STUDIES IN SPORT, PHYSICAL EDUCATION AND HEALTH

51

Jouni Tuomi

Suomalainen hoitotiedekeskustelu

JYVÄSKYLÄN YLI OPISTO

JYVÄSKYLÄ 1997

STUDIES IN SPORT, PHYSICAL EDUCATION AND HEALTH 51

Jouni Tuomi

Suomalainen hoitotiedekeskustelu

Esitetään Jyväskylän yliopiston liikuntatieteellisen tiedekunnan suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi yliopiston vanhassa juhlasalissa (S212) marraskuun 29. päivänä 1997 kello 12.

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 1997

Suomalainen hoitotiedekeskustelu

STUDIES IN SPORT, PHYSICAL EDUCATION AND HEALTH 51

Jouni Tuomi

Suomalainen hoitotiedekeskustelu

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 1997

Editors
Harri Suominen
Department of Health Sciences, University of Jyväskylä
Kaarina Nieminen
Publishing Unit, University Library of Jyväskylä

URN:ISBN:978-951-39-7986-7
ISBN 978-951-39-7986-7 (PDF)
ISSN 0356-1070

ISBN 951-39-0072-X
ISSN 0356-1070

Copyright © 1997, by University of Jyväskylä

Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä
and ER-Paino Ky, Lievestuore 1997

Äidille ja isälle

ABSTRACT

Tuomi, Jouni
The genesis of nursing and caring science in Finland
Jyväskylä: University of Jyväskylä, 1997. 218 p.
(Studies in Sport, Physical Education and Health,
ISSN 0356-1070; 51)
ISBN 951-39-0072-X
English summary
Diss.

The purpose of this study is to describe the Finnish argumentation in nursing and caring science from the seventies to the beginning of the nineties [1968-1991], and the argumentation of nursing and caring science during the last five years. The focus of this research is to describe and analyse what nursing, nursing science and caring science mean from the Finnish perspective, for example, the problems and the definition of the discipline.

This study is theoretical. The literature review comes from the articles of seven Finnish experts of nursing and caring science. The experts in this study are an emerita professor in nursing, five professors in nursing science, and a professor in caring science. The literature is analysed using concepts, ideas and theories of these experts.

This research report describes seven views of Finnish nursing and caring science. In these seven views there are four levels for dealing with the problems of nursing and caring science. The problem areas are described, analysed and reported through those four levels.

The terminology in Finnish nursing and caring science created during the first decades varies alot. There are feelings that the terminology is really problematic. One part of the focus of this study is to open this terminology. In the seventies the new terminology of nursing and caring was differentiated from the terminology of nursing meaning only a nurse's work in order to make the terminology more exact. In the eighties, the broader nursing terms became the terminology for nursing and caring science. This happened slowly over ten years.

Finnish nursing and caring science has been very much the same for decades. It has been related to formal health care, stressing the independent tradition of nursing, it is not related to the tradition of "caritas", and the American tradition has been very strong, but the European tradition has also influenced. The philosophical differences are very few: The ontological base of Finnish nursing and caring science is dualistic, epistemologically it is a combination of empiric and rationalistic wievs, the research interests are in the human being and in caring, and methodological pluralism is accepted as a rule. At the end of the eighties, attemps were made for a newer view of science. In the nineties, phenomenological philosophy and the ontogical problem of the human being invite the paradigm which controlled nursing and caring science for decades to the edge of a new view in science.

Keywords: Nursing/caring/nursing science/caring science, nursing research, research in nursing, research in caring, methodology

ESIPUHE

Ei tainnut äiti arvata mille tielle poikaansa oli viemässä, kun kädestä pitäen opetti reittiä kotoa kansakouluun syksyllä kuuskytkolme. Hitaastihan se koulu eteni. Välillä äiti lieni ainut, ken uskoi siitä joskus jotain valmista tulevan. Vaikka vuosien saatossa moni asia on muuttunut alkuperäiset kysymykset lienevät säilyneet: Äidillä - mitenköhän se poika pärjää? ja pojalla - mitäköhän tästäkin tulee?

Se mikä on, on aina ollut ja tulee aina olemaan. Jos olisi ollut syntymän hetki, jos tuleminen olisi tapahtunut, välttämättömyyden pakosta ennen syntymää olisi ollut ei-mitään. Jos ei mitään olisi, ei mitenkään mitään milloinkaan voisi syntyä jos ei mitään olisi.

Melissus n. 450 ekr. (suom. m.a. saranpää)

Esitän suuret kiitokset FT Riitta-Liisa Heikkiselle, jonka neuvot ja pitkämielisyys auttoivat työn etenemistä ja loppuunsaattamista. Suuret kiitokset myös YTT Timo Laineelle, jolta kysyin vähän, mutta joka vastasi paljon, ja FT Anneli Sarvimäelle rakentavasta ja tukea antavasta palautteesta. Erityiset kiitokset emerita professori Hertta Kalkkaalle, joka jaksoi neuvoa ja innostaa. Lisäksi kiitän kaikkia tutkimuksen asiantuntijoita innostavasta suhtautumisesta.

Terveystieteen laitos on antanut mahdollisuuden toteuttaa tämän tutkimuksen suojissaan. Hoitotiede koettiin näissä piireissä oudoksi linnuksi. Kiitän työtovereita yrityksestä ymmärtää puuhastelujani.

Tutkimuksen toteuttamisen kannalta erityiset kiitokset THK Päivi Karttuselle, joka on jo toistakymmentä vuotta jaksanut ihmetellä kanssani hoitotieteen olemusta, THK Anna-Mari Kempille, jonka kriittiset huomautukset eivät ole jääneet huomiotta, ja THK Inkeri Nousiaiselle, joka jaksoi kysyä "et kai vaan...". Ratkaiseva osuus sille, että tästä työstä tuli valmista, on useamman kirjaston henkilökunnalla. Heille kuuluu vilpitön ihailuni, mutta erityisesti haluan kiittää Tampereen terveydenhuolto-oppilaitoksen kirjastonhoitajaa Sinikka Lehtomäkeä: "Kirjat tykkää siitä, että niitä luetaan."

Suomen sairaanhoitajaliittoa kiitän apurahasta viimeistellä tämä tutkimus.

Kiitän myös maailman oluenpanijoita ja viininviljelijöitä sekä radio Mafian herroja Ulmanen ja Roiha ynnä aputyttö Elmeriä. Ilman teitä tämän tekeminen olisi ollut kuivempaa.

Lopuksi kiitän myös äitiä ja isää, vaikka enhän minä ole teille oikeasti koskaan kertonut, mitä milloinkin olen tekemässä. Riitalle kuuluvat myös läheiset kiitokset, vaikka et Sinä hoitotieteestä ymmärrä yhtään mitään. Merkityksellisempää on ollut läsnäolosi ja uskosi, että puuhastelussani lopulta voittaa järki, sekä mukana eläminen.

Tampereella 30. 9. 1997 Jouni Tuomi

SISÄLLYS

ABSTRACT
ESIPUHE

I OSA
TUTKIMUKSEN PERUSTEET JA TOTEUTTAMINEN

1 JOHDANTO 13

2 TUTKIMUKSEN SITOUMUKSET 15

2.1 Tutkimuksen lähtökohdat 15
2.2 Hoitotiedekäsitteen ilmaantuminen keskusteluun 16
2.3 Hoitotiedekeskustelu - alustava aiheen määrittely 18
2.4 Tutkimuksen teoreettiset perusteet 20

3 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUSMENETTELY 23

3.1 Tutkimustehtävä 23
3.2 Tutkimuksen aineisto ja lähteet 24
3.3 Tutkimuksen lukutapa 25
3.4 Kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta 26

II OSA
SUOMALAINEN HOITOTIEDEKESKUSTELU

1 JOHDANTO 29

2 MITÄ OLI ENNEN HOITOTIEDETTÄ? 34

2.1 Sairaanhoitoa, hoitotyötä vai hoitotiedettä 34
2.2 Yliopistollisena oppiaineena 35
2.3 Älyllisenä perinteenä 36
2.4 Hoitoajattelun kehittyminen 39
2.5 ...miksi hoitotiedettä? 40
2.6 Yhteenveto 43

3 SUOMALAISTA HOITOTIEDETTÄ ON... 44

3.1 Hertta Kalkas: Terveen- ja sairaanhoito 44
3.2 Sirkka Sinkkonen: Kritiikki - osa hoitotiedettä 46
3.3 Katie Eriksson: Tien näyttäminen 47
3.4 Sirkka Lauri: Ammatillinen hoitotyö 50
3.5 Maija Hentinen: Hoitotieteen näkökulma 52
3.6 Marita Paunonen: Hoitotyön kehittäminen 54
3.7 Kaisa Krause: Professionaalinen hoitotyö 55

4 MONIMUOTOINEN TERMINOLOGIA 58

4.1 Terminologisen moneuden taustalla 58
4.2 Ongelmallinen terminologia 59
4.3 Hoitotyö sanan "nursing" käännöksenä 60
4.4 "Caring" Erikssonin kielessä 63
4.5 "Nursing Research" suomalaisessa kirjallisuudessa 66
4.5.1 Sairaanhoitaja- ja sairaanhoidon tutkimus 66
4.5.2 Terveyden- ja sairaanhoidollinen tutkimus 67
4.5.3 Hoitotyön tutkimus 67
4.5.4 Hoitotutkimus (vårdforskning) 70
4.5.5 Hoitotieteellinen tutkimus 71
4.5.6 Terveyden ja sairauden tutkimus 75
4.5.7 Hoidon tutkimus 75
4.5.8 Yhteenveto 75
4.6 Tieteenalalle etsitään nimeä 79
4.6.1 Sairaanhoitotiede 79
4.6.2 Hoitotyö tieteenalana 80
4.6.3 "Nursology" 80
4.6.4 Sairaanhoito-opista hoitotieteeksi 80
4.6.5 Alustavasti termeistä hoitotyö ja hoitotiede 80
4.7 Yhteenveto 83

5 HOITOTIETEEN SUHDE MUIHIN TIETEISIIN 84

5.1 Suhde terveydenhuoltoalan muihin tieteisiin 84
5.2 Suhde lääketieteeseen 85
5.3 Yhteinen intressi 87
5.4 Monia hoitotieteitä 87
5.4.1 Hoitotieteestä useiksi hoitotieteiksi 87
5.4.2 Hoitotieteet 88
5.4.3 Terveystieteet 89
5.4.4 Yhteenveto 89
5.5 Yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden merkitys 89
5.6 Muiden tieteiden vaikutuksesta hoitotieteeseen 91

6 SUOMALAISEN HOITOTIETEEN PERUSKYSYMYKSIÄ 93

6.1 Hoitotieteen ihmiskäsitys 93
6.1.1 Käyty ihmiskäsityskeskustelu 94
6.1.2 Kaksi aaltoa 101
6.1.3 Ontologiset kannanotot 102
6.2 Käsitys toimintaa ohjaavasta tiedosta 102
6.2.1 Toimintaa ohjaavasta tiedosta käyty keskustelu 102
6.2.2 Keskustelu keskiasteen opetussuunnitelmista 111
6.2.3 Paradigmakeskustelu 112
6.2.4 Yhteenveto 118
6.3 Käsitys tutkimuksen kohteest 119
6.3.1 Käyty keskustelu tutkimuksen kohteesta 120
6.3.2 Erityinen näkökulma tarkastella tutkimuskohdetta 124
6.3.3 Yhteenveto 125
6.4 Käsitys pätevästä tutkimusmetodista 126
6.4.1 Keskustelua pätevästä metodista 126
6.4.2 Metodien käyttö toteutetuissa tutkimuksissa 127
6.4.3 Yhteenveto 128
6.5 Arvoja ja etiikkaa koskeva keskustelu 129
6.6 Tiedekäsitys 133
6.6.1 Kalkkaan kaksi koulukuntajakoa 133
6.6.2 Erikssonin kaksi koulukuntajakoa 135
6.6.3 Suomalainen hoitotiede 136

7 HOITOTYÖ TEOREETTISENA KOKONAISUUTENA 140

7.1 Hoitotyön teorian muodostuksesta 140
7.2 Hoitotyön viitekehys 142
7.3 Kalkas hoitotyöstä teoreettisena toimintana 142
7.3.1 Hoitotyön teoriat 142
7.3.2 Hoitoprosessi 143
7.4 Lauri hoitotyöstä teoreettisena kokonaisuutena 145
7.4.1 Hoitotyön malleista 145
7.4.2 Hoitotyön prosessista 146
7.5 Erikssonin hoitotapahtuma 147
7.5.1 Hoitotapahtuma (vårdprocessen) 149
7.5.2 Hoitotapahtumalli 150
7.5.3 Hoitomalli 150
7.6 Hentinen hoitotyön mallista idealisoituna kuvauksena 151
7.7 Hentinen, Krause, Paunonen ja Sinkkonen: hoitotyön prosessi hoitotyön loogisena rakenteena 152
7.8 Yhteenveto 153

8 HOITO, HOITOTYÖ JA HOITO-OPPI HOITOTIETEEN ONGELMANA ... 154

8.1 Keskustelunaiheena hoito ... 154
8.2 Hoidon ja hoitotieteen suhde ... 159
8.3 Hoitotyö ammatillisena toimintana ... 160
8.4 Hoitotyön ja hoitotieteen suhde ... 161
8.5 Hoito-oppi hoitotieteellisen kiinnostuksen kohteena ... 162
8.6 Hoito-opin ja hoitotieteen suhde ... 164

9 HOITOTIEDETTÄ KOSKEVAA KESKUSTELUA 90-LUVULLA ... 166

9.1 Määrällinen kasvu, laadullinen muutos ... 166
9.2 Jatkuuko keskustelemattomuus? ... 168
9.3 Erilaisia näkemyksiä hoitotieteestä ... 168
9.3.1 Terveen- ja sairaanhoito ... 168
9.3.2 Teoreettinen hoitotyö ... 169
9.3.3 Teemana kärsimys ... 169
9.3.4 Hoitotiede Laurin teksteissä ... 170
9.3.5 Fenomenologinen näkökulma ... 170
9.3.6 Onko hoitotiede käsitteenä vakiintunut? ... 171
9.4 Paradigmakeskustelun jatko ... 172
9.5 Hoitotieteellinen tutkimus ... 173
9.5.1 Julkaistujen tutkimusten perusteella ... 173
9.5.2 Yliopistojen tutkimusohjelmina ... 175
9.5.3 Näkyvätkö 80-luvun suuntaukset 90-luvulla ... 175

III OSA
TUTKIMUKSEN ARVIOINTIA ... 177

SUMMARY ... 184

LÄHTEET A ... 191
I TUTKIMUKSEN PERUSTEET JA TOTEUTTAMINEN

LÄHTEET B ... 197
II SUOMALAINEN HOITOTIEDEKESKUSTELU
III TUTKIMUKSEN ARVIONTIA

I OSA
TUTKIMUKSEN PERUSTEET JA TOTEUTTAMINEN

1 JOHDANTO

Hoitotieteen yhtenä tehtävänä on kiistatta hoitotieteen ja hoitotyön niin kansallisesti kuin kansainvälisesti merkittävien aatteiden ja teorioiden erittely. Suomessa filosofisesti erittelevä tutkimus on ollut vähäistä erityisesti liittyen hoitotieteen kansalliseen näkökulmaan. Voidaan myös sanoa, että laiminlyönti on pinnallistanut hoitotieteessä ja hoitotieteestä käytävää keskustelua. Pinnallisuudella tässä yhteydessä tarkoitan mm. perusteita, joilla jotain sanotaan hoitotieteelliseksi tai hoitotieteen alaan kuuluvaksi:"...kaikkea hoitotyöhön liittyvää toimintaa tunnutaan nimitettävän tällä hetkellä hoitotieteeksi" (Paunonen 1996).

Tämän tutkimuksen kiinnostuksen kohteena on hoitotiede. Tutkimuksen tarkoitus on luoda kuvaa suomalaisesta hoitotiedekeskustelusta 70-luvulta 90-luvun alkuun, so. suomalaisen hoitotieteen problematiikasta sen ensimmäisillä vuosikymmenillä, ja tarkastella sen suhdetta tämän päivän hoitotieteelliseen keskusteluun. Lähestyn hoitotiedekeskustelua seitsemän hoitotieteen asiantuntijan tuotannon erittelyn ja yhdistetyn tarkastelun avulla. He kaikki ovat olleet näköalapaikalla seuraamassa, osaltaan muotouttamassa ja ohjaamassa tätä keskustelua, siksi olen rajoittanut tämän tutkimuksen heidän näkökulmiinsa. Vaikka hoitotieteellinen keskustelu on Suomessa varsin nuorta, se laajenee hyvin nopeasti koko ajan. Tämän vuoksi liitän tarkasteluni tämän päivän keskusteluihin.

Tutkimukseni taustalla on se aiempien tutkimusten (esim. Kärki 1987; Hänninen 1990) tuloksiin perustuva näkemys, että joitakin tieteen keskeisiä

piirteitä voidaan paljastaa erittelemällä tieteenalan julkaisuja. Vaikka tarkastelen tässä tutkimuksessa vain suomalaisten tuottamia julkaisuja, niin en oleta, että suomalainen hoitotiede olisi kehittynyt tyhjiössä, vaan siihen on vaikuttanut mm. sairaanhoitajien korkea koulutustaso ja kansainväliset yhteydet sekä järjestötasolla että yksityisten sairaanhoitajien kesken. Tutkimusasetelma perustuu huomioon, että maan terveydenhuoltojärjestelmä sekä terveydenhuollon käsitteet ja sisältö ovat selvässä yhteydessä (Kalkas 1978; 1987a). Esimerkiksi sellaiset tekijät kuin väestön ikäjakauma, koulutustaso, ammattirakenne, elinolosuhteet, terveydenhuoltohenkilöstön rakenne ja koulutus sekä yhteiskunnan ja terveydenhuollon rakenne ovat merkityksellisiä hoitotyön määrittelyyn yhteydessä olevia tekijöitä; ns. käytännöllisiä tai kulttuurisidonnaisia tekijöitä. Nämä tekijät aiheuttavat sen, että hoitotyö, sen peruste, menetelmät ja tutkimus vaihtelevat eri kulttuureissa. (Kalkas 1984; 1986a; 1986b; Kalkas & Sarvimäki 1985, 52 ja 56; Lauri 1990)

Tutkimuksen kolme ensimmäistä lukua ovat johdantoa aiheeseen. Toisessa luvussa tarkastelen tähän tutkimukseen liittyviä sitoumuksiani. Kolmannessa määrittelen tutkimuksen tutkimustehtävän sekä tutkimuksen lähestymistavan ja käyttämäni metodin. Metodi tarkoittaa tässä ensisijaisesti lukemisen etenemisjärjestystä, ei normia. Nämä kolme ensimmäistä lukua, tutkimuksen I osa, muodostavat tutkimuksen metodologisen osan. Tutkimuksen II osa on vastausta tutkimuksen sisällölliseen tehtävään liittyen tutkimustehtävään ja tutkimuksen ongelmanasettelun alkuosaan; mitä hoitotieteellä on ymmärretty 70- ja 80-luvulla? Tutkimuksen tässä osassa painotan näkemystä subjektista luovana tieteen tekijänä. Tarkastelen erityisesti tieteentekijän ja tutkimuskohteen välistä reflektiota ja dialogia, joka ilmentyy tieteellisen toiminnan tuottaman tiedon luonteessa, sen merkityksellisyytenä ja mielekkyytenä. (ks. Mills 1982; Vaittinen 1984) Tämän osan viimeisen luvun tarkoituksena on liittää aihe tämän päivän keskusteluihin. Haen vastausta tutkimuksen ongelmanasettelun jälkimmäiseen osaan; millainen on tämän [aikaisemman] ymmärryksen suhde nykyiseen hoitotieteelliseen keskusteluun? Tutkimuksen III osa sisältää tutkimuksen arvioinnin. Pohdin siinä mm. yhdysvaltalaisen kirjallisuuden synnyttämää januskasvoisuutta suomalaisessa hoitotieteessä, hoitotieteen paradigmaa ja "nursing-caring" polarisaation tulkintaa. Esitän myös, että emansipatorinen lähtökohta saattaisi selittää hoitotieteen syntyä. Luku sisältää tutkimuksen toteuttamisen arviointia, joka tapahtuu eri hengessä kuin II-osan johdantoluvussa.

2 TUTKIMUKSEN SITOUMUKSET

Tarkastelen tässä luvussa tutkimuksen lähtökohtia ja teoreettisia perusteita sekä määrittelen tutkimuksen kohteen. Tutkimuksen kohteen määrittely tapahtuu kahdessa osassa. Ensin tarkastelen, miten termi hoitotiede on ilmestynyt suomalaiseen kielenkäyttöön. Tämän jälkeen määrittelen, mitä tarkoitan termillä hoitotiedekeskustelu. Tarkoitan sillä asiantuntijoiden käymää keskustelua tieteenalansa kehittämisestä. Ymmärrän termin 80-luvun keskustelussa laajempana kuin "hoitotieteellinen keskustelu", mutta kapeampana kuin "hoitotiedettä koskeva keskustelu" tai "keskustelu hoitotieteestä".

2.1 Tutkimuksen lähtökohdat

Tutkimuksen lähtökohtana on arkikokemukseni siitä, että monet ihmiset, jotka ovat tekemisissä hoitotieteen kanssa tavalla tai toisella, ovat olleet vilpittömistä yrityksistään huolimatta pakotetut toteamaan, etteivät ymmärrä, mistä hoitotieteessä oikeastaan on kyse (vrt. Sarvimäki 1989, 2). Toisaalta lukuisissa keskusteluissa, jotka liittyvät hoitotieteen alaan, on noussut keskeiseksi kysymykseksi käsitteiden monimuotoisuus. Näissä keskusteluissa hoitotyöntekijät ovat useasti esittäneet käsitteellisen selkeyden vaateita.

Artikkelisarjansa lähtökohdissa hoitotieteen käsitteenmuodostuksesta Kiikkala (1994a; 1994b; 1994c; 1994d) viittaa edellä mainittuun problematiikkaan: "Hoitotieteen opetuksen keskeiset pulmat ovat mm., että hoitotieteenalaa ei tunneta ja että käsitteet ovat epäselvät" (Kiikala 1994a; myös Sairaanhoitaja-lehti 6/90; Krause & Salo 1992; Krause & Kiikkala 1996). Ongelmakenttä ei ole uusi kansallisesti eikä kansainvälisestikään (ks. Kalkas 1980; Rodgers & Knafel 1993).

Ajatus hoitotieteen termien ja käsitteiden selkeydestä ja ymmärrettävyydestä on tämän tutkimuksen liikkeellepanevana ideana. Jo vuosikymmenet hoitotietee-

seen on pyritty luomaan käsitteellistä selkeyttä erilaisin käsiteanalyysein ja käsitemäärittelyin (ks. edellä). Toisen tyyppistä selkeyttä tieteenalalle pyrittiin tuomaan 70-luvulla, kun ns. hoitotieteen teoreetikkojen teorioita alettiin tarkastella jonkin jo olemassa olevan käsitejärjestelmän pohjalta. Esimerkiksi Nursing Theories Conference Group (1980) tarkasteli julkaisussaan teoreetikkojen tuotantoa suhteessa WHO:n suosittelemaan prosessimalliin.

Toisen tarkastelutavan tarjosi Fawcett (1984), joka lähestyi eri henkilöiden teorioita suhteessa keskeisiin metaparadigman käsitteisiin; ihminen, ympäristö, terveys ja hoitotyö (vrt. Krause & Salo, 1992). Riehl-Siscan (1988) analyysi edustaa kolmatta tapaa. Hänen tarkastelukulmansa jakaa teoreetikkojen muodostamat ajatusmallit teoriatasolla: systeemi-, kehitys- ja vuorovaikutusteoriat (vrt. Meleis 1991). Suomessa mm. Eriksson (1978; 1981) ja Lauri & Elomaa (1995) ovat käyttäneet tämän tyyppistä lähestymistapaa em. teorioihin. Marriner-Tomey (1989) tarjoaa edellä olevista poikkeavan tavan lähestyä samaa tuotantoa kuvaamalla tutkittavan aineiston pohjalta kokonaisuutta. Mainitun kirjan suomenkieliseen painokseen (Marriner-Tomey 1994) on lisätty liiteosa, jossa Grönroos ym. (1994) tarkastelevat Erikssonin karitatiivista hoitoteoriaa, joskaan he eivät eksplikoi itse teoriaa.

Kuvatut tarkastelutavat ovat toimivia ja tuovat erityyppistä selkeyttä hoitotieteeseen. Tämän tutkimuksen kannalta kiinnostavimmat ovat Fawcett (1984) ja Marriner-Tomey (1989). Kiinnostus Fawcettin (1984) ajattelumalliin liittyy tässä yhteydessä ensisijaisesti siihen miten se on luotu ja vasta toissijaisesti miten sitä on käytetty. Tämä lähestymistapa on luotu lukemalla ns. hoitotieteen teoreetikkojen teorioita, minkä pohjalta on päätelty, että mainitut neljä käsitettä esiintyvät lähes kaikissa teorioissa jollain tavoin. Tämä on oikeuttanut määrittämään ne tieteenalan metaparadigman käsitteiksi, jonka jälkeen ne ovat alkaneet elää omaa totuuttaan ikäänkuin teoriana. Suomessakin tästä on esimerkkejä kuten Raunistolan (1992) tutkimus, jossa hän tutkii terveydenhuollon opettajien hoitotieteellistä ajattelua em. termit ajattelun kriteereinä. Toisaalta terveydenhuoltoalan keskiasteen opetussuunnitelmia on ehdotettu rakennettavan mainittujen käsitteiden varaan (esim. Krause 1985a; 1985b; 1985c).

Fawcettin (1984) tarkastelutavan tausta ja Marriner-Tomeyn (1989) tarkastelutapa ovat saman tyyppisiä, so. tutkittavan aineiston sisällön pohjalta eteneviä, vastakohtana esimerkiksi sille, miten Fawcettin (1984) tarkastelutapaa käytetään. Tämän tutkimuksen tarkoituksen kannalta kaikilla neljällä mainitulla tarkastelutavalla on sama rajoitteensa. Ne rajoittuvat vain jo luodun teorian tarkasteluun, jolloin esimerkiksi teorian kehittäminen ei ole tärkeä vaihe, eivätkä erityyppiset kokeilut. Tässä tutkimuksessa näitä pidetään yhtä oleellisena. Oletettavaa on, että tutkittavan aineiston sisällön pohjalta etenevää tarkastelua käyttäen, ns. tekstilähtöinen tarkastelu (Jussila ym. 1993, 198), tämä tutkimus olisi tavoitteenmukaisesti toteutettavissa.

2.2 Hoitotiedekäsitteen ilmaantuminen keskusteluun

Sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajapiireissä on keskusteltu sairaan- ja terveydenhoidon tutkimuksesta hyvinkin innokkaasti lähes koko ammattikuntien olomas-

saolon ajan. Keskustelufoorumina on ollut lähinnä alan ammatilliset lehdet. Sairaanhoitajien koulutussäätiön perustamisen jälkeen 50-luvun lopulta keskustelun keskipisteeksi muotoutui säätiön julkaisema Sairaanhoidon vuosikirja. Sitä voidaan perustellusti pitää alan auktoriteettina koko olemassaolonsa ajan (ks. Paunonen 1987; Sinkkonen & Paunonen 1988; Leino-Kilpi & Suominen 1997).

Ko. vuosikirjan ensimmäisissä numeroissa oli vahvana näkökulma "sairaanhoitajat tutkivat", joskin myös muut saivat tutkia samaa aluetta esim. hoitotoimenpiteitä (mm. Takala ja Nummenmaa 1963). Aili Leminen (1967, 93-107) kirjoitti ensimmäisen sairaanhoidon ja sairaanhoitajantyön teoriaa käsittelevän artikkelin. Artikkelissaan hän asetti mm. kysymykset "Onko sairaanhoito itsenäinen tiede?" ja "Voiko se olla tiedettä lainkaan?". Hän käytti käsitteitä sairaanhoitotiede ja sairaanhoito-oppi, joilla hän tarkoitti samaa ilmiötä. Hän esitteli lisäksi käsitteet terveydenhuoltotiede ja terveystiede. Artikkelissaan hän jättää tieteenalan lopullisen nimeämisen kehitykselle avoimeksi.

Viidennessä vuosikirjassa esitetään monikollinen nimike sairaanhoitotieteet (Frere ja Verschaeve 1968). Samassa kirjassa Ulla Pasanen (1968) lisää keskusteluun toisen monikollisen nimikkeen terveydenhuoltotieteet. Seuraavana vuonna Sinkkonen (1969) puhuu sairaanhoidontutkimuksesta, jolla hän tarkoittaa koko skaalaa sairaalahallinnosta ja välittömästä potilashoidosta aina alan koulutukseen kohdistuvaan tutkimukseen. Myös Bergman (1970) käyttää sairaanhoidontutkimus-käsitettä, mutta hän ei tarkoita sillä yhtä laajaa kokonaisuutta kuin Sinkkonen.

Eriksson (1974) palaa sairaanhoitajakouluissa käytettyyn käsitteeseen sairaanhoito-oppi. Hän tarkoittaa sairaanhoito-opilla artikkelissaan kuitenkin yliopistollista oppiainetta. Seuraavana vuonna Berndtson (1975) puhuu sairaanhoitotieteestä ja Sinkkonen (1975) terveyden ja sairaanhoidon yliopistollisesta oppiaineesta. Kalkas (1976) viittaa mm. Lemisen (1967) artikkeliin ja perää sairaanhoidonteoriaa. Hän puhuu sairaanhoidon tutkimisesta.

Vuonna 1977 Mähönen käyttää nimikettä terveyden- ja sairaanhoidontutkimus. Hänen artikkelinsa otsakkeessa tulee ensimmäisen kerran esille nimike "hoitotyö", jonka hän määrittelee olevan yhtä kuin terveyden- ja sairaanhoito. Hieman yllättäen, mutta edelliselle johdonmukaisena jatkona jo seuraavana vuonna vuosikirjaan ilmaantuu käsite hoitotiede: Hoitotieteen tutkimuksen opetuksen kehittämisohjelma... (Sairaanhoidon vuosikirja XV, 1978, 63-85)

Ensimmäisen kerran Suomessa käytettiin ns. tieteellisessä artikkelissa hoitotiede-termiä vuonna 1980. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti julkaisi tuolloin "ensimmäisen hoitotyötä käsittelevän erikoisnumeron" (Sinkkonen 1980). Julkaisussa oli mm. Sinkkosen ja Meriläisen (1980), Erikssonin (1980), Laurin (1980), Hentisen (1980) ja Kalkkaan (1980) artikkelit. Jo vuotta aiemmin Sinkkonen (1979) mainitsee hoitotieteen terveydenhuollon kandidaattikoulutuksen pääaineena.

Vuonna 1983 "hoitotiede" ilmaantui Sairaanhoidon aikakauslehti-indeksin hakusanaksi. Tuolloin kyseisellä hakusanalla oli Kalkkaan (1982) artikkeli "Hoitotyön teorianmuodostuksesta". Vuoden 1983 jälkeen on "hoitotiede"-hakusanan alle alkanut ilmestyä viitteitä yhä enenevässä määrin. Hoitotiedettä edeltävinä hakusanoina olivat "Hoitotyö"ja "Hoitotyön tutkiminen" em. indeksissä vuodesta 1978. Tätä ennen hakusana oli ollut "Sairaanhoidon tutkiminen".

Useat suomalaiset kirjallisuuden vuosiluettelot eivät tunteneet 80-luvulla, eikä 90-luvun alkuvuosina hakusanaa "Hoitotiede" (mm. Suomen kirjallisuus vuosiluettelo, Finmed vuosiluettelo). Kuitenkin jo 1989 alkoi ilmestyä "Hoitotiede" niminen tieteelliseksi hyväksytty julkaisu. Tätä aihetta koskevia viitteitä löytyy mm. hakusanoista "Lääketiede", "Julkinen terveydenhoito" ja "Sairaanhoito".

Hoitotiede sanan institutionalisoimisen tiellä ratkaiseva askel oli valtion vuoden 1983 budjetti, jossa termi hoitotiede esiintyy ensimmäisen kerran, kun Kuopion yliopistoon tuli hoitotieteen yliassistentin virka. Alan aikaisemmat virat olivat terveyden- ja sairaanhoidon nimikkeillä. (Sinkkonen & Meriläinen 1984, 116) Paitsi, että Sinkkonen (1988) toteaa jo vuonna 1981 Kuopioon perustetun hoitotieteen (nursing science) apulaisprofessuurin. Ensimmäinen professuuri hoitotieteessä Suomeen perustettiin vasta 1985. (Sinkkonen 1988)

2.3 Hoitotiedekeskustelu - alustava aiheen määrittely

Eriksonin (1989a, 79) mukaan suomalainen hoitotieteellinen keskustelu, johon ottivat osaa hoitotieteellisten oppituolien edustajat, alkoi 1986. Keskustelu koski hoitotieteen määrittelyä ja hoitotieteellistä käsitteistöä. Itse asiassa tällainen keskustelu ei olisi ollut aikaisemmin mahdollistakaan; vuosina 1985 ja 1986 Suomeen perustettiin ensimmäiset hoitotieteen professuurit. Täten keskustelun intressit ovat puhtaasti suomalaiset, mutta sille on osoitettavissa myös yhteydet USA:ssa 70-luvulla syntyneeseen keskusteluun hoitotieteen kehittämisestä (ks. Eriksson 1980; 1981, 33-36; 1984a; 1984b). Lisäksi on havaittavissa myös yhteys pohjoismaisten hoitotutkijoiden käymiin saman tyyppisiin keskusteluihin jo 80-luvun alkupuolella (Eriksson 1981, 16; 1984c; 1989a, 79). Myös Laurin (1987) arvion mukaan tuolloin suomalaisessa keskustelussa hoitotieteessä ja hoitotieteestä puhuttiin samoista ongelmista kuin kansainvälisessäkin keskustelussa.

Eriksson (1983) puhuu jo varhemmin hoitotieteellisestä keskustelusta, mutta tuolloin hän tarkoittaa keskustelua, joka koski hoitoajattelua mm. hoitotapahtumaa/-prosessia (Eriksson 1983, 9; myös Eriksson 1981, 13; 1985, 8 ja 29). Tälle keskustelulle on osoitettavissa selvä yhteytensä myöhempään varsinaiseen hoitotieteelliseen keskusteluun: mahdollisuus hoitotoiminnan teoreettiseen haltuunottoon. Tämän keskustelun yksi keskeisimpiä henkilöitä Suomessa oli Aili Leminen (ks. esim. Leminen 1967; 1970; 1972). Eriksson (1984b) määritteli tämän keskustelun jatkamisen 80-luvun keskeiseksi haasteeksi.

Toisaalta Sinkkosen (1982) mukaan jo 1982 hoitotiedettä koskeva keskustelu oli maassamme vilkasta. Myös Eriksson (1980) viittaa mm. hoitotiedettä koskevaan keskusteluun, jota on käyty jo 70-luvulla (myös Eriksson 1984d; 1984e). Tämä keskustelu on puolestaan ymmärrettävissä laajana, monien eri tieteen alojen edustajien hoitotiedettä koskevina argumentointeina ja myös hoitotieteen tiedeluonteen kyseenalaistamisina. Viimemainittu näkökulma on sisältynyt myös em. hoitotieteellisiin keskusteluihin (Eriksson 1982).

Sairaanhoitaja-lehti (6/90) otsikoi artikkelinsa keskustelun avaukseksi hoitotyön käsitteestä. Artikkelissa todetaan hoitotieteen merkitsevän suomalaisessa kirjallisuudessa ja kielenkäytössä ainakin kahta asiaa: hoitotyön tieteellistä

tietoperustaa ja hoitamisen ilmiön tiedettä. Artikkelin mukaan eräissä vähemmän spesifeissä yhteyksissä ollaan käytetty myös muotoa "hoitotieteet", mikä viittaisi tämän tieteen olevan eräänlainen sateenvarjotiede.

Useisiin kansainvälisiin auktoriteetteihin viitaten Krause (1991) hämmästelee sitä, että suomalaisessa keskustelussa edelleen pohditaan tieteen määrittelykysymyksiä. Kansainvälisessä kirjallisuudessa ei ole hänen mukaansa enää vuosikymmeniin ollut epäselvää eikä keskustelua ole käyty hoitotieteen määrittelystä. Jo aiemmin Eriksson (1988a, 25) sensijaan hämmästeli sitä, miten vähän tämän tyyppiset kysymykset ovat saaneet huomiota kansainvälisessä hoitotieteellisessä keskustelussa (myös Eriksson 1989b; 1990). Esimerkiksi Nicoll (1991) on kerännyt 60-, 70- ja 80-luvulla julkaistut aiheeseen liittyvät tieteelliset artikkelit kokoomateokseksi. Artikkeleita on yhteensä 75.

Kaksi vuotta myöhemmin Krause (1993a; 1993b) väittää, että hoitotieteellistä keskustelua (mm. tieteen määrittelystä tai tieteen rajoista ym.) ei ole saatu Suomessa aikaan. Puheenvuorossaan Krause määrittelee suomalaisen hoitotieteen kahden englanninkielisen termin "nursing science ja caring science" polarisaatioksi (vrt. Sairaanhoitaja 6/90 edellä).

Kutsun suomalaiseksi hoitotiedekeskusteluksi esimerkiksi sitä argumentoinnin kokonaisuutta, jossa pohditaan miten hoitotieteen tieteenala käsitetään, sen kehitys, ongelmat, tehtäväkenttä jne. (ks. Eriksson 1986a; 1986b; 1988b; 1989a; 1990; 1991; Krause 1991, 1993a; 1993b). Keskustelulla tarkoitan sitä kaikkea ajatusten vaihtoa, mitä hoitotieteestä ja sen tiimoilta on vuosien mittaan käyty. Keskustelulla haluan korostaa hyvinkin heterogeenisten ajatusten oikeutusta ja niiden huomioimista. (vrt. Eriksson 1983, 12; 1985, 12)

Otaksun, että "suomalainen hoitotiedekeskustelu" olisi tutkittavalle ilmiölle hahmoa antavana lähtökohtana riittävän väljä sulkemaan piiriinsä tutkimuksen kohteen, jonka esittelyyn, erittelyyn ja problematisointiin tässä työssä pyrin. On kuitenkin huomattava, että termi "hoitotiedekeskustelu" ymmärretään tässä tutkimuksessa laajempana kuin "hoitotieteellinen keskustelu" (Eriksson 1989a, 79), vaikka "keskustelijoina" ovat oppituolien edustajat, niin keskustelussa huomioidaan tuotanto jo ennen professoriksi nimittämistä. Tarkkaan ottaen tähän tuotantoon sisältyy myös muutakin kuin tieteellisiä kirjoituksia. Toisaalta termi on kapeampi kuin "hoitotiedettä koskeva keskustelu" (Sinkkonen 1983), koska eri tieteiden edustus jää vain siihen miltä alueelta eräät tämän tutkimuksen asiantuntijoista ovat väitelleet. Ilmaisua voidaan pitää analogiana 70-luvulla alkaneelle uudelle hoitokeskustelulle (Eriksson 1984d), jossa oli kyse hoitajien oman ammattialan kehittämisestä. Termi on täten myös kapeampi kuin keskustelu hoitotieteestä (Kalkas 1987b), jolla tarkoitetaan tieteenalan määrittelyä, käsitteitä ja käsityksiä koskevaa keskustelua, mutta joka luonteeltaan on yleistä ja jota käydään mm. lehtien yleisönosastoissa.

Hoitotiedekeskustelu tarkoittaa siis tutkijoiden käymää keskustelua tämän tieteenalan kehittämisestä. Joskin eräässä mielessä termit hoitokeskustelu ja hoitotiedekeskustelu muodostavat myös jatkumon. Puhun keskustelusta, joka muodostuu erilaisista puheenvuoroista. Ymmärrän keskustelun luonteen molekylistisenä, jota hoitotieteen idea ikäänkuin koheesiovoimana pitää yhdessä. Toisaalta puhun keskustelusta, vaikka tarkastelen keskustelijoiden puheenvuoroja kokonaisuuksina, ei-välttämättä toisiinsa liittyvinä. En siis tarkoita keskustelulla

tässä yhteydessä vuoropuheenomaista ajatusten vaihtoa ja sen tunnistamista aineistosta. Kyse ei siis ole keskustelututkimuksesta (ks. Nuolijärvi 1990). Sen toteuttaminen olisi ehkä myös hankalaa, kuten Sinkkonen (1991) painottaa meiltä [Suomessa] puuttuvan ajatusten vaihdon ja keskustelun kirjallisen perinteen mm. liittyen hoitotyön tutkimukseen.

2.4 Tutkimuksen teoreettiset perusteet

Tarkastelen tässä tutkimuksessa suomalaista hoitotiedekeskustelua sen ensimmäisillä vuosikymmenillä ja sen suhdetta tämän päivän hoitotieteelliseen keskusteluun. Koulutuksen ja työn luoma hahmo hoitotieteestä jo ennen tämän tutkimuksen aloittamista on auttanut minua rajaamaan tutkimusaineistoa hoitotieteen alueeseen.

Omaksumani lähtöoletus on, että on olemassa laadullisesti ainakin kahta erilaista asennetta maailmaan, joita voidaan kuvata arkiajatteluna ja tieteellisenä ajatteluna. Arkiajattelu liittyy luonnolliseen maailmaan, jossa ihminen elää jokapäiväistä elämäänsä. Ihminen ottaa tämän maailman annettuna. Tällöin puhutaan luonnollisesta asenteesta maailmaan. On olemassa myös toisenlainen asenne maailmaan: tieteellinen, reflektoiva, asenne, jossa maailmaan asennoidutaan teoreettisesti. Nämä asenteet nousevat yhteisestä perustasta, koska luonnollinen maailma on ehto tieteelliselle ajattelulle.

Ymmärrän todellisuuden ihmiselle siinä mielessä konstruktiivisena, että hän kykenee havaitsemaan sen vain havaintokykynsä rajoissa, ja että havainnot ovat luonteeltaan teoriapitoisia. Tällöin ymmärryksen lisääntyessä myös havainnot saattavat muuttua, ja että aikaisemmalla ymmärryksellä on merkitystä uuteen: ihminen on intentionaalinen olio. Tällöin eri tavoin ymmärretty tai "väärin ymmärretty" on avain nykyiseen ymmärrykseen, so. formaalilta loogiselta ristiriidalta vaikuttava ymmärryksen kehitys saattaakin olla ehto eikä este tarkastelulleni.

Niiniluodon (1980, 15) mukaan tieteenfilosofista tarkastelua ei voi aloittaa tieteen määrittelyllä, sillä tieteen ja tieteellisyyden tunnusmerkkien etsiminen - jopa kysymys tieteen "olemuksen" ilmaisevan määritelmän olemassaolosta on itse keskeinen tieteenfilosofinen ongelma. Myöhemmin hän huomauttaa, että ymmärtääksemme, mitä tiede on, olisi...[ ] selvitettävä, mitä tieteen edistymisellä voidaan tarkoittaa (Niiniluoto 1983, 215). Tieteen edistyminen ei kuitenkaan liene helpoimmin käsiteltävä alue. Tieteen edistymisen ymmärtäminen on myös ristiriitaista (ks. Niiniluoto 1983, 199-226; Pietilä 1983; Kusch 1993, 74-88) kuten esimerkiksi Juntunen ja Mehtonen (1982, 12-16) osoittavat: mikä on Kuhnille normaalitiedettä, on Husserlille tieteen kriisiä ja päinvastoin.

Suomalaisessa hoitotieteen kehittymistä kuvailevassa kirjallisuudessa on pitäydytty vahvasti jo olemassa olevan tieteenalan näkökulmassa (ks. Eriksson 1985; 1988c; Krause & Salo 1992; Lauri & Elomaa 1995). Tämän tutkimuksen kannalta kiinnostavampi kysymys tieteen edistymisessä liittyy kuitenkin siihen miten uusi tieteenala voi ylipäätään syntyä ja alkaa kehittyä. Kysymys liittyy mm. siihen, millainen on se genesis, jossa tieto alkaa saada uutta, tieteellistä statusta. Niiniluoto (1993) antaa tähän kysymykseen seitsemän erilaista vastausta, joista

yksi, suunnittelutieteet, kuvaa hänen mukaansa oivallisesti hoitotieteen syntyä (myös Niiniluoto 1985; 1996; vrt. Lauri & Elomaa 1995, 43-44).

Hoitotiede tieteenalana (nursing science) on syntynyt USA:ssa jo 50-luvulla (ks. Eriksson 1981; Meleis 1991; Krause & Salo 1992; Lauri & Elomaa 1995). Tässä tutkimuksessa en siis tarkastele täysin neitseellisen tieteenalan syntyä, vaan eräässä kulttuuripiirissä syntyvää uutta tieteenalaa ja sen ensi vuosikymmeniä: miten jokin tieto on hoitotieteellistä tietoa?

Kysymys tiedosta on pitkälti filosofinen ongelma (ks. Lammenranta 1993), jonka ratkaisuyritykset voisivat viedä tarkasteluni hyvin kauas tutkimukseni varsinaisesta tarkoituksesta. Tämä tutkimus ei siis ole filosofinen tietoteoreettisessa mielessä. Filosofiseksi tutkimus kääntyy sen myötä, että tutkimuksen kohde - suomalainen hoitotiedekeskustelu - on ilmaistu tietona, joka on luonteeltaan teoreettista. Filosofinen se on siinä mielessä, että tutkimukseni liittyy hoitotieteen metodologiaan. Käsittelen siis tieteenalan filosofisia perusteita, mutta myös konkreettisia ongelmia.

Kuten edellä on todettu, niin ajatus hoitotieteen termien ja käsitteiden selkeydestä ja ymmärrettävyydestä on tämän tutkimuksen liikkeellepanevana ideana. Analyyttisessä perinteessä oletetaan, että termit ja käsitteet ovat ikäänkuin jo olemassa, ja oikeilla metodeilla ne kyetään tunnistamaan. Tähän sisältyy oletus, että olisi olemassa yksi oikea käsite, joka vastaa todellisuutta. Asia voidaan ymmärtää myös toisin: yksi käsite ei kykene kuvaamaan todellisuuden kokemisen moninaisuutta. Ajatuksena on, että kokemus ei ole verho, jonka tiede repäisee syrjään paljastaakseen maailman sellaisena kuin se todella on, vaan perusta, jolle selitykset nojaavat (Heinämaa 1995; ks. Heinämaa 1996, 35-86).

Tässä tutkimuksessa taustaoletuksenani on metodologisen moninaisuuden ihanne. Tällöin ajatusten moninaisuus ei ole mitään tiedon esivaihetta, josta syntyy "Yksi Tosi Teoria", vaan moninaisuuden oletetaan olevan kaiken objektiiviseksi väitetyn tiedon olennainen piirre. Näkökulmana on, että vaihtoehtoisten ajatusten avulla on mahdollista arvioida "hyväksyttyä teoriaa [hoitotiedettä] tavalla, joka ylittää sen kritiikin, joka saadaan vertailemalla teoriaa [hoitotiedettä] tosiasioiden kanssa" (Vaittinen 1984, 147). Tarkoitan tällä esimerkiksi sitä, että lääketieteellä ja hoitotieteellä on yhteisiä käytännön intressejä, kuten kehittää parempaa hoitoa (Eriksson 1986b; Lauri 1989). Kuitenkin ymmärrys todellisuudesta, josta nämä intressit nousevat, on erilainen, myös hoitotieteen sisällä.

Tilannetta voidaan kuvata Churcmanin tarinalla kymmenestä sokeasta miehestä, jotka tunnustelemalla yrittivät selvittää millainen olio elefantti on. He kaikki tunnustelivat jotain kohtaa elefantista ja tämän kokemuksen pohjalta luonnehtivat elefanttia erilaisin kielikuvin uskoen juuri oman kertomuksensa olevan ainoa tosi kuvaus tästä oliosta. Tarinan kertojan tarkoituksena on osoittaa, kuinka helposti näemme ja ymmärrämme vain sen osa todellisuudesta, josta meillä on kokemusta, mutta olemme sokeita kokonaisuudelle. Tätä tarinaa on käytetty kuvaamaan tieteiden muodostamaa kokonaisuutta (Bärmark 1984, 9), mutta sitä voidaan käyttää analogiana myös hoitotieteen tieteenalan sisällä. Näkökulmastani tarinan elefanttia ei pidä ajatella metaforana yhdelle tosi teorialle, vaan monimuotoiselle todellisuudelle.

Tämä Churcmanin tarina on kuvaava, mutta saattaa johtaa harhaan tämän työn ideasta. Ajatuksena on, että asiantuntijoiden näkökulmat eivät palaudu

tietoteoreettiseen kysymykseen todellisuudesta, vaan ontologiseen lähtökohtaan. Tämä tarkoittaa tässä työssä, että ideana ei ole todeta "todellisuuden rakentuvan eri tavoin", vaan että ihmisten kokemukset maailmasta ja näiden kokemusten reflektiot ovat erilaiset; tieteentekijät eivät määrity tieteen kautta, heitä ei tule kohdella tietoteoreetikkoina, jos he sitä eivät ole (ks. Mehtonen 1992), vaan tiedettä voidaan tarkastella tekijöittensä avulla.

Oletan siis, että hoitotieteen alaa ei opikaan ymmärtämään yhdestä oikeasta ajatusmallista, eikä standardoiduista käsitteistä. Oletan, että hoitotieteen käsitteiden moninaisuus liittyy ihmisten erilaisiin kokemuksiin hoitotyöstä, tieteellisestä tiedosta ja maailmasta, ei kyvyttömyyteen tunnistaa merkityksiä.

3 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUSMENETTELY

Käsitän tämän tutkimuksen osin filosofisena ongelmana. Tämä tarkoittaa, että tutkimustehtävää ei voi ratkaista empiirisin metodein (ks. Sarvimäki 1989, 8-9). Tutkimuksen kohde on suomalainen hoitotiedekeskustelu, mutta se ei ole aineistossa valmiina, vaan mahdollisuutena. Oivallukseen, että ymmärrettävyys saa monia kirjavia muotoja, liittyy oivallus, ettei todellisuuteen ole vain yhtä avainta (vrt. Vaittinen 1984, 147).

3.1 Tutkimustehtävä

Tutkimuksen tarkoitus on kaksiosainen. Ensiksi luon kuvaa suomalaisesta hoitotiedekeskustelusta 70-luvulta 90-luvun alkuun, ja toiseksi tarkastelen sen suhdetta tämänpäivän hoitotieteelliseen keskusteluun.

Tutkimustehtävänä on kuvailla ja eritellä miten hoitotieteen sisällä käsitetään oma tieteenala, sen kehitys, ongelmat ja tehtäväkenttä? Tutkimustehtävässä korostuu tieteenfilosofinen perustehtävä: kuvailla ja eritellä ne yleiset menetelmät, jotka ohjaavat pyrkimystä hankkia hoitotieteellistä tietoa ja joita käyttäen muodostetaan käsityksiä hoitotieteestä, elämästä ja maailmasta (ks. Ketonen 1981, 9). Tutkimuksen tarkoitukseen liittyen tutkimustehtävää lähestytään tässä tutkimuksessa seuraavanlaisella ongelmanasettelulla: 1) mitä hoitotieteen asiantuntijat ymmärsivät hoitotieteellä 70- ja 80-luvulla? ja 2) millainen on tämän ymmärryksen suhde nykyiseen hoitotieteelliseen keskusteluun?

Vastaan tutkimuksen ongelmanasetteluun neliportaisesti. Ensiksi otan esille kunkin hoitotieteen asiantuntijan näkökulman hoitotieteeseen. Toiseksi nostan esille suomalaisen keskustelun keskeiset aiheet ja teemat koskien tieteenalan kysymyksiä. Kolmanneksi erittelen mitä näistä aiheista ja teemoista on sanottu. Neljäntenä portaana liitän ne tämän päivän hoitotieteen problematiikkaan. Tarkastelussani pyrin ylittämään ne keskustelut, jotka loppuvat ennenkuin

alkoivatkaan toteamukseen käsitteiden erilaisesta ymmärryksestä. Toisaalta keskustelun tarkastelu suhteessa tähän päivään seuraa taustaoletusteni linjaa; so. en pyri yhteenvedolla tekemään hoitotieteestä yhtä.

Tutkimustehtävän tarkastelu rajataan suomalaisiin hoitotieteen professoreiden näkökulmiin. Tässä tutkimuksessa hoitotieteen asiantuntijoilla tarkoitetaan seuraavia professoreita: professorit Hentinen (Oulu), Lauri (Turku), Paunonen (Kuopio) ja vt. professorit Eriksson (Vaasa) ja Krause (Tampere) (Yliopistojen hoitotieteen koulutuksen virat vuonna 1991). Itseoikeutettuina tähän joukkoon kuuluvat lisäksi hoitotieteen emeritaprofessori Kalkas (Tampere) sekä professori Sinkkonen (Kuopio). Vaikka professori Sinkkonen ei vastaa hoitotieteen koulutuksesta, hän on ollut ensimmäinen alan professuuriksi mielletyn viran haltija Suomessa (Käkelä 1994; myös Sinkkonen 1983) ja toiminut ensimmäisen suomalaisen hoitotieteen väitöskirjan ohjaajana (Hentinen 1984, esipuhe; ks myös Vainikainen 1990).

Joukosta puuttuvat Helsingin yliopiston vt. professorit Raatikainen ja Sarvimäki (Yliopistojen hoitotieteen koulutuksen virat 1991), joilla molemmilla on ollut suuri rooli suomalaisessa hoitotiedekeskustelussa. Helsingin yliopistossa oppiaineen nimitys on ollut hoito-oppi. Tähän nimeen ei välttämättä sisälly hoitotieteen tiedeluonteen kyseenalaistaminen, mutta eräin edellytyksin kyllä (ks. Kekki & Eriksson 1987). Tässä tutkimuksessa liikutaan myös sellaisella alueella, joka em. näkökulmasta kyseenalaistaa hoitotieteen tiedeluonteen. Tutkimuksen lähtökohdissa ei kyseenalaisteta hoitotieteen tiedeluonnetta, vaikka johdonmukaisesti ajatellen myös tämä vaihtoehto on hyväksyttävä, jos hoitotieteen asiantuntijat sitä esittävät.

Hoitotieteellinen keskustelu jatkuu ja laajenee. Siksi aineisto rajataan 31.12. 1991 mennessä julkaistuihin teksteihin. Tämä rajaus tarkoittaa tutkimuksen sisällössä ennen vuotta 1992 käytyä hoitotiedekeskustelua. Lopuksi liitän tämän keskustelun vuosina 1992-1997 käytyyn hoitotiedettä koskevaan keskusteluun.

3.2 Tutkimuksen aineisto ja lähteet

Tutkimuksen kohteena on kirjallinen hoitotiedekeskustelu. Se on tallennettu hoitotiedettä koskevaan ja sivuavaan kirjoitteluun ja teksteihin. Tässä on eräs tutkimuksen perusoletus: hoitotiedettä voidaan tutkia tekstien kautta. Toisena näkökulmana on, että suullisesta keskustelusta ei ole olemassa mitään dokumentteja, joten niiden tarkastelu jälkeenpäin olisi mahdotonta.

Vaikka kirjallinen keskustelu muodostaa tutkielman aineiston, ei voi kuitenkaan sanoa, että se olisi tutkimuksen kohde. Tutkimuksen kohde on mahdollisuutena tutkimusaineistossa. Tutkimusaineistoa ei ole kirjoitettu tätä tutkimusta varten, vaan aivan muuta käyttöä ajatellen. Tämä yksi ja sama aineisto saattaa sisältää useita potentiaalisia tutkimuskohteita.

Tähän näkökulmaan sisältyy myös ongelma. Ääretön määrä tulkintoja johtaa siihen, ettei kukaan kirjoittaja voi hallita eikä kontrolloida kaikkia niitä merkityksiä ja niiden hyväksikäyttömahdollisuuksia, joita hänen kirjoittamaansa ja puolustamaansa tekstiin sisältyy (Palonen 1988, 81). Tämä problematiikka sisältyy kaikkeen tekstiin (ks. Tolonen 1992). Tässä tutkimuksessa hoitotiede on se

näkökulma, jonka kriteerinä tehdään tekstien valinnat ja jonka kautta tekstejä tarkastellaan.

Tähän liittyy eräs kriittinen yksityiskohta, jonka mm. Tuohimaa (1994) esittää: femiininen tapa kirjoittaa. Jos femiininen kirjoittaminen, laajemmin ajateltuna maailmasuhde, on erilainen kuin maskuliininen, ja toisaalta hoitotiedettä Suomessa ovat tehneet pääsääntöisesti naiset, niin ymmärrykseni tehdä tätä tutkimusta ei ole yksiselitteinen, ehkä jopa rajoitteinen. Varsinkin kun ennen 90-lukua valtaosa suomalaisesta hoitotiedettä koskevasta keskustelusta käytiin muualla, kuin tieteellisen statuksen omaavissa julkaisuissa. Tällä foorumilla keskustelu on tietyllä tapaa esineellistynyttä (Kaukonen 1985). Mm. oppikirjoissa ja ammattijulkaisuissa esitystapa on vapaampi.

3.3 Tutkimuksen lukutapa

Teoreettis-käsitteellisessä tutkimuksessa ei ole varsinaista metodia empiirisen tutkimuksen mielessä (Niiniluoto 1980, 22; 1984, 62-63 ja 69; Rosenberg 1984, 84; Haaparanta & Niiniluoto 1986, 93; vrt Engeström 1987, 10-11).

Kuten edellä sanottiin tutkimuksen tavoitteeseen ja tutkimustehtävään vastataan neliportaisesti. Kolme ensimmäistä porrasta muodostavat kokonaisuuden, jonka analyysissä käytetään Kuschin (1989a) määrittelemä ns. vertailevan rekonstruktion metodia. Tämä tarkoittaa ensiksikin, että tutkimuksessa mukana olevien seitsemän hoitotieteen asiantuntijan näkökulma hoitotieteeseen rekonstruoidaan (ks. Kusch 1989b). Tällöin pääpaino asetetaan tekstin sanoman etsimiseen, eikä sen saumakohtia, epäjohdonmukaisuuksia tai tekstin takana olevia kätkettyjä merkityksiä etsivään dekonstruktioon (Jussila ym. 1993, 179).

Rekonstruktion lähtökohtana on ajatus, että tutkimukseen valittujen asiantuntijoiden yhteisenä tavoitteena on argumentoida omaa ymmärrystään hoitotieteestä. Rekonstruktion ongelmanasettelu liittyy siihen, miten eri henkilöt tämän tavoitteen ymmärtävät, so. pyrkimyksenä on löytää periaatteita ja näkökulmia, jotka tekevät mahdolliseksi hallita ja vertailla teksteistä tulkittavissa olevia ajatuskokonaisuuksia: mikä on keskeinen ajatus, joka jo itsessään kuvaisi ao. henkilön projektia ja jonka avulla voi lukea ao. henkilön argumentaatiota?. Vastaus tähän kysymykseen muodostaa rekonstruktioteeman, jonka avulla tarkastellaan kunkin asiantuntijan tuotantoa.

Tuotannon analysointi tehdään tekstilähtöisesti eli immanentisti. Se suoritetaan asiantuntijoiden omaa käsitteistöä ja teorioita noudattaen vetoamatta asiantuntijoiden tekstien ulkopuolelle jäävään kirjallisuuteen tai terminologiaan. Tekstin ulkopuolelle viitataan vain käyttäen tekstin omia käsitteitä ja omia viitteitä. (Jussila ym. 1993, 198-200) Eri tyyppisten aineistojen, tässä tapauksessa asiantuntijoiden tuotannon, vaikka käsittelevätkin samaa kokonaisuutta, ei voi a priori olettaa muodostavan yhtenäistä ajatusjärjestelmää, joten niiden yhteistarkastelu ei ole systemaattista analyysia vaan vertailua. Tällöin valitaan aineistosta oleellisia teemoja, joiden käsitteellisiä eroja tarkkaillaan. (vrt. Jussila ym. 1993, 159-160 ja 200)

Vertailevassa rekonstruktiossa käytetään filosofista lukutapaa (Rosenberg 1984, 93-96; Varto 1992, 59-63; vrt. Niiniluoto 1980a; 1984a; Haaparanta & Niini-

luoto 1986), jonka avulla analysoidaan ja rekonstruoidaan asiantuntijoiden tuotantoa. Filosofinen lukutapa toteutetaan suhteessa määriteltyyn rekonstruktioteemaan. "Jos ymmärtää pulmat, ymmärtää eri kirjoittajien tavan käyttää käsitteitä näiden ongelmien tarkastelussa" (Määttänen 1995, 36). Tämä edellyttää tarkkaa ja monipuolista aineistoon perehtymistä ja siitä yhteisen teeman löytämistä jo ennen varsinaisen analyysin alkua.

Tässä tutkimuksessa käytetään Rosenbergin (1984, 93-96) esittelemää filosofisen tutkimuksen lukutapaa avata tutkimusaineistoa. Rosenbergia (ibid.) seuraten tekstin lukeminen aloitetaan siten, että yritetään selvittää (1) mitä tekijä ajattelee; tehdään siitä johtopäätöksiä, ehkä erilaisia luokitteluja jne. Tämän tyyppisen lukemisen antamat tulkinnat ovat loputtomat, mutta esimerkiksi eräänlaisena ajatusten historian episodina varsin riittävä tulos. Seuraava askel on yrittää selvittää (2) miksi tekijä ajattelee kuten ajattelee; miten eräät päätelmät onnistuvat liittyä toisiinsa tai epäonnistuvat jne. Kolmas ja vaikeampi askel on selvittää (3) miten tekijä ajattelee. (ibid. 93-95)

Neljäntenä askeleena Rosenberg (1984) johdattaa (4) kriittiseen lukemiseen, jolla hän tarkoittaa ei pelkästään sen kysymistä, että onko joku totta vai ei tai mitä tästä tahi tästä seuraa, vaan myös aktiivista pohdintaa siitä, mitä tekijä mahdollisesti vastaisi esitettyyn kritiikkiin. Tästä kaikesta tehdään (5) yhteenveto, jossa on kyetty ajattelemaan uudelleen tekijän teksti. Viimeisenä askeleena tulee esille (6) luova lukeminen, jossa tarkastelun kohteena oleva teksti toimii luovuuden lähteenä. (ibid. 95-96) Filosofisessa tutkimuksessa lukutapa kerätyn tiedon aukaisemisessa on viimekädessä heuristinen (Rosenberg 1984, 96). Tällä tarkoitetaan sitä, että asioiden ja käsitteiden ymmärrys nousee tutkijalle hänen omasta elämismaailmastaan ja on siten hänelle ominainen (Varto 1992, 62-63).

3.4 Kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta

Etenin tutkimuksessani siten, että esitetyn Rosenbergin (1984) kuvaaman lukutavan avulla kävin läpi kaikkien tutkimukseen valittujen asiantuntijoiden tuotannon. Aluksi tutustuin aineistoon lukemalla sen läpi. Tämän jälkeen luin kunkin asiantuntijan julkaisut yhtenä kokonaisuutena useaan kertaan ja valitsin rekonstruktioteeman. Sitten nostin aineistosta esille mitä kukin asiantuntija on ajatellut. Seuraavana askeleena selvitin miksi ja miten tekijä on ajatellut, miten eräät päätelmät liittyvät toisiinsa, lähdeviitteet jne.. Tässä vaiheessa pohdin kokonaisuutta suhteessa rekonstruktioteemaan. Neljäs vaihe, so. kriittinen lukeminen, eteni koko ajan tekstin käsittelyn kanssa. Ei ollut tavatonta, että aluksi valittu rekonstruktioteema täytyi tarkistaa tai vaihtaa kokonaan, jolloin koko tuotanto oli ajateltava uusiksi. Tein tästä kaikesta yhteenvedon, ns. alustavan rekonstruktion.

Alustavan rekonstruktion pohjalta tein varsinainen rekonstruktion, jonka raportoin. Raportissa esittelen lyhyesti kunkin asiantuntijan näkökulman hoitotieteeseen. Tämä muodostaa kunkin kohdalla valitun rekonstruktioteeman. Käytin alustavaa rekonstruktiota lähtökohtana raportin muiden osien rakentamiseen ja kirjoittamiseen. Tässä esittelyssä ei tule esille kaikki, mistä on keskusteltu, mutta keskustelua on helpompi seurata, kun ymmärtää miten eri asiantuntijoiden

näkemykset eroavat toisistaan vaikka käytetään samoja sanoja. Tämä raportin II osa muodostaa "vertailevan rekonstruktion".

Tutkimuksen neljättä tasoa, em. keskustelun suhdetta nykyiseen hoitotieteelliseen keskusteluun, tarkastelen liittyen tutkimusrajausajankohdan jälkeisten hoitotieteellisten julkaisujen ja kirjallisuuden synnyttämään problematiikkaan. Tämä tarkastelu on yleisluontoinen.

II OSA
SUOMALAINEN HOITOTIEDEKESKUSTELU

1 JOHDANTO

Tässä osassa vastaan ongelmanasetteluun: 1) mitä hoitotieteen asiantuntijat ymmärsivät hoitotieteellä 70- ja 80- luvuilla? ja 2) millainen on tämän ymmärryksen suhde nykyiseen hoitotieteelliseen keskusteluun? Tutkimuksen rajoissa vastaan myös tutkimustehtävään kuvailla ja eritellä millaista hoitotieteen kehitys on ollut.

Tutkimuksen kohteena on kirjallinen hoitotiedekeskustelu. Tieteellisen diskurssin kannalta tämä osoittautui erityisen omaleimaiseksi tutkimuksen rajoittamana aikana, koska se muodostui pääasiallisesti muista kuin tieteellisistä teksteistä (termin ankarassa merkityksessä) kuten oppikirjoista, erilaisista vuosikirjoista, ammatillisista julkaisuista jne. Syy on ilmeinen: uudelle, syntyvälle tieteenalalle tieteelliset julkaisufoorumit eivät aukea itsestään. Suomessa sosiaalilääketiede avasi ensimmäisenä ovensa. Tämän tutkimuksen kannalta merkityksellistä ei ole se, että aineiston tekstit eivät ole tieteellisiä julkaisuja, vaan se, että ne ovat alunperin kirjoitettu puheenvuorojen kaltaisiksi hoitotiedettä koskevaan keskusteluun.

Asiantuntijoiden julkaisuista minulla oli lopulta käytössä yhteensä noin kolmeneljäsosaa nimikkeiden mukaan jaotellusta tuotannosta. Määrä vaihteli eri asiantuntijoiden kohdalla vajaasta 60%:sta yli 90%:iin. Koska käytössäni olivat kaikki kirjat niin sivumäärällisesti laskettuna peitto oli yli 90% kaikesta kirjoitetusta aineistosta. Kattavuusongelma näin ajateltuna ei ole kuitenkaan yksiselitteinen. Esimerkiksi Eriksson on julkaissut lukuisia oppi- ym. kirjoja. Hänen

kohdallaan kirjoista löytyy sama aineisto ja osin laajempikin kuin artikkeleista. Lauri on julkaissut paljon tutkimuksia. Hänellä artikkelit ja julkaisut täydentävät toisiaan, mutta ne kertovat myös eri asioista. Kalkas puolestaan on julkaissut oikeastaan vain osan yhdestä oppikirjasta ja muutamia tutkimuksia, mutta kymmeniä artikkeleita. Ilman artikkeleita Kalkkaan tuotanto jäisi alkutekijöihinsä. Kirjojen ja artikkelien merkitys eri henkilöiden julkaisuissa on eri tyyppinen. Kaikkiaan tutkimuksessa käytetty aineisto on kattava sikäli, että jokaisen asiantuntijan tuotannon kannalta ainakin keskeiset tekstit ovat olleet käytössä.

Tyypillistä suomalaiselle hoitotiedekeskustelulle on ollut, että siinä ei ole keskusteltu tai vaihdettu julkisesti ajatuksia (vrt. Sinkkonen 1988d; Paunonen 1988g). Mitä pidemmälle 80-luvulla edetään sen harvinaisemmaksi käyvät myös viittaukset toisten [tutkimuksessa olevien] ajatuksiin. Tämä ei suinkaan tarkoita, että viitteet olisivat olleet yleisiä aikaisemminkaan. On perin harvinaista viitata toisiin oman väitöskirjan jälkeen ja on lähes outoa julkisesti arvioida toisten ajatuksia. On myös poikkeuksellista, että eri henkilöillä olisi edes samoja lähdeviitteitä. Tässä mielessä esimerkiksi Hendersonin sairaanhoidon määritelmä ja WHO:n hoitotyön kehittämisen projektiasiakirjat ovat selkeä poikkeus. Paljon on luettu, mutta vähän samoja kirjoja. Tämä kertoo, että institutionaalisella tasolla kaikki ovat saaneet toteuttaa varsin rauhassa omia projektejaan ja kehitellä omia käsitteitään. Tämä näkyy monentyyppisissä ja laatuisissa käsitejärjestelmissä.

Esittämäni ajatukset eivät kerro mitään ei-kirjoitetussa muodossa käydyistä keskusteluista. Tämä näkökulma jää tässä tutkimuksessa tavoittamattomiin, mutta Kalkkaan (1982a) esille ottama ongelma vihjaa myös kaiken tyyppisen keskustelun puuttumiseen. Hänen mukaansa jokainen suomalainen hoitotyön tutkija ja teoreetikko käyttää sanoja omalla tavallaan, eikä käytössä ole selkeää hoitotyön käsitteistöä tai käsitteistöjä, jolloin sanojen käyttö eri merkityksessä tekee mahdottomaksi rakentavan tieteellisen keskustelun ja väittelyn (ks. Kalkas 1982a). Myös Eriksson (mm. 1981a, 1-2, 46-49, 122-124 ja 147), Sinkkonen (1980a; 1980c) ja Hentinen (1980b; 1983g; 5) kirjoittavat tästä ongelmasta. Ongelma Erikssonin julkaisujen mukaan ei ole vain vuosikymmenen alkupuolen vaan koko vuosikymmenen läpi seuraava (ks. Eriksson 1985c, 12-14 [1983a]; 1988b, 20-26 [1986e]; 1990b, 21-27 ja 104-115). Myös Sinkkosen (1991) huomautus viittaa samaan suuntaan. Hän puuttuu siihen, että Suomessa ei ole hoitotieteen piirissä ajatusten vaihdon ja keskustelun kirjallista perinnettä. Hänen mukaansa sen luominen on yliopistollisen koulutuksen keskeisiä tehtäviä.

Vaikka keskustelemattomuuden taustat olisivat pienen maan pienessä tiedeyhteisössä ja tottumattomuudessa keskustella, niin keskustelemattomuus itsessään syventää keskustelemattomuuden problematiikkaa myös tässä tapauksessa. Esimerkiksi eräiden sanojen merkitys alkaa muuttua mielettömäksi tai ne alkavat menettää merkityksensä, kun kukin käyttää niitä omanlaisesti. Tästä esimerkkeinä ovat mm. termien paradigma tai hoitoprosessi ja sen synonyymien käytöt. Spekulatiiviseksi jää arvio siitä, saattaisiko kuvailtu tilanne olla itse kullakin epäsuoraa kritiikkiä toisten ajattelua kohtaan (esim. Eriksson 1987a, 13; 1988a; 1989a, 23-24 ja 77 [1987g]).

Suomalaisessa hoitotieteessä on käyty jollain tasolla keskustelua, koska siihen on muotoutunut ihan omanlaisia aiheita. Esimerkiksi, että asiantuntijat ovat pohtineet satoja sivuja sitä, kuka tekee hoitotyötä, kun samanaikaisesti kysy-

mys siitä, kuka tekee hoitotiedettä, sivuutetaan parilla lauseella. Eli kärjistäen voisi sanoa, että samanaikaisesti, kun perushoitaja koulutuksensa vuoksi ei voi tehdä hoitotyötä, niin sairaanhoitaja juuri koulutuksensa takia on pätevä tutkija. Toisaalta kukaan asiantuntijoista ei ajattele hoidon tai hoitamisen olevan tiedettä (vrt. Eriksson 1976a, 51; 1985a, 81; 1986d, 81), mutta kun hoitaminen rajataan hoitotyöksi, niin sen ymmärtäminen tieteeksi on varsin ongelmatonta.

Tutkimuksen rajauksen kannalta paradoksaalisesti yksittäisistä artikkeleista viitatuin hoitotieteen piirissä on ehdottomasti Sarvimäen (1980) ihmiskäsityksiä ja hoitotyötä käsittelevä artikkeli, joka rajautuu pois. Toisaalta ainoa yksittäinen artikkeli, joka on saanut aikaan kriittistä keskustelua, on Sarvimäen ja Sihvosen (1989) Uudessa Suomessa julkaistu mielipidekirjoitus "Hoitotieteelle kestävä pohja". Myös se rajautuu tutkimuksen ulkopuolelle.

Raportoin suomalaista hoitotiedekeskustelua siten, että toisessa luvussa lähden liikkeelle siitä, miten hoitotieteeseen on päädytty. Tarkastelen hoitotiedettä edeltävää aikaa yhtenä näkökulmanani kritiikki sille, että hoitotyö ja hoitotiede sanojen ilmestyminen kieleen ei tarkoittanut, että kaikki aikaisempikin olisi ollut hoitotyötä tai hoitotiedettä. Toisessa luvussa lähdeaineisto on osin laajempi kuin asiantuntijoiden tekstit, koska se rakentuu hoitotieteellisestä keskustelusta, mutta painottuu asiantuntijoiden näkökulmiin.

Kolmannessa luvussa kukin asiantuntija saa "puheenvuoron" aiheesta: "Hoitotiedettä on ...". Tarkoitus ei ole kuvata mistä kaikesta asianomainen henkilö on kirjoittanut vuosien mittaan, vaan hahmottaa kunkin tuotantoa keskeisen teeman avulla esimerkiksi "terveen- ja sairaanhoito" (Kalkas), "professionaalinen hoitotyö" (Krause) jne.. Tavoitteena on, että seuraavissa luvuissa keskustelijoiden käsitteistön erilaisuus ei olisi keskustelun seuraamisen ongelma.

Se, että "puheenvuorot" muodostuvat erilaisiksi liittyy ensinnäkin tutkimuksen lähtökohtaan ja metodiseen valintaan. Koska asiantuntijoiden tekstit ovat eri tyyppisiä ja laajuisia, eikä institutionaalista keskustelua ole juuri käyty, niin yhteenvetojen samankaltaisuus muodostuu monisyiseksi kysymykseksi, jossa tutkimuksen tekijän osuutta ei voi sivuuttaa, vaikka olettaisikin, että suomalainen hoitotiede on myös jollain tavalla samaa eri henkilöille.

Erilaisuuteen vaikuttaa lisäksi mm. aikajänne, milloin kukin asiantuntija on kirjoittanut: Sinkkosen kirjallinen tuotanto on alkanut jo 60-luvulla, ja toisaalta Paunosen ja Krausen tuotanto on alkanut vasta 80-luvulla. Myös julkaisujen lukumäärässä on suuria eroja liittyen osin juuri tähän aikajänteeseen.

Toisaalta henkilöt ovat olleet kiinnostuneet eri asioista ja siten toiset asiantuntijat saavat suuremman painon tässä tutkimuksessa. Esimerkiksi Kalkas ja Eriksson ovat olleet sekä tuotteliaita niin sivumäärällisesti kuin terminologisesti. He ovat olleet myös kiinnostuneita hoitotieteen tieteenteoriasta, jolloin heidän painoarvonsa tässä tutkimuksessa korostuu erityisesti. Huomattavaa on, että vaikka Kalkas ja Eriksson ovat olleet kiinnostuneet hoitotieteen tieteenteoriasta, heidän kiinnostuksensa on ilmennyt eri tavoin. Voidaan sanoa, että Erikssonin näkökulma on ollut varsinaisessa tieteenteoriassa, kun Kalkkaan puolestaan tieteenfilosofiassa. Ero on siinä, että Eriksson on esittänyt tieteenteoreetikkojen teorioita sovellettavaksi hoitotieteeseen, kun Kalkas on pohtinut eri vaihtoehtojen merkitystä hoitotieteelle.

Tutkimustehtävän kannalta edellä sanottu ei tarkoita, että tutkimus keskittyisi vain siihen mitä "hoitotieteen tieteenteoria"-nimikkeen alla aiheesta on sanottu, vaan kaikki sanottu on tarkastelun kohteena. Tämän osan luvut on rakennettu tästä näkökulmasta. Joskin raportin kirjoitusvaiheessa on tehty aiheiden rajausta, eikä kaikkea sanottua ole otettu mukaan.

Hoitotiedekeskustelussa tulee korostuneesti esille monimuotoinen terminologia ja vivahteikas käsitteistö, mitä ei kykene ylittämään käsitemäärittelyin. Ongelmana on, että tutkimusajanjaksona aineistossa olevat monet eri sanat merkitsevät samaa ja samat sanat merkitsevät eri asioita. Sanojen merkitys ja käyttö ovat sidoksissa sekä henkilöön että aikaan. Asiantuntijoiden teksteistä on löydettävissä syy ongelman syntyyn. Se sisältyy erilaisiin tapoihin suhtautua sanoihin ja niiden merkityksiin. Nämä tavat ovat asetettavissa keskenään nelitasoiseen hierarkkiseen järjestykseen. Tällöin on mahdollista eritellä asiantuntijoiden tekstien monimuotoisuutta ja vivahteikkuutta neljän eri tason näkökulmastasta aineistolähtöisesti.

Asiantuntijoiden teksteissä tämä tarkoittaa neljää eri tason näkökulmaa hoitotieteeseen. Ensimmäisellä tasolla ongelmaa saatetaan pitää näennäisenä tai kosmeettisena eli kyse olisi vain termin käytön ongelmasta, jolloin esimerkiksi nursing-käännös sairaanhoidosta voisi muuttua hoitotyöksi siksi, että jälkimmäistä on tapana käyttää. Toinen taso on, että termit olisivat erotettavissa käsitteellisen ymmärryksen perusteella. Esimerkiksi sairaanhoito ja hoitotyö ovat ymmärrettävissä eri asioiksi. Luku "2. Hoitotiedettä edeltävä" perustuu ensinmainitun käytännön kritiikkiin, mutta se jää jälkimmäiselle tasolle. Kolmas taso menee tarkastelussa syvemmälle pohtien miten suhde muihin tieteenaloihin tai niiden esimerkki tahi käsitteistö ohjaa ymmärrystä hoitotieteestä. Esimerkiksi Lauri (1991b) kertoo käyttäneensä termistä "nursing process" ensin kasvatus- ja myöhemmin hallintotieteiden käsitteitä. Kolmas taso tulee esille laajemminkin hoitotieteellisessä käsitteistössä, koska vain Hentinen, Krause ja Paunonen ovat väitelleet hoitotieteestä, ja heilläkin yliopistollinen perustutkinto on joltain muulta tieteenalalta. (ks. Kalkas 1990b). Neljäs taso liittyy käsitykseen tieteestä, hoitotieteen filosofisista perusteista, ontologiasta ja tietoteoreettisista oletuksista sekä arvoperustasta. Esimerkiksi Erikssonin ymmärrys hoitotieteestä muuttuu analyyttisestä tulkinnalliseen. Myös Lauri (1991b) viittaa edellä mainitussa kirjassa fenomenologiseen näkökulmaan tavoitteiden ymmärryksessä uutena ajatuksena.

Etenen tutkimusraportissa näiden neljän tason avulla. Tarkastelen neljännessä luvussa tarkemmin kahta ensinmainittua tasoa. Otan siinä esille erityisesti käännösproblematiikkaa, joka on mukana hoitotiedekeskustelussa koko ajan. Teen tässä kappaleessa alustavaa eroa termeille hoitotyö ja hoitotiede. Erityisesti korostan missä vaiheessa kumpainenkin termi tuli kunkin asiantuntijan teksteihin ja että "sekaisen näköisyys" näiden termien käytössä on tietyssä määrin järjestettävissä. Tämän terminologisen ongelman tunnistaminen auttaa lukemaan tekstejä eteenpäin ja ylittämään "miten se määritellään"-huomautuksia. Tässä mielessä kolmas luku toimii tärkeänä lukuapuna seuraaviin lukuihin.

Viidennessä luvussa laajennan keskustelua edellä mainittuun kolmanteen tasoon. Otan esille näkökohtia hoitotieteen ja muiden tieteiden välisestä suhteesta ja esimerkin omaisesti muiden tieteiden vaikutuksesta hoitotieteeseen. Tämäkin luku rajautuu vain tutkimuksen lähteiden antamaan laajuuteen.

Kuudennessa luvussa tarkasteluni etenee mainitulle neljännelle tasolla. Erittelen hoitotieteen filosofisia sitoumuksia kunkin asiantuntijan kohdalla ja teen yhteenvetoa heidän tiedekäsityksestään sekä siitä, mitä hoitotiede heidän mukaansa tieteenfilosofisina ja eettisinä sitoumuksia on. Pohdin koulukuntajakoa teksteissä olevien valmiiden jaotuksien mukaan, mutta pääpaino on ihmis- ja tietokäsityksissä sekä käsityksessä tutkimuskohteesta, mielekkäästä metodiikasta että etiikan merkityksestä.

Luvuissa seitsemän ja kahdeksan tarkastelen tiedekeskustelussa toistuvasti esille tulleita aiheita "Hoitotyötä teoreettisena kokonaisuutena" sekä hoitotieteen suhdetta hoitoon, hoitotyöhön ja hoito-oppiin. Monia keskustelun aiheita on jäänyt pois. Toisaalta monia aiheita löytyy tekstistä lukemalla sitä toisin kuin otsakkeet opastavat. Viimeisessä eli yhdeksännessä luvussa sidon esittelemäni keskustelun aiheita viiden viime vuoden aikana käytyyn suomalaiseen hoitotiedettä koskevaan keskusteluun. Tämä luku ei ole systemaattinen tai kattava esitys hoitotiedettä koskevasta keskustelusta 90-luvulla, vaan yleisluonnehdinta liittyen hoitotiedekeskustelun teemoihin.

2 MITÄ OLI ENNEN HOITOTIEDETTÄ ?

Tarkastelen tässä luvussa hoitotieteen kehityshistoriallista taustaa ennen hoitotiedettä ja argumentointia, jolla hoitotieteen ilmestymistä Suomeen on perusteltu. En lähde vielä tässä yhteydessä aukaisemaan hoitotyö tai hoitotiede-termeihin liittyvää problematiikkaa, vaan painopiste on näiden aatehistoriallisessa taustassa. Itse hoitotiede-termiä tarkastelen vain institutionaalisena.

2.1 Sairaanhoitoa, hoitotyötä vai hoitotiedettä

Hoitotieteen historiasta on Suomessa kirjoitettu muutamia artikkeleita (mm. Sinkkonen 1983f; Sinkkonen 1985a; Lauri 1990a). Aihetta on tarkasteltu eräissä oppikirjoissa (mm. Krause & Salo 1992; Lauri & Elomaa 1995) ja ao. historiaan viittaavia ja siitä ammentavia artikkeleita ja julkaisuja on lukuisia (mm. Eriksson 1981a; Kalkas 1990b). Näistä kirjoituksista on havaittavissa ainakin yksi yhteinen piirre. Käsitteellisesti ne muodostuvat useimmiten ongelmallisiksi. Termejä hoitotiede ja hoitotyö käytetään viittaamaan sairaanhoitoon tai sairaanhoidon tutkimukseen myös sellaisina historiallisina aikakausina, jolloin ensinmainittuja termejä ei ollut ensinkään käytössä. Tarkoitan esimerkiksi sitä, että Suomessa alkoi vuonna 1889 varsinainen sairaanhoitajakoulutus, ei hoitotyönkoulutus, tai että Suomessa ei 20-luvulla julkaistu hoitotyön oppikirjaa, vaan sairaanhoidon oppikirja, tahi että Suomessa ei tehty 40-luvulla hoitotieteellistä tutkimusta (ks. Lauri 1985a). Samantyyppinen problematiikka ei ole vierasta englanninkielisessäkään kirjallisuudessa esim. "Nurses before nursing" (ks. Dingwall ym. 1988).

Tämä kritiikki saattaa tuntua toisarvoiselta, mutta laajempaa merkitystä tällä tarkastelulla on mm. keskusteluun miten hoitotiede tieteenalana on syntynyt ja mitä se sisällöllisesti on. Useasti tämä keskustelu aloitetaan "nursing" ja "caring"-termien selvittämisellä (esim. Krause 1993a; Lauri & Elomaa 1995) ikäänkuin

suomalaisessa kulttuurissa ei olisi omien käsitteiden selittämiseen riittävää ymmärrystä. Yhtä usein mainittujen termien esille ottaminen aiheuttaa vain lisää hämmennystä ja ristiriitaisuutta, jos alkaa pohtia suomalaisia käytänteitä suhteessa yhdysvaltalaisten termien määrittämään todellisuuteen. Tarkoitan esimerkiksi, että mitä tarkoittaa suomalainen hoitotyö, jos hoidon maailma määritellään nursing-caring polarisaationa.

Termi hoitotiede on varsin nuori, noin kaksikymmentä vuotta vanha. Aatteellisena perinteenä se on sitä vastoin huomattavasti vanhempi. Suomalainen hoitotiede ei ole kehittynyt irrallaan läntisen maailman trendeistä kuten Kalkas (1987a) ja Lauri (1989b) tuovat painokkaasti esille, mutta hoitotyöhön ja hoitotieteeseen liittyvä käsitteistö on kunkin maan kulttuuriin ja omiin käytänteisiin liittyvää ja selittyy ennen kaikkea näiden kautta (Kalkas 1978c, 21; 1983c, 4; 1984a, 4; 1984b; Lauri 1982a; Hentinen 1986b; 1989a; Eriksson 1984i; 1985c, 45; 1988b, 51). Kehityshistorian valossa suomalaiset ovat olleet Euroopassa monissa asioissa myös edelläkävijöinä.

2.2 Yliopistollisena oppiaineena

Sinkkonen (1983f) toteaa kirjassa Hoitotiede I, että Suomessa hoitotiede yliopistollisena oppiaineena on nuori, mutta sen pohjana olevalla hoitotyön tutkimuksella on maassamme kuitenkin pitkä historia; älyllisenä perinteenä hoitotiede on selvästi vanhempi kuin yliopistollisena oppiaineena (Hentinen 1990c). Hoitotieteen yliopistollisella perinteellä viitataan terveydenhuollon kandidaattitutkintoon johtavaan koulutukseen, jossa hoitotiede on pääaineena. Koulutus alkoi Kuopiossa syksyllä 1979 ja Tampereella 1981. Myöhemmin 80-luvulla mukaan tulivat Turun ja Oulun yliopistot sekä Åbo Akademi ja lisäksi 90-luvulla Jyväskylän yliopisto.

Hoitotieteen yliopistollisen institutionalisoinnin tiellä ratkaiseva askel oli valtion vuoden 1983 budjetti, jossa termi hoitotiede esiintyy ensimmäisen kerran, kun Kuopion yliopistoon tuli hoitotieteen yliassistentin virka. Alan aikaisemmat virat olivat terveyden- ja sairaanhoidon nimikkeellä. (Sinkkonen 1983f) Jo seuraavana vuonna annettu asetus eräistä terveydenhuollon tutkinnoista varmensi hoitotieteen yliopistollisen kehityksen. Ensimmäiset terveydenhuollon kandidaatit oli vihitty maistereiksi Kuopiossa jo 1982 (ks. Sinkkonen 1982c). Ensimmäiset hoitotieteen professuurit tulivat Suomeen 1985. Se, että tuolloin hoitotieteeseen perustettiin yhtä aikaa kolme professuuria, osoittaa Sinkkosen (1985b) mukaan, että alan kehittäminen nähtiin tärkeäksi maassamme.

Hoito-opin opetus aloitettiin 1983 Helsingin yliopistossa. Käsitteellisesti hoito-oppi eroaa hoitotieteestä siten, että edelliseltä puuttuu tieteen status itsenäisenä tieteen alana (vrt. kasvatusoppi vs. kasvatustiede). Kyse on kuitenkin yliopistollisesta oppiaineesta, joten periaatteessa mainittu ero ei estä esimerkiksi yliopistollisen tutkimuksen tekemistä.

Merkittävää hoitotieteen aatteellisen historian kannalta on, että sairaanhoidon opetuksen ja tutkimuksen aloittaminen korkea-asteella on ollut virallisesti esillä maassamme ensimmäistä kertaa jo seitsemänkymmentä seitsemän vuotta sitten. Ensimmäinen asiaa käsitellyt valtion komitean kannanotto on vuodelta

1920. Tällöin lääkintäneuvos G. R. Idmanin johdolla toiminut komitea esitti sairaanhoitajattarien yliopistollisen jatkokoulutuksen aloittamista kehittämällä Helsingin sairaanhoitajataropistosta korkeakoulu (Luhtanen 1981, 42; Sinkkonen 1983f). Tämän jälkeen vuoteen 1979 mennessä vähintään 50 ehdotusta on koskenut ao. asiaa (Eriksson 1982a).

2.3 Älyllisenä perinteenä

Hoitotiede älyllisenä perinteenä on edellistä moniselitteisempi kokonaisuus. Yhtenä näkökulmana sillä viitataan yliopistolliseen tutkimustoimintaan. Tästä on löydettävissä kaksi linjausta, joista toisessa rajoitutaan tarkastelemaan sairaanhoitajien (terveydenhoitajien ym.) tekemää ja edistämää tutkimustoimintaa (esim. Lauri 1984a; 1990a). Toisessa puolestaan laajennetaan tarkastelu siihen monipuoliseen tutkimustoimintaan, jota on harjoitettu terveyden- ja sairaanhoidonpiirissä erotettuna kliinisestä lääketieteestä (esim. Sairaanhoidon Vuosikirja 1968, liite). Nämä linjaukset ovat välttämättä myös päällekkäiset. Käsitehistoriallisesti ne on erotettavissa toisistaan: sairaanhoidon tutkimuksella tarkoitetaan ensinmainittua ja sairaan- ja terveydenhoidon tutkimuksella jälkimmäistä.

Toisena näkökulmana älyllisellä perinteellä saatetaan viitata kaikkeen siihen kehittämistyöhön, jota sairaanhoitajat (terveydenhoitajat ym.) ovat tehneet sairaanhoidon ja sairaanhoidon koulutuksen kehittämiseksi vuosien saatossa (edellä Eriksson 1982a). Kolmas näkökulma on olla erottamatta näitä kahta näkökulmaa toisistaan. Yhdysvaltalaisessa "nursing"-kirjallisuudessa esittämääni erottelua ei ole juurikaan tehty (esim. Meleis 1991). Siihen vedoten myös Suomessa on kyseenalaistettu käytännön toiminnan ja sitä tutkivan tieteen terminologinen erottaminen toistaan (ks. Krause & Salo 1992, 23).

Ensimmäinen ja toinen näkökulma ovat siis tietyllä tavalla osin erottamattomat, myös välttämättä päällekkäiset. Kuitenkin ensimmäisen näkökulman jälkimmäistä linjausta voidaan pitää osin laajimpana (so. terveyden- ja sairaanhoidon tutkimus) ja erityisesti, että se liittyy lähtökohdissaan tieteen tekemisen perinteeseen eli tutkimuksen tekoon. Mainitun tarkastelun painopiste on siis tietyllä tavalla myös älyllisen perinteen institutionalisoinnissa. Aatehistoriallisesti tällainen tiukka erottelu tekee vääryyttä sellaisen idean kuin hoitotiede kehittymisen tarkastelulle, mutta se mahdollistaa termien hoitotyö ja hoitotiede johdonmukaisen käsitteellisen erottamisen tämän päivän käytänteissä.

Aatteellinen kehittämistyö

Aatteellisen kehittämistyön, so. jälkimmäisen näkökulman, historia on yli satavuotinen, kun ensinmainitun, so. tutkimustoiminnan voidaan katsoa alkaneen vasta 40-luvun puolivälissä. Aika ennen 40-lukua on aatehistoriallisesti kiintoisa ja antoisa, mutta itse hoitotieteen kehittymisen kannalta ongelmallinen; tällöin ei ole osoitettavissa tieteen instituutioluonteeseen liittyvää toimintaa. Sitävastoin sitä ei ole kieltäminen, etteikö aatetta, josta hoitotiede aikanaan tuli nousemaan oltaisi vaalittu jo tuolloin mm. suomen- ja ruotsinkielisten sairaanhoitajatarliittojen toimesta.

Tyypillisesti (esim. Lauri 1983a; 1989b) viitataan Florence Nightingaleen nykyaikaisen sairaanhoitajakoulutuksen perustajana ja ensimmäisen hoitotieteellisen teorian luojana jo 1850-luvulla. Myös Suomesta kävivät lukuisat suomalaisen sairaanhoitajakoulutuksen kehittäjät hakemassa oppinsa mm. hänen nimeään kantavasta koulusta (Lauri 1983a). Vähättelemättä heidän kenenkään arvokasta työtään, itse hoitotiede aatteen kehittymisen kannalta tilanne ei ollut ongelmaton.

Suomessa sairaanhoitajattarien koulutus tapahtui sairaanhoitajatarkouluissa, joita voidaan pitää suomalaisena jatkeena brittiläiselle koulutukselle. Kuten Nieswiadomy (1993, 13) toteaa brittiläisen sairaanhoitajakoulutuksen vaikuttaneen maailman kaikkeen sairaanhoitajakoulutukseen siten, että kaikkialla on jatkettu brittiläisille kouluille tyypillistä kuuliaisuutta traditiolle ja auktoriteetille. Juuri tällaisen sairaanhoitajakoulutukseen sisäänrakennetun viktoriaanisen asenteen, johon mm. ei kuulunut kriittinen ja kyselevä mieli, vaikutus on ollut osaltaan Nieswiadomyn mukaan hidastuttamassa mm. hoitotieteellisen tutkimuksen kehittymistä maailmanlaajuisesti (myös Sinkkonen 1980a; Polit and Hungler 1991; Lauri & Elomaa 1995, 49). Toisaalta juuri Suomessa ainakin osa asennevaikutuksista lienee ollut vähäisitä, koska jo 20-luvulta lähtien täällä tehtiin esityksiä sairaanhoitajien ja eräiden muiden hoitohenkilöstöryhmien yliopistollisen koulutuksen saamiseksi (Sinkkonen 1983f).

Hoitotyön tutkimuksen tarkastelu aatteellisen kehittämistyön näkökulmasta alkaa Kalkkaan (1990a) mukaan varsinaisesti sairaanhoitajakoulutuksen itsenäistymisestä ja yhdenmukaistumisesta Suomessa 1929. Koulutus erotettiin tällöin hallinnollisesti sairaalalaitoksesta. Toisaalta tilanteeseen vaikutti suomalaisen naisen tietoisuus omasta yhteiskunnallisesta asemastaan. Tähän vaikutti mm. sota ja se, että naisten osuus niin työvoimasta kuin ylioppilaista kohosi. Kolmantena vaikuttavana tekijänä on suomalaisten sairaanhoitajien opiskelu Yhdysvalloissa. He toivat mukanaan tutkimusta koskevia ideoita. Yhtenä tekijänä on myös sairaanhoito-oppilaitoksissa aloitettu hallinnollinen ja kasvatustieteellinen koulutus erikoissairaanhoitajille jatko-opintoina. Tähän koulutukseen sisältyi mm. tutkimustyön ja tutkimusmenetelmien opetusta sekä tutkielman tekoa. (Kalkas 1990a)

Yliopistollinen tutkimus

Itse hoitotieteen kehittymiseen vaikuttaneen tutkimustoiminnan voidaan katsoa alkaneen Suomessa 1940-luvulla (Kalkas 1978c, 1; Eriksson 1981a, 16-17; 1985a, 95; Sinkkonen 1985a; Lauri 1990a). Yliopistollista tutkimustoimintaa ollaan luonnehdittu monilla termeillä kuten esimerkiksi sairaanhoitaja, sairaanhoidon, sairaan- ja terveydenhoidon, hoitotyön, hoidon, hoitotieteellinen ja hoitotutkimus. Nämä termit tarkoittavat eri asioita ja toisaalta eri henkilöllä samalla termillä saattaa olla eri merkitys. On hyvä huomata, että samaan aikaan englanninkielisessä kirjallisuudessa on vain yksi termi: Nursing research. Kaikkia lueteltuja termejä ollaan käännetty englanniksi mainitulla sanalla, joskin sairaan- ja terveydenhoidon tutkimus vain tarkoin rajoituksin.

Kalkkaan (1990a) mukaan hoitotyön tutkimuksen historiassa on erotettavissa kolme vaihetta. Nämä vaiheet ovat kronologisesti päällekkäisiä, ja ensimmäinen vaihe kuvaa aatteellista kehittämistyötä (ks. edellä). Toisessa vaiheessa monet

terveyden- ja sairaanhoitajat lähtivät suorittamaan akateemista loppututkintoa eri yliopistoihin.

Sairaanhoitajien koulutussäätiö perustettiin jo 1944 tuottamaan mm. sairaanhoitajakoulutukseen alan suomenkielistä kirjallisuutta. Tutkimustoiminnan kehittymisen kannalta koulutussäätiön 1958 perustama julkaisu "Sairaanhoidon Vuosikirja" on merkittävä. Se oli pitkään ainoa alan tutkimuksia julkaisemaan erikoistunut tieteellinen aikakauskirja Pohjoismaissa. Yhdysvalloissa oli vain kuusi vuotta aiemmin perustettu vastaavaan teemaan keskittyvä kansainvälinen aikakauslehti: Nursing Research. (Sinkkonen 1983f).

Varsinaisen systemaattisen tutkimuksen kannalta merkittävää oli Sairaanhoidon Tutkimuslaitoksen perustaminen 1966. Sairaanhoitajien koulutussäätiössä oli jo edellisestä vuodesta lähtien toiminut tutkija, joka siirtyi Sairaanhoidon tutkimuslaitoksen palvelukseen ja jatkoi siellä aloittamaansa laajaa sairaanhoitajien työtä ja sen ulottuvuuksia selvittävää tutkimusprojektia (vrt. Leminen & Sinkkonen 1968; Leminen 1970). Valittu tutkimuslinja oli ajan kansainvälisten suuntausten mukainen. Myös Sairaanhoitajaliiton tutkimusosaston toimesta tehtiin maassamme tutkimusta. (Sinkkonen 1983f; myös Kalkas 1976a; 1980a)

Sairaanhoidon tutkimuslaitoksen perustamista voidaan pitää myös sikäli merkittävänä, että se oli ensimmäinen laatuaan Euroopassa. Englantiin Edinburghin yliopiston yhteyteen perustetiin vastaava tutkimuslaitos, sairaanhoidon tutkimusyksikkö vuonna 1971 (Willman 1981, 4). Yhdysvalloissa vastaava yksikkö oli perustettu jo 1957 Walter Reed Army tutkimusinstituutin sairaanhoidon osastossa (Nieswiadomy 1993, 16). Sairaanhoidon tutkimuslaitoksessa tutkimus alkoi Aili Lemisen johdolla kohdistua uudella tavalla terveydenhuoltoon, sen asiakkaisiin ja työntekijöihin näkökulman ollessa hoitokulttuurin sisäpuolella. (Kalkas 1990a)

Sitä kehitystä, joka Euroopassa tapahtui 70-luvulla, kuvaa kaksi kansainvälisesti merkittävää hoitotyön tutkimuksen ja kehittämisen periaateohjelmaa. Toinen niistä on WHO:n Euroopan aluetoimiston alullepanema vuonna 1974 ja WHO:n aluekokouksen virallisesti vuonna 1977 hyväksymä hoitotyön tutkimus- ja kehittämisohjelma. Toinen on ICN:n edustajakokouksen Tokiossa vuonna 1977 vahvistama hoitotyön tutkimuksen edistämistä koskeva periaateohjelma (ks. Kalkas 1980b). Ensinmainittu oli tarkoitettu toteutettavaksi siihen osallistuvissa maissa vuosina 1978-1983. Suomi ilmoitti virallisesti jo vuonna 1975 osallistuvansa ohjelmaan ja asetti vuonna 1977 työryhmän suunnittelemaan osallistumista ohjelmaan. (Kalkas 1980a) Toimintana se tarkoitti WHO:n hoitotyön ohjelmaan vuosina 1978-1983 sisältynyttä koulutus-, suunnittelu- ja tutkimustoimintaa (ks. Sorvettula 1984). WHO:n ohjelman ympärille syntyi suomalaisen hoitotyön ja hoitotieteen varhaisin käsitteistö.

Aatteellisen kehittämistyön kannalta kansallisesti merkittävä oli jo WHO:n mainittua projektia varhaisempi ns. "terveydenhoitotieteen ideointiseminaari"-episodi (Sorvettula 1984). Tällä tarkoitetaan vuosina 1973-1974 toteutettuja kesäyliopisto- ja seurantaseminaareja, jotka jäivät kokonaan vaille virallista dokumentointia. Noissa seminaareissa käytiin laajaa keskustelua terveyden ja sairaanhoidon käytännön kysymysten lisäksi tutkimuksesta, koulutuksesta ja hoitotyön käsitteistöstä (Sorvettula 1984, 8; myös Eriksson 1976a, 2; Kalkas 1980a).

Ensimmäinen hoitotieteen väitöskirja tehtiin Kuopion yliopistossa 1984; Maija Hentisen (1984b) väitöskirja käsitteli sydäninfarktipotilaan hoitotyön kehittämistä. Väitöskirjan esipuheessa tulee esille, että itse asiassa Suomessa oli tehty jo varhemmin kolme hoitotieteen alaan kuuluvaa väitöskirjaa, mutta näiden tekijöiden pääaineena ei ollut hoitotiede. Ne kuuluvat hoitotieteen alaan, koska "niissä otetaan kantaa kysymykseen, mitä terveydellä ymmärretään ja miten hoitotyö liittyy terveyteen" (Kalkas 1982a; myös Paunonen 1989a; 1989c, 1).

Nykyvaihetta Kalkas (1990a) kutsuu kolmanneksi vaiheeksi (edellä Yliopistollinen oppiaine). Sille on ominaista oman yliopistollisen koulutuksen aloittaminen, professorien virkojen perustaminen eri yliopistoihin, hoitotieteen laitosten perustaminen sekä terveydenhuollon kandidaattien, lisensiaattien ja tohtorien valmistuminen. Lauri (1990a) lisää tähän listaan Hoitotieteiden tutkimusseuran perustamisen ja Hoitotiede-lehden julkaisemisen vuodesta 1989.

2.4 Hoitoajattelun kehittyminen

Eriksson tarjoaa hoitotieteen kehittymisen tarkasteluun edellisistä poikkeavan näkökulman painottaen hoitajien toimintaa ohjaavaa sisäistä mallia yliopistollisen statuksen sijaan. Hänen näkemyksensä on edellisen kanssa johdonmukainen siten, että hoitotieteen katsotaan kehittyneen jostain aikaisemmasta ajattelusta.

Erikssonin (1980a) mukaan hoitoajattelu on kehittynyt maagisesta uskosta tieteelliseen ajatteluun vuosisatojen kuluessa: sen kehittyminen tulee nähdä sairaanhoidon kehityksen taustaa vasten (Eriksson 1985c, 9 [1983a]; 1988b, 16). Eri aikoina on painotettu eri ilmiöitä. (myös Eriksson 1981a; 1984d; 1984f) Hän puhuu tässä yhteydessä myös hoitotaidosta ikäänkuin synonyyminä hoitoajattelulle (esim. Eriksson 1986b, 30; 1989d).

Toisaalta hän esittelee pohjoismaissa tapahtunutta hoitoajattelun kehittymistä sitoen sen formaalisen [sairaan]hoitajakoulutuksen historiaan. Tässä tarkastelussa hän erottaa hoitoajattelun hoitotaidosta korostaen sisäisen mallin (inre modell; Eriksson 1984f; 1985d, 29) merkitystä hoitonäkemyksessä. Hän siis tarkoittaa tässä yhteydessä hoitoajattelulla hoitamista koskevan systemaattisen teoreettisen ajattelun kehittymistä.

Hoitoajattelu pohjoismaissa on Erikssonin (1984d; 1984f; 1984i; 1985a, 7; 1986a, 30; 1986d, 7; 1989d) mukaan kehittynyt esiteoreettisesta, lääketieteellisen ja sitä seuranneen monitieteellisen ajanjakson kautta hoitotieteelliseen aikakauteen, jota edustaa 80-luvulla syntynyt hoitotieteellinen ajattelu. Hänen mukaansa ao. vaiheisiin liittyy hoitajien toimintaa ohjannut sisäinen malli, joka on kullekin ominainen. Esiteoreettisella kaudella (n. 1880-1920-luku) ajattelu oli hoitokeskeistä, mutta varsin epäsystemaattista. Lääketieteellinen hoitoajattelun kautena (n. 1920-1960-luku) hoitajan ajattelu kehittyi lääketieteellisen mallin mukaisesti, kun monitieteellisen aikakauden (n. 1960-1970-luku) aikana alettiin painottaa yhteiskuntatieteellistä ja käyttäytymistieteellistä ajattelua lääketieteellisen ajattelun rinnalla. Tämä johti siihen, että näkemys ihmisestä laajeni, mutta toisaalta se hajotti hoitonäkemystä, joka hoitotieteellisessä ajattelussa (alkaen 1980-luku) on uudelleen palautettu hoitokeskeiseksi (vårdcentrarepok; Eriksson 1984f). Nykyään Erikssonin mukaan hoitoajattelussa on paljon samaa kuin esiteo-

reettisessa ajattelussa, mutta se ei ole sama, koska on otettava huomioon, että eletään yli sata vuotta kehittyneemmässä maailmassa. (Eriksson 1984f; 1984i; 1986a, 30; vrt. Eriksson 1981a, 4-18; 1985c, 8-12; 1988b, 16-20)

Tästä hoitokeskeisestä ajattelusta käytetään tarkentaen nimitystä hoidollinen ajattelu, jonka keskeisiä elementtejä ovat käsitys ihmisestä, terveydestä, sairastumisesta ja siitä prosessista, jonka kautta autetaan ihmistä ylläpitämään tai saavuttaman terveytensä. Myös eettiset säännöt kuuluvat tähän ajatteluun. (Eriksson 1980a) Hoidollinen ajattelun synty edustaa Erikssonin esittämää preparadigmaattista tieteellistä vaihetta, joka Yhdysvalloissa syntyi 50-luvulla ja pohjoismaissa 60-luvun lopulla.

Englanninkielisessä tekstissä Eriksson (1989d) käyttää kuvatuista aikakausista nimitystä "caring paradigms". Tätä siis tarkoittaa, että aikakaudet edustavat "hoidon paradigmoja" (kapeammassa merkityksessä) erotuksena hoitotieteellisistä paradigmoista, jotka ovat viimeisen, siis vallitsevan, aikakauden sisäistä erottelua.

Hieman toisenlaisen näkökulman Eriksson antaa hoitoajattelun kehittymiseen caritasmotiivin myötä. Hän kuvaa periaatteessa edellisentyyppiset vaiheet hoitotyölle: Caritas humanitas (ennen 1920-lukua), Caritas medicus (n. 1920-1960-luku), Caritas multiples (1960-luku), Caritas ecomonicus (1970-luku), Caritas technicus (siirtyminen 80-luvulle) ja Caritas scientis (siirtyminen 90-luvulle). (Eriksson 1988a; myös 1989a [1987g]) Huomio kiinnittyy yhtäläisyyksiin ja eroihin. Alku on saman sisältöinen ensinmainitun hoitoajattelun kehityksen kanssa, mutta 70-, 80- ja 90-luku saavat omat sisältönsä. Erityisesti huomio kiinnittyy tieteellisen aikakauden siirtymiseen 90-luvun vaihteeseen.

Tärkeää toisenlaisen näkökulman kannalta on tässä caritas-ajattelussa Erikssonin (1988a) siihen sisällyttämä ajatus, että hoitotyön ydin, sen substanssi, "caritas l. ihmisrakkaus", on säilynyt kuitenkin kokoajan painopistealueiden muutoksista huolimatta. Tällöin hoidon substanssi on säilynyt huolimatta sisäisen mallin, ts. teoreettisesti johdetun ajattelun, muutoksista. Tärkeintä on, että Eriksson yhdistää ajattelussaan uudelleen hoitoajattelun ja hoitotaidon yhdeksi (esim. Eriksson 1990b). Myös ajatus hoidollisen ajattelun ymmärryksestä on harkittava uudelleen.

Caritas-näkökulmasta on johdonmukaista väittää vasta 90-luvun taitetta varsinaiseksi tieteellisen aikakauden aluksi, kuten myös teknisen aikakauden [luonnontieteellisen teorianmuodostuksen] erottamisen omaksi kokonaisuudekseen. Tämä tietysti asettaa Erikssonin (1985a, 7; 1986b, 4 [1986f]; 1986d, 7; 1987f, 4) 80-luvun alun näkemykset spekulatiivisiksi. Tarkoitan, että Eriksson puhuu jo 80-luvulla hoitotieteellisestä aikakaudesta, mutta edelliseen vedoten se voidaan tulkita spelutatiiviseksi näkemykseksi siinä yhteydessä.

2.5 ...miksi hoitotiedettä ?

Hoitotieteen kehittämispaineet Suomessa olivat voimakkaat ja laajat mm. siksi, että sitä harrastettiin jo muualla (ks. Sinkkonen 1969; 1975, 67; 1979). Siihen, miksi sellaisesta ilmiöstä, joka myöhemmin nimettiin hoitotieteeksi, ylipäätään alettiin puhua Suomessa, liittyy moni-ilmeistä argumentointia: keskeistä oli kansainväli-

syys ja sen mukanaan tuomat paineet, toisaalta ammattikuntakohtaiset vaateet, eikä vähäisempänä ammatilliset ja terveydenhuollon yleiset kehittämistarpeet.

Historiallisesti terveydenhuollon kehittämisessä kansainvälisillä vaikutteilla on ollut merkitystä, eräissä tapauksissa jopa ratkaisevasti kuten sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutuksen aloitus. Tässä tapauksessa erityisesti WHO:n 60-luvun julkaisuilla ja hoitotyön tutkimus- ja kehittämisohjelmalla 1978-1983 oli ratkaiseva merkitys suomalaisen hoitotyön ja hoitotieteen sisältöön: mm. Kalkas ja Lauri tekivät projektijulkaisuja, Hentinen, Krause Paunonen ja Sinkkonen viittavat WHO:n julkaisuihin käsitteiden perusteluina, myös Eriksson viittaa WHO:n julkaisuhin, mutta hän korostaa erilaista näkemystä. Sinkkosen (1980c) yhteenveto on, että WHO:n komitea on ollut eräs merkittävä normatiivisen vallan käyttäjä hoitotyön tutkimuksen suuntaamisessa (myös Lauri 1980c; 1980e, 2; 1990b, 5);... taustalla on WHO:n aktiviteetti alkaa kouluttaa "forskare inom sjukvården" (Eriksson 1971; 1981a, 17-18).

Vaikka kansainvälisen kehityksen tasolla pysyminen on tärkeää (esim. Sinkkonen 1969; 1979; 1983c; 1983f; 1985a), se ei ole lopullinen tavoite. Kysymyksessä on koko terveydenhuollon kehittyminen (Sinkkonen 1975). Varhaisemmista julkaisuista saattaa saada toisenlaisen kuvan: "...sairaanhoitajat ovat pyrkineet kaikissa kolmen esimerkkitapauksemme esityksissään ammattikunnan statuksen ja valta-aseman parantamiseen" (Sinkkonen 1973). Kyseisen artikkelin viitekehyksessä tämä on johdonmukainen seuraamus sellaisen ammattiryhmän asemasta, joka on yhteiskunnallisesti tärkeä, mutta vailla riittävää valtaa ja yhteiskunnallista statusta. Myös Lauri (1973) on huolissaan sairaanhoitajan mahdollisuudesta päättää itsenäisesti omasta työstään. Hän kärjistää toteamalla, että hoitoalan ammatteja ei vielä nykyisin [1975] arvosteta itsenäisinä ammatteina (Lauri 1975a). Samassa yhteydessä Lauri (1975a) perää sairaanhoidolle tieteellistä statusta. Sinkkonen (1975) korostaa, että on tärkeää huomata, että sairaanhoidon tieteeksi nimittämisessä ei ole kyse vain sairaanhoitajakunnan pyrkimyksestä kohottaa työnsä ja koulutuksensa arvoa.

Myös Eriksson osoittaa sairaanhoidon teorian kehittämisen tavoitteeksi palvella käytännön terveyden- ja sairaanhoitoa: "...tutkiminen ja teorian muodostaminen eivät ole itsetarkoitus. Niitä ei tarvita meidän itsemme [sairaanhoitajien] vuoksi, vaan sairaan ihmisen - potilaan takia" (Eriksson 1974a). Hän on "täysin vakuuttunut, että kaikki pyrkimykset kehittää sairaanhoitoa teoriaksi koituvat potilaan parhaaksi " (Eriksson 1974a), "sillä sen primaari intressi on luoda paremmat edellytykset potilaan hoidolle" (Eriksson 1982a; 1982c; 1983c; 1986c). Sairaanhoitotiede on Erikssonin (1976a, 60 [1974b; 1976c]) mukaan sairaanhoitajan ammatin perusta. Hänen ajatuksessaan painottuu vahvasti ammatillisuus. Erikssonin (1976a, 51 [1974b; 1976c]) mukaan ammatillisuuden näkökulma on löydettävissä terveyden- ja sairaanhoidon periaatteisiin sisäänrakennetusta etiikasta; hoitamisen tieteellisyyden vaade on löydettävissä mm. potilaan loukkaamattomuuden ja oikean hoidon periaatteista (myös Eriksson 1985a, 81; 1986d, 81).

Toisaalta Eriksson (1987d) puhuu "klassisesta" hoitotieteestä, joka on noussut ammattitraditiosta, lähinnä sairaanhoitajien näkökulmasta, ja joka on ohjannut tutkimuksen sairaanhoitajien ammatin tutkimukseen ja tiedon hankkimiseen siitä. Hänen teksteistään voi tehdä yhteenvetoa, että hoitotieteen kehittämisen taustalta on erotettavissa mm. sairaanhoitajien intressit (Eriksson 1982c; 1985a, 93), tarve

professionaaliseen sairaanhoitoon, yritys kehittää teoriaa käytännön hoitotyölle (Eriksson 1981a, 9), yritys löytää hoitotapahtumalle perustiede (Eriksson 1981a, 63) ja yritys kehittää hoidosta tiedettä (Eriksson 1981a, 76).

Hoitotieteen kehityksessä voidaan puhua tilanteesta, jossa "vaade sairaanhoidon kehittämisestä tieteelliseksi oppiaineeksi ja sairaanhoidon kriisitilanne, jossa sairas ihminen on unohdettu "(Eriksson 1974a), olisivat painotuksellisesti erotettavissa. Sinkkonen (1980c) konkretisoi eron ajatukseen, että tutkimus on keskittynyt sairaanhoitajiin, kun sen olisi pitänyt keskittyä hoitotyön tarkasteluun (vrt. Sinkkonen 1980a). Kalkas (1978c) muotoilee eron siten, että hoitoprosessissa tapahtuvaa toimintaa ja toiminnan vaikutuksia on tutkittu enemmän kuin hoitoprosessin kokonaisuutta, missä henkilökunta ja potilas ovat samanaikaisesti tutkimuksen kohteena (Kalkas 1978c, 36-39).

Hoitotieteen kehittyminen liittyy Sinkkosen (1976) mukaan laajempaan yhteiskunnalliseen ja terveydenhuollon muutokseen (myös Sinkkonen 1975). Hän tarkoittaa, että terveydenhuollon tutkimuksessa on laiminlyöty alueita, kuten potilaiden perustarpeita tyydyttävän hoidon, mallien ja menetelmien vaikuttavuuden ja tehokkuuden selvittely sekä uusien innovaatioiden kehittely. Tutkimuksin olisi myös testattava käytännön ammattiperinteen kehittämiä oletuksia. (Sinkkonen 1976) Kaikkiaan kyse on siitä, että hoitokäytäntöjen kriittistä evaluointia ei tehdä (Sinkkonen 1977). Erikssonin (1980a) sanoin tiedostettiin oman paradigman puuttuminen ja toisaalta sen välttämättömyys. Välttämättömyys, koska perinteinen lääketieteellinen paradigma ei enää riitä kuvaamaan hoitotodellisuuden ilmiöitä, eikä tutkimaan koko hoitoaluetta (myös Eriksson 1980b; 1985c, 7). Tässä mielessä alettiin vaatia paradigman muutosta, vaihtoehtoista mallia hoitamiseen. Tämän vaihtoehtoisen mallin pitäisi perustua hoitotieteelliseen ajatteluun (Eriksson 1980a; 1989c).

Kalkkaan ajatukset ovat saman sisältöisiä. Hänen mukaansa tarve hoitotyön omasta näkökulmasta lähtevän ihmistutkimuksen kehittämiseen on syntynyt ihmisten elämänkohtaloihin vaikuttamisen ja sen inhimillisten seuraamusten välisestä ristiriidasta (Kalkas 1986a; 1986b);" Tähän tyytymättömyyteen [tietyn diagnoosin omaavan potilasryhmän tutkimuksessa lähdetään lääketieteellisestä kysymysten asettelusta] sisältyy hoitotyön ja ihmisten hyvinvoinnin kannalta mielekkään tutkimuksen kehittämisen siemen" (Kalkas 1981a; myös Kalkas 1983, 49; 1984a, 10; 1984h; 1988a). Myös Krause (1984) ottaa esille, että sairaanhoitajat eivät ole olleet tyytyväisiä hoitotyön toteutukseen, vaan ovat halunneet kehittää hoitoa (Krause 1984, 1).

Alan tutkijakoulutuksen tarvetta osoittavia paineita yllämainittujen lisäksi ovat mm. terveydenhuollon kriisi, terveydenhuollon työtehtävien määrällinen lisääntyminen ja kvalifikaatioiden muutokset, väestön sairausrakenteen ja terveydenhuollon asiakasrakenteen muutos jne. (Sinkkonen 1983a; 1983g). Lauri (1978) huomauttaa, että "toiminnan lähtökohtana on yhteiskunnan asettamat terveydenhoidon tavoitteet, mutta toiminnan pitää palvella asiakkaan terveydenhoitoprosessia" (myös Lauri 1980a), siis hoitotieteen "tulisi paneutua nykyajan ihmisten terveysongelmiin, niiden ratkaisemiseen yhdessä lääketieteen ja muiden tieteiden kanssa " (Hentinen 1989c).

Hoitotieteen tiedestatuksen kannalta ei voi jättää huomiotta Kalkkaan (1984g) näkökulmaa, että alan tietoaineksen tieteellistämispyrkimys seurasi vasta

siitä, kun sairaanhoitajakoulutuksen pääaine siirtyi terveydenhuollon kandidaattikoulutuksen aloittamisen yhteydessä yliopistolliseksi oppiaineeksi.

2.6 Yhteenveto

Hoitotiedettä on edeltänyt vahva lähes koko 1900-luvun kestänyt aatteellinen kehittämistyö. Yhteenvetona voi sanoa, että hoitotieteen kehittymisen kannalta keskeinen tekijä on ollut suomalaisen terveyden- ja sairaanhoitajakunnan aktiivisuus. Kaikkiaan perustelut hoitotieteen kehittymiselle Suomessa ovat vivahteikkaat. Kansainväliset kehittämispaineet ovat olleet voimakkaat, kuten myös kansalliset terveydenhuollon kehittämispaineet. Myös ammatilliset ja ammattikuntakohtaiset vaateet ovat korostuneet. Tässä argumentaatiossa on korostunut tieteenalan uutuus: se ei ole mitenkään itsestään selvyys, vaan omasta olemassaolostaan kamppaileva [mahdollinen] tieteenalue, toisaalta se ei ole myöskään itsetarkoitus (mm. Sinkkonen 1980d; myös Sinkkonen 1969; 1975; 1976), joskin keskustelu tuo esille myös hallinnollisen päätöksen merkityksen.

Vivahteikkaat perustelut osaltaan vihjaavat tulevasta monipuolisesta termistöstä. Ammattialakohtaisen ja ammatillisen aktiivisuuden vaikutus ei jää huomaamatta hoitotieteen alassa eikä käsitteistössä. Tässä aineistossa ammattialakohtaiset vaateet jäivät lähes kokonaan ammatillisuuden varjoon. Vuosien mittaan näistä muodostuu hoitotieteilijöille myös ongelmallista, eikä helposti ratkaistavaa problematiikkaa tieteen ymmärtämisen ja kehittymisen kannalta.

3 SUOMALAISTA HOITOTIEDETTÄ ON ...

Tässä luvussa kullakin asiantuntijalla on "puheenvuoro". Puheenvuoroissa esittelen toisaalta kunkin asiantuntijan näkökulmaa hoitotieteeseen, toisaalta luon niiden avulla kokonaishahmotusta suomalaiseen hoitotieteeseen sen ensimmäisillä vuosikymmenillä.

Puheenvuorolla tarkoitan tulkintaani kunkin asiantuntijan teksteistä löytyvästä keskeisestä ajatuksesta. Olen nimennyt puheenvuorot valitsemani rekonstruktioteeman mukaan. Tässä luvussa painopiste on rekonstruktiossa, myöhemmin vertailussa. Puheenvuorojen järjestys on sidonnainen aikaan. Kuitenkin siten, että emeritaprofessori Kalkas aloittaa. Hänen jälkeensä järjestys on muotoutunut ensimmäisten julkaisujen ajankohdan mukaan. Myös muissa luvuissa antaessani asiantuntijoille puheenvuoron pitäydyn samassa järjestyksessä.

3.1 Hertta Kalkas: Terveen- ja sairaanhoito

Kalkas ottaa teksteissään monipuolisesti kantaa hoitotieteen eri kysymyksiin. Vahvin painotus on filosofisten perusteiden pohdinnassa. Tämä selittynee mm. sillä, että Kalkas (1982a) korostaa tieteenteoreettisen pohdinnan merkitystä uuden tieteenalan kehittämisen kannalta. Hänen kirjoituksensa henkivät yleistä filosofista pohdiskelua. Tarkoitan tällä, että Kalkas lähestyy useasti käsittelemäänsä aihetta kahdesta näkökulmasta, joiden problematiikan pohdinnalle hän perustaa näkökulmansa. Lähestymistapaan sisältyy painotus asioiden pohtimisen ja keskustelun tärkeydestä.

Esimerkkejä Kalkkaan tavasta tarttua aiheeseen ovat mm. teoreettinen vs. käytännöllinen (Kalkas 1976c; 1978a; 1978c; 1979a), sairaanhoito vs. sairaalahoito (Kalkas 1972; 1973; 1978c), sairaanhoidon asiakas vs. hoidon toteuttaja (Kalkas

1976a; 1976b; 1978b), potilas ymmärretään aktiivisena vs. passiivisena (Kalkas 1976c; 1978c; 1981a; 1981b), hoitotoimen tarkoitus on normaalitilan saavuttaminen vs. ihmisen itsenäisen selviytymisen tukeminen (Kalkas 1976c; 1978b; 1988a), keinorationaalinen vs. päämääräkriittinen toiminta (Kalkas 1984f; 1986a; 1986b; 1986c), epidemiologinen vs. ihmiskeskeinen lähestymistapa (Kalkas 1987a; 1990d), hoitotyötä tekee vain määritelty henkilökuntaryhmä vs. kaikki (Kalkas 1978a), tieteellinen realismi vs. instrumentalismi (Kalkas 1982a), länsimainen vs. perinteinen kiinalainen lääketiede (Kalkas 1985b), ongelmakeskeinen vs. tieteenalakeskeinen koulutus (Kalkas 1990a), teknologinen vs. pehmeä näkemys (Kalkas 1990a) ja utilitarismi vs. hedonismi (Kalkas 1991b) jne.

Kalkkaalla filosofinen pohdinta liittyy niin tieteen tekemiseen kuin hoitotyön toimintaan. Tämä pohdinta kietoutuu koko ajan arvoproblematiikkaan. Sen eräs kulminaatio on hoitotyön etiikan oppikirja (ks. Kalkas 1985a) ja toisaalta vuosia jatkuva hyvän hoidon tarkastelu. Kalkas korostaa niin ihmiskäsityksen kuin terveys- ja sairauskäsityksen tärkeyttä tuotantonsa alusta lähtien. Hän ymmärtää näiden selvittämisen olevan pohja niin sairaanhoidolle (myöh. hoitotyölle) kuin tälle perustuvalle tieteelliselle toiminnalle. Jäähyväisluennossaan Kalkas (1991a) kiteyttää ajatuksensa hoitotieteelliseksi näkökulmaksi, periaatteelliseksi asenteeksi nähdä ihminen.

Kalkas (1985b) määrittää itsensä nursing -hoitotieteen edustajaksi (myös Kalkas 1987f; 1986a; 1986b; 1990a; 1990b). Nursing -hoitotieteen hän kääntää suomeksi terveen- ja sairaanhoidoksi. Hänen mukaansa nimi viittaisi paremmin kokonaisen ihmisen hoitoon ja olisi rakenteeltaan loogisempi kuin "terveyden- ja sairaanhoito". Hän korostaa, ettei liitä siihen "tiede" lisäystä, koska alan tietoperusta ei ole tiedettä pelkästään luonnontieteellisessä merkityksessä vaan myös filosofisessa merkityksessä. (Kalkas 1987f; 1990c; vrt. terveen- ja sairaanhoito hoitotyötä tarkoittavana; Kalkas 1986b; 1987b; 1987c). Tiede -termin poisjättö on yhteydessä Kalkkaan keskusteluihin alan kansainvälisten vaikuttajien kanssa (ks. Kalkas 1984b; 1986a; 1986b; 1990c).

Käsitteessä terveen- ja sairaanhoito Kalkas kokoaa ajatuksensa yhteen. Hän edustaa terveen- ja sairaanhoitoa [hoitotiedettä], mikä tarkoittaa tieteenalan lähtökohtana ihmistieteellistä näkökulmaa; ihminen ymmärretään elävänä, tahtovana ja tuntevana olentona sekä kulttuurin jäsenenä (Kalkas 1987a). Tämä ei kuitenkaan tarkoita, Kalkas (1987d) painottaa, etteikö hoitotieteellistä tutkimusta tulisi kehittää monesta eri filosofisesta lähtökohdasta. Voidaan sanoa, että Kalkas hahmottelee erästä hoitotieteellistä tapaa ajatella.

Aluksi Kalkas (1986b) sanoo yhdeksi hoitotieteen lajiksi terveen- ja sairaanhoitotiedettä (myös Kalkas 1987b), mutta muuttaa ilmauksen terveen- ja sairaanhoidoksi (Kalkas 1987f).

Terveen- ja sairaanhoidon näkökulmasta hoitotieteellisen tutkimuksen lähtökohta on ihmistieteellinen; ihmisen tutkiminen elävänä, tahtovana olentona sekä kulttuurin jäsenenä (Kalkas 1987a). Sille on tyypillistä, että siinä pyritään ymmärtämään ihmistä eri tavoin kokonaisuutena. Kalkkaan mukaan esimerkkejä tästä ovat Yhdysvalloissa kehitetyt käsitteelliset mallit. Toinen terveen- ja sairaanhoidon kannalta keskeinen kysymys on, miten tukea ihmisten luonnollisten ominaisuuksien ja olosuhteiden säilymistä hoitotilanteissa ja mikä merkitys tällä tukemisella on hänen hyvinvointinsa kannalta. (Kalkas 1987f) Terveen- ja sai-

raanhoidon [hoitotieteen; Kalkas 1984e] tehtävänä on kehittää tutkimusmenetelmiä, joiden avulla voidaan saada tietoa sen tyyppisistä aiheista kuten mm. sairauden ja terveyden merkitysten selvittäminen, selvyyttä sellaisiin käsitteisiin kuin "toivo", "selviytyminen jokapäiväisessä elämässä", "kärsimys", "oman elämän hallinta" jne. ja mitä ne merkitsevät erilaisia terveysongelmia omaaville ihmisille ja miten hoitotyössä näihin asioihin suhtaudutaan, miten erilaiset hoitomuodot ovat yhteydessä em. asioihin, mitä ihmiset tuntevat ja mitä tahtovat terveinä ja sairaina ollessaan ja mikä merkitys eri hoitomenetelmillä on näiden asioiden kanssa jne.

3.2 Sirkka Sinkkonen: Kritiikki - osa hoitotiedettä

Kun Sinkkonen julkaisi ensimmäisen artikkelinsa 60-luvulla hoitotiedettä terminä ei ollut vielä olemassa. Tätä sanaa piti odottaa vielä kymmenen vuotta. Sinkkosen mukaan hoitotieteen kehittämispaineet ovat olleet hyvin voimakkaat ja laajat. Vaikka kansainvälisen kehityksen tasolla pysyminen on tärkeää (esim. Sinkkonen 1969; 1979; 1982c; 1984c; 1985a), se ei ole lopullinen tavoite. Kyseessä on koko terveydenhuollon kehittäminen.

Sinkkosen (1975) mukaan on tärkeää huomata, että sairaanhoidon tieteeksi nimittämisessä ei ole kyse vain sairaanhoitajakunnan pyrkimyksestä kohottaa työnsä ja koulutuksensa arvoa. Sinkkosen kielessä tämä tarkoittaa kritiikkiä sille, että alan tutkimus on keskittynyt sairaanhoitajiin, kun sen olisi pitänyt keskittyä hoitotyön tarkasteluun. Sinkkonen (1980c) viittaa mm. maassamme tehtyihin alan tutkimuksiin [ad. 1980], joissa sairaanhoitajien työn sisältöä on tarkasteltu potilaasta irrallisena ilmiönä. Toisaalta myöskään potilaan näkökulmaa ei ole juuri otettu huomioon, vaikka hoitotyön ideologiassa sitä korostetaan voimakkaasti. Toisaalta tarkastellessaan hoidon laadunarviointia Sinkkonen tekee vastaavan havainnon; hoidon standardit ovat kovin ammattilähtöisiä ja -keskeisiä (Sinkkonen 1987).

Voidaan sanoa, että Sinkkonen on johdonmukainen koko tuotantonsa tälle linjaukselle. Erityisesti se, mikä Sinkkosen teksteissä kiinnittää huomiota, on niiden kriittisyys hoitotieteen, hoitotyön tai hoitotyön koulutuksen ratkaisuille (esim. Sinkkonen 1974; 1977; 1983d; 1983e; 1987). Vaikka hänellä oli tienaukaisijan rooli tai ehkä juuri sen takia, hän ei ole langennut tehtyjen ratkaisujen puolustamiseen statuksen vuoksi. Hoitotiedettä koskeva varsin kriittinenkään keskustelu ei ole hänen käsittääkseen epänormaalia, vaan välttämätöntä ja hedelmällistä hoitotieteen kehittymiselle (Sinkkonen 1983c). Hän myös kirjoittaa tässä hengessä.

Oppitunnin kriittisestä aiheen kehittelystä hän antaa hoitoprosessia kohtaan suunnatussa kritiikissään. Tämän kritiikin juuret ovat löydettävissä jo Sinkkosen (1968b) sairaalassa toteutuvaa demokratiaa ja päätöksentekoa koskevassa artikkelissa; kysymys sairaalademokratiasta liittyy myös läheisesti potilaaseen. Sinkkonen (1977) kiinnittää huomiota siihen, miten kotisairaanhoidossa hoitoprosessia toteutettaessa määritetään potilaan hoidontarve: hoitoisuusluokituksiin perustuva hoitosuunnitelma tekee ihmisistä harvoja tyyppitapauksia. Tämä toteutustapa perustuu hänen mukaansa oletukseen, että yksilöt ovat samanlaisia oleellisilta hoidon tarvetta määräävilta osiltaan. Hänen (Sinkkonen 1980a) mukaansa WHO:n

hoitoprosessi sellaisenaan ei ole edes empiiristä todellisuutta kuvaava malli, vaan sen lisäksi tarvitaan yksityiskohtaisempaa teoriaa. Toisaalta siitä puuttuu hoitotyön niveltäminen potilaan kokonaishoitoon (Sinkkonen 1980c). Mitä Sinkkonen ajaa tässä takaa liittyy ajattelutavan muutokseen. Sen sijaa, että hoitaja kysyisi "Mitä pitää tehdä", hänen olisi kysyttävä "Mitä potilas tarvitsee" (Sinkkonen 1983e). Hentisen ja Sinkkosen (Sinkkonen 1985d) julkaisemaa tutkimusta voidaan pitää edellä kuvattuun kritiikkiin pohjaavan ajattelun kokeiluna.

3.3 Katie Eriksson: Tien näyttäminen

Erikssonin näkökulman kannalta keskeiset termit ovat hoito ja hoitotiede. Kuitenkin kirjojen suomennoksissa[1] hoitotyö varastaa itselleen itseään tärkeämmän roolin. Lähtökohdissaan Eriksson viittaa termiin hoitotyö lähinnä siksi, että tätä sanaa käytetään Suomessa ja selvittääkseen omaa terminologiaansa. Eikä hänen tuotantonsa suhdetta muuhun suomalaiseen hoitotiedekeskusteluun ymmärtäisikään ilman mainittuja terminologiaselvityksiä, mutta myös hän itse hämmentää lukijaa termien käytöllä.

Eriksonin ajattelussa tapahtuu 80-luvulla suuria muutoksia mm. ontologisesti hän suuntautuu selkeästi hengelliseen näkökulmaan. 80-luvun alussa Erikssonin (1980b) mukaan hoitotiede on lähtenyt kehittymään jännityksestä tietämisen ja ei-tietämisen välillä. Hän perustelee ajatuksensa siten, että ongelma ei voi syntyä tietämättömyydestä, eikä ongelmaa ole olemassa, jos ei ole tietämistä (Eriksson 1980b). 80-luvun lopulla hän (Eriksson 1989a [1987g]) argumentoi "hoitotieteen paradigman olevan mahdollista, jos käyttövoimana on hoitajien tiedostama tietämättömyys ja halu löytää vastauksia kysymyksiin, joihin näitä ei vielä ole" (Eriksson 1989a, 16). Nämä näkökulmien erot heijastavat perimmältään Erikssonin ajattelun muutosta hoitotieteessä.

---

1 Tämän työn kannalta Erikssonin tuotannon kaksikielisyys muodostui varsin hankalaksi ongelmaksi. Ensinnäkin siksi, että hänen kirjansa ovat ilmestyneet aina ensiksi ruotsinkielisinä ja muutaman vuoden viiveellä suomeksi. Viitatessaan johonkin teokseensa ao. viite on aina alkuperäiseen teokseen, so. ruotsinkieliseen. Siis selvittäessäni miten joku käsite on Erikssonin kielenkäytössä kehittynyt suomenkieliset kirjat eivät kerro ajallisessa mielessä mitään. Toisaalta käännöksistä seuraa myös muita ongelmia. Käännöksistä vastaavat useat henkilöt ja osin terminologiaan on käännetty huolimattomasti; yksittäisessä kirjassa terminologia saattaa olla epäjohdonmukaista suhteessa alkuperäiseen, eri kirjojen välillä tämä ei ole edes poikkeus. Valinta vaikuttaisi helpolta, mutta em. problematiikasta on seurannut, että suomenkielisille lukijoille ajatus hoitotieteestä Erikssonin näkökulmasta muotoutuu eri termien kautta kuin ruotsinkielisille lukijoille. Siis voidaanko Erikssonin rakentamaa ajattelua tarkastella suomennosten pohjalta? Tämän tutkimuksen kannalta kyseisen kysymyksen ei pitäisi olla ongelma, ellei olisi niin, että suomennetuilla versioilla on painavampi merkitys suomalaisessa hoitotiedettä koskevassa keskustelussa kuin alkuperäisteoksilla. Terveydenhuolto-oppilaitoksissa käytetään juuri näitä suomennoksia rakentamaan tulevien hoitajien ymmärrystä hoitotieteestä. Tieteelliseltä kannalta merkittävämpi on havainto, että Suomessa käytetään ao. suomennoksia myös akateemisten opinnäytteiden lähteinä (mm. Kiikkala 1991; Janhonen 1992; Åstedt-Kurki 1992). Tästä työstä ei ole myöskään tarkoituksenmukaista tehdä ruotsi-suomi sanakirjaa. Joten, kun käytän suomennosten terminologiaa, viittaan kuitenkin aina ao. kirjan ruotsinkieliseen painovuoteen (esim. 1985c, 3-6 [1983e]), jolloin ensinmainittu vuosiluku viittaa suomennokseen ja [ ]-merkitty vuosiluku ruotsinkieliseen painokseen. Otan selkeyden vuoksi esille eri termien ruotsinkielisiä ilmaisuja. En kuitenkaan tee yksityiskohtaista vertailua eri painosten välillä termien johdonmukaisuudesta tai yhden suomennoksen terminologisesta johdonmukaisuudesta.

Hoitotieteen sisällöllinen ymmärrys ei pysy Erikssonilla muuttumattomana, mutta voidaan sanoa, että koko tuotantonsa Eriksson yrittää korostaa heti alussa esille ottamaansa näkemystä: "Olen täysin vakuuttunut, että kaikki pyrkimykset kehittää sairaanhoitoa teoriaksi koituvat potilaan parhaaksi" (Eriksson 1974a).

Erikssonin tuotanto on peruskysymyksen muodon kannalta yhtenäinen: "Miksi ihmistä hoidetaan?" Vastausten osalta se on jaettavissa kahteen aikakauteen. Nämä aikakaudet ovat toistensa jatkumo, mutta niihin liittyvät ääri-ilmiöt ovat toistensa vastakohdat. Tieteen harrastuksen kannalta näihin aikakausiin liittyy erilainen ymmärrys tieteestä. Ensivaiheessa ymmärryksellä tieteestä on ratkaiseva vaikutus siihen, millaisena Eriksson tuo esille näkemyksensä, mutta myöhemmässä vaiheessa tieteenymmärrys on vahvemmin seurausta muusta ymmärryksestä.

Erikssonilla on vahva usko siihen, että hoitotapahtumamalli (vårdprocessmodell) on hoitoa kuvaava malli ja että se sisältää sen, mikä on ominaista ja erityistä hoidolle: "En grunläggande modell för vårdandet" (Eriksson 1982a). Tälle mallille on tyypillistä rationaalisen päätöksenteon, erityisesti tavoitteen määrittelyn, korostaminen. Varhaistuotannossaan hän vastaa miksi-kysymykseen hoidon tavoitteella: päämääränä on terveys (hälsa) (esim. Eriksson 1975a, 11; 1976a, 14 ja 42 [1974b]; 1976b, 5-6; 1976c, 13 ja 34; 1977; 1978a; 1978b; 1981a, 1; ; 1984d; 1984i; 1985b, 4; 1986d, 26; 1989b, 84-95 [1984a])).

Muutos vanhasta uuteen ei tapahdu Erikssonin tuotannossa hetkessä, vaan se on vuosien prosessi 1986-1988. Itse asiassa tätä välivaihetta voisi kutsua omaksi vaiheekseen: uuden vastauksen muotoilemisen aika. Teksteissä on havaittavissa, että uusi vastaus syntyy tarpeesta johonkin toiseen. Vanha vastaus ei ole riittävä, mutta se eksplikoidaan vasta uuden vastauksen myötä (esim. Eriksson 1988c, 23; 1989a, 14-15 [1987g]).

Eriksson lähestyy uutta ajattelua asettamalla kysymyksen "Mitä hoitaminen on" ja tarkastelee useissa kirjoituksissaan tämän kysymyksen vastausta, hoidon substanssia (esim. Eriksson 1986c; 1987b; 1987a [1987h]; 1988a; 1989a [1987g]), mutta ilman em. miksi-kysymystä hän ei pääse näkökulmissaan eteenpäin. Hän vaihtaa vastausta. Hän hakee vastauksen hoitamisen peruskategoriasta (Eriksson 1990e); kärsimys kuuluu ihmisen perustaan. Ja hoitamisen ydin on kärsimyksen lievittämisessä (Eriksson 1990d). Hän toteaa, että "terveys on siedettävissä olevaa kärsimystä" (Eriksson 1990e; 1991d). Tämä muutos on ymmärrettävissä sen huomion kautta, että Eriksson hylkää selkeästi aiemman tavoitekeskeisen ajattelun, ja täten ymmärtää hänen ajatuksensa mm. "hoitaminen tien osoittamisena, ei tavoitteiden muotoilemisena" (Eriksson 1989a, 28-29). Tällöin ei voida lähteä määrittämään hoitamista terveys-tavoitteen kautta, vaan lähtökohta tulee löytää toiminnan perustasta. Myös eri aikakausien suhde esimerkiksi tavoitteisuuden ymmärrykseen muodostuu vastakohdakseen, eikä siten ole perusteltua tarkastella Erikssonin tuotantoa vain suhteessa tavoitekeskeisyyteen.

Erikssonin omaa terminologiaa käyttäen kuvattua prosessia voidaan nimittää hoitotieteen paradigman muuttumiseksi. Paradigman muuttuminen edellyttää mm. teorian ytimen muuttumista (Eriksson 1988a). Erikssonin (1991b) mukaan näin on käynyt: 50-luvulta asti vallinnut suuntaus on rajannut ontologisesti hengelliset kysymykset hoidon ulkopuolelle. Enää ei ole niin. Tänä päivänä [1991] hoitotieteessä on Erikssonin mukaan kyse uudesta humanistisesta paradig-

masta (Eriksson 1991a, 29-47), "caring paradigm" (Eriksson 1989d), jota voidaan kutsua "vårdens Paideia" erotuksena aikaisempaan mekanistiseen ja luonnontieteelliseen ajatteluun.

Koska Erikssonia askarruttaa "miten terveys voidaan saavuttaa" ja myöhemmin "miten kärsimystä voidaan lievittää", hän ei voi palata enää alkuun kysymällä mitä sairaanhoitajat (sjuksköterska) tekevät siksi, että yksittäisen ammattiryhmän toiminta näiden ongelmien kannalta on toissijaista. Tästä muodostuu Erikssonin koko tuotantoa hallitseva piirre, ja hänet muista suomalaisista asiantuntijoista erottava lähtökohta; Hän ei koskaan aloita siitä, mitä sairaanhoitajat tekevät, vaan mitä ao. toiminnalta odotetaan. Myös määritellessään hoitamista hän korostaa tätä näkökulmaa (esim. Eriksson 1985c, 15-16 [1983a]; 1987a, 9 [1987-h]).

Hoitoteologia

Hoitoteologiassa Eriksson (1991f) vetää yhteen ajatuksensa hoidosta (caritas). Keskeistä Eriksonin (1991b) näkemyksessä on kristillinen ihmiskäsitys, jonka mukaan ihminen on kolmijakoinen eli käsittää hengen, ruumiin ja sielun, ja että uskonnollinen ahdistus ja syyllisyys syntyvät suoraan tai epäsuorasti ihmisen suhteesta Jumalaan (Eriksson 1991c). Uskonnollista syyllisyyttä nimitetään Raamatussa ja kristillisessä teologiassa synniksi (Eriksson 1991c). Synti erottaa ihmisen Jumalasta ja rikkoo yhteyden Jumalan kanssa. Anteeksiantamus merkitsee, että Jumala palauttaa tämän yhteyden ennalleen ja ihminen saa osuuden elämästä, Jumalan iankaikkisesta elämästä. Tämä on ihme, josta pääsee osalliseksi vain uskomalla. Vain uskon perusteella ihminen julistetaan Jumalalle kelpaavaksi (vanhurskaaksi), eikä niiden tekojen kautta, jotka seuraavat uskoa. Vanhurskaaksi tekeminen on todellisen terveyden perusta ja edellytys. (Eriksson 1991e)

Erikssonin (1990e; 1991d) mukaan kärsimys näyttää olevan parhaiten kaikkeen hoitoon liittyvä peruskäsite. Hän lähtee siitä ajatuksesta, että hoitotiede myöntää kärsimyksen läsnäolon sekä selittää sitä kaksinkertaisena, ts. ihminen pelkää sekä elämistä että kuolemista. Vasta kun ihminen on sovitettu kärsimyksensä kanssa, on luotu parantumisen edellytykset. Kärsimys liittyy usein sairauteen, mutta kärsiä voi myös sairaudesta riippumatta. Siis, jos näemme kärsimyksen osana elämää, silloin myös terveydessä on kärsimystä ja täten terveys on ymmärrettävissä siedettävänä kärsimyksenä. Hoitamisen ydin on ymmärrettävissä tästä johtuen aikojen alusta alkaen inhimillisen kärsimyksen lievittämiseksi. Jos "kärsimys" otetaan pois katoaa hoitaminen tai kääntäen: kärsimyksen ottaminen mukaan synnyttää merkitysyhteyden, joka tekee oikeutta määrätylle hoitoperinteelle. Kaiken kaikkiaan Erikssonin (1991e) mukaan tässä olisi kyse kristillisestä terveysteoriasta.

Filosofia ja hoitaminen

Varhaistuotannossaan Eriksson tarkastelee termejä lähinnä järjestelmäkeskeisesti ja sanakirjapohjaisesti (esim. Eriksson 1976b). Hän huomaa, että mm. sairaanhoidon historian kuvaus järjestelmäkeskeisesti jää ontoksi (ks. Eriksson 1985c, 9 [1983a]; 1988b; myös Eriksson 1980a; 1981a, 4-7; 1984b), mutta hän tarttuu siihen

vasta 1986 hoidon etnologisen tarkastelun myötä (ks. Eriksson 1986c; 1987a; 1987b; 1987c). Tällöin tapahtuu ratkaiseva näkökulman vaihdos. Hoitaminen ei ole ensisijassa ikäänkuin järjestelmän tuottama toiminta, vaan se on itsessään jotain; sillä on substanssi, josta se määräytyy. Teksteissä tämä tarkoittaa, että jos esimerkiksi varhaistuotannon vård-näkemyksessä on tunnistettavissa vahvasti organisatorinen painotus, niin caring ja erityisesti caritas-ajattelussa on vahvasti kyse [...]filosofisesta otteesta hoitamiseen (ks. tarkemmin "4.4. Caring Erikssonin kielessä").

Tämä on siinä mielessä merkityksellinen yhteys, että Eriksson (1980a) huomauttaa aikoinaan lääketieteen kehityksen tieteenä pysähtyneen juuri siksi, että se perustui filosofiaan, ja filosofinen spekulaatio korostui systemaattisen empiirisen tutkimuksen asemasta. Erikssonilla tämä näkemyksen vaihtuminen liittyy paradigman muutokseen, mutta epäselväksi jää huomautuksen merkitys tulevaisuutta ajatellen.

3.4 Sirkka Lauri: Ammatillinen hoitotyö

Laurin teksteissä on kolme vahvaa trendiä: päätöksenteko hoitotyössä, terveydenhoitajan työn kehittäminen sekä hoitotyön toimintamallin kehittely - Theoretical Model for Nursing (Lauri 1990g). Kaksi ensin mainittua liittyvät selkeästi myös yhteen viimeksi mainittuun hoitotyön toimintamallin kehittelyyn. Julkaisussa "Hoitotyön päätöksenteon ja tietoperustan tutkiminen" Lauri (1991b) tekee yhteenvetoa päätöksenteon tutkimuksen näkökulmasta hoitotyön toimintamallin kehittelystä omissa tutkimuksissaan kautta vuosien. Laurin tuotantoa ei voi ymmärtää ilman mainittuja trendejä, mutta lähtökohtana keskeisempään asemaan nousee Laurin (1983a) virkaanastujaisesitelmässä esittämä ajatus hoitotyön yliopistotasoisesta koulutuksesta (myös Lauri 1983i), joka kiteytyy hänen viimeisessä virkaanastujaisesitelmässään (Lauri 1989b) ymmärrykseen hoitotieteestä ammatillisesti orientoituneena tieteenä. Tämä ei kuitenkaan tarkoita hoitotyön ammatillisen ja tieteellisen koulutuksen ymmärtämistä tavoitteiltaan yhtäläisinä (Lauri 1991a).

Koska potilaan hoitoon sairaalassa osallistuu monien eri ammattiryhmien edustajia, heillä on oltava koulutuksensa pohjalta oma ammatillinen viitekehyksensä, jonka perusteella he määrittävät potilaan ongelmia (Lauri 1985g; myös Lauri 1981f; 1984b). Hoitotyön ammatillisella viitekehyksellä Lauri (1985h, 22-23; 1986c, 4) tarkoittaa konkreettista toimintamallia, joka ohjaa hoitotyön päätöksentekoa hoidossa. Laurin toiminnassa tämä tarkoittaa kokoavaa projektia hoitotyön toimintamallin kehittämiseksi (ks. Lauri 1977a, 4 - 1991b).

Ammatillinen viitekehys pohjautuu Laurin (1985h) mukaan ammatin arvo-, tieto- ja taitoperustaan (Lauri 1985h, 22; 1985g; 1986c, 8-12; 1988d). Ammatilliset arvot heijastavat ammatinharjoittajien toimintoja ja ammattiin kuuluvia tiettyjä standardeja, jotka perustuvat uskomuksiin ja käsityksiin ammatista ja rooleista yhteiskunnassa. Ammatilliset arvot muotoutuvat koulutuksen aikana ja kehittyvät työssä jatkuvan oppimisen ja kokemusten kautta. (Lauri 1985e, liite 1; 1986c, 4; myös Lauri 1984d) Hoitotyön arvoperusta pohjautuu Laurin (1985h) mukaan kokonaisvaltaiseen ihmiskäsitykseen (Lauri 1985h, 15; 1985e, 4; 1986c, 8).

Ammatin oma tietoperusta muodostaa perustan ammatillisuuden kehittymiselle. Myös hoitotyön tietoperusta muodostuu koulutuksessa. (Lauri 1985c) On kuitenkin huomattava, että hoitotyön tietoperusta pohjautuu useiden eri tieteenalojen tuottamaan tietoon (Lauri 1983g; 1985h, 19; 1986c, 13; ks. Lauri 1977a; 1979b; 1979c; 1980d; 1982b; 1988c).

Hoitotyön tietoperusta nojautuu lähtökohdissaan Nightingalen oppeihin. Sen kehittymiseen ja muototutumiseen 1900-luvulla on voimakkaasti vaikuttanut yleinen yhteiskunnallinen ja lääketieteellinen kehitys. Erityisesti lääketieteen eriytyminen moniin eri osa-alueisiin vaati samansuuntaisen tietoperustan luomista hoitotyössä. 1940-luvulla hoitotyön tietoperustan kehittämistä jatkoi Henderson potilaan perustarpeiden pohjalta. Hendersonin luoman ajattelun pohjalta tietoista ja systemaattista hoitotyön teorian kehittelyä on tehty 1950-luvulta lähtien lähinnä USA:ssa: on alettu kehitellä erilaisia teoriamalleja kuvaamaan hoitotyötä. (Lauri 1983a; 1983g; 1983i; 1984a; 1989b)

Ajatuksena on, että näiden teoriamallien avulla pyritään kuvaamaan, selittämään, tunnistamaan ja ohjaamaan käytännön hoitotyötä. Joskin Lauri viittaa lähes välittömästi Stevensin ao. teoriamalleja kohtaan osoittamaan kritiikkiin. Ne lähtevät ajattelusta "mitä hoitotyön pitäisi olla?", kun teorian kehittämisessä pitäisi lähteä ajattelusta "mitä hoitotyö on?" ja edetä siitä käsityksen, mitä sen pitäisi olla. (Lauri 1983g; myös Lauri 1983a; 1983i; 1987a; 1987c) Kritiikki jää Laurilta aluksi huomautuksen tasolle, koska hän jatkaa: "Nykyisten laajojen koko hoitotyön alueen kattavien teoriamallien tehtävänä on luoda suuntaa ja lähtökohtia suppeampien teoriamallien kehittämiselle,..." (ibid). Virkaanastujaisesitelmässään 1983 hän ottaa esille laajemman näkemyksen korostaen suppeampien tiettyä hoitotyön osa-aluetta selittävien teorioiden ym. vastaavien tarvetta koko hoitotyön aluetta kattavien teorioiden rinnalle (Lauri 1983a; 1983i), ei vain alisteisina.

Myöhemmin Lauri (1987a; 1987c; 1988d) laajentaa kritiikkiään viittaamalla Meleisin näkemykseen, "ettei yksi teoria voi selittää kaikkia alueen ilmiöitä". Tuekseen hän ottaa Kimin esittämän teorian, jonka mukaan hoitotyön toimintaa on tarkasteltava kahdessa erilaisessa keskeisessä osa-alueessaan. Tarkastelu on keskitettävä toisaalta toimintaan hoidollisessa tilanteessa, jossa potilas ja hoitaja ovat molemmat läsnä, toisaalta työntekijän itsenäiseen toimintaan kuten esimerkiksi päätöksentekoprosessiin. Tässä tulee esille mm. tekeekö työntekijä päätökset yksin vai yhdessä potilaan kanssa, jolloin tarkastelun luonne muuttuu. Tämä puolestaan kertonee toiminnan arvopohjasta. (ibid.; vrt. Lauri 1991b, 48-49) Tälle kritiikille johdonmukaisena pitäisi nähdä tarkastelun taustalla oleva problematiikka: Toiminnan oletetaan lähtevän hoitajasta.

Tässä yhteydessä painottuu Laurin näkemys tietoperustan merkityksestä. Paitsi, että se liittyy ammatillisen päätöksenteon teoreettiseen erotteluun ja tunnistamiseen hoitotilanteessa, sen merkitys on perustavaa laatua kokonaisvaltaisen toiminnan ymmärtämiselle (ks. myös kokonaisvaltainen hoitaminen; Lauri 1985f; 1989b). Kokonaisvaltaisessa toiminnassa on kyse tehtäväalueen tiedollisesta hallinnasta ja ko. tilanteen mahdollisimman täydellisestä ymmärtämisestä. Hoitotyön tietoperusta antaa tämän mahdollisuuden. Jos ammattihenkilö ei hallitse tilannetta tiedollisella tasolla, on vaarana, että toiminnasta muodostuu pirstoutunutta. Tilanne on Laurin mukaa terveydenhoitajan toiminnassa samanlainen niin eriytyneessä kuin väestövastuisessakin työssä. (Lauri 1988c) Siis työmuoto tai

yksittäisen potilaan hoidon vastuujaon muutos ei tee työstä kokonaisvaltaista vaan tehtäväalueen tiedollinen hallinta.

Hoitotieteen (Lauri 1984a) ja hoitotyön (Lauri 1985h; 1986c) taidollinen perusta pohjautuu ammatillisiin taitoihin ja rooleihin. Ne edellyttävät työntekijältä teknistä taitavuutta ja joustavuutta siirtyä nopeasti roolista toiseen asiakkaan hoidollisen tilanteen mukaan. (Lauri 1984a; 1985h, 19-20; 1986c, 13-14)

Laurin tuotannon taustaa voidaan tarkastella myös projektina terveyden- ja sairaanhoidon identiteetin puolesta, jonka eräänä tuloksena on ammatillisen eriytymisen perusteet. Hoitoyhteisössä asiakkaan/potilaan hoidossa eri ammattiryhmät eivät eriydy annettuina nimikkeinä tai tehtävinä sinänsä vaan ennenkaikkea ammatillisen viitekehyksensä suhteen; ammatilliset vastuualueet eriytyvät päätöksentekoprosessin kautta (Lauri 1984b). Tämä tarkoittaa myös sitä, että sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan työ ei sisällään ole hoitotyötä. Jotta sitä voitaisiin sanoa hoitotyöksi, sitä on tehtävä hoitotyön viitekehyksessä. Tällöin Lauri käyttää edellisistä erottuvia ilmauksia sairaanhoitotyö (Lauri 1985f) ja terveydenhoitotyö (Lauri 1983e; 1986c; 1988c; vrt. Lauri 1977a, 92).

3.5 Maija Hentinen: Hoitotieteen näkökulma

Maija Hentisen väitöskirja (1984c) herättää erityistä mielenkiintoa, koska se on ensimmäinen virallinen hoitotieteen väitöskirja Suomessa. Kiinnostus kohdistuu ennenkaikkea syyhyn: mikä tekee siitä sen mikä se on? Kuitenkin jo väitöskirjan esipuheessa käy selville, että kyse on lähinnä institutionaalisesta seikasta. Itse asiassa Suomessa on tehty jo aikaisemmin kolme hoitotieteen alaan kuuluvaa väitöskirjaa, mutta eri pääaineissa. Hentinen (1990c) tarkoittaa osin myös tätä puhuessaan, että hoitotiede on älyllisenä perinteenä vanhempi kuin alan yliopistollinen koulutus.

Tämä institutionaalinen seikka ei vähennä mielenkiintoa Hentisen väitöskirjaa kohtaan, vaan lisää sitä, sillä siinä summaantunee, ei vain tekijänsä sen hetkinen näkemys hoitotieteeseen, mutta myös hoitotieteellisen tiedeyhteisön virallinen hyväksyntä tälle näkemykselle. Hentisen (1984c) mukaan hoitotiede ja hoitotyön tutkimus muodostavat hoitotyön tietopohjan. Tämä tarkoittaa toiminnassa sitä, että hoitotieteen mallien pohjalta voidaan määrittää mm. käsitys hoidon vastaanottajasta, hoitotyön tavoitteista, sisällöstä, hoidon toteuttajasta ja toimintaa ohjaavista tekijöistä (Hentinen 1984c, 5-9; myös Hentinen 1983g, 55). Hän hylkää valmiit mallit ja kehittää oman, jota väitöskirjassa tutkitaan.

Hoitotyön mallista pitäisi selvitä ainakin hoitotyön a) vastaanottaja, b) tavoite ja c) luonne (Hentinen 1983b; myös Hentinen 1983j; 1983e). Omassa mallissaan Hentinen (1983g, 55) ottaa lisäksi käsiteltäväksi d) hoidon toteuttajan ja e) toimintaa ohjaavat tekijät (ks. myös Hentinen 1984c, 6-9; vrt Hentinen 1987b). Hoitotyön vastaanottaja Hentisen teksteissä on yksittäinen potilas (esim. Hentinen 1979a; 1980b; 1983j; 1984b; 1986c; 1987b) ja/tai hänen omaisensa, so. perhe (esim. Hentinen 1980b; 1980c; 1982a; 1983a; 1983g; 1984c). Hentisen (1983g, 15 ja 17) mukaan hoitotyön tehtävänä on auttaa potilasta/asiakasta saavuttamaan/säilyttämään terveytensä (myös Hentinen 1987b). Hoitotyön toiminnalla ei voida tuottaa suoraan terveyttä, vaan potilas/asiakas itse on tärkein tekijä

(Hentinen 1988a). Hoitotyössä on kyse auttamistapahtumasta, jossa lähdetään potilaan/asiakkaan avuntarpeesta (Hentinen 1983b). Hoitotyön luonne on ymmärrettävissä kahdenlaiseksi: toisaalta potilaan ja perheen tukeminen ja ohjaus sekä toisaalta tunnistaa ei-hoitotyön asiantuntija apua tarvitsevien perheiden ohjaus muuhun hoitoon (Hentinen 1980c).

Väitöskirjassaan Hentinen puhuu hoitotyön toteuttajina hoitajista, joilla hän tarkoittaa sairaanhoitajia ja apuhoitajia (Hentinen 1984c, 28). Toisaalta jo vuosikymmenen alussa Hentinen huomauttaa tarkastellessaan omaisten ohjaamista, että "hoitajalla tarkoitetaan tässä sairaanhoitajaa, mutta hän voi olla myös joku muu, esimerkiksi lääkäri" (Hentinen 1982a; 1983a). Hän ei tällä huomautuksella tarkoita, että mainitut ammattinimikkeet rinnastettaisiin jotenkin yhdeksi tai että olisi sama kuka ohjaa perheitä, vaan ajatusta eri ammattiryhmien päällekkäisistä työmuodoista ja tavoista hoidossa. Ajatuksena on, että tiukka ammattikuntakohtainen ajattelu ei voi toimia työelämän ratkaisuissa, eikä se kestä teoreettisella tasolla kritiikkiä: jos katsotaan, että sairaanhoitajat ohjaavat potilaita, pitääkö se evätä lääkäreiltä? Nimikkeillä hoitava henkilö (mm. Hentinen 1987a; 1987b; 1988a) ja hoitotyöntekijä (Hentinen 1990b) Hentinen hakee jotain tiukan ammattikunta-ajattelun ylittävää ymmärrystä. Tai jälkimmäisellä termillä vähintään perinteistä sairaanhoitajatyötä laajempaa otetta hoitamiseen.

Hentinen (1984c, 42) korostaa, että jos ainoa tai tärkein hoitotyön toimintaa ohjaava tekijä on lääketieteellinen hoito ja lääkärin ohjeet, niin ei voida puhua hoitotyöstä itsenäisessä merkityksessä, ammatillisena toimintana (myös Hentinen 1983g, 57). Hentinen tarkoittaa, että hoitotyössä ei olla pääasiallisesti kiinnostuttu sairauden diagnosoinnista tai sen hoidosta, vaan siitä, miten hoidossa oleva ihminen selviytyy sairaudestaan tai sen hoidosta. Tähän tarvitaan lääketieteellistä tietopohjaa, mutta hoitotyön selkeimpänä alueena voidaan pitää sairauden vaikutuksia ihmisten kokemuksiin. Myös näkökulma sairauden vaikutuksesta potilaan elämäntilanteeseen, ympäristöön, sosiaalisiin suhteisiin jne. sekä näiden tekijöiden vaikutus potilaan hoidon tarpeeseen ja toipumiseen ovat hoitotyön kiinnostuksen kohteina. Kahdessa viimeksi mainitussa näkökulmassa tarvitaan käyttäytymistieteellistä ja yhteiskuntatieteellistä tietopohjaa. (Hentinen 1983g, 17; 1984c, 42)

Hentisen väitöskirjan ymmärtämistä helpottaa tutustuminen hänen lisensiaattityöhönsä (ks. Hentinen 1983g). Nämä tutkimukset ovat saman tutkimusprojektin raportteja. Lisensiaattityössä ei kuitenkaan sanallakaan viitata hoitotieteeseen, mutta siinä haetaan ensin mainittua laajemmin hoitotyön näkökulmaa hoitoon. Hoitotyön näkökulma on Hentisen tuotannon keskeisin teema.

Yksinkertaistaen hoitotyön näkökulmalla potilaan hoidossa tarkoitetaan sitä, että lähtökohtana on potilas ja hänen osallistumisensa omaan hoitoonsa (Hentinen 1988a). Myöhemmin Hentinen (1990d) alkaa puhua hoitotieteen näkökulmasta, joka on omaleimainen, pääsääntöisesti erilainen kuin muissa terveystieteissä. Esimerkiksi erotuksena lääketieteestä mielenkiinnon kohteena ei ole sairaus tai vamma ja niiden parantaminen vaan ihminen kokonaisuutena ja hoitaminen huolenpitona (Hentinen 1990c). Hoitotieteen näkökulman keskeinen sisältö on tuoda esiin potilaan näkökulma hoitamiseen. Vasta tämä mahdollistaa käytännön hoitotyön tieteellisen kehittämisen.

3.6 Marita Paunonen: Hoitotyön kehittäminen

Paunonen käyttää varsin niukasti sanaa hoitotiede. Hoitotieteeseen hän ei ota selkeää eksplisiittistä kantaa kuin kerran todetessaan sen olevan "soveltava tiede, jolla pyritään tuottamaan tuloksia käytäntöä varten" (Paunonen 1985d). Tämä ajatus on johdonmukaisesti esillä koko hänen tuotannossaan. Keskeiseksi käsitteeksi hänellä muodostuu hoitotyö, jolla hän tarkoittaa useimmiten edellä mainittua käytäntöä. Joskin hoitotiede voi palvella myös hoitotyötä laajempaa käytäntöä kuten esimerkiksi hoitotieteen ja lääketieteen yhteistyökokeilut osoittavat (Paunonen 1985c; 1990b; 1990c).

Hoitotyössä korostuu vuorovaikutus potilaan/asiakkaan, hänen omaistensa ja hoitavan henkilön välillä. Mm. raskas ihmissuhdekuormitus voi aiheuttaa esimerkiksi työssä uupumusta, stressiä, burn out-oireyhtymää jne. Tämä uupumus saattaa johtaa yksittäisen hoitajan kohdalla piittaamattomuuteen ennenkaikkea potilaasta tai hänen omaisistaan, mutta myös itsensä ammatillisesta kehittämisestä. Työyhteisössä uupumus saattaa johtaa edellisten lisäksi mm. yksittäisen työstään innostuneen hoitajan musertamiseen. (Paunonen 1982c; 1983a; 1985e; 1985f; 1986a; 1987; 1988a; 1988b; 1988c; 1989c; 1991a; 1991b) Tästä seuraa, että hyvä hoito ei toteudu (Paunonen 1989c, 1).

Paunonen määrittelee tältä pohjalta kaksi ongelmaa miksi hyvä hoito ei välttämättä toteudu: toisaalta peruskoulutukseen liittyvät ongelmat, toisaalta tiedon käyttöön liittyvät ongelmat. Ensinmainittu ongelma, josta Paunonen (1982b) lähtee liikkeelle, on se, että ammatillinen korkeatasoinen peruskoulutus yksinään ei kykene antamaan tarpeeksi valmiuksia muuttuvaan hoitotyöhön; se ei kykene takaamaan korkeatasoista hoitotyötä (Paunonen 1982b; 1983e; 1989c, 1). Syynä tähän hän näkee e.m. burn out - uupumus - ym. oireilun tai sairastelun, joita ei voi peruskoulutuksessa kuin ennakoida. Toinen ongelma liittyy mm. tiedon nopeaan uusiintumiseen (Paunonen 1982c), hoitotieteellisen tutkimuksen tuomaan tietoainekseen, jota ei ole voitu edes välittää peruskoulutuksessa (Paunonen 1989c, 2) ja siihen, että peruskoulutus ei kykene kattamaan koko sairaalan toiminta-aloja (Paunonen 1985e; 1988a, 77).

Peruskoulutuksen lisäksi ongelmiksi Paunonen tunnistaa myös laajemman monisyisen problematiikan: jostain syystä hoitotyössä ei kyetä käyttämään hyväksi hankittuja tiedollisia ja taidollisia resursseja. Nämä syyt voivat liittyä joko yksilöön tai hänen ulkopuolellaan oleviin tekijöihin kuten pirstoutuneeseen ja heikkoon ammatti-identiteettiin (Paunonen 1983a; 1983b; 1985f, 4-10) sekä hoitotyön tutkimuksen ja tieteenalan kehittymisen aiheuttamiin muutospaineisiin ja työntekijöiden riittämättömyyden ja pätemättömyyden tunteisiin. (Paunonen 1982c) Toisena syynä saattaa olla, että työyhteisöt eivät salli tietojen hyväksikäyttöä täysipainoisesti. (Paunonen 1982c; Paunonen 1991b; ks. myös Paunonen 1988c, 87-90)

Ratkaisuksi täten määriteltyyn ongelmaan Paunonen tarjoaa hoitotyön työnohjausta. Työnohjaus ei ole ainoa mahdollinen ratkaisu (Paunonen 1983e; 1988d, 99-100), mutta se eroaa muista konsultaatioon tms. perustuvista muodoista, koska se edellyttää hoitotyön työnohjaajalta professionaalista kompetenssia ja kokemusta hoitotyöstä (Paunonen 1987; 1991c). Hänen mukaansa työnohjauksen tavoitteita pohdittaessa tulisi keskeisenä painottaa hoitotyön yhteisen

viitekehyksen toteuttamista. Tämä merkitsee sitä, että työnohjaajan on tunnettava hoitotyön sisältö sekä hoito-organisaation tavoitteet. Ohjaajana parhaiten tämän tilanteen hallinnee kiistatta ammatillisesti kokenut hoitotyöntekijä. (Paunonen 1987) Hoitotyön työnohjaus olisi siis osa hoitotyötä, tukena työnteolle ja sen kehittämiselle (Paunonen 1991a).

Paunosen (1991a) mukaan hoitotyön työnohjaus ja jatkuva koulutus tulisi yhdistää. Tällöin työnohjaus voitaisiin yhdistää peruskoulutuksen tueksi (Paunonen 1983b; 1983c), sen jälkeiseksi tavoitteelliseksi prosessiksi (Paunonen 1991a). Toimipaikkakoulutus ja työnohjaus kulkisivat ikäänkuin yhdessä (Paunonen 1991b).

Hoitotyön työnohjauksen lähtökohtana Paunosella (1985e, 48-49) on Virtaniemen 1977 määrittelemä potilaskeskeinen työnohjaus. Tässä mallissa potilas on mukana kaikessa tapahtumassa ja ohjauksessa on kyse aina potilaan auttamisesta. Työnohjauksella on hieman eri painotukset, kun puhutaan hoitosuhteen työnohjauksesta (1982a; 1987) tai työnohjauksesta hoitoyhteisön kehittämisessä (1988d, 97). Ensinmainitussa korostuu mm. yksilön ammattitaidon parantaminen, ohjattavan tukeminen, yksilön työpulmien erittely jne. (Paunonen 1987), kun puolestaan jälkimmäisessä korostuu työyhteisötason ongelmien ratkaisuyritykset (Paunonen 1988d, 97; 1991b). Molemmissa painottuu ratkaisun raamittajana yksittäisen potilaan tai asiakkaan auttaminen ja tukeminen.

Hoitotyön kehittämisen teema on Paunosen koko tuotannon yhteinen nimittäjä. Tässä yhteydessä hoitotyön kehittäminen tarkoittaa työnohjaukseen liittyvää ja sen avulla tapahtuvaa toimintaa, jota ohjaa hoitotieteellinen viitekehys (Paunonen 1989a; 1989c, 1). Työnohjausta voidaan pitää kliinisen tason kehittämiskeinona, joka on hoitotyön tavoitteisiin sitoutunutta jatkuvaa koulutusta. Tällöin työnohjauksella voidaan vaikuttaa hoitotyön laatuun (esim. Paunonen 1982a; 1983a; 1987; 1989b). Näkökulma hoitotyön laatuun vaikuttaviin tekijöihin on myös laajempi esimerkiksi sairaala- tai osastokohtaiset hallinnolliset ratkaisut tai perustelut, joilla laatua arvioidaan jne. (esim. Paunonen 1985d; 1986b; 1988e; 1988f).

Kokonaisuutena tämä ei riitä, koska hoitotyön kehittämistä pitää Paunosen mukaan tarkastella myös teoreettisena kokonaisuutena. Toisaalta hoitotieteellinen toiminta on myös laajempaa kuin hoitotyön työnohjaus kuten toiminta, jossa kiinnostuksen kohde on suoraan potilas/asiakas (ks. Paunonen 1990a, 1; esimerkki Paunonen 1985b; 1985g).

Paunosen näkökulmasta voidaan todeta, että kaikessa hoitotyön kehittämisessä ei välttämättä ole kyse hoitotieteellisestä (vrt. hoitotieteen ja lääketieteen yhteistyökokeilut, hoitotyön viitekehys) tai ylipäätään tieteellisestä toiminnasta (vrt. hoitotyön työnohjaus, hoitotyön viitekehys), mutta se ei ole este työn kehittämiselle.

3.7 Kaisa Krause: Professionaalinen hoitotyö

Krause kehittelee koko tuotantonsa ajan teemaa, jota hän nimittää professionaaliseksi hoitotyöksi. Termi "hoitotiede (nursing science)" seuraa Krausen teksteissä koko ajan (esim. Krause 1984; 1991g). Tämä näyttäisi siltä, että hoitotiede sisällöl-

tään pysyy hänellä muuttumattomana. Näin ei kuitenkaan ole, koska hän sitoo hoitotieteen läheisesti hoitotyöhön: hoitotiede määrittyy paljolti hoitotyöstä (Krause 1991b). Hänen käsityksensä hoitotyöstä on varsin monisäikeinen ja muuttuu vuosien varrella. Täten myös ymmärrys hoitotieteestä muuttuu. Toisaalta tietty osa ymmärryksestä pysynee samana, koska hän korostaa termin englanninkielistä muotoa.

Krause ottaa jo ensimmäisessä kirjoituksessaan 1983 esille viisi erilaista tapaa hahmottaa termi hoitotyö. Näitä voidaan kuvata teemoina, joihin hän viittaa tuotantonsa aikana, mutta erityisesti kolmea teemaa hän kehittelee läpi koko tuotantonsa. Kuudes tapa hahmottaa hoitotyö on Krausen teksteissä myös lähes alusta lähtien (mm. Krause 1984), mutta vain implisiittisenä.

Ensimmäisenä teemana on erotettavissa hoitotyön ymmärtäminen kokonaisuutena, johon kuuluu filosofia, tiede ja taito (Krause 1983a). Filosofialla hän tarkoittaan esimerkiksi niitä arvoja ja ihmiskäsityksiä, jotka ohjaavat hoitotyötä. Nämä filosofiset perusteet voidaan tunnistaa hoitotyön käytännön taustalla toimintaa ohjaavina. Toisaalta filosofiset perusteet ovat ohjaamassa tiedettä tässä kokonaisuudessa. Taitojen tulisi puolestaan perustua tieteeseen eli tutkittuun tietoon. (Krause 1983a; myös Krause 1984; 1985b; 1985c; 1991c; 1991d)

Toisena teemana on ymmärrettävissä hoitotyö, joka muodostuu hoitotyön käytännöstä, - tutkimuksesta, - hallinnosta ja - koulutuksesta (Krause 1983a; myös 1991c; 1991d). Tällöin hoitotyö on tulkittavissa näitä neljää toimintaa yhdistävänä terminä. Joten näistä neljästä yksittäistäkin aluetta koskeva aihe on jo hoitotyön alaa.

Tähän liittyen kolmantena teemana on ymmärtää termi hoitotyö hoitotyön käytäntönä, so. toimintana, jossa tehdään hoitotyötä. Tämän tyyppinen ymmärrys liittyy jo lähtökohdissaan hoitotyön määritelmiin. Toisaalta vaateet, että mm. tutkimuksen, hallinnon ja koulutuksen pitää palvella ensisijassa hoitotyön käytäntöä (mm. Krause 1983a; 1983b), asettavat nämä termit hoitotyön käytännölle alisteiseen hierarkiaan.

Termin hoitotyö neljäs teema on avattavissa hoitotyön tietoperustaa koskevana teemana (Krause 1983a; 1983b; 1984; 1985a; 1985b; 1985c; 1990a; 1990c; 1990f; 1991b): Hoitotyön tieteenalana (Krause 1991c; 1991d). Tästä teemasta on useita variaatioita, mutta kaikille on yhteistä, että hoitotyöllä on tieteellinen tietoperusta. Se on hoitotiede (mm. Krause 1991b).

Viides termin hoitotyö teema liittyy käytännön ja toisaalta ammatillisen toiminnan korostavaan kokonaisuuteen. Tämä näyttäisi olevan varsin lähellä hoitotyön käytäntöteemaa, mutta erotuksena tässä korostuu mm. käytännön tieteenalan (Krause 1983a; 1983b) ja myöhemmin ammatillisen tieteen (Krause 1991b) keskeisyys. Tähän liittyy ammattikeskeinen ajattelu; "... että tieteellinen tutkimus olisi ammatin kehittämiseksi" (Krause 1991c; 1991d), "hoitotyön koulutuksen tarkoitus on kohottaa ammattiylpeyttä ja yliopistollisen koulutuksen kasvattaa sairaanhoitajien itsetuntoa" (Krause 1988a). Tämä teema kulminoituu ajatukseen hoitotyön professiosta (Krause 1991b; 1991c; 1991d), joka siis on enemmän kuin toiminta, jossa hoitotyötä tehdään.

Hoitotyö termin kuudes ja varsin yleinen, mutta implisiittinen teema Krausella on, että hoitotyö ja hoitotiede olisivat sama asia. Tarkoitan, että Krausen teksteissä hoitotyön teoriat ja hoitotieteen teoriat (Krause 1984; 1985a) tai hoito-

työn käsitteelliset mallit (Krause 1990f) ja hoitotieteen mallit (Krause 1987c) tahi hoitotyön peruskäsitteet ja hoitotieteen peruskäsitteet (mm. Krause 1985a; 1990f) viittaavat täysin samaan. Tämä ajattelu liittynee Krausen (1983a) esille ottamaan ajatukseen hoitotyöstä toisaalta käytäntönä ja toisaalta teoriana. Täten hän puhuu hoitotyön teoreettisesta tiedosta (1985a; myös 1991 c; 1991d). Tässä kohden "teoreettinen" antaa luvan hoitotyö ja hoitotiede termien samankaltaiselle käytölle. Tällöin hoitotiede on tietoa ja hoitotyö sekä hoitotyön tutkimus tiedon tuottamisista.

Hoitotyön käytäntö ja professio liittyvät pakosta yhteen erityisesti siksi, että tulkinta hoitotyöntekijästä on muuttunut. Toisaalta hoitotiede ja tutkimus kohtaavat toisensa erityisesti puhuttaessa teoreettisesta tiedosta. Yhteenvedon omaisesti voinen todeta, että ilman edellä olevaa erottelua esimerkiksi Krausen (1988a) toteamus, että yliopistojen hoitotieteen pääaineopinnot koostuvat suurimmaksi osaksi hoitotyön kirjallisuudesta, saattaisi aiheuttaa kummastusta.

Hoitotyön professiolla Krause (1991c) tarkoittaa kehittynyttä ammattia, jonka perustana on alan omaleimainen tieto. Sitä kehitetään tieteellisen tutkimuksen ja välitetään akateemisen koulutuksen avulla. Hoitotyön profession tietoperustaa ja siitä seuraavaa asiantuntijuutta ei ole mahdollista hallita ilman asianmukaista koulutusta. Se, mitä Krause tarkoittaa asianmukaisella koulutuksella, tarkentuu vuosien varrella hänen ajattelussaan. 1984 hän puhuu sairaanhoitajista, mutta tarkoittaa tällä nimikkeellä sekä opisto- että koulutason terveydenhuollon koulutuksen saaneita henkilöitä (Krause 1984, 3). Vastaavan rajauksen hän tekee 1991, jolloin hoitotyötä tekeviksi hän määrittelee vain ensinmainitut profession edustajat ja heidän "apuna toimii suorittajatasoista työvoimaa" (Krause 1991b). Koska, kuten Krause (1991b) korostaa, profession edustajan nimitys sairaanhoitaja ei tarkoita ainostaan tiettyä tutkintoa eikä ammattinimikettä vaan yhteiskunnallisen hoitotyön profession toteuttajaa, niin sillä tarkoitetaan ammattinimikkeitä kuten sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, kätilöt, hoitotyön opettajat, johtajat, tutkijat, professorit jne. (Krause 1991c; 1991d).

Krausen teksteistä ei tule yllätyksenä, että hän 90-luvulla kapeuttaa hoitotyön profession määrittelyä. Kahdessa tutkimuksessa vihjataan tämän suuntaisen tulkinnan perusteisiin (ks. Krause 1990b; 1991a). Tärkeämmäksi näistä muodostuu Krausen (1990b) tutkimus, jossa hän tekee huomion, että koulutuksen taso selittää paremmin henkilöstön valmiuksia vastata potilaan tarpeisiin kuin toteutettu työnjakomuoto. Johtopäätöksenä on, että hoitotyön laadun parantamiseksi on välttämätöntä nostaa hoitotyön koulutuksen tasoa. Tämä tarkoittaa sitä, että rajaamalla kouluaste pois profession koulutusalasta, voidaan vaatia professiolle kokonaan yliopistotasoista peruskoulutusta.

Hoitotieteen suhde hoitotyön professioon on tuottaa tietoa tämän ammatillisen tehtävän suorittamista varten (Krause 1991c). Hän puhuu akateemisten tutkimusten teoreettisuudesta ja siitä, että niillä on usein vähäinen merkitys hoitotyön käytännölle. Siksi Krause näkee tärkeänä painottumisen hoitotyön käytännön tutkimukseen: "Käytännön sairaanhoitajille käytäntöä koskeva tutkimus on välttämätöntä hoitotyön ammatin kehittämiselle" (Krause 1991c). Se, edellyttää, että sairaanhoitajilla on valmiudet teoreettiseen hoitotyöhön. (Krause 1991g)

4 MONIMUOTOINEN TERMINOLOGIA

Tyypillistä suomalaiselle hoitotiedekeskustelulle on monimuotoinen, vivahteikas ja ongelmallinen terminologia. Keskustelun keskeinen termi ei ole hoitotiede vaan hoitotyö ja hoito. Näiden termien keskinäinen suhde ei ole yksiselitteisesti sitä, mitä asiasta saattaisi intuitiivisesti ajatella. Jo edellä toisessa luvussa viittaan kritiikin taustana samaiseen ongelmaan. Keskustelun painotus selittyy ensinnäkin siitä, että hoitotieteen niin tutkimuskohteen kuin soveltamisalan ymmärretään liittyvän jompaan kumpaan tai molempiin. Toiseksi huomattava osa tutkimusaineistona olleista teksteistä on tarkoitettu hoitotyöhön, hoitotyön hallintoon tai koulutukseen selkeyttämään toiminnan ja/tai käsitteiden problematiikkaa hoitotieteen näkökulmasta, kolmanneksi osa kirjallisuudesta on [hoitotyön] oppikirjoja. Neljäntenä selityksenä esille tulee vasta kehittyvän tieteenalan tunnusteleva termien käyttö, jota ilmentää esimerkiksi se, että hoitotyö ja hoitotiede saattavat viitata samaan asiaan. Tämän luvun tarkoituksena on hahmottaa terminologista problematiikkaa, ja erityisesti viimemainittua mahdollisuutta.

4.1 Terminologisen moneuden taustalla

Suomalaisen hoitotiedekeskustelun monimuotoisuus ja ongelmallisuus on myös asiantuntijoiden eräs keskustelun aihe: siitä ollaan huolissaan, se aihcuttaa sekaannusta, vaikeuttaa keskustelua jne. Erikssonin (1981a) mukaan hoitotieteellisen käsitteistön epäselvyyden taustalla on se, että huomattava osa alan kirjallisuutta on englanniksi, eikä englantilaisia hoitotermejä voi suoraan kääntää suomeksi tai ruotsiksi; ne eivät toimi sanakirjakäännöksinä. (Eriksson 1981a, 1-2) Vastaava ongelma on ruotsalaisten ja suomalaisten termien kanssa esimerkiksi Erikssonin lisensiaattityön terveyskäsitekaavion (ks. Eriksson 1976b, 21) suomennoksissa (mm. Eriksson 1986b, 37; 1989b, 24). Tarkoitan, että Erikssonin kir-

joittelua ei pysty seuraamaan ilman terveyskäsitystä, mutta käsitteen alaa kuvaavat suomennokset ovat jo sinällään harhaanjohtavia, koska Erikssonin lisensiaattityö perustui kahdeksaan ruotsalaiseen sanakirjaan ja niiden perusteella luotuun käsitekarttaan. Voidaanko olettaa, että suomalainen käsitekartta muotoutuu ruotsalaisten sanakirjojen pohjalta?

Toisaalta terminologinen ongelma ei ole vain suomalainen ilmiö, kuten Kalkas (1978a) korostaa, vaan terveydenhuollon terminologia sekä käytännön toiminta poikkeavat toisistaan paitsi Euroopan eri maissa myös WHO:n omissa julkaisuissa. Myöskään yhdysvaltalaisessa terminologiassa ei ole standardeja ymmärtää nursing-käsitteistöä (Kalkas 1982a; 1984b). Tieteellinen toiminta ei ole myöskään yksinkertaistanut tai yhdenmukaistanut englanninkielistä käsitteistöä (Kalkas 1980a).

Kalkkaan (1982a) tekstin perusteella hoitotieteen käsitteistön ongelmallisuus liittyisi myös siihen, että hoitotieteessä kuvataan, käsitellään ja pyritään ymmärtämään lähellä ilmikuvaa olevia, hyvin kompleksisia tapahtumia ja ilmiöitä (myös Kalkas 1981b, 51). Kalkas tarkoittaa tällä sitä, että hoitotieteessä ei ole edetty niin, että siinä pyrittäisiin ymmärtämään ihmistä tieteellisten teorioiden perusteella, vaan ymmärrys tapahtuu arkikokemuksen avulla (Kalkas 1982a).

Ongelma on siinä mielessä kahdella suunnalla, että esimerkiksi termi "nursing research" on ollut käytössä jo vuosikymmeniä ns. "nursing"-kirjallisuudessa. Tällä välin Suomessa näille molemmille termeille on kehittynyt monia käännöksiä, jotka ilmaisevat käsitteellistä muutosta vuosien kuluessa. Toisaalta myös Yhdysvalloissa ja Britanniassa näiden termien käsitteellinen merkitys on muuttunut.

4.2 Ongelmallinen terminologia

Suomalaiselle hoitotieteelle leimaa antavaa on yhdysvaltalainen vaikutus ja englannin kieli, joskin erityispiirteenä Suomessa vaikuttaa maan kaksikielisyys. Yleisellä tasolla nämä ovat tuoneet käännösongelmia. Yhdysvaltalainen vaikutus on toki periaatteellisempikin. Erikssonin näkökulmasta kärjistäen se on itse asiassa johtanut hoitotiedettä eteenpäin, mutta myös harhaan mm. rajaamalla hengelliset kysymykset hoitotieteen ulkopuolelle.

Ongelman ydin on sanassa "nursing" ja tähän termiin liittyvät johdannaiset mm. "nursing science", "nursing research" ja "nursing process". Toisesta näkökulmasta keskusteluun on lisätty termi "to care" ja sen johdannaiset. Tilannetta selkeyttämään alaa on haluttu polarisoida "nursing-caring" asetelmalla.

Esimerkkinä otan esille Kalkkaan tekstien käännöksiin liittyvää terminologiaa. Tässä esimerkissä esittelen vain termien käännöksiä, en puutu tarkemmin niiden merkityksiin tai problematiikkaan, johon palaan jäljempänä. Tämä ei tarkoita, että Kalkkaan käännösterminologia olisi jotenkin erityisen ongelmallista.

Termistä hoitotyö Kalkas käyttää kahdeksaa erilaista englantilaista ja kahta ruotsalaista käännöstä. Käytetyin käännös on "nursing" (Kalkas 1978a; 1978c; 1980a; 1981b; 1982a; 1983, 4; 1984a, 4; 1984b; 1984c; 1986a; 1987c), muut termit esiintyvät yksittäisinä: health care (Kalkas 1978a), nursing care (Kalkas 1984h), nursing practice (Kalkas 1986a), nursing act (Kalkas 1986a), care work (Kalkas

1990b), caring (Kalkas 1990b) ja nursing science (Kalkas 1982a). Ruotsinkieliset käännökset ovat "omvårdnad" (Kalkas 1987g, 28) tai "vårdarbete och omvårdnad" (Kalkas 1987g, 26).

Vastaavasti nursing-termin suomennoksina esiintyy edellä olleen termin "hoitotyö" lisäksi myös sairaanhoito (Kalkas 1972; 1973; 1976c; 1978b), sairaanhoitajan toteuttama hoito (Kalkas 1978c), hoitaminen (Kalkas 1986a), sairaanhoitooppi (Kalkas 1987c), hoitotiede (Kalkas 1986a; 1987c; 1990c), terveen- ja sairaanhoitotiede (1986a; 1987b) ja terveen- ja sairaanhoito (Kalkas 1987c; 1987f). Sairaanhoito on puolestaan käännetty nursing-termin lisäksi health care (Kalkas 1978a) ja nursing care (Kalkas 1983, 4; 1984a, 4) termeistä sekä ruotsiksi sjukvård (1976b).

"Nursing care" on suomennettu hoitotyönä, mutta myös sairaanhoitajan toteuttamana hoitona (Kalkas 1978c), hoitotyön hoitona (Kalkas 1980a) ja hoitamisena (1986a). Hoito on käännetty englanniksi care (Kalkas 1986a) ja ruotsiksi vård (1980b; 1984f). Sen johdannainen "hoitaminen" on joko nursing, nursing care, care, tai caring (Kalkas 1986a).

Edellä tuli esille, että puhuttaessa tieteestä "nursing" saattaa viitata terveen- ja sairaanhoitotieteeseen (Kalkas 1986a; 1987b), hoitotieteeseen (Kalkas 1986a; 1987c; 1990c) tai terveen- ja sairaanhoitoon (tieteenalana) (Kalkas 1987f). Toisaalta "hoitotiede" on käännetty englanniksi nursing, nursing science (Kalkas 1984a, 5; 1984b; 1986a; 1990c) nursing as a science (Kalkas 1986a), caring science (Kalkas 1990b) tai caring as a science (Kalkas 1986a). Mainittu "nursing science" paitsi että viittaa hoitotieteeseen voi tarkoittaa hoitotyötä (tieteenalana) (Kalkas 1982a) tai terveyden- ja sairaanhoitotiedettä (Kalkas 1982a).

Toinen havainnollinen esimerkki on termi "nursing process", jossa kulminoituu koko käännösproblematiikka. Termi tuli maahamme jo 60-luvulla, mutta erityisesti WHO:n kehittämisprojektin myötä sen asema "legitimoitui". Se muodostui erääksi keskeisimmistä termeistä 70-luvulta pitkälle 80-lukua. Esimerkiksi Laurin, Kalkkaan ja Erikssonin tuotannosta löytyy lähes 40 erilaista suomenkielistä ilmaisua, joiden lähtökohta on "nursing process" tai jotka jotenkin liittyvät tähän ilmaisuun. Tämä moninaisuus kattaa peittävästi alan suomalaisen sanaston.

4.3 Hoitotyö sanan "nursing" käännöksenä

Sanan hoitotyö ottivat käyttöön suomalaiset sairaanhoitajat, jotka työskentelivät WHO:n Euroopan aluetoimiston organisoimassa "Hoitotyön tutkimus- ja kehittämisohjelmassa" (Kalkas 1984c). Tällöin omaksuttiin, että "Nursing/midwifery" ja "nursing" sanojen suomenkielinen vastine on yksinkertaisesti hoitotyö. Ongelmallista kuitenkin on, että hoitotyöllä on suomenkielessä laajempikin merkitys kuin vain nursing-sanan suomennoksena. (Kalkas 1987c)

Nursing sanalla on juurensa sanoissa "nourish" (ravita, helliä, vahvistaa) ja "nature" (ruokkia, kasvattaa) (Kalkas 1984c; 1987c; Eriksson 1988a, 7; 1989a, 35 [1987g]). Eriksson (1990b) tuo tähän lisää ymmärryksen, jonka mukaan niin "nurse" kuin "nursing" on johdettu ranskalaisesta "cherish"-termistä, joka tarkoittaa rakastamista, hellää hoitoa ja "hålla kär". Vuorostaan tämä termi olisi johdettu latinan sanasta "carus" (care). Eriksson tulee siihen tulokseen, että

"nursing" on vain pintaa ja siksi pitäisi tarkastella "caritas"-motiivia, jota viimemainittu termi kuvaa. (ks. Eriksson 1990b, 22)

Sana "nursing" viittaa siis ihmisestä huolehtimiseen, jonkinlaiseen yleiseen inhimilliseen toisen ihmisen hyväksi toimimiseen kuten sairaanhoitoon, lastenhoitoon ja imettämiseen jne. Aiemmin viitatussa WHO:n ohjelmassa sillä tarkoitettiin eräiden terveydenhuoltoalan ammattiryhmien toimintaa ihmisten hyvinvoinnin edistämiseksi sekä tämän toiminnan teoreettisia perusteita. (Kalkas 1984c; 1987c)

1970-luvulla nursing-sanan suomennoksella tarkoitettiin lähinnä sairaanhoitajan ja apuhoitajan työtä. Jo tämän suomennoksen kapeuteen kiinnitettiin huomiota (ks. Kalkas 1972). Kun sitten sairaanhoidon tutkimuslaitos viritti keskustelun sairaanhoitajan työn tieto- ja taitoperustasta sekä tutkimuksesta todettiin, että terveys on tärkein lähtökohta. Nursing-toiminta nimettiin terveyden- ja sairaanhoidoksi. Samalla jouduttiin yhä syvenevän ongelman eteen, että sanoilla oli myös laajempi merkitys kuin vain terveyden- ja sairaanhoitajan työhön viittaava merkitys. (Kalkas 1987c)

Seuraavassa vaiheessa, jolloin WHO:n toimesta käynnistettiin mainittu hoitotyön tutkimus- ja kehittämisohjelma, Suomessa otettiin käyttöön sana hoitotyö. Tämä sana vakiintui nopeasti tutkimus- ja kehittämisohjelman piirissä olevissa laitoksissa vastaamaan nursing-sanaa. Ohjelmaan osallistuneissa laitoksissa hoitotyöntekijöillä tarkoitetaan yleensä eriasteisen koulutuksen saaneita sairaanhoitajia, apuhoitajia, lastenhoitajia ja mielisairaanhoitajia. Samanaikaisesti kuitenkin muut terveydenhuoltoalan ammattien harjoittajat, lääkärit mukaan lukien, alkoivat korostaa, että hekin tekevät hoitotyötä. Samalla kielitoimisto oli sitä mieltä, ettei sanaa voida sen yleisen merkityksen vuoksi sitoa pelkästään nursing sanan suomennokseksi. (Kalkas 1987c)

Kalkas (1978a) oli kiinnittänyt tähän tilanteeseen huomiota jo aiemmin, jolloin hänen mielestään hoitotyö termin sisältö vastaa lähinnä englannin termiä "health care". Hän huomauttaa myös, että laajalla suomalaisella sairaanhoidon käsitteelläkään ei ole mitään erillistä vastinetta englanninkielessä, vaan siitäkin voidaan käyttää yleisnimeä "health care" (Kalkas 1978c, 22). Tällöin Kalkas (ibid.) tarkoittaa hoitotyöllä hoitohenkilökunnan toteuttamaa sairaanhoitoa.

Kalkas (1983) tulee siihen johtopäätöksen, että Suomessa voidaan kielellisesti kutsua hoitotyöksi kaikkea sitä toimintaa, jota terveydenhuollossa suoritetaan (Kalkas 1983, 4; 1984a, 4). Tämä toiminta on myös rajattavissa tiettyyn ammattikoulutukseen perustuvaksi (ibid.; 1985a, 30; 1987b; 1987g, 26). Siis hoitotyöllä sanan nursing suomennoksena on kaksi eri merkitystä laaja ja suppea (Kalkas 1986a; 1986b; 1987b; 1987f) tai yleinen ja erityinen (Kalkas 1987c).

Laajassa tai yleisessä merkityksessä hoitotyöllä ymmärretään kaikkea terveydenhuoltoalan ammattitaitoon perustuvaa toimintaa ihmisten hyvän edistämiseksi tai ihmisten auttamiseksi terveysongelmissaan. Näin ymmärrettynä mm. lääkärin toiminta kuuluu hoitotyön piiriin. (Kalkas 1986a; 1986b; 1987b; 1987f; ks. myös Kalkas 1978a; 1985b; 1987d) Tärkeää on havaita, että terveydenhuollossa toimivien eri ammattiryhmien suorittama hoitotyö perustuu näkemykseen omasta erityisestä tehtävästä ihmisen hyvän edistämisessä sekä erityiseen tietoon ja taitoon (Kalkas 1986b; myös Kalkas 1986a). Päämäärä ei ole tieteellinen vaan eettinen ja se tarkoittaa, että hoitotyössä etsitään toisen ihmisen

hyvää ja siihen sisältyy oleminen suhteessa toiseen ihmiseen (Kalkas 1985a, 33; myös 1987g).

Edellistä suppeammassa tai erityisemmässä merkityksessä hoitotyöllä tarkoitetaan vain joidenkin ammattiryhmien em. toimintaa. Tässä yhteydessä mainitaan usein ns. nursing-ammatit. Suomessa näillä tarkoitetaan eri asteisen koulutuksen saaneita sairaanhoitajia, apuhoitajia, lastenhoitajia ja mielisairaanhoitajia. (Kalkas 1986a; 1986b; 1987b; 1987f; ks myös Kalkas 1978a; 1987d) Tarkastellessaan hoitotyötä Kalkas käyttää monasti tätä ammatteihin sidottua kriteeriä. Useasti sen käyttö liittyy mainitun WHO:n projektin kielenkäyttöön (ks. Kalkas 1978a; 1978c, 21; 1980a; 1983, 4; 1984a, 4), mutta sitä käytetään myös muissa yhteyksissä (ks. Kalkas 1984b; 1985a, 30; 1987d; 1987g, 26).

Oleellinen ero näiden kahden ajattelutavan välillä on, että jälkimmäisessä tarkastellaan asiaa henkilökunnan toiminnan suunnasta ja edellisessä potilaan vastaanottamista palveluista. (ks. Kalkas 1978a)

Kalkas (1987b) korostaa, että molemmat käännökset ovat käypiä kunhan sanalle annettu merkitys selviää (myös Kalkas 1987c). Tästä huolimatta hän ehdottaa hoitotyö-termin kapeampaa/erityismerkitystä vastaavaksi käännökseksi termiä terveen- ja sairaanhoito. Hänen mielestään se olisi onnistunut käännös, koska se viittaa ihmisen hoitoon pikemminkin kuin jonkin ominaisuuden tai ongelman hoitoon. Nimestä kävisi selville nursing`iin oleellisesti liittyvä ihmisestä huolehtimisen luonne. Ongelmaksi muodostunee kuitenkin ilmaisun pituus. (ks. Kalkas 1987c) Kuten edellä on tullut esille sanan nursing käännös terveen- ja sairaanhoidoksi voi viitata hoitotyöhön (Kalkas 1987c), mutta myös hoitotieteen yhteen alueeseen (Kalkas 1987f).

Kalkas (1986a) tuo esille, että hänen näkemyksestään ollaan myös eri mieltä. Tässä yhteydessä hän mainitsee esimerkinomaisesti Erikssonin (myös Kalkas 1986b; 1987b). Erikssonin (1981a) tekstissä nursing-käännös tarkoittaa vain sairaanhoitajan työtä (Eriksson (1981a, 2 ja 47); nursing tarkassa merkityksessä sairaanhoitajan työ, on eräs hoitotyön muoto (Eriksson 1986c). Samassa artikkelissa hän kuitenkin käyttää nursing sanasta hoitotyö -termiä. Tällöin voidaan puhua hoitotyö -termin rajoitetummasta käytöstä (ks. Eriksson 1985c, 14-15 [1983a]; 1988b, 21-22). Hoitotyö kapeutuu tällöin tekniseksi, jolloin "sillä tarkoitetaan samaa kuin hoitotoimenpiteet" (Eriksson 1987e). Täten hoitotyön koulutuksen haasteena Eriksson (1986c) sisällyttää caring`in nursing`iin eli hoitamisen hoitotyöhön. (ks. tarkemmin "4.4. Caring Erikssonin kielessä")

Hentinen (1980b; 1983g, 5) ottaa esille myös hoitotyö -termin ongelmallisen käytön. Hän puhuu termin käytöstä kolmella tasolla. Laajimmillaan se viittaa koko hoitavan ryhmän antamaan hoitoon, suppeampana sillä tarkoitetaan hoitohenkilökunnan suorittamaa hoitoa ja suppeimmassa merkityksessä perinteisen hoitohenkilöstön, kuten sairaanhoitajan ja kätilön sekä heidän ohjauksessaan esimerkiksi apuhoitajan potilaalle antamaa hoitoa. Hän määrittelee hoitotyön suorittajasta, so. suppeimmasta tasosta, käsin (ks. Hentinen 1980b), mutta se voidaan määrittää myös lähtien sisällöstä. Tällöin lähtökohtana on, millaisiin potilaan tarpeisiin hoitotyö vastaa. (ks. Hentinen 1983g)

Myös Sinkkonen (1980a) viittaa hoitotyön erilaisiin merkityksiin eritellen Hentisen esille ottamat kolme tasoa, mutta Sinkkonen laajentaa näkemystä esittämällä neljänneksi tasoksi "edellisten lisäksi maallikoiden eli terveydenhuol-

toon kouluttamattomien henkilöiden antaman hoidon itsehoidon mukaan lukien". Hän itse käyttää kuitenkin suppeinta määritelmää artikkelissaan (ks. Sinkkonen 1980a; myös Sinkkonen 1980b).

Sairaanhoitajan määritelmä

Oman episodinsa nursing-sanan suomennoksissa liittyy International Council of Nursing (ICN):n hyväksymään määritelmään "as its working definition of nursing (Henderson & Nite 1978, 14). ICN julkaisi määritelmän 1960 kirjassa Basic Principles of Nursing. Alunperin määritelmä on luotu vastaamaan kysymykseen "What is the unique function of the nurse?" ja se julkaistiin jo 1955:

> "Nursing is primarily assisting the individual (sick or well) in the performance of those activities contributing to health, or its recovery (or to a peaceful death) that he would perform unaided if he had the necessary strength, will, or knowledge. It is likewise the unique contribution of nursing to help the individual to be independent of such assistance as soon as possible." (Hammer & Henderson 1955, 4)

Mainitun ICN:n kirjan suomennoksessa on käytetty nursing sanan käännöksenä sairaanhoitajaa (ks. Henderson 1961). Myös Kalkas (1982b) puhuessaan tästä määritelmästä käyttää sairaanhoitaja -termiä. Kalkkaan (1982b) tekstissä määritelmän sairaanhoitaja -termi voidaan tulkita joko ahtaasti mainitun ammattikunnan edustajaksi tai hieman väljemmin nursing-ammatin edustajaksi tahi periaatteellisesti laajemmin, jolloin se viittaisi yleisesti ammattitaitoon ja -tietoon perustuvaan tavoitteelliseen toimintaan hoitotyön ilmenemismuotona (vrt. Kalkas 1987a; 1987b; 1987d). Jälkimmäinen tulkinta olisi luettavissa Kalkkaan teksteistä, koska hän puhuu koko ajan hoitotyön määritelmästä, ei sairaanhoidon määritelmästä (ks. Kalkas 1982b; 1983, 5; 1984a, 5). Myös Hentinen (1980b) puhuu samasta määritelmästä nimellä "hoitotyön määritelmä". Hän säilyttää määritelmissään sairaanhoitajan toimijana. Paunonen (1985e) puhuu niin ikään hoitotyön määritelmästä, mutta hänellä toimijana on hoitaja. Sinkkonen (1980b), Krause (1984) ja Lauri (1979a; 1979b; 1982a) ovat vaihtaneet sairaanhoitajan tilalle kokonaan sanan hoitotyö.

4.4 "Caring" Erikssonin kielessä

Erikssonin teksteissä "caring" esiintyy kolmella tasolla. Ensimmäinen taso liittyy "vårdfunktion" -näkökulman käännökseen "care". Eriksson käyttää tuotantonsa alusta lähtien englannin kielistä "care" ilmaisua käännöksenä, mutta tässä vaiheessa vain käännöksenä kuten esim. "vård" vastaa lähinnä "patient care" näkökulmaa (Eriksson 1981a, 147) ja synonyymi termille "omvårdnadsprocess" on "nursing care", jolloin jälkimmäinen viittaa "sjukskötarens vård" -näkökulmaan (ibid. 47). Näissä yhteyksissä Eriksson ei vielä painota "caring" -näkökulmaa siten kuin myöhemmin hoitamisen ideana (vårdandets idé; Eriksson 1987h); "We must now change the caring paradigm.[...] We need a new humanistic paradigm in caring..." (Eriksson 1989d). Tässä vaiheessa Eriksson käyttää kokoavaa "caring" termiä yläkäsitteenä tai kokonaishoitoa kuvaavana terminä (Eriksson 1986c).

Näiden vaiheiden välillä Erikssonilla on erotettavissa yksi taso. "Vård" ja "caritas" paradigmanmuutosvaiheena se on varsin lyhyt, mutta se on ratkaiseva pohjustus "caritas" idealle.

Hoito (vård)

Eriksson (1983c) tuo esille tarpeen erottaa hoito eri ammattiryhmien toimena, koska hänestä "ei ole hedelmällistä siirtää ao. käsitettä vain yhden ammattiryhmän toimintaan" (Eriksson 1985c, 14). Hän (Eriksson 1981a, 48; 1983c) puhuu "medicinsk -, social - och vårdfunktion" hoitotiimin eri työntekijöiden toimintana (vrt. cure-care-help), joille analogiana hän osoittaa eri näkökulmat hoitoon, so. "medicinsk vård, social vård och vårdande vård (nursing)". Viimeksi mainittu termi viittaa hoitotodellisuuteen, joka ei muodostu ensisijassa lääketieteestä (Eriksson 1982a).

Termi vårdfunktion viittaa hoitoon (vård), jota toteuttaa muu hoitohenkilöstö (vårdpersonal) kuin lääkärit ja sosiaalityöntekijät (Eriksson 1981a, 2 ja 47). Hoitamista (yleisessä merkityksessä) on tarkasteltava useammasta perspektiivistä, joista hoidollisen eli hoitavan hoidon perspektiivi on eräs (Eriksson 1984d; 1984i; 1985c, 14 [1983a]; 1988b, 21). Ao. perspektiivi pitää sisällään keskiasteen terveydenhuollon ammatillisen koulutuksen saaneiden henkilöiden ammattinäkemyksen. Eriksson (1984i; 1985a, 10; 1986c) käyttää tästä perspektiivistä nimitystä hoitotyö (vårdarbete; 1983c) laajassa merkityksessä tai hoito (vård) kapeassa merkityksessä. Tarkassa merkityksessä sairaanhoitajan työ (nursing) on vain eräs hoitotyön muoto. Vastaavia hoitotyön muotoja ovat toisaalta mm. fysioterapeutin, röntgenhoitajan työ jne. (Eriksson 1986c) ja toisaalta esim. psykiatrinen hoitotyö jne. (Eriksson 1984d; 1984i). Tällöin voidaan puhua mm. hoitotyö -termin rajoitetummasta käytöstä. (ks. Eriksson 1985c 14-15 [1983a]; 1988b, 21-22)

Sanaa vård käytetään kahdessa merkityksessä: yleisemmässä ja kapeammassa. Tietyissä käsiteyhteyksissä kuten vårdlärä, vårdvetenskap sana vård käytetään kapeammassa merkityksessä, so. vårdfunkion (Eriksson 1981a, 147; 1983c). Suomalaisista termeistä hoito viittaa yleisempään ja hoitotyö kapeampaan tulkintaan (Eriksson 1981a, 47). Toisaalta hoitotyö -termistä käytetään myös kahta merkitystä: laajempaa ja rajoitetumpaa. Eriksson käyttää suomenkielisissä teksteissään hoitotyön laajempaa merkitystä "det finns en gemensam kunskap om det egna territoriet (vårdande vård)[...] nursing, fysioterapi, laboratorievård är begränsad aspekt" (Eriksson 1984f), ellei hän asiaa toisin ilmaise. (vrt Eriksson 1984i; 1987c)

Eriksson määrittää hoidon seuraavasti:

> "Hoito (vård) käsittää ne toimenpiteet, jotka suoraan tai epäsuorasti suuntautuvat yksilöön (tai perheeseen) ja/tai yksilön ympäristöön tarkoituksena edistää yksilön tervehtymistä ja myötävaikuttaa terveyden ja eheyden palauttamiseen tilanteessa, jossa yksilö lyhyemmäksi tai pitemmäksi ajaksi tulee riippuvaksi ulkopuolisesta tuesta." (Eriksson 1985c, 16; myös Eriksson 1981a)

Hoito (caring)

Eriksson (1986c) lähtee siitä ajatuksesta, että hoitaminen (caring) on hyvin yleinen käsite. Se muodostaa perustavaa laatua olevan sisällön kaikkeen hoitoon. Se on osa niin sairaanhoitajan työtä kuin kaikkea muutakin hoitotyötä sekä myös osa lääketieteellistä toimintaa. "Caring" on lähinnä synonyymi "vårdandet" sanalle (myös Eriksson 1988c, 6).

Eriksson (1986c) puhuu luonnollisesta hoitamisesta (luontainen hoito; Eriksson 1987a, 60; luonnollinen hoitotyö; Eriksson 1987e; naturliga vården; Eriksson 1988c, 5), jossa näkökulmana on, että alkuperäinen hoitaminen on "itsen" ja "toisen" välistä vuorovaikutusta: ihminen omassa ympäristössään hoivaa, leikkii ja oppii itse eli harjoittaa tietynlaista luontaista hoitamista (Eriksson 1987a, 9 [1987h]). Ammatillinen hoito esiintyy tilanteissa, joissa luonnollinen hoito ei ole riittänyt. Hoitoprosessi voidaan siten rajata itsen ja ammatillisen toisen väliseen hoitotilanteeseen. Itsehoito voidaan nähdä em. hoitojen välimuotona. Toisaalta itsehoito tukee luonnollista hoitoa, mutta toisaalta se sisältää myös sen, että ammatillinen hoito tukee itsehoitoa. Luontainen hoito on ammatillisen hoidon lähtökohta ja päämäärä (Eriksson 1987a, 60).

Siis "Hoitaminen on luonnollinen ilmiö ja kaikki ihmiset ovat hoitajia" (Eriksson 1986c). Tämä tarkoittaa, että hoitaminen (caring) on lähtökohdissaan huolehtimista, leikkimistä ja oppimista, jotka toimintoina sinällään ovat terveydyttäviä. "Luonnollinen ilmiö" liittyy minän ja luonnollisen toisen väliseen vuorovaikutukseen em. toiminnoissa. Täten kaikki voivat olla hoitajia jollekulle. Hoitamisen muuttuessa ammatilliseksi puhutaan jo eri toiminnoista.

Eriksson määrittelee hoitamisen seuraavasti:

> "Hoitaminen (caring) on hoivaamisen, leikkimisen ja oppimisen avulla aikaansaatu luottamuksen, tyydytyksen, fyysisen ja henkisen hyvänolon tila sekä tunne kehittymisestä; hoitamisen tarkoituksena on terveysprosessien muuttaminen (ylläpitäminen, käynnistäminen, tukeminen)". (Eriksson 1987a, 9 [1987h])

Hoito (caritas)

Caring näkökulma muotoutuu Erikssonin teksteissä rakkauden suuntaan. Hän perustelee suuntaansa mm. sillä, että englanninkielinen care ja caring juontuu latinan sanasta caritas, joka tarkoittaa rakkautta (Eriksson 1987b). Hoitotyön alkuperäinen ydin on caritas eli rakkauden aate (Eriksson 1988a). Caritas -ajattelu on kaiken hoitamisen ja siten hoitotyön ydin (Eriksson 1987b; 1989a, 13 [1987g]). Ruotsinkielisessä tekstissä Eriksson käyttää tästä termiä "vårdandet" (ks. Eriksson 1988c; 1990b) tai "caritativ vård" (Erikson 1990b) tahi "vård" (Eriksson 1991c; 1991f).

Teoreettisesta näkökulmasta ratkaisevaa taustalla on "caring"-ajattelussa esille tullut minän ja abstraktin toisen suhteen painottuminen suhteeksi Jumalaan (ks. Eriksson 1987a, 39). Tällöin usko (kristillisessä mielessä) nousee keskeiseksi ja siihen liittyen muut kristilliset arvot. Tässä yhteydessä etenkin toivo ja rakkaus. (Eriksson 1987a, 38-45 [1987h]). Hoitamisen ydin ymmärretään hoivaamisena, leikkimisenä ja oppimisena rakkauden, toivon ja uskon hengessä (Eriksson 1987b; 1988a; vrt 1988c, 6).

Alkuperäisen hoitamisen ideana on Erikssonin mukaan lähimmäisenrakkaus (myös Eriksson 1989a, 13 [1987g]; 1990b, 60). Hän ymmärtää hoitotyön laupeudentyönä ja rakkaudentekona, johon kuuluu elämän varjeleminen ja edistäminen sekä kärsimyksen lievittäminen (Eriksson 1988b, 14; myös 1988a).

Ratkaisevaa on, että hoitaminen (caritas) irtautuu hoitaa (vård) sanan merkityksestä, jossa kuvastuu järjestelmäkeskeinen ajattelu. Uudessa näkemyksessään Eriksson korostaa, että "vårdandet i dess allra djupaste innebär att hjälpa människan att växa, att utvecklas till den hon är ämnad att vara" (Eriksson 1988c, 1). Tällöin hoitaminen on tien näyttämistä, ei tavoitteiden muodostamista tai valmiin päämäärän osoittamista. Hoitamisella laajassa merkityksessä ei ole alkua eikä loppua. (Eriksson 1987b; 1988a)

Eriksson painottaa, että "caritas", "caritasmotiv" tai "caritativ vård" sanoja ei hoitotieteellisessä kirjallisuudessa esiinny. Esimerkiksi tiedon haussa sanalla "caritas" hän löysi vain yhden artikkelin. Ao. termi esiintyy katolisen kirkon piirissä liittyen erilaisiin laupeuden- ja auttamistyötä tekeviin organisaatioihin. So. kukaan hoitoteoreetikoista ei käytä caritas -termiä. (Eriksson 1990b, 21-22 ja 104) Eriksson on kuitenkin sitä mieltä, että siihen liittyvät faktorit, so. rakkaus, usko, toivo, leikki, oppiminen ja hoito (tässä ruots. ansa) (Eriksson 1990b, 87-100), löytyvät "science of caring" (Eriksson 1990b, 104) tai " caring science" (Eriksson 1986c; 1988c; 1989d; 1990a) näkökulmaan lukeutuvista hoitomalleista, joita edustaa mm. teoreetikot Watson, Bevis ja Leininger. Toisaalta hän löytää caritas näkökulmaan viittaavia aineksia kaikista tarkastelemistaan hoitomalleista (ks. Eriksson 1990b, 105-115).

4.5 "Nursing Research" suomalaisessa kirjallisuudessa

Suomalaisessa kirjallisuudessa "nursing research" termiä vastaavista nimikkeistä keskeisimmät ovat sairaanhoidon, hoitotyön ja hoitotieteellinen tutkimus. Eriksson nostaa "vårdforskning" (hoitotutkimus) omaksi nimikkeekseen. Ollen johdonmukainen omalle näkemykselleen tämä termi vastaa lähinnä "caring research" nimikettä. Sairaanhoidon tutkimus ei edes ehtinyt "nuorempien" teksteihin. Hentinen, Lauri ja Paunonen käyttävät termejä hoitotyön tutkimus ja hoitotieteellinen tutkimus. Merkittävää on, että kaikki kolme käyttävät väitöskirjassaan toimintatutkimusta tutkimuksellisena lähestymistapana, ja että heidän väitöskirjansa kuuluvat heidän omassa kielenkäytössään hoitotyön tutkimuksen alaan, vaikka niillä on 10 vuoden väli. Hoitotieteellinen tutkimus tulee kunkin terminologiaan omassa tahdissaan myöhemmin. Vain Krausen väitöskirjassa annetaan ymmärtää, että se olisi hoitotieteellinen tutkimus, mutta muutoin hän käyttää ilmaisua hoitotyön tutkimus. Käytän tässä luvussa sisennystä erottamaan eri asiantuntijoiden "puheenvuorot" tavoitteenani selkeyttää lukemista.

4.5.1 Sairaanhoitaja- ja sairaanhoidon tutkimus

Sinkkonen (1968) käyttää termiä sairaanhoitajatutkimus ennakkoselosteessaan, joka liittyy tutkimukseen erikoissairaanhoitajista. Tämän tutkimuksen kohteena

ovat erikoissairaanhoitajat, heidän työalueensa, mutta merkittävää sairaanhoitajatutkimuksen kannalta on se, että tutkijoina ovat sairaanhoitajakoulutuksen saaneet tutkijat. (ks. Sinkkonen 1968a)

Sama painotus liittyy Sinkkosen teksteissä myös sairaanhoidon tutkimuksen lähtökohtiin. Hänen mukaansa sairaanhoidon/hoitotyön tutkimus Suomessa on saanut alkunsa käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteitä opiskelleiden sairaanhoitajien toimesta. (Sinkkonen 1985a) Sairaanhoidon tutkimuksen tutkimuskohteen Sinkkonen (1969) jakaa sairaanhoidon hallinnon, käytännön toiminnan ja koulutuksen tutkimiseen. Hänellä on tässä taustana WHO:n sairaanhoidon asiantuntijakomitean viidennessä raportissa käyttämä ryhmittely (ks. WHO 1966).

Sairaanhoidon tutkimuksella Kalkas (1976c) tarkoittaa tieteellistä toimintaa, joka kohdistuu suppeasti määritellyn sairaanhoidon perusteisiin: Hoidossa olevaan yksilöön, hoitoa toteuttavan hoitojärjestelmän edustajiin sekä näiden välisen vuorovaikutuksen perusteluihin, edellytyksiin ja vaikutuksiin. Siitä, että sairaanhoidon toiminnassa keskeistä on ihminen, seuraa, että sairaanhoidon tutkimus ja siihen liittyvät tieteelliset perusteet sisältävät samat elementit kuin ihmistä koskeva tutkimus yleisesti kuten kannanotot toimintaa ohjaavasta ihmiskäsityksestä (myös Kalkas 1976a; 1976b).

4.5.2 Terveyden- ja sairaanhoidollinen tutkimus

Terveydenhuollon kehittämistutkimuksen kiinnostuksenkohde on Sinkkosen (1976) mukaan hoitoprosessi. Tässä yhteydessä hän määrittelee hoitoprosessin kaikkine niine toimineen, joita potilaaseen yksilö- tai ryhmätasolla kohdistetaan. Tällöin hoitoprosessiin liittyy lääketieteellinen, kansanterveystieteellinen sekä terveyden- ja sairaanhoidollinen tutkimus. Hän rajaa artikkelinsa koskemaan vain hoitoprosessin terveyden- ja sairaanhoidollista tutkimusta, mutta hän painottaa, että tutkimus kattaa laajemman alueen kuin pelkästään hoitolohkon hoitoprosessin; se sisältää mm. terveyden- ja sairaanhoidon koulutuksen ja hallinnon tutkimuksen.

4.5.3 Hoitotyön tutkimus

Kalkas avaa keskustelun hoitotyön tutkimuksesta. Aluksi Kalkas (1978c) ymmärtää hoitotyön tutkimuksen tyypillisesti tutkimuksena, missä liitetään yhteen monen eri tieteenalan tutkimuksen tuloksia hoitotyön kannalta mielekkäällä tavalla. Hän puhuu tällöin "hoitotyön tutkimuksen monitieteellisyydestä ..." (Kalkas 1978c, 4). Tällä Kalkas pyrkii tässä yhteydessä perustelemaan, miksi hoitotyötä voidaan ja on perustelua tutkia erilaisten ihmiskuvien pohjalta. Hoitotyön tutkimus on ymmärrettävissä soveltavana tutkimusalueena. Hoitotyötä sivuavalla tutkimuksella tässä yhteydessä Kalkas tarkoittaa kaikkea terveydenhuoltoon liittyvää ei-kliinisen lääketieteen tutkimusta (ks. Kalkas 1978c, 1).

Mainitussa tutkimuksessa Kalkas (1978c) tarkastelee hoitotyön peruselementtiä ja tutkimuksen lähtökohtia. Hoitotyön peruselementiksi hän määrittelee hoitotapahtuman vetoamalla, että "hoitotyön tutkimusta koskevassa keskustelussa

nousee usein keskeiseksi kysymykseksi hoitotapahtuman luonne" (Kalkas 1978c, 36) tai "hoitoprosessi on usein hoitotyön tutkimuksen teoreettisena mallina" (Kalkas 1978a). Itse asiassa Kalkas (1976a) puhuu jo, että "...vårdprocessen eller vårdskeendet har annorstädes undersökts med gott resultat åtminstone under ett par 10-tal år". Tausta tälle on löydettävissä Sairaanhoidon tutkimussäätiön tutkimusprojekteista (ks. Kalkas 1976a) ja niiden taustalta WHO:n hoitotyön keskipitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämisohjelma (ks. Kalkas 1979b, 1).

Koska hoitotapahtuma on peruselementti, se määrittyy myös hoitotyön tutkimuksen kohteeksi (Kalkas 1978a; 1978c, 36). Hoitotapahtuman elementit, so. terveydenhuoltojärjestelmä, hoitoprosessi ja hoidon vastaanottaja ovat kaikki hoitotyön tutkimuksen kannalta tärkeitä (Kalkas 1978a). Ongelmallisena hän näkee sen, että hoitoprosessissa tapahtuvaa toimintaa ja toiminnan vaikutuksia on tutkittu enemmän kuin hoitoprosessin kokonaisuutta, missä henkilökunta ja potilas ovat samanaikaisesti tutkimuksen kohteena (Kalkas 1978c, 36-39). Joten hän omassa tutkimuksessaan tarkentaa tutkimuksen kohteeksi hoitotapahtuman, joka muodostuu henkilökunnan havainnoista hoidon tarpeesta ja toiminnasta näiden tarpeiden tyydyttämiseksi (ks. Kalkas 1978c, 41). Hän tuo esille, että tutkimuskohteesta on Suomessa siinä mielessä kahta kantaa, että ensimmäisen mukaan henkilökunnaksi voidaan määrittää vain hoitotyön kapean määritelmän mukaiset ammattiryhmät, kun toisen kannan mukaan hoitotyötä on koko henkilökunnan suorittama hoito. (Kalkas 1978a)

Tarkentaen Kalkas (1978a) määrittää hoitotyön tutkimuksen systemaattiseksi tutkimustoiminnaksi, joka kohdistuu hoitotyön peruselementteihin hoitoa toteuttavaan henkilökuntaan, hoidossa oleviin asiakkaisiin sekä näiden kahden väliseen hoitotilanteessa toteutuvaan vuorovaikutukseen sen perusteluihin, edellytyksiin ja vaikutuksiin. Hän (Kalkas 1980a) tulee siihen tuloksen, että tutkimus, joka tähtää hoitotyön käytännön perustana olevan tiedon lisäämiseen, edellyttää hoitotyön asiantuntemusta: "...tietoa on vaikea lisätä ellei tiedetä mitä tähän mennessä jo tiedetään" (Kalkas 1980a). Kalkas tarkoittaa tällä, että hoitotyön asiantuntijuus saavutetaan hoitotyön koulutuksen ja ammatillisen osaamisen myötä.

Sinkkosen (1980a) mukaan hoitotyön tutkimuksen tavoitteena on kehittää hoitotyön teoriaa sekä tuottaa empiirisiä tietoja hoitotyön prosessin eri vaiheiden toteuttamista varten. Hoitotyön tutkimus lähtee selkeästi hoitotyön prosessimallista ja on siten ensisijaisesti suuntautunut käytännön toimintaan. Kun koulutus kuitenkin jäsennetään systeemiajattelun mukaisesti hoitotyön prosessia ja lopputulosta määrääväksi tekijäksi, se otetaan tutkimuksessa huomioon kiinteästi hoitotyöhön liittyvänä ilmiönä. Samoin hoitotyön hallinto, joka pitää sisällään prosessin edellytyksiä, kuuluu osana hoitotyön tutkimuskohteisiin. (Sinkkonen 1980a; 1980c) Sinkkonen (1980c) vetoaa tässä jaossa uudelleen WHO:n sairaanhoidon viidennen asiantuntijakomitean esittämään jakoon. Viimeisen Sairaanhoidon Vuosikirjan esipuheessa Sinkkonen (1988d) toteaa, että kyseinen Vuosikirja on ollut maamme tärkein hoitotyön tutkimuksen julkaisufoorumi.

Lähtökohtana Laurin näkemykseen hoitotyön tutkimuksesta tutkimusalueena on huomio, että käytännön hoito- ja kasvatustyötä on mahdotonta rajata yhden tieteenalan piiriin. Tältä pohjalta hän puhuu hoitotyön tutkimuksen poikkitieteellisestä luonteesta. Sen pyrkimyksenä on hoitotyön kehittäminen

(Lauri 1979a; 1979d). Laurilla hoitotyön tutkimuksen (Lauri 1979a; 1979d; 1980c; 1980d; 1981d; 1982a) kehittämisen keskeisenä auktoriteettina on WHO:n maassamme käynnistämä projekti (ks. Lauri 1980e, 2; 1980c), jonka osia Laurin ensimmäiset projektit, so. "Terveydenhoitaja 1-2-vuotiaan lapsen hoidon ja kasvatuksen ohjaajana" (Lauri 1979b; 1979d), "Lasten hoito- ja kasvatusneuvonnan kehittäminen terveyskeskuksissa" (Lauri 1980e; 1981e; 1981f; 1982a; 1982b) ja "Hoitotyön prosessin kehittäminen Pohjois-Karjalan keskussairaalassa" (Lauri 1981d; 1982d; 1983c) olivat.

Lauri (1979a) määrittää tutkimuksen kohdistuvan erityisesti hoitotyön prosessiin (myös Lauri 1979d; 1980c). Myöhemmin hän tarkentaa tutkimuskohteita: asiakas/potilas hoitotyön kohteena ja tuloksena, hoitotyön henkilöstön toimintamallit, työn sisältö ja menetelmät sekä näiden kehittäminen, kokeilu ja testaaminen ja kolmantena hoitotyön koulutus ja hallinto (Lauri 1982a). Viimeksi mainittujen mukana oloa Lauri (ibid.) perustelee sillä, että ne luovat edellytykset hoitotyölle.

Tässä vaiheessa tutkimusmetodisena vaihtoehtona Laurilla on vahvasti mukana toimintatutkimus, jonka hän kertoo myös liittyvän em. WHO:n projektiin (Lauri 1980c). Vaikka hän mainitsee toimintatutkimuksen vain esimerkkinä (Lauri 1981a; 1981g; 1982a; vrt. Lauri 1980b), hän ei ota juurikaan kantaa muunlaisiin tutkimusmenetelmiin tai teorian muodostamismahdollisuuksiin (ks. Lauri 1981g; vrt Lauri 1979a; 1979d), niin eksplikoitu ymmärrys hoitotyön tutkimuksesta Laurin alkutuotannossa muotoutuu toimintatutkimuksen kautta. Kyse on hoitotyön kehittämistutkimuksesta (Lauri 1979a; 1979b).

Hentinen tarkoittaa hoitotyön tutkimuksella (Hentinen 1980a; 1983b; 1984a) hoitotyötä koskevaa tutkimusta (Hentinen 1980b). Tällöin tutkimuksen pohjana ja keskeisenä kohteena on hoitotyö. Hentinen (1983c) itse kritisoi tätä määrittelyperustetta, koska jos ei tiedä mitä hoitotyö on, niin edellä oleva ei ilmaise paljoakaan. Hän tulee siihen tulokseen, että hoitotyötä on kuvailtava tällaisessa yhteydessä selkeyttämään mistä on kyse.

Krausen teksteissä hoitotyön tutkimus tarkoittaa toimintaa, jolla luodaan tietoa hoitotyön kehittämiseksi (Krause 1983a; 1983b; 1984, 9; 1987c, 173; 1991c; 1991d; 1991g). Sen lähtökohtana on hoitotyön käytäntö ja sieltä saadut kokemukset tai jo olemassa oleva hoitotieteellinen teoriatieto (Krause 1991c; 1991d) ja tutkimuksen tulee palvella hoitotyön käytäntöä mm. käytännön ongelmien ratkaisijana hoitotyön laadun parantamiseksi ja ammatillisuuden kehittämiseksi (Krause 1983a; 1983b; 1988a). Tutkimus on suhteessa hoitotyön teoriaan ja tietoperustaan tarkoituksensa kautta, sillä se tuottaa teoriaa tai testaa olemassa olevaa teoriaa tutkimuksen avulla (Krause 1991c).

Krause (1991c) määrittelee hoitotyön tutkimuksen alan kohdistuvan hoitotyön alueeseen. Tällä hän tarkoittaa Fawcettin kuvaamia hoitotyön keskeisiä käsitteitä: ihminen, ympäristö, terveys ja hoitotyön toiminta. (myös Krause 1991d) Krause (1991g) lisää näihin Meleisiin viitaten käsitteiden väliset prosessit eli muutoksen, ihmisten väliset suhteet, hoitotyön vaikuttamiskeinot ja hoitotyön prosessin.

4.5.4 Hoitotutkimus (vårdforskning)

Eriksson käyttää termiä "vårdforskning", jota käännetään suomeksi hoitotutkimuksena, hoitotyön tutkimuksena tai hoidontutkimuksena. Ensinmainittu vaikuttaa vakiintuneimmalta tai yleisemmältä käännökseltä. "Vårdforskning" kehittyy suomalaisessa terminologiassa "sairaanhoidon tutkimuksen" (Eriksson 1974a; 1976a, 5) kautta. Sairaanhoidon tutkimus vaihtuu "hoitotyön tutkimukseksi" (Eriksson 1980b; 1981a, 14; 1986a, 65), joka muuntuu "hoitotutkimukseksi" (Eriksson 1984g; 1984i; 1985b; 1989a) ja "hoidon tutkimukseksi" (Eriksson 1983a; 1984h; 1985c;). Myös kahden viimemainitun termin sekakäyttöä esiintyy (mm. Eriksson 1985a; 1986a; 1986c; 1986d). Englanninkielinen "nursing research" viittaa sairaanhoidon tutkimukseen (Eriksson 1974a) ja hoitotyön tutkimukseen (Eriksson 1981a, 14).

Erikssonin (1986a) teksteissä mainitaan lisäksi sanamuoto hoitotutkimus (forskning i vård; Eriksson 1985d, 65), joka viittaa "vårdforskning"-termiä laajempaan kokonaisuuteen. Tällä tarkoitetaan, että hoitoa voidaan tutkia eri perspektiiveistä kuten hoidollisesta, lääketieteellisestä, sosiaalisen hoidon jne. (Eriksson 1986a, 65)

Vårdforskning

Termillä "vårdforskning" voidaan tarkoittaa kahta asiaa. Traditionaalisesti sillä on tarkoitettu tutkimusta, joka kohdistuu sairaanhoitajan funktioon. Se on rajattu koskemaan sairaanhoitajan työtä. (Eriksson 1981a, 14-15; 1985a, 96; 1987d; 1991a, 6). Ammatinrajaus on koettu ongelmalliseksi ja siksi laajempi ymmärrys ko. termistä liittyy siihen, että tutkimuksen kohteena on hoitoprosessi ja hoitosysteemi (vårdsystemet) kokonaisuudessaan (Eriksson 1981a, 15; 1984h; 1986d, 65; 1991a, 6) ja se on suuntautunut hoitosysteemin keskeiseen henkilöön, potilaaseen (Eriksson 1985a, 96). Voidaan sanoa, että Eriksson korostetusti ei käytä ensinmainittua rajausta.

Koska "vårdforskning"-termin ala on laajentunut, Ruotsissa on alettu puhua ensinmainitusta tulkinnasta nimellä "omvårdnadsforskning". Se tarkoittaa tutkimusperinnettä, joka on alkanut jo vuosisadan alkupuolella. Eriksson kuvaa tätä tieteellisenä toimintana, jonka tavoitteena on lisätä tietoa, joka on relevanttia hoitotyössä (vårdarbete). (Eriksson 1983c) Tämä on selvä ero Erikssonin käsitykseen, koska hän (Eriksson 1984c) tuo esille "vårdforskning"-termin akateemisena siinä mielessä, että se ei ole suoraan yhdistetty ammatilliseen toimintaan ja koulutukseen. Se pitää sisällään mahdollisuuden kehittää myös tietoa, joka ei ole välittömässä yhteydessä hoitotyöhön (vårdarbete) (Eriksson 1983c; myös Eriksson 1981b; 1986a, 289 [1985d]; 1988c, 26).

Erikssonin kielessä jo "sjukvårdsforskning" (Eriksson 1974b, 5) viittasi laajempaan näkökulmaan, sillä se pyrki kuvaamaan ja selittämään sairaan- ja terveydenhoitotapahtumaa , so. hoitotapahtuman tutkiminen oli keskeistä, tarkoituksena teorian muodostaminen (Eriksson 1974a; 1976a, 5 [1974b, 1976c]). Täten "vårdforskning"-termin ilmestyminen voidaan nähdä jatkumona, idealtaan saman ajatuksen kehittelynä. Eriksson (1984c) huomauttaa, että Suomessa olisi harrastet-

tu jo vuosikymmeniä "vårdforskning". Tällä hän viitannee esimerkiksi Lemisen hoitoprosessi-näkökulmaan (ks. Eriksson 1981a, 13).

Kaikista kolmesta termistä Eriksson käyttää englanninkielistä termiä "nursing research", so. sairaanhoidontutkimus (sjukvårdsforskning) kääntyy nursing research (Eriksson 1974a, abst.), vårdforskning = nursing research (Eriksson 1981a, 14; 1988c, 26) ja omvårdnadsforskning = nursing research (Eriksson 1983c; 1991a, 6). Eriksson (1989d) käyttää myös termiä "caring research" viitatessaan tutkimustoimintaan.

Termien "nursing research" ja "caring research" välinen ero on samankaltainen kuin edellä "vårdforskning" -termin kaksi tulkintaa. Jälkimmäinen on laajempi, hierarkkisesti ylempi käsite. Se liittyy ilmiön "vårdandet" tutkimiseen. Toisaalta "nursing research" ollaan pitämässä vain metodeina ja tekniikkana toteuttaa empiirisiä tutkimuksia. Teorian kehittäminen tai tieteenalan kehittäminen ei kuulu aihepiiriin. (Eriksson 1991a, 6-7) "Vårdforskning" vastaa lähemmin "caring research" näkökulmaa.

4.5.5 Hoitotieteellinen tutkimus

Kalkkaan (1981a) tarkennus monitieteellisyydestä hoitotyön tutkimuksessa tarkoittavan eri tieteenalojen edustajien muodostamia tutkijaryhmiä, kertoo hoitotyön tutkimuksen (vårdarbetsforskning; Kalkas 1984f) ymmärtämisestä itsenäisenä. Tässä yhteydessä hän nostaa myös arvolähtökohdat ja hoidon etiikan tutkimuksen keskeisiksi kysymyksiksi (Kalkas 1981a; myös Kalkas 1981b). Jo seuraavana vuonna hän puhuu hoitotieteellisestä tutkimuksesta (ks. Kalkas 1982a). Tämän jälkeen hoitotyön tutkimus ja hoitotieteellinen tutkimus ovat käsitteellisesti Kalkkaan teksteissä ymmärrettävissä samaa tarkoittavina ja jatkumoksi sairaanhoidon tutkimukselle. Jatkumoon viittaa mm. se, että Kalkas käyttää samoja perusteluja niin sairaanhoidon tutkimukselle kuin hoitotyön tutkimuksellekin vaihtaen vain terminologiaa. Tämä liittyy erityisesti hoitotyön ja hoitotyön tutkimuskohteen luonteeseen, jonka Kalkas määrittelee ihmiskäsitystä korostaen (ks. Kalkas 1978c, 3-25 - hoitotyön tutkimus; vrt. Kalkas1982a - hoitotieteellinen tutkimus; vrt. Kalkas 1976b - sairaanhoidon tutkimus). Samaa tarkoittavana on huomattava, että "hoitotieteellinen" viittaa Kalkkaan määrittelemään terveen- ja sairaanhoidon näkökulmaan, ei terveystieteelliseen näkökulmaan. Tällöin myös "hoitotyön" viittaa suppeaan näkökulmaan, so. nursing -sanan kapeaan määritelmään. Kalkas käyttää näitä tutkimustermejä myös synonyymisessä merkityksessä teksteissään (ks. Kalkas 1985b; 1988a). Voidaan siis sanoa, että hoitotieteessä tehdään sekä hoitotyön tutkimusta että hoitotieteellistä tutkimusta.

Hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena on hoitotyö: "Hoitotyö tutkimuskohteena voidaan jakaa hoidon perusteen tutkimukseen ja/tai hoitomenetelmien tutkimukseen" (Kalkas 1987b; myös Kalkas 1985a, 37; 1987h, 40). Kalkas (1984a) puhuu myös hoitotyön tieteellisestä tutkimuksesta, jolla hän tarkoittaa hoitotyötä hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena (ks. Kalkas 1984a, 48).

Hoitotieteessä perusteita koskeva tutkimus lähtee siitä, että hoitotiede on ihmistiedettä (Kalkas 1986a; 1986b; 1987b; 1987f) ja se kohdistuu terveyden fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen alkuperään filosofisena ja tieteellisenä kysy-

myksenä (Kalkas 1987d) siihen mikä on ihmiselle luonteenomaista, luonnollista ja tervettä sekä ihmisten henkilökohtaisten avuntarpeiden arviointiin ja siitä johdettuun toimintaan (Kalkas 1987c; myös Kalkas 1985a, 57; 1987b; 1987g, 48; 1987h, 60; 1988a). Siinä korostuu ihmisen tarkasteleminen tarkoitukselliseen toimintaan pyrkivänä (intentionaalisena) olentona. Tämä koskee ihmistä yhtä hyvin potilaana kuin hoitavana henkilönä. (Kalkas 1983, 2)

Se, että hoitotieteellistä tutkimusta tulee kehittää monesta eri filosofisesta lähtökohdasta (Kalkas 1987d), ei tarkoita etteikö hoitotyön omasta näkökulmasta lähtevän ihmistutkimuksen kehittäminen olisi tarpeellista. Tämä näkökulma käsittää sekä tutkimusongelmat että metodiset ratkaisut ja tulosten sovellutusalueen (Kalkas 1986a; 1986b; 1987d). Kalkkaan näkökulmasta lähtökohta on ontologinen: ihmisen tutkiminen elävänä, tahtovana ja tuntevana olentona sekä kulttuurin jäsenenä (Kalkas 1987a).

Hoitotieteellisen tutkimuksen tutkimuskohteet (Sinkkonen 1983c) ovat hoitotyö sekä sen edellytykset, so. hoitotyön koulutus ja hallinto. Tässä näkökulmassa hoitotyöllä Sinkkonen tarkoittaa käytännön toimintaa (mm. kliinistä sairaanhoitoa). Hoitotyön tutkimus määrittyy selkeästi edellistä kuvausta kapeammaksi, so. käytännön toiminnan tutkimukseksi. Tämän rinnalla on hoitotyön koulutuksen ja hoitotyön hallinnon tutkimus. Nämä kolme muodostavat hoitotieteellisen tutkimuksen kokonaisuuden, jossa ytimenä on hoitotyön tarkastelukulma: hoitotyön ideologian mukaisesti pitäisi keskittyä hoitotyön tarkasteluun ja erityisesti potilaan näkökulmaan. Tällöin esimerkiksi sairaanhoitajien yhteiskunnallisen aktiivisuuden tutkimus sellaisenaan, irrallaan hoidosta, ei oikeuta hoitotyön tutkimuksen nimeen (Sinkkonen 1980c).

Kritiikki, jota Sinkkonen (1969) esittää englantilaista sairaanhoidon tutkimusta kohtaan kiteytyy hoitotieteellisen tutkimuksen tavoitteen asettelussa. Sinkkosen mukaan hoitotieteellisen tutkimuksen tavoitteina on teorian muodostus ja toisaalta välittömiin käytännön sovellutuksiin tähtäävien tietojen tuottaminen. Mutta myös teorian tehtävä on palvella käytännön hoitotyötä. Näin ollen hoitotieteellistä tutkimusta tehdään ja hoitotiedettä kehitetään asiakkaan tai potilaan hyväksi. (Sinkkonen 1983c)

Sinkkonen (1983c) ottaa myös esille, että hoitotieteellisen tutkimuksen olemassa olon perusedellytys on tutkijavalmiuksia kehittävä yliopistollinen peruskoulutus ja erityisesti sille pohjautuva tieteellinen jatkokoulutus.

Erikssonin (1983a; 1985c) teksteissä "vårdforskningens problemområden" (ks. Eriksson 1981a, 18-22) on eri asia kuin "vårdvetenskapens forskningsobjekt". Hän tarkoittaa tällä, että hoidon tutkimuksen ongelma-alueet määritellään laajempina kuin hoitotieteen tutkimuskohteet. Hoitotieteen tutkimuskohde ei siten ole yhtenevä hoidon tutkimuksen ongelma-alueiden kanssa. Hoitotyö (vårdarbetet) sisältää lukuisia ongelma-alueita, joita ei voida pitää hoitotieteellisinä ongelmina, esimerkiksi henkilöstön ohjaaminen. (Eriksson 1983a, 34-35; 1985c, 37; 1988b, 40) Myöhemmin Eriksson (1991a) kuitenkin yhdistää em. toteamalla, että "Med [vårdvetenskapens] forskningsobjekt avser vi här vårdterritoriet [hoitotiedon kokonaisuus; Eriksson 1985c, 29] som helhet, den verklihet och den värld som i någon avseende utgör vårdandets värld" (Eriksson 1991a, 63).

Erikssonin teksteistä on ymmärrettävissä, että hän tarkoittaa termillä hoitotieteellinen tutkimus tutkimusta, jonka tiedon kohde on tieteellisen kuvauksen

todellisuus, so. hoitotieteellinen perustutkimus (mm. Erikson 1989a, 77-78) tai hoidon metateoreettinen ja teoreettinen taso (mm. Eriksson 1983b). Eli hän tarkoittaa tällä samaa kuin ilmaisullaan hoitotiedettä kehittävä tutkimustoiminta (Eriksson 1986b; 1987f). Termillä "vårdforskning" hän puolestaan tarkoittaa tutkimusta, jonka tiedon kohde on hoitotoimintaan liittyvä todellisuus, so. sovellettua tutkimusta eli teknologisen tason (Eriksson 1989a, 78-79) ja praktisen tason hoitotutkimusta. (ks. Eriksson 1983b; 1986a [1985d]).

Ottaessaan termin hoitotieteellinen tutkimus käyttöön Lauri liittää keskusteluun eksplisiittisesti erilaisia tapoja muodostaa hoitotieteellistä tietoa ja niiden problemaattisen suhteen (ks. Lauri 1983a; 1983g; 1983i; 1984a; 1985f; 1987c; 1988d; 1989b); ongelmaksi muodostuu tutkimusalueen määrittely (Lauri 1987a). Hän ei kuitenkaan unohda korostaa hoitotyön ammattikunnan itse kokemaa tarvetta kehittämistyön perustana (Lauri 1985a).

Lauri puhuu kapea- ja laaja-alaisesta hoitotieteellisestä tutkimuksesta. Ensinmainitulla tutkimusalueella selvitetään mm. jonkin erityisalueen hoitotyön menetelmien kehittämistä, kun puolestaan jälkimmäisen alueen alaan kuuluu mm. hoitotyön toiminnan perusteita, lähtökohtia, sisältöalueita ja menetelmiä sekä koulutusta että hallintoa. (Lauri 1987a; myös Lauri 1989b) Tämän jaotuksen taustalla on tunnistettavissa Laurin esille nostama hoitotyön toiminnan kahdenlainen osa-aluejako (esim. Lauri 1984b; 1985f; 1988d).

Määrittäessään hoitotieteellisen tutkimuksen tehtäviä Lauri painottaa selkeästi laaja-alaisen tutkimuksen merkitystä: (1) jäsentää hoitotyötä eli selvittää, mitä hoitotyö on suomalaisessa yhteiskunnassa, (2) luoda ja kehittää hoitotyön malleja ja teorioita eli antaa uusia näköaloja siihen, mitä hoitotyön pitäisi olla, (3) kokeilla olemassaolevia uusia malleja ja teorioita käytännössä eli antaa vastauksia kysymykseen, miten teorian avulla pystytään ohjaamaan hoitotyötä ja (4) etsiä edellytyksiä ja mahdollisia esteitä hoitotyön toiminnan kehittymiselle eli vastata kysymykseen: antaako alan koulutus ja terveydenhuollon hallinto mahdollisuudet asiakkaan/potilaan ja perheen tarpeista nousevan tavoitteellisen hoitotyön toteutukselle (Lauri 1987a; myös Lauri 1989b). Tässä yhteydessä hän puhuu tutkimuskohteena hoitotyöstä.

Laurin kielenkäytössä tutkimuskohde muuttuu hoitamisen todellisuudesta (Lauri 1988d) hoitotyöksi, joka tarkentuu hoitotyön arvoperustaan, päätöksentekoon, vaikuttamiskeinoihin ja vaikuttavuuteen: ihmisen kokonaisvaltainen hoitaminen, hoitamisen perusta ja sen ulottuvuudet (Lauri 1989b). Toimintatutkimuksellista otetta Lauri (1987a) ei jätä, vaan näkee sen toimijoista lähtevänä innovatiivisena metodina, mutta hän laajentaa näkökulmaansa tutkimustoimintaan yleensä pohdiskelemalla kvantitatiivisten ja kvalitatiivisten tutkimus- ja analyysimenetelmien kehittämistä hoitotieteellisissä tutkimuksissa (myös Lauri 1987b; 1987c). Laurin teksteissä hoitotyön ja hoitotieteellisen tutkimuksen eroksi muotoutuu jälkimmäisessä edellistä problemaattisempi suhtautuminen tutkimustoimintaan hoitotieteen sisällä.

Hentinen puhuu hoitotieteellisestä tutkimuksesta nimeltä ensimmäisen kerran 1986 ilmaisulla "hoitotyön/hoitotieteellinen tutkimus" (Hentinen 1986a). Hän lähestyy tällöin hoitotieteellistä tutkimusta sen tavoitteiden kautta. Hän määrittää tavoitteeksi "tuottaa uutta tietoa hoitotodellisuudesta (käytännöstä), testata aikaisempaa tietoa ja näin kehittää hoitotieteellistä tietopohjaa, teoriaa. Toisaalta

hoitotieteellisen tutkimuksen tavoitteena on hoitokäytännön välitön kehittäminen" (Hentinen 1986a). Tämä ajatus viittaa artikkelissa käsiteltyyn jakoon perus- ja soveltavaan tutkimukseen. Nämä molemmat tuottavat hoitotieteellistä tietoa ja viimekädessä hyödyntävät hoitokäytäntöä (Hentinen 1986a; myös Hentinen 1989d). Myöhemmin vastaavan sisältöisessä artikkelissa Hentinen (1989b) käyttää termiä hoitotieteellinen tutkimus.

Jatkossa Hentinen puhuu vain hoitotieteellisestä tutkimuksesta. Tällöin hän lähestyy aihetta tutkimuksen kohteen kautta. Hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena tulisi olla potilas ja hänen näkökulmansa (Hentinen 1987a; 1990d), ihminen ja hänen terveytensä (Hentinen 1990c), hoidettavan ja hoitajan välinen vuorovaikutus (Hentinen 1987c; 1990c; 1990d) ja myös välineellinen hoito eli erilaiset hoitotoimenpiteet (Hentinen 1990c; 1990d).

Tämä painotusmuutos tavoitteesta kohteeseen liittyy Hentisellä hoitotieteen ja hoitotieteellisen tutkimuksen erottamiseen, jolloin ensinmainitun tehtäväksi muodostuu tiedon tuottaminen hoitamisessa tehtävän päätöksenteon ja käytännön hoitotyön pohjaksi (Hentinen 1990c; myös Hentinen 1983h). Siis hoitotieteen tehtävänä on koota yksittäisten hoitotieteellisten tutkimusten tulokset.

Hoitotieteellisen tutkimuksen kohde on ihminen ja hänen terveytensä. Hoitotieteellinen näkökulma ihmisestä esitetään usein humanismin periaatteiden mukaan (ks. Hentinen 1983d; 1983i). Tällöin korostuvat mm. ihmisen kokonaisuus, yksilöllisyys ja vastuullisuus. Tässä näkemyksessä korostuu huolenpito ihmisestä, hänen tarpeistaan ja selviytymisestään terveyteen liittyvissä tilanteissa. Potilas tai asiakas nähdään osallistujana eikä hoidon kohteena. (Hentinen 1990c) Tällöin hoitaminen ja huolenpito ymmärretään laajemmassa yhteydessä ihmisen kokonaistilanteeseen kuin vain hoitajan toimintana. Se on osa ihmisen elämäntapaa. Toisaalta se mitä voidaan vaatia yksilöltä on yksilöllistä. (Hentinen 1990b)

Hentinen (1990d) korostaa hoitotieteen näkökulman omaleimaisuutta. Se on pääsääntöisesti erilainen kuin muissa terveystieteissä. Esimerkiksi erotuksena lääketieteestä mielenkiinnon pääkohteena ei ole sairaus tai vamma ja niiden parantaminen, vaan ihminen kokonaisuutena ja hoitaminen huolenpitona (Hentinen 1990c).

Paunosen (1985d) mukaan hoitotyön tietoperusta kehittyy tutkimuksen avulla. Hän puhuu tieteellisestä perustasta hoitotyön tukena selkiyttämässä toimintaa. (myös Paunonen 1988g) Hän huomauttaa hoitotyön tieteellisen perustan kehittyvän (Paunonen 1988a, 70), mutta vasta väitöskirjassaan Paunonen (1989c, 31) eksplikoi, että kirjaaminen mahdollistaa hoitotyön tieteellisen tutkimuksen. Tämä ajatus nousee selkeästi WHO:n prosessimenetelmänäkemyksistä (ks. Paunonen 1989c).

Väitöskirjassaan Krause (1987c) antaa ymmärtää, että hänen tutkimuksensa on hoitotieteellinen: "Syöpäpotilaita koskeva hoitotieteellinen tutkimus on tähän saakka Suomesta puuttunut kokonaan." (Krause 1987c, 173). Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman terveyspoliittisen ajattelun suunnasta voidaan johtaa hoitotieteellisen tutkimuksen kohteita. Niistä esimerkkejä ovat väestön terveysongelmista sekä hoidon ja avun tarpeista lähtevät tavoiteasettelut, jotka auttavat tukemaan yksilöä ja hänen läheisiään selviytymään sairautensa kanssa. Hoitotieteellistä tutkimusta tarvitaan myös sen selvittämiseen, miten sairaanhoitajien

palveluja voitaisiin käyttää nykyistä paremmin hyväksi sairaiden hoidossa. (Krause 1987c, 4-5)

4.5.6 Terveyden ja sairauden tutkimus

Terveyden ja sairauden tutkimuksella Kalkas (1990d) viittaa periaatteessa samaan kuin terveydenhuoltotutkimuksella, mutta tässä yhteydessä hän kritisoi viimemainittua kapealaiseksi. Alunperin terveydenhuoltotutkimuksella Kalkas tarkoittaa laajaa Suomen Akatemian määrittelemää termiä, joka pitää sisällään kaiken terveydenhuoltoa koskevan tutkimuksen (ks. Kalkas 1978c, 2; 1981a; 1986b). Tähän liittyy termi "terveystutkimus" (health research) ja/tai "terveystieteellinen tutkimus", jolla tarkoitetaan terveystavoitteista perustutkimusta, kliinistä tutkimusta ja kansanterveyden tutkimusta. Tämän alaan kuuluvat sekä lääketieteellinen että hoitotieteellinen tutkimus ja muiden tieteiden piirissä tapahtuva terveystavoitteinen tutkimus. Yläkäsitteenä on "terveystieteet". (ks. Kalkas 1982a; myös Kalkas 1978c, 2). Tämä tarkoittaisi, että lääketieteellistä, hoitotieteellistä ja yhteiskuntatieteellistä tutkimusta suoritetaan rinnakkain terveydenhuollossa, joskin kullakin tieteenalalla on oma käsitteistönsä ja tutkimusmenetelmänsä.

Terveyden ja sairauden tutkimus pitää sisällään mainitut tieteenalat, mutta siinä olisi Kalkkaan (1990d) mukaan lähdettävä myös sellaisista tutkimustraditioista, joissa ihminen ymmärretään ajattelevaksi ja tuntevaksi sekä tietyssä ympäristössä eläväksi olennoksi. Tässä Kalkkaalla on vahva ihmistieteellinen painotus, mutta hän ei jätä huomiotta myös toisella tavalla orientoituneita tutkimustraditioita.

4.5.7 Hoidon tutkimus

Hentinen (1983f) puhuu hoidon tutkimuksesta. Tällä hän tarkoittaa potilaan kokonaishoidollista näkökulmaa, jolloin tutkimus tulisi tehdä eri tieteenalojen edustajien yhteistyönä (Hentinen 1983f).

4.5.8 Yhteenveto

Sairaanhoidon tutkimus liittyy 70-lukuun ja hoitotyön tutkimus 80-lukuun. Hoitotieteellinen tutkimus terminä ottaa paikkansa vaihtelevasti eri asiantuntijoiden kielessä vuosien 1982-1990 välillä. Krause käyttää väitöskirjassaan termiä hoitotieteellinen tutkimus. Muissa kirjoituksissaan muutoin johdonmukaisesti termiä hoitotyön tutkimus. Hoitotyön tutkimus Erikssonin terminologiana vaikuttaa puolestaan ongelmalliselta.

Sinkkosen ja Kalkkaan varhaisimmissa hoitotyön tutkimusta koskevissa teksteissä määrittelyä ohjaa monitieteellisyyden tai poikkitieteellisyyden ajatus. Taustalla on näkemys, että hoitotyön tutkimus ymmärretään tutkimusalueena eikä toimintana. Varsin nopeasti näkökulman vaihdon jälkeen molemmat sekä Sinkkonen että Kalkas alkavat puhua hoitotieteellisestä tutkimuksesta. Erikssonin

ja Paunosen ajatukset 80-luvun lopulla monitieteellisestä tutkimuksesta voidaan palauttaa näihin Sinkkosen ja Kalkkaan varhaisiin näkökulmiin.

Vaikka Sinkkosen teksteissä hoitotyön tutkimus tekee eroa sairaanhoidon tutkimukseen asettamalla vain hoitajaan kohdistuvat tutkimukset kyseenalaisiksi, niin ajatus vain sairaanhoitajan kykenevyydestä tehdä hoitotyön tutkimusta jää elämään. Kalkas ottaa 80-luvun vaihteessa samanmielisen kannan. Eriksson puhuu tästä linjauksesta vårdsforskning -traditionaalisena tulkintana, jota Ruotsissa kutsutaan termillä "omvårdnadsforskning". Eriksson lisää tähän ajatuksen tutkimustoiminnasta, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa hoitotyöhön, ja josta puuttuu akateemisempi näkökulma. Eriksson on yleistämässä tätä "nursing research" -ajatukseen, jossa kiinnostus on metodeissa ja tekniikoissa toteuttaa empiirisiä tutkimuksia. Sinkkosen hoitotyön tutkimuksen näkökulmasta saattaisi vuoden 1982 jälkeen löytää näitä aineksia, mutta hänkin käyttää samaan aikaan hoitotieteellinen tutkimustermiä, joka on ajatukseltaan laajempi. Kaikki irtisanoutuvat selkeästi Erikssonin tällä tavoin määrittelemästä nursing -näkökulmasta, mutta Krausen näkökulma ei ole yksiselitteinen.

Yhteenveto Kalkkaan tutkimusterminologiasta

Kalkkaan teksteissä sairaanhoidon tutkimus voidaan rajata ennen vuotta 1978 julkaistuihin teksteihin. Tämän jälkeen hän käyttää termiä hoitotyön tutkimus, joka on ymmärrettävissä kahden laatuisena. Varhaisempi ymmärrys liittyy monitieteelliseen, soveltavaan tutkimusalueeseen. Tietyllä tasolla tutkimusalue ohjaa tässä vaiheessa termin määrittelyä. Myöhemmin hän määrittelee hoitotyön tutkimuksen itsenäiseksi alueeksi, josta seuraa nopeasti termin muuttuminen hoitotieteelliseksi tutkimukseksi. Vuoden 1982 jälkeen Kalkkaan teksteissä hoitotyön ja hoitotieteellinen tutkimus tarkoittavat samaa itsenäistä tutkimusalaa.

Kalkkaalle ihmistutkimuksen näkökulma on jo sairaanhoidon tutkimuksesta lähtien keskeinen (ks. Kalkas 1976a; 1976b). Hoitotieteellisessä tutkimuksessa se tarkoittaa hoitotyön näkökulmaa tutkittaessa hoitotyötä. Tässä mielessä terminologian muutokseen ei sisälly sisällöllistä muutosta. Kyse on vahvemmin näkökulman tarkentamisesta.

Kalkkaan näkökulma voidaan lopulta kiteyttää ajatukseen, että hoitotieteellisen tutkimuksen ongelman ydin on "kohdennetaanko tutkimus hoitotyön kannalta mielekkäisiin kysymyksiin ja suoritetaanko tutkimus tehtävän määrittelyn kannalta parhaiten sopivalla menetelmällä" (Kalkas 1990c).

Yhteenveto Sinkkosen tutkimusterminologiasta

Sinkkosen tutkimusterminologiassa on havaittavissa kolme vaihetta. Ensimmäinen on ennen 80-lukua, jolloin sairaanhoidon tutkimus nimenä on valta-asemassa. Vuodet 1980-1981 kuuluvat hoitotyön tutkimukselle ja vuodesta 1982 eteenpäin termiksi muodostuu hoitotieteellinen tutkimus. Termimuutoksessa ei ole kyse vain kosmeettisesta uudistuksesta.

Asenteellisesti sairaanhoidon/hoitotyön tutkimuksen historiallisen lähtökohdan tunnistaminen sairaanhoitajaksi on varsin paljastava, joskaan tähän ajatukseen ei viitata eksplisiittisesti kuin terveydenhuollon kandidaattikoulutuksen pääsykriteereissä (esim. Sinkkonen 1979; 1980d; 1988c). Tarkoitan, että jos hoitotieteellisen tutkimuksen perusedellytys on yliopistollinen koulutus, johon ehdottomana vaateena on sairaanhoitaja tai vastaava koulutus, niin tämä lähtökohta on seurannut implisiittisesti koko ajan ja se myös muotouttaa hoitotieteellisen tutkimuksen ymmärrystä.

Tutkimusalueet ovat olleet koko ajan WHO:n ajatuksen mukaisia, vaikka Sinkkonen 80-luvulla alkaakin kritisoida jakoa, mutta johon hän käytännön näkökulmista alistuu. Tutkimuskohteen kannalta hoitotyön tutkimus teki selkeää pesäeroa sairaanhoidon tutkimukseen asettamalla vain hoitajaan kohdistuvat tutkimukset kyseenalaisiksi hoitotyön tutkimuksina. Jo terveydenhuollon kehittämistutkimuksissa kohteeksi määriteltiin hoitoprosessi, joka tarkentui hoitotyön hoitoprosessiksi. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa kohteeksi määriteltiin hoitotyö ja sen edellytykset. Tässä yhteydessä Sinkkonen määrittelee hoitotyön tutkimuksen kohdistuvan vain kliiniseen käytäntöön, jolloin ymmärrys hoitotyön tutkimuksesta kapeutuu. Hoitotyön tutkimus voidaan Sinkkosen teksteissä ymmärtää joko laajempana vuosien 1980-1981 aikana tai kapeampana vuoden 1983 jälkeen.

Hoitotieteellinen tutkimus ei olisi ollut Suomessa mahdollista vielä 70-luvulla, mutta hoitotyön tutkimus raivasi sille tien. Tarkoitan, että hoitotyön tutkimuksen myötä Sinkkonen puhuu hoitotyön ideologiasta tutkimusta ohjaavana. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa se tarkentuu hoitotyön tarkastelukulmaksi. Voidaan sanoa, että hoitotieteellinen tutkimus on tiedeyhteisön kannalta hoitotyön tutkimuksen (laajempi tulkinta) kehittyneempi versio.

Yhteenveto Laurin, Hentisen, Paunosen ja Krausen tutkimusterminologiasta

Laurin kielenkäytössä hoitotyön tutkimusta tehtiin vuoteen 1982 asti. Tämän jälkeen hänellä termiksi tuli hoitotieteellinen tutkimus. Ensin mainittu tutkimustermi liittyy Hentisellä teksteihin vuoteen 1986 asti, ja sen jälkeen terminä on hoitotieteellinen tutkimus. Paunosella on sama kaava, mutta vuosi on 1990, jolloin hän alkaa käyttää hoitotieteellinen tutkimus -termiä. Termien sisällöllinen ero jää Hentisen ja Paunosen teksteissä epäselväksi. Hentisen kohdalla syynä on sama kuin hänen esille nostamassaan kritiikissä; hoitotyötä ei tarkennettu tässä yhteydessä. Krause puhuu yleensä termillä hoitotyön tutkimus (poikkeus Krause 1987c), mutta sisällöllisesti sillä on yhtymäkohtansa hoitotieteelliseen tutkimukseen.

Lauri määrittelee varhaisimmissa teksteissään hoitotyön tutkimuksen tutkimusalueen kautta. Koska tätä aluetta voivat tutkia monet tieteenalat, hoitotyön tutkimus muodostuu Laurin tekstissä luonteeltaan poikkitieteelliseksi. Tosin hän tarkentaa tutkimuskohteen hoitotyön prosessiin, mutta tämä ei vaikuta määritysperusteeseen. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa tutkimusalue ei määritä tutkimustoimintaa vaan päinvastoin.

Laurilla hoitotyön tutkimuksen tarkennetut kohteet ovat saman suuntaiset kuin hoitotieteellisen tutkimuksen tehtävät. Molemmissa on havaittavissa WHO:n jaotus kliiniseen työhön, koulutukseen ja hallintoon. Keskinäinen periaatteellinen ero liittyy siihen, että hoitotyön tutkimukseen ei sisälly hoitotyön jäsentämistä suomalaisessa yhteiskunnassa. 80-luvun loppua kohden hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena korostuu hoitamisen perustan, ihmisen hoitamisen, tutkiminen.

Hoitotyön ja hoitotieteellisen tutkimuksen erottaminen tutkimuksen tavoitteiden avulla, siten kuin Hentinen ne määrittää, osoittautuu ongelmalliseksi, joten hän palaa tutkimuksen kohteeseen. Sen kautta hoitotieteen ja tutkimuksen erottaminen toimii, mutta vastausta hoitotyön tutkimuksen ja hoitotieteellisen tutkimuksen sisällölliseen eroon ei saada, koska ensinmainitun tutkimuksen kohteena oleva hoitotyö jää epäselväksi. Voidaan kuitenkin todeta, että hän viittaa ilmaisulla "hoitotieteen tutkimuskohteen, hoitotyö," (Hentinen 1983f) hoitotyön tutkimukseen, mutta myöhemmin esimerkiksi ilmaisu "hoitotiede tutkii" (Hentinen 1989c) liittyy hoitotieteelliseen tutkimukseen.

Laurin kapea- ja laaja-alainen hoitotieteellinen tutkimus tulee esille paitsi hänen omissa teksteissään myös Hentisen tutkimuskohdeluetteloa voidaan tarkastella tällä tavoin. Tällöin välineellisen hoidon tutkimus liittyisi kapea-alaiseen tutkimukseen. Toisaalta Paunosen ajatus hoitotieteen viitekehyksestä toimii onnistuneesti välittävänä. Hän puhuu "potilaan kokonaisvaltaisesta lähestymisestä", josta puhuu myös Lauri. Paunonen tarkoittaa tällä mm. potilaan näkökulman huomioimista, josta puolestaan Hentinen puhuu.

Yhteenveto Erikssonin "forskning" -terminologiasta

Erikssonin teksteissä sjukvårdsforskning liittyy 70-lukuun ja vårdforskning 80-lukuun. Suomennoksina sairaanhoidon tutkimus toimii, mutta 80-luvulla suomennoksissa lienee myös suomentajan intressit mukana, koska termin vårdforskning suomennosten käyttöön ei tekstien mukaan löydy perusteltua linjaa ja sekakäyttöä esiintyy. Termiä hoitotyön tutkimus löytyy vuosien 1982-1986 välillä, samanaikaisesti käytetään myös termiä hoidon tutkimus (1983-1985) ja hoitotutkimus (1984-1989). Hoitotieteellinen tutkimus terminä ilmestyy vuonna 1985. Toisaalta on mahdollista, että termi vårdforsking eri yhteyksissään tarkoittaa suomeksi laajempaa ajatusta kuin yksi yksittäinen suomalainen termi sisältää. Asian tila ei ehkä ole kuitenkaan näin, koska puhuessaan hoidon tutkimuksen ongelma-alueista Eriksson puhuu itse asiassa "forskning i vård", joka on käännetty hoitotutkimuksena.

Eriksson korostaa niin sjukvårdsforkning kuin vårdforskning käytössä laajaa tulkintaa. Laajempaa kuin nursing -perinne pitää sisällään. Tutkimuksen ongelmakentän ja tieteen tutkimuskohteen erottaminen ja myöhemmin yhtenevyys voidaan palauttaa Erikssonin muutokseen hoitotieteen ymmärryksestä.

4.6 Tieteenalalle etsitään nimeä

Yksi keskeinen kysymys tämän työn kannalta on, mitä nimitystä käytettiin toiminnasta, jota myöhemmin kutsuttiin hoitotieteeksi. Vastaus saattaa olla sairaanhoito, terveyden- ja sairaanhoito, hoito-oppi tai hoitotyö tai hoito, mutta toisaalta käsitteinä nämä ovat säilyttäneet itsenäisyytensä. Kyse on mainittujen termien välisestä suhteesta toisaalta jatkumona ja toisaalta eriytymisestä ja samanaikaisesta käytöstä.

Yleinen kehityskaari on, että ennen vuotta 1978 sairaanhoito ja sairaanhoito -etuliitteiset termit viittaavat kliiniseen työhön, mutta saattavat viitata myös tieteeseen ja tutkimukseen. 70-luvun loppua kohden hoitotyö -terminologia alkaa voittaa alaa, jolloin sairaanhoito -termin käyttö vähenee ja merkitys tarkentuu. Merkityksen tarkentumisella tarkoitan, että sairaanhoito -etuliitteiset termit alkavat hävitä ja kun käytetään termiä sairaanhoito, sillä tarkoitetaan kliinistä työtä (poikkeus Hentinen 1990c). Lisäksi sairaanhoito -termin syrjäytymiseen liittyy hoito -alkuisten termien tulva. Hoitotiede -sana ilmestyi kielenkäyttöön 1979 Sinkkosen artikkelissa. Terminä se yleistyi vuosikymmenen vaihteessa, mutta sen sisällöllinen merkitys ei muodostu yksiselitteiseksi 80-luvulla.

4.6.1 Sairaanhoitotiede

Erikssonin kielenkäytössä sairaanhoitotiede (sjukvårdvetenskap; Eriksson 1974a, 6) ja terveyden- ja sairaanhoitotiede (hälso- och sjukvårdsvetenskap; Eriksson 1974a, 1) tarkoittavat samaa; "kun tässä esiintyy sairaanhoito, lue se: terveyden- ja sairaanhoito" (Eriksson 1976a, 2 [1974a; 1976]). Erikssonilla (1974a) lähtökohtana on vaade sairaanhoidon kehittämisestä tieteelliseksi oppiaineeksi ja toisaalta sairaanhoidon kriisitilanne, jossa sairas ihminen on unohdettu. Tämä ongelmanasettelu johdattaa hänet osoittamaan sairaanhoidon teorian kehittämisen tavoitteeksi palvella käytännön terveyden- ja sairaanhoitoa. Sairaanhoitotiede on Erikssonin (1976a, 60 [1974b: 1976c]) mukaan sairaanhoitajan ammatin perusta.

Sairaanhoitotiede oppiaineena (disciplin) merkitsee sairaanhoitotapahtuman systemaattista tarkastelua, mutta myös hoitotapahtuman systematisointia. Systematisoinnin ideana on mm. parantaa sairaanhoidon opetusta ja saavuttaa korkeatasoinen hoito (patientvård). (Eriksson 1974a; 1976a, 1 ja 5 [1974b:1976c]) Tavoitteena on sairaanhoidon teorian muodostaminen, sairaanhoidon kehittäminen tieteeksi: "sjukvården som vetenskap" (Eriksson 1978b).

Jo 1975 Lauri (1975a) perää sairaanhoidolle tieteellistä statusta puhuen tällöin tieteellisestä terveyden- ja sairaanhoidosta. Sisällöllisesti tämä tarkoittaa tieteellistä menetelmää, jolla voidaan tutkia ammattikäytäntöjä (Lauri 1975b; 1975c), jotta terveydenhoitajan ammattikuvaa voidaan selkeyttää. Myös Sinkkonen (1979) puhuu terveyden- ja sairaanhoidon kehittämisestä tieteenalaksi. Muista poiketen Laurin teksteissä kyse on korostuneesti termien terveydenhoito ja hoitotyö suhteesta. Ennen hoitotyö -termiä Lauri käytti termejä sairaanhoito (Lauri 1973; 1975a; 1975b) ja sairaanhoitajan työ (Lauri 1973) sekä terveydenhoito että terveydenhoitajan työ (Lauri 1975b; 1977a) tarkoittaen hoitotyötä tekevien ammattiryhmien toimintaa. Tässä yhteydessä Lauri (1975b) ei ymmärrä ter-

veydenhoitoa vain sairaanhoidon osana, vaan omana itsenäisenä sairaanhoidosta erillisenä ammatillisena kokonaisuutena (ks. Lauri 1977a, 31). Hoitotyö -termin käyttöönotto ei poista mainittuja termejä Laurin kielenkäytöstä.

4.6.2 Hoitotyö tieteenalana

"Hoito-oppi 2:ssa" (Eriksson 1985a) ja saman kirjan uusintapainoksessa "Hoitotapahtuma" (Eriksson 1986d) Eriksson toteaa, että "hoitotyöstä on tullut tunnustettu tieteenala" (ibid. 7). Tämä ajatus jää aika mystiseksi ellei muista, että Eriksson määrittelee hoitotyön "vårdfunktion" kautta, ja että se tarkoittaa hoitotyötä laajassa merkityksessä ja samalla hoitoa (vård) kapeassa merkityksessä. Ko. ajatus onkin luettava siten, että hoidosta on tullut tieteenala, so. vård ja vårdvetenskap. Sisällöllisesti kyse on hoidon teoretisoinnista ja tämän toiminnan tieteellisestä legitimoinnista.

4.6.3 "Nursology"

Pieni kiintoisa episodi liittyy Kalkkaan (1981d) artikkeliin, jossa hän mainitsee, ettei Kuopion yliopistossa ole "specialist in "nursology" (nursing science)". Episodi liittyy toisaalta itse termiin "nursology", johon suomalaisten hoitotieteilijöiden teksteissä todella harvoin törmää, ja toisaalta siihen, että jo tuolloin Kalkkaan näkökulmasta Sinkkosen terveydenhuollon hallinnon professuuri ei ollut hoitotieteeseen liittyvä, vaikka se yleisesti sellaiseksi miellettiin.

4.6.4 Sairaanhoito-opista hoitotieteeksi

Sairaanhoito-oppilaitosten pääaineena oli 80-luvun alussa sairaanhoito-oppi. Kalkkaan (1984a) mukaan se on hoitotyön teoreettisena perusteluna kunkin maan terveydenhuoltojärjestelmään sisältyvän monitieteellisen tietoaineksen lisäksi. Hän kutsuu sairaanhoito-oppia hoitotieteeksi (Kalkas 1983a). Jälkimmäinen termi tarkoittaa kuitenkin tässä yhteydessä yliopistollista oppiainetta. (ks. Kalkas 1984a) Samaan aikaan Tampereen yliopistossa opetetaan pääaineena terveyden- ja sairaanhoitoa, jota ollaan terminologisesti muuttamassa hoitotieteeksi (Kalkas 1984d).

4.6.5 Alustavasti termeistä hoitotyö ja hoitotiede

Kalkkaan julkaisuissa termi sairaanhoito liittyy tuotantoon ennen vuotta 1978. Silloin hoitotyö -termi ilmestyy kirjoituksiin (ks. Kalkas 1978a). Tämä vuosi oli tulevan ennakointia, sillä silloin hänellä oli käytössä myös termit terveyden- ja sairaanhoito sekä hoitotyön hoito (Kalkas 1978c). 80-luvulla hoitotyö termin rinnalle muodostui termi hoito (Kalkas 1981a). Hän oli käyttänyt sitä jo varhemmin (Kalkas 1972), mutta tuolloin se täydensi sairaanhoidon ymmärrystä. Kaikes-

sa Kalkkaan termien käytössä on havaittavissa samainen trendi siten, että sairaanhoito -liitteiset termit löytyvät 70-luvun artikkeleista. Termien hoitotyö ja hoito suhde ei ole yhtä selkeä.

Kalkkaan suomenkielinen tiedeterminologia alkaa suoraan hoitotieteellä (Kalkas 1982a). Tosin Kalkas (1980b) mainitsee jo varhemmin ".. högskoleutbildning...i omvårdnadsarbete" ja "omvårdnadsvetenskap". Tieteenalan nimikysymyksen avoimuus [1982] tulee esille Kalkkaan (1982a) tekstissä siten, että hän käyttää tieteenalasta termiä hoitotiede, sekä tälle synonyymeina hoitotyö ja terveyden- ja sairaanhoitotiede. (myös Kalkas 1983, 9) Hoitotiede ottaa paikkansa 1982, mutta ei yksiselitteisesti, vaan sille muodostuu monipuolinen vaihtoehtokäsitteistö. Kuitenkin hoitotiede sanana jää eräänlaiseksi yleistermiksi Kalkkaan tuotantoon (esim. Kalkas 1990a; 1990c).

Nimityskysymyksen ongelmallisuutta Kalkas (1984b) pohtii mm. asettamalla termit hoitotiede (nursing science) ja hoitotyö (nursing) vastakkain puhuttaessa tieteenalasta. Tässä kohdin Kalkkaan ongelma on terminologinen, ei sisällöllinen. Tarkoitan, että Kalkas ei missään vaiheessa ajatellut, että hoitotyö (kapeassa merkityksessä) olisi tiedettä. Joskin epäselväksi jää Kalkkaan (1985b) ajatus, että "hoitotiede tarkoittaa kaikkea terveydenhuollossa suoritettavaa ammatillista hoitotoimintaa ja sen perustetta koskevaa tietoainesta sekä tutkimusta".

Termi hoitotiede ilmestyy Laurin kielenkäyttöön vuonna 1983 (mm. Lauri 1983a; 1983d; 1983f; 1983g; 1983i). Aluksi ao. termin määrittely on varsin avointa; "hoitotiede ei ole vain tietoa ja taitoa vaan se on myös taidetta" (Lauri 1983a; 1983i). Vuonna 1987 Lauri (1987a) pyrkii tekemään kokonaishahmotusta käsitteestä hoitotiede. Tilanteen ongelmallisuutta kuvaa Laurin toteamus, että "hoitotieteen määrittely ei ole yksiselitteistä" (ibid.). Hänen vakaa näkemyksensä on kyseisessä artikkelissa, että hoitotieteen sisältö nousee hoitotyön käytännöstä. Tieteellisen statuksen kannalta uusi askel sisältyy kritiikin kääntymiseen myös hoitotieteellistä toimintaa kohtaan.

Hoitotyön ja hoitotieteen käsitteellinen erottaminen toisistaan Laurin teksteissä ei ole aina johdonmukaista. 80-luvun alkuvuosina jopa lähes mahdotonta (esim. Lauri 1983g, 34 vrt. taulukko 2 otsikko tai Lauri 1983g, taulukko 2 otsikko vrt Lauri 1983i, taulukko 1 otsikko). Selkeä trendi hänen tuotannossaan on näiden termien erottaminen eri käsitteiksi. Lähestyttäessä 90-lukua tämä erottelu tulee selkeämmäksi ja johdonmukaisemmaksi. Päällekkäisyydet jäävät pois.

Hentisen tuotannossa on selkeä trendi, jossa erilaisia ilmiöitä kutsutaan aluksi "hoitotyö -" mm. hoitotyön malli, hoitotyön kiinnostuksenkohde, hoitotyön näkemys jne. ja jotka myöhemmin muuttuvat "hoitotiede -" mm. hoitotieteen malli, hoitotieteen kiinnostuksen kohde, hoitotieteen näkökulma jne. Sisällöllisesti nämä ilmaisut pareina tarkoittavat samaa; Esimerkiksi hoitotyön mallilla (Hentinen 1983e; 1983i) ja hoitotieteen mallilla (Hentinen 1984c, 6-10 ja liitetaulukko) viitataan mm. Royn adaptaatiomalliin ja lähteenä Roy 1971.

Hentisen teksteissä näitä termejä voidaan pitää toisiaan seuraavina, jatkumona, mutta ei synonyymeinä. Osin synonyymiharha saattaa syntyä siitä, että sisällöt ovat samankaltaisia sekä ensin mainittu näyttää terminä tulevan useimmiten tarpeettomaksi. Hentisen teksteistä tämä kertoo sen, että 80-luvun alkupuolella hoitotyö käsitteenä piti sisällään myös paljon sitä mitä hoitotiede 80-luvun jälkimmäisellä puolella. Tällöin hoitotyö selkeytyi viittaamaan kliiniseen toimin-

taan. Hentisen (1983c) tuotannosta löytyy hoitotiede -termi jo vuodelta 1983 yhteisartikkelista Sinkkosen kanssa, mutta vasta 80-luvun puoltaväliä voidaan pitää taitekohtana Hentisellä termien käytössä.

Tätä tulkintaa tukee havainto, että ennen väitöskirjaansa Hentinen puhuu hoitotyön asiantuntijoista ja hoitomalleista viitaten mm. henkilöihin kuten Orem, King ja Roy (esim. Hentinen 1983b; 1983f). Väitöskirjassaan Hentinen (1984c) sanoo samoja henkilöitä hoitotieteilijöiksi ja heidän mukaansa nimettyjä malleja hoitotieteellisiksi. Tämän jälkeen viitatessaan ao. henkilöihin hän puhuu aina hoitotieteestä (esim. Hentinen 1985a; 1985c; 1987b).

Myös Krausen kielenkäytössä on edellisen tyyppisiä pareja kuten hoitotyön teoriat ja hoitotieteen teoriat (Krause 1984; 1985a), hoitotyön peruskäsitteet ja hoitotieteen peruskäsitteet (Krause 1985a; 1990f). Yhteytensä puolesta nämä erottuvat edellisestä siinä, että ne antavat ymmärtää, että mainittuja termejä voidaan vaihtaa samaa tarkoittavina. Krausen tuotannon kokonaisuuden kannalta tilanne on tämän suuntainen erityisesti siten, että hoitotyö käsitteenä pitää sisällään myös tieteelliseksi ymmärretyn toiminnan.

Sinkkonen (1979) puhuessaan terveen- ja sairaanhoidon hyväksymisestä tieteenalaksi tekee selkeän käsitteellisen eron hoitotyön käytäntöön. Samassa yhteydessä hän mainitsee myös hoitotieteen yliopistollisen koulutuksen pääaineena. Sinkkosen (1980d, taulukko 1) artikkelissa terveyden- ja sairaanhoito on merkitty tarkoittamaan samaa hoitotieteen kanssa. Kahdessa muussa artikkelissa (Sinkkonen 1980a; 1980c) sairaanhoitotiede on vaihtoehtoinen hoitotieteen kanssa. Vuonna 1982 Sinkkosen kielessä hoitotiede on ottanut paikkansa (esim. Sinkkonen 1982b). Huolimatta siitä, että tieteen terminologia oli vielä kehittymässä Sinkkonen oli tehnyt jo aiemmin selkeän eron hoitotyön ja tieteen välille (esim. Sinkkonen 1980a). Myös Paunonen puhuessaan hoitotyöstä, tarkoittaa johdonmukaisesti kliinistä työtä, ei tiedettä. Hoitotiede ilmestyy hänen teksteihinsä 1985.

Erikssonin teksteissä on havaittavissa edellä esille tullut ilmiö: ennen vuotta 1980 hoitotiedettä edeltävät termit ovat sairaanhoitotiede tahi terveyden- ja sairaanhoitotiede; hän puhuu sairaanhoitotapahtumasta, joka terminä muuttuu myöhemmin mm. hoitotapahtumaksi. Hänellä sairaanhoito ei muutu hoitotyöksi, vaan hän puhuu hoidosta ja hoitamisesta. Hänelle kielellisesti on johdonmukaista puhua mm. vård, vårdprocess, vårdkunskap, vårdlära, vårdvetenskap jne., ja käyttää niiden suomennoksina mm. hoito, hoitotapahtuma, hoitotieto, hoito-oppi, hoitotiede jne. Käsitteellisesti hoito -terminologia, so. vård, caring, behandling, muodostaa kuitenkin varsin kirjavan ja ongelmallisen joukon.

Termi hoitotiede esiintyy Erikssonilla ensimmäisen kerran vuonna 1980 (Eriksson 1980a; 1980b) ja tämä termi pysyy hänen kielenkäytössään tämän jälkeen. Erikssonin (1984d) mukaan on olemassa yksi hoitotiede, kuten on olemassa yksi lääketiede. (myös Eriksson 1985a, 11) Tämä tarkoittaa hoidollisen hoidon perspektiiviä hoitotodellisuuteen (myös 1984h; 1984i). Lisäksi sen sisällä on olemassa erilaisia hoitoaspekteja kuten nursing, terveydenhoito-oppi, fysioterapiaoppi jne. Hieman toisenlainen tulkinta Erikssonilla on hoitotieteestä luonteeltaan laajapohjaisena tieteenä, johon kuuluu useita käytännöllisesti suuntautuneita kenttiä. Nämä kentät liittyvät eri ammatteihin kuten lääkärin, sairaanhoitajan, sielunhoitajan, fysioterapeutin jne. (Eriksson 1987a, 81 [1987h])

4.7 Yhteenveto

Suomalaisen hoitotieteen kehitykseen liittyvä terminologia on värikäs. Suurimman problematiikan siinä aiheuttaa hoitotyö ja hoitotiede -termien keskinäinen suhde. Jos näiden termien käyttöä tarkastelee eri asiantuntijoiden kirjoituksissa samoina vuosina, niin siitä saattaa saada sekaisen näköisen kuvan, tai kuvan, että niitä voisi käyttää varauksetta samaa tarkoittavina. Itse asiassa vain Krausen tekstien perusteella voisi ajatella näin. Hänenkin teksteissään sillä varauksella, että hoitotyö on tässä tilanteessa laajempi käsite sisältäen myös kliinisen toiminnan.

Hoitotiede terminä ilmestyy vuosien 1980 ja 1985 välillä asiantuntijoiden kielenkäyttöön, kun sitä vastoin termi hoitotieteellinen tutkimus vuosien 1982-1990 välillä. Tätä ennen puhutaan hoitotyön tutkimuksesta ja hoitotyöstä tarkoittaen mm. sitä, mistä myöhemmin tulee hoitotiedettä (vrt. Eriksson; vrt Krause). Tämä tarkoittaa mm. sitä, että vaikka Kalkas (vuonna 1982) ja Lauri (vuonna 1983) ottavat samana vuonna käyttöön termit hoitotiede ja hoitotieteellinen tutkimus, niin heidän teksteissään hoitotiede ja hoitotyö eivät erotu tässä vaiheessa selkeästi toisistaan. Toisaalta Sinkkosella ja Paunosella viimemainitut termit ovat selkeästi eri asioita, ja heidän kielenkäyttöönsä hoitotieteellinen tutkimus tulee vasta vuosia hoitotiede -termin jälkeen. Myöskään Hentisellä hoitotiede termin ottaminen sanastoon ei tarkoita hoitotieteellisen tutkimuksen ilmestymistä teksteihin kuin vasta 1987.

Eli henkilöstä ja ajankohdasta riippuen hoitotyössä tehtävä hoitotyön tutkimus saattaa tarkoittaa joko sitä, mistä tuli myöhemmin tai joka on hoitotieteellistä tahi yksinomaan kliinisessä työssä olevien henkilöiden tekemää kliinistä tutkimusta, kokeilutoimintaa jne. Tämän tutkimuksen kannalta tämä tarkoittaa sitä, että hoitotyö ja hoitotiede ovat eri asiat, joskaan näin ei aina ole ollut. Joten suomalaisessa kirjallisuudessa tietyin edellytyksin, kun käytetään termiä hoitotyö, sillä saatetaan viitata rajoitetusti vastaavaan toimintaan kuin hoitotieteellisellä toiminnalla.

5 HOITOTIETEEN SUHDE MUIHIN TIETEISIIN

Eräs tapa tarkastella hoitotieteen suhdetta muihin tieteisiin on tiedejärjestelmä (Hentinen 1983c; Sinkkonen 1983b; 1983d). 80-luvun alkupuolella tämä tarkastelu ei osoittautunut kovin hedelmälliseksi lähinnä hoitotieteen vakiintumattomuuden vuoksi ja analyysin puuttuessa [vuonna 1983]. Siihen liittyi enemmän kysymyksiä kuin vastauksia, kuten mikä on hoitotieteen suhde toisaalta lääketieteeseen ja toisaalta käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteisiin tai voidaanko hoitotiedettä pitää empiirisenä tieteenä. (Hentinen 1983c; Sinkkonen 1983d)

Mielenkiinto hoitotieteen suhteessa lähitieteisiin on kohdistunut ensisijassa lääketieteeseen erilaisuuden, mutta myös yhteisen intressialueen osoittamiseen, toisaalta yhteiskunta- ja kasvatustieteiden läheisyyden tarkasteluun. Kolmas, mutta ei vähämerkityksellisin mielenkiinnon kohde on ollut suhde muihin terveydenhuollossa vaikuttaviin ei-lääketieteellisiin tiede- ja oppialoihin. Oman erityisen piirteensä tiedetarkasteluun on luonut hoitotyön ja lääkärintyön keskinäisen suhteen pohtiminen osana tiedesuhdetta. Nämä kaikki suhteet ovat ilmeisiä, kun ajattelee sairaanhoidon historiaa. Tarkastelen tässä kappaleessa sitä, millaisena hoitotieteen sisällä on ymmärretty sen suhde muihin tieteisiin ja esimerkinomaisesti myös sitä, miten muut tieteet ovat vaikuttaneet hoitotieteeseen.

5.1 Suhde terveydenhuoltoalan muihin tieteisiin

Hoitotieteen ja lääketieteen suhteen tarkastelussa on havaittavissa edellisessä luvussa esille tullut piirre hoitotyön ja hoitotieteen terminologisesta päällekkäiskäytöstä ja käsitteellisestä epäselvyydestä. Toisaalta tarkasteluissa ei ole kiinnitetty huomiota eroon lääketieteeseen tutkimusalana ja hoitotoimintana. Tästä on ollut seurauksena se, että hoitotoiminnan tasolla havaitut ongelmat ovat ikäänkuin voitu ymmärtää kuvaavan myös tieteenalojen eroa. Itse asiassa tämän

laatuista suhdetarkastelua voidaan pitää periaatteellisena kaikkiin terveydenhuollon alalla oleviin tieteisiin, joiden kiinnostuksen kohde on hoitotodellisuus.

Hoitotieteen asiantuntijoista mm. Kalkas tarkastele painottuneesti hoitotieteen suhdetta lääketieteeseen ammatillisen toiminnan kautta. Tämä on johdonmukaista hänen näkemyksilleen, miten aikojen kuluessa terveydenhuolto on eriytynyt erilaisiin ammatillisiin ryhmiin toiminnan perusteen mukaan (Kalkas 1985a, 67; 1986a; 1986b; 1987b; 1987f;1988a). Myös Krausen (1984) mukaan lääkärintyön ja hoitotyön erot perustuvat yhteiskunnalliseen tehtävään ja tapa, jolla ne pyritään ratkaisemaan hoitotyön ammatin tieto- ja taitoperustaan. Tämä sama erottelu pätee hoitotyön ja muiden terveydenhuollon ammattien välillä. Lisäksi Laurin näkökulmassa tulee esille suhde lääkärintyöhön (Lauri 1985e, 6 ja 70; 1986c, 11; vrt Lauri 1990c).

Eriksson (1983c) tuo esille tarpeen erottaa hoito eri ammattiryhmien toimena, koska hänestä "ei ole hedelmällistä siirtää ao. käsitettä vain yhden ammattiryhmän toimintaan" (Eriksson 1985c, 14). Hän (Eriksson 1981a, 48; 1983c) puhuu "medicinsk -, social - och vårdfunktion" hoitotiimin eri työntekijöiden toimintana, so. cure-care-help, joille analogiana hän osoittaa eri näkökulmat hoitoon, so. "medicinsk vård, social vård och vårdande vård (nursing)". Viimeksi mainittu termi viittaa hoitotodellisuuteen, joka ei muodostu ensisijassa lääketieteestä (Eriksson 1982a).

5.2 Suhde lääketieteeseen

Kalkkaan (1985a) mukaan kaikkien terveydenhuollossa toimivien ammattiryhmien toiminnan motiivina on ihmisen hyvän edistäminen. Ihmisen hyvää tarkastellaan vain eri näkökulmista. Tämä eriytyminen on tapahtunut historiallisen kehityksen myötä (Kalkas 1985a; 69-71). Erot ovat ongelmissa, joita pyritään ratkaisemaan ja niissä tavoissa, joilla ongelmat ratkaistaan. Ongelmat perustuvat yhteiskunnalliseen tehtävään, ja tapa, jolla ne pyritään ratkaisemaan perustuu kunkin ammatin tieto- ja taitoperustaan (Krause 1984, 7). Laurin (1983a) kielellä "ongelmat ovat muodostuneet sairaalamaailman käytänteistä" (myös Lauri 1983i; ks. myös Lauri 1973).

Hoitotieteen tehtävänä on tutkia ja selittää toimintaa, jonka tavoitteena on paras mahdollinen eli optimaalinen terveys. Lääketieteen tehtävänä puolestaan on tutkia ja selittää toimintaa, jonka keskeisenä tavoitteena on sairauden ehkäisy. (Eriksson 1985c, 39 [1983a]; 1988b, 47 [1986e]) Ero kiteytyy ajatukseen terveyteen liittyvästä hyvän olon ulottuvuudesta, subjektiivisesta terveydestä, jota lääketiede ei huomioi (Eriksson 1989b, 9 [1984a]). Kalkas (1985a) sanoo tämän eron siten, että lääkärin työn ensisijaisena päämääränä on elämän kunnioittaminen. Elämä ymmärretään tällöin usein biologis-fysiologisena ilmiönä, toisin sanoen normaaleina elintoimintoina ja käyttäytymisenä. Sen sijaan hoitotyön ensisijainen päämäärä on ihmisen (Kalkas 1985a, 69-71) ja hänen yksilöllisyytensä (Lauri 1988d) kunnioittaminen. Hentinen (1990c) ilmaiseen asian niin, että erotuksena lääketieteestä mielenkiinnon pääkohteena ei ole sairaus tai vamma ja niiden parantaminen, vaan ihminen kokonaisuudessaan ja hoitaminen huolenpitona.

Näkemystä lääkärin ja sairaanhoitajan suorittaman hoidon erilaisuudesta kuvataan usein sanomalla, että lääkärin tehtävänä on parantaa ja kuntouttaa, kun sairaanhoitajan tehtävänä on hoitaa, toisin sanoen olla pyyteettömästi kiinnostunut potilaana olevan ihmisen olemisesta (Kalkas 1981b, 11; 1984f; 1986a; 1986b; 1986c; 1987c). Tämä tarkoittaa, että hoito (nursing) historiallisesti tarkasteltuna on lähtöisin sairasta henkilöä koskevien havaintojen ja johtopäätösten tekemisestä, ei sairautta koskevasta ajattelusta (Eriksson 1986a, 71 [1985d]).

Eriksson korostaa, että vaikka lääketieteen ja hoidon kehittyminen on seurannut samoja teitä ja vaikka historiallisesti lääketiede on hallinnut (Eriksson 1980a) ja hallitsee hoitoa (Eriksson 1989f), niin hoitotiede ei ole kehittynyt lääketieteestä, vaan erilaisista luonnon-, käyttäytymis- ja sosiaalitieteistä (Eriksson 1981a, 25). Tämä ei tarkoita, Eriksson (1988b, 28) painottaa, että hoitotieteen perusta olisi näissä tieteissä, vaan että sillä on oma perustansa. Lauri (1981a) on samaa mieltä, että [terveyden- ja sairaanhoito] ei voi kehittyä irrallaan lääketieteestä, ja että sen ei tarvitse edetä lääketieteen ehdoin (ks. Lauri 1985e, 9), vaan se voi kehittyä omilla ehdoillaan yhteistyössä lääketieteen kanssa (myös Lauri 1989-b).

80-luvun alussa niin Eriksson (1980b), Hentinen (1983c) kuin Sinkkonen (1983d) pohtivat, että lääketiede saattaisi yksinään pystyä tuottamaan riittävästi tietoja potilaan hoidon kokonaisuudesta. Jos se suuntautuisi tämän tiedon avulla uudelleen, siitä olisi mahdollista kehittyä terveystieteiden kokonaisuus (Eriksson 1980b), johon sisältyisi mm. nykyinen lääketiede ja hoitotiede. Lopultakaan he eivät usko kehityksen sosiaalisiin, taloudellisiin eikä yliopistopoliittisiin edellytyksiin, ja siksi todennäköisempää on, että hoitotieteestä kehittyy oma tieteenalansa. (myös Sinkkonen 1983d)

Erikssonin mukaan hoitotieteen ja lääketieteen filosofia on jo lähtökohdissaan erilainen, koska lääketiede perustuu mekanistiseen ja hoitotiede humanistiseen ihmiskäsitykseen (Eriksson 1981a, 28; 1985c, 33 [1983a]). Eri sisältöiset terveydenhuoltoalan koulutusohjelmat heijastavat sitä ihmisen avun tarvetta, johon eri henkilökuntaryhmät pyrkivät vastaamaan terveydenhuollossa (Kalkas 1981b, 12). Niillä on erilainen ongelmanasettelu ja ne käyttävät erilaisia välineitä tutkimuksessa ja tiedon rakentamisessa. Ja ennen kaikkea kummankin tieteen spesifi näkökulma tutkimuskohteeseen on eri (Eriksson 1984d). Hoitotodellisuus on useiden tieteiden tutkimuskohteena, mutta hoitotieteellinen tutkimus tarkastelee sellaisia ilmiöitä hoitotodellisuudesta, potilashoidosta ja välittömästä asiakastyöstä, joista lääketieteellinen tutkimus ei ainakaan tähän asti [1983] ole ollut kiinnostunut (Kalkas 1982a; Sinkkonen 1983b).

Hoitotiede ja lääketiede eroavat periaatteellisesti toisistaan siinä, että lääketiede on kansainvälisesti melko yhtenäistä (Kalkas 1986a; 1986b). Myös hoitotieteen piirissä on pyrkimystä yhtenäistämiseen kuten hoidon hahmottaminen prosessina. Tämä pitää sisällään enemmän kuin terminologisen muodon. Tarkoitan, että vaikka termi hoitoprosessi on tullut terveydenhuollon kielenkäyttöön taloustieteellisestä ja myöhemmin hallintotieteellisestä (Kalkas 1981a; 1981b, 5) ja kasvatustieteellisestä (Lauri 1991b) tutkimuksesta, niin Kalkas huomauttaa, että tämän tapainen toiminnan jäsentäminen viittaa pyrkimykseen perustaa hoitotyö tieteenteoreettisesti samankaltaiseen ajattelutapaan kuin lääketiede; ovathan mallit lähellä toisiaan, vaikka niissä käytetään eri sanoja (ks. Kalkas

1983a, 9). Tai hoitotieteen piirissä on ajatuksia kansainväliseen, hoitotieteen "olemusta" tutkivan tieteenhaaran kehittämiseen kuten esimerkiksi Leininger'in "transcultural nursing". (Kalkas 1986a; 1986b)

5.3 Yhteinen intressi

Hoitotieteellä ja lääketieteellä [sekä muilla terveydenhuoltoalan tieteillä] on eroista huolimatta yhteinen käytännön intressi kehittää parempaa hoitoa ja parempaa terveyttä yksittäiselle potilaalle (Eriksson 1986c; Lauri 1989b). Eriksson kiinnitti huomiota jo väitöskirjassaan tähän näkökulmaan, ja hänen mukaansa se "asettaa vaateen lisääntyvästä poikkitieteellisestä tutkimuksesta ja tiedon tuottamisesta, mutta asettaa samalla vaateen erilaisuuden kunnioittamisesta" (Eriksson 1981a, 28; myös Eriksson 1985c, 119; 1986c; 1991a, 306-310). Myös Kalkas (1986b) kiinnittää huomiota siihen, että yhtenäisyyksien etsiminen ja yhteisten monitieteellisten tutkimusten kehittäminen ovat olleet taka-alalla (myös Kalkas 1986b). Ei vain Kalkas perää poikki-/monitieteellistä tutkimusta (ks. Kalkas 1976a; 1978c, 34; 1980a; 1981a; 1981b; 1986a; 1986b), vaan myös Lauri (1979a; 1979d) ja Sinkkonen [& Hentinen] (1983g) kannattavat eri tieteiden edustajien yhteistyötä (esim. Lauri 1988b). Paunosen yhteistyötutkimukset lääketieteen kanssa ovat osaltaan vastausta tähän ongelmaan (ks. Paunonen 1985c; 1990b; 1990c).

Yhteisestä intressistä huolimatta erilainen kieli ja käsitteistö voi muodostaa ongelmia (ks. Kalkas 1981b, 51; 1982a). Tämä tarkoittaa sitä, että niin tieteellisen kuin ammatillisen toiminnan kannalta saattaa tulla ongelmalliseksi, jos eri henkilöstöryhmillä on keskenään ristiriitaiset arvostukset ja näkemykset potilaana olevan ihmisen hyvästä esimerkiksi potilaan ymmärtäminen passiivisena kontra aktiivisena (ks. Kalkas 1976c; 1978c, 47; 1985a; 1991a). Toisaalta Eriksson (1990c) näkee erityisen tärkeänä kehittää oman kielen, joka olisi luonteeltaan hoivaava. Lääketieteellinen kieli ei ole riittävä tähän tarkoitukseen tässä mielessä.

5.4 Monia hoitotieteitä

Asiantuntijoiden teksteissä hoitotiede, hoitotieteet ja terveystieteet sisältävät kannanottoja hoitotieteen suhteesta muihin terveydenhuoltoalan tieteisiin, jotka ovat kiinnostuneet hoitotoiminnasta.

5.4.1 Hoitotieteestä useiksi hoitotieteiksi

Kalkkaan (1987f) näkökulma on, että terveydenhuollossa on aikojen kuluessa tapahtuneen työnjaon seurauksena syntynyt uusia hoitoammatteja, joiden edustajat tekevät omaa hoitotyötään. Kullakin ammattikunnalla on toiminnan lähtökohtana omaleimainen näkökulmansa ihmiseen ja ihmisen hyvään. Se ilmenee ihmisten erilaisina tehtävinä ja koulutuksena. (Kalkas 1986a; 1986b) Näkemys oman hoitotehtävän tarkoituksesta sisältää näkemyksen hoidon perustees-

ta. Kalkkaan (1987f) mukaan eri hoitoalat poikkeavat toisistaan perusteeltaan. (myös Kalkas 1985a, 67; 1987b; 1988a)

Kaikkiaan Kalkkaan kielenkäytössä tämä merkitsee sitä, että hoitotieteellä (nursing as a science; Kalkas 1986a) voidaan ymmärtää sitä tietoaineksen kokonaisuutta ja tutkimustoimintaa, joka koskee erilaisia ammatillisia hoitotoimia ja niiden perusteita. Näin laajasti määriteltynä hoitotieteen (caring as a science ; Kalkas 1986a; caring science; Kalkas 1990b) piiriin kuuluvat yhtä hyvin kliininen lääketiede, psykologia ja sosiaalityö terveydenhuollossa (Kalkas 1986b), fysioterapiaticde, terveen- ja sairaanhoitotiede jne. (Kalkas 1985a; 1986a; 1986b, 1987b; 198-7f). Kalkkaan teksteissä tämä tarkoittaa, että on olemassa useita rinnakkaisia hoitotieteitä (ks. Kalkas 1987b).

Kalkas (1985b) tuo esille, että hänen näkemyksensä hoitotieteestä on laaja ja että se vastaa yhdysvaltalaista terveystieteiden (Health Sciences) ajatusta. Hoitotieteellä hän tarkoittaa tässä yhteydessä tutkimustoiminnan ja tietoaineksen kokonaisuutta, joka koskee erilaisia ammatillisia hoitotoimia ja niiden perusteita (Kalkas 1987b; vrt Kalkas 1985b). Tämä laajin merkitys kattaa kaikki care-giving professiot (Kalkas 1990b).

5.4.2 Hoitotieteet

Sinkkonen (1980d) käyttää termiä hoitotiede/hoitotieteet. Hänellä tämä ilmaisu tarkoittaa yläkäsitettä, joka sisältää erilaisia oppeja kuten terveyden- ja sairaanhoito-oppi, fysioterapia, kliininen laboratorio-oppi jne. Kyse on tieteen tasosuhteesta hoito-opin tasoon eli terveydenhuoltoalan keskiasteen koulutuksen pääaineisiin.

Erikssonin (1984d) mukaan on olemassa yksi hoitotiede, kuten on olemassa yksi lääketiede (myös Eriksson 1985a, 11). Tämä tarkoittaa hoidollisen hoidon perspektiiviä hoitotodellisuuteen (myös Eriksson 1984h; 1984i). Lisäksi sen sisällä on olemassa erilaisia hoitoaspekteja kuten nursing, terveydenhoito-oppi, fysioterapiaoppi jne. Myöhäisemmässä tuotannossa Erikssonilla nousee toisenlainen ymmärrys hoitotieteestä luonteeltaan laajapohjaisena tieteenä, johon kuuluu useita käytännöllisesti suuntautuneita kenttiä. Nämä kentät liittyvät eri ammatteihin kuten lääkärin, sairaanhoitajan, sielunhoitajan, fysioterapeutin jne. (Eriksson 1987a, 81 [1987h])

Caring sciences-lähestymistavan mukaisesti hoitotieteet on yläkäsite, joka sisältää peruslähtökohdat ja teoriat kaikille terveydenhuollon piirissä toimiville ammattiryhmille. Näiden lähtökohtana on, että terveydenhuollon toimintojen tavoitteena on terveyden edistäminen ja ylläpitäminen. (Eriksson 1987c) Hoitotieteistä on erotettavissa Erikssonin (1987b) mukaan toisaalta hoitotieteet, jotka ovat pitäytyneet tietyissä rajoissa lähinnä vallitsevan lääketieteellis-luonnontieteellisen maailmankuvan sisällä ja toisaalta hoitotieteet, jotka tietoisesti pyrkivät irtautumaan vanhasta maailmankuvasta ja esiintymään kokonaan uusina luomuksina. Eriksson (1987c) nimittää tätä kokonaisuutta terveystieteiksi, koska se vastaisi paremmin terveyslähtöistä ajattelua kuin hoitotieteet.

5.4.3 Terveystieteet

Hentisen (1983c) mukaan hoitotiede kuuluu terveystieteisiin. Yhteistä niille on tutkimuksen kohde: ihminen ja hänen terveytensä. (myös Hentinen 1989c; 1990b; 1990c; 1990d). Lisäksi yhteistä näille tieteenaloille on - paitsi, että ne ovat tiedettä tieteen klassisessa mielessä - myös se, että ne kehittävät tietyille ammattiryhmille tietopohjaa (Hentinen 1983c; 1990d). Muita terveystieteitä ovat esimerkiksi lääketiede, psykologia, puheterapia, ravintoterapia ja sosiaalityö (Hentinen 1983c). Ne eroavat toisistaan siten, että niillä jokaisella on oma näkökulmansa terveyteen ja hoitamiseen (Hentinen 1989c; 1990c) sekä lisäksi ihmiseen ja ympäristöön (Hentinen 1990d).

5.4.4 Yhteenveto

Termin hoitotiede ymmärrys on kolmella tasolla. Ensimmäinen taso liittyy Kalkkaan ajatukseen nursing-lähtökohdasta, toinen taso on Erikssonin ajatus, jossa nursing, fysioterapia jne. muodostavat hoitotieteen ja kolmas taso on niin Kalkkaan kuin Erikssonin esille nostama ajatus, jossa hoitotiede muodostuu kaikista terveydenhuollon tieteenaloista. Tätä he kutsuvat hoitotieteiksi, joka on synonyymi termille terveystieteet. Tämä käsite pitäisi sisällään kaikki care-giving professiot. Myös Hentisen ajatus terveystieteistä kohtaa tämän tulkinnan. Sinkkosen ilmaisu liittyy Erikssonin toisella tasolla olleeseen näkökulmaan, mutta se ei laajene terveystieteiden näkökulmaan.

Eriksson puhuu luonnontieteisiin pitäytyneistä hoitotieteistä ja tästä maailmankuvasta irrottautuvista uusista hoitotieteistä. Tämä tarkoittaa Erikssonin kielessä, että esimerkiksi lääketieteessä, fysioterapiassa, hoitotieteessä jne. olisi eri tyyppistä suhtautumista tieteelliseen maailmankuvaan, so. tieteenfilosofisesti erilaisia näkemyksiä.

5.5 Yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden merkitys

Laurin (1987b) mukaan eräs ongelma on siinä, että ei huomata hoitotieteen painottumista voimakkaasti käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteelliseen tutkimusperinteeseen, vaan hoitotiede sijoitetaan lääketieteen yhteyteen, ja tällöin sitä arvioidaan lääketieteen ehdoilla (myös Lauri 1984a; 1987c; 1990a). Hentinen (1979a) kiinnitti jo varhemmin tähän ongelmaan huomiota. Hänen mukaansa tämä näkökulma saattaa suunnata kiinnostuksen vain lääketieteellisen tiedon yhteiselle tai erottavalle alueelle ja unohdetaan kokonaan esimerkiksi käyttäytymistieteellisen ja sosiologisen tiedon yhteinen alue hoidossa. Siis ymmärrys hoitotyöstä potilaan kokonaishoidosta saattaakin liittyä vain keskusteluun hoitotyön rajoista lääketieteellisessä viitekehyksessä (Hentinen 1983g, 2 ja 16). Hentinen tarkoittaa tällä, että keskusteltaessa potilaan hoidosta ei riitä, että sitä tarkastellaan vain taudin hoitoon liittyvinä ongelmina. Näkökulmana pitää olla myös sairaus ja sen vaikutukset ihmisen kokemuksiin. Tämä näkökulma edellyttää käyttäytymistieteellistä tietopohjaa. Kolmantena näkökulmana Hentinen ottaa esille sairauden

vaikutukset potilaan elämäntilanteeseen, ympäristöön, sosiaalisiin suhteisiin jne. sekä näiden tekijöiden vaikutus potilaan hoidon tarpeeseen ja toipumiseen. Tämä edellyttää yhteiskuntatieteellistä tietopohjaa. (Hentinen 1983g, 17; 1984c, 18)

Eriksson esittää saman huomion. Hänen mukaansa läheisyys yhteiskunta- ja käyttäytymistieteisiin perustuu mm. humanistiseen traditioon (Eriksson 1985c, 33 [1983a]), kun "lääketiede on traditionaalisesti perustunut mekanistiseen ihmiskäsitykseen" (Eriksson 1981a, 28). Erikssonin kielenkäytössä ensinmainitut tieteen alat tulevat korostuneesti esille. Hänen näkökulmansa hoidon substanssiin muodostuu etnologien Tiger & Fox'in analyysiin perustuen (ks. Eriksson 1986c; 1987a). Toisaalta hänen teksteissään törmää saman tapaiseen käsitteistöön kuin kasvatustieteissä. Esimerkiksi systemaattinen hoitotiede (Eriksson 1988c; 1989f; 1990a; 1991a) viittaa Harvan (1963) esittämään systemaattiseen kasvatustieteeseen. Toinen esimerkki on Erikssonin ajatus hoitotieteestä siltana, jonka ajatuksena on, että poikkitieteellisenä tutkimusalueena hoitotiede kohtaa muut tieteet (Eriksson 1987e; 1988b, 38; 1988c; 1989a, 81-84 [1987g]; 1991a, 1-2). Vastaava ajatus löytyy, kun puhutaan kasvatustieteen asemasta siltana (ks. Hirsjärvi & Huttunen 1995). Kolmas esimerkki on ajatus hoitotieteen osa-alueista. Tämä on yhtenevä kasvatustieteiden rakennekuvauksen kanssa (ks. Eriksson 1988c, 31-45; 1991a, 58-60 ja 70; myös Eriksson 1991c).

Esimerkkinä hoitotieteen osa-alueet

Tarkastelen mainituista kolmesta esimerkistä lähemmin hoitotieteen osa-alueita. Eriksson (1974a) alkaa puhua sairaanhoito-opin ja -hoitotieteen osa-alueista (deldiscipliner) jo ennen 70-luvun puoliväliä. Hän on havainnut kyseiset osa-alueet "tarkan analyysin ja hoitotapahtuman seuraamisen jälkeen" (Eriksson 1974a). Nämä osa-alueet tulevat toisista tieteistä ja ovat tukitieteitä hoitotieteelle. Hoitotiedettä ei voi tunnistaa ilman osa-alueitaan. Keskeisimmät ovat hoitofilosofia, hoitopsykologia, hoitopedagogiikka, hoitososiologia, hoitohallinto, hoidon historia ja vertaileva hoito. (Eriksson 1974a; 1976a, 11-14 [1974b, 1976c]; 1981a, 39-43; 1988b, 41-42) Rajanveto mm. lääketieteeseen, hoidon hallintoon ja pedagogiikkaan oli tuolloin kovin epäselvä ja se kuvastui osa-alueiden rakenteeseen (Eriksson 1988c, 31, alaviite 1).

Erikson (1988c) kehitteli osa-alue näkemystään eteenpäin. Hän puhuu hoitotieteen osa-alueista (ibid. 31), mutta tarkoittaa systemaattisen hoitotieteen osa-alueita (ibid. 28). Toiseksi hän jakoi osa-alueet neljään perspektiiviin: A. Ontologia, B. Hoitotieteen metateoria, C. Hoitotieteen sovellutusalue ja D. Historiallinen perspektiivi. Ontologinen perspektiivi tarkoittaa hoidon perustaa ja motiivia. Tätä pohditaan mm. hoitofilosofiassa, -ekologiassa, -teologiassa ja hoidon aatehistoriassa. Hoitotieteen metateoriaa muodostetaan hoitotieteen historian ja tieteenteorian puitteissa. Sovellusalueina tulevat esille mm. hoitopedagogiikka, -psykologia ja -sosiologia. Historiallista perspektiiviä eli sitä miten hoitaminen liittyy yhteiskuntaan, tarkastellaan hoitoantropologiassa sekä vertailevassa ja historiallisessa hoidossa. (Eriksson 1988c, 31-45)

Erikssonin ideana hoitotieteen osa-alueilla on hoitotieteen tutkimusalueiden selkeyttäminen: vårdvetenskapens kunkapsfält (ks.Eriksson 1991a, 70). Tämän

myötä hän kutsuu edellä kuvattua rakennelmaa systemaattisen ja kontekstualisen hoitotieteen osa-alueiksi. Jako perustutkimukseen ja sovellettuun tutkimukseen tulee selkeästi esille. (Eriksson 1991a, 58-60)

Eriksson (1991c) huomauttaa, että hoitotieteen osatieteiden kehittämisajatusta ei ole vielä kansainvälisesti hyväksytty, vaan monissa maissa hoidon tutkimus on enemmänkin suuntautunut erilaisiin käytännöllisiin, kliinisiin ja eritysaloihin. Hän perustelee ajatuksensa hoitoteologiasta (Eriksson 1990e; 1991b; 1991c; 1991d) tähän osatieteiden jakoon.

5.6 Muiden tieteiden vaikutuksesta hoitotieteeseen

Kuten edellä tuli esille lääketieteen vaikutus hoitotyöhön on kielellisesti ja kulttuurisesti kiistaton, mutta hoitotieteen kielenkäytössä myös yhteiskunta- ja käyttäytymistieteillä on vahva vaikutus. Voidaan sanoa, että jopa haluttu. Uuden tutkimusalueen on nojattava paljon juuri yhteiskunta- ja käyttäytymistieteisiin, jotta se täydentäisi lääketieteellisen tutkimuksen tuottamaa tietoa (Sinkkonen 1976; 1980b). Kaikkiaan muiden tieteiden vaikutus ei ole kuitenkaan yksiselitteinen kuten Krause huomauttaa tarkastellessaan hoitotyön tutkimuksen kehitystä. Hänen mukaansa hoitotyön tutkimus on käynyt läpi pitkän kehitysvaiheen, jossa kaikki vaiheet eivät ole hyödyntäneet vaan myös hidastaneet hoitotyön tietoperustan kehittymistä. Suomessa hoitotyön tutkimus on aloitettu muiden tieteenalojen tutkimusyksiköissä. Tutkimuksissa ei täten ole aina ollut hoitotyön näkökulmaa vaan jonkin muun tieteenalan. (Krause 1983a; 1983b; 1991c; 1991d; 1991g; myös Sinkkonen 1976) Näissä tutkimuksissa ongelmana on se, että niissä ei keskitytä hoitotyön ydinilmiöön: potilaan/asiakkaan ja sairaanhoitajan kohtaamiseen (Krause 1983b). Krause (1991g) huomauttaa vieläkin [1991] tieteenalan piirissä esiintyvän tämän suuntaisia linjauksia.

Kun tarkastelee tutkimusten tuottamia tuloksia hoitotieteellisen tutkimuksen kehityksen kautta, siinä on havaittavissa käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteellisesti painottuminen pitkälle 80-luvulle. Hoitotyön tutkimus on saanut paljon vaikutteita nimenomaan kasvatustieteistä. Tämä malli on tullut toisaalta omasta maasta, koska ei ole ollut mahdollista opiskella omaa pääainetta [hoitotiedettä], ja kun tuli mahdollisuus opiskella omaa pääainetta, se oli varsin selkiytymätön. (Sinkkonen 1982b; myös Krause 1983a; 1991c; 1991d) Toisaalta yhdysvaltalaisen esimerkin tukemana on myös jatkettu tällä linjalla. Tosin Englannissa ja Yhdysvalloissa oli 80-luvulla havaittavissa painottumista myös luonnontieteisiin. (Sinkkonen 1985a)

Kaikkiaan yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden merkitys hoitotieteeseen liittyy myös tutkijan peruskoulutukseen, so. mitkä tieteenalat ovat edustettuina hänen tutkinnossaan (Kalkas 1986a; 1986b; myös Kalkas 1990a). Sinkkosen (1983f) mukaan lähes 800 yhdysvaltalaisesta hoitotieteen väitöskirjasta noin puolet on filosofian (filosofia, antropologia, sosiologia, psykologia jne.), kolmannes kasvatustieteiden ja noin 15% hoitotieteen alueelta. Niin Suomessa, Yhdysvalloissa kuin Englannissakaan hoitotieteellinen tutkimus ei ole sijoittunut mihinkään yhteen tiedekuntaan (Kalkas 1986a; 1986b).

Vaikutukset, joista hoitotieteen piirissä ei puhuta ääneen, mutta jotka ovat ilmeisiä, liittyvät muihin naisvaltaisiin ammattiryhmiin kuten mm. sosiaalityö-

hön: "...professionaalisen sosiaalityön "tieteellistämisen" eräänä näkymättömänä taustamotiivina oli alan naisvaltaisuus" (Eräsaari 1991, 54). Tarkoitan mm., että kiinnostus sosiaalityön tieteellistämiseen virisi Englannissa ja Yhdysvalloissa jo vuosisadan alkupuolella vahvojen professionaalisuusaatteiden myötävaikutuksella. Jo 1800-luvun lopulla Charity Organisation Societyn parissa hyväntekeväisyyttä verrattiin tieteeseen, alkuvaiheessa sitä pidettiin eräänlaisena toimintatieteenä: "Charity is science - science of life in operation - knowledge doing its perfect work" (Eräsaari 1991, 55). Toisaalta myös sosiaalityö on ymmärretty tieteenä, taitona ja taiteena (Kananoja & Pentinmäki 1977, 38).

Sinkkonen (1983d) ja Hentinen (1983c) kiinnittävät huomiota siihen, että hoitotieteen sanotaan nojautuvan humanistisiin, käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteisiin sekä lääketieteeseen. Heistä merkittävä empiirisen analyysin kohde olisi selvittää missä määrin hoitotiede itse asiassa soveltaa ihmis- ja luonnontieteitä.

6 SUOMALAISEN HOITOTIETEEN PERUSKYSYMYKSIÄ

Tarkastelen tässä luvussa hoitotieteen peruskysymyksiä, joilla tarkoitan hoitotieteessä ilmenevää ihmiskäsitystä, käsitystä tieteellistä toimintaa ohjaavasta tiedosta, tutkimuskohteesta, pätevästä tutkimusmetodista sekä käytyä keskustelua arvojen ja etiikan merkityksestä hoitotieteessä. Vaikka alalukujen lopussa teen yhteenvetoa kustakin aiheesta, kokoan ajatuksia uudelleen yhteen viimeisessä tiedekäsitystä koskevassa luvussa.

6.1 Hoitotieteen ihmiskäsitys

Tutkimuksen aineistossa Kalkkaan artikkelit (ks. Kalkas 1976a; 1976b; 1978b) ovat tekstejä, jotka avaavat keskustelun ihmiskäsityksen merkityksestä sairaanhoidossa. Kalkas perustelee avaustaan sillä, että sairaanhoidossa on keskeisenä toiminnan kohteena ihminen. Täten toimintaa ohjaavan ihmiskäsityksen selkeyttäminen on pohja niin sairaanhoidolle (myöh. hoitotyölle) kuin tälle perustuvalle tieteelliselle toiminalle (mm. Kalkas 1976a; 1976b; 1976c; 1978b; 1981b, 51-55 ja 64; 1984f). Tämä ei ole sinänsä uusi ajatus, kuten Sinkkonen (1980c) huomauttaa. Se, että potilas on ymmärretty keskeiseksi kiinnostuksen kohteeksi, on kuulunut jo kauan alan ideologiaan (Sinkkonen 1980c), mutta "...sairaanhoidon ihmiskäsitystä koskevia filosofisia analyyseja ei ole meillä Suomessa kovinkaan paljon tehty..." (Kalkas 1976b; 1978b; myös Kalkas 1978c, 14).

6.1.1 Käyty ihmiskäsityskeskustelu

HERTTA KALKAS:

Kalkkaan testeissä kannanotot hoitotieteen ihmiskäsitykseen ovat kaksitasoisia. Niissä on erotettavissa hänen näkökulmansa ihmiskäsitykseen yleisesti hoitotiedettä ohjaavana ja toisaalta erityinen ihmiskäsitys hänen edustamaansa hoitotieteen alaan ohjaavana. Ihmiskäsityksen merkitys on molemmissa tasoissa yksiselitteinen; se on fundamentaalinen hoitotyön tavoitteelle tai perusteelle, ja siksi sitä voidaan pitää peruskäsitteenä puhuttaessa "nursing as a scientific discipline" (Kalkas 1988b).

Ihmiskäsityksestä yleisesti hoitotieteessä

Yhtenä syynä, miksi terveyden määrittelyn arvosidonnaisuus välittyy vain valikoidusti terveydenhuoltoon, Kalkas (1987b) pitää sitä, että eri tieteenaloilla tuotettu tieto on osaksi yhteensopimatonta, koska tutkimus voi lähteä erilaisista intresseistä ja tieteenteoreettisista lähtökohdista. Kalkkaan (1986a) mukaan on selvää, että ihmisen ja terveyden tutkiminen erilaisiin käsitejärjestelmiin perustuen tuo uutta tietoa hoitotoimien suunnittelemiseen ja hoitotoimien kehittämisen perustaksi.

Ihmistä tuskin voidaan tutkia kokonaisuutena riittävän monipuolisesti vain yhden tieteenalan tai metodiikan avulla (Kalkas 1976b; 1978b; 1978c); "eri teoriat auttavat ymmärtämään ihmistä monipuolisesti ja täydentävät toisiaan. Meidän tulee hyväksyä useita yhteensovittamattomia tieteellisiä käsityksiä ihmisestä " (Pietarinen Kalkkaan [1981b] mukaan). Itse asiassa tieteenfilosofisesti ei ole olemassa mitään ainutkertaista tapaa kuvata tapahtumia ja ilmiöitä, siksi meillä on useita erilaisia tapoja lähestyä samaa tutkimuskohdetta, ihmistä (Kalkas 1982a). Myöhemmin Kalkas (1987c) tarkentaa, että ihmisen tutkiminen elävänä, tuntevana ja tahtovana olentona edellyttää, että tutkimus suoritetaan monesta eri filosofisesta lähtökohdasta ja toisistaan poikkeavalla tavalla (myös Kalkas 1987d). Ongelmana on, että näin saatu tieto voi tuoda esiin keskenään vastakkaisia näkemyksiä hoidon tavoitteista ja niiden saavuttamiskeinoista. Esimerkiksi näkemys sairaudesta joko nopeasti poistettavana, ei toivottavana asiana tai elämää rikastuttavana ja koettavana asiana, johtaa kahteen erilaiseen hoitokäytäntöön (Kalkas 1986a; 1986b).

Toisena syynä Kalkas (1987d) esittää sitä, että tieto valikoituu terveydenhuollossa sen tehtävän kautta. Näkemys tästä tehtävästä on terveydenhuollossa piilevänä tai tiedostettuna.

Kalkkaan lähtökohdan kannalta on tärkeämpää tiedostaa erilaisten määritelmien olemassaolo kuin tarkastella erikseen kaikkia ihmiskäsityksiä (ks. Kalkas 1986a; 1986b). Erityisen tärkeää on tiedostaa määritelmien vaikutus niihin perustuviin käytännön toimenpiteisiin (ks. Kalkas 1978c; 1981b). Ihmiskäsityksen selkeyttäminen vaikuttaa mm. toimintojen suunnitteluun, metodien valintaan ja päätöksentekoon. (Kalkas 1976a; myös Kalkas 1976b; 1978b; 1985a, 57)

Terveen- ja sairaanhoidon ihmiskäsitys

Terveydenhuollossa eri ammattiryhmät perustavat toimintansa hieman erilaiseen tietoon ja arvolähtökohtiin (esim. Kalkas 1978c; 1981b, 10; 1985a, 26; 1986c; 1991a). Sairaanhoitajan toiminnan keskeisin arvo on ihmisen kunnioittaminen (esim. Kalkas 1976a; 1976b; 1984a; 1984h; 1985a, 59; 1987d; 1991a).

Alunalkaen Kalkas (1973) määrittelee ihmisen bio-psyko-sosiaaliseksi olennoksi, jonka sisäinen ja ulkoinen ympäristö muodostavat yhdessä toinen toisistaan riippuvan kokonaisuuden (myös Kalkas 1972). Viitaten Lauri Rauhalaan Kalkas (1976b; 1978b) tulee siihen tuloksen, että kokeellinen tutkimus ja käytännön toiminta hyvin harvoin kohdistuvat ihmisen kaikkiin olemisen muotoihin ja ongelmiin yhtäaikaa, vaan erilaisiin reaalisiin ilmiöihin kuten biologisiin prosesseihin, ihmisen toimintaan, ihmisten välisiin suhteisiin jne.

Rauhalaan viitaten Kalkas (1978c) puhuu pluralistisesta ihmiskäsityksestä, jota kuvataan systeemiteorian avulla. Hän määrittää ihmisen itsestään tietoiseksi toimivaksi subjektiksi, joka on vuorovaikutuksessa toisten ihmisten ja luonnon kanssa. Ihminen muuttuu jatkuvasti. (Kalkas 1978c, 6 ja 13) Väitöskirjassaan Kalkas (1981b) pohtii mm. erilaisiin ihmiskäsityksiin perustuvaa hoitoa. Hän tulee siihen tulokseen, että ilman hermeneuttiseen tieteenfilosofiaan perustuvaa ajattelua hän ei kykene lähestymään diabeetikkojen kokemuksia. (ks. Kalkas 1981b, 49-55) Tämän jälkeen Kalkkaan tuotannossa on suunta, jossa "...pyritään ymmärtävään vuorovaikutukseen...[ja ihmisen] kohtaaminen ainutkertaisena yksilönä" (Kalkas 1984h).

Ihmiskäsitystä, jota Kalkas kehittelee, voidaan nimittää terveen- ja sairaanhoidon ihmiskäsitykseksi. Siinä näkemys potilaan hoidon ja terveydenhuollon lähtökohdasta on pehmeä ja inhimillinen. Kuvatessaan pehmeää ja inhimillistä näkemystä Kalkas (1991a) tekee yhteenvetoa aikaisemmasta tuotannostaan. Näkemys perustuu seuraavaan ajatteluun:

> "Ihminen on minätietoinen, ajatteleva, tunteva ja tahtova olento. Ihmisen fyysinen ja henkinen olemismuoto muodostaa eheän kokonaisuuden. Niitä ei voida tarkastella erillään toisistaan eikä myöskään erillään ihmisen ympäristöstä. Ihmiselle on ominaista tunteiden ilmaisu sekä omiin arvostuksiin perustuva valintojen teko. Ihmistä ja hänen yksilöllistä elämänvaihettaan on välttämätöntä tutkia myös heidän omasta näkökulmastaan ja siten, että heidän subjektiiviset tuntemuksensa saadaan esille." (Kalkas 1991a)

Terveen- ja sairaanhoidon näkökulmasta ihmisen kunnioittaminen sisältää ihmisen kuuntelemisen sekä ottamisen mukaan itseään koskevaan päätöksentekoon. Tämä tarkoittaa, kuten Kalkas (1991a) jäähyväisluennossaan kuvaa, että "turhat terveyskeskuskäynnit" on hyvin ongelmallinen ilmaisu. Kovista arvoista lähtevässä arvioinnissa sen voidaan tulkita ilmaisevan terveyskeskuksen asiatonta käyttöä ikäänkuin ihmiset huvikseen tai toisten kiusaksi käyttäisivät terveyspalveluja. Pehmeistä arvoista lähtevässä arvioinnissa se ilmaisee perusterveydenhuollon vakavia puutteita: ihmisten kokemuksiin ei suhtauduta vakavasti.

Yhteenvetona Kalkkaan näkökulmasta kysymys siitä, että ihmistä hoidetaan eri tavoin palautuu siihen, että kyse on hoidosta, joka perustuu erilaisiin ihmiskäsityksiin ja terveyden- ja sairaanhoidon käsityksiin (Kalkas 1978c, 171).

SIRKKA SINKKONEN:

Sinkkonen korostaa, että hoitotieteellistä tutkimusta tehdään ja hoitotiedettä kehitetään asiakkaan hyväksi (mm. Sinkkonen 1983c; 1987). Hän ottaa annettuna sen, että "ihminen on bio-psyko-sosiaalinen ainutkertainen kokonaisuus. Kokonaishoidon periaate nojautuu tähän olettamukseen" (Sinkkonen 1980a). Hän toteaa, että "hoitotiede korostaa ihmistä biologisena, psyykkisenä ja sosiaalisena olentona" (Sinkkonen 1983a).

Suurempi ongelma kuin ihmiskäsityksen pohtiminen on Sinkkosen (1987) mielestä se, että koska kirjallisuudessa puhutaan paljon mm. ihmiskäsityksestä ja sen merkityksestä, niin olisi aiheellista kysyä perustuuko toiminta näihin puheisiin. Hänen mukaansa toiminta on kovin ammattiryhmälähtöistä ja -kohtaista. (Sinkkonen 1987; myös Sinkkonen 1980c)

KATIE ERIKSSON:

Erikssonin tuotanto jakautuu kahteen jaksoon sen mukaan mikä hänen mielestään on ontologisen pohdinnan keskeinen kohde. Ihmisen asettaminen hoitotapahtumassa keskeiseksi on Erikssonin ajattelun perustrendi. Tämän myötä hän korostaa varhaisessa vaiheessaan ihmisen ontologisen pohdinnan merkitystä, mutta keskittyy vahvemmin terveyden tarkasteluun. Myöhemmin hän asettaa eksplisiittisesti keskeiseksi kohteeksi hoidon ontologisen pohdinnan, mutta tällöin ihmisen ontologia korostuu.

Ihminen on keskeistä

Eriksson (1978a) mukaan peruskysymykset ovat: A) miten ymmärrämme [hoitaja ja potilas] ihmisen, B) miten ymmärrämme [hoitaja ja potilas] ilmiön terveys ja sairaus ja C) millainen on se tapahtuma, joka voi auttaa yksilön "terveyteen" tai vastaavaan. Näistä peruskysymyksistä A. on ensisijainen siten, että B. ja C. seuraavat vasta sen jälkeen. Näiden kolmen suhteen sekundaarinen kysymys liittyy siihen miten sairaanhoitaja voi tässä auttaa. (myös Eriksson 1978b, 35)

Varhaisessa vaiheessa Eriksson ei juurikaan pohdi erilaisia ihmiskäsityksiä tai vertaile niitä keskenään. Taustalla lienee ajatus, että koska ihmiskäsitys säätelee hoitoa, mutta "on vaikeaa osoittaa, että jokin ihmiskäsitys olisi hoidossa toista tärkeämpi, [niin] tärkeätä on tiedostaa ja noudattaa yhtä käsitystä..." (Eriksson 1980b).

Eriksson (1976a [1974b, 1976c]) kuitenkin esittelee oman ihmiskäsityksensä. Siinä ihminen on järjestelmä, joka muodostuu erilaisista järjestelmistä: biologinen, psykofyysinen ja sosiaalinen. Ihmisellä on oma tahto (motivaatio) ja hän toimii vuorovaikutuksessa toisten ihmisten ja ympäristönsä kanssa. (Eriksson 1976a, 15-24)

Tarkempi vastaus, mitä "ihmisen asettaminen [..] keskeiseksi" tarkoittaa, tulee esille ajatuksista kuten esimerkiksi "On myös oleellista määrittää hoitoalue oikein potilaan, ei sairaanhoitajan kokonaistilanteesta lähtien. Hoitoalueen

määrittelyssä pitää myös potilaan olla mukana - ei yksinomaan hoitoryhmän" (Eriksson 1976a, 43) tai "Arviointi alkaa potilaasta, ei välineistä tai hoitomenetelmistä" (ibid. 40). Jälkimmäinen painotus liittyy hoitotapahtuman esittelyyn läpi koko tuotannon (ks. Eriksson 1981a; 1985a; 1985c [1983a]; 1986a [1985d]; 1986d jne.).

Erikssonin kielessä em. on perustrendi, hoidon lähtökohta. Koska hoito edellyttää aina kahden tekijän, hoitajan ja potilaan olemassaoloa (vrt. itsehoito tai luontainen hoito), niin he vaikuttavat molemmat erivahvuisesti hoitotapahtumaan. Täten hoitomuoto on hoitaja- tai potilaskeskeinen sen mukaan kumpi toimii prosessissa aktiivisemmin (Eriksson 1986b, 68). Täten on ymmärrettävissä, että hoidon potilaskeskeisyys ja hoitomuodon potilaskeskeisyys ovat eri asiat, eivätkä välttämättä tekemisissä toistensa kanssa.

Voidaan sanoa, että ennen uuden paradigman omaksumista Erikssonilla ihmisen asettaminen keskeiseksi oli "vårdideologi", jonka tausta liittyi osaltaan hoidon periaatteisiin (ks. Eriksson 1976a, 50-54 [1974b, 1976c]; 1985a, 80-84; myös Eriksson 1981a). Tässä vaiheessa terveys muodostuu hänelle keskeisemmäksi aiheeksi (ks. Eriksson 1976b), mutta vasta uudessa paradigmassa hänen tarkastelunsa suuntautuu ihmiseen ontologisena kysymyksenä.

Humanistinen paradigma

Sen myötä, kun Eriksson alkaa korostaa hoitotiedettä humanistisena tieteenä, hän ryhtyy korostamaan uudella tavalla hoitamisen lähtökohtana olevaa koko ihmistä, ts. ihminen on kokeva, haluava ja luova ja muodostuu ruumiista, sielusta ja hengestä (Eriksson 1987b; myös 1987a [1987h]). Yleisessä ontologisessa tarkastelussa Eriksson (1987b) on siinä mielessä niukka, että hän asettaa luonnontieteellisen osiin jakautuvan ihmiskuvan vastakkain kokonaisen elävän ihmisen kanssa, jolla on henkinen suhde korkeampaan olentoon (myös Eriksson 1987a [1987h]; 1988c, 26-28; 1989a, 13-14 [1987g]; 1989c; 1989e; vrt. Eriksson 1989d). Toisaalta jälkimmäisen näkökulman ontologisten ja metafyysisten valintojen tarkastelu muodostaa Erikssonin tuotannon rungon tämän jälkeen.

Hän puhuu pluralistisesta ihmiskäsityksestä (Eriksson 1988c, 20). Hän tarkoittaa tällä ihmisen moniulotteisuutta: ihmiseen kuuluu biologinen ja psykologinen olemus sekä hengellisyys (Eriksson 1991c) ja siten myös moniulotteinen terveys, jonka ulottuvuudet ovat ruumis, sielu ja henki (Eriksson 1991e). Hän kehittelee ajatustaan edelleen. Tällöin hänelle (Eriksson 1991b) muotoutuu keskeiseksi käsitys, jonka mukaan ihminen on kolmijakoinen eli käsittää hengen, ruumiin ja sielun kokonaisuuden, ja että uskonnollinen ahdistus ja syyllisyys syntyvät suoraan tai epäsuoraan ihmisen suhteesta Jumalaan (Eriksson 1991c).

Eriksson (1991b) kutsuu tätä kristilliseksi ihmiskäsitykseksi vastapainoksi luonnontieteelliselle, mekanistiselle ja behavioristiselle ihmiskäsitykselle. Ihmiskäsityksessä keskeistä on mainittu kolmijakoisuus ja että tämä ihminen on kärsivä olento koko olemassaolonsa ja kärsimys voi poistua vain armossa, joka ei ole tässä maailmassa. (ks. Eriksson 1991f) Kaikkiaan näkemystään Eriksson (1991b) kutsuu hoitoteologiaksi, joka perustuu ontologisiin oletuksiin. Ihminen on kokonaisuus, joka käsittää ruumiillisen, henkisen ja hengellisen ulottuvuuden.

Se, että hoitotiede määritetään humanistiseksi tieteeksi, ei merkitse Erikssonin (1989a) mukaan sitä, että luonnontieteistä luovuttaisin kokonaan, vaan ne muodostavat edelleenkin keskeisen osan hoitajan työtä. Humanistinen asenne on työn ydin ja hoitotieteen edustajan lähtökohta hoitotodellisuudessa. (Eriksson 1989a, 20) Tässä Eriksson ei hylkää jo väitöskirjassa ollutta lähtökohtaansa, että hoidolla on sekä filosofinen että luonnontieteellinen perustansa (Eriksson 1981a, 39-40). Erikssonilla hoitaminen muodostaa hoitotieteen kaikenkattavan tietopohjan, jonka tiedon haun kohteina ovat "caritas" -ajatus, "usko, toivo ja rakkaus" -ajatus, koko olemassaoleva ihminen, terveys ja ihmisen suhde maailmaan (Eriksson 1989a, 29-73; 1990d).

Eriksson (1987b) kritisoi reduktionistista luonnontieteellistä ihmiskuvaa, ja korostaa humanistisen hoitotieteen kokonaisvaltaista ihmiskuvaa sille vaihtoehtona (myös Eriksson 1988b). Eriksson (1988c, 19-20) painottaa ihmiskäsityksen ontologista pohdintaa (myös Eriksson 1989a, 77 [1987g]), mutta hoitotieteen perusta ei ole ihmisessä vaan hoitamisessa, jolloin hoitamisen ihmiskäsitystä primaaristi ohjaa Erikssonin hoitamisen humanistinen asenne.

SIRKKA LAURI:

80-luvun alussa Lauri (1981d) korosti ihmiskäsitysten merkitystä hoitotyön arvoperustan muotoutumiseen. Hän lähti näissä tarkasteluissa siitä, että hoitotyön periaatteita on johdettu erilaisista ihmiskäsityksistä (ks. Lauri 1981d, 2-4; 1982b, 7-8; myös Lauri 1985e, liite 1). Kaikkiaan hän on sitä mieltä, että ihmiskäsitykset ohjaavat hoitotyötä (Lauri 1983c, 12). Hoitotyössä tämä näkyy siten, että vallitseva ihmiskäsitys vaikuttaa potilaiden kohteluun (Lauri 1990c, 16).

Suomalaisessa kirjallisuudessa kokonaisvaltainen ihmiskäsitys hoitotyön lähtökohtana tarkentuu Laurin (1983d; 1983f) mukaan humanistiseksi ihmiskäsitykseksi. Vedoten auktoriteetteihin (mm. Sarvimäki 1980 ja Paunonen 1982; ks. Paunonen 1982b) ja käytännön hoitotyöhön hän laajentaa näkökulmaansa korostamalla, että humanistinen ihmiskäsitys ei riitä, vaan lisäksi on otettava naturalistinen lähestymistapa, mutta "ensimainittu ihmiskäsitys ei useiden tutkimusten mukaan näy käytännön hoitotyössä" (Lauri 1983f; myös Lauri 1983a; 1983i).

Humanistisella ihmiskäsityksellä Lauri tarkoittaa:

> "...käsitystä, jossa ihmistä kuvataan tajunnallisena olentona. Hän on osa sitä kulttuuria ja yhteiskuntaa, jossa hän elää. Hän ei noudata vain luonnonlakeja, vaan esimerkiksi kulttuurin normeja ja yhteiskunnan lakeja. Hänellä on menneisyytensä ja hän pystyy vaikuttamaan tulevaisuuteensa. Painopiste on tajunnassa siinä, miten ihminen kokee tilanteensa." (Lauri 1983f)

Naturalistisella ihmiskäsityksellä Lauri tarkoittaa:

> "...luonnontieteellisestä ihmisen tarkastelutavasta vaikutteita saanutta käsitystä. Olennaista sille on, että ihminen nähdään muun luonnon osana ja häntä tarkastellaan samasta näkökulmasta kuin luontoa yleensä. Ihmisen kuvauksessa käytetään luonnontieteellisiä termejä kuten systeemi, energia, lainalaisuus jne. Ihminen nähdään biologisten ja psykologisten lakien mukaan käyttäytyvänä." (Lauri 1983f)

Lauri puhuu tuotannossaan kolmenlaisesta kokonaisvaltaisesta ihmiskäsityksestä. Ensimmäinen on biopsykososiaalinen kokonaisuus (Lauri 1983d), josta hän käyttää myös nimitystä kokonaisvaltainen käsitys ihmisestä (Lauri 1983f). Lähtökohtana on, että ihminen on biologinen olento. Hoidossa on kyse kuitenkin vuorovaikutuksesta potilaan ja hoitajan välillä. (Myös Lauri 1985f) Toinen kokonaisvaltainen ihmiskäsitys liittyy Eriksonin määrittelemään näkemykseen: kognitiivinen, sosiaalinen, biofyysinen ja psykologinen kokonaisuus (Lauri 1985h, 16-17; 1986c, 8-9; myös Lauri 1985e, liite1). Tässä käsityksessä korostuu ihmisen ymmärtäminen päämäärähakuisena, tietoisena ja vastuullisena olentona. Laurin kolmannessa käsityksessä eli holistisessa ihmiskäsityksessä (Lauri 1990c, 16-17) otetaan huomioon ihmisen persoonallisuus kokonaisuutena. Viitaten Beckiin Laurin mukaan ihminen on eroteltavissa teoreettista tarkastelua varten fyysiseen, emotionaaliseen, älylliseen, sosiaaliseen ja hengelliseen ulottuvuuteen.

Esitelty ihmiskäsityskeskustelu on sikäli erityisen merkittävä Laurin tuotannossa, että Lauri (1982a) määrittää hoitotyön lähtökohdaksi elämän ja ihmisen kunnioittamisen. Kuusi vuotta myöhemmin hän esittää ratkaisevasti toisenlaatuisen kannan korostaessaan, että [hoitamisen] keskeisenä arvolähtökohtana ei nähdä elämän vaan ihmisen ja hänen yksilöllisyytensä kunnioittaminen (Lauri 1988d). Tämä kertoisi perustavaa laatua olevasta arvolähtökohdan muutoksesta Laurin ajattelussa, mitä tukisi myös mm. päätöksenteon (Lauri 1991b, 2-10) ja dokumentoinnin (Lauri 1991d, 12-16) tarkastelun laajentaminen vain rationaalis-analyyttisestä lähestymistavasta fenomenologiseen.

MAIJA HENTINEN:

Hoitotyön ydin ei itsessään ole vuosien kuluessa muuttunut. Se on pysynyt samana: ihmisen auttamisena (Hentinen 1983b; 1989c) tai huolenpitona toisesta ihmisestä (Hentinen 1983d; 1990c). Jälkimmäisellä Hentinen (1983d) viittaa hoitotyön kristilliseen taustaan. Tämän auttamistapahtuman keskeisenä elementtinä on pysynyt ihmisten kohtaaminen (Hentinen 1989c), so. potilaan ja hoitavan henkilön välinen vuorovaikutus (Hentinen 1983g, 4; 1984b; 1987b; 1987c; 1988a; 1990c). Hoitotyön ihmiskäsitys ohjaa tätä vuorovaikutusta (ks. Hentinen 1984b; 1988a; 1990b).

Hoitotyön ihmiskäsitys perustuu Hentisen (1983i) mukaan humanistisen ja naturalistisen lähestymistavan yhdistämiseen. Vaikka niillä ei ole loogista kompromissia, niitä voidaan käytännössä soveltaa samanaikaisesti. Tässä Hentinen (1983i) viittaa mm. Sarvimäkeen (1980) ja Paunoseen (1982; ks. Paunonen 1982b) (myös Hentinen 1983d).

Hoitotyön ihmiskäsityksessä ihminen ymmärretään biologiseksi, psykologiseksi sekä sosiaaliseksi kokonaisuudeksi (Hentinen 1984c, 6 ja 39). Vaikka ihminen on biologinen olento, hän on myös ainutkertainen yksilö. Tärkeää hoitotyön kannalta on miten potilas kokee sairautensa aiheuttaman tilanteen. Hoidossa potilas ei ole passiivinen vastaanottaja vaan aktiivinen vaikuttaja, joka on itse keskeinen omassa hoidossaan. Hänet ymmärretään vastuulliseksi omaa terveyden- ja sairaanhoitoa koskevissa päätöksissä. (Hentinen 1983i; 1983d; ks.

myös Hentinen 1990c; ks. Lauri edellä: tarkemmin mitä humanistinen ja naturalistinen tarkoittavat). Hoitotieteellinen näkökulma ihmisestä esitetään usein humanismin periaatteiden mukaan (Hentinen 1983d; 1983i), jolloin näkökulmassa korostuu mm. ihmisen kokonaisuus, yksilöllisyys ja vastuullisuus.

MARITA PAUNONEN:

Potilaskäsitys on Paunosen (1985e, 18 ja 20) mukaan "hoitotyötä perustava" (ks. Kalkas 1976). Hoidossa tulee lähteä ihmiskäsitysten ja potilaskäsitysten teoreettisesta tarkastelusta ja edetä tältä pohjalta pohtimaan hoitotyön perustana olevia ihmiskäsityksiä ja olla avoin kehitykselle (Paunonen 1982b). Meistä itsestämme riippuu suhteemme hoitotyöhön; onko se välineellinen vai ontologinen suhde (Paunonen 1982a).

Hoitotyön sekä sen filosofian, koulutuksen ja tutkimuksen pohjana tulee olla laaja ja monipuolinen tarkastelukulma ihmiseen. On tärkeää pohtia ihmiskäsitystä, koska se selkeyttää minkälaisiin hoidettavan henkilön tarpeisiin on vastattava ja missä tilanteissa sekä miten hoidettava itse suhtautuu hoitoon. (Paunonen 1982b; 1985e, 37-39) Hoidettavaa ihmistä on lähestyttävä useammasta ihmiskäsityksestä käsin (Paunonen 1982b). Hoidettavaa ihmistä koskeva ihmiskäsitys eli potilaskäsitys siis perustelee ja filosofisesti oikeuttaa hoitotyössä monitieteellisyyden (Paunonen 1985e, 20).

Aluksi Paunonen (1982b) puhuu hoitotyön ihmiskäsityksestä, jossa ihminen määritellään biopsykososiaaliseksi kokonaisuudeksi. Sen mukaan ihminen on sekä biologinen olento että ainutlaatuinen yksilö omine elämän- ja kokemustaustoineen ja sidoksissa ympäristöönsä. Tässä Paunonen viittaa mm. Hentiseen & Lauriin 1982 (ks. Hentinen 1983d; Lauri 1983f). Samassa artikkelissa hän katsoo perustelluksi biologisen ja humanistisen potilaskäsityksen yhdistelmän, jossa biologinen ja humanistinen käsitys painottuvat eritavoin liittyen potilaan tilanteisiin (Paunonen 1982b; myös Paunonen 1985e, 38-39). Perusteluissaan Paunonen viittaa Sarvimäen (1980) artikkeliin.

Tämän jälkeen Paunonen (1983a) puhuu "hoitotyöstä humanistisena toimintana" (myös Paunonen 1985c), jolloin ihminen ymmärretään ajattelevana, järkevänä, kasvavana ja kehittyvänä olentona. Yksilön ainutkertaisuutta, mutta toisten kaltaisuutta, ja kulttuuriolentona olemista korostetaan. Ihmisen inhimilliset ominaisuudet ovat löydettävissä hänen tajunnallisesta maailmastaan. Ihminen ymmärretään kokevana, moraalisena olentona (Paunonen 1982b; 1985e, 29-35).

KAISA KRAUSE:

Hoitotyön käytäntö lähtee potilaasta/asiakkaasta, joka tarvitsee hoitotyön apua (Krause 1984, 15; 1987b; 1991c). Kysymykseen "millainen on potilas" vastaaminen on tärkeää sekä teorian että käytännön kannalta. Vastaus perustuu ihmiskäsityksiin, jotka näkyvät niissä potilasta ja asiakasta koskevissa oletuksissa, joita [hoitotyön] teoriassa esitetään ja joihin käytännön hoitotyön toiminta perustetaan. (Krause 1984, 11; myös Krause 1983a)

Tarkasteltuaan useiden hoitotieteen teoreetikkojen oletuksia potilaasta/asiakkaasta sekä Lauri Rauhalan ajatuksia ihmiskäsityksestä Krause esittää, että potilas nähdään tiedostavana, biopsykososiaalisena kokonaisuutena, perheensä ja yhteisönsä jäsenenä. Näkemys perustuu sekä naturalistiseen että humanistiseen ihmiskäsitykseen. Ihminen on toisten ihmisten ja muun luonnon kanssa samankaltainen, mutta myös yksilöllinen ja ainutkertainen (Krause 1984, 11-15 ja 48). Myöhemmin hän puhuu biopsykososiaalisesta ihmiskäsityksestä (Krause 1987c, 56; vrt. Krause 1991b). Krause (1990f) lisää ihmiskäsitykseen hengellisen kokonaisuuden viitaten Hendersoniin 1960. Samassa yhteydessä hän puhuu ihmisen kolmesta todellistumismuodosta (vrt. Krause 1987c, 57).

Toisaalta Krause (1991a) esittelee humanistiseen ihmiskäsitykseen perustuvaa inhimillistä hoitotoimintaa. Sen perusteella ihminen nähdään ainutkertaisena, päämäärähakuisena, tietoisena ja vastuullisena yksilönä, joka kykenee tekemään valintoja, asettamaan päämääriä ja valitsemaan keinoja päämäärien saavuttamiseksi.

6.1.2 Kaksi aaltoa

Keskustelu siitä, millaisena ihmisenä kiinnostuksen kohteena oleva potilas saatetaan ymmärtää, muodostuu kahdesta aallosta. Ensimmäinen aalto koskee hoitotyön ihmiskäsitystä, toinen hoitotieteen. Ajallisesti ensimmäinen rajautuu ajanjaksoon ennen 80-luvun puoliväliä, kun jälkimmäinen alkaa 80-luvun lopulla.

Ensimmäisessä aallossa puhutaan hoitotyön ihmiskäsityksestä. Implisiittinen, mutta merkittävä auktoriteetti on WHO:n näkemys ihmisestä kokonaisuutena: ihminen on fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen kokonaisuus. Tämä ajattelu on löydettävissä kaikilta jossain vaiheessa. Toiseksi merkittäväksi auktoriteetiksi nousee Sarvimäen (1980) artikkeli, johon vedoten mm. Lauri, Hentinen ja Paunonen määrittelevät ihmiskäsityksensä humanistisen ja naturalistisen ihmiskäsityksen kombinaatioksi. Huomautus siitä, että nämä käsitejärjestelmät eivät ole palautettavissa yhteen, ylitetään vetoamalla hoitotyön käytäntöön. Myös Krause puhuu ihmiskäsityksistä samalla terminologialla. Ihmiskäsitysten tällainen tarkastelu on vahvimmillaan vuosien 81-85 aikana. Jostain syystä se loppuu 1985 kokonaan.

Ihan kaikkinainen ihmiskäsitystarkastelu ei kuitenkaan lopu, vaan etupäässä Kalkas ja Eriksson pitävät sitä yllä. He molemmat alkavat puhua hoitotieteen ihmiskäsityksestä, jonka he eksplikoivat aivan eri tavoin. Peruseroksi muodostuu se, että Kalkas ymmärtää hoitotieteen perustan olevan ihmisessä, kun Eriksson puolestaan hoitamisessa. Erikssonilla humanistinen ihmiskäsitys on lopulta asenne hoitamisessa, ei metodologinen lähtökohta.

Kalkkaan näkökulmasta hoitotieteen lähtökohtana voi olla erilaisia ihmiskäsityksiä. Hän kuitenkin korostaa itse edustavansa tiettyä ihmistieteisiin perustuvaa lähtökohtaa, jolloin ihmisen ontologinen probleemi on keskeinen, ja johon hän antaa tietyn vastauksen: ihminen on tunteva ja ajatteleva olento sekä kulttuurin jäsen.

Myös Eriksson puhuu erilaisista hoitotieteen lähtökohdista. Hänkin rajaa itsensä tietyn tyyppisen hoitotieteellisen ajattelutavan edustajaksi. Hän kertoo

hoitotieteen ihmiskäsityksen olevan humanistinen, joka ei tule toimeen ilman luonnontieteellistä ajattelua. Hän puhuu pluralistisesta ihmiskäsityksestä: ihminen on bio-, psykologinen ja hengellinen olento, joka on yhteydessä Jumalaan.

Laurin näkökulma alkaa muistuttaa Kalkkaan ajatusta hänen määritellessään [hoitamisen] arvolähtökohdaksi elämän kunnioittamisen sijasta ihmisen ja hänen yksilöllisyytensä kunnioittamisen. 90-luvun vaihteessa niin Hentinen, Paunonen kuin Krause puhuvat potilaan asettamisesta keskeiseksi kiinnostuksen kohteeksi, mutta he eivät kerro omina ihmiskäsityksinään mitä se saattaisi merkitä.

6.1.3 Ontologiset kannanotot

Hoitotieteellisessä kirjallisuudessa kaikki puhuvat kokonaisvaltaisesta ihmiskäsityksestä. Yhteenvetona ontologisista kannaotoista suomalaisen hoitotieteen ihmiskäsityskeskustelussa voidaan kuitenkin sanoa, että hoitotieteessä ihmiskäsitys on dualistinen. Dualistista ihmiskäsitystä yleisesti perustellaan hoitotyön toiminnalla. Nämä ajatukset eivät ole ristiriitaisia, koska ihmisen kokonaisuus ontologisena kannanottona ja kokonaisvaltainen ihmiskäsitys ymmärretään eri asioiksi.

Selkeimmän yrityksen poikkeamaan ihmisen kokonaisuuteen ontologisena kannanottona tekee Kalkas. Kalkkaan tuotantoa pitkällä tähtäimellä voidaan sanoa projektiksi ihmisen kokonaisuuden puolesta. Humanistinen painotus voittaa selkeästi alaa kaikkien ajattelussa tultaessa 90-luvulle. Se, mitä se tarkoittaisi ontologisina kannanottoina jää hämäräksi paitsi Erikssonilla, jolla se tarkoittaa biologisen olion hengellisen suhteen painottumista.

Ontologisten kannanottojen perustelut viittaisivat siihen, että ihmistä ei ymmärretä ensin jonakin ontologisena oliona vaan tarkkailun kohteena, jonka perusteella määritellään millainen ihminen on.

6.2 Käsitys toimintaa ohjaavasta tiedosta

Tarkastelen käsitystä toimintaa ohjaavasta tiedosta kolmella tavalla. Ensiksi otan esille tiedosta käytyä keskustelua. Toisena osana tarkastelen keskiasteen opetussuunnitelmista käytyä keskustelua. Vaikka keskiasteen opetussuunnitelmat eivät kerro hoitotieteestä sinällään, niin opetussuunnitelmien perusteissa tulee esille tietokäsitys. Kolmantena lähestyn aihetta paradigmakeskustelun kautta. Nämä aiheet ovat myös osin päällekkäiset.

6.2.1 Toimintaa ohjavasta tiedosta käyty keskustelu

Eksplisiittisesti teksteissä keskeisiksi aiheiksi muodostuvat mm. mikä ohjaa tiedon saantia ja mihin tietoa käytetään. Asiantuntijat saavat aluksi "puheenvuoron".

HERTTA KALKAS:

Tiedon hankinnassa Kalkas asettaa teksteissään monesti vastakkain eurooppalaisen ja yhdysvaltalaisen perinteen. Kalkkaan (1976c) mukaan eurooppalaisessa perinteessä virikkeenä on ollut usein jokin konkreettinen, käytännön tilanne sairaanhoitotyössä tai tutkijan henkilökohtainen intressi. Yhdysvaltalainen perinne on puolestaan teoreettiseen viitekehykseen perustuvaa tutkimusta. Tiivistäen voidaan sanoa, että käytännöllisestä ongelmasta lähtevä tutkimus pyrkii yksittäisiä ongelmia tarkastelemalla havaitsemaan yleisiä periaatteita, kun taas teoreettisessa tutkimuksessa edetään päinvastaiseen suuntaan. (myös Kalkas 1978c, 34-35)

Kalkas (1976c) sanoo näitä teoreettiseksi ja käytännölliseksi lähestymistavaksi tai lähtökohdaksi (Kalkas 1978a). Eurooppalainen viittaa käytännölliseen ja yhdysvaltalainen teoreettiseen lähestymistapaan. Lisäksi hän laajentaa teoreettisen lähestymistavan tarkoittamaan myös hoitoprosessimallin pohjalta tapahtuvaa tutkimusta ja opetuksen jäsentämistä (Kalkas 1978a; myös Kalkas 1979a; 1981a; 1981b). Näissä yhteyksissä niin teoreettisella kuin käytännölliselläkin tutkimuksella Kalkas tarkoittaa empiiristä tutkimusta.

Pohtiessaan hoitotieteen teorian muodostusta Kalkas (1982a) asettaa vastakkain tieteellisen realismin ja tieteellisen instrumentalismin edustajat. Hän tulee siihen tulokseen, että hoitotieteessä pieni vähemmistö edustaa tieteellistä realismia, so. pyrkii selvittämään, mitä ihmisen ajattelusta riippumaton hoitotodellisuus on, mitä lainalaisuuksia siinä voidaan havaita jne. Enemmistö lähtee jonkinlaisesta kuvitteellisesta hoitokäytäntöjen ihannemallista, sen määrittelemisestä minkälaista hoitotyön pitäisi olla, mikä on hoitotyön päämäärä jne. Hän puhuu laajoista ja suppeista teorioista, joista yhdysvaltalaiset edustavat ensin mainittuja ja eurooppalaiset jälkimmäisiä. Ne edustavat useammin tieteellistä realismia.

Systemaattinen tutkimus edellyttää sekä teoreettisista että käytännöllisistä lähtökohdista lähtevää tutkimusta ja siinä tarvittavien erilaisten menetelmien kehittämistä rinnakkain (Kalkas 1976c; 1978a; 1978c, 34-36; 1982a). Myöhemmin hän hylkää tämän näkökulman ja tarkastelee tutkimuksen luonnetta, joka on joko soveltavaa tai perustutkimusta (Kalkas 1985b; 1986a; 1986b; 1987b; 1987f). Joskin hän yhdistää teoreettisen lähtökohdan perustutkimukseen (Kalkas 1988a) ja käytännöllisen soveltavaan tutkimukseen (Kalkas 1986a; 1986b).

Tämän taustalla Kalkkaalla (1986a) on keinorationaalisen ja päämääräkriittisen ajattelun vastakkainasettelu. Puhuessaan hoitotieteestä soveltavana tieteenalana hän viittaa keinorationaaliseen tieteen tekemiseen. Tällöin sovelletaan ns. perustieteiden tietoainesta käytännön hoitotilanteissa. Hoitotieteen tehtävänä on valita ja testata käytännön hoitotilanteissa muiden tieteenalojen tuottaman tiedon soveltuvuutta erilaisissa hoitotilanteissa tai hoitomenetelmien kehittämisessä. Vastakohtana edelliselle on hoitotieteen perusteita koskeva tutkimus. Se lähtee siitä, että hoitotiede on ihmistiedettä. Hoitotyön perusteena on jokin erityinen inhimillisen olemassaolon aspekti, joka oikeuttaa ja tekee hoitotyön tarpeelliseksi. Tämä tarkoittaa sitä, että etsitään vastausta kysymykseen, millä kaikilla tavoin ihminen voi olla terve ja voida hyvin. Hoitotyön perusteen tutkimuksen kannalta tämä merkitsee sitä, että kehitetään erilaisia ihmistä ja terveyttä koskevia käsitteellisiä malleja, joista johdetaan tutkimusongelmia. (myös

Kalkas 1986b; 1986c; 1987f) Tiedon tuottamisluonteeltaan hoitotiede on pikemminkin päämääräkriittistä kuin keinorationaalista (Kalkas 1986c).

Käsitteelliset mallit ovat alan tutkimuksen ja teorianmuodostuksen lähtökohta. Ne antavat tutkijoille mahdollisuuden lähestyä terveyden ymmärtämisen problematiikkaa yhtenäisen käsitteistön ja samalla yhtenäiseen kieleen perustuen. (Kalkas 1987b) Itseasiassa jo sairaanhoidon tutkimuksen tehtävänä oli mallien käyttökelpoisuuden testaaminen erilaisissa käytännön tilanteissa (Kalkas 1976c).

Toisaalta Kalkas antaa ymmärtää, että hoitotieteen tehtävänä ei ole vain tieteellisen tiedon hankkiminen vaan myös hoitotyössä olevan tiedon järjestäminen. Kalkas (1984g) puhuu tällöin teoreettisesta tiedosta tarkoittaen sillä laajempaa tiedon käsitettä kuin tieteellinen tieto. Hän puhuu tiedosta neljällä eri tasolla: 1) käytännöllinen tieto (perustelut sille, miksi on järkevää toimia siten kuin toimitaan), 2) ns. laajat abstraktit käsitejärjestelmät (joiden tarkoituksena on hahmottaa hoitotyön tai tieteen tutkimuskohde ja sen keskeiset käsitteet), 3) hoitotyön toimintamuotojen ja toimenpiteiden perusteluna oleva monitieteellinen tietoaines (päämäärän saavuttamisen keinoja koskeva tieto) ja 4) käytännön työssä tehtyihin havaintoihin perustuva uusi tieto (tieto joka syntyy toiminnassa ja jota mikään aikaisempi tieto ei pysty tekemään ymmärrettäväksi).

Tämä näkökulma tarkentaa Kalkkaan ajatusta, että tutkimus, joka tähtää hoitotyön käytännön perustana olevan tiedon lisäämiseen edellyttää hoitotyön asiantuntemusta:... tietoa on vaikea lisätä ellei tiedä mitä tähän mennessä jo tiedetään" (Kalkas 1980a). Kalkas tarkoittaa tällä, että hoitotyön asiantuntijuus saavutetaan hoitotyön koulutuksen ja ammatillisen osaamisen myötä, mutta "hoitotyön käytännön perustana olevalla tiedolla" hän ei viittaa hoitotieteeseen, vaan ajatukseen "hoitotyötä ohjaa monitieteellinen ja toisaalta hoitotieteellinen tieto" (Kalkas 1984f; 1985a, 31-43; 1986c; 1987g, 35-45; 1987h, 26-37).

Kalkas (1990c) yhdistää tiedon hankinnan ja järjestämisen. Hänelle hoitotieteellinen tieto on hoitotyön päämäärän hahmottamisen ja sen realisoimiseksi tapahtuvan toiminnan näkökulmista "mielekästä" tietoa. Se, mistä tämä tieto saadaan, liittyy Kalkkaan mukaan (viitaten Sarvimäki 1989) terveydenhuollossa tapahtuvaan vuorovaikutukseen. Tämä tieto voidaan määritellä esim. tekijän tiedoksi, käyttäjän tiedoksi, käytäntöä koskevaksi tiedoksi sekä käytäntöä ohjaavaksi tiedoksi.

SIRKKA SINKKONEN:

Tarkastellessaan Englannissa 60-luvulla tehtyjä sairaanhoidon tutkimuksia Sinkkonen (1969) kritisoi, että Englannissa tehdään vain soveltavaa tutkimusta. Hänen mukaansa tämä ei ole sairaanhoidon tutkimuksen tai käytännön sovellutustenkaan kannalta yksinomaan hyväksi, sillä tutkimusten edetessä ilman teoreettisten perusteiden pohdintaa on vaarana tulosten näennäisyys ja harhaisuus. Siksi hänen mukaansa sairaanhoidon tutkimuksen on tehtävä perustutkimusta.

Hoitotyön tutkimus lähtee selkeästi hoitotyön prosessimallista ja on siten ensisijaisesti suuntautunut käytännön toimintaan. WHO:n esittämä hoitotyön prosessimalli ei tarjoa kuitenkaan riittävästi ohjeita hoitotyön kehittämistä varten,

joten sen lisäksi tarvitaan vielä yksityiskohtaisempaa hoitotyön teoriaa. Hoitotyön tutkimuksen tavoitteena on juuri kehittää tätä teoriaa sekä tuottaa empiirisiä tietoja hoitotyön prosessin eri vaiheiden toteuttamista varten. (Sinkkonen 1980a)

Hoitotieteellisen tutkimuksen tavoitteena on teorian muodostus ja toisaalta välittömiin käytännön sovellutuksiin tähtäävien tietojen tuottaminen. Mutta myös teorian tehtävänä on palvella hoitotyön käytäntöä. (Sinkkonen 1983c; myös Sinkkonen 1983d; 1984a; 1984b; 1984c) Tutkimuksen kannalta Sinkkonen (1987) ottaa puheeksi toimintatutkimuksen sekä tilanteita luovien (situation producing) teorioiden kehittämisen. Lisäksi hän huomauttaa, että tieteellinen tieto sekä ajattelu- ja tarkastelutapa kehittyvät kriittisen keskustelun ja arvioinnin kautta, eikä hoitotiede ole tässä suhteessa poikkeus.

Tässä vaiheessa Sinkkonen ottaa myös kantaa siihen, kuka tekee hoitotieteellistä tutkimusta: "Hoitotieteellisen tutkimuksen olemassaolon perusedellytys on tutkijavalmiuksia kehittävä yliopistollinen peruskoulutus ja erityisesti sille pohjautuva tieteellinen jatkokoulutus" (Sinkkonen 1983c).

KATIE ERIKSSON:

Varhaisemmassa vaiheessa Erikssonin ajatus oli, että hoitotiedettä kehitetään hoitotutkimuksella saadun tieteellisen tiedon ja hoitoprosessin kautta (Eriksson 1985b; 1985c, 29 [1983a]). "Vårdforskning" tavoitteena on lisätä tietoa, joka on relevanttia hoitotyössä (vårdarbete) (Eriksson 1983c). Erikssonille (1984i) tiedonkäsitys tarkoittaa käsitystä hoitotiedosta. Myöhemmin hän tarkentaa ajatustaan siten, että hoitaminen muodostaa hoitotieteen kaiken kattavan tietopohjan, jonka tiedon haun kohteina ovat "caritas" -ajatus, "usko, toivo ja rakkaus" -ajatus, koko olemassa oleva ihminen, terveys ja ihmisen maailmasuhde (Eriksson 1989a, 29-73; 1990d).

Erikssonin mukaan hoitotieteen tehtävänä on antaa hoitotyölle sisältöä (Eriksson 1988b, 15). Tämä tarkoittaa hoitamisen alkuperäisen idean eli lähimmäisen rakkauden palauttamista nykyaikaiseen hoitoon (Eriksson 1987e; 1988a; 1988b, 24; 1989a, 43 [1987g]). Hoitotieteen käytännöllisenä intressinä puolestaan on ihmisen kohtaaminen erilaisissa elämän tilanteissa ja antaa hänelle siinä mitä hän tarvitsee (Eriksson 1987d; 1987e).

Vårddisciplin

Vårddisciplin (Eriksson 1981a, 29-31; 1983a; 1983c, 27-28),so. hoito tieteenalana (Eriksson 1985c, 29) tarkoittaa sekä hoitotiedonkokonaisuutta, ao. alan teoreettista substanssia, että ao. tiedon organisatorisia ehtoja, so. tiede on sosiaalinen systeemi, jolla on institutionaaliset raaminsa esim. ajatellen tutkimuksen tekemistä. Hoitotiedonkokonaisuus (kunskapskroppen i vård; vrt. vårddisciplin; Eriksson 1983c, 28) pitää sisällään puolestaan niin hoitotieteen (vårdvetenskap) ja hoitoopin (vårdlära). Tämän näkemyksen taustalla on Walkerin ajatuksen sovellutus siitä, että "nursing knowledge" tarkoittaa samaa kuin hoitotiedon kokonaisuus (kunskapskroppen i vård, territoriet i vård; myös Eriksson 1981a, 15). Tämän

alucen sisällä olisi yksi tai useampia hoitoteorioita (vårdteorier, "nursing theory"), jotka olisivat suuntautuneet joko teoriaan (sjukvårdsvetenskap, "nursing science") tai käytäntöön (sjukvårdslära, "nursing practice theory"). (Eriksson 1981a, 31-32)

Erikssonin (1981a, 35) mukaan hoitotieteessä on "teorier i eller om sjukvård". Ensin mainitut teoriat voivat selventää mitä hoitoprosessissa tapahtuu, ja jälkimmäiset voivat kehittyä toisten tieteiden perspektiivistä (ibid. 35-36). Tästä näkökulmasta hoitotiede on suuntautunut tutkimaan hoitoa (vård) määrätyissä, normatiivisissa, olosuhteissa, so. "i vårdterritoriet", ja hoitotiedettä ei voi olla ilman, että se pohjaisi hoito-oppiin (ibid. 31). Myöhemmin Eriksson tulee vastakkaiseen johtopäätökseen huomatessaan, että "tieteen tehtävänä on toimia pohjana hoito-opeille. Näin ollen hoito-oppi perustuu aina hoitotieteeseen" (Eriksson 1985c, 32 [1983a]; 1988b, 42 [1986e]), eikä siis päinvastoin. Tämä ei tarkoita, etteikö hoitotiedettä voisi niveltää hoito-oppiin, jolloin sitä voidaan käyttää välineenä hoitotoiminnan tavoitteiden saavuttamiseksi. (ibid.)

Toisaalta Eriksson (1981a, 15) ilmaisee, että hoitotieteen substanssi on tieto "om vårdterritoriet" (myös 1982a; 1982c; 1983b; 1983c; 1991c, 6).

Tiedon tasot

Toisenlainen näkemys hoitotietoon (vårdkunskapen) on löydettävissä Erikssonin (1983b; 1985d, 66) pohtiessa hoidon erilaisia tasoja koskien sitä, minkä tyyppistä teoreettista tietoa hoidossa tarvitaan. Tässä pohdiskelussa hänen lähtökohtansa on hoitajien tekemä työ ja taito. (myös Eriksson 1984i; 1986a, 67-68)

Hoitotieto jakautuu tavoitteista riippuen eri abstraktiotasoille. Näitä tasoja on neljä: käytännön, teknologinen, teoreettinen ja metateoreettinen taso. Kaksi viimeksi mainittua muodostavat yhdessä tieteellisen tason. Metateoreettisella tasolla on kyse hoitotieteen kehittämisestä (utveckling av vårdvetenskap), joka käsittää hoitotieteen tieteenteorian ja metodologian (Eriksson 1981a, 31; 1983c; 1985c, 32; 1986a, 67 [1985d]). Teoreettinen taso on myös tieteellinen taso, joka tutkii hoitotoimintaa. Tämä on hoitotieteentaso (Science of care). Tällä tasolla hankitaan tietoa "om vårdterritoriet" (Eriksson 1983c) so. "om vårdandets fenomen" (Eriksson 1985d, 67). Kolmas taso pitää sisällään hoito-opit ja neljäs tarkoittaa hoitotaitoa. (Eriksson 1983c; 1984i; 1986a, 67-68 [1985d])

Hoitotiedon näkökulmasta tieteellinen taso on hoitotieteen kehittämistä ja hoitoa koskevan tosiasiatiedon hankkimista. Vastaavasti teknologinen taso on teknologisen tiedon hankkimista ja käytännön taso liittyy ainutlaatuisten hoitotoimintojen kehittämiseen. (Eriksson 1983b; 1986a, 67 [1985d]).

Myös toiminnan näkökulmasta hoitotaitoa ovat ainutlaatuiset ongelmanratkaisut, joissa hoitaja yhdistää sekä teknologiaa että teknologista ja tieteellistä tietoa. Toiminnan kannalta hoitokäytännössä hoitoon tulee sisältyä teknologisia aspekteja. Hoitoteknologian kehityksen myötä käytännön hoitotyöhön saadaan menetelmiä ja apuvälineitä (Eriksson 1984d) ja sen avulla hoitaja voi hallita/valvoa ympäristöään (Eriksson 1984g), mutta on hedelmätöntä käsittää hoitokäytäntö vain teknologisena toimintana [vrt. tekninen toiminta]. (Eriksson 1982b; 1983b) Hoitoteknologia laajassa merkityksessään käsittää hoitotyön suunnittelun kokonaisuudessaan, toisin sanoen tiedot hoidon käytännöllisestä toteutuksesta.

Teknologian kannalta katsottuna kokonaisnäkemys tarkoittaa, että hoitaja voi käyttää eri tieteenalan tietoja. (Eriksson 1986b, 15-16 ja 36 [1986f]) Toisaalta niin kauan kuin hoitotieto puuttuu tulee puuttumaan hoitoteknologiakin (Eriksson 1984g).

Hoitoteknologia eroaa hoitotieteestä siinä, että ao. toiminnoilla on eri tavoitteet ja menetelmät. Teknologia pyrkii hyödyntämään käytännön työtä. (Eriksson 1986b, 10 [1986f]; 1987f) Hoitoa teknologiana voidaan verrata Törnebohmin määrittelemään palvelusuuntautuneeseen paradigmaan (Eriksson 1983b; 1985c, 34). Teknologinen (= oppi menettelytavoista; Eriksson 1986b, 12) tieto on keskeistä ammattikoulutuksessa ja hoito-opin opetuksessa ja siksi se on hoitodidaktiikan keskeinen ongelma-alue (Erikson 1983b).

Se, että hoito on käytännön toimintaa, ei merkitse, etteikö hoidosta toimintana voisi tulla tieteellisen analyysin kohdetta (Eriksson 1982b; 1983b), mutta hoitotaidon tieteelliseen perustaan ei välttämättä sisälly hoitotiedettä keskeisenä oppiaineena. Käytännön hoitotyön seuraamukset ovat tietysti aina erilaisia sen mukaan mikä on tieteellisen perustan rakenne. (Eriksson 1984g)

Tutkimuksen erilaiset tarkoitukset

Erikssonin näkökulmasta tutkimuksen pitää olla sekä perustutkimusta että soveltavaa (Eriksson 1981a, 15; 1984c; 1984g; 1991a, 79) ja myös kliinistä tutkimusta (Eriksson 1981a, 16-17; 1991a, 81-82) sekä kehittämistyötä (Eriksson 1991a, 82). Eriksson (1980a) korostaa perustutkimuksen tarvetta lähinnä siksi, että sen tarkoituksena on mm. kartuttaa hoidon yleistä tietoperustaa ilman vaadetta välittömästä soveltamisesta (Eriksson 1981a, 15; 1982c; 1982b; 1985a, 97; 1989a, 77 [1987g]; 1989f; 1990a). Se tuottaa uutta ajattelutapaa (Eriksson 1980a). Perustutkimuksen korostus liittyy Erikssonilla selkeästi siihen millaisena hän näkee hoitotieteen suhteessa sen perinteeseen.

Sitä vastoin soveltavan tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa relevanttia tietoa hoitotyöhön (vårdarbete) mm. ajankohtaisista ongelmista (Eriksson 1981a, 15; 1991a, 80-81). Kliininen hoitotutkimus puolestaan tutkii ihmistä hoitotilanteissa sairauden tilassa ja on siten lähellä lääketiedettä (Eriksson 1987d; 1991a, 81). Niin soveltavassa kuin erityisesti kliinisessä hoitotutkimuksessa on varottava pitämästä potilaan käytännön ongelmien ratkaisemista tutkimuksen avulla saatuina tieteellisinä tuloksina (Eriksson 1988b, 40-41).

Kehittämistyö ei ole varsinaista tieteellistä tutkimusta, mutta se voidaan yhdistää tutkimustoimintaan, koska siinä on kyse samantyyppisestä systematiikasta ja se muodostaa tärkeän osan tieteellistä työtä. Siinä hyödynnetään tieteellistä tietoa ja tutkimustuloksia tarkoituksena parantaa jo olemassa olevia systeemejä, metodeja jne. (Eriksson 1991a, 79 ja 82).

Erikssonin teksteistä on ymmärrettävissä, että hän tarkoittaa termillä hoitotieteellinen tutkimus tutkimusta, jonka tiedon intressi on tieteellisen kuvauksen todellisuus, so. hoitotieteellinen perustutkimus (mm. Erikson 1989a, 77-78) tai hoidon metateoreettinen ja teoreettinen taso (mm. Eriksson 1983b). Eli hän tarkoittaa tällä samaa kuin ilmaisullaan hoitotiedettä kehittävä tutkimustoiminta (Eriksson 1986b; 1987f). Termillä "vårdforskning" hän puolestaan tarkoittaa

tutkimusta, jonka tiedon intressi on hoitotoimintaan liittyvä todellisuus, so. sovellettu tutkimus eli teknologisen tason (Eriksson 1989a, 78-79) ja praktisen tason hoitotutkimusta. (ks Eriksson 1983b; 1986a [1985d]).

SIRKKA LAURI:

Hoitotyön koulutuksen tehtävänä on muodostaa hoitotyön ammatillinen tietoperusta (Lauri 1985). Se pohjautuu useiden eri tieteenalojen tuottamaan tietoon (Lauri 1983g; 1985h, 19; 1986c, 13; ks. Lauri 1977a; 1979b; 1979c; 1980d; 1982b; 1988c).

Hoitotyön tietoperusta nojautuu lähtökohdissaan Nightingalen oppeihin. Sen kehittymiseen ja muotoutumiseen 1900-luvulla on voimakkaasti vaikuttanut yleinen yhteiskunnallinen ja lääketieteellinen kehitys. Erityisesti lääketieteen eriytyminen moniin eri osa-alueisiin vaati samansuuntaisen tietoperustan luomista hoitotyössä. 1940-luvulla hoitotyön tietoperustan kehittämistä jatkoi Henderson potilaan perustarpeiden pohjalta. Hendersonin luoman ajattelun pohjalta tietoista ja systemaattista hoitotyön teorian kehittelyä on tehty 1950-luvulta lähtien lähinnä USA:ssa, jossa on alettu kehitellä erilaisia teoriamalleja kuvaamaan hoitotyötä. (Lauri 1983a; 1983g; 1983i; 1984a; 1989b)

Tietoperusta, jota sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat käyttävät työssään, on Laurin tutkimusprojektin mukaan kiteytettävissä hoitotyön toimintamallin teoreettiseen tietoperustaan: asiakas, ympäristö ja terveys (Lauri 1990g; myös Lauri 1986c, 12). Hoitotyössä yleisellä tasolla tämä on tarkennettavissa ihmiseen elämäntilanteessaan eri ikä- ja kehitysvaiheessa, ympäristöön ja sen yhteyksiin ihmisen kehitykseen ja elämäntilanteeseen sekä terveyteen tietona, kokemuksena, toimintana ja merkityksenä (Lauri 1990b, 11; 1991b, 43 ja 46; 1991d, 11; ks. Lauri 1986c, 12; 1990b, 4). Terveydenhoitajan hoitotyössään käyttämässä tietoperustassa on osoitettavissa eriytyneempi taso kahden ensinmainitun elementin suhteen: lapsi ja perhe elämäntilanteessaan sekä ympäristö ja sen yhteydet lapsen kehitykseen (Lauri 1989c; 1990b, 10-12; 1990f; myös Lauri 1988c; ks. Lauri 1977a; 1977b; 1979b; 1979c; 1982b).

Varsinaiset juuret näille johtopäätöksille on löydettävissä Laurin terveydenhoitajan työn kehittämisprojektista. Lähtökohta on löydettävissä Laurin (1975b) artikkelista, jossa hän määrittelee terveydenhoitajan tehtäväkentän yksilön ja ympäristön välisen vuorovaikutuksen tarkkailuksi ja tarvittaessa ohjaukseksi tai terveydenhoidolliseksi työksi. Ensimmäisessä terveydenhoitajan työtä koskevassa tutkimuksessaan Laurilla (1977a) on viitekehyksenä teoreettinen malli terveydenhoitoprosessista ja tieto lapsen kehityksestä, jonka avulla hän implisiittisesti määrittelee tässä yhteydessä myös lapsen terveyden. Projektin edetessä hän ottaa vahvemmin mukaan myös lapsen ympäristön (Lauri 1979b; 1979c). Nämä painoalueet, so. yksilön normaali kasvu, kehitys ja toiminta eri ikäkausina, yksilön vuorovaikutus ympäristön kanssa sekä tiedot terveydestä ja sairaudesta, pysyvät koko projektin ajan (ks. Lauri 1982b). Hän toteaa näiden alueiden olevan keskeinen lähtökohta terveydenhoitajan työn viitekehykselle (Lauri 1983h). Lauri esittää tietoperustan elementit ensimmäisen kerran kirjassaan "Hoitotyön

ammatillinen päätöksenteko" (Lauri 1986c, 12-13), joskin ilman lähdemerkintää (ks. myös Lauri 1990b, 4).

Lauri (1989b) puhuu myös hoitamisen perustasta ja sen ulottuvuuksista. Tällä hän tarkoittaa, että hoitamista lähestytään hoitotieteellisestä ajattelusta, jolloin hoitotieteelliset teoriat kuvaavat ja selittävät hoidollisia ilmiöitä sekä näihin ilmiöihin yhteydessä olevia tekijöitä.

Ottaessaan termin hoitotieteellinen tutkimus käyttöön Lauri liittää keskusteluun eksplisiittisesti erilaisia tapoja muodostaa hoitotieteellistä tietoa ja niiden problemaattisen suhteen (ks. Lauri 1983a; 1983g; 1983i; 1984a; 1985f; 1987c; 1988d; 1989b). Tämä tarkoittaa, että varhemmin Lauri on käyttänyt toimintatutkimusta tiedon tuottamisen välineenä. Tässä vaiheessa hän alkaa pohtia myös erilaisten empiiristen metodien mahdollisuutta.

MAIJA HENTINEN:

Hentisen (1984c) mukaan hoitotiede ja hoitotyön tutkimus muodostavat hoitotyön tietopohjan. Tämä tarkoittaa toiminnassa sitä, että hoitotieteen mallien pohjalta voidaan määrittää mm. käsitys hoidon vastaanottajasta, hoitotyön tavoitteista, sisällöstä, hoidon toteuttajasta ja toimintaa ohjaavista tekijöistä (Hentinen 1984c, 5-9; myös Hentinen 1983g, 55).

Vaikka hoitotyö on sitä työtä mitä sairaanhoitajat tekevät, niin sairaanhoitajan työ ei ole yhtä kuin hoitotyö, vaan laajempi kokonaisuus. Tämä perustuu huomioon, että hoitotyö on itsenäistynyt omaksi alueekseen (Hentinen 1980a), jolla on oma tietopohja: hoitotiede (esim. Hentinen 1984c; 1985a; 1989d). Toisaalta sairaanhoitajan työ on ymmärrettävissä toimintakokonaisuutena, jossa yhdistyy laajasti eri tieteiden tietopohja ja jossa hoitotiede on eräs lähtökohta (mm. Hentinen 1990d). Alun perin tilanne ei ollut näin, koska Hentinen (1983g) ymmärsi hoitotyön ja sairaanhoitajan työn käytännöllisesti katsoen yhtäläisinä (Hentinen 1983g, 3; myös Hentinen 1984c).

Hoitotieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa hoitotodellisuudesta (käytännöstä), testata aikaisempaa tietoa ja näin kehittää hoitotieteellistä tietopohjaa, teoriaa. Toisaalta tutkimuksen tavoitteena on hoitokäytännön välitön kehittäminen. (Hentinen 1986a)

Hentinen (1986a) puhuu perustutkimuksesta ja soveltavasta tutkimuksesta hoitotieteellisen tiedon tuottajina (myös Hentinen 1989b). Hänen mukaansa perustutkimus nähdään usein yliopistojen tehtävänä ja jälkimmäinen sen sijaan palvelu- ja tuotanto-organisaatioiden mielenkiinnon kohteena (Hentinen 1986a).

MARITA PAUNONEN:

Paunosen teksteissä hoitotyön kehittäminen on ymmärrettävissä tieteelliseksi toiminnaksi tutkimuksen ehdoin. Toisaalta hoitotyön kehittäminen ei välttämättä ole hoitotieteellistä (vrt. hoitotieteen ja lääketieteen yhteistyökokeilut, hoitotyön viitekehys) tai ylipäätään tieteellistä toimintaa (vrt. hoitotyön työnohjaus, hoitotyön viitekehys), mutta se ei ole este työn kehittämiselle. Paunonen (1989c) näkee

työnohjauksen yhtenä keskeisenä ammatissa jo toimivien teoreettisen viitekehyksen ja ammattikäytännön kehittämisen menetelmänä. Siinä ohjattava voi saavuttaa kokemuksellisen oppimisen kautta työnsä arvo-, tieto- ja taitoperustan syvällisen hallinnan. (Paunonen 1989c, 2)

Paunosen (1985d) mukaan hoitotyön tietoperusta kehittyy tutkimuksen avulla. Hän puhuu tieteellisestä perustasta hoitotyön tukena selkeyttämässä toimintaa. Tämä ei tarkoita, etteikö hoitotyössä käytetä monien eri tieteiden tietoa (Paunonen 1985e, 16). Paunonen (1988a, 70) huomauttaa hoitotyön tieteellisen perustan kehittyvän, mutta vasta väitöskirjassaan hän (Paunonen 1989c, 31) eksplikoi, että kirjaaminen mahdollistaa hoitotyön tieteellisen tutkimuksen. Tämä ajatus nousee selkeästi WHO:n prosessimenetelmä näkemyksestä (ks. Paunonen 1989c).

KAISA KRAUSE:

Hoitotyö perustuu tieteelliselle tiedolle (Krause 1983a; 1983b). Tämä tieteellinen perusta on hoitotyön tutkimuksen tuottamaa tietoa ja hoitotieteen teorioita (Krause 1984, 9). Tämä tarkoittaa mm. sitä, kun hoitotyön prosessi toteutuu, toisin sanoen prosessin jokainen vaihe perustuu tutkittuun tietoon ja omaksuttuihin arvoihin, on perusteltua puhua tieteelliselle tiedolle perustuvasta hoitotyöstä (ibid. 39). Tämä pitää sisällään sen, että "hoitotyössä ei voida saavuttaa päämäärää nojautumalla yksinomaan lääketieteelliseen tietoon" (ibid. 5), jolloin hoitotyössä tarvittava tieto pitää ymmärtää monitieteisenä. Joten Krausen (1985a) mukaan hoitotyössä tarvitaan tieteellistä (osa tästä tiedosta on kehitetty muiden tieteiden alueella), eettistä (kyky tehdä valintoja ja kantaa vastuu), persoonallista (kykyä käyttää itseään instrumenttina) ja esteettistä tietoa (art of nursing) (ks. Carper 1978).

Krausen (1991b) mukaan, kun "hyväksytään tiettyjä perusolettamuksia [...] tutkimuskohteeseen nähden" ja menetelmiä, on perusteltua sanoa, että hoitotyön tietoperusta on oma erityistieteensä, eikä se voi olla minkään muun tieteellisen järjestelmän alatiede. Hoitotiede on hänen mukaansa ammatillinen tiede. Tämä tarkoittaa, että tieteellisen toiminnan perimmäinen oikeutus ja tiedon hankinnan kantava voima on se, että tiede hyödyttää tiettyä professionaalista toimintaa. Hoitotieteen tehtävänä on tuottaa tietoa tietyn ammatillisen tehtävän suorittamista varten (Krause 1991b; 1991g), so. päämääränä on antaa tietoperusta hoitotyölle (Krause 1991g).

Hoitotyön profession perustana on oman alan omaleimainen tieto. Sitä kehitetään tieteellisen tutkimuksen ja välitetään akateemisen koulutuksen avulla. (Krause 1991c; myös Krause 1985b; 1985c; 1990a) Hoitotyö ymmärretään oppialaksi, joka pohjautuu tieteelliseen ja tutkittuun tietoon. Oppialan tieteellisyys tarkoittaa sitä, että tieteen ja ammatillisen oppialan tehtävä on ilmaistu selvästi ja että asiantuntijuus perustuu tutkimukselle ja teorialle. (Krause 1991c; 1991g) Krause (1991c) puhuu hoitotyön tieteellisestä tiedosta.

6.2.2 Keskustelu keskiasteen opetussuunnitelmasta

Jotta koulutuksessa voitaisiin vastata haasteisiin, Eriksson kokee välttämättömäksi kehittää opetussuunnitelman, joka perustuu hoitotieteelliseen ajatteluun eikä lääketieteeseen (Eriksson 1980a). Se mahdollistaisi mm. sellaisen terminologian muodostamisen, joka kuvaisi hoitoilmiötä (Eriksson 1981a, 25). Opetussuunnitelman kehittelyssään Eriksson (1984f; 1984i) viittaa Törnebohmin paradigma-ajatteluun, jonka mukaan koulutus voidaan nähdä kulttuurisena vaihdantaprosessina (Eriksson 1984i; kultural metabolism; Eriksson 1985e; 1989d). Tämän vaihdantaprosessin sisältö on hoitajaparadigma: mitä halutaan, mitä osataan, millainen maailmankuva l. käsitys todellisuudesta ja tiedonkäsitys l. käsitys hoitotiedosta (Eriksson 1984i). Oletuksena vaihdantaprosessissa on, että käsitys todellisuudesta vaikuttaa tiedonkäsitykseen. Toisin sanoen, jos käsitys todellisuudesta muuttuu, muuttuu myös käsitys tiedosta sen myötä. (myös Eriksson 1987b).

Eriksson (1980a) uskoo, että sisäiset mallit, paradigmat, kehittyvät koulutuksessa (myös Eriksson 1984d; 1985e; 1988b, 116), vaikka ne välitetään harvoin selvästi lausutussa muodossa (Eriksson 1982b). Tämä asettaa hoitoalan koulutukselle selkeän vaateen muotoilla opetussuunnitelma ja valita opetettava aines sen omien ihanteiden pohjalta (Eriksson 1985c, 114 [1983a]). Tällöin hoitotiedekeskeinen opetussuunnitelma rakentuu oletukselle, että vallitsevalla maailmankuvalla on yhteisiä piirteitä ja niin ikään omasta alasta on yhteistä tietoa (Eriksson 1984f; 1984i). Tämä tarkoittaa mm. sitä, että hoitoajattelun syventäminen on ensisijaista ja lääketieteelliset spesialiteetit toissijaisia (Eriksson 1982c). Koulutuksen tulisi kehittää selkeää hoitoidentiteettiä (Eriksson 1986c).

Eriksson rakentaa 70-luvulta aina 80-luvun puoliväliin näkemystä, jonka mukaan hoitoalan koulutuksen pitäisi rakentua hoitotapahtumamallin mukaan ja sen ympärille. Hänelle hoitotapahtumamalli on opetussuunnitelman perusrakenne (mm. Eriksson 1974a; 1976a [1974b, 1976c]; 1978a; 1981a; 1982a; 1985c [1983a]; 1986d; 1988b; 1989d).

Erikssonin ajatus siitä, miten opetussuunnitelma olisi mielekästä rakentaa perustuu Phenixin [1964] kirjaan "Realms of Meanings" (ks. Eriksson 1981a; 1982a; 1982c; 1984i; 1985c [1983a]; 1985e; 1986a [1985d]; 1988b). Phenixin ajatus on, että jokaisella tieteenalalla on oma "järkensä", logiikkansa, joka saattaa kunkin tieteenalan käsitteet merkityksellisiksi siten kuin ne ovat esimerkiksi matematiikan logiikka ja käsitteet on erilaiset kuin historian. Opettajan tehtävänä on näiden merkitysten herättäminen opiskelijoille, toisin sanoen mahdollistaa, että oppiaineesta muodostuu merkityksellinen. Koska Eriksson uskoo, että hoitotapahtumamalli kuvaa hoitoa ja on hoitotieteen perusta, niin hoitotapahtuman opetus merkitsee hoitotieteen tieteenalan logiikkaan perustuvaa opetusta ja siten tämän tieteenalan merkityksellisyyden avaamista opiskelijoille.

Lauri (1991a) painottaa opetussuunnitelman laadinnassa Erikssonin kanssa yhtenäistä lähtökohtaa: opetussuunnitelma ilmentää alan ajattelua ja keskeisinä pidettyjä asioita. Lauri (1989b) puhuu "hoitamisen opetuksen perustan luomisesta hoitotieteellisestä ajattelusta käsin". Laurilla (1991a) tämä tarkoittaa hoitotiedon keskeisiä alueita, jotka ovat [viitaten Kim ja Fawcett] asiakasta, asiakas-hoitajasuhdetta, ympäristöä ja hoidon käytäntöä koskevaa tietoa. Krause (1985b) on periaatteessa samaa mieltä Erikssonin ja Laurin kanssa opetussuunnitelman

rakenteen perusteista. Hänen näkemyksensä kohtaa Laurin hoitotiedon keskeiset alueet. (myös Krause 1985c) Kalkas (1976c) puolestaan ehdottaa sairaanhoitajakoulutuksen rakentamista jonkin jo olemassaolevan hoitotyön mallin varaan.

Didaktisina ratkaisuina työelämän haasteisiin vastaamisessa Lauri (1980d), Hentinen (1989e) ja Paunonen (1989c) suosittelevat toimintatutkimustyyppistä menettelyä. Hentinen suosittelee myös koulutukselle vastaavan tyyppistä menettelyä projektiopetus-nimellä (esim. Hentinen 1989a).

6.2.3 Paradigmakeskustelu

Sinkkonen (1980c) tarkastellessaan hoitotyön tutkimusta tiedon muodostuksen perspektiivistä kysyy "mikä ja millainen on hoitotyön tutkimuksen ja tieteenalan/hoitotieteen paradigma?" Myös edellä tuli esille, että paradigma tai keskeiset käsitteet kuvaavat tiedon kohdetta. Eriksson puhuu koko tuotantonsa ajan paradigman vaiheista; meneillään on joko preparadigmaattinen, paradigmaattinen, paradigman muutos, moniparadigmaattinen, uuden paradigman tai jälkiparadigmaattinen vaihe. Kalkas ottaa esille termit paradigma ja metaparadigma. Sinkkonen käyttää termiä paradigma. Lauri ja Krause puhuvat hoitotieteen ja hoitotyön keskeisistä käsitteistä sekä Paunonen keskeisistä hoitotyöhön liittyvistä tarkkailun kohteista.

Paradigma

Sinkkonen (1980c) käyttää termejä hoitotyön paradigma ja hoitotieteen paradigma. Hän viittaa näillä Kuhnin terminologiaan ja määrittelee sen tarkoittavan "hallitsevaa tapaa nähdä tietyn tieteenalan kohteena oleva todellisuus tiettynä ajankohtana" (myös Sinkkonen 1983a). Artikkelissaan hän tarkastelee hoitotyön tutkimus- ja tiedeparadigmaa normatiivisten luonnehdintojen, so. määrittelyjen sekä käsitemallien, ja tehtyjen empiiristen tutkimusten pohjalta. Hän tulee siihen tulokseen, että hoitotyön tutkimuksen kohteena olevaa todellisuutta, hoitotyötä ja sen edellytyksiä jäsennetään hyvin monella tavalla. Toisin sanoen hoitotieteessä ei ole yhtä yhtenäistä paradigmaa.

Paradigman eri vaiheet

Termi paradigma tulee Erikssonin (1980a; 1982b; 1983b; 1985c, 18-21; 1988b, 28-30) kirjoituksiin Kuhnin terminologiasta: "Jokaisella tieteenhaaralla täytyy olla tietty hahmo, ilman tätä ei voida puhua tieteestä. Paradigma antaa uuden tavan nähdä asioita. Se ohjaa myös käytännön toimintaa" (Kuhn Eriksson 1980a mukaan). Eriksson (1982b; 1983b) itse sanoo, että "paradigma merkitsee lähinnä erityistä tapaa ajatella ja se rajaa tietyn todellisuuden ja antaa todellisuudelle ääriviivat". Myöhemmin hän yksinkertaistaa ymmärrystään paradigmasta: se voidaan ajatella metodina (Eriksson 1989d).

Toisaalta Eriksson viittaa Törnebohmin sovellukseen Kuhnin paradigmasta erityisesti puhuessaan tutkimuksen, tutkijan tai hoitajan paradigmasta: "Mitä paremmin tutkija on tietoinen paradigmastaan, sitä paremmin hän voi harjoittaa tutkimusta" (Törnebohm Erikssonin 1980b mukaan; myös Eriksson 1982b). Tämä tutkimus-/tutkijaparadigma sisältää: 1) tieteen näkemyksen, 2) tutkimusstrategian, 3) todellisuuskäsityksen eli perspektiivin ja 4) käsityksen tutkijan roolista (Eriksson 1980b; 1981a, 58-64; 1985c, 18-21; 1988b, 30-35; 1991a 13-14; 1989c). Erikssonin (1984f) mukaan Törnebohmin tutkijaparadigma on analoginen hoitajaparadigmalle. Tällöin kyse on siitä, mitä hoitaja haluaa tehdä, mitä hän osaa, mikä on hänen maailmakuvansa ja todellisuuskäsityksensä sekä hänen tiedekäsityksensä (Eriksson 1984f; myös Eriksson 1989d).

Ajatus hoitajaparadigmasta sopii lisäksi koulutusparadigmaksi, jolloin näiden neljän kysymyksen pohjalta voidaan ohjata opetussuunnitelman laadintaa (Eriksson 1984i; 1985e; 1986a; 1986c). Eriksson (1984f) perustelee ajatustaan sillä, että koulutus voidaan nähdä kulttuurisena vaihdantaprosessina, jonka sisältö on tunnistettavissa mainituissa kysymyksissä (myös Eriksson 1984i; kultural metabolism; Eriksson 1985e; 1989d). Joskin tässä yhteydessä Eriksson (1985e) tarkentaa paradigman sisäiseksi malliksi (myös Eriksson 1980a; 1984d; 1986d, 116).

Erikssonin (1982b) kuvaileman Törnebohmin paradigmateorian mukaan tiede kehittyy kolmessa vaiheessa. Aluksi mielipiteiden pilvi muodostuu tutkittavan alueen ylle. Tätä voidaan kutsua Kuhnin preparadigmaattiseksi vaiheeksi. Seuraavassa vaiheessa mielipidepilvestä kehittyy filosofia, jonka perustana oleva näkökanta ja ohjelmapaketti ohjaavat toisen vaiheen syntymistä. Toisessa vaiheessa kasvaa tiedon ongelman ja välittäjän ketju, joka on tieteellisen kehityksen perusmalli. Kolmannessa vaiheessa tulee taantuminen, koska paradigman mahdollisuudet on käytetty loppuun. (myös Eriksson 1983b)

Hoitotieteen paradigman kehittyminen

Lähtökohtana voidaan pitää sitä, että lääketieteen paradigma on tähän asti vahvasti o hjannut hoitotyön territoriaa. Se merkitsee, että mm. sairaanhoitajan päätökset esimerkiksi potilaan perushoidosta ovat tapahtuneet lääketieteellisen ajattelun ohjaamina. Tämä on tuonut mukanaan hoidollisen tietopohjan taantumista. Toisaalta se on myös vaikuttanut hoitajien ammatti-identiteetin muodostumiseen. (Eriksson 1980a) Voidaan sanoa, että hoidon paradigma on ollut lähes yhtä lääketieteen paradigman kanssa.

Toisaalta mm. Erikssonin tarkastelut hoitoajattelun kehittymisestä (Eriksson 1984d; 1984f; 1986a, 30; 1985a, 7; 1988a; myös 1981a) osoittavat, että voidaan historiallisesti puhua hetkittäin paradigmaattisesta vaiheesta. Nämä historialliset vaiheet ovat kuitenkin vähitellen muuttuneet jälkiparadigmaattisiksi alan vähäisen autonomian vuoksi, so. Törnebohmin kolmasvaihe ja erilaiset yhteiskunnalliset tekijät ovat siten päässeet vaikuttamaan tiedon kehittymiseen. (Eriksson 1988b, 125)

Vaikka edellä tuli esille, että hoidon paradigma olisi lähes sama kuin lääketieteen [60 ja 70-luvulla], niin Eriksson (1980a) on sitä mieltä, että 70-luvun lopussa ollaan preparadigmaattisessa vaiheessa tai esitieteellisessä mallivaiheessa

(myös Eriksson 1985c, 7). Hän perustelee väitteensä sillä, että hoitotyön piirissä tiedostetaan oman paradigman puuttuminen ja toisaalta sen välttämättömyys. Välttämättömyys, koska perinteinen lääketieteellinen paradigma ei enää riitä kuvaamaan hoitotodellisuuden ilmiöitä, eikä tutkimaan koko hoitoaluetta. (myös Eriksson 1980b) Tässä mielessä on alettu vaatia paradigman muutosta, vaihtoehtoista mallia hoitamiseen. Tämän vaihtoehtoisen mallin pitäisi perustua hoitotieteelliseen ajatteluun (Eriksson 1980a; 1989c).

Hoitoajattelun edetessä 80-luvulla Eriksson (1982b; 1983b) puhuu hoitotieteestä paradigmaattisessa vaiheessa, ja että hoidossa ollaan ohitettu moniparadigmaattinen vaihe (Eriksson 1985c, 28). Tässä paradigmaattisella vaiheella Eriksson tarkoittaa hoitotieteen perustumista loogis-analyyttiseen tieteenfilosofiaan ja klassiseen teorianmuodostukseen (ks. Eriksson 1976a [1974b, 1976c]; 1978b; 1985c [1983a]; 1988b). Eriksson (1984i; 1985a, 7; 1986b, 4; 1986d, 7; 1987f, 4) käyttää nimitystä hoitotieteellinen aikakausi. Tämä merkitsee, että "olemme jälleen löytäneet hoitokeskeisen, ihmiseen suuntautuvan kokonaisnäkemyksen, joka aikojen alussa on ollut hoitamisen perusta" (Eriksson 1985a, 7; 1986d, 7).

Eriksson (1986c; 1987b) alkaa kuitenkin puhua samanaikaisesti uuden paradigman kehittelemisestä hoitamisen substanssin, ihmisrakkauden pohjalle. Hoitotiede olisi rakennettava humanistiseksi tieteeksi (Eriksson 1987b; 1988c, 26-28; 1989d). Tässä vaiheessa voidaan puhua hoitotieteen eläneen murroskautta (Eriksson 1987e): hoitotraditioita ollaan muuttamassa poispäin vallitsevasta lääketieteellisestä traditiosta, perinteisestä luonnontieteellisestä maailmankuvasta (Eriksson 1988a). Hoitotieteen voidaan sanoa olevan siinä mielessä uudelleen esiparadigmaattisessa vaiheessa (Eriksson 1988b, 124), että se on vähitellen siirtymässä humanistisesti orientoituneeseen teorianmuodostukseen (ibid. 60, alaviite). Uuden paradigman kehittyminen on jo selvästi havaittavissa (ibid. 115). Hoitoparadigma on muuttumassa kaikkialla maailmassa, erityisen selvästi Pohjoismaissa (Eriksson 1989a, 74).

Paradigman muuttaminen edellyttää mm. teorian ytimen muuttamista (Eriksson 1988b) ja Erikssonin (1991b) mukaan näin on myös käynyt. 50-luvulta asti vallinnut suuntaus on rajannut ontologisesti hengelliset kysymykset hoidon ulkopuolelle (Eriksson 1991b). Caritas-ajatteluun perustuva hoitotoiminta pohjaa hoidon substanssiin. Toisaalta tieteeltä, että se olisi humanistinen, edellytetään, että se muodostuu avoimesta tietokäsityksestä, että se on rajoja ylittävää, että se on historiallista, ja että se sisältää määrätyn arvorakenteen. Erikssonin (1991a, 29-47) mukaan hoitotieteessä on tällöin kyse uudesta paradigmasta, "caring paradigm" (Eriksson 1989d), jota voidaan kutsua "vårdens Paideia" (Eriksson 1989c) erotuksena aikaisempaan mekanistiseen ja luonnontieteeseen pohjautuvaan ajatteluun.

Erikssonin (1989a) mukaan uuden paradigman luominen on mahdollista, jos käyttövoimana on hoitajien tiedostama tietämättömyys ja halu löytää vastauksia kysymyksiin. Hoitotieteen luonne ja hoitotieteellinen paradigma muotoutuvat sen mukaan millaiset merkitykset annetaan keskeisille käsitteille "luoda, tietämys ja hoitamisen taito". Nämä kysymykset muodostavat uuden hoitotieteen tiedeteorian. (Eriksson 1989a, 15-19) Uudessa paradigmassa hoitaminen muodostaa hoitotieteen kaikenkattavan tietopohjan, jonka tiedon haun kohteina ovat "caritas" -ajatus sekä "usko, toivo ja rakkaus" -ajatus, koko olemassaoleva ihminen, terveys

ja ihmisen maailmasuhde (Eriksson 1989a, 29-73; 1990d). Hoitaminen viittaa Erikssonin kielessä tässä mm. siihen, että hoitamista käsittelevä tiede tarkoittaa luontaista hoitoa koskevaa tiedettä (Eriksson 1987a, 80 [1987h]; 1989a, 20 [1987g]).

Paradigma ja metaparadigma

Kalkkaan (1986a) mukaan, kun hoitotieteen tieteenteoreettinen keskustelu virisi 1970-luvulla, ovat alan teoreetikot pyrkineet selvittämään, mitkä ovat tieteenalan keskeiset käsitteet ja olettamukset. Näillä hän tarkoittaa olettamuksia, jotka ovat "käytännön hoitotyön ja hoitotyön tutkimuksen kannalta merkityksellisiä" (Kalkas 1984a, 6).

Kalkas ottaa esille viisi erilaista tapaa hahmottaa asia. Varhaisin on Royn vuonna 1974 esittämä luokittelu: arvot, toiminnan tavoitteet, potilaana oleminen ja vaikutusmenetelmät l. interventiot. Toisena esille tulee Dickoff ym. vuonna 1975 ajatus, jonka mukaan keskeisiä käsitteitä ovat: agentti, toimija (kuka on aktiivinen toimija?), potilaana olo (kuka tai mikä on toiminnan vastaanottaja tai kohde?), viitekehys, yhteys (missä yhteydessä toiminta toteutetaan?), päätepiste (milloin toiminta päättyy?), menettelytapa (mitkä ovat pääasialliset toimenpiteet, menetelmät tai suunnitelmat toiminnassa?) ja dynamiikka (mikä on toiminnan energian lähde?). (Kalkas 1984a, 6)

Kalkas kritisoi näitä kahta luetteloa, koska niitä voitaisiin soveltaa mihin tahansa ihmisten toimintaa koskevaan teoriaan. Ainoa terveydenhuoltoon viittaava käsite on "potilaana oleminen", joka sisältää näkemyksen ihmisestä, terveydestä ja sairaudesta sekä usein myös jonkinlaisesta hoidon tarpeesta. (Kalkas 1984a, 6)

Kritiikin pohjalta Kalkas (1984a) esittää Stevensin vuonna 1979 näkemyksen keskeisistä käsitteistä: hoitotyö, potilas, terveys, hoitotyön ja terveyden välinen suhde, hoitotyön ja potilaan välinen suhde, potilaan ja terveyden välinen suhde. George on vuonna 1980 liittänyt Stevensin esittämiin käsitteisiin vielä yhteiskunnan siten, että nämä ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Georgen mukaan näiden käsitteiden väliset suhteet vaikuttavat siihen millainen hoitotyön teoria on. (Kalkas 1984a, 7; 1986a; 1986b)

Viidentenä näkökulmana Kalkas (1986a) ottaa esille Fawcettin vuonna 1984 esittämän metaparadigmakäsitteen. Fawcett esittää asian niin, että hoitotieteen metaparadigman mukaan tieteenalan keskeisten tutkimuskohteiden määrittelemisen koskee ihmistä (person), ympäristöä, terveyttä ja hoitotyötä. (myös Kalkas 1986b)

> "Metaparadigmassa on kyse käsitteistä, jotka kuvaavat pelkistetyssä muodossa tieteenalan keskeiset mielenkiinnon kohteet. Se ilmaisee mitä asioita teorianmuodostus ja tutkimus koskee, mutta ei mitään itse asioista. Kullakin tieteenalalla on vain yksi metaparadigma, mutta useita käsitteellisiä järjestelmiä tai malleja. Nämä mallit sisältävät kannanottoja metaparadigman asioihin ja ovat alakulttuureja tieteen sisällä." (Kalkas 1986a; ks. Fawcett 1984, 5)

Käsitteellisten järjestelmien tai mallien historiasta Kalkas (1986a) kertoo, että niiden kehittäminen tapahtui aluksi käytännön tarpeista lähtien irrallaan tieteen-

teoreettisista pohdinnoista. Vasta 70-luvulla tieteenteoreettinen perustelu on alkanut liittyä niiden esittämiseen ja niiden tutkimusta ohjaava luonne on tullut esille. (myös Kalkas 1986b) Kalkas (1984b) viittaa Kingiin ja Rogersiin, jotka korostivat esitelmissään eräässä tieteellisessä konferenssissa, että heidän teoriansa eivät ole tarkoitetut suoraan käyttöön sovellettaviksi, vaan ne ovat paradigmoja. Tämä tarkoittaa, että teoriat ovat hoitotieteen tutkimuskohdetta ja tutkimusmenetelmää koskevia maailmankatsomuksellisia kannanottoja, jotka ohjaavat alan tutkimusta ja loogista päättelyä. Ne antavat tutkijoille mahdollisuuden lähestyä terveyden ymmärtämisen problematiikkaa yhtenäiseen käsitteistöön ja samalla yhtenäiseen kieleen perustuen (Kalkas 1987d).

Paradigmassa määritellään hoitotyön luonne tai päämäärä (Kalkas 1986a; 1986b), mutta tavoitteena ei ole yhtenäisen todellisuuden kehittäminen vaan ihmisen ja terveyden monipuolinen ymmärtäminen. Ne ovat usein luonteeltaan eräänlaisia tutkija-"visioita" siitä, mistä hoitotyössä on kysymys. (Kalkas 1987d)

Keskeiset käsitteet

Tieteenalan ytimen muodostaa sen peruskäsitteiden rajaama alue (domain) (Krause 1991g). Näistä peruskäsitteistä vallitsee Krausen (1991b) mukaan konsensus. Näkemyksessään hän (Krause 1991g) viittaa yhdysvaltalaisiin lähteisiin. Itse asiassa edes hänen omissa teksteissään asian tila ei ole näin. Krause (1991c) määrittää [Meleisin mukaan] hoitotyön tutkimuksen kohdistuvan hoitotyön alueeseen (myös Krause 1991d). Tällä hän tarkoittaa Fawcettin kuvaamia hoitotyön keskeisiä käsitteitä: ihminen, ympäristö, terveys ja hoitotyön toiminta. Krause (1991g) lisää Meleisiin viitaten tähän vielä käsitteiden väliset suhteet eli muutoksen, ihmisten väliset suhteet, hoitotyön vaikuttamiskeinot ja hoitotyön prosessin.

Aluksi Krause (1984) puhuu hoitotieteen keskeisistä käsitteistä: potilas/asiakas, terveys, hoitotyön tarve ja hoitotyön toiminta (Krause 1984, 11-34). Hän viittaa tällä kokonaisuudella em. Fawcettin kuvaukseen, ja jo seuraavana vuonna Krause (1985a) puhuu hoitotyön keskeisistä käsitteistä. Hän ei kuitenkaan luovu yksiselitteisesti näkemyksestään, vaan esittää kaksi erilaista keskeisten käsitteiden kuviota. Toisessa keskeiset käsitteet ovat: "yhteisö, ihminen, terveys, hoitotyön toiminta, hoitotyölle haasteena oleva tarve ja menetelmä tarpeeseen vastaamiseksi" (Krause 1985a, kuvio 2). Toisen kuvion hän määrittää em. Fawcettin käsittein, so."ihminen, ympäristö, terveys ja hoitotyön toiminta" (Krause 1985a, kuvio 3). Kuvioiden erilaisuuden perusteluna on, että ensinmainittu liittyy siihen tietoon, mitä tarvitaan hoitotyössä, so. toiminnassa tarvittava tieto. Jälkimmäisen avulla taasen voitaisiin jäsentää hoitotyön opetussuunnitelmaa, so. tiedolla jäsennettyä toimintaa.

Toisessa yhteydessä puhuessaan myös sairaanhoitajakoulutuksen rakenteesta Krause (1985b; 1985c) ilmaisee em. käsitteet kolmedimensionaalisena: ihminen, terveys ja hoitotyön toiminta. Hän viittaa tähän aivan samaan jakoon puhuessaan uudelleen hoitotieteen mielenkiinnon kohteista (Krause 1987c, 56). Hän kuitenkin palaa ilmaisuun hoitotyön keskeisistä käsitteistä, joilla hän tarkoittaa em. kolmijakoa (Krause 1990f, 55-56).

Aluksi Lauri viittaa Reillyyn ja tarkoittaa tällöin hoitotyön keskeisillä käsitteillä "ihmistä, yhteiskuntaa ja ympäristöä sekä terveydenhuoltoa suhteessa ihmiseen ja yhteiskuntaan" (Lauri 1981d, 3). Myöhemmin ne tarkentuvat käsitteisiin ihminen, ympäristö, terveys-sairaus ja hoitotyön toiminnot (Lauri 1983a; 1983g; 1983i). Hoitotieteen keskeisiksi käsitteiksi Lauri (1985f) määrittää ihmisen, ympäristön, terveyden ja hoitotyön toiminnat. Samassa artikkelissa hän viittaa mm. omaan aiemmin esille tulleeseen näkemykseensä, että keskeisinä käsitteinä olisivat hoidettava henkilö, hoitava henkilö, hoitoympäristö ja hoidollinen tavoite (ks. Lauri 1982b). Viitatessaan Kimin ajatukseen hoitotieteen keskeisten käsitteiden välisistä yhteyksistä Lauri (1988d) ottaa esille edellisten lisäksi asiakkaan ja työntekijän välisen vuorovaikutuksen. Tämä tarkoittaa opetussuunnitelmissa hoitotiedon keskeisiä alueita: asiakas, asiakas-hoitajasuhde, ympäristö ja hoidon käytäntö (Lauri 1991a).

Tietoperusta, jota sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat käyttävät työssään, on Laurin tutkimusprojektin mukaan kiteytettävissä hoitotyön toimintamallin teoreettiseen tietoperustaan: asiakas, ympäristö ja terveys (Lauri 1990g). Hoitotyössä yleisellä tasolla tämä on tarkennettavissa ihmiseen elämän tilanteessaan eri ikä- ja kehitysvaiheessa, ympäristöön ja sen yhteyksiin ihmisen kehitykseen ja elämäntilanteeseen sekä terveyteen tietona, kokemuksena, toimintana ja merkityksenä (Lauri 1990b, 11; 1991b, 43 ja 46; 1991d, 11; ks. Lauri 1986c, 12; 1990b, 4). Terveydenhoitajan hoitotyössään käyttämässä tietoperustassa on osoitettavissa eriytyneempi taso kahden ensinmainitun elementin suhteen: lapsi ja perhe elämäntilanteessaan sekä ympäristö ja sen yhteydet lapsen kehitykseen (Lauri 1989c; 1990b, 10-12; 1990f; myös Lauri 1988c; ks. Lauri 1977a; 1977b; 1979b; 1979c; 1982b).

Lauri (1985e) huomauttaa, että tarkastelun lähtökohtana se, millaiseksi hoitotyö muodostuu, riippuu siitä, millaisten arvojen perusteella työntekijä määrittelee mainitut käsitteet ja miten ne ilmenevät toiminnassa. Hänen mukaansa ei ole ongelmallista, vaikka käsitteiden sisältö on eri tavoin painotettu, koska kokonaisuus ei muutu. Keskeiset käsitteet muodostavat hoitotieteen paradigman eli alan tutkimusta ja havaitsemista ohjaavan maailmankatsomuksen, jonka pohjalta on mahdollista kehittää hoitotyön teorioita ja toimintamalleja. Hoitotieteen teoriat määrittelevät täsmällisemmin paradigman esittämiä peruskäsitteitä ja käsitteiden välisiä suhteita. (Lauri 1985e, 4; myös Lauri 1985f)

Yhteenveto

Periaatteessa asiantuntijat ovat samaa mieltä siitä, että paradigma merkitsee erityistä tapaa ajatella ja se rajaa tietyn todellisuuden. Tarkentaen tässä seikassa on jo kolme näkökulmaa. Kalkas, Krause ja Lauri ymmärtävät, että jokainen hoitotieteen malli itsessään on paradigma, joten hoitotiede pitää sisällään lukuisia paradigmoja. Ne eroavat toisistaan siinä miten niiden sisällä keskeiset käsitteet ja niiden suhteet ymmärretään. Erikssonin näkökulma mm. hoitotieteen ja tutkimusparadigmasta olisi lähtökohdissaan periaatteessa yhtenevä tämän ajatuksen kanssa, mutta puhuessaan hoitotieteen paradigman kehittymisestä ja eritoten uudesta paradigmasta hän antaa ymmärtää kyseessä olevan kahden tieteenfilo-

sofiselta lähtökohdaltaan erilaisen paradigman tilasta hoitotieteessä. Tällöin näkökulma hoitotieteen malleista ei palaudu lukuisuuteen, vaan vaihtoehtoon: luonnontieteellinen ja mekanistinen vs. humanistinen. Toisaalta hoidon moniparadigmaattisuus tarkoittaisi tällöin vaihetta, jolloin hoitoa ohjasi sekä lääketieteellinen että "vanha" hoitotieteellinen paradigma.

Kolmas näkökulma sisältyy Sinkkosen yhteenvetoon, että ei ole yhtä yhtenäistä paradigmaa. Tämä ei sisällä ajatusta, että olisi useita paradigmoja, vaan ajatuksen, että hoitotieteessä ei rajata todellisuutta yhdellä erityisellä tavalla [vuoteen 1980 mennessä].

Käsite metaparadigma piti sisällään keskeiset käsitteet, joista ei olla yhtä mieltä, mutta myös tässä Eriksson tuo esille täysin toisista poikkeavan termistön: luoda, tietämys ja hoitamisen taito. Käsitteiden merkitys hoitotieteen luonteelle on yhtenevä eli hoitotieteen paradigma muotoutuu sen mukaan millaiset merkitykset käsitteille annetaan.

Tämän kysymyksen kannalta on oivallista huomata, että keskeisten käsitteiden olemassaolo perustuu [yhdysvaltalaisten] hoitotieteen mallien analyysiin: yleisimmin käytetyt käsitteet näissä malleissa (Lauri 1981d, 3). Tällöin, jos hoitotyön keskeiset käsitteet päätyvät esim. Fawcettin neljän käsitteen vangeiksi, mainittujen mallien ohjaava suhde suomalaiseen toimintaan on kiistaton. Tässä ei ole tärkeää onko käsitteitä neljä vai kymmenen, vaan tapa miten ne on tuotettu. Seuraavaksi kysymykseksi muodostuu ohjaavan suhteen luonne.

Krausen esille ottama ajatus, että "toiminnassa tarvittava tieto" ja "tiedolla jäsennelty toiminta" perustuisivat hieman erilaiseen käsitteelliseen ymmärrykseen, saa tukea Laurin toimintamallinäkökulmasta. Eriksson lähestyy asiantilaa eri tasolta, mutta hänelle niin hoitaja- kuin koulutusparadigma perustuvat yhtenevään kysymysten asetteluun. Erikssonin näkökulmassa koulutusparadigman, so. tiedolla jäsennetyn toiminnan, kriteerinä on lopulta hoitajaparadigma, so. toiminnassa tarvittava tieto. Tällöin ne eivät olisi eri asiat. Koulutusta ajatellen tässä tulee esille Erikssonin ja mm. Krausen ero. Koulutuksessa hoitotieteen ala on Erikssonin mukaan ainakin kaikki se, mitä terveydenhuolto-oppilaitoksissa opetetaan. Itseasiassa muut tieteenalat ovat hoitotiedealistiesia. Toinen näkökulma on, että hoitotiede on eräs vahvimmin sairaanhoitajan työn hahmottamiseen vaikuttavista tieteistä.

6.2.4 Yhteenveto

Tarkasteluni synnyttää kysymyksen, onko olemassa erikseen tutkimuksessa syntyvää hoitotieteellistä tietoa ja tutkimuksessa syntyvää hoitotyön tietoa? Vastaus tähän löytyy mm. Krausen (1985a; 1991c; 1991g) viittaamasta artikkelista Donaldson & Crowley (1978). Siinä esitetään, että inhimillinen tieto yleisellä tasolla voidaan jakaa oppiaineittain (disciplines) akateemisiin ja professionaalisiin. Kummankin oppiaineen sisällä voi syntyä tutkimustietoa. Tämä tieto on tavoitteiltaan ja luonteeltaan erilaista. Tällöin voidaan puhua myös akateemisista ja professionaalisista teorioista (vrt. hoitotieteen ja hoitotyön teoriat). Asiantuntijoista Krause on selkeimmin tällä kannalla laskien itsensä professionaalisen hoitotyön edustajaksi. Toisaalta Eriksson puhuessaan hoitotieteestä irtisanoutuu

tyystin tästä. Myös muut asiantuntijat yrittävät tietoisesti asettua tieteellisen tiedon ymmärryksen näkökulmaan, joskin Laurin kanta jää epäselväksi.

Se, mikä ohjaa tiedon saantia ja sen käyttöä, liittyy Kalkkaan teksteissä hoitotieteen ja hoitotyön perusteisiin. Ensinmainittu lähtee siitä, että hoitotiede on ihmistiedettä ja hoitotyö siitä, että on olemassa jokin erityinen inhimillisen olemassaolon aspekti, joka oikeuttaa hoitotyön. Krause, Lauri ja Paunonen puolestaan puhuvat hoitotyön tietoperustasta. Alunalkaen niin Krausen kuin Laurinkin näkökulma on monitieteisyydessä, mutta vuosien kuluessa Krausen näkökulma tarkentuu omaan itsenäiseen tieteeseen, joka hyödyttää tiettyä professionaalista toimintaa. Laurilla tietoperusta kytkeytyy myöhemmin hoitotyön toimintamallin teoreettiseen tietoperustaan, joka määrittyy keskeisten käsitteiden kautta. Laurin hoitamisen perusta tarkoittaa mm. mainittua hoitotyön toimintamallia. Paunosella hoitotyön tietoperustaa ohjaa hoitotieteen soveltava luonne, "jolloin pyritään tuottamaan tuloksia käytäntöä varten" (Paunonen 1985d).

Hentinen käyttää ensin ilmaisua hoitotyön tietopohja ja myöhemmin hoitotieteellinen tietopohja. Molemmat ilmaisut liittyvät hoitotieteen teorian kehittämiseen. Hentinen lisää erikseen hoitokäytännön välittömän kehittämisen. Eriksson puhuu hoidon ja hoitotieteen tietopohjasta, jossa tiedon haun kohteena on "caritas" -ajatus. Sinkkonen ei ota aiheeseen nimeltä kantaa, mutta viimekädessä tiedon hankkimista ohjaa hoitotyön käytäntö. Tämä ei tarkoita, että tutkimuksen pitää olla käytäntölähtöistä, vaan että tieto pitää järjestää käytännön kriteerein.

Asiantuntijoista Eriksson edustaa vahvimmin rationalistista tiedonmuodostusta (ks. Salomaa 1941, 102-107; Niiniluoto 1980, 140), kun muut ovat eriastein vahvemmin empiristisen tiedon muodostuksen (ks. Salomaa 1941, 102; Niiniluoto 1980, 139-140) kannalla. Yhteistä näille tiedon lajeille on, että niissä uskotaan tiedon olevan tietäjästä irrallaan. Sitä vastoin toimintatutkimuksen ajatuksena on, että tieto liittyy tietäjäänsä, ellei kyseessä ole tekniseen intressiin perustuva toiminta. Koska muilla paitsi Eriksonilla on ainakin eräitä tällaisia tutkimuksia, niin se saattaisi kertoa eri asteisesta uskosta hoitotieteessä tiedon subjektin ja tiedon sisällön liittymisestä yhteen.

Toisaalta alan tutkimuksen ja teorianmuodostuksen lähtökohtana ymmärretään vahvemmin hoitotyön prosessimalli ja/tai käsitteelliset mallit tahi yksityiskohtaisempi teoria kuin konkreettiset käytännön tilanteissa syntyneet ongelmat. Tämä viittaisi analyyttiseen näkemykseen tieteen tekemistä ohjaamassa, jota 90-lukua lähestyttäessä ollaan yrittämässä murtaa. Esimerkiksi Kalkkaan ongelmanasettelut kuten terveyden ja sairauden merkityksen tutkimus (ks. Kalkas 1988b; myös Kalkas 1984c; 1984e) lähtevät analyyttistä näkemystä haastavasta uskosta tieteentekemiseen.

6.3 Käsitys tutkimuksen kohteesta

Eriksson (1985c, 36 [1983a]) korostaa, että tutkimusta ei voi suunnata tai rajata ellei tieteellisiä tutkimuskohteita ole kuvattu. Kalkas (1984c) puolestaan huomauttaa, että vaikka hoitotyön tutkimuksen tehtävänä on mm. tuottaa uutta tietoa terveydenhuollossa tapahtuvaa päätöksentekoa varten, niin se ei tarkoita, että tut-

kijat olisivat yksimielisiä tutkimuksen tehtävistä. Suomessakin on erilaisia näkemyksiä siitä mikä on hoitotyön tutkimuksen kohde ja millaisia menetelmiä on hyvä käyttää. (myös Kalkas 1984e; 1985a, 37) Sinkkosen (1983a) näkökulmasta tutkimuksen kohdetta ja tavoitteita ei tule ajatella erillisinä, kun Eriksson (1987d) osoittaa, että ne ovat merkittävästi eri asiat.

6.3.1 Käyty keskustelu tutkimuksen kohteesta

Tämä keskustelu on pääosin käyty jo kappaleessa "4.5 "Nursing research" suomalaisessa kirjallisuudessa". Annan tässä kuitenkin asiantuntijoille uudelleen "puheenvuoron" liittyen ymmärrykseen tutkimuksen kohteesta, koska viitatun alaluvun tarkoitus oli toisenlainen.

HERTTA KALKAS:

Sairaanhoidon tutkimuksella Kalkas (1976c) tarkoittaa tieteellistä toimintaa, joka kohdistuu suppeasti määritellyn sairaanhoidon perusteisiin. Toisin sanoen se kohdistuu hoidossa olevaan yksilöön, hoitoa toteuttavan hoitojärjestelmän edustajiin sekä näiden välisen vuorovaikutuksen perusteluihin, edellytyksiin ja vaikutuksiin.

Koska hoitotapahtuma on peruselementti, se määrittyy myös hoitotyön tutkimuksen kohteeksi (Kalkas 1978a; 1978c, 36). Hoitotapahtuman elementit, so. terveydenhuoltojärjestelmä, hoitoprosessi ja hoidon vastaanottaja ovat kaikki hoitotyön tutkimuksen kannalta tärkeitä (Kalkas 1978a). Ongelmallisena hän näkee sen, että hoitoprosessissa tapahtuvaa toimintaa ja toiminnan vaikutuksia on tutkittu enemmän kuin hoitoprosessin kokonaisuutta, missä henkilökunta ja potilas ovat samanaikaisesti tutkimuksen kohteena (Kalkas 1978c, 36-39). Joten hän omassa tutkimuksessaan tarkentaa tutkimuksen kohteeksi hoitotapahtuman, joka muodostuu henkilökunnan havainnoista hoidon tarpeesta ja toiminnasta näiden tarpeiden tyydyttämiseksi (ks. Kalkas 1978c, 41). Hän tuo esille, että tutkimuskohteesta on Suomessa siinä mielessä kahta kantaa, että ensimmäisen mukaan henkilökunnaksi voidaan määritellä vain hoitotyön kapean määritelmän mukaiset ammattiryhmät, kun toisen kannan mukaan hoitotyötä on koko henkilökunnan suorittama hoito. Oleellinen ero liittyy siihen, että ensimmäisessä tutkimuskohde määritellään henkilökunnan toiminnan suunnasta ja toisessa potilaan vastaanottamista palveluista. (Kalkas 1978a)

Tarkentaen Kalkas (1978a) määrittelee hoitotyön tutkimuksen systemaattiseksi tutkimustoiminnaksi, joka kohdistuu hoitotyön peruselementteihin hoitoa toteuttavaan henkilökuntaan, hoidossa oleviin asiakkaisiin sekä näiden kahden väliseen hoitotilanteessa toteutuvan vuorovaikutukseen, sen perusteluihin, edellytyksiin ja vaikutuksiin.

Hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena on hoitotyö: "Hoitotyö tutkimuskohteena voidaan jakaa hoidon perusteen tutkimukseen ja/tai hoitomenetelmien tutkimukseen" (Kalkas 1987b; myös Kalkas 1985a, 37; 1987h, 40). Hoitotieteessä perusteita koskeva tutkimus lähtee siitä, että hoitotiede on ihmistiedettä (Kalkas

1986a; 1986b; 1987b; 1987f) ja se kohdistuu terveyden fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen alkuperään filosofisena ja tieteellisenä kysymyksenä (Kalkas 1987d). Siihen mikä on ihmiselle luonteenomaista, luonnollista ja tervettä sekä ihmisten henkilökohtaisten avuntarpeiden arviointiin ja siitä johdettuun toimintaan (Kalkas 1987c; myös Kalkas 1985a, 57; 1987b; 1987g, 48; 1987h, 60; 1988a). Siinä korostuu ihmisen tarkasteleminen tarkoitukselliseen toimintaan pyrkivänä (intentionaalisena) olentona. Tämä koskee ihmistä yhtä hyvin potilaana kuin hoitavana henkilönä. (Kalkas 1983, 2)

SIRKKA SINKKONEN:

Sinkkonen pitää tutkimuskohteen ja tutkimuksen tavoitteen yhdessä. Hoitotiede on ensinnäkin hoitotyötä tutkiva tiede ja toiseksi tämän tutkimuksen kehittämien teorioiden ja tulosten muodostama tietokokonaisuus (Sinkkonen 1983a; 1984a; 1984b; 1984c). Ensinmainittua näkökulmaa hänen tuotannossaan edustavat empiiristen hoitotyötä koskevien tutkimusten raportoinnit. Näitä raportteja yhdistää ajatus pyrkimyksestä hoitotyön kehittämiseen. Jälkimmäistä näkökulmaa edustavat julkaisut, joissa keskitytään hoitotieteen tietokokonaisuuden, mm. teorioiden ja tutkimustulosten muodostaman kokonaisuuden, pohdintaan.

Sinkkosen kielenkäytössä tutkimuksen tutkimuskohteet ovat jo sairaanhoidon tutkimuksesta (Sinkkonen 1969) lähtien määräytyneet WHO:n sairaanhoidon asiantuntijakomitean viidennessä raportissa (ks. WHO 1966) käyttämän ryhmittelyn mukaan eli käytännön toiminta, so. hoitotyö, hoitotyön hallinto ja koulutus (Sinkkonen 1980c). Se, että Sinkkonen puhuu myöhemmin hoitoprosessista tutkimuskohteena (mm. Sinkkonen 1976; 1980a; 1980c) tarkoittaa, että käytännön toiminnan ohella tutkimusalueeseen kuuluu hoitotyön hallinto ja koulutus. Sinkkonen (1982c) sanoo asian uudelleen siten, että hoitotieteellisen tutkimuksen tutkimuskohteet ovat hoitotyö sekä sen edellytykset, so. hoitotyön hallinto ja koulutus. Nämä kolme muodostavat hoitotieteellisen tutkimuksen kokonaisuuden, jossa ytimenä on hoitotyön tarkastelukulma; hoitotyön ideologian mukaisesti pitäisi keskittyä hoitotyön tarkasteluun ja erityisesti potilaan näkökulmaan. (myös Sinkkonen 1983c). Tällöin esimerkiksi sairaanhoitajien yhteiskunnallisen aktiivisuuden tutkimus sellaisenaan, irrallaan hoidosta, ei oikeuta hoitotyön tutkimuksen nimeen (Sinkkonen 1980c).

Sinkkonen (1980c) nostaa esille myös kriittisiä huomiota tutkimuskohdejakoa kohtaan. Vaikka itse tutkimuskohde jaetaan yhä samalla tavalla, niin hoitotyön ja sen edellytysten (koulutus ja hallinto) jäsentämisessä on tapahtunut oleellisia muutoksia. WHO:n esittämän määrittelyn ongelmana on myös se, että se korostaa hoitajien (role on the nurse) eikä hoitotyön tutkimusta. Tällä hän tarkoittaa, että esimerkiksi WHO:n asiantuntijaryhmien esittämästä hoitoprosessimallista puuttuu hoitotyön niveltäminen potilaan kokonaishoitoprosessiin ja muuhun terveydenhuoltojärjestelmään: "Tutkimus on keskittynyt sairaanhoitajiin, kun sen olisi pitänyt keskittyä hoitotyön tarkasteluun ... eikä myöskään potilaan näkökulmaa ole juuri otettu huomioon, vaikka hoitotyön ideologiassa sitä korostetaan voimakkaasti" (Sinkkonen 1980c). Sinkkonen (1983d) jatkaa kritiikkiä em. hoitotieteen tutkimuskohdejakoa kohtaan. Jaon hän kuitenkin perustelee sillä,

että usein on vaikea vetää tarkkaa rajaa, mikä on varsinaista hoitotyötä ja mikä sen hallintoa tai opetusta.

Toisaalta Sinkkonen (1980c) huomauttaa, että hoitotyön tutkimuksen kohteena olevaa todellisuutta, hoitotyötä ja sen edellytyksiä jäsennetään hyvin monella tavalla.

Kritiikki, jota Sinkkonen (1969) esittää Englantilaista sairaanhoidon tutkimusta kohtaan, kiteytyy hoitotieteellisen tutkimuksen tavoitteen asettelussa. Hoitotyön tutkimuksen tavoitteina on kehittää hoitotyön teoriaa ja teorian muodostusta, tuottaa empiirisiä tietoja hoitotyön prosessin eri vaiheiden toteuttamista varten sekä välittömiin käytännön sovellutuksiin tähtääviä tietoja (Sinkkonen 1983c). Hoitotyön tutkimus lähtee selkeästi hoitotyön prosessimallista ja on siten ensisijaisesti suuntautunut käytännön toimintaan. (Sinkkonen 1980a) Näin ollen hoitotieteellistä tutkimusta tehdään ja hoitotiedettä kehitetään asiakkaan tai potilaan hyväksi (Sinkkonen 1983c).

KATIE ERIKSSON:

Erikssonin (1987d) mukaan hoitotieteen kannalta on ratkaisevasti eri asia puhutaanko tutkimuksen kohteesta vai tutkimuksen tavoitteista. "Traditionaalinen" hoitotiede on noussut ammattitraditiosta, lähinnä sairaanhoitajien näkökulmasta (Eriksson 1981a, 14-15; 1985a, 96; 1987d; 1991a, 6). Tämä on ohjannut tutkimusta sairaanhoitajien ammatin tutkimiseen ja tiedon hankkimiseen siitä (Eriksson 1987d). Tämä voi edistää terveyttä, mutta akateemisen tieteenalan tutkimuskohteena se on ongelmallinen, eikä mahdu terveystieteiden kokonaisuuden alle.

Erikssonin teksteissä "vårdforskning" on ymmärretty laajemmin. Tällöin tutkimuskohteena on hoitoprosessi ja hoitosysteemi (vårdsystemet) kokonaisuudessaan (Eriksson 1981a, 15; 1984h; 1986d, 65; 1991, 6) ja se on suuntautunut hoitosysteemin keskeiseen henkilöön, potilaaseen (Eriksson 1985a, 96). Erikssonin kielessä tämä tarkoittaa, että hoitotieteen tutkimuskohde on hoitamisen ilmiö (Eriksson 1985c, 36 [1983a]; 1986c), ei siis sama kuin sairaanhoitajan työ (Eriksson 1985a, 10). Se pitää sisällään mahdollisuuden kehittää myös tietoa, joka ei ole välittömässä yhteydessä hoitotyöhön (vårdarbete) (Eriksson 1983c; myös Eriksson 1986a, 289 [1985d]; 1988c, 26).

Erikssonin kielessä jo "sjukvårdsforskning" (Eriksson 1974b, 5) viittasi laajempaan näkökulmaan, sillä se pyrki kuvaamaan ja selittämään sairaan- ja terveydenhoitotapahtumaa , so. hoitotapahtuman tutkiminen oli keskeistä, tarkoituksena teorian muodostaminen (Eriksson 1974a; 1976a, 5 [1974b, 1976c]).

Erikssonin (1983a; 1985c) teksteissä "vårdforskningens problemområden" (ks. Eriksson 1981a, 18-22) on eri asia kuin "vårdvetenskapens forskningsobjekt". Hän tarkoittaa tällä, että hoidon tutkimuksen ongelma-alueet määritellään laajempina kuin hoitotieteen tutkimuskohteet. Hoitotieteen tutkimuskohde ei siten ole yhtenevä hoidon tutkimuksen ongelma-alueiden kanssa. Hoitotyö (vårdarbetet) sisältää lukuisia ongelma-alueita, joita ei voida pitää hoitotieteellisinä ongelmina, esimerkiksi henkilöstön ohjaaminen. (Eriksson 1983a, 34-35; 1985c, 37; 1988b, 40) Myöhemmin Eriksson (1991a) kuitenkin yhdistää em. toteamalla, että "Med [vårdvetenskapens] forskningsobjekt avser vi här vårdterritoriet [hoitotie-

don kokonaisuus; Eriksson 1985c, 29] som helhet, den verklihet och den värld som i någon avseende utgör vårdandets värld" (Eriksson 1991a, 63).

Eriksson (1981a) puhuu WHO:n tavasta jakaa "vårdforskning" kolmeen osaan: 1) hoitotyön (det praktiska vårdarbetet), 2) hoitotyön hallinnon ja 3) hoitopedagogiseen koulutuksen tutkimukseen. Tällöin hän tarkoittaa tutkimuksella kapeampaa, traditionaalista tulkintaa (ks. Eriksson 1981a, 22; 1983a, 35; 1991a, 6), so. "omvårdnadsforskningen omfattar i ..." (Eriksson 1983c).

SIRKKA LAURI:

Lauri (1979a) määrittelee tutkimuksen kohdistuvan erityisesti hoitotyön prosessiin (myös Lauri 1979d; 1980c). Myöhemmin hän tarkentaa tutkimuskohteita: asiakas/potilas hoitotyön kohteena ja tuloksena, hoitotyön henkilöstön toimintamallit, työn sisältö ja menetelmät sekä näiden kehittäminen, kokeilu ja testaaminen ja kolmantena hoitotyön koulutus ja hallinto (Lauri 1982a). Viimeksi mainittujen mukanaoloa Lauri perustelee sillä, että ne luovat edellytykset hoitotyölle.

Lauri (1987a) puhuu kapea- ja laaja-alaisesta hoitotieteellisestä tutkimuksesta. Ensinmainitulla tutkimuksella selvitetään mm. jonkin erityisalueen hoitotyön menetelmien kehittämistä, kun puolestaan jälkimmäisen alueen alaan kuuluu (1) jäsentää hoitotyötä eli selvittää, mitä hoitotyö on suomalaisessa yhteiskunnassa, (2) luoda ja kehittää hoitotyön malleja ja teorioita eli antaa uusia näköaloja siihen, mitä hoitotyön pitäisi olla, (3) kokeilla olemassaolevia uusia malleja ja teorioita käytännössä eli antaa vastauksia kysymykseen, miten teorian avulla pystytään ohjaamaan hoitotyötä ja (4) etsiä edellytyksiä ja mahdollisia esteitä hoitotyön toiminnan kehittymiselle eli vastata kysymykseen; antaako alan koulutus ja terveydenhuollon hallinto mahdollisuudet asiakkaan/potilaan ja perheen tarpeista nousevan tavoitteellisen hoitotyön toteutukselle (myös Lauri 198-9b).

Tutkimuskohde muuttuu hoitamisen todellisuudesta (Lauri 1988d) hoitotyöksi, joka tarkentuu arvoperustaan, päätöksentekoon, vaikuttamiskeinoihin ja vaikuttavuuteen. Tällöin tutkimuskohteina ovat ihmisen kokonaisvaltainen hoitaminen, hoitamisen perusta ja sen ulottuvuudet (Lauri 1989b).

MAIJA HENTINEN:

Hentinen (1980a) puhuu aluksi hoitotyöstä tutkimuksen kohteena (myös Hentinen 1983b; 1984a), mutta tulee siihen tulokseen, että tämä ilmaisu ei kerro juurikaan mitään (Hentinen 1983c). Joten hän määrittelee kohteen selkeämmin. Hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena tulisi olla potilas ja hänen näkökulmansa (Hentinen 1987a, 1990d), ihminen ja hänen terveytensä (Hentinen 1990c), hoidettavan ja hoitajan välinen vuorovaikutus (Hentinen 1987c, 1990c, 1990d) ja myös välineellinen hoito eli erilaiset hoitotoimenpiteet (Hentinen 1990c, 1990d).

Hoitotyön tutkimuksen tehtävänä on tiedon tuottaminen hoitamisessa tehtävän päätöksenteon ja käytännön hoitotyön pohjaksi (Hentinen 1990c; myös

Hentinen 1983h). Siis hoitotieteen tehtävänä on koota yksittäisten tutkimusten tulokset.

MARITA PAUNONEN:

Paunosen teksteissä tutkimuskohteena on hoitotyö ja tutkimusalue työnohjaus. Hoitotieteen kiinnostuksen kohde on kuitenkin laajempi. Se kohdistuu potilaaseen/asiakkaaseen. (Paunonen 1990b)

KAISA KRAUSE:

Krausen (1983) mukaan [hoitotiede] on käytännön tieteenala, jossa hoitotyön tutkimus suuntautuu teorioiden kehittämiseen ja hoitotyön käytännön ongelmien ratkaisemiseen. Tutkimuksen kohteena on hoitotyön ydinilmiö potilaan/asiakkaan ja sairaanhoitajan kohtaaminen, mutta myös hoitotyön koulutus ja hallinto (myös Krause 1991c; 1991g)

Väitöskirjassaan Krause (1987c) puhuu hoitotieteellisen tutkimuksen kohteista, joita ovat mm. väestön terveysongelmista sekä hoidon ja avun tarpeista lähtevät tavoitteenasettelut (Krause 1987c, 4). Tässä hänellä on taustalla "Terveyttä kaikille vuoteen 2000" -ohjelmassa esitetty terveyspoliittinen ajattelu (myös Krause 1984, 1-2; 1985a).

Krause (1991c) määrittelee hoitotyön tutkimuksen alan kohdistuvan hoitotyön alueeseen, joka on tieteellisen toiminnan kohteena ja osoittaa näkökulman tutkimusalueeseen (Krause 1991g). Tällä hän tarkoittaa Fawcettin kuvaamia hoitotyön keskeisiä käsitteitä: ihminen, ympäristö, terveys ja hoitotyön toiminta. (Krause 1991c; 1991d) Krause (1991g) lisää näihin Meleisiin viitaten käsitteiden väliset prosessit eli muutoksen, ihmisten väliset suhteet, hoitotyön vaikuttamiskeinot ja hoitotyön prosessin. Toisaalta hän tarkentaa tutkimuksen kohteeksi ihmisen luonnon osana ja ihmisen kulttuurin osana ainutkertaisena yksilönä (ks. Krause 1991b, kuvio 1; 1991g, kuvio 2).

6.3.2 Erityinen näkökulma tarkastella tutkimuskohdetta

Eriksson (1985c) korostaa, että on "erotettava toisistaan tutkimuskohde ja tiedon kohde" (Eriksson 1985c, 36 [1983a]; vrt. Eriksson 1989a, 77, alaviite 8 [1987g]). Hän tarkoittaa tällä, että useat tieteet voivat tutkia samaa kohdetta, esimerkiksi ihmistä tai terveyttä, mutta niitä tutkitaan eri näkökulmista. (Eriksson 1988b, 39; 1991a, 63) Siis vaikka ne on erotettava toisistaan, ne ovat aina ymmärrettävä yhdessä: hoitotieteen tutkimuskohteena on hoitaminen määrätystä näkökulmasta, toisin sanoen hoitotapahtuma hoitotyön näkökulmasta (Eriksson 1982b; 1985a, 11; 1985c, 36 [1983a]; myös Eriksson 1989a [1987g]). Lisäksi Eriksson käyttää ilmaisua hoitotyön näkökulma, joka on palautettavissa erotteluun lääkärin, sosiaalityöntekijän ja hoitajan näkökulmaan hoitoon (ks. Eriksson 1981a, 48; 1983c).

Tällä ilmaisulla hän viittaa hoitotyöhön (vårdarbete) laajassa merkityksessä (Eriksson 1983c; myös Eriksson 1986c) eli hoitoon (vård) kapeassa merkityksessä (Eriksson 1981a, 147; 1983c).

Myös kaikki muut asiantuntijat puhuvat erityisestä näkökulmasta tarkastella tutkimuskohdetta. Sinkkonen (1980c) puhuu hoitotyön tarkastelukulmasta, jolla hän tarkoittaa hoitotyön ideologian mukaista ajatusta keskittyä erityisesti potilaan näkökulmaan (myös Sinkkonen 1987). Kalkas (1987d) puhuu hoitotyön omasta näkökulmasta, jolla hän tarkoittaa, että ihmistä periaatteellisesti lähestytään elävänä, tahtovana ja tuntevana olentona sekä kulttuurin jäsenenä (myös Kalkas 1987a). Laurin kielenkäytössä tämä tarkoittaa ammatillisen viitekehyksen pohjalta syntynyttä tehtäväalueen hallintaa (Lauri 1985g; 1986c, 8-12; 1988d), joka tarkoittaa ihmisen kokonaisvaltaista hoitamista (Lauri 1989b).

Krause (1983a) käyttää termiä hoitotyön näkökulma, jolla hän tarkoittaa keskittymistä hoitotyön ydinilmiöön eli asiakkaan ja hoitajan kohtaamiseen (krause 1983b; myös Krause 1991c; 1991d; 1991g). Paunosella (1989c) on ilmaisu hoitotieteellinen viitekehys, jonka "mukaan hoitotyön tulisi perustua kokonaisvaltaiseen ihmiskäsitykseen, jossa potilas ja asiakas nähdään aktiivisena hoitoonsa osallistujana" (Paunonen 1989c, 1). Hentisellä tämä ajatus tulee esille hoitotieteellisenä näkökulmana (Hentinen 1983d), hoitotyön näkemyksenä (Hentinen 1984b) tai hoitotyön näkökulmana (Hentinen 1988a; 1990b). Siinä on kyse potilaan näkökulman huomioimisesta. Siinä korostuu huolenpito ihmisestä, hänen tarpeistaan ja selviytymisestään terveyteen liittyvissä tilanteissa. Asiakas ymmärretään hoitoonsa osallistujana eikä hoidon kohteena. (myös Hentinen 1983i; 1990c)

6.3.3 Yhteenveto

Keskeisenä auktoriteettina alkujaan on ollut WHO:n määrittämä sairaanhoidon/hoitotyön alueet, mikä ymmärrettiin (mm. Sinkkonen, Lauri, Krause ja Eriksson) myös tutkimuskohdejakona.

Kalkkaan teksteissä hoitotyön tutkimuksen kohteeksi määrittyy hoitotapahtuma ja sen elementit. Hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena on hoitotyö, joka tarkennetaan hoidon perusteen ja hoitomenetelmien tutkimukseen. Tutkimuskohteena hoitotyön tutkimuksessa Sinkkonen puhuu hoitoprosessista, minkä hän tarkentaa hoitotieteellisessä tutkimuksessa hoitotyöhön ja sen edellytyksiin. Erikssonilla "vårdforskning"'in kohteena on hoitoprosessi ja hoitosysteemi laajassa mielessä eli hoitamisen ilmiö. Laurikin aloittaa hoitotyön prosessista tarkentaen sen prosessissa vaikuttaviin tekijöihin. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa hän puhuu hoitamisen todellisuudesta mm. arvoperustana ja päätöksentekona. Kohteena on ihmisen kokonaisvaltainen hoitaminen, hoitamisen perusta ja sen ulottuvuudet eli ihmisen kokonaisvaltainen hoitaminen. Puhuessaan hoitotyön tutkimuksesta Hentinen tarkentaa tutkimuksen kohteen hoitotyöksi, mutta hoitotieteellisessä tutkimuksessa hän osoittaa jo moniulotteisemman tutkimuskohteen: potilaan näkökulma, ihmisen terveys, hoidettavan ja hoitajan vuorovaikutus sekä välineellinen hoito. Paunosella tutkimuskohteena on hoitotyö ja tutkimusalueena työnohjaus. Krausen mukaan hoitotyön tutkimuksen kohde on hoitotyön ydinil-

miö, potilaan/asiakkaan ja sairaanhoitajan kohtaaminen, mutta myös hoitotyön hallinto ja koulutus.

Hoitotieteen keskeinen tutkimuskohde on ihminen. Hoitotieteessä ei olla kiinnostuttu esimerkiksi sairaanhoitajan työstä työn itsensä takia vaan suhteessa ihmisiin: miten sairaanhoitaja voi työssään/työllään lisätä potilaan hyvää oloa jne. Voidaan sanoa, että vaikka jokainen yksittäinen hoitotieteellinen tutkimus ei näytä koskevan ihmistä, se välillisesti kuitenkin pitäisi liittyä ihmiseen. Tämä ajatus pitää sisällään myös mm. sen, että suomalaisessa hoitotieteessä ei olla kiinnostuttu terveydestä sinänsä, vaan terveydestä liittyen ihmisen kokemuksiin.

6.4 Käsitys pätevästä tutkimusmetodista

Tutkimusmetodilla tarkoitetaan tässä yhteydessä kolmea asiaa: tutkimusotteen laatua, aineiston keruumenetelmiä sekä analysoinnissa käytettyjä menetelmiä.

6.4.1 Keskustelua pätevästä tutkimusmetodista

Sinkkosen (1982a) ja Hentisen (1983c) mukaan hoitotiede korostaa ihmistä kokonaisuutena eli biologisena, psyykkisenä ja sosiaalisena olentona. Tämän mukaan myös hoitotieteellisissä tutkimuksissa sovelletaan sekä hermeneuttis-fenomenologisia että positivistisen tutkimusperinteen kehittämiä havaintoaineiston hankintamenetelmiä. (myös Sinkkonen 1984a; Hentinen 1983h; 1987c; 1990c) Tällä tavoin koko hoitamisen ilmiökenttä tulee tutkimuksen piiriin (Hentinen 1987c). Periaatteessa Hentinen ei näe ongelmallisena, vaikka samassa tutkimuksessa käytetään molempien tutkimusperinteiden menetelmiä (Hentinen 1987c; esimerkki Hentinen 1979a). Sinkkonen (1982b) katsoo, että aineiston keruumenetelmien suhteen hoitotiede eroaa monista muista tieteenaloista siinä, että hoitotiede soveltaa laajasti niin hermeneuttis-fenomenologista kuin positivistista tutkimusperinnettäkin (myös Sinkkonen 1984a). Eriksson huomauttaa, että kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia menetelmiä ei pidä asettaa vastakkain vaan pikemminkin löytää hedelmällinen tapa yhdistää niitä (Eriksson 1988b, 115). Hentinen (1990c) arvioi, että painopiste on varsinkin 1980-luvulla siirtynyt kvantitatiivisesta tutkimuksesta laadulliseen tutkimukseen.

Krausen (1983b) lähtökohta on pragmaattinen. Tutkimusmenetelmien pitää olla sellaisia, joilla saadaan vastaus käytännön ongelmiin. Tällöin tulee käyttää sekä laadullisia että tilastollisia menetelmiä, ymmärtävää että selittävää tutkimusotetta. Myöhemmin hänen näkökulmansa tutkimusotteiden monipuolisuuteen säilyy, mutta hän perustelee ne tutkimuskohteen monipuolisen ymmärtämisen kautta (Krause 1991b) tai tutkimustehtävällä (Krause 1991c). Tutkimustehtävällä Krause (1991c) tarkoittaa tässä yhteydessä jakoa teoriaa tuottavaan ja teoriaa testaavaan tutkimukseen. Edellisellä hän tarkoittaa induktiivista, so. laadullista ja mm. fenomenologiaan perustuvaa tutkimusta ja jälkimmäisellä hän tarkoittaa hypoteettis-deduktiivista, so. positivistista, tutkimusta.

Lauri käyttää koko projektinsa ajan [vuosina 1976-1991] toimintatutkimusta metodisena lähestymistapana, jonka hän kertoo liittyvän myös WHO:n projektiin

(Lauri 1980c). Vaikka hän mainitsee toimintatutkimuksen vain esimerkkinä (Lauri 1981a; 1981g; 1982a; vrt. Lauri 1980b), niin tässä vaiheessa [1976-1985] hän ei ota merkittävästi kantaa muunlaisiin tutkimusmenetelmiin tai teorian muodostamismahdollisuuksiin (ks. Lauri 1981g; vrt Lauri 1979a; 1979d). Myöhemmin Lauri (1987a) laajentaa näkökulmaansa tutkimustoimintaan pohdiskelemalla yleensä kvantitatiivisten ja kvalitatiivisten tutkimus- ja analyysimenetelmien kehittämistä hoitotieteellisissä tutkimuksissa (myös Lauri 1987b; 1987c).

Myös Paunosen projekteissa pyritään muutokseen hoitotyössä, olemassa olevien käytäntöjen poistamiseen ja muutoksen hallintaan eli yhteisen hoitotieteellisen viitekehyksen muotoilemiseen. Tämän tyyppinen tutkimus tarvitsee Paunosen mukaan toimintatutkimuksellista otetta. (ks. Paunonen 1989c; 1990a; 1991b; 1991d)

Sinkkonen (1984a) ja Eriksson (1976a, 66-67 [1974b; 1974c]) ovat sitä mieltä, että hoitotieteessä ei ole mitään erityisiä omia tutkimusmenetelmiä, vaan siinä sovelletaan yleisesti hyväksyttyjä tieteellisiä menetelmiä (myös Eriksson 1985c, 38). 90-luvun alussa Eriksson ehdottaa hoitotieteelle omaa metodia. Hän nimittää sitä "dialogiksi". Tämä metodi nousee Erikssonin (1991a) mukaan hoitotieteen ontologisista perusteista ja hoitotieteestä humanistisena tieteenä (Eriksson 1991a, 311-316). Hän viittaa jo varhemmin tähän näkökulmaan kertoessaan (Eriksson 1989a, 24 [1987g]) hoitotieteen johtavana tekniikkana olevan eräänlainen kuvaileva ymmärtäminen tai ymmärtävä kuvailu, mutta ei selittäminen. Jo Erikssonin omat erottelut eri tavoin suuntautuneista näkökulmista hoitotieteen sisällä vievät Erikssonin perustelulta ontologisesta lähtökohdasta pohjan.

Kalkkaan (1987d) ajattelussa se, että hoitotieteellistä tutkimusta tulee kehittää monesta ei filosofisesta lähtökohdasta tarkoittaa konkreettisesti mm., että hoitotyön tutkimuksessa voidaan lähteä tutkimaan hoitotyötä ja sen menetelmiä jonkin sen perustieteen näkökulmasta. Esimerkiksi miten erilaiset aseptiset toimenpiteet vaikuttavat virtsatieinfektioihin vanhusten inkontinenssin hoidossa. Toiseksi voidaan tutkia käytännön hoitotyössä havaittuja, potilaiden hyvinvointia ja kärsimystä koskevia ongelmia, joita mikään aiempi tieto ei pysty selittämään tai tekemään ymmärrettäväksi. Selvitetään esimerkiksi miksi jotkut kestävät syöpälääkehoidon paremmin kuin toiset. Kolmanneksi voidaan lähteä hoitotyön kannalta keskeisten käsitteiden määrittelemisestä tai jonkinlaisesta yhtenäisestä käsitejärjestelmästä. Nämä lähtökohtateoriat ovat hoitotyötä, hoitotyön tutkimusta ja tutkimusmenetelmiä koskevia maailmankatsomuksellisia kannanottoja. (Kalkas 1985a, 37-38; 1987h, 40-41)

6.4.2 Metodien käyttö toteutetuissa tutkimuksissa

Hieman toisenlaisen näkökulman hoitotieteelliseen tutkimukseen saa, jos seuraa Sinkkosen (1984a) antamaa vihjettä tarkastella hoitotiedettä tehtyjen tutkimusten perusteella.

[Hoitotieteellisissä] tutkimuksissa tiedon antajina ovat joko potilaat/asiakkaat (esim. Krause 1986b) tai hoitohenkilökunta (esim. Sinkkonen 1986) tahi omaiset (esim. Hentinen 1984c). Yleisin tapa muodostaa [hoitotieteellistä] tietoa perustuu kyselyihin (esim. Sinkkonen 1974; 1985c; 1986; 1988a; 1988b; 1988d;

Hentinen 1980c; 1982a; 1983a; 1985b; 1987b; 1988b; 1988c; 1989f; 1990a; Krause 1986b; 1988b; 1990d; 1990e; 1990g; 1991a). Ne ovat joko avoimia tai suljettuja tai näiden yhdistelmiä. Kyselyihin saattaa liittyä haastattelu (esim. Hentinen 1984b) tai haastattelu toimii itsenäisenä tiedon hankintamenetelmänä (esim. Lauri 1990c). Hentinen (1979a) käyttää kokeellista tutkimusta kerran ja Lauri käyttää vertailutestiä (Lauri 1985d) sekä tietokonesimulointia (mm. Lauri 1990b) tiedon hankinnassa.

Aineiston analyysimenetelminä korostuvat yksiselitteisesti tilastolliset menetelmät. Kaikkien asiantuntijoiden tutkimuksista löytyy tilastollisia aineiston analyysejä. Esimerkiksi Laurilla analyysimenetelmät ovat lähes poikkeuksetta matemaattisia (ks. Lauri 1973; 1977a; 1979c; 1982c; 1982d; 1985c; 1985d; 1987d; 1990d; poikkeus Lauri 1990b; 1990c) Krause (esim. 1987c) on halunnut täydentää tutkimuksensa kvantitatiivista tietoa kvalitatiivisella tiedolla. Myös Kalkkaalta löytyy tästä esimerkkejä (esim. Kalkas 1978c). Lauri on käyttänyt kahdessa tutkimuksessa vain laadullista aineiston analyysia (ks. Lauri 1990c; 1990b). Myös Kalkkaalta (1988b) löytyy laadulliseen analyysiin perustuva tutkimus.

Yhteistä asiantuntijoille on usko toimintatutkimustyyppiseen tiedon hankintaan. Kaikki muut paitsi Eriksson ovat toteuttaneet toiminta-, kehittämis- tai työntutkimuksia. Sinkkonen (1982b) jopa esitti sen olevan huomattavana erona lääketieteellisiin tutkimuksiin. Lauri on vahvimmin keskittynyt toimintatutkimukselliseen otteeseen. Häneltä löytyy yli 20 tällä otteella tehtyä tutkimusta väitöskirjasta (Lauri 1979c) lähtien. Sinkkosella (1988d) ja Krausella (1990c) toimintatutkimukset ovat yksittäisiä. Muilla asiantuntijoilla on viisi tai vähemmän raportoitua toimintatutkimusta.

Kalkkaan ja Erikssonin tuotanto on siinä mielessä erityistä, että merkittävä osa heidän tuotannostaan on ns. teoreettista pohdintaa hoidon tai hoitotyön ja hoitotieteen metodologiseksi kehittämiseksi ja empiirinen tutkimustoiminta jää muuhun tuotantoon verrattuna varsin vähäiseksi.

Erikssonilla on selkeitä teoreettis-käsitteellisiä tutkimuksia (esim. Eriksson 1981a). Sitä vastoin siitä voidaan olla montaa mieltä luetaanko Kalkkaan tieteenteoreettiset pohdinnat tutkimuksiksi (esim. Kalkas 1976b; 1976c; 1982a; 1986a; 1986b jne), mutta tutkimustoimintaa edistäväksi ne on katsottava. Kalkas itse ei puhu teoreettisesta tutkimuksesta empiirisen vastakohtana. Puhuessaan tutkimuksesta hän viittaa selkeästi empiiriseen tutkimukseen, mutta eräissä kohdin kyse saattaisi olla myös teoreettis-käsitteellisestä tutkimuksesta esimerkiksi "sellaisten sanojen kuin "toivo", "selviytyminen joka päiväisestä elämästä", "oman elämän hallinta", "kärsimys" jne. merkityksen selvittäminen" (Kalkas 1984c; 1984-e). Oletettavampaa kuitenkin on, että Kalkkaan tarkoitteena on esimerkiksi haastattelujen pohjalta tehtävä hermeneuttinen käsiteanalyysi (ks. Kalkas 1988b).

6.4.3 Yhteenveto

Kaikki asiantuntijat ovat metodologisen pluralismin kannalla hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Kalkas puhuu hoitotieteestä laajana kokonaisuutena ja erikseen kapeammasta edustamastaan hoitotieteen alasta. Ensinmainitulla alueella hän on ehdottomasti metodologisen pluralismin kannalla, mutta edustamallaan hoitotie-

teen alueella hän asettaa hermeneuttiset metodit yksiselitteisesti ensisijalle. Myös Erikssonin teksteistä on tulkittavissa vastaavaa.

Yleisimmät tavat kerätä tietoa asiakkailta/potilailta tai hoitohenkilökunnalta tai omaisilta olivat kyselyt tai haastattelut tai niiden yhdistelmät. Asiantuntijoiden tutkimuksissa tilastolliset menetelmät ovat hallitsevia, mutta heidän teksteissään rohkaistaan myös muun tyyppiseen tutkimuksen analyysiin ja tutkimuksen toteuttamiseen kokonaisuudessaan. Tilastollisten menetelmien hallitsevuus liittyy aikaansa. Vasta 80-luvun lopulla laadulliset menetelmät alkoivat saada vahvempaa jalansijaa. Tilastolliset menetelmät eli analyyttisen filosofian vaikutus on nähtävissä myös siinä, millaisina toimintatutkimukset ymmärretään. Niiden toteuttamista ja analysointia ohjaa analyyttisen filosofian tiedeihanne. Tämä alkaa murtua vasta 90-luvun taitteessa.

Kaikenkaikkiaan niin sairaanhoitajan kuin potilaan/asiakkaan maailma on tutkijalle etukäteen varsin tiedetty maailma: tutkija määrittelee tutkittavan todellisuuden ja siihen liittyvät merkitykset, hoitotodellisuus konstituoituu tutkijan toimesta. Näin on vain pääsääntöisesti, mutta esimerkiksi kokemusten kvantitatiivinen analysointi esimerkiksi toimintatutkimuksissa viittaisi uskoon, että tutkimuksella saatavat tosiasiat voivat olla vapaita kaikesta teoreettisesta ennakkoluulosta. Vain harvoissa tutkimuksissa tämä usko kyseenalaistetaan.

6.5 Arvoja ja etiikkaa koskeva keskustelu

Arvoja ja etiikkaa koskeva keskustelu on hyvin lähellä ihmiskäsitystä koskevaa keskustelua. Kalkkaan (1985a) mukaan eettiset kannanotot ja ihmiskäsitys ovat erotettavisa toisistaan pohdittaessa toiminnan perusteita (Kalkas 1985a, 27; myös Kalkas 1987g, 29; 1987h, 24). Asiantuntijoiden arvoja ja etiikkaa koskeva keskustelu liittyy pääsääntöisesti hoitotyön tai hoidon (Eriksson) etiikkaa koskevaan problematiikkaan.

HERTTA KALKAS:

Kalkas korostaa etiikan ensisijaisuutta. Hän (Kalkas 1981b) nostaa arvolähtökohdat ja hoidon etiikan tutkimuksen keskeiseksi kysymykseksi (myös Kalkas 1981a). Hän puhuu myös hoitotyön ammattietiikasta (ks. Kalkas 1985a). Hoitotyön etiikassa on kysymys hoitotyön arvosidonnaisuuden havaitsemisesta, pyrkimyksestä hoitotyön tietoperustan kehittämiseen, hoitotyön päätöksentekoprosessista sekä potilaan tai asiakkaan itsemääräämisoikeuden korostamisesta.

Kalkas (1985a) ymmärtää hoitotyön tavoitteena olevan ihmisen hyvinvoinnin ylläpitämisen ja lisäämisen. Tämä päämäärä ei ole tieteellinen vaan eettinen, jolloin se tarkoittaa, että hoitotyössä etsitään toisen ihmisen hyvää ja että siihen sisältyy oleminen suhteessa toisiin ihmisiin. Tiede ja tekniset taidot ovat tarkoitetut tämän päämäärän saavuttamiseen. Hoitotyö on myös taitoa tehdä moraalisia valintoja. Tätä taitoa palvelee hoitotiede, jota ilman hoitotyö ei olisi mahdollista (Kalkas 1985a, 33).

Terveydenhuollon lähtökohtana olevien yleisinhimillisten perusarvojen lisäksi on jokaisella laitoksella oma hallinnollinen arvoilmapiirinsä. Lisäksi jokaisella ammattiryhmällä, potilasryhmällä ja yksilöllä on joukko omaksuttuja henkilökohtaisia arvoja, joihin perustuen potilaiden hoidossa toteutuvat arvot valikoituvat. Tällöin hoitotyön ammattietiikka käsittää ne periaatteet ja arvot, jotka määrittelevät, rajoittavat ja antavat suuntaa hoitotyöntekijöiden ammatilliselle toiminnalle. Tähän alaan kuuluvat mm. hoitotyöntekijöiden tietoiset pyrkimykset ihmisten hyvinvoinnin ylläpitämiseksi, hyvän hoidon määritteleminen, eettisten ongelmien tiedostaminen ja jatkuva arviointi. (Kalkas 1985a, 31 ja 47; 1987h, 35 ja 50-51) Hoitotoiminnassa kyse on lopulta yksilön toivomusten ja ammatillisin perustein asetettujen ihanteiden yhteensovittamisen ongelman eteen. Tämän ongelman ratkaiseminen on eettistä kannanottoa edellyttävä kysymys. (ks. Kalkas 1981a, 163)

Hoitotyön ammattietiikan kannalta on ongelmallista, että hoitomuodot ja -menetelmät ovat perustuneet traditioon (myös Kalkas 1980a) ja uusia menetelmiä on omaksuttu kritiikittömästi muilta, kun omasta perusteesta johdettu arviointimenetelmä on puuttunut. Tämä on tullut esille mm. työssä koettuna henkisenä paineena, eettisinä ongelmina sekä valtavana koulutusaktiviteettina. (Kalkas 1987a)

Kalkas (1984b) haluaa laajentaa Herdersonin sairaanhoidon määritelmää ongelmakenttään, josta hoitotyössä ollaan kiinnostuttu. Hänen näkemyksensä mukaan "hoitotyössä ollaan pyyteettömästi kiinnostuttu potilaana olevan ihmisen ongelmista, tavoista ja tottumuksista sekä siitä miten ihminen terveysongelman vuoksi muuttuneissa olosuhteissa mahdollisimman hyvin selviäisi elämässään" (Kalkas 1984b; 1984e; 1985a, 33-34). Tästä tulee esille kaksi asiaa. Toisaalta se, että hoitotyössä toimitaan lähellä ihmistä ja hänen jokapäiväistä elämäänsä. Toisaalta se, että hoitotyö perustuu jonkinlaiseen näkemykseen siitä, mikä on ihmiselle hyvää ja tarpeellista siinä tilanteessa, jossa ihminen turvautuu terveydenhuoltoon ja hoitotyöhön. Hoitotyö on näin ollen perin arvosidonnaista toimintaa. (Kalkas 1984b; 1984e) Toiminnan lähtökohtana arvosidonnaisuuden havaitseminen tarkoittaa, että "hoitotyön ensisijaisena päämääränä on ihmisten kunnioittaminen" (Kalkas 1985a, 71).

Kyse on tiedosta, mistä hoitotyön päämäärät ja tavoitteet johdetaan sekä siitä mihin hoitotyöllä pyritään, ja monipuolisesta tiedosta ihmisestä (Kalkas 1987a; 1987d; 1987e; myös Kalkas 1976a). Esimerkkinä Kalkas (1988a) asettaa vastakkain kaksi erilaista käsitystä hoitotoiminnan tavoitteista. Toinen käsitys perustuu ajatukseen hoitotoiminnasta ensisijassa normaalitilan saavuttamisen tukijana, ylläpitäjänä, riskien vähentäjänä ja terveysongelmien hoitajajana, kun toinen perustuu ajatukseen ihmisen voimavarojen ja itsenäisen selviytymisen tukemisesta sekä hyvän olon aikaan saamisesta. Näiden näkemysten mukaan mm. mielekkäät hoitotoimet ovat varsin erilaiset. (ks Kalkas 1988a)

Kalkkaan mukaan sekä eettisistä kannanotoista ja sosiaalisista normeista että ihmiskäsityksestä ja maailmankatsomuksesta voidaan deduktiivisesti päätellä näkemys hoitotyön tehtävästä ja päämäärästä. Itse hoitotoiminnassa toimintapäätökset johdetaan käytännöllisen päättelyn avulla niin toiminnan päämäärästä kuin keinoja koskevasta tiedosta. (Kalkas 1985a, 27; 1987g, 29; 1987h, 24; ks Sarvimäki 1983)

Tämä johtopäätös merkitsee, että hoitotyö käytännöllisenä toimintana on päämäärätietoista toimintaa. Päämäärä on aina hoitofilosofiaan sidonnainen (em. deduktiivinen päättelyketju). Hoitofilosofiaa puolestaan voi olla monenlaista, koska premissejä, joista se johdetaan ei voi standardoida. Osin näitä premissejä on pyritty ymmärtämään universaaleina kuten sairaanhoitajien eettiset ohjeet, ihmisoikeuksien julistus jne. (ks. Kalkas 1985a, 32; myös Kalkas 1986c), mutta esimerkiksi terveydenhuoltoa, terveydenhuollon koulutusta ja työntekijöitä koskevat säädökset ovat maakohtaisia. (ks. Kalkas 1984f; 1985a, 31-43; 1986c; 1987g, 35-45; 1987h, 26-37) Kalkkaan teksteissä hoitofilosofia tarkoittaa ihmisen "hyvää" kuten asiakkaan tai potilaan "hyvän" edistämistä (esim. Kalkas 1984f; 1986c; 1988a;), ihmisen hyvän voinnin edistämistä (esim. Kalkas 1987a; 1987b; 1987d; 1988b), hyvää oloa (esim. Kalkas 1987f; 1990b) ja hyvää hoitoa (esim. Kalkas 1988a; 1991b).

KATIE ERIKSSON:

Aluksi Eriksson (1976a) nojaa terveyden- ja sairaanhoidon periaatteisiin sisäänrakennettuun etiikkaan. Ne kuuluvat prosessitekijöihin, jotka vaikuttavat hoitotapahtumaan. Hän perustelee ajatusta sillä, että niin kauan kuin terveyden- ja sairaanhoitoa on ollut olemassa, on ollut myös erilaisia eettisiä ohjeita. (Eriksson 1976a, 50-54 [1974b; 1976c])

Paradigman muutoksen myötä etiikka hoitamisen lähtökohtana asettui myös tieteellisyyden kriteeriksi (esim. Eriksson 1990b). Kyse on siitä, että Erikssonin mukaan caritas-motiivissa korostuu hoitamisen arvoihin perustuva etiikka ja maailmankuva (Eriksson 1989a, 14 [1987g]). Hänen mukaansa hoitamisella sekä hoitotieteellä on tämä sama perusmotiivi (Eriksson 1990b, 7). Caritas tarkoittaa Erikssonilla (1988a) rakkauden aatetta. Se on kaiken hoitamisen ja siten hoitotyön ydin (Eriksson 1987b; 1989a, 13 [1987g]). Hän tarkoittaa tällä lähimmäisenrakkautta (Eriksson 1988b, 14; 1988a; 1989a, 13 [1987g]; 1990b, 60), jolloin hoitotyö on laupeudentyötä ja rakkauden tekoja, joihin kuuluvat elämän varjeleminen ja edistäminen sekä kärsimyksen lievittäminen.

SIRKKA LAURI:

Ammatillisen viitekehyksen (Lauri 1984h, 22; 1985g; 1986c, 8-12; 1988d) perustana ovat ennenkaikkea arvot (Lauri 1986c, 4). Ammatilliset arvot heijastavat ammatinharjoittajien toimintoja ja ammattiin kuuluvia tiettyjä standardeja, jotka perustuvat uskomuksiin ja käsityksiin ammatista ja rooleista yhteiskunnassa. Ammatilliset arvot muotoutuvat koulutuksen aikana ja kehittyvät työssä jatkuvan oppimisen ja kokemusten kautta. (Lauri 1985e, liite 1; 1986c, 4; myös Lauri 1984d) Hoitotyön arvoperusta pohjaa Laurin (1985h) mukaan kokonaisvaltaiseen ihmiskäsitykseen (Lauri 1985h, 15; 1985e, 4; 1986c, 8). Suomalaisessa alan kirjallisuudessa kokonaisvaltainen ihmiskäsitys hoitotyön lähtökohtana tarkentuu Laurin (1983d; 1983f) mukaan humanistiseksi ihmiskäsitykseksi.

Jo ennen kuin Lauri puhui kokonaisvaltaisesta ihmiskäsityksestä, hän korosti ihmiskäsitysten merkitystä hoitotyön arvoperustan muotoutumisessa (Lauri 1981d, 2-4; 1982b, 7-8; myös 1985e, liite 1). Näissä tarkasteluissa hän lähtee siitä, että hoitotyön periaatteita on johdettu erilaisista ihmiskäsityksistä. Hän kuvaa viisi hoitotyön ihmiskäsitystä, joista on johdettu tietyt periaatteet.

Laurin tarkoitus on ymmärrettävissä hänen näkökulmaansa sisältyvän logiikan kautta. Logiikkana on se, että kokonaisvaltainen ihmiskäsitys ohjaa hoitotyön kokonaisvaltaista otetta, jossa esimerkiksi terveys- ja sairauskäsitykset olisivat lähtökohdalleen [ihmiskäsitykselle] jatkumona (Lauri 1983d; 1983f) kuten myös hoitotyön perusperiaatteet eli standardit (Lauri 1981d, 2; 1982b, 7; 1983d; 1985e, liite 1; 1985h, 18). Arvojen omaksuminen ja selkeyttäminen johtaa ammatillisen toiminnan ymmärtämiseen (Lauri 1986c, 4). Täten ammatillinen tieto- ja taitoperusta kehittyisi johdonmukaisesti arvoperustan määrittämään suuntaan. Lauri käyttää hoitotyön yhdysvaltalaisten asiantuntijoiden esittämiä ajatuksia esimerkkeinä tällaisen kokonaisvaltaisen ajattelun toteutumisesta (mm. Lauri 1983f; 1983g; 1983i).

Parviaiseen viitaten Lauri (1990c, 6) luonnehtii hoitamisen luonteeltaan moraaliseksi toiminnaksi. Hoitotyössä korostuu ammattietiikka ja moraalinen toiminta (Lauri 1990c, 9-11; 1991d, 9). Kyse on siitä miten toisia ihmisiä kohdellaan eli potilaita hoidetaan (Lauri 1989a; 1991c; myös Lauri 1984c).

MAIJA HENTINEN:

Hentinen (1980a) lähtee pohtimaan hoitotyön tutkimuksen etiikkaa. Hänen lähtöoletuksena on, että "hoitotyö on tietenkin aina perustunut korkeaan eettiseen ajatteluun". Artikkelissaan Hentinen korostaa, että hoitotyön etiikka ja hoitotyön tutkimuksen etiikka eivät ole erillisiä. Tutkimuksen pohjana on hoitotyön etiikka, mutta siihen vaikuttavat yleisen tieteellisen tutkimuksen etiikan lisäksi yhteiskunta, sen kulttuuri ja eettiset arvot. Joten tutkimuksen eettinen ongelmakenttä kohdistuu yleiseen tieteellisen tutkimuksen problematiikkaan. Lisäksi Hentinen laajentaa eettistä vaatimustaan. Hän kohdistaa sen tutkijaan, joka on vastuullinen hoitotyön tiedon lisäämisestä ja kehittämisestä.

Hentinen (1984c) puhuu vastuullisuudesta myös hoitajaan liittyen. Hän katsoo hoidon toteuttajan, hoitajan olevan vastuussa potilaan hoitotyöstä kokonaisuudessaan, ei vain tietyssä työvuorossa tai tietyistä tehtävistä tai lääkärin määräämän hoidon toteuttamisesta. (Hentinen 1984c, 5)

Käsitys siitä, mikä on hyvä hoito, vaihtelee hoidossa erilaisten arvomaailmojen mukaan. Hentinen (1984b) ilmaisee hoitotyön käsitykset hyvästä hoidosta periaatteina esimerkiksi yksilöllisyyden, kokonaishoidon ja osallistumisen periaatteet.

YHTEENVETO

Tyypillisesti hoitotieteellisessä arvo- ja etiikkakeskustelussa kytketään hoitotyö ja hoitotiede yhteen siten, että hoitotyön ihmistä koskevat arvot siirretään suoraan

hoitotieteen tutkimuskohteeseen. Esimerkiksi hoitotyössä toiminnan keskeisin arvo on ihmisen kunnioittaminen (Kalkas 1991a). Tämä arvo liitetään hoitotieteen tutkimuskohteeseen. Oletuksena on, että tämä liittäminen on ongelmatonta. Se, että näin voi tapahtua perustuu siihen, että on olemassa ikäänkuin sisäänrakennettu usko hoitotyön korkeaan moraaliin. Usko tulee mm. hoitotyön periaatteista, joita oletetaan noudatettavan. Samasta syystä hoitotyön arvomaailmaa pidetään myös jotenkin ongelmattomana tai valmiiksi määriteltyinä eettisinä ohjeina ja periaatteina, jolloin varsinaiset ongelmat tulevat siihen ulkoapäin. Yksi tällainen ongelmien aiheuttaja voisi olla hoitotiede, koska tieteellistä toimintaa ohjaa sen omat ihanteet, ei hoitotyön etiikka ja periaatteet. Tämä ongelma uskotaan jo ratkaistun, koska on olemassa vahva usko siihen, että ihmiskäsityksen selvittäminen tarkoittaa arvo- ja etiikkaongelmien ratkaisua.

6.6 Tiedekäsitys

Luokitellessaan erilaisia käsityksiä hoitotieteestä Kalkas ja Eriksson puhuvat koulukunnista niin suomalaisessa kuin kansainvälisessä hoitotieteessä. Kalkkaan näkemys on, että Suomessa on useisiin tieteenfilosofisiin koulukuntiin kuuluvia hoitotieteilijöitä. Hoitotiedekeskustelussa koulukunta-ajatteluun sisältyy lisäksi tästä poikkeava näkökulma. Kalkas tarkentaa erotteluperusteen edellisen lisäksi suhtautumiseen hoitotieteen (nursing) lähtökohtaan, kun Eriksson puolestaan katsoo perusteen liittyvän suhtautumiseen hoitotieteen itsenäisyyteen. Kalkas ja Eriksson puhuvat eri asiasta, mutta Kalkkaan luokittelu ääripäissään on Eriksonin näkemyksen kanssa huomattavan samankaltainen suhteessa hoitotieteen itsenäisyyteen.

6.6.1 Kalkkaan kaksi koulukuntajakoa

Kalkkaan (1986a) mukaan hoitotieteessä on useita eri koulukuntia. Tämä tarkoittaa toisaalta suhtautumista hoitotieteen (nursing) lähtökohtaan ja toisaalta kyse on tieteenfilosofisista näkökulmaeroista hoitotieteeseen (myös Kalkas 1986b; 1987f).

Suhtautuminen hoitotieteen lähtökohtaan

Ensinmainittu näkökulmaero tarkoittaa sitä, että onko kenen tahansa ihmisen suorittama oman tai toisen ihmisen hyvän olon tai "hyvän" edistäminen hoitoa siinä mielessä kuin se hoitotieteen (nursing) lähtökohtana ymmärretään. Kalkkaan (1986a) mukaan hänen edustamallaan hoitotieteen alalla tähän kysymykseen on erilaisia vastauksia. Toiset korostavat, että hoitotieteessä ollaan kiinnostuneita "terveydenhuoltoalan ammatilliseen koulutukseen sisältyvään tietoon ja sen käytäntöön soveltamisesta saatuun kokemukseen perustuvasta hoitamisesta" (Kalkas 1986a). Toiset sisällyttävät maalikkojen suorittaman, ammatillisen hoitotoiminnan piiriin kuulumattoman hoidon myös hoitotieteen alaan kuuluvak-

si toiminnaksi erilaisin edellytyksin. Tässä Kalkas viittaa mm. Hendersoniin ja Paterson & Zderadiin. (myös Kalkas 1986b)

Tieteenfilosofiset näkökulmaerot

Tieteenfilosofiset koulukuntaerot koskevat mm. tieteellisen tutkimuksen yleistä luonnetta ja päämäärää, käsitteen- ja teorianmuodostusta, tieteellistä päättelyä ja erityistieteiden perusteita koskevia kysymyksiä (ks. Niiniluoto 1980). Niin Suomessa kuin englanninkielisissä maissa on useisiin eri tieteenfilosofisiin koulukuntiin kuuluvia hoitotieteilijöitä. (Kalkas 1986a; 1986b; 1987f; ks. myös Kalkas 1985b; 1987b)

Suomessa tunnistettavista hoitotieteen koulukunnista Kalkas (1990b) esittelee kolme:

1) Hoitotieteen ala tulee samasta tieteenkäsitteestä kuin lääketieteen. Hoitotieteen tutkimuksen alue on hoitotoiminnassa ja sen vaikutuksissa potilaaseen. Hoitotoiminta ymmärretään päätöksentekoprosessina. Tutkimus on empiiristä ja keskittyy kuvailemaan ilmiöitä ja havaittuja kausaalisia yhteyksiä. Hoitotieteen ratio otetaan annettuna.

2) Tieteellisen toiminnan tavoite on tuottaa informaatiota, joka on relevanttia hoitotoiminnalle ja joka perustuu luovaan ja tieteelliseen asenteeseen hoitotoimintaan. Tavoite on problematisoida eri toiminnan muodot, tutkia uusia toiminnasta nousevia ongelmia ja yrittää kehittää vaihtoehtoisia metodeja toimintaan. Tutkimus voi olla empiiristä, fenomenologista, hermeneuttista jne. riippuen tutkimusongelmasta. Tutkimus tuottaa teoriaa, joka kuvailee ja ohjaa käytäntöä.

3) Hoitotiedettä pidetään ihmistieteenä. Tavoitteena on tuottaa tietoa hoitotieteen perusteista ja kehittää hoitotoimintaa, joka nousee perusteistaan, so. pyrkimyksestä ihmisen "hyvään". Perustutkimus suuntautuu positiiviseen terveyteen ja terveyden filosofisiin kysymyksiin. Hoitotoiminta ja sen perusta ovat dialektisessa vuorovaikutuksessa keskenään. Toiminta on olemuksellinen vaade alan teoreettiselle kehitykselle.

Useissa tieteenfilosofisissa tarkasteluissaan käyttäessään esimerkkejä hoitotieteestä Kalkas asettaa vastakkain eurooppalaisen ja yhdysvaltalaisen tutkimusperinteen. Näiden perinteiden eroja hän tarkastelee esimerkiksi asetelmilla teoreettinen vs. käytännöllinen lähtökohta (Kalkas 1976c; 1978a; 1978c; 1979a), keinorationaalinen vs. päämääräkriittinen (Kalkas 1984f; 1986a; 1986b; 1988a), tieteellinen realismi vs. instrumentalismi (Kalkas 1982a), epidemiologinen vs. ihmiskeskeinen lähestymistapa (Kalkas 1987a; 1990d) jne. Yhteenvedonomaisesti voidaan todeta, että mainittujen Kalkkaan tarkastelujen mukaan yhdysvaltalainen edustaa teoreettista, päämääräkriittistä, instrumentalismiin perustuvaa ihmiskeskeistä lähestymistapaa ja eurooppalainen puolestaan käytännöllistä, keinorationaalista, tieteelliseen realismiin perustuvaa epidemiologista lähestymistapaa. Tämä tarkoittaa mm. sitä, että eurooppalaisessa perinteessä oletetaan, että toimintaa ohjaa jokin muuttumaton "terveyden idea", kun yhdysvaltalaisessa perinteessä se määritellään toimintaa ohjaavan mallin mukaan.

Kalkkaan (1990b) mukaan hoitotiedettä on tärkeää kehittää kaikista mainituista näkökulmista niin, että terveydenhuoltoon voidaan tuottaa uutta ja validia

tietoa. Tässä mielessä hän kannattaa metodologista pluralismia. Kalkas (1990b) ymmärtää, että erilaisen näkökulmien pohjana on mm. opettajien koulutuksellinen tausta, heidän hoitotieteellinen kokemuksensa sekä se, missä tiedekunnassa hoitotiedettä opetetaan.

Tutkimusperinteet on ymmärrettävissä hoitotieteen karkeaksi jaoksi. Koulukuntajakoa voidaan pitää perinteiden sisällä toimivana jaotteluna, mutta myös itsenäisenä, tutkimusperinteille vaihtoehtoisena jaotteluna.

6.6.2 Erikssonin kaksi koulukuntajakoa

Hoitotieteen itsenäisyys puhuttaa Erikssonia koko ajan. Siihen liittyy kaksi ongelmaa: toisaalta riippuvuus muista hoitoperinteistä ja toisaalta riippuvuus muista tieteenaloista ja muista paradigmoista (Eriksson 1988b, 13 [1986e]; 1988c). Ensinmainittu koskee hoitotieteen sisäisiä suhteita kun jälkimmäinen puolestaan ulkoisia suhteita. Ensinmainitussa hän kritisoi amerikkalaisten hoitomallien ajatusmaailmaa sekä hoitotutkijoiden liiallista perinteeseen alistumista. Jälkimmäinen liittyy hoitotieteen itsenäisyyteen suhteessa muihin tieteisiin. Molempien ongelmien kohdalla Eriksson käyttää tarkastelussaan koulukuntajakoa. Nämä kaksi koulukuntajakoa ovat myös päällekkäiset.

Suhde hoitotieteen itsenäiseen perinteeseen

Hoitotieteen tieteenalan sisällä Eriksson (1988b) erottaa kaksi hoitotieteellistä koulukuntaa sen perusteella, miten ne suhtautuvat hoitotieteen itsenäisyyteen, sen itsenäiseen perinteeseen. Toisen näkemyksen mukaan hoitotiede perustuu muiden tieteenalojen, varsinkin yhteiskuntatieteiden ja lääketieteen synteesiin eikä itsenäiseen perinteeseen. Hoitonäkemys on joko "klassinen" ja lääketieteellisesti, luonnontieteellisesti ja sairauskeskeisesti orientoitunut tai sosiaalilääketiedettä ja kansanterveystiedettä lähestyvä. (Eriksson 1988b, 13)

Toiselle koulukunnalle on tyypillistä itsenäisen perinteen korostaminen. Se on lähempänä humanistista katsontakantaa. Sen lähtökohtana on holistinen ihmiskäsitys ja pyrkimyksenä terveys. (Eriksson 1988d, 13) Eriksson perustelee tätä näkökantaa siten, että hoitotiede ei voi olla erilaisten osittavien tieteiden synteesi, koska hoitotieteen vastine reduktionistiselle ihmiskuvalle on kokonainen elävä ihminen, joka toteuttaa itseään ja itseyttään suhteissaan konkreettisiin ja abstraktisiin toisiin (Eriksson 1988b, 38; myös 1987a; 1987h).

Suhde hoitoperinteeseen

Suhde hoitoperinteeseen on monitasoinen kysymys. Erikssonin mukaan hoitaminen on kulttuuria (Eriksson 1989a, 31-32 [1987g]) ja siten hoitoperinteen siirtäminen on hoitokulttuurin siirtämistä (Eriksson 1985e). Hoitaminen on alunperin siirtynyt perinteenä (Eriksson 1984b; 1985c, 31 [1983a]; 1988b, 50 [1986e]). Nightingalen myötä ei aloitettu vain hoitamisen systematisointia vaan myös

tämän kulttuurin formaali siirtäminen. Hoidon kehitystä Nightingalen ajasta eteenpäin Erikssonin kuvaa erilaisien hoitajan sisäisien mallien avulla, jotka ovat muuttuneet vuosikymmenten kuluessa (Eriksson 1984d; 1984f; 1984i; 1985a, 7; 1986a, 30, 1986d, 7; 1989d). Eriksonin (ibid.) mukaan nyt ollaan uudelleen sisäisessä mallissa, jonka idea nousee hoitamisesta, eikä enää lääketieteen tai monitieteisistä lähtökohdista.

Toisaalta Eriksson korostaa, että caritas -motiivi l. lähimmäisen rakkaus on nykyisen hoitamisen perusidea, substanssi. Hänen mukaansa sisäisten mallien muutoksista huolimatta caritas -motiivi on pysynyt hoitamisen ideana. (Eriksson 1988a; 1988c, 8-11; vrt Eriksson 1988b, 14 [1986e]) Tämä tarkoittaa sitä, että vaikka ajattelun muoto on muuttunut (ks. piirros sisäisen mallin muutoksista; mm. Eriksson 1986a, 30), näitä muotoja yhdistää "punainen lanka", joka on niille yhteistä. Tämä ei vielä riitä, vaan ainoastaan hoito toimintana, so. tuotanto, voi yhdistää nämä substanssiksi, olemukseksi, joka on. Tällä perusteella voidaan sanoa, että hoito ilmenee tai nousee esiin hoidosta. Siten on mahdollista puhua samasta toiminnasta. (Eriksson 1986c; 1987a, 12-16 [1987h])

Tältä pohjalta Eriksson (1987a, 13) esittää myös kritiikkiä hoitotyön tutkijoita kohtaan, jotka ovat määritellessään hoitoa kiinnittäneet liian paljon huomiota mm. sairaanhoitajan rooliin, hyvän hoitajan ominaisuuksiin, toivottaviin valmiuksiin, eri hoitoammattien erikoispätevyyksiin jne., mutta eivät ole pohtineet hoitoa itseään (myös Eriksson 1988a; 1989a, 23-24 [1987g]). He ovat olleet osaltaan kiinni tietyn tyyppisessä perinteessä.

Erikssonin näkökulmasta hoitamisen kulttuuriaines tarkoittaa luontaista hoitoa (Eriksson 1987a, 80 [1987h]) ja tällöin sen opettaminen on hoitajakoulutuksen opetuksen perushaaste. Primaaria ei siis ole sairaanhoitajan roolin tai eri ammattien erikoispätevyyksien opettaminen. Tämä ei tarkoita, kuten Eriksson korostaa (1990d), että hoitotieteen peruskysymys, kysymys hyvästä hoitamisesta, sivuutettaisiin. Kyse on lähinnä siitä, että eri aikakausina hyvä hoito on määritelty eri tavoin, eikä hoitotieteellinen aikakausi tuone muutosta asiaan.

Eriksson (1991b) nimeää mainitut perinteet (traditionerna) englantilaiseksi ja katoliseksi. Molemmat ovat syntyneet Yhdysvalloissa, mutta englantilaisella hän tarkoittaa lähinnä 50-luvulla USA:ssa syntynyttä perinnettä kehittää hoitomalleja. Katolisella puolestaan hän tarkoittaa katolisen kirkon suojissa elänyttä näkökulmaa hoitamiseen kirkon ja sairaanhoidon yhteydestä.

6.6.3 Suomalainen hoitotiede

Edellä esitin neljä erilaista koulukuntajakoa. Kalkkaan tieteenfilosofisiin eroihin liittyen esille tuli lisäksi kolme suomalaista koulukuntaa. Teen seuraavassa yhteenvetoa siten, että tarkastelen tässä luvussa esille tulleita suomalaiseen hoitotieteeseen liittyviä kysymyksiä noiden neljän koulukuntajaon kautta. Otan esille ensin Kalkkaan jaon "suhtautuminen hoitotieteen (nursing) lähtökohtaan", koska se linjaa selkeästi suomalaisen hoitotieteen. Tämän jälkeen siirryn Erikssonin jaon "suhde hoitoperinteeseen" tarkasteluun. Erikssonin käsittein tämä jako on selvä. Kolmanneksi pohdin Erikssonin jakoa "suhde hoitotieteen itsenäiseen perinteeseen". Tämä on yhtenäinen Kalkkaan suomalaisen hoitotieteen koulukun-

tajaon luokitteluperustieden kanssa. Neljäntenä kiinnitän huomioni tähän Kalkkaan jakoon. Viides ja laajin tarkastelu liittyy tieteenfilosofisiin eroihin.

Kalkkaan koulukuntajaon "suhtautuminen hoitotieteen (nursing) lähtökohtaan" mukaan kaikki asiantuntijat on luokiteltavissa samaan ryhmään eli lähtökohtana ymmärretään ammatillinen toiminta. Kenen tahansa suorittama hoito ei liity hoitotieteen intresseihin. Siitä huolimatta, että Eriksson ei edusta nursing-lähtökohtaa, hän on tässä kysymyksessä muiden asiantuntijoiden kanssa samalla linjalla (ks. luku "8. Hoito, hoitotyö ja hoito-oppi hoitotieteen ongelmana").

Tieteen alan kehityksen kannalta voidaan sanoa, että suhtautumisessa on vuosien kuluessa havaittavissa muutosta. Yleisesti voidaan sanoa, että suhtautuminen on muuttunut varsin jyrkästä suvaitsevampaan suuntaan. Tärkeänä vaikuttavana tekijänä on mm. Sinkkosen esille ottama seikka, että ihmisen terveys ei muodostu vain formaalin terveydenhuollon toimista. Tässä mielessä Kalkas ja Eriksson ovat tienaukaisijoita. Tarkoitan, että on eri asia tutkia potilaiden hoitoisuuden mittaamista (Kalkas 1973) kuin esimerkiksi kärsimyksen problematiikkaa (esim. Kalkas 1984c). 90-luvulle tultaessa on aiheellista kysyä, kuinka relevantti kyseinen luokitteluperuste on?

Asiantuntijoiden tarkastelu Erikssonin jaon "suhde hoitoperinteeseen" mukaisesti on Erikssonin asettamin kriteerein selkeä. Vain hän itse edustaa näkökantaa, joka olisi lähellä katolista perinnettä, mutta tämäkin tulee esille vasta hänen paradigmansa muutoksen jälkeen. Kehityshistoriallisesti hänen varhaisempi ajattelunsa edustaa englantilaista perinnettä. Ehkä Erikssonin jaottelun perusteet ovat kovin ahtaat, koska mm. Hentinen (1983d) määritellessään hoitotyön huolenpidoksi toisesta ihmisestä korostaa tätä hoitotyön ytimen muuttumattomuutta. Hän viittaa tässä hoitotyön kristilliseen taustaan (myös Krause 1990f). Toisaalta myös tämän jaon relevanttiutta voidaan kysyä, kuten Eriksson itsekin huomauttaa.

Erikssonin toinen koulukuntajako "suhde hoitotieteen itsenäiseen perinteeseen" on jo ongelmallisempi kysymys. Hoitotieteen kehityshistoria kertoo hoitotieteen syntyneen "muiden alojen synteesissä", mutta koko ajan vahvistuvasta pyrkimyksestä itsenäisyyteen. Tässä mielessä "vanhemmat" 70-luvulla kirjoittelunsa aloittaneet asiantuntijat omaavat värikkäämmän taustan kuin "nuoremmat". 90-lukua lähestyttäessä kaikki puhuvat itsenäisyydestä, joskin itsenäisyys tulee eri tavoin esiin. Toisaalta hoitotieteessä on mm. Krausen (1991g) mukaan linjauksia, joissa hoitotiedettä pidetään muiden alojen synteesinä, ei itsenäisenä tieteenalana. Tarkasteluni ei tue tällaisia havaintoja.

Kalkkaan esittämä suomalaisen hoitotieteen koulukuntajaon luokitteluperusteet ovat edellä mainittua Erikssonin luokittelua muistuttavia. Joskin Kalkkaan jaossa tulee selvemmin esille kehityshistoria kuin hoitotieteen tila 90-luvun alussa. Kalkkaan esittämistä koulukunnista ensimmäinen on ollut vahvoilla 70-luvulla. Se on alkanut pikkuhiljaa antaa tilaa toiselle vaihtoehdolle. Kolmas vaihtoehto puolestaan on saanut 80-luvulla yhä vahvempaa jalansijaa vieden kakkosvaihtoehdon kanssa ykkösvaihtoehdolta elintilan. Tässä Kalkkaan jaotuksessa ihmistiede tarkoittaa enemmän ja tarkempaa kuin ihmistä tutkiva tiede, kuten Kalkkaan tekstien perusteella oletettavaa on. Tällöin hän itse edustaa

vahvimmin ihmistieteellistä näkökantaa 90-luvun alussa. Muut asiantuntijat ovat ajateltavissa kakkos- ja kolmosvaihtoehdon eritavoin painottuneina variaatioina.

Suomalainen hoitotiede sen keskeisimpien asiantuntijoiden antamien vihjeiden perusteella vaikuttaa peruslinjauksena, tieteenteoreettisena kokonaisuutena lopulta hyvin homogeeniselta. Kaikkien asiantuntijoiden ajattelussa näkyy mm. ontologinen dualismi, "on olemassa erityinen näkemys", metodologinen pluralismi. Se, että kaikki puhuvat kokonaisvaltaisesta ihmiskäsityksestä, ei muuta sitä, millaisena perimmältään kukin määrittelee ihmisen. Toisin sanoen mikä on ihmisen metafyysisen todellisuuden sisin olemus. Perimmältään kaikki puhuvat ihmisestä dualistisena oliona, jolla on materiaalinen ja henkinen puolensa. Erot ovat painotuksissa. Kalkkaan terminologiassa olisi mahdollista puhua irtautumisesta dualistisesta ihmiskäsityksestä. Saman tapaista painotusta on löydettävissä muillakin kuten Paunosella. Myös Hentisen ja Laurin ilmaisut voisivat viitata tähän suuntaan, mutta he eivät eksplikoi näkemystään loppuun asti tällä tavoin.

Filosofisten perinteiden näkökulmasta voidaan sanoa, että hoitotieteessä ymmärrys ihmisen suhteesta maailmaan on muuttunut. Kun 70-luvulla tämä suhde ymmärrettiin vahvasti ulkopuoliseksi, niin 80-luvulla alettiin suosia sisäistä suhdetta, josta esimerkkinä ovat tutkimuksissa toimintatutkimukselliset ja teksteissä erityyppiset hermeneuttis-fenomenologiset painotukset. Tutkimuksien luotettavuustarkastelut viittaavat kuitenkin vahvaan uskoon ulkoisesta suhteesta. Usko kvalitatiivisten ja kvantitatiivisten metodien käyttöön tutkimuksissa on johdonmukaista dualistiselle ihmiskäsitykselle.

Epistemologisessa mielessä asiantuntijat edustavat ehkä vahvimmin pragmaattista otetta. Eriksson poikkeaa tästä linjasta selkeimmin. Häntä voisi kutsua rationalistiksi ja vahvimmin totuuden koherenssiteoriaan (ks. Niiniluoto 1980, 110) nojaavaksi, koska teoreettisissa kehitelmissään hän ei juurikaan perusta ajatuksiaan empiiriseen tietoon tai tarkista niitä suhteessa empiirisiin havaintoihin. Hän käyttää ajatuksiensa kehittelyssä mm. analogioita toisista tieteistä ja filosofiasta tai analogioita hoitotieteen sisällä. Toinen selkeä poikkeus on Kalkas, mutta ei yhtä vahvana rationalistina. Hänelle tiede on korrespondenttista (ks. Niiniluoto 1980, 108-109), mutta tieteenkehitys koherenttia.

Ehkä lähimpänä empirismiä ja pragmatismia (ks. Niiniluoto 1980, 111) on Krause, jolle ongelmat ja niiden ratkaisut ovat käytännöllisiä. Myös hänellä 90-luvulla ratkaisujen perusteet muuttuvat rationalistisemmiksi. Toteutettujen tutkimusten perusteella ainakin Laurilla, Hentisella ja Paunosella olisi pyrkimys ylittää rationalismi-empirismi problematiikka.

Kalkkaan esittämiä tieteenfilosofisia näkökulmaerojakin on. Tieteellisen ongelman luonne eli ajatus siitä miten tieteelliset ongelmat syntyvät ja mitkä ylipäätään ovat tieteellisiä ongelmia, jakaa asiantuntijat karkeasti kahtaalle, joskin tässäkin on osoitettavissa painotuserot. Toisaalta he, jotka lähestyvät aihetta teoreettisesti erilaisten mallien kautta ja he, joiden mielestä ongelmat syntyvät hoitotyön käytännössä. Krause edustaa selkeimmin viimemainittua, mutta hänelläkin tämä näkemys edustaa teoreettisen hoitotyön problematiikkaa. Akateeminen hoitotiede on jo toinen asia. Itseasiassa myös Erikssonin teksteissä on samanlainen painotus, so. metateoreettinen vs. tekninen.

Paunonen ja Lauri edustavat näkökulmaa ongelmien synnystä hoitotyön käytännöstä, mutta heille tieteellinen tieto liittyy tieteellisiin teorioihin. Hentinen, Sinkkonen ja Kalkas ovat viimemainitusta heidän kanssaan yhtä mieltä. Heille tutkimusta ohjaavat ennakko-oletukset ovat yhteneviä. He ovat samaa mieltä myös arvojen merkityksestä tutkimusta ohjaavina.

Näkemys tieteellisestä teorianmuodostuksesta jakaa asiantuntijat kahtaalle, jolloin jako amerikkalainen ja eurooppalainen toimii ohjaavana 70- ja 80-luvun teksteissä. Tässä jaossa on kyse painotuseroista. Amerikkalainen on vahvasti esillä, mutta 80-luvulla alkaa myös selkeä kritiikki tätä näkemystä kohden. Tällöin kysytään teorian suhdetta todellisuuteen, teorian suhdetta havaintoihin.

7 HOITOTYÖ TEOREETTISENA KOKONAISUUTENA

Kirjallisuudesa hoitotyötä on kuvattu joko menetelmien ja yksittäisten tapausten avulla tai teoreettisena kokonaisuutena. Kuvaustapoina nämä ymmärretään toisilleen vastakkaisina. Jälkimmäisessä pyritään luomaan abstrakti, yleisen tason kuvaus hoitotyöstä. Sillä voidaan tarkoittaa samaa kuin hoitotieteellä. Kalkkaan (1982a) mukaan myös hoitoteoreettisen ajattelun kehittyminen on sidoksissa sen maan kulttuuriin ja terveydenhuoltojärjestelmään, jossa teorianmuodostus tapahtuu. Suomessa erityisesti hoitoteoreettinen ajattelu on ollut kansainvälisille vaikutteille altis, mutta kritiikki niin prosessiajattelua kuin erityisesti laajoja hoitotyön teorioita kohtaan on lisääntynyt 80-luvun edetessä.

7.1 Hoitotyön teorian muodostuksesta

Kalkkaan mukaan hoitotyön teorianmuodostusta on harrastettu paaasıassa kahdesta lähtökohdasta. On joko luotu ns. suppeita ja laajoja hoitotyön teorioita (Kalkas 1982a) tai teorianmuodostuksessa on käytetty hoitotyön prosessia (Kalkas 1983a). Tieteenmuodostuksen kannalta ensinmainitussa on ollut kyse käytännön hoitotoiminnan kuvaamisesta ja toisaalta kuvitteellisten ajatusrakennelmien luomisesta. Se, että hoitotyön prosessia eli päätöksentekomallia on käytetty hoitotyön jäsentämisessä viittaa pyrkimykseen perustaa hoitotyö tieteenteoreettisesti samankaltaiseen ajattelutapaan kuin lääketiede; Ovathan nämä mallit ajatuksellisesti hyvin lähellä toisiaan, vaikka niissä käytetään eri sanoja (ks. Kalkas 1983a, 9).

Malli vai teoria

Asiantuntijoiden artikkelissa käytetään sanoja hoitotyön malli ja hoitotyön teoria samaa tarkoittavina, mutta myös eri asioita tarkoittavina. Kalkas (1976c) erottelee ne toisistaan pelkistäen mallin siten, että se kuvaa rakennetta, kun puolestaan teoria kuvaa lisäksi toimintaa. Ajatuksena on, että malli on käsitteellinen esitys todellisuudesta, joka havainnollistaa alkuperäisen järjestelmän rakennetta. Sitä vastoin teoria on tieteellisesti hyväksytty yleinen periaate, joka ohjaa käytäntöä tai on tarkoitettu selittämään havaittuja tosiasioita. Teoria on mallia syvemmälle menevä kuvaus todellisuudesta ja tekee mahdolliseksi työskentelyn mallin sisällä. (Kalkas 1976c viitaten Riehl & Roy 1974)

Tämä jaotus vaikuttaa hierarkkiselta, mutta jo samaisen Kalkkaan (1976c) artikkelin mukaan mallin ja teorian välillä ei voi olla hierarkkista suhdetta. Hän puhuu sairaanhoidon käytäntöön sovelletuista malleista, jotka perustuvat tiettyihin teorioihin kuten vuorovaikutusteoriat jne., ja joista hän antaa esimerkkinä Neumanin mallin sairaanhoidon teoreettisena mallina. (ks. Kalkas 1976c) Ymmärtääkseni Kalkkaan teksteissä mallin ja teorian välinen suhde olisi ymmärrettävä siten, että teorioiden joukosta voidaan irrottaa joku kokonaisuus mallien joukkoon, jolloin tietystä mallista ja tästä teoriasta syntyy jotain kolmatta. Se voi olla malli tai teoria. Malli pysyy rakenteiden kuvauksena, mutta teoreettisen ja käytännöllisen välinen toiminta on se, mikä todentaa tai ei todenna teoriaa. Tällöin esimerkiksi teorian ymmärtäminen kahdentasoiseksi tulee johdonmukaiseksi.

Puolestaan Erikssonin teksteissä hoitomallit edustavat hoitoteoriaa edeltävää tai mahdollistavaa. Hoitomallien kehittäminen on ymmärrettävissä täten erääksi tavaksi harjoittaa perustutkimusta (ks. Eriksson 1985c [1983a]; 1988b; myös 1980b). Mallista voi operationaalistamisen ja testaamisen kautta tulla teoria, kun se saa tarpeeksi tutkimuksellista tukea (Eriksson 1985c, 52 [1983a]). Eriksson korostaa, että hoitomallit edustavat vaihtelevassa määrin hoitoteoriaa, mutta mikään niistä ei täytä teorian vaatimuksia [vuonna 1988] (Eriksson 1985c, 103 [1983a] 1988b, 60). Hän kuitenkin puhuu hoidon didaktiikan yhteydessä jo 1985 hoitoteoriasta/-teorioista (Eriksson 1986a, 53-55 ja 87 [1985d]) ikäänkuin niitä olisi jo olemassa. Tästä yhteydestä ei selviä eksplisiittisesti mitä hän tarkoittaa hoitoteorialla, mutta arvaten hän viittaa sillä omaan malliinsa, jota käytetään opetussuunnitelman pohjana mm. ao. kirjassa (myös Eriksson 1984i).

Joskin toisessa yhteydessä hän puhuu Kingin teoriasta (1985c, 11 [1983a]) ja amerikkalaisista hoitoteorioista (Eriksson 1987b). Eriksson käyttää hoitomalleista ja hoitoteorioista englanninkielistä viitettä "nursing practice theory" (Eriksson 1989b, 85 [1984a]). Eriksson itse huomauttaa, että hoidon alueella teoriaksi sanotaan usein esim. käytännön hoito-ohjelmaa, jota "practice theory" edustaa. Hän kuitenkin korostaa, että käsitettä teoria tulisi käyttää vain sen tieteellisessä merkityksessä (Eriksson 1985a, 12; 1986d, 12).

Krausen teksteissä hoitotyön ja hoitotieteen sekä mallit että teoriat viittaavat samoihin yhdysvaltalaisiin ajatusrakennelmiin (ks. Krause 1984; 1985a ja 1987c; 1990f).

7.2 Hoitotyön viitekehys

Kalkkaan (1979b) ja Paunosen (1985a) mukaan hoitotyössä käytetään erilaisia hoitotyön viitekehyksiä. Näillä tarkoitetaan teorioita kuten adaptaatio, funktionaalinen, systeemiteoria, päivittäiset toiminnat, tilannelähtöinen-viitekehys jne. Ajatuksena on, että nämä teoriat jäsentävät, auttavat tunnistamaan ja arvioimaan toimintaa. Kyse on teorioista, joiden pohjalle käytäntöön sovelletut mallit perustuvat. (Kalkas 1979b, 3-8; Paunonen 1985a; 1985b; 1985d; 1985e, 17-18; vrt Paunonen 1989c, 1)

7.3 Kalkas hoitotyöstä teoreettisena toimintana

Tässä alaluvussa tarkastelen Kalkkaan näkemystä hoitotyöstä teoriaan perustuvana toimintana. Esitän Kalkkaan näkemyksen toisaalta hoitotyön teorioista ja toisaalta hoitoprosessista.

7.3.1 Hoitotyön teoriat

Kalkas määrittelee hoitotyön teorian: "Hoitotyön teorialla tarkoitetaan sellaista käsitejärjestelmää tai kehitettävänä olevia uusia käsitteitä, jotka ammattitaitoiset hoitotyön edustajat (nursing profession) ottavat käyttöön hoitotyön perus- ja soveltavan tutkimuksen perusteella" (Kalkas 1980a). Kalkkaan kirjoituksissa tämä tarkoittaa kolmea asian tilaa. Ensiksikin Kalkkaan teksteissä hoitoteoria ja hoitotyön teoria termejä käytetään synonyymeinä (ks. Kalkas 1982a; 1983a) tai termillä hoitoteoria viitataan yhteydestä riippuen joko kuten edellä tai laajempaan ajatukseen, jolloin eri ammattiryhmillä, mukaan lukien lääkärit, on oma hoitoteoriansa (ks. Kalkas 1981a; 1981b, 9).

Hän käyttää erikseen mainintaa suomalaisen hoitotyön teorioista (Kalkas 1984a), jolloin hän viittaa Aili Lemiseen tai omiin teksteihinsä. Kolmantena henkilönä hän viittaa Virginia Hendersoniin (ks. Kalkas 1984a). Tämä Henderson -viittaus suomalaisen hoitotyön teoriana tulee ymmärretyksi sitä kautta, että Kalkas katsoo suomalaisten sairaanhoitajien tuoneen 50-luvulla Hendersonin ajatukset Suomeen ja kehittäneen niiden pohjalta juuri suomalaiselle ominaisen ajattelutavan (Kalkas 1983a, 3).

Toisaalta Kalkkaan teksteissä hoitotyön teorioilla viitataan yhdysvaltalaisiin teorioihin kuten King, Neuman, Riehl, (Kalkas 1978c), Rogers, Levine, Roy jne. (Kalkas 1984b). Kolmas näkökulma on, että hän viittaa termillä edellä mainittuja yleisempään, mutta siten, että on muistettava yhteiskuntasidonnaisuus lähtökohtana (Kalkas 1981a; 1982b; 1987f): Lääketieteellisen tutkimuksen eriydyttyä käsittelemään yhä spesifimpiä ongelmia on laajojen yhtenäisten hoitoteorioiden kehittämisen tarve kasvanut kaikkialla Euroopassa (Kalkas 1983a, 5).

Hoitotyön teorioilla Kalkas tarkoittaa siis myös samaa kuin hoitotieteellisillä malleilla tai paradigmoilla (ks. Kalkas 1984b; 1986a; 1986b; 1987d; 1988a) tai käsitteellisillä malleilla (Kalkas 1987f) tai hoitotyön malleilla (Kalkas 1978a). Joskin Kalkas kertoo, että King ja Rogers toivat esille eräässä konferenssissa, että

heidän teoriansa eivät ole tarkoitetut suoraan käytäntöön sovellettaviksi, vaan ne ovat paradigmoja (Kalkas 1984b). Tämä huomautus tarkoittaa, että hoitotyön teoriat eivät pelkästään viittaa kolmeen erilaiseen asiantilaan vaan myös kahteen eri tasoon. Tällöin ns. suppeat teoriat ja laajat teoriat ovat ymmärrettävissä eri tasolla oleviksi teorioiksi suhteessa sovellettavuuteen.

7.3.2 Hoitoprosessi

Termi hoitoprosessi on tullut terveydenhuollon kieleen taloustieteellisestä ja myöhemmin hallintotieteellisestä tutkimuksesta (Kalkas 1981a; 1981b, 5). Suomeen sen ovat tuoneet toisaalta Leminen ja Eriksson (Kalkas 1981a; 1981b, 6), toisaalta se on tullut WHO:n keskipitkän tutkimus- ja kehittämisohjelman myötä (Kalkas 1980a, 1; 1983, 1 ja 8). Leminen ja Eriksson toivat termin Suomessa tapahtuvaan keskusteluun hoitotyön (nursing) sisällöstä ja luonteesta. WHO:n perusajatuksena oli, että hoitohenkilökunnan suorittamaa hoitotyötä tarkastellaan kriittisesti käyttäen päätöksentekomallia (Kalkas 1983, 1). Stevensin mukaan (Kalkas 1986b) päätöksentekoprosessin käyttö liittyi hoitotyön tieteellistämispyrkimyksiin.

Kalkkaan teksteissä hoitoprosessi-käsitteeseen liittyy kahdeksantoista suomenkielistä ilmausta, jotka tarkoittavat jollain tavoin samaa. Toisaalta sama termi saattaa tarkoittaa eri yhteydessä hieman eri asiaa. Joskin tyypillisempää on, että eri termit ovat toistensa synonyymejä tai paljastuvat toisessa yhteydessä synonyymeiksi. Hoitoprosessille - hoitotapahtumalle (Kalkas 1978c)- ruotsinkielinen ilmaus on vårdprocess (Kalkas 1976a; 1978c) tai vårdprocessmodell (Kalkas 1976a). Englanninkielinen termi on nursing process (Kalkas 1978c) tai care process (Kalkas 1981a).

Termiä hoitoprosessi (Kalkas 1976c; 1978a; 1978c; 1979a; 1981a; 1981b; 1983a; 1986b) vastaavia ilmauksia on mm. sairaanhoitotapahtuma (Kalkas 1972; 1973), sairaanhoidon prosessi (Kalkas 1981b), hoitotapahtuma (Kalkas 1978a; 1981a; 1983a; 1988a), hoitotapahtumaa kuvaava malli (Kalkas 1978c), hoitoprosessia kuvaava malli (Kalkas 1978a), hoitoprosessi malli (Kalkas 1978a), hoitoprosessimalli (Kalkas 1981a; 1981b; 1983; 1986b), hoitotyön hoitotapahtuma (Kalkas 1978c), hoitotyön hoitoprosessi (Kalkas 1981a), hoitotyön prosessi (Kalkas 1979b), hoitotyön prosessimalli (Kalkas 1980a; 1983), hoitotyön prosessimenetelmä (Kalkas 1979b) hoitamis- ja paranemisprosessi (Kalkas 1979a; 1981a; 1981b), hoitoprosessin malli (Kalkas 1978a; 1978c), hoito prosessina (Kalkas 1979a), päätöksentekoprosessi (Kalkas 1980b; 1986b), hoitotyön päätöksentekoprosessi (Kalkas 1985a; 1989) ja terveydenhuollon hoitoprosessi (Kalkas 1981a; 1981b)

Näitä termejä luettaessa on kiinnitettävä huomiota siihen, että hoitoprosessissa tapahtuva toiminta on erotettavissa hoitoprosessin kokonaisuudesta (Kalkas 1978c) ja toisaalta termit malli ja prosessi.

Jos termejä lähestyy jälkimmäisestä näkökulmasta, niin malli viittaa rakenteen kuvaukseen (ks. Kalkas 1976c), kun taas prosessi viittaa joko sekä rakenteen ja toiminnan kuvaukseen tai vain toiminnan kuvaukseen. Tällöin esimerkiksi on luettavissa, että hoitoprosessimalli (Kalkas 1978a) olisi kuvaus toiminnan rakenteesta. Tällä tarkoitetaan kuvausta rakennetekijöistä (mm. henkilökunta), pro-

sessitekijöistä (hoitotapahtuma) ja lopputuloksesta. Hoitoprosessi puolestaan on kuvaus toiminnasta, joka kohdistuu potilaaseen (Kalkas 1978a) ja hoitotapahtuma on kuvaus hoitoprosessin etenemisestä päätöksentekoprosessina (Kalkas 1978a; 1978c): tietojen kerääminen, ongelmien määrittely, toiminnan suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi (Kalkas 1978a; 1978c, 36; 1979a). Kuvaus voi olla myös neliportaisena kuten WHO:n mallissa: Hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteuttaminen ja tulosten arviointi (Kalkas 1983, 9). Tällöin hoitotapahtuma tarkoittaa prosessitekijöitä eli päätöksentekoprosessia (Kalkas 1978a). Hoitotapahtuma on tulkittavissa tarkoittavan samaa kuin hoito (Kalkas 1978a; 1978c) tai prosessi (Kalkas 1978c; 1979c) tai hoitoprosessi (Kalkas 1978c; 1979a; 1980a). Joten hoitoprosessi (Kalkas 1979a) tarkoittaa samaa kuin hoitotapahtuma (Kalkas 1978a). Toisaalta malli ei jokaisessa tapauksessa viittaa erityisesti rakennekuvaukseen vaan esimerkiksi hoitoprosessimalli (Kalkas 1978a; 1979a) viittaa samaan kuin hoitotapahtuma.

Itseasiassa hoitoprosessi voi viitata samaan kuin hoitotapahtuma, jos se tarkoittaa rakennetta ja sisältöä, so. toimintaa kuvaavana terminä (Kalkas 1981a vs Kalkas 1981b). Toisaalta ne voivat viitata myös eri asioihin. Esimerkiksi tällöin Kalkas (1984g) viittaa Erikssonin hoitotapahtumamalliin tai hän näkee hoitotapahtuman hoitotyön prosessin kirjallisena kuvaamisena (Kalkas 1988a). Kalkas (1978c) laajentaa hoitotapahtuman kokonaisymmärrystä käyttämällä erikseen termejä hoitotyön hoitotapahtuma ja lääkärin työssä toteutuva hoitotapahtuma. Tällöin hoitotapahtuma kokonaisuutena pitää sisällään kuvauksen hoitotapahtuman rakenteesta ja toiminnasta (Kalkas 1981b). Hoitoprosessi (Kalkas 1981a) tarkoittaa tällöin samaa. Toisaalta hoitotapahtuman kokonaisuus voi pitää sisällään vain toiminnan kuvauksen, jolloin sen prosessiluonne korostuu suhteessa malli-näkökulmaan.

Hoitoprosessi kuvaa Kalkkaan (1978a) mukaan hoitotyön perusluonnetta, kun hoitotapahtuma on hoitotyön peruselementti (Kalkas 1978c). Voidaan siis ajatella, että nämä termit viittaavat samaan ilmiöön. Hoitoprosessi koostuu Kalkkaan (1979a) mukaan pienistä vuorovaikutusepisodeista, jotka muodostuvat hoitamis- ja paranemisprosessista (myös Kalkas 1981a; 1981b, 22). Tässä yhteydessä hoitamisprosessi tarkoittaa potilaaseen kohdistuvien, ajallisesti toisiaan seuraavien hoitotoimien kokonaisuutta. Paranemisprosessilla tarkoitetaan potilaan tilassa havaittavia muutoksia, olivat ne minkä suuntaisia tahansa (Kalkas 1981a; 1981b, 21). Tällöin esimerkiksi insuliinidiabeetikon paranemisprosessi ei pääty koskaan, vaan jatkuu koko hänen jäljellä olevan elämänsä ajan, ja sitä arvioidaan hoitoprosessissa. (Kalkas 1981a)

Hoitotapahtuman Kalkas (1983) kuvaa myös hoitavan henkilökunnan ja potilaan välisenä toimintana, jolloin hän tarkoittaa sillä samaa kuin väitöskirjassaan luomallaan terveydenhuollon hoitoprosessilla (Kalkas 1981a; 1981b, 54 ja 64). Hoitoprosessin peruselementit ovat hoitava henkilö, terveysongelmia omaava potilas ja heidän välisensä vuorovaikutus (Kalkas 1980a).

Hoitotyön prosessin käytössä ei ole Kalkkaan (1988a) mukaan kyetty siihen, mitä siltä on odotettu, vaan sitä on käytetty irrallaan hoitotyön perusteesta erilaisissa eurooppalaisissa tutkimuksissa. Hän tarkoittaa tällä sitä, että mallia on käytetty toiminnan arvioinnin rakenteena, mutta tällöin ei ole kiinnitetty huo-

miota toiminnan tavoitteiden mielekkyyteen suhteessa asiakkaiden ongelmiin. (ks Kalkas 1988a)

7.4 Lauri hoitotyöstä teoreettisena kokonaisuutena

Teksteissään Lauri kuvaa hoitotyötä teoreettisena kokonaisuutena kolmella tavalla: hoitotyön prosessina (esim. Lauri 1979a; 1982a), hoitotyön mallina (esim. Lauri 1983a) ja em. yhdistelmänä (esim. Lauri 1982b). Vahvemmin Laurin tuotannossa on esillä viimeksi mainittu tulkinta, so. ao. kuvaukset kuuluvat samaan kokonaisuuteen. Hän eksplikoi omassa hoitotyön toimintamalliprojektissaan, esim. terveydenhoitajan toimintamallissa, että malli on kuvaus kokonaisuudesta ja prosessi on teoreettinen kuvaus toiminnan etenemisestä ao. mallissa (ks. Kratz 1979). Hänellä on toisen tyyppinen lähestymistapa malli -termiin, kun hän tarkastelee pääosin Pohjois-Amerikassa luotuja hoitotyön malleja.

7.4.1 Hoitotyön malleista

Lauri käyttää termiä [hoitotyön] malli kahdessa samantapaisessa merkityksessä, joiden erottaminen toisistaan on tärkeää. Yhteistä näille on tavoite ja pyrkimys: "Hoitotyön mallien tavoitteena on kehittää hoitotyön teoriaa ja luoda lähtökohtia hoitotyön määrittelylle ja toteutukselle. Ne pyrkivät erilaisten käsitteiden avulla kuvaamaan hoitotyön todellisuutta." (Lauri 1981d, 3-4; myös Lauri 1985f) Erottelun taustalla on kritiikki, joka nousee toisaalta koulutuksen ja työelämän välisestä suhteesta (Lauri 1973; 1975a; 1975b) tai teorian ja käytännön suhteesta (Lauri 1981g; 1991b). Toisaalta se nousee amerikkalaisesta kirjallisuudesta. Kritiikki kiteytyy ajatukseen, ettei yksi teoria voi selittää kaikkea (ks. Lauri 1983a; 1983i; 1985h; 1988d). Kritiikin perusteella Lauri (1983a; 1983i; 1988d) puhuu laajoista koko hoitotyön aluetta kattavista malleista ja toisaalta suppeammista hoitotyön tiettyjä osa-alueita kuvaavista ja selittävistä teorioista sekä yksittäisistä hoitotyön ongelmia kuvaavista teorioista; Ideaalimallit hoitamisesta vs. käytännöstä nousevat hoitamisen mallit (Lauri 1988d; myös Lauri 1985f).

Kirjoittaessaan esimerkiksi lastenneuvolan hoitotyön teoreettisesta mallista Lauri (1988a, 20) tarkoittaa omaa projektiaan, so. hoitotyön toimintamallin kehittelyä, joka on lähtenyt liikkeelle ajatuksesta "mitä hoitotyö on". Tämän projektin lähtökohdat on osoitettavissa nousevan em. kritiikistä. Amerikkalaisesta kirjallisuudesta löydettävä kritiikki liittyy lähtökohtina ns. uudempiin amerikkalaisiin hoitotyön teorioihin, joista henkilönä Lauri mainitsee mm. Kimin (ks. Lauri 1983a; 1983i; 1988d). Näistä malleista voisi käyttää kokoavaa nimitystä käytännöstä nousevat hoitamisen mallit.

Puhuessaan koko hoitotyön aluetta kattavista malleista, so. hoitamisen ideaalimalleista, Laurin teksteistä on huomattava, että hän tarkoittaa termillä hoitotyön malli (Lauri 1981d, 2) samaa kuin termillä hoitotyön teoria (ks. Lauri 1983a; 1983i; myös 1985h, 17) ja termeillä hoitotyön teoriamalli (Lauri 1983g) ja hoidollinen teoria (Lauri 1987a) sekä synonyymina termeille hoitotieteellinen malli (Lauri 1983g) että hoitotieteellinen teoria (Lauri 1985f; 1988d; 1989b) ja

hoitotieteellinen teoriamalli (Lauri 1983g). Yhteistä näille kaikille termeille on paitsi, että niistä puhuessaan Lauri viittaa samoihin henkilöihin, kuten King, Orem, Neuman, Peplau, Roy, Rogers jne., ja heidän luomiinsa teoriarakennelmiin, hän osoittaa ne saman kritiikin kohteeksi, tekee samankaltaista analyysia joko laajempana (Lauri 1983g; 1983i) tai suppeampana (Lauri 1981d, 3; 1985h, 16) sekä samantyyppisiä johtopäätöksiä liittyen eri termeihin. Lauri (1987a) käyttää näistä myös nimitystä "nursing teoriat". Nämä mallit ovat lähteneen ajattelusta "Mitä hoitotyön pitäisi olla?" (Lauri 1983a; 1983g; 1983i; 1988d). Laurin terminologiaa käyttäen näitä nimitetään hoitamisen ideaalimalleiksi.

Edellä mainituilla termeillä on myös eronsa. Tämä ei liity selkeästi termeihin hoitotyö ja hoitotiede vaan aikaan. 80-luvun alkupuolen nimikkeiden sisällä, joihin kuuluvat mm. kaikki hoitotyö -liitteiset termit, Lauri (1981d, 2; 1983a; 1983g) korostaa mallien tehtävää eli kuvata, selittää, tunnistaa, ohjata ja kehittää suhteessa hoitotyöhön. Sitä vastoin muutama vuosi myöhemmin hoidollisten ja hoitotieteellisten teorioiden tehtävänä on kuvata hoidollisia ilmiöitä (Lauri 1987a; 1988d; 1989b; vrt. Lauri 1985f).

Kummankaan mallityypin tarpeellisuutta Lauri (1983g; 1988d) ei aseta kyseenalaiseksi. Suhtautuminen ideaalimalleihin kuitenkin ajan myötä muuttuu siten, että aluksi hän näkee niiden merkityksen suppeampia teorioita ohjaavana ja lähtökohtia kehittävänä (ks. Lauri 1983g), kun myöhemmin vastaavaa yksiselitteistä ohjaavaa suhdetta ei ole välttämättä osoitettavissa (Lauri 1988d; 1989b; myös Lauri 1985f). Ellei ohjaavalla ym. suhteella tarkoiteta hoitotyön keskeisten käsitteiden (Lauri 1988d) määrittämistä.

7.4.2 Hoitotyön prosessista

Hoitotyön prosessin liittäminen vain hoitotyön teoreettiseen ymmärrykseen on hieman kapea-alainen (ks. Lauri 1982a; 1983c, 8), mutta pääsääntöisesti paikkansa pitävä tulkinta. Tähän prosessinäkökulmaan liittyy Laurilla varsin monipuolinen terminologia kuten mm. hoitoprosessi (Lauri 1977c; vrt. Lauri 1988a), hoitotyön prosessi (Lauri 1981d; 1981e; 1982d; 1984b; 1985h; 1986c), hoidollinen prosessi (Lauri 1988d), hoitotyön prosessimalli (Lauri 1981c), hoitotyön prosessiajattelu (Lauri 1982c), prosessimalli (Lauri 1981b; 1982c), prosessiajattelu (Lauri 1985b), prosessimenetelmä (Lauri 1981e; 1982a; 1982b; 1982d; 1983c; 1983h; 1984b), processmetoden (Lauri 1983b; vrt. 1981b), ongelmanratkaisuprosessi (Lauri 1985h) ja hoitotyön ongelmanratkaisuprosessi (1986c). Lisäksi tähän terminologiaan on sidottu läheisesti mm. päätöksentekoprosessi (Lauri 1985e; 1985h; 1986b; 1986c; 1986d; 1988a; 1990b; 1990d; 1990h), decision-making process (Lauri 1990e; 1990g), hoitotyön päätöksenteko (Lauri 1985a; 1985c; 1985e; 1985g; 1986c; 1990b), hoitotyön päätöksentekomalli (Lauri 1985e; 1985h; 1986c; 1991d), hoitotyön päätöksenteko prosessi (Lauri 1985g; 1986c), nursing decision-making process (Lauri 1990e), päätöksenteko (Lauri 1985g; 1985h; 1989a; 1990c; 1990d) ja hoitotyön ammatillinen päätöksenteko (Lauri 1985h; 1986c) sekä ammatillinen päätöksentekoprosessi (Lauri 1986c).

Näin monipuolinen terminologia on ymmärrettävissä ennenkaikkea Laurin projektin kautta. Tällöin on kyse projektin käsitteiden kehittelystä. Tällöin ei sovi

unohtaa termejä terveyden- ja sairaanhoitoprosessi (Lauri 1977a, 1977c), terveydenhoitoprosessi (Lauri 1977a; 1977b; 1980a; 1988a), terveydenhoitajan hoitotyön prosessi (Lauri 1988a), terveydenhoitajan päätöksentekoprosessi (Lauri 1988a), terveydenhoitotyön päätöksenteko (Lauri 1986d) eikä termiä public health nurses professional decision-making (Lauri 1989c).

Selkeä trendi Laurin julkaisuissa on, että prosessipainotteiset termit ovat käytössä 80-luvun alkupuolesta aina vuosikymmenen puoliväliin, jonka jälkeen päätöksentekopainotteiset termit valtaavat alaa. Kuitenkin niin, että prosessi -termi säilyy päätöksentekoprosessi -sanassa. Näiden kahden termin käyttöön sisältyy vahvasti yhteistä lähtökohtaa, mutta myös eroja. Kaikkiin prosessipainotteisiin termeihin liittyy lähtökohtana WHO:n 1977 määrittämä "Nursing Process" (Lauri 1990b, 5; ks. Kratz 1979; mm. Lauri 1981c; 1983b) ja siihen sisältyvä rationaalis-analyyttisen toiminnan määrittely. Lauri kuvaa ao. ajattelua hieman eri tavoin eri termien yhteydessä, mutta samat elementit on johdonmukaisesti löydettävissä. Kiintoisan poikkeuksen yleisestä linjasta kuvata em. prosesseja Lauri (1986c, 21) tekee ottamalla kokemuksellisen oppimisen mallin hoitotyön ongelmanratkaisuprosessin etenemisen taustaksi.

Päätöksentekopainotteisista termeistä (ks. Lauri 1990b, 5-6) on löydettävissä pääsääntöisesti samaa terminologiaa kuin prosessipainotteisesta, mutta Lauri (1985e, 10-12; 1991b, 4) korostaa ensinmainitun lähtökohtien olevan päätöksentekoteorioissa ja ongelmanratkaisussa. (vrt. Lauri 1983a; 1983i) Toisaalta WHO:n mallissa ajattelu perustuu samoihin lähtökohtiin. Eroksi siis muodostuu se, mikä riittää perusteluksi. Periaatteellisempi ero on havaittavissa 80-luvun loppupuolelta, kun Lauri (1989a; 1990b; 1990c; 1991b; 1991d) alkaa suuntautua päätöksentekoon muutoinkin kuin em. WHO:n termein ja rationaalis-analyyttisen ajattelun näkökulmasta ja esittelee mm. päätöksentekoa fenomenologisesta näkökulmasta (ks. Lauri 1991b; 1991d).

Lauri (1991b) itse luokittelee päätöksentekotutkimuksen omissa töissään, so. em. termien käytön, seuraavasti: terveyden- ja sairaanhoitoprosessi (1977) ja tavoitteellinen toimintamalli (1979), prosessimenetelmä (1979-1981), hoitotyön prosessi (1981-1983) ja päätöksentekoprosessi (1985-) (ks. Lauri 1991b, 2-6).

Edellä olleessa käsittelyssä en ole erottanut toisistaan kuvausta hoitotyöstä vain prosessina tai prosessina osana hoitotyön toimintamallin kuvausta. Yleistäen voidaan sanoa, että termi päätöksenteko liittyy vahvasti kuvaukseen osana ao. mallia, mutta prosessi -termi löytyy myös itsenäisenä kuvauksena. Nämä kuvaukset liittyvät Laurin projektin alkuvaiheeseen, mikä lienee heijastusta WHO:n suomennetusta terminologiasta.

7.5 Erikssonin hoitotapahtuma

Erikssonin tuotanto lähtee liikkeelle hoitotapahtumasta, ja se pysyy teemana pitkälle 80-luvulle. Hän on johdonmukaisesti sitä mieltä, että hoitotapahtuma on hoitotyön ja hoitotieteen kehittämisen lähtökohta, kunnes paradigma vaihtuu.

7.5.1 Hoitotapahtuma (vårdprocessen)

Alkuperäiskielisenä Eriksson käyttää termiä "vårdprocessen", joka on suomennettu joko hoitotapahtumaksi tai hoitoprosessiksi tai myös hoidoksi. Näitä termejä käytetään yleisesti rinnakkaisina, mutta myös niin termille itselleen kuin toisille eritasoisina. Hoitotapahtuma on ymmärrettävissä ainakin viitenä eritasoisena tulkintana. Englanninkielisiä termejä on kuusi erilaista. Ruotsalainen termi vårdprocessen pysyy samana kokoajan, suomalaisilla termeillä hoitotapahtuma ja hoitoprosessi ei ole mitään pysyvää loogista suhdetta, mutta englanninkielisistä käännöksistä on havaittavissa selkeä käsitteellinen kehitystrendi.

Hoitotapahtuman laajimpaan tulkintaan sisältyy Erikssonin (1980b; 1981a, 147) mukaan eri osa prosesseja mm. lääketieteen, hoitotyön ja sosiaalityön prosessit (vrt. cure-care-help). Tässä näkökulmassa yhdistyy termin vård (hoito) laaja ymmärrys, toisin sanoen koko hoitotiimin työskentely (ks. Eriksson 1981a, 2, 47). Tällä tarkoitetaan käytännön prosessia, mutta Eriksson (1980b) korostaa, että se ei voi olla hoitotieteellisen toiminnan kohteena.

Kun "vårdprocessmodellen" (Eriksson 1982c; myös 1981a), so. hoitotapahtumamalli (Eriksson 1985a; 1986d), ohjaa sairaanhoitajakoulutuksen opetussuunnitelmaa, se on tulkittavissa edellistä kapeampana, koska siihen ei kuulu lääketieteen ja sosiaalityön prosessit. Opetussuunnitelmassa pitää korostua näkemys siitä, että lääketieteelliset erikoisalat ovat sairaanhoitajakoulutuksessa toisarvoisia ja hoitoajattelun syventäminen ensiarvoista. Hoitotapahtuma ymmärretään tällöin kuvauksena siitä mitä terveyden- ja sairaanhoitohenkilökunnan pitäisi osata (Eriksson 1976a, 62 [1974b; 1976c]) kuten esimerkiksi ympäristöön suunnatut toimenpiteet ja sosiaalipolitiikan eri osa-alueita esim. asunto-, sosiaaliturva ja työpolitiikka (1976a, 33 [1974b; 1976c]). Se siis ymmärretään toisaalta laajempana kuin yksittäisen potilaan hoitokokonaisuutta kuvaavana tapahtumana; Hoitoprosessi voidaan rajata ihmisen itsensä ja ammatillisen toisen väliseen hoitotilanteeseen (Eriksson 1986c; myös 1985c, 81 [1983a]), mutta sillä on myös "grupp- och samhällelig nivå" (Eriksson 1975, 5; vrt. 1989b, 91 [1984a]).

Kolmas taso tulkita hoitotapahtuma, so. sairaanhoitotapahtuma (Eriksson 1974a; 1976a, 8 [1974a, 7; 1976c]; 1978a; 1980a) tai hoitoprosessimalli (Eriksson 1986b, 40 ja 216), on pitää sitä peruskarttana, josta voidaan lähteä yksityiskohtaisemmin kehittämään erilaisia osa-alueita. Tällöin hoitotapahtuma ymmärretään interaktiivisena prosessina, joka pyrkii poistamaan potilaasta ne häiriöt, joita kutsumme sairaudeksi. Hoitotapahtuma jakautuu neljään osaan: A) potilasanalyysi, B) hoitoalueen priorisointi, C) hoitomuodon valinta ja D) hoito. Hoitotapahtumaan vaikuttavat eri prosessitekijät mm. lainsäädäntö, määräykset, koulutus, työympäristö jne. (Eriksson 1974a; 1976a [1974b; 1974c]; myös 1975, 4, 1985a, 30; 1986d, 30; 1988c, 7) Tämä näkökulma lähenee Erikssonin (1981a) esittämää tulkintaa hoidosta, so. vårdfunktion.

Edellä esitettyyn tulkintaan sisältyy ajatus siitä, että hoitoprosessin (Eriksson 1974a; ks. Eriksson 1976a, 8 ja 45; vrt ibid. 10) muodostavat osallistumis- ja ohjausprosessi. Nämä puolestaan tarkoittavat samaa kuin hoitotapahtuman neljäs osa eli hoito (Eriksson 1974a; 1976a, 8, 10 ja 45 [1974b; 1976c]). Tällöin hoitoprosessi tarkoittaa toimintaa (funktion) hoitosysteemissä (vård/vårdförhållande) (Eriksson 1975, 3; myös 1978a). Siis hoitoprosessi muodostuu hoitotoiminnoista ja

-toimenpiteistä (Eriksson 1988d, 96), jolloin sillä tarkoitetaan hoitotaitoa (Eriksson 1986b, 15) tai hoitoteknologiaa (Eriksson 1986c). On kuitenkin huomattava, että Erikssonin (1984d; 1985c [1983a]; 1988a) kielenkäytössä hoitoprosessiajattelu tarkoittaa samaa kuin em. hoitotapahtuma.

Neljäs tulkinnan taso on käyttää ao. termejä synonyymeinä tekemättä niille käsitteellistä eroa (ks. Eriksson 1974a; 1985c, 59-60 [1983a]; 1986d; 1988b, 104-105 [1986e]).

Viides tulkinta lähtee liikkeelle siitä, että hoitoprosessi ymmärretään hoitona, so. toimintana (funktion) (Eriksson 1974a; 1975; 1978a; 1980a; 1988b, 72 [1986e]), mutta tähän sekoittuu ajatus hoitotapahtuman ymmärtämisestä vastaavasti. Tällöin hoito (vård) ymmärretäänkin hoitotapahtuman yläkäsitteenä ja hoitotapahtuma toimintana (funktion) (Eriksson 1976a; 1984i; 1985a, 28; 1985c, 58 ja 101 [1983a]; 1986d, 28; 1988d).

Erikssonin käyttämä englanninkielinen termistö kertonee kuitenkin enemmän idean kehityksestä. Aluksi Eriksson (1974a) puhuu termeistä "nursing care prosess" ja "process of nursing care". Väitöskirjassaan hän (Eriksson 1981a) käyttää termejä "patient care process", "nursing care" ja "nursing process" (myös Eriksson 1981c). Jo seuraavana vuonna hän viittaa termiin "patient care modell" (Eriksson 1982c), joka muuttuu vuosikymmen loppuun tultaessa "caring process modell" -termiksi (Eriksson 1989d). Siis "nursing care" on kehittynyt ensin "patient care" ilmaisuksi, joka on myöhemmin muuttunut "caring" näkökulmaan. Toinen merkittävä seikka liittyy sanan "modell" ilmaantumiseen terminologiaan.

7.5.2 Hoitotapahtumamalli

Erikssonin (1985c, 46 [1983a]; 1988b, 55 [1986e]) mukaan hoitotapahtumamallin kehittämisyrityksen tarkoituksena on hoitotapahtuman muodon vakiinnuttaminen, ts. pyrkimys saada aikaan looginen kokonaisuus.

Eriksson huomauttaa, että hoitotapahtumaa voidaan luonnehtia myös päätöksentekoprosessina (Eriksson 1976a, 10 [1974b; 1976c]), mutta hän esittää kritiikkiä WHO:n prosessia (nursing process) kohtaan. Hänen mukaansa se ei anna mitään spesifejä eväitä hoitoon. Se on kuin mikä tahansa ongelmanratkaisuprosessi. WHO:n mallin ongelmana on, että prosessin tarkoitusta tai tavoitetta ei ole annettu prosessikuvauksessa. Erikssonin mukaan sairaanhoidossa se, mistä prosessi ja tavoitteet muodostuvat, pitäisi olla huomion keskipisteenä, että kyetään systemaattiseen työhön. Tästä on myös löydettävissä perustavaa laatua oleva ero mm. lääketieteelliseen ongelmanratkaisuun. (Eriksson 1978a; 1978b, 17-18; vrt. Eriksson 1972) Eriksson puhuu tällöin "vårdprocess-paradigm" termillä.

Tämän kritiikin jälkeen Eriksson alkaa käyttää termiä hoitotapahtumamalli tai hoitoprosessimalli (Eriksson 1985a, 29; 1985c, 101 [1983a]; 1986d, 29; 1988b, 113 [1986e]), myös ihannemalli (Eriksson 1985c, 46; 1988b, 71), so. vårdprocessmodell (1981a, 85). Hän palaa tähän kritiikkiin vielä myöhemminkin (ks. Eriksson 1985a, 23-24; 1986d, 23-24). Tämä kritiikki on siinä mielessä tärkeää, että hän on korostanut oman mallinsa (Erikssons vårdprocessmodell ; 1981a, 85-86) kehittelyssä mm. tavoitekeskeisyyttä. Kyse on hoitotapahtuman ymmärtämisestä hoitotyön näkökulmasta (Eriksson 1985c, 36 [1983a]; 1988b, 39-41 [1986e]). Ensinnäkin hoito-

prosessiajattelun ansiosta ihminen asetettiin keskeiseksi hoidossa ja esitettiin vaatimus hoidon kokonaisnäkemyksestä (Eriksson 1984d). Toisaalta kyse on terveyskeskeisestä lähtökohdasta (Eriksson 1984h; 1989b, 84).

Hoitoprosessimalli muodostaa Erikssonin mukaan todellisuuden kuvauksen. Se toimii karttana, jonka avulla voidaan orientoitua hoitotyöhön. Se siis muodostaa loogisen rakenteen hoitotilanteelle ja antaa ohjeet, kuinka hoitaja voi toimia erilaisissa hoitotilanteissa. (Eriksson 1986b, 40), so. se toimii käytännössä toteutuvan hoitoprosessin teoreettisena pohjana (Eriksson 1988b, 71).

Erikssonin hoitoprosessimallin taustalla on neljä erilaista teoreettista näkemystä: systeemi-, havainto-, päätöksenteko- ja kommunikaatioteoreettiset näkemykset (Eriksson 1975, 2-17; 1985c, 56 [1983a]; 1988b, 70). Systeemiteoreettiset näkemykset liittyvät koko prosessin perusehtoihin siten, että "systeemissä, ao. vårdsystemet, kaikki elementit ovat riippuvaisia toisistaan ja toimivat tiettyjen määrättyjen lakien mukaan ja lopputulos on toimiva kokonaisuus " (Eriksson 1975, 2). Havaintoteoriat liittyvät myös tapahtuman perusehtoihin siten, että niiden mukaan "kaikki vuorovaikutus perustuu havaitsemiseen ja havaitseminen tulee siten perustaksi ymmärtää koko hoitotapahtuma (vårdskeendet [the care process 1978a])" (Eriksson 1975, 5). Päätöksentekoteoriat liittyvät lähinnä toiminnan suunnitteluun, koska "toimintaa edeltää jokin päätösprosessi" (Eriksson 1975, 9). Kommunikaatioteoriat liittyvät puolestaan toiminnan toteutukseen, koska "kommunikaation keskeinen funktio on välittää tietoa eri yksilöiden ja systeemien kesken, ja siten auttaa molemminpuolista vuorovaikutusta" (Eriksson 1975, 14).

7.5.3 Hoitomalli

Erikssonin rakentamasta hoitoprosessista voidaan puhua mallina, eikä vain menetelmänä. Ensinnäkin Erikssonilla on vahva näkemys siitä, että yleisesti kaikkien Yhdysvalloissa kehitettyjen sairaanhoitoa kuvaavien mallien [70-luvulla] yhteinen äiti on hoitoprosessi (menetelmänä). (ks. Eriksson 1978a; 1978b; 1980a; 1981a; 1985a) Toisaalta WHO:n prosessinäkemykseen suunnatun kritiikin aineksiin vedoten Erikssonin hoitoprosessia voidaan sanoa malliksi. Malli on koko hoitojärjestelmä, sen rakenteen ja toiminnan pelkistys (Eriksson 1985c, 58 [1983a]; 1988b, 40 [1986e]). "Malli" tarkoittaa tässä kohtaa samantasoista ajatusrakennelmaa kuin ns. amerikkalaiset hoitomallit.

Amerikkalaisilla hoitomalleilla Eriksson tarkoittaa alunperin "vårdprocessmodeller inom sjukvården" ja "sjukvårdsmodeller" (1978a). Näissä ilmaisuissa hän viittaa auktoriteetteihin kuten King, Chin, Travelbee, Roy sekä Paterson ja Zderad ym. Yhdessä artikkelissa Eriksson (1980b) käyttää termiä hoitotyön mallit. Myöhemmin Eriksson (1981a, abst.) puhuu 70-luvulla edelleen kehitetyistä erilaisista hoidon malleista, joista prosessimalli on yksi muoto. Hän muuttaa ilmaisua edelleen termiksi hoitomallit (vårdmodeller vrt. modeller i vård; Eriksson 1983a, 51) (Eriksson 1985c, 55; 1988b, 70).

On ymmärrettävissä, että Eriksson puhuu koko ajan samasta asiasta, koska hän viittaa mm. em. auktoriteetteihin (ks. Eriksson 1985c, 11 [1983a]). Merkittävämpää on kuitenkin yhtenäinen ajatus tieteellistämisestä mallien kehittelyn tavoitteena. Ymmärryksessä mitä ollaan tieteellistämässä tulee em. termeihin kä-

sitteellistä eroa. Ensimmäisen termin kohdalla Eriksson (1978a) ilmaisee tavoitteen "kehittää hoito-opista oppiaine ja tieteen ala (vetenskaplig disciplin)" (myös Eriksson 1978b, 16). Hoitotyön mallit puolestaan edustivat aluksi yritystä kehittää sairaanhoidon teoriaa (Eriksson 1980b), kun puolestaan hoidon mallit ja hoitomallit edustavat yritystä tehdä hoidosta (vård) tiedettä (Eriksson 1981a, 76; 1985c, 55 [1983a]; 1988d, 70).

Yleisen mallien kehittelyn taustalla Eriksson ymmärtää sen, että mallit ovat perusta teorioiden kehittämiselle. Hän ymmärtää, että hoitotapahtuma on yhtäkuin hoitotodellisuus (Eriksson 1980b), mutta vain abstraktio, eikä koskaan identtinen todellisuuden kanssa (Eriksson 1985c, 46 [1983a]; 1988b, 55). Sillä yritetään systemaattisesti kuvata annetun todellisuuden rakennetta (Eriksson 1978a), jotta teorioita voitaisiin kehittää (1978b, 34). Hoitoteorian kehittäminen on tieteellisen toiminnan päämäärä (Eriksson 1985c, 103-106 [1983a]; myös 1978b, 34).

Merkillepantavaa Erikssonin asenteessa suhteessa amerikkalaisiin hoitomalleihin on niiden lähes kritiikitön kuvailu aina 80-luvun puolivälille saakka. Väitöskirjassaan Eriksson kritisoi ao. malleja lähinnä siitä, että niiden käsitteistö perustuu toisiin tieteisiin. Siten ne eivät kykene vastaamaan siihen, mitä varten ne on rakennettu (Eriksson 1981a, 50-51). Yksittäisiä viitauksia muiden kehittelemään kritiikkiin löytyy sieltä täältä, mutta kritiikki ei muodostu systemaattiseksi (ks. Eriksson 1985b, 55 tai 1989b, 8 ja 86 [1984a]) Eriksson palaa uudelleen 1987 kritiikkiin ao. malleja kohtaan. Tällöin kritiikki kohdistuu lähinnä niiden behavioristiseen ihmiskäsitykseen ja amerikkalaiseen kulttuurikuvaan (Eriksson 1987b; 1988b, 37; 1991b). Tämä kritiikki edustaa Erikssonilla konkreettisia ensiaskeleita näkemyksen uudistumiseen. Erityisen tärkeäksi tässä tilanteessa tulee Erikssonin huomautus, "että klassinen teorianmuodostus on edelleenkin ajankohtainen, mutta hoitotiede ja teorianmuodostus ovat vähitellen siirtymässä humanistisesti orientoituneeseen teorianmuodostukseen" (Eriksson 1988b, 60 [alaviite] ja 115-116). Tämän jälkeen Erikssonin tuotannossa voidaan puhua kristillisen terveysmallin kehittelystä (Eriksson 1991e; myös 1989a [1987g]; 1987a [1987h]).

7.6 Hentinen hoitotyön mallista idealisoitu kuvauksena

Hoitotyön malli on yksinkertaistettu ja usein idealisoitu kuvaus reaalimaailmasta. Se ei kuvaa esimerkiksi, mitä hoitotyö todellisuudessa on, vaan se osoittaa, miten hoitotyö mielletään ajatuksen tasolla. (Hentinen 1983g, 52) Malli liikkuu yleisellä ja abstraktilla tasolla, mistä syystä sen soveltaminen käytännön hoitotyöhön ei ole kovin helppoa (Hentinen 1984a). Hoitotyön mallin tehtävänä voi olla esimerkiksi ohjata hoitotyön koulutuksen sisällön valintaa tai tarjota tietoperusta käytännön hoitotyölle tai toimia hoitotyön tutkimuksen virikkeenä tai järjestäjänä (Hentinen 1983g, 53). Hoitotyön malleilla Hentinen tarkoittaa yhdysvaltalaisia teoreettisia kokonaisuuksia (ks. Hentinen 1983e; 1983j).

Lisensiaatti- ja väitöskirjatyössään Hentinen hylkää yhdysvaltalaiset mallit ja luo oman. Hänen mukaansa hoitotyön mallista pitäisi selvitä ainakin hoitotyön a) vastaanottaja, b) tavoite ja c) luonne (Hentinen 1983b, myös Hentinen 1983j; 1983e). Omassa mallissaan Hentinen (1983g, 55) ottaa lisäksi käsiteltäväksi d)

hoidon toteuttajan ja e) toimintaa ohjaavat tekijät (ks. myös Hentinen 1984c, 6-9; vrt Hentinen 1987b).

7.7 Hentinen, Krause, Paunonen ja Sinkkonen: hoitotyön prosessi hoitotyön loogisena rakenteena

Varsin keskeisenä näkökulmana hoitotyöhön Hentisellä on hoitotyön prosessi. Tämä tulee esille erityisesti 80-luvun alkupuolclla (mm. Hentinen 1979b; 1980b; 1982a; 1982b; 1983g; 1984c; 1985d), mutta hän palaa tähän näkökulmaan myös myöhemmin (mm. Hentinen 1986c; 1988b; 1989d; 1990a; 1990c). Hoitotyön prosessi on osa potilaan hoidon muodostamaa kokonaisuutta, jota kutsutaan hoitoprosessiksi (Hentinen 1983g, 20). Siten vaikka esimerkiksi ilmaisussa "itse hoitotyön prosessi, potilaan ja asiakkaan hoito" (Hentinen 1990c) molemmat kokonaisuudet tarkoittavat samaa, ne eivät ole saman arvoiset. Jälkimmäinen on määritettävä ensinmainitun mukaan, eikä päinvastoin, vaikka ao. artikkelissa jälkimmäisen tarkoite on selventää edellistä.

Hoitotyön prosessilla Hentinen (1983g) tarkoittaa ongelmanratkaisuprosessia, jonka osapuolina on vähintään kaksi ihmistä ja jossa täten korostuu vuorovaikutus (Hentinen 1983g, 19-20). Hoitotyön prosessi muodostuu 1) hoitotyön tarpeen määrittämisestä, 2) hoitotyön suunnittelusta, 3) hoitotyön toteuttamisesta ja 4) hoitotyön arvioinnista. Tämä prosessi on jaettavissa osaprosesseihin ja nämä vielä pienempiin osiin. (Hentinen 1983g, 20-28; 1984c, 10-17). Hän painottaa, että hoitotyön prosessi prosessimenetelmänä antaa sille vain loogisen rakenteen, mutta se ei anna esimerkiksi niitä periaatteita, joiden mukaan toimitaan. Ne on saatava muualta esimerkiksi johtamalla ihmiskäsityksistä. (Hentinen 1983g, 20; myös Sinkkonen 1983a)

Krausen (1984) mukaan hoitotyön prosessi on ajattelutapa ja käytännön systematisoinnin menetelmä mm. sairaanhoitajille heidän pyrkiessään toteuttamaan hoitotyötä potilaan/asiakkaan tarpeista käsin. Hendersoniin viitaten hän painottaa, että hoitotyön prosessi ei ole synonyymi termille hoitotyö. Se on niiden toimintojen sarja, joihin sekä sairaanhoitaja että potilas osallistuvat tarkoituksenaan suunnitella ja toteuttaa yksilöllistä hoitotyötä. Sisältönsä hoitotyön prosessi saa hoitotyön tehtävästä, perusteensa hoitotyön tarpeesta ja toiminnallisen muotonsa hoitotyön toiminnoista. (Krause 1984, 35-39 ja 49)

Yleisenä päätöksenteon rakenteellisena mallina hoitotyön prosessin käytön voitanee katsoa systematisoivan käytäntöä, mutta päästäänkö sen avulla esimerkiksi yksilöllisyyteen potilaan ja asiakkaan hoitotyössä on edelleen vahvistamatta (Krause 1984, 88).

Paunonen (1985e) ottaa esille hoitotyön prosessin WHO:n ohjelman ydinkäsitteenä. Sillä hän tarkoittaa hoitotyölle luonteenomaisten terveyteen kohdistuvien toimintojen järjestelmää. Yksityiskohtaisesti siinä on kysymys terveystarpeiden tunnistamisesta ja tarpeiden valinnasta, tarpeiden tyydyttämisen suunnittelusta, välittömästä hoidosta ja tulosten arvioinnista. (Paunonen 1985e, 17; myös Paunonen 1983d; 1985c; 1985d; 1989c, 32)

7.8 Yhteenveto

Lauri on sitä mieltä, että prosessi kuvaa toiminnan etenemistä ja malli olisi kuvaus tästä kokonaisuudesta. Kalkas on asiasta periaatteessa samaa mieltä, mutta puhuessaan hoitoprosessista kyse on hoitotyön perusluonteen kuvauksesta, ja hoitotapahtuma on hoitotyön peruselementti. Erikssonille hoitotapahtuma ei ole ihan näin yksinkertainen, mutta mallin hän ymmärtää pelkistettynä hoitojärjestelmän, sen rakenteen ja toiminnan kuvaksena. Hentisen ja Sinkkosen mukaan hoitotyön prosessi luo hoitotyölle loogisen rakenteen. Eriksson, vaikka käyttää termiä hoitotapahtumamalli, on asiasta samaa mieltä.

Asiantuntijoista Lauri, Kalkas ja Eriksson käyttävät selkeästi värikkäintä ja monipuolisinta kieltä puhuessaan hoitotyöstä ja hoidosta teoreettisena kokonaisuutena. Huomattavaa on, että Eriksson ei käytä näissä yhteyksissä hoitotyö -termiä. Hänellä keskeisiä ovat termit hoito ja hoitotapahtuma. Puolestaan Lauri ei käytä hoitotapahtuma -terminologiaa lainkaan ja hoitoprosessi -termiäkin vain kerran 70-luvulla. Toinen käyttökerta liittyy yhteisartikkeliin 11 vuotta myöhemmin. Hänellä tulee korostuneesti esille hoitotyö ja siihen liittyvä terminologia.

Laurilla tulee lisäksi korostuneesti esille 80-luvun loppupuolella päätöksentekoon liittyvät projektit. 80-luvun puolivälin jälkeen häneltä ei löydy juuri muuta sanastoa kuin sellaista, jossa päätöksenteko on osana termiä. Painottuen mainitut julkaisut ovat myös yhteisjulkaisuja. Eriksson ottaa päätöksentekoon kantaa jo 70-luvun puolivälissä ja kritisoi tässä yhteydessä WHO:n näkökulmaa. Tämän kritiikin perusteella hän ei käytä päätöksentekoon liittyvää terminologiaa sitten 70-luvun lopun.

Kalkas on terminologisesti monipuolinen siinä mielessä, että hänen julkaisuistaan löytyy termejä, joita sekä Eriksson että Lauri käyttävät ja kaikki edellä olevat piirteet. Kalkkaan teksteissä ei ole havaittavissa Laurin tekstien kaltaista yhteisjulkaisuihin liittyvää trendiä, mutta hänellä kuten Laurillakin yhteisjulkaisut tuovat terminologiaan muutamia ilmauksia lisää.

Sisällöllisesti hoitotyön prosessimallilla ja hoitotyön mallilla tarkoitetaan eri asioita. Ensinmainittu nimitys korostaa yhteyttä "nursing process" näkökulmaan, jolloin toimintaa jäsennetään tästä näkökulmasta ja jälkimmäinen jotain muuta hoitotyön teoreettista kuvausta. Tällöin toiminnan jäsentäminen voi tapahtua millä muulla tavalla tahansa. Tästä toiminnan jäsentämisestä voidaan käyttää Kalkkaan ja Paunosen esittämää nimitystä hoitotyön viitekehys.

8 HOITO, HOITOTYÖ JA HOITO-OPPI HOITOTIETEEN ONGELMANA

Edellä on tullut esille, että hoitotyön ja hoitotieteen välinen suhde ei ole itsestään selvä. Kyse on osin kehityksellisestä ilmiöstä, ajasta jolloin asiantuntijat tarkoittivat hoitotyö -termillä niin kliinistä toimintaa kuin tiedettä ja tämän ajanjakson heijastumisesta pitemmällä aikavälillä kieleen. Osin kyse on ongelmasta liittyen englanninkielisiin esikuviinsa, jotka ovat sanoissa "nursing practice" tai "practical nursing" ja "theoretical nursing": "...hoitotyön teorian ja käytännön kohtaamisesta nimenomaan käytännön työtilanteissa" (Lauri 1980b). Tarkastelen tässä luvussa hoitoa, hoitotyötä ja hoito-oppia hoitotieteen kiinnostuksen kohteena sekä niiden suhdetta hoitotieteeseen.

8.1 Keskustelunaiheena hoito

Keskustelussa hoidosta asiantuntijoilla on aluksi "puheenvuoro". Eriksson on hoidosta käytävässä keskustelussa asetettu viimeiseksi, koska hän puhuu tässä yhteydessä kokonaisvaltaisesta hoitotyön mallista.

Hoito käytännöllisenä toimintana (Kalkas)

Kalkas (1988a) pohdiskelee termin hoito merkitystä korostaen sen monimerkityksellisyyttä. Hänen mukaansa termillä hoito terveydenhuollossa voidaan tarkoittaa yhtä hyvin yksittäistä hoitotoimenpidettä, jonka joku suorittaa kuin laajempaa toimintojen kokonaisuutta, jonka potilas tai asiakas kokee tai jonka joku yhteisö tai yhteiskunta tuottaa. Hoidolla voidaan viitata myös hoidon vaiku-

tukseen. Ihminen voi hoitaa itseään tai muita. (myös Kalkas 1983a, 7; 1984f; 1986a; 1986b; 1986c)

Ennen kaikkea teksteissään Kalkas puhuessaan hoidosta tarkoittaa organisoitua hoitoa, joka voi olla "joko ammattitaitoisen työntekijän tavoitteellista toimintaa, ammattitaitoisen henkilöstön tavoitteellista toimintaa (ks. Kalkas 1981a; 1981b; 1984a) tahi ammattitaitoisen henkilöstön ja potilaan tavoitteellista toimintaa (ks. Kalkas 1973; 1979a; 1983a, 7) tahi terveyspalveluja käyttävän potilaan omaehtoista itsensä hoitamista (ks. Kalkas 1981a; 1981b)" (Kalkas 1983a, 7; vrt Kalkas 1981a). Kaikki neljä hoitamisen muotoa toteutuvat usein samanaikaisesti ja toisiinsa vaikuttaen, mutta ne voivat toteutua myös toisistaan riippumatta (Kalkas 1983a, 7; vrt Kalkas 1981b, 10).

Hoidolla on jokin kohde ja tarkoitus, tavoite. Hoidon tarkoitus määräytyy hoitavan henkilön tehtävän ja hoidon kohteen mukaan. (Kalkas 1983a, 7; myös Kalkas 1979a; 1981b, 24) Potilaan hoitoon hakeutuminen edellyttää koettua ja ilmaistua hoidon tarvetta. Ilmaistuaan hoidon tarpeensa joutuu potilas terveyspalvelujen piiriin. (Kalkas 1981b, 23) Potilaan näkökulmasta hoito ymmärretään kokonaisena käsitteenä, mutta se voidaan ymmärtää myös yläkäsitteenä, josta on erotettavissa erikseen hoitotyön hoito (Kalkas 1978c, 150) tai sairaanhoidollinen hoito (Kalkas 1981b, 11-12), joita esimerkiksi sairaanhoitaja toteuttaa, ja lääketieteellinen hoito (Kalkas 1979a).

Kalkas (1988a) puhuu hoidosta käytännöllisenä toimintana, joka tarkoittaa hoitamista (nursing; Kalkas 1987c; vrt. Kalkas 1978c, 172). Käytännöllinen toiminta ymmärretään pyrkimyksenä hyviksi katsottavien asiantilojen aikaansaamiseen ja säilyttämiseen sekä huonoksi katsottavien asiantilojen välttämiseen ja muuttamiseen. Muuttamisen ja säilyttämisen lähtökohtia ovat arvostukset. Hoitamiseen sovellettuna tämä merkitsee, että käytännöllisenä toimintana hoitaminen perustuu arvoihin. (Kalkas 1988a; myös Kalkas 1987c) Tämä tarkoittaa, että sanottaessa "ihmistä hoidetaan eritavoin" kyse on hoidosta perustuen erilaisiin ihmiskäsityksiin ja terveyden- ja sairaanhoidon käsityksiin (Kalkas 1978c, 171).

Kalkas käyttää termin hoitaminen käännöksenä neljää termiä: care, caring, nursing ja nursing care (Kalkas 1986a). Hoitotieteessä ollaan kiinnostuttu hoitamisesta (caring). Toisaalta huolenpito (caring) luonnehtii hoitamisen (nursing) tarkoitusta ja hoitamisessa (nursing care) pyritään johonkin arvokkaaseen, tarpeelliseen ja hyvään. Hoitamisen (caring) asemasta voidaan käyttää sanaa hoito (care) viittamaan toimenpiteeseen tai toimintojen kokonaisuuteen, kun näkökulma on hoidon saajan.

Itsehoito

Kalkas (1981a) ymmärtää, että omaehtoisessa hoidossa eli itsehoidossa (self care; self-directed care; Kalkas 1988b) on kyse ihmisen historiallisesta enemmän tai vähemmän tietoisesta itsensä hoitamisen ottamisesta entistä paremmin osaksi terveydenhuoltopalveluja. Käytännössä tämän ajattelutavan hyväksyminen merkitsee mm. henkilökunnan toiminnan painopisteen muuttumista potilaiden ohjaukseen ja yksinään työskentelystä ryhmätyöskentelyyn. (Kalkas 1981a; 1981b, 11-12 ja 16) Kalkas (1981a) kutsuu potilaan jatkuvaa pyrkimystä saavuttaa ja

ylläpitää "hyvä" terveys potilaan paranemisprosessiksi (myös Kalkas 1979a; 1981b, 19-20).

Hoidon kokonaisuus

Hoidon kokonaisuudella Kalkas (1981a) tarkoittaa ammattitaitoisen henkilöstön tavoitteellista hoitoa, jonka potilas kohtaa hoitoprosessissa. Ammattitaitoisella henkilöstöllä tässä tarkoitetaan henkilöitä, jotka ovat saaneet terveydenhuollon tehtäviin valmentavaa ammatillista koulutusta mm. lääkäreitä, eriasteisia sairaanhoitajia, apuhoitajia jne. (Kalkas 1981a; myös Kalkas 1972; 1979a; 1981b, 10-12; 1984a) Kunkin henkilöstöryhmän koulutus antaa koulutettaville tietyt tiedot terveydestä ja sairaudesta, oman ammattiryhmän tehtävistä hoidossa, näkemyksen niistä hoidon tarpeista, joita potilaalla voi olla sekä oman päätöksentekoprosessin sisällön. Kuinka yhtenäinen tämä kokonaisuus on, riippuu mm. henkilöstön koulutuksen sisällöstä, työtavoista, hoitoyhteisön hoitoperiaatteista ja yhteistyön muodoista. (Kalkas 1981a; 1985a, 34) Hoidon, so. lääketieteellisen ja sairaanhoidollisen hoidon perusteluna on monitieteellinen tietoaines (Kalkas 1981b, 11-12).

Rajan vetäminen kokonaishoidon hoito-ongelmien ja hoitotyön hoito-ongelmien välille on liukuva. Lopulta on sopimuksen varaista ja olosuhteista riippuvaa kenelle kulloinkin kuuluu esimerkiksi potilaan psyykkisistä ongelmista tai työolosuhteissa ilmenevistä ongelmista huolehtiminen. Mainittujen ongelmien tunnistaminen ja hoidon koordinointi kuuluu käytännössä usein kuitenkin hoitotyön alueeseen. (Kalkas 1978c, 150)

Hoitoyhteisön hoitoperiaatteita pohdiskellessaan Kalkas jättää syrjään lääketieteellisen hoidon puolen ja alkaa puhua "periaatteista, joilla tarkoitetaan hoitoteorioissa usein hoidon johtoajatusta, so. näkemystä hoidon päämääristä" (Kalkas 1981a). Ilmaisu liittynee tekstin julkaisuyhteyteen, so. Sairaanhoidon vuosikirjaan, koska väitöskirjassaan, johon em. teksti perustuu, Kalkas (1981b) ei puhu hoitoteorioista. Periaatteet sisältävät kognitiivisen perustelun oikealle toiminnalle (ammatin teoria) sekä eettisen kannanoton siitä, mikä on hyvää ja tavoiteltavaa hoidossa (Kalkas 1981a; 1981b, 10).

Eksplisiittisesti näkökulma laajenee, kun Kalkas (1979a) korostaa, että henkilökunta yhdessä potilaan kanssa huolehtii potilaan hoidosta (myös Kalkas 1972, 96; 1985a). Vielä laajempi näkökulma hoidon kokonaisuuteen on ajatuksessa, että "hoito on omaehtoisen hoidon ja ammattitaitoisen henkilökunnan toiminnan muodostamaa hoitoa (Kalkas 1983a). Tällöin hoitotyö määriteltyy sairaanhoitajien yhteistyössä muun hoitohenkilökunnan kanssa suorittamiksi hoitotoimiksi (Kalkas 1983a).

Erotukseksi hoidon kokonaisuudesta Kalkkaan (1986c) kielessä on hoitotoimien kokonaisuus. Tämä tarkoittaa potilaan tai potilasryhmän saamaa tai kokemaa hoitoa (myös Kalkas 1984f). Näkökulma on tällöin hoidon saajan. Kyseessä on perusteeltaan erilaisten hoitotoimien yhteistuloksesta, joka voidaan havaita mm. asiakkaan tilana, vointina, kokemuksena ja käyttäytymisenä (Kalkas 1988a). Tässä yhteydessä Kalkas tarkoittaa hoitotuloksella yksittäisen potilaan hoitoko-

konaisuutta koskevia kokemuksia ja hänessä hoidon seurauksena tapahtuneita muutoksia.

Kokonaishoito (Lauri)

Hoitaminen on ymmärrettävissä Laurin teksteissä ainakin yhdellätoista toisistaan poikkeavalla ja täydentävällä tavalla. Riisutuimmassa ja yksinkertaisimmassa muodossa hoitamisella tarkoitetaan erilaisten hoitotoimenpiteiden suorittamista (Lauri 1984c, 13). Hieman komplisoidummassa lähestymistavassa sillä viitataan yksittäisten taitojen kokonaisuuksiin, hoitoihin (Lauri 1988d; 1991d, 5). Toisaalta sillä voidaan tarkoittaa samaa kuin hoitotyöllä, jolloin siitä on erotettavissa hoito teoreettisena hahmotuksena (Lauri 1988d) ja ammatillisena toimintana: mm. perushoitona ja erityishoitoina (Lauri 1991d, 5; myös Lauri 1983g). Määrittelyssä korostuu tällöin ammatillinen koulutus (ibid.). Tätä laajempana käsitteenä hoito on ymmärrettävissä hoitohenkilökunnan toimintana, jolloin henkilökuntaan luetaan myös ei-terveydenhuollon ammatillisen koulutuksen saaneita ihmisiä (Lauri 1990c, 21-22). Yhtenä näkökulmana on erottaa lääkärit hoitohenkilökunnasta, so. hoitotyön henkilöstöstä (Lauri 1983c, 14-15), jolloin hoitamisena ymmärretään se toiminta mitä ao. ammattiryhmät tekevät yhdessä potilaan hyväksi (Lauri 1989a).

Täysin toisenlaisen näkökulman hoitamiseen Lauri (1985d) ottaa esille määritellessään sen ei-ammatillisen koulutuksen saaneiden henkilöiden [vanhempien, omaisten] antamaksi perus- ja erikoishoidoksi. Tällöin hoitamista tarkastellaan hoitolaitosten ulkopuolella tapahtuvana toimintana. Myös hoitolaitoksessa tapahtuvaa hoitamisen ymmärrystä Lauri (1984c, 9) laajentaa vain henkilökunnan toiminnan yli omaisten näkemiseen hoitoon osallistujina. Hoitamisen alaan kuuluu myös hoito, jota asiakas/potilas toteuttaa itse, itsehoito (Lauri 1983a; 1983i; 1985b; myös 1981c; 1983g). Kokoavana käsitteenä hoitamisella tarkoitetaan kenen tahansa, myös ihmisen itsensä, erilaiseen hoitoon ja selviytymiseen liittyvien toimintojen suorittamista (Lauri 1991d, 5).

Kokonaishoito on sairaalassa eri ammattiryhmien yhteistyötä (Lauri 1984b; 1991d, 5; vrt. Lauri 1973), mutta kokonaisvaltainen toiminta potilaan hoidossa perustuu ao. ammattiryhmän tehtäväalueen tiedolliseen hallintaan (mm. Lauri 1988c). Täten esimerkiksi hoitotapahtuma (Lauri 1981g) on ymmärrettävissä kahden tasoisena: kokonaishoidon näkökulmasta ja toisaalta eri ammattiryhmien omista näkökulmista.

Hoidon kokonaisuus (Hentinen)

Puhuessaan hoidosta Hentinen tarkoittaa terveydenhuoltojärjestelmän puitteissa toteutettua hoitoa. Hän tarkastelee ja lopulta määrittelee hoidon sekä hoitotyön potilaan sairaalavaiheen näkökulmasta (esim. Hentinen 1980b). Tällöin myös esimerkiksi potilaan itsehoidon tarkastelu rajautuu tämän instituution hyväksymiin rajoihin (ks. Hentinen 1979a). Koska hänen mukaansa hoito on aina vastaus potilaan hoidon tarpeisiin (Hentinen 1984c, 14), niin ko. rajaus ei ole perimmältään selitettävissä kuin instituutiolähtöiseksi. Esimerkiksi kun Hentinen (1986b)

puhuu hoitotyön koulutuksen yhteydessä hoitamisesta, hän tarkoittaa sillä kaikkea sitä, mitä sairaanhoitaja työssään tekee (myös Hentinen 1989a; 1989c; 1989f, 3-4).

Tämä tulee esille Hentisen (1983g, 12-16; 1984c, 4-5) näkemyksessä hoidon kokonaisuudesta. Siinä hoitavan ryhmän eri tavoin koulutetut ja erilaisen tietopohjan omaavat työntekijät vastaavat potilaan erilaisiin hoidon tarpeisiin. Minkään ammattiryhmän osa-alue ei voi olla täysin muista riippumaton. Lääketieteellisellä hoidolla ja hoitotyöllä on potilashoidossa omat painoalueensa, mutta myös yhteinen alue, jonka sisältö ja laajuus vaihtelevat tilanteen mukaan. Tässä kohtaa hän viittaa Mitchelin malliin ao.alueiden painotuksesta kokonaishoidossa: Sairauden diagnosointi ja hoito versus päivittäisen elämän tarpeiden tyydyttämisen mahdollistaminen (Hentinen 1983g, 15; 1984c, 4).

Tulkintani hoidon kokonaisuudesta tulee hieman ongelmalliseksi, kun tarkastelee Hentisen tuotantoa. Siinä huomaa selkeän painotuksen potilaan itsensä ja omaisten ottamisesta mukaan hoitoon (esim. Hentinen 1980c; 1982a; 1983a; 1984c; 1985d; 1987a; 1988a). Tällöin kokonaishoito täytyy ymmärtää kahtena sisäkkäisenä toimintana, jossa virallinen hoito (so. ammattihenkilöt ja potilas) on ydin ja joka määrittelee ulomman toimintamuodot, so. sen millaista hoitoa joko potilaan itsensä tai hänen omaisensa suositellaan kotioloissa toteuttaman (myös Hentinen 1979a).

Itsehoito tutkimuskohteena (Sinkkonen)

Sinkkonen (1985c) perustaa tutkimuksensa terveyspalvelujen käytöstä asiakasnäkökulmaan. Tutkimuksessa on siten poikkeava asetelma, että siinä astutaan pois virallisen terveydenhuollon alueelta. Tutkimus koski virallisten ja epävirallisten terveyspalvelujen käyttöä. Perusteluissa painotetaan itsehoidon, joka ylittää formaalin terveydenhuollon, yhteyttä yksilön hyvinvointiin.

Hoito ammatillisena toimintana (Krause)

Krausen teksteissä termien konteksti on aina institutionaalinen joko sosiaali- ja terveydenhuolto (esim. Krause 1986a; 1986b; 1987a; 1990d) tai terveydenhuolto (esim. Krause 1984; 1991f; 1991a). Tämä ei sulje pois ajatusta, etteikö hän käyttäisi samoja termejä (mm. hoitaminen) myös em. instituutioiden ulkopuolella tapahtuvasta toiminasta, mutta tällöin näiden termien ala ja merkitys on toinen. Ne eivät viittaa ammatilliseen toimintaan esimerkiksi "äidin suorittama lapsen hoitaminen" (Krause 1991b).

Hoitaminen on ymmärrettävissä kolmitasoisena hierarkiana tässä institutionaalisessa yhteydessään. Hoitaminen on laajin toisesta huolehtimisen muoto. Tämä pitää sisällään kaiken hoidon mitä on sosiaali- ja terveydenhuollon sisällä. So. hoitaminen (care) perustuu useiden tieteenalojen kuten esim. lääketieteen eri alojen, hoitotyön ja sosiaalitieteiden tietoon (Krause 1984, 6).

Hoitamisessa on kapeammalla ajattelulla kyse hoidosta. Terveydenhuollossa on tällöin erotettavissa toisistaan lääketieteellinen hoito (medical care),

sairaanhoidollinen hoito (nursing care) ja yksilön itsehoito. Nämä kolme muodostavat yksilön hoidon kokonaisuuden. (Krause 1984, 5-6; myös Krause 1987c) Hoitamisen kolmas porras liittyy lääketieteellisen hoidon ja sairaanhoidollisen hoidon eli laajemmin ymmärrettynä hoitotyön erottamiseen toisistaan (ks. Krause 1984).

Kokonaisvaltaisen hoitotyön malli (Eriksson)

Alkuvaiheessa Erikssonin ajatus kokonaisvaltaisesta hoidosta voidaan koota yhteen ajatuksessa kokonaiskäsityksestä terveyden- ja sairaanhoidosta. Sitä ei tule nähdä yksittäisinä toimenpiteinä, jotka suunnataan yksittäisiin henkilöihin ja ryhmiin. Sen tulee myös käsittää ympäristöön suunnatut toimenpiteet. Laajimmillaan se käsittää sosiaalipolitiikan eri osa-alueet. (Eriksson 1976a, 33 [1974b, 1976c-]). Hoitotapahtumassa, kun puhutaan hoidon kokonaisnäkemyksestä, on kyse juuri tästä painottaen sitä, mikä implisiittisesti muodostaa koko ajatuksen: ihminen asetetaan keskeiseksi hoidossa.

Erikssonin (1985a, 7) mukaan hoitotieteellinen aikakausi merkitsee sitä, että hoidossa ollaan uudelleen löydetty hoitokeskeinen, ihmiseen suuntautuva kokonaisnäkemys. Hän myös kritisoi sitä, että ao. peruskäsitys on ollut hukassa hoidosta ja että se ei välttämättä sisältyisi tietyntyyppiseen hoitoajatteluun sitä ohjaavana. Kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu myös kulttuuristen merkitysten huomioon ottaminen. Tällä Eriksson (1990c) tarkoittaa mm. sitä, että "hälsans språk är i många fall reducerat till ett tekniskt språk". Hoitajien käyttämän kielen, puheen, jota käytetään hoidettaessa pitäisi olla hoitavaa. Sen tulisi kuvata (refererar) ihmistä ja terveyttä kokonaisena kuten esimerkiksi, että huomiot potilaasta tehdään hänen kielellään. (Eriksson 1990c)

Kokonaisvaltaisen hoitotyön mallin, jotta hoito olisi hoitavaa, tulisi täyttää seuraavat ehdot: 1) Hoito sisältää hoivaamista sen pohjimmaisessa mielessä eli rakkautta, uskoa ja toivoa, 2) siihen kuuluu myös huolehtimista, leikkiä ja/tai oppimista, 3) terveysprosessit lähtevät liikkeelle (yhdistyen tai eriytyen), 4) ihminen kokee tämän liikkeen mielekkäänä ja 5) mielekäs elämys näkyy kehoa, sielua tai mielentilaa koskevana muutoksena tai kasvuna. (Eriksson 1988a) Caritas -ajattelusta korostuu lisäksi miten hoitoprosessia tulisi kehittää, jotta voitaisiin kohdata ihmisen uskonnolliset tarpeet ja halut (Eriksson 1991c). Caritas -idean toteuttaminen on oikeastaan vasta todellista kokonaisvaltaista hoitoa. Hoito tieteenä, teknologiana ja taitona on mahdollista toteuttua vain "i caritativ vård" (ks. Eriksson 1990b).

8.2 Hoidon ja hoitotieteen suhde

Hoidon, hoitamisen ja hoitotieteen välinen suhde on selkeä. Kukaan asiantuntijoista ei pidä hoitamista tieteellisenä toimintana. Erikssonin varhaisemman vaiheen teksteistä löytyy ilmauksia hoitamisen tieteellisyyden vaateesta (esim. Eriksson 1976a; 1985a; 1986d), mutta hän tarkoittaa tällä hoitamisen tieteellistä perustaa, joka monitieteisenä on erotettava hoitotieteestä (Eriksson 1981a, 31;

1982b; 1985c, 29-31 [1983a]; 1986a, 64 [1985d]; 1987a, 71-75 [1987g]; 1988b, 51). Myös paradigman muuttumisen jälkeen Eriksson on sitä mieltä, että hoitotiede muodostaa hoitamisen kaikenkattavan tietopohjan, jonka tiedon haun kohteina ovat caritas -ajatus (Eriksson 1989a, 29-73; 1990d). Tämä pitää kuitenkin sisällään sen huomion, että hoitamista käsittelevä tiede tarkoittaa luontaista hoitoa koskevaa tiedettä (Eriksson 1987a, 80 [1987h]; 1989a, 20 [1987g]), joka on eri asia kuin hoitotiede.

8.3 Hoitotyö ammatillisena toimintana

Hoitotyötä koskevassa keskustelussa asiantuntijat ovat kahdesta näkemyksestä yhtä mieltä. Jotta voidaan puhua hoitotyöstä, niin toiminnan on liityttävä formaaliin terveydenhuoltoon ja ennen kaikkea hoitotyössä ollaan tekemisissä ihmisten kanssa. Molemmat näkemykset ovat kiistattomat, kun hoitotyöstä puhutaan ammatillisena toimintana. Ammatillisuus on itsestään selvä rajaus muilla asiantuntijoilla paitsi Erikssonilla.

Erikssonilla kyse ei ole termien hoitotyö ja hoito suhteesta, sillä ammatillisuuden korostaminen hoidossa sisältyy yhtenä teemana Erikssonin tuotantoon riippumatta siitä millä tavoin hoitaminen terminä ilmaistaan (esim. Erikson 1971; 1990d). Kyse on luontaisen hoidon ja itsehoidon tunnistamisesta teksteissä hoitamisen ei-ammatillisiksi muodoiksi. Näistä puhuminen ei tarkoita, että Eriksson yrittäisi muuttaa hoitotoimintaa harrastelijamaiseksi, so. vähentää hoitotoiminnan ammattimaisuutta (vrt. esim. Krause 1991g). Eriksson tarkoittaa päinvastaista, koska se, että korostetaan ihmisen oikeutta itse päättää asioista, jotka koskevat hänen terveyttään ja elämäänsä, ei merkitse hoitotoiminnan ammattimaisuuden vähentämistä. (Eriksson 1987a, 60-64) Toisin sanoen se, että ammattimainen hoitotoiminta ei hallitse yksityisen ihmisen elämää yhtä laajasti kuin aikaisemmin, on eri asia kuin ammatillisuuden vähentäminen työssä.

Hoitotyö ammatillisena toimintana voidaan laajentaa asiantuntijoiden teksteissä professionaalisuuden suuntaan tai sitä voidaan tarkastella rajatumpana käytännön hoitotyönä, hoitotyön käytäntönä tai hoitokäytäntönä.

Käytännön hoitotyö

Hentinen (1983g) haluaa korostaa ilmaisulla "käytännön hoitotyö" hoitotyön kliinistä luonnetta tarkoittaen työtä, jota tehdään potilaskontakteissa ja mm. vallitsevia hoitokäytäntöjä (myös Hentinen 1984a; 1984c). Kalkkaan teksteissä ilmaisu saa laajan ja kapean merkityksen, joka on analoginen hoitotyön laajalle ja kapealle ymmärrykselle. Ilmaisulla halutaan korostaa toimintaa potilaiden kanssa (Kalkas 1978c, 19; 1979, 4 ja 9; 1980a; 1984g; 1985a, 36; 1985b; 1986c; 1988a; myös Kalkas 1980b; 1987g, 28):"...käytännön hoitotyö on se alue, jossa ammattikunta lunastaa lupauksensa väestölle ja yhteiskunnalle ja sen perusteella voidaan arvioida myös ammattikunnan toiminnan merkitystä ihmisten hyvinvoinnille" (Kalkas 1985a, 67).

Krausen (1991c) tekstissä on edellistä painottuneempi näkemys, kun hän kirjoittaa, että hoitotyön tutkimuksen lähtökohtana on hoitotyön käytäntö ja sieltä saadut kokemukset tai jo olemassaolevan hoitotieteellisen tiedon ja tutkimuksen tulee palvella hoitotyön käytäntöä (myös Krause 1991d; 1983a; 1983b; 1988a).

Toinen merkitys liittyy "käytännön hoitotyön" ymmärtämisenä konkreettisina hoitotoimina, hoitotyön menetelminä, jotka liittyvät välittömään potilashoitoon (Lauri 1985e, 17), so. hoitotyön keinoina (Lauri 1984b; 1985f) tai sairaanhoitajan auttamisstrategioina (Lauri 1986a) tahi hoitotyön interventioina (Lauri 1984a) tahi vaikuttamiskeinoina (Lauri 1988d) mutta myös toimintaan sovellettuna ammatillisena päätöksentekoprosessina (Lauri 1985a; 1985e, 18; vrt. 1985h, 106-108; 1986c, 29-30). Lauri viittaa Kimin esittämään hoitotyön toimintojen jaotteluun, joka on edellä kuvatun suuntainen. Tällöin Lauri nostaa perusteluksi lähtökohdan, että hoitotiede nousee hoitotyön käytännöstä. (Lauri 1987a; 1987c; vrt. Lauri 1988d)

Käytännön hoitotyön ymmärtäminen konkreettisina toimina tarkoittaa Krausen kirjoituksissa termejä kuten hoitotyön keinot (Krause 1987c, 55), hoitotyön auttamiskeinot (Krause 1987c, 55; 1991e), hoitotyön menetelmät ja hoitotyön auttamismenetelmät (Krause 1991e) ja hoitotyön toiminto (Krause 1987c, 68; 1991e). Paunonen (1989c) puhuu auttamisesta, tukemisesta, opettamisesta ja ohjaamisesta. Sinkkosen (1983a; 1983b) puhuu samoista asioista, mutta hän (Sinkkonen 1980b) pohtii näitä toimia jatkumona suhteessa itsenäisyyteen harjoittaa näitä toimia ja suhteessa lääkärin työhön.

Erikssonin "vårdhandling" termi kuvaa näitä molempia tulkintoja (ks. Eriksson 1985c, 81-89; 1986b, 15; 1986c; 1988b, 95-104). Erikssonin suomenkielisissä teksteissä hoitajien tekemästä työstä käytetään ilmausta hoitokäytäntö (esim. Eriksson 1982b; 1985c, 31; 1988b, 5). Toisaalta Eriksson (1987e) antaa ymmärtää, että itse hoitotyö (kapeassa merkityksessä) olisi yhtäkuin hoitotoimenpiteet.

Kalkkaan (1984g) tekstistä löytyy vielä kolmas näkökulma, jossa hän Sarvimäkeen viitaten, kuvailee käytännön toimintaa, jonka tavoitteena on maailman muuttaminen tai säilyttäminen, erotuksena teoreettisesta tiedosta, joka voidaan ilmaista abstraktein termein (myös Kalkas 1987c).

Professionaalinen hoitotyö

Professionaalinen hoitotyö laajentaa hoitotyötermin ymmärrystä koskemaan paitsi edellä esitetyn käytännön hoitotyön, myös hoitotyön koulutuksen, hallinnon ja tutkimuksen (mm. Krause 1991g). Professionaalinen hoitotyö ei tarkoita vain niitä toimia, joita kussakin ammatissa harjoitetaan, vaan sitoutumista "sairaanhoitajan ammatin aatteeseen".

8.4 Hoitotyön ja hoitotieteen suhde

Hoitotyön ja hoitotieteen suhde ei ole yksiselitteinen. Jos hoitotyö ymmärretään ammatillisena toimintana, niin suhde on selkeä. Tällöin hoitotyö edustaa toisaalta sitä mitä hoitotieteessä tutkitaan, toisaalta sitä, missä hoitotieteen tutkimuksen tuloksia voidaan arvioida.

Hoitotyön ymmärtäminen professionaalisena tuo mukanaan kolme seikkaa. Ensinnäkin tutkimuksen kenttä laajenee analogiana WHO:n määrittelemälle hoitotyön tutkimuksen kohteille. Tällöin tutkimuksen kohteena on perustellusti paitsi käytännön hoitotyö, myös koulutus, hallinto ja alan yliopistomaailma. Toisena edellä esille tullut ajatus professionaalisen ja tieteellisen tutkimuksen yhtäläisyydestä, mutta erilaisuudesta. Kolmas seikka liittyy havaintoon, että professionaalinen tutkimus ei tutki "akateemisia" kysymyksiä, josta muodostuu hoitotieteen ala.

Vaikka Eriksson (1984f) mainitseekin edustavansa professionaalista linjaa [vastakohtana "status quo" linjaukselle], hän jyrkästi sanoutuu irti esitetystä professionaalisuudesta. Hänen mukaansa se edustaa kapeaa ns. nursing -ajattelua, jossa mm. sivuutetaan tieteenfilosofiset kysymykset tutkimusta ohjaavina, jolloin metodien käyttö riittää tutkimusnimikkeeseen (ks. Eriksson 1991a). Kalkas sanoo edustavansa hoitotieteessä nursing -ajattelua, mutta hänen näkemyksensä ovat yhtä kaukana Erikssonin esittämästä tulkinnasta kuin esitetystä professionaalisesta näkökulmasta.

8.5 Hoito-oppi hoitotieteellisen kiinnostuksen kohteena

Erikssonin (1981a) lähtökohtana on ajatus, että hoitotieto muodostuu sekä hoito-opista että hoitotieteestä, jotka ovat suhteessa toisiinsa ja suhteessa "vårdterritoriet" ja molemmissa tapauksissa molemminpuolisesti (myös Eriksson 1981a, 31; 1985c, 29-30 [1983a]; 1988b, 48-49 [1986e]). Hoito-opin sisältö on suurimmaksi osaksi muovautunut perinteestä ja se on saanut vaikutteita eri tieteistä siinä vaiheessa, kun sairaanhoitajat alkoivat saada teoreettista opetusta eri tieteiden alalta. Tämä on johtanut siihen, että hoito-opin sisältö on hyvin kirjava. Siinä painotetaan hoidon tavoitteita ja se pyrkii käytännön hyötyyn: se on luonteeltaan teknologinen. (Eriksson 1985c, 31-32 [1983a]; 1988b, 50 [1986e])

Erikssonin mukaan hoito-oppi on jaettavissa teoriaan ja käytäntöön. Teoria voi olla erilaista luonteeltaan. (Eriksson 1981a, 31; 1985c, 29 [1983a]; 1988b, 50 [1986e]) Hoitotoiminnalle asetettuja normeja ja sääntöjä kutsutaan usein hoitokirjallisuudessa käytännöllisiksi hoitoteorioiksi (praktiska vårdteorier; nursing practice theory = sjukvårdsläran; Eriksson 1981a, 30). Nimike on kuitenkin harhaan johtava, koska se ei tarkoita teoriaa tieteellisessä mielessä ja sen sijaan tulisi puhua hoito-ohjelmista. Hoito-opin teoreettisena intressinä (Eriksson 1988c, 29) on siten kehittää erilaisia hoito-ohjelmia: antaa ohjausvaihtoehtoja käytännön työhön (Eriksson 1986a, 71 [1987g]).

Hoito-oppi on normatiivista ja se kertoo miten hoitoa pitäisi toteuttaa (Eriksson 1982c; 1983c; myös Kalkas 1987a; 1987d). Sen käytännöllisenä intressinä on kokeilla hoito-ohjelmia hoitotoiminnassa ja arvioida niiden tehokkuutta (Eriksson 1985c, 31 [1983a]; 1988b, 50 [1986e]). Sen tavoitteena on kehittää varsinaisia hoitotoimia (Eriksson 1986a, 71 [1987g]). Se siis osoittaa, miten hoitotieteen tuloksia voidaan ja tulee soveltaa käytännön hoitotyössä (Eriksson 1985a, 16). Se on suuntautunut kehittämiseen ja muutokseen (Eriksson 1988c, 29). Tällä perusteella hoito-opin sisältö on monipuolisempi kuin hoitotieteen (Eriksson 1985a, 16).

Hoidon tasojen (mm. Eriksson 1986a, 67-68 [1987g]) mukaan hoitotieteen ja hoito-opin suhde on sama kuin teoreettisen ja teknologisen tason välinen suhde, toisin sanoen tosiasia tiedot vs. tietää miten. Eri hoito-opit muodostavat erityisalueen sovelletun hoitotieteen sisällä. Sillä on myös oma rajattu tutkimusintressinsä, joka ylittää hoitotieteen yleisen tutkimusintressin. Se tutkii erilaisia muutosstrategioita. (Eriksson 1988c, 29)

Sinkkosen (1982d) mukaan opin tasolla oleva oppiaine muodostuu kolmen tyyppisestä tiedosta: 1) muiden tutkimus- ja tieteenalojen tarjoamista tiedoista, 2) käytännön kokemuksen, ammattiperinteen tuottamista tiedoista ja 3) uskomuksista. Uuden tiedon systemaattisen kehittämisen suhteen opin tasolla olevat oppiaineet ovat epäitsenäisiä. Ne ovat muiden tutkimusalojen tuottamien tietojen ja kehittämien teorioiden armoilla. Opin ja tieteen välinen tärkein ero onkin juuri tutkimuksen syntyminen ja olemassaolo. Opin tasolla olevista oppiaineista kehittyy tiede järjestelmällisen tutkimuksen avulla. (Sinkkonen 1982a; myös Sinkkonen 1980d) Tässä mielessä hoitotieteen ja hoito-oppien välinen jako on selkeä.

Hentinen (1989c) lähtee siitä, että sairaanhoitajakoulutuksen pääaine hoito-oppi perustuu hoitotieteeseen (Hentinen 1989c), mutta sairaanhoitajakoulutus on tieteellisestä teoriapohjastaan (Hentinen 1989d) huolimatta ammatillinen tutkinto. "Tällöin tieteellisyydellä ei tarkoiteta tieteellisen tiedon tuottamiseen tähtäävää koulutusta, vaan koulutusta, joka painottaa tieteellisen tiedon hyväksikäyttöä, tieteellisen ajattelutavan oppimista ja ajantasalla pysymistä" (Hentinen 1989c).

Erikssonin mukaan hoitoalan koulutuksen on koulutettava hoitotieteen harjoittajia (Eriksson 1984i; 1985c, 42 [1983a, 38]; 1988b, 51). Siksi hän kokee välttämättömänä kehittää opetussuunnitelmaa, joka perustuu hoitotieteelliseen ajatteluun, eikä lääketieteeseen (Eriksson 1980a). Hän puhuu hoitotiedekeskeisestä (Eriksson 1985c, 115; 1988b, 117; vårdvetenskapscentrerad; Eriksson 1981a, 192-193; 1982c; 1983a, 102) tai hoitokeskeisestä (Eriksson 1984a; 1984e; 1986a, 82-83; vårdkunskapscentrerad; Eriksson 1985d, 80-90) opetussuunnitelmasta. Tällä hän tarkoittaa, että koulutustasosta riippuu mitä - hoitotiedettä, hoito-opin teoriaa tai käytäntöä - tulee opetuksessa painottaa (Eriksson 1986a, 71 [1985d]; myös Eriksson 1985c, 115 [1983a]; 1988b, 117).

Tässä on kyse sen havaitsemisesta, että hoitamista koskeva tieto on Erikssonin (1986a) mukaan samanlaista riippumatta siitä, millä tasolla koulutus tapahtuu. Sen jäsentelyssä ja eriytymisasteessa on eroja koulutustason tavoitteisiin liittyen. (Eriksson 1986a, 75 [1985d]). Kun hoito on tiedettä, teknologiaa ja taitoa, ja kouluasteella painottuu ammatillinen jäsentely, niin tämä tarkoittaa, että koulutuksessa korostuvat hoito-opit ja hoitotaito. Opistoasteella tulevat mukaan kaikki kolme aluetta, painotuksen ollessa kuitenkin kahdessa viimemainitussa. Yliopistotasolla opetuksessa painottuu erityisesti tieteellinen taso. (Eriksson 1986a, 75 [1985d]; 1988b, 53 [1986e]).

Tästä asiasta Lauri (1991a) näyttää olevan Erikssonin kanssa periaatteessa samaa mieltä, joskin hän kritisoi voimakkaasti toteutettua hoitotyön koulutusta (ks. 1983a; 1983f; 1983i; 1985c; 1986a). Koulutustasosta riippumatta koulutuksessa käsitellään samoja asioita, mutta Lauri painottaa, että käsittelyn tarkoitus poikkeaa eri tasoilla. Ammatillisessa koulutuksessa tietoalueita pohditaan ennenkaikkea pitäen silmällä hoidon käytäntöä eli muodostuvaa ammattitaitoa. Tieteellisessä

koulutuksessa oppiminen on puolestaan tietoalueiden kriittistä analyysia, tutkimusta ja kehittämistä.

Krause (1985a) puhuu sairaanhoitajakoulutuksen pääaineesta keski- ja korkea-asteen koulutuksessa. Korkea-asteen koulutuksella hän viittaa Helsingin yliopistoon, johon sairaanhoitajakunta on lahjoittanut oman tieteenalansa professuurin. Koska Sairaanhoitajaliitto on laatinut kriteerit hoitotyön koulutusta varten, niin "nämä [kaksi] kriteerit korostavat sitä ammatillisuuteen kuuluvaa seikkaa, että sairaanhoitajien tiedot ja taidot vastaavat terveydenhuollon kehitystä ja että opetettava pääaine, hoito-oppi (nursing science) jatkuu samalta pohjalta koko keskiasteen koulutuksen ja yliopistokoulutuksen ajan." Toisaalta hän puhuu pääaineena myös hoitotyöstä [yksinään] sekä hoitotyöstä ja hoitotieteestä [yhdessä]. Keski- ja korkea-asteen koulutuksilla on yhteisestä pääaineesta huolimatta eri tavoitteet. (ks. Krause 1985b; 1985c; 1988a)

Yliopistollisen koulutuksen pääaineesta Kalkas (1983a) käyttää ensin nimitystä terveyden- ja sairaanhoito (Kalkas 1983a, 48), joka kielenkäytössä muuttuu terveyden- ja sairaanhoito-opiksi (Kalkas 1984a). Kalkas (1984g) esittää, että sairaanhoitajakoulutuksen pääaine siirtyi terveydenhuollonkandidaattikoulutuksen aloittamisen yhteydessä yliopistolliseksi oppiaineeksi. Vasta tästä seurasi tietoaineksen tieteellistämispyrkimys. (Kalkas 1984g) Vuonna 1985 Kalkas (1985b) puhuu hoitotieteestä pääaineena neljässä yliopistossa ja hoito-opista Helsingin yliopistossa. Tämän jälkeen yliopistollisen opetuksen pääaineena hän käyttää hoitotiedettä (ks. Kalkas 1987c; 1990a).

8.6 Hoito-opin ja hoitotieteen suhde

Kun hoito-oppi on pääaineena koulutuksessa, jossa opetellaan hoitamista, niin väite, että hoito-oppi perustuu hoitotieteeseen, on ongelmallinen. Koska hoito-oppi on monitieteinen, mutta normatiivinen, niin se on jo lähtökohdissaan jotain enemmän, mutta rajatumpaa kuin hoitotiede. "Olla jotain enemmän" ei tarkoita uuden hoitotieteellisen tiedon kehittämisen merkityksessä, eikä se tarkoittane Erikssonin esittämää kehittämis- ja muutos suuntautuneisuutta yksiselitteisesti, kuten hoitotieteelliset toimintatutkimukset osoittavat. Eriksson on sitä mieltä, että hoito-oppi ja hoitotiede ovat eri asiat, mutta suhteessa toisiinsa. Toisaalta se, että Eriksson ei näe hoitotieteessä kehittämis- ja muutossuuntautuneisuutta, liittyy ajatukseen tarkastella hoitotieteen ja hoito-opin suhdetta hoidon tasojen kautta.

Ajatus, että oppiaineesta (tiedon taso merkityksessä) kehittyy tiede on ymmärrettävissä Kalkkaan tietoaineksen tieteellistämispyrkimyksen kautta, jolloin kyse on oppiaineen tietoisesta kehittämisestä järjestelmällisen tutkimuksen avulla.

Erikssonin ajatus hoitotieteen harjoittajista hoito-opin pohjalta on ongelmallinen erityisesti, kun hän painottaa, että "tieteellisessä mielessä" on oma sisältöinen. Hän tarkoittanee, että hoitoalan koulutuksen on koulutettava hoitoa koskevan tiedon käyttäjiä, koska hoitamista koskeva tieto on samanlaista riippumatta koulutustasosta, ja jos hoitotieto muodostuu hoito-opista ja hoitotieteestä, niin hoito-opin pohjalta ei voi ilman tieteellistämispyrkimystä tulla hoitotieteen harjoittajaa. Ellei hän tarkoita hoitotieteen harjoittajalla tieteellisen tiedon käyttä-

jää. Periaatteessa Eriksson, Hentinen ja Lauri ovat samaa mieltä sairaanhoitajakoulutuksen päämääristä suhteessa tieteelliseen koulutukseen: Tieteellinen osaaminen on tieteellisen koulutuksen asia.

Myös Krausen näkökulmassa hoito-oppi muodostuu ongelmalliseksi. Hän kertoo, että yliopistokoulutuksesta hoito-oppi tai hoitotyö pääaineenaan valmistuisi alan asiantuntijoita käytäntöön, hallintoon ja koulutukseen (Krause 1985a). Tällöin hoitotieteelle jää "akateeminen" koulutus. Krausen artikkeli antaa myös ymmärtää, että tuolloin [1985] yliopistollisen oppiaineen nimenä hoito-oppi olisi ollut jopa toivottava.

9 HOITOTIEDETTÄ KOSKEVAA KESKUSTELUA 90-LUVULLA

Tässä luvussa laajennan tarkastelukulmaani hoitotiedekeskustelusta hoitotiedettä koskevaan keskusteluun. En lähesty systemaattisesti 90-luvulla käytyä hoitotieteellistä keskustelua, vaan tarkastelen hoitotiedekeskustelun pohjalta eräitä viiden viime vuoden aikana esillä olleita teemoja. Teen yleisluonnehdintaa siitä, miten historia on mukana nykyisessä tilanteessa. Tässä tarkastelussa en keskity suoraan terminologisiin ongelmiin, vaikka ne eivät 90-luvulla ole vähentyneet. Tarkastelun painopisteet ovat hoitotieteen kasvussa ja yrityksissä murtaa keskustelemattomuus. Menneisyys on mukana myös erilaisissa näkemyksissä siitä, mitä hoitotiede on, ja 90-luvulla käydyssä paradigmakeskustelussa. Lisäksi kuvaan millaiselta suomalainen hoitotieteellinen tutkimus näyttää 90-luvulla. Siinä on vahvasti mukana asiantuntijoiden 80-luvulla korostama metodologinen pluralismi.

9.1 Määrällinen kasvu, laadullinen muutos

Suomessa 90-luvulla hoitotieteen alaan kuuluvien julkaisujen määrällinen kokonaiskehitys on ollut jyrkästi kasvava. Varsinaisten tieteellisten artikkelien keskeiseksi julkaisufoorumiksi on muotoutunut Hoitotiede -lehti heti sen perustamisen vuoden 1989 jälkeen. Vuoden 1996 loppuun mennessä siinä on ilmestynyt 136 artikkelia, joista 105 on empiiristen tutkimusten raportteja ja 31 teoreettis-käsitteellisiä tms. artikkeleita.

Ammatilliset lehdet mm. Sairaanhoitaja, Terveydenhoitaja ja Ylihoitajalehti ovat säilyttäneet asemaansa keskustelufoorumeina. Mainitut lehdet julkaisevat artikkeleita ja tutkimuksia, mutta niiden periaatteellinen näkemys on ammatillinen. Varsinainen laadullinen ero Hoitotiede -lehteen muodostuu siinä, että se on ainoa suomalainen tieteellisiin asiantuntija-arviointeihin perustuva julkaisu. Sairaanhoitaja -lehti luokittelee itse eräitä artikkeleitaan ns. referee -artikkeleiksi.

Kaksi muuta eivät tätä tee, mutta alan professorikunta julkaisee Ylihoitajalehdessä varsin usein artikkeleitaan.

Suomalaiset hoitotieteilijät ovat niinikään lisääntyvässä määrin löytäneet kansainväliset julkaisut kuten pohjoismaiset "Vård i Norden" ja "Scandinavian Journal of Caring Sciences". Englantilainen julkaisu "Journal of Advanced Nursing" vaikuttaa olevan 90-luvulla suomalaisten keskeisin kansainvälinen julkaisufoorumi.

Myös hoitotieteellisiksi luokitellun suomalaisen kirjallisuuden tulva 90-luvulla on ollut huomattava, vaikkakin merkittävä osa siitä on tarkoitettu oppikirjoiksi. Määrää ovat lisänneet englantilaisten ja pohjois-amerikkalaisten kirjojen käännökset. Tähän tulvaan on liittynyt myös lieveilmiöitä, joita tämän tutkimuksen alussa esille ottamani Paunosen (1996) huomautus kuvaa hyvin: "...kaikkea hoitotyöhön liittyvää toimintaa tunnutaan nimitettävän tällä hetkellä hoitotieteeksi" (ks. myös Paunonen 1997). Toisaalta hoitotieteen laitokset ovat aloittaneet painattaa omia julkaisusarjojaan niin, että esimerkiksi vuonna 1992 ne tuottivat yhteensä yli 100 julkaisua (Hentinen 1992a). Hoitotieteellisen keskustelun kannalta erityistä huomiota herättää vuonna 1993 aloitettu "Hoitotyön vuosikirja" -sarja: "... Hoitotyön Vuosikirjaan 1994 [on] pyydetty professoreita kirjoittamaan tieteenalastaan (Krause 1993a).

Kasvun taustalla on eittämättä hoitotieteellisen koulutuksen vakiintuminen ja siihen liittyen alan opinnäytteiden määrän raju kasvu. Vuoteen 1995 mennessä hoitotieteessä on tehty 27 väitöskirjaa ja 77 lisensiaattityötä (Leino-Kilpi & Suominen 1977; vrt Eriksson 1996a) sekä yli tuhat pro gradu-tasoista opinnäytettä. Hoitotieteen kannalta ongelma on siinä, että vielä merkittävä osa alan julkaistuista tutkimuksista on alunperin opinnäytteitä.

Määrälliseen kasvuun on liittynyt myös laadullisia muutoksia, jotka eivät aina ole olleet positiiviseen suuntaan. Tähän ongelmaan mm. Paunonen (1996; ks. edellä) viittaa lausunnossaan. Jo se, että on tullut oma tieteellinen julkaisufoorumi ja että kansainvälisiä tieteellisiä julkaisuja on alettu käyttää, ovat sinällään omiaan nostamaan hoitotieteellisen keskustelun tieteellistä laatua. Toisaalta Hoitotiedelehteen tarjottujen artikkelien taso on selvästi noussut (Hentinen 1994). Kaikkiaan laadullisessa muutoksessa on kyse siitä, että hoitotieteellisen keskustelun painopiste on siirtynyt tieteellisille foorumeille ammatillisten julkaisujen sijaan.

Lukuisiin uusiin oppikirjoihin sisältyy moninaisuuteen sisäänrakennettu mahdollisuus laadulliseen muutokseen. Kun 80-luvulla hoitotieteen oppikirjat olivat joko Erikssonin tekemiä tai Sinkkosen toimittama Hoitotiede 1, niin 90-luvulla mukana on lisäksi mm. Krause & Salo (1992), Lauri & Elomaa (1995), Sarvimäki & Stenbock-Hult (1996), metodikirjoina Eriksson (1991a; 1992c) ja Krause & Kiikkala (1996) tai yleisempää teoreettista pohdintaa edustava Munnukan & Kiikkalan (1996) toimittama kirja. Hoito-opin kirjallisuus, jolla tarkoitan terveydenhuolto-oppilaitosten hoitotaidon oppikirjoja (ks. Veteläsuo 1967: Sairaanhoito-oppi), on selkeämmin eriytynyt omaksi lajikseen. Määrään sisältyy mahdollisuus huomata erilaisuus ja pohtia erilaisuuden perusteita. Hoitotieteen kannalta tärkeää on, että näissä kirjoissa tarkastellaan hoitotieteen tiedeluonnetta. Kaikkiaan hoitotieteen tiedeluonnetta on alettu pohtia tiedeartikkeleissa laajemminkin esimerkiksi Kiikkala (1992), Kiikkala & Munnukka (1994a).

9.2 Jatkuuko keskustelemattomuus?

Siitä, että Hoitotiede -lehti on keskeisin alan tieteellinen julkaisu, voidaan olettaa, että lehden päätoimittajan palstalta löytyvät myös alan keskeiset keskustelun aiheet. Vuosien 1992-1996 aikana julkaistuissa 25:ssä päätoimittajan palstan artikkelissa on noin puolessa tarkasteltu hoitotieteellistä tutkimusta, joka viidennessä hoitotieteellistä tietoa, kolmessa kansainvälisyyttä ja kolmessa ammattikorkeakoulujen mukanaan tuomia haasteita tieteelliselle koulutukselle. Lisäksi on ollut useita yksittäisiä aiheita esimerkiksi tutkijakoulutuksen kehittäminen tai yliopistojen tuloksellisuus jne.

Päätoimittajat ovat saaneet olla aika yksinään ajatuksineen kuten Maija Hentinen, joka yritti avata keskustelua hoitotieteellisen tutkimuksen suunnasta kevättalvella 1992 (ks. Hentinen 1992b). Hän yritti avausta toistamiseen keväällä 1993 (ks. Hentinen 1993a). Hän yritti uudelleen provosoivampaa avausta talvella 1993 (ks. Hentinen 1993b) ja totesi viimeisessä päätoimittajan palstassaan, että kriittistä dialogia ei ole kovin paljon saatu aikaan (Hentinen 1994). Hän lisää, että samaa ongelmaa oli pohdittu jo kymmenen vuotta varhemmin Sairaanhoidon vuosikirjan esipuheessa.

Yleisesti hoitotieteellisen keskustelun kannalta tilanne ei ole ihan näin surullinen, koska mm. Hoitotiede -lehdessä julkaistu "Keskustelua" on ollut varsin suosittu. Se on muodostunut selvistä puheenvuoroista sisältäen kriittistäkin argumentointia. Palstan erityinen ansio liittyy sen keskustelunomaiseen luonteeseen, jolloin keskusteluun osallistujat ovat joutuneet tarkentamaan kantojaan. Toisaalta esimerkiksi Hoitotiede -lehdessä alkanut dialogia koskeva keskustelu levisi mm. Ylihoitajalehteen (ks. Huhtinen 1996). En kuitenkaan olisi yhtymässä Kiikkalan & Munnukan (1996) arvioon, että kriittinen keskustelu on vilkasta.

On vielä ehkä liian varhaista arvioida, miten yliopistollinen koulutus on onnistunut eräässä keskeisessä tehtävässään eli keskustelun kirjallisen perinteen luomisessa (ks. Sinkkosen 1991), mutta jo keskustelun viriäminen voidaan olettaa koulutuksen ansioksi.

9.3 Erilaisia näkemyksiä hoitotieteestä

Tarkastelen tässä neljää selkeästi erilaista näkemystä hoitotieteeseen sekä sitä, että onko hoitotiede käsitteenä vakiintunut. Erilaiset näkemykset tulivat esille jo aiemmassa tarkastelussa, mutta tässä kuvailu liikkuu viiden viime vuoden keskustelussa.

9.3.1 Terveen- ja sairaanhoito

Kalkas ehdotti omalle nursing -näkemykselleen suomenkielistä nimitystä terveen- ja sairaanhoito. Parvinen ym. (1992) käyttävät samaa termiä kirjassaan "Johdonmukainen terveen- ja sairaanhoito". Kirjan tekijöille ilmaisu tarkoittaa synonyymiä käsitteelle hoitotyö, kun sillä tarkoitetaan yhteiskunnallista tehtävää, joka

perinteisesti on kuulunut terveyden- ja sairaanhoitajille. Nimitys kuvaa paremmin työn sisältöä ja erottaa sen selkeämmin esimerkiksi lääkintävoimistelijan työstä kuin termi hoitotyö. (Parvinen 1992, 5) Tässä mielessä Kalkkaan ehdotus hoitotieteen erään alan nimeksi ei ole saanut kannatusta.

Kalkas (1996a) ilmaisee jatkavansa omaa projektiaan mm. terveydenhuollon filosofisen ihmiskäsityksen tiedostamista ja nykyisten ongelmakeskeisten hoitokäytäntöjen kritiikkiä, jossa erilaisten ihmisten hyvinvoinnista huolehtimisesta nousee yksi hoitotieteen omaleimaisimmista tutkimusintresseistä ja tutkimuskohteen määrittely-yrityksistä. Tässä mielessä terveen- ja sairaanhoidon idea hoitotieteen eräänä alueena ei ole kadonnut.

9.3.2 Teoreettinen hoitotyö

Krause & Salo (1992) nostavat esille kysymyksen, että tuleeko käytännön toiminta ja sitä tutkiva tiede erottaa terminologisesti toisistaan. Perusteluina he ottavat esille mm. sellaisia ammatillisia tieteitä kuten psykologia ja lääketiede, joissa tieteellä ja käytännöllä on sama nimi. Osittain samanlainen kehitys on havaittavissa myös englanninkielisessä hoitotyön kirjallisuudessa. He huomattavat, että mm. Meleis käyttää käsitettä "theoretical nursing", jossa käytännön toiminta ja tieteellinen tieto on yhdistetty. Sairaanhoitajan ainutlaatuisen profession toiminnasta käytetään sanaa hoitotyö (nursing). Sen omaleimaisen tieteellisen tietoperustan muodostaa hoitotiede (nursing science). (Krause & Salo 1992, 23) Mm. näiltä pohjin he käyttävät kirjansa nimenä "teoreettinen hoitotyö", joka tarkoittaa sitä, että "kiinnitetään huomiota hoitotyöhön ja sitä tutkivaan tieteeseen sekä näiden kahden väliseen välttämättömään yhteyteen" (Krause & Salo 1992, 7).

Krausen & Salon (1992) kirja on selkeää jatkoa Krausen professionaalinen hoitotyö -näkökulmalle (ks. myös Krause & Kiikkala 1992; Krause 1993b; 1994a) edustaen erästä hoitotieteen alaa. He tekevät yhteenvedon, että "suomalainen hoitotyön eteneminen teoreettisen hoitotyön suuntaan ja tieteenalan kehittyminen on seuraillut kansainvälistä kehitystä" (Krause & Salo 1992, 57).

9.3.3 Teemana kärsimys

Erikssonin (1994) mukaan hoitotiede, hoitotyö ja hoitaminen ovat identiteettikriisissä. Hän tarkoittaa tällä sitä, että samanaikaisesti kun hoitotieteellinen tieto ja sen saatavuus on lisääntynyt, niin on havaittavissa hyvän potilashoidon heikkeneminen; hoitokärsimys on lisääntynyt (Eriksson 1993b; 1996c). Ongelma on Erikssonin (1993a) mukaan siinä, että hoidossa ollaan etäännytty potilaan luota. Potilaan kokemus omasta kärsimyksestään, puutteellisesta terveydestään ja/tai sairaudestaan muodostaa kliinisen hoitotieteen paradigman perustan. (myös Eriksson 1995c)

Eriksson (1992a) on jatkanut kirjoittamista kärsimyksen teemasta. Hänen mukaansa hoitotieteestä (caring science) on puuttunut sille luonteenomainen identiteetti. Jos hoitotiede halutaan nähdä tieteenalana, joka on ankkuroitunut omaan erityiseen traditioonsa ja filosofiaan, niin Erikssonin mukaan lähtökohtana

on oltava kärsimys. (myös Eriksson 1993b; 1994; 1995c; 1996c) Hänen etiikkaa koskevissa pohdinnoissaan caritatiivisen rakkauden näkökulman vaikutus on huomattava (esim. Eriksson 1992b; 1995b; 1996b).

Se, että Erikson puhuu yhtäaikaa kärsimyksestä hoitotieteen lähtökohtana ja kliinisestä hoitotieteestä, on ymmärrettävissä hänen hoitotiedejaotuksensa kautta. Hoitotiede on jaettavissa systemaattiseen ja kliiniseen hoitotieteeseen (Eriksson 1993a) eli integroituun tai kontekstuaaliseen hoitotieteeseen (Eriksson 1996a; vrt Eriksson 1993a). Tällöin kliininen hoitotiede on ymmärrettävissä integroiduksi osaksi hoitotiedettä, jonka lähtökohtana on kärsimys ja jonka ongelmanasettelu on hoitotoiminnassa. Kliinisellä hoitotieteellä Eriksson vastaa filosofisen spekulaation haasteeseen hoitotieteessä.

9.3.4 Hoitotiede Laurin teksteissä

Laurin & Elomaan (1995) kirjassa tulee esille Sirkka Laurin näkemys hoitotieteestä, jota Lauri (1996) tarkentaa sanoen hoitotieteen keskeisenä tehtävänä olevan tutkitun tiedon tuottamisen, ei pelkästään käytäntöä varten vaan ensisijaisesti tieteen edelleen kehittämistä varten. Lauri puhuu hoitamisesta laajana käsitteenä, josta osa on ammatillista toimintaa, mutta sitä toteuttavat useat ammattiryhmät. Tätä kautta hän ei näe hoitotieteellisen tutkimuksen liittyvän kiinteästi pelkästään jonkun yksittäisen ammattiryhmän pyrkimyksiin ja toimintaan. (Lauri 1996) Hän korostaa hoitotieteen tutkimuskohteena olevan ihmisen hoitaminen terveenä ja sairaana sekä hänen selviytymisensä elämän erilaisista muutosvaiheista (Lauri & Elomaa, 1995, 65-66; Lauri 1996; myös Lauri & Leino-Kilpi 1993).

Lauri (1996) tuo esille, että hoitotieteellä ja lääketieteellä on sama tutkimuskohde. Hänen mukaansa hoitotiede esittää uusia ja erilaisia tutkimuskysymyksiä samoista tutkimuskohteista potilaan kliinisessä hoidossa. Tällöin hoitotieteellinen tutkimus tuo hoitamiseen erilaisia näkökulmia. Lisäksi Laurilla & Elomaalla (1995) tulee painottuneesti esille käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteellinen sekä ihmistieteellinen ja terveystieteellinen orientaatio hoitotieteen pohjana.

Toisaalla Lauri on jatkanut sairaanhoitajien ja erityisesti terveydenhoitajien päätöksenteon tutkimusta (ks. Lauri 1993; 1994; Lauri & Härmälä 1993; Lauri & Haapa 1994; Lauri & Salanterä 1995). Mm. Lauri & Haapa (1994) jatkavat Laurin jo varhemmin aloittamaa systemaattisen päätöksenteon kritiikkiä (myös Lauri 1993). He puhuvat kokonaisvaltaisesta päätöksentekomallista, jossa lähdetään etenemään kokonaistilanteesta ja vasta sen jälkeen arvioidaan yksittäisiä osa-alueita.

9.3.5 Fenomenologinen näkökulma

Näkökulmia laajentavia näkemyksiä hoitotieteen olemuksesta ovat esittäneet mm. Kiikkala & Munnukka (1994a) ja Heikkinen & Laine (1997). Molemmissa on aito kiinnostus ihmiseen kokonaisena ontologisessa mielessä. He käyttävät samoja lähteitä, mutta käytettyjen lähteiden painotuserot ovat huomattavat. Kun Kiikkala & Munnukka (1994a) painottavat lähteinä kiistanalaisia hoitotieteen auktoriteet-

teja (esim. Parse R. ja Roger M.), niin Heikkisen & Laineen (1997) painotus on selkeästi fenomenologis-hermeneuttisessa filosofiassa. Viimeksi mainitun kirjan tekijöistä Heikkinen edustaa hoitotiedettä.

Heikkisen & Laineen (1997) lähtökohtana on fenomenologinen kritiikki dualistista ihmiskäsitystä kohtaan. He lähestyvät hoitotieteen problematiikkaa kohtaamisen ongelmasta dialogina, kehollisuutena ja eheytenä perustuen fenomenologiseen filosofiaan. Tästä näkökulmasta hoitotieteellisen tutkimuksen pyrkimys on ymmärtää inhimillisen kokemuksen merkitystä. Kalkkaan nykyistä näkökulmaa hoitotieteeseen voidaan pitää tämän suuntaisena.

9.3.6 Onko hoitotiede käsitteenä vakiintunut?

Leino-Kilpi & Suominen (1997) toteavat artikkelissaan, että "tarkastelun ajankohtana [1982-1995] hoitotiede -käsite näyttää vakiintuneen". Tilannetta ei voida yksiselitteisesti pitää tällaisena, vaikka hoitotiede -termi on vakiintunut suomalaiseen kielenkäyttöön se ei välttämättä tarkoita, että se olisi käsitteenä vakiintunut. Artikkeli oikeastaan jo itse kertoo tämän, kun siinä viitataan Kalkkaan terveyden- ja sairaanhoitotieteeseen (nursing science), mutta ensinnäkin Kalkkaan määrittämät sitoumukset ja toiseksi Kalkkaan terminologia ohitetaan merkityksettömänä.

"Käsitteenä ei-vakiintunut" tarkoittaa tässä työssä esille tullutta ajatusta hoitotieteen useasta luonteesta ja esimerkiksi Kalkkaan (1994a) Hoitotiede -lehdessä ollutta pohdintaa nursing -termin käännöksestä Marriner-Tomeyn kirjan suomennoksessa (ks. myös Kalkas 1994b). Myös ensimmäisen Hoitotyön Vuosikirjan esipuheessa Willman (1992) tuo esille näkemyksenä, että "hoitotyön yhteinen peruskäsitteistö on yhä keskeneräinen, mikä heijastunee tämän vuosikirjan artikkeleissa." Vuosikirjojen artikkelien pohjalta ei kykene päättelemään yksiselitteisesti, mitä hoitotyö tarkoittaa tässä yhteydessä.

Kalkkaan (1994a) mukaan hoitotiede ei ole käsitteellisesti vakiintunut myöskään kansainvälisesti: "...nursing tieteen suomalainen, ruotsalainen ja englantilainen terminologia on tällä hetkellä kaikkea muuta kuin selkeä". Kalkkaan (1994b) mielestä tilanne ei ole yksinkertaisempi "caring"-sanankaan kohdalla. Myös muut ovat kiinnittäneet tähän huomiota mm. Krause (1992; 1994), Kiikkala & Munnukka (1994a; 1994b).

Tämä osoittaa suomalaisen hoitotieteen tarkastelun "nursing-caring" polarisaationa (mm. Krause 1993a; Lauri & Elomaa 1995, 50-51; Eriksson 1995a) enemmänkin ongelmia lisäävänä kuin tilannetta selventävänä. Toisaalta Kalkkaan (1994a; 1994b) artikkelit osoittavat, että Suomessa keskustellaan hoitotieteestä ja sen terminologiasta, mutta tämä keskustelu käydään jossain muualla kuin julkaisujen sivuilla, koska Kalkkaan (1994a) artikkelin lähtökohtana olevaa keskustelua ei löydy dokumenteista.

9.4 Paradigmakeskustelun jatko

Jolkkonen (1996) kritisoi Laurin & Elomaan (1995) kirjan yksiköllistä termiä paradigma. Hänen mielestään hoitotieteessä on kyse useista erilaisista paradigmoista, koska mm. käsitteellisten mallien lähtökohdat ovat erilaiset, mikä myös tulee esille Laurin & Elomaan (1995, 81-86) kirjassa. Jolkkonen näkee yksiköllisessä paradigma -termissä kolme päämäärää: se pyrkii antamaan kuvan yhtenäiselle perustalle pohjautuvasta hoitotieteestä, palvelee saman suuntaisia pedagogisia päämääriä ja on tutkimusintressien perustelu.

Kalkas (1996a) vastaa tähän toteamalla, että ihmisen olemisen filosofisesta analyysistä lähtevä tutkimus tuo välttämättä moniparadigmaattisuuden hoitotieteeseen. Lauri (1996) on myös moniparadigmaattisuuden kannalla, mutta sanoo heidän käyttäneen kirjassaan yksiköllistä paradigma -termiä hoitotieteen kansainvälisen käytännön mukaan.

Laurin esittämä perustelu on hoitotieteessä käydyn paradigmakeskustelun tunnistamisen kannalta tärkeä, sillä niin Lauri & Elomaa (1995, 46-47), Krause & Salo (1992, 42-43 ja 91-94) kuin Krause & Kiikkala (1996, 12-13) käyttävät paradigmasta puhuessaan lähtökohtana Kuhnin paradigmakäsitettä, joka on yksiköllinen. Tieteen paradigma määrittelee tieteenalan luonteen, tutkimuskohteen ja keskeiset käsitteet (Lauri & Elomaa 1995, 63; myös Krause & Salo 1992, 91-92)

Krause & Salo (1992) laajentavat tarkastelua Fawcettin tulkintaan Kuhnin metaparadigmasta, ja määrittelevät ihmisen, ympäristön, terveyden ja hoitotyön metaparadigman käsitteiksi. Näitä nimitetään myös hoitotieteen keskeisiksi käsitteiksi tai hoitotyön keskeisiksi käsitteiksi, mutta he ottavat esille useita mahdollisuuksia määritellä ne myös toisin. (Krause & Salo 1992, 87-91 ja 104-134; myös Krause 1992) Myös Lauri & Elomaa (1995, 63) puhuvat hoitotieteen keskeisistä käsitteistä viitaten mainittuihin neljään käsitteeseen. Krause & Salo (1992, 92) toteavatkin Tribodeauhun vedoten, että näin esitettynä paradigma -näkemys on lähellä metaparadigma -käsitettä ja että käsitteelliset mallit voidaan mieltää paradigmoiksi, koska ne edustavat erilaisia viitekehyksiä. Kokonaisuus mutkistuu vielä lisää, kun Krause ja Salo (1992, 92-93) lisäävät tähän Parsen näkemyksen kahdesta vaihtoehtoisesta paradigmasta, jotka kumpikin sisältävät useita käsitteellisiä malleja.

Paradigmakeskusteluun liittyen Myllymäki & Mäkelä (1994) käyttävät tutkimuksessaan Erikssonin viittaamaa Törnebohmin tulkintaa paradigmasta, jonka peruskomponentit ovat intressi, kompetenssi, maailmankuva ja tiedekäsitys. Ihmisellä on Törnebohmin mukaan useita paradigmoja kuten paradigma elämää varten (livsparadigm), työtä varten (yrkesparadigm) jne. Ne muuttuvat ja vaikuttavat toisiinsa. Myös Eriksson (1995a) käyttää Törnebohmin paradigma -käsitettä.

Erikssonilla (1993c) on lisäksi näkemys, että olemme matkalla "enparadigmatisk" suuntaan. Hän tarkoittaa tällä sitä, että hoitotiede voi olla joko a) autonominen, b) suhteellisen autonominen, jolloin itsenäisyys säilyy, mutta haetaan "tuki" muilta tieteiltä tai c) "ett vårdheteronomt vetenskapligt paradigm", jolloin ei ole autonomista paradigmaa. Erikssonin mukaan olemme suuntautuneet autonomiseen paradigmaan. Samassa yhteydessä hän puhuu lisäksi hoitotieteen kliinisestä paradigmasta tai kontekstuaalisesta tahi integroidusta paradigmasta

(myös Eriksson 1995a; 1996a). Paradigmalla Eriksson tarkoittaa tässä sitä, että jos paradigma ei ohjaa tutkimusta, niin "tutkimme hoitotieteen hajaannukseen" (Eriksson 1995a).

Koska termi paradigma saattaa merkitä hoitotieteellisessä kirjallisuudessa monia erilaisia asioita, niin Jolkkosen arvio siitä, millaisia päämääriä yksiköllinen termin käyttö palvelee, saa tärkeän arvon. Keskiasteen opetussuunnitelmia koskevissa keskusteluissa tuli selkeästi ilmi yksiköllisen termin merkitys tiettyjen pedagogisten päämäärien perusteluna.

9.5 Hoitotieteellinen tutkimus

Kalkas (1990a) korosti artikkelissaan, jossa hän linjasi hoitotieteellistä tutkimusta tulevaisuuteen, entistä monipuolisemman terveyden tutkimuksen merkitystä ja sen välttämättömyyttä erilaisista ontologisista ja tieteenteoreettisista lähtökohdista. Hän painotti myös asiakkaiden, väestön, näkökulman ja mukaanottamisen merkitystä tutkimuksen kehittämisessä sekä monipuolisen metodisen näkökulman merkitystä.

9.5.1 Julkaistujen tutkimusten perusteella

Hoitotiede -lehdessä on julkaistu vuosien 1992-1996 aikana 96 tieteellistä artikkelia, joista luonteeltaan 70 on empiirisiä tutkimuksia ja 26 teoreettis-käsitteellisiä tms. Tarkastelen lisäksi samaan aikaan Vård i Norden (VN) lehdessä 13 ja Journal of Advanced Nursing (JAN) lehdessä 27 julkaistua suomalaisten kirjoittamaa artikkelia. Vastaavat luvut ensin mainitussa ovat 6 empiiristä ja 7 muuta artikkelia sekä jälkimmäisessä 23 empiiristä ja 4 muuta artikkelia.

Leino-Kilpi & Suominen (1997) ovat tarkastelleet omassa tutkimuksessaan paitsi Hoitotiede -lehdessä julkaistuja tutkimuksia (1989-1995) myös hoitotieteen lisensiaattitutkielmia ja väitöskirjoja sekä Sairaanhoidon Vuosikirjassa julkaistuja tutkimuksia (1958-1988). He ovat jakaneet tutkimusten sisältöaluetarkastelun traditionaalisesti: käytäntö, koulutus, hallinto ja tiede/tutkimus. Viimemainittu tarkoittaa artikkeleita, joissa tarkastellaan tieteen kehittymistä, tutkimusmetodologisia kysymyksiä jne. 90-luvulla kliininen tutkimus on painottunut selvästi. Yli 2/3 kaikista tutkimuksista on kliinisiä. Koulutusta ja tiedettä on tutkittu huomattavasti vähemmän. Kumpaakin suunnilleen saman verran, yhteensä noin neljännes kaikista tutkimuksista. Hallinnon raportoituja tutkimuksia on noin 5% kaikista tutkimuksista. Sisältöalueen painotuksista voi todeta, että koulutuksen tutkimuksen raportointi Hoitotiede -lehdessä on selvästi painottunut vuosikymmenen alkuun, koska Leino-Kilven & Suomisen (1997) mukaan 90 luvulla näitä olisi 13 kappaletta. Vehviläinen-Julkusen (1994) vastaavan selvityksen mukaan vuosina 1989-1993 olisi ollut 13 tätä sisältöaluetta edustavaa artikkelia.

Määritellessään tutkimuksen kiinnostuksen kohteita Leino-Kilpi & Suominen (1997) hyväksyvät ajatuksen, että kiinnostuksen kohde voi olla eri kuin tietolähde. Tästä muodostuu heidän tutkimuksessaan ongelma, koska he hyväksyvät, että jos kiinnostuksen kohteena on potilaan tarpeiden arviointi ja asiaa on

kysytty hoitajilta, niin kiinnostuksen kohteeksi kirjattiin potilas (vrt. Kaila-Behm & Vehviläinen-Julkunen 1997). Ongelma on siinä, että tällöin kohteeksi kirjautuu potilas, vaikka tutkimus olisi "potilaan kokemuksia hoitajan kertomana".

Konkreettisesti ongelma tarkoittaa sitä, että Leino-Kilven & Suomisen (1997) luokittelulla empiiristen hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena Hoitotiede -lehdessä raportoiduissa tutkimuksissa vuosina 1992-1996 on selkeästi potilaat, noin 55% eli 39 tutkimuksessa 70 tutkimuksesta. Jos arviossa ottaa huomioon tietolähteen niin tilanne muuttuu dramaattisesti; Potilas kiinnostuksen kohteena on noin 41% tutkimuksista eli 29 tutkimuksessa ja hoitohenkilökunta 40% tutkimuksissa eli 28 tutkimuksessa. Myös Vehviläinen-Julkunen (1994) kiinnitti huomiota siihen, että aineistoja on kerätty suunnilleen yhtä paljon asiakkailta kuin hoitohenkilökunnalta.

Vastaavat luvut jälkimmäisellä tavalla luokitella tutkimuskohde ovat VN lehden artikkeleissa potilaat/omaiset 3, hoitohenkilökunta 3 ja JAN:ssa 13 potilaat/omaiset, hoitohenkilökunta 9. JAN:ssa luokkaan muu tulee yksi, koska tutkimus oli biofysiologinen ja tulokset perustuivat verikokeeseen.

Tutkimukset jakautuivat laadullisesti kvalitatiivisiin ja kvantitatiivisiin siten, että Hoitotiede lehdessä ensinmainittuja oli 23 ja jälkimmäisiä 47, joista 16:ssa oli käytetty myös sisällön analyysia. VN vastaavasti 2 ja 4 sekä JAN 7 ja 16, joista kolme oli toimintatutkimusta. Vehviläinen-Julkusen (1994) selvityksessä suhde oli 1:4. Tässä mielessä suhde on muuttunut eli kvalitatiivisia tutkimuksia on alettu julkaista entistä enemmän, koska määrän lisäys asettuu kolmeen viimevuoteen.

Jo edellisestä voidaan päätellä, että kvantitatiiviset aineistonkeruu- ja analyysimenetelmät korostuvat kvalitatiivisia enemmän. Aineistonkeruumenetelmissä Leino-Kilpi & Suomisen (1997) tutkimuksessa ehdottomasti yleisimmäksi nousi kyselyt. Näin on myös Hoitotiede-lehdessä vuosien 1992-1996 aikana, lähes joka toisessa. Haastattelut olivat toiseksi yleisimpiä, mikä käy ilmi myös Vehviläinen-Julkunen (1994) selvityksestä. Myös mainituissa kansainvälisessä lehdissä julkaistuissa artikkeleissa tilanne oli vastaava.

Aineiston analyysimenetelminä tilastolliset analyysit korostuvat johdonmukaisesti, mutta kvalitatiivisen tutkimuksen yleistymisen myötä myös muunlaisten metodien käyttö lisääntyy.

Selvitykseni perusteella viiden viimevuoden aikana raportoiduista hoitotieteellisistä tutkimuksista voisi sanoa ensinnäkin, että se kertoo varmemmin asianomaisten lehtien julkaisupolitiikasta ja "virallisen" hoitotieteen näkemystä hoitotieteellisestä tutkimuksesta kuin hoitotieteellisen tutkimuksen kentästä. Tutkimuksissa korostuu empiirinen luonne, mutta lähes kolmannes Suomessa julkaistuista artikkeleista on käsiteanalyyttisiä, metodologisia tms.. Tämä on kansainvälisesti varsin korkea suhde. Osuus laskee hieman yli viidennekseen, jos tarkastelee kaikkia vuodesta 1989 Hoitotiede -lehdessä julkaistuja tutkimusartikkeleita. Leino-Kilpi & Suominen (1997) tarkastelevat vain viimeksi mainittua lukua, jolloin heiltä jää huomaamatta lukuihin sisältyvä kehitys (ks. Leino-Kilpi & Suominen 1997, kuvio 2).

Huomio kiinnittyy siihen, että suurempi osa tutkimuksista on kvantitatiivisiä ja että nämä tutkimukset ovat pääasiallisesti kuvailevia (Leino-Kilpi & Suominen 1997) eli analyyttisen perinteen tutkimusmetodiikkaa käytetään kovin suppeasti, vaikka siihen tutkimusaatteellisesti olisi mahdollisuuksia. Osin tämä

ehkä selittyy siitä, että tutkimusmetodiikkaa ja -problematiikkaa käsittelevät artikkelit ovat laadullisen - tai toimintatutkimuksen alueelta. Julkaistujen artikkelien mukaan näyttää siltä, että ei oikein kukaan ole pitkäjänteisesti kehittämässä analyyttisen perinteen pohjalta tutkimusmetodiikkaa suomalaiseen hoitotieteeseen.

Suomalaisessa hoitotieteessä on vahva suuntaus kvalitatiiviseen tutkimukseen, mikä on eräistä kansainvälisistä kuten "American Nurses Association & Council of Nurse Researches" linjauksesta poikkeava (ks. Hentinen & Perälä 1993). Toisaalta esimerkiksi Nursing Research-lehti edustaa vahvaa analyyttistä ja luonnontieteellistä perinnettä hoitotieteessä. Joten ei ole odottamatonta se Hentisen & Perälän (1993) havainto, että Kanadassa ja Yhdysvalloissa käytetään runsaasti biofysiologisia mittareita. Tarkastelemassani suomalaisessa noin 130 tutkimuksen aineistossa oli vain yksi tämän laatuinen.

9.5.2 Yliopistojen tutkimusohjelmina

Leino-Kilpi (1996) tarkasteli yliopistojen hoitotieteellisten yksiköiden tutkimusohjelmia ja totesi, että suomalainen hoitotieteellinen tutkimus on hyvin monisisältöistä. Ohjelmiin sisältyy monenlaista kliinistä, käsiteanalyyttistä ja tieteenfilosofista tutkimusta. Yliopistoissa käytetään monipuolisesti erilaisia tutkimusmenetelmiä. (myös Hoitotiede 2/95) Kalkas (1996b) toteaa, että laitosten ohjelmissa "on hiukan kaikenlaista, mutta ei selvästi mitään". Hänen mukaansa tutkimusohjelmat eivät anna selkeää kuvaa laitosten hoitotieteen ideologiasta.

Kalkas (1996b) jatkaa, että monipuolinen ja erilaisiin tieteenfilosofisiin lähtökohtiin perustuvien tutkimusmenetelmien käyttö viittaa siihen, että menetelmien valinnan merkitys tutkimuksen tuloksen kannalta on tiedostettu. Epäselväksi jää kuitenkin miten mielekkäitä eri tutkimushankkeet ovat ihmisten hyvinvoinnin, käytännön hoitotyön tai koko terveydenhuollon kannalta.

9.5.3 Näkyvätkö 80-luvun suuntaukset 90-luvulla ?

Sairaanhoidon, hoitotyön ja hoitotieteellisen tutkimuksen sisältöalueena kliininen tutkimus on ollut keskeisin teema jo 40 vuotta (ks. Paunonen 1988g; Sinkkonen 1988d); Leino-Kilpi & Suominen 1977). Leino-Kilven & Suomisen (1997) havaintojen mukaan kliininen tutkimus on 90-luvulla lisännyt suhteellista osuuttaan julkaistujen tutkimusten joukossa. Hoitotiede -lehdessä hoitotyön hallinnon tutkimus on jäänyt vähälle huomiolle, mutta tilanne on ollut vastaava Sairaanhoidon Vuosikirjan artikkelien mukaan jo 60-luvun alusta (ks. Paunonen 1988g; Sinkkonen 1988d). Suurin muutos on tapahtunut viime vuosina hoitotyön koulutusta käsittelevien tutkimusten osalta. Paunonen (1988g) ja Sinkkonen (1988d) tuovat esille, että "...myös alan koulutusta on käsitelty runsaasti" Vuosikirjan 30-vuotisella taipaleella. Hoitotiede -lehdessä lähes kaikki koulutusta käsittelevät tutkimukset on julkaistu ennen vuotta 1994. Toisin sanoen neljän viime vuoden aikana alan koulutusta käsittelevä tutkimus on julkaistujen artikkelien valossa romahtanut.

Asiantuntijat painottivat metodologista pluralismia, mutta olivat omissa tutkimuksissaan konservatiivisia siinä mielessä, että niissä korostui analyyttinen ote ja tilastomatematiikka. Tästä huolimatta he näkivät laadullisen tutkimuksen näkökulmat hoitotieteessä tärkeinä. Tämä kokonaisuus näkyy selvästi 90-luvun tutkimuksissa. Painopiste on yhä analyyttisessä otteessa, mutta laadullinen tutkimus on valtaamassa alaa suomalaisessa hoitotieteessä kansainvälisestikin merkittävässä määrin. Toisaalta Suomeen ei ole syntynyt biofysiologiseen näkökulmaan suuntautunutta hoitotiedettä.

Tutkimuksissa painottuu empiirinen luonne, mutta 90-luvulla metodologiset ynnä vastaavat artikkelit ovat merkittävästi lisääntyneet. Käytetyimpänä aineistonkeruumenetelmänä tutkimuksissa on pysynyt kysely, mutta laadullisen tutkimuksen myötä myös monia muita aineiston keruumenetelmiä on alettu käyttää. Vaikka analyyttinen perinne on voimakas, niin 90-luvulla raportoiduista tutkimuksista puuttuvat mm. kokeelliset asetelmat (Leino-Kilpi & Suominen 1997). Voidaan myös sanoa, että metodologinen pluralismi ei ole toteutunut koko laajuudessaan suomalaisessa hoitotieteessä.

Jo Sinkkonen (1980c) ja myöhemmin Paunonen (1990a, 1) kiinnittivät huomiota [hoitotieteellisen] tutkimuksen tutkimuskohteeseen. He kiinnittivät huomiota siihen, että tutkimukset suuntautuvat harhaan. Ne eivät keskity asiakkaaseen/potilaaseen ja hänen näkökulmiinsa. Myös Hentinen & Perälä (1993) huomauttavat, että "potilaisiin kohdistuneen tutkimuksen suurta määrää voi pitää myönteisenä hoitotieteen ja hoitotieteellisen tutkimuksen kehittymisen kannalta". Suomalaisen hoitotieteen tutkimuskohteena asiakkaat/potilaat eivät ole erityisen huomattavasti edustettuina vielä 90-luvullakaan. Viitenä viime vuotena potilaiden näkökulma on saanut tilaa, mutta jos tutkimuksia tarkastellaan tietolähteen mukaan, niin hoitotieteellisissä tutkimuksissa ollaan kiinnostuttu asiakkaiden/potilaiden ja heidän omaistensa näkökulmista yhtä useasti kuin hoitohenkilökunnankin. Nämä luvut eivät kuitenkaan kerro mitään siitä, että onko "potilaan hyvä" tai "hyvä hoito" lisääntynyt. Erikssonhan (1996b; 1996c) painottaa hoitokärsimyksen lisääntyneen. Joskin tämä voi osaltaan johtua siitä, että sitä on alettu tutkia.

III OSA
TUTKIMUKSEN ARVIOINTIA

Tehdessäni tätä työtä erilaiset termit ja käsitteet muodostuivat lähes läpäisemättömäksi viidakoksi. Tämän vuoksi raportin alussa painottuu terminologisen problematiikan selvittäminen. Lukiessani 90-luvulla tehtyä alan suomalaista kirjallisuutta, mm. oppimateriaalia, huomasin siinä säännönmukaisesti samanlaisen otteen. Tämä kertoo kahdesta asiasta. Ensinnäkin siitä, että tutkimuksen lähtökohtana ollut esiymmärrykseni ei ole vain minun ongelmani, vaan se on yleisempi. Tämän tutkimuksen kannalta ongelmaksi jää olenko pystynyt vastaamaan siihen yhtään selkeämmin kuin kirjallisuus, jonka lähtökohtia, kuten mm. nursing-caring polarisaatiota, kritisoin.

Toinen asia, josta raporttini II osan rakenne kertoo, liittyy siihen, että en ole sitä itse "keksinyt". Tarkoitan tällä, että tässä kohden olen antanut tekstin problematiikan johtaa itseäni. Eli suomalainen keskustelu siitä, mitä hoitotiede saattaisi tieteenä olla, liittyy eksplisiittisesti terminologiaan ja käsitteisiin sinänsä, vähemmän tieteenteoreettiseen pohdiskeluun.

Suomessa on hoitotieteen identiteettiä rakennettu paljolti yhdysvaltalaisen kirjallisuuden varassa. Tähän sisältyvä ongelma on tiedostettu, mutta siihen ei ole puututtu, joten tästä ei ole voinut olla muuta seurausta kuin käsitteellinen ja aatteellinen sekavuus. Hoitotieteen kannalta tilanne on sikäli paljastava, että siinä uskotaan hoitamisen universaaliuteen, mutta hoitotieteen kiinnostus rajataan ammatilliselle saralle, joten hoitotieteen relevantit ongelmat on jo rajattu. Tällöin hoitotieteen kannalta ongelmana ei nähdä esimerkiksi sitä, millainen ideologia perimmältään eri yhteiskunnissa ohjaa potilaaksi/asiakkaaksi tulemisen valintaa eli mistä potilaat/asiakkaat tulevat, miten ihminen valikoituu potilaaksi/asiakkaaksi. Tätä valikoitumista ohjaava ideologia on Suomessa ja USA:ssa varsin erilainen. Kuitenkin hoitotieteellinen toiminta ja esimerkiksi teorianmuodostus lähtee siitä, että on olemassa yhdysvaltalainen termi, joka sovelletaan Suomeen sopivaksi.

Ammatillinen rajaus tuo mukanaan myös eräitä ongelmia, kuten itsehoidon ymmärtäminen hoitotieteessä. Jotta se olisi alalle kuuluvaa, se pitää määritellä ammatillisesta näkökulmasta. Toisaalta "ihmisen hyvä olo" kiertää ammatillisen rajoitteen, ja itsehoitoa voidaan tällöin tutkia ihmisten omaehtoisena terveydenhoidon muotona. Tulevaisuus tullee näyttämään mitä hoitotieteelle kokonaisuudessaan ammatillisen rajoitteen kiertäminen tulee merkitsemään.

Lähtökohtani tässä työssä oli, että kaikki asiantuntijat ovat luoneet hoitotiedettä omalla tavallaan. Toin sitä myös esille monisanaisesti, mutta toisaalta tieteenteoreettinen tarkastelu osoitti suomalaisen hoitotieteen varsin homogeeniseksi. Tähän liittyy kaksi seikkaa. Ensiksikin huomio kiinnittyy siihen, että lopulta asiantuntijoiden tieteenteoreettinen tarkastelu jäi ikäänkuin kesken. Olin luokittelemaisillani asiantuntijoita, mutta tutkimuksen tavoitteen kannalta sen loppuun vieminen ei olisi ollut mielekästä. Tavoitteenani ei ollut karsinoida hoitotiedettä ja vielä vähemmän alan asiantuntijoita. Se, että löydän erilaisuuden taustalta samanlaisuuden, liittyy toiseen seikkaan. Tässä kohdin huomaan ottavani suoraan kantaa esittelemääni paradigmakeskusteluun. Itse asiassa aloin pohtia, saattaisiko Kuhnin ajatus yhdestä paradigmasta pitääkin paikkansa ainakin hoitotieteen kohdalla.

Yksiköllinen muoto paradigmasta ei ole kansainvälinen käytäntö ilmaista asia, vaan tapa ymmärtää Kuhnin ajatus. Ymmärrän, että suomalainen hoitotiede on tietyllä tavalla "koodattu" tieteenala, jossa esimerkiksi ontologinen lähtökohta on dualistinen tai että kvalitatiiviset ja kvantitatiiviset metodit ymmärretään alaan kuuluviksi. Se, että esimerkiksi tietokäsitys ja tutkimuskohde eivät ole täysin yksiselitteisiä, liittyy Kuhnin näkemykseen paradigman elinvoimaisuudesta vastata erilaisiin haasteisiin, mutta myös nämä ovat jo tietyllä tavalla merkittyjä. Tietyllä tasolla puhuttaessa suomalaisesta hoitotieteestä tai hoitotieteestä yleensäkin on olemassa jo oikeat kysymykset ja vastaukset.

Se, että puhutaan useista paradigmoista ja niillä tarkoitetaan esimerkiksi erilaisia yhdysvaltalaisia teoreettisia malleja tai caritatiivista-paradigmaa, professionaalista hoitotyötä jne., ei sovi Kuhnin paradigma -käsitteen alle. Se, että niistä käytetään nimitystä paradigma, on jo toinen asia, mutta ei Kuhnin näkemyksestä perusteltua. On eri asia nähdä maapallo maailmankaikkeuden keskipisteenä kuin kolmantena kivenä auringosta, jossain galaksin äärirajoilla tiesmissä maailmankaikkeuden kolkassa. Tällöin hoitotieteen tieteennäkemys (esim. ihmisen näkeminen materiana ja henkenä) on perustavampaa tieteen kannalta kuin esimerkiksi keskustelu siitä onko hoitotyö professio vai ei. Tällöin esimerkiksi ihmisen näkeminen ontologisesti kokonaisena (ks. Ahlman 1953; Laine & Kuhmonen 1995) on vallitsevaa hoitotieteen paradigmaa haastava.

Paradigman ymmärtäminen tällä tavoin johtaa mm. siihen, että nursing-caring -polarisaatio on ajateltavissa uudelleen. Aineistostani on löydettävissä vihjeitä, että polarisaatio voisi kuvata eroa ontologisella tasolla. Aineistossani nursing -terminologia on vakaata, kun ihmiskäsitys on dualistinen, mutta jo yritykset siirtyä ymmärrykseen ihmisestä kokonaisena tuovat mukanaan caring -termistöä (esim. Kalkas, Hentinen). Erikssonin tekstit osoittaisivat tämän tulkinnan ongelmalliseksi, mutta toisaalta Erikssonin käyttämä terminologia ei ole yksiselitteistä arvioituna esimerkiksi ruotsalaisesta hoitotieteellisestä terminologiasta katsottuna (ks. Heyman 1995; myös Kalkas 1994b). Jatkotutkimusaiheena

tällöin olisi selvittää, onko niin, että mainitussa polarisaatiossa ei olisikaan kyse hoitotyö-hoito problematiikasta vaan ihmiskäsitykseen sisältyvistä ontologisista kannanotoista.

Paradigmaan liittyvää keskustelua on käyty monipuolisesti 80-luvun puolivälistä lähtien, mutta keskustelussa painottuneet asiat eivät näy esimerkiksi hoitotieteellisen koulutuksen koulutusohjelmien nimissä tai ohjelmien yliopistokohtaisissa täsmennyksissä. Poikkeuksen muodostaa Åbo Akademin hoitotieteen koulutus, jossa Erikssonin näkökulmat tulevat esille mm. kliinisessä hoitotieteessä. Koulutusohjelmat, pääaineena hoitotiede, ovat hallinnon, opetuksen ja asiantuntijakoulutus. Asiantuntijakoulutuksen suuntautumisvaihtoehdot eri yliopistoissa ovat perusterveydenhuollon, hoitotyön sekä kliinisen hoitotyön että kliinisen hoitotieteen sekä näiden lisäksi mielenterveystyön, perhekeskeisen ja vanhusten hoitotyön suuntautumisvaihtoehdot. Koulutuksen täsmennyksissä näkyy "hoitotyön kansainvälinen tehtävänjaottelu, joka tavallisimmin on jaottelu hoitotyön käytännön, konsultoinnin, opetuksen ja ohjauksen sekä tutkimuksen alueisiin" (Työryhmämuistio 1996, 14). Paradigmakeskustelun näkökulmasta kysymys kuuluu, mikä ohjaa hoitotieteessä tällaiseen ajatteluun?

Hoitotyön ja hoitotieteen perinteeseen ei kuulu kriittisyys, mutta myös Suomessa 80-luvun lopulla kansainvälisen esimerkin innostamana hoitotieteen ja hoitotyön koulutuksen piirissä alettiin puhua kriittisestä ajattelusta ja sen opettamisesta. Alan tutkimusten mukaan juurikaan minkäänlaista kriittistä ajattelua ei esimerkiksi sairaanhoitajaopiskelijoiden keskuudessa ole havaittavissa (esim. Kuokkanen 1992; Säämänen 1993). Toisaalta hoitotyön ammattilehdissä uskotaan vahvasti, että hoitotieteellisen ajattelun liittyminen tiukemmin koulutukseen tuo automaattisesti kriittisen komponentin mukaan. Tämä ajattelu on mm. Hentisen (1992c) mukaan kaikkea muuta kuin itsestään selvä. Tähän Hentisen ajatukseen on sisäänrakennettu huomio, jonka raportoidut tutkimuksetkin implisiittisesti kertovat. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa ollaan kovasti kiinnostuttu sairaanhoitajien ja opiskelijoiden kriittisestä ajattelusta, mutta hoitotieteilijöitä ei kiinnosta lisääkö hoitotieteellinen koulutus kriittistä ajattelua tai millaista hoitotieteellisen koulutuksen saaneiden henkilöiden kriittinen ajattelu on?

Yhtenä lähtökohta-ajatuksena minulla oli kysymys hoitotieteen synnystä. Tämä aineisto on johdattanut minut oletukseen, että hoitotieteen synnyssä (vrt. Niiniluoto 1993; 1996) olisi kyse emansipatorisesta toiminnasta habermasilaisessa mielessä (Carr & Kemmis 1986; Grundy 1987; Young 1989; ks. Habermas 1972). Tarkoitan tällä, että lähtökohtana kysymys olisi sairaanhoitajien kokemuksesta, jossa lääkärien tieto potilaan hoidosta ja potilaan parhaasta on esineellistynyt ainoaksi oikeaksi tiedoksi. Työtiimissä tämä on tarkoittanut hoitajien kokemuksena mm. sitä, että esimerkiksi heidän koulutuksena ja kokemuksensa sekä potilaan kanssa käymien keskustelujen tuottama tieto on syrjäytetty merkityksettömänä, koska lääkärin tieto on asettunut ehdottomaksi auktoriteetiksi. Emansipaatio on liittynyt haluun murtaa tämä esineellistynyt tieto.

Tarkennan vielä, että näkemyksessäni kyse ei ole erikseen mistään Nightingalen aikaisesta lähtökohdasta tai vuosisadan alkupuolen tilanteesta ja yhtä vähän 40- ja 50-luvun yhdysvaltalaisesta tilanteesta kuin tilanteesta Suomessa 1979, jolloin hoitotieteeksi mielletty koulutus on alkanut. Kyse on yksilöllisestä, omakohtaisesta kokemuksesta, joka on ollut mukana sairaalahierarkiassa koko

sen nykyisen olemassaolon. Tällöin ymmärrän, että tämä lähtökohta olisi potentiaalinen koko ajan. Se, että emansipaatio saa erilaisia muotoja, joista hoitotieteen erityyppiset sisällöt olisivat eräitä, kertoo sen spontaanista luonteesta. Jokaiselle ylikävellyksi tulemisen kokemus tulee viimekädessä yllätyksenä.

Habermasilainen emansipaatiolähtökohta saattaisi selittää monia hoitotieteeseen liittyviä ilmiöitä. Yksi tällainen liittyy kysymykseen siitä, kuka saa opiskella ja on pätevä hoitotieteilijä. Hoitotiedekeskustelussa tästä ei juurikaan ole ollut tarvetta puhua, koska se on jo päätetty keskusteluissa siitä, kuka tekee hoitotyötä. Tällöin kriittinen huomautukseni satojen sivujen pohdinnoista, kuka tekee hoitotyötä, asettuu hoitotieteen toteutuksen problematiikan raameihin. Uusi asetus terveystieteiden tutkinnoista (ks. Työryhmämuistio 1996) on murtamassa lähes 20-vuotta vanhaa käytäntöä, että vain sairaanhoitajalla tai vastaavan koulutuksen saaneella henkilöllä on ollut mahdollisuus opiskella hoitotiedettä pääaineena (Asetus 626/84). Poikkeuksen muodostaa Åbo Akademin koulutus, mutta Erikssonin näkemyksessä se on ollut johdonmukaista. Myös Helsingin yliopistossa hoito-opin opiskelu on ollut mahdollista ilman aikaisempaa ammatillista koulutusta.

Toinen ilmiö liittyy osin valistuksen projektiin siinä mielessä, että hoitotieteessä on vahva rationaliteettiusko. Tämä kulminoituu tiedeuskona, jossa hoitotiede ratkaisee kaikki hoitotyön ongelmat ja hoitotyöstä tulee teoreettisesti hallittua työtä. Toiminnassa tämä tarkoitti, että hoitotieteen saatua legitimiteettinsä sen piirissä alettiin myös vähätellä hoitajien tietoa. Tämä havainto liittyy erityisesti "nursing process" keskusteluihin. Oletuksena oli, että tieteen piirissä tiedetään mikä on oikein. Hoitotieteen kannalta tämä oli kuitenkin selkeä virhe, koska tällöin mitätöitiin myös usean sen kannattajan emansipatorinen lähtökohta. Esimerkiksi Krause (1991g) tuo esille mm. Meleisiin viitaten, että suurimmat ongelmat hoitotieteen piirissä tulevat ammattikunnasta itsestään. Kuvaamaani taustaa vasten ihme olisi, jos näin ei olisi ollut.

Eri tyyppisten tiedonmuotojen korostaminen hoitotieteellisen tiedon aineksena puolestaan tukee monen tyyppistä identiteettiä, joissa arvostetaan mm. työn mukanaan tuomaa tietoa (esim. Kalkas 1984a; Sarvimäki 1989). Tällaisen ajattelun kautta hoitotiede on kyennyt uudelleen kokoamaan tiettyä yhtenäisyyttä, joka liittyy hoidossa esineellistyneen tiedon murtamiseen. Tähän liittyen emansipatorisen lähtökohdan mukaan on johdonmukaista, että hoitotieteessä suhde tietoon ymmärretään sisäisenä, eikä ulkoisena suhteena. Tällöin Sinkkosen 80-luvun vaihteessa ja Paunosen 90-luvun vaihteessa esittämä kritiikki potilasnäkökulman näkymättömyydestä on tulkittavissa kritiikkinä tiedon ulkoista suhdetta kohtaan.

Ymmärrys tutkimuksesta ja tutkimuksen tekemisestä seuraa tätä kaarta. Suomalaisen tutkimuksen vahva sitoutuminen 70-luvulla luonnontieteelliseen maailmankuvaan on ymmärrettävissä kansainvälisyyden vaikutuksena ja toisaalta vuosien kuluessa vahventunut hermeneuttis-fenomenologinen ote ei ole vain kansainvälisyyttä, vaan myös osoitus oman linjan löytämisestä. Lisäksi se osoittaisi tässä tapauksessa hoitotieteen reflektiivisyyttä. Hoitotieteen kannalta kysymykseksi jää miksi kansainvälisessä hoitotieteellisessä tutkimuksessa, painottuen yhdysvaltalaiseen, on vahva positivistinen ote. Oletettavaa on kuitenkin, että hoitotieteellä on tiedeluonteensa puolesta jotain uniikkia. Tällöin voidaan olettaa,

että hoitotiede ei ole jäännöksettömästi hoitotyön reflektio ja täten voidaan asettaa kysymys menetelmällisestä pluralismista. Tämä ei vielä vastaa siihen, miksi positivismi on vahvasti painottunut.

Emansipatorisen lähtökohdan puolesta puhuisi myös se, että hoitotyö ja hoitotiede mielletään varsin läheisiksi keskenään erityisesti toimintaa ohjaavien arvojen ja etiikan osalta. Hoitotieteessä tärkeäksi osoittautuvatkin sanat, ei tieteenteoreettiset ongelmat sinänsä. Myös kritiikittömyyden tausta oman alan tekstejä kohtaan on ymmärrettävissä, jos riittää, kun esineellistyneen tiedon saa murrettua. Tällöin lähteen lähtökohdat ovat toisarvoisia.

Lisäksi emansipatorinen lähtökohta selittäisi hoitotieteilijöiden halun ottaa omakseen mm. sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja kätilökoulutus sekä lähihoitajakoulutus ja terveydenhuollon hallinto siinä määrin kun kyse ei ole lääkärien työstä. Koulutuksen kannalta tähän sisältyy kuitenkin eräs perustavaa laatua oleva ristiriita. Koulutuksen emansipatoriset tavoitteet ovat ristiriidassa "hyväksytyn" hoitokulttuurin siirtämisen tavoitteen kanssa. Joko oletukseni lähtökohdasta on väärä tai koulutuksella ei ole emansipatorisia tavoitteita tahi kiinnostus koulutukseen tulee muualta kuin olettamastani lähtökohdasta.

Mainitsemani uusi asetus on myös nähtävissä uhkana nykyiselle näkemykselle hoitotieteestä ja hoitotieteen paradigmalle. Kuvailemani emansipaatio ei ohjaa ylioppilaiden näkökulmaa hoitotieteeseen ja toisaalta terveydenhuolto-oppilaitos ei kerro heille millainen potilas on ontologisina oletuksina. Oletan siis, että hoitotieteilijöiden ihmiskäsitys ja sitä ohjaava ontologia omaksutaan terveydenhuolto-oppilaitoksessa.

Hoitotieteen tiedeluonteen kannalta useat edellä esille ottamani kohdat ovat ongelmallisia. Peruskysymys on se, miten on olettavaa, että tällaisesta emansipatorisesta toiminnasta ylipäätään tulisi tiedettä. Hoitotiedettä edeltävä historia antaa tähän yhden vastauksen. Kyse on ollut vahvan ammattikunnan päämäärätietoisesta toiminnasta halutun ja arvostetun vaihtoehdon puolesta sekä usko siihen, että vain tieteeksi sanotulla tiedolla voidaan murtaa tieteeksi miellettyä tietoa. Tällöin tärkeää ei ole se onko hoitotieteellinen tieto vaihtoehto, eräs monista tai täydentääkö se kokonaiskuvaa, vaan tärkeää on se, että se on.

Ehkä yksi ongelmallisimmista asioista on kritiikitön suhde kansainvälisiin julkaisuihin. Historiallisesti tämä on jo ongelma kuten edellä viittasin "nursing process" episodeihin. Toisaalta tämä tulee esille suhteena ns. amerikkalaisiin hoitotyön malleihin. Tämä suhde on kehittänyt suomalaiseen hoitotieteeseen yhdenlaisen januskasvoisuuden. Toisaalta suomalainen hoitotiede on reflektiivinen omille lähtökohdilleen kehittyen sitä kautta, mutta toisaalta amerikkalaiset hoitotyön mallit ovat tuoneet siihen dogmaattisuuden, koska ne eivät ole reflektiivisiä suomalaiselle käytännölle. Suomalaiselle hoitotieteelle on jäänyt vain soveltamisen mahdollisuus ja ajattelun muuttaminen sen mukaan miten Yhdysvalloista muutoksia tulee.

Tarkoittamani problematiikka tulee konkreettisesti esille Niemisen (1996) esittämässä "Parse kritiikissä". Parsen kirjallisuus on ollut Suomessa jo vuosia kaikkien saatavilla, sitä on ollut mahdollisuutena tarkastella yliopistojen opetukseen liittyen, mutta aikaisemmin kukaan ei ole pohtinut esimerkiksi Parsen lähdemerkintöjä ja sitä, mihin ne johtavat. Tärkeämmäksi ja merkittävämmäksi on koko ajan mielletty mahdollisuus soveltaa mallia. Tilanne on vastaava kaikkien

ns. hoitotyön mallien kohdalla. Kuinka moni on ylipäätään tutustunut näihin malleihin lähdekriittisesti? Laajempana kysymyksenä tämä liittyy kaikkeen kansainväliseen materiaaliin, jota esimerkiksi yliopisto-opetuksessa käytetään tai johon siinä viitataan. Esimerkiksi Donaldson & Crowley (1978) artikkeli vaikuttaa 90-luvulla olevan suomalaisessa hoitotieteessä vilkkaasti viitattu lähde (mm. Krause & Salo 1992; Lauri & Elomaa 1995), ja jota Lauri Hoitotieteen kansallisessa konferenssissa Turussa 1996 sanoi klassikoksi. Jo Fawcett (1984) kirjoitti, että tuo artikkeli sisältää hoitotyön metaparadigman pääväittämän. Suomessa mainitun artikkelin kriittistä tarkastelua ei ole kukaan tehnyt. Kukaan ei ole arvioinut esimerkiksi sitä, että onko heidän jakonsa akateemisiin ja professionaalisiin oppiaineisiin ylipäätään mielekäs.

Kritiikittömyyden problematiikka liittyy myös tähän tutkimuksen asenteeseen. Lähdin tekemään tietoisesti vertailevaa rekonstruktiota, jossa otteeni oli kokoava. Suhtauduin sisäisiin ristiriitaisuuksiin, epäjohdonmukaisuuksiin ym. siten, että ne ovat olleet reitti nykyiseen. Yhtenä vaihtoehtona lähestyä aineistoa olisi ollut kriittinen ja analyyttinen ote, jolloin olisin tarttunut epäjohdonmukaisuuksiin jne. Olin hylännyt jälkimmäisen vaihtoehdon jo ennenkuin luin aineistoa ensimmäistäkään kertaa. Tämän jälkeen tulin vakuuttuneeksi valinnastani suhteessa tutkimuksen tavoitteisiin. Tässä aineistossa kriittinen, analyyttinen ote olisi ollut helppo, mutta murskaava, jonka alle tavoitteeni olisivat jääneet. En olisi päässyt tavoitteisiini yrittää ymmärtää sitä, mistä suomalaisessa hoitotieteessä on keskusteltu ja mitä kaikkea siitä on sanottu. Tämä ei poista sitä, etteikö tarkastelemieni asiantuntijoiden tuotannosta olisi syytä tehdä myös esimerkiksi tarkkaa lähdekriittistä analyysiä.

Ilmaisuni hoitotieteen kannattajat vaikuttaa hieman oudolta tieteellisessä kielessä, mutta mielestäni se on siinä mielessä onnistunut ilmaisu, että viittaan sillä hoitotieteeseen ideologiana. Lukemani aineiston perusteella tulin siihen johtopäätökseen, että hoitotieteen sisällä käydään koko ajan kamppailua hoitotieteestä ideologiana ja tieteenä. Ideologiassa on mukana sen kaikkivoipaisuus ja "messiaanisuus", kun tieteenä kyse on mm. kriittisyydestä, keskustelulle altistamisesta, rajoittuneisuuden ymmärtämisestä ym.. Esimerkiksi hoitotieteessä on suotavaa sanoa, että toiminta ja tutkimus ovat potilaskeskeistä. Tällöin ideologian mukaista on osoittaa, että näin myös on. Tieteen näkökulmasta tätä on epäiltävä, kunnes toisin osoitetaan, tai ainakin pohtia missä rajoissa näin saattaa olla. Tahi vaikka hoitotieteessä on suotavaa puhua ihmisestä kokonaisena, on ehkä varhaista julistaa kolmeen auktoriteettiin vedoten, että dualistinen ihmiskäsitys "...has been redefined and conceptually we now view the nursing clinent as a unitary human being..." (Kiikkala & Munnukka 1994a). Hoitotieteen ideologisen otteen tunnistaminen ja läpikäyminen alan kentässä olisi hoitotieteen kannalta keskeinen tutkimusaihe.

Tutkimusasetelma mahdollisti tarkastella suomalaista hoitotiedettä poikkeuksellisen laajana kokonaisuutena, mutta monessa yksityiskohdassa asetelma esti syvällisemmän ja tarkemman paneutumisen kyseiseen aiheeseen. Laajuudesta johtuen aiheiden käsittely jää myös osin pinnalliseksi ja pirstaleiseksi. Tämä herättää useita lisätutkimusaiheita liittyen esimerkiksi II osan moniin otsakkeisiin kuten hoitotieteen suhde muihin tieteisiin. Erääksi tällaiseksi yksityiskohdaksi osoittautui sairaanhoidon professionaalisuuskeskustelut, sosiaalityö ja Yhdysval-

tain terveydenhuolto vuosisadan alkupuolella. Myös arvo- ja etiikkakysymysten tarkastelu jää kokonaisuudessaan vähälle.

Tutkimusasetelmaan sisältyy suomalaisen hoitotieteen ymmärtämisen kannalta oleellinen puute. Vaikka asetelma mahdollisti laajan tarkastelukulman, se ei kuitenkaan sisältänyt kaikkea oleellista. Tämä tuli esille mm. ihmiskäsitys-keskustelussa, jossa keskeinen auktoriteetti Sarvimäki rajautuu tarkastelun ulkopuolelle. Helsingin yliopiston hoito-opin professorien rajaaminen pois tutkimuksessa tarkastelluista asiantuntijoista on ongelmallinen. Kokonaisnäkemys suomalaisesta hoitotieteestä jää täten osin vajaaksi.

Itseäni jää kiinnostamaan onko tulkintani emansipatorisesta lähtökohdasta kohdallinen ja missä rajoissa. Jos se olisi, niin mitä mahdollisuuksia se antaisi esimerkiksi ylittää "teoreettisesti hallittu hoitotyö" -aate ja yhdistää koulutus sekä ammattikäytäntö.

Tutkimusasetelma ja ongelmanasettelu palvelivat tarkoitustaan, mutta jälkiviisaana sanoisin, että niitä pitäisi tarkentaa. Yhtenä näkökulmana olisi ottaa tarkastelun kohteeksi tässä tutkimuksessa olleiden asiantuntijoiden lisäksi Helsingin yliopiston hoito-opin professuurien hoitajat, mutta rajata tutkimusaineisto kunkin kohdalla esimerkiksi 10-20 keskeisimpään julkaisuun. Tutkimuksen tavoitteet olisivat tällöin toiset kuin tässä tutkimuksessa. Esimerkiksi tarttuisin selkeämmin ja syvemmin tieteenteoreettisiin kysymyksiin tutkimusaineistossa. Tämä olisi myös "keskeisten julkaisujen" valinnan kriteerinä. Kalkas esitti jo 80-luvun alussa näitä oleellisiksi uuden tieteenalan keskustelun kohteiksi, mutta siihen ei tartuttu. Tässäkin työssä ne jäävät yhdeksi juoneksi.

Aineiston rajaaminen, mutta myös levittäminen koko hoitotieteen kenttään ja aikaan jo 60-luvulta, auttaisi selkeämmin käsittelemään hoitotiedettä tieteenä. Toisaalta tutkimukseni lähtökohtana oli kaikki se, mitä hoitotieteen nimellä on sanottu, jolloin varsinainen tiedekeskustelu käydyn keskustelun luonteen vuoksi jääkin yhdeksi juoneksi. Yhtenä selkeänä lisätutkimuksen aiheena olisi kansainvälisen ontologisen ja epistemologisen keskustelun selvittäminen. Käyttämäni lähteet kertovat sellaista käytävän, mutta mistä siinä kokonaisuudessaan on kyse erilaisina vaihtoehtoina, vai onko todellisia vaihtoehtoja olemassakaan? Onhan tämä tutkimus ongelmia täynnä ja altis kritiikille, mutta Karl Popperia tulkiten, se on sille vain eduksi.

SUMMARY

The English words *nursing, nursing science, caring science* and *caring sciences* are translated in Finnish as *hoitotiede*. This Finnish term can stand for each of those English words, and also for all of them together. In the broadest sense, the term *hoitotiede* covers all professional care-giving (including medicine). A discussion on those semantic differences is one topic of this study. *Nursing and caring science* is used here as a translation for the Finnish term *hoitotiede*.

Introduction

One area of research in nursing and caring science is to describe ideas and theories of nursing and caring in a national or international context. In Finland there has been very little research like that, especially connected to the national perspective of nursing and caring science.

The purpose of this study is to describe the Finnish argumentation in nursing and caring science from the seventies to the beginning of the nineties, the problems of the Finnish nursing and caring science in its first decades, and to describe the argumentation of nursing and caring science in Finland during the last five years. I present the argumentation in nursing and caring science by reviewing the literature of seven experts on nursing and caring science. The experts in this study are: Emerita Professor of Nursing, Hertta Kalkas; Professor of Nursing Administration, Sirkka Sinkkonen; Professors of Nursing Science, Sirkka Lauri, Maija Hentinen, Marita Paunonen and Kaisa Krause; and Professor of Caring Science, Katie Eriksson. They were all professors in Finland during 1991.

They have all followed, taken part in and guided the argumentation in nursing and caring science, that is why I have framed this study their opinions. Although the Finnish argumentation in nursing and caring science is rather young, it is maturing very quickly all the time. For this reason I also include development in nursing and caring science which have taken place during the last five years.

The expression *the argumentation in nursing and caring science* means in this study written argumentation concerning how to develop a distinct discipline of experts on nursing and caring science. The expression means a broader term than the argumentation of nursing by researchers in nursing and caring science, but more a narrow term than the argumentation of nursing science by other scientists or those discussions concerning nursing and caring by everyone. I presume that the expression is large enough as a starting point to cover everything that I will study, problematize and describe.

The focus of the research

The focus of this study is to describe and analyse what *nursing*, *nursing science* and *caring science* mean from the Finnish perspective, for example, the problems and the definition of the discipline. The questions of this study are: How have nursing and caring science been understood by experts on nursing and caring science in the seventies and eigthies? How is this connected to the argumentation on nursing and caring science in the nineties?

Research method

This study is theoretical. The literature is analysed using the concepts, ideas and theories of experts. The literature reviewed to find answers to the first question of this study have been published during years 1968-1991. It is supposed that different texts cannot "a priori" form a unitary construction, so the study of these experts altogether will not be a systematic analysis but a comparison.

I shall present seven views of Finnish nursing and caring science. In these seven views there are four levels for handling problems of nursing and caring science. In this research report, a complete picture of Finnish nursing and caring science will be presented with the help of these seven views. The area of problems and assignments is described, analysed and reported through those four levels.

Four levels for approaching the problem area

One problem which arose from the literature is the diversity of terminology used in Finnish nursing and caring science. It is not possible to deal only with the concept definitions. In the writings of the experts, there are four levels for approaching the problem area of nursing and caring sciences:

A. There is no problem in using different words. Once a word has been found, it is possible to use it everywhere.

B. Different terms have different conceptual defininions.

C. There is some influence from other sciences on the concepts of nursing and caring science.

D. Different philosophies of science have influenced the concepts of nursing and caring science.

The problem area of Finnish nursing and caring science is compared through these four levels. The first and the second level are handled together.

Seven viewpoints on Finnish nursing and caring science

The seven viewpoints on Finnish nursing and caring science are in this study:

1. The Emerita Professor of Nursing, Hertta Kalkas: Nursing

> In the field of nursing and caring science, Kalkas represents nursing. She only talks about nursing not nursing science. In the name of discipline, "nursing", she wants to stress that the knowledge obtained in nursing research is not restricted to the natural sciences only. This is the reason why she does not use the word "science" in the name of the discipline. In her opinion nursing is a science of man, which focuses on the human being as a living, wanting and feeling member of his culture. The goal of scientific activity is to produce new knowledge about the foundations of nursing and to develop a nursing practice that will realize this foundation and contribute to the good of man.

2. Professor of Nursing Administration, Sirkka Sinkkonen: Critical Reflection is the Basis of Nursing and Other Caring Sciences

> Sinkkonen has had the role of opening the gates to Finnish nursing and other caring sciences. According to her there was a great demand to develop nursing and other caring sciences in the seventies. The goal has been to develop public health. She criticizes international research in nursing science in the seventies for concentrating on nurses but not on caring, which is the point of the discipline. She is logical in her critical line through all her writings. To Sinkkonen, critical argumentation in and of nursing and caring science is esssential and productive for developing this discipline.

3. Professor of Caring Science, Katie Eriksson: To Show the Way - Caritas

> Eriksson's writings all concern the basic question: Why do we take care of someone ? Her answers are divided into two periods. These periods follow each other, but they also oppose each other. For example they are connected in different views of science. In the earlier period, Eriksson had a strong belief that [Eriksson's] nursing process is the model for describing caring, and it contains all that is essential to and special about caring. Her first answer to the why-question was the goal of caring: health. In her new view she seeks the answer from the basic category of caring: suffering is essential for a human being, and caring is the relief of suffering. She gives up the goal-centered thoughts and defines caring as showing the way. She is developing an autonomous human caring science which combines history, the present and the future, and will preserve the tradition of caring and the basic motive, the "caritas motive".

4. Professor of Nursing Science, Sirkka Lauri: Professional Nursing

Because a patient in hospital is taken care of by many people who have different educational backgrounds, each of these professional groups must have a model of their own, according to which they define the problems of the patient. In Lauri's mind the professional model that guides the decision-making process has to be based on theoretical and practical knowledge and skills. In Lauri's writings this means to unify projects to develop a [Lauri's] theoretical model for nursing. The starting point in the middle of all her writings is a demand for nursing [as the nurse's work] as a university discipline. She talks about nursing science as a professional discipline.

5. Professor of Nursing Science, Maija Hentinen: The Distinct Viewpoint of Nursing Science

Hentinen's dissertation [1984] "Developing a programme of nursing care for patients with myocardial infarction at Kuopio University Hospital, 1980-1982" was the first dissertation in nursing science in Finland. At the beginning of her writings she uses the expression "the viewpoint of nursing", but later she starts to speak about "the viewpoint of nursing science". This viewpoint is characteristic for nursing science and it is in general different from the viewponit used in other health sciences. The contents of this viewpoint is to draw patients' attention to the nursing of patients. According to Hentinen, this is the only real possibility to develop nursing as a scientific discipline.

6. Professor of Nursing Science, Marita Paunonen: The Development of Nursing

The burn-out of a nurse in her job is, according to Paunonen, the problem in focus in nursing, because it might lead to a situation where "good nursing" cannot be realized. The problems behind the burn-out symptoms might be connected, for examle, to nursing education and/or to the way a nurse can use her knowledge of nursing. In Paunonen's mind, one solution might be supervision as a method of staff training connected with life-long-education. There are also other forms of counseling which can be used, but supervision differs from all other types of counseling by requiring that the supervisor must be professionally competent and experienced, and that employees or clients are not required to act in a certain specific manner. The development of nursing means, according to Paunonen, to promote nursing quality through supervision, where the supervisor is acting in the frame of reference of nursing.

7. Professor of Nursing Science, Kaisa Krause: Nursing Science - Professional Theoretical Nursing

According to Krause, nursing science belongs to the professional disciplines. Its ultimate aim is to benefit professional activity in nursing. One characte-

ristic of professionality is a scientific knowledge base. Nursing science and its development are assessed in relation to the professional activity, the phenomena of which are the objects of scientific activity. It is impossible to be able to know the knowledge basis of nursing and the profession without the proper education, which is in Krause`s mind the education of nurses, midwives and public health nurses.

Problematic terminology

The problem in the focus of Finnish expressions is the English word *nursing* and the word combinations *nursing reseach, nursing process*, etc; and the difference between *nursing and caring*.

In the Finnish terminology, the English word *nursing* has countless translations in many connections from the nurse's work to the science. In the English literature the term *nursing research* has been the same for decades; however, in the Finnish literature the meanings of that term have changed several times. According to these changes, the translations in Finnish are also different. Perhaps the English term *nursing process* has the greatest number of translations in Finnish. Almost 40 different translations exist; however there are opinions that some of them have nothing to do with the nursing process which WHO has greated.

At the end of the seventies, the terminology of nursing meaning more than a nurse's work and the terminology of caring were differentiated from nursing meaning only a nurses's work in order to make the terminology more exact. In the eighties, the broader nursing terms became the terminology for nursing and caring science. This happened slowly over a decade. It was also so that the earlier terms of nursing meaning a nurse's work, the terminology of nursing, and the terminology of caring retained their positions and meanings independent of the newest terminology of the nursing and caring science. In Finnish nursing and caring science, the problem became greater, because the changes in words and in their meanings happened at different times for the various experts.

Relationships to other sciences

The interest in the relationship between nursing and caring science and other related sciences has been on the one hand to point out how it differs from medicine and other health sciences, and also to find areas for co-operation; and on the other hand to demonstrate the nearness to the social and educational sciences. There is no doubt that the nearness of medicine has had a great meaning for the nursing and caring science. However the development of cooperative research projects and interaction has been overlooked in the relationship to other health sciences. One problem has also been that very few researchers have paid attention to the fact that nursing and caring science has emphasized very strongly the research traditions of the social and educational sciences. This fact has meant that researchers' interests have been directed mainly towards comparing nursing medicine. At the same time it has forgotten, for example, the shared area of the

social or educational sciences of caring. Thus the comprehension of how to take care of a patient might be connected only in discussions of nursing and caring science in the frame of reference of medicine.

The influence of other sciences on nursing and caring science is a complex question. It might be that they have also slowed down the development of the knowledge base of nursing and caring science. It is argued that some viewpoints in nursing and caring science have not developed into independent ones, but they are part of other sciences. The results of my study do not support these claims.

Notes on the methodology of nursing and caring science

In Finnish nursing and caring science the first proposition is that nursing concerns itself with the person as a unified whole, but the concept of the human being is strongly dualistic from an ontological point of view, because the person is defined as a bio-psycho-social whole. Dualism dominated until the end of the eighties, when writings appeared which broke down that way of thinking. It is argued that in nursing and caring science there is a special view for seeing the subject of research. This special view guides also what kind of knowledge can be gained. Different experts` opinions of this special view are not similar, but the belief that a special point of view exists is common.

The subject of research is defined very broadly and on many levels. The central point of interest is the individual as a patient, not as a nurse. Reseachers are not interested in the nurses' work because of the work itself, but in relation to people. Although not every single research studies human beings, it ought to deal with them. From this point of view, research for example in the administration of nursing and in nursing education is a part of nursing research.

Concerning the methodology of research, the experts are pluralists. They all support many kinds of methodologies. Accordings to their own research, Finnish nursing and caring science is a discipline based on analytical philosophy and statistical methods. There are only very few studies which have questioned this.

In the argumentation of ethical questions it is typical to connect nursing or caring and nursing and caring science together, so that that values of nursing or caring as applied to human beings are linked to the subjects of nursing research without any problem.

In Finnish nursing and caring science it is problematic to separate the terms *caring*, *nursing* [as work] and *nursing* [as a subject] from *nursing science*. In the writings of the experts these concepts are linked to formal public health and formal education, not informal. This means that Finnish nursing and caring science is interested only in actions and people as defined by the formal part of public health.

Finnish nursing and caring science in the nineties

Finnish nursing and caring science has grown in the nineties in number and in quality. All this development has not been for the good, because there have also

been side effects. Thus, almost everything concerning caring, especially many informal health ideas, have started to be called nursing and caring science. Most viewpoints born in the eighties are still alive in the nineties. It is possible to say that the Finnish word *hoitotiede* has become established, but there are many different interpretations of it. For example the argumentation of the paradigm in nursing and caring science has been carried on from the eighties to nineties. The argumentation has been the same for the last decade. However, criticism from outside of nursing and caring science have been given to the argumentation of the paradigm.

In the nineties, Finnish nursing research is analytic and statistical in character, but qualitative research has increased remarkably. Compared with international journals, in "Hoitotiede" (the Finnish journal "Nursing Science") there is a strong interest in qualitative research. From this viewpoint the support the experts showed to methodological pluralism in the eighties was not meaningless. In addition, the Finnish research journal emphasizes articles on philosophical and methodological problems and questions more than the international journals do.

Conclusion

The identity of nursing and caring science in Finland has been constructed mostly from the American literature. It has been known that problems exist, but nothing has been done. That is why there have been no other alternatives to this conceptual and ideological disorder. One problem concerning nursing and caring science is that there is a belief in universal caring, but the interest has been restricted only to the professional part of caring. Thus, the relevant subjects of the discipline have already been limited.

Phenomenological philosophy and the ontological problem of human being invite the paradigm which controlled nursing and caring sciencc for decades to the edge of a new view in science. Thus the polarisation of nursing and caring is not a manifestation of different kinds of caring and nursing, but a manifestation of different ontological opinions.

One question which was raised at the beginning of this study was how nursing and caring science was created in Finland. The material investigated for this study points to emancipatory action. This action involves breaking down set ideas by investigating alternative perspectives. The development on nursing and caring science was inhibited during the eighties when the trend was toward analytical philosophy, altought in Finland there really are no opinions on nursing of that nature.

Some problems which have arisen from this study, for example: Is there in nursing and caring science one paradigm, two paradigms or many paradigms? What does the answer mean to the discipline? Are there any possibilities to solve the problems of the terms. Is there one solution or many solutions, and what do they mean to nursing and caring science? Could it be so that the focus of the difference between *nursing and caring* cannot be found in nursing and caring [as work], but in ontological questions of the human being? What does the emancipatory action mean to nursing and caring science?

LÄHTEET A

I TUTKIMUKSEN PERUSTEET JA TOTEUTTAMINEN

Bergman, R. 1970. Sairaanhoidon yliopistotasoinen opetus Israelissa. Sairaanhoidon Vuosikirja VII. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 170-176.

Berndtson, E. 1975. Sairaanhoitajat ja sairaanhoitotiede. Sairaanhoidon Vuosikirja XII. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 11-21.

Bärmark, J. 1984. Förord. Teoksessa Bärmark J. (toim.) Forkning om forksing eller Konsten att beskriva en elefant. Lund: Beta Grafiska, 9-12.

Engeström, Y. 1987. Learning by expanding. An activity-theoretical approach to developmental research. Orienta-Konsultit. Helsinki.

Eriksson, K. 1974. Sairaanhoidon kehittäminen oppiaineena. Sairaanhoidon Vuosikirja XI. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 9-21.

Eriksson, K. 1978. Modeller - ett sätt att beskriva vårdskeendet. Sairaanhoidon Vuosikirja XV. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 189-225.

Eriksson, K. 1980. Hoitotieteen teoreettisista malleista, käsitejärjestelmistä ja niiden merkityksestä alan kehittämisessä. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 17 (2), 66-70.

Eriksson, K. 1981. Vårdprocessen - en utgångpunkt för läroplanstänkande inom vårdutbildningen. Utvecklandet av en vårdprocessmodell samt ett läroplanstänkande utgående från vårdprocessen. Helsingfors Universitet. Pedagogiska institutionen nr. 94 (doktorsavhandling).

Eriksson, K. 1982. Hoito taiteena, tieteenä ja teknologiana. Ylihoitaja 10 (8), 4-7.

Eriksson, K. 1983. Introduktion till vårdvetenskap. Stockholm; Ahlqwist & Wiksell Förlag.

Eriksson, K. 1984a. Vårdvetenskapens och vårdforskningens nytta och giltighet. Vård i Norden 2 (4), 220-224.

Eriksson, K. 1984b. Hoitotieteen ja -tutkimuksen hyöty ja tieteellinen merkitys. Ylihoitaja 12 (2), 5-10.

Eriksson, K. 1984c. Hoitotiede ja hoito-oppi opetussuunnitelman lähtökohtana. Ylihoitaja 12 (7), 4-13.

Eriksson, K. 1984d. (Eriksson K. & Manninen K.) Koulutus uudistuu. TEHY 4 (2), 18-19.

Eriksson, K. 1984e. Mot en vårdkunskapscentrerad vårdutbildning. Vårdvetenkap - att skapa vetande on konsten att vårda. TEHY 4 (5), 24-26.

Eriksson, K. 1985. Johdatus hoitotieteeseen. SHKS. Hämeenlinna: Karisto.

Eriksson, K. 1986a. Hoito-opin didaktiikka. SHKS. Helsinki.

Eriksson, K. 1986b. Hoito, Caring - hoitotyön primaari substanssi. Kirjassa T. Martikainen & K. Manninen (toim.) Hoitotyö ja koulutus. SHKS. Puheenvuoro 2. Hämeenlinna: Karisto, 17-41.

Eriksson, K. 1988a. Vårdvetenskap som disciplin, forsknings- och tillämpning område. Vårdforskningar 1/1988. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.

Eriksson, K. 1988b. Hoitotyön ydin - hoitotieteen lähtökohta. Ylihoitaja 16 (3), 4-7.

Eriksson, K. 1988c. Hoito tieteenä. SHKS. Forssa: Forssan kirjapaino.

Eriksson, K. 1989a. Caritas-idea. SHKS. Hämeenlinna: Karisto.

Eriksson, K. 1989b. Systemaattinen ja kontekstuaalinen hoitotiede - hoitamisen perusmotiivista ja merkityksistä. Ylihoitaja 17 (7), 4-6.

Eriksson, K. 1990. Systematic and contextual caring science. A study of the basic motive of caring and context. Scandinavian Journal of Caring Sciences 4 (1), 3-5.

Eriksson, K. 1991. Vårdteologins framväxt. Kirjassa K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (red.) Vårdteologi. Vårdforsningar 3/1991. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, 1-25.

Fawcett, J. 1984. Analysis and evaluation of conceptual Mmdels of nursing. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Frere, G. ja Verschaeve, G. 1968. Brysselin yliopisto, osana artikkelikokonaisuutta "Sairaanhoitajien yliopistokoulutus". Sairaanhoidon Vuosikirja V. SHKS. Helsinki: Kunnalispaino, 162-169.

Grönroos, J. Lindholm, L. & Lindström, U. 1994. Katie Eriksson: Karitatiivinen hoitoteoria. Kirjassa A. Marriner-Tomey, Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. SHKS. Vammala: Vammalan kirjapaino, 501-516 (liiteosa).

Haaparanta, L. ja Niiniluoto, I. 1986 (kuudes, korjattu laitos). Johdatus tieteelliseen ajatteluun. Helsingin yliopiston filosofianlaitoksen julkaisuja nro 3/1986. Helsinki 1991: Hakapaino.

Hentinen, M. 1980. Hoitotyön tehtäväalueet sydäninfarktipotilaan sairaalavaiheen hoidossa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 17 (2), 85-92.

Hentinen, M. 1984. Sydäninfarktipotilaan hoitotyön kehittämisohjelma Kuopion yliopistollisen keskussairaalan sisätautien klinikalla vuosina 1980-1982. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset 1/1984 (väitöskirja).

Heinämaa, S. 1995. Voiko koneella olla tietoisuutta ? Filosofiasia huomautuksia nykyisen mielenfilosofian ongelmista. Tieteessä tapahtuu 13 (7), 8-14.

Heinämaa, S. 1996. Ele, tyyli ja sukupuoli. Merleay-Pontyn ja Beauvoirin ruumiinfenomelogia ja sen merkitys sukupuolikysymykselle. Gaudeamus. Tampere: Tamme-Paino.

Hänninen, J. 1990. Suomalainen sosiaalityökeskustelu tulkintojen tuotoksena ja kohteena. Jyväskylän yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia A6.

Juntunen, M. ja Mehtonen, L. 1982 (toinen tarkistettu painos) Ihmistieteiden filosofiset perusteet. Jyväskylä:Gummerus.

Jussila, J. Montonen, K. & Nurmi, K. 1993. Systemaattinen analyysi kasvatustieteiden tutkimusmenetelmänä. Teoksessa T. Grön & J. Jussila (toim.) Laadullisia lähestymistapoja koulutuksen tutkimuksessa. Helsinki: Yliopistopaino, 157-208.

Kalkas, H. 1976. Teoreettinen ja käytännöllinen lähtökohta sairaanhoidon tutkimuksessa -pohdintaa kirjallisuudesta otettujan esimerkkien avulla. Sairaanhoidon Vuosikirja XIII. SHKS. Helsinki, 97-134.

Kalkas, H. 1978. Hoitotyön tutkimuksesta ja tutkimusongelman valinnasta. Ylihoitaja 6 (2), 4-8.

Kalkas, H. 1980. Hoitotyön tutkijoiden yhteistyöstä Euroopassa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 17 (2), 93-99.

Kalkas, H. 1982. Hoitotyön teorianmuodostuksesta. Sairaanhoidon Vuosikirja XIX. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 245-259.
Kalkas, H. 1984. Hoitotyön myytit. Akkaväki 9 (3-4), 38-39.
Kalkas, H. 1986a. Nursing - A discipline between social and medical science. Vård i Norden, Utveckling & Forskning 6 (2), 337-346.
Kalkas, H. 1986b. Hoitotiede yhteiskuntatieteen ja lääketieteen välimaastossa. Teoksessa K. Salavuo ja K. Salo (toim.) Järjestelmä, toimeentulo ja toimintakyky. Turun yliopisto. Sosiaalipolitiikan julkaisuja A:20, 193-221.
Kalkas, H. 1987a. Mistä hoitotieteessä on kysymys? Epione; Tampereen yliopiston terveydenhuollon opiskelijoiden lehti 1987:1:4-6.
Kalkas, H. 1987b. Rinnakkaisia hoitotieteitä on useita. Lääkintävoimistelija 34 (4), 6-9.
Kalkas, H. ja Sarvimäki, A. 1985. Hoitotyön eettiset perusteet. SHKS, Helsinki.
Kaukonen, E. 1985. Tiede ja tieteen tutkimus: Eräitä teoreettis-metodologisia ongelmia. Teoksessa E. Kaukonen, J. Manninen & V. Verronen (toim.) Tieteen historia ja tieteellinen edistys. Suomen Akatemian julkaisuja 27/1985. Helsinki: VAPK, 123-138.
Kekki, P. & Eriksson, K. 1987. Kehittyvä terveydenhuollon kandidaattikoulutus. TEHY 7 (2), 28-30 ja 32.
Ketonen, O. 1981. Se pyörii sittenkin. Tieteen filosofisia peruskysymyksiä. Juva: WSOY.
Kiikkala, I. 1994a. Käsitteet. Sairaanhoitaja 67 (1), 19-20.
Kiikkala, I. 1994b. Käsitteistä käsitejärjestelmiin. Sairaanhoitaja 67 (3), 23-24.
Kiikkala, I. 1994c. Käsitteenmuodostuksen tieteelliset menetelmät. Sairaanhoitaja 67 (6), 34-36.
Kiikkala, I. 1994d. Käsitteen määrittely. Sairaanhoitaja 67 (8), 29-30.
Krause, K. 1985a. Sairaanhoitajakoulutuksen pääaineesta keski- ja korkea-asteen koulutuksessa. Sairaanhoitaja 58 (1), 23-28.
Krause, K. 1985b. Sairaanhoitajakoulutuksen uudistaminen. TEHY 5 (9), 48-49.
Krause, K. 1985c. Sairaanhoitajakoulutuksen uudistaminen. Ammattikasvatus 41 (9), 22-23.
Krause, K. 1991. Hoitotyöstä ja sen tietoperustasta. Sairaanhoitaja 64 (5), 33-34.
Krause, K. 1993a. Hoitotieteellistä keskustelua tarvitaan. Sairaanhoitaja 66 (5), 26.
Krause, K. 1993b. Hoitotieteellistä keskustelua tarvitaan. Hoitotiede 5 (3), 136-137.
Krause, K. & Salo, S. 1992. Teoreettinen hoitotyö. Tampere: Tammerpaino.
Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kirjayhtymä. Tampere: Tammerpaino.
Kusch, M. 1989a. Filosofian historian tutkimus: Historiatiedettä vai filosofiaa? Tiede ja edistys 14 (4), 277-282.
Kusch, M. 1989b. Language as calculus vs. language as universal medium. A study in Husserl, Heidegger and Gadamer. Dordrecht: Kluver Academic Publ, The Netherlands.
Kusch, M. 1993. Tiedon kentät ja kerrostumat - Michael Foucault`n tieteentutki muksen lähtökohdat. Oulu: Kustannus Pohjoinen.

Käkelä, A. 1994. Hoitotieteen käynnistäjä promovoitiin kunniatohtoriksi. Tehy 14 (12), 10-11.
Kärki, R. 1987. Formaali tieteellinen kommunikaatio suomalaisessa tiedotustutkimuksessa. Tampereen yliopisto, Tiedotusopinlaitos julkaisuja sarja A 59.
Lammenranta, M. 1993. Tietoteoria. Gaudeamus. Tampere: Tammer-Paino.
Lauri, S. 1980. Terveydenhoitoprosessin dokumentoinnin kehittäminen. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 17 (2), 71-75.
Lauri, S. 1987. Hoitotieteen haasteet. Terveydenhoitaja 20 (1), 4-6.
Lauri, S. 1989. Hoitotiede- mitä se on? Virkaanastujaisesitelmä. Hoitotiede 1 (1), 2-3.
Lauri, S. 1990. The history of nursing research in Finland. International Journal of Nursing Studies 27 (2), 169-172.
Lauri, S. & Elomaa, L. 1995. Hoitotieteen perusteet. Helsinki: WSOY.
Leminen A. 1967. Sairaanhoidon ja sairaanhoitajan työn teoriasta. Sairaanhoidon Vuosikirja IV. SHKS. Helsinki: Sanoma Oy, 93-107.
Leminen, A. 1970. Mitä sairaanhoitajat tekevät. Sairaanhoidon tutkimuslaitoksen julkaisuja nro 4. Sairaanhoidon tutkimuslaitos. Helsinki.
Leminen, A. 1972. Hoitotapahtuma ja sen tutkimisesta. Sairaanhoidon tutkimuslaitoksen julkaisu nro 8. Sairaanhoidon tutkimuslaitos. Helsinki.
Marriner-Tomey, A. 1989 (2nd ed.). Nursing theorists and their work. Missouri: Mosby Company.
Marriner-Tomey, A. 1994. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä (käänt. Viitanen R.). SHKS. Vammala: Vammalan kirjapaino.
Mehtonen, L. 1992. Winch/Hume. Teoksessa T. Malmberg & L. Mehtonen (toim.) Kanssakäymisiä. Juhlakirja Veikko Pietilälle. Yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos 3/1992, Tampereen yliopisto, 23-29.
Meleis, A. 1991 (2nd ed.). Theoretical nursing. Development and progress. Philadelphia: Lippincott.
Mills, C. 1982. Sosiologinen mielikuvitus. Helsinki: Kyriiri.
Määttänen, P. 1995. Filosofia. Johdatus peruskysymyksiin. Gaudeamus. Jyväskylä: Gummerus.
Mähönen, A. 1977. Hoitotyön tutkimustarve. Sairaanhoidon Vuosikirja XIV. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 236-275.
Nicoll, L. 1991 (ed). Perspectives on nursing theory. Philadelphia: Lippincott.
Niiniluoto, I. 1980. Johdatus tieteenfilosofiaan. Käsitteen- ja teorianmuodostus. Helsinki: Otava.
Niiniluoto, I. 1983. Tieteellinen päättely ja selittäminen. Helsinki: Otava.
Niiniluoto, I. 1984. Tiede, filosofia ja maailmankatsomus. Helsinki: Otava.
Niiniluoto, I. 1985. Edistyminen soveltavissa tieteissä. Teoksessa E. Kaukonen, J. Manninen & V. Verronen (toim.) Tieteen historia ja tieteen edistyminen. Suomen Akatemian julkaisuja 2/1985, Helsinki, 169-192.
Niiniluoto, I. 1993. Uusien tieteiden synty: Kuusi mallia. Teoksessa L.Haaparanta, I. Koskinen, E. Oesch & T. Vaden (toim.) Malli, metodi, merkitys. Esseitä Veikko Rantalan 60-vuotispäivän kunniaksi. Filosofisia tutkimuksia Tampereen yliopistossa vol 49, Tampereen yliopisto, 187-197.
Niiniluoto, I. 1996. Hoitotiede -tieteenteoreettisia huomautuksia. Hoitotiede 8 (3), 149-154.

Nuolijärvi, P. 1990. Keskustelututkimus. Kirjassa K. Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus. Helsinki: Painokaari, 114-141.

Nursing Theories Conference Group. 1980. Nursing theories: The base for professional nursing practice. New Jersey: Englewood Cliffs.

Palonen, K. 1988. Tekstistä politiikkaa. Vastapaino. Hämeenlinna: Karisto.

Pasanen, U. 1968. Sairaanhoitajien yliopistokoulutus Yhdysvalloissa, osana artikelikokonaisuutta "Sairaanhoitajien yliopistokoulutus". Sairaanhoidon Vuosikirja V. SHKS. Helsinki: Kunnalispaino, 172-184.

Paunonen, M. 1987. Esipuhe. Sairaanhoidon Vuosikirja XXIII. SHKS. Forssa: Forssan kirjapaino, 7.

Pietilä, V. 1983. Miten tiede edistyy? Jyväskylä: Gummerus.

Raunistola, H. 1992. Terveydenhuollon opettajan hoitotieteellinen ajattelu ja hoitotiedon käyttö. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen progradu-työ.

Riehl-Sisca, J. 1988 (3rd ed). Conceptual models for nursing practice. Connecticut: Appleton & Lange.

Rodgers, B. & Knafl, K. (ed.) 1993. Concept development in nursing. Foundations, techniques and applications. Philadephia: W. B. Saunders.

Rosenberg, J. 1984. The Practice of philosophy. New Jersey: Prentice-Hall.

Sairaanhoidon Vuosikirja XV. 1978. Hoitotieteen tutkimuksen opetuksen kehittämisohjelma vuosille 1978 - 1982 Helsingin sairaanhoito-opistossa. Sairaanhoidon Vuosikirja XV. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 63-85.

Sairaanhoitaja-lehti 6/90. Sairaanhoitaja-lehti avaa keskustelun hoitotyön käsitteistä. Sairaanhoitaja 63 (6), 34-36.

Sarvimäki, A. 1989. Knowledge in interactive practice disciplines. An analysis of knowledge in education and health care. Research bulletin 68. Department of education. University of Helsinki. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Sinkkonen, S. 1969. Sairaanhoidon tutkiminen Englannissa. Sairaanhoidon Vuosikirja VI. SHKS. Helsinki: Sanomapaino, 115-134.

Sinkkonen, S. 1975. Sairaanhoitajien yliopistollinen koulutus ja sairaanhoidon tutkimus: Vertaileva tutkimus eräiden maiden tilanteesta. Sairaanhoidon Vuosikirja XII. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 38-79.

Sinkkonen, S. 1979. Terveydenhuollon kandidaattikoulutus. Ylihoitaja 7 (8), 4-10.

Sinkkonen, S. 1980. Hoitotyön kehittämishaasteet. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 17 (2), 49-51.

Sinkkonen, S. 1982. Hoitotiede - Lääketiede. Sairaala 1982:4:118-120.

Sinkkonen, S. 1983. Hoitotiede - Lääketiede; Hoitotieteen näkökulma. Teoksessa Hoitotieteen peruskurssi 1983, Avointa korkeakouluopetusta, Kuopion kesäyliopisto: Savon Sanomain kirjapaino, 113-120.

Sinkkonen, S. 1988. University education in caring sciences in Finland. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2 (2), 51-57.

Sinkkonen, S. 1991. Tutkimus ja kirjoittaminen hoitotyön johtajien ammattitaidoksi. Ylihoitaja 19 (5), 3-4.

Sinkkonen, S. & Meriläinen, P. 1980. Hoitotyön tutkimus ja hoitotiede. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 17 (2), 52-65.

Sinkkonen, S. & Meriläinen, P. 1984. Hoitotieteen kehittyminen yliopistolliseksi oppiaineeksi. Teoksessa S. Sinkkonen (toim.) Hoitotiede I. Kuopio: Kustannuskiila, 113-125.

Sinkkonen, S. & Paunonen, M. 1988. Esipuhe. Sairaanhoidon Vuosikirja XXIV. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 9-10.
Takala, A. ja Nummenmaa, T. 1963. Hoitotoimenpiteiden pelkääminen ja kasvatusasenteet. Sairaanhoidon Vuosikirja II. SHKS. Helsinki: Painoteollisuus, 157-162.
Tolonen, H. 1992. Menneet ja nykyiset käsitteet oikeuden ja yhteiskunnan aatehistoriassa. Oikeus XX (2), 126-144.
Tuohimaa, S. 1994. Kapina kielessä. Tutkimus femiinisen ilmenemisestä kirjallisuudessa. Gaudeamus. Tampere: Tammer-Paino.
Vaittinen, M. 1984. Tieteellinen toiminta filosofisena ongelmana: Tietoteoreettinen tarkastelu. Terveystieteen laitos, Jyväskylän yliopisto, Sarja B: Katsauksia 3/1984.
Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä.
Yliopistojen hoitotieteen koulutuksen virat 1991. Hoitotiede 3 (1), 46.

MUUT LÄHTEET

Hakuteokset

Finmed 1989 - 1991. Lääketieteellinen keskuskirjasto, Helsinki.
Sairaanhoidon aikakauslehti-indeksi 1975-1993, SHKS.
Suomen kirjallisuus: Vuosiluettelot 1985 - 1990. Helsingin yliopiston kirjasto.

Haastattelut

Paunonen, M. 1996. Henkiparannus ei kuulu hoitotieteeseen (haastattelu). Skeptikko 1996:4:12-15.
Vainikainen, T. 1990. Kutsumusta ja uranuurtajan työtä (haastattelu). Hoitotiede 2 (1) 138-140.

LÄHTEET B

II SUOMALAINEN HOITOTIEDEKESKUSTELU
III TUTKIMUKSEN ARVIOINTI

Ahlman, E. 1953. Ihmisen probleemi. Porvoo: WSOY

Donaldson, S. & Crowley, D. 1978. The discipline of nursing. Nursing Outlook 26 (2), 113-120.

Carper, B. 1978. Fundamental patterns of knowing in nursing. Advances in Nursing Science 1 (1), 13-23.

Carr, W. & Kemmis, S. 1986. Becoming critical. GB: The Falmer Press.

Dingwall, R., Rafferty, A. & Webster, C. 1988. An introduction to the social history of nursing. London: Routledge.

Eriksson, K. 1971. En analys av sjuksköterskeutbildningen utgående från en utbildningsteknologisk modell. Sairaanhoidon vuosikirja VIII. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 54-77.

Eriksson, K. 1972. (Eriksson, K. & Willman, H.) Kohti parempaa ohjausta. Sairaanhoidon Vuosikirja IX. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 131-139.

Eriksson, K. 1974a. Sairaanhoidon kehittäminen oppiaineena. Sairaanhoidon Vuosikirja XI. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 9-21.

Eriksson, K. 1974b. Vårdprocessen. Helsingfors svenska sjukvårdsintitut (moniste).

Eriksson, K. 1975. Vårdsprocessens teoretiska referensram. Helsingfors svenska sjukvårdsinstitut (moniste).

Eriksson, K. 1976a. Hoitotapahtuma (suom. Miettinen A.). SHKS. Hämeenlinna: Karisto.

Eriksson, K. 1976b. Hälsa. En teoretisk och begreppsanalytisk studie om hälsan och dess natur som mål för hälsovårdedukation. Licenciatavhandling vid Institutionen för Pedagogik. Helsingfors Universitet.

Eriksson, K. 1976c. Vårdprocessen. Helsingfors svenska sjukvårdsinstitut (moniste).

Eriksson, K. 1977. Hälsa - en teoretisk och begreppsanalytisk studie om hälsa och dess natur. Sairaanhoidon Vuosikirja XIV. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 155-195.

Eriksson, K. 1978a. Modellen - ett sätt att beskriva vårdskeendet. Sairaanhoidon Vuosikirja XV. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 189-225.

Eriksson, K. 1978b. Vårdprocess II. Om modeller i sjukvården. Helsingfors svenska sjukvårdsinstitut (moniste).

Eriksson, K. 1980a. Hoitotieteen loogiset ja tieteenteoreettiset perusteet. Sosiaalinen Aikakauskirja 14 (5), 6-10.

Eriksson, K. 1980b. Hoitotieteen teoreettisista malleista, käsitejärjestelmistä ja niiden merkityksestä alan kehittymisessä.Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 17 (2), 66-70.

Eriksson, K. 1981a. Vårdprocessen - en utgångspunkt för läroplanstänkande inom vårdutbildningen. Utvecklandet av en vårdprocessmodell samt ett läroplanstänkande utgående från vårdprocessen. Helsingfors Universitet, Pedogogiska Institutionen nr. 94 (doktorsavhandling).

Eriksson, K. 1981b. Administration och hälsovård. Politiikka 23 (3), 334-335.
Eriksson, K. 1981c. ICN - några reflektioner kring det vårdvetenskapliga inslaget. TEHY 1 (17), 16-17.
Eriksson, K. 1982a. Sjukskötarnas strävan efter högskoleutbildning. Kasvatus 13 (3), 192-194.
Eriksson, K. 1982b. Hoito taiteena, tieteenä ja teknologiana. Ylihoitaja 10 (8), 4-7.
Eriksson, K. 1982c. Den vårdvetenskapscentrerade läroplanen - ett alternativ för dagens vårutbildning. Sairaanhoidon Vuosikirja XIX. SHKS. Jyväskylä: Gummerus, 173-187.
Erikson, K. 1983a. (2 uppl.) Introduktion till vårdvetenskap. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
Eriksson, K. 1983b. Vården som konst, vetenskap och teknologi - en vård-didaktisk utmaning. Ammattikasvatus 39 (6), 8-12.
Eriksson, K. 1983c. Vad är vårdvetenskap? Kätilölehti 1983:2:40-43.
Eriksson, K. 1984a. Hälsans idé. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
Eriksson, K. 1984b. Ammatillisuus hoitamisessa. Teoksessa SHKS (toim.) Hoito-opin perusteet. Vaasa, 125-129.
Eriksson, K. 1984c. Vårdvetenskapens och vårdforskningens nytta och giltighet. Vård i Norden 2 (4), 220-224.
Eriksson, K. 1984d. (Eriksson, K. & Manninen, K.) Koulutus uudistuu. TEHY 4 (2), 18-19.
Eriksson, K. 1984e. (Eriksson, K. & Manninen, K.) Osa keskiasteen koulunuudistusta. Terveydenhuollon peruslinja. TEHY 4 (3), 12-15 ja 48-49.
Eriksson, K. 1984f. Mot en vårdkunskapscentrerad vårdutbildning. Vård-vetenskap - att skapa vetande om konsten att vårda. TEHY 4 (5), 24-26.
Eriksson, K. 1984g. Hoitotieteen ja -tutkimuksen hyöty ja tieteellinen merkitys. Ylihoitaja 12 (2), 5-10.
Eriksson, K. 1984h. Tieteelliset ongelmat ehkäisevän mielenterveystyön käytännössä. Teoksessa T. Waden (toim.) Ehkäisevän mielenterveystyön tieto-perustan kehittäminen. Lääkintöhallituksen julkaisuja 59, 69-71.
Eriksson, K. 1984i. Hoitotiede ja hoito-oppi opetussuunnitelman lähtökohtana. Ylihoitaja 12 (7), 4-13.
Eriksson, K. 1985a. Hoito-oppi 2: Hoitotapahtuma (suom. Miettinen A.). SHKS. Helsinki.
Eriksson, K. 1985b. Hoitopedagogiikka I (suom. Lahti L.). SHKS. Helsinki.
Eriksson, K. 1985c. Johdatus hoitotieteeseen (suom. Lahti L.). SHKS. Helsinki.
Eriksson, K. 1985d. Vårddidaktik. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
Eriksson, K. 1985e. "Utbildning - en kulturell metabolism". Kirjassa H. Andersson & L. Finnäs (toim.) Finlandssvesk utbildningsforsning. Utbildningsforskning vid Jyväskylä universitetet. Kasvatustieteiden Tutkimuslaitos. Selosteita ja tiedotteita VIII, 17-32.
Eriksson, K. 1986a. Hoito-opin didaktiikka (suom. Oikarainen L.). SHKS. Helsinki.
Eriksson, K. 1986b. (Eriksson, K., Byfält, H., Lejonqvist, G-B., Nyberg, K. & Uuspää, B.) Hoitotaito (suom. Hallikainen A). SHKS. Helsinki.

Eriksson, K. 1986c. Hoito, Caring - hoitotyön primaari substanssi. Teoksessa T. Martikainen & K. Manninen (toim.) Hoitotyö ja koulutus. Puheenvuoro 2. SHKS. Hämeenlinna, 17-41.
Eriksson, K. 1986d. (uusittu painos) Hoitotapahtuma (suom. A. Miettinen). Hämeenlinna: Karisto.
Eriksson, K. 1986e. (2 uppl.) Introduktion till vårdvetenskap. Kristianstad: Kristianstads Boktryckeri.
Eriksson, K. 1986f. (Eriksson, K., Byfält, H., Lejonqvist, G-B., Nyberg, K. & Uuspää, B.) Vårdteknologi. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
Eriksson, K. 1987a. Hoitamisen idea (suom. Sumelius B.). SHKS. Helsinki.
Eriksson, K. 1987b. Vårdvetenskapen som humanistisk vetenskap. Hoitotiede 1987. Pro Nursing ry:n vuosikirja 1, 68-67.
Eriksson, K. 1987c. (Kekki, P. & Eriksson, K.) Kehittyvä terveydenhuollonkandidaattikoulutus. TEHY 7 (2), 28-30 ja 32.
Eriksson, K. 1987d. Vårdvetenskapen som en bro mellan humaniora, filosofi och naturvetenskap. TEHY 7 (10), 32-33.
Eriksson, K. 1987e. Tiede uusien haasteiden edessä - hoitotieteellinen näkökulma. Ylihoitaja 15 (2), 4-6.
Eriksson, K. 1987f. (2painos) (Byfält, H., Eriksson, K., Leijonqvist, G., Nyberg, K. & Uuspää, B.) Hoitotaito. SHKS. Vaasa: Vaasa Oy.
Eriksson, K. 1987g. Pausen. En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
Eriksson, K. 1987h. Vårdandets idé. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
Eriksson, K. 1988a. Hoitotyön ydin - hoitotieteen lähtökohta. Ylihoitaja 16 (3), 4-7.
Eriksson, K. 1988b. (2painos) Hoito tieteenä (suom. Sumelius B). SHKS. Helsinki.
Eriksson, K. 1988c. Vårdvetenskap som dicciplin, forsnings- och tillämpningsområde. Vårdforskningar 1/1988. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.
Eriksson, K. 1989a. Caritas-idea (suom. Sumelius B). SHKS. Helsinki.
Eriksson, K. 1989b. Terveyden idea (suom. Hallikainen P). SHKS. Helsinki.
Eriksson, K. 1989c. Motivforskning inom vårdvetenskapen. En beskrivning av vårdvetenskapens grundmotiv. Hoitotiede 1 (2), 61-67.
Eriksson, K. 1989d. Caring paradigms. A Study of the origins and the development of caring paradigms among nursing students. Scandinavian Journal of Caring Sciences 3 (4), 169-176.
Eriksson, K. 1989e. Det finns en gemensam substans i allt vårdandet. Vård i Norden 15 (2), 27-28.
Eriksson, K. 1989f. Systemaattinen ja kontekstuaalinen hoitotiede -hoitamisen perusmotiiveista ja merkityksistä. Ylihoitaja 17 (7), 4-6.
Eriksson, K. 1990a. Nursing science in a Nordic perspective. Systematic and contextual caring science. A study of the basis motive of caringand context. Scandinavian Journal of Caring Sciences 4 (1), 3-5.
Eriksson, K. 1990b. Pro Caritae. En lägesbestämning av caritav vård. Vård forskningar 2/1990. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.
Eriksson, K. 1990c. Språket i vården. Finska läkaresällskapets handlingar 84 (2), 117-120.

Eriksson, K. 1990d. Hyvä hoitaminen -erilaisia hoitotyhteisyyden muotoja. esitutkimus "Yhteisyys on taitoa tehdä tavanomaisesta erityistä". Ylihoitaja 18 (3), 4-8.

Eriksson, K. 1990e. Kärsimyksen lievittäminen. Ylihoitaja 18 (8), 4-8.

Eriksson, K. 1991a. Broar. Introduktion i vårdvetenskaplig metod. Försöksupplaga. Instituionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi, Vasa.

Eriksson, K. 1991b. Vårdtelogins framväxt. Teoksessa K. Eriksson & A. Barbrosa da Silva (toim.) Vårdteologi. Vårdforkningar 3/1991. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, 1-18.

Eriksson, K. 1991c. (Eriksson, K. & Barbosa da Silva, A.) Vårdteologi som vårdvetenskapens deldisciplin. Teoksessa K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (toim.) Vårdteologi. Vårdforskningar 3/1991. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, 26-64.

Eriksson, K. 1991d. Att lindra lidande. Teoksessa K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (toim.) Vårdteologi. Vårdforskningar 3/1991. Institutionen för vårsvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, 204-221.

Eriksson, K. 1991e. (Eriksson, K. & Herberts, S.) Tron i hälsans tjänst. Teoksessa K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (toim.) Vårdteologi. Vårdforskningar 3/1991. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, 222-258.

Eriksson, K. 1991f. (Eriksson, K. & Barbosa da Silva, A. (toim.)). Vårdteologi. Vårdforskningar 3/1991. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.

Eriksson, K. 1992a. The alleviation of suffering - The idea of caring. Scandinavian Journal of Caring Science 6 (2), 199-123.

Eriksson, K. 1992b. Etiikka hoitoetiikassa - kohti hoitoeettistä teoriaa. Ylihoitaja 20 (8), 4-10.

Eriksson, K. 1992c. (2 uppl.) Broar; Introduktion i vårdvetenskapligmetod. Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap. Vasa: Arkmedia.

Eriksson, K. 1993a. Kliininen hoitotiede. Ylihoitaja 21 (7), 4-7.

Eriksson, K. (toim.) 1993b. Möten med lidanden. Rapport 4/93. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Eriksson, K. 1993c. Vårdvetenskapen som autonom disciplin. Hoitotyön Vuosikirja 1994. Kirjayhtymä. Tampere 1993: Tammer-Paino, 87-91.

Eriksson, K. 1994a. Hoitotieteen ja hoitamisen huomispäivä. Ylihoitaja 22 (8), 4-7.

Eriksson, K. 1995a. Potilaan maailman tutkiminen lähtökohtana hyvälle hoidolle. Ylihoitaja 23 (8), 4-6.

Eriksson, K. (toim.) 1995b. Mot en caritativ vårdetik. Rapport 5/95. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Eriksson, K. (toim.) 1995c. Den mångdimensionella hälsan - verklihet och visioner. Slutrapport. Vasa sjukvårdsdistrikt skn. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Eriksson, K. 1996a. Hoitotiede tänään - todellisuus ja visiot. Ylihoitaja 24 (6), 4-8.

Eriksson, K. 1996b. Mot en vårdetisk teori. Hoitotyön Vuosikirja 1997. Kirjayhtymä. Tampere 1997: Tammer-Paino, 9-23.

Eriksson, K. 1996c. Kärsivä ihminen. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi (kokeilumoniste).

Eräsaari, L. 1991. Yksilöllistävä sosiaalityö. Historian tarkastelua. Jyväskylän yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia A 7.
Fawcett, J. 1984. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. Philadelphia: F. A. Davis Company.
Grundy, S. 1987. Curriculum: producut or praxis. GB: The Falmer Press.
Habermas, J. 1972. Knowledge and human interests. Boston: Beacon Press.
Harva, U. 1963. Systemaattinen kasvatustiede. Helsinki: Otava.
Hammer, B. & Henderson, V. 1955. (5th ed.) Textbook of the principles and practice of nursing. New York: MacMillan.
Heikkinen, R-L. & Laine, T. 1997. Kohtaamisen näkökulmia. Kirjassa R-L. Heikkinen & T. Laine (toim.) Hoitava kohtaaminen. Kirjayhtymä. Tampere: Tammer-Paino, 7-20.
Henderson, V. 1961. ICN - Sairaanhoidon periaatteet. SHKS. Helsinki: Painoteollisuus.
Henderson, V. & Nite, G. 1978. (6th ed.) Principles and practice of nursing. New York: MacMillan.
Hentinen, M. 1979a. Diabeetikon itsehoitovalmiuksien kehittäminen: Kokeellisen opetusohjelman suunnittelu, toteutus ja arviointi. Sairaanhoidon Vuosikirja XVI. SHKS. Hämeenlinna; Karisto, 93-133.
Hentinen, M. 1979b. (Hentinen, M., Eronen, M., Kiiski, M., Nurminen, T. & Saira, H.) Hoitotyön kirjaaminen: Hoitosuunnitelma- ja seurantalomakkeiden arviointi. Sairaanhoidon vuosikirja XVI. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 261-271.
Hentinen, M. 1980a. Hoitotyön tutkimuksen eettisiä ongelmia. Ylihoitaja 8 (4), 4-7.
Hentinen, M. 1980b. Hoitotyön tehtäväalueet sydäninfarktipotilaan sairaalavaiheen hoidossa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 17 (2), 71-75.
Hentinen, M. 1980c. (Hentinen, M., Hentinen, A., Hyvärinen, H., Karppinen, H. & Manninen, R.) Sydäninfarktipotilaan omaisten ongelmia potilaiden toipumisen aikana ja hoitotyön mahdollisuudet vastata niihin. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 17 (5-6), 250-259.
Hentinen, M. 1982a. Sydäninfarktipotilaan omaisten hoidon tarve lähtökohtana stressiteoria. Sairaanhoidon Vuosikirja XIX. SHKS. Jyväskylä: Gummerus, 40-57.
Hentinen, M. 1982b. Hoitotyön arviointi: Käsiteanalyysi. Ylihoitaja 10 (4), 4-7.
Hentinen, M. 1983a. Need for instruction and support of the wives of patients with myocardial infarction. Journal of Advanced Nursing 8 (6), 519-524.
Hentinen, M. 1983b. Hoitotyön määrittelystä. Ylihoitaja 11 (1), 4-10.
Hentinen, M. 1983c. (Sinkkonen, S. & Hentinen, M.) Hoitotieteen määrittelyä. Kirjassa S. Sinkkonen (toim.) Hoitotiede 1. Kuopio: Kustannuskiila, 12-21.
Hentinen, M. 1983d. (Hentinen, M. & Lauri, S.) Ihmis-, terveys- ja sairauskäsitykset sekä hoitotyö. Kirjassa S. Sinkkonen (toim.) Hoitotiede 1. Kuopio: Kustannuskiila, 22-27.
Hentinen, M. 1983e. Sister Callista Royn adaptaatiomalli. Teoksessa S. Sinkkonen (toim.) Hoitotiede 1. Kuopio: Kustannuskiila, 49-53.

Hentinen, M. 1983f. (Sinkkonen, S. & Hentinen, M.) Hoitotieteen kehittämistarpeita ja -haasteita. Teoksessa S. Sinkkonen (toim.) Hoitotiede 1. Kuopio: Kustannuskiila, 125-130.

Hentinen, M. 1983g. Sydäninfarktipotilaan hoitotyön kehittäminen toimintatutkimuksena: Kehittämisohjelman ja sen arvioinnin suunnittelu sekä lähtötilanteen arvioinnin tärkeimmät tulokset. Lääkintöhallitus. WHO:n hoitotyön keskipitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämisohjelman julkaisuja nro 13. Helsinki.

Hentinen, M. 1983h. (Hentinen, M. & Sinkkonen, S.) Hoitotieteen perusteet. Julkaisussa Hoitotieteen peruskurssi 1983. Avointa korkeakouluopetusta, Kuopion kesäyliopisto: Savon Sanomain kirjapaino, 1-10.

Hentinen, M. 1983i. (Hentinen, M. & Lauri, S.) Hoitotieteen ihmiskäsitys ja periaatteet. Julkaisussa Hoitotieteen peruskurssi 1983. Avointa korkeakouluopetusta, Kuopion kesäyliopisto: Savon Sanomain kirjapaino, 11-18.

Hentinen, M. 1983j. Adaptaatiolähestymistapa. Julkaisussa Hoitotieteen peruskurssi 1983. Avointa korkeakouluopetusta, Kuopion kesäyliopisto: Savon Sanomain kirjapaino, 37-43.

Hentinen, M. 1984a. Lectio praecursoria väitöstilaisuudessa 25. 5. 1984, Kuopion yliopisto. Ylihoitaja-lehti 12 (4), 4-5.

Hentinen, M. 1984b. (Hentinen, M., Airaksinen, A-R. & Vuorela, E.) Hoitohenkilöstön rakenteen ja työnjaon muutoksen vaikutukset potilaanhoitoon ja hoitohenkilöstöön. Sairaanhoidon Vuosikirja XX. SHKS. Jyväskylä: Gummerus, 184-207.

Hentinen, M. 1984c. Sydäninfarktipotilaan hoitotyön kehittämisohjelma Kuopion yliopistollisen keskussairaalan sisätautien klinikalla vuosina 1980-1982. Väitöskirja, Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset 1/1984.

Hentinen, M. 1985a. Hoitotyön kirjallisuuden lukeminen. Ylihoitaja 13 (1), 5-9.

Hentinen, M. 1985b. Oppimisesta sairaanhoitajien erikoiskoulutuksessa: Kokeet oppimista kuvaavana ja ohjaavana tekijänä. Sairaanhoidon Vuosikirja XXI. SHKS. Vaasa: Vaasa Oy, 30-50.

Hentinen, M. 1985c. Mukautumisen edistäminen hoitotyössä. Julkaisussa Hoitotieteen jatkokurssi. Avointakorkeakouluopetusta, Kuopion yliopisto, 47-55.

Hentinen, M. 1985d. (Hentinen, M. & Sinkkonen, S.) A programme for developing nurses' skills and nursing practice. Journal of Advanced Nursing 10 (5), 405-416.

Hentinen, M. 1986a. Hoitotieteellinen tutkimus ja käytännön hoitotyö. Spirium 1986:2: 10-13.

Hentinen, M. 1986b. Didaktiikka terveydenhuollossa. Ylihoitaja 14 (4), 4-8.

Hentinen, M. 1986c. (Perälä, M-L. & Hentinen, M.) Omahoitajamalli käytännössä: Kokemuksia hoitajien ja potilaiden arvioimana. Sairaanhoidon Vuosikirja XXII. SHKS. Vaasa: Vaasa Oy, 81-110.

Hentinen, M. 1987a. Hoitoon sitoutuminen. Pro Nursing ry:n vuosikirja A:1, 78-82.

Hentinen, M. 1987b. (Kuuppelomäki, M. & Hentinen, M.) Yksityisyys sairaalaympäristössä. Sairaanhoidon Vuosikirja XXIII. SHKS. Forssa: Forssan kirjapaino, 57-72.
Hentinen, M. 1987c. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Ylihoitaja 15 (1), 4-8.
Hentinen, M. 1988a. Hoitoon sitoutuminen hoitotyön näkökulmasta. Sairaanhoitaja 61 (4), 5-7.
Hentinen, M. 1988b. (Hentinen, M., Janhonen, S. & Alvesalo, S.) Studying the nursing process. Nursing Times 84, Sept 28, 62-63.
Hentinen, M. 1988c. Kliininen opiskelu sairaanhoidon opiskelijoiden arvioimana. Ylihoitaja 16 (8), 4-9.
Hentinen, M. 1989a. Hoidon didaktiikan tutkimuksesta. Hoitotiede 1 (1), 5-11.
Hentinen, M. 1989b. Tutkimus hoitotyön kehittämisestä. Ylihoitaja 17 (8), 4-7.
Hentinen, M. 1989c. Hoitotiede ja sairaanhoitajakoulutus. Ylihoitaja 17 (3), 12-15.
Hentinen, M. 1989d. Luokka- ja kliinisenopetuksen integroituminen sairaanhoitajakoulutuksessa. Sairaanhoitaja 62 (2), 11-13.
Hentinen, M. 1989e. (Perälä, ML. & Hentinen, M.) Primary nursing: opinions of nursing staff before and during implementation. International Journal of Nursing Studies 26 (3), 231-242.
Hentinen, M. 1989f. Kliininen opiskelu hoitamaan oppimisessa: Nykytilanne sairaanhoitajakoulutuksessa. Ammattikasvatushallitus, Suunnittelu- ja kehittämisosasto. Tutkimuksia ja selosteita nro 20, Helsinki.
Hentinen, M. 1990a. (Hentinen, M. & Janhonen, S.) Hoitotyön prosesin oppiminen sairaanhoitajakoulutuksessa. Hoitotiede 2 (4), 255-262.
Hentinen, M. 1990b. Ajatuksia terveyskasvatuksesta ja sen tutkimisesta. Julkaisussa K. Krause & P. Åstedt-Kurki (toim.) Hyvä olo: Näkökulmia ihmisen hyvän olon edistämiseen: Juhlakirja Hertta Kalkkaan kunniaksi hänen siirtyessään eläkkeelle. Sairaanhoidon tutkimuslaitoksen julkaisuja 1/1990, 87-93.
Hentinen, M. 1990c. Sairaanhoito etsii tieteellistä perustaa. Kirjassa T. Perko (toim.) Tiede muutosten maailmassa. Atena Kustannus. Jyväskylä: Gummerus, 147-152.
Hentinen, M. 1990d. Onko hoitotiede harhaa. Hoitotiede 2 (1), 142-143.
Hentinen, M. 1992a. Päätoimittajalta. Hoitotiede 4 (5), 193.
Hentinen, M. 1992b. Päätoimittajalta. Hoitotiede 4 (1), 1.
Hentinen, M. 1992c. Kriittinen ajattelu sairaanhoitajakoulutuksessa. Kirjassa M. Hentinen, H. Aavarinne & P. Lämsä (toim.) Rakkaudesta ihmiseen ja työhön. Acta Universitatis Ouluensis, Series D, Medica 244, 18-26.
Hentinen, M. 1993a. Päätoimittajalta. Hoitotiede 5 (1), 1.
Hentinen, M. 1993b. Päätoimittajalta. Hoitotiede 5 (5), 193.
Hentinen, M. 1994. Päätoimittajalta. Hoitotiede 6 (5), 193.
Hentinen, M. & Perälä, M-L. 1993. Hoitotieteellisen tutkimuksen nykytila; Analyysi kansainvälisen tutkijakonferenssin abstrakteista. Hoitotiede 5 (3), 128-135.
Heyman, I. 1995. Gånge hatt till.. Omvårdnadsforskningens framväxt i Sverige - sjuksköterskors avhandlingar 1974-1991. Göteborg: Daidalos.
Hirsjärvi, S. & Huttunen, J. 1995. Johdatus kasvatustieteeseen. Juva: WSOY.

Hoitotiede 2/95. Hoitotiede - Nyt. Näkemyksiä hoitotieteellisen tutkimuksen tilasta ja tasosta Suomessa. Hoitotiede 7 (2), 82-95.

Huhtinen, A. 1996. Dialogi hoidon metodina. Ylihoitaja 24 (7), 7-8.

Janhunen, S. 1992. The core of nursing as seen by the nurse teachers in Finland, Norway and Sweden. Acta Universitatis Ouluensis, series D Medica 245, University of Oulu, Department of Nursing.

Jolkkonen, A. 1996. Miten hoitotiede vastaa reflektiivisyyden haasteeseen? Hoitotiede 8 (2), 97-99.

Kaila-Behm, A. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Miehestä isäksi - katsaus hoitotieteelliseen tutkimukseen. Hoitotiede 9 (1), 12-24.

Kalkas, H. 1972. Osatekijöiden arviointiin perustuva hoitoisuuden mittari. Turun yliopisto, Sosiaalipolitiikan laudaturtyö.

Kalkas, H. 1973. Potilaiden hoitoisuuden mittaamisesta. Sairaanhoidon Vuosikirja X. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 105-135.

Kalkas, H. 1976a. Precisering av forskningsobjekt vid sjukvårdens forskningsins titut i Helsingfors. Tidskrift för sjukvårdspedagoger 1976:3: 62-65.

Kalkas, H. 1976b. Människouppfatningen i sjukvården. Tidskrift för sjukvårds pedagoger 1976:4: 86-89.

Kalkas, H. 1976c. Teoreettinen ja käytännöllinen lähtökohta sairaanhoidon (nursing) tutkimuksessa - pohdintaa kirjallisuudesta otettujen esimerkkien valossa. Sairaanhoidon Vuosikirja XIII. SHKS. Helsinki, 97-134.

Kalkas, H. 1978a. Hoitotyön tutkimuksesta ja tutkimusongelman valinnasta. Ylihoitaja 6 (2), 4-8.

Kalkas, H. 1978b. Sairaanhoidon ihmiskäsityksestä. KATSAUS 1978:1: 12-13.

Kalkas, H. 1978c. Henkilökunnan toiminta työikäisten verenpainepotilaiden ja insuliinidiabeetikkojen avoterveydenhuollossa. Sairaanhoidon tutkimuslaitoksen julkaisuja nro 11. SHKS. Helsinki.

Kalkas, H. 1979a. Sairaanhoitaja potilaan hoidon tavoitteen asettajana. Sairaanhoitajapäivät 1979. Suomen sairaanhoitajaliitto. Helsinki (moniste).

Kalkas, H. 1979b (Kalkas, H., Manninen, K., Sammalkorpi, H., Sorvettula, M., Tolvanen, S. & Tuomaala, U.) Hoitotyön prosessimenetelmän soveltaminen. II osa. Lääkintöhallitus. Helsinki (moniste).

Kalkas, H. 1980a. Hoitotyön tutkijoiden yhteistyöstä Euroopassa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 17 (2), 93-99.

Kalkas, H. 1980b. Sjukvårdens forskningsinstitut som omvårdnadsarbetets utvecklare i Finland. Tidskrift för sjukvårdspedagoger 1980:4: 2-5.

Kalkas, H. 1981a. Insuliinidiabeetikkojen hoitoprosessi - pohdintaa teoreettisten ja empiiristen tutkimustulosten perusteella. Sairaanhoidon Vuosikirja XVIII. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 33-59.

Kalkas, H. 1981b. Aikuinen insuliinidiabeetikko terveydenhuollon hoitoprosessissa. Sairaanhoidon tutkimuslaitos 12, SHKS (väitöskirja).

Kalkas, H. 1981c. Action models for health centre staft. International Nursing Rewiev 28 (1), 15-20.

Kalkas, H. 1981d. Nursing research in Finland. Teoksessa ollaborative research and its implementation in nursing - Proceedings of the third conference of european nurse researchers. Athens 1981, 32-34.

Kalkas, H. 1982a. Hoitotyön teorianmuodostuksesta. Sairaanhoidon Vuosikirja XIX. SHKS. Jyväskylä: Gummerus, 245-259.
Kalkas, H. 1982b. Miten hoitotyö on vaikuttanut terveys-sairaus-käsitteiden muuttumiseen? Sairaanhoitajapäivät 1982. Suomen sairaanhoitajaliitto (moniste).
Kalkas, H. 1983 (Kalkas, H. & Priiki, T.) Hoitotyö osana sydäninfarktia sairastavan potilaan kokonaishoitoa. WHO:n hoitotyön keskipitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämisohjelman julkaisuja 11. Lääkintöhallitus. Helsinki.
Kalkas, H. 1984a. (Hellman, E. & Kalkas, H.) Munuaisten vajaatoimintaa sairastavien potilaiden hoidon kehittäminen. Osa I. Peruskartoitus hoitotyön osalta. WHO:n hoitotyön keskipitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämisohjelman julkaisuja 29. Helsinki: Valtionpainatuskeskus.
Kalkas, H. 1984b. Hoitotyön teoriat. TEHY 4 (17), 6-8.
Kalkas, H. 1984c. Ajatuksia hoitotyön tutkimuksesta. Ylihoitaja 12 (4), 8-10.
Kalkas, H. 1984d. Terveydenhuollon kandidaattikoulutuksesta Tampereen ylio pistossa. Terveydenhoitaja 17 (2), 16.
Kalkas, H. 1984e. Hoitotyön myytit. Akkaväki 9 (3-4), 38-39.
Kalkas, H. 1984f. God vård och hälsovårds forskning. Vård i Norden 4 (2), 215-219.
Kalkas, H. 1984g. Hoitotyön käytäntö ja teoreettinen tieto. Sairaanhoitaja 57 (2), 14-15.
Kalkas, H. 1984h. (Arajärvi, R-L. & Kalkas, H.) Vanhusten yksinäisyys hoitotyön haasteena. Sairaanhoidon Vuosikirja XX. SHKS. Jyväskylä: Gummerus, 9-17.
Kalkas, H. 1985a. (Kalkas, H. & Sarvimäki, A.) Hoitotyön eettiset perusteet. SHKS. Helsinki.
Kalkas, H. 1985b. Ehdotus: "Hoitotieteellisen tutkimuksen kehittämiseksi". Esitys Suomen Akatemian kansanterveyden painoalajaostolle 14. 11. 1985 (moniste).
Kalkas, H. 1986a. Nursing - A discipline between social and medical sciences. Vård i Norden 6 (2), 337-346.
Kalkas, H. 1986b. Hoitotiede yhteiskuntatieteen ja lääketieteen välimaastossa. Teoksessa K. Salavuo & M. Salo (toim.) Järjestelmä, toimeentulo ja toimintakyky. Turun yliopisto, Sosiaalipolitiikan julkaisuja A:20, 193-221.
Kalkas, H. 1986c. Hyvä hoito. Teoksessa: Tutkimus ja kansanterveys: Suuntauksia 1980-luvulle. Osa I. KELAn julkaisuja. Helsinki, 67-74.
Kalkas, H. 1987a. Hoitotiede tutkii ihmistä tahtovana ja tuntevana olentona. TEHY 7 (20), 36-37.
Kalkas, H. 1987b. Rinnakkaisia hoitotieteitä on useita. Lääkintävoimistelija 34 (4), 6-9.
Kalkas, H. 1987c. Keskustelua "Nursing"-sanan suomenkieleisestä merkityksestä. Sairaanhoitaja 60 (2), 37-40.
Kalkas, H. 1987d. Hoitotyön perusteen tutkimus. Virkaanastujaisesitelmä 14. 9. 1987. Ylihoitaja 15 (7), 13-17
Kalkas, H. 1987e. Forskning i grunden för vårarbetet. Perushoitaja 1987:10:28-30.
Kalkas, H. 1987f. Mistä hoitotieteessä on kysymys? Epione; Tampereen yliopiston terveydenhuollon opiskelijoiden lehti 1987:1: 4-6.

Kalkas, H. 1987g. (Kalkas, H. & Sarvimäki, A.) Omvårdnadsetikens grunder. Stockholm: Ahlmquist & Wiksell.
Kalkas, H. 1987h. (Kalkas, H. & Sarvimäki, A.; 2 korjattu painos) Hoitotyön eettiset perusteet. SHKS. Helsinki.
Kalkas, H. 1988a. Hyvä hoito. Hoitotiede 1988. Pro Nursing ry. Julkaisusarja A:2, 21-29.
Kalkas, H. 1988b. (Häggman-Laitila, A. & Kalkas, H.) Health and illness: a dialectical consept analysis. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2 (2), 59-64.
Kalkas, H. 1989. Ihmisten välisen vuorovaikutukseen perustuvan käytännön toiminnan tietoperusta filosofisen analyysin kohteena. Hoitotiede 1 (1), 36-37.
Kalkas, H. 1990a. Hoitotyön tutkimuksen tulevaisuuden näkymät. Hoitotiede 2 (3), 194-198.
Kalkas, H. 1990b. Nursing as a Scientific Discipline. Scandinavian Journal of Caring Sciences 4 (1), 5-7.
Kalkas, H. 1990c. Onko hoitotiedettä olemassa? Hoitotiede 2 (2), 190-191.
Kalkas, H. 1990d. Hoidon pehmeät arvot ihmisen kunnioittamista. Aamulehti 28. 6. 1990.
Kalkas, H. 1991a. Pehmeät arvot terveydenhuollossa. Hoitotiede 3 (1), 2-7.
Kalkas, H. 1991b. The problem of defining good nursing. Hoitotiede 3 (5), 186-188.
Kalkas, H. 1994a. Nursing - hoitotyötä, hoitotiedettä vai sairaanhoitajan työtä ? Hoitotiede 6 (5), 232.
Kalkas, H. 1994b. Suomennoksen esipuhe. Kirjassa A. Marriner-Tomey, Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. SHKS. Vammala; Vammalan kirjapaino, IX-X.
Kalkas, H. 1996a. Miten hoitotiede vastaa reflektiivisyyden haasteeseen (Vastine Ari Jolkkosen Keskustelua-palstalla esittämään kysymykseen). Hoitotiede 8 (4), 211-212
Kalkas, H. 1996b. Hoitotyön tutkimuksen etiikka. Sairaanhoitaja 69 (4), 7-8.
Kananoja, A. & Pentinmäki, A. 1977. Yksilökohtainen sosiaalityö. Teoria ja käytäntö. Porvoo: WSOY.
Kiikkala, I. 1991. Hoitotyö tarkoitusperäisenä toimintana. Kirjayhtymä. Tampere: Tammer-Paino.
Kiikkala, I. 1992. Hoitotieteen metodologinen perusta (Lectio praecursoria). Hoitotiede 4 (1), 41-43.
Kiikkala, I. & Munnukka, T. 1994a. Nursing research: On what basis. Journal of Advanced Nursing 19 (2), 320-327.
Kiikkala, I. & Munnukka, T. 1994b. Hoitotiede - tulevaisuuden tiede. Tiedepolitiikka 19 (4), 23-27
Kiikkala, I. & Munnukka, T. 1996. Teoreettista & käytännöllistä. Kirjassa T. Munnukka & I. Kiikkala, Teoriaa käytännössä. Kirjayhtymä. Tampere: Tammer-Paino, 7-14.
Kratz, C. 1979. The nursing process. London: Bailliere Tindall.
Krause, K. 1983a. Tutkimus hoitotyön kehittämisessä. Sairaanhoitajapäivät 1983. Suomen sairaanhoitajaliitto (moniste).
Krause. K. 1983b. Tutkimus ja hoitotyön kehittäminen. TEHY 3 (22), 18-20.

Krause, K. 1984. Hoitotyön prosessi teoriassa ja käytännössä: arvioiva tutkimus prosessiajattelun toteutumisesta. Lääkintähallitus. Helsinki.
Krause, K. 1985a. Sairaanhoitajakoulutuksen pääaineesta keski- ja korkea-asteen koulutuksessa. Sairaanhoitaja 58 (1), 23-28.
Krause, K. 1985b. Sairaanhoitajakoulutuksen uudistaminen. Ammattikasvatus 41 (9), 22-23.
Krause, K. 1985c. Sairaanhoitajakoulutuksen uudistaminen. TEHY 5 (9), 48-49.
Krause, K. 1986a. Syöpäpotilaan selviytyminen sairauden eri vaiheissa. Sosiaalinen Aikakauskirja 80 (2), 18-21.
Krause, K. 1986b. Selviytymisen kokeminen rintasyöpäpotilailla. Sairaanhoidon Vuosikirja XXII. SHKS. Vaasa: Vaasa Oy, 140-151.
Krause, K. 1987a. (Krause, K. & Salminen, P.) Avohuollosta vanhainkotiin jonottavien olot ja ongelmat Joensuussa. Sairaanhoidon Vuosikirja XXIII. Forssa: Forssan Kirjapaino, 25-38.
Krause, K. 1987b. Muutokseen kouluttaminen. Sairaanhoitajapäivät 1987 (moniste).
Krause, K. 1987c. Syöpään sairastuminen: muuttuneeseen elämäntilanteeseen sopeutuminen. Helsinki: Kirjayhtymä.
Krause, K. 1988a. Sairaanhoitajien osastonhoitajakoulutus ja yliopistokoulutus. Sairaanhoitaja 61 (3), 29-32.
Krause, K. 1988b. (Väätäinen, A-M. & Krause, K.) Syöpää sairastavan potilaan kokema psyykkisen tuen tarve. Sairaanhoidon Vuosikirja XXIV. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 65-88.
Krause, K. 1990a. (Kiikkala, I. & Krause, K.) Johtajuus hoitotyössä. Sairaanhoitaja 63 (4), 14-17.
Krause, K. 1990b. (Krause, K. & Väätäinen, A-M.) Hoitotyön henkilöstön valmiudet vastata syöpäpotilaan psyykkisiin tarpeisiin. Sairaanhoitaja 63 (1), 27-28, 30-32, 35-36.
Krause, K. 1990c. (Aura, A. & Krause, K.) Potilaisiin kohdistuvien tapaturmien ehkäisemisestä. Sairaanhoitaja 63 (3), 23-27.
Krause, K. 1990d. (Salminen, P. & Krause, K.) Vanhainkotijonon muodostumista voidaan vähentää. Sosiaalinen Aikakauskirja 84 (5), 30-37, 65.
Krause, K. 1990e. (Salo, S. & Krause, K.) Ajan kokeminen Martha E. Rogersin käsitteelisen mallin viitekehyksessä. Hoitotiede 2 (4), 242-247.
Krause, K. 1990f. Tarveteoriat ja hoitotyö. Kirjassa K. Krause & P. Åstedt-Kurki (toim.) Hyvä olo: näkökulmia ihmisen hyvän olon edistämiseen: juhlakirja Hertta Kalkkaan kunniaksi hänen siirtyessään eläkkeelle Tampereen yliopiston hoitotieteen professorin virasta. SHKS. Helsinki, 53-62.
Krause, K. 1990g. Työntekijät ja sairaanhoitajienkoulutusuudistus. Lääkintöhallitus tiedottaa 1990:1: 45-48.
Krause, K. 1991a. (Kuusisto, L., Krause, K. & Kiikkala, I.) Inhimillinen hoitotyö. Sairaanhoitaja 64 (3), 29-33.
Krause, K. 1991b. Hoitotyöstä ja sen tietoperustasta. Sairaanhoitaja 64 (5), 33-34.
Krause, K. 1991c. (Krause, K., Åstedt-Kurki, P. & Munnukka, T.) Tutkimus ja opetus hoitotyön asiantuntijuuteen kasvun tukena. Sairaanhoitaja 64 (7), 6-10.

Krause, K. 1991d. (Krause, K., Åstedt-Kurki, P. & Munnukka ,T.) Forskning och undervisning som stöd för utveckling av sakkunskap i vårdarbete. Sairaanhoitaja 64 (7), 11-15.

Krause, K. 1991e. (Munnukka, T. & Krause, K.) Hoitotyön toteutuminen aivove renkiertohäiriöpotilaan ensihoidossa. Hoitotiede 3 (1), 21-27.

Krause, K. 1991f. Contracting cancer and coping with it. Patients Experiences. Cancer Nursing 14 (5), 240-245.

Krause, K. 1991g. Hoitotieteen (nursing) päämäärästä. Kirjassa T. Munnukka & P. Åstedt-Kurki (toim.) Näkökulmia hoitotieteeseen. Studia generalia. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos, Julkaisusarja A 1/91, 7-21.

Krause, K. 1992. Käsitteiden kehittyminen hoitotyössä. Hoitotyön Vuosikirja 1993. Kirjayhtymä. Tampere 1992: Tammer-Paino, 63-71.

Krause, K. 1993a. Hoitotieteellistä keskustelua tarvitaan. Hoitotiede 5 (3), 136-137.

Krause, K. 1993b. Hoitotieteen tutkimuskohteesta. Hoitotyön Vuosikirja 1994. Kirjayhtymä. Tampere 1993: Tammer-Paino, 92-100.

Krause, K. 1994. Vad innebär professionalism och vad förutsätter den av sjukskötaren ? Vård i Norden 14 (4), 31-37.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1992. On the goals of nursing. Kirjassa K. Krause & P. Åstedt-Kurki (eds.) International perspektives on nursing. Tampere University, Department of Nursing, Serie A3/92, 23-34.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kirjayhtymä. Tampere: Tammer-Paino.

Krause, K. & Salo, S. 1992. Teoreettinen hoitotyö. Kirjayhtymä. Tampere: Tammer-Paino.

Kuokkanen, R. 1992. Kriittinen ajattelu sairaanhoitajakoulutuksen alkuvaiheen osastotunneilla. Hoitotiede 4 (2), 79-87.

Laine, T. & Kuhmonen, P. 1995. Filosofinen antropologia. Atena kustannus. Saarijärvi: Gummerus.

Lauri, S. 1973. Jonkin aikaa alalla toimineiden sairaanhoitajien ja alaa opiskelevien käsityksiä sairaanhoitajakoulutuksen eräistä tavoitteista ja niiden toteuttamisesta käytännön työssä. Sairaanhoidon Vuosikirja X. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 166-201.

Lauri, S. 1975a. Eikö meitä arvosteta ? Sairaanhoitaja 48 (19), 26-27.

Lauri, S. 1975b. Terveydenhoitajan ammattikuva. Sairaanhoitaja 48 (3), 10-13.

Lauri, S. 1975c. Terveydenhoitajan ammattikuva ja sen tulevaisuus. Terveydenhoitaja 8 (2), 13-16.

Lauri, S. 1977a. Terveydenhoitajan työ 0-6 vuotiaiden lasten terveydenhoidon neuvonnassa. Mannerheimin lastensuojeluliiton julkaisu B 24.

Lauri, S. 1977b. Terveydenhoitajan työ 0-6-vuotiaiden lasten terveydenhoidon neuvonnassa. Sairaanhoitaja 50 (2), 20-23.

Lauri, S. 1977c. Miten tutkimus auttaa kehittämään käytännön työtä. Ylihoitaja 6 (6), 9-10.

Lauri, S. 1978. Hoitosuunnitelman kehittäminen lasten terveydenhuollossa. Ylihoitaja 6 (8), 9-11.

Lauri, S. 1979a. Lastenneuvolatyötä kehitettävä edelleen. Sairaanhoitaja 52 (18), 14-15 ja 30-31.

Lauri, S. 1979b. Terveydenhoitajan työn kehittäminen 1-2-vuotiaan lapsen hoidon ja kasvatuksen ohjauksessa. Mannerheimin lastensuojeluliiton julkaisu B 40, Lapsiraportti.

Lauri, S. 1979c. Terveydenhoitaja 1-2-vuotiaan lapsen hoidon ja kasvatuksen ohjaajana. Joensuun korkeakoulun julkaisuja. Sarja A nro 13 (väitöskirja).

Lauri, S. 1979d. Lasten hoito- ja kasvatusneuvontatyön kehitys ja tutkimus. Kasvatus 10 (6), 366-369 (Lectio praecursoria).

Lauri, S. 1980a. Terveydenhoitoprosessin dokumentoinnin kehittäminen. Sosiaa lilääketieteellinen Aikakauslehti 27 (2), 71-75.

Lauri, S. 1980b. Hoitotyötä ja sen hallintoa voidaan kehittää tutkimuksella. Sairaanhoitaja 53 (11), 26-28.

Lauri, S. 1980c. Terveydenhoitajan työn kehittymisestä. Sosiaalinen Aikakauskirja 1980:5:38-44, 98 ja 100.

Lauri, S. 1980d. Erilaisia lähtökohtia ja ratkaisumalleja opetussuunnitelman kehittämiseksi varhaiskasvattajan koulutuksessa. Kasvatus 11 (4), 206-212.

Lauri, S. 1980e. Lasten hoito- ja kasvatusneuvontatyön kehittyminen terveyskeskuksissa. I osa. Kehittämistyön lähtökohdat ja tavoitteet. WHO:n hoitotyön keskipitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämisohjelman julkaisuja 1. Ohjelman projektiryhmä. Lääkintöhallitus. Helsinki.

Lauri, S. 1981a. Kehittämistyön ohjauksesta sairaala- ja terveyskeskusorganisaatiossa. Ylihoitaja 9 (8), 4-5.

Lauri, S. 1981b. Lasten hoito- ja kasvatusneuvonnan kehittäminen terveydenhoitajan työssä. Teoksessa S. Seppo (toim.) Ihminen, kasvu ja sosiaalistuminen. Juhlakirja Annika Takalan merkkipäivänä. Joensuun korkeakoulun- julkaisuja, Sarja A 20, 81-88.

Lauri, S. 1981c. Hoitotyön prosessimallin sovellutus lastenneuvolatyöhön. Ter veydenhoitaja 14 (2), 11-14.

Lauri, S. 1981d. Hoitotyön prosessin kehittäminen Pohjois-Karjalan keskussairaalassa. I osa. WHO:n hoitotyön keskipitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämisohjelman julkaisuja 3. Helsinki.

Lauri, S. 1981e. Lasten hoito- ja kasvatusneuvontatyön kehittäminen terveyskeskuksissa. II osa. Lapsen ja perheen tarpeiden määrittely ja ohjaus. WHO:n hoitotyön keskipitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämisohjelman julkaisuja 5. Helsinki.

Lauri, S. 1981f. Lasten hoito- ja kasvatusneuvontatyön kehittäminen terveyskeskuksissa. III osa. Terveydenhoitajien toimintamallin ja terveyskeskuksien lastenneuvoloiden kokonaistoiminnan kehittyminen. WHO:n hoitotyön keskipitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämisohjelman julkaisuja 6. Helsinki.

Lauri, S. 1981g. Joitakin lähestymistapoja ja tavoitteita hoitotyön tutkimuksessa. Julkaisussa Sairaanhoidon tutkimuslaitos 15 vuotta. Juhlaseminaari 9. - 10. 4. 1981. Sairaanhoidon Tutkimuslaitos. Helsinki, 37-42.

Lauri, S. 1982a. Käytännön, teorian ja tutkimuksen yhdistäminen hoitotyössä. Ylihoitaja 10 (7), 7-9 ja 12.

Lauri, S. 1982b. Lasten hoito- ja kasvatusneuvontatyön kehittäminen terveyskeskuksissa. SHKS. Helsinki.

Lauri, S. 1982c. (Komulainen, P. & Lauri, S.) Työterveyshoitaja työolosuhteiden psyykkisten kuormitustekijöiden arvioijana. Sairaanhoidon Vuosikirja XIX. SHKS. Jyväskylä: Gummerus, 58-103.

Lauri, S. 1982d. Hoitotyön prosessin kehittäminen Pohjois-Karjalan keskussairaa lassa II osa. WHO:n hoitotyön keskipitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämisohjelman julkaisuja 10. Helsinki.

Lauri, S. 1983a. Hoitotieteen kehittyminen. TEHY 3 (18), 28-30.

Lauri, S. 1983b. Tillämpning av vårdarbetets processmetod i barnvårds- och uppfostringrådgivning med hjälp av versamhetsforskning. Vård i Norden 3 (3), 149-154.

Lauri, S. (toim) 1983c. Hoitotyön prosessin kehittäminen Pohjois-Karjalan keskussairaalassa. III osa. Lääkintöhallitus. WHO:n hoitotyön pitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämisohjelman julkaisuja 16. Helsinki.

Lauri, S. 1983d. (Hentinen, M. & Lauri, S.) Hoitotyön ihmiskäsitys ja periaatteet. Julkaisussa Hoitotieteen peruskurssi 1983. Yleisradion opetusmoniste. Kuopion korkeakoulu ja Kuopion kesäyliopisto, 11-18.

Lauri, S. 1983e. Terveydenhoitotyö. Julkaisussa Hoitotieteen peruskurssi. Yleisradion opetusmoniste. Kuopion korkeakoulu ja Kuopion kesäyliopisto, 77-84.

Lauri, S. 1983f. (Hentinen, M. & Lauri, S.) Ihmis-, terveys- ja sairauskäsitykset sekä hoitotyö. Teoksessa S. Sinkkonen (toim.) Hoitotiede I. Kuopio: Kustannuskiila, 22-30.

Lauri, S. 1983g. Hoitotieteellisten teoriamallien keskeisiä käsitteitä. Teoksessa S. Sinkkonen (toim.) Hoitotiede I. Kuopio: Kustannukiila, 66-70.

Lauri, S. 1983h. Terveydenhoitotyö. Teoksessa S. Sinkkonen (toim.) Hoitotiede I. Kuopio; Kustannuskiila, 76-82.

Lauri, S. 1983i. Hoitotieteen kehittyminen. Terveydenhoitaja 16 (5), 4-8

Lauri, S. 1984a. Hoitotieteen kehittyminen. Sairaala 1984:12: 394 ja 396.

Lauri, S. 1984b. Sairaanhoitajan päätöksentekoprosessin potilaan kokonaishoidossa sairaalassa. Sairaanhoitaja 57 (2), 16-23.

Lauri, S. 1984c. Omaisena sairaalassa. Puheenvuoro 1. SHKS. Helsinki.

Lauri, S. 1984d. Toimintatutkimus terveyskasvattavan työn kehittämisessä. Terveyskasvatus ja terveyskäyttäytymisen muuttaminen. Kuopion yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja 4, 60-66.

Lauri, S. 1985a. Hoitotyön hallinnon tehtävät käytännön työn kehittämisessä. Ylihoitaja 13 (7), 4-6.

Lauri, S. 1985b. (Lauri, S. & Nuikki, M-L.) Itsehoitoon perustuvan terveydenhoitomittarin kehittäminen opiskelijaterveydenhuollossa. Terveydenhoitaja 18 (1), 5-8.

Lauri, S. 1985c. (Lauri, S. & Kurki, P.) Sairaanhoitajien ja erikoissairaanhoitajien ammatillisuuden kokeminen. Sairaanhoidon Vuosikirja XXI. SHKS. Vaasa: Vaasa Oy, 78-94.

Lauri, S. 1985d. (Jalkanen, K. & Lauri, S.) 4-6-vuotiaiden CP-vammaisten lasten hoidon tarve päivittäisissä toiminnoissa. Sairaanhoidon Vuosikirja XXI. SHKS. Vaasa: Vaasa Oy, 161-183.

Lauri, S. 1985e. Hoitotyön päätöksenteon opettaminen. Suomen kaupunkiliiton julkaisu C 96. Helsinki.

Lauri, S. 1985f. Hoitotieteen teorian kehittäminen. Julkaisussa Hoitotieteen jatkokurssi. Yleisradion aikuisopetus. Kuopion yliopisto ja Kuopion kesäyliopisto, 9-15.

Lauri, S. 1985g. Päätöksenteko potilaan hoidossa. Julkaisussa Hoitotieteen jatkokurssi. Yleisradion aikuisopetus. Kuopion yliopisto ja Kuopion kesäyliopisto, 17-23.

Lauri, S. 1985h. (Lausi S. (toim.)) Päätöksenteko hoitotyön prosessissa. SHKS. Hämeenlinna: Karisto.

Lauri, S. 1986a. Hoitotyön ammattiin kasvaminen. Sairaanhoitaja 59 (1), 15-18.

Lauri, S. 1986b. (Lauri, S., Liukkonen, A. & Matero, R.) Terveydenhoitajan työ ja päätöksenteko yläasteen oppilaiden terveydenhoidossa. Mannerheimin Lastensuojeluliitton lapsiraportti A:50.

Lauri, S. 1986c. Hoitotyön ammatillinen päätöksenteko. SHKS. Helsinki.

Lauri, S. 1986d. (Lauri, S., Liukkonen, A. & Matero, R.) Terveydenhoitajan työ yläasteen oppilaiden terveydenhoidossa: Lähtökohtana terveydenhoitajan työn sisältö ja päätöksentekoprosessi. Terveydenhoitaja 19 (6), 9-13.

Lauri, S. 1987a. Hoitotieteen haasteet. Terveydenhoitaja 20 (1), 4-6.

Lauri, S. 1987b. Hoitotieteen haasteet. Ylihoitaja 15 (1), 17.

Lauri, S. 1987c. Hoitotiede tieteenä: Nykytila ja tulevaisuus. Ylihoitaja 15 (8), 4-5.

Lauri, S. 1987d. (Lauri, S., Räsänen, I. & Sivenius, J.) Epilepsiapotilaiden terveysneuvontakokeilu Koupion yliopistollisen keskussairaalan kuntoutus- ja epilepsiapoliklinikalla. Terveystutkimuksen Vuosikirja 1987. Lääkintöhallituksen julkaisuja, Terveyskasvatus, sarja Tutkimukset 8, 177-194.

Lauri, S. 1988a. (Hyvönen, K. & Lauri, S.) Terveydenhoitajan työ ja päätöksentekoprosessi lasteneuvolassa: Toiminnan kehittyminen vuosina 1976-1986. Lääkintöhallitusksen julkaisuja 115. Helsinki.

Lauri, S. 1988b. (Lauri, S. (toim.)) Vanhuuden kokeminen Kuopiossa. Kuopion yliopiston julkaisuja 2. Yhteiskuntatieteet.

Lauri, S. 1988c. Terveydenhoitajan työn kehitysnäkymät. Terveydenhoitaja 21 (8), 8-9.

Lauri, S. 1988d. Hoitotiede käytännön hoitotyön ohjaajana. Hoitotiede 88. Pro Nursing ry. Julkaisusarja A2, 31-37.

Lauri, S. 1989a. (Kuuppelomäki, M. & Lauri, S.) Eettiset ongelmat iäkkäiden terminaalivaiheessa olevien potilaiden syöttämisessä. Hoitotiede 1 (2), 56-60.

Lauri, S. 1989b. Hoitotiede - mitä se on ? Virkaanastujaisesitelmä. Hoitotiede 1 (1), 2-3.

Lauri, S. 1989c. Changes in national child health capolicies and their effects on the public health nurse's work in child health care in Finland. Journal of Advanced Nursing 14 (12), 1034-1037.

Lauri, S. 1990a. The history of nursing research in Finland. International Journal of Nursing Studies 27 (2), 169-173.

Lauri, S 1990b. (Lauri, S. & Hietaranta, E.) Terveydenhoitajan tietoperusta ja päätöksenteko lasten terveydenhoidossa. Turun yliopiston julkaisuja, Sarja C, osa 79.

Lauri, S. 1990c. (Perko, T. & Lauri, S.) Terminaalihoito keskussairaalan vuodeosastolla.Lääkintöhallituksenjulkaisusarja162.Helsinki:Valtionpainatuskeskus.
Lauri, S. 1990d. (Viljanen, K. & Lauri S.) Perhekeskeisyys lastenneuvolatyössä. Lääkintöhallituksen julkaisuja 157. Helsinki: Valtionpainatuskeskus.
Lauri, S. 1990e. The teaching of decision-making process to nurses working in hospital. Scandinavian Journal of Caring Sciences 4 (2), 63-68.
Lauri, S. 1990f. Terveydenhoitaja lapsen ja perheen hyvänolon edistäjänä. Julkaisussa K. Krause & P. Åstedt-Kurki (toim.) Hyvä olo: Näkökulma ihmisen hyvän olon edistämiseen. Sairaanhoidon tutkimuslaitoksen julkaisuja 1/1990, 95-104.
Lauri, S. 1990g. Public health nurse's knowledge base and decision-making process in child health care: methodic experiment. Scandinavian Journal of Caring Sciences 4 (1), 10-13.
Lauri, S. 1990h. (Hietaranta, E. & Lauri, S.) Terveysneuvonta terveydenhoitajan työssä. Terveydenhoitaja 23 (4), 4-7.
Lauri, S. 1991a (Leino-Kilpi, H. & Lauri, S.) Hoitotiedon keskeiset alueet hoitotieteen yliopistokoulutusta jäsentävänä opetussuunnitelmarakenteena Turun yliopistossa. Hoitotiede 2 (1), 28-31.
Lauri, S. 1991b. Hoitotyön päätöksenteon ja tietoperustan tutkiminen: erilaisia tutkimuksellisia lähestymistapoja ja tutkimustuloksia vuosilta 1976-1991. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C 87.
Lauri, S. 1991c. (Kuuppelomäki, M. & Lauri, S.) Dementiapotilaiden ja terminaalivaiheessa olevien iäkkäiden syöpäpotilaiden syöttämiseen liittyvä hoitotyön eettinen päätöksenteko eri maissa. Hoitotiede 3 (4), 146-153.
Lauri, S. 1991d. (Lauri, S., Moisander, M-L., Hämäläinen, T. & Lehti, T.) Hoitotyön toiminta-ajatuksen ja dokumentoinnin kehittäminen Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Turun yliopistollinen keskussairaala. Hoitotyön julkaisusarja B:1:1991.
Lauri, S. 1993. Päätöksenteko hoitotyön arjessa - uusia tutkimustuloksia. Julkaisussa T. Suominen, H. Hupli, I. Iire & H. Leino-Kilpi (toim.) Hoitotiede 1993. Pro nursing ry. Turku: Kirjapaino Pika, 14-25.
Lauri, S. 1994. Health Promotion in Child and Family Health Care; The Role of Finnish Public Health Nurses. Public Health Nursing 11 (1), 32-37.
Lauri, S. 1996. Keskustelua hoitotieteen paradigmasta ja teorian kehittämisestä. Hoitotiede 8 (5), 262-263.
Lauri, S. & Elomaa, L. 1995. Hoitotieteen perusteet. Juva: WSOY.
Lauri, S. & Haapa, S. 1994. Terveydenhoitajien päätöksenteko terveydenhoidon eri sektoreilla. Terveydenhoitaja 27 (2), 2-4.
Lauri, S. & Härmälä, M. 1993. Terveydenhoitajan ja oppilaan yhteinen päätöksenteko terveydenhoidossa. Turun kaupungin terveydenhuollon julkaisuja nro 7/1993.
Lauri, S. & Leino-Kilpi, H. 1993. Hoitotieteen tutkimuskohde sekä tutkimusta ja opetusta ohjaavat teoreettiset ja käytännölliset lähtökohdat. Hoitotyön Vuosikirja 1994. Kirjayhtymä. Tampere 1993: Tammer-Paino, 101-105.
Lauri, S. & Salanterä, S. 1995. Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien päätöksentekomallit viidellä hoitotyön toiminta alueella. Hoitotiede 7 (2), 64-74.
Leino-Kilpi, H. 1996. Päätoimittajalta. Hoitotiede 8 (1), 1-2.

Leino-Kilpi, H. & Suominen, T. 1997. Suomalainen hoitotieteellinen tutkimus 1950-luvulta nykypäivään. Hoitotiede 9 (2), 55-65.
Leminen, A. 1970. Mitä sairaanhoitajat tekevät ? Sairaanhoidon tutkimuslaitoksen julkaisuja nro 4. Sairaanhoidon tutkimuslaitos. Helsinki.
Leminen, A. & Sinkkonen, S. 1968. Mitä sairaanhoitajat tekevät? Erikoissairaanhoitajatutkimus; Ennakkoseloste. Sairaanhoidon tutkimuslaitos (moniste).
Luhtanen, L. 1981. Terveydenhuollon kandidaattikoulutus. Julkaisussa Sairaanhoidon tutkimuslaitos 15 vuotta. Juhlaseminaari 9.-10. 4. 1981. Sairaanhoidon tutkimuslaitos. Helsinki, 43-49.
Munnukka, T. & Kiikkala, I. 1996. Teoriaa käytännössä. Kirjayhtymä. Tampere: Tammer-Paino.
Myllymäki, I. & Mäkelä, C. 1994. Avdelningsskötarens yrkesparadigm. Ylihoitaja-22 (3-4), 9-18.
Nieminen, H. 1996. Fenomenologia, Parse ja hoitotiede. Hoitotiede 8 (3), 158-161.
Nieswiadomy, R. 1993 (2nd ed). Foundations of nursing research. Connecticut: Appleton & Lange.
Niiniluoto, I. 1980. Johdatus tieteenfilosofiaan. Käsitteen- ja teorianmuodostus. Helsinki: Otava.
Niiniluoto, I. 1993. Uusien tieteiden synty: Kuusi mallia. Kirjassa L. Haaparanta, I. Koskinen, E. Oesch & T. Vaden (toim.) Malli, metodi, merkitys. Esseitä Veikko Rantalan 60-vuotispäivän kunniaksi. Filosofisia tutkimuksia Tampereen yliopistossa Vol 49.
Niiniluoto, I. 1996. Hoitotiede - tieteenteoreettisia huomautuksia. Hoitotiede 8 (3), 149-154.
Parvinen, T. 1992. Lukijalle. Teoksessasa T. Parvinen, A. Mölsä, I. Karpov & H. Kehä, Johdonmukainen terveen- ja sairaanhoito. Kirjayhtymä. Tampere: Tammerpaino, 5-6.
Parvinen, T., Mölsä, A., Karpov, I. & Kehä, H. 1992. Johdonmukainen terveen- ja sairaanhoito. Kirjayhtymä. Tampere: Tammerpaino.
Paunonen, M. 1982a. Työnohjaus terveydenhoitajan ammatti-identiteetin selkeyttäjänä ja vahvistajana. Terveydenhoitaja 1982 (4), 11-13.
Paunonen, M. 1982b. Sairaalan toimipaikkakoulutuksen teoreettisten lähtökohtien tarkastelua ja empiirinen tutkimus sen nykytilasta ja kehittämistarpeista. Sairaanhoidon Vuosikirja XIX. SHKS. Jyväskylä 1983: Gummerus, 327-361.
Paunonen, M. 1982c. (Sinkkonen, S. & Paunonen, M.) Työnohjaus hoitotyön ja hoitotyöntekijöiden kehittämisessä. Sairaanhoidon Vuosikirja XIX. SHKS. Jyväskylä 1983: Gummerus, 404-427.
Paunonen, M. 1983a. Ammatti-identiteetti ja työnohjaus. Ylihoitaja 11 (8), 4-10.
Paunonen, M. 1983b. Hoitajan minä-identiteetin ja ammatti-identiteetin muodostumisen tarkastelua. Ylihoitalehti 11 (4), 4-9.
Paunonen, M. 1983c. Sairaanhoidon opettajan työn tehtävistä. Ammattikasvatus 39 (16), 10-12.
Paunonen, M. 1983d. (Paunonen, M. & Metsäpalo, A.) Hoitotyön kehittäminen äitiyshuollossa. Ylihoitaja 11 (8), 160-161.
Paunonen, M. 1983e. Mielenterveystyöntekijän ammatti-identiteetin kehittymisen tarkastelua. Terveydenhuoltotyö 46 (5), 7-9.

Paunonen, M. 1985a. Tietoisuuden kasvu ja muutosteorian näkökulma hoitotyöhön. Ylihoitaja 13 (6), 4-6.

Paunonen, M. 1985b. Henkilöstön koulutuksen merkitys lasten ja nuorten mielenterveystyössä. TEHY 5 (22), 14-16.

Paunonen, M. 1985c. (Erjanti, H. & Paunonen, M.) Ähtärinkunta edelläkävijänä: Ohjelmallista vanhustenhuoltoa terveyskeskuksen kotisairaanhoidossa. Suomen kunnallislehti 70 (11), 26-28.

Paunonen, M. 1985d. Hoitotyön kehittäminen terveydenhuollossa: Hoitotyön kehittymiseen vaikuttavia näkökulmia. Suomen kunnallislehti 70 (13), 56-57.

Paunonen, M. 1985e. Hoitotyöntekijöiden toimipaikkakoulutus ja työnohjaus. Kaupunkiliitto julkaisu C 71, Suomen kaupunkiliitto.

Paunonen, M. 1985f. Hoitoyhteisöjen dynamiikka. Kaupunkiliiton jukaisu C 81, Suomen kaupunkiliitto.

Paunonen, M. 1985g. Lasten mielenterveystyö ja hoitotyön prosessi. Suomen kaupunkiliitto.

Paunonen, M. 1986a. (Paunonen, M., Laakso, H. & Jankola, K.) Stressi ja burnout hoitotyössä: stressi- ja loppuunpalamisilmiöiden teoreettista tarkastelua ja empiirinen tutkimus hoitotyöntekijöiden kokemasta työkuormituksesta hoitotyössä. Kaupunkiliiton julkaisu C 95, Suomen kaupunkiliitto.

Paunonen, M. 1986b. (Sinkkonen, S., Kinnunen, J. & Paunonen, M.) Osastonhoitajien johtamistyylit ja hoitohenkilöstön työtyytyväisyys. Kaupunkiliiton julkaisu 355, Suomen kaupunkiliitto.

Paunonen, M. 1987. Työnohjaus hoitotyön laadun varmistajana. Pro Nursing 1987. Pro Nursing ry, 58-67.

Paunonen, M. 1988a. Hoitotyhteisön vuorovaikutuskenttä ja potilaan ja asiakkaan tarpeet. Teoksessassa M. Paunonen, U-R. Penttilä, H. Erjanti & M-L Onninen, Hoitoyhteisö. SKHS, 69-78.

Paunonen, M. 1988b. Kannustava ja motivoitunut ilmapiiri hoitotyön perustana. Teoksessa M. Paunonen, U-R. Penttilä, H. Erjanti & M-L. Onninen, Hoitoyhteisö. SHKS, 81-85.

Paunonen, M. 1988c. Hoitotyhteisössä esiintyvä työväsyminen ja sen ehkäisy hoitotyön laadun varmistamiseksi. Teoksessa M. Paunonen, U-R. Penttilä, H. Erjanti & M-L. Onninen, Hoitoyhteisö. SHKS, 87-91.

Paunonen, M. 1988d. Hoitotyhteisön kehittämiskeinoja. Teoksessa M. Paunonen, U-L. Penttilä, H. Erjanti & M-L. Onninen, Hoitoyhteisö. SHKS, 93-101.

Paunonen, M. 1988e. (Sinkkonen, S., Paunonen, M., Kinnunen, J. & Laitinen, A.) Hoidon laadun määrittely ja mittaaminen tarveteoriain pohjalta. Sairaanhoidon Vuosikirja XXIV. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 105-143.

Paunonen, M. 1988f. (Kinnunen, J., Sinkkonen, S., Paunonen, M. & Laitinen, A.) Osastonhoitajien johtamistyylit ja potilaiden arvioima hoidon laatu. Sairaanhoidon Vuosikirja XXIV. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 145-166.

Paunonen, M. 1988g. (Sinkkonen, S. & Paunonen, M.) Esipuhe. Sairaanhoidon Vuosikirja XXIV. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 9-10.

Paunonen, M. 1989a. Hoitotyön työnohjaus hallinto- ja koulutuskeinona hoitotyön kehittämisessä. Hoitotiede 1 (2), 74-77.

Paunonen, M. 1989b. (Paunonen, M. & Oksanen, I.) Työnohjaus ansaitsee arvonsa. Talouselämä 52 (27), 71-72.

Paunonen, M. 1989c. Hoitotyön työnohjaus: Empiirinen tutkimus työnohjauksen kehittämisohjelman käynnistämistä muutoksista. SHKS. Helsinki.

Paunonen, M. 1990a. Hoitotyön työnohjaajakoulutus ja osallistujien suorittama koulutuksen arviointi. Teoksessa M. Paunonen (toim.) Hoitotyön työnohjauksen ulottuvuuksia. Lapin korkeakoulun täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja nro 30, 3-24.

Paunonen, M. 1990b. (Paunonen, M. & Häggman-Laitila, A.) Iäkkäiden näkemyksiä seksuaalisuhteeseen liittyvien tarpeiden tyydyttämisestä. Hoitotiede 2 (2), 152-157.

Paunonen, M. 1990c. (Paunonen, M. & Häggman-Laitila, A.) Sexuality and the satisfaction of sexual needs: a study on the attitudes of aged home-nursing clients. Scandinavian Journal of Caring Sciences 4 (4), 163-168.

Paunonen, M. 1991a. Koulutus ja työnohjaus hoitotyön kehittämisessä. Hoitotiede 3 (3), 90-95.

Paunonen, M. 1991b. Työyhteisön ilmapiirin vaikutuksen yhteys vanhustyön toteutukseen. Vanhustyö 1991:5: 3-6.

Paunonen, M. 1991c. Promouting nursing quality through supervision. Journal of Nursing Staff Development 7 (5), 229-233.

Paunonen, M. 1991d. Changes initiated by a nursing supervision programme: an analysis based on long-linear models. Journal of Advanced Nursing 16 (8), 982-986.

Paunonen, M. 1997. Tiede versus pseudotiede hoitamisen ja sen opetuksen perustana (Keskustelua). Hoitotiede 9 (1), 46-47.

Polit, D. & Hungler, B. 1991 (4th ed). Nursing research: principles and methods. Philadelphia: Lippincott.

Riehl, J. & Roy, C. 1974. Conceptual models for nursing practice. New York: Appleton-Century-Crofts.

Salomaa, J. 1941. Filosofian probleemeja. Porvoo: WSOY.

Sairaanhoidon Vuosikirja V. 1968. Liite: Sairaan- ja terveydenhoidontutkimuksia: Maamme korkeakouluissa suoritetut laudatur- ja lisensiaattitutkielmat 1944-1967. SHKS. Helsinki: Kunnallispaino.

Sarvimäki, A. 1980. Hoitotyön filosofiset perusteet. Sosiaalinen Aikakauskirja 74 (5), 11-16.

Sarvimäki, A. 1983. Hällsobegreppet och vårdbegreppet. Två centrala problem områden inom vårdfilosofin. Helsingfors svenska sjukvårdsinstitut 1984.

Sarvimäki, A. 1989. Knowledge in interactive practice disciplines. An analysis of knowledge in education and health care. Department of Education, University of Helsinki. Research bulletin 68. Helsinki: Valtionpainatuskeskus.

Sarvimäki, A. & Sihvonen, M. 1989. Hoitotieteelle kestävä pohja. US 30. 5. 1989.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 1996. Hoito, huolenpito ja opetus. Juva: WSOY

Sinkkonen, S. 1968a. (Leminen, A. & Sinkkonen, S.) Erikoissairaanhoitajatutkimus; Ennakkoseloste. Sairaanhoidon Tutkimuslaitos (moniste).

Sinkkonen, S. 1968b. Päätöksenteko, tehokkuus ja demokratia sairaalassa. Sairaanhoidon Vuosikirja V. SHKS. Helsinki: Kunnalispaino, 83-100.

Sinkkonen, S. 1969. Sairaanhoidon tutkiminen Englannissa. Sairaanhoidon Vuosikirja VI. SHKS. Helsinki: Sanomapaino, 115-134.

Sinkkonen, S. 1973. (Heiskanen, I. Sinkkonen, S. & Strann, L.) Ammattiryhmien itseohjautuvuus terveydenhuollon alalla: Käsiteanalyysi ja tapaustutkimus ammattiryhmien koulutussuunnitteluun osallistumisesta. Sairaanhoidon Vuosikirja X. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 72-104.

Sinkkonen, S. 1974. (Sinkkonen, S. & Mitchell, R.) Laadullisesta koulutustarpees ta ja sen mittaamisesta: Yleistä tarkastelua ja tapaustutkimus lastenhoitajien toimipaikkakoulutuksesta. Sairaanhoidon Vuosikirja XI. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 139-176.

Sinkkonen, S. 1975. Sairaanhoitajien yliopistollinen koulutus ja sairaanhoidon tutkimus: Vertaileva analyysi eräiden maiden tilanteesta. Sairaanhoidon Vuosikirja XII. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 38-79.

Sinkkonen, S. 1976. Terveydenhuollon kehittämistutkimuksen tutkijakoulutuksen ongelmia ja tavoitteet hoitoprosessin tutkimuksen osalta. Ylihoitaja 4 (5), 5-12.

Sinkkonen, S. 1977. (Sinkkonen, S., Pulkka, M. & Töyry, E.) Hoitosuunnitelman toteutuminen kotisairaanhoidossa. Sairaanhoidon Vuosikirja XIV. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 48-90.

Sinkkonen, S. 1979. Terveydenhuollon kandidaattikoulutus. Ylihoitaja 7 (8), 4-10.

Sinkkonen, S. 1980a. Hoitotyön tutkimuksesta. Sosiaalinen Aikakauskirja 74 (5), 31-37.

Sinkkonen, S. 1980b. Hoitotyön kehittämishaasteet. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 17 (2), 49-51.

Sinkkonen, S. 1980c. (Sinkkonen, S. & Meriläinen, P.) Hoitotyön tutkimus ja hoitotiede. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 17 (2), 52-65.

Sinkkonen, S. 1980d. Ensimmäiset erikoiskoulutuspohjaiset terveydenhuollon kandidaattikoulutuksessa. Sairaanhoitaja 53 (20), 26-30.

Sinkkonen, S. 1982a. (Sinkkonen, S. & Paunonen, M.) Työnohjaus hoitotyön ja hoitotyöntekijöiden kehittämisessä. Sairaanhoidon Vuosikirja XIX. SHKS. Jyväskylä 1983: Gummerus, 404-427.

Sinkkonen, S. 1982b. Hoitotiede - lääketiede. Sairaala 1982:4: 118-120.

Sinkkonen, S. 1982c. Promoottorin puhe maisteripromootiossa. Ylihoitaja 10 (4), 10-11.

Sinkkonen, S. 1983a. (Hentinen, M. & Sinkkonen, S.) Hoitotieteen perusteet. Julkaisussa Hoitotieteen peruskurssi 1983. Avointa korkeakouluopetusta. Kuopion kesäyliopisto: Savon Sanomain kirjapaino, 1-10.

Sinkkonen, S. 1983b. Hoitotiede - Lääketiede. Julkaisussa Hoitotieteen peruskurssi 1983. Avointa korkeakouluopetusta. Kuopion kesäyliopisto: Savon Sanomain kirjapaino, 113-123.

Sinkkonen, S. 1983c. Hoitotieteellinen tutkimus ja koulutus. Julkaisussa Hoitotieteen peruskurssi 1983. Avointa korkeakouluopetusta. Kuopion kesäyliopisto: Savon Sanomain kirjapaino, 124-139.

Sinkkonen, S. 1983d. (Sinkkonen, S. & Hentinen, M.) Hoitotieteen määrittelyä. Teoksessa S. Sinkkonen (toim.) Hoitotiede I. Kuopio: Kustannuskiila, 12-21.

Sinkkonen, S. 1983e. (Sinkkonen, S. & Savolainen, P.) Ongelmia prosessiajattelun soveltamisessa hoitotyöhön. Teoksessa S. Sinkkonen (toim.) Hoitotiede I. Kuopio: Kustannuskiila, 70-71.

Sinkkonen, S. 1983f. (Sinkkonen, S. & Meriläinen, P.) Hoitotieteen kehittyminen yliopistolliseksi oppiaineeksi. Teoksessa S. Sinkkonen (toim.) Hoitotiede I. Kuopio: Kustannuskiila, 113-125.

Sinkkonen, S. 1983g. (Sinkkonen, S. & Hentinen, M.) Hoitotieteen kehittämistarpeita ja -haasteita. Teoksessa S. Sinkkonen (toim.) Hoitotiede I. Kuopio: Kustannuskiila, 125-129.

Sinkkonen, S. 1984a. Hoitotiede yliopistollisena oppiaineena ja terveydenhuollon kandidaattikoulutus. Ammattikasvatus 40 (1), 15.

Sinkkonen, S. 1984b. Hoitotiede yliopistollisena oppiaineena ja terveydenhuollon kandidaattikoulutus. Ylihoitaja 12 (2), 11-13.

Sinkkonen, S. 1984c. Hoitotiede yliopistollisena oppiaineena ja terveydenhuollon kandidaattikoulutus. Kätilölehti 89 (1), 19-20.

Sinkkonen, S. 1985a. Johdanto: Hoitotieteen näkökulmia, sisältö ja historia. Julkaisussa Hoitotieteen jatkokurssi 1985. Avoimenkorkeakoulun julkaisuja 1/1985. Kuopion yliopisto: Kiuruveden kirjapaino, 1-8.

Sinkkonen, S. 1985b. Esipuhe. Sairaanhoidon Vuosikirja XXI. SHKS. Vaasa: Vaasa Oy, 7-8.

Sinkkonen, S. 1985c. (Meriläinen, P., Sinkkonen, S. & Vaskilampi, T.) Suomalaisen aikuisväestön virallisten ja epävirallisten terveyspalvelujen käyttö vuonna 1982. Sairaanhoidon Vuosikirja XXI. SHKS. Vaasa: Vaasa Oy, 207-231.

Sinkkonen, S. 1985d. (Hentinen, M. & Sinkkonen, S.) A programme for developing nurses' skills and nursing practice. Journal of Advanced Nursing 10 (5), 405-416.

Sinkkonen, S. 1986. (Kinnunen, J. & Sinkkonen, S.) Ylihoitajien johtamistyyleistä: Metodisen kokeilun tuloksia ja arviointia. Sairaanhoidon Vuosikirja XXII. SHKS. Vaasa: Vaasa Oy, 152-187.

Sinkkonen, S. 1987. Hoitotyön laadunvarmistus ja johtaminen: Kehittämis- ja tutkimushaasteita. Pro Nursing 1987, 34-57.

Sinkkonen, S. 1988a. (Sinkkonen, S., Paunonen, M., Kinnunen, J. & Laitinen, A.) Hoidon laadun määrittely ja mittaaminen tarveteorian pohjalta. Sairaanhoidon Vuosikirja XXIV. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 105-143.

Sinkkonen, S. 1988b. (Kinnunen, J., Sinkkonen, S., Paunonen, M. & Laitinen, A.) Osastonhoitajien johtamistyylit ja potilaiden arvioima hoidon laatu. Sairaanhoidon Vuosikirja XXIV. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 145-166.

Sinkkonen, S. 1988c. University Education in Caring Sciences in Finland. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2 (2), 51-57.

Sinkkonen, S. 1988d. (Sinkkonen, S. & Paunonen, M.) Esipuhe. Sairaanhoidon Vuosikirja XXIV. SHKS. Hämeenlinna: Karisto, 9-10.

Sinkkonen, S. 1991. Tutkimus ja kirjoittaminen hoitotyön johtajien ammattitaidoksi. Ylihoitaja 19 (5), 3-4.

Sorvettula, M. 1984. WHO:n hoitotyön ohjelman projektihistoria. WHO:n hoitotyön keskipitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämisohjelman julkaisuja nro 38. Lääkintohallitus. Helsinki: VAPK.

Säämänen, J. 1993. Terveydenhuollon tutkielmista välittyvä tutkimuksellinen ajattelu. Hoitotiede 5 (3), 110-119.
Vehviläinen-Julkunen, K. 1994. Mihin suuntaan suomalainen hoitotieteellinen tutkimus. Ylihoitaja 22 (8), 8-10.
Veteläsuo, R. 1967. Sairaanhoito-oppi: Sairaanhoidon perusteet. SHKS. Porvoo: WSOY.
WHO 1966. Expert Committee on Nursing, Fifth Report, WHO Technical Report Series N:o 347, Geneva (Suomeksi: Maailman terveysjärjestön sairaanhoidon asiantuntijakomitea, 1967. Viides raportti: Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Helsinki).
WHO 1975. WHO:n hoitotyön ohjelman perusmuistio. (suom. M. Sorvettula; moniste)
Willman, H. 1981. Sairaanhoidon Tutkimuslaitoksen 15 toimintavuotta. Julkaisussa Sairaanhoidon Tutkimuslaitos 15 vuotta. Sairaanhoidon Tutkimuslaitos. Helsinki, 1-7.
Willman, H. 1992. Esipuhe. Hoitotyön Vuosikirja 1993. Kirjayhtymä. Tampere 1992; Tammer-Paino, 5.
Young, R. 1989. A critical theory of education; Habermas and our childrens future. Hertforsdshire: Harvester Wheatsheaf, GB.
Åstedt-Kurki, P. 1992. Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. Acta Universitatis Tamperensis, ser A vol 349. Tampereen yliopisto.

MUUT LÄHTEET

Asetus 626/84; Asetus eräistä terveydenhuollon tutkinnoista

Työryhmän muistio 1996; Terveydenhuollon tutkintoasetustyöryhmän muistio 34:1996. Opetusministeriön työryhmänmuistioita, Opetusministeriö.

Haastattelu

Paunonen, M. 1966. Henkiparannus ei kuulu hoitotieteeseen (haastattelu). Skeptikko 1996:4: 12-15.