



Sairaanhoitajaopiskelijan kulttuuriseen kompetenssiin liittyvät osaamistarpeet palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoitotyössä

Tanja Noponen

2025 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitajaopiskelijan kulttuuriseen kompetenssiin liittyvät osaamistarpeet palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoitotyössä

Tanja Noponen
Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu 2025

Tanja Noponen

Sairaanhoitajaopiskelijan kulttuuriseen kompetenssiin liittyvät osaamistarpeet palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoitotyössä

Vuosi

2025

Sivumäärä

41

Suomessa asui vuoden 2024 lopussa yli 600 000 ulkomaalaistaustaista henkilöä, mikä on noin 11 % koko väestöstä. Monikulttuurisuus haastaa terveydenhuoltoa monella tavalla. Sairaanhoitajat ovat muuttuvassa toimintaympäristössä keskeisessä asemassa ja heidän odotetaan tarjoavan kulttuurisensitiivistä hoitoa päivittäisessä työssään. Erityisesti elämän loppuvaiheen hoidossa tämä tarkoittaa erilaisten uskomusten ja tapojen ymmärtämistä ja kulttuuristen ja uskonnollisten rituaalien mahdollistamista.

Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan palliatiivinen hoito on ihmisoikeus. Samaan aikaan tutkimusten mukaan Länsi-Euroopassa maahanmuuttajataustaisten potilaiden pääsy palliatiivisiin palveluihin on huonompaa kuin maassa syntyneiden. Taustalla ovat muun muassa kieleen liittyvät haasteet, tiedonpuute saatavilla olevista palveluista ja terveydenhuollon ammattilaisten huono kulttuurinen osaaminen.

Työelämän yhteistyötahona toimi Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoitotyössä tarvittavaa kulttuurista osaamista. Tavoitteena oli tuottaa tietoa kulttuuriseen kompetenssiin liittyvistä osaamistarpeista vakavasti sairaan ja palliatiivisen potilaan hoitotyön opetuksen kehittämistarpeisiin. Tutkimuskysymys oli, millaisia näkökulmia kulttuurisesti kompetentti palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoito ottaa huomioon?

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineiston analyysiin käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Aineistona käytettiin 8 tieteellistä tutkimusartikkelia, jotka haettiin CINAHL-tietokannasta. Tuloksista nousi esiin kolme laajempaa teemaa, joiden huomioon ottaminen on tärkeä osa palliatiivisen ja saattohoitopotilaan kulttuurisesti kompetenttia hoitotyötä. Näitä olivat kulttuurisensitiivinen kommunikaatio, kulttuuriset uskomukset huomioiva kivunhoito ja kuoleman läheisyyteen liittyvien tapojen mahdollistaminen osana hoitotyötä. Näiden teemojen integroiminen osaksi vakavasti sairaan ja palliatiivisen potilaan hoitotyön opetusta edistäisi valmistuvien sairaanhoitajien kulttuurista osaamista. Opetukseen löytyy ulkomailta jo kehitettyjä malleja, joiden hyödyntäminen myös Suomessa voisi olla tarkoituksenmukaista.

Asiasanat: Palliatiivinen hoito, saattohoito, monikulttuurinen hoitotyö, kulttuurinen kompetenssi

Tanja Noponen**Nursing students` cultural competence needs in palliative and end-of-life care**

Year	2025	Pages	41
------	------	-------	----

More than 600,000 people with immigrant background live in Finland, which is approximately 11% of the total population. Increasing multiculturalism challenges also in the healthcare system. Nurses play a key role in the changing environment and are expected to provide culturally sensitive care in their daily work. In end-of-life care this means enabling cultural and religious rituals and managing different beliefs, customs and expectations.

According to the World Health Organization (WHO), palliative care is a human right. At the same time, studies show that in Western Europe, immigrant patients have worse access to palliative services than other citizens. The reasons for this, among others, are language barriers, lack of information about available services and healthcare professionals' poor cultural competence.

Laurea University of Applied Sciences was chosen as the working life partner. The purpose of this thesis was to describe the cultural competence needed in the care of palliative care and hospice patients. The aim of the thesis was to produce information for the development of the undergraduate programme of nursing. The research question was, what elements does culturally competent end-of-life care entail?

The thesis was carried out as a descriptive literature review. Eight research articles found in the CINAHL database were used as the data. Inductive content analysis was utilized to analyze the data. Three themes emerged from the findings, the consideration of which are an important part of culturally competent end-of-life care. These were named as culturally sensitive communication, culturally sensitive pain management and enabling different death rituals. Integrating these themes as a part of a undergraduate programme would likely increase graduating nurses' cultural competence in palliative care. Models for teaching developed abroad already exist and could be tested in Finland.

Keywords: Palliative care, end-of-life care, multicultural nursing, cultural competence

Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys	2
2.1	Palliatiivinen ja saattohoito Suomessa	2
2.2	Palliatiivisen ja saattohoitopotilaan oireiden hoito	3
2.2.1	Kipu.....	3
2.2.2	Muut somaattiset oireet	4
2.2.3	Psyykkiset oireet.....	6
2.3	Monikulttuurinen hoitotyö	7
2.4	Kulttuurinen kompetenssi hoitotyössä	8
2.5	Monikulttuurisuuden huomiointi sairaanhoitajakoulutuksen opetussisällöissä	10
3	Työelämäkumppani	12
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	12
5	Opinnäytetyön menetelmät.....	12
5.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	12
5.2	Aineiston keruu ja analyysitapa	13
6	Tulokset	16
6.1	Kulttuurisensitiivinen kommunikaatio	16
6.2	Kulttuuriset uskomukset huomioiva kivunhoito	20
6.3	Kuoleman läheisyyteen liittyvien tapojen mahdollistaminen	21
7	Pohdinta	24
7.1	Tulosten tarkastelu	24
7.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	27
7.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	29
8	Lähdeluettelo	31
9	Liitteet.....	36

1 Johdanto

Tilastokeskuksen (2024) kokoamista väestötiedoista voi havaita, että ulkomaalaistaustaisten määrä Suomessa on moninkertaistunut runsaan 20 vuoden aikana. Maassa asui vuoden 2024 lopussa yli 600 000 ulkomaalaistaustaista henkilöä, mikä on noin 11 % koko väestöstä. Tilastokeskuksen määritelmän mukaan ulkomaalaistaustaisia ovat henkilöt, joiden molemmat vanhemmat tai ainoa tiedossa oleva vanhempi on syntynyt ulkomailla. Ulkomaalaistaustaisiksi katsotaan lisäksi ulkomailla syntyneet henkilöt, joiden kummastakaan vanhemmasta ei ole tietoa väestötietojärjestelmässä. Ulkomaistaustaisten osuus väestöstä on korkein Uudenmaan maakunnassa. (Tilastokeskus 2024.)

Palliativisen hoidon käsitteellä viitataan vakavasti, henkeä uhkaavasti sairastuneen henkilön kokonaisvaltaiseen hoitoon. Palliativinen hoito on oireenmukaista hoitoa, jossa ei pyritä enää sairauden parantamiseen, vaan ehkäistään siitä aiheutuvia haittoja potilaan elämään. Suomessa palliativista hoitoa ja saattohoitoa tarvitsee noin 30 000 ihmistä vuodessa, joista valtaosa on aikuispotilaita. Palliativista ja saattohoitoa tehdään erilaisissa ympäristöissä, niin kotona, ympärivuorokautista hoitoa tarjoavissa yksiköissä, sairaaloissa kuin saattohoitoon erikoistuneissa yksiköissäkin. (Aho, Eironen, Havusto, Hökkä & Kritz 2023.)

Lisääntyvä monikulttuurisuus haastaa myös terveydenhuoltoa. Sekä potilaat että terveydenhuollon työntekijät tulevat enenevässä määrin erilaisista kulttuurisista taustoista. Sairaanhoidajat ovat muuttuvassa toimintaympäristössä keskeisessä asemassa ja heidän odotetaan tarjoavan kulttuurisensitiivistä hoitoa päivittäisessä työssään. Kulttuurisensitiivisyys on halua ymmärtää eri taustoista tulevia ihmisiä ja kykyä tunnistaa mahdollisia erityistarpeita. Erityisesti elämän loppuvaiheen hoidossa se tarkoittaa myös kulttuuristen ja uskonnollisten rituaalien mahdollistamista ja erilaisten uskomusten ja tapojen ymmärtämistä. (Brooks, Manias & Bloomer 2022; THL 2024.)

Maailman terveysjärjestön (WHO 2020) mukaan palliativinen hoito on ihmisoikeus. Samaan aikaan tutkimusten mukaan maahanmuuttajataustaisten potilaiden pääsy palliativiisiin palveluihin on Länsi-Euroopassa huonompaa kuin maassa syntyneiden. Taustalla ovat muun muassa kieleen liittyvät haasteet, tiedonpuute ja terveydenhuollon ammattilaisten huono kulttuurinen osaaminen. (Shabnam, Timm, Nielsen & Raunkiaer 2022, 237-255.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla palliativisen ja saattohoitopotilaan hoitotyössä tarvittavaa kulttuurista osaamista. Työelämän yhteistyötahona toimi Laurea-ammattikorkeakoulu. Tavoitteena oli tuottaa tietoa kulttuuriseen kompetenssiin liittyvistä osaamistarpeista vakavasti sairaan ja palliativisen potilaan hoitotyön opetuksen kehittämistarpeisiin.

2 Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys

Teoreettinen viitekehys ja opinnäytetyössä käytetyt käsitteet jakautuvat kahteen suurempaan kokonaisuuteen. Ensimmäiseksi esitellään mitä palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoitotyö on, ja miten se on Suomessa järjestetty. Lisäksi käsitellään palliatiivisen ja saattohoitopotilaan oirehoidon pääpiirteitä. Toinen kokonaisuus tarkastelee monikulttuuriseen hoitotyöhön ja kulttuuriseen kompetenssiin liittyvää aiempaa tutkimusta.

2.1 Palliatiivinen ja saattohoito Suomessa

Suomessa on käytössä palliatiivisen ja saattohoidon järjestelmä, jossa hoito on jaettu perustason lisäksi kolmeen eri saattohoitoon erikoistuneeseen tasoon (A, B ja C-tasot). A-tasolla ovat perustason saattohoidon yksiköt, B-tasolla erityistason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköt ja C-tasolla vaativan erityistason palliatiiviset yksiköt. Valtaosa potilaista voidaan hoitaa perus- ja A-tasolla. (Saarto ym. 2022, 14.)

Kansallisten laatusuosituksen (Saarto ym. 2022, 4) mukaan kaikilla on oikeus laadukkaaseen palliatiiviseen hoitoon riippumatta iästä, diagnoosista, kulttuuritaustasta tai asuinpaikasta. Hotus (Hoitotyön tutkimussäätiö)-työryhmän (Aho ym. 2023) mukaan Suomi on kansainvälisessä vertailussa vielä palliatiivisen hoidon lapsenkengissä, erityisesti osaamisen integroinnissa muuhun terveydenhuollon järjestelmään.

Oireenmukaisen hoidon lähtökohtana on aina potilaan omat kokemukset oireista ja niiden merkityksestä elämänlaadulle. Kokonaisvaltaisuus palliatiivisessa hoidossa tarkoittaa myös läheisten huomioonottamista hoidon kaikissa vaiheissa. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on sekä potilaan että hänen läheistensä elämänlaadun ylläpitäminen ja fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen sekä eksistentiaalisen kärsimyksen ehkäisy. (Aho ym. 2023; Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019.)

Saattohoito sijoittuu palliatiivisen hoidon loppuvaiheeseen, jolloin kuoleman oletetaan tapahtuvan seuraavien viikkojen tai lähipäivien aikana. Saattohoidossa yksilöllisyys ja potilaan ilmaisemat tarpeet korostuvat. Kuolevaa potilasta ja hänen läheisiään tuetaan ja hoidetaan parhaalla mahdollisella tavalla, ihmisarvoa kunnioittaen. Saattohoitopäätöksellä rajataan myös tiettyjä hoitoja, kuten suonensisäisiä antibioottihoitoja ja nesteytystä, jos niistä ei ole hyötyä potilaan oireiden hallinnassa. (Aho ym. 2023.)

Potilaan itsemääräämisoikeus, myös elämän loppuvaiheen hoidossa, on länsimaisen lääketieteen eettisiä kulmakiviä. Potilaan oikeutta totuudenmukaiseen tietoon omasta terveydentilastaan ja päätöksentekoon sen pohjalta pidetään jakamattomana. Tämä koskee myös tilanteita,

joissa diagnoosi voi järkyttää ja prognoosi on huono. (Rising 2017, 48-55.) Näin on myös Suomessa, jossa potilaan itsemääräämisoikeudella on myös lainsuoja (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/2022).

2.2 Palliatiivisen ja saattohoitopotilaan oireiden hoito

Palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoidon olennainen, muttei missään nimessä ainoa muoto on somaattisten oireiden hyvä lääkehoito. Palliatiivisen hoidon kansainvälisessä, tieteellisessä keskustelussa on ajan saatossa syntynyt koulukuntia, joiden keskeinen ero on juuri siinä, miten merkityksellisessä osassa hoitoa oireenmukainen lääkehoito on. Hänninen (2003, 6-8) erottelee toisistaan bruerismin, joka korostaa biologispainotteisen lääkkeellisen oirehoidon tärkeyttä ja hospice-ajattelun. Alkujaan englantilaissyntyiseen hospice-ajatteluun pohjaava hoitomalli korostaa lääkehoidon rinnalla voimakkaammin potilaan erilaisia eksistentiaalisia, henkisiä ja psykososiaalisia tarpeita.

Somaattisten oireiden lääkehoito on kuitenkin tärkeä osa palliatiivista hoitotyötä. Valtavista kivuista tai hengenahdistuksesta kärsivän potilaan on hankalaa keskittyä olemassaolon kysymyksiin, niin tärkeää kuin niistä keskusteleminen hänelle henkilökohtaisesti saattaisikin olla. Tärkeää palliatiivisessa hoidossa on lähestyvän kuoleman tunnistaminen, jolloin sairauden sijaan merkityksellisemmäksi nousevat potilaan toiveet hyvästä kuolemasta, omaisten huomioiminen ja hyödyttömistä toimenpiteistä pidättäytyminen. (Hänninen 2003, 5.)

Palliatiivisessa tai saattohoidossa olevien potilaiden yleisimpiä somaattisia oireita ovat muun muassa kipu, hengitystieoireet kuten hengenahdistus, väsymys, kakeksia, turvotukset, iho-oireet ja ruuansulatuskanavan oireet kuten pahoinvointi (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019; Saarto, Hänninen, Antikainen ja Vainio 2015, 31-205). Tyypillistä on myös, että oireet muuttuvat sairauden edetessä ja ne usein kasaantuvat. Fyysisten oireiden lisääntyessä myös psyykinen oireilu saattaa lisääntyä. Esimerkiksi kivun lisääntyminen saattaa ajan myötä lisätä masennusta ja ahdistusta. (Hänninen 2003, 33.)

2.2.1 Kipu

Kipu on erittäin yleinen oire suurimmassa osassa vakavia, kuolemaan johtavia sairauksia, kuten syöpiä. Eniten tutkitut kiputyypit ovat syöpäkipu ja syövän läpilyöntikipu, johon vahvat opioidit ovat lääkehoitona tehokkaita. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019.)

Kivun arviointi ja kirjaaminen ovat hyvän palliatiivisen kivunhoidon edellytys. Tärkeää on arvioida kivun voimakkuutta ja sen vaikutusta toimintakykyyn, mielialaan ja unenlaatuun. Potilaalta kysytään myös kivun luonteesta, sijainnista, esiintymisajasta ja kipuun liittyvistä mahdollisista tuntohäiriöistä. Kivun laadun tunnistaminen on tärkeää, jotta potilaalla on mahdollisuus tarpeenmukaiseen hoitoon. Kaikki potilaat eivät kykene kertomaan suullisesti kivustaan, jolloin hoitotyössä käytetään muita arviointimenetelmiä kuten potilaan eleitä, ilmeitä, asentoja ja ääntelyä. Olemassa on myös runsaasti tätä tarkoitusta varten kehitettyjä mittareita, kuten PAINAD-asteikko. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019; Saarto ym. 2015, 34-35 ja 82-84.)

Kivunhoitoon on olemassa myös lukuisia lääkkeettömiä hoitoja, joiden tehosta on vähemmän luotettavaa tutkimusta kuin lääkehoidosta. Niiden käyttö on kuitenkin sallittua ja suositeltavaakin, jos niillä ei aiheuteta potilaalle vahinkoa, mutta ne auttavat kivun tai siitä aiheutuvan ahdistuneisuuden tai levottomuuden hallinnassa. Lääkkeettömiä keinoja ovat muun muassa kevyt liikunta potilaan voimien sallimissa rajoissa, rentoutuminen, huomion suuntaaminen kivusta muuhun tekemiseen, erilaiset hengitysharjoitukset ja vertaistuen käyttö. (Saarto ym. 2015, 77-84; Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019.)

Kipu on paitsi neurofysiologinen tapahtuma, kipu kokemuksena sisältää aina myös subjektiivista tulkintaa. Tulkinta ei viittaa kuitenkaan välttämättä tietoiseen pohdintaan. Oma tausta, myös kulttuurinen tausta, vaikuttaa siihen, miten kipua tulkitaan ja miten se koetaan. Kaikki sosiaaliset ja kulttuuriset ryhmät eivät reagoi kipuun samalla tavalla. Tausta voi vaikuttaa myös siihen, miten kipua kokevan omaiset reagoivat läheisensä kipuun. Lisäksi kivusta kommunikointi terveydenhuollon ammattilaiselle ei aina ole samanlaista, vaan kulttuuristausta vaikuttaa miten kivusta kerrotaan. Joillekin kivusta ja muista kehon tuntemuksista kertominen muille kuin perheenjäsenille voi olla epämiellyttävää tai aiheuttaa häpeää. Tällöin sanottomien kipuviestien ja potilaan uskomusten ymmärtäminen ja kunnioittaminen on tärkeä osa kivunhoitoa. (Abdulhamid 2010, 168-175; Martin & Barkley 2016.)

2.2.2 Muut somaattiset oireet

Hengenahdistus on hyvin yleinen oire useissa erilaisissa, pitkälle edenneissä sairauksissa. Se on hyvin haittaava oire, joka vaikeuttaa unta, huonontaa toimintakykyä ja aiheuttaa myös pelkoa. Hengenahdistuksen syinä voivat olla muun muassa hengitystien obstruktio, hengityshakisiin vaikuttava sairaus tai verenkierron ongelma, kuten pitkälle edennyt sydänsairaus tai keuhkoveritulppa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019; Saarto ym. 2015, 103-106.)

Palliativiset potilaat ovat hyvin alttiita erilaisille suun oireille, esimerkiksi suun kuivuudelle, ja suun tulehdus- ja kiputiloille. Ne haittaavat merkittävästi potilaan elämää ja aiheuttavat pahimmillaan myös ruokahaluttomuutta. Suun tutkimiseen, omahoidon ohjaamiseen ja ongelmien oireenmukaiseen hoitoon tulee kiinnittää erityistä huomiota. (Saarto ym. 2015, 116-118; Hävölä, Flinkkilä, Laine & Nivala-Huhtaniska 2022.)

Peräti 60 prosentilla potilaista esiintyy sairauden loppuvaiheessa pahoinvointia ja jopa 30 prosentilla suoranaista oksentelua. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019.) Pahoinvointi on oireena hyvinkin yksilöllinen kokemus, jossa ylävatsan tuntemusten lisäksi voi esiintyä kylmähikisyyttä, päänsärkyä ja huomattavaa syljeneritystä (Saarto ym. 2015, 132).

Sairauksien loppuvaiheessa suuri osa palliativisista potilaista kokee poikkeuksellista väsymystä. Moni pitää väsymystä kipuakin vaikeampana oireena, ja potilaat kokevat sen ahdistavana ja masentavana. Usein palliativisessa hoidossa puhutaankin erillisestä väsymysoireyhtymästä, jonka tarkkaa fyysistä selitystä ei ole löydetty. (Saarto ym. 2015, 156; Hänninen 2003, 29.)

Masennus ja väsymys kulkevat usein käsi kädessä, mutta eivät aina. Lisäksi monet palliativisessa hoidossa käytetyt lääkkeet aiheuttavat väsymystä ja tokkuraisuutta, kuten opioidit. Tällöin lääkityksen tarkistaminen ja siihen mahdollisesti tehtävät muutokset voivat auttaa. Taustalla voi olla myös aliravitsemusta, kun janontunne ja ruokahalu pienenevät, tai anemia. Saattohoitovaiheessa nesteiden tai ruuan lisäämisestä on harvoin hyötyä. Väsymyksen hoidossa tärkeää on myös potilaan informointi oireesta ja siinä tapahtuvista mahdollisista muutoksista, unirytmistä huolehtiminen sekä kevyeen liikuntaan kannustaminen. Samalla liikarastusta tulee välttää. (Saarto ym. 2015, 156-158; Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019.)

Ruokahaluttomuus ja siitä seuraava aliravitsemus ovat yleisiä palliativisilla potilailla. Puhutaan näivettymisestä eli kakeksiasta. Arvioiden mukaan noin 20 prosentilla syöpäpotilaista kakeksia on tärkein kuolemaan johtava mekanismi. Syitä ruokahaluttomuuden taustalla palliativisella potilaalla voi olla useita. Kyse voi olla suun kiputiloista, maun muutoksista, pahoinvoinnista, dyspepsiasta, ummetuksesta, suolitukoksesta tai alhaisesta mielialasta. Tärkeää on selvittää ruokahaluttomuuden syitä potilasta haastatteleamalla. Erityisesti saattohoitovaiheessa on tärkeää selvittää, kenelle ruokahaluttomuus on ongelma. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä syömästä. Joskus potilaan omaiset ovat huolestuneempia ruokahaluttomuudesta kuin potilas itse. Heillä voi myös olla käsitys, että potilaan yleistilan lasku on suoraa seurausta syömättömyydestä. Tällöin tilanteen arvio ja tiedon jakaminen myös omaisille ovat tärkeitä. (Saarto ym. 2015, 165-166; Väänänen 2023.)

Tärkeää on myös kartoittaa potilaan ruokailuun liittyviä mieltymyksiä ja pyrkiä vaikuttamaan näin potilaan omaan kykyyn ruokailla ja nauttia siitä. Syömiseen liittyy usein myös erilaisia sosiaalisia merkityksiä. Monelle omaisten ja läheisten kanssa yhdessä aterioiminen voi olla merkityksellinen osa syömistä ja tämän mahdollistaminen myös hoitotyön ympäristössä oleellista. (Saarto ym. 2015, 165-166; Väänänen 2023.)

2.2.3 Psyykkiset oireet

Psyykkisten oireiden hoito on tärkeä osa kokonaisvaltaista elämän loppuvaiheen hoitoa. Tyypillisiä psyykkisiä oireita ovat unettomuus, masennus ja ahdistus. Palliatiivisessa vaiheessa psyykkisten oireiden lääkehoidossa on tärkeä ottaa huomioon lääkekuorma kokonaisuudessaan, lääkkeiden yhteisvaikutukset ja hoidolla saatava vaste ja kesto suhteutettuna todennäköiseen elinaikaan. Psykososiaalinen tuki, kuten keskustelu tai hoitoihin ja oireisiin liittyvä potilasohjaus, on keskeinen työkalu palliatiivisen ja saattohoitopotilaan psyykkisten oireiden hoidossa. (Saarto ym. 2015, 219-222.)

Sairauden loppuvaiheessa olemassaoloa koskevat kysymykset ja elämän merkityksellisyyden pohdinta nousevat esiin. Joillekin potilaille ne voivat olla ahdistavia tai pelottavia. Hoitajana on tärkeää ottaa lähestyvän kuoleman nostattamat ajatukset, tunteet ja kysymykset vastaan sellaisinaan ja myös hyväksyä, että niihin harvoin löytyy tarkkoja vastauksia. (Terveyskylä 2024; Mattila 2013.) Uskonnolliset rituaalit ja rukoilu voivat tuoda joillekin ihmisille lohtua olemassaolon kysymysten äärellä. Hoitajan tärkeä tehtävä on näiden mahdollistaminen resurssien puitteissa ja potilaan vakaumuksen kunnioittaminen. (Anderson & Souza 2021, 34-39; Karvinen, Lipponen & Sipola 2020.)

Palliatiivisessa ja erityisesti saattohoitoon siirryttäessä omaisten tukeminen hoitotyössä korostuu. Tuen tarjoamiseen sekä potilaalle että tämän omaisille tulisikin palliatiivisessa hoitotyössä suhtautua yhtenä tärkeänä työtehtävänä. Yksinkertaisimmillaan tuki voi olla pysähtymistä, läsnäoloa ja kuuntelemista. (Terveyskylä 2024; Viitala 2024; Saarto ym. 2015, 219.) Myös läheisten surun vastaanottaminen on tukemista. On syytä muistaa, että surun ilmaiseminen voi vaihdella ihmisen kulttuuritaustasta riippuen. Surua voidaan esimerkiksi näyttää voimakkaammin tai vainajan muisteleminen saattaa olla jopa hilpeä tapahtuma. Suomalainen kuolema ja kuoleman rituaalit saattavat toisesta näkökulmasta vaikuttaa omituisen hiljaisilta ja steriileiltä. (Hakola, Kivistö & Mäkinen 2014, 17.)

Tuen riittämättömyys voi aiheuttaa omaisissa syviä avuttomuuden tunteita, jotka voivat pitkittää suruprosessia. Totuudenmukaisen tiedon jakaminen ja keskustelu potilaan tilanteesta, oireiden hoidosta, kivun hallinnasta, lääkityksestä ja hoitojen rajaamisesta on tärkeää. Myös omaiset tarvitsevat mahdollisesti hengellistä ja eksistentiaalista tukea. (Aho ym. 2023.)

Palliativisessa ja saattohoidossa käytetty termi eksistentiaalinen kärsimys kuvaa kuoleva potilaan monimuotoista tuskaisuuden ja ahdistuneisuuden kokemusta, jolle ei ole löydettävissä yhtä, fyysistä syytä (Haho 2017). Eksistentiaalinen kärsimys kulminoituu oivallukseen, että kaikki itselle merkityksellinen tekeminen, suunnitelmat ja muu elämä ovat lopussa. Ei myöskään ole varmuutta, miten oleminen jatkuu, tai jatkuuko lainkaan. Ahdistus saattaa ilmentyä kuolemanpelkona tai koko elämän mielekkyyden kyseenalaistamisena. Kuoleman odottaminen voi herättää epävarmuutta ja pelkoa hallinnan ja arvokkuuden menettämisestä. (Haho 2017; Mattila 2013; Sipola 2013, 45-46; Terveyskylä 2024.)

Kuolemanpelon lisäksi potilas saattaa sairauden loppuvaiheessa tuntea myös arvokkuuden menettämisen pelkoa. Pelko, että joutuu toisten armoille voi olla suuri ja aiheuttaa voimakastakin ahdistusta. (Mattila 2013.) Arvokkuuden kokemus tai sen menettäminen ovat vahvasti sosiaalisia ja näin myös ihmisen kulttuuritaustaan sidottu. Arvokkuuden ja ”kasvojen menetyksen” kokemukset voivat liittyä hyvin erilaisiin elämäntapahtumiin, riippuen missä ihminen on syntynyt ja kasvanut. Mitä toisaalla pidetään häpeällisenä, ei välttämättä olekaan sitä muualla. (Liu, Ma, Chen, Geng, Xi, McClement & Guo 2021.)

2.3 Monikulttuurinen hoitotyö

Kulttuurin käsite laajimmassa merkityksessään tarkoittaa kaikkia niitä tietoja, taitoja, arvoja, normeja ja tapoja, joiden varaan ihmisten muodostamat yhteisöt rakentuvat. Kulttuurin määritelmään sisältyy tällöin myös uskonnot ja muut katsomukset. Kulttuurin voi nähdä eräänlaisina silmälaseina, joiden läpi yksilöt katsovat ympäröivää maailmaa ja jonka kautta he tulkitsevat omia ja toisten kokemuksia, puhetta, eleitä ja tapoja. (Metcalf 2018, 10.)

Ihmisten uskomuksiin, käyttäytymiseen ja tapoihin vaikuttavat samaan aikaan monet muutkin tekijät kuin kulttuurista. Ikä, sukupuoli, koulutus, sosioekonominen asema ja moni muu asia määrittelee miten näemme maailmaa ja miten muu maailma meihin suhtautuu. Näkökulmaa kutsutaan intersektionaalisuudeksi. (THL 2024b.)

Opinnäytetyön tausta-ajatuksena on, että kulttuurinen osaaminen, herkkyys ja suvaitsevaisuus ovat opittavia taitoja. Ihmiselle on luontaista hahmottaa maailmaa ja toisia ihmisiä sen kulttuurisen näkökulman kautta, joka meille on opetettu. Tätä ajattelutapaa kutsutaan etnosentrismiksi. (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2010, 7.)

Monikulttuurinen hoitotyö-termiparilla viitataan hoitotyöhön, jota tehdään erilaisista kulttuurista tulevien ihmisten kanssa, olivatpa he toisia ammattilaisia tai potilaita. Lisäksi sillä viitataan ilmapiiriin ja toimintatapoihin, joissa hoitotyön osana huomioidaan ihmisten eri kulttuuriset taustat ja lähtökohdat ja pyritään aktiivisesti erilaisuuden kunnioittamiseen ja

tasa-arvoisuuteen. Monikulttuurisessa hoitotyössä asiakkaan tai potilaan kulttuurinen tausta otetaan tietoisesti osaksi hänen terveytensä ja hyvinvointinsa edistämiseksi. (Abdelhamid ym. 2010, 16-23.)

Monikulttuurinen hoitotyö onnistuessaan edistää kaikkien hyvinvointia ja yhteisöön kuulumisen kokemusta kaikille ihmisille, olipa heidän taustansa mikä tahansa. Kuulumisen tunteesta (sense of belonging) ovat kirjoittaneet esimerkiksi Jasinskaja-Lahti, Liebkind ja Solheim (2009) todeten, että syrjintä estää yhteisöön tai laajemmin yhteiskuntaan kuulumisen tunteen. Kuuluminen ja sopeutuminen eivät koskaan voi olla vain vähemmistölle asetettavia vaatimuksia, vaan edellyttää enemmistöltä aktiivista toimintaa esteiden poistamiseksi ja mahdollisuuksien tarjoamiseksi. Tämä koskee koko yhteiskuntaa ja sen sisällä myös hoitotyötä.

Monikulttuuriseen hoitotyöhön tiiviisti liittyy myös kulttuurisen turvallisuuden (cultural safety) käsite, jonka voidaan katsoa kuvaavan asiakkaan tai potilaan kokemusta yhteiskunnan tarjoamista palveluista. Kulttuurisesti turvallinen paikka on ympäristö, joka on niin fyysisesti, sosiaalisesti, emotionaalisesti kuin hengellisesti turvallinen kaikille ihmisille, riippumatta heidän kulttuuritaustastaan. Kulttuurisesti turvallinen ympäristö tarjoaa ihmiselle kokemuksen, ettei mitään osaa hänen identiteetistään kielletä, tai ettei sitä tai siitä kumpuavia tarpeita olisi turvallista näyttää ja ottaa puheeksi. Käsite on ollut käytössä jo 1980-luvulta saakka erityisesti Australiassa ja Uudessa-Seelannissa, jossa sitä on käytetty muun muassa jäsentämään alkuperäisväestöjen kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehitettäessä ja parantamaan niiden saatavuutta kaikille. (Williams 1999, 213-214.)

Syrjinnän kokemukset ovat erityisesti toistuvina psyykkisesti kuormittavia ja yhteydessä jopa post-traumaattisen stressihäiriöön. Syrjintäkokemusten ja erilaisten terveyshaittojen yhteyttä on tutkittu myös Suomessa useilla väestötutkimusaineistoilla. Tuloksista voi päätellä, että rasmin kokemukset ovat yhteydessä niin erilaisiin mielenterveysoireisiin kuin turvattomuuden ja epäluottamuksen kokemuksiin, heikompaan elämänlaatuun ja koettuun terveyteen sekä pitkäaikaissairauksien esiintymiseen. (Garoff, Lehti & Castaneda 2025.)

2.4 Kulttuurinen kompetenssi hoitotyössä

Jos monikulttuurinen hoitotyö nähdään tavoitteena, kulttuurisen kompetenssin käsitteellä voitaisiin viitata siihen osaamiseen, jonka kautta tähän tavoitteeseen on mahdollista päästä. Kulttuurisen kompetenssin käsitteen käyttö on yleistynyt kansainvälisessä tutkimuksessa viime vuosina (Kaihlanen, Hietapakka, Aalto & Lehtoaro 2019, 369).

Kulttuurisen kompetenssin kehittämiseen terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa on kehitetty lukuisia malleja ja viitekehyksiä (Shen 2014, 308-314). Tutkimusviitteitä siitä, että erilaisilla monikulttuurisuuskoulutuksilla voidaan lisätä terveystieteen ammattilaisten kulttuurista kompetenssia ja tätä kautta parantaa eri taustoista tulevien potilaiden tyytyväisyyttä saatuun palveluun, on olemassa (Kaihlainen ym. 2019, 369; Govere & Govere 2016, 405-406; Boucher & Johnson 2021, 169).

Kulttuurisen kompetenssin käsite on hyvin moniulotteinen, mutta yleisesti sillä viitataan tietoon, osaamiseen, taitoihin ja motivaatioon kohdata toisesta kulttuurisesta taustasta tulevia ihmisiä (THL 2024a; Shen 2014, 308; Kaihlainen ym. 2019, 369 ja Abdelhamid 2010, 32). Kulttuurisen kompetenssin jonkinlaisena sisäkäsitteenä voidaan pitää kulttuurisensitiivisyyttä tai kulttuurista herkkyyttä. Kulttuurisensitiivinen työote edellyttää ammattilaisen kykyä ja herkkyyttä ymmärtää erilaisista taustoista tulevien ihmisten tarpeita ja kokemuksia, ja ymmärtää niiden vaikutus terveyteen ja päätöksentekoon. Kulttuurisen kompetenssin ytimessä ovat vuorovaikutustaidot ja niiden kehittäminen. (THL 2024a.)

Kulttuurisensitiivisyydellä voidaan joissakin yhteyksissä viitata myös koko palveluiden järjestämisen tapaan, jonka tavoitteena on mahdollisimman esteetön saatavuus kaikille ihmisille. Kulttuurisensitiivisyys ei siis tarkoita kaikille erillisiä palveluita, vaan erilaisten ihmisten huomioimista ja erilaisuuden kunnioittamista kaikissa palveluissa. (THL 2024a.)

Adelhamid ym. (2010, 32-34) kääntävät kulttuurisen kompetenssin käsitteen suomeksi kulttuuriseksi pätevyudeksi. He esittelevät myös yhdysvaltalaisen tutkijoiden Purnellin ja Paulankan neljäulotteisen kulttuurisen kompetenssin mallin hoitotyössä. Malli sisältää lähtöajatuksen, että kompetenssi on kehitymisprosessi, joka vaatii halua ja tahtoa oppia ja laajentaa omaa ymmärrystä ja osaamista.

Tutkijoiden mukaan ensimmäinen ulottuvuus liittyy hoitajaan itseensä. On oltava kykyä ja halua reflektoida omia ajatuksia, oletuksia, toimintatapoja ja toimintaympäristöä. On oltava tietoinen omista oletuksistaan, tunteistaan ja mistä ne kumpuavat. Toiseksi hoitajan tulee aktiivisesti kohtaamisissa osoittaa olevansa tietoinen ja ymmärtävänsä toisen kulttuurin. Kolmas kompetenssin ulottuvuus on, että hoitaja aidosti hyväksyy ja kunnioittaa erilaisuutta. Neljäs ulottuvuus käsittää taidot, joiden avulla hoitaja osaa mukauttaa omaa toimintaansa ja vuorovaikutustaan hoitotilanteessa, jossa kohtaa toisenlaisesta taustasta tulevan ihmisen. Kulttuurinen kompetenssi ei siis ole ihmisen ominaispiirre, vaan elinikäinen kehitymisprosessi, johon tarvitaan henkilökohtaista motivaatiota oppia. (Adelhamid ym. 2010, 32-34.)

Hoitotyön etiikan näkökulmasta kulttuurinen kompetenssi tarkoittaa myös rohkeutta ja kykyä kyseenalaistaa sellaisia kulttuurisia toimintatapoja, jotka vahingoittavat potilasta tai tämän itsemääräämisoikeutta. Tähän tarvitaan sekä kykyä tunnistaa että ottaa asia puheeksi niin, että eri näkökulmat tulevat nähtyksi ja osapuolet kuulluksi. Taustalla on oltava ymmärrys, ettei

kulttuurit sinällään ole toisiaan huonompia tai parempia, sillä kaikkiin kulttuureihin voi sisältyä ihmisoikeuksien näkökulmasta ongelmallisia käytäntöjä ja tapoja. (Abdulhamid 2010, 34-35.)

Kulttuurisen kompetenssin oppimisen mallin ovat kehittäneet Papadopoulos, Tilki ja Taylor vuonna 1998. Samat henkilöt ovat työstäneet mallia vuosien varrella edelleen ja siihen viitataan usein muiden tekijöiden toimesta aiheesta keskusteltaessa. Papadopoulos (2006, 2) määrittelee kulttuurisen kompetenssin ”voimavaraksi toteuttaa hoitotyötä huomioiden ihmisten kulttuuriset uskomukset, käyttäytyminen ja tarpeet”. Kulttuurinen kompetenssi nähdään samaan aikaan kehitymisprosessina, jossa on eri vaiheita sekä prosessin päämääränä. Malli jäsentää oppimisen prosessin neljään vaiheeseen. Ensimmäinen niistä on kulttuurinen tietoisuus (cultural awareness), toinen kulttuurinen tieto (cultural knowledge), kolmas kulttuurinen herkkyyks (cultural sensitivity) ja neljäs on kulttuurinen kompetenssi (cultural competence).

Kulttuurisen tietoisuuden tasolla opitaan tarkastelemaan omaa kulttuurista identiteettiä, kulttuurihistoriaa ja kyseenalaistamaan etnosentrisyyttä ja erilaisia stereotyyppioita. Tässä vaiheessa aletaan hahmottamaan kulttuuritaustan merkitystä ihmisten valintojen, uskomusten ja myös terveyskäyttäytymisen taustalla. Kulttuurisen tiedon taso vaatii motivaatiota hankkia tietoa eri kulttuuristen ryhmien tavoista ja terveyteen liittyvistä tottumuksista, sekä hahmottaa yhteiskunnallisia valtarakenteita ja eriarvoisuutta. Kulttuurisen herkkyyden tasolla keskiössä ovat kulttuurisensitiivisten, hyväksyvien ja luottamustaherättävien vuorovaikutus- ja kommunikaatiotaitojen sisäistäminen, niitä estävien tekijöiden tunnistaminen ja oman käyttäytymisen sopeuttaminen kohtaamisissa. Kulttuurinen kompetenssi eli viimeinen taso vaatii kaikkien näiden kolmen tason synteisiä. (Papadopoulos ym. 2006, 7-24.)

2.5 Monikulttuurisuuden huomiointi sairaanhoitajakoulutuksen opetussisällöissä

Laurea-ammattikorkeakoulun tarjoama sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma on 210 opintopisteen laajuinen. Koulutus kestää 3.5 vuotta. Sairaanhoitajatutkinnon opetussuunnitelmassa palliatiivinen hoitotyö tulee esille tutkinnon viimeisessä moduulissa, jonka nimi on ”Vakavasti sairaan ja palliatiivisen potilaan hoitotyö”. Kokonaisuus on yhteensä 5 opintopistettä, joista 2 opintopistettä käsittelee suoraan palliatiivista hoitotyötä ja saattohoitoa. Opetussuunnitelman tavoitteissa kulttuurista osaamista ei tässä osiossa mainita. (Laurea-ammattikorkeakoulu 2025a.)

Opetussuunnitelmaa läpikäydessä voi todeta, että kulttuurinen osaaminen tai monikulttuurisuus mainitaan osaamistavoitteiden tasolla vain muutaman opintokokonaisuuden alla. Mielen-terveys- ja päihdetyön opinnoissa (6 op) opintojakson päätteeksi opiskelija osaa ”tunnistaa kulttuureihin ja alakulttuureihin liittyviä erityispiirteitä mielen-terveys- ja päihdehoitotyössä”.

Tämän lisäksi opintokokonaisuus ”Haavoittuvat asiakkaat ja palveluiden integraatio” (3 op) mainitsee osaamistavoitteissaan, että opiskelijan tulee jakson jälkeen osata ”analysoida monikulttuuriseen asiakastyöhön ja maahanmuuttoon liittyviä erityiskysymyksiä sosiaali- ja terveydenhuollossa” sekä ”hyödyntää tutkimustietoa ja suosituksia haavoittuvassa asemassa olevin ja maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden ohjauksessa ja hoitotyössä”. Kyseinen opintojakso sisältää useampia tavoitteita, joiden voidaan olettaa tukevan monikulttuuriseen hoitotyöhön oppimista. Tavoitteissa mainitaan useassa kohdassa haavoittuvassa asemassa olevat asiakkaat ja heidän läheisensä, haavoittuvuuteen vaikuttavat tekijät ja tällaisten asiakkaiden osallistaminen ja toimijuuden tukeminen. Haavoittavassa asemassa oleviin asiakkaisiin luetaan toki monenlaisista taustoista tulevia ihmisiä, mutta maahanmuuttajataustaisuus on yksi niistä. (Laurea-ammattikorkeakoulu 2025a.)

Se, että opintojaksojen osaamistavoitteissa ei mainita monikulttuurisuuteen liittyvää osaamista, ei tarkoita, etteikö tematiikkaa jollain tavalla sivuttaisi opintojen aikana. Tämä voi tapahtua esimerkiksi verkko-opinnoissa yksittäisen tehtävän tai työpajoissa suullisesti jaettujen kokemusten avulla. Esimerkiksi Hoidon tarpeen arviointi ja sähköinen asiointi sairaanhoitajan vastaanotolla-opintojaksolla Canvas-verkkotyötilassa käänökorttitehtävän avulla opiskelijaa muistutetaan, että kielitaito ja kulttuurinen tausta saattavat vaikuttaa merkittävästikin asiakkaan odotuksiin ja kokemukseen palvelusta. Vakavasti sairaan ja palliatiivisen potilaan hoitotyö-opintojaksolla puolestaan kulttuurista osaamista ja ymmärrystä sivutaan dialogisessa surutyöpajassa, joka sijoittuu opintojakson loppuun. Opiskelijoille työpajassa tiedoksi jaettu verkkomateriaali sisältää myös lähteitä, jotka edistävät monikulttuurista osaamista. (Leinonen 2024.)

Palliatiivisen potilaan hoidon opetusta osana sairaanhoitajan perustutkintoa Suomessa tutkinut Hökkä (2022, 54-57) havaitsi väitöskirjassaan, että monikulttuurisen osaamisen integroiminen osaksi opetusta on hyvin harvoin systemaattista tai syvällistä. Tutkimukseen osallistuneista yli 1 300 opiskelijasta alle 3 % koki, että kulttuurisen osaamisen taitoja oli opetettu erittäin hyvin osana vakavasti sairaan ja palliatiivisen potilaan hoitotyötä. Yli 70 % opiskelijoista näki, että teemaa oli käsitelty opinnoissa joko hyvin tai melko puutteellisesti. Vain 1.4 % opiskelijoista koki, että oma osaaminen aiheesta oli erittäin hyvä opintojen jälkeen. Monikulttuurisen hoitotyön opettamisessa osana palliatiivisen hoidon opintoja on siis Suomessa kehitettävää.

Sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurisen kompetenssin opetukseen on maailmalla kehitetty useita erilaisia työkaluja. Esimerkiksi Australiassa on käytössä siellä kehitetty EXCELL (Excellence in Cultural Experiential learning and leadership)- ohjelma. Ohjelmassa on olemassa käsikirja ja oppimista tukevia arviointimittareita. (Northam, Herculinsky, Grealish & Mak 2014, 189-195.)

3 Työelämäkumppani

Yhteistyötahona toimi Laurea-ammattikorkeakoulu, joka on Suomen suurin sairaanhoitajia kouluttava tahon. Laureasta valmistuu vuosittain jopa yli 300 uutta sairaanhoitajaa (Laurea-ammattikorkeakoulu 2024).

Laurea on monialainen ammattikorkeakoulu ja toimii viidellä eri paikkakunnalla (Espoo, Vantaa, Lohja, Porvoo ja Hyvinkää) Uudenmaan alueella. Sairaanhoitajaopintoja voi suorittaa Espoon Otaniemen kampuksella, Vantaalla, Porvoossa, Lohjalla ja Hyvinkäällä. Opiskelijoita Laureassa on lähes 10 000 ja henkilökuntaa yli 600. Sairaanhoitajakoulutus on yksi Laurean tarjoamista sosiaali- ja terveysalan tutkintokokonaisuuksista. (Laurea-ammattikorkeakoulu 2025.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoitotyössä tarvittavaa kulttuurista osaamista. Tavoitteena oli tuottaa tietoa kulttuuriseen kompetenssiin liittyvistä osaamistarpeista palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoitotyön opetuksen kehittämistarpeisiin.

Tutkimuskysymykseksi valittiin, millaisia näkökulmia kulttuurisesti kompetentti palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoito ottaa huomioon?

5 Opinnäytetyön menetelmät

Opinnäytetyö tehtiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena hyödyntäen induktiivista sisällönanalyysiä. Seuraavaksi esitellään tarkemmin itse tutkimusmenetelmä sekä aineiston hakuun, keuruuseen ja analyysiin liittyneet prosessit.

5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Opinnäytetyö tehtiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jota käytetään runsaasti hoito- ja terveystieteissä. Se on yksi kirjallisuuskatsauksen muoto, systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja meta-analyysin rinnalla. Kirjallisuuskatsaus voi olla osa empiiristä tutkimusta, jolloin katsaus taustoittaa tutkimuksen aihetta. Kirjallisuuskatsausta voidaan kuitenkin käyttää myös itsenäisenä tutkimusmenetelmänä. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 293.) Tällaisena sitä käytettiin tässä opinnäytetyössä.

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta luonnehditaan yleiskatsaukseksi, jolla kartoitetaan olemassa olevaa tietoa rajatusta aiheesta. Minkälaisia käsitteitä keskustelussa käytetään kuvaamaan ilmiötä ja miten niiden välisiä suhteita on kuvattu? Vallitseeko aiheen ympärillä yksimielisyys, vai löytyykö keskustelusta ristiriitaisuuksia tai väittelyä? Minkälaisia uusia tutkimuskysymyksiä nousee jo tiedossa olevan pohjalta? Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöinen, mutta tutkimusmenetelmänä seuraa kuitenkin jäsenneltyjä, kuvattavissa olevia kriteerejä. (Kangasniemi ym. 2013, 293-295.)

Kangasniemi ym. (2013, 294-295) jäsentävät kuvailevan kirjallisuuskatsauksen prosessiksi, jossa on neljä vaihetta. Ensimmäinen, ja koko tutkimusta rajaava ja ohjaava vaihe, on tutkimuskysymyksen määrittely. Tässä vaiheessa kysymys linkitetään laajempaan teoreettiseen viitekehukseen ja tutustutaan aiheen ympärille kehitettyyn käsitteistöön. Tutkimuskysymyksen muotoilussa on tehtävä päätös: pyritäänkö syvälliseen sukellukseen aiheesta, jolloin kysymyksen on tärkeä olla hyvin rajattu, vai halutaanko mukaan laajempi määrä näkökulmia, jolloin kysymys voidaan muotoilla väljemmin. Prosessin toisessa vaiheessa valitaan sopiva aineisto. Valintaa määrittelee tutkimuskysymys ja pyrkimyksenä on löytää aineisto, joka mahdollisimman hyvin vastaa valittuun kysymykseen.

Kolmannessa vaiheessa lähdetään rakentamaan tutkitun ilmiön kuvailua valitun aineiston perusteella. Tavoitteena on vastata tutkimuskysymykseen eri aineistoja kriittisesti yhdistellen ja syntetisoiden. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus ei siis vain referoi tai tiivistä, vaan esittää analyysia luetusta. Neljännessä ja viimeisessä vaiheessa tarkastellaan itse kirjallisuuskatsauksen tuloksia ja tehdään yhteenvetoa katsauksen menetelmistä ja itse sisällöstä. (Kangasniemi ym. 2013, 296-298.)

5.2 Aineiston keruu ja analyysitapa

Opinnäytetyön aineistoksi valittiin vain vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita. Aineistohaun tietokannoiksi valittiin ensisijaisesti CINAHL, joka sisältää tutkimusartikkeleita yli 600 hoitotyötä ja muita terveystieteitä käsittelevästä lehdestä (Laurea-ammattikorkeakoulu 2025b).

Suomenkielisiä artikkeliviitteitä pyrittiin löytämään Medic-tietokannasta, joka on Terveystieteiden keskuskirjaston (Terikko) tuottama kotimainen viitetietokanta. Tietokantaan kerätään artikkeliviitteitä noin 80 suomalaisesta lääke- ja hoitotieteellisestä julkaisusta. Mukana ovat myös muun muassa väitöskirjat ja opinnäytteet sekä yliopistojen ja tutkimuslaitosten raportteja. (Laurea-ammattikorkeakoulu 2025b.)

Hakusanoja lähdettiin testaamalla erilaisia yhdistelmiä muun muassa sanoista palliatiivinen hoito, saattohoito ja monikulttuurisuus, kulttuurinen kompetenssi tai kulttuurisensitiivisyys,

niin suomeksi kuin englanniksikin. Taulukossa 1 on eritelty artikkelihakujen sisäänottokriteerit. Haut tehtiin ensin ilman rajoituksia, jonka jälkeen hakukriteereihin laitettiin korkeintaan 10 vuotta vanhat vertaisarvioitua tutkimusartikkelit. Tutkimusartikkeleita haettiin vain suomen ja englanninkielisinä, opinnäytetyön tekijän kielitaitoon rajoittuneena.

Taulukko 1: Aineiston haun sisäänottokriteerit

Sisäänottokriteerit
Korkeintaan 10 v. vanha artikkeli (2014-2025)
Vertaisarvioitu tutkimusartikkeli (ei katsausartikkeli, kolumni tai muu tekstilaji)
Englannin- tai suomenkielinen

Taulukkoon 2 on kirjattu tietokannat, joista systemaattisia hakuja tehtiin. Lisäksi taulukosta löytyy tarkat hakusanat ja niiden antamien hakutulosten määrä. ”Ilman rajoituksia”-kolumni viittaa hakuun ilman taulukon 1 rajoituksia. Otsikon perusteella CINAHL-tietokannasta löytyi yhteensä 65 potentiaalista artikkelia, joiden abstraktit luettiin huolellisesti läpi. Abstraktien lukemisen jälkeen jäljelle jäi vielä yli 30 artikkelia, jotka tekijä luki kokonaan. Lopulliseen aineistoon valittiin 8 tutkimusartikkelia. Sisällöllisesti ne kaikki vastasivat omasta näkökulmastaan tutkimuskysymykseen, käsitellen monikulttuurisuutta ja kulttuurista kompetenssia nimenomaan palliatiivisen ja/tai saattohoitopotilaan hoitotyössä. Liitteessä 1 on esitelty lopulliseen aineistoon sisältyvät tutkimusartikkelit tarkemmin.

Taulukko 2: Tietokantahakujen tulokset

Hakusanat ja tietokanta	Ilman ra-jauksia	Rajauk-set (ks. taulukko 1)	Otsikon perus-teella	Abst-raktin perus-teella	Lopul-linen va-linta
CINAHL multicultural or transcultural or cultural diver-sity or cultural* competen* or cultural* sensitiv* or culturally responsive AND palliative care or end of life care or terminal care or hospice care	1324	214	65	33	8
MEDIC Kulttuurisensitiivisyys or kulttuurinen kompe-tenssi or transkulttuurinen and palliatiivinen or saattohoito	0	0	0	0	0
Kulttuu* and palliatiivinen	1	1	1	0	0
kulttuu* and saattohoito	0	0	0	0	0

Lisäksi suomenkielistä materiaalia haettiin vielä Laurea Finna-palvelusta. Hakuihin kokeiltiin samoja hakusanoja kuin Medicissä. Tämäkään haku ei kuitenkaan tuottanut tulosta. Englanninkielistä materiaalia ei haettu enää lisää muista hakukannoista, koska CINAHL-palvelusta löydettyjen artikkeleiden todettiin olevan tarpeeksi laadukkaita ja lukumäärän riittämä tämän opinnäytetyön tekemistä varten.

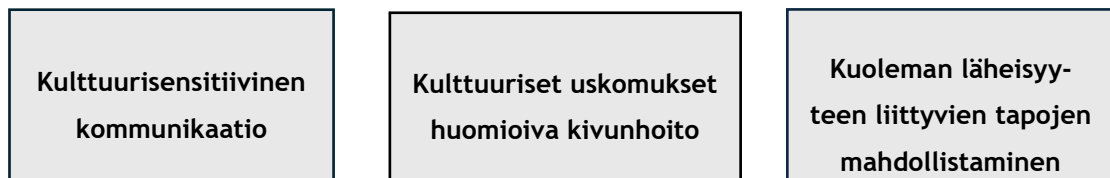
Analyysitavaksi valittiin aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällönanalyysi. Tämä sopii laadullisen aineiston ja erityisesti tekstien analysointiin. Menetelmä prosessina voidaan jakaa kolmeen osaan, joista ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen (reduointi) ja toinen aineiston ryhmittely (klusterointi). Viimeisessä vaiheessa aineistosta luodaan teoreettisia yläkäsitteitä aiemmista vaiheista kerätylle tiedolle (abstrahointi). (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 121-122.)

Artikkelit luettiin ensin huolellisesti läpi useampaan kertaan niin että tekijälle syntyi kokonaiskuva artikkelien sisältämästä informaatiosta ja teemoista. Tämän jälkeen ne luettiin vielä uudelleen läpi, koodaten samalla eri teemojen alle sopivia ilmauksia tekstistä. Koodaaminen tapahtui värikynällä alleviivaten ja koodattuja ilmauksia syntyi kymmeniä. Tämän jälkeen il-
maukset pelkistettiin, ryhmiteltiin edelleen suuremmiksi alakategorioiksi ja lopuksi valittiin yläkäsité. Yläkäsitteen tarkoituksena oli kuvata mahdollisimman tarkasti tuotettua informaatiota, samalla vastaten itse tutkimuskysymykseen.

6 Tulokset

Aineistosta nousi esiin kolme laajempaa asiakokonaisuutta, joista jokainen on oma näkökul-
mansa kulttuurisesti kompetenttiin palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoitotyöhön. Kulttuu-
risensitiivinen kommunikaatio, kulttuuriset uskomukset huomioiva kivunhoito ja kuoleman lä-
heisyyteen liittyvien tapojen mahdollistaminen ovat analyysin lopputuloksena nimettyjä ylä-
kategorioita ja esitelty kuviossa 1.

Kuvio 1: Opinnäytetyön tulokset



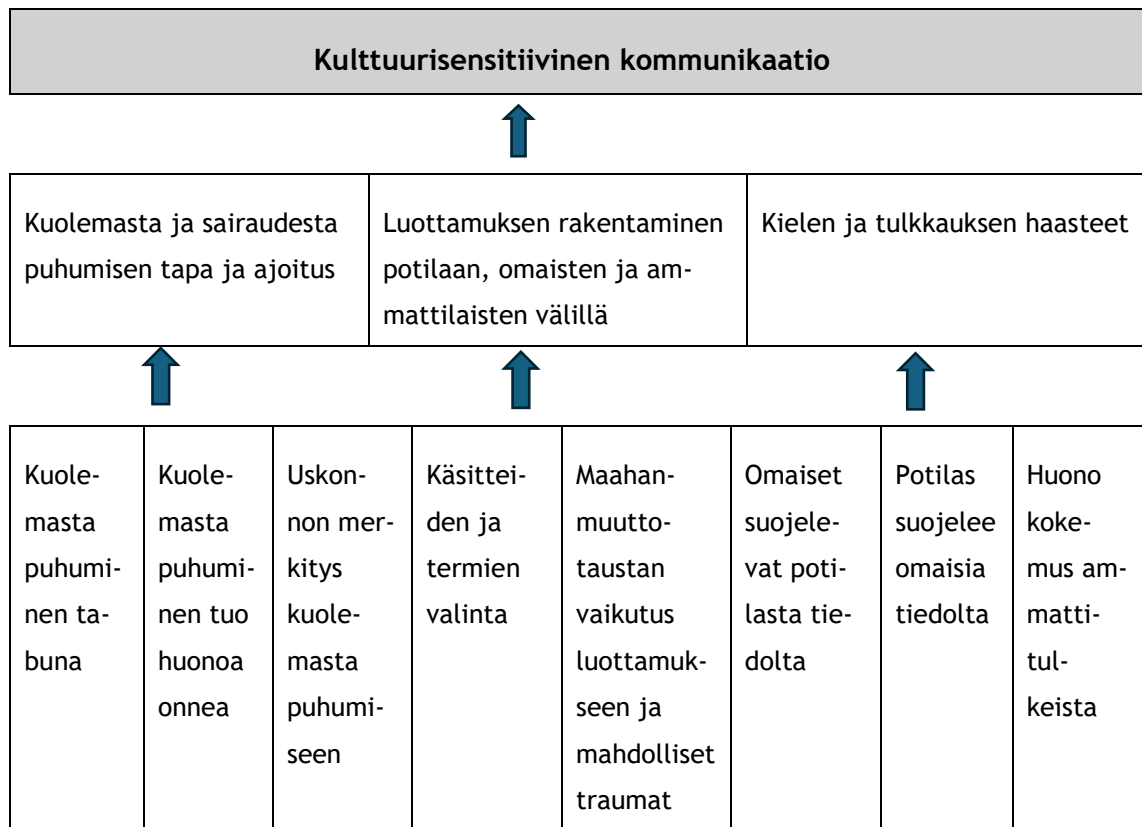
Seuraavaksi esitellään tarkemmin jokaisen yläkategorian sisältö ja sisällönanalyysin vaiheet alkuperäisilmaisusta tulokseen. Esimerkit alkuperäisilmaisusta löytyvät liitteistä (liitteet 2-4). Alkuperäisilmaisut laitettiin liitteiksi, jotta itse tulososio säilyisi mahdollisimman helposti luettavana.

6.1 Kulttuurisensitiivinen kommunikaatio

Jokaisesta aineistona käytetystä artikkelista löytyi näkökulmia siihen mitä kulttuurisesti kom-
petentti kommunikaatio potilaan tai tämän omaisten kanssa ottaa huomioon. Näkökulmat voi-
tiin tiivistää seuraaviin teemoihin: kieli ja tulkkaus, kuolemasta ja sairauden loppuvaiheen
hoidosta keskustelu sekä turvallisuuden tunteen ja luottamuksen rakentaminen potilaan,

omaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Alla olevaan kuvioon (kuvio 2) on vedetty yhteen analyysin vaiheet alkuperäisilmaisujen pelkistyksistä yläkategoriaan. Liitteistä (liite 2) löytyy esimerkkejä alkuperäisilmaisusta, joiden pohjalta analyysissä edettiin.

Kuvio 2: Analyysin vaiheet liittyen kulttuurisensitiiviseen kommunikaatioon potilaan ja omaisten kanssa



Kuolemasta puhumiseen voi kuitenkin liittyä erilaisia uskomuksia riippuen potilaan tai tämän omaisten kulttuuritaustasta. Uskomukset voivat joissain tilanteissa johtaa oireista, sairaudesta ja varsinkin kuolemasta keskustelun välttelyyn ammattilaisen kanssa. Kuolemasta puhumiseen saattaa liittyä uskomuksia, joiden mukaan pelkäämistä aiheesta keskusteleminen tuo huonoa onnea ja siksi sitä on vältettävä (Chi, Cataldo & Rehm 2018, 532). Toisaalta kuolemasta puhuminen terveydenhuollon ammattilaisen kanssa voidaan nähdä täysin merkityksettömänä, sillä kuolema on ainoastaan jumalan päätettävissä, eikä ihminen voi koskaan tietää milloin ja miten se saapuu (Mian & Rejnö 2024; Brooks ym. 2022, 5).

Joskus kyse voi olla keskustelun avauksen tavasta tai ajoituksesta. Chi ym. (2018, 536-537) havainnoivat tutkimuksessaan, että kiinalaisamerikkalaiset ikäihmiset olivat erityisen valmiita keskustelemaan asiasta tietyn iän saavutettuaan ja laukaisevien tapahtumien, esimerkiksi läheisen kuoleman tai omaan terveyteen liittyvän muutoksen yhteydessä. Tutkimusryhmässä kukaan ei myöskään ollut itse valmis aloittamaan keskustelua elämän loppuvaiheen hoidosta ammattilaisen kanssa, vaan odottivat ammattilaisen avausta asiasta. Lapsien ei katsottu olevan sopivaa missään tilanteessa aloittaa asiasta keskustelua vanhempiensa kanssa. Lapsien kanssa oltiin valmiita käymään asiasta vuoropuhelua, mutta vasta kun asioista oli jo sovittu niin oman puolison kuin ammattilaistenkin kanssa. Tutkimuksen tulokset kannustavat huomioimaan sen, että kulttuurinen tausta voi vaikuttaa kuolemasta puhumisen sopivaan ajoitukseen ja kysymään potilaalta itseltään, milloin sopiva aika keskustelulle voisi olla.

Omaisten huomioonottamisen tärkeys elämän loppuvaiheen hoidossa korostuu, mikäli heihin kohdistuu kulttuurisia paineita toimia omaishoitajana tai olla muuten tiiviisti loppuvaiheen hoidossa mukana. Omaisten huomioiminen ei kuitenkaan aina ole täysin mutkatonta ja saattaa vaatia tasapainottelua potilaan lääketieteellisesti parhaan oirehoidon, potilaan oikeuksien, luottamuksen rakentamisen ja hoitoympäristön resurssien välillä. (Mian & Rejnö 2024.)

Omaisten halu suojella potilasta huonoilta uutisilta nousi esiin useammassa tutkimuksessa. Halu suojella läheistä potentiaalisesti järkyttävältä tai pelottavalta tiedolta ei liene tuntematon periaate missään kulttuurissa, eikä siinä sinällään ole mitään väärää. Terveydenhuollon näkökulmasta eettisesti haasteelliseksi se kuitenkin muuttuu tilanteissa, joissa ammattilainen ja potilas eivät kielitaitoon liittyvistä syistä pysty kommunikoimaan suoraan keskenään. Tällöin tulkkaukseen liittyvät luotettavuuskysymykset nousevat pohdittavaksi. Perheenjäseniä käytetään myös palliatiivisessa hoidossa usein tulkkeina, mikä ei käytäntönä välttämättä aina tue potilaan oikeutta saada tietoa sairaudestaan hoitoon liittyvien päätöksiensä tueksi. Kysymyksiä nousee erityisesti siitä, kääntävätkö omaiset kaiken lääkärin ja hoitajien välittämän tiedon vai vältetäänkö sanomasta ääneen asioita, joiden oletetaan aiheuttavan negatiivisia tunnetiloja läheisessä. (Mian & Rejnö 2024; Green, Jerzmanowska, Green & Lobb 2018, 1422-1423; Shabnam, Timm, Nielsen & Raunkiaer 2024, 816-817; Brooks ym. 2022, 4-5; Wilkinson ym. 2014, 26-27; Schrank ym. 2016, 765.)

Toisaalta myöskään ammattikäytäntäjien työhön ei aina oltu tyytyväisiä, erityisesti jos oli ilmeistä, että heiltä selvästi puuttui osaaminen juuri terveydenhuollon kielestä ja käsitteistä. Joskus taas kääntäjiä ei yksinkertaisesti ollut mahdollista saada tarpeeksi nopeasti potilaan hoidon etenemisen kannalta. Muutamankin päivän odotus saattohoitovaiheessa on hyvin pitkä aika ja potilas voi olla menehtynyt tässä ajassa. (Shabnam ym. 2024, 817.) Oman kielen käytämisen mahdollistaminen elämän loppuvaiheen hoidossa pidettiin kuitenkin ylipäätään erittäin tärkeänä ja nähtiin osana laadukasta palliatiivista hoitoa (Green ym. 2018, 1422-1423). Kuten yksi haastateltu sairaanhoitaja kuvaa:

”Even if in the middle of the night when we’ve found (a staff member) from a same speaking background to come and understand the basic things, their face lights up [..], I’m understood and I can have some sort of comfort from that”

A4

Palliativinen hoito tai saattohoito voivat jo sanoina herättää ihmisissä voimakkaita tunteita. Tiedonpuute siitä, mitä oireenmukaisella hoidolla tarkalleen tarkoitetaan ja mitä sillä tavoitellaan, voi myös osaltaan aiheuttaa pelkoa tai epäluuloa potilaassa ja omaisissa. Tämä korostuu erityisesti maahanmuuttajataustaisten potilaiden ja omaisten kohdalla, joilla voi olla puutteellinen ymmärrys uuden kotimaansa terveydenhuoltojärjestelmästä. Palliativinen ja saattohoito ei itsestään selvästi ole osa terveydenhuoltoa kaikissa maissa, eikä kaikille ihmisille tuttua. Tällöin tiedon jakaminen ja joskus huomion kiinnittäminen omiin sanavalintoihin nousee tärkeäksi osaksi hoitoa ja luottamuksen rakentamista potilaan, omaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä. (Green ym. 2018, 1420; Shabnam ym. 2024, 819-820; Schrank ym. 2016, 765-766.)

Eräs sairaanhoitaja kuvaa haastattelussaan esimerkiksi sanavalintojaan seuraavasti:

”I mean rather than talking about palliative care you talk about supportive care and it actually works quite well.” A4

Luottamuksen rakentaminen ei ole aina mutkatonta, varsinkaan jos yhteistä kieltä ei ole lainkaan, tai potilaan kielitaito hoitoympäristön näkökulmasta puutteellinen. Tällaisissa tilanteissa terveydenhuollon resurssit ja niiden vaikutus ammattilaisten vaihtuvuuteen nousee merkitykselliseksi esteeksi luottamuksen rakentamiselle. Jos vastassa on joka kerta uusi ammattilainen, jolle pitää selittää huonolla kielitaidolla tai niin ikään vaihtuvien tulkkien avulla aina uudelleen ja uudelleen omasta sairaudestaan, järjestelmä ei varmasti tunnu potilaasta turvalliselta vaan voi luottamuksen sijaan herättää enemmän hämmennystä ja epäluuloa. Mikäli tilanteet ovat ammattilaisten vaihtuvuuden lisäksi kiireisiä, jolloin aikaa potilaan rauhalliseen kuunteluun ei ole, lopputulos on luultavasti vieläkin huonompi. (Green ym. 2018, 1423-1424; Wilkinson ym. 2014, 27-28; Shabnam ym. 2024, 817-819.)

Turvallisen tilan ja turvallisuuden tunteen mahdollistaminen onkin tärkeä osa luottamuksen rakentamista ammattilaisten, potilaiden ja tämän omaisten välillä. Green ym. (2018, 1423-1424) tuovat tutkimuksessaan esiin, että maahanmuuttajataustaisilla potilailla saattaa olla kokemuksia, jotka ovat tälle ryhmälle erityisiä ja ammattilaisten hyvä ottaa ne huomioon pyrkinessään rakentamaan turvallista vuoropuhelua. Riippuen maahanmuuton taustalla olevista syistä, monet ovat voineet kokea sotaa, kidutusta tai muita traumaattisia tapahtumia matkallaan uuteen kotimaahan. Ymmärrys siitä, että elämän loppuvaiheen tuoma äärimmäinen haa-voittuvuus voi toimia laukaisevana tekijänä vanhoillekin traumaalle ja tuoda ne pintaan, on

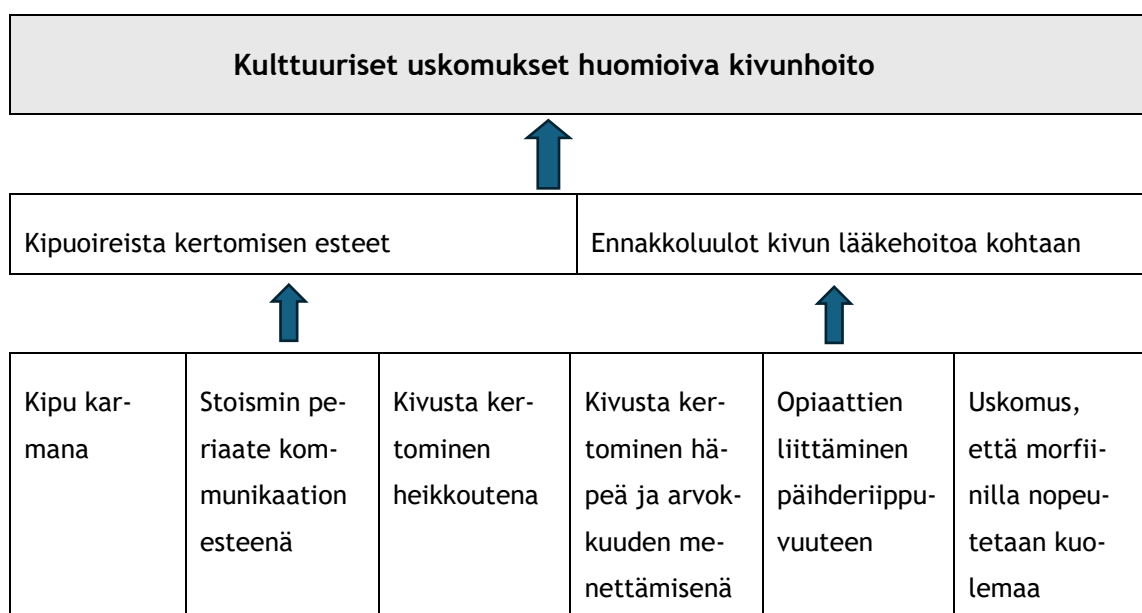
tutkijoiden mukaan tärkeää muistaa palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoidossa. Huonot kokemukset viranomaisista kotimaassa tai maahanmuuttoprosessin aikana uudessa kotimaassa, voivat aiheuttaa epäluuloa ja jopa pelkoa myös hoitohenkilökuntaa kohtaan. Kuten eräs sairaanhoitaja kuvaa:

”I remember nursing an old man who wouldn’t let me into the house because where he’d come from when he was a young man you didn’t let people know where you lived because the police would come and terrorise the family.” A4

6.2 Kulttuuriset uskomukset huomioiva kivunhoito

Aineistona käytettyjen tutkimusartikkelien pohjalta kävi selväksi, että elämän loppuvaiheen hoidossa tulee ottaa huomioon, että potilas voi kokea kivusta avoimesti puhumisen häpeällisenä, arvokkuuden menettämisenä tai heikkouden merkinä (Liu, Ma, Chen, Geng, McClement & Guo 2021; Khosla, Washington & Regunath 2016, 852-853) ja että kivun lääkkeelliseen hoitoon voi liittyä vahvoja ennakkoluuloja ja uskomuksia (Khosla ym. 2016, 853). Alla olevaan kuvioon (kuvio 3) on vedetty yhteen analyysi alkuperäisilmaisujen pelkistyksistä nimettyyn yläkategoriaan. Liite 3 sisältää alkuperäisilmaisuja, jotka löytyivät analyysin ensimmäisessä vaiheessa aineistosta.

Kuvio 3: Aineiston analyysin vaiheet liittyen kivunhoitoon



Liu ym. (2021) havaitsivat Kiinassa tekemässään tutkimuksessa, että pidättäytyminen puhumasta avoimesti kivusta tai sairaudesta ammattilaisille ja erityisesti omalle perheelle nähtiin osana ihmisen arvokkuutta. Oireista puhumisen pelättiin kuormittavan muita ihmisiä ympärillä ja nähtiin ”valittamisena” ja heikkouden merkinä, vastakohtana arvokkaalle käyttäytymiselle. Samanlaisia johtopäätöksiä intialaisessa tutkimuksessaan tekivät Khosla ym. (2016, 852), jotka havaitsivat haastattelemisensa eteläaasialaisissa vahvan mieltymyksen stoismiin eli kivun ja muiden oireiden kieltämiseen tai välinpitämättömyyteen niitä kohtaan. Ajattelutavan he liittivät haluun olla kuormittamatta muita ihmisiä, erityisesti läheisiään.

Myös potilaiden uskomukset liittyen omaan sairauteen tai sairastumisen syistä vaikuttavat oireiden tulkintaan ja sitä kautta niistä kommunikoimiseen. Khosla ym. (2016, 853) mainitsevat tutkimuksessaan, että jotkin uskonnoista, esimerkiksi buddhalaisuus ja hindulaisuus, voivat liittää kivun osaksi ihmisen karmaa ja tätä kautta kokemukseksi, joka tulee kestää osana elämää. Karmalla viitataan siihen, että ihminen on omilla valinnoillaan ja teoillaan ansainnut eteen tulevat asiat, eli tässä tapauksessa kivun kokemuksen.

Vahvat ennakkoluulot kipulääkkeiden haittavaikutuksista ovat yleisiä. Erityisesti morfiiniin liitetään usein negatiivisia mielikuvia niiden aiheuttamasta sekavuudesta ja riippuvuudesta. Vastaavasti tiedonpuute kipulääkityksellä tavoitelluista hyvistä vaikutuksista elämänlaatuun voi estää potilasta tai hänen omaisiaan hyväksymästä suositeltua kivun lääkettä. Tällöin selkeä ohjaus ja neuvonta lääkkeitä ja niiden toivotuista vaikutuksista kivunlievityksen lisäksi esimerkiksi potilaan liikkumiseen, mielialaan, toimintakykyyn tai ruokahuonon voivat olla tärkeässä osassa kivunhallinnassa. (Khosla ym. 2016, 851-853; Mian & Rejnö 2024.)

6.3 Kuoleman läheisyyteen liittyvien tapojen mahdollistaminen

Aineistosta nousi esiin valtava määrä erilaisia kuoleman läheisyyteen liittyviä, kulttuurisidonnaisia rituaaleja ja perinteitä, joilla oli sekä potilaille että heidän läheisilleen suuri merkitys. Niin kuolemaan valmistautumiseen, vainajan käsittelyyn kuin suremiseen ja hyvästelyyn liittyi lukuisia erilaisia tapoja. Alla olevassa kuviossa (kuvio 4) on vedetty yhteen analyysin vaiheet, artikkelien alkuperäisilmaisujen pelkistyksistä yläkäsitteeseen saakka. Liite 4 sisältää esimerkkejä alkuperäisilmaisusta, jotka löytyivät tutkimusartikkeleista.

Kuvio 4: Aineiston analyysin vaiheet liittyen kuolemaa ympäröiviin tapoihin



Surun näyttämisen tavat ja suremisen rituaalit ovat kulttuurisidonnaisia. Surun näyttäminen voi toisessa kulttuurissa olla minimalistista ja hiljaiseen, yksityiseen suremiseen kallistuvaa. Toisessa se voi puolestaan olla äänekkäämpää, sallien tai peräti vaatien ilmeikkään elehtimisen ja koväänisenkin itkemisen ulkopuolisten edessä. Hoitohenkilökunnan on tärkeää ymmärtää mitkä omat, ehkä ääneen lausumattomat oletukset suremisen rituaaleista ovat, ja pyrkiä mahdollistamaan turvallisesti myös muunlaiset, itselle vieraamat tunteiden ilmaisut läheisen kuoleman äärellä. (Schrank ym. 2016, 765.)

Joissakin kulttuureissa perheen määritelmä on laajempi kuin niin sanottu ydinperhemalli olettaa. Palliatiivisessa ja saattohoidossa tämä saattaa näkyä suurempana määränä vierailijoita kuin mihin hoitohenkilökunta on tyypillisesti tottunut. Joskus tämä saattaa aiheuttaa myös kitkaa. On kuitenkin tärkeä ottaa huomioon kulttuuriset ja sosiaaliset rakenteet vierailujen ympärillä ja pyrkiä mahdollistamaan hyvästien jättäminen myös laajemmalle ryhmälle. Kyseessä on usein sosiaalisesti merkityksellinen asia, joka osoittaa kunnioitusta potilasta kohtaan ja on tärkeää niin kuolevalle itselleen kuin kunnioitusta osoittaville sukulaisille. Oleellista on käydä asiasta avointa keskustelua ammattilaisten, omaisten ja potilaan kesken ja

auttaa läheisiä toimimaan tavoilla, jotka eivät myöskään aiheuta kohtuutonta haittaa tai rasitusta hoitoympäristön toiminnalle. (Schrank ym. 2016, 764.)

Tuttu ruoka ja siihen liittyvät perinteet herättävät usein ihmisissä positiivisia miellelyhtymiä ja lisäävät mukavuuden ja turvallisuuden tunnetta. Tuttujen tuoksujen ja makujen tuoma lohtu kuolevalle voidaan nähdä hyvin merkityksellisenä osana palliativista ja saattohoitoa. Näiden merkitys voi korostua tilanteessa, jossa potilas elää itselleen vieraassa kulttuurissa ja uudessa kotimaassa. (Green ym. 2018, 1423-1424.)

Kotona tehdyn ruuan tuominen sairaalaan ja sen tarjoaminen potilaalle omaisten toimesta nousi aineistosta esiin niin omaisille kuin potilaalle merkityksellisenä huolenpidon rituaalina. Riippuen potilaan voinnista, hoitohenkilökunta joutuu tasapainottelemaan arviossaan ruuan tuoman lohdun, omaisten huolenpidon mahdollistamisen ja terveyteen liittyvien seikkojen, kuten potilaan aspiraatoriskin ja sitä kautta keuhkokuumeen välillä. Tärkeintä on käydä avointa keskustelua omaisten ja potilaan kanssa, ja kertoa ymmärrettävästi syömiseen tai syöttämiseen liittyvistä riskeistä kuoleman lähestyessä. Aina hoitoympäristön resurssit eivät myöskään ole riittävät, esimerkiksi kylmäsäilytys- tai muut tilat ulkopuolisille ruuilla puuttuvat. Tutkimus kuitenkin tukee ajatusta tuttujen ruokien mahdollistamisesta osana laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa. (Green ym. 2018, 1424.)

Kuolemanhetkeen ja vainajan käsittelyyn liittyvät erilaiset rituaalit ja perinteet, ja niiden mahdollistaminen hoitoympäristön resurssien puitteissa voi ajoittain aiheuttaa haasteita. Niistä keskusteleminen potilaan ja omaisten kanssa jo etukäteen, ennen kuolemanhetkeä, on tärkeää. Keskusteleminen ja toiveiden kirjaaminen hyvissä ajoin on luonnollisesti mahdollista vain, jos kuolemaa osataan odottaa ja valmistautumiseen on aikaa. (Brooks ym. 2022, 4.)

Kuolemanhetken rituaaleja voivat olla esimerkiksi erilaisten uskonnollisten esineiden esillepano kuolevan läheisyyteen, rukoileminen, veisaaminen tai uskonnollisen johtajan paikalla olo. Vainajan käsittelyyn voi liittyä rituaaleja kuten vainajan peseminen tiettyjen ihmisten toimesta, vainajan säilyttäminen tietyllä tavalla, esimerkiksi koskematta tietyn aikaa, tai koko ruumiin lähettäminen kotimaahan haudattavaksi. Kaikkia tapoja ei aina pystytä mahdollistamaan, mutta kysyminen, kommunikointi ja yritys niiden mahdollistamiseksi on tärkeää. (Brooks ym. 2022, 4; Green ym. 2018, 1424.)

7 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla aiemman tutkimuksen avulla palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoitotyössä tarvittavaa kulttuurista kompetenssia. Tavoitteena oli tuottaa tietoa kulttuuriseen kompetenssiin liittyvistä osaamistarpeista vakavasti sairaan potilaan hoitotyön opetuksen kehittämisen tueksi. Tutkimuskysymyksenä oli, millaisia näkökulmia kulttuurisesti kompetentti palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoitotyö ottaa huomioon?

7.1 Tulosten tarkastelu

Aineistosta nousi esiin kolme laajempaa teemaa, joiden huomioonottaminen sairaanhoitajien palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoitotyön opetuksessa olisi tärkeää. Näitä olivat kulttuurisensitiivinen kommunikointi, kulttuuriset uskomukset huomioiva kivunhoito ja erilaiset kuoleman läheisyyteen liittyvät tavat, ja pyrkimys niiden mahdollistamiseen osana hoitotyötä. Tulokset eivät anna tarkkoja vastauksia siihen, miten eri tilanteissa tulee aina toimia. Niitä kannattaa tarkastella ennemminkin eräänlaisina hoitotyön pysähtymisen paikkoina. Tilanteita kohdatessaan hoitajan kannattaa kuunnella, kysyä tarkentavia kysymyksiä ja pohtia samalla mahdollisia omia ennakkoluulojaan tai -oletuksiaan asiasta.

Opinnäytetyön tekijän oma kiinnostus aihetta kohtaan heräsi harjoittelussa ja sairaanhoitajan kesäsjaisuudessa saattohoitoon erikoistuneessa yksikössä. Monikulttuurinen työympäristö toi hoitotyön arkeen monenlaisia kysymyksiä, joihin harvoin löytyi valmiita vastauksia. Työympäristössä pääsi kyseenalaistamaan omia ennako-olettamuksia liittyen kuolemaan, suruun ja surumiseen, oireista kommunikointiin ja vainajan käsittelyyn. Tekijä jäi pohtimaan, minkälaista tutkimusta, keskustelua tai mahdollisesti jo kehitettyjä hyviä käytäntöjä aiheesta löytyisi ja kiinnostus opinnäytetyön tekemiseen aiheesta syntyi.

Hoitotyössä liikutaan usein ihmisten intiimimmillä elämänalueilla ja varsinkin vakavasti sairaan potilaan hoidossa ollaan myös omaisten kanssa tiiviissä yhteistyössä. Saattohoitovaiheessa ihmisten vakaumukset ja uskomukset pyhästä, hyvästä elämästä, kuolemasta ja kuoleman jälkeisestä elämästä nousevat keskeiseksi osaksi hoitotyötä. Uskomuksiin, arvoihin ja vakaumukseen taas vaikuttaa vahvasti ihmisen kulttuurinen tausta, kuten tämänkin opinnäytetyön tulokset osoittavat. Hoidon ammattilaiselta vaaditaan herkkyyttä, sopeutumiskykyä ja halua kuunnella ja ymmärtää, vaikka omat elämänkokemukset ja tausta olisivat hyvinkin erilaisia.

Suomessa palliatiivisen ja saattohoidon eettinen perusta lepää tukevasti potilaan oman tahdon kunnioittamisen ja itsemääräämisoikeuden päällä, kuten opinnäytetyön taustoituksessa

on esitetty. Tällöin laadukas hoito sairauden loppuvaiheessa vaatii avointa keskustelua potilaan toiveista liittyen oirehoitoon ja välittömästi kuolemaa edeltävään ja sen jälkeiseen aikaan. Opinnäytetyön aineistosta nousi vahvasti esiin eettinen ristiriita tilanteissa, joissa omaisten toimiessa tulkkina terveydenhuollon ammattilaiset eivät voineet olla varmoja tulkauksen tarkasta sisällöstä. Omaisilla saattaa olla voimakas halu suojella potilasta ikäväksi koetulta tiedolta, jolloin potilas ei saa tietoa omasta sairaudestaan tai jää jopa epätietoiseksi lähestyvistä kuolemasta. Samaan aikaan laadukkaiden ammattitulkkiin saaminen voi olla hyvinkin haastavaa. Näin varsinkin, mikäli kyseessä on vähemmän Suomessa puhuttu kieli.

Turvallisuuden tunteen ja luottamuksen rakentaminen potilaan, omaisten ja ammattilaisten välille on välttämätön edellytys laadukkaalle palliatiiviselle ja saattohoidolle. Aineisto nosti esiin kuitenkin, ettei se kuitenkaan ole mutkatonta, varsinkaan jos yhteistä kieltä ei ole. Ammattilaisten on myös hyvä ottaa huomioon, että palliatiivinen tai saattohoito voivat jo sanoina herättää ihmisissä pelkoa. Tiedonjakaminen oireenmukaisen hoidon keinoista ja tavoitteista voi olla hyvin merkityksellinen asia luottamuksen rakentamista. (Green ym. 2018, 1420; Shabnam ym. 2024, 819-820; Schrank ym. 2016, 765-766.)

Aineistosta nousi esiin myös, että maahanmuuttajien mahdollisen traumataustan huomioon ottaminen on tärkeä osa luottamuksen rakentamista. Maahanmuuttajastatus ei tietenkään välttämättä tarkoita traumaa. Mutta joillakin voi olla menneisyydessään pelottavia ja uhkaavia kokemuksia esimerkiksi viranomaisten kanssa. Näillä voi ymmärrettävästi olla vaikutuksia kohtaamisiin myös terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Tekijä pohti kirjoittaessaan, että myös mahdolliset rasismien kokemukset uudessa kotimaassa voivat vaikuttaa luottamuksen ja turvallisuuden tunteeseen. Rasismi itsessään on myös trauman aiheuttaja ja toistuvat rasismien kokemukset voivat aiheuttaa kokijassaan valtavaa psyykkistä kuormitusta ja jopa post-traumaattisen stressihäiriön (Garoff, Lehti & Castaneda 2025). Rasismien kokemukset Suomessa ovat yleisiä. MoniSuomi-tutkimus (THL 2022) osoittaa, että 42 % Suomeen muuttaneista oli kokenut syrjintää kyselyä edeltäneen vuoden aikana. Erityisen paljon syrjintää olivat kokeneet Afrikasta muuttaneet miehet.

Riittävää ja oikea-aikaista kivunhoitoa voidaan pitää palliatiivisen ja saattohoitopotilaan laadukkaan hoidon kulmakivenä. Kivunhoidon keinot perustuvat ammattilaisen arvioon potilaan kivun luonteesta ja sen aiheuttamista haitoista potilaalle. Kivun kokemus on yksilöllistä ja siinä on aina subjektiivinen ulottuvuus. Ammattilaisen ja potilaan välinen sujuva kommunikatio kivusta on siis tärkeä osa hyvää kivunhoitoa. (Saarto ym. 2015, 34-35 ja 82-84.)

Aineiston analyysi vahvisti jo aiemmassa tutkimuksessa todettua tietoa siitä, että kivusta kommunikointi ammattilaiselle ei aina ole samanlaista. Potilaan kulttuurinen tausta vaikuttaa niin kivun kokemiseen kuin siitä puhumiseen ja näkemyksiin kivunhoidossa sallituista kei-

noista, kuten aineistosta kävi ilmi. Aineistosta erityisen vahvasti nousi esiin se, että opioideihin ja erityisesti morfiiniin liittyy paljon negatiivisia uskomuksia ja ennakkoluuloja. Suomessa kuitenkin vahvojen opioidien käyttö on oleellinen osa oireenmukaista kivunhoitoa, koska ne ovat tutkimukseen perustuen tehokkaita (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019). Silta näiden kahden näkemyksen välillä voi kuitenkin olla joskus selkeä kommunikointi lääkkeiden oletetuista hyödyistä ja kivunhoidon tavoitteista osana palliativista hoitolinjaa.

Aineistosta nousi esiin myös useita erilaisia kulttuurisidonnaisia, kuoleman läheisyyteen liittyviä rituaaleja ja perinteisiin pohjautuvia tapoja, joiden mahdollistaminen osana hoitotyötä on tärkeää. Tavat voivat liittyä uskontoon tai muihin perinteisiin. Niihin lukeutuvat muun muassa erilaiset tavat rukoilla, käsitellä vainajaa, monenlaiset kuolemaan, kunnioitukseen ja pyhään liittyvät esineet ja läheisten tapa surra ja hyvästellä vainaja. Rituaalit voivat olla myös erityisen merkityksellisiä vieraassa kulttuurissa ja maassa. Perinteiden ja rituaalien toteuttaminen uudessa ympäristössä voi luoda turvallisuuden ja tuttuuden tunnetta (Ullgren 2019, 212-213).

Tapojen mahdollistaminen hoitotyössä ei kuitenkaan aina ole mutkatonta. Joskus esteenä voivat olla resurssit, joskus lainsäädännölliset seikat. Esimerkiksi ruumiinavaus suoritetaan aina lakiin perustuen, eikä vainajan käsittely, kuten rituaalipeseminen, ole mahdollista Suomessa ennen kuin ruumiinavaus on tehty. (Laki kuolemansyyn selvittämisestä 459/1973; Ullgren 2019, 313.)

Opinnäytetyön tuloksia lukiessa on hyvä muistaa jo taustoituksessa esitetty ajatus, että ihmisten uskomuksiin, käyttäytymiseen ja tapoihin vaikuttavat samaan aikaan monet muutkin tekijät kuin kulttuuri. Ikä, sukupuoli, sosioekonominen asema ja monet muut tekijät muovaavat vahvasti sitä miten katselemme maailmaa ja miten ympäröivä yhteiskunta meihin suhtautuu. (THL 2024b.) Kulttuurit eivät myöskään ole muuttumattomia kokonaisuuksia, vaan ne muuttuvat erilaisten prosessien, kuten maasta- ja maahanmuuton, kulttuurien sekoittumisen ja väestön ikääntymisen myötä. (Mian & Rejnö 2024.)

Potilaan tarpeet huomioiva, yksilöllisesti räätälöity loppuelämänvaiheen hoito on eräs strategia kulttuurisetkin näkökulmat huomioonottavan hoidon saavuttamiseksi (Green ym. 2018, 1426). Yksilöllinen hoito on terminä varmasti tuttu kaikille hoitoalan opiskelijoillekin, mutta kuten tulokset osoittavat, ei aina kovin helposti toteutettavissa kokonaisuutena. Hoitotyön tekeminen ja hoitajan roolissa toimiminen omaisten ja potilaiden kulttuuristen toiveiden, hoitoympäristön vakiintuneiden toimintatapojen ja resurssien rajallisuuden ristiaallokossa ei ole yksinkertaista.

Kuten opinnäytetyön taustoituksessa jo nostettiin esille, suomalaisista sairaanhoitajaopiskelijoista alle 3 % koki, että monikulttuurisuuteen liittyviä osaamistarpeita käsiteltiin erittäin hy-

vin palliatiivisen potilaan hoitotyön opintokokonaisuudessa (Hökkä 2022, 55-56). Laurea-amattikorkeakoulun sairaanhoitajan perusopinnoissa monikulttuurista osaamista ainakin sivutaan niin opintotavoitteissa kuin käytännönopetuksessakin. Voitaneen kuitenkin todeta, että erityisesti niiden opintojen osalta, joissa sitä ei ole tavoitteissa mainittu, käsittely jää helposti hajanaiseksi, lisämateriaalin lukemisen varaan tai mahdollisesti riippumaan osallistuvien opiskelijoiden omista kokemuksista ja kiinnostuksesta aihetta kohtaan.

Tutkimusviitteitä siitä, että kulttuuriseen kompetenssiin keskittyvä koulutus lisää sekä palliatiivisten sairaanhoitajien osaamista että potilaiden ja omaisten tyytyväisyyttä saatuun palveluun, on olemassa. Koulutusaiheina ovat olleet muun muassa monikulttuurinen kommunikointi, hengellisyyden merkitys saattohoidossa, perustieto maailmanuskonnoista ja yhteiskunnallinen eriarvoisuus terveydenhuollossa. (Govere & Govere 2016, 405-406; Boucher & Johnson 2021, 169.) Sairaanhoitajaopiskelijoiden kulttuurisen kompetenssin opetukseen on kehitetty useampiakin työkaluja eri puolilla maailmaa, joista opinnäytetyön taustoituksessa on mainittu EXCELL (Excellence in Cultural Experiential learning and leadership)-ohjelma. Ohjelma on kehitetty Australiassa. Ohjelmaan on kehitetty niin käsikirja kuin oppimista tukevia arviointimittareita. (Northam ym. 2014, 189-195.)

Lisäksi käytännön kohtaamiset potilaisen ja omaisten kanssa lisäävät sairaanhoitajien monikulttuurisiin kohtaamisiin tarvittavia kommunikaatiotaitoja ja luottamusta omaan osaamiseensa (Mian & Rejnö 2024). Sairaanhoitajaopiskelijoiden peruskoulutuskin voisi mahdollisesti sisältää näitä näkökulmia ennen työelämään siirtymistä. Kohtaaminen voisi olla esimerkiksi maahanmuuttajataustaisen vakavasti sairaan omaisen tai muun kokemusasiantuntijan vierailu työpajassa. Ilman minkäänlaista koulutusta sairaanhoitajat kokevat helposti jäävänsä yksin ja olevansa valmistautumattomia käsittelemään palliatiivisten potilaiden ja heidän omaistensa toiveita, ja navigoimaan hyvinkin monimutkaisissa, eettisestikin haastavissa tilanteissa (Green ym. 2018, 1425).

7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Hyvän tieteellisen käytännön (HTK) peruseriaatteet on määritelty muun muassa eurooppalaisessa tutkimuseettisessä ohjeistuksessa (2023). Ohjeistuksen mukaan tutkimuksen tekemisen kantavat periaatteet ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto. Eettisyyteen tutkimustyössä liittyy erityisesti muiden tutkijoiden työn kunnioittaminen, rehellisyys ja avoimuus. Plagiointi on vastoin kaikkia näitä periaatteita. Opinnäytetyössä on pyritty kuvaamaan ja perustelemaan mahdollisimman hyvin, miksi kuvattavaa ilmiötä on tärkeää tarkastella ja minkälaisia tiedonaukkoja ilmiöön liittyy.

Opinnäytetyön aineistona toimivat julkaistut, tieteelliset artikkelit, eikä aineiston hallintaan tai käsittelyyn ei liittynyt tietosuojaan, tutkimuskohteiden suostumukseen tai tutkimuslupiin linkittyviä eettisiä kysymyksiä. Sitä vastoin tutkijoiden työn kunnioittaminen nousi erityisen tärkeäksi. Erityistä huomioita loppuraportissa onkin kiinnitetty siihen, että viittaukset on tehty hyvää tieteellistä käytäntöä ja Laurea-ammattikorkeakoulun ohjeistusta noudattaen. Lähdeluetteloon on merkitty kaikki teokset, joihin tekstissä viitataan. Näitä tietoja hyödyntämällä lukija voi halutessaan löytää aineistona käytetyt, alkuperäiset tuotokset. Suorat lainaukset on merkitty tekstiin selkeästi. Tällöin lukijan on helppo tunnistaa, mikä on opinnäytetyön loppuraportin kirjoittajan, ja mikä puolestaan alkuperäistutkimusten tekijöiden työn tulosta.

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen käyttöä tutkimusmenetelmänä on kritisoitu tieteellisesti epätarkaksi, tarkoitushakuiseksi ja aikaisempien tutkimusten analyysin osalta monella tapaa puutteelliseksi. Koska kuvaileva kirjallisuuskatsaus on melko väljä tutkimusmenetelmänä, se sallii käyttäjälle monenlaisia ratkaisuja tutkimusprosessin eri vaiheissa. Tekijän tekemien valintojen ja tehtyjen päätelmäkettujen selkeä raportointi on erityisen tärkeää, mikä on pyritty opinnäytetyöprosessissa tekemään mahdollisen läpinäkyvästi. Aineistovalinnan perusteiden tarkka kuvaus ja mahdollisimman johdonmukainen, ja lukijalle läpinäkyvä eteneminen tutkimuskysymyksistä päätelmiin ovat oleellinen osa katsauksen eettisyyttä ja samalla luotettavuutta. (Kangasniemi ym. 2013, 297-298.)

Kylmä ja Juvakka (2007, 127-134) käyttävät laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereinä uskottavuutta, siirrettävyyttä, vahvistettavuutta ja refleksiivisyyttä. Uskottavuus tarkoittaa koko tutkimuksen, tulosten ja sen esittämien johtopäätösten uskottavuutta. Kirjallisuuskatsauksen uskottavuutta voi vahvistaa käyttämällä riittävästi aikaa aineistoon ja ilmiöön tutustumalla. Opinnäytetyöprosessin analyysivaihe aloitettiin lukemalla valitut artikkelit huolellisesti läpi useaan otteeseen, jotta tekijälle syntyi alustava ymmärrys tutkituista teemoista, niihin käytetyistä menetelmistä ja tuloksista. Aiheeseen tutustuttiin lukemalla runsaasti kirjallista materiaalia myös taustoituvaiheessa.

Uskottavuuteen vaikuttaa myös se, onko tekijä löytänyt tutkimuskysymykseen parhaiten vastaavat artikkelit valituista tietokannoista. Opinnäytetyöprosessissa käytettiin runsaasti aikaa eri tietokantoihin tutustumiseen ja hakusanoja pohdittiin ja testattiin pitkään. Tässä vaiheessa tekijä käytti hyväkseen myös Laurea-ammattikorkeakoulun kirjastojen informaattikoiden tukea, jotta optimaaliset hakusanat ja tietokannat löytyivät. Valitut tietokannat, tarkat hakulausekkeet ja hakujen tulokset on raportoitu opinnäytetyön tulososiossa.

Vahvistettavuuden kriteeri liittyy erityisesti koko tutkimusprosessin kirjaamiseen niin, että lukijan tai toisen tutkijan on helppo seurata prosessin kulkua (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Opinnäytetyön loppuraportin kirjoittamisvaiheessa pyrittiin aineiston tulosten synteisiin, ei

suoraan referointiin, jolloin mukana analyysissä on luonnollisesti myös raportin kirjoittajan omaa tulkintaa tuloksista. Analyysin vaiheet on kuitenkin pyritty tekemään näkyviksi opinnäytetyön loppuraportin tulososiossa niin taulukoin kuvaten kuin itse tekstissä avaten.

Refleksiivisyyden kriteeri edellyttää tutkimuksen tekijältä omien lähtökohtiensa tiedostamista ja kyettävä arvioimaan kuinka hän vaikuttaa muun muassa aineistoonsa (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tämän opinnäytetyön tekijä on pyrkinyt tuomaan selkeästi esiin aineiston valintaan liittyneet kriteerit, ja pohdintaosiossa taustoittanut lyhyesti omaa kiinnostustaan aiheeseen. Aineiston valinnassa on kallistuttu valitsemaan artikkeleita, jotka kuvaavat kulttuurisen kompetenssin ja palliatiivisen hoidon näkökulmaa poikkeuksetta länsimaisesta näkökulmasta. Tämä oli ainakin osaksi tietoinen valinta, jotta tulokset olisivat mahdollisimman relevantteja juuri Suomessa, vastaten tutkimuskysymykseen.

Siirrettävyys tarkoittaa, että tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä muihin, vastaavanlaisiin tilanteisiin ja että lukija voi raportista arvioida, miten siirrettävyys toteutuu. Tämä edellyttää, että tutkimuksen tekijä antaa riittävästi tietoa muun muassa tutkimuksen aineistosta. (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Opinnäytetyössä käytetty aineisto eli vertaisarvioidut tutkimusartikkelit on merkitty lähdeluettelon lisäksi erilliseen taulukkoon liitteeksi. Taulukossa eritellään artikkelien tekijät, artikkelin ilmestymisvuosi ja maa, tutkimuksessa käytetyt menetelmät, tutkimukseen osallistujat ja päätulokset kuten kirjoittajat ovat ne itse artikkelien abstrakteissa kuvanneet. Siirrettävyys tämän opinnäytetyön puitteissa voisi tarkoittaa myös sitä, että tulokset voisivat palvella myös minkä tahansa muun sairaanhoitajia kouluttavan tahon tarpeita, eivät pelkästään Laurea-ammattikorkeakoulua.

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Suurin osa aineistona käytetyistä tutkimuksista oli peräisin angloamerikkalaiselta alueelta. Erityisesti opinnäytetyön edetessä esiin nousi suomenkielisen tutkimuksen puuttuminen. Suomessa on tutkittu ja kirjoitettu jonkin verran monikulttuurisesta hoitotyöstä. Saattohoidosta ja palliatiivisesta hoidosta löytyy myös runsaasti tutkimusta. Näiden kahden teeman yhdistäminen tieteellisessä tutkimuksessa ei kuitenkaan ole Suomessa vielä yleistä.

Ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä aiheesta löytyi jonkin verran, joka kertoo ehkä opiskelijoiden taustoista, käytännön työelämän kokemuksista tai molemmista ja nousevasta kiinnostuksesta aihetta kohtaan. Muutamia oppaita on myös kirjoitettu, erityisesti keskittyen vakaumuksen kunnioittamiseen ja uskontokuntien vainajankäsittelyyn ja hautajaisiin liittyen. Kiinnostavia, vielä tutkimattomia aiheita tulevaisuudessa olisivat siis terveydenhuollon ammattilaisten, potilaiden ja omaisten kokemukset kulttuurisesta kompetenssista suomalaisessa palliatiivisessa ja saattohoidossa, siihen liittyvät haasteet ja esimerkiksi palliatiivisen hoidon

saatavuus maahanmuuttajataustaisille potilaille ja heidän omaisilleen. Lisäksi kiinnostavaa olisi kehittää ja tutkia kulttuurisen kompetenssin koulutuksellisia interventioita Suomessa, muualla maailmassa jo käytettyihin malleihin perustuen, ja arvioida niiden käytettävyyttä ja toimivuutta täällä.

8 Lähdeluettelo

- Aho, A-L., Eironen, S., Havusto, J., Hökkä, M. & Kritz, J. 2023. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan läheisten kohtaaminen ja tukeminen. Hotus-työryhmän suosittukset. Viitattu 1.10.2024. <https://hotus.fi/wp-content/uploads/2023/09/pall-suositus.pdf>.
- Anderson, D. & De Souza, J. 2021. The importance and meaning of prayer rituals at the end of life. *British Journal of Nursing*, 2021, Vol 30 (1), 34-40.
- Boucher, N. & Johnson, K. 2021. Cultivating Cultural Competence: How Are Hospice Staff Being Educated to Engage Racially and Ethnically Diverse Patients? *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 38 (2), 169-174.
- Brooks, L., Manias, E. & Bloomer, M. 2022. How do intensive care clinicians ensure culturally sensitive care for family members at the end of life? A retrospective descriptive study. *Intensive & Critical Care Nursing* 73.
- Castillo, R. & Guo, K. 2011. A framework for cultural competence in health care organizations. *The Health Care Manager* 30 (3), 205-214.
- Chi, H-L & Caltado, J. & Rehm, R. 2018. Can we talk about it now? Recognizing the optimal time to initiate End-of-Life Care discussions with Older Chinese Americans and Their Families. *Journal of Transcultural Nursing* Vol. 29 (6), 532-539.
- European code of conduct for research integrity. Revised version. 2023. Viitattu 30.3.2025. <https://allea.org/wp-content/uploads/2023/06/European-Code-of-Conduct-Revised-Edition-2023.pdf>
- Garoff, F., Lehti, V. & Castaneda, A. 2025. Rasismin vaikutukset mielenterveyteen. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 141(2), 121-126.
- Govere, L. & Govere, E. 2016. How Effective is Cultural Competence Training of Healthcare Providers on Improving Patient Satisfaction of Minority Groups? A Systematic Review of Literature. *Worldviews Evidence Based Nursing* 13 (6), 402-410.
- Green, A., Jerzmanowska, N., Green, M. & Lobb, E. 2018. 'Death is difficult in any language': A qualitative study of palliative care professionals' experiences when providing end-of-life care to patients from culturally and linguistically diverse backgrounds. *Palliative Medicine* Vol. 32 (8), 1419-1427.
- Hakola, O., Kivistö, S. & Mäkinen, V. (toim.) 2014. Kuoleman kulttuurit Suomessa. Helsinki: Gaudeamus.

Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. 1.painos. Helsinki: Duodecim.

Hävölä H., Flinkkilä M-L., Laine, S. & Nivala-Huhtaniska, N. 2022. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan suunhoito. Hotus-työryhmän suositukset. Viitattu 18.4.2025. <https://hotus.fi/hoitosuositus/palliatiivisessa-hoidossa-ja-saattohoidossa-olevan-potilaan-suunhoito/>

Hökkä, M. 2022. Palliative care nursing competencies and undergraduate nursing students' views of palliative care education. Oulun yliopisto.

Jasinskaja-Lahti I., Liebkind, K.& Solheim, E. 2008. To Identify or not to Identify? National Disidentification as an Alternative Reaction to Perceived Ethnic Discrimination. Applied psychology: An international Review 58 (1), 105-128.

Juhila, K. 2021. Teemoittelu. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Tampere: Tampereen Yliopisto. Viitattu 12.1.2025. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus>.

Kaihlanen, M., Hietapakka, L., Aalto, A-M. & Lehtoaro, S. 2019. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kulttuurinen kompetenssi ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Yhteiskuntapolitiikka 84/4, 369-379.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvailtava kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoitotiede 25/4, 291-301.

Karvinen, I., Lipponen, V. & Sipola V. 2020. Vakaumuksen ja uskon kunnioittaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Suomen evankelisluterilainen kirkko. Kirkkohallitus.

Khosla, N., Washington, K. & Regunath, H. 2016. Perspectives of Health Care Providers on US South Asians' Attitudes Toward Pain Management at End of Life. American Journal of Hospice & Palliative Medicine Vol. 33(9), 849-857.

Korhonen, T.& Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 129(4), 440-5. Viitattu 20.1.2025. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10821>.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Laurea-ammattikorkeakoulu 2024. Sairaanhoidajaksi Laureasta: sairaanhoitaja jättää jäljen. Viitattu 3.5.2025. <https://www.laurea.fi/ajankohtaista/artikkelit/sairaanhoitajaksi-laureassa-sairaanhoitaja-jattaa-jaljen/>

Laurea-ammattikorkeakoulu 2025a. Sairaanhoidajakoulutuksen opetussuunnitelma. Viitattu 10.1.2025. <https://ops.laurea.fi/212701/fi/68081/209697/2964>.

Laurea-ammattikorkeakoulu 2025b. Hoitotyön tiedonhakuopas. Viitattu 11.2.2025. <https://libguides.laurea.fi/hoitotyö>

Leinonen, K. 2024. Työpajan verkkomateriaali. 5.3.2024. Laurea-ammattikorkeakoulu.

Liu, L., Ma, L., Chen Z., Geng, H., Xi, L. & McClement, Guo, Q. 2021. Dignity at the end of life in traditional Chinese culture: Perspectives of advanced cancer patients and family members. *European Journal of Oncology Nursing* 54.

Martin, E. & Barkley, J. 2016. Improving cultural competence in end-of-life pain management. *Nursing2016 Vol. 46 (1)*.

Mattila, Kati-Pupita. 2013. Ihmisen arvokkuus ja sen kokemisen vahvistaminen. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 129 (7), 778-779. Viitattu 1.11.2024. <https://www.duodecim-lehti.fi/duo10916>.

Metcalf, Peter. 2018. *Antropologia: johdatus perusteisiin*. Helsinki: Gaudeamus.

Mian, R. & Rejnö, Å. 2024. The meaning of culture in nursing at the end of life - an interview study with nurses in specialized palliative care. *BMC Palliative Care* 23: 166.

Northam, H., Hercelinskyj, G., Grealish, L. & Mak, A. 2014. Developing graduate student competency in providing culturally sensitive end of life care in critical care environments - A pilot study of a teaching innovation. *Australian Critical Care* 28, 189-195.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 30.1.2025. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>.

Papadopoulos, Irene. 2006. The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. Teoksessa: Papadopoulos Irene (toim.) *Transcultural Health and Social Care. Development of culturally competent practitioners*. Lontoo: Churchill Livingstone Elsevier. 7-24.

Rising, M. 2017. Truth Telling as an Element of Culturally Competent Care at End of Life. *Journal of Transcultural Nursing* Vol. 28 (1), 48-55.

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Juntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T., Forsius, P. 2022. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Viitattu 2.10.2024. <https://www.julkari.fi/handle/10024/144065>.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus?: Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Opetusjulkaisu 62. Vaasa: Vaasan yliopisto. Viitattu 14.10.2024. https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Shabnam, J., Timm, H., Nielsen, D. & Raunkiaer, M. 2022. Palliative Care Utilization Among Non-Western Migrants in Europe: A Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health* (24), 237-255.

Shabnam, J., Timm, H., Nielsen, D. & Raunkiaer, M. 2024. Palliative Care Utilisation Among Non-Western Migrants in Denmark: A Qualitative Study Of the Experiences of Patients, Family Caregivers and Healthcare Professionals. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. Vol. 90 (2), 805-833.

Schrank, B., Rumpold, T., Amering, M., Masel, E., Watzke, H. & Schur, S. 2016. Pushing boundaries—culture-sensitive care in oncology and palliative care: a qualitative study. *Psycho-Oncology*. Vol. 26, 763-769.

Sipola, V. 2013. Kuolevan sielunhoito. Teoksessa: Aalto, Kirsi (toim.) Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja, 41-60.

Terveyskylä 2025. Palliatiivinen talo. Viitattu 26.9.2024. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo>

THL 2022. MoniSuomi 2022 ilmiöraportti. Syrjintäkokemukset. Viitattu 3.5.2025. <https://repo.thl.fi/sites/monisuomi/monisuomi22/ilmiot/syrjintakokemukset.html>

THL 2024a. Kulttuurisensitiivinen työote. Viitattu 16.12.2024. <https://thl.fi/aiheet/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/tyon-tueksi/hyvia-kaytantoja/kulttuurisensitiivinen-tyoote>

THL 2024b. Intersektionaalisuus ja sukupuoli. Viitattu 20.4.2025. <https://thl.fi/aiheet/sukupuolten-tasa-arvo/sukupuoli/intersektionaalisuus-ja-sukupuoli>

Tilastokeskus 2024. Vieraskielisten määrä ylitti 600 000 henkilön rajan vuoden 2024 aikana. Viitattu 6.4.2024. <https://stat.fi/julkaisu/cm1jg8tr20lco07vwvoif9s6j>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Uudistettu laitos.

Ullgren, Ulla. 2019. Rituaalit ilmaisevat sen, mille ei ole sanoja - monikulttuurinen kuolema. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2019 135 (3), 312-313. Viitattu 29.3.2025. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14757>

Williams, R. 1999. Cultural Safety-What Does It Mean For Our Work Practice? Australian and New Zealand Journal of Public Health. Huhtikuu 23 (2), 213-214.

Viitala, A. 2024. Potilaan ja hänen läheistensä tukeminen palliatiivisen hoidon aikana. Sairaanhoidajan käsikirja. E-kirja. Helsinki: Duodecim Terveysportti.

World Health Organization (WHO) 2020. Palliative care. Viitattu 5.3.2025.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Vuori, J. 2012. Laadullinen sisällönanalyysi. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Tampere: Tampereen Yliopisto. Viitattu 12.1.2025. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus>.

Väänänen, M. 2023. Kuolevan potilaan ravitsemus ja ruokailu. Sairaanhoidajan käsikirja. E-kirja. Helsinki: Duodecim Terveysportti.

9 Liitteet

Liite 1: Opinnäytetyössä analysoidut artikkelit

Nro	Tekijät, vuosi ja maa	Tarkoitus	Otos, aineisto ja analyysi	Päätulokset
A1	Chi, Cataldo, Ho & Rehm. 2018. Yhdysvallat.	Selvittää kiinalaisamerikkalaisille ikäihmisille sopivinta tapaa ja ajoitusta keskustella palliatiivisen ja saattohoitovaiheen hoidosta ja potilaan toiveista ja tarpeista siihen liittyen	Semistrukturoidut haastattelut 14 ikäihmistä, 9 heidän lastaan, 7 hoitajaa Analyysi tehtiin etnografisella menetelmällä	Optimaalinen ajoitus loppuvaiheen hoidosta keskusteluun löydettiin kolme optimaalista ajoitusta: 1) triggeröivien elämäntapahtumien yhteydessä, 2) terveydentilassa tapahtuvien muutosten yhteydessä tai 3) potilaiden saavutettua tietyn, korkean iän.
A2	Khosla, Washington & Regunath. 2016. Yhdysvallat.	Tarkastella vakavasti sairaiden eteläaasialaisten potilaiden kivunhoitoon liittyviä asenteita ja niihin vaikuttavia tekijöitä terveyshuollon ammattilaisten näkökulmasta	Yksilö- ja kohderyhmähaastattelut, 57 terveydenhuollon ammattilaista	Lääkkeelliseen kivunhoitoon liittyi paljon ennakkoluuloja niin eteläaasialaisten potilaiden kuin heidän omaistensa keskuudessa, mikä johti usein kivunhoidosta kieltäytymiseen.
A3	Mian & Rejnö. 2024. Ruotsi.	Tarkastella hoitajien näkemyksiä kulttuurin merkityksestä osana palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa.	Semistrukturoidut haastattelut, 12 hoitajaa. Analyysi tehtiin induktiivisella sisälönanalyysillä.	Näkemyksistä löydettiin kaksi pääkategoriaa 1) kulttuurin vaikutuksen tiedostaminen hoitotyössä ja 2) kulttuurin vaikutus hoitajan omiin asenteisiin ja lähestymistapaan. Näiden alla oli seitsemän alaluokkaa.
A4	Green, Jerzmanowska, Green & Lobb. 2018. Australia.	Selvittää hoitajien kokemuksia kulttuuritaustaan erilaisten	Kohderymähaastattelut, 28 hoitajaa	Aineistosta nousi esiin viisi teemaa. 1) diagnoosista ja prognoosista kommunikoinnin säännöt, 2) kielelliset haas-

		potilaiden palliativisesta hoidosta	Analyysi laadullinen sisällyksenalyysi	teet, 3) maahanmuuttajataustan tiedostaminen osana luottamuksen rakentamista, 4) potilasturvallisuuden ja mukavuuden välinen tasapainottelu, 5) rituaalien ja vakaumuksen huomioiminen osana hyvää kuolemaa ja 6) hyvien suhteiden luominen omaisiin priorisoiden kuitenkin potilaan omaa tahtoa ja toiveita.
A5	Shabnam, Timm, Nielsen & Raunkiaer. 2024. Tanska.	Selvittää potilaiden, omaisten ja hoitajien eilänsimaalais-taustaisten perheiden palliativiseen hoitoon liittyviä kokemuksia	Semistrukturoidut yksilö- ja kohderyhmähaastattelut, 8 potilasta, 11 omaista ja 10 hoitajaa. Analyysi tehtiin teemoittelulla.	Aineistosta nousi esiin kolme teemaa. 1) Kommunikaatio omaisten ja hoitajien välillä, 2) luottamuksen rakentaminen ja luottamuksen puuttamiseen liittyvät haasteet ja 3) tiedonsaantiin palliativisesta hoidosta ja siihen liittyvät haasteet
A6	Schrank, Rumpold, Amering, Masel, Watzke & Schur. 2016. Itävalta.	Selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia ja ymmärrystä kulttuuritaustan vaikutuksesta syöpäpotilaiden palliativisessa hoidossa.	Semistrukturoidut haastattelut, 21 hoitoon osallistuvaa henkilöä. Analyysi tehtiin teemoittelulla.	Aineistosta nousi esiin neljä teemaa. 1) kulttuurispesifiset erot, 2) oletetut syyt eroille, 3) multikulttuurisen hoitotyön seuraukset ja 4) kulttuurisen-sitiivisen hoitotyön työkalut
A7	Brooks, Manias & Bloomer. 2022.	Selvittää kulttuuritaustaltaan erilaisten, tehosastolla kuolleiden potilaiden omaisten saamaa tukea ja hoitoon osallistamista kulttuurisensitiivisyyden näkökulmasta.	Aineistona neljällä tehosastolla kuolleiden potilaiden terveystiedot sairaalan järjestelmästä. Yhteensä 430 potilaan tiedot. Analyysi tehtiin kvantitatiivisella menetelmällä.	Aineistosta voitiin todeta, että kulttuurisensitiivisen hoidon ja kulttuuritaustaltaan erilaisten potilaiden kulttuuristen tarpeiden ja toiveiden dokumentointi on hyvin puutteellista tai sitä ei ainakaan tehdä systemaattisesti.

A8	Liu, Ma, Chen, Geng, Xi, McClement & Guo 2021. Kiina.	Tarkastella arvokkuuden merkityksiä elämän loppuvaiheen hoidossa potilaiden ja omaisten näkökulmasta.	Aineistona 15 palliatiivisen potilaan ja 10 omaisen semistrukturoidut haastattelut Pekingissä sijaitsevassa sairaalassa. Analyysitapana temaattinen analyysi.	Arvokkuuden neljä ulottuvuutta nimettiin 1) kulttuurisesti erityiset arvokkuuden ilmentymät, 2) yksilöön liittyvä arvokkuus, 3) perheeseen liittyvä arvokkuus ja 4) hoitoon liittyvän arvokkuus, ml. hoidon laatu ja potilaalle osoitettu kunnioitus
----	---	---	--	--

Liite 2: Esimerkkejä aineiston alkuperäisilmaisuista liittyen kulttuurisensiitiviseen kommunikatioon

”Chinese cultural superstition that death-related discussions can bring bad luck, has been reported”
A1

Older chinese americans were more engaged in intrafamilial communication than patient-provider communication with regard to EOL (end-of-life). No older chinese american voluntarily initiated an EOL (end-of-life) care discussion with his/her HCP (health care provider). A1

God and religion had a great influence behaved and talked about death. Some considered it taboo to talk about death and illness. A3

We want to talk about death, but it is not we who decide when death will happen, it is God. Then there can be a bit of a clash in the conversation there. A3

Certain terms were used, such as referring to disease rather than cancer or employing the term supportive rather than palliative care in describing their role. A4

“ if I am happy, all of them will laugh, and the room is full of happiness, so I seldom show my sadness to my family.” A8

‘I’m frightened, but who do I tell? If I let her know that I’m suffering so much, she (wife) may panic. So no one I can talk to but I can deal with that at the moment.” A9

“I hide information from my father [...] the doctors give a lot of information; if the doctor says something severe, I try avoid that and say something else. So he does not get scared.” A5

”A lot of people that have been through a lot of interviews throughout the wars and after the war and then to this country, they’ ve been through so many interviews and when you say okay let’s go to the room for an interview, they’re frightened.” A4

Liite 3: Esimerkkejä aineiston alkuperäisilmaisuista liittyen kulttuuriset uskomukset huomioivaan kivunhoitoon

Providers perceived that underlying this concern was an association between administering medications for pain relief with patients approaching the end of life as "Morphine equals death". A4

Some patients and family members believed that being brave and enduring pain were vital to dignity. A8

Stoicism, described in this context as the valued cultural norm of enduring pain without complaint, was commonly cited as a norm. A2

Belief that reporting pain is weakness arose several times. A2

"Even if you do explain (pain scales) to them, they have some kind of embarrassment or feeling that they are weakling if they express the true pain level." A2

"The biggest challenge was trying to administer morphine..he was in severe pain and he kept stating that he doesn't want to be an addict, because in his culture he believed that taking narcotics was a bad thing." A2

Karma (suggests that pain is) punishment for sins in the previous birth, so they think pain is something to grin and bear rather than extinguish. A2

"There is overall a minimalistic attitude towards medication generally and that I think carries over to pain meds as well". A2

"In that culture morphine is considered a drug and as religious people and believers they do not want to except the pain relief." A3

"In other cultures morphine is associated with something given to hasten death. Therefore, patients and relatives do not want morphine to be given." A3

Liite 4: Esimerkkejä aineiston alkuperäisilmaisista kuolemaan liittyvien tapojen mahdollistamisesta

Food was observed to be an important element of care with family members often providing home cooked meals for patients as “food equals love”. A4

Clinicians documented strategies used to facilitate patient and family member cultural and religious wishes before and after patient death, including performing specific religious customs, prayers and blessings” A7

“They (family) have expressed wishes for his body to not to be touched for 8 hours post cardiac death - monk present.” A7

Some family members wished for repatriation of the deceased patient’s body to their country of origin. A7

Extensive family systems of migrants with large groups of visitors were a pervasive theme. A6