



Osaamista  
ja oivallusta  
tulevaisuuden  
tekemiseen

Eevi Haverinen, Auri Kiiski

# Kulttuuri geriatrisessa hoitotyössä Pohjoismaissa ja Aasiassa

Kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala  
Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma  
Opinnäytetyö  
23.10.2020

Tekijä(t) Otsikko	Eevi Haverinen, Auri Kiiski Kulttuuri geriatrisessa hoitotyössä Aasiassa ja Pohjoismaissa: Kirjallisuuskatsaus
Sivumäärä Aika	32 sivua + 2 liitettä 23.10.2020
Tutkinto	Sosiaali- ja terveystieteiden
Tutkinto-ohjelma	Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja (AMK)
Ohjaaja(t)	Eila-Sisko Korhonen, lehtori, FT, THM, SHO, ESH
<p>Kun väestön ikääntyminen, maahanmuutto ja maastamuutto lisääntyvät, terveydenhuoltojärjestelmien maailmanlaajuisesti on sopeuduttava monikulttuurisempaan ikääntyneiden ryhmään. Tämä konkretisoituu erityisesti maiden, kuten Suomen ja Singaporen kohdalla. Tämän vuoksi kulttuurinen kompetenssi on kyky, jota jokaisen sairaanhoitajan tulisi tavoitella mahdollistaakseen tasavertaista ja laadukasta hoitoa kaikille.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata kulttuurin vaikutusta geriatriseen hoitotyöhön Pohjoismaissa ja Aasiassa. Tavoite on tuottaa tietoa aasialaisen ja pohjoismaisen kulttuurin vaikutuksesta geriatriseen hoitotyöhön, ja näiden hoitokulttuurien eroavaisuuksista. Tekemällämme kahdella tiedonhaulla valitsimme 28 tutkimusartikkelia, jotka käsittelivät geriatrista hoitoa Pohjoismaissa ja isossa osassa Aasian maita. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Analyysivaiheessa aineiston ilmaisut pelkistettiin ja ryhmiteltiin ala-, ylä- ja pääluokkiin. Kolmeksi pääkategoriaksi muodostuivat eettisyys geriatrisessa hoitotyössä, geriatrinen hoitotyö yhteiskunnallisesta näkökulmasta ja geriatrista hoitotyötä valloittavat asenteet. Yläluokkiin kuuluvat itsemääräämisoikeus, asiakaslähtöisyys, potilaiden, omaisten ja ammattilaisten kokemukset geriatrisesta hoitotyöstä, asenteet yhteiskunnassa ikääntymiseen ja geriatriseen hoitotyöhön, uskonto, resurssit, terveyshaasteet, organisaatiokulttuuri ja politiikka sekä perheen rooli ikääntyneen hoidossa. Tuloksista kävi ilmi useita yhtenäisyyksiä Pohjoismaiden ja Aasian hoitokulttuureissa. Näihin kuuluvat esimerkiksi perheen rooli hoidossa ja asiakaslähtöisyys geriatrisessa hoitotyössä. Toisaalta huomattavia eroja liittyi itsemääräämisoikeuden toteutumiseen geriatrisessa populaatiossa sekä uskonnon rooliin hoidossa. Kaikki kategoriat olivat sidoksissa jokaisen maan kulttuuriin, ja niillä oli suuri vaikutus siihen, miten ikääntyneiden hoitoa toteutettiin, ja miten se koettiin.</p> <p>Kun sairaanhoitajat saavat parempaa ymmärrystä kulttuurin vaikutuksesta hoitotyöhön ja erityisesti geriatriseen hoitoon, voivat he toteuttaa tehokasta, kulttuurisesti sensitiivistä hoitoa, jossa otetaan huomioon potilaan toiveet, halut ja uskomukset. Tämän tuloksena annetun hoidon laatu voi nousta merkittävästi, ja hoitajat voivat osallistua terveyden ja onnellisuuden edistämiseen ikääntyneiden populaation keskuudessa.</p>	

Avainsanat	Ikääntyneet, kulttuuri, hoitotyö, monikulttuurisuus, geriatrinen
------------	--

Author(s) Title	Eevi Haverinen, Auri Kiiski Culture in geriatric nursing in Asia and the Nordic countries: A literature review
Number of Pages Date	32 pages+ 2 appendices 23 October 2020
Degree	Nursing
Degree Programme	Bachelor of Health Care
Specialisation option	Nursing and Health Care
Instructor(s)	Eila-Sisko Korhonen, Supervisor, PhD, MNSc, RN
<p>With rapidly aging populations and increasing immigration and emigration, healthcare systems around the world are having to adapt to a more multicultural, elder patient demographic. This is especially true in countries like Finland and Singapore. That being said, cultural competence is an attribute more and more nurses will need to display in order to provide quality, equal care to all.</p> <p>The purpose of this bachelor's thesis is to describe the effects of culture on geriatric nursing in the Nordic countries and Asia. The aim was to produce information regarding the effect of Asian and Nordic culture on geriatric care, respectively, and to compare the care cultures between the two. Two data searches yielded 28 research articles pertaining to geriatric care in various countries within northern Europe and a vast portion of Asia. An inductive content analysis was performed.</p> <p>During the analysis process, text answering the research question was condensed and grouped by content into subcategories, categories and main categories. Three main categories were formed; ethics in geriatric nursing, a societal point of view on geriatric nursing and attitudes toward geriatric nursing. Categories that fell under the main categories included self-determination, patient-centered care, patient and professional experiences of geriatric nursing, societal view on aging, religion, resources and the role of family in care. The results showed many similarities in the nursing cultures of Asia and the Nordic countries. These comprised of the role of family in care and patient-centered care approaches, to name a couple. On the other hand, noticeable differences applied to self-determination in the geriatric population as well as the role of religion in geriatric care. Overall, the mentioned categories were rooted in the culture of each country and had a profound impact on how geriatric nursing was administered and experienced.</p> <p>With a better understanding of the cultural dynamics that are at play in all aspects of nursing, especially geriatrics, nurses can provide efficient, culturally sensitive care that considers every patient's hopes, wants, and beliefs. As a result, the quality of care given can significantly increase and nurses can do their part in promoting health and wellbeing in the geriatric population.</p>	

Keywords	Geriatric, culture, nursing, elder care, multicultural
----------	--

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Keskeiset käsitteet	2
2.1	Kulttuuri	2
2.2	Hoitokulttuuri ja hoitaminen	3
2.3	Organisaatiokulttuuri	4
2.4	Hoitotyön eettisyys	4
2.5	Ikääntyminen	5
3	Aikaisempaa tutkimustietoa kulttuurin vaikutuksesta ikääntyneiden hoitoon	5
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	8
5	Opinnäytetyön aineisto ja menetelmät	8
5.1	Opinnäytetyön menetelmä - Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	8
5.2	Aineiston haku ja valinta	9
5.3	Aineiston analysointi – Induktiivinen sisällönanalyysi	11
6	Tulokset	14
6.1	Hoitotyötä ohjaavat eettiset periaatteet geriatrisessa hoitotyössä	14
6.1.1	Itsemääräämisoikeuden toteutuminen geriatrisessa hoitotyössä	14
6.1.2	Asiakaslähtöisyys geriatrisessa hoitotyössä	15
6.2	Geriatrinen hoitotyö yhteiskunnallisesta näkökulmasta	16
6.2.1	Perheen rooli ja merkitys geriatrisessa hoitotyössä	16
6.2.2	Hoitotyön resurssit	17
6.2.3	Haasteet ikääntyneiden terveydessä	19
6.2.4	Uskonnon rooli geriatrisessa hoidossa	20
6.2.5	Politiikan ja organisaatiokulttuurin vaikutus geriatriseen hoitoon	20
6.3	Geriatrista hoitotyötä valloittavat asenteet	21
6.3.1	Potilaskokemukset ja omaisten kokemukset geriatrisesta hoitotyöstä	21
6.3.2	Ammattilaisten kokemukset geriatrisessa hoidossa	24
6.3.3	Asenteet yhteiskunnassa ikääntymiseen	25
6.3.4	Asenteet yhteiskunnassa geriatriseen hoitotyöhön	25
7	Pohdinta	26

7.1	Luotettavuus	26
7.2	Eettisyys	28
7.3	Tulosten merkittävyys	28
7.4	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	28
7.5	Tulosten hyödyntäminen	32
	Lähteet	33
	Liitteet	
	Liite 1. Analyysiviitekehys	

## 1 Johdanto

Etenkin taloudellisesti menestyvissä maissa on nykypäivänä havaittavissa maailmanlaajuinen muutos väestön ikäjakaumassa; väestön keskimääräinen ikä kasvaa, kun syntyvyys laskee ja suuret ikäpolvet siirtyvät työelämästä eläkkeelle (Loi – Kuang – Yam – Ayub – Yeoh 2018: 374). Saman muutoksen voi huomata myös Suomessa, missä 65-vuotiaiden määrän uskotaan kasvavan jopa 28,2:n prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Jo pelkästään tämä herättää huolen vanhustenhoitopalveluiden resurssien laadusta ja riittävydestä. (Schleutker 2013: 425.)

Samaan aikaan nykyiselle yhteiskunnalle on ominaista kasvava globalisaatio. Kun maa- ja maastamuutto lisääntyvät kasvavaa vauhtia, muuttuu maailma entistä monikulttuurisemmaksi. Näin myös monikulttuurisen hoitotyön merkitys korostuu entisestään. Monikulttuurinen, tai maailmalla laajemmin käytetty termi ”transkulttuurinen” hoitotyö, määritellään eri kulttuurien tai etnisten yhteisöjen parissa tapahtuvana hoitotyönä, ja sen tavoitteena on ”erilaisuuden kunnioitus, tasa-arvoisuus ja yhdenvertaisuus”. (Abdelhamid – Juntunen – Koskinen 2010: 18–19; Wikberg – Eriksson 2008: 485.) Tämän toteuttaminen vaatii hoitajilta kulttuurista kompetenssia eli kykyä toimia tehokkaasti potilaansa kulttuurisessa kontekstissa yksilö-, perhe- ja yhteisötasolla (Abdelhamid ym. 2010: 32–33). Tämä puolestaan vaatii hoitohenkilökunnalta kulttuuritietoisuutta ja kulttuurin tuntemusta. Esteenä laadukkaalle monikulttuuriselle hoidolle voi olla potilaan ja hoitajan yhteisen kielen puute, potilaan aiemmat kielteiset kokemukset terveydenhuollosta sekä tiedon puute erilaisista käytännöistä tai esimerkiksi uskonnon merkityksestä. Sairaanhoidajien ei tarvitse tietää kaikkea potilaan kulttuurista, mutta on tärkeää, että heillä on jonkinlainen tieto ja ymmärrys siitä, miten potilas näkee saamansa hoidon ja avun tarpeen. (Hemberg – Vilander 2017: 823.) Onkin todettu, että 2000-luvulla sairaanhoitajakoulutuksessa ei ole riittävästi opetusta kulttuurien tuntemuksesta ja huomioimisesta hoitotyössä (Wikberg – Eriksson 2008: 485).

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata kulttuurin vaikutusta geriatriseen hoitoon Pohjoismaissa ja Aasian maissa, joissa on tuoreen tutkimustiedon valossa huomattavissa kasvavaa väestön ikääntymistä. Aiemman tutkimuksen pohjalta selvitetään, minkälaista geriatrinen hoitotyö on näissä molemmissa kulttuureissa, ja minkälaisia arvoja ja asenteita sekä hoitohenkilökunnalla että ikääntyneillä on terveydenhuoltoa kohtaan. Geriatriasta hoitoa tarkastellaan erilaisissa hoitoympäristöissä, joihin kuuluvat kotihoito, laitoshoido ja

palveluasuminen sekä tuettu asuminen. Maat, joita tutkimusaineisto koskee, ovat Aasian osalta Keski- ja Etelä-Aasian maita ja Pohjoismaiden osalta Suomi, Ruotsi ja Norja. Opinnäytetyön tavoite on tuottaa tietoa aasialaisen ja pohjoismaisen kulttuurin vaikutuksesta geriatriseen hoitoon ja näiden hoitokulttuurien eroavaisuuksista. Tämän kautta toivotaan, että voitaisiin lisätä hoitajien- ja hoitajaopiskelijoiden kulttuuritietämystä, ja näin edistää monikulttuurisen ja potilasta kunnioittavan hoitotyön toteutumista. Opinnäytetyö on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun, singaporelaisen Hovi Care-projektin ja singaporelaisen ammattikorkeakoulun yhteistä MANPIT-hanketta, jonka tavoitteena on lisätä resursseja ja osaamista ja luoda uusia innovaatioita geriatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyön esitellään PowerPoint-esityksen muodossa yhteisessä verkkoseminaarissa singaporelaisten opiskelijoiden kanssa 29.10.2020. Lisäksi hyväksytty opinnäytetyö julkaistaan Theseus-tietokannassa.

## **2 Keskeiset käsitteet**

Seuraavassa osiossa käydään läpi opinnäytetyön aiheelle olennaisia käsitteitä.

### **2.1 Kulttuuri**

Kulttuuri on määritelmänä todella moninainen ja vaikeasti selitettävä. Se sisältää monia eri tarkoituksia, jotka voivat muuttua ajan kuluessa. Se korostaa filosofisia kysymyksiä vapauksesta, päätöksenteosta, muutoksesta ja identiteetistä. (Rytterström – Cedersund – Arman 2009: 690.) Kulttuuriin liittyvät arvot ja asenteet, jotka kulttuurin jäsenet omaksuvat. Nämä omaksutut arvot ja asenteet ohjaavat henkilön maailmankatsomusta ja kanssakäymistä toisten kanssa. Kulttuuria on kuvattu myös liimana, joka pitää yhteiskuntaa kasassa. (Nakrem 2015: 1–2.)

Kulttuurin määrittelemisen voidaan jakaa kahteen osioon; siihen, mitä kulttuuri on sekä siihen, mitä se saa aikaan. Kulttuuri on saman ryhmittymän sisällä elävien ihmisten jaettu sisäistävä ja omaksuma käsitys siitä, miten he kokevat ympäröivän maailman. Tämä käsitys perustuu ryhmän käytettävissä oleviin kognitiivisiin, emotionaalisiin ja materialistisiin resursseihin, ja sen tavoitteena on ryhmän ja sen yksilön selviytyminen ja hyvinvointi. Kulttuuri on dynaamista ja moniulotteista, joten se muovautuu jatkuvasti ryhmän jäsenten ja osaltaan myös ympäristön toimesta. Se tarkoittaa opittua ajattelutapaa, arvoja, asenteita ja käyttäytymismallia, jotka ohjaavat ihmisen toimintaa tavoitteenaan sel-



viytyminen. Kulttuurista ihminen oppii tietynlaisen tavan toimia sosiaalisissa ympäristöissä. Näin ihminen oppii myös tavan, jolla luoda turvan tunnetta ja ymmärtää maailmaa. Kulttuuri vaikuttaa olennaisesti myös yhteisön terveystottumuksiin, käsitykseen terveydestä sekä yleiseen vallitsevaan terveydentilaan. (Kagawa Singer – Dressler – George 2016: 242–243; Locsin 2001: 2.)

## 2.2 Hoitokulttuuri ja hoitaminen

Hoitokulttuurilla tarkoitetaan yhteisön kehittämää tapaa tarjota hoitoa sitä tarvitseville. Ihmisluontoon kuuluva toisesta ihmisestä välittäminen, joka ylläpitää elämän jatkuvuutta, on universaalia, mutta sen lisäksi eri yhteisöissä elävät ihmiset kehittävät siihen omat tapansa ja käytäntönsä ja rakentavat oman tietoperustansa. Tämä pohjautuu yhteisössä vallitsevaan kulttuuriin. (Michel – Lenardt – Willig – Alvarez 2015: 344.) Hoitaminen, joka käsitteenä liittyy olennaisesti hoitokulttuuriin, määritellään kärsimyksen lievittämisenä, jota toteutetaan rakkauden, toivon ja lähimmäisen rakastamisen kautta. Se on yhteyttä potilaan ja hoitajan välillä ja ihmissuhde, joka on tasavertainen, mutta jossa hoitajalla on suurempi vastuu. Se kumpuaa ihmisen inhimillisyydestä ja halusta auttaa. Se on myös hoitotoimenpiteitä, ja sen tavoite on hyvinvoinnin ylläpitäminen ja edistäminen sekä ihmisarvon kunnioittaminen. Hoitamista ja kulttuuria ei voi erottaa toisistaan, sillä hoitaminen on osa kulttuuria. Se on aina transkulttuurista, sillä jokainen potilas ja hoitaja toimivat oman kulttuurinsa edustajina. Hoitamista esiintyy jokaisessa kulttuurissa, mutta se, miten sitä toteutetaan, voi vaihdella. Hoitamiseen liittyvät myös erilaiset sosiaaliset rakenteet, kuten hallinnolliset, poliittiset ja koulutukselliset rakenteet, jotka ovat kulttuurin tuottamia. (Wikberg – Eriksson 2008: 485, 489–492.)

Hoitokulttuuri määritellään myös monimutkaisena kokonaisuutena, jonka sisältö ja tarkoitus mukautuvat sen mukaan, miten yksilö sen tulkitsee, ja minkälaisen merkityksen yksilö sille antaa. Hoitokulttuuria pidetään tavoiteltavana asiana, ja johtohenkilöiden mainitaan vaikuttavan huomattavasti sen muotoutumiseen. Perinteet ja arvot, jotka osin juontuvat kulttuurisesta taustasta, ovat sidoksissa hoitokulttuurin muodostumiseen. Hoitokulttuuri voi joko olla mahdollistamassa hyvää hoitoa tai olla sille esteenä. (Rytterström – Cedersund – Arman 2009: 690–691, 696–697.) Myös terveydenhuoltojärjestelmää voidaan kutsua paikalliseksi kulttuuriseksi systeemiksi, jonka sisäinen rakenne perustuu yhteisössä vallitsevaan asiantuntevuuteen ja perinteisiin. Siihen kuuluu yksilöiden oppi-

mat terveystottumukset- ja tavat sekä terveydenhuollon tarjoama ja levittämä tieto taudista ja niiden hoidosta sekä terveydenhoitotavoista ja uskomuksista. (Michel ym. 2015: 344.)

### 2.3 Organisaatiokulttuuri

Hoitokulttuuria tarkastellessa on otettava huomioon myös hoitoalan käytäntöjä osaltaan määrittävä organisaatiokulttuuri. Tässä kontekstissa organisaatiokulttuuri määritellään yhteisten arvojen kokoelmaksi, joka määrittelee työpaikan normit, kuten sen, mitä asioita pidetään tärkeinä. Tähän kuuluvat esimerkiksi asianmukaiset asenteet ja käyttäytymistavat. Nämä tekijät ohjaavat jokaisen työyhteisön jäsenen asenteita ja käyttäytymistä. Organisaatiokulttuuri perustuu siis erilaisiin arvoihin, normeihin ja uskomuksiin sekä omaksuttuihin tapoihin ja sääntöihin, joiden perusteella ihmiset määrittelevät itseään ryhmän jäsenenä. (Nakrem 2015: 2.) Tutkimukset osoittavat, että ryhmän sisäisten arvojen yhtenäisyys johtaa työtyytyväisyyteen, työpaikkaan sitoutumiseen, ihmisten väliseen luottamukseen ja parempaan suorituskykyyn. Toisaalta arvojen epä johdonmukaisuus voi johtaa esimerkiksi konflikteihin, loppuun palamiseen ja henkilökunnan vaihtuvuuteen. Hoitotyössä organisaatiokulttuuri liittyy myös hoitotyöntekijöiden havaitsemaan hoidon laatuun. Turvallinen ja huolehtiva työpaikkakulttuuri on välttämätön arvokkuuden, hyvinvoinnin ja terveyden kokemiselle sekä potilaille, että henkilöstölle. (Råholm – Heggdal 2017: 84–85, 87–88.)

### 2.4 Hoitotyön eettisyys

Hoitotyö on monitieteellinen ala, joka osallistuu terveyden edistämiseen ja ylläpitoon. Sen tarkoitus on ehkäistä sairauksia ja lievittää kärsimystä. Teknisen tiedon ja taidon lisäksi sairaanhoitajan on jatkuvasti arvioitava ja kehitettävä omaa osaamistansa sekä sitouduttava eettiseen toimintaan. Eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan on kohdeltava jokaista potilasta arvokkaana ihmisenä ja otettava huomioon tämän yksilön arvot, tavat ja vakaumukset. Sairaanhoitajan eettiseen toimintaan liittyy myös itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Tällöin hoitajan on mahdollistettava potilaan osallistumista hänen hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon. (Silva – Freire – Vasconcelos – Silva Jr – Silva – Araújo – Eloy 2018: 3–10; Suomen sairaanhoitajaliitto 1996.)

## 2.5 Ikääntyminen

Geriatrinen hoitokulttuuri saa paljon vaikutteita siitä, miten sen jäsenet kokevat ikääntymisen. Siihen liittyvät asenteet pohjautuvat ikääntymistä koskevasta tietoon ja kokemukseen, joita ovat odotukset, huolet ja tunteet sekä ikääntymiseen liittyvään käyttäytymiseen, johon kuuluvat toiminnot ja päätökset. Asenteet kuitenkin määritellään yksilöllisesti. Jokaisen ihmisen asenne ja näkemys eroavat toisistaan esimerkiksi kulttuurin arvojen mukaan. Ikääntymiseen liittyvä asennoituminen on sidottu myös nykylääketieteen kehitykseen ja ikääntyvän väestön terveystilanteen muutoksiin. Yleinen, vaikkei tosiasioita heijastava ideologia, kuvaa ikääntymistä menetyksen aikakautena. Menetyksen koetaan liittyvän esimerkiksi työelämään, terveyteen, liikkuvuuteen, päätöksentekoon, vapaa-ajan viettoon, perheeseen ja seksuaalisuuteen. Ikää voidaan pitää heikkoutena eikä vahvuutena. On kuitenkin empiiristä tutkimustietoa, jonka perusteella subjektiivisessa hyvinvoinnissa tai elämään tyytyväydessä ei tapahdu ikään liittyvää laskua fyysisen terveyden laskusta huolimatta. (Janeckova – Dragomirecka – Holemrova – Vankova 2013: 65–71.)

## 3 Aikaisempaa tutkimustietoa kulttuurin vaikutuksesta ikääntyneiden hoitoon

Opinnäytetyön aiheesta haettiin aikaisempaa tutkimustietoa, joka toimi pohjana uudelle tutkimustiedolle. Aiheeseen liittyvään aikaisemman tutkimustiedon hakuun käytettiin hoitotieteellisiä tietokantoja “Medic” ja “Medline”. Hakusanoina käytettiin seuraavia; “elder”, “gerontological”, “nursing”, “care”, “culture”, “multicultural”, “attitudes”, ja “beliefs”.

Kun kulttuurin vaikutusta geriatriseen hoitotyöhön on tutkittu, on todettu, että hoidon toteuttamisen tavat voivat vaihdella eri kulttuureissa, mutta sen tavoite on kuitenkin aina sama; ihmisarvon kunnioittaminen ja kärsimyksen lievittäminen. Se, miten tämä tuodaan esille, riippuu maan vallitsevassa kulttuurissa ilmenevistä arvoista ja asenteista. Tämä yhteinen tavoite yhdistää hoitokulttuureja maailmanlaajuisesti. Hoitokulttuuri-ilmiön ymmärtäminen vaatii hoitajalta kulttuurista kompetenssia eli pätevyyttä, joka mahdollistaa monikulttuurisen hoitotyön toteutumisen. (Wikberg – Eriksson 2008: 493–494.) Hoitokulttuurin todettiin myös olevan sidoksissa hoidettavien käsitykseen laadukkaasta ja hyvästä hoidosta sekä siihen, minkä merkityksen he loivat hoitolaitokselle (Nakrem 2015: 10). Esimerkiksi Ruotsissa vanhainkoteja on huomattu yhdistävän 4 erilaista suuntausta, jotka vaikuttavat hoitokulttuuriin monissa maan yksiköissä. Näitä ovat asukaskeskeinen, lääketiedekeskeinen, perhekeskeinen ja turvallisuuskeskeinen suuntaus. Tämän lisäksi

jokaisen vanhainkodin todettiin kehittäneen oman yksilöllisen omaleimaisuutensa. (Nakrem 2015: 10.)

Vuonna 2014 julkaistussa artikkelissa tutkittiin, minkälaisia asenteita hoitokodeissa ja kotihoidossa työskentelevillä sairaanhoitajilla on geriatriasta hoitotyötä kohtaan Ruotsissa. Tutkimuksessa selvisi, että geriatrisessa hoidossa työskentelevät sairaanhoitajat pitivät työtään kokonaisvaltaisena ja kunnioittavana. Hoitajien työ oli monipuolista ja itsenäistä, ja perustui pitkälti pitkäaikaisiin suhteisiin potilaisiin. (Carlson – Rämgård – Bolmsjö – Bengtsson 2014: 764, 766.) Geriatrisen hoitotyön luonteella kuvattiin myös monimutkaisena ja vaativana, ja sen todettiin vaativan useiden vuosien aiempaa kokemusta esimerkiksi akuutista hoitotyöstä. Vaikka ammatillinen autonomia oli arvostettua, hoitajat ilmaisivat myös yksinäisyyden tunteita työssään. Tästä voidaan päätellä yhteistyön ja kanssakäymisen työtovereiden kanssa sekä potilassuhteiden rakentamisen olevan hoitajille yhtä tärkeää. (Carlson ym. 2014: 764–765, 766.)

Ruotsalaisten ikääntyneiden käsityksiä ja toivomuksia hoitokulttuurista tutkittaessa esiin nousi erityisesti huumorin, esteettisyyden ja kulttuurin merkitys terveyden ylläpitämisessä. Tämä pitäisi huomioida hoidossa esimerkiksi rohkaisemalla ikääntynyttä vaikuttamaan omaan hoitoympäristöönsä, sen viihtyvyyteen sekä aktiviteetteihin. Tutkimuksessa havaittiin myös erilaisten kulttuurillisten aktiviteettien yllättävän suuri vaikutus ikääntyneiden naisten koettuun terveyteen. Niiden raportoitiin vahvistavan itsetuntoa, vähentävän yksinäisyyden tunnetta ja antavan vahvuutta ja mukavuutta elämään. Tutkimuksen mukaan suuri osa naisista ei kokenut terveyttä vain sairauden puutteena, vaan mahdollisuutena osallistua heille tärkeisiin asioihin tai työskennellä niiden parissa. (Forssén 2007: 228–229, 231–233.)

Vuonna 2009 julkaistu tutkimus vertasi Saudi-Arabian ikääntyneiden potilaiden käsityksiä tärkeimmistä hoitokäytännöistä hoitajien yleisimpiin hoitokäytäntöihin monikulttuurisessa ympäristössä. Tutkimuksessa Saudi-Arabian geriatrisen hoidon hoitokulttuuria kuvailtiin siltä pohjalta, mitä ikääntyneet odottivat terveydenhuollolta. Tutkijat pyrkivät vastaamaan tutkimuskysymyksiin: ”Mitkä ovat potilaiden näkökulmasta tärkeimmät hoitokäytännöt”, ”Kuinka usein hoitohenkilökunta toimii näiden käytäntöjen perusteella?” ja ”Onko potilastoivomuksilla ja hoitajien toteuttamassa hoidossa epä johdonmukaisuuksia?” (Suliman – Welmann – Omer – Thomas 2009: 293–294.) Merkittävimmät tulokset tutkimuksen kannalta paljastivat ikääntyneille potilaille tärkeimmät ja useimmin toteutuvat hoitokäytännöt. Kymmenen tärkeintä toimintaa olivat ikääntyneiden näkökulmasta

kipulääkityksen saaminen tarvittaessa, kunnioittava kohtelu, hellävarainen kohtelu, lääkkeiden saaminen ja toimenpiteiden tekeminen ajoissa, mukavuuden tukeminen esimerkiksi asennonvaihdoin, siisti huone, hyväntuulinen ja rauhallinen hoitaja, ystävällinen ja huomaavainen hoitaja sekä aidosti kuunteleva hoitaja. Näistä toiminnoista potilaiden mielestä toteutuivat useimmin kipulääkkeen saaminen, kunnioittava ja hellävarainen kohtelu, lääkkeiden ja toimenpiteiden oikea ajoitus sekä huoneen siisteys. Lisäksi potilaat listasivat välineiden ja laitteiden käytön osaamisen, lupauksensa pitämisen, intimitietin suojauksen sekä yksilönä kohtelemisen kuuluvan yleisempien käytäntöjen joukkoon. Kymmenen toimintaa, jotka ikääntyneet kokivat vähiten tärkeiksi olivat apu tunteiden käsittelyssä, tiedon anto terveydentilasta, toiminnan kehuminen, aikaisempien kokemusten tärkeyden ymmärtämisen tukeminen, annetun tiedon ymmärtämisen varmistaminen, apu tavoitteiden saavuttamisessa, itsensä esittelemisen, kutsumanimen kysyminen, vieraileminen sekä keskustelu elämästä sairaalan ulkopuolella. Toiminnot liittyen ohjaukseen ja luottamuksen muodostamiseen jäivät ikääntyneiden mielestä vähäisiksi, mutta eivät myöskään olleet heidän mielestään yhtä tärkeitä hoidossa. (Suliman ym. 2009: 295–298.)

”Hoitokulttuuri” -käsitteeseen liittyen Suomessa on tutkittu geriatrisen hoitotyön organisaatiokulttuurin muutosta hoitajien näkökulmasta 1960-luvulta 2000-luvulle. Tutkimuksessa todettiin, että organisaatiokulttuurin muotoutuminen on yhteydessä hoitotyön identiteetin muutokseen, joka puolestaan saa pohjaa hoitotyön arvo- ja tietoperustasta. Tutkimuksessa löydettiin kolme aikakautta, joiden hoitokulttuurit eroavat toisistaan. Ensimmäisenä, mykistävänä aikakautena, hoitokulttuuri perustui Paasivaaran mukaan perinnetietoon ja ulkopuoliseen ohjaukseen, jossa pyrittiin hierarkkisuuden ylläpitoon. Rutiinit olivat tiukat, eikä niistä poikettu. Tämän jälkeen tuli ”tasavertaistava” hoitokulttuuri, jolloin hoitotyön tieto- ja arvoperusta alkoi rakentua. Myös ”vanhainkoti”-käsite syntyi, ja nämä vanhainkodit alkoivat itsenäistyä omiksi organisaatioikseen. Tällöin fokus siirtyi palvelujajatteluun, ja alettiin puhua vanhuksen hoivaamisesta eli huolenpidosta ja avustamisesta sekä kuntouttavasta toiminnasta. Toimintaan tuli mukaan esimerkiksi askartelua ja musiikkihetkiä. Viimeisenä, moniäänisyyden aikakautena, tieteellisyys ja hoitotyön tietoperusta vahvistuivat entisestään, mikä mahdollisti hoitajien vapaamman toimimisen ja yksilöllisyyden kunnioittamisen. Vanhainkotien toiminta alkoi ulottua myös organisaation rajojen ulkopuolelle, ja kulttuurissa alkoi korostua yhteinen tekeminen ja yhteinen päätöksenteko. Myös toiminta laajentui, ja esimerkiksi avopalvelut tulivat osaksi vanhustenhoitoa. (Paasivaara 2005: 109–117.)

## 4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön aiheena on geriatrinen hoitokulttuuri ja sen eroavaisuudet Aasiassa ja Pohjoismaissa. Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata kulttuurin vaikutusta geriatriseen hoitotyöhön Aasiassa ja Pohjoismaissa.

Työn tavoitteena on tuottaa tietoa aasialaisen ja pohjoismaisen kulttuurin vaikutuksesta geriatriseen hoitoon, ja näiden hoitokulttuurien eroavaisuuksista.

Aiheeseen perehdyttiin kaksiosaisen tutkimuskysymyksen kautta; miten kulttuuri näkyy geriatrisessa hoitotyössä

1) Pohjoismaissa?

2) Aasiassa?

Lopuksi saatuja tuloksia vertailtiin keskenään, ja niiden merkittävyyttä arvioitiin Pohdintaosiossa.

## 5 Opinnäytetyön aineisto ja menetelmät

Seuraavassa osiossa esitellään opinnäytetyössä käytetyt tutkimus-, tiedonhaku- ja aineiston analysointimenetelmät.

### 5.1 Opinnäytetyön menetelmä - Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisin menetelmin soveltaen kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmää. Valittu menetelmä, laadullinen tutkimus ja erityisesti kirjallisuuskatsaus, sopivat toteuttamistavoiksi silloin, kun halutaan tuottaa tietoa jostakin olemassa olevasta aiheesta tai teoriasta. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 107.) Työ aloitettiin määrittämällä aiheeseen sopiva tutkimuskysymys, joka yhdessä työn tavoitteen ja tarkoituksen kanssa ohjasi koko opinnäytetyöprosessia ja aineiston keräämistä. Ensin selitettiin opinnäytetyöaiheessa esiintyvät keskeiset käsitteet ja tutustuttiin aiheesta aikaisemmin tehtyyn tutkimukseen keräten aiheeseen liittyvää aineistoa. Sen jälkeen tämän aineiston pohjalta koottiin aiheeseen liittyvä tietoperusta. Aikaisemmassa tietoperustassa ja itse

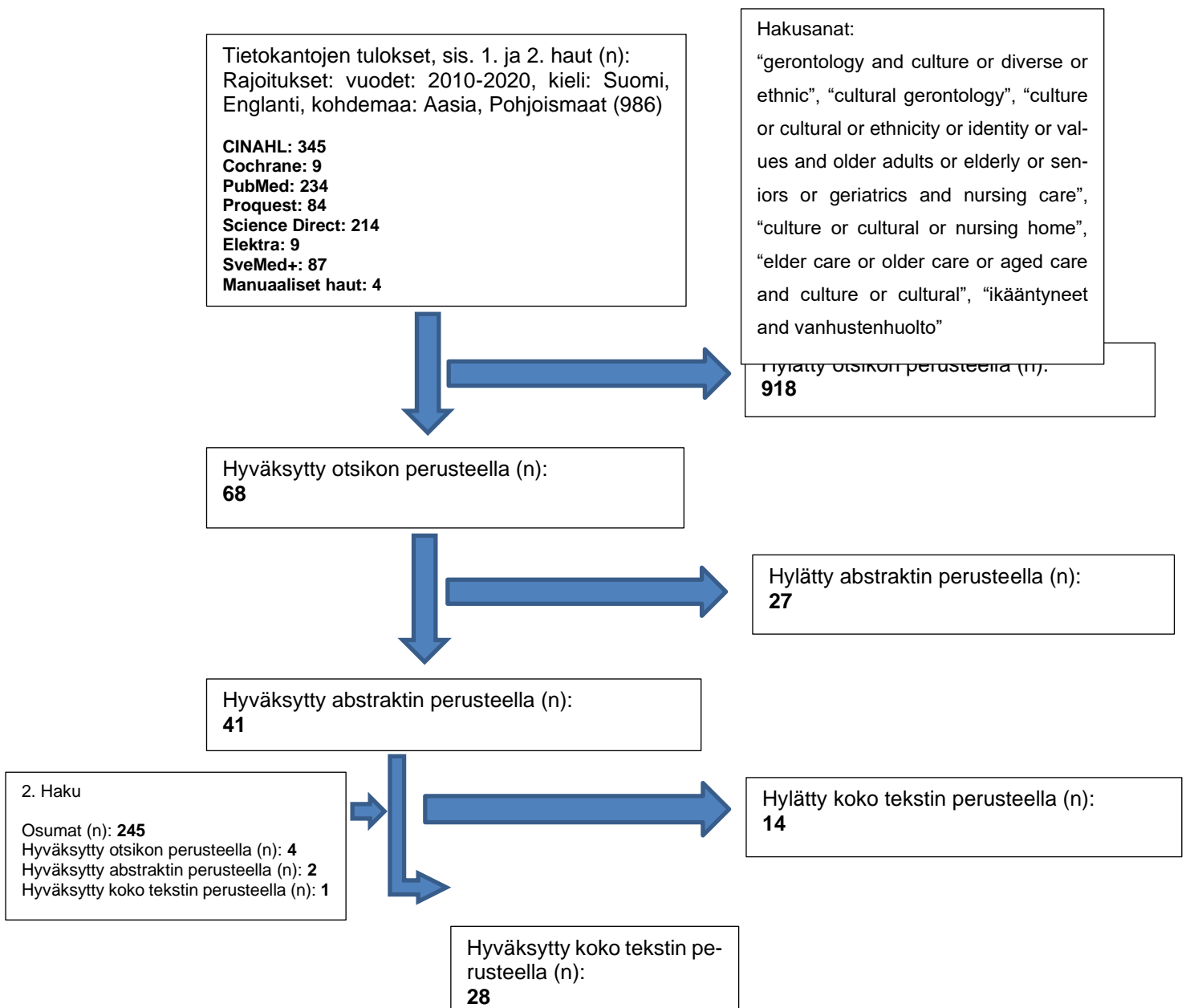
kirjallisuuskatsauksessa käyttämämme aineistot eriteltiin siten, että niitä molempia ei käytettäisi yhdessä.

Tutkimuskysymyksen pohjalta valittiin kirjallisuuskatsaukseen aiheeseen sopivia, mahdollisimman tuoreita tieteellisiä artikkeleita. Aineiston keruu aloitettiin jo opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa tehden harjoitushakuja, joiden kautta löydettyä aineistoa käytettiin myös käsitteiden ja aikaisemman tietoperustan määrittelyssä. Aineiston hakua jatkettiin myös suunnitelmavaiheen jälkeen. Aineistoa valittaessa arvioitiin vastaako aineisto riittävästi tutkimuskysymykseen, ja käsitteleekö se opinnäytetyön aihetta, eli onko se relevanttia aiheemme kannalta. Aineisto valittiin eksplisiittisesti, eli aineiston keruu raportoitettiin järjestelmällisesti ja tarkasti taulukkomuodossa, josta kerrotaan tarkemmin omassa kappaleessaan (Kpl 5.2). Aineisto analysoitiin käyttäen sisällönanalyysia (Kpl 5.3) ja tuloksista raportoitettiin omassa kappaleessaan aihepiiri kerrallaan. Tavoitteena oli löytää merkityksellisiä tuloksia, jotka vastaavat tutkimuskysymykseen. Lopuksi saadut tulokset, eli tutkimuskysymysten vastaukset, esiteltiin omassa luvussaan. Tuloksia ja niiden merkitystä sekä menetelmää ja eettisyyden ja luotettavuuden arviointia pohdittiin IMRED-mallia hyödyntäen. (Kangasniemi – Utriainen – Ahonen – Pietilä – Jääskeläinen – Liikainen 2013: 293–297; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 66,70,177.)

## 5.2 Aineiston haku ja valinta

Opinnäytetyön aineisto koostuu pitkälti aiempien tulosten analysoinnista ja soveltamisesta. Tätä varten laadukkaaseen aineiston keräämiseen on kiinnitetty huomiota. Aineiston keräämiseen käytettiin luotettavia lääke- ja hoitotieteen tietokantoja; Cinahl, Cochrane, PubMed, Proquest, Science Direct, Ovid, SveMed+ ja Elektra, sekä manuaalista tiedonhakumenetelmää. Aineiston haussa huomioitiin mahdollisimman täsmällisten hakusanojen käyttö, joilla löytyi aiheeseen sopivaa tutkimustietoa. Alustavien hakujen hakusanoina käytettiin seuraavia: “culture”, “nursing”, “geriatric nursing”, “attitudes”, ja “beliefs”. Lopulliset varsinaista aineistoa valittaessa käytetyt hakusanat olivat: “gerontology and culture or diverse or ethnic”, “cultural gerontology”, “culture or cultural or ethnicity or identity or values and older adults or elderly or seniors or geriatrics and nursing care”, “culture or cultural or nursing home”, “elder care or older care or aged care and culture or cultural”, “ikääntyneet and vanhustenhuolto”. Luotettavuuden ylläpitämiseksi haut suoritettiin mahdollisimman systemaattisesti, eli toistamalla hakusanoja jokaiseen käytettyyn tietokantaan. Myös hakukriteereitä käytettiin, jotta aineistoon valikoitui vain tuorein, luotettavin ja aiheeseen eniten sopiva tieto. Aineistoon hyväksyttiin tutkimuksia

ainoastaan viimeiseltä 10 vuodelta. Tutkimusten oli oltava tieteellisiä ja tutkimusluonteisia. Aineiston haun tuloksia rajattiin myös sijainnin mukaan, eli vain Pohjoismaista ja Aasiasta tullutta tutkimustietoa käytettiin. Hakukriteerinä oli myös se, että tutkimus oli saatavilla tietokantojen kautta englannin tai suomen kielellä. Haun tuottamat tutkimukset valittiin aineistoon otsikon, abstraktin ja lopuksi itse tekstin perusteella. Mikäli tutkimus vastasi hakukriteereihin ja tutkimuskysymykseen, sisällytettiin sen aineistoon. Aineistoon otettiin niin monta sopivaa tutkimusta kuin mahdollista, jotta aineisto olisi riittävän kattava ja tuloksia voitaisiin pitää luotettavina. Aineistoon valikoitui lopulta 28 tieteellistä tutkimusta, joista valtaosa oli hoitotieteellisiä. Aineisto koostui Pohjoismaiden osalta Norjasta, Ruotsista ja Suomesta peräisin olevista tutkimuksista, ja Aasian osalta Etelä- ja Keski-Aasiasta. Aineiston hakuprosessi on havainnollistettuna alla. (Kuvio 1. Tiedonhaun kuvaaja). (Kangasniemi – Utriainen – Ahonen – Pietilä – Jääskeläinen – Liikanen 2013: 293–297; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 93; Neill 2017: 89–90.)





Kuvio 1. Tiedonhaun kuvaaja

Aineiston valintaan vaikuttavat kriteerit, jotka vaikuttivat joko artikkelin aineistoon sisällyttämiseen tai poissulkuun, on kuvattu taulukossa alla. (Taulukko 1.).

Taulukko 1. Aineiston sisäänottokriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaisuajankohta vuosina 2010-2020	Julkaisuajankohta vanhempi kuin 2010
Artikkeli vastaa tutkimuskysymyksiin 1.1. tai 1.2.	Artikkeli ei vastaa tutkimuskysymyksiin
Kieli englanti tai Suomi	Kieli muu kuin englanti tai suomi
Artikkelissa käsitellään vanhusten hoitotyötä	Artikkelissa käsitellään hoitotyötä yleensä
Artikkeli on tieteellinen ja julkaistu käyttämissämme tietokannoissa	Artikkeli ei ole tieteellinen, eikä se ole saatavilla tietokannoista
Artikkelin kohdamaa/maat, tai maa, jossa tutkimus on tehty, kuuluu Pohjoismaihin tai Aasian maihin	Artikkelin kohdamaa, tai tutkittavana oleva maa on joku muu kuin Aasian maa tai joku Pohjoismaista

### 5.3 Aineiston analysointi – Induktiivinen sisällönanalyysi

Aineiston analysoinnissa sovellettiin induktiivista, eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia, joka soveltuu kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston analysointimenetelmäksi, kun tarkoituksena on kuvailla tutkittavaa ilmiötä sanallisesti ja muodostaa teoreettinen kokonaisuus. Sisällönanalyysissa muodostuu kategorioita, jotka tuovat esille artikkeleissa olevat merkittävät ilmiöt. Aineistosta poimittiin ilmaukset, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Ensin alkuperäisilmaukset kirjoitettiin ylös, ja sen jälkeen ne muokattiin pelkistettyyn muotoon. Tämän jälkeen alkuperäisilmaukset luokiteltiin sisällön samankaltaisiin

suuden mukaan alaluokkiin, jotka nimettiin sisällön mukaan. Alaluokat luokiteltiin puolestaan yläluokkiin, jotka myös nimettiin, ja nämä vielä pääluokkiin. Alla taulukossa näkyvät aineistoista syntyneet luokitukset. (Taulukko 2.). Luokittelussa muodostui myös teoreettisia käsitteitä. Nämä teoreettiset käsitteet auttoivat ala-, ylä- ja pääluokkien nimeämisessä. Tällä luokittelulla pyrittiin saamaan kokoon aineisto, jonka pohjalta voitiin vastata tutkimuskysymyksiin. Tämä toteutettiin taulukkomuodossa, josta on esimerkki alhaalla (Taulukko 3.). Jotta analysoitava aineisto ei paisuisi liian suureksi tai ohittaisi aihetta, aineistosta keskityttiin valitsemaan tarkasti sellaisia sisältöjä, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Koska aineistolähtöisessä sisällönanalysissä on vaarana se, että tutkijan omat ennakkoluulot ja valmis tietopohja vaikuttavat analysointiin, eikä se ole täysin aineistolähtöistä, kiinnittivät tekijät huomiota omiin ennakkokäsityksiinsä. (Kyngäs – Elo – Pölkki – Kääriäinen – Kanste 2011: 139, 146; Tuomi – Sarajärvi 2018: 103–110, 114–115; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 72, 167.)

Taulukko 2. Analyysin pääluokat, yläluokat ja esimerkkejä alaluokista

Alaluokat	Yläluokat	Pääluokat
Potilaan / asiakkaan rooli hoidossa ja päätöksenteossa	Itsemääräämisoikeus	Eettisyys
Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen		
Monikulttuurisuuden huomiointi hoidossa	Asiakaslähtöisyys	
Toimintaa ohjaavat arvot	Arvot	
Asiakkaiden positiiviset kokemukset hoitoympäristössä	Potilas / asiakas kokemukset	Asenteet
Ammattilaisten kokemat huolet	Ammattilaisten kokemukset	
Omaisten kokema huoli	Omaisten kokemukset	
Hoitajien käsitys ikääntymisestä	Asenteet yhteiskunnassa ikääntymiseen	
Yhteiskunnan ajatusmallien luomat rajoitteet	Asenteet yhteiskunnassa geriatriseen hoitotyöhön	
Individualistisen yhteiskunnan vaikutus hoitoon		
Resurssien puute	Resurssit	Yhteiskunta

Mielenterveyttä kuormittavat tekijät	Terveysaasteet	
Mielenterveyttä suojaavat tekijät		
Perhe dynamiikka	Perhe	
Hengellisten tarpeiden huomioiminen osana hoitoa	Uskonto	
Toimintatavat vanhainkohteissa	Organisaatiokulttuuri	
Lainsäädäntö	Politiikka	

Taulukko 3. Sisällönanalyysi (esimerkki)

Alkuperäinen ilmaus	Suomennettu ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
“people of Asian countries often rely on family members to make decisions about their medical treatment for them” (1)	Ihmiset aasialaisissa maissa usein luottavat perheen jäseniin tekemään hoito- ja lääketieteellisiä päätöksiä.	Perhe tekee hoitopäätöksiä.	Perheen rooli hoidonsuunnittelussa	Itsemääräämisoikeus
“the decision makers for critical medical treatments in Taiwan, for example, are usually not the patients themselves but the male (often the patient’s sons) or highly-educated family members” (1)	Päätöksentekijät kriittisten lääketieteellisten hoitojen suhteen Taiwanissa eivät yleensä ole itse potilaat vaan perheen miehet (usein potilaan pojat) tai muut korkeasti koulutetut perheenjäsenet	Perheen miehet tai muut koulutetut tekevät kriittiset hoitopäätökset.	Perheen sisäiset sukupuoliroolit, perheen rooli	Itsemääräämisoikeus

## 6 Tulokset

Seuraavassa osiossa käydään läpi sisällönanalyysin tuottamat tulokset, jotka vastaavat tutkimuskysymykseen.

### 6.1 Hoitotyötä ohjaavat eettiset periaatteet geriatrisessa hoitotyössä

Tutkimuksista nousi esille itsemääräämisoikeuden ja asiakaslähtöisyyden, eli eettisen hoidon keskeisten osien eriateinen toteutuminen geriatrisessa hoitotyössä.

#### 6.1.1 Itsemääräämisoikeuden toteutuminen geriatrisessa hoitotyössä

Tulosten perusteella todettiin, että itsemääräämisoikeuden toteutumisen merkitys on korostunut geriatrisessa hoitotyössä Ruotsissa ja Suomessa. Tähän todettiin vaikuttavan kulttuurissa vallitseva käsitys siitä, miten ikääntynyt ihminen nähdään. Pohjoismaissa ikääntyneen roolin koettiin muuttuneen enemmän aktiiviseksi osallistujaksi aikaisemmasta passiivisesta hoidon saajasta. Ikääntyneen asiakkaan kykyä osallistua päätöksentekoon pidettiin Pohjoismaissa tärkeänä, ja päätöksenteossa kerrottiin otettavan huomioon ensisijaisesti ikääntyneen hyvinvoinnin mahdollistaminen. (Rytterström – Arman – Unosson 2013: 358–361; Rinnan – André – Drageset – Garåsen – Espnes – Haugan 2018: 1471–1473.)

Aasiasta saatujen tulosten perusteella todettiin, että ikääntynyt ei yleisesti osallistu päätöksentekoon itse, vaan perheen rooli päätöksenteossa on suuri; perhe osallistui vahvasti hoitoa koskevien päätösten tekemiseen. Taustatekijänä oli se, että perhe asetetaan arvojärjestyksessä yksilön mielipiteitä korkeammalle. Aasiassa ikääntyneet olivat omaksuneet tämän tavan ja luottivat lastensa apuun hoidon järjestämisessä, eikä ikääntyneelle välttämättä kerrottu hänen terveyteensä liittyviä asioita. Tutkimuksen mukaan ”*potilaan parhaan edun mukaan toimiminen voi joskus tarkoittaa hänen itsemääräämisoikeutensa rajoittamista*”. (Yang – Kwee – Krishna 2012: 52).

Aasiassa vallitsevat vahvat sukupuoliroolit vaikuttivat lisäksi hoitoon siten, että päätöksenteosta vastasivat lähinnä perheen ja suvun miehet tai perheen muut koulutetut jäsenet. Lisäksi puutteelliset tiedot terveydestä ikääntyneiden keskuudessa altistivat ikääntyneen päätöksentekovaltuuden luovuttamiseen perheelle tai läheisille. (Lin – Cheng – Chen 2018: 6–8.)

Päätöksenteko tässä kontekstissa käsittää mm. elvytyskieltoon ja palliatiiviseen hoitoon liittyvät päätökset (Lin – Cheng – Chen 2018: 6–8). Tutkimustulosten mukaan lääkäriellä todettiin olevan suuri rooli ja valta ikääntyneen hoitoon liittyvässä päätöksenteossa. (Lin – Cheng – Chen 2018: 6–8; Yang – Kwee – Krishna 2012: 52.) Hoitajat puolestaan toivoivat ikääntyneiden saavan enemmän päätäntävaltaa omaa hoitoaan koskevissa asioissa. Tulokset osoittavat myös sen, että Singaporessa monet uskovat, että ikääntyneen mielipiteitä tulisi huomioida enemmän hoitoa koskevassa päätöksenteossa, esimerkiksi elvytyskieltopäätöksenteossa tai muussa palliatiivista hoitoa koskevissa päätöksissä. (Yang – Kwee – Krishna 2012: 52.)

### 6.1.2 Asiakaslähtöisyys geriatrisessa hoitotyössä

Aineiston perusteella asiakaslähtöisyydestä on Suomessa sekä laajalti Pohjoismaissa tullut hoitotyön kulmakivi. Asiakaslähtöisessä hoitotyössä pyritään säilyttämään potilaan arvokkuus ja kunnioittamaan hänen tunteitaan ja toiveitaan. Yksi tapa mahdollistaa asiakaslähtöisyyttä oli tutkimusten mukaan vanhainkotiin entistä kotia muistuttavan ympäristön ja tunnelman luominen. Tätä seurasi asukkaan oman identiteetin ja persoonan säilyminen. Hyvää elämänlaatua edesauttoivat strategiat ja käytännöt, jotka mahdollistivat asukkaiden kiintymisen kodin arjen sosiaalisiin ja materiaallisiin rakenteisiin, sekä mahdollisuus toimia ja elää itsenäisesti osana yhteisöä. (Falk – Wijk – Persson – Falk 2012: 1002–1006; Rinnan ym. 2018: 1471–1473.) Potilaiden toivomukset heijastivat myös tarvetta osallistua kodin ulkopuoliseen yhteiskuntaan ja saada palanen ulkopuolisesta maailmasta esimerkiksi perheen vierailujen kautta (Rinnan ym. 2018: 1471–1473).

Pohjoismaiden yhä monikulttuurisempi väestö vaati tutkimusten mukaan hoitajilta kulttuurista kompetenssia (Rosendahl – Mattsson – Yuwanich 2020: 113–117). Etnisesti profiloitu hoito oli tärkeä osa asiakaslähtöisyyttä, jota ilman jotkut iäkkäät kokivat epätasa-arvoista hoitoa. Esimerkiksi Ruotsissa monikulttuuriset palvelutalon asukkaat kertoivat elävänsä ruotsalaisen kulttuuriperimän mukaisesti, jolloin heidän omat perinteensä ja äidinkieltensä saatettiin sivuttaa. Tutkimuksessa haastatellut ikääntyneet kuvasivat tätä siten, että ”*on vain ruotsalaista ruokaa, ruotsalaisia juhlia ja vain ruotsin kieltä*”. (Jönsson – Harnett – Nilsson – 2018: 238–243.) Pohjoismaissa asiakaslähtöisyyden toteuttamista vaikeutti myös tutkimuksissa kuvattu tehtäväkeskeinen toimintamalli, jossa hoitajat suorittivat vain tärkeimmät tehtävät. Hoitosuhde hoitajan ja potilaan välillä jäi tällöin puutteelliseksi ja potilaan kokemus huomioimatta. (Rytterström – Arman – Unosson 2013: 358–361.)

Myös Aasiaa kuvailee vahva käsitys siitä, miten asiakaslähtöisyyttä tulisi tavoitella. Palvelukotien työntekijät uskoivat potilaan toivomusten ja mielipiteiden kuuntelemiseen sekä huomioimiseen hoitolinjauksien ja suunnitelmien teossa. Tämä ilmeni tutkimuksissa esimerkiksi hoitajien mielipiteinä ikääntyneiden hoidosta, joita he kuvasivat seuraavasti: *”Asukkaiden kuunteleminen on tarvittava ensiaskel riippumatta siitä, kuinka pieni mielipide on kyseessä”*. Oli myös selvää, että iäkkäillä on oltava oikeus viettää aikaa haluamallaan tavalla, haluamassaan paikassa ja tulla kohdelluksi itsenäisenä. Edellä mainitut pienetkin mielipiteet pyrittiin huomioimaan, mikä näkyi esimerkiksi mieleisen vaatetuksen valitsemisessa. Hoitoympäristö heijasti myös asukkaiden taustoja ja persoonia esimerkiksi kuvien ja henkilökohtaisten koristeiden avulla. (Chang 2019: 178–180.) Asiakaslähtöisyys yletyi myös hoitajien ja potilaiden välisiin suhteisiin, joita luonnehti usko siitä, että ikääntyminen ei tarkoita arvon menetystä. Iäkkäitä asukkaita kohdeltiin kyvykkäinä aikuisina, joilla on vielä maailmassa tarkoitus. Tutkimusten mukaan hoitajat kokivat tärkeäksi luoda yksilöllisiä suhteita, joissa asukkaat kohdataan hymyllä. (Chang 2019: 178–180.)

Aasiassa asiakaslähtöisyyttä vaaransi vaikeus pitää yllä yksilöllisyyttä tukevaa asuinympäristöä. Esimerkiksi korealaisessa palvelukodissa asukkaat nukkuivat monen hengen huoneissa, jolloin he saivat omaa aikaa ainoastaan perheen vieraillessa. Vaikka hoidossa oli selviä asiakaslähtöisyyden piirteitä, osa hoitajista kertoi joutuvansa toimimaan usein tehtäväkeskeisesti. (Chang 2019: 178–180.)

## 6.2 Geriatriinen hoitotyö yhteiskunnallisesta näkökulmasta

Yhteiskuntaan liittyvien tekijöiden todettiin vaikuttavan geriatriksen hoitokulttuurin luonteeseen; siihen miten hoito järjestetään ja esimerkiksi perheen rooliin ikääntyneen hoidossa. Esimerkiksi Pohjoismaissa poliittinen päätöksenteko linjasi myös geriatriksen hoitotyön luonnetta ja toteutumista.

### 6.2.1 Perheen rooli ja merkitys geriatriisessa hoitotyössä

Perhedynamiikat ja niiden vaikutus geriatriseen hoitoon olivat vahvasti kulttuurin vallan alla. Pohjoismaisissa tutkimuksissa perheen tuen yleisyys sekä tärkeys nousivat selvästi esiin. Suomessa joka viidennes terveydenhuollon asiakas sai ammatillisen avun lisäksi tukea sekä avopuolisoltaan että lapsiltaan. Suomalaiset hyväksyivät kuitenkin todennäköisemmin apua lapsiltaan. Etenkin lapsilta saatu taloudellinen tuki oli tavallista, ja perhe

toimi myös usein yhdistäjänä terveydenhuollon ja ikääntyneen välillä. (Blomgren – Breeze – Koskinen – Martikainen 2012: 915–928.) Perhesuhteita, joita luonnehti vasta-  
vuoroisuus, ja jotka perustuivat toisista välittämiseen, pidettiin tarpeellisina. Perhesuh-  
teiden tärkeys näkyy konkreettisesti vanhusten elämässä, sillä *”vierailut ja yhteydenpito  
perheen kanssa lisäsivät... elämäniloa”*. (Rinnan ym. 2018: 1471–1473.)

Aasiasta saatu tutkimustieto korosti samalla tavoin perheen suurta tärkeyttä geriatri-  
sessa hoitotyössä. Iäkkäät Kiinassa turvautuivat useammin perheen tarjoamiin resurs-  
seihin länsimaalaisiin ikääntyneisiin verrattuna. (Zhang – Zhang – Wu – Liu 2020: 5–7;  
Liu 2014: 308–311.) Perheen sisällä iäkkään hoito kuului usein perheen vanhemmille  
naisille, mikä kertoo kulttuurista lähtöisin olevista sukupuolirooleista. Lisäksi aasialaiset  
sosiaaliset normit motivoivat perheitä asettamaan iäkkään tai muuten hoitoa tarvitsevan  
henkilön tarpeet omien tarpeidensa yläpuolelle. Tämän vuoksi omaishoitajat kertoivat  
olevansa usein huolissaan perheen taloudellisesta tilanteesta. (Liu 2014: 308–311; Chan  
– Phang – Glass Jr – Lim 2019: 503–507.)

Tulosten perusteella Thaimaassa omaisilla oli suuri rooli etenkin palliatiivisen hoidon  
toteuttamisessa. Omaiset suosivat ikääntyneen hoitamista kotona ja elämää ylläpitä-  
vien hoitojen lopettamista tilanteessa, jolloin ikääntynyt oli pysyvästi sairas. Kuole-  
masta haluttiin tehdä mahdollisimman rauhallinen eikä elvytyskeinoja haluttu käyttää.  
Omaiset halusivat lievittää ikääntyneen kärsimystä ja pitivät ikääntyneen arvostamista,  
toiveiden kunnioittamista, uskonnollisten rituaalien suorittamista sekä rauhallisen ym-  
päristön järjestämistä tärkeänä. Uskonnollisten rituaalien katsottiin kompensoivan kar-  
maa. Jos omainen hoiti ikääntynyttä kotona, pyrittiin hoitoympäristöstä luomaan mah-  
dollisimman rauhallinen ja tilava. Perheenjäsenet jakoivat taloudellisen hoitovastuun  
yhteisymmärryksessä. (Wisoso – Fongkaew – Pinyokham – Spiers 2017: 321–326.)

## 6.2.2 Hoitotyön resurssit

Pohjoismaissa kasvavan ikääntyneiden populaation on todettu luoneen uusia tarpeita, ja  
nämä tarpeet vaativat kunnilta resursseja, kuten työvoimaa ja taloudellista tukea. Esi-  
merkiksi Ruotsissa on tähän ongelmaan ja hoitohenkilökunnan vähyyteen suunniteltu  
teknologisia ratkaisuja, jotka voisivat tukea ja mahdollistaa ikääntyneen mahdollisimman  
itsenäistä asumista. (Rosendahl – Mattsson – Yuwanich 2020: 113–117.) Aika oli tärkeä  
resurssi, ja sen puute aiheutti ongelmia muun muassa suomalaisessa kotihoidossa. Hoi-

tajat itse raportoivat, että ajan puutteen vuoksi heillä ei ollut mahdollisuutta jäädä asiakkaan luokse, kuunnella asiakasta tai auttaa asiakasta arkisissa askareissa. Kyseistä ongelmaa kuvattiin tutkimuksessa seuraavasti: ”*kunnallinen kotihoito on tänä päivänä niukkaa ja säännösteltyä ja palvelut ovat pirstaleisia*”. Myös eri alojen ammattilaisten käynnit ovat nopeita, ja monesti vain pakolliset tehtävät hoidettiin. (Eloranta – Isoaho – Arve – Routasalo – Viitanen 2012: 19–22.) Suomessa ajan puute koettiin suurimpana esteenä laadukkaaseen hoidon toteutukselle (Kruger – Gilland – Frank – Murphy – English – Meade – Morrow – Rush 2016: 111–115).

Aasiassa, Intiassa, todettiin, että pula luonnonvaroista oli todellinen ongelma turvallisen hoidon toteutumiselle hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Juoksevan veden ja saippuan puute vaikeutti aseptisen hoidon toteuttamista ja aiheutti siten riskin sekä potilasturvallisuudelle että hoitohenkilökunnan turvallisuudelle. (LeBaron – Palat – Sinha – Chinta – Kumari – Jamima – Pilla – Podduturi – Shapuram – Vennela – Rapelli – Lalani – Beck 2017: 190–196.) Aasialaisten hoitoalan ammattilaisten mukaan puutetta oli myös asianmukaisista suojarusteista- ja tarvikkeista, joita esimerkiksi turvallisen kemoterapiahoidon ja muun lääkehoidon toteuttamisessa tarvitaan. Myös tavallisista päivittäisessä hoidotyössä tarvittavista tarvikkeista, kuten pyörätuoleista ja kuumemittareista koettiin puutetta.

Aasiassa hoitajien mitoitukset oli liian vähäisiä, mikä johti hoitohenkilökunnan stressaantumiseen. ”*Lähes kaikki sairaanhoitajat toivat esiin riittämättömistä hoitajamitoituksista johtuvan stressin*”. (LeBaron ym. 2017: 190–196.) Hoitohenkilökunta Japanissa toi esiin riittämättömän koulutuksen liittyen terveyden edistämiseen ja kuntoutukseen (Fukahori – Baba – Hioki – Mongkong – Intarasombat – Malathum 2011: 170–173).

Koreassa hoitoympäristön tilat koettiin liian ahtaina, minkä takia ikääntyneille ei pystytty tarjoamaan omia huoneita ja riittävää omaa tilaa potilasvuoteiden ympärillä, ja tätä kautta tarvittavaa yksityisyyttä (Chang 2019: 178–180). Aasiassa, Kiinassa ja Japanissa koettiin resurssipuutetta myös taloudellisesti. Geriatriinen hoito koettiin kyselyyn vastanneiden näkökulmasta joko liian kalliiksi tai jossain määrin kalliiksi. Tämän lisäksi todettiin, että Kiinassa vain pieni osa valtion varoista on kohdistettu geriatriseen hoitoon ja valtiolla ei ole riittäviä varoja ylläpitämään laadukasta hoitoa ikääntyneille. (Xu – Mou – Gao – Zhu – Wang – Ling – Wang 2019: 305–307; Fukahori ym. 2011: 170–173; Liu 2014: 308–311.)



### 6.2.3 Haasteet ikääntyneiden terveydessä

Kansanterveys on kaikkeen hoitoon vaikuttava tekijä; se voi osaltaan määrittää hoidon tarvetta, hoidon luonnetta ja terveydenhuollon kykyä tarjota laadukasta hoitoa. Suomesta saadun tutkimustiedon mukaan masennus ja yksinäisyys olivat merkittävämpiä terveyshaasteita geriatrisen populaation keskuudessa. (Kruger ym. 2016: 111–115.) Eitoivottu yksin asuminen oli yksi huomioitava terveyttä kuormittava ilmiö iäkkäiden keskuudessa. Samankaltaisia tuloksia esiintyi Ruotsissa, missä mielenterveyttä kuormittavat tunteet, masennus ja yksinäisyys, ennakoivat ennenaikaista laitoshoitoon siirtymistä. (Eloranta ym. 2012: 19–22.)

Aasian maiden terveyshaasteita käsittelevää tutkimustietoa oli runsaasti saatavilla. Kiinalaisten iäkkäiden keskuudessa heikko fyysinen kunto, epäterveelliset elämäntavat ja ruokavalio sekä kuormittavat elämäntapahtumat olivat yhteydessä masennukseen. Riskiä sairastua depression lisäksi myös puutteellinen sosiaalinen tuki ja perhearvojen rikkoutuminen. (Dong – Chang – Simon 2011: 850–857.)

Kiinalaisten fyysiseen terveyteen vaikutti korkea kroonisten sairauksien esiintyvyys. Wuhanissa oli yleisempää sairastaa jopa 4–7:ää kroonista sairautta verrattuna länsimaihin. Lisäksi alkoholin käyttö ja tupakointi olivat edelleen kansanterveyttä kuormittavia haasteita. (Zhang ym. 2020: 5–7, Yu ym. 2019: 459–461.) Intiassa sepelvaltimotauti ja keuhkohtamatauti olivat kroonisten sairauksien puolelta merkittävimpiä kuolinsyitä (Giri – Agarwal – Garg – Aggarwal – Ranga – Sharma 2012: 495–497).

Vanhusten alkoholin ja päihteiden käytön seurauksena lisähaasteena oli oman terveyden laiminlyöminen, mikä oli nähtävissä 23,3 %:lla yksinasuvista. Itsestään huolehtimisen vaikeuksiin saattoivat myös vaikuttaa kulttuuriset tekijät, joiden takia lasten ja lastenlasten hoito jatkui jopa vanhuusikään. Myös depressio ja pienituloisuus lisäsivät huolimattomuutta omasta terveydestä. (Yu – Gu – Jiao – Xia – Wang 2019: 459–461.) Intiassa nähtiin vastaavia tuloksia, joissa puutteellinen itsehoito ja sosiaalisen tuen puute lisäsivät fysiologisten muutosten kanssa kuolleisuutta geriatrisessa populaatiossa (Giri – Agarwal – Garg – Aggarwal – Ranga – Sharma 2012: 495–497).

Aasialaisissa tutkimuksissa ilmeni myös useita terveyttä edistäviä tekijöitä. Kiinalaisten sosiokulttuuristen perinteiden ja perhearvojen painotuksen todettiin mahdollisesti suojelevan iäkkäitä masennukselta. Tämän mukaan perheen tuki nähtiin tärkeämmäksi kuin

ystävien tai muiden läheisten antama tuki. (Dong – Chang – Simon 2011: 850–857.) Wuhanissa iäkkäät olivat myös keskimäärin korkeammin koulutettuja ja nauttivat kestävimmistä aviosuhteista länsimaihin verrattuna (Zhang ym. 2020: 5–7). Joillekin korkea tulotaso tuki myös omasta terveydestä huolehtimista, sillä varakkuus saattoi turvata laadukkaamman sairaanhoidon saamista ja enempiä sosiaalisia aktiviteetteja (Yu ym. 2019: 459–461).

#### 6.2.4 Uskonnon rooli geriatrisessa hoidossa

Tutkimuksissa todettiin, että Pohjoismaissa pyrittiin vastaamaan dementoituneiden ikääntyneiden hengellisiin tarpeisiin kunnioittamalla ja jatkamalla ikääntyneelle tuttuja perinteitä hoidossa. Hoitohenkilökunnan keskuudessa *“ikääntyneiden hengellisten tarpeiden huomioiminen nähtiin osana jokapäiväistä hoitotyötä”*, sekä tärkeänä tekijänä kokonaisvaltaisessa ja yksilöä huomioivassa geriatrisessa hoitotyössä. (Toivonen – Charalambous – Suhonen 2018: 882–886.) Suomessa hengellisen aktiivisuuden tukemisen, esimerkiksi yhteen jumalanpalvelukseen kokoontumisen, nähtiin vahvistavan sosiaalisia suhteita ikääntyneiden kesken. Sen koettiin luovan yhteyden tunnetta ja yhdistävän palvelutalossa asuvia dementoituneita ikääntyneitä asukkaita. (Toivonen – Charalambous – Suhonen 2018: 882–886.)

Aasiassa hengellisyys ja uskonnollisuus koettiin suurena voimavarana etenkin omaishoitajien keskuudessa. Singaporelaiset omaishoitajat saivat uskonnosta selviytymisresursseja hoidon aiheuttamaan emotionaaliseen taakkaan ja stressiin. (Chan ym. 2019: 503–507.) Thaimaassa vallitsevaan buddhalaisuuteen liittyy uskomus siitä, että kärsimys on seurausta menneisyyden teoista. Buddhalaiset perheenjäsenet uskoivatkin, että ikääntyneen sairastuminen johtui karmasta. Thaimaassa uskonto vaikutti myös kulttuurissa esiintyviin normeihin ja arvoihin liittyen vastuullisuuteen, ja tämä loi vahvan kontekstin uskomuksille ja hoitokäytänteille. (Wiseso ym. 2017: 321–326.)

#### 6.2.5 Poliitiikan ja organisaatiokulttuurin vaikutus geriatriseen hoitoon

Siihen, miten hoitokulttuuri näyttäytyi Pohjoismaissa, vaikutti suuresti voimassa oleva lainsäädäntö, joka loi raameja myös geriatriselle hoitotyölle. Suomalaisissa tutkimuksissa kerrottiin, että on pantu toimeen käytäntöjä, joiden on suunniteltu parantavan ikääntyneiden terveyspalveluiden pariin pääsyä sekä vähentävän yli 65-vuotiaiden köy-

hyyttä. (Kruger 2016: 111–115.) Ruotsissa kunnissa toteutettiin ikääntyneiden hoitoa sosiaalipalvelun näkökulmasta. Vastuu sosiaali- ja terveystalujen toteuttamisesta oli jaettu kuntien ja maaneuvostojen kesken. (Rytterström – Arman – Unosson 2013: 358–361.)

Geriatrisen hoitotyön organisaatiokulttuuriin liittyviä tekijöitä Pohjoismaissa olivat palvelutalojen toimintatavat ja toimintakulttuuri sekä yhteiskunnasta johtuvat tekijät, jotka muovaavat hoitotyötä. Ruotsissa palvelutaloissa mukauduttiin tiukasti rakenteisiin ja rutiineihin, jotka olivat muotoutuneet ajan saatossa esimerkiksi henkilökunnan ja johdon toimesta. Myös rutiinien tarkka seuraaminen oli yleinen piirre toimintakulttuurissa. Palvelutalojen arkea tarkkailtaessa tutkimuksissa havaittiin ristiriita hiljaisuuden ja rauhallisuuden sekä uupumuksen ilmapiirin välillä. Palvelutalojen arkea kuvailtiin monotoniseksi ja synkäksi, ja tästä käytettiin ilmausta ”*hitauden kulttuuri*”, jonka todettiin olevan seurasta kulttuurista, jossa vallitsi kuuliaisuus. (Rytterström – Arman – Unosson 2013: 358–361.) Palvelutalojen asukkaat viettivät Ruotsissa paljon aikaa omissa huoneissaan. (Jönson – Harnett – Nilsson 2018: 238–243; Rytterström – Arman – Unosson 2013: 358–361.)

Toinen organisaatiokulttuuriin vaikuttava tekijä oli lisääntynyt medikalisaatio modernissa yhteiskunnassa, kuten Ruotsissa. Tämän seurauksena yhä harvempi hoitohenkilökunnan jäsen kertoi kohtaavansa kuolevan ikääntyneen potilaan, ja laadukkaan palliatiivisen hoidon toteuttaminen koettiin näin haastavampana. (Nilsen – Wallerstedt – Behm – Ahlström 2018: 5–8.)

### 6.3 Geriatriasta hoitotyötä valloittavat asenteet

Potilaiden kokemuksiin sisältyivät niin positiiviset kuin negatiiviset kokemukset, mielipiteet, ilmaistut tarpeet ja toivomukset sekä huolet liittyen hoitoon ja hoitokulttuuriin. Tutkimusten tulosten perusteella havaittiin, että yhteiskunnan asenteet hoitotyötä kohtaan vaikuttivat hoitokulttuuriin ja esimerkiksi hoitoon hakeutumiseen.

#### 6.3.1 Potilaskokemukset ja omaisten kokemukset geriatrisesta hoitotyöstä

Tutkimusten perusteella todettiin, että Pohjoismaissa positiiviset kokemukset hoidosta liittyivät hoitoympäristöön, omaan vointiin ja elämänlaatuun, hyvien ihmissuhteiden ylläpitoon ja perheen hoitoon sekä arkielämään osallistumiseen laitoshoidossa. Ikääntyneet laitoshoidon asiakkaat kokivat oman huoneen persoonallisesti sisustamisen tärkeäksi

uuteen elämäntilanteeseen sopeutumisen kannalta. (Falk ym. 2012: 1002–1006.) Vaikka tutkimuksissa todettiin yksinäisyyden ja masentuneisuuden olevan yleisiä ikääntyneiden ongelmia Pohjoismaissa, etenkin Suomessa, kokivat ikääntyneet silti itsensä pääosin tyytyväisiksi omaan elämäänsä (Eloranta ym. 2012: 19–22). Suhteet perheeseen ja läheisiin koettiin ikääntyneiden keskuudessa tärkeinä, ja niiden mainittiin luovan osaltaan yhteenkuuluvuuden tunnetta ja lisäävän elämän ilon kokemista. Norjassa ikääntyneet pitivät säännöllistä perheenjäsenten näkemistä tärkeänä. Hyvät suhteet sekä läheisiin että hoitohenkilökuntaan vähensivät ikääntyneen kokemaa yksinäisyyttä ja kohensivat näin koettua elämänlaatua. (Rinnan ym. 2018: 1471–1473; Jönson – Harnett – Nilsson – 2018: 238–243.) Norjassa ikääntyneet kokivat arjen normaaleihin toimintoihin osallistumisen tärkeänä osana elämän ilon kokemista (Rinnan ym. 2018: 1471–1473).

Negatiivisena koettiin psykososiaalisen tuen huono toteutuminen. Suomalainen kotihoidon asiakkaiden tyytyväisyyttä käsittelevä tutkimus paljasti, että ikääntyneet kokivat, että tuen saaminen ja rohkaisu omatoimisuuteen eivät toteutuneet riittävällä tavalla. Hoitajien puolestaan todettiin arvioivan tilannetta eri tavalla. ”*Asiakkaat olivat yleisesti tyytymättömiä psykososiaalisen tuen toteutumiseen, kun taas työntekijät kokivat yleisesti onnistuneensa tuen toteutuksessa*”. (Eloranta ym. 2012: 19–22.) Koska myös Pohjoismaiden väestön todettiin olevan yhä monikulttuurisempaa, olivat eri etnisistä taustoista lähtöisin olevat ikääntyneet yhä suurempi osa asiakaskuntaa. Tutkimusten perusteella todettiin myös, että Ruotsissa ikääntyneet kokivat yhteisen kielen merkityksen suureksi tekijäksi siihen, että yksilö voi kokea olevansa osa kulttuurista ympäristöä. (Jönson – Harnett – Nilsson – 2018: 238–243.) Esimerkiksi norjalaiset ikääntyneet ilmaisivat tarpeikseen hyvän potilas-hoitajasuhteen, jonka he kokivat olevan yhteydessä hyvään elämänlaatuun hoitolaitoksessa (Rinnan ym. 2018: 1471–1473).

Myös omaisten mielipiteitä ja kokemuksia ikääntyneiden hoitoon liittyen tutkittiin esimerkiksi Suomessa. Omaiset kokivat huolta ikääntyneiden läheistensä hoidosta ja raportoivat, että heiltä odotetaan enemmän osallistumista ikääntyneen hoidon järjestämiseen yhdessä julkisen sektorin kanssa. Tämän todettiin lisäävän omaisten kokemaa taakkaa. (Blomgren ym. 2012: 915–928.)

Aasiassa todettiin ikääntyneiden kokevan tärkeänä sen, että he voivat edelleen olla aktiivisia yhteiskunnan jäseniä. Tämä käsitti mm. sosiaalisten suhteiden ylläpidon ja ihmisten tarpeisiin vastaamisen. Ikääntyneet halusivat pitää kiinni roolistaan, joka heillä oli yhteiskunnassa annettu. He halusivat myös edelleen huolehtia läheisistään ja suoriutua

päivittäisistä rutiineista. Myös toimintakyvyn ylläpitäminen koettiin tärkeäksi. (Mutalib – Dahlan – Danis – Masuri 2016: 92–95.)

Positiiviset kokemukset hoidosta ja hoitokulttuurista aasialaisten ikääntyneiden keskuudessa liittyivät palveluasumiseen, omaehtoisuuden toteutumiseen ja hoidon laatuun. Pitkän hoitajakson todettiin lisäävän ikääntyneiden tyytyväisyyttä palveluasumisessa. Lisäksi hyväksynnän ja tyytyväisyyden tunteiden koettiin lisäävän tyytyväisyyttä palveluasumiseen. Ikääntyneet kokivat elämän palveluasumisessa olevan helppoa, sillä heidän ei tarvinnut kokea paineita työnteosta ja he saivat paljon apua päivittäisissä askareissa. Ikääntyneet kokivat myös omaehtoisuuden toteutuvan palveluasumisessa hyvin. Hoidon laatua pidettiin esimerkiksi thaimaalaisten ikääntyneiden keskuudessa hyvänä. (Dahlan – Nicol – Maciver 2010: 74–76; Wiseso ym. 2017: 321–326; Fukahori ym. 2011: 170–173.)

Turvallisuuden tunne oli yksi tärkeä osa palveluasumiseen liittyviä kokemuksia. Ikääntyneet Aasiassa kokivat, että tuettu asuminen oli turvallista niin henkisesti kuin fyysisestikin. Turvallisuuden tunnetta lisäsi se, että paikalla oli aina joku toinen henkilö. Ikääntyneet kommentoivat kokemuksiaan tutkimuksissa seuraavasti: ”*Tunnen oloni turvalliseksi täällä. Kukaan ei kiusaa minua. Koska olen vanha, tunnen olevani kunnioitettu*”. (Dahlan – Danis – Masuri 2016: 92–95.)

Palveluasuminen ja tuettu asuminen herättivät ikääntyneissä myös neutraaleja kokemuksia. Yleisesti ottaen ikääntyneet Aasiassa olivat tyytyväisiä tilanteeseensa, vaikka kaikki ei palveluasumisessa ollutkaan heidän mielestään täydellistä. He olivat tyytyväisiä ja kiitollisia siitä, että heillä oli paikka missä asua. (Dahlan – Nicol – Maciver 2010: 74–76.) Kiinasta saatujen elämänlaatua käsittelevien tutkimusten mukaan mielekkäitä aktiviteetteja olisi ikääntyneiden mukaan saanut olla enemmän ja ravitseminen olisi saanut olla paremmin järjestettyä, mutta autonomia toteutui hyvin (Xu ym. 2019: 305–307).

Negatiivisia kokemuksia todettiin liittyen aktiviteettien vähyyteen, yksinäisyyteen ja hoitoympäristöön. Tutkimukset paljastivat, että ikääntyneet Kiinassa ja Hong Kongissa kokivat olonsa palveluasumisessa yksinäiseksi ja toivoivat hoitoympäristöltä enemmän rauhallisuutta ja hiljaisuutta, kuin mitä se pystyi tarjoamaan. Lisäksi he olivat tyytymättömiä asuintilojen siisteyteen. Ikääntyneet kokivat myös hoitoympäristöön sopeutumisen vaikeaksi ja toivoivat, että he voisivat asua kotona tutussa ympäristössä. (Xu ym. 2019: 305–307; Jayantha – Qian – Yi 2018: 148–150.)

### 6.3.2 Ammattilaisten kokemukset geriatrisessa hoidossa

Ammattilaisten kokemukset geriatrisesta hoitotyöstä antoivat laadukkaan näkemyksen alaan vaikuttaviin asenteisiin ja hoitokulttuuriin. Hoitajat Suomessa ja Ruotsissa kokivat työnsä mielekkääksi ja olivat onnellisia ammatinvalinnastaan. (Kruger ym. 2016: 111–115.) Negatiiviset kokemukset syntyivät työpaikan sisäisestä organisaatiokulttuurista, jota kuvattiin ”*tehtävä- kulttuurina*”, missä aikaa riitti ainoastaan fyysiseen hoitoon ja syvempi ymmärrys ja yhteys iäkkääseen jäi saavuttamatta (Rytterström – Arman – Unosson 2013: 358–361). Lisäksi tietynlainen pelko tai epävarmuus liittyen kuoleman käsittelemiseen ja eksistentiaalisten asioiden pohtimiseen potilaan kanssa huolettivat pohjoismaalaisia hoitajia. Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan Ruotsissa ja muissa länsimaissa kuolemaa pidettiin perinteisesti arkana aiheena ja jopa tabuna. (Nilsen ym. 2018: 5–8.)

Aasialaisista tutkimuksista tulivat hyvin esiin erilaiset ammattilaisten kokemukset geriatrisesta hoitotyöstä sairaanhoitajaopiskelijoiden näkökulmasta. Koetut asenteet geriatrista hoitotyötä kohtaan olivat pitkälti positiivisia. Korealaiset opiskelijat ilmoittivat viettävänsä huomattavasti vapaa-aikaa iäkkäiden seurassa. Tällöin heidän kontaktinsa vanhuksiin olivat hyvin tiheitä, heidän asenteensa ikääntyneitä potilaita kohtaan positiivisia ja emotionaalinen empatia heitä kohtaan hyvin kehittynyttä. (Jang – Oh – Kim 2019: 428–431.) Aasialaiset sairaanhoitajaopiskelijat olivat sitä mieltä, että iäkkäiden kanssa oleminen oli yleisesti ottaen mukavaa. Hyvän mielen tunteet syntyivät kontakteista, ikääntyneiden rentouttavasta ja iloisesta luonteesta sekä heidän kertomuksistaan aiemmasta elämästä. Geriatrinen hoitotyö koettiin tutkimusten mukaan haastavana ja stimuloivana, vaatien hoitajilta ammattitaitoa. (Ghimire – Shrestha – Callahan – Nath – Baral – Lekhak – Singh 2019: 206–208.)

Negatiiviset kokemukset geriatrisesta hoitotyöstä Aasiassa johtivat usein negatiivisiin asenteisiin. Monet sairaanhoitajaopiskelijat kokivat, että iäkkäät saattoivat käyttäytyä vastahakoisesti ja olivat kykenemättömiä sopeutumaan palveluasumiseen. Nuoret hoitajat kokivat myös, että vanhempia sukupolvia ja heidän käytöstapojaan oli vaikea ymmärtää. Useassa eri tutkimuksessa tuli esiin ikääntymiseen ja vanhuksiin kohdistuvia ahdistuksen tunteita, jotka vaikuttivat haluun työllistyä geriatriseen hoitotyöhön. Korealaisessa tutkimuksessa selitettiin vanhustyöhön kohdistuvaa epävarmuutta seuraavasti; ”*sairaanhoito-opiskelijoiden keskuudessa halukkuuteen hoitaa iäkkäitä vaikutti ikääntymiseen liittyvä ahdistus eniten*” (Jang – Oh – Kim 2019: 428–431). Työn luonne ja hoi-

deettävien usein huonot ennusteet vaikuttivat myös työssä koettuun tyytyväisyyteen. Intialaisessa tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajat kokivat turvattomuuden tunteita ja pelkäsivät potilaan perheen heihin kohdistamaa väkivaltaa. Tästä voitiin päätellä, että hoitajat eivät kokeneet, että heitä kunnioitetaan tai ymmärretään. (Ghimire ym. 2019: 206–208, Jang – Oh – Kim 2019: 428–431, LeBaron ym. 2017: 190–196.)

### 6.3.3 Asenteet yhteiskunnassa ikääntymiseen

Yhteiskuntaa ja sitä kautta hoitokulttuuria muovaavat asenteet, jotka ovat vahvasti sidoksissa maan kulttuuriin ja perinteisiin. Pohjoismaissa tutkimukset osoittivat, kuinka yhteiskunnalliset asenteet vaikuttivat väestön suhtautumiseen ikääntymiseen ja iäkkäisiin. Esimerkiksi Ruotsissa yleinen sekulaarinen ajatusmalli keskittyy ikääntymisen tuomiin fyysisiin muutoksiin, kun taas eksistentiaaliset tarpeet jäävät iäkkäiden kohdalla huomiotta. Tutkimuksessa kuvattiin sekulaarisuutta seuraavasti; *“Ruotsi sekulaarisena yhteiskuntana keskittyy enemmän fyysisiin muutoksiin ikääntymisessä, kun taas eksistentiaalisista tarpeista ikääntyneiden keskuudessa ei puhuta, eivätkä ne näin tule täytetyiksi”*. Terveysalan ammattilaiset kuitenkin vaikuttivat ymmärtävän ikääntymisen monimutkaisuutta ja sen prosessia kokonaisuutena. (Rosendahl – Mattsson – Yuwanich 2020: 113–117.)

Aasialaisessa tutkimuksessa suurin osa osallistuvista sairaanhoitajaopiskelijoista luetteli masennuksen, Alzheimerin taudin, seksuaalisuuden vähenemisen, älykkyyden heikkenemisen ja persoonallisuuden muutokset osaksi luonnollisen ikääntymisen prosessia, mikä ei nykytiedon perusteella pidä paikkaansa (Ghimire ym. 2019: 206–208). Tästä voidaan päätellä, että ainakaan tässä tapauksessa ikääntymistä ei täysin ymmärretty, ja yhteiskunnassa esiintyy negatiivisia asenteita ja virheellisiä luuloja ikääntymiseen liittyen. (Blomgren ym. 2012: 915–928.)

### 6.3.4 Asenteet yhteiskunnassa geriatriseen hoitotyöhön

Tutkimuksissa löydettiin yhteiskunnassa vaikuttavia asenteita myös geriatrasta hoitotyötä kohtaan. Pohjoismaissa geriatrisen hoitotyön katsottiin olevan kokonaisvaltainen hoitoprosessi, johon kuuluu paljon enemmän kuin pelkkä toipuminen ja kliininen hoito. Ikääntymisestä huolimatta, varsinkin Ruotsissa, nähtiin myös hyväksi asua kotona mahdollisimman pitkään, mikä heijastaa itsenäisyyden merkitystä yhteiskunnassa. Geriatrisen

hoidon katsottiin olevan myös sidoksissa lääketieteeseen. (Rosendahl – Mattson – Yuwanich 2020: 113–117, Rytterström – Arman – Unosson 2013: 354–362.)

Myös Aasian maissa huomattiin lukuisia ilmiöitä liittyen yhteiskunnan asenteisiin geriatrista hoitotyötä kohtaan. Esimerkiksi Singaporessa perusterveydenhuoltoon yleisesti ottaen luotettiin, ja lääkäreillä nähtiin olevan tarvittavat ammattitaidot ja valmiudet suositella iäkkäille asianmukaista hoitoa ja puolustaa potilaiden etua. (Lin – Cheng – Chen 2018: 6–8.) Sen sijaan mielenterveyshoitoon liittyi epävarmuutta. Tutkimusten mukaan Kiinassa masennuksen hoitoa vaikeutti vakavasti se, että psykiatreihin ei luotettu, hoito ei ollut kulttuurisesti kompetenttia eikä maalikoilla ollut riittävästi tietoa mielenterveydestä. (Dong – Chang – Simon 2011: 850–857.)

Aasialaisten asenteisiin yhteiskunnassa geriatrista hoitotyötä kohtaan vaikutti myös perheen suuri rooli iäkkäiden hoidossa. Esimerkiksi Kiinassa terveydenhuollon puoleen ei helposti käännytty, vaan omaiset, usein perheen tyttäret, vastasivat usein ikääntyneen hoidosta. Tutkimuksista selvisi myös, että omahoitajuus koettiin todella raskaaksi, ja se vaaransi hoitajien fyysistä terveyttä ja mielenterveyttä. Pahimmassa tapauksessa ikääntyneen hoidon raskaus aiheutti omahoitajille itsetuhoisia ajatuksia. (Chan ym. 2019: 503–507.)

## **7 Pohdinta**

Seuraavassa osiossa käydään läpi opinnäytetyön luotettavuutta, eettisyyttä ja tulosten pohdintaa.

### **7.1 Luotettavuus**

Jotta opinnäytetyön tuottamaa tietoa pystytään viemään eteenpäin ja hyödyntämään, on kaiken sen luotettavuutta arvioitava. Tämän työn luotettavuutta on arvioitu ja tuettu jokaisessa erillisessä vaiheessa sekä kokonaisuudessaan työn valmistuttua. Työssä huomioitiin Guban ja Lincolnin esittämät luotettavuuden arvioinnin kriteerit, eli uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus; työtä tarkasteltiin näiden valossa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 197; Tuomi – Sarajärvi 2018: 163–164.)

Opinnäytetyön alkuvaiheissa tekijöiden oli tunnistettava ja arvioitava omat uskomuksensa ja mahdolliset ennakoasenteet työhön liittyviä aiheita kohtaan. Jotta opinnäytetyö



pysyisi objektiivisena, oli subjektiivinen ajattelu jätettävä pois. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 158–159.) Tutkijoilla ei ilmennyt missään työn vaiheessa intressikonflikteja. Teoreettisen loogisuuden varmistamiseksi oli myös tärkeää, että keskeiset käsitteet määriteltiin selkeästi, ja tietoperusta valittiin loogisesti ja esitettiin selkeästi. Tämän takia työn liitteinä ovat aineistoviitekehys ja kaikki käytetyt alkuperäisilmaisut (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 200).

Aineistonkeruuvaiheessa oli syytä miettiä, tapahtuiko tiedonhaku- ja keruu luotettavalla tavalla. Miten tiedonkeruu tapahtui? Oliko käytössä ainoastaan sopivia tietokantoja? Olivatko tekijät riittävän kriittisiä lähteistä? Tiedonhakuun käytettiin ainoastaan tieteellisiä tietokantoja ja tarkat hakukriteerit turvasivat lähdekriittisyyttä. Ainoastaan tieteelliset tutkimukset huomioitiin jo hakuvaiheessa. Luotettavuuden takaamista tuki myös tiedonhakumenetelmän systemaattisuus sekä useamman tutkijan yhteistyö. Tiedonhaku ja analyysi dokumentoitiin huolellisesti työn siirrettävyyden edistämiseksi. Huolellinen työ tiedonkeruuvaiheessa tuki luotettavia tuloksia työn loppuvaiheissa. Tekijät perehtyivät opinnäytetyömenetelmän metodologiaan ja käyttivät siihen useaa lähdettä metodologisen sopivuuden saavuttamiseksi. Tämä toisaalta auttoi täyttämään luotettavuuden riippuvuus kriteeriä. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 163–165; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 199; Neill 2017: 89–90.)

Analysointivaiheessa luotettava työskentely oli edelleen oleellista. Analysointimenetelminä käytettiin vain tiedeyhteisön hyväksymiä menetelmiä eli induktiivista sisällönanalyysia. Tuloksiin ja johtopäätöksiin saavuttiin ainoastaan kattavan aineiston pohjalta, joka sisälsi lopuksi 28 tutkimusta. Tämä tuki työn uskottavuutta. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 163–165.) Analyysikategorioiden loogisuutta ja analyysiprosessin selkeänä pitämistä tuettiin esimerkiksi värikoodausmenetelmällä, jonka avulla tulosten tarkastelemisesta pyrittiin tekemään lukijalle helpompaa. Tähän puolestaan suojelee työn vahvistettavuutta. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 199–200).

Luotettavuutta arvioidessa on huomioitava, että kirjallisuuskatsaus oli tutkijoille ennestään vieras tutkimusmenetelmä. Yllä mainittujen menetelmien käytöstä huolimatta tiedonhaun systemaattisuuden ylläpitäminen oli haastavaa ja pitkälti englanninkielinen aineisto jätti tutkijoille tulkinnanvaraa, mikä aiheutti haasteita luotettavuuden arvioinnin näkökulmasta.

## 7.2 Eettisyys

Tutkimustyössä luotettavuus ja eettisyys kulkevat pitkälti käsi kädessä. Jotta työtä voidaan pitää luotettavana, on sen oltava eettisesti laadittu. Jotta työtä voidaan kutsua eettiseksi, on sen oltava luotettavasti laadittu. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 149–150.)

Työn eettisyyttä ylläpidettiin noudattamalla tiedeyhteisön hyväksymiä toimintatapoja läpi koko tutkimusprosessin. Tekijät toimivat rehellisesti sekä tarkkaavaisesti työn alkuvaiheista loppuvaiheeseen, eli tiedonkeruusta tulosten julkaisemiseen. Ainoastaan “eettisesti kestäviä tiedonhankinta- tutkimus ja arviointimenetelmiä” sovellettiin käyttämällä esimerkiksi ainoastaan arvostettuja ja hyväksyttäviä tietokantoja. Myös työn luotettavuutta pohdittiin rehellisesti ja huolenaiheet tuotiin lopussa esiin. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 150–151; Ingham-Broomfield 2017: 42.)

Eettisinä tutkijoina tekijät kunnioittivat myös muiden tutkijoiden työtä. Tarkoituksellinen plagiointi on harvinaista, mutta huomaamaton tiedon keruu ja käyttö voi tuottaa ongelmia. Eettisyyden turvaamiseksi aina muiden teorioita, käsitteitä tai tutkimuksia käytettäessä, ne merkittiin lähteinä oikeudenmukaisesti. Huolellinen kirjaus opinnäyteyden kaikissa vaiheissa kuten tiedonhaun taulukointi myös vahvistaa työn eettisyyttä. Lopuksi hyödynnettiin myös plagioinnintarkastajaa, Turnitin:ia, jotta työ voitiin todistaa alkupe räiseksi. (Cowell 2017: 7.)

## 7.3 Tulosten merkittävyys

Kulttuurin vaikutus ja merkitys geriatriseen hoitotyöhön on korostunut maailmanlaajuisesti maahan- ja maastamuuton, ja tämän myötä monikulttuurisuuden lisääntyessä. Tämän lisäksi ikääntyneiden määrän on todettu kasvavan sekä Pohjoismaissa että Aasian kehittyneissä maissa huomattavasti tulevien vuosikymmenten aikana. (Abdelhamid – Juntunen – Koskinen 2010: 12–22; Wikberg – Eriksson 2008: 485; Lai ym. 2018: 374; Schleutker 2013: 425.) Tämä tekee aiheesta tärkeän ja ajankohtaisen.

## 7.4 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Analysoitaessa aineistoa tutkimuskysymyksen pohjalta, huomattiin, että pohjoismaalaisen kulttuurin ja aasialaisen kulttuurin välillä on eroja, jotka näkyvät esimerkiksi erilaisina arvoina ja uskomuksina. Tämä heijastuu geriatriseen hoitotyöhön sekä ikääntyneiden,

että ammattilaisten ja omaisten kokemuksina, asenteina ja ajattelumalleina sekä itsemääräämisoikeuden ja asiakaslähtöisyyden toteutumisen asteena. Lisäksi erilaiset yhteiskunnan sisäiset rakenteet, kuten perheen asema ja uskonnollisuuden vaikutus muovaavat geriatrista hoitotyötä. Vastaus tutkimuskysymykseen on havainnollistettu Kuviossa 2. alla. (Kuvio 2.).



Kuvio 2. Tulosten havainnollistaminen

Hoitotyön eettisyyden näkökulmasta itsemääräämisoikeus toteutuu varsin erilaisesti Pohjoismaissa, missä potilaan autonomian ja oikeuden päätöksentekoon katsotaan olevan ydintärkeitä hoitotyön elementtejä. (Rinnan ym. 2018: 1468–1476.) Tämä korostuu erityisesti geriatrisessa hoitotyössä, missä hoitopäätökset ovat merkittäviä. Aasiassa perheen rooli ikääntyneen hoidon suunnittelussa ja päätöksenteossa on keskeinen. Vanhusten näkökulmasta perhe on tärkeä voimavara, jota tulee kunnioittaa, ja samalla perhe haluaa suojata vanhusta vaikeilta ajatuksilta ja kokemuksilta, esimerkiksi DNR-päätöksen teolta. (Lin – Cheng – Chen 2018: 6–8, Yang – Kwee – Krishna 2012: 52.) Tässä

mielessä Pohjoismaisessa geriatrisessa hoitotyössä arvostetaan itsenäisyyttä ja vapautta, kun taas Aasiassa saatetaan pitää perhettä ja perinteiden noudattamista tärkeämpänä.

Potilaiden kokemukset geriatrisesta hoitotyöstä ovat toinen hoitoon liittyvä kategoria, jossa todettiin huomattavia eroja kulttuurin perusteella. Pohjoismaissa tutkimukset käsitelivät erityisesti palveluasumista, missä vanhuksille tärkeitä elementtejä olivat ympäristön kodikkuus, perheen aktiivinen osallistuminen hoitoon ja arkeen sekä hyvät suhteet hoitohenkilökunnan kanssa. (Falk ym. 2012: 1002–1006; Rinnan ym. 2018: 1468–1476.) Negatiiviset kokemukset liittyvät enimmäkseen psykososiaalisen tuen puutteellisuuteen (Eloranta ym. 2012: 14–26). Tähän voi myös yhdistää yksinäisyyden ja masennuksen yleisyyden Pohjoismaiden geriatrisissa populaatioissa. Aasialaisten iäkkäiden kokemuksia geriatrisesta hoitotyöstä muovaa tarve ylläpitää toimintakykyä ja kokea turvallisuuden tunteita. Tutkimuksissa näkyikin, että arjen autonomiaa palveluasumisessa ylläpidettiin ja iäkkäät pysyivät pitkään yhteiskunnan aktiivisina jäseninä. (Mutalib ym. 2016: 92–95, Xu ym. 2019: 305–307.) Palveluasumista hyödyntävät vanhukset kokivat myös olonsa turvalliseksi, mutta toivoivat enemmän aktiviteetteja päiviinsä (Xu ym. 2019: 305–307; Dahlan – Nicol – Maciver 2010: 74–76). Tuloksista voi siis päätellä, että geriatrinen hoitotyö koetaan laajalti hyvänä tukena ikääntyneelle väestölle, mutta se, miten sitä täydennetään, riippuu iäkkäiden kulttuurin asettamista tarpeista.

Resurssipula näyttäytyy Pohjoismaissa ja Aasian maissa erilaisena, ja se aiheuttaa hyvin erilaisia haasteita. Pohjoismaissa hoitajapula ja ajan puute olivat ammattilaisten mielestä suurin ongelma resurssien suhteen. (Kruger ym. 2016: 111–115.) Aasiassa, Intiassa, puolestaan resurssipulaa koettiin liittyen hoitotarvikkeisiin ja puhtaaseen veteen, mikä heikensi etenkin aseptisen toiminnan toteutumista. Tämä luo suuren uhan potilasturvallisuuden toteutumiselle. Myös Aasiassa koettiin hoitajapulaa, mutta pohjoismaalaisissa tutkimuksissa tämä ongelma tuotiin esille huomattavasti useammin. (LeBaron ym. 2017: 190–196.)

Pohjoismaissa, kuten Suomessa, laitoshoidossa pyritään ylläpitämään ikääntyneiden hengellisyttä tukemalla perinteiden noudattamista ja järjestämällä esimerkiksi yhteisiä jumalanpalveluksia. Uskonto ja hengellisyys nähdään yksilöllisinä tekijöinä, jotka antavat ikääntyneen elämään sisältöä. Hengellisyys tukeminen nähdään näin osana kokonaisvaltaista hoitotyötä ja mahdollisuutena luoda yhteyttä laitoshoidossa asuvien ikään-

tyneiden välille. (Toivonen – Charalambous – Suhonen 2018: 882–886.) Aasiassa uskonollisuus nähdään enemmänkin voimavarana ja resurssina, josta esimerkiksi omaishoitajat saavat voimaa ikääntyneen läheisensä hoitamiseen (Chan ym. 2019: 503–507). Uskonto on vahvemmin esillä arjessa ja osallisena yhteiskunnan arvojen ja asenteiden muodostumiseen. Nämä arvot ja asenteet puolestaan vaikuttavat geriatrisen hoidon toteutumiseen. (Wiseso ym. 2017: 321–326.) Näin myös uskonnon rooli geriatrisessa hoidossa näyttäytyy Pohjoismaissa ja Aasiassa eri tavalla.

Siitä, miten kulttuuri näyttäytyy ja vaikuttaa geriatriseen hoitoon Pohjoismaissa ja Aasian maissa, löytyy myös paljon samankaltaisuuksia. Asiakaslähtöisyyttä pidetään molemmissa kulttuureissa tärkeänä, ja siihen pyritään jokapäiväisessä hoitotyössä. Molemmissa kulttuureissa korostuu ikääntyneen kunnioittaminen, ikääntyneen kohtaaminen yksilönä, hänen mielipiteidensä huomioiminen ja hänen olonsa mahdollisimman mukavaksi tekeminen esimerkiksi asuinympäristöä muokkaamalla. Myös tasavertaista potilas-hoitajasuhdetta pidetään tärkeänä molemmissa kulttuureissa. Toisaalta siinä, miten asiakaslähtöisyyden huomioiminen konkreettisesti toteutuu, on eroavaisuuksia esimerkiksi itsemääräämisoikeuden toteutumisen kohdalla. (Falk ym. 2012: 1002–1006, Rinnan ym. 2018: 1471–1473; Chang 2019: 178–180.)

Perheenjäsenet toimivat usein hoidon mahdollistajina, esimerkiksi tukien ikääntynyttä taloudellisesti sekä Pohjoismaissa että Aasiassa. Aasiassa perhe toimii Pohjoismaita useammin hoidon toteuttajana, mutta myös Pohjoismaissa perhe osallistuu vahvasti hoitoon esimerkiksi kotihoidossa olevan ikääntyneen kohdalla. Perhesuhteiden ylläpitämistä pidetään molemmissa kulttuureissa tärkeänä, ja myös perheen osallistuminen ikääntyneen hoitoon on molemmissa kulttuureissa tärkeää. (Zhang ym. 2020: 5–7; Chan ym. 2019: 503–507; Wiseso ym. 2017: 321–326; Blomgren ym. 2012: 915–928; Rinnan ym. 2018: 1471–1473.) Molemmissa kulttuureissa todettiin myös ikääntynyttä populaatiota koskevia samankaltaisia terveyshaasteita, kuten masentuneisuus ja yksinäisyys. Nämä ovat yleisiä etenkin Pohjoismaissa ja Aasian kehittyneemmissä maissa, kuten Kiinassa ja Japanissa. Nämä tekijät ajavat ikääntynyttä osaltaan myös epäterveellisiin elämäntapoihin, kuten alkoholin runsaaseen käyttöön ja tupakointiin. (Dong – Chang – Simon 2011: 850–857; Zhang ym. 2020: 5–7; Yu ym. 2019: 459–461; Kruger ym. 2016: 111–115; Eloranta ym. 2012: 19–22.)

Tämän opinnäytetyön tulokset vahvistavat niitä tutkimustuloksia, joita tietoperustassa esiteltiin. Pohjoismaissa eettisyyden ja asukaskeskeisyyden katsotaan edelleen olevan

geriatriksen hoitotyön keskeisiä suuntauksia, kun taas Aasiassa geriatrielta hoidolta odotetaan enemmän käytännönläheistä ja kliinistä hoitoa. Tuloksemme käsittelevät lisäksi vielä monta muuta hoitoon vaikuttavaa kategorialla, kuten perheen roolia hoidossa, yhteiskunnallisia asenteita ja uskontoa. Aikaisemmassa tutkimustiedossa ei siis arvioitu yhtä laajasti kulttuurin vaikutusta geriatriseen hoitotyöhön Aasiassa ja Pohjoismaissa. Lisäksi tekijöillä ei ole tietoa, että suoraa vertailua näiden kahden maan alueen hoitokulttuureista olisi ennen tehty.

## 7.5 Tulosten hyödyntäminen

Tulokset antoivat laajaa ja monipuolista tietoa siitä, miten kulttuuri vaikuttaa geriatriseen hoitotyöhön Pohjoismaissa ja Aasiassa. Näiden kahden maantieteellisesti kaukana toisistaan olevien alueiden ikääntyneiden hoitokulttuurien välillä havaittiin olevan paljon yhteistä, mutta myös yhteiskunnassa vallitsevien arvojen, asenteiden ja uskomusten aiheuttamia eroavaisuuksia. Näyttääkin siltä, että pohjoismaalaiset ja aasialaiset hoitajat ja hoitoalan opiskelijat voivat oppia toisiltaan ja toistensa kulttuureista, ja hyödyntää tästä saatua kulttuuritietämystä työssään, mikä on erityisen tärkeää tänä monikulttuurisena aikana. Lisäksi kehityimme tämän opinnäytetyöprosessin aikana itse tutkijoina ja sairaanhoitajina. Opimme arvioimaan kriittisesti lähteitä ja tulosten merkittävyyttä, ja kehitimme tietojamme geriatriassa ja monikulttuurisessa hoitotyössä, mikä on meille suureksi hyödyksi tulevaisuudessa. Saimme lisää ymmärrystä yksilön kulttuuria kunnioittavan hoidon merkityksestä myös potilaiden näkökulmasta, ja toivomme, että tämä voi ohjata työskentelyämme tulevaisuudessa.

Opinnäytetyön aihe oli todella laaja, joten tässä työssä keskityttiin antamaan yleiskatsaus kulttuurin vaikutuksesta geriatriseen hoitotyöhön. Aiheen laajuus ja erityisesti ”kulttuuri” -käsitteen monipuolisuus aiheutti haasteita sopivan tutkimusaineiston sekä pää- ja yläluokkien rajaamisessa. Aiheeseen voisi syventyä vielä tarkemmin, esimerkiksi tarkastellen yksittäisten kulttuurin eri osa-alueiden vaikutuksia geriatriseen hoitotyöhön tarkemmin, jolloin tutkimusten pohjalta voitaisiin suunnitella erilaisia käytänteitä esimerkiksi ikääntyneiden monikulttuurisen palveluasumisen käyttöön.

## Lähteet

Abdelhamid, Pirkko – Juntunen, Anita - Koskinen, Liisa 2010. Monikulttuurinen hoitotyö: 12–32. WSOYpro OY. Helsinki.

Blomgren, Jenni – Breeze, Elizabeth – Koskinen, Seppo – Martikainen, Pekka 2012. Help from spouse and from children among older people with functional limitations: comparison of England and Finland. *Aging and society* 32 (6). 905–933.

Carlson, Elisabeth – Rämgård, Margareta – Bolmsjö, Ingrid – Bengtsson, Mariette 2014. Registered nurses' perceptions of their professional work in nursing homes and home-based care: a focus group study. *International journal of nursing studies* 51. 761–767.

Chan, Ee-Yuee – Phang, Koh Ni – Glass Jr, George Frederick – Lim, Wee-Shiong 2019. Crossing, trudging and settling: a phenomenological inquiry into lived experience of Asian family caregivers of older persons with dementia. *Geriatric nursing* 40. 503–507.

Chang, HeeKyung 2019. Health personnel's experience with resident-centered care in nursing homes in Korea: a qualitative study. *International journal of nursing sciences* 6. 178–180.

Cowell, Julia Muennich 2017. Publication Ethics: Plagiarism, Self-Plagiarism, Duplicate Publication, and Piecemeal Publication. *The journal of school nursing* 33 (1). 7.

Dahlan, Akehsan – Nicol, Margaret – Maciver, Donald 2010. Elements of life satisfaction amongst elderly people living in institutions in Malaysia: a mixed methodology approach. *Hong Kong journal of occupational therapy* 20 (2). 74-76.

Dong, XinQi – Chang, E-Shien – Simon, Melissa 2011. Depression in the Chinese aging population: leveraging cultural humility to improve the quality of care of a vulnerable population. *Aging health* 7 (6). 850–857.

Eloranta, Sini – Isoaho, Hannu – Arve, Seija – Routasalo, Pirkko – Viitanen, Matti 2012. Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. *Hoitotiede* 24 (1). 14–26.

Falk, Hanna – Wijk, Helle – Persson, Lars-Olof – Falk, Kristin 2012. A Sense of home in residential care. *Scandinavian journal of caring sciences* 27 (4). 999–1009.

Forssén, Annika S.K. 2007. Humour, beauty, and culture as personal health resources: Experiences of elderly Swedish women. *Scandinavian journal of public health* 35 (3). 228–234.

Fukahori, Hiroki – Baba, Yuji – Hioki, Fumika – Monkong, Supreeda – Intarasombat, Prakong – Malathum, Porntip 2011. Healthcare services for Japanese elderly long-

staying in Thailand from the perspective of the patient and healthcare providers: a survey study. *Archives of gerontology and geriatrics* 53. 170–173.

Ghimire, Saruna – Shrestha, Nitisha – Callahan, Karen. E – Nath, Dharendra – Baral, Binaya Kumar – Lekhak, Nirmala – Singh, Devendra Raj 2019. Undergraduate nursing students' knowledge of aging, attitudes toward and perceptions of working with older adults in Kathmandu Nepal. *International journal of nursing sciences* 6. 206–208.

Giri, Subhash – Agarwal, Mukul P – Garg, Shashank – Aggarwal, Sourabh – Ranga, Raya – Sharma, Vishal 2012. A single centre retrospective study to analyze and compare mortality amongst geriatric and non-geriatric population presenting to a tertiary care hospital in Delhi. *Annals of tropical medicine and public health* 5 (5). 495–497.

Hemberg, Jessica Anne Viveka – Vilander, Susann 2017. Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. *Scandinavian journal of caring sciences* 31 (4). 822–298. ‘

Ingham-Broomfield, Rebecca 2017. A nurses' guide to ethical considerations and the process for ethical approval of nursing research. *Australian journal of advanced nursing* 35 (1). 42.

Janeckova, Hana – Dragomirecka, Eva – Holmerova, Iva – Vankova, Hana 2013. The attitudes of older adults living in institutions and their caregivers to ageing. *Central European journal of public health* 21 (2). 65–71.

Jang, Insun – Oh, Doonam – Kim, Yeon Sook 2019. Factors associated with nursing students' willingness to care for older adults in Korea and the United States. *International journal of nursing sciences* 6. 428–431.

Jayantha, Wadu Mesthrige – Qian, Queena K – Yi, Chan On 2018. Applicability of 'aging in place' in redeveloped public rental housing estates in Hong Kong. *Cities* 83. 148–150.

Jönson, Håkan – Harnett, Tove – Nilsson, Magnus 2018. Ethnically profiled nursing home care in Sweden – from culture to lifestyle. *European journal of social work* 21 (2). 235–246.

Kangasniemi, Mari – Utriainen, Kati – Ahonen, Sanna-Mari – Pietilä, Anna-Maija – Jääskeläinen, Petri – Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4). 291–301.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kruger, Tina M. – Gilland, Sarah – Frank, Jacquelyn B. – Murphy, Bridget C. – English, Courtney – Meade, Jana – Morrow, Kaylee – Rush, Evan 2016. Cross-cultural comparison of long-term care in the United States and Finland: Research done through a short-term study-abroad experience. *Gerontology & Geriatrics education* 38 (1). 104–118.



Kyngäs, Helvi – Elo, Satu – Pölkki, Tarja – Kääriäinen, Maria – Kanste, Outi 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2). 138–148.

Lai, Angel Hor-Yan – Kuang, Zoey – Yam, Carrie Ho-Kwan – Ayub, Shereen – Yeoh, Eng-Kjong 2018. Vouchers for primary healthcare services in an ageing world? The perspectives of elderly voucher recipients in Hong Kong. *Health and social care in the community* 26 (3). 374–382.

LeBaron, Virginia T – Palat, Gayatri – Sinha, Sudha – Chinta, Sanjeeva Kumari – Jamima, Beulah John Battula – Pilla, Usha Lakshmi – Poddaturi, Nireekshana – Shapuram, Yadamma – Vennela, Padma – Rapelli, Vineela – Lalani, Zahra – Beck, Susan L 2017. Recommendations to support nurses and improve the delivery of oncology and palliative care in India. *Indian journal of palliative care* 23 (2). 190–196.

Lin, Cheng-Pei – Cheng, Shao-Yi – Chen, Ping-Jen 2018. Advance care planning for older people with cancer and its implications in Asia: Highlighting the mental capacity and relational autonomy. *Geriatrics* 3 (43). 6–8.

Liu, Jieyu 2014. Ageing, migration and familial support in rural China. *Geoforum* 51. 308–311.

Loscin, Rozzano C. 2001. Culture-centrism and holistic care in nursing practice. *Holistic nursing practice* 15 (4). 1–3.

M. Kagawa Singer a – W. Dressler b – S. George c – The NIH Expert Panel 2016. Culture: The missing link in health research. *Social science & Medicine* 170. 237–246.

Michel, Tatiane – Lenardt, Maria Helena – Willig, Mariluci Hautsch – Alvarez, Angela Maria 2015. From real to ideal - the health (un)care of long-lived elders. *Revista Brasileira de Enfermagem* 68 (3). 343–349.

Mutalib, Ahmad Shahir Abdul – Dahlan, Akehsan – Danis, Ajau – Masuri, Mohamad Ghazali 2016. Interdependency and quality of life amongst Malay older people in the community: an interpretative phenomenological analysis. *Procedia - social and behavioral sciences* 234. 92–95.

Nakrem, Sigrid 2015. Understanding organizational and cultural premises for quality of care in nursing homes: an ethnographic study. *BMC Health services research* 15. 1–13.

Neill, Cory 2017. Writing a literature review. *Radiation therapist* 26 (1). 89–90.

Nilsen, Per – Wallerstedt, Birgitta – Behm, Lina – Ahlström, Gerd 2018. Towards evidence-based palliative care in nursing homes in Sweden: a qualitative study informed by the organizational readiness to change theory. *Implementation science* 13 (1). 1–12.

Rosendahl, Sirpa – Mattsson, Karin – Yuwanich, Nuttapol 2020. Cross-cultural perspectives on gerontology in nursing education – a qualitative study of nurse educators' experiences. *Gerontology & Geriatrics education* 41 (1). 109–120.

Paasivaara, Leena 2005. Mykistävästä moniäänisyyteen – vanhusten hoitotyön organisaatiokulttuurin muotoutuminen 1960-luvulta 2000-luvulle. *Hoitotiede* 17 (3). 108–119.

Rinnan, Eva – André, Beate – Drageset, Jorunn – Garåsen, Helge – Espnes, Geir Arild – Haugan, Gørill 2018. Joy of life in nursing homes: a qualitative study of what constitutes the essence of joy of life in elderly individuals living in Norwegian nursing homes. *Scandinavian journal of caring sciences* 32 (4). 1468–1476.

Rytterström, Patrik – Arman, Maira – Unosson, Mitra 2013. Aspects of care culture in municipal care for elderly people: a hermeneutic documentary analysis of reports of abuse. *Scandinavian journal of caring sciences* 27 (2). 354–362.

Rytterström, Patrik – Cedersund, Elisabet – Arman, Maria 2009. Care and caring culture as experienced by nurses working in different care environments: A phenomenological-hermeneutic study. *International journal of nursing studies* 46 (5). 689–698.

Råholm, Maj-Britt – Heggdal, Hanne Marie 2017. The organizational culture of nursing homes: a systematic review of qualitative studies. *International journal for human caring* 21 (2). 83–90.

Schleutker, Elina 2013. Väestön ikääntyminen ja hyvinvointivaltio. Mitä vaihtoehtoja meillä on? *Yhteiskuntapolitiikka* 78 (4). 425–436.

Silva, Terezinha Nunes – Freire, Maria Eliane Moreira – Vasconcelos, Monica, Ferreira – Silva Jr, Sergio Vital – Silva, Wilton Jose de Carvalho – Araújo, Patricia da Silva – Eloy, Allan Victor Assis 2018. Deontological aspects of the nursing profession: understanding the code of ethics. *Rev Bras Enferm* 71 (1). 3–10.

Suliman, Wafika A. – Welmann, Elizabeth – Omer, Tagwa – Thomas, Laisamma 2009. Applying Watson's nursing theory to assess patient perceptions of being cared for in a multicultural environment. *Journal of nursing research* 17 (4). 293–300.

Suomen sairaanhoitajaliitto 1996. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Verkkodokumentti. Saatavilla sähköisesti: <<https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Sairaanhoitajien-eettiset-ohjeet.pdf>>. Luettu 4.10.2020.

Toivonen, Kristiina – Charalambous, Andreas – Suhonen, Riitta 2018. Supporting spirituality in the care of older people living with dementia: a hermeneutic phenomenological inquiry into nurses' experiences. *Scandinavian Journal of caring sciences* 32. (2). 880–888.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Wikberg, Anita – Eriksson, Katie 2008. Intercultural caring – an abductive model. *Scandinavian journal of caring sciences* 22 (3). 485–496.

Wiseso, Wipa – Fongkaew, Warunee – Pinyokham, Nitaya – Spiers, Jude 2017. Caring for terminally ill persons with cancer: experiences of Thai Buddhist family caregivers. *Pacific Rim international journal of nursing research* 21 (4). 321–326.

Xu, Dongjuan – Mou, Huanyu – Gao, Jie – Zhu, Shanshan – Wang, Xiaorong – Ling, Jiying – Wang, Kefang 2019. *Archives of gerontology and geriatrics* 83. 305–307.

Yang, Grace M – Kwee, Ann K – Krishna, Lalit 2012. Should patients and family be involved in “do not resuscitate” decisions? Views on oncology and palliative care doctors and nurses. *Indian journal of palliative care* 18 (1). 52

Yu, Mingming – Gu, Libin – Jiao, Wenjuan – Xia, Haozhi – Wang, Wenru 2019. Predictors of self-neglect among community-dwelling older adults living alone in China. *Geriatric nursing* 40. 459-461.

Zhang, Keqing – Zhang, Wei – Wu, Bei – Liu, Sizhe 2020. Anxiety about aging, resilience and health status among Chinese older adults: Findings from Honolulu and Wuhan. *Archives of gerontology and geriatrics* 88. 5–7.

## Analyysiviitekehys

Tekijät ja julkaisu- vuosi	Artikkelin nimi	Tarkoitus	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset	Miten tutkimus vastaa tutkimuskysymykseen?
<p><b>Lin, Cheng-Pei – Cheng, Shao-Yi – Chen, Ping-Jen</b> 2018: 6-8.</p> <p>1</p>	<p>Advance care planning for older people with cancer and its implications in Asia: Highlighting the mental capacity and relational autonomy</p>	<p>Tuottaa tietoa loppuelämän hoidon suunnittelusta syöpää sairastavien vanhuksien kohdalla. Tarkemmin, hoidon suunnittelun hyödyt ja haasteet Aasiassa.</p>	<p>Kirjallisuuskat- saus. Aineistoon kuului 56 tutki- musartikkelia, joita analysoitiin tutkimuskysymys- ten valossa.</p>	<p>Kulttuurisen kon- tekstin vaikutus potilaan autono- miaan ja siihen vaikuttava lain- säädäntö on otet- tava huomioon elämän loppuvai- heen hoitoa suun- nitellessa. ”Jaettu päätöksenteko” potilaan ja per- heen väliillä voi olla ideaalinen aa- sialaisessa para- digmassa.</p>	<p>Maan kulttuurinen konteksti vaikut- taa vahvasti hoi- toon, tässä ta- pauksessa saat- tohoitolinjauksiin. Aasialaisessa kulttuurissa per- heen rooli hoidon suunnittelussa ja päätöksentekoon osallistuminen ko- rostuu.</p>
<p><b>Dong, XinQi – Chang, E-Shien – Simon, Melissa</b> 2011: 850-857.</p> <p>2</p>	<p>Depression in the Chinese aging population: lever- aging cultural hu- mility to improve the quality of care of a vulnerable population</p>	<p>Kuvailla Kiinan ikääntyvän väes- tön demografiaa. Tutkia masennuk- sen epidemiologi- aa iäkkään Kii- nan populaati- ossa. Tutkia sosi- aalisia ja kulttuuri- sia haasteita ma- sennukseen liit- tyen. Pohtia kult- tuurisen kompe- tenssin roolia ma- sentuneita kii- nalaisia vanhuk- sia hoitaessa.</p>	<p>Kirjallisuuskat- saus. Tutkijat analysoivat vii- meisen kahden vuosikymmenen englanninkielisiä tutkimuksia. Ai- neiston sisältö analysoitiin ja ja- ettiin kolmeen ka- tegoriaan (1) ma- sennuksen esiin- tyvyys kiinassa (2) riskitekijät (3) seuraukset.</p>	<p>Masennus on ylei- nen ongelma iäk- käiden kiinalais- ten keskuudessa ja sitä pahentaa kulttuuriset ja kie- llliset esteet.</p>	<p>Masennus on iso terveydenhaaste Kiinassa, ja täten vaikuttaa hoidon tarpeeseen ja kansantervey- teen. Kiinassa jot- kin kulttuuriset ja kielelliset seikat vaikeuttavat ma- sennuksen hoi- toa.</p>

<p><b>Ghimire, Saruna – Shrestha, Nitisha – Callahan, Karen E. – Nath, Dharendra – Baral, Binaya Kumar – Lekhak, Nirmala – Singh, Devendra Raj</b> 2019: 206-208.</p> <p>3</p>	<p>Undergraduate nursing students' knowledge of aging, attitudes toward and perceptions of working with older adults in Kathmandu Nepal</p>	<p>Tutkia nepalilaisen sairaanhoito-opiskelijoiden asenteita vanhuksiin ja niiden näkemys vanhustyöstä</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus, johon osallistui 385 sh-opiskelijaa kuudessa eri ammattikorkeakoulussa. Osallistujien asenteita mitattiin kyselyllä; mm. Palmore Facts on Aging Quiz, Kogan's Attitudes towards Older People Scale, Nolan's Intent to Work with Older People Questionnaire</p>	<p>Opiskelijoiden gerontologinen tietämys oli heikkoa. Vanhustyötä koettiin kuitenkin mielekkääksi.</p>	<p>Se, miten opiskelijat suhtautuvat vanhuksiin ja vanhustyöhön auttaa ymmärtämään miten kulttuuri ja yhteiskunta heijastuu hoitotyössä ja hoitokulttuurissa. Myös opiskelijoiden gerontologinen asiantuntijuus vaikuttaa myöhemmin hoidon laatuun ja kehityseen.</p>
<p><b>Jang, Insun – Oh, Doonam – Kim, Yeon Sook</b> 2019: 428-431.</p> <p>4</p>	<p>Factors associated with the nursing students' willingness to care for older adults in Korea and the United States</p>	<p>Tutkia sairaanhoito-opiskelijoiden halukkuutta työskennellä vanhushoitotyössä Koreassa</p>	<p>437 sairaanhoito-opiskelijaa vastasi kyselyyn, joka mittasi kontaktin tiheyttä ja laadukkuutta, ikääntymiseen liittyvää ahdistusta, empatiaa, asenteita ja halukkuutta vanhustyössä.</p>	<p>Opiskelijoiden halukkuuteen hoitaa iäkkäitä vaikuttivat myönteisesti kontaktien laatu ja empatia, kun taas ikääntymiseen liittyvä ahdistus ja asenteet vanhusia kohtaan vaikuttivat kielteisesti.</p>	<p>Se, miten opiskelijat suhtautuvat vanhuksiin ja vanhustyöhön auttaa ymmärtämään miten kulttuuri ja yhteiskunta heijastuu hoitotyössä ja hoitokulttuurissa. Korealaisessa opiskelija populaatiossa ilmenee negatiivisia asenteita ja tunteita vanhuksia kohtaan.</p>
<p><b>Mutalib, Ahmad Shahir Abdul – Dahlan, Akehsan – Danis, Ajau – Masuri, Mohamad Ghazali</b> 2016: 92-95.</p> <p>5</p>	<p>Interdependency and quality of life amongst Malay older people in the community: an interpretative phenomenological analysis</p>	<p>Tutkia ja tunnistaa iäkkäiden riippuvuussuhteiden rakenteet ja sen mahdollinen vaikutus elämänlaatuun.</p>	<p>11 yli 60-vuotista osallistujaa haastateltiin Malesiassa. Kysely ja analyysi perustui tulkitsevaan fenomenologian analyysiin, jossa pyritään ymmärtämään ja tulkitsemaan henkilön ideografisia elämän kokemuksia.</p>	<p>Vanhusten keskuudessa, riippuvuussuhteet vaikuttivat vanhusten ja heidän läheisten välisiin sosiaalisten suhteiden luonteeseen vanhuksen ja hänen läheisten välillä. Nämä sosiaaliset suhteet ovat yh-</p>	

			tutkittavan ilmiön näkökulmasta.	teyksissä elämänlaatuun. Malesiassa myös kulttuuriset- ja juhla-tapahtumat olivat vanhuksille kuntouttavia ja elämänlaatua suojaavia ilmiöitä.	
Chang, HeeKyung 2019: 178-180.  6	Health personnel's experience with resident-centered care in nursing homes in Korea: a qualitative study	Tutkia hoitohenkilökunnan kokemuksia asukaslähtöisen hoidon toteuttamisesta korealaisissa palvelukodeissa.	Laadullinen tutkimusmenetelmä. Henkilökohtaisia- ja ryhmähaastatteluja analysoitiin sisällönanalyysi menetelmällä. Yhteensä 18 hoitajaa (myös lähihoitajia) osallistui haastatteluun.	Haastatetut toivat esiin viisi kategoriaa, joita hoitajat kokivat tai jota he miettivät useinten asukaslähtöisessä hoidossa; vanhuksen osallistumisen päätöksentekoon ja sen tärkeys, vanhuksen menneisyyden ja tarinan huomioiminen, ajoittainen tehtäväkeskeinen työskentely, yksilöllisyyden turvaaminen ja sen haasteet, systemaattisten ohjeistusten tarve. Asukaslähtöisen piirteitä hyödynnetään mutta tehtäväkeskeistä työtä pidetään myös tehokkaana ja joskus ainoana vaihtoehtona.	Hoitotyötä ohjaavat toimintatavat tai periaatteet, esimerkiksi potilaslähtöisyys, kertovat ympäristön valloittavasta hoitokulttuurista. Tutkimuksessa kävi ilmi, että asukaslähtöisyyttä haastaa tehtäväkeskeinen työskentely, mutta asukaslähtöisen hoidon piirteitä esiintyy luonnollisesti, tehtävän teosta huolimatta.
Liu, Jieyu 2014: 308-311.  7	Ageing, migration and familial support in rural China	Tuottaa tietoa perhe dynamiikoista, eteenkin hoitoon liittyen Kiinan maaseudussa.	Laadullinen tutkimusmenetelmä. 32 "elämänhistoria haastattelua" annettiin Pohjois-Kiinan maaseudussa. Aineistoon	Perheen keskuudessa ilmestyy riippuvuussuhteita, eteenkin ikääntyneiden vanhempien ja	Perheen rooli ja dynamiikka hoidossa on vahvasti sidottu perinteisiin ja kulttuuriin. Useammassa tutkimuksessa kävi

			kuului perheen eri sukupolven jäseniä. Analyysissa käytettiin teematista analyysia.	lasten välillä. Sukupuoliroolit tulivat myös vahvasti esiin, joissa perheen naiset ovat vastuussa emotionaalisesta tuesta ja hoidosta.	ilmi, että vanhukset luottavat vahvasti lasten tarjoamaan tukeen. Sukupuoliroolit erotuivat selvästi myös tarjotun tuen luonteen perusteella.
8	Dahlan, Akehsan – Nicol, Margaret – Maciver, Donald 2010: 74-76.  Elements of life satisfaction amongst elderly people living in institutions in Malaysia: A mixed methodology approach	Tunnistaa elämään tyytyväisyyttä ja tutkia sen suhdetta palveluasumisessa ilmestyviin sosiodemografisiin ilmiöihin.	Menetelmänä kvantitatiivisen- ja kvalitatiivisen menetelmän yhdistelmä. 82 osallistujaa vastasi mukautettuun "Satisfaction with Life Scale" kyselyyn. Lisäksi, 20 vapaaehtoista osallistui vapaamuotoiseen ryhmähaastatteluuun, jota analysoitiin fenomenologisella analyysimenetelmällä.	Tyytyväisyys korreloi positiivisesti palveluasumisen pituuteen. Lisäksi kaksi elämäntyytyvyyteen vaikuttavaa alakategoriaa tuli esille; tyytyminen ja hyväksyminen. Tyytymiseen liittyi palveluasumisen edut (mm. tarjottu ruoka), turvallisuus, ja saatavat palvelut. Hyväksyntään kuului terveyden- ja elämäntilan hyväksyminen.	Vanhusten asenteet heille tarjotun hoidon ja tuen suhteen kertoo siitä, mitä potilas toivoo ja odottaa terveydenhuollon heille antavan. Malesiassa hoidossa oli tärkeää hoidon antama tuki mutta myös potilaan oma hyväksyntä ja tuntemus hänen terveydestänsä ja elämäntilanteesta.
	LeBaron, Virginia T – Palat, Gayatri – Sinha, Sudha – Chinta, Sanjeeva Kumari – Jamima, Beulah John Battula – Pilla, Usha Lakshmi – Poddaturi, Nireekshana – Shapuram, Yadamma – Venela, Padma – Rapelli, Vineela – Lalani, Zahra –	Tutkia intialaiset sairaanhoitajien kohtaamia haasteita syöpä- ja palliatiivisen hoidon antamisessa.	Kvalitatiivinen etnografia. Etelä-Intiassa sijaitsevassa sairaalassa haastateltiin 54 hoitoon osallistuvaa työntekijää. Henkilökunnan työskentelyä myös havainnointiin 400+ tuntia. Aineistoa analysoitiin systemaattisella kvalitatiivisella analyysimenetelmällä.	Hoitajien ilmaistujen huolten perusteella 8 hoitoon liittyvää riskiä ilmeni; hoitohenkilökunnan terveyden ja turvallisuuden ei suhtauduta vakavasti, hoitaja mitoitettiin nähden sairaanhoitajan työkuorma on liian suuri, hoitajia siirretään osastolta toiseen, jolloin	Se, miten tai miten hyvin yhteiskunta tukee ja mahdollistaa terveydenhuoltoa ja sen tarjoamia palveluja on tärkeä osa hoitokulttuuria. Resurssit ja hoitajien tyytyvyys vaikuttavat myös vahvasti hoidon laatuun ja vanhuksen saamaan tukeen. Tästä tutkimuksesta käy ilmi, että resurssit

<p><b>Beck, Susan L</b> 2017: 190-196.</p> <p>9</p>				<p>stabiliteetti puuttuu, työpaikasta puuttuu struktuuri, aika kehitykselle ja kouluttautumiselle jää saamatta, moniammatillinen yhteistyö ei ole riittävän toimivaa, työtä ja työpaikkaa ei kehitetä riittävän aktiivisesti.</p>	<p>ovat todella vähäisiä. Ja tämä heijastuu hoitajan työssä ja työkokemuksessa,</p>
<p><b>Zhang, Keqing – Zhang, Wei – Wu, Bei – Liu, Sizhe</b> 2020:5-7.</p> <p>10</p>	<p>Anxiety about aging, resilience and health status among Chinese older adults: Findings from Honolulu and Wuhan</p>	<p>Tutkia yhteyttä ikääntymiseen liittyvän ahdistuksen ja terveydentilan välillä ikääntyneissä kiinalaisissa.</p>	<p>Kvantitatiivinen, kuvaava statistiikka. Kiinassa ja Yhdysvalloissa asuvat kiinalaiset osallistujat vastasivat kyselyyn, joka kartoitti itseilmoitettua terveydentilaa ja kroonisia sairauksia.</p>	<p>Kiinassa asuvat kiinalaiset vanhukset olivat paremmin koulutettuja ja he olivat useammin ajan kohtaisesti naimisissa. Heillä oli myös keskimäärin enemmän kroonisia sairauksia. Ikääntymiseen liittyvä ahdistus oli myös yhteyksissä huonompaan koettuun terveydentilaan. Kiinassa asuvat vanhukset myös saivat ulkoisilta perheenjäseniltä kattavammin tukea eri muodoissaan. Kiinalaiset osallistujat käyttivät myös useammin alkoholia ja tupakkaa.</p>	<p>Potilaskuntaa kuvaavat piirteet ja yleiset käytännöt vaikuttavat heidän tarvitsemaansa hoitoon ja myös mahdollisesti kansanterveyteen. Kiinassa, esimerkiksi tupakan ja alkoholin käyttö ja krooniset sairaudet olivat yleisiä, joka kuormittaa heidän terveytensä ja myös terveydenhuoltoa. Terveyttä suojaavia tekijöitä oli perheen antama tuki ja pienempi eroprosentti.</p>
<p><b>Xu, Dongjuan – Mou, Huanyu – Gao, Jie – Zhu, Shanshan – Wang, Xiaorong – Ling, Jiyong,</b></p>	<p>Quality of life of nursing home residents in mainland China: The role of children and family support</p>	<p>Tutkia, vaikuttaako monen lapsen saanti (3+ vs &lt; 3) on positiivisesti yhteydessä elämänlaatuun ja</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus. 371 asukasta 33 eri palvelukeskuksessa vastasi kyselyyn.</p>	<p>Asukkaat, joilla oli 3+ lasta kokivat elämänlaatunsa paremmaksi verrattuna vähälapsisiin asukkaisiin.</p>	<p>Potilaskokemukset ja koettu elämänlaatu vaikuttavat terveydenhuoltoon ja hoitoon kohdistuviin</p>



<p><b>Wang, Kefang</b> <b>2019: 305-307</b></p> <p>11</p>		<p>lasten vierailu frekvenssin roolia ja perhetuen yhteyttä elämänlaatuun kiinalaisten palvelutalojen asukkaissa.</p>	<p>Analysoitiin tilastollisin menetelmin.</p>	<p>He myös nauttivat lasten vierailuista suuremmalla frekvenssillä. Asukkaat kertoivat olevan vähemmän tyytyväisiä palvelukodissa tapahtuvaan merkitsevään aktiviteettiin ja ruokaan.</p>	<p>asenteisiin. Tässä tutkimuksessa osallistujat, oilla oli enemmän lapsia, kertoivat positiivisimmista kokemuksista ja asenteista.</p>
<p><b>Fukahori, Hiroki – Baba, Yuji – Hioki, Fumika – Monkong, Supreeda – Intarasombat, Prakong – Malathum, Pornthip</b> <b>2011: 170-173.</b></p> <p>12</p>	<p>Healthcare services for Japanese elderly long-staying in Thailand from the perspective of the patient and healthcare providers: A survey study</p>	<p>Kuvailla japanilaisten vanhusten asenteita thaimaalaista terveydenhuoltoa kohtaan ja thaimaalaisten terveydenhuoltoammattilaisten asenteita kohti japanilaisia vanhuksia.</p>	<p>68 japanilaista vanhusta ja 101 terveydenhuollon ammattilaista vastasivat mukautettuihin kyselyihin. Vanhukset vastasivat kysymyksiin liittyen demografiaan, asenteisiin terveydenhuoltoa kohtaan, itsearviointuun terveyteen, vuosituloihin ja menoihin.</p>	<p>Suurin osa vanhuksista (80%) oli tyytyväisiä Thaimaassa saatavaan terveydenhuoltoon. Puolet olivat sitä mieltä, että terveydenhuolto oli kallista tai hyvin kallista.</p>	<p>Kuten edellisessä tutkimuksessa, terveydenhuollosta saadut kokemukset määrittävät terveydenhuoltoon kohdistuvat asenteet. Thaimaassa saatua hoitoa keuhuttiin, mutta koettiin myös kalliiksi.</p>
<p><b>Jayantha, Wadu Mesthrige – Qian, Queen K. – Yi, Chan On</b> <b>2018: 148-150.</b></p> <p>13</p>	<p>Applicability of 'Aging in place' in redeveloped public rental housing estates in Hong Kong</p>	<p>Arvioida julkisten asuntojen toimivuutta vanhusten asuinpaikkana Hong Kongissa, palveluasumisen sijaan.</p>	<p>Kysely- ja haastattelu aineisto. 221 osallistujaa vastasi kyselyyn, joka kartoitti vanhusten tyytyväisyyttä asunnon suhteen, eteenkin asunnon pohjamalliin, yhteisiin tiloihin ja yhteisöllisyyteen liittyen. Aineisto analysoitiin kuvaavilla tilastoilla ja korrelaatioanalyysillä. Ryhmähaastatteluja pidettiin tulosten vahvistamiseksi.</p>	<p>Vanhukset pitivät kodikkuuden, yksilöllisyyden ja turvallisuuden tärkeinä ominaisuuksina asuinympäristössä. Asukkaat eivät yleisesti ottaen olleet tyytyväisiä asuntoihinsa, varsinkin kodikkuuden ja turvallisuuden suhteen. Vanhukset ilmaisivat huolen myös vapauden tunteen puutteesta ja yhteisten</p>	<p>Kotona elämisen, myös vanhuksissa, katsotaan olevan iäkkäälle mielekkäämpi, toimintakykyä ylläpitävä vaihtoehto. Tutkimuksessa kävi ilmi, että kodikkuus ja turvallisuus ovat asuinympäristön tärkeimpiä piirteitä.</p>

				tilojen siisteydestä.		
14	<b>Giri, Subhash – Agarwal, Mukul P. – Garg, Shashank – Agarwal, Sourabh – Ranga, Raya – Sharma, Vishal 2012: 495–497.</b>	A single centre retrospective study to analyze and compare mortality amongst geriatric and non-geriatric population presenting to a tertiary care hospital in Delhi	Vertailla ja analysoida kuolleisuuden syitä geriatrian ja ei-geriatrian potilaiden keskuudessa Delhiä.	Aineisto kerättiin Delhiin teho-osaston potilastiedoista. Potilaat, jotka olivat tulleet hoitoon vuoden aikana, otettiin mukaan aineistoon. Molempien potilasryhmien kuolleisuuden syitten prosenttiosuudet laskettiin, analysoitiin ja vertailtiin.	23,4% potilaista vuoden aikana oli geriatriassa potilaita. Geriatriassa potilasryhmässä oli 14,3% kuolleisuus. CAD ja COPD olivat yleisempiä kuolinsyitä geriatriassa tapauksissa.	Kansanterveys ja kansansairaudet määrittävät pitkälti kunkin maan hoidon tarvetta ja hoidon luontoa. Intiassa CAD (sepelvaltimotauti) ja COPD (keuhko-ahtaumatauti) olivat yleisempiä kuolinsyitä geriatriassa väestössä.
15	<b>Chan, Ee-Yuee – Phang, Koh Ni – Glass Jr, George Frederick – Lim, Wee-Shiong 2019: 503–507.</b>	Crossing, trudging and settling: A phenomenological inquiry into lived experience of Asian family caregivers of older persons with dementia	Tutkia dementiaa sairastavien omahoitajien henkilökohtaisia kokemuksia Singaporessa.	Kuvaileva fenomenologinen menetelmä. 16 omahoitajaa haastateltiin. Haastattelun kuului 14 puolirakenteista kysymystä.	Analyysissä ilmeni kolme pääkategoriaa, jotka kuvailivat omahoitajan kokemusta; a) omahoitajuuden kynnyksen ylittäminen b) koetusten ja esteitten työstäminen c) uuden normaalin hyväksyminen. Omahoitajuus tuotti osallistujille raskasta psykologista ja taloudellista taakkaa. Oma hyvinvointi jäi usein huolimatta. Uskonto ja hengellisyys olivat monelle tärkeä voimavara.	Kiinalaisen kulttuurin valossa vanhempia pyrkii hoitamaan tämän lapset niin pitkälle kuin mahdollista. Omahoitaja kokeuksiin kuului paljon turhautumista ja ahdistusta, joihin uskonto ja hengellisyys antoi voimia.
	<b>Yu, Mingming – Gu, Libin – Jiao, Wenjuan – Xia, Haozhi – Wang,</b>	Predictors of self-neglect among community-dwelling older adults	Tuottaa tietoa oman terveyden laiminlyönnin yleisyydestä	Tutkimuksessa hyödynnettiin poikkileikkauksellisesta kuvaavaa	Yksinasuvat vanhukset, jotka sairastivat useampia	Kyvyttömyys huolehtia omasta terveydestä on terveyshaaste, joka

<p><b>Wenru 2019: 459-461. 16</b></p>	<p>living alone in China</p>	<p>syydestä yksinasuvien iäkkäiden kiinalaisten keskuudessa.</p>	<p>korrelaatiomallia. Osallistujat vastasivat lukuisiin kyselyihin ja mittareihin, jotka kartoittivat vanhusten toimintakykyä ja oman terveyden huolehtimisen toteutumista.</p>	<p>kroonisia sairauksia, olivat suuremmassa vaarassa laiminlyödä itsensä huolehtimista. Oman terveyden laiminlyöntiä todettiin 23,2% yksinasuvista kiinalaisista vanhuksista. Samankaltaisia löydöksiä esiintyy myös Koreassa. Aineiden ja alkoholin väärinkäyttö olivat myös yleistä tässä populaatiossa.</p>	<p>voi kuormittaa terveydenhuoltoa. Tutkimus toi esiin kulttuurisen näkökulman, jossa yksinasuminen on terveyttä todella kuormittava ilmiö. Kulttuuri, jossa perhe on niin keskeinen, yksin olo on todella raskasta vanhuksille.</p>
<p><b>Wiseso, Wipa – Fongkaew, Warunee – Pinyokham, Nitaya – Spiers, Jude 2017: 321–326. 17</b></p>	<p>Caring for terminally ill persons with cancer: Experiences of Thai Buddhist family caregivers</p>	<p>Kuvailla perheen kokemusta kuolemansairasta perheenjäsenä hoidettaessa Thaimaan kulttuurisessa kontekstissa.</p>	<p>Kvalitatiivinen fokuksoitu etnografia. 30 osallistujaa 13 eri perheestä haastateltiin ja heidän elämänsä ja toimintaa havainnointiin. Temaattinen analyysimenetelmä.</p>	<p>Perhe arvot ja jaetut tavoitteet ohjasivat perheenjäsenen hoidon luonnetta. Kaksi kategoriata nousi esiin, 1) mukavuuden edistäminen ja kuolemaan valmistautuminen. Tähän kategoriaan kuului potilaan toiveiden kunnioittaminen, kuoleman hyväksyminen, uskonnollinen toiminta karman "korjaamiseksi" ja rauhallisen ympäristön järjesteleminen. Kategoria 2) Yhteinen ote hoitoon. Tähän kuului varauksettoman hoidon antaminen, elämän uu-</p>	<p>Kuolema ja siihen suhtautuminen on voimakkaasti kulttuurin vaikuttavuudessa. Thaimaassa uskonto on suuri osa hoitokulttuuria ja täten ohjaa saattohoitoa ja kuoleman prosessia. Perhe on aktiivinen osa omaisensa hoitoa, tutkimuksen mukaan usein omahoitajina. Hoidon kulmakiviin kuuluu potilaslähtöisyys ja jaettu hoitovastuu perheen kesken.</p>

				delleen priorisointi, vastuiden jakaminen perheen kesken ja perheen talouden hallinta.	
18	<p><b>Yang, Grace M – Kwee, Ann K – Krishna, Lalit 2012: 52</b></p> <p>Should Patients and Family be Involved in “Do Not Resuscitate” Decisions? Views of Oncology and Palliative Care Doctors and Nurskrues</p>	<p>Selvittää onkologian ja palliatiivisen hoidon lääkäreiden ja sairaanhoitajien näkemykset DNR päätöksistä, Singaporessa.</p>	<p>146 lääkäriä ja sairaanhoitajaa vastasivat kyseelyyn, joka kartoitti mitä osallistujien mielestä DNR-päätös pitää sisällyttää ja kuka DNR-päätöksen tekoon osallistuu ja missä määrin.</p>	<p>Suurin osa osallistujista oli sitä mieltä, että potilaan ja hänen perheensä tulisi olla mukana DNR-päätöksen teossa. Lääkärit olivat yleisemmin sillä kannalla, että lääkäriä tulisi olla lopullinen valta päättää DNR-päätöksestä, kun taas sairaanhoitajat olivat useimmin sitä mieltä, että päätöksen tulisi tehdä potilas tai hänen perheensä.</p>	<p>Ulkopuolisten (muut kun potilas itse) rooli hoidon suunnittelussa ja hoidollisessa päätöksenteossa vaihtelee eri kulttuurisissa konteksteissa. Tässä aasialaisessa tutkimuksessa jotkut ammattilaiset olivat sitä mieltä, että lääkärin tulisi olla suurella roolissa kuin taas toiset toivoivat potilaan ja hänen perheensä olevan suunnittelun vastuussa,</p>
	<p><b>Kruger, Tina M. – Gilland, Sarah – Frank, Jacquelyn B. – Murphy, Bridget C. – English, Courtney – Meade, Jana – Morrow, Kaylee – Rush, Evan 2016. Gerontology &amp; Geriatrics Education 38 (1) 104–118.</b></p> <p>Cross-cultural comparison of long-term care in the United States and Finland: Research done through a short-term study-abroad experience (Suomi) (1)</p>	<p>Jakaa, mitä opiskelijat kokivat tehdessään tutkimusta maiden välillä, ja miten ulkomailla opiskelu vaikutti opiskelijoiden oppimiseen ja henkilökohtaiseen kasvuun.</p>	<p>11 opiskelijaa pääaineinaan terveystieteet, hoitotiede, kemia, gerontologia lähtivät opintomatalle USA:n Terre Hauteen ja Suomen Lappeenrantaan samankaltaisiin vanhusten pitkäaikaishoidon yksiköihin. Opiskelijat vastasivat strukturoidussa kyseelyssä kysymyksiin huomioimistaan vanhusten hoidon vahvuuksista ja</p>	<p>Maiden välillä löytyi monia yhtäläisyyksiä, sekä eroavaisuuksia. Yhteistä oli intohimo työtä kohtaan, kotoisten olosuhteitten luominen, johtaminen, mm. “lean”-menetelmän käyttö, ravitsemusterapeutin hyödyntäminen ja työntekijöiden yhteistyö. Eroavaisuuksia löytyi erityisesti epämuo-</p>	<p>Tutkimuksessa kerrottiin ikääntyneiden pitkäaikaishoidosta Suomessa USA:sta kotoisin olevien terveysalan opiskelijoiden, sekä ammattilaisten näkökulmasta. Tutkimus toi esiin suomalaisen vanhusten hoidon vahvuuksia ja heikkouksia sekä opiskelijoiden, että ammattilaisten näkökul-</p>

			<p>haasteista yksi- köissä, joissa he olivat olleet. Opis- kelijoiden lisäksi aneistoa täyden- tämään haastatel- tiin terveysalan ammattilaisia vaihtelevista am- mateista (sairaah- oitajat, toiminta- terapeutit, fysio- terapeutit, lääkärit, puheterapeutit, terveydenhoitajat ja lähiohittajat).</p>	<p>dollisten hoito- muotojen käytön väiällä, yhteiskun- nan rakenteessa ja sen vaikutuk- sessa sekä val- tion hoidon tarjon- nassa. Myös put- teet olivat maissa erilaisia. Opiskeli- jat raportoivat nauttineensa ja oppineensa koke- muksesta, ja ra- portoivat ihaile- vansa Suomen terveydenhuollon systeemiä.</p>	<p>masta. Tutkimuk- sessa mainittiin suomalaisen ho- mogeenisien po- pulaation sekä valtion käytänte- iden vaikutus hoi- toon, ja se, miten Suomessa rahoit- usta ei pidetä es- teenä hoidolle.</p>
<p><b>Rosendahl, Sirpa – Matts- son, Karin – Yuwanich, Nut- tapol 2020. Ge- rontology &amp; Ge- riatrics Educa- tion 41 (1) 109– 120.</b></p>	<p>Cross-cul- tural perspec- tives on gerontol- ogy in nursing ed- ucation – a quali- ta- tive study of nurs- e educators' ex- periences (Ru- otsi) (2)</p>	<p>Selvittää, miten ruotsalaiset ja thaimaalaiset sai- raanhoidon ope- ttajat näkevät ge- rontologian osana hoitotyön ope- ttamista.</p>	<p>13:a ruotsalaista ja thaimaalasta sairaanhoidon opettajaa haasta- teltiin laadullisten avomien kysy- mysten kautta, ja vastaukset analy- sointiin laadullisi- sesti sisällönanal- yysilla.</p>	<p>Opetusratkaisuja on kehitettävä opettajien toi- mesta, jotka ovat erikoistuneet kult- tuurien väliseen gerontologiaan, jotta voidaan pa- ranta vanhusten hoitoa tulevaisuu- dessa molem- missa maissa.</p>	<p>Tutkimuksessa vastattiin siihen, miten kulttuuri vai- kuttaa ikäihmisten tukemiseen ja hoi- toon Ruotsissa. Tutkimuksessa mainittiin indivi- dualistisen kult- tuurin merkitys, ja tästä aiheutuva ikäntyneiden it- senäisyyden tuke- minen, ja esimer- kiksi teknologian hyödyntämisen mahdollisuudet Ruotsissa. Lisäksi tutkimuksessa mainittiin, minkä- laiset asenteet ikäntymistä, ja gerontologiaa kohtaan ohjaavat gerontologisen hoitotyön ope- tusta Ruotsissa.</p>

<p><b>Blomgren, Jenni – Breeze, Elizabeth – Koskinen, Seppo – Martinkainen, Pekka 2012. Aging and society 32 (6) 905–933.</b></p>	<p>Help from spouse and from children among older people with functional limitations: comparison of England and Finland (Suomi) (3)</p>	<p>Arvioida erilaisista virallisista ja epävirallisista lähteistä saadun avun tasoa toimintarajoitteisten iäkkäiden keskuudessa kahden toisiinsa verrattavan maan kesken sekä arvioida erilaisia avun saamisen tekijöiden yhteyksiä, ja maiden välisiä eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä.</p>	<p>Molempien maiden väestöä edustavia aineistoja vertailtiin keskenään logistisen regressioanalyysin keinoin, selvitettiin yli 70-vuotiaiden yhteisössä asuvien, toiminnallisia rajoituksia omaavien ikääntyneiden lasten ja puolison avun vastaanottamista. Aineistoina käytettiin Englantilaisista pitkäikäisyyden tutkimuksesta (ELSA) ja suomalaista vuoden 2000 kansanterveyskyselyä.</p>	<p>Molemmissa maissa naiset, ja enemmän toiminnallisia rajoituksia omaavat saivat enemmän apua lapsilta ja puolisoilta. Englannissa valtion julkista apua saavat saivat epätodennäköisemmin apua lapsilta ja puolisoilta, mutta näin ei ollut Suomessa. Koulutus lisäsi avun saantia Englannissa, mutta ei Suomessa. Suomessa virallista apua saavat saivat todennäköisemmin apua puolisoilta ja lapsilta. Hyvinvointivaltiossa lasten rooli voi olla hoidon rahoittajana ja ikääntyneen ohjaamisena hoidon pariin.</p>	<p>Tutkimuksessa vastattiin siihen, miten perheenjäsenet osallistuvat toimintarajoitteisen ikääntyneen omaisensa hoitoon Suomessa. Tutkimuksessa pohdittiin sekä puolison, että lapsen roolia, ja minikäisiä roolit ovat. Lisäksi tutkimuksessa kerrottiin virallisen ja epävirallisen avun saamisesta, ja sen yhteydestä perheeltä saatuun apuun.</p>
<p><b>Falk, Hanna – Wijk, Helle – Persson, Lars-Olof – Falk, Kristin 2012. Scandinavian Journal of Caring Sciences 27 (4) 999–1009.</b></p>	<p>A Sense of home in residential care (Ruotsi) (4)</p>	<p>Syventää ymmärrystä siitä, minkälaisia prosesseja ja strategioita iäkkäät käyttävät luodakseen kodin tuntua laitoshoidossa.</p>	<p>Aineisto kerättiin kasvokkain tapahtuvalla haastattelulla 25:ltä iäkkäältä laitoshoidon asukkaalta. 6 Näistä oli ollut mukana aiemmassa laitoshoidon joutumista käsittelevässä tutkimuksessa. Vastanneiden keski-ikä oli</p>	<p>Kodin tunnun syntymiseen vaikuttaa kolmeen eri ulottuvuuteen liittyvät tekijät: paikkaan ja tilaan kiintymiseen sekä kiintymiseen yli laitoksen rajojen, ja kiintymyksen syntymiseen tai "kuihtumiseen" vaikuttavat olosuhteet koostuvat psykologi-</p>	<p>Tutkimuksessa kerrottiin, minkälaiset tekijät vaikuttavat ikääntyneen asiakkaan kotiutumiseen laitoshoidossa, ja tätä kautta hyvään elämänlaatuun sekä siihen, miten ruotsalaiset ikääntyneet kokiivat kodin tuntua hoidossa. Tutki-</p>

			82 vuotta ja laitok- sessa oloaika noin 9 kuukautta. Haastattelun vas- taukset analysoi- tiin sisällönana- lyysillä ja ankku- roidun teoria me- netelmää käyt- tään.	sista proses- seista, joihin kuu- luvat sekä yksilö- lliset että jaetut uskomukset ja asenteet.	muksessa tarkas- teltiin myös ruot- salaisen yhteis- kunnan ja sen asenteiden vaiku- tusta tähän.
<b>Nilsen, Per – Wallerstedt, Bir- gitta – Behm, Lina – Ahlström, Gerd 2018. Imple- mentation Science 13 (1) 1– 12.</b>	Towards evi- dence-based pal- lia- tive care in nurs- ing homes in Swe- den: a qualita- tive study in- formed by the or- ganizational readi- ness to change the eory (Ruotsi) (5)	Tunnistaa, mitkä tekijät joko edistä- vät tai estävät näyttöön perustu- van palliatiivisen hoitotyön toteutu- mista ikääntynei- den hoidossa.	Kahden kunnan 20:n vanhainko- din 20:tä esi- miestä, jotka oli- vat osallistuneet näyttöön perustu- vaa palliatiivista hoitotyötä käsitte- levään seminaari- in, haastateltiin. Lisäksi haastatel- tiin jokaisen kun- nan koko vanhus- ten hoidosta vas- taavaa kahta esi- miestä. Haastat- telun kysymykset perustuivat ORC:n tarjoa- maan teoriaan, ja ORC:ia käytettiin myös aineiston analyysin perus- tana, aineisto analysoitiin sisäl- lön analyysillä.	Aineiston analy- soinnissa päädyt- tiin kymmeneen tekijään, jotka toi- mivat joko edistä- jinä tai estäjinä näyttöön perustu- van palliatiivisen hoidon toteutumise- lle. Näitä olivat mm. henkilöstön uskomukset, ky- vyt kohdata kuo- leva, asenteet työn muutoksiin, ajalliset resurssit, henkilöstön osaa- minen ja kompe- tenssi, motivaatio, esimiesten suun- nitelmat, vaivan- näkö ja johtajuus.	Tutkimuksessa tarkasteltiin sitä, miten näyttöön perustuva palliati- vinen hoitotyö ikäntyneiden keskuudessa Ruotsissa toimii; miten kulttuurin luomat asenteet ja puitteet vaikut- tavat sen toteutu- miseen, ja miten hoitajat suhtautu- vat kuolevaan po- tilaaseen Ruot- sissa.
<b>Jönson, Håkan – Harnett, Tove – Nilsson, Magnus 2018. European Journal of Social Work 21 (2) 235– 246.</b>	Ethnically pro- filed nurs- ing home care in Swe- den – from cul- ture to life- style (Ruotsi) (6)	Miten etnisesti profiloituneet van- hainkodit näyttä- ytyvät Ruotsissa, ja mihin kategorioi- hin nämä van- hainkodit tähtää- vät ja mitä ongel- mia ne pyrkivät ratkomaan.	Aineistoon valittiin 68 etnisesti profi- loituneita van- hainkoteja käsitte- levää artikkelia, jotka olivat ilmes- tyneet sanoma- lehdissä, hoitotie- teellisissä leh- dissä ja lehdissä	Vuodesta 2007 lähtien kuvaukset etnisesti profiloitu- neista vanhainko- deista sisältyivät laajempaan profi- loituneiden van- hainkotien ryh- mään, joissa kes- kitytään erityisiin	Tutkimuksessa kerrotaan, miten kulttuurista tausa- ta voidaan tukea vanhainkodissa, ja mikä sen merki- tys on etenkin vä- estön monikult-

			vuosilta 1995-2015. Aineisto analysoitiin laadullisin menetelmin käyttäen suunnattua sisälönanalyysia.	tarpeisiin vastaamiseen, ja elämäntyylin toteuttamiseen.	tuurisuuden lisääntymisen kannalta Ruotsissa.
<b>Rytterström, Patrik – Arman, Maira – Unosson, Mitra 2013. Scandinavian Journal of Caring Sciences 27 (2) 354–362.</b>	Aspects of care culture in municipal care for elderly people: a hermeneutic documentary analysis of reports of abuse (R uotsi) (7)	Ymmärtää, miten pahoinpitelyä iäkkäiden keskuudessa instituutioissa voitaisiin ymmärtää hoitokulttuurin näkökulmasta.	269 pahoinpitelyn raporttia 3:sta ruotsalaisesta kunnasta käytiin läpi hermeneuttisen dokumentaarisen analyysin keinoin.	Kuntien vanhus-tenhoito perustui sosiaaliseen kulttuuriin, jossa asetettiin asukkaan tarpeet keskiöön. Rutiinien noudattamista pidettiin tärkeänä, jotta ehkäistäisiin väärin-kohtelua ja varmistettaisiin asukkaiden tasavertainen kohtelu. Hoidon mainittiin olevan tehtäväkeskeistä, ja siitä puuttui ihmissuhdekeskeisyys. Hoidon fokus oli ikääntyneen vapaudessa haavoittuvaisuuden kustannuksella.	Tutkimus vastaa siihen, minkälainen geriatrinen hoitokulttuuri Ruotsissa on, ja mitkä yhteiskunnan tekijät vaikuttavat tämän hoitokulttuurin muodostumiseen, sekä minkälaisia asenteita tässä hoitokulttuurissa on geriatrista hoitotyötä kohtaan.
<b>Eloranta, Sini – Isoaho, Hannu – Arve, Seija – Routasalo, Pirkko – Viitanen, Matti 2012. Hoitotiede 24 (1) 14–26.</b>	Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa (Suomi) (8)	Arvioida kotihoidon asiakkaiden psyykkistä hyvinvointia ja psykososiaalisen tuen saamista asiakkaiden ja työnteekijöiden näkökulmasta	Aineisto kerättiin postikyselyllä yhden kunnan iäkkäiltä kotihoidon asiakkailta (120) ja työnteekijöiltä (370). Aineisto analysoitiin tilastollisia menetelmiä käyttäen	Asiakkaat olivat yleisesti tyytymättömiä psykososiaalisen tuen toteutumiseen, mutta työnteekijät kokivat pääosin onnistuneensa sen toteuttamisessa. Melkein puolet asukkaista arvioi, että heitä ei kannusteta riittävästi omatoimi-	Tutkimuksessa käsitellään sitä, miten suomalaiset ikääntyneet kotihoidon asiakkaat kokevat saamansa hoidon laadun, ja miten heidän näkemyksensä ovat yhteydessä ammattilaisten, eli hoidon tarjoajien näkemyksiin. Lisäksi käsitellään sitä,



				suuteen, ja työntekijät arvioivat kannustavansa asiakkaita	mitkä tekijät mm. yhteiskunnan asettamat rajat, vaikuttavat geriatriseen kotihoitoon.
<b>Rinnan, Eva – André, Beate – Drageset, Jorunn – Garåsen, Helge – Espnes, Geir Arild – Haugan, Gørill 2018. Scandinavian Journal of Caring Sciences 32 (4) 1468–1476.</b>	Joy of life in nursing homes: a qualitative study of what constitutes the essence of joy of life in elderly individuals living in Norwegian nursing homes (Norja) (9)	Tutkia ikääntyneiden elämän ilon kokemuksen ilmiötä ja kehittää syvempää ymmärrystä siitä, mitkä ulottuvuudet ovat sen osatekijöitä	Yksilöllinen laadullinen tutkimus-haastattelu tehtiin 29:lle ikääntyneelle, jotka vastasivat kriteereihin. Haastateltavat asuivat 10:ssä eri vanhainkodissa kahdessa isossa kunnassa Norjassa. Aineisto analysoitiin laadullisin menetelmin käyttäen Kvalen viiden askeleen taktiikkaa	Positiiviset suhteet, yhteenkuuluvuuden tunne, taroituksen tunteen lähteet, hyvänolon ja hyväksynnän hetket muodostivat elämän ilon käsitteellisen perustan	Tutkimus vastaa siihen, miten norjalaiset vanhainkodin asukkaat kokevat elämäniloa, ja mitkä tekijät vaikuttavat tähän. Tuloksissa havaittiin etenkin sosiaalisten suhteiden, ja perhesuhteiden merkitys, ja yhteenkuuluvuuden tunteen merkitys elämänilon kokemiseen. Ihmissuhteet osana kulttuuria, ja samankaltaisten ihmisten kanssa olemisen ovat myös osa kulttuurista ulottuvuutta.
<b>Toivonen, Kristiina – Charalambous, Andreas – Suhonen, Riitta 2018. Scandinavian Journal of Caring Sciences 32 (2) 880–888.</b>	Supporting spirituality in the care of older people living with dementia: a hermeneutic phenomenological inquiry into nurses' experiences (Suomi) (10)	Kuvata sairaanhoitajien kokemuksia ikääntyneiden dementoituneiden hengellisyden tukemisesta	Aineisto kerättiin haastattelemalla 17:a sairaanhoitajaa, ja analysoitiin hermeneuttisella fenomenologisella analyysillä	lääkkäiden dementoituneiden hengellisyden tukeminen nähtiin heidän hengellisyytensä ymmärtämisenä ihmiskeskeytyden ja yksilöllisyyden näkökulmasta. Osallistujat oppivat ymmärtämään ikään hengellisiä tarpeita verbaalisten ja non-verbaalisten viestien	Tutkimuksessa selvitettiin hengellisyden tukemisen merkitystä dementoituneiden ikäkkäiden hoidossa, ja miten sekä uskonnollisuus, että pelkät perinteet yleensä luovat merkitystä ikääntyneen dementikon elämään, ja ovat osana kokonais-

				<p>kautta, ja oppimalla ikääntyneiden taustasta. Hengellisten tarpeiden huomioiminen nähtiin tärkeänä ikääntyneen arvokkaana ihmisenä kohtamisessa ja osana hoitoa</p>	<p>valtaista geriatrista hoitotyötä. Uskonto osana kulttuuria on tärkeässä roolissa hoidossa, ja mahdollistaa etenkin yksilöllisen hoidon toteutumista.</p>
--	--	--	--	--	---