



ISLAMINUSKOISEN POTILAAN SAATTOHOITO

Päivi Nyberg

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihto-
ehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

PÄIVI NYBERG:

Islaminuskoisen potilaan saattohoito

Opinnäytetyö 40 sivua, joista liitteitä 14 sivua
Huhtikuu 2015

Monikulttuurisuus lisääntyy maassamme koko ajan ja työ edistää potilaiden sekä heidän omaistensa mahdollisuutta kulttuurin ja uskonnon huomioivaan yksilöllisempään hoitoon. Työssä käsiteltiin teoriatiedon sekä haastattelujen kautta niin saattohoidon kuin islaminuskonkin erityispiirteitä ja niiden kahden osa-alueen yhdistämistä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli pitää TAMK:n hoitotyön opiskelijoille näyttely islaminuskoisen potilaan saattohoidosta. Työn tavoitteena oli edistää opiskelijoiden valmiuksia kohdata islaminuskoisia kuolevia potilaita ja heidän omaisiaan. Aihetta lähestyttiin tutkimalla hyvän saattohoidon periaatteita, islaminuskoisen potilaan hoitotyön erityispiirteitä sekä sitä miten huomioidaan niin potilaan kuin omaisenkin erilainen kulttuuritausta.

Opinnäytetyössä on perehdytty myös siihen kuinka järjestetään hyvä näyttely. Teoriatiedon pohjalta järjestettiin TAMK tutkii ja kehittää –päivänä näyttely. Näyttelyssä oli esillä islaminuskoisen potilaan saattohoidon erityispiirteitä kuvaavia infopisteitä. Näyttelyssä oli myös käärinliinoihin puettu nukke, jonka yhteydessä kerrottiin vainajan hoitoon sekä hautaukseen liittyvistä erityispiirteistä islamilaisessa kulttuurissa.

Työ on tarpeellinen monikulttuurisuuden lisääntyessä koko ajan maassamme. Jatkossa voisi tutkia myös muiden uskontojen sekä kulttuurien erityispiirteitä hoitotyössä, saattohoidossa sekä vainajan hoidossa.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

PÄIVI NYBERG:
An Islamic Patient in Hospice Care

Bachelor's thesis 40 pages, appendices 14 pages
April 2015

Finland is more and more multicultural today. This study aims to provide Islamic patients and their families with a possibility to receive more individual care respecting their religion and culture

The purpose of this study was to organize an exhibition on Islamic patients in hospice for the Nursing students of the Tampere University of Applied Sciences. The objective was to improve students' preparedness to confront dying Islamist patients and their families.

The exhibition took place on a Research and Development –day organized at the University. In the exhibition there were photos and texts on display presenting the special features relating to the terminal care of an Islamic patient. The treatment after death, as well as the burial practices were also presented.

A suggestion for further study is to focus on the care given to the dying patients and their families in other foreign cultures as well.

Key words: hospice care, islam, terminal care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET.....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	7
	3.1 Oireenmukainen hoito saattohoidossa.....	7
	3.1.1 Kivunhoito.....	8
	3.1.2 Hengenahdistus.....	9
	3.1.3 Ruoansulatuskanavan ongelmat.....	10
	3.1.4 Psykkinen tukeminen.....	12
	3.2 Islaminuskoinen potilas.....	13
	3.2.1 Saattohoidon erityispiirteet.....	14
	3.2.2 Omaisten huomioiminen.....	15
	3.2.3 Vainajan hoito.....	16
	3.2.4 Hautausjärjestelyt.....	17
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT.....	18
	4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö.....	18
	4.2 Opinnäytetyöprosessi.....	18
5	POHDINTA.....	22
	5.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	22
	5.2 Prosessin ja tulosten tarkastelu.....	22
	5.3 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet.....	24
	LÄHTEET.....	25
	LIITTEET.....	27
	Liite1. Rituaalipesu.....	27
	Liite 2. Käärinliinat.....	29
	Liite 3. Näyttelyn esite.....	30
	Liite 4. Valokuvat sekä tekstipaketit.....	31
	Liite 5. Palautelomake.....	38
	Liite 6. Näyttelyn valokuvat.....	39

1 JOHDANTO

Saattohoitoa tarvitsee noin 15 000 potilasta vuositasolla. Noin puolet saattohoidosta tapahtuu saattohoitoyksikössä. Saattohoitokoteja suomessa on neljä (Pirkanmaan hoitokoti, Terhokoti, Karinakoti sekä Koivikko-koti). Saattohoitokotien lisäksi sairaaloissa on saattohoitoon erikoistuneita yksiköitä. (Valvira, saattohoito.)

Kaikkien kuolevien potilaiden tulee saada oireenmukaista hoitoa. Tähän potilasryhmään kuuluvat esimerkiksi syöpäpotilaat, ALS-potilaat tai keuhkohtaumatautia sairastavat potilaat sekä monet muut. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus, 2012.)

Suomessa asuvien islaminuskoisten henkilöiden määrä on jatkuvassa kasvussa. Hoitohenkilökunnan keskuudessa tuntemus islamilaista kulttuuria kohtaan ei kuitenkaan vielä ole aina riittävää. (Maïche 2010, 7.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on näyttelyn muodossa lisätä hoitotyön valmiutta kohdata islamilaisesta kulttuurista tulevia kuolevia potilaita sekä heidän omaisiaan. Opinnäytetyössä käsittelem erityispiirteitä islaminuskoisen potilaan hoitotyössä saattohoidon aikana sekä kuoleman jälkeen sairaalassa tai saattohoitokodissa.

Opinnäytetyön aihe on tärkeä, koska monikulttuurisuus lisääntyy maassamme koko ajan ja erilaisista uskontokunnista tulevia potilaita täten on myös enenevässä määrin. Eri kulttuurien tapojen tunteminen mahdollistaa entistä paremmin potilaan yksilöllisen kohtaamisen.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on pitää näyttely TAMKin hoitotyön opiskelijoille islaminuskaisen potilaan saattohoidosta.

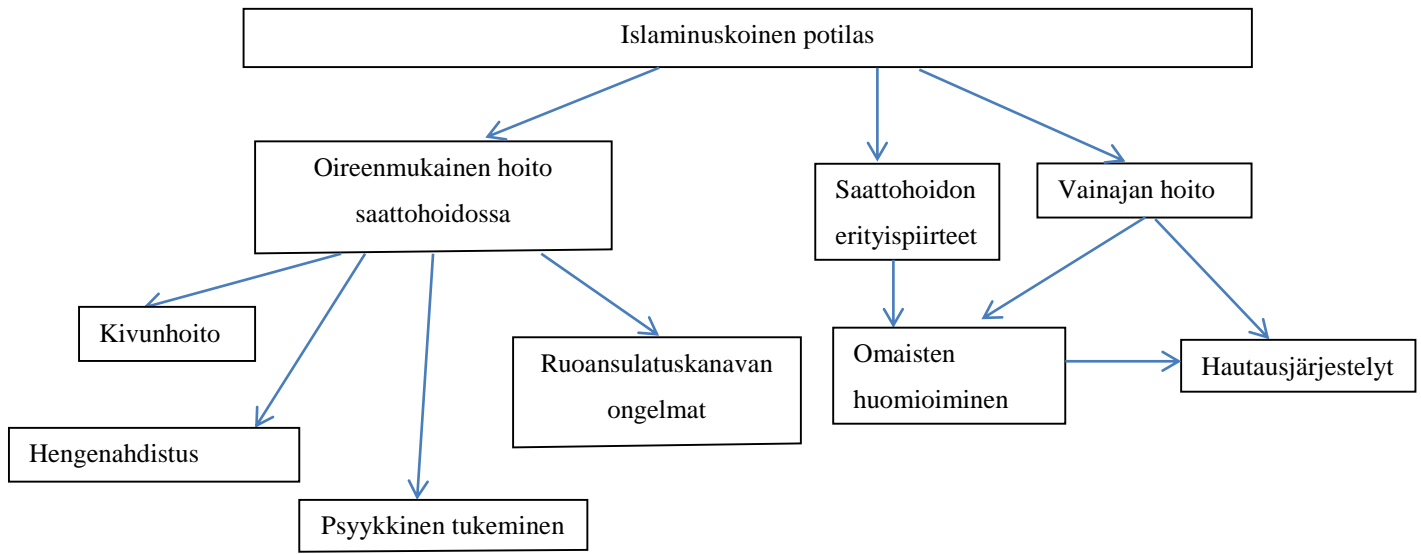
Opinnäytetyön tehtävät:

- 1) Mitä on hyvä saattohoito
- 2) Miten huomioida islaminuskaisen potilaan sekä hänen omaistensa vakaumus ja kulttuuri saattohoidon aikana
- 3) Millaisia erityispiirteitä vainajan hoidossa on kun potilas on muslimi
- 4) Mitä tekijöitä tulee huomioida hyvän näyttelyn toteuttamisessa

Opinnäytetyön tavoitteena on edistää opiskelijoiden valmiuksia kohdata islaminuskaisia kuolevia potilaita ja heidän omaisiaan.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Suomessa asui vuonna 2010 n. 40 000 islaminuskoista henkilöä. Lukumäärä on jatkuvassa kasvussa. (Maïche 2010, 7.) Islamilaisseurakuntien jäseninä heistä oli vuoden 2009 loppuun mennessä 8230 henkilöä (SVT: vuosikatsaus 2009).



KUVIO 1. Islaminuskoinen potilas saattohoidossa

3.1 Oireenmukainen hoito saattohoidossa

Jokaisen kuolevan potilaan tulee saada oireenmukaista hoitoa. On arvioitu että syöpäpotilaista joka kolmas tarvitsee saattohoitoa elämänsä viimeisten viikkojen aikana. Hoidossa tärkeää on oireiden sekä niiden aiheuttaman kärsimyksen lievittäminen silloin kun perussairaus ei ole enää hoidettavissa. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012.)

Tässä työssä käsitellään oireenmukaisesta hoidosta kivunhoitoa, hengenahdistusta, ruoansulatuskanavan ongelmia sekä potilaan psyykkistä tukemista (kuvio1).

3.1.1 Kivunhoito

Kipu on jokaisen potilaan kohdalla yksilöllinen ja subjektiivinen kokemus (Hänninen & Luomala 2013, 97). Kipuja kokee noin kolmasosa syöpäpotilaista ensimmäisenä sairausvuotenaan. Kivut lisääntyvät syöpälajista riippuen. 50 - 90% syöpäpotilaista kärsii kivuista sairauden loppuvaiheessa. Erityispiirteenä syöpätaudeissa on kuitenkin se, että kroonista kipua helpottamaan on mahdollista lähes aina löytää kivunlievitys erilaisin menetelmin. (Vainio 2004, 58.) Edenneen syövän kohdalla läpilyöntikipua on 70 - 80% potilaista. Läpilyöntikipuun lääkitys valitaan yksilökohtaisesti. Toiset lääkkeet alkavat vaikuttaa nopeammin, mutta ovat lyhytvaikutteisia kun taas hitaammin vaikuttamaan alkavat lääkkeet vaikuttavat pitemmän ajan. Syöpäpotilaiden kohdalla läpilyöntikipuihin opioidit ovat tehokas lääkeryhmä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012.) Kipulääkityksen ajoittamisessa pyritään ennakoimaan kipua sen sijaan, että odotettaisiin kivun ehtivän voimistua (Nurminen 2011, 302).

Kipua voidaan vielä saattohoitovaiheessakin hoitaa myös kipusädehoidon avulla. Tällainen kipusädehoito annetaan hyvin tarkkaan harkitusti, mikäli voidaan ajatella potilaan siitä selvästi hyötyvän. Kipusädehoidon kohteena ovat pehmytosatuumorit tai luustoetäpesäkkeet. (Duodecim, Kipu 2014.) Saattohoitovaiheessa kipusädehoitoa käytetään useimmiten kertahoitona. Täydellinen vaste saavutetaan 30 - 60% potilaista ja osittainen jopa 70-80% potilaista. (Vainio 2004, 76.)

Kivun säännöllinen hoito ja arviointi on hyvän hoidon perusedellytys. Hyvä tapa arvioida peruslääkkeen riittävyttä on seurata kivun voimakkuutta sekä läpilyöntikipulääkkeen kulutusta vuorokausittain. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012.) Kivun voimakkuutta mittaamaan voidaan käyttää myös erilaisia apuvälineitä. Kipumittarit sekä kipupiirroksiset ovat hyviä apukeinoja. Näiden avulla potilas itse voi kertoa kokemastaan kivusta numeraalisen asteikon, kipujanen tai piirroskuvan avustuksella. Piirroskuva auttaa paikallistamaan kivun. Myös erilaiset kipua kuvaavat termit auttavat kivun voimakkuuden ja laadun kuvaamisessa. (Kamppari 2014, 31 - 32.) Kipuun eivät vaikuta ainoastaan fyysiset tekijät. Kipuaistimusta voi lisätä myös potilaan henkinen pahoinvointi sekä potilaan suhtautuminen omaan tilanteeseensa. Oman lisänsä kipukokemukseen tuovat myös mm. väsymys, pelko ja ahdistus. (Hänninen 2001, 93.) Erilaiset tukiryhmät sekä terapiat voivat myös olla apuna kivun lievittämisessä (Vainio 2004, 89).

Syöpöpotilaan kivunhoidossa perustana on WHO:n porrasteinen kivun hoidon malli. Lääkkeellinen kivun hoito pystytään useimmiten toteuttamaan suun kautta otettavilla lääkkeillä loppuun saakka. Voimakkaan pahoinvoinnin, tajunnan tason alenemisen tai nielemisvaikeuksien kohdalla kuitenkin kipulääkitys voidaan antaa injektiona tai ihon alle asetettavalla kipupumpulla. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 123.) Saattohoitopotilaalla on usein käytössä useita lääkkeitä samanaikaisesti. Esimerkiksi vahvojen kipulääkkeiden aiheuttama ummetus vaatii usein lääkkeellistä hoitoa. Saattohoitovaiheen potilaat tarvitsevat useimmiten vaikeisiin ja keskivaikeisiin kipuihin tarkoitettuja lääkkeitä kuten morfiini, oksikodoni, fentanyl ja metadoni. (Hänninen 2003, 46 - 89.)

Kipua voidaan hoitaa myös lääkkeettömin menetelmin. Tällaisia ovat esim. hieronnat, asentohoidot, kylmä- ja lämpöhoidot sekä erilaiset rentoutumismenetelmät kuten musiikin kuuntelu tai lukeminen. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 124.)

3.1.2 Hengenahdistus

30 - 95%:lla saattohoitopotilaista on hengenahdistusta viimeisten elinviikkojensa aikana. Prosenttilukujen suuri jakauma johtuu erilaisista hengenahdistusta aiheuttavista sairauksista. Keuhkohtaumatautia sairastavien kohdalla prosenttilukema on jopa 90 - 95% kun taas muita syöpää kuin keuhkosyöpää sairastavilla lukema on 30-70%. Hengenahdistus voi johtua useista eri syistä. Hengenahdistuksen aiheuttaja voi olla esimerkiksi sairaus itsessään (esim. hengitysteitä haittaava kasvain), syöpähoidot, hengityslisheikkous tai psyykkiset tekijät. Potilaan kokemus hengenahdistuksesta voi olla voimakkaampi kuin miltä se ulospäin näyttää koska hengenahdistus on hyvin subjektiivinen kokemus. (Hänninen 2003, 133 - 135; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus 2012.)

Mikäli hengenahdistus johtuu kasvaimesta tai ahtaavasta keuhkosairaudesta ei sen patofysiologiaan ole juurikaan mahdollista vaikuttaa. Potilaan subjektiiviseen kokemukseen hengenahdistuksesta pystytään kuitenkin hyvin vaikuttamaan ja potilaan oloa helpottamaan. Tämä onkin ensiarvoisen tärkeää ja parantaa potilaan elämänlaatua sairauden loppuvaiheessa. Potilaan psyykkisen ahdistuksen lievittäminen rauhoittaa ja helpottaa myös potilaan fyysistä oloa hengenahdistuksen ollessa kyseessä. (Vainio 2004, 98 - 99.) Hengenahdistusta voidaan hoitaa usein eri tavoin lääkkeellisesti, lääkkeettömästi tai erilaisin hoitotoimenpitein riippuen hengenahdistuksen alkuperästä ja aiheuttajasta. Mi-

käli oire johtuu pleuranesteestä, voidaan sitä poistaa punktoimalla tai pysyvän tyhjentävän pleuradreenin avulla. Nämä ovat usein saattohoitovaiheessa riittäviä keinoja helpottamaan potilaan oloa. Myös sädehoidolla voidaan lievittää oireita paikallisesti, mikäli kyseessä on esim. kasvain keuhkoissa. Sädehoitoa saattohoitovaiheessa käytetään hoitokeinona hyvin harkitusti. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus 2012.)

Hengenahdistuksen lääkkeellisessä hoidossa tärkein lääkeryhmä on opioidit. Erityisesti morfiinin ja oksikodonin on todettu vähentävän hengenahdistusta merkittävästi. Opioidit vaikuttavat usein eri tavoin hengenahdistukseen. Ne esimerkiksi vähentävät kipua ja ahdistuneisuutta sekä vaikuttavat ydinjatkoksen hengityskeskukseen. Muita hengenahdistukseen käytettäviä lääkkeitä ovat metyyliksantiinit sekä jotkin neuroleptit. Myös joillakin muilla lääkeryhmillä voi olla hengenahdistusta lievittävää vaikutusta. Tärkeintä kuitenkin on muistaa, että hengenahdistuksenkin kohdalla lääkitys tulee muokata potilaskohtaisesti potilaan yksilölliset tarpeet huomioon ottaen. (Hänninen 2003, 140 - 142.)

Hengenahdistusta voidaan lievittää myös monin lääkkeettömin keinoin. Toisinaan pelkkä läsnäolo voi rauhoittaa potilaan oloa. Ikkunan avaaminen, asentohoidot ja rauhoittavat hengitystekniikat ovat hyviä keinoja oireen lievittämiseen. Potilasta voi myös auttaa hoitotoimenpiteiden tekeminen pienissä erissä jolloin kertarasitus vähenee. (Vainio 2004, 100.) Henkitorven ja suun imemistä pyritään välttämään, jotta potilaan hengenahdistus ei tätä kautta lisääntyisi (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 80).

3.1.3 Ruoansulatuskanavan ongelmat

Saattohoidossa olevien potilaiden syömisvaikeudet sekä ruoansulatuselimistön muut ongelmat voivat johtua useista eri syistä. Näitä syitä voivat olla esimerkiksi kakeksia, opioidien käyttö, itse sairaus tai siihen annetut hoidot. (Hänninen 2003, 152.) Potilaan ruokahaluun voivat vaikuttaa useat eri tekijät. Näitä voivat olla suun ongelmat, muuttunut makuaste, pahoinvointi tai suun alueen kasvain. (Vainio 2004, 109.)

Ruokahaluttomuuteen voidaan koittaa vaikuttaa esimerkiksi pienillä ruoka-annoksilla ja joustavilla ruoka-ajoilla. Potilaan toiveruoat pyritään ottamaan myös huomioon. Myös ruoan lämpötilaa ja koostumusta säätelemällä voidaan saada potilas syömään paremmin.

Kylmä tai huoneenlämpöinen ruoka aiheuttaa vähiten pahoinvointia. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 69 - 70.) Yksi merkittävimmistä syistä ruokahaluttomuuteen syöpäpotilailla on kakeksia-anoreksia joka on sairauden aiheuttama tila johon kuuluu merkittävää kuihtumista, pahoinvointia, ruokahaluttomuutta sekä fyysisen kunnon heikentymistä. Kakeksia myös nopeuttaa yli puolella syöpäpotilaista kuolemaa. Kakeksiaa esiintyy primaarina sekä sekundaarisena muotona. Primaarimuotoon ravitsemuksella ei pystytä vaikuttamaan, mutta sekundaarisessa muodossa ravitsemuksella voi merkitystä olla. (Hänninen 2003, 153 - 154.)

Nielemisvaikeuksia voi saattohoitovaiheessa olla useasta eri syystä. Näitä syitä ovat pään, kaulan ja ruokatorven alueen kasvaimet, limakalvojen kuivuminen, leikkauksen aiheuttamat muutokset tai lihasheikkous. Sosemainen tai nestemäinen ravinto voi helpottaa nielemistä. (Vainio 2004, 106.) Kuoleman lähestyessä nieleminen voi olla huomattavasti ruokailun aiheuttamaa mielihyvää raskaampi ponnistus. Pelkkä ruoan suussa pitäminen voi käydä voimille ja aiheuttaa potilaalle vaaratilanteen aspiraatoriskin vuoksi. (Hänninen 2003, 172.) Joillakin saattohoitopotilailla voi saattohoitoon siirtyessään olla käytössä perkutaaninen endoskooppinen gastrostooma eli peg-letku tai -nappi jonka kautta voidaan antaa kaikki ravinto sekä lääkkeet. Lisäravitus ja nesteytys on kuitenkin hyödytöntä, mikäli potilaalla on elinaikaa enää muutamia päiviä. (Vainio 2004, 107.)

Oksentelua ja pahoinvointia on sairauden loppuaikana 30-60% parantumattomasti sairasta potilaista (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012). Pahoinvoinnin syyt ovat moninaiset ja oirehdinta voi johtua useasta eri tekijästä. Pahoinvoinnin aiheuttajia voivat olla mm. lääkkeet, ummetus, suolistotukos, lisääntynyt limaneritys tai kasvain. (Hänninen 2003, 158 - 159.) Tärkeää hoidon suunnittelussa on pahoinvoinnin syyn selvittäminen jotta oire voitaisiin poistaa tai sitä saataisiin lievitettyä. Pahoinvoinnin taustalla kuitenkin usein on enemmän kuin yksi syy. Pahoinvoinnin estoon on olemassa useita eri lääkkeitä. Lääkkeet jaetaan vaikutusmekanisminsa perusteella ryhmiin. Eri ryhmien lääkkeet vaikuttavat mm. keskushermostoperäiseen pahoinvointiin, maha-suolikanavaperäiseen pahoinvointiin sekä lääkkeiden aiheuttamaan pahoinvointiin. (Vainio 2004, 112 - 113.) Mikäli potilas on niin rajusti pahoinvoiva, ettei pysty pahoinvoinnin estolääkitystä ottamaan suun kautta, voidaan hänelle antaa lääkitys ihonalaisena infuusiona. Useimmiten tähän on yhdistetty myös kipulääkitys. Runsaan oksentelun kohdalla on hyvä ottaa huomioon myös mahdollinen suolitukos. (Hänninen

2003, 160 - 161.) Suolitukos oireilee runsaalla oksentelulla sekä koliikkimaisilla vatsakivuilla. Paha suolitukos voidaan hoitaa kirurgisesti, mutta saattohoitovaiheessa kirurgiseen hoitoon hyvin harvoin päädytään. Tällöin oireita voidaan yrittää lievittää lääkkeellisesti. (Hänninen 2003 177 - 178; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus 2012.)

Yleisin opioidien aiheuttama sivuvaikutus on ummetus. Ummetusta pyritään ehkäisemään ennalta, mutta mikäli tässä ei onnistuta voidaan apukeinona käyttää suolen toimittamista. Ummetuksen syntyyn vaikuttavat opioidien lisäksi myös liikkumattomuus tai liikunnan selkeä vähentyminen, muutokset ravitsemuksessa, sairauteen liittyvät syyt, kuivuminen, psyykkiset tekijät sekä monet muut syyt. (Hänninen 2003, 163 - 164.) Saattohoidossa olevilla syöpäpotilailla ummetus on usein kroonista voimakkaasta kipulääkityksestä johtuen. Tällöin kipulääkityksen rinnalla useimmiten onkin laksatiivit osana hoitoa. Kroonista ummetusta hoidetaan usein eri laksatiivien yhdistelmällä. Siltikin saattohoitopotilaista joka toinen tarvitsee peräruiskeita ummetuksen hoidossa. (Vainio 2004, 116 - 118.)

Ripulia saattohoitopotilailla esiintyy huomattavasti harvemmin kuin ummetusta. Yksi ripulin aiheuttajista saattaakin olla ummetus tai osittainen suolitukos joka ilmenee ohivuotoripulina. Myös ummetuslääkitys tai imeytymishäiriöt voivat ripulia aiheuttaa. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus, 2012.) Saattohoidossa ripulia hoidetaan oireenmukaisesti. Suun kautta otettavaa nesteytystä suositaan. (Hänninen 2003, 166.)

3.1.4 Psyykkinen tukeminen

Parantumattomasti sairaiden potilaiden selviytymisprosessi on aina henkilökohtainen ja voi olla hyvin erilainen kunkin potilaan kohdalla. Oleellista on se, että potilas pääsee osallistumaan hänen hoitoonsa koskeviin päätöksiin. Potilaan avun tarve voidaan jakaa neljään osa-alueeseen: fyysiseen, psyykkiseen, hengelliseen sekä sosiaaliseen hyvään oloon. Apua tulisi saada yksilöllisesti, potilaan oma persoona huomioon ottaen. (Erikson & Kuuppelomäki 2000, 58 - 59.) Potilaan on tärkeää saada loppuun saakka olla oma itsensä kokien samalla huolenpitoa ja läheisyyttä. Omahoitajuuden merkitys saattohoi-

toivaiheessa korostuu. Omahoitajuudesta hyötyvät sekä potilas, hänen omaisensa että omahoitajakin. (Lipponen 2006, 24 - 25.)

Kuoleman lähestyessä voidaan käyttää termiä ennakoiva suru. Tällöin sekä kuoleva potilas, että hänen omaisensa alkavat valmistautua lähestyvään kuolemaan ja luopumiseen. Kuoleva potilas voi kokea luopumisen tuskaa hyvinkin erilaisista asioista. Hän voi surra menetettyä tulevaisuutta sekä asioita jotka jäävät kokematta ja toisaalta aivan konkreettisiakin menetyksiä esimerkiksi oman hiipuvan vartalon suhteen. (Aalto 2013, 75.) Potilaan olisi hyvä pystyä sisäistämään tilanteensa ja käsittelemään lähestyvää kuolemaa esimerkiksi asiantuntijoiden tai vertaistuen avustuksella (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito –suositus, 2012).

Usein nuorelle ihmiselle vakava sairaus ja lähestyvä kuolema ovat vaikeampia kuin iäkkäälle. Nuoret potilaat käyttävätkin iäkkäitä enemmän ammatillista psyykkistä tukea. Myös potilaan sukupuoli, elämäntilanne sekä sosiaalinen verkosto vaikuttavat siihen kuinka potilas sairauteensa sopeutuu. (Vainio 2004, 213 - 215.) Saattohoidossa pyritään synnyttämään luottamus potilaan ja hänen omaistensa sekä hoitohenkilökunnan välille. Turvallisuuden tunne ja hyvä olo helpottaa potilaan matkaa saattohoidossa. Omahoitajuus ja hoitosuhteen luominen on hyvänä apuna tässä. (Sand 2003, 94.)

3.2 Islaminuskoinen potilas

”Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 1992.)

Hoitotyö perinteisesti on määrittänyt ihmisellä olevan psyykkisiä, fyysisiä sekä sosiaalisia tarpeita. Lisääntynyt tietoisuus erilaisista kulttuureista on lisännyt myös kulttuuriset tarpeet yhtä tärkeään asemaan. (Abdelhamid 2010, 68.) Haasteellisuutta lisää se, että islaminuskoinen väestön koulutus-, kehitys- ja kulttuurierot voivat olla keskenään suuria (Maiche 2010, 13). Suomen islaminuskoinen väestö on hyvin monikulttuurista. Erottuvia ryhminä ovat somalit, turkkilaiset, iranilaiset ja arabit. Näidenkin ryhmien kes-

ken erottuu suuria etnisiä, uskonnollisia sekä kansallisia eroja. (Sakaranaho & Pesonen 1999, 8.)

Islaminuskoiset potilaat toivovat usein aktiivista hoitoa sairauden loppuun saakka. Rajalliset mahdollisuudet lääketieteessä kuitenkin hyväksytään. Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on tärkeässä asemassa. (Maïche 2010, 79)

Tämä opinnäytetyö rajataan käsittelemään islaminuskoisia potilaita sekä erityispiirteitä heidän hoitotyössään saattohoidon aikana ja kuoleman jälkeen. Työssä keskitytään käsittelemään potilaita jotka aktiivisesti harjoittavat uskontoaan.

3.2.1 Saattohoidon erityispiirteet

Muslimipotilas saattaa toivoa saavansa kuolla kotona. Mikäli tämä ei ole mahdollista toiveena on saada mahdollisimman rauhallinen huone sairaalasta. Huoneessa ei saa olla mitään uskonnollisia symboleja. Toiveena on, että lähiomainen saisi yöpyä potilaan luona sairaalassa. (Mäkynen 2012, 15.) Hoitohenkilökunnan toivotaan olevan samaa sukupuolta potilaan kanssa mikäli mahdollista (Laukkanen 2001, 94). Potilaan ihon paljastamiseen suhtaudutaan pidättyväisesti etenkin naispotilaiden kohdalla. Mikäli samaa sukupuolta olevaa lääkäriä ei ole saatavilla, on naispotilaan aviopuoliso, poika, setä tai eno mahdollisesti läsnä. (Maïche 2010, 50 - 51.) Päivittäisen hygienian hoidossa sairaalalaolosuhteissa potilasta voi olla auttamassa joku samaa sukupuolta oleva perheenjäsen, sukulainen tai ystävä. Potilas voi kuitenkin itse hyväksyä myös vastakkaista sukupuolta olevan hoitajan avun etenkin jos potilas ei ole uskontoa aktiivisesti harjoittava. (Kara 2015). Hygieniasta huolehtiminen on erittäin tärkeää islaminuskoisille. Päivittäisiin rukouksetkiin liittyy tietyt rituaalipesut viisi kertaa päivässä. (Maïche 2010, 53 - 54). Länsimaisessa kulttuurissa olemme tottuneet kohteliaana eleenä kättelemään silmiin katsoen ensimmäistä kertaa kohdattaessa. Islamin sääntöjä noudattava potilas ei kuitenkaan kätele vastakkaisen sukupuolen edustajaa. Silmiin katsominen tulkitaan epäkunnioittavana. (Maïche 2010, 41.)

Islamilaisessa kulttuurissa ruokavalion noudattaminen on tärkeää. Islaminuskoiset potilaat eivät syö sikaa missään muodossa. Myös alkoholin käyttö on kielletty. (Sakaranaho & Pesonen 1999, 147.) Kuitenkin lääkkeet joiden valmistuksessa sikaa on käytetty, hyväksytään, mikäli puhtaampia vaihtoehtoja ei löydy. Myös opiaatteja voidaan kivun-

lievitykseen käyttää. (Maïche 2010, 51, 82.) Usein toiveena kuitenkin on, että potilaalla ei käytettäisi lääkitystä joka vaikuttaa tarkkaavaisuuteen. Tämä hankaloittaa vahvojen kipulääkkeiden käyttöä. (Öun 2011, 10.) Ravintolisien tulee kuitenkin ehdottomasti olla sellaisia jotka islaminusko hyväksyy (Maïche 2010, 51). Islaminuskoiset henkilöt paastoavat vuosittain 30 päiväisen Ramadan-kuukauden ajan. Sairaat on kuitenkin vapautettu paastoamisesta joten saattohoidossa olevan potilaan ei paastoon tarvitse osallistua ellei hän itse sitä halua. (Laukkanen 2001, 93; Kara 2015).

Islamin uskoon kuuluu rukoushetki viidesti päivässä kasvot Mekkaan päin käännettynä. Ajankohdat on tarkkaan määritelty. (Laukkanen 2001, 92.) Potilaan ollessa vuodepotilaana voi hän rukoilla vuoteessa. Myös rukousta edeltävä rituaalipesu voidaan tehdä vuoteeseen. Rukoustila ei saisi toimia pesu- tai roskatilana eikä sen nurkassa saisi olla saniteettitiloja. (Maïche 2010, 30.) Tällaiset järjestelyt eivät aina ole mahdollisia, mutta potilas sopeutuu tilanteeseen ja toimii islamin uskon oppien mukaan niin hyvin kuin mahdollista on. Toiveena on, että henkilökunta kunnioittaisi sairaalassa potilaan rukoushetkiä. (Kara 2015.)

Islaminuskoisella ihmisellä on velvollisuus käydä katsomassa sairaalassa olevaa potilasta (Öun 2011, 8). Potilailla käykin usein paljon vieraita. Perheenjäseniä, ystäviä tai yhteisön jäseniä saattaa olla ympärivuorokautisesti potilaan vierellä. He auttavat potilasta päivittäisissä toimissa ja lukevat potilaan vierellä Koraania. Jos potilaalla ei ole Suomessa lähiomaisia voidaan hänen tahdostaan ottaa yhteys paikalliseen islamilaiseen yhteisöön. Koraania voi lukea kuka tahansa islaminuskoinen henkilö. (Kara 2015.)

Potilaan kuollessa, paikalla olevat islaminuskoiset lausuvat sanat: ”Totisesti kuulumme Allahille ja totisesti Hänen luokseen me palaamme.” Tämän jälkeen vainajan silmät suljetaan ja ruumis peitetään. (Mäkynen 2012, 17.)

3.2.2 Omaisten huomioiminen

Yleisesti ottaen omaiset ovat vahvasti mukana potilaan hoidossa saattohoitovaiheessa. He kokevat tärkeäksi toivon säilymisen hoitojakson aikana. (Sand 2003, 98.) Islaminuskoisilla potilailla omaisten osallistuminen hoitoon on hyvin tärkeää ja hoitohenkilökunnan toivotaan tätä kunnioittavan. (Kara 2015.)

Mikäli potilaan kielitaito on huono, saattaa hänellä olla omainen tulkkina. Tällöin potilas ei välttämättä saa kaikkea häntä koskevaa tietoa koska omaiset suojelevat potilasta huonoilta uutisilta. Kuoleman jälkeen omaisille esitetään osanotto. (Öun 2011, 8, 11.) Islamin uskon ohjeiden mukaan ihmisen tulee alistua jumalan tahdon edessä. Omaisten ei ole sopivaa ilmaista suruaan ääneen. Kärsivällisyys on hyve. (Maïche, 2010, 90.) Mieheensä menettäneen vaimon suruaika on neljä kuukautta ja kymmenen päivää. Tänä aikana hänen tulisi tehdä vain välttämättömät työt ja pidättäytyä kaikesta ylimääräisestä. Sukulaiset ja ystävät auttavat esim. käymällä kaupassa. (Mäkynen 2012, 22.)

3.2.3 Vainajan hoito

Kuoleman jälkeen vainajalle tehdään rituaalipesu islamin oppien mukaisesti. Pesu tulisi tehdä mahdollisimman pian kuoleman jälkeen. Rituaalipesun suorittavat samaa sukupuolta olevat luotettavat rituaalipesun käytännöt taitavat henkilöt. Poikkeuksena vainajan puoliso joka halutessaan voi olla mukana rituaalipesua tekemässä. (Mäkynen 2012, 25.) Tampereella yliopistollinen keskussairaala on osoittanut obduktiotilojensa yhteydestä tilan, jossa rituaalipesun pääsee suorittamaan, mikäli sen tekeminen osastolla ei ole mahdollista. (Kara 2015). Pesijät tuovat tarvittavat välineet mukanaan (ämpäri, kauha, sidriä, kamferia sekä pumpulia ja pyyhkeet). Myös pesijät itse puhdistautuvat pienesti ennen pesun aloittamista. Rituaalipesu (liite 1) tehdään tietyn kaavan mukaan. (Mäkynen 2012, 26.) Pesun ajan luetaan Koraania. Pesun jälkeen vainaja kääritään käärinliinoihin. Käärinliinoina voi toimia miesvainajalla hänen omat pyhiinvaelluksessa käytetyt lakanansa, mikäli hän on tehnyt pyhiinvaelluksen Mekkaan. Myös käärinliinojen pukemiseen on tarkat ohjeet (liite 2). Rituaalipesuun ja käärinliinojen pukemiseen kuluu aikaa noin tunti. Tämän jälkeen omaiset voivat tulla katsomaan vainajaa. (Mäkynen 2012, 29 - 31.) Toiveena olisi saada tehdä sekä rituaalipesu että hautaus saman vuorokauden aikana kuin vainaja on kuollut. Suomessa tämä käytännössä ei ole mahdollista etenkin talviaikaan. Kuoleman jälkeiset toimenpiteet tehdään niin pian kuin olosuhteiden puolesta on mahdollista. (Kara 2015.) Vainaja voidaan viedä arkussa ennen hautausta kotiin jossa läheiset pääsevät hänet hyvästelemään (Öun 2011, 12).

3.2.4 Hautausjärjestelyt

Hautaus voidaan järjestää heti kun hautauslupa on saatu. Hautausluvan saa kun potilas on todettu kuolleeksi ja mahdollinen ruumiinavaus on tehty. (Maïche 2010, 90.) Islaminuskoisille vainajille ruumiinavaus tehdään vain, mikäli oikeustieteellisistä syistä on pakko. Saattohoidossa olleille potilaille harvoin ruumiinavausta joudutaan tekemään. Polttohautaus on ehdottomasti kielletty Islamin oppien mukaan. (Kara 2015.) Islaminuskoisissa maissa vainaja haudataan pelkissä käärinliinoissa ilman arkkua. Suomen laki ei vaadi arkkuhautausta, mutta kunnat voivat kieltää ilman arkkua hautauksen. Usein Suomessa islaminuskoiset vainajat haudataan arkussa. (Kara 2015.) Vainaja asetetaan arkkuun oikeaan kylkiasentoon tai selinmakuulle. Hautaus tapahtuu kasvot Mekkaan päin mikäli mahdollista. (Mäkynen 2012, 31.)

Vuonna 2008 Suomessa oli yksi yleinen islamilainen hautausmaa sekä kolme yksityistä jotka olivat varattuja vain tiettyjen seurakuntien jäsenille. Lisäksi Suomessa on muutama hautausmaa joilla on islaminuskoisille oma alue. Tampereella tällainen löytyy Lamminpäästä. (Maïche 2010, 95; Kara 2015.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö tähtää esittämään työn visuaalisiin tai viestinnällisiin keinoihin. Se voi olla tapahtuma, osasto messuilla, opetustilanne tai vaikka näyttely. Lopputuotteena siis onkin aina jokin konkreettinen tuote. (Vilka 2003, 51.) Toiminnallisella opinnäytetyöllä tähdätään käytännön tasolla ohjeistamiseen. Tällainen työ yhdistää teorian tiedon sekä viestinnän toiminnan eri muotoina. (Vilka 2003, 9.)

Tässä työssä menetelmäksi valikoitui toiminnallinen opinnäytetyö, jotta sen kautta aihe tulisi monimuotoisemmin ja konkreettisemmin opiskelijoiden saataville. Näyttely yhdistää teorian tiedon visuaalisiin elämyksiin, jolloin ajatukseni mukaan opiskelijoille jää aiheesta enemmän mieleen. Samalla tuotteesta tulee omannäköiseni, persoonallinen tuotos, jossa pääsen haastamaan myös itseni.

Toiminnallisen opinnäytetyön raporttiosasta tulee esille kaikki toimintaan tähtäävä teorian tieto. Raporttiosa myös välittää lukijalle tiedon siitä miten toimintaosuus on onnistunut. Raporttiosasta selviää myös kuinka näyttelyn valmistelut ovat toteutettu ja minkälaista palautetta kävijät antoivat. (Vilka 2003, 55, 65.) Tämän työn raportissa kerrotaan lääketieteellistä teorian tietoa saattohoitopotilaan hoitotyöstä sekä islaminuskoisen potilaan hoitotyön erityispiirteitä.

Näyttelyn järjestämiseen liittyvät yksityiskohdat tulee käydä ilmi opinnäytetyön raporttiosasta. Useimmiten tämän kaltaiset tapahtumat ovat niin laajoja, että työ on paras toteuttaa parityönä. (Vilka 2003, 55.) Omassa työssäni päädyin kuitenkin siihen, että teen työn yksin koska työn tekemiseen piti saada yhdistettyä myös työnteko ja perhe-elämä. Näyttelyn järjestämisestä kerron tarkemmin opinnäyteprosessi –kohdassa.

4.2 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessi alkoi loppuvuodesta 2014 aihevalinnalla. Olin ollut samana syksynä kuuden viikon harjoittelussa saattohoitokodilla ja suuri kiinnostus saattohoitoa

kohtaan syntyi harjoittelun aikana. Olen aina ollut kiinnostunut erilaisista kulttuureista ja niiden tavoista. Aiemmat kokemukseni käytännön hoitotyössä ovat osoittaneet erilaisten kulttuuritaustojen lisääntymisen maassamme. Saattohoitokodilla yksilöllinen, potilaslähtöinen hoitotyö oli hyvin suuressa asemassa ja halusinkin lähteä syventämään omaa tietouttani erilaisten kulttuurien ja uskontojen vaikutuksista käytännön hoitotyöhön. Aluksi ajatukseni oli käsitellä työssä sekä islaminuskoisia potilaita, että kotimaan romaneita. Aihe hautui vuodenvaihteen yli ja muokkautui lopulliseen muotoonsa tammikuussa 2015, jolloin päätin rajata työn koskemaan ainoastaan islaminuskoisia potilaita. Islaminuskon valinta tutkimuskohteeksi nousi käytännön hoitotyön kokemuksista. Aikaisemmassa työpaikassani huomasin Tampereen seudulla olevan paljon islaminuskoisia potilaita. Koin rajauksen selkiyttävän työtä ja tekevän myös näyttelystä selkeämmän ja helpommin toteutettavan. Yksin opinnäytetyötä tekevänä oma rajallisuus oli huomioitava myös näyttelyn toteutuksessa.

Tammikuussa 2015 aloitin myös tiedonhaun ja suunnitelman tekemisen. Etsin teorian tietoa kirjoista sekä tutkimuksista. Helmikuussa 2015 vierailin Tampereen islamilaisessa seurakunnassa, jossa haastattelin seurakunnan puheenjohtajaa. Haastattelu antoi syvyyttä ja ymmärrystä teorian tiedolle. Haastattelu mahdollisti myös jatkokysymyksien esittämisen aiemmin luetun teorian tiedon tueksi. Haastattelu toi ilmi myös sen kuinka laaja kirjo islaminuskoisia henkilöitä maassamme asuu. Tämä tarkensi työn rajaamista vielä nimenomaan uskontoa aktiivisesti harjoittaviin potilaisiin. Opinnäytetyön suunnitelma valmistui helmikuun aikana. Tällöin aloin kirjoittaa työn teoriaosuutta.

Alusta asti oli suunnitelmana toteuttaa opinnäytetyö näyttelyn muodossa. Näyttelyn sisältöä suunnittelin teorian tietoa etsiessäni ja suunnitelma sisällöstä rakentuikin tätä kautta jouhevasti. Näyttelyn suunnitelma valmistui maaliskuun 2015 alussa. Maaliskuussa näyttelyn tilavaraus varmistui jolloin sain varmuuden sille, että käytössäni tilassa on hoitonukke.

Näyttely toteutettiin TAMKin tiloissa osana TAMK tutkii ja kehittää -päivää 23.4.2015. Näyttelyä edeltävästi tein esitteitä näyttelystä (liite 3). Esitteet olivat muutamaa päivää ennen näyttelyä nähtävissä koululla. Osalle ensimmäisen vuoden opiskelijoiden opettajista lähetin sähköpostilla mainoksen näyttelystä. Lisäksi näyttely mainittiin posterissa joka oli esillä saman päivän posterinäyttelyssä ja maininta näyttelystä oli myös TAMKin intranetissa.

Päivän aikana näyttelyvieraat saivat tulla tutustumaan vapaasti näyttelyyn jossa itse toimin oppaana. Näyttelyn sisältö koostui infopisteistä joissa oli pieninä infopaketteina tekstiä islaminuskoksen potilaan saattohoitoon liittyvistä erityispiirteistä. sekä itse ottamiani valokuvia (liite 4). Opinnäytetyö on omakustanteinen prosessi (Vilka 2003, 53). Tästä syystä päädyin siihen ratkaisuun, että otan valokuvat itse. Tällöin myös tekijänoikeuskysymykset ovat varmasti kunnossa kun kuvat on itse otettuja.

Hyvä näyttely huomioi erilaiset kävijäryhmät ja on rakenteeltaan sellainen, jossa kaikki informaatio on helposti saavutettavissa. Näyttelyssä olevien tekstiosuukien tulisi olla selkeitä ja helppolukuisia. Paras sijainti teksteille ja kuville on silmien korkeudella n. 90-150cm lattiasta. (Green 2000, 3-4, 9.) Pitkän pohdinnan jälkeen päädyin oman näyttelyni olevan sellainen johon kävijät saavat tulla vapaasti kulkemaan näyttelyn aukioloaikana ilman, että he olisivat sidottuja tiettyihin kellonaikoihin. Päätöksen tekemisessä hyödynsin omia kokemuksiani opiskelijana sekä kartoitin mielipiteitä tuttaviltani. Kartoituksen jälkeen tulin siihen lopputulokseen, että näyttely on helpommin lähestyttävä, mikäli sinne saa tulla vapaasti itselle sopivaan aikaan.

Tekstipakettien ja valokuvien lisäksi näyttelyssä oli käärinliinoiniin puettu hoitonukke esittämässä vainajaa. Itse olin vainajan luona kertomassa islaminuskoksen vainajan hoidosta sekä hautausjärjestelyistä. Käärinliinoinen pukeminen sekä rituaalipesu on niin erityinen osa-alue, että ajattelin pelkän tekstipaketin jättävän alueen liian ohueksi. Tästä syystä päätin olla itse kertomassa näistä asioista. Vastasin myös näyttelyssä heränneisiin kysymyksiin.

Näyttelytilassa sekoittuvat erilaiset äänet sekä taustahäly ovat häiritseviä tekijöitä. Taustamusiikin tarpeellisuus pitää arvioida tarkkaan. (Green 2000, 10.) Päädyin laittamaan näyttelyn taustalle soimaan islamilaisia rukouskutsuja enkä kokenut niiden näyttelyä häirinneen.

Näyttelystä poistuttaessa pyysin kävijöiltä palautteen palautelomakkeen muodossa (liite 5). Lomakkeen tein mahdollisimman yksinkertaiseksi ja nopeasti täytettäväksi, jotta mahdollisimman moni kävijöistä sen täyttäisi. Palautelomakkeessa rastitettiin mistä lähteestä kävijä oli näyttelystä kuullut, saiko kävijä näyttelystä uutta tietoa sekä kokiko kävijä näyttelyn hyödylliseksi. Lisäksi halutessaan sai kirjoittaa vapaata palautetta.

Näyttelystä saadun palautteen avulla pystyin arvioimaan onnistumistani sekä miettimään mahdollisia jatkotutkimuskohteita. Lisäksi näyttelyssä oli vieraskirja johon kaikki kävijät kirjoittivat nimensä.

5 POHDINTA

5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyötä tehdessä aineiston rehellinen tulkinta on hyvin tärkeää. Tutkija ei voi lähteä tekemään työtä omista ennakkokäsityksistään. Rehellinen tulkinta johtaa luotattaviin tuloksiin. Luotettavuus ja eettisyys kulkevat työssä rinnakkain toisiaan tukien. (Tuomi 2008, 143.) Tätä työtä tehdessä pyrin etsimään mahdollisimman luotettavia hyviä lähteitä lähdekritiikkiä unohtamatta. Lähdekirjallisuutena oli useita oppikirjoja jotka ovat tarkoituksensa vuoksi varmasti tarkasti tarkastettuja. Lähteenä käytin myös joitakin tutkimuksia jotka ovat käyneet vertaisarvioinnin läpi. Tavoitteena oli löytää mahdollisimman tuoreita lähteitä, mutta käytössä oli myös vanhempia teoksia joista uusia painoksia ei ole tehty. Tärkeänä osana tiedonhankintaa oli asiantuntijahaastattelu joka syvensi teoretietoa sekä omia aiempia kokemuksiani. Tiedonhankinnassa on käytetty myös Käypä hoito –suosituksia sekä Valviran ja oikeusministeriön verkkosivuja. Lähdeviittaukset sekä lähdeluettelo on tehty TAMKin kirjallisen raportoinnin ohjeen mukaan. Opinnäytetyön tekemiseen tein tutkimuslupahakemuksen TAMKille. Hakemuksessa liitteenä oli työn suunnitelma. Asiantuntijahaastattelua tehdessä informoin haastateltavaa henkilöä työn tarkoituksesta, tehtävistä ja tavoitteista. Näyttelyn palautelomakkeen (liite5) sai täyttää anonymyminä.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä raportointi ja toiminta kulkevat läpi työn käsi kädessä. Kokonaisuus on se joka ratkaisee ja tekee työstä hyvän ja luotettavan. Molempien osuuksien tekeminen vaatii paljon huomiota. (Vilka 2003, 83.) Raporttiosaa kirjoittaessa teinkin koko ajan näyttelyn suunnitelmaa ja rakennetta mahdollisimman valmiiksi jotta kaikki osa-alueet tulisivat mahdollisimman hyvin huomioituiksi. Samalla etsin tietoa hyvin toimivan näyttelyn tekemisestä jotta näyttelystä tulisi rakenteeltaan mahdollisimman toimiva ja hyvä.

5.2 Prosessin ja tulosten tarkastelu

Opinnäytetyöprosessiin kuuluu osana myös oman työn arviointi jossa pohditaan työn eri vaiheita sekä onnistumista (Vilka 2003, 154 – 155). Koska työn tein yksin, oli arviointikin suoritettava yksin. Oma työskentelyprosessiani olisi saattanut vauhdittaa ja helpottaa se jos olisin työn tehnyt jonkun toisen kanssa. Kuitenkin koin liian haastavaksi

aikataulujen sovittamisen omien perhekuvioideni vuoksi. Etenkin siitä syystä, että olen työtä paljon tehnyt öiseen aikaan.

Opinnäytetyöprosessia helpotti se, että aihe oli itseäni kiinnostava ja aihe nousi omista mielenkiinnon kohteista. Menetelmänä toiminnallinen opinnäytetyö tuntui myös kaikkein omimmalta vaihtoehdolta. Näyttelyn järjestäminen tuntui mielekkäältä. Olen hyvin sosiaalinen ja haastan mielelläni itseäni erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa. Koen myös kohderyhmän saavan työstä suurimman hyödyn silloin kun toiminta on sellainen jossa on mahdollisuus keskustella kasvatustien tekijän kanssa.

Työn tekeminen oli kaikkea muuta kuin helppo prosessi. Työ on toteutettu erittäin nopeutetulla aikataululla ja tämä aiheutti sen, että koko prosessia leimasi kiire. Vaikeinta prosessissa oli sen aloittaminen. Järkevämpi ajankäytön hallinta ja suunnittelu olisi varmasti helpottanut työn tekemistä huomattavasti. Ajoittain työn tekeminen tuntui täysin ylivoimaiselta ajatukselta ja motivaatio oli kadoksissa moneen kertaan. Opinnäytetyön ohjaajani oli avainasemassa motivaation nostamisessa ja hänen kannustuksellaan työ etenikin. Työn edistymistä helpotti myös erittäin sujuva yhteydenpito asiantuntija-haastattelun antaneeseen henkilöön.

Hyvä teoriapohja helpottaa toiminnallisen opinnäytetyön tekemistä (Vilka 2003, 43).

Teoriatietoa aiheesta löytyi melko helposti niin saattohoidon kuin islaminuskoksen potilaan hoidonkin osalta. Oma kokemus saattohoitokodilta auttoi sisäistämään työn teoriaosuutta sekä arvioimaan lähteiden luotettavuutta. Mikäli työn olisin tehnyt väljemmällä aikataululla, olisi minulla ollut parempi mahdollisuus etsiä myös kansainvälisiä tutkimuksia aiheesta. Tiukan aikataulun vuoksi englanninkielinen materiaali oli rajattava pois. Tästä syystä myös suomenkielisissä lähteissä tutkimuksia oli vain muutama. Lähteaineisto oli pääosin kirjallisuutta. Mikäli aika olisi riittänyt, olisi molemmilla kielillä hyviä tutkimuksia ollut käytettävänä runsaasti ja täten työstä olisi tullut varmasti laadukkaampi.

Unohdin merkitä posteriin näyttelyn kellonajan, joten n. 6-8 henkilöä kävi paikalla jo ennen näyttelyn alkamista jolloin valmistelut olivat vielä kesken. Tämän jälkeen kävin posterin viereen merkitsemässä myös kellonajan.

Näyttelyn sijainti ei ollut paras mahdollinen kävijöiden kannalta. Ohikulkua näyttelytilasta ei juurikaan ole, joten satunnaisia kulkijoita paikalle ei eksynyt. Seitsemästätoista

palautelomakkeeseen vastanneesta kaikki olivat tiedon näyttelystä saaneet etukäteen. Kolme kävijöistä oli tiedon saanut esitteen kautta, kaksi TAMK:n intranetista, yksi opettajalta, yksi sähköpostitse ja kymmenen posterinäyttelystä. Näyttelyn sijaintia määrittä se, että näyttelyyn tarvittiin potilassänky sekä hoitonukke. Tällöin mahdolliset paikat näyttelyn pitämiseen rajautuivat hoitoluokkiin.

Näyttelyn kävijämäärä jäi melko pieneksi. Näyttelyssä kävi vain 18 henkeä. Näyttelyvieraat esittivät paljon kysymyksiä ja olivat kiinnostuneita aiheesta. 17 näyttelyvierasta täytti palautelomakkeen. Kaikki näyttelyssä käyneet kokivat näyttelyn olleen hyödyllinen. Kahdelle kävijälle näyttelyssä esille tullut informaatio oli ennestään jo tuttua, mutta silti he kokivat näyttelyn olleen hyödyllinen. Laajempi tiedottaminen esimerkiksi sähköpostitse mahdollisesti olisi lisännyt kävijämäärää. Olen kuitenkin tyytyväinen siihen miten näyttelyssä käyneet ihmiset näyttelyyn suhtautuivat ja koin heidän osaltaan päässeeni tavoitteeseeni opinnäytetyössä.

5.3 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Kulttuurien monimuotoisuus lisääntyy Suomessa koko ajan ja erilaisten uskontokuntien edustus kasvaa jatkuvasti. Mielestäni tarve tälle opinnäytetyölle oli olemassa. Myös saattohoitoa kehitetään koko ajan ja tietoisuus hyvästä yksilöllisestä, potilaslähtöisestä hoitotyöstä lisääntyy jatkuvasti. Jotta jokaisella potilaalla olisi mahdollisuus saada oman kulttuurinsa ja uskontonsa erityispiirteitä huomioivaa hoitoa, tarvitaan tietoa jo opiskeluaikana. Opiskelijat toimivat myös lähettiläinä kenttätyöhön ja vievät oppimaansa tietoa harjoittelupaikkoihin sekä tuleviin työpaikkoihinsa. Kuolevia potilaita kohdataan hoitotyön lähes jokaisella osa-alueella jolloin työstä nouseva tieto on avuksi myös muualla kuin pelkissä saattohoitoon erikoistuneissa hoitopaikoissa. Oma tietoisuuteni islaminuskoisten potilaiden hoidon erityispiirteistä on lisääntynyt huomattavasti opinnäytetyöprosessin aikana. Itse koen hyvin tärkeänä asiana sen, että ihmisten eriarvoinen kohtelu yhteiskunnassamme loppuisi. Tutustuminen toisten kulttuurien ja uskontojen toimintatapoihin lisää ymmärrystä ja vähentää epätietoisuuden aiheuttamia kulttuurien yhteentörmäyksiä.

Jatkotutkimusehdotuksina esitän myös muiden kulttuurien ja uskontojen tutkimista niin saattohoidon kuin muunkin hoitotyön osalta

LÄHTEET

Aalto, K. 2013. Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki. Kirjapaja.

Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2010. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki. WSOYpro Oy

Green, S. 2000. Tekstin päivitys ja muokkaus Pylysy, E. & Salovaara, S. 2008. Tekstin päivitys ja muokkaus Wiljanen, A-M. 2009. Saavutettava näyttely. Miten tehdä näyttelystä toimiva. Helsinki. Kulttuuria kaikille –palvelu.
http://www.kulttuuriakaikille.fi/doc/tietopakettit_ja_oppaat/saavutettava_nayttely_ohje.pdf

Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. 2000. Porvoo. WSOY.

Hänninen, J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J. & Luomala, M. 2013. Elämän puu. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy.

Kamppari, J. 2014. Saattohoidon arki ja pyhä. Silta toiselle rannalle –hanke. Lahden diakonian instituutti.

Kara, M. 2015 Haastattelu 5.2.2015. Haastattelija Nyberg, P. Tampere.

Kipu. Duodecim. Julkaistu 2014.

http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661

Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2012. Käypä hoito –suositus.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=07391BB1BA177B8DB170E315FBAD8B16?id=hoi50063>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Laukkanen, M-B. 2001. Monikulttuurinen kuolema. Perustietoa eri uskontokuntiin kuuluvien hoitamisesta. Helsinki. SMS-Tuotanto Oy.

Lipponen, V. 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Maïche, A-G. 2010. Muslimi potilaana. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Mäkynen, S. 2012. Kuolema ja hautaus islamin mukaan. Iqra – Islam yhdistys ry.

Nurminen, M-L. 2011. Lääkehoito. Helsinki. WSOYpro Oy.

Sakaranaho, T. & Pesonen, H. 1999. Muslimit Suomessa. Helsinki. Yliopistopaino.

Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkojulkaisu].

ISSN=1797-5379. Vuosikatsaus 2009, Väestö uskonnollisen yhdyskunnan mukaan 2003 - 2009 . Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 9.2.2015].

Saantitapa: http://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/2009/01/vaerak_2009_01_2010-09-30_tau_008.fi.html

Tuomi, J. 2008. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. 1. – 2.painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vainio, A. & Hietanen, P., 2004. Palliatiivinen hoito. Kustannus Oy Duodecim.

Valvira. Saattohoito. Luettu 14.11.2014

http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito

Vilka, H. & Airaksinen, T., 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Gummerrus kirjapaino Oy.

Öun, I. Geriatrian erikoislääkäri. 2011. Monikulttuurinen kuolema. Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaina. Tampere 23.3.2011. Alma.

LIITTEET

Liite1. Rituaalipesu

1 (2)

Pesun suoritus

Itse pesu alkaa sillä, että ruumista kohotetaan istuma-asentoon, jotta suolisto saadaan tyhjäksi mahdollisista suolistoon jääneistä jätteistä. Samanaikaisesti kun toinen henkilö tukee vainajaa, toinen henkilö painelee kevyesti mahan seutua alaspäin. Tämän jälkeen vainaja asetetaan takaisin selin makuulle ja pesu voi alkaa. Jos sidriä ei ole saatavilla, pesun voi tehdä myös saippualla ja vedellä.

Sidr on lootuspuun lehdistä tehtyä jauhetta, joka sekoitetaan veteen. Suhdanne on n. 2 dl:8 litraan vettä. Kun taas kamferia, jota lisätään viimeiseen veteen, on hajustetta ja sen suhdanne on n. 1 – 2 rkl: 8 litraan vettä.

Pesu sisältää:

1. kohota vainajaa ja paina vatsa
2. alapesu
3. wudu
4. sidriä sisältävä vesi
5. huuhtelu pelkällä vedellä parittomia kertoja
6. lisää kamferi ghuslia varten laitettavaan viimeiseen veteen
7. kampa tai siisti varovasti vainajan hiukset ja letitä hiukset kolmelle letille
8. kuivaa vainaja hyvin pyyhkeellä ja vaihda kuiva liina peittämään awraa
9. nosta arkkuun/alustalle, jossa käärinliinat valmiiksi asetettu

Wudu tehdään seuraavasti:

- ♣ pesijä pesee ensimmäisenä vainajan kämmenet
- ♣ pesijä pyyhkii märällä pesulapulla vainajan suun ja sieraimet, varoen, ettei vettä joudu niihin
- ♣ vainajan kasvot huudellaan kolme kertaa
- ♣ vainajan kädet huudellaan kyynärpäihin asti; ensin oikea, sitten vasen käsi, kukin kolme kertaa

2 (2)

- ♣ vainajan hiukset pyyhitään ja korvat pyyhitään myös varovasti, niin ettei niihin mene vettä sisään
- ♣ vainajan jalkaterät pestään nilkkoihin saakka kolme kertaa

Ghusl tehdään seuraavasti:

- ♣ pesijä pesee vainajan aloittaen oikealta puolelta kehoa ja mukana olevat pesijät auttavat kohottamaan vainajaa oikealta puolelta itseensä päin, jotta vainajan oikeanpuoleinen selkä tulee myös pestyä. Pesijä toistaa saman myös vainajan vasemmalle puolelle ruumista. Vainajaa ei saa kääntää pesun aikana vatsalleen, vaan sen tulee joka hetki olla selällään. Hajustetta voidaan myös laittaa rukouksessa koskettaviin paikkoihin, varpasiin, polviin, kämmeniin, nenänpäähän ja otsaan. (Mäkynen 2012, 27-29)

Wudu ja ghusl ovat rituaalipesun osa-alueita.

Liite 2. Käärinliinat

Kuolinvaate **miehille** laitetaan seuraavasti:

Miehen kankaita on kaiken kaikkiaan kolme kappaletta

Izar laitetaan alimmaiseksi peittämään vainajan intiimiosat. Mitoiltaan izar on n. 1 m, joka otetaan pois kun muut kankaat ovat paikallaan tai riittävän peittäviä

Sitten asetetaan kolme suurempaan kangasta yksitellen vainajan ylle, aloittaen oikealta puolelta. Näiden kankaiden mitta on 150 cm x 250 cm/kpl

Kankaat sidotaan kankaasta leikatuilla nauhoilla, 5 – 7 nauhalla. Solmut tulee olla vainajan vasemmalla puolella eikä kovin tiukkaan sidottuna.

Kuolinvaate **naisille** laitetaan seuraavasti:

Naisen kankaita on kaiken kaikkiaan viisi kappaletta

Izar asetetaan ensimmäisenä ja tämä on mitoiltaan n. 1 m

Sitten laitetaan khamis, olalta polviin/nilkkoihin ulottuva pitkä kaapu, jonka sivut ovat auki ja pääntie leikattuna

Sen jälkeen asetetaan huivi vainajan päähän, huivin mitta tulee olla tarpeeksi iso peittämään naisen pää eli noin 1 m.

Tämän jälkeen asetaan kaksi suurempaa kangasta yksitellen vainajan ylle, aloittaen oikealta puolelta. Näiden kankaiden mitta on 150 cm x 250 cm/kpl joka ulottuu kaulasta nilkkoihin

Kankaat sidotaan kankaasta leikatuilla nauhoilla, 5 – 7 nauhalla. Solmut tulee olla vainajan vasemmalla puolella eikä kovin tiukkaan sidottuna. (Mäkynen 2012, 30.)



NÄYTTELY
ISLAMINUSKOISEN
POTILAAN SAATTOHOITO
TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

23. HUHTIKUUTA 2015
KLO 12.30-16

LUOKKA P3-14

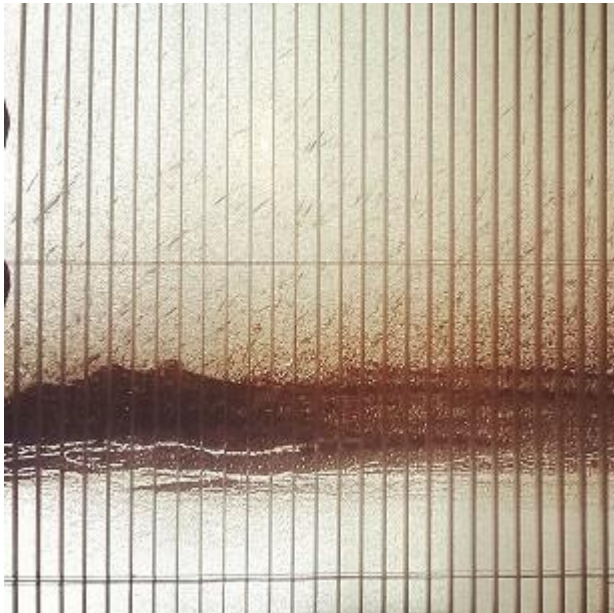
Tervetuloa tutustumaan vapaasti klo 12.30-16 välisenä aikana.

PÄIVI NYBERG

Liite 4. Valokuvat sekä tekstipaketit

1 (7)











Tekstipaketeista liitteenä vain tekstit:

Intimiteetti

- samaa sukupuolta oleva hoitaja/lääkäri mahdollisuuksien mukaan
- samaa sukupuolta olevat omaiset/ystävät usein avustamassa henkilökohtaisen hygienian hoidossa
- silmiin katsominen voidaan tulkita epäkunnioittavana

Rukoukset

- viidesti päivässä
- vuodepotilas voi suorittaa rukouksen vuoteessa
- rukousta edeltävä rituaalipesu voidaan tehdä vuoteeseen
- henkilökunnan toivotaan kunnioittavan rukoushetkeä

Lääkehoito

- opiaatit käyvät kivunlievitykseen, mutta toiveena välttää lääkkeitä jotka vaikuttavat tarkkaavaisuuteen
- lääkkeet, joissa käytetty sikaa hyväksytään, mikäli puhtaampaa vaihtoehtoa ei löydy
- ravintolisien oltava islaminuskon hyväksymiä

Ravinto

- ei sianlihaa
- ei alkoholia
- ei veriruokia
- liivate sallittu joissain tapauksissa
- saattohoidossa potilaan ei tarvitse osallistua paastoamiseen

Rituaalipesu

- pesijät samaa sukupuolta vainajan kanssa
- luotettuja muslimeita, jotka eivät ilmaise vainajan tilaa pesutilanteessa
- pesun säännöt ja rituaalit osaavia henkilöitä (2-3)
- pesu suoritetaan sairaalan/hoitolaitoksen osoittamassa tilassa mahdollisimman pian kuoleman jälkeen
- pesijöiden tulee puhdistautua itse ennen pesua

- rituaalipesu kestää n. tunnin

Käärinliinat

- puetaan vainajan ylle heti rituaalipesun jälkeen
- materiaali valkoista tai raidallista, ei saa näkyä läpi
- liinat voidaan hajustaa etukäteen tuoksuilla
- miehen kuolinvaatteessa kankaita 3kpl
- naisen kuolinvaatteessa viisi kangasta
- kuolinvaate sidotaan 5-7 kankaasta leikatulla nauhalla, solmut vasemmalle puolelle

Hautaus

- mahdollisimman pian kuoleman jälkeen (jopa alle vrk)
- ilman arkkua mikäli mahdollista
- arkku mahdollisimman yksinkertainen, ei ristipääruuveja
- vainaja arkkuun oikealle kyljelle tai selälle
- hautaus kasvot mekkaan päin

Liite 5. Palautelomake

Kuulin näyttelystä

- esitteestä
- posterinäyttelystä
- opettajalta
- muu _____

Sain näyttelystä uutta tietoa

- kyllä
- en

Koin näyttelyn hyödylliseksi

- kyllä
- en

Voit antaa avointa palautetta halutessasi kääntöpuolelle

Liite 6. Näyttelyn valokuvat

1 (2)



