



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Potilaan hengellisyyden huomioiminen hoitotyössä

Vähä-Savo-Väänänen, Toula

2015 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Hyvinkää

## Potilaan hengellisyyden huomioiminen hoitotyössä

Vähä-Savo-Väänänen Toula  
Hoitotyö  
Opinnäytetyö  
Lokakuu, 2015

Toula Vähä-Savo-Väänänen

### Potilaan hengellisyiden huomioiminen hoitotyössä

Vuosi

2015

Sivumäärä

33

---

Ihminen nähdään fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Ihmisyyteen olennaisena osana kuuluu myös henkinen ja hengellinen ulottuvuus. Tämän työn keskeisenä fokuksena oli ihmisen kokonaisvaltainen hoito, johon tulisi sisällyttää luonnollisena osana myös hengellisen terveyden huomioiminen. Kysymys on ihmisen inhimillisten tarpeiden ja henkilökohtaisten kokemusten ainutlaatuisuuden huomioimisesta hoitotyössä. Työn tarkoituksena oli selvittää, mikä merkitys hengellisyydellä on potilastyössä.

Vaikka aihealue on tärkeä, on se tutkimuskohteena jäänyt vähäiselle huomiolle erityisesti Suomessa. Hengellisyys terveydenhuollossa ja sitä käsittelevää kirjallisuutta on saatavilla pääosin englannin- ja saksankielisenä. Tutkimuksen tiedonhakuun käytettiin elektronisia tietokantoja, kuten PubMed, Medic ja Linda. Työn alussa käsiteltiin hoitotyön keskeiset elementit pääpaino terveyskäsitteen haastavassa määrittelyssä. Toisessa osiossa keskityttiin hoitotyön eettiseen osaamiseen hoitajan ja potilaan välisessä kohtaamisessa. Työ eteni hengellisen terveysfaktorin tarkastelemiseen, missä maailmankatsomus, hengellisyys ja uskonnollisuus ovat olennaisia osia ihmisyyttä. Lopuksi todettiin hengellisyyden merkityksellisyys potilaan voimavarana, koska ihmisen hengellinen ulottuvuus vaikuttaa terveyteen, elämänlaatuun ja asenteeseen kokea elämän mielekkyys myös sairauden aikana.

Työn tuloksena syntyi opas käytettäväksi apuvälineenä terveydenhuollon oppilaitoksissa ja työyhteisöissä. Opas perustuu pääasiallisesti Karvisen tutkimuksiin hengellisyydestä hoitotyössä, minkä pohjalta Avaus-malli on luotu. Malli sisältää kysymyksiä, jotka käsittelevät ihmisen arvoja ja vakaumusta, voimavaroja, arviota henkisistä ja hengellisistä tarpeista, ulkopuolisesta tuesta ja spiritualiteettia tukevan hoitotyön toimenpiteistä. Oppaan avulla hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus kartoittaa potilaan hengelliset tarpeet ja toteuttaa niitä käytännön hoitotyössä. Samalla potilaalle avautuu tilaisuus käsitellä henkisiä ja hengellisiä kysymyksiä hoitokontaktin aikana. Avaus-mallin kautta saatu tieto potilaan hengellisistä terveys-tarpeista voidaan liittää osaksi hoitosuunnitelmaa. Näin on mahdollista toteuttaa kokonaisvaltaista hoitotyötä, jossa potilas kohdataan yksilönä hänen oman elämänsä näkökulmasta. Vaikka opas pohjautuu suomalaiseen hoitokulttuuriin kehitettyyn malliin, soveltuu se vapaamuotoisena kliinisen työn välineenä kaikille potilaille maailmankatsomuksesta ja kulttuuri-taustasta riippumatta.

Hengellisyys, terveys, hengelliset terveystarpeet, voimavarat, kokonaisvaltainen hoito

Vähä-Savo-Väänänen Toula

### Spiritual Care in Nursing Practice

Year	2015	Pages	33
------	------	-------	----

---

The human being is physical, psychological and social wholeness. The mental and spiritual dimensions are essential parts of mankind, too. The purpose of this study will focus on the wholeness of care and healing, which should be included and naturally taken notice of the spiritual health as well. The basic question is how to understand and approach individual experiences in daily nursing practice. The goal of this study is to explore the role of individual patient`s spiritual needs in health care.

Although international studies clearly indicate, that this area is of great importance to health care, it is a subject to scholastic neglect in finnish health care research. This is why literature is mostly available in English and in German languages. Research electronic data was based on PubMed, Medic and Linda. The basic elements of nursing care focusing on the challenging definition of the health were studied at the very beginning of the work. The second part is set on ethics of health care, and as well as within the confrontation between patient and nurse. Following part consideres deeper spirituality by examining the worldview, spirituality and religiousness as a relevant part of humanity. The final result takes a view on the significance of spirituality for patients as a resource, because of the influence of spirituality to health, to the quality of life and to the individual`s general attitude to experience the meaning of life during the health care process, too.

As the final product of the study is concepted a guide to use as a tool in nursing schools and at daily work community. The guide is based on the studies of Dr Karvinen about the spirituality in health care, on that based the Avas-model. The model is consisting the questions about the values and beliefs, resources, evaluation about mental and spiritual needs, outside support and support of spirituality in the everyday health care. With the help of the guide it is easier for the nursing staff to figure out and put into practice the spiritual needs of patients. At the same time there is an opportunity for patients to handle with mental and spiritual questions during the sickness and the time at the hospital. This way it is possible to collect valuable knowledge about the spirituality of patients, which can be enclosed and to benefit the plan of the care process. This way is possible to practice the wholeness of health care, so that each patient could be individually confronted. Although guide is developed and found in finnish nursing culture, it is still suitable as a clinical tool for every patient regardless their world view and the background of culture.

Spirituality, Health, Spiritual Needs, Resources, Holistic Care

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Opinnäytetyön lähtökohtia .....	7
3	Menetelmät ja aineiston luotettavuus .....	8
4	Hoitotyön keskeinen sisältö .....	9
5	Potilaan kokonaisvaltainen kohtaaminen ja hoito .....	11
	5.1 Kokonaisvaltaisuuden merkitys hoitotyössä .....	11
	5.2 Hoitajan ja potilaan kohtaaminen .....	12
6	Hengellisyden merkitys hoitotyössä .....	14
	6.1 Hengellisyden käsitteestä .....	14
	6.2 Hengellisyys terveyden voimavarana .....	15
7	Potilaan hengellisten tarpeiden selvittäminen käytännön hoitotyössä.....	16
8	Pohdinta .....	18
	Lähteet .....	21
	Liitteet.....	24

## 1 Johdanto

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää mahdollisimman selkeästi ja ymmärrettävästi hoitotyöhön olennaisesti kuuluva aihealue, jossa käsitellään potilaan hengellisyden ja maailmankatsomuksen huomioimista hoitotyössä. Valitsin tämän aiheen opinnäytetyölleni, koska olen kiinnostunut tästä tärkeästä aiheesta, ja se on vielä paikoin vieras alue suomalaisille hoitotyöntekijöille. Potilaan hoitotyöhön tulisi luonnollisena osana kuulua myös usein liian vähän huomiota saava henkinen ja hengellinen terveysfaktori. Ihmisyyteen olennaisena osana kuuluva henkisen ja hengellisyden ominaisuudesta ja ulottuvuudesta voidaan puhua myös ihmisen spirituaalisena tasona.

Ihmisen hengellisen terveyden huomioiminen saa valitettavasti vielä liian vähän jalansijaa käytännön hoitotyössä. Olen seurannut ja havainnut käytännön työkentällä, mikä tärkeä merkitys hengellisyydellä voi olla potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa, koska hengellisyys voi joillekin potilaille olla jopa ainoa voimavara hoitoprosessin aikana.

Potilaan hengellisen terveyden määritelmä on olennainen osa työtä, jotta aihealue tulisi oikein hahmotettua ja ymmärrettyä. Peruslähtökohtana on jokaisella ihmisellä oleva maailmankuva ja maailmankatsomus, johon yhtenä osa-alueena kuuluu hengellisyys. Lisäksi työssä tarkennetaan uskonnollisuuden merkitys, joka on osa hengellisyyttä. Työn edetessä huomataan, että ihmisen hengellisyys nähdään laajempänä ilmiönä kuin pelkkä uskonnollisuus.

Vaikka suomalaisen yhteiskunnan perustana on kulttuurikristillinen lähtökohta, päätin lähestyä työssäni potilaan hengellisiä terveystarpeita suurimmaksi osaksi yleisellä tasolla. Työssäni en myöskään keskity monikulttuuriseen hengelliseen hoitotyöhön. Se on tämän päivän yhteiskunnan aihealue, joka tulee käsitellä omana mielenkiintoisena ja haasteellisena tutkimusalueena. Vaikka olenkin rajannut tarkastelemani hengellisen terveyden näkökulman ensisijaisesti yleiselle tasolle, voidaan työni tulosta silti luontevasti soveltaa myös monikulttuurisille potilaille uskontokunnasta ja etnisestä taustasta riippumatta sekä potilaille, joiden maailmankatsomus perustuu ateismiin.

Työn lopputuloksena on laadittu käytännön opas hyödynnettäväksi apuvälineenä terveydenhuollon oppilaitoksissa ja työyhteisöissä. Opas perustuu suomalaiseen hoitokulttuuriin kehitettyyn Avaus-malliin (Karvinen 2009, 2010, 2013), jossa potilaan hengelliset tarpeet kartoitetaan kysymysten avulla. Oppaan ensisijainen tarkoitus on tiedottaa, ohjeistaa, tukea ja helpottaa hoitohenkilökuntaa tunnistamaan ja löytämään potilaan hengelliset terveystarpeet, jotta potilaalle mahdollistuisi laadukas ja turvallinen kokonaisvaltainen hoito. Kysymys on potilaan hengellisten voimavarojen löytämisestä ja tukemisesta, mikä vaikuttaa oleellisesti ihmisen hyvinvointiin ja elämänlaatuun myös sairausprosessin aikana. Työn tavoitteena onkin

huomioida ja liittää potilaan hengelliset tarpeet luonnolliseksi osaksi esim. hoitosuunnitelmaa käytännön hoitotyössä.

## 2 Opinnäytetyön lähtökohtia

Työn aiheen valinta perustuu sen sisällön tärkeyteen potilastyössä ja omiin havaintoihin käytännön työelämässä. Hengellisyyttä terveydenhuollossa käsittelevää tutkimustietoa ja kirjallisuutta on saatavissa pääosin englannin- ja saksankielisinä. Suomessa tehdyissä tutkimuksissa on ensisijaisesti käytetty laadulliseen perinteeseen kuuluvia tutkimusmenetelmiä. Erityisesti Karvisen (2009) tutkimukset ja malli yhtenäisestä tieteellisestä henkisestä ja hengellisestä terveydestä antavat Suomessa merkittävän tietopohjan hengellisen terveyden tutkimiselle.

Opinnäytetyön aihepiiri on rajattu siten, että työ koostuu kolmen sisältöalueen kokonaisuudesta. Ensimmäinen aihealue käsitellään kappaleessa neljä. Se sisältää hoitotyön keskeiset elementit: ihminen, terveys, hoitotyön ympäristö ja hoitotyön toiminnot. Tässä osiossa terveyskäsitys ja terveystarpeet tarkennetaan.

Työn toinen sisältöalue kappaleessa viisi käsittelee potilaan ja hoitajan kohtaamista ja siitä muodostuvaa hoitosuhdetta. Samassa yhteydessä pohditaan kokonaisvaltaisuuden merkitystä hoitotyössä korostaen hoitotyön eettistä osaamista.

Kolmannessa osiossa käsittäen kappaleet kuusi ja seitsemän ihmisen terveystarpeita lähestytään laajemmasta näkökulmasta: fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden lisäksi huomioidaan myös hengelliset terveystarpeet. Maailmankatsomukset, henkinen ja hengellinen sekä uskonnollisuus ovat olennaisia osia ihmisyydessä. Näiden käsitteiden sisältö selvitetään tarkemmin kappaleessa kuusi. Ihmisen hengellisyyden huomioiminen hoitotyössä on merkityksellistä, koska hengellinen ulottuvuus vaikuttaa terveyteen, elämänlaatuun ja asenteeseen kokea elämän merkitys myös sairauden aikana. Työssä selvitetään ihmisen hengellisiä tarpeita arkipäivän käytännön esimerkeillä, jotka voivat toimia terveyden voimavarojen lähteinä. On olemassa kansainvälisiä malleja, joita voidaan käyttää työkaluina selvittäessä potilaan hengellisiä tarpeita. Työn lopussa esitellään Avaus-malli, jonka Karvinen on kehittänyt suomalaisen hoitokulttuuriin.

Opinnäytetyön keskeiset kysymykset ovat:

1. Mitä kuuluu potilaan kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen ja hoitoon?
2. Miksi hengellisyys on tärkeää hoitotyössä?
3. Miten hengellisten terveystarpeiden huomioiminen voi toteutua käytännön hoitotyössä?

Opinnäytetyön tyyppi on portfoliotyyppinen, koska tutkitun lähdeaineiston pohjalta laaditaan lopputuotos oppaan muodossa. Työn tarkoituksena on selvittää hengellisyiden merkitystä potilaan voimavarana ja auttaa huomioimaan hengellisyys käytännön hoitotyössä laaditun oppaan avulla. Oppaan tarkoituksena on antaa tietoa hengellisen terveyden merkityksestä hoitotyössä ja lisäksi opastaa hoitohenkilökuntaa kohtaamaan käytännössä aihealueeseen liittyviä kysymyksiä. Potilaan hengellisten tarpeiden strukturoitu selvittäminen voidaan liittää luontevaksi osaksi esimerkiksi hoitosuunnitelmaa. Samalla potilaalle mahdollistuu hengellisten kysymysten kohtaaminen hoitokontaktin aikana. Lisäksi opinnäytetyössäni koottu tieto leviää Theseus-tietokannan välityksellä hoitotyön asiantuntijoille, jotka voivat tarvittaessa laajentaa ja syventää omaa tietotaitoa potilaan hengellisyydestä.

### 3 Menetelmät ja aineiston luotettavuus

Opinnäytetyön aineisto hankittiin käyttämällä apuna systemaattista tietokantahakua ja manuaalista tiedonhakuja. Elektronisina tietokantoina on käytetty PubMed, Medic ja Linda. Manuaalisen haun tuloksena on käytetty alan kirjallisuutta, asiantuntijalehtiä ja verkkojulkaisuja.

Aiheen lähdeaineistoa on etsitty pääasiallisesti hoitotieteen näkökulmasta. Ottaen huomioon käsiteltävän aiheen sisällön luonne on tiedonhaun kriteerit laajennettu poikkitieteellisyyteen. Lähdeaineistoa on osittain etsitty myös teologian (hoitoteologia), lääketieteen, sosiologian ja etnologian (uskontoetnologia) tieteen aloilta. Koska lähestyin aiheen näkökulmaa suurimmaksi osaksi yleisellä tasolla, teologinen lähtökohta hakukriteereissä on rajattu suunnitellusti pienemmäksi alueeksi. Hakukriteerinä korostui etiikka hoitotyössä, mihin valitsin perustavanlaatuisiksi lähteiksi muun muassa Leino-Kilven & Välimäen, Hahon ja Karvisen tutkimuksia. Lähdeaineiston ajallinen kattavuus vaihtelee, mutta suurin osa lähteistä pitää sisällään tietoa 1990-luvulta nykyhetkeen.

Koska aiheesta löytyvää kirjallisuutta on melko vähän julkaistu suomenkielellä, laajennettiin asiasanojen haku englannin- ja saksankielisille sivustoille. Avainsanat suomenkielisissä tietokannoissa olivat ”hengellisyys”, ”hengellinen hoitotyö”, ”potilaan maailmankatsomus”, ”hengellinen terveys”, ”potilaan kokonaisvaltainen hoito”, ”potilaan voimavarat”. Hakusanoina englanninkielisissä hauissa käytettiin ”Spirituality”, ”Spiritual Care”, ”Spiritual Health”, ”Worldview in Patient Care” ja ”Spiritual Resources”. Tiedonhaun saksankieliset asiasanat olivat ”Spiritualität”, ”Spiritualität in der Pflege”, ”spirituelle Gesundheit”, ”Spirituelle Ressourcen” ja ”Pflege und Weltanschauung”.

Aihealue saa käytännön työssä vielä vähäistä huomiota, vaikka hengellisyyttä koskevaa kirjallisuutta ja tutkimustietoa on saatavissa yllättävän runsaasti. Julkaisut ovat pääosin englannin-



kielisiä. Tätä tukee myös Karvisen (2009) tutkimustieto aihealueesta. Lähdeaineiston luotettavuuteen pohjautuen halusin tästä syystä laajentaa haun myös saksankieliselle lähdeaineistolle. Työn edetessä saatoinkin mielenkiinnolla todeta, että saksankielisissä maissa on olemassa varsin kattavaa ja laajaa tutkimusaineistoa potilaan hengellisyydestä. Esimerkiksi Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit (FISG) tutkii, kartoittaa ja toteuttaa käytännön hoitotyössä potilaan hengellisyyden huomioimista hoitajien ja lääkärien näkökulmasta Sveitsissä ja Saksassa.

#### 4 Hoitotyön keskeinen sisältö

Hoitotyössä on pohjimmiltaan kyse toiminnasta, jossa pyritään edistämään toisen ihmisen hyvää. Hoitotyön eettisessä ulottuvuudessa perehdytään hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän kysymykseen osana ammatillista hoitotyötä. Koska hoitamisen perusolemus on inhimillistä toisen auttamista, tulee hoitotyön ammattikunnan edustajalla olla selkeä inhimillinen käsitys työnsä arvoperustasta ja kyetä toimimaan inhimillisellä ja sivistyneellä tavalla. (Leino-Kilpi ym. 2008, 23-24)

Hoitotyön tietoperustan keskeisiksi elementeiksi on Fawcettin (1984) mukaan luokiteltu ihminen, terveys, hoitotyön ympäristö ja hoitotyön toiminnot. Tässä hoitotyön määrittelyssä toimintojen peruslähtökohtana on ihminen ja toiminnan tavoitteena on terveys. Hoitotyön toiminnot ovat erilaisia auttavia keinoja, jotka toteutuvat hoitotyön yhteiskunnallisesti ja organisatorisesti rakennetussa ympäristössä. (Leino-Kilpi ym. 2008, 27)

Leino-Kilpi (2008, 28) erottaa hoitotyön ammatillisessa toiminnassa hoitotyöntekijälle kaksi vastuualueita: vastuu ihmisestä ja vastuu tehtävästä. Vastuu ihmisestä pitää sisällään sen, että hoitotyöntekijä huomioi jokaisen autettavan erityisyyden, ajattelevan ja arvovalintoja tekevän yksilön. Hoitotyö tulisi toteuttaa tavalla, jossa ihmisen ainutlaatuisuutta sisältäen myös maailmankatsomus kunnioitetaan. Ihmisvastuinen toiminta hoitotyössä edellyttää ammattilaiselta tietoa yksittäisen ihmisen arvoista ja terveyteen liittyvistä näkemyksistä, hoidosta ja hoitoon liittyvistä näkemyksistä sekä ihmistä kunnioittavista toimintaperiaatteista ja hänen asioittensa ajamiseen tarvittavista menettelytavoista. Ihmisvastuista toimintaa ohjaavat hoitotyön periaatteet, kuten ihmisarvon kunnioittaminen, hyvän tekeminen ja pahan välttäminen sekä oikeudenmukaisuus.

Tehtävävastuinen toiminta hoitotyössä määritellään Leino-Kilven (2008, 29-30) mukaan siten, että hoitotyön edustajalla on koulutukseen ja kokemukseen perustuen oikeus ja mahdollisuus auttaa ja hoitaa toista ihmistä. Työntekijä on sen mukaisesti velvollinen ylläpitämään ammatitaitoaan niin, että ihminen saa parhaan ajateltavissa olevan avun. Tehtävävastuinen toi-

minta edellyttää tietoa terveydestä ja terveysongelmista yleensä, yksittäisen ihmisen terveydestä, terveysongelmista ja terveyden hoitamiseen liittyvistä näkemyksistä sekä auttamismenetelmistä ja niiden tuloksellisuudesta. Tehtävävastuista toimintaa ohjaavat hoitotyön periaatteet, kuten toiminnan perusteltavuus ja luotettavuus sekä ammattilaisten keskinäinen arvonto.

Ihmisen oman terveyshyvän ylläpitäminen ja saavuttaminen ovat hoitotyön perustehtäviä. Arvot, henkilökohtainen tieto ja kokemukset määrittelevät ihmisen terveyshyvän yksilöllisesti. Siksi kaikille pätevä ja yksiselitteinen terveydenmäärittely ei ole mahdollista. Yksi ihminen voi kokea terveyden hyvänä fyysisenä kuntona, toinen ihminen arvioi terveyden elämänlaadun näkökulmasta (Leino-Kilpi ym. 2008, 24). Terveydessä voidaankin nähdä kaksi näkökulmaa: objektiivinen (mitattavissa ja tutkittavissa oleva) ja subjektiivinen (kokemuksellinen) perspektiivi. (ETENE-julkaisuja 19. 2008)

Terveys voidaan määritellä tilana, jatkumona ja yksilöllisenä voimavarana (Leino-Kilpi ym. 2008, 25). Maailman terveysjärjestön (WHO 1948, 1979, 1999, 2007) mukaan terveys tarkoittaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa eikä ainoastaan sairauden puuttumista. (WHO 2011, BMJ 2011: ”The ability to adapt and self manage in the face of social, physical and emotional challenges.”). Terveys voidaan kuvata jatkumona, jossa janan toisessa päässä on enemmän ja toisessa päässä vähemmän terveyttä. Voimavaralähtöinen terveysmääritelmä käsittää terveyden yksilöllisenä voimavarana, joka mahdollistaa täysipainoisen elämän. Se pitää sisällään aktiivista tai passiivista tilanteeseen sopeutumista, oman elämän ja tilanteen haltuunottoa tai vallan ja voiman kokemista.

Hoitotyön ammattilaisen tulee ymmärtää ja arvostaa ihmisten erilaiset tavat määritellä terveysnäköyksiä sekä hallita keinot tukea erilaisia ihmisiä. Tämänkaltaisen työskentelylähtökohta antaa pohjan asiantuntevalle hoitotyölle. Eri ihmisillä on erilainen käsitys terveydestä, terveyden edistämisestä ja terveyden vaatimuksista ihmisen omalle toiminnalle (esim. ravitsemus, liikunta, lepo) ja se vaihtelee eri sosiaali- ja ikäryhmissä. Terveyttä koskeviin arvoihin liittyvä toiminta on yksilöllistä, josta ihminen itse määrää ja on vastuussa. (Leino-Kilpi ym. 2008, 25). Hoitotyön ammattihenkilön tulee myös aina huomioida terveyden kulttuurisidonnaisuus (vrt. Palosuo ym. 2013), joka erityisesti tämän päivän yhteiskunnassa tuo uudet mielenkiintoiset haasteet hoitotyön vaatimaan ja arvokkaaseen työtehtävään. Kokemuksellinen terveys vaihtelee eri kulttuureissa ja sosiaalisissa ryhmissä, ja se voi heijastua sosiaaliseen hyväksytyksi tulemiseen. Monet kroonisesti sairastavat voivatkin kokea itsensä terveiksi, mikäli heillä ei ole sairauteensa liittyen hyvinvointiinsa tai toimintakykyynsä vaikuttavia oireita. (ETENE-julkaisuja 19. 2008)

Koska terveystieteiden määrittäminen on viime kädessä ongelmallista, Lindqvistin (1986, 95) mukaan voisimmekin kysyä: olisiko mahdollista antaa painoarvoa enemmän terveyden idealle, jossa terveyttä lähestytään itsensä lähellä olemisesta, rajallisen elämän hyväksymisestä ja sen puolesta taistelemisesta?

## 5 Potilaan kokonaisvaltainen kohtaaminen ja hoito

### 5.1 Kokonaisvaltaisuuden merkitys hoitotyössä

Kokonaisvaltaisuuden ajatus hoitotyössä on esiintynyt jo sangen varhain hoitotyön kirjallisuudessa (vrt. Florence Nightingale 1820-1910), mutta hoitotyöhön se on vakiintunut varsinaisesti 1970-luvulla. Holistinen käsitys (kreik. ´holos´ kokonainen) on hoitotyön perusta ja se yhdistetään kaikkiin hoitotyön käsitteisiin: ihmiseen, ympäristöön, terveyteen ja hoitamiseen. Tarkemmin määriteltynä holismi tarkoittaa maailmankaikkeudessa ilmenevää pyrkimystä kokonaisuuden luomiseen ja sitä käynnistävää ja ohjaavaa periaatetta (vrt. J.C. Smuts, *Holism and Evolution* 1927), jossa korostuu kokonaisuuden määräävä asema osiin verrattuna. Rauhala (2005, 103) on erityisesti perehtynyt kokonaisvaltaisen ihmiskäsityksen ja tieteenfilosofisen mallin kehittämiseksi käytännön ihmistyötä varten. Rauhala näkee ihmisen avoimena järjestelmänä, jossa keho, tajunta ja tilanne (tilanne) muodostavat kukin oman osajärjestelmänsä. Ihmisen avoin vuorovaikutus toisiin ihmisiin ja sen kautta muodostuvat osajärjestelmät ihmisen maailmasuhteeseen muokkaavat yksilöä tehden hänestä ainutlaatuisen persoonan (Keski-Luopa 2009, 279). Jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen tulisi ymmärtää kokonaisvaltaisuuden merkitys käytännön hoitotyössä.

Kokonaisvaltainen hoito voidaan ymmärtää kokonaisen ihmisen hoitamisena, mutta se voidaan käsittää myös hoidon kokonaisuutena: terveystieteet, tehtävät, toiminnot, verkostoyhteistyö. Kokonaisvaltaisessa hoitotyössä korostetaan ihmisen inhimillisiä tarpeita ja henkilökohtaisten kokemusten ainutlaatuisuutta. Holistisen hoidon vastakohta on osavaltainen hoito n. k. merismi, jolloin hoidon painopiste on ongelma, oire tai diagnoosi, ei ihmisen kokonaisuus. (Janatuinen 1995, 65)

Kun ihmistä tarkastellaan fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena, kysymyksessä ei ole vielä kokonaisvaltaisuus, vaan osiensa summasta koostuva kokonaisuus. Tässä tapauksessa ihmisen biofyysiset, psykologiset ja sosiaaliset tarpeet ryhmitetään ns. subsystemeihin, jotka kartoitetaan ja hoidetaan erillisinä. (Janatuinen 1995, 65s-66)

Kun ihmisen nähdään olevan laajempi ainutlaatuisen kokonaisuus, on hän enemmän kuin osiensa summa. Tässä näkemyksessä ihminen muodostuu monimutkaisista toisiinsa liittyvistä osista tai ulottuvuuksista, jotka vaikuttavat toisiinsa ja muodostavat kokonaisvaltaisuuden.

Näitä ulottuvuuksia voivat olla fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen lisäksi emotionaalinen, mentaalinen, älyllinen, henkinen, hengellinen, uskonnollinen ja kulttuurinen. Ihminen ilmaisee itseään näissä eri ulottuvuuksissaan, ja niissä tapahtuvat prosessit vaikuttavat toisiinsa. (Janatuinen 1995, 65)

Ihmisen kokonaisvaltaisuus ja sen ymmärtäminen hoitotyössä on merkityksellistä, koska siinä korostuvat ihmisen ainutlaatuisuus ja subjektiiviset kokemukset. Toisin sanoen ihminen on yhtenäinen, jakamaton kokonaisuus, jota ei tarkastella osissa. Hoitotyössä ihminen tulee nähdä yhtenäisenä elävänä kokonaisuutena, jonka toimintatavat ovat keskinäisessä prosessissa ympäristönsä kanssa, ja joka osallistuu laadullisesti omiin terveystokokemuksiin. Jokaisen hoitotyön ammattilaisen tulisi ymmärtää ja sisäistää näkemys ihmisen omaksi itsekseen tulemisesta (human becoming), missä hoitotyön päämääränä on elämänlaatu sellaisena kuin yksilö ja hänen läheisensä sen luonnehtivat. Jotta kokonaisvaltainen hoito voi ylipäättänsä toteutua, on ammattiauttajan ihmiskäsityksellä siis perustava merkitys: ihmistä ei hoideta osina, vaan kokonaisena ihmisenä hänen oman elämänsä näkökulmasta. Hoito tulee asettaa aina ihmisen ainutlaatuisen elämäntarinan kehyksiin. (Janatuinen 1995, 66, Lindqvist 1986, 67)

## 5.2 Hoitajan ja potilaan kohtaaminen

Edellisessä tarkastelussa todettiin, että ihmiskäsityksellä on merkitystä kokonaisvaltaisessa hoitotyössä (vrt. Kiviniemi 2011, Soininen 2014). Ihmiskäsitys on osa arvomaailmaamme ja se ohjaa toimintaamme ja vuorovaikutustamme.

Vuorovaikutus ja viestintä ovat peruselementit kaikissa työyhteisöissä. Jokaisella ammattikunnalla on oma ammattikielensä, jonka tehtävänä on palvella alan sisäistä, asiantuntijoiden välistä viestintää. Ammattikielen avulla käsitemaailma jäsennetään, kuvataan ja muokataan. Jotta voimme pysyä erikoisalojen (esim. hoitotyö, lääketiede, sosiaalityö) jatkuvassa kehityksessä mukana, on kielen pysyttävä kehityksen mukana ja tarjottava keinot ilmaista uusia asioita. Yksiselitteisyys, tarkkuus, yhtenäisyys, loogisuus, selkeys ja tarpeeksi laaja ymmärrettävyys ovat perusvaatimuksia ammattikielelle. (Sonninen ym. 1998, 9-10)

Hyvän ammattikielen luominen tulee olla tavoitteena koko hoitotyön ammattikunnalle. Tätä merkitystä ei voi liiaksi korostaa, sillä onhan kysymys työstä ihmisten parissa. Erikssonin (1990) määritelmä kielen tehtävästä on sangen hyödyllinen erityisesti hoitotyön ammattikielessä. Sen mukaisesti kielen neljä eri tehtävää ovat informatiivinen, eettinen, esteettinen ja symbolifunktio. Tiedonkulku ja potilasturvallisuus ovat ensisijaisen tärkeitä hoitotyössä. Kielen eettinen sisältö tulee välittyä hyvän hoidon perusominaisuuksissa. Kielen esteettinen tehtävä antaa potilaalle tunteen hyvästä olostä, mikä heijastuu erityisesti sanavalinnoissa. Symbolifunktion tehtävä on välittää ihmisen maailmankatsomuksen ajatuksia ja tunteita, missä

autetaan löytämään ja huomioidaan ihmisen sisimpiä ajatuksia. Näitä kaikkia elementtejä ja niiden kehittämistä tarvitaan kokonaisvaltaisessa hoitotyössä. (Sonninen ym. 1998, 17)

Hoitotyössä ihmisten kohtaamisen luonne on erityislaatuista. Auttajan ja autettavan suhde näkyy väistämättä vuorovaikutuksessa, auttajan käytöksessä ja hänen luomassaan ilmapiirissä. Hyvään yhteistyöhön kuuluvat puhuminen, kuuleminen, havaitseminen, vaistoaminen ja ymmärtäminen (Haho 2014). Kuten jo aikaisemmin todettiin, on kielen merkitys vuorovaikutuksessa ja viestinnässä merkittävä. Buberin (1923/1993) mukaan hoitotyön edustajan suhtautuminen itseensä ja toisiin ihmisiin ilmenee väistämättä tavassa, miten hän sanoo Minä ja Sinä. Ihmisellä on mahdollisuus valita, miten hän sanoo Minä: itsekeskeisesti, käskien, äänekkäästi, torjuen, rutiininomaisesti, kylmästi, tunteettomasti tai toiselle ihmiselle tilaa antaen, rohkaisten, tukien, läsnäolevasti ja hienotunteisesti. Pelkkä tahtominen ja tiedostaminen eivät silti riitä takaamaan eettisyyden toteutumista ihmisen kohtaamisessa, vaan se tulee heijastua myös sanoissa, eleissä ja toiminnassa (Haho 2014).

Kohtaamisesta muodostuva hoitosuhde on kuin liitto, joka tulee perustua hoitajan ja hoidettavan tasavertaiseen ihmisyyteen ja vapaaehtoisuuteen (Lindqvist, 1986, 100). Kohtaamisen tilanteessa luodaan yhteys johonkin. Buberin (1923/1993) mukaan ihmisen on mahdollista luoda yhteys, luontoon, henkeen ja erityisesti toisiin ihmisiin. Yhteyden luominen kohtaamisen tilanteessa tulisi olla välitön ja ainutlaatuinen ilman ennako-asenteita, odotuksia ja tietoa. Hoitotyön kohtaamisen periaatteet tulisi konkretisoida toisen ihmisen kunnioittamisessa ja tasavertaisuuden huomioimisessa, missä sukupuoli, kansalaisuus, kieli, vakaumukset ja elämäntilanteet eivät vaikuta yhteyden luomisen laatuun. Yhteyden ilmenemismuotoja hoitotyössä ovat kosketus, ilmeet, eleet, sanat, puhe, hoitotoimenpiteet, huolehtiminen, hoivaaminen, välittäminen ja hoitaminen ja eettinen herkkyyden herkkyys (Haho 2013).

Kiireestä huolimatta on hoitajan mahdollista luoda yhteys potilaaseen, kun oivalletaan ja nähdään hoitotyön merkitys, ketä varten se on olemassa ja miksi sitä tehdään. Kohtaamisen tilanteessa ei ole olennaista siihen käytetyn ajan pituus, vaan se, miten aika on käytetty yhteyden luomiseen. Siten hoitajalle mahdollistuu työnsä kautta luoda arvokkaita ja ainutlaatuisia kohtaamisen hetkiä esim. muistisairaaseen vanhukseen, vakavasti sairastuneeseen lapseen, haastavasti käyttäytyvään potilaaseen tai kriisitilanteen asiakkaaseen. (Haho 2014)

Kaikissa kohtaamisissa ei aina saavuteta yhteyttä toiseen ihmiseen (Haho 2014). Se on kohtamista tietyssä ajassa ja paikassa, missä ollaan vuorovaikutuksessa ilman läsnäoloa. Inhimilliseen hoitotyöhön kuuluu kuitenkin oleellisesti läsnäolo, joka on sellaista kohtamista ja yhteyden olemassaoloa, jossa toinen tulee läsnä olevaksi. Siksi työväline hoitotyöntekijälle ihmisen kokonaisvaltaisuuden huomioimisessa löytyy välittävästä todellisesta läsnäolosta (Janatui-

nen 1995, 66). Kysymys on eettisen hoitamisen keskeisistä taidoista, joita opitaan ja harjannutetaan käytännössä sanoilla, pysähtymisellä, kuuntelemisella ja keskustelemisellä. ”Etiikka kuuluu ennen kaikkea elämän arkipäivään. Se ei ole yllisyyttä kenellekään.” (Lindqvist 1986, 58)

## 6 Hengellisyuden merkitys hoitotyössä

Hoitamisen perusolemuksen lähtökohdasta ihmistä tarkastellaan yleensä fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden näkökulmasta. Kuten jo aikaisemmin todettiin, kysymyksessä ei ole vielä hoidon kokonaisvaltaisuus, vaan ihmisen biofyysisistä, psykologisista ja sosiaalisista osista koostuva kokonaisuus. (Janatuinen 1995, 65)

Seuraavassa tarkastellaan lähemmin, mitä tarkoitetaan ihmisen hengellisellä ulottuvuudella ja hengellisten terveystarpeiden huomioimisella käytännön hoitotyössä.

### 6.1 Hengellisyuden käsitteestä

Jokaisella ihmisellä on maailmankuva ja maailmankatsomus, joilla voidaan tarkoittaa maailmaa koskevien uskomusten ja asenteiden sekä totena pidettyjen väitteiden järjestelmällisiä kokonaisuuksia (Niiniluoto 2010). Hengellisyys on osa ihmisen maailmankatsomusta.

Hengellinen ja henkinen ovat läheisiä käsitteitä ja niiden tarkka määritelmä on sangen haastavaa. Siksi niitä tulisikin Karvisen (2013) mukaan käyttää mieluummin yhdessä sanaparina, koska ”tämä kuvaa paremmin modernin ihmisen viitekehityksessä tapahtuvaa etsintää, joka ulottuu kauas vain uskonnollisesti koetun hengellisyuden ulkopuolelle” (Karvinen 2013, 5). Hengellisyys tai spiritualiteetti (lat. ´spiritualis´ hengellinen) on siis ilmiönä laajempi kuin uskonnollisuus. Uskonnollisuus on osa hengellisyydestä ja se on järjestelmällinen uskon/uskomusten ja käytäntöjen kokonaisuus. Hengellisyys ja uskonto voivat molemmat toimia ihmiselle välineinä löytää merkitystä, tarkoitusta ja voimavaroja ylipäätänsä elämässä selviytymiseen, myös sairauden aikana (Gothoni & Jantunen 2010, 42).

Grönlund (1995, 29-30) näkee hengellisyuden taustavoimana eettis-moraalisessa ajattelussa ja valinnoissa, se voi olla myös toiminnan motiivi. Hengellisyys pitää sisällään ihmisen ajattelun, käsitykset, omistautumisen ja mielen tilan, joka erottautuu materiaalisesta ja ajallisesta ympäröivän maailman tarkastelusta, motiiveista ja ärsykkeistä. Grönlund toteaa, että jokaisessa ihmisessä on hengellinen ulottuvuus, riippumatta siitä, onko ihminen uskonnollinen, ateisti tai humanisti. Hengellisyuden ulottuvuuksia voidaankin lähestyä vertikaalisesta ja horisontaalisesta näkökulmista. Vertikaalisessa ulottuvuudessa ihminen ylittää aineelliset ja maalliset ra-

jat ja on suhteessa korkeampaan voimaan, Jumalaan. Tässä hengellisyys toteutuu uskonnollisella tasolla. Sitä vastoin horisontaalisessa ulottuvuudessa ihminen valitsee tietoisesti tai tiedostamattaan arvoja, jotka vaikuttavat elämäntapaan ja elämänlaatuun, ja joiden ympärille elämä on järjestäytynyt. Jotkut voivat kokea hengellisyyttä esim. taiteen ja musiikin kautta. Hengellisyys horisontaalisessa ulottuvuudessa voidaankin ymmärtää puhtaasti älylliseksi toiminnaksi, jota ohjaavat ihmisen henkinen pääoma ja lahjakkuus. Horisontaalisessa ulottuvuudessa ei siis esiinny transsendenttista (lat. *transcendere*, astua yli, nousta yli) ulottuvuutta korkeampaan voimaan, Jumalaan, vaan hengellisyyttä etsitään vain humanistisella tasolla.

Hoitoteologian näkökulmasta on merkityksellistä huomioida ihmisen hengellisyys, koska ihmisen hengellisen ulottuvuuden eri ilmenemismuodot vaikuttavat hänen terveyteensä, elämänlaatuunsa ja asenteeseen kokea elämän tarkoitus, olemassaolo ja kärsimys (Karvinen 2006). Ihminen elää viime kädessä hengellisyytensä kautta ja hengellisyys on osa ihmisen persoonaa.

## 6.2 Hengellisyys terveyden voimavarana

Kokonaisvaltainen ja inhimillinen toiminta hoitotyössä voi toteutua, kun huomioidaan ihmisen fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset terveystarpeet. Hengelliset tarpeet voivat toimia ihmisen arvokkaana voimavarana varsinkin silloin, kun ihmisen terveyden toimintakyvyn muut osa-alueet ovat heikentyneet. Tämä edellyttää jo aikaisemmin mainittua ihmisvastoista toimintaa hoitotyössä (vrt. Leino-Kilpi ym. 2008, 28), jossa huomioidaan autettava ainutlaatuisena yksilönä sisältäen myös arvomaailman ja maailmankatsomuksen kunnioituksen.

Uskonnollisessa ja humanistisessa hengellisyyden ulottuvuuksissa (Grönlund 1995, 30-31) hengellistä ajattelua hallitsee ihmisen oma maailmankatsomus, jonka mukaan ihminen pyrkii elämään ja olemaan vuorovaikutuksessa toiseen ihmiseen. Hengellisyyden ulottuvuuteen voi kuulua olemassaolon tapoja, jotka ilmentyvät velvollisuutena, sitoutumisena, hurskautena, omistautumisena, eettis-moraalisena hyvytenä ja oikeudenmukaisuutena. Se heijastaa ihmisen sisintä olemusta, joka ilmaistaan ruumiin, ajattelun, asenteiden, päätösten ja luovuuden kautta. Siinä ihminen valitsee ja pyrkii tiettyyn päämäärään. Sen kautta ihminen voi rakastaa ja vastaanottaa rakkautta, huomioi toisen ihmisen, nauttii luonnosta ja taiteesta (musiikki, kirjallisuus jne.). Ihminen on persoona hengellisyytensä kautta.

Ihmisen hengellinen kokemus voi syntyä spontaanisti useista asiayhteyksistä ja virikkeistä (Grönlund 1995, 31-32). Esimerkiksi ihmisen suhteesta luontoon voi muodostua yksi hengellinen kokemusalue: auringonvalo, meren kohina, tuulen henkäys, tähtitaivas, maiseman katseleminen tai linnun laulu. Ihminen voi kokea hengellisen kokemushetken sillä hetkellä hyvin merkittävänä lähes mystisenä, ilman että pystyy tilannetta pukemaan sanoiksi. Kokemushetki on

kuitenkin todellista ja tärkeää kokijalle, ja koettu tilanne vaikuttaa hänen elämässään myöhemmin. Hengellinen kokemushetki toimii näin voimavarana.

Hengellinen kokemus voi olla myös aikasidonnaista. Grönlundin (1995, 32) mukaan tietyt siirtymävaiheet pysäyttävät ihmisen pohtimaan uudestaan omaa elämänkaarta, mennyttä ja tulevaa, tarkoitusta ja päämääriä. Tällaisia siirtymävaiheita ovat esim. sairaus, avioliitto, avioero, muutto toiselle paikkakunnalle, ammattiin valmistuminen ja kuoleman kohtaaminen lähipiirissä. Aikasidonnaisuuteen voi liittyä myös tietoinen hakeutuminen hengelliseen kokemukseen tai elämykseen (ns. situationaalisuus), esim. konsertti, kirjallisuus, taidenäyttely, hiljainen viikonloppu, mietiskely, luonnossa samoilu, kahdenkeskinen keskustelu ammattihenkilön kanssa. Hengellisten kokemusten kautta ihminen voi vapautua pelosta tuntematonta tulevaisuutta kohtaan, ja on valmis siirtymään seuraavaan vaiheeseen elämässään. Tällä tavalla ihmiselle voi välittyä hengellisyyden ominaisuuksia, kuten toivoa ja uskoa, merkitystä ja tarkoitusta eri elämäntilanteisiin, yhteydentunnetta ja sisäistä voimaa ja rauhaa. (Kinast 2008 ja Kirpal 2004)

Lisäksi Grönlundin (1995, 33) havainto ihmisen henkisyiden ja aineen välisestä tasapainosta nojautuen O'Brienin (1982) tutkimukseen on varsin varteenotettava huomio, koska sillä on osoitettu olevan merkitystä ihmisen sairaudessa. O'Brienin (1982) mukaan ihmiset ovat osaksi ihmisiä, osaksi henkeä. Kun ihmisen materialistiset tarpeet ja huolet saavat ylivallan, hengellinen puoli vähenee tai katoaa. Tästä seuraa epätasapaino, josta seuraa oireita esim. sairaus.

Fyysisen ja psyykkisen sairauden aikana ihmisen hengellinen terveys on myös uhattuna. Elämänkriisin (esim. sairaus) aikana ihminen saattaa kuitenkin motivoitua toimimaan hengellisellä tavalla, jos hänen hengelliset tarpeet on huomioitu. Hengellisen terveyden huomioimisella on Grönlundin (1995, 33-34) mukaan todettu olevan vaikutus mielenrauhaan, hyvinvointiin ja paranemiseen. Sen mukaisesti hengellisiin tarpeisiin ja haluun kuuluvat mielenrauha, elämänhalu ja ilon etsintä silloin, kun koetaan ahdistusta, pelkoa, epätoivoa, syyllisyyttä ja tarkoituksenmukaisuutta sekä korkeamman voiman, läheisten ihmisten ja itsensä taholta. Kun hoitohenkilökunnan edustaja huomioi potilaan kanssa yhdessä myös hengelliset tarpeet, luo se potilaalle turvallisuutta ja luottamusta hoitosuhteeseen. Sellaisessa hoitosuhteessa potilas voi kokea, että hänen yksilöllisyyttään, arvojaan ja maailmankatsomusta kunnioitetaan, ja hengelliset tarpeet voivat toteutua voimavarana.

## 7 Potilaan hengellisten tarpeiden selvittäminen käytännön hoitotyössä

Kun ihmisen kokonaisvaltaiseen hoitoon liitetään myös hengellinen ulottuvuus, heijastuvat sen käsitteelliset ja tutkimukselliset haasteet myös käytännön hoitotyössä. Väistämättä herääkin



kysymys, miten hengellisten tarpeiden strukturoitu selvittäminen käytännön työssä on mahdollista.

On olemassa kansainvälisiä malleja, joiden avulla voidaan selvittää potilaan hengelliset tarpeet. Esimerkkinä englanninkielisestä (Borneman 2011) mallista on the FICA Spiritual History Tool (Puchalski 1996). Saksankielisenä (Weiher 2002) esimerkkinä mainittakoon SPIR-malli (Halbstrukturiertes klinisches Interview zur Erhebung einer "spirituellen Anamnese"). Mallit voivat toimia hoitohenkilökunnan apuvälineinä potilastyössä. Niiden merkitys käytännön hoitotyössä voi toteutua esimerkiksi osana hoitosuunnitelmaa, johon merkitään potilaan hengellisten tarpeiden esitiedot. Käsitteellisesti voidaan puhua myös potilaan hengellisen anamneesin kartoittamisesta.

Suomalaiseen hoitokulttuuriin on Karvinen (2009, 2010, 2013) kehittänyt ns. AVAUS-mallin, joka seuraavassa esitellään hänen mallinsa pohjalta. Avaus-malli muodostuu seuraavista osioista: Arvot ja vakaumus, Voimavarat, Arvio henkisistä ja hengellisistä tarpeista, Ulkopuolinen tuki ja Spiritualiteettia tukevan hoitotyön toimenpiteet.

Edellä mainitut sisältöalueet muodostavat mallin ytimen teemahaastattelurunkoa muistuttavassa muodossa. Jokaiseen osioon on liitetty esimerkkikysymyksiä, joiden avulla voidaan ihmisen henkisiä ja hengellisiä tarpeita kartoittaa. Hoitotyön ammattilainen voi haastattelutilanteessa esittää kysymyksiä joustavasti sanamuotoja ja niiden lukumäärää vaihdellen riippuen aina tilanteesta, erikoisalasta, potilaan kognitiivisista taidoista tai muista tarpeista. Avausmallin merkitys ja tehtävä onkin vapaamuotoisena kliinisen työn välineenä auttaa hoitohenkilökuntaa arvioimaan potilaan henkiset ja hengelliset tarpeet, jotka kartoituksen jälkeen tulee myös toteuttaa käytännön hoitotyössä. Näin potilaalle mahdollistuu myös vakaumuksellisten, henkisten ja hengellisten asioiden käsittely hoitosuhteen aikana. Seuraavassa selvitetään Karvisen kehittämän mallin sisältöalue.

A. Arvot ja vakaumus-osiossa potilas voi luonnehtia mitä tahansa merkitykselliseksi kokeensa arvoa tai periaatetta omasta elämästään. Tällaisia voivat olla luonto, usko korkeampaan voimaan tai Jumalaan, ateistinen elämäntattomuus tai erityinen ruokavalio. Esimerkkikysymyksiä:

"Mitä arvoja pidät tärkeinä elämässäsi? Onko jokin vakaumus tärkeä elämässäsi?". Potilaalle toisesta kulttuuripiiristä: "Onko sairaudellasi sinulle jokin yliluonnollinen merkitys, johtuuko sairautesi mielestäsi joistain yliluonnollisista syistä?"

V. Voimavarat-osion kohdassa potilasta kannustetaan kuvaamaan kaikkia mahdollisia voiman ja toivon alkulähteitä. Myös potilaasta vähäpätöisiltä tuntuvat voiman lähteet tulee hoitajan

osata huomioida. Kirjoittaminen, musiikki, keskustelu, rukous tai meditaatio voivat toimia tällaisina esimerkkeinä ihmisen voimavaroista. Esimerkkikysymyksiä:

”Mitkä ovat voimavarojasi sairauden aikana? Kun kohtaat kipua tai kärsimystä, minkälaiset asiat antavat sinulle turvaa? Mitkä asiat antavat sinulle lohtua vaikeissa tilanteissa?”

A. Arvio henkisistä ja hengellisistä tarpeista-osiossa potilasta pyydetään arvioimaan vakaumuksensa huomioimisen tärkeys hoidon aikana. Kun potilaan annetaan vapaasti kertoa omasta arkielämästään, saa hoitaja kertomusta kuuntelemalla oivallisesti viittauksia henkisten ja hengellisten elementtien merkityksestä. Tällaisia esimerkkivihjeitä voivat olla jumalanpalvelukseen osallistuminen, tietyn radiokanavan kuunteleminen tai rukoushetket. Potilaan kertomukset omasta arkipäivästään, joissa voi paljastua pelkojakin, antavat hoitajalle arvokasta tietoa myös psyykkisen voinnin arvioimisesta.

U. Ulkopuolinen tuki-osion kautta saadaan potilaalta tietoa mahdollisen ulkopuolisen tukiverkoston tärkeydestä hoitosuhteen aikana. Saatu tieto tulisi päivittää potilaan hoitokertomukseen. Esimerkkikysymyksiä:

”Kuulutko johonkin uskonnolliseen tai vakaumukselliseen yhteisöön, johon toivoisit olevan yhteydessä myös hoitosi aikana? Tunnetko jonkun henkilön tai henkilöitä, joista voisi olla sinulle erityistä apua ja tukea sairautesi tai hoitosi aikana? Haluaisitko henkilökunnan kutsuvan esim. sairaalapastorin, rabbin, imaamin jne. keskustelemaan kanssasi?” Keskusteluavun saaminen on mahdollista tarvittaessa myös vapaa-ajattelijoiden piiristä.

S. Spiritualiteettia tukevan hoitotyön toimenpiteet-osiossa potilasta pyydetään kertomaan selkeästi vakaumuksesta tai kulttuurista johtuvat erityistarpeet. Tällä voidaan tarkoittaa esim. erityisruokavaliota, kieltäytymistä oman vakaumuksen vuoksi tietyistä hoitotoimenpiteistä tai kuoleman kohtaamiseen liittyvät toiveet (esim. viimeinen voitelu, ehtoollinen). Esimerkkikysymyksiä: ”Kuuluuko vakaumukseesi tiettyjä toiveita tai rajoituksia liittyen esim. hoitotoimenpiteisiin, ruokavalioon, sukupuolirooleihin yms., jotka toivot toteutuvan hoidon aikana? Millaisilla keinoilla voimme auttaa sinua tukemaan vakaumuksesi henkisiä ja hengellisiä tarpeita?”

## 8 Pohdinta

Käsittelin työssäni aihetta, joka ei vielä kuulu olennaisena osana käytännön hoitotyön arjen tilanteisiin. Kun etenin työssäni, potilaan voimavarojen näkökulma avautui minulle entistä mielenkiintoisempana ja merkityksellisempänä. Opinnäytetyön keskeiset kysymykset käsittelivät potilaan kokonaisvaltaista kohtaamista ja hoitoa, hengellisyyden merkitystä hoitotyössä sekä hengellisten terveystarpeiden huomioimisen toteutumista käytännön hoitotyössä?

Potilaan kokonaisvaltainen kohtaaminen ja hoito pyrittiin käsittelemään mahdollisimman laaja-alaisesti. Kysymystä lähdettiin purkamaan hoitotyön keskeisistä elementeistä edeten ihmisvastuiseen ja tehtävävastuiseen toimintaan hoitotyössä. Terveyskäsitteen merkitykselle ja määrittelemiselle tuli antaa oma painoarvo johtuen sen sisällön haasteellisuudesta. Työssä löydettiin keskeisesti vastaus ihmisen ainutlaatuisuudesta ja subjektiivisten kokemusten merkityksestä huomioitaessa kokonaisvaltainen kohtaaminen ja hoito potilastyössä. Ihmistä ei tule hoitaa osina, vaan kokonaisena ihmisenä hänen oman yksilöllisen ja ainutlaatuisen elämänsä näkökulmasta.

Edettäessä kysymykseen hengellisyyden merkityksestä hoitotyössä saatiin vastauksia avarammin, kun oli mahdollista käyttää useampaa kielilähdettä. Tämä on huomioitava seikka, sillä saatavilla oleva tutkimusaineisto on vielä suhteellisen vähäistä ja rajattua erityisesti suomenkielisessä materiaalissa. Käsitteiden selvittäminen ja määrittely oli tärkeää työn koko sisältökontekstin ymmärtämisen kannalta. Aihealueen jäsentämistä auttoi keskeisten käsitteiden, kuten maailmankatsomuksen, hengellisyyden ja uskonnollisuuden määrittäminen ja niiden ymmärtäminen ei-synonyymeinä. Lisäksi niiden paikallistaminen käsittekartan horisontaalisessa ja vertikaalisessa näkökulmassa auttaa näkemään hengellisyyden merkitystä hoitotyössä. Työn yksi keskeisimmistä tuloksista oli tutkia ja löytää hengellisyyden merkitys yhtenä potilaan voimavarana, joka voi joillekin olla se ainoa voimavara.

Etsittäessä vastausta hengellisten terveystarpeiden konkreettiseen huomioimiseen ja soveltamiseen käytännön hoitotyössä löytyi hyödyllisiä ja helposti sovellettavia kansainvälisiä malleja, jotka on mahdollista liittää luonnolliseksi osaksi potilaan hoitosuunnitelmaa. Suomalaiseen hoitokulttuuriin kehitelty Avaus-malli toimii työn pohjalta suunnitellun oppaan perustana. Erityinen huomionarvo on siinä, että mallia voidaan soveltaa hoitotyössä riippumatta potilaan maailmankatsomuksesta ja kulttuurisesta taustasta.

Käsiteltävän aiheen rajaus pyrittiin muodostamaan mahdollisimman selkeästi ja johdonmukaisesti johtuen vähemmän tunnetusta aihealueesta. Sisällön rajauksen jälkeen tutkimusongelmat ratkaistiin perehtymällä aihetta käsittelevään lähdeaineistoon. Kirjallisen työn pohjalta tuotettiin opas, jota voidaan hyödyntää muun muassa hoitotyön opetuksessa ja hoitotyön arjessa.

Koska potilaan hengellisyys ja sen huomioiminen ei saa vielä tarpeeksi jalansijaa hoitotyössä, on tämän tärkeän aiheen ymmärtämisessä, sisäistämisessä ja luontevassa käytäntöön soveltamisessa kehittämisenvaraa. Seuraavassa esitän muutamia kehittämisehdotuksia.

Hengellisyden merkitys hoitotyössä tulisi liittää osaksi hoitotyön opetussuunnitelmaa jo perusopintojen vaiheessa. Suomalaisissa jatkotutkimuksissa tulisi käyttää ja hyödyntää englanninkielisten lähteiden lisäksi myös saksankielisiä tutkimus- ja lähdeaineistoja. Omassa työssäni aihealue oli suhteellisen rajattu. Aihealueen laajentaminen jatkotutkimuksissa tuo uusia näkökulmia, esim. ihmisen kokemus elämän merkityksellisyydestä liitettynä vaikeuksista selviytymiseen (vrt. A. Antonovsky 1996, Salutogeeninen terveystieteellinen ja koherenssintunne). Lisäksi strukturoidut mallit apuvälineenä liitettäväksi osaksi hoitosuunnitelmaa voisi yhdistää laajempaan potilastyöhön. Tästä esimerkkinä ovat käytänteet Saksassa ja Sveitsissä, joissa myös lääketieteen asiantuntijat potilastyössä huomioivat ja kartoittavat hengelliset tarpeet. Lopuksi mainittakoon multikulttuurinen hoitotyö omana mielenkiintoisena ja paikoin haastavana tutkimus- ja kehittämisaikana sekä hoitotyön edustajan että potilaan näkökulmasta.

## Lähteet

- Eriksson, K. 1990. Språket i vården. Finska Läkaresällskapets Handlingar 150, 117-120.
- Blanch A. Integrating Religion and Spirituality in Mental Health: The Promise and the Challenge, *Psychiatric Rehabilitation Journal* (2007), Vol. 30, No. 4, pp. 251-60.
- Borneman, T. 2011. Assessment of Spirituality in Older Adults: FICA Spiritual History Tool. In: Try this. Issue Number SP5, 2011.
- Buber, M. 1923/1993. Minä ja Sinä. WSOY, Helsinki.
- O'Brien, M.E. 1982. The Need for Spiritual Integrity. Teoksessa Yura H. & Walsh M.B. (toim.). *Human Needs 2 and the Nursing Process*. Appleton-Century-Crofts, Norwalk, Connecticut, USA.
- Fallot RD. Spirituality and Religion in Recovery: Some Current Issues, *Psychiatric Rehabilitation Journal* (2007), Vol. 30, No. 4, pp. 261-70.
- Fawcett, J. 1984. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. F.A. Davis Company, Philadelphia.
- Fitz, W. 2011. Spiritualität und Sinnkonzepte bei Patienten mit Psychosen. Universitätsklinik für Psychiatrie Medizinische Universität Graz.
- Grönlund, E. 1995. Hengellisyys. Teoksessa Hoitotyön ulottuvuuksia. Suomen Sairaanhoidajaliitto ry 1998. S. 29-34.
- Haho, A. 2009. Etiikka-sarja: Eettinen hoitamisen taito. *Sairaanhoidaja-lehti* 5/2009.
- Haho, A. 2013. Asiakkaan eettinen kohtaaminen. *Viesti-lehti* 3/2013.
- Haho, A. 2014. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. *Sairaanhoidaja-lehti* 10/2014.
- Harju, A. & Lappalainen, P. 2007. Sairaanhoidajan käsityksiä hengellisyydestä ja hengellisiin tarpeisiin vastaamisesta. Rovaniemen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinäytetyö.
- Harjula, R. 1994. ”Uskonto ei kuulunut hoitoni.” Potilaan uskonnollisuuden mahdollistuminen sairaalassa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Janatuinen, A-L. 1995. Kokonaisvaltainen hoito. S. 63-69. Teoksessa Sonninen, A-L. ym. 1998. *Hoitotyön ulottuvuuksia*. Suomen Sairaanhoidajaliitto ry, Helsinki.
- Karvinen, I. 2006. Sairaanhoidajien kuvaus hengellisestä hoitotyöstä monikulttuuristen potilaiden hoidossa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.
- Karvinen, I. 2009. *Spiritual Health: An ethnographic research about the conceptions of spiritual health held by the Kendu hospital staff members, patients and the inhabitants of the Kendu Bay village*. Kuopio University Publications D. Medical Sciences 451.234 p.
- Karvinen, I. 2010. AVAUS-mallilla selville potilaan uskon ja voiman lähteet. *Syöpäsairaanhoidaja* 2010 (3), 4-6.
- Karvinen, I. 2013. Haasteena henkinen ja hengellinen hoitotyö. *Viesti-lehti* 2/13. Suomen Sairaanhoidajain Kristillinen Seura SSKS ry.

Keski-Luopa, L. 2009. Kohti kokonaisvaltaista ihmiskäsitystä. *Psykoterapia* (2009), 28 (4), 277-298.

Kinast, R. 2008. *Österreichische Pflegezeitschrift* 4/2008, S 17-21.

Kirpal, T. 2004. Spiritualität in der Pflege. *Psych Pflege* 10/2004, S 185-191.

Kiviniemi, P. 2011. Asiakkaan kokonaisvaltainen kohtaaminen - näemmekö mielenterveysongelman vai ihmisen? Valtakunnalliset Päihde- ja mielenterveyspäivät 11.-12.10.2011. Tampere

Kuutamo-Marinov, L. 1996. Hengellisyys hoitotyössä sairaanhoitajien kuvaamana: ihmisen sisällä oleva salaisuus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaaaminen ja oppiminen. WSOY, Helsinki.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki M. 2008. Etiikka hoitotyössä. WSOY. Helsinki.

Lindqvist, M. 1986. Ammattina ihminen. Helsinki: Otava.

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: International Methelp Ky, Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Nilsonne, Å. 2005. Kuka ohjaa elämääsi. Tietoisuustaidot arjen apuna. Helsinki: Edita.

Palosuo, H. ym. 2013. Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveystieteissä. Raportti 14/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Rauhala, L. 2005. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Yliopistopaino, Helsinki.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Edita, Helsinki.

Smuts, J.C. 1927. *Holism and Evolution*. Macmillan Publishers Ltd. London.

Soininen, P. 2014. Pakko, potilaiden kokema hoito ja elämänlaatu psykiatrisessa sairaalassa. Turun yliopisto. Väitös.

Sonninen, A-L. ym. 1998. Hoitotyön ulottuvuuksia. Suomen Sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki.

Stefan, H., Allmer, F., Eberl, J. et al. 2009. *POP Praxisorientierte Pflegediagnostik*. Springer Verlag.

Wasner, M. 2007. Bedeutung von Spiritualität und Religiosität in der Palliativmedizin. Ludwig-Maximilians-Universität zu München.

Weiher, E. Wie mit Schwerkranken über Spiritualität reden? In: *Die Hospiz-Zeitschrift* 11-2002/1.

Elektroniset lähteet

ETENE. 2008. Terveyden edistämisen eettiset haasteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. ETENE-julkaisuja 19. Viitattu 27.4.2015.

<http://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisuja+19+Terveyden+edist%C3%A4misen+eettiset+haasteet.pdf/8b7f4fb9-71ef-4811-bc06-8d117222d049>

BMJ 2011. How should we define health? Viitattu 25.5.2015.

file:///C:/Documents%20and%20Settings/HP\_Administrator/Omat%20tiedostot/Downloads/How%20should%20we%20define%20health\_BMJ2011.pdf

Gothoni, R. & Jantunen, E. 2010. Käsitteitä ja käsityksiä diakoniatyöstä ja diakonisesta työstä. A tutkimuksia 25. Helsinki:Diak. Viitattu 3.2.2015.  
[file:///C:/Documents%20and%20Settings/HP\\_Administrator/Omat%20tiedostot/Downloads/A\\_25\\_ISBN\\_9789524930895%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/HP_Administrator/Omat%20tiedostot/Downloads/A_25_ISBN_9789524930895%20(1).pdf)

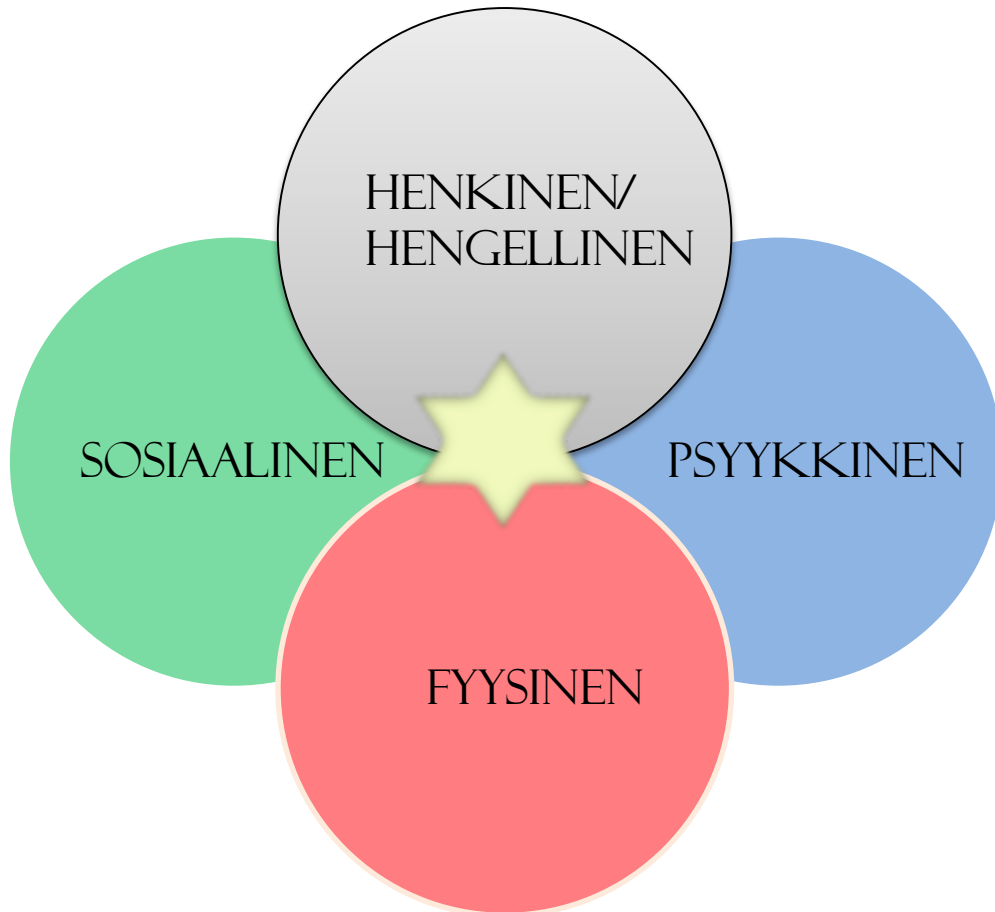
Niiniluoto, I. 2010. Eurooppalaisen ihmisen maailmankatsomus ja ihmiskuva. Sanomalehtiyliopisto 2010. Julkaisu No 33. Viitattu 15.4.2015.  
[http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-399-8.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-399-8.pdf)

Liitteet

Liite 1: Työn pohjalta laadittu opas Laurean käyttöön

# POTILAAN HENKISEN JA HENGELLISEN TERVEYDEN HUOMIOIMINEN HOITOTYÖSSÄ

*Opaslehtinen käytettäväksi terveydenhuollon koulutuksessa ja työyhteisöissä*



"It is more important to know the person who has the disease than to know the disease the person has" (Hippocrates)





## OPPAAN TARKOITUS

- Opas tiedottaa, ohjeistaa ja auttaa hoitohenkilökuntaa tunnistamaan ja löytämään potilaan hengelliset terveystarpeet, jotta potilaalle mahdollisuuksi laadukas ja turvallinen kokonaisvaltainen hoito.
- Jokaisella ihmisellä on maailmankuva ja maailmankatsomus. Hengellisyys on osa ihmisen maailmankatsomusta. Hengellinen ulottuvuus kuuluu ihmisyyteen, riippumatta siitä, onko ihminen uskonnollinen, ateisti tai humanisti.

Hengellisyyden *vertikaalisessa* ulottuvuudessa ihminen toteuttaa uskonnollisuutta suhteessa korkeampaan voimaan. Hengellisyyden *horisontaalisessa* ulottuvuudessa ihminen valitsee arvoja, jotka vaikuttavat elämäntapaan ja elämänlaatuun, ja joiden ympärille elämä on järjestäytynyt (esim. taide, musiikki, kirjallisuus, luonto, mietiskely, hiljainen viikonloppu, keskustelu ammattihenkilön kanssa).

- Opas perustuu suomalaiseen hoitokulttuuriin kehitelyyn Avaus-malliin, jossa potilaan hengelliset tarpeet kartoitetaan kysymysten avulla. (Karvinen 2009, 2010, 2013)
- Potilaan hengellisten voimavarojen löytäminen ja tukeminen on tärkeää, koska se voi vaikuttaa oleellisesti ihmisen hyvinvointiin ja elämänlaatuun myös sairausprosessin aikana.
- Potilaan hengelliset tarpeet voidaan liittää luonnolliseksi osaksi esim. **hoitosuunnitelmaa** käytännön hoitotyössä.
- Opas soveltuu myös monikulttuurisille potilaille uskontokunnasta ja etnisestä taustasta riippumatta sekä potilaille, joiden maailmankatsomus perustuu ateismiin.

## AVAUS-MALLI (lähde: Karvinen 2010, 2013)

<b>A</b>	<b>V</b>	<b>A</b>	<b>U</b>	<b>S</b>
<b>Arvot ja vakaumus</b>	<b>Voimavarat</b>	<b>Arvio henkisistä ja hengellisistä tarpeista</b>	<b>Ulkopuolinen tuki</b>	<b>Spirituaaliteettia tukevan hoitotyön toimenpiteet</b>
<i>"Onko jokin vakau- mus tärkeä elä- mäs- säsi?"</i>	<i>"Mitkä ovat voima- varojasi sairauden ai- kana?"</i>	<i>"Miten tärkeänä pidät vakaumuksesi huomioi- mista hoidon aikana?"</i>	<i>"Kuulutko johonkin uskonnolliseen tai vakaumukselliseen yhteisöön, johon toivoisit olevan yhteydessä myös hoitosi aikana?"</i>	<i>"Millaisilla keinoilla voimme auttaa sinua tukemaan vakaumuksesi henkisiä ja hengellisiä tarpeita hoitosi aikana?"</i>

Taulukossa esiintyvät kysymykset ovat suoria lainauksia Karvisen AVAUS-mallista.

Potilaalle tai omaiselle esitetään jokaisesta osa-alueesta kysymyksiä luottamuksellisesti. Potilaalle suodaan mahdollisuus kertoa vapaasti omasta elämästään. Näin hoitaja saa arvokasta tietoa potilaan hengellisistä tarpeista, jotka ilmenevät esim. arkielämän rytmisissä, sosiaalisessa verkostossa tai eri yhteisöihin kuulumisessa. Kysymykset ovat lähinnä suuntaa antavia ja niitä voidaan muokata vapaasti. Esitettävien kysymysten määrä haastattelutilanteessa vaihtelee, koska se riippuu potilaan maailmankatsomuksesta. Kysymykset tulee esittää aina potilaan ehdoilla.

Mallin avulla saadaan tietoa potilaan päätöksistä koskien hänen asennetta terveyteen ja yleisesti elämään. Kartoitettu tieto voidaan luontevasti sisällyttää ja tarvittaessa säännöllisesti päivittää potilaan hoitosuunnitelmaan. Potilaan hengelliset tarpeet tulee toteuttaa käytännössä, mutta se on luonnollisestikin riippuvainen jokaisen hoitopaikan resursseista. Hengellisten tarpeiden huomioiminen on tärkeää, koska hengellisyyteen kuuluvat

asiat voivat toimia potilaalle jopa ainoana *voimavarana* (lohdun ja toivon lähteenä!) koko hoitoprosessin aikana. Malli soveltuu kaikille ihmisille riippumatta henkilökohtaisesta vakaumuksesta ja kulttuuritaustasta.

Seuraavassa esiintyvät kursivoidut kysymykset ovat vapaita muunnelmia Karvisen AVAUS-mallista. Erikseen \*-merkityt kysymykset ovat ehdotuksia oppaan laatijalta.

## ARVOT JA VAKAUMUS

Jokaisella ihmisellä on maailmankatsomus, joka perustuu arvoihin. Arvot ohjaavat toimintaamme. Potilaan elämänarvoja ja yksilöllisyyttä tulee kunnioittaa. Potilaalle suodaan tilaisuus rauhassa kertoa mitä tahansa merkitykselliseksi kokeemaansa arvoa tai periaatetta omasta elämästään. Potilaan elämänarvot voivat perustua hyvinkin erilaisiin vakaumuksiin: yhdelle on tärkeää usko johonkin korkeampaan voimaan, toinen perustaa elämänkatsomuksensa ateismiin ja kolmas arvostaa ekologista elämäntapaa.

Asiaa voidaan kartoittaa mm. seuraavilla kysymyksillä:

*"Mitkä asiat ovat sinulle tärkeitä elämässäsi?"*

*"Ohjaavatko tietyt arvot elämääsi? Haluaisitko tarkentaa näitä arvoja?"*

*"Perustuuko elämäsi johonkin tiettyyn vakaumukseen?"*

*"Uskotko johonkin korkeampaan voimaan?"*

*"Koetko, että sairaudellasi on sinulle jokin syvälinen merkitys?"*

## VOIMAVARAT

Voimavarat auttavat ihmistä voimaantumaan myös sairauden aikana. Miten voimme oppia löytämään potilaan voimavarat? Potilaalle annetaan rauhassa aikaa miettiä ja kuvata kaikkia mahdollisia lohdun ja toivon alkulähteitä. Hoitajan tulee kannustaa potilasta huomioimaan myös vähäpätöisiltä tuntuvat voiman lähteet.

Ihmisen voimavarat voivat olla henkilökohtaisia, kuten itsetunto, tunteiden hallinta tai ympäristöstä riippuvaisia, kuten sosiaalinen verkosto. Hengellisyiden kautta voidaan löytää voimavaroja uskonnollisuuden ja humanistisuuden tasolla. Voimanlähteitä voivat olla potilaan yhteys korkeampaan voimaan, rukous, meditaatio, musiikki, kirjallisuus, luonto, keskustelu, hiljaisuudesta nauttiminen, luovuus, kirjoittaminen, liikunta, lemmikkieläimet jne.

Asiaa voidaan kartoittaa mm. seuraavilla kysymyksillä:

*”Mikä auttaa sinua voimaantumaan sairauden aikana?”*

*”Mistä asioista saat lohtua ja toivoa, kun kohtaat kipua ja kärsimystä?”*

*”Onko sinulla tiettyjä voimanlähteitä, jotka haluat toteutuvan ennen tulevaa leikkausta ja/tai sen jälkeen?”*

*”Saatko tarpeeksi tietoa sairaudestasi? Mistä asioista haluaisit lisää tietoa, jotta voimme helpottaa oloasi hoitosuhteesi aikana?” \**

*”Onko sinulla lemmikkiä, joka voisi ilahduttaa sinua hoitosi aikana?” \**

*”Minkälaisissa tilanteissa toivot erityisesti hoitohenkilökunnan läsnäoloa?” \**

## ARVIO HENKISISTÄ JA HENGELLISISTÄ TARPEISTA

Ihmisen kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluvat fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveystarpeen lisäksi myös hengellinen ulottuvuus. Hengellisyys on luonnollinen osa ihmisyyttä. Ihminen elää viime kädessä hengellisyytensä kautta ja hengellisyys on osa ihmisen persoonaa. Potilasta pyydetään arvioimaan, miten tärkeänä hän pitää vakaumuksensa huomioimisen hoidon aikana. Kun potilaan annetaan vapaasti kertoa omasta arkielämästään, saadaan kertomusta kuuntelemalla viittauksia henkisten ja hengellisten asioiden tärkeydestä.

Asiaa voidaan kartoittaa mm. seuraavilla kysymyksillä:

*”Miten tärkeänä pidät vakaumuksesi huomioimista hoidon aikana?”*

*”Kuuluuko arkielämäsi totuttuja tapoja, esim. jumalanpalveluksessa käynti?”*

*”Onko sinulla tärkeitä päivittäisiä rutiineja, jotka perustuvat vakaumukseesi?”*

*”Onko sinulla sairauteesi liittyviä pelkoja, joihin haluaisit apua hoitosi aikana?”*

*”Koetko olosi sairaalassa turvalliseksi?” \**

## ULKOPUOLINEN TUKEA

Potilas voi halutessaan toivoa yhteydenpitoa myös ulkopuoliseen tukiverkoston hoitosuhteen aikana. Tärkeät tukihenkilöt voivat auttaa potilasta jaksamaan koko sairausprosessissa. Tiedot yhteyshenkilöistä ja vakaumuksellisista yhteisöistä tulee päivittää potilaan hoitokertomukseen. Potilaan sairauden tilaa koskevaa tietoa saa käsitellä ulkopuolisen tukiverkoston edustajien kanssa ainoastaan potilaan luvalla.

Asiaa voidaan kartoittaa mm. seuraavilla kysymyksillä:

*”Kuulutko johonkin vakaumukselliseen yhteisöön, johon toivoisit yhteydenpitoa myös hoitosuhteen aikana?”*

*”Onko sinulla ystäviä tai tuttavuuksia, jotka voisivat tukea sinua hoitosi aikana?”*

*”Haluatko säännöllistä keskusteluapua hoitosuhteen aikana?” \**

*”Askarruttaako mieltäsi tällä hetkellä muut elämäsi liittyvät asiat? Haluatko tietoa eri tukihenkilöistä?” \**

## SPIRITUALITEETTIA TUKEVAN HOITOTYÖN TOIMENPITEET

Ihminen tulee nähdä hänen oman elämänsä näkökulmasta. Hoito tulee asettaa aina ihmisen ainutlaatuisen elämäntarinan kehyksiin. Potilas kohdataan kuulemalla, havaitsemisella, vaistoamisella ja ymmärtämisellä. Inhimillisessä hoitotyössä hoitaja kohtaa potilaan sellaisella taidolla, jossa toinen tulee läsnä olevaksi. Potilaan spiritualiteettia voidaan tukea tiedustelemalla hänen vakaumuksesta tai kulttuurista johtuvista erityistarpeista.

Asiaa voidaan kartoittaa mm. seuraavilla kysymyksillä:

*"Onko sinulla vakaumuksestasi johtuen jokin erityinen ruokavalio?"*

*"Onko olemassa tiettyjä hoitotoimenpiteitä, joita ei tule suorittaa vakaumuksestasi johtuen?"*

*"Onko olemassa tiettyjä keinoja, joilla voisimme tukea vakaumuksellisia toiveitasi?"*

*"Onko olemassa asioita, jotka tulisi erityisesti huomioida hoidon aikana? Esim. ruokavalio, mies/naishoitajan suorittamat hoitotoimenpiteet, erityinen musiikkikanava, rukoushetket."*

*"Haluatko keskustella kuolemasta?" \**

*"Miten voimme toteuttaa vakaumukseesi perustuvat toiveesi?"*

Yliopettaja Ikali Karvinen (TtT, Diakonia-ammattikorkeakoulu) on kehittänyt AVAUS-mallin suomalaisen hoitokulttuuriin.

## LÄHTEET JA HYÖDYLLISIÄ LINKKEJÄ

Eurich, J. 2008. Eingeschränkte Menschenwürde. Pflege&Gesellschaft 13.J. 2008 H.4.  
<http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/o8o4-Eurich.pdf>

Frick, E. & Roser, T. 2009. Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart 2009.  
[http://www.psychosoziale-gesundheit.net/bb/BB\(Spiritualitaet\\_und\\_Medizin\).html](http://www.psychosoziale-gesundheit.net/bb/BB(Spiritualitaet_und_Medizin).html)

Gerber, A.U. 2009. Nicht Krankheiten, sondern kranke Menschen behandeln. Primary Care 2009, Nr. 20. <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/de/2009/2009-20/2009-20-405.PDF>

Harjula, R. 1994. "Uskonto ei kuulunut hoitooni." Potilaan uskonnollisuuden mahdollistuminen sairaalassa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Hefti, R. 2010. Spiritualität – die vierte Dimension oder der vergessene Faktor im biopsychosozialen Modell.  
[http://www.fisg.ch/mm/Hefti\\_\(2010\)\\_Spiritualitat-die\\_vierte\\_Dimension\\_oder\\_vergessener\\_Faktor\\_PrimaryCare.pdf](http://www.fisg.ch/mm/Hefti_(2010)_Spiritualitat-die_vierte_Dimension_oder_vergessener_Faktor_PrimaryCare.pdf)

Janatuinen, A-L. 1995. Kokonaisvaltainen hoito. S. 63-69. Teoksessa Sonninen, A-L. ym. 1998. Hoitotyön ulottuvuuksia. Suomen Sairaanhoidajaliitto ry, Helsinki.

Karvinen, I. 2006. Sairaanhoidajien kuvaus hengellisestä hoitotyöstä monikulttuuristen potilaiden hoidossa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Karvinen, I. 2009. Spiritual Health: An ethnographic research about the conceptions of spiritual health held by the Kendu hospital staff members, patients and the inhabitants of the Kendu Bay village. Kuopio University Publications D. Medical Sciences 451.234 p.

Karvinen, I. 2010. AVAUS-mallilla selville potilaan uskon ja voiman lähteet. Syöpäsairaanhoitaja 2010 (3), 4-6.

Karvinen, I. 2013. Haasteena henkinen ja hengellinen hoitotyö. Viesti-lehti 2/13. Suomen Sairaanhoidtajain Kristillinen Seura SSKS ry.

Lindqvist, M. 1986. Ammattina ihminen. Helsinki: Otava.

Nambiar-Greenwood, G. & Timmins, F. 2015. The need for cultural humility within current healthcare debates concerning the wearing of religious attire by health care staff. Nurse Education Today 2015, 35.  
[http://www.nurseeducationtoday.com/article/So260-6917\(14\)00301-3/fulltext](http://www.nurseeducationtoday.com/article/So260-6917(14)00301-3/fulltext)

Reimer-Kirkham, S., Grypma, S. & Terblanche, L. 2013. Religion and Ethics in Pluralistic Healthcare Contexts. Journal of Christian Nursing. 2013, Volume 30, Issue 1.  
[http://journals.lww.com/journalofchristiannursing/Fulltext/2013/03000/Religion\\_and\\_Ethics\\_in\\_Pluralistic\\_Healthcare.29.aspx](http://journals.lww.com/journalofchristiannursing/Fulltext/2013/03000/Religion_and_Ethics_in_Pluralistic_Healthcare.29.aspx)

Soininen, P. 2014. Pakko, potilaiden kokema hoito ja elämänlaatu psykiatriisessa sairaalassa. Turun yliopisto. Väitös.

Wasner, M. 2007. Bedeutung von Spiritualität und Religiosität in der Palliativmedizin. Ludwig-Maximilians-Universität zu München.

Weiher, E. 2002. Wie mit Schwerkranken über Spiritualität reden? In: Die Hospiz-Zeitschrift 11-2002/1.  
[http://www.appliednursingresearch.org/article/So897-1897\(15\)00058-0/fulltext](http://www.appliednursingresearch.org/article/So897-1897(15)00058-0/fulltext)

Opas on laadittu opinnäytetyön pohjalta. Laatija: Toula Vähä-Savo-Väänänen, Laurea-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. 2015

Liite 2: Linkkejä lisämateriaaliin

Biskup, A., Fritze, W., Jancke, G. & Schühle, B. 2010. Welche Wünsche an Pflegende haben Patienten in für sie als existenziell bedrohlich erlebten Situationen, in der Auseinandersetzung mit dem Sinn ihres Lebens und ihrer Spiritualität? Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. [http://www.dip.de/datenbankwise/bewertungen/detail/?tx\\_dipwise\\_pi2%5Buid%5D=665](http://www.dip.de/datenbankwise/bewertungen/detail/?tx_dipwise_pi2%5Buid%5D=665)

Eurich, J. 2008. Eingeschränkte Menschenwürde. Pflege&Gesellschaft 13.J. 2008 H.4. <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/0804-Eurich.pdf>

Frick, E. & Roser, T. 2009. Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart 2009. [http://www.psychosoziale-gesundheit.net/bb/BB\(Spiritualitaet\\_und\\_Medizin\).html](http://www.psychosoziale-gesundheit.net/bb/BB(Spiritualitaet_und_Medizin).html)

Gerber, A.U. 2009. Nicht Krankheiten, sondern kranke Menschen behandeln. PrimaryCare 2009, Nr. 20. <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/de/2009/2009-20/2009-20-405.PDF>

Hefti, R. 2010. Spiritualität - die vierte Dimension oder der vergessene Faktor im biopsychosozialen Modell. PrimaryCare 2010, Nr. 14. [http://www.fisg.ch/mm/Hefti\\_\(2010\)\\_Spiritualitaetdie\\_vierte\\_Dimension\\_oder\\_vergessener\\_Faktor\\_PrimaryCare.pdf](http://www.fisg.ch/mm/Hefti_(2010)_Spiritualitaetdie_vierte_Dimension_oder_vergessener_Faktor_PrimaryCare.pdf)

Mayer, C-H. 2012. Der Einfluss von Kultur und Spiritualität auf die Gesundheit. Der Mensch 44/1, 2012. [http://www.dachverbandsalutogenese.de/cms/fileadmin/user\\_upload/redakteur/Mensch44/04\\_DER\\_MENSCH\\_44\\_Mayer\\_Einfluss-Kultur-Spiritualitaet-Gesundheit.pdf](http://www.dachverbandsalutogenese.de/cms/fileadmin/user_upload/redakteur/Mensch44/04_DER_MENSCH_44_Mayer_Einfluss-Kultur-Spiritualitaet-Gesundheit.pdf)

Nambiar-Greenwood, G. & Timmins, F. 2015. The need for cultural humility within current healthcare debates concerning the wearing of religious attire by health care staff. Nurse Education Today 2015, 35. [http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917\(14\)00301-3/fulltext](http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917(14)00301-3/fulltext)



Reimer-Kirkham, S., Grypma, S. & Terblanche, L. 2013. Religion and Ethics in Pluralistic Healthcare Contexts. *Journal of Christian Nursing*. 2013, Volume 30, Issue 1.  
[http://journals.lww.com/journalofchristiannursing/Fulltext/2013/03000/Religion\\_and\\_Ethics\\_in\\_Pluralistic\\_Healthcare.29.aspx](http://journals.lww.com/journalofchristiannursing/Fulltext/2013/03000/Religion_and_Ethics_in_Pluralistic_Healthcare.29.aspx)

Universität Bern. 2013. Wie Pflegepersonal und Hausärzte die Religion und Spiritualität ihrer Patienten erleben und wie sie damit umgehen. Im Rahmen des Wahlfachpraktikums „Medizin & Spiritualität“. *Humanmedizin*. 1. Studienjahr.  
[http://www.fisg.ch/mm/dahinden\\_wp-12-13\\_pflegepersonal-hausarzte.pdf](http://www.fisg.ch/mm/dahinden_wp-12-13_pflegepersonal-hausarzte.pdf)