

”VELVOLLISUUS HOITAA” TARTUNTATAUTIPOTILAAN HOIDOSSA

Mia Ketonen

PRO GRADU -TUTKIELMA

Hoitotiede

Turun yliopisto

Hoitotieteen laitos

Maaliskuu 2018

TURUN YLIOPISTO
Hoitotieteen laitos

KETONEN MIA: ”Velvollisuus hoitaa” tartuntatautipotilaan hoidossa
Pro gradu -tutkielma, 121 sivua, 9 liitesivua
Hoitotiede
Maaliskuu 2018

”Velvollisuus hoitaa” on tartuntatautipotilaan hoitoon liittyvä eettinen käsite, jossa keskeistä on tartuntatautipotilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen oikeuksien ja velvollisuuksien välille syntyvä ristiriita. Käsitteen käyttö ja merkitys vaihtelevat, vaikka tilanne, jota käsite kuvaa on tunnistettu jo pitkään. Tutkimuksen tarkoituksena on analysoida, kuvata ja määritellä käsite ”Velvollisuus hoitaa” tartuntatautipotilaan hoidon kontekstissa.

Tutkimus on hybridimallin avulla toteutetun käsiteanalyysin ensimmäinen eli teoreettinen vaihe. Tutkimusmenetelmä on integratiivinen kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuushaku tehtiin huhtikuussa 2017 Scopus-, PubMed-, CINAHL-, Web of Science- ja Medic-tietokannoista, sekä manuaalisen haun perusteella. Katsaukseen valittiin sisäänotto- ja pois-sulkukriteerejä käyttäen 40 empiiristä tutkimusta. Aineiston analyysin perusteella määriteltiin velvollisuus hoitaa -käsitteen ominaispiirteet ja tunnistettiin käsitteen käyttötavat, ennakkoehdot ja seuraukset.

Velvollisuus hoitaa -käsitettä käytetään kuvaamaan terveydenhuollon ammattilaisten kokemaa tunnetta, tartuntatautipotilaan hoitoon liittyvää eettistä ongelmaa ja terveydenhuollossa yleisesti tunnustettua myönteistä arvoa. Käsitteelle tunnistettiin ennakkoehtoja, jotka ovat tilanteita, asioita tai tapahtumia, joiden tulee esiintyä ennen Velvollisuus hoitaa -käsitteen esiintymistä. Analyysin perusteella määriteltiin Velvollisuus hoitaa -käsitteen ominaispiirteet, jotka kuvaavat käsitteen ydinelementtejä. Velvollisuus hoitaa -käsitteen seuraukset ovat yhteydessä tartuntatautipotilaan hoidon laatuun ja terveydenhuollon ammattilaisten työhyvinvointiin.

”Velvollisuus hoitaa” on käsite, joka kuvaa tartuntatautipotilaan hoitoon liittyvää tapahtumaa. Tapahtuma on monitahoinen, osista rakentunut kokonaisuus. Tapahtumaa voidaan tarkastella osiansa kautta, mutta sen todellinen ja syvä ymmärtäminen tapahtuu kokonaisuuden hahmottamisen avulla. Velvollisuus hoitaa -käsitteen selkeä määritelmä auttaa käsitteeseen liittyvän eettisen ongelman tarkastelussa, analysoinnissa ja ratkaisussa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää tartuntatautipotilaan hoitoon liittyvien toimintaohjeiden ja -suositusten, ammattiryhmien eettisten ohjeiden ja lainsäädännön laatimisessa. Tulosten toivotaan lisäävän tartuntatautipotilaan hoitoon liittyvää avointa ja laaja-alaista eettistä keskustelua.

Asiasanat: ”Velvollisuus hoitaa”, tartuntatauti, käsiteanalyysi ja integratiivinen kirjallisuuskatsaus

UNIVERSITY OF TURKU
Department of Nursing Science

KETONEN MIA: "Duty to care" in context of communicable disease patient care
Master's thesis, 121 pages, 9 appendices
Nursing Science
March 2018

"Duty to care" is an ethical concept that relates to communicable disease patient care. The conflict between communicable disease patients' and health care professionals' rights and obligations is central to concept. The event that the concept describes has been recognized long ago, but the use and the meaning of the concept vary widely and the definition of the concept has remained unclear. The purpose of this study is to analyze, describe and define the concept "Duty to care" in context of communicable disease patient care.

This study was the first of the three phases of concept analysis made by Hybrid model, which consists theoretical, empirical and analytical phases. Study method was integrative literature review. Literature search was conducted in April 2017 from Scopus-, PubMed-, CINAHL-, Web of Science- and Medic- databases and also through manual search. 40 empirical studies were selected to the review by using inclusion and exclusion criteria. All uses of concept, antecedents and consequences of the concept were identified, and the defining attributes of the concept "Duty to care" were determined through data analyzing process.

The concept "Duty to care" is used to describe the sense and the feeling of the health care professionals, ethical problem related to communicable disease patient care and positive value that is generally recognized in health care. Antecedents of the concept "Duty to care" were identified. Those were situations, things or events which must appear before the concept "Duty to care" exists. The defining attributes of the concept "Duty to care" were determined based on analysis, they describe the core elements of the concept. The consequences of the concept "Duty to care" are related to quality of communicable disease patient care and well-being of health care professionals.

The concept "Duty to care" describes the event related to communicable disease patient care. It is a complex event that is constructed of smaller pieces. It is possible to view and examine the event through pieces, but to accomplish a deep understanding of the event, it requires to perceive the event as a big picture. Clear definition of the concept "Duty to care" contributes to examine, analyze and solve ethical problems which relates the manifestation of the concept. The results of the study can be used when creating guidelines, policies, ethical codes and legislations considering the care of communicable disease patients. Hopefully, the results will increase and promote the transparent and wide ethical discussion in the society.

Keywords: "Duty to care", "Duty to treat", communicable disease, concept analysis, integrative literature review

1 JOHDANTO	7
2 TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET	9
2.1 Tartuntatautipotilas.....	9
2.2 Terveydenhuoltohenkilökunta.....	9
2.3 Oikeus ja velvollisuus	10
2.3.1 Oikeus käsitteenä	11
2.3.1.1 Potilaan oikeudet.....	12
2.3.1.2 Terveydenhuollon ammattilaisen oikeudet	15
2.3.2 Velvollisuus käsitteenä	17
2.3.2.1 Terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuus tartuntatautipotilaan hoidossa.....	19
2.3.2.2 Terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuuden perusta.....	21
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	25
4 TUTKIMUSMENETELMÄ	26
4.1 Käsiteanalyysi ja hybridimalli.....	26
4.2 Integriivinen kirjallisuuskatsaus	28
4.2.1 Ongelman määrittely	29
4.2.2 Kirjallisuushaku	31
4.2.3 Aineiston arviointi	36
4.2.4 Aineiston analyysi ja synteesi.....	41
4.2.5 Aineiston esittäminen	53
5 TUTKIMUSTULOKSET	55
5.1 Velvollisuus hoitaa -käsitteen tutkimus	55
5.1.1 Alkuperäistutkimuksien tieteelliset lähtökohdat.....	58
5.1.2 Alkuperäistutkimuksien laatu	61
5.2 Velvollisuus hoitaa -käsitteen analyysi	63
5.2.1 Käyttötavat.....	63

5.2.2 Ennakkoehdot	65
5.2.3 Ominaispiirteet	67
5.2.3.1 Ammatillisten ja henkilökohtaisten velvollisuuksien välinen ristiriita.	67
5.2.3.2 Yksilöllinen riskinarviointiin perustuva päätöksentekoprosessi.....	70
5.2.3.3 Yksilön ja sosiaalisen ympäristön välinen vastavuoroinen suhde	72
5.2.4 Seuraukset.....	76
5.3 Velvollisuus hoitaa -käsitteen määritelmä	78
6 POHDINTA	81
6.1 Tutkimuksen eettisyys	81
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	86
6.2.1 Tutkimusmenetelmän soveltuvuus	86
6.2.2 Kirjallisuushakuprosessin luotettavuus	88
6.2.3 Analyysin luotettavuus	90
6.2.4 Tulosten luotettavuus.....	92
6.3 Tutkimustulosten tarkastelu	96
6.3.1 Velvollisuus hoitaa -käsitteen tutkimus.....	96
6.3.2 Velvollisuus hoitaa -käsitteen analyysi	98
6.2.3 Velvollisuus hoitaa -käsitteen määritelmä.....	101
6.4 Tutkimustulosten hyödynnettävyys.....	102
6.5 Jatkotutkimusehdotukset	105
6.6 Johtopäätökset	108
LÄHTEET.....	109
LIITE.....	122

TAULUKOT

Taulukko 1.	Potilaan oikeuksia koskevia lakeja Suomessa.....	13
Taulukko 2.	Työturvallisuus lain kuvaamia työntekijän oikeuksia Suomessa	16
Taulukko 3.	Terveystieteiden ammattihenkilöiden toimintaa ohjaavia lakeja Suomessa	21
Taulukko 4.	Kirjallisuushaun tietokantakohtaiset hakulausekkeet.....	33
Taulukko 5.	Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit.....	35
Taulukko 6.	Alkuperäistutkimuksien laadunarviointityökalun ”Quality of study instrument” osa-alueet (mukaiillen Smith & Stullenbarger 1991)	39
Taulukko 7.	Esimerkki menetelmä-osion ”tutkimusasetelman kuvaus” kohdan laadunarvioinnin pisteytyksestä.....	40
Taulukko 8.	Alkuperäistutkimuksista kerätyt tiedot.....	43
Taulukko 9.	”Ammatillinen ja henkilökohtainen velvollisuus” -teeman yläkategoria ”Velvollisuuden perusta” ja alakategoria ”Velvollisuuden kohde”	48
Taulukko 10.	Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen raportoinnin sisältövaatimukset (mukaiillen Evans 2008).....	53
Taulukko 11.	Velvollisuus hoitaa -käsitettä kuvaavat termit alkuperäis-tutkimuksissa	57
Taulukko 12.	Alkuperäistutkimuksien laadunarvioinnin pisteet tutkimusosioittain	63
Taulukko 13.	Yhteenvedon alkuperäistutkimuksien eettisyyden raportoinnista.....	83

KUVIOT

Kuvio 1.	Hybridimallin peruselementit (mukaiillu Schwartz-Barcott & Kim 2000 s.131)	27
Kuvio 2.	Tiedonhakuprosessi	36
Kuvio 3.	Velvollisuus hoitaa -käsitteen tutkimukset julkaisuvuosien ja tartuntatautiin mukaan	56
Kuvio 4.	Alkuperäistutkimuksien toteutusmaat	58
Kuvio 5.	Alkuperäistutkimuksien menetelmälliset lähtökohdat	59
Kuvio 6.	Alkuperäistutkimuksien laadunarvioinnin pisteytys	62
Kuvio 7.	Velvollisuus hoitaa -käsitteen käyttötavat.....	64
Kuvio 8.	Velvollisuus hoitaa -käsitteen ennakkoehdot	65
Kuvio 9.	Terveystieteiden ammattilaisten velvollisuudet ja niiden välinen ristiriita	68
Kuvio 10.	Yksilöllinen riskinarviointiin perustuva päätöksentekoprosessi	70
Kuvio 11.	Terveystieteiden ammattilaisen ja sosiaalisen ympäristön välinen vastavuoroinen suhde ja sen yhteys päätöksentekoprosessiin.....	73
Kuvio 12.	Velvollisuus hoitaa -käsitteen seuraukset.....	77
Kuvio 13.	Velvollisuus hoitaa -käsitteen ennakkoehdot, ominaispiirteet ja seuraukset	80

"Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä."

1 JOHDANTO

Terveydenhuoltohenkilökunta hoitaa työssään tartuntatautipotilaita päivittäin joka puolella maailmaa. Useimmiten terveydenhuollon ammattilaiset ovat tyytyväisiä hoidon kulkuun: henkilökohtaiset suojaimet, rokotukset ja henkilökunnan osaaminen saavat heidät tuntemaan olonsa turvalliseksi huolimatta potilaan tarttuvasta taudista. Aina ei kuitenkaan ole näin. Aika ajoin ilmaantuu uusia tartuntatauteja, joiden tartunnan aiheuttamiskyky, taudin vakavuus ja taudin hoitomahdollisuudet ovat epäselviä. Myös ennestään tutut tartuntataudit saattavat muuttua tartuttavuudeltaan tai seurauksiltaan vakavammiksi. Näissä tilanteissa tartuntatautipotilaan hoito muodostuu monitahoiseksi tapahtumaksi, jonka tarkastelu edellyttää asian eettisen ulottuvuuden tunnistamista ja syvällistä ymmärtämistä.

Tapahtuma synnyttää tilanteen, jossa keskeistä on potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten oikeuksien ja velvollisuuksien välinen suhde. Potilaan oikeuksien toteutuminen on tärkeää. On välttämätöntä pohtia miten, ja millä keinoin, tartuntatautipotilaiden laadukas ja hyvä hoito varmistetaan kaikissa tilanteissa. Samanaikaisesti tulee myös pystyä turvaamaan terveydenhuollon työntekijöiden turvallisuus ja hyvinvointi heidän työssään tartuntatautipotilaan hoidossa. Yhteiskunnan näkökulmasta on merkittävää varmistaa terveydenhuoltojärjestelmän toimivuus myös kriittisissä tilanteissa, kuten tartuntatautiepidemian tai pandemian aikaan. Tämä edellyttää huolellista valmistautumista ja varautumista tartuntatautien aiheuttamiin erityistilanteisiin.

WHO on nostanut eettiset asiat kuuden tärkeimmän asiakokonaisuuden joukkoon tartuntatautien aiheuttamien hätätilanteiden valmistautumisen suunnittelussa. Päätöksenteossa saatetaan ajautua tilanteisiin, joissa yleinen turvallisuus ja yksilön oikeuksien kunnioittaminen ovat keskenään ristiriidassa. (WHO 2018.) Yksi keskeisimmistä eettistä tarkastelua edellyttävistä tilanteista tartuntatautiepidemian yhteydessä on terveydenhuollon ammattilaisten velvollisuus hoitaa tartuntatautipotilaita, mikäli siitä aiheutuu tai saattaa aiheutua vaaraa heille itselleen tai heidän läheisilleen. Tilanne saa aikaan eettisiä ongelmia, jotka pohjautuvat tartuntatautipotilaiden ja terveydenhuollon työntekijöiden oikeuksien ja velvollisuuksien välisiin ristiriitoihin. (Upshur ym. 2005, STM 2012.)

Tapahtumat ovat merkittäviä niin tartuntatautipotilaiden kuin terveydenhuollon työntekijöidenkin hyvinvoinnille. Ja niiden käsittely edellyttää yhteiskunnalta hyväksyttävää, avointa, laaja-alaista, herkkää ja luotettavaa päätöksentekoa. (Upshur ym. 2005, WHO 2018.) Yhteiskunnallisella tasolla terveydenhuollon työntekijöiden päätöksentekoa ja toimintaa ohjaavat lait. Ammattiryhmän ja yksilön tasolla terveydenhuollon työntekijöiden päätöksentekoa ja toimintaa ohjaavat, lakien lisäksi, ammattikuntien laatimat eettiset ohjeet. Näiden toivotaankin tulevaisuudessa ottavan selkeämmin ja yksityiskohtaisemmin kantaa myös Velvollisuus hoitaa -käsitteen yhteydessä ilmeneviin tapahtumiin. (Ruderman ym. 2006, STM 2012.)

Velvollisuus hoitaa -käsitteeseen liittyvä eettisesti ongelmallinen tilanne on tunnistettu jo pitkään, mutta itse käsitettä ei ole selkeästi määritelty (Ruderman ym. 2006, Brody & Avery 2009). Ennen, kun voidaan käydä avointa keskustelua ja pohtia erilaisia käsitteen olemassaoloon liittyviä interventioita, on käsite pystyttävä selkeästi kuvaamaan ja määrittelemään. Laaja-alaisen ja luotettavan päätöksenteon edellytyksenä on käsitteen todellisen olemuksen ja merkityksen ymmärtäminen. Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on vastata tähän tarpeeseen ja määritellä käsite ”Velvollisuus hoitaa” tartuntatautipotilaan hoidossa.

2 TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Tartuntatautipotilas

Tartuntatautipotilas on Suomessa määritelty tartuntatautilaissa (2016). Lain mukaan tartuntataudilla tarkoitetaan sairautta tai tartuntaa, jonka aiheuttavat elimistössä lisääntyvät pieneliöt (mikrobit) tai niiden osat, tai loiset. Tartuntatautipotilas on henkilö, jolla on todettu tartuntatauti. Tartuntatautiin sairastuneeksi epäiltynä pidetään henkilöä, jolla havaitaan tautiin viittaavia oireita tai jonka jollain muulla perusteella voidaan päätellä levittävän tartuntaa. (Tartuntatautilaki 1227/2016.) WHO:n määritelmän mukaan tartuntataudit sisältyvät infektioauteihin. Infektioaudit ovat sairauksia, jotka ovat bakteerien, viruksien, parasiittien tai sienien aiheuttamia. Sairaudet voivat levitä suoraan tai epäsuorasti henkilöstä toiseen. (WHO 2015a.)

Tartuntataudit aiheuttavat vakavia haittoja ihmisille kaikkialla maailmassa. Niiden hoito on yksi terveydenhuollon keskeisimpiä keinoja parantaa ihmisten hyvinvointia globaalisti. Vaikka sairaudet ja ongelmat ovatkin eri maissa ja maanosissa erilaisia, tartuntatautien ehkäisy ja potilaiden hoito perustuvat samoihin periaatteisiin kaikkialla. Näistä keskeisimpiä ovat rokotteet, mikrobilääkkeiden oikea käyttö, puhdas juomavesi sekä infektioiden torjuntatoimet, kuten käsihygieniat ja henkilökohtaisten suojaimien oikea käyttö. YK:n yhteyteen perustetun, Maailman terveysjärjestö WHO:n tehtäväksi on asetettu kansainvälinen yhteistyö ihmisten terveysuhkien torjumiseksi. Tartuntataudit muodostavat yhden keskeisimmistä globaaleista terveysuhista. Monet WHO:n kampanjat, hankkeet, raportit, toimitaohjeet ja terveystavoitteet liittyvätkin olennaisesti eri tartuntatauteihin, niiden ennaltaehkäisyyn ja hoitoon. (WHO 2017, Ruutu & Nuorti 2010.)

2.2 Terveydenhuoltohenkilökunta

Suomessa terveydenhuoltohenkilökunta on määritelty laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994). Lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua. Laissa tarkoitettulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on oltava ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, riittävä ammatillinen pätevyys ja muut ammattitoiminnan edellyttämät valmiudet. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

Terveydenhuoltohenkilökunnan toimintaa ohjaavat, lain ohella, myös ammattikuntien eettiset ohjeet ja toimintayksiköiden yksikkökohtaiset ohjeet. Eettisten ohjeiden tarkoituksena on tukea terveydenhuoltoalan ammattilaisia eettisessä päätöksenteossa päivittäisessä työssään. (Sairaanhoitajaliitto 2014, International Council of Nurses 2012, Suomen Lääkäriliitto 2016, WMA 2017.)

Terveydenhuollon henkilökunta on maailmanlaajuisesti suuri ammattiryhmä, jolla on merkittävä rooli ihmisten terveydelle ja hyvinvoinnille. Vuonna 2015 koko maailmassa työskenteli WHO:n arvion mukaan 43 miljoonaa terveydenhuollon työntekijää, heistä 9,8 miljoonaa oli lääkäreitä ja 20,7 miljoonaa oli sairaanhoitajia tai kättilöitä (WHO 2017). Suomen terveydenhuollossa työskenteli vuonna 2013 20 984 lääkäriä ja 79 934 sairaanhoitajaa, kättilöä tai terveydenhoitajaa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015).

2.3 Oikeus ja velvollisuus

Oikeus ja velvollisuus ovat käsitteitä, jotka ovat tiiviissä yhteydessä toisiinsa. Oikeuksien ja velvollisuuksien välinen suhde voidaan oikeusteorioiden mukaan nähdä siten, että oikeus nähdään ensisijaisena. Oikeudet johtavat velvollisuuksiin, eikä niinkään toisinpäin. (Beauchamp & Childress 2009.) Toisen ihmisen oikeus johtaa tavallisesti toisen velvollisuuteen. Terveydenhuollossa potilaan oikeudet johtavat tyypillisesti terveydenhuollon työntekijöiden velvollisuuksiin. (Thompson ym. 2006, Leino-Kilpi 2014.) Potilaan oikeuksien toteutumisen turvaaminen on yksi tärkeimmistä hoitotyöntekijöiden tehtävistä terveydenhuollossa, tämä on potilaan edunvalvonnan keskeinen elementti. Terveydenhuollon ammattilainen pyrkii omalla toiminnallaan varmistamaan potilaan oikeuksien toteutumisen myös silloin, kun potilas ei siihen itse kykene. (Bandman & Bandman 2002, Vaartio 2008, ANA 2015.)

Ehdottoman määritelmän mukaan ihmisellä voidaan ajatella olevan oikeuksia ja velvollisuuksia vain, jos heitä voidaan pitää vastuullisina teoistaan ja kykeneväisinä olemaan vastuussa toisista ihmisistä. Ihmisen vastuuta teostaan ja sen seurauksista voidaan perustella tietoisuudella, vapaaehtoisuudella ja vaihtoehtoisuudella. Ihmisen on ymmärrettävä tekonsa ja toteutettava tekonsa vapaaehtoisesti ilman pakkoa tai painostusta, jotta häntä voidaan pitää siitä vastuullisena. Hänellä täytyy myös olla vaihtoehto toimia jollain toisella

tavalla, ellei vaihtoehtoa ole, ihminen on pakotettu toimimaan tietyllä tavalla, eikä häntä voida enää pitää täysin vastuullisena teostaan. (Thompson ym. 2006.) Seuraavaksi kuvailaan yksityiskohtaisemmin käsitteitä oikeus ja velvollisuus, sekä tarkastellaan niitä terveydenhuollon ja tartuntatautipotilaan hoidon näkökulmasta.

2.3.1 Oikeus käsitteenä

Sanakirjamääritelmän mukaan suomen kielessä sana oikeus tarkoittaa ”Jollekin yksilölle (oikeusjärjestyksen mukaan) kuuluva etu tai valta tehdä jotakin” (MOT Kielitoimiston sanakirja 2017). Suomen kielessä sanan oikeus synonyymejä ovat: etuoikeus (etusija, etu, etuus, erioikeus, oikeus, preferenssi, prioriteetti, privilege, privilegio, privilegiumi) ja lupa (suostumus, oikeus, valta, valtuus, valtuutus, prokuura, lisenssi) (MOT Synonyymisanakirja 2018). Englanninkielisellä sanalla ”right” on useita määritelmiä, joilla kaikilla on useita synonyymejä.

- 1) oikea, oikeudenmukainen (just, fair, equitable, good, upright, righteous, virtuous, proper, moral, morally justified, ethical, honourable, honest, principled, lawful, legal)
- 2) oikea, totuudenmukainen (correct, accurate, without error, unerring, exact, precise; accepted, proper, valid, orthodox, conventional, established, official, formal, regular)
- 3) oikea, tilanteeseen sopiva (suitable, appropriate, acceptable, fitting, fit, correct, proper, desirable, preferable, ideal; well suited, well qualified)
- 4) oikea, mahdollinen (opportune, advantageous, favourable, auspicious, propitious, promising, heaven-sent, golden, good, lucky, happy, fortunate, benign, providential, felicitous, timely, well timed, ripe, convenient, expedient, suitable, appropriate, apt, fitting; archaic seasonable)
- 5) oikea, puoli joka on idässä, kun katsotaan pohjoisen suuntaan (on, towards, or relating to the side of a human body or of a thing which is to the east when the person or thing is facing north)
- 6) epävirallisesti täydellinen, täysin (complete, absolute)
- 7) yhteys henkilöön tai ryhmään, joka suosii konservatiivista näkemystä (relating to a person or group favouring conservative views)

(MOT Oxford Dictionary of English 2018, MOT Oxford Thesaurus of English 2017.)

Oikeus on käsite, joka ilmaisee tavoiteltavaa asiaa. Se kuvaa tilaa, miten asioiden tulisi olla, jotta ne olisivat oikein ja hyvin. Oikeudet voidaan jakaa moraalisiin ja laillisiin. Moraaliset oikeudet kuvaavat asioita, joita pidetään eettisesti hyväksytyinä, eikä niihin liity laillisia rangaistuksia. Lailliset oikeudet ovat puolestaan sellaisia, joiden rikkomisesta seuraa lainsäädännön määräämä rangaistus. (Beauchamp & Childress 2009, Leino-Kilpi 2014.)

Oikeudet voidaan jakaa myös yleisiin ja erityisiin oikeuksiin. Yleiset oikeudet koskevat kaikkia. Hyvänä esimerkkinä näistä ovat Yhdistyneiden Kansakuntien yleismaailmalliset ihmisoikeudet (YK 1948). Yleismaailmalliset ihmisoikeudet on johdettu ihmiselämän säilymisen edellytyksistä. Ne kuvaavat tilaa, jota ilman ihmisellä ei ole edellytyksiä kehittyä tai menestyä. Erityiset oikeudet puolestaan koskettavat vain tietyn ryhmän jäseniä. Erityisen oikeuden edellytyksenä on ryhmään kuuluminen, muilla ihmisillä ei välttämättä ole näitä samoja oikeuksia. (Thompson ym. 2006.) Erityisiä oikeuksia ovat esimerkiksi lasten oikeudet (YK 1959), potilaan oikeudet (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992) ja opettajan oikeudet (Perusopetuslaki 1998).

Oikeus voi olla positiivinen tai negatiivinen. Positiivinen oikeus tarkoittaa sitä, että yksilöllä on oikeus tehdä jotain. Negatiivinen oikeus puolestaan tarkoittaa, että yksilöllä on oikeus olla tekemättä jotain. (Leino-Kilpi 2014.) Oikeuden positiivisuutta ja negatiivisuutta voidaan tarkastella myös muiden ihmisten toiminnan kautta. Tässä tapauksessa positiivinen oikeus edellyttää, että joku toinen tekee jotain, jotta toisen oikeudet toteutuvat. Negatiivinen oikeus taas toteutuu silloin, kun joku toinen jättää jotain tekemättä. Negatiiviset oikeudet ovat vahvoja perusoikeuksia. Niiden toteutuminen on yleisesti varmistettu lailla, jolloin niiden rikkomisesta seuraa lain määräämä rangaistus. (Thompson ym. 2006, Beauchamp & Childress 2009.)

2.3.1.1 Potilaan oikeudet

Maailmanlaajuisesti potilaiden oikeudet pohjautuvat yleismaailmallisiin ihmisoikeuksiin. Ihmisoikeuksien mukaan kaikki ihmiset syntyvät vapaina ja tasavertaisina arvoltaan ja oikeuksiltaan. (YK 1948.) Universaalit ihmisoikeudet muodostavat pohjan myös terveydenhuollon toimintaa ohjaaville eettisille periaatteille, joita ovat: ihmisarvon ja autonomian

kunnioittaminen, hyvän tekeminen, pahan välttäminen ja oikeudenmukaisuus (Beauchamp & Childress 2009). Yhteiskunnalla on velvollisuus kunnioittaa ihmisoikeuksia. Tämä pyritään varmistamaan laillisten, taloudellisten, poliittisten ja muiden toimenpiteiden avulla. Yhteiskunnallisen päätöksenteon tavoitteena on turvata yksilön ihmisoikeuksien toteutuminen ja ennaltaehkäistä muiden osapuolien mahdollisuuksia rajoittaa yksilön ihmisoikeuksien toteutumista. (WHO 2015b.)

Suomessa potilaan oikeuksien toteutuminen turvataan useiden eri lakien avulla (Taulukko 1). Lakien mukaan potilaalla on oikeus hoitoon pääsyyn, yhdenvertaiseen terveydenhuoltoon, laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata (Suomen perustuslaki 731/1999, Kansanterveyslaki 66/1972, Terveydenhuoltolaki 1326/2010, Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Jo edellä mainitun tartuntatautilain (2016) tarkoituksena on ehkäistä tartuntatauteja ja niiden leviämistä, sekä niistä ihmisille ja yhteiskunnalle aiheutuvia haittoja. Tartuntatautilain mukaan potilaan oikeuksia voidaan tarvittaessa rajoittaa tartunnan leviämisen estämiseksi esimerkiksi karanteenin ja eristämisen keinoin. (Tartuntatautilaki 1227/2016.)

Taulukko 1. Potilaan oikeuksia koskevia lakeja Suomessa

Laki	Viittaus
Suomen perustuslaki 11.6.1999/731	”Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.”
Kansanterveyslaki 28.1.1972/66	”Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä sairauksien ja tapaturmien ehkäisy mukaan lukien sekä yksilön sairaanhoitoa. Kansanterveystyöstä voidaan käyttää myös nimitystä perusterveydenhuolto.”
Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326	Palvelujen saavutettavuus ja yhdenvertainen saatavuus: ”Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila sekä niihin vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti arvioitu perusteltu tarve edellyttävät.”

	<p>Sairaanhoito: ”Sairaanhoito on toteutettava potilaan lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen tarpeen ja käytettävissä olevien yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti.”</p> <p>Kiireellinen hoito: ”Kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki on annettava sitä tarvitsevalle potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista.”</p>
<p>Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062</p>	<p>”Kunnan, joka on kotikuntalain mukaan henkilön kotikunta, on huolehdittava siitä, että henkilö saa tarpeellisen erikoissairaanhoidon terveydenhuoltolain mukaisesti. Tämän velvoitteen mukaisen erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiirin kuntayhtymään.”</p> <p>”Kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevalle henkilölle on kuitenkin 1 momentin säännöksen estämättä aina annettava sairaanhoitoa.”</p>
<p>Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785</p>	<p>”Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon.”</p>
<p>Tartuntatautilaki 21.12.2016/1227</p>	<p>Karanteeni: ”Jos yleisvaarallisen tartuntataudin tai yleisvaaralliseksi perustellusti epäillyn tartuntataudin leviämisen vaara on ilmeinen eikä taudin leviämistä voida muulla tavoin estää, virkasuhteinen kunnan tartuntataudeista vastaava lääkäri tai virkasuhteinen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tartuntataudeista vastaava lääkäri voi päättää henkilön karanteenista enintään yhden kuukauden ajaksi.”</p> <p>Eristäminen: ”Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän virkasuhteinen tartuntataudeista vastaava lääkäri voi päättää yleisvaaralliseen tai yleisvaaralliseksi perustellusti epäiltyyn tartuntatautiin sairastuneen tai sairastuneeksi perustellusti epäillyn henkilön eristämisestä terveydenhuollon toimintayksikköön enintään kahden kuukauden ajaksi, jos taudin leviämisen vaara on ilmeinen ja jos taudin leviämistä ei voida estää muilla toimenpiteillä.”</p>

Suomessa parhaillaan käynnissä olevan sosiaali- ja terveystalouden rakennemuutoksen tavoitteena on varmistaa koko maassa riittävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut, edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden mahdollisuuksia valita palveluntuottaja ja parantaa palvelujen saatavuutta ja laatua. Yksi palvelurakennemuutukseen liittyvistä keskeisimmistä muutoksista on valinnanvapausmalli, jonka tavoitteena on potilaan oikeuksien laajentami-

nen. Valinnanvapausmallin avulla pyritään siirtymään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmään, jossa asiakas voi vaikuttaa palveluntuottajansa valintaan aikaisempaa enemmän. Asiakkaalla olisi tuolloin oikeus valita palveluntuottaja ja tämän palveluyksikkö, sekä palveluja antavat ammattihenkilöt tai ammattihenkilöiden moniammatillinen ryhmä. (Isotalo 2017, Hallituksen esitysluonnos 2018.)

Lakien lisäksi potilaan oikeuksien toteutumista ohjaavat myös erilaiset eettiset ohjeet ja julistukset. Yksi vanhimmista ”A Patient’s Bill of Rights” on Amerikan Sairaala Yhdistyksen (AHA) alun perin vuonna 1973 laatima, ja vuonna 1992 vahvistama, potilaan oikeuksia kuvaava 12 kohtainen lista. Sen tarkoituksena on vahvistaa potilaan ja terveydenhuoltojärjestelmän välistä luottamusta, potilaan ja terveydenhuollon työntekijöiden välistä suhdetta ja potilaan aktiivista roolia terveydenhuollossa. (American Hospital Association 1992.) Lista on todettu käyttökelpoiseksi, mutta potilaan oikeudet on pyritty esittämään vieläkin tiiviimmässä muodossa. Esimerkiksi Edinburgh Medical Group (1979) on laatinut kolmen kohdan listan, jossa perustavanlaatuisiksi potilaan oikeuksiksi on määritelty oikeus tietoon, yksityisyyteen ja hoitoon. (Thompson ym. 2006.) Suomessa Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunta (ETENE) on määritellyt terveydenhuollon yhteisen arvopohjan ja sen toiminnan eettiset periaatteet. Keskeistä terveydenhuollon yhteisessä arvopohjassa ja eettisissä periaatteissa on ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen ja terveyden edistäminen. (Etene 2001.)

2.3.1.2 Terveydenhuollon ammattilaisen oikeudet

Terveydenhuollon työntekijöiden oikeuksia on kirjallisuudessa käsitelty melko vähän. Tämän on väitetty johtuvan terveydenhuollon työntekijän ja yhteiskunnan välisestä erityisestä sosiaalisesta sopimuksesta (social contract) (Reid 2005). Tällä tarkoitetaan terveydenhuollon työntekijöiden sitoutumista pyyteettömään ja epäitsekkääseen toimintaan yhteisen hyvän vuoksi. Vastapainoksi terveydenhuollon työntekijät saavat oikeuksia ja etuja, kuten ammatin itsesääntely ja ammattiin liittyvän aseman tuoma arvostus yhteiskunnassa. (Reid 2005, Beauchamp & Childress 2009.) Sosiaalinen sopimus yhteiskunnan ja terveydenhuollon työntekijöiden välillä näyttää olevan erityisen vahva länsimaisissa yhteiskunnissa, joissa terveydenhuolto kustannetaan ja ylläpidetään julkisin varoin (Ruderman ym. 2006).

Terveydenhuollon ammattilaisten oletetaan pitävän kiinni sopimuksesta ja noudattavan velvollisuuksiaan. On kuitenkin olemassa tilanteita, joissa terveydenhuollon työntekijöiden katsotaan voivan jättää velvollisuutensa täyttämättä ja kieltäytyä potilaan hoidosta. Tällaisia tilanteita Thompson ym. (2006) on kuvannut olevan esimerkiksi tilanteet, joissa terveydenhuollon ammattilainen ei liian suuren työmäärän vuoksi kykene tarjoamaan riittävää hoitoa potilaalle. Tai tilanteet, joissa terveydenhuollon työntekijä ei koe omaavansa riittävästä kompetenssia hoitaa potilasta. Terveydenhuollon työntekijän katsotaan voivan kieltäytyä potilaan hoidosta myös, jos hoitoa tarvitseva henkilö on loukkaava tai epämiellyttävä, eikä terveydenhuollon ammattilainen halua hoitaa häntä. Näissä tilanteissa kieltäytymisen perustana on oikeudenmukaisuuden periaate, jossa tavoitellaan parasta mahdollista lopputulosta niin potilaalle kuin terveydenhuollon työntekijällekkin. (Thompson ym. 2006.)

Taulukko 2. Työturvallisuus lain kuvaamia työntekijän oikeuksia Suomessa

Laki	Viittaus
Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738	<p>Työnantajan yleinen huolehtimisvelvoite: ”Työnantaja on tarpeellisilla toimenpiteillä velvollinen huolehtimaan työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä.”</p> <p>Erityistä vaaraa aiheuttava työ: ”Jos 10 §:ssä tarkoitettu työn vaarojen arviointi osoittaa, että työstä saattaa aiheutua erityistä tapaturman tai sairastumisen vaaraa, tällaista työtä saa tehdä vain siihen pätevä ja henkilökohtaisten edellytystensä puolesta työhön soveltuva työntekijä tai tällaisen työntekijän välittömässä valvonnassa muu työntekijä.”</p> <p>Henkilönsuojainten, apuvälineiden ja muiden laitteiden varaaminen käyttöön: Työnantajan on hankittava ja annettava työntekijän käyttöön erikseen säädetyt vaatimukset täyttävät ja tarkoituksenmukaiset henkilönsuojaimet, jollei tapaturman tai sairastumisen vaaraa voida välttää tai riittävästi rajoittaa työhön tai työolosuhteisiin kohdistuvilla toimenpiteillä.</p> <p>Työntekijän työstä pidättäytyminen: ”Jos työstä aiheutuu vakavaa vaaraa työntekijän omalle tai muiden työntekijöiden hengelle tai terveydelle, työntekijällä on oikeus pidättäytyä tällaisen työn tekemisestä.”</p>

Suomessa terveydenhuollon työntekijän oikeus turvalliseen työskentelyyn on pyritty turvaamaan lailla (Taulukko 2). Työturvallisuuslain (2002) tavoitteena on varmistaa työympäristön ja -olosuhteiden turvallisuus sekä ennaltaehkäistä ja torjua tapaturmia, ammat-

titauteja ja muita työstä johtuvia terveyshaittoja. Lain avulla työntekijälle taataan myös oikeus pidättäytyä työn tekemisestä, jos työstä aiheutuu vakavaa vaaraa työntekijän omalle tai muiden työntekijöiden turvallisuudelle. (Työturvallisuuslaki 738/2002.) Lain mukaan työntekijän työstä pidättäytyminen on mahdollista, mikäli työstä aiheutuu vakavaa vaaraa, laissa ei kuitenkaan määritellä kenen arvioon työn vakava vaara perustuu.

2.3.2 Velvollisuus käsitteenä

Sanakirjamääritelmän mukaan velvollisuus on ”Se mitä jonkun pitää tehdä säädösten, asemansa, sitoumuksensa, omantuntonsa tms. vuoksi” (MOT Kielitoimiston sanakirja 2017). Suomenkielessä sanan velvollisuus synonyymejä ovat: velvoitus ja vaatimus (MOT Synonymisanakirja 2018). Englanninkieliselle sanalle ”duty” on tietosanakirjassa annettu kolme määritelmää, joilla kaikilla on useita synonyymejä:

- 1) velvollisuus, sosiaalinen voima, joka velvoittaa toimintaan (responsibility, obligation, commitment, obedience, allegiance, loyalty, faithfulness, fidelity, respect, deference, reverence, homage; fealty)
- 2) työ, joka on velvoitettu toteuttamaan moraalista tai laillisista syistä (job, task, chore, assignment, commission, mission, function, charge, part, place, role, concern, requirement, responsibility, obligation; work, burden, onus; pigeon; office)
- 3) vero (tax, levy, tariff, excise, toll, fee, imposition, impost, exaction, tithe, payment, rate; customs, dues; mulct.)

(MOT Oxford Dictionary of English 2018, MOT Oxford Thesaurus of English 2017.)

Velvollisuus voidaan määritellä filosofisena, oikeustieteellisenä tai eettisenä käsitteenä. ”Filosofisena käsitteenä velvollisuus on sellaista toimintaa tai toiminnasta pidättymistä, joka perustuu lakiin, moraalisääntöön, normiin, sitoumukseen tai tapaan. Perusteena voi olla juridinen (legaalinen velvollisuus) tai moraalinen (moraalinen velvollisuus) laki.” (Wikipedia 2018.) Oikeus käsitettä tarkasteltaessa, oikeudet jaettiin negatiivisiin ja positiivisiin oikeuksiin, viitaten teon aktiivisuuteen. Yhtä lailla myös velvollisuudet voidaan jakaa positiivisiin tai negatiivisiin. Positiivinen velvollisuus tarkoittaa velvollisuutta tehdä jotain ja negatiivinen velvollisuus puolestaan velvollisuutta jättää jotakin tekemättä. (Thompson ym. 2006.)

Oikeustieteellisenä käsitteenä velvollisuus tarkoittaa sitä, että yhteiskunnan taholta tuleva paine pyrkii ohjaamaan henkilön käyttäytymistä lain mukaisesti eli tekemään jotain tai jättämään jotain tekemättä. Tähän liittyy olennaisesti se, että yhteiskunnan odottaman käyttäytymisen jäätyä toteutumatta, henkilöön voidaan kohdistaa tehosteita eli sanktioita kuten rangaistuksia, vahingonkorvauksia tai hallintopakkoja. (Thompson ym. 2006.) Viranhaltijoiden kohdalla puhutaan virkavelvollisuuksista. Ne tarkoittavat virkamiehen virkasuhteesseen liittyviä velvollisuuksia, jotka on määritelty oikeussäännöin. (Suomen perustuslaki 1999.)

Eettisenä käsitteenä velvollisuutta voidaan tarkastella moraaliteorioiden kautta, jolloin tarkoituksena on arvioida teon ja toiminnan hyvyttä ja oikeellisuutta. Velvollisuusnormien perusteleminen on yksi etiikan keskeisistä tehtävistä. Konsekventialistisen teorian mukaan toimintaa arvioidaan sen seurausten perusteella. Tekoa pidetään hyvänä, kun se tuottaa mahdollisimman paljon hyviä seurauksia. (Beauchamp & Childress 2009, Repo 2014.) Teon seurauksia on toisinaan kuitenkin vaikea ennustaa, eikä näin ollen teon hyvyttä voida aina arvioida etukäteen. Deontologinen teoria puolestaan arvioi itse tekoa, sen hyvyttä ja oikeellisuutta. Teorian mukaan on olemassa joukko velvollisuuksia, joiden mukaisesti toimimalla voidaan varmistua hyvästä ja oikeasta toimintatavasta. Teoriaa kutsutaan myös velvollisuusetiikaksi. Velvollisuuksien tärkeysjärjestykseen asettaminen ja tilannekohtainen arvioi auttaa ristiriitatilanteiden ratkaisemisessa. (Beauchamp & Childress 2009, Repo 2014.) Velvollisuuksien hierarkkiseen järjestykseen asettaminen on kuitenkin osoittautunut erittäin vaikeaksi, eikä sen ole katsottu aina olevan edes mahdollista (Armstrong 2007).

Yleinen moraalii on jotain, mitä odotetaan kaikilta ihmisiltä riippumatta heidän asemastaan tai ammatistaan. Professionaalinen moraalii puolestaan koskee tietyn ammattiryhmän jäseniä. Se on käyttäytymisnormisto, jonka mukaisesti ammattiryhmän jäsenistön odotetaan toimivan. Päätöksenteko ja toiminta perustuvat ammattiryhmän yhteiseen arvomaailmaan, jonka ryhmän jäsenet ovat yhdessä hyväksyneet. (Beauchamp & Childress 2009.) Moraaliteorioiden yleisperiaatteellisten sääntöjen puuttuessa, eri ammattiryhmät ovat tehneet sisäisiä ohjeita ja koodistoja eli eettisiä ohjeita jäseniensä päätöksenteon tueksi. Niiden tavoitteena on ohjata ammattiryhmän jäseniä profession arvomaailman mukaiseen toimintaan. Eettiset ohjeet ovat kirjallisesti esitettyjä sääntöjä ammattiryhmän yleisesti hyväksymistä ja toivottavista toimintatavoista. (Bandman & Bandman 2002, Ruderman ym. 2006,

Välimäki 2014) Vanhin ja tunnetuin esimerkki ammattiryhmän eettisistä ohjeista on Hippokrateen vala, jonka juuret ovat aina antiikin Kreikassa saakka. Valan vannoivat kaikki lääkärin ammattiin ryhtyvät henkilöt ja siihen pohjautuu edelleenkin esimerkiksi Suomen Lääkäriliiton laatima lääkärinvala. (Lääkäriliitto 2013.) Suomalaisissa hoitotyön eettisissä ohjeissa tuetaan hoitotyöntekijöiden eettistä päätöksentekoa käytännön hoitotyössä. Ohjeissa kuvataan ammattiryhmän jäsenten suhdetta potilaaseen, oman ammattikunnan jäseniin, muihin ammattiryhmiin sekä yhteiskuntaan. Lisäksi eettisissä ohjeissa esitetään kuuvausammattitaidon ylläpitämisestä. (Suomen Kätilöliitto 2004, Sairaanhoitajaliitto 2014, Super 2015.)

Eettisiä ohjeita ovat kansainvälisesti ja Suomessa laatineet niin lääkäreiden kuin hoitotyöntekijöidenkin ammattiliitot ja -järjestöt. Eettisten ohjeiden tulisi sisältää samantyyppisiä periaatteita ammattiryhmästä riippumatta (Välimäki 2014). Ohjeet kuitenkin poikkeavat toisistaan jonkin verran, erityisesti niiden painopistealueet vaihtelevat. Hoitotyön eettisissä ohjeissa painottuu hoitajan ja potilaan välinen suhde ja potilaan hyvinvoinnin turvaaminen (International Council of Nurses 2012, Sairaanhoitajaliitto 2014). Suomessa lääkäreiden eettisissä ohjeissa puolestaan korostetaan potilaan ja lääkärin suhteen lisäksi myös lääkärin yhteiskunnallista vastuuta (Lääkäriliitto 2013), kun taas Amerikan lääkäriyhdistyksen eettiset ohjeet painottavat potilaan oikeuksien toteutumisen turvaamista (AMA 2001). Eri ammattiliittojen eettisten ohjeiden lisäksi Suomessa Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta on laatinut kirjallisesti terveydenhuollon yhteisen arvopohjan, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Joiden tavoitteena on ohjata ja toimia perustana koko terveydenhuollon ammattikunnan toiminnalle ammattinimikkeestä riippumatta. (Etene 2001.)

2.3.2.1 Terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuus tartuntatautipotilaan hoidossa

Ensimmäiset velvollisuus käsitettä koskevat artikkelit terveydenhuollossa ilmestyivät jo 1800-luvun lopulla. Artikkelit käsittelevät terveydenhuoltohenkilökunnan velvollisuutta nimenomaan tartuntatautipotilaan hoitoon liittyen, ensimmäisinä Intian kolera- (1846-1861) ja Venäjän ruttoepidemia (1850-1959). Näissä artikkeleissa velvollisuutta käsiteltiin lääkärin työhön liittyvänä erityisvelvollisuutena, joka koski pääasiassa lääketieteellisen tutkimuksen tekoa. Lääkärin velvollisuus oli kerätä tutkimusaineistoa ja tehdä järjestelmälli-

siä muistiinpanoja havainnoistaan. Velvollisuus ei artikkeleiden mukaan juurikaan koskenut kolera- tai ruttopotilaiden hoitoa. Päinvastoin, artikkeleissa tuotiin esiin muiden lääkärin työhön liittyvien velvollisuuksien, joilla mahdollisesti viitattiin potilastyöhön, estäneen ja hidastaneen tutkimustyö velvollisuuden täyttämistä. (Lewis & Cunningham 1870, Leuman 1898.)

1800-luvun jälkeen velvollisuus käsite esiintyi kirjallisuudessa silloin tällöin erilaisten tartuntatautiepidemioiden yhteydessä, kunnes 1900-luvun loppupuolella artikkelit lisääntyivät selvästi hiv-epidemian ilmaantumisen yhteydessä (Ruutu & Nuorti 2010). Tässä vaiheessa lisääntyivät erityisesti artikkelit, joissa tarkasteltiin velvollisuutta laillisesta näkökulmasta, jossa potilaan ja lääkäreiden oikeuksia punnittiin suhteessa toisiinsa (Derse 1995, White 1999). Vuoden 2003 SARS-epidemia käynnisti kiivaan keskustelun terveydenhuollon henkilökunnan velvollisuudesta hoitaa tartuntatautipotilaita oman terveytensä ja jopa henkensä kustannuksella. SARS-epidemian jälkeen influenssapandemiat ovat puolestaan pitäneet aiheen otsikoissa ja tutkijoiden mielenkiinnon kohteena. Velvollisuus hoitaa -käsite on, pitkästä historiastaan ja laajasta käytöstään huolimatta, jäänyt ilman selkeää määritelmää. (Reid 2005, Malm ym. 2008, Brody & Avery 2009.)

Kanadalainen työryhmä nimesi (2005) Velvollisuus hoitaa -käsitteen yhdeksi pandemia-suunnitelmien avainkysymykseksi, jonka tarkastelussa oleellisia ovat arvot: velvollisuus tarjota hoitoa, vastavuoroisuus, luottamus ja solidaarisuus (Upshur ym. 2005). Myös Maailman Terveysjärjestö WHO käsitteli (2006) asiaa työryhmänsä luonnoksessa, jossa pohdittiin influenssapandemiaan liittyviä eettisiä kysymyksiä. ”Velvollisuus hoitaa” nähtiin yhdeksi keskeisimmistä eettisistä kipukohdista vakavan tartuntatautiepidemian yhteydessä. Luonnoksessa todettiin, etteivät ammattikuntien eettiset ohjeet tarjonneet riittävästi ohjausta asian käsittelyyn. Itse asiassa, iso osa ohjeista ei edes mainitse kyseistä asiaa. (Upshur ym. 2006.) Mielenkiintoinen tekijä eettisissä ohjeissa on, että esimerkiksi Amerikan lääkäriiliiton (AMA) eettisissä ohjeissa (1912) on yli sadan vuoden ajan ollut selkeästi esitetty ohjeistus ammattikunnalle tartuntatautiepidemian aikaisesta toiminnasta: ”...when pestilence prevails, it is their (physicians’) duty to face the danger, and to continue their labours for the alleviation of suffering, even at the jeopardy of their own lives.” (AMA 1912). Kyseinen kohta on kuitenkin poistettu ohjeista 1950-luvulla, eikä kukaan tunnu oikein tietävän miksi tai kenen toimesta näin on tehty (Huber & Wynia 2004).

Suomessa Velvollisuus hoitaa -käsitettä on tarkasteltu Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa ”Kansallinen varautumissuunnitelma influenssapandemiaa varten” (2012). Suunnitelmassa todetaan, ettei terveydenhuoltohenkilökunnan velvollisuutta tarjota hoitoa ja oikeutta suojata omaa terveyttään ole vuosikymmeniin jouduttu sovittamaan yhteen tilanteessa, jossa vakavan taudin riski olisi niin suuri, että se olisi terveydenhuollon henkilökunnalle vaarallinen. Influenssapandemian aikaan riskin katsotaan olevan hallittavissa hyvillä infektioiden torjuntakäytännöillä. Suunnitelmassa tuodaan kuitenkin esille tarve yksityiskohtaisemmalle ohjeistukselle, johon Suomessakin terveydenhuoltohenkilöstön eettisten ohjeiden toivotaan tuovan apua. Eettisissä ohjeissa tulisi nykyistä tarkemmin määrittellä, kuinka suurta henkilökohtaista riskiä terveydenhuollon ammattihenkilöiltä voidaan odottaa tilanteissa, joissa potilaalla/asiakkaalla on vaarallinen tartuntatauti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

2.3.2.2 Terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuuden perusta

Pohdittaessa terveydenhuoltohenkilökunnan velvollisuutta hoitaa tartuntatautipotilaita, on velvollisuuden perustaksi tarjottu vuosien varrella useita eri tekijöitä. Ensimmäisistä velvollisuuden perusteena on laki. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994) velvoittaa terveydenhuollon ammatissa toimivaa työntekijää hoitamaan potilaita, lievittämään potilaiden kärsimystä ja pitämään yllä omaa ammattitaitoaan (Taulukko 3).

Taulukko 3. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa ohjaava laki Suomessa

Laki	Viittaus
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559	<p>Ammattieettiset velvollisuudet: ”Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen.”</p> <p>”Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua.”</p> <p>Täydennyskoulutusvelvollisuus ja jatkuva ammatillinen kehittyminen: Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin.</p>

Lain lisäksi terveydenhuollon ammattilaisten velvollisuuden perustaksi on esitetty useita muitakin tekijöitä, kuten esimerkiksi suostumus, erityistaidot, vastavuoroisuus, eettiset ohjeet ja valat, sekä toiminnalle asetetut standardit (Clark 2005, Ruderman ym. 2006, Brody & Avery 2009).

Käytettäessä suostumusta velvollisuuden perusteena, oletetaan terveydenhuollon työntekijän olevan tietoinen ammattiin liittyvästä riskistä. Tämä perustuu näkemykseen, jonka mukaan ihmiset ovat yleisesti tietoisia terveydenhuollon ammatteihin liittyvästä keskimääräistä suuremmasta riskistä kohdata tartuntatautipotilaita työssään. Terveydenhuoltohenkilökunnan katsotaan jo ammatinvalinnallaan tehneen sopimuksen yhteiskunnan kanssa ja antaneen näin suostumuksensa velvollisuuden täyttämiseen. (Malm ym. 2008.) Suostumuksen käyttöä velvollisuuden perusteena on kuitenkin kritisoitu. Terveydenhuollon ammattiin hakeutuvien, ammatissaan aloittavien tai jo pidempään työskennelleiden työntekijöiden todellista tietoisuutta riskistä ei voida tietää, joten myöskään heidän oletettu suostumuksensa ei ole välttämättä todellista. Suostumusta ei ainakaan voida olettaa olevan, ilman asian selkeää ääneen lausumista. Toinen keskeinen ongelma tietoiseen suostumukseen liittyen on riskin arviointi. Erityisesti uuden tartuntataudin, kuten esimerkiksi SARSin, esiintyessä saattaa todellisen riskin arviointi olla mahdotonta siinä vaiheessa, kun työskentely tartuntatautipotilaan hoidossa on jo aloitettava. (Hsin & Macer 2004, Brody & Avery 2009.)

Koulutuksen, ammatillisen kokemuksen ja erityisharjoituksen ansiosta terveydenhuollon työntekijöillä on erityisiä taitoja ja osaamista, jonka perusteella heitä voidaan velvoittaa hoitamaan tartuntatautipotilaita riskistä huolimatta. Erityisosaamisensa johdosta heillä on muuta väestöä paremmat mahdollisuudet auttaa potilasta ja suojata itseään tartunnalta. (Huber & Wynia 2004.) Koulutus ja osaaminen mahdollistavat rajoitettujen resurssien tehokkaan käytön, ja auttavat näin saavuttamaan enemmän terveyshyötyä isommalle joukolle ihmisiä mahdollisimman nopeasti. Terveydenhuollon ammattilaiset tietävät, miten tartuntariski minimoidaan, joten he pystyvät myös suojaamaan itsensä ja muut ihmiset tartunnalta niin hyvin, kun se on kyseisessä tilanteessa mahdollista. (Clark 2005, Malm ym. 2008.) Erityisosaamisen käyttö velvollisuuden perusteena ei kuitenkaan ole täysin ongelmattonta. Historia on opettanut, ettei edes huippuosaaminen aina suojaaa työntekijää tartun-

nalta. Terveydenhuollon työntekijät ovat, koulutuksesta ja osaamisestaan huolimatta, saaneet tartuntoja, sairastuneet ja jopa menehtyneet työstä saamiensa tartuntojen seurauksena. (Hsin & Macer 2004).

Perusteltaessa terveydenhuoltohenkilökunnan velvollisuutta hoitaa tartuntatautipotilaita vastavuoroisuuden periaatteella, on kyseessä yhteiskunnan, terveydenhuollon organisaation ja terveydenhuollon ammattilaisen välinen sopimus. Yhteiskunnalla ja terveydenhuollon organisaatiolla on velvollisuus huolehtia parhaan kykynsä mukaan työntekijöiden turvallisuudesta. Täyttämällä oman velvollisuutensa yhteiskunta ja terveydenhuollon organisaatio voivat vastavuoroisesti edellyttää myös terveydenhuollon työntekijän täyttävän oman velvollisuutensa sopimuksesta. (Brody & Avery 2009.) Yhteiskunnan ja terveydenhuollon organisaatioiden velvollisuuden toteuttaminen voi ilmetä esimerkiksi täydennyskoulutuksena, ammatin mukana ihmiselle koituvina etuina, organisaation tarjoamina henkilökohtaisina suojaimina, rokotteina, henkivakuutuksina tms. (Upshur ym. 2005.) Perusteen oikeudenmukaisuutta on kuitenkin pohdittu paljon. Kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten velvoittaminen samalla tavalla koetaan epäoikeudenmukaisena, koska esimerkiksi ammatin mukanaan tuomien etuuskien määrä vaihtelee suuresti ammattiryhmien ja yksittäisten työntekijöiden välillä. (Malm ym. 2008.)

Ammattikuntien eettiset ohjeet ja toiminnalle asetetut standardit voidaan myös nähdä tekijöinä, joiden perusteella terveydenhuoltohenkilökunnalla on velvollisuus hoitaa tartuntatautipotilaita. Eettiset ohjeet ja toiminnalle luodut standardit ovat yleisesti jäseniensä hyväksymiä ja ne perustuvat ammatillisen yhteisön yhteiseen arvopohjaan. (Clark 2005, Malm ym. 2008.) Eettisten ohjeiden käyttöä velvollisuuden perusteena on kritisoitu mm. niiden yleisluontoisuuden vuoksi. Ohjeet eivät tarjoa riittävän yksityiskohtaista neuvoa käytännön tilanteissa esiintyvien eettisten ongelmien ratkaisuun. (Ruderman ym. 2006, Välimäki 2014.) Toinen ongelma, joka liittyy eettisten ohjeiden käyttöön velvollisuuden perusteena, on ohjeiden laatijataho. Eettiset ohjeet ovat useissa maissa ammattiliittojen laatimia, kaikki terveydenhuollon ammattilaiset eivät kuitenkaan ole ammattiliittojen jäseniä. Voidaanko siis velvollisuutta perustella ainoastaan ammattiryhmällä vai edellyttääkö se ohjeen laatineeseen liittoon kuulumista? (Clark 2005.)

Terveydenhuollon henkilökunnan velvollisuuteen hoitaa tartuntatautipotilaita liittyy eettisiä ongelmia (Upshur ym. 2005). Ongelmien ratkaisuksi velvollisuutta on tarkasteltu useasta eri näkökulmasta ja sitä on pyritty perustelemaan eri tavoilla (Clark 2005, Ruderman ym. 2006, Brody & Avery 2009). Yksikään näistä perusteista ei ole kuitenkaan pystynyt täysin ratkaisemaan ongelmallista tilannetta, vaan kaikkien perusteiden käyttöön liittyy runsaasti ristiriitaisuuksia ja rajoituksia (Hsin & Macer 2004, Malm ym. 2008, Välimäki 2014). Terveydenhuollon työntekijät ja hallinto tarvitsevat kuitenkin yksityiskohtaisempaa tukea tilanteeseen liittyvään päätöksentekoon (Upshur ym. 2005, Brody & Avery 2009). Toimintasuositusten laatiminen, esimerkiksi eettisten ohjeiden muodossa, edellyttää asian syvällistä ymmärtämistä. Tämän vuoksi on tärkeää analysoida ja selkeästi määritellä tapahtumaan liittyvät käsitteet, joista yksi keskeisimmistä on ”Velvollisuus hoitaa”.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on analysoida, kuvata ja määritellä käsite ”Velvollisuus hoitaa” (engl. Duty to care) tartuntatautipotilaan hoidossa empiirisen kirjallisuuden pohjalta. Lisäksi tutkimuksessa selvitetään, miten käsitettä on aiemmin tutkittu.

Tavoitteena on ymmärtää Velvollisuus hoitaa -käsitteen käyttö ja merkitys tartuntatautipotilaan hoidossa, määritellä käsitteen ominaispiirteet ja tunnistaa sen käyttötavat, ennakkoehdot ja seuraukset. Selkeästi määritellyn käsitteen avulla voidaan auttaa terveydenhuoltoa tunnistamaan, analysoimaan ja ratkaisemaan tartuntatautipotilaan hoitoon liittyviä eettisiä ongelmia. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää terveydenhuoltohenkilökunnan koulutuksessa, kliinisessä työssä ja hallinnollisessa päätöksenteossa. Tuloksia voidaan hyödyntää tartuntatautipotilaan hoitoa koskevien toimintaohjeiden, -suositusten, eettisten ohjeiden ja lainsäädännön laadinnassa. Tulosten toivotaan lisäävän yleistä eettistä keskustelua tartuntatautipotilaan hoitoon liittyen kaikilla etiikan tarkastelun tasoilla. Tutkimuksen tavoitteena on lisäksi muodostaa kokonaiskäsitys Velvollisuus hoitaa -käsitteeseen liittyvästä tutkimuksesta tartuntatautipotilaan hoidon kontekstissa, sekä tunnistaa tutkimustiedossa olevia puutteita ja esittää jatkotutkimusehdotuksia.

Tutkimuksen avulla haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Miten Velvollisuus hoitaa -käsitettä on tutkittu tartuntatautipotilaan hoidon kontekstissa?
- 2) Mitkä ovat Velvollisuus hoitaa -käsitteen käyttötavat, ennakkoehdot, ominaispiirteet ja seuraukset tartuntatautipotilaan hoidossa?
- 3) Mikä on Velvollisuus hoitaa -käsitteen määritelmä empiirisen tutkimuksen perusteella tartuntatautipotilaan hoidossa?

4 TUTKIMUSMENETELMÄ

4.1 Käsiteanalyysi ja hybridimalli

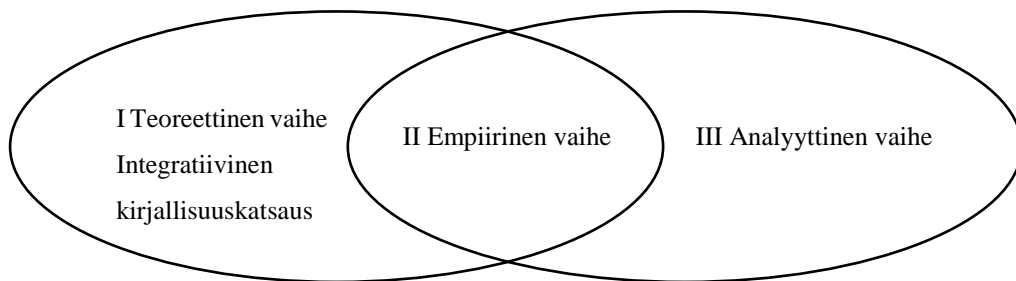
Käsitteet ovat usein abstrakteja, ajattelemalla luotuja mielikuvia todellisuudesta. Niitä käytetään tieteellisessä ajattelussa ja ihmisten välisessä kommunikoinnissa käsiteltäessä moniulotteisia ilmiöitä. (Leino-Kilpi 2010, Chinn & Kramer 2011.) Tieteellisessä ajattelussa käsitteen täsmällinen määrittely on tärkeää. Käsitteen avulla kohdeilmiö ja siihen liittyvät keskeiset piirteet ja kysymykset on kyettävä ilmentämään selvästi. Käsitteet ovat tiedonkehittämisen ja teorianmuodostuksen perusta. (Meleis 2007, Puusa 2008, Chinn & Kramer 2011.) Käsitteitä ilmaistaan sanoilla tai termeillä, joita käytetään ihmisten välisessä kommunikoinnissa (Suhonen & Vaartio-Rajalin 2010). Käsiteanalyysi on prosessi, jossa pyritään määrittelemään käsitteen merkitys tieteenalalle ja löytämään käsitettä kuvaavat ominaispiirteet, joiden perusteella se on tunnistettavissa. Käsiteanalyysin tuloksena saavutetaan kielellinen määritelmä käsitteelle. Käsiteanalyysillä on tärkeä rooli hoitotieteen teorian muodostuksessa ja käsitteiden operationalisoinnissa. (Meleis 2007, McEwen & Wills 2011.)

Käsitteen tarkastelun filosofinen lähestymistapa ohjaa käsiteanalyysimenetelmän valintaa. Dispositionaalisen lähestymistavan mukaan käsitteet kuvaavat tapaa tai kykyä toimia ja käyttäytyä, nämä käsitteet ilmenevät usein inhimillisen toiminnan kautta. Lähestymistavan mukaan toimijalta edellytetään kykyä toteuttaa käsitteen ilmenemisen kannalta merkityksellisiä toimintoja sanojensa, tekojensa tai ajatuksiensa avulla. (Rodgers 2000, Leino-Kilpi 2010.) Velvollisuus hoitaa -käsitettä tarkasteltiin tässä tutkimuksessa dispositionaalisen lähestymistavan kautta. Se soveltuu sellaisten käsitteiden tarkasteluun, jotka ilmenevät ihmisten välisessä toiminnassa ja joissa käsitteen olemassaolo saa aikaan inhimillistä toimintaa tai käyttäytymistä (Rodgers 2000).

Käsiteanalyysimenetelmänä tässä tutkimuksessa oli Donna Schwartz-Barcottin ja Hesook Suzie Kimin hybridimalli. Hybridimalli soveltuu tilanteisiin, joissa määrittelyn kohteena oleva käsite on tiiviisti yhteydessä käytännön hoitotyöhön (Schwartz-Barcott & Kim 2000). Hybridimallia on käytetty käsiteanalyysimenetelmänä hoitotieteen eettisten käsitteiden analysoinnissa. Sen avulla on esimerkiksi selkiytetty käsitteitä edunvalvonta (Vaartio 2008) ja suru (Zucker ym. 2014), kehitetty käsitettä herkkyys (Sayers & Vries 2008) ja

analysoitu käsitteitä moraalinen rohkeus (Sadooghiasl ym. 2018) ja kulttuurinen kompetenssi (Ikonen 2007). Kaikille edellä mainituille analyyseille on yhteistä tutkittavan käsitteen tiivis yhteys käytännön hoitotyöhön.

Hybridimalli koostuu kolmesta vaiheesta: teoreettinen, empiirinen ja analyyttinen. Vaiheet etenevät kronologisesti, mutta toteutuvat todellisuudessa osittain päällekkäisinä (Kuvio 1). Mallin tavoitteena on, laajan kirjallisuuskatsauksen ja terveydenhuollon käytännöstä kerätyn empiirisen aineiston yhdistämisen ja analyysin perusteella, muodostaa määritelmä tutkittavasta käsitteestä. (Schwartz-Barcott & Kim 2000.)



Kuvio 1. Hybridimallin peruselementit (mukailtu Schwartz-Barcott & Kim 2000 s.131)

Mallin ensimmäinen vaihe on puhtaasti teoreettinen muuten, paitsi käsitteen valinnan osalta. Hybridimallin avulla analysoidut käsitteet ovat suoraan käytännön hoitotyöstä johdettuja. Käsitteen valinnan jälkeen teoreettisessa vaiheessa toteutetaan laaja kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena on tuottaa työmääritelmä käsitteestä. Mallin seuraava vaihe on empiirinen vaihe, jossa kerätään laadullinen aineisto käsitteen ilmenemisestä käytännössä. (Schwartz-Barcott & Kim 2000.) Alkuperäisen mallin (1986) mukaan empiirinen vaihe muodostui havainnointiaineistosta, mutta viime vuosina on käytetty myös muita laadullisia aineistonkeruumenetelmiä, kuten haastattelua (Zucker ym. 2014). Laadullinen aineisto toimii teoreettisen vaiheen kirjallisuuskatsauksen avulla saavutetun työmääritelmän vertailuaineistona. Empiirisen aineiston ei ole kuitenkaan tarkoitus ainoastaan vahvistaa teoreettisen vaiheen määritelmää, vaan tarjota uutta näkökulmaa käsitteen tarkastelulle, erityisesti sen merkityksen osalta. (Jasemi ym. 2017.) Tämä edellyttää tutkijalta kykyä tarkastella empiiristä aineistoa avoimesti ilman työmääritelmän luomia rajoitteita. Mallin viimeisenä vaiheena on analyyttinen vaihe. Tämän vaiheen tarkoituksena on analysoida ja syntetisoida teoreettisen ja empiirisen vaiheen aineistot yhtenäiseksi kokonaisuudeksi ja

muodostaa lopullinen määritelmä analyysin kohteena olevasta käsitteestä. (Schwartz-Barcott & Kim 2000.)

Tässä pro -gradu tutkielmassa toteutettiin ja raportoitiin mallin ensimmäinen eli teoreettinen vaihe (Kuvio 1). Teoreettisen vaiheen menetelmänä oli integratiivinen kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on koota systemaattisesti tutkijoiden aiemmin saavuttamat tiedot aiheesta, analysoida ne ja syntetisoida tieto uudelleen kokonaisuudeksi, joka vastaa kirjallisuuskatsaukselle asetettuihin tutkimuskysymyksiin (Evans 2008, Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015). Integratiivinen kirjallisuuskatsaus toteutettiin systemaattista lähestymistapaa käyttäen. Tämä tarkoittaa, että katsauksen toteuttamisessa on pyritty täsmällisyyteen, tarkkuuteen ja toistettavuuteen sen kaikissa vaiheissa. (Booth ym. 2016.)

4.2 Integratiivinen kirjallisuuskatsaus

Integratiivinen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa aiheesta, josta on jo olemassa tutkittua tietoa. Kirjallisuuskatsausmenetelmänä integratiivinen katsaus soveltuu eri tutkimusasetelmilla ja menetelmillä saavutetun tiedon analysointiin ja syntetisointiin, ja sitä voidaan käyttää erilaisiin tutkimustarkoituksiin. (Evans 2008, Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, Holly ym. 2017.) Integratiivinen kirjallisuuskatsaus soveltuu hoitotieteelle tyypillisten, moniulotteisten ja abstraktien käsitteiden tarkasteluun ja määrittelyyn. (Whittemore & Knafl 2005, Holly ym. 2017.) Integratiivista katsausta on käytetty muun muassa käsitteiden sinnikkyys (Aburn ym. 2016) ja arvokkuus (Guo & Jacelon 2014) tutkimisessa ja määrittelyssä. Menetelmän todettiin soveltuvan hyvin hoitotieteen eettisten käsitteiden tarkasteluun (Guo & Jacelon 2014, Aburn ym. 2016).

Integratiivinen kirjallisuuskatsaus ja systemaattinen kirjallisuuskatsaus ovat eri asioita, vaikka katsaustyypeissä on useita yhtymäkohtia (Whittemore & Knafl 2005). Menetelmänä integratiivinen kirjallisuuskatsaus asettuu systemaattisen ja narratiivisen katsauksen väliin, sisältäen elementtejä molemmista katsaustyypeistä (Evans 2008, Suhonen ym. 2015). Tutkimuskysymykset ja alkuperäistutkimuksien heterogeenisyys ovat integratiivisessa katsauksessa tyypillisesti laajempia kuin systemaattisissa katsauksissa, mutta tutkimusprosessin toteuttaminen ja eteneminen on systemaattisempaa kuin narratiivisissa kat-

sauksissa (Holly ym. 2017). Tässä tutkimuksessa integratiivinen katsaus toteutettiin systemoidun katsauksen menetelmällä, jolla tarkoitetaan katsauksen järjestelmällistä tiedonhakuprosessia sekä tutkimusprosessin järjestelmällistä etenemistä ennalta sovittujen vaiheiden mukaisesti. Tämän tarkoituksena on vähentää ennakoasenteiden vaikutusta katsausprosessiin ja sen tuloksiin (Lehtiö & Johansson 2015, Booth ym. 2016, Hopia ym. 2016).

Kirjallisuuskatsauksen viitekehyksenä käytettiin alun perin Cooperin (1998) kehittämää viisivaiheista prosessia, jota Whitemore ja Knafl (2005) ovat muokanneet integratiiviseen kirjallisuuskatsaukseen soveltuvaksi. Prosessin viisi vaihetta ovat: ongelman määrittely, kirjallisuushaku, aineiston arviointi, aineiston analysointi ja aineiston esittäminen. (Cooper 1998, Whitemore & Knafl 2005, Evans 2008, Holly ym. 2017.) Integratiivisen katsauksen viisivaiheinen prosessi (Whitemore & Knafl 2005) on laajasti hoitotieteessä käytetty menetelmä (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, Aburn ym. 2016, Cowdell ym. 2017). Seuraavaksi tarkastellaan ja esitetään kirjallisuuskatsausprosessin vaiheittainen toteutus, aloittaen ongelman määrittelystä, edeten kirjallisuuden hakuun ja aineiston arviointiin, siirtyen aineiston analysoinnin kautta katsauksen viimeiseen vaiheeseen eli aineiston esittämiseen.

4.2.1 Ongelman määrittely

Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen vaihe on ongelman määrittely, joka koostuu tutkittavan käsitteen valinnasta ja tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymysten määrittelystä. Hybridimallin avulla analysoidut käsitteet ovat tyypillisesti kiinteässä yhteydessä hoitotyön käytäntöön. Schwartz-Barcott ja Kim (2000) toteavat, että parhaiten heidän analyysimenetelmälleen sopivat käsitteet löytyvät tilanteista, joita hoitotyössä kohdataan yllättäen ja jotka saavat aikaan jonkinasteista epätietoisuutta tai tunnereaktioita. (Schwartz-Barcott & Kim 2000.)

Terveydenhuollon käytännössä Velvollisuus hoitaa -käsite ilmenee tartuntatautipotilaan hoidon yhteydessä. Infektio-osaston henkilökunta kohtaa säännöllisesti tilanteita, jotka liittyvät terveydenhuoltohenkilökunnan velvollisuuteen hoitaa tartuntatautipotilaita. Vakavasti sairaan tarttuvaa tautia sairastavan potilaan saapuessa osastolle, henkilökunnan keskuudessa voi havaita useita eri reagointi- ja toimintatapoja. Osa työntekijöistä ei kyseenalaista velvollisuuttaan hoitaa potilasta millään tavoin, vaan potilaan hoitaminen on heille

itsestäänselvyys. Osa työntekijöistä ilmoittaa välittömästi, etteivät he aio osallistua potilaan hoitoon. He vetoavat johonkin henkilökohtaiseen tekijään esimerkiksi raskauteen, jonka vuoksi he eivät voi hoitaa potilasta. Kolmas havaittu reagoititapa on ehtojen asettaminen. Tyypillistä on edellyttää, että työntekijät saavat käyttöönsä henkilökohtaisia suojaimia tai, että he saavat yksilöllistä ohjausta ja koulutusta kyseisen potilaan hoitoon. Tilanne herättää kysymyksen: Mikä on se tekijä, joka saa työntekijät toimimaan ja käyttäytymään eri tavoin? Mistä tilanteesta pohjimmiltaan on kyse? Velvollisuus hoitaa -käsitteen esiintyminen terveydenhuollon käytännössä on todennettu, tämän kirjallisuuskatsauksen avulla halutaan selvittää, esiintyykö käsite myös kirjallisuudessa.

Tutkittavan käsitteen valinnan jälkeen seuraa tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymysten määrittely. Tätä pidetään integratiivisen kirjallisuuskatsauksen tärkeimpänä vaiheena (Whittemore 2008). Tässä vaiheessa määritellään tutkimuksen keskeiset käsitteet, tutkimuksen kohdejoukko ja tutkimuskysymykset. Määrittelyt toimivat lähtökohtana kirjallisuuden hakuprosessille, ja niihin tutkija perustaa ratkaisunsa läpi koko tutkimusprosessin. (Whittemore & Knafl 2005, Whittemore 2008, Holly ym. 2017.) Integratiivinen katsaus on menetelmä, joka mahdollistaa tutkimusaiheen laajan ja syvällisen tarkastelun. Menetelmän avulla on mahdollista yhdistää aiempi empiirinen ja teoreettinen tieto tutkimusaiheesta, sekä eri tutkimusmenetelmillä saavutettu tieto. Eri tietolähteiden avulla saavutettu tieto osoittaa tutkimusaihetta koskevan tiedon tilan tiedemaailmassa ja mahdollistaa tutkimusaihetta koskevan kokonaisvaltaisen ymmärryksen muodostumisen. (Whittemore & Knafl 2005, Holly ym. 2017.)

Tässä tutkimuksessa kirjallisuuskatsaus rajattiin käsittelemään empiirisiä tutkimuksia. Ratkaisuun päädyttiin, vaikka Velvollisuus hoitaa -käsitteestä on tehty 2000-luvulla teoreettisia artikkeleita (Clark 2005, Reid 2005, Upshur ym. 2005, Upshur ym. 2006, Malm ym. 2008, Brody & Avery 2009). Artikkelit tarkastelevat Velvollisuus hoitaa -käsitettä, nimenomaan tartuntatautipotilaan hoidon kontekstissa, niissä analysoidaan ja pohditaan käsitteen olemassaoloa, merkitystä ja ominaisuuksia teoreettisesti. Kaikkia edellä mainittuja teoreettisia artikkeleja oli kuitenkin jo hyödynnetty katsaukseen valituissa empiirisissä tutkimuksissa. Teoreettisia lähteitä oli käytetty empiiristen tutkimuksien viitekehyksinä (Civaner & Arda 2008, Damery ym. 2010), kyselylomakkeen laadinnan perustana (Ritvo ym. 2010, Ritvo ym. 2013) tai tutkimuksien taustatietoina (Bensimon ym. 2007, Chilton ym. 2016),

joita vasten tutkimustuloksia oli tarkasteltu. Näin ollen teoreettinen tieto aiheesta sisältyi empiirisiin tutkimuksiin.

Terveydenhuollon ammattilaisten eettisten ohjeiden mukaanottoa kirjallisuuskatsaukseen pohdittiin myös. Ne päädyttiin kuitenkin jättämään pois, koska Upshur ym. (2006) työryhmineen on toteuttanut katsauksen terveydenhuollon ammattilaisten eettisistä ohjeista. He havaitsivat, että 61:stä ohjeesta lähes puolessa ei ollut lainkaan mainintaa käsitteestä ”Velvollisuus hoitaa”, 23:ssa ohjeessa käsite oli määritelty hyvin yleisellä tasolla ja vain kahdeksan ohjetta tarjosi jonkinlaisen määritelmän käsitteelle. Määritelmät olivat hyvin samankaltaisia Amerikan Lääkäriliiton (2001) eettisten ohjeiden määritelmän kanssa:” Because of their commitment to care for the sick and injured, individual physicians have an obligation to provide urgent medical care during disasters. This ethical obligation holds even in the face of greater than usual risks to their own safety, health or life. The physician workforce, however, is not an unlimited resource; therefore, when participating in disaster responses, physicians should balance immediate benefits to individual patients with ability to care for patients in the future” (AMA 2010). AMA:n määritelmää oli käytetty laajalti (Arnow ym. 1989, Bresolin & Rinaldi 1990, Sugarman ym. 1996, Shabanowitz & Reardon 2009) katsaukseen valittujen empiiristen tutkimuksien taustainformaatio ja pohdinta osuuksissa. Joten tämäkin määritelmä sisältyi empiirisiin tutkimuksiin.

4.2.2 Kirjallisuushaku

Integratiivisen katsauksen toisessa vaiheessa toteutetaan kirjallisuushaku. Tässä katsauksessa kirjallisuushaku toteutettiin systematisoidun kirjallisuuskatsauksen menetelmällä, jossa keskeistä on tiedonhaun järjestelmällisyys (Lehtiö & Johansson 2015). Kirjallisuuden hakuprosessin tavoitteena integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa on saavuttaa mahdollisimman laajasti kaikki tutkimusaihetta käsittelevä relevantti tieto (Whittemore & Knafel 2005, Evans 2008), käytännössä tämä ei kuitenkaan aina onnistu (Flinkman & Salanterä 2007). Pyrkimyksenä on kuitenkin käyttää kaikkia mahdollisia keinoja alkuperäisaineistojen saavuttamiseksi (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015).

Velvollisuus hoitaa -käsitettä kuvaavat hakusanat valittiin käyttäen apuna sanakirjoja ja synonyymisanastoja, sekä perehtymällä aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen. Velvollisuus

hoitaa -käsitettä koskeva tutkimusartikkeli: ”A qualitative study of the duty to care in communicable disease outbreaks” (Bensimon ym. 2007) löytyi jo ennen varsinaiseen katsaukseen ryhtymistä. Artikkelia oli tämän katsauksen tutkimusaiheen kannalta keskeinen. Artikkelia hyödynnettiin hakusanojen ja termien valinnassa, samalla tarkastettiin eri tietokantojen tiedot artikkelista ja siihen liittyvistä asiasanoista. (Lehtiö & Johansson 2015.) Vapaa-hakusanoina käytettiin hakusanoja: duty, obligation, responsibility, commitment ja engagement. Hakufraaseina käytettiin: ”duty to care”, ”duty to treat”, ”willingness to care”, ”willingness to treat”, ”refusal to care” ja ”refusal to treat”. Hakufraaseihin yhdistettiin systemaattisesti aina sekä termi ”treat” että ”care”, koska molempia käytetään tässä yhteydessä kuvaamaan samaa asiaa. ”Willingness”-termi otettiin mukaan hakulausekkeeseen, koska sitä käytetään usein velvollisuuden lähikäsitteenä. Ja ”refusal”-termi puolestaan otettiin mukaan, koska sitä käytetään usein velvollisuuden vastakäsitteenä. Hakusanaa ”ethic” käytettiin kohdentamaan haku käsitteen eettiseen tarkasteluun. PubMed-tietokannassa hakulausekkeessa käytettiin MESH-asiasanoja ja CINAHL-tietokannassa MH-asiasanoja. Kirjallisuushaun tietokantakohtaiset hakulausekkeet on esitetty taulukossa 4. Lopulliset hakulausekkeet tarkistettiin yhdessä Turun yliopiston kirjaston informaatikon kanssa, hakustrategian luotettavuuden lisäämiseksi (Booth ym. 2016).

Kirjallisuushaku tehtiin 28.4.2017 Scopus, PubMed, CINAHL, Web of Science Core Collection ja Medic -tietokannoista, jotka ovat keskeisiä hoitotieteen ja lääketieteen tutkimuksessa käytettyjä tietokantoja (Lehtiö & Johansson 2015, Holly ym. 2017). Lisäksi hakua täydennettiin manuaalisella haulla, käymällä läpi valittujen artikkeleiden lähdeluettelot ja etsimällä niistä tutkimuskysymyksien kannalta relevantteja tutkimusartikkeleita, jotka eivät olleet löytyneet tietokantahakujen avulla (Evans 2008, Booth ym. 2016).

Taulukko 4. Kirjallisuushaun tietokantakohtaiset hakulausekkeet

Tieto- kanta	Hakulauseke
Scopus	TITLE-ABS-KEY (duty OR duties OR obligation* OR responsibilit* OR commitment* OR "duty to care" OR "duty to treat" OR "willingness to care" OR "willingness to treat" OR "refusal to care" OR "refusal to treat" OR "moral obligation*") AND TITLE-ABS-KEY ("communicable disease*" OR "infectious disease*" OR contaminat* OR contagio* OR transmission* OR epidemic* OR pandemic* OR "epidemic outbreak*" OR "disease outbreak*") AND TITLE-ABS-KEY
PubMed	(duty OR duties OR obligation* OR responsibilit* OR commitment* OR "duty to care" OR "duty to treat" OR "willingness to care" OR "willingness to treat" OR "refusal to care" OR "refusal to treat" OR "Moral Obligations"[Mesh] OR "Refusal to Treat"[Mesh]) AND (communicable disease* OR infectious disease* OR contaminat* OR contagio* OR transmission* OR epidemic* OR pandemic* OR epidemic outbreak* OR "Communicable Diseases"[Mesh] OR "Disease Transmission, Infectious"[Mesh] OR "Disease Outbreaks"[Mesh]) AND (ethic* OR moral* OR "Ethics"[Mesh] OR "ethics" [Subheading] OR "Morals"[Mesh])
CINAHL	(duty OR duties OR obligation* OR responsibilit* OR commitment* OR "duty to care" OR "duty to treat" OR "willingness to care" OR "willingness to treat" OR "refusal to care" OR "refusal to treat") AND ("communicable disease*" OR "infectious disease*" OR contaminat* OR contagio* OR transmission* OR epidemic* OR pandemic* OR "epidemic outbreak*" OR MH "Disease Outbreaks") AND (ethic* OR moral* OR MH "Ethics+")
Web of Science	(TOPIC: duty OR duties OR obligation* OR responsibilit* OR commitment* OR "duty to care" OR "duty to treat" OR "willingness to care" OR "willingness to treat" OR "refusal to care" OR "refusal to treat" OR "moral obligation*") AND TOPIC: ("communicable disease*" OR "infectious disease*" OR contaminat* OR contagio* OR transmission* OR epidemic* OR pandemi* OR "epidemic outbreak*" OR "disease outbreak*") AND TOPIC: (ethic* OR moral*)
Medic	velvollisuu* vastuu* sitoutumi* duty duties obligation* responsibilit* commitment* engagement* "duty to care" "duty to treat" "willingness to care" "willingness to treat" "refusal to care" "refusal to treat" "Moral Obligation*" AND tartunta* kontamin* epidemia infektio* "communicable disease*" "infectious disease*" contaminat* contagio* transmission* epidemic* pandemi* epidemic outbreak*" AND etiikka eetti* moraali* ethic* moral*

Elektronisten tietokantahakujen tuloksena saatiin yhteensä 3559 hakutulosta, lisäksi kaksi artikkelia löydettiin manuaalisen haun perusteella. Tutkimuksien valinta tehtiin kolmivaiheisen prosessin avulla (Kuvio 2). Ensimmäisessä vaiheessa hakutuloksista luettiin otsikot. Usein jo pelkän otsikon perusteella voidaan arvioida, onko tutkimus aiheen kannalta relevantti (Booth ym. 2016). Mikäli otsikko ei tarjonnut riittävästi informaatiota tutkimuksesta, luettiin samassa yhteydessä myös tutkimusartikkelin tiivistelmä. Otsikon ja tiivistelmän perusteella katsaukseen valittiin 146 artikkelia. Seuraavassa vaiheessa poistettiin kaksoiskappaleet. Kaksoiskappaleiden poiston jälkeen jäljelle jäi 78 artikkelia. Kaikki 78 alkupe- räisartikkelia saatiin luettavaksi, vaikka osa artikkeleista oli julkaistu lähes 30 vuotta sitten ja osa osoittautui maksullisiksi. Artikkelit saatiin elektronisten tietokantojen kautta, yli- opistokirjastojen varastotietokannasta ja ottamalla yhteyttä suoraan tutkijaan tai artikkelin julkaisseen lehden päätoimittajaan. Tutkimuksien valinnan viimeisessä vaiheessa 78 artik- kelia luettiin kokonaisuudessaan. Näistä katsaukseen valittiin 40 artikkelia, neljästä elekt- ronisesta tietokannasta ja manuaalisen haun perusteella.

Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi aineiston valinta tehtiin kahden tutkijan itsenäi- sen työskentelyn perusteella (CRD 2008, Booth ym. 2016), yksityiskohtaisten sisäänotto- ja poissulkukriteereiden ohjaamana (Taulukko 5). Tutkimuksien valinnan ensimmäisessä vaiheessa mukaan otettiin kaikki tutkimukset, jotka jompikumpi tutkijoista oli arvioinut otsikon tai tiivistelmän perusteella katsauksen aiheen kannalta relevantiksi. Kokotekstivai- heen jälkeen tutkimuksien valinnasta vallitsi tutkijoiden kesken 90%:n yksimielisyys. Ar- viointituloksista keskusteltiin ja lopullinen valinta tutkimuksen hyväksymisestä tai hylkää- misestä tehtiin yhteisellä päätöksellä. Koko valintaprosessi ja kaikki päätöksen taustalla olevat perustelut dokumentoitiin yksityiskohtaisesti (Booth ym 2016, Holly ym. 2017).

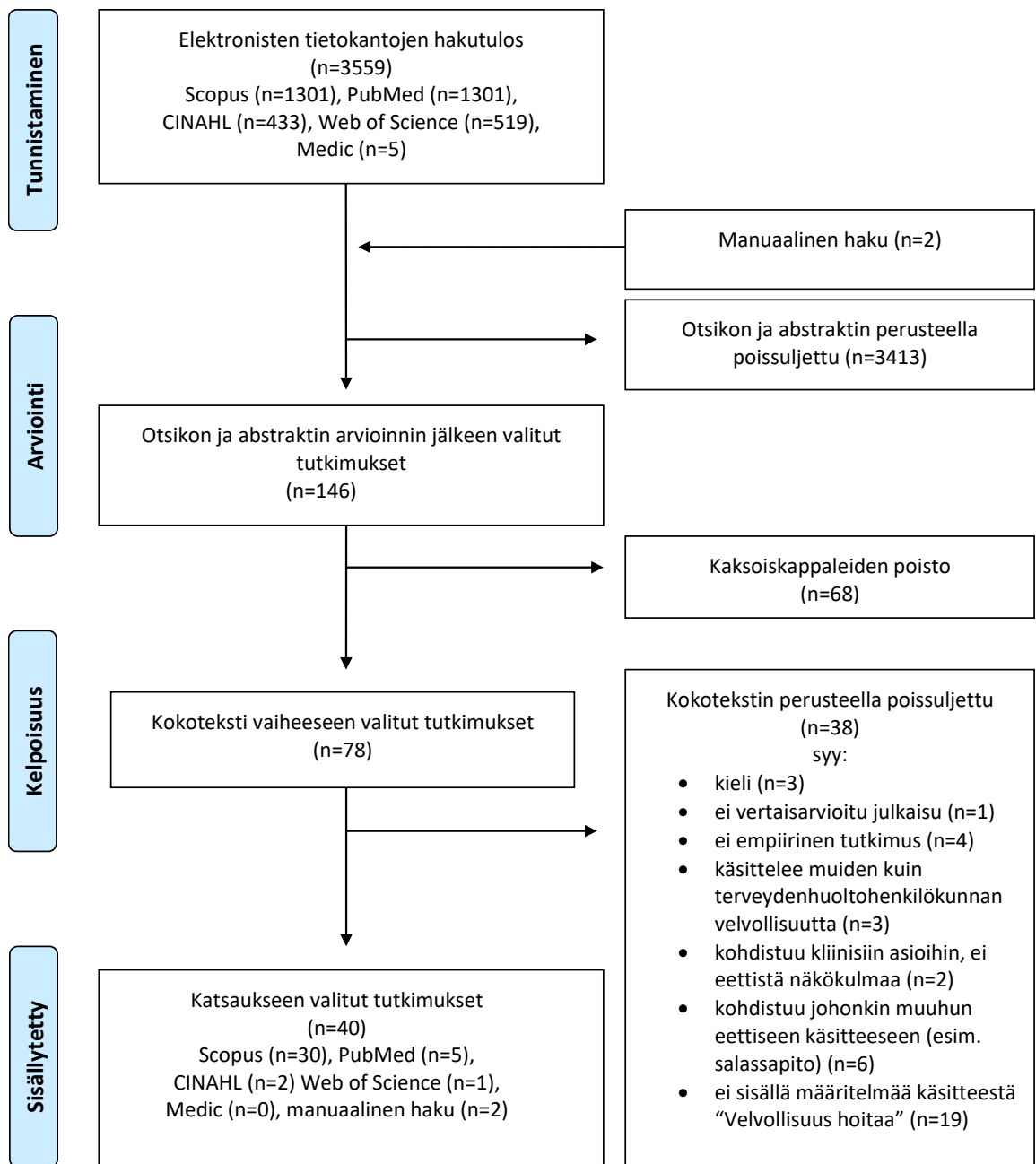
Sisäänotto- ja poissulkukriteereiden tarkoituksena on auttaa tutkijaa kohdentamaan valin- tansa tutkimuskysymyksiensä kannalta olennaisiin tutkimuksiin. Tarkkojen kriteereiden käyttö vahvistaa katsauksen systemaattisuutta ja luotettavuutta, vähentämällä subjektiivista valikoitumisharhaa. (Khan ym. 2003, Booth ym. 2016.) Tässä tutkimuksessa sisäänottokri- teereiden perusteella pyrittiin varmistamaan, että katsaukseen saatiin mukaan kaikki Vel- vollisuus hoitaa -käsitettä koskevat tutkimukset, jotka täyttävät tieteellisille tutkimuksille asetetut kriteerit. Kielirajaus jouduttiin tekemään englannin-, suomen- ja ruotsinkielisiin julkaisuihin tutkijoiden kielitaidon rajallisuuden vuoksi. Poissulkukriteereiden avulla puo-

lestaan pyrittiin kohdentamaan tutkimuksien valinta tutkimuskysymyksen kannalta relevantteihin tutkimuksiin. Aikarajausta ei tehty, koska käsitteen esiintyminen tutkimuksissa eri aikakausina on tutkimusaiheen syvemmän ymmärtämisen kannalta tärkeää. Katsaukseen otettiin mukaan kaikki artikkelit, jotka täyttivät sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Taulukko 5. Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Englannin-, suomen- tai ruotsinkielinen artikkeli	Tutkimus kohdistuu potilaan, omaisten tai muiden kuin terveydenhuollon työntekijöiden velvollisuuteen
Vertaisarvioitu julkaisu	Artikkeli ei tarjoa määritelmää käsitteelle "Velvollisuus hoitaa"
Empiirinen tutkimus	Teoreettinen artikkeli
Tutkimus kohdistuu käsitteisiin: "Velvollisuus hoitaa", "Halukkuus hoitaa" tai "Kielletty hoitamasta"	Tutkimus kohdistuu johonkin muuhun eettiseen käsitteeseen
Tutkimus käsittelee terveydenhuoltohenkilökunnan velvollisuutta	
Tutkimuksessa tarkastellaan velvollisuutta tartuntatautipotilaan hoitoon liittyen	

Sisäänotto- ja poissulkukriteereiden perusteella 38 artikkelia jätettiin katsauksen ulkopuolelle. Yleisin syy katsauksen ulkopuolelle jättämiseen oli se, ettei artikkeli sisältänyt määritelmää käsitteestä "Velvollisuus hoitaa" (Kuvio 2). Muita syitä tutkimuksen poissululle olivat esimerkiksi kieli, jos kokotekstiä ei ollut saatavissa suomen-, ruotsin- tai englanninkielisenä, tai se ettei tutkimus täyttänyt tieteellisen tutkimuksen raportoinnin kriteerejä. Lisäksi katsauksen ulkopuolelle jätettiin artikkelit, jotka käsitelivät muiden kuin terveydenhuollon ammattilaisten velvollisuutta tai muita tartuntatautipotilaan hoitoon liittyviä eettisiä käsitteitä, kuten vaitiolovelvollisuutta tai tartuntatautipotilaan karanteenia ja eristämistä.



Kuvio 2. Tiedonhakuprosessi

4.2.3 Aineiston arviointi

Kolmas integratiivisen katsauksen vaihe on aineiston arviointi. Tässä vaiheessa arvioidaan katsaukseen valittujen tutkimuksien laatua tarkastelemalla tutkimusasetelmien eri element-

tejä. Laadunarvioinnin tarkoituksena on systemaattisesti arvioida ja tulkita tutkimuksen pätevyyttä ja sen tulosten oikeellisuutta. Laadunarviointivaiheessa tutkijalle muodostuu hyvä ja kattava käsitys katsauksen tutkimuksista, niiden menetelmistä ja tuloksista. (Polit & Beck 2010, Booth ym. 2016.) Systemaattisissa katsauksissa laadunarvioinnin tarkoituksena on varmistaa, että katsaukseen päätyvät tutkimuksen ovat laadultaan ”riittävän hyviä”, jotta niiden tietoja voidaan pitää luotettavina. Laadunarviointia käytetäänkin usein yhtenä katsauksen sisäänottokriteerinä. Systemaattisissa katsauksissa laadunarviointi toteutetaan aina vähintään kahden tutkijan itsenäisen työskentelyn avulla. (Salmond 2012.) Integratiivisen katsauksen tutkimuskysymykset ovat usein laajempia kuin systemaattisissa katsauksissa, eikä katsauksen tavoitteena välttämättä ole analysoida ja syntetisoida eri menetelmin tehtyjen tutkimusten tuloksia. Tästä syystä myöskään laadunarviointia ei välttämättä käytetä sisäänottokriteerinä. (Booth ym. 2016.) Integratiivisissa katsauksissa alkuperäistutkimusten laadunarviointi suunnitellaan aina katsauksen tarkoituksen mukaisesti, eikä varsinaista arviointityökalun käyttöä nähdä aina edes välttämättömänä. Tärkeää on kuitenkin arvioida ja raportoida katsauksessa käytetyt lähteet ja niiden käyttötapa. (Evans 2008.)

Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen aineisto sisältää tyypillisesti erilaisia tutkimusasetelmiä ja -menetelmiä, joten laadunarviointiin käytettävä arviointityökalu valitaan yksilöllisesti katsauksen tarkoituksen ja katsaukseen valittujen tutkimusten mukaan. (Evans 2008.) Alkuperäistutkimusten laadunarviointi on integratiivisen katsauksen heterogeenisen aineiston johdosta haastavaa. Laadunarviointiin suositellaan käytettäväksi jotain strukturoitua arviointityökalua. Tutkijoiden keskuudessa ei kuitenkaan vallitse yksimielisyyttä siitä, mikä tai mitkä työkalut olisivat tähän tarkoitukseen sopivimmat ja tästä syystä erilaisia työkaluja on useita ja niiden käyttö vaihtelee laajalti. (Whittemore & Knafl 2005, Hopia ym. 2016.)

Alkuperäistutkimusten laadunarvioinnissa voidaan käyttää yhtä tai useampaa työkalua, jotka voidaan valita alkuperäistutkimusten menetelmien mukaan. Tarkistuslistamaiset työkalut eivät sovellu laadunarviointiin, mikäli katsauksen tarkoituksena on esimerkiksi analysoida tutkimusten teoreettisia lähtökohtia tai käsitteiden määrittelyä, eikä niinkään analysoida ja syntetisoida eri tutkimusten tuloksia. (Evans 2008.) Joissakin tapauksissa tutkijat ovat itse kehittäneet laadunarviointiin soveltuvan työkalun, koska eivät ole löytäneet omaan tutkimustarkoitukseensa soveltuvaa työkalua. Osa tutkijoista on päätenyt jättämään laadunarviointityökalun käytön kokonaan pois ja raportoinut katsauksen lähteiden

laatua yleisesti ilman erillistä työkalua. (Pölkki ym. 2013.) Toimintatapaa on perusteltu mm. kaikkien katsaukseen valittujen alkuperäistutkimuksien julkaisulla vertaisarvioituissa tieteellisissä julkaisuissa, jolloin ne ovat jo läpäisseet tieteelliselle julkaisulle asetetut kriteerit (Sulosaari ym. 2011) tai tutkimuksen tarkoituksella (Ko ym. 2017).

Tässä tutkimuksessa alkuperäistutkimuksien laadunarviointiin käytettiin Smith & Stullenbargerin (1991) kehittämää työkalua ”Quality of Study Instrument”. Strukturoidun arviointityökalun käyttö auttaa tutkijaa poimimaan tutkimuksista laadunarvioinnin kannalta keskeisimmät tiedot, vahvistaa prosessin systemaattisuutta ja vähentää ennakoasenteen vaikutusta (Evans 2008, Booth ym. 2016). Työkalun valintaa puolsi sen soveltuvuus niin määrällisten kuin laadullistenkin tutkimuksien arviointiin, ja sen tutkimusprosessin vaiheiden mukainen eteneminen. Katsauksen tarkoituksena oli tarkastella Velvollisuus hoitaa -käsitteen määritelmiä, joita etsittiin tutkimusartikkeleiden kaikista osioista, ei ainoastaan tulososiosta. Tästä syystä haluttiin valita laadunarviointityökalu, joka tarkastelee tasapuolisesti kaikkia tutkimusprosessin vaiheita (Smith & Stullenbarger 1991). Laadun arviointiin haluttiin valita yksi työkalu, joka soveltuu kaikkien alkuperäistutkimuksien arviointiin. Laadunarviointi toteutettiin tässä katsauksessa ainoastaan yhden tutkijan toimesta, joten usean eri työkalun haltuunotto määrääjässä olisi pitkittänyt tutkimusprosessia kohtuuttomasti. Lisäksi tutkijan kokemattomuus puolsi yhden työkalun systemaattista käyttöä kaikkien alkuperäistutkimuksien laadunarvioinnissa (Salmond 2012).

”Quality of study” instrumentin avulla arvioitiin alkuperäistutkimuksien laatua neljän erilisen osion avulla: johdanto, menetelmä, analyysi ja tulokset, sekä johtopäätökset ja suositukset (Taulukko 6). Johdanto-osio sisälsi seitsemän kohtaa, joiden avulla arvioitiin tutkimuksen lähtökohtia ja taustatietoa mm. käsitteellisen viitekehyksen käyttöä ja tutkimusongelman tai tarkoituksen esittämistä. Menetelmä osiossa arvioitiin myös seitsemän eri kohdan avulla tutkimuksen laatua tutkimusmenetelmän näkökulmasta. Tässä osiossa arvioitiin mm. otoskokoa, sen riittävyttä ja edustavuutta, sekä tutkimusinstrumentin validiteettia ja reliabiliteettia. Kolmas osio: aineiston analyysi ja tulokset, käsitti neljä kohtaa, joiden avulla arvioitiin tulosten esittämistä ja johdonmukaisuutta suhteessa tutkimusongelmaan tai tarkoitukseen. Instrumentin viimeisessä osiossa arvioitiin mm. pohdintaosion yhteneväisyyttä tutkimuksen taustaan, sekä tutkimustulosten ja johtopäätösten välistä johdonmukaisuutta. (Smith & Stullenbarger 1991.)

Taulukko 6. Alkuperäistutkimuksien laadunarviointityökalun ”Quality of study instrument” osa-alueet (mukaiillen Smith & Stullenbarger 1991)

Quality of study instrument	
Tutkimuksen osa	Elementit ja vaatimukset
Johdanto	Tutkimuksen merkityksen perustelu Käsitteellinen viitekehys Tutkimusongelman tai tutkimuksen tarkoituksen esittäminen Aiemman kirjallisuuden arviointi Menetelmälliset tekijät Hypoteesien tai tutkimuskysymyksiä esittäminen Keskeisten käsitteiden määrittely
Menetelmä	Asetelman kuvaus Validiteettia uhkaavien tekijöiden hallinta Riittävä otos Edustava otos Aineistonkeruun kuvaus Tutkimusinstrumentin validiteetin kuvaus Tutkimusinstrumentin reliabiliteetin kuvaus
Aineiston analyysi ja tulokset	Tilastolliset menetelmät Aineiston esittäminen Tulosten yhteys tutkimusongelmaan tai hypoteesiin Löydökset ovat vahvistettavissa käytetyn tutkimusmenetelmän avulla
Johtopäätökset/suosituks	Pohdinnan yhteys tutkimuksen taustaan ja merkitykseen Johtopäätökset on johdettu loogisesti löydöksistä/tuloksista Suositusten johdonmukaisuus suhteessa löydöksiin Vaihtoehtoisten selitysten esittäminen

Jokainen laadunarvioinnin elementtikohta pisteytettiin kolmiportaisella asteikolla siten, että yksi piste kuvasi alhaista, kaksi pistettä keskitasoa ja kolme pistettä korkeaa laatua. Nolla pistettä kuvasi tilannetta, jossa kyseistä asiaa ei ollut artikkelissa esitetty lainkaan, vaikka sen esittäminen olisi ollut tarkoituksenmukaista. NA-merkinnällä kuvattiin tilannetta, jossa pisteytys ei ollut relevanttia esimerkiksi tilastollisten analyysien esittäminen laadullisen tutkimuksen yhteydessä. Jokaisen tutkimuksen kohdalla kaikista instrumentin eri osista: johdanto, menetelmä, analyysi ja tulokset, sekä johtopäätökset ja suositukset laskettiin keskiarvo. Lopuksi laskettiin vielä eri osioiden keskiarvojen summa, tämä luku kuvasi alkuperäistutkimuksen kokonaislaatua.

Pisteytys perustui tutkimusartikkelissa esitettyyn tietoon kyseisen asian esittämisestä, kuvailusta ja perusteluista. Arviointi tehtiin siten, että nolla pistettä tutkimus sai, mikäli kyseistä asiaa ei ollut artikkelissa ilmaistu lainkaan, vaikka se olisi ollut tarkoituksenmukaista. Yksi piste edellytti, että asia oli esitetty artikkelissa siten, että lukijalle välittyi kuva kyseisen asian toteutuksesta tutkimuksessa pääpiirteittäin. Kaksi pistettä tutkimus sai, mikäli asia oli kuvattu artikkelissa yksityiskohtaisesti siten, että lukijalle muodostui selkeä kuva kyseisen asian toteutuksesta tutkimuksessa. Kolme pistettä tutkimus sai, mikäli asia oli esitetty ja kuvattu artikkelissa yksityiskohtaisesti ja selkeästi, ja tämän lisäksi ratkaisu oli myös perusteltu. Esimerkki laadunarvioinnin toteutuksesta on esitetty taulukossa 7.

Taulukko 7. Esimerkki menetelmä-osion ”tutkimusasetelman kuvaus” kohdan laadunarvioinnin pisteytyksestä

Tutkimusasetelman kuvaus	Pisteytys
	0
”We surveyd employees at our university hospital regarding ethical issues during an influenza pandemic” (Ehrenstein ym. 2006)	1 = esitetty
”Design: A cross-sectional descriptive survey design.” (Khalid ym. 2016)	2 = kuvattu
”A qualitative study, using focus groups (n = 9) and interviews (n = 5). Large scale surveys can provide important and generalizable information about people's views and the frequency of those views, it is also important that qualitative research is conducted to begin to build a picture of why those views are held. Given the aim of research on the attitudes of HCWs towards working during pandemic influenza is to enable us to predict and modify behavior, it is important to have data that will help us understand the 'why?' as well as the 'what?' and 'how many?'” (Ives ym. 2009)	3 = perusteltu

Osa instrumentin kohdista, kuten otoskoon riittävyyden arviointi laadullisessa tutkimuksessa tai otoksen edustavuuden arviointi määrällisessä tutkimuksessa, edellyttivät yksityiskohtaisempien kriteereiden laadintaa. Laadullisen tutkimuksen kohdalla riittävän otoskoon arvioinnissa kolmen pisteen kriteeriksi määriteltiin aineiston saturaation esittäminen. Esimerkiksi: “Sampling of participants continued until saturation was achieved and no new themes were identified.” (Straus ym. 2004). Määrällisessä tutkimuksessa puolestaan otoksen edustavuutta arvioitaessa, kolmen pisteen kriteeriksi määriteltiin randomoidun otannan käyttö. Esimerkiksi: “Sampling was stratified by trust, and survey recipients were randomly selected from databases of current staff” (Damery ym. 2010). Kaksi pistettä edellytti, että artikkelissa oli kuvailtu vastanneiden ja vastaamattomien välisiä eroja ja samankaltaisuuksia. Esimerkiksi: “There were no statistically significant differences among respondents and non-respondents regarding age (51% vs. 49% younger than 35 years) or gender (39% vs. 37% males)” (Ehrenstein ym. 2006). Yhden pisteen tutkimus sai, jos otantamenetelmä oli kuvattu ja se edusti kohdepopulaatiota.

4.2.4 Aineiston analyysi ja synteesi

Integratiivisen katsauksen neljäs vaihe on aineiston analyysi ja synteesi. Aineiston analyysin tarkoituksena on tarkastella alkuperäistutkimuksien tietoa uudella ja innovatiivisella tavalla, ilman ennakoasenteiden vaikutusta. Tavoitteena on pilkkoa aineisto osiin ja rakentaa niistä uusi, looginen kokonaisuus, joka vastaa tutkimukselle asetettuihin kysymyksiin. (Whittemore & Knafel 2005, Whittemore 2008). Aineiston analysointi edellyttää, että alkuperäistutkimuksista saatavat tiedot on kerätty, järjestetty ja luokiteltu. Vasta tämän jälkeen on mahdollista yhdistää tieto uudeksi kokonaisuudeksi. (Cooper 1998, Booth ym. 2016.)

Tässä tutkimuksessa aineiston analyysi toteutettiin, alun perin Miles ja Hubermanin (1994) kehittämän, viisivaiheisen analyysimenetelmän mukaisesti. Analyysimenetelmän vaiheet ovat: tiedon pelkistäminen, esittäminen, vertailu, johtopäätösten koostaminen ja vahvistaminen. Analyysin lähestymistapa oli induktiivinen eli aineistolähtöinen. (Miles & Huberman 1994.) Miles ja Hubermanin (1994) analyysimenetelmää on käytetty melko paljon integratiivisten katsausten analyysimenetelmänä, ja sen on todettu soveltuvan siihen hyvin (Cowdell ym. 2017.) Analyysimenetelmän on todettu soveltuvan myös katsauksiin, joissa

tarkoituksena on käsitteiden analysointi. Guo ja Jacelon (2014) ovat käyttäneet Miles ja Hubermanin (1994) analyysimenetelmää arvokkuus käsitettä tutkiessaan ja Aburn ym. (2016) käyttivät menetelmää tutkiessaan käsitettä sinnikkyys (Guo & Jacelon 2014, Aburn ym. 2016). Seuraavaksi kuvaillaan yksitellen tämän katsauksen aineiston analyysi- ja synteesivaiheet ja niiden eteneminen. Vaiheet toteutuivat todellisuudessa osittain päällekkäisinä, vaikka ne tässä yhteydessä kuvataankin kronologisessa järjestyksessä.

Aineiston pelkistäminen (Data reduction) aloitetaan järjestämällä lähdeaineisto, jonkin loogisen menetelmän mukaisesti (Miles & Huberman 1994, Whittmore & Knafel 2005). Tässä tutkimuksessa aineiston pelkistäminen aloitettiin järjestämällä alkuperäistutkimukset aikajärjestykseen, vanhimmasta uusimpaan. Tämän jälkeen tutkimusartikkelit luettiin läpi yksitellen. Näin muodostettiin yleiskäsitys Velvollisuus hoitaa -käsitettä koskevasta tutkimuksesta ja siitä, miten käsitettä koskeva tutkimus on ajan myötä muuttunut.

Tutkimuksen tarkoitus ja siihen yhteydessä olevat tutkimuskysymykset määrittelevät alkuperäistutkimuksista kerättävät tiedot (Kangasniemi & Pölkki 2015). Tässä katsauksessa alkuperäistutkimuksista kerättiin julkaisua, tutkimusmenetelmää ja sisältöä koskevia tietoja, tiedot on esitetty taulukossa 8. Julkaisua ja tutkimusmenetelmää koskevat tiedot kerättiin Excel-tilukko-ohjelmaan ja Velvollisuus hoitaa -käsitettä koskevat ”sisältö” tiedot kerättiin Word-tekstinkäsittelyohjelmaan. Velvollisuus hoitaa -käsitettä koskevien tietojen keräämisessä hyödynnettiin Schwartz-Barcottin ja Kimin (1986) kehittämää formaattia ”Sample Format for Organizing and Analyzing Definitions”. Formaatin avulla alkupe-
räisartikkeleista etsittiin selkeästi ilmaistuja (eksplisiittisiä) ja epäsuoria (implisiittisiä) määritelmiä käsitteestä ”Velvollisuus hoitaa”, sekä esimerkkejä näistä. Formaatin käyttö auttoi tutkijaa keskittymään tutkimuskysymysten kannalta olennaiseen tietoon ja jäsentämään tutkimuksista saamaansa tietoa. (Schwartz-Barcott & Kim 2000.) Velvollisuus hoitaa -käsitteen määritelmiä etsittiin artikkeleiden kaikista osioista, ei ainoastaan tuloksista (Kangasniemi & Pölkki 2015). Tutkimuksista poimittiin myös Velvollisuus hoitaa -käsitteeseen yhteydessä olevat käsitteet.

Taulukko 8. Alkuperäistutkimuksista kerätyt tiedot

Julkaisu	Tutkimusmenetelmä	Velvollisuus hoitaa -käsite
Kirjoittajat	Tutkimuksen lähestymistapa	Eksplisiittinen määritelmä
Otsikko	Tutkimuksen tarkoitus	Implisiittinen määritelmä
Julkaisuvuosi	Tutkimusasetelma	Esimerkkejä
Maa, jossa tutkimus on toteutettu	Tutkimusmenetelmä	Velvollisuus hoitaa -käsitteeseen yhteydessä olevat käsitteet
Tartuntatauti, jota tutkimus koskee	Otanta	
Epidemian ajankohta tutkimushetkellä	Tiedonantajat	
Tieteenala	Aineistonkeruu	

Aineiston esittäminen (engl. Data Display) on analyysimenetelmän seuraava vaihe. Tässä vaiheessa alkuperäistutkimuksista kerätyt tiedot esitetään esimerkiksi taulukoiden tai matriisien avulla (Miles & Huberman 1994, Garrard 2007, Whitemore 2008). Alkuperäistutkimuksista kerätyt tiedot järjestettiin loogiseen järjestykseen havaintomatriisiin, joka luotiin Excel-tilukko-ohjelmaan. Matriisin avulla alkuperäistutkimuksista kerätyt tiedot olivat helposti hahmotettavissa ja vertailtavissa. Julkaisuun liittyvien tietojen esittelyllä kuvattiin aihetta käsittelevät tutkijat ja tutkijaryhmät, sekä tutkimuksen maantieteellinen ja ajallinen sijoittuminen. Julkaisuista esitettiin myös tutkimuksen käsittelemää tartuntatautia koskevia tietoja. Tutkimusmenetelmiin liittyvän esittelyn avulla kuvattiin tutkimuksen filosofista lähtökohtaa, tutkimuksen tarkoitusta, asetelmaa, menetelmää, otantaa, aineistonkeruuta ja tiedonantajia. Tietojen avulla oli mahdollista arvioida alkuperäistutkimusten tiedon luotettavuutta ja menetelmällisiä heikkouksia ja vahvuuksia (Kangasniemi & Pölkki 2015).

Hybridimenetelmään ei varsinaisesti liity käsitteen käyttötapojen, ennakkoehtojen, ominaispiirteiden ja seurausten tunnistamista ja määrittelyä (Schwartz-Barcott & Kim 2000). Wilsonin (1969) alun perin esittelemien ja Walker ja Avantin (1988) uudelleen muotoilemien käsiteanalyysin osien katsottiin kuitenkin tuovan kaivattua rakennetta Velvollisuus

hoitaa -käsitteen analyysiin. Tässä vaiheessa Word tiedostoon kerätyistä Velvollisuus hoitaa -käsitteen määritelmistä ja esimerkeistä etsittiin ja kerättiin käsitteen käyttötapoja, ennakkoehtoja, ominaispiirteitä ja seurauksia koskevat ilmaisut, kuvaukset ja määritelmät sekä esimerkkejä näistä (Wilson 1969, Walker & Avant 1988).

Käyttötapojen tunnistamisen tarkoituksena on saavuttaa mahdollisimman kattava kuva siitä, miten käsitettä on käytetty (Wilson 1969, Walker & Avant 1988). Käsitteen käyttötapoja tunnistettaessa keskityttiin aiemman tutkimuksen tieteenfilosofisiin ja teoreettisiin lähtökohtiin ja pyrittiin tarkastelemaan Velvollisuus hoitaa -käsitettä eri näkökulmista. Tässä vaiheessa alkuperäistutkimuksista etsittiin esimerkkejä Velvollisuus hoitaa -käsitteen käytöstä ja tulkinnoista eri yhteyksissä (Puusa 2008).

Ennakkoehtojen tunnistamisessa kiinnitettiin huomiota tapahtumiin, joiden on esiinnyttävä ennen kuin Velvollisuus hoitaa -käsite voi esiintyä. Ennakkoehtojen tunnistaminen auttaa tiedostamaan käsitteen taustaoletuksia (Wilson 1969, Walker & Avant 1988). Ennakkoehtojen tunnistamiseksi luettiin Velvollisuus hoitaa -käsitteen määritelmiä ja etsittiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- Mikä käynnisti tapahtuman?
- Mitkä tekijät johtivat tilanteen syntyyn?
- Millaisia henkilöitä tilanteeseen liittyy?
- Mikä on heidän roolinsa ja millaisia ominaisuuksia heillä on?

Ennakkoehdot esiintyivät tyypillisesti tutkimusartikkelin johdannossa tai taustaa kartoittavassa osiossa. Niissä kuvattiin tekijöitä ja tapahtumia, jotka olivat johtaneet tilanteisiin, joissa Velvollisuus hoitaa -käsite esiintyi. Tutkimuksissa, joissa oli käytetty tapauskenaarioita (Anikeeva ym. 2008, Barr ym. 2008, Bensimon ym. 2012), ennakkoehdot olivat löydettävissä niistä.

Ominaispiirteet kuvaavat käsitteen ydintä, ne ovat käsitteen olemassaolon kannalta keskeisiä elementtejä, joiden kautta käsite on tunnistettavissa (Wilson 1969, Walker & Avant 1988). Ominaispiirteet esiintyvät aineistossa muita piirteitä useammin tai ovat luonteeltaan käsitteen esiintymisen kannalta merkityksellisempiä (Puusa 2008). Ominaispiirteiden poimimisessa käytettiin apuna ajatelmia; ”ilman näitä piirteitä käsite kuvaa jotain toista käsitettä”. Tässä vaiheessa aineistosta etsittiin ilmauksia ja kuvauksia, jotka vastasivat kysymyksiin:

- Mitkä asiat esiintyvät Velvollisuus hoitaa -käsitteen määritelmässä useimmin tai voimakkaimmin?
- Mitä tapahtuu?
- Millainen on tilanne, jossa Velvollisuus hoitaa -käsite esiintyy?
- Ketkä ovat toimijoina tilanteessa?
- Mitä eri toimijat tekevät?
- Mihin toiminta perustuu?
- Mitä on toiminnan taustalla?

Käsitteen seuraukset ovat tekijöitä, jotka esiintyvät käsitteen esiintymisen vaikutuksesta tai seurauksena (Wilson 1969, Walker & Avant 1988). Tässä vaiheessa aineistosta etsittiin Velvollisuus hoitaa -käsitteen seurauksia kuvaavia ilmaisuja. Näitä pyrittiin löytämään etsimällä vastauksia kysymyksiin:

- Mitä lopulta tapahtui?
- Mihin tilanne johti?
- Mitä käsitteen esiintymisestä aiheutui eri osapuolille?

Lopuksi koottiin yhteen kaikki Velvollisuus hoitaa -käsitteeseen yhteydessä olevat käsitteet. Kun käsitteet oli tunnistettu ja nimetty, palattiin alkuperäisaineistoon ja etsittiin sieltä Velvollisuus hoitaa -käsitteeseen yhteydessä olevien käsitteiden määritelmiä ja kuvauksia. Kaikki samaa käsitettä koskevat tiedot yhdistettiin yhdeksi kokonaisuudeksi. Tässä vaiheessa tunnistettiin ja rajattiin pääkäsite ja sen lähikäsitteet (Puusa 2008). Vaihe muodostui erityisen tärkeäksi käsitteiden ”Velvollisuus hoitaa” (engl. Duty to care) ja ”Halukkuus hoitaa” (engl. Willingness to care) eron hahmottamisessa.

Aineiston vertailu (engl. Data Comparison) on aineiston analyysiä ja synteisiä kuvaava vaihe. Tässä vaiheessa alkuperäistutkimuksista kerättyä, järjestettyä ja luokiteltua tietoa ryhdytään vertailemaan yhtenäisten kaavojen, teemojen tai yhteyksien löytämiseksi (Miles & Huberman 1994, Whitemore & Knafel 2005, Whitemore 2008). Tässä katsauksessa aineiston vertailu tehtiin sekä kuvailevien tilastollisten menetelmien että temaattisen synteesin menetelmän avulla.

Kvantitatiivisen aineiston vertailussa käytettiin kuvailevia tilastollisia menetelmiä, joita käytetään laajalti integratiivisten katsausten määrällisen aineiston analysoinnissa (Evans

2008). Kuvailevien tilastollisten menetelmien avulla vertailtiin alkuperäistutkimuksien julkaisu- ja menetelmätietoja ja kuvailtiin Velvollisuus hoitaa -käsitteen tutkimukseen liittyviä tuloksia. Tulokset ilmaistiin frekvensseinä, prosentteina, keskiarvoina ja vaihteluväleinä. Kuvailevat tunnusluvut esitettiin tulososiossa kuvioina ja taulukkoina, sekä sanallisesti. (Kangasniemi & Pölkki 2015.)

Laadullisen aineiston vertailu toteutettiin temaattisen synteessin menetelmällä, jota pidetään integratiivisiin katsauksiin sopivana analyysimenetelmänä (Holly ym. 2017). Menetelmä on yleinen hoitotieteellisissä integratiivisissa katsauksissa. Sitä on käytetty erilaisten tutkimustarkoitusten yhteydessä, kuten interventioiden käytettävyyden tutkimisessa (Stephen ym. 2017), potilaiden hoitoon osallistumisen tutkimisessa (Tobiano ym. 2015) ja käsitteiden määrittelyssä (Aburn ym. 2016). Temaattisen synteessin on todettu soveltuvan hyvin eri tyyppisten aineistojen tiedon syntetisointiin, joka on integratiivisen katsauksen perimmäinen tarkoitus (Lucas ym. 2007).

Temaattisen synteessin mukaan, aineistoon perehdytään ensin huolellisesti, jonka jälkeen aineistosta nimetään sisältölähtöisiä teemoja. Tutkimuskysymykset ohjaavat teemojen muodostumista. (Thomas & Harden 2008.) Teemat ovat aineistossa esiintyviä, ilmeneviä ja toistuvia asiasisältöjä, joissa aineiston pääsisällöt tulevat esiin (Kangasniemi & Pölkki 2015). Ensimmäiset Velvollisuus hoitaa -käsitteen ominaispiirteitä kuvaavat teemat olivat: tartunnan riski, pelko, eettinen ristiriita, sosiaalinen paine, päätöksen teko ja yksilöllisyys. Tartunnan riski ja pelko esiintyivät kirjallisuudessa lähes poikkeuksetta Velvollisuus hoitaa -käsitteen yhteydessä. Eettinen ristiriita puolestaan oli tekijä, joka kirjallisuudessa esitettiin käsitteen ydinelementtinä. Sosiaalinen paine esiintyi kirjallisuudessa muita teemoja harvemmin ja se ilmaantui kirjallisuuteen vasta myöhemmässä vaiheessa, mutta sen merkitys korostui ajan myötä. Useat Velvollisuus hoitaa -käsitteeseen liittyvät kuvaukset olivat monimerkityksellisiä, jolloin ne sijoitettiin useamman eri teeman yhteyteen. Esimerkiksi ilmaus: ”Pelkään tartuttavani perheeni” sijoitettiin teemojen: tartunnan riski, pelko ja sosiaalinen paine yhteyteen.

Teemojen tunnistamisen jälkeen niiden sisältöä luokiteltiin ja järjesteltiin vertailemalla teemojen sisältöjä ja yhdistämällä samankaltaisia tai saman merkityksen omaavia sisältöjä. Aineistoa vertailtiin sekä teeman sisäisesti että myös suhteessa toisiin teemoihin. (Whitmore & Knafel 2005, Aburn ym. 2016.) Vähitellen muodostuivat lopulliset teemat, joiden

sisältö luokiteltiin luomalla sisällöstä ylä- ja alakategorioita. Esimerkiksi Velvollisuus hoitaa -käsitteen ominaispiirteitä kuvaava alkuperäinen teema ”Eettinen ristiriita” nimettiin ”Ammatillinen ja henkilökohtainen velvollisuus” -teemaksi. Teeman yläkategoriaksi muodostui ”Velvollisuuden perusta” ja tämän alakategoriaksi ”Velvollisuuden kohde” (Taulukko 9). Analyysiprosessi oli iteratiivinen (Whittemore & Knafl 2005, Whittemore 2008). Analyysin etenemisessä hyödynnettiin ennakkoehtojen, ominaispiirteiden ja seurausten kronologisesti etenevää luonnetta, vaikka todellisuudessa eri vaiheet toteutuivatkin osittain päällekkäisinä. Eri vaiheisiin palattiin aika ajoin takaisin uuden oivalluksen tai idean saattelemana ja aiempaa näkemystä tarkistettiin ja tarvittaessa korjattiin. Käsiteanalyysin prosessimaisen luonteen ja tutkimustulosten prosessimaisuuden varmistuttua teemoista muodostettiin loogisesti etenevä ketju, joka kuvaa Velvollisuus hoitaa -käsitettä (Miles & Huberman 1994, Whittemore & Knafl 2005, Cowdell ym. 2017).

Taulukko 9. ”Ammatillinen ja henkilökohtainen velvollisuus” -teeman yläkategoria ”Velvollisuuden perusta” ja alakategoria ”Velvollisuuden kohde”

Yläkategoria Velvollisuuden perusta	Alakategoria Velvollisuuden kohde	Esimerkki	Lähde
Ammatillinen velvollisuus	Potilas	“She is worried about abandoning her patients”	(Bensimon ym. 2012)
		<i>“I get a bad conscience if I do not provide surgical treatment”</i>	(Cowden ym. 2010)
		<i>“I mean you get into this job basically to look after people.”</i>	(Shabanowitz & Reardon 2009)
		<i>“You're letting your team down as well as the patients”</i>	(Shabanowitz & Reardon 2009)
		<i>“...I have a duty to care, but I also have a duty to my family and I have a duty to myself.”</i>	(Bensimon ym. 2007)
		“Although taking care of SARS patients is dangerous, health care providers would not refuse to provide health services to this kind of patient.”	(Tzeng 2006)
		“It was their ethical duty as physicians to care for these (HIV-positive) patients.”	(Brachman ym. 1996)
		“There is an understanding of a professional obligation to care for these (tuberculosis) patients.”	(Sugarman ym. 1996)
		“People in our profession (dentists) have a responsibility to treat everyone who needs our help”	(Bennet ym. 1993)
		“Many physicians felt tension between fear of contagions and ethical responsibility in caring for HIV patients.”	(Epstein ym. 1993)

Yläkategoria Velvollisuuden luonne	Alakategoria Velvollisuuden kohde	Esimerkki	Lähde
	Ammattikunta ja kollegat	<p>“She is also worried about increasing the work load of her colleagues”</p> <p><i>“I must be responsible for my profession ”</i></p> <p><i>“You're not a nurse just when everything's okay, do you know what I mean? You're a nurse when things are not okay.”</i></p> <p><i>“You're letting your team down ”</i></p> <p>“They felt a professional obligation to care for SARS patients”</p> <p><i>“I don't think it's appropriate for healthcare workers to refuse to look after SARS patients or any other patient. As healthcare professionals we chose this field and that's what we do.”</i></p>	<p>(Bensimon ym. 2012)</p> <p>(Wong ym. 2011)</p> <p>(Ives ym. 2009)</p> <p>(Shabanowitz & Reardon 2009)</p> <p>(Straus ym. 2004)</p>
	Terveydenhuol- lon organisaatio	<p>“Individuals who believe they will be asked to work were more likely to report willingness to work.”</p> <p>“Some participants felt the duty to work is a professional duty that entails an obligation to work even in difficult and dangerous circumstances, because that is what they signed up...”</p>	<p>(Cowden ym. 2010)</p> <p>(Ives ym. 2009)</p>
	Yhteiskunta	<p>“Everyone has to take their own responsibility towards the society.”</p> <p><i>“I think we (General Practitioners) do have a duty of care to society.”</i></p> <p><i>“Social structures will breakdown.”</i></p>	<p>(Lam & Hung 2013)</p> <p>(Anikeeva ym. 2008)</p> <p>(Bensimon ym. 2012)</p>

Yläkategoria Velvollisuuden luonne	Alakategoria Velvollisuuden kohde	Esimerkki	Lähde
Henkilökoh- tainen velvol- lisuus	Potilas	“...a desire to "be there" for the patient.”	(Epstein ym. 1993)
		“Some participants across a range of jobs spoke about an obligation arising from a general 'duty to help'.”	(Ives ym. 2009)
	Minä itse	“Conflict between your duty and your own safety”	(Khalid ym. 2016)
		“If a health care worker has a serious health condition that can increase their risk, they should not have to come to work during a pandemic.”	(Ritvo ym. 2010)
		<i>“I don't want to sacrifice my life.”</i>	(Ives ym. 2009)
		<i>“...I have a duty to care, but I also have a duty to myself.”</i>	(Bensimon ym. 2007)
		“HCPs should not have to put themselves at risk or be put in situations where they feel uncomfortable.”	(Bensimon ym. 2007)
		“Moreover, they found it difficult to put their personal safety ahead of their patients.”	(Straus ym. 2004)
		“...report their own personal level of concern about becoming HIV-infected.”	(Bresolin & Rinaldi 1990)
		“...an orthopedic surgeon may ethically refuse to operate on HIV-infected patients if operating may endanger the health of the surgeon.”	(Arnow ym. 1989)

Yläkategoria Velvollisuuden luonne	Alakategoria Velvollisuuden kohde	Esimerkki	Lähde
	Perhe ja läheiset	<i>“What if I infect my children?”</i>	(Broom & Broom 2017)
		<i>“I am worried about taking the disease to relatives - my grandparents are weak and unwell”</i>	(Lam & Hung 2013)
		<i>“Healthcare workers have family obligations like anyone else”</i>	(Damery ym. 2010)
		<i>“I would still say that my primary responsibility is towards my family.”</i>	(Ives ym. 2009)
		<i>“I have a duty to care, but I also have a duty to my family...”</i>	(Bensimon ym. 2007)
		<i>“...were concerned that they would infect a member of their family or significant other.”</i>	(Strunin ym. 1989)
	Yhteiskunta	<i>“‘Everyone has to take their own responsibility towards the society.’”</i>	(Lam & Hung 2013)
		<i>“...an obligation arising from a general 'duty to help'.”</i>	(Ives ym. 2009)
		<i>“Just [a] sense of good, public good or something like that, I suppose. I mean the reason that you're a doctor is to do with that.”</i>	(Anikeeva ym. 2008)

Analyysin seuraava vaihe on **johtopäätösten koostaminen** (engl. Conclusion drawing) (Miles & Huberman 1994, Whitemore & Knafl 2005, Whitemore 2008). Johtopäätösten koostaminen tarkoittaa uusien analyttisten teemojen ja rakenteiden luomista, vertailuvaiheen aikana muodostetuista kuvailevista teemoista, jotka ovat vielä lähellä alkuperäistutkimuksien käsitteitä (Kangasniemi & Pölkki 2015). Tässä vaiheessa siirrytään analyysin kuvailevasta luonteesta abstraktimmalle tasolle, sisällyttäen yksittäiset asiat ja tekijät yleisempään kokonaisuuteen (Whitemore & Knafl 2005). Tarkoituksena on yhdistää ja syntetisoida aineisto siten, että lopputulos muodostaa kattavan kokonaisuuden (Cowdell ym. 2017). Velvollisuus hoitaa -käsitteen teemoja tarkasteltiin tutkimalla niiden välisiä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia, sekä niiden välisiä yhteyksiä. Tässä vaiheessa esimerkiksi muodostettiin riskinarviointiin perustuvan päätöksenteon vaiheet ja yhdistettiin ne yhtenäiseksi päätöksentekoprosessiksi, sekä yhdistettiin päätöksentekoprosessiin yksilöllisyyden teema. Lopuksi analyysin tuloksista muodostettiin Velvollisuus hoitaa -käsitettä kuvaava määritelmä. Määritelmä on kuvaus Velvollisuus hoitaa -käsitteen käyttötavoista, ennakkoehdoista, ominaispiirteistä ja seurauksista.

Analyysin viimeinen vaihe on **johtopäätösten vahvistaminen** (engl. Verification). Vaiheen tarkoituksena on varmistaa, että johtopäätökset ovat virheettömiä ja tunnistaa johtopäätöksissä ilmeneviä ristiriitaisuuksia tai vaihtoehtoisia hypoteeseja (Miles & Huberman 1994, Whitemore & Knafl 2005, Whitemore 2008). Johtopäätösten vahvistamisen tavoitteena on varmistaa analyysiprosessin ja johtopäätösten tarkkuutta, yhdenmukaisuutta ja luotettavuutta (Cowdell ym. 2017). Tässä vaiheessa analyysin tulosten kanssa palattiin takaisin alkuperäisaineiston pariin. Velvollisuus hoitaa -käsitteestä luotua määritelmää verrattiin yksitellen jokaiseen katsauksen alkuperäisartikkeliin. Menetelmän avulla haluttiin tunnistaa käsitteestä muodostettujen käyttötapojen, ennakkoehto- ja ominaispiirteiden ja seurauksien sisältämät ristiriitaisuudet alkuperäisaineiston kanssa. Tulosten ja alkuperäisaineiston välillä ei todettu ristiriitaisuuksia.

4.2.5 Aineiston esittäminen

Aineiston esittäminen on integratiivisen kirjallisuuskatsauksen viimeinen vaihe. Katsauksen tulokset esitetään loogisesti etenevänä ketjuna siten, että lukijan on mahdollista seurata prosessin etenemistä tutkimuksen tarkoituksesta, aineistonkeruun kautta aina tuloksiin ja johtopäätöksiin saakka. Onnistunut aineiston esittäminen mahdollistaa tutkimuksen kohteena olevan asian syvällisen ymmärtämisen uuden tiedon avulla. (Whittemore & Knafel 2005.)

Taulukko 10. Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen raportoinnin sisältövaatimukset (muokailen Evans 2008)

Tehtävä	Raportoittavat tiedot
Katsauksen fokus	Katsauksen tarkoitus ja tavoite Katsauksen perustelu Tutkimuskysymys/ongelma
Tiedonhakustrategia	Tietokannat ja muu tiedonhaku Hakutermit ja asiasanat Hakuprosessi ja tiedonhaun tulokset
Aineiston valintakriteerit	Mukaanotto- ja poissulkukriteerit Rajaukset Valintaprosessi ja tulokset
Aineiston laadunarviointi	Laadunarvioinnissa käytetyt menetelmät ja käytön kuvaus Laadunarvioinnin tulokset
Aineiston keruu	Lähdeaineistoista kerätyn tiedon kuvaus Aineiston käsittelyyn liittyvän virheen minimointi
Aineiston synteesi	Synteesimenetelmä Prosessin hallinta
Tulokset	Tiedot katsaukseen valituista tutkimuksista Yksittäisten tutkimuksien keskeiset tulokset Synteesiprosessin tulos
Pohdinta	Tärkeimmät tulokset ja johtopäätökset Katsauksen rajoitukset Katsauksen merkitys ja tulosten sovellettavuus tieteelle ja käytännön hoitotyölle

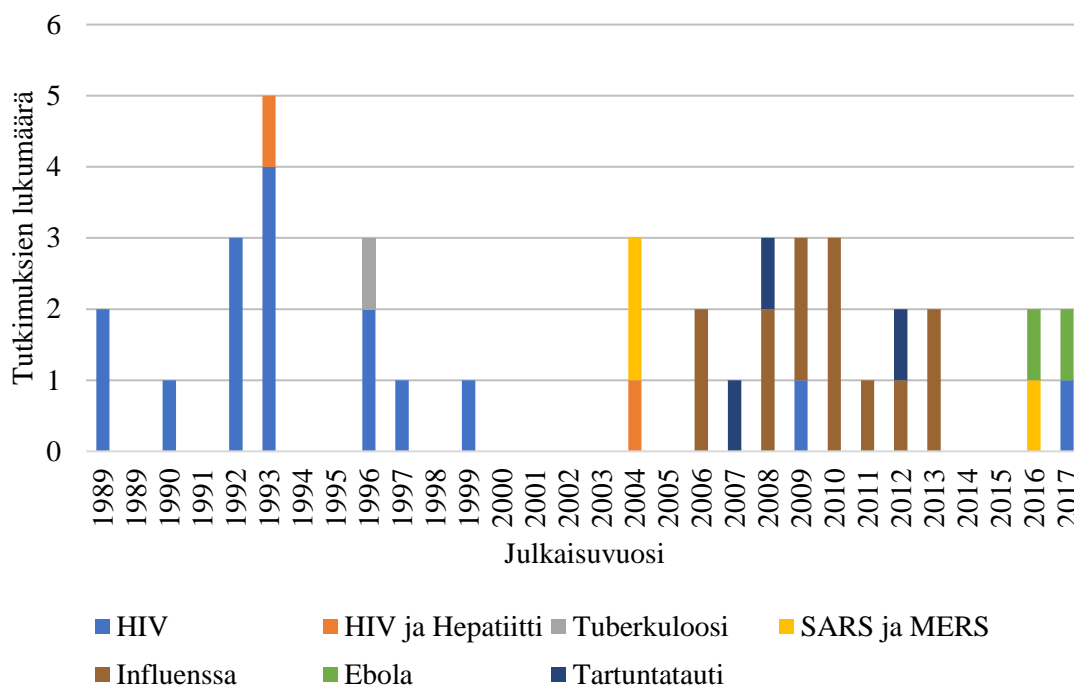
Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen raportointia koskevat samat tiedemaailman yleis-säännöt kuin muitakin tieteellisiä tutkimuksia tai katsauksia (Flinkman & Salanterä 2007). Koko tutkimusprosessi kuvattiin yksityiskohtaisesti ja tutkimuksen eri vaiheita koskevat ratkaisut perusteltiin siten, että lukijan on mahdollista seurata tutkimuksen kulua ja arvioida siihen liittyviä ratkaisuja. Aineiston esittämisessä hyödynnettiin erilaisia kuvioita (katso Kuvio 2. Tiedonhakuprosessi s.36) ja taulukoita (katso Taulukko 13. Yhteenveto alkuperäistutkimuksien eettisyyden raportoinnista s. 83) tutkimusprosessin ja -tulosten havainnollistamisen helpottamiseksi (Whittemore & Knafl 2005). Kirjallisuuskatsauksen raportoinnissa hyödynnettiin Evansin (2008) esittämiä integratiivisen kirjallisuuskatsauksen raportoinnin sisältövaatimuksia (Taulukko 10). Ainoastaan tuloskohdan esittämisessä poikettiin raportointikriteereistä. Tässä katsauksessa ei raportoitu erikseen yksittäisten alkuperäistutkimuksien keskeisiä tuloksia. Katsauksen tarkoituksena ei ollut alkuperäistutkimuksien tuloksien syntetisointi, eivätkä alkuperäistutkimuksien tulokset olleet Velvollisuus hoitaa -käsitteen analyysin ja määrittelyn kannalta keskeisessä asemassa.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tulososiossa tarkastellaan ensin Velvollisuus hoitaa -käsitteeseen liittyvää tutkimusta, kuvailemalla katsauksen alkuperäistutkimuksia, niiden tieteellisiä lähtökohtia ja tutkimusmenetelmiä, sekä tutkimuksien laatua. Seuraavaksi esitetään Velvollisuus hoitaa -käsitteen analyysin tulokset. Tässä yhteydessä esitellään ja kuvataan käsitteen käyttötavat, ennakkoehdot, ominaispiirteet ja seuraukset. Lopuksi esitellään käsiteanalyysin pohjalta tehty Velvollisuus hoitaa -käsitteen määritelmä.

5.1 Velvollisuus hoitaa -käsitteen tutkimus

Ensimmäiset Velvollisuus hoitaa -käsitteeseen kohdistuvat tutkimukset ajoittuivat vuoteen 1989 (Arnow ym. 1989, Strunin ym. 1989) hiv-epidemian käynnistymisen yhteyteen. Ensimmäiset kymmenen vuotta Velvollisuus hoitaa -käsitteen tutkimus koostui lähes yksinomaan hiv-potilaan hoitoon liittyvistä tutkimuksista, kahta poikkeusta lukuun ottamatta, jotka käsitelivät hepatiitti- (Weyant ym. 1993) ja tuberkuloosipotilaiden (Sugarman ym. 1996) hoitoa. 1900- ja 2000-luvun vaihteessa Velvollisuus hoitaa -käsitteen tutkimus väheni, eikä vuosituhannen vaihteen jälkeen kolmeen vuoteen ilmaantunut ainootakaan käsitettä koskevaa tutkimusta. Tieteellinen tutkimus aiheesta käynnistyi uudelleen SARS- ja influenssaepidemioiden myötä, ja on sen jälkeen jatkunut suhteellisen tasaisena. Käsitteeseen liittyvä tutkimus noudattaa pienellä viiveellä eri tartuntatautiepidemioiden ilmaantuvuutta (Kuvio 3), viimeisimpänä näistä Länsi-Afrikan Ebola-epidemia vuonna 2014.



Kuvio 3. Velvollisuus hoitaa -käsitteen tutkimukset julkaisuvuosien ja tartuntatautien mukaan

Tutkimuksien, epidemian vaiheeseen liittyvä, toteutusajankohta vaihteli. Suurin osa hiv-potilaiden hoitoon liittyvistä tutkimuksista oli toteutettu epidemian aikana, johtuen hiv-epidemian pitkästä esiintymisajasta (Sadowsky & Kunzel 1992, 1996, Chan ym. 1997, Åstrøm & Nasir 2009). SARS- ja MERS- potilaiden hoitoon liittyvä tutkimus oli epidemian nopean ilmenemisen vuoksi toteutettu joko epidemian aikana (Straus ym. 2004, Tzeng 2004) tai sen jälkeen (Khalid ym. 2016). Influenssaa käsittelevä tutkimus liittyi usein influenssaepidemiaan tai -pandemiaan varautumiseen ja valmistautumiseen. Nämä tutkimukset olivat tyypillisesti toteutettu ennen epidemian alkua (Ehrenstein ym. 2006, Anikeeva ym. 2008, Barr ym. 2008, Damery ym. 2010). Vain yhdessä tutkimuksessa aineisto oli kerätty sekä ennen että jälkeen epidemian esiintymisen (Ritvo ym. 2013).

Tutkimukset käsitelivät tasaisesti sekä sairaalapotilaan (Shabanowitz & Reardon 2009, Khalid ym. 2016) että avohoillon asiakkaan hoitoa (Anikeeva ym. 2008, Arheiam ym. 2017). Iso osa (n=19) tutkimuksista oli kuitenkin sellaisia, joissa ei määritelty erikseen, koskiko tutkimus sairaala- vai avohoitoa, vaan niissä käsiteltiin Velvollisuus hoitaa -käsitteen esiintymistä yleisesti tartuntatautipotilaiden hoidossa (Bresolin ym. 1990, Shapiro ym. 1992, Milikovsky ym. 2013). Yhtäläisesti tutkimukset käsitelivät tasaisesti myös

yksityisen (Arnow ym. 1989, Grace & Cohen 1993) ja julkisen (Civaner & Arda 2008, Damery ym. 2010) terveydenhuollon palveluja. Tosin tässäkin yhteydessä, iso osa (n=19) tutkimuksista jätti erikseen määrittelemättä, oliko tutkimuksen kohteena yksityinen vai julkinen terveydenhuolto vai terveydenhuolto yleisesti (Epstein ym. 1993, Rankin ym. 1993, Sugarman ym. 1996).

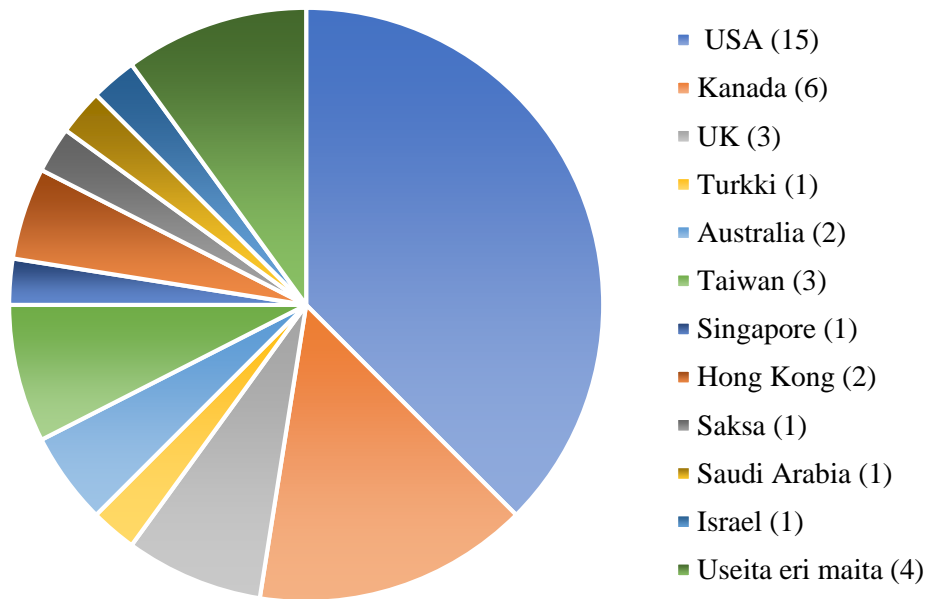
Termit, joita tutkimuksissa käytettiin kuvaamaan Velvollisuus hoitaa -käsitettä, vaihtelivat laajalti eri tutkimuksissa ja toisinaan saman tutkimuksen sisälläkin. Yleisimmin esiintyvät termit on esitetty Taulukossa 11.

Taulukko 11. Velvollisuus hoitaa -käsitettä kuvaavat termit alkuperäistutkimuksissa

Alkuperäistutkimuksissa esiintyvät termit		
Velvollisuuden perusta	Velvollisuus	Velvollisuuden toiminto
ethical	duty	care
moral	obligation	treat
professional	responsibility	work
legal	commitment	operate

Velvollisuus hoitaa -käsitteeseen liittyvä tutkimus on, erityisesti sen alkuvuosina, ollut pääasiassa Pohjois-Amerikassa toteutettua. Ensimmäinen täysin Pohjois-Amerikan ulkopuolella toteutettu tutkimus on vuodelta 1997, tässä tutkimusmaana oli Singapore (Chan ym. 1997). Kaiken kaikkiaan yli puolet (n=21) aiheeseen liittyvästä tutkimuksesta on tehty USA:ssa tai Kanadassa (Kuvio 4). 2000-luvun puolella tutkimus aiheesta on kuitenkin lisääntynyt niin Aasiassa kuin Euroopassakin. Afrikassa on tehty yksi tutkimus, jossa osallisina oli kaksi maata: Tansania ja Sudan (Åstrøm & Nasir 2009). Etelä-Amerikka on maanosista ainoa, josta ei ole julkaistu englanninkielistä Velvollisuus hoitaa -käsitettä koskevaa tutkimusta.

Maat, joissa velvollisuus hoitaa käsitteeseen liittyvää tutkimusta on tehty



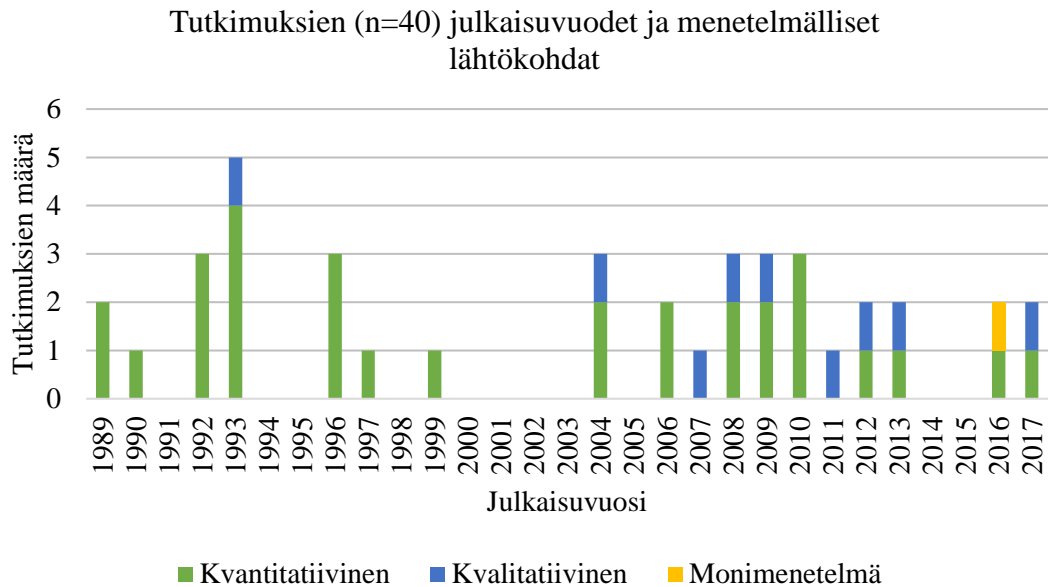
Kuvio 4. Alkuperäistutkimuksien toteutusmaat

5.1.1 Alkuperäistutkimuksien tieteelliset lähtökohdat

Tutkimus Velvollisuus hoitaa käsitteestä on lääketiedepainotteista. 28:ssä katsauksen tutkimuksista tieteenalana oli lääketiede, näistä kymmenen käsitteli asiaa hammaslääketieteen näkökulmasta. Tieteenaloista myös hoitotiede (n=5) ja sosiologia (n=5) oli edustettuina tutkimuksissa. Kaksi tutkimuksista oli tehty sekä hoitotieteen että lääketieteen näkökulmista. Aiheen käsittely lääketieteen ulkopuolelle on avautunut 2000-luvulla. Ensimmäinen hoitotieteellinen tutkimus aiheesta on vuodelta 2004 (Tzeng 2004) ja sosiologinen tutkimus vuodelta 2007 (Bensimon ym. 2007). Viidessä tutkimuksessa oli käytetty teoreettista viitekehystä tai käsitteellistä mallia, näitä olivat: ”Predicting willingness to treat” (Tzeng 2004), ”Theory of planned behavior” (Åstrøm & Nasir 2009), ”Stand on guard for thee” (Ritvo ym. 2010, 2013) ja ”Presumed consent” (Civaner & Arda 2008).

Velvollisuus hoitaa -käsitteeseen liittyvä tutkimus on lähestymistavaltaan pääasiassa (n=30) kvantitatiivista (Kuvio 5). Kvalitatiiviset tutkimukset aiheesta ovat yleistyneet

vasta 2000-luvulla ja kaiken kaikkiaan ne edustavat vain vajaata neljäsosaa (n=9) katsauksen tutkimuksista. Ainoastaan yksi tutkimuksista (Chilton ym. 2016) oli monimenetelmätutkimus.



Kuvio 5. Alkuperäistutkimuksien menetelmälliset lähtökohdat

Kvantitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä oli kaikissa tutkimuksissa kysely (Liite 1). Kysely oli toteutettu postikyselynä (n=9), puhelinkyselynä (n=3), sairaalassa tai koulussa täytettävänä paperikyselynä (n=14), sähköisenä kyselynä (n=2) tai sekä sähköisenä että paperikyselynä sairaalassa tai kotona täytettynä (n=2). Otantamenetelmänä kvantitatiivisissa tutkimuksissa oli yleisimmin käytetty mukavuusotantaa (n=19), tämän lisäksi oli käytetty tarkoituksenmukaista (n=5) ja randomoitua otantaa (n=6). Tyypillistä oli, että koulun tai sairaalan valinta tehtiin mukavuusotantaa käyttäen, jonka jälkeen tiedonantajiksi valittiin kaikki, tietyn vuosikurssin opiskelijat tai koko sairaalan terveydenhuoltohenkilökunta.

Velvollisuus hoitaa -käsitteeseen liittyvän laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä oli kaikissa tutkimuksissa haastattelu (Liite 1). Haastattelut toteutettiin, joko yksilöhaastatteluna kasvotusten (n=6) tai puhelimitse (n=1), focus group ryhmähaastatteluna (n=1) tai sekä yksilö- että ryhmähaastatteluna (n=1). Otantamenetelmä kvalitatiivisissa tutkimuksissa oli yleisimmin tarkoituksenmukainen otanta (n=3) ja lumipallo-otanta

(n=3), yhdessä tutkimuksessa oli käytetty randomoitua otantaa haastateltavien valinnassa, sairaala oli kyseisessä tutkimuksessa valittu tarkoituksenmukaisella otannalla.

Tiedonantajat vaihtelivat eri tutkimuksissa (Liite 1). Yleisimmin tiedonantajina olivat lääkärit tai lääketieteen opiskelijat (n=22), hoitajat tai hoitotyön opiskelijat (n=4) tai molemmat yhdessä (n=6). Neljässä tutkimuksessa tiedonantajina oli koko sairaalan henkilökunta, kaikki ammattiryhmät mukaan lukien. Kolmessa tutkimuksessa tiedonantajina olivat maallikot ja yhdessä tutkimuksessa sekä maallikot että terveydenhuollon ammattilaiset. Vastausprosentit vaihtelivat suuresti, ollen alhaisimmillaan 8,4% (Shabanowitz & Reardon 2009) ja korkeimmillaan 97,8% (Bennett ym. 1993).

”Velvollisuus hoitaa” oli tutkimuksen pääkäsite kymmenessä tutkimuksessa, muissa tutkimuksissa ”Velvollisuus hoitaa” oli osa tutkimuskokonaisuutta. Taustamuuttujina tutkimuksissa oli useimmiten kerätty tietoa vastaajan iästä, sukupuolesta, ammattiryhmästä, koulutuksesta, perhesuhteista ja työkokemuksesta. Varsinaisina tutkimusmuuttujina esiintyi yleisimmin: tieto (sekä konkreettinen että itsearvioitu), asenne, aiemmat kokemukset, professionaalisuus, käsitys riskistä, infektioiden torjuntakäytännöt, eettiset asiat, halukkuus hoitaa ja tartuntatautipotilaan hoitoa estävät ja edistävät tekijät. Velvollisuus hoitaa -käsitettä ei ole operationalisoitu. Ei ole siis olemassa mittaria, jolla voitaisiin mitata Velvollisuus hoitaa -käsitteen määrää, esiintymistä tai olemassaoloa.

Velvollisuus hoitaa -käsitteen tutkimus käynnistyi (Arnow ym. 1989) kysymyksellä: ”Onko kirurgilla mielestäsi eettinen velvollisuus operoida hiv-potilaita?” Tai vastaavasti sama kysymys käänteisessä muodossa (Strunin ym. 1989): ”Pitäisikö lääkäriellä mielestäsi olla oikeus kieltäytyä hiv-potilaan hoidosta?”. Alkuvaiheessa vastausvaihtoehdot olivat kyllä tai ei (Sadowsky & Kunzel 1992), eli velvollisuus nähtiin dikotomisena. (Hastreiter ym. 1992, Sadowsky & Kunzel 1992.) Seuraavassa vaiheessa tieto käsitteestä laajeni siten, että velvollisuudella ajateltiin olevan jonkin arvo. Kysymykseen onko terveydenhuollon henkilökunnalla mielestäsi velvollisuus hoitaa tartuntatautipotilaita? Ei enää nähty riittäväksi vastausta kyllä tai ei. Tässä vaiheessa velvollisuus esitettiin Likert-asteikollisena muuttujana. (Sadowsky & Kunzel 1996, Chan ym. 1997.) Tämän jälkeen velvollisuuden liittyvä tutkimus keskittyi arvioimaan velvollisuutta ja sen määrää erilaisilla ehdoilla ja edellytyksillä. Tutkimuksissa pyrittiin selvittämään terveydenhuollon ammattilaisten velvollisuutta eri tilanteissa (Brachman ym. 1996), tartuntataudeissa (Hu ym.

2004, Civaner & Arda 2008), riskiryhmien kohdalla (McCarthy ym. 1999), toimenpiteissä (Milikovskiy ym. 2012) ja infektioiden torjuntatoimien yhteydessä (Ritvo ym. 2010, 2013).

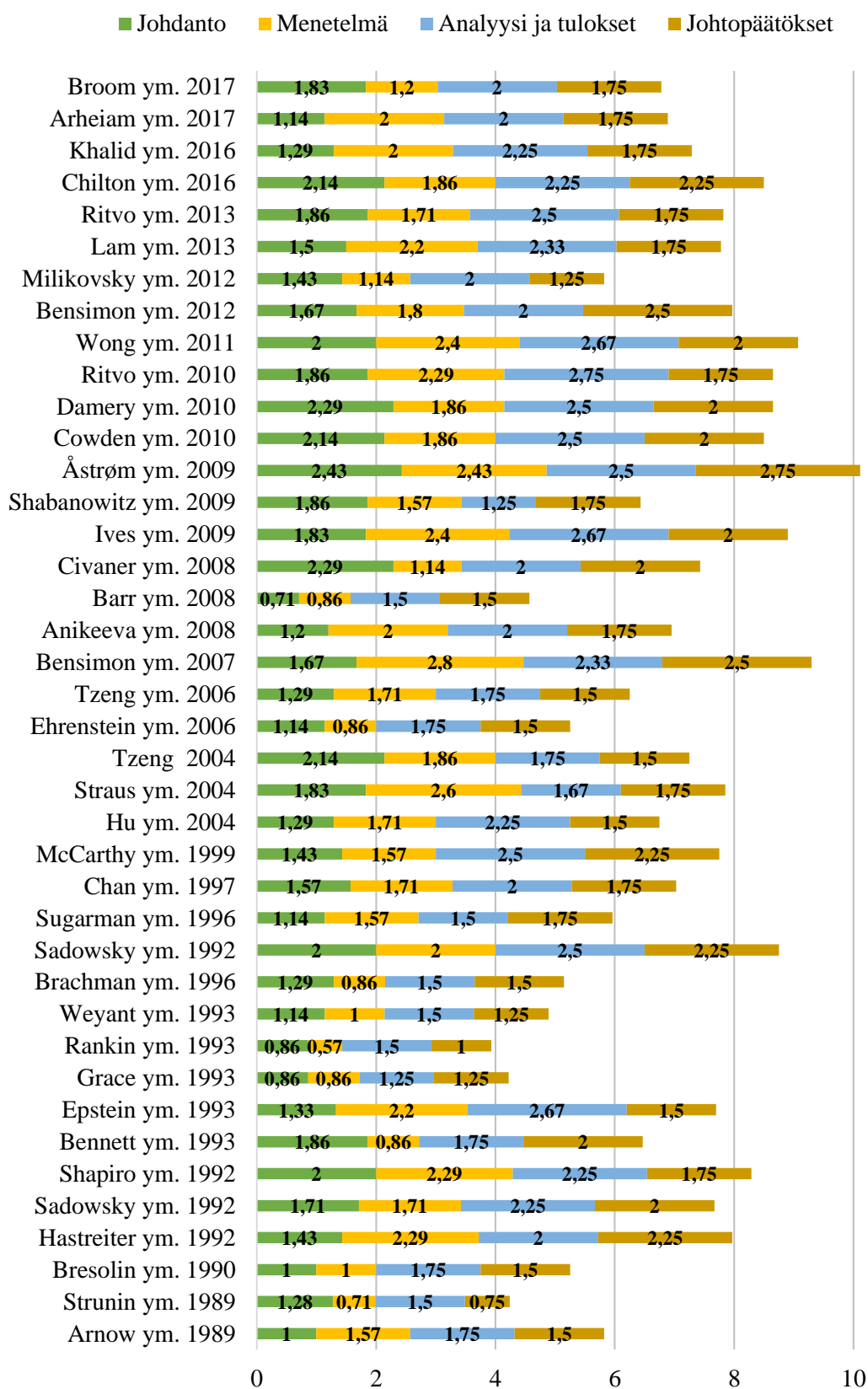
Kvantitatiiviset tutkimukset olivat luonteeltaan kuvailevia, vertailevia ja ennustavia. Kaikki tutkimukset esittivät muuttujia kuvailevia tunnuslukuja ja etsivät taustamuuttujien ja tutkimusmuuttujien välisiä yhteyksiä. Yli puolet kvantitatiivisista tutkimuksista oli tämän lisäksi vertailevia tutkimuksia. Tutkimuksista seitsemän oli ennustavia ja yhden tavoitteena oli kehittää ja testata käsitettä ennustava malli (Sadowsky & Kunzel 1996). Yhdessä tutkimuksessa esitettiin tavoitteeksi testata ”oletetun suostumuksen” argumenttia (Civaner & Arda 2008). Tutkimuksista yksikään ei ollut kvasikokeellinen tai kokeellinen. Kvalitatiivisten tutkimuksien tavoitteena oli kuvailla vastaajien näkemyksiä (Bensimon ym. 2007, 2012) ja kokemuksia (Broom & Broom 2017) asiasta, ja saavuttaa syvempi ymmärrys käsitteestä ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä (Epstein ym. 1993, Anikeeva ym. 2008, Lam & Hung 2013).

5.1.2 Alkuperäistutkimuksien laatu

Alkuperäistutkimuksien laadunarviointi toteutettiin Smith & Stullenbargerin (1991) ”Quality of Study” Instrumentin avulla. Pisteytys perustui tutkimusraportissa esitettyyn tietoon kyseisen asian esittämisestä, kuvailusta ja perusteluista.

Kokonaisuudessaan tutkimuksien laatu oli hyvin vaihtelevaa (Kuvio 6.). Keskiarvo tutkimuksien kokonaispistemäärässä oli 7,024, joka tarkoittaa keskitasoa. Alin mahdollinen pistemäärä oli 0 ja ylin 12. Erot yksittäisten tutkimuksien välillä olivat suuria, vaihteluvälin ollessa 3,93-10,11. Tutkimuksien eri osioiden laatua arvioitaessa (Taulukko 12) heikoimmat pisteet sai johdanto-osio. Tämä on osio, jossa arvioitiin tutkimuksen teoreettisia lähtökohtia, aiempaan kirjallisuuteen perehtyneisyyttä, tutkimuksen tarkoitusta ja yleisesti perustelua tutkimuksen tarpeellisuudesta. Tässä keskiarvo oli 1,57, vaihteluvälin ollessa 0,71-2,29. Korkeimmat pisteet saavutettiin analyysi- ja tulos-osiossa, jossa laadunarviointi keskittyi tilastollisten analyysien ja tulosten esittämiseen ja niiden johdonmukaisuuteen suhteessa tutkimuksen tarkoitukseen ja menetelmään. Analyysi- ja tulos-osion keskiarvo pistemäärä oli 2,03, vaihteluvälin ollessa 1,25-2,75.

Alkuperäistutkimuksien laadunarviointi (n=40)



Laadunarvioinnin kokonaispisteet 0-4= alhainen, 5-8= keskitaso, 9-12= korkea

Kuvio 6. Alkuperäistutkimuksien laadunarvioinnin pisteitys

Taulukko 12. Alkuperäistutkimuksien laadunarvioinnin pisteet tutkimusosioittain

Tutkimusosio	Keskiarvo	Vaihteluväli
Johdanto	1,57	0,71-2,29
Menetelmä	1,68	0,57-2,8
Analyysi ja tulokset	2,03	1,25-2,75
Johtopäätökset	1,77	0,75-2,75
Koko tutkimus	1,76	0,98- 2,53

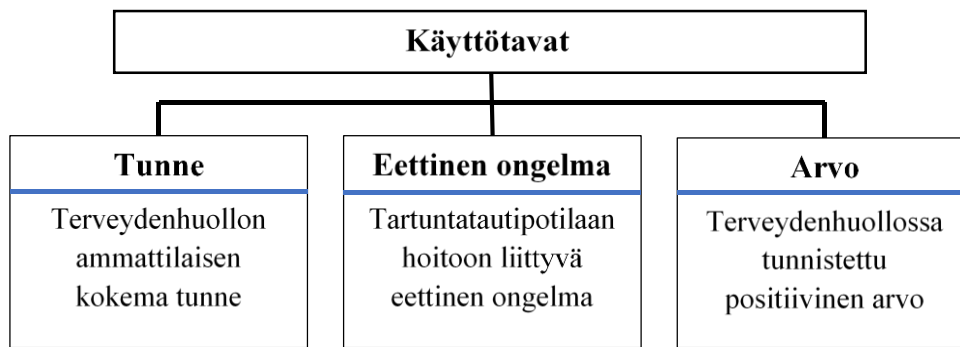
Alhainen laatu 0-1, Keskitaso 1,1-2, Korkea laatu 2,1-3

5.2 Velvollisuus hoitaa -käsitteen analyysi

Käsiteanalyysin tavoitteena on käsitteen yhdenmukaisen määritelmän tai ymmärryksen löytäminen, tämä mahdollistaa täsmällisen ja yhtenevän kommunikoinnin käsitteestä (Puusa 2008). Käsiteanalyysin avulla tunnistetaan käsitteen käyttötavat ja ennakkoehdot, nimetään käsitteen ominaispiirteet ja tunnistetaan käsitteen seuraukset (Walker & Avant 1988, Hupcey ym. 1997). Seuraavaksi esitetään Velvollisuus hoitaa -käsitteen analyysin tulokset tarkastelemalla käsitteelle tunnistettuja ja määriteltyjä käyttötapoja, ennakkoehtoja, ominaispiirteitä ja seurauksia.

5.2.1 Käyttötavat

Käsitteen käyttötapaa kuvastaa sekä käsitteen käytön tapaa, että itse käsitteen käyttöä (Knafl & Deatrck 2000). Jos otamme esimerkiksi käsitteen ”haarukka”, sen käytön tapaa voi olla: ”liikuttaminen kädellä edestakaisin suun ja lautasen välillä” ja käyttöä voi kuvata termillä: ”ruokailu”. Käsitteen käyttötavat kuvaavat käsitteen käytön tarkoitusta (Puusa 2008). Velvollisuus hoitaa -käsitteelle tunnistettiin kolme erilaista käyttötapaa: tunne, eettinen ongelma ja arvo (Kuvio 7).



Kuvio 7. Velvollisuus hoitaa -käsitteen käyttötavat

Ensisijaisesti Velvollisuus hoitaa -käsitettä on käytetty kuvaamaan **terveydenhuoltohenkilökunnan kokema tunnetta**. Tunne on sekä yksilön kokema sisäinen voima, että sosiaalisen ympäristön luoma paine. Nämä ohjaavat ihmisen toimintaa ja auttavat tekemään ratkaisuja vaikeissa tilanteissa. (Ives ym. 2009, Damery ym. 2010, Milikovsky ym. 2013.) Tunne koetaan myös velvoittavana. Se asettaa toiminnalle tavoitteen, jonka terveydenhuollon työntekijä haluaa ja pyrkii saavuttamaan, mutta ei aina pysty. (Shapiro ym. 1992, Khalid ym. 2016.)

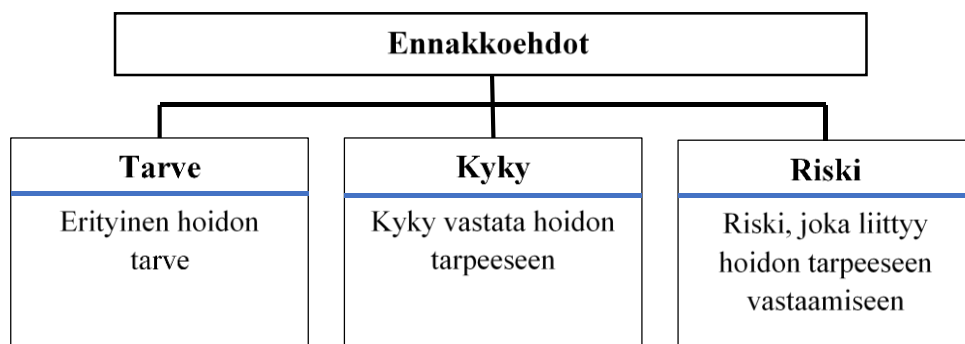
Tunnetta kuvataan asteikolla vahva – heikko (Ives ym. 2009, Wong ym. 2011). Vahvan velvollisuuden tunteen katsotaan liittyvän ammatillisuuteen, joka kehittyy koulutuksen ja työkokemuksen myötä (Straus ym. 2004, Tzeng 2004). Velvollisuuden tunne on potilaan hoitoa ennustava tekijä. Työntekijä, jolle on kehittynyt vahva velvollisuuden tunne, kokee voimakasta tarvetta hoitaa potilaita. Kun taas puolestaan työntekijä, jonka ammatillinen velvollisuuden tunne ei ole kovin kehittynyt, kokee helpommin oikeudekseen kieltäytyä hoitamasta tartuntatautipotilaita. (Weyant ym. 1993, Arheim ym. 2017.)

Toinen, Velvollisuus hoitaa -käsitteen käyttötapa, on sen tarkastelu **tartuntatautipotilaiden hoitoon liittyvänä eettisenä ongelmana**. ”Velvollisuus hoitaa” kuvaa tilannetta, jonka esiintymiseen liittyy arvojen välinen ristiriita. Tässä tapauksessa ristiriita on potilaiden, terveydenhuollon henkilökunnan ja yhteiskunnan oikeuksien ja velvollisuuksien välillä. Ongelmaan on vaikea löytää ratkaisua, joka tyydyttäisi kaikkia osapuolia ja jossa eri osapuolien oikeuksia ja velvollisuuksia ei asetettaisi tärkeysjärjestykseen. (Bensimon ym. 2007, Shabanowitz & Reardon 2009, Bensimon ym. 2012.)

Velvollisuus hoitaa -käsitettä käytetään myös kuvaamaan terveydenhuollossa yleisesti hyvänä pidettyä asiaa. ”Velvollisuus hoitaa” on **myönteinen arvo**. Arvo on sosiaalisen yhteisön luoma, yleisesti hyvänä, toivottavana ja tavoiteltavana pidetty asia. ”Velvollisuus hoitaa” katsotaan terveydenhuollon henkilökunnan näkökulmasta täytetyksi, mikäli potilaan hoito toteutuu. (Lam & Hung 2013, Chilton ym. 2016.)

5.2.2 Ennakkoehdot

Ennakkoehdoilla tarkoitetaan asioita tai tapahtumia, joiden täytyy esiintyä ennen käsitteen esiintymistä. Ennakkoehtojes tunnistaminen auttaa käsitteen taustaoletuksien tiedostamisessa. (Walker & Avant 1988, Puusa 2008, Suhonen & Vaartio-Rajalin 2010.) Velvollisuus hoitaa -käsitteen ennakkoehdot tunnistettiin kolme: erityinen hoidon tarve, kyky vastata hoidon tarpeeseen ja riski, joka liittyy hoidon tarpeeseen vastaamiseen (Kuvio 8).



Kuvio 8. Velvollisuus hoitaa -käsitteen ennakkoehdot

Erityinen hoidon tarve kuvaa tilannetta, jossa esiintyy terveydellinen ongelma, joka edellyttää hoitoa. Velvollisuus hoitaa -käsitteen yhteydessä kyse ei kuitenkaan ole tavanomaisesta terveysongelmaan liittyvästä tarpeesta, vaan kyseessä on erityinen tilanne, joka poikkeaa terveydenhuoltohenkilökunnan kohtaamasta arkipäivän hoidon tarpeesta. (Bensimon ym. 2007, Shabanowitz & Reardon 2009.) Tilannetta kuvataan termeillä hätätilanne, katastrofi (Anikeeva ym. 2008), kriisi (Chan ym. 1997) tai merkittävä terveysuhka (Shabanowitz & Reardon 2009), josta aiheutuu suuria haasteita terveydenhuollolle

(Grace & Cohen 1993).Tilanne ilmaantuu usein nopeasti (Straus ym. 2004) ja tyypillisesti siihen liittyy tunne valmistautumattomuudesta (Tzeng 2004).

Hoidon tarvetta kuvaava erityistilanne tunnistetaan yleensä kansallisten tai kansainvälisten varautumisjärjestelmien avulla, useimmiten tartuntatauteihin liittyvän erityisen terveystarpeen tunnistajana toimii WHO (Brachman ym. 1996, Tzeng 2004, Ives ym. 2009, Wong ym. 2011, Lam & Hung 2013, Chilton ym. 2016). Median rooli tilanteen tiedottamisessa on merkittävä (Straus ym. 2004, Tzeng & Yin 2006, Ritvo ym. 2013). Huolimatta tapahtuman saamasta huomiosta ja julkisuudesta, yksittäinen työntekijä saattaa kuitenkin tunnistaa sen vasta siinä hetkessä, kun hän itse henkilökohtaisesti kohtaa tilanteen (Epstein ym. 1993).

Toinen, Velvollisuus hoitaa -käsitteen ennakkoehto on **kyky vastata hoidon tarpeeseen**. Terveystarpeen ammattilaiset omaavat koulutuksensa ja työkokemuksensa vuoksi sellaisia erityistaitoja, joiden johdosta heillä on kyky vastata hoidon tarpeeseen (Arnold ym. 1989, Damery ym. 2010, Chilton ym. 2016). Ammattitaitonsa ja erityisosaamisensa vuoksi, terveydenhuollon työntekijät ovat avainroolissa terveystarpeen hoitamisessa. Tavallisen kansalaisen apu ei tuota potilaalle samaa terveyshyötyä kuin terveydenhuollon ammattilaisen toteuttama hoito. (Sadowsky & Kunzel 1992, 1996, Ives ym. 2009.) Terveystarpeen ammattilaisilla on osaamisensa johdosta myös kyky hoitaa tilanne niin turvallisesti, kuin se on sen hetkisen tiedon valossa mahdollista. Koulutusta ja kokemusta hyödyntäen he osaavat myös työskennellä terveydenhuollon toimintaympäristössä mahdollisimman tehokkaasti ja turvallisesti. (Anikeeva ym. 2008, Bensimon ym. 2012.)

Kolmas, käsitteen ennakkoehto on **riski, joka liittyy hoidon tarpeeseen vastaamiseen**. Riski tarkoittaa tässä yhteydessä tilannetta, jossa terveydenhuollon henkilökunta työssään altistuu tai pelkää altistuvansa tartuntataudille, joka on haitallinen hänen hyvinvoinnilleen (Barr ym. 2008, Civaner & Arda 2008, Khalid ym. 2016). Tyypillisesti riskin aiheuttavat tartuntataudit ovat sellaisia, joihin ei ole tiedossa olevaa tehokasta rokotetta tai hoitoa. Sekä taudit jotka ovat vaarallisia ja saattavat johtaa jopa kuolemaan kuten hiv, ennen tehoa lääkeyhdistelmien kehittämistä (Bresolin ym. 1990), tai SARS, MERS ja ebola (Straus ym. 2004, Khalid ym. 2016, Chilton ym. 2016, Broom & Broom 2016.) Merkittävän ris-

kin aiheuttavat myös tartuntataudit, joiden hoito on vaikeaa tai vaativaa, kuten tuberkuloosi (Sugarman ym. 1996) tai jotka ovat herkkiä tarttumaan ja leviämään, kuten influenssa (Barr ym. 2008, Ritvo ym. 2010, Lam & Hung 2013).

Riski voi tarkoittaa myös psykologista ja emotionaalista kuormitusta eikä siihen välttämättä liity fyysistä uhkaa. Jo pelko tartunnasta, tartuntatautiepidemian aiheuttama lisääntynyt työmäärä ja epävarmuus haasteellisesta tilanteesta selviytymisestä, saattaa aiheuttaa riskin terveydenhuollon työntekijän hyvinvoinnille. (Sugarman ym. 1996, Straus ym. 2004, Bensimon ym. 2012.)

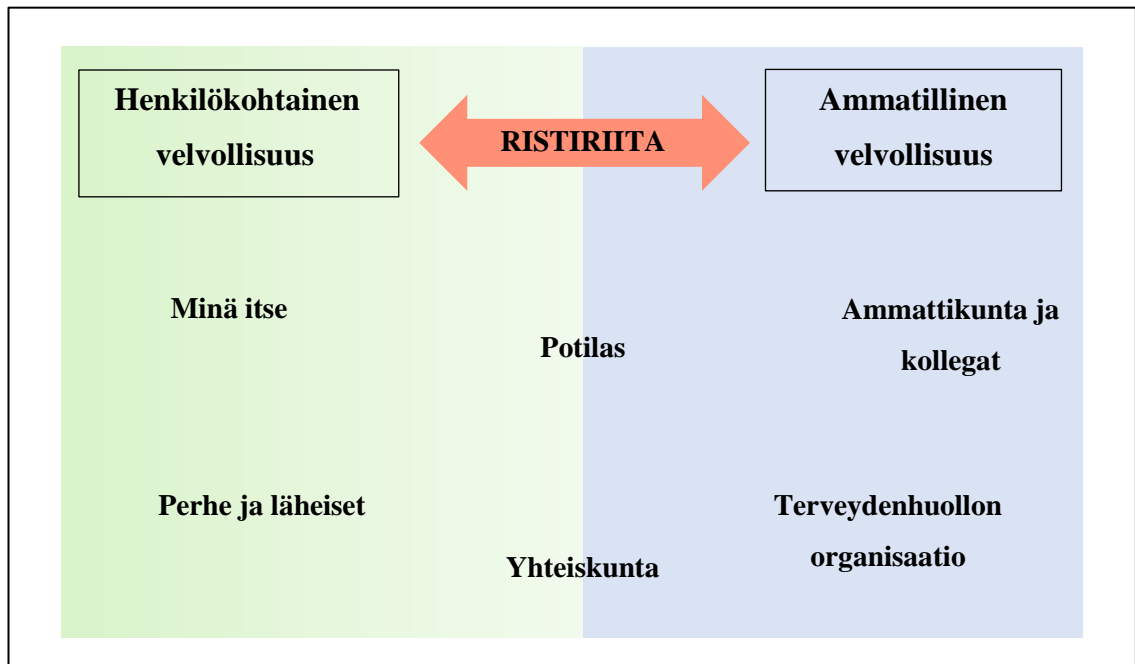
5.2.3 Ominaispiirteet

Ominaispiirteet ovat käsitteen ydin, ne määrittelevät käsitteen (Walker & Avant 1988, Puusa 2008, Suhonen & Vaartio-Rajalin 2010). Ominaispiirteet kuvaavat tekijöitä, jotka ovat käsitteen olemassaololle välttämättömiä. Ominaispiirteiden avulla käsite on mahdollista tunnistaa käytännön todellisuudessa. (Walker & Avant 2005.) Velvollisuus hoitaa -käsitteen ominaispiirteiksi määriteltiin: ammatillisten ja henkilökohtaisten velvollisuuksien välinen ristiriita, yksilöllinen riskinarviointiin perustuva päätöksentekoprosessi ja yksilön ja sosiaalisen ympäristön välinen vastavuoroinen suhde.

5.2.3.1 Ammatillisten ja henkilökohtaisten velvollisuuksien välinen ristiriita

Tilanne, jossa terveydenhuoltohenkilökunnan kyky vastata terveystarpeeseen pitää sisällään riskin hänen hyvinvoinnilleen, synnyttää **ammatillisten ja henkilökohtaisten velvollisuuksien välisen ristiriidan** (Kuvio 9). Ammatilliset ja henkilökohtaiset velvollisuudet muodostavat konfliktin, joka aiheutuu terveydenhuollon työntekijän ammattiin liittyvästä roolista yhteiskunnassa. Muilla ihmisillä tällaista konfliktia ei muodostu (Epstein ym. 1993, Sugarman ym. 1996, Chan ym. 1997, Hu ym. 2004, Straus ym. 2004). Velvollisuuksien välinen ristiriita on eettisesti ongelmallinen tilanne, johon on vaikea löytää ratkaisua. Terveydenhuollon työntekijöille syntyy tunne väärin tekemisestä, toteuttavat he kumpaa velvollisuutta tahansa. Sekä ammatillinen että henkilökohtainen velvollisuus koetaan tärkeinä, molempiin ollaan sitoutuneita ja ne halutaan täyttää, mutta vain

toisen voi valita. Ristiriita aiheuttaa työntekijälle valtavaa sisäistä painetta. (Epstein ym. 1993, Anikeeva ym. 2008, Ives ym. 2009.)



Kuvio 9. Terveysthuollon ammattilaisten velvollisuudet ja niiden välinen ristiriita

Terveysthuoltohenkilökunnalla on useita velvollisuuksia. Velvollisuudet ovat luonteeltaan ammatillisia tai henkilökohtaisia, tai tietyissä tapauksissa molempia samanaikaisesti. Ammatilliset velvollisuudet kohdistuvat potilaaseen (Epstein ym. 1993, Sugarman ym. 1996, Tzeng 2006, Bensimon ym. 2007, Shabanowitz & Reardon 2009, Cowden ym. 2010, Bensimon ym. 2012), omaan ammattikuntaan ja kollegoihin (Straus ym. 2004, Shabanowitz & Reardon 2009, Ives ym. 2009, Wong ym. 2011, Bensimon ym. 2012), terveysthuollon organisaatioon (Ives ym. 2009) ja yhteiskuntaan (Anikeeva ym. 2008). Henkilökohtaiset velvollisuuden puolestaan kohdistuvat terveysthuollon ammattilaiseen itseensä (Arnold ym. 1989, Straus ym. 2004, Bensimon ym. 2007, Ives ym. 2009, Ritvo ym. 2010, Khalid ym. 2016), omaan perheeseen ja läheisiin (Strunin ym. 1989, Bensimon ym. 2007, Ives ym. 2009, Damery ym. 2010, Lam & Hung 2013, Broom & Broom 2017), mutta myös potilaaseen (Epstein ym. 1993) ja yhteiskuntaan (Anikeeva ym. 2008, Ives ym. 2009).

Ammatilliset velvollisuudet perustuvat terveydenhuollon ammattilaisen kykyyn vastata terveystarpeeseen koulutuksensa, työpaikkansa ja työkokemuksensa mahdollistamien erityisten taitojen ja kykyjen avulla (Arnou ym. 1989, Chilton ym. 2016). Ilman tätä erityisosaamista ammatillista velvollisuutta ei ole. Ammatillisen velvollisuuden kohteena on ensisijaisesti potilas. Terveydenhuollon ammattilaiset kokevat voimakasta velvollisuuden tunnetta hoitaa kaikkia apua tarvitsevia potilaita heidän sairaudestaan riippumatta. (Arnou ym. 1989, Epstein ym. 1993, Brachman ym. 1996, Sugarman ym. 1996, Chan ym. 1997, Hu ym. 2004, Straus ym. 2004.) Ammatillinen velvollisuus kohdistuu potilaan lisäksi myös omaan ammattiryhmään ja terveydenhuollon organisaatioon. Hyvänä terveydenhuollon ammattilaisena toimiminen velvoittaa kantamaan vastuun ja täyttämään ammattiryhmään kohdistuvat odotukset. Omia kollegoja ja työtovereita ei haluta jättää pulaan ja erityistilanteen aiheuttama lisääntynyt työtaakka pyritään jakamaan tasaisesti. (Cowden ym. 2010, Bensimon ym. 2012, Wong ym. 2012.) Ammatillista velvollisuutta koetaan myös koko terveydenhuoltoon ja yhteiskuntaa kohtaan. Terveydenhuollon ammattihenkilöt kokevat vastuuta yhteiskunnan selviytymisestä ja terveydenhuollon rakenteiden ja toiminnan ylläpitämisestä vaativassa poikkeustilanteessa. (Anikeeva ym. 2008, Lam & Hung 2013.)

Henkilökohtaiset velvollisuudet puolestaan ovat velvollisuuksia, joita jokaisella ihmisellä on ammattiryhmästä riippumatta. Velvollisuus itseään ja omaa olemassaoloaan kohtaan on puhtaasti velvollisuus, joka kaikilla ihmisillä on oman elämän ja hyvinvoinnin säilyttämiseksi. (Arnou ym. 1989, Rankin ym. 1993, Straus ym. 2004, Anikeeva ym. 2008.) Velvollisuus omia perheenjäseniään ja läheisiään kohtaan pitää sisällään sen, ettei omalla toiminnallaan aiheuta heille terveydellistä uhkaa tai muita huolia (Ehrenstein ym. 2006, Damery ym. 2010, Ritvo ym. 2010, 2013). Velvollisuus potilasta kohtaan on sekä ammatillista että henkilökohtaista. Henkilökohtainen velvollisuus potilasta kohtaan pohjautuu jokaisen ihmisen velvollisuuteen auttaa hädässä olevaa ihmistä (Ives ym. 2009). Myös velvollisuus yhteiskuntaa kohtaan on sekä ammatillista että henkilökohtaista. Huolimatta siitä, että ihminen on terveydenhuollon työntekijänä ammatillisesti velvoitettu tietynlaiseen toimintaan, hän on myös yhteiskunnan jäsen, jolla on ns. kansalaisvelvollisuus toimia yhteiskunnan hyvinvointia ylläpitävällä ja edistävällä tavalla. (Anikeeva ym. 2008, Lam & Hung 2013.)

5.2.3.2 Yksilöllinen riskinarviointiin perustuva päätöksentekoprosessi

Ammatillisten ja henkilökohtaisten velvollisuuksien välinen ristiriita käynnistää **yksilöllisen riskinarviointiin perustuvan päätöksentekoprosessin** (Kuvio 10.). Se perustuu riskin tiedostamisen ja arvioinnin avulla muodostettuun henkilökohtaiseen käsitykseen riskistä ja sen pohjalta syntyneeseen päätökseen. (Straus ym. 2004, Ehrenstein ym. 2006, Bensimon ym. 2007, Åstrøm & Nasir 2009, Cowden ym. 2010.)



Kuvio 10. Yksilöllinen riskinarviointiin perustuva päätöksentekoprosessi

Päätöksentekoprosessin ensimmäinen vaihe on riskin tiedostaminen. Tämä vaihe alkaa jo ennen terveydenhuollon koulutukseen hakeutumista. Yleisesti oletetaan ihmisten tiedostavan terveydenhuollon ammatteihin liittyvän tavallista suuremman riskin kohdata tartuntatauteja työssään. (Bensimon ym. 2007, Milikovsky ym. 2013.) Riskin tiedostaminen jatkuu koulutuksen ja työharjoitteluiden aikana. Joidenkin yksilöiden kohdalla, se johtaa jo tässä vaiheessa ratkaisuihin, joiden avulla on tarkoitus vähentää riskiä, kuten esimerkiksi erikoisalalan tai työpaikan valinta. (Strunin ym. 1989, Milikovsky ym. 2013.) Joskus

tartuntatauteihin liittyvä riski tiedostetaan vasta työelämään siirryttyessä ja siellä toimiessa. Tässä vaiheessa riskin tiedostaminen näyttätyy esimerkiksi terveydenhuollon työntekijän sitoutumisena henkilökohtaisten suojaimien käyttöön ja infektioiden torjuntatoimiin. (Rankin ym. 1993, Chan ym. 1997, Tzeng 2004.) Toisinaan riskin todellinen läsnäolo tiedostetaan vasta tilanteessa, jossa ollaan jo altistuttu riskille (Epstein ym. 1993).

Päätöksentekoprosessin seuraavassa vaiheessa terveydenhuollon työntekijä arvioi riskin merkitystä itselleen. Riskinarvio on yksilöllinen, jokaisen työntekijän tilanne on hieman erilainen. Riskin arviointiin vaikuttavat työntekijän omat henkilökohtaiset ominaisuudet (Bensimon ym. 2007, Ritvo ym. 2010), riskiin liittyvät ominaisuudet (Lam & Hung 2013, Khalid ym. 2016, Broom & Broom 2017) ja työntekijän kokemus mahdollisuus vaikuttaa riskiin (Ives ym. 2009, Bensimon ym. 2012). Työntekijän henkilökohtaisista ominaisuuksista esimerkiksi vakava immuunipuutteisuus tai raskaus ovat tekijöitä, joiden vuoksi riski arvioidaan suuremmaksi (Bensimon ym. 2007, Ritvo ym. 2010, 2013). Itse riskiin liittyvistä ominaisuuksista tartuntataudin tartuttavuus, sairastuvuus ja kuolleisuus ovat tekijöitä, joita työntekijä punnitsee riskinarviointia tehdessään. Tärkeää on myös tieto tehokkaan hoidon olemassaolosta. (Lam & Hung 2013, Broom & Broom 2016, Khalid ym. 2016.) Koettu mahdollisuus vaikuttaa riskiin, esimerkiksi henkilökohtaisten suojaimien ja rokotteiden saatavuus ja laatu, on merkittävä riskinarviointiin vaikuttava tekijä (Rankin ym. 1993, Tzeng 2004, Tzeng & Yin 2006).

Riskin tiedostamisen ja arvioinnin seurauksena terveydenhuollon ammattilaiselle muodostuu henkilökohtainen käsitys riskistä. Se on ihmisen yksilöllinen käsitys siitä, millaisena hän kokee riskin juuri hänelle itselleen. (Bresolin & Rinaldi 1990, Sadowsky & Kunzel 1992, Epstein ym. 1993, Rankin ym. 1993, Weyant ym. 1993, Brachman ym. 1996, Sadowsky & Kunzel 1996, McCarthy ym. 1999, Hu ym. 2004, Lam & Hung 2013, Broom & Broom 2017.) Terveydenhuollon työntekijän käsitys riskistä ei välttämättä ole realistinen, riski saatetaan kokea suuremmaksi kuin mitä se todellisuudessa on (Weyant ym. 1993, Arheim ym. 2017) tai sitä voidaan aliarvioida (Epstein ym. 1993).

Terveydenhuollon työntekijän omat henkilökohtaiset asenteet, tunteet, tiedot ja aiemmat kokemukset vaikuttavat päätöksentekoprosessiin. Asenne kuvaa ihmisen persoonallista

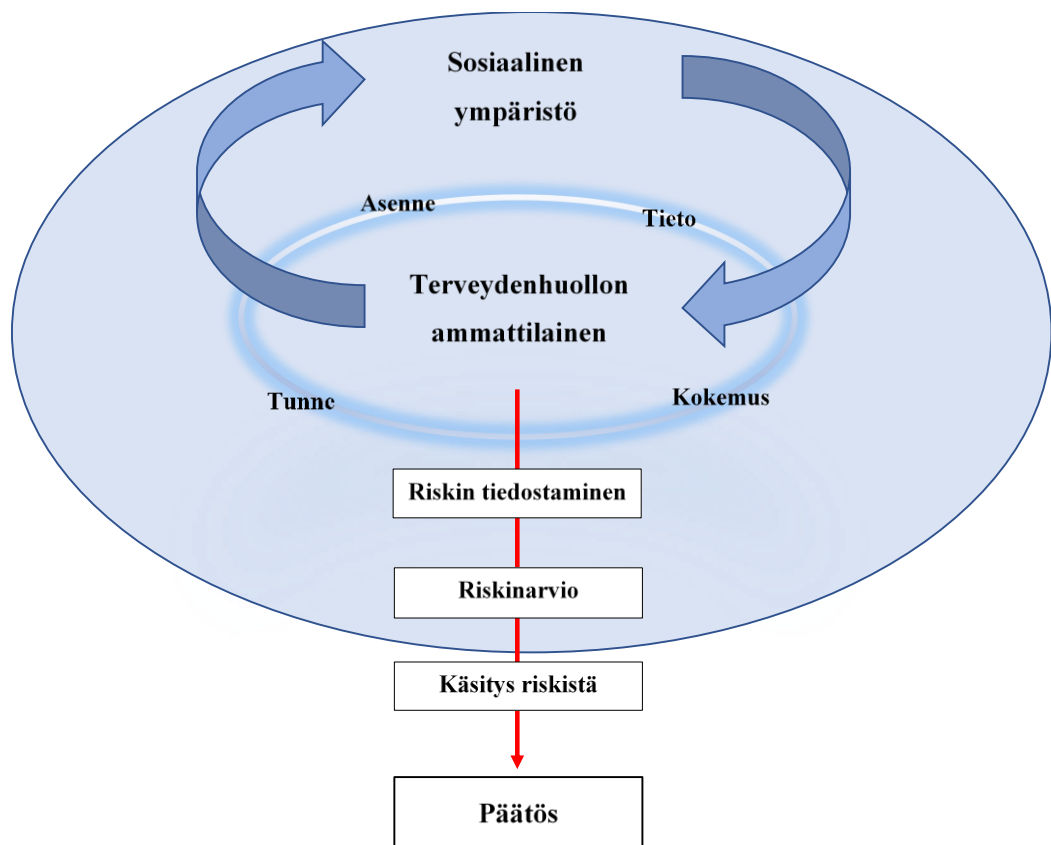
suhtautumistapaa asioihin. Terveysthuollon työntekijöiden asenteet infektioidentorjuntatoimiin (Hastreiter ym. 1992, Tzeng 2004, Barr ym. 2008) ja tartuntatautipotilaiden hoitoon (Sadowsky & Kunzel 1992, Shapiro ym. 1992, Brachman ym. 1996, Hu ym. 2004) ovat yhteydessä riskin tiedostamiseen, arviointiin ja työntekijän muodostamaan henkilökohtaiseen käsitykseen riskistä. Päätöksentekoprosessiin vaikuttaa myös terveydenhuollon työntekijän tunnetila. Velvollisuus hoitaa -käsitteen yhteyteen yleisimmin liitettyjä tunteita ovat: pelko (Epstein ym. 1993, Brachman ym. 1996, Tzeng & Yin 2006), turvallisuuden tunne (Shabanowitz & Reardon 2009, Damery ym. 2010, Ritvo ym. 2013, Chilton ym. 2016, Broom & Broom 2017), ahdistus (Bresolin ym. 1990, Khalid ym. 2016) ja huoli (Strunin ym. 1989, Sadowsky & Kunzel 1992).

Päätöksentekoprosessissa keskeistä on myös terveydenhuollon työntekijän tiedon taso ja hänen käsityksensä omasta tiedon tasostaan (Arnow ym. 1989, Strunin ym. 1989, Hu ym. 2004). Riskin tiedostamiseen, arviointiin ja lopulliseen käsitykseen riskistä vaikuttavat olennaisesti, niin terveydenhuollon työntekijän konkreettinen fakta tieto tartuntataudista, sen tartuttavuudesta, leviämisestä ja vakavuudesta, kuin myös hänen olettama tieto edellä mainituista asioista. Fakta tieto ja työntekijän olettama tieto saattavat erota toisistaan merkittävästi. (Weyant ym. 1993, Brachman ym. 1996.) Myös työntekijän oma käsitys osaamisestaan ja mielikuva kyvystä hoitaa tilanne turvallisesti ja hallita tarvittavat infektioidentorjuntatoimet liittyvät olennaisesti hänen muodostamaan käsitykseen riskin suuruudesta (Rankin ym. 1993, Ehrenstein ym. 2006, Chilton ym. 2016). Terveysthuollon työntekijän aiemmat kokemukset, joko saman tai vastaavan tartuntataudin kohtaamisesta, ovat merkityksellisiä päätöksentekoprosessin eri vaiheissa (Bresolin ym. 1990, Lam & Hung 2013). Aiemmat kokemukset ovat yhteydessä terveydenhuollon työntekijän omaan näkemykseen tiedon tasostaan, nämä kaksi tekijää korreloivatkin usein keskenään (Hastreiter ym. 1992, Chan ym. 1997).

5.2.3.3 Yksilön ja sosiaalisen ympäristön välinen vastavuoroinen suhde

Kolmas Velvollisuus hoitaa -käsitteen ominaispiirteistä on **yksilön ja sosiaalisen ympäristön välinen vastavuoroinen suhde**. Sosiaalinen ympäristö pitää sisällään terveydenhuollon työntekijän oman henkilökohtaisen (Epstein ym. 1993, Tzeng & Yin 2006, Anikeeva ym. 2008), ammatillisen (Sadowsky & Kunzel 1992, Grace & Cohen 1993) ja

yhteiskunnallisen ympäristön (Shapiro ym. 1992, Anikeeva ym. 2008, Cowden ym. 2010, Broom & Broom 2017). Yksilön ja sosiaalisen ympäristön välinen suhde on terveydenhuollon ammattilaisen yksilöllistä päätöksentekoprosessia ympäröivä sosiaalinen ulottuvuus, jonka rooli prosessissa on merkittävä (Kuvio 11). Terveydenhuollon ammattilaisen ja sosiaalisen ympäristön välinen suhde on vastavuoroinen. Tällä tarkoitetaan sitä, että suhteen osapuolien väliset odotukset toisiaan kohtaan ovat yhteydessä heidän panostukseensa. Mitä enemmän itse panostetaan suhteeseen, sitä enemmän odotetaan myös toisen osapuolen panostavan. (Bensimon ym. 2007, Anikeeva ym. 2008, Damery ym. 2010, Bensimon ym. 2012.)



Kuvio 11. Terveydenhuollon ammattilaisen ja sosiaalisen ympäristön välinen vastavuoroinen suhde ja sen yhteys päätöksentekoprosessiin

Sosiaalisen ympäristön paine toiminnalle voi olla positiivista, joka edistää toimintaa (Arnou ym. 1989, Sadowsky & Kunzel 1992, Anikeeva ym. 2008) tai negatiivista, jolloin se on toimintaa estävää (Epstein ym. 1993, McCarthy ym. 1999, Bensimon ym. 2012).

Sosiaalisen ympäristön voima, joka kohdistuu terveydenhuollon työntekijän toiminnan aikaansaamiseksi tai edistämiseksi voi luonteeltaan olla palkitsevaa (Bensimon ym. 2007, Wong ym. 2012, Milikovsky ym. 2013, Khalid ym. 2016), tukevaa (Hastreiter ym. 1992, Straus ym. 2004, Tzeng & Yin 2006, Bensimon ym. 2007, Åstrøm & Nasir 2009, Damery ym. 2010, Chilton ym. 2016), painostavaa (Ehrenstein ym. 2006, Bensimon ym. 2007, Anikeeva ym. 2008) tai pakottavaa (Arnou ym. 1989, Bensimon ym. 2007, Anikeeva ym. 2008, Milikovsky ym. 2013, Ritvo ym. 2013).

Palkitseminen voi olla taloudellista, jolloin työntekijä saa toimintansa johdosta erillisen rahapalkkion (Bensimon ym. 2007, Wong ym. 2012, Milikovsky ym. 2013, Khalid ym. 2016) tai se voi olla sosiaalista, jolloin työntekijälle myönnetään toiminnastaan kunnianosoitus, joka kuvastaa toiminnan arvostusta sosiaalisen ympäristön näkökulmasta (Khalid ym. 2016).

Sosiaalisen ympäristön voiman ollessa luonteeltaan tukea antavaa, voidaan tuki jakaa fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen, tiedolliseen ja ammatilliseen sekä hengelliseen tukeen. Fyysinen tuki tarkoittaa työntekijän fyysisen turvallisuuden tukemista eri keinoin. Yleisimpiä näistä keinoista ovat: henkilökohtaisten suojaimien saatavuuden turvaaminen (Hastreiter ym. 1992, Straus ym. 2004, Åstrøm & Nasir 2009, Chilton ym. 2016), rokotteiden ja antiviraalisen lääkityksen saatavuus (Bensimon ym. 2007, Damery ym. 2010) ja riittävän ravitsemuksen ja levon turvaaminen (Tzeng & Yin 2006). Psykkinen tuki puolestaan pitää sisällään toimenpiteitä, joilla pyritään vahvistamaan työntekijöiden psyykkistä hyvinvointia, esimerkiksi ahdistuksen ja pelon tunteiden hallitsemiseen tarkoitettut tukiryhmät (Tzeng & Yin 2006, Khalid ym. 2016). Sosiaalinen tuki tarkoittaa toimintoja, joilla pyritään mahdollistamaan työntekijän työnteke haastavassa tilanteessa. Tällaisia toimenpiteitä ovat esimerkiksi lastenhoidon ja työmatkakuljetuksen järjestäminen. (Bensimon ym. 2007, Wong ym. 2012.) Sosiaalisen tuen piiriin kuuluu myös erilaisten vakuutuksien tarjoaminen työntekijälle, näillä pyritään turvaamaan työntekijän ja hänen perheensä selviytyminen tilanteesta aiheutuvien mahdollisten negatiivisten seurauksien ilmetessä (Tzeng & Yin 2006, Bensimon ym. 2007, Ritvo ym. 2010, Wong ym. 2012, Milikovsky ym. 2013, Ritvo ym. 2013). Tiedollisen ja ammatillisen tuen tarkoituksena on varmistaa, että työntekijällä on käytössään uusin ja pätevin tartuntatautipotilaan hoitoon tarvittava tieto ja se, että työntekijöillä on riittävästi osaamista potilaiden turvallisen hoidon toteuttamiseksi. Ammatillinen tuki tarkoittaa myös sitä, että tilanteen hoitamiseksi

on varmistettu riittävä määrä osaavaa henkilökuntaa. (Brachman ym. 1996, Straus ym. 2004, Tzeng & Yin 2006, Wong ym. 2012, Lam & Hung 2013, Chilton ym. 2016.) Hengellinen tuki tarkoittaa hengellisten toimintojen mahdollistamista ja esimerkiksi pappien läsnäoloa tarvittaessa (Tzeng & Yin 2006).

Sosiaalisen ympäristön voima voi olla myös painostavaa ja ääritapauksissa jopa pakottavaa. Näissä tilanteissa sosiaalinen ympäristö pyrkii varmistamaan työntekijän toiminnan uhkaamalla työntekijää erilaisilla rangaistuksilla, kuten palkan menetyksellä, irtisanomisella tai toimiluvan menettämällä. (Ehrenstein ym. 2006, Bensimon ym. 2007, Anikeeva ym. 2008). Laki, joka määrää terveydenhuollon ammattilaisen hoitamaan tartuntatautipotilasta riskistä huolimatta, on esimerkki sosiaalisen ympäristön pakottavasta voimasta (Arnow ym. 1989, Bensimon ym. 2007, Anikeeva ym. 2008, Milikovsky ym. 2013, Ritvo ym. 2013).

Yhtä lailla kuin terveydenhuollon työntekijän henkilökohtaiset, myös sosiaalisen ympäristön asenteet, tunteet, tiedot ja aiemmat kokemukset ovat merkityksellisiä tekijöitä päätöksentekoprosessin riskin tiedostamisen ja arvioinnin vaiheissa. Yhteiskunnassa vallitsevat asenteet joidenkin tartuntatautipotilaiden hoitoa kohtaan saattavat olla negatiivisia tai positiivisia, tällaisilla tekijöillä on vaikutusta terveydenhuollon työntekijän päätöksentekoon (Straus ym. 2004, Khalid ym. 2016, Arheiam ym. 2017). Samoin työntekijän sosiaalinen ympäristö, joka koostuu ammatillisista suhteista, saattaa omata samankaltaisia positiivisia tai negatiivisia asenteita eri potilasryhmiä kohtaan (Sadowsky & Kunzel 1992, Grace & Cohen 1993).

Sosiaalisen ympäristön tunnetiloista erityisesti pelko näyttäytyy toisinaan koko kansakuntaa koskevana tunteena, joka ei voi olla vaikuttamatta yksittäisen työntekijän päätöksentekoprosessiin. Pelko yhteiskunnallisella tasolla saa toisinaan aikaan jopa paniikinomaisia kaoottisia tunnelmia, joissa terveydenhuollon työntekijät yrittävät säilyttää oman tietoisuuden harkintakykynsä. (Lam & Hung 2013, Broom & Broom 2017.) Henkilökohtaisella tasolla terveydenhuollon työntekijät kohtaavat omien läheistensä ja perheenjäsentensä pelkoa, huolta ja ahdistusta liittyen heidän työskentelyynsä tartuntatautipotilaiden hoidossa (Bensimon ym. 2012).

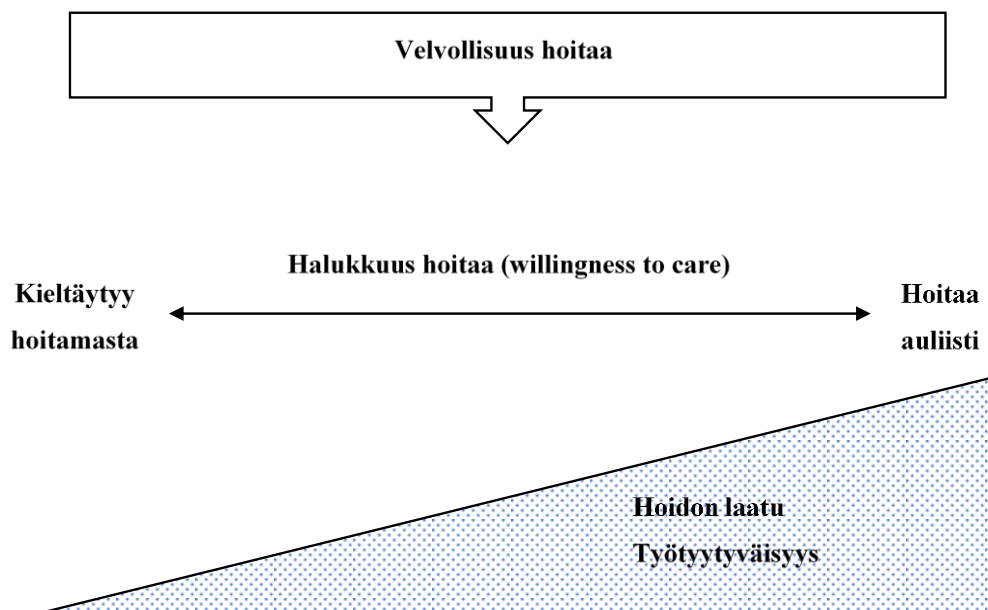
Sosiaalisen ympäristön tieto ja aiemmat kokemukset vastaavan kaltaisista tilanteista ovat terveydenhuollon työntekijän päätöksentekoprosessin kannalta olennaisia. Yhteiskunnan tasolla päätökset perustetaan tietoon, joka kyseisestä tartuntataudista, sillä nimenomaisella hetkellä on käytettävissä. Toisinaan, esimerkiksi uuden tartuntataudin esiintyessä, ollaan tilanteessa, jossa varmaa tietoa taudista, sen ominaisuuksista ja vaikutuksista ei ole. (Straus ym. 2004, Khalid ym. 2016.) Tämä johtaa usein toimintaohjeiden toistuvaan muuttumiseen tiedon ja kokemuksen lisääntyessä, jatkuvasti muuttuvat ohjeistukset aset-tavat puolestaan haasteita yksittäisen työntekijän päätöksenteolle. Tiedon saatavuus, tie-don kulku ja sen oikeellisuus ovat keskeisiä tietoon liittyviä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä terveydenhuollon henkilökunnan päätöksentekoon ja siihen perustuvaan toimintaan tartuntatautipotilaan hoidossa. (Brachman ym. 1996, Straus ym. 2004, Lam & Hung 2013, Broom & Broom 2017.)

5.2.4 Seuraukset

Käsitteen seurauksilla tarkoitetaan tekijöitä, asioita tai tapahtumia, jotka ilmenevät käsitteen esiintymisen vaikutuksesta. Seurauksien tunnistaminen auttaa tarkastelemaan käsitteen yhteydessä esiintyvien tekijöiden välisiä yhteyksiä ja suhteita. (Walker & Avant 2005, Puusa 2008, Suhonen & Vaartio-Rajalin 2010.) Velvollisuus hoitaa -käsitteen seuraukseksi tunnistettiin tila, joka kuvaa terveydenhuollon ammattilaisen halukkuutta hoi-taa tartuntatautipotilaita. Velvollisuus hoitaa -käsitteen seuraukset ovat yhteydessä tar-tuntatautipotilaan hoidon laatuun sekä terveydenhuollon työntekijöiden työtyytyväisyy-teen.

Velvollisuus hoitaa -käsitteen seurauksena syntyy tila, joka kuvaa terveydenhuollon am-mattilaisen **halukkuutta hoitaa tartuntatautipotilaita** (Kuvio 12). ”Velvollisuus hoi-taa” on halukkuutta (engl. Willingness to care) ennustava tekijä (Hastreiter ym. 1992, Sadowsky & Kunzel 1992, Bennett ym. 1993, Sadowsky & Kunzel 1996, McCarthy ym. 1999, Ives ym. 2009, Damery ym. 2010, Ritvo ym. 2013, Chilton ym. 2016). Halukkuus voidaan kuvata jatkumona, jonka varrelle terveydenhuollon ammattilaisen päätös sijoit-tuu. Päätös, joka on syntynyt yksilöllisen, riskinarviointiin perustuvan, päätöksenteko-prosessin seurauksena. (Bensimon ym. 2007, Barr ym. 2008, Damery ym. 2010, Arheiam

ym. 2017, Broom & Broom 2017). “Halukkuuden hoitaa” ollessa alhaisimmillaan, terveydenhuollon ammattilaisen päätös sijoittuu jatkumon toiseen ääripäähän. Tämä ääripää kuvaa tilannetta, jossa terveydenhuollon ammattilainen kieltäytyy hoitamasta tartuntatautipotilasta. (Shapiro ym. 1992, Sugarman ym. 1996, Straus ym. 2004, Shabanowitz & Reardon 2009.) Jatkumon toista ääripäätä kuvaa tilanne, jossa terveydenhuollon ammattilaisen halu hoitaa tartuntatautipotilaita on suuri ja hän hoitaa potilaita auliisti ja epäröimättä (Straus ym. 2004, Bensimon ym. 2007, Barr ym. 2008, Shabanowitz & Reardon 2009, Damery ym. 2010).



Kuvio 12. Velvollisuus hoitaa -käsitteen seuraukset

Velvollisuus hoitaa -käsitteen ilmenemisellä on vaikutuksia **tartuntatautipotilaan hoidon laatuun**. Seuraukset hoidon laatuun voivat olla positiivisia tai negatiivisia. Seuraukset potilaalle korreloivat terveydenhuollon ammattilaisen halukkuuden kanssa (Kuvio 12.). Mitä enemmän terveydenhuollon ammattilainen haluaa hoitaa tartuntatautipotilaita, sitä positiivisempia seuraukset potilaalle ovat. Halukkuus hoitaa potilaita johtaa potilaiden parempaan hoitoon pääsyyn, hoidon tehokkuuteen ja laatuun, sekä tartuntatautipotilaiden saamaan kohteluun. (Strunin ym. 1989, Sadowsky & Kunzel 1992, Bennett ym. 1993, Sadowsky & Kunzel 1996, Lam & Hung 2013.) Korrelaatio ilmenee myös toisin

päin, mitä vähemmän terveydenhuollon ammattilainen haluaa hoitaa potilaita, sitä negatiivisimpia seuraukset ovat potilaille ja hoidon laadulle. Potilaan hoitoon pääsy vaikeutuu, hoidon laatu heikkenee (Arnold ym. 1989, Strunin ym. 1989, Straus ym. 2004), potilaskontaktien määrä vähenee (Sugarman ym. 1996, Anikeeva ym. 2008) ja potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välinen suhde kärsii (Straus ym. 2004).

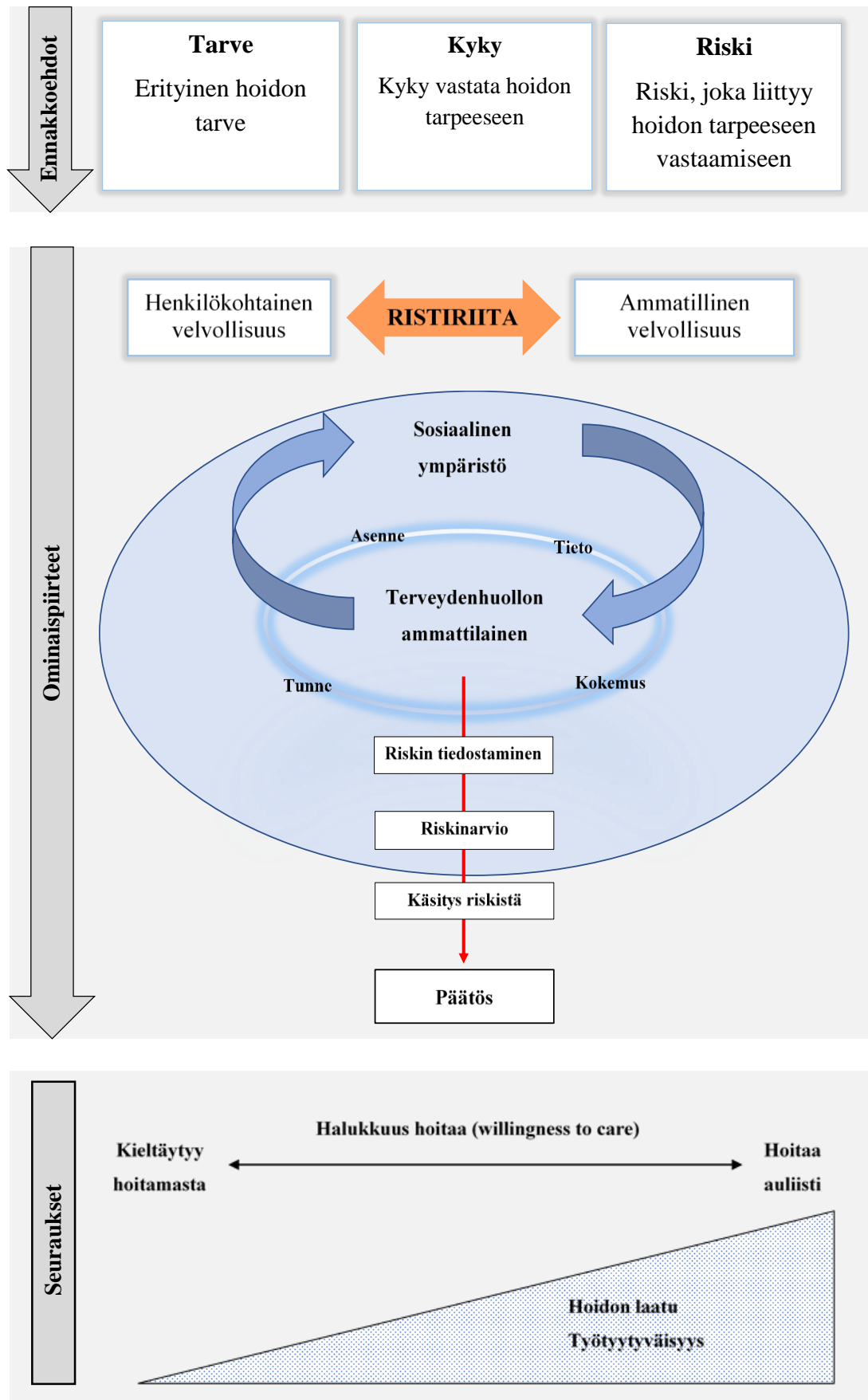
Velvollisuus hoitaa -käsitteen ilmenemisellä on vaikutuksia myös **terveydenhuollon työntekijöiden työtyytyväisyyteen**. Velvollisuus hoitaa -käsitteen seuraukset terveydenhuollon työntekijöille ja työyhteisölle voivat myös olla sekä positiivisia että negatiivisia. Nämäkin seuraukset ovat yhteydessä terveydenhuollon ammattilaisen halukkuuteen hoitaa tartuntatautipotilaita. (Sugarman ym. 1996, Straus ym. 2004, Bensimon ym. 2007, Barr ym. 2008, Damery ym. 2010, Lam & Hung 2013, Khalid ym. 2016, Broom & Broom 2017.) Positiiviset seuraukset ilmenevät henkilökunnan osaamisen ja kokemuksen lisääntymisenä (Lam & Hung 2013), sekä työyhteisön yhteishengen kohentumisena. Kun työntekijöiden halukkuus hoitaa tartuntatautipotilaita on suuri, työyhteisössä vallitsee yhdessä tekemisen ilmapiiri ja kaikki työntekijät työskentelevät tasapuolisesti yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Tämä lisää työntekijöiden työtyytyväisyyttä. (Straus ym. 2004, Damery ym. 2010, Khalid ym. 2016, Broom & Broom 2017.) Negatiiviset seuraukset puolestaan ilmenevät, kun halukkuus hoitaa tartuntatautipotilaita potilaita on vähäistä, ja osa työntekijöistä kieltäytyy kokonaan hoitamasta potilaita. Riskin epätasainen jakautuminen koetaan epäoikeudenmukaisena. Näissä tilanteissa työyhteisöön muodostuu negatiivisia jännitteitä, jotka heikentävät työilmapiiriä ja vähentävät työtyytyväisyyttä. (Sugarman ym. 1996, Bensimon ym. 2007, Barr ym. 2008.)

5.3 Velvollisuus hoitaa -käsitteen määritelmä

Käsitteelle ”Velvollisuus hoitaa” tartuntatautipotilaan hoidossa ei ole empiiriseen tutkimukseen perustuvassa kirjallisuudessa esitetty selkeää määritelmää. Vastaajien mielipiteet, näkemykset ja kokemukset käsitteestä, sen olemuksesta (Bensimon ym. 2007, Barr ym. 2008, Ives ym. 2009, Shabanowitz & Reardon 2009), perusteista (Civaner & Arda 2008, Milikovsky ym. 2012) ja määrästä (Bennet ym. 1993, Sadowsky & Kunzel 1996, Ritvo 2010, Ritvo 2013) vaihtelivat laajalti vastaajien välillä, olivat he sitten maallikkoja

(Bensimon ym. 2007, Ritvo ym. 2010, Bensimon ym. 2012, Ritvo ym. 2013) tai terveydenhuollon ammattilaisia. (Bensimon ym. 2007, Barr ym. 2008, Ives ym. 2009, Shabanowitz & Reardon 2009, Cowden ym. 2010, Broom & Broom 2017.)

Tässä tutkimuksessa Velvollisuus hoitaa -käsitteelle on tuotettu määritelmä, joka perustuu integratiivisen kirjallisuuskatsauksen pohjalta tehdyn käsiteanalyysin tuloksiin. Määritelmän elementit on kuvattu kuviossa 13. ”Velvollisuus hoitaa” on terveydenhuollon ammattilaisen kokeman ammatillisen ja henkilökohtaisen velvollisuuden välisen ristiriidan käynnistämä, riskinarviointiin perustuva, yksilöllinen päätöksentekoprosessi, joka toteutuu vastavuoroisessa suhteessa sosiaalisen ympäristön kanssa.



Kuvio 13 Velvollisuus hoitaa -käsitteen ennakoehdot, ominaispiirteet ja seuraukset

6 POHDINTA

Pohdintaosiossa tarkastellaan tutkimuksen eettisyyttä, luotettavuutta ja tutkimuksen keskeisiä tuloksia. Lopuksi pohditaan vielä tutkimustulosten hyödynnettävyyttä ja esitetään jatkotutkimusehdotuksia.

6.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusetiikan keskeiset eettiset periaatteet koskevat tutkittavan autonomian kunnioittamista, vahingoittamisen välttämistä, hyvän edistämistä ja oikeudenmukaisuutta (WMA 2013, Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 794/2010). Lääketieteellisen tutkimuksen etiikka perustuu Nürnbergin säännöstöön (1947) ja Helsingin julistukseen (1964). Nürnbergin säännöstö on kirjattu Toisen maailmansodan tapahtumien jälkeen. Sen ensimmäinen keskeinen tavoite on varmistaa tutkimukseen osallistuvien henkilöiden vapaaehtoinen tietoinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Toisena tavoitteena on varmistaa, että tutkimus on perusteltu, eikä siitä aiheudu haittaa tutkimukseen osallistuville henkilöille. (Nuremberg Code 1947.) Helsingin julistus on alun perin Maailman Lääkäriliiton (WMA) hyväksymä julistus vuodelta 1964. Julistuksen keskeinen sanoma on tutkittavien tietoisesta suostumuksesta ja tutkimuksen eettisen ennakoarvioinnin välttämättömyys. Tutkimukseen osallistuvilta tulee olla tietoon perustuva, vapaaehtoinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksen eettinen ennakoarvio puolestaan tarkoittaa sitä, että tutkimuksesta on laadittava suunnitelma, jonka riippumaton eettinen toimikunta arvioi ja hyväksyy ennen tutkimuksen toteuttamista. Helsingin julistus asettaa myös vaatimuksia mahdollisen tutkimusrahoituksen ja tutkijan eturistiriitojen julkaisuun. (WMA 2013.)

Tässä tutkimuksessa eettisyys on varmistettu noudattamalla hyvää tieteellistä käytäntöä tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa, että tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä, avoimuutta, tarkkuutta ja huolellisuutta. Näiden lisäksi hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muiden tutkijoiden työn kunnioittaminen asianmukaisten lähdeviittausten avulla. (TENK 2012.)

Kirjallisuuskatsaus ei tutkimusmenetelmänä sisällä piirteitä, jotka edellyttäisivät erityistä eettistä tarkastelua. Tutkimusetiikan huomioiminen myös kirjallisuuskatsauksissa on kuitenkin viime vuosina herättänyt keskustelua, ja sen merkitys on lisääntynyt. On tärkeää huomioida, ettei alkuperäistutkimukseen annettu tietoinen suostumus välttämättä kata tietojen käyttämistä myös katsauksessa. Tämä on mahdollista erityisesti tilanteissa, joissa katsauksen tarkoitus poikkeaa merkittävästi alkuperäistutkimuksen tarkoituksesta. Mikäli tutkimusetiikkaan ei kiinnitetä riittävästi huomiota, katsauksissa saatetaan julkaista eettisiltä toimintatavoiltaan puutteellisten tutkimuksien tuloksia. Alkuperäistutkimusten eettisyyden arviointi on tärkeää, jotta voidaan tunnistaa nämä eettisiltä toimintatavoiltaan riittämättömät tutkimukset ja estää niiden tietojen julkaiseminen. Lisäksi alkuperäistutkimuksien eettisyyden arviointi välittää tärkeän viestin lukijoille ja muulle tutkijayhteisölle: Tutkimusetiikan kannalta keskeisten tekijöiden huomiointi ja raportointi ovat tärkeä osa tutkimusta ja sen laatua. (Vergnes ym. 2010.)

Alkuperäistutkimuksien eettisyyttä arvioitiin tässä tutkimuksessa poimimalla kaikista katsauksen artikkeleista tutkimuksen eettisyyttä ilmaisevat asiat. Näistä koostettiin yhteenveto, joka on esitetty taulukossa 13. Yleisimmin tutkimusartikkeleissa raportoituja tutkimuseettisiä tekijöitä olivat: tutkimusluvan tai eettisen ennakoarvion saaminen, vapaaehtoinen osallistuminen tutkimukseen, tutkittavien anonymiteetin säilyttäminen, luotamuksellisuus, tietoinen suostumus ja tutkimusrahoituksen saaminen. Tutkimuslupa tai eettinen ennakoarvio oli yleisimmin saatu joko sairaalalta, oppilaitokselta, yliopistolta tai eettiseltä toimikunnalta. Taulukosta 13 (Yhteenveto alkuperäistutkimuksien eettisyyden raportoinnista) voidaan nähdä, että eettisyyden raportointi tutkimuksissa on lisääntynyt vuosien varrella. 1990-luvulla julkaistuissa tutkimuksissa, jopa viidessä (Bresolin ym. 1990, Sadowsky & Kunzel 1992, Rankin ym. 1993, Sadowsky & Kunzel 1996, Chan ym. 1997), tutkimuksen eettisyyttä ei oltu raportoitu tutkimusartikkelissa lainkaan. 2000-luvulla näin oli enää yhden tutkimuksen kohdalla (Ritvo ym. 2013). Myös tutkimusluvan tai eettisen ennakoarvioinnin raportointi tutkimusartikkeleissa on lisääntynyt selvästi 2000-luvulle tultaessa. Tämä vahvistaa Vergnesin ym. (2010) olettamusta, että tutkimuksen eettisyys ja sen arviointi on vuosi vuodelta saanut yhä merkittävämmän roolin tutkimuksien raportoinnissa.

Taulukko 13. Yhteenveto alkuperäistutkimuksien eettisyyden raportoinnista

Tekijät, vuosi	Alkuperäistutkimuksen eettisyys					
	Tutkimuslupa/ Eettinen ennakkoarvio	Vapaaehtoisuus	Anonymiteetti	Luottamuksellisuus	Tietoinen suostumus	Tutkimusrahoitus
Arnow ym. 1989			x			
Strunin ym. 1989		x	x	x		
Bresolin & Rinaldi 1990						
Hastreiter ym. 1992				x		
Sadowsky & Kunzel 1992						
Shapiro ym. 1992						x
Bennett ym. 1993		x	x			
Epstein ym. 1993			x	x	x	x
Grace & Cohen 1993						x
Rankin ym. 1993						
Weyant ym. 1993			x			
Brachman ym. 1996	x	x		x		
Sadowsky & Kunzel 1996						

Tekijät, vuosi	Alkuperäistutkimuksen eettisyys					
	Tutkimuslupa/ Eettinen ennakkoarvio	Vapaaehtoisuus	Anonymiteetti	Luottamuksellisuus	Tietoinen suostumus	Tutkimusrahoitus
Sugarman ym. 1996	x		x		x	
Chan ym. 1997						
McCarthy ym. 1999	x					x
Hu ym. 2004			x	x		x
Straus ym. 2004	x		x	x		
Tzeng 2004	x	x			x	
Ehrenstein ym. 2006	x		x			
Tzeng & Yin 2006	x	x		x	x	
Bensimon ym. 2007	x				x	x
Anikeeva ym. 2008	x					
Barr ym. 2008			x			
Civaner & Arda 2008	x	x		x		
Ives ym. 2009	x	x		x	x	x
Shabanowitz & Reardon 2009	(07/H0408/120) x					

Tekijät, vuosi	Alkuperäistutkimuksen eettisyys					
	Tutkimuslupa/ Eettinen ennakkoarvio	Vapaaehtoisuus	Anonymiteetti	Luottamuksellisuus	Tietoinen suostumus	Tutkimusrahoitus
Åstrøm & Nasir 2009	x				x	x
Cowden ym. 2010	x		x			
Damery ym. 2010	x				x	
Ritvo ym. 2010	(07/H0408/120) x					
Wong ym. 2011	x			x	x	
Bensimon ym. 2012	x				x	x
Milikovsky ym. 2012	x		x			
Lam & Hung 2013	x		x	x	x	
Ritvo ym. 2013						
Chilton ym. 2016		x	x		x	
Khalid ym. 2016	x		x			
Arheiam ym. 2017	x		x		x	
Broom & Broom 2017	(EA2014041) x (#HREC/14/QPCH/233)					

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on ollut tarkoituskin tutkia. Tutkimuksen validiteettia tarkasteltaessa arvioidaan tutkimuksen filosofisia lähtökohtia, tutkittavan ilmiön tavoitettavuutta ja tutkimusmenetelmän, kohdejoukon ja analyysimenetelmän soveltuvuutta ilmiöön, jota halutaan tutkia. Reliabiliteetti puolestaan tarkoittaa tutkimuksen toistettavuuden ja sattumanvaraisuuden tarkastelua. Reliabiliteettia arvioitaessa pohditaan, kuinka todennäköistä on, että samalla menetelmällä, kohdejoukolla ja kontekstilla saavutetaan samanlaisia tuloksia riippumatta ajankohdasta tai tutkijasta. Tutkimustapa ratkaisee kriteerit, joilla tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti osoitetaan. (Tynjälä 1991, Holloway & Wheeler 2010, Grove ym. 2013.)

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan tässä tutkimuksessa arvioimalla ensin tutkimusmenetelmän soveltuvuutta suhteessa tutkimuksen tarkoitukseen. Tämän jälkeen arvioidaan kirjallisuushakuprosessin, aineiston analyysimenetelmän ja tulosten luotettavuutta. Tämän kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden tarkastelussa keskeistä on toiminnan systemaattisuuden ja läpinäkyvyyden arviointi (Whittemore 2008). Luotettavuuden arvioinnissa käytetään soveltuvien osin Lincoln ja Guban (1985) arviointikriteerejä, joita ovat: uskottavuus, siirrettävyys, varmuus ja vahvistettavuus. Kriteerit on tehty laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin (Lincoln & Guba 1985), mutta niitä voidaan hyödyntää myös integratiivisen kirjallisuuskatsauksen arvioinnissa. Edellä mainittujen kriteereiden lisäksi arviointikriteereihin liitettiin myös refleksiivisyys, jonka tarkastelu on tärkeää erityisesti kokemattoman tutkijan oppimisprosessin syventämisessä (Maunthner & Doucet 2003).

6.2.1 Tutkimusmenetelmän soveltuvuus

Käsitettä ”Velvollisuus hoitaa” lähestyttiin tässä tutkimuksessa dispositionaalisen lähestymistavan kautta. Lähestymistavan valintaa puoltaa käsitteen ilmeneminen todellisuudessa inhimillisen toiminnan kautta (Rodgers 2000). Velvollisuus hoitaa -käsitteen ominaispiirteiksi tässä tutkimuksessa määriteltiin: velvollisuuksien välinen ristiriita, joka il-

menee terveydenhuollon henkilökunnan kokemana tunteena, yksilöllinen päätöksentekoprosessi ja yksilön ja sosiaalisen ympäristön välinen suhde. Kaikki kolme käsitteen ominaispiirrettä edustavat inhimillistä toimintaa. Tutkimuksen tulokset tukevat dispositio-naalisen lähestymistavan valintaa.

Käsiteanalyysimenetelmäksi tutkimukseen valittiin Schwartz-Barcottin ja Kimin hybridimalli. Malli valikoitui menetelmäksi, koska se huomioi analyysimenetelmistä voimakaimmin kontekstin, jossa käsite esiintyy (Vaartio 2008, Zucker ym. 2014) ja menetelmä soveltuu suoraan käytännön hoitotyössä esiintyvien (Sayers & Vries 2008, Sadooghiasl ym. 2018) käsitteiden analysointiin (Schwartz-Barcott & Kim 2000). Velvollisuus hoitaa -käsitettä analysoitiin tässä tutkimuksessa nimenomaisesti tartuntatautipotilaan hoidon kontekstissa ja sen esiintyminen käytännön terveydenhuollossa oli tutkijan itsensä havaitsemaa ja kokemaa todellisuutta. Edellä mainitut tekijät puoltavat hybridimallin valintaa käsiteanalyysimenetelmäksi.

Hybridimallin analyysivaihe osoittautui kuitenkin haasteelliseksi. Se ei tarjonnut tutkijalle riittävän selkeää rakennetta analyysin toteuttamiseen. Eri käsiteanalyysimenetelmien yhdistäminen on tarvittaessa mahdollista, ja tämän arvellaankin olevan lisääntymässä oleva käytäntö (Suhonen & Vaartio-Rajalin 2010). Analyysin vahvistamiseksi tässä tutkimuksessa päädyttiin lopulta käyttämään, alun perin Wilsonin (1969) esittämää ja myöhemmin Walker ja Avantin (1983) täydentämää, analyysimenetelmää. Menetelmän rakenne, jossa tunnistetaan käsitteen käyttötavat, ennakkoehdot ja seurauksen ja määritellään käsitteen ominaispiirteet (Walker & Avant 1983, Knafl & Deatrick 2000) auttoi tutkijaa analyysivaiheen toteutuksessa. Vastaavaan ratkaisuun olivat tutkimuksessaan päätyneet myös Poles ja Bousso (2011), jotka kehittivät hybridimenetelmän avulla käsitettä ”Dignified death” lasten tehohoidossa (Poles & Bousso 2011). Tämä vahvistaa Suhosen ja Vaartio-Rajalinin (2010) näkemystä eri käsiteanalyysimenetelmien yhdistämisen yleistymisestä, samalla se herättää kuitenkin kysymyksen hybridimenetelmän kyvystä tarjota analyysin tekijälle riittävästi rakennetta. Hybridimenetelmän avoimuus saattaa vaikeuttaa käsitteen hahmottamista ja hallitsemista, jolloin analyysivaihe muodostuu hyvin vaativaksi.

Hybridimalli sisältää kolme vaihetta, joista tässä tutkimuksessa toteutettiin ensimmäinen eli teoreettinen vaihe. Teoriavaiheen tuloksena on ”työmääritelmä” tutkittavasta käsitteestä. Seuraavan vaiheen aikana, jota kutsutaan ”kenttävaiheeksi”, kerätään laadullinen aineisto (Schwartz-Barcott & Kim 2000). Laadullisen aineiston tarkoituksena ei ole ainoastaan vahvistaa teoreettisen vaiheen työmääritelmää, vaan myös tarjota siihen laajempi ja moniulotteisempi näkökulma ja tällä tavoin mahdollistaa käsitteen määritelmän kehittyminen (Sayers & Vries 2008, Jasemi ym. 2017). Tämän kirjallisuuskatsauksen avulla on luotu teoreettinen työmääritelmä käsitteestä ”Velvollisuus hoitaa”. Tutkimus etenee jatkossa hybridimallin mukaisesti kenttävaiheeseen, jossa kerätään laadullinen aineisto käsitteestä. Kenttävaiheessa käsitettä on mahdollista tarkastella teoreettista vaihetta konkreettisemmin ja sen yhteys käytäntöön on helpommin hahmotettavissa (Poles & Bousso 2011). Vasta tämän vaiheen jälkeen voidaan edetä mallin viimeiseen eli analyttiseen vaiheeseen, jonka perusteella tutkittava käsite määritellään (Schwartz-Barcott & Kim 2000).

6.2.2 Kirjallisuushakuprosessin luotettavuus

Tutkimuksen tutkimusmenetelmä oli integratiivinen kirjallisuuskatsaus, jota hybridimallin kehittäjät ovat pitäneet soveltuvana teoreettisen vaiheen menetelmäksi (Schwartz-Barcott & Kim 2000). Integratiivinen katsaus soveltui Velvollisuus hoitaa -käsitteen analysointiin tutkimusmenetelmiltään erilaisten alkuperäislähteiden vuoksi (Evans 2008, Suolaari & Kajander-Unkuri 2015, Holly ym. 2017).

Menetelmänä integratiivinen katsaus mahdollistaa myös aiheeseen liittyvän teoreettisen ja empiirisen tiedon yhdistämisen (Whittemore & Knafl 2005). Tässä katsauksessa päädyttiin kuitenkin rajaamaan aineisto empiirisiin tutkimuksiin. Aiheesta on tehty teoreettisia artikkeleita 2000-luvulla, joissa Velvollisuus hoitaa -käsitteen olemusta, merkitystä ja perusteita on tarkasteltu teoreettisesti (Clark 2005, Reid 2005, Upshur ym. 2005, Upshur ym. 2006, Malm ym. 2008, Brody & Avery 2009). Kaikkia näitä artikkeleja oli kuitenkin käytetty katsaukseen valituissa empiirisissä tutkimuksissa, joko tutkimuksien viitekehäisinä (Civaner & Arda 2008, Damery ym. 2010), kyselylomakkeen perustana (Ritvo ym. 2010, Ritvo ym. 2013) tai tutkimuksien taustatietoina (Bensimon ym. 2007, Chilton ym.

2016), joita vasten tutkimustuloksia oli tarkasteltu. Teoreettisten artikkeleiden mukaanotto katsaukseen ei näin ollen olisi tuonut lisäarvoa Velvollisuus hoitaa -käsitteen määrittelyyn. Vastaavaan ratkaisuun päädyttiin myös eettisten ohjeiden mukaanoton osalta. Upshur ym. (2006) ovat toteuttaneet katsauksen terveydenhuollon ammattilaisten eettisistä ohjeista ja tarkastelleet niissä esiintyviä määritelmiä käsitteestä ”Velvollisuus hoitaa”. Katsauksen löydöksiensä mukaan eettisten ohjeiden tarjoamat määritelmät käsitteestä olivat pääosin hyvin suppeita ja yleisluonteisia. Eettisissä ohjeissa esiintyvät yksityiskohtaisemmat määritelmät Velvollisuus hoitaa -käsitteestä olivat hyvin samankaltaisia Amerikan Lääkäriliiton (2001) eettisten ohjeiden määritelmän kanssa (Upshur ym. 2006). Myös AMA:n määritelmää oli käytetty laajalti katsaukseen valittujen empiiristen tutkimuksien taustainformaatio ja pohdintaosuuksissa (Arnold ym. 1989, Bresolin & Rinaldi 1990, Sugarman ym. 1996, Shabanowitz & Reardon 2009), joten tämäkin informaatio sisältyi jo empiirisiin tutkimuksiin, eikä eettisten ohjeiden mukaanotto olisi tuonut lisäarvoa käsitteen määrittelyyn.

Kirjallisuushaun tarkoituksena integratiivisessa katsauksessa on saavuttaa mahdollisimman laajasti kaikki tutkimusaihetta käsittelevä relevantti tieto (Whittemore & Knafelz 2005, Evans 2008, Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015). Tähän tavoitteeseen ei tässä tutkimuksessa päästy kahdesta syystä. Ensinnäkin, tutkijan kielitaidon vuoksi katsaukseen voitiin ottaa mukaan ainoastaan suomen-, ruotsin- ja englanninkieliset artikkelit. Tämä selittää mahdollisesti myös sen, miksi katsauksessa ei ole mukana tutkimuksia Etelä-Amerikan mantereelta, jossa pääasialliset kielet ovat portugali ja espanja. Toinen syy miksi katsaukseen ei välttämättä saatu kaikkea mahdollista tutkimusaihetta käsittelevää tietoa, oli elektronisten tietokantojen käyttö tiedonhaussa. Tietokantojen käyttöä perustellaan niiden käyttökelpoisuudella, kun halutaan rajata aineisto koskemaan ainoastaan julkaistuja tutkimusartikkeleita. Tässä katsauksessa tiedonhaussa käytettiin tietokantoja, jotka ovat terveystieteiden tutkimuksen kannalta merkittävimpiä (Lehtiö & Johansson 2015, Holly ym. 2017). Manuaalisen haun avulla löydettiin kuitenkin vielä kaksi tutkimusta, joita ei elektronisten hakujen avulla löytynyt. Joten on mahdollista, että relevanttia materiaalia on jäänyt tällä hakustrategialla saavuttamatta. Molemmat tämän katsauksen tiedonhakua koskevat rajoitukset ovat kirjallisuuskatsauksissa melko tavallisia (Pölkki ym. 2014).

Tässä katsauksessa toteutettiin kuitenkin useita tiedonhakuprosessin luotettavuutta vahvistavia tekijöitä. Tiedonhakuun käytettiin mahdollisimman laajoja hakulausekkeita, joiden avulla pyrittiin varmistamaan kaikkien relevanttien tutkimuksien mukaan saaminen. Laajaa hakutulosten määrää rajoitettiin myöhemmässä vaiheessa tarkkojen sisäänotto- ja poissulkukriteereiden avulla. Hakulausekkeiden koostamisessa hyödynnettiin lääketieteen kirjaston informaation osaamista. (Evans 2008.) Hakuprosessin luotettavuutta lisää myös prosessin toteuttaminen kahden tutkijan itsenäisen työskentelyn avulla (Booth ym. 2016). Koko tiedonhakuprosessi on raportoitu ja kuvattu yksityiskohtaisesti vaihe vaiheelta (katso luku 4.2.2 Kirjallisuushaku) prosessin läpinäkyvyyden varmistamiseksi. Näin ollen toisilla tutkijoilla on mahdollisuus halutessaan toistaa tutkimus (Grove ym. 2013).

6.2.3 Analyysin luotettavuus

Analyysivaihe on integratiivisen katsauksen vaikein ja virheille alttein vaihe (Flinkman & Salanterä 2007). Se on myös vaihe, joka on usein heikoimmin raportoitu (Hopia ym. 2016). Integratiivisen katsauksen analyysivaiheeseen liittyy sama kompleksisuus kuin laullisen tutkimuksen aineiston analysointiin. Suurimmat huolenaiheet ovat arvojen ja ennakoasenteiden vaikutus narratiiviseen analyysiin ja sen tulkitsevaan luonteeseen (Miles & Huberman 1994, Whitemore 2008). Tässä katsauksessa analyysiprosessin luotettavuutta heikentää, sen toteuttaminen ainoastaan yhden tutkijan toimesta (Whitemore & Knafel 2005, Evans 2008, Pölkki ym. 2014). Analyysiprosessia on pyritty kuitenkin vahvistamaan integratiivisissa katsauksissa hyviksi koettujen menetelmien, kuten Miles ja Hubermanin (1994) analyysimenetelmän ja Thomas ja Hardenin (2008) temaattisen synteesin käytöllä tutkimusaineiston analysoinnissa (Evans 2008, Whitemore 2008, Cowdell ym. 2017, Holly ym. 2017).

Uskottavuus (engl. credibility). Uskottavuus on tärkein kriteeri tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa, sen tehtävänä on osoittaa tutkimustulosten ja todellisuuden välinen yhteys ja samalla varmistaa tutkimustulosten totuudellisuus (Lincoln & Guba 1985). Tämän tutkimuksen uskottavuutta lisää kolme tekijää. Ensimmäinen on tutkijan oma tausta. Tutkija on työskennellyt pitkään infektio-osaston sairaanhoitajana, työkokemuksensa myötä

tutkimuksen kohteena oleva käsite on tutkijan itsensä todellisuudessa tunnistama. Aiheeseen liittyvän kirjallisuuden termit ja käsitteet, jotka koskevat tartuntatauteja, tartuntatautipotilaan hoitoa, tartuntatautiepidemioita ja infektioidentorjuntaa ovat tutkijalle entuudestaan tuttuja.

Toinen tämän katsauksen uskottavuutta vahvistava tekijä on triangulaatio. Triangulaation tarkoituksena on osoittaa, etteivät tutkimuksen tulokset ole sattumanvaraisia, vaan eri lähtökohdista ja menetelmillä toteutetut tutkimukset tuottavat samankaltaisia tuloksia. Triangulaatio voi koskea teoriaa, aineistoa, menetelmää tai tutkijaa. (Maunthner & Doucet 2003). Tässä tutkimuksessa teoriatriangulaatiota edustaa alkuperäistutkimuksien erilaiset teoreettiset lähtökohdat. Aineistotriangulaatiota puolestaan edustaa alkuperäistutkimuksien aineiston heterogeenisyys. Aineistot kuvaavat samaa käsitettä eri tartuntatautien näkökulmasta ja aineistonkeruut ajoittuivat epidemioiden eri vaiheisiin. Tämän lisäksi aineiston heterogeenisyyttä kuvaavat eri maihin ja ajankohtiin sijoittuvat tutkimukset, sekä tiedonkeruu useilta eri kohdejoukoilta. Alkuperäistutkimuksissa oli käytetty eri tutkimusmenetelmiä, joka kuvaa menetelmätriangulaation toteutumista.

Kolmas keino vahvistaa tutkimuksen uskottavuutta on johtopäätösten vahvistaminen. Tämän tarkoituksena on varmistaa, että johtopäätökset ovat virheettömiä ja tunnistaa aineiston ja johtopäätösten välillä ilmeneviä ristiriitaisuuksia (Miles & Huberman 1994, Whitemore & Knafl 2005, Whitemore 2008). Tavoitteena on varmistaa analyysiprosessin ja johtopäätösten tarkkuutta, yhdenmukaisuutta ja luotettavuutta (Cowdell ym. 2017). Tässä tutkimuksessa johtopäätösten vahvistaminen toteutettiin siten, että analyysin tulosten kanssa palattiin takaisin alkuperäisaineiston pariin. Velvollisuus hoitaa -käsitteelle tunnistettuja käyttötapoja, ennakkoehtoja, ominaispiirteitä ja seurauksia verrattiin yksitellen jokaiseen katsauksen alkuperäisartikkeliin. Menetelmän tarkoituksena oli tunnistaa tulosten sisältämät ristiriitaisuudet aineiston kanssa. Tulosten ja alkuperäisaineiston välisiä ristiriitaisuuksia ei havaittu, alkuperäistutkimukset tukivat katsauksen löydöksiä ja kokonaisuus oli looginen.

Varmuus (engl. dependability) on kriteeri, joka osoittaa tutkimustulosten johdonmukaisuutta ja toistettavuutta. Tutkijan tehtävänä on varmistaa, että tulokset ovat johdonmukaisia alkuperäisaineiston kanssa ja, että muut tutkijat päätyisivät saman aineiston kohdalla

samankaltaisiin tuloksiin. **Vahvistettavuus** (engl. confirmability) luotettavuuden kriteerinä puolestaan pyrkii varmistamaan, että tulokset perustuvat alkuperäisaineistoon, eivätkä tutkijan omiin mieltymyksiin tai ennakkooajatuksiin. (Lincoln & Guba 1985, Korstjens & Moser 2017.) Tutkimuksen analyysivaiheessa varmuutta ja vahvistettavuutta pyrittiin lisäämään käyttämällä Schwartz-Barcottin ja Kimin (2000) kehittämää aineiston järjestely- ja analysointiformaattia, joka ohjaa tutkijaa tarkastelemaan kirjallisuuskatsauksen aineistoa systemaattisesti ja kohdentamaan huomion tutkimuskysymyksen kannalta tärkeimpiin asioihin. Vahvistettavuutta lisää myös alkuperäistutkimusten suorien lainauksien esittäminen tutkimusraportissa (katso Taulukko 9. ”Ammatillinen ja henkilökohtainen velvollisuus” -teeman yläkategoria ”Velvollisuuden perusta” ja alakategoria ”Velvollisuuden kohde”).

6.2.4 Tulosten luotettavuus

Tulosten luotettavuuden tarkastelussa arvioidaan alkuperäistutkimusten tulosten luotettavuutta ja katsauksen tulosten luotettavuutta. Integriivisessa katsauksessa alkuperäistutkimusten tulosten luotettavuutta voidaan arvioida alkuperäistutkimusten laadunarvioinnin avulla. Se on menetelmänä suositeltava, mutta ei aina välttämätön (Pölkki ym. 2013). Päätös laadunarvioinnin tarpeellisuudesta tehdään katsauksen tarkoituksen perusteella (Whittemore & Knafl 2005, Evans 2008). Tässä tutkimuksessa laadunarviointi haluttiin toteuttaa, vaikka sitä ei pidetä välttämättömänä, kun katsauksen tarkoituksena on teorian tai käsitteiden tarkastelu, eikä niinkään tutkimustulosten synteesi (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015). Alkuperäistutkimusten laadunarvioinnin arvioitiin parantavan katsauksen laatua ja lisäävän sen luotettavuutta. Laadunarviointi tarjosi tutkijalle systemaattisen rakenteen tarkastella alkuperäistutkimuksia, niiden tutkimusmenetelmiä, sisältöä, heikkouksia ja vahvuuksia. Laadunarvioinnin avulla luotiin kokonaiskuva aiheeseen liittyvästä tutkimuksesta ja siihen liittyvistä puutteista (Booth ym. 2016).

Katsaukseen valittuja tutkimuksia ei poissuljettu alkuperäistutkimusten laadunarvioinnin perusteella (katso luku 5.1.2 Alkuperäistutkimusten laatu). Laadunarviointi ei myöskään vaikuttanut tutkimuksesta saadun tiedon painoarvoon, vaan kaikki käsitteen ”Velvollisuus hoitaa” määritelmät huomiottiin yhtä merkityksellisinä käsitteen käyttötapojen,

ennakkoehdojen, ominaispiirteiden ja seurausten tunnistamisessa, analyysissä ja määrittelyssä. Ratkaisuun päädyttiin, koska laadunarviointi perustui tutkimuksista julkaistujen artikkeleiden tarjoamaan tietoon, joka on aina jossain määrin rajoitettua. Artikkeleiden pituudet vaihtelivat paljon. Tutkimusartikkelin pituuden määrittelee yleensä lehti, jossa artikkeli julkaistaan, ja näin ollen tutkija joutuu usein priorisoimaan artikkelissa esittämiä tietojaan tutkimuksesta. Kaikkea tutkimuksen laadunarvioinnin kannalta oleellista tietoa ei välttämättä ole esitetty tutkimusartikkelissa, vaikka se olisi tutkimuksessa toteutettu (West ym. 2002, Evans 2008). Myös tutkimusartikkeleiden julkaisuvuodet vaihtelivat laajalti. Vanhimmat artikkelit olivat 1980-luvun lopulta, jolloin julkaisukriteerit ovat saattaneet olla erilaiset, kuin 2010-luvulla. Kangasniemi ym. (2015) havaitsivat katsauksessaan, hoitotieteen alkuvaiheen tutkimuksien olleen tutkimuskysymyksien osalta hajanaisia ja menetelmällisesti heikosti raportoituja (Kangasniemi ym. 2015). Tässä tutkimuksessa toteutetun laadunarvioinnin perusteella, alkuperäistutkimuksien julkaisuvuodella ei kuitenkaan ollut yhteyttä tutkimuksen laatuun.

Alkuperäistutkimuksien laadunarviointiin käytettävän työkalun valinta on integraatiivisessa katsauksessa kompleksinen ja haasteellinen tehtävä, jossa tulee huomioida useita eri tekijöitä (West ym. 2002, Whitemore & Knafl 2005, Evans 2008, Pölkki ym. 2013, Booth ym. 2016). Tässä tutkimuksessa katsauksen alkuperäistutkimuksen laadunarviointiin käytettiin Smith ja Stullenbargerin vuonna 1991 kehittämää ”Quality of study” instrumenttia. Työkalu on vanha, mutta sen arvioitiin soveltuvan katsauksen alkuperäistutkimuksien laadunarviointiin, koska myös iso osa (17/40) katsauksen tutkimusartikkeleista on julkaistu 80- ja 90-luvulla. toinen työkalun valintaa puoltava tekijä oli ”Quality of study” instrumentin kyky tarkastella tutkimuksien laatua tasapuolisesti kaikkien tutkimuksen osa-alueiden kannalta, huomioiden myös tutkimuksen taustan ja aiempaan kirjallisuuteen perehtymisen (Smith & Stullenbarger 1991). Tämän katsottiin olevan tärkeää tutkimuksien laatua tarkasteltaessa erityisesti tämän katsauksen kohdalla, koska käsitteen ”Velvollisuus hoitaa” määritelmiä etsittiin tutkimusartikkeleiden kaikista osioista, ei ainoastaan tuloksista. Ja katsauksen tavoitteena oli saada mahdollisimman laaja-alainen ja monipuolinen käsitys käsitteen taustasta, historiasta, käytöstä ja merkityksestä. Nämä tiedot esiintyvät tyypillisesti juuri artikkelin johdanto ja tausta osioissa.

Laadunarvioinnin pisteytyskaala oli 0-3. Alkuperäistutkimuksen heikkoa laatua kuvasi luku 0-1, keskitasoa 1,1-2 ja korkeaa laatua pisteet 2,1-3. Laadunarvioinnin perusteella

tutkimuksien eri osioiden arvioinnissa heikoimmat pisteet (keskiarvo 1,57, vaihteluväli 0,71-2,29) esiintyivätkin juuri johdanto-osiossa. Tässä osiossa arvioitiin tutkimuksen teoreettisia lähtökohtia, aiempaan kirjallisuuteen perehtyneisyyttä, tutkimuksen tarkoitusta ja yleisesti perustelua tutkimuksen tarpeellisuudesta (Smith & Stullenbarger 1991). Tämä tukee näkemystä, jonka mukaan Velvollisuus hoitaa -käsitteeseen liittyvä tutkimus on peruslähdekohdiltaan vielä hajanaista. Tämä saattaa johtua osittain myös käsitteenvaihtelevasta käytöstä ja epätarkasta määritelmästä.

Laadunarviointityökalun valinnassa tärkeänä pidettiin myös sitä, että kaikkien alkuperäistutkimuksien arvioinnissa voitiin käyttää samaa työkalua. Yhden työkalun käytön on todettu olevan integratiivisissa katsauksissa toisinaan vaikeaa lähdemateriaalin monimuotoisuuden vuoksi, ja osa tutkijoista suositteleeekin asetelmakohtaisten työkalujen käyttöä eri tutkimusmenetelmin toteutettujen tutkimuksien arviointiin (West ym. 2002). Alkuperäistutkimuksien laadunarvioinnin luotettavuutta lisää arvioinnin toteuttaminen kahden tutkijan itsenäisen työskentelyn avulla. Laadunarvioinnin on todettu olevan yksi katsauksen vaativimmista vaiheista, jonka toteuttamiseen on syytä varata riittävästi aikaa ja resurssia (Booth ym. 2016.) Tässä katsauksessa alkuperäistutkimuksien laadunarviointi tehtiin kuitenkin ainoastaan yhden tutkijan toimesta. Tutkijan aiempi kokemus laadunarvioinnista oli vähäistä. Näiden tekijöiden johdosta useamman eri arviointityökalun käyttö katsottiin liian haasteelliseksi, sekä osaamisen että henkilö- ja aikaresurssin näkökulmasta, ja laadunarvioinnissa päädyttiin käyttämään yhtä työkalua.

Alkuperäistutkimuksien tiedon luotettavuutta arvioitaessa kiinnittyy huomio väistämättä tutkimusasetelmiin. Kaikki alkuperäistutkimukset perustuivat vastaajien itse raportoimiin tietoihin. Asetelma pitää sisällään mahdollisuuden, että vastaaja pyrkii antamaan ”sosiaalisesti hyväksyttävän” vastauksen, todellisen mielipiteen sijasta (Bennett ym 1993, Weyant ym. 1993). Tutkimusaiheen luonteesta johtuen vastaaja saattaa myös joutua vastaamaan kysymykseen, johon ei tiedä varmaa vastausta. Hän ei välttämättä itsekään tiedä, kuinka hän toimisi tilanteessa, jota ei ole aiemmin kokenut. Hyvänä esimerkkinä erään vastaajan kommentti Ivesin ym. (2009) tutkimuksesta: ”I think most of us would go in, even me who’s raising all these concerns, I think most of us would go in, but there’s a little bit of me that says that I’d tell you on the day.”

Katsauksen **varmuutta ja vahvistettavuutta** pyrittiin vahvistamaan audit trail -menetelmän avulla. Menetelmä tarkoittaa kaikkien tutkimuksen vaiheiden, aiheen valinnasta johdopäätöksiin ja jatkotutkimusehdotuksiin saakka, tarkkaa ja yksityiskohtaista dokumentointia. Tutkimusprosessin vaiheiden lisäksi, myös tehtyjen päätösten perustelut, pyrittiin kuvaamaan tarkasti. Tutkimuksen raportoinnissa noudatettiin Evansin (2008) integratiivisen katsauksen raportointi kriteerejä (katso Taulukko 10. Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen raportoinnin sisältövaatimukset). Selkeä tutkimusprotokolla ja sen raportointi antavat lukijalle hyvät edellytykset seurata tutkimuksen etenemistä ja arvioida tutkimuksen luotettavuutta (Booth ym. 2016).

Siirrettävyys (engl. transferability). Tutkijan tehtävänä on tarjota lukijalle riittävästi informaatiota, jotta lukija pystyy arvioimaan ovatko tutkimustulokset siirrettävissä hänen omaan ympäristöönsä. Arvion tutkimustulosten siirrettävyydestä tekee lukija, ei tutkija. Siirrettävyyttä arvioitaessa lukijalle täytyy välittyä selkeä kuva tutkimuksen kohdejoukosta, tiedonantajista, aineistonkeruuseen liittyvistä tekijöistä ja tutkimuksen kontekstista. (Lincoln & Guba 1985, Korstjens & Moser 2017.) Tämän tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä lukija voi arvioida alkuperäistutkimuksia kuvaavan aineiston avulla (katso luku 5.1 Velvollisuus hoitaa -käsitteen tutkimus ja Liite 1). Vertaamalla katsauksen alkuperäistutkimuksia omaan kontekstiinsa lukija muodostaa käsityksen tulosten siirrettävyydestä. Tämän katsauksen tulokset ovat siirrettävissä ainoastaan tartuntatautipotilaan hoitoon. Tulosten siirrettävyyttä lisää kuitenkin se, etteivät tulokset rajoitu vain tiettyyn tartuntatautiin, vaan niissä on yhdistetty eri tartuntatauteja koskeva tieto. Tulosten siirrettävyyttä arvioitaessa on huomioitava myös alkuperäistutkimuksien maantieteellinen painottuminen. Etelä-Amerikkalaisia tutkimuksia alkuperäistutkimuksissa ei ollut lainkaan ja afrikkalaisiakin vain yksi, muutenkin tutkimukset painoutuivat vahvasti Pohjois-Amerikkaan.

Refleksiivisyys (engl. reflexivity) kuvaa tutkijan asennetta omaa työskentelyään ja päätöksentekoaan kohtaan. Tutkija pyrkii arvioimaan omien ajatuksien, asenteiden, aiempien kokemusten ja arvojen vaikutusta tutkimusprosessiin, sen kaikissa eri vaiheissa. (Lincoln & Guba 1985, Korstjens & Moser 2017.) Tutkimuksen uskottavuutta lisäsi tutkijan oma tausta ja kokemus tartuntatautipotilaan hoidosta, mutta refleksiivisyyden kriteeriä arvioitaessa tutkijan tausta saattaa jopa heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Voidaan

ajatella, että pitkän työkokemuksen myötä tutkijalle on jo muodostunut mielikuva ja näkemys tutkittavasta asiasta. Ennakkokäsitykset saattavat ohjata tutkijan toimintaa ja päätöksentekoa hänen itse tätä tiedostamatta. Lähtökohtaisesti tutkijalla ei kuitenkaan ollut selkeää ennakkokäsitystä Velvollisuus hoitaa -käsitteestä. Tutkimusprosessin suunnittelu käynnistyi nimenomaan tarpeesta löytää vastaus kysymykseen: Mitä on velvollisuus hoitaa tartuntatautipotilaan hoidossa? Tässä tutkimuksessa refleksiivisyyttä arvioitiin tutkijan henkilökohtaisten muistiinpanojen avulla. Tutkija piti koko tutkimusprosessin ajan päiväkirjaa, jonne hän kirjasi säännöllisesti ajatuksiaan. Tutkija on esimerkiksi kirjannut yhdeksän eri määritelmää käsitteestä ”Velvollisuus hoitaa”, tutkimusprosessin eri vaiheissa. Näiden avulla voidaan nähdä käsitteen määritelmän muuttuminen ja kehittyminen tutkimuksen aikana.

6.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida, kuvata ja määritellä käsite ”Velvollisuus hoitaa” tartuntatautipotilaan hoidossa empiirisen kirjallisuuden pohjalta. Tutkimuksen tavoitteena oli ymmärtää käsitteen käyttö ja merkitys tartuntatautipotilaan hoidossa. Tämä tutkimus on ensimmäinen raportoitu kirjallisuuskatsaus käsitteestä ”Velvollisuus hoitaa” ja samalla ensimmäinen katsaus, joka tarkastelee käsitettä tartuntatautipotilaan hoidon kontekstissa. Katsauksessa on koottu ja yhdistetty eri tieteenalojen, tartuntatautien ja tiedonantajien kuvaukset, ilmaisut ja määritelmät käsitteestä ”Velvollisuus hoitaa”. Velvollisuus hoitaa -käsite on analysoitu, käsitteen käyttötavat, ennakkoehdot ja seuraukset on tunnistettu ja käsitteen ominaispiirteet on määriteltä. Velvollisuus hoitaa -käsite on kuvattu (katso Kuvio 13 Velvollisuus hoitaa -käsitteen ennakkoehdot, ominaispiirteet ja seuraukset s.80) ja käsitteelle on luotu määritelmä. Seuraavaksi tarkastellaan tutkimuksen tuloksia tutkimuskysymyksiensä mukaisesti.

6.3.1 Velvollisuus hoitaa -käsitteen tutkimus

Velvollisuus hoitaa -käsitteeseen liittyvä tutkimus on käynnistynyt lääkäreiden ja hammaslääkäreiden huolesta omaa turvallisuuttaan kohtaan tartuntatautipotilaan hoidossa. Tutkimus oli pitkään lääketiedepainotteista, hoitohenkilökunta oli ensimmäistä kertaa tie-

donantajina vasta vuonna 1996 (Sugarman ym. 1996). Kaiken kaikkiaan vain 16:ssa katsauksen tutkimuksessa tiedonantajina oli hoitotyön edustajia eli alle puolessa tutkimuksista. Hoitohenkilökunnan osallistuminen Velvollisuus hoitaa -käsitettä koskevaan tutkimukseen on tärkeää. Hoitohenkilökunta on määrällisesti huomattavan suuri joukko terveydenhuollon työntekijöitä. Hoitotyön luonteesta johtuen hoitotyöntekijät työskentelevät usein hyvin läheisessä kontaktissa potilaiden kanssa, jolloin myös tartunnan riski on suurempi. Ensimmäinen puhtaasti hoitotieteen näkökulmasta toteutettu tutkimus Velvollisuus hoitaa -käsitteestä ilmestyi vasta vuonna 2004 (Tzeng 2004). Käsitteen tutkiminen hoitotieteellisistä lähtökohdista käsin tuottaa tietoa ja ymmärrystä, jotka ovat merkityksellisiä ja välttämättömiä nimenomaan hoitamiselle, hoitotyön kehittämiseksi ja hoitotieteelle (Fawcett & Garity 2009, Chinn & Kramer 2011).

Velvollisuus hoitaa -käsitteen tutkimus perustui pitkään kysymykseen: Onko terveydenhuoltohenkilökunnalla ammatillinen, laillinen tai moraalinen (Arnow ym. 1989, Strunin ym. 1989, Hastraiter ym. 1992) velvollisuus hoitaa tartuntatautipotilaita, mikäli se aiheuttaa riskin heille itselleen? Ja jos on, niin missä määrin? Velvollisuus hoitaa -käsitettä tarkasteltiin lähinnä yhtenä osana suurempaa ilmiötä. Tutkimuksen avulla laajemmasta ilmiöstä yritettiin löytää kohta, johon ”Velvollisuus hoitaa” -palikan saisi istutettua (Ives ym. 2009). Tässä ei ole kuitenkaan onnistuttu, vaan ”Velvollisuus hoitaa” jäi tutkimuksissa määritelmältään epämääräiseksi ja epätarkaksi taustatekijäksi. Vasta 2000-luvulla Velvollisuus hoitaa -käsitteen tutkimuksessa tapahtui muutos, joka ”avasi” käsitteen määritelmää ja laajensi ymmärrystä käsitteestä. Laadullisten tutkimusmenetelmien myötä siirryttiin ”Onko?” ja ”Missä määrin?” kysymyksistä ”Mitä velvollisuus on?” ja ”Miksi?” kysymyksiin (Straus ym. 2004, Tzeng 2004, Bensimon ym. 2007).

Viimeisen 30:n vuoden aikana Velvollisuus hoitaa -käsitteen ymmärtämisessä on tapahtunut suuri muutos. Aluksi käsite nähtiin yksilön itsenäisenä päätöksenä, jossa yksilö tekee valinnan oman ja potilaan hyvinvoinnin välillä (Sadowsky & Kunzel 1996, Chan ym. 1997). Vähitellen ymmärrys käsitteestä laajeni käsittelemään terveydenhuoltohenkilökunnan muitakin velvollisuuksia. Tiedostettiin, että keskenään ristiriidassa olevat velvollisuudet aiheuttavat konfliktitilanteita (Bensimon ym. 2007, Ives ym. 2009, Shabanowitz & Reardon 2009). Tartunnan riski on koko ajan ollut keskeisessä roolissa käsitettä koskevassa tieteellisessä tutkimuksessa. Tartunnan riskiä tarkastellaan kaikissa aihetta käsit-

televisissä tutkimuksissa. Viimeisen kymmenen vuoden aikana, Velvollisuus hoitaa -käsitteen sosiaalinen ulottuvuus on saanut yhä suuremman merkityksen (Bensimon ym. 2012, Broom & Broom 2017). Vaikka terveydenhuollon ammattilainen tekeekin päätöksen potilaan hoitamisesta itsenäisesti, ei hän tee sitä tyhjiössä, vaan päätökseen vaikuttaa mitä suuremmissa määrin hänen sosiaalinen ympäristönsä. Mielenkiintoista on, että sosiaalinen ulottuvuus käsitteen tieteelliseen tarkasteluun on löytynyt vasta viimeisen kymmenen vuoden aikana, vaikka se sanakirjamääritelmän mukaan on aina ollut osa velvollisuuden määritelmää (MOT Oxford Thesaurus of English 2017).

6.3.2 Velvollisuus hoitaa -käsitteen analyysi

Tässä tutkimuksessa ”Erityinen hoidon tarve” tunnistettiin yhdeksi Velvollisuus hoitaa -käsitteen ennakkoehdoksi. Erityinen hoidon tarve tarkoittaa tässä yhteydessä tilannetta, jossa esiintyy erityinen terveydellinen ongelma, joka edellyttää terveydenhuollon ammattilaisten hoitoa. Kyse ei ole tavanomaisesta arkipäivän hoidon tarpeesta, vaan erityisestä tilanteesta (Bensimon ym. 2007, Shabanowitz & Reardon 2009), jota kuvataan usein termeillä hätätilanne, katastrofi (Anikeeva ym. 2008), kriisi (Chan ym. 1997) tai merkittävä terveysuhka (Shabanowitz & Reardon 2009). Tilanteen erityisyys on Velvollisuus hoitaa -käsitteen kannalta olennaista. Erityinen hoidon tarve ja Suomen laissa esiintyvä termi ”kiireellinen hoito” (Terveydenhuoltolaki 2010) sisältävät määritelmiltään yhtäläisyyksiä. Molemmat kuvaavat tapahtumaa, jossa tilanne on poikkeuksellinen, ja nimenomaan tilanteen poikkeuksellisuus aiheuttaa terveydenhuollon ammattilaisille keskimääräistä suuremmat velvollisuuden odotukset. Tässä tilanteessa terveydenhuollon ammattilaisen oletetaan ylittävän tavanomaiset velvollisuuden rajat, tarkoituksena on varmistaa potilaan hoidon toteutuminen. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Samankaltainen näkökulma sisältyy myös Amerikan lääkäriyhdistyksen (AMA) eettisiin ohjeisiin, joissa lääkärin oikeus valita hoitamansa potilaat, yhteistyökumppanit ja hoitopaikka rajataan hätätilanteiden ulkopuolelle (AMA 2001). Suomeen kaavailtavan valinnanvapausmallin toteutuessa potilaalla on puolestaan tulevaisuudessa oikeus valita hoitopaikkansa ja hänen hoitoonsa osallistuva henkilökunta (Isotalo 2017, Hallituksen esitysluonnos 2018). Se, tuleeko ”Erityisellä hoidon tarpeella” tulevaisuudessa olemaan jotain yhteyttä potilaiden hoitopaikan valintaan, jää nähtäväksi. On hyvin mahdollista, että potilaat tällaisissa erityistilanteissa

käyttävät oikeuttaan ja valitsevat hoitopaikan, missä uskovat saavansa korkealaatuista hoitoa ja henkilökunta on halukas heitä hoitamaan.

Velvollisuus hoitaa -käsitteen ensimmäiseksi ominaispiirteeksi ja käsitteen ydinelementiksi määriteltiin tässä tutkimuksessa henkilökohtaisten ja ammatillisten velvollisuuksien välinen ristiriita. Tässä kyse on terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden velvollisuuksien ja oikeuksien välisestä suhteesta. Oikeus ja velvollisuus käsitteinä voivat molemmat olla positiivisia tai negatiivisia. Positiivisuudella ja negatiivisuudella kuvataan teon aktiivisuutta. Positiivinen oikeus ja velvollisuus tarkoittavat, että yksilöllä on oikeus tai velvollisuus tehdä jotain. Negatiivinen puolestaan tarkoittaa, että on oikeus tai velvollisuus olla tekemättä jotain. (Thompson ym. 2006, Leino-Kilpi 2014.) Teon ja toiminnan eettisyyttä arvioidaan yleensä tarkastelemalla yksilön oikeuksia ja velvollisuuksia suhteessa toisiin ihmisiin, ohittaen täysin yksilön oikeudet ja velvollisuudet häntä itseään kohtaan (Andre 1987). Tämänkaltaisen näkökulma korostuu erityisesti hyve-etiikassa, jonka mukaan hoitotyössä (engl. caring) merkityksellistä on henkilöiden väliset suhteet, jossa tärkeitä ovat sympatian, lojaaliuden ja rakkauden hyveet. Hyvä hoitotyö näyttäytyy emotionaalisenä sitoutumisena ja syvänä haluna toimia hoidon tarpeessa olevan ihmisen puolesta ja edun mukaisesti. (Armstrong 2007, Beauchamp & Childress 2009.) Teon oikeellisuutta tai hyvyyttä arvioitaessa on kuitenkin tärkeää huomioida, että velvollisuudet itseä ja muita ihmisiä kohtaan ovat moraalisesti aivan yhtä merkityksellisiä ja tärkeitä. (Andre 1987, Reid 2005.) Terveydenhuollon ammattilaisten päätöksien ja toiminnan eettisyyttä arvioidaan tarkastellaan hyvin tyypillisesti hänen velvollisuutta suhteessa potilaisiin, terveydenhuollon organisaatioon ja yhteiskuntaan. Tilanteessa tulisi kuitenkin muistaa, että työntekijän oikeudet ja velvollisuudet myös itseään kohtaan ovat aivan yhtä tärkeitä ja arvokkaita.

Toinen Velvollisuus hoitaa -käsitteen ominaispiirre, joka tässä tutkimuksessa määriteltiin, on yksilöllinen riskinarviointiin perustuva päätöksentekoprosessi. Päätöksentekoprosessista tekee yksilöllisen jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen henkilökohtaiset ominaisuudet (Bensimon ym. 2007, Ritvo ym. 2010, Lam & Hung 2013, Khalid ym. 2016, Broom & Broom 2017) ja tilanteen omaleimaisuus (Ives ym. 2009, Bensimon ym. 2012, Lam & Hung 2013, Khalid ym. 2016, Broom & Broom 2017). Käsitys riskistä on aina terveydenhuollon ammattilaisen henkilökohtainen käsitys riskistä juuri itselleen (Bresolin & Rinaldi 1990, Sadowsky & Kunzel 1992, Epstein ym. 1993, Rankin ym 1993,

Weyant ym. 1993, Brachman ym. 1996, Sadowsky & Kunzel 1996, McCarthy ym. 1999, Hu ym. 2004, Lam & Hung 2013, Broom & Broom 2017). Terveysthuollon työntekijän käsitys riskistä ei välttämättä ole realistinen, riski saatetaan kokea suuremmaksi kuin mitä se todellisuudessa on (Weyant ym. 1993, Arheim ym. 2017) tai sitä voidaan aliarvioida (Epstein ym. 1993). Merkityksellistä terveydenhuollon ammattilaisen päätöksenteolle ei siis välttämättä olekaan fakta tieto tartuntataudin aiheuttamasta riskistä, vaan hänen henkilökohtainen näkemyksensä siitä. Yksilön henkilökohtaisilla ominaisuuksilla, kuin myös sosiaalisella ympäristöllä on suuri rooli riskin arviointi prosessissa ja näin ollen myös lopullisen päätöksen syntymisessä (Bensimon ym. 2007, Anikeeva ym. 2008, Damery ym. 2010, Bensimon ym. 2012).

Terveysthuollon ammattilainen tekee päätöksen tartuntatautipotilaan hoitamisesta itsenäisesti. On kuitenkin tärkeää tiedostaa, ettei päätös hoitamisesta ole autonominen. Autonomian käsitteen keskeisiä piirteitä ovat riippumattomuus ja kompetenssi. Riippumattomuus kuvaa yksilön mahdollisuutta tehdä päätöksiä itsenäisesti ilman painostusta, kun taas kompetenssilla kuvataan yksilön erilaisia kykyjä tehdä päätöksiä (Beauchamp & Childress 2009, Leino-Kilpi 2014). Velvollisuus hoitaa -käsitteen päätöksentekoprosessissa kumpikaan autonomian ominaispiirre ei välttämättä toteudu. Sosiaalisen ympäristön paine päätöksenteolle voi olla positiivista, joka edistää toimintaa (Arnow ym. 1989, Sadowsky & Kunzel 1992, Anikeeva ym. 2008) tai negatiivista, jolloin se on toimintaa estävää (Epstein ym. 1993, McCarthy ym. 1999, Bensimon ym. 2012). Yksilö ei tee päätöstä koskaan täysin autonomisesti, riippumattomana sosiaalisesta ympäristöstään. Myöskään kompetenssi kriteeri ei läheskään aina ole saavutettavissa. Tyypillisesti terveydenhuollon ammattilainen joutuu, varsinkin epidemioiden alkuvaiheessa, tekemään päätöksensä ilman tiedollista kompetenssia, johtuen yksinkertaisesti tiedon puutteesta (Straus ym. 2004, Khalid ym. 2016).

Tartuntatautipotilaan hoitoon liittyvien eettisten ongelmien ratkaisun kannalta saattaa olla hyödytöntä jatkaa keskustelua, jonka tarkoituksena on selvittää kokevatko terveydenhuollon työntekijät velvollisuutta hoitaa tartuntatautipotilaita, ja jos kokevat niin missä määrin? Ja mitkä yksittäiset tekijät ovat yhteydessä velvollisuuteen ja sen määrään. Useat tämän lähtökohdan tutkimuksista ovat saaneet tuloksia, jotka ovat osittain ristiriidassa keskenään. Chilton ym. (2016) havaitsivat tutkimuksessaan konkreettisen tiedon ja koettun tiedon olevan yhteydessä halukkuuteen hoitaa tartuntatautipotilaita, kun taas Bennet

ym. (1993) eivät tällaista yhteyttä löytäneet. Yhtä lailla ristiriitaisia tuloksia on saatu siitä, onko vanhemmuudella ja huollettavien lapsien olemassaololla yhteyttä ”Velvollisuuteen hoitaa”. Chilton ym. (2016) eivät löytäneet yhteyttä asioiden välillä, kun taas Ives ym. (2009) tuloksien pohjalta asioiden välillä oli yhteys. Vastaavia esimerkkejä tutkimustulosten ristiriitaisuuksista on Velvollisuus hoitaa -käsitteeseen liittyvässä tutkimuksessa runsaasti. Ristiriitaisuudet tämän kaltaisten tulosten yhteydessä vahvistavat näkemystä, jonka mukaan yksittäisen tekijän merkitys käsitteen esiintymisessä ei ole ratkaisevaa, vaan käsitettä on syytä tarkastella kokonaisuutena. Voi olla, että ihmisellä on riittävästi oikeaa tietoa tartuntataudista, mutta hän on juuri saanut tiedon omasta raskaudestaan. Tässä tapauksessa tieto raskaudesta saattaa vaikuttaa siten, että hänen henkilökohtainen arvio riskistä itselleen on suurempi. Arvio voi johtaa päätökseen, jonka mukaan hän on haluton työskentelemään tartuntatautipotilaiden parissa ja kieltäytyy hoitamasta tartuntatautipotilaita, vaikka hänellä olisi riittävästi tietoa ja osaamista tartuntatautipotilaan turvalliseen hoitoon.

Yksi tämän tutkimuksen keskeisistä löydöksistä on ”Velvollisuus hoitaa” (engl. ”Duty to care”) ja ”Halukkuus hoitaa” (engl. ”Willingness to care”) käsitteiden välisen eron ja yhteyden selkeyttäminen. Käsitteiden käyttö on aiemmassa kirjallisuudessa sekavaa ja epätarkkaa, niitä käytetään sekä toistensa rinnakkaiskäsitteinä (Tzeng 2004) että lähikäsitteinä (Arheim ym. 2017) toisinaan jopa samassa tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa ”Halukkuus hoitaa” on tunnistettu Velvollisuus hoitaa -käsitteen seuraukseksi. ”Halukkuus hoitaa” on terveydenhuollon ammattilaisen tilaa kuvaava jatkumo, jonka varrelle hänen päätös hoitaa tai olla hoitamatta tartuntatautipotilaita sijoittuu. Jatkumon toinen pää edustaa äärimmäistä haluttomuutta, joka näyttäytyy hoitamisesta kieltäytymisenä, ja toinen pää äärimmäistä halukkuutta, joka näyttäytyy tartuntatautipotilaan auliina hoitamisena, toisinaan jopa oman turvallisuuden kustannuksella. Suurin osa terveydenhuollon ammattilaisten päätöksistä ei sijoitu jatkumon ääripäihin, vaan jatkumon varrelle.

6.2.3 Velvollisuus hoitaa -käsitteen määritelmä

Hybridimallin teoreettisen vaiheen tavoitteena on tuottaa tutkittavasta käsitteestä määritelmä, jonka työstämistä ja vahvistamista jatketaan käsiteanalyysin empiirisessä vai-

heessa (Schwartz-Barcott & Kim 2000). Velvollisuus hoitaa -käsitteelle ei aiemman tutkimustiedon perusteella ole selkeää määritelmää. Tässä tutkimuksessa käsitteelle ”velvollisuus hoitaa” on tuotettu määritelmä: ”Velvollisuus hoitaa” on terveydenhuollon ammattilaisen kokeman ammatillisen ja henkilökohtaisen velvollisuuden välisen ristiriidan käynnistämä, riskinarviointiin perustuva, yksilöllinen päätöksentekoprosessi, joka toteutuu vastavuoroisessa suhteessa sosiaalisen ympäristön kanssa.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella ei voida määritellä, kenen oikeus tai velvollisuus on tärkeintä, tai millainen terveydenhuollon ammattilaisen päätös on hyvä ja oikea. Tutkimuksen tarkoituksena on tuoda esiin Velvollisuus hoitaa -käsitteen ydin, avata käsite ja sen ominaispiirteet yksityiskohtaiselle tarkastelulle. Velvollisuus hoitaa -käsitteen ominaispiirteet eivät itsessään sisällä arvolatausta. Tässä tutkimuksessa velvollisuus hoitaa nähdään kolmen ominaispiirteen velvollisuuksien välinen ristiriita, yksilöllinen päätöksentekoprosessi ja yksilön ja sosiaalisen ympäristön välinen suhde, kokonaisuutena. Kokonaisuus muodostuu osista, joita voidaan tarkastella joko yhdessä tai erikseen. Yksittäisten osien tarkastelu kerryttää käsitteeseen liittyvää tietoa, mutta käsitteen ymmärtämiseksi kaikki sen osa-alueet tulee huomioida. Eri osa-alueiden välisiä yhteyksiä tarkastelemalla voidaan oppia ymmärtämään käsitettä ja siihen yhteydessä olevia ja vaikuttavia asioita. Tämän tutkimuksen tulokset tarjoavat viitekehyksen ja teoreettisen rakenteen käsitteen tarkastelulle ja tutkimukselle.

6.4 Tutkimustulosten hyödynnettävyys

Suurin hyöty tämän tutkimuksen tuloksista on terveydenhuollolle, terveydenhuollon työntekijöille ja ennen kaikkea tartuntatautipotilaille. Tutkimuksen tulokset mahdollistavat Velvollisuus hoitaa -käsitteen tarkastelun kokonaisuutena, mutta samalla pala kerrallaan. Ennakkoehdojen perusteella on mahdollista tunnistaa Velvollisuus hoitaa -käsite ja todeta sen olemassaolo. Ominaispiirteet puolestaan muodostavat käsitteelle rakenteen. Kokonaisuus, jota käsite kuvaa, muodostuu osista, jotka ovat yhteydessä toinen toisiinsa. Tunnistettuamme käsitteen esiintymisen voimme todeta, että tiedämme mistä on kyse. Ymmärrämme tilanteen ja voimme ryhtyä pohtimaan, mitkä ominaispiirteistä ja niiden osista ovat sellaisia, joihin pystymme vaikuttamaan. Velvollisuus hoitaa -käsitteen seuraukset ovat suoraan yhteydessä tartuntatautipotilaiden hoidon laatuun ja työntekijöiden

työhyvinvointiin. Mitä halukkaampi työntekijä on hoitamaan tartuntatautipotilasta, sitä parempaa on tartuntatautipotilaiden hoidon laatu ja terveydenhuollon työntekijöiden työhyvinvointi.

Velvollisuus hoitaa -käsitteeseen liittyvä tutkimus on käynnistynyt käytännön terveydenhuollossa ilmenevän eettisen ongelman seurauksena (Arnou ym. 1989). Eettiselle ongelmalle on pyritty löytämään ratkaisu selittämällä (Tzeng 2004), mittaamalla (McCarthy ym. 1999), ennustamalla (Sadowsky & Kunzel 1992) ja ymmärtämällä (Bensimon ym. 2007) ihmisten käyttäytymistä ja toimintaa, sekä tarkastelemalla tilanteeseen yhteydessä olevia tekijöitä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena ei ollut Velvollisuus hoitaa -käsitteen yhteydessä ilmenevän eettisen ongelman tarkastelu, eikä tutkimuksen tuloksia voida suoraan käyttää kyseisen eettisen ongelman ratkaisuun. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli ymmärtää Velvollisuus hoitaa -käsitteen käyttö ja merkitys tartuntatautipotilaan hoidossa, sekä määrittää käsite. Velvollisuus hoitaa -käsitteen ymmärtäminen ja selkeä määrittely ovat kuitenkin eettisen ongelman ratkaisemisen kannalta välttämättömiä. Näin ollen tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös tartuntatautipotilaan hoitoon liittyvien eettisten ongelmien tarkastelussa.

Etiikka on aina ollut osa terveydenhuollon ammattilaisten koulutusta. Hoitotyön etiikan oppimisen tavoitteena on käytännön työssä esiintyvien eettisten ongelmien tunnistaminen, käsittely ja ratkaiseminen, sekä kyky osallistua yhteiskunnassa käytävään eettiseen keskusteluun (Leino-Kilpi 2014b). Eettinen kompetenssi muodostuu eettisestä herkkyydestä, tiedosta, pohdinnasta, päätöksenteosta, toiminnasta ja käyttäytymisestä (Lechasseur ym. 2016). Hoitotyön opettajien keskuudessa ei kuitenkaan vallitse yksimielisyyttä siitä, mikä on paras tapa opettaa ja oppia etiikkaa (Cannaerts ym. 2014). Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella etiikan opetuksessa on käytetty menetelmää, jossa opiskelijat laativat ennalta valitun kirjallisuuden perusteella käsiteanalyysin, jonka tuloksia he soveltavat itse valitsemansa eettisen ongelmatilanteen ratkaisuun (Suhonen ym. 2010). Toimintatapa osoittaa käsiteanalyysin käyttökelpoisuutta myös etiikan koulutuksessa, niin eettisesti keskeisten käsitteiden ymmärtämisessä kuin eettisesti ongelmallisten tilanteiden ratkaisussakin. Kirjallisuuskatsaus menetelmänä auttaa opiskelijaa hahmottamaan eettisen käsitteen ilmenemisen hoitotyössä, käsiteanalyysi puolestaan auttaa tunnistamaan käsitteen, ymmärtämään sen syvimmän olemuksen ja tunnistamaan käsitteen ilmenemisestä aiheutuvat seuraukset.

Vaikka tieto ja ymmärrys velvollisuus hoitaa käsitteestä on lisääntynyt paljon, on asia edelleen kompleksinen ja eettisiä ristiriitoja sisältävä. Eri tahojen mielipiteet vaihtelevat laajalti, eikä yhteistä konsensusta asiasta ole saavutettu. (Reid 2005, Malm ym. 2008, Brody & Avery 2009, Ritvo ym. 2013.) Niin tiedemaailmassa kuin käytännön terveydenhuollossakin on yritetty löytää ratkaisua kysymykseen: Missä menee terveydenhuollon ammattilaisten velvollisuuden raja, ja kuka tämän rajan asettaa? Eettisten ohjeiden on toivottu ottavan selkeämmin kantaa tähän kysymykseen ja määrittelevän yksityiskohtaisemmin terveydenhuoltohenkilökunnan velvollisuutta tilanteessa, jossa potilaan hoito aiheuttaa työntekijälle riskin tartuntatautiin sairastumisesta (Anikeeva ym. 2008, Barr ym. 2008, Shabanowitz & Reardon 2009). Tällä hetkellä suomalaisten ammattiliittojen eettisistä ohjeista ei kuitenkaan löydy apua tilanteen ratkaisuun. Eettiset ohjeet käsittelevät asiaa hyvin yleisellä tasolla: ”Hän (sairaanhoitaja) hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta...” (Sairaanhoitajaliitto 2014) ja ”Lääkärin tulee hoitaa potilasta tämän avuntarpeen mukaan...” (Suomen lääkäriliitto 2016).

Samanaikaisesti kun toivotaan selkeämpiä ja tarkempia sääntöjä, ollaan myös vahvasti sitä miltä, ettei terveydenhuollon työntekijöitä tule eikä voi pakottaa työskentelemään vasten tahtoaan tilanteessa, jota he eivät koe turvalliseksi (Arnow ym. 1989, Bensimon ym. 2007, Cowden ym. 2010, Ritvo ym. 2010). Lakia pidetään yleisesti moraalisen toiminnan miniminä. Velvollisuus hoitaa -käsitteen yhteydessä lakikaan ei tarjoa ratkaisua tilanteeseen, vaan eri lakien sisällöt ovat keskenään ristiriidassa. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) todetaan: ”Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä.” Työturvallisuuslaki (2002) puolestaan toteaa: ”Jos työstä aiheutuu vakavaa vaaraa työntekijän omalle tai muiden työntekijöiden hengelle tai terveydelle, työntekijällä on oikeus pidättäytyä tällaisen työn tekemisestä.”

Käsiteanalyysin tulokset lisäävät tietoa ja ymmärrystä käsitteestä ”Velvollisuus hoitaa” tartuntatautipotilaan hoidossa. Erityisesti kaikkien tartuntatautipotilaiden kanssa työskentelevien ja heidän hoitoaan suunnittelevien olisi syytä olla tietoisia käsitteestä ja sen ominaispiirteistä. Yhteiskunnallisella tasolla tutkimuksen tietoa voidaan hyödyntää lakien ja

toimintaohjeiden suunnittelussa. Terveydenhuollon ammattilaisten, terveydenhuollon organisaatioiden ja yhteiskunnan tulee valmistautua tartuntatautipotilaiden hoitoon liittyviin eettisiin ongelmatilanteisiin, joista yksi keskeisimmistä liittyy Velvollisuus hoitaa - käsitteeseen (Upshur ym. 2005). Valmistautuminen tarkoittaa ratkaisuvaihtoehtojen pohjimista ja toimintaohjeiden laatimista jo hyvissä ajoin, ennen ongelmatilanteiden syntymistä. Viimeistään tässä vaiheessa myös ammattiliittojen tulisi ottaa kantaa käsitteen esiintymiseen eettisissä ohjeissaan (Upshur ym. 2006, Sosiaali- ja terveysministeriö 2012). Tutkimuksen tulokset tarjoavat terveydenhuollon ammattilaisille ja organisaatioille, ammattiliitoille ja yhteiskunnan eri toimijoille rakenteen ja viitekehyksen, jonka pohjalta tartuntatautipotilaan hoidon eettisyyttä voidaan tarkastella, ja laatia eettistä ohjeistusta terveydenhuollon toimijoille.

Tiedeyhteisö tarvitsee käsiteanalyysijä. On tärkeää kyetä selvästi ilmaisemaan ja kuvailemaan tieteellisen kiinnostuksen kohteena oleva ilmiö, sekä siihen liittyvät keskeiset piirteet ja kysymykset (Puusa 2008). Käsiteanalyysi vahvistaa tieteellistä kommunikointia varmistamalla eri osapuolien käyttämien käsitteiden yhteneväisyyttä ja selkeyttämällä käsitteiden välisiä eroja ja yhtäläisyyksiä. Yksi tämän tutkimuksen tärkeimmistä löydöksistä oli käsitteiden ”Velvollisuus hoitaa” (Duty to care) ja ”Halukkuus hoitaa” (Willingness to care) välisen eron ja yhteyden löytäminen ja selkeyttäminen.

6.5 Jatkotutkimusehdotukset

Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu terveydenhuollon ammattilaisten velvollisuutta. Velvollisuus on käsite, joka on tiiviisti yhteydessä oikeus käsitteeseen. Toisen oikeudet johtavat tyypillisesti toisen velvollisuuksiin. (Thompson ym. 2006, Leino-Kilpi 2014). Terveydenhuollossa potilaan oikeudet johtavat usein terveydenhuollon työntekijöiden velvollisuuksiin. Näiden käsitteiden välisen suhteen ja yhteyden tarkastelu edellyttää jatkossa myös potilaiden oikeuksiin liittyvää tutkimustietoa. Tulevaisuudessa tutkimus tulisi kohdistaa tartuntatautipotilaiden käsityksiin potilaan oikeuksista ja niiden toteutumisesta sekä siihen, miten potilaiden käsitykset oikeuksistaan suhteutuvat terveydenhuollon ammattilaisten käsityksiin velvollisuuksistaan.

Tulevaisuudessa olisi tärkeää myös tutkia terveydenhuollon johtajien käsityksiä ”Velvollisuudesta hoitaa”. Voidaan ajatella, että terveydenhuollon johtajien velvollisuus yhteiskuntaa ja terveydenhuollon organisaatiota kohtaan on asemansa vuoksi suurempi kuin yksittäisellä työntekijällä. Jokaisella johtajalla ja terveydenhuollon yksiköllä on omat toimintaohjeet ja -tavat erityistilanteiden hoitamiseksi. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan sosiaalisen ympäristön paine terveydenhuollon työntekijän toiminnalle voi olla positiivista, joka edistää toimintaa (Arnold ym. 1989, Sadowsky & Kunzel 1992, Anikeeva ym. 2008) tai negatiivista, jolloin se on toimintaa estävää (Epstein ym. 1993, McCarthy ym. 1999, Bensimon ym. 2012). Tutkimuksen avulla on mahdollista selvittää, millaisia suomalaisessa terveydenhuollossa toimivien johtajien toimintatavat ovat. Edistävätkö vai estävätkö ne terveydenhuollon työntekijöiden toimintaa ja onko johtajien toiminta luonteeltaan palkitsevaa, tukea antavaa, painostavaa vai pakottavaa. Tämän lisäksi olisi myös hyödyllistä tutkia luonteeltaan erilaisten toimintatapojen vaikutuksia tartuntatautipotilaiden hoitoon ja terveydenhuollon työntekijöiden työhyvinvointiin.

Tässä tutkimuksessa käsitettä ”Velvollisuus hoitaa” on tarkasteltu tartuntatautipotilaan hoidon kontekstissa. Jatkossa tutkimuksen avulla tulisi testata, soveltuuko sama malli viitekehyyksi muihinkin hoitotyön tilanteisiin, kuten sellaisiin, joissa hoitamiseen sisältyvä riski muodostuu jostain muusta kuin tartuntataudista esimerkiksi potilaan/asiakkaan väkivaltaisuudesta. Tulevaisuudessa mallin toimivuutta tulisi arvioida myös muiden ammattiryhmien työskentelyä ja päätöksentekoa tarkasteltaessa. Useisiin eri ammatteihin liittyy ammatillinen velvollisuus, jonka perustana toimii työntekijän ja yhteiskunnan välinen sosiaalinen sopimus (engl. social contract). Moneen näistä ammateista liittyy ajoittain myös jonkinasteinen henkilökohtainen riski, kuten esimerkiksi palomiehen tai poliisin työhön (Malm ym. 2008). Jatkossa tulisi selvittää voidaanko mallin avulla tarkastella myös heidän päätöksentekoa, työskentelyä ja toimintaa.

Kulttuurin vaikutusta Velvollisuus hoitaa -käsitteeseen tulisi myös tutkia tarkemmin. Kulttuurilla tiedetään olevan yhteys ihmisten asenteisiin eri tartuntatauteja kohtaan (Arheim ym. 2017). Tämän katsauksen lähdeaineisto on painottunut Länsimaiseen kulttuuriin, vaikka alkuperäistutkimuksien joukossa oli myös Aasian maissa toteutettuja tutkimuksia. Jatkossa tulisikin selvittää ymmärretäänkö Velvollisuus hoitaa -käsite samalla tavalla myös muissa kulttuureissa, ja onko käsitteen käyttö ja merkitys tartuntatautipotilaan hoidossa samanlainen kulttuurista riippumatta.

Konkreettisenä jatkotutkimusehdotuksena tälle tutkimukselle on hybridimallin täydentäminen. Tämä tutkimus muodosti mallin ensimmäisen, teoreettisen osan. Seuraavassa vaiheessa toteutetaan mallin empiirinen osio, jossa kerätään laadullinen aineisto käsitteestä ”Velvollisuus hoitaa”. Tämän jälkeen toteutetaan käsiteanalyysin viimeinen vaihe, jossa kahden aiemman vaiheen aineistojen synteessin pohjalta muodostetaan lopullinen määritelmä käsitteestä ”Velvollisuus hoitaa”.

Alun perin hybridimallin laadullinen aineisto koostui havainnointiaineistosta (Schwartz-Barcott & Kim 2000), nykyään laadullisen aineiston keruuseen on kuitenkin käytetty myös muita laadullisia menetelmiä, kuten haastatteluja (Sayers & Vries 2008, Zuker ym. 2014). Velvollisuus hoitaa -käsitteen laadullisen aineiston keruussa tulee kiinnittää erityistä huomiota käsitteen tavoitettavuuteen. Käsite esiintyy tyypillisesti tartuntatauti-epidemioiden yhteydessä, joiden ennustettavuus on usein vaikeaa, joka tarkoittaa myös sitä, että tutkimuksen tarkoituksenmukainen ajoittaminen on haasteellista. Havainnointiaineiston kerääminen voi olla vaikeaa myös käsitteen kontekstin vuoksi. Epidemian aiheuttajana voi olla erittäin vaarallinen tartuntatauti, jolloin havainnointiaineiston keruu ei välttämättä ole turvallista tutkijalle. Tällaisissa tilanteissa ei olisi myöskään eettisesti hyväksyttävää, kuormittaa terveydenhuollon ammattilaisia tutkimusaineistonkeruulla jo ennestään poikkeuksellisen kuormittavassa tilanteessa. Laadullisen aineiston keruussa on siis varauduttava siihen, ettei aineistoa päästä keräämään juuri epidemian aikaan, jolloin käsitteen tavoitettavuus olisi todennäköisintä. Ratkaisuna Velvollisuus hoitaa -käsitteen tavoitettavuusongelmaan on käytetty tapauskenaarioita, joiden avulla vastaajille on tuotettu mielikuvia tilanteesta (Anikeeva ym. 2008, Barr ym. 2008, Bensimon ym. 2012).

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella yksi Velvollisuus hoitaa -käsitteen ominaispiirteistä on riskinarviointiin perustuva yksilöllinen päätöksentekoprosessi. Yksilön ajattelu- ja tiedonkäsittelyprosessien tutkimiseen on käytetty ääneenajattelumenetelmää eli protokolla analyysia (Chi 1997, Lundgren-Laine & Salanterä 2010). Sen on todettu soveltuvan myös eettisten ongelmien ratkaisujen arviointiin ja niiden taustalla olevien tekijöiden ja prosessien tarkasteluun (Tsai ym. 2009). Tapauskenaarioiden käyttö, kirjallisena tai videona, yhdistettynä ääneenajattelumenetelmään olisi mahdollisesti yhdistelmä, jonka avulla voidaan sekä tavoittaa Velvollisuus hoitaa -käsite että tarkastella ihmisen ajattelun

ja päätöksenteon taustalla olevia tietosisältöjä, kognitiivisia toimintoja ja tiedonkäsittelyprosesseja. Menetelmää voidaan ajatella käytettävän empiirisen vaiheen laadullisen aineiston keräämisessä.

6.6 Johtopäätökset

”Velvollisuus hoitaa” on tartuntatautipotilaan hoitoon liittyvä eettinen käsite, jonka keskeinen elementti on tartuntatautipotilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten oikeuksien ja velvollisuuksien välinen suhde.

Velvollisuus hoitaa -käsite on moniulotteinen kokonaisuus. Se muodostuu terveydenhuollon ammattilaisen henkilökohtaisen ja ammatillisen velvollisuuden välisen ristiriidan käynnistämästä yksilöllisestä, riskinarviointiin perustuvasta, päätöksentekoprosessista, joka toteutuu vastavuoroisessa suhteessa sosiaalisen ympäristön kanssa.

Velvollisuus hoitaa -käsitteen ymmärtäminen on tärkeää, koska se on suoraan yhteydessä tartuntatautipotilaan hoidon laatuun ja terveydenhuollon ammattilaisten työhyvinvointiin.

LÄHTEET

Aburn G, Gott M & Hoarek K. 2016. What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. *Journal of Advanced Nursing* 72 (5), 980–1000. doi: 10.1111/jan.12888.

AMA. 1912. *Principles of medical ethics of the American Medical Association*. AMA press, Chicago.

AMA. 2001. *AMA code of medical ethics. AMA principles of medical ethics*. <https://www.ama-assn.org/sites/default/files/media-browser/principles-of-medical-et-hics.pdf>. American Medical Association. 21.2.2018.

AMA. 2010. The Code Says. AMA Code of Medical Ethics' Opinion on Physician Duty to Treat Opinion 9.067 - Physician Obligation in Disaster Preparedness and Response. *American Medical Association Journal of Ethics* 12 (6), 459. <http://journalofethics.ama-assn.org/2010/06/pdf/coet1-1006.pdf>. 25.2.2018.

American Hospital Association (AHA). 1992. *A Patient's Bill of Rights*. American Hospital Association, Chicago.

ANA. 2015. *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. American Nurses Association, Silver Spring.

Andre J. 1987. The equal moral weight of self- and other-regarding acts. *Canadian Journal of Philosophy* 17, 155–166.

Anikeeva O, Braunack-Mayer AJ & Street JM. 2008. How will Australian general practitioners respond to an influenza pandemic? A qualitative study of ethical values. *Medical Journal of Australia* 189 (3), 148–150.

Arheiam A, Tantawi ME, Al-Ansari A, Ingafou M, El-Howiti A, Gaballa K & AbdelAziz W. 2017. Arab dentists' refusal to treat HIV positive patients: a survey of recently graduated dentists from three Arab dental schools. *Acta Odontologica Scandinavica* 75 (5), 355–360.

Armstrong A. 2007. *Nursing ethics. A Virtue-Based approach*. Palgrave MacMillan, New York.

Arnou PM, Pottenger LA, Stocking CB, Siegler M & DeLeeuw HW. 1989. Orthopedic surgeons' attitudes and practices concerning treatment of patients with HIV infection. *Public Health Reports* 104 (2), 121–129.

Bandman EL & Bandman B. 2002. *Nursing ethics through the life span*. 4th edition. Pearson education, Upper Saddle River, New Jersey.

Barr HL, Macfarlane JT, Macgregor O, Foxwell R, Buswell V & Lim WS. 2008. Ethical planning for an influenza pandemic. *Clinical Medicine* 8 (1), 49–52.

Beauchamp TL & Childress JF. 2009. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th edition. Oxford University Press, New York.

Bennet ME, Weyant RJ & Simon M. 1993. Predictors of Dental Students' Belief in the Right to Refuse Treatment to HIV-Positive Patients. *Journal of Dental Education* 57 (9), 673–679.

Bensimon CM, Tracy CS, Bernstein M, Shaul RZ & Upshur REG. 2007. A qualitative study of the duty to care in communicable disease outbreaks. *Social Science & Medicine* 65 (12), 2566–2575.

Bensimon CM, Smith MJ, Pisartchik D, Sahni S & Upshur REG. 2012. The duty to care in an influenza pandemic: A qualitative study of Canadian public perspectives. *Social Science & Medicine* 75 (12), 2425–2430.

Booth A, Sutton A & Papaioannou D. 2016. *Systematic approaches to a successful literature review*. 2nd edition. Sage publications, London.

Brachman Jr P, Kozarsky P, Cetron M, Jacob MS, Boonitt B, Wongsrichanalai J & Keystone JS. 1996. Knowledge and attitudes of hospital-based physicians and trainees about HIV infection in the United States, Canada, India, and Thailand. *Archives of Internal Medicine* 156 (7), 761–766.

Bresolin LB & Rinaldi RC. 1990. Attitudes of US primary care physicians about HIV disease and AIDS. *AIDS Care* 2 (2), 117–125.

Brody H & Avery EN. 2009. Medicine's Duty to Treat. Pandemic Illness, Solidarity and vulnerability. *Hasting Center Report* January-February 2009.

Broom A & Broom J. 2017. Fear, duty and the moralities of care: The Ebola 2014 threat. *Journal of Sociology* 53 (1), 201–216.

Cannaerts N, Gastmans C & Dierckx de Casterle B. 2016. Contribution of ethics education to the ethical competence of nursing students: Educators' and students' perceptions'. *Nursing Ethics* 21 (8), 861–878.

Chan R, Khoo L, Goh CL & Lam MS. 1997. A Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices (KABP) Survey on HIV Infection and AIDS among Doctors and Dental Surgeons in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine Singapore* 26 (5), 581–587.

Chi M. 1997. Quantifying qualitative analyses of verbal data: A practical Guide. *The Journal of the Learning Sciences* 6 (3), 271–313.

Chilton JM, McNeill C & Alfred D. 2016. Survey of Nursing Students' Self-Reported Knowledge of Ebola Virus Disease, Willingness to Treat, and Perceptions of their Duty to Treat. *Journal of Professional Nursing* 32 (6), 487–493.

Chinn PL & Kramer MK. 2011. *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing*. 8th edition. Elsevier, St Louis, MO.

Civaner M & Arda B. 2008. Can "presumed consent" justify the duty to treat infectious diseases? An analysis. *BioMed Central Infectious Diseases* 8 (1), <http://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-8-29>.

Clark CC. 2005. In harm's way: AMA Physicians and the duty to treat. *Journal of Medicine and Philosophy* 30 (1), 65–87.

Cooper H. 1998. *Synthesizing Research: A Guide for Literature Reviews*. 3rd edition. Sage Publications, Thousand Oaks, California.

Cowdell F, Booth A & Appleby B. 2017. Knowledge mobilization in bridging patient–practitioner–researcher boundaries: A systematic integrative review protocol. *Journal of Advanced Nursing* 73, 2757–2764.

Cowden J, Crane L, Lezotte D, Glover J & Nyquist A-C. 2010. Pre-pandemic planning survey of healthcare workers at a tertiary care children's hospital: ethical and workforce issues. *Influenza and Other Respiratory Viruses* 4 (4), 213–222.

CRD. 2008. *Systematic reviews. CRD's guidelines for undertaking reviews on health care. Centre for reviews and disseminations*. University of York. https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf. 17.2.2018.

Damery S, Draper H, Wilson S, Greenfield S, Ives J, Petts J & Sorell T. 2010. Healthcare workers' perceptions of the duty to work during an influenza pandemic. *Journal of Medical Ethics* 36 (1), 12–18.

Derse AR. 1995. HIV and AIDS. Legal and ethical issues in the emergency department. *Emergency medicine clinics of North America* 13 (1), 213–223.

Ehrenstein BP, Hanses F & Salzberger B. 2006. Influenza pandemic and professional duty: family or patients first? A survey of hospital employees. *BioMed Central Public Health* 6 (1), <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-6-311>.

Epstein RM, Christie M, Frankel R, Rousseau S, Shields C & Suchman AL. 1993. Understanding Fear of Contagion Among Physicians Who Care for HIV Patients. *Family Medicine* 25 (4), 264–268.

Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>. 23.2.2018.

Evans D. 2008. Integrative reviews of Quantitative and qualitative research. Overview of Methods. Teoksessa: *Reviewing Research Evidence for Nursing Practice: Systematic Reviews*. Webb C & Ross B (toim.) Blackwell Publishing, Oxford. 137–148.

ETENE 2001. *Terveystuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet*. ETENE julkaisu 1. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveystuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf>. 3.2.2018.

- Fawcett J & Garity J. 2009. *Evaluating Research for Evidence-Based Nursing Practice*. F.A. Davis Company, Philadelphia.
- Flinkman M & Salanterä S. 2007. Integroitu katsaus – eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa: *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Johansson K, Axelin A, Stolt M & Ääri R-L (toim.) Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Turun yliopisto, Turku. 84–100.
- Garrard J. 2007. *Health Sciences Literature Review Made Easy. The Matrix Method*. 2nd edition. Jones and Bartlett publishers, Massachusetts.
- Grace EG & Cohen LA. 1993. Attitudes of Maryland dentists toward AIDS and hepatitis patients. *American Journal of Dentistry* 6 (1), 32–34.
- Grove SK, Burns N & Gray JR. 2013. *The Practice of Nursing Research; Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. 7th edition. W.B. Saunders Comp, Philadelphia.
- Guo Q & Jacelon CS. 2014. An integrative review of dignity in end-of-life care. *Palliative Medicine* 28 (7), 931-940.
- Hastreiter RJ, Roesch MH, Danila RN & Falken MC. 1992. Dental health care workers' response to the HIV epidemic. *American Journal of Dentistry* 5 (3), 160–166.
- Hallituksen esitysluonnos. 2018. *Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi, yleisperustelut*, 22.1.2018. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/2234118/Hallituksen+esitysluonnos+laiksi+asiakkaan+valinnanvapaudesta+sosiaali-+ja+terveydenhuollossa+ja+er%C3%A4iksi+siihen+liittyviksi+laeiksi%2C+yleisperustelut%2C+22.1.2018.pdf/af240575-2ff4-4a1a-a7db-07be6f04afff>. 11.2.2018.
- Holloway I & Wheeler S. 2010. *Qualitative Research in Nursing and Health Care*. 3rd edition. Wiley-Blackwell, Chichester.
- Holly C, Salmond S & Saimbert M. 2017. *Comprehensive systematic review for advanced practice nursing*. 2nd edition. Springer Publishing Company, New York, NY.
- Hopia H, Latvala E & Liimatainen L. 2016. Reviewing the methodology of an integrative review. *Nordic College of Caring Science* 30, 662–669.
- Hu S-W, Lai H-R & Liao P-H. 2004. Comparing Dental Students' Knowledge of and Attitudes Toward Hepatitis B Virus-, Hepatitis C Virus-, and HIV-Infected Patients in Taiwan. *AIDS patient care and STDs* 18 (10), 587–593.
- Hsin D H-C & Macer Dr J. 2004. Heroes of SARS: professional roles and ethics of health care workers. *Journal of Infection* 49, 210–215.
- Huber S & Wynia M. 2004. When pestilence prevails. Physicians responsibilities in epidemics. *American Journal of Bioethics* 4, 5–11.

Hupcey JE, Morse JM, Lenz ER & Tason MC. 1997. Methods of concept analysis in nursing: a critique of Wilsonian methods. Teoksessa: *Clarifying concepts in nursing research*. Gift A. G. (toim.) Springer Publishing Company, New York. 3–28.

Ikonen E. 2007. Nurse's cultural competence. Concept analysis with the hybrid model. *Hoitotiede* 19 (3), 140–151.

International Council of Nurses. 2012. *The ICN Code of Ethics for Nurses 1953, Revised 2012*. Geneve, Sveitsi. <http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode.5.12.2017>.

Isotalo A. 2017. *Elektiivisen leikkauspotilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa Suomessa*. Väitöskirja. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Sarja C. 447. Painosalama, Turku.

Ives J, Greenfield S, Parry JM, Draper H, Gratus C, Petts JI, Sorell T & Wilson S. 2009. Healthcare workers' attitudes to working during pandemic influenza: a qualitative study. *BioMed Central Public Health* 9 (1), <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/56>.

Jasemi M, Valizadeh L, Zamanzadeh V & Keogh B. 2017. A Concept Analysis of Holistic Care by Hybrid Model. *Indian Journal of Palliative Care* 23 (1), 71–80.

Kangasniemi M, Pakkanen P & Korhonen A. 2015. Professional ethics in nursing: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing* 71 (8), 1744–1757.

Kangasniemi M & Pölkki T. 2015. Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa: *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Stolt M, Axelin A & Suhonen R (toim.) Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A 73/2015 Turun yliopisto. Juvenes print. Turku. 83–93.

Kansanterveyslaki 66/1972. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/>. 23.2.2018.

Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG & Qushmaq IA. 2016. Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. *Clinical Medicine & Research* 14 (1), 7–14.

Khan KS, Kunz R, Kleijnen J & Antes G. 2003. *Systematic Reviews to Support Evidence-based Medicine, how to review and apply findings of healthcare research*. The royal Society of Medicine Press Ltd, London.

Knafl A & Deatrick J.A. 2000. Knowledge Synthesis and Concept Development in Nursing. Teoksessa: *Concept development in Nursing. Foundations, Techniques, and Applications*. Rodgers BL & Knafl KA. W.B Saunders Company, Philadelphia. 39–54.

Ko C, Ma J, Bartnik R, Haney MH & Kang M. 2017. Ethical Leadership: An Integrative Review and Future Research Agenda. *Ethics & Behavior* 28 (2), 104–132.

Korstjens I & Moser A. 2017. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal of General Practice* Dec 5, 1–5. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>.

- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/>. 13.3.2017.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/>. 13.3.2017.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 794/2010. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/>. 13.3.2017.
- Lam KK & Hung SYM. 2013. Perceptions of emergency nurses during the human swine influenza outbreak: A qualitative study. *International Emergency Nursing* 21 (4), 240–246.
- Lechasseur K, Caux C, Dolle S & Legault A. 2016. Ethical competence: An integrative review. *Nursing ethics* 1–13. doi: 10.1177/0969733016667773.
- Lehtiö L & Johansson E. 2015. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa: *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Stolt M, Axelin A & Suhonen R (toim.) Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A 73/2015 Turun yliopisto. Juvenes print, Turku. 37–57.
- Leino-Kilpi H. 2010. Käsitteiden taustasta. Teoksessa: *Käsiteanalyysi. Harjoittelua eettisten ongelmien tarkasteluun*. Suhonen R, Vaartio-Rajalin H, Lonkila K-M & Leino-Kilpi H (toim.) Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:60/2010. Turun yliopisto. 4–7.
- Leino-Kilpi H. 2014. Eettisesti erilaiset hoitokäytännöt. Teoksessa: *Etiikka hoitotyössä*. Leino-Kilpi H & Välimäki M. 8.-9. painos. Sanoma Pro Oy, Helsinki. 103-136.
- Leino-Kilpi H. 2014b. Hoitotyön etiikan oppiminen. Teoksessa: *Etiikka hoitotyössä*. Leino-Kilpi H & Välimäki M. 8.-9. painos. Sanoma Pro Oy, Helsinki. 344–359.
- Leuman MB. 1989. Leaves from my plague note book. Medical officer on plague duty. *The Indian Medical Gazette* August 1898, 283–285.
- Lewis & Cunningham D. 1870. Report of assistant surgeons Lewis and D. Cunningham on special duty at the presidency connected with investigation of Cholera, to the medical department. Forwarded to the government of India in August 1869. *The Indian Medical Gazette* May 1870, 114–115.
- Lincoln YS & Guba EG. 1985. *Naturalistic inquiry*. Sage publications, California.
- Lucas PJ, Baird J, Arai L, Law C & Roberts HM. 2007. Worked examples of alternative methods for the synthesis of qualitative and quantitative research in systematic reviews. *BioMed Central, Medical Research Methodology* 7 (4), doi:10.1186/1471-2288-7-4.
- Lundgren-Laine H & Salanterä S. 2010. Think-Aloud Technique and Protocol Analysis in Clinical Decision-Making Research. *Qualitative Health Research* 20 (4), 565–575.

- Lääkäriliitto. 2013. *Lääkärinvala*. <https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/laakarinvala/>. 21.2.2018.
- Malm H, May T, Francis, LP, Omer SB, Salmon, DA & Hood R. 2008. Ethics, Pandemics, and the Duty to Treat. *The American Journal of Bioethics* 8 (8), 4–19.
- Maunthner NS & Doucet A. 2003. Reflexive accounts and accounts of reflexivity in qualitative data analysis. *Sociology* 37 (3), 413–431.
- McCarthy GM, Koval JJ & MacDonald JK. 1999. Factors Associated with Refusal to Treat HIV-Infected Patients: The Results of a National Survey of Dentists in Canada. *American Journal of Public Health* 89 (4), 541–545.
- McEwen M & Wills E. 2011. Concept Development: Clarifying Meaning of Terms. Teoksessa: *Theoretical Basis for Nursing*. 3rd edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 46–67.
- Meleis AI. 2007. *Theoretical nursing: Development and progress*. 4th edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Miles MB & Huberman AM. 1994. *Qualitative Data Analysis*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Milikovsky DZ, Yona RB, Akselrod D, Glick SM & Jotkowitz A. 2013. Willingness to treat infectious diseases: what do students think? *Journal of Medical Ethics* 39 (1), 22–26.
- MOT Kielitoimiston sanakirja 2017. <https://mot-kielikone-fi.ezproxy.utu.fi/mot/>. 4.12.2017.
- MOT Oxford Dictionary of English 2018. <https://mot-kielikone-fi.ezproxy.utu.fi/mot/turkuyo/netmot.exe>. 11.2.2018.
- MOT Oxford Thesaurus of English 2017. <https://mot-kielikone-fi.ezproxy.utu.fi/mot/>. 4.12.2017.
- MOT Synonymisanakirja 2018. <https://mot-kielikone-fi.ezproxy.utu.fi/mot/turkuyo/netmot.exe>. 11.2.2018.
- Nuremberg Code. 1947. "Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law" 2 (10) 181–182. U.S. Government Printing Office, Washington D.C.
- Perusopetuslaki 1998/628. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980628>. 11.2.2018.
- Poles K & Bousso RS. 2011. Dignified death: Concept development involving nurses and doctors in Pediatric Intensive Care Units. *Nursing Ethics* 18 (5), 694–709.

- Polit D & Beck C. 2010. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8th edition. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.
- Puusa A. 2008. Käsiteanalyysi tutkimusmenetelmänä. *Premissi* 4, 36–43.
- Pölkki T, Kanste O, Kääriäinen M, Elo S & Kyngäs H. 2014. The methodological quality of systematic reviews published in high-impact nursing journals: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 23, 315–332.
- Rankin KV, Jones DL & Rees TD. 1993. Attitudes of dental practitioners and dental students towards AIDS patients and infection control. *American Journal of Dentistry* 6 (1), 22–26.
- Reid L. 2005. Diminishing returns? Risk and the duty to care in the SARS epidemic. *Bioethics* 19 (4), 348–361.
- Repo Arto H. 2014. Etiikan teoriaa. Teoksessa *Etiikka hoitotyössä*. Leino-Kilpi H & Välimäki M. 8.-9. painos. Sanoma Pro Oy, Helsinki. 36–60.
- Ritvo P, Wilson K, Gibson JL, Cuglietti C, Tracy CS, Nie JX, Jadad AR & Upshur REG. 2010. Canadian survey on pandemic flu preparations. *BioMed Central Public Health* 10, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/125>.
- Ritvo P, Perez DF, Wilson K, Gibson JL, Cuglietti CL, Tracy CS, Bensimon CM & Upshur REG. 2013. Canadian national surveys on pandemic influenza preparations: pre-pandemic and peri-pandemic findings. *BioMed Central Public Health* 13 (1), <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/271>.
- Rodgers BL. 2000. Philosophical Foundations of Concept Development. Teoksessa: *Concept development in Nursing. Foundations, Techniques, and Applications*. Rodgers BL & Knafelz KA (toim.) W.B Saunders Company, Philadelphia. 7–37.
- Ruderman C, Tracy, CS, Bensimon CM, Bernstein M, Haeryluck L, Shaul RZ & Upshur REG. 2006. On pandemics and the duty to care: whose duty? who cares? *Biomed Central Medical Ethics* 7 (5), <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/7/5>.
- Ruutu P & Nuorti P. 2010. Tartuntatautien kansainvälinen torjunta. Teoksessa: *Infektiosairaudet*. Hedman K, Heikkinen T, Huovinen P, Järvinen A, Meri S & Vaara M. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. 286–290.
- Sadooghiasl A; Parvizy S & Ebadi A. 2018. Concept analysis of moral courage in nursing: A hybrid model. *Nursing Ethics* 25(1) 6–1.
- Sadowsky D & Kunzel C. 1992. A Model Predicting Dentists' Willingness to Treat HIV-Positive Patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 5 (7), 701–706.
- Sadowsky D & Kunzel C. 1996. Predicting dentists' willingness to treat HIV-infected patients. *AIDS Care* 8 (5), 581–588.

Sairaanhoitajaliitto. 2014. *Sairaanhoitajan eettiset ohjeet*. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet>. 21.2.2018.

Salmond SW. 2012. Critical Appraisal. Teoksessa: *Comprehensive Systematic Review for Advanced Nursing Practice*. Holly C, Salmond SW & Saimbert MK. Springer Publishing Company, New York. 147–162.

Sayers KL & Vries K. 2008. A concept development of “Being sensitive” in nursing. *Nursing Ethics* 15 (3), 289–303.

Schwartz-Barcott D & Kim HS. 2000. An expansion and Elaboration of the Hybrid Model of Concept Development. Teoksessa: *Concept development in Nursing. Foundations, Techniques, and Applications*. Rodgers BL & Knafl KA. W.B Saunders Company, Philadelphia. 129–159.

Shabanowitz RB & Reardon JE. 2009. Avian flu pandemic - flight of the healthcare worker? *HEC forum: an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues* 21 (4), 365–385.

Shapiro MF, Hayward RA, Guillemot D & Jayle D. 1992. Residents' Experiences in, and Attitudes Toward, the Care of Persons with AIDS in Canada, France, and the United States. *Journal of the American Medical Association* 268 (4), 510–515.

Smith MC & Stullenbarger E. 1991. A prototype for integrative review and meta-analysis of nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 16, 1272–1283.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2012. *Kansallinen varautumissuunnitelma influenssapandemiaa varten*. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2012:9. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90763/Pandemian%20varautumissuunnitelma%202012.pdf?sequence=1>. 23.1.2018.

Stephen C, McInnes S & Halcomb E. 2017. The feasibility and acceptability of nurse-led chronic disease management interventions in primary care: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing* 2017, 1–10. Doi: 10.1111/jan.13450.

Straus SE, Wilson K, Rambaldini G, Rath D, Lin Y, Gold WL & Kapral MK. 2004. Severe acute respiratory syndrome and its impact on professionalism: qualitative study of physicians' behaviour during an emerging healthcare crisis. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 329 (7457), <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.38127.444838.63>.

Strunin L, Culbert A & Crane S. 1989. First year medical students' attitudes and knowledge about AIDS. *Aids Care* 1 (1), 105–110.

Sugarman J, Terry P, Faden RR, Holmes DE, Fogarty L & Pyeritz RE. 1996. Professional Healthcare Workers' Attitudes Toward Treating Patients with Multidrug-Resistant Tuberculosis. *The Journal of Clinical Ethics* 7 (3), 222–227.

Suhonen R & Vaartio-Rajalin H. 2010. Käsiteanalyysi hoitotieteessä. Teoksessa: *Käsiteanalyysi. Harjoittelua eettisten ongelmien tarkasteluun*. Suhonen R, Vaartio-Rajalin H,

Lonkila K-M & Leino-Kilpi H (toim.) Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:60/2010. Turun yliopisto. 8–18.

Suhonen ym. 2010. Johdanto. Teoksessa: *Käsiteanalyysi. Harjoittelua eettisten ongelmien tarkasteluun*. Suhonen R, Vaartio-Rajalin H, Lonkila K-M & Leino-Kilpi H (toim.) Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:60/2010. Turun yliopisto. 2–3.

Suhonen R, Axelin A & Stolt M. 2015. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa: *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Stolt M, Axelin A & Suhonen R (toim.) Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A 73/2015 Turun yliopisto. Juvenes print, Turku. 7–22.

Sulosaari V, Suhonen R & Leino-Kilpi H. 2011. An integrative review of the literature on registered nurses' medication competence. *Journal of Clinical Nursing* 20 (3-4), 464–478.

Sulosaari V & Kajander-Unkuri S. 2015. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Teoksessa: *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Stolt M, Axelin A & Suhonen R (toim.) Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A 73/2015 Turun yliopisto. Juvenes print, Turku. 110–117.

Suomen Kätilöliitto. 2004 *Tiedolla, taidolla ja tunteella - kätilötyön eettiset ohjeet*. https://asiakas.kotisivukone.com/files/suomenkatiloliitto.kotisivukone.com/tiedostot/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf. 21.2.2018.

Suomen lääkäriliitto. 2016. *Eettiset ohjeet*. <https://www.laakariliitto.fi/edunvalvonta-tyoelama/liiton-ohjeet/eettisen-ohjee>. 13.3.2017.

Suomen Perustuslaki 731/1999. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>. 13.3.2018.

Super. 2015. *Lähihoitajan eettiset ohjeet*. https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4599/lahihoitajan_eettiset_ohjeet_148x148_12s.pdf. 21.2.2018.

Tartuntatautilaki 1227/2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/>. 13.3.2017.

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2010. *Terveystieteiden tutkimuskeskus*. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/>. 13.3.2017.

TENK. 2012. *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen*. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012. 2.1.2018.

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2013. *Terveystieteiden tutkimuskeskus ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2013. Tilastoraportti*. Helsinki. <http://www.julkari.fi/>. 3.12.2017.

Thompson I, Boyd K & Melia K. 2006. *Nursing Ethics*. 5th edition. Churchill Livingstone Elsevier, Edinburgh, New York.

- Thomas J & Harden A. 2008. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BioMed Central Medical Research Methodology* 8, 45. doi:10.1186/1471-2288-8-45.
- Tobiano G, Marshall A, Bucknall T & Chaboyer W. 2015. Patient participation in nursing care on medical wards: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 52 (6), 1107–1120.
- Tsai T-C, Harasym PH, Coderre S, McLaughlin K & Donnon T. 2009. Assessing ethical problem solving by reasoning rather than decision making. *Medical Education* 43, 1188–1197.
- Tynjälä P. 1991. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. *Kasvatus* 22 (5-6), 387–398.
- Työturvallisuuslaki 738/2002. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/>. 22.1.2018.
- Tzeng H-M. 2004. Nurses' Professional Care Obligation and Their Attitudes Towards SARS Infection Control Measures in Taiwan During and After the 2003 Epidemic. *Nursing Ethics* 11 (3), 277–289.
- Tzeng H-M & Yin C-Y. 2006. Nurses' Fears and Professional Obligations Concerning Possible Human-to-Human Avian Flu. *Nursing Ethics* 13 (5), 455–470.
- Upshur REG, Faith K, Gibson JL, Thompson AK, Tracy CS, Wilson K & Singer PA. 2005. *Stand on guard for thee. Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza*. University of Toronto Joint Centre for Bioethics, Toronto.
- Upshur REG, Bakdash T, Tsa D F-C, Johnson J, Haddad A, Maybud S, Eijkemans G, Nkowane A, Croisier A & Steffen C. 2006. *The role and obligations of healthcare workers during a pandemic influenza outbreak*. WHO Draft paper for working group three.
- Vaartio H. 2008. *Nursing advocacy: A concept clarification in context of procedural pain care*. Väitöskirja. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Sarja D. 826. Painosalama, Turku.
- Vergnes J-N, Marchal-Sixou C, Nabet C, Maret D & Hamel O. 2010. Ethics in systematic reviews. *Journal of Medical Ethics* 36, 771–774.
- Välimäki M. 2014. Eettiset ohjeet osana ammatillista etiikkaa. Teoksessa *Etiikka hoitotyössä*. Leino-Kilpi H & Välimäki M. 8.-9. painos. Sanoma Pro Oy, Helsinki. 165–180.
- Walker LO & Avant KC. 1988. *Strategies for theory construction in nursing*. 2nd edition. Appleton & Lange, Norwalk, Connecticut.
- Walker LO & Avant KC. 2005. *Strategies for theory construction in nursing*. 4th edition. Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River.

West S, King V, Carey TS, Lohr KN, McKoy N, Sutton SF & Lux L. 2002. *47 Systems to Rate the Strength of Scientific Evidence: Summary*. AHRQ Evidence Report Summaries. AHRQ Publication No. 02-E015.

Weyant RJ, Simon MS & Bennett ME. 1993. Changes in Students' Attitudes toward HIV-infected Patients as the students' progress through Medical School. *Academic Medicine* 68 (5), 377–379.

White CC. 1999. Health care professionals and treatment of HIV-positive patients. Is there an affirmative duty to treat under common law, the Rehabilitation Act, or the Americans with Disabilities Act? *Journal of legal medicine* 20 (1), 67–113.

Whittemore R & Knafl K. 2005. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52 (5), 546–553.

Whittemore R. 2008. Integrative Reviews of Quantitative and Qualitative Research. Rigour in Integrative Reviews. Teoksessa: *Reviewing Research Evidence for Nursing Practice: Systematic Reviews*. Webb C & Ross B (toim.) Blackwell Publishing, Oxford. 149–156.

WHO. 2015a. *Health topics Infectious diseases*. http://www.who.int/topics/infectious_diseases/en/. 13.3.2017.

WHO. 2015b. *Global Health Ethics. Key issues*. World Health Organization Library Cataloguing-in-Publication Data: Luxenburg. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164576/1/9789240694033_eng. 13.3.2017.

WHO. 2017. *Global Health Observatory (GHO) data*. http://www.who.int/gho/health_workforce/en. 3.12.2017.

WHO. 2018. *A checklist for pandemic influenza risk and impact management - Building capacity for pandemic response*. Global Influenza Programme. 2018 Update. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259884/1/9789241513623-eng.pdf?ua=1>. 21.2.2018.

Wikipedia 2018. [https://fi.wikipedia.org/wiki/Velvollisuus_\(filosofia\)](https://fi.wikipedia.org/wiki/Velvollisuus_(filosofia)). Otavan iso tietosanakirja 1960–1965. <https://fi.wikipedia.org/wiki/Velvollisuus>. 21.2.2018.

Wilson J. 1969. *Thinking with concepts*. Cambridge University Press, New York.

WMA. 2013. Declaration of Helsinki. *Ethical principles for Medical Research Involving Human Subjects*. World Medical Association, Brazil.

WMA. 2017. WMA Declaration of Geneva 1948, Amended 2017. *The Physician's Pledge*. Chicago. Yhdysvallat. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>. 5.12.2017.

Wong ELY, Wong SYS, Lee N, Cheung A & Griffiths S. 2011. Healthcare workers' duty concerns of working in the isolation ward during the novel H1N1 pandemic. *Journal of Clinical Nursing* 21, 1466–1475.

YK. 1948. *Universal Declaration of Human Rights*. United Nations General Assembly. Resolution 217 A (III). United Nation, New York.

YK. 1959. Lasten oikeuksien julistus. <https://www.unicef.fi/lapsen-oikeudet/lapsen-oikeuksien-julistus/>. 11.2.2018.

Zucker DM, Dion K & McKeever RP. 2014. Concept clarification of grief in mothers of children with an addiction. *Journal of Advanced Nursing* 71 (4), 751–767.

Åstrøm AN & Nasir EF. 2009. Predicting intention to treat HIV-infected patients among Tanzanian and Sudanese medical and dental students using the Theory of Planned Behavior - A cross sectional study. *BioMed Central Health Services Research* 9, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/213>.

Liite 1 Yhteenvetotaulukko katsauksen alkuperäistutkimuksista julkaisuvuoden mukaan

Kirjoittajat	Otsikko	Vuosi	Maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä/ aineistonkeruu	Tiedon antajat
Arnow PM, Pottenger LA, Stocking CB, Siegler M & DeLeeuw HW	Orthopedic surgeons' attitudes and practices concerning treatment of patients with HIV infection	1989	USA	Selvittää ortopedien asenteita ja hoitokäytäntöjä koskien hiv-potilaiden hoitoa.	Poikkileikkauskysely (posti)	Ortopedit (n=325)
Strunin L, Culbert A & Crane S	First year medical students' attitudes and knowledge about AIDS	1989	USA	Selvittää ensimmäisen vuoden lääketieteen opiskelijoiden tietoa hiv:n tartumisesta, asenteita hiv-testausta ja hiv/AIDS -potilaiden hoitoa kohtaan, käsityksiä omasta riskistä saada hiv-tartunta lääkärinä työskennellessään, mitä vaikutuksia epidemialla on heidän uravalintoihinsa ja muutoksia henkilökohtaisessa käyttäytymisessään AIDS:n vuoksi.	Poikkileikkauskysely (koulu)	Ensimmäisen vuoden lääketieteen opiskelijat (n=135)
Bresolin LB & Rinaldi RC	Attitudes of US primary care physicians about HIV disease and AIDS	1990	USA	Selvittää lääkäreiden asenteita AIDS:a, ja ihmisiä joilla on todettu hiv-infektio, kohtaan. Ja hiv-potilaisiin liittyviä toimintatapoja.	Poikkileikkauskysely (puhelin)	Lääkärit (n=500)
Hastreiter RJ, Roesch RH, Danila RN & Falcen MC	Dental health care workers' response to the HIV epidemic	1992	USA	Selvittää suun terveydenhuollon työntekijöiden tietoja, asenteita ja käytäntöjä liittyen hiv-potilaisiin ja infektioiden torjunta toimenpiteisiin.	Poikkileikkauskysely (posti)	Suun terveydenhuollon työntekijät (n=1261): hammaslääkärit (n=438), suuhygienistit (n=439) ja avustajat (n=603)

Sadowsky D & Kunzel C	A model predicting dentists' willingness to treat HIV-positive patients	1992	USA	Tunnistaa ja testata hammaslääkäreiden halukkuutta hoitaa hiv-positiivisia potilaita ennustavia tekijöitä.	Poikkileikkauskysely (posti)	Hammaslääkärit (n=1226)
Shapiro MF, Hayward RA, Guillemot D & Jayle D	Residents' experiences in, and attitudes toward the care of persons with AIDS in Canada, France and the United States	1992	Kanada, Ranska, USA	Arvioida erikoistuvien lääkäreiden kokemuksia ja asenteita AIDS-potilaiden hoidosta ja hoitoa kohtaan.	Poikkileikkauskysely (sairaala)	Erikoistuvat lääkärit: Kanada (n=542), USA (n=1745), Ranska (n=361)
Bennett ME, Weyant RJ & Simon M	Predictors of dental students' belief in the right to refuse treatment to HIV-positive patients	1993	USA	Selvittää hammaslääketieteen opiskelijoiden hiv-potilaiden hoidosta kieltäytymiseen liittyviä uskomuksia ja ennustavia tekijöitä.	Poikkileikkauskysely (koulu)	Hammaslääketieteen opiskelijat (n=181)
Epstein RM, Christie M, Frankel R, Rousseau S, Shields C & Suchman AL	Understanding fear of contagion among physicians who care for HIV patients	1993	USA	Selvittää lääkäreiden pelkoja ammatteensa liittyviä hiv-tartuntoja kohtaan, ja miten he selviytyvät peloista.	Haastattelu (yksilö)	Perusterveydenhuollon lääkärit (n=30)
Grace EG & Cohen LA	Attitudes of Maryland dentists toward AIDS and hepatitis patients	1993	USA	Selvittää hammaslääkäreiden asenteita ja halukkuutta hoitaa AIDS- ja hepatiittipotilaita.	Poikkileikkauskysely (posti)	Hammaslääkärit (n=975) ja suukirurgit (n=89)
Rankin KV, Jones DL & Rees TD	Attitudes of dental practitioners and dental students towards AIDS patients and infection control	1993	USA	Selvittää hammaslääkäreiden ja hammaslääketieteen opiskelijoiden asenteita ja käytäntöjä infektiopotilaiden (AIDS ja hepatiitti) hoitoa ja infektioiden torjuntatoimenpiteitä kohtaan.	Poikkileikkauskysely (posti ja koulu)	Hammaslääkärit (n=589) ja hammaslääketieteen opiskelijat (n=829)
Weyant RJ, Simon MS & Bennet ME	Changes in students' attitudes toward HIV-infected patients as the students'	1993	USA	Tutkia, miten asenteet hiv-infektio potilaan hoitoa kohtaan muuttuvat lääketieteen opintojen aikana.	2-vaiheinen kysely (koulu)	Lääketieteen opiskelijat, I-vaihe (n=394),

	progress through medical school					II-vaihe (n=378)
Brachman P, Kozarsky P, Cetron M, Jacob MS, Boonitt B, Wongsrichanalai J & Keystone JS	Knowledge and attitudes of hospital-based physicians and trainees about HIV infection in United States, Canada, India, and Thailand	1996	Intia, Thaimaa, Kanada, USA	Tutkia hiv-infektioon liittyviä asenteita ja tietoja.	Poikkileikkauskysely (sairaala)	Lääkärit ja lääketieteen opiskelijat: Intia (n=340), Thaimaa (n=128), Kanada (n=196), USA (n=155)
Sadowsky D & Kunzel C	Predicting dentists' willingness to treat HIV-infected patients	1996	USA	Kehittää ja testata mallia, joka ennustaa hammaslääkäreiden halukkuutta hoitaa hiv-positiivisia potilaita.	Poikkileikkauskysely (posti)	Hammaslääkärit (n=1226)
Sugarman J, Terry P, Faden RR, Holmes DE, Fogarty L & Pyritz RE	Professional healthcare workers' attitudes toward treating patients with multi-drug-resistant Tuberculosis	1996	USA	Kuvata hoitajien ja lääkäreiden asenteita tuberkuloosi- ja moniresistentti-tuberkuloosipotilaiden hoitoa kohtaan.	Poikkileikkauskysely (sairaala)	Lääkärit (n=266), hoitajat (n=177)
Chan R, Khoo L, Goh CL & Lam MS	A Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices (KABP) Survey on HIV infection and AIDS among doctors and dental surgeons in Singapore	1997	Singapore	Tutkia lääkäreiden tietoja, asenteita, uskomuksia ja käytäntöjä hiv-potilaiden hoitoon liittyen.	Poikkileikkauskysely (posti)	Lääkärit (n=1523)
McCarthy GM, Koval JJ & MacDonald JK	Factors associated with refusal to treat HIV-infected patients: The results of a national survey of dentists in Canada	1999	Kanada	Tutkia hammaslääkäreiden kieltäytymistä hoitaa hiv-positiivisia potilaita ja tunnistaa kieltäytymiseen yhteydessä olevia tekijöitä.	Poikkileikkauskysely (posti)	Hammaslääkärit (n=4281)

Hu S-W, Lai H-R & Liao P-H	Comparing dental students' knowledge of and attitudes toward Hepatitis B virus-, Hepatitis C virus-, and HIV-infected patients in Taiwan	2004	Taiwan	Tutkia ja vertailla hiv-, hepatiitti B- ja hepatiitti C-infektioon liittyviä tietoja, asenteita ja halukkuutta hoitaa. Sekä arvioida halukkuuteen yhteydessä olevia tekijöitä.	Poikkileikkauskysely (posti ja koulu)	Lääketieteen opiskelijat (n=1050)
Straus SE, Wilson K, Rambaldini G, Rath D, Lin Y, Gold WL & Kapral MK	Severe acute respiratory syndrome and its impact on professionalism: qualitative study of physicians' behavior during an emerging healthcare crisis	2004	Kanada	Selvittää SARS-epidemian vaikutusta professionaalisuuteen.	Puolistrukturoitu haastattelu (yksilö)	Lääkärit (n=14)
Tzeng H-M	Nurses' professional care obligations and their attitudes towards SARS infection control measures in Taiwan during and after the 2003 epidemic	2004	Taiwan	Kuvata hoitajien ammatillista velvollisuutta koskevien käsityksien muutosta. Kuvata ammatillisen velvollisuuden, infektioiden torjuntatoimia kohtaan liittyvien asenteiden, SARS-potilaan hoidon kokemuksen, koetun terveydentilan ja aineistonkeruujakohdan välistä yhteyttä.	2-vaiheinen kysely (koulu)	Hoitajat I-vaihe (n=112), II-vaihe (n=60)
Ehrenstein BP, Hanses F & Salzberger B	Influenza pandemic and professional duty: family or patients first? A survey of hospital employees	2006	Saksa	Tutkia työntekijöiden tietoja influenssasta ja heidän mielipiteitään ammattietiikasta.	Poikkileikkauskysely (sairaala)	Terveydenhuollon henkilökunta: lääkärit ja lääketieteen opiskelijat (n= 644), hoitajat (n=264), hallinnon työntekijät (n=147)

Tzeng H-M & Yin C-Y	Nurses' fears and professional obligations concerning possible human-to-human avian flu	2006	Taiwan	Kuvailla tekijöitä, jotka myötävaikuttavat hoitajien pelkoon influenssapandemian aikana ja halukkuuteen hoitaa influenssa potilaita.	Poikkileikkauskysely (koulu)	Hoitajat (n=225)
Bensimon CM, Tracy CS, Bernstein M, Shaul RZ & Upshur REG	A qualitative study of the duty to care in communicable disease outbreaks	2007	Kanada	Kuvailla maallikkojen ja asiantuntijoiden näkemyksiä terveydenhuoltohenkilökunnan velvollisuudesta hoitaa tartuntatautiepidemian aikaan.	Puolistrukturoitu haastattelu (yksilö)	Terveydenhuollon työntekijät (n=25), hengelliset johtajat (n=14), oppilaitosten jäsenet (n=12), maallikot (n=10), perusterveydenhuollon työntekijät (n=6)
Anikeeva O, Braunack-Mayer AJ & Street JM	How will Australian general practitioners respond to an influenza pandemic? A qualitative study of ethical values	2008	Australia	Tutkia lääkäreiden käsityksiä heidän valmiudestaan influenssapandemiaa kohtaan ja muutoksia, joita he harkitsevat tekevänsä päivittäisessä työssään pandemian vuoksi. Lisäksi tarkoituksena on tutkia, lääkäreiden eettisiä perusteita toiminnalleen, mikä vaikutus vastuun ja velvollisuuden ymmärryksellä on päätöksentekoon.	Puolistrukturoitu haastattelu (yksilö)	Lääkärit (n=10)
Barr HL, Macfarlane JT, Macgregor O, Foxwell R, Buswell V & Lim WS	Ethical planning for an influenza pandemic	2008	UK	Selvittää terveydenhuoltohenkilökunnan asenteita velvollisuutta hoitaa ja resurssien allokointiin liittyviin ongelmiin, joita saattaa esiintyä influenssapandemian aikana.	Poikkileikkauskysely (sairaala ja koulu)	Terveydenhuollon työntekijät (n=406): lääkärit (n=184), hoitajat (n=141), opiskelijat (n=64), avustava henkilökunta (n=17)

Civaner M & Arda B	Can "presumed consent" justify the duty to treat infectious diseases? An analysis	2008	Turkki	Tutkia lääkäreiden ja hammaslääkäreiden mielipiteitä ja käsityksiä infektioautien riskistä työssään. Ja analysoida voiko "velvollisuus hoitaa" perustua terveydenhuollon työntekijöiden "oletettuun suostumukseen."	Poikkileikkauskysely (posti)	Lääkärit (n=101), hammaslääkärit (n=129)
Ives J, Greenfield S, Parry JM, Draper H, Gratus C, Petts JL, Sorell T & Wilson S	Healthcare workers' attitudes to working during pandemic influenza: a qualitative study	2009	UK	Tutkia terveydenhuollon työntekijöiden näkemyksiä työskentelystä influenssapandemian aikana. Tunnistaa tekijöitä, jotka saattavat vaikuttaa heidän halukkuuteen ja kykyyn työskennellä. Ja tunnistaa terveydenhuollon työntekijöiden koetun velvollisuuden lähteitä.	Haastattelu (ryhmä n=9, yksilö n=5)	Terveydenhuollon työntekijät (n=64): lääkärit (n=20) hoitajat (n=17), avustava henkilökunta (n=16), lääketyöntekijä (n=6), johtotehtävissä työskentelevät työntekijät (n=5)
Shabanowitz RB & Reardon JE	Avian Flu Pandemic – Flight of the healthcare worker?	2009	USA	Tutkia terveydenhuollon työntekijöiden mielipiteitä velvollisuudesta hoitaa. Ja selvittää miten he saattavat vastata vakavaan lintuinfluenssa pandemiaan.	Poikkileikkauskysely (sähköposti)	Terveydenhuollon työntekijät (n=1003)
Åstrøm AN & Nasir EF	Predicting intention to treat HIV-infected patients among Tanzanian and Sudanese medical and dental students using the theory of planned behavior - a cross sectional study	2009	Tansania, Sudan	Ennustaa lääketieteen ja hammaslääketieteen opiskelijoiden aietta toteuttaa kirurgisia toimenpiteitä hiv-infektiopotilaille laajennetun suunnitellun toiminnan teorian (Theory of planned behavior) avulla.	Poikkileikkauskysely (koulu)	Lääketieteen ja hammaslääketieteen opiskelijat Tansania (n=454), Sudan (n= 642)

Cowden J, Crane L, Lezotte D, Glover J & Nyquist A-C	Pre-pandemic planning survey of healthcare workers at a tertiary care children's hospital: ethical and workforce issues	2010	USA	Määritellä terveydenhuoltohenkilökunnan raportoiman halukkuuden työskennellä pandemian aikaan yhteyttä käsitykseen työn tärkeydestä, uskomukseen, että työntekijää pyydetään töihin ja ammatillisuuden tunteeseen. Arvioida terveydenhuollon työntekijöiden mielipiteitä toimintaperiaatteita kohtaan, sekä pandemian aikaiseen työskentelyyn liittyviä estäviä ja motivoivia tekijöitä.	Poikkileikkauskysely (sairaala)	Lasten sairaalan työntekijät (n=778)
Damery S, Draper H, Wilson S, Greenfield S, Ives J, Parry J, Petts J & Sorell T	Healthcare workers' perceptions of the duty to work during an influenza pandemic	2010	UK	Vahvistaa onko terveydenhuollon työntekijän todennäköisyys työskennellä pandemian aikana yhteydessä heidän näkemyksiinsä velvollisuudesta hoitaa.	Poikkileikkauskysely (posti)	Terveydenhuollon työntekijät (n=1032)
Ritvo P, Wilson K, Gibson JL, Guglietti C, Tracy CS, Nie JX, Jadad AR & Upshur REG	Canadian national surveys on pandemic influenza preparations: pre-pandemic and peri-pandemic findings	2010	Kanada	Selvittää kanadalaisten mielipiteitä 1) mitä velvollisuuksia terveydenhuoltohenkilökunnalla on pandemia tilanteessa ja mitkä ovat terveydenhuoltojärjestelmän velvollisuudet suhteessa työntekijän kykyyn tehdä työtään 2) miten rajoitetut resurssit tulisi allokoida 3) miten tietoa tulisi levittää julkisuudessa ja kenen tulisi johtaa tiedottamista 4) mitä hallinnollisia keinoja tulisi käyttää riskin vähentämiseksi kansainvälisesti.	Poikkileikkauskysely (puhelin)	Kanadalaiset maallikot (n=501)

Wong ELY, Wong SYS, Lee N, Cheung A & Griffiths S	Healthcare workers' duty concerns of working in the isolation ward during the novel H1N1 pandemic	2011	Hong Kong	Tutkia terveydenhuollon henkilökunnan asenteita ja huolia eristysosastolla työskentelyä kohtaan H1N1-influenssapandemian aikana.	Haastattelu (yksilö)	Eristysosastolla työskentelevät terveydenhuollon työntekijät: lääkärit (n=4), sairaanhoitajat (n=3), hoitoavustajat (n=3)
Bensimon CM, Smith MJ, Pisartchik D, Sahni S & Upshur REG	The duty to care in an influenza pandemic: A qualitative study of Canadian public perspectives	2012	Kanada	Selvittää maallikkojen näkemyksiä influenssapandemiaan liittyvistä eettisistä kysymyksistä, mukaan lukien velvollisuus hoitaa.	Haastattelu (ryhmä)	Maallikot (n=30)
Milikovsky DZ, Yona RB, Akselrod D, Glick SM & Jotkowitz A	Willingness to treat infectious diseases: what do students think?	2012	Israel	Tutkia lääketieteen opiskelijoiden sitoutumista ja halukkuutta hoitaa tartuntatautipotilaita. Verrata onko tartuntataudilla tai tehtävällä toimenpiteellä yhteyttä sitoutumiseen tai halukkuuteen.	Poikkileikkauskysely (koulu)	Lääketieteen opiskelijat (n=190)
Lam KK & Hung SYM	Perceptions of emergency nurses during the human swine influenza outbreak: A qualitative study	2013	Hong Kong	Selvittää sairaanhoitajien kokemuksia ja käsityksiä työskentelystä ensiavussa sikainfluenssaepidemian aikana.	Haastattelu (yksilö)	Ensiapuosaston sairaanhoitajat (n=10)
Ritvo P, Perez DF, Wilson K, Gibson JL, Guglietti CL & Tracy CS	Canadian survey on pandemic flu preparations	2013	Kanada	Selvittää kanadalaisien mielipiteitä 1) mitä velvollisuuksia terveydenhuoltohenkilökunnalla on pandemia tilanteessa ja mitkä ovat terveydenhuoltojärjestelmän velvollisuudet suhteessa työntekijän kykyyn tehdä työtään 2) miten rajoitetut resurssit tulisi allokoida 3) miten tietoa tulisi levittää julkisuudessa ja kenen tulisi johtaa	Poikkileikkauskysely (puhelin)	Kanadalaiset maallikot (n=1029)

				tiedottamista 4) mitä hallinnollisia keinoja tulisi käyttää riskin vähentämiseksi kansainvälisesti. Verrata vastauksia ennen pandemiaa ja pandemian aikana.		
Chilton JM, McNeill C & Alfred D	Survey of nursing students' self-reported knowledge of Ebola Virus disease, willingness to treat, and perceptions of their duty to treat	2016	USA	Kehittää koulutusstrategia, joka perustuu tekijöihin, joilla on positiivinen vaikutus halukkuuteen hoitaa infektiopotilaita.	Poikkileikkauskysely (koulu)	Sairaanhoitajaopiskelijat (n=216), sairaanhoitajat (n=97)
Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG & Qushmaq IA	Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak	2016	Saudi-Arabia	Kuvata terveydenhuollon työntekijöiden tunteita, koettua stressiä ja selviytymiskeinoja MERS-epidemian aikaan.	Poikkileikkauskysely (sairaala)	Terveydenhuollon työntekijät (n=117)
Arheiam A, El Tantawi M, Al-Ansari A, Ingafou M, El-Howiti A, Gaballah K & AbdelAziz W	Arab dentists' refusal to treat HIV positive patients: a survey of recently graduated dentists from three Arab dental schools	2017	Libya, Egypti, Yhdistyneet arabiemiirikunnat	Arvioida vastavalmistuneiden hammaslääkäreiden kieltäytymistä hiv-positiivisten potilaiden hoidosta. Ja tutkia aiotun toiminnan yhteyttä heidän tietoon, asenteisiin, sosiaalisiin normeihin ja koettuun kykyyn kontrolloida infektion leviämistä.	Poikkileikkauskysely (sairaala)	Kahden vuoden sisällä valmistuneet hammaslääkärit (n=552)
Broom A & Broom J	Fear, duty and the moralities of care: The Ebola 2014 threat	2017	Australia	Tutkia sairaalassa työskentelevien hoitajien ja lääkäreiden ebolaan liittyviä kokemuksia.	Haastattelu (yksilö)	Sairaalassa työskentelevät lääkärit (n=8), hoitajat (n=13)