LAPIN AMK
Lapland University of Applied Sciences

POTILAAN YKSITYISYYDEN TOTEUTUMINEN HOITO-TYÖSSÄ SAIRAANHOITAJAOPISKELIJOIDEN KOKEMANA

Saana Hemming & Emmi Sieppi

Opinnäytetyö
Hyvinvointipalveluiden osaamisala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

2015

LAPIN AMK
Lapland University of Applied Sciences

Opinnäytetyön tiivistelmä

Hyvinvointipalveluiden osaamisala
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijät Hemming Saana & Sieppi Emmi Vuosi 2015
Ohjaajat Kilpiäinen Seppo & Luutonen Raija
Työn nimi Potilaan yksityisyyden toteutuminen hoitotyössä sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemana
Sivu- ja liitemäärä 54 + 16

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla kuinka potilaan yksityisyys toteutuu sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemana hoitotyössä. Tutkimuksen tarkoituksena on myös tutkia millainen merkitys opintojen vaiheella on kokemukseen yksityisyyden toteutumisesta. Tavoitteena on lisätä tietoa potilaan yksityisyyden toteutumisesta uudesta näkökulmasta sekä kehittää meidän ammattitaitoamme tulevina sairaanhoitajina. Tutkimuksessamme yksityisyys on rajattu fyysisen ja tiedollisen yksityisyyden tarkasteluun. Opinnäytetyön aihe valikoitui, koska potilaan yksityisyyden kunnioittaminen on tärkeä periaate hoitotyössä.

Tutkimus on määrällinen survey-tutkimus, jonka aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimusongelmia olivat kuinka fyysinen ja tiedollinen yksityisyys toteutuvat sekä onko opintojen vaiheella merkitystä kokemukseen yksityisyyden toteutumisesta. Kyselyyn osallistui 108 sairaanhoitajaopiskelijaa. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.

Tutkimustulosten perusteella voitiin tehdä johtopäätöksiä, joiden mukaan fyysinen yksityisyys toteutuu melko hyvin, kun taas tiedollisen yksityisyyden toteutumisessa on puutteita ja se toteutuu heikommin kuin fyysinen yksityisyys. Näkösuojan käyttö vaatteiden vaihdon yhteydessä sekä lääkärinkierto koettiin tilanteiksi, joissa potilaan yksityisyys toteutuu heikoiten. Tutkimustuloksista myös selvisi, että opintojen vaiheella ei ole suurta merkitystä siihen miten opiskelijat kokevat yksityisyyden toteutumisen.

Avainsanat yksityisyys, etiikka, hoitotyö, hoitotyön periaatteet, potilaan oikeudet

LAPIN AMK
Lapland University of Applied Sciences

Abstract of Thesis

School of Social Services, Health and Sports
Nursing

Authors Hemming Saana & Sieppi Emmi Year 2015
Supervisors Kilpiäinen Seppo & Luutonen Raija
Subject of thesis Patient privacy in nursing experienced by nurse students
Number of pages 54 + 16

The purpose of the research is to describe how patient privacy is fulfilled based on the experiences of the nurse students. The purpose is also to research does the stage of the studies have any effect on how nurse students experience patient privacy. The objective is to increase information about patient privacy from new perspective and develop our skills as a future nurses. In our research the subject is limited in physical and informational privacy. We chose the subject because respecting patient privacy is very important principle of nursing.

The research is quantitative survey research. The data was collected by structured questionnaire. Our research problems were how physical and informational privacy has been fulfilled and does the stage of the studies have any effect on how nurse students experience patient privacy. 108 nurse students answered the questionnaire. The data was analysed by quantitative methods.

The conclusions showed that physical privacy is fulfilled pretty well. On the other hand informational privacy doesn´t fulfil as well as the physical privacy and it has some shortcomings. Doctor´s round and the usage of screen while changing clothes are situations when patient privacy is most often offended. The research also showed that the stage of the studies don´t have effect on how nurse students experience patient privacy.

Key words privacy, ethics, nursing, principles of nursing, patient rights

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO 1
2 HOITOTYÖN ETIIKKA 3
2.1 Arvot hoitotyössä 5
2.2 Hoitotyön periaatteet 5
2.2.1 Ammatillisuuden periaate 6
2.2.2 Yksilöllisyyden periaate 6
2.2.3 Itsemääräämisoikeuden periaate 7
2.2.4 Turvallisuuden periaate 8
4 POTILAAN YKSITYISYYS 10
4.1 Fyysinen yksityisyys 11
4.2 Tiedollinen yksityisyys 12
4.3 Psyykkinen yksityisyys 14
4.4 Sosiaalinen yksityisyys 15
5 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET 16
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT ... 20
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN 21
7.1 Tutkimusmenetelmät 21
7.2 Tutkimuksen kohdejoukko ja aineistonkeruumenetelmä 23
7.3 Aineiston analyysi 25
8 TUTKIMUSTULOKSET 27
8.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot 27
8.2 Fyysinen yksityisyys 29
8.3 Tiedollinen yksityisyys 33
8.4 Avoimen kysymyksen tulokset 38
8.5 Opintojen vaiheen merkitys yksityisyyden kokemiseen 39
9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET 44

9.1 Johtopäätökset 44
9.2 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden pohdinta 45
9.3 Yleinen pohdinta ja jatkotutkimusaiheet 49
LÄHTEET 52
LIITTEET 56

1 JOHDANTO

Hoitotyön etiikka keskittyy hyvään ja pahaan sekä oikeaan ja väärään hoitotyössä. Siihen ei ole omia sääntöjä ja periaatteita vaan ne ovat samat kuin etiikassa yleensä. Hoitotyön ammattietiikka ohjaa hoitotyöntekijöitä perusarvojen arvioinnissa ja tunnistamisessa. Toinen sen tärkeä tehtävä on auttaa hoitohenkilökuntaa toteuttamaan näitä arvoja. Hoitotyön periaatteet taas pohjautuvat arvoihin. Yksi keskeinen hoitotyön periaate on potilaan kunnioittaminen ja yksityisyys. (Kalkas & Sarvimäki 1996, 34–35; Kassara ym. 2006, 13–24.)

Potilaan oikeuksien kunnioittaminen merkitsee samaa kuin ihmisarvon kunnioittaminen ja hänen ihmisoikeuksiensa hyväksyminen. Ne ohjaavat hoitotyötä kokonaisuudessaan. Potilaan oikeuksien ja aseman taustalla vaikuttaa jatkuva eettinen pohdinta. Eettisyys on ihmisarvon ja potilaan kunnioittamisen kannalta ensisijaista. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2006, 26–27.)

Yleisesti yksityisyys voidaan jaotella neljään osa-alueeseen: fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja tiedollinen yksityisyys. Sairaalassa ollessa koetaan, että yksityisyys vaarantuu helposti. Usein syynä on kiire, toimenpidekeskeisyys ja tilanpuute. Olennaisimpana yksityisyyden vaarantajana ovat kuitenkin hoitotilanteet, jotka vaativat hoitajan ja potilaan lähikontaktia. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 134–137; Leino-Kilpi, Hupli & Salanterä 2002, 8-9.)

Jokaisen hoitotyötä tekevän ammattilaisen tulee tiedostaa yksityisyyden merkitys työssään, sillä se on olennaista hoitotyön luonteen kannalta. Potilaan yksityisyys tulee helposti tahattomasti loukatuksi, mikäli hoitohenkilökunta ei tiedosta sitä epähuomiossa. On helpompaa tukea potilaan yksityisyyttä, kun tiedostaa yksityisyyden tarpeen. Yksityisyyden tarve on yksilöllinen ja se vaihtelee esimerkiksi sukupuolen, iän, terveyden ja kokemusten mukaan. Kuitenkin jokainen yksilö tarvitsee välillä omaa tilaa ja mahdollisuutta olla itsekseen. (Leino-Kilpi ym. 2002, 9.)

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla kuinka potilaan yksityisyys toteutuu sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemana hoitotyössä. Tutkimuksen tarkoituksena on myös tutkia millainen merkitys opintojen vaiheella on kokemukseen yksityisyyden toteutumisesta. Tavoitteena on lisätä tietoa potilaan yksityisyyden toteutumisesta uudesta näkökulmasta sekä kehittää meidän ammattitaitoamme tulevina sairaanhoitajina. Tutkimuksessa yksityisyyden tarkastelu on rajattu fyysiseen ja tiedolliseen yksityisyyteen. Tutkimus on määrällinen survey-tutkimus ja tutkimustavaksi valittiin kuvaileva tutkimustapa. Tutkimus sisältää strukturoidun kyselylomakkeen, jossa on myös yksi avoin kysymys.

Opinnäytetyön aihe valikoitui, koska potilaan yksityisyyden kunnioittaminen on tärkeä periaate hoitotyössä. Mielenkiintomme aihetta kohtaan on lähtenyt halusta kehittyä hoitotyössä ja syventyä hoitotyön eettiseen perustaan. Opinnoissamme on painotettu runsaasti potilaan oikeuksia sekä hoitajien eettistä toimintaa ja halusimme tutustua niihin perusteellisesti. Uskomme, että opinnäytetyömme keskeiset aiheet ovat tärkeitä kaikkialla hoitotyössä ja kehittävät meidän ammattitaitoamme tulevina sairaanhoitajina.

2 HOITOTYÖN ETIIKKA

Eettiset ja moraaliset arvot kertovat siitä mikä on oikein ja mikä on väärin. Etiikka ja moraali eroavat siten, että moraali viittaa käytännön toiminnan tasoon ja etiikka taas teoreettiseen tasoon. Etiikka ja moraali ohjaavat yksilöiden ja yhteiskunnan tapaa toimia sekä vaikuttavat toiminnan henkeen ja sääntöihin. Moraali on ihmisen eräänlainen ohjeisto, mutta se ei kuitenkaan ole samanlainen kaikilla, vaikka yhteiskunta siihen pyrkiikin. Etiikka ja eettiset ongelmat eivät perustu ainoastaan faktatietoon vaan ne perustuvat arvoihin ja periaatteisiin. (Kalkas & Sarvimäki 1996, 12–13; Fry & Johnstone 2008, 15–17.)

Etiikka pohjautuu arvoihin, jotka ohjaavat valintojen ja päätösten tekemistä hyväksyttävään suuntaan. Ne vaikuttavat myös tiedostamatta ihmisen toimintaan. Ne voidaan jakaa henkilökohtaisiin ja ammatillisiin arvoihin. Henkilökohtaiset arvot vaikuttavat yksilön toimintaan, ne ovat sen perusta ja lähtökohta. Ihmisen kasvuympäristö ja vuorovaikutus muiden kanssa luovat arvot elämälle. Siksi arvot vaihtelevat huomattavasti eri kulttuurien välillä. Ammatillisilla arvoilla taas käsitetään tietyn ammattiryhmän toimintatapojen lähtökohtaa. Työelämä ja opinnot antavat pohjan ammatillisille arvoille. (Vuori-Kemilä, Lindroos, Nevala & Virtanen 2005, 22.)

Eettiset vaatimukset ovat aina olleet olemassa hoitotyössä, mutta ne ovat ilmenneet eri tavoin eri aikoina. Kuitenkin pohjimmaisena periaatteena on aina ollut antaa hyvää hoitoa niille, jotka sitä tarvitsevat. Hoitotyön etiikka keskittyy hyvään ja pahaan sekä oikeaan ja väärään hoitotyössä. Hoitotyön etiikkaan ei ole omia sääntöjä ja periaatteita vaan ne ovat samat kuin etiikassa yleensä. Hoitotyön etiikassa voidaan tarkastella esimerkiksi asenteita, koettuja konflikteja, eettistä ajattelua, mutta se voi myös ohjeistaa ratkaisemaan eettisiä hoitoongelmia ja soveltamaan eettisiä teorioita hoitotyöhön. Hoitotyön ammattietiikka ohjaa hoitotyöntekijöitä perusarvojen arvioinnissa ja tunnistamisessa. Toinen sen tärkeä tehtävä on auttaa hoitohenkilökuntaa toteuttamaan näitä arvoja. (Kalkas & Sarvimäki 1996, 34–35;Kassara ym. 2006, 24;Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 9-10.)

Käytännön hoitotyön toteutumiseen eettisesti vaikuttavat monet seikat. Hoitotyön eri olosuhteissa painottuvat erilaiset asiat, lisäksi eri ammattiryhmien edustajat ja potilaat voivat omata erilaisen näkemyksen hoitotyöstä. Lainsäädäntö, organisaatio ja toimintaperiaatteet sekä tehtävä, jota työntekijä suorittaa vaikuttavat siihen miten hoitotyö toteutuu. Hoitotyön eettisyyteen vaikuttaa myös hoitajan koulutus, tietotaito ja hoitoyhteisön totutut tavat. Yksilöllä voi olla erilainen käsitys omasta työtehtävästään kuin muulla työyhteisöllä ja näin voi seurata eettisiä konflikteja. Eettiset konfliktit voivat heikentää potilaan saaman hoidon laatua. Eettiseen päätöksentekoon vaikuttaa onko hoitohenkilökunta sitoutunut noudattamaan oman ammattikuntansa eettisiä pelisääntöjä. Eettisten pelisääntöjen noudattaminen käytännössä vaatii sitä, että hoitohenkilökunta integroi omat henkilökohtaiset arvonsa näihin pelisääntöihin. Piilevistä arvoista puhutaan, kun omat arvot eivät ole integroituneet työyhteisön eettisten arvojen kanssa. Tällöin hoitaja saattaa väittää arvojensa olevan tietynlaisia, mutta toiminta ei kuitenkaan vastaa niitä. Tästä esimerkkinä voi olla lyhytnäköinen tehokkuus, jossa potilaiden puolesta tehdään asioita, jotta työ sujuisi nopeammin. Se voi myös ilmetä siten, että hoitaja antaa periksi painostukselle ja toimii vastoin omia arvojaan. (Kalkas & Sarvimäki 1996, 105–106; Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2005, 147; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 180–181.)

Hoitajien tulisi omata kyky ratkaista eettisiä ristiriitatilanteita sekä tehdä yhteistyötä erilaisen eettisen vakaumuksen omaavan ihmisen kanssa. Eettinen ongelma perustuu arvoihin ja se syntyy, kun kaksi tai useampia eettisiä periaatteita on ristiriidassa keskenään. Lisäksi se voi syntyä, jos eettisiä periaatteita ei voida noudattaa jonkin esteen vuoksi. Hoitotyössä eettinen ongelma voi syntyä hoitotyöntekijän ja potilaan välille, hoitotyöntekijän ja ammattikunnan välille, hoitotyöntekijän ja toisen ammattiryhmän välille, hoitotyöntekijän ja hoito-organisaation välille sekä hoitotyöntekijän ja yhteiskunnan välille. Eettiseen ongelmaan on harvoin vain yksi ratkaisu, mutta päätöksenteossa joudutaan kuitenkin valitsemaan yksi ratkaisuvaihtoehdoista, joka ei aina miellytä kaikkia osapuolia. Eettisen ongelman tunnusmerkkejä ovat arvojen välinen ristiriita, useat ratkaisuvaihtoehdot, kaikki ratkaisuvaihtoehdot ovat epätäydellisiä, aihe on pitkäaikainen ja kauaskantoinen. Eettistä ongelmaa pahempaa tilannetta voidaan kutsua eettiseksi stressiksi. Se syntyy, kun pitkän ajan kuluessa hoitaja kohtaa jatkuvasti tilanteita, joissa hän ei pysty toimimaan omien eettisten arvo-

jensa mukaan. Se voi aiheuttaa vihan, ahdistuksen ja syyllisyyden tunteita ja johtaa jopa alan vaihtoon. (Kalkas & Sarvimäki 1996, 105–106; Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 58, 75–91; Kuokkanen 2012, 67–69.)

2.1 Arvot hoitotyössä

Hoitotyön toiminnan arvot pohjautuvat sosiaali- ja terveysalan arvoperustaan. Hoitotyön arvoperusta on altruistinen ja humanistinen. Altruistiset arvot ja humanistinen ihmiskäsitys luovat perustan hoitotyölle ammattina. Altruismilla tarkoitetaan pyyteetöntä ja epäitsekästä toimintaa, joka ensisijaisesti hyödyttää muita kuin itseä. Tarkoituksena silloin on lisätä toisen ihmisen hyvinvointia tai lievittää hänen pahaa oloaan. Altruistiset arvot ovat lähimmäisen rakkaus, laupeus ja huolenpito. Lisäksi ihmisarvon kunnioittaminen on yksi keskeisimmistä arvoista hoitotyössä. (Kassara ym. 2006, 12; Kristoffersen ym. 2006, 149–150.)

Humanismissa korostetaan yksilöä sekä yksilön ja ihmisarvon kunnioitusta. Humanistinen ihmiskäsitys asettaa lähtökohdaksi ihmisen ja se korostaa hänen ainutkertaisuutta, erityisyyttä, arvokkuutta ja ihmisyyttä. Humanismissa korostuu myös ihmisen vapaus ja vastuu toteuttaa itseänsä ja mahdollisuus kehittyä. Ihminen on jakamaton kokonaisuus. Sairastumiseen ja terveyden horjumiseen reagoi koko ihminen, jonka vuoksi hoitajan tulisi hoitaa ihmistä kokonaisuutena eikä ainoastaan sairautta. (Kristoffersen ym. 2006, 156–157;Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 46–47.)

2.2 Hoitotyön periaatteet

Hoitotyön periaatteet ja arvot ohjaavat yhdessä lainsäädännön kanssa kaikkea hoitotyötä ja hoitajan toimintaa. Hoitotyön periaatteet muodostuvat hoitotyön keskeisistä arvoista. Periaatteet ovat arvoja konkreettisempia toimintaohjeita. Hoitotyön periaatteita ovat mm. ammatillisuuden, yksilöllisyyden, itsemääräämisoikeuden, turvallisuuden ja yksityisyyden periaate. Osa periaatteista koskee hoitajia ja osa taas potilaita. Hoitotyön periaatteet sivuavat osin toisiaan sekä niitä voi olla vaikea määrittää, sillä niillä on samat lähtökohdat. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 126;Kassara ym. 2006, 13–15;Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2010, 32.)

2.2.1 Ammatillisuuden periaate

Keskeisin hoitajan toimintaa ohjaava periaate on ammatillisuuden periaate. Siihen kuuluu se, että hoitaja on suorittanut ammattitutkinnon ja pyrkii edistämään potilaan terveyttä ja hyvinvointia eettisten arvojen ja periaatteiden sekä työssä, että koulutuksessa hankkimiensa tietojen ja taitojen avulla. Ammatillinen toiminta edellyttää, että hoitaja kehittää ammatillista osaamistaan ja hoitotyötä. Osa tiedoista ja taidoista muodostuu tieteen ja tutkitun tiedon kautta ja osa taas työkokemuksen ja hoitajakollegoiden kautta. Suomen sairaanhoitajaliitto on julkaissut eettiset ohjeet, joiden tarkoituksena on tukea sairaanhoitajien, terveydenhoitajien, kätilöiden ja ensihoitajien eettistä päätöksentekoa heidän päivittäisessä työssään. Ohjeet määrittelevät hoitotyön periaatteet ja sairaanhoitajan perustehtävän yhteiskunnassa. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 132;Kassara ym. 2006, 15; Rautava-Nurmi ym. 2012, 18–19.)

2.2.2 Yksilöllisyyden periaate

Yksilöllisyyden periaatteella tarkoitetaan sitä, että hoidossa oleva potilas nähdään aina yksilöllisenä kokonaisuutena. Se liittyy myös humanistiseen hoitonäkemykseen, jossa korostuu ihmisen ainutkertaisuus. Jokaisen potilaan ihmisarvoa kunnioitetaan hänen iästään, uskonnostaan, rodustaan, kansallisuudestaan, yhteiskunnallisesta asemastaan, terveydentilastaan tai tavoistaan riippumatta. Jokainen potilas on oman elämänsä ja hoitonsa paras asiantuntija ja näin ollen potilas tulisi aina ottaa mukaan hänen hoitoonsa. Hoitotilanne lähtee potilaan tarpeista, minkä vuoksi hoitohenkilökunnan tulee olla aidosti kiinnostunut potilaasta. Yksilöllisyyden periaatteen toteutumisen kannalta on tärkeää potilaan kuunteleminen ja hänen kanssaan keskusteleminen. Keskustelussa hoitajan rooli on olla aloitteellinen ja kannustava. Myös omahoitajuus on yksi keino edistää yksilöllisyyden periaatteen toteutumista hoitotyössä. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 127–128; Kassara ym. 2006, 13; Rautava-Nurmi, Westergård, Hentonen, Ojala & Vuorinen 2012, 22.)

Yksilöllisyyden periaate liittyy myös tiiviisti potilaan ihmisarvon kunnioittamiseen, joka on yksi potilaan oikeuksista. Oikeus elämään, vapauteen, turvallisuu-

teen, hyvinvointiin sekä tasa-arvoon ja oikeudenmukaisuuteen ovat jokaiselle ihmiselle kuuluvia ihmisoikeuksia. Potilaan oikeuksien ja aseman taustalla vaikuttaa jatkuva eettinen pohdinta. Eettisyys on ihmisarvon ja potilaan kunnioittamisen kannalta ensisijaista. (Kassara ym. 2006, 26–27.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittelee, "*potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan*." Näin ollen jokaisella hoitoalalla työskentelevällä on velvollisuus kohdella kaikkia potilaita samanarvoisina. Potilaan oikeuksien kunnioittamisen toteutuminen edellyttää yksilöllisyydenperiaatetta, jota julkisen terveydenhuollon tulisi noudattaa. Ihmisarvon kunnioittaminen edellyttää, että jokaisessa tilanteessa otetaan huomioon tilanteen asettamat vaatimukset. Lisäksi se edellyttää hoitohenkilökunnan asiallista käyttäytymistä esimerkiksi tapaa jolla potilaalle puhutaan ja miten hoitotilanteissa käyttäydytään. Ei ole hyväksyttävää tuoda esille omaa ärtymystä missään tilanteessa omaisten tai potilaan kanssa. (Kassara ym. 2006, 27; Lohiniva-Kerkelä 2007, 107.)

2.2.3 Itsemääräämisoikeuden periaate

Itsemääräämisoikeuden periaate sisältää potilaan oikeuden osallistua oman hoitonsa suunnitteluun, toteutukseen, arviointiin ja päätöksentekoon. Itsemääräämisoikeuden periaate on jo määritelty laissa. Se voidaan johtaa ihmisarvosta ja yksilön integriteetistä, eheydestä, joka käsittää ihmisen fyysisen ja henkisen kokonaisuuden. Hoitotyölle on ominaista vaalia potilaan koskemattomuutta ja eheyttä. Hoitotyön ammattilaisen tulee arvioida miten ja milloin potilaaseen on sopivaa koskea. Kaikissa tilanteissa tulee säilyä potilaan oikeus totuuteen, yksityisyyteen, henkilökohtaiseen arvoon sekä päätäntävaltaan hoidostaan. (Kassara ym. 2006, 13–14; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 144; Rautava-Nurmi ym. 2012, 22-23.)

Niin potilaan kuin hoitohenkilökunnankin tulee olla tietoinen itsemääräämisoikeudesta ja sen ilmenemisestä hoitotyössä. Potilaan itsemääräämisoikeus oikeuttaa potilaan päättämään omasta hoidostaan niin kauan, kun hän siihen ky-

kenee. Potilasta ei tule pitää objektina eli hoidon kohteena vaan subjektina, jolla on oma tahto, tieto ja kyky päättää omasta terveydestään. Potilaan suostumuksen huomioon ottamisen edellytyksenä on, että henkilö on kykenevä antamaan suostumuksen, riittävä informaatio suostumusta koskevassa asiassa, tarpeeksi aikaa harkita päätöstä ja vapaaehtoisuus eli se, että suostumuksen taustalla ei ole pakottamista tai manipulaatiota. Potilaan kieltäytyessä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, hoidetaan häntä mahdollisuuksien mukaan jollain muulla tavalla. Itsemääräämisoikeus ei toteudu kaikissa tapauksissa esimerkiksi alaikäisen hoidossa, kiireellisissä tilanteissa sekä tahdosta riippumattoman hoidon tilanteissa, jotka perustuvat mielenterveyslakiin, päihdelakiin, tartuntatautilakiin ja kehitysvammaisten erityishuollosta annettuun lakiin. (Kassara ym. 2006, 27; Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus 2007, 688; Kotisaari & Kukkola 2012, 85–107.)

2.2.4 Turvallisuuden periaate

Turvallisuuden periaatteella hoitotyössä pyritään saamaan potilas tuntemaan olonsa mahdollisimman turvalliseksi. Turvallisuuden periaatteeseen liittyy myös potilaan tietosuoja, potilaan tiedonsaanti oikeus ja henkilökunnan työturvallisuus. Turvattomuuden tunne voi johtua ympäristötekijöistä tai potilaan sisäisistä tekijöistä. Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että potilas tuntee olonsa turvalliseksi. Potilaan tiedonsaantioikeus on yksi potilaan oikeuksista, joka linkittyy tiukasti turvallisuuden periaatteeseen. Se sisältää hoitohenkilökunnan velvollisuuden kertoa potilaalle kaikesta häntä koskevista asioista ja hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä hänen hoitamisessaan. Potilaalle tulisi tuoda ilmi hoidon merkitys ja laajuus, riskitekijät, epäonnistumismahdollisuus, komplikaatiot sekä vaihtoehtoiset hoitomuodot. Tieto tulisi antaa ymmärrettävässä muodossa. Tämä luo turvallisuuden tunnetta potilaalle. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä kuulemasta häntä koskevia tietoja ja lisäksi hoitohenkilökunta voi arvioida kertomatta jättämistä, jos on epäilys, että siitä aiheutuu vakavaa haittaa potilaan terveydelle. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 130; Kassara ym. 2006, 27;Anttila ym. 2007, 47; Kauppi ym. 2011, 12; Kotisaari & Kukkola 2012, 108–109.)

Jokaisella potilaalla on myös oikeus tutustua itseään koskeviin potilasasiakirjoihin. Joissakin tapauksissa myös muilla kuin potilaalla itsellään on oikeus saada häntä koskevia tietoja. Esimerkiksi viranomaiset voivat saada potilastietoja tarkasti määritellyissä tilanteissa ilman potilaan erillistä suostumusta. Myös potilaan hoitotietojen siirtäminen eri organisaatioiden välillä edellyttää potilaan kirjallista suostumusta. Omaisille tietoja voidaan luovuttaa vain potilaan suostumuksesta. Potilaan ollessa tajuton tai muuten suostumuksen antamiseen kykenemätön voidaan omaisille tai muulle läheiselle antaa tietoja potilaasta, ellei ole täysin selvää, että potilas kieltäytyisi niin toimimasta. (Kassara ym. 2006, 27; Lohiniva-Kerkelä 2007, 172–173;Kauppi, Kähtävä, Lipasti, Niemi, Tamminen & Vaaramo 2011,13; Kotisaari & Kukkola 2012, 111.)

Lisäksi on vielä potilaan yksityisyyden periaate, joka liittyy osin turvallisuuden periaatteeseen. Sillä tarkoitetaan potilaan vapautta yksinoloon tai yhdessäoloon muiden kanssa sekä potilaan henkilökohtaista koskemattomuutta, loukkaamattomuutta ja vahingoittamattomuutta. Vaitiolovelvollisuus ja salassapitovelvollisuus ovat myös merkittävä osa yksityisyyden periaatetta. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 23.)

4 POTILAAN YKSITYISYYS

Yksityisyys ”privatus” on peräisin latinasta ja tarkoittaa itselleen kuulumista. Yksityisyys on vetäytymistä omiin oloihin, pois toisten seurasta. Sillä voidaan viitata myös yksityiselämään. Yksityisyys on myös itsenäistä toimintaa ilman häiriöitä ja mahdollisuus kontrolloida missä määrin ja mitä tietoja antaa itsestään muille. Yksityisyydelle on lukuisia erilaisia määritelmiä. Yleisesti yksityisyys voidaan jaotella neljään osa-alueeseen: fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja tiedollinen yksityisyys. (Jantunen, Puumalainen, Suominen & Leino-Kilpi 1994, 3; Leino-Kilpi ym. 2002, 8-9; Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 134–137).

Ihmiset voivat kokea yksityisyyden hyvin eri tavoin mm. kulttuurin vuoksi. Näin ollen myös kokemukset yksityisyyden toteutumisesta vaihtelevat. Esimerkiksi sairaalassa jotkut potilaat voivat olla hyvin seurallisia ja he haluavat jakaa kokemuksiaan muiden potilaiden kanssa, kun taas toiset eivät halua keskustella huonetovereidensa kanssa. Hoitotoimenpiteiden vuoksi omien kehon osien paljastaminen voi olla joillekin hyvin vaikeaa. Hoitohenkilökunnan tulisi osata arvioida jokaisen yksilön kohdalla milloin yksityisyyttä tulee kunnioittaa. Sairaalassa ollessa koetaan, että yksityisyys vaarantuu helposti. Usein syynä on kiire, toimenpidekeskeisyys ja tilanpuute. Olennaisimpana yksityisyyden vaarantajana ovat kuitenkin hoitotilanteet, jotka vaativat hoitajan ja potilaan lähikontaktia. Yksityisyyden toteutumisen kannalta sairaaloissa on usein ongelmallista se, että ne on suunniteltu takaamaan tehokas hoito eikä tällöin painopiste ole ollut siinä kuinka potilaan tarpeet täyttyvät ympäristön suhteen. Yksityisyys ei toteudu eteenkään silloin, kun potilas tarvitsee jatkuvaa tarkkailua tai hoidon suunnittelu edellyttää henkilökohtaisia tietoja. Myös fyysisen ympäristön puutteet tuovat haasteita potilaan yksityisyyden toteutumiselle. (Jantunen ym. 1994, 6; Leino-Kilpi ym. 2002, 8-9; Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 133.)

Jokaisen hoitotyötä tekevän ammattilaisen tulisi tiedostaa yksityisyyden merkitys työssään, sillä se on olennaista hoitotyön luonteen kannalta. Potilaan yksityisyys tulee helposti tahattomasti loukatuksi, mikäli hoitohenkilökunta ei tiedosta sitä epähuomiossa. On helpompaa tukea potilaan yksityisyyttä, kun tiedostaa yksityisyyden tarpeen. Yksityisyyden tarve on yksilöllinen ja se vaihtelee esi-

merkiksi sukupuolen, iän, terveyden ja kokemusten mukaan. Kuitenkin jokainen yksilö tarvitsee välillä omaa tilaa ja mahdollisuutta olla itsekseen. Hoitotyössä yksityisyyttä voidaan tukea esimerkiksi järjestämällä potilaalle oma huone, jos hän niin toivoo, mahdollistaa omien vaatteiden käyttäminen sairaalassa, sallia oman puhelimen käyttö, suojata potilaat sermillä tai verhoilla toisistaan, huolehtia yksityisyydestä hoitojen aikana, huolehtimalla tietosuojaan liittyvistä asioista sekä keskustelemalla potilaan kanssa kahden. (Leino-Kilpi ym. 2002, 9; Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2013, 304.)

4.1 Fyysinen yksityisyys

Fyysistä yksityisyyttä tarkastellessa keskeiseksi käsitteeksi nousee henkilökohtainen tila eli reviiri. Henkilökohtaisella tilalla tarkoitetaan yksilön oman tilan hallintaa. Se voidaan ymmärtää näkymättömänä alueena, joka ympäröi yksilöä. Henkilökohtainen tila koetaan kuuluvaksi yksilölle itselleen ja tälle raja-alueelle päästetään mielellään vain läheisimmät henkilöt. Tällä alueella tapahtuvaa kanssakäymistä voidaan kutsua intiimiksi ja sinne ei tulisi tunkeutua ilman lupaa. Näin ollen ketään ei saisi lähestyä eikä koskettaa ilman tämän suostumusta. Jotta koskettaminen tuntuu luontevammalta sekä potilaasta, että hoitajasta on tärkeää, että koskettamisen syy on käyty läpi keskustelemalla esimerkiksi hoitotoimenpiteen kulusta. Lisäksi luvan pyytäminen on tapa osoittaa kunnioitusta potilasta kohtaan ja antaa potilaalle mahdollisuus säilyttää hallinnan tunteen. (Jantunen ym. 1994, 10–11; Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 134; Kristoffersen ym.2005, 180 Anttila ym. 2012, 334.)

Henkilökohtainen tila voi olla erikokoinen riippuen useista seikoista esim. ikä, sukupuoli, koulutus, kulttuuri, terveys ja aikaisemmat kokemukset yksityisyydestä. Hoitohenkilökunnan tulee tiedostaa ja kunnioittaa potilaan henkilökohtaista tilaa. Haasteena on tunnistaa jokaisen kohdalla missä henkilökohtaisen tilan rajaa menee ja milloin kanssakäyminen on vielä miellyttävää. Henkilökohtaiseen tilaan tunkeutuminen koetaan epämiellyttävänä ja tällöin potilas voi pyrkiä ottamaan hoitajaan etäisyyttä. Myös katsekontaktin välttäminen, asennon vaihtaminen sekä muut ei-kielelliset viestintämuodot voivat olla keinoja viestittää tunkeutumisesta liian lähelle. Aina potilaalla ei ole mahdollista viestittää epämiellyttävyyden tunnetta ja silloin on hoitajan erityisesti arvioitava itse tilannetta

ja pyrkiä olemaan loukkaamatta potilaan yksityisyyttä. Potilas voi kokea henkilökohtaisena loukkauksena ja hänen reviirilleen tunkeutumisena esimerkiksi peiton nostamisen ilmoittamatta, yöpöydän laatikon kaivelun ilman lupaa tai sängyn istumisen reunalle yllättäen. (Leino-Kilpi ym. 2002, 10–11; Kristoffersen ym. 2005, 180.)

Fyysisen yksityisyyden toteutumisen kannalta on tärkeää, että potilas voi suojata itsensä vaatteilla, vetäytyä sosiaalisesta valvonnasta sekä suojautua vieraiden katseilta. Potilaalla on oikeus siihen, että hänen henkilökohtaiset alueensa ovat suojattuna ulkopuolisten katseilta. Potilaan on mahdotonta välttyä hoitajan katseelta perushoitotilanteissa, mutta hoitaja voi omalla toiminnallaan varmistaa fyysisen yksityisyyden säilymisen mahdollisimman hyvin. (Leino-Kilpi 2002, 10; Vuori-Kemilä ym. 2005, 122–126.)

Sairaalassa haasteena on erityisesti hoitoympäristö, jossa henkilökohtaiseen tilaan ei juuri ole mahdollisuutta. Yleensä siihen kuuluvat vain sänky ja yöpöytä. Erityisesti tilanteissa, joissa potilas ei ole kykenevä kommunikoimaan tulee hoitajan käyttää omaa arvostelukykyään ja pyrkiä turvaamaan fyysisen yksityisyyden säilyminen niin hyvin kuin mahdollista. Oma huone ja henkilökohtaiset saniteettitilat mahdollistavat potilaan yksin olemisen ja intimiteettisuojan kunnioittamisen. Useamman ihmisen huoneissa väliverhot rajaavat potilaan henkilökohtaisen tilan, mutta ne eivät suojaa haju- ja äänihaitoilta. Ne kuitenkin tuovat turvallisuuden tunnetta ja suojaavat muiden katseilta. (Rosqvist 2003, 39–40;Vuori-Kemilä ym. 2005, 122–126.)

4.2 Tiedollinen yksityisyys

Tiedollinen yksityisyys sisältää tietoturvan, henkilötietojen suojan ja mahdollisuuden hallita itseään koskevia tietoja. Yksilöllä on oikeus päättää milloin, miten ja missä määrin hän luovuttaa henkilökohtaisia tietoja muille ihmisille tai viranomaisille. Keskustelutilanteissa jokainen voi määrätä sen kuinka yleisellä tasolla keskustelussa pysytään tai kuinka henkilökohtainen se on. Tällä tavoin ihminen voi estää liian tiedon paljastumista ulkopuolisille. Se mikä on henkilökohtaista tietoa, koetaan eri tavoin. Myös se kuinka avoimesti ihminen haluaa jakaa henkilökohtaisia tietoja, on yksilöllistä. Julkisen ja henkilökohtaisen tiedon erottami-

nen voi olla vaikeaa. (Jantunen ym. 1994, 12; Leino-Kilpi 2002, 13; Lämsä 2012, 125–126.)

Sairaalaympäristössä tiedollisen yksityisyyden toteutumisella on haasteita. Potilaat haluavat hallita omien tietojensa käyttämistä monin tavoin. Yleisesti omien tietojen julkinen käsitteleminen koetaan vaikeaksi esimerkiksi muiden potilaiden läsnä ollessa. Tämä voi johtaa siihen, että potilas ei kerro kaikkea itseään ja omaa terveydentilaansa koskevia asioita, sillä ei halua huonetovereidensa kuulevan niitä. Potilaan oikeuksiin kuuluu oikeus kieltäytyä vuoteenvierusraportista, jos se tuntuu epämiellyttävältä. Nykykäytäntö ei kuitenkaan tarjoa potilaalle mahdollisuutta valita miten hänen tietojaan käsitellään lääkärinkierrolla. Kun huomioidaan tiedollinen yksityisyys, rikkoo lääkärinkierto käytäntö sitä lähtökohtaisesti. Täytyy pyrkiä puhumaan hiljaa potilaan asioista, välttää turhia kysymyksiä ja kuunnella potilasta. Joissakin tapauksissa potilaat eivät välttämättä ymmärrä miksi heille esitetään tietyn tyyppisiä kysymyksiä ja tällöin hoitohenkilökunnan on tärkeää kertoa mihin tietoja tarvitaan tai miksi ne ovat merkityksellisiä. Potilaalle on myös tärkeää, että hän ymmärtää kaiken saamansa informaation ja hänelle tehdyt tutkimukset. (Leino-Kilpi ym. 2002, 14–15;Lämsä 2012, 128.)

Potilastietojen käsittelyn muututtua sähköiseksi tiedollisen yksityisyyden toteutumiselle on tullut uusia haasteita. Potilastietoihin on helppoa päästä käsiksi ja näin väärinkäytön riski on suuri. Potilastietoihin tulisi kajota vain siinä määrin kuin se on tarpeellista. Potilaan tietoja ei saa luovuttaa sivulliselle eli ei myöskään samassa organisaatiossa työskentelevälle hoitohenkilölle, jos hänellä ei ole hoitosuhdetta potilaaseen. Lisäksi hoitohenkilökunta ei saa tarkastella omassa työorganisaatiossa olevien potilaiden tietoja ilman voimassaolevaa hoitosuhdetta. Potilaalla itsellään on oikeus nähdä itsestään potilasrekisteriin kirjatut tiedot. (Jantunen ym. 1994, 12–13; Leino-Kilpi ym.2002, 13–14; Lehtonen 2003, 97; Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 137.)

Potilastietoihin tulee merkitä hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteutumisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot. Vain hoidon kannalta tarpeelliset tiedot tulee kirjata potilastietoihin. Jokaisessa hoitotilanteessa tulee arvioida mitä tietoja tarvitaan esimerkiksi mitä vaikeammasta

hoitotilanteesta on kyse, sitä tarkemmin tiedot tulee kirjata. Hoidon kannalta oleelliset tiedot tulee kirjata, vaikkei potilas niin tahtoisikaan. Kirjatessa potilastietoihin tulisi huomioida, ettei sinne päädy epäolennaisia tai potilasta leimaavia merkintöjä esimerkiksi etninen tausta, seksuaalinen suuntautuminen ja rikollinen teko. Kirjatun tiedon tulee olla selkeää ja ymmärrettävää. Siinä tulee käyttää yleisesti tunnettuja ja hyväksyttyjä käsitteitä. Merkintöjen tulee olla myös virheettömiä. Kirjatusta tiedosta niin lomakkeissa kuin potilastietoihin tulee ilmetä merkinnän tekijän henkilöllisyys. Potilastietoihin saavat tehdä merkintöjä vain potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt sekä terveydenhuollon opiskelijat. (Jantunen ym. 1994, 12–13; Leino-Kilpi ym.2002, 13–14; Lehtonen 2003, 97; Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 137; Lohiniva-Kerkelä 2007, 133-134.)

4.3 Psyykkinen yksityisyys

Psyykkisen ja tietoon liittyvän yksityisyyden ero on hyvin pieni. Psyykkinen yksityisyys on täysin yksilön hallittavissa, kun taas tiedollinen yksityisyys ei kaikilta osin ole. Psyykkisellä yksityisyydellä tarkoitetaan ihmisen henkistä koskemattomuutta. Yksilö itse kontrolloi sitä kuinka paljon ja mitä asioita hän itsestään jakaa sekä kuinka lähelle hän päästää muut ihmiset henkisesti. Identiteetin kehittyminen, itsearviointi, itsemääräämin en ja henkilökohtainen kasvu muotoutuvat psyykkisen yksityisyyden kautta. Potilaaksi tuleminen ja hoitolaitoksessa oleminen johtavat usein siihen, että ihminen menettää jotain itsestään ja asettuu potilaan rooliin. Oman identiteetin ja itsenäisyyden säilyttäminen vaikeutuu. Hoitaja voi auttaa potilaan identiteettiä säilymään puhuttelemalla häntä omalla nimellään ja välttämällä esineellistäviä ilmaisuja. (Leino-Kilpi ym. 2002, 11–13; Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 136; Kristoffersen ym. 2005, 181.)

Potilaalla on oikeus päättää mitä tietoja hän haluaa kertoa itsestään ja elämästään. Hoitohenkilökunnan esittämät kysymykset saattavat loukata potilasta. Esitietoja kootessa usein nousee esille hyvin intiimejä asioita, jotka eivät kuitenkaan välttämättä ole tarpeellisia myöhemmän hoidon kannalta. Potilaalla on vastuu kertoa myös mahdollisesti epämiellyttäviltä tuntuvia yksityiskohtia, sillä ne voivat olla merkityksellisiä hoidon kannalta. Hoitohenkilökunnalla on haastava tehtävä esittää kysymykset niin, että potilas kokee luottamusta kertoa intii-

meistä asioistaan. Hoitajan tulee varata yksityinen tila ja tarpeeksi aikaa, kun halutaan keskustella luottamuksellisesti potilaan asioista. Potilaan ollessa ahdistunut tai loukattu voi hän paljastaa paljon henkilökohtaisempia tietoja kuin on tarpeen tai kuin hän paljastaisi normaali tilanteessa. Tästä syystä hoitajan tulee rakentaa keskustelu siten, että tarpeettomilta paljastuksilta vältytään sekä kirjata vain olennaiset asiat potilastietoihin. Tarpeettomat henkilökohtaiset paljastukset voivat aiheuttaa potilaalle myöhemmin häpeän, kiusaantuneisuuden ja haavoittuvuuden tunteita. (Yura & Walsh 1990, 149; Leino-Kilpi ym. 2002, 11; Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 136; Rautava-Nurmi ym. 2012, 23.)

4.4 Sosiaalinen yksityisyys

Yksilön oikeus hallita sosiaalisia suhteitaan on sosiaalisen yksityisyyden perusta. Se sisältää oikeuden sosiaalisiin suhteisiin sekä niistä vetäytymiseen. Jokainen saa päättää kenen kanssa, miten, miksi ja milloin ovat vuorovaikutuksessa. Sosiaalisen yksityisyyden tarve riippuu pitkälti tilanteesta esimerkiksi mitä muodollisempi tilaisuus on, sitä suuremmaksi yksityisyyden tarve koetaan. Keskustelun luonne, kieli ja aihe määrittävät myös yksityisyyden tarvetta. Välitön ja avoin keskustelu vähentää sen tarvetta. (Leino-Kilpi ym.2002, 12.)

Sosiaalisen yksityisyyden tarpeen on tutkittu olevan pitkälti kulttuurisidonnaista. Ihminen, joka on varttunut tiiviissä yhteisössä tai isossa perheessä haluaa todennäköisimmin myös sairaalassa ollessaan viettää aikaa yleisissä tiloissa potilashuoneen sijaan. Länsimaisessa kulttuurissa ihmisen sosiaalisen yksityisyyden tarve korostuu ja on suurempi kuin muissa kulttuureissa. Tämä juontaa juurensa siitä, että jo lapsena opetetaan siihen, että on mahdollista olla yksin jos niin haluaa. Näin ollen muodostuu tarve yksityisyydelle. (Leino-Kilpi ym. 2002, 12;Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 136–137.)

Sairaalaoloissa potilaalla ei aina ole mahdollista hoitaa sosiaalisia suhteitaan. Vierailijoiden käyminen potilaan luona ei välttämättä aina onnistu, myöskään yksityisille keskusteluille ei ole aina mahdollisuutta. Omaan rauhaan vetäytyminen on myös hankalaa. Keskeisenä esimerkkinä siitä, miten sosiaalista yksityisyyttä ei aina kunnioiteta sairaalaoloissa, on hoitohenkilökunnan ilmestyminen potilashuoneeseen koputtamatta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 136–137.)

5 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Jantunen ym. (1994) ovat tutkineet onko sairaalassa yksityisyyttä. Heidän tutkimuksensa tavoitteena oli kuvata potilaiden ja hoitohenkilökunnan näkemyksiä potilaan yksityisyydestä ja sen säätelystä sairaalaympäristössä. 218 potilaan ja 188 hoitohenkilökunnan jäsenen täyttämät kyselylomakkeet muodostivat tutkimuksen aineiston. Mahdollisuus yksityisyyden suojaamiseen koettiin vähäiseksi. Yksityisyyden säätely onnistui lähinnä vaikenemalla henkilökohtaisista asioista, etsimällä rauhallista tilaa ja keskittymällä omiin ajatuksiin yrittämällä olla välittämättä muista. Potilaat kokivat yksityisyyden olevan ensisijaisesti riippuvainen hoitohenkilökunnan toiminnasta. Hoitajien mielestä taas yksityisyyttä sairaalassa rajoittavat eniten useamman hengen potilashuoneet ja tilan puute. Hoitajat myös kokivat, että potilailla on vain harvoin mahdollisuus omaan rauhaan, yksin olemiseen tai rauhassa olemiseen läheisten kanssa. Näkösuojan puute koettiin myös potilaan yksityisyyttä rajoittavaksi tekijäksi. Hoitajien mielestä potilailta ei kyselty liian henkilökohtaisia kysymyksiä ja lisäksi se kokivat, että potilaiden sairaskertomuksia eivät voi lukea liian monet ihmiset.

Leppänen, Töyry & Vehviläinen-Julkunen (1997) ovat tutkineet potilaiden käsitystä ihmisläheisen hoidon keskeisestä sisällöstä. He selvittävät, mitkä ihmisläheisen mittarin osiot ovat tärkeitä potilaille heidän hoidossaan ja mitkä potilaille tärkeät asiat mittarista puuttuvat. 501 potilaan täyttämät kyselylomakkeet muodostivat tutkimuksen aineiston. Tutkimuksessa selvisi, että potilaat kokivat tärkeiksi yksilöllisyyttä tukeviksi tekijöiksi oikeuden olla omana itsenään, mahdollisuuden kertoa huolensa, riittävän ajan saamisen, luottamuksellisuuden ja sairauteen liittyvien rajoitusten selvittämisen ymmärrettävässä muodossa. Tärkeäksi koettiin myös mahdollisuus säilyttää yksityisyys hoitotoimenpiteiden ja tutkimusten aikana, esimerkiksi mahdollisuutena puhua hoitohenkilökunnan kanssa kahden kesken ja mahdollisuutena keskittyä potilaan itsensä nimeämiin tärkeimpiin ongelmiin sekä mahdollisuutena peseytyä muilta suojassa. Omaisten huomioon ottaminen koettiin myös tärkeäksi.

Bäck & Wikblad (1998) ovat tutkineet sairaalan yksityisyyttä. Heidän tutkimuksensa tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien ja potilaiden mielipiteitä yksityisyydestä. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin ovatko sairaanhoitajien käsitykset

potilaan yksityisyydestä samankaltaisia kuin potilaiden ilmoittamat tarpeet. Aineisto kerättiin kirurgian ja sisätautien vuodeosastoilla sekä pitkäaikaisvuodeosastolla olevilta potilailta ja hoitajilta kyselylomakkeilla. Potilaita tutkimukseen osallistui 120 ja hoitajia 42. Potilaat ja hoitajat kokivat, että potilailla on ollut mahdollisuus keskustella lääkärin ja hoitajan kanssa yksityisesti muiden kuulematta. Lähes kaikkien potilaiden ja hoitajien mukaan yksityisyys toteutui melko hyvin. Pitkäaikaisvuodeosaston potilaat halusivat enemmän yksityisyyttä kuin akuuttivaiheessa olevat potilaat. Lisäksi todettiin, että yksityisyyden säilyminen on tärkeämpää nuorille ja naisille, kuin iäkkäimmille ja miehille. Vähemmän koulutetut potilaat kokivat yksityisyyden tarpeen vähäisemmäksi kuin korkeasti koulutetut potilaat.

Antila (2000) tutki kirurgisen potilaan autonomian ja yksityisyyden toteutumista kirurgisilla vuodeosastoilla potilaan näkökulmasta. Tutkimus suoritettiin 190 potilaalle yhdessä yliopistollisessa sairaalassa. Tuloksissa selvisi, että potilaiden halu yksityisyyteen ja autonomiaan oli suuri. Potilaat toivoivat tietoa sairaudesta ja hoidostaan, jotta he voisivat osallistua oman hoitonsa suunniteluun ja päätöksentekoon. Mitä iäkkäämpi potilas oli, sitä enemmän hän oli sitä mieltä, että hoitaja oli mahdollistanut hänen osallistumisensa päätöksentekoon sairaanhoidollisissa toimenpiteissä. Pitkäaikaissairaat potilaat kokivat yksityisyyden toteutuneen paremmin, kuin potilaat joilla ei ollut pitkäaikaissairautta.

Valkomaa (2002) on tutkinut ikääntyneiden fyysistä yksityisyyttä vanhainkodissa. Tarkoituksena tutkimuksella oli selvittää vanhainkodissa asuvien ikääntyneiden ja heidän omaistensa kokemusten perusteella, miten fyysinen yksityisyys toteutuu. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla seitsemältä yli 65-vuotiaalta vanhainkodissa asuvalta ja seitsemältä heidän omaiseltaan. Tutkimuksessa todettiin, että vanhainkodissa asuvien henkilökohtainen tila takasi oman rauhan ja hyvän olon. Etäisyyttä kaivattiin toisten kanssa tekemissä olemiseen, koskettukseen, lähekkäin olemiseen ja riisuuntuneena oloon. Yksityisyyteen liittyvät ongelmat vanhankodissa liittyivät pääosin toisiin dementoituneisiin asukkaisiin, hoitotyöntekijöiden toimintatapoihin sekä fyysisen hoitoympäristön rajoituksiin. Kuitenkin hoitotyöntekijöiden toiminnan koettiin olevan merkittävämpi tekijä yksityisyyden edistämisessä kuin fyysinen hoitoympäristö tai muut tekijät.

Rosqvist (2003) on tutkinut potilaiden kokemuksia heidän henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastolla. Aineisto kerättiin sisätautien vuodeosastolla yliopistollisessa sairaalassa strukturoidulla haastattelulla johon vastasi 250 potilasta. Lisäksi havainnoitiin 25 potilaan ja hoitotyöntekijän välisiä vuorovaikutustilanteita. Tutkimuksessa selvisi, että potilaat käyttivät henkilökohtaisen tilansa suojaamiseksi kipuun ja itsemääräämisoikeuteen liittyviä verbaalisia viestejä ja kehon asentoja, eleitä, ilmeitä, katsekontaktia ja katsekontaktin välttämistä sekä väliverhojen käyttöön liittyviä nonverbaalisia viestejä. Väliverhoja käytettiin suojaamaan yksityisyyttä ja mahdollistamaan intimiteettisuojan, mutta myös suojaamaan muiden potilaiden yksityisyyttä ja mahdollistamaan heidän intimiteettisuojansa. Pahaa mieltä ja itsensä esineeksi kokemisen tunteita aiheutti henkilökohtaisen tilan säilyttämisen epäonnistuminen. Hoitotyöntekijän kosketus hyväksyttiin autettaessa, mutta turhat ja ylimääräiset kosketukset eivät kuuluneet hoitotyöhön.

Poikkimäen (2004) pro gradu-tutkielmassa tarkoituksena oli selvittää miten hyvin on toimittu hoitotyön arvojen mukaisesti potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana. Tutkimuksen tehtävinä oli selvittää miten hoitotyössä kohdellaan, kunnioitetaan ja arvostetaan potilaita ja kuinka paljon potilaat ovat saaneet tietoa omaa hoitoa koskevista asioista pystyäkseen osallistumaan omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon sekä miten potilaan yksityisyys otetaan huomioon hoidon aikana. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, johon vastasi 83 potilasta ja 111 hoitajaa yhden sairaalan sisätautien- ja kirurgian vuodeosastoilta. Poikkimäen tutkimuksessa johtopäätöksenä esitetään, että hoitotyössä kunnioitetaan ihmisarvoa melko hyvin, mutta heidän itsemääräämisoikeutensa toteutumisessa ja yksityisyytensä huomioon ottamisessa arvioitiin olevan puutteita.

Brunou (2009) on tutkinut sairaanhoitajaopiskelijoiden ohjattujen käytännön harjoittelujen aikana ilmenneitä eettisiä ongelmia. Tutkimuksen tavoitteena oli tuotetun tiedon perusteella tehdä ehdotuksia etiikan opetuksen ja ohjauksen kehittämiseksi terveydenhuoltoalan koulutuksessa ja käytännössä. Tutkimus toteutettiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa tarkoituksena oli kartoittaa opintojen eri vaiheissa olevien sairaanhoitajaopiskelijoiden ja heitä ohjaavien hoitajien näkemyksiä eettisistä ongelmista ja niiden ratkaisuista. Siihen osallistui 18 sairaanhoitajaopiskelijaa, jotka vastasivat teemoitettuihin avoimiin es-

see kysymyksiin sekä 115 ohjaajaa vastasi teemoitettuihin kysymyksiin ja he osallistuivat ryhmähaastatteluun. Toisessa vaiheessa tarkoituksena oli kuvata ja analysoida sairaanhoitajiksi valmistuvien opiskelijoiden eettisten ongelmien havaitsemista, ratkaisemista, niiden opetusta ja itseohjausta tiedonhankkimisessa, sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Toisen vaiheen aineisto kerättiin valtakunnallisella Internetpohjaisella kyselyllä, johon osallistui 319 valmistuvaa sairaanhoitajaopiskelijaa. Harjoitteluissa ilmenneet eettiset ongelmat liittyivät potilaaseen tai asiakkaaseen, hoitohenkilökuntaan ja opiskelijaan. Eettiset ongelmat luokiteltiin oikeus-, eetos- ja oikeellisuusongelmiin sekä yksilöllisiin sekä rakennetekijöihin. Eettisten ongelmien ratkaisukyvyn koettiin kehittyvän opintojen aikana. Taustamuuttujista sukupuoli, koulutussuuntaus ja ikä olivat yhteydessä sairaanhoitajaopiskelijoiden eettisten ongelmien havaitsemiseen ja ratkaisemiseen sekä itseohjaukseen.

Lämsän väitöskirjatutkimuksen (2013) kohteena olivat sairaalaosaston jokapäiväiset tapahtumat, vuorovaikutustilanteet ja osastolla olevat ihmiset. Hän keräsi tutkimusaineistonsa keväällä 2008 kahdella sairaalaosastolla, osallistuen itse osaston toimintaan ja keskustellen osastolla olevien ihmisten kanssa. Hänen tutkimuksessaan ilmeni, että vaikka lääkärinkierto ja potilaan tulohaastattelu ovat arkisia tapahtumia osastolla rikkovat ne jo lähtökohtaisesti potilaan tiedollista yksityisyyttä. Lääkärinkiertokäytönnön olemassa oloa puolustellaan kuulon ja näkemisen välisellä erolla. Suullisen tiedon käsittely osastolla ei tue Lämsän mukaan yksityisyyden säilymistä kuten lääkärinkierto osoittaa, sen sijaan kirjallisen tiedon salassapitoon luotu useita käytäntöjä ja se on paremmin suojattua.

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Jokaisen tutkimuksen yhtenä lähtökohtana tulee olla selkeä tarkoitus ja tavoitteet (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994, 26). Tutkimuksen tarkoitus on kuvailla kuinka potilaan yksityisyys toteutuu sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemana hoitotyössä. Tutkimuksen tarkoituksena on myös tutkia millainen merkitys opintojen etenemisellä on kokemukseen yksityisyyden toteutumisesta. Tavoitteena on lisätä tietoa potilaan yksityisyyden toteutumisesta uudesta näkökulmasta sekä kehittää meidän ammattitaitoamme tulevina sairaanhoitajina

Tutkimusongelma luo tutkimukselle perustan. Tutkimusongelmasta johdetaan tutkimus-kysymys tai kysymyksiä joihin tutkimuksella pyritään vastaamaan. Tutkimusongelma määrittelee tutkimusmenetelmän ja millaista aineistoa siihen tarvitaan. (Heikkilä 1998, 14; Vilkka 2005, 45.) Tutkimuksen tarkoituksen pohjalta muodostuivat seuraavat tutkimusongelmat:

1. Millaisia kokemuksia sairaanhoitajaopiskelijoilla on fyysisen yksityisyyden toteutumisesta hoitotyössä?
2. Millaisia kokemuksia sairaanhoitajaopiskelijoilla on tiedollisen yksityisyyden toteutumisesta hoitotyössä?
3. Millainen merkitys opintojen vaiheella on kokemukseen yksityisyyden toteutumisesta?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin tammikuussa 2014. Idea opinnäytetyöhön lähti siitä, kun koulussa tutustuimme erilaisiin tutkimuksiin potilaiden yksityisyydestä ja aihe kiinnosti meitä molempia. Päätimme, että haluamme tutkimusjoukoksi sairaanhoitajaopiskelijat, koska emme löytäneet siitä näkökulmasta vielä tutkimusta potilaan yksityisyyteen liittyen. Tutkimussuunnitelman tekemiseen käytettiin paljon aikaa. Suunnitelman tekovaiheessa päätimme mitä tutkimusmenetelmää käytämme ja aloimme myös hahmotella kyselylomakettamme. Sen jälkeen haimme tutkimuslupaa hyvinvointipalveluiden osaamisalan Kemin kampuksen koulutusvastaavalta Eija Jumiskolta (Liite 3). Lupa myönnettiin lokakuussa 2014.

7.1 Tutkimusmenetelmät

Tämä opinnäytetyö on määrällinen tutkimus, koska tavoitteena on selvittää tutkimusongelmaamme mahdollisimman laajan tutkimusjoukon kautta. Määrällinen tutkimusmenetelmä sopii tutkimuksille, joissa halutaan numeraalisesti esittää jotakin asiaa, sen muutosta tai missä määrin jotkin asiat vaikuttava toisiinsa. Määrällisessä tutkimuksessa ei keskitytä poikkeuksiin vaan pyritään löytämään säännönmukaisuuksia sekä syitä ja seurauksia. Oleellista määrälliselle tutkimukselle on laaja tutkittava joukko tai tutkimusaineisto. Näin ollen tutkimustulos on helpommin yleistettävissä ja sitä voidaan pitää luotettavana. (Vilkka 2005, 49–50.)

Kuvailevalla tutkimuksella voidaan tarkastella jonkin ilmiön, tilanteen tai tapahtuman luonnetta, yleisyyttä, historiallista kehitystä tai muita tunnuspiirteitä. Kuvailevassa tutkimuksessa on keskeistä tiedon lisääminen. Tiedon luotettavuus ja tarkkuus sekä yleistettävyys ovat kuvailevan tutkimuksen olennaisia arviointiperusteita. Yleensä ei pyritä tutkittavan kohteen kokonaisvaltaiseen kuvaamiseen, vaan sieltä eristetään ilmiö, johon keskitytään. (Vilkka 2007, 20.) Tässä tutkimuksessa kohdeilmiönä toimii yksityisyyden toteutuminen ja opintojen vaiheen merkitys kokemukseen yksityisyyden toteutumisesta.

7.2 Tutkimuksen kohdejoukko ja aineistonkeruumenetelmä

Määrällisessä tutkimuksessa tärkeää on otoksen suhde perusjoukkoon. Perusjoukko edustaa ryhmää, johon tulokset halutaan yleistää. Perusjoukosta taas valitaan tutkimukselle sopiva otos. Tutkimuksen tekijän tulee valita otos siten, että se edustaa mahdollisimman hyvin perusjoukkoa. Otoksella tarkoitetaan taas havaintoyksiköiden joukkoa, joka on poimittu jotakin otantamenetelmää käyttäen perusjoukosta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 104–105.) Perusjoukoksi valittiin sairaanhoitajaopiskelijat. Tutkimuksessa käytettiin harkinnanvaraista otantaa. Otoksen muodostavat Lapin Ammattikorkeakoulun hyvinvointipalveluiden osaamisalan Kemin kampuksen sairaanhoitajaopiskelijat, jotka ovat olleet vähintään yhdessä käytännönharjoittelussa, koska kyselyyn vastaaminen edellyttää kokemusta käytännön hoitotyöstä.

Kolme keskeisintä aineistonkeruumenetelmää määrällisessä tutkimuksessa ovat havainnointi, kysely ja haastattelu. Survey-tutkimus tarkoittaa määrällistä haastattelua tai kyselyä, joka tehdään kyselylomaketta apuna käyttäen. Määrällisessä tutkimuksessa kyselyjä ja haastatteluja on monenlaisia esimerkiksi kontrolloidut kyselyt, joissa kyselyn tekijä on paikalla mahdollisia kysymyksiä varten ja tarkistaa, että kyselyihin vastataan. (Alkula ym. 1994, 69–70.) Tutkimuksen aineiston keruumenetelmäksi muodostui strukturoitu kysely, sillä se on toimiva tapa kerätä aineistoa tämän kaltaisessa tutkimuksessa. Kyselyn suoritustavaksi valittiin kontrolloitu kyselytapa, koska sen myötä varmistettiin, että tutkimusaineisto on tarpeeksi runsas.

Kyselylomaketta tehtäessä tärkeimmät vaiheet ovat lomakkeen suunnittelu, kysymysten muotoilu ja esitestaus, koska aineiston keräämisen jälkeen virheitä ei voida enää korjata. Hyvä kyselylomake edellyttää myös kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin perehtymistä. Tiedon strukturoinnilla taas tarkoitetaan sitä, että tutkittavaan asiaan liittyvät ominaisuudet muutetaan rakenteellisesti siten, että ne voidaan esittää kaikille vastaajille samalla tavalla. Strukturointi helpottaa tiedon käsittelyä ja vähentää virhemittauksia. Teoreettinen viitekehys ei saa jäädä irralliseksi tutkimuskokonaisuudesta, joten sitä tulee käyttää kyselylomakkeen laadinnan perustana. Asiakokonaisuudet käydään läpi yksi kerrallaan ja päätetään mitä asiakokonaisuuksia mitataan, jotta ne kattaisivat tutkimuson-

gelman. Tämän jälkeen päätetään niitä koskevat kysymykset. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007 135; Vilkka 2007, 63–71, 78.) Tutkimuksen mittarina toimi strukturoitu kyselylomake, joka sisälsi 21 monivalintakysymystä sekä yhden avoimen kysymyksen (Liite 2). Avoin kysymys laadittiin, jotta vastaajalla on mahdollisuus tuoda esille jotain yleisesti tutkimusaiheeseen liittyen tai lisätä jotain mitä tutkija ei ole kysynyt. Kyselylomake laadittiin kirjallisuuden ja joidenkin aikaisempien tutkimusten pohjalta. Mittarin taustamuuttujina toimivat ikä, sukupuoli, opintojen vaihe, aikaisempi koulutus hoitoalalla ja työkokemus hoitoalalta.

Kyselylomake tulee aina testata ennen varsinaisen kyselyn suorittamista. Testaamisen avulla selvitetään seuraavia asioita: mittarin toimivuus suhteessa tutkimusongelmaan, vastausohjeiden selkeys ja toimivuus, kysymysten täsmällisyys, selkeys ja yksiselitteisyys, kysymysten kykyä mitata sitä mitä on tarkoitus mitata ja lomakkeen pituutta sekä vastaamiseen käytetyn ajan kohtuullisuutta. (Vilkka 2007, 78.) Esitestaus suoritettiin 19 opiskelijalle, jotka eivät osallistuneet enää varsinaiseen kyselyyn. Esitestaus ryhmälle jaettiin kyselylomakkeen lisäksi kyselylomakkeen arviointilomake, jolla pyrittiin selvittämään olivatko kysymykset aseteltu siten, että niihin oli helppo vastata ja oliko kyselylomake selkeä sekä helposti ymmärrettävä. Esitestaus oli hyvin merkittävä lopullisen kyselylomakkeen muotoutumisen kannalta, sillä siinä saatiin hyödyllistä tietoa vastausvaihtoehtojen laadusta sekä joidenkin kysymysten tulkitsemisen vaikeudesta. Esitestauksesta saadun palautteen myötä teimme joitakin muutoksia, kuten selkiytimme vastausvaihtoehtoja sekä poistimme yhden epäselvän kysymyksen. Lisäksi avasimme joitakin käyttämiämme termejä.

Lopullinen kysely suoritettiin kuudelle sairaanhoitajaopiskelija luokalle, jotka olivat eri vaiheissa opintoja. Ensiksi tutustuttiin luokkien lukujärjestyksiin ja sovittiin opettajien kanssa sähköpostitse ajat kyselyn suorittamisille eri luokkien kanssa. Kysely suoritettiin siten, että olimme itse paikalla luokissa, kun opiskelijat täyttivät lomakkeet. Ennen kyselyn aloittamista esittelimme lyhyesti jokaiselle luokalle itsemme ja tutkimuksemme aiheen sekä painotimme kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuutta. Kyselylomakkeet jaettiin koko luokalle ja he palauttivat ne anonyymisti luokan edessä olleeseen palautuslaatikkoon. Avasimme palautuslaatikon vasta, kun kaikki kuusi luokkaa olivat vastanneet kyselyyn

anonymiteetin säilymisen vuoksi. Kyselyyn vastasi 108 sairaanhoitajaopiskelijaa.

7.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysitapoja on monia. Ne voidaan pääpiirteittäin jakaa selittämiseen ja ymmärtämiseen. Selittäminen on usein käytetty tapa määrällisessä tutkimuksessa, sillä se sisältää tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa. Ymmärtäminen on usein laadullisen tutkimuksen analyysitapa. Jokaisessa tutkimuksessa kuitenkin valitaan analyysitapa, joka tuo parhaiten vastauksen tutkimusongelmaan tai tutkimustehtävään. Yleisin hoitotieteellisessä tutkimuksessa käytetty aineiston analyysi ohjelma on SPSS-ohjelma tai Microsoft Excel-ohjelma. Aineiston kuvailussa käytetään yleisimmin frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. Ne voidaan kuvata esimerkiksi erilaisilla taulukoilla, numeroina tai asteikkoina. (Hirsjärvi, 2007, 219; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 100-103.)

Määrällisen tutkimuksen aineistoa käsitellään kolmen vaiheen kautta. Nämä ovat lomakkeiden tarkistus, aineiston muuttaminen muotoon, jossa sitä voidaan käsitellä numeraalisesti sekä tallennetun aineiston tarkistus. Kun kaikki aineisto on saatu kasaan, sitä aletaan käydä läpi. Samalla tarkistetaan kyselyiden tiedot ja arvioidaan vastausten laatu sekä poistetaan asiattomasti täytetyt kyselyt. (Vilkka 2007, 105.) Kaikki kyselylomakkeet kelpasivat tutkimukseen, eikä yhtään lomaketta tarvinnut poistaa. Jokainen lomake oli myös täytetty kokonaan, joten tyhjiä kohtia ei ollut.

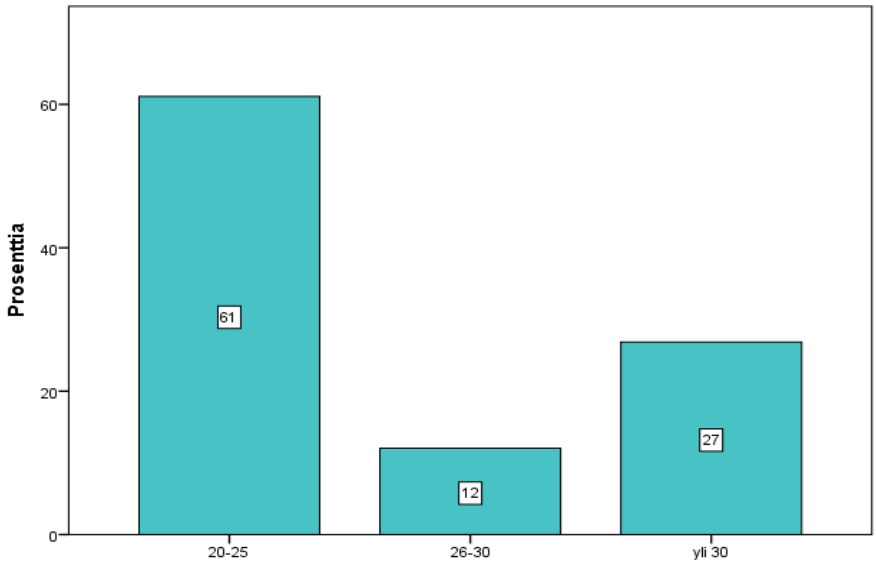
Tämän jälkeen kyselylomakkeet numeroitiin juoksevalla numerolla. Numeroinnin käyttäminen on tärkeää, jotta voidaan myöhemmin tarkistaa yksittäisestä havaintoyksiköstä tallennetut tiedot. Mittausvirheitä voi sattua, jos on tapahtunut virheitä tietojen syöttämisessä ja tallentamisessa, tarkistamalla satunnaisia lomakkeita voidaan lisätä tutkimuksen luotettavuutta. Tarkistaminen ei onnistuisi, jos lomakkeita ei olisi merkitty juoksevalla numerolla. (Vilkka 2007, 111–114.) Jokaisen havaintoyksikön tiedot kirjattiin tämän jälkeen Excelille eli tehtiin havaintomatriisi. Sen jälkeen tiedot siirrettiin SPSS-ohjelmaan, jonka avulla tehtiin tuloksia kuvailevat kuviot. Kaikista vastauksista emme laittaneet taulukoita esille, koska niissä ei esiintynyt suuria eroja. Nämä tulokset mainitaan vain sanalli-

sesti tutkimuksessa. Kolmannen tutkimusongelman analysoinnissa käytettiin ristiintaulukointia. Ristiintaulukoinnin avulla voidaan löytää muuttujien välisiä riippuvuuksia (Vilkka 2007, 129). Avoin kysymys analysoitiin käymällä läpi vastaukset ja tunnistamalla niistä samankaltaisia ilmaisuja. Varsinaista litterointia ei tehty, koska aineistoa oli vähän. Aineistosta tunnistettiin kolme yhtenäistä teemaa, jotka toistuvat vastauksissa.

8 TUTKIMUSTULOKSET

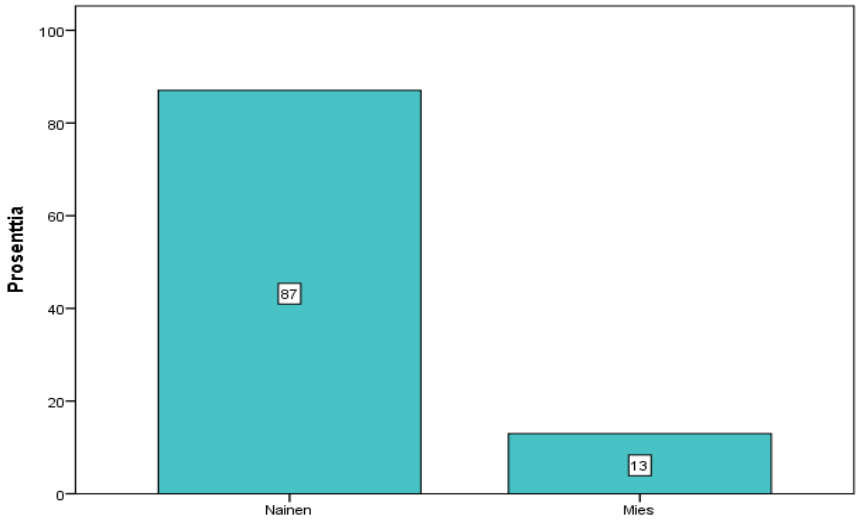
8.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Vastaajien ikäjakaumaa kuvaa seuraava kuvio (Kuvio 1). Suurin osa vastaajista (61 %) oli iältään 20–25 vuotiaita. 12 % oli 26–30 vuotiaita ja 27 % oli yli 30-vuotiaita.



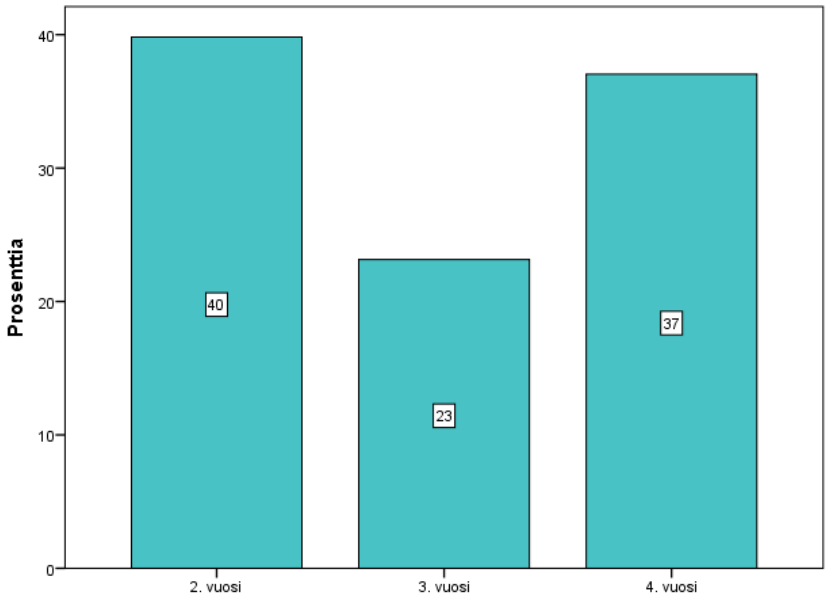
Kuvio 1. Vastaajan ikä

Kuvio 2 kuvaa vastaajien sukupuolijakaumaa. Naisia vastaajista oli 87 % ja miehiä 13 %.



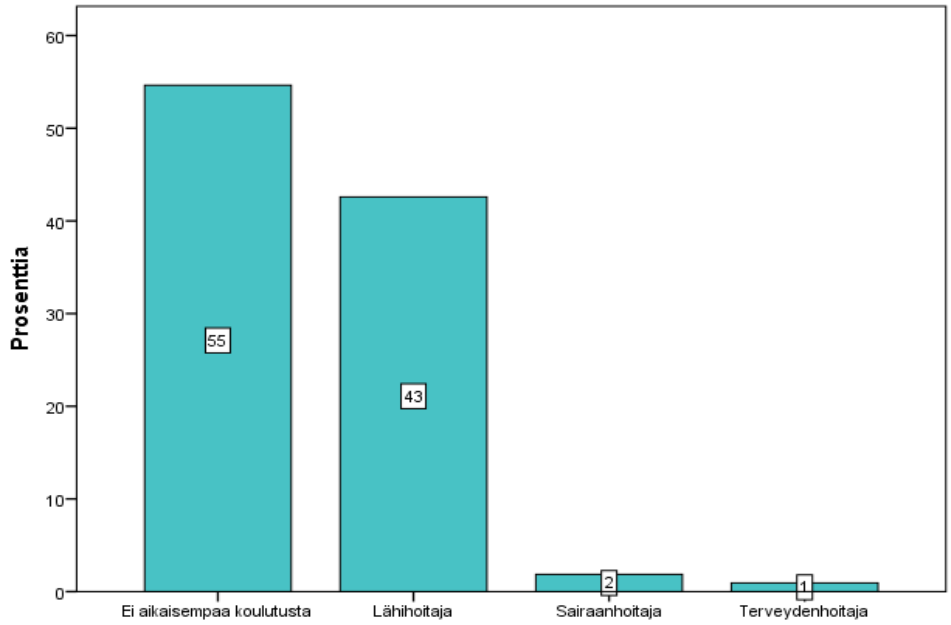
Kuvio 2. Vastaajien sukupuoli

Kuvio 3 esittää vastaajien opintojen vaihetta. Kyselyyn ei vastannut yhtään ensimmäisen vuoden opiskelijaa. Toisella vuodella opinnoissaan vastaajista oli 40 %, kolmannella vuodella 23 % ja neljännellä vuodella 37 %.



Kuvio 3. Opintojen vaihe

Taustatiedoissa neljäs kysymys oli aikaisempi koulutus hoitoalalta. Kuvio 4 havainnollistaa sitä. Vastaajista 55 % ei ollut aikaisempaa koulutusta hoitoalalta. 43 % vastaajista oli lähihoitajia, 2 % sairaanhoitajia ja 1 % terveydenhoitajia.

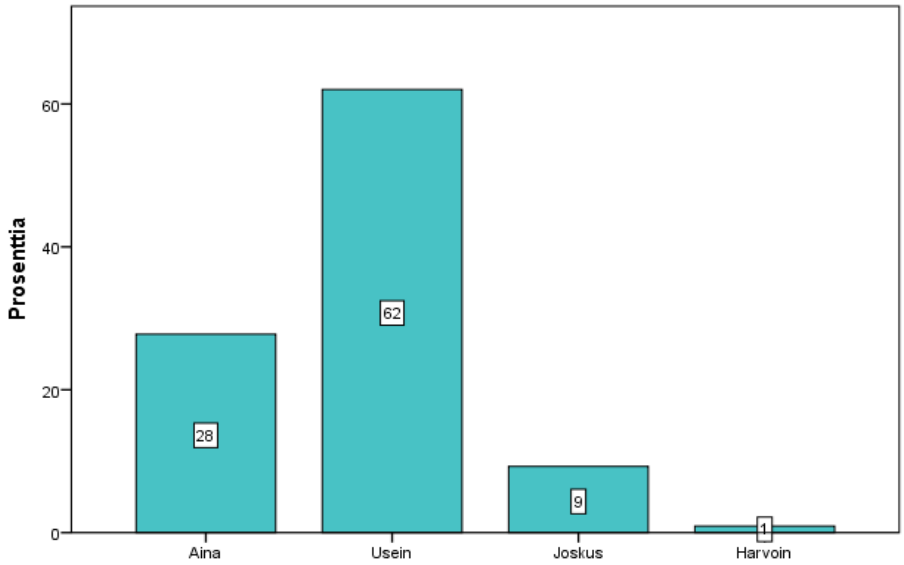


Kuvio 4. Aikaisempi koulutus hoitoalalta

Aikaisempaa työkokemusta hoitoalalta oli vastaajista 52 %:lla. Pisin työkokemus oli 20 vuotta ja lyhin puoli vuotta. Keskiarvo vastaajien työkokemuksesta oli noin 5 vuotta.

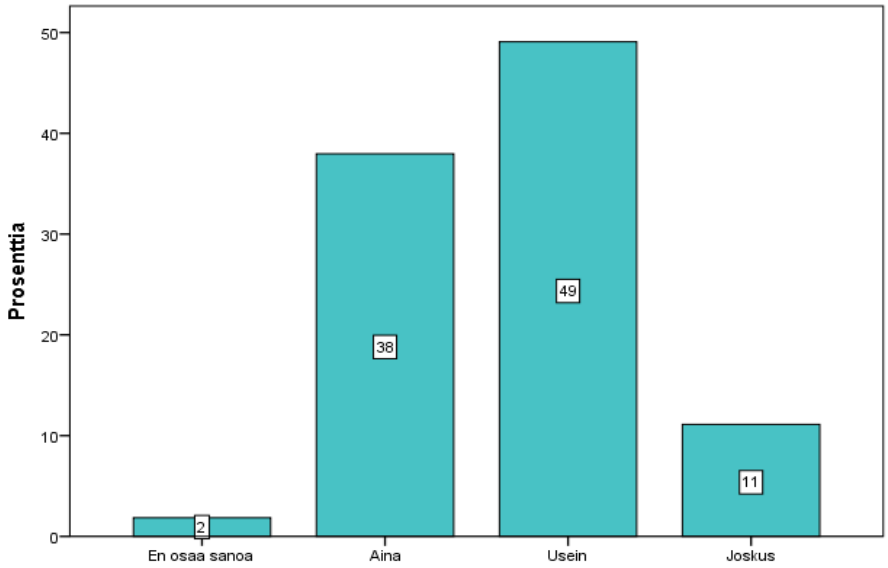
8.2 Fyysinen yksityisyys

Kuvio 5 kuvaa sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemusta siitä miten näkösuojaa on käytetty, kun potilasta on käytetty WC:ssä tai alusastialla sekä vaippaa vaihdettaessa. Suurin osa (62 %) vastasi, että näkösuojaa on käytetty usein, 28 % vastasi aina, 9 % joskus ja 1 % oli sitä mieltä, että näkösuojaa on käytetty harvoin.



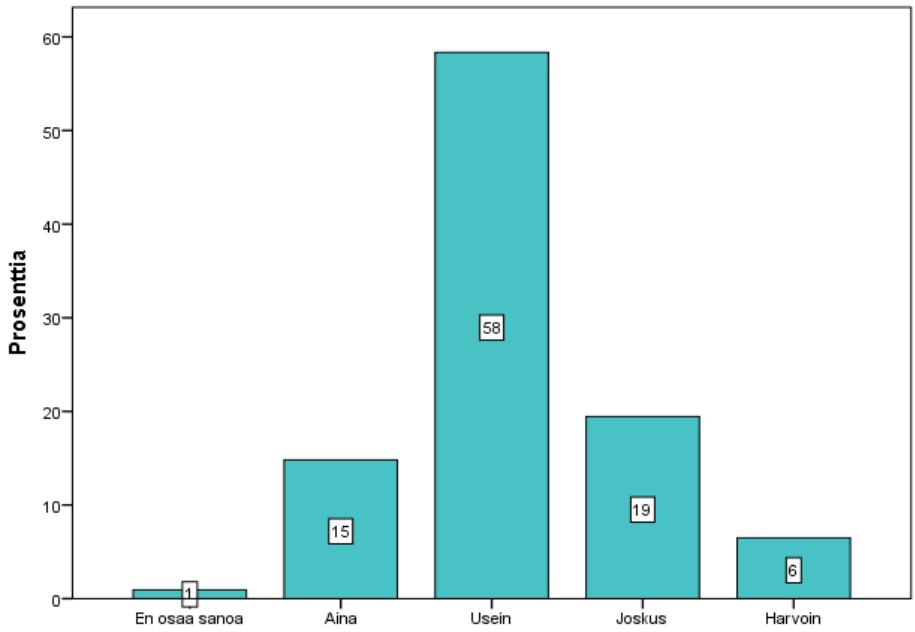
Kuvio 5. Näkösuojan käyttö, kun potilasta on käytetty WC:ssä tai alusastialla (myös vaipanvaihto)

Puolet (49 %) vastaajista oli sitä mieltä, että näkösuojaa on käytetty usein potilaan ollessa suihkussa tai vuodepesujen aikana ja 38 % koki, että näkösuojaa käytetään aina. 11 % oli sitä mieltä, että näin tapahtuu joskus (Kuvio 6).



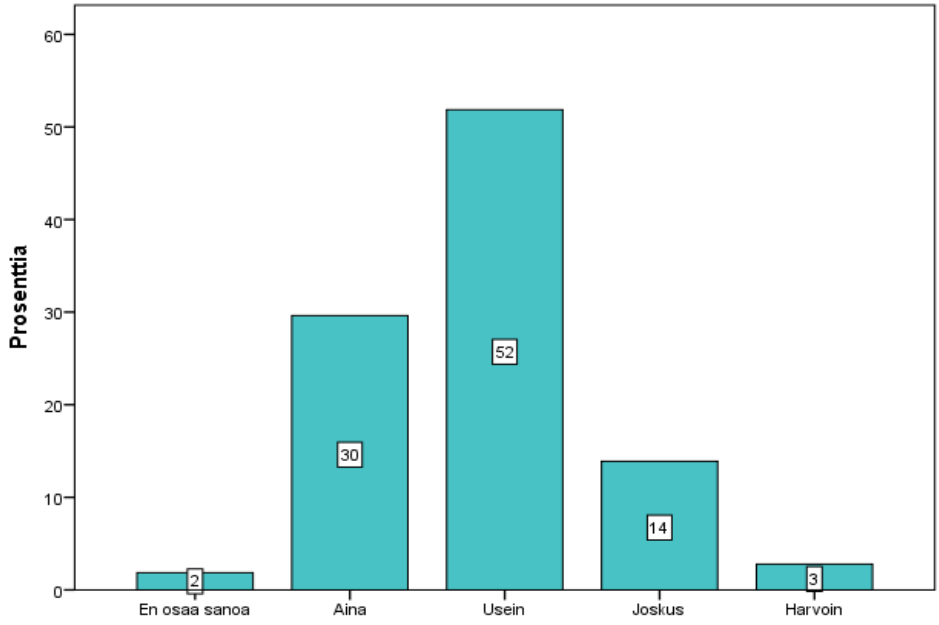
Kuvio 6. Näkösuojan käyttö kun potilasta on käytetty suihkussa tai vuodepesujen aikana

Kuvio 7 havainnollistaa sitä, miten näkösuojan käyttö vaatteita vaihdettaessa koettiin. Yli puolet (58 %) vastasi näkösuojaa käytettävän usein, 19 % joskus, 15 % aina, 6 % harvoin ja 1 % ei osannut sanoa.



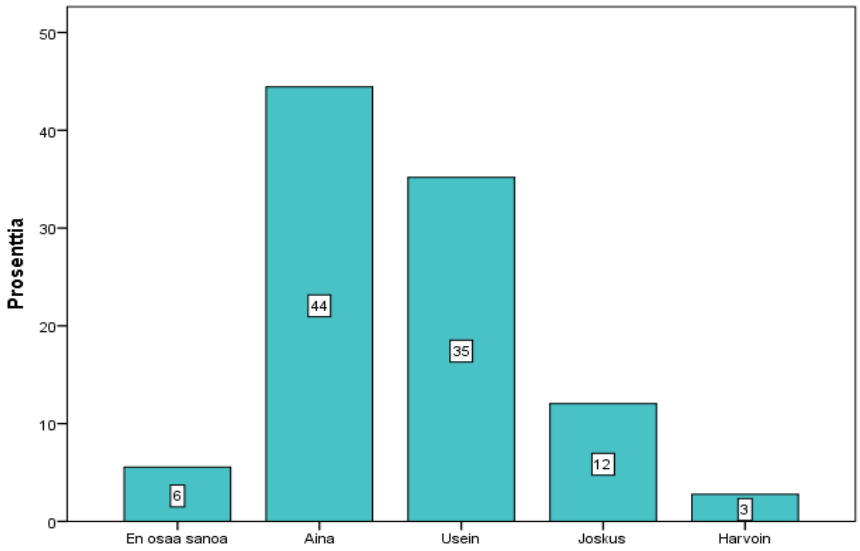
Kuvio 7. Näkösuojan käyttö vaatteita vaihdettaessa

Kuvio 8 kuvaa näkösuojan käyttöä erilaisten hoitotoimenpiteiden aikana. Noin puolet (52 %) oli sitä mieltä, että näkösuojaa käytetään usein ja 30 % vastasi näkösuojaa käytettävän aina.



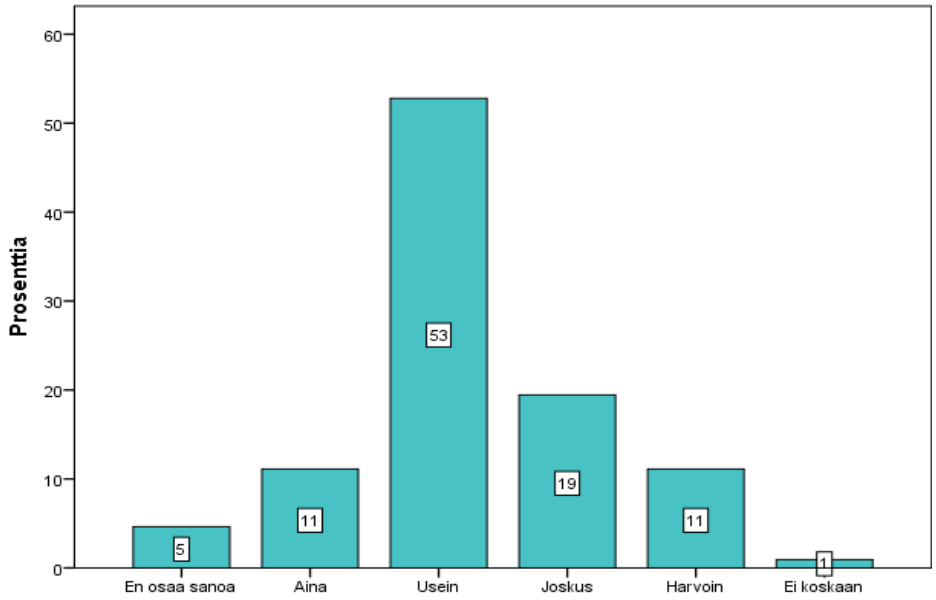
Kuvio 8. Näkösuojan käyttö erilaisten hoitotoimenpiteiden aikana

44 % vastaajista oli sitä mieltä, että näkösuojaa käytetään erilaisten tutkimusten aikana aina ja 35 % koki, että näkösuojaa käytetään usein. 12 % vastasi näkösuojaa käytettävän joskus ja 3 % harvoin. 6 % vastaajista ei osannut sanoa (Kuvio 9).



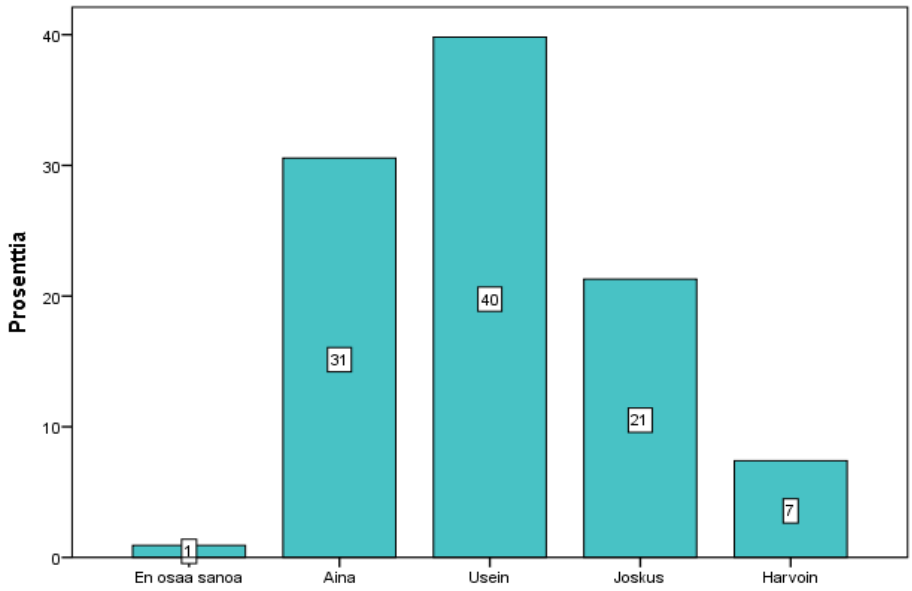
Kuvio 9. Näkösuojan käyttö erilaisten tutkimusten aikana

Kuvio 10 kuvaa vastaajien kokemusta siitä onko potilaalla ollut mahdollisuus olla omassa rauhassaan niin halutessaan. Noin puolet (53 %) oli sitä mieltä, että potilailla on ollut usein mahdollisuus olla omassa rauhassaan. 19 % vastasi joskus ja 11 % aina. 11 % oli sitä mieltä, että potilaalla on harvoin ollut mahdollisuus olla omassa rauhassaan.



Kuvio 10. Potilaalla on ollut mahdollisuus olla omassa rauhassa niin halutessaan

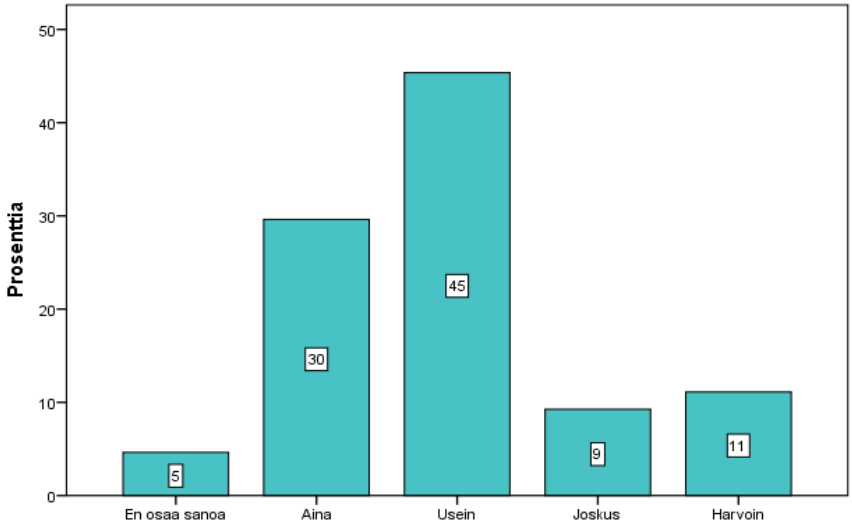
40 % vastaajista koki, että potilaalle on kerrottu usein ennen lähestymistä ja kosketusta, että niin tulee tapahtumaan. 31 % vastasi, että näin on toimittu aina ja 21 %, että joskus. 7 % oli sitä mieltä, että näin tapahtuu harvoin (Kuvio 11).



Kuvio 11. Potilaalle on kerrottu ennen lähestymistä ja kosketusta, että niin tulee tapahtumaan

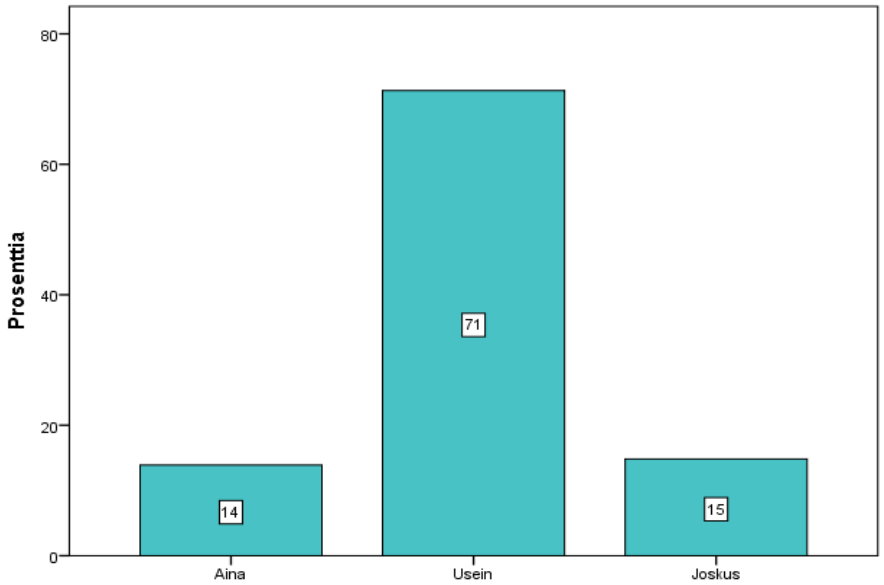
8.3 Tiedollinen yksityisyys

Lähes puolet (45 %) vastaajista oli sitä mieltä, että potilaan sairautta tai hoitoa koskevia tietoja on käsitelty vain hoitoon osallistuvien läsnä ollessa usein, 30 % vastasi näin tapahtuneen aina. 11 % koki, että näin on tapahtunut harvoin, 9 % joskus ja 5 % ei osannut sanoa (Kuvio 12).



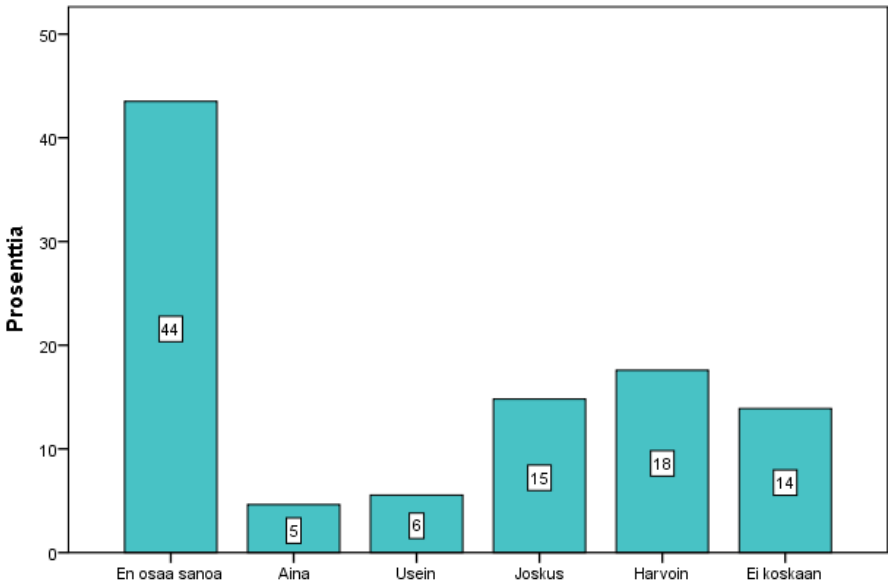
Kuvio 12. Potilaan sairautta tai hoitoa koskevia tietoja on käsitelty vain hoitoon osallistuvien läsnä ollessa.

Kuviossa 13 on esitetty vastaajien kokemukset siitä, onko potilaan asioista keskusteltu hienotunteisesti. Suurin osa (71 %) vastaajista oli sitä mieltä, että asioista on usein keskusteltu hienotunteisesti.



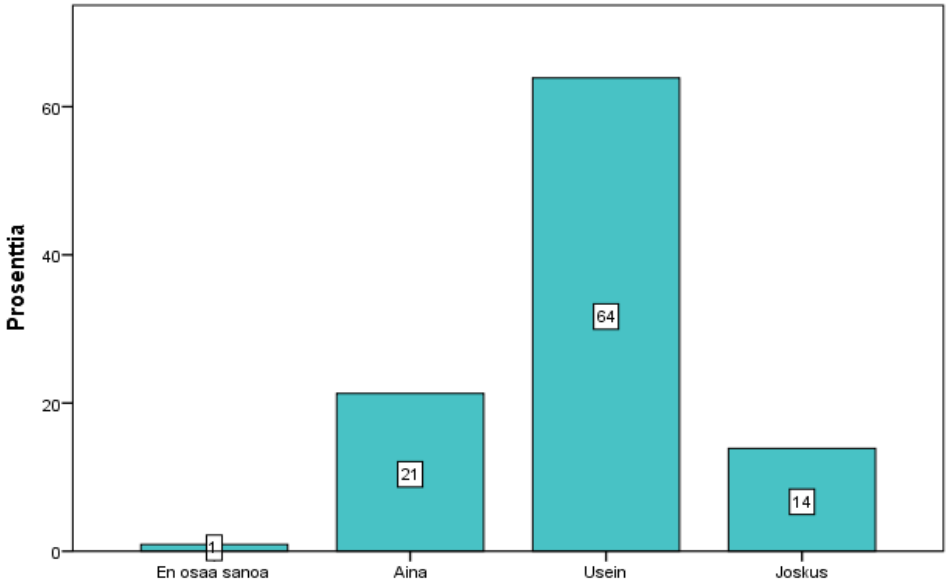
Kuvio 13. Potilaan asioista on keskusteltu hienotunteisesti

Kuvio 14 havainnollistaa vastausten jakaumaa siitä miten potilaalle on annettu mahdollisuus kieltäytyä yhteisessä potilashuoneessa tapahtuvasta lääkärinkierrosta. 44 % vastaajista ei osannut sanoa kuinka usein näin tapahtuu. 32 % vastaajista oli sitä mieltä, että näin tapahtuu joko harvoin tai ei koskaan. 11 % oli sitä mieltä, että näin on toimittu joko aina tai usein. 15 % koki näin tapahtuneen joskus.



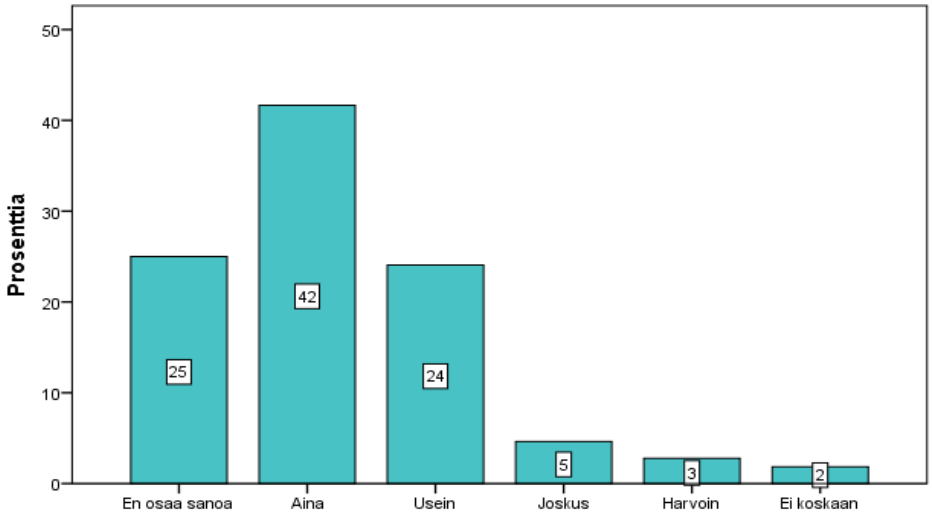
Kuvio 14. Potilaalle on annettu mahdollisuus kieltäytyä yhteisestä potilashuoneessa tapahtuvasta lääkärinkierrosta.

Yli puolet (64 %) vastaajista koki, että informaatio tulevista tutkimuksista ja toimenpiteistä on kerrottu potilaalle ymmärrettävässä muodossa usein. 21 % vastasi näin tapahtuneen aina ja 14 % joskus (Kuvio 15).



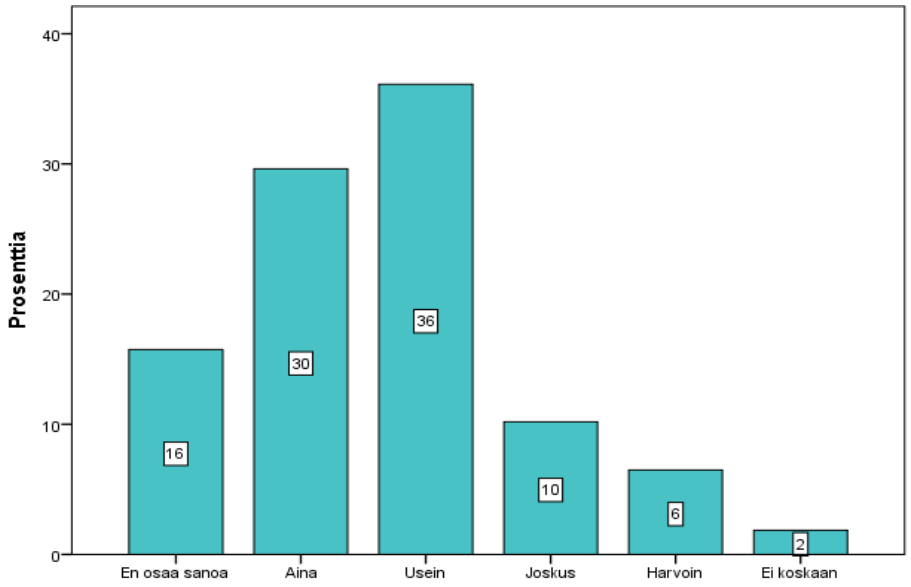
Kuvio 15. Informaatio tulevista tutkimuksista ja toimenpiteistä on kerrottu potilaalle ymmärrettävässä muodossa

Kuvio 16 kuvaa sitä miten usein tajuissaan olevan ja tilansa tiedostavan potilaan tietojen luovuttamiseen sivullisille on pyydetty potilaan suostumus. 42 % vastaajista kertoi näin tapahtuneen aina ja 24 % usein. Neljännes vastaajista ei osannut sanoa.



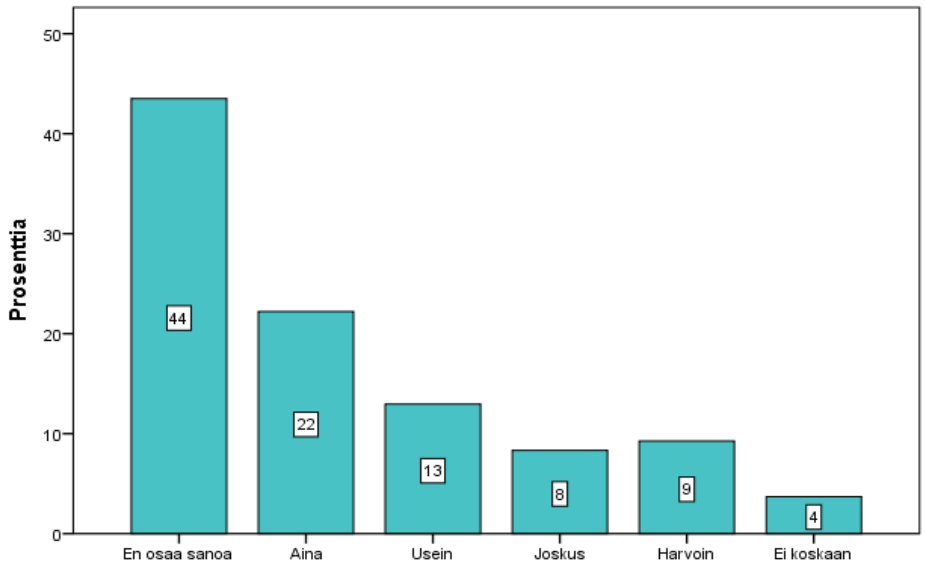
Kuvio 16. Tajuissaan olevan ja tilansa tiedostavan potilaan tietojen luovuttamiseen sivullisille on pyydetty potilaan suostumus (lukuun ottamatta viranomaisia erityistilanteissa)

Kuvio 17 havainnollistaa sitä miten usein potilaalle on selvitetty mihin häneltä pyydettyjä tietoja käytetään. 66 % on vastannut, että näin on tapahtunut joko aina tai usein. 10 % oli sitä mieltä, että näin on tapahtunut joskus. 16 % ei osannut sanoa onko potilaalle selvitetty mihin häneltä pyydettyjä tietoja käytetään.



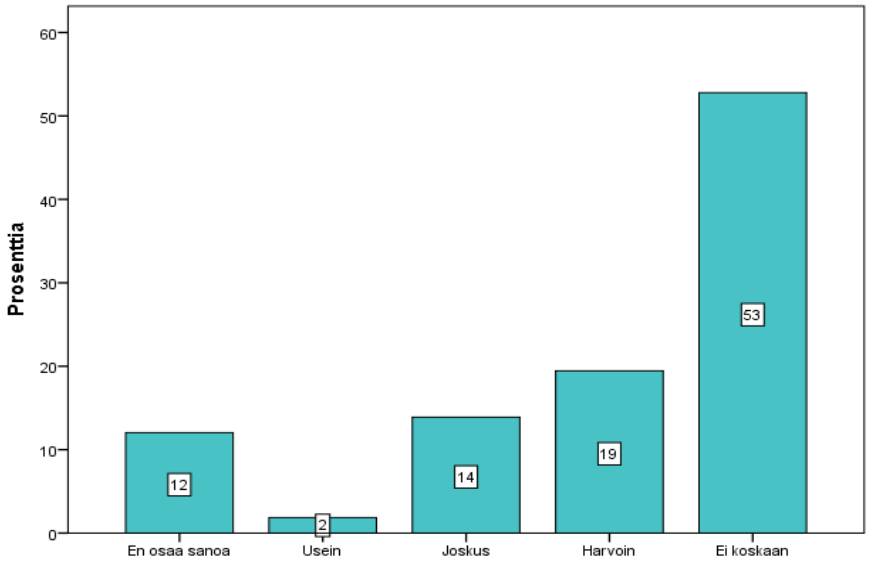
Kuvio 17. Potilaalle on selvitetty mihin häneltä pyydettyjä tietoja käytetään

44 % vastaajista ei osannut sanoa miten usein potilaalle on hänen halutessaan annettu mahdollisuus nähdä itsestään kirjatut tiedot potilasrekisteristä. 22 % vastasi näin tapahtuneen aina, 13 % usein, 8 % joskus, 9 % harvoin ja 4 % ei koskaan (Kuvio 18).



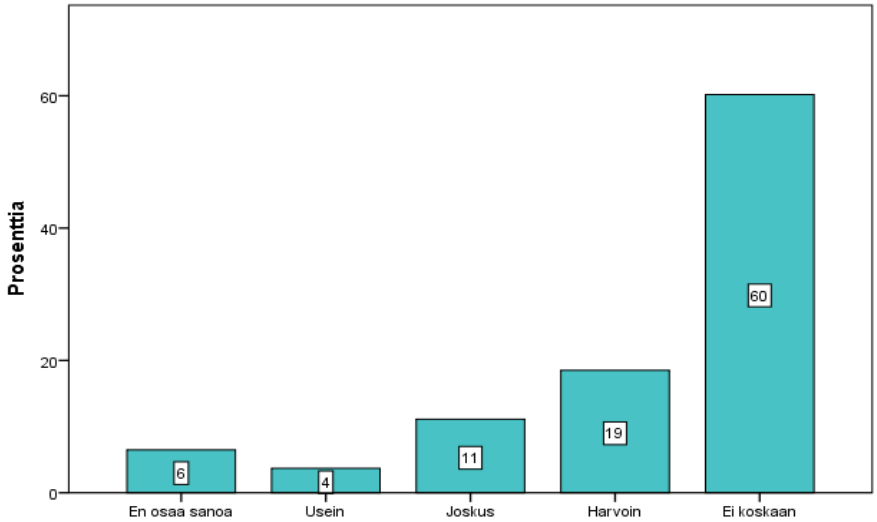
Kuvio 18. Potilaalle on hänen halutessaan annettu mahdollisuus nähdä itsestään
kirjatut tiedot potilasrekisteristä

Noin puolet (53 %) vastaajista ei ollut koskaan havainnut potilasasiakirjoissa potilasta leimaavia merkintöjä. 19 % vastasi havainneensa niitä harvoin ja 14 % joskus. 12 % vastaajista ei osannut sanoa (Kuvio 19).



Kuvio 19. Oletko havainnut potilasasiakirjoissa potilasta leimaavia merkintöjä?

60 % ei ollut koskaan havainnut, että sellaisten potilaiden tietoja on katsottu joihin katsojalla ei ole ollut hoitosuhdetta. 19 % oli havainnut näin tapahtuvan harvoin ja 11 % joskus. 6 % ei osannut sanoa (Kuvio 20).



Kuvio 20. Oletko havainnut, että sellaisten potilaiden tietoja on katsottu, joihin katsojalle ei ole ollut hoitosuhdetta?

8.4 Avoimen kysymyksen tulokset

Avoimeen kysymykseen vastasi noin kolmas osa koko vastaaja määrästä. Suurin osa avoimen kysymyksen vastauksista liittyi resursseihin hoitotyössä ja niiden vaikutukseen yksityisyyden toteutumiselle.

> *”Useamman hengen huoneessa muut väkisinkin kuulevat mitä puhutaan.”*

> *”Pienemmät potilashuoneet pitäisi olla jokaisen sairaanhoitopiirin uusi linjaus. Sillä pystyttäisiin poistamaan monta ongelmaa yksityisyyteen liittyen.”*

> *”Olen huomannut, että yksityisyyttä ei aina kunnioiteta esim. pesujen aikana. Joissain paikoissa ei ole edes väliverhoja tai sermejä. Yritä siinä sitten tehdä vuodepesuja rauhassa yksityisyyttä kunnioittaen.”*

Toinen asia, joka toistui avoimen kysymyksen vastauksissa, oli potilaan kunnon merkitys yksityisyyden toteutumiselle.

> *”Liian usein näkee vaipanvaihtoa ja intiimipesuja niin ettei käytetä mitään sermiä välissä. Etenkin sellaisilla potilaille, jotka eivät pysty sanomaan tahtoaan ääneen.”*

> *”Yksityisyyden huomiointi toteutuu huonommin iäkkäillä vuodepotilailla tai muistisairailla.”*

Kolmas asia, joka ilmeni avoimen kysymyksen vastauksissa, oli tiedollisen yksityisyyden toteutuminen.

> *”Somatiikan puolella lääkärinkierrot eivät kunnioita potilaan yksityisyyttä.”*

”Fyysisen yksityisyyden suojaaminen toteutuu paremmin kuin tiedollisen yksityisyyden suojaaminen.”

”Raportilla juorutaan potilaista sellaisia asioita, mitkä eivät kuulu mitenkään hoitosuhteeseen.”

8.5 Opintojen vaiheen merkitys yksityisyyden kokemiseen

Kaikista vastaajista, opintojen vaiheesta riippumatta, suurin osa oli sitä mieltä, että näkösuojaa käytetään usein wc:ssä ja alusastialla käynnin yhteydessä. Enemmistö (44 %) toisen vuoden opiskelijoista vastasi näkösuojaa käytettävän aina suihkun tai vuodepesujen aikana, kun taas kolmannen (52 %) ja neljännen (58 %) vuoden opiskelijat vastasivat näin tapahtuvan usein (Liite 1 (1)). Sekä toisen, kolmannen ja neljännen vuoden opiskelijoista enemmistö koki näkösuojaa käytettävän vaatteita vaihdettaessa ja erilaisten hoitotoimenpiteiden aikana usein. Näkösuojan käyttö erilaisten tutkimusten aikana koettiin opintojen vaiheesta riippumatta toteutuvan aina tai usein (Liite 1 (2)). Taulukko 1 kuvaa vastausten jakautumista.

Taulukko 1. Ristiintaulukointi opintojen vaiheen merkityksestä kokemukseen näkösuojan käytöstä wc:ssä ja alusastialla käynnin sekä vaipan vaihdon yhteydessä

		Opintojen vaihe		
		2. vuosi	3. vuosi	4. vuosi
Aina	Lukumäärä	15	5	10
	%	35 %	20%	25%
Usein	Lukumäärä	23	18	26
	%	54%	72%	65%
Joskus	Lukumäärä	4	2	4
	%	9%	8%	10%
Harvoin	Lukumäärä	1	0	0
	%	2%	0%	0%

56 % toisen vuoden opiskelijoista vastasi, että potilailla on ollut mahdollisuus olla omassa rauhassaan usein ja 21 % vastasi, että se on mahdollista joskus. Neljännen vuoden opiskelijoista 40 % vastasi usein, 20 % joskus ja 23 % harvoin. Kolmannen vuoden opiskelijoista 68 % vastasi, että mahdollisuus omaan rauhaan toteutuu usein (Taulukko 2).

Taulukko 2. Ristiintaulukointi opintojen vaiheen merkityksestä kokemukseen potilaan mahdollisuudesta olla omassa rauhassaan

		Opintojen vaihe		
		2. vuosi	3. vuosi	4. vuosi
En osaa sanoa	Lukumäärä	1	0	4
	%	3%	0%	10%
Aina	Lukumäärä	7	2	3
	%	16%	8%	8%
Usein	Lukumäärä	24	17	16
	%	56%	68%	40%
Joskus	Lukumäärä	9	4	8
	%	21%	16%	20%
Harvoin	Lukumäärä	1	2	9
	%	2%	8%	23%
Ei koskaan	Lukumäärä	1	0	0
	%	2%	0%	0%

80 % toisen vuoden opiskelijoista koki, että potilaalle kerrotaan aina tai usein ennen lähestymistä ja kosketusta, että näin tulee tapahtumaan. 21 % vastasi, että näin tapahtuu joskus tai harvoin. Neljännen vuoden opiskelijoista 63 % vastasi näin tapahtuneen aina tai usein ja 36 % vastasi joskus tai harvoin (Liite 1 (3)).

Toisen vuoden opiskelijoista 86 % oli sitä mieltä, että potilaan sairautta tai hoitoa koskevia tietoja on käsitelty vain hoitoon osallistuvien läsnä ollessa aina tai usein. Myös kolmannen vuoden opiskelijoista enemmistö (76 %) vastasi näin tapahtuneen aina tai usein. Neljännen vuoden opiskelijoista aina tai usein vastasi 63 % ja 33 % vastasi joskus tai harvoin (Taulukko 3).

Taulukko 3. Ristiintaulukointi opintojen vaiheen merkityksestä kokemukseen potilaan tietojen käsittelystä vain hoitoon osallistuvien läsnä ollessa

		Opintojen vaihe		
		2. vuosi	3. vuosi	4. vuosi
En osaa sanoa	Lukumäärä	1	2	2
	%	2%	8%	5%
Aina	Lukumäärä	16	9	7
	%	37%	36%	18%
Usein	Lukumäärä	21	10	18
	%	49%	40%	45%
Joskus	Lukumäärä	4	2	4
	%	9%	8%	10%
Harvoin	Lukumäärä	1	2	9
	%	2%	8%	23%

Yli puolet (56 %) toisen vuoden opiskelijoista ei osannut sanoa kuinka usein potilaalle on annettu mahdollisuus kieltäytyä yhteisessä potilashuoneessa tapahtuvasta lääkärinkierrosta. 48 % kolmannen vuoden opiskelijoista ei osannut myöskään sanoa tapahtuuko näin. Neljännen vuoden opiskelijoista 53 % vastasi, että potilaalla ollut joskus tai harvoin mahdollisuus kieltäytyä lääkärinkierrosta. 18 % vastasi ei koskaan ja 28 % ei osannut sanoa (Taulukko 4).

Taulukko 4. Ristiintaulukointi opintojen vaiheen merkityksestä kokemukseen potilaan mahdollisuudesta kieltäytyä lääkärinkierrosta

		Opintojen vaihe		
		2. vuosi	3. vuosi	4. vuosi
En osaa sanoa	Lukumäärä	24	12	11
	%	56%	48%	28%
Aina	Lukumäärä	4	0	1
	%	9%	0%	3%
Usein	Lukumäärä	4	2	0
	%	9%	8%	0%
Joskus	Lukumäärä	2	4	10
	%	5%	16%	25%
Harvoin	Lukumäärä	4	4	11
	%	9%	16%	28%
Ei koskaan	Lukumäärä	5	3	7
	%	12%	12%	18%

Reilu enemmistö jokaisen vuoden opiskelijoista vastasi, että potilaan asioista on keskusteltu hienotunteisesti usein (Liite 1 (3)). Sekä toisen, kolmannen ja neljännen vuoden opiskelijat olivat sitä mieltä, että informaatio tulevista tutkimuksista ja toimenpiteistä on kerrottu usein potilaalle ymmärrettävässä muodossa. 25 % neljännen vuoden opiskelijoista koki näin tapahtuneen joskus. Neljännen vuoden opiskelijoista 83 % vastasi, että tajuissaan olevan ja tilansa tiedostavan potilaan tietojen luovuttamiseen sivullisille on pyydetty aina tai usein potilaan suostumus (lukuun ottamatta viranomaisia erityistilanteissa). Kolmannen vuoden opiskelijoista aina tai usein vastasi 60 % ja toisen vuoden opiskelijoista 54 %. 37 % toisen vuoden ja 28 % kolmannen vuoden opiskelijoista ei osannut sanoa (Liite 1 (4)). Suurin osa jokaisen vuoden opiskelijoista vastasi, että potilaalle on selvitetty aina tai usein mihin häneltä pyydettyjä tietoja käytetään. 23 % toisen vuoden opiskelijoista ei osannut sanoa (Liite 1 (5)).

Noin puolet toisen sekä kolmannen ja 30 % neljännen vuoden opiskelijoista ei osannut sanoa miten potilaalle on annettu mahdollisuus nähdä hänen halutessaan itsestään kirjatut tiedot potilasrekisteristä. Toisen vuoden opiskelijoista 35 % ja 43 % neljännen vuoden opiskelijoista vastasi näin tapahtuvan aina tai

usein. Toisen vuoden opiskelijoista joskus tai harvoin vastasi 12 % ja neljännen vuoden opiskelijoista 26 % (Taulukko 5).

Taulukko 5. Ristiintaulukointi opintojen vaiheen merkityksestä kokemukseen potilaalle annetusta mahdollisuudesta nähdä itsestään kirjatut tiedot

		Opintojen vaihe		
		2. vuosi	3. vuosi	4. vuosi
En osaa sanoa	Lukumäärä	22	13	12
	%	51%	52%	30%
Aina	Lukumäärä	10	4	10
	%	23%	16%	25%
Usein	Lukumäärä	5	2	7
	%	12%	8%	18%
Joskus	Lukumäärä	3	1	5
	%	7%	4%	13%
Harvoin	Lukumäärä	2	3	5
	%	5%	12%	13%
Ei koskaan	Lukumäärä	1	2	1
	%	2%	8%	2%

81 % toisen vuoden ja 73 % neljännen vuoden opiskelijoista vastasi, etteivät ole koskaan tai ovat harvoin havainneet potilasasiakirjoissa potilasta leimaavia merkintöjä. 7 % toisen vuoden opiskelijoista ja 23 % neljännen vuoden opiskelijoista vastasi näin tapahtuneen joskus. Kolmannen vuoden opiskelijoista yli puolet (56 %) vastasi harvoin tai ei koskaan. 28 % ei osannut sanoa (Liite 1 (5)). Noin 80 % opiskelijoista, riippumatta opintojen vaiheesta vastasi, etteivät ole koskaan tai ovat harvoin havainneet, että sellaisten potilaiden tietoja on katsottu, joihin katsojalla ei ole ollut hoitosuhdetta (Liite 1 (6)).

9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

9.1 Johtopäätökset

Tutkimuksemme tarkoituksena oli kuvailla kuinka potilaan yksityisyys toteutuu sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemana hoitotyössä. Lisäksi tarkoituksena myös tutkia millainen merkitys opintojen vaiheella on kokemukseen yksityisyyden toteutumisesta. Tutkimus oli rajattu tiedollisen ja fyysisen yksityisyyden tarkasteluun. Suurin osa kyselyyn vastanneista oli 20–25-vuotiaita naisia. Toisen ja neljännen vuoden opiskelijoita oli lähes sama määrä. Kolmannen vuoden opiskelijoita oli vähemmän. Puolella vastaajista oli aikaisempi koulutus hoitoalalta sekä aikaisempaa kokemusta hoitotyöstä.

Seitsemän kyselylomakkeen kysymystä oli rajattu tarkastelemaan fyysisen yksityisyyden toteutumista. Vaikuttaa siltä, että näkösuojan käyttö erilaisissa hoitotilanteissa toteutuu melko hyvin. Ideaali on, että näkösuojaa käytettäisiin aina. Näin ei kuitenkaan vaikuta tapahtuvan yhdessäkään näkösuojan käyttöä kartoittavassa kysymyksessä. Näyttää siltä, että näkösuojan käyttö toteutuu heikoiten vaatteiden vaihdon yhteydessä, kuitenkin enemmistön mielestä se toteutuu kohtalaisesti. Tutkimustulosten perusteella potilaan mahdollisuus omaan rauhaan hänen niin halutessaan on toteutunut kohtalaisesti. Näyttää myös siltä, että kohtalaisesti toteutuu potilaan informointi ennen lähestymistä ja kosketusta siitä, että niin tulee tapahtumaan. Tutkimustulosten perusteella fyysinen yksityisyys toteutuu kokonaisuutena sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemusten mukaan melko hyvin, koska jokaisessa kysymyksessä enemmistö vastasi joko aina tai usein. Avoimen kysymyksen vastauksissa tuotiin lisäksi esille, että potilaan fyysisen yksityisyyden toteutumisen turvaaminen on vaikeaa puutteellisten resurssien vuoksi. Jantunen ym. ovat tutkineet sitä, että onko sairaalassa yksityisyyttä. Heidän tutkimuksessaan selvisi, että hoitajien mielestä potilaan yksityisyyttä rajoittavat eniten usean hengen potilashuoneet ja tilanpuute. Hoitajat myös kokivat, että mahdollisuus omaan rauhaan oli vain harvoin. Näkösuojan puute koettiin myös potilaan yksityisyyttä rajoittavaksi tekijäksi. Valkomaan ja Jantusen ym. tutkimusten mukaan yksityisyyden toteutuminen on ensisijaisesti riippuvaista hoitohenkilökunnan toimintatavoista. (Jantunen ym. 1994; Valkomaa 2002.)

Kyselylomakkeen kysymyksistä kymmenen kohdistui tiedollisen yksityisyyden toteutumiseen. Potilaan mahdollisuus kieltäytyä yhteisessä potilashuoneessa tapahtuvasta lääkärinkierrosta näyttää toteutuvan heikoiten tiedollisen osa-alueen kysymyksistä. Lisäksi avoimen kysymyksen tuloksista selviää, että lääkärinkierto vaarantaa potilaan yksityisyyden toteutumisen. Heikosti näyttää toteutuvan myös potilaan mahdollisuus nähdä itsestään kirjatut tiedot potilasrekisteristä. Parhaiten taas vaikuttaa toteutuvan kysymys 21, jossa selvitetään ovatko sairaanhoitajaopiskelijat havainneet, että sellaisten potilaiden tietoja on katsottu joihin katsojalla ei ole ollut hoitosuhdetta. Se toteutuu melko hyvin. Melko hyvin toteutuvat myös kysymykset 14, 16 ja 17 (Liite 2 (4-5)). Näyttää siltä, että potilaan sairautta tai hoitoa koskevia tietoja ei ole käsitelty vain hoitoon osallistuvien läsnä ollessa. Tutkimustulosten perusteella voidaan olettaa sen toteutuvan kohtalaisesti. Myös kysymys 18, jossa kysytään miten potilaalle on selvitetty mihin häneltä pyydettyjä tietoja käytetään sekä kysymys 20, jossa selvitetään ovatko sairaanhoitajaopiskelijat havainneet potilasasiakirjoissa potilasta leimaavia merkintöjä, vaikuttavat tutkimustulosten perusteella toteutuvan kohtalaisesti. Tutkimustulosten perusteella näyttää siltä, että tiedollisen yksityisyyden toteutumisessa on puutteita ja se toteutuu heikommin kuin fyysinen yksityisyys. Avoimen kysymyksen vastauksissa tuotiin esille myös samaa asiaa. Lämsän väitöskirjatutkimuksessa ilmeni, että potilaan tulohaastattelu ja lääkärinkierto ovat arkisia asioita osastolla, mutta ne lähtökohtaisesti rikkovat potilaan tiedollista yksityisyyttä. Lämsän mukaan kirjallisen tiedon salassapito toteutuu paremmin. (Lämsä 2013.)

Ristiintaulukointi opintojen vaiheesta suhteessa vastauksiin tehtiin, jotta voitaisiin tarkastella onko opintojen vaiheella merkitystä kokemukseen yksityisyyden toteutumisesta. Näyttää siltä, että opintojen vaiheella ei ole suurta merkitystä siihen miten opiskelijat kokevat yksityisyyden toteutumisen.

9.2 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden pohdinta

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellessa tulee huomioida sen validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti viittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän toimivuuteen ja siihen kykenevätkö ne mittaamaan tutkimuksen tekijän haluamia asioita. Vastaaja voi esimerkiksi ymmärtää kyselylomakkeen kysymykset väärin ja näin siis

aiheutuu tuloksiin virheitä. Mittarin validiteettia arvioidessa on keskeistä se, mittaako mittari sitä mitä sen on tarkoitettu mittaavan. Validiteettia voidaan tarkastella ulkoisen ja sisäisen validiteetin kautta. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan yleisesti tutkimuksen yleistettävyyttä. Tutkimuksen sisäinen validiteetti voidaan jakaa sisällönvalidiukseen, käsitevalidiukseen ja kriteerivalidiukseen. Sisällönvalidius tulkitsee onko mittari tai tutkimuksen käsitteet teorian mukaiset ja riittävän laajat. Käsitevalidius taas tarkastelee yksittäistä käsitettä ja siten se menee sisällönvalidiusta syvemmälle. Kriteerivalidiuksessa verrataan mittarilla saatua arvoa johonkin arvoon, joka toimii validiuksen kriteerinä. (Metsämuuronen 2009, 74–75; (Moule & Goodman 2014, 187–189.)

Laatimallamme mittarilla onnistuimme mittaamaan hyvin sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemusta yksityisyyden toteutumisesta. Kyselylomakkeen kysymykset laadittiin tutkimuksen teoreettista viitekehystä ja aikaisempia tutkimuksia hyödyntäen. Kysymysten muodostaminen oli haastavaa, koska potilaan yksityisyys on aiheena haastava ja moniulotteinen. Yksityisyyteen liittyvät käsitteet ovat hyvin lähellä toisiaan sekä osittain päällekkäisiä, joten niiden erittely omiksi kysymyksikseen oli vaikeaa. Kyselylomakkeen laajentamisella olisi voitu saada vielä enemmän tietoa ja vahvempi käsitys yksityisyyden eri osa-alueista. Mittarin esitestauksen myötä kyselylomakkeesta poistettiin yksi epäselvä kysymys sekä joitakin termejä aukaistiin. Näin pyrimme siihen, ettei kysymyksiä ymmärretä väärin ja, että kyselylomakkeen runko on toimiva ja johdonmukainen. Kyselyyn vastaamiseen käytetty aika lyheni korjausten myötä, joten vaikuttaa siltä, että kyselyyn oli helppo vastata. Nämä asiat myös lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta heikentää en osaa sanoa-vastaukset, joita oli muutamassa tiedollisen yksityisyyden kysymyksessä paljon.

Reliabiliteetti viittaa mittaustulosten toistettavuuteen eli siihen etteivät tulokset ole sattumanvaraisia. Reliabiliteetti tarkoittaa mittarin tulosten antamiskykyä ja siten se kuvaa kuinka tarkoin mittari mittaa kiinnostuksen kohdetta. Mittarin reliabiliteettia voidaan arvioida mittarin pysyvyytenä, vastaavuutena ja sisäisenä johdonmukaisuutena. Pysyvyydellä tarkoitetaan kuinka herkästi ulkopuoliset tekijät vaikuttavat mittariin. Pysyvyyttä voidaan testata mittaamalla samalla mittarilla saman tyyppistä aineistoa kaksi kertaa ja katsomalla kuinka pysyvä tulos on. Mittarin vastaavuus taas ilmoittaa mittaustulosten samanlaisuuden asteen.

Kolmas mittarin reliabiliteetin arviointimuoto on sisäisen johdonmukaisuuden arviointi. Sillä tarkoitetaan mittarin eri osien kykyä mitata samaa asiaa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 209-210; Moule & Goodman 2014, 187–189.)

Kyselyyn osallistui vain yhden koulun opiskelijoita, joten tutkimustulokset kuvaavat Lapin ammattikorkeakoulun hyvinvoinnin osaamisalan Kemin kampuksen kokemuksia yksityisyyden toteutumisesta. Voidaan olettaa, että vastaukset olisivat samansuuntaisia myös muiden oppilaitosten sairaanhoitajaopiskelijoilla. Jotta tulosten voitaisiin todeta vastaavan koko Suomen sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemusta yksityisyyden toteutumisesta, tulisi otoksen olla suurempi. Mittaria voidaan kuitenkin hyödyntää myös muissa oppilaitoksissa, jos halutaan tutkia potilaan yksityisyyden toteutumista opiskelijoiden kokemana.

Tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan ydin. Tutkimusetiikka on saanut alkunsa pääosin lääketieteen kysymysten parista, sillä niiden kohteena ovat yleensä ihmiset. Tutkimusetiikka luokitellaan normatiiviseksi etiikaksi, jossa pyritään toimimaan tutkimusta koskevien oikeiden sääntöjen mukaan. Jo tutkimuksen aihetta valittaessa ollaan eettisen ratkaisun äärellä. Tutkijan tulee ottaa huomioon aiheen merkitys yhteiskunnallisesti, mutta myös sen vaikutukset osallistujiin. Tutkimuksen tulee aina olla hyödyllinen, mutta sen hyöty ei aina näy nykyhetkessä vaan vasta tulevaisuudessa. Lisäksi sen tulee pyrkiä olemaan eduksi, eikä koskaan harmiksi osallistujille tai yhteiskunnalle. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa pyritään kehittämään hoitotyön laatua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 211–218; Moule & Goodman 2014, 59–60.)

Määrällisessä tutkimuksessa käytetään usein kyselyä aineiston keräämisessä. Kyselyssä vastaajalle tulee vakuuttaa tutkimuksen luotettavuus kokonaisuudessaan, jota tutkimuksen tekijän täytyy sitoutua noudattamaan. Tutkimuksen tekijän tulee aina pitää lupaus tietojen luottamuksellisuudesta, vaitiololupauksesta ja salassapitovelvollisuudesta. Tutkimukseen osallistuminen täytyy olla vapaaehtoista eikä osallistuja saa kokea painetta siihen osallistumiseen. Kaikkien tutkittaviksi valikoitujen tulee olla samanarvoisia. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa tutkittavan joukon ollessa esimerkiksi potilaita voivat he tuntea olevansa alistei-

sessa asemassa suhteessa terveydenhuollon ammattilaisiin. (Vilkka 2007,164; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 221; Moule & Goodman 2014, 61.)

Yleisenä sääntönä on, että tutkittavan, ryhmän tai paikkakunnan tulee säilyä tuntemattomana. Määrällisessä tutkimuksessa tuloksia ei kirjata yksilöittäin, joten tunnistamisen riski on pieni. Näin ollen määrällisessä tutkimuksessa eettisesti tärkeämmäksi nousee kirjoittamisen tapa. Tutkijan tulee välttää ilmaisutapoja, jotka voivat olla loukkaavia tutkimuskohdetta kohtaan. Tutkimuksen ei tule koskaan saattaa tutkittavaa halveksunnan, vihan tai pilan kohteeksi. Tutkija ei saa kirjoituksessaan tuoda omaa asennettaan tai mielipidettään esille negatiivisen ilmaisutyylin kautta. (Vilkka 2007, 164–165.)

Mittari laadittiin siten, ettei siitä paljastu kenenkään henkilöllisyys vaan sen saa tehdä anonyymina. Anonymiteettia lisäsi myös se, että tuloksissa ei esitetty yksittäisen kyselylomakkeen vastauksia vaan vastaukset on kirjattu joukoittain. Osallistujille painotettiin myös, että kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista eikä sitä saatuja tietoja käytetä muuhun kuin kyseiseen opinnäytetyöhön. Saatekirjeessä vielä kerrottiin kirjallisesti samat asiat ja lisäksi, että raportin kirjoittamisen jälkeen aineisto tuhotaan asianmukaisesti. Lomakkeet kerättiin suljettuun palautus laatikkoon. Kyselylomakkeiden analysointi aloitettiin vasta, kun kaikki luokat olivat vastanneet kyselyyn. Näin toimittiin, jotta ei voida päätellä vastaajien henkilöllisyyttä. Monivalintakysymykset mahdollistivat tulosten tilastollisen analyysin, koska kaikilla vastaajilla oli samat vastausvaihtoehdot. Avoin kysymys lisäsi luotettavuutta, koska se antoi mahdollisuuden tuoda esille sellaisia ajatuksia liittyen yksityisyyteen, joita ei ollut kyselylomakkeessa.

Tutkimusta tehtäessä tulee myös muistaa tutkimusta varten vaadittava tutkimuslupa. Eettisen toimikunnan lausunto tarvitaan, jos tutkimuksen kohteena ovat terveydenhuollon palveluidenkäyttäjät. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 228.) Tutkimusta varten tarvittiin tutkimuslupa ja se saatiin lokakuussa 2014 Lapin Ammattikorkeakoulun hyvinvoinnin osaamisalan koulutusvastaavalta Eija Jumiskolta. Lisäksi pyysimme sähköpostitse opettajilta luvan tulla suorittamaan kysely heidän oppituntiensa aikana.

9.3 Yleinen pohdinta ja jatkotutkimusaiheet

Potilaan yksityisyys on moniulotteinen ja se voidaan jakaa neljään osa-alueeseen. Hoitajana tulee tiedostaa yksityisyyden eri ulottuvuudet, jotta se voidaan huomioida potilaan hoidossa. Haastavaa potilaan yksityisyyden kunnioittamisessa on, että eri ihmiset voivat kokea yksityisyyden hyvin eri tavoin. Tämä edellyttää hoitajalta erityistä herkkyyttä tunnistaa ihmisen yksityisyyden tarve. Yksityisyys on yksi tärkeimmistä hoitotyön periaatteista, joten on positiivista huomata, että sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemukset yksityisyyden toteutumisesta olivat suurimmaksi osaksi melko hyviä. Kuitenkaan yhdessäkään tilanteessa yksityisyys ei toteutunut erinomaisesti. Hoitajan toimintatavoilla on tutkittu olevan suuri merkitys yksityisyyden toteutumiseen. Tutkimuksessamme avoimen kysymyksen vastauksien perusteella resursseilla oli suurempi merkitys kuin hoitajan toiminnalla. Mielestämme huonekokoja pienentämällä, tilojen paremmalla varustelulla, hoitohenkilökuntaa lisäämällä sekä joitakin yleisiä toimintatapoja muuttamalla voitaisiin huomioida paremmin potilaan yksityisyys.

Opinnäytetyön aihe oli mielenkiintoinen ja haastava. Teoreettisen viitekehyksen laatiminen syvensi meillä jo ennestään olevia tietoja hoitotyön etiikasta ja potilaan yksityisyydestä. Aihe on meille tulevina sairaanhoitajina hyödyllinen minne tahansa työllistymmekin. Opinnäytetyön suunnitelman ja kyselylomakkeen laatiminen oli hyvin haastavaa ja aikaa vievää. Teoreettisen viitekehyksen rajaaminen oli meidän työssämme vaikeaa, koska hoitotyön etiikka on koko työn perusta ja aiheena jo hyvin laaja.

Tutkimuksen tekeminen oli prosessina monivaiheinen. Aiheen valinta oli selkeä, koska meitä molempia kiinnosti henkilökohtaisesti tutkia kyseistä ilmiötä. Opinnäytetyön suunnitelmaan varattu aika venyi ja aikataulua jouduttiin muuttamaan useaan otteeseen. Kuitenkin huolella tehty suunnitelma oli hyvä perusta opinnäytetyölle. Teorian laatiminen potilaan yksityisyydestä oli haastavaa, koska sitä sivuttiin useissa teoksissa ja tutkimuksessa, mutta siitä ei ollut lähdettä, joka olisi ainoastaan käsitellyt kyseistä aihetta. Myös teoreettisen viitekehyksen jäsentäminen johdonmukaiseksi oli vaikeaa, koska aiheet olivat tiiviisti liittyneitä toisiinsa ja osittain päällekkäisiä. Ennen lopullista kyselylomaketta, olimme laa-

tineet useita eri versioita ja esitestauksen myötä saimme viimeisteltyä lomakkeen. Esitestauksen merkitys hyvän ja onnistuneen kyselylomakkeen kannalta oli todella suuri. Huomasimme, että laadittuamme kyselylomaketta pitkään oli siitä vaikea löytää itse virheitä tai kehitettävää.

Kyselylomakkeiden läpikäyminen ja havaintomatriisin laatiminen oli mielestämme jännittävä prosessi, koska siinä konkretisoitui pitkän työstämisen tulos. Myös tulosten analysointi oli hyvin mielenkiintoista. Lukuun ottamatta SPSS-ohjelman käytön opettelemista tulosten analysointi ja johtopäätösten teko oli suhteellisen vaivatonta ja helposti etenevää. Olimme valinneet hyvän tavan suorittaa kysely, koska saimme sen myötä tarpeeksi aineistoa tutkimukseen. Kahdessa kysymyksessä en osaa sanoa-vastauksien määrä oli todella suuri. Toisen vuoden opiskelijoiden en osaa sanoa-vastauksille voi mahdollisesti olla syynä vähäinen kokemus hoitotyöstä. Pohdimme myös, että syitä en osaa sanoa- vastauksille saattoivat olla joko se, että vastaaja ei ollut kohdannut vastaavanlaista tilannetta tai vastaaja ei ollut ymmärtänyt kysymystä. En osaa sanoa-vastaukset vaikeuttivat johtopäätösten tekemistä. Oli mielenkiintoista huomata, että opintojen vaiheella, iällä tai aikaisemmalla työkokemuksella ei ollut merkittävää vaikutusta vastauksiin. Tarkoituksenamme oli, että opiskelijat olisivat tarkastelleet yksityisyyden toteutumista yleisesti eivätkä keskittyneenä siihen kuinka he itse toimisivat vastaavanlaisissa tilanteissa tai siihen, kuinka yksityisyyden tulee oikeasti ideaali tilanteessa toteutua. Pohdimme, että tämä on voinut vaikuttaa joidenkin vastauksiin.

Kokonaisuutena aikataulu venyi oletettua pidemmäksi. Opinnäytetyön tekeminen oli kuitenkin prosessina hyvin opettavainen. Saimme tutustua määrällisen tutkimuksen sekä tilastollisen analyysin tekemiseen, myös tieteellisen tekstin laatiminen oli hyvä oppimiskokemus. Pohdimme myös, että määrällisen tutkimuksen tekeminen on ammattikorkeakoulun opinnäytetyöhön varattuihin resursseihin nähden haastavaa. Yhteistyö meillä tutkimuksen tekijöillä sujui todella hyvin ja se mahdollisti sen, että työtä pystyttiin työstämään joustavasti.

Tutkimuksen teon aikana pääsimme syventämään tietojamme potilaan oikeuksista, hoitotyön etiikasta ja periaatteista sekä potilaan yksityisyyden monimuotoisuudesta. Näin ollen tavoitteemme oman ammattitaidon kehittymisestä tule-

vina sairaanhoitajina toteutui. Tutkimuksen tarkoitus kuvailla kuinka potilaan yksityisyys toteutuu sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemana hoitotyössä, toteutui mielestämme hyvin. Pystyimme tutkimuksen tulosten perusteella luomaan johtopäätökset yksityisyyden toteutumisesta. Lisäksi saimme ristiintaulukoinnin kautta tietoa siitä kuinka opintojen vaihe vaikuttaa yksityisyyden kokemiseen. Myös tavoitteemme lisätä tietoa yksityisyyden toteutumisesta uudesta näkökulmasta onnistui. Pystyimme tutkimuksesta saadulla aineistolla vastaamaan asetettuihin tutkimusongelmiin.

Jatkotutkimushaaste voisi olla vastaavanlaisen tutkimuksen suorittaminen lähihoitajaopiskelijoille tai toiselle oppilaitokselle. Lisäksi lääkärinkierron tarkasteleminen osaston arkisena toimintatapana voisi olla jatkotutkimusaiheena, koska se meidän tutkimuksessamme esiintyi tilanteena, jolloin potilaan yksityisyys ei toteudu. Mielestämme yksi jatkotutkimusaihe voisi olla myös onko sairaalan osastoilla mahdollisuutta turvata potilaan yksityisyys hoitajien toiminnasta riippumattomista syistä esimerkiksi tilojen puolesta.

LÄHTEET

Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2010. Sairaanhoito ja huolenpito. 8.painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S. & Puska, E-L. & Vihunen, Riitta 2007. Hoitamalla hyvää oloa. 11.uudistettu painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L., Vihunen, Riitta 2012. 14.–16.painos. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Antila, M-L. 2000. Kirurgisen potilaan autonomia ja yksityisyys. Pro gradu- tutkielma. Turku: Turun yliopisto.

Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. 1.-4. painos. Helsinki: WSOY.

Brunou, S. 2009. Sairaanhoitajaopiskelijoiden ohjattujen käytännön harjottelujen aikana ilmenneet ongelmat. Turun yliopiston julkaisuja. Turun yliopisto. Turku: Painosalama Oy.

Bäck E. & Wikblad K. 1998. Privacy in hospital. Journal of advanced nursing 27.

Fry, S. T. & Johnstone, M-J. 2008. Ethics in Nursing Practice – A Guide to Ethical Decision Making. Third edition. United Kingdom: Blackwell Publishing.

Heikkilä, T. 1998. Tilastollinen tutkimus. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uu distettu painos. Helsinki: Tammi.

Hovilainen-Kilpinen, T. & Oksanen, H. 2013. Lähihoitajan käsikirja. 5.uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Jantunen, K., Puumalainen, A., Suominen, T. & Leino-Kilpi H. 1994. Onko sai-

raalassa yksityisyyttä? Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A5. Turku.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 1996. Hoitotyön etiikan perusteet. 5. uudistettu painos. Juva: WSOY.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. 1.-2. Painos. Helsinki: WSOY.

Kauppi, I., Kähtävä, S., Lipasti, K., Niemi, T., Tamminen, E. & Vaaramo, P. 2011. Hoitoa ja huolenpitoa ammattitaidolla. 1.-2.painos. Helsinki: Edita Prima.

Kotisaari, M-L. & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy.

Kristoffersen, N. J., Nordvedt, F. & Skaug, E-A. 2005. Hoitotyön perusteet. 1.painos. Tanska: Narayana Press.

Kuokkanen, L. 2012. Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt – Hoitotyön vuosikirja 2012. Sairaanhoitajan eettinen stressi. Porvoo: Bookwell Oy.

Lehtonen, L. 2003. Terveydenhuollon ammattihenkilön salassapitovelvollisuus. Helsinki: SOJ Oy.

Leino-Kilpi, H., Hupli, M. & Salanterä, S. 2002. Potilaan yksityisyys terveydenhuollossa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A:37. Turku.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. 1. painos. Juva: WSOY.

Leppänen T., Töyry E. & Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Potilaiden käsitys ihmisläheisen hoidon keskeisestä sisällöstä. Hoitotiede 9 (4). Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Lohiniva-Kerkelä, M. 2007. Terveydenhuollon juridiikka. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lämsä, R. 2012. Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt – hoitotyön vuosikirja 2012. Potilastietojen salassapito lääkärinkierrolla. Porvoo: Bookwell Oy.

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 1.painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Moule, P. & Goodman, M. 2014. Nursing research – An introduction. 2:edition. London: SAGE.

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. 2007. Sairaanhoitajan käsikirja. 4. Uudistettu painos. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. Painos. Juva: WSOY.

Poikkimäki, I. 2004. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Pro gradu- tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Hentonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 1.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Rosqvist, E. 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilasta ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastoilla. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto, Oulun yliopistollinen sairaala. Oulu: Oulu University Press.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. 1. Painos. Helsinki: Edita Prima.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 1996. Hoito, huolenpito ja opetus. 1.painos. Juva: WSOY.

Valkomaa P. 2002. Iäkkäiden fyysinen yksityisyys vanhainkodissa – iäkkäiden ja heidän omaistensa kokemana. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turku: Turun yliopisto.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.

Vuori-Kemilä, A., Lindroos, S., Nevala, S. & Virtanen, J. A. 2005. Ihmisen hyvä - Etiikkaa lähihoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Yura, H. & Walsh, M. B. 1990. Inhimilliset tarpeet ja hoitotyö 1. Helsinki: WSOY.

LIITTEET

Liite 1 Ristiintaulukoinnit opintojen vaiheen merkityksestä vastauksiin

Liite 2 Kyselylomake

Liite 3 Opinnäytetyön tutkimuslupahakemus

Ristiintaulukoinnit opintojen vaiheen merkityksestä vastauksiin

Ristiintaulukointi opintojen vaiheen merkityksestä kokemukseen näkösuojan käytöstä suihkussa tai vuodepesujen aikana

		Opintojen vaihe		
		2. vuosi	3. vuosi	4. vuosi
En osaa sanoa	Lukumäärä	1	0	1
	%	2%	0%	3%
Aina	Lukumäärä	19	9	13
	%	44%	36%	33%
Usein	Lukumäärä	17	13	23
	%	40%	52%	58%
Joskus	Lukumäärä	6	3	3
	%	14%	12%	8%

Taulukko 3. Ristiintaulukointi opintojen vaiheen merkityksestä kokemukseen näkösuojan käytöstä vaatteita vaihdettaessa

		Opintojen vaihe		
		2. vuosi	3. vuosi	4. vuosi
En osaa sanoa	Lukumäärä	1	0	0
	%	2%	0%	0%
Aina	Lukumäärä	8	3	5
	%	19%	12%	13%
Usein	Lukumäärä	22	17	24
	%	51%	68%	60%
Joskus	Lukumäärä	7	5	9
	%	16%	20%	23%
Harvoin	Lukumäärä	5	0	2
	%	12%	0%	5%

Liite 1 (2)

Ristiintaulukointi opintojen vaiheen merkityksestä kokemukseen näkösuojan käytöstä erilaisten hoitotoimenpiteiden aikana

		Opintojen vaihe		
		2. vuosi	3. vuosi	4. vuosi
En osaa sanoa	Lukumäärä	2	0	0
	%	5%	0%	0%
Aina	Lukumäärä	14	8	10
	%	33%	32%	25%
Usein	Lukumäärä	19	15	22
	%	44%	60%	55%
Joskus	Lukumäärä	6	2	7
	%	14%	8%	18%
Harvoin	Lukumäärä	2	0	1
	%	5%	0%	3%

Ristiintaulukointi opintojen vaiheen merkityksestä kokemukseen näkösuojan käytöstä erilaisten tutkimusten aikana

		Opintojen vaihe		
		2. vuosi	3. vuosi	4. vuosi
En osaa sanoa	Lukumäärä	3	0	3
	%	7%	0%	8%
Aina	Lukumäärä	20	13	15
	%	47%	52%	38%
Usein	Lukumäärä	13	9	16
	%	30%	36%	40%
Joskus	Lukumäärä	5	2	6
	%	12%	8%	15%
Harvoin	Lukumäärä	2	1	0
	%	5%	4%	0%

Liite 1 (3)

Ristiintaulukointi opintojen vaiheen merkityksestä kokemukseen miten usein potilaalle on kerrottu ennen lähestymistä ja kosketusta, että niin tulee tapahtumaan

		Opintojen vaihe		
		2. vuosi	3. vuosi	4. vuosi
En osaa sanoa	Lukumäärä	0	0	1
	%	0%	0%	3%
Aina	Lukumäärä	17	7	9
	%	40%	28%	23%
Usein	Lukumäärä	17	10	16
	%	40%	40%	40%
Joskus	Lukumäärä	6	6	11
	%	14%	24%	28%
Harvoin	Lukumäärä	3	2	3
	%	7%	8%	8%

Ristiintaulukointi opintojen vaiheen merkityksestä kokemukseen miten usein potilaan asioista on keskusteltu hienotunteisesti

		Opintojen vaihe		
		2. vuosi	3. vuosi	4. vuosi
Aina	Lukumäärä	8	4	3
	%	19%	16%	8%
Usein	Lukumäärä	29	16	32
	%	68%	64%	80%
Joskus	Lukumäärä	6	5	5
	%	14%	20%	12%

Liite 1 (4)

Ristiintaulukointi opintojen vaiheen merkityksestä kokemukseen informaation antamisesti ymmärrettävässä muodossa potilaalle

		Opintojen vaihe		
		2. vuosi	3. vuosi	4. vuosi
En osaa sanoa	Lukumäärä	0	1	0
	%	0%	4%	0%
Aina	Lukumäärä	12	6	5
	%	28%	24%	13%
Usein	Lukumäärä	28	16	25
	%	65%	64%	63%
Joskus	Lukumäärä	3	2	10
	%	7%	8%	25%

Liite 1 (4)

Ristiintaulukointi opintojen vaiheen merkityksestä kokemukseen tajuissaan olevan ja tilansa tiedostavan potilaan tietojen luovuttamiseen sivullisille.

		Opintojen vaihe		
		2. vuosi	3. vuosi	4. vuosi
En osaa sanoa	Lukumäärä	16	7	4
	%	37%	28%	10%
Aina	Lukumäärä	17	10	18
	%	40%	40%	45%
Usein	Lukumäärä	6	5	15
	%	14%	20%	38%
Joskus	Lukumäärä	3	1	1
	%	7%	4%	2%
Harvoin	Lukumäärä	1	1	1
	%	2%	4%	2%
Ei koskaan	Lukumäärä	0	1	1
	%	0%	4%	2%

Liite 1 (5)

Ristiintaulukointi opintojen vaiheen merkityksestä kokemukseen miten potilaalle on selvitetty mihin häneltä pyydettyjä tietoja käytetään

		Opintojen vaihe		
		2. vuosi	3. vuosi	4. vuosi
En osaa sanoa	Lukumäärä	10	3	4
	%	23%	12%	10%
Aina	Lukumäärä	13	6	13
	%	30%	24%	33%
Usein	Lukumäärä	13	11	15
	%	30%	44%	38%
Joskus	Lukumäärä	5	3	3
	%	12%	12%	8%
Harvoin	Lukumäärä	1	1	5
	%	2%	4%	12%
Ei koskaan	Lukumäärä	1	1	0
	%	2%	4%	0%

Ristiintaulukointi opintojen vaiheen merkityksestä kokemukseen siitä onko potilasasiakirjoissa havaittu potilasta leimaavia merkintöjä

		Opintojen vaihe		
		2. vuosi	3. vuosi	4. vuosi
En osaa sanoa	Lukumäärä	5	7	1
	%	12%	28%	2%
Usein	Lukumäärä	0	1	1
	%	0%	4%	2%
Joskus	Lukumäärä	3	3	9
	%	7%	12%	23%
Harvoin	Lukumäärä	6	5	10
	%	14%	20%	25%
Ei koskaan	Lukumäärä	29	9	19
	%	67%	36%	48%

Ristiintaulukointi opintojen vaiheen merkityksestä kokemukseen siitä onko havaittu, että sellaisten potilaiden tietoja on katsottu, joihin katsojalla ei ole ollut hoitosuhdetta

		Opintojen vaihe		
		2. vuosi	3. vuosi	4. vuosi
En osaa sanoa	Lukumäärä	5	1	1
	%	12%	4%	2%
Usein	Lukumäärä	1	0	3
	%	2%	0%	7%
Joskus	Lukumäärä	4	2	6
	%	9%	8%	15%
Harvoin	Lukumäärä	8	5	7
	%	19%	20%	18%
Ei koskaan	Lukumäärä	25	17	23
	%	58%	68%	58%

Kyselylomake Liite 2 (1)

POTILAAN YKSITYISYYDEN TOTEUTUMINEN SAIRAANHOITAJAOPISKELIJOIDEN KOKEMANA

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Lapin ammattikorkeakoulussa hyvinvoinnin osaamisalalla Kemin kampuksella. Teemme opinnäytetyötä potilaan fyysisen ja tiedollisen yksityisyyden toteutumisesta hoitotyössä sairaanhoitaja opiskelijoiden kokemana. Opinnäytetyötä ohjaavat Seppo Kilpiäinen ja Raija Luutonen. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa potilaan yksityisyyden toteutumisesta uudesta näkökulmasta sekä kehittää meidän ammattitaitoamme tulevina sairaanhoitajina.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Henkilötiedot eivät tule esille missään vaiheessa opinnäytetyötä. Vastauksia käytetään ainoastaan opinnäytetyötä varten. Kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisella tavalla opinnäytetyön valmistuttua. Toivon sinun vastaavan ohessa olevaan kyselylomakkeeseen ja palauttavan luokassa sijaitsevaan palautuslaatikkoon. Opinnäytetyön kannalta on tärkeää saada sinun mielipiteesi asiasta.

Jos sinulla on kysyttävää opinnäytetyöstä tai kyselystä, voit vapaasti esittää kysymyksiä meille tai ottaa yhteyttä meihin myöhemmin. Vastaamme mielellämme.

Kiitos vastauksestasi

Saana Hemming
Sairaanhoitajaopisk. AMK
Saana.Hemming@edu.lapinamk.fi
044*******

Emmi Sieppi
Sairaanhoitajaopisk. AMK
Emmi.Sieppi@edu.lapinamk.fi
044*******

Liite 2 (2)

KYSELY

TAUSTATIEDOT

1. IKÄ VUOSINA

- ☐ alle 20
- ☐ 20-25
- ☐ 26-30
- ☐ yli 30

2. SUKUPUOLI

- ☐ Nainen
- ☐ Mies

3. OPINTOJEN VAIHE

- ☐ 1.vuosi
- ☐ 2.vuosi
- ☐ 3.vuosi
- ☐ 4.vuosi

4. AIKAISEMPI KOULUTUS HOITOALALLA

_____

5. AIKAISEMPI TYÖKOKEMUS HOITOALALLA

- ☐ Ei
- ☐ Kyllä, Kuinka paljon (vuosina)? _____

FYYSISEN YKSITYISYYDEN TOTEUTUMINEN

Miten seuraavissa tilanteissa potilaan hoidossa on käytetty jonkinlaista näkösuojaa (esimerkiksi väliverhot)? Kysymykset 6-10

Pyydän sinua vastaamaan seuraaviin kysymyksiin rastittamalla vaihtoehdon, joka parhaiten kuvaa mielipidettäsi.

6. Potilaan käyttäminen WC:ssä tai alusastialla (myös vaipanvaihto)

( ) Aina ( ) Harvoin

( ) Usein ( ) Ei koskaan

( ) Joskus ( ) En osaa sanoa

7. Potilaan käyttäminen suihkussa tai vuodepesujen aikana

( ) Aina ( ) Harvoin

( ) Usein ( ) Ei koskaan

( ) Joskus ( ) En osaa sanoa

8. Vaatteiden vaihto

( ) Aina ( ) Harvoin

( ) Usein ( ) Ei koskaan

( ) Joskus ( ) En osaa sanoa

9. Erilaiset hoitotoimenpiteet (esimerkiksi haavanhoito, katetrointi, lääkkeen antaminen intiimialueelle)

( ) Aina ( ) Harvoin

( ) Usein ( ) Ei koskaan

( ) Joskus ( ) En osaa sanoa

10. Erilaiset tutkimukset (esimerkiksi EKG, gynekologiset tutkimukset)

( ) Aina ( ) Harvoin

( ) Usein ( ) Ei koskaan

( ) Joskus ( ) En osaa sanoa

11. Potilaalla on ollut mahdollisuus olla omassa rauhassa niin halutessaan

( ) Aina ( ) Harvoin

( ) Usein ( ) Ei koskaan

( ) Joskus ( ) En osaa sanoa

12. Potilaalle kerrottu ennen lähestymistä ja kosketusta, että niin tulee tapahtumaan

( ) Aina ( ) Harvoin

( ) Usein ( ) Ei koskaan

( ) Joskus ( ) En osaa sanoa

TIEDOLLISEN YKSITYISYYDEN TOTEUTUMINEN

13. Potilaan sairautta tai hoitoa koskevia tietoja on käsitelty vain hoitoon osallistuvien läsnä ollessa

( ) Aina ( ) Harvoin

( ) Usein ( ) Ei koskaan

( ) Joskus ( ) En osaa sanoa

14. Potilaalle on annettu mahdollisuus kieltäytyä yhteisessä potilashuoneessa tapahtuvasta lääkärinkierrosta

( ) Aina ( ) Harvoin

( ) Usein ( ) Ei koskaan

( ) Joskus ( ) En osaa sanoa

15. Potilaan asioista on keskusteltu hienotunteisesti

( ) Aina ( ) Harvoin

( ) Usein ( ) Ei koskaan

( ) Joskus ( ) En osaa sanoa

16. Informaatio tulevista tutkimuksista ja toimenpiteistä on kerrottu potilaalle ymmärrettävässä muodossa

( ) Aina ( ) Harvoin

( ) Usein ( ) Ei koskaan

( ) Joskus ( ) En osaa sanoa

17. Tajuissaan olevan ja tilansa tiedostavan potilaan tietojen luovuttamiseen sivullisille on pyydetty potilaan suostumus (lukuun ottamatta viranomaisia erityistilanteissa)

( ) Aina ( ) Harvoin

( ) Usein ( ) Ei koskaan

( ) Joskus ( ) En osaa sanoa

18. Potilaalle on selvitetty mihin häneltä pyydettyjä tietoja käytetään

( ) Aina ( ) Harvoin

( ) Usein ( ) Ei koskaan

( ) Joskus ( ) En osaa sanoa

19. Potilaalle on hänen halutessaan annettu mahdollisuus nähdä itsestään kirjatut tiedot potilasrekisteristä

( ) Aina ( ) Harvoin

( ) Usein ( ) Ei koskaan

( ) Joskus ( ) En osaa sanoa

20. Oletko havainnut potilasasiakirjoissa potilasta leimaavia merkintöjä (esimerkiksi etninen tausta tai seksuaalinen suuntautuminen)

( ) Aina ( ) Harvoin

( ) Usein ( ) Ei koskaan

( ) Joskus ( ) En osaa sanoa

21. Oletko havainnut, että sellaisten potilaiden tietoja on katsottu, joihin katsojalla ei ole ollut hoitosuhdetta? (esimerkiksi toisella osastolla olevan potilaan tietojen katselu)

( ) Aina ( ) Harvoin

( ) Usein ( ) Ei koskaan

( ) Joskus ( ) En osaa sanoa

22. Mitä muita ajatuksia sinulla on potilaan yksityisyyteen liittyen?

_____

_____

_____

Kiitos kyselyyn osallistumisesta!

Opinnäytetyön tutkimuslupahakemus Liite 3 (1)

LAPIN AMK
Lapland University of Applied Sciences

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Hakijan / hakijoiden henkilötiedot	Nimi: Saana Hemming	Henkilötunnus: [redacted]
	Katuosoite: [redacted]	Postinumero: [redacted] Postitoimipaikka: [redacted]
	Puhelin: [redacted]	Sähköpostiosoite: [redacted]
	Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö: Lapin AMK, hyvinvoinnin osaamisala, Kemin kampus	Hakijan tehtävä/virka-asema: opiskelija
Hakijan / hakijoiden henkilötiedot	Nimi: Emmi Sieppi	Henkilötunnus: [redacted]
	Katuosoite: [redacted]	Postinumero: [redacted] Postitoimipaikka: [redacted]
	Puhelin: [redacted]	Sähköpostiosoite: [redacted]
	Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö: Lapin AMK, hyvinvoinnin osaamisala, Kemin kampus	Hakijan tehtävä/virka-asema: Opiskelija
Opinnäytetyön ohjaaja(t)	Nimi: Seppo Kilpiäinen, Raija Luutonen	Oppiarvo ja ammatti: lehtori, opettaja
	Toimipaikka ja osoite: Lapin AMK, hyvinvoinnin osaamisala Kemin kampus Meripuistokatu 26, 94100 Kemi	
	Puhelin: Raija: [redacted] Seppo: [redacted]	Sähköpostiosoite: [redacted]
Toimeksiantaja	Toimeksiantaja	
	Yhteystiedot	
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä: Kemi 7.10.14	Allekirjoitus: Raija Luutonen RAIJA LUUTONEN
Luvan myöntäminen	☒ Tutkimuslupa myönnetään	☐ Tutkimuslupa evätään
	Perustelut	
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä: Kemi 31.10.2014	Allekirjoitus: [illegible]
Myöntämisen ehdot	Myöntämisen ehdot ☒ Hakijan tulee toimittaa valmis raportti ja tarvittaessa tutkimuksen tulokset suullisesti ☒ Hakija vastaa kustannuksista itse, ellei toisin sovita ☐ Muu ehto HYVÄN TUTKIMUSETIKAN NOUDATTAMINEN TYÖN KAIKISSA VAIHEISSA	
Päätöksestä tiedottaminen	☐ opinnäytetyön hakijalle/ hakijoille ☐ ohjaaville opettajille ☐ yksiköille, jota luvan myöntäminen koskee ☐ jokin muu, kuka?	

Liite 3 (2)

LAPIN AMK
Lapland University of Applied Sciences

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Opinnäytetyösuunnitelman tiivistelmä

Tutkinto, johon tutkimus sisältyy	Hoitotyö", Sairaanhoitaja
Opinnäytetyön tekijät tekijä(t)	1. Saana Hemming 2. Emmi Sieppi
Opinnäytetyön nimi	Potilaan yksityisyyden toteutuminen hoitotyössä sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemana
Opinnäytetyön tausta	Aihe valikoitui, koska potilaan yksityisyyden kunnioittaminen on tärkeä perusta hoitotyössä. Mielenkiintomme aihetta kohtaan on lähtenyt halusta kehittyä hoitotyössä ja syventyä hoitotyön eettiseen perustaan.
Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja mahdolliset tutkimus-ongelmat	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla kuinka potilaan yksityisyys toteutuu sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemana hoitotyössä ja millainen merkitys opintojen etenemisellä on kokemukseen yksityisyyden toteutumisesta. Tavoitteena on oman ammattitaidon kehittäminen ja tiedon lisääminen aiheesta uudesta näkökulmasta. kysely suoritetaan seuraaville luokille: K702H14K, K702H13S, AMK 40SH, AMK 39IH, AMK 38SH.
Opinnäytetyön alustava aikataulu	kysely suoritetaan syksyllä 2014, valmis opinnäytetyö kevät lukukaudella 2015.
Tarvittaessa opinnäytetyön rahoitus, rahoittajat ja budjetti	
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä: Kemi 26/9/2014 Allekirjoitus: 1. 2.

☐ Liitteenä hyväksytty opinnäytetyösuunnitelma (tarvittaessa)