

VUOROVAIKUTTEINEN SAATTOHOITO  
– KOULUTUS HOITOKOTI ARWOLAN HENKILÖKUNNALLE

Seija Nieminen  
Opinnäytetyö, kevät 2014  
Diakonia ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Suuntautumisvaihtoehto  
Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Nieminen, Seija. Vuorovaikutteinen saattohoito - koulutus Hoitokoti Arwolan henkilökunnalle. Diak, kevät 2014, 32 s., 1 liite  
Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Sairaanhoitaja (AMK)

Tämä opinnäytetyön tarkoituksena ja tavoitteena oli viedä asiantuntijätietoa eteenpäin ja kehittää saattohoidossa toteutuvaa vuorovaikutusta järjestämällä koulutus Hoitokoti Arwolan henkilökunnalle. Koulutuksen tavoitteena oli lisätä henkilökunnan osaamista vuorovaikutuksessa, lisätä oman vuorovaikutuksen reflektointia ja näin edistää kuolevan potilaan hyvää hoitoa.

Opinnäytetyö oli produktio. Koulutus toteutui 17.4.2014, Hoitokoti Arwolan tehostetun palvelun asumisyksikön henkilökunnalle. Koulutustapahtuman pääteemat olivat saattohoito, vuorovaikutus sekä hoitajan kasvu. Teemoja syvennettiin keskustelun avulla. Luentomateriaali jäi henkilökunnan käyttöön.

Koulutustapahtuman palaute saatiin spontaanissa keskustelussa koulutuksen jälkeen osallistujien kanssa, sekä kirjallisena yhteenvetona vastaavan sairaanhoitajan sähköpostiviestinä. Luento käsitteli saattohoitoa näkökulmasta, josta suurin osa ei ollut ennen saanut koulutusta, sillä saattohoidon koulutuksissa yleensä keskitytään hoitoon ja kivun lievitykseen. Kehityshaasteeksi nousi työnohjauksen järjestäminen, vuorovaikutuksellisen kasvun tukemiseksi, ja käytännön kokemusten refleктоimiseksi.

Asiasanat: saattohoito, vuorovaikutus

## ABSTRACT

Nieminen Seija. Interactive Palliative Care. 32 p., 1 appendice. Language: Finnish. Spring 2014. Diaconia University of Applied Sciences. Decree Programme in Nursing. Option in Nursing. Degree: Nurse.

The objective of this thesis was to develop interaction that actualizes in Palliative care, to support personnel to manage as palliative carers, to produce and further professional knowledge and so advance the good care of dying patients. The aim was to carry out a training session about the challenges of verbal interaction between palliative patients and nurses and to increase the target group's know-how in taking care of palliative patients as well as reflecting nurses' own interaction skills.

The thesis was a production. An education event was carried out in March 2014 for the personnel in an intensified service housing. The main themes of the education event were palliative care, interaction and care-givers' growth. The themes were deepened with conversations. The lesson material remains for the use of the personnel.

Both spoken and written feedback were collected from the participants. The lesson addressed palliative care from a point of view from which most of the personnel had not received training earlier because usually palliative care training focuses on treatment and pain relief.

The arrangement of supervision in interaction in order to support growth and to reflect experiences stood out as a challenge.

Keywords: palliative care, interaction

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 VUOROVAIKUTUS SAATTOHOIDOSSA .....	7
2.1 Sairaanhoidajan ja potilaan vuorovaikutus .....	8
2.1.1 Hoitaja vuorovaikuttajana .....	10
2.1.2 Potilas vuorovaikuttajana .....	14
2.1.3 Hoitaja kasvu tuntevana vuorovaikuttajana .....	16
3 VUOROVAIKUTTEINEN SAATTOHOITO – KOULUTUS HOITOKOTI ARWOLAN HENKILÖKUNNALLE .....	19
3.1 Prosessin lähtökohdat .....	20
3.2 Koulutustapahtuman suunnittelu .....	21
3.3 Sisällön suunnittelu .....	22
3.4 Tiedonhaku ja oppimisprosessi .....	23
3.5 Koulutustapahtuman arviointi .....	24
3.6 Arviointi .....	23
4 POHDINTA .....	26
LÄHTEET .....	28
LIITE .....	34

## 1 JOHDANTO

Suomessa kuolee vuosittain noin 50 000 ihmistä. Saattohoitoa heistä tarvitsee vuosittain noin 15 000 ihmistä. Saattohoitoon erikoistuneita hoitokoteja on Suomessa vain neljä. Pohjoismaiden ensimmäinen saattohoitokoti, Tampereella sijaitseva Pirkanmaan hoitokoti, aloitti toimintansa vuonna 1988. Sosiaali- ja terveysministeriön Saattohoitosuosituksen (2010) mukaan, jokaisella kuolevalla ihmisellä, on oikeus hyvään saattohoitoon. Saattohoidon tulisi toteutua potilaan omien tarpeiden ja toiveidensa mukaisesti, ja sen tulisi mahdollistua myös kotona, palvelutaloissa ja vanhainkodeissa eikä ainoastaan sairaaloissa. (Peltonen 2014; Pirkanmaan Hoitokoti 2014; Payne 2008, 426; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11 & Suomen hautausseurain liitto Ry.)

Opinnäytetyöni aihe on ajankohtainen erityisesti nyt, kun saattohoito on valtakunnallisen yhteisvastuukeräyksen kotimainen pääkohde vuonna 2014. Kuolemasta tuleekin puhua avoimemmin, sillä se rauhoittaa sekä lähtijää että hänen saattajiaan. (Kyllönen 2014). Sosiaali- ja terveysministeriön ”Hyvä Saattohoito Suomessa” -raportissa todettiin, että on tärkeää lisätä sekä perus- että jatkokoulutusta niille ammattiryhmille, jotka toteuttavat saattohoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010).

Opinnäytetyöni tarkoituksena ja tavoitteena oli viedä asiantuntijätietoa eteenpäin ja kehittää saattohoidossa toteutuvaa vuorovaikutusta, järjestämällä koulutus Hoitokoti Arwolan henkilökunnalle. Koulutuksen tavoitteena, oli lisätä henkilökunnan osaamista vuorovaikutuksessa sekä oman vuorovaikutuksen reflektointia, ja näin edistää kuolevan potilaan hyvää hoitoa. Saattohoitotyössä nousee keskeiseksi hoitajan ja potilaan vuorovaikutus, jolloin vuorovaikutustaitojen merkitys korostuu. Lipposen (2006,7) ajatus: ”Kuoleman kokonaisvaltaisuus ja lopullisuus koskettavat samalla tavalla niin potilasta kuin hoitajaa, ja tekevät heidän vuorovaikutussuhteestaan sekä hoitotieteellisesti että filosofisesti kiinnostavan”, kuvaa mielenkiintoani aiheeseen. Produktio käynnistyi keväällä 2013, sovittuani koulutuksen järjes-

tämisestä Hoitokoti Arwolaan. Koulutuksen toivottiin käsittelevän saattohoitopotilaan ja sairaanhoitajan vuorovaikutusta.

Käytän työni teoriaosuudessa monipuolisesti tutkimustietoa, ja erilaista hoitotieteen kirjallisuutta. Yksi useimmin käyttämäni lähde, on australialaisen Joanna Briggs Instituutin, tiivistettyyn tutkimusnäyttöön perustuva: Sairaanhoitajien ja syöpää sairastavien aikuispotilaiden tehokas viestintä sairaalassa, hoitosuositus. JBI –tutkimus- ja kehittämisorganisaatiolla on yli 50 itsenäistä yhteistyökeskusta eri puolilla maailmaa, ja niiden toimintaa ohjaa näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen. He järjestävät koulutusta, järjestelmällisten kirjallisuuskatsausten tuottamista, hyvistä käytänteistä tiedottamista, näyttöön perustuvan toiminnan implementointia ja arviointia sekä tutkimusta. (Joanna Briggs Instituutti (JBI) ja Suomen JBI –yhteistyökeskus 2010.)

Tarkastelen ensin lyhyesti saattohoitoa vuorovaikutuksen näkökulmasta, sekä laajemmin saattohoitopotilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta. Toiminnallisessa osuudessa, käsittelen opinnäytetyöni tarkoitusta ja tavoitteita, sekä itse prosessia. Arviointiosuudessa pohdin koulutustapahtuman toteutumista, sekä tuon esille toimeksiantajan palautteen. Aioin haastaa osallistujat pohtimaan vuorovaikutusta saattohoidossa, sekä jakamaan heillä jo olevan osaamisen. Opetusmenetelmäksi valitsin vuorovaikutuksellisen ja osallistuvan, saadakseni teoreettiseen näkökulmaan juuri tämän työyhteisön käytännön kokemuksia ja haasteita. Opetusmenetelmäni perustui Kolbin (1984) kokemuksellisen oppimisen kehään. Kolbin malli lähtee ajatuksesta, että oppijalla on jo kokemuksia opittavasta aiheesta. Aiempia kokemuksia pohtimalla ja käsitteellistämällä, luodaan uusia toiminta-malleja ja teorioita, joita käytännössä testataan. (Itä-Suomen yliopisto 2014.) Pohdintaosuudessa kokoan työni antia, ja sen toteutumista kokonaisuudessaan. Ammatillisen kasvun jatkuva pohdinta on tärkeää nyt, sekä tulevassa työssäni.

## 2 VUOROVAIKUTUS SAATTOHOIDOSSA

Saattohoidolla tarkoitetaan potilaan viimeisille elinviikoille ajoittuvaa hoitoa, jossa pyritään mahdollisimman aktiiviseen, arvokkaaseen ja oireettoa loppuelämään. (Hänninen 2001, 47). Saattohoidon aloittaminen, edellyttää päätöksentekoa hoitolinjoista. Potilaan tulee olla tietoinen, hoitopäätösten taustalla olevista perusteista ja seuraamuksista, ja hänen tulee saada itse olla mukana päätöksenteossa. Hoitoneuvottelu, jossa yhdessä keskustellen on tehty saattohoitopäätös, vapauttaa potilaan ja omaisen keskittymään tässä hetkessä tärkeimpään, eli potilaan oireiden helpottamiseen ja kuolemaan valmistautumiseen. Liian myöhään tehty saattohoitopäätös vaikeuttaa potilaan ja hänen läheistensä mahdollisuutta valmistautua lähestyvään kuolemaan. (Hänninen 2001, 47; Grönlund & Huhtinen (2011, 78; Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2003,5; Valvira 2013, 5; Käypä hoito–suositus 2012; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 15.)

Saattohoitopotilaan on tärkeää voida elää vuorovaikutuksessa, tai vetäytyä niin halutessaan. Hänen tulee saada aikaa yksinoloon, löytääkseen itse ajatuksen kuolemisen mahdollisuudesta, ja tullakseen tutuksi sisäisen minänsä kanssa. Potilaan tulee saada kohdata kärsimyksensä ilman mitätöintiä ja ylilohduttamista, sekä surra kuolemaansa. Hänen tulee saada elää ihmisarvoista elämää, elämänsä loppuun saakka. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä 2010; Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012, 11.) Hänninen ja Pajunen (2006, 16) toteavat, että vaaraksi voi muodostua saattohoitopotilaan näkeminen vain kuolevana potilaana, ja näin hänet voidaan sulkea elävien maailmasta jo saattohoidon alkaessa.

Sosiaali- ja terveysministeriön syövän hoidon kehittämisen 2010–2020 raportti, (2010, 65) toteaa, että olemassa olevien saattohoitokotien osaamista, tulisi hyödyntää konsultaatio- ja koulutuspalveluiden tarjoajina. Raportissa todetaan myös, että potilaiden psykososiaalinen tuki on paljon taitokysymys, johon voidaan vaikuttaa vuorovaikutuskoulutuksella. Koulutus onkin tarpeen, sillä Kuuppelomäki (1996,33) toteaa, sanallisen vuorovaikutuksen jäävän ohueksi, myötätunnon olevan pinnallista, sekä toivon ja informaation

välittämisen olevan vähäistä saattohoitopotilaan hoidossa. On huomioitava, että ilon, merkityksellisuuden ja omanarvontunnon kokeminen, voivat olla potilaalle tärkeämpiä, kuin yksittäisen oireen lievittäminen. Tiedon saannilla, on todettu olevan myönteinen merkitys saattohoidossa. Saattohoitoajattelussa on keskeistä uskoa potilaan kertomaan, ja näin hoito voi perustua potilaan omaan subjektiiviseen kokemukseen. (Hänninen 2001, 47; Grönlund & Huhtinen 2011, 78–79; Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2003, 5.)

Yksi tärkeä osa, saattohoitopotilaan kanssa tapahtuvassa vuorovaikutuksessa, on potilaan yksilöllisten selviytymis- ja mukautumisprosessien tukeminen. Onnistuessaan se lisää potilaan selviytymisen resursseja, ja elämänhallinnan tunnetta. Hoitajan onkin tarjottava tukea pyytämättä, sekä ilmaistava potilaalle, että tukea on tarjolla silloin, kun potilas sitä tarvitsee. (Mikkola 2000, 1–2.) Payne (2008, 426–427) toteaa, että kuoleminen olisi helpompaa nähdä rauhallisena poisnukkumisena, mutta tällainen kuoleminen yleinen myytti, ei välitä koko totuutta siitä prosessista, jota kuoleva ja hänen hoitajansa käyvät läpi. Kuoleva ihminen haluaa kokea osallisuuden kokemuksen edelleen, Mazzarella (2003, 158) kuvasi kuolevan äitinsä huolta: ”Päivän mittaan hän kysyy huolestuneena minulta monta kertaa: Osallistunko minä? Vieläkö minä olen mukana keskustelussa?”

## 2.1 Sairaanhoidajan ja potilaan vuorovaikutus

Joanna Briggs Instituutin julkaiseman, tutkimusnäyttöön perustuvan hoitosuosituksen mukaan, sairaanhoidajien ja potilaiden vuorovaikutus on yhteistyötä, jossa asetetaan hoidon tavoitteet, sekä menetelmät tavoitteiden saavuttamiseksi. Vuorovaikutusta ja viestintää vaikeuttaa potilaan tieto tulevasta kuolemasta, aiheuttaen psyykkistä ahdistusta ja loputonta tiedontarvetta. Myös potilaan henkisen tuen tarve kasvaa. Hoitajan olisi tärkeää saada koulutusta saattohoitopotilaiden hoitoon, jotta hän pystyy vastaamaan potilaan lisääntyneeseen tuen tarpeeseen. Myös osastonhoitajan roolimallin, on tutkittu olevan tärkeä vaikuttaja, hoitajien viestinnän edistämässä. Valitet-



tavasti tutkimuksen mukaan, hoitajien ja potilaiden välisestä viestinnästä, suurin osa käytetystä ajasta sisälsi potilaita koskevan tiedon keräämistä, sekä sairauden, hoitovaihtoehtojen ja testituloksiin liittyvän tiedon jakamista. (JBI-suositus 2011, 1–3.)

Vuorovaikutuksen taustalla, vaikuttavat hoitajan ja potilaan kiintymyssuhteet. Hoitajan on kyettävä pohtimaan sitä, kuka hän on, kyetäkseen havainnoimaan kuka ja millainen potilas on, ja mitä hän viestii itsestään. (Vilén; Leppämäki & Ekström 2008, 35, 44; Haho 2008.) Hoitajan on pystyttävä kohtaamaan sekä itsensä että potilas ihmisenä, jolla on omat arvot, tiedot, tavoitteet ja merkitykset. Lisäksi hoitajan on kyettävä käsittelemään oman elämänsä toivoa, epätoivoa ja toivottomuutta voidakseen kohdata niitä potilaan tilanteessa. (Kylmä 2012, 33.)

Ei ole myöskään samantekevää, millä tavalla esitämme asiamme vastapuolelle. Kauppila kuvaa ihmisen sosiaalista vuorovaikutusta neljänä eri perusmuotona kuin ilmansuuntina, joita ovat ystävällinen, hallitseva, aggressiivinen ja alistuva muoto. Lisäksi hän nimeää neljä ”väli-ilmansuuntaa”, ohjaava, uhmainen, epävarma sekä joustava. Ystävällisessä vuorovaikutuksessa, ihminen kokee voivansa helposti puhua luottamuksellisista ja henkilökohtaisista asioistaan toiselle. Joustavassa tyyliä toimiva, ymmärtää mahdollisuuden olla oikeassa tai väärässä. Ohjaava–dominoivaa vuorovaikutustyyliä leimaa huolehtivaisuus, toisaalta myös halu hallita ja käyttää vaikutusvaltaa toisiin ihmisiin. Oman pätevyyden ja etevyyden osoittaminen hallitsee sosiaalisia tilanteita, jolloin vastapuolen vuorovaikutus vähenee. Uhmakas, sopeutumaton vuorovaikutus, kätkee taakseen pettymyksen, kiukun ja koston tunteita. Epävarman ja alistuvan vuorovaikutustyylin muovaavat arkuus, pelokkuus, ujous sekä liiallinen varovaisuus. (Kauppila 2005, 52–63.)

Omahoitajamalliin perustuva hoitotyö, lisää potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta ja luo pohjan hyvälle hoitosuhteelle. (Mikkola 2000, 65). Onnistuessaan tukea antava vuorovaikutussuhde, auttaa kuolevaa potilasta ymmärtä-

mään elämäntilannettaan, ja sen kautta elämään ehyttä elämää vielä kuolemanlähetyksessä. Hoitaja ja potilas voivat hyvässä vuorovaikutussuhteessa, käydä läpi ajatuksia erosta, luopumisesta ja surusta. Hoitajan panos parhaimmillaan, auttaa potilasta vapautumaan syyllisyydentunteista ja peloista, jotka voivat olla esteenä hyvän elämän ja itseyden säilyttämiselle. Merkittävä vuorovaikutussuhde voidaan päättää kiitollisena. ( Sand 2003, 108; Lipponen 2006, 24, 27.)

Hoitajan on oltava myös selvillä niistä monista tekijöistä, jotka ovat tunnistettavissa potilaan kuolemaa kohtaan tuntemien asenteiden takaa, voidakseen vuorovaikutuksessa kuolevan kanssa, käsitellä yksilöllisiä kuolemanpelkoja ja kuolemanhäpeitä. Ruumiin kuoleman lähestyessä, sielu on menettämässä asuinsijansa, ja ihmisen on luotava uudenlainen suhde kuolevaan ruumiiseensa ja samalla etsittävä uutta kotia sielullensa. Kuoleva voi kokea saavansa rangaistuksen huonosti käyttämästään elämästä, kokea kuoleman riistäjänä, tai vapauttajana (Huhtinen 2005, 55, 40–41). Huhtinen (2005, 48) viittaa (Kramerin 1988, 505) ajatukseen, kuoleman näkemisenä myös ”viimeisenä rituaalina, mahdollisuutena löytää elämälleen äärimmäinen merkitys ja tarkoitus”.

Lipponen (2006, 18) yhtyy (Utraisen 1999) näkemykseen, jonka mukaan ”kuolema edustaa toiseutta, joka ahdistaa ihmistä, rajatessaan elämää tuntemattomalla tavalla”, ja potilas käy läpi voimakkaita hylkäämisen- ja mittaattomuuden tunteita. Kuoleman pelkoon sisältyykin monia pelkoja, pelko siitä, mitä kuoleman jälkeen on odotettavissa, itse kuolinhetken arvaamattomuuden pelko ja olemassaolon päättymisen, tuhoutumisen pelko. Tuntemattoman pelko tuo usein ahdistuksen, josta ei uskonnollinen vakaumuskaan suojaa. Oman olemassaolon lakkaamisen ymmärtäminen on ajatuskykyämme ulkopuolella. (Hänninen 2001, 181–182; Hänninen & Pajunen 2006, 110.) Potilas kuvasi kuoleman odotusta: ”Koti on niin lähellä, mutta kuitenkin matka on niin pitkä”. (Pirkanmaan hoitokoti. Henkilökohdallinen tiedonanto 2013).

### 2.1.1 Hoitaja vuorovaikuttajana

Lipposen (2006, 22) mukaan dialogisen hoitotyön lähtökohta, on hoitajan tapa asennoitua potilaaseen, koska se sulkee piiriinsä hoitosuhteessa olemassaoloon liittyvät, sekä eettiset ratkaisut. Hän tarkoittaa tällä hoitajan perusolettamuksia koskien maailmaa, elämää ja ihmistä. Niiden muotoutumiseen liittyvät hoitotyön koulutuksen, hoitoyhteisön arvojen, asenteiden, normien, roolien ja tapojen lisäksi hoitajan oma henkilökohtainen harkinta. Hoitaja on tiedostamattaan sekä tietoisesti arvioinut kuolevaa ihmistä, saattohoitoa, ja sen parasta mahdollista toteutumista, jo ennen kuin on alkanut kuolevan potilaan hoitajaksi. Hoitajan pitäisi pystyä säilymään herkkänä viestien vastaanottajana, sillä saattohoidossa oleva potilas, saattaa antaa vain pieniä vihjeitä tuen tarpeestaan. JBI –suositus kannustaa tuottamaan hoitajille koulutusta, joka valmentaa potilaiden hienovaraisten vihjeiden huomioimiseen, sekä antaa valmiuksia niihin reagointiin. Myös saattohoitokotien tehokkaiden vuorovaikutustaitojen ja –menetelmien koulutustarve, on ilmeinen. Koetaan myös tärkeänä, että hoitajat saavat tietoa, vuorovaikutukseen liittyvistä tunneperäisistä tekijöistä. (JBI 2011, 1.)

Kokonaisvaltainen hoito ja potilaan kohtaaminen, nousevat suureen asemaan. Tehtävääorientoitunut työtapa tulisi unohtaa, sillä se helposti vaikeuttaa vuorovaikutussuhdetta, ja saattaa jopa estää potilaan kokemuksen, hoitajan antamasta tuesta. (JBI 2011, 3.) Saattohoidossa hoitajan on perinteisen hoivaroolin lisäksi, kyettävä ottamaan myös monia muita rooleja ja tehtäviä. (Krammer, Martinez, Ring, Williams & Jacobs 2006, 143–144). Hoitajan kertoessa arkikielellä toimenpiteistä, hän vahvistaa potilaan vuorovaikutusta. Tutkimusten mukaan ammattiroolin korostaminen, ja lääketieteellisen sanaston käyttäminen, saavat potilaan hämilleen ja vetäytymään vuorovaikutuksesta. (Mikkola 2000, 66, 81.) Kun hoitajan vuorovaikutuksesta välittyy potilaan arvostaminen, empatia ja huolenpito, potilaan on helppo lähestyä hoitajaa huolineen. Potilaan saadessa itse ohjata keskustelunkulkua, mahdollistuu vaikeidenkin asioiden esille tuominen. On tutkittu, että hoitajan informatiivinen vuorovaikutus, peitti alleen hoitajan halun pysyä poissa

vaikeiksi kokemistaan aiheista. (JBI 2011, 3.) Hoitajan tulisi tiedostaa potilaan henkinen valmius viestintään. Potilaan valintaa siitä, kenen kanssa hän haluaa jakaa tunteitaan ja ajatuksiaan, tulisi kunnioittaa. Potilaan pitäisi saada itse määritellä, kuinka paljon raottaa menneisyyttään keskustellessaan hoitajan kanssa. (JBI 2011, 1–2: Mikkola 2010, 81 & Kuuppelomäki 1996, 30, 116, 120.)

Kuuppelomäki (2002, 117–128) tutki tutkimuksessaan sairaanhoitajan näkökulmasta, kuolevan potilaan emotionaalista tukemista. Kun näkökulma on hoitajan, joka on tietävinään, mitä kuolevan tuki on, paljastuu mahdottomuus. Hoitaja ”yrittää mahdotonta päivästä toiseen: yrittää asettua toisen ihmisen kokemukselliseen maailmaan, yrittää kohdata ihmistä, etsien milloin tunteita, milloin ruumista, milloin henkeä ja yrittää sitten taiturimaisesti löytää kulloinkin sopivaa vastaustapaa”. Sen sijaan hyvässä vuorovaikutussuhteessa potilas saa kokemuksen, että hoitaja välittää hänestä ja tunteen, että hoitaja kuuntelee ymmärtävästi. Oli potilaan kokemus sitten mikä hyvänsä, hoitajan pitäisi pystyä hyväksymään se oikeaksi riippumatta siitä, onko se totta tai ei. Hoitaja ei saisi etsiä potilaan vaikeissa ja kivuliaissa prosesseissa nopeita ratkaisuja, ja potilaan nopeaa, hetkellistä lohduttamista. (Hänninen & Pajunen 2006, 111.)

Joanna Briggs instituutin, englannissa, alankomaissa ja Teksasissa (USA) tehtyjen tutkimusten järjestelmällisessä katsauksessa todettiin, että hoitajat, joiden lähestymistapa oli huomioiva, empaattinen, ja joustava, pystyivät paremmin helpottamaan potilaan avautumista. Vuorovaikutusta vahvisti, hoitajien osoittama aito välittäminen, sekä huoli potilaista. Myös asioista perillä olevat ja pätevät hoitajat, lisäsivät potilaiden varmuutta ja luottamusta heihin. Tulokset viittaavat siihen, että hoitajilla tulee olla hyvät vuorovaikutus- ja ihmissuhdetaidot, sekä positiivinen asenne, jotta viestintä potilaiden kanssa olisi toimivaa. (JBI-suositus 2011, 3.) Saattohoidossa, hoitajan vuorovaikutus onkin vaativaa, koska hoitajan tulee pystyä huomioimaan ja tasapainoilemaan sairaanhoidon, etiikan, ihmisyyden, erilaisten elämän- ja maailmankatsomusten sekä potilaiden erilaisten kokemusten kanssa. (Krammer ym. 2006, 141). Kannustavalla viestinnällä on tärkeä rooli potilaiden tiedollisiin, psykologisiin sekä tunnelähtöisiin tarpeisiin vastattaessa.

Kannustava viestintä kehittää myös hoidon laatua. Kun kuolevilta potilailta kysyttiin toiveita hoitajien kanssa tapahtuvasta vuorovaikutuksesta, nousi läsnäolo keskeisimmäksi ilmaisuksi. Lisäksi potilaat odottivat hoitajan vuorovaikutukselta turvallisuutta, emotionaalisten tarpeiden tunnistamista, keskusteluun antautumista, halukkuutta vastata kysymyksiin, empatiankykyä ja hoitajien yhdenmukaista hoitolinjaa. Potilaat olivatkin tyytyväisempiä hoitoonsa kokonaisuutena, saadessaan vuorovaikutuksessa tukea mielestään riittävästi. (Huhtinen 2005, 35; Kuuppelomäki 1996, 31; Mikkola 2000, 81.)

Hoitajan tulisi antaa potilaalle totuudenmukaista tietoa ja pystyä keskustelemaan myös vaikeista asioista, näin hän vaikuttaa potilaan sopeutumisprosessiin. Ilman todellisuuspohjaa oleva vakuuttelu, ja hoitajan teennäinen iloisuus, lisäävät potilaan ahdistusta. Potilas kokee tällaisessa tilanteessa tunteidensa vähättelyä, ja kokee, ettei hoitaja ole halukas aitoon vuorovaikutukseen. On huomioitukin, että potilaan pelot vähenevät, kun emotionaalinen tuki lisääntyi ja potilas sai keskustella sairaudestaan. (Mikkola 2000, 81.) Hoitajan vuorovaikutuksen tulisi synnyttää myös iloa, sillä se vahvistaa potilaan toivoa, tilanteessa, jossa elämän rajallisuus kohdataan. Potilaan toivottomuuden vastaanottaminen on haastavaa, ja kuitenkin toivottomuuden vastaanottaminen on myös se, mitä hoitaja parhaimmillaan voi tehdä. (Hänninen & Pajunen 2006, 118; Kylmä 2012, 35–39; Juvakka 2006, 786; Krammer ym. 2006, 144.)

Hoitajan suosimat maneerit ja pinnallisesti opitut toimintatavat, muodostavat potilaaseen suhteen, jossa ajaudutaan erilaisiin kohtaamisen loukkuihin. Hoitaja saattaa myös esiintyä kuoleman asiantuntijana, ja niin potilaan oma oikea kokemus parhaillaan tapahtuvasta kuolemasta syrjäytyy, ja hän siirtyy sivurooliin. Hoitaja saattaa myös osoittaa potilaalle missä hänen ongelmansa piilee, eikä potilaan oma ajatus ja kokemus, pääse esille. (Hänninen 2006, 110, 111; Idman & Aalberg 2013, 870.) Jos hoitaja on ahdistunut elämän rajallisuudesta ja kuoleman vääjäämättömyydestä, hän välttelee kuolemasta puhumista. Potilaan kuolema muistuttaa hoitajaa hänen omasta kuolemastaan. (Mattila 2006, 41–42.)

Jos hoitajan kokemukset kiintymyssuhteista ovat turvallisia, hän kykenee läpikäymään omia tunteitaan, vuorovaikutus tuntuu luontevalta ja tuo onnistumisen kokemuksia. Hän kokee myös voivansa tarvitessaan hakea itse apua, ja olla tarvitseva ja heikko, kuten potilaansakin. Ristiriitaisesti kiinnittyneen hoitajan omat tunteet nousevat vuorovaikutuksessa niin pinnalle, ettei potilaan tunteille ole tilaa. Välttelevässä kiintymyssuhdemallissa hoitaja ei salli itselleen, eikä potilaalle tunneilmaisuja, mikä aikaansaa uupumista ja väsymistä. Myös ymmärrys potilaiden yksilöllisiin reagoititapoihin puuttuu. (Vilen ym. 2008, 45.)

Hoitajan on hyvä pohtia elämäkatsomustaan, ja suhdettaan kuolemaan, pyrkiä hyvään vuorovaikutukseen työyhteisössään sekä pyrkiä keskittymään työaikanaan perustehtäväänsä. Englantilaisen tutkimusten mukaan hoitajan ateismi, se ettei hän uskonut minkään uskonnon jumaliin, kuolemanpelko, työajan käyttäminen ulkopuolisiin kiinnostuksen kohteisiin sekä ristiriidat työkavereiden kanssa, tietoisesti torjuvan käytöksen kanssa, edistivät hoitajan torjuvaa vuorovaikutusta. (JBI-suositus 2011, 2.)

Potilaan vaikeneminen, saattaa synnyttää vaikean tilanteen hoitajan mielessä. Hoitaja saattaa kokea, että on samantekevää, onko hänen vuorovaikutuksensa ystävällistä vai ei. Tämä sotiikin vastaan hoitajien esille tuomaa tinnkimätöntä ystävällisyysdenehtoa, hyvän hoitosuhteen edellytyksenä. Käyttäytymistä selittää, potilaan vaikenemisen herättämä hoitajan syyllisyydentunne, jota hän pyrkii vaimentamaan puhumalla potilaan vaikeuksista puhua kuolemasta, ja sairastumisesta. Hoitajan on kuitenkin kyettävä säätelemään vuorovaikutustaan, hetkittäin nousevista tunteista huolimatta. (Lipponen 2006, 125.)

### 2.1.2 Potilas vuorovaikuttajana

Potilas kokee yleensä vakavan sairastumisen elämää uhkaavana, ja hänen mielensä pyrkii suojautumaan psyykkiseltä ahdistukselta ja pahanolontun-

teelta, laukaisemalla automaattisesti puolustusmekanismit suojaksi. (Idman & Aalberg 2013, 862). Potilaan tiedostamattomat puolustusmekanismit, jotka ovat torjunta, kieltäminen, tapahtuneen merkityksen vähättely, tunteiden eristäminen ja projektiivinen syyllistäminen, voivat aikaansaada itesesyytöksiä, ulkopuolisen syyllisen kaipuun tai vihamielisen ja epäluuloisen vuorovaikutussuhteen muodostumisen. (Idman & Aalberg 2013, 862). Ei ole selvää, että potilas haluaa tai edes osaa olla potilas, edes kuoleman lähestyessä. Potilaana ainoat kokemukset sairastumisesta, saattavat olla turvattomuuden ja pelontäyteisiä, tai kokemusta ei ole ollenkaan. (Mattila 2006, 164.) Eräs potilas kuvasi omaa kokemustaan: ”Minä olen jotenkin niin levoton, ja niin yksin. (Pirkanmaan hoitokoti 2013. Henkilökohtainen tiedonanto).

Kun ihminen on sairastunut, uupunut tai hätääntynyt, hän tuo käyttäytymisellään esille, millainen hänen kiintymyssuhdemallinsa on. Kiintymyssuhdemalli vaikuttaa siihen, miten ihminen uskaltautuu pyytämään apua, tai rohkenee olla tarvitseva. Turvallisen kiintymyssuhdemallin kokenut ihminen, on omaksunut tavan pyytää apua, ja uskoo sitä myös saavansa. Näin kokeva potilas, uskaltaa jakaa hoitajan kanssa vaikeitakin asioita. Välttelevä kiintymyssuhde saa ihmisen kasvattamaan kuoren heikkoutensa suojaksi, ja arvelee, ettei kukaan pysty häntä ymmärtämään. Ihminen ei pysty havaitsemaan ystävällisyyttä, eikä luota avuntarjoajaan. Potilas häpeää avuntarvettaan, eikä halua vaivata hoitajaa ja apua pyytäessään, hän kokee siitä syyllisyyttä. Ristiriitaisessa kiintymyssuhteessa, potilaan avuntarve on loputonta, ja hetkessä se kääntyy hoitajan avun torjumiseksi. Potilas myös havainnoi yliherkästi, ja neutraalikin kanssakäyminen tulkitaan pahansuopaisuudeksi ja torjumiseksi. Toisaalta odotus avusta ja turvasta, on korostunut, ja pettymys on kohtuuttoman suuri. (Sinkkonen & Kalland 2002, 192; Vilen ym. 2008, 44; Hänninen & Pajunen 2006, 49–50.)

Potilaat, jotka ottivat aktiivisen roolin omassa hoidossaan, myös viestivät enemmän hoitajien kanssa, tiedon jakamiseen ja päätöksentekoon liittyen. Viestintää paransi, hoitajan aktiivinen potilaan kannustaminen esittämään kysymyksiä ja osallistumaan hoitoonsa. (JBI-suositus 2011, 3.) Näytön mu-

kaan, potilaat puhuivat mieluummin tavallisista asioista ja normaalista elämästä, kuin sairaudesta, mikä autoikin heitä pitämään mielialansa positiivisena. Potilaiden mielialan, koettiin vaikuttavan heidän halukkuuteensa keskustella hoitajien kanssa. Potilaat eivät halunneet kuormittaa hoitajaa ongelmillaan. Potilailla oli tuen tarve, mutta haluttomuus puhua sairaudestaan terveydenhuollon ammattilaisten kanssa, esti tuen saamisen. Näyttö osoittaa, että hoitajien tulisi olla aktiivisempia, huomioimaan potilaiden halukkuus ja valmius puhumiseen. (JBI 2011, 3; Idman & Aalberg 2013, 869.)

Sand (2003, 90) viittaa tutkimuksessaan gradu- tutkielmaansa (1995), jossa ilmeni potilaiden halu säilyttää ”järkevä ihmisen identiteetti” ja siksi monet mielessä liikkuvat kysymykset, jätettiin kertomatta henkilökunnalle. Potilaat arvelivat, olevan tärkeää pysyä keskusteluissa, hoitajan ”ammattillisen linjan” puitteissa.

### 2.3 Hoitaja kasvu tuntevana vuorovaikuttajana

Hoitaja joutuu saattohoitajana ottamaan ”pahan kaavun ylleen”, sillä häneen useinkin kohdistetaan ”se paha, jota kuoleman aiheuttaa”. Kuolevan hoitotyö, ei ole verrattavissa mihinkään muuhun, hoitotyön ilmiöön. Hoitajan puhuessa kokemuksistaan, kuolevan hoitajana, hän myötävaikuttaa omaan jaksamiseensa. (Huhtinen 2005, 32.) Hoitaja pystyessään toimimaan reflektiivisesti, hoidon lähtökohdaksi muodostuvat potilaasta saatu tieto sekä hoitajan omat havainnot, ja hoitaja kykenee käyttämään moniammatillista hoitotiimiä apunaan potilaan hoidossa. (Ora-Hyytiäinen 2004, 95.) Huhtinen (2005, 32) viittaa (Molanderin 1999, 3569) ajatukseen, että saattohoidossa hoitajan on löydettävä hoitoilo muista asioista, koska paranemisen kokemuksen tuomaa iloa ei ole tarjolla.

Hoitaja voi kokea kiusallisena sen, ettei hänellä ole vastausta potilaan kysymyksiin. Suostuminen vastausta vailla olemiseen ja rinnalla jaksamiseen, sekä ihmisyyden jakamiseen, onkin yksi kuolevan potilaan hoidon vaikeimmista ja tärkeimmistä tehtävistä. (Mattila 2006, 42). Hoitajan nähdessä



ja kokiessa riittävästi kuolemaa, harjaantuu taito löytää oikeita sanoja keskusteluihin potilaan kanssa, ja samalla syntyy myös viisaus vaieta, potilaan niin viestiessä. Näin toimiessa kuolema on paikalla, vaikkei sitä mainita-kaan. (Lipponen 2006, 145.)

Hännisen ja Pajusen (2006, 107) havaintojen mukaan, kuoleman läheisyys saattaa herättää hoitajassa yliempaattisuutta. Hoitaja määrittelee itsensä sanonnoilla, ”lämpimät kädet koskettavat, suuret korvat kuulla ja pää kallellaan kuulla lohduttavasti”. Tällainen, ylenpalttinen oman erinomaisuuden korostaminen, vaikeuttaa yhteistyötä työyhteisössä. Hoitaja saattaa samais- tua niin potilaaseen, että oma rooli unohtuu, ja hoitaja luulee osaansa tilan- teen kannattelijana suhteettoman suurena.

Hoitajan ahdistuneisuus, voi saada aikaan oman minän sellaista tutkimista, joka lisää hoitajan itsetuntemusta. Tällaisessa tunnetyössä, hoitaja voi ta- voittaa itsestään sellaisia pyrkimyksiä, jotka olisivat jääneet kokonaan vie- raiksi, ilman ahdistuksen antamaa merkkiä. Yllätysten, pettymysten ja epä- onnistumisen tunteet, kuuluvat kehittyvään asiantuntijuuteen. Tunteet ovat avoimuuden, tietämisen ja reagoimisen olennainen osa, eivät virheiden ja häiriöiden lähde. Sairaanhoidajan emotionaalinen virittäytyminen, ja osallis- tuminen potilaan ja hänen läheistensä tilanteeseen, ovat ratkaisevan tärkeitä taitoja asiantuntijavaiheeseen siirtymisen kannalta. (Isokorpi & Viitanen 2001, 114–115.)

Sairaanhoidajan ammatillinen kehitys, suhteessa potilaaseen, kehittyy työn- hallinnan kehityksen mukana. Kun sairaanhoitaja hallitsee työtehtävänsä, sekä ajan- ja tiedonhallinnan, hän pystyy ohjaamaan omaa toimintaansa vuorovaikutustilanteesta käsin. Näin hoitaja pystyy nostamaan potilaan hoi- don keskiöön, ja potilaan kohtaaminen ihmisenä mahdollistuu. Berner kuvaa tätä ammatillisen kehityksen vaihetta asiantuntijuudeksi. (Benner; Tanner & Chesla. 1999, 17–48, Ora-Hyytiäisen 2004, 93 mukaan.) Vankkaan ammat- titaitoon liittyy ”huolettomuus tuloksiin nähden”. Tämä kuvaa hoitajan ky- kyä nostaa hoidon keskiöön ainutkertainen kohtaaminen. (Ojanen 2001, 208, Huhtisen 2005, 35 mukaan.) Oppiminen kokemuksen kautta, on moraa-

linen taito, koska siihen liittyy odottamattoman kohtaaminen ja jopa epäönistumisen kokemus. (Isokorpi & Viitanen 2001, 128.)

Omien arvojen kyseenalaistaminen, ja maailmankatsomuksen pohdinta, lisäävät rohkeutta tunnistaa omista arvoista eriäviä arvoja. Hoitaja voi hyvin kysyä itseltään, mikä on minulle arvokasta elämässä, mihin minä uskon ja miksi. Erilaisuuden kanssa vuorovaikutuksessa, oma erilaisuuden sietokyky voi laajeta. Ihmettelyn kautta hoitajalle syntyy henkistä joustovaraa. Ajattelun laajetessa, kokemus oman maailmankatsomuksen uhattuna olemisesta vähenee, ja hoitaja voi helpommin keskittyä kuuntelemaan potilaan kertomaa. (Vilen ym. 2008, 26 –27.)

### 3 VUOROVAIKUTTEINEN SAATTOHOITO – KOULUTUS HOITOKOTI ARWOLAN HENKILÖKUNNALLE

Tämä opinnäytetyön tarkoituksena ja tavoitteena oli viedä asiantuntijätietoa eteenpäin ja kehittää saattohoidossa toteutuvaa vuorovaikutusta, järjestämällä koulutus Hoitokoti Arwolan henkilökunnalle. Koulutuksen tavoitteena oli lisätä henkilökunnan osaamista vuorovaikutuksessa, lisätä oman vuorovaikutuksen reflektointia ja näin edistää kuolevan potilaan hyvää hoitoa. Aalberg ja Idman (2013, 871) toteavat, että kaikkien hoitajien tulisi saada ohjasta ja opetusta vuorovaikutuksen merkityksestä hoitotyössä. Opinnäytetyöni oli produktio eli tuotekehittely. Produktio on lyhytkestoinen, yleensä kertaluontoinen prosessi, jossa tehdään palvelu tai tuotos tietylle käyttäjärhmälle, ja samalla kehitetään työvälineitä käytännön työhön. Tuotekehittelyyn kuuluu palvelun suunnittelu, toteutus sekä arviointi. Diakin opinnäytetyön tulee edistää ammatillista kasvua ja produktio tulee suunnitella, toteuttaa ja reflektoida pohjautuen produktion kohdetta ja ammatillisia käytäntöjä koskevaan tutkittuun tietoon. Tuotekehittelyyn painottuva opinnäytetyö koostuu varsinaisesta tuotoksesta ja siihen liittyvästä kirjallisesta raportista. (Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä 2010, 33, 34.) Opinnäytetyössä kootun tiedon kautta pyrin yhdistämään teoriaa käytännön työhön. Samalla opinnäytetyötä kootessani, oma osaamiseni ja tietämykseni aihepiiristä laajenee ja syventyy. Toteuttamalla koulutustapahtuman, kehitän myös työssäni tarvittavia koulutustaitoja. Hoitokoti Arwola, Nokian Pyhäjärven rantamaisemissa, on Mainio Vireen omistama tehostettua ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa tarjoava vanhusten hoivakoti. Kodissa on kaksi ryhmäkotia, Iinan ryhmäkodissa on 16 asukasta ja Kallen ryhmäkodissa myös 16 asukasta. Hoitokoti Arwolassa halutaan tarjota asukkaille kokemus antoisasta, hyvästä ja arvokkaasta elämästä, sekä parantaa ja ylläpitää vanhusten toimintakykyä, henkistä vireyttä ja sosiaalisia suhteita. Hoitokoti Arwolassa asukas saa asua elämänsä loppuun asti.

### 3.1 Prosessin lähtökohdat

Ensimmäinen kokemukseni ammatillisesti merkittävästä vuorovaikutuksesta saattohoitopotilaan kanssa, sijoittuu yli kymmenen vuoden taakse Kangasniemelle. Opiskellessani lähihoitajaksi, työharjoittelujaksollani terveystieteiden keskuksessa, potilas pohti, ettei elä enää pitkään. Kysyin, mitä ajatuksia elämän päättymisen hänessä herättää? Saimme keskustella hänen mieltään painavista asioista. Seuraava merkittävä muisto, tapahtui ensimmäisessä työpaikassani lähihoitajaksi valmistumisen jälkeen. Keskustelin potilaan kanssa ilta-työn hiljaisina tunteina, hänen mieltään askarruttavista kysymyksistä, fyysisen voimien heikentyessä. Mieleeni jäi omaisten hämmästyksen, potilaan kuoleman jälkeisessä keskustelussa siitä, että tämänkaltaiseen vuorovaikutukseen, potilas oli saanut olla osallisena. Näiden kokemusten jälkeen, mielenkiinto potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen moninaisuuden ymmärtämiseen, on vahvistunut. Pohtiessani opinnäytetyöni aihetta, saattohoitotyöhön liittyvä aihealue, oli minulle alusta asti selkeä valinta. Päätin tehdä opinnäytetyön yksin, välttääkseni mm. aikatauluhankaluudet. Pari- tai ryhmätyöskentely olisi tuonut mahdollisuuden vastuun jakamiseen ja ryhmätyötaitojen lisäämiseen, mutta verratessani vaihtoehtoja, päätin kuitenkin tehdä työn yksin.

Keskustelin huhtikuussa 2013, ystäväni ja kollegani kanssa saattohoidon haasteista, ja hän toi esille saattohoitopotilaan hoidon haasteita omassa työssään. Hän ehdotti, että tekisin opinnäytetyöni saattohoidosta, hänen työpaikalleen. Olin jo huhtikuussa 2013, puhelinyhteydessä Hoitokoti Arwolan johtajaan, ja sovimme yhteistyöstä opinnäytetyön merkeissä. Sähköpostin välityksellä, kysyin työyhteisöltä, mikä saattohoidon osa-alue olisi keskeisin, ja akuutein tarve koulutuksessa. Kysyin myös, hyötyisikö työyhteisö oppaasta vai koulutuksesta enemmän. Työyhteisö keskusteli oppimistarpeestaan ja koki ensisijaiseksi tarpeekseen, saattohoitopotilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen haasteellisuuden ymmärtämisen, ja koulutustapahtuma koettiin tarkoituksenmukaisimmaksi. Näin opinnäytetyöstäni tuli toiminnallinen tapahtuma, eli produktio. Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin toukokuussa 2013. Koulutuspäiväksi johtava sairaanhoitaja ehdotti

17.3.2014 ja kun se sopi minulle, hän otti sen huomioon Hoitokoti Arwolan työvuorosuunnittelussa. Valitsin viitekehystäni diojen sisällön ja rakensin PowerPoint-esityksen. Lisäksi monistin osallistujille kirjallisen version koulutuksen sisällöstä, jolloin koulutuksen sisältöön on helppo palata jälkikäteen. Opinnäytetyön tuloksena, syntyi koulutustapahtuma, Nokian Hoitokoti Arwolan hoitohenkilökunnalle.

### 3.2 Koulutustapahtuman suunnittelu

Opetuksen suunnittelussa, on kiinnitettävä huomiota koulutustarpeen arviointiin, oppija-analyysiin, opetustavoitteiden asettamiseen, opetussisältöjen valintaan, työtapoihin ja opetusmenetelmiin sekä oppimisen ja opetuksen arviointiin. (Itä-Suomen yliopisto). Kouluttajan on huomioitava oppijan oppimisedellytyksiin ja -motivaatioon vaikuttavia tekijöitä, esimerkiksi aikaisemmat tiedot ja taidot, aikaisemmat kokemukset, arvostukset sekä opittavan asian yksilöllinen arvo ja merkitys. (Itä –Suomen yliopisto).

Olin puhelinyhteydessä 3.1.2014, Hoitokoti Arwolan johtavaan sairaanhoitajaan, ja sovimme koulutuspäiväksi 17.3.2014. klo 13:00 –15:00. Keskustelimme samalla käytännön toteutuksesta. Sovimme, että teen koulutukseen PowerPoint-esityksen, ja sovin hankkivani paikalle videotykin. Koulutukseen osallistuisi noin 15 henkilöä henkilökunnasta. Ennen koulutuksen suunnittelua on realistisesti kartoitettava resurssi. Käytettävissä olevan ajan, tilojen ja välineiden lisäksi on myös tunnistettava realistisesti oma osaaminen. (Itä –Suomen yliopisto). Olin käynyt aiemmin Hoitokoti Arwolassa, joten tiesin ison salin soveltuvan koulutustilaksi, ja johtava sairaanhoitaja oli samaa mieltä. Sovimme, että aikataulua suunnitellessa, jätän aikaa keskustelulle ja kysymyksille, koska oppijan rooliin vaikuttaa se, onko työskentelytapa esittävä, itseopiskeluun perustuva vai kouluttajan ja oppijoiden väliseen yhteistyöhön perustuva. (Itä–Suomen yliopisto). Luentojen väliin sovimme pidettäväksi tauon. Vastaava sairaanhoitaja koki, ettei hänen ole tarpeellista tarkistaa PowerPoint –esitystä etukäteen, koska se perustui täysin sovittuun koulutusaiheeseen.

Koulutuspäivään suunnittelin tiiviin luentosisällön. Asiantuntijatieto koostui uusimmista tutkimuksista ja kirjallisuudesta. Tein koulutustapahtumaan PowerPoint –esityksen havainnollistamaan ja selkeyttämään käsiteltävää asiaa. Koska ”yksi kuva kertoo enemmän kuin tuhat sanaa”, valitsin sopivia tekstin tunnelmaa kuvaavia kuvia taustakuviksi. Halusin osallistujien saavan keskittyä luentosisältöihin ilman häiritseviä tekijöitä kuten muistiinpanojen kirjaamiseen keskittymistä, monistin koulutuksen sisällön heille valmiiksi. Jaksotin koulutustilaisuuden kahdeksi eri kokonaisuudeksi joiden välillä oli tauko. Lainasin koulutusta varten videotykin työpaikaltani ja käytin omaa tietokonettani varmistaakseni tekniikan toimivuuden.

### 3.3 Sisällön suunnittelu

Koulutusmateriaalin valinta ja rajaaminen on tärkeää, mutta kouluttajan pitäisi tarjota myös oppiaineksen ”punainen lanka”. Koulutusmateriaali on koottava mielekkääksi, oleelliseen keskittyväksi ja loogisesti eteneväksi kokonaisuudeksi. (Itä–Suomen yliopisto). Koulutuksen sisällön kokosin viitekehyksen mukaan niin, että koulutuksen ensimmäisessä osuudessa käsittelem saattohoitoa, kuolemantyyön vaikeutta, hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksen haasteita. Koulutuksen toinen osuus koostui hoitajan kasvuun tuntevana vuorovaikuttajana. Oppimismenetelmiksi valikoitui esittävinä menetelminä audiovisuaaliseen esitykseen nojaava luento, jota täydensi jaettava kirjallinen materiaali. Lisäksi opiskelijakeskeisiä oppimismenetelmiä olivat keskustelu ja niiden sisältämät ongelmanratkaisut. (Itä–Suomen yliopisto.) Koulutustapahtuman seuraamista helpottamaan kokosin viitekehykseen perustuvan Power Point –esityksen. Oppiaineksen valintakriteereinä sopivuus tavoitteisiin nähden sekä luettavuus ovat selkeitä, mutta koulutusaineiston määrän ja vaikeustason määrittäminen voi olla vaikeampaa. (Itä–Suomen yliopisto).

### 3.4 Tiedonhaku ja oppimisprosessi

Tein toukokuussa 2013 tiedonhakusuunnitelman, alustavan aikataulun ja päätin pitää oppimispäiväkirjaa. Suunnitelmani oli koota teorian tieto marraskuun 2013 mennessä, ja sen jälkeen järjestää koulutus ja viimeistellä työ loppuun. Tiedonhakusuunnitelmassa mietin hankkeen aihetta ja laadin mielikartan kuvaamaan millaista tietoa tarvitsen. Mietin, mitä tiedän saattohoitopotilaan ja hoitajan vuorovaikutuksesta ennestään ja arvioin, onko niissä lähteissä käyttökelpoista tietoa tähän työhön. Hakutermeiksi valikoituivat saattohoito, vuorovaikutus.

Aiheen rajaaminen heti opinnäytetyön prosessin alussa oli tärkeää, koska ongelmaksi voi muodostua tiedon loppumattomuus ja aihe-alueen laajeneminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 81.) Mietin ydinkysymyksiksi: Millaiset asiat hoitajan ja potilaan elämänsä historiassa vaikuttavat vuorovaikutukseen saattohoidossa? Millaisia haasteita hoitaja kohtaa kasvussaan vuorovaikuttajana saattohoitopotilaan hoitotyössä? Asiasanoiksi nousivat saattohoito, vuorovaikutus.

Tiedonhaun aloitin syksyllä 2013. Toiminnallinen opinnäytetyö vaatii aina toiminnallisen osion lisäksi kirjallisen raportoinnin, jolla osoitetaan työn asiantuntijuus. (Vilka & Airaksinen 2003, 79–81). Etsin eri tietokannoista tutkimuksia ja kirjastosta ammattikirjallisuutta. Tiedon haku ylsi aina vain uusiin ulottuvuuksiin ja etsin tietoa kiintymyssuhteille, vuorovaikutusmalleille, tunneälystä, henkisydestä ja hengellisyydestä vuorovaikutuksessa. Nyt koin löytäneeni tietoa joka oli minulle ammatillisesti kehittävä. Ensimmäisen ohjauskeskustelun sovimme ohjaavan opettajan ja opinnäytetyötäni opponoivan sairaanhoitajaopiskelijan kanssa pidettäväksi 21.11.2013. Toinen ohjausaika pidettiin 23.1.2014. Työn vaikein vaihe oli sitten löydetyistä tiedoista luopuminen, tiivistämisen kautta.

### 3.5 Koulutustapahtuman arviointi

Menin koulutustapahtumaan ajoissa välttääkseni kiireen tuntua ja välittäakseni heille kokemuksen, että arvostin heidän koulutukseen varaamaa aikaansa ja omaa työtäni kouluttajana. Halusin myös saada koulutuksen alkamaan sovituksessa ajassa, ja varmistaa laitteiden ja tilan toimivuuden. Järjestin henkilökunnan kanssa tilan koulutuskäyttöön, huomioiden kaikkien istuinpaikkojen esteettömän näkymän koulutuksessa. Koulutus koostui tietopaketesta ja pienryhmäkeskusteluista. Olin laatinut koulutuksesta PowerPoint-esityksen, ja jaoin henkilökunnalle ennen koulutustapahtumaa kirjallisen koosteen luentojen sisällöstä. Asiasisällön jakamisella halusin tukea henkilökunnan häiriötöntä osallistumista koulutukseen. Koulutukseen osallistui kaksi sairaanhoitajaa ja kymmenen lähihoitajaa. Koulutuksen aikataulu oli suunniteltu hyvin ja aikaa jäi keskusteluun. Luentojen aikana oli mahdollisuus esittää kysymyksiä ja jakaa ajatuksia käsiteltävistä asioista. Se lisäsi teorian ymmärtämistä ja henkilökunta sai reflektoida omaa työtään esittämiensä potilasesimerkkien kautta. Tekniikka toimi moitteettomasti. Omaan työkokemusta pystyin hyvin hyödyntämään, liittämällä sen avulla teorian käyttöön esimerkkien avulla.

### 3.6 Arviointi

Koulutustapahtuman palaute saatiin spontaanissa keskustelussa koulutuksen jälkeen osallistujien kanssa, sekä kirjallisena yhteenvetona vastaavan sairaanhoitajan sähköpostiviestinä. Arvioinnin tärkein tehtävä on se, miten se ohjaa oppijaa. (Itä –Suomen yliopisto). Henkilökunnan mukaan, luento käsittelee saattohoitoa juuri siitä näkökulmasta, jossa heillä oli koulutustarvetta. He totesivat koulutusten käsittelevän yleensä potilaan oirehoitoa ja kivun lievitystä. Luento oli heidän mielestään puhutteleva, ja luennoitsija koettiin asiantuntevaksi. Kouluttajan omakohtaiset esimerkit olivat avanneet ja selvittäneet teorian tietoa. Koulutus oli tuonut paljon uutta tietoa, jonka omaksumista hyvä oheismateriaali tuki. Koulutusmateriaalin saaminen etukäteen,



oli antanut vapauden, keskittyä koulutuksen sisältöön, ilman muistiinpanojen tekemistä.

En jännittänyt koulutuksen pitämistä, koska työssäni toimin myös kouluttajana. Pohdin vain, miten aika ja asia kohtaavat toisensa. Koulutusmateriaalia oli juuri sopivasti, ja keskustelulle jäi hyvin aikaa. Ilmapiiri oli salliva, ja henkilökunta rohkenikin esittää kysymyksiä luentojen edetessä. Power Point –esityksen riittävän suuret, ja lyhyet tekstit, tukivat tiedon omaksumista, ja aiheeseen valitut kuvat, vahvistivat tunneviestintää. Omakohtaisia kokemuksia olisin voinut miettiä vielä lisää, koska ne aina herättävät teorian elämään. Koulutuksen jälkiosassa, henkilökunnalla heräsi kiinnostus, saattohoidon muiden osa-alueiden koulutustarpeesta. Henkilökunnan koulustoitteisiin onkin reagoitava herkästi, koska vahva tutkimusnäyttö osoittaa, täydennyskoulutuksen puutteen lisäävän hoitajien tyytymättömyyttä työpaikkaansa. On myös muistettava, että terveydenhuollossa täydennyskoulutus on lakisääteistä (Hahtela, 2012.)

Muistisairaahan saattohoidon TunteVa –koulutus koettiin tarpeelliseksi. TunteVa –toimintamalli on Tampereen kaupunkilähetys ry: n rekisteröimä malli, joka on kehitetty suomalaisen elämäntyyliin sopivaksi, Naomi Feilin validaatiomenetelmästä. TunteVa –toimintamallin tavoitteen on luoda arvostava hoitosuhde, hoitajan ja muistisairaahan potilaan välillä. Tämä toimintamalli auttaa ymmärtämään muistisairaahan mielenmaailmaa, ja hän tulee kohdatuksi siinä todellisuudessa, jossa hän sillä hetkellä on. (Mikkola 2014.) Kehityshaasteeksi nousi myös työnohjauksen järjestäminen, vuorovaikutuksellisen kasvun tukemiseksi, ja käytännön kokemusten reflektointiksi. Olin tyytyväinen koulutukseen kokonaisuutena, mutta kokemus yhteisten kokemusten jakamisesta puolin ja toisin, jäi lämpimimpänä muistona mieleeni.

#### 4 POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen työn ohessa vei yllättävän paljon aikaa ja energiaa. Yksin työskenteleminen toi vapauden, koska aikataulujen sopiminen on usein hyvinkin haastavaa. Toisaalta yksin tehden menettää yhteisen pohdinnan mahdollisuuden työskentelyn aikana, ja sen tuoman henkisen tuen. Sain kuitenkin arvokasta tukea opiskelukaverilta, ja koin saamani vertaistuen arvokkaana. Tämä kokemus vahvisti myös terveydenhuollon moniammatillisuuden ja tiimityön voiman ja tärkeyden ymmärtämistä, sen merkitys korostuukin juuri silloin, kun sitä kipeimmin kaipaa. Viitekehystä kootessani reflektoin sisältöä työhistoriani kautta ja asiantuntijatieto muuttui eläväksi työkokemuksen kautta. Nyt viimeistään kaipasin työparia opinnäytetyöprosessiin jakamaan ajatuksia ja vastuuta.

Viitekehystä läpikäydessäni tein yllättävän huomion. Tutkimuksissa ja kirjallisuudessa käsiteltiin hoitajan vuorovaikutuksen negatiivisia puolia ja sudenkuoppia runsaasti, mutta tutkimustulosta onnistumisen kokemuksista oli vähemmän. Toiseen luokkaan lukeutui se kirjallisuus, jossa hoitajan ja potilaan vuorovaikutusta kuvattiin kuin irrallisena tästä maailmasta olevana, eivätkä käytetyt termit ja esimerkit kuvanneet mielestäni tämän päivän saattohoitoa. Oma kokemukseni on, että saattohoito on kehittynyt arkisemmaksi, elämännäköiseksi. Kuolemaa ei tehdä koko ajan, ja vuorovaikutus sisältää arkista puhetta, jokapäiväisistä asioista, potilaslähtöistä kepeyttä, niin kuin myös syvällistä pohdintaa elämän perimmäisistä kysymyksistä. Potilaan vaikeneminenkin on läsnä, ja omakohtaisesti tutkimustuloksiin nojautuen, voin todeta sen olevan hoitajalle vaikeinta. Hoitajana etsin helposti itsestäni syytä hiljaisuuteen. Vaikeinta tässä on hoitajana avuttomuuden tunne, ymmärtäessäni potilaan sulkevan vaikenemisellaan mahdollisuuden avun ja tuen saamiseen, sekä oma kokemus siitä, että potilas jää tunteidensa kanssa niin yksin.

Oman oppimiseni merkitys opinnäytetyön prosessin aikana on ollut minulle ammatillisesti merkittävää tai jopa korvaamatonta. Saattohoito on uuvuttavaa työtä, jota tehdessä on ymmärrettävä oman työn reflektoinnin merkitys

työssä jaksamisen kannalta. Haastavien potilastilanteiden jakaminen työyhteisön kanssa tuo uusia näkökulmia ja työkavereiden kokemus, rohkaisu, tuki ja arvostus voivat toimia voiman ja toivon lähteinä. Työnohjauskeskustelujen, tietoinen suuntaaminen vuorovaikutussuhteiden ymmärtämiseksi ja kehittämiseksi antaa mahdollisuuksia sen kautta tapahtuvaan ammatilliseen kehittymiseen. Ymmärrys omaan vuorovaikutukseen lisääntyi ja potilastyöhön sain tiedon kautta uutta näkökykyä. Jatkokehitysaiheena tunnen vetoa vahvasti vuorovaikutuksen syvällisempään tutkimiseen. Nyt viitekehystä kootessani kokosin tietoa vuorovaikutustyyleistä, kiintymyssuhdemalleista, tunnetietoisuudesta ja tunneälytaidoista. Niistä luovuin, jättäen työhön vain suppeat maininnat osasta aiheista. Tästä on hyvä jatkaa.

## LÄHTEET

Goleman, Daniel 2012. Tunneäly työelämässä. Helsinki: Otava.

Goleman, Daniel 2009. Sosiaalinen äly. Helsinki: Otava.

Grönlund, Elina; Anttonen, Mirja Sisko; Lehtomäki, Susanna & Agge, Eva  
2008. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen  
sairaanhoidajaliitto ry.

Grönlund, Elina & Huhtinen Aili 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki:  
Edita Prima.

Haho, Annu 2008. Kuka minä olen? Itsetuntemisestä ammatilliseen osaami-  
seen I. Sairaanhoidaja lehti 12/2008. Viitattu 22.3.2014.  
[http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/12\\_2008/artikkelit/kuka\\_mina\\_olen\\_itsetuntemisesta/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/12_2008/artikkelit/kuka_mina_olen_itsetuntemisesta/)

Hahtela, Nina 2012. Selvitys sairaanhoidajien työoloista, työhyvinvoinnista  
ja alan vetovoimaisuudesta. Sairaanhoidajaliitto. Viitattu  
17.4.2014.[https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyon/hoitotyon\\_kehittaminen/vetovoimaa/](https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_tyo_ja_hoitotyon/hoitotyon_kehittaminen/vetovoimaa/)

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2008. Tutki ja kirjoita.  
Helsinki: Tammi.

Huhtinen, Aili 2005. Epävalmiin ajassa ja hetkessä valmiina. Tutkimus kuo-  
leman kohtaamiseen kasvamisesta. Lapin yliopisto. Kasvatus-  
tieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Hänninen, Juha 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Duodecim. Jyväskylä:  
Gummerus.

- Hänninen, Juha & Pajunen Tapio 2006. Kuoleman kaari. Sairastumisesta, luopumisesta, elämästä. Helsinki: Kirjapaja Oy.
- Idman, Irja & Aalberg Veikko 2013. Syöpäsairauden laukaisemat psyykkiset reagitiot. Teoksessa Syöpätaudit 2013. Toimittajat: Joensuu, Heikki; Peter J Roberts; Kellonumppu - Lehtinen, Pirkko - Liisa; Jyrkkiö, Sirkku; Kouri, Mauri & Teppo, Lyly 2013. Helsinki: Duodecim.
- Isokorpi, Tia & Viitanen, Päivi 2001. Tunnevoimaa. Helsinki: Tammi.
- Itä- Suomen yliopisto 2014. Koulutus- ja kehittämispalvelu Aducate. Viitattu 12.1.2014. <https://www.uef.fi/fi/aducate/oppimis-ja-ohjauskasityksia>
- Itä-Suomen yliopisto. Opetuksen suunnittelu. Viitattu 18.4.2014. <http://www.uef.fi/fi/aducate/opetuksen-suunnittelu>
- JBİ-suositus 2011. Sairaanhoidajien ja potilaiden tehokas viestintä sairaalassa. Viitattu 22.11.2013. [http://www.hotus.fi/system/files/BPIS\\_ennakko\\_2011-1.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2011-1.pdf)
- Joanna Briggs Instituutti (JBİ) ja Suomen JBİ yhteistyökeskus 2010. Viitattu 3.2.2014. <http://www.hotus.fi/jbi-fi/joanna-briggs-instituutti-jbi-ja-suomen-jbi-yhteistyokeskus>
- Juvakka, Taru 2006. Teoksessa: Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Toimittajat: Iivanainen, Ansa; Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo. Hygienia. Helsinki: Tammi.
- Krammer, Lisa M, Martinez, Jeanne, Ring, Eileen A, Williams, Mary Berh & Jacobs, Mary Jo 2006. Palliative care nursing: quality care for the end of life (2006) editors. Marianne LePorte Matzo, Deboeah Witt Shermans. New York: Springer Cup Co. Viitattu

tu 17.4.2014. [https://tamcat.linneanet.fi/cgi-bin/Pwebrecon.cgi?v1=11&ti=1,11&Search\\_Arg=palliative%20care&Search\\_Code=TALL&CNT=15&PID=ajc\\_qUuPHAsU71WRs1Ji40uA-g8I&SEQ=20140421155602&SID=1](https://tamcat.linneanet.fi/cgi-bin/Pwebrecon.cgi?v1=11&ti=1,11&Search_Arg=palliative%20care&Search_Code=TALL&CNT=15&PID=ajc_qUuPHAsU71WRs1Ji40uA-g8I&SEQ=20140421155602&SID=1)

Kauppila, Reijo 2005. Vuorovaikutus ja sosiaaliset taidot. Vuorovaikutusopas opettajille ja opiskelijoille. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Oras Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten 2010. Viitattu 12.1.2014.  
<http://www.diak.fi/opiskelu/opinnaytetyo/Documents/Kohti%20tutkivaa%20ammattikäytäntöä.pdf>

Käypä hoito- suositus 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Viitattu 3.1.2014.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50063?hakusana=saattohoio>

Kuuppelomäki, Merja. 2002. Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen sairaanhoitajien näkökulma. *Hoitotiede* 3, 117–128.

Kuuppelomäki, Merja 1996. Parantumaton syöpä sairastavien potilaiden kärsimyskokemukset ja selviytymistä tukevat toiminnot. Väitöskirja. Turun yliopisto.

Kyllönen, Juha 2014. Saattohoito-onni vai oikeus? Viitattu 12.4.2014.  
<http://yhteisvastuu.fi/fi/seurakunnille/tueksi-viestintaan/12-suomi/ekstra-suomi/161-saattohoito-onni-vai-oikeus>

Kylmä, Jari; Karvinen, Ikali(toim.); Ojanen, Eero; Pietikäinen, Juha & Vasikilampi, Juha 2012. Henki ja toivo hoitotyössä. Viitattu 29.12.2012. <http://diana.amkit.fi>, Ellibs-aineisto.

- Lipponen, Varpu 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä – kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkö-kulmasta tarkasteltuna. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 23.11. 2013.  
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67617/951-44-6672-1.pdf?sequence>
- Mattila, Kati – Pupita 2006. Kuolemaan liittyvä eksistentiaalinen toivo ja ahdistus. Kirjassa: Elämän loppu vai kuoleman alku toim. Juha Hänninen. Helsinki: Duodecim.
- Mazzarella, Merete 2003. Juhlista kotiin. Jyväskylä: Gummerus.
- Mikkola, Leena 2000. Supportiivinen viestintä hoitotyössä. Sosiaalisen tuen tutkimusnäkökulmien tarkastelua. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteen laitos. Puheviestinnän lisensiaatin tutkimus. Viitattu 4.1.2014.  
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11265/likkola.pdf?sequence=1>
- Mikkola, Päivi 2014. Ajan ja paikan hämärtyessä TunteVa –toimintamalli saattohoidossa.
- Ora - Hyytiäinen, Elina 2004. Auttajasta reflektiiviseksi sairaanhoitajaksi. Ammattikorkeakouluopiskelijan kasvu ja kehittyminen ammattiin. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 25.11.2013.  
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67086/951-44-6076-6.pdf?sequence=1>
- Payne, Sheila (2008) Loss and Bereavement teoksessa: Palliative care nursing: principles and evidence for practice. Edited by Payne, Sheila & Seymour, Jane & Ingleton, Christine. Maidenhead: Open University Press, 425-526. Viitattu 17.4.2014.

[https://tamcat.linneanet.fi/cgi-bin/Pwebrecon.cgi?v1=10&ti=1,10&Search\\_Arg=palliative%20care&Search\\_Code=TALL&CNT=15&PID=ajc\\_qUuPHAsU71WRs1Ji40uA-g8I&SEQ=20140421155602&SID=1](https://tamcat.linneanet.fi/cgi-bin/Pwebrecon.cgi?v1=10&ti=1,10&Search_Arg=palliative%20care&Search_Code=TALL&CNT=15&PID=ajc_qUuPHAsU71WRs1Ji40uA-g8I&SEQ=20140421155602&SID=1)

Peltonen,Salla 2014. Saattohoito-onni vai oikeus? Viitattu 12.4.2014.

<http://yhteisvastuu.fi/fi/seurakunnille/tueksi-viestintaan/12-suomi/ekstra-suomi/161-saattohoito-onni-vai-oikeus>

Pirkanmaan Hoitokoti 2014. Kotisivut. Viitattu 12.4.2014.

<http://www.pirkanmaanhoitokoti.fi/>

Pirkanmaan hoitokoti. Henkilökohtainen tiedonanto 2013.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä 2010. Saattohoito-ohjeistuksia ja suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelystä ja hoidosta. Viitattu 25.11.2013.

[http://www.ppshp.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/21119\\_saattohoitonetti\\_uusi.pdf](http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/21119_saattohoitonetti_uusi.pdf)

Sinkkonen, Jari & Kalland, Mirjami (toim.) 2002. Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki: WSOY.

Suomen hautaustoimistojen liitto Ry. Kuolema Suomessa. Viitattu 12.4.2014.

<http://www.hautaustoimistojenliitto.fi/index.php?id=14>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012. ETENE-julkaisuja 36. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Helsinki. Viitattu 1.1.2014.

[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=327515&name=DLFE-5607.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=327515&name=DLFE-5607.pdf)



Sand, Hilikka 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 1.1.2014.

<http://urn.fi/urn:isbn:951-44-5617-3> Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012. ETENE-julkaisuja 36. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Helsinki. Viitattu 1.1.2014.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2003. Saattohoito- Valtakunnallisen eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Viitattu 8.11.2013.  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf)

Valvira 2013. Saattohoito. Viitattu 8.11.2013.  
[http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ ja\\_valvonta/terveydenhuolto/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/saattohoito](http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito)

Vilen, Marika; Leppämäki, Päivi & Ekström, Leena. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY.

Vilkka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

LIITE

VUOROVAIKUTTEINEN SAATTOHOITO  
– KOULUTUS HOITOKOTI ARWOLAN HENKILÖKUNNALLE


## VUOROVAIKUTTEINEN SAATTOHOITO – KOULUTUS HOITOKOTI ARWOLAN HENKILÖKUNNALLE

Koulutus Hoitokoti Arwolan  
henkilökunnalle 17.3.2014  
Sh-opiskelija Seija Nieminen

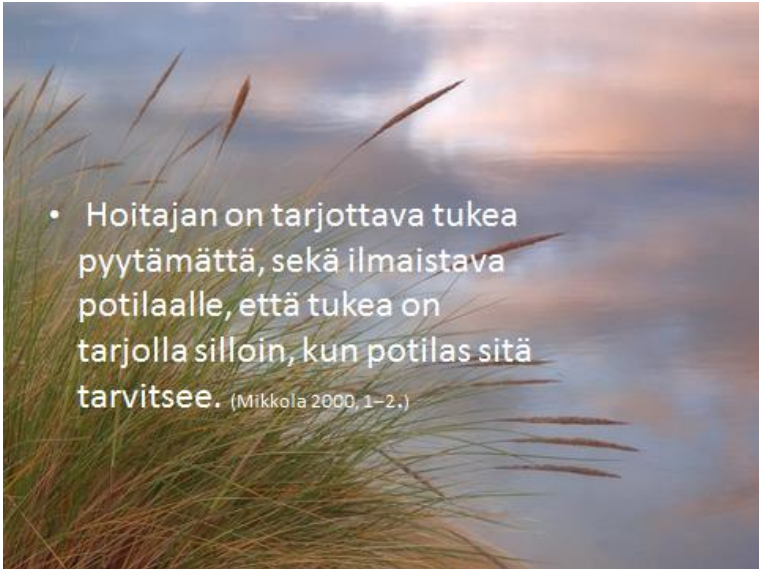
### VUOROVAIKUTUS SAATTOHOIDOSSA

- Saattohoidolla tarkoitetaan potilaan viimeisille elinviikoille ajoittuvaa hoitoa, jossa pyritään mahdollisimman aktiiviseen, arvokkaaseen ja oireettomaan loppuelämään. (Hänninen 2001, 47).
- Saattohoidon aloittaminen, edellyttää päätöksentekoa hoitolinjoista.

- Hänninen ja Pajunen (2006,16) toteavat, että vaaraksi voi muodostua saattohoitopotilaan näkemisen vain kuolevana potilaana, ja näin hänet voidaan sulkea elävien maailmasta jo saattohoidon alkaessa.

- 
- Potilaan tulee olla tietoinen, hoitopäätösten taustalla olevista perusteista ja seuraamuksista, ja hänen tulee saada itse olla mukana päätöksenteossa.

- 
- Potilaan tulee saada kohdata kärsimyksensä ilman mitätöintiä ja ylilohduttamista, sekä surra kuolemaansa.
  - Hänen tulee saada elää ihmisarvoista elämää, elämänsä loppuun saakka. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä 2010; Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012, 11.)

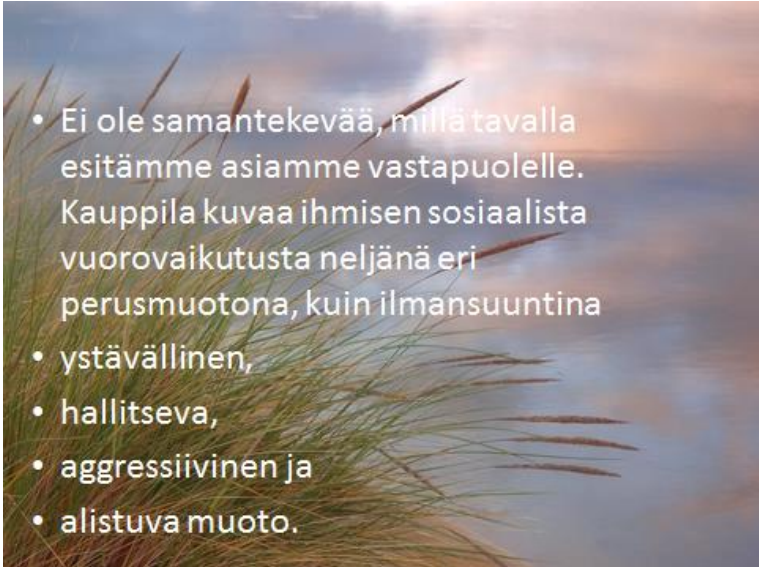
- 
- Hoitajan on tarjottava tukea pyytämättä, sekä ilmaistava potilaalle, että tukea on tarjolla silloin, kun potilas sitä tarvitsee. (Mikkola 2000, 1–2.)

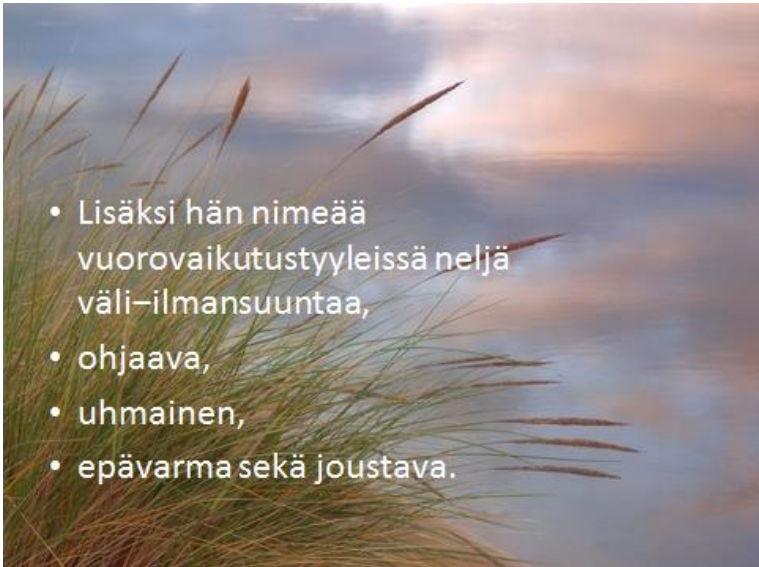
## Sairaanhoidajan ja potilaan vuorovaikutus


- Vuorovaikutuksen taustalla, vaikuttavat hoitajan ja potilaan kiintymyssuhdemallit.
- Hoitajan on kyettävä pohtimaan sitä, kuka hän on, kyetäkseen havainnoimaan kuka ja millainen potilas on, ja mitä hän viestii **itsestään** (Vilén, Leppämäki & Ekström 2008, 35, 44; Haho 2008.)

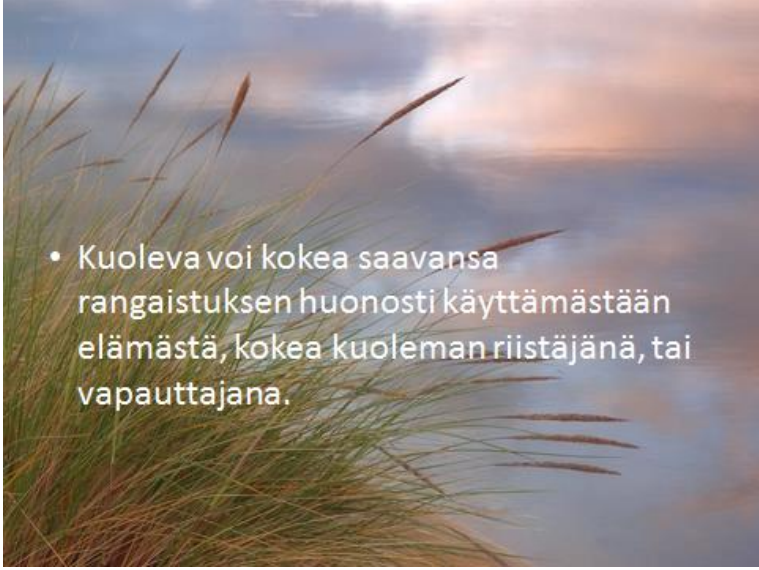
- Jos hoitajan kokemukset kiintymyssuhteista ovat turvallisia, hän kykenee läpikäymään omia tunteitaan, vuorovaikutus tuntuu luontevalta, ja tuo onnistumisen kokemuksia.
- Hän kokee myös voivansa tarvitessaan hakea itse apua, ja olla tarvitseva, ja heikko kuten **potilaansakin**. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2008, 45.)

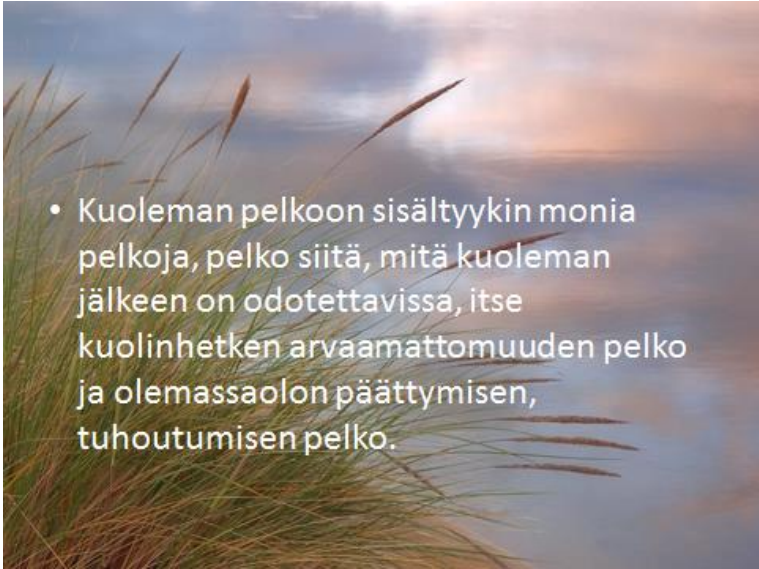
- Ristiriitaisesti kiinnittyneen hoitajan omat tunteet nousevat vuorovaikutuksessa niin pinnalle, ettei potilaan tunteille ole tilaa.
- Välttelevässä kiintymyssuhdemallissa hoitaja ei salli itselleen, eikä potilaalle tunneilmaisuja, mikä aikaansaa uupumista ja väsymistä. (Vilén ym. 2008, 45.)

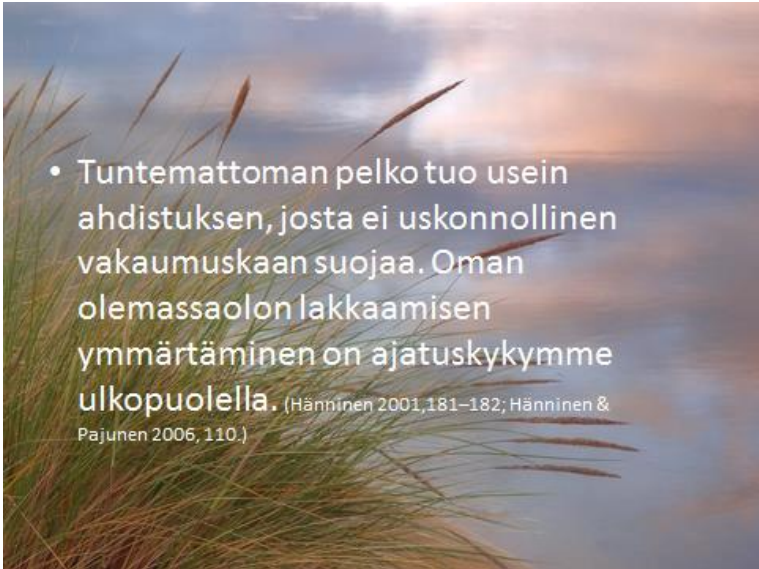
- 
- Ei ole samantekevää, millä tavalla esitämme asiamme vastapuolelle. Kauppila kuvaa ihmisen sosiaalista vuorovaikutusta neljänä eri perusmuotona, kuin ilmansuuntina
  - ystävällinen,
  - hallitseva,
  - aggressiivinen ja
  - alistuva muoto.

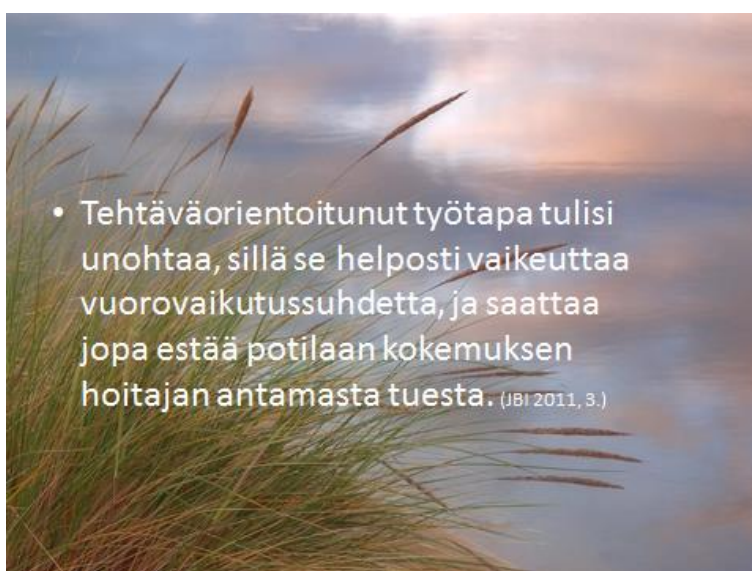
- 
- Lisäksi hän nimeää vuorovaikutustyylyissä neljä väli-ilmansuuntaa,
  - ohjaava,
  - uhmainen,
  - epävarma sekä joustava.

- 
- Hoitajan on oltava myös selvillä niistä monista tekijöistä, jotka ovat tunnistettavissa, potilaan kuolemaa kohtaan tuntemien asenteiden takaa. (Huhtinen 2005, 55-40-41)

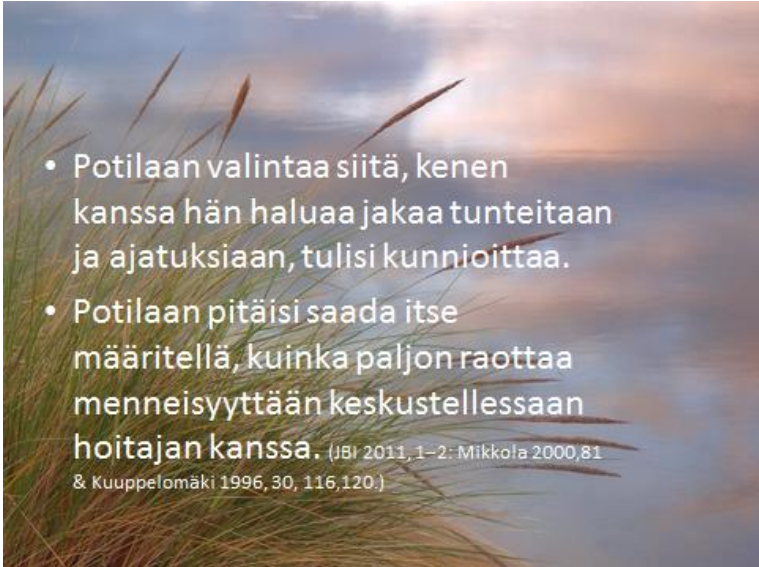
- 
- Kuoleva voi kokea saavansa rangaistuksen huonosti käyttämästään elämästä, kokea kuoleman riistäjänä, tai vapauttajana.

- 
- Kuoleman pelkoon sisältyykin monia pelkoja, pelko siitä, mitä kuoleman jälkeen on odotettavissa, itse kuolinhetken arvaamattomuuden pelko ja olemassaolon päättymisen, tuhoutumisen pelko.

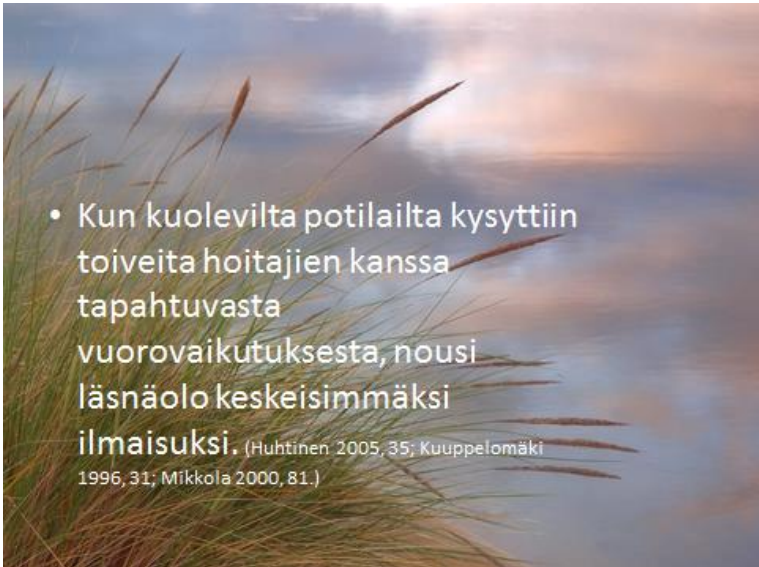
- 
- Tuntemattoman pelko tuo usein ahdistuksen, josta ei uskonnollinen vakaumuskaan suojaa. Oman olemassaolon lakkaamisen ymmärtäminen on ajatuskykymme ulkopuolella. (Hänninen 2001,181–182; Hänninen & Pajunen 2006, 110.)





- 
- Potilaan valintaa siitä, kenen kanssa hän haluaa jakaa tunteitaan ja ajatuksiaan, tulisi kunnioittaa.
  - Potilaan pitäisi saada itse määrittellä, kuinka paljon raottaa menneisyyttään keskustellessaan **hoitajan kanssa**.

(JBI 2011, 1–2; Mikkola 2000, 81 & Kuuppelomäki 1996, 30, 116, 120.)

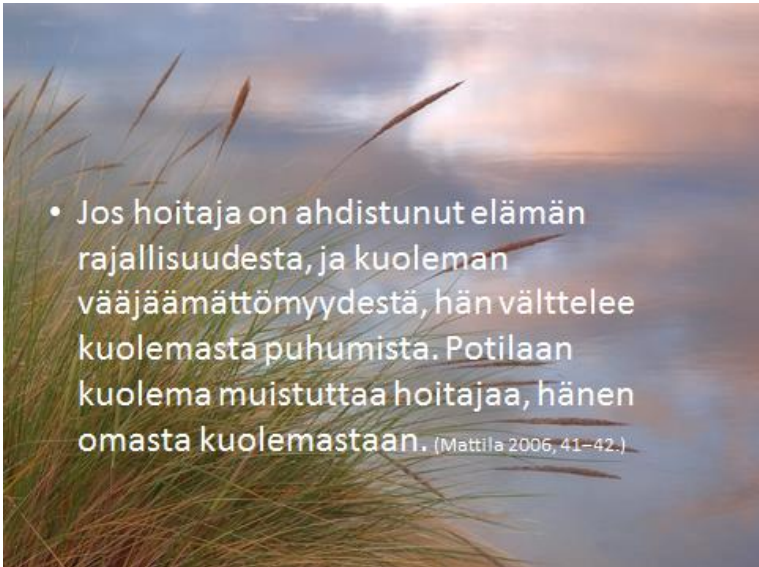
- 
- Kun kuolevilta potilailta kysyttiin toiveita hoitajien kanssa tapahtuvasta vuorovaikutuksesta, nousi **läsnäolo keskeisimmäksi**

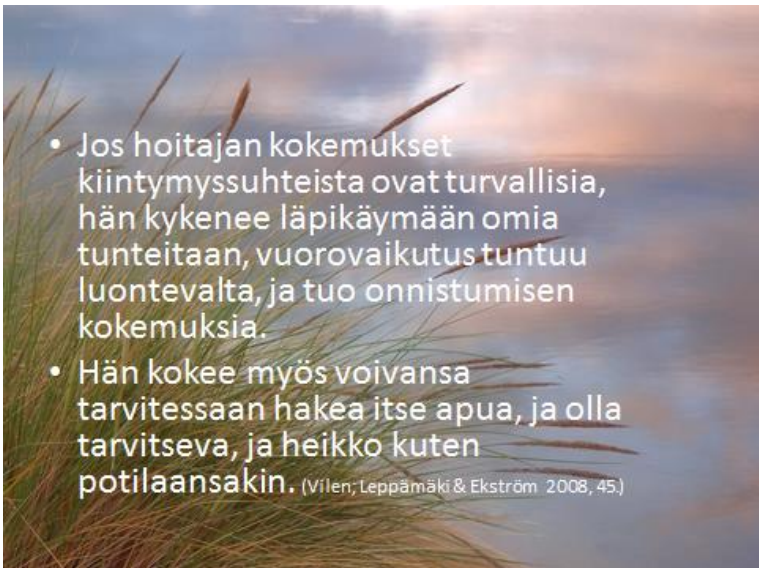
**ilmaisuksi**. (Huhtinen 2005, 35; Kuuppelomäki 1996, 31; Mikkola 2000, 81.)

- 
- Ilman todellisuuspohjaa oleva vakuuttelu, ja hoitajan teennäinen iloisuus, lisäävät potilaan ahdistusta.

(Mikkola 2000, 81.)

- 
- Hoitajan vuorovaikutuksen tulisi synnyttää myös iloa, sillä se vahvistaa potilaan toivoa tilanteessa, jossa elämän rajallisuus kohdataan. (Hänninen & Pajunen 2006, 118; Kylmä 2012, 35–39; Juvakka 2006, 786; Krammer ym. 2006, 144.)

- 
- Jos hoitaja on ahdistunut elämän rajallisuudesta, ja kuoleman vääjäämättömyydestä, hän välttelee kuolemasta puhumista. Potilaan kuolema muistuttaa hoitajaa, hänen omasta kuolemastaan. (Mattila 2006, 41–42.)

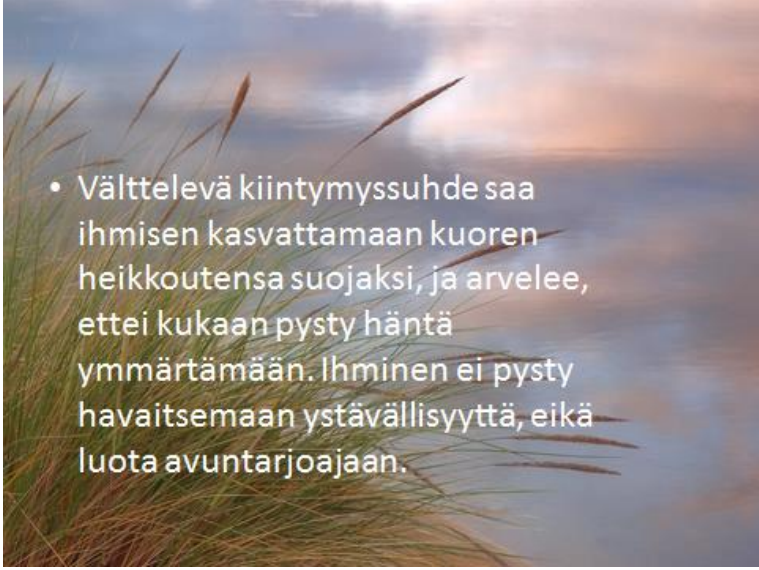
- 
- Jos hoitajan kokemukset kiintymyssuhteista ovat turvallisia, hän kykenee läpikäymään omia tunteitaan, vuorovaikutus tuntuu luontevalta, ja tuo onnistumisen kokemuksia.
  - Hän kokee myös voivansa tarvitessaan hakea itse apua, ja olla tarvitseva, ja heikko kuten potilaansakin. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2008, 45.)

## Potilas vuorovaikuttajana


- Potilaan tiedostamattomat puolustusmekanismit torjunta, kieltäminen, tapahtuneen merkityksen vähättely, tunteiden eristäminen ja projektiivinen syylistäminen voivat aikaansaada itsesyytöksiä, ulkopuolisen syyllisen kaipuun tai vihamielisen ja epäluuloisen vuorovaikutussuhteen muodostumisen. (Idman & Aalberg 2013, 862).

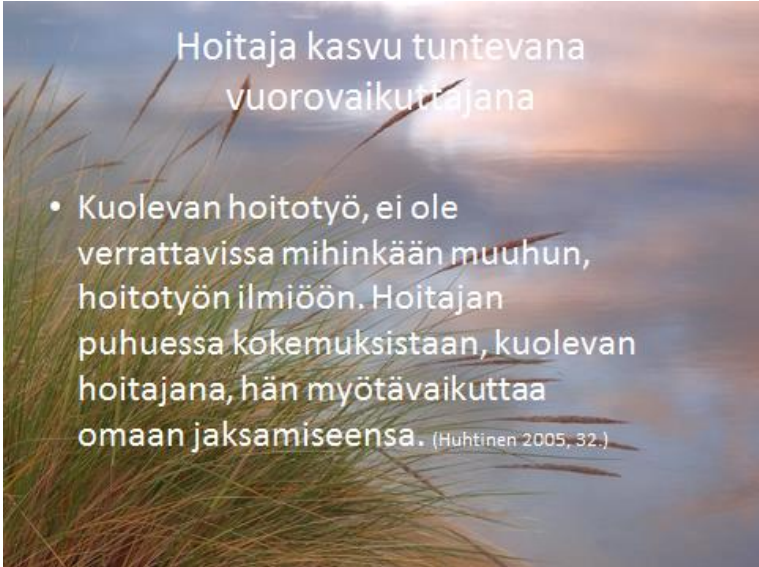
- Kun ihminen on sairastunut, uupunut tai hätäntynyt, hän tuo käyttäytymisellään esille, millainen hänen kiintymyssuhdemallinsa on.
- Kiintymyssuhdemalli vaikuttaa siihen, miten ihminen uskaltautuu pyytämään apua, tai rohkenee olla tarvitseva. (Sinkkonen & Kalland 2002, 192; Viilen ym. 2008, 44; Hänninen & Pajunen 2006, 49–50.)

- Turvallisen kiintymyssuhdemallin kokenut ihminen, on omaksunut tavan pyytää apua, ja uskoo sitä myös saavansa.

- 
- Välttelevä kiintymyssuhde saa ihmisen kasvattamaan kuoren heikkoutensa suojaksi, ja arvelee, ettei kukaan pysty häntä ymmärtämään. Ihminen ei pysty havaitsemaan ystävällisyyttä, eikä luota avuntarjoajaan.

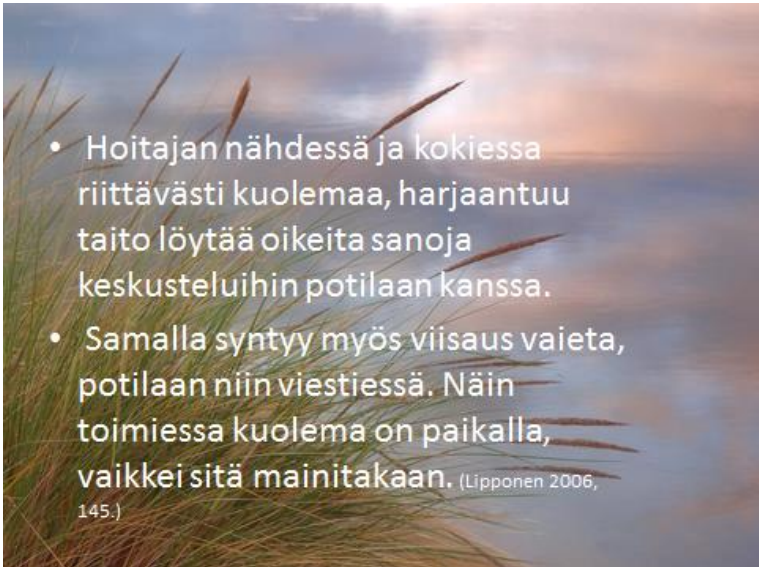
- 
- Ristiriitaisessa kiintymyssuhteessa, potilaan avuntarve on loputonta, ja hetkessä se kääntyy hoitajan avun torjumiseksi. (Sinkkonen & Kalland 2002, 192; Vilen ym. 2008, 44; Hänninen & Pajunen 2006, 49–50.)

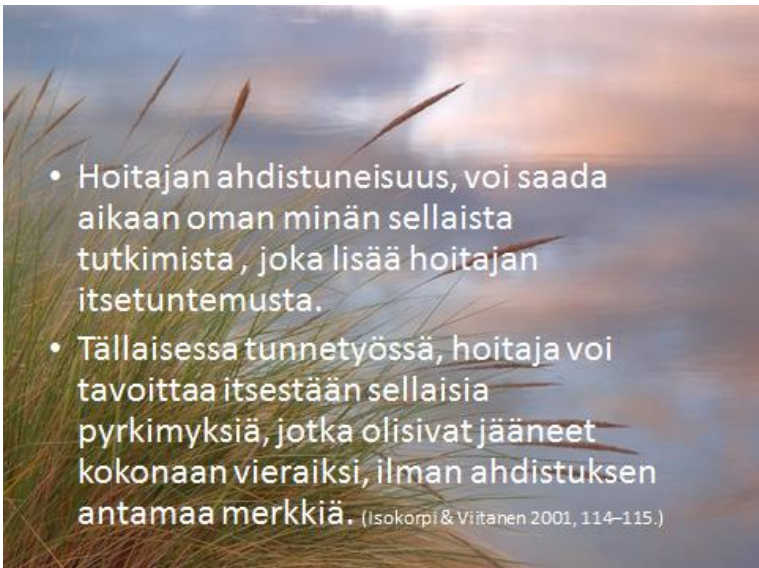
- 
- Potilaat, jotka ottivat aktiivisen roolin omassa hoidossaan, myös viestivät enemmän hoitajien kanssa, tiedon jakamiseen ja päätöksentekoon liittyen.
  - Viestintää paransi, hoitajan aktiivinen potilaan kannustaminen, esittämään kysymyksiä, ja osallistumaan hoitoonsa. (JBI 2011, 3.)





## Hoitaja kasvu tuntevana vuorovaikuttajana

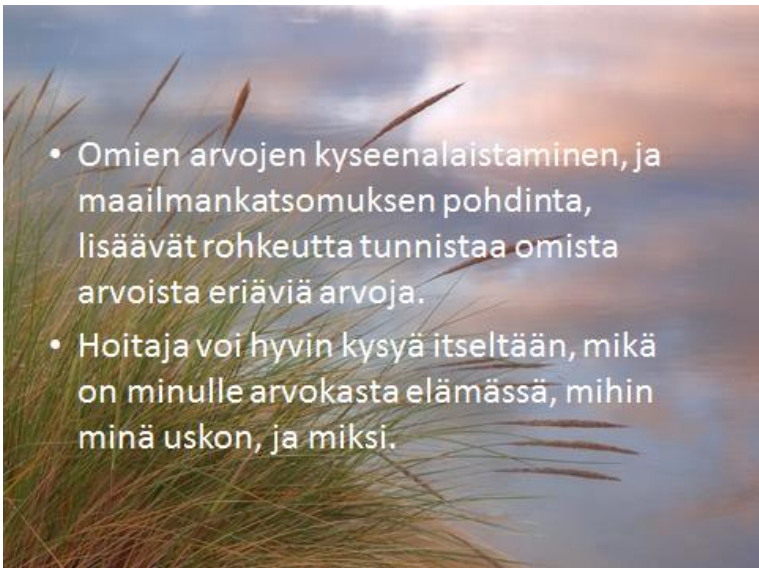
- Kuolevan hoitotyö, ei ole verrattavissa mihinkään muuhun, hoitotyön ilmiöön. Hoitajan puhuessa kokemuksistaan, kuolevan hoitajana, hän myötävaikuttaa omaan jaksamiseensa. (Huhtinen 2005, 32.)

- 
- Hoitajan nähdessä ja kokiessa riittävästi kuolemaa, harjaantuu taito löytää oikeita sanoja keskusteluihin potilaan kanssa.
  - Samalla syntyy myös viisaus vaieta, potilaan niin viestiessä. Näin toimiessa kuolema on paikalla, vaikei sitä mainitakaan. (Lipponen 2006, 145.)

- 
- Hoitajan ahdistuneisuus, voi saada aikaan oman minän sellaista tutkimista, joka lisää hoitajan itsetuntemusta.
  - Tällaisessa tunnetyössä, hoitaja voi tavoittaa itsestään sellaisia pyrkimyksiä, jotka olisivat jääneet kokonaan vieraiksi, ilman ahdistuksen antamaa merkkiä. (Isokörpi & Viitänen 2001, 114–115.)

- 
- Vankkaan ammattitaitoon liittyy ”huolettomuus tuloksiin nähden”. Tämä kuvaa hoitajan kykyä nostaa hoidon keskiöön ainutkertainen kohtaaminen. (Ojanen 2001, 208, Huhtisen 2005, 35 mukaan.)

- 
- Oppiminen kokemuksen kautta, on moraalinen taito, koska siihen liittyy odottamattoman kohtaaminen, ja jopa epäonnistumisen kokemus. (Isokorpi & Viitanen 2001, 128.)

- 
- Omien arvojen kyseenalaistaminen, ja maailmankatsomuksen pohdinta, lisäävät rohkeutta tunnistaa omista arvoista eriäviä arvoja.
  - Hoitaja voi hyvin kysyä itseltään, mikä on minulle arvokasta elämässä, mihin minä uskon, ja miksi.

- Ihmettelyn kautta hoitajalle syntyy henkistä joustovaraa.
- Ajattelun laajetessa, kokemus oman maailmankatsomuksen uhattuna olemisesta vähenee, ja hoitaja voi helpommin keskittyä kuuntelemaan potilaan kertomaa. (Vilén ym. 2008, 26, 27.)

Koti on niin lähellä, mutta  
kuitenkin matka on niin pitkä  
(Pirkanmaan hoitokoti 2013. Henkilökohtainen tiedonanto).

#### LÄHTEET

- Haho, Annu 2008. Kuka minä olen? Itsetuntemisesta ammatilliseen osaamiseen I. Sairaanhoidaja lehti 12/2008. Viitattu 22.3.2014. [http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/12\\_2008/artikkelit/kuka\\_minä\\_olen\\_itsetuntemisesta/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/12_2008/artikkelit/kuka_minä_olen_itsetuntemisesta/)
- Huhtinen, Aili 2005. Epävalmiin ajassa ja hetkessä valmiina. Tutkimus kuoleman kohtaamiseen kasvamisesta. Lapin yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Hänninen, Juha 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus.
- Hänninen, Juha & Pajunen Tapio 2006. Kuoleman kaari. Sairastumisesta, luopumisesta, elämästä. Helsinki: Kirjapaja Oy.
- Idman, Irja & Aalberg Veikko 2013. Syöpäsairauden laukaisemat psyykkiset reaktiot. Teoksessa Syöpätaudit 2013. Toimittajat: Joensuu, Heikki; Peter J Roberts; Kellonumppu - Lehtinen, Pirkko - Liisa; Jyrkkö, Sirkku; Kouri, Mauri & Teppo, Lyly 2013. Helsinki: Duodecim.
- Isokorpi, Tia & Viitanen, Päivi 2001. Tunnevoimaa. Helsinki: Tammi.
- JBI-suositus 2011. Sairaanhoidajien ja potilaiden tehokas viestintä sairaalassa. Viitattu 22.11.2013. [http://www.hotus.fi/system/files/BPIS\\_ennakko\\_2011-1.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2011-1.pdf)
- Juvakka, Taru 2006. Teoksessa: Sairauksien hoitaminen terveyttä edistien. Toimittajat: Iivanainen, Ansa; Jauhainen, Mari & Pikkariainen, Pirjo. Hygienia. Helsinki: Tammi.
- Krammer, Lisa M, Martinez, Jeanne, Ring, Eileen A, Williams, Mary Berh & Jacobs, Mary Jo 2006 Palliative care nursing: quality care for the end of life (2006) editors: Marianne LePorte Matzo, Deboeah Wit Shermans. New York: Springer Cup Co. Viitattu 17.4.2014. [https://tamcat.linneanet.fi/cgi-bin/Pwebrecon.cgi?v1=11&t=1.11&Search\\_Arg=palliative%20care&Search\\_Code=TALL&CNT=15&PD=hjc\\_qUuPHAsU71WRs1j40uA-g&SEQ=20140421155602&SID=1](https://tamcat.linneanet.fi/cgi-bin/Pwebrecon.cgi?v1=11&t=1.11&Search_Arg=palliative%20care&Search_Code=TALL&CNT=15&PD=hjc_qUuPHAsU71WRs1j40uA-g&SEQ=20140421155602&SID=1)

- Kuupeliomäki, Merja 1996. Parantumetonta syöpää sairastavien potilaiden käännykskokemukset ja selviytymistä tukevat toiminnot. Väitöskirja. Turun yliopisto.
- Kyrmä, Jari Karvinen, Ikälä(toim.), Ojanen, Eero; Pietikäinen, Juha & Vaskilampi, Juha 2012. Henki ja toivo hoitotyössä. Viitattu 29.12.2012. <http://olana.amkit.fi>, Eilios-aineisto.
- Lipponen, Varpu 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä—kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhte dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteiltuna. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 23.11.2013. <http://tempub.uta.fi/bitstream/handle/10024/57617/931-44-6672-1.pdf?sequence>
- Mattila, Kati – Pupita 2006. Kuolemaan liittyvä eksistentiaalinen toivo ja ahdistus. Kirjassa: Elämän loppu vai kuoleman eiku toim. Juha Hänninen. Helsinki: Duodecim.
- Mikkola, Leena 2000. Supportiivinen viestintä hoitotyössä. Sosiaalisen tuen tutkimusnäkökulmien tarkastelu. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteen laitos. Puheviestinnän lisensiaatin tutkimus. Viitattu 4.1.2014. <http://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11265/mikkola.pdf?sequence=1>
- Pirkanmaan hoitokoti. Henkilökohtainen tiedonanto 2013.
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä 2010. Sestohoito-ohjeistuksia ja suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelyistä ja hoidosta. Viitattu 23.11.2013. [http://www.ppshp.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/21119\\_sestohoitonetti\\_uusi.pdf](http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/21119_sestohoitonetti_uusi.pdf)
- Sinkkonen, Jari & Kalland, Mirjami (toim.) 2002. Vammat ihmisuuteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki: WSOY.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sestohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012. ETENE-julkaisu 36. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Helsinki. Viitattu 1.1.2014. [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=327515&name=DLFE-9607.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=327515&name=DLFE-9607.pdf)
- Vilén, Marika; Leppämäki, Päivi & Ekström, Leena. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY.