

# LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO SAATTOHOIDOSSA

Sanni Kiviluoma ja Erika Viteli

Opinnäytetyö, kevät 2016

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Kiviluoma, Sanni & Viteli, Erika. Lääkkeetön kivunhoito saattohoidossa. Pori, kevät 2016. 39 sivua, 3 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tavoitteena oli pitää oppitunti saattohoidon lääkkeettömästä kivunhoidosta Diakonia-ammattikorkeakoulun Porin yksikön toisen lukuvuoden sairaanhoitaja-opiskelijoille. Tarkoituksena oli kertoa opiskelijoille saattohoitopotilaan kokonaiskivusta ja lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä, joita he voisivat käyttää käytännön hoitotyötä tehdessään. Lisäksi avattiin saattohoidon käsitteitä ja kerrottiin saattohoidosta yleisesti.

Opinnäytetyö on toiminnallinen ja se toteutettiin yhteistyössä Diakonia-ammattikorkeakoulun Porin toimipisteen kanssa. Oppitunti pidettiin vanhusten hoitotyön kurssia käyville, toisen lukuvuoden monimuoto-opiskelijoille. Ryhmä koostui 27 opiskelijasta, joista osalla oli lähihoitajatausta ja monen vuoden kokemus hoitotyöstä. Oppitunnin sisältä suunniteltiin työparina käyttäen hyväksi tutkittua tietoa ja omia kokemuksia.

Oppitunti järjestettiin helmikuussa 2016. Tunti koostui luento-osuuksista sekä yhdestä ryhmätyötehtävästä. Myös kysymyksille ja keskustelulle annettiin sijaa ja nostettiin esiin käytännön hoitotyöstä esimerkkejä lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä saattohoidossa. Oppitunti sai opiskelijoilta positiivista palautetta. Heidän mukaansa tunnin rakenne oli hyvin koostettu sekä tietoa tuli riittävästi. Moni uskoi pystyvänsä myös hyödyntämään oppimaansa omassa käytännön työssään.

Asiasanat: saattohoito, lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät, saattohoitopotilaan kokonaiskipu

## ABSTRACT

Kiviluoma, Sanni & Viteli, Erika.

The drug-free pain care of the terminal treatment.

p.39, 3 appendices. Language: Finnish. Pori, Spring 2016.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Bachelor of Nursing.

The aim of this thesis was to have a lesson about the drug-free pain care of the terminal treatment to Pori Diaconia University of Applied Sciences second school year nurse students. The purpose was to tell the students about the overall pain of the hospice patient and the methods of the drug-free pain care of the terminal treatment that they could use in their practical care work. This thesis also opened the concepts of the hospice and told about the hospice in general.

This was a practice-based thesis and was executed it in co-operation with Pori Diaconia University of Applied Sciences. The lesson was held to second school year multiform learning nurse students who studied the elder care. The group held 27 students and some of them had a practical nurse background and years of experience in care work. The content of the lesson was planned together as work partners using the studied information and learned experience.

The class was held in February 2016. The class comprehended about our lecture parts and one group work. Time was given to questions and the examples were brought out of the drug-free pain methods of the pain care from the practical nursing in the terminal treatment. The lesson got positive feedback from the students. The structure of the hour was well put together and there was enough information. Many believed that they can utilise the information in their own practical work.

Index terms: terminal treatment, the drug-free pain care of the terminal treatment, overall pain of the terminal care patient

## SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ .....	2
ABSTRACT.....	3
1 JOHDANTO .....	5
2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS .....	7
3 SAATTOHOITOPOTILAAN HOITOTYÖ.....	8
4 SAATTOHOITOPOTILAAN KIVUNHOITO .....	10
4.1 Saattohoitopotilaan oirehoito .....	10
4.2 Saattohoitopotilaan kivun ja kärsimyksen hoito .....	14
5 OPPITUNTI SAATTOHOIDON LÄÄKKEETTÖMÄSTÄ KIVUNHOIDOSTA.....	21
5.1 Opinnäytetyöprosessin suunnittelu ja toteutus .....	21
5.2 Oppitunnin suunnitelma .....	25
5.3 Oppitunnin toteutus .....	26
5.4 Oppitunnin arviointi .....	27
6 POHDINTA .....	29
LÄHTEET.....	30
LIITE 1: Tuntisuunnitelma .....	33
LIITE 2: PowerPoint esitys.....	35
LIITE 3: Palautekyselylomake.....	39

## 1 JOHDANTO

Riittävä kivunhoito on yksi hyvän saattohoidon kulmakivistä. Hyvään kivunhoitoon kuuluu kokonaisvaltainen kivun ymmärtäminen, sen lievittäminen ja kivun eri osa-alueiden huomioonottaminen. Pitkäaikainen kipu voi hoitamattomana aiheuttaa masennusta, ahdistuneisuutta ja unettomuutta. (Hublin & Hämäläinen 2009, 11.) Kaikille terveydenhuollon tasoille kuuluu kuolevan potilaan hoitaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman syöpä-suunnitelman mukaan (2010–2020) saattohoito tulisi järjestää siten, että jokainen saattohoitopotilas saisi oireidensa ja tarpeidensa mukaista hoitoa asuinpaikastaan riippumatta. Oireenmukaisen hoidon tarpeen on arvioitu kasvavan Euroopassa seuraavan 10–15 vuoden aikana 20 % syöpäpotilaiden sekä muiden potilaiden osalta. Syöpäpotilaista arviolta joka kolmas tarvitsee saattohoitoa viimeisten elinviikkonsa aikana ja kaksi kolmasosaa tarvitsee 2-3 viimeisen elinkuukautensa aikana erikoistunutta oireenmukaista kotihoitoa. (Käypä hoito 2012.) Oikeudenmukaisen hoidon saatavuutta uhkaa nykypäivänä terveydenhuollon taloudellisten edellytysten heikentyminen ja yleinen yhteiskunnallinen eriarvoistuminen (Etene 2003, 5).

Monesti saattohoidossa riittää, että perushoidon ja hyvän oirehoidon taso turvataan. Tämän lisäksi potilaalle olisi mahdollistettava osallistuminen omaan hoitoonsa, sekä haluamiensa asioiden tekeminen. Omanarvontunnon, ilon, merkityksellisyyden ja hellyyden kokeminen saattavat olla tärkeämpää kuin lievittää yksittäistä oiretta. Hyvään kuolemaan liittyy potilaan turvallisuuden tunne ja valmistautuminen siihen rauhassa vapaana peloista ja ilman huolta läheisten pärjäämisestä. (Etene 2003, 5.) Hyvän oirehoidon onnistumiseksi on potilas nähtävä kokonaisuutena ja hoitotoimenpiteillä on vastattava saattohoitopotilaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin tarpeisiin (käypä hoito 2012). Parantumattomasti sairaan hoito on monitahoista. Tämän vuoksi hoitohenkilökunnalta vaaditaan pitkäjänteisyyttä, inhimillisyyttä, ja hoidon hyvää laatua, joka voidaan turvata eri ammattiryhmien saumattomalla yhteistyöllä. (SPHY i.a.) Olemme molemmat työskennelleet sairaanhoitajaopintojemme aikana saattohoitopotilaiden parissa. Olemme nähneet ja hoitaneet saattohoitopotilaita siihen erikoistuneessa hoitokodissa, akuuttiosastolla, sekä palvelutaloissa. Näiden hoitokokemuksien kautta konkretisoitui hyvin se, että saattohoitopotilaiden hoito on jossain vaiheessa osana lähes

jokaisen sairaanhoitajaopiskelijan, tai valmiin sairaanhoitajan työtä. Tämän vuoksi koemme työmme aiheen hyvin tärkeäksi.

Opinnäytetyömme tavoitteena oli pitää oppitunti lääkkeettömästä kivunhoidosta saattohoidossa Diakonia-ammattikorkeakoulun Porin yksikön vanhusten hoitotyön kurssin opiskelijoille helmikuussa 2016. Oppitunnin päätavoitteemme oli, että opiskelijat pystyisivät käyttämään opettamiamme lääkkeettömän kivunhoidonmenetelmiä työskennellessään saattohoitopotilaiden parissa. Myös me itse olemme oppineet paljon ja kehittyneet ammatillisesti opinnäytetyöprosessimme aikana. Opinnäytetyön raportin työstäminen ja oppitunnin suunnittelu sekä toteutus ovat antaneet paljon uusia ideoita, näkökulmia ja ajatuksia, joita myös me pystymme ja haluamme viedä mukaan työelämään.

Saattohoidon ja hospice -liikkeen kehittäjiin kuulunut Dame Cicely Saunders, on todennut "Kun ei ole enää mitään tehtävissä, on vielä paljon tekemistä" (Aalto 2013, 11).

## 2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Opinnäytetyömme tavoitteena oli pitää toiminnallinen oppitunti saattohoidon lääkkeettömästä kivunhoidosta Diakonia-ammattikorkeakoulun Porin yksikön toisen lukuvuoden opiskelijoille, osana heidän suorittamaa vanhusten hoitotyön kurssia. Tarkoituksena oli käydä oppitunnilla läpi lääkkeettömän kivunhoidon erilaisia keinoja teoretiedon ja käytännön esimerkkien avulla niin, että opiskelijat voisivat hyödyntää saamaansa tietoa omassa käytännötyössään. Tarkoituksenamme oli myös avata saattohoidon käsitteitä ja kertoa saattohoidon periaatteista yleisesti, sekä kehittyä laadukkaana oppitunnin järjestämisessä ja kollegoidemme opettamisessa. Lisäksi toiminnallisen opinnäytetyö projektin tarkoituksena oli tukea meidän ammatillista kasvua ja kehitystä.

### 3 SAATTOHOITOPOTILAAN HOITOTYÖ

Saattohoitoon kuuluu nähdä potilas kokonaisuutena, jossa huomioidaan hänen fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset ominaisuutensa. Jokaisella potilaalla on omat tarpeensa näissä osa-alueissa ja näihin tarpeisiin tulee vastata hoitotyön keinoin. (Etene 2003.) Kivunhoito on saattohoidossa subjektiivista, eli käytettävien hoitomenetelmien ei tarvitse olla näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa, vaan hoitomenetelmiä voidaan toteuttaa potilaan omien mieltymysten mukaan. Saattohoidon kivunhoidossa on tärkeintä rakentaa hoito lääkkeellisistä ja lääkkeettömistä hoitomuodoista tasapainoiseksi, toisiaan tukevaksi kokonaisuudeksi. (Hublin & Hämäläinen 2009, 14.) Lääkkeettömään kivunhoitoon kuuluu tunnistaa hoidettavan elämäkokemus ja tunnetilat jotka siihen liittyvät. Parantava vaikutus kipuun voi olla merkittävä, kun psyykkistä, sosiaalista ja hengellistä kipua käsitellään turvallisessa, arvostavassa ja hyväksyvässä vuorovaikutuksessa. (Surakka, Mattila, Åsted-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 37.)

Terminaalihoido, saattohoito ja palliatiivinen hoito ovat lähes päällekkäisiä käsitteitä, joilla kaikilla tarkoitetaan elämän loppuvaiheessa tapahtuvaa oireenmukaista hoitoa. Termien sisältö kuitenkin poikkeaa jonkin verran toisistaan. (Etene 2003, 6.)

Palliatiivinen tulee sanasta pallium (lat.) ja se tarkoittaa viittaa. Sana tarkoittaa oireenmukaista, tuskaa lievittävää sekä vähentävää ja helpottavaa hoitoa. (SPHY i.a.) Palliatiivinen hoito on kokonaisvaltaista hoitoa kun sairauten ei ole enää parantavaa keinoja ja elämän pidentäminen ei ole enää ainut tavoite. Palliatiivinen hoito ei ole sidoksissa kuoleman läheisyyteen, vaan tämä vaihe voi kestää jopa vuosia. Palliatiivisen hoidon vaiheessa keskitytään sosiaalisiin, psykologisiin, maailmankatsomuksellisiin ja hengellisiin ongelmiin, kivun ja muiden oireiden lievityksen lisäksi. Päämääränä palliatiivisessa hoidossa on potilaan ja hänen läheistensä hyvinvointi, mahdollisimman aktiivisen elämän turvaaminen potilaalle aina kuolemaan asti, sekä läheisten tukeminen myös kuoleman aikana ja sen jälkeen. (Etene 2003, 6.)

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa. Saattohoito tarkoittaa kuolevan hyvää hoitoa ja sen tavoitteena on taata kuolevalle lähtörauha hoitopaikasta riippumatta. Pyrkimyksenä



on, että potilaan loppuelämä olisi mahdollisimman aktiivinen, oireeton ja arvokas. Saattohoito on yksilöllisyyden huomioivaa monialaista hoitoa, johon sisältyy oireiden lievittäminen, sekä potilaan ja läheisten tukeminen. (Aalto 2013, 7). Saattohoidossa lähtökohtana on potilaan parantumaton etenevä sairaus, johon ei ole tarjolla parantavaa hoitoa ja eliniän odote on lyhyt (Etene 2003, 6).

Terminaalinhoito tarkoittaa saattohoitoa, joka tapahtuu välittömästi ennen kuolemaa (Etene 2003, 6).

Saattohoitopäätös on hoidon linjaamista. Kun päätös saattohoidosta tehdään potilaalle, antaa se mahdollisuuden uudelleen suuntautuvaan hoitoon. Saattohoitopäätöksen tekee potilaan lääkäri yhdessä potilaan sekä hänen omaistensa kanssa. Pyrkimyksenä on päästä kaikkien kesken yhteisymmärrykseen. Keskusteluissa potilaan ja hänen läheistensä kanssa käydään yleensä läpi sairaus ja siihenastiset hoidot, sairauden ennuste ja hoitovaihtoehdot. Selvyyden vuoksi keskustelussa käydään läpi myös hoitolinjaukset, eli mitä hoitoja tai toimenpiteitä käytetään ja mistä on hyötyä potilaan kärsimysten lievittämisessä. Heille selvitetään myös missä paikassa potilasta tullaan hoitamaan, sekä tietysti otetaan huomioon potilaan omat yksilölliset toiveet. Kun saattohoitopäätös on tehty, kirjataan se ja tärkeimmät päätökset sairauskertomusjärjestelmään, jota voidaan kuitenkin myöhemmin muuttaa tilanteen vaatiessa. (Hautala 2013.) Saattohoitopäätöksiä tehdään perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Jos potilas siirretään toiseen yksikköön saattohoitoon, tulisi vastaanottavan hoitoyksikön järjestää hoitoneuvottelu, jossa käsitellään yksityiskohtaisesti potilaan hoitoon liittyvät asiat ja toiveet. On todella tärkeää että hoitoneuvotteluun osallistumattomilla hoitotahoilla on ajantasainen tieto potilaan hoidosta, sillä päätöksillä on iso merkitys esimerkiksi hoitoratkaisuihin joita päivystystilanteessa joudutaan tekemään. (Etene 2003, 5-10.) Jos potilas ei pysty päättämään hoidostaan itse, eikä myöskään ole omaisia jotka ovat hoitopäätöksissä mukana, tehdään se yhdessä potilaan laillisen edustajan kanssa. Saattohoitopäätös pitää sisällään päätöksen pidättäytyä elvytyksestä (DNR-päätöksen), vaikkakin se voidaan myös kirjata erillisenä. Saattohoitopäätöksessä pitää olla päätöksen tekijä(t), päätöksen lääketieteelliset perusteet, potilaan ja/tai omaisen kanssa asiasta käyty keskustelu ja potilaan ja/tai omaisen kannanotto päätökseen. (Valvira 2008.)

## 4 SAATTOHOITOPOTILAAN KIVUNHOITO

### 4.1 Saattohoitopotilaan oirehoito

Kun saattohoitopäätös on tehty ja elämä on loppuvaiheillaan, pitää paneutua potilaan tarpeisiin kokonaisvaltaisesti. Oireita lievittävänä on lääkehoito osa saattohoitopotilaan hoitoa. Kysymykset oikeudenmukaisuudesta ja ihmisarvosta liittyvät myös monesti kuoleman läheisyyteen. (Käypä hoito 2012.) Saattohoitopotilaan kokonaiskipu voidaan jaotella fyysiseen, psyykkiseen ja hengelliseen kärsimykseen, sekä eksistentiaaliseen osa-alueeseen, joka kipuun liittyy (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 59).

Kun ihminen joutuu kohtamaan oman kuolemansa, voi se aiheuttaa usein eksistentiaalista kärsimystä. Tämä näkyy mm. arvottomuuden ja merkityksettömyyden tunteena, ”taakkana” olemisesta koska on toisista riippuvainen. Myös paniikki, kuolemanpelko, eristäytyneisyys ja toive eutanasiasta ovat kärsimyksen aiheuttamia piirteitä. Halu nopeuttaa omaa kuolemaansa liittyy monesti masennukseen, suorituskyvyn heikkenemiseen ja kipuun. Näistä oireista tulee kuitenkin osata erottaa tilat, joissa on mahdollista lääkehoidolla vaikuttaa oireen perussyhyyn. Näitä tiloja ovat muun muassa delirium, depressio ja ahdistuneisuus. Oireiseuranta esimerkiksi kyselylomakkeen avulla on tärkeää, sillä oireet voivat vaihdella taudin edetessä. Kyselylomake on myös hyvä apu hoitovasteen arvioimiselle, sekä monessa tilanteessa myös tärkeä keskustelunavauksen keino potilaan kanssa. (Käypä hoito 2012.) Oleellisinta kärsimyksen selvittämisessä onkin kysyä hoidettavalta ja hänen omaisiltaan mitkä asiat aiheuttavat juuri heille kärsimystä ja vaikeuksia. Lähes 10 % saattohoitopotilaista ilmaisee halunsa jossain vaiheessa hoitoaan nopeuttaa kuolemaansa. Tämän toiveen taustalla on selvittämätön ja lievittämätön kärsimys. (Hänninen 2012, 68.)

Saattohoitopotilaan hoidossa tärkeää on selvittää potilaan sairauden aiheuttamat oireet, niiden haitta ja vaikeusaste. Yksi lähtökohta kärsimyksen diagnostiikalle on osata tunnistaa psyykkisten ja fyysisten vaivojen ja oireiden moninaisuus (Hänninen 2012, 69). Oireiden heikko tuntemus saattaa johtaa oireiden alihoittoon ja aiheuttaa potilaalle tuskaa. Oireiden diagnostiikan väärinymmärrys tai laiminlyönti voi johtaa myös liian voi-

maperäisiin hoitotoimenpiteisiin, jotka saattavat jopa aiheuttaa ennenaikaisen kuoleman. Hoidossa on otettava huomioon potilaan sairastama tauti, sillä saattohoidon luonne ja kesto poikkeavat eri tautiryhmissä toisistaan. Kuten muussakin hoidossa, myös saattohoidossa on tärkeää seurata hoitovastetta jatkuvasti. (Käypä hoito 2012.)

Kipu on yleinen oire monissa kuolemaan johtavissa sairauksissa. Kipua esiintyy aidsissa 63–80 %:lla, sydänsairauksissa 41–77 %:lla loppuvaiheen syövässä 35–96 %:lla, keuhkohtaumataudissa 34–77 %:lla ja munuaissairauksissa 47–50 %:lla. Saattohoidossa olevista syöpäpotilaista eriasteista kipua päivittäin kokee noin 35–96% potilaista. Heistä äkillisesti pahenevaa kipua, eli läpilyöntikipua, kokee 70–80%. (Käypä hoito 2012.)

WHO on laatinut kivunhoidon porrastusmenetelmän, jossa siirrytään kipulääkityksessä tulehduskipulääkkeistä asteittain kohti voimakkaampia opioideja. Kivunhoidon yleiset periaatteet ovat, että ensisijaisesti lääkitys annetaan suun kautta, lääkityksen säännöllisyys ja saatavuus kaikkina vuorokaudenaikoina on tärkeää, sekä lisäksi läpilyöntikipuihin on varauduttava. Läpilyöntikipuja lääkitään myös porrasmallin mukaan. Kivunhoidossa pyrkimyksenä on kivun ehkäisy, eikä niinkään reagoiminen jo ilmaantuneeseen kipuun. Saattohoidossa on kuitenkin tärkeää huomioida, että esimerkiksi syöpäkiput eivät lieviy ”alimman portaan” kipulääkkeillä, vaan tässä tapauksessa voi siirtyä heti heikkoon tai vahvaan opioidiin. Saattohoitopotilaan sairauden edetessä on osattava myös reagoida lääkkeen annostelumuotoon. Terminaalivaiheessa usein nielemisrefleksiä ei enää ole, lihakset ovat surkastuneet, joten ihon alle annosteltavat lääkkeet joko injektiona tai pumpun kautta ovat tässä vaiheessa paras vaihtoehto. (Hublin & Hämäläinen 2009, 12–13.)

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen IASP (International Association for the Study of Pain) määritelmä kivusta on: ”Kipu on epämiellyttävä aistimus tai tunnekokemus, joka liittyy kudonvaurioon tai jota kuvaillaan kudonvaurion käsittein.” Tämän käsitteen sisältö on siis se, että kipu on yksilöllistä. (Lehtonen & Mäkelä 2009, 13.) Kivun arviointi on oltava moniulotteista, jotta sitä pystytään parhaalla mahdollisella tavalla hoitamaan. Kivun arvioinnissa on kiinnitettävä huomiota kivun luonteeseen, intensiteettiin, tarkkaan sijaintiin ja säteilyyn. On tunnettava myös potilaan kipuhistoriaa ja kipua helpottavat ja pahentavat tekijät, kivusta aiheutuvat haitat aktiivisuuteen ja hyvinvointiin, sekä otettava selville onko kipu läpilyöntikipua vai liikkeen aiheuttamaa. Kivun ja kivun hoitovasteen arvioinnissa kipumittareiden säännöllinen ja johdonmukainen käyttö

olisi tärkeää. Potilaat arvioivat samalla asteikollakin kipua eri tavalla, joten ideaali tilanteessa hoitaja tuntisi potilaansa ja kykenisi arvioimaan kipua juuri hänen kannaltaan. (Hublin & Hämäläinen 2009, 12.)

Psyykkinen kärsimys on aina henkilökohtaista. Se voi olla huolta läheisten puolesta, kuinka he selviytyvät surusta kuoleman jälkeen. Se on surua ja perheestä tai muista läheisistä luopumisesta aiheutuvaa tuskaa. Kulttuuri jossa potilas on elänyt vaikuttaa myös paljon kärsimyksen kokemukseen, siihen miten käsitellään kuolemaa. (Heikkinen ym. 2004, 59.) Ihminen kokee useimmiten kuoleman kärsimyksenä, vaikka se kuuluu jokaisen elämään. Tämän vuoksi sairaus ja kuoleman odottaminen aiheuttaa tuskaa. Joskus kärsimys voi olla niin voimakasta, että kaikki voimavarat menevät vain selviämiseen. Fyysiset oireet, kuten fyysinen kipu tai pahoinvointi pitää mielen kiinni lähestyvässä kuolemassa ja sairauden etenemisessä. Elämä kaventuu ja iloitseminen, esimerkiksi läheisten kanssa keskustelusta vaikeutuu. (Surakka, Mattila, Åsted-Kurki, Kylmä, Kaunonen 2015, 91.) Kärsimys nousee esiin kuoleman lähestyessä kun ihminen saavuttaa elämän rajallisuuden tunteen ja tietoisuuden jäljellä olevan ajan lyhyydestä ja kulkemisesta yksin kohti kuolemaa. Elämän ja kuoleman tarkoituksen sekä kuoleman jälkeisen elämän pohtiminen aiheuttaa ahdistusta olemassaolon rajoista, mitä ei riitä ihmisen järki tyynnyttämään. (Surakka ym. 2015, 92.) Kuolevan kokemaa surua on kuvattu yhdysvaltalaisen Elisabeth Kubler-Ross'n vaiheteorian mukaan. Vuonna 1969 julkaistussa teoksessaan hän määritteli viidellä vaiheella kuolevan sopeutumista kuolemaansa. Nämä viisi vaihetta ovat: kieltäminen ja eristäytyminen, viha, kaupankäynti ja lopuksi hyväksyminen. Suru etenee vaiheittain, eli uusi vaihe alkaa edellisen päättyessä. (Surakka ym. 2015, 102.)

Psyykkinen kärsimys voi ilmentyä monin tavoin; levottomuutena, rauhattomuutena tai fyysisenä kipuna. Hoidettava ei välttämättä pysty tai halua sanoa ilmaista ahdistustaan tai sen syytä. Syyllisyydentunne voi olla yksi kärsimystä ja ahdistusta aiheuttava tekijä. Parantumattoman sairauden sairastaminen voi aktivoida muistikuvat valinnoista joita on tehnyt ja jotka kokee vääriksi. Kuoleman lähestyessä ihminen ymmärtää, että asiat jotka on ajatellut pystyvänsä vielä selvittämään, niin nyt niihin ei enää olekaan ehkä aikaa. Hoidettavalla voi olla ajatus, että ennen kuolemaa pitäisi saada kaikki selvittämättömät asiat pois mielestä ja löytää sisäinen rauha. (Surakka ym. 2015, 37 & 106.)

Saattohoitopotilaiden hoidossa ei voi välttyä eksistentiaalisen kärsimyksen kohtaamiselta. Mattilan (2002) sanoin ”eksistentiaalisella eli olemassaolon ahdistuksella tarkoitetaan psyykkistä tilaa, joka syntyy ihmisen aavistaessa tai ymmärtäessä oman elämänsä rajallisuuden ja tajutessaan samalla sen, että rajallisuuden merkitys on täysin avoin”. Eksistentiaaliset kysymykset koskevat koko olemassaoloa, ja sillä tavoin ne eroavat muista sairastamiseen liittyvistä tärkeistä kysymyksistä joita saattohoitopotilas sairautensa edetessään kohtaa. Eksistentiaaliset kysymykset eivät koske terveyttä tai sairautta, vaan ne liittyvät elämän tarkoituksen ja olemassaolon ytimen pohdintaan. Nämä kysymykset ovat periaatteessa yhteisiä kaikille riippumatta siitä onko sairas vai terve, mutta kuoleman läheisyys tekee yleensä näistä kysymyksistä väistämättömiä. (Mattila 2002, 15–16.) Olemassaolon ahdistus on kokemusta siitä, että ei voi mihinkään turvata tai tarttua. Kuoleman pelko puolestaan on pelkoa tuntemattoman, väistämättömän asian kohtaamisesta ja sen jälkeisestä tilasta. Eksistentiaalinen ahdistus on eri asia kuin kuoleman pelko. Pelolla ja ahdistuksella on kuitenkin toisiinsa yhteys. Kuoleman pelko voi olla oire eksistentiaalisesta ahdistuksesta. On ”helpompaa” kokea kuolemanpelkoa, koska se on jollain tavalla määriteltävissä, toisin kuin diffuusi ahdistus. Mattilan (2002) mukaan ydinkysymys eksistentiaalisessa ahdistuksessa on ”mitä on tämä elämä minussa, joka kaiken kärsimyksen, kivun ja vaivannäön jälkeen näyttää päätyvän ei-olemiseen?”. Tähän kysymykseen on etsittävässä ei-hengellisiä ja hengellisiä vastauksia. Eksistentiaalisen ahdistuksen kautta ihminen voi kohdata uskonnollisen todellisuuden, mutta kuitenkin ei voida samaistaa hengellisiä ja eksistentiaalisia kysymyksiä. (Mattila 2002, 164, 166, 192.) Eksistentiaalisen ahdistuksen hoito on prosessi, jonka kesto, ahdistuksen läpikäymistä, ei voida tietää etukäteen. Tämän prosessin aikana hoidettava tarvitsee toisen ihmisen tuekseen joka kestää ahdistusta. Hoito on hoivaamista ja ahdistuksen lievittämistä, eikä sitä voida hoitaa eliminoimalla ahdistusta, vaan antaen sen olla näkyvää jolloin kohdata se. (Mattila 2002, 164–166.)

Hoitoprosessiin kuuluu hengellisten tarpeiden arviointi. Arviointi ja tarvittava tuki on kirjattava hoitosuunnitelmaan, ja kuten muunkin hoidon vastetta, on arvioitava myös koko hoitoprosessin ajan hengellistä auttamistyötä sille asetettujen tavoitteiden kautta. Potilaan elämäntavat, arvot ja vakaumus ovat keskeisessä asemassa tavoitteiden luomisvaiheessa. Tavoitteena voi olla esimerkiksi mielenrauhan ja sovintoon pyrkiminen, pelkotilojen käsittely, ja toiveiden toteuttaminen jotka auttavat kuolemaan valmistautumisessa. (Grönlund, Anttonen, Lehtomäki & Agge 2008, 115.)

Hengellisellä hoidolla voidaan lievittää henkistä kipua ja etsiä vastauksia elämän tarkoitukseen (eksistentiaalinen ahdistus), anteeksiantoon itselle ja toisille, kauneuden ja esteettisyyden kokemukseen, hengellisen eheyden saavuttamiseen, elämän mielekkyyteen ja anteeksiannon vastaanottamiseen. Hengellisyyden ulkoinen ilmentymä on uskonnollisuus, jota toteutetaan eri rituaalien kautta. Uskonto voi antaa lohtua ja apua henkiseen tuskaan, hoidettavalla voi olla tarve tehdä rauha Jumalan kanssa ja valmistautua kuoleman jälkeiseen elämään. (Norvasuo 2014.) Esimerkiksi kristinuskossa Jumalan rajattoman rakkauden ja anteeksiantamuksen vastaanottaminen voi toimia suurena kivun lievittäjänä (Grönlund ym. 2008, 112).

#### 4.2 Saattohoitopotilaan kivun ja kärsimyksen hoito

Lääkkeettömän kivunhoidon tarkoituksena on auttaa potilasta rentoutumaan ja rauhoittumaan sekä siirtämään ajatuksensa pois kivusta (Koskelo 2015, 7). Perushoidon tulisi olla osana potilaan hyvää saattohoitoa, sillä se vaikuttaa sekä psyykkiseen että fyysiseen hyvinvointiin. Perushoidosta huolehtimalla ehkäistään myös ennalta potilaan ihon rikkoutumista. Ihon rikkoutumista sekä sen kutiamista on hyvä ehkäistä myös ihon rasvaamisella tai öljyämällä. Puhtaanapito tuo potilaalle hetkittäistä hyvänolon tunnetta ja vie täten ajatukset hetkeksi pois kivusta, lisäksi päivittäisellä hoitamisella voidaan vilkastuttaa potilaan pintaverenkiertoa. Puhtaanapitoon kuuluu myös suun puhtaudesta huolehtiminen, hampaiden harjaus ja hammasproteesien puhdistus. Tällä pystytään ennaltaehkäisemään ja hoitamaan suun alueen kipuja. Omatoimista potilasta voidaan itseään pyytää huuhtelemaan suutaan säännöllisesti, huonokuntoisen vuodepotilaan suuta tulee puhdistaa ja kosteuttaa päivittäin esimerkiksi pumpulipuikoilla. Suun limakalvojen kuivuuteen voidaan käyttää esimerkiksi sitruunatikkuja. (Koskelo 2015, 8-9.)

Tärkeimpiä lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja hoitotyössä on asentohoito. Apuna voidaan käyttää erilaisia tyynyjä ja kiiloja. Asentohoito lievittää painetta ja ärsytystä, joka kohdistuu kipureseptoreihin, edistää laskimo- ja lymfakiertoa, sekä helpottaa potilaan hengitystä. Kun nesteet pääsevät vapaammin kiertämään elimistössä, vähentää se nesteiden kerääntymisen kudokseen lievittäen siten turvotuksia ja kipua. Potilaan veren-

kierto turvataan tarpeeksi usein tapahtuvalla asennon vaihdolla, sillä voidaan lisäksi ehkäistä painehaavaumien syntyä sekä ihopainauksia. (Koskelo 2015, 7.)

Mikroasentohoitoa on mahdollista toteuttaa saattohoitopotilaalla, joka itse ei pysty muuttamaan asentoaan. Normaalisti ihminen itse muuttaa asentojaan nukkuessaan tai maataessaan useita kertoja. Hoidon tarkoituksena on jäljitellä ihmisen omia asennonvaihdossa tekemiään liikkeitä. Kyseisellä hoidolla pystytään vähentämään painetta päähän, olkapäiden, lantion, reisien ja jalkaterien alueelta, sekä saadaan nivelten asentoa muutettua. Mikroasentohoito auttaa ehkäisemään myös kivun syntymistä, sillä se ehkäisee painehaavaumien syntyä, nivelten virheasentoja, keuhkokuumetta sekä laskimotukoksia. Vaikutus kyseisessä hoidossa on sama kuin asentohoidossa. Mikroasentohoito sopii erityisesti niille vuodepotilaille, joiden asentoa ei voi kerralla muuttaa kovin paljoa. (Koskelo 2015, 7-8.)

Omahoitajajärjestelmä turvaa hoidon jatkuvuutta. Se luo turvallisuuden tunnetta niin potilaalle, kuin hänen omaisille ja se edistää myös potilaan ja muun henkilökunnan vuorovaikutusta. Omahoitaja tuntee potilaan ja hänen läheisensä muita hoitajia paremmin, jonka vuoksi omahoitajan tehtävä on tukea potilasta tunteisiin liittyvissä kysymyksissä. Emotionaalinen tukeminen on lohduttamista, rohkaisemista, läsnäolemistä ja potilaan toivomusten huomioonottamista. Huumori ja positiiviset tunnetilat antavat voimavaroja taistella sairauden aiheuttamaa ahdistusta vastaan. (Heikkinen ym. 2004, 46–53.)

Hyvän saattohoidon onnistumisen edellytyksenä on luottamuksellinen ja empaattinen hoitosuhde. Hoitaja on potilasta varten läsnä ja ymmärtää potilasta taustalla olevan kokemuksensa, intuitionsa ja empatiansa avulla. Hoitajan on hyväksyttävä hoidettava aina ainutkertaisena yksilönä. Huolenpito on avainasemassa hoitajan ja potilaan välisessä suhteessa. Tämä perustuu molemminpuoliseen yhteistoimintaan ja vuorovaikutukseen. Se on tunneperäistä välittämistä toisesta ja halua toimia potilaan parhaaksi. Huolenpitoa ovat potilaan tunteet, voimavarat ja ajatukset huomioivaa toimintaa, sekä hänen arvostamistaan ja kunnioittamista. Kunnioitus tuo myös mukanaan luottamuksen omahoitajaan ja tätä kautta muuhun hoitotiimiin. (Heikkinen ym. 2004, 42–52).

Hoitajan taito, tieto, kokemus ja tunneviestintä ovat ammatillisen osaamisen tekijöitä jotka vaikuttavat hyvän saattohoidon toteutumiseen omahoitaja suhteessa.

Tunneviestintä on kykyä hallita, tiedostaa ja käsitellä omia tunteita tilanteeseen sopivalla tavalla, ja kykyä hoitamaan ja havaitsemaan potilaan tunteita ja ihmissuhteita. Hoitajan tehtävänä on tukea potilasta vuorovaikutuksellisin keinoin ja auttaa häntä tunnistamaan omaa elämäntilannettaan ja sairauttaan koskevia tarpeita. Hoitajan on myös autettava potilasta löytämään voimavaroja, jotta tunne elämäntilannasta säilyisi ja palautuisi. Tärkeä edellytys hyvän hoitosuhteen luomiselle on vuorovaikutustilanteessa hoitajan läsnäolo, halu ymmärtää ja hyväksyä potilas ehdoita. Vuorovaikutus on asioiden eteenpäin viemistä, tiedon hankkimista ja vaikuttamista. Siinä on tärkeää antaa tilaa myös hiljaisuudelle, tunteille ja ajatuksille. (Heikkinen ym. 2004, 45.)

Parafiinikylvyt, savi- ja parafangohoidot, lämpölamput ja lämpöpakkaukset ovat pintalämpöhoitoja. Pintalämpöhoitojen teho kohdistuu ihoon, ja lämpö saa aikaan hyperemiaa, eli verimäärä lisääntyy kudosten verisuonissa. Ruumiin lämmönsäätelymekanismin vaikutuksesta pintalämpöhoito vaikuttaa lievästi myös syvempiin kudoksiin, kun lisääntyvä verenkierto tasaa lämmön. Hoidon annosteluun vaikuttaa potilaan tapa reagoida lämpöön, sekä tietenkin vaivan laatu. Annostelu tapahtuu potilaan subjektiivisen kokemuksen pohjalta, sekä monesti niitä käytetään liikehoitojen ja hieronnan esihoitona. (Kalso & Vainio 2002, 203.)

Lämpöhoitojen runsaasta käytöstä huolimatta kokeellisia hoitotutkimuksia näistä on hyvin vähän tehty, ja näiden tutkimusten perusteella ei ole voitu todistaa menetelmien tehoa tai tehottomuutta. Pintalämpöhoitojen lisäksi on myös syvälämpöhoitoja (Mikroaaltohoito, lyhytaaltohoito ja ultraäänihoito), mutta näitä käsittelevässä Ruotsissa julkaistussa mietinnässä todettiin, että syvälämpöhoitojen tieteellisesti hyväksyttävä indikaatio on ainoastaan sidekudoksen vaurion aiheuttaman liikerajoituksen hoito liikehoitoon yhdistettynä. (Kalso & Vainio 2002, 203.) Pinnallisessa kylmähoidossa verenkierto vähenee, kudosten aineenvaihdunta hidastuu ja spastinen lihasjännitys laukeaa. Tämän vuoksi esimerkiksi jääpussin käyttö on vähentää kipua, laskee turvotusta ja vähentää spastisuutta. (Kalso & Vainio 2002, 204.)



TNS-hoidon tehon tieteellinen näyttö perustuu vain harvoihin tutkimuksiin, mutta siitä huolimatta sitä on käytetty jo 1960-luvulta asti monien kroonisten- ja akuuttien kiputilojen hoidossa. TNS-hoidon tarkoitus on aktivoida hermosäikeitä, jotka kulkevat eri syvyyksissä ihon alla. Kaikenpaksuisille hermosäikeille on olemassa sähköimpulssin pulssiaalto, joka säikeen aktivoi. Paksuja myeliinitupellisia säikeitä aktivoimalla saadaan aikaiseksi kipua poistava vaikutus. Vaikka tieteellinen näyttö TNS-hoidon tehosta on heikko, on yleisesti kliininen kipuklinikkatyö sen käyttöä puoltanut erityisesti neuropaattisen (hermoperäisen) kivun hoidossa. Neuropaattisen kivun hoidossa tulee kiinnittää huomiota erityisesti elektrodien sijoitteluun, sillä ihoalueella jolla kosketusherkkyyks on lisääntynyt, on tuntosäikeiden stimulaatio kivuliasta. (Kalso & Vainio 2002, 176–177.)

TNS-laitteet ovat kannettavia, pieniä, verkkovirralla tai pattereilla toimivia laitteita, jotka ovat erityisesti itsehoitoon soveltuvia. Laitteessa on neljä elektrodia, jotka kiinnitetään ihoon. Paras paikka elektrodeille löytyy vasta kokeilujen jälkeen. Hoitoa potilas voi antaa itselleen 2-3 kertaa päivässä, säätäen virranvoimakkuutta siihen pisteeseen että intensiteetti on 2-3-kertainen verrattuna tuntokynnykseen. Tämä tarkoittaa sitä, että stimulaatio ei saa olla kivulias, vaan selvästi tuntuva. (Kalso & Vainio 2002, 178–179.)

Musiikkiterapia sekä myös omaehtoinen musiikin kuuntelu toimii saattohoitopotilaille ahdistuneisuutta vähentävästi, lisäksi se poistaa tuskaisuutta ja kipua, kohentaa mielialaa ja parantaa elämänlaatua. Musiikin kuuntelu auttaa potilaita rentouttaen, samalla alentaen heidän sykettään, verenpainetta sekä hengitystiheyttä. Se ei kuitenkaan poista väsymystä tai paranna masennusta. (Koskelo 2015, 10.)

Olellainen osa hoitotyötä on kosketus ja se on osa ihmisten välistä kommunikointia. Potilas, joka on saattohoidossa, voi kosketuksen kautta saada henkistä tukea, lohdutusta ja tunteen välittämistä. Kosketuksen vuoksi potilaan kivut voivat mahdollisesti lievitä ja hänen olonsa rauhoittua. Hoitajien olisi hyvä muistuttaa myös potilaan läheisiä kosketuksen suuresta merkityksestä. (Koskelo 2015.) Iho on tärkeä ihmiselle, sillä se erittää hermojärjestelmälle tietoa ympäröivästä maailmasta ja rekisteröi lämmön, kylmän, paineen, kivun ja kosketuksen. Vasta viime aikoina on tutkittu, että kosketusreseptoreja aktivoivat ärsykkeet saavat aistimusten lisäksi aikaan myös muita

vaikutuksia. Kyseessä on tunne rauhoittumisesta ja ehkä myös hyvinvoinnin tunteesta. Kyseinen ilmiö on pystytty osoittamaan esimerkiksi nukutetuilla rotilla. Kun kokeessa on kosketuksesta ja miellyttävästä lämmöstä tietoa välittäviä hermoja ärsytetty, on verenpaine ja stressihormonien pitoisuudet laskeneet. (Uvnäs Moberg 2007, 113–114.) Tämän lisäksi elimistössä erittyy kosketuksen vuoksi oksitosiinia ja endorfiinia. Endorfiinin lisääntyminen lisää hyvänolon tunnetta ja vähentää kipua. (Koskelo 2015, 11.)

Potilaat ovat herkkiä havaitsemaan hoitajien kiireen ja mielenkiinnon puutteen. Hoitaja pystyy antamaan potilaalle tunteen aidosta läsnäolosta katsomalla silmiin, koskettamalla ja keskittymällä kuuntelemiseen. Juuri mainitsemani eleet herättävät potilaassa luottamuksen tunnetta ja tunteen, että häntä kuunnellaan. (Koskelo 2015, 12.)

Yleensä fyysisen harjoittelun tavoitteena on palauttaa toimintakyky. Saattohoidossa fysioterapeutin rooli on kuitenkin antaa kipua lievittävää, toimintakykyä ja omatoimisuutta ylläpitävää, sekä niveljäykkyyttä ennaltaehkäisevää hoitoa. Terapeutti on potilaan valmentaja, joka opettaa harjoitteita joita potilas voi suorittaa joko itsenäisesti tai esimerkiksi hoitajan tai omaisen läsnä ollessa ja avustamana. (Kalso & Vainio 2002, 200.) Fysioterapeutilla on siis merkittävä rooli myös omaisten ja hoitohenkilökunnan ohjeistuksessa. Harjoitteet voivat pitää sisällään arkiliikkumista, ryhmämuotoista harjoittelua tai ohjattua/omatoimista yksilöllisesti suunniteltua harjoitteiden tekemistä. Tavoitteena on peruskuntoa ja liikkumiskykyä tukea ylläpitämällä lihasvoimaa, hengityselinten toimintaa, nivelliikkuvuutta ja tasapainoa. (Bjong i.a.) Tärkeää on rohkaista potilasta onnistuneista suorituksista ja opettaa häntä kiittämään myös itseään. Menestykset ovat usein kuitenkin pieniä siihen verrattuna mitä potilas on pystynyt ennen sairautta tekemään, ja tämän vuoksi pienistä onnistumisista iloitseminen on monesti haastavaa. (Kalso & Vainio 2002, 200.) Fysioterapeutin tärkeänä tehtävänä on myös arvioida apuvälineiden tarve niin kotona kuin osastohoidossa, sekä opettaa ja ohjata potilasta, omaisia ja hoitohenkilökuntaa näiden käytössä. Apuvälineillä voidaan turvata ergonominen ja turvallinen hoitotyö, sekä lisätä huomattavasti potilaan omatoimisuutta. (Bjong i.a.)

Hierontaa kivunhoitomuotona ei ole paljoa tutkittu (Kalso & Vainio 2002, 204). On kuitenkin tutkittu, että hieronnalla on myös kipua lievittävää vaikutusta

saattohoitopotilaan hoidossa (Kutner ym. 2008). Hieronnan uskotaan vaikuttavan imunesteen kiertoon, verenkiertoon, lihaskudokseen ja hermoihin. Hieronta tarkoittaa pehmytkudosten käsittelyä järjestelmällisesti. Tässä fyysisen kosketuksen merkitys on tärkeää. Perinteisen hieronnan lisäksi on olemassa erilaisia hierontamuotoja, esimerkiksi akupunktiohieronta, lymfahieronta ja jalkapohjien vyöhyketerapia. (Kalso & Vainio 2002, 204.)

Rentoutus vähentää lihasjännitystä ja ahdistuneisuutta. Siihen voidaan liittää mielikuvaharjoituksia ja hengitysharjoituksia, joissa potilas voi opetella käyttämään mielikuvitustaan luovasti kipuongelman hoitamiseen. Mielikuvat voivat pitää sisällään jotain terveyteen liittyvää toimintaa esimerkiksi urheilua, rentoutumista mukavassa ympäristössä, tai kipua voidaan kuvitella ulkopuoliseksi esineeksi esimerkiksi höllennettävissä olevaksi tiukaksi siteeksi. (Kalso & Vainio 2002, 202.)

Saattohoito on myös hengellinen asia, ja monesti potilas toivoo vierelleen hengellistä tuki-ihmistä, joka ensisijaisesti on potilaan luona kädestä kiinni pitäjänä ja vierellä kulkijana. Hengellinen tuki-ihminen, sielunhoitaja, on ammatiltaan yleensä pappi tai diakoniatyöntekijä. Sielunhoitaja on omasta rajallisuudestaan tietoinen, mutta omaa avuttomuuttaan sietämällä hän pystyy asettumaan kuuntelemaan ja kyselemään kuolevan kanssa samoja kysymyksiä. Sielunhoidossa jokainen on kohdattava samanarvoisena, erottelematta saatettavaa tämän uskontokunnan, uskonlaadun, tai ateismin perusteella. Sielunhoitajan on ennen muuta autettava potilasta saamaan hänen oman vakaumuksensa mukaista hengellistä ja henkistä tukea, ja kunnioittaa tätä vakaumusta sekä potilaan persoonallisuutta kaikilla osa-alueilla. Omalla persoonallaan sielunhoitaja luo ilmapiirin, jossa potilas pystyy purkamaan omia tunteitaan vapaasti, sekä hän asettuu kantajaksi ja sijaiseksi monille potilaan tunneprojekteille. (Heikkinen ym. 2004, 80–81.)

Sielunhoitajan tehtävänä ei ole puolustaa Jumalaa kuolevalle, vaan hän puolustaa kuolevaa itseään tämän kaikissa kysymyksissä. Silloin kun sielunhoitaja ottaa sydämeensä kuolevan tuskan ja palauttaa sen läsnäolon lämpönä ja lohdutuksena, hän avartaa samalla kuolevalle myös Jumalaa. Emotionaalisen purkautumisen kautta Jumalasta tulee kuolevalle sellainen todellisuus johon kaikesta huolimatta hän voi turvautua. Sielunhoitajan työssä kaiken tärkeintä onkin siis puhdas läsnäolo, jonka ei

tarvitse tukeutua sanoihin. Läsnäolon voi liittää ruumiinkieleksi; kädestä pitämiseksi, katseeksi, syliin ottamiseksi tai silittämiseksi. Usein läheisyys on kuolevan yksi perustarpeista, mutta poikkeuksiakin on, ja läheisyyden on tapahduttava kuolevan omilla ehdoilla. Parhaimmillaan läheisyys vakuuttaa kuolevan siitä suuresta elämänsylistä johon hän saa vielä kuolemansakin jälkeen sulkeutua. (Heikkinen ym. 2004, 82–85.)

Ehtoollinen on yksi sielunhoitajan tehtävistä. Sen alkuun sisältyy rippi ja synninpäästö, jotka tuovat vapautuksen väärientekojen taakasta. Tämän jälkeen annettava ehtoollisleipä ja juoma toistavat anteeksiantamusta. Ehtoollinen on myös ”kuolemattomuuden lääke”, joka lupaa kuolemattomuutta, ikuista elämää. Tätä kautta ehtoollinen voi tuoda paljon toivoa ja valoa elämän loppuhetkiin. (Heikkinen ym. 2004, 85–86.)

## 5 OPPITUNTI SAATTOHOIDON LÄÄKKEETTÖMÄSTÄ KIVUNHOIDOSTA

### 5.1 Opinnäytetyöprosessin suunnittelu ja toteutus

Saattohoito aiheena on ollut meille molemmille aina mielenkiintoinen, sillä olemme itsekin saattohoitopotilaiden parissa työskennelleet opiskeluaikanamme. Opinnäytetyömme aihe nousi alun perin esiin opinnäytetyömme ohjaajalta. Ohjaajamme ehdotti, että pitäisimme saattohoidon kivunhoidosta oppitunnin koulullamme Diakonia-ammattikorkeakoulun Porin yksikössä Vanhusten hoitotyön kurssin opiskelijoille. Innostuimme ideasta välittömästi ja aloimme työstää sitä ajatuksen tasolla. Huomasimme aiheen olevan kuitenkin todella laaja, joten rajasimme sen lääkkeettömään kivunhoitoon, joka nimenomaan hoitotyön näkökulmasta onkin merkityksellinen. Aihe on mielestämme myös siinäkin mielessä tärkeä, että hyvin moni sairaanhoitajista työskentelee jossain vaiheessa saattohoitopotilaiden parissa. Yhteistyökumppanimme siis oli oma koulumme, Diakonia-ammattikorkeakoulu Porin yksikkö.

Aiheen selkiinnyttyä selvää siis oli, että teemme toiminnallisen opinnäytetyön. Toiminnallinen opinnäytetyö on tutkimuksellisen opinnäytetyön vaihtoehto ammattikorkeakouluissa. Sen tavoitteena on ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan opastus, ohjaaminen, toiminnan järjeistäminen tai järjestäminen. Toiminnallisen opinnäytetyön toteutustapa voi olla muun muassa kirja, vihko, kansio tai opas, meillä se on oppitunti. Tärkeää on, että käytännön toteutus ja sen raportointi yhdistyvät tutkimusviestinnän keinoin toiminnallisessa opinnäytetyössä ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyön tulisi olla tutkimuksellisella asenteella toteutettu, työelämälähtöinen ja käytännönläheinen, sekä taitojen ja tietojen tulisi olla riittävällä tasolla ja osoittaa oman alansa hallintaa. Opinnäytetyö on meille myös, kuten sen tarkoituksenakin on olla, persoonallisen ja ammatillisen kasvun väline. Lisäksi se kuvaa lukijalle ammatillista osaamistamme. Vaikka emme tehneet tutkimuksellista opinnäytetyötä ja näin tuoneet täysin uutta tietoa ammattilaisten ulottuville, mutta se muoto johon olemme työmme saattaneet persoonallisella tavallamme, on myös uutta tietoa. Ja kuten toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena onkin, niin toivomme, että opinnäytetyömme voisi avartaa toisen ammattilaisen

näkemyistä niistä mahdollisuuksista joita saattohoidon lääkkeettömässä kivunhoidossa on tarjolla. (Airaksinen & Vilkka 2003, 9-10.)

Joulukuussa 2015 aloitimme työmme teoriaosuuden kirjoittaminen. Lähdemateriaalia etsimme ja löysimme kirjastosta ja Internet-lähteistä, mutta välillä asianmukaisten lähteiden löytyminen oli haastavaa. Aihetta on aikaisemmin aika vähän tutkittu, joten jouduimme koostamaan teoria tietomme yhdistelemällä monien eri luotettavien lähdemateriaalien tietoa. Toisaalta uskon, että tämä vaihe myös antoi meille laajemman kuvan saattohoidon kivunhoidosta ja saattohoidosta ylipäätään, sillä kävimme myös paljon sellaista materiaalia läpi jota työssämme ei ollut tarpeen käyttää. Tammikuun loppupuolella 2016 istuimme opettajiemme kanssa ensimmäistä kertaa alas työmme tiimoilta. Saimme korjausehdotukset työhömmme ja tämän lisäksi saimme tietää pitämämme oppitunnin päivämäärän, joka oli 18.2. Oppitunnin pitäminen tuli nopeammalla aikataululla kuin olimme odottaneet, emmekä olleet vielä tässä vaiheessa tehneet muuta kuin teoriaosuuttamme. Haastavan tästä aikataulusta teki myös se, että toinen meistä oli helmikuun toisen viikon ulkomailla. Ainoa vaihtoehtomme siis oli intensiivinen ja tehokas työskentely niinä päivinä, jolloin molemmat olivat paikalla.

Opiskelun ja opettamisen perustana on aina jokin käsitys oppimisesta. Näihin oppimiskäsityksiin vaikuttaa yhteiskunnalliset perinteet ja normit, yhteiskunnan taholta koulutukselle asetetut odotukset, sekä inhimillisen tiedon ja psyykkisten prosessien luonteen käsittäminen. Kun opiskelijat ovat aikuisia, korostuu teorettisiin oppimiskäsityksiin ja oppimisteorioihin tutustuminen ja niiden hallitseminen, sillä aikuiset tuovat oman näkemyksensä opettamisesta ja oppimisesta opetustilanteeseen. Aikuinen opiskelija tarvitsee asiantuntemusta jota opettajalla on ja tämän vuoksi tasa-arvoinen kumppanuuden ajatus on aikuisiakin opettaessa mahdollinen. Tämän vuoksi opettajan on oltava läsnä asiantuntijana ja ihmisenä opetustilanteessa. Kumpikin elementti on yhtä tärkeä. Aikuinen opiskelija luottaa myös siihen, että opettajan välittämä tieto on oikeaa. Opettajan vastuulla onkin osata ja hallita opettamansa oppiaine niin hyvin, että hän pystyy tukemaan opiskelijaa sen hahmottamisessa. (Holopainen 2007.)

Lähtökohtana aikuisen opiskelijan opettamisessa on hänen elämäkokemuksensa. Opettajan on selvitettävä kuinka paljon opiskelijat jo tietävät kyseisestä aiheesta. Opiskelijoille on annettava tilaa kertoa omia ajatuksiaan ja opettajan on vastattava vuorovaiku-

tuksen ohjaamisesta. On muistettava, että opiskelija on aina itse vastuussa oppimastaan. Tämä tarkoittaa aikuisopiskelijoita opettaessa sitä, että oppijan omalla vastuulla on uuteen tietoon sitoutuminen. Oppituntia suunnitellessakin aikuisille on valittava sellaiset menetelmät, jotka pitävät yllä sisäistä motivaatiota ja innostusta uuden oppimiseen. On hyvin tärkeää kunnioittaa aikuisen itseohjautuvuutta. Itseohjautuvuudella tarkoitetaan näkemystä ihmisestä aktiivisena tiedonetsijänä, joka ottaa itse vastuun opiskeluprosessinsa arvioinnista ja suunnittelusta, opiskelunsa tavoitteiden määrittelystä, sekä niitä koskevista ratkaisuista. (Holopainen 2007.)

Aikuisia opettaessa voidaan hyödyntää myös aktivoivaa opetustapaa. Siinä opettajan rooli ohjautuu hänen asiantuntemuksensa, eikä muodollisen auktoriteettinsa kautta. Opettaja on enemmän asiantuntijakonsultti ja yhteistyökumppani. Aktivoivassa opetustavassa on jätettävä tilaa opiskelijoiden kysymyksille ja kommenteille, ja tästä syystä opetuksen etenemistä ei pystytä suunnittelemaan kovin tarkasti. Opettajan on kuitenkin huolehdittava että sisällölliset ja pedagogiset tavoitteet saavutetaan. Onnistuneen aktiivoivan opetuksen edellytys on se että opettaja on sisäistänyt hyvin oppiaineensa sisällön, jonka ansiosta hän pystyy joustamaan opetustilanteessa sen vaatimalla tavalla. (Holopainen 2007.)

Oppitunnin suunnittelun aloitimme pohtimalla minkälaisia opetusmenetelmiä haluamme tunnillamme käyttää. Oppituntimme tarkoituksena oli siis kertoa opiskelijoille saattohoidon lääkkeettömistä kivunhoito menetelmistä niin, että he pystyisivät käyttämään opittua tietoa myös omassa käytännön työssään. Oppituntimme kohderyhmän tietotaso oli hyvin vaihteleva. Joukossa oli lähihoitajataustan omaavia opiskelijoita, joilla on jomon vuoden hoitotyön kokemus, sekä opiskelijoita, joilla ei ole ollenkaan aikaisempaa hoitotyön kokemusta. Tämän vuoksi tarkoituksenamme oli myös kertoa saattohoidosta yleisesti, sekä avata saattohoidon käsitteitä. Opinnäytetyöprosessin tarkoituksena oli myös kehittyä laadukkaammin oppitunnin järjestämisessä ja kollegoidemme opettamisessa. Halusimme valita opetusmenetelmät sen mukaan, mikä tukee eniten oppilaidemme oppimista, sekä motivoi ja aktivoi heitä. Tutustuimme erilaisiin oppimiskäsityksiin ja menetelmiin, joista koimme David A. Kolbin (1984) kehittämän kokemuksellisen oppimisen mallin sopivan parhaiten tarkoituksiimme (Holopainen 2007). Aloitimme tuntimme luennolla, joka on yksi parhaista opetusmenetelmistä jakaa tietoja, kuvata asioita, sekä esittää näkemyksiä ja kannanottoja (Oulun ammattikorkeakoulu i.a.). Luento-

osuudella huomioimme myös pedagogisen opetustavan periaatteita ottamalla huomioon kohderyhmämme aikaisemman tiedon, sekä halusimme painottaa sosiaalista vuorovaikutusta kysymysten ja kyseenalaistamisen muodossa. Tämän jälkeen aktivoimme oppilaat kokemukselliseen oppimisen malliin kuuluvan ongelmaperusteisen oppimisen menetelmän, aivoriihen, avulla. (Jyväskylän ammattikorkeakoulu i.a. a.) Halusimme aktivoita opiskelijoita pohtimaan itse lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä saattohoidossa. Aivoriihen valinta mahdollisti myös sen, että myös meillä oli mahdollisuus uuden oppimiseen opiskelijoiden ideoiden ja ajatusten kautta. Aivoriihen jälkeen pidimme vielä luento-osuuden, jonka jälkeen päätimme tuntimme kokemukselliseen oppimiseen kuuluvaan reflektointi osuuteen, jonka tavoitteena oli pyrkiä tietoiseen ymmärtämiseen pohtimalla yhdessä opiskelijoiden kanssa käsittelemäämme aihetta ja tunnin sisältöä (Jyväskylän ammattikorkeakoulu i.a. b).

Kokemuksellisen oppimisen malliin on vaikuttanut paljon humanistinen psykologia, johon perustuu humanistinen oppimiskäsitys, joka tarkastelee kasvun mahdollisuuden näkökulmasta oppimista. Tämän oppimiskäsityksen tunnusomaiset piirteet ovat oppijälähtöisyys, opiskelijan itsensä suorittama arviointi, opiskelijan sitoutuminen oppimisprosessiin, sekä uuden oppimisen merkityksen jäsentyminen kokonaiskokemukseen. Kolbin kehittämän kokemuksellisen oppimisen näkemyksen keskeinen ajatus on, että oppiminen kulkee eteenpäin toimintaa ja konkreettisia kokemuksia reflektoiden kohti teoreettisen tiedon ymmärtämistä ja parempia toimintamalleja. Keskeistä kokemuksellisessa oppimisessä on opiskelijan sosiaalisen ja persoonallisen kasvun tukeminen, tietoisuus omasta oppimisesta, itsetuntemuksen lisääminen, käsitykset oppimisen kohteista, sekä oppimaan oppiminen. Opettajan näkökulmasta tärkeää tässä oppimisteoriassa on luoda olosuhteet joissa joko hän itse, tai muut opiskelijat auttavat muita tai yhtä opiskelijaa käyttämään taitojaan ja tietoaan ja oivaltamaan asioita. Erittäin merkityksellistä ovat myös opettajan reflektointitaidot, joiden avulla hän osaa muun muassa oikein valituilla kysymyksillään edistää opiskelijan oppimista. (Holopainen 2007.)



## 5.2 Oppitunnin suunnitelma

Pidämme oppitunnin saattohoidon lääkkeettömästä kivunhoidosta 18.2.2016 Porin Diaconia-ammattikorkeakoulussa toisen lukuvuoden opiskelijoille. Tarkoituksenamme on tehdä oppitunnista kokonaisuus, josta jokainen osallistuja aiemmasta kokemuksesta huolimatta oppisi uutta tai saisi uutta näkökulmaa saattohoitopotilaan hoitotyöhön. Haluamme avata saattohoidon käsitteitä ja kertoa yleisesti saattohoidon periaatteista PowerPoint -avusteisella luento-osuudella (LIITE 2). Diaesityksen teimme työme teorioosuuteen pohjautuen. Valitsimme luennointimenetelmän sen vuoksi, että pystyimme jäsentämään tietoa kohderyhmällemme sopivaksi. Se on myös yksinkertainen tiedonvälityksen muoto isolle opiskelijaryhmälle. Luennointi on yksi yleisimpiä opetusmenetelmiä, jonka vuoksi se on tuttu ja turvallinen menetelmä opiskelijoille vastaanottaa tietoa. Luento menetelmänä on haasteellinen, koska opiskelijoiden omalla tiedonmuodostuksella ei monesti ole tilaa ja se voi passivoida kuuntelijoita. Tämän vuoksi luennoilta opittu tieto saattaa jäädä pinnalliseksi ja unohtua nopeasti. (Hyppönen & Lindén 2009, 45.)

Opiskelijoiden passivoitumisen välttämiseksi valitsimme luento-osuuksien väliin aktiivisemmän opetusmenetelmän, aivoriihen. Aivoriihessä ryhmä jaetaan pienempiin ryhmiin ja heille annetaan ideointitehtävä. Tehtävänannossa tärkeää on korostaa, että tässä ryhmätyöskentelyn muodossa saa esittää mitä viltimpiä ideoita ja ideoiden tuottamisvaiheessa kaikki kritiikki on kielletty. Tämän ensimmäisen vaiheen jälkeen valitaan ideoista yhdessä parhaimmat ehdotukset. (Hyppönen & Lindén 2009, 45.) Valitsimme aivoriihen aiheeksi saattohoidon lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien ideoimisen. Tässä vaiheessa haluaisimme, että ne oppilaat joilla on paljon aikaisempaa hoitotyön kokemusta, toisivat esille menetelmiä, jotka saattavat olla myös meille uusia. Tällä tavoin saisimme kaikille yhteisen oppimiskokemuksen.

Oppimismenetelmien valinnan jälkeen teimme kirjallisen tuntisuunnitelman (LIITE 1), johon kirjassimme ja aikataulutimme oppitunnin eri osa-alueet ja keskeisen sisällön. Laadimme myös palautekyselylomakkeen (LIITE 3), johon teimme viisi kysymystä koskien oppitunnin sisällön hyödyllisyyttä ja omaa esiintymistämme. Toiminnallisen oppinnäytetyön malliin kuuluu palautteen kerääminen. (Airaksinen & Vilkkä 2003, 157.) Palautteen keräsime kirjallisena kyselyn avulla anonymisti oppituntimme opiskeli-

joilta, koska emme olleet varmoja kuinka paljon saamme suullista palautetta. Tämän vuoksi halusimme palautekyselyn tehdä anonyymisti kirjallisena.

### 5.3 Oppitunnin toteutus

Ennen oppituntia harjoittelimme tunnin pitämistä toisessa luokassa, jotta pystyisimme pitämään mahdollisimman sujuvan ja selkeän esityksen. Oppitunnin aloitimme esittämällä itsemme ja aiheemme. Lisäksi kerroimme hieman omaa taustaamme hoitotyöstä joko harjoitteluiden tai työkokemusten kautta. Kehotimme myös heti alussa opiskelijoita esittämään kysymyksiä missä tahansa vaiheessa oppituntia. Esittelyiden jälkeen siirryimme heti luento-osuuteen. Tämän päätimme pitää vuoropuheluna, jotta opiskelijoiden olisi helpompi pitää mielenkiintoa yllä. Ensimmäisellä luento-osuudellamme kävimme läpi saattohoidon käsitteitä ja saattohoitoa yleisesti. Luennolla apunamme oli diaesitys. Tämän jälkeen jaoin luokan viiteen ryhmään, niin että joka ryhmässä oli noin 5-6 oppilasta. Jokainen ryhmä sai yhden paperin ja kynän ja annoimme ohjeet aivoriihi työkentelyyn. Aikaa ensimmäisellä osuudella villien ideoiden mietintään oli 10 minuuttia. Sen jälkeen ryhmät valitsivat villoista ideoistaan yhdessä parhaat, tähänkin osuuteen oli aikaa 10 minuuttia. Viimeiseksi aloitimme ryhmätöiden purkamisen sillä tavoin, että jokainen ryhmä kertoi kaikille valitsemansa parhaimmat ideat. Näistä poimimme ylös ne, joita emme olleet meidän työssämme käsitelleet. Aivoriihin jälkeen jatkoimme luentoa käymällä läpi kivunhoitomenetelmät, joihin olimme työssämme perehtyneet. Kerroimme myös käytännön esimerkkejä kivunhoidon menetelmistä. Tämän viimeisen luento-osuuden jälkeen halusimme yhdessä keskustellen käydä vielä niitä aivoriihessä esiin tulleita menetelmiä läpi, joita me emme olleet luennollamme käsitelleet. Osa oppilaista kertoi omista käytännön kokemuksistaan ja ideoistaan, joita yhdessä pohdimme ja saimme kaikki uutta näkökulmaa aiheeseen.

Tunnin lopuksi annoimme vielä mahdollisuuden jokaiselle esittää kysymyksiä aiheeseen liittyen, kukaan ei kuitenkaan halunnut esittää lisäkysymyksiä. Kiitimme aktiivisesta osallistumisesta tunnille sekä kerroimme välittävämme opettajien kautta palaute-lomakkeen, johon toivoimme jokaisen tunnilla olevan vastaavan. Sovimme opettajien

kanssa, että he antavat ja keräävät palautelomakkeet opiskelijoilta anonyymisti, jotka me haemme koululta seuraavalla viikolla. Tuntisuunnitelmamme aikataulu piti hyvin ja oppitunnin kokonaiskesto oli tasan 90 minuuttia.

#### 5.4 Oppitunnin arviointi

Oppitunti sujui mielestämme hyvin. Pysyimme suunnittelemassamme aikataulussa, tekniikka toimi ja opiskelijat olivat motivoituneita ja aktiivisia. Palautelomakkeen lähetimme sähköpostilla opinnäytetyön ohjaajillemme, jotka toimittivat kyselyn opiskelijoille seuraavana päivänä. Tämän jälkeen saimme hakea täytetyt palautekyselylomakkeet purkua varten itsellemme. Opiskelijat täyttivät palautekyselyn seuraavana päivänä siitä syystä, että he saivat enemmän aikaa sisäistää oppimaansa ja jäsenellä mielessään oppituntimme kokonaisuutta ennen palautteen antoa. Palautettuja vastauslomakkeita saimme 21 kappaletta. Palautekyselyn anti oli pääosin lähes täysin positiivista, mikä oli meille tietysti todella mieluista luettavaa. Saimme kiitosta esiintymisestämme, jota kuvailtiin luonnolliseksi, reippaaksi ja iloiseksi. Äänenkäyttö oli myös tarpeeksi kuuluvaa ja selkeää. Oppitunnin sisältö oli osalle kuulijoista täysin uutta ja heiltä tuli positiivista palautetta siitä, että sisältö oli tarpeeksi monipuolinen ja asiaa tuli paljon. Myös diojen sisältö ja niiden selkeys sai kiitosta vastauslomakkeissa. Jokainen vastaajista koki ryhmätyöskentelyn hyvänä menetelmänä. He kertoivat, että ryhmätyöskentely auttoi keskittymään ja antoi mahdollisuuden tuoda omia ajatuksia esille, sekä kuulla muiden kokemuksia ja näkökulmia. Aiempaa työkokemusta omaavat kokivat oppitunnin sisällön hyvänä muistutuksena ja asioiden mieleen palauttajana. Yksi vastaajista kirjoitti, että "Asioiden läpikäynti muistuttaa aina potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta, joten käytännössä muistaa taas hyödyntää muutakin kuin puhetta ja lääkehoitoa". He, joilta työkokemusta puuttui, kokivat että he voivat hyödyntää oppimaansa tulevaisuudessakin.

Kysyimme palautelomakkeessa mitä oppilaat olisivat vielä toivoneet tunnilla käsiteltävän. Suurin osa oli sitä mieltä, että tunnilla tuli tarpeeksi tietoa ja asiat käsiteltiin hyvin. Muutamat olisivat toivoneet enemmän käytännön esimerkkejä ja omakohtaisia kokemuksia kivunhoitomenetelmien hyödyntämisestä. Henkisen tukemisen kattavampaa käsittelyä toivottiin myös muutamassa palautteessa.

Mielestämme olimme onnistuneet kokoamaan tunnin aikarajoituksen, sekä kohderyhmän huomioon ottaen hyvän kokonaisuuden sisällöllisesti, mutta olimme myös samaa mieltä siitä että vielä enemmän se olisi ehkä hyödyttänyt opiskelijoita joilla ei olisi ollut aikaisempaa saattohoitotyön kokemusta. Ulosantimme oli tunnilla sujuvaa ja saimme kerrottua ja tuotua esille kaikki ne teoreettiset asiat, sekä myös käytännön esimerkit joita halusimmekin kertoa. Olimme myös todella tyytyväisiä siihen että tunnilla nousi esiin opiskelijoilta lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä saattohoidossa, joita me emme olleet käsitelleet ollenkaan. Tunti oli siis yhteinen oppimiskokemus meille kaikille, jota toivoimmekin.

## 6 POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen osoittautui aikaa ja suunnittelua vaativaksi työksi. Saattohoidon lääkkeetöntä kivunhoitoa on melko vähän tutkittu ja lähteiden löytäminen oli haastavaa. Lähteiden kriittisyyttä arvioimme siten, että katsoimme tarkkaan kuka lähteen on kirjoittanut tai miltä sivuilta lähteitä otimme. Kiinnitimme myös huomiota siihen, että milloin lähteen teksti on kirjoitettu tai koska lähteen tieto on päivitetty. Teoriaosuuteen pystyimme käyttämään hyödyksi myös omaa kokemustamme. Molemmilla meistä on jonkin verran kokemusta, toisella enemmän, saattohoitopotilaiden kanssa työskentelemisestä. Tämä auttoi kirjoitusvaiheessa, sillä oli hieman helpompi miettiä, mihin työssä kannattaa keskittyä ja mistä aiheista kirjoittaa. Työkokemuksemme konkretisoi myös aiheen tärkeyden ja sen, kuinka suuressa roolissa lääkkeetön kivunhoito on työskennellessä saattohoitopotilaiden kanssa.

Työn aihe opetti meille lisää saattohoidon lääkkeettömistä menetelmistä, sekä potilaan kokonaiskivuista. Oppitunnin pitämisestä opimme sen, että onnistuakseen pitämään sujuvan oppitunnin, on sitä hyvä opetella yhdessä etukäteen ja käydä kokonaisuudessaan läpi niin kuin esittäisi sen yleisölle. Se ei vie paljoakaan aikaa, mutta helpottaa huomattavasti oikeassa esityksessä. Asiantuntevan oppitunnin pitäminen vaatii tarkkaa perehtymistä aiheeseen. Oli osattava nostaa esiin tärkeimmät pääkohdat teorian tiedosta kohderyhmä huomioon ottaen. Saamamme palautteen perusteella uskomme, että onnistuimme koostamaan oppitunnin rakenteen ja sisällön hyvin. Jokainen opiskelija löysi tunnistamme uutta näkökulmaa tai palautti heidän mieleen jo aiemmin opittuja asioita. Uskomme kuitenkin, että oppitunnista olisi ollut enemmän hyötyä opiskelijoille, joilla ei ole aikaisempaa kokemusta saattohoitopotilaiden kanssa työskentelystä.

Työn tekeminen yhdessä toisen kanssa vaatii aikataulullisten ongelmien ratkaisemista ja yhteisen ajan löytymistä. Mikäli yhteistä aikaa ei aina löydy, on keskinäinen kommunikatio erittäin tärkeässä osassa. Itse koemme, että meillä yhteinen tekeminen sujui hyvin, vaikka välillä yhteisen ajan löytäminen oli hankalaa. Tällöin päätimme yhdessä jakaa asioita, mitä kumpikin tekee ja katsoa niitä yhdessä myöhemmin yhteisen ajan löytyessä. Ammatillisen kasvun näkökulmasta katsottuna yhdessä tekeminen on ollut

merkityksellistä, sillä se on antanut mahdollisuuden yhdessä pohtimiseen ja osoittanut tiimityön tärkeyden. Jatkossa uskomme hyötyvämmme työstä niin, että tulemme käytännön työssä käyttämään opinnäytetyössä käsiteltäviä menetelmiä sekä arvioimaan niiden vaikuttavuutta. Aiheesta olisi lisäksi mielenkiintoista saada lisää tutkimustietoa, esimerkiksi laadullisen tutkimuksen kautta kyselemällä itse saattohoitopotilailta lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien vaikutusta ja merkitystä.

Koko opinnäytetyöprosessiamme hankaloittivat huomattavasti aikataululliset ongelmat, koska asumme myös eri kaupungeissa ja molemmilla on omat työnsä. Tästä huolimatta koemme kuitenkin saavuttaneemme tavoitteemme tämän opinnäytetyön suhteen ja olemme hyvin tyytyväisiä molempien työpanokseen ja lopputulokseen.

## LÄHTEET

- Grönlund, Elina; Anttonen, Mirja-Sisko; Lehtomäki, Susanna & Agge Eva 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.
- Airaksinen, Tiina; Vilkka, Hanna 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Tammi. Jyväskylä.
- Bjong, Jenni i.a. Meillä jokaisella on oikeus fysioterapiaan. Viitattu 16.2.2016  
<http://www.muuttolintu.fi/Fysioterapia%20saattohoidossa%20ARTIKKELI524a.pdf?DokumenttiI>
- ETENE 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. ETENE – julkaisuja 8. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.  
<http://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>
- Hautala, Urpo 2013. Saattohoitopäätös. Palliativisen hoidon seminaari. Viitattu 25.1.2016.  
<http://sphy-fi.bin.directo.fi/@Bin/2e52e1ebd97d736d10a93d78742835fb/1453727149/application/pdf/150584/Saattohoitop%C3%A4%C3%A4t%C3%B6s.pdf>
- Heikkinen, Helena; Kannel, Virpi & Latvala, Eila 2004. Saattohoitohaaste moniammatilliselle yhteistyölle. 1.painos. Werner Söderström Osakeyhtiö. Porvoo.
- Holopainen, Marja 2007. Aikuinen oppijana -Aikuisoppijan erityispiirteiden huomioiminen aikuisopetuksessa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Ammatillinen opettajakorkeakoulu. Kehittämishankeraportti. Viitattu 21.4.2016.  
[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/20042/jamk\\_1192700219\\_8.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/20042/jamk_1192700219_8.pdf?sequence=1)
- Hublin, Linda & Hämäläinen, Satu 2009. Saattohoitopotilaan kivunhoito hoitotyöntekijöiden näkökulmasta -katsaus tutkimustietoon. Metropolia-ammattikorkeakoulu. Terveys- ja hoitoala. Opinnäytetyö.  
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3037/saattoho.pdf?sequence=1>
- Hänninen, Juha 2012. Eutanasia hyvä kuolema. 1-2.painos. Duodecim.

- Hyppönen, Olli & Lindén Satu 2009. Opettajan käsikirja. Opintojaksojen rakenteet, opetusmenetelmät ja arviointi, Teknillinen korkeakoulu. Viitattu 1.2.2016.  
<http://lib.tkk.fi/Raportit/2009/isbn9789522480637.pdf>
- Jyväskylän ammattikorkeakoulu i.a. a. Oppimiskäsitykset. Oppimiskäsityksistä oppimisen ohjaamiseen. Viitattu 11.4.2016.  
<http://oppimateriaalit.jamk.fi/oppimiskäsitykset/oppimiskäsityksista-oppimisen-ohjaamiseen/>
- Jyväskylän ammattikorkeakoulu i.a. b. Oppimiskäsitykset. Kokemuksellinen ohjaaminen ja oppimisen ohjaaminen. Viitattu 11.4.2016.  
<http://oppimateriaalit.jamk.fi/oppimiskäsitykset/oppimiskäsityksista-oppimisen-ohjaamiseen/kokemuksellinen-oppiminen-ja-oppimisen-ohjaaminen/>
- Koskelo, Kristiina 2015. Lääkkeetön kivunhoito huoneentaulu saattohoito-osastolle. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 28.1.2016.  
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/89776/koskelo%20kristiina.pdf?sequence=1>
- Kutner JS ym. 2008. Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer: a randomized controlled trial. Annals of international medicine. Viitattu 16.2.2016.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631433/>
- Käypä hoito 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Viitattu 27.1.2016.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063>
- Lehtonen, Päivi & Mäkelä, Satu 2009. Gynegologisen leikkauspotilaan kivun arviointi ja seuraaminen. Laurea-ammattikorkeakoulu. Tikkurila. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.  
[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3602/Lehtonen\\_Paivi\\_Makela\\_Satu.pdf.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3602/Lehtonen_Paivi_Makela_Satu.pdf.pdf?sequence=1)
- Mattila, Kati-Pupita 2002. Syöpäpotilaan palliatiivisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat. Suomalaisen teologisen kirjallisuusseuran julkaisuja 235. Helsinki. Suomen teologinen kirjallisuusseura.
- Norvasuo, Anne 2014. Kuolevan ihmisen henkinen ja hengellinen hoitaminen. Porin evankelis-luterilainen kirkko. Viitattu 3.2.2016.



[https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiMj4rxwvtvKAhUChiwKHcU6A0kQFghFMAU&url=https%3A%2F%2Fporievl.fi%2Fattachments%2Farticle%2F2507%2FKuolevan%2520ihmisen%2520henkinen%2520ja%2520hoitaminen.ppt&usg=AFQjCNF2bmWAXsZ96ZAc3Jgx\\_ocT-0JJcg&sig2=XZiATzUo3B-tPKYrkScigg&bvm=bv.113034660,d.bGg](https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiMj4rxwvtvKAhUChiwKHcU6A0kQFghFMAU&url=https%3A%2F%2Fporievl.fi%2Fattachments%2Farticle%2F2507%2FKuolevan%2520ihmisen%2520henkinen%2520ja%2520hoitaminen.ppt&usg=AFQjCNF2bmWAXsZ96ZAc3Jgx_ocT-0JJcg&sig2=XZiATzUo3B-tPKYrkScigg&bvm=bv.113034660,d.bGg)

Oulun ammattikorkeakoulu i.a. Opetusmenetelmät opetuksen monipuolistajana. Luento. Viitattu 11.4.2016.

<http://www.oamk.fi/amok/oppimat/LO/Opetusmenetelmat/html/luento.html>

SPHY Suomen Palliatiivisen hoidon yhdistys ry i.a. Mitä on palliatiivinen hoito?

Viitattu 25.1.2016.

[http://www.sphy.fi/mita\\_on\\_palliatiivinen\\_hoito/](http://www.sphy.fi/mita_on_palliatiivinen_hoito/)

Surakka, Tiina; Mattila, Kati-Pupita; Åstedt-Kurki, Päivi; Kylmä, Jari & Kaunonen, Marja 2015. Palliatiivinen hoitotyö. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Fioca oy. Otava.

Uvnäs Moberg, Kerstin 2007. Rauhoittava kosketus. Oksitosiinin parantava vaikutus kehossa. Helsinki: Edita.


Valvira 2008. Saattohoito. Viitattu 8.12.2015.

[http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyvaammatinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/saattohoito](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyvaammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito)

## TUNTISUUNNITELMA

Aihe	Klo
Tunnin aloitus – itsemme ja tunnin aiheen esittely	12.30–12.40
PowerPoint avusteinen luento – lääkkeetön saattohoito – käsitteet – saattohoitopäätöksen tekeminen – kokonaiskipu	12.40–13.00
Aivoriihi 1. vaihe ryhmiin jakautuminen ja villien ideoiden keksiminen n. 15 min 2. vaihe lopullisten ideoiden työstäminen 5-10 min 3.vaihe aivoriihen tuotosten esittely 5 min	13.00–13.30
PowerPoint avusteinen luento – lääkkeettömän saattohoidon menetelmät	n. 10 min
Mahdollinen loppukeskustelu – oppilaiden kommentit menetelmistä	n. 10 min
Palautekeskustelu	n. 10 min

## LIITE 2: PowerPoint esitys



### LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO SAATTOHOIDOSSA

Oppitunti 18.2.2016  
Sanni Kiviluoma ja Erika Viteli

### LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO

- Saattohoidossa potilas on nähtävä kokonaisuutena
- Lääkkeetön kivunhoito saattohoidossa on subjektiivista eli ei tarvitse olla näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa
- Tärkeintä rakentaa hoito lääkkeellisistä ja lääkkeettömistä hoitomuodoista tasapainoiseksi kokonaisuudeksi

### KÄSITTEET (PALLIATIIVINEN, SAATTOHOITO, TERMINAALIHOITO)

- Palliatiivinen hoito
  - Tulee sanasta pallium (lat.) = viitta
  - Kokonaisvaltaista hoitoa, sairauteen ei enää parantavaa keinoa
  - Keskiytään sosiaalisin, psykologisiin, maailmankatsomuksellisiin ja hengellisiin ongelmiin kivun ja muiden oireiden lievityksen lisäksi
  - Vaihe voi kestää jopa vuosia

### KÄSITTEET (PALLIATIIVINEN, SAATTOHOITO, TERMINAALIHOITO)

- Saattohoito
  - Osa palliatiivista hoitoa
  - Tavoitteena taata kuolevalle lähtörauha hoitopaikasta riippumatta
  - Lähtökohtana on potilaan parantumaton etenevä sairaus, johon ei ole tarjolla parantavaa hoitoa ja eliniän odote on lyhyt
- Terminaalihoito
  - Terminaalihoito tarkoittaa saattohoitoa, joka tapahtuu välittömästi ennen kuolemaa

### SAATTOHOITOPÄÄTÖS

- Saattohoitopäätös on hoidon linjaamista
- Pitää sisällään päätöksen pidättäytyä elvytyksestä (DNR-päätös)
- Lääkäri tekee yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa
- Käydään läpi sairaus ja siihenastiset hoidot, sairauden ennuste ja hoitovaihtoehdot
- Päätökset kirjataan sairauskertomusjärjestelmään

### KOKONAISKIPU

- Jaotellaan fyysiseen, psyykkiseen, hengelliseen kärsimykseen, sekä eksistentiaaliseen osa-alueeseen joka kipuun liittyy
- Lähes 10% saattohoitopotilaista ilmaisee halunsa jossain vaiheessa hoitoaan nopeuttaa kuolemaansa. Tämän toiveen taustalla on selvittämätön ja lievittämätön kärsimys. (Hänninen 2012)
- Oireet vaihtelevat taudin edetessä
  - Oirekyselylomake
  - hoitovasteen seuranta

### FYYSINEN KIPU

- Fyysisen kivunhoito hyvän saattohoidon kulmakivi
- Kivunhoidossa toteutetaan WHO:n laatimaa kivunhoidon porrastus menetelmä
- Annettelumuodon muuttaminen tarpeen mukaan
  - Laastarit
  - Injektiot
  - Lääkeannostelijat
- Kipu on aina yksilöllistä, jonka vuoksi sen arvioinnin tulee olla moniulotteista
  - Kipumittarit

### PSYKKINEN KIPU

- Psykinen kärsimys on aina henkilökohtaista
- Siihen vaikuttaa kulttuuri, jossa potilas on elänyt
- Surua on kuvattu yhdysvaltalaisen Elisabeth Kubler-Ross'n vaiheteorian mukaan. Suru etenee vaiheittain, eli uusi vaihe alkaa edellisen päättyessä
  - Kieltäminen, eristäytyminen, viha, kaupankäynti ja hyväksyminen
- Psykinen kipu voi ilmentyä monin tavoin; fyysisenä kipuna, levottomuutena, ahdistuksena

### EKSISTENTIAALINEN KÄRSIMYS

- o "Eksistentiaalisella eli olemassaolon ahdistuksella tarkoitetaan psyykkistä tilaa, joka syntyy ihmisen aavistaessa tai ymmärtäessä oman elämänsä rajallisuuden ja tajutessaan samalla sen, että rajallisuuden merkitys on täysin avoin". (Mattila 2002)
- o "Mitä on tämä elämä minussa, joka kaiken kärsimyksen, kivun ja vaivannäön jälkeen näyttää päätyvän ei-olemiseen?". ( Mattila 2002)

### HENKINEN KIPU

- o Henkisen kivun hoidolla voidaan etsiä vastauksia eksistentiaalisen ahdistuksen lievittämiseen, anteeksiantoon itselle ja toisille, kauneuden ja esteettisyyden kokemukseen, hengellisen eheyden saavuttamiseen ja elämän mielekkyyteen.
- o Hoitoprosessiin kuuluu hengellisten tarpeiden arviointi. Hoidon vastetta on arvioitava myös koko hoitoprosessin ajan sille asetettujen tavoitteiden kautta.

### LÄÄKKEETTÖMÄT MENETELMÄT

#### o Perushoito

- o Osana hyvää hoitoa
- o Voidaan ehkäistä ennalta ihon rikkoutumista  
Rasvaaminen ja öljyminen
- o Tuo hyvänolon tunnetta ja vie huomion kivusta
- o Suun puhtaudesta huolehtiminen

### LÄÄKKEETTÖMÄT MENETELMÄT

#### o Kosketus

- o Ollennainen osa hoitotyötä ja kommunikointia
- o Henkinen tuki, lohdutus ja tunteen välittyminen



### LÄÄKKEETTÖMÄT MENETELMÄT

#### o Asentohoito

- o Tärkeimpiä lääkkeettömiä keinoja
- o Apuna tyynyt ja kilat
- o Lievittää painetta ja ärsytystä
- o Paineaavaumien ehkäisy

### LÄÄKKEETTÖMÄT MENETELMÄT

#### o Mikroasentohoito

- o Potilaalle joka ei itse pysty muuttamaan asentoaan
- o Tarkoituksena on jättää ihmisen omia asennonvaihtojaan tekemään liikkeitä
- o Vähentää painetta mm. pään, olkapäiden, lantion, reisien ja jalkaterien alueella

### LÄÄKKEETTÖMÄT MENETELMÄT

#### o Omahoitajuus

- o Turvaa hoidon jatkuvuutta
- o Luottamuksellinen ja empaattinen hoitosuhde hyvän saattohoidon edellytyksenä, jossa huolenpito avainasemassa
- o Hoitajan taito, tieto, kokemus ja tunneviestintä vaikuttavat hyvän saattohoidon toteutumiseen omahoitaja suhteessa
- o On tärkeää antaa tilaa myös hiljaisuudelle, tunteille ja ajatuksille

### LÄÄKKEETTÖMÄT MENETELMÄT

#### o Fysioterapia

- o Fysioterapeuttien rooli on antaa kipua lievittävää, toimintakykyä ja omatoimisuutta ylläpitävää, sekä niveljäykkyyttä ennaltaehkäisevää hoitoa
- o Tärkeää on rohkaista potilasta onnistuneista suorituksista ja opettaa häntä kiittämään myös itseään
- o Fysioterapeutilla on siis merkittävä rooli myös omaisten ja hoitohenkilökunnan ohjeistuksessa

### LÄÄKKEETTÖMÄT MENETELMÄT

#### o Hieronta ja rentoutus

- o Rentoutus vähentää lihaskäynnitystä ja ahdistuneisuutta
- o Hieronta tarkoittaa pehmytkudosten käsitelyä järjestelmällisesti. Tässä fyysisen kosketuksen merkitys on tärkeää



### LÄÄKKEETTÖMÄT MENETELMÄT

#### o Lämpö- ja kylmähoito

- o Pintalämpöhoitot
  - o Lämpötyynyt



- o Pinnallinen kylmähoito
  - o Kylmäpakkaukset



### LÄÄKKEETTÖMÄT MENETELMÄT

#### o TNS-hoito eli transkutaaninen hermostimulaatio

- o TNS-hoidon tarkoitus on aktivoida hermosäikeitä, jotka kulkevat eri syvyyksissä ihon alla
- o TNS-laitteet ovat kannettavia, pieniä, verkkovirralla tai pattereilla toimivia laitteita, jotka ovat erityisesti itsehoitoon soveltuvia



### LÄÄKKEETTÖMÄT MENETELMÄT

#### o Musiikki

- o Toimii mielialaa kohentavasti
- o Auttaa rentoutumaan
- o Ei poista väsymystä tai paranna masennusta

### LÄÄKKEETTÖMÄT MENETELMÄT

#### o Sielunhoito

- o Hengellinen tuki-ihminen, sielunhoitaja, on ammatiltaan yleensä pappi tai diakoniatyöntekijä
- o Jokainen on kohdattava samanarvoisena, erottelematta saatettava tämän uskontokunnan, uskonlaadun, tai ateismin perusteella
- o Emotionaalisen purkauksen kautta Jumalasta tulee kuolevalle sellainen todellisuus johon kaikista huolimatta hän voi turvautua
- o Tärkeintä onkin siis puhdas läsnäolo, jonka ei tarvitse tukeutua sanoihin
- o Ehtoollinen

"Kun ei ole enää mitään lehtävissä, on vielä paljon tekemistä".

- Dame Cicely Saunders



### LÄHTEET

- o Koskelo, Kristiina 2015. Lääkkeetön kivunhoito - huoneentaulua saattohoito-osastolle. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 28.1.2016.  
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/89776/koskelo%20kristiina.pdf?sequence=1>
- o Käypähoito i.a. Viitattu 8.12.2015  
[http://www.kaypahoito.fi/web/kh/haku?p\\_auth=P9y5EMFc&p\\_p\\_id=KH2014Haku\\_WAR\\_KH2014Hakuortlet&p\\_p\\_lifecycle=1&p\\_p\\_state=maxi\\_mixed&p\\_p\\_mode=view&\\_KH2014Haku\\_WAR\\_KH2014Hakuortlet\\_mvc\\_Path=%2Fjsp%2Fview.jsp](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/haku?p_auth=P9y5EMFc&p_p_id=KH2014Haku_WAR_KH2014Hakuortlet&p_p_lifecycle=1&p_p_state=maxi_mixed&p_p_mode=view&_KH2014Haku_WAR_KH2014Hakuortlet_mvc_Path=%2Fjsp%2Fview.jsp)

### LÄHTEET

- o Valvira 2008. Saattohoito. Viitattu 8.12.2015.  
[http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyvaammatinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/saattohoito](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyvaammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito)
- o Urpo Hautala 2013. Saattohoitopäätös. Palliatiivisen hoidon seminaari. Viitattu 25.1.2016.  
<http://sphy-fi.bin.directo.fi/@Bin/2e52e1ebd97d736d10a93d78742835fb/1453727149/application/pdf/150584/Saattohoitop%C3%A4%C3%A4t%C3%B6s.pdf>

## LÄHTEET

- o Suomen Palliatiivisen hoidon yhdistys ry i.a. Mitä on palliatiivinen hoito? Viitattu 25.1.2016.  
[http://www.sphy.fi/mita\\_on\\_palliatiivinen\\_hoito/](http://www.sphy.fi/mita_on_palliatiivinen_hoito/)

## LÄHTEET

- o ETENE – Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio ETENE –julkaisuja 8. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa  
<http://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>
- o Käypä hoito 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Viitattu 27.1.2016.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suosituks?id=hoi50063>

## LÄHTEET

- o Lehtonen, Päivi; Mäkelä, Satu 2009. Gynegologisen leikkauspotilaan kivun arviointi ja seuraaminen. Laurea-ammattikorkeakoulu. Tikkurila. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.  
[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3602/Lehtonen\\_Paivi\\_Makela\\_Satu.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3602/Lehtonen_Paivi_Makela_Satu.pdf?sequence=1)
- o Hublin, Linda; Hämäläinen, Satu 2009. Saattohoitopotilaan kivunhoito hoitoyöntekijöiden näkökulmasta -katsaus tutkimustietoon. Metropolia-ammattikorkeakoulu. Terveys- ja hoitoala. Opinnäytetyö.  
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3037/saattoho.pdf?sequence=1>

## LÄHTEET

- o Heikkinen, Helena; Kannel, Virpi & Latvala, Eila 2004. Saattohoito -haaste moniammatilliselle yhteistyölle. 1.painos. Werner Söderström Osakeyhtiö. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- o Surakka, Tiina; Mattila, Kati-Pupita; Åstedt-Kurki, Päivi; Kylmä, Jari & Kaunonen, Marja 2015. Palliatiivinen hoitotyö -parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Fioca oy. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- o Hänninen, Juha 2012. Eutanasia -hyvä kuolema. 1-2.painos. Duodecim. Jyväskylä: Bookwell Oy.

## LÄHTEET

- o Mattila, kati-Pupita 2002. Syöpäpotilaan palliatiivisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat. Suomalaisen teologisen kirjallisuusseuran julkaisuja 235. Helsinki. Suomen teologinen kirjallisuusseura. Vammala: Kirjapaino Oy.
- o Agge, Eva; Anttonen, Mirja Sisko; Grönlund, Elina & Lehtomäki Susanna 2008. Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto.
- o Bjong, Jenni i.a. Meillä jokaisella on oikeus fysioterapiaan. Viitattu 16.2.2016.  
<http://www.muuttolintu.fi/Fysioterapia%20Osaatohoidossa%20ARTIKKELI524a.pdf?Dokumentti>

## LÄHTEET

- o Norvasuo, Anne 2014. Kuolevan ihmisen henkinen ja hengellinen hoitaminen. Porin evankelis-luterilainen kirkko. Viitattu 3.2.2016.  
[https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiMj4rxwtvKAhUChiwKHcU6A0kQFghFMAU&url=https%3A%2F%2Fporievl.fi%2Fattachments%2Farticle%2F2507%2FKuolevan%2520ihmisen%2520henkinen%2520ja%2520hoitaminen.ppt&usq=AFQjCNF2bmWAXsZ96ZAc3Jgx\\_ocT0Jjcg&sig2=XZiATzUo3B-tPKYrkScigg&bvm=bv.113034660,d.bGg](https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiMj4rxwtvKAhUChiwKHcU6A0kQFghFMAU&url=https%3A%2F%2Fporievl.fi%2Fattachments%2Farticle%2F2507%2FKuolevan%2520ihmisen%2520henkinen%2520ja%2520hoitaminen.ppt&usq=AFQjCNF2bmWAXsZ96ZAc3Jgx_ocT0Jjcg&sig2=XZiATzUo3B-tPKYrkScigg&bvm=bv.113034660,d.bGg)

### LIITE 3: Palautekyselylomake

Hei opiskelijat!

Tässä olisi pienimuotoinen palautekysely koskien oppituntiamme lääkkeettömän kivunhoidon menetelmistä saattohoidossa, jonka pidimme 18.2.2016 klo 12.30–14.00.

1. Mitä uutta opit lääkkeettömästä saattohoidosta ja/tai lääkkeettömän kivunhoidon menetelmistä?
2. Mitä olisit vielä toivonut tunnilla käsiteltävän?
3. Koitko aivoriihityöskentelyn hyödyllisenä ryhmätyön menetelmänä? Miksi/Miksi et?
4. Miten luulet hyötyväsi oppitunnilla käydyistä lääkkeettömän kivunhoidon menetelmistä käytännön työssäsi?
5. Miten arvioisit esiintymistämme? Mitä hyvää/ mitä kehitettävää?