

Kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemukseen vaikuttavat tekijät

Satu Härmälä-Nummi
KANDIDAATINTUTKIELMA
Hoitotiede
14.11.2024
Turku

Kandidaattitutkielma

Oppiaine: Hoitotiede

Tekijä: Satu Marika Härmälä-Nummi

Otsikko: Kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemukseen vaikuttavat tekijät

Ohjaaja: TtT Elina Aitamaa

Sivumäärä: 31 sivua, 12 liitesivua

Päivämäärä: 14.11.2024

TIIVISTELMÄ

Kotihoidon avulla tuetaan eteenkin ikääntyneiden kotona selviytymistä. Kotihoidossa koko asiakastyö perustuu hoitajan, asiakkaan sekä hänen läheistensä välisiin kohtaamisiin. Jokaisella ihmisten välisellä vuorovaikutustilanteella saattaa olla yksilön arvokkuuden kokemusta edistävä tai heikentävä vaikutus. Arvokkuuden kokemuksella on merkittävä rooli terveyden edistämässä, sairauksiin liittyvän kärsimyksen lievittämisessä sekä kuoleman lähestyessä. Arvokkuuden suojelemisen tärkeys korostuu hoitotyössä, jossa ollaan tekemisissä haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten kanssa. Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata tekijöitä, jotka ovat yhteydessä kotihoidon asiakkaiden arvokkuuden kokemukseen.

Haut toteutettiin englanninkielisiin PubMed-, CINAHL- ja Cochrane- tietokantoihin sekä suomalaiseen Medic- tietokantaan. Lisäksi tehtiin manuaalista hakua. Hakutuloksia saatiin 342 viitettä, joista tuplien poiston jälkeen jäi jäljelle 270 viitettä (n= 270). Lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin PubMed-tietokannasta 5 ja CINAHL-tietokannasta 4 viitettä eli yhteensä 9 viitettä (n= 9).

Tutkimustuloksista voitiin tunnistaa sekä kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemusta edistäviä, että heikentäviä tekijöitä. Arvokkuuden kokemusta edistäviksi tekijöiksi tunnistettiin hyvä vuorovaikutus- ja luottamussuhde kotihoidon ja asiakkaan välillä, yksilökeskeinen hoitotyö, autonomian ja yksityisyyden kunnioittaminen, asiakkaan sisäiset selviytymismekanismit sekä terveydenhuollon ammattihenkilöstön riittävät resurssit. Arvokkuuden kokemusta heikentäviksi tekijöiksi tunnistettiin autonomian ja yksityisyyden loukkaukset, ongelmat vuorovaikutus- ja luottamussuhteissa, yksilöllisen hoidon ja huolenpidon puute, ikä ja sairaudet sekä terveydenhuollon ammattihenkilöstön riittämättömät resurssit. Yksilölliset arvot, tarpeet ja toiveet vaikuttavat kotihoidon asiakkaan subjektiiviseen kokemukseen arvokkuudesta. Arvokkuuden kokemuksen edistämiseksi kotihoidon asiakas tulee huomioida kokonaisuutena sekä kohdata kunnioittavasti.

Avainsanat: arvokkuus, kotihoito

Sisällys

1	JOHDANTO	5
2	TUTKIMUKSEN TAUSTA JA KESKEISET KÄSITTEET	6
2.1	Arvokkuus	6
2.1.1	Arvokas kohtaaminen hoitotyössä	8
2.2	Kotihoito	8
3	TUTKIELMAN TARKOITUS	11
3.1	Tutkimuskysymyksen määrittäminen	11
4	MENETELMÄT	12
4.1	Hakustrategia	12
4.2	Mukaanotto- ja poissulkukriteerit	12
4.3	Kirjallisuuden hakuprosessi	13
4.4	Aineiston analyysi	14
5	TUTKIMUSTULOKSET	15
5.1	Kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemusta edistävät tekijät	16
5.1.1	Hyvä vuorovaikutus- ja luottamussuhde	16
5.1.2	Yksilökeskeinen hoitotyö	17
5.1.3	Autonomian kunnioittaminen	17
5.1.4	Yksityisyyden kunnioittaminen	17
5.1.5	Kotihoidon asiakkaan sisäiset selviytymismekanismit	18
5.1.6	Kotihoidon ammattihenkilöstön riittävät resurssit	18
5.2	Kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemusta heikentävät tekijät	19
5.2.1	Autonomian loukkaukset	19
5.2.2	Yksityisyyden loukkaukset	19
5.2.3	Ongelmat vuorovaikutus- ja luottamussuhteissa	20
5.2.4	Yksilöllisen hoidon ja huolenpidon puute	20
5.2.5	Ikä ja sairaudet	20
5.2.6	Terveystuollon ammattilaisten riittämättömät resurssit	21
6	TUTKIMUSTEN LAADUNARVIOINTI	22
7	POHDINTA	23
7.1	Tutkimuksen luotettavuus	25

7.2 Johtopäätökset	26
8 JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET	27
Lähteet	28
Liitteet	33
Liite 1.	33
Liite 2.	34
Liite 3.	38
Liite 4.	41
Liite 5.	43
Liite 6.	44

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyessä myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntarve lisääntyy (Yhdistyneet kansakunnat [YK], 2022). Kotiin tuotettavien terveys- ja sosiaalipalvelujen avulla voidaan tukea myös ikääntyvien kotona selviytymistä (Sosiaali- ja terveysministeriö [STM], 2024). Kotiin tuotettavien palveluiden kehittäminen ja kotona pärjääminen ovat Suomen hallitusohjelman sosiaali- ja terveyspolitiikan strategisia tavoitteita (STM, 2023).

Terveys ja arvokkuuden kokemus kietoutuvat toisiinsa (Sæteren & Nåden, 2021). Maailman terveysjärjestön (WHO) teettämässä tutkimuksessa arvokas kohtaaminen on arvioitu toiseksi tärkeimmäksi ei-kliniisen hoitotyön osa-alueeksi (WHO, 2008). Perinteisessä sairaan- ja lääkehoidossa on keskitytty enemmänkin sairauksien hoitoon kuin itse terveyteen, mutta terveyden edistämisen näkökulmasta keskiöön on nostettu yksilön terveyteen liittyvät voimavarat. Arvokkuuden kokemuksella on merkittävä rooli terveyden edistämässä, sairauksiin liittyvän kärsimyksen lievittämisessä sekä kuoleman lähestyessä. (Sæteren & Nåden, 2021.) Hoitotyöntekijät kuvaavatkin arvokkuutta tukevaa hoitotyötä hoitotyön selkärangaksi (Kinneer ym., 2014).

Kotihoidossa tapahtuva asiakastyö perustuu hoitajan ja asiakkaan sekä hänen läheistensä välisiin kohtaamisiin, joissa ratkaistaan, millaiseen suuntaan vuorovaikutus- ja luottamussuhde henkilöiden välillä kehittyy. Vuorovaikutus- ja luottamussuhteella on todettu olevan vaikutusta hoidon laatuun. (Ikonen, 2015.) Loukkaamaton ihmisarvo on meidän jokaisen oikeus (ETENE, 2002). Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata tekijöitä, jotka ovat yhteydessä kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemukseen.

2 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA KESKEISET KÄSITTEET

Väestöpohjan muuttuessa ikääntyneiden määrän on ennustettu kasvavan vuoden 2022 10 prosentista 16 prosenttiin vuoteen 2050 mennessä (YK, 2022). Jos ihmisen annetaan valita omassa kodissaan pysymisen tai laitoshoidon väliltä, useimmat valitsevat jäädä omaan kotiinsa (Euroopan komissio, 2007). Esimerkiksi erilaisten terveysteknologiaan liittyvien etäseurantamahdollisuuksien myötä mahdollisuudet hoidon koordinointiin sekä yhä vaativampien hoitotoimien toteuttamiseen kotona ovat parantuneet. Monissa maissa hallitukset ovatkin alkaneet siirtää pitkäaikaishoidon toteutuksen painopistettä laitosmuotoisen hoitomuodon sijaan kotihoidon suuntaan. (WHO, 2012.)

Kotihoidolla tarkoitetaan eri maissa erilaisia asioita (WHO, 2012). Suomessa kotihoito koostuu kotipalvelujen, tukipalvelujen sekä kotiin tuotettavien sairaanhoidon palvelujen palvelukokonaisuudesta. Yhdistyneessä kotihoidossa asiakkaalle suunnitellaan ja annetaan hoiva- ja sairaanhoidonpalveluja asiakkaan tarpeiden mukaan. Kotona tapahtuvalla hoidolla pyritään tukemaan asiakkaan toimintakykyä ja ehkäisemään asiakkaan eriytymistä omasta sosiaalisesta ympäristöstään. (Ikonen, 2015.) Kotihoidon avulla tuetaan Suomessa eteenkin ikäihmisten kotona selviytymistä vuorokaudenajasta riippumatta (STM, 2023).

Haavoittuvassa asemassa ja terveydenhuollon palveluiden tarpeessa olevien ihmisten kohdalla arvokkuuden suojelemisen tärkeys korostuu (Sæteren & Nåden, 2021). Monet päivittäiset käytännön hoitotyössä eteen tulevat eettiset ongelmat liittyvät Leino-Kilven ym. (2003) mukaan usein autonomian, yksityisyyden ja tietoisuuden suostumuksen käsitteisiin. Hoitotyön etiikka on yhä keskeisemmässä roolissa ikääntyneiden hoidossa, koska sillä on vaikutusta hoitotyön saatavuuteen ja hoidon laatuun. (Leino-Kilpi ym., 2003.)

2.1 Arvokkuus

Arvokkuus on hoitotyön ja hoitotieteen keskeisimpiä käsitteitä (Sæteren & Nåden, 2021; Jacobson, 2006; Jacobson, 2009). Käsitteenä sitä on kuitenkin usein luonnehdittu monimutkaiseksi ja epämääräiseksi (Sæteren & Nåden, 2021). Termi *“arvokkuus”*, englannin kielellä *“dignity”* voidaan määritellä muun muassa yksilön ominaisuudeksi olla arvokas, kunnioituksen arvoinen, jalo ja erinomainen. Se on alun perin lainattu ranskankielisestä sanasta *“dignité”*. (Oxford English Dictionary, 2024.) Ihmisarvo, eli *“human dignity”* on loukkaamaton, jota jokaisen on velvollisuus kunnioittaa ja suojella. Ihmisarvo on kaikkien perusoikeuksien perusta. (EU, 2012.) YK:n ihmisoikeuksien julistuksen (1948) mukaan

jokainen ihminen syntyy vapaana arvoltaan ja oikeuksiltaan yhdenvertaisena ilman minkäänlaisiin yksilöllisiin ominaisuuksiin tai saavutuksiin perustuvaa erottelua. Jokaisella ihmisellä on oikeus sekä fyysiseen että henkiseen koskemattomuuteen (EU, 2012).

Tutkijat ovat pyrkineet selventämään arvokkuuden monimutkaista käsitettä teoreettisten ja empiiristen tutkimusten avulla. Yhteistä näille tutkimuksille on ajatus arvokkuudesta dualistisena konseptina. (Sæteren & Nåden, 2021.) Edlund ym. (2013) kuvaavat konseptuaalisessa mallissaan arvokkuutta spirituaalisen, psykologisen sekä kehollisen ulottuvuuden kolmioksi. Nämä kolme ulottuvuutta muodostavat kaksi arvokkuuden pääasiallista ilmenemistapaa, joita Edlund ym. (2013) nimittävät absoluuttiseksi sekä suhteelliseksi arvokkuudeksi. Myös Jacobsonin (2009) kuvaa ihmisen arvokkuuden koostuvan kahdesta erillisestä toisiinsa kietoutuneista ilmiöistä eli absoluuttisesta ihmisarvosta sekä sosiaalisesta arvokkuudesta (Jacobson, 2009). Absoluuttinen arvokkuus muodostuu spirituaalisesta arvokkuudesta, johon sisältyvät vapaus, vastuu, velvollisuudet ja avunanto. Se on arvokkuuden syvin ydin. (Edlund ym., 2013.) Jokainen ihminen on ainutkertainen luomus, jolla jokaisella on synnyin lahjana peritty ihmisarvo ja oma yksilöllinen paikkansa tässä maailmassa (Sæteren & Nåden, 2021). Ihmisarvo on muuttumaton ja kajoamaton (Jacobson, 2009).

Edlund ym. (2013) kuvaavat toista arvokkuuden ilmenemistapaa suhteelliseksi arvokkuudeksi, joka muodostuu psykologisesta eli sisäisestä eettisestä ulottuvuudesta, sekä ulkoisesta kehollisesta ulottuvuuden kokonaisuudesta. Jacobson (2009) puolestaan käyttää tästä arvokkuuden ilmenemistavasta nimitystä sosiaalinen arvokkuus. Sosiaalinen arvokkuus syntyy ja muuntuu ihmisen ollessa vuorovaikutuksessa toisten yksilöiden, yhteisöjen ja yhteiskuntien kanssa. (Jacobson, 2009.) Myös Jacobsonin (2006, 2009) mukaan sosiaalinen arvokkuus muodostuu kahdesta erillisestä ulottuvuudesta; yksilön arvokkuudesta sekä suhteellisesta arvokkuudesta. Yksilön arvokkuudessa "*dignity-of-self*" arvokkuuden tasoon vaikuttavat yksilön sisäiset ominaisuudet kuten itsekunnioitus sekä omanarvontunto. Nämä ilmenevät yksilön ominaisuuksina kuten itsevarmuutena sekä moraalien tasona ja määrittelevät esimerkiksi sen, millainen käytöksen yksilö katsoo arvokkaaksi. Suhteellinen arvokkuus "*dignity-in-relation*" kuvaa puolestaan sitä, miten kunnioitus ja arvo välittyvät ja kuvastuvat yksilöiden ja yhteisöjen käytöksestä. Suhteellinen arvokkuus pitää sisällään myös historiallisen lähestymistavan, jossa arvokkuutta määritellään esimerkiksi yhteiskunnallisen statuksen kautta ja jossa määritelmään vaikuttavat vallitsevan yhteiskunnan perinteet ja normit. (Jacobson, 2006, 2009.)

2.1.1 Arvokas kohtaaminen hoitotyössä

Arvokkuutta tukevassa hoitotyössä asiakas kohdataan yksilönä ja hänen yksilölliset tarpeensa huomioidaan ympäristössä, jossa asiakas voi kokea olevansa turvassa (Kinnear ym., 2014). Sairaanhoidajan tulee kunnioittaa ihmisarvoa elämän kaikissa vaiheissa, kohdata jokainen potilas arvokkaana yksilönä, kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta, tukea ja kannustaa potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa sekä sitä koskevaan päätöksentekoon. Hoitajan tulee myös kohdella potilasta oikeidenmukaisesti ja yhdenvertaisesti sekä hoitaa jokaista potilasta samanarvoisesti huomioiden potilaan yksilöllinen elämäntilanne sekä hoidon tarve. (Suomen sairaanhoitajaliitto, 2021.)

The Social Care Institute for Excellencen (SCIE) mukaan arvokkaan kohtaamisen avulla voidaan osallistaa hoitotyön asiakasta häntä koskevaan päätöksentekoprosessiin, ylläpitää yksilön itsevarmuutta ja mielenkiinnon kohteita sekä osoittaa arvostusta yksilön ominaisuuksia, tarpeita, elämäntarinaa ja arvoja kohtaan (SCIE, 2024). Loukkaamaton absoluuttinen ihmisarvo kuuluu meille jokaiselle (EU, 2012). Tässä kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan arvokkuuden kokemusta kotihoidon asiakkaan näkökulmasta ja keskitytään yksilön sosiaalisen (Jacobsonin 2006,2009) ja suhteellisen (Edlund ym. 2013) arvokkuuden ulottuvuuteen, jotka ilmenevät ja muuntuvat ihmisen ollessa vuorovaikutuksessa muiden ihmisten sekä ympäristönsä kanssa.

2.2 Kotihoito

Kotihoidon tarkoitus sekä sen merkitys yhteiskunnalle vaihtelevat sen mukaan, missä maassa kotihoidon palveluita tuotetaan. Muun muassa käytännöt kotihoidon myöntämisperusteista ja rahoitus- ja säätelymekanismeista vaihtelevat maiden välillä voimakkaasti. Esimerkiksi joissakin maissa kotihoitoa tarjotaan vain henkilöille, joilta puuttuu suvun ja ystävien luoma turvaverkosta, kun taas toisaalla kotihoidosta säädetään laissa ja se mielletään jokaisen kansalaisen oikeudeksi. Myös hoidosta vastaavat ja hoivaa ja huolenpitoa toteuttavat tahot vaihtelevat. (WHO, 2012.)

WHO:n (2012) mukaan EURHOMAP-tutkimus määrittelee kotihoidon hoidoksi, jossa hoidosta huolehtivat hoitotyön ammattilaiset asiakkaiden omassa kodissa. Kotihoito voi koostua sekä pitkäaikaisesta, että lyhytaikaisista kotiin tuotettavista palveluista. Kotihoitoa voidaan tuottaa ennaltaehkäisevästi tai sillä voidaan vastata akuuttiin tai kuntouttavan hoidon tarpeisiin. Kotihoito voi myös olla osa palliativista hoitoa. Vaatimusten kasvaessa yhä

monitahoisemmiksi useissa maissa kotihoitoa on alettu toteuttaa enenemissä määrin yhdistelemällä sekä terveydenhuollon sekä sosiaalihuollon palveluita. Kotihoidon palveluihin kuuluu yhä useammin sekä sosiaalihuollon palveluita kuten kotiapua, henkilökohtaista avustajan palveluja sekä apuvälinetarpeisiin vastaamista, mutta myös terveydenhuollon tarjoamia sairaanhoidollisia palveluita. (WHO, 2012.)

Suomessa kotihoitoon kuuluu yksilöllisten tarpeitten mukainen hoiva ja huolenpito, toimintakykyä ja vuorovaikutusta edistävä ja ylläpitävä toiminta ja muu kuin edellä mainittu henkilön suoriutumista tukeva toiminta sekä kotisairaanhoito (Sosiaalihuoltolaki [SHL] 1301/2014; Terveydenhuoltolaki [TervHL] 1326/2010). Kotihoidon palvelukokonaisuudella on tarkoitus huolehtia, että henkilö selviytyy jokapäiväiseen elämään kuuluvista toiminnoistaan kodissaan ja asuinympäristössään (SHL, 1301/2014). Kotihoidon ja sen palveluiden lainsäädännön valmistelusta, yleisestä suunnittelusta sekä ohjauksesta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö (STM, 2023).

Kotipalveluksi kutsutaan kotihoidon asumiseen, hoivaan ja huolenpitoon sekä muuhun tavanomaiseen elämään kuuluvien toimintojen suorittamiseen sekä niissä avustamiseen liittyviä peruspalveluita. Niin kutsutut kotipalvelutyöt vaihtelevat kunnittain. (Ikonen, 2015.) Kotipalvelua voidaan täydentää erilaisilla tukipalveluilla, joilla tuetaan henkilön mahdollisuutta selviytyä jokapäiväisistä toiminnoista mahdollisimman itsenäisesti sekä palveluja, joiden avulla henkilön on mahdollisuus saada hyvinvointia tukevaa sisältöä elämäänsä. Tukipalveluihin lukeutuvat esimerkiksi ateriapalvelu, vaatehuoltopalvelu, siivouspalvelu, asiointipalvelu sekä osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävä ja tukeva palvelu. (SHL 1301/2014.)

Kotisairaanhoitoa toteutetaan nykyään usein sosiaalipalveluiden kautta, jolloin puhutaan yleisesti kotihoidosta (STM, 2023). Kotisairaanhoito painottuu kuitenkin lääketieteelliseen ja sairaanhoidolliseen osaamiseen (Ikonen, 2015). Sillä tarkoitetaan potilaan palvelu- tai hoitosuunnitelman mukaista tai joskus tilapäistä kotiin tai kotiin verrattavissa olevassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua (TervHL 1326/2010). Kotisairaanhoito on potilaan kotiin vietyä sairaanhoitoa, jonka tarkoituksena on helpottaa sairaan henkilön kotona pärjäämistä, tukea omaisia sairaan henkilön kotihoidossa tai esimerkiksi helpottaa potilaan kotiutumista sairaalahoidosta. Kotisairaanhoitoon kuuluvat erilaiset lääkärin määrittelemät sairaanhoidolliset toimenpiteet kuten näytteiden ottaminen,

erilaiset mittaukset, potilaan voimien seuranta, lääkityksen valvominen sekä kivun helpottaminen. (STM, 2023.)

Kotisairaalapalvelu on määräaikaista tehostettua kotisairaanhoidoa, joka voi olla erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa (STM, 2023). Sekä kotisairaanhoidon, että kotisairaalan palveluista säädetään laissa ja näiden palveluiden järjestämisestä vastaavat hyvinvointialueet kukin oman alueensa asukkaille (TervHL 1326/2010). Kotisairaalahoidon tarjoaa potilaalle vaihtoehdon olla kotona sairaalahoidon sijasta. Kotisairaalahoidon voi kuulua esimerkiksi suonensisäisestä antibiootitahoidosta huolehtiminen, muu vaativa ja intensiivistä sairaalatasoista hoitoa vaativa hoito tai kotisaattohoito. (STM, 2023.) Kotisairaalamissa tehty työ voi sisältää myös kotihoidon kotona selviytymistä tukevaa palvelua (Ikonen, 2015).

Kotihoidon voidaan Suomessa järjestää sellaisille henkilöille, jotka tarvitsevat palveluita sen perusteella, että heidän toimintakykynsä on alentunut esimerkiksi korkean iän, sairauden, vamman tai muun vastaavan toimintakykyä alentavan syyn tai erityisen perhe- tai elämäntilanteen vuoksi (SHL 1301/2014). Kotihoito voi olla satunnaista, tilapäistä tai pysyvää (Ikonen, 2015). Myös lapsiperheillä on mahdollisuus saada kotihoidon palveluita, jos sen arvioidaan olevan välttämätöntä lapsen hyvinvoinnin turvaamiseksi. Kotisairaanhoidon annetaan silloin, kun henkilö, joka alentuneen toimintakykynsä tai sairautensa vuoksi pystyy käyttämään muita terveyden- ja sairaanhoidon palveluita. (STM, 2023.)

Tukipalveluja voidaan järjestää Suomessa sellaisille henkilöille, jotka tarvitsevat palveluita sen perusteella, että heidän toimintakykynsä on alentunut esimerkiksi korkean iän, sairauden, vamman tai muun vastaavan toimintakykyä alentavan syyn tai erityisen perhe- tai elämäntilanteen vuoksi (SHL 1301/2014). Tukipalveluihin voi kuulua esimerkiksi ateriapalvelua, siivouspalvelua tai osallisuuteen- tai sosiaalista kanssakäymistä edistävää palvelua (STM, 2024a). Tässä kirjallisuuskatsauksessa ei rajattu pois mitään kotihoidon palveluita, koska kotihoitoa toteutetaan eri maissa hyvin vaihtelevin tavoin.

3 TUTKIELMAN TARKOITUS

Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan kehittää tieteenalan teoreettista ymmärrystä ja käsitteistöä, kehittää tai arvioida jo olemassa olevaa teoriaa sekä muodostaa kokonaiskuva tutkittavasti aihealueesta tai asiakokonaisuudesta (Suhonen ym., 2016). Kirjallisuuskatsaus on vaihe vaiheelta etenevä prosessi, joka pitää sisällään tutkimusaiheen valinnan, tutkimuksen taustan ja käsitteiden määrittämisen, tutkimuskysymyksen ja tarkoituksen määrittämisen, kirjallisuushaun ja aineiston valinnan, tutkimukseen valitun kirjallisuuden arvioinnin, aineiston analysoinnin, tutkimustulosten pohdinnan sekä johtopäätökset (Gray, 2017; Valkeapää, 2016; Vilka, 2023). Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata tekijöitä, jotka ovat yhteydessä kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemukseen. Tavoitteena on tuottaa tietoa kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemukseen vaikuttavista tekijöistä ja sitä kautta tunnistaa tekijöitä, joita voidaan hyödyntää kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemuksen edistämiseksi.

3.1 Tutkimuskysymyksen määrittäminen

Tässä kirjallisuuskatsauksessa muodostettiin tiedonhaku varten tutkimuskysymyksiksi kaksi PICO-kysymystä. PICO-periaatetta on mahdollista käyttää tutkimusaiheen jäsentämisen apuna tunnistamalla tutkimuskysymykseen liittyvät osat kuten populaatio (P), interventio tai mielenkiinnon kohde (I), vertailu/konteksti (C) sekä lopputulos (O) (Niela-Vilen ym. 2016).

Tämän tutkimuksen PICO-kysymykset ovat:

1. Mitkä tekijät edistävät (I) kotihoidon asiakkaan (P) arvokkuuden kokemusta (O)?
2. Mitkä tekijät heikentävät (I) kotihoidon asiakkaan (P) arvokkuuden kokemusta (O)?

4 MENETELMÄT

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on systemaattisen tiedonhaun avulla löytää uusin ja tutkittavan ilmiön kannalta merkityksellisin tutkimustieto. Kirjallisuuskatsaus vastaa kysymykseen siitä, mitä tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetään. (Gray, 2017.)

Kirjallisuuskatsauksessa tutkimusprosessi etenee tutkimuskysymyksen asettamisesta, mukaan- ja poissulkukriteerien määrittämisestä hakustrategiaan, tutkimusten valintaan, aineiston käsittelyyn ja tutkimusaineiston laadun arviointiin, sekä viimeiseksi tutkimusaineiston synteesisistä tulosten raportointiin (Valkeapää, 2016).

4.1 Hakustrategia

Kirjallisuuskatsauksen tiedonhakuja varten muodostetaan hakulausekkeet tätä varten määritellyistä hakusanoista (Niela-Vilen ym., 2016; Valkeapää, 2016). Tiedonhaku on syytä kohdistaa riittävän moneen tutkimuskysymyksen kannalta relevanttiin tietokantaan, jotta hauilla voidaan saavuttaa tutkimuskysymyksen kannalta merkittävä tutkimustieto (Valkeapää, 2016). Tässä kirjallisuuskatsauksessa toteutettiin haut englanninkielisiin PubMed-, CINAHL- ja Cochrane- tietokantoihin sekä suomalaiseen Medic-tietokantaan. Lisäksi tehtiin manuaalista hakua. Hakulausekkeet on esitelty liitetiedostossa 1.

4.2 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

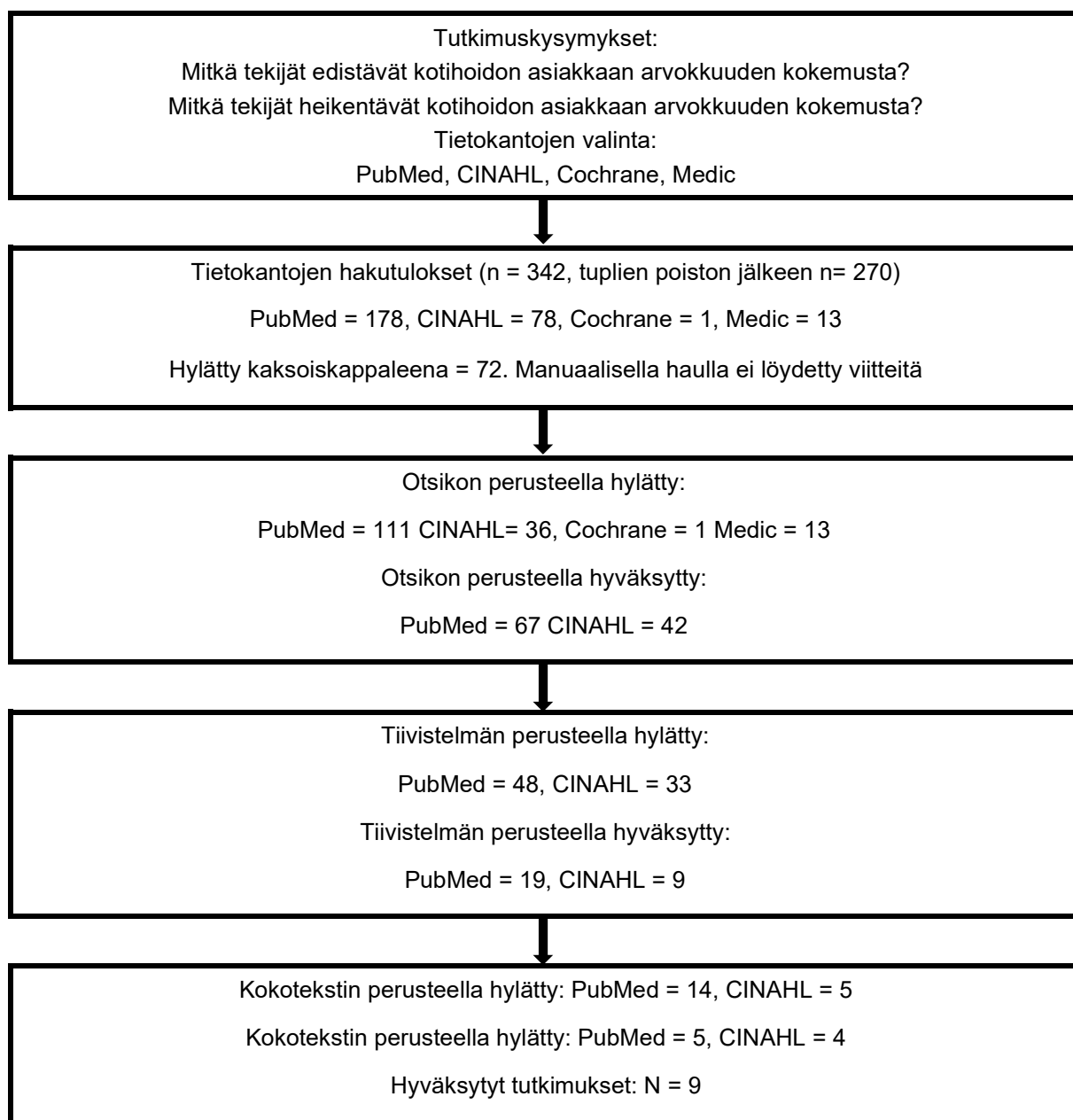
Ennalta määriteltyjen ja tarkkojen mukaanotto- ja poissulkukriteerien avulla vältetään kirjallisuuskatsaukseen mukaan hyväksytyjen tutkimusten suosiollista valintaa (Valkeapää, 2016). Tämän tutkimuksen mukaanotto- ja poissulkukriteerit on esitelty taulukossa 1.

Taulukko 1. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimuksen kohderyhmä ovat kotihoidon asiakkaat	Tutkimuksen kohderyhmä on joku muu kuin kotihoidon asiakkaat
Tutkimuksessa näkökulma on asiakkaan kokemuksissa	Tutkimuksessa näkökulma on jossakin muussa kuin asiakkaan kokemuksissa
Tutkimuksessa tutkitaan kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemukseen vaikuttavia tekijöitä	Tutkimuksessa tutkitaan jotain muuta kuin kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemukseen vaikuttavia tekijöitä
Tutkimuksen julkaisukieli on englanti tai suomi	Tutkimuksen julkaisukieli on jokin muu kuin englanti tai suomi

4.3 Kirjallisuuden hakuprosessi

Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessin aikana hakusanoja määriteltäessä sekä lausekkeiden laadinnan aikana konsultoitiin kirjaston informaatikoita. Hakulausekkeilla tehtiin useita koehakuja, jonka aikana katsauksen tekijä keskusteli käytettävistä hakusanoista tutkimusten laadunarviointiin osallistuneen henkilön sekä työn ohjaajan kanssa. Lopuksi katsauksen tekijä viimeisteli lopulliset hakulausekkeet itsenäisesti. Haut toteutettiin PubMed-, CINAHL- Cochrane- ja Medic-tietokantoihin touko-kesäkuussa 2024. Tutkimusten valintaprosessi on esitelty kuviossa 1.



Kuvio 1. Tutkimusten valintaprosessi

4.4 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: analyysin valmisteluun, organisointiin ja raportointiin (Vilka, 2023; Kangasniemi ym., 2016). Analyysin valmisteluvaiheessa kerätty tutkimustieto järjestetään sellaiseen muotoon, jossa sitä voi tutkia. Sisällön analyysin organisointivaiheessa toteutetaan joko deduktiivinen tai induktiivinen sisällönanalyysi. (Kangasniemi ym., 2016.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa toteutettiin induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi ja aineiston käsittelymenetelmäksi valikoitui kuvaileva luokittelu. Luokittelua voidaan toteuttaa hyödyntämällä alkuperäistutkimuksissa esitettyjä teemoja, kategorioita, käsitteitä tai teorioita tai sisällöllisesti hierarkkisesti, kronologisesti, rakenteena tai prosessina (Kangasniemi ym., 2016).

Ensimmäinen vaihe on alkuperäistutkimusten tuloksiin perehtyminen (Kangasniemi ym., 2016). Katsauksen tekijä luki alkuperäisartikkelit läpi useaan kertaan saadakseen riittävän kokonaiskuvan mukaan otettavista tutkimuksista. Lukuprosessin aikana alkuperäistutkimuksista pyrittiin tunnistamaan tutkimuskysymyksen kannalta merkityksellisiä eli kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemukseen vaikuttavia tekijöitä. Kuvausten aineistoista poimimisen jälkeen ne ryhmitellään samankaltaisuuksien sekä eroavaisuuksien perusteella omiin luokkiinsa (Kangasniemi ym., 2016). Kuvailevassa luokittelussa katsauksen tekijä hyödynsi värikoodeja ja taulukointia, joista lopulta muodostettiin kaksi pääluokkaa: kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemusta edistävät tekijät sekä kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemusta heikentävät tekijät. Molemmista pääluokista muodostettiin kuusi alaluokkaa sekä kuvattiin alaluokkien ilmenemistavat.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tähän kirjallisuuskatsaukseen valittiin mukaan 9 tutkimusartikkelia, joista kaikki oli julkaistu englannin kielellä. Artikkelit oli julkaistu vuosina 2012–2023. Tutkimuksista kolme oli Norjasta (Kaldestad & Nåden, 2022; Staats ym., 2020; Witsø ym., 2012), yksi Espanjasta (Rudilla ym., 2016), yksi Ruotsista (Holmberg ym., 2012), yksi Itävallasta (Aoun ym., 2012), yksi Englannista (Stevens ym., 2023), yksi Portugalista (São José, 2016) ja yksi Kanadasta (Giosa ym., 2022). Kirjallisuuskatsaukseen mukaan hyväksytyt tutkimukset on esitelty liitetiedostossa 2.

Suurin osa (n=8) katsaukseen valituista tutkimuksista (Aoun ym., 2012; Giosa ym., 2022; Holmberg ym., 2012; Kaldestad & Nåden, 2022; São José, 2016; Staats ym., 2020; Stevens ym., 2023; Witsø ym., 2012) oli kvalitatiivisia tutkimuksia. Rudilla ym., (2016) tutkimus oli monimenetelmä eli “mixed methods”- satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Aoun, ym. (2012) tutkimus oli kaksiosainen sisältäen kvalitatiivisen haastatteluosion sekä kahden erilaisen hoitotyön mallin pilotoinnit, jotka toteutettiin satunnaistettuna kontrolloituna tutkimuksena. Kyseinen tutkimus on julkaistu kahdessa erillisessä artikkelissa, joista tähän katsaukseen valittiin tutkimuksen kvalitatiivista komponenttia käsittelevä artikkeli. Toinen artikkeli löydettiin manuaalisella haulla, mutta se hylättiin, koska artikkelissa keskityttiin arvioimaan valitun tutkimusmenetelmän eli satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen soveltuvuutta valitulle potilasryhmälle.

Kaikissa (n=9) tutkimuksissa (Aoun ym., 2012; Giosa ym., 2022; Kaldestad & Nåden, 2022; Holmberg ym., 2012; Rudilla ym., 2016; São José, 2016; Staats ym., 2020; Stevens ym., 2023; Witsø ym., 2012) tutkittavat olivat aikuisia kotihoidon asiakkaita iältään 50–99 vuotta. Giosa ym. (2022) tutkimuksessa oli haastateltu kotihoidon asiakkaiden lisäksi myös heidän omaisiaan ja hoitotyöntekijöitä, mutta tuloksista oli mahdollista eritellä tähän katsaukseen ainoastaan asiakkaiden näkemyksiä arvokkuuden kokemukseen vaikuttavista tekijöistä. Kolmessa tutkimuksessa (n=3) (Aoun ym., 2012; Staats ym., 2020; Rudilla, D. ym., 2016) osallistujat olivat palliatiivisen hoidon piirissä.

Seitsemässä tutkimuksessa (n=7) (Aoun ym., 2012; Giosa ym., 2022; Holmberg ym., 2012; Kaldestad & Nåden, 2022; Stevens ym., 2023; Staats ym., 2020; Witsø ym., 2012) tutkimusaineisto kerättiin havainnoinnin lisäksi puoli-strukturoitujen-, teema- tai syvähaastattelujen avulla. São José (2016) tutkimuksessa aineistonkeruuseen käytettiin

havainnoinnin lisäksi epävirallista keskustelua. Rudilla ym., (2016) tutkimuksessa käytettiin datan keräämiseen ennen ja jälkeen intervention kuutta eri mittaria: Patient Dignity Inventori (PDI), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Brief resilient Coping Scale (BRCS), the Duke-UNC-11 Functional Social Support Questionnaire ja kahta osiota EORTC quality of Life C30-kyselystä (EORTC-QLQ-C30).

5.1 Kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemusta edistävät tekijät

Tutkimustuloksista muodostettiin kaksi pääluokkaa: Kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemusta edistävät tekijät sekä kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemusta heikentävät tekijät. Molemmista pääluokista johdettiin kuusi alaluokkaa ja lisäksi kuvattiin niiden ilmenemistavat. Kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemusta edistävien tekijöiden alaluokat olivat: hyvä vuorovaikutus- ja luottamussuhde, yksilökeskeinen hoitotyö, autonomian kunnioittaminen, yksityisyyden kunnioittaminen, asiakkaan sisäiset selviytymismekanismit sekä terveydenhuollon ammattihenkilöstön riittävät resurssit. Tämä pääluokka, sen alaluokat sekä niiden ilmenemistavat on esitelty liitetaulukossa 3.

5.1.1 Hyvä vuorovaikutus- ja luottamussuhde

Tutkimustulosten mukaan hyvä vuorovaikutus- ja luottamussuhde asiakkaiden ja kotihoidon välillä edisti asiakkaiden arvokkuuden kokemusta (Aoun ym., 2012; Holmberg ym., 2012; Kaldestad & Nåden, 2022; Staats ym., 2020; Stevens ym., 2021, Witsø ym., 2012), Giosa ym. 2021). Luottamussuhteen kehittyminen edellytti jatkuvuutta hoitaja-asiakassuhteissa (Giosa ym., 2021; Holmberg ym., 2012; Kaldestad & Nåden, 2022). Asiakkaat toivoivat kotihoidon ammattilaisten välttävän holhoavaa asennetta, saavansa osallistua omaan hoitoonsa todellisten kykyjensä mukaisesti sekä tulevansa kohdatuiksi ihmisarvoltaan tasavertaisia yksilöinä sairauksista ja toimintakyvyn heikkouksista huolimatta (Giosa ym., 2021; Holmberg ym., 2012; Stevens ym., 2021). Turvallinen ja hoivaava ympäristö sai tutkimustulosten mukaan asiakkaat kokemaan itsensä arvokkaiksi ja nähdyksi (Holmberg ym., 2012; São José, 2016; Staats ym., 2020, Stevens ym., 2021). Elämän merkityksellisyyden ja toivon ylläpito tuki palliatiivista hoitoa saavien asiakkaiden arvokkuuden kokemusta kuoleman lähestyessä (Staats ym., 2020). Vastaajat myös kuvasivat omaisilta saatua henkistä ja fyysistä tukea merkittäväksi arvokkuuden kokemusta edistäväksi tekijäksi (Staats ym., 2020; Stevens ym., 2021; São José, 2016; Witsø ym., 2012).

5.1.2 Yksilökeskeinen hoitotyö

Yksilökeskeinen hoitotyö arvioitiin kotihoidon asiakkaan arvokkuutta edistäväksi tekijäksi (Giosa ym., 2021; Holmberg ym., 2012; Kaldestad & Nåden, 2022; Stevens ym., 2021; Staats ym., 2020; Witsø ym., 2012). Asiakkaan yksilöllisten tarpeiden, elämäntavan ja elämänrytmin sekä asiakkaan arvojen huomioiminen tuki asiakkaiden arvokkuuden kokemusta (Holmberg ym., 2012; Giosa ym., 2021; Stevens ym., 2021; Witsø ym., 2012).

5.1.3 Autonomian kunnioittaminen

Autonomian kunnioittaminen tuki kotihoidon asiakkaiden arvokkuuden kokemusta (Giosa ym., 2021; Holmberg ym., 2012; Kaldestad & Nåden, 2022; Stevens ym., 2021; Staats ym., 2020; Witsø ym., 2012). Asiakkaiden itsenäisen päätöksenteon mahdollistaminen ja näiden päätösten kunnioittaminen edisti arvokkuuden tunnetta (Giosa ym., 2021; Staats ym., 2021; Stevens ym., 2021; Witsø ym., 2012). Riittävä, mutta yksilöllinen tiedonsaanti sairauteen liittyvissä asioissa tuki asiakkaiden päätöksentekoprosessia (Staats ym., 2020). Asiakkaan toiveiden kunnioittaminen koettiin tärkeäksi eteenkin elämän loppuvaiheessa ja kuoleman lähestyessä (Giosa ym., 2021; Staats ym., 2020). Asiakkaat kokivat kontrollintunteen säilyttämisen edistävän arvokkuuden kokemustaan (Giosa ym., 2021; Holmberg ym., 2012; Staats ym., 2020; Stevens ym., 2021; Witsø ym., 2012). Etenkin intiimihygieniaan liittyvissä keskusteluissa ja hoitotoimissa asiakkaan toiveiden kuunteleminen ja hienotunteisuus koettiin tärkeäksi arvokkuuden säilyttämiseksi (Kaldestad & Nåden, 2022; Stevens ym., 2021).

5.1.4 Yksityisyyden kunnioittaminen

Yksityisyyden kunnioittaminen edisti kotihoidon asiakkaiden arvokkuuden kokemusta (Aoun ym., 2012; Holmberg ym., 2012; São José, 2016; Stevens ym., 2021). Yksityisyyteen toivottiin kiinnitettävän huomiota erityisesti peseytymiseen ja intiimihygieniaan liittyvissä hoitotoimissa (Aoun ym., 2012; São José, 2016; Stevens ym., 2021). Kotihoidon ammattilaisten odotettiin kunnioittavan asiakkaan kotia ja osoittavan olevan toisen ihmisen tärkeässä tilassa (Holmberg ym., 2012; Stevens ym., 2021). Myös oman kodin säilyminen kodinomaisena avuntarpeesta huolimatta arvioitiin tärkeäksi tekijäksi arvokkuuden säilyttämisessä (Stevens, ym. 2021).

5.1.5 Kotihoidon asiakkaan sisäiset selviytymismekanismit

Tutkimustuloksista oli tunnistettavissa myös erilaisia kotihoidon asiakkaan sisäisiä selviytymiskeinoja, joiden avulla he pyrkivät suojelemaan ja säilyttämään arvokkuutensa. Kotihoidon asiakkaat kokivat joutuvansa tasapainottelemaan avuntarpeen lisääntymisen, toimintakyvyn laskun, uusien apuvälineiden ja omatoimisuuden sekä arvokkuuden säilyttämisen välillä (São José, 2016; Stevens ym., 2021; Witsø ym., 2012). Osalla liikkeessä pysyminen, sosiaalisen elämän ja aktiviteettien ylläpito, päivittäiset rutiinit sekä oman roolinsa säilyttäminen esimerkiksi perheen merkityksellisinä johtohahmona iästä tai sairaudesta riippumatta oli tapa edistää ja suojella omaa arvokkuuden kokemusta (São José, 2016; Witsø ym., 2012). Ohjasten piteleminen päätöksentekoprosessia koettiin tärkeäksi keinoksi säilyttää kontrollin tunne (Holmberg ym., 2012; São José, 2016; Witsø ym., 2012). Toisaalta osa myös koki päätöksentekovastuun siirtymisen omaiselle tai ammattilaiselle helpottavana (Aoun ym., 2012; São José, 2016; Witsø ym., 2012). Osa kotihoidon asiakkaista koki tärkeäksi tehdä yhteistyötä hoitoonsa osallistuvien omaisten sekä kotihoidon kanssa. Osoittamalla auttajilleen heidän ansaitsemaansa arvostusta pyrittiin takaamaan avunsaannin jatkuvuus. (São José, 2016).

Koti koettiin tutkimustulosten mukaan merkittävänä arvokkuutta suojaavana elementtinä (Staats ym., 2020; Stevens ym., 2021; Witsø ym., 2012). Asiakkaat halusivat kodin vastaavan sen hetkisiä tarpeitaan, mutta myös mieltymyksiään ja kotihoidon ammattilaisten odotettiin huomioivan tämä (Stevens ym., 2021; Witsø ym., 2012). Koti koettiin turvasatamana, jonka seinien sisällä he kykenivät suojaamaan itseään. Passiivisuus myös hyväksyttiin osaksi ikääntymisprosessia (São José, 2016; Witsø ym., 2012). São José (2016) tutkimuksessa osa kotihoidon asiakkaista oli valinnut olla liikkumatta kodin ulkopuolella. Arvokkuuden säilyttämiseksi oltiin valmiita luopumaan aktiviteeteista ja sosiaalisista kontakteista sekä eristäytymään muusta maailmasta. Tähän linkittyi usein myös haluttomuus yhteistyöhön kotihoidon kanssa sekä toive elämän päättymisestä. (São José, 2016.)

5.1.6 Kotihoidon ammattihenkilöstön riittävät resurssit

Tutkimustulosten mukaan kotihoidon asiakkaat kokivat itsensä arvokkaiksi, kun kiireestä huolimatta heille tarjottiin apua pyytämättä ja heidän toiveensa ehdittiin kuulla (Aoun ym., 2012; Kaldested & Nåden, 2022; Stevens ym., 2021). Merkitykselliseksi asiaksi arvioitiin myös omaisten jaksamisen ja riittävän tuensaannin huomioiminen kotihoidon taholta (Staats

ym. 2020). Kotihoidon asiakkaat toivat esille kotihoidon henkilöstön riittävän ammattiosaamisen olevan edellytys luottamussuhteen syntymiselle. Luottamussuhde toi turvaa ja asiakkaat kokivat tullessa huolehdituiksi ja arvostetuiksi. (Stevens ym., 2021; Holmberg ym., 2012.) Hoidon laadulla arvioitiin olevan suurempi merkitys kuin sillä, missä asiakas viettää viimeiset hetkensä (Staats ym., 2020). Rudillan ym. (2015) tutkimuksessa sekä counseling- ja dignity-terapialla todettiin tulosten mukaan olevan positiivinen vaikutus palliatiivista hoitoa saavan kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemukseen.

5.2 Kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemusta heikentävät tekijät

Pääluokasta kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemusta heikentävät tekijät muodostettiin alaluokat: Autonomian loukkaukset, ongelmat vuorovaikutus- ja luottamussuhteessa, yksilöllisen hoidon ja huolenpidon puute, yksityisyyden loukkaukset, ikä ja sairaudet sekä terveydenhuollon ammattihenkilöstön riittämättömät resurssit. Tämä pääluokka, sen alaluokat ja niiden ilmenemistavat on esitelty liitetaulukossa 4.

5.2.1 Autonomian loukkaukset

Tutkimustulosten mukaan autonomiseen päätöksentekoon kohdistuvat loukkaukset kuten sulkeminen päätöksentekoprosessin ulkopuolelle tai asiakkaiden toiveiden sivuuttamisella oli heikentävä vaikutus tutkittavien arvokkuuden kokemukseen (Giosa ym., 2021; Holmberg ym., 2012; Kaldestad ym., 2022; São José, 2016; Stevens ym., 2021; Staats ym., 2020). Tilanteissa, joissa kotihoidon asiakkaiden kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä ja osallistua omaan hoitoonsa arvioitiin alentuneeksi pelkästään iän tai sairauksien perusteella heikensi asiakkaiden arvokkuuden kokemusta (Giosa ym., 2021; Holmberg ym., 2012; Staats ym., 2020). Osa Staatsin ym. (2020) tutkimukseen osallistuneista kotihoidon asiakkaista koki saaneensa liian vähän tai liikaa informaatiota päätöksentekoprosessin tueksi. Turvattomuuden tunne myös vaikutti asiakkaiden mahdollisuuksiin tehdä päätöksiä vain omiin toiveisiin ja arvoihin perustaen. (Staats ym., 2020.)

5.2.2 Yksityisyyden loukkaukset

Yksityisyyteen kohdistuvat loukkaukset heikensivät kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemusta (Holmberg ym., 2012; São José, 2016; Stevens ym., 2021). Yksityisyyden loukkaukset korostuivat erityisesti intiimihygieniaan ja asiakkaan kehoa paljastavissa hoitotoimissa (São José, 2016; Stevens ym., 2021). Yksityisyyttä koettiin loukattavan myös

tilanteissa, joissa asiakkaan kodissa liikuttiin asiakkaan mielestä sopimattomalla tavalla (Stevens ym., 2021). Kodin muuttuminen laitosmaiseksi esimerkiksi apuvälineiden tai seurantalaitteiden myötä koettiin loukkaukseksi yksityisyyttä kohtaan (Stevens ym., 2021; Aoun ym., 2012).

5.2.3 Ongelmat vuorovaikutus- ja luottamussuhteissa

Ongelmat vuorovaikutus- ja luottamussuhteissa heikensivät kotihoidon asiakkaiden arvokkuuden kokemusta (Giosa ym., 2021; Holmberg ym., 2012; Kaldestad & Naden, 2022; Stevens ym., 2021; Staats ym., 2020). Asiakkaiden kokema epäasiallinen käytös ja puhetapa kuten käskyttäminen ja kiireen tuntu vaikuttivat tutkimustulosten mukaan negatiivisesti vuorovaikutus- ja luottamussuhteiden syntyyn (Holmberg ym., 2012; Stevens ym., 2021; Staats ym., 2020). Jos ammattilainen ei tuonut itsestään mitään mukaan keskusteluun, vuorovaikutussuhde jäi pinnalliseksi (Holmberg ym., 2012). Tilanteet, joissa ammattilainen ei keskittynyt asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin tai ollut aidosti läsnä vaikutti heikentävästi asiakkaan arvokkuuden kokemukseen (Holmberg ym., 2012; Staats ym., 2020).

5.2.4 Yksilöllisen hoidon ja huolenpidon puute

Kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemukseen vaikuttivat heikentävästi tilanteet, joissa kotihoidon asiakkaiden yksilöllisiä tarpeita, toiveita tai arvoja ei huomioitu (Giosa ym., 2021; Kaldestad ym., 2022; Staats ym., 2020; Witsø ym., 2012). Tällaiset tilanteet konkretisoituvat esimerkiksi asiakkaan omaan päivärytmin sivuuttamisena (Giosa ym., 2021; Staats ym., 2020; Witsø ym., 2012). Yksilöllisyyden puute hoitotyössä sai myös osan vastaajista tuntemaan, että he olivat vain nimiä tehtävälisellä eivätkä ainutlaatuisia yksilöitä mikä rikkoi heidän ihmisarvoaan vastaan (Kaldestad ym., 2022; Staats ym., 2020; Stevens ym., 2021).

5.2.5 Ikä ja sairaudet

Tutkimustulosten mukaan sairaudet ja ikä vaikuttivat heikentävästi kotihoidon asiakkaiden omanarvon tuntoon (São José, 2016; Stevens ym., 2021; Staats ym., 2020). Fyysiset muutokset ja niihin liittyvä moninainen kehon rappeutuminen asettivat uhan arvokkuuden kokemukselle (São José, 2016; Stevens ym., 2021). Stevensin ym. (2021) tutkimustulosten mukaan vastaajat kokivat, että ikääntymisen myötä kohtaa väistämättä menetyksiä sekä joutuu hiljalleen luopumaan asioista kuten esimerkiksi kehon toimintojen hallinnasta tai sosiaalisista kontakteista. Kehon rappeutumiseen liittyi myös häpeää ja lisääntyvää arvottomuuden

tunnetta (São José, 2016; Stevens, ym., 2021). Iän ja sairauksien vuoksi asiakkaat kokivat tulevansa vähemmän arvostetuiksi muiden ihmisten silmissä, mikä johti heidän omanarvon tunteensa heikkenemiseen (Stevens ym., 2021; Staats ym., 2020).

5.2.6 Terveydenhuollon ammattilaisten riittämättömät resurssit

Kotihoidon käynneillä kiireen tuntu ja ammattilaisten kuormittuneisuus sai osan asiakkaista kokemaan itsensä taakaksi (Holmberg ym., 2012; São José, 2016; Stevens ym., 2021; Staats ym., 2020). Alati vaihtuvat työntekijät heikensivät hoidon jatkuvuutta, loivat turvattomuutta ja vaikeuttivat luottamussuhteen kehittymistä (Holmberg ym., 2012; Stevens ym., 2021; Staats ym., 2020).

6 TUTKIMUSTEN LAADUNARVIOINTI

Kirjallisuuskatsausta laadittaessa tulee kriittisesti arvioida mukaanottokriteerit täyttäneiden tutkimusten menetelmällistä laatua (Hoitotyön tutkimussäätiö, 2024; Vilkka, 2023).

Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi tutkimusartikkelien laadunarviointi tulisi suorittaa vähintään kahden tutkijan toimesta (Lemetti ym., 2016). Myös tässä kirjallisuuskatsauksessa tutkimusten laadunarviointi toteutettiin kahden henkilön toimesta. Laadunarvioinnit suoritettiin ensin yksin ja tämän jälkeen arvioitsijat keskustelijat poikkeavista havainnoista keskenään, jonka jälkeen laadunarvioinneista päästiin yhteisymmärrykseen.

Laadunarviointiprosessin päätteeksi kaikki yhdeksän (n=9) arvioitua tutkimusta päätettiin hyväksyä mukaan kirjallisuuskatsaukseen. Tämän kirjallisuuskatsauksen laadunarviointiin käytettiin JBI:n (Joanna Briggs Institute) arviointikriteeristöä laadullisille ja satunnaistetuille kontrolloiduille tutkimuksille. Artikkelien laadunarviointi on esitetty liitetiedostoissa 5 ja 6.

7 POHDINTA

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata tekijöitä, jotka ovat yhteydessä kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemukseen. Tutkimustulosten mukaan kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemukseen vaikuttavat useat eri tekijät. Tutkimustuloksista tunnistettiin sekä kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemusta edistäviä, että heikentäviä tekijöitä. Ihmisen yksilölliset arvot, tarpeet ja toiveet vaikuttavat kokemukseen arvokkuudesta sekä siihen vaikuttavista tekijöistä, jonka vuoksi yksilökeskeisen hoitotyön merkitys korostuu (Giosa ym., 2021; Holmberg ym., 2012; Kaldestad & Nåden, 2022; Stevens ym., 2021; Staats ym., 2020; Witsø ym., 2012). Cairnsin ym. (2013) aikaisemmassa tutkimuksessa hoitotyöntekijät ovat arvioineet arvokkuutta tukeva hoitotyön merkittävimmiksi osa-alueiksi asiakkaan kohtaamisen kunnioittavasti, yksilökeskeisyyden, kokonaisvaltaisuuden, yksityisyyden kunnioittamisen sekä asiakkaan osallistamisen häntä koskevaan päätöksentekoon. Arvokkuutta edistävä hoitotyö tukee asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja itsenäisyyttä, ylläpitää asiakkaan yksilöllistä identiteettiä ja rohkaisee häntä osallistumaan omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin. (Cairns ym., 2013.)

Kirjallisuuskatsauksen tutkimustulosten mukaan hyvässä vuorovaikutussuhteessa tärkeää on aito, näkyväksi tehty läsnäolo ja vastavuoroisuus asiakkaan ja kotihoidon ammattilaisen välillä (Giosa ym., 2021; Holmberg ym., 2012; Kaldestad & Nåden, 2022). Löydös on linjassa aikaisemman tutkimustiedon kanssa, jonka perusteella yksilön arvokkuuden kokemusta edistävät ja ylläpitävät ystävyyssuhteet ja sosiaalinen osallisuus, mutta myös positiivinen suhde hoitotyön ammattilaisiin voi edistää yksilön omanarvon tunnetta (Clancy ym., 2021). Arvokkuutta tukeva hoitotyö myös synnyttää kunnioitusta hoitotyöntekijän ja asiakkaan välille (Cairns, ym., 2013). Ihmisarvo on absoluuttinen ja rikkumaton, mutta yksilön ollessa vuorovaikutuksessa ympäröivän maailman kanssa sosiaalista arvokkuutta voidaan sekä heikentää, että edistää (Jacobson, 2009; Clancy ym., 2021).

Kunnioittava kohtaaminen ja asiakkaan huomioiminen kokonaisuutena arvioitiin tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimustulosten perusteella edellyttävän kotihoidon asiakkaan autonomian, yksityisyyden ja yksilöllisten tarpeiden huomioimista, sekä hyvää molempin puolista vuorovaikutus- ja luottamussuhdetta kotihoidon ja asiakkaan välillä (Giosa ym., 2021; Holmberg ym., 2012; Kaldestad & Nåden, 2022; Stevens ym., 2021; Staats ym., 2020; Witsø ym., 2012). Asiakkaan kunnioittava ja arvostava kohtaaminen on aiemmissa tutkimuksissa todettu edellyttävän yksilökeskeistä hoitoa, jossa sekä tunnustetaan, että

osoitetaan kunnioitusta yksilön elämäntarinalle, tiedoille, kokemuksille ja toiveille suunniteltaessa ja toteutettaessa hänen hoitoaan (Kelly ym., 2024). Yksittäisten arvokkuuden kokemukseen vaikuttavien osa-alueiden, kuten autonomian huomioiminen ei riitä vaan lisäksi on tärkeää huomioida yksilö kokonaisuutena kohtamaalla hänet arvokkaasti (Beach ym., 2005).

Jacobsonin (2009) mukaan tietyt terveydenhuollon ympäristön elementit kuten sen eri toimijoiden eli terveydenhuollon asiakkaiden, hoitotyöntekijöiden sekä päättäjien toisistaan eriävät roolit sekä terveydenhuollon moninaisia jännitteitä sisältävät toimiympäristöt kuten tasapainottelu terveydenhuollon asiakkaiden tarpeiden ja käytettävissä olevien resurssien välillä altistavat hoitotyön asiakkaat arvokkuuden loukkauksille. Terveydenhuollossa tapahtuvat arvokkuuden loukkaukset voivat ilmetä esimerkiksi asiakkaisiin kohdistuvana epäkohteliaisuutena, välinpitämättömyytenä, ylimielisyytenä, vähättelynä, poissulkevana tai toisaalta riippuvuutta tukevana käytöksenä, rajoittamisena, esineellistämisenä, yleistämisenä, halveksuntana, syrjintänä tai riistämisenä. (Jacobson, 2009.) Myös tähän kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyjen tutkimusten tuloksista tunnistettiin kotihoidon asiakkaisiin kohdistunutta epäasiallista käytöstä, jolla todettiin olevan heikentävä vaikutus asiakkaiden arvokkuuden kokemukseen (Holmberg ym., 2012; Stevens ym. 2021; Staats ym., 2020). Kotihoidon asiakkaiden kohtaama epäasiallinen käytös johtaa usein vuorovaikutus ja luottamussuhteen heikkenemiseen (Holmberg ym., 2012; Stevens ym. 2021; Staats ym., 2020), jolla on Ikosen (2015) mukaan suora heikentävä vaikutus hoito- ja huolenpitotyön laatuun.

Riittävä resursointi on merkittävässä asemassa sekä kotihoidon ammattilaisten jaksamisessa ja työhyvinvoinnissa, mutta myös asiakaskokemuksessa. Tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimustulosten mukaan terveydenhuollon henkilöstön riittävillä tai riittämättömillä resursseilla voidaan vaikuttaa kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemukseen (Stevens ym., 2021; Holmberg ym., 2012). Resursointiin liittyy kuitenkin haasteita eteenkin, kun sosiaali- ja terveydenhuoltoala elää voimakkaita muutosten vuosia. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus siirsi 1.1.2023 vastuun sosiaali- ja terveystalouden sekä pelastustoimen järjestämisestä uusille hyvinvointialueille (STM, 2024b). Samaan aikaan julkisen alan eläkevakuuttaja Kevan teettämän kuntien työvoimaennusteen mukaan hoitajapula on merkittävä. Jo pelkästään vuosien 2021–2023 välillä hoitajapula on kaksinkertaistunut ja pulaa on sekä sairaanhoitajista, että lähihoitajista. (Keva, 2024.)

Resurssipula luo väistämättä haasteita myös kotihoitoon. Hoitotyön ammattilaisten kuormittuneisuus ja kiire heijastuvat asiakkaiden kokemuksiin saamastaan hoidosta ja huolenpidosta (Holmberg ym., 2012; São José, 2016; Stevens ym., 2021; Staats ym., 2020). Tutkimustulosten perusteella vuorovaikutus- ja luottamussuhteen kehittymisen edellytyksenä ovat kuitenkin terveydenhoitoalan ammattihenkilöstön riittävä ammatillinen osaaminen sekä hoidon jatkuvuus ilman jatkuvaa vaihtuvuutta työntekijöissä (Stevens ym., 2021; Holmberg ym., 2012). Kohtaamiseen liittyvät taidot korostuvat kotihoidossa, koska siellä kaikki asiakastyö perustuu vuorovaikutustilanteisiin asiakkaan, omaisten ja kotihoidon välillä (Ikonen, 2015). Hoivaavalla ja luottamussuhdetta edistävällä ympäristöllä voidaan aikaisemman tutkimustiedon perusteella vahvistaa hoitotyön asiakkaiden kontrollintunnetta, luoda turvaa ja suojella asiakkaan arvokkuuden kokemusta (Clancy ym., 2021).

Arvokkaan ja kunnioittavan hoitotyön keskiössä ovat asiakkaan kunnioitus ja kunnioittava kohtaaminen (Cairns, ym. 2013). Kotihoidossa tulisi olla sekä riittävät ajalliset, että ammatilliset resurssit asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioimiseen ja kunnioittavaan kohtaamiseen. Tunnistamalla asiakkaiden yksilöllisiin ja vaihteleviin prioriteetteihin ja osallisuuteen liittyviä selviytymismekanismeja kotihoidon ammattilaisilla on mahdollisuus edistämään ja suojelemaan yksilön arvokkuuden kokemusta (Witsø ym., 2012). Jos hoitotyöntekijällä on intuitiivinen ymmärrys ihmisarvosta ja sen merkityksestä, mutta puuttuu päivittäisessä hoitotyössä asiakkaan arvokkuuden kokemuksen edistämiseen vaadittava ymmärrys ja osaaminen riskinä on, että arvokkuuden käsite menettää merkityksensä (Sæteren & Nåden, 2021).

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän kirjallisuuskatsauksen kaikissa vaiheissa on pyritty noudattamaan erityistä huolellisuutta. Katsauksen eri vaiheiden eteneminen on kuvattu työssä tarkasti. Luottavuuteen on saattanut vaikuttaa laskevasti tutkijan vähäinen aiempi kokemus tiedonhaku- ja tutkimustulosten analyysiprosessista. Tutkijan oma äidinkieli ei ole englanti, joten vieraskielisen tekstin tulkinnassa virheiden mahdollisuus on olemassa. Systemaattisessa kirjallisuushaussa hakuprosessi tulisi toteuttaa useamman kuin yhden tutkijan toimesta sekä hyödyntää informaattikkojen ammattitaitoa hakuprosessissa (Valkeapää, 2016). Tämä kirjallisuuskatsaus ei täytä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kriteereitä, sillä tutkimus toteutettiin kandidaattitutkielmana yhden tutkijan toimesta. Tiedonhakuprosessin alussa

käytettiin kuitenkin luotettavuuden lisäämiseksi avuksi kirjaston informaattikkoja. Lisäksi mukaanottokriteerit täyttäneet tutkimukset arviointiin kahden henkilön toimesta JBI:n (Joanna Briggs Institute) arviointikriteeristöä käyttäen.

7.2 Johtopäätökset

Tämän kirjallisuuskatsauksen mukaan kotihoidon asiakkaiden arvokkuuden kokemukseen vaikuttavat useat eri tekijät. Asiakkaan ja kotihoidon ammattilaisen välisessä kohtaamisessa voidaan sekä edistää, että heikentää asiakkaan arvokkuuden kokemusta. Kotihoidossa on tärkeää käydä keskustelua siitä, mikä merkitys vuorovaikutustilanteilla ja yksilöllisten tarpeiden huomioimisella on yksilön arvokkuuden kokemukseen.

Asiakkaiden arvokkuuden kokemuksen edistämiseksi kotihoidossa tulisi pyrkiä myös tunnistamaan niitä konkreettisia hoitotyön tilanteita, joissa asiakkaan arvokkuuden kokemus voi olla uhattuna sekä kehittää työkaluja, joiden avulla edistää kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemusta. Hyvässä vuorovaikutussuhteessa kotihoidon työntekijä pyrkii aktiivisesti tunnistamaan asiakkaan yksilöllisiä toiveita ja tunnetiloja ja reagoimaan niihin asiakkaan arvokkuutta edistävällä tavalla. Tämä vaatii kuitenkin kotihoidon ammattilaisilta sekä riittäviä ajallisia ja ammatillisia resursseja. Tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimustuloksia on mahdollista hyödyntää jatkossa sekä hoitajamitoituksen, että koulutuksen suunnittelussa.

8 JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Kotihoidon palveluita kehitettäessä on tärkeää pitää toiminta asiakaslähtöisenä, yksilökeskeisenä ja kiinnittää huomioita asiakkaan kohtaamiseen. Jatkossa olisikin syytä tutkia kokevatko kotihoidon työntekijät, että heillä on riittävä ajallinen resurssi, sekä ajantasainen tieto- ja taitopohja tunnistaa asiakkaittensa arvokkuuden kokemusta edistäviä ja heikentäviä tekijöitä. Lisäksi tulisi tutkia, kokevatko kotihoidon työntekijät, että heillä on riittävästi konkreettisia työkaluja asiakkaittensa arvokkuuden kokemuksen edistämiseksi. Tutkimustietoa voitaisiin hyödyntää resursoinnin ja koulutuksen suunnittelussa sekä hoito- ja huolenpitotyön laadun kehittämisessä.

Lähteet

- Aoun, S., O'Connor, M., Skett, K., Deas, K. & Smith, J. (2012). Do models of care designed for terminally ill "home alone" people improve their end-of-life experience? A patient perspective. *Health & Social Care in the Community*, 20(6), 599–606. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01074.x>
- Beach, M., Sugarman, J., Johnson, R., Arbelaez, J., Duggan, P. & Cooper, L. (2005). Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence and receipt of preventive care? *Annals Of Family Medicine*, 3(4), 331.
- Buchana, D. R. (2016). Promoting Dignity: The Ethical Dimension of Health. *International Quarterly of Community Health Education*, 36(2), 99-104. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1177/0272684X16630885>
- Clancy, A., Simonsen, N., Lind, N., Liveng, J. & Johannessen, A. (2021). The meaning of dignity for older adults: A meta-synthesis. *Nursing Ethics*, 28(6), 878-894.
- Crains, D., Williams, V., Victor, C., Richards, S., Le May, A., Martin, W. & Oliver, D. (2013). The meaning and importance of dignified care: findings from a survey and social care professionals. *BMC Geriatrics*, 13(28), 1-6. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-28>
- Giosa, J. L., Byrne, K. & Stolee, P. (2022). Person- and family-centred goal-setting for older adults in Canadian home care: A solution-focused approach. *Health & Social Care in the Community*, 30(5), e2445–e2456. <https://doi.org/10.1111/hsc.13685>
- Gray, J. R. (2017). Review of relevant literature. Teoksessa: Gray J, Grove S & Sutherland S. (Toim.), *The Practice of Nursing Research. Appraisal, synthesis and generation of evidence* (s.120–125). 8.painos. Elsevier Inc.
- Edlund, M., Lindwall, L., von Post, I. & Lindström, U.Å. (2013). Concept determination of human dignity. *Nursing Ethics*, 20(8), 851-860. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1177/0969733013487193>
- EU:n perusoikeuskirja 26.10.2012/326/02. Haettu 10.4.2024 osoitteessa <https://fra.europa.eu/fi/eu-charter/title/title-i-dignity>
- Holmberg, M., Valmari, G. & Lundgren, S. M. (2012). Patients' experiences of homecare nursing: Balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 705–712. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00983.x>

- Hoitotyön tutkimussäätiö. (julkaisuaika tuntematon). *Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI)*.
Haettu 10.8.2024 osoitteessa <https://hotus.fi/kansainvalinen-yhteistyö/jbi-keskus/tutkimusten-arviointikriteeristot-jbi/>
- Ikonen, E.-R. (2015). *Kehittyvä kotihoito*. Otava oy.
- Jacobson, N. (2009). Dignity Violation in Health Care. *Qualitative Health Research*, 19(11), 1536–1547. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732309349809>
- Jacobson, N. (2006). Dignity and health. A review. *Social Science & medicine* 64(2), 292-302. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1016/j.socscimed.2006.08.039>
- Kaldestad, K., & Näden, D. (2022). Dignity in fragile older women receiving daily municipality care. *Nursing Ethics*, 29(7/8), 1660–1669. <https://doi.org/10.1177/09697330221109942>
- Kangasniemi, M. & Pölkki, T. (2016). Aineiston käsittely: Kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (Toim.), *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä* (s. 80–86). Turku, Turun yliopisto.
- Kelly, Y., Gannon, J., Bassul, C., Williams, M., Morrissey, D., McKee, J., Keayes, L.M., O'Rourke, N. & Flynn, R. (2024, Maaliskuu 11). Applying a Human Right-Based Approach to Formal Care and Support provided in the Home: A Narrative Review. *Health & Social Care in the Community*. <https://doi.org/10.1155/2024/6632018>
- Kinnear, D., Williams, V. & Victor Christina. (2014). The meaning of dignified care: an exploration of health and social care professionals' perspectives working with older people. *BMC Research Notes*. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1186/1756-0500-7-854>
- Keva. (1.3.2023). *Kuntien työvoimaennuste: Hoitajapula kaksinkertaistui kahdessa vuodessa*. <https://www.keva.fi/uutiset-ja-artikkelit/kuntien-tyovoimaennuste-hoitajapula-kaksinkertaistui-kahdessa-vuodessa/>
- Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Schopp, A., Scott, A., Arndt, M. & Kaljonen, A. (2003). Perception of autonomy, privacy and inform consent in the care of elderly people in five european countries: ceneral overview. *Nursing Ethics*, 10 (1). 18-58. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1191/0969733003ne575oa>
- Lehtiö, L. & Johansson, E. (2016). Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (Toim.), *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä* (s. 35). Turku, Turun yliopisto.

- Lemetti, T. & Ylönen, M. (2016). Kirjallisuuskatsauksen valittujen tutkimusartikkelien arviointi. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (Toim.), *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä* (s. 67–68, 74–75). Turku, Turun yliopisto.
- WHO. (2012). *Home care across Europe: current structure and future challenges*.
<https://iris.who.int/handle/10665/327948>
- WHO. (2008). *Which aspect of quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health system responsiveness" in 41 countries*.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.12.002>
- Niela-Vilen, H. & Hamari, L. (2016). Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (Toim.), *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä* (s. 25–26, 36–37). Turku, Turun yliopisto.
- Oxford English Dictionary. (2024). *Dignity*. Haettu osoitteessa 25.6.2024
https://www.oed.com/dictionary/dignity_n?tab=meaning_and_use#6780730
- Raitakari, S., Gunther, K. & Räsänen, J-N. (2022) Koti hyvinvointityön ja haavoittuvuuden kohtaamisen ympäristönä. Teoksessa Raitakari, S., Gunther, K. & Räsänen, J-M. (Toim.), *Koti, hyvinvointityö ja haavoittuvuus* (s. 9–10). Tampere University Press.
- Rudilla, D., Galiana, L., Oliver, A. & Barreto, P. (2016). Comparing counseling and dignity therapies in home care patients: A pilot study. *Palliative & Supportive Care*, 14(4), 321–329. <https://doi.org/10.1017/S1478951515001182>
- Sæteren, B. & Nåden, D. (2021). Dignity: An essential foundation for promoting health and well-being. Teoksessa Haugan, G. & Eriksson, M. (Toim.) *Health promotion in health care- Vital theories and research* (s. 71-73, 77). Springer Cham.
- São José, J. M. (2016). Preserving Dignity in Later Life. *Canadian Journal on Aging = La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 35(3), 332–347.
<https://doi.org/10.1017/S0714980816000398>
- SCIE. (julkaisuaika tuntematon). *Dignity in care*. Haettu 19.10.2024 osoitteessa
<https://www.scie.org.uk/providing-care/dignity-in-care/>
- STM. (2023). *Kotisairaanhoido ja kotisairaalahoido*. Haettu 2.3.2024 osoitteessa
<https://stm.fi/kotisairaanhoido-kotisairaalahoido>
- STM. (2024a). *Kotihoito*. Haettu 2.3.2024 osoitteessa <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>
- STM. (2024b). *Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (sote-uudistus)*. Haettu 10.9.2024 osoitteessa <https://stm.fi/soteuudistus>
- Sosiaalihuoltolaki [SHL] 31.12.2014/1301. Haettu 10.3.2024 osoitteessa
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L3P19a>

- Staats, K., Grov, E. K., Husebø, B. S. & Tranvåg, O. (2020). Dignity and loss of dignity: Experiences of older women living with incurable cancer at home. *Health Care for Women International*, 41(9), 1036–1058.
<https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1797035>
- Stevens, E., Price, E. & Walker, E. (2023). Making the mundane remarkable: An ethnography of the "dignity encounter" in community district nursing. *Ageing & Society*, 43(4), 745–767. <https://doi.org/10.1017/S0144686X21000738>
- Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. (2016). Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (Toim.), *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä* (s. 7). Turku, Turun yliopisto.
- Suomen sairaanhoitajat. (2021). *Ammattietiikka ja kollegiaalisuus*. Haettu 2.7.2024 osoitteessa <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/kollegiaalisuus-ja-ammattietiikka/>
- Terveystieteiden tutkimuskeskus [TervHL] 30.12.2010/1326. Haettu 10.3.2024 osoitteessa <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- THL. (2023). *Kotihoito*. Haettu 1.5.2024 osoitteessa <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146641/Tilastoraportti%2028%202023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Valkeapää, K. (2016). Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (Toim.), *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä* (s. 56–57, 61). Turku, Turun yliopisto.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). (2002). *Vanhuus ja hoidon etiikka*. <https://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisu+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf/34d9870b-d612-4952-8265-dcb7961dc3ab>
- Vilkka, H. (2023). *Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina*. Art House.
- Yhdistyneiden kansakuntien ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus. (1948). <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/finnish>
- YK. (2022). World population prospects 2022 summary of results. [wpp2022_summary_of_results.pdf \(un.org\)](https://www.un.org/wpp2022_summary_of_results.pdf)
- Witsø, A. E., Vik, K. & Ytterhus, B. (2012), Participation in Older home care Recipients: A Value-Based Process. *Activities, Adaptation & Aging*, 36(4), 297-316.
<https://doi.org/10.1080/01924788.2012.729187>

Liitteet

Liite 1.

Liitetaulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen hakulausekkeet

PubMed	("home care services"[Mesh] OR "home care servic*" OR "home health aides"[Mesh] OR "home care" OR "home nursing") AND ("personal digni*" OR dignit* OR "dignified care")
CINAHL	(MH "Home Health Care+" OR "home nursing" OR "home care") AND ("personal digni*" OR dignit* OR dignified care")
Medic	(kotih* kotisairaa* "home nursing" "home care services ") AND (arvo* dignit* "personal dignit*")
Cochrane	(home NEXT nursing OR home NEXT care NEXT services OR home NEXT health NEXT care OR home NEXT health NEXT aides) AND (personal NEXT dignity OR digni* OR dignified NEXT care)

Liite 2.

Liitetaulukko 2. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut tutkimukset

Tekijä, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä	Aineistonkeruumenetelmä	Keskeiset tulokset	Laadun arviointi pisteet k/e/?/na
Aoun, S., O'Connor, M., Skett, K., Deas, K. & Smith, J. 2012. Itävalta.	Kuvata yksin asuvien palliatiivista hoitoa saavien kokemuksia kahdesta eri hoitotyön mallista (hoiva-avustajan lisätunnit tai henkilökohtainen turvahälytintä sekä näiden vaikuttavuutta käyttäjien psyykkisiin, fyysisiin ja emotionaalisiin tarpeisiin.	Yksin asuvat, palliatiivista hoitoa kotona saavat SCHCS:n asiakkaat (n= 43). Osallistujat satunnaistettiin kolmeen ryhmään: 1. Tavanomaista hoitoa saavat (n= 20) 2. Ylimääräiset 30h/kk hoiva-avustajan tunteja saavat (n = 19) 3. henkilökohtaisen turvahälyttimen saavat (n= 19).	Tässä artikkelissa esiteltiin tutkimuksen kvalitatiivinen osuus, mutta kokonaisuudessaan kyseessä oli mixed-methods-tutkimus, jonka tulokset on raportoitu kahdessa eri artikkelissa. Pilotointi toteutettiin satunnaistettuna kontrolloituna tutkimuksena. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, haastattelulla ja syvähaastattelulla.	<u>Hoiva-avustaja-mallin hyödyt:</u> 1. Jokapäiväisen elämän helpottaminen 2. Hyvinvoinnin tukeminen 3. Elämänlaadun parantaminen ja arvokkuuden kokemuksen säilyttäminen: - Kokemus että arvostetaan, on arvokas - Yksityisyyttä ja toiveita kunnioitettiin - Asiakkainen ei tarvinnut aina pyytää apua, vaan sitä oli tarjolla ja sitä tarjottiin ilman anelua 4. Yksinäisyyden ja eristäytymisen vähentäminen <u>Turvahälytintä-mallin hyödyt:</u> 1. Kasvattaa turvallisuuden tunnetta 2. Lisää käyttäjien mielenrauhaa	8/2/0/0
Giosa, J. L., Byrne, K. & Stolee, P. 2022. Kanada.	Selvittää, miten ikäihmisen hoidon tavoitteiden suunnittelu voitaisiin jatkoissa	13 65- vuotiasta tai vanhempaa kotihoidon asiakasta (n = 13) ja 12 heidän hoitajanansa toimivaa omaista (n=12)	Kvalitatiivinen tutkimus. Ratkaisukeskeinen puolistrukturoitu haastattelu, joka toteutettiin kasvotusten.	Neljä teemaa nousi tutkimustuloksista: 1. Yksilön iän taakse näkeminen mahdollistaa kunnioituksen ja arvokkuuden säilymisen. 2. Järkevä kommunikaatio edellyttää molemmin puolista asioiden jakamista.	8/2/0/0

	uudelleenrakentaa yksilön omien tavoitteiden, tarpeiden ja toiveiden ympärille.			3. Yhdessä tekeminen sen sijaan että tehdään puolesta edistää osallisuutta. 4. Yhteistyö on helpompaa, kun ikäihmiset ja heidän omaishoitajansa näyttävät suuntaa.	
Holmberg, M., Valmari, G. & Lundgren, S. 2012. Ruotsi.	Kuvata kotihoidon asiakkaiden kokemuksia ja ajatuksia omassa kodissaan saamastaan hoidosta	Ruotsissa sijaitsevan kaupungin kotihoidon 21 (n=21) asiakasta (naiset n=11 ja miehet n=10)	Kvalitatiivinen lähestymistapa. Data kerättiin avoimilla haastatteluilla potilaiden kotona, jossa haastattelut myös videoitiin.	Tulokset jaettiin kahdeksaan alakategoriaan ja kolmeen pääteemaan. Pääteemoiksi tunnistettiin kotihoidon asiakkaan yksilöllinen kohtaaminen, asiakkaan itsetunnon ylläpito sekä luottamussuhde hoitotyöntekijän ja asiakkaan välillä. Asiakkaat joutuivat tasapainottelemaan hoidetuksi tulemisen ja yksityisyyden sekä itsenäisyyden säilyttämisen välillä.	8/2/0/0
Kaldestad, K. & Nåden, D. 2022. Norja.	Saavuttaa syvällisempi ymmärrys arvokkuuden merkityksestä iäkkäiden päivittäistä kotihoitoa saavien hauraiden naisten elämässä.	Kymmenen (n = 10) päivittäistä kotihoitoa vastaanottavaa naista iältään 66–91 vuotta.	Kvalitatiivinen haastattelututkimus. Haastattelut tapahtuivat osallistujien kotona.	Tuloksista tunnistettiin kaksi teemaa: 1. Kohtaamisella voi olla ihmisarvoa tukeva ja edistävä vaikutus 2. Asiakkaan kohtaaminen muuna kuin arvokkaana ihmisenä rikkoo ihmisarvoa vastaan	10/0/0/0
Rudilla, D., Galiana, L., Oliver, A. & Barreto, P. 2016. Espanja.	Pilotoida satunnaistettu kontrolloitu tutkimus palliatiivista hoitoa saaville kotihoidon asiakkaille. Osallistujat	70 (n=70) palliatiivisen kotihoidon asiakasta.	Kvantitatiivinen tutkimusasetelma, satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Osallistujat (n=70) jaettiin kahteen ryhmään. Toinen ryhmä (n= 35) sai tavallista counseling-terapiaa ja toinen (n=35) arvokkuus, eli dignity-terapiaa. Näiden kahden ryhmän tuloksia verrattiin keskenään ennen ja jälkeen intervention käyttämällä 6	Molemmissa interventoryhmässä tapahtui intervention jälkeen tilastollisesti merkittävää parannusta kotihoidossa olevien palliatiivisten potilaiden henkisen hyvinvoinnin, elämänlaadun ja arvokkuuden eri osa-alueilla (PDI-mittarilla mitattuna). Masennus kuitenkin lisääntyi dignity-terapian jälkeen, eikä sillä ollut merkitystä sietokykyyn kun taas tavallisella terapialla	7/6/0/0

	saivat kahta erilaista terapian muotoja, joiden vaikutuksia verrattiin keskenään.		eri mittaria (PDI, HADS, BRCS, Duke-UNC-11 functional social support, EORTC-QLQ-C30).	ei ollut negatiivista vaikutusta depressioniin ja sen ansiosta asiakkaiden sietokyky parani. Dignity-terapia parantaa arvokkuuden kokemusta ja vähentää ahdistusta, kun taas counseling-terapialla on positiivisia vaikutuksia asiakkaan depressioniin, sietokykyyn sekä ahdistukseen.	
São José, J. M. 2016. Portugali.	Tunnistaa kotihoidon iäkkäiden asiakkaiden arvokkuuden kokemusta heikentäviä tekijöitä sekä samalla tunnistaa niitä keinoja, joiden avulla nämä ihmiset pyrkivät säilyttämään arvokkuutensa	Yli 65-vuotiaat kotihoidon asiakkaat (n=24), tutkimukseen osallistui myös heidän omaisiaan ja terveydenhuollon ammattilaisia.	Kvalitatiivinen tutkimus. Sisälsi havainnointia kotihoidon käynneillä sekä epävirallisia keskusteluja käyntien yhteydessä. Käyntejä kertyi 185, ja niillä tehtiin kenttämuistiinpanoja.	Arvokkuuden menetys on merkittävä huoli ikäihmisten keskuudessa. Tutkimuksessa tunnistettiin viisi eri mallia, joiden avulla ikäihmiset pyrkivät säilyttämään arvokkuutensa: 1. pysyä liikkeessä 2. turvata henkilökohtainen tila 3. säilyttää oma voimansa ja roolinsa 4. vaalia hoitajia 5. pysyä elämän syrjässä kiinni	8/2/0/0
Staats, K., Grov, E. K., Husebø, B. S. & Tranvåg, O. 2020. Norja.	Tunnistaa niitä merkittäviä kokemuksia, jotka joko edistävät tai heikentävät arvokkuuden kokemusta ikääntyneiden ja parantumatonta syöpää sairastavien naisten kohdalla	Kotona asuvat ikääntyneet, parantumatonta syöpää sairastavat naiset (n=13). Iältään 66–83 vuotta.	Kvalitatiivinen tutkimus. Sisälsi havainnointia kotihoidon käynneillä (n=13) sekä syvähaastattelut kaikilla osallistujille (n=13). Hermeneuttinen lähestymistapa.	Arvokkuuden kokemusta edistäviksi tekijöiksi tunnistettiin mahdollisuus tehdä itsenäisiä päätöksiä, tunne kontrollista, arvostava ja hoivaava ympäristö sekä tunne ihmisarvosta sairaudesta huolimatta. Arvokkuutta heikentäviksi tekijöiksi tutkittavat nimesivät itsemääräämisoikeutensa menettämisen, sairauden aiheuttaman toivottomuuden ja arvottomuuden tunteen, rikkomukset henkilökohtaista elämää kohtaan sekä ympäröivästä maailmasta erkaannuttava ympäristö. Tutkimustulosten mukaan arvokkuuden säilyttäminen tulisi olla ydinelementti iäkkäiden kotona asuvien	10/0/0/0

				parantumaton syöpä sairastavien naisten hoidossa.	
Stevens, E., Price, E. & Walker, E. 2023. Englanti.	Kuvata miten ja missä tilanteissa arvokkuus ilmenee kotihoidossa ja miten tietyt työtävät voivat joko edistää tai heikentää arvokkuuden kokemusta	Tutkijat havainnoivat 62 kotihoidon käyntiä, joihin osallistui 13 hoitajaa (n=13) ja 40 asiakasta (n=40) iältään 60–93 vuotta. Yksilöhaastatteluihin osallistui 11 hoitotyöntekijää ja 11 asiakasta eli yhteensä 22 haastateltavaa (n=22).	Kvalitatiivinen tutkimus. Etnografinen lähestymistapa. Sisälsi 470 h havainnointia kotihoidon käynneillä (n=62) sekä puolistrukturoidut yksilöhaastattelut.	Tuloksista tunnistettiin kolme teemaa: 1. vuorovaikutussuhteissa ilmenevä arvokkuus: hyvä vuorovaikutussuhde asiakkaan ja hoitajan välillä vahvistaa arvokkuuden kokemusta. 2. kehollisuuteen liittyvä arvokkuus: henkilökohtaiseen hygieniaan liittyvät asiat kuten tuoksut ja inkontinenssi ja niistä keskustelu voivat joko vahvistaa tai heikentää arvokkuuden kokemusta 3. kodissa ilmenevä arvokkuus: asiakkaan kodin kunnioitus, koti turvapaikkana ja kodinomaisen ympäristön säilyttäminen	10/0/0/0
Witsø, A. E., Vik, K. & Ytterhus, B. 2012. Norja.	Tutkimus pyrkii lisäämään ymmärrystä kotihoidon iäkkäiden asiakkaiden osallisuudesta omaa elämäänsä koskevaan jokapäiväiseen päätöksentekoon	Kymmenen kotihoidon asiakasta iältään 72-89 vuotta (n=10).	Kvalitatiivinen tutkimus. Data kerättiin osallistujilta (n=10) syvähaastattelulla asiakkaiden kotona ja data analysoitiin sisällön analyysillä.	Kotihoidon asiakkaiden osallisuus on sidoksissa yksilöllisiin arvoihin. Osallisuus muodostuu yksilön henkisiä, älyllisiä ja käytännön elementeistä ja strategioita. Jotta kotihoidossa voidaan edistää asiakkaitten arvokkuutta osallisuuden keinoin, on terveydenalan ammattilaisten oltava tietoisia asiakkaittensa yksilöllisistä ja vaihtelevista prioriteeteista ja osallisuuteen liittyvistä selviytymismekanismeista.	8/2/0/0

Liite 3.

Liitetaulukko 3. Kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemusta edistävät tekijät

Pääluokka	Alaluokka	Ilmenemistavat
Kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemusta edistävät tekijät	Yksilökeskeinen hoitotyö	<ul style="list-style-type: none"> - Huomioiva ja lämmin kohtaaminen ainutlaatuisena yksilönä - Yksilöllisten tarpeiden ja elämäntavan ja elämänrytmin huomioiminen - Tapaamiset hoitajan ja asiakkaan välillä ovat henkilökohtaisia tapaamisia, eivät vain osa "tehtäväälistää" - Informointi potilaan ehdoilla - Nähdään muutakin kuin asiakkaan ikä ja sairaudet
	Autonomian kunnioittaminen	<ul style="list-style-type: none"> - Itsenäinen päätöksenteko jokapäiväisessä elämässä - Asiakas kokee itse kontrolloivansa tilannetta ja päätöksentekoprosessia - Omainen otetaan mukaan päätöksentekoprosessiin, jos asiakas näin toivoo - Riittävä informointi päätöksenteon tueksi - Mahdollisuus päättää omasta kehostaan - Toiveiden kunnioittaminen myös elämän loppuvaiheessa
	Yksityisyyden kunnioittaminen	<ul style="list-style-type: none"> - Asiakkaan yksityisyyttä kunnioitetaan hoitotoimissa - Peseytymiseen ja intiimihygieniaan liittyvissä asioissa noudatetaan erityistä herkkyyttä - Asiakkaan koti säilytetään kotina, eikä sitä muuteta laitospäiseksi - Terveystieteiden ammattilaiset osoittavat kunnioittavansa asiakkaan kotia tämän turvasatamana - Asiakas on isäntä ja hoitotyöntekijä ammattilainen tekemässä työtään, hän ei siis myöskään ole vieras

	Hyvä vuorovaikutus- ja luottamussuhde	<ul style="list-style-type: none"> - Kunnioitava kohtaaminen vahvistaa arvokkuuden kokemusta ja ihmisarvoa - Asiakas kokee, että häntä arvostetaan - Turvallinen ja hoivaava ympäristö - Asiakkaan itsetuntoa tuetaan ja ylläpidetään - Toivon ja elämän merkityksellisyyden ylläpito - Tutut hoitajat ja sen tuoma hoidon jatkuvuus tukevat vuorovaikutus- ja luottamussuhteen syntymistä - Kokemus siitä, että tulee nähdyksi - Omaisten tarjoama hoiva ja tuki - Sujuva vuorovaikutus asiakkaan ja hoitotyöntekijän välillä - Vastavuoroisuus - Puhutaan asiakkaan kanssa, ei vain hänelle - Katsekontakti -Tapaamisten vaaliminen sosiaalisina kontakteina
	Asiakkaan sisäiset selviytymismekanismit	<ul style="list-style-type: none"> - Liikkeessä pysyminen, sosiaalisen elämän ja aktiviteettien ylläpito - Yrittäminen, vaikka ei aina onnistu - Oman roolin säilyttäminen perheessä ja yhteiskunnassa - Hoitotoimiin osallistuminen, tien näyttäminen - Hoitajien, ennen kaikkea omaishoitajien vaaliminen/arvostaminen, yhteistyö, heidän taakkansa helpottaminen - Omaisten sisällyttäminen päätöksentekoprosessiin - Kodin vaaliminen turvasatamana - Passiivisuuden hyväksyminen osaksi ikääntymistä - Kotiin eristäytyminen, eristäytyminen muusta maailmasta arvokkuuden säilyttämisestä - Päivittäisten tuttujen rutiinien ylläpito - Kodin muuttaminen esteettömäksi - Kodin säilyttäminen asukkaansa näköisenä (tutut, tärkeät tavarat) - Sosiaalisten suhteiden ylläpito (omaiset, ystävät, hoitajat)
	Terveystuon ammattihenkilöstön riittävät resurssit	<ul style="list-style-type: none"> - Apua tarjotaan pyytämättä, tuen saanti on riittävää - Hoito vastaa asiakkaan tarpeisiin

		<ul style="list-style-type: none">- Aikaa on riittävästi- Riittävä ammattiosaaminen- Ammatillaiset huomioivat myös omaisten jaksamisen- Counseling- ja dignity-terapiamuodot
--	--	---

Liite 4.

Liitetaulukko 4. Kotihoidon arvokkuuden kokemusta heikentävät tekijät

Pääluokka	Alaluokka	Ilmenemistapa
Kotihoidon asiakkaan arvokkuuden kokemusta heikentävät tekijät	Yksilöllisen hoidon puute	<ul style="list-style-type: none"> - Ei huomioida asiakkaan elämäntapaa/elämänrytmiä esim. herätetään liian aikaisin - Asiakkaan mielipiteet ja toiveet ja arvot sivuutetaan - Kohdellaan "osana laumaa" tai tehtävänä työlistalla
	Autonomian loukkaukset	<ul style="list-style-type: none"> - Liika informaatio sairauteen liittyen (asiakas ei pysty käsittelemään ja se heikentää hänen päätöksentekokykyään) - Asiakas sivuutetaan päätöksentekoprosessissa - Asiakkaan toimintakykyä vähätellään iän tai sairauden vuoksi - Omatoimisuuteen ei tueta - Asiakas eristetään muusta maailmasta - Asiakas-hoitajasuhteesta tulee holhoava
	Yksityisyyden loukkaukset	<ul style="list-style-type: none"> - Avustettavaksi joutuminen - Yksityiselämään kohdistuvat loukkaukset - Asiakkaan yksityisyyttä loukataan esim. intiimihygieniaan puututtaessa - Kehon paljastaminen, paljaaksi jättäminen tarpeettomasti - Asiakkaan kodin muuntaminen laitospaiseksi (apuvälineet, seurantalaitteet)
	Ongelmat vuorovaikutus ja luottamussuhteissa	<ul style="list-style-type: none"> - Huutaminen, käskyttäminen - Tiuskiminen - Asiakas saadaan tuntemaan itsensä taakaksi - Asiakkaan tarpeita laiminlyödään - Luottamussuhteen asiakkaan ja ammattilaisen väliltä puuttuu - Hoitaja ei keskity siihen hetkeen ja henkilöön, jonka kanssa on vuorovaikutuksessa - Vuorovaikutussuhde jää yksipuoliseksi - Jäykkä, konemainen vuorovaikutussuhde

		- Jatkuvuus puuttuu, alati vaihtuvat kasvot
	Ikä ja sairaudet	<ul style="list-style-type: none"> - Fyysiset muutokset kuten kehon rappeutuminen ja siihen liittyvä häpeä (esim. apuvälineet, inkontinenssisuojat, uudet tuoksut) - Sairaus vaikuttaa yksilön omanarvon tuntoon - Iän myötä kohtaa menetyksiä ja joutuu luopumaan asioista: kehon toiminta rappeutuu, aktiviteetit vähenevät - Sosiaalisten kontaktien vähentyminen - Ahdistuneisuus, toivottomuus, depressio
	Terveystieteiden ammattilaisten riittämättömät resurssit	<ul style="list-style-type: none"> - Kiireen tuntu - Odottaminen, epävarmuus - Tehdään vain välttämätön - Puutteet ammattiosaamisessa

Liite 5.

Liitetaulukko 5. Kirjallisuuskatsaukseen otettujen tutkimusartikkelien laadunarviointi JBI:n laadullisen tutkimuksen arviointikriteereillä: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), ei sovellettavissa (NA) (HOTUS, 2024).

Arviointikriteeri	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Ovatko tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat ja metodologia keskenään yhteensopivia?	K	K	K	K	K	K	K	K
2. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tutkimuskysymykset tai tavoitteet keskenään yhteensopivia?	K	K	K	K	K	K	K	K
3. Ovatko tutkimuksen metodologia ja aineistonkeruumenetelmät keskenään yhteensopivia?	K	K	K	K	K	K	K	K
4. Ovatko tutkimuksen metodologia, aineiston kuvaus ja analyysi keskenään yhteensopivia?	K	K	K	K	K	K	K	K
5. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tulosten tulkinta keskenään yhteensopivia?	K	K	K	K	K	K	K	K
6. Onko tutkijan kulttuurilliset tai teoreettiset lähtökohdat kuvattu?	E	E	E	K	E	K	K	E
7. Onko tutkijan vaikutus tutkimukseen ja tutkimuksen vaikutus tutkijaan kuvattu?	E	E	E	K	E	K	K	E
8. Onko tutkimukseen osallistujat ja heidän äänensä (alkuperäiset ilmaisut) kuvattu asiaan kuuluvasti ja riittävällä tasolla?	K	K	K	K	K	K	K	K
9. Onko tutkimus toteutettu noudattaen nykyisiä eettisiä periaatteita ja onko tutkimuksella eettisen toimikunnan hyväksyntä?	K	K	K	K	K	K	K	K
10. Perustuvatko tutkimuksen johtopäätökset aineiston analyysiin ja tulosten tulkintaan?	K	K	K	K	K	K	K	K

(1 = Aoun ym., 2012, 2 = Giosa ym., 2022, 3 = Holmberg ym., 2012, 4 = Kaldestad & Nåden, 2022, 5 = São José, 2016, 6 = Staats ym., 2020, 7 = Stevens ym., 2023, 8 = Witsø ym., 2012.)

Liite 6.

Liitetaulukko 6. Kirjallisuuskatsaukseen otettujen tutkimusartikkelien laadunarviointi JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslistalla satunnaistetuille kontrolloiduille tutkimuksille: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), ei sovellettavissa (NA) (HOTUS, 2024).

Arviointikriteeri	Rudilla ym. (2016)
Onko osallistujien ryhmiin jakaminen satunnaistettu?	K
Ovatko tutkittavien ryhmiin jako salattu ryhmiin jakoa toteuttaneilta?	E
Ovatko koe- ja kontrolliryhmät samankaltaisia tutkimuksen alussa?	K
Ovatko tutkittavat sokkoutettu tutkimuksen ryhmäjäoista?	E
Ovatko intervention toteuttajat sokkoutettu tutkittavien ryhmäjäoista?	E
Ovatko tulosuuttajien mittaajat sokkoutettu tutkittavien ryhmäjäoista?	E
Kohdeltiinko ryhmiä yhdenmukaisesti lukuunottamatta tutkimuksen kohteena olevaa interventiota?	K
Pysyivätkö tutkittavat mukana tutkimuksessa seurannan aikana, ja elleivät pysyneet, kuvattiinko ja analysoitiinko seurannan aikana ilmenneet ryhmien väliset erot asianmukaisesti?	E
Tehtiinkö lähtöryhmien mukainen (hoitoaieanalyysi eli "intention-to-treat) analyysi?	E
Mitattiinko muuttujat samalla tavalla kaikissa ryhmissä?	K
Mitattiinko muuttujat luotettavasti?	K
Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?	K
Onko koeasetelma tutkittavan aihealueen näkökulmasta asianmukainen, ja huomioitiinko mahdolliset poikkeavuudet perinteisestä RCT-asetelmasta tutkimuksen toteutuksessa ja analyysissä?	K