

HUOM! Tämä on alkuperäisen artikkelin rinnakkaistallenne.

Käytä viittauksessa alkuperäistä lähdettä:

Kekäläinen, P. (2020). Miksi hoitajan tunteista pitää puhua? Palliatiivinen hoito, (50), 16-18.

PLEASE NOTE: This is a self-archived version of the original article.

Please cite the original version:

Kekäläinen, P. (2020). Miksi hoitajan tunteista pitää puhua? Palliatiivinen hoito, (50), 16-18.

MIKSI HOITAJAN TUNTEISTA PITÄÄ PUHUA?

Piia Kekäläinen

Olen saanut toimia nyt viisi vuotta sairanhoidon opettajana. Yhtä pitkään olen opettanut palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. Kurssilla opiskelijoiden tehtävänä on kirjoittaa henkilökohtainen esse, jossa he pohtivat muun muassa ajatuksiaan kuolemasta sekä omia valmiuksiaan kohdata kuoleva ja hänen läheisensä.

Olen saanut lukea monenlaisia tarinoita. Osa on kohdannut syvää surua elämässään, saattohoitanut itse läheisään tai menettänyt heidät äkillisesti ja yllättäen. Toisilta ei vielä ole kuollut ketään läheistä, eivätkä he ole koskaan kohdanneet kuolemaa. Osalla on syvä rauha ja uskallus olla läsnä, toisia taas pelottavat omat tunteet ja reaktiot, kun he ensimmäisen kerran näkevät kuolevan ihmisen. Meidän hoitajien lähtökohdat ovat valmistuessamme niin kovin erilaiset, ja silti meiltä odotetaan samaa ammattitaitoa kohdata, hoitaa ja uskalltaa olla aidos-ti läsnä.

Mihin tunteita tarvitaan?

Tunteet syntyvät ihmisen ja ympäristön vuorovaikutuksesta. Ihmisen persoonallisuus sekä tapa havainnoida ja tulkita tilannetta vaikuttaa koettuihin tunteisiin. Kun meissä syntyy tunne, se tarkoittaa sitä, että kohdattu asia on meille henkilö-

kohtaisesti tärkeä ja merkityksellinen.

Tunteet syntyvät ensin kehoreaktiona, jotka tekevät meidät tietoisiksi tunteesta. Tiedostamisen jälkeen tunne tulkitaan ja siihen reagoidaan esimerkiksi teolla. (Myllyviita 2016.) Tunteet tarttuvat. Mitä vahvempi tunne, sitä helpommin se tarttuu. Tunnistamme tämän varmaankin helposti päivinä, kun jollain on perheessä huono päivä. Huonoilla päivillä on tapana levitä. Tätä on tärkeää pohdita työyhteisössä. Muistan aina erään luennoitsijan viisaan kysymyksen: ”Mitä tulee tilaan, kun sinä tulet tilaan?”

Tunteillamme on aina tarkoitus, emmekä voi valita niitä. Siihen voimme vaikuttaa, miten reagoimme tunteisiin ja mitä sanomme tai teemme niiden johdosta. Ekmanin (1992) mukaan ihmisen perustunteita ovat pelko, viha, inho, mielihyvä (ilo), suru ja hämmästyminen.

On tärkeää ymmärtää, että tunteiden perustarkoitus on pitää meidät elossa. Negatiivisen ja positiivisen luokittelun sijaan tunteita olisi hyvä tarkastella niiden miellyttävyyden ja aktivaation mukaan (Colibazz 2010). Tunteet ovat tietoa ja energiaa, ja niiden tarkoitus on suunnata meitä kohti tavoitetta. Ne siis kertovat meille, mitä haluamme tai tarvitsemme. (Myllyviita 2016.) Kulttuurimme arvostaa järkee tunteita enemmän, ja usein

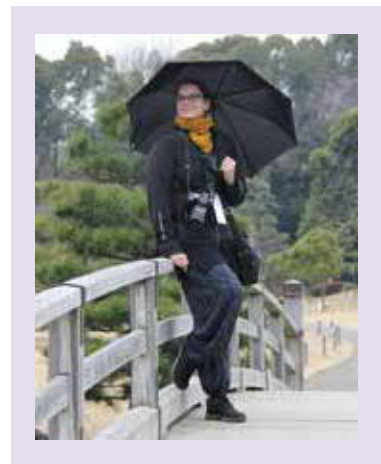
tunneihmisiä saatetaankin pitää haavoittuvina, hieman kaoottisina – ehkä jopa epäammattillisina?

Aivotutkijat ovat havainneet, että aivoaurio tunne-elämää säätelevällä aivoalueella johtaa siihen, että ihminen ei ole enää kykenevä tekemään päätöksiä tai asettamaan tavoitteita. Tunneaiivot itse asiassa ohjaavat päätöksentekoaamme ja näkevät mahdollisuudet, joista ne pyrkivät valitsemaan meille parhaan vaihtoehdon. Järkeä pohtii asian hyviä ja huonoja puolia, mutta jos asia ei ole meille merkityksellinen, eli siihen ei liity tunnetta, meillä on melko vähän syytä tehdä valintaa. Tästä seuraa arjessa vastaus ”ihan sama”. Tunteemme vaikuttavat lisäksi oppimiseen, luovuuteen, terveyteen, haluumme tehdä yhteistyötä sekä kykyymme kokea elämä merkityksellisenä. Tunteet ovat alati muuttuvia ja liittyvät vahvasti motiiveihimme.

Me synnymme suhteisiin ja elämme suhteissa, me siis vaikutamme aina toisiimme ja ymmärrämme ja näemme itsemme suhteessa toisiin. Lapsesta saakka opimme arvioimaan tunnereaktioidemme hyväksyttävyyttä toisten reakti-

Piia Kekäläinen

Olen taustaltani syöpäsairaanhoitaja. Työskentelin HYKS-in kantasolusiirtoyksikössä 15-vuotta sairaanhoitajana. Diakissa olen ollut 5 vuotta lehtorina. Olen aina pitänyt ohjaamisesta ja opettamisesta, samoin reflektoinen, keskusteleminen, tunteet, taide ja ihmisyyden ovat lähellä sydäntäni. Opettajana olen myös draamapedagogi ja tällä hetkellä opiskelen taideterapeutiksi. Haaveilen taiteen tuomisesta osaksi terveysalan opetusta ja hoitotyötä. Taide on voimavaroja tukevaa ja sillä on suora väylä ihmisen tunteisiin.



oiden kautta. Aivoissamme on simulaattori, joka tiedostamatta ja ponnistelematta seuraa muiden eleitä, katseita ja liikkeitä ja peilaa niitä kehoomme. Tämä tekee meistä empaattisia, intuitiivisia ja sosiaalisia olentoja eli inhimillisiä ihmisiä.

Temperamenttierojemme vuoksi toiset ovat herkempiä ja empaattisempia kuin toiset. Vaikka tunnekokemus on aina yksilöllinen, meidän tunteemme eivät ole vain meidän, vaan kannamme tunnetaidoissamme sukumme historiaa sekä yhteiskuntamme kulttuuriperintöä siitä, miten on soveliasta tuntea ja reagoida esimerkiksi kipuun tai suruun.

Vuorovaikutusta ja itsehavainnointia

Hoitotyö vaatii meiltä hyvää vuorovaikutussuhdetta potilaaseen ja hänen läheisiinsä. Sen edellytyksiä ovat myötätunto, empatia ja aito kiinnostus toisesta. Tarjotaksemme hyvää palliatiivista hoitoa, joka pohjaa ihmisen yksilöllisiin toiveisiin ja tarpeisiin, meidän on astuttava lähelle, opittava tuntemaan potilaamme ja rakennettava luottamus, jossa potilas uskaltaa kiintyä ja kokea turvaa.

Dialoginen vuorovaikutus ja toisen tunteiden ymmärtäminen edellyttävät ensin kykyä tunnistaa, ymmärtää ja käsitellä omia tunteita. Tässä keskeistä on itsehavainnointi ja reflektio. Toisten tunteiden havainnointi ja tietoisuus niistä vaatii vaistonvaraista empatiaa, kykyä asettua toisen ihmisen asemaan sekä kykyä havaita sanattomia viestejä. (Nissinen 2008.)

Voimme kohdata toista ihmistä vain sen verran kuin kykenemme kohtaamaan itseämme. Meidän tunteemme, ajatuksemme ja asenteemme kuolemaa kohtaan heijastuvat suoraan hoitosuhteissamme kuoleviin. Kuolevien hoitaminen tarjoaa mahdollisuuden tulla liikutetuksi ihmisenä perusteita myöten (Huhtinen

2004).

Me rakennumme niin fyysisesti kuin psyykkisestikin toisista ihmisistä, tulemme nähdyksi heidän katsoessaan meitä. Hoitajan tärkeänä tehtävänä on toimia tunnesiivilänä ja peilinä, professori Erikssonia lainaten, toimia toiselle kärsimyksen vastaanäyttelijänä. Ollaksemme kaikkea tätä, meidän on uskallettava olla ihmisiä ja nähdä myös itsemme potilaan tarjoaman peilin kautta. Kohtaamisissa on mahdollisuus kasvaa niin ammatillaisena kuin ihmisenä. Syvissä kohtaamisissa molemmat tulevat kosketetuiksi. Työmme haavat syntyvät niissä hetkissä.

Surua ja monia muita tunteita

Tutkimuksissa (esim. Carton & Hupcey 2014; Zheng ym. 2016) tuodaan esiin kuoleman kohtaamisen herättämät tunteet ja luopumiseen liittyvä suru meissä hoitajissa. Työhön liittyvä suru eroaa henkilökohtaisesta surusta. Käsittelemättömänä työsuru voi johtaa stressiin, ahdistukseen, fyysisiin tai psyykkisiin oireisiin, työuupumukseen tai myötätuntouupumukseen. Voimakkaat tunteet voivat aiheuttaa suojareaktion myös kyynisyyttä ja tarpeen ottaa etäisyyttä saattohoitotilanteeseen (Nissinen 2012).

Eryteisesti tunnekuormitukseen ja hoitajan suruun tulisi kiinnittää huomiota työuran alkuvuosina. Työkokemuksen lisäksi tutkimuksissa on tunnistettu seuraavia tekijöitä, joilla on merkitystä työntekijän sureaktioiden syntyyn: työympäristö, hoitosuhteen pituus ja syvyys, aiemmat kokemukset kuoleman ja surun kohtaamisesta, kuoleman yllättävyys, nuoren ihmisen tai lapsen kuolema, haastavat perhetilanteet, omien uskomuksien tai elämänfilosofian kyseenalaistuminen, eettiset haasteet kuten ylihoitaminen tai huono hoitaminen ja kiire. Tunnettaakka lisää myös yhtäaikainen hoito hyvin erilaisissa tunnemaisemissa,

Näillä käsillä
silitin kylmenevää ihoasi,
kuivasin hikisen otsasi
tartuin käteesi.

Otteeni piti loppuun asti,
hien ja voimesi valuessa lakanoihiin.
Viimeisillä hetkillään
nukkuvat usein avaavat silmänsä
nähdäkseen jotakin.
Minä koetin nähdä näkymättömän
yhdessä sinun kanssasi.

Hetken luulin sinun hymyilevän.
Matka ei ole pitkä enää.

Näillä käsillä
kuuntelen pyöristynyttä vatsaasi.
Tunnen pientä värinää,
kosketan uutta elämää.
Rummutan keveiden aaltojen tahtiin
tapailen potkujesi matkaa.
Tunnetko sinä käsieni lämmön
ja liikkeen,
kuuletko kehtolauluni kaiun?

Ultraäänikuvassa näytit hymyilevän.
Matka ei ole pitkä enää.

- Piia Kekäläinen

jos potilaiden tilanteet ovat erilaiset.

Kuolevan hoidossa hoitaja voi kokea niin iloa, rauhaa, kiitollisuutta kuin rakkauttakin. Nämä tunteet antavat voimaa ja kasvattavat. Aina tunteet eivät ole kuitenkaan positiivisia, vaan hoitaja joutuu kohtaamaan myös potilaan pelkoja, ahdistusta ja vihaa. Palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon, jossa tavoitteena on kärsimyksen lievittäminen ja elämänlaadun vaaliminen, kuuluu myös psykososiaalisten ja eksistentiaalisten ongelmien pohtiminen (Saarto 2015).

Hoitaja joutuu työssä kohtaamaan riittämättömyytensä, vajavaisuutensa ja

oman kuolevaisuutensa. Hoitaja voi myös itse kokea pelkoa, inhoa tai ahdistusta kuolevaa, hänen läheisiään tai kuolemaa kohtaan. (Huhtinen 2011.)

Työuran edetessä työntekijä muokkaa pikkuhiljaa tietoisesti ja alitajuisesti ajatteluun ja elämäntulkintaansa niin, että hän kestää kuormittumisen ja pystyy tekemään työtä ammatillisesti. Suojaavat toiminta- ja ajattelutavat voivat olla rakentavia, tunnekuormaa purkavia sekä omaa hyvinvointia ja voimavaroja tukevia. Toisaalta ne voivat myös kehittyä niin, että elämä muuttuu ankeaksi ja ajattelu pessimistiseksi. Potilaista tulee taakka ja omaisista rasittavia. Työstä ja ihmissuhteista häviää optimismi, intohimo ja ilo (Nissinen 2012). Jatkuvan su-

rusa ja syvissä vesissä sukeltamisen sijaan on löydettävä vastapaino omasta elämästä, joka tuo iloa, keveyttä ja toivoa elämään.

Tunneilmasto, kulttuuri ja johtaminen

Jokaisella osastolla on oma tunneilmastonsa ja jokaisessa hoitoyhteisössä oma kulttuurinsa. Meillä kollegoilla on tutkimusten (Anttonen 2016, Carton & Hupcey 2014) mukaan ratkaiseva merkitys työyhteisön hyvinvoinnin ja sen työntekijöiden jaksamisen kannalta.

Annetun tuen tulisi olla sekä itsetuntemusta lisäävää että tunnetaakkojen jatkamista mahdollistavaa. Eryityisesti vastavalmistunut hoitaja kaipaa kokeneem-

man kollegan neuvoja, tukea ja mallia olla läsnä kuoleman äärellä. Tämän lisäksi tarvitaan koulutusta, hyvää johtamista ja työnohjausta. Me tarvitsemme toisen ammattilaisen jakamaan kanssamme työssä syntyneitä tunteita ja surua, jotta emme joudu kantamaan niitä käsittelemättä mukanamme.

Kun työtä tehdään sydämellä ja ollaan aidosti läsnä ihmisenä toiselle ihmiselle elämän syvissä hetkissä, ei voi välttyä siltä, että tulee itse kosketetuksi. Osaa tarinoista me kannamme mukanamme koko elämämme. On tärkeää oppia tuntemaan itsensä.

*Kaipaatko lähdeluetteloa:
piia.kekalainen@diak.fi*

LÄÄKÄRIN TAUSTA VAIKUTTAA HOITOPÄÄTÖKSIIN

Reetta Piili, LT, syöpätautien erikoislääkäri, palliatiivinen erityispätevyys.
Palliatiivinen konsultti, Tampereen yliopistollinen sairaala.

Potilaan elämän loppuvaiheen hoidossa lääkärit joutuvat tekemään päätöksiä tutkimusten tarpeellisuudesta sekä erilaisten hoitojen aloittamisesta, jatkamisesta ja lopettamisesta. Näihin päätöksiin sisältyvät esimerkiksi kannanotot elvytyksestä, suonensisäisestä nesteytyksestä ja diagnostisista tutkimuksista.

Päätöksenteossa lääkärit joutuvat huomioimaan potilaan ja läheisten toiveet, lainsäädännön ja eettiset näkökulmat sekä arvioimaan hoitojen hyötyjä, haittoja ja kustannuksia. Asianmukainen ja oikea-aikainen päätös muuttaa hoidon tavoite elämää pitkittävästä hoidosta korkealaatuiseen saattohoitoon on tärkeää hyödyttömien hoitojen välttämiseksi ja kärsimyksen lievittämiseksi. Aiemmasta tiedetään, että lääkäreiden kokemus, omat asenteet ja koulutus vaikuttavat merkittävästi tähän päätöksente-

koon(1-7).

Päätöksenteon pitäisi olla yhdenmukaista samanlaisissa kliinisissä tilanteissa, ja palliatiivisen hoidon tarve tulisi tunnistaa hoitovastuussa olevan lääkärin erikoisalasta tai kokemuksesta riippumatta. Samanaikaisesti palliatiivisen hoidon aseman paranemisen kanssa eutanasian ja avustetun itsemurhan kannatus on nousussa läntisessä Euroopassa (8). Tämä muuttuva ympäristö saattaa muokata vallitsevia elämän loppuvaiheen päätöksenteon käytänteitä ja etiikkaa.

Väitöstutkimukseni tavoitteena oli tutkia lääkäreiden ja valmistumassa olevien lääketieteen opiskelijoiden päätöksentekoa potilaiden elämän loppuvaiheessa, suhtautumista syöpäpotilaiden elämän loppuvaiheen hoitoon, vastaajien asenteita elämän loppuvaiheisiin liit-

tyen sekä näissä mahdollisesti tapahtuneita muutoksia edeltävien kuudentoista vuoden aikana.

Tutkimukseen osallistui kaiken kaikkiaan 1 763 lääkäriä ja valmistumassa olevaa lääketieteen opiskelijaa vuosina 1999 ja 2015–2016. Kyselyyn osallistui yleislääkäreitä, sisätautilääkäreitä, kirurgeja ja onkologeja sekä palliatiivisen erityispätevyuden omaavia lääkäreitä erikoisalasta riippumatta. Tutkimuksessa lääkärit ja lääketieteen opiskelijat vastasivat kuvitteellisia syöpäpotilastapauksia sisältäneeseen kyselyyn, jossa selvitettiin myös vastaajien asenteita, mielipiteitä ja taustatekijöitä.

Väitöskirjassa käsiteltiin viisi syöpäpotilastapausta. Ensimmäinen potilastapaus oli luustoon levinnyttä eturauhassyöpää sairastava 82-vuotias mies, jonka yleisvointi oli nopeasti heikentynyt. Vas-