

IHMISARVON KUNNIOITTAMINEN, ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS JA  
YKSITYISYYS POTILAAN HOIDOSSA

Tampereen yliopisto  
Lääketieteellinen tiedekunta  
Hoitotieteen laitos  
Pro gradu -tutkielma  
Isabel Poikkimäki  
Kesäkuu 2004

## **TIIVISTELMÄ**

### **TAMPEREEN YLIOPISTO**

#### **Hoitotieteen laitos**

**POIKKIMÄKI ISABEL:** Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa

Pro gradu –tutkielma, 104 sivua, 5 liitesivua

Ohjaajat: Raatikainen Ritva, VTT, THT, dosentti

Hoitotiede

Kesäkuu 2004

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten hyvin on toimittu hoitotyön arvojen mukaisesti potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana. Tutkimuksen tehtävänä oli selvittää, miten hoitotyössä kohdellaan, kunnioitetaan ja arvostetaan potilaita ja kuinka paljon potilaat ovat saaneet tietoa omaa hoitoa koskevista asioista pystyäkseen osallistumaan omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon sekä miten potilaan yksityisyys otetaan huomioon hoidon aikana.

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta, joka sisälsi strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeisiin vastasi 83 potilasta (55%) ja 111 hoitajaa (74%) yhden sairaalan sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilta. Kyselylomake perustui aikaisempaan kirjallisuuteen. Aineiston käsiteltiin SPSS 9.0 Windows tilasto-ohjelmalla. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin ristiintaulukointia ja khiin neliö-testiä. Avointen kysymysten vastaukset analysoitiin sisällön analyysillä.

Potilaiden ja hoitajien kokemusten mukaan potilaita kohdeltiin, arvostettiin ja kunnioitettiin melko hyvin hoitotyössä. Potilaat olivat useammin kuin hoitajat sitä mieltä, että heidät oli vastaanotettu kiireettömästi, keskusteltu hoitoon liittyvistä asioista, autettu tarvittaessa, järjestetty mahdollisuus ottaa yhteys läheisiin, toimittu heidän etujensa mukaisesti ja hoitajilla oli hyvin aikaa kuunnella heitä. Mitä vanhempi potilas oli, sitä useimmin hän koki saaneensa nopeasti apua. Potilaiden ja hoitajien mielestä potilaiden tiedonsaanti toteutui kohtalaisesti. Puutteita esiintyi potilaiden mielestä tiedonsaannissa eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä mahdollisuudesta osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Noin puolet potilaista ja hoitajista oli sitä mieltä, että potilaat olivat saaneet sairauteen liittyvää tietoa pystyäkseen tekemään omaa hoitoa koskevia päätöksiä. Kolmasosa potilaista ja hoitajista oli sitä mieltä, että hoitohenkilöstö oli suunnitellut potilaiden hoidon koko hoitajakson ajan heidän kanssaan ja potilaat olivat voineet itsenäisesti päättää omaa hoitoa koskevista asioista. Hoitajat kokivat potilaita useammin, että potilaiden mielipiteet oli otettu tarkoin huomioon, heidän kanssaan oli neuvoteltu ennen jokaista toimenpidettä, potilailla oli mahdollisuus kieltäytyä hoidosta tai hoitotoimenpiteistä ja heidän läheisiään oli tuettu osallistumaan hoidon suunnitteluun. Muutaman potilaan mielestä he olivat saaneet olla tarvittaessa yksin huoneessaan ja olivat pystyneet vaikuttamaan siihen, minkä kokoiseen huoneeseen heidät sijoitettiin. Potilaiden ja hoitajien mielestä potilaiden yksityisyyttä loukkasi potilaan asioista puhuminen muiden potilaiden kuullen. Potilaiden mielestä vuodeosastojen yksityisyys ja intymiteettisuoja kärsivät suurista potilasmääristä huonetilaan nähden.

Johtopäätöksenä esitetään, että hoitotyössä kunnioitetaan potilaiden ihmisarvoa melko hyvin, mutta heidän itsemääräämisoikeutensa toteutumisessa ja yksityisyytensä huomioon ottamisessa arvioitiin olevan puutteita.

Avainsanat: Potilaan ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, yksityisyys hoidossa

## **SUMMARY**

**UNIVERSITY OF TAMPERE**  
**Department of Nursing Science**

**POIKKIMÄKI ISABEL:** Human dignity, patient autonomy and protection of privacy in patient care

Master's thesis, 104 pp. Appendix 15 pp.

Tutor: Raatikainen Ritva, Dr.Soc.Sc, PhD, Docent, Nursing Science

June 2004

---

On the basis of assessments provided by patients and nursing staff, this study sought to clarify to what extent the basic values of nursing care are practiced. To this end, the study explored how patients are treated and the extent to which their human dignity is respected and valued in everyday nursing care. Another central issue was how much information patients receive concerning their health status in order to be able to participate in decisions affecting their health care. In addition, the study also looked at how patient privacy is protected during nursing care.

Data for the study were collected by means of a questionnaire containing both structured and open-ended questions. Answers were received from 83 patients (55 %) and 111 (74 %) nurses on the in-patient units of internal medicine and surgery at a Finnish hospital. The questionnaire was based on earlier literature, and the thus collected data were analyzed using SPSS 9.0 Windows software. Analysis methods included cross-tabulations and the Khi square test, while the open-ended questions were subjected to content analysis.

In the experience of both patients and staff, all patients were treated quite well and their human dignity was properly respected. Patients more than staff indicated that their admittance to the hospital had been unhurried, they had been involved in discussions about their treatment, they had received all necessary assistance and they had been given the opportunity to contact their relatives. Moreover, patients also specified that staff had acted in the patients' best interests and had paid them due attention. Elderly patients in particular felt that they received assistance promptly. Patients and staff alike were of the opinion that the patients' access to information concerning their health had been reasonably good. In the patients' view, shortcomings in this area related to information on alternative methods of treatment and their effects as well as their ability to be involved in decision making concerning their treatment. About 50 percent of the patients and nurses thought that the patients had received such information on their illness as allowed them to participate in this kind of decision making. One third of the patients and nurses estimated that the entire nursing period had been planned in collaboration, and that the patients had been able to make independent decisions regarding their treatment. The proportion of nurses who considered that the patient's views had been paid attention to was greater than that of patients. Similarly, more nurses deemed that the patients had been consulted before each nursing measure and that the patients had had the opportunity to refuse treatment and nursing measures and that their relatives had been encouraged to take part in planning treatment. Some of the patients expressed the opinion that, on request, they had been allowed to stay alone in their room and that they had been able to influence what size of room they had been placed in. Both patients and nurses thought that on occasion patient privacy had been violated by talking about the patients' affairs within earshot of other patients. In the patients' view, protection of privacy also suffers from putting too many patients in one room.

This study concludes that the human dignity of patients is reasonably well respected in nursing care, but there are shortcoming in patient autonomy and protection of privacy.

Keywords: human dignity, respect, patient autonomy, protection of privacy

## SISÄLTÖ

<b>1 TUTKIMUSTAUSTA JA TARKOITUS</b>	1
<b>2 TUTKIMUSKYSYMYKSET</b>	3
<b>3 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT</b>	3
3.1 Hoitotyön arvot ja etiikka	3
3.2 Ihmisarvon kunnioittaminen	5
3.3 Itsemääräämisoikeuden toteutuminen	7
3.3.1 Potilaan tiedonsaanti	8
3.3.2 Potilaan osallistuminen päätöksentekoon	9
3.4 Yksityisyys	12
<b>4 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET</b>	16
4.1 Tutkimuksia potilaan ihmisarvon kunnioittamisesta	16
4.2 Tutkimuksia potilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamisesta	18
4.2.1 Tutkimuksia potilaan tiedonsaannista	18
4.2.2 Tutkimuksia potilaan osallistumisesta päätöksentekoon	26
4.3 Tutkimuksia potilaan yksityisyyden huomioimisesta	37
4.4 Yhteenveto aikaisemmista tutkimuksista	40
<b>5 TUTKIMUKSESSA KÄYTETTÄVÄT KÄSITTEET</b>	42
<b>6 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT</b>	43
6.1 Kohderyhmät ja aineiston hankinta	43
6.2 Aineistonkeruumenetelmä	45
6.3 Aineiston käsittely ja analysointi	47
6.4 Tutkimuksen luotettavuus	50
6.5 Tutkimuksen eettiset kysymykset	53
<b>7 TUTKIMUKSEN TULOKSET</b>	54
7.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot	54
7.2 Ihmisarvon kunnioittaminen potilaan kohtelussa ja hoidossa	56
7.2.1 Potilaan kunnioitus ja arvostus kohtelussa	58
7.2.2 Potilaan hoito ja kohtelu hoitosuhteessa	62
7.2.3 Arviointeja potilaan kohtelusta ja hoidosta	64
7.3 Itsemääräämisoikeuden toteutuminen	66
7.3.1 Potilaan tiedonsaanti omaa hoitoa koskevista asioista	66
7.3.2 Potilaan osallistuminen omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon	74
7.4 Potilaan yksityisyyden huomioiminen hoidon aikana	77
<b>8 POHDINTA</b>	81
8.1 Tutkimusmenetelmien pohdinta	81
8.2 Tutkimustulosten tarkastelu	83
8.2.1 Ihmisarvon kunnioittaminen potilaan kohtelussa ja hoidossa	83
8.2.2 Potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen tiedon saantia	86
8.2.3 Potilaan itsemääräämisoikeus päätöksentekoon osallistumisessa	90
8.2.4 Potilaan yksityisyyden huomioiminen	92
<b>9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUKSEN MERKITYS</b>	96
<b>LÄHTEET</b>	99
<b>LIITTEET</b>	

## 1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Arvoja koskeva tutkimus on tarpeen, koska yhteisöt ja yksilöt perustelevat toiminnan oikeutuksia, valintoja, motiiveja ja päämääriä arvoilla. Erityisen tarpeellista on tutkia arvoja hoitohenkilökunnan työelämässä, koska tutkimustietoa toiminnan arvoista on vähän ja terveydenhuollon ammattityössä korostuvat toiminnan arvot (Pihlainen 2000, 48).

YK:n yleismaailmallisessa ihmisoikeuksien julistuksessa ja Euroopan ihmisoikeussopimuksessa on mainittu henkilön oikeus hoitoon ilman syrjintää, ihmisarvoiseen kohteluun, oikeus vakaumuksen kunnioitetuksi tulemiseen ja yksityisyyteen. Tavoitteena on, että ihminen ei menetä yleisinhimillisiä oikeuksiaan tullessaan terveystalouden käyttäjäksi. Euroopan unionin myötä Suomi on liittynyt kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin. (Pellonpää 1991; Voutilainen & Laaksonen 1994.)

Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, että hänen vakaamustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan, eikä hänen ihmisarvoaan loukata. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Terveydenhuollon ammattihenkilöstön on annettava tietoa siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. (Sosiaali- ja terveysalan lakitieto 2003.)

Potilaan kohtelun ja tiedonsaannin parantaminen sekä hänen itsemääräämisoikeutensa kunnioittaminen ovat ajankohtaisia kehittämiskohteita. Terveydenhuollon teknologian ja taloudellisten näkökohtien korostaminen ovat vaikuttaneet siihen, että vapauden periaatetta on ryhdytty tulkitsemaan mekaanisesti. Hoidettavan suostumus tulkitaan yhä useammin rutiinomaiseksi osaksi hoitoprosessia. Potilaalle annetaan tietoja sairauksista ja niiden hoidosta olettaen, että hän kykenee päättämään omasta hoidostaan. (Lindqvist 2001.)

Hoitotyön etiikan mukaista on, että hoitotyössä potilaat hoidetaan yhteisymmärryksessä potilaiden kanssa, ja hoidon lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen, potilaan itsemääräämisoikeus ja yksilölliset hoitosuunnitelmat. Merkittävää on, että hoito on perhekeskeistä ja omatoimisuuteen kannustavaa. Potilaan korkeatasoinen hoito riippuu siitä, minkälaiset käsitykset hoitotyön arvoista hoitohenkilökunnalla on ja miten he toteuttavat käytännön hoitotyötä. Toisaalta kokemuksensa perustella potilas pystyy arvioimaan saamaansa hoitoa.

Potilaan yksilöllisyyden kunnioittaminen on yksi hoidon edellytys, joka vaikuttaa hoitotyön laatuun. Hoitotyön käytännön tutkimuksen tavoitteena on potilaan hoidon korkean laadun varmistaminen sekä ammatillisesta että inhimillisestä näkökulmasta arvioituna. Hoitotyötä tulee arvioida ennen kaikkea itse hoidosta saatavien kokemusten perusteella. Tällöin hoidon saajien eli potilaiden kokemukset saamastaan hoidosta ovat ensiarvoisen tärkeitä. Hyvän hoidon yhtenä tavoitteena onkin potilaiden kiitollisuus ja tyytyväisyys saamaansa kohteluun ja hoitoon. Potilaiden mielipide on oleellinen tekijä arvioitaessa hoidon laatua ja vaikuttavuutta. Potilaiden tekemistä muistutuksista ja valituksista osa koskee heidän saamaansa hoitoa ja kohtelua sairaalassa. (Koivisto 1994.)

Tässä tutkimuksessa keskitytään erityisesti tutkimaan hoitotyön arvoja, koska ne ohjaavat hoitotyön toimintaa ja päämääriä. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, miten hoitotyön arvot tulevat esille hoitajan toiminnassa potilaan ja henkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuksen avulla saatua tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä käytännön hoitotyön laatua niin, että potilaan hoito olisi mahdollisimman ihmisarvoa kunnioittavaa, itsemääräämisoikeutta toteuttavaa ja yksityisyyttä huomioivaa.

## 2 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Hoitohenkilökunnan toiminnan perustana ovat arvot, jotka ohjaavat toimintaa potilaan hoidossa. Hoitotyön arvoja on tutkittu vähäisesti ja sitä käsitteleviä tutkimustuloksia on käytännön hoitotyössä hyödynnetty melko kapea-alaisesti. Tämä tutkimus pyrkii vastaamaan siihen, millä tavalla potilaita kunnioitetaan hoitotyössä ja onko heillä riittävästi tietoa omaa hoitoa koskevista asioista, niin että he pystyisivät osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun ja päätöksentekoon. Lisäksi tutkimuksella pyritään selvittämään, miten potilaan yksityisyys otetaan huomioon hoitajakson aikana. Tavoitteena on tuottaa kuvailevaa ja arvioivaa tietoa, jota voidaan hyödyntää käytännön hoitotyötä suunniteltaessa, toteutettaessa ja kehitettäessä.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Miten hoitotyössä kohdellaan, kunnioitetaan ja arvostetaan potilaita?
  - miten potilaan kohtelua olisi kehitettävä hoitotyössä?
2. Miten potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu?
  - kuinka paljon potilaat saavat tietoa omaa hoitoa koskevista asioista?
  - kuinka paljon potilaat pystyvät osallistumaan oman hoitonsa päätöksentekoon?
5. Miten potilaan yksityisyys otetaan huomioon hoitotyössä?

## 3 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

### 3.1 Hoitotyön arvot ja etiikka

Arvo-käsite tulee latinan sanasta *valere*, joka tarkoittaa olla vahva ja kreikan sanasta *axlos*, joka tarkoittaa olla toivottu, arvostettu. Arvoja ovat asiat, joita pidetään oikeutetusti kauniina tai muulla tavoin arvokkaina. Jokaisella yhteisöllä ja yksilöllä on tietyt itseis- ja perusarvot, jotka ohjaavat valintoja ja ilmenevät ihmisten sanoissa ja teoissa. (Venkula & Rautavaara 1992.)

Arvot voivat liittyä ihmisen persoonalliseen kasvuun ja kehitykseen. Näitä arvoja voidaan puolustaa kunnioittamalla ja tukemalla ihmisen henkilökohtaista

ainutkertaisuutta, identiteettiä ja oikeutta itsemäärämiseen. Lisäksi olisi kunnioitettava ihmisen uskonnollista vakaumusta ja tyydytettävä hänen henkisiä tarpeitaan (Raatikainen 1989).

Arvot ja normit luovat eettisen toiminnan perustan. Voidakseen ratkaista, mikä on oikea eettinen toiminta vaikeassa työtilanteessa, on ihmisellä oltava tiettyjä perusteita, joiden mukaan hän arvioi toimintaansa. Näiden perusteiden ytimenä ovat eettiset arvot. Pääsääntöisesti ollaan yksimielisiä siitä, että arvo-käsite on hedelmällinen lähtökohta eettisen toiminnan pohtimiselle. Arvot ovat pysyviä päämääriä, ihanteita ja prioriteetteja, jotka ilmaistaan reflektoiduissa, sanallisissa toteamuksissa ja toimintamalleissa. Arvot kuvaavat kaikkea sitä, mikä on ihmiselle pohjimmiltaan arvokasta. Ne voivat ovat taloudellisia, aineellisia, ekologisia, poliittisia, esteettisiä ja eettisiä. Eettisiä arvoja ovat onni, rakkaus, luottamus, oikeudenmukaisuus, solidaarisuus, rehellisyys, tasavertaisuus ja veljeys. Arvot ovat tähtiä, joiden mukaan ihminen suunnistaa elämässään. Normien avulla arvot voidaan siirtää käytännön elämään. (Aadland 1993.)

Hoitotyön etiikka tukee hoitohenkilöstön ideaalitavoitteiden, ihmisläheisyyden, inhimillisyyden ja yhteistyötaitojen kehittymistä (Avarinen 1990). Terveystieteiden arvot tulevat esille toiminnan lähestymistavoissa ja jokaisen ammattiryhmän ammattietiikassa ja ohjeissa. Hoitoetiikka kuvaa hoitohenkilöstön ammatteihin sisältyvää yhteistä käytännöllistä etiikkaa. Hoitotyön etiikka kuvaa puolestaan sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kättilöiden ammattiryhmiin sisältyvää käytännöllistä etiikkaa. Hoitotyön arvot ja hoitoetiikka näkyvät ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa ja käytännön eettisten ongelmien ratkaisussa. Eettisten ratkaisujen perustat löytyvät hoitohenkilökunnan arvo- ja totuuskäsityksistä. (Pihlainen 2000.)

Hoitotyössä mainitaan toistuvasti viisi ensisijaista arvoa, jotka muodostavat myös potilaan hoidon ideologisen ja siten moraalisen päämäärän. Nämä viisi arvoa ovat elämä, terveys, turvallisuus, henkilökohtainen loukkaamattomuus ja oikeudenmukaisuus. Kysymys on ihmishengen pelastamisesta aina, kun se on mahdollista, terveyden edistämisestä ja sairauden vähentämisestä, turvallisuuden tuottamisesta, potilaan hoidon korkean laadun ja turvallisuuden tunteen sekä



terveydenhuollon voimavarojen oikeudenmukaisesta jakautumisesta. Näiden arvojen tärkeydestä ovat sekä poliittiset puolueet että hoidon antajat yksimielisiä. (Koskinen 1996.)

### **3.2 Ihmisarvon kunnioittaminen**

Kulttuurissamme hallitsevan kristillishumanistisen elämäkäsitteen mukaan jokaisella on synnynnäinen ihmisarvo. Ihminen voi tuhota oman elämänsä, mutta se ei muuta sitä, että hän on ainutlaatuinen, itseisarvoinen ja täydet ihmisoikeudet omaava. Persoonana olemiseen kuuluu ihmisen kyky kokea mielekkäästi omaa olemistaan ja olla yhteydessä ympäristöönsä. Hoitopäätöksiä ei pitäisi tehdä koskaan ihmisarvon erilaisuuteen vetoavilla perusteluilla. Ratkaisua voidaan perustella esimerkiksi hoidon kiireellisyydellä, tarpeen suuruudella tai tehdyllä sopimuksella. Perusteluiksi ei kuitenkaan käy henkilöiden erilainen ihmisarvo. Persoonan korostaminen johtaa siihen, että terveyden puolustamisessa ja sairauden hoidossa kaikkia päätöksiä on arvioitava viime kädessä siten, millä tavoin ne vaikuttavat nyt ja tulevaisuudessa ihmispersoonan kykyyn kokea itsensä arvokkaaksi, elämänsä mielekkääksi tai tarpeeseensa olla yhteydessä hänelle merkitykselliseen ympäristöön. (Karjalainen 1993; Lindqvist 1996.)

Hyvä käytös ja potilaan kunnioittaminen ovat hoitotoiminnan kulmakiviä. Niiden avulla potilas voi saada kokemuksen hyvästä hoidosta, vaikka siinä ilmenisi ongelmia. Häntä on kuunneltava sekä hänen kanssaan on keskusteltava. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Epäasiallinen käytös jää potilaan mieleen, vaikka hoito olisi muuten ollut tyydyttävää. Kehittämistyö sairaanhoidon yksiköissä ja hoidon laadunvarmistus ovat keinoja potilaan tasavertaiseen ja asialliseen kohtaamiseen. (Saarenpää 2000.)

Terveydenhuolto on joutunut kovien säästötoimien kohteeksi, mikä on johtanut siihen, että kaikki eivät välttämättä saa tarvitsemaansa hoitoa. Todelliset oikeudet hyvään hoitoon saattavat olla riippuvaisia esimerkiksi asuinpaikasta ja omasta varallisuudesta. Ääritapauksissa saattaa yhä tiukkeneva valikointi määrätä sen, kuka saa elää ja kuka ei. Jos kaikilla ihmisillä on sama arvo, merkitsee se sitä, että kaikilla on samat ihmisoikeudet ja sama oikeus niiden kunnioittamiseen eikä yksikään

ihminen ole tässä suhteessa toista merkittävämpi. Todellisessa elämässä ihmisarvo joutuu helposti kyseenalaiseksi, jos ihmisiä kohdellaan eri tavoin heidän erilaisen yhteiskunnallisen arvonsa mukaan. (Sarvimäki 1996; Matikainen 1996.)

Ihmisarvon kunnioittaminen sisältää potilaan persoonan, hänen arvojensa, erilaisten elämäkokemustensa sekä elämän ainutlaatuisuuden huomioimisen ja kunnioittamisen. Ihmisten autonomisuuden huomioiminen merkitsee myös sitä, että yksilön ollessa yhteiskunnan jäsen, hänen päätöksensä vaikuttavat muihin ihmisiin. Noudattamalla yhteiskunnan asettamia velvollisuuksia kunnioitetaan ihmistä ja hänen päätöksentekoaan. Tehdessään päätöksiä potilaan puolesta hoitohenkilöstön olisi otettava huomioon potilaan toivomukset, arvot ja tavoitteet, eikä toimia pelkästään ajattelemalla, mikä on hyvä potilaille. (Davis & Aroskar 1991.)

Sairaanhoitajat ovat avainasemassa potilaan toivomusten huomioimisessa tämän hoidon päätöksentekoprosessissa. Jos potilas vastustaa hoitoa, sairaanhoitaja voi selvittää vastustuksen syytä tutkimalla potilaan tavoitteita ja arvoja. Potilaan tilanteen ymmärtämiseksi hoitaja voi raportoida muulle hoitohenkilökunnalle potilaan hoidosta kieltäytymisen syyt. Sairaanhoitajan toiminnan oikeudellisuuden on perustuttava moraaliin, jossa otetaan huomioon ihmisen ainutkertaisuus ja oman valinnan vaikutukset muihin ihmisiin. Toiminnassa on huomioitava, mitä vaikutuksia potilaan hoitoon on noudattamalla vain virallisia ja byrokraattisia lääkärin määräyksiä tai huomioimalla vain potilaan tahto. Hyväksymällä ihmisille asetetut yhteiskunnan normit ja noudattamalla niitä, sairaanhoitaja pystyy arvioimaan, millä tavalla päätökset ja toiminnat vaikuttavat potilaisiin. (Davis & Aroskar 1991.)

Ihmisarvon kunnioittamista on kauan pidetty hoitotyön perusarvona. Ilman tätä kunnioituksen tunnetta hoitotyö ei itse asiassa voisi olla yksilöllistä tai täysin humaania. Ihmisarvoa voivat vähentää köyhyys, vapauden menetys sekä sisäinen ja eettinen eheyden hajoaminen. Käyttämällä työssään koko ammattialansa tietoa hoitaja todistaa käytännössä jokaisen ihmisen absoluuttisen arvon. Sairaanhoitajan on kohdeltava jokaista potilasta henkilökohtaisesti ja yksilönä muiden joukossa, ei numerona tai objektina. Yksilön persoonallisuuden muuttaminen objektiksi voi merkitä henkistä kuolemaa, vaikka ihminen toipuisikin ruumiillisesti. (Vassiliki & Lanara 1996.)

Potilaita on puhuteltava asiallisesti, ja heidän sairaskertomusmerkinnät on tehtävä ihmisarvoa kunnioittaen. Toisinaan hyvien tapojen ja hienotunteisuuden merkitys potilaan hoidossa unohdetaan kokonaan. Viime aikoina näyttää yleistyneen täysi-ikäisten ihmisten etunimien käyttö sairaskertomuskirjauksissa. Potilaan yksityisyyttä olisi kunnioitettava nykyistä paremmin, vaikka sairaaloiden arkkitehtuuri ja rakenteelliset ratkaisut eivät aina luo siihen parhaita mahdollisia edellytyksiä. (Kokkonen 1997.)

Potilaan kuunteleminen ja huomioiminen itseään koskevissa hoitopäätöksissä edellyttää suvaitsevaisuutta ja vastavuoroista sekä kunnioittavaa toimintaa. Oikeus olla oma itsensä, valinnan vapaus, oikeus laadultaan hyvään hoitoon ja kohteluun sekä turvallisuuden kokemiseen ovat hyvän hoitosuhteen edellytyksiä. Potilaan kokemus esimerkiksi kivusta leikkauksen jälkeen on subjektiivista. Hänen tarpeisiinsa olisi vastattava niin, että hänellä olisi mahdollisimman kivuton, hyvä olo sairaalassa ollessaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

### **3.3 Itsemääräämisoikeuden toteutuminen**

Itsemääräämisoikeus eli autonomia on lääketieteen etiikassa hyvin keskeisessä asemassa ja itse asiassa eräiden tutkijoiden mielestä ydinkäsite. Se sijoittuu yhdeksi neljästä peruseriaateista, joihin lääketieteen etiikka rakentuu. Muut kolme ovat oikeudenmukaisuus, hyvän tekeminen ja pahan välttäminen. Autonomian toteuttaminen ei riipu ainoastaan siitä, että potilaille annetaan riittävästi informaatiota, vaan heidän olisi se myös pystyttävä käsittelemään. Tässäkään ei riitä se, että asiat esitetään ymmärrettävällä kielellä ja numeroina. Riskien arviointi on vaikeaa, ja erilaiset numeeriset riskiarvot eivät välttämättä kerro maallikoille mitään. Autonomiaan liittyvät kysymykset ovat kytkeytyneet koko terveydenhuollon järjestelmään sekä yhteiskuntaan että kulttuuriin. Autonomiia ei saa tarkastella kaksijakoisesti siten, että jossakin tilanteessa sitä on tai ei ole. Autonomiassa on asteeroja, ja sen määrä voi huomattavasti vaihdella yksittäisen potilaan mukaan. (Louhiala 1995.)

Potilaan oikeudet ovat hoitotyöntekijöiden velvollisuuksien perusta. Nämä velvollisuudet on esitetty sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa. Niissä korostetaan ammattikunnan itsenäistä vastuuta oman ammattitaidon piiriin kuuluvissa ratkaisuisissa, ihmisoikeuksien julistusta hoitotyön etiikan lähtökohtana sekä hoitotyön yhteiskunnallisia velvoitteita. Laki potilaan oikeuksista ja asemasta sai alkunsa eettisten ohjeiden riittämättömyydestä ammattihenkilöiden toiminnan ohjaajana. Laki tuli myös tarpeelliseksi terveydenhuollon jatkuvan teknistymisen, eriytymisen ja hoitoyksiköiden suurentumisten myötä. Niiden seurauksena potilaan oikeudet, kuten henkilökohtainen koskemattomuus ja itsemääräämisoikeus, olisivat saattaneet vaarantua. (Voutilainen & Laaksonen 1994.)

### **3.3.1 Potilaan tiedonsaanti**

Potilaslain 5 §:n mukaan potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Tieto olisi annettava potilaalle ymmärrettävällä tavalla. Hoitohenkilöstön olisi huomioitava potilaan uskonnolliset ja eettiset hoitoon kohdistuvat toiveet. Kaikki hoitoon liittyvät asiakirjat ovat salaisia. Salassapitovelvollisuuden tarkoituksena on suojella potilaan psyykkistä integriteettiä eli koskemattomuutta. Mikäli potilaan tietoja halutaan luovuttaa, on häneltä pyydettävä lupa. Potilaan oikeutta tiedon saantiin korostetaan yhä enemmän hoitotyössä, mutta se on edelleen kaukana tyydyttävästä toiminnasta. (Kokkonen 1997.)

Potilaalla on mahdollisuus osallistua oman hoitonsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Hänellä on oikeus hoidon aikana tai hoidon jälkeen tarkistaa hänestä potilasasiakirjoihin tallennetut tiedot, ja tarvittaessa pyytää virheelliseksi katsomansa tiedon oikaisua (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Potilaan tiedonsaantioikeus on läheisessä yhteydessä potilaan itsemääräämisoikeuteen, mutta sillä on myös tärkeä itsenäinen merkityksensä potilaan ja terveydenhuollon henkilöstön välisessä luottamussuhteessa. Tähän liittyvät myös hoidon riskitekijät, mahdolliset epäonnistumiset ja komplikaatiot. Ennen hoitoon ryhtymistä potilaalle on annettava selvitys siitä, mitä seurauksia hänelle voi aiheutua, jos hoitotoimenpide

jätetään suorittamatta. Lopullinen päätösvalta on potilaalla, vaikka hän kieltäytyisi vastaanottamasta tietoa. (Ilveskivi 1997).

Raatikaisen (1989) artikkelin mukaan vapautta ja autonomiaa ei arvosteta, jos esimerkiksi potilas ja hänen omaisensa eivät saa tietoa. Tällöin he eivät myöskään pysty osallistumaan hoitoa koskeviin päätöksiin eivätkä ottamaan vastuuta hoidosta. Potilaan oletetaan luottavan auktoriteetteihin ja alistuvan määräyksiin kysymyksiä tekemättä. Potilaan passiivinen käyttäytyminen taas vahvistaa toisen osapuolen autoritaarisuutta.

### **3.3.2 Potilaan osallistuminen päätöksentekoon**

Potilaan autonomia perustuu eettiselle periaatteelle ja se toteutuu, kun potilas puhuu omasta puolestaan. Yleensä tämä edellyttää potilaiden oikeutta saada informaatiota, oikeutta hyväksyä hoito tai kieltäytyä ehdotetusta hoidosta ja tutkimuksista. Autonomialla tarkoitetaan ihmisten oikeutta päättää oman toiminnan toteuttamisesta sen mukaan, miten hän on sen suunnitellut. Tämä ei tarkoita sitä, että ihmisillä olisi rajaton vapaus. Autonomia ei tarkoita sitä, että ihminen voisi tehdä mitä tahansa haluaa; ihmisten valinnan vapauden on perustuttava toiminnan periaatteille eikä mielivaltaisille perusteille. Ihmisten autonomisuutta vähentää fyysiset ja psyykkiset sairaudet tai sosiaaliset jokapäiväiset olosuhteet. Kun potilaille annetaan tarpeellinen ja selvä informaatio, he pystyvät tekemään itsenäisiä ja järkeviä päätöksiä. Eettisesti katsottuna hoitohenkilökunnalla on velvollisuus kunnioittaa potilaan päätöksiä, vaikka he olisivat eri mieltä. Poikkeuksena ovat lapsipotilaat, joiden hoidosta yleensä päättävät vanhemmat, jotka voivat estää lasten vahingon tai kuoleman tuottamisen. Toisena poikkeustapauksena ovat ensiaputilanteet, joissa hoitohenkilöstöllä on tärkeä velvollisuus hoitaa potilaita. Itsemääräämiseen liittyvä vastuu on sekä moraalinen että oikeudellinen. Periaatteessa vastuu siirtyy itsemääräävälle yksilölle tai se jakautuu useammalle osapuolelle, mutta pääsääntöisesti itsemääräävä yksilö joutuu kantamaan vastuun kokonaan tai osittain. (Davis & Aroskar 1991; Kokkonen 1997; Turunen 1997.)

Kun potilaan ja sairaanhoitajan vuorovaikutus vahvistuu, samalla kasvaa potilaan yksilöllisyys, integriteetti, itsemääräämisoikeus ja persoonallisuus. Näiden kasvuun

vaikuttaa se, miten laajan vapauden sairaanhoitaja antaa potilaalle. Molempien osapuolten aktiivinen vuorovaikutus edistää hoidettavan älyllisiä voimavaroja, jotka auttavat hänen kasvuaan ja kehittymistään. Huomioimalla potilaan itsemääräämisoikeus autetaan häntä näkemään oma autonomisuutensa ja vapautensa tehdä itseensä liittyviä päätöksiä. Vapaus sisältää myös hengellisen vapauden, joka tarkoittaa ajattelemisen taitoa ja uskonnon harjoittamista oman vakaumuksensa mukaan. Toisinaan sairaus vaikuttaa potilaaseen uuvuttamalla, masentamalla ja viemällä elämänhalun. Tällöin sairaanhoitajat saattavat suojella potilasta ja päättävät asiat hänen puolestaan. Tässä tilanteessa potilas helposti jättää päätöksenteon hoitohenkilöstön tehtäväksi. Näin voi käydä, jos potilaalla ei ole tarpeeksi tietoa ja taitoa ratkaista ongelmiaan. Tämä on vältettävissä, jos hoitajat toimivat potilaan odotusten mukaisesti vahvistamalla hänen taitojaan ja tukemalla hänen persoonallisuuden kasvuaan. (Raatikainen 1989.)

Potilaalta saatu kirjallinen lupa toimenpiteen tekemiseen antaa hänelle turvan vahingon varalle. Potilaan lupa sisältää eettisen periaatteen hyvän asian tekemisestä ja velvoittaa välttämään vahingon tuottamisen. Jos potilas esimerkiksi osallistuu vapaaehtoisesti lääketieteelliseen tutkimukseen, joka sisältää jonkinlaisen riskin, hän on vastuussa omasta päätöksestään. Tärkein eettinen periaate on antaa potilaalle autonomisuus päätöksenteossa ja vaikka hoitotoimenpiteisiin ei liittyisi riskiä, on potilaalta aina pyydettävä lupa. Luvan antamiseen liittyy rehellisen ja todellisen informaation antaminen. Potilaan ja hoitohenkilökunnan keskinäinen luottamus perustuu rehellisyyteen. (Davis & Aroskar 1991.)

Potilaan oikeus kieltäytyä hoidosta merkitsee sitä, että hänellä on oikeus kieltäytyä suunnitellusta ja myös jo aloitetusta hoidosta ilman, että se johtaa potilaan hylkäämiseen tai hoitosuhteen katkeamiseen. Kieltäytymistapauksessa on pyrittävä löytämään jokin muu lääketieteellisesti hyväksyttävä hoitotapa. Jos täysi-ikäinen potilas ei esimerkiksi tajuttomuuden tai jonkin muun seikan vuoksi kykene itse päättämään hoidostaan, on sen selvittämiseksi, mikä parhaiten vastaisi potilaan tahtoa, kuultava hänen laillista edustajaansa tai hänelle läheistä henkilöä. Näillä henkilöllä on oikeus saada tarpeelliset tiedot potilaan terveydentilasta. Jos potilaan tahdosta ei saada selvitystä, joutuu terveydenhuoltohenkilöstö arvioimaan, mikä on kulloinkin potilaan etu ja valitsemaan hoitolinjan sen mukaisesti. Tällöin potilaalle on pääsääntöisesti

annettava hänen henkeään ja terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito. Jos potilas on aikaisemmin pätevästi ilmaissut hoitoa koskevan tahtonsa, hänelle ei saisi antaa sellaista hoitoa, joka on vastoin hänen tahtoaan. Tällainen vakaa tahdonilmaisu voi olla esimerkiksi potilaan tekemä hoitotestamentti. (Kokkonen 1997.)

Itsemääräämisen taustalla on erotettavissa henkilökohtaisia ja ulkoisia tekijöitä. Henkilökohtaiseen itsemääräämiseen heijastuvia tekijöitä ovat itsemääräämisen tärkeys ihmiselle itselleen, hänen kykynsä, tunteensa ja tietonsa. Ulkoisia tekijöitä ovat yksilön saama tuki, ympäristö, resurssit ja laillisuustekijät. Itsemäärääminen esiintyy eriasteisesti itsemääräämisoikeuden puutteesta laajaan itsemääräämiseen. Esimerkiksi mielenterveyspotilaille saattaa koitua sekä itsemääräämisestä että itsemääräämisoikeuden puutteesta myönteisiä tai kielteisiä seurauksia. (Välimäki 1998.)

Ei ole eettisesti oikein, ettei ihmisten ainutkertaisuutta ja yksilöllisyyttä hyväksytä. Jokaisella ihmisellä on oikeus omaan ajatteluun, päätöksentekoon ja omaan toimintaan. Kenelläkään ei ole oikeutta pakottaa toisia tekemään valintoja oman mielensä mukaan. Jokainen ihminen on individuaalinen, ainutkertainen ja tasavertainen toisiin verrattuna. (Husted & Husted 1995.)

Itsemääräämisoikeuden vastakohta on paternalismi, joka tarkoittaa ihmisen pakottamista toimimaan tavalla, jota hän ei itse halua, mutta jonka uskotaan olevan hänelle hyväksi. Paternalistinen eli isällinen holhoava asenne tavalliseen itsenäiseen päätöksentekoon ja toimintaan kykenevää ihmistä kohtaan merkitsee hänen itsemääräämisoikeutensa kieltämistä. Paternalismin mukaan valtiolla on oikeus suojella ihmisiä heidän itse itselleen aiheuttamilta vahingoilta. Vahvemman version mukaan valtiolla on jopa oikeus ohjata ja pakottaa ihmisiä kohti heidän omaa etuaan. Ihmisten autonomian rajoittamisen tarkoituksena on vahingon estäminen ihmiselle itselleen ja tämän hyödyntäminen. Paternalismi synnyttää monia ristiriitoja, koska sen periaatetta sovelletaan vain henkisiltä kyvyiltään vajavaisiin ihmisiin, jotka eivät pysty itse tekemään päätöksiä. Toisaalta, miten olisi suhtauduttava vanhempiin, jotka kieltävät lastensa rokottamisen tai kouluun menemisen. Valtion paternalismin vaarana on se, että yksilöstä ilman valinnan vapautta ja siihen liittyviä riskejä tulee olento,

jolla ei ole arvostelukykä eikä kykyä tehdä rationaalisia valintoja. (Häyry & Häyry 1997; Sajama 1995; Martikainen 1996.)

Sovellettaessa itsenäisyyden periaatetta hoitotyöhön, ongelmaksi voi muodostua se, että potilaiden taidot ja kyvyt toimia itsenäisesti vaihtelevat sisäisten ja ulkoisten rajoitteiden mukaan. Sisäinen rajoite potilaan itsenäisyydessä tarkoittaa hänen henkisiä taitojaan, tietoisuuden tasoaan, ikäänsä ja sairauden tilaansa. Ulkoinen rajoite taas tarkoittaa sairaalaympäristöä, hoitotyön resurssien saatavuutta, taloudellisia voimavaroja ja potilaan saamaa tiedon määrää valintojaan tukemaan. Itsenäisyyden periaatetta voi olla vaikea soveltaa hoitoon silloin, kun joku hoitohenkilöstöstä uskoo, että potilaan oikeuksien kunnioittaminen ei ole potilaan parhaaksi. Tämän kaltaisessa tilanteessa joudutaan miettimään potilaan itsenäisyyden rajoja ja kriteerejä, joilla oikeutetaan paternalismi. Vaikka paternalismi on harvoin oikeutettua potilaan hoidossa, saattaa joissakin tilanteissa olla välttämätöntä sivuuttaa potilaan itsemääräämisoikeus. Tällöin hoidon toteuttamisesta saatava hyöty on suuri tai vahingon aiheuttamista voidaan välttää merkittävästi. (Fry 1997.)

Auttajan on tarkkailtava reaktioitaan ja oltava selvillä omasta näkemyksestään ongelmatilanteessa. Se ei välttämättä ole objektiivisen asiantuntijan näkemys, eikä näin ollen ole oikeampi kuin autettavan oma näkemys itsestään. Itsetarkkailusta voi seurata, että erilaisuuteen asenoidutaan suvaitsevammin ja asiakkaisiin suhtautuminen muuttuu nöyremmäksi. Auttajista ja autettavista tulee tasavertaisia ja asiakkaat ovat itse omien ongelmiansa parhaita ratkaisijoita. Auttaja toimii eettisesti oikein vain olemalla yhteistyössä autettavan kanssa. Jokaisella ongelman omaavalla yksilöllä on yhtä suuri vastuu ja oikeus päätöksentekoon. Eettisiä päätöksiä on tehtävä, mutta niitä ei saa koskaan tehdä ehdottomina eikä niin, ettei niitä voisi tarkistaa uudestaan. (Aadland 1993.)

### **3.4 Yksityisyys**

Yksityisyys tulee latinan kielestä ”privatus”, joka tarkoittaa ” itselleen kuulumista ”. Yksityisyydellä tarkoitetaan jokaisen ihmisen henkilökohtaista tilaa, johon vaikuttavat sosiaalinen tilanne ja fyysinen ympäristö. Yksityisyys voidaan nähdä tasapainona sosiaalisen vuorovaikutuksen ja yksilönä olon välillä. Yksityisyyteen kuuluu ihmisen



oma olemassaolokokemus, johon sisältyy henkilökohtainen itsensä tiedostaminen, ajatukset, tunteet ja kehollisuus. Ihminen päättää elämästään omien valintojensa kautta. (Curtin 1992; Jantunen ym. 1994; Kuuppelomäki & Hentinen 1987.)

Yksityisyys erottaa ihmisen toisista ihmisistä tehden hänet yksilölliseksi. Tämä puolestaan mahdollistaa läheisyyden, joka antaa vapauden toisten ihmisten läsnäoloon. Ihmisellä on valinnanmahdollisuus siihen, mitä haluaa ja mitä tahtoo tehdä. Yksityisyys mahdollistaa myös sen, että muut eivät sensuroi käyttäytymistään, vaan voivat olla omana itsenään. Yksityisyys lisää mielenterveyttä. Jos ihminen esimerkiksi valvoo koko ajan käyttäytymistään, muuttaa se hyvinvoinnin henkiseksi pahoinvoinniksi. Ilman yksityisyyttä, etäisyys- ja läheisyysuhteiden säätely olisi mahdotonta. Yksityisyys turvaa henkilökohtaisen arvokkuuden säilyttämisen. Jos yksilöä luettaisiin kuin avointa kirjaa, hän ei enää voisi pitää kiinni omasta minuudestaan tai tajunnallisuudestaan. Yksityisyys merkitsee lähinnä fyysistä ja psyykkistä koskemattomuutta, arvokkuuden tunteen säilyttämistä, itsemääräämistä turvaavaa riippumattomuutta, itseään koskevan tiedon kontrollointia, mahdollisuutta torjua sivullisten tunkeutuminen omaan elämään ja väliaikaista vetäytymistä sosiaalisesta kanssakäymisestä. (Mahkonen 1997.)

Downien & Calmanin (1995) mukaan ANA:n esittämissä potilaan oikeuksissa kerrotaan, että hoidettavilla on oikeus yksityiseen oman hoitotyönsä suunnitteluun, johon sisältyy potilaan konsultaatiot, tutkimukset ja hoidot. Tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia ja niitä on käsiteltävä hienovaraisesti. Potilaan lupa on pyydettävä niiden tietojen käsittelyyn, jotka eivät suoranaisesti sisällä potilaan sen hetkiseen hoitoon. Itsemääräämisoikeuden perusteella ihmisillä katsotaan oikeusvaltiossa olevan oikeus yksityisyyteen, josta on tullut henkilötietojen suojan yhteydessä tietosuojalainsäädännössä käytetty tavoitekäsite. Yksityisyys tarkoittaa yksityiselämän suojaa ja oikeutta olla yksin niin fyysisesti kuin ihmissuhteissakin. Potilasoikeudessa yksityisyyden keskeisimmät ongelmat, uhat ja toteutusvaikeudet ilmenevät eri hoitotilanteiden näkymisenä muille potilaille sekä heidän vierailleen, potilastietojen suojaamattomana käsittelynä sekä vaitiolovelvollisuuden osittaisena toteutumattomuutena. Elämme verkkoyhteiskunnassa, jossa telelääketiede on ennen kaikkea alan toimijoiden toistaiseksi vähäisen tietosuojalainsäädännön tuntemuksen sekä puutteellisen tietoturvallisuuden myötä nopeasti noussut yhdeksi potilasyksityisyyden vaaratekijäksi. (Saarenpää 2000.)

Hustedin ja Hustedin (1995) mukaan ihmisoikeus sisältää ihmisten oikeuden yksityisyyteen ja sen harjoittamiseen. Terveystieteiden tutkimuksissa potilaalla on oikeus olla suojattuna muiden ihmisten tunkeilulta ja kontaktilta. Tullessaan terveydenhuollon järjestelmään potilas ei menetä oikeuttaan yksityisyyteen vaan terveydenhuollon työntekijöiden on noudatettava sitä suojelemalla häntä. Yksityisyyden oikeuden rikkomisesta voi seurata, että potilas menettää ihmisoikeutensa. Hoitohenkilöstön työn arvot ja arvokkuus perustuvat siihen, että he tekevät työtä ihmisten kanssa, joilla on ihmisoikeus ja ihmisarvo.

Sairaalaan joutuminen muuttaa yksilön tavanomaisia elämäntapoja. Mahdollisuudet oman yksityisyyden säätelyyn vähenevät. Sairausten hoito voi aiheuttaa yksityisyyden menettämisen potilaan tilan vaatiessa jatkuvaa tarkkailua tai hoidon suunnittelussa tarvitaan henkilökohtaisia tietoja, jolloin hoidettavan henkilökohtaiseen tilaan tunkeudutaan jatkuvasti. Tällöin potilaalta puuttuu intymiteettisuoja, joka on tärkeä varsinkin tilanteissa, joissa hän joutuu paljastamaan itseään, omaa kehoaan ja henkilökohtaisia asioitaan. Potilaan kehollinen yksityisyys sisältää henkilökohtaisen koskemattomuuden, loukkaamattomuuden ja vahingoittumattomuuden. (Jantunen ym. 1994; Kuuppelomäki & Hentinen 1987.)

Jantunen ym. (1994) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta määritteli potilaan yksityisyyden hänen ”omana tilanaan”, jossa voi olla rauhassa, kuten esimerkiksi omassa vuoteessaan. Yksityisyys käsitti potilaan intymiteettisuojan, henkilökohtaiset tavarat ja vapauden päätöksentekoon. Yksityisyyttä loukkaavaksi tilanteeksi hoitohenkilökunta määritteli potilaan sijoittamisen usean potilaan kanssa samaan huoneeseen ja sellaisen tilan puutteen, jossa potilas voi halutessaan olla yksin tai rauhassa läheistensä kanssa. Tutkimuksessa näkösuojan puute rajoittaa potilaan yksityisyyttä sairaalassa. Hoidettavat kokivat yksityisyyttä loukkaavana sen, että hoitohenkilöstö koski heidän henkilökohtaisiin tavaroihin ilman lupaa. Hoitajien mielestä potilaat kontrolloivat tietoa, jota he itsestään haluavat kertoa ja sitä, kenelle haluavat kertoa. Yksityisyyden loukkauksina pidettiin nimenomaan toisten potilaiden mahdollisuutta kuulla tai nähdä potilaan henkilökohtaisia asioita, kuten useiden potilaiden potilashuoneissa, lääkärinkierroilla ja hoitotoimenpiteiden aikana potilashuoneissa.

Potilaan yksityisyys saattaa kärsiä myös siten, että potilaan asioita käsitellään julkisesti. Tällöin potilaan tietosuoja saattaa joutua uhatuksi. Osaston kuormituksen myötä potilas saattaa joutua sijoitetuksi väliaikaiseen tilaan, kuten lääkäreiden kansliaan, kylpyhuoneeseen, käytävälle tai toimenpidehuoneeseen. Hoitohenkilökunnan on kyettävä tunnistamaan ne tilanteet, jotka vahingoittavat potilaan yksityisyyttä ja vaarantavat luottamuksellisen tiedon salassa pysymisen. Henkilökohtaisen tilan ja ympäristön hallinnan puutteeseen liittyy ahtauden tunne, joka on edelleen ongelmana sairaaloissa. Potilaita joudutaan pitämään ylipaikoilla ja potilashuoneet ovat liian pieniä. Myös hoitohenkilöstön käyttäytyminen vaikuttaa potilaan yksityisyyden kokemiseen, mikä asettaa haasteita hoitotyön kehittämiseksi ja koulutukselle. (Kuuppelomäki & Hentinen 1987; Matikainen 1996.)

Luotettavuuden periaate määritellään velvollisuudeksi pitää lupaukset ja sitoumukset. Sitoumukset, jotka yleensä ajatellaan luotettavuutena, ovat välttämättömiä velvollisuuksia luottamukseen perustuvassa ihmissuhteissa kuten potilaan ja sairaanhoitajan välinen vuorovaikutus. Joskus kuitenkin voidaan tehdä poikkeuksia velvollisuudessa, jos lupauksen rikkomisella saadaan aikaa enemmän hyvää, kuin jos lupaukset pidettäisiin. Sairaanhoitaja on uskollinen potilaalle, kun hän sitoutuu pohtimaan huolellisesti sitä, mitä tietoa potilaasta on pidettävä salassa ja mistä asiasta voidaan kohtuudella puhua. Sairaanhoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen yhteydessä voidaan pohtia, milloin lupauksen pitäminen on juridisesti välttämätöntä ja milloin ei. Salassapitoon sitoudutaan ja lupaus pidetään silloin, kun se on mahdollista. Potilastietojen salassapitoa voidaan rikkoa kertomalla terveydenhuollon viranomaisille esimerkiksi lapsen hyväksikäytöstä tai kun laboratoriotutkimusten tulokset osoittavat vakavaa tarttuvaa sairautta. (Fry 1997.)

## 4 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

### 4.1 Tutkimuksia potilaan ihmisarvon kunnioittamisesta

Leino-Kilpi & Vuorenheimo (1993) ovat tutkineet selkäleikkauspotilaiden näkemyksiä hyvästä perioperatiivisesta hoidosta. Kolmekymmentä potilasta arvioi yleisesti saamaansa hoitoa hyväksi. He olivat joko erittäin tai jokseenkin tyytyväisiä hoitoonsa. Erityisen hyvänä pidettiin sitä, että hoitohenkilökunta selvitti potilaille, mitä he kulloinkin tekivät ja minkä vuoksi. Tyytymättömyys kohdistui vastaavasti hoitohenkilökunnan negatiivisena koettuun toimintaan. Hyvässä hoitamisessa potilaat kokivat tärkeäksi erilaiset hoitohenkilökunnan suorittamat huolehtimistoiminnot, erityisesti potilaan jatkuvan huomioon, rauhoittamisen ja hoitajan lähellä olon. Hoitajan toiminnan toivottiin olevan teknisesti taitavaa, luotettavaa ja potilaan kohtelun ystävällistä ja kaikille potilaille tasa-arvoista.

Riikonen (1995) selvitti potilaan ja hoitajan suhteen eettisiä valintoja hoitotyössä sekä sairaanhoitajakoulutuksen merkitystä hoitajan eettiselle toiminnalle. Tutkimukseen osallistui erään terveydenhuolto-oppilaitoksen 32 sairaanhoitajaopiskelijaa, jotka kaikki olivat naisia. Yli puolella tutkimukseen osallistuneista oli vajaa 10 vuotta työkokemusta hoitotyössä. Tutkimusaineisto kerättiin kirjallisilla esseillä ja aineiston käsittelyssä käytettiin fenomenologista menetelmää, jolla tutkimusaineistosta pyrittiin muodostamaan merkityksellisiä luokkia. Tutkimustulosten mukaan hoitotyön eettiset valinnat ovat toimintoja, joissa potilasta kuunnellaan sekä hänen mielitekojaan, halujaan ja toiveitaan huomioidaan. Eettisillä valinnoilla saatetaan kuoleva potilas matkaan rauhassa. Tutkimuksessa hoitotyön eettiset valinnat perustellaan potilaan kunnioittamisella, arvostamisella, välittämällä, hyväksymisellä, puolustamisella, itsenäistymisen tukemisella, itsemääräämisoikeudella ja turvallisuudella.

Juntunen (1996) on tutkinut potilaan yksilöllisen ja oikeudenmukaisen hoidon toteuttamista, johon kuuluivat potilaan tasa-arvoinen kohtelu, potilaan ja hoitajan vuorovaikutussuhteen laatu sekä potilaan yksityisyyden huomioiminen. Tutkimukseen osallistuivat sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilla (N = 144) hoidossa olleet täysi-ikäiset potilaat. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla. Aineiston

analysoinnissa käytettiin ristiintaulukointia. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysilla. Potilaan tasa-arvoinen kohtelu toteutui hyvin vuodeosastoilla: heitä hoidettiin tasapuolisesti ja ihmisarvoa kunnioitettiin. Potilaat arvioivat, että heitä pidettiin tasa-arvoisina yksilöinä, joita kohdeltiin samanarvoisesti yhdenmukaisissa tilanteissa. Hoitohenkilökunnalla ei kuitenkaan ollut riittävästi aikaa paneutua potilaan ohjaamiseen ja opettamiseen. Oikeudenmukaisuuden toteutumisen kannalta merkittävä puute oli potilaan vähäinen osallistuminen omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Potilaiden oikeutta yksityisyyteen loukkasivat puutteet henkilökohtaisen koskemattomuuden huomioimisessa, intimitteettisuojan säilyttämisessä ja tietojen salassapidossa.

Renholm & Suominen (2000) kuvasivat potilaiden kokemuksia saamastaan kohtelusta päivystysosastolla. Tutkimuksella haluttiin selvittää, oliko kohtelu ollut ihmisarvoa kunnioittavaa, minkälaista oli ollut hoitajien toiminta ja minkälaista tietoa potilaat olivat saaneet. Tutkimus kerättiin kyselylomakkeilla päivystysosastolta kotiutuvilta potilailta (N = 101) yhdessä yliopistollisessa keskussairaalassa. Tulosten mukaan potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja kohteluun. Heidän hoitonsa oli ollut ihmisarvoa kunnioittavaa. Tiedonsaantiin suurin osa potilaista oli tyytymättömiä. Nuoremmat potilaat kokivat vanhempia potilaita useammin, että hoitoon liittyviä asioita ei selvitetty tarpeeksi eikä heille annettu riittävästi tietoa tehtävistä tutkimuksista.

Liponkoski & Routasalo (2001) ovat tutkineet iäkkään kuntoutuspotilaan saamaa emotionaalista tukea sairaalahoitajakson aikana ja tuen antajien verkostoitumista. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelulla kuntoutusvaiheessa olevilta yli 70-vuotialta potilailta (N = 30) sairaalan kahdelta osastolta. Tutkimuksen mukaan potilaat esittivät, että heitä oli rohkaistu lauseilla, kosketuksella ja mielialan kohentamisella. He tunsivat olevansa kunnioitettuja ja arvokkaita ihmisiä. Lisäksi he saivat yksilöllistä hoitoa, mutta halusivat tasa-arvoista kohtelua. Tunteiden ilmaiseminen koettiin tärkeäksi, mutta sitä pidettiin vaikeana toteuttaa sairaalassa vieraiden ihmisten parissa. Potilaat saivat tukea omaisilta ja sairaalan henkilökunnalta. Emotionaalinen tuki lisäsi omatoimisuutta ja vaikutti hyvinvointiin.

**Taulukko 1.** Yhteenvedotaulukko ihmisarvon kunnioittamiseen liittyvistä tutkimuksista

Tutkija	Tutkimusaihe	Aineisto ja menetelmät	Tulokset
Leino-Kilpi ja Vuorenheimo 1993	Näkemyksiä perioperatiivisesta hoidosta	30 potilasta	Hoitajan toiminnan toivottiin olevan luotettavaa, ystävällistä ja kaikille potilaille tasa-arvoista.
Riikonen 1995	Potilaan ja hoitajan välisen suhteen eettisiä valintoja hoitotyössä	32 sairaan-hoitajaopiskelijaa. Essee, fenomenologinen menetelmä	Eettisiä valintoja perustellaan potilaan kunnioittamisella, arvostamisella, puolustamisella itsemääräämisoikeudella ja turvallisuudella.
Juntunen 1996	Potilaan yksilöllisen ja oikeudenmukaisen hoidon toteuttaminen	144 potilasta. Kysely, määrällinen tutkimusote	Potilasta hoidettiin tasapuolisesti ja ihmisarvoa kunnioittaen.
Renholm ja Suominen 2000	Potilaan kokemuksia saamastaan kohtelusta	101 potilasta. Kysely, määrällinen tutkimusote	Potilaan hoito oli ihmisarvoa kunnioittavaa.
Liponkoski ja Routasalo 2001	Kuntoutuspotilaan saama emotionaalinen tuki	30 potilasta. Teemahaastattelu, laadullinen tutkimusote	Potilaat tunsivat olevansa kunnioitettuja ja arvostettuja. Heitä oli rohkaistu lauseilla, kosketuksella ja mielialan kohentamisella.

## 4.2 Tutkimuksia potilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamisesta

### 4.2.1 Tutkimuksia potilaan tiedonsaannista

Jensen ym. (1993) ovat selvittäneet tutkimuksissaan, miten potilaat olivat kokeneet informaation saamisen. Tutkimuksen kohteena olivat naispotilaat, jotka olivat olleet syövän vuoksi leikkauksessa. Naisia haastateltiin kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta ja kysyttiin heidän kokemuksiaan informaation saannista. Tulosten mukaan potilaiden mielestä informaatio, joka annettiin pieninä toisiinsa liittyvinä osasina, jäi parhaiten mieleen. Kirjallisten hoito-ohjeiden antamista pidettiin erittäin tärkeänä informaation mieleen palautumisessa ja se mahdollisti myös potilaan omaisten tiedonsaannin potilaan sairaudesta. Tärkeänä pidettiin, että annettava informaatio on suunniteltu kokonaisuudeksi ja jaettu vähitellen. Näin potilaalle jää

aikaa miettiä ja pohtia saamaansa informaatiota ja tarpeen mukaan tehdä tarkentavia kysymyksiä.

Jantunen ym. (1994) ovat tutkineet sairaanhoitajien käsityksiä potilaan oikeuksien toteutumisesta sairaalassa. Tutkimuksen lähtökohtana oli potilaan asemaa ja oikeuksia koskeva laki, josta otettiin mukaan oikeus hienotunteiseen ja kohteliaaseen hoitoon, tiedonsaantiin ja itsemääräämiseen. Tutkimusaineisto koottiin kyselylomakkeilla kahden yliopistosairaalan sisätautiosastoilla. Tutkimusjoukon muodosti 142 hoitajaa, joilta saatiin takaisin 125 kyselylomaketta. Vastausprosentti oli 88 %. Aineisto analysoitiin tilastollisella menetelmällä. Tutkimuksen perusteella potilaan oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun toteutui parhaiten. Huonoiten toteutui potilaan oikeus tiedon saantiin. Kolmannes vastaajista katsoi, että potilaiden hoidossa osastoilla oli epäkohtia. Neljännos vastaajista oli sitä mieltä, että potilaiden kohtelussa oli puutteita. Vastaajista noin kolmannes oli sitä mieltä, että potilaan tiedonsaannissa oli ongelmia ja yli neljäsosan mielestä potilaiden itsemääräämisessä oli ongelmia.

McGaughey & Harrison (1994) ovat tutkineet leikkauspotilaiden saamaa tietoa potilaan pelon vähentämiseksi. Aineisto kerättiin haastattelemalla viittä leikkauspotilasta ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeisen tehohoidon jälkeen. Haastateltavien mukaan tärkeintä oli saada ymmärrettävää tietoa siitä, mitä leikkauksessa tehdään ja minkä vuoksi. Seuraavaksi tärkeintä oli saada tietoa siitä, miten omaiset voivat pitää yhteyttä potilaaseen teho-osastolla olon aikana ja itse hoitamiseen liittyvistä asioista kuten ruokailusta, nukkumisesta, peseytymisestä, suolentoiminnasta ja puudutuksen aikaisesta vuodelevosta. Potilaiden mielestä heidän saadessaan tarpeitaan vastaavaa tietoa, heidän hoitoaan koskeva päätöksenteko toteutui, kuten myös itsemääräämisoikeus.

Leinonen ym. (1996) ovat tutkineet intraoperatiivista hoitotyön laatua. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa potilaan odotuksista ja mielipiteistä kotiutumisasiheessa ja muutaman viikon kuluttua leikkauksesta. Toisena tarkoituksena oli kehittää mittari intraoperatiivisen hoidon jatkuvaan arvioimiseen. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoiduilla kyselylomakkeilla kahteen otteeseen. Ensiksi lomakkeet jaettiin potilaille kotiutumisasiheessa (N = 246) ja sen jälkeen muutaman viikon kuluttua kotiuttamisesta (N = 158). Tulosten mukaan potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa

hoitoon leikkauksen aikana. Omaa hoitoa koskevassa tiedonsaannissa koettiin ongelmia. Potilaat toivoivat saavansa henkilökunnalta jatkuvasti tietoa omasta hoidostaan ja heidän mielestään hoitohenkilökunnan olisi varmistettava, että potilas on ymmärtänyt saamansa tiedon. Olisi myös huomioitava enemmän potilaan lämpimänä pitäminen leikkauksen aikana. Potilaat vastasivat lomakkeeseen muutaman viikon kuluttua kriittisemmin kuin sairaalassa kotiutumisvaiheessa.

Otte (1996) on tutkinut potilaan odotuksia ja kokemuksia päiväkirurgiasta. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla kahdeksaa potilasta, jotka olivat olleet päiväkirurgisessa leikkauksessa. Aineiston analysoinnissa käytettiin grounded theory-menetelmää. Tulosten mukaan potilaat olivat tyytymättömiä leikkauksen suunnitteluun, aikatauluun ja kotiuttamiseen. Kaikki potilaat ilmoittivat, etteivät he olleet saaneet tarpeellista tietoa omasta päiväkirurgisesta leikkauksestaan eikä hoitohenkilökunta ollut antanut tarpeellista opetusta ja ohjausta. Heidän mielestään tärkein keino selviytyä päiväkirurgisista toimenpiteistä oli saada tarpeellinen informaatio, opetus ja ohjaus hoitohenkilökunnalta.

Watts & Brooks (1997) tutkivat, mitä tietoa potilaat tarvitsevat ennen leikkausta. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, minkälaista tietoa potilas tarvitsee pystyäkseen kokemaan hoidon itsehallinnan teho-osastolla leikkauksen jälkeen. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla potilailta (N = 43), jotka olivat olleet hoidossa leikkauksen jälkeen tehohoidossa viime vuosien aikana. Tulosten mukaan potilaat, jotka olivat saaneet tietoa tehohoidosta ennen leikkausta, pystyivät paremmin vaikuttamaan omaan hoitoonsa ja hallitsemaan kipua sekä pahoinvointia. Potilaat tiesivät mahdollisuudesta saada tarvittaessa kipulääkkeitä, mahdollisen kestokatetrin olemassaolosta leikkauksen jälkeen, alusastian tarpeellisuudesta, vierailuajoista sekä mies- ja naispotilaiden hoidosta samassa huoneessa. Ennen leikkausta annettu informaatio antoi potilaalle itsehallinnan tunteen hoidon aikana.

Westman & Backman (1997) ovat kartoittaneet potilaan näkemystä kirurgisesta sairaanhoidosta. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon yhdessä kirurgisessa yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimusaineisto kerättiin vuosina 1990 ja 1994 samoilla kyselylomakkeilla kirurgisen sairaalan kaikkien osastojen vuodepotilailta. Tulosten mukaan potilaat



olivat vuonna 1994 iäkkäämpiä, sairastivat vakavammin ja hoitoaika oli pidempi kuin vuonna 1990. Potilaiden mielestä edistymistä oli tapahtunut tiedonsaannissa ja kohtelussa. Vaikka potilaan tiedonsaanti oli parantunut, kehittämisen varaa oli edelleen. Varsinkin kirjallista tietoa olisi tarvittu enemmän kuin neljä vuotta aikaisemmin. Yleensä potilaat olivat tyytyväisiä hoitoonsa ja kokemaansa kohteluun. Tyytymättömyys kohdistui lähinnä sairaalan tiloihin, jotka olivat peruskorjauksen tarpeessa.

Lauri & Sainio (1998) ovat tutkineet rintasyöpää sairastavan potilaan hoidon kehittämistä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, minkälaista tietoa potilaat saivat hoitajalta sairaudestaan, hoidostaan ja minkälaiset kokemukset potilailla oli hoitajien toiminnasta hoitajakson aikana. Tarkoituksena oli myös arvioida, millä tavalla hoitajan antama tieto ja tuki auttoivat potilaita ymmärtämään ja sopeutumaan omaan tilanteeseensa. Tutkimus kerättiin yhden sairaalan kirurgiselta vuodeosastolta ja sädehoitoklinikalta kyselylomakkeilla rintasyöpää sairastavalta 96 potilaalta leikkauksen jälkeen. Tulosten mukaan hoidettavat ilmoittivat saavansa puutteellista informaatiota. Potilaat olisivat halunneet saada kirurgisella vuodeosastolla ollessaan enemmän tietoa syöpään liittyvistä asioista, eri hoitovaihtoehdoista, leikkauksesta, leikkauksen jälkeisestä hoidosta, kuntouttamisesta ja sairauden vaikutuksesta heidän jokapäiväiseen elämäänsä. Sädehoitoklinikalla ollessaan potilaat halusivat saada enemmän tietoa jatkohoidostaan, eri hoitomuodoista ja hoidon seurannasta. Hoitajien haasteena oli huomioida potilaiden omaisten tarpeet sekä kannustaa ja rohkaista potilaita osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun ja päätöksentekoon. Monet hoidettavista ilmoittivat, että heillä ei ollut mahdollisuutta esittää omia mielipiteitään tai ettei heidän mielipiteitään otettu tarpeeksi huomioon. Potilaat, jotka olivat hyvin informoituja oman sairautensa hoidosta, pystyivät paremmin hallitsemaan omaa hyvinvointiaan ja pitämään yllä kuntoaan ja terveyttään.

Salonen (1998) on tutkinut urologisen potilaan ja hänen omaisensa ohjausta. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää eturauhasen höyläysleikkauksessa olevan potilaan ja hänen omaisensa ohjauksen kehittämiseen. Aineisto kerättiin haastattelemalla yhdeksää eturauhasen höyläysleikkauksessa ollutta miestä ja heidän omaistaan. Tulosten mukaan potilaan ohjaus painottui sairaalaan tulopäivään ja lähtöpäivään. Kirjalliset esitteet olivat sairaanhoitajan suullisen

ohjauksen tukena. Kotiinlähtöpäivänä potilaat saivat paljon hoidon jatkuvuuteen liittyviä ohjeita. Yksilölliset ohjeet kotiutumispäivänä jäivät vähäisiksi sairaanhoitajan kiireen vuoksi. Tutkimukseen osallistuneiden omaisten ohjaus oli riittämätöntä. Omaiset toivoivat sairaanhoitajien ottavan yhteyttä heihin. He olisivat halunneet olla läsnä sekä sairaalaan tulovaiheessa että kotiuttamisvaiheessa niin, että olisivat saaneet tietoa potilaan hoidosta ja sen eri vaiheista. Päivittäisiä toimintoja koskevia ohjeita oli vähän eikä niitä perusteltu. Omaisten näkemyksen mukaan heidän asemansa potilaan kotihoidon vaiheessa oli merkittävä. Omaiset kannustivat potilaita noudattamaan hoito-ohjeita ja näin tukivat potilaan omatoimisuutta ja leikkauksesta toipumista.

Tikka (1998) on tutkinut nuorten miesten odotuksia ja kokemuksia lyhythoitaisen ortopedis-traumatologisen kirurgian potilaina. Tutkimusaineisto kerättiin kahdesta pääkaupunkiseudun sairaalaysiköistä teemahaastatteluilla ja kyselylomakkeilla. Tutkimusjoukon muodosti (20) nuorta miestä. Tutkimustulokset osoittivat useimpien potilaiden haluavan tietää, koska heidät leikataan, mitä heille tehdään ja kuinka nopeasti he toipuvat entiselleen. Potilaat kertoivat saaneensa tärkeinä pitämistään asioista tietoa ja ohjausta sekä ilmoittivat, että he osallistuivat vähäisesti hoitonsa suunnitteluun. Vain muutamat heistä olivat voineet itse vaikuttaa leikkauksen ajankohtaan. Vähiten he tarvitsivat erityistä tukea toiminnalliseen selviytymiseen sairaalassa, koska heidän mielestään sairaalaoloaika oli niin lyhyt.

Hankela (1999) on tutkinut lonkan tekonivelleikkauspotilaita eri aikoina. Tutkimusaineisto kerättiin 40 potilaalta eri aikoina tehdyistä 60 haastattelusta ja videoaineiston (6h) analysoinnista. Tutkimuksessa käytettiin grounded theory-menetelmää. Sisäinen turvattomuus liittyi tekonivelleikkauksen luonteeseen. Ulkoisen turvallisuuden ja turvattomuuden kokemukset olivat yhteydessä itsemääräämisoikeuteen ja leikkauksosastoon hoitoympäristönä. Ulkoista turvallisuutta lisäsi potilaiden aktiivinen rooli, osallistuminen ja tiedon saanti. Potilaiden kokemaa interpersonaalista turvattomuutta lisäsivät hoitohenkilökunnan epäinhimillinen toiminta, välinpitämättömyys, kiire ja näkemys passiivisesta hoidon vastaanottajasta. Epävarmat potilaat, joiden selviytymisvoimavarat olivat lisäksi heikot, kohdistivat voimavaranansa siihen, että he hallitsivat tunteensa ja käyttäytymisensä leikkauksen aikana. Usein he eivät nähneet muuta selviytymiskeinoa kuin alistumisen, passiivisen roolin omaksumisen ja vetäytymisen. Vahvat potilaat puolestaan osallistuivat

aktiivisesti ja vaikuttivat rohkeasti leikkauksen aikana ja heidän selviytymisensä perustana oli luottamus itsekontrolliin sekä tunteen ja käyttäytymisen hallintaan.

Kanerva ym. (1999) ovat tutkineet aikuisten lyhythoitoisten kirurgisten potilaiden tiedonsaantia. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla neljästä eri aluesairaalasta. Kussakin sairaalassa kyselylomake annettiin 50 kotiutuvalla lyhythoitoiselle kirurgiselle potilaalle. Tulosten mukaan suurin osa kirurgisista potilaista oli saanut riittävästi tietoa terveydentilastaan, leikkauksen merkityksestä ja leikkauksen eduista. Potilaista neljännes ilmoitti jääneensä vaille riittävää tietoa mahdollisista riskeistä ja käytetyn anestesian eduista. Selvästi huonoimmin potilaat olivat ymmärtäneet saamansa tiedon käytetyn anestesian eduista, haitoista ja mahdollisista hoitovaihtoehdoista. Tutkimuksessa tuli myös ilmi, että potilaat eivät kyenneet arvioimaan kaikkea saamaansa tietoa. Osa potilaista antoi hoitohenkilökunnan tehdä ratkaisut puolestaan sairaalassaoloaikana, vaikka heillä olisi ollut mahdollisuus osallistua hoitoa koskevaan suunnitteluun ja päätöksentekoon.

Leino-Kilpi ym. (1999) ovat tutkineet kirurgisen hoitotyön laadun kehittämistyötä ja sen avulla saavutettuja tuloksia. Tutkimuksen tarkoituksena oli luoda lähtökohtia tuleville tarpeille. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla sairaalassa vuosina 1988 – 1998 olleilla kirurgisille potilaille. Tutkimuksen mukaan potilaiden mielestä parhaiten hoitoon liittyvistä toiminnoista toteutui palvelualtis suhtautuminen potilaiden pyyntöihin, toimenpiteiden toteuttaminen ammattitaitoisesti ja potilaiden huomioiminen ihmisenä. Heikoimmin puolestaan toteutui ohjauksellisiin toimintoihin sisältyvä kirjallisen materiaalin antaminen potilaille, päätöksentekotoimintoihin sisältyvä hoidon arviointi sekä hoidon ennusteesta ja tuloksista keskusteleminen yhdessä hoidettavan kanssa. Potilaat kokivat myös, että heille annettu aika oli vähäinen. Erityisesti lääkäreillä oli vähemmän aikaa potilaiden hoitoon kuin hoitajilla. Palvelualtis suhtautuminen omaisten pyyntöihin ja toiveisiin toteutui hyvin, mutta potilaan hoitoa koskevia asioita oli selvitetty ja omaisille jaettu kirjallista materiaalia heikosti.

Perälä ym. (1999) ovat tutkineet yhteistyötä keskussairaalassa kirurgisten potilaiden omaisten arvioimana. Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia omaisten käsityksiä yhteistyösuhteesta hoitotyön henkilöstön ja lääkärin kanssa sekä potilaan hoitoa

koskevan tiedon riittävydestä. Lisäksi selvitettiin omaisten tyytyväisyyttä potilaan hoitoon. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla yliopistollisen keskussairaalan kuuden kirurgisen osaston potilaiden omaisilta (N = 413). Tulosten mukaan noin puolet omaisista ilmoitti saaneensa potilaan hoidon aikana riittävästi tai lähes riittävästi tietoa sairaudesta, terveydestä, hoitotoimenpiteistä, lääkityksestä, tutkimuksista ja jatkohoidosta. Omaiset olivat saaneet riittämättömästi tietoa jatkohoidosta ja kuntoutuksesta. Nuoret ja pitkän koulutuksen saaneet olivat tyytymättömiä potilaan hoitoon sekä yhteistyöhön hoitotyön henkilöstön ja lääkärin kanssa.

Pateman & Johnson (2000) ovat tutkineet eturauhasen höyläyksessä olleiden miesten kokemuksia kolme kuukautta leikkauksen jälkeen. Aineisto kerättiin haastattelemalla 13 potilasta. Aineiston analysoinnissa käytettiin laadullista fenomenologista lähestymistapaa. Tulosten mukaan potilaat pitivät tärkeänä saada tietää, mitä tehdään ja minkä vuoksi. Potilaiden mielestä hoitohenkilökunnan olisi kerrottava oma-aloitteisesti leikkauksesta ja mahdollisista komplikaatioista, jolloin potilas voisi valita, millaista tietoa ja ohjausta hän tarvitsee. Tutkimuksessa osa potilaista pelkäsi informaation puutteen vuoksi seksuaalisen toiminnan vähentymistä höyläysleikkauksen jälkeen. Pelon vähentämiseksi hoitajien olisi annettava oikeaa informaatiota potilaille.

**Taulukko 2.** Yhteenvedotaulukko potilaan tiedonsaantiin liittyvistä tutkimuksista

Tutkija	Tutkimusaihe	Aineisto ja menetelmät	Tulokset
Jensen ym. 1993	Potilaan kokemuksia informaation saannista	Naispotilaat. Haastattelu, sisällön analyysi	Kirjallisten hoito-ohjeiden antamista ja vähitellen jaettava tietoa potilaan sairaudesta potilaat pitivät tärkeinä
Jantunen ym. 1994	Sairaanhoitajien käsityksiä potilaan oikeuksien toteutumisesta sairaalassa	125 sairaanhoitajaa. Kysely, tilastollinen analyysi	Potilaan oikeus tiedon saantiin toteutui huonosti.
McGaughey ja Harrison 1994	Leikkauspotilaiden tiedon saantia potilaan pelon vähentämiseksi	5 potilasta. Haastattelu, sisällön analyysi	Potilaiden mielestä saadessaan tarpeitaan vastaavaa tietoa hoitoihin liittyvä pelko väheni ja mahdollisesti heidän hoitoaan koskevan päätöksenteon. ja sairauden kanssa elämisestä.

Tutkija	Tutkimusaihe	Aineisto ja menetelmät	Tulokset
Leinonen ym 1996	Intraoperatiivinen hoitotyön laatu	404 potilasta. Kysely, tilastollinen analyysi	Potilaat kokivat hoitoa koskevassa tiedonsaannissa ongelmia erityisesti tiedon ymmärtämisessä.
Otte 1996	Potilaan odotukset ja kokemukset päiväkirurgiasta	8 potilasta. Vapaa haastattelu, grounded theory menetelmä	Potilaat ilmoittivat, etteivät he olleet saaneet tarpeellista tietoa omasta leikkauksestaan eikä henkilökunta antanut opetusta ja ohjausta.
Watts ja Brooks 1997	Potilaan tarvitsema tieto ennen leikkausta	43 potilasta. Kysely, tilastollinen analyysi	Potilaat, jotka olivat saaneet tietoa hoitoon liittyvistä asioista ennen leikkausta, pystyivät paremmin vaikuttamaan omaan hoitoonsa ja hallitsemaan kipua sekä pahoinvointia.
Westman ja Backman 1997	Potilaan näkemys kirurgisesta sairaanhoidosta vuosina 1990 ja 1994	236 potilasta. Kysely, tilastollinen analyysi	Potilaiden mielestä edistymistä tapahtunut tiedonsaannissa ja kohtelussa vertailtaessa vuosia 1990 ja 1994, mutta kirjallista tietoa olisi tarvittu enemmän kuin neljä vuotta aikaisemmin.
Lauri ja Sainio 1998	Rintasyöpää sairastavan potilaan hoidon kehittäminen	96 naispotilasta. Kysely, tilastollinen analyysi	Potilaat olisivat halunneet saada enemmän tietoa syöpään liittyvistä asioista, hoitovaihtoehdoista, jatkohoidosta, kuntouttamisesta
Salonen 1998	Urologisen potilaan ja hänen omaisensa ohjaus	9 potilasta ja heidän omaisensa. Haastattelu, sisällön analyysi	Potilaan yksilölliset ohjeet kotiutumispäivänä jäivät vähäisiksi hoitajan kiireen vuoksi. Omaiset kokivat ohjauksensa vähäiseksi ja toivoivat lisää osallistumista potilaan hoitoon.
Tikka 1998	Nuorten miesten odotuksia ja kokemuksia lyhythoitosisessa ortopedis-traumatologisessa hoidossa	20 potilasta. Teemahaastattelu, kysely, määrällinen ja laadullinen tutkimusote	Potilaat pitivät tärkeänä saada tietoa ja ohjausta omasta hoidostaan ja he ilmoittivat, että osallistuivat vähäisesti hoidon suunnitteluun
Hankela 1999	Lonkan tekonivel-leikkauspotilaita eri aikoina	40 potilasta. Haastattelu ja videointi, grounded theory menetelmä	Ulkoista turvallisuutta lisäksi potilaan aktiivinen rooli, osallistuminen ja tiedonsaanti

Tutkija	Tutkimusaihe	Aineisto ja menetelmät	Tulokset
Kanerva ym. 1999	Aikuisten lyhythoitosten kirurgisten potilaiden tiedonsaanti	200 potilasta. Kysely, tilastollinen analyysi	Potilaat olivat saaneet riittävästi tietoa terveydentilastaan, leikkauksen merkityksestä ja sen eduista. Potilaat eivät kyenneet arvioimaan kaikkea saamaansa tietoa.
Leino-Kilpi ym. 1999	Kirurgisen hoitotyön laadun kehittämistyö vuosina 1988-1998	Kirurgisen sairaalan 886 potilasta. Kysely, tilastollinen analyysi	Potilaan hoidossa toteutui heikosti hoitoon liittyvän kirjallisen materiaalin antaminen ja selittäminen sekä keskusteleminen hoidon arvioinnista, ennusteesta ja tuloksista.
Perälä ym. 1999	Yhteistyö kirurgisen potilaan omaisten arvioimana	413 potilaan omaista. Kysely, tilastollinen analyysi	Puolet potilaan omaisista ilmoitti saaneensa riittävästi tietoa potilaan sairaudesta ja hoidosta. Riittämättömästi tietoa potilaan omaiset olivat saaneet jatkohoidosta ja kuntoutuksesta.
Pateman ja Johnson 2000	Potilaan kokemuksia eturauhasen höyläysleikkauksesta	13 miespotilasta. Haastattelu, fenomenologinen tutkimusote	Potilaan mielestä hoitohenkilökunnan olisi kerrottava oma-aloitteisesti hoidon komplikaatioista. Potilaalle annettu informaatio vähensi pelon tunnetta.

#### 4.2.2 Tutkimuksia potilaan osallistumisesta päätöksentekoon

Leino-Kilpi ym. (1993) ovat tutkineet sairaalapotilaan oikeuksia ja niiden toteutumista Satakunnan keskussairaalassa potilaiden ja hoitajien näkökulmasta. Tutkimukseen, jossa oli kaksi tutkimus- ja vertailuosastoa, osallistui 100 potilasta ja 77 hoitajaa. Hoitohenkilökunnalle suunnattiin opetusinterventio, jolla pyrittiin edistämään potilaiden ja hoitotyöntekijöiden yhteistä päätöksentekoa, potilaan autonomiaa ja itsemääräämisoikeutta. Mittauksessa käytettiin viittä erilaista kirjallista kyselyä kokeilun alussa ja lopussa. Tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijät korostivat sekä tutkimus- että vertailuryhmässä potilaiden oikeuksia kaikilla tarkastelluilla alueilla, joskin vertailuryhmän asenteet muuttuivat kokeilun kuluessa vielä

myönteisemmiksi. Suurin osa sekä tutkimus- että vertailuryhmän hoitotyöntekijöistä ilmoitti kysyvänsä potilaan mielipidettä ennen päätöksentekoa. Kokeneempien hoitajien mielestä potilaat olivat osallistuneet päätöksentekoon useammin kuin vähemmän kokemusta omaavien hoitajien mielestä. Potilaat olivat varsin tyytyväisiä hoitoonsa sekä tutkimus- että vertailuryhmässä, mutta yksityiskohdittain tarkasteltuna oikeus tiedonsaantiin toteutui muita osa-alueita heikommin.

Virta (1993) on tutkinut kirurgisten sairaalapotilaiden tyytyväisyyttä hoitoon. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden tyytyväisyyttä hoitohenkilökunnan tekniseen osaamiseen, ohjaukseen ja potilas-hoitaja-suhteen luonteeseen. Tutkimusaineisto koottiin kyselylomakkeella yhden kaupungin sairaalan kirurgian kolmesta yksiköstä. Tutkimukseen osallistui 175 potilasta. Analyysi suoritettiin käyttäen CSS-tietojenkäsittelyohjelmaa. Vastanneista kaikki olivat tyytyväisiä hoitajien yleiseen ammattitaitoon. Kuitenkin myös tyytymättömyyden aiheita ilmeni. Potilaista 69 % koki saavansa yksilöllistä hoitoa, lähes neljännes koki hoitohenkilökunnan kohtelevan potilaita holhoavasti ja viidennes vastanneista koki itsensä tapaukseksi eikä ihmiseksi. Lisäksi potilaat olivat tyytymättömiä tiedon määrään ja hoitajien tapaan selvittää asioita potilaille. Heidän vaikuttamismahdollisuus omaan hoitoonsa ei myöskään ollut itsestäänselvyys.

Juvonen & Lauri (1994) ovat tutkineet uusien syöpäpotilaiden tiedonsaantia ja osallistumista omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää syöpäpotilaiden tiedonsaantia ja tiedontarvetta sairaudestaan ja hoidostaan. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla yhden yliopistollisen sairaalan sädehoito-osastolta neljän kuukauden aikana. Tutkimukseen osallistui 75 potilasta. Tutkimuksen mukaan suurin osa potilaista oli saanut tietoa sairauttaan ja hoitoaan koskevissa asioissa, mutta noin puolet heistä ilmoitti tarvitsevansa enemmän tietoa. Suurin tiedontarve kohdistui vaihtoehtoisiin hoitomuotoihin, sairauden ennusteeseen, oikeusturvaan ja hoitoajan pituuteen vaikuttaviin tekijöihin. Alle puolet potilaista oli tietoisia mahdollisuuksistaan osallistua hoitonsa suunnitteluun. Potilaista 78 % halusi jättää hoitoaan koskevat päätökset hoitohenkilökunnalle. Potilaat, jotka olivat saaneet tietoa omasta hoidostaan, kokivat muita useammin itsellään olleen mahdollisuuksia hoitoon osallistumiseen. He eivät kuitenkaan saaneet mahdollisuutta

osallistua hoitoon. Lähes kaikki potilaat olivat kuitenkin sitä mieltä, että heillä oli mahdollisuus tarpeen mukaan keskustella hoitajien ja lääkärin kanssa.

Kurittu & Leino-Kilpi (1994) ovat tutkineet potilaiden käsityksiä oikeuksiensa toteutumisesta sairaalassa. Lisäksi haluttiin selvittää, miten tietoisia potilaat olivat edellä mainittuun lakiin sisältyvistä asioista. Tutkimusaineisto koottiin kyselylomakkeilla kahden yliopistosairaalan sisätautien vuodeosastoilta. Tutkimukseen osallistui 204 potilasta. Tutkimustulosten mukaan kolmannes tutkittavista potilaista tiesi mielestään riittävästi oikeuksistaan sairaalassa. Potilaiden vastauksista yleisin oli maininta oikeudesta mahdollisimman hyvään hoitoon ja oikeus saada korvausta hoitovirheen sattuessa. Oikeudesta tiedon saannissa tärkeimmäksi katsottiin oikeus tietää sairauden laatu. Itsemääräämisoikeudesta yleisin maininta oli oikeus sanoa oma mielipiteensä ja tulla kuulluksi ennen hoitopäätöksiä sekä oikeus kieltäytyä hoidosta. Oikeuksista haluttiin yleisimmin tietoa hoitajilta sairaalassaolon aikana. Lähes 70 % potilaista piti tiedon saantiaan riittävänä. Eniten lisätietoa haluttiin tutkimus- tai koetuloksista sekä lääkitykseen liittyvistä asioista. Yli puolet vastaajista oli mielestään saanut riittävästi osallistua omaan hoitoonsa. Potilaat tiesivät melko vähän potilaslakiin sisältyvistä asioista. Parhaiten tunnettiin mahdollisuus kieltäytyä opetuspotilaana olost ja henkilökunnan potilastietojen salassapitovelvollisuudesta.

Suominen (1994) selvitti rintasyöpäpotilaiden kokemuksia hoidostaan ja miten ne erosivat hoitajien näkemyksistä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten potilaat ja hoitajat kuvaavat tiedonsaantia hoitajakson aikana, mitkä asiat olivat merkityksellisiä tuen saannin kannalta ja millä tavalla he kuvaavat potilaan mahdollisuuksia ja kykyä osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Tutkimus kerättiin kyselylomakkeilla rintasyöpäleikkauksen kokeneelta 109 potilaalta ja rintasyöpäpotilaita hoitavalta 125 sairaanhoitajalta ja röntgenhoitajalta. Tutkimustulosten mukaan rintasyöpäleikkauksen kokeneet potilaat eivät olleet saaneet riittävästi tietoa leikkauksesta ennen sairaalaantuloa. Hoitajat eivät välttämättä tietäneet, minkälainen tieto hyödyttäisi potilasta. Osa hoitajista välitti tietoa potilaalle rutiininomaisesti selvittämättä laajemmin potilaan todellista tiedon tarvetta. Osa hoitajista ei kokenut tiedon välittämisen olevan heidän tehtävänsä ja että potilaat olivat huonosti informoituja sairaalassa ollessaan. Suurin osa potilaista koki, ettei



heitä hoitonsa aikana kohdeltu yksilöinä, ei rohkaistu, heille ei puhuttu, heitä ei kuunneltu, eikä kokemuksia jaettu heidän kanssaan eikä heitä lohdutettu. Hoitajista yli puolet totesi, etteivät he jaa potilaan kanssa tämän kokemuksia. Viidesosa hoitajista vastasi, etteivät he hoitaessaan koe puhuvansa tarpeeksi potilaidensa kanssa eivätkä myöskään rohkaise heitä. Potilaat kokivat, että käytännön hoitotilanteessa heille tarjotaan vähän mahdollisuuksia päätöksentekoon. Sekä potilaiden että hoitajien mielestä potilailla olisi voimavaroja osallistua tehokkaammin hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon kuin mitä sillä hetkellä osallistuttiin.

Löfman (1995) on tutkinut kirurgisten potilaiden tietoa itsemääräämisoikeuden toteuttamisesta hoitotyössä sekä kuvaa itsemääräämisoikeuden kokemista ja merkitystä potilaiden näkökulmasta. Tutkimusaineisto koottiin 19 kirurgiselta potilaalta avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella, jota täydennettiin teemahaastattelulla. Analyysissä käytettiin Colaizzin (1978) kuvailevaan tietoon perustavaa fenomenologista analyysimenetelmää. Tutkimuksen keskeisinä tuloksina oli potilaan saama tieto itseään koskevista asioista. Potilaiden mielestä itsemääräämisoikeus toteutuu hoitotyössä, kun hoitohenkilökunta suhtautuu myönteisesti heidän tarpeisiinsa ja kun he pystyvät osallistumaan omaan hoitoonsa ja luottavat hoitohenkilökuntaan. Potilaiden mielestä itsemääräämisoikeuden toteuttaminen oli tärkeää pyydettyä lupa omien tietojen antamiseen ja hoitoon suostumiseen. Jotkut potilaat kokivat, etteivät he saaneet osallistua omaa hoitoa koskeviin päätöksiin, eivätkä he saaneet tarpeeksi tietoa hoitovaihtoehdoista, eikä heidän fyysisiä tarpeitaan ja toivomuksiaan huomioitu. Oikeus luvanvaraiseen hoitoon jäi usein toteuttamatta.

Eriksson (1997) on tutkinut ikääntyneen potilaan oikeuksien toteutumista sairaalassa omaisten näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa potilaiden omaisten käsityksiä potilaan oikeuksien toteutumista sairaalassa. Tutkimukseen osallistui 111 ikääntyneen potilaan omaista yhdessä terveyskeskuksen sairaalassa viidellä sisätautien vuodeosastolla. Tutkimustulosten mukaan ikääntyneiden potilaiden oikeudet toteutuivat kohtalaisesti. Vastaajista yli puolet oli sitä mieltä, että potilaat olivat tyytyväisiä hoitoonsa ja kohteluunsa. Tiedon saanti ei kaikilta osiltaan ollut riittävää. Potilaita oli informoitu eniten terveydentilasta ja lääkityksestä. Omaiset olivat vastaavasti saaneet parhaiten tietoa potilaan sairaudesta. Potilaat ja heidän

omaisensa kaipasivat lisätietoa potilaan sairauden eri hoitovaihtoehtoista. Suurin osa vastaajista koki, että hyviin hoitotuloksiin pääseminen vaatii myös potilaan omaa aktiivisuutta. Omaiset eivät mielestään saaneet riittävästi osallistua potilaan hoitoon. Lähes puolet vastaajista oli epä tietoisia siitä, olisivatko potilaat voineet vaikuttaa hoitoonsa mielipitein ja toivomuksin tai kieltäytyä hoidosta.

Pekurinen ym. (1997) ovat tutkineet asiakkaiden valinnanvapauden toteutumista Suomen terveydenhuollossa. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja tutkimukseen osallistui 1517 potilasta. Tutkimuksen mukaan potilaan oikeuksien toteuttamisessa oli suuria eroja julkisten terveyskeskusten, sairaaloiden ja yksityisen sektorin välillä. Potilaan oikeudet toteutuivat parhaiten yksityisellä sektorilla. Haastateltavien mielestä terveydenhuollon palvelujen käyttöön, tiedonsaantiin ja muistutuksen tekemiseen liittyvät potilaan oikeudet toteutuivat sangen hyvin. Valinnanvapauteen liittyvät oikeudet toteutuivat kaikkein heikoimmin. Vain oikeus kieltäytyä hoidosta toteutui potilaiden mielestä hyvin. Tärkeimpinä asioina pidettiin sitä, että potilas pääsee hoitoon silloin, kun on tarve ja häntä informoidaan riittävästi sairaudestaan, sairauden vaatimista toimenpiteistä, hoitovaihtoehtoista ja niiden todennäköisestä tuloksesta, jatkohoidosta ja että häntä kohdellaan hyvin.

Guadagnolin & Wardin (1998) ovat selvittäneet aikaisempien tutkimusten perusteella, pystyvätkö potilaat osallistumaan täyspainoisesti omaan hoitoonsa, minkälaiset suunnitelmat auttavat potilasta osallistumaan päätöksentekoon ja millä tavalla potilaiden erilaisuus vaikuttaa oman hoidon päätöksentekoon. Aineisto kerättiin 29 aikaisemmasta tutkimuksesta vuosilta 1974 – 1996, jotka liittyivät potilaiden oman hoidon päätöksentekoon. Tutkimuksen mukaan potilaat halusivat ensisijaisesti olla tietoisia erilaisista hoitovaihtoehtoista ennen kuin he osallistuivat oman hoidon vaihtoehtoja koskevaan päätöksentekoon. Potilaan oman hoidon ”oikea” valinta riippuu henkilökohtaisista haluista. Muutamat potilaat eivät olleet valmiita osallistumaan oman hoitonsa päätöksentekoon, mutta tämä ei oikeuta lääkäreitä päättämään heidän puolestaan paternalistisesti. Tutkimuksessa todettiin, että on olemassa erilaisia potilaita, joilla on erilaiset tarpeet ja halut, jotka olisi otettava huomioon potilaan päätöksenteossa. Hoitohenkilökunnan olisi kartoitettava potilaiden valmiusasteet osallistumisesta oman hoidon päätöksentekoon ja sen mukaan kannustaa heitä.

Teeri ym. (1998) ovat tutkineet omaisten käsityksiä dementoituneiden potilaiden oikeuksien toteutumisesta laitoshoidossa. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla dementoituneiden potilaiden omaisilta (N = 90) yhdessä sairaalassa ja vanhainkodissa. Tulosten mukaan omaisten mielestä parhaiten toteutui potilaan oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun. Omaisten mukaan potilaat saivat tietoa melko hyvin. Puutteena tiedonsaannissa oli se, ettei hoitohenkilökunta antanut omaisille potilasta koskevia tietoja oma-aloitteisesti. Omaiset olivat eniten epätietoisia potilaan oikeudesta itsemääräämiseen. Alle puolet omaisista ei osannut sanoa, voivatko he vaikuttaa mielipiteillä ja toivomuksilla potilaan hoitoon ja yli puolet ei tiennyt, voiko potilas kieltäytyä hoidosta.

Välimäki (1998) on tutkinut psykiatrisen potilaan itsemääräämistä. Tutkimuksella pyrittiin lisäämään itsemääräämiseen liittyvää teoreettista tietoa ja mahdollisuuksia soveltaa sitä käytäntöön. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa kuvattiin hoitohenkilökunnan käsityksiä psykiatrisen potilaiden itsemääräämisoikeudesta. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla psykiatrisen sairaalan neljällä pitkäaikaisosastolla työskenteleviltä hoitajilta (N = 127). Toisessa vaiheessa tutkimusjoukkona olivat sekä sairaala- että avohoidossa olevat yhden psykiatrisen organisaation psykiatriset potilaat (N = 72). Aineisto kerättiin haastatteluilla. Tutkimuksen kolmannessa vaiheessa kuvattiin käsityksiä itsemääräämisestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla psykiatrisilta potilailta (N = 277) ja hoitajilta (N = 231). Tutkimustulosten mukaan itsemääräämiseen vaikuttavat esimerkiksi potilaan sairauden laatu ja halu toimia aktiivisesti omassa hoidossaan. Itsemääräämistä voivat rajoittaa hoitoympäristön resurssien niukkuus, normit ja säännöt. Psykiatristen potilaiden ja hoitajien käsitykset itsemääräämisestä erosivat toisistaan. Potilaat pitivät itsemääräämistään tärkeimpänä asiana ja olivat halukkaampia käyttämään sitä ja arvioivat itsellään olevan enemmän mahdollisuuksia vaikuttaa hoitoonsa kuin hoitajat olettivat. Samoin potilaat ilmoittivat itsellään olevan enemmän tietoa sairaudestaan, hoitoon liittyvistä kysymyksistä ja hoidon arvioinnista kuin hoitajat arvioivat. Toisaalta hoitajat kuvasivat tukevansa potilaiden itsemääräämistä enemmän kuin potilaat arvioivat.

Suhonen ym. (1999) ovat tutkineet yksilöllistä hoitoa potilaan kokemana. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, otetaanko potilaan yksilöllisyys huomioon ja

mahdollistetaan itsemäärääminen. Aineisto koottiin yksilöllisellä hoidon mittarilla 209 sairaalasta kotiutuvalta aikuispotilaalta. Vastanneiden mielestä itsemäärääminen mahdollistui melko hyvin. Potilaat pystyivät keskustelemaan hoitajien kanssa sairauteen liittyvistä tuntemuksistaan. Puutteita esiintyi potilaiden mahdollisuudesta keskustella hoitajan kanssa peloistaan ja huolistaan, sairauden vaikutuksista ja merkityksestä elämään. Vajaa puolet potilaista oli epävarmoja siitä, ovatko hoitajat tiedustelleet potilaan halua osallistua hoidon suunnitteluun ja olivatko he rohkaisseet tekemään hoitoa koskevia ehdotuksia. Huonoimmin huomioitiin potilaiden omaisten mukanaolo hoidon suunnitteluun ja potilaiden kulttuuriin liittyvät asiat. Pieni osa potilaista oli sitä mieltä, että paras on antaa hoitohenkilöstön päättää potilaan hoidosta.

Merakau ym. (2001) ovat tutkineet potilaan tyytyväisyyden toteutumista potilaan oikeuksien mukaan. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millä tavalla potilaan oikeudet ovat toteutuneet jokapäiväisessä potilaan hoidossa kuudessa kreikkalaisessa keskussairaalassa. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja strukturoidulla haastattelulla kirurgisilla osastoilla hoidossa olleilta potilailta (N = 600). Tutkimuksen mukaan suurin osa potilaista ei tiennyt selvästi omista potilaan oikeuksistaan. Suurinta osaa potilaista oli informoitu omista sairauksistaan, hoitotoimenpiteistä ja annettu informaatio oli ollut ymmärrettävää. Myös suurin osa lääkäreistä oli vastannut heidän tekemiinsä kysymyksiin. Hieman yli puolet potilaista oli pystynyt päättämään omasta hoidostaan ja alle puolet oli antanut lääkärille mahdollisuuden päättää heidän puolestaan. Kaksi kolmasosaa potilaista oli saanut sairautta koskevaa tietoa ja pystyi tekemään omaa hoitoa koskevia päätöksiä ja piti tärkeänä luottamusta hoitoonsa. Vajaa kaksi viidesosaa potilaista uskoi, että heidän luottamustaan hoitohenkilökuntaan oli kunnioitettu.

Ojala (2001) on tutkinut tietoista suostumusta, autonomiaa ja yksityisyyttä potilaiden ja hoitohenkilökunnan määrittelemänä Suomessa, Saksassa ja Isossa - Britanniassa. Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida käsitteitä tietoinen suostumus, autonomia ja yksityisyys. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla kolmessa maassa kolmelta eri potilasryhmältä (N = 205) ja heidän hoitajiltaan (N = 178). Potilaiden ja hoitajien käsitysten mukaan autonomia edellyttää tietoa ja sen ymmärtämistä, vapaaehtoisuutta, kykyä tehdä päätöksiä ja yksityisyyttä. Molemmat ryhmät esittivät, että toimintoina

olivat oma päätös, kieltäytyminen sekä jonkun muun päätös. Sekä tietoisien suostumuksen että autonomian kohteeksi määriteltiin hoitoon ja päivittäisiin toimintoihin liittyvät asiat. Yksityisyys on mahdollistettava sairaalassa, mutta sitä rajoittavat sekä sairaalan tilat että muut potilaat. Yksityisyys sai määritelmässä erilaisia muotoja, kuten oma alue, itseä koskevan tiedon hallinta, oma rauha, yksilöllisyys, oma päätös sekä yksityisyyden huomioiminen ja kunnioittaminen.

Välimäki ym. (2001) ovat tutkineet potilaan autonomiaa kirurgisessa hoidossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja verrata kirurgisten potilaiden ja hoitajien näkemyksiä potilaan autonomiaan liittyvistä odotuksista ja autonomian toteutumisesta. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla yhden yliopistollisen sairaalan kirurgisen vuodeosaston potilailta (N = 190) ja hoitajilta (N = 141). Tutkimuksen mukaan potilaiden tiedonsaanti ja päätöksenteko toteutuivat sairaalassa melko hyvin. Potilaiden ja hoitajien odotukset erosivat toisistaan. Mitä iäkkäämpi ja kokeneempi hoitaja oli, sitä todennäköisemmin hän oletti, että potilaat odottivat saavansa tietoa omasta hoidostaan. Mitä pidemmän aikaa potilas oli ollut sairaalassa ja mikäli hänet oli leikattu sairaalahoidon aikana, sitä todennäköisemmin hänellä oli päätöksentekoon kohdistuvia odotuksia. Mitä enemmän potilaille oli tehty hoitotoimenpiteitä, sitä harvemmin he arvioivat hoitajien antaneen heille mahdollisuuden tehdä hoitoaan koskevia päätöksiä. Hoitajat uskoivat potilaita useammin potilaiden tehneen omaa hoitoa koskevia päätöksiä.

Mäki & Valkonen (2002) ovat tarkastelleet tutkimuksessaan potilaan itsemääräämistä ja osastonhoitajan toimintaa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää itsemääräämisoikeuden toteuttamista potilaiden kokemuksina ja osastonhoitajien käsityksinä sekä osastonhoitajien käsityksiä johtamistoiminnastaan. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla kuuden eri sairaalan sisätautien ja kirurgian osaston potilailta ja osastonhoitajilta. Kyselyyn vastasi 266 potilasta ja 45 osastonhoitajaa. Tutkimuksen mukaan potilaan tiedonsaanti omaehtoisesta toiminnasta ja vapaudesta toteutuivat melko hyvin potilaiden mukaan. He olivat erityisen epätietoisia siitä, oliko heiltä tiedusteltu halua osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Miltei kaikki potilaat olivat valmiita luovuttamaan hoitoaan koskevan päätöksenteon henkilökunnalle. Tutkimuksen mukaan osastonhoitajat antoivat hoitajille mahdollisuuden tehdä itsenäisiä päätöksiä potilaan hoidossa ja omassa työssään. He huolehtivat, että

hoitajilla oli riittävästi tietoa ja taitoa sekä tarjosivat työkiertoa ammatillisen kasvun tueksi.

Scott ym. (2003) ovat tutkineet vanhuspotilaan itsemääräämistä, yksityisyyttä ja hoidon kirjallista suostumusta yhdessä skotlantilaisessa vanhainkodissa. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla haastattelulla vanhainkodin vanhuksilta (N = 101) ja kyselylomakkeilla osaston sairaanhoitajilta (N = 160). Tutkimuksen mukaan selvä ero esiintyy vanhuksien ja hoitajien näkemyksissä. Pieni osa vanhuksista ilmoitti, että hoitajat antoivat heille tarpeellista tietoa hoidon pituudesta, lääkityksistä, eritystoimintojen hallitsemisesta, tehtävistä toimenpiteistä sekä tutkimuksista että niiden vaikutuksista. Toisaalta yli puolet hoitajista ilmoitti antaneensa kaiken tarpeellisen tiedon ennen hoitotoimenpiteitä. Merkitsevät erot vanhusten ja hoitajien näkemyksissä esiintyivät vanhusten oman jokapäiväisen hoidon päätöksenteossa. Mitä enemmän huoneessa oli vanhuksia, sitä vähemmän heillä oli mahdollisuutta osallistua oman hoitonsa päätöksentekoon. Vanhusten ja hoitajien näkemykset olivat melkein samansuuntaisia yksityisyyden huomioon ottamisessa vanhusten hoidon aikana. Pienempi osa vanhuksista kuin hoitajista oli sitä mieltä, että hoitajat olivat kysyneet vanhuksilta suostumusta ennen hoitotoimenpiteitä ja tutkimuksia.

**Taulukko 3.** Yhteenvedotaulukko potilaan oman hoidon päätöksenteosta

Tutkija	Tutkimusaihe	Aineisto ja menetelmät	Tulokset
Leino-Kilpi ym. 1993	Sairaalapotilaan oikeudet ja niiden toteutuminen	100 potilasta ja 77 hoitajaa, kysely, tilastollinen analyysi	Oikeus tiedon saantiin ja päätöksentekoon toteutui muita oikeuksia heikommin
Virta 1993	Kirurgisten sairaala-potilaiden tyytyväisyys hoitoon	175 potilasta, kysely, tilastollinen analyysi	Potilaat olivat tyytymättömiä tiedon määrään ja omiin vaikuttamismahdollisuuksiin omassa hoidossaan.
Juvonen ja Lauri 1994	Syöpäpotilaiden tiedonsaanti ja osallistuminen omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon	75 potilasta, kysely, tilastollinen analyysi	Alle puolet potilaista oli tietoisia mahdollisuuksistaan osallistua hoitonsa suunnitteluun. Potilaat, jotka halusivat lisää tietoa hoidostaan, halusivat myös muita enemmän osallistua omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin.

Tutkija	Tutkimusaihe	Aineisto ja menetelmät	Tulokset
Kurittu ja Leino-Kilpi 1994	Potilaan käsityksiä oikeuksien toteutumisesta sairaalassa	204 potilasta kysely, tilastollinen analyysi	Yli puolet potilaista oli mielestään saanut riittävästi osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Parhaiten potilas tunsu mahdollisuuden kieltäytyä opetuspotilaana olosta.
Suominen 1994	Rintasyöpäpotilaan kokemuksia hoidosta ja eroavaisuus hoitajan näkemyksestä	109 potilasta ja 125 hoitajaa, kysely, tilastollinen analyysi	Potilaat kokivat, että heille tarjotaan hoitotilanteessa vähän mahdollisuuksia päätöksentekoon. Potilaan ja hoitajan mielestä potilailla olisi voimavaroja osallistua tehokkaammin hoitoonsa ja päätöksentekoon kuin mitä he sillä hetkellä osallistuivat.
Löfman 1995	Kirurgisten potilaiden tieto itsemääräämisoikeuden toteuttamisesta hoitotyössä	19 potilasta avokysymyksiä, Colaizzin analyysi	Potilaiden mielestä itsemääräämisoikeus toteutui hoitotyössä. He pystyivät osallistumaan omaan hoitoonsa ja heiltä pyydettiin lupa omien tietojen antamiseen.
Eriksson 1997	Potilaan oikeuksien toteutuminen omaisten näkökulmasta	111 potilaan omaista, kysely, tilastollinen analyysi	Potilaiden omaisten mielestä he eivät saaneet riittävästi osallistua potilaan hoitoon ja he olivat epätietoisia siitä, olivatko potilaat voineet vaikuttaa hoitoonsa mielipitein ja toivomuksin tai kieltäytyä
Pekurinen ym. 1997	Asiakkaiden valinnanvapauden toteuttaminen Suomen terveydenhuollossa	1517 potilasta, kysely, tilastollinen analyysi	Valinnanvapauden liittyvät oikeudet toteutuivat kaikkein heikoimmin. Vain oikeus kieltäytyä hoidosta toteutui potilaan mielestä hyvin.
Guadagnoli ja Ward 1998	Potilaan osallistuminen oman hoidon päätöksentekoon	29 aikaisempaa tutkimusta päätöksenteosta sisällön analyysi	Päätöksenteossa olisi otettava huomioon potilaiden erilaiset tarpeet ja toivomukset. Hoitajan olisi kartoitettava potilaiden valmiusasteet päätöksentekoon osallistumisesta.
Teeri ym. 1998	Omaisten käsityksiä dementoituneiden potilaiden oikeuksien toteutumisesta laitoshoidossa	90 potilaan omaista Kysely, tilastollinen analyysi	Omaiset olivat eniten epätietoisia potilaan oikeudesta itsemääräämiseen.

Tutkija	Tutkimusaihe	Aineisto ja menetelmät	Tulokset
Välimäki 1998	Psykiatrisen potilaan itsemäärääminen	349 potilasta ja 358 hoitajaa, kysely, haastattelu, tilastollinen ja sisällön analyysi	Potilaat kokivat hoitajia useammin, että he olivat halukkaampia käyttämään itsemääräämisoikeuttaan ja heillä oli enemmän tietoa omasta sairaudestaan ja sen hoidosta.
Suhonen 1999	Potilaan yksilöllisyyden huomioiminen ja itsemääräämisoikeuden mahdollistaminen	209 potilasta, yksilöllinen hoidon mittari, tilastollinen analyysi	Puolet potilaista oli epävarmoja siitä, olivatko hoitajat tiedustelleet potilaan halua osallistua hoidon suunnitteluun ja rohkaisseet heitä tekemään hoitoehtotuksia.
Merakau ym. 2001	Potilaan tyytyväisyys oikeuksiensa toteutumiseen	600 potilasta, kysely, haastattelu, tilastollinen ja sisällön analyysi	Yli puolet potilaista oli pystynyt päättämään omasta hoidosta ja alle puolet oli antanut lääkärille mahdollisuuden päättää heidän puolestaan.
Ojala 2001	Tietoista suostumusta, autonomiaa ja yksityisyyttä potilaan hoidossa	205 potilasta ja 178 hoitajaa, kysely, tilastollinen analyysi	Potilaiden ja hoitajien mielestä autonomian edellytyksinä olivat tieto ja sen ymmärtäminen, vapaaehtoisuus, kyky tehdä päätöksiä ja yksityisyys.
Välimäki ym. 2001	Potilaan autonomia kirurgisessa hoidossa	190 potilasta ja 141 hoitajaa, kysely, tilastollinen analyysi	Mitä enemmän potilaille oli tehty hoitotoimenpiteitä, sitä harvemmin he kokivat hoitajien antaneen heille mahdollisuuden tehdä hoitoa koskevia päätöksiä.
Mäki ja Valkonen 2002	Potilaan itsemäärääminen ja osastonhoitajan toiminta	266 potilasta ja 45 osastonhoitajaa, kysely, tilastollinen analyysi	Potilaat olivat epätietoisia siitä, oliko heiltä tiedusteltu halua osallistua oman hoidon suunnitteluun. Osastonhoitajan käsitykset potilaan vallasta avunsaantiin olivat positiivisempia kuin potilaiden kokemukset.
Scott ym. 2003	Autonomia, yksityisyys ja kirjallinen suostumus	101 vanhuspotilasta ja 160 sairaanhoitajaa, haastattelu, kysely, sisällön ja tilastollinen analyysi	Suurempi osa hoitajista kuin vanhuksista oli sitä mieltä, että vanhuksilla oli mahdollisuus vaikuttaa hoidon hoitovaihtoehtoihin, hoitoajan pituuteen ja erilaisiin hoidon toimintoihin. Mitä pidempään vanhus oli hoidossa, sitä paremmat mahdollisuudet hänellä oli päätöksentekoon.



### 4.3 Tutkimuksia potilaan yksityisyyden huomioimisesta

Jantunen ym. (1994) ovat tutkineet, onko sairaalassa yksityisyyttä. Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata potilaiden ja hoitohenkilökunnan näkemyksiä potilaan yksityisyydestä ja yksityisyyden säätelystä sairaalaympäristössä. Aineisto kerättiin potilailta (N = 218) ja hoitohenkilökunnalta (N = 188) kyselylomakkeilla. Potilaat kokivat omat mahdollisuutensa suojata yksityisyyttään vähäisiksi. Lähinnä yksityisyyttä säädeltiin vaikenemalla henkilökohtaisista asioista, etsimällä rauhallista tilaa ja keskittymällä omaan ajatuksiin yrittämällä olla välittämättä muista. Potilaiden mielestä yksityisyys sairaalassa on ensisijaisesti riippuvaista henkilökunnan toimintatavoista. Hoitajien mielestä potilaan yksityisyyttä sairaalassa rajoittavat eniten monen hengen potilashuoneet ja tilanahtaus. Heidän mielestään potilailla on vain vähän mahdollisuutta omaan rauhalliseen tilaan, jossa voi olla yksin tai rauhassa läheistensä kanssa. Näkösuojan puute on myös potilaan yksityisyyttä rajoittava tekijä. Hoitajien mielestä potilailta ei kysely liikaa henkilökohtaisia asioita eivätkä he olleet sitä mieltä, että liian monet ihmiset voisivat lukea potilaiden sairaskertomuksia.

Leppänen ym. (1997) ovat tutkineet potilaiden käsitystä ihmisläheisen hoidon keskeisestä sisällöstä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitkä ihmisläheisen mittarin osiot ovat tärkeitä sairaalan potilaille heidän hoidossaan ja mitkä potilaille tärkeät asiat puuttuvat mittarista. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla potilailta (N = 501) yhdessä yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimuksen mukaan potilaat kokivat tärkeiksi yksilöllisyyteen liittyviksi tekijöiksi oikeuden olla omana itsenään, huolien kertomisen mahdollisuuden, riittävän ajan saamisen hoitohenkilökunnalta, luottamuksellisuuden ja sairauteen liittyvien rajoitusten selvittämisen ymmärrettävästi. Heidän mielestään oli tärkeää säilyttää yksityisyys tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden aikana, esimerkiksi mahdollisuutena keskustella asioista kahden kesken hoitohenkilökunnan kanssa, mahdollisuutena keskittyä potilaan nimeämiin tärkeimpiin ongelmiin ja mahdollisuutena peseytyä muiden katseilta suojassa. Tärkeää oli myös omaisten huomioon ottaminen. Suurin yksimielisyys ilmeni ammattitaitoisen hoidon saamisen ja ymmärrettävän viestinnän tärkeydestä.

Bäck & Wikblad (1998) ovat tutkineet sairaalan yksityisyyttä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden ja sairaanhoitajien mielipiteitä yksityisyyttä

kohtaan ja olivatko sairaanhoitajan käsitykset potilaan yksityisyydestä yhdenmukaisia potilaiden ilmoittamien tarpeiden kanssa. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla kirurgian ja sisätautien vuodeosastoilla sekä pitkäaikaisvuodeosastolla olevilta potilailta (N = 120) ja hoitajilta (N = 42). Melkein kaikkien potilaiden ja hoitajien mielestä yksityisyys toteutui sairaalassa melko hyvin. Potilaat sekä hoitajat kokivat, että potilailla oli mahdollisuus keskustella hoitajien ja lääkärin kanssa yksityisesti muiden kuulematta. Potilaat jotka olivat pitkäaikaisvuodeosastolla hoidossa, halusivat enemmän yksityisyyttä kuin akuuttivaiheessa olevat potilaat. Yksityisyyden säilyttäminen oli tärkeämpää nuorille ja naisille kuin vanhemmille ja miespotilaille. Korkeammin koulutetut potilaat halusivat enemmän yksityisyyttä kuin vähemmän koulutetut.

Antila (2000) on tutkinut kirurgisen potilaan autonomian ja yksityisyyden toteuttamista kirurgisilla vuodeosastoilla potilaan näkökulmasta. Tutkimus suoritettiin yhden yliopistollisen sairaalan kahdeksalla kirurgisella vuodeosastolla. Tutkimukseen osallistui 190 hoidossa ollutta potilasta. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Tulosten mukaan kirurgisten potilaiden halu autonomiaan ja yksityisyyteen sairaalassa oli suuri. Potilaat halusivat saada tietoa hoitoon ja sairauteen liittyvistä asioista, jotta he kykenisivät osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun ja päätöksentekoon. Mitä iäkkäämpi potilas oli, sitä todennäköisemmin hän oli sitä mieltä, että hoitajat ovat tehneet mahdolliseksi potilaan päätöksenteon sairaanhoidollisissa toimenpiteissä. Potilaat, joilla oli pitkäaikaissairaus, kokivat yksityisyyden toteutuneen paremmin kuin potilaat, joilla ei ollut pitkäaikaissairautta.

Valkomaa (2002) on tutkinut iäkkäiden fyysistä yksityisyyttä vanhainkodissa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää vanhainkodissa asuvien iäkkäiden ja heidän omaistensa kokemusten perusteella, miten fyysinen yksityisyys toteutuu. Tutkimus kerättiin teemahaastattelulla seitsemältä vanhainkodissa asuvalta yli 65-vuotiaalta ja seitsemältä heidän omaiseltaan. Tulosten mukaan vanhainkodissa asuvien iäkkäiden henkilökohtainen tila, joka tarkoitti omaa tilaa eli etäisyyttä toisiin ihmisiin, takasi oman rauhan ja hyvän olon. Etäisyyttä tarvittiin toisten kanssa kanssakäymiseen, lähellä oloon, kosketukseen ja riisuuntuneena oloon toisten nähden. Iäkkäiden fyysiseen yksityisyyteen liittyvät ongelmat vanhainkodissa johtuivat lähinnä toisista dementoituneista iäkkäistä, hoitotyöntekijöiden toimintatavoista ja fyysisen

hoitoympäristön rajoituksista. Iäkkäiden fyysisen yksityisyyden edistämässä hoitotyöntekijöiden toiminnalla oli suurempi merkitys kuin fyysisellä hoitoympäristöllä tai muilla tekijöillä.

Rosqvist (2003) on tutkinut potilaiden kokemuksia henkilökohtaisesta tilasta ja sen säilyttämisestä sisätautien vuodeosastoilla. Tutkimuksen aineisto kerättiin yliopistollisen sairaalan sisätautien klinikan vuodeosastoilla strukturoidulla haastattelulla (N = 250) ja havainnoimalla (N = 25) potilaan ja hoitotyöntekijän välisiä vuorovaikutustilanteita. Haastattelujen avoimiin kysymyksiin tulleet vastaukset ja havainnointi analysoitiin sisällön analyysillä. Tulosten mukaan potilaat käyttivät henkilökohtaisen tilansa suojaamiseksi erilaisia kipuun ja itsemääräämisoikeuteen liittyviä verbaalisia viestejä ja kehon asentoihin, eleisiin, ilmeisiin, katsekontaktiin ja sen välttämiseen sekä väliverhojen käyttämiseen liittyviä nonverbaalisia viestejä. Väliverhoja käytettiin suojaamaan omaa yksityisyyttä ja mahdollistamaan oman intimiteettisuojaajan, mutta myös suojaamaan potilastoverin yksityisyyttä ja mahdollistamaan hänelle intimiteettisuojaajan. Pahaa mieltä ja itsensä kokemisen esineeksi aiheutti henkilökohtaisen tilan säilyttämisen epäonnistuminen. Potilaat hyväksyivät hoitotyöntekijän kosketuksen autettaessa, mutta turha ja ylimääräinen kosketus ei kuulunut hoitotyöhön.

**Taulukko 4.** Yhteenvetotaulukko yksityisyyteen liittyvistä tutkimuksista

Tutkija	Tutkimusaihe	Aineisto ja menetelmät	Tulokset
Jantunen ym. 1994	Onko sairaalassa yksityisyyttä?	218 potilasta ja 188 hoitajaa, kysely, tilastollinen ja sisällön analyysi	Potilaan mielestä yksityisyys sairaalassa on ensisijaisesti riippuvainen hoitajan toimintatavoista. Hoitajan mielestä potilaan yksityisyyttä rajoittavat monen hengen potilas-huoneet ja tilan ahtaus.
Leppänen ym. 1997	Potilaan käsitys ihmisläheisen hoidon keskeisestä sisällöstä	501 potilasta kysely, tilastollinen analyysi	Potilaan mielestä tärkeää on säilyttää yksityisyys tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden aikana sekä keskustella asioista kahden kesken hoitajan kanssa.

Tutkija	Tutkimusaihe	Aineisto ja menetelmät	Tulokset
Bäck ja Wikblad 1998	Yksityisyys sairaalassa	120 potilasta ja 42 hoitajaa, kysely, tilastollinen analyysi	Yksityisyyden säilyttäminen oli tärkeämpää nuorille ja naisille kuin vanhemmille ja miehille. Korkeammin koulutetut potilaat halusivat enemmän yksityisyyttä kuin vähemmän koulutetut.
Antila 2000	Kirurgisen potilaan autonomia ja yksityisyys	190 potilasta, kysely, tilastollinen analyysi	Kaikki potilaat kokivat saaneensa ruokailu- ja rauhan ja huolehtia puhtaudesta sekä käydä vessassa muiden näkemättä. Pitkäaikaissairaat potilaat kokivat yksityisyyden toteutuneen paremmin kuin lyhyen aikaa sairastaneet.
Valkomaa 2002	Iäkkäiden fyysinen yksityisyys	7 vanhuspotilasta, teemahaastattelu, laadullinen tutkimusote	Fyysiseen yksityisyyteen liittyvät ongelmat johtuivat lähinnä toisista dementoitu-neista potilaista, hoitotyöntekijöiden toimintatavoista ja fyysisen hoitoympäristön rajoituksista.
Rosqvist 2003	Potilaan kokemuksia henkilökohtaisesta tilasta ja sen säilyttämisestä	275 potilasta, haastattelu, havainnointi, metodologinen triangulaatio, sisällön analyysi	Potilaat käyttivät henkilökohtaisen tilan suojaamiseksi erilaisia verbbaalisia viestejä, kehon asentoja, ilmeitä, katsekontakteja ja sen välttämistä sekä väliverhoja. Henkilökohtaisen tilan säilyttämisen epäonnistuminen aiheutti potilaille pahaa mieltä ja itsensä kokemisen esineeksi.

#### 4.4 Yhteenveto aikaisemmista tutkimuksista

Riikosen (1995) tutkimuksessa sairaanhoidon opiskelijat perustelevat omia eettisiä valintojaan potilaan kunnioittamisella, arvostamisella, välittämällä, hyväksymisellä ja puolustamisella. Leino-Kilven & Vuorenheimon (1993) tutkimuksessa potilaat toivoivat hoitajan olevan luotettava, ystävällinen ja hoitavan kaikkia potilaita tasavertaisesti. McGaughey'n & Harrisonin (1994) tutkimuksessa potilaiden mielestä saadessaan tietoa omasta hoidostaan, heidän pelkonsa vähenivät. Se taas lisäsi osallistumista oman hoidon päätöksentekoon. Watts & Brooks (1997) puolestaan

arvioivat potilaan saaman tiedon vaikuttavuutta. Potilaat, jotka olivat saaneet tietoa hoidostaan ennen leikkaustaan, pystyivät paremmin osallistumaan omaan hoitoonsa ja hallitsemaan hoidon sivuvaikutuksia. Leinosen ym. (1996) tutkimuksen mukaan potilaat ilmaisivat haluavansa jatkuvasti tietoa omasta hoidostaan ja heidän mielestään hoitajan olisi varmistettava jaetun tiedon ymmärrettävyys. Scottin ym. (2003) tutkimuksessa vanhuspotilaat kokivat, että mitä pidempään he olivat hoidossa, sitä enemmän heillä oli mahdollisuuksia päätöksentekoon. Toisaalta Välimäen ym. (2001) tutkimuksissa ilmeni että, mitä enemmän potilaalle oli tehty hoitotoimenpiteitä, sitä harvemmin he kokivat hoitajien antaneen heille mahdollisuuksia tehdä hoitoja koskevia päätöksiä. Juvonen & Lauri (1994) puolestaan totesivat, että potilaat, jotka halusivat lisätietoa hoidostaan, halusivat myös muita enemmän osallistua oman hoitonsa päätöksentekoon. Suomisen (1994) tutkimuksessa potilaiden ja hoitajien mielestä potilaalla olisi voimavaroja osallistua tehokkaammin hoitoonsa ja päätöksentekoon kuin mitä he sillä hetkellä osallistuivat. Erikssonin (1997) tutkimuksessa potilaan omaisten mielestä he eivät saaneet riittävästi osallistua potilaan hoitoon ja sen suunnitteluun. He olivat epätietoisia siitä, olivatko potilaat voineet vaikuttaa hoitoonsa tai kieltäytyä siitä.

Salosen (1998) tutkimuksessa potilaat arvioivat, että heille annetut yksilölliset ohjeet kotiuttamisvaiheessa jäivät yleensä vähäisiksi hoitajan kiireen vuoksi. Omaiset toivoivat saavansa osallistua lisää ja halusivat ohjausta potilaan hoidossa. Jantusen (1994) tutkimuksessa potilaat kokivat, että yksityisyys sairaalassa on ensisijaisesti riippuvainen hoitajan toimintatavoista. Toisaalta hoitajien mielestä potilaan yksityisyyttä rajoittavat monen hengen potilashuoneet ja tilan ahtaus. Bäck & Wikblad (1998) puolestaan vertailivat potilaiden ikää, sukupuolta ja koulutusta ja totesivat, että yksityisyys oli tärkeämpää nuorille ja naisille kuin vanhemmille ja miehille. Korkeakoulutetut potilaat halusivat enemmän yksityisyyttä kuin vähemmän koulutetut. Rosqvistin (2003) tutkimuksessa potilaan paha mieli ja itsensä kokeminen esineeksi aiheutti henkilökohtaisen tilan säilyttämisen epäonnistuneeksi. Leppäsen ym. (1997) tutkimuksessa potilaan mielestä tärkeää on säilyttää yksityisyys tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden aikana sekä keskustella asioista kahden kesken hoitajan kanssa.

## 5 TUTKIMUKSESSA KÄYTETTÄVÄT KÄSITTEET

**Ihmisarvon kunnioittamisella** tarkoitetaan potilaan omien arvojen, oikeuksien, erilaisten elämäkokemusten, kunkin elämän ainutlaatuisuuden huomioonottamista ja kunnioittamista persoonana. Potilaan kunnioittaminen vaatii yksilöllistä ja tasavertaista kohtelua muiden hoitohenkilökuntaan kuuluvien kanssa.

**Itsemääräämisoikeudella** tarkoitetaan potilaan mahdollisuutta osallistua oman hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon, joka edellyttää potilaan riittävää informoimista omasta hoidostaan ja sen käsittelyn mahdollisuutta.

**Potilaan tiedonsaannilla** tarkoitetaan oikeutta saada tietoa oikeuksistaan, terveydentilastaan, hoidostaan ja hoitotoimenpiteiden merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista, niiden vaikuttavuudesta ja lääketieteellisen tiedon edistymisestä ymmärrettävällä tavalla, millä on merkitystä päätettäessä potilaan hoidosta.

**Potilaan osallistumisella päätöksentekoon** tarkoitetaan potilaan oikeutta osallistua oman hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin sekä vapautta päättää omaa hoitoa koskevista asioista. Päätöksenteon yhteydessä henkilökunta huomioi potilaan uskonnolliset ja eettiset hoitoon kohdistuvat toiveet. Lopullinen päätös on potilaalla, vaikka hän kieltäytyisi vastaanottamasta tietoa ja hoitoon osallistumisesta.

**Yksityisyydellä** tarkoitetaan potilaan henkilökohtaista tilaa, johon vaikuttavat sosiaalinen vuorovaikutus ja fyysinen ympäristö sairaalan vuodeosastolla. Potilaan yksityisyys käsitetään henkilökohtaiseksi koskemattomuudeksi, loukkaamattomuudeksi ja vahingoittamattomuudeksi. Hoitotyössä potilaan intimitteetti suojataan ja hänen luottamukselliset tietonsa pidetään salassa.

## 6 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

### 6.1 Kohderyhmät ja aineiston hankinta

Tutkimus kohdistui yhden sairaalan sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilla hoidossa oleviin suomenkielisiin potilaisiin ja siellä työssä olevaan suomenkieliseen hoitohenkilökuntaan. Luvan tutkimukseeni pyysin kirjallisena sairaalan johtavalta ylihoitajalta ja hyväksynnän eettiseltä toimikunnalta. Tutkimuslupa myönnettiin 28. helmikuuta 2002 (liite 2). Tutkimuslupa-anomus antoi mahdollisuuden käyttää potilasrekisteriä tutkimushenkilöiden valinnassa sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilla olleiden potilaiden osoitetiedoista. Lisäksi lupa koski nimilistaa sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilla työskentelevistä hoitajista sekä esitutkimusta että varsinaista tutkimusta varten (liite 1).

Aineistonkeruunmenetelmänä käytin kyselyä. Kysely soveltuu tiedonkeruun menetelmäksi, kun halutaan selvittää isojen ryhmien ominaisuuksia, uskomuksia, asenteita ja käsityksiä. Kysymykset voidaan esittää samalla tavalla kaikille vastaajille ja näin vältetään tutkijan läsnäolon vastauksia ohjaava vaikutus. Tätä voidaan pitää tärkeänä silloin, kun kysymykset liittyvät asenteisiin. (Brink & Wood 1988; Wilson 1989.) Tutkimusryhmät muodostuivat sairaalan sisätautien ja kirurgian vuodeosaston 150 potilaasta ja 150 hoitajasta. Potilaan valintakriteerinä oli, että hän oli suomenkielinen 18 vuotta täyttänyt, ja että hän pystyi kirjoittamaan ja ymmärtämään kyselylomakkeen kysymykset. Potilaan hoitojakson pituuden piti olla vähintään kolme vuorokautta, jotta hän kykeni arvioimaan hoitotyön käytäntöä. Hoitohenkilökunnan kohdejoukko muodostui sairaanhoitajista, perushoitajista, lähihoitajista, osastonhoitajista ja apulaisosastonhoitajista, jotka osallistuivat potilastyöhön. Hoitohenkilökunnasta valittiin tutkimusjoukkoon vakituiset ja pitkäaikaiset sijaiset, jotka olivat olleet työssä vähintään vuoden ajan.

Tutkimusaineiston keräsin kyselylomakkeilla sairaalan viideltä sisätautien ja neljältä kirurgian vuodeosastolta potilaiden kotiuttamisvaiheessa. Viidellä osastolla jaoin 20 kyselylomaketta potilaille. Kahdella traumatologisella osastolla jaoin 15 kyselylomaketta, koska potilaat olivat vanhempia ja huonokuntoisempia, eivätkä kaikki olisi välttämättä pystyneet vastaamaan kyselylomakkeisiin kuten muilla

osastoilla. Neurologisella ja tehovalvontaosastolla jaoin vain 10 kyselylomaketta, koska potilaat olivat vakavasti sairaita ja heidän ymmärtämiskykynsä oli alentunut. Potilaille jaettiin siten yhteensä 150 kyselylomaketta.

Tutkimuksen alussa pyysin sähköpostin välityksellä osastonhoitajilta tai apulaisosastonhoitajilta henkilökunnan nimilistat niin, että pystyin laskemaan hoitajien määrän ja nimeämään jokaiselle vastaajalle osoitetut kirjekuoret. Hain henkilökohtaisesti nimilistat molemmista yksiköistä. Yksi kirurgisen osaston osastonhoitaja ei suostunut antamaan nimilistaa, koska hänen mielestään olisi ensin pitänyt kysyä hoitajien mielipidettä osallistumiseen. Tällä osastolla työskenteli 20 sairaanhoitajaa ja yksi perushoitaja. Näistä vain kolme hoitajaa halusi osallistua tutkimukseen. Jätin osastonhoitajalle kuitenkin 10 kyselylomaketta, jos joku muu hoitohenkilöstöstä olisi halunnut osallistua myöhemmässä vaiheessa tutkimukseen. Jätin osastonhoitajille hoitajien omalla nimellä varustetut kirjekuoret, jotka sisälsivät palautuskuoren ja saatekirjeen. Hoitohenkilökunnalle, johon kuuluivat sairaanhoitajat, perushoitajat tai lähihoitajat, jaettiin heidän omilla osastoilla kyselylomakkeet, jotka palautettiin suljetussa kirjekuoressa kahden viikon kuluessa etukäteen sovittuun palautuslaatikkoon. Hoitohenkilökunnalta saadut kyselylomakkeet keräsin jokaiselta osastolta. Määräaikaan mennessä hoitajat palauttivat osastoille kaikkiaan 117 kyselylomaketta. Yhdeltä osastolta jäi hoitohenkilökunnalta ottamatta vastaan kuusi kyselylomaketta, jotka hylkäsin. Yhteensä hoitajat palauttivat 111 kyselylomaketta. Vastausprosentiksi muodostui 74.

Vein jokaiselle yhdeksälle osastonhoitajalle potilaiden kirjekuoret, jotka sisälsivät kyselylomakkeet, saatekirjeet ja postimerkillä varustetun palautuskuoren. Samalla selvitin osastonhoitajille suullisesti ja kirjallisesti ohjeet tutkimuksen toteuttamisesta (liite 3). Kyselylomakkeet jaettiin hoidossa olleille potilaille kotiuttamisvaiheessa. Potilaat palauttivat lomakkeet kahden viikon kuluessa tutkimuksen tekijälle postimerkillä varustetussa kirjekuoressa. Kesäkuun alkuun mennessä 85 potilaista palautti kyselylomakkeen. Lomakkeista hylättiin kaksi, koska ne palautettiin tyhjinä. Yhdeltä osastolta palautettiin seitsemän potilaille tarjottua kyselylomaketta, joita he eivät olleet ottaneet vastaan. Yhteensä potilaat palauttivat 83 kyselylomaketta. Vastausprosentiksi muodostui 55. Kyselylomakkeen täytti 194 potilasta ja hoitajaa. Heistä oli potilaita 83 ja hoitajia 111. Vastausprosentiksi muodostui 67.



## 6.2 Aineistonkeruumenetelmä

Sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan kyselylomakkeissa oli strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Kysymykset oli laadittu samanlaisiksi molemmille ryhmille. Mittari koostui vastaajien taustatiedoista, joita kysyttiin potilailta ja hoitohenkilökunnalta seitsemällä kysymyksellä.

Potilaan kohtelua, kunnioitusta ja arvostusta koskevat väittämät (8-16 ja 17-24) perustuivat Juntusen (1996) yksilöllisyyden ja oikeudenmukaisuuden hoitotyön mittareihin, joita oli muokattu tämän työn tutkimuskysymyksiä vastaaviksi. Käytin myös Davisin & Aroskarin (1991) ihmisarvon kunnioittamisen ja käsitteen kuvausta näiden kysymysten laatimisen pohjana. Väittämät, jotka koskivat potilaan tietoa omaa hoitoa koskevista asioista (25-34) ja hänen mahdollisuuttaan osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon (35-41) perustuivat Juntusen (1996) yksilöllisyyden ja oikeudenmukaisuuden hoitotyön mittareihin. Lisäksi käytin Davisin & Aroskarin (1991) sekä Hustedin & Hustedin (1995) esittämiä autonomian ja itsemääräämisoikeuden käsitteiden kuvauksia näiden väittämäsarjojen laatimisen pohjana. Potilaan yksityisyyttä hoidon aikana mittaavat väittämät (42-51) perustuivat Juntusen (1996) yksityisyyden ja oikeudenmukaisuuden mittareihin sekä Hustedin & Hustedin (1995) määritelmään potilaan oikeudesta yksityisyyteen. Potilaan ja hoitajan tyytyväisyyttä (53 ja 56), potilaan luottamusta hoitoon (54) ja potilaan turvallisuuden tunnetta hoidon aikana (55) mittaavat väittämät pohjautuvat Kurittun & Leino-Kilven (1994) potilaan oikeuksien mittareihin, Davisin & Aroskarin (1991) sekä Hustedin & Hustedin (1995) hoitotyön arvojen määritelmään.

Lomakkeessa väittämät on esitetty Likertin viisiportaisella asteikolla 1 – 5, jossa 1 tarkoitti ”täysin eri mieltä” ja 5 ”täysin samaa mieltä”. Keskimmäisenä vastausvaihtoehtona 3 tarkoitti ”ei samaa eikä eri mieltä”. Kysymyksiin, jotka käsittelivät tyytyväisyyttä hoitoon ja kohteluun, hoitoon luottamista ja turvallisuuden tunnetta hoidon aikana, oli tarkoitus vastata viisiportaisella asteikolla, jossa 1 tarkoitti ”erittäin tyytymätön”, ”erittäin huonosti” ja ”erittäin turvattomaksi” ja 5 tarkoitti ”erittäin tyytyväinen”, ”erittäin hyvin” ja ”erittäin turvalliseksi”. Keskimäinen vastausvaihtoehto 3 oli ”ei tyytyväinen, mutta ei tyytymätönkään”, ”ei hyvin, muttei huonostikaan” ja ”ei turvalliseksi, muttei turvattomaksikaan”. Potilaiden

kyselylomakkeiden kysymykset 57 – 61 olivat avokysymyksiä, joilla hain vastauksia kaikkiin tutkimustehtäviin.

### **Esitutkimus**

Kyselylomake esitätettiin yliopistollisen sairaalan yhdellä naistentautien kirurgisella vuodeosastolla. Tutkimusjoukko muodostui vähintään kolme vuorokautta hoidossa olleesta 30 täysi-ikäisestä suomenkielisestä potilaasta sekä 22 suomenkielisestä hoitajasta. Heistä 16 oli kätilösairaanhoitajaa, 1 sairaanhoitaja ja 5 lasten- tai lähihoitajaa. Esitutkimuksessa käyttämäni mittari koostui 28 kysymyksestä potilaille ja 30 kysymyksestä hoitohenkilökunnalle. Kyselylomake sisälsi myös saatekirjeen, jossa kerroin tutkimukseen vastaamisen vapaaehtoisuudesta, nimettömyydestä ja tutkimuksen antamien tietojen ehdottoman luottamuksellisesta käsittelystä. Samalla kun annoin lomakkeet osastonhoitajille, selvitin suullisesti ja kirjallisesti toimintaohjeet kyselylomakkeiden jakamisesta sekä niiden täyttämistä ja palauttamisesta. Kyselylomakkeen mukana potilas sai postimerkillä varustetun kirjekuoren, jossa hän palautti lomakkeen kahden viikon kuluessa tutkimuksen tekijälle. Osastonhoitajat jakoivat omilla osastoillaan hoitohenkilökunnalle kyselylomakkeet, jotka he palauttivat kahden viikon kuluessa etukäteen sovittuun palautuskoteloon. Määräaikaan mennessä hoitohenkilökunta palautti 19 lomaketta ja 21 potilasta lähetti lomakkeet postin kautta. Vastausprosentti oli 77. Palautettujen kyselylomakkeiden aineisto analysoitiin SPSS/ Win 9.0 –tilasto-ohjelmalla. Aineistosta laskettiin frekvenssijakaumat ja tunnusluvut. Vastaajien kirjoittamat vastaukset avokysymyksiin luettiin. Vastaajat olivat täyttäneet lomakkeet tarkasti ja puuttuvien tietojen osuus oli vähäinen. Potilaiden ja hoitohenkilökunnan yhteisten kysymysten vastaukset olivat aika samanlaisia.

Potilaiden kyselylomake muodostui 61 kysymyksestä ja hoitohenkilökunnan 63. Vastauksien hajonta oli melko vähäinen, koska suurin osa saaduista vastauksista painottui positiiviselle puolelle Likertin viisiportaisella asteikolla eli täysin samaa tai samaa mieltä. Suurimpaan osaan kysymyksiin lisättiin paremman hajonnan saamiseksi sanoja, kuten erittäin, täysin, kaiken aikaa, suuresti, millään lailla, erityisesti, erittäin hyvin, sangen huolella, kaikessa, paljon, seikkaperäisesti, yksityiskohtaista ja selkeä. Potilaiden kyselylomakkeisiin lisättiin myös 4 avointa

kysymystä hoitotyön arvoista. Avointen kysymysten lisäämisellä varmistettiin lisäaineiston saanti ja tutkimuksen luotettavuus. Esitutkimuksen avulla varmistettiin mittareiden toimivuus, loogisuus, ymmärrettävyys, ja miten helposti vastaajat pystyivät täyttämään lomakkeet. Samalla varmistettiin tutkimustehtävien vastaavuus mittareiden kanssa. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 207.)

### **6.3 Aineiston käsittely ja analysointi**

Kyselylomakkeiden tilastoyksiköiden käsittely ja tallentaminen suoritettiin SPSS 9.0 Windows tilasto-ohjelmalla. Viisiportaisen Likert-asteikon vastausvaihtoehdot yhdistettiin kaksiportaisiksi siten, että 1-3 merkitsi ”eri mieltä”, 4-5 merkitsi ”samaa mieltä”. Väittämät ”ei samaa eikä eri mieltä” yhdistettiin ”samaa mieltä” väittämän kanssa, koska jos ”ei samaa eikä eri mieltä” väittämää olisi tullut omaksi luokaksi, lähes kaikki tulokset olisivat olleet non-valideja khiin neliö –testillä.

Mittarin muuttujista on muodostettu viisi summamuuttujaa (taulukko 1). Ihmisarvon kunnioittaminen-summamuuttuja sisälsi 9 potilaan kohtelua, kunnioitusta ja arvostusta koskevaa väittämää, summamuuttuja potilaan kohtelusta hoitosuhteessa muodostui 8 väittämästä, summamuuttuja potilaan tiedonsaantia omasta hoitoa koskevista asioista muodostui 8 väittämästä, summamuuttuja potilaan osallistuminen oman hoidon päätöksentekoon muodostui 7 väittämästä ja summamuuttuja potilaan yksityisyyden huomioimisesta muodostui 10 väittämästä. Summamuuttujien luotettavuutta testattiin Cronbachin alpha-kertoimen avulla. Cronbachin alpha-arvot ovat kaikissa summamuuttujissa riittävän korkeita (0,70 – 0,87) (Taulukko 1). Cronbachin alpha –kerroin olisi toivottavaa olla yli 0,7, mutta käytännössä joudutaan tyytymään alhaisempiinkin kertoimen arvoihin (Heikkilä 2001, 187).

Taulukko 1. Summamuuttujien Cronbachin alpha-arvot

Summamuuttuja	Kysymyksen numero	Cronbachin alpha
Ihmisarvon kunnioittaminen: kohtelu, kunnioitus ja arvostus	8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16	0,8452
Kohtelu hoitosuhteessa	17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24	0,8699
Tiedon saanti omasta hoidosta	25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32	0,8409
Osallistuminen hoidon päätöksentekoon	35, 36, 37, 38, 39, 40, 41	0,8144
Yksityisyyden huomioiminen hoidossa	42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51	0,7014

Määrällisten aineistojen analysoinneissa käytettiin kuvailevan tilastotieteen menetelmiä kuten ristiintaulukointia muuttujien välisten yhteyksien ja riippuvuuksien tutkimiseksi. Yksittäiset muuttujat ja summamuuttujat on ristiintaulukoitu potilaiden sukupuolen, ammattikoulutuksen ja iän sekä hoitajan työsuhteen, koulutukseen osallistumisen ja työyksikön taustamuuttujien mukaan. Tilastollisena riippumattomuustestinä käytettiin khiin neliö –testiä ( $\chi^2$  –riippumattomuustesti). Kaksisuuntaista t-testiä käytettiin kahden ryhmän välisten keskiarvojen erojen tilastollisen merkitsevyyden testaamiseen. (Heikkilä 2001, 142–153, 203–223). Fisher` s Exact testiä käytettiin tilastollisen merkitsevyyden varmistamiseksi, kun khiin neliö –testi ( $\chi^2$  –riippumattomuustesti) ei ollut validi. Fisherin testiarvo merkitään taulukoissa.

Mittarin avokysymysaineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Sisällön analyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällön analyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä, yleisessä ja käsitteellisessä muodossa. Sisällön analyysiin kuuluu aineiston sanatarkka auki kirjoittaminen, analyysiyksikön määrittäminen, aineiston pelkistäminen, luokittelu ja abstrahointi eli käsitteellistäminen. Käsitejärjestelmä tarkoittaa tutkittavaa ilmiötä kuvailevaa kokonaisuutta, jossa esitetään käsitteet, niiden hierarkia sekä mahdolliset suhteet toisiinsa. Sisällön analyysissä tutkija etenee alkuperäisen aineiston tuntemisesta, sen pelkistämisestä ja luokittelemisesta tulkinnan avulla käsitteelliselle tasolle, jolloin aineiston tulkinnan pitää antaa luotettava kuvaus tutkittavasta asiasta ja myös vastaus tutkimustehtäviin. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Avointen kysymysten analysointi aloitettiin kirjoittamalla sanatarkasti potilaiden ja hoitajien vastaukset. Avoimista kysymyksistä kirjoitettuihin aineistoihin tutustuttiin perusteellisesti lukemalla ne aktiivisesti monta kertaa ja miettimällä mitä on kirjoitettu erilaisista potilaan arvoista. Sen jälkeen valittiin analyysiyksiköksi lausuma ja ajatuskokonaisuus. Tässä analyysissä käytettiin deduktiivista lähestymistapaa. Analyysissä voidaan edetä joko lähtien aineistosta, induktiivisesti tai jostain aikaisemmasta käsitejärjestelmästä, deduktiivisesti (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5).

Analyysin yksityiskohtaista kulkua ohjasi pääasiassa tutkimustehtävän ja aineiston sisältö. Avokysymyksillä oli tarkoitus saada lisätietoa tutkittavista potilaan arvoista. Samanaikaisesti, kun aineistoon tutustuttiin perusteellisesti, esitettiin tutkimustehtävän mukaiset kysymykset. Potilaiden ja hoitajien avointen kysymysten pelkistetyt aineiston lauseimat ja ajatuskokonaisuudet ryhmiteltiin erilaisten potilaiden arvoja sisältävien teemojen mukaisesti. Samansisältöiset alakategorioiden sisältävät asiat yhdistettiin toisiinsa ja muodostettiin yläkategoria, jolle annettiin sisältöä kuvaava nimi. Yhdistäväksi kategoriaksi tuli potilaan neljän tutkittavan arvon nimet. (vertaa kuvio 1, kuvio 2, kuvio 3, kuvio 4, kuvio 5).

### **Tulosten esittäminen**

Määrällisen aineiston osalta esitetään prosenttitaulukkoina lähes kaikki muuttujat ristiintaulukoituina potilaiden ja hoitohenkilökunnan mukaan. Potilaiden ja hoitajien taustamuuttujat esitetään taulukkoina ristiintaulukoituina sisätautien ja kirurgian osastojen mukaan. Tekstissä tulkitaan ristiintaulukoiteja ja tilastollista riippumattomuustestiä (khiin neliötesti). Testisuuren saamista arvoista ilmoitetaan taulukoissa  $\chi^2$  - arvo ja p- arvo. Taulukoissa tilastolliset merkitsevyydet on merkitty myös tähdillä. Tilastollinen merkitsevyys on laskettu p:n arvoina siten, että  $p < 0,05$  \* = tulos on melkein merkitsevä,  $p < 0,01$  \*\* = tulos on merkitsevä ja  $p < 0,001$  \*\*\* = tulos on erittäin merkitsevä, tilastollisesti ei-merkitsevä = ns ja ei-validi = nv. Kaikista tilastollisista merkitsevyystasoista käytetään ilmaisua tilastollisesti merkitsevä.

Laadullisen aineiston avointen kysymysten analyysin tulokset esitetään yhteenvetoina ja valikoituina, mahdollisimman tarkkoina samoilla termeillä kuin potilaat ja hoitajat

olivat kirjoittaneet. Aineiston suorat lainaukset on eroteltu kursiivilla ja lainausmerkeillä. Aineiston tulkinnat ja suorat lainaukset potilaan arvoista yhdistetään samojen teemojen yhteyteen. Määrälliset tulokset jokaisesta teemasta raportoidaan ensin ja sen jälkeen esitetään aineiston tulkinnat suorina lainauksina. Lisäksi avokysymysten aineiston sisällön analyysin tulokset esitetään kuvioina ala-, ylä- ja yhdistävien kategorioiden mukaan. Kaikki tämän esitetyn aineiston suorat lauseimat ja ajatuskokonaisuudet esitetään liitteessä 7, jotta lukija voi seurata ja arvioida tehtyä deduktiivisen sisällön analyysin suorittamista aineiston pelkistämistä, ryhmittelyä ja sen käsittelyä. Kuvio 1 on laadittu kahdesta potilaan avoimista kysymyksistä potilaan kohtelusta, kunnioituksesta ja arvostuksesta hoidon kehittämiseksi. Kuvio 2 on laadittu yhdestä hoitajan avoimesta kysymyksestä potilaan hoidon kohtelun kehittämiseksi. Kuviot 3, 4 ja 5 on laadittu potilaan avoimista kysymyksistä potilaan tiedon saannista omaa hoitoa koskevissa asioissa (kuvio 3), mahdollisuudesta osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksenteon kehittämiseen (kuvio 4) ja yksityisyyden huomioonottaminen hoidon aikana (kuvio 5).

#### **6.4 Tutkimuksen luotettavuus**

Hoitotieteen kehittymisen kannalta on tärkeää, että tutkimuksessa tehtävät ratkaisut ja tulokset ovat luotettavia. Mittauksen luotettavuutta kuvataan validiteetilla ja reliabiliteetilla. Yhdessä ne muodostavat mittarin kokonaisluotettavuuden. Mittarin luotettavuus on määrällisessä tutkimuksessa tärkeä. Tutkimuksen tulokset ovat juuri niin luotettavia kuin siinä käytetyt mittarit. Mittarin tulee olla niin tarkka, että se rajaa tutkittavan käsitteen, ja se on herkkä erittelemään käsitteiden eri tasoja. Sen on oltava täsmällinen eli sen pitäisi kuvata tutkittavaa käsitettä oikein. (Heikkilä 2001, 186-187; Vehviläinen-Julkunen 1997, 206–208.)

Mittarin validiteetin kannalta on keskeistä se, mittaako mittari sitä mitä sen pitäisi. Kyselytutkimuksessa mittarin validiteetin kannalta oleellista on se, miten onnistuneita kysymykset ovat eli vastaavatko ne tutkimusongelmaan. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan sitä, vastaavatko mittaukset esitettyjä käsittemääritelmiä. Ulkoisesti validissa tutkimuksessa myös muut tutkijat tulkitsevat kyseiset tutkimustulokset samalla tavoin. (Heikkilä 2001, 186-187; Vehviläinen-Julkunen 1997, 207.) Tämän kyselylomakkeen kysymykset muodostuivat aikaisempien tutkimustulosten ja

käsitteiden määrittelyn perusteella. Näin pyrittiin takaamaan, että mittarin kysymykset kattavat ihmisten kunnioittamisen, itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden huomioimisen potilaan hoidossa. (Davis & Aroskar 1991; Husted & Husted 1995; Juntunen 1996.) Mittareiden kehittämisessä huomioitiin tutkittavien käsitteiden operationalisoinnin tarkoituksenmukaisuus ja kattavuus sekä mittareiden täsmällisyys ja ymmärrettävyys.

Mittarin validiteettia arvioitiin esitutkimuksella. Esitutkimus suoritettiin naistentautien vuodeosastolla, jossa toimintatapa on samantyyppinen kuin sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilla. Hoitohenkilökunnan oletetaan toimivan hoitotyön arvojen mukaisesti. Esitutkimuksen perusteella korjattiin kyselylomaketta lisäämällä ja muuttamalla kysymyksiä. Lisäksi osa kysymyksistä poistettiin epäselvyyden tai epätarkoituksenmukaisuuden vuoksi. Reliabiliteetin kannalta mittarin sisäinen johdonmukaisuus, ymmärrettävyys ja täsmällisyys vaikuttavat mittarin luotettavuuteen (Vehviläinen-Julkunen, Paunonen 1997, 209-210).

Reliabiliteetti tarkoittaa mittarin kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Se kuvaa sitä, kuinka tarkasti mittari mittaa kiinnostuksen kohdetta. Sisäinen reliabiliteetti voidaan saavuttaa muun muassa mittaamalla sama tutkimusyksikkö useampaan kertaan. Ulkoinen reliabiliteetti tarkoittaa, että mittaukset ovat toistettavissa muissa tutkimuksissa ja tilanteissa. Mittarin reliabiliteetti voidaan arvioida mittarin pysyvyytenä, vastaavuutena ja sisäisenä johdonmukaisuutena. (Heikkilä 2001, 187; Vehviläinen-Julkunen, Paunonen 1997, 209.) Reliabiliteettia pyrittiin parantamaan antamalla kyselylomakkeissa vastaajille selkeät vastausohjeet. Vastaajista johtuvat virhetekijät kuten väsymys, kiire ja mittausajan vaikutus pyrittiin minimoimaan sillä, että vastaajilla oli mahdollisuus vastata kysymyksiin kotona ja vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Luottamuksellisuutta pyrittiin turvaamaan sillä, että kyselylomakkeet palautettiin suljetuissa kirjekuorissa.

Kyselytutkimuksessa valehtelu tai muistivirheet aiheuttavat useimmiten satunnaisvirheitä ja alentavat näin reliabiliteettia, mutta valehtelu voi olla myös systemaattista asioiden kaunistelua tai vähättelemistä. Tällöin tulokset saattavat kuvata enemmänkin sitä, mikä olisi toivottava suhtautuminen kuin sitä, miten ihmiset todellisuudessa suhtautuvat johonkin asiaan. (Heikkilä 2001, 186.) Kahden

tutkimusjoukon, potilaiden ja hoitohenkilökunnan vastausten rehellisyydestä ei voida olla varmoja. Hoitohenkilökunta on palvelun antaja ja potilas on palvelun saaja. Potilaan voidaan olettaa pystyvän parhaiten arvioimaan saamaansa hoitoa. Molemmista ryhmistä saatuja vastauksia pystyttiin vertailemaan keskenään ja kuvaamaan varmemmin asioiden todellisuutta. Tutkimuksen tekijä on tarkistanut aineiston useamman kerran objektiivisesti ja raportoinut rehellisesti, mikä nostaa tutkimuksen reliabiliteettia.

Mittarin reliabiliteettia tarkasteltiin arvioimalla sisäistä johdonmukaisuutta. Mittari oli luokiteltu väittämäsarjoiksi, viiteen eri teemaan ja yleisiin hoitotyön arvoihin koskeviin väittämiin. Summanmuuttujien reliabiliteettia on mitattu Cronbachin alpha –kertoimen avulla. Alpha –kerroin osoittaa sen, kuinka voimakkaasti mittarin osiot korreloivat keskenään ja siten mittaavat samaa asiaa. Alphaa voidaan nimittää sisäisen johdonmukaisuuden kertoimeksi. (Nummenmaa, Konttinen, Kuusinen, Leskinen 1997, 187.) Cronbachin alpha –kertoimen arvo voi vaihdella välillä 0 ja 1 ja suuret kertoimen arvot ilmoittavat mittarin sisäisen johdonmukaisuuden olevan hyvä. Mittarin osioiden Cronbachin alpha –kertoimet vaihtelivat 0,70 – 0,87 välillä. Tältä osin mittari täytti hyvän reliabiliteetin vaatimukset. (Heikkilä 2001, 187; Vehviläinen-Julkunen, Paunonen 1997, 209-210.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ei ole luotu yhtä selkeitä kriteereitä kuin kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuudelle. Yleisesti laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioiminen liittyy tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tulosten raportointiin seikkaperäisesti. (Nieminen 1997, 215-221.)

Avointen kysymysten aineisto pyrittiin analysoimaan objektiivisesti kuvaamalla ja perustelemalla tehtyjä ratkaisuja. Alkuperäiset raportoidut suorat lainaukset potilaan ja hoitajan kirjoittamina potilaan arvoista nostaa tutkimuksen luotettavuutta. Raportoimisessa on huolehdittu, että tutkittavia ei tunnisteta suorista lainauksista. Sisällön analyysin kulku on pyritty kuvaamaan yksityiskohtaisesti ja kuvion avulla on havainnollistettu koko analysointiprosessi muodostamalla ala-, ylä- ja yhdistävä kategoria. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa korostetaan tutkimusprosessin tarkkaa ja rehellistä kuvausta, joka antaa lukijalle mahdollisuuden



seurata tutkimuksen kulkua ja arvioida sitä. (Grönfors 1982; Eskola ja Suoranta 1998.) Sisällön analyysin haasteellisuutena ja luotettavuuden kannalta keskeisenä asiana pidetään sitä, miten tutkija onnistuu pelkistämään aineiston ja muodostamaan siitä kategoriat niin, että ne kuvaavat mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Muodostetuilla kategorioilla pitää olla yhteys aineistoon ja niiden pitää liittyä järkevästi luotuun käsitejärjestelmään. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10-11.)

## 6.5 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkimuseettiset kysymykset voidaan luokitella tiedonhankintaa ja tutkittavien suojaa koskeviin normeihin sekä tutkijan vastuuta tulosten soveltamisesta koskeviin normeihin. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26.) Hoitotieteellisen tutkimusetiikan tulee olla sopusoinnussa sekä yleisen tutkimuksen etiikan että hoitotyön ammattietiikan kanssa. Tutkijan on tutkimusta tehdessään otettava huomioon tutkimuksen kohteena olevat henkilöt, työyhteisö ja rahoittajat. (Krause & Kiikkala 1996, 64-65.) Tutkimuksessa olisi noudatettava tieteellisen tutkimuksen yleisiä eettisiä periaatteita, joita ovat tutkimuksen hyvää tarkoitavuus, ihmisarvon kunnioittaminen ja tutkimuksen oikeudenmukaisuus. Erityisesti näiden periaatteiden tarkastelu liittyy tutkimukseen, jossa on odotettavissa eettisesti vaikeita ongelmia, jotka koskevat tutkimuksen tarkoitusta, tutkimusmenetelmiä tai tutkimuskohdetta. (Polit & Hungler 1999, 134-151.) Tutkimusetiikan kannalta on tärkeää ottaa huomioon, ettei tutkimus vahingoita tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 27.) Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa potilaan kunnioittamisesta, itsemääräämisoikeudesta ja yksityisyyden toteutumisesta hoitotyössä. Tutkimuksessa noudatettiin tieteellisen tutkimuksen yleisiä eettisiä periaatteita, luotettavia tieteellisiä menetelmiä ja se pohjautui aiempaan tietoon hoitotyön arvoista. Tutkittavia olivat potilaat ja hoitajat sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilla. Arvojen tutkiminen tuottaa yleensä eettisiä ongelmia ja jokaisella tutkittavalla on omia kokemuksia, jotka muokkaavat subjektiivisia käsityksiä. Tässä tutkimuksessa on kunnioitettu ihmisarvoa eikä tutkittavia ole vahingoitettu fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti.

Tutkimushenkilöillä on oltava vapaus itsenäisesti päättää tutkimukseen osallistumisesta ja mahdollisuus keskeyttää tutkimus koska tahansa. (Burns & Grove

1997, 200; Vehviläinen-Julkunen 1997, 27.) Tutkimuslupa hankittiin sairaalan eettiseltä toimikunnalta ja johtavalta ylihoitajalta. Aineistojen keruun yhteydessä esitettiin saatekirje, jossa selvitettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Saatekirjeessä korostettiin tutkimukseen osallistumisen ehdotonta luottamuksellisuutta ja tutkimuksen raportoinnissa suojeltiin tutkittavan anonymiteettia. Vastaajien antamia tietoja on käsitelty vain tutkimuksen tekijä ja kyselylomakkeeseen vastattiin nimettömänä. Aineiston analysointivaiheessa ja raporttia kirjoitettaessa huolehdittiin, ettei yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa. Eettisyys tutkimustulosten julkaisussa liittyy rehellisyyteen ja tulosten luotettavuuteen. Tutkimustulokset on raportoitava siten, että julkinen kritiikki on mahdollista. Mitään olennaista ei saa jättää kertomatta. (Krause & Kiikkala 1996, 65.)

## **7 TUTKIMUKSEN TULOKSET**

### **7.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot**

Potilaista 43 oli ollut hoidossa sisätautien ja 37 kirurgian vuodeosastoilla. Potilaiden ikä vaihteli 17 ja 87 vuoden välillä ja keskiarvo oli 52 vuotta. Vajaalla puolella potilaista peruskoulutuksena oli lukio, noin neljäsosalla kansakoulu ja neljäsosalla perus- tai keskikoulu. Kolmasosalla potilaista oli yliopisto- tai ammattikorkeakoulututkinto, noin puolella oli ammattikoulu- tai opistotasoinen koulutus ja noin viidesosa oli ilman ammatillista koulutusta. Vajaalla kolmasosalla (29 %) potilaista oli oma hoitaja osastoilla. Hieman yli puolet potilaista saapui osastoille päivystyksen ja vajaa viidesosa ajanvarauksen kautta. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden taustatiedot

Potilaan taustatiedot	Sisätauti n = 42-43 %	Kirurgia n = 34-37 %	Yhteensä n = 76-80		Testiarvot $\chi^2$ p, df
			n	%	
<b>Sukupuoli</b>					0,41
Mies	56	49	42	53	0,522 ns
Nainen	44	51	38	48	df=1
<b>Potilaan ikä</b>					6,85
Alle 25	7	--	3	4	0,144 nv
25-34	7	8	6	8	df=4
35-44	9	5	6	8	
45-54	17	38	21	26	
55+	60	49	43	54	
<b>Peruskoulutus</b>					1,65
Kansakoulu	29	30	23	29	0,648 nv
Perus- / keskikoulu	26	18	18	23	df=3
Lukio	45	49	37	47	
Muu	--	3	1	1	
<b>Ammattikoulutus</b>					0,86
Ei ammatillista koulutusta	24	20	17	22	0,652 ns
Ammattikoulu / opisto	38	49	33	43	df=2
Ammatti-/ korkeakoulu	38	31	27	35	
<b>Oma hoitaja</b>					1,21
Kyllä	24	35	22	29	0,272 ns
Ei	76	65	54	71	df=1
<b>Sairaalaan saapuminen</b>					1,77
Ajanvarauksen kautta	14	19	13	16	0,413 ns
Päivystyksen kautta	58	43	26	51	df=2
Muuten	28	38	26	33	

Hoitohenkilöstöstä työskenteli 60 sisätautien ja 51 kirurgian vuodeosastolla. Heistä alle 35-vuotiaita oli kolmasosa, yli kolmasosa 35-44-vuotiaita ja 45 vuotta täyttäneitä oli vajaa kolmasosa. Yli neljällä viidesosalla oli vakinainen virka. Vastaajista noin kaksi kolmasosaa oli virka- tai toiminimikkeeltään sairaanhoitajia ja viidesosa perustai lähihoitajia. Hoitajien työkokemuksen pituus vaihteli 1 ja 36 vuoden välillä, keskiarvo oli 18 vuotta. Terveystieteiden ammattissa oli toiminut noin neljäsosa henkilöstöstä korkeintaan 5 vuotta, vajaa puolet oli työskennellyt 6-19 vuotta ja vajaa kolmasosa vähintään 20 vuotta. Kirurgisen vuodeosaston hoitohenkilökunnasta useampi kuin sisätautien vuodeosaston henkilöstöstä oli työskennellyt vähintään 20 vuotta. Kolmasosa hoitohenkilökunnasta ilmoitti, että heidän osastollaan toteutettiin yksilövastuista hoitotyötä. Yli kolmasosa henkilöstöstä oli osallistunut hoitotyön arvoja koskevaan koulutukseen parin viimeisen vuoden aikana. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien taustatiedot

Taustatiedot	Sisätauti n = 55-60 %	Kirurgia n = 49-51 %	Yhteensä n = 104-111		Testiarvot $\chi^2$ p, df,
			n	%	
<b>Ikäryhmä</b>					25,92
Alle 25	2	4	4	3	0,001 nv
25-34	41	16	33	30	df=8
35-44	38	39	42	38	
45-54	12	33	24	22	
55+	7	8	8	7	
<b>Työsuhte</b>					7,34
Määräaikainen	24	6	17	15	0,025 nv
Vakinainen	76	94	94	85	df=2
<b>Ammattinimike</b>					7,58
Perus- / lähihoitaja	14	29	23	21	0,271 nv
Sairaanhoitaja	71	55	70	63	df=6
Erikoissairaanhoitaja	16	14	17	15	
Muu	--	2	1	1	
<b>Työkokemus</b>					7,97
-5 v	33	18	27	26	0,047*
6-13 v	29	18	25	24	df=3
14-19 v	20	22	22	21	
20+ v	18	41	30	29	
<b>Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen</b>					0,80
Kyllä	31	39	38	35	0,37 ns
Ei	69	61	71	65	df=1
<b>Osallistuminen arvojen koulutukseen</b>					4,53
Kyllä	31	48	42	38	0,104 ns
Ei	69	52	68	62	df=2

## 7.2 Ihmisarvon kunnioittaminen potilaan kohtelussa ja hoidossa

Lähes kaikki potilaat ja koko henkilökunta olivat sitä mieltä, ettei asema tai ammatti vaikuttanut mitenkään potilaiden saamaan kohteluun ja potilaita kohdeltiin terveydentilan edellyttämällä tavalla. Potilaista lähes kaikki kokivat tullessa kohdelluiksi ikänsä mukaisesti ja olivat myös sitä mieltä, ettei hoitohenkilökunta käyttäytynyt moralisoivasti. Hoitohenkilökunnasta lähes kaikki vastasivat arvostaneensa potilaita erittäin suuresti ja pitäneensä potilaita tasa-arvoisena hoitosuhteessa. Potilaista ja henkilökunnasta neljä viidesosaa oli sitä mieltä, että omaiset olivat tyytyväisiä kohteluun. Harvimmin, noin kolme neljäsosaa, oli sitä mieltä, että potilaiden uskonnollista vakaumusta kunnioitettiin. Potilaista pienempi

osuus kuin hoitajista oli samaa mieltä, että potilaita arvostettiin suuresti ja kohdeltiin tasa-arvoisesti kansalaisuudesta riippumatta. Potilaista suurempi osuus kuin hoitajista vastasi, ettei henkilöstö moralisoinut millään lailla. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Potilaan kohtelu, kunnioitus ja arvostus

Kohtelu, kunnioitus, arvostus	Potilaat n=72-81 %	Henkilö- kunta n=109-111 %	Yhteensä n=181-192		Testiarvot $\chi^2$ p, df, f
			n	%	
<b>Potilaan arvostus</b>					13,62
Eri mieltä	31	10	36	19	0,001***
Samaa mieltä	69	90	154	81	
<b>Iän mukainen kohtelu</b>					1,19
Eri mieltä	6	11	17	9	0,275 ns
Samaa mieltä	94	89	174	91	
<b>Tasa-arvoisuus kansalaisuudesta riippumatta</b>					4,22
Eri mieltä	13	4	15	8	0,040*
Samaa mieltä	87	96	175	92	
<b>Tasa-arvoisuus asemasta riippumatta</b>					7,37
Eri mieltä	9	1	8	4	0,007 nv
Samaa mieltä	91	99	181	96	0,009**
<b>Terveydentilan edellyttämä kohtelu</b>					0,04
Eri mieltä	7	7	14	7	0,953 ns
Samaa mieltä	93	93	176	93	
<b>Tasa-arvoisuus hoitosuhteessa</b>					1,42
Eri mieltä	11	6	16	8	0,234 ns
Samaa mieltä	89	94	176	92	
<b>Omaisten tyytyväisyys kohteluun</b>					0,21
Eri mieltä	18	16	31	17	0,641 ns
Samaa mieltä	82	84	155	83	
<b>Hoitajien ei -moralisointi</b>					5,61
Eri mieltä	5	16	22	12	0,018*
Samaa mieltä	95	84	168	88	
<b>Uskonnollisen vakauksen kunnioitusta</b>					2,69
Eri mieltä	32	21	46	25	0,101 ns
Samaa mieltä	68	79	135	75	

df= 1

Miespotilaat olivat useammin kuin naispotilaat sitä mieltä, että potilaita kohdeltiin hoitosuhteessa tasa-arvoisina ihmisinä hoitajien kanssa ( $\chi^2 = 3,26$ ,  $p = 0,071$ ). Iältään 45 – 54 -vuotiaat potilaat olivat harvemmin sitä mieltä että, heidän omaisensa olivat tyytyväisiä tapaan, jolla hoitohenkilökunta kohteli heitä ( $\chi^2 = 7,8$ ,  $p = 0,020$ ). Ammattikoulun, -opiston, tai korkeakoulututkinnon suorittaneet potilaat olivat useammin kuin vailla ammatillista koulutusta olevat sitä mieltä, että heitä kohdeltiin

osastolla täysin ikänsä mukaisesti ( $\chi^2 = 5,42$ ,  $p = 0,066$ ). Määräaikaisten hoitajien olivat useammin kuin vakinaiset hoitajat sitä mieltä, että potilaat saivat keskustella asioistaan hoitajan kanssa muualla kuin potilaan huoneessa ( $\chi^2 = 5,80$ ,  $p = 0,016$ ).

### 7.2.1 Potilaan kunnioitus ja arvostus kohtelussa

Potilaista osa oli sitä mieltä, että heidät olisi sijoitettava huoneisiin iän ja kunnon perusteella, etteivät he häiritseisi toisiaan ja heidät pystyttäisiin hoitamaan yksilöllisesti. Potilaiden sijoittamista huoneisiin kuvattiin seuraavasti:

*”Ehkä olisi hyvä vähän erotella nuoremmat ja vanhemmat potilaat eri huoneisiin. Huomasi, että vanhemmat potilaat vaativat enemmän huomiota (turhaakin), kun nuoremmat. Se häiritsee esim. yön aikana.”*

*”Saman ikäiset ja kuntoiset samaan huoneeseen.”*

*”Ei ”massakohtelua” (kaikki nukkumaan aikaan, verhot alas). Ihmiset ovat eri-ikäisiä ja -tapaisia yksilöitä. Ne tavat, jotka vanhemmillamme on, eivät välttämättä ole meidän ikäpolvemme tapoja.”*

*”Olisi hyvä, jos potilas nähtäisiin enemmän yksilönä (ei vain tietyn ikäisenä naisena tai miehenä, jolla on tietty vaiva).”*

Huonosti suunnitellut fyysiset tilat ja puutteellisesti hoidettu apuvälineistö olisi korjattava ja uusia, koska ne vaikuttavat potilaiden hoitoon ja liikkumiseen. Seuraavat esimerkit kuvaavat puutteellisia fyysisiä tiloja ja apuvälineistöä:

*”Jossakin huoneessa ovet aukeaa väärään suuntaan. Ei pääse laskurin kanssa. 25 vuotta vanhat tilat. Remonttia.”*

*”Sairaalan liikuntarajoitteita, ovat mm. hankalat hissien ovet, kynnykset, apuvälinehuolto rempallaan esim. pyörätuolin renkaat melkein tyhjiä, eikä osastolta löydy pumppua.”*

Potilaat korostivat, että heidän kaikki oireensa ja sairautensa olisi hoidettava samanaikaisesti, jotta hänen ei tarvitsisi tulla useita kertoja sairaalaan hoitoon ja odottamaan pitkiä aikoja hoitoon pääsyyn. Potilaan hyvän hoidon suunnittelua kuvattiin seuraavasti:

*”Odotusajat liian pitkät. Kun kerran pääsee hoitoon, tutkimukseen on huomioitava hoito, tutkimukset monelta eri suunnalta ei niin kuin nyt hoidetaan, tutkitaan yksi kohta, lähetetään kotiin, soitetaan perään hoito ja tutkimukset jatkuvat. Varataan aika, odota kuukausi, tutkitaan seuraava kohde jne. eli hoitajan ja lääkärin pitäisi paneutua paremmin potilaan tilanteeseen ja tehtävä*

*hoitosuunnitelma, joka kattaisi koko skaalan niin, että kerran kuin pääsee hoitoon, käydään läpi kaikki mahdollinen.”*

*”Jos potilas on sairaalahoidossa jalan tähden, voisi samalla sairaalareissulla hoitaa muutkin sairaudet, jotka tarvitsevat lääkärin hoitoa.”*

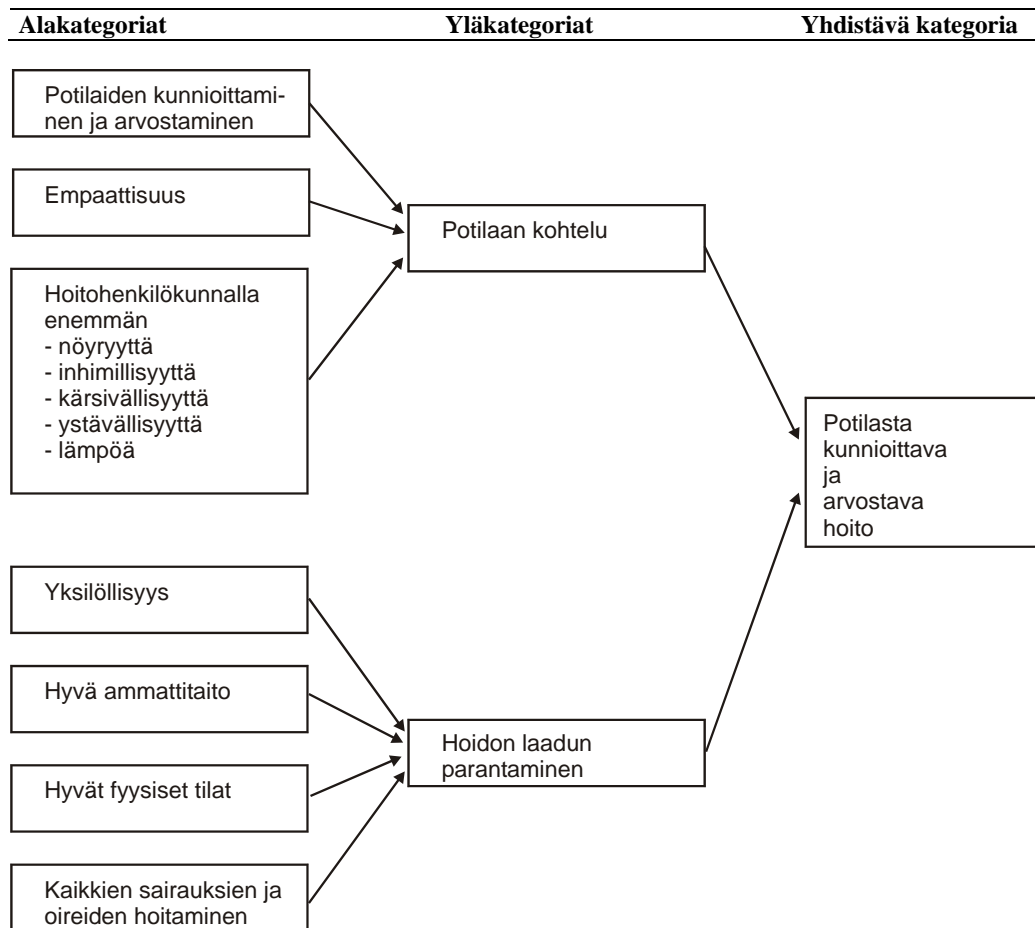
Potilaista osan mielestä heitä kunnioitettiin ja arvostettiin, ja he saivat tarvitessaan apua hoidon aikana. Heidän käsityksensä mukaan jokainen potilas voi vaikuttaa samaansa kohteluun. (Kuvio 1.)

Potilaan hyvä kohtelu tuotiin esille seuraavasti:

*”Minua kyllä kunnioitettiin ja arvostettiin hoidossa aivan riittävästi.”*

*”Kohteluhan riippuu myös potilaista.”*

*”Kokemuksen perusteella olen saanut avun Jorvissa aina, kun olen tarvinnut.”*



Kuvio 1. Aineiston pelkistäminen, ryhmittely kategorioihin ja abstrahointi: kuvaus potilaan kohtelusta, kunnioituksesta ja arvostuksesta hoitosuhteessa (potilasaineisto)

Hoitajat esittivät, että hoitotyössä tarvitaan selkeitä arvoja, filosofiaa, yhteiset linjat ja tavoitteet potilaan kohtelusta ja hoidosta. Näitä asioita tulisi selvittää sairaanhoidon koulutuksessa ja keskustella koko työelämän ajan. Hoitajat toivat esille tarpeen saada esimieheltä tukea ja palautetta sekä yhteisiä kokouksia, joissa käytäisiin arvokeskusteluja. Näitä asioita kuvaavat seuraavat esimerkit:

*”Arvot olisi selkeitä, mistä edes puhuttaisiin. Osaston yhteinen hoitofilosofia puuttuu. Asenteet näkyvät ”erilaisia” hoitajia kohtaan takana puhumisena, myös potilaista. Johtajuus vahvemmaksi, huonoa käyttäytymistä ei saisi hyväksyä.”*

*”Filosofisen koulutuksen tärkeänä pitäminen, oman arvomaailman selvittäminen ja valitseminen jo koulutusaikana sekä keskustelun ylläpitäminen näistä työelämän jatkuessa. Asenteisiin on vaikutettava jatkuvasti oman osaston valitseman filosofian mukaan, jos ei ”keskustelua” ylläpidetä asiat unohtuvat muutamassa kuukaudessa.”*

*”Yhteiset linjat ja tavoitteet kohtelusta ja hoidosta. Esimiehen tukea ja palautetta tarvitaan, yhteisiä kokouksia, jossa keskustellaan arvoista.”*

Hoitajien mielestä oli tarpeen kohdella potilaita ja heidän omaisiaan arvokkaasti, ystävällisesti, hienotunteisesti, tasavertaisesti, kokonaisvaltaisesti, neuvottelemalla ja yhteisymmärryksessä kulttuuriin ja uskontoon katsomatta sekä kannustaa potilaita omien voimavarojen käyttöön. Potilaan kohtelua hoitajat kuvasivat seuraavasti:

*”Hymyile enemmän, ystävällisyys ja hymy eivät maksa mitään, mutta antaa enemmän. Potilas on ihminen siinä kuin hoitajakin.”*

*”Lisää työntekijöitä, jotta olisi aikaa kohdata ja huomioida potilas ja tämän omaiset kokonaisvaltaisesti.*

*”Kohdellaan potilaita niin kuin toivoisit itseäsi kohdeltavan. Arvokkaasti ja hienotunteisesti.”*

*”Jokainen potilas tulee kohdata ”ihmisenä” ja jokaista potilasta tulisi kohdella tasavertaisena ja kunnioittaen, etenkin vähempiosaisia.”*

Hoitajat toivoivat saavansa lisää tietoa eri kulttuurien tavoista niin, että he pystyisivät hoitamaan potilaat yksilöllisesti. Myös he halusivat tunnustusta ja arvostusta työlleen, että pystyivät kohtelevaan potilaita arvokkaasti. Näitä asioita kuvaavat seuraavat hoitajien esimerkit:

*”Kehittää yksilöllistä kohtelua ja huomioida potilaat sellaisina kuin he ovat, kulttuuriin, uskontoon ym. katsomatta.”*

*”Kansainvälistymisen haasteet tuli huomioida nykyistä paremmin, hoitajilla ei ole riittävästi tietoa esim. eri uskontokuntien tavoista.”*



*”Enemmän konkreettista tunnustusta hoitohenkilökunnalle, kun hoitohenkilöstö kokee olevansa arvostettu kohtelee se potilastakin arvostetusti.”*

Henkilökunnasta osan mielestä työtehtävien ja vastuun määrä ei ollut suhteutettu työntekijöiden määrään ja työskentelyaikaan. Aikaa jäi vain välttämättömiin tehtäviin potilashoidossa eikä vastuuhoidajajärjestelmä toiminut saumattomasti. Heidän mukaansa lisäämällä henkilökuntaa kiire vähenisi, jäisi enemmän aikaa potilaiden vastaanottamiseen, ohjaamiseen, kuuntelemiseen, vuorovaikutukseen ja omahoitajuuden toteuttamiseen ja kehittämiseen. Näin pystyttäisiin hoitamaan potilaat sekä kohtelemaan heitä ja heidän omaisiaan yksilöllisesti. Hoitohenkilökunnan ajan vähyyttä ja kiirettä kuvattiin seuraavasti:

*”Lisää ihmisiä hoitamaan ihmisiä! Työtehtävien ja vastuun määrä ei ole suhteessa työntekijöiden määrään ja työskentelyaikaan.”*

*”Jos potilaita on ylipaikoilla ja henkilökunta mitoitettu normeihin jopa ali tänä päivänä. Miten voi silloin päästä parhaaseen tavoitteeseen. Työpäivä on jatkuvaa priorisointia. Henkilökunnan rakenne perushoito, sairaanhoito: silloin ei päästä ”kokonaisvaltaisuuteen”*

*”Enemmän hoitajia eri vuoroihin, jotta kiire vähentyisi ja virheet tämän myötä. Potilaan yksilöllisyyden huomioiminen helpottuisi, jos enemmän hoitajia.”*

*”Tarvitaan lisää henkilökuntaa, että varmistetaan, että jokainen potilas saa myös ohjausta. Siitä aivan liian usein kärsitään. Usein ei ole aikaa istua ja jutella potilaan kanssa juuri yhtään.”*

*”Enemmän aikaa potilaille ja omaisille.”*

*”Henkilökuntaa lisää. Omahoitajuutta pystyisi kehittämään ja toteuttamaan.”*

*”Vastuuhoidaja järjestelmä tulisi toimia saumattomasti. Potilaat huomioitaisiin enemmän yksilöinä ja, että potilas on myös itse vastuussa itsestään.”*

*”Lisää henkilökuntaa, jotta olisi enemmän aikaa potilashoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Arkiaamuisin täysin mahdotonta jäädä keskustelemaan potilaan kanssa.”*

Lääkäreiden ja hoitajien tasa-arvoista yhteistyötä olisi kehitettävä ja selvitettävä työnjako.

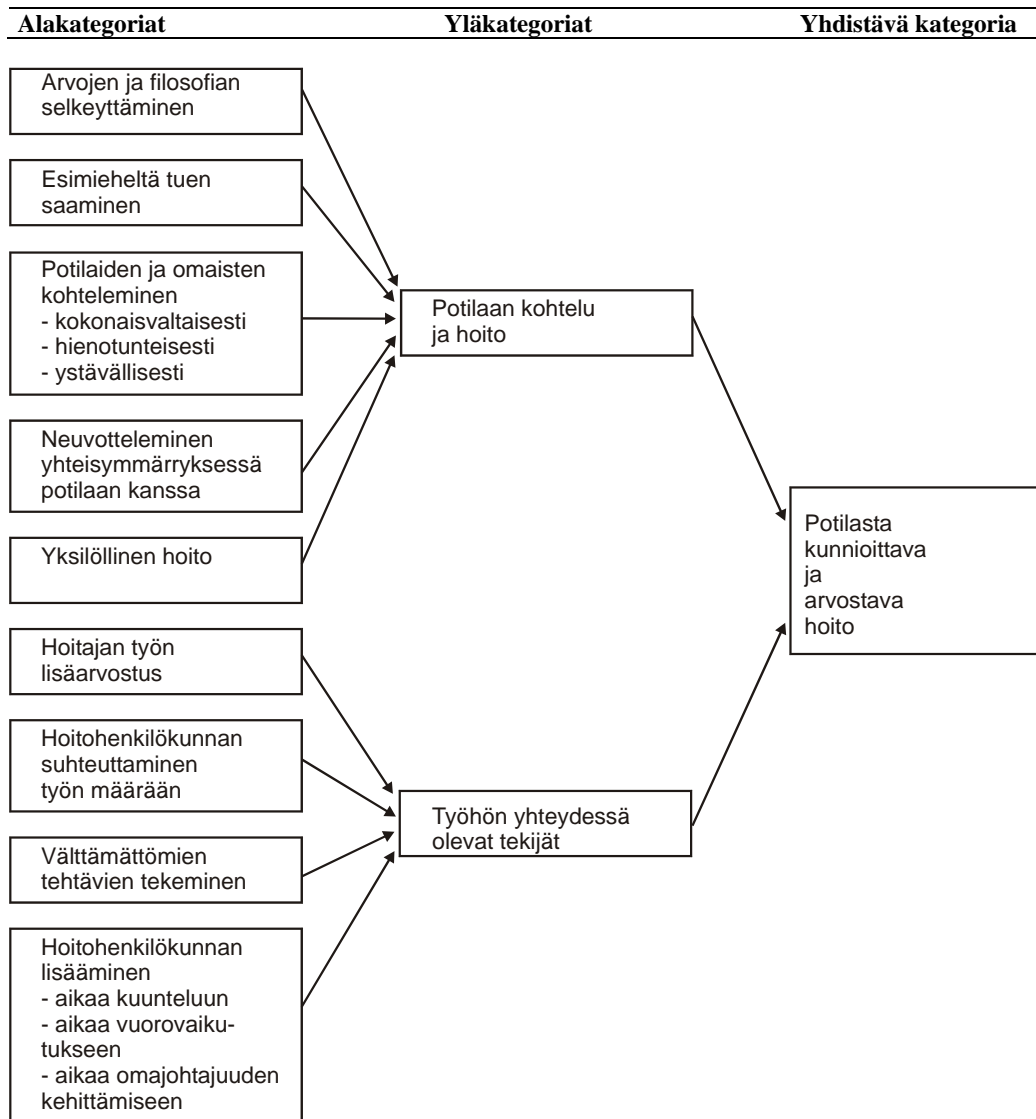
(Kuvio 2.)

Lääkärien ja hoitajien yhteistyötä kuvattiin seuraavasti:

*”Lääkäreiden ja hoitajien yhteistyö vähäistä.”*

*”Työnjako hoitajien ja lääkärien välillä selväksi esim. kotiutustilanteessa, lääkärit vaihtuvat, jokainen tekee omalla tavalla.”*

*”Viime aikoina koen, että osa työajastani on mennyt potilaiden lääketieteellisten asioiden selvittämiseen”*



Kuvio 2. Potilasta kunnioittava ja arvostava hoito-kategoria ja sen edellytykset (henkilöstöaineisto)

### 7.2.2 Potilaan hoito ja kohtelu hoitosuhteessa

Lähes kaikki potilaat ja yli neljä viidesosaa henkilökunnasta oli sitä mieltä, että potilaat otettiin huomioon sängen huolella hoitotoimenpiteen aikana ja että potilailla oli mahdollisuus ottaa yhteyttä läheisiinsä. Lähes kaikki potilaat kokivat saaneensa

osastolla apua erittäin nopeasti sitä tarvitessaan. Yli neljä viidesosaa potilaista koki, että hoitajat vastasivat perusteellisesti heidän tekemiinsä kysymyksiin, toimivat heidän puolestaan kaikissa pienimmissäkin yksityiskohdissa heidän etujensa mukaisesti. Noin kolme neljäsosaa potilaista vastasi, että heidät vastaanotettiin osastolle kiireettömästi ja siihen aikaa varaten. Lisäksi he pystyivät keskustelemaan hoitajan kanssa kaikista hoitoon liittyvistä asioista ja hoitajilla oli hyvin aikaa kuunnella heitä. Potilaista suurempi osa kuin henkilökunnasta oli useammin samaa mieltä kaikista potilaan kohtelua hoitosuhteessa koskevista väittämistä. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä paitsi potilaiden huomioimisessa sangen huolella hoitotoimenpiteen aikana. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Potilaan kohtelu hoitosuhteessa

Kohtelu hoitosuhteessa	Potilaat n=72-82	Henkilö- kunta n=109-111	Yhteensä n=181-192		Testiarvot $\chi^2$ p
	%	%	n	%	
<b>Kiireetön vastaanotto</b>					29,12
Eri mieltä	25	64	90	47	0,001***
Samaa mieltä	75	36	100	53	
<b>Keskustelu hoitoa liittyvistä asioista</b>					6,60
Eri mieltä	21	39	60	31	0,010**
Samaa mieltä	79	61	131	69	
<b>Potilaan kysymyksiin vastaaminen</b>					6,43
Eri mieltä	15	31	46	24	0,011**
Samaa mieltä	85	69	146	76	
<b>Potilaan avun saaminen tarvittaessa</b>					12
Eri mieltä	9	30	40	21	0,001***
Samaa mieltä	91	70	151	79	
<b>Aikaa kuunnella potilasta</b>					39,09
Eri mieltä	25	71	98	52	0,001***
Samaa mieltä	75	29	92	48	
<b>Potilaan huomioiminen hoitotoimenpiteessä</b>					3,06
Eri mieltä	9	17	26	13	0,080 ns
Samaa mieltä	91	83	166	87	
<b>Mahdollisuus yhteyden- ottoon läheisiin</b>					4,27
Eri mieltä	4	13	17	9	0,039*
Samaa mieltä	96	87	170	91	
<b>Toimiminen potilaan etujen mukaisesti</b>					4,78
Eri mieltä	17	31	47	25	0,029*
Samaa mieltä	83	69	142	75	

df = 1

Miespotilaat olivat useammin kuin naispotilaat sitä mieltä, että potilaat keskustelivat hoitajien kanssa kaikista hoitoon liittyvistä asioista ( $\chi^2 = 4,12$ ,  $p = 0,042$ ) ja potilaille järjestettiin mahdollisuus ottaa yhteys läheisiin aina, kun halusivat ( $\chi^2 = 3,20$ ,  $p = 0,073$ ). Keski-ikäiset potilaat olivat harvemmin kuin nuoremmat ja vanhemmat sitä mieltä, että he olivat saaneet osastolla apua erittäin nopeasti sitä tarvitessaan.

Hoitotyön arvoja koskevaan koulutukseen kahden viime vuoden aikana osallistuneet olivat useammin kuin ne, jotka eivät olleet tähän osallistuneet, vastaanottaneet potilaan osastolle kiireettömästi ja siihen aikaa varaten ( $\chi^2 = 9,89$ ,  $p = 0,002$ ) ja keskustelleet potilaan kanssa kaikista hänen hoitoonsa liittyvistä asioista ( $\chi^2 = 8,90$ ,  $p = 0,003$ ). Kirurgisen vuodeosaston hoitajat olivat useammin kuin sisätautien vuodeosaston hoitajat sitä mieltä, että potilas vastaanotettiin osastolle kiireettömästi ja siihen aikaa varaten ( $\chi^2 = 23,61$ ,  $p = 0,001$ ), ja että potilaan kanssa keskusteltiin kaikista hänen hoitoonsa liittyvistä asioista ( $\chi^2 = 14,55$ ,  $p = 0,001$ ) ja hoitajilla oli hyvin aikaa kuunnella potilasta ( $\chi^2 = 18,86$ ,  $p = 0,001$ ).

### 7.2.3 Arviointi potilaan kohtelusta ja hoidosta

Avoimella kysymyksellä **potilailta ja hoitajilta** tiedusteltiin, miten heidän mielestään hoitoa tulisi kehittää, jotta se olisi enemmän potilasta kunnioittavaa ja arvostavaa. Potilaat toivoivat hoidon olevan enemmän ihmistä kunnioittavaa, arvostavaa, tasa-arvoista ja henkilökunnalla olevan enemmän kärsivällisyyttä, nöyryyttä, inhimillisyyttä, empaattisuutta, ystävällisyyttä, lämpöä ja ammattitaitoa myös siinä tapauksessa, että hoidettavana on vaikea potilas. Potilaan kohtelua kuvaavat seuraavat potilaiden ja henkilökunnan esittämät esimerkit:

*”Potilailta voisi kysyä sairaalaan tultaessa, miten hän toivoo itseänsä kohdeltavan (itse pitäisin esim. sinuttelua kotoisempaa, nyt tuntui, että ikäni perusteella kaikki teitittelivät).” ( p )*

*”Hoidon on oltava ihmistä arvostavaa ja tasa-arvoisesti kohdeltava.” ( h )*

*”Enemmän ystävällinen ja kohtelias suhtautuminen potilaaseen luottamuksen saaminen.” ( p )*

*”Enemmän aikaa, lämpöä ja nöyryyttä, vaikka potilas olisi vaikea. Persoonaltaan yritys pitkään pinnaan on aina hyväksi.” ( p )*

*” Ystävällisyys, ammattitaito ja empaattisuus. Kiire paistaa läpi, mikä saattaa johtua liian vähästä henkilökunnasta tai heikosta töiden organisoimisesta.”*

*”Luottamuksellisuus ja ammattitaito.” ( p )*

*”Yritän nähdä asiat potilaan näkökulmasta. Sitä on aika avuton kun on esim. vain yksi jalka käytössä.” ( h )*

*”Inhimillisyyttä!!!” ( p )*

Potilaat ja hoitajat arvioivat potilaiden saamaa hoitoa ja kohtelua kouluarvosana-asteikoilla 4 – 10, jossa 4 on erittäin huono ja 10 on erittäin hyvä arvosana. Potilaiden arviot saamastaan kohtelusta ja hoidosta vaihtelivat asteikoilla 6 – 10 välillä, keskiarvon ollessa 8,67. Hoitajien arviot vaihtelivat 7 – 10 välillä keskiarvon ollessa 8. Yli neljä viidesosaa potilaista ja hoitohenkilökunnasta antoi potilaiden saamasta kohtelusta ja hoidosta kouluarvosana-asteikoilla välillä 8 – 9, eli potilaiden saama hoito ja kohtelu olivat heidän mielestään hyvää. Viidesosa potilaista ja pieni osuus hoitajista antoi erittäin hyvän 10 potilaiden saamasta kohtelusta ja hoidosta. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Kouluarvosana potilaan saamasta kohtelusta ja hoidosta

Kouluarvosana potilaan kohtelusta ja hoidosta	Potilaat n=78	Henkilö- kunta n=89	Yhteensä n=167		Testiarvot $\chi^2$ p
	%	%	n	%	
Kouluarvosana-asteikko 6	3	--	2	1	
Kouluarvosana-asteikko 7	5	9	12	7	
Kouluarvosana-asteikko 8	36	43	66	39	
Kouluarvosana-asteikko 9	36	43	66	40	11,45
Kouluarvosana-asteikko 10	20	5	21	13	0,022

df = 1

Lähes kaikkien potilaiden ja henkilökunnan mielestä potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa kohteluun ja hoitoon osastolla, kokivat olonsa turvalliseksi hoidon aikana ja luottivat hyvin saamaansa hoitoon. Noin kolme neljäsosaa potilaista ja henkilökunnasta arvioi hoitajien olevan tyytyväisiä nykyiseen työhönsä. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Potilaan kohtelu, luottamus hoitoon ja turvallisuus sekä hoitajan tyytyväisyys

Kohtelu, hoidon luottamus ja turvallisuus Tyytyväisyys	Potilaat n=80-82	Henkilö- kunta n=111	Yhteensä n=191-193		Testiarvot $\chi^2/F$ p
	%	%	n	%	
<b>Potilaan tyytyväisyys kohteluun</b>					
Tyytymätön	10	5	14	7	1,39
Tyytyväinen	90	95	178	93	0,239 ns
<b>Luottamus saatuun hoitoon</b>					
Huonosti	11	8	18	9	0,46
Hyvin	89	92	175	91	0,498 ns
<b>Turvallisuuden tunne hoidon aikana</b>					
Turvattomaksi	5	6	11	6	0,12
Turvalliseksi	95	94	182	94	0,672 nv
<b>Hoitajan tyytyväisyys työhönsä</b>					
Tyytymätön	25	29	52	27	0,34
Tyytyväinen	75	71	139	73	0,558 ns

df = 1

Lähes kaikki hoitajat (98 %) pitivät tärkeänä työtään potilaiden parissa ja vähän yli puolet (55 %) koki oman työnsä arvostetuksi. Hoitotyön arvoja koskevaan koulutukseen kahden vuoden aikana osallistuneet hoitajat olivat useammin kuin ne, jotka eivät olleet koulutukseen osallistuneet tyytyväisiä nykyiseen työhönsä ( $\chi^2 = 3,32$  p = 0,068). Kirurgian vuodeosaston hoitajat olivat useammin kuin sisätautien vuodeosaston hoitajat tyytyväisiä nykyiseen työhönsä ( $\chi^2 = 17,22$  p = 0,001).

### 7.3 Itsemääräämisoikeuden toteutuminen

#### 7.3.1 Potilaan tiedonsaanti omaa hoitoa koskevista asioista

Noin kolme neljäsosaa potilaista ja hoitajista oli sitä mieltä, että potilaat olivat saaneet yksityiskohtaista tietoa heille tehtävistä tutkimuksista sekä hoidoista ja saatu tieto oli hyvin ymmärrettävää. Kaksi kolmasosaa potilaista vastasi hoitajien antaneen tarpeellista tietoa osaston päiväohjelmasta heidän saapuessa osastolle, paljon tietoa potilaan sairaudesta ja terveydestä sekä paljon suullista ja kirjallista tietoa jatkohoidosta. Noin puolet potilaista ilmoitti saaneensa seikkaperäistä tietoa eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista, selkeää tietoa erilaisista mahdollisuuksista osallistua hoitoa koskeviin päätöksiin ja mahdollisuudesta lukea potilaspaperinsa niin

halutessaan. Potilaat olivat useammin kuin hoitohenkilökunta samaa mieltä siitä, että potilaat olivat saaneet tarpeellisen tiedon osaston päiväohjelmasta heidän saapuessaan osastolle ja kokivat saaneensa seikkaperäistä tietoa eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Potilaista harvempi kuin hoitajista oli sitä mieltä, että potilaat olivat voineet halutessaan lukea potilaspaperinsa. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Potilaan tiedon saanti omaa hoitoa koskevista asioista

Tiedon saanti potilaan hoitoa koskevissa asioissa	Potilaat n=76-81	Henkilö- kunta n=110-111	Yhteensä n=186-192		Testiarvot $\chi^2$ p
	%	%	n	%	
<b>Päiväohjelmasta</b>					4,23
Eri mieltä	33	48	80	42	0,040*
Samaa mieltä	67	52	111	58	
<b>Sairaudesta ja terveydestä</b>					3,05
Eri mieltä	34	47	79	42	0,081 ns
Samaa mieltä	66	53	111	58	
<b>Hoitovaihtoehdot ja niiden vaikutukset</b>					10,47
Eri mieltä	53	76	126	66	0,001***
Samaa mieltä	47	24	64	34	
<b>Tieto tutkimuksista ja hoidosta</b>					1,06
Eri mieltä	29	22	48	25	0,303 ns
Samaa mieltä	71	78	142	75	
<b>Tiedon ymmärtäminen tutkimuksista ja toimenpiteistä</b>					2,90
Eri mieltä	21	32	53	28	0,089 ns
Samaa mieltä	79	68	138	72	
<b>Osallistuminen hoitoa koskeviin päätöksiin</b>					2,24
Eri mieltä	50	61	107	56	0,134 ns
Samaa mieltä	50	39	83	44	
<b>Suullinen ja kirjallinen tieto jatkohoidosta</b>					0,38
Eri mieltä	37	41	76	40	0,538 ns
Samaa mieltä	63	59	116	60	
<b>Potilaspaperien lukeminen haluttaessa</b>					4,45
Eri mieltä	42	27	62	33	0,035*
Samaa mieltä	58	73	124	67	

df = 1

Vähintään 60-vuotiaat potilaat olivat useimmin ja 17 – 49-vuotiaat harvimmin sitä mieltä, että he olivat saaneet paljon tietoa sairaudestaan ja terveydestään ( $\chi^2 = 8,57$ ,  $p = 0,014$ ), eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä mahdollisuudestaan osallistua omaa hoitoa koskeviin päätöksiin. Potilaiden nuorin ikäryhmä, 17 – 49-vuotiaat kokivat saaneensa kaikkein vähiten tietoa omasta sairaudestaan,

terveydestään ( $\chi^2 = 8,57$ ,  $p = 0,014$ ) ja eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista ( $\chi^2 = 5,68$ ,  $p = 0,058$ ) sekä mahdollisuudestaan osallistua omaa hoitoa koskeviin päätöksiin ( $\chi^2 = 5,45$ ,  $p = 0,066$ ). Ammatti-, opisto- tai korkeakoulututkinnon suorittaneet potilaat olivat useammin kuin ei ammatillisen tutkinnon suorittaneet sitä mieltä, että he olivat saaneet tietoa heille tehtävistä tutkimuksista ja hoidosta ( $\chi^2 = 9,09$ ,  $p = 0,011$ ). Ei ammatillista koulutusta ja ammatti- tai opistokoulutusta saaneet potilaat olivat useammin kuin korkeakoulututkinnon saaneet sitä mieltä, että he saivat paljon tietoa, sekä suullisesti että kirjallisesti, jatkohoidostaan ( $\chi^2 = 5,28$ ,  $p = 0,07$ ) ja mahdollisuudesta osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon ( $\chi^2 = 9,33$ ,  $p = 0,009$ ).

Hoitotyön arvoja koskevaan koulutukseen kahden viime vuoden aikana osallistuneet työntekijät olivat useammin kuin ne, jotka eivät olleet koulutukseen osallistuneet, antaneet seikkaperäistä tietoa eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista potilaille ( $\chi^2 = 2,83$ ,  $p = 0,093$ ) ja antaneet tietoa potilaille erilaisista mahdollisuuksista osallistua hoitoa koskeviin päätöksiin ( $\chi^2 = 6,71$ ,  $p = 0,010$ ). Toisaalta hoitajat, jotka eivät olleet osallistuneet koulutukseen, olivat useimmin antaneet hyvin ymmärrettävää tietoa tutkimuksista tai toimenpiteistä potilaille ( $\chi^2 = 3,17$ ,  $p = 0,075$ ). Kirurgian vuodeosaston hoitajat olivat useammin kuin sisätautien vuodeosaston hoitajat sitä mieltä, että he antoivat potilaalle selkeää tietoa erilaisista mahdollisuuksista osallistua hoitoaan koskeviin päätöksiin ( $\chi^2 = 6,53$ ,  $p = 0,038$ ), antoivat paljon tietoa potilaalle jatkohoidosta sekä suullisesti että kirjallisesti ( $\chi^2 = 6,61$ ,  $p = 0,037$ ) ja antoivat potilaan lukea potilaspaperinsa niin halutessaan ( $\chi^2 = 23,97$ ,  $p = 0,001$ ).

Avoimella kysymyksellä tiedusteltiin potilailta ja hoitajilta, mistä hoitoon liittyvistä asioista potilaat kaipasivat enemmän tietoa. Potilaat halusivat lisää suullista ja kirjallista tietoa sairauden syistä, oireista, hoidosta, lääkityksistä ja niiden sivuvaikutuksista, toipumismahdollisuudesta ja sairauden komplikaatioista sekä oireista, jotka eivät liittyneet sairaalaan tulon perusteisiin. Lisäksi potilaat kaipasivat enemmän tietoa heille tehtävistä tutkimuksista ja toimenpiteistä, jatkohoidosta, kuntoutuksista, kotihoito-ohjeista, kotiuttamisesta, työkyvystä, sairausloman pituudesta, jatkossa sairauden kanssa elämisestä ja lääkärin ammattitaidosta.



**Potilaat ja hoitajat** kuvasivat, mitä lisätietoa potilaat kaipasivat hoitoon liittyvistä asioista seuraavasti:

*”Tärkeä asia olisi, että potilaalle kerrotaisiin viimeistään sairaalasta lähtiessään yhteenvedon, mikä hänen sairautensa on, ja millaisia asioita siihen liittyy. Jos vain kysytään, haluatko tietää vielä jotakin? Tai onko kysyttävää, niin potilas-parka ei tiedä mitä kysyä. Epikriisin lisäksi olisi kiva saada käteen paperi, johon olisi printattu tieto ”( p )*

*”sairaudesta, valtakunnallisesti kaikilla sama teksti, sitten olisi perustetta kysyä lisää.” ( p )*

*”Lääketieteellisistä asioista, sairauden syystä, sairauden paranemisesta” ( p )*

*”Tutkimukset, toimenpiteet ja jatkohoito.” ( h )*

*”Sairasloman pituus, miten toipuminen vie aikaa.” ( h )*

*”Kuntoutumisesta, toipumisesta.” ( p )*

Melkein kaikki potilaat ja koko henkilökunta olivat sitä mieltä, että potilaat olivat saaneet tietoa omaan hoitoonsa liittyvistä asioista henkilökohtaisesti. Erittäin pieni osuus potilaista ja hoitajista vastasi potilaiden saaneen tietoa omaan hoitoon liittyvistä asioista ryhmäopetuksessa. Yli kolmasosa potilaista ilmoitti hankkineensa itse tietoa omaan hoitoon liittyvistä asioista. Hoitajista suurempi osa kuin potilaista ilmoitti näyttäneensä videofilmin potilaiden omaan hoitoon liittyvistä asioista kuin mitä potilaista ilmoitti nähneensä. Lähes kaikki hoitajat ilmoittivat jakaneensa kirjallista materiaalia potilaiden omaan hoitoon liittyvistä asioista, kun potilaista vain puolet vastasi saaneensa kirjallista materiaalia. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Potilaan tiedon saannin tavat omaan hoitoon liittyvistä asioista

Tiedon saannin tavat	Potilaat n=56-81 %	Henkilö-kunta n=68-110 %	Yhteensä n=124-191 n                  %		Testiarvot $\chi^2/F$ p
<b>Kerrottu henkilökohtaisesti</b>					
Ei	5	2	6	3	1,49
Kyllä	95	98	185	97	0,222 ns
<b>Näytetty videofilmi</b>					
Ei	94	61	133	74	24,81
Kyllä	6	39	46	26	0,001***
<b>Jaettu kirjallista materiaalia</b>					
Ei	55	5	45	25	56,06
Kyllä	45	95	135	75	0,001***
<b>Pidetty ryhmäopetusta</b>					
Ei	99	91	166	94	4,55
Kyllä	1	9	11	6	0,033 nv
<b>Muulla tavalla</b>					
Ei	84	71	95	77	3,05
Kyllä	16	29	29	23	0,081 ns
<b>Potilaan itse hankkima tieto</b>					
Ei	62	74	94	69	2,44
Kyllä	38	26	43	31	0,118

df = 1

Hoitotyön arvoja koskevaan koulutukseen kahden vuoden aikana osallistuneet olivat useammin kuin ne, jotka eivät olleet koulutukseen osallistuneet, välittäneet tietoa potilaille hoitoon liittyvistä asioista jollakin muulla kuin kysytyllä tavalla ( $\chi^2 = 4,61$ ,  $P = 0,032$ ).

Avoimella kysymyksellä tiedusteltiin potilailta, miten potilaan tiedonsaantia omaa hoitoa koskevista asioista tulisi kehittää. Heidän mielestään potilaille olisi tarjottava hoidon alkuvaiheessa mahdollisuus olla vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa. He toivoivat oman hoitajan ja lääkärin nimeämistä tiedonsaannin parantamiseksi sekä mahdollisuutta lukea omat potilaspaperinsa ja keskustella hoitajan kanssa hoidostaan sekä sen etenemisestä ja hoitotoimenpiteistä. **Potilaan** tiedonsaantia omaa hoitoa koskevista asioista potilaat kuvasivat seuraavasti:

*”Alusta asti ainakin tarjota henkilökohtaista kontaktia, esim. hoitajan ja henkilöön. Potilaasta olisi sitten itse kiinni, haluaako käyttää hyväksi heti, myöhemmin vai ei ollenkaan.”*

*”Omahoitajan nimeäminen (vuoroihin), jolloin tiedonsaantikin potilaan kannalta paranisi.”*

*”Jos hoitava lääkäri olisi sama koko hoitajakson ajan, olo olisi huomattavasti turvallisempi, eikä tulisi tietokatkoja sairauden kulusta.”*

*”Hoitaja voisi potilaskansion avulla käydä potilaan kanssa läpi suunnitellut hoitotoimenpiteet ja niiden vaikutukset.”*

*”Hoitajat voisivat kysäistä esim. kiinnostaako lukea läpi omat potilastiedot ja onko minulla mitään kysyttävää.”*

Potilaiden mielestä omaan hoitoon liittyvien asioiden toistoa eri hoitajille vältettäisiin, jos sairaskertomukset kirjoitettaisiin välittömästi heidän potilaspapereihinsa. Potilaiden vastauksissa tuotiin esille myös hoitohenkilökunnan ajan vähyys keskusteluun ja kuunteluun potilaiden kanssa. Heidän mielestään pelkkä lääkärinkierto ei riitä. Sen vuoksi he toivoivat hoitajien järjestävän iltakierron hoitoon liittyvien asioiden käsittelyä varten, jolloin hoitajat kertoisivat päivittäin oma-aloitteisesti potilaan hoidosta rehellisesti ja avoimesti. Seuraavassa esitetään **potilaiden** kuvauksia hoitajien ajan vähydestä keskustella ja kuunnella potilasta sekä hoitajien iltakierron kehittämisestä:

*”Jouduin 5-6 kertaa toistamaan sairauteeni liittyviä tapahtumia, (siis milloin tuli ensimmäinen kipu, oksentelu, jne. ja sitten miten se on kehittynyt). Tämä ärsytti minua hieman. Kertomukset tulisi välittömästi kirjoittaa ylös ja dokumentoida. Mikäli lääkäri vaihtuu hänellä (uudella lääkärillä) olisi silloin jo tarvittavat tiedot. Eli jos potilaan tauti hoitaminen on niin tärkeä, että se on käytävä läpi monta kertaa, miksei sitä heti alusta lähtien kirjoiteta ylös tarvittavalla seikkaperäisyydellä.”*

*”Lisätä henkilökuntaa, jotta heillä olisi enemmän aikaa keskustella potilaan kanssa.”*

*”Lääkärillä pitäisi olla enemmän aikaa ja kiinnostusta keskustella potilaan kanssa ja kuunnella hänen ehdotuksia.”*

*”Enemmän aikaa keskustella hoitavan lääkärin kanssa. Pelkkä kierto ei riitä.”*

*”Lääkärin kierto on kuin päiväperhosen levähdys sängyn kaiteella: kun silmäsi räpäytät, se on poissa! Se lienee tarkoitettu enemmän hoitohenkilökunnan keskinäiseen seurusteluun, mutta potilas kyllä luulee, että se olisi häntä varten! Vaikka siihen liittyisikin lyhyt keskustelu myös lääkärin ja potilaan välillä, täytyy potilaalla olla keskivertoa huomattavasti paremmat perustiedot lääketieteestä, jotta hän saisi siitä mitään irti. Siksi olisi tärkeää kehittää juuri tuota hoitajien iltakiertoa; kommunikaatiokynnys on matalampi ja aikaa ainakin vähän enemmän, ja kierto samantasoisempaa kuin suurella yleisöllä.”*

*”Kaikkiin potilasta askarruttaviin kysymyksiin täytyisi vastata. Hoidon kulku ja vaarat informoida rehellisesti ja avoimesti.”*

*”Hoitajan pitäisi potilaan asioista kertoa oma-aloitteisesti, ettei tarvitsisi joka asiaa kysellä”*

Potilaiden mielestä hoitajien olisi huolehdittava siitä, että potilas saa tarvitsemansa tiedon lääkäriltä, selventää ymmärtämättä jääneet asiat ja järjestää lääkärin kanssa hoitoa koskevan loppukeskustelun. Joidenkin potilaiden mielestä tiedonsaanti riippui omasta aktiivisuudesta ja se toimi hyvin osastolla. (Kuvio 3.)

**Potilaat** ehdottivat, että tiedonantoa kehitettäisiin seuraavasti:

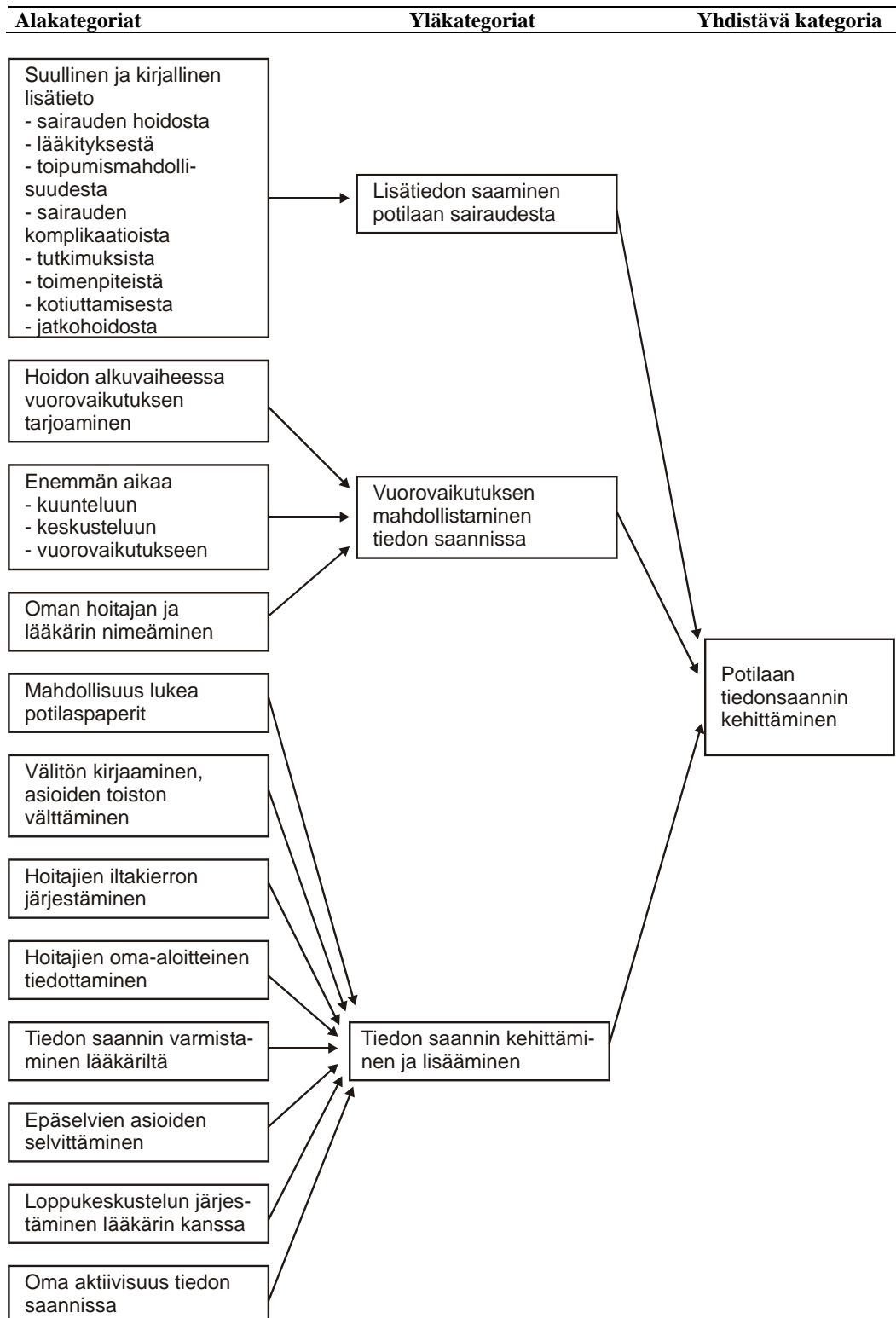
*”Edes loppukeskustelu lääkärin kanssa olisi oltava. Nyt istun ilmassa, tauti ei parantunut, vain akuutit kivut.”*

*”Hoitajan tulisi toimia potilaan puolestapuhujana ja pitämään huolta, että potilas saa tarvitsemansa tiedon myös lääkäriltä.”*

*”Hoitaja voisi kertoa potilaan asioista, ettei aina tarvitse odottaa lääkäriä.”*

*”Potilaskansioissa oleva tieto, hoitajien ja lääkärien palaverissa hoitoa koskeva info, on saatava potilaan tietoon entistä paremmin, ainakin suullisesti. Palaverissa puhutaan varmasti paljonkin asioita, joita ei koskaan mainita potilaalle.”*

*”Tiedon saanti riippuu myös potilaasta. Jos hän on aktiivinen ja kyselevä saa yleensä tietoa.”*



Kuvio 3. Potilaan tiedonsaannin kehittäminen omaa hoitoa koskevista asioista  
 - kategoria (potilasaineisto)

### **7.3.2 Potilaan osallistuminen omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon**

Noin puolet potilaista ja henkilökunnasta oli sitä mieltä, että potilas oli saanut perusteellisesti hänen sairauteensa liittyvää tietoa niin, että hän pystyi tekemään omaa hoitoa koskevia päätöksiä. Noin kolmasosa potilaista ja henkilökunnasta oli samaa mieltä siitä, että hoitaja oli suunnitellut potilaan hoidon tämän kanssa koko hoitajakson ajan ja potilaat olivat voineet itsenäisesti päättää omaa hoitoaan koskevat asiat. Noin puolet potilaista koki, että heidän mielipiteensä omaa hoitoa koskevissa asioissa otettiin tarkoin huomioon ja heillä oli mahdollisuus kieltäytyä hoidosta tai hoitotoimenpiteistä niin halutessaan. Potilaista yli kolmasosa oli sitä mieltä, että ennen hoitotoimenpiteitä oli neuvoteltu heidän kanssaan. Kymmenesosa potilaista vastasi, että heidän läheisiään oli tuettu jatkuvasti osallistumaan potilaan hoidon suunnitteluun sairaalassa. Suurempi osuus hoitohenkilökunnasta kuin potilaista oli sitä mieltä, että potilaiden mielipide oli otettu tarkoin huomioon omaa hoitoa koskevissa asioissa, potilaiden kanssa oli neuvoteltu ennen jokaista hoitotoimenpidettä, potilailla oli mahdollisuus kieltäytyä hoidosta tai hoitotoimenpiteistä ja heidän läheisiään oli tuettu jatkuvasti osallistumaan hoidon suunnitteluun. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Potilaan osallistuminen oman hoidon päätöksentekoon

Potilaan osallistuminen päätöksentekoon	Potilaat n=68-80 %	Henkilö- kunta n=110- 111 %	Yhteensä n=179-191 n                    %		Testiarvot $\chi^2$ p
<b>Hoidon suunnittelu potilaan kanssa</b>					
Eri mieltä	64	66	122	65	0,04
Samaa mieltä	36	34	66	35	0,848 ns
<b>Mielipiteen huomioiminen</b>					
Eri mieltä	49	13	54	28	28,47
Samaa mieltä	51	87	137	72	0,001***
<b>Annettu tieto sairaudesta pystyäkseen tekemään päätöksiä</b>					
Eri mieltä	60	49	102	54	2,11
Samaa mieltä	40	51	87	46	0,146 ns
<b>Hoidon itsenäinen päätöksenteko</b>					
Eri mieltä	66	57	115	60	1,59
Samaa mieltä	34	43	75	40	0,208 ns
<b>Neuvottelu ennen hoitotoimenpidettä</b>					
Eri mieltä	61	35	86	46	12,29
Samaa mieltä	39	65	102	54	0,001***
<b>Mahdollisuus kieltäytyä hoidosta</b>					
Eri mieltä	49	24	63	34	11,40
Samaa mieltä	51	76	122	66	0,001***
<b>Läheisten osallistuminen potilaan hoidon suunnitteluun</b>					
Eri mieltä	90	58	125	70	20,56
Samaa mieltä	10	42	54	30	0,001***

df = 1

Miespotilaat olivat useammin kuin naispotilaat sitä mieltä, että hoitohenkilökunta oli suunnitellut hoidon potilaan kanssa koko hoitajakson ajan ( $\chi^2 = 2,96$ ,  $p = 0,086$ ). Naispotilaat olivat miespotilaita useammin sitä mieltä, että he olivat voineet itsenäisesti päättää omaa hoitoa koskevista asioista ( $\chi^2 = 3,03$ ,  $p = 0,082$ ). Määräaikaiset hoitajat olivat useammin kuin vakinaiset hoitajat sitä mieltä, että he suunnittelivat potilaan hoidon tämän kanssa koko hoitajakson ajan ( $\chi^2 = 3,01$ ,  $p = 0,083$ ). Hoitotyön arvoja koskevaan koulutukseen kahden vuoden aikana osallistuneet olivat useammin kuin ne, jotka eivät olleet koulutukseen osallistuneet, tukeneet omaisia osallistumaan potilaan hoitoon ( $\chi^2 = 4,02$ ,  $p = 0,045$ ).

Avoimella kysymyksellä tiedusteltiin potilailta, mitä ehdotuksia he voisivat antaa potilaiden mahdollisuuksien lisäämiseksi osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Potilaat toivoivat selkeämpää tietoa hoitovaihtoehdoista ja mahdollisuudesta osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Myös haluttiin, että henkilökunta huomioisi potilaiden ja heidän läheistensä mielipiteen omaan hoitoon liittyvissä asioissa. Oman hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon potilaat toivoivat henkilökunnan kannustavan heitä osallistumaan aktiivisemmin. **Potilaat** kuvasivat osallistumismahdollisuuksiensa lisäämistä omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon seuraavasti:

*”Pitäisi antaa potilaille enemmän selkeää tietoa mahdollisuudesta osallistua omahoidon koskeviin päätöksiin.”*

*”Pyrittävä antaa potilaille entistä suurempi mahdollisuus vaikuttaa hoitoon.”*

*”On pidettävä järjessään olevaa potilasta omassa asiassaan parhaana asiantuntijana ja osallisena päätöksen tekoon. Potilaan omat tunteukset olisi kuultava ja huomioitava.”*

*”Vielä enemmän ottamaan huomioon potilaan oma mielipide esim. lääketieteellisissä päätöksissä. Kuuntelemaan potilaan toiveita, ottamaan potilas ja hänen läheisensä mukaan enemmän.”*

*”Hoitajan tulisi enemmän kannustaa potilaita aktiivisempaan rooliin eikä yrittää toimia potilaan puolesta, potilas on oman tilanteensa paras asiantuntija.”*

Osa potilaista vastasi, ettei heitä oltu informoitu eikä tarjottu mahdollisuutta osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Toisaalta osa potilaista koki, että heidän toiveensa huomioitiin hyvin ja he pystyivät tekemään hoitopäätöksiä. Pieni osa potilaista luotti henkilökunnan tekevän parhaansa ja antoi mahdollisuuden päättää heidän puolestaan hoidostaan. Osan mielestä hoitajat eivät saisi esiintyä potilaan holhoojina, jotka tietävät, mikä on potilaan paras. (Kuvio 4.)

Seuraavassa **potilaiden** kuvauksia mahdollisuuksistaan osallistua oman hoitonsa päättämiseen sekä ajatuksistaan antaa hoitohenkilökunnalle mahdollisuus päättää heidän puolestaan:

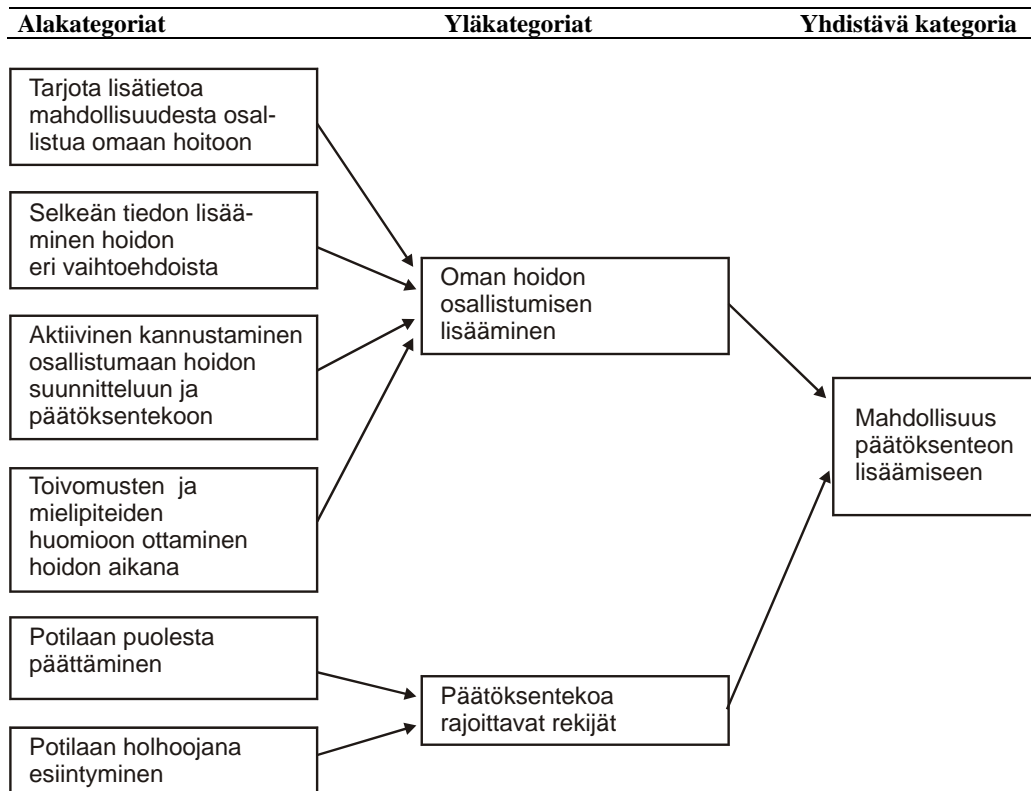
*”En katso mitään mahdollisuutta itse päättää omasta hoidosta.”*



*”On varattava aikaa keskustella potilaan kanssa hoitovaihtoehtoista. Potilas ei välttämättä näitä vaihtoehtoja tiedä vaan ne on esitettävä ammattilaisten puolesta (hoitajat ja lääkärit).”*

*”Olen antanut vapaat kädet koska luotan lääkäreihin ja hoitajiin.”*

*”Hoitaja ei saisi esiintyä potilaan ”äitinä”, vanhempana, joka kyllä tietää parhaiten mikä potilaalle on parasta.”*



Kuvio 4. Potilaan osallistumista omaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon-kategoria (potilasaineisto)

#### 7.4 Potilaan yksityisyyden huomioiminen hoidon aikana

Erittäin harvan mielestä potilaat saivat olla yksin huoneessa niin halutessaan tai pystyivät vaikuttamaan siihen, minkä kokoiseen huoneeseen heidät sijoitettiin. Vajaa viidesosa potilaista ja henkilökunnasta koki, ettei potilaiden asioista puhuttu muiden potilaiden kuullen. Yli neljä viidesosan potilaiden ja henkilökunnan mielestä potilaat saivat tuoda osastolle omia henkilökohtaisia tavaroitaan. Yli kolme neljäsosaa potilaista koki, että heillä oli tarpeeksi henkilökohtaista tilaa huoneessaan. Kaksi kolmasosa potilaista oli sitä mieltä, että potilaat eivät joutuneet riisumaan muiden nähden. Suurempi osa potilaista kuin

henkilökunnasta oli sitä mieltä, että potilailla oli tarpeeksi henkilökohtaista tilaa huoneessaan, joka oli rauhallinen ja jossa oli hyvä oleskella. Henkilökunnasta suurempi osa kuin potilaista oli sitä mieltä, että potilaat saivat keskustella asioistaan hoitajien kanssa muualla kuin huoneessaan ja saivat halutessaan käyttää omia vaatteitaan osastolla. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Potilaan yksityisyyden huomioiminen hoidon aikana

Potilaan yksityisyyden huomioiminen	Potilaat n=71-81	Henkilö- kunta n=111	Yhteensä n=179-192		Testiarvot $\chi^2/F$ p
	%	%	n	%	
<b>Pystyy vaikuttamaan huoneen kokoon</b>					4,34
Eri mieltä	96	100	186	98	0,037 nv
Samaa mieltä	4	--	3	2	0,069
<b>Henkilökohtainen tila huoneessa</b>					82,67
Eri mieltä	25	89	119	62	0,001***
Samaa mieltä	75	11	73	38	
<b>Rauhallinen huone, hyvä oleskella</b>					67,77
Eri mieltä	34	91	128	67	0,001***
Samaa mieltä	66	9	62	33	
<b>Saa olla yksin huoneessa halutessaan</b>					6,23
Eri mieltä	92	99	179	96	0,013 nv
Samaa mieltä	8	1	7	4	0,018 **
<b>Muiden nähden eivät joudu riisumaan</b>					0,87
Eri mieltä	33	27	56	30	0,350 ns
Samaa mieltä	67	73	133	70	
<b>Asioista ei puhuttu muiden kuullen</b>					0,63
Eri mieltä	82	87	161	85	0,427 ns
Samaa mieltä	18	13	29	15	
<b>Asioiden keskustelu muualla kuin huoneessa</b>					17,47
Eri mieltä	69	38	95	51	0,001***
Samaa mieltä	31	62	93	49	
<b>Mahdollisuus olla kahden kesken läheisten kanssa</b>					2,59
Eri mieltä	52	64	109	59	0,108 ns
Samaa mieltä	48	36	75	41	
<b>Saivat tuoda omia henkilökohtaisia tavaroita</b>					1,03
Eri mieltä	18	13	28	15	0,309 ns
Samaa mieltä	82	87	161	85	
<b>Saivat käyttää omia vaatteita osastolla</b>					9,73
Eri mieltä	61	37	84	46	0,002**
Samaa mieltä	39	63	98	54	

df = 1

Miespotilaat olivat useammin kuin naispotilaat sitä mieltä, että he pystyivät vaikuttamaan siihen, minkä kokoiseen huoneeseen heidät sijoitettiin ( $\chi^2 = 2,82$ ,  $p = 0,093$ ) ja saivat keskustella asioistaan hoitajan kanssa muualla kuin huoneessaan ( $\chi^2 = 5,88$ ,  $p = 0,015$ ). Potilaista nuorin ikäluokka, 17–49-vuotiaat, olivat useimmin sitä mieltä, että heillä oli mahdollisuus olla läheistensä kanssa kahden kesken ( $\chi^2 = 5,11$ ,  $p = 0,078$ ) ja että heillä oli mahdollisuus tuoda osastolle omia henkilökohtaisia tavaroitaan ( $\chi^2 = 9,34$ ,  $p = 0,009$ ). Ilman ammatillista koulutusta ja korkeakoulutusta saaneet potilaat olivat useammin kuin ammatti- ja opistokoulutuksen saaneet sitä mieltä, että heillä oli mahdollisuus olla läheistensä kanssa kahden kesken ( $\chi^2 = 6,90$ ,  $p = 0,032$ ). Määräaikaiset hoitajat olivat useammin kuin vakinaiset hoitajat sitä mieltä, että potilaat saivat keskustella asioistaan hoitajan kanssa muualla kuin potilaan huoneessa ( $\chi^2 = 5,80$ ,  $p = 0,016$ ).

Avoimella kysymyksellä tiedusteltiin potilailta, miten heidän mielestään yksityisyys olisi otettava huomioon hoidon aikana. Potilaan yksityisyyden todettiin kärsivän liian suurista potilasmääristä huoneen tilaan nähden, jolloin on vaikea suojata potilaan intymiteettiä. Sen vuoksi potilaat korostivat suojaverhojen käyttöä hoidon ja hoitotoimenpiteen aikana intymiteettisuojaan säilyttämiseksi. Potilaat toivat esille tarpeen järjestää yhden tai kahden hengen huoneita, joissa olisi suihkutilat ja mahdollisuus yksityiseen tapaamiseen sekä rauhallista ja hyvää oleskella. Seuraavassa esimerkkejä **potilaiden** esittämistä ehdotuksista, miten yksityisyys tulisi ottaa huomioon:

*”Isoissa potilashuoneissa voi olla hankalaa esim. suojata potilaan intymiteettiä.”*

*”Potilaan yksityisyyden parempi huomioon ottaminen edellyttää hoitotilojen ahtauden poistamista”*

*”Pistetään verhot sängyn ympärille.”*

*”Huoneet voisivat olla pienempiä, yhden tai kahden hengen huoneet, joissa olisi mahdollista keskustella kahden kesken.”*

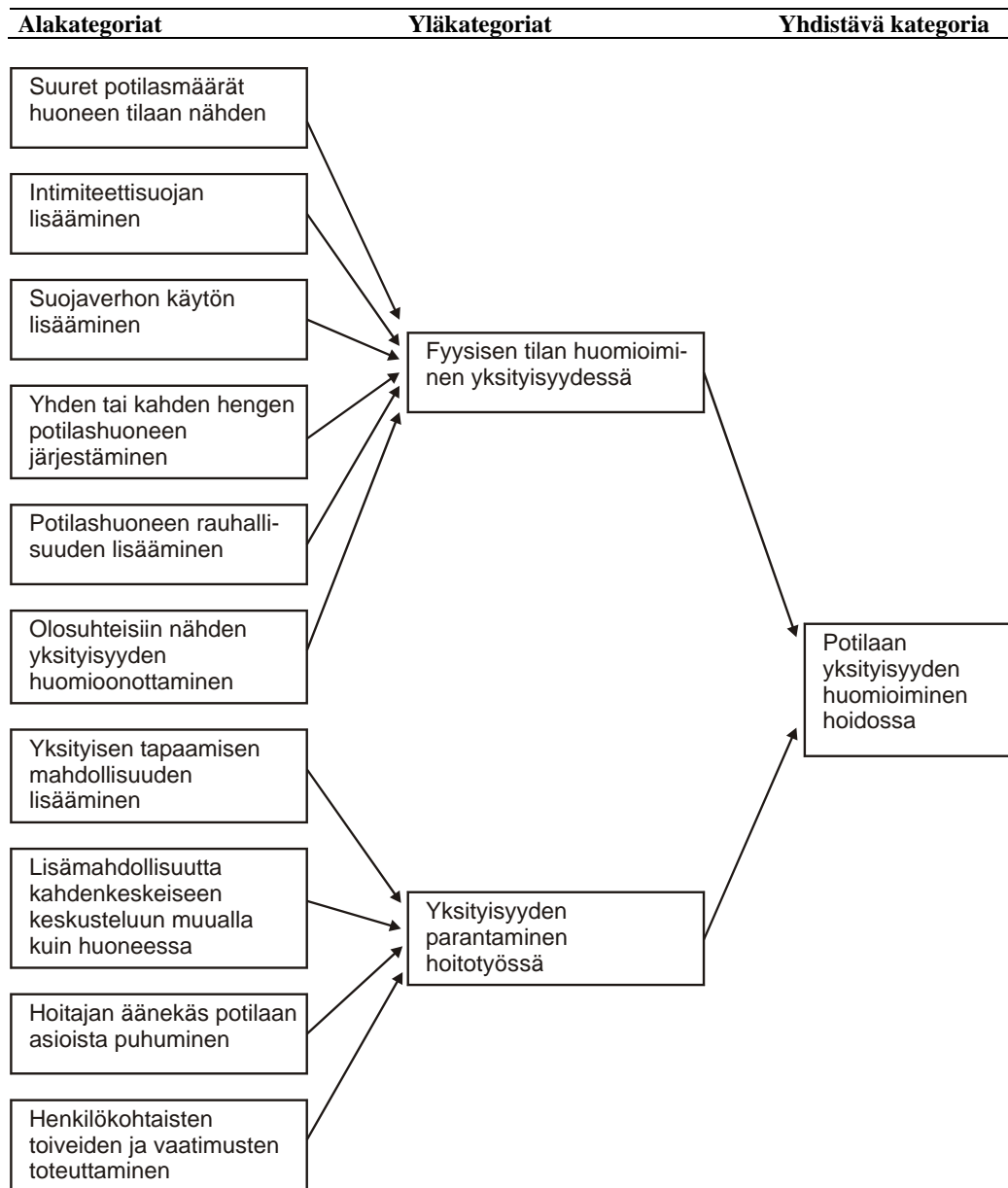
Potilaat toivoivat kahdenkeskisiä keskusteluja hoitohenkilökunnan kanssa sairauteen liittyvistä asioista muualla kuin huoneessaan. Hoitohenkilökunnan äänekäs puhuminen salassa pidettävistä potilaan asioista vähensi yksityisyyttä potilaiden mielestä. Osa potilaista toi esille potilaiden erilaisuuden, samoin heidän vaatimuksensa, kuten fyysisen kosketelun pitämisestä epämieluisana hoidon aikana. Toisten potilaiden mielestä yksityisyys otettiin huomioon osaston olosuhteiden mukaisesti. (Kuvio 5.)

**Potilaan** yksityisyyden huomioiminen kuvataan seuraavilla esimerkeillä:

*”Rauhallinen keskustelu, intimitteetti suoja enne kaikkea, ei ole mukava kuulla syöpädiagnoosia koko huoneen kuullen tai toisen potilaan kohdalla ennustetta jäljellä olevasta elämästä.”*

*”Tila ongelma: aina ei voida ottaa huomioon potilaan omaa yksityisyyttä, koska tilat, jossa potilaat hoidetaan eivät ole asianmukaisia.”*

*”Hoitajan pitäisi puhua hiljaa eikä kailottaa kovalla äänellä kaikkia mahdollisia asioita koko potilasjoukon kuultavaksi. Potilaat eivät ole kuuroja, vaikka sairaita ovatkin.”*



Kuvio 5. Potilaan yksityisyyden huomioiminen hoidon aikana-kategoria

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tutkimusmenetelmien pohdinta

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää saada tietoa juuri tutkittavasta asiasta eli tutkimusongelmasta ja vastata tutkimustehtäviin. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 206-210.) Käyttämälläni mittarilla olen saanut haluttuja tutkimustietoja potilaan ihmisarvon kunnioittamisesta, tiedonsaannista, omaa hoitoa koskevasta päätöksenteosta ja yksityisyyden huomioimisesta potilaan hoidossa. Avoimilla kysymyksillä tutkimukseen saatiin laadullista ulottuvuutta. Avoimista kysymyksistä saatu aineisto vahvisti mittareista saadun aineiston. Tiedot olivat samansuuntaisia eikä analysoinnissa esiintynyt ristiriitoja. Avoimista kysymyksistä saatu aineisto toimi määrällistä tietoa täydentävänä, jolloin hoitotyön arvoista saatiin tarkempi ja kattavampi kuva. Luotettavuutta pyrittiin parantamaan kuvailemalla muodostettuja kategorioita mahdollisimman laajasti sekä esittämällä suoria lainauksia. Jokainen hoitotyön arvojen tema on esitetty määrällisen tutkimuksen tuottamana tietona, jonka jälkeen esitettiin avointen kysymysten laadullisen sisällönanalyysin tuottama tieto. Tällöin lukijalla on mahdollisuus seurata ja verrata tutkimusten tuottamaa tietoa sekä varmistaa tulosten luotettavuus.

Kyselylomake oli muodostettu käsitteiden kuvausten ja aikaisemman tutkimustiedon perusteella. Näin pyrittiin varmistamaan, että mittarin kysymykset kattavat ihmisen kunnioittamisen, itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden huomioimisen potilaan hoidossa (Davis & Aroskar 1991; Husted & Husted 1995; Juntunen 1996).

Tutkimusjoukko muodostui 150 potilaasta ja 150 hoitajasta sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilta. Tutkimusjoukon määrä oli sopiva tähän määrälliseen tutkimukseen. Potilaat ovat hoidon saajia ja saamansa hoidon ja kohtelun asiantuntijoita ja hoitajat ovat palvelun antajia, jotka pystyvät arvioimaan potilaille annettua hoitoa ja kohtelua. Kyselylomakkeita ei ole laadittu ruotsin kielellä, joka mahdollisesti vaikutti tutkimusjoukon edustavuuteen.

Mittarin sisäinen johdonmukaisuus arvioitiin osioanalyysien summanmuuttujien Cronbachin alfa -kertoimien avulla, jotka vaihtelivat 0,70 – 0,87 välillä, jolloin

mittaria on pidettävä reliabiliteetin osalta luotettavana. Mittarin väittämiin vastattiin viisiportaisen Likert- tyyppisen asteikon avulla, jonka luokittelin analyysyjä varten kaksiportaiseksi, eli 1-3 merkitsi ”eri mieltä”, johon sisältyi väittämä ”ei samaa eikä eri mieltä” ja 4-5 merkitsi ”samaa mieltä”. Väittämät ”ei samaa eikä eri mieltä” yhdistettiin ”samaa mieltä” väittämän kanssa, koska jos ”ei samaa eikä eri mieltä” väittämää olisi tullut omaksi luokaksi, lähes kaikki tulokset olisivat tulleet non-validiksi Khi<sup>2</sup> –testillä.

Mittarin tilastollisena analysointikeinona käytettiin ristiintaulukointeja ja siihen liittyvää riippumattomuustestiä. Ristiintaulukointi osoittautui päteväksi analysointikeinoksi. Vastauksissa ei ollut juurikaan tyhjiä kohtia, mikä osoitti kysymysten selkeyttä, lukuun ottamatta kysymystä 5, jossa kysyttiin sekä potilailta että hoitajilta, millä osastolla he olivat olleet hoidossa tai millä osastolla työskentelivät. Osa vastaajista mainitsi, että he olivat olleet hoidossa tai työskentelivät muulla osastolla, vaikka todellisuudessa kysymyksessä oli sisätautien tai kirurgian osastot. Ilmeisesti kysymys ei ollut riittävän selkeä, sillä osa vastaajista oli ymmärtänyt sen eri tavoin.

Kyselylomakkeissa oli paljon kysymyksiä, joten huolellinen vastaaminen niihin vaati keskittymistä ja asiaan paneutumista. Pitkät kysymyssarjat saattoivat ohjata vastaamaan kysymyksiin samansuuntaisesti, jolloin väittämiin vastaamiseen saattoi vaikuttaa se, miten edellisiin oli vastattu. Vastaukset kasaantuivatkin pääosin arvoille 4 ”samaa mieltä” tai 5 ”täysin samaa mieltä” kysymyssarjoina, jotka käsittelivät potilaan kunnioitusta ja arvostusta, tiedonsaantia ja päätöksentekoa. Kysymykset saattoivat olla liian tulkinnanvaraisia. Asteikkotyyppisten kysymysten käytössä heikkoutena on, ettei vastauksista voida päätellä, mikä painoarvo vaihtoehdoilla oli eri vastaajilla (Heikkilä 2001, 52-53).

Tutkimuksessa käytettyjä mittareita esitettiin 30 potilaalla ja 20 hoitajalla ja saatujen tulosten perusteella tehtiin korjauksia kyselylomakkeisiin. Kyselylomakkeiden kehittämissä vaiheissa olisi käytettävä riittävästi aikaa lomakkeiden muokkaamiseen. Toimivan kyselylomakkeen luominen on edellytys menestyksellisen määrällisen tutkimuksen suorittamiselle. Tutkimuksessa käytettyjä kyselylomakkeita paranneltiin ja korjailtiin useita kertoja selkeämmiksi ja ymmärrettävämmiksi.

Vastaajien voidaan olettaa antaneen totuudenmukaista tietoa, sillä tutkimuksen tekijä ei ole tuntenut aikaisemmin vastaajia. Monet hoitajat olivat osallistuneet kahden viimeisen vuoden aikana hoitotyön arvoja koskevaan koulutukseen, mikä saattoi vaikuttaa heidän vastauksiin. Kyselyssä vastaajat voivat aina joko tietoisesti tai tiedostamattaan antaa joko paremman, huonomman tai sosiaalisesti hyväksytyimmän kuvan kysytystä asiasta. Kyselyssä ei voi myöskään päätellä sitä, kuinka vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet kyselyyn. Toisaalta lähes kaikki vastasivat myös avoimiin kysymyksiin, mikä osoitti kiinnostusta tutkittaviin asioihin.

Tutkimuksen kannalta merkittävää oli, että vastaajien määrä oli suuri ja tutkimuksessa saatiin melko hyvä vastausprosentti (67 %). Potilaat vastasivat kysymyksiin oman henkilökohtaisen kokemuksensa perusteella hoitotyön kohtelusta, omaa hoitoa koskevasta tiedon saannista ja sen päätöksenteon mahdollisuuksista sekä potilaan yksityisyyden huomioimisesta hoitotyössä. Samoin hoitajat vastasivat omien kokemustensa pohjalta, miten hyvin hoitotyössä toimittiin hoitotyön arvojen mukaisesti. Tarkastelu molempien ryhmien näkökulmasta lisäsi saatujen tulosten luotettavuutta.

## **8.2 Tutkimustulosten tarkastelu**

### **8.2.1 Ihmisarvon kunnioittaminen potilaan kohtelussa ja hoidossa**

Potilaiden ja hoitajien kokemusten mukaan potilaan kohteleva ja kunnioittaminen toteutuvat hyvin. Samoin Jantusen ym. (1994), Juntusen (1996), Renholmin & Suomisen (2000) tutkimustulosten mukaan potilaan tasa-arvoinen kohtelu toteutui hyvin: heitä hoidettiin tasapuolisesti ja ihmisarvoa kunnioittaen. Toisaalta avoimien kysymysten vastauksissa potilaat toivoivat hoidon olevan vielä enemmän ihmistä kunnioittavaa, arvostavaa ja tasa-arvoista. Henkilökunnalta vaadittiin enemmän kärsivällisyyttä, nöyryyttä, inhimillisyyttä, empaattisuutta, ystävällisyyttä ja lämpöä. Samansuuntaiset tulokset ovat tutkimuksessa, jossa aineisto on kerätty vuodeosaston potilailta (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1993; Riikonen 1995).

Potilaiden ja hoitajien mielestä potilaiden asema tai ammatti ei ole vaikuttanut potilaiden saamaan kohteluun ja heitä kohdeltiin heidän terveydentilansa

edellyttämällä tavalla. Potilaiden arvostuksesta ja tasa-arvoisesta kohtelusta hoitosuhteessa kansalaisuudesta riippumatta henkilökunnan käsitykset olivat positiivisempia kuin potilaiden kokemukset. Hoitajien käsitykset olivat yhteneviä potilaiden kokemusten kanssa tavasta, jolla hoitohenkilökunta kohteli heidän omaisiaan. Aikaisemmista tutkimuksista palveluultis suhtautuminen omaisten pyyntöihin ja toiveisiin toteutui hyvin (Leino-Kilpi ym.1999). Hoitajien mielestä he moralisoivat potilaiden käyttäytymistä hoidon aikana enemmän kuin potilaat itse kokivat. Monesti hoitotyössä moralisoidaan potilasta henkilökunnan kesken eikä kerrota suoraan potilaalle. Potilaat eivät joudu kohtaamaan suoraa omien toimintatapojen arvostelua.

Hoitajat painottivat potilaita useammin hoitotyön arvojen ja filosofian selkeyttämistä ja enemmän yhteneviä linjoja sekä tavoitteita potilaan kohteluun ja hoitoon. Heidän mielestään arvokeskusteluja olisi järjestettävä enemmän työelämässä, jossa esimies on tärkeässä roolissa kokousten järjestämisessä sekä tuen ja palautteen antamisessa. Sairaalan hoitotyön filosofian selkeyttäminen ja soveltaminen on jokaisen osastonhoitajan vastuulla. Muutamit osastot ovat kehittäneet omia hoitotyön arvoja, joista keskustellaan osastojen kokouksissa, mutta osa vuodeosastoista on vasta kehittämisen alussa. Lindströmin (1996) mukaan esimiesasemassa olevan käyttäytyminen on kuitenkin esimerkkinä ja esimiesarvojen luojana työyhteisössä.

Osa hoitajista toivoi saavansa lisää tietoa eri kulttuureihin kuuluvien tavoista, että pystyisivät hoitamaan potilaita yksilöllisemmin ja kulttuurinmukaisemmin. Potilaiden hyvä hoito ja kohtelu olivat yhteydessä hoitajien ajan riittävyteen. Heidän mielestään henkilökuntaa olisi lisättävä, jotta kiire vähentyisi ja heille jäisi enemmän aikaa kuunnella, ohjata ja olla vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Hankelan (1999) mukaan potilaiden kokemaa interpersonaalista turvattomuutta lisäävät hoitohenkilökunnan epäinhimillinen toiminta, välinpitämättömyys, kiire ja näkemys passiivisesta hoidon vastaanottajasta.

Miespotilaat kokivat hoitajan kohtelun tasa-arvoiseksi ja täysin ikänsä mukaiseksi useammin kuin naispotilaat. Potilaista vanhempi ja nuorempi ikäryhmä olivat useammin kuin keski-ikäiset sitä mieltä, että heidän omaisiaan kohdeltiin hyvin. Hyvin koulutetut potilaat kokivat useimmin tulevansa kohdelluiksi täysin ikänsä



mukaisesti. Potilaista osan mielestä oma rauha ja yksilöllinen hoito saavutettaisiin, jos potilaat sijoitettaisiin eri huoneisiin iän ja kunnon perusteella. Huonosti suunnitellut fyysiset tilat ja puutteelliset apuvälineet vaikuttavat potilaiden mielestä heidän kohteluun ja liikkumiseen.

Tässä tutkimuksessa potilaan hoito ja kohtelu osastoilla toteutui melko hyvin potilaiden mielestä. Monissa vastauksissa hoitajien kiire ja ajan niukkuus aiheuttivat vähäisen vuorovaikutuksen potilaiden ja hoitajien välillä. Toisaalta potilaat olivat tyytyväisiä kohteluun, luottivat saatuun hoitoon ja kokivat olonsa turvalliseksi hoidon aikana. Juntusen (1996) tutkimuksen mukaan hoitajilla ei ole riittävästi aikaa keskustella potilaan kanssa ja samalla antaa mahdollisuuksia tämän odotusten ja näkemyksien ilmaisemiseen omassa hoidossaan. Toisaalta potilaat kokivat olonsa turvalliseksi hoidon aikana ja hoitosuhde rakentui potilaiden odotusten ja tarpeiden pohjalta. Tässä tutkimuksessa potilaiden ja hoitajien mielestä potilaita huomioitiin sangen huolella hoitotoimenpiteen aikana, ja heillä oli mahdollisuus olla yhteydessä omaisiin.

Potilaat olivat useammin kuin hoitajat sitä mieltä, että potilaat oli vastaanotettu kiireettömästi osastolle, heidän kanssaan oli keskusteltu hoitoon liittyvistä asioista, heidän tekemiinsä kysymyksiin oli vastattu, heitä oli autettu tarvittaessa nopeasti, heille oli järjestetty mahdollisuus ottaa yhteys läheisiin aina kun he halusivat, heidän etujensa mukaisesti oli toimittu ja hoitajilla oli hyvin aikaa kuunnella heitä. Hoitajien käsitykseen vuorovaikutuksen vähäisyydestä hoitosuhteessa saattaa olla syynä heidän kokemuksensa, ettei heillä ollut aikaa paneutua potilaan hoitoon ja vuorovaikutukseen silloin kun potilas olisi halunnut.

Leino-Kilven ym. (1999) ja Suhosen ym. (1999) tutkimuksissa potilaiden mielestä parhaiten hoitoon liittyvistä toiminnoista toteutui palvelualtis suhtautuminen potilaiden pyyntöihin ja potilaiden keskusteleminen hoitajien kanssa. Liponkosken & Routasalon (2001) tutkimusten mukaan potilaat kokivat saaneensa yksilöllistä hoitoa ja tukea omaisilta sekä sairaalan hoitohenkilökunnalta. Leino-Kilven ym. (1993) selkäleikkauspotilaille tehdyn tutkimustulosten mukaan potilaat kokivat hyvän hoidon olevan erilaisia hoitohenkilökunnan suorittamia huolehtimistoimintoja, kuten potilaan jatkuvan huomioinnin ja hoitajan lähellä olon. Toisaalta Suomisen (1994)

tutkimustulosten mukaan potilaat kokivat, ettei heitä kohdeltu hoitotyössä yksilöinä, ei rohkaistu, puhuttu, kuunneltu, lohdutettu eikä jaettu kokemuksia heidän kanssaan.

Miespotilaat kokivat useammin kuin naispotilaat pystyvänsä keskustelemaan hoitajien kanssa hoitoonsa liittyvistä asioista ja heille järjestettiin mahdollisuus ottaa yhteys läheisiinsä aina halutessaan. Vanhempaan ikäryhmään kuuluvat potilaat kokivat saavansa apua tarvittaessa erittäin nopeasti. Keski-ikäiset ja nuorimmat olivat kriittisimpiä ja ilmoittivat saavansa apua harvemmin kuin mitä tarvitsivat. Tässä tutkimuksessa kahden viimeisen vuoden aikana hoitotyön arvoja koskevan koulutuksen käyneet hoitajat vastaanottivat mielestään potilaat osastolle kiireettömästi ja keskustelivat heidän kanssaan kaikista hoitoon liittyvistä asioista useammin kuin ne, jotka eivät käyneet koulutusta. Hoitotyön arvoja käsittelevän koulutuksen voidaan olettaa lisäävän hoitohenkilöstön valmiuksia vastaanottaa ja keskustella potilaiden kanssa hoitoon liittyvistä asioista. Potilaan hoitoa voidaan parantaa panostamalla hoitajan ammatilliseen kasvuun ja kehitykseen (Yegdich 1999, 1195 - 1202).

Kirurgian osastoilla työskentelevät hoitajat kokivat sisätautien osastoilla työssä olevia useammin, että heillä oli enemmän aikaa vastaanottaa potilaat osastolle kiireettömästi, keskustella heidän kanssaan hoitoon liittyvistä asioista ja kuunnella heitä. Tämän taustalla saattaa olla kirurgisen potilaan hoidon luonne. Potilaat ovat useasti lyhyemmän aikaa hoidossa ja harvemmin monisairaita, jolloin potilaiden kiirettömään vastaanottamiseen ja kuuntelemiseen jää enemmän aikaa.

### **8.2.2 Potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen tiedon saantia**

Tämän tutkimuksen mukaan potilaat saivat tietoa kohtalaisesti potilaiden ja hoitajien mielestä. Potilaiden mielestä he olivat saaneet melko hyvin yksityiskohtaista tietoa heille tehtävistä tutkimuksista, toimenpiteistä, hoidoista ja saatu tieto oli hyvin ymmärrettävää. Useissa tutkimuksissa on päädytty samansuuntaisiin tuloksiin siitä, että potilaat olivat saaneet riittävästi tietoa sairauksistaan, terveydentilastaan ja heille tehdyistä hoitotoimenpiteistä. Erityisen hyvänä pidettiin sitä, että hoitohenkilökunta selvitti potilaille, mitä he tekivät ja minkä vuoksi (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1993; Kanerva ym. 1999; Merakau ym. 2001; Välimäki ym. 2001 ja Mäki & Valkonen 2002).

Toisaalta tässä tutkimuksessa potilaat ilmoittivat saaneensa enemmän tietoa omasta sairaudestaan, osaston päiväohjelmasta, hoitovaihtoehdoista, jatkohoidosta ja mahdollisuudestaan osallistua hoitoa koskeviin päätöksiin kuin hoitajat ilmoittivat antaneensa. Tulos on samansuuntainen Välimäen (1998) tutkimustulosten kanssa, jossa potilaat kokivat saaneensa enemmän tietoa sairaudestaan ja siihen liittyvistä asioista kuin hoitajat arvioivat. Päinvastaiset tulokset esiintyvät Scottin ym. (2003) tutkimustuloksissa, joissa pieni osa vanhuksista ilmoitti saaneensa tarpeellista tietoa hoidosta, hoitotoimenpiteistä ja niihin liittyvistä asioista.

Tämän tutkimuksen mukaan puutteita esiintyi potilaiden tiedonsaannissa. Tietoa eri hoitovaihtoehdoista, niiden vaikutuksista ja mahdollisuudesta osallistua hoitoa koskeviin päätöksiin potilaat kokivat saavansa kohtalaisesti. Potilaat ja hoitajat olivat samaa mieltä, että potilas oli saanut kohtalaisen hyvin tietoa osaston päiväohjelmasta, sairaudestaan ja terveydestään sekä suullista ja kirjallista tietoa jatkohoidostaan. Toisaalta potilaat toivoivat lisää suullista ja kirjallista tietoa omasta sairaudestaan, sen hoidosta, lääkityksestä, sairauden komplikaatioista ja jatkohoidosta. Useiden tutkimusten, kuten Kurittun & Leino-Kilven (1994); Otten (1996); Westmannin & Backmanin (1997) sekä Laurin & Sainion (1998) mukaan potilailla oli tarve saada lisää suullista ja kirjallista tietoa omasta sairaudestaan, tutkimuksista ja lääkitykseen liittyvistä asioista. Potilaat halusivat myös lisää tietoa opetuksesta ja ohjauksesta, että pystyisivät selviytymään omasta hoidostaan.

Tässä tutkimuksessa potilaat kokivat saaneensa enemmän tietoa kuin hoitajat ilmoittivat jakaneensa. Merkittävä ero esiintyi seikkaperäisen tiedon antamisessa eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Hoitajat ilmoittivat useammin antaneensa potilaiden lukea potilaspaperinsa kuin mitä potilaat vastasivat. Potilaat toivoivat, että hoitajat tarjoaisivat potilaille useammin potilaspapereita luettaviksi ja tiedustelisivat niiden ymmärrettävyyttä. Tulos on samansuuntainen Suomisen (1994) tutkimustulosten kanssa, joiden mukaan hoitajat eivät välttämättä tieneet, minkälainen tieto hyödyttäisi potilaita ja välittivät heille tietoa rutiininomaisesti selvittämättä potilaiden tiedon todellista tarvetta. McGaughey & Harrisonin (1994) sekä Leinosen ym. (1996) tutkimukset osoittavat, että potilaiden mielestä oli tärkeää saada henkilökunnalta jatkuvasti ymmärrettävää tietoa sairauden hoidosta ja sen eri vaihtoehdoista, että pystyisivät osallistumaan omaan hoitoonsa. Tämän taustalla

saattaa olla hoitajan olettamus, että potilas tietää oikeuksistaan lukea potilaspaperinsa ja pyytää ne hoitajilta halutessaan, mutta osa potilaista ei mahdollisesti tiennyt tästä oikeudestaan.

Nuoremmat potilaat tunsivat saaneensa kaikkein vähiten tietoa omasta terveydentilastaan ja sairaudestaan. Mitä vanhempaa ikäluokkaa potilas oli, sitä enemmän hän koki saaneensa tietoa sairaudestaan, sen hoitovaihtoehdoista sekä mahdollisuuksistaan osallistua omasta hoidosta päättämiseen. Tulos on samansuuntainen Renholmin & Suomisen (2000) tutkimustulosten kanssa, jossa nuoret potilaat kokivat, että hoitoon liittyviä asioita ei selvitetty tarpeeksi eikä heille annettu riittävästi tietoa tehtävistä tutkimuksista. Nuorimmat potilaat olivat tyytymättömiä saamaansa tietoon.

Koulutetut potilaat olivat useammin kuin vailla ammatillista koulutusta olevat sitä mieltä, että he olivat saaneet tietoa heille tehtävistä tutkimuksista ja hoidoista. Toisaalta potilaat, joilla ei ollut ammatillista koulutusta tai joilla oli ammattikoulu- tai opistotasoinen koulutus olivat useammin kuin korkeakoulutetut potilaat sitä mieltä, että he saivat paljon suullista ja kirjallista tietoa jatkohoidostaan ja mahdollisuudestaan osallistua omasta hoidosta päättämiseen.

Tämän tutkimustulosten mukaan hoitajat, jotka olivat osallistuneet koulutukseen, kokivat antaneensa useimmin tietoa potilaille hoidosta ja eri hoitovaihtoehdoista. Toisaalta ne hoitajat, jotka eivät osallistuneet koulutukseen, kokivat useimmin antaneensa potilaille ymmärrettävää tietoa tutkimuksista ja hoitotoimenpiteistä. Kirurgian vuodeosastojen hoitajista useammat kuin sisätautien vuodeosastojen hoitajista antoivat mielestään potilaille tietoa tämän osallistumismahdollisuudesta oman hoitonsa päätöksentekoon, jatkohoidosta ja antoivat lukea potilaspaperit potilaan niin halutessa. Tulosten taustalla saattaa vaikuttaa eri toimipisteiden työn luonne. Kirurgisella osastolla potilashoito on lyhyempi ja hoidon eteneminen vaatii jatkuvaa potilaan informointia. Sisätautien osastolla potilaiden hoitajaksot ovat pidempiä, ja heitä informoidaan tarvittaessa terveydentilan muuttuessa. Tutkimuksen mukaan eri hoitajat saattoivat toistuvasti kysellä samoja asioita.

Tiedon parantamiseksi potilaat toivoivat hoitajien tarjoavan hoidon alkuvaiheessa mahdollisuuden vuorovaikutukseen heidän kanssaan. Tulos on samansuuntainen Kurittun & Leino-Kilven (1994) sekä Patemanin & Johnsonin (2000) tutkimustulosten kanssa, joiden mukaan potilaat toivoivat hoitohenkilökunnan kertovan oma-aloitteisesti hoidosta ja hoidon komplikaatioista, jolloin he voisivat valita tarvitsemansa tiedon ja ohjauksen. Oman lääkärin nimeämisen potilaat kokivat tarpeelliseksi turvallisuudentunteensa ja tiedon saannin lisäämiseksi.

Potilaat toivat esille hoitohenkilökunnan ajan riittämättömyyden keskusteluun ja heidän kuunteluunsa. Potilaiden tiedottamiseen käytettävä aika oli vähentynyt vuodeosastoilla. Hoitohenkilökunta koki, ettei heillä ollut aikaa paneutua potilaiden ohjaukseen, opettamiseen ja vuorovaikutukseen kuten he toivoivat. Hoitohenkilökunnan kiireen vuoksi tiedon antaminen potilaille saattaa jäädä suppeaksi eikä palvele potilaiden tarpeita. Usein potilaiden keskusteluun osallistuminen ja kysymysten esittäminen jäävät vähäiseksi.

Tämän tutkimuksen mukaan potilaat toivat esille tarpeen järjestää hoitajille iltakierto hoitoon liittyvien asioiden käsittelemiseksi potilaiden kanssa, jolloin voidaan selventää ymmärtämättä jääneet asiat ja järjestää lääkärin kanssa loppukeskustelu. Useat tutkijat yhtyvät käsitykseen, jonka mukaan henkilökunnalla ja erityisesti lääkäreillä ei ollut riittävästi aikaa paneutua potilaiden ohjaamiseen ja opettamiseen (Juntunen 1996; Salonen 1998; Leino-Kilpi ym. 1999).

Melkein kaikki potilaat ja hoitohenkilökunta olivat sitä mieltä, että potilaat olivat saaneet suullista tietoa omaan hoitoon liittyvistä asioista ja vähiten tietoa he olivat saaneet ryhmäopetuksessa ja näytetyistä videofilmistä. Lähes kaikki hoitajat ilmoittivat jakaneensa kirjallista materiaalia potilaiden hoitoon liittyvistä asioista kuin taas potilaista vain puolet ilmoitti saaneensa materiaalia. Tulos on samansuuntainen Leino-Kilven ym. (1999) tutkimustulosten kanssa, joiden mukaan kirjallisen materiaalin antaminen potilaille toteutui heikoimmin kirurgisilla vuodeosastoilla. Jensenin ym. (1993) tutkimustulosten mukaan potilaat pitivät kirjallisten hoito-ohjeiden saamista erittäin tärkeänä tiedon mieleen palauttajana ja materiaali lisäsi omaisen tiedonsaantia potilaan sairaudesta. Potilaat pitivät tärkeänä informaation kokonaisuunnittelua, jota jaettiin potilaille vähitellen.

### 8.2.3 Potilaan itsemääräämisoikeus päätöksentekoon osallistumisessa

Potilaiden oikeus osallistua omasta hoidosta päättämiseen ei täysin toteudu potilaiden hoidossa. Noin puolet potilaista ja hoitohenkilökunnasta olivat sitä mieltä, että potilaat olivat saaneet sairauteensa liittyvää tietoa niin, että he pystyivät tekemään omaa hoitoa koskevia päätöksiä. Potilaat kokivat tarvitsevansa selkeämpää tietoa hoitovaihtoehtoista ja mahdollisuudesta osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja päätöksentekoon. Samansuuntainen tulos oli Guadagnolin & Wardin (1998), Anttilan (2000) ja Merakaun ym. (2001) tutkimuksissa.

Potilaiden omasta hoidosta päättämiseen osallistumisessa esiintyi puutteita. Vain kolmasosa hoitohenkilökunnasta oli suunnitellut potilaiden hoidon koko hoitajakson ajan näiden kanssa, jolloin potilaat olivat voineet itsenäisesti päättää omaa hoitoa koskevista asioista. Potilaista osan mielestä heitä ei oltu informoitu lainkaan eikä tarjottu mahdollisuutta osallistua omasta hoidosta päättämiseen. Useat tutkijat ovat päätyneet samoihin tuloksiin potilaiden vähäisestä osallistumisesta omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Virta 1993; Jantunen ym. 1994; Riikonen 1995; Pekurinen ym. 1997; Tikka 1998). Tarpeellinen tieto hoidosta ennen leikkausta antoi potilaille itsehallinnan tunteen hoidon aikana ja mahdollisti heidän osallistumisensa omaa hoitoa koskeviin päätöksiin sekä lisäsi sisäistä turvallisuutta (Juvonen & Lauri 1994; Watts & Brooks 1997; Lauri & Sainio 1998; Hankela 1999). Toisaalta Leino-Kilven ym. (1993) ja Löfmanin (1995) tutkimustulosten mukaan suurin osa hoitotyöntekijöistä ilmoitti kysyvänsä potilaan mielipiteen ennen päätöksentekoa ja potilaat pystyivät osallistumaan omaan hoitoonsa sekä luottivat hoitohenkilökuntaan.

Tämä tutkimus osoitti, että hoitohenkilökunta, joka osallistui hoitotyön arvoja koskevaan koulutukseen, tuki useimmin potilaan omaisia osallistumaan potilaan hoidon suunnitteluun. Naispotilaat kokivat voineensa päättää omaa hoitoa koskevista asioista useammin kuin miespotilaat. Taustalla saattaa olla naisten avoimuus ja oma-aloitteellisuus omaa hoitoa koskevien asioiden selvittämisessä ja osallistumisessa. Pieni osa potilaista luotti hoitohenkilökunnan asiantuntijuuteen ja uskoi näiden tekemän parhaansa. Heidän mielestään hoitohenkilökunnalle olisi annettava mahdollisuus päättää potilaan hoidosta tämän puolesta. Useissa tutkimuksissa Juvonen & Lauri (1994); Guadagnoli & Ward (1998); Kanerva ym. (1999); Merakau

ym. (2001) on saatu yhdenmukaisia tuloksia, joiden mukaan osa potilaista antoi hoitohenkilökunnan tehdä ratkaisut puolestaan sairaalassa oloaikana, vaikka heillä olisi ollut mahdollisuus oman hoitonsa suunnitteluun ja päätöksentekoon. Mäen & Valkosen (2002) tutkimusten mukaan melkein kaikki potilaat olivat valmiita luovuttamaan hoitoaan koskevan päätöksenteon hoitohenkilökunnalle.

Tässä tutkimuksessa noin puolet potilaista koki, että heidän mielipiteensä omaa hoitoa koskevissa asioissa otettiin tarkoin huomioon ja heillä oli mahdollisuus kieltäytyä hoidosta tai hoitotoimenpiteistä niin halutessaan. Laurin & Sainion (1998) ja Pekurisen ym. (1997) tutkimustulosten mukaan monilla potilailla ei ollut mahdollisuutta esittää omia mielipiteitään tai heidän mielipiteitään ei otettu tarpeeksi huomioon oman hoidon suunnittelussa.

Potilaat toivoivat hoitajien kannustavan heitä aktiivisempaan rooliin oman hoidon suunnittelussa ja päätöksenteossa sekä huomioimaan heidän läheistensä mielipiteet hoitoa koskevissa asioissa. Suomisen (1994) tutkimustulosten mukaan potilailla olisi voimavaroja osallistua tehokkaammin hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon kuin mikä tilanne on tutkimushetkellä.

Ainoastaan kymmenesosa potilaista koki, että heidän läheisiään oli tuettu jatkuvasti osallistumaan hoidon suunnitteluun sairaalassa. Syynä tähän saattaa olla hoitohenkilökunnan vähyys ja ajan puute potilaan omaisten kannustamiseen ja motivoimiseen osallistua potilaan hoidon suunnitteluun. Toisaalta kulttuurissamme koetaan vielä vieraaksi omaisten osallistuminen potilaan hoitoon. Perheen osallistumista lasten hoitotyöhön pidetään luonnollisena toimintana, mutta aikuiset potilaat sekä hoitajat vierastavat ajatusta potilaiden omaisten osallistumisesta hoidon suunnitteluun, joka koetaan hyvin henkilökohtaisena asiana. Erikssonin (1997) ja Suhosen ym. (1999) tutkimustulosten mukaan omaiset eivät mielestään saaneet riittävästi osallistua potilaan hoitoon ja sen suunnitteluun. He olivat epä tietoisia siitä, olivatko potilaat voineet vaikuttaa hoitoonsa mielipitein ja toivomuksin. Teerin ym. (1998) ja Leino-Kilven ym. (1999) tutkimukset osoittivat, että potilaan asioiden selvittäminen ja kirjallisen materiaalin jakaminen omaisille toteutuivat heikoimmin potilaan hoidossa. Salosen (1998) tutkimustulosten mukaan potilaan omaiset toivoivat sairaanhoitajien ottavan yhteyttä heihin potilaan hoidon suunnittelua varten.

Hoitajat kokivat potilaita yleisemmin, että potilaiden mielipide oli otettu tarkoin huomioon näiden hoitoa koskevissa asioissa. Potilaiden kanssa oli neuvoteltu ennen jokaista hoitotoimenpidettä, heillä oli mahdollisuus kieltäytyä hoidosta tai hoitotoimenpiteistä ja heidän läheisiään oli tuettu osallistumaan jatkuvasti hoidon suunnitteluun. Useissa tutkimuksissa, kuten Välimäki (1998); Välimäki ym. (2001) ja Scott ym. (2003) on saatu samoja tuloksia, joiden mukaan hoitajat kuvasivat tukevansa potilaiden jokapäiväistä oman hoidon päätöksentekoa ja itsemääräämistä useammin kuin mitä potilaat arvioivat. Suhosen ym. (1999) sekä Mäen & Valkosen (2002) tutkimusten mukaan potilaat olivat epävarmoja siitä, oliko heiltä tiedusteltu halua osallistua oman hoidon suunnitteluun ja rohkaistu tekemään hoitoaan koskevia ehdotuksia.

#### **8.2.4 Potilaan yksityisyyden huomioiminen**

Potilaiden oikeuteen yksityisyyden toteutumisesta vuodeosastolla esiintyi puutteita. Harvat potilaat kokivat saaneensa olla yksin huoneessaan niin halutessaan tai pystyvänsä vaikuttamaan siihen, minkä kokoiseen huoneeseen heidät sijoitettiin. Erityisesti potilaiden yksityisyyttä loukkasi kaikkien vastaajien mielestä potilaan asioista puhuminen muiden potilaiden kuullen. Hoitohenkilökunnan äänekäs puhuminen salassa pidettävistä potilaan asioista vähensi yksityisyyttä sairaalassa. Monet potilaat toivoivat, että heidän erillaisuutensa ja yksilöllisyytensä otettaisiin enemmän huomioon hoidon aikana ja heitä hoidettaisiin omien vaatimustensa mukaisesti. Juntusen (1996) tutkimustulosten mukaan potilaat kokivat, että heidän oikeuttaan yksityisyyteen loukkasivat puutteet intimitettisuojan säilyttämisessä ja tietojen salassapidossa. Kaikkein parhaiten toteutui sekä potilaiden että hoitajien mielestä potilaan omien henkilökohtaisten tavaroiden tuominen osastolle.

Potilaista suurempi osa kuin hoitajista oli sitä mieltä, että potilailla oli tarpeeksi henkilökohtaista tilaa huoneessaan, jossa oli rauhallista ja hyvä oleskella. Tämän taustalla saattavat olla potilaiden aikaisemmat sairaalahoidosta saadut kokemukset, joiden mukaan heidän henkilökohtaiseen tilaansa kuuluvat sängyn ympärillä oleva tila ja asiallinen liikkuminen sekä puhuminen huoneessa. Toisaalta hoitajat tarkastelivat asioita kriittisemmin, koska monta kertaa tilan ahtauteen vaikeuttaa potilaan hoitoa, yksityisyyden toteutumista ja salassapitovelvollisuutta.



Tässä tutkimuksessa potilaat kokivat yksityisyyden kärsivän liian suurista potilasmääristä huonetilaan nähden, jolloin oli vaikea suojata potilaan intimitteettiä. He toivoivat hoitohenkilökunnan käyttävän suojaverhoja hoidon tai hoitotoimenpiteen aikana intimiteetin suojaamiseksi. Leppäsen ym. (1997) ja Anttilan (2000) tutkimustulosten mukaan potilaat pitivät tärkeänä yksityisyyden säilyttämistä tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden aikana. Jantusen ym.(1994) ja Valkomaan (2002) tutkimusten mukaan potilaiden mielestä yksityisyys sairaalassa on ensisijaisesti riippuvaista hoitohenkilökunnan toimintatavoista ja näkösuojan puute rajoittaa potilaan yksityisyyttä. Rosqvistin (2003) tutkimuksen mukaan potilaan väliverhoja käytettiin suojaamaan potilaan yksityisyyttä ja mahdollistamaan intimiteettisuoja, mutta myös suojaamaan potilastoverin yksityisyyttä ja intimitteettiä.

Potilaat toivat myös esille tarpeen järjestää yhden tai kahden hengen potilashuoneita potilaiden yksityisen tapaamisen ja intimiteettisuojan säilyttämiseksi. Useat tutkijat yhtyvät näihin tuloksiin: sairaalan yksityisyyden huomioimista ja kunnioittamista rajoittavat sairaalan tilat, monen hengen potilashuoneet ja muut potilaat (Jantunen ym. 1994; Ojala 2001; Valkomaa 2002).

Hoitajista suurempi osa kuin potilaista oli sitä mieltä, että potilaat saivat keskustella omaan hoitoonsa liittyvistä asioista hoitajien kanssa muualla kuin omassa huoneessaan. Useinkaan hoitajilla ei ole mahdollisuutta keskustella potilaiden kanssa muualla kuin potilashuoneissa, koska hoitajilla on monta potilasta hoidettavanaan ja keskusteluaikaa potilaiden kanssa jää vähän. Scottin ym. (2003) tutkimustulosten mukaan, mitä enemmän huoneessa oli potilaita, sitä vähemmän heillä oli mahdollisuutta osallistua omaan hoitoonsa ja sen päätöksentekoon. Leppäsen ym. (1997) mukaan potilaat pitivät tärkeänä keskustella asioista kahden kesken hoitohenkilökunnan kanssa.

Miespotilaat kokivat useammin kuin naispotilaat, että he pystyivät vaikuttamaan siihen, minkä kokoiseen huoneeseen heidät sijoitettiin ja keskustelemaan asioista hoitajan kanssa muualla kuin huoneessaan. Nuoremmat potilaat kokivat useammin kuin keski-ikäiset ja vanhemmat, että heillä oli mahdollisuus olla kahden kesken läheistensä kanssa ja että, he voivat tuoda osastolle omia henkilökohtaisia tavaroitaan.

Määräaikaisesti työskentelevät hoitajat kokivat useammin kuin vakinaiset hoitajat, että potilaat saivat keskustella heidän kanssaan muualla kuin huoneessaan.

Hoitajista suurempi osa kuin potilaista oli sitä mieltä, että potilaat saivat käyttää omia vaatteitaan osastolla niin halutessaan. Sairaalan kulttuuriin kuuluu, että potilas pukeutuu sairaalan vaatteisiin ja hänelle tarjotaan yksinkertaisesti mahdollisuus käyttää omia vaatteitaan. Kuuppelomäen & Hentisen (1987) tutkimuksen mukaan potilaan omien vaatteiden käyttö hoitolaitoksissa lisäsi potilaan omanarvontunnetta. Tässä tutkimuksessa vailla ammatillista koulutusta olevat ja korkeakoulutusta saaneet potilaat kokivat useammin kuin ammatti- ja opistokoulutuksen saaneet, että heillä oli mahdollisuus olla läheistensä kanssa kahden kesken. Toisaalta Bäckin & Wikbladin (1998) tutkimuksen mukaan korkeammin koulutetut potilaat halusivat enemmän yksityisyyttä kuin vähemmän koulutetut ja yksityisyyden säilyttäminen oli tärkeämpää nuorille ja naisille kuin vanhemmille ja miespotilaille.

Lähes kaikkien potilaiden ja hoitohenkilökunnan mielestä potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja kohteluun. Useat tutkijat ovat saaneet samanlaisia tuloksia, joissa potilaat olivat tyytyväisiä hoitoonsa ja siihen liittyvään hoitohenkilökunnan positiiviseen toimintatapaan, kuten potilaiden ystävälliseen ja tasa-arvoiseen kohteluun (Leino-Kilpi ym. 1993; Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1993; Virta 1993; Leinonen ym. 1996; Westman ja Backman 1997; Renholm & Suominen 2000). Toisaalta monet tutkijat, esimerkiksi Leino-Kilpi ym. (1993) ja Otte (1996) ovat päätyneet tutkimustuloksiin, joissa potilaat olivat tyytymättömiä saamaansa hoitoon ja sen suunnitteluun.

Potilaat kokivat olonsa turvalliseksi hoidon aikana ja luottivat hyvin saamaansa hoitoon. Merakaun ym. (2001) tutkimuksen mukaan kolmasosa potilaista uskoi, että hoitohenkilökunta kunnioitti heidän luottamustaan. Leino-Kilven ym. (1999) tutkimuksessa potilaat kokivat olonsa turvalliseksi hoidon aikana. Toisaalta Hankelan (1999) tutkimustulosten mukaan potilaan interpersonaalista turvattomuutta lisäsivät hoitohenkilökunnan epäinhimillinen toiminta, välinpitämättömyys, kiire ja näkemys passiivisesta hoidon vastaanottajasta.

Noin kolme neljäsosaa sekä potilaista sekä hoitajista oli sitä mieltä että, hoitajat olivat tyytyväisiä nykyiseen työhönsä. Lähes kaikki hoitajat pitivät tärkeänä työskentelyä potilaiden parissa ja vähän yli puolet koki työnsä arvostetuksi. Hoitajien nykyiset työn kuormittavuusvaatimukset voivat aiheuttaa hoitajissa työnsä arvostuksen vähenemistä, jolloin he eivät pysty hoitamaan potilaita siten kuin he olivat suunnitelleet ja halusivat. Aika ja resurssit eivät riitä antamaan kaikille potilaille yksilöllistä ja tasavertaista hoitoa. Lisäksi hoitohenkilökunnan saama korvaus ei ole verrannollinen työn kuormittavuuteen.

Hoitajat, jotka olivat osallistuneet arvoja koskevaan koulutukseen kahden viimeisen vuoden aikana, olivat tyytyväisempiä työhönsä kuin ne, jotka eivät olleet koulutukseen osallistuneet. Hoitotyön arvoja käsittelevä koulutus saattaa antaa lisävalmiuksia potilaiden kohtelemiseen ja heidän oikeuksiensa toteuttamiseen käytännön hoitotyössä.

Kirurgisella vuodeosastolla työskentelevät hoitajat olivat tyytyväisempiä nykyiseen työhönsä kuin sisätautien vuodeosastolla työskentelevät, mikä saattaa johtua eri osastojen erilaisesta potilasaineistosta. Kirurgisilla osastoilla potilaiden vaihtuvuus on suuri ja kotiutuminen tapahtuu nopeammin kuin sisätautiosastoilta, joissa potilaat ovat kroonisesti sairaita, mikä taas vaatii pitkäaikaista hoitoa. Potilaiden nopea paraneminen saattaa lisätä myös hoitajien omaa työtyytyväisyyttä.

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUKSEN MERKITYS

### **Tutkimuksen keskeiset tulokset olivat:**

1. Potilaiden ja hoitajien kokemusten mukaan potilaan kohtelemine, arvostamine ja kunnioittamine toteutuivat melko hyvin hoitotyössä. Hoitajat toivoivat hoitotyön arvojen ja filosofian selkeyttämistä ja yhteneväisiä linjoja potilaan kohteluun ja hoitoon. Hoitajien mielestä heillä ei ollut riittävästi aikaa paneutua potilaan ohjaamiseen, opettamiseen tai vuorovaikutukseen potilaan kanssa, mikä heijastui potilaan hoitoon ja kohteluun.
2. Potilaat olivat useammin kuin hoitajat sitä mieltä, että heidät oli vastaanotettu kiireettömästi osastolle, keskusteltu heidän kanssaan hoitoon liittyvistä asioista, vastattu heidän kysymyksiinsä, autettu nopeasti niin tarvittaessa, järjestetty mahdollisuus ottaa yhteys läheisiin, toimittu heidän etujensa mukaisesti ja hoitajilla oli hyvin aikaa kuunnella heitä. Mitä vanhempi potilas oli, sitä useammin hän koki saaneensa nopeasti apua.
3. Kaikkien potilaiden ja hoitajien mielestä potilaiden tiedonsaanti toteutui kohtalaisesti. Potilaiden mielestä he olivat saaneet melko hyvin yksityiskohtaista tietoa heille tehtävistä tutkimuksista, toimenpiteistä, hoidosta ja saatu tieto oli hyvin ymmärrettävää. Puutteita esiintyi potilaiden mielestä tiedonsaannissa eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä mahdollisuudesta osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon.
4. Kaikkien vastanneiden mielestä potilaat olivat saaneet tietoa omaan hoitoon liittyvistä asioista henkilökunnalta. Puolet potilaista ilmoitti saaneensa kirjallista materiaalia hoitoon liittyvistä asioista, kun taas melkein kaikki hoitajat ilmoittivat jakavansa kirjallista materiaalia.
5. Potilaiden oikeus osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon ei täysin toteutunut potilaiden hoidossa. Noin puolet potilaista ja hoitajista oli sitä mieltä, että potilaat olivat saaneet sairauteensa liittyvää tietoa niin, että pystyivät

tekemään omaa hoitoa koskevia päätöksiä. Kolmasosan mielestä hoitohenkilökunta oli suunnitellut potilaiden hoidon koko hoitajakson ajan heidän kanssaan ja potilaat olivat voineet itsenäisesti päättää omaa hoitoa koskevissa asioissa. Hoitajat kokivat potilaita useammin, että potilaiden mielipiteet oli otettu tarkoin huomioon, heidän kanssaan oli neuvoteltu ennen jokaista hoitotoimenpidettä, potilailla oli mahdollisuus kieltäytyä hoidosta tai hoitotoimenpiteistä ja heidän läheisiään oli tuettu osallistumaan potilaiden hoidon suunnitteluun.

6. Potilaiden oikeuteen yksityisyyden toteutumisesta vuodeosastolla esiintyi puutteita. Harvat potilaat kokivat saaneensa olla yksin huoneessa niin halutessaan ja pystyvänsä vaikuttamaan siihen, minkä kokoiseen huoneeseen heidät sijoitettiin. Potilaan ja hoitajan mielestä potilaiden yksityisyyttä loukkasi potilaan asioista puhuminen muiden potilaiden kuullen. Potilaiden mielestä yksityisyys vuodeosastolla kärsi liian suurista potilasmääristä huonetilaan nähden, jolloin oli vaikeaa suojata potilaiden intimitteettiä.
7. Lähes kaikkien vastanneiden mielestä potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja kohteluun. Potilaat kokivat olonsa turvalliseksi hoidon aikana ja luottivat hyvin saamaansa hoitoon. Potilaista ja hoitajista noin kolme neljäsosan mielestä hoitajat olivat tyytyväisiä nykyiseen työhönsä.

### **Tutkimuksen merkitys ja jatkotutkimuksen aiheet**

Tämä tutkimus tuotti melko hyvin määrällistä ja laadullista tietoa potilaiden kohtelemisesta, kunnioittamisesta, arvostamisesta, oman tiedon saannista ja mahdollisuudesta osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon sekä potilaiden yksityisyyden huomioimisesta hoidon aikana. Näitä tutkimustuloksia voidaan hyödyntää arvioitaessa potilaan hoitoa ja kohtelua sekä myös kehitettäessä sairaalan vuodeosastojen hoitotyön arvojen filosofiaa, joka ohjaa hoitotyön toimintaa. Erityisesti olisi parannettava potilaiden omaa hoitoa koskevaa tiedonsaantia ja heidän mahdollisuuttaan osallistua oman hoidon päätöksentekoon. Lisäksi olisi huomioitava paremmin potilaan yksityisyys. Tämän tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää, mutta

saatua tietoa voidaan hyödyntää samantyyppisillä sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilla.

Tämä tutkimus antaa uutta tietoa varsinkin potilaan kokemuksista siitä, kuinka huonosti suunnitellut fyysiset tilat ja puutteelliset apuvälineet vaikuttivat heidän kohteluunsa ja liikkumiseensa. Hoitajat, jotka olivat käyneet hoitotyön arvoja koskevan koulutuksen, kokivat useimmin vastaanottaneensa potilaat kiireettömästi ja keskustelewansa heidän kanssaan hoitoon liittyvistä asioista.

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä, erityisesti kun halutaan huomioida potilaan asioiden salassapitovelvollisuus. Tutkimuksilla voidaan esimerkiksi selvittää loukkaako potilaan yksityisyyttä hänen asioistaan puhuminen muiden kuullen vuoteenvierusraportin aikana. Hoitohenkilökunnan vähyyden vuoksi hoitoa koskevista asioista tiedottaminen potilaalle, hänen hoitoon osallistumisensa sekä vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä oli vähentynyt. Jatkotutkimuksilla voidaan selvittää hoitohenkilökunnan rakennetta ja mitoitusta suhteessa potilaan hoidon vaatimuksiin ja sisältöön sairaalan vuodeosastoilla. Mielenkiintoista olisi myös selvittää, miten ja milloin potilaille annetaan suullista ja kirjallista tietoa sekä kuinka paljon potilaalla on mahdollisuutta osallistua oman hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon.

Jatkotutkimuksen kannalta olisi hyvä myös selvittää, mitä potilaiden ja hoitajien mielestä sisällöllisesti tarkoitetaan ihmisarvon kunnioittamisella, itsemääräämisoikeudella ja yksityisyydellä. Voitaisiin myös tutkia syvällisemmin yhtä hoitotyön arvoa tai periaatetta haastatteleamalla potilaita ja hoitajia. Näitä hoitotyön arvoja voitaisiin tutkia syvällisemmin etnografiamenetelmällä, joka syventäisi hoitotyön arvojen tuntemista ja ymmärrettävyyttä. Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että on tarvetta lisätä omaisten osallistumista potilaan hoidon suunnitteluun. Jatkossa olisi hyvä selvittää, millä tavalla mahdollistetaan potilaan omaisten osallistuminen potilaan hoidon suunnitteluun. Tulevaisuudessa suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle hoitohenkilöstön työvoimapula saattaa kasvaa. On myös nähtävissä terveydenhuollon palveluiden resurssien vähenemistä. Sen vuoksi potilaiden hoitoa tulevaisuudessa suunniteltaessa ja kehitettäessä on hoitotyön suurena haasteena ottaa huomioon ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeuden toteutuminen ja yksityisyyden huomioiminen.



## LÄHTEET

- Aadland, E. 1993. Sosiaali- ja terveydenhoitoalan etiikka. Otava, Helsinki.
- Antila, M-L. 2000. Kirurgisen potilaan autonomia ja yksityisyys. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos, Turku.
- Brink, P.J. & Wood, M.J. 1988. Basic Step in Planning Nursing Reserch. From Question to Proposal. Jones and Bartlett Publishers. Boston. Third Edition.
- Burns, N. & Grove, S.K. 1997. The Practice of Nursing Research. Conduct Critique and Utilization W.B. Saunders company, Philadelphia.
- Bäck, E. & Wikblad, K. 1998. Privacy in hospital. Journal of Advanced Nursing 27, 940 – 945.
- Curtin, L. L. 1992. Privacy: Belonging to one`s self. Nursing Management 23 (4): 7-8.
- Davis, A. J. & Aroskar, M. A. 1991. Ethical Dilemmas and Nursing Practice. Appleton-Century-Crofts. Norwolk, Connecticut.
- Downie, R. S. & Calman, K. C. 1995. Healthy Respect. Ethics in health care. Oxford Medical Publications, Great Britain.
- Eriksson, H. (1997). Ikääntyneen potilaan oikeuksien toteutuminen sairaalassa – omaisen näkökulma. Pro gradu –tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos, Turku.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere.
- Fry, S. 1997. Etiikka hoitotyössä. Eettisen päätöksenteon opas. Suomen Sairaanhoidajaliitto ry, Tampere.
- Grönfors, M. 1982. Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät. WSOY, Helsinki.
- Guadagnoli, E. & Ward, P. 1998. Patient participation in decision-making. Social Science & Medicine 47 (3), 329 – 339.
- Hankela, S. 1999. Interoperatiivinen hoitotyö. Empiiriseen aineistoon perustuvan teorian kehittäminen. Acta Universitatis Tamperensis 664. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Heikkilä, T. 2001. Tilastollinen tutkimus. Edita, Helsinki.
- Husted, G L & Husted, J H. 1995. Ethical Decision Making in Nursing. Mosby Year Book, St. Louis.



- Häyry, H. & Häyry, M. 1997. Elämän ehdot. Bioetiikan, vapauden ja vastuun filosofia. Yliopistopaino, Helsinki.
- Ilveskivi, P. 1997. Potilaan oikeusasema tiedonsaantioikeuden näkökulmasta. Kansaneläkelaitos, sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 26. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Jantunen, M. 1994. Potilaan oikeuksien toteuttaminen sairaalassa, hoitajien käsityksiä. Turun Yliopistollinen keskussairaala. Hoitotyön julkaisusarja A: 12, Turku.
- Jantunen, K., Puumalainen, A., Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. 1994. Onko sairaalassa yksityisyyttä? Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja, A:5, Turku.
- Jensen, A.B., Madsen, B., Andersen, P. & Rose, C. 1993. Information for Cancer Patients Entering a Clinical Trial – an Evaluation of an Information Strategy. European Journal of Cancer 29 A (16), 2235 – 2238.
- Juntunen, T. 1996. Yksilöllisyys ja oikeudenmukaisuus hoitotyössä. Pro- gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos, Oulun yliopisto.
- Juvonen, S. & Lauri, S. 1994. Uusien syöpäpotilaiden tiedonsaanti ja tiedontarve sekä osallistuminen omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A : 3. Turun yliopisto, Turku.
- Kanerva, A-M., Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. 1999. Informed consent for short-stay surgery. Nursing Ethics 6 (6), 483 – 493.
- Karjalainen, S. 1993. Terveydenhuollon etiikka tänään. Teoksessa: Arvot ja armo. Terveydenhuollon etiikan kysymyksiä. ss. 9-19. Kirkon sairaalasielunhoidon keskuksen julkaisu 38, Helsinki.
- Koivisto, J. 1994. Potilaan oikeudet ja potilasasiamestoiminta. Suomen kuntaliitto. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Kokkonen, P. 1997. Terveydenhuollossa tarvitaan lainsäädäntöä ja eettisiä normeja. Toim. Salmela, T. Autetaanko asiakasta – palvelaanko potilasta ? WSOY, Helsinki.
- Koskinen, L. 1996. Työn ja hoidon arvot. Teoksessa: Etiikan puutarhassa. Eettisyys ja arki terveydenhuollossa. Toim. Salo, S ja Tähtinen, H. ss. 153-200. Suomen kuntaliitto, Helsinki.
- Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Kurittu, K. & Leino-Kilpi, H. 1994. Potilaan käsityksiä oikeuksiensa toteuttamisesta sairaalassa. Turun Yliopistollinen Keskussairaala. Hoitotyön julkaisusarja A: 8 1994.
- Kuuppelomäki, M. & Hentinen, M. 1987. Yksityisyys sairaalaympäristössä. Sairaanhoidon vuosikirja XXIII. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Forssan Kirjapaino Oy, Forssa.

- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1): 3-12.
- Lauri, S. & Sainio, C. 1998. Developing the nursing care of breast cancer patients: an action research approach. *Journal of Clinical Nursing* 7 (5), 424 – 432.
- Leino-Kilpi, H. & Vuorenheimo, J. 1993. The quality of perioperative nursing care: the patient's point of view. *AORN Journal* 57, 1061 – 1071.
- Leino-Kilpi, H., Sainio, C., Niittymaa, I. & Kim, HS, 1993 . Sairaalapotilaan oikeudet ja niiden toteuttaminen Satakunnan keskussairaalassa. Raportti opetuskokeilusta kirurgisella osastolla. Satakunnan sairaanhoitopiiri, Julkaisusarja No 1. Pori.
- Leino-Kilpi, H., Kovasin, M., Vuorenheimo, J. & Viitanen, T. 1999. Kirurgisen hoitotyön laatu Turun kaupungin kirurgisessa sairaalassa. Laadun arviointia ja seuranta vuosina 1988 – 1998. Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja Sarja A Nro 2 / 1999. Turku.
- Leinonen, T., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 1996. The quality of intraoperative nursing care: the patient's perspective. *Journal of Advanced Nursing* 24 (4), 843 – 852.
- Leppänen, T., Töyry, E. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Potilaiden käsitys ihmisläheisen hoidon keskeisestä sisällöstä. *Hoitotiede*, 9 (4), 178 – 185.
- Lindqvist, M. 1996. Eettisyys ja hoidon sisältö. Teoksessa: *Etiikan puutarhassa. Eettisyys ja arki terveydenhuollossa*. Toim. Salo, S. ja Tähtinen, H. ss. 85-97. Suomen kuntaliitto, Helsinki.
- Lindqvist, M. 2001. Terveydenhuollon eettisiä ydinkysymyksiä. Teoksessa: *Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa*. Toim. Sosiaali- ja terveysministeriö, ETENE Selvityksiä 2001:1. Oy Edita Ab, Helsinki.
- Linström, K. 1996. Työyhteisöjen johtajuus. Teoksessa *Etiikan puutarhassa, eettisyys ja arki terveydenhuollossa*. Toim. Salo, S. ja Tähtinen, H. ss. 215-222. Suomen kuntaliitto, Helsinki.
- Liponkoski, R. & Rautasalo, P. 2001. Iäkkään kuntoutuspotilaan saama emotionaalinen tuki sairaalahoitajakson aikana. *Hoitotiede* 13 (5), 258 – 265.
- Louhila, P. 1995. *Terveys, arvot ja oikeudet*. Yliopistopaino, Helsinki.
- Löfman, P. 1995. Kirurgisen potilaan itsemääräämisoikeuden kokeminen ja merkitys eettisestä näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.
- Mahkonen, S. 1997. *Oikeus yksityisyyteen*. WSOY, Helsinki.
- Martikainen, T. 1996. Lähihoitamisen etiikka. Teoksessa: *Etiikan puutarhassa. Eettisyys ja arki terveydenhuollossa*. Toim. Salo, S ja Tähtinen, H. ss. 98-109. Suomen kuntaliitto, Helsinki.

Matikainen, M. 1996. Arkitodellisuus hoitotyössä. Teoksessa: Etiikan puutarhassa. Eettisyys ja arki terveydenhuollossa. Toim. Salo, S ja Tähtinen, H. ss. 223-229. Suomen kuntaliitto, Helsinki

McGaughey, J. & Harrison, S. 1994. Understanding the pre-operative information needs of patients and their relatives in intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing* 10, 186 – 194.

Merakau, K., Dalla-Vorgia, P., Garanis-Papadatos, T. & Kourea-Kremastinou, J. 2001. Satisfying Patients Rights: a hospital patient survey. *Nursing Ethics* 8 (6), 499 – 509.

Mäki, T. & Valkonen, R. 2002. Potilaan itsemääräämisoikeus ja osastonhoitajan toiminta. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos, Tampere.

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

Nummenmaa, T., Kontinen, R., Kuusinen, J. & Leskinen, E. 1997. Tutkimusaineiston analyysi. WSOY, Helsinki.

Ojala, S. 2001. Tietoinen suostumus, autonomia ja yksityisyys potilaiden ja hoitohenkilökunnan määrittelemänä Suomessa, Saksassa ja Isossa-Britanniassa. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos, Turku.

Otte, D. 1996. Patients' perspective and experiences of day case surgery. *Journal of Advanced Nursing* 23 (6), 1228 – 1237.

Pateman, B. & Johnson, M. 2000. Men's lived experiences following transurethral prostatectomy for benign prostatic hypertrophy. *Journal of Advanced Nursing* 31 (1), 51 – 58.

Pekurinen, M., Punkari, M. & Pokka, M. 1997. Asiakkaiden valinnanvapauden toteutuminen Suomen terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 34, 223 – 235.

Pellonpää, M. 1991. Euroopan ihmisoikeussopimus. Lakimiesliiton kustannus, Helsinki.

Perälä, M-L., Hernesniemi, P. & Räikkönen, O.1999. Yhteistyö keskussairaalassa kirurgisten potilaiden omaisten arvioimana. *Hoitotiede* 11 (1), 13 – 21.

Pihlainen, A. 2000. Hyvä, ihanteellisuus ja epäitsekkyys arvo- ja arvostuskäsityksinä terveydenhuollon koulutuksessa ja työelämässä. *Acta Universitatis Tamperensis* 730. Vammalan kirjapaino Oy, Tampere.

Polit, D. & Hungler, B. 1999. *Nursing Research Principles and methods*. Lippincott. New York.

- Raatikainen, R. 1989. Values and ethical principles in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 14: 92-96.
- Renholm, M. & Suominen, T. 2000. Potilaiden kohtelu päivystysosastolla. *Hoitotiede* 12 (3), 111 – 119.
- Riikonen, K. 1995. Potilas – hoitaja – suhteen eettiset valinnat. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Rosqvist, E. 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastolla. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Saarenpää, A. 2000. Potilas-oikeus-potilasoikeus. Teoksessa: Potilaan asema ja oikeudet. Sundman, E. ss. 21-39. Tammer-paino Oy, Tampere.
- Sajama, S. 1995. Arkipäivän etiikka. Hoitotyön näkökulmasta. Tammer-paino Oy, Tampere.
- Salonen, R. 1998. Urologisen potilaan ja hänen omaisensa ohjaus. Haastattelututkimus potilaille ja omaisille. Opinnäytetutkimus. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Sarvimäki, A. 1996. Hoitotyön etiikan filosofiset perusteet. Teoksessa: Hoitotyön etiikan perusteet. Kalkas, H. ja Sarvimäki, A. ss. 12-34. WSOY, Helsinki.
- Sarvimäki, A. 1996. Ihmisarvo ja ihmisoikeudet. Teoksessa: Hoitotyön etiikan perusteet, Kalkas, H. & Sarvimäki, A. ss. 58-72. WSOY, Helsinki
- Scott, PA., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C. & Arndt, M. 2003. Autonomy, privacy and informed consent 3: elderly care perspective. *British Journal of Nursing* 12 (3), 158 – 168.
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2003. Oy. UNI press Ab, Helsinki.
- Suhonen, R., Välimäki, M. & Katajisto, J. 1999. Yksilöllinen hoito potilaiden kokemana. *Hoitotiede* 11 (5), 282-291.
- Suomen säädöskokoelma 1992: Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Nro 785.
- Suominen, T. 1994. Rintasyöpäpotilaiden kokemukset hoidosta eivät ole samanlaisia kuin hoitajien näkemykset tästä asiasta! Aiheuttaako tämä aihetta lisäpohdinnalle? *Hoitotiede* 6 (3), 127-131.
- Teeri, S., Välimäki, M. & Katajisto, J. 1998. Dementoituneiden potilaiden oikeuksien toteutuminen laitoshoidossa – omaisten näkökulma. *Hoitotiede* 10 (4), 216-225.
- Tikka, T. 1998. Nuoren miehen odotukset ja kokemukset lyhythoitaisen ortopedistraumatologisen kirurgian potilaana. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos, Turku.

- Turunen, K. 1997. Halut, arvot ja valta. Atena, Jyväskylä.
- Valkomaa, P. 2002. Iäkkäiden fyysinen yksityisyys vanhainkodissa – iäkkäiden ja heidän omaistensa kokemana. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto, Turku.
- Vassiliki, A. & Larana, V. 1996. Sankarillisuus hoitotyön arvona. Filosofinen näkökulma. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Suom. SHKS, Helsinki.
- Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1997. Tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. ss. 26-34, 205-214. Hoitotieteen tutkimusdidaktiikka. WSOY, Juva.
- Venkula, J. & Rautavaara, A. 1992 Arvot ja nuorten arvopohdinta. Yliopistopaino, Helsinki.
- Virta, M. 1993. Kirurgisten sairaalapotilaiden tyytyväisyys hoidon teknis-ammattillisen, kasvatuksellisen ja luottamuksellisen suhteen alueeseen. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto, Turku.
- Voutilainen, P. & Laaksonen, K. 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö – askel eteenpäin. Hygienia. Terveyden- ja sairaanhoitajan kirjasto. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Välimäki, M. 1998. Self-Determination in Psychiatric Patients. Annales Universitatis Turkuensis, Ser. D, Tom. 288, Medica- Odontologica, Turun yliopisto, Turku.
- Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Antila, M-L., Myllylä, B-M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, A., Arndt, M. & Kaurila, T. 2001. Potilaan autonomia kirurgisessa hoitotyössä. Hoitotiede 13 (3), 155-165.
- Watts, S. & Brooks, A. 1997. Patients` perceptions of the preoperative information they need about events they may experience in the intensive care unit. Journal of Advance Nursing 26 (1), 85-92.
- Westman, M. & Backman M. 1997. Potilaiden näkemys kirurgisesta sairaanhoidosta. Hoitotiede 9 (1), 33-39.
- Wilson, H. 1989. Research in Nursing. Addison-Wesley, California.
- Yegdich, T. 1999. Clinical supervision and managerial supervision: Same historical and conceptual considerations. Journal of Advanced Nursing 30 (5): 1195-1204.