System as Possible Predictors of Stress. *Nursing Ethics* 5: 103-121.
- Sosiaalityöntekijäin liitto (1998): Sosiaalialan ammatillisen työn eettiset periaatteet ja toimintatavat. Helsinki.
- Ssl = Suomen sairaanhoitajaliitto (1996): Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Helsinki.
- Stakes = Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (1994): Arvoista valintoihin. Terveystieteiden priorisointiryhmän raportti. *Raportteja* 161, Gummerus, Jyväskylä.
- Steele SM and Harmon VM (1983): Values Clarification in Nursing. Appleton-Century-Crofts, New York.
- Stenfors P (1999): Tieteellisen ja kriittisen ajattelun kehitys hoitotyön koulutuksessa. *Acta Universitatis Tamperensis* 657, Tampereen yliopisto, Tampere.
- STM = Sosiaali- ja terveysministeriö (1994): Ihmiseen ja ihmisen alkioon ja sikiöön kohdistuvan lääketieteellisen tutkimuksen sääntelytyöryhmän muistio. *Työryhmämuistioita* 23, Helsinki.
- STM = Sosiaali- ja terveysministeriö (1998a): Terveystieteiden 2000-luvulle, terveydenhuollon kehittämisprojektin toimeenpano. *Oppaita* 5, STM, Helsinki.
- STM = Sosiaali- ja terveysministeriö (1998b): Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1998 –2001. STM, Helsinki.

- STM = Sosiaali- ja terveysministeriö (1998c): Geeniseulontatyöryhmän muistio. Työryhmämuistioita 5, Helsinki.
- Styles M (1996) Sairaanhoidaja yhteiskunnallisena vaikuttajana. *Suom. Sairaanhoidaja* 6: 8-11.
- Suhonen P (1988): Suomalaisten arvot ja politiikka. WSOY, Helsinki.
- Suomen lähi- ja perushoitajien liitto (1997): Lähihoitajan eettiset ohjeet. Helsinki.
- Suomen fysioterapeuttiliitto (1998): Fysioterapeutin eettiset periaatteet. Helsinki.
- Suomen kättilöliitto (1998): Tiedolla, Taidolla ja Tunteella. Kättilötyön eettiset ja laadulliset perusteet. Suomen kättilöliitto, Helsinki.
- Suomen lääkäriliitto (1988): Lääkärin eettiset ohjeet. Helsinki.
- Suomen lääkäriliitto (1996): Lääkärin etiikka. Suomen lääkäriliiton opassarja, Helsinki.
- Suomalainen lääkäriseura Duodecim (1999): Priorisointi terveydenhuollon valinnat. Seminaari 16–17.2.1999, Hanasaari, Espoo.
- Suomen säädöskokoelma (1992): Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. No 785.
- Suomen säädöskokoelma (1994): Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. No 559.
- Suomen säädöskokoelma (1999): Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta.
- Suominen T (1994): The Nursing Care of Breast Cancer Patients: Perceived Information, Support and Participation. *Annales Universitatis Turkuensis, Medica – Odontologica*, ser D 144, Turun yliopisto, Turku.
- Tate B (1977): The Nurse's Dilemma. Ethical considerations in nursing practice. ICN, Geneva.
- Thompson IE and Thompson HO (1981): Ethics in Nursing. Macmillan, New York.
- Thomson IE, Melia KM and Boyd KM (1995): Nursing Ethics. Third ed. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Toiskallio J. (1993): Tieto, sivistys ja käytännöllinen viisaus. Opettajan sisältötiedosta keskusteleminen postmetafyysisessä kulttuurissa. Turun yliopiston julkaisuja, Sarja C Osa 99, Turun yliopisto, Turku.
- Tornberg A (1994): Opettajan ajattelun tutkimuksesta. *Kasvatus* 25: 20-29.
- Tossavainen K (1995): Yhteistoiminnallisuus - oppimisprosessi terveydenhuollon opettajan ammattiin kasvussa. *Hoitotiede* 7: 187-194.
- Trigwell K (1997): Phenomenography: An approach to research. In *Qualitative Research: Discourse on Methodologies*, pp 39-47. Ed. J Higgs, Hampden Press, Australia.
- Tschudin V and Hunt G (1996): Editorial. *Nursing Ethics* 3: 189-190.
- Tuomela R (1976): Explanation and Understanding of Human Behavior. In: *Essays on Explanation and Understanding*, pp. 183-205, Ed. J Manninen and R Tuomela, D Reidel, Dordrecht, Holland.
- Tuomi J (1997): Suomalainen hoitotiedekeskustelu. *Studies in Sport, Physical Education and Health*, 51, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Turunen KE (1992): Arvojen todellisuus. Johdatus arvokasvatukseen. Atena, Jyväskylä.
- Turunen KE (1997): Halut, arvot ja valta. Atena, Jyväskylä.
- Tynjälä P (1991): Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. *Kasvatus* 22: 387-398.
- Uljens M (1989): Fenomenografi-forskning om uppfattningar. Studentlitteratur, Lund.
- Uljens M (1991): Phenomenography - a qualitative approach in educational research. Teoksessa *Kasvatustutkimuksen laadullisia lähestymistapoja*, ss. 80-107. Toim. J Merenheimo ja L Syrjälä, Opetusmonisteita ja selosteita, Oulun yliopisto, Oulu.
- Uljens M (1993): The essence and existence of phenomenography. *Nordisk Pedagogik* 3: 134-147.

- Vehviläinen-Julkunen K (1990): *Nursing in Child Health Care: Maintaining awareness of the child's development and care*. Kuopion yliopiston julkaisuja, Yhteiskuntatieteet, Alkuperäisjulkaisuja 3, Kuopio.
- Vehviläinen-Julkunen K (1997): *Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka*. Teos: *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*, ss. 26-34, M Paunonen ja K Vehviläinen-Julkunen, WSOY, Helsinki.
- Vehviläinen-Julkunen K ja Paunonen M (1997): *Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys*. Teos: *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*, ss. 14-25, M Paunonen ja K Vehviläinen-Julkunen, WSOY, Helsinki.
- Venkula J ja Rautavaara A (1992): *Arvot ja nuorten arvopohdinta*. Yliopistopaino, Helsinki.
- Voutilainen P (1997): *Dementoituvan oikeudet - itsestänselvyys vai hyvinvointiyhteiskunnan akilleenkantapää?* Teos: *Dementoituvaa hoitotyön asiakkaana*, ss. 16-25, Toim. S Heimonen ja P Voutilainen, Studia, Kirjayhtymä, Helsinki.
- Välimäki M (1998): *Self-Determination in Psychiatric Patients*. *Annales Universitatis Turkuensis, Ser. D, Tom. 288, Medica – Odontologica*, Turun yliopisto, Turku.
- Watson J (1988): *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*. National League for Nursing, New York.
- Weinstein M (1991): *Critical Thinking and Education for Democracy*. *Education Philosophy and Theory* 23: 9-29.
- Weis D, Schank MJ (1997): *Toward building an international consensus in professional values*. *Nurse Education Today* 17: 366-369.
- Wenestam C-G (1993): *Fenomenografi och skolans pedagogik*. *Kasvatus* 24: 30-37.
- Westermarck E (1979): *Normatiivinen ja psykologinen etiikka*. Teos: *Aate ja maailmankuva. Suomen filosofista perintöä keskiajalta vuosisadallemme*, ss. 430-435. Toim. S Knuuttila, J Manninen ja I Niiniluoto, WSOY, Helsinki.
- Wilkes L and Wallis M (1998): *A Model of professional nurse caring: nursing students' experience*. *Journal of Advanced Nursing* 27: 582-589.
- Wright von GH (1963): *The Varieties of Goodness*. Routledge & Kegan Paul, London.
- Wright von GH (1975): *Explanation and Understanding*. Routledge & Kegan Paul, London.
- Wright von GH (1976): *Replies*. In: *Essays on Explanation and Understanding*, pp. 371-413, Ed J Manninen and R Tuomela, Reidel, Dordrecht, Holland.
- Wright von GH (1979): *Piirteitä Edvard Westermarckin filosofisesta kehityksestä*. Teos: *Aate ja maailmankuva. Suomen filosofista perintöä keskiajalta vuosisadallemme*, ss. 279-319. Toim. S Knuuttila, J Manninen ja I Niiniluoto, WSOY, Helsinki.
- Wright von GH (1980): *Freedom and Determination*. *Acta Philosophica Fennica, Vol XXXI, Issue 1*, North-Holland, Amsterdam.
- Yeo M (1991): *Concepts and Cases in Nursing Ethics*. Broadview Press Ltd, Peterborough, Ontario.
- Yeo M and Dalziel J (1991): *Autonomy*. In: *Concepts and Cases in Nursing Ethics*, pp. 54-85. M Yeo, Broadview Press Ltd, Peterborough, Ontario.
- Yeo M and Donner G (1991): *Justice*. In: *Concepts and Cases in Nursing Ethics*, pp. 147-183, M Yeo, Broadview Press Ltd, Peterborough, Ontario.
- Yeo M and Ford A (1991): *Integrity*. In: *Concepts and Cases in Nursing Ethics*, pp. 184-218, M Yeo, Broadview Press Ltd, Peterborough, Ontario.
- Yeo M and Krahn I (1991): *Confidentiality*. In: *Concepts and Cases in Nursing Ethics*, pp. 117-146, M Yeo, Broadview Press Ltd, Peterborough, Ontario.
- Yeo M and Mitchell S (1991): *Truthfulness*. In: *Concepts and Cases in Nursing Ethics*, pp. 86-116, M Yeo, Broadview Press Ltd, Peterborough, Ontario.
- Yeo M and Molke T (1991): *Beneficence*. In: *Concepts and Cases in Nursing Ethics*, pp. 25-53. M Yeo, Broadview Press Ltd, Peterborough, Ontario.

- Åhlberg M (1989): Kasvatuksen arvoperusta. Tutkimuksia 75. Helsingin yliopiston opettajan koulutuslaitos, Helsinki.
- Åsted-Kurki P (1992): Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. Acta Universitas Tamperensis, Ser A 349, Tampereen yliopisto, Tampere.

Luettelo opiskelijoiden hoitoetiikan esseistä

Aihe	Esseiden lukumäärä
• Salassapito luottamuksellisen hoitosuhteen edellytyksenä	3
• Potilaan/asiakkaan oikeuksien toteutuminen	3
• Eri potilasryhmien kohtaaminen hoitotyössä	
* Hyvinvointisairaudet	1
* Anorexia nervosa-potilas	1
* Vaikeavammainen lapsi	2
* Aids-potilas/asiakas	2
* Potilaan seksuaalisuus (toinen aiheista käsitteli raiskausta)	2
* Eri-ikäisille potilaille tehtävät elinsiirrot	2
* Vaihtoehtoiset hoitomuodot	2
* Lääkehoidon tuomat eettiset ongelmat	1
• Ihmisen syntymään liittyvät eettiset kysymykset	
* Raskauden keskeyttäminen	2
* Keinohedelmöitys ja kohdunvuokraus	1
• Ihmisen kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset	
* Vaikean sairauden päättymisen kuolemaan	1
* Elvytyksen aloittaminen vai hyvä kuolema	1
* Eutanasia	2
* Itsemurha ja potilaan kohtaaminen	1
• Lapsettomuus ja adoptio	2
• Sairaanhoidajan ammattityö	
* Yhteistyösuhteet työyhteisössä	1
* Oikeus työtaisteluun	1
	Yhteensä 31 esseettä

Näytteitä opiskelijoiden esittämistä henkilökohtaisista arvo- ja arvostuskäsityksistä ja niiden teemoittelusta koulutuksen alkuvaiheessa

OPISKELIJOIDEN ARVO- JA ARVOSTUSKÄSITYKSET	KÄSITYKSISTÄ NOUSEVAT TEEMA-ALUEET	MUODOSTETTU TEEMA
Opiskelija (I/6) ”Esteettisyys; tykkään <u>kauneudesta</u> mm. <u>kodin pitää olla siisti ja viihtyisä</u> (kaunis). Tykkään myös kauniista vaatteista ja siitä, että ihmiset ovat laittautuneet kauniisti (ei tarkoita hienosti). Taloudellisuus; nykyisin ei tule toimeen, jos ei ole rahaa eli <u>taloudellinenkin arvo</u> on tärkeä. <u>Tiedollisuus; koulutus ja ammatin hankkiminen</u> on tärkeä asia. Arvostan ihmisiä, jotka hankkivat itselleen <u>hyviä useita ammatteja</u> . Varsinkin arvostan niitä naisia, jotka <u>opiskelevat</u> , vaikka ovat perheellisiä.”	<u>Kauneus</u> <u>Toimeentulo</u> <u>Uusi tieto</u>	HENKILÖKOHTAISIA HYVEET TASAPAINOISEN ELÄMÄN EHDOT INHIMILLINEN KASVU
Opiskelija (II/21) ” <u>Vapaus/valinnanvapaus; itsenäisyys, terveys, luovuus, inhimillisyys, rehellisyys</u> ihmisuhteissa, työ ja tulevaisuus.”	<u>Omat hyvät ominaisuudet</u> Työ ja tulevaisuus	HENKILÖKOHTAISIA HYVEET
Opiskelija (I/10) ”Yksilöllisyyden huomioonottaminen, rakkaus. <u>Yksityisyys, läheisyys turvallisuus, usko, kokonaisvaltaisuus, ystävällisyys, rehellisyys, lämminsydämys</u> ”	Ihmisen arvostus <u>Yksilön turva</u> Hk-hyveet	YKSILÖN TURVA
Opiskelija (I/4) ” <u>Raha</u> sitä on oltava ja paljon. <u>Ammatti</u> sen takia olen tässä ”puljussa”. <u>Harrastukset, ystävät, poikaystävä</u> (eläimet).”	<u>Keinot elämään</u>	TASAPAINOISEN ELÄMÄN EHDOT
Opiskelija (I/5) ” <u>Luottamus</u> ; koen, että olen sellainen ihminen, että jos joku kertoo minulle luottamuksellisen asian, pidän sen omana tietonani. Olen ylpeä siitä, että kyseinen henkilö <u>luottaa minuun ja uskoo</u> asiansa minulle. <u>Rakkaus</u> ; Jokainen tarvitsee rakkautta. Hyväksyy itsensä sellaisena kun on; tietää hyvät ja huonot puolet, <u>arvostaa itseään</u> , ei pidä huonompana kuin muut. <u>Kunnioittaa muita erilaisia ihmisiä, hyväksyy kaikenlaiset ihmiset, ei puhu pahaa selän takana.</u> ”	Hyvät ominaisuudet; Hyveet <u>Ihmisen kunnioittaminen</u>	HENKILÖKOHTAISIA HYVEET IHMISEN ARVOSTUS

Näytteitä opiskelijoiden hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksistä ja niiden teemoittelusta

OPISKELIJOIDEN ARVO- JA ARVOSTUSKÄSITYKSET	KÄSITYKSISTÄ NOUSEVAT TEEMA-ALUEET	MUODOSTETTU TEEMA
Opiskelija (II/22) ”Inhimillisuus, ihmisrakkautta ja lähimmäisen kunnioittaminen sekä altruistinen käyttäytyminen.”	Ihanteellisuus ja epäitsekkäisyys	IHANTEELLINEN POTILAAN AUTTAMINEN
Opiskelija (IV/39) ”Ihmisen kunnioittaminen, elämä, rehellisyys, oikeudenmukaisuus ja tasavertaisuus ihmisenä.”	Ihmisen kunnioittaminen, ammatillisuus	POTILAAN KUNNIOITTA-MINEN
Opiskelija (I/15) ”Tieto, taito, yhteistyö, toisten huomioonotto, rauhallisuus ja vastuuntunto.”	Tieto-taito, Toisen huomiointi	HOITOTYÖHÖN SITOUTUVA HOITAJA
Opiskelija (I/7) ”Ihmisen kunnioittaminen, potilas tärkein, työnsä arvostaminen, tunnollisuus ja terveyden edistäminen.”	Potilaan huomiointi	POTILAAN HUOMIOINTI AMMATILLISESTI
Opiskelija (II/27) ”Lähimmäisenrakkautta, yksilöllisyys, holistisuus ja hyvä olo.”	Yksilön hyvä olo kokonaisuutena	POTILAAN HYVÄ KOKONAISUUTENA
Opiskelija (II/30) ”Terveys on hoitotyön tavoite, siis tavoiteltava arvo. Lähimmäisenrakkautta, omatoimisuuteen pystyminen ja itsehoitoa tuetaan.”	Inhimillinen, tavoitteellisuus, itsehoito	POTILAAN OSALLISTUMINEN HOITOON

Näytteitä opiskelijoiden esseissä esiintyvistä arvo- ja arvostuskäsityksistä koulutuksen loppuvaiheessa

Opiskelijoiden esseitten sisältöä	Arvo- ja arvostuskäsitykset
<p>Opiskelija (I/1) ”Salassapitovelvollisuus terveydenhuollossa”</p> <p>Opiskelijat ovat rinnastettavissa varsinaiseen hoitohenkilöstöön ja ovat <u>velvollisia noudattamaan samaa salassapitovelvollisuutta</u> kuin muukin henkilökunta. Tämän johdosta myöskään opiskelijoilla ei ole oikeutta <u>keskustella potilaista</u>, muutoin kuin koulutukseen liittyvän tiedon välittämisen ja syventämisen vuoksi. (Lääkintäetiikka 1982, 99 – 100)”</p> <p><u>Sairaanhoidajan</u> yhtenä tärkeänä <u>eettisenä arvona</u> pidettäneen <u>luottamusta</u>. Potilaan luottamus pohjautuu aikaisempiin kokemuksiin. Hoitajan tulee kaikin tavoin pitää potilaan luottamus horjumattomana. Uskoessaan hoitajalle jonkin arkaluontoisen asian, tulee potilaan voida luottaa siihen, ettei hoitaja kerro sitä muille. Hoitaja ei saa luvata potilaalle sellaista, mitä ei pysty toteuttamaan. Luottamuksen <u>rakentaminen edellyttää rehellisyyttä</u>.</p> <p>Koska <u>hoitotyön tavoitteena on luottamuksellisen hoitosuhteen saavuttaminen</u>, on hoitajan <u>pidettävä salassa</u> sellaiset asiat, joiden <u>tietoontulon</u> hän uskoo aiheuttavan potilaalle haittaa.</p>	<p>Velvollisuudet</p> <p>Oikeudet</p> <p>Luottamus</p> <p>Rehellisyys</p> <p>Luottamuksell. hoitosuhde</p>
<p>Opiskelija (II/28) ”Aids terveydenhoitajan työssä”</p> <p>”<u>Hoitotyön eettisiä periaatteita voidaan kutsua myös hoitotyön arvomaailmaksi</u>. Arvot voivat olla kvalitatiivisia eli laadullisia, kvantitatiivisia eli määrällisiä tai komparatiivisia eli vertailevia. Arvot toimivat kriteereinä valintatilanteissa eli ohjaavat <u>ihmisten ja ihmisyhteisöjen valintoja</u>. Arvot ilmenevät meidän <u>sanoissa ja teoissa</u>. Ihmisen omaksumat normit ja arvot voidaan viimekädessä nähdä hänen maailman ja elämäkatsomuksensa ilmaisuina.</p> <p>Etiikka voidaan AIDSin kohdalla jakaa kolmeen eri ulottuvuuteen. Yhteisö- l. sosiaalietikkaan, jonka arvoperusta nousee sosiaalisten instituutioiden ja toimintamallien pohjalta. Tässä tapauksessa julkisen sanan ja kasvatuksen vaikutusta ei voida vähätellä ajateltaessa asenneilmastoa. <u>Ammattietiikan arvot nousevat ammattiroolista ja ihmisen työn periaatteista ja päämääristä</u>. <u>Yksilöetiikka taas nousee jokaisen henkilökohtaisista arvoista, asenteista ja vakaumuksista</u>. Näiden eettisten osa-alueiden kesken syntyy helposti ristiriitoja. Tämä voi ilmetä <u>persoonallisten arvojen ristiriitana</u>. Voimme pohtia myös sitä miten ihmisten tulisi ajatella esim. <u>terveellisten elämäntapojen velvollisuudesta</u> tai mikä on <u>ihmiselle terveellistä</u>. Kuitenkin perinteisesti yhä ajatellaan niin, että vain potilaan <u>avuntarve</u> ratkaisee hänen <u>oikeutensa hoitoon</u>.</p>	<p>Hoitotyön eettiset periaatteet = hoitotyön arvomaailma</p> <p>Velvollisuus terveellisiin elintapoihin Terveys Avuntarve Oikeus hoitoon</p>

Opiskelijoiden esseitten sisältöä	Arvo- ja arvostus-käsitykset
<p>Eettisesti asiaa pohdittaessa AIDS klassinen asetelma on seuraavanlainen: voidaan todeta että yksilön oikeuksilla ja yhteisen hyvän l. yleisen edun välillä on ristiriita. Sitä perustellaan sillä, että yhteiskunnalla on oikeus suojata itseään ja jäseniään myös joidenkin henkilöiden perusoikeuksia rajoittamalla. Väite saa tukea siitä, että esim. epidemian seuraaminen edellyttää tiettyjen valvonta- ja seurantajärjestelmien perustamista. Aids-keskustelu värityy usein tunteenomaisesti ja tietämättömyydestä nouseviin ehdotuksiin. Ruotsissahan joku ehdotti AIDS:iin sairastuneita eristettäväksi saarelle. Ihmisarvo ja oikeudenmukaisuus asettavat kuitenkin rajoja, joita ei voida sivuuttaa päämäärän hyödyllisyyteen vertaamalla. (Lindqvist 1987)</p> <p>1. <u>Rationaalinen suhtautuminen todellisuuteen</u> Tosiasioiden tunteminen poistaa ennakkoluuloja, taikauskoa ja hysteriaa. Lindqvist toteaa myös, että ihminen joka on selvillä elämänsä vaikuttavista tosiasioista omaa edellytykset <u>elämän vastuulliseen hallintaan</u>.</p> <p>2. <u>Empatia ja vastavuoroisuus</u> Meidän kulttuurissamme yleisesti hyväksytty periaate on se, että ihmisten oikeudet ja velvollisuudet ovat symmetrisiä. Meillä ei ole vain lupa omien oikeuksiemme toteamiseen, vaan myös velvollisuus toisten ihmisten oikeuksien kunnioittamiseen ja puolustamiseen. Empatia on Lindqvistin mielestä perustava kyky eläytyä toisen ihmisen tilanteeseen ja kokea asioita hänen näkökulmastaan. Hän toteaa myös että eräässä mielessä syrjintä on kollektiivista epäempaattisuutta.</p> <p>3. <u>Ihmisarvo</u> Jokainen ihminen omaa ihmisarvon. Häntä ei saa alistaa pelkäksi välineeksi eikä samaistaa tiettyyn ulkoiseen piirteeseen, oireeseen tai tekoon. Ihmisarvo kuuluu meille jokaiselle pelkästään meidän inhimillisyytemme perusteella riippumatta asemasta, suorituskyvystä, varallisuudesta, rodusta, ideologiasta, terveydentilasta tai moraalisesta laadusta.</p>	<p>Yksilön, yhteiskunnan oikeudet ja velvollisuudet Yhteinen hyvä Perusoikeuksien rajoittam.</p> <p>Ihmisarvo Oikeudenmuk.</p> <p>Vastuu elämästä</p> <p>Empatia ja vastavuor.</p> <p>Velvollisuus Oikeuksien kunnioittam. ja puolustam.</p> <p>Ihmisarvo</p> <p>Inhimillisyys</p>
<p>Opiskelija (I/4) ”Vaikeasti sairaan potilaan ja perheen kohtaaminen”</p> <p>”Terveydenhuollolla on ollut kautta historiansa kolme päätehtävää: <u>elämän suojeleminen, sairauden hoitaminen</u> ja (mikäli mahdollista) <u>sen parantaminen sekä kärsimyksen lievittämien</u>. (Lindqvist 1986, 151)</p> <p>Unohdetaanko kokonaan <u>ainutlaatuinen yksilö, ihminen</u>? Hoidetaanko <u>vain sairautta</u>? Eikö siihen, että hoidamme sairautta tulisi liittää käsitys <u>kokonaisvaltaisesta hoidosta</u>? Emme hoida tiettyä kohtaa ihmisessä, vaan hoidamme <u>ihmistä kokonaisuutena, ainutkertaisena yksilönä</u>.</p> <p>Emme myöskään saa torjua sitä yksinkertaista asiaa, että monenlainen sairaus, kärsimys ja kuolema kuuluvat määrättyinä ajankohtana itse kunkin luonnolliseen ja aidon <u>inhimilliseen elämään</u>. (Lindqvist 1977, 1183)</p>	<p>Elämän suoj. Sair.hoito Kärsimyksen lievittäminen</p> <p>Ainutlaatuinen yksilö Kokonaisvalt.</p> <p>Inhimillinen elämä</p>

Aira Pihlainen
Tampereen yliopisto,
Hoitotieteen laitos
Väitöstutkimus
Syksy 1997

TEEMAHAASTATTELUN SUORITTAMINEN

Haastattelupyynnö

Otan puhelimitse yhteyttä tutkittavaan. Esittelyn jälkeen kerron yleisesti tutkimuksen vaiheesta ja siitä, että tutkittava kuuluu ryhmään, jonka opiskeluaikaa olen tutkinut. Kysyn haastatteluun suostumisesta. Kerron haastattelun tarkoituksena olevan etiikkaan haastateltavan ajatukset **henkilökohtaisista ja hoitotyön arvoista ja arvostuksista**. Kerron intimitteettisuojasta. (Loka-marraskuu –97.)

Sovitaan haastateltavan kanssa haastattelun käytännön järjestelyistä kuten haastattelun ajankohta ja paikka. Kerron haastattelun kestosta, mikä on noin 30 minuuttia ja tarkistan, että tutkittavalle sopii nauhurin käyttö. (Marras-joulukuu –97.)

TEEMAHAASTATTELU

Johdattelu

Aloitin **taustakysymyksillä** työssä oloajasta, kertyneistä työvuosista, tämän hetken työn luonteesta ja siitä, mitä muuta tärkeää elämässä on tapahtunut (avioliitto, lapset, opiskelu). (Täytettävä apulomake.)

Hoitotiikan opintojen yhteydessä kyselin arvojesi ja arvomaailmaasi. Kysyin asiaa koulutuksen alkuvaiheessa: ”Mitä arvoja arvostat?” ja myöhemmin: ”Nimeä mielestäsi tärkeimmät arvot, jotka ohjaavat hoitotyötä?” ja ”Miten arvomaailmasi on kehittynyt suhteessa hoitotyön arvoihin?” Tätä kyselyä nyt jatkaisin. Kysymykset olen jaotellut **henkilökohtaisiin ja hoitotyön arvoihin**. Lähdetään liikkeelle pääteemasta ja haastattelun edetessä autan ajatuksiasi tarvittaessa apukysymyksillä.

PÄÄTEEMA

Mitkä arvot ja arvostukset parhaiten edustavat henkilökohtaisia ja hoitotyön käsityksiäsi (näkemyksiä) tänä päivänä?

ALATEEMAT

Henkilökohtaiset arvo- ja arvostuskäsitykset?

A Mitkä arvot nimeät henkilökohtaisiksi?

Mitä arvoja ja arvostuksia koet itselläsi olevan henkilökohtaisesti, kuten erilaisia tunteisiin, ihmisenä kehittymiseen, elämässä selviytymiseen tai ihmissuhteisiin liittyviä ja yleisiä arvoja?

B Mihin arvosi kohdistuvat henkilökohtaisessa elämässäsi?

Miten arvosi ja arvostuksesi ovat tärkeitä Sinulle itsellesi, ihmissuhteissasi tai yleisesti?

C Miten koet henkilökohtaisessa elämässäsi arvojen ja arvostusten merkitsevän Sinulle?

Mitä arvosi ja arvostuksesi merkitsevät Sinulle ihmisenä kuten vastuun ja toimintasi suhteen tai yleisesti?

Hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitykset

A Mitkä arvot ja arvostukset koet merkityksellisenä hoitotyössä?

Mitä arvoja ja arvostuksia koet velvoittavina (ohjeina, määräyksinä), mitä Sinulta edellytetään sairaanhoitajana/ terveydenhoitajana ja mitkä edustavat hoitotyön toimintaasi?

Mitkä arvoista ja arvostuksista koet edustavan potilasta/asiakasta tai mitkä ovat yleisiä hoitotyössä?

B Mihin arvosi ja arvostuksesi kohdistuvat ammattityössäsi ?

Millä tavalla arvosi ovat suhteessa Sinuun itseesi, ammattiisi sairaanhoitajana/
terveydenhoitajana, potilaaseen/asiakkaaseen tai yleisesti?

C Miten merkityksellisiä arvosi ovat Sinulle hoitotyössä?

Arvosi ja arvostuksesi ammattisi, ammatissa toimimisen tai yleiseltä yhteiskunnalliselta kannalta?

Yhteenveto

A Miten arvioit arvo- ja arvostuskäsityksiäsi terveydenhuollon koulutuksen aikana ja sen jälkeen?

Millä tavoin koet arvoajatuksesi pysyneen samankaltaisena tai muuttuneen ajan mukana?

B Mitä muuta tulee mieleesi arvoista ja arvostuksista, jota ei ole tässä tullut vielä esille?

C Mitä muuta haluaisit sanoa arvoista tai tästä haastattelusta?

Haastattelun lopetus:

Kiitokset, kerron tutkimuksen aikataulusta ja julkaisusuunnitelmista. Vapaata keskustelua haastateltavan valitsemasta aiheesta!

APi/97

Aira Pihlainen
Tampereen yliopisto,
Hoitotieteen laitos
Väitöstutkimus
Syksy 1997

TAUSTAKYSYMYSLOMAKE HAASTATTELUUN

Johdanto Olet opiskelijaryhmästä, jota tutkin terveydenhuollon koulutuksen aikana. Tutkimus kohdistuu ajatuksiisi henkilökohtaisista ja hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksistä. Tutkimuksen jälkiarviointina teen joillekin tutkimuksessa mukana oleville haastattelun. Tässä esitetyt kysymykset koskevat Sinun tämän hetken elämäntilannettasi. Näitä tietoja käytän siten, ettei henkilöllisyyttäsi voi tietojen perusteella tunnistaa!

MITÄ KOULUTUSTA SINULLA OLI ENNEN SAIRAANHOITAJAN TAI TERVEYDENHOITAJAN AMMATTITUTKINTOA (perus- ja ammattikoulutus)?

MIKÄ ON IKÄSI TÄLLÄ HETKELLÄ? _____

MIKÄ ON PERHESUHTEESI _____, JOS

SINULLA ON LAPSIA, MINKÄ IKÄISIÄ HE OVAT TÄNÄ PÄIVÄNÄ? _____

MITKÄ OVAT TYÖPAIKKASI SAIRAANHOITAJA/TERVEYDENHOITAJATUTKINNON JÄLKEEN?

MITEN PITKÄKSI TYÖKOKEMUKSESI MUODOSTUU KOKONAISUUTENA KOULUTUKSEN JÄLKEEN ?

MITÄ KOULUTUSTA OLET SUORITTANUT TAI OLET SUORITTAMASSA SAIRAANHOITAJAN/TERVEYDENHOITAJAN TUTKINNON JÄLKEEN ?

MITÄ MUUTA TÄRKEÄÄ ELÄMÄSSÄSI ON TAPAHTUNUT?

Kiitos! A Pihlainen-97

Jatka tarvittaessa takasivulle!

Näytteitä sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien teemahaastattelun arvo- ja arvostuskäsityksistä

Sh/th haastattelun sisältöä	Arvo- ja arvostuskäsitykset
<p>Sairaanhoitaja (I/1)</p> <p>Api: ”Pääteema on, mitkä arvot ja arvostukset parhaiten edustavat Sinun käsityksiäsi sekä henkilökohtaisesti että hoitotyössä tänä päivänä?”</p> <p>Sh A: ”<u>Hoitotyössä</u>, jos lähtee ekana siitä, koska oon töistä tulossa. Koen kyllä, että on hirveen tärkeitä, että <u>kaikki potilaat sais samanlaista hoitoa</u>, koska se mitä <u>mä ajattelen itte tuolta työstä niin valitettavasti hoito ei ole kaikille samanlaista</u> ja se vaikuttaa hirveesti, missä päin Suomea asuu, <u>miten helposti</u> pääsee hoitoon ja <u>minkälaista hoitoa</u> on tarjolla, kun ajattelee näitä maksusitoumuksia mm. nykyisin kaikki ei kirjoita. Mulle tulee mieleen rintasyövän jälkihoito niin toisilla ei ole mahdollisuutta siihen, että saa korjatun rinnan ja toisilla on. Mitähän muuta sanoisin? Auta vaan mua!”</p> <p>Api: ” Koulutuksen aikana tuli arvoiksi paljon sairaanhoitajan taitoja ja käyttäytymistapoja. Miten tällaisia ajatuksia?”</p> <p>Sh A: ”<u>Ne ei tällä hetkellä nouse niin pintaan</u> ja ne <u>pitää itsestänselvyytenä</u> eli niitä ei koe, että ne on jotenkin niinkun irrallisia osia, joita pitää tietää tai muistaa vaan ne on automaattisesti. Että näin on.”</p> <p>Terveydenhoitaja (II/9)</p> <p>Api: ” Pääkysymys on, mitkä arvot parhaiten edustaa Sinun arvostuksiasi sekä henkilökohtaisessa elämässä ja mitkä sitten hoitotyössä on Sinulle tärkeitä?”</p> <p>Th B: ”Tärkeitä asioita työssä. <u>Jos ensiksi työssä, tietysti ne tulee vähän molemmista, mutta eri tavalla painottuneena</u>, koska työssä oma <u>työrooli tuo oman vaikutuksensa</u>. Mitä mä sanoisin. <u>Hyvä vuorovaikutus asiakasperheiden kanssa</u>, mikä perustuu tiettyyn <u>pohjakartoitukseen</u>, minkä teen ja <u>sen avoimuuteen</u>. Mä yritän <u>sitä ilmapiiriäkin muokata täällä sellaiseksi, että mulle voi puhua myös vaikeista asioista</u>. Siihen pohjautuu hirveen paljon ja siihen sotkeutuu myös mun oman elämäntilanteenkin <u>muuttuminen</u>, sillä olen varmasti muuttunut terveydenhoitajana myös, jos sitä asiakkailta kysyis. <u>Välittävämpi ilmapiiri, kun kommunikaatio toimii, on mukavampia tilanteet täällä neuvolassa</u>. Voiks auttaa mua, kun en keksi sanoo mitään.</p> <p>Th B: ”Vuorovaikutustilanteessa tulee, me ollaan ihan <u>työnantajan kannalta oma toimipiste</u>. <u>Me ollaan terveysasemasta erillään eli meillä on oma vastuu, mitä me kannetaan</u>. <u>Me ollaan oma yksikkö</u>. <u>Meihin luotetaan</u> ja me koetaan, että <u>tehdään hirveen hyvää hoitotyötä hirveen vaikeella alueella</u>. Sieltä ei tule <u>kuin tukea ja kannustusta</u> eli me saadaan <u>arvostusta sieltä käsin</u> sitten. Sä kysyt hoitotyön arvoja, varmaan oon ihan niinku... tarviin apua siinä mitä sä haet vielä lisää.”</p>	<p>Samanlaista hoitoa, eri puolilla Suomea (yhdenvertaisuus)</p> <p>Velvollisuudet itsestään selvyyksiä</p> <p>Oma työrooli Hyvä vuorovaikutus Asiakasperheiden kanssa Ilmapiiriä Puhua (=keskustelu) Välittävä ilmapiiri, mukavampia Kommunikaatio tilanteet</p> <p>Oma vastuu Luotetaan Hyvää hoitotyötä Tukea, kannustusta ja arvostusta (työnantajalta)</p>

Sh/th haastattelun sisältöä	Arvo- ja arvostuskäsitteet
<p>Sairaanhoidaja (I/3)</p> <p>Sh C: No ei missään tilanteessa ainakaan <u>yksilöllisyyttä</u>, <u>jokainen potilas on yksi ja ainutlaatuinen henkilö</u>, <u>turvallisuutta ja luottamusta</u> ja semmosta <u>läheisyyttä</u>. Musta on ihana, aina kun potilas tulee niin kätelee ja ottaa kiinni, et hei mä oon se ja se. Ettei vain sieltä yli katsele, sillä sä oot niin matalalla, kun makaat sängyllä. Tai siellä päädyssä anna raporttia, että olla siinä <u>lähellä ja ylipäättänsäkin turvata tilanne</u>, tehdä siitä <u>mahdollisimman rauhallinen ja luottavainen</u>, koska joka tapauksessa sä oot potilaana muiden käsissä ja sun täytyy kerta kaikkiaan pystyyn <u>luottaa</u> siinä. Kyllä potilaat aika usein pystyykin, mutta sitten kun on tosi jännittynyt ja siinäkin testataan oma tahto <u>luoda tilanteesta vähän miellyttävämpi</u>. Sit <u>on ihanaa</u>, kun joku potilas sanoo, aina muistan sinut silloin, kun vaikka on ollut edellisen kerran, että täällä oli silloin niin <u>pirteitä ja iloisia hoitajia</u> vastassa, et se on kauheen kiva palaute, koska aika vähän tänne asti tulee <u>palautetta potilailta</u>. Se on ihanaa, kun tulee, voi olla että tulis negatiivista tai positiivista, jompikumpi olis yhtä arvokasta.”</p> <p>Api: ”Sitten sä puhut nyt pelkästään potilaasta, mitä sanot ammatin arvoista ja sinun omista hoitajana?”</p> <p>Sh C: Jaa, miten mä teen työtä?”</p> <p>Api: ”Mitkä kohdistuu sisäänpäin sinuun ja sä arvostat itsessäsi tällaisia piirteitä ammatti-ihmisenä tai ammatin yleisenä vaatimuksena?”</p> <p>Sh C: <u>Ainakin sen tiedän, että oon hyvä hoitaja, teen työni erittäin hyvin</u> ja välillä on sellainen tunne, että <u>teen vähän liiankin hyvin</u>. Jos on vähän suurempi juttu, tuun aamulla tänne jo seitsemältä miettiin ja haluaisin, että kaikki menee ihan tiptop. Haluaisin, että kaikki tavarat on lähellä, että ei tarvitsisi juoksennella turhan takia. Tiedän, että teen työni hyvin ja tiedän sen, että vähän liikaakin, kun meillä on <u>vastuualueet</u> ja oon siinä päävastuuhoitaja niin sanotaan, että kyllä C hoitaa sen ja sen, vaikka on siinä myös muita hoitajia. Tavallaan tulee sellainen tunne, että en mäkään jaksa tai halua ihan kaikkea hoitaa, että <u>miksen voi luottaa et myös muut tekee</u>. Kun kuitenkin on itsellä sellainen tunne, niin sun <u>täytyy olla selvillä joka asiasta</u>. Sitten oon <u>ohjannut opiskelijoita</u> niin kai sekin on joku semmoinen viesti siitä, että pomot täällä tietää, että mä <u>teen työni hyvin ja voin vielä jakaa muillekin täällä sitä tietoa ja taitoa</u> ja mielestäni tuun ihan kivasti <u>työkavereiden kanssa toimeen ja lääkäreiden ja muiden ja he pystyy luottamaan et teen työni hyvin</u> ja oon saanu aika <u>paljon lisää rohkeutta</u>, sillä <u>oon aikalailla kasvanu ihmisenä</u>, että <u>elämä</u> on kuitenkin koetellut aika monella tavalla viime aikoina. On niinku tavallaan nauttinut hirveesti siitä, että oon tässä vaiheessa <u>omassa elämässä</u>, että oon saanu paljon aikaiseksi ja paljon nähnyt ja <u>selvinnyt erilaisista tilanteista ystävien avulla ja yksin</u> ja silleen, että <u>osaan arvostaa terveyttä ja elämää</u> ja haluaisin niinku, että vaikken ole vielä <u>kovin vanhakaan</u> niin <u>tehdä kaikkea erilaista</u>, että <u>en haluaisi jäädä paikoilleen</u>, että sitä oon miettinyt, että oon jääny junnaamaan tänne, sitten taas en taas tiedä mitä muuta haluaisin tehdä, minne muualle haluaisin lähteä, sillä tämä on kuitenkin niin hirveen <u>monipuolinen työpaikka</u>. Että vaikeeta on vaan se etten ole tehnyt lopullista päätöstä, aina puhun että otan virkavapaata, mutta sitten tulee sellainen <u>hyvä hetki</u>, vaikka täällä, että menee kaikki hirveen hyvin.</p>	<p>Yksilöllisyyttä, Ainutlaatuinen henkilö Turvallisuutta, luottamusta ja läheisyyttä Lähellä Turvata tilanne Rauhallinen luottavainen Oma tahto</p> <p>Pirteitä ja iloisia hoitajia (pt palaute)</p> <p>Hyvä hoitaja työn erittäin hyvin Yhteistyö (vastuualueet) Työn hyvin jakaa tietoa ja taitoa Kivasti toimeen Työkavereiden kanssa luottamaan rohkeutta kasvanut ihmisenä Elämässä selvinnyt ystävien avulla ja yksin Arvostaa terveyttä ja elämää Tehdä erilaista Monipuolinen työpaikka</p>