# JALKATERAPEUTTIOPISKELIJOIDEN KÄSITYKSIÄ ASIAKKAAN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUDESTA KUVITELLUISSA ASIAKASTILANTEISSA

Merja Kunnari

Fysioterapian pro gradu –tutkielma

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2002

**TIIVISTELMÄ**

Kunnari, Merja: Jalkaterapeuttiopiskelijoiden käsityksiä asiakkaan itsemääräämisoikeudesta kuvitelluissa asiakastilanteissa.
Fysioterapian pro gradu -tutkielma, 46 sivua, 4 liitesivua.
Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos
Ohjaaja: THT Ulla Talvitie
Kevät 2002

---

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kahden oppilaitoksen jalkaterapeuttiopiskelijoiden käsityksiä asiakkaan itsemääräämisoikeudesta. Tutkimusongelmana oli: Millainen käsitys jalkaterapeuttiopiskelijoilla on asiakkaan itsemääräämisoikeudesta kuvitelluissa asiakastilanteissa?

Aineistonkeruu tapahtui eläytymismenetelmän avulla. Tutkimusmenetelmänä oli fenomenografia, jossa aineistosta nousi esille vastaajien ilmiöstä muodostamia käsityksiä. Käsityksistä muodostettiin merkitysluokkia eli -kategorioita. Tutkimustuloksina aineistosta nousi esiin neljä yläkategoriaa, jotka olivat: asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, asiakkaan itsemääräämisoikeuden osittainen kunnioittaminen, asiakkaan itsemääräämisoikeuden syrjäyttäminen ja lähettävän lääkärin konsultointi. Asiakkaan itsemääräämisoikeuden osittaisessa kunnioittamisessa oli lisäksi kaksi alakategoriaa: taivutteluyritykset ja hoitovaihtoehdon tarjoaminen.

Potilaan itsemääräämisoikeus perustuu lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista sekä lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Opiskelijalle eettinen päätöksenteko on osa ammatillista kasvua. Eettistä päätöksentekoa voidaan oppia. Opetuksen tehtävänä on tarjota opiskelijalle siihen liittyvää harjoittelumahdollisuutta koululla ja käytännön harjoittelussa. Kokemukset eettisestä toiminnasta edesauttavat eettistä toimintaa työelämässä.

Asiasanat: itsemääräämisoikeus, eläytymismenetelmä, fenomenografia.

**SUMMARY**

Kunnari, Merja: Podiatry students' perceptions of clients self-determination in imagined clinical situations

Physiotherapy Master's thesis, spring 2002, 46 pages, 4 appendices

University of Jyväskylä, Department of Health Sciences

Instructor: Ulla Talvitie, Ph.D.

---

The purpose of this study was to clarify perceptions of two podiatry student groups about clients self-determination. The research question was: What kind of perceptions do podiatry students have about clients right of self-determination in imagined clinical situations?

Passive role-playing was used to collect data. Data was analysed with phenomenography and perceptions rose from data. Perceptions were formulated into categories. Students' way of percepting imagined clinical situations could be described in four main categories: the respect of client's self-determination, the partial respect of client's self-determination, the neglecting of client's self-determination and the consultation of referring doctor. In the partial respect of client's self-determination there were two sub categories: attempting to persuade and offering alternative treatment.

Self-determination is based on laws about patient's rights and laws of professional conduct in health care. Ethical decision making is a part of professional development of a student and it is a skill to be taught. Students should be provided possibilities to practice ethical decision making at school and when practising outside school. Experiences about ethical situations promote ethical activity at work.

Keywords: self-determination, passive role-playing, phenomenography.

## Sisällys


*1 JOHDANTO ... 4*

*2 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA ... 6*

*3 JALKATERAPIAN KEHITYS SUOMESSA ... 7*

**3.1 Ammatin kehittyminen jalkojenhoitajasta jalkaterapeutiksi ... 7**

**3.2 Hoitomenetelmien kehittyminen ... 8**

*4 EETTISYYS JA LAIT ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUDEN TAUSTALLA ... 11*

**4.1 Luonnonoikeusopista etiikaksi ... 11**

**4.2 Etiikka ja moraali ... 11**

**4.3 Ammattietiikka ja ammattihenkilöt ... 13**

**4.4 Itsemääräämisoikeus potilaan oikeutena ... 16**

*5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN ... 19*

**5.1 Aineiston keruu eläytymismenetelmällä ... 19**

**5.2 Tutkimushenkilöt ... 21**

**5.3 Aineiston analysointi fenomenografian avulla ... 22**

*6 TUTKIMUSTULOKSET ... 24*

**6.1 Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ... 24**

**6.2 Asiakkaan itsemääräämisoikeuden osittainen kunnioittaminen ... 27**

6.2.1 Taivutteluyritykset ... 27

6.2.2 Hoitovaihtoehdon tarjoaminen ... 29

**6.3 Asiakkaan itsemääräämisoikeuden syrjäyttäminen ... 30**

**6.4 Lähettävän lääkärin konsultointi ... 32**

*7 POHDINTA ... 33*

*Lähteet ... 39*

**Liitteet ... 47**

# 1. JOHDANTO

Ihminen kehittää itsessään olevia sivistys- tai kulttuuriominaisuuksia toimiessaan vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa yhteiskunnassa. Eettisyyden katsotaan olevan ihmisen yksi kulttuuriominaisuus. (Wilenius 1989.) Myös kieli on osa kulttuuria ja kulttuuria saatetaan kirjalliseen muotoon kielen avulla (Kukkonen 1993).

Ammattilaisten toimintaa työelämässä säätelevät eettiset normit sekä terveydenhuoltoa koskevat lait ja asetukset. Jalkaterapeuttiopiskelijat tutustuvat niihin koulutuksessa ja niiden oletetaan automaattisesti siirtyvän ammattikäytäntöjen osaksi jokapäiväisessä työtoiminnassa. Varilan (1991) mukaan ennakoimattomasti muuttuva, joustava työelämä tarvitsee kypsän ammattipersoonallisuuden omaavia yksilöitä ja kypsän persoonallisuuden hän katsoo liittyvän ammattietiikkaan. Martikainen (1996) mainitsee, että Suomeen on tullut ensimmäisenä Euroopassa laki potilaan oikeuksista vuonna 1993. Siinä tärkeinä asioina nousevat esille tasa-arvo, potilaan oikeuksien toteuttaminen, terveydellisen tilan vaatima terveyden- ja sairaanhoito sekä potilaan itsemääräämisen ja oikeus informaatioon.

Asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen erilaisissa terveyden- ja sairaanhoidollisissa tilanteissa ei aina ole täysin itsestään selvää. Corring ja Cook (1999) tutkivat psyykkisesti sairaita Kanadalaisia, joilla on aiemmin ollut kontakti hoitojärjestelmään. Nämä asiakkaat viittasivat usein hoidosta saamiinsa kokemuksiin, jolloin heitä ei huomioida ihmisinä eikä uskota heidän sanomaansa. Lisäksi asiakkaat mainitsivat, että palveluiden tuottajat eivät kunnioita heidän mielipiteitään tai näkökulmiaan eivätkä käytetyt toimenpiteet vastaa heidän tarpeitaan. Falkum ja Førde (2001) esittävät tutkimuksessaan 990 Norjalaisen lääkärin vastauksia väittämiin lääkäreiden ja potilaiden välisistä suhteista. Tutkimukseen vastanneista 49,5% oli täysin tai osittain samaa mieltä väittämän kanssa siitä, että lääkäri on asiantuntija ja hänen tulisi päättää

potilaan puolesta useimmissa kliinisissä tilanteissa. Toisaalta kuitenkin 97,5% vastanneista oli täysin tai osittain samaa mieltä väittämän kanssa, että potilaan informoinnin ja suostumuksen tulee olla nykyisen lääketieteen keskeinen toimintaperiaate.

Fenomenografinen tutkimus selvittää asiaa tai ilmiötä koskevia käsityksiä sekä käsityksien välisiä suhteita. Yksilön katsotaan konstruoivan käsityksensä jossakin tietyssä kontekstissa. Hän voi ilmaista ajatteluaan tutkijalle haastattelussa, piirtämällä, kirjoittamalla tai näyttelemällä. Fenomenografian tarkoituksena on saada selville aineistosta nousevia kategorioita. (Francis 1993.)

Fenomenografian tuottamilla elävillä käsitteiden kuvauksilla on vaikutusta opettamiseen ja oppimiseen, koska opetuksella pyritään edistämään opiskelijoiden käsitteellistä ymmärrystä ja oppimista (Entwistle 1997). Opiskelijan sosiaalistuessa formaalisti ja informaalisti ammattiin, opettajien tehtävänä on tarjota opiskelijalle tilaisuuksia omien arvojensa tutkimiseen. Lisäksi luokkahuoneopetuksen tulisi käsitellä potilaan kohtaamiseen liittyviä asioita, kuten hoidon vaikutuksen ja epämiellyttävyyden punnitsemista sekä potilaan henkilökohtaisen tilan ja arvokkuuden ylläpitämistä hoidon aikana. Kliinisessä työssä mahdollisesti esiin tuleviin ongelmiin voidaan vastata opettamalla opiskelijalle jo opintojen aikana eettistä ja kliinistä päätöksentekoa. (Guccione 1980.) Kiinnostukseni aiheeseen on lähtenyt omasta jalkojenhoitajan koulutuksesta ja tehtävistä. Olen opettanut jalkojenhoitoa sekä jalkaterapiaa. Olen joutunut usein pohtimaan eettisiä näkökulmia sekä sitä, miten voisin omalla toiminnallani opettajana edistää opiskelijoiden oppimista.

## 2. TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista itsemääräämisoikeus määritellään potilaan oikeudeksi. Potilaan hoito tulee tapahtua "yhteisymmärryksessä hänen kanssaan" ja hänellä on myös oikeus kieltäytyä hoidosta. (Suomen laki 2001/785.)

Jalkaterapeutit ovat uusi ammattiryhmä terveydenhuollossa. Heidän koulutuksensa aloitettiin ammattikorkeakouluissa Helsingissä ja Rovaniemellä 1996 sekä Savonlinnassa 1997. Ensimmäiset jalkaterapeutit valmistuivat 140 opintoviikon mittaisista opinnoista vuonna 1999. Tällä hetkellä valmistuneita jalkaterapeutteja on vajaat 70. (Tiippana 2002.) Jalkaterapeutin koulutuksen käyneet ovat kuntoutusalan ammattilaisia ( Rovaniemen ammattikorkeakoulu 2002).

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää minkälaisia käsityksiä kahdella eri vaiheessa opintoja olevalla jalkaterapeuttiopiskelijaryhmällä on eettisestä toiminnasta jalkaterapeutin työssä. Tutkimuksessa erityisen huomion kohteena eettisestä toiminnasta ovat asiakkaan itsemääräämisoikeus sekä sen kunnioittaminen kahdessa erilaisessa kuvitellussa asiakkaan kohtaamistilanteessa.

Tutkimuksen ongelmana on:
Millainen käsitys jalkaterapeuttiopiskelijoilla on asiakkaan itsemääräämis-oikeudesta kuvitelluissa asiakastilanteissa?

# 3. JALKATERAPIAN KEHITYS SUOMESSA

## *3.1 Ammatin kehittyminen jalkojenhoitajasta jalkaterapeutiksi*

Suomessa ensimmäinen jalkojenhoitolaitos avattiin Helsingissä vuonna 1931, jolloin Scholl -jalkojenhoitotuotteiden Ruotsista saapunut edustaja koulutti ensimmäisen jalkojenhoitajan. Sen jälkeen jalkojenhoitokoulutus on kokenut monenlaisia vaiheita erilaisten yksityisten yritysten ja kosmetologikoulujen tuottaessa jalkojen terveyden- ja kauneudenhoitoon liittyviä, eri pituisia koulutuksia. (Laavola 2000.)

Ensimmäinen Ammattikasvatushallituksen (AKH) vahvistaman opetussuunnitelman mukainen jalkojenhoidon koulutus käynnistyi syksyllä 1970 Kemijärvellä, Lapin keskusammattikoulun sivuosastossa, josta koulutus siirtyi myöhemmin Rovaniemelle Lapin sairaanhoito-oppilaitokseen. Helsingin IV Sairaanhoito-oppilaitos aloitti jalkojenhoitajakoulutuksen syksyllä 1971. Keskiasteen koulutusuudistuksessa jalkojenhoidon koulutus säilyi vielä omana koulutusammattina ja keväällä 1988 Suomen jalkojenhoitajien liitto ry esitti AKH:lle mm. opistotasoisen koulutuksen luomista jatko-opintojen takaamiseksi jalkojenhoitajille. AKH oli perustanut yhdessä lääkintöhallituksen ja sosiaalihallituksen kanssa virkamiestyöryhmän, joka mietti sosiaali- ja terveydenhuollon kouluasteen kehittämistä. Tämä työryhmä esitti sosiaali- ja terveysalan koulutason tutkintojen yhdistämistä. (Laavola 2000.)

Jalkojenhoitajien liiton vuosikokouksessa 1992 tutkintojen yhdistämisestä oltiin huolestuneita ja jalkojenhoidon tarpeen selvittämiseksi perustettiin jalkojenhoidon asiantuntijatyöryhmä. Työryhmässä oli edustettuina sekä jalkojenhoitajia, alan kouluttajia, palveluiden käyttäjiä että jalkojenhoidosta päättäviä tahoja. Työryhmän toimintaan osallistuivat mm. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Reumaliitto ry, Diabetesliitto, KELA, Suomen

Kaupunkiliitto, Sairaalaliitto sekä Kunnallisten työntekijäin ja viranhaltijain liitto KTV. Jalkojenhoidon asiantuntijatyöryhmän vielä työskennellessä Opetushallitus hyväksyi vuonna 1993 kouluasteen sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon (SOTEPE), jossa oli yhdistettynä 13 entistä kouluasteen ammattia. Jalkojenhoidon asiantuntijatyöryhmän mietintö valmistui helmikuussa 1994. Siinä esitettiin muun muassa, että SOTEPE –tutkinnossa pystytään takaamaan jalkojenhoidon perusosaaminen, mutta jalkojenhoidon erityisosaamisen säilyttämiseksi olisi tarpeen aloittaa ammattikorkeakoulu- tai opistoasteinen jalkaterapeuttikoulutus. (Laavola 2000.)

Opetusministeriö kutsui sosiaali- ja terveysalan sekä kauneudenhoitoalan edustajat koolle maaliskuussa 1995. Neuvottelussa keskusteltiin koulutusrakenteesta. Opetusministeri Heinonen allekirjoitti huhtikuussa 1995 päätöksen, jonka mukaisesti Suomeen perustettiin 140 opintoviikon laajuinen jalkaterapeuttikoulutus. Jalkaterapeuttien koulutus ammattikorkeakoulutasolla alkoi elokuussa 1996 Helsingin IV terveydenhuolto-oppilaitoksessa sekä Rovaniemen sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksessa. Myöhemmin koulutus käynnistyi myös Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonlinnan koulutusyksikössä. (Laavola 2000.)

### *3.2 Hoitomenetelmien kehittyminen*

Suomalaisen jalkojenhoitokoulutuksen varhaisvaiheissa hoitomenetelmät perustuivat jalan anatomian ja fysiologian tuntemukseen sekä Schollin tapaan hoitaa jalkasairauksia. Koulutuksessa opiskeltu aineisto sisälsi asioita mm. "Schollin tuotteiden esittelyyn ja käyttöön". Terveydenhuoltoon suuntautumista sekä eroa kosmetologien toimintaan painotettiin jättämällä kynnet lakkaamatta. 1950-luvulla yksityisten jalkojenhoitokoulujen myötä kaupallisuus jäi osittain taka-alalle ja esiin nousivat myös terveydenhoidolliset näkökohdat. Eräässä koulussa opintoihin mukaan tulivat lääketieteellisen opetuksen myötä jalkasairauksien diagnosointi, hoito ja kuntoutus. (Laavola 2000.)

Nykyisin jalkaterapeutin työnkuvaan kuuluu jalkavaurioiden ennaltaehkäisy ja hoito. Lisäksi pyritään estämään mahdollisesti olemassa olevien jalkavaurioiden paheneminen. (Rovaniemen ammattikorkeakoulu 2002.) Jalkaterapeutti tutkii ja analysoi liikkumista sekä jalkojen kuormittumista, biomekaniikkaa ja jalkaongelmia (Orasmaa & Varis 1998). Työn tavoitteena on edistää ja ylläpitää yksilöiden, ryhmien ja koko väestön liikkumis- ja toimintakykyä. Siihen liittyy olennaisesti myös vuorovaikutus eri ikäisten ihmisten kanssa. Lisäksi työssä tarvitaan arviointi- ja päätöksentekotaitoja. (Mikkelin ammattikorkeakoulu 2002.)

Suomalaisesta aikuisväestöstä sanotaan 10% sairastavan kynsisientä. Kynsisieni on ruman näköinen ja siitä voi olla myös mekaanista haittaa. Paksuuntunut ja epämuodostunut varpaankynsi voi aiheuttaa jopa painehaavan. Kynsisienen eli kynsisilsan hoidossa käytetään kynnen kirurgista poistoa tai urean avulla tapahtuvaa kemiallista kynnenpoistoa ja/tai lääkitystä. Kynsisilsa on pääasiassa kynsilevyn alapuolisen keratiinikerroksen sairaus ja sen vuoksi kirurginen poisto tai ureahoito eivät sinänsä riitä parantamaan silsaa. Lääkitys on ainoa tehokas hoito ja siinäkin paranemistulos on vain noin 50%:n luokkaa. Lääkkeitä on sekä ulkoisesti käytettäviä että suun kautta nautittavia. Lääkehoito tulisi aloittaa vasta kliiniseen ja mykologiseen tutkimukseen pohjautuvan diagnosoinnin jälkeen. Mykologinen tutkimus kattaa sieniviljelyn tai suoran mikroskopoinnin eli natiivitutkimuksen. Todettua kynsisilsaa ei kuitenkaan välttämättä tarvitse hoitaa. Hoidon tulisi perustua potilaan tietoon hoidon tehosta ja mahdollisista haitoista sekä siihen, kuinka paljon kynsisilsa häntä vaivaa. (Suhonen & Karvonen 1998.)

Sienikynsien hoidossa suomalaiset jalkojenhoitajat alkoivat kehitellä eteenpäin maailmalla syntynyttä kemiallisen kynnenpoiston ideaa ja kokeilut aloitettiin Suomessa jo 1960-luvulla. Vaikuttavana aineena käytettiin Kely-pastaa ja DeDi-tabletteja, joiden kemiallisesta koostumuksesta ei ollut tarkkoja tietoja. Käytössä ei ollut myöskään tehokkaita sienilääkkeitä, joten hoitotulokset jäivät usein lyhytaikaisiksi. (Laavola 2000.)

1980-luvulla USA:ssa ja Neuvostoliitossa kynnenpoistoon kehitellyistä kemiallisista yhdisteistä raportoitiin tiedejulkaisuissa. Julkaisujen tietoihin pohjautuen Helsingin IV terveydenhuolto-oppilaitos ja HYKS:n ihotautien klinikka kokeilivat ja kehittivät kivuttoman, sairaan kynnenosan liuotuksen ureaokkluusio -menetelmällä. Suomessa jalkojenhoidon menetelmissä tapahtui kokonaisuudessaan hyvin voimakasta kehitystä 1980-luvulla. Kynsivaivojen yleisyyden ja hankaluuden vuoksi uusia menetelmiä otettiin innolla käyttöön. (Laavola 2000.)

# 4. EETTISYYS JA LAIT ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUDEN TAUSTALLA

## *4.1 Luonnonoikeusopista etiikaksi*

Kreikkalaisen filosofin Aristoteleen mukaan ihmisellä oli loukkaamattomia oikeuksia, joita alettiin aluksi nimittää luonnonoikeuksiksi. Luonnonoikeudet, joista myöhemmin alettiin käyttää nimitystä ihmisoikeudet, omaksuttiin myös kristilliseen etiikkaan ja kirkkoisä Augustinuksen mukaan tämä pohjautui Jumalan tahtoon. (Harva 1980.)

Myöhemmin luonnonoikeudet eli ihmisoikeudet tulivat myös lainsäädännön pohjaksi. Ranskan vallankumouksessa 1789 julkituotiin ihmisoikeuksien julistus ja Yhdistyneet Kansakunnat julkaisivat 1948 ihmisoikeuksien julistuksen (Harva 1980). Luonnonoikeusopin mukaan maailmassa oli ihmisestä riippumaton eettinen maailmanjärjestys, jota arvostelivat mm. historioitsijat ja sosiologit. Tutkimuksilla pyrittiin osoittamaan eettisten ohjeiden muuttumista esimerkiksi historian ja yhteiskunnan vaikutuksen myötä. (Wilenius 1989.)

## *4.2 Etiikka ja moraali*

Etiikka-sana tulee kreikan kielen sanasta "ethos" ja moraali tulee latinan sanoista "mos, mores". Ne molemmat tarkoittavat "tapaa, tapoja koskevaa, traditiota, henkeä". Määrittelyissä näitä sanoja käytetään usein synonyymeinä. (Sarvimäki 1994.) Sanat etiikka ja moraali tarkoittivat alun perin samaa, mutta kielellisesti tulkittuna etiikka liittyi luonteeseen ja moraali liittyi sosiaalisen käyttäytymisen säätelyyn (Koskinen 1995). Tieteellisissä teksteissä moraalilla tarkoitetaan usein käytännön toimintaa ja etiikka viittaa teoreettiseen tasoon.

Etiikka tutkii moraalia ja muodostaa siitä teorioita. (Sarvimäki 1994.) Moraali merkitsee ihmisten ajattelu- ja toimintatapoja ja etiikka on moraalin filosofiaa, joten moraali kertoo minkälaiset tavat ovat oikeita ja sen vuoksi hyviä (Räikkä 1995). Etiikka tarkoittaa myös erilaisia oikean ja väärän erottamiseen muokattuja normeja tai ajatusrakennelmia. Etiikka voidaan siis ilmaista sääntöinä. Eettiset normit ja ajatusrakennelmat ovat ihmisten luomia, muuttuvia luomuksia. (Perheentupa 1996.)

Eettisesti oikein oleva asia ei välttämättä ole lain mukaan oikein. Myös lakeja voidaan arvioida eettisesti. Laeista päättävät demokraattisissa valtioissa kansanedustajat tai diktatuureissa toimivat itsevaltiaat, mutta kenelläkään ei ole yksin valtaa päättää, mikä on eettisesti hyväksyttävää tai tuomittavaa. (Räikkä 1995.) Etiikan tavoitteena on yleispätevien, puolueettomien ja teoreettisesti perusteltavissa olevien näkökantojen esittäminen. Eettinen toiminta pohjautuu kulttuurissa oleviin arvoihin ja perinteisiin, joita jokainen yksilö itse kehittää ja muokkaa omaan elämänkatsomukseensa sopiviksi. Eettinen toiminta on ihmisestä tulevaa toimintaa. Ihminen kasvaa ihmisenä omaksuessaan ja sisäistäessään omaan toimintaansa eettisyyttä. (Lindqvist 1986.)

Appelbaumin ja Lawtonin (1990) mukaan eri aikoina on esiintynyt erilaisia kilpailevia etiikan teorioita, joiden voidaan katsoa pohjautuvan joko teleologiaan tai deontologiaan. Vallitseva teleologisen etiikan laji on utilitarismi, josta teoreettisia näkökulmia on esittänyt mm. Mill. Deontologisen etiikan tunnetuimpia teoreetikkoja ovat mm. Kant ja Rawls.

Seurausetiikan eli teleologisen etiikan lähtökohtana ovat tekemisen tai tekemättä jättämisen seuraukset, jotka teosta tulevat tai joita siitä odotetaan tulevan. Seurausetiikan tunnetuin muoto on utilitarismi. Utilitarismissa tekojen seurauksiin liitetään periaate hyvien ja huonojen seurausten jakautumisesta. (Koskinen 1995.) Utilitaristisen etiikan kannalta katsottuna terveydenhuollossa mahdollisimman monta ihmistä pyritään saamaan mahdollisimman terveeksi (Ryynänen & Myllykangas 2000).

Velvollisuusetiikasta käytetään nimitystä deontologinen etiikka (Koskinen 1995). Velvollisuusetiikassa ihmisen eettistä toimintaa ohjaavat yhteiskunnan velvoitteet ja sitä kautta kasvanut omatunto. Eettinen hyvä on sitä, missä määrin ihmisen toiminta toteuttaa yhteistä hyvää. (Wilenius 1989.) Tietyt teot ovat vääriä ja tietyt taas oikeita, minkä päättelyn taustalla lienee pitkä inhimillinen kokemus tekojen sopivuudesta (Koskinen 1995). Ihmisen velvollisuuksien katsotaan olevan voimassa aina. Velvollisuusetiikan mukaisina periaatteina terveydenhuollossa ovat mm. potilaan oikeuksien kunnioitus ja itsemääräämisoikeus. (Ryynänen & Myllykangas 2000.)

### *4.3 Ammattietiikka ja ammattihenkilöt*

Ammattietiikkaa tarvitaan kahdesta syystä. Ensinnäkin sen avulla vakuutetaan yhteiskunnalle, että ammattilaiset ovat ammattinsa velvoittamia. Ammattietiikan toisena tehtävänä on ammattilaisten yhtenäisyyden vahvistaminen. (Häyry 1997.) Ammattietiikka pohtii eettisesti hyväksyttävää toimintaa ammatissa. Samoin kuin muutkin eettiset kysymykset, myös ammattieettiset kysymykset voivat saada useita erilaisia vastauksia. (Räikkä 1995.) Jäsentyessä eli sosiaalistumisessa yksilö alkaa toimia jonkin laajemman kokonaisuuden hyväksi. Tällainen kokonaisuus on esimerkiksi työyhteisö, jossa ihminen työskentelee muiden ihmisten tarpeiden tyydyttämiseksi. (Wilenius 1989.) Ammattietiikan sisäistäminen ja käytännön moraalisääntöjen tarkka noudattaminen ovat yleensä ammattiin sosiaalistumisen korkein aste (Räty 1982).

Työelämän monimutkaisuuden lisääntyminen on lisännyt tarvetta säännellä sitä. Ammattilaiset tarvitsevat eettistä säännöstöä ja siten saavutettavaa ammattikunnan jäsenistön sisäistä yhtenäisyyttä. Eettiset säännöt ovat yleensä normeja ja periaatteita, jotka ilmaisevat ammattilaisen asennetta tai tapaa suhtautua. (Koskinen 1995.)

Työyhteisön jäsenet sitoutuvat vapaaehtoisesti noudattamaan työyhteisössä hyväksyttyjä eettisiä arvoja. Työntekijän omat mieltymykset ja arvot jäävät tuolloin toissijaisiksi ja asiakkaiden sallitaan tehdä sellaisiakin valintoja, joita ei itse omassa elämässä pitäisi oikeina. Toisaalta myös ammattilaisen on tiedettävä mitä hän tekee ja mitä vaikutuksia teoista on. Eettiseltä kannalta katsottuna asiantuntijuus ja ammatillinen pätevyys ovat jokaisen ammattilaisen velvollisuuksia. (Lindqvist 1986.) Moraalisääntöjen sisäistyminen ammattietiikaksi ja niiden noudattaminen voivat vaatia pitkään ammatissa toimimista (Räty 1982). Ammattietiikka on jatkuvaa omien arvojen ja tieteen käsityksen arviointia ja se pohjautuu omaan arvomaailmaan (Pelkonen 1997).

Ammattietiikka ei anna ammattilaiselle oikeutta vetäytyä ammattilaisen roolin taakse. Eettiseltä kannalta katsottuna hän ei voi sanoa, että "tein vain työtäni", vaan hän on vastuussa kaikesta toiminnastaan. (Räikkä 1995.) Hyvää tarkoittava teko ei ole peruste eikä sillä voi selittää tyhmyyttä, asiantuntemattomuutta tai tietämättömyyttä (Lindqvist 1986). Toisaalta eettisiin normeihin tukeutuminen voi tarkoittaa auktoriteetteihin tukeutumista ja siten oman vastuunoton välttämistä (Perheentupa 1996).

Erilaisilla ammateilla on erilainen eettinen herkkyys eli se kuinka helposti eettisiä ongelmia voi ilmetä. Ammatin eettiseen herkkyyteen vaikuttaa kolme asiaa. Nämä ovat työhön liittyvä valintojen itsenäisyys tai valta, ammatin etäisyys arkipäivän moraalista sekä se, kuinka tunneperäisesti ammattilaisen työn tuloksiin suhtaudutaan. Esimerkiksi terveyteen liittyvät asiat voivat herättää herkästi eettisiä ongelmia. (Räikkä 1995.)

Eri ammattialoilla on olemassa omat eettiset sääntönsä. Nämä ammattieettiset säännöt voivat olla varsin itsestään selviä, tulkinnanvaraisia tai jopa ristiriitaisia. Kuitenkin ammattieettiset säännöt voidaan käsittää ammatissa tapahtuvan eettisen harkinnan apukeinoiksi. Tällöin niiden tarkoituksena on toimia perustana, kun ammattiryhmä tai yksilö pohtii ammatin harjoittamiseen liittyviä oikeita ja vääriä tapoja toimia. Toisaalta säännöt voidaan ymmärtää ammattia määrittäviksi periaatteiksi. Tällöin niiden päätavoitteena on kertoa

ammattilaiselle, minkälaiset arvot ja velvoitteet ovat hänen ammattinsa taustalla. Ammattilainen voi myös itse pohtia, onko hänen oma arvomaailmansa yhteensopiva ammatin arvomaailman kanssa. Kolmanneksi säännöt voidaan ymmärtää poliittisessa merkityksessä. Ammattiryhmä voi osoittaa toimivansa eettisellä tavalla. Eettisten sääntöjen avulla ammatille voidaan pyrkiä hakemaan oikeutusta. Ammattilainen voi nähdä turvaavansa omaa ammattiaan kilpailijoita vastaan. (Räikkä 1995.) Suomen Jalkojenhoitajain ja Jalkaterapeuttien Liitto ry on julkaissut 7.4.2000 ajantasaistetut eettiset periaatteet. Niiden "tarkoituksena on tukea jalkojenhoitajaa ja jalkaterapeuttia työnsä suunnittelemisessa, toteutuksessa ja arvioimisessa" sekä yhtenäisen ammattikäytännön edistämisessä. (Suomen Jalkojenhoitajain ja Jalkaterapeuttien Liito ry 2000.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä varmistaa palvelujen laatua. Nämä tavoitteet saavutetaan varmistamalla ammattihenkilöiden koulutus, pätevyys ja valmiudet, valvomalla ammattihenkilöitä sekä helpottamalla ammattihenkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä. Laki korostaa ammattihenkilöiden joustavuutta toimia kaikissa mahdollisissa tehtävissä, joihin hänen taitonsa ja koulutuksensa riittävät. Suomessa ammattihenkilölainsäädännön piiriin kuuluu terveydenhuollossa 17 laillistettua ja 21 nimikesuojattua ammattiryhmää. Laillistamisen myötä ammattihenkilö saa oikeuden harjoittaa ammattia ja käyttää ammattinimikettä. (Partanen 2000.)

Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä Suomessa terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jolla on ammatinharjoittamisoikeus (laillistettu), ammatinharjoittamislupa (luvan saanut) tai oikeus käyttää asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattinimikettä (nimikesuojaus). Laillistettuja ammattihenkilöitä ovat esimerkiksi lääkäri, sairaanhoitaja ja fysioterapeutti. Luvan saaneita ammattihenkilöitä ovat muun muassa em. ammattilaiset, jotka ovat saaneet koulutuksen ulkomailla ja ovat Euroopan talousalueeseen kuulumattoman valtion kansalaisia. (Suomen laki 2001/559.) Asetuksessa terveydenhuollon ammattihenkilöistä nimikesuojattuja ammattihenkilöitä ovat esimerkiksi jalkojenhoitaja ja apuneuvoteknikko

(Suomen laki 2001/564). Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön yleisiin velvollisuuksiin sisältyvät ammattieettiset velvollisuudet. Niiden mukaan ammattihenkilön on huomioitava potilaan oikeudet ja otettava huomioon toiminnastaan potilaalle tulevat hyödyt ja mahdolliset haitat. (Suomen laki 2001/559.) Jalkaterapeutin ammatti on uudehko ammatti eikä sitä ole mainittu laissa tai asetuksessa terveydenhuollon ammattihenkilöistä.

### *4.4 Itsemääräämisoikeus potilaan oikeutena*

Itsemääräämisoikeus tarkoittaa henkilön moraalista oikeutta tehdä ja toteuttaa omaan elämäänsä liittyviä päätöksiä. Edellytyksenä on se, että ne eivät loukkaa muiden ihmisten oikeutta omaan itsemääräämiseen. Itsemääräämisoikeutta käyttävällä henkilöllä tulee olla henkiset ja fyysiset valmiudet itsenäiseen ajatteluun ja toimintaan, mitkä hänen katsotaan saavuttavan aikuistuessaan. (Launis 1994.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee mm. itsemääräämisoikeuden ja tiedonsaantioikeuden potilaan oikeuksiksi. Itsemääräämisoikeuden osalta hoitavan henkilön ja potilaan tulee toimia yhteisymmärryksessä, ja vaikka potilas kieltäytyisi hoidosta häntä on hoidettava "muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla". Tiedonsaantioikeus kattaa mm. terveydentilan, hoidon merkityksen ja vaihtoehdot. Tieto on annettava potilaalle niin, että hän ymmärtää sen. (Suomen laki 2001/785.)

Itsemääräämisoikeuttaan käyttävän henkilön tulee kyetä päätöksen tekemiseen ja sen toteuttamiseen. Hänellä on oltava taitoja sekä kykyjä ja hänen on toimittava tiettyjen olosuhteiden vallitessa. Kyvystä harkita, tehdä päätöksiä ja toimia käytetään nimitystä kompetenssi. Kompetenssin lisäksi henkilöllä on oltava omaehtoisuutta eli autenttisuutta sekä valtaa kyetäkseen toteuttamaan

päätöksensä. Kompetenssi voi olla joko yleistä tai tilannekohtaista ja se voi koskea ajattelua, tahtoa tai toimintaa. Autenttinen henkilö kykenee itsenäisyyteen tai riippumattomuuteen. Valta voi ilmetä toiminnanvapautena tai avunsaantina. (Pietarinen 1994.)

Itsemääräämisoikeus voidaan ymmärtää suppeasti tai laajasti. Suppeasti tulkittuna se tarkoittaa kompetentin ja riittävän autenttisen henkilön omista asioistaan päättämistä. Laajasti ajateltuna itsemääräämisoikeudessa on oikeus kompetenssiin ja valtaan. Henkilön oikeus itsemääräämiseen velvoittaa muita henkilöitä moraalisesti. Muiden henkilöiden ei tule tehdä sellaista, mikä voisi estää hänelle oikeutettua. Esimerkiksi oikeus valita hoitomuotojen kesken velvoittaa muita olemaan tekemättä toimenpiteitä, jotka poistavat henkilöltä valinnan mahdollisuuden. Itsemääräämisen kannalta katsottuna oikeus toimia oman tahdon mukaisesti tai oikeus valtaan ovat tärkeämpiä kuin kompetenssi. Itsemääräämisen periaatetta tulee noudattaa ellei jokin muu eettinen periaate sitä ylitä. Jokainen henkilö saa toimia omien käsitysten, uskomusten ja arvojen mukaan. (Pietarinen 1994.)

Rauhala (1994) katsoo itsemääräämisoikeuteen kuuluvan kompetenssin ja vallan lisäksi oikeuden sisäiseen ja ulkoiseen vapauteen. Oikeuden sisäiseen ja ulkoiseen vapauteen hän määrittelee "oikeudeksi eheyteen tai koskemattomuuteen eli integriteettiin". Ihminen on ainutlaatuinen olento, jonka ruumis ja persoonallisuus muodostavat kokonaisuuden, ja johon muilla ihmisillä ei ole oikeutta kajota ilman lupaa. Keskeinen asema integriteetillä on sairaanhoidossa.

Terveydenhuollon piirissä päätöksenteko on usein hyvin lääkärikeskeistä, potilaan ja muun hoitotiimin osallistuminen siihen jää vähäiseksi. Lääkärin päätöksenteon pohjana on usein sekä omat että potilaan lähtökohdat. Potilas haluaa tutkimuksia ja hoitoja tehtävän ja lääkäri työllistyy niitä tehdessään. Tästä seuraa se, että molemmat tarvitsevat toisiaan. (Ryynänen & Myllykangas 2000.) Potilaan tekemä päätöksenteko vaatii taustakseen diagnoosin tai yhteenvedon tutkimuslöydöksistä, tietämyksen interventiosta sekä sen riskeistä,

hyödyistä ja mahdollisista vaihtoehdoista. Tällöin voidaan puhua informoidusta suostumuksesta hoitoon (informed consent). (Scott 1998.) Potilaan ollessa toimivaltainen, hänen itsemääräämisoikeutensa on ehdoton (Lindqvist 1995). Lääkäri on neuvonantaja, koska hän esittää käsityksensä sairaudesta ja sen hoidosta sekä hoidon haitoista ja hyödyistä (Pelkonen 1997).

Charles, Gafni ja Whelan (1999) ovat esittäneet kolme erilaista lääkärin ja potilaan kohtaamisessa käytössä olevaa päätöksentekomallia: paternalismi, jaettu päätöksenteko sekä informoitu päätöksenteko. **Paternalistisessa mallissa** lääketieteellisen tiedon kulku tapahtuu pääasiassa lääkäriltä potilaalle, harkinta on lääkärin/lääkärien ja päätöksen tekee lääkäri. **Jaetun päätöksenteon mallissa** lääketieteellisen ja yksilöön liittyvän tiedon kulku tapahtuu molempiin suuntiin, harkinnan osapuolina ovat lääkäri, potilas ja muut mahdolliset ihmiset. Tässä mallissa päätöksentekoon osallistuvat lääkäri ja potilas. **Informoidun päätöksenteon mallissa** lääketieteellinen tieto kulkee pääasiassa lääkäriltä potilaalle, harkinnan osapuolina ovat lääkäri, potilas ja muut mahdolliset ihmiset. Päätöksenteosta vastaa potilas.

# 5. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

## *5.1 Aineiston keruu eläytymismenetelmällä*

Eläytymismenetelmä on kvalitatiivisen aineiston keruussa käytetty menetelmä (Eskola 1991,1997). Suomessa ensimmäiset eläytymismenetelmäkokeilut alkoivat Antti Eskolan johdolla keväällä 1982. Hän halusi kehittää menetelmää, jossa olisi kokeellisen toiminnan logiikka. Tarkoituksena oli varioida tutkimuksessa olevia tekijöitä samoin kuin kokeellisissa tutkimuksissa on tapana tehdä. Lisäksi hänellä oli tavoitteena säilyttää koehenkilöiden ihmismäiset ominaisuudet eikä huijata tai manipuloida heitä. Menetelmän kehittämisen taustalla oli hänen tutustumisensa mm. Ginsburgin esittämiin sosiaalipsykologian tutkimusmenetelmiin. (Eskola 1988.) Ajatuksena oli myös ihmisen tutkiminen kulttuurisena olentona (Suoranta 1995b).

Ginsburgin (1978) mukaan on kaksi erilaista roolinoton versiota, aktiivinen ja passiivinen. Hän käyttää aktiivisesta roolinotosta nimitystä "active role-playing" ja passiivisesta roolinotosta nimitystä "role-playing of the non active sort" tai "passive role-playing". Aktiivisessa roolinotossa koehenkilöt ovat itse toimijoina. Aktiivista roolinottoa on käytetty pitkään psykologian piirissä esimerkiksi psykodraamana. Passiivisessa roolinotossa koehenkilöt kuvittelevat toiminnalle jatkon esimerkiksi videonauhan katselun jälkeen. Passiivinen roolinotto on kehitetty vastaukseksi tutkimuseettisiin ongelmiin eli koehenkilöiden huijauksen välttämiseksi. Aktiivisen ja passiivisen roolinoton avulla voidaan muodostaa sosiaalisten ympäristöjen ja tapausten malleja. Mallien avulla tapahtumien ymmärtäminen ja ymmärryksen testaaminen voivat kehittyä. Tutkittavassa kontekstissa lisävalaistusta saavat roolit ja säännöt sekä merkitykset, ei yksittäinen tutkittava. Tässä tutkimuksessa aineistonkeruu tapahtuu Ginsburgin luokittelua käyttäen passiivisen roolinoton avulla.

Eläytymismenetelmässä tutkija kirjoittaa yleensä kahdesta neljään lyhyehköä kertomusta, jossa jotakin/joitakin tekijöitä on varioitu. Näitä vastaajia orientoivia kertomuksia nimitetään kehyskertomuksiksi. Vastaajille jaetaan sattumanvaraisesti jokin kehyskertomus, johon he kirjoittavat kuvittelemansa jatkon pienenä esseenä tai kuvailevat, mitä ennen kyseistä tilannetta on tapahtunut. (Eskola 1991,1997.) Tässä tutkimuksessa on käytössä kaksi erilaista kehyskertomusta (liitteet 1 ja 2). Ensimmäisessä kehyskertomuksessa asiakas ei halua missään nimessä antaa poistattaa sienikynsiä kemiallisella kynnenpoistolla ja hän ei kykene nimeämään syytä miksi kynsiä ei saa poistaa. Toisessa kehyskertomuksessa asiakas ei halua missään nimessä antaa poistattaa sienikynsiä kemiallisella kynnenpoistolla ja syyksi hän kertoo sen, että hän työskentelee sihteerinä ja joutuu käyttämään työjalkineina avokkaita. Vastaajat saavat sattumanvaraisesti jommankumman kertomuksista vastattavakseen.

Eskolan mukaan kehyskertomuksia kannattaa kokeilla käytännössä ennen varsinaisen tutkimuksen tekemistä (Eskola 1991,1997). Alkuperäiset kehyskertomukset olivat luettavina kahdella tutkimuksen ulkopuolisella henkilöllä, joilta molemmilta sain palautetta kertomusten liiallisesta samankaltaisuudesta. Tuolloin kehyskertomusten ainoa ero oli, että toisessa kertomuksessa asiakas ei anna poistattaa kynsiä ja toisessa kertomuksessa asiakas ei halua antaa poistattaa kynsiä. Lisäksi toinen tutkimuksen ulkopuolisista henkilöistä kertoi, että hänen kotipaikkakunnallaan lääkäreillä ei ole juurikaan enää tapana lähettää asiakkaita nykyisin kemialliseen kynnenpoistoon. Testasin kehyskertomuksia myös työelämässä olevilla jalkaterapeuteilla ja jalkojenhoitajilla. Tässä vaiheessa kertomuksia oli muutettu jo niin, että toisessa kertomuksessa asiakas ei halua missään nimessä antaa poistattaa kynsiä ja toisessa kertomuksessa asiakas ei voi antaa poistattaa kynttä, koska kynnenpoiston jälkihoito ei erilaisista syistä johtuen teknisesti onnistu loppuun asti, ei itsenäisesti eikä kenenkään muun henkilön toimesta. Lähetin satunnaisesti jommankumman näistä em. kehyskertomuksista sähköpostitse tai tavallisena postina yhteensä seitsemälle (7) henkilölle. Vastauksia sain takaisin yhteensä kuusi (6) kappaletta, kolme (3) kumpaankin

kehyskertomukseen. Saamieni vastausten perusteella kehyskertomukset vaikuttivat olevan liian samankaltaisia, koska eroja ei syntynyt. Keskustelimme graduryhmässämme kehyskertomuksista ja sen jälkeen muutin niitä selkeästi toisistaan eroaviksi (liite 1 ja 2).

Eläytymismenetelmän käyttö aineiston keruussa oli minulle mielenkiintoinen kokeilu. Olin lukenut ohimennen menetelmästä pohtiessani aineiston keruun metodeja ja erään kollegani kanssa käydyn keskustelun pohjalta päätin ottaa tarkemmin selvää menetelmästä. Perehdyttyäni metodia koskevaan kirjallisuuteen vakuutuin sen haastavuudesta ja halusin kokeilla sitä myös omassa tutkimuksessani.

### *5.2 Tutkimushenkilöt*

Eläytymismenetelmän käyttökokemusten mukaan paras aineiston keruun tilanne "on jonkin ryhmän kokoontuminen, jossa joka tapauksessa on pakko olla paikalla" (Eskola 1991,1997). Toisessa koulussa aineistonkeruu tapahtui marraskuussa 2001. Viisi (5) opiskelijaa oli junan myöhästymisen vuoksi poissa kyseisestä aineistonkeruutilanteesta ja jätin heidän opettajalleen vastauslomakkeet jaettavaksi opiskelijoille. Jälkeenpäin sain heiltä postitse kolme (3) vastausta. Nämä opiskelijat olivat viimeisellä eli seitsemännellä (7.) lukukaudella ja kaikki käytännön harjoittelut olivat jo suoritettuina. Toisessa koulussa aineistonkeruu tapahtui joulukuussa 2001. Viisi (5) opiskelijoista oli aineistonkeruutilanteessa poissa ja he vastasivat myöhemmin samalla viikolla oppitunnin lopussa. Opiskelijat olivat kolmannella (3.) lukukaudella, eivätkä olleet vielä olleet lainkaan käytännön harjoittelussa.

Eläytymismenetelmällä kerätyn aineiston määrään vaikuttaa muussakin kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytössä oleva aineiston saturaatio, eli kun tutkimusongelman kannalta ei enää saavuteta uutta tietoa. Tavalliseen eläytymismenetelmään käytetty aineiston määrä näyttää vakiintuneen eri

tutkimuksissa 10-15 kertomukseen kehyskertomusta kohti. (Eskola 1991,1997.) Toisen koulun jalkaterapeuttiopiskelijoilta sain vastauksia neljätoista, joita oli seitsemän (7) molempiin kehyskertomuksiin. Toisen koulun opiskelijoilta sain viisitoista vastausta. Niistä seitsemän (7) oli ensimmäiseen kehyskertomukseen ja kahdeksan (8) toiseen kehyskertomukseen.

### *5.3 Aineiston analysointi fenomenografian avulla*

Fenomenografia tutkii ihmisen ilmiöistä muodostamia käsityksiä. Fenomenografinen tutkimus on syntynyt Göteborgin yliopistossa 1970 –luvulla, jolloin Ference Martonin tutkijaryhmä alkoi tutkia opiskelijoiden käsityksiä oppimisesta. (Ahonen 1995.) Tutkimuksen avulla saadaan esille erilaisia ilmiöön tai käsitteeseen liittyviä ajattelutapoja. Ajattelutavat nousevat esille tutkittavien ilmaisuista, haastatteluista tai kirjallisista tuotoksista. (Häkkinen 1996.)

Fenomenografinen tutkimus perustuu empiiriseen aineistoon, jota sitten analysoidaan, tulkitaan ja kuvataan (Ahonen 1995). Fenomenografisen tutkimuksen luokat luodaan aina aineiston pohjalta, ei etukäteen. Lisäksi käsitystapoja havainnollistetaan suorien lainauksien avulla. (Gröhn 1992.) Menetelmälle ominaista on kontekstin huomioiminen, koska käsitykset ovat siihen sidottuja. Analyysissä on apuna kontekstianalyysi. (Gröhn 1992; Häkkinen 1996.) Fenomenografiassa tutkijan on tiedostettava omat ennakkokäsityksensä ja viitetaustansa. Ennen aineiston keruuta hänen on pohdittava, miten hänen historiansa voi ohjata aineiston keruuta ja ennen analyysia on pohdittava miten aikaisemmat tiedot voivat vaikuttaa analyysiin ja tulkintaan. (Goman & Perttula 1999.)

Fenomenografiassa pyritään kuvaamaan ilmiötä aineistosta esille nousevien erilaisten kokemusten ja niiden vaihtelun kautta sekä kuvaamaan näkemyksiä ihmisten omista lähtökohdista käsin (Häkkinen 1996). Menetelmän avulla

selvinneitä käsityksiä ei aseteta järjestykseen paremmuuden tai kehittyneisyyden mukaan. Tutkittavien esittämistä käsityksistä muodostetaan merkitysluokkia eli –kategorioita. Yhdessä merkityskategoriassa voi olla yksi tai useampia käsityksien ilmaisuja, tärkeätä ei ole käsityksien määrä vaan niiden laadullinen erilaisuus. Merkityskategorioita on mahdollista vielä edelleen yhdistellä ylemmän tason kategorioiksi, jotka ovat laaja-alaisempia ja yleisempiä sekä liittyvät tutkimuksessa käytettyyn teoriaan. (Ahonen 1995.) Tutkijan tarkoituksena on eläytyä tutkittavan ilmaisun kautta ilmiöön. Tutkija muodostaa tutkittaviensa ilmaisuista "kokonaisia merkitysyksiköitä". Näistä merkitysyksiköistä sitten tutkija muodostaa tutkittaviensa käsityksiä kuvaavat kategoriat, käsitekategoriat. Käsitekategoriat kuvaavat siis ajattelutapoja, jotka nousevat suoraan aineistosta ja ovat siten tutkimuksen tuloksia. (Häkkinen 1996.)

Laadullista aineistoa voidaan tutkia tavalla, jossa etsitään ja vertaillaan samanlaisuuksia ja erilaisuuksia. Vertailuasetelma voi olla aineiston sisällä tai sen ulkopuolella. (Mäkelä 1990.) Tässä tutkimuksessa luin läpi kaikki kehyskertomuksiin kirjoitetut jatkotarinat. Aineistosta nousi esille kuvauksia erilaisista toimintatavoista sekä siitä miten niiden yhteydessä asiakkaan itsemääräämisoikeus toteutui. Aineiston sisäinen vertailuasetelma syntyi esitetyistä erilaisista toiminnan kuvauksista eli siitä miten jalkaterapeutit ratkaisivat ongelman ja esittivät tilanteen jatkumisen. Aineiston ulkopuolisena vertailuasetelmana käytin mm. lakia potilaan oikeuksista sekä jalkaterapeuttien eettisiä periaatteita, joissa molemmissa mainitaan asiakkaan itsemääräämisoikeus.

Eläytymismenetelmällä kerätyn aineiston analyysissä keskeistä on kehyskertomusten variaation vaikutus kertomuksiin (Eskola 1991,1997). Tämän tutkimuksen kehyskertomusten erilaisuuden vaikutus vastauksiin oli vähäinen ja molempiin kehyskertomuksiin tuli hyvin samankaltaisia vastauksia. Selkeästi erilaisina esille nousivat toiseen kehyskertomukseen annetut kaksi vastausta, joissa asiakkaalle tehdään/aiotaan tehdä toimenpide, vaikka asiakas ei osannut nimetä syytä miksi kynsiä ei saisi poistaa.

# 6. TUTKIMUSTULOKSET

## *6.1 Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen*

Molempiin kehyskertomusvariaatioihin löytyi kummastakin opiskelijaryhmästä vastaajia, jotka kunnioittivat asiakkaan itsemääräämisoikeutta niin, että siirsivät päätösvastuun asiakkaalle. Jalkaterapeuttiopiskelijat huomioivat asiakkaan itsemääräämisoikeuden täysin ja asiakas sai itse päättää mitä hän halusi hoitotilanteessa tehtävän.

> *" Jos asiakas ei halua kynnenpoistoa, ei hänelle sitä tietenkään tehdä... jos asiakas kieltäytyy hoidosta, niin hänen päätöstään on kunnioitettava."*

> *"... mä en ala väkisin poistamaan ihmisiltä mitään minkä he kieltävät. Varsinkin kun kyseessä on tilanne, jossa asiakkaalle on perusteellisesti selvitetty tilanne."*

> *"Yritän mahdollisimman selkeästi ja käytännönläheisesti kertoa miksi kynnenpoisto olisi hyvä tehdä. Asiakas tietysti itse tekee lopullisen päätöksen..."*

Hoitopäätöksen kannalta asiaa tarkasteltuna asiakkaan tehdessä itsenäisen päätöksen tarpeellisen tiedon pohjalta, on kyseessä **informoidun päätöksenteon malli** (Charles, Gafni & Whelan 1997 ; Charles ym. 1999). Tällöin asiakkaalla tulee olla riittävästi sen tyyppistä tietoa, joka mahdollistaa asiakkaan itsenäisen päätöksenteon. Asiakkaan tulee olla tietoinen relevanteista hoitomahdollisuuksista ja niihin liittyvistä eduista ja haitoista. (Charles & Whelan 1999.) Informoidun suostumuksen avulla turvataan potilaan arvokkuutta ja kasvatetaan luottamusta terveydenhuollon ammattilaisen ja

potilaan välillä. Toiminnassaan eettisiä ohjeita noudattavan tulisi hoitovaihtoehdoista keskustelun jälkeen saada ainakin suullinen lupa potilaalta hoidon aloittamiseen. Informoidun suostumuksen tavoitteena on edistää potilaan ja terapeutin kommunikaatiota. (Purtilo 1984).

Swider, McElmurry ja Yarling (1985) käyttävät tutkimuksessaan tämän tyyppisestä päätöksenteosta nimitystä **potilasorientoituneisuus**. Potilasorientoituneisuudella he viittaavat siihen, että sairaanhoitajaopiskelijan tehtävänä on huomioida potilas ja hänen oikeutensa. Kuitenkaan heidän tutkimuksessaan yksikään eettisiin ongelmiin ratkaisuvaihtoehtoja etsinyt sairaanhoidonopiskelijaryhmä ei päätynyt eettisen ongelman ratkaisuehdotuksissaan ensimmäisenä potilaskeskeiseen ratkaisuun ja kaikista eettisen ongelman ratkaisuehdotuksistakin vain 9% oli potilasorientoituneita. Raatikaisen (1997) esittämässä hoitotyön mallien luokituksessa tällaista päätöksentekoa kuvaa **persoonallinen hoitotyön malli**, jolloin potilas nähdään palvelujen kuluttajana ja asiakkaana. Sairaanhoitajaa tarkastellaan tällöin hoitosuhteessa potilaan tukijana. Tällöin hoitotyön periaatteissa korostuu ihmisarvon kunnioittaminen.

Itsemääräämisoikeuteen liittyvät myös autonomia, autenttisuus ja valta. **Autonomia** kattaa potilaan tiedonsaannin hoidon eduista ja riskeistä. Lisäksi potilaalla tulee olla oikeus kieltäytyä sellaisesta hoidosta, jota hän ei halua. Myös hoitosuunnitelmien ja -tavoitteiden pitäisi olla potilaan ja terapeutin yhteisen päätöksenteon tulosta. (Clawson 1994.) Woodwardin (1998) tutkimuksessa sairaanhoitajat ja kätilöt tarjosivat potilaille vaihtoehtoja ja korostivat potilaan autonomian huomioimista. Vaihtoehtojen tarjoaminen tuo etua potilaalle autonomian lisääntymisenä. Autonomian kunnioittaminen voi kuitenkin aiheuttaa jännitteitä terveydenhuollossa hyväksytylle hyvinvoinnin edistämisen periaatteelle. Hoitajan hyväksyessä potilaan kieltäytymisen hoidosta, potilaan on otettava vastuu päätöksestään. Toisaalta hoitaja voi antaa potilaalle lisäohjausta ja perusteluita hoidon tekemiseksi ja potilaan hyvinvoinnin edistämiseksi. Hänen mukaansa sairaanhoitajien ja kätilöiden mielestä nykyisessä terveydenhuollossa korostetaan potilaan autonomiaa ja tällöin

ongelmia voi aiheutua siitä, että potilas haluaakin olla passiivinen ja riippuvainen. Raatikaisen (1997) mukaan hoitosuhteessa potilaan autonomian toteutumiseen tarvitaan sekä potilasta että hoitajaa, koska potilaan tulee itse ylläpitää omaa itsenäisyyttään ja hoitajan tulee antaa siihen mahdollisuus.

**Autenttisuuden** näkökulmasta tarkasteltuna henkilö on autenttinen, kun hän kykenee itsenäisyyteen, riippumattomuuteen tai omaehtoisuuteen. Tuolloin hän perustaa toimintansa omaan harkintaansa ja vaikuttaa toimintaa rakentaviin tekijöihin, kuten käsityksiinsä, arvostuksiinsa ja haluihinsa. (Pietarinen 1994.)

Henkilöllä voi olla **valta** vaikuttaa asioihin niin, ettei hänelle aseteta ulkoisia toiminnan esteitä (Pietarinen 1994). Potilaan ja lääkärin välisessä suhteessa on kysymys vallankäytöstä. Potilaalla on itsemääräämisoikeus ja lääkärillä on ammatistaan johtuvaa arvovaltaa sekä asiantuntijavaltaa. (Pelkonen 1997.) Henkilön itsemääräämiseen liittyvä valta tarkoittaa sitä, että hän kykenee tahtoessaan vaikuttamaan mm. itseään koskeviin asioihin ja muiden ihmisten tekoihin. Henkilön valtaa voidaan edistää esimerkiksi oikeuksia ja velvollisuuksia koskevilla normeilla tai lainsäädännöllä. (Pietarinen 1994.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista mainitaan, että tiedonsaantioikeuden mukaisesti potilaalle tulisi antaa kaikki päätöksentekoon tarvittava tieto "hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista". Potilaan itsemääräämisoikeus puolestaan velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöä hoitamaan potilasta "yhteisymmärryksessä hänen kanssaan". (Suomen laki 2001.) Myös jalkojenhoitajan ja jalkaterapeutin eettisissä periaatteissa edellä mainittu lain henki ja periaate on kirjattuna seuraavasti : "Hän (jalkojenhoitaja tai jalkaterapeutti) kohtelee asiakastaan arvokkaana yksilönä, jonka vakaumusta ja itsemääräämisoikeutta hän kunnioittaa." (Suomen Jalkojenhoitajain ja Jalkaterapeuttien Liitto ry , 2000.) Guccione (1980) toteaakin, että fysioterapeutin henkilökohtaisten arvojen ja ammatillisten arvojen konfliktissa ammattiliiton esittämistä arvoista voi olla apua päätöksenteossa.

### *6.2 Asiakkaan itsemääräämisoikeuden osittainen kunnioittaminen*

Molemmista kehyskertomusvariaatioista löytyi tähän käsitekategoriaan liittyviä vastauksia. Näissä vastauksissa huomioitiin asiakkaan kieltäytyminen kemiallisesta kynnenpoistosta. Tämän jälkeen tarinat jakautuivat kahteen erilaiseen ryhmään. Toisissa kuvailtiin asiakkaan taivuttelua erilaisin keinoin ja toiset vastaajat kuvailivat asiakkaalle esittämäänsä vaihtoehtoista hoitoa. Tähän käsitekategoriaan kuuluneet jalkaterapeuttiopiskelijat näyttivät ottavan itsestään selvyytenä sen, että asiakasta on jollain tavalla hoidettava, koska hän on tullut vastaanotolle.

Swiderin ym. (1985) tutkimuksessa eettisten ongelmien ratkaisua koskevaa, instituution sisällä tapahtuvaa päätöksentekoa nimitetään **byrokraattisesti orientoituneeksi**. Sillä he tarkoittavat päätöksentekijän vastuullisuutta sairaalan rakenteita ja institutionaalista auktoriteettia kohtaan. Tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajaopiskelijoiden mielestä byrokraattinen orientaatio on paras vaihtoehto eettisen ongelmanratkaisun aloittamiseen. Eri ryhmien tekemistä byrokraattisesti orientoituneista eettisen ongelmien ratkaisuehdotuksista 55 - 65% liittyi tähän luokkaan.

#### 6.2.1 Taivutteluyritykset

Jalkaterapeuttiopiskelijat kunnioittivat asiakkaan itsemääräämisoikeutta siltä osin, että kemialliseen kynnenpoistoon ei ryhdytty. Tästä hoitovaihtoehdosta luopumisen jälkeen he kuvailivat erilaisia asiakkaan taivutteluyrityksiä. Toiset kuvailivat hyvinkin tarkkaan miten toimisivat tilanteessa ja toiset kertoivat vain keskustelevansa ja yrittävänsä siten muuttaa asiakkaan mielipidettä.

> *" Keskustelen asiakkaan kanssa siitä, että hän voisi pitää toisenlaisia kenkiä sen ajan kun kemiallinen hoito on meneillään."*

*"Yrittäisin kuitenkin saada hänet suostumaan kynnenpoistoon keskustelemalla hänen kanssaan asiasta..."*

*"Ensin varmistan onko asiakas ymmärtänyt kaiken sen minkä olen hänelle kertonut. Painotan kynnenpoiston hyviä ja huonoja puolia. ... kerron asiakkaalle tapauksista, jossa kynnenpoisto on tehty... Jos asiakas joka tapauksessa ei halua hoitoa, pyydän häntä miettimään ja tutustumaan annettuihin materiaaleihin kynnenpoistosta."*

**Jaetun päätöksenteon mallissa** potilasta hoitavan lääkärin tulee varmistua potilaan toiveista ja ottaa huomioon hänen odotuksensa. Tässä mallissa lääkäri myös tekee hoitopäätöksen aina yhdessä potilaan kanssa. Potilaan velvollisuutena puolestaan on tiedon hankkiminen vuorovaikutuksessa lääkärin kanssa sekä päätöksentekoneuvotteluun osallistuminen omalta näkökulmaltaan. (Towle & Godolphin 1999.) Mikäli jaetun päätöksenteon malli toteutuu ideaalisesti, potilas ei joudu kantamaan kaikkea vastuuta päätöksenteosta. Tällöin lääkäri osallistuu päätöksentekoon antamalla tietoa potilaalle ja osallistumalla päätöksentekoon (Charles ym. 1997; Towle & Godolphin 1999). Kuitenkin Elwyn ja Edwards (1999) toteavat tutkimuksessaan, että Etelä Walesin yleislääkärit sanovat jaetun päätöksenteon käsitteen olevan heille uusi. Lisäksi lääkärit kertoivat, että heidän tavallisena toimintatapanaan on ohjailla potilasta haluamaansa suuntaan.

Raatikaisen (1997) esittämässä hoitotyön mallien luokituksessa tällainen toiminta vastaa lähinnä **yhteisöllistä hoitotyön mallia**, jolloin potilaan ja sairaanhoitajan toiminta on molemminpuolista ja päätöksenteko tapahtuu jaetun päätöksenteon mallin pohjalta. Tällöin hoitotyön etiikassa kunnioitetaan itsemääräämistä ja tasa-arvoisuutta. (Raatikainen 1997.)

### 6.2.2 Hoitovaihtoehdon tarjoaminen

Jalkaterapeuttiopiskelijat esittivät kemiallisen kynnenpoiston sijaan ehdotuksia vaihtoehtoiseksi hoidoksi. Kaikki tähän kategoriaan sisältyneet vastaukset kuvailivat yhtä hoitovaihtoehtoa, joka oli hoidon vaihtaminen kemiallisesta kynnenpoistosta kynsien mekaaniseen ohentamiseen. Kuvaukset olivat seuraavanlaisia:

> *"Kerron, että vaihtoehtoisesti "viallinen" kynsiaines voidaan poistaa mekaanisesti poraamalla. Koska asiakkaalla on meneillään sisäisesti nautittava sienilääkekuuri, riittää kuurin oheishoidoksi em. mekaaninen hoito."*

> *"... yritän ehdottaa asiakkaalle vaihtoehtoisena kynnen ulkoista hoitoa: ohennetaan kynsiä säännöllisesti ja käytetään jotain ulkoista sienilääkitystä."*

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista toteaa, että potilaan kieltäytyessä hoidosta, on häntä **hoidettava "yhteisymmärryksessä** hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla" (Suomen laki 2001/785). Potilaan ja fysioterapeutin välinen suhde aiheuttaa **moraalisia velvoitteita** fysioterapeutille. Potilaan odotukset tulevat esiin tilanteissa, joissa hoidon vaikutuksia ja toisaalta epämukavuutta punnitaan. Fysioterapeutti ottaa ensimmäisen askeleen kohti epäeettistä toimintaa, kun hän ei koe päätöksenteon vaativan moraalista näkökulmaa. (Guccione 1980.) Myös lääkäri saa hoitaa potilastaan vasta sitten, kun tämä on siihen antanut suostumuksensa. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä suunnitellusta tai aloitetusta hoidosta. (Pahlman 1996.)

Henkilön toiminnan **yleisen kompetenssin** edellytyksenä on fyysisen ja psyykkisen toiminnan onnistuminen sekä erilaiset taidot. Henkilön ajattelu on yleisellä tasolla kompetenttia, mikäli hän kykenee perustelemaan näkemyksensä, ottamaan vastaan uutta informaatioita, ymmärtämään sen

merkityksen itselleen ja muuttamaan käsityksiään tarvittaessa. Hän kykenee näkemään päätöksen lähtökohdat ja hänen arvojärjestelmänsä on selkeä eikä sisällä ristiriitaisuuksia. Esimerkiksi toiveet tai pelot eivät pysty torjumaan informaation ymmärtämistä. **Ajattelun kompetenssi** on edellytyksenä kulloisessakin tilanteessa henkilön tekemälle parhaalle tai hyvälle ratkaisulle. Asiakkaan ollessa tahtonsa osalta **tilannekompetentti**, hän kykenee tekemään harkitun päätöksen jonkin yksittäisen tilanteen osalta. Tilanteen vaihtoehdot, seuraukset, riskit ja paras mahdollinen ratkaisu ovat hänen pääteltävissään. Toiminnan tilannekompetenssi voi olla puutteellinen esimerkiksi pelon tai jännityksen vuoksi. "Ehkä tärkein toimintaa koskeva kompetenssi ainakin lääkintäeettisesti kiinnostavissa tilanteissa on henkilön kyky ilmaista omia käsityksiään, toiveitaan, halujaan ja ratkaisujaan toisille". (Pietarinen 1994.)

### *6.3 Asiakkaan itsemääräämisoikeuden syrjäyttäminen*

Tähän kategoriaan kuuluvat vastaukset löytyivät kehyskertomusvariaatiosta, jossa asiakas ei kykene nimeämään syytä miksi kynttä ei saa poistaa (liite 1). Kuvaillussa toiminnassa keskityttiin kemialliseen kynnenpoistoon eikä asiakkaan itsemääräämisoikeutta eli kehyskertomuksessa hänen ilmaisemaansa haluttomuutta kynnenpoistoon huomioitu. Tämän kategorian vastaajat olivat kolmannella lukukaudella opiskelevia. Heidän koulutuksessaan ei ollut vielä käsitelty kemiallista kynnenpoistoa, mutta eettiset periaatteet oli opiskeltu.

> *"Asettaisin asiakkaan selin makuulle, ettei hän näe toimenpidettä. Jututtaisin asiakasta niin, että hänen ajatuksensa ovat poissa toimenpiteestä."*

> *"...voimme sopia asiakkaan kanssa, että heti kun tuntuu epämiellyttävältä, keskeytämme."*

**Paternalistisessa päätöksenteossa** hoitopäätöksen tekee lääkäri yksin tai konsultoiden toisia lääkäreitä. Tällaisessa päätöksentekomallissa oletuksena on, että lääkäri tietää parhaiten ja osaa tehdä oikean valinnan potilaan puolesta. Tällöinkin, vaikka lääkäri tekeekin hoitopäätöksen, potilaan tulisi saada lain edellyttämä tieto hoitovaihtoehdoista ja lääkärin tulisi myös saada potilaan suostumus hoitoon. (Charles ym. 1999.) Clawson (1994) toteaa, että paternalistisesti toimivalle fysioterapeutille potilaan suostumus ei ole tärkeää. Woodward (1998) kuitenkin mainitsee, että hoitotyössä nykyisin paternalistista toimintaa vältetään ja jopa pilkataan.

**Informoidun suostumuksen** käyttö päivittäisessä työssä ei ole kaikille ammattilaisille ollenkaan itsestäänselvyys. Danzingerin ja Welfelin (2001) tutkimuksessa mielisairaita potilaita ohjaavien (mental health counselors) USA:n neljän eri osavaltion työntekijöistä 36% ilmoitti, etteivät he johdonmukaisesti hanki potilailtaan informoitua suostumusta. Lisäksi vastaajista yhteensä 34,7% sijoitti informoidun suostumuksen tutkimuksessa esitetyllä eri tyyppisten eettisten ongelmien listalla toiseksi viimeiselle tai viimeiselle sijalle.

Elvynin ja Edwardsin (1999) tutkimuksessa Etelä Walesin yleislääkäreiden toiminnasta tuloksena on, että yleislääkärit ovat haluttomia jakamaan tietoaan potilaille, eivätkä lääkärit ole tottuneet kysymään potilaan toivomuksia omasta roolista heitä itseään koskevassa päätöksenteossa. Myös Raatikaisen (1997) esittämässä luokituksessa hoitotyön malleista hoitotyön kehityksen **biofyysisessä vaiheessa** potilas nähdään passiivisessa roolissa ja riippuvaisena hoitajasta. Tässä hoitotyön kehityksen vaiheessa sairaanhoitaja tekee hoidon potilaan puolesta. Lisäksi hän toimii organisaatiossa lääkärin avustajana sekä suorittajatason tekijänä.

### *6.4 Lähettävän lääkärin konsultointi*

Tämän käsitekategorian vastauksia löytyi molemmista kehyskertomustyypeistä ja molemmilta opiskelijaryhmiltä. Kertomuksissa kuvailtiin yhteydenottoa lähettävään lääkäriin.

> *"... ottaisin saman tien yhteyttä lähettävään lääkäriin ja keskustelisin asiasta hänen kanssaan."*

> *"Otan yhteyttä lääkäriin, joka teki sienikynsidg:n, ja neuvottelemme miten tulisi edetä."*

Swider ym. (1985) mainitsevat eettisen ongelman ratkaisun olevan **lääkäriorientoitunut** silloin, kun sairaanhoitaja ottaa yhteyttä lääkäriin. Tutkimuksessa sairaanhoitajaopiskelijaryhmien vastauksista 18 - 25% kuului tähän luokkaan. Lääkäriorientoituneen ratkaisun he jakavat kahteen erilaiseen tapaan, jolloin ratkaisu tapahtuu joko järjestelmän sisällä tai sen ulkopuolella. Barnitt ja Partridge (1997) totesivat tutkimuksessaan fysioterapeuttien olevan yhteydessä lääkäreihin ja muuhun henkilökuntaan säännöllisesti, kun taas toimintaterapeutit olivat mieluummin yhteydessä yhteiskunnan ja sosiaalitoimen viranomaisiin. Guccione (1980) toteaa, että fysioterapeuttien on eettiseltä kannalta tarkastellen tärkeää kyetä säilyttämään potilaan **luottamus** muihin terveydenhuollon ammattilaisiin, riippumatta siitä, mitä mieltä he itse ovat.

# 7. POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kahden oppilaitoksen jalkaterapeuttiopiskelijoiden käsityksiä asiakkaan itsemääräämisoikeudesta tutkimushetkellä. Jalkaterapeuttiopiskelijoiden käsitykset jakautuivat neljään yläkategoriaan, jotka olivat: asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, asiakkaan itsemääräämisoikeuden osittainen kunnioittaminen, asiakkaan itsemääräämisoikeuden syrjäyttäminen ja lähettävän lääkärin konsultointi. Asiakkaan itsemääräämisoikeuden osittaisessa kunnioittamisessa oli lisäksi kaksi alakategoriaa: taivutteluyritykset ja hoitovaihtoehdon tarjoaminen. Valmistumassa olevien jalkaterapeuttiopiskelijoiden ja kolmannella lukukaudella olevien jalkaterapeuttiopiskelijaryhmien vastausten välillä ilmeni eroa vain asiakkaan itsemääräämisoikeuden syrjäyttämisen osalta. Asiakkaan itsemääräämisen syrjäyttäviä vastauksia tuli vain kolmannella lukukaudella olevilta opiskelijoilta.

**Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen** viittaa informoidun päätöksenteon malliin. Informoidun päätöksenteon mallissa lääkärin ja potilaan välisessä työnjaossa lääkäri on tiedon välittäjä ja potilaalle jää autonominen päätöksenteko sekä vastuu hoitovalinnasta ( Charles ym. 1997). Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista hoidon saaminen asetetaan potilaan subjektiiviseksi oikeudeksi (Ryynänen & Myllykangas 2000). Potilaalla on tiedonsaantioikeus ja selvitys on annettava siten, että potilas ymmärtää tiedon sisällön (Suomen laki 2001/785). Woodward (1998) toteaa tutkimuksessaan, että "potilaan autonomiaa edistävä nykyinen diskurssi on selkeästi näkyvillä käytännössä". Hänen mukaansa kuitenkin autonomian ylikorostaminen voi aiheuttaa jopa eettisen toiminnan ongelmia.

**Asiakkaan itsemääräämisoikeuden osittainen kunnioittaminen** on päätöksenteon osalta byrokraattisesti orientoitunutta. Swiderin ym. (1985)

tutkimuksessa kaikilla vastanneilla sairaanhoitajaopiskelijaryhmillä byrokraattisesti orientoituneet eettisen ongelman ratkaisuehdotukset olivat yleisimpiä kaikista vastausvaihtoehdoista ja 89% ryhmien ensimmäiseksi ilmaisemista ratkaisuehdotuksista kuului tähän luokkaan. Alakategorioista **taivutteluyritykset** viittaavat Towlen ja Godolpihnin (1999) esittämään jaetun päätöksenteon malliin, jolloin lääkäri selvittää potilaan tiedontarpeen ja vastaa siihen sekä potilas evaluoi informaatiota ja neuvottelee päätöksistä, selvittää ongelman ja hoitovaihtoehdot. Toisessa alakategoriassa **hoitovaihtoehdon tarjoaminen** koskettaa laissa potilaan asemasta ja oikeuksista olevaa velvoitetta hoitaa potilasta lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla, mutta kuitenkin yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (Suomen laki 2001/785). Lindqvist (1995) tuo keskusteluun uudenlaisen näkökulman. Hänen mielestään potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain valossa voidaan hoitosuhde nähdä jopa "oikeudellisesti säädeltynä ja konfliktialttiina asiana". Tuolloin ammattieettinen toiminta jää taka-alalle ja etiikka voi "byrokratisoitua". (Lindqvist 1995.)

**Asiakkaan itsemääräämisoikeuden syrjäyttäminen** vastaa paternalistista päätöksentekoa siltä osin, että siinä lääkäri tekee yksin tai yhdessä toisten lääkäreiden avulla hoitopäätöksen. Kuitenkin myös tällaisessa tilanteessa potilaan tulisi saada tieto hoitovaihtoehdoista, mitä myös laki edellyttää. (Charles ym. 1999.) Ikonen-Varilan ja Tirrin (1999) mukaan ammattieettinen ongelma on olemassa jo silloin, kun työntekijä ei tunnista työhönsä liittyvän eettisiä ulottuvuuksia. Niiden tunnistamiseen voidaan vaikuttaa ammatilliseen koulutuksen, pätevyyden sekä työn laadunarvioinnin kautta. Ammatillisuus on kyky yhdistää omia ja ammattiin liittyviä arvoja.

**Lähettävän lääkärin konsultointi** kuvaa Swiderin ym. (1985) esittämää lääkäriorientoitunutta ongelmanratkaisua. Sairaanhoitajaopiskelijaryhmistä kuitenkin vain 8% esitti ensimmäisenä eettisen ongelman ratkaisuvaihtoehtona lääkäriorientoitunutta ratkaisua. Heidän mukaansa kliinisessä työssä työskenteleviä sairaanhoitajia on myös hyvä ohjata pohtimaan päätöstensä taustoja. Täten he tiedostavat paremmin toimintansa merkityksen ja lisäävät

sairaanhoidon autonomiaa byrokraattisessa sairaalaympäristössä. Barnitt ja Partridge (1997) mainitsevat, että fysioterapeutit ovat säännöllisesti yhteydessä lääkäreihin ja muuhun sairaalan henkilökuntaan. Tässä tutkimuksessa tämän käsitekategorian vastaajat olivat kolmannella lukukaudella olevia opiskelijoita.

Kyky eettiseen päätöksentekoon on ammatillisen kasvun olennainen osa (Clawson 1994). Opetuksen haasteena on tarjota eettisyyden opetusta ja harjoittelumahdollisuuksia jo opiskelun aikana, koska moraalinen päättely on merkitsevä kliinisen käyttäytymisen ennustaja fysioterapian opiskelijoilla. Moraalisen päättelyn ja tehokkaan kliinisen toiminnan yhteyden ymmärtäminen ovat tärkeitä suunniteltaessa fysioterapian oppikursseja. (Sisola 2000.) Kokemukset eettisestä toiminnasta käytännössä ja koululuokassa edesauttavat opiskelijoiden eettistä toimintaa sairaanhoidossa. Opetuksen tavoitteena on eettisen kasvun edistäminen. (de Casterle & Janssen 1996.) Gröhnin (1992) mielestä kuitenkin oppimisessa yksilön merkitys on suuri. Yksilön tausta ja monet muut tekijät vaikuttavat siihen, mitä ja miten hän oppii. Oppimisessa ei ole olemassa mitään jokaisessa tilanteessa toistuvaa ja pysyvää seikkaa, vaan se mitä opitaan ja muistetaan on aina yksilöllistä. Sen vuoksi voi jokainen yksilö ymmärtää yksittäisen ilmiön laadullisesti hyvin eri tavoin.

Pohdin käsitekategoriaa, jossa asiakkaan itsemääräämisoikeus syrjäytetään. Opiskelijat olivat käyneet läpi ammatin eettiset periaatteet, mutta vastauksissa kuvastuvassa toiminnassa tämä ei ilmennyt. Mitkä tekijät saavat toimimaan lain ja eettisten sääntöjen vastaisesti ja "kävelemään yli" asiakkaan mielipiteen? Voisiko kyseessä olla instituutioiden hierarkkisen toimintakulttuurin sisäistäminen eettisiä ohjeita vahvemmaksi? Kyseiset vastaajat olivat opiskelijoita, joilla ei ollut vielä minkäänlaista kokemusta käytännön harjoittelusta.

Voiko kyseessä olla samankaltainen tilanne kuin Danzingerin ja Welfelin (2001) tutkimuksessa, jossa mielisairaita potilaita ohjaavien (mental health counselors) kyselyyn vastanneiden USA:n neljässä eri osavaltiossa työskentelevistä vastaajista vain 31% vastasi turvautuvansa ammattieettisiin sääntöihin eettisiä

ongelmia käsitellessään. Vai vastaako tilanne enemmänkin Sumsionin ja Smythin (2000) tekemää tutkimusta, jossa he tutkivat 36 englantilaista toimintaterapeuttia. Nämä kokivat terapeutin ja asiakkaan erilaiset tavoitteet suurimmaksi esteeksi asiakaskeskeiselle toiminnalle. Lisäesteinä mainittiin toimintaterapeuttien arvot, uskomukset ja asenteet sekä lääketieteen malli.

Mikäli tämän tutkimuksen vastauksissa esitetty kuviteltu asiakaskontakti vastaa osinkaan jompaa kumpaa edellä mainittua tutkimusta, voisi seuraavista ratkaisuehdotuksista olla hyötyä myös Suomessa käytettäväksi. Danzinger ja Welfel (2001) ehdottavat eettisten sääntöjen tekemiseksi toimiviksi työvälineiksi kysymyspalstaa ammattiliiton web-sivuille, kirjallisuusluetteloa laillisista ja eettisistä ongelmista sekä eettisen komitean jäsenen konsultaatiopalvelua. Sumsion ja Smyth (2000) ehdottavat asiakaskeskeisen toiminnan opettelua esimerkkien avulla sekä vertaistukea ja työnjohdon tukea vähentämään asiakaskeskeisen toiminnan esteitä. Tämän tutkimuksen kokemusten myötä koen eettisyyden opiskelun ammattiin kouluttautumisessa entistä tärkeämpänä. Opettajan mahdollisuudet vaikuttaa ammatilliseen kasvuun etiikan ja moraalin kannalta katsottuna ovat erinomaiset, eikä sitä tilaisuutta tule hukata. Jo pelkän tietoisuuden lisääminen omasta toiminnasta edistää opiskelijan eettisyyttä ja parasta olisi tietysti eettisyyden sisäistyminen mahdollisimman pitkälle omaksi toimintamalliksi jo opintojen aikana. Eettinen päätöksenteko on opittavissa oleva taito ja sitä voidaan sen vuoksi opetella erilaisia opetusmenetelmiä hyödyntämällä. Kokemukseni mukaan myös opetettavan aineksen kohdatessa opiskelijan oman maailman, opiskelija motivoituu tehokkaasti opiskeluihinsa. Tältä kannalta katsottuna siis konstruktivistinen käsitys oppimisesta saa tukea.

Eettisyyden sisäistyminen toiminnan tasolle voi vaatia pitkääkin ammatissa työskentelyä (Räty 1982). Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista tutkia käsitysten muuttumista yksilön sisäisenä ilmiönä pitkittäistutkimuksessa. Tutkiminen heti työuran alussa ja esim. 10 vuoden työskentelyn jälkeen, tai mahdollisesti jonkin pulmallisen potilaskontaktin jälkeen voisi antaa aivan erilaisen kuvan ammatillisesta kasvusta eettisen toiminnan ja potilaan itsemääräämisoikeuden kannalta katsottuna.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston keruu ja käsittely kietoutuvat tiiviisti yhteen ja tulkintoja ei perusteta vain satunnaisiin poimintoihin (Mäkelä 1990). Fenomenografisen analyysin kohdalla on jatkuvasti käyty keskustelua, mitä käsitekategoriat todellisuudessa ovat ja mitä ne kuvaavat. Käsitekategoriat muotoillaan aineistosta esiin nousevista, selkeästi yhteen kuuluvista käsitteistä, koska siten niiden tarkoitus on osoitettavissa. (Hasselgren & Beach 1997.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuus koostuu tehtyjen tulkintojen validiteetista. Tutkijan löytämien käsitteiden, niistä muodostamien käsitekategorioiden sekä johtopäätösten tulee vastata sekä tutkittavien tarkoittamia merkityksiä että tutkimuksen teoreettisia lähtökohtia. Lisäksi validi aineisto on aitoa ja tutkittavat tuottavat tietoa tutkijan tarkoittamasta asiasta. Aineiston tulee olla myös relevanttia tutkimuksen teoriataustan kannalta katsottuna. (Ahonen 1995.) Lukija kykenee arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta myös silloin, kun prosessin vaiheet on kuvattu tarpeeksi yksityiskohtaisesti (Ahonen 1995; Ehrnrooth 1990; Mäkelä 1990). Luettuani aineistoa useita kertoja läpi, minulle alkoi hahmottua opiskelijoiden tapoja käsitellä tilanteen jatkumista ja esiin nousivat käsitekategoriat. Metodisen triangulaation kautta, esim. jälkikäteen haastattelemalla muutamia opiskelijoita, olisin vielä voinut selvittää olinko ymmärtänyt heidän käsityksensä oikein ja tulkinnut niitä heidän tarkoittamallaan tavalla. Lisäksi itsemääräämisoikeuteen liittyviä tutkimuksia oli niukasti ja niissä asiaa tarkasteltiin lähinnä päätöksenteon näkökulmasta.

Laadullisen tutkimuksen toistettavuutta ei katsota reliabiliteettiongelman kautta. Tutkimuksen kohderyhmän valinnassa kriteerinä on kulttuurinen edustavuus. (Mäkelä 1990.) Koska opiskelijavastaajilla on käytännöllistä tietoa koulutusprosessista, he tuottavat tietoa tilanteen sisäisestä logiikasta. (Suoranta ja Eskola 1992.) Eskola ja Eskola (1995) toteavat, että kaikki ihmistieteissä käytössä olevat tutkimusmenetelmät tuottavat arkisia ja tyypillisiä vastauksia eli stereotypioita. Myös Suorannan (1995a) mukaan eläytymismenetelmä aineiston keruussa tuo esille vastaajien stereotypiat tutkittavasta asiasta. Ihmiset kuitenkin toimivat arkielämässään tällaisten käsitysten pohjalta, joten vastaukset kertonevat paljon vastaajien elämästä. Eläytymismenetelmä keskittyy kulttuuriin ja niihin tarinoihin sekä merkityksiin, joiden pohjalta syntyy

sosiaalisia tilanteita. Tässä tutkimuksessa kokeilin eläytymismenetelmää ainoastaan kirjallisen tiedon perusteella ja sen vuoksi koin erittäin tärkeänä esitestauksen. Se auttoi minua hahmottamaan, miten kehyskertomuksia mahdollisesti kannattaisi muuttaa. Nyt, tutkimuksen tehtyäni, muuttaisin kertomuksia vieläkin enemmän toisistaan eroavaksi ja mahdollisesti myös monisyisemmiksi esim. niin, että kehyskertomuksessa esitetty potilaan toivoma ratkaisu olisi täysin ammattieettisten ohjeiden tai lakien vastainen. Tällöin voisin saada mahdollisesti enemmän toisistaan eroavia ja myös kirjalliselta asultaan monisanaisempia vastauksia, joita taas olisi helpompi lainata tutkimusraporttia tehdessä. Tässä tutkimuksessa vastaukset olivat pääasiassa melko lyhyitä ja asiat niissä oli ilmaistu tiiviisti, joten pitkiä lainauksia niistä ei saanut. Vastaukset edustavat stereotypioita, joten toivottavasti asiakkaan tahdon syrjäyttäneet eivät toimisi niin todellisissa tilanteissa.

En löytänyt ainuttakaan tutkimusta, jossa olisi yhdistetty eläytymismenetelmää ja fenomenografiaa. Useat fenomenografiaa menetelmänä kuvailevat lähteet mainitsevat myös kirjallisten materiaalien käytöstä tutkimusaineistona (Ahonen 1995; Francis 1993; Gröhn 1992). Tässä tutkimuksessa yhdistin menetelmät ja analysoin opiskelijoiden kirjoittamia tekstejä. Sanana teksti tulee latinan kielen sanasta textum, jolla tarkoitetaan "jotakin yhteenkudottua" ja viitataan "johonkin kiinteään" (Kukkonen 1993). Sanoja tarina ja kertomus käytetään usein synonyymeinä. Ikonen viittaa Princeen ja kirjoittaa, että kertomuksenteoriassa tarinalla tarkoitetaan kertomuksessa kerrottavaa tapahtumasarjaa. (Ikonen 2001.) Tekstin merkityksen syntyyn puolestaan vaikuttavat käsitteet, ajatukset ja tapahtumat (Pääkkönen & Varis 2000).

## Lähteet


Ahonen, S. 1995. Fenomenografinen tutkimus. Teoksessa L. Syrjälä, S. Ahonen, E. Syrjäläinen & S. Saari (toim.) Laadullisen tutkimuksen työtapoja. 1. – 2. painos. Rauma: West Point Oy, 113 - 160.

Appelbaum, D. & Lawton, S. V. 1990. Ethics and the Professions. Prentice – Hall: New Jersey.

Barnitt, R. & Partridge, C. 1997. Ethical reasoning in physical therapy and occupational therapy. Physiotherapy Research International 2: 178 - 194.

de Casterle, B. D. & Janssen, P. J. 1996. The relationship between education and ethical behavior of nursing students. Western Journal of Nursing Research 18, 330 - 351.

Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. 1997. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). Social Science & Medicine 44: 681 - 692.

Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. 1999. Decision-making in the physician - patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Social Science & Medicine 49: 651 - 661.

Charles, C. & Whelan, T. 1999. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? British Medical Journal 319: 780 - 782.

Clawson, A. L. 1994. The Relationship Between Clinical Decision Making and Ethical Decision Making. Physiotherapy 80: 10 - 14.

Corring, D. J. & Cook, J. V. 1999. Client-centered care means that I am a valued human being. Canadian Journal of Occupational Therapy 66: 71 - 82.

Danzinger, P. R. & Welfel, E. R. 2001. The Impact of Managed Care on Mental Health Counselors: A Survey of Perceptions, Practices, and Compliance with Ethical Standards. Journal of Mental Health Counseling 23: 137 - 150.

Ehrnrooth, J. 1990. Intuitio ja analyysi. Teoksessa K. Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Priima - Offset Ky, 30 - 41.

Elwyn, G. & Edwards, A. 1999. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practices registrars. British Medical Journal 319: 753 - 756.

Entwistle, N. 1997. Introduction: Phenomenography in Higher Education. Higher Education Research & Development 16: 127 - 134.

Eskola, A. 1988. Non-Active Role-Playing: Some Experiences. Teoksessa A. Eskola, A. Kihlström, D. Kivinen, K. Weckroth & O. – H. Ylijoki. Blind Alleys in Social Psychology. A Search for Ways Out. Amsterdam: Elsevier, 239 - 311.

Eskola, J. 1991. Eläytymismenetelmän käyttö sosiaalitutkimuksessa - tekninen opas aloittelijoille. Tampereen yliopisto, sosiologian ja sosiaalipsykologian laitoksen työraportteja B: 33.

Eskola, J. 1997. Eläytymismenetelmä tiedonhankintamenetelmänä; lyhyt oppimäärä. Teoksessa J. Eskola. Eläytymismenetelmäopas. Tampere: TAJU, 5 - 39.

Eskola, K. & Eskola, J. 1995. Tuottaako eläytymismenetelmä ainoastaan stereotypioita? Esimerkkinä teatterissa käymisen tutkiminen. Teoksessa J. Eskola, J. Mäkelä & J. Suoranta. Ihmistieteiden 1990 -luvun metodologiaa etsimässä. Lapin yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja C 8, 149 - 169.

Falkum, E. & Førde, R. 2001. Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship. Attitudes among Norwegian physicians. Social Science and Medicine 52: 239 - 248.

Francis, H. 1993. Advancing phenomenography. Questions of method. Nordisk Pedagogik 13: 68 - 75.

Ginsburg, G. 1978. Role-playing and Role Performance on Social Psychological Research. Teoksessa M. Brenner, P. Marsh & M. Brenner. (toim.) The Social Contexts of Method. Lontoo: Billing & Sons Ltd, 91 - 121.

Goman, J. & Perttula, J. 1999. Mitä on oppimaan oppiminen ja kuinka sitä voidaan kehittää? Kasvatus 30: 109 - 119.

Gröhn, T. 1992. Fenomenograafinen tutkimusote. Teoksessa T. Gröhn & J. Jussila (toim.) Laadullisia lähestymistapoja koulutuksen tutkimuksessa. Helsinki: Yliopistopaino, 1 - 32.

Guccione, A. A. 1980. Ethical Issues in Physical Therapy Practice, A Survey of Physical Therapists in New England. Physical Therapy 60: 1264 - 1272.

Harva, U. 1980. Hyvä ja paha. Praktisen etiikan ongelmia. 2. painos. Otava: Keuruu.

Hasselgren, B. & Beach, D. 1997. Phenomenography – a "good-for-nothing brother" of phenomenology? Outline of an analysis. Higher Education Research & Development 16: 191 - 202.

Häkkinen, K. 1996. Fenomenografisen tutkimuksen juuria etsimässä. Teoreettinen katsaus fenomenografisen tutkimuksen lähtökohtiin. Jyväskylän yliopisto. Opetuksen perusteita ja käytänteitä 21.

Häyry, M. 1997. Bioetiikan ala ja metodit. Teoksessa H. Häyry ja M. Häyry Elämän ehdot – bioetiikan, vapauden ja vastuun filosofiaa. Helsinki: Yliopistopaino, 3 - 15.

Ikonen, T. 2001. Tarina ja juoni. Teoksessa O. Alanko & T. Käkelä - Puumala Kirjallisuudentutkimuksen peruskäsitteitä. Pieksämäki: RT - print Oy, 184 - 206.

Ikonen - Varila, M. & Tirri, K. 1999. Työ ja ammattieettiset ongelmat. Työ ja ihminen. Työympäristötutkimuksen aikakauskirja 13: 85 - 94.

Koskinen, L. 1995. Mikä on oikein? Etiikan käsikirja. Suom. T. Lehtinen. WSOY: Juva.

Kukkonen, P. 1993. Kielen ja kulttuurin dialogia. Teoksessa P. Kukkonen. Kielen ja kulttuurin dialogia. Kouvolan kääntäjäkoulutuksen julkaisuja, sarja A, numero 8, 9 - 21.

Laavola, H. 2000. Periksi ei anneta. Lahti: Ecapaino Ky.

Launis, V. 1994. Kenelle itsemääräämisoikeus kuuluu. Teoksessa J. Pietarinen, V. Launis, J. Räikkä, E. Lagerspetz, M. Rauhala & M. Oksanen. Oikeus itsemääräämiseen. Helsinki: Painatuskeskus Oy, 51 – 63.

Lindqvist, M. 1986. Ammattina ihminen. Otava: Keuruu.

Lindqvist, M. 1995. Potilaan oikeudet ja lääkärin valta. Duodecim 111: 96 - 99.

Martikainen, T. 1996. Lähihoitamisen etiikkaa. Teoksessa S. Salo & H. Tähtinen (toim.) Etiikan puutarhassa. Eettisyys ja arki terveydenhuollossa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 98 - 109.

Mikkelin ammattikorkeakoulu. [Viitattu 18.3.2002]. Jalkaterapian koulutusohjelma Savonlinnassa. Saatavilla www –muodossa; <URL: http://www.mikkeliamk.fi/koulutus_nuoret_koulutusalat4_4.html>. Luettu 18.3.2002.

Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa K. Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Painokaari Oy, 42 - 61.

Orasmaa, L. & Waris, P. 1998. Mikkelin läänin jalkojenhoidon asiantuntijatyöryhmän loppuraportti 27.11.1997. Mikkeli: Sosiaali- ja terveysosasto, Itä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 1.

Pahlman, I. 1996. Potilaan oikeudet terveydenhuollossa. Kenen ehdoilla hoitoa? Suomen lääkärilehti 51: 2038 - 2041.

Partanen, M. - L. 2000. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskeva lainsäädäntö ja kansainvälinen vertailu. Podoprintti 38: 34 – 35.

Pelkonen, R. 1997. Ei ainoastaan tiedoilla. Duodecim 113: 1355 - 1361.

Perheentupa, A - V. 1996. Lisääntyvän vapauden vaikeus. Teoksessa S. Salo & H. Tähtinen (toim.) Etiikan puutarhassa. Eettisyys ja arki terveydenhuollossa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 56 – 71.

Pietarinen, J. 1994. Itsemääräämineen ja itsemääräämisoikeus. Teoksessa J. Pietarinen, V. Launis, J. Räikkä, E. Lagerspetz, M. Rauhala & M. Oksanen. Oikeus itsemääräämiseen. Helsinki: Painatuskeskus Oy, 15 – 47.

Purtilo, R. B. 1984. Applying the Principles of Informed Consent to Patient Care. Legal and Ethical Considerations for Physical Therapy. Physical Therapy 64, 934 - 937.

Pääkkönen, I. & Varis, M. 2000. Kriittinen lukutaito. Tampere: Tammer - Paino Oy.

Raatikainen, R. 1997. Yhteisöllisyys, eettisyys ja hoitotyön kehitys. Teoksessa T. Parviainen & M. Pelkonen (toim.) Yhteisöllisyys - avain parempaan terveyteen. Työvälineitä hoitotyöhön. STAKES. Raportteja 217, 55 - 90.

Rauhala, M. 1994. Mihin itsemääräämisoikeus velvoittaa. . Teoksessa J. Pietarinen, V. Launis, J. Räikkä, E. Lagerspetz, M. Rauhala & M. Oksanen. Oikeus itsemääräämiseen. Helsinki: Painatuskeskus Oy, 80 – 93.

Rovaniemen ammattikorkeakoulu. [Viitattu 18.3.2002]. Jalkaterapian koulutusohjelma. Saatavilla www –muodossa; <URL: http://www.ramk.fi/koulutus/jalkaterapia.html>. Luettu 18.3.2002.

Ryynänen, O – P. & Myllykangas, M. 2000. Terveydenhuollon etiikka. Arvot monimutkaisuuden maailmassa. Juva: WS Bookwell Oy.

Räikkä, J. 1995. Etiikka ja ammattietiikka. Teoksessa J. Räikkä, J. Kotkavirta & S. Sajama. Hyvä ammattilainen. Johdatus ammattietiikkaan. Helsinki: Painatuskeskus Oy, 7 - 26.

Räty, O. 1982. Koulutus ammattiin. Juva: WSOY.

Sarvimäki, A. 1994. Hoitotyön etiikan filosofiset perusteet. Teoksessa H. Kalkas & A. Sarvimäki. Hoitotyön etiikan perusteet. 3. painos. Keuruu: Otava, 10 - 75.

Scott, R.1998. Professional Ethics: A Guide for Rehabilitation Professionals. St. Louis: Mosby Inc.

Sisola, S. W. 2000. Moral Reasoning as a Predictor of Clinical Practice: The Development of Physical Therapy Students Across the Professional Curriculum. Journal of Physical Therapy Education 14, 26 - 34.

Suhonen, R. & Karvonen, J. 1998. Kynsisilsan hoito. Duodecim 114, 2343 - 2350.

Sumsion, T. & Smyth, G. 2000. Barriers to client-centredness and their resolution. Canadian Journal of Occupational Therapy 67, 15 - 21.

Suomen Jalkojenhoitajain ja Jalkaterapeuttien Liitto ry. 2000. Jalkojenhoitajan ja jalkaterapeutin eettiset periaatteet. Moniste.

Suomen laki 2001. Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/564.

Suomen laki 2001. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Suomen laki 2001. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Suoranta, J. 1995a. Jälkipuhe. Teoksessa J. Suoranta. Tekstit, murrokset ja muutos. Kolme näkökulmaa laadullisen tutkimuksen metodologiaan. Acta Universitatis Lapponiensis 10, 171 - 222.

Suoranta, J. 1995b. Kulttuuriset kasaumat, kulttuuritieto ja eläytymismenetelmä. Teoksessa J. Nieminen (toim.) Menetelmävalintojen viidakossa. Pohdintoja kasvatuksen tutkimisen lähtökohdista. Tampereen yliopisto, Kasvatustieteiden laitos B: 13, 193-207.

Suoranta, J. & Eskola, J. 1992. Tarinoita opetuksesta ja opetuksia tarinoista: Outi seminaarissa. Teoksessa J. Eskola (toim.) Puhetta opetuksesta ja opiskelusta. Tampereen yliopiston sosiologian ja sosiaalipsykologian tutkimuksia A: 23, 57-96.

Swider, S. M., McElmurry, B. J. & Yarling, R. R. 1985. Ethical Decision Making in a Bureaucratic Context by Senior Nursing Students. Nursing Research 34: 108 - 112.

Tiippana, A. 2002. Suomen jalkaterapeuttikoulutuksen historia. Podoprintti 41: 7.

Towle, A. & Godolphin, W. 1999. Framework for teaching and learning informed shared decision making. British Medical Journal 319: 766 - 769.

Varila, J. 1991. Näkökulmia henkilöstön kehittämiseen ja henkilöstökoulutukseen. Perusteiden teoreettista ja empiiristä tarkastelua. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Wilenius, R. 1989. Ihminen filosofisena ongelmana. Teoksessa R. Wilenius, P. Oksala, L. Mehtonen & M. Juntunen. Johdatus filosofiseen ajatteluun. 6. supistettu painos. Jyväskylä: Gummerus, 9 - 40.

Woodward, V. M. 1998. Caring, patient autonomy and the stigma of paternalism. Journal of Advanced Nursing 28: 1046 - 1052.

*Liite 1*

Kehyskertomus

- Lue ohessa oleva teksti huolellisesti.
- Vastaa pienellä tarinalla miten sinä itse toimisit jalkaterapeuttina kyseisessä tilanteessa, tarvittaessa voit jatkaa tarinaa paperin kääntöpuolelle.

Kehyskertomus 1

Asiakkaalle on tehty molempien I varpaiden sienikynsidiagnoosi. Hän on saanut sienikynnen hoitoon tarkoitetun, suun kautta nautittavan lääkekuurin. Lääkäri on lähettänyt asiakkaan vastaanotollesi kemialliseen kynnenpoistoon. Asiakas tulee vastaanotollesi ja tutkit hänet sekä selvität esitiedot ennen hoidon aloittamista. Kerrot hänelle kynnen kemiallisesta poistosta ja kuvailet koko hoitoprosessin tarkasti. Hoidosta antamasi kaikenkattavan tiedon jälkeen asiakas kuitenkin päättää, että hän ei halua missään nimessä antaa poistattaa kynsiä, eikä hän kykene nimeämään syytä miksi kynttä ei saa poistaa. Miten toimit jalkaterapeuttina tämän kuultuasi?

*Liite 2*

Kehyskertomus

- Lue ohessa oleva teksti huolellisesti.
- Vastaa pienellä tarinalla miten sinä itse toimisit jalkaterapeuttina kyseisessä tilanteessa, tarvittaessa voit jatkaa tarinaa paperin kääntöpuolelle.

Kehyskertomus 2

Asiakkaalle on tehty molempien I varpaiden sienikynsidiagnoosi. Hän on saanut sienikynnen hoitoon tarkoitetun, suun kautta nautittavan lääkekuurin. Lääkäri on lähettänyt asiakkaan vastaanotollesi kemialliseen kynnenpoistoon. Asiakas tulee vastaanotollesi ja tutkit hänet sekä selvität esitiedot ennen hoidon aloittamista. Kerrot hänelle kynnen kemiallisesta poistosta ja kuvailet koko hoitoprosessin tarkasti. Hoidosta antamasi kaikenkattavan tiedon jälkeen asiakas kertoo, että hän ei halua missään nimessä poistattaa kynsiä, koska hän työskentelee sihteerinä ja joutuu käyttämään työjalkineina avokkaita. Miten toimit jalkaterapeuttina tämän kuultuasi?

*Liite 3*

Merja Kunnari
Roninmäentie 1 j C 39
40500 Jyväskylä

21.5.2001

Tuija Vänttinen
MAMK, Savonlinnan yksikkö
Terveysala
Keskussairaalantie 4
57120 SAVONLINNA

PRO GRADU –TUTKIELMA

Opiskelen Jyväskylän yliopistossa liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnassa, pääaineenani on fysioterapia ja sivuaineenani opettajan pedagogiset opinnot. Aikaisemmilta ammateiltani olen jalkojenhoitaja ja fysioterapeutti. Fysioterapian syventäviin opintoihin sisältyy 19 ov laajuinen pro gradu –tutkielma. Tutkimukseni tavoitteena on selvittää jalkaterapeuttiopiskelijoiden käsityksiä eettisestä toiminnasta tulevassa ammatissaan. Aineiston kerään eläytymismenetelmällä, jossa vastaajat kirjoittavat kehyskertomukseen kuvittelemansa jatkon. Kehyskertomuksia on kaksi erilaista, joissa yhtä tekijää on muutettu. Kukin vastaaja vastaa vain yhteen kehyskertomukseen, joka hänelle sattumanvaraisesti arvotaan. Tutkimusmenetelmä on fenomenografia, jossa selvitetään vastaajien käsityksiä ilmiöstä. Tutkimustyöni ohjaajana toimii ma. professori, THT Ulla Talvitie.

Tutkimuksen aineiston keruuseen pyydän saada lupaa käyttää vastaajina koulussanne opiskelevia jalkaterapeuttiopiskelijoita, jotka valmistuvat jouluna 2001. Olen keskustellut asiasta alustavasti Arja Tiippanan kanssa puhelimitse. Tutkimuksen aineiston keruu veisi aikaa ryhmältä noin 30 minuuttia. Voisin tulla koululleme sovittuna ajankohtana, kertoa vastaajille tutkimuksesta lyhyesti ja jakaa heille vastauslomakkeet.

Mikäli Teillä on jotakin kysyttävää, yhteystietoni ovat: puhelin 040-7196653, e-mail: mekunna@st.jyu.fi .

Ystävällisin terveisin

Merja Kunnari
jh, ft, Ttyo

*Liite 4*

Merja Kunnari
Roninmäentie 1 j C 39
40500 Jyväskylä

21.5.2001

Vuokko Lohiniva
RAMK
Sosiaali- ja terveysala
Porokatu 35
96400 ROVANIEMI

PRO GRADU –TUTKIELMA

Opiskelen Jyväskylän yliopistossa liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnassa, pääaineenani on fysioterapia ja sivuaineenani opettajan pedagogiset opinnot. Aikaisemmilta ammateiltani olen jalkojenhoitaja ja fysioterapeutti. Fysioterapian syventäviin opintoihin sisältyy 19 ov laajuinen pro gradu –tutkielma. Tutkimukseni tavoitteena on selvittää jalkaterapeuttiopiskelijoiden käsityksiä eettisestä toiminnasta tulevassa ammatissaan. Aineiston kerään eläytymismenetelmällä, jossa vastaajat kirjoittavat kehyskertomukseen kuvittelemansa jatkon. Kehyskertomuksia on kaksi erilaista, joissa yhtä tekijää on muutettu. Kukin vastaaja vastaa vain yhteen kehyskertomukseen, joka hänelle sattumanvaraisesti arvotaan. Tutkimusmenetelmä on fenomenografia, jossa selvitetään vastaajien käsityksiä ilmiöstä. Tutkimustyöni ohjaajana toimii ma. professori, THT Ulla Talvitie.

Tutkimuksen aineiston keruuseen pyydän saada lupaa käyttää vastaajina koulussanne viidennen vuosikurssin jalkaterapeuttiopiskelijoita. Tutkimuksen aineiston keruu veisi aikaa ryhmältä noin 30 minuuttia. Voisin tulla koulullenne sovittuna ajankohtana, kertoa vastaajille tutkimuksesta lyhyesti ja jakaa heille vastauslomakkeet.

Mikäli Teillä on jotakin kysyttävää, yhteystietoni ovat: puhelin 040-7196653, e-mail: mekunna@st.jyu.fi .

Ystävällisin terveisin

Merja Kunnari
jh, ft, Ttyo