jamk.fi

Kuolemanpelkoisen ihmisen kohtaaminen hoitotyössä

Kirjallisuuskatsaus

Annmari Tuomijärvi
Suvi Työranta

Opinnäytetyö
Toukokuu 2017
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Sairaanhoitaja (AMK)

Jyväskylän ammattikorkeakoulu
JAMK University of Applied Sciences

jamk.fi

Kuvailulehti

Tekijä(t)	Julkaisun laji	Päivämäärä
Tuomijärvi, Annmari Työranta, Suvi	Opinnäytetyö, AMK	Toukokuu 2017
	Sivumäärä 51	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x

Työn nimi
Kuolemanpelkoisen ihmisen kohtaaminen hoitotyössä
Kirjallisuuskatsaus

Tutkinto-ohjelma
Hoitotyön koulutusohjelma

Työn ohjaaja(t)
Matilainen Irmeli

Toimeksiantaja(t)

Tiivistelmä

Kuolemanpelkoisen ihmisen kohtaaminen on monivaiheista ja se on jokaisen sairaanhoitajan tehtävä jossain vaiheessa työuraansa. Kuolemanpelko on globaali ilmiö, eikä se poistu koskaan ihmisistä. Kaikki ihmiset eivät pelkää kuolemaa, mutta pelkääminen on hyvin yleistä ja tutkimukset osoittavat, että hyvin moni kuitenkin jossain elämän vaiheessa pelkää kuolemaa. Kuolemanpelko voi joskus muuttua kuoleman ahdistukseksi ja tällöin hoitotyön merkitys sekä ihmisen kohtaamisen taito korostuvat.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ja kuvata kuolemanpelkoa ja kuolemanpelkoisen ihmisen kohtaamista hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on koota yhteen tietoa, jota voidaan hyödyntää hoitotyössä työskentelevien jatkokoulutuksessa ja herätellä työssään kuolemanpelkoa kohtaavia pohtimaan omia taitojaan ja ammatillisia lähtökohtiaan. Tiedonhaku opinnäytetyötä varten tehtiin kolmen hakukoneen ja manuaalisen haun perusteella. Lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen valittiin viisi tutkimusta, jotka täyttivät sisäänottokriteerit. Lisäksi opinnäytetyön aineistona käytettiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun ja Jyväskylän kaupungin kirjastojen tiedonhaun avulla löytyneitä teoksia. Opinnäytetyön tulokset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysimenetelmällä.

Tuloksia tarkastellessa nousi esiin kohtaamisen merkitys hoitotyössä ja erityisesti kuolevan ihmisen eettinen hoitaminen ja kohtaaminen. Kuolevan potilaan hoitotyössä painotettiin myös henkisen hyvinvoinnin hoitamista ja huomioimista. Sairaanhoitajalla tulisi olla perusosaaminen myös henkisen tuen antamiseen kokonaisvaltaisen hoitotyön onnistumisessa sekä monipuolinen ymmärrys kuolevan ihmisen voimavaroista ja peloista.

Kuolemanpelkoisen ihmisen kohtaaminen yksistään oli tuloksissa vähemmällä, mutta kuoleman ahdistuksen hoito oli merkittävässä asemassa tuloksia tarkasteltaessa.

Avainsanat (asiasanat)
Hoitotyö, kuolema, kuolemanpelko, pelko, kuoleman ahdistus, eettiset periaatteet, kirjallisuuskatsaus

Muut tiedot

jamk.fi

Description

Author(s)	Type of publication	Date
Tuomijärvi, Annmari Työranta, Suvi	Bachelor's thesis	May 2017
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 51	Permission for web publication: x

Title of publication

Encountering thanatophobic clients in nursing

Literature review

Degree programme

Degree programme in Nursing

Supervisor(s)

Matilainen Irmeli

Assigned by

Description

Communicating with thanatophobic patients involves many aspects and every nurse will necessarily do so at some point of their career. Thanatophobia—the fear of death/dying—is a global phenomenon, and will never cease to exist. Not everyone will fear death/dying, but it is quite common and studies have shown that many people fear death/dying at some point in their life. Thanatophobia can sometimes develop into anxiety about death/dying, which means that more skill is required when treating such patients.

The purpose of this bachelor's thesis is to investigate and describe thanatophobia and the encountering of thanatophobic patients in a nursing context. The goal is to collect information that might be of benefit to nursing professionals for advancing their expertise, and for people who encounter thanatophobia in nursing work to reflect on their expertise and professional standards. Three search engines and manual searches were used for information retrieval. Five search results were chosen for the final literature review, which met the intake criteria. In addition, publications from JAMK University of Applied Sciences and the Jyväskylä City Library were used in literature for the thesis. The results were processed by a database content analysis method.

When viewing the results, the importance of ethical encountering and, especially, treating the dying in a nursing context was raised. Nursing of dying patients also emphasized care and attention to mental well-being. A nurse should also have basic skills in providing mental support for the success of holistic nursing, as well as a versatile understanding of the resources and fears of dying patients.

The research results showed few matches for encountering thanatophobic patients, but treating anxiety towards death had significant importance in studies.

Keywords/tags (subjects)

Nursing, death, thanatophobia, fear, anxiety towards death, ethical principles, literature review

Miscellaneous

Sisältö

1 Johdanto 3

2 Kuolema ja pelko 4

2.1 Kuoleminen 4

2.2 Pelko tunteena 5

3 Kuolemanpelko ja kuoleman ahdistus 7

3.1 Kuolevan ihmisen kohtaaminen eettisesti hoitotyössä 11

3.2 Kuolemanpelkoisen ihmisen kohtaaminen 15

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite 17

5 Kirjallisuuskatsauksen suunnittelu ja toteutus 17

5.1 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä 18

5.2 Aineiston haku ja sisäänottokriteerit 19

5.3 Aineiston analyysi sisällönanalyysillä 23

6 Opinnäytetyön tulokset 25

6.1 Kuolemanpelko hoitotyössä 25

6.2 Tilanteet, joissa kuolemanpelkoa esiintyy 29

7 Pohdinta 35

7.1 Eettisyys ja luotettavuus 35

7.2 Tulosten tarkastelu 37

7.3 Johtopäätökset 38

Lähteet 41

Liitteet 46

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksessa aineistona käytetyt alkuperäisartikkelit 46

Kuviot

Kuvio 1. Pelon neurobiologia 6
Kuvio 2. Kuoleman ahdistus-malli 10
Kuvio 3. Yhteenveto suhtautumisesta kuolemaan ja siihen liittyvistä tekijöistä..... 12
Kuvio 4. Kuolemanpelon kohtaaminen hoitotyössä 25
Kuvio 5. Tilanteet joissa kuolemanpelkoa kohdataan..... 30

Taulukot

Taulukko 1. Kuolevan oikeuksien julistus..... 14
Taulukko 2. Sisäänottokriteerit 20
Taulukko 3. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku 22

1 Johdanto

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten kuoleva ja kuolemanpelkoinen ihminen kohdataan hoitotyössä ja millaisissa tilanteissa sairaanhoitaja kohtaa kuolemanpelkoisen ihmisen. Tavoitteena on tuottaa tietoa, mikä vahvistaa hoitohenkilöstön osaamista kuolemanpelkoisen ihmisen kohtaamisessa.

Opinnäytetyön päämäärä on tarkastella nykyisiä laatusuosituksia ja selvittää niiden mukaista työskentelytapaa. Opinnäytetyössä tarkastellaan kuolemanpelkoa ja siihen liittyvää hoidon tarvetta olettamatta, että ihminen on juuri sillä hetkellä kuolemassa, koska kuolemanpelkoa esiintyy muulloinkin, esimerkiksi oman tai läheisen sairastumisen yhteydessä. Omien kokemuksiemme perusteella opinnäytetyölle on tarve hoitotyössä ja opinnäytetyö tuottaa tutkittua tietoa työelämään hyvän hoidon toteutumisen mahdollistamiseksi.

Opinnäytetyön aihepiiriin liittyy saattohoito, joten tässä opinnäytetyössä hyödynnetään saattohoidon laatusuosituksia sekä kuolevan ihmisen hoitotyön eettisiä periaatteita. Saattohoidon tarkastelu on perusteltua tässä opinnäytetyössä, koska erityisesti elämän viime vaiheessa ollaan kuoleman kysymysten äärellä. Opinnäytetyön aiheen rajaamiseksi on jätetty ulkopuolelle uskonnot ja niiden ohjeet saattohoitoon, kuolevan ihmisen tai kuolemanpelkoisen ihmisen hoitotyöhön.

Kiinnostus aiheeseen syntyi työelämän kokemuksien perusteella ja haluun lähteä selvittämään kuolemaan liittyviä kysymyksiä tarkemmin. Sairaanhoitajan osaaminen ei aina ole riittävä kohtaamaan kuolemanpelkoista ihmistä. Grönlund ja Huhtinen (2011, 76) toteavat, ettei sairaanhoitaja-koulutuksessa Suomessa ole sovittua tai yhtenäistä opetussuunnitelmaa kuolevan ihmisen hoitotyöstä. Tämä on haaste osaamisen kehittämiselle hoitotyössä, koska jokaisen hoitoalalle kouluttautuneen ammattilaisen tulee osata hoitaa ja tukea kuolemanpelkoista, kuolevaa ja hänen omaisiaan kunnioittavasti.

2 Kuolema ja pelko

2.1 Kuoleminen

Lain mukaan ihminen on kuollut kun kaikki hänen aivotoimintansa ovat pysyvästi loppuneet (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta 27/2004, 2 §). Tilastokeskuksen mukaan (Syntyneitä vähemmän kuin kuolleita 2016 2017) Suomessa vuonna 2016 kuoli 53 629 henkilöä, joista suurin osa sairaalassa.

Kuoleman voi todeta laillistettu lääkäri, luvan saanut lääkäri tai laillistetun lääkärin tehtävää suorittava lääketieteen opiskelija. Kuoleman toteamisen jälkeen lääkäri päättää milloin vainaja voidaan kuljettaa ja aloittaa kuolemansyyn selvitysmenettelyn samalla informoiden omaisia, voidaanko kuolintodistus laatia vai tarvitaanko mahdollinen ruumiinavaus. (Valvira 2013, kuoleman toteaminen.)

Kuolemaa on tutkittu ja siihen on suhtauduttu pitkään yksinomaan fyysisenä ja biologisena tapahtumana lääketieteellisestä näkökulmasta. Teoreettisesti tiedetään mitä tapahtuu, kun ihminen kuolee ja mitä tapahtuu, kun hengitys pysähtyy ja sydämen syke lakkaa. Tiedetään sekin, että solunjakautumista tapahtuu vielä kliinisen kuolemisen jälkeen. Kuoleminen emotionaalisena ja henkisenä prosessina on jäänyt paljon vähemmälle huomiolle. Lääketieteellisten hoitojen päämääränä on parantaa sairaus ja tällöin ihmisen kuoleminen voidaan kokea tappiona. Koska hoitotyössä toimitaan huomioiden lääketieteelliset päämäärät auttaen ihmistä paranemaan, luodaan myös mahdollisimman suotuisat edellytykset sille, että hänestä tulee terve. Tällöin kuolemiselle ei jää tilaa. (Grönlund 2015, 14.)

Ihminen valmistautuu eläessään kuolemaan etenkin silloin, kun kuolemisen prosessi kestää pitkään. Hän valmistautuu siirtymään kuoleman jälkeiseen olotilaan, mikä se kunkin ihmisen käsityksen mukaan sitten onkin. (Mts. 16.)

2.2 Pelko tunteena

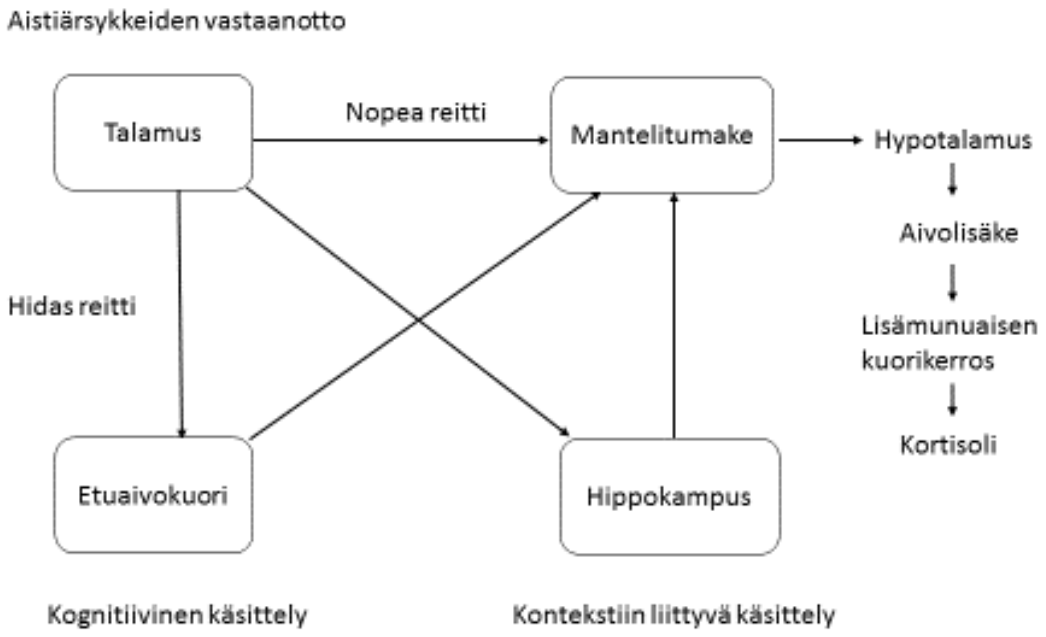
Suomen Mielenterveysseuran verkkosivulla kerrotaan, että pelko on selviytymistä tukeva, luonnollinen tunne ja erilaiset pelot saavat varautumaan vaaratilanteisiin. Ne voivat kanavoitua varovaisuudeksi, vastuullisuudeksi ja viisaudeksi, joita jokapäiväisessä elämässä tarvitaan. Pelko on siis tunne, jota ei voi välttää, mutta sen kanssa voi oppia elämään. Pelon voimakkuus voi vaihdella lievästä pelosta aina paniikkiin asti ja pelkojen kohteet ovat monenlaisia. Joku voi pelätä luontoa kuten eläimiä tai hyönteisiä, tai luonnonilmiöitä kuten pimeää, ukkosta ja myrskyä. Myös ennustamatonta tulevaisuutta, menetyksiä ja pettymyksiä voi pelätä. Pelko on epämukava tunne, eikä sitä ole välttämättä helppoa kohdata. Jos ihmiseltä puuttuu riittäviä keinoja käsitellä pelkoa, se voi olla helpompaa torjua ja torjuttu pelko vaatii naamiokseen toisia vahvoja tunteita. Pelkäävä saattaa tukahduttaa pelkoa esimerkiksi voimakkaan vihamielisyyden taakse. (Pelko n.d.)

Silloin kun pelko kasvaa paljon suuremmaksi mitä tilanne vaatii, eikä se mene ohi asianmukaisesti, puhutaan pelko- tai ahdistuneisuushäiriöstä. Tutkimukset osoittavat, että uhan havaittua ihmisen tarkkaavaisuus suuntautuu automaattisesti vaaraan. Tällöin ahdistuneisuus voi voimistaa vaikutusta. Pelon avulla ihminen havaitsee vaaran ja reagoi siihen, koska pelko on aktiivinen kielteinen tunnetila ja se saa aikaan paon tai välttämiskäyttäytymisen niissä tilanteissa, missä ihmishenki tai hyvinvointi on uhattuna (Kajaste 2011, 136–137.)

Pelko on perustunne ja siksi se on hyvin samankaltainen kaikkialla. Tuon tunteen tehtävä on vaaran kohtaaminen, mutta myös siitä selviytyminen. Silloin kun ihmisellä on tunne, että mitkään selviytymiskeinot eivät riitä, eikä hänellä ole keinoja hallita tuota tilannetta, pelko voi pitkittyä ja tällöin muuttua ahdistuneisuudeksi (Mts. 136–137.)

Pelkoreaktiolla on merkitystä niin somaattisen kuin psyykkisenkin oiremuodostuksen kannalta (ks. kuvio 1). Paineisten tunnetilojen ja stressin neutraloivan säätelyn voi-

daan olettaa tapahtuvan biologisen stressin ja mielen merkityksenannon psykologisien prosessien avulla. Tällä keinoin voidaan hahmottaa keskustelutuen ja vuorovaikutuksen merkitys psyykkisessä oirehoidossa. Pelko on voimakas aistimus, joka läpäisee mielen ja ihminen kokee sen epämääräisenä paineena jo ennen sen kognitiivista tunnistamista. (Idman 2013, 218-219.)



Kuvio 1. Pelon neurobiologia (alkup. kuvio ks. Idman 2013, 219)

3 Kuolemanpelko ja kuoleman ahdistus

Jokainen ihminen kuolee jonain päivänä ja toisinaan pelkkä ajatus siitä, että elämä loppuu, muuttuu monille todelliseksi kauhun tunteeksi. Yleensä ihmiset, jotka ovat kuolevan ihmisen lähellä, alkavat tuntea oman olonsa ahdistuneeksi ja he voivat kokea surua ja tuskaa. Kuolema on joskus niin raaka tosiasia, että moni välttää puhumasta siitä. Se saattaa liittyä siihen pelkoon, että myös heidän elämänsä on joskus päättymässä (Kun kuolemanpelko estää elämästä 2016.)

Suvasen mukaan Achté, Rouhunkoski & Lindfors (1987) kertovat, että kuolema ei yksistään kauhistuta ihmisiä, vaan se voi myös kiinnostaa heitä. Tämä ilmenee esimerkiksi siinä, että ihmiset seuraavat uutisista järkyttymättä luonnonkatastrofeista, sodista ja murhista. Jotkut käyttävät myös vapaa-aikansa väkivaltaa sisältävien tietokonepelien, televisiosarjojen, elokuvien tai kirjojen parissa. (Suvanen 2013, 5.)

Wahlbeck toteaa kirjassaan, että kuolemanpelko on kaikkien pelkojen äiti ja kuolemaa olisikin pelättävä, muuten ihminen saattaa asettaa itsensä alttiiksi turhille vaaroille. Kuolemanpelko saattaa joskus olla niin vahva, että ihminen ei uskalla elää. Elääkseen täyttä elämää ihmisen vain täytyy kestää ikuinen kuoleman läsnäolo elämässä. Kipu yleensä muistuttaa ihmistä kuoleman mahdollisuudesta ja joskus kipu voi olla täysin sietämätön. Tällöin ihminen saattaa valita mieluummin kuoleman. Tällaiseen päätökseen voidaan päätyä esimerkiksi tuskallisen sairauden myötä. Joskus myös kivun pelko voi olla vaikeampi kestää kuin varsinainen kipu. (Wahlbeck 2003, 133–134.)

Helsingin Sanomat viittaa verkossa julkaistussa artikkelissaan yhdysvaltalaistutkimukseen, jossa tutkijat ovat kertoneet, että alitajunnassa oleva kuolemanpelko saa ihmiset muun muassa ahnehtimaan, takertumaan tiukemmin maailmankuvaansa ja vieroksumaan erilaisuutta. Näin ihminen pyrkii välttämään ajatusta kuolemasta. Elämän rajallisuuden tiedostamisen on todettu olevan myös hyväksi terveydelle. Tutkimusyh-

teenveto kertoo, että elämän rajallisuuden tiedostaminen voi kannustaa jopa korjaamaan elintapoja, kuten tupakoinnin vähentäminen, aurinkosuojan käyttäminen ja liikunnan lisääminen. Artikkelissa kerrotaan myös Cambridgen yliopiston tutkimuksen tuloksesta. Tutkimuksen tuloksena on todettu, että mitä pidempään ihminen elää, sitä enemmän kuolema on elämässä läsnä. Tutkimukseen haastatellut yli 95-vuotiaat kertoivat elävänsä päivän kerrallaan, olleen näin valmiimpia kuolemaan. (Tommola 2016.)

Artikkelissa on viitattu myös psykologi Steve Taylorin traumaperäistä kasvua käsittelevään blogiin. Taylor kertoo blogissaan, että ikävien, epämääräisesti vainoavien ajatusten pakoilu voi ahdistaa. Jos kuoleman kohtaa silmästä silmään, se voi lisätä kiitollisuutta ja kykyä elää hetkessä. Taylorin mielestä elämme kulttuurissa, joka kieltää kuoleman. Meille on opetettu, että kuolema on jotain, jota meidän on vältettävä. Kuolema on myös jotain jonka me yritämme koko ajan unohtaa ja jos alamme miettiä omaa kuolemaamme, meistä tulee ahdistuneita ja masentuneita. Suuri osa kaikesta ihmisen käyttäytymisestä syntyy kuolemattomasta kuoleman pelosta. Tämä pelko luo perusteellista ahdistusta ja levottomuutta, jota yritämme kompensoida käyttäytymisellä, kuten tilannekatsauksella tai puolustelemalla voimakkaasti kulttuurimme arvoja. (Taylor 2014.)

Kuolema muistuttaa ihmisiä heidän haavoittuvaisuudesta ja rajallisuudesta. Se kertoo siitä, että tuleepa ihmisestä mitä tahansa, tulee hänkin katoamaan joku päivä. Jotkut ihmiset voivat muuttaa tämän tunteen niin suureksi, että heille kehittyy fobia kuolemaa kohtaan. Tällöin ihminen muuttaa oman pelkonsa järjenvastaiseksi paniikiksi. Ihmisestä saattaa tulla suvaitsematon kaikkea sellaista kohtaan, joka liittyy kuolemaan. Kuolemanpelkoon liittyy hämmennys siitä, että se on mukautuvaa ja se estää ihmistä altistamasta itseään vaarallisille tilanteille. Silloin kun tämä menee äärimmäisyyksiin ja kun pelko muuttuu fobiaksi, seurauksena voi olla todellinen lamaantuminen. Tästä voi muodostua paradoksi, jolloin kuolemanpelko estää elämästä. Kuolemanpelko voi tuoda mukanaan myös muita pelkoja joita ovat kivunpelko, pimeänpelko, tuntematttoman pelko ja kärsimyksen pelkääminen. Myös tunteet, jotka mielikuvitus ja tarinat sukupolvilta toisille ovat siirtyneet, piinaavat ja estävät elämästä nauttimisen. Silloin

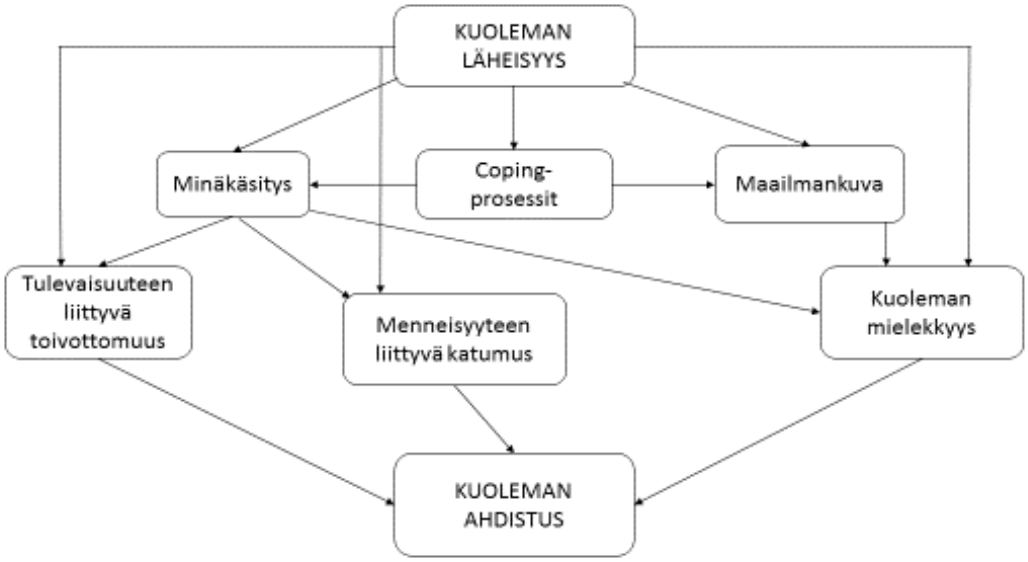
kun kuolemanpelko ei ole vielä muuttunut fobiaksi ja se ilmenee reaktiivisena, ei lamaannuttavina tai rajoittavina ajatuksina, voi käyttää muutamia strategioita sen hallitsemiseksi:

- **Hyväksy ajatus.** Kuolema on todellisuutta, eikä sitä voi muuttaa. Muuttaa voi sen, mitä tekee siihen hetkeen asti.
- **Usko johonkin.** Uskolla johonkin voi monesti olla voimaa luoda muutos.
- **Aseta huomiosi muualle.** Huomion voi asettaa muualle tästä pelosta ja sitä voi koittaa olla ajattelematta.

Mikäli ajatukset kuolemasta muuttuvat toistuviksi, ne tekevät olon epämukavaksi tai kuolemanpelko alkaa määrätä ihmisen elämää, tulisi hakea asiantuntijan apua hyvissä ajoin (Kun kuolemanpelko estää elämästä 2016.)

Terkamo-Moisio toteaa, että Brisley & Wood (2004) kuvaavat kuoleman ahdistusta yleisempänä ja alitajuisempana kuin kuolemanpelkoa. Kuoleman ahdistus kuvataan monitekijäisenä ilmiönä, joka koostuu ihmisen kuolemaan liittyvistä huolista. Pelko kuolemasta ja kuoleman ahdistus ilmenevät tunteina, jotka voivat vaikuttaa ihmiseen psykologisesti, fyysisesti, sosiaalisesti ja henkisesti. Kuolemaan liittyvien asenteiden moniulotteisuudesta huolimatta, tutkimukset ovat keskittyneet negatiivisiin puoliin, kuten kuolemanpelkoon ja kuoleman ahdistukseen. Positiivinen asenne kuolemaa kohtaan on saanut paljon vähemmän huomiota. (Terkamo-Moisio 2016, 2.)

Hannila esittelee psykologien Tomerin & Eliasonin (1996) kehittelemän kuoleman ahdistus-mallin (ks. kuvio 2). Sen tarkoituksena on selittää kuoleman läheisyyden ja kuoleman ahdistuksen välistä suhdetta koskevaa monitulkinnaisuutta ja ristiriitaisuuksia. Tomer ja Eliason ovat testanneet mallin toimivuutta iäkkäämmillä kuin myös nuoremmilla aikuisilla. Mallin keskiössä on kysymys siitä, millä eri perusteilla ihmiset punnitsevat kuoleman läheisyydessä elämän ja kuoleman mielekkyyttä. Kuoleman läheisyydellä tarkoitetaan sitä, miten ihminen tiedostaa kuoleman mahdollisuuden ja oman kuolevaisuutensa. (Hannila 2009, 17.)



Kuvio 2. Kuoleman ahdistus-malli (alkup. kuvio ks. Hannila 2009, 17)

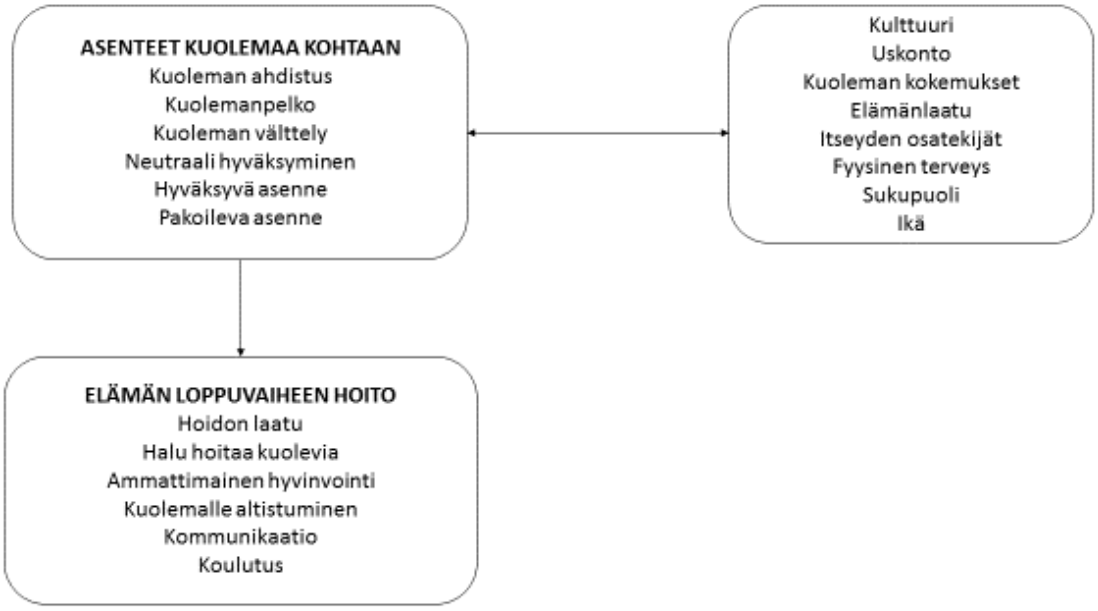
Kuoleman ahdistus-mallin lähtökohtana on ajatus siitä, että kuoleman läheisyyteen joutuessaan ihminen käsittelee tapahtunutta ja sen vaikutuksia omien uskomusten pohjalta (minäkäsitys ja maailmankuva). Coping-prosessit tarkoittavat sitä, että ihminen voi myös samanaikaisesti pyrkiä muokkaamaan uskomuksiaan vastaamaan paremmin sen hetkistä tilannetta. Kuoleman ahdistusta voidaan selittää kolmen eri tekijän yhteisvaikutuksen näkökulmasta. Ensimmäisenä menneisyyteen liittyvä katumus, joka viittaa ihmisen elämälleen asettamiin täyttymättömiin odotuksiin. Toisena tulevaisuuteen liittyvä toivottomuus, joka viittaa siihen, että ihminen ei ehdi tai pysty saavuttaa haluamiaan tavoitteita ennen kuolemaansa. Kolmantena kuoleman mielekkyys, jolla viitataan ihmisen käsitykseen kuolemasta joko positiivisena tai negatiivisena. Kuoleman mielekkyyttä voidaan arvioida suhteessa kuoleman hyväksymiseen. Turhautuminen, toivottomuus, pettymys ja katumus ihmisen oman elämän suhteen ilmenevät kuoleman läheisyydessä kuoleman ahdistuksena. (Mts. 18.)

3.1 Kuolevan ihmisen kohtaaminen eettisesti hoitotyössä

Etiikka ja lainsäädäntö vaikuttavat myös kuolevan hoitotyöhön. Kuolevan ihmisen hoitotyön eettisyys tarkoittaa ensisijaisesti inhimillistä kohtaamista. Ne paikat, joissa hoidetaan kuolevia ihmisiä, tarvitsevat kuolevan hoidon toteutuksen tueksi erilaisia kirjallisia ohjeita. Näiden ohjeiden tarkoitus on tukea sairaanhoitajan tietoja ja taitoja, joita hän on jo ehtinyt kerryttämään ammatillisen koulutuksen ja työkokemuksen kautta. Sairaanhoitajan tulee tuntea lait ja asetukset, jotka vaikuttavat kuolevan ihmisen hoitotyön taustalla ja niistä onkin hyvä liittää keskeisimmät asiat kuolevan hoitotyötä koskeviin ohjeisiin. (Ridanpää 2006.)

Nykypäivän kaikkia sairauksia ei pystytä parantamaan eikä elämästä pystytä tekemään täysin kärsimyksetöntä, vaikka lääketiede kehittyy koko ajan ja teknologiaa hoitotyöhön tulee lisää. Kun hoidetaan kuolevaa ihmistä, hoito on vaativaa omalla tavallaan, koska ihminen uskoo kuolemansa ammattihenkilöstön käsiin. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 16.)

Hoitotyön ammattilaisten oma suhtautuminen kuolemaan vaikuttaa hoidon laatuun ja haluun hoitaa kuolevia ihmisiä. Mikään yksittäinen tekijä ei voi yksin selittää tai ennustaa ihmisen asenteita kuolemaa kohtaan. Sairaanhoitajat eroavat muista, koska heidän asenteensa kuolemaa kohtaan vaikuttavat ammatillisiin edellytyksiin hyvän hoidon tarjoamiseen (ks. kuvio 3). Sairaanhoitajien asenteet liittyvät myös hoidon laatuun, esimerkiksi halu hoitaa kuolevia ihmisiä. Kuolemaan liittyviä asenteita pidetään yleisesti vaikeana muuttaa, mutta hoitotyön koulutuksen kautta voidaan vaikuttaa sairaanhoitajien asenteisiin. (Terkamo-Moisio 2016, 6-8.)



Kuvio 3. Yhteenveto suhtautumisesta kuolemaan ja siihen liittyvistä tekijöistä (alkup. kuvio ks. Terkamo-Moisio 2016, 7)

Kuolema koskettaa kaikenikäisiä ihmisiä, joten kuolevan kohtaamista tapahtuu kaikilla eri hoitotyön kentillä. Tästä syystä kuolevan ihmisen hoitotyö on perusosaamisen alue kaikille hoitohenkilökunnalle. Kuolevan ihmisen hoidon tavoitteena on auttaa häntä elämään mahdollisimman laadukasta elämää kuolemaan asti ja tukea omaisia mahdollisuuksien mukaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 309.)

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet määrittelevät eettisen päätöksenteon olevan sairaanhoitajan päivittäistä perustehtävää yhteiskunnassa. Sairaanhoitajan tulee auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa, palvella ihmistä yksilönä ja pyrkiä tukemaan heidän voimavarojaan näin parantamalla elämänlaatua. Sairaanhoitajan kuuluu kohdata potilas arvokkaana ihmisenä ja ottaa huomioon hoidossa hänen vakaumukset, arvot ja tavat. (Grönlund 2011, 20.)

Leino-Kilpi ja Välimäki ovat kirjassaan nimenneet kuolevan potilaan hoitotyön eettisiksi lähtökohdiksi:

1. Elämän kunnioitus
2. Yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden kunnioitus
3. Totuuden ja rehellisyyden kunnioitus

Sairaanhoitajan on pyrittävä ottamaan huomioon elämän ainutlaatuisuus auttaessaan kuolevaa ymmärtämään elämän lopullisuus ja selvittämään kuolevan oma tahto sekä miten hän toivoo muiden toimivan. Sairaanhoitajalta elämän kunnioitus vaatii ymmärrystä ihmisten erilaisia arvostuksia kohtaan kuten uskonnolliset tai kulttuurilliset näkemykset kuolemankuvasta. Sairaanhoitajan on myös kyettävä olemaan ammattimainen ja neuvomaan kuolevaa asioiden selvittelyssä ennen elämän loppua. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 312–313.)

Kuolema päättää aina yhden elämän ja siksi se on yksilöllistä. Kuitenkin yksilön kuolema koskettaa myös hänen omaisiaan, jolloin se on samalla yhteisöllistä. Sairaanhoitajan on siis otettava huomioon kuoleman yksilöllisyys ja yhteisöllisyys sekä niitä koskevat arvot. Ensisijainen autettava on kuoleva ja eettisesti vaikeita tilanteita voi syntyä, jos kuolevalla itsellään ja hänen omaisillaan on eriävät käsitykset hoidon suunnasta. Tästä syystä kuolevalla ihmisellä on hyvä olla ajantasainen hoitotahto, jonka hän on kirjoittanut tai sanellut ennen kuin hänen kuntonsa on huonontunut merkittävästi eikä siitä syystä pysty mahdollisesti sitä ilmaisemaan kyseisellä hetkellä. Jos hoitotahtoa ei ole, silloin pyritään toimimaan niin kuin kuolevan oletetaan haluavan. Näissä tilanteissa omaisten läsnäolo ja heidän kertomansa tieto on ensisijaista. (Mts. 313–314.)

Hoitosuhteen luottamuksellisuuden osoittaa totuuden kertominen ja aito rehellisyys. Totuudella ei pyritä pelottelemaan tulevaisuudesta, vaan tukemaan elämän hyvien ja arvokkaiden muistojen säilymistä sekä etsimään toivoa. Kuolevan hoitotyö on vaativaa, koska kaikkiin kysymyksiin ei löydy vastauksia, mutta kysymyksiä ei tule silti sivuuttaa vaan niitä kohtaan tulee osoittaa arvostusta. Sairaanhoitajan on myös otettava huomioon omaisten informoiminen tilanteesta, jos kuoleva näin haluaa. (Mts. 315.)

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) julkaisi vuonna 2002 kuolevan oikeuksien julistuksen (Ks. taulukko 1.), jossa kuvastuu ihmisen arvokkuus ja oikeus hoivaan ja huolenpitoon ennen kuolemaansa.

Taulukko 1. Kuolevan oikeuksien julistus (alkup. taulukko ks. ETENE 2004, 51)

- Minulla on oikeus tulla kohdelluksi elävänä ihmisenä kuolemaani asti
- Minulla on oikeus toivon ylläpitämiseen riippumatta siitä, muuttuuko sen tavoite
- Minulla on oikeus saada hoitoa ja huolenpitoa toivoani ylläpitämiltä, vaikka toivo muuttuisi
- Minulla on oikeus ilmaista omalla tavallani tulevaa kuolemaani koskevat tunteeni
- Minulla on oikeus osallistua hoitoani koskeviin päätöksiin
- Minulla on oikeus jatkuvaan hoitoon, vaikka tavoitteena ei enää ole paraneminen vaan hyvä olo
- Minulla on oikeus siihen, etten kuollessani ole yksin
- Minulla on oikeus olla kärsimättä kipua
- Minulla on oikeus saada rehelliset vastaukset kysymyksiini
- Minulla on oikeus tiedonsaantiin
- Minulla on oikeus saada apua perheeltäni ja perheelleni kuolemani hyväksymiseksi
- Minulla on oikeus rauhalliseen ja arvokkaaseen kuolemaan
- Minulla on oikeus säilyttää yksilöllisyyteni, eikä ratkaisujani saa tuomita vaikka ne olisivat vastoin muiden näkemyksiä
- Minulla on oikeus keskustella ja kertoa uskonnollisista ja/tai henkisistä elämyksistäni riippumatta siitä, mitä ne merkitsevät muille
- Minulla on oikeus ruumiini loukkaamattomuuteen kuoleman jälkeen
- Minulla on oikeus sellaisten huolehtivaisten, myötätuntoisten ja osaavien ihmisten antamaan hoitoon, jotka pyrkivät parhaansa mukaan ymmärtämään tarpeeni ja jotka auttaessaan minua kohtaamaan kuolemani kokevat oman tehtävänsä antoisaksi

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan julkaisussa (2004,7) todetaan terveydenhuollon ensisijaisena tehtävänä olevan sairauksien ehkäiseminen ja parantaminen, mutta lisäksi lievittää kärsimystä ja auttaa ihmisiä kohtaamaan kuolema mahdollisimman arvokkaalla, turvallisella ja inhimillisellä tavalla. Julkaisussa tuodaan esille neuvottelukunnan halu lähestyä kuolemaa ja kuolevan hoitoon liittyviin kysymyksiin monesta eri näkökulmasta ottaen huomioon kuolevan ihmisen ja hänen läheistensä tarpeet ja toiveet. (ETENE 2004, 7.)

3.2 Kuolemanpelkoisen ihmisen kohtaaminen

Kuolemassa pelätään tuntematonta. Jos ihmisillä olisi tieto siitä, mitä kuoleman jälkeen on ja tapahtuu, ymmärrettävästi se vähentäisi pelkoa. Tapa jolla pelko koetaan, liittyy ihmisen tapaan suhtautumiseen erilaisiin asioihin ja emotionaaliseen elämään, mikä tarkoittaa tapaa kokea omia pelkojaan. Usein kuolemassa pelottaa myös omaisten taakka. (Grönlund & Huhtinen 2011, 53.)

Ahdistus joka liittyy uhkakuviin ja käsittämättömät pelot synnyttävät pahan olon, joka voi purkautua somaattisina oireina. Tällöin ihminen kokee voimakasta psyykkistä ahdistusta ja hyvällä vuorovaikutuksellisella keskustelulla sairaanhoitajien kanssa on suuri merkitys muun muassa sairauteen sopeutumisessa. Keskustelutuen tehtävänä on tukea ihmistä ja vahvistaa hänen omia keinoja mielen rauhoittamiseksi. Koska kaikkiin kokemuksiin vaikuttavat nykyhetken lisäksi myös eletyn elämän eri vaiheet, muistin varastoista on tärkeää saada esille hyvää oloa tukevia muistoja. (Idman 2013, 218.)

Kun kuolemanpelko on voimakasta, ihminen tarkastelee elettyä elämäänsä eli mitä kaikkea siihen on sisältynyt sekä tulevaisuuden suunnitelmia ja mitä olisi pitänyt vielä tehdä. Tässä tilanteessa sairaanhoitaja voi auttaa nostamalla keskusteluun ihmisen onnistumiset elämän aikana ja mikä tuo iloa vielä loppuvaiheessa. (Grönlund & Huhtinen 2011, 55.)

Sairaanhoitajan tehtävänä on toimia ihmisen väliaikaisena ahdistussäiliönä ja täten auttaa häntä tavoittamaan mielen tasapainon, antaa hallinnan tunnetta ja vahvistaa voimavaraisuutta. Henkeä uhkaavan sairauden somaattisten oireiden hyvä hoito ja luottamuksellinen hoitosuhde luovat perustan psyykkiselle jaksamiselle. Keskustelemalla ja analysoimalla yhdessä voivat sairaanhoitaja ja kuoleva ihminen jäsentää psyykkistä oiremuodostusta. Keskusteluhoidon perustana on mielen sisäisten prosessien tuominen vuorovaikutukseen puhumalla ja kuuntelemalla. (Idman 2013, 218–219.)

Parantumatonta syöpää sairastaneet ovat kertoneet tutkimuksessa, että vaikean aiheen välttely lisää kuolevan kärsimystä. Haastatellut ihmiset olivat kokeneet jääneensä yksin ahdistuksen ja epävarmuuden kanssa, koska sairaanhoitajat eivät olleet keskustelleen heidän kanssaan elämään ja kuolemaan liittyvistä kysymyksistä. (Tommola 2016.) Sairastunut ihminen saattaa kieltää ajatuksen kuolemasta tai jättää sen kokonaan käsittelemättä. Yleensä kuolemasta puhumisen torjuminen onkin keino kestää todellisuus elämän päättymisestä. Sairaanhoitajan on tunnusteltava ihmisen ja hänen omaistensa halukkuutta puhua kuolemasta. Keskustelu yleensä toteutuu ihmisten omien voimavarojen puitteissa, mutta sairaanhoitajan rohkeus avata keskustelu on tervetullut aloite vaikean asian käsittelyssä. Hoitohenkilökunnan on viritettävä keskustelumyönteistä ilmapiiriä myös sairastuneen omaisten kanssa. (Anttonen 2016. 64-65.)

Parantumattomasta sairaudesta tiedon saaminen on tärkeää ihmiselle itselleen, perheenjäsenille, mutta myös hoitohenkilökunnalle. Silloin kun ihminen saa tietoa lääkäriltä, että tauti ei parane, monelle ensimmäinen ajatus on, että tieto tarkoittaa kuolemaa. Kun tietoa saa ymmärrettävästi ja sen pohdintaan annetaan aikaa, on hyvä, että joku omaisista olisi mukana kuulemassa tietoa. Tällaisen tiedon kuuleminen synnyttää kuolemanpelkoa ja silloin tuen tarve siinä hetkessä on suuri. Tällöin myös tieto sairauden laadusta on tärkeää hoitohenkilökunnalle, koska hoitotyön lähtökohtana on ymmärtää ihmisen ja hänen perheen tilannetta, jotta sairaanhoitaja voi tukea heitä hoitopäätösten suuntaisesti. (Mts. 59.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön aihe on kuolemanpelkoisen ihmisen kohtaaminen hoitotyössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ja kuvata ajantasaisen tutkitun tiedon pohjalta kuolemanpelkoa, elämänvaiheita, joissa koetaan kuolemanpelkoa sekä kuolevan ja kuolemanpelkoisen ihmisen kohtaamista hoitotyössä.

Opinnäytetyön tavoitteena on koota yhteen tietoa, jota voidaan hyödyntää hoitotyössä työskentelevien jatkokoulutuksessa ja herätellä työssään kuolemanpelkoa kohtaavia pohtimaan omia taitojaan ja ammatillisia lähtökohtiaan.

5 Kirjallisuuskatsauksen suunnittelu ja toteutus

Tässä opinnäytetyössä ja kirjallisuuskatsauksen tiedonhaussa ovat kuolema, kuolemanpelko, potilas, kohtaaminen ja saattohoito. Niistä muodostetut suomenkieliset hakulausekkeet tiedonhakua varten ovat kuolemanpelko, kuolema AND pelko, potilas AND kohtaaminen, saattohoito AND pelko, kuolema AND eettisyys, potilaan kohtaaminen, kuolemanpelko hoitotyössä, kuoleman kohtaaminen Englanninkieliset hakulausekkeet ovat death AND fear, patient AND meet. Tärkeimmät tiedonlähteet opinnäytetyössä on painetut kirjat ja lehdet, kokoteksti- ja viitetietokannat ja verkkojulkaisut.

5.1 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Kirjallisuuskatsauksia tehdään erilaisia tarkoituksia varten ja tästä syystä niiden tekotavat ja nimitykset eroavat toisistaan hieman. Yleisesti kirjallisuuskatsauksella haetaan vastausta johonkin kysymykseen, kuten tutkimusongelmaan. Kuvailevat kirjallisuuskatsaukset kertovat tai kuvaavat aiempiin tutkimuksiin liittyvää tutkimusta, tutkimuksen laajuutta, määrää ja syvyyttä (Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja 2017.)

Kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella voidaan myös tuottaa senkaltaista uutta tietopääomaa, joka pyrkii laajentamaan ilmiön merkitystä (Ahonen, Jääskeläinen, Kangasniemi, Liikanen, Pietilä & Utriainen 2013, 292). AMK opinnäytetöissä kirjallisuuskatsaus on soveltuva käytettäväksi teoreettisen viitekehyksen käsitteellisen taustan tarkastelussa tai kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmällisenä ratkaisuna (Tuomi & Latvala. N.d).

Kirjallisuuskatsauksen eri muotoja ovat:

- narratiivinen kirjallisuuskatsaus / narrative literature review
- perinteinen kirjallisuuskatsaus / traditional literature review
- kriittinen katsaus / critical review
- kartoittava katsaus / mapping review
- scoping katsaus / scoping review
- nopea katsaus / rapid review
- yleiskatsaus / overview
- state-of-the-art review (Mt.)

Yksi yleisemmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen perustyypeistä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voi luonnehtia yleiskatsaukseksi, josta puuttuu tiukat ja tarkat säännöt. Aineiston valintaa eivät rajoita metodiset säännöt,

ja käytetyt aineistot ovat laajoja. Tutkimuskysymykset ovat tällöin väljempiä kuin systemaattisessa katsauksessa tai meta-analyysissä. (Salminen 2011, 6.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteen saavuttamista varten on valittu menetelmäksi kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Aiheen lähempi tarkastelu osoitti, että kuolemanpelosta helposti löydettävää tietoa on saatavilla pirstaleisesti. Näin ollen on mielekästä ja hyödyllistä lähteä tekemään tästä aiheesta kirjallisuuskatsaus, joka kokoaa yhteen olemassa olevaa tietoa, ja tuloksia on vaivatonta hyödyntää sairaanhoitajan työtehtävissä.

Opinnäytetyön tekijöiden perehdyttyä kirjallisuuskatsauksen eri muotoihin, oli selvää, että valittua aihetta palvelee parhaiten kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyön tekijöiden päätöstä käyttää narratiivista muotoa kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa, on tukemassa jo aiemmin mainittu aineiston haasteellinen kerääminen, johtuen sen pirstaleisuudesta. Lisäksi valinta perustuu narratiivisen muodon määritelmään, josta Salminen (2011, 6) kertoo seuraavaa:

> *”Metodisesti kevyin kirjallisuuskatsauksen muoto on narratiivinen kirjallisuuskatsaus. Sen avulla pystytään antamaan laaja kuva käsiteltävästä aiheesta, tai kuvailla käsiteltävän aiheen historiaa ja kehityskulkua. Freeman (1984. 7,10.) toteaa, että narratiivisella otteella järjestetään ikään kuin ’tapahtumien maisemaa’, toisin sanoen, epäyhtenäistä tietoa järjestetään jatkuvaksi tapahtumaksi. Tässä tehtävässä narratiivinen katsaus pyrkii lopputulokseen, joka on samalla helppolukuinen.”*

5.2 Aineiston haku ja sisäänottokriteerit

Opinnäytetyön aineistohakua lähdettiin toteuttamaan perusteellisen aihealueen perehtymisen jälkeen. Tiedonhaku toteutettiin Pubmed- ja Medic-tietokannoissa, sekä

Google Scholaria käyttäen. Medline-tietokanta on lääketieteen keskeisin kansainvälinen tietokanta ja Pubmed-viitetietokanta on Medlinen hakuohjelmista käytetyin ja ajantasaisin. Medic on suomalaisen terveystutkimuksen tietokanta. Sen tuottaja on Terveystieteiden keskuskirjasto Terkko. Medic sisältää viitteitä ja kokotekstejä suomalaisista lääke- ja hoitotieteellisistä artikkeleista, tutkimuslaitosten raporteista. Sekä kirjoista, väitöskirjoista, pro gradu – tutkielmista. (Lahden korkeakoulukirjasto 2016.) Google Scholar on Googlen tuottama hakukone. Se hakee hakusanojen perusteella tietoa tieteellisistä ja akateemisista verkkotiedonlähteistä. Hakutuloksissa on mukana muun muassa akateemisten julkaisijoiden ja yhteisöjen, sekä yliopistojen ja muiden tieteellisten järjestöjen tuottamia tutkielmia, esitelmiä, kirjoja, tiivistelmiä, konferenssijulkaisuja ja artikkeleita. (Tritonia 2017.)

Haussa käytettiin useita aiheeseen sopivia hakusanoja sekä niiden yhdistelmiä. Sähköisten hakukoneiden lisäksi aineistoa haettiin manuaalisella haulla hyödyntäen kirjastoja. Lisäksi katsaukseen etsittiin aineistoa jo valittujen aineistojen ja aiheeseen liittyvien tutkimusartikkelien lähdeluetteloista sekä tieteellisten aikakausilehtien sisällysluetteloista. Tiedonhaussa käytettiin sisäänotto- ja poissulkukriteerejä (ks. taulukko 2), jotta tiedonhaku on rajattu vastaamaan asetettuja tutkimustehtäviä.

Taulukko 2. Sisäänottokriteerit

• aineisto vastaa ainakin toiseen tutkimustehtävistä • aineisto on julkaistu suomen- tai englanninkielellä • aineisto on julkaistu vuosien 2007–2017 välillä • aineisto: kirja, väitöskirja, pro gradu-työ. Lisäksi artikkeli tai tutkimusartikkeli joka on saatavilla kokonaan • aineistossa käsitellään kuolemaa, pelkoa, kuolemanpelkoa ja eettisyyttä

Kaikissa hakukoneissa käytettiin aikarajana kymmentä vuotta, koska haluttiin saada mahdollisimman uutta ja tutkittua tietoa. Kymmenen vuotta on siitäkin syystä relevantti aikaraja, koska opinnäytetyön aihetta ei ole tutkittu paljoa ja tällä tavalla taattiin mahdollisimman suuri otanta. Aineistohaun rajausta tehtiin niin, että teksti joka

löytyi, on saatavilla kokonaisena ja ilmaisena artikkeleina. Kaikissa hakukoneissa poissuljettiin tulokset, jotka koskevat uskontoja, eri ikäryhmiä ja eutanasiaa.

Suomenkielisinä hakusanoina tiedonhaussa käytettiin; kuolemanpelko ja englanninkielisinä hakusanoina; fear of death. Suomenkielisinä hakulausekkeina käytettiin; kuolema AND pelko, potilas AND kohtaaminen, saattohoito AND pelko, kuolema AND eettisyys, hoitotyö ”kuolemanpelko”, kohtaaminen ”kuoleva potilas” sekä kohtaaminen ”kuolemanpelko”. Englanninkielisinä hakulausekkeina käytettiin; death AND fear sekä patient AND meet.

Tiedonhaku tuotti eri tietokannoissa erilaisia tuloksia. Tiedonhaku aloitettiin Medic-tietokannasta, jossa hakusanoina ja hakulausekkeina käytettiin kuolemanpelko, kuolema AND pelko, potilas AND kohtaaminen, saattohoito AND pelko, kuolema AND eettisyys, death AND fear sekä patient AND meet. Näillä hakusanoilla ja hakulausekkeilla haku tuotti yhteensä 20 tulosta. Näistä otsikon perusteella valittiin kolme tulosta lähempään tarkasteluun ja sisällön perusteella kaksi valikoitui luettavaksi. Julkaisut luettiin kokonaan läpi ja opinnäytetyöhön valikoitui sisäänottokriteereiden mukaan yksi julkaisu.

Pubmed tuotti haussa hakusanalla fear of death 261 hakutulosta. Näistä valittiin tiivistelmän ja otsikon perusteella yksi julkaisu lähempään tarkasteluun. Tämä valikoitui sisällön perusteella ja sisäänottokriteerien mukaan opinnäytetyöhön.

Google Scholarin avulla tehtiin haku käyttäen hakulausekkeina; hoitotyö ”kuolemanpelko”, kohtaaminen ”kuoleva potilas” sekä kohtaaminen ”kuolemanpelko”. Haku tuotti yhteensä 639 tulosta, joista otsikon perusteella valittiin 16 lähempään tarkasteluun. Sisällön perusteella näistä valittiin neljä ja sisäänottokriteerien perusteella opinnäytetyöhön näistä valikoitui kaksi.

Yhteensä hakutuloksia kolmesta eri tietokannasta tuli 932 ja näistä otsikon tai tiivistelmän perusteella valittiin lähemmin tarkasteltavaksi 23. Näistä sisällön perusteella valikoitui kokonaan luettavaksi 11 ja sisäänottokriteerien täyttämiä julkaisuja oli lopulta viisi. Taulukossa (ks. taulukko 3) on kuvattu tiedonhaku eri tietokannoista.

Taulukko 3. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku

TIETO-KANTA	HAKU-SANAT	HAKU-TULOS	HYVÄKSYTTY TIIVISTELMÄN/ OTSIKON PERUSTEELLA	HYVÄKSYTTY SISÄLLÖN PERUS-TEELLA	SISÄÄNOTTO-KRITEERIN TÄYTTÄMÄT JULKAISUT
Medic	kuoleman-pelko	1	1	1	0
	kuolema AND pelko	0	0	0	0
	potilas AND kohtaami-nen	5	1	1	0
	saatthoito AND pelko	0	0	0	0
	kuolema AND eetti-syys	3	0	0	0
	death AND fear	2	1	1	0
	patient AND meet	9	0	0	0

	Death AND nursing	12	3	3	2
Pub-med	Fear of death	261	1	1	1
Google Scholar	hoitotyö ”kuoleman-pelko”	195	6	1	1
	kohtaami-nen ”kuo-leva poti-las”	159	8	2	0
	kohtaami-nen ”kuole-manpelko”	285	2	1	1

5.3 Aineiston analyysi sisällönanalyysillä

Hoitotieteellisen tutkimuksen, joka on laadullinen ja aineistolähtöinen, perusprosessina voidaan pitää sisällönanalyysiprosessia. Menetelmänä sisällönanalyysi tarkoittaa kirjoitetun ja suullisen kommunikaation analysoimista, jonka avulla tarkastellaan asioiden ja tapahtumien yhteyksiä, merkityksiä ja seurauksia. (Latvala, Vanhanen-Nuutinen 2003, 21-23.) Latvala ja Vanhanen-Nuutinen viittaavat tekstissään Pietilän (1973) sekä Burnsin ja Groven (1997) teoriaan, että tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvailla lyhyesti ja pelkistävästi tiivistämällä kerättyä tietoaineistoa (mts. 23). Analyysiyksikön määrittäminen on olennainen osa aineiston analysointia ennen analyysiprosessin aloittamista, jossa ratkaisevat aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Yleiseimmin käytetty analyysiyksikkö on sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. (Mts. 25.)

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin aloitusvaihe on pelkistäminen. Opinnäytetyöhön valittujen aineistojen tulee vastata opinnäytetyön tarkoituksiin ja vastauksena on saatava pelkistettyjä ilmaisuja aineiston termein. (Mts. 26.) Tämän jälkeen aineisto ryhmitellään, jolla pyritään etsimään pelkistettyjen ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia. Yhtäläiset pelkistetyt ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi, jolle annetaan sisältöä kuvaava nimi. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin kolmas vaihe abstrahointi tarkoittaa samankaltaisten alaluokkien yhdistelemistä yläluokiksi. (Mts. 28-29.)

Sanallisen ja selkeän kuvauksen luominen tutkitusta ilmiöstä ovat sisällönanalyysin tarkoitus. Sisällönanalyysillä pyritään aineisto laittamaan tiiviiseen ja selkeään muotoon, siinä aineiston sisältämä informaatio ei kuitenkaan saa kadota. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.) Sisällönanalyysi määritellään menettelytavaksi jonka avulla analysoidaan dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvata käyttämällä kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä, käsitekarttoja tai malleja.(Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139.)

Sisällönanalyysissä tietoaineisto käydään läpi, jonka perusteella erotellaan itse opinnäytetyön tarkoitukseen vastaavat aineistot ja epäoleelliset aineistot. Ongelmana tässä huomataan laadullisen tutkimuksen aineiston laajuus, jolloin tärkeää on aineiston rajaaminen vastaamaan vain ja ainoastaan tutkittavaan ilmiöön. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.) Opinnäytetyössä aineiston analyysi on tehty niin, että ne tutkimukset jotka ovat vastanneet tutkimustehtäviin, on hyväksytty.

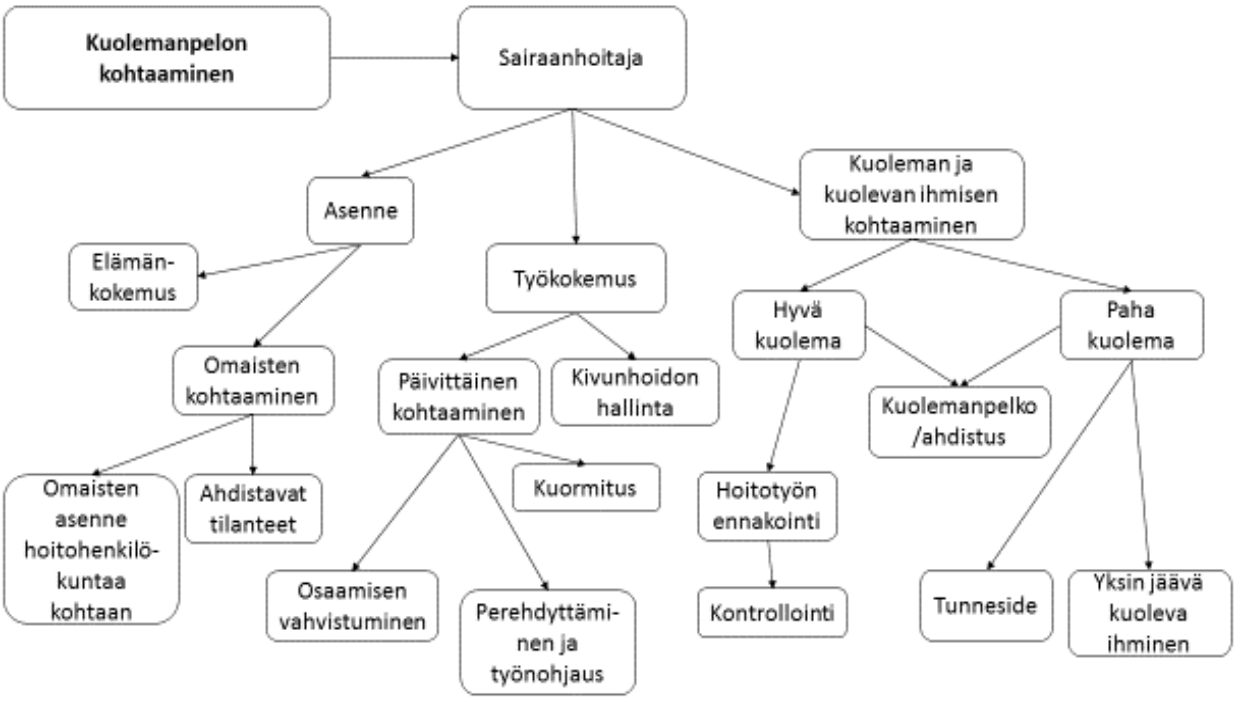
Tässä opinnäytetyössä aineiston valitseminen on käyty vaihe vaiheelta aikaisemman viiden vaiheen ohjeen mukaan. Artikkeleita etsittiin kolmesta tietokannasta (PubMed, Medic ja Google Scholar). Hakusanoilla löydettyjä tutkimuksia oli suuri määrä, jolloin aineistoa ruvettiin karsimaan sisäänottokriteerien mukaisesti. Lähemmän tarkastelun jälkeen opinnäytetyöhön valikoitui viisi kriteerit täyttänyttä artikkelia.

6 Opinnäytetyön tulokset

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen tuloksista nousi muutama hyvin selkeä keino, joilla sairaanhoitaja voi kohdata kuolemanpelkoisen ihmisen tai hänen omaisensa. Lisäksi aineistosta nousi esille selkeimmät tilanteet, joissa sairaanhoitaja kohtaa kuolevan ihmisen tai kuolemanpelkoisen ihmisen ja hänen omaisensa.

6.1 Kuolemanpelko hoitotyössä

Kahdessa aineistona olevassa tutkimuksessa on selvitetty, miten sairaanhoitajan oma asenne, työkokemus ja erilaiset tilanteet vaikuttavat kuolevan ihmisen tai kuolemanpelkoisen ihmisen kohtaamiseen (ks. kuvio 4).



Kuvio 4. Kuolemanpelon kohtaaminen hoitotyössä

Tuloksissa Terkamo-Moisio nostaa esiin kansalaisten ja sairaanhoitajien asenteen kuolemaa kohtaan. Tutkimuksessa tuloksia arvioidaan eri ulottuvuuksissa jotka ovat kuolemanpelko, kuoleman välttely, neutraali hyväksyminen, lähestymistapa. Kansalaisten ja sairaanhoitajien ryhmissä kuolemanpelko ja sen välttely ovat vähäisessä osassa, sekä molemmissa ryhmissä suhtaudutaan kuolemaan neutraalisti. Kuolemanpelko on erilaista eri ihmisten välillä. Molemmissa ryhmissä nuoremmat vastaajat, naiset ja naimisissa olevat ihmiset pelkäävät eniten kuolemaa. Alemmin koulutetut ihmiset pelkäävät enemmän kuolemaa kuin korkeasti koulutetut ja uskontoa harjoittavat ihmiset. Sairaanhoitajien keskuudessa pelko on vielä alhaisempi kuin kansalaisilla. Erityisesti työkokemus vaikuttaa tähän sekä se, kohtaako sairaanhoitaja työssään kuolemaa päivittäin. Myös ne sairaanhoitajat, jotka hallitsevat muun muassa kivunhoidon, pelkäävät vähemmän kuolemaa. (Terkamo-Moisio, 2016, 30–31.)

Suvanen on jakanut tutkimuksensa tulokset viiteen eri osaan. Ensimmäisessä osassa käy ilmi, että sairaanhoitajat eivät rakenna käsitystään kuolemasta pelkän hoitotyön koulutuksen ja työkokemuksen kautta. Heillä saattaa olla kokemusta kuoleman kohtaamisesta jo ennen hoitotyöhön hakeutumista. Yleisesti elämänkokemukset näkyvätkin siinä, miten sairaanhoitaja suhtautuu itse kuolemaan ja miten hän siitä puhuu. Sairaanhoitajat eivät näiden tutkimustulosten perusteella koe kuollutta ihmistä ahdistavana eikä pelottavana. Kuolleen näkeminen ei herättänyt ammattilaisissa vahvoja tunteita, mutta enemmän tunteita herätti omaisten kohtaaminen. Nuoremmissa sairaanhoitajissa omaisten kohtaaminen herätti ahdistusta, koska omien tunteiden näyttäminen tuottaa vaikeuksia. Tällaisissa tilanteissa korostuu saatu ohjaus ja tukeminen. (Suvanen 2013, 59.)

Suvasen (2013) tutkimuksen toisessa osassa tulokset jakautuvat kolmeen eri osaan: sairaanhoitajien näkemys hyvästä kuolemasta, omasta kuolemasta, läheisen kuolemasta. Sairaanhoitajat nimeävät hyväksi kuolemaksi sen, kun ihminen kuolee hyvän elämän eläneenä ja pitkän iän saavuttaneena. Sairaanhoitajien mielestä hyvään kuolemaan ei sisälly mitään yllättäviä tekijöitä ja se on jollakin tapaa ihmisen kontrolloi-

tavissa. Sairaanhoitaja haluaa työssään pystyä ennakoimaan ja hallitsemaan tilanteita. Arvokkuus määrittelee hyvän kuoleman ja arvokkuudella sairaanhoitajat tarkoittavat sitä, että kuoleva ihminen saa olla juuri sellainen kuin haluaa ja että kuolevalla ihmisellä on välit lähiomaisiin kunnossa eikä hänen tarvitse kuolla yksin. (Mts. 60.)

Omaan ja läheistensä kuolemaan sairaanhoitajat suhtautuvat lähes samalla tavalla. Tässä suhteessa sairaanhoitajat ovat jaettavissa kahteen ryhmään: äkkikuoleman haluaviin ja niihin, jotka haluavat pystyä valmistelemaan kuolemaa. Erityisesti omaan kuolemaan kuuluu vahva halu saada kontrolloida sitä. Kontrolloinnilla he tarkoittavat mahdollisuutta järjestää asiat kuntoon ennen kuolemaa ja he eivät halua olla muiden armoilla. Omasta kuolemasta puhuessa korostuu myös huoli omaisista. Tästä Suvanen on sitä mieltä, että näin ollen ihmiset määrittävät oman itsensä ja olemassaolonsa suhteessa toisiin ihmisiin. Vaikka läheisten kuolemaan suhtaudutaan samalla tavalla kuin omaan kuolemaan, korostuu siinä kuitenkin se, että omaisille ja läheisille toivotaan aina terveyttä ja pitkää ikää. Sairaanhoitajat toivovat, että lähipiirissä kuoleminen tapahtuisi luonnollisessa järjestyksessä, vanhemmasta nuorempaan päin. Sairaanhoitajat toivovat myös mahdollisuutta olla läheisen rinnalla kuoleman koittaessa ja osa heistä haluaa myös hoitaa kuolevaa läheistään. Sairaanhoitajat toivovat heidän läheisiään hoidettavan arvokkaasti ja lämmöllä. (Mts. 60–61.)

Suvanen (2013) sanoo, että pahasta kuolemasta sairaanhoitajat nostavat esiin näkökulmat surullisesta ja ahdistavasta, sekä epäoikeudenmukaisesta kuolemasta. Tunneside joka kuolevaan ihmiseen rakentuu, on voimakkaasti esillä pahaa kuolemaa kohdattaessa. Tällä he tarkoittavat sitä tunnesidettä mikä edesauttaa sairaanhoitajaa ja kuolevaa ihmistä, joka taas on yhdistävä tekijä, kuten sama ikä tai samanlainen elämäntilanne. Pahaksi ja surulliseksi kuolemaksi sairaanhoitajat kuvaavat myös tarkoituksetonta kuolemaa eli sitä tilannetta, kun kuolleelta jää elämä jollakin osa-alueella kesken, kuten esimerkiksi itsemurhat tai lapsen ja nuoren kuolemat. Myös kuolevien tai heidän omaistensa suhtautuminen negatiivisesti kuolemaan tekee sairaanhoitajat surulliseksi. (Mts. 61.)

Suvasen (2013) tutkimuksen kolmannessa osassa sairaanhoitajat kokevat epätietoisuuden kuolemassa vaikeaksi. Koska heillä ei itsellään ole siitä luonnollisestikaan kokemusta, on aihe heidän mielestään hankala käsitellä. Sairaanhoitajat kuvaavat kuoleman myös välillä ahdistavaksi siitä syystä, että ihmiset ja heidän kuolemansa tulevat liian lähelle ja erityisesti silloin kun kuoleva tai hänen omaisensa on sairaanhoitajalle tuttu. Ahdistavaksi sairaanhoitajat kokevat hoitamansa ihmisen kuolemanpelon tai kuolevan ihmisen ristiriidat omaisten kanssa. Myös kuolevan omaisten suhtautuminen ja käytös hoitohenkilökuntaa kohtaan koetaan välillä ahdistavaksi. Lisäksi ahdistavaksi sairaanhoitajat kuvaavat työtä jota joutuu tekemään kiireellä, hoitotyön laiminlyönti ja yksin jäävä kuoleva ihminen. Suvanen korostaa tuloksissa sitä, että monet ahdistavat seikat kuolemassa ovat yhteydessä tarkoituksellisuuteen, kuten lapset, kontrollointiin eli kuolemanpelko ja arvokkuuteen, eli hoidon laiminlyönti ja kuolevan yksin jääminen. (Mts. 62.)

Sairaanhoitajat välillä kokevat työnsä raskaaksi ja he haluavat työntää kuoleman pois ajatuksistaan. He eivät aina jaksa tai pysty kantamaan toisten murheita ja he haluavat suojella myös itseään kuormittavalta työltä. Suvanen kysyy, voiko sairaanhoitaja hoitaa kuolevaa ihmistä ilman, että ajattelisi kuolemaa? Vaikka sairaanhoitaja haluaa olla ajattelematta kuolemaa, ihmisillä on kuitenkin oikeus pohtia kuolemaa ja eksistentialistisia kysymyksiä ja tällöin sairaanhoitajalla tulee olla valmius näihin. Pahimmillaan psyykkisten ja henkisten tarpeiden huomiotta jättäminen voi johtaa siihen, että hoidetaan vain fyysisiä puolia. (Mts. 62.)

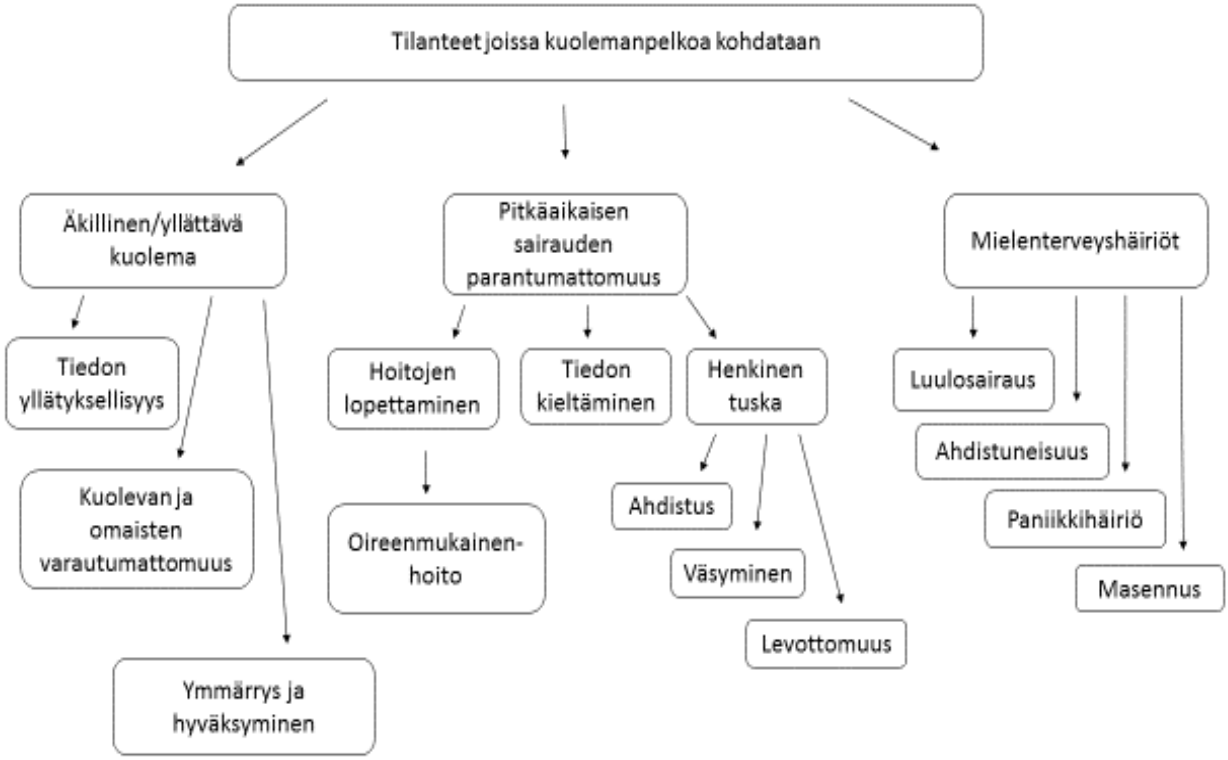
Suvasen (2013) tutkimuksen viimeinen osa käsittelee kahta aihetta. Näissä tuloksissa Suvanen tarkastelee kuolemaa, joka ei herätä sairaanhoitajassa vahvoja tunteita sekä sitä, miten työ voi vaikuttaa sairaanhoitajien suhtautumista kuolemaan. Kuolema joka ei herätä vahvoja tunteita, on yleensä odotettu ja sairaanhoitajan ja kuolevan ihmisen välille ei ole ehtinyt muodostumaan minkäänlaista vahvaa tunnesidettä. Kuolema ei siis välttämättä herätä sairaanhoitajissa voimakkaita tunteita, mutta omaisia kohtaan kokema myötätunto herättää. Työkokemus vaikuttaa siten, että sairaanhoitajille kuolemasta on tullut tuttu aihe eikä se järkytä heitä enää niin paljoa. Kokemus

voivat vaikuttaa näin ollen myös hoitotyön laatuun, koska kuolemaa kohdanneet hoitajat osaavat olla eri tavalla läsnä kuolevalle ihmiselle ja ottaa paremmin huomioon myös omaiset. (Mts. 62–63.)

Sairaanhoitajat kertovat, että kuolemasta on joskus vaikeaa puhua ja he kokevat, että normaalisti ja tyhjentävät puhuminen voi olla vaikeaa kenellekään. Toisaalta puhuminen nähdään helpottavana keinona purkaa tilanteita ja he kaipaavat enemmän mahdollisuuksia työnohjaukseen. Työnohjaukseen panostaminen on sairaanhoitajien työssä jaksamisen ja hyvinvoinnin kannalta erittäin tärkeää. Loppuun palaminen on yleisempää ahdistuksen ja surun kanssa yksin olevien sairaanhoitajien kohdalla. Tällaisissa tilanteissa huomiota tulee kiinnittää erityisesti työuran alussa oleviin sairaanhoitajiin, jotka kohtaavat kuolemaa ensimmäisiä kertoja. Työpaikkakohtaisesti tuleemiettiä myös työnohjauksen lisäksi työpaikan ilmapiiriin, sillä avoimessa työyhteisössä on parempi olla ja työskennellä. Kuolemaan ja kuolevan ihmisen kohtaamiseen pitäisi myös perehdyttää työntekijöitä. (Mts. 68.)

6.2 Tilanteet, joissa kuolemanpelkoa esiintyy

Opinnäytetyön aineiston muodostaneissa tutkimuksissa tulee esille tilanteita, joissa kuolemanpelkoa kohdataan hoitotyössä: äkillisesti kuolevan ihmisen hoitamisessa, pitkäaikaisen sairauden parantumattomuuden tiedostamisessa ja mielenterveyshäiriöissä osana paniikki-, ahdistuneisuus ja masennushäiriöitä. Nämä kolme tilannetta on esitelty kuviossa (ks. kuvio 5) alempana.



Kuvio 5. Tilanteet joissa kuolemanpelkoa kohdataan

Äkillinen kuolema

Tehohoitotyössä ihmisen kuoleman kohtaaminen tapahtuu äkillisesti eikä siihen ole osattu varautua ennalta. Tilanne voi tulla yllätyksenä ihmiselle itselleen, omaisilleen ja hoitohenkilökunnalle. Erityisesti kuoleva ihminen itse ja hänen omaisensa eivät ole osanneet varautua kuolemaan ja täten ole pitäneet sitä tähän mennessä yhtenä elämän osana. Hoitohenkilökunnan tulee pystyä vastata emotionaalisiin reaktioihin ja tiedontarpeeseen, koska omaisille jää loppuelämäksi mielikuva kuoleman kertomisesta ja sen herättämistä tunteista. (Saastamoinen 2012, 9-10.)

Äkillisesti kuolevan ihmisen tiedottaminen tilanteesta ja siitä keskustelu koetaan tärkeäksi hoitohenkilökunnan keskuudessa. Lääkärin tehtävä on kertoa kuolevan ihmisen hoidon rajaamiseen liittyvistä seikoista ja kuolemasta. Sairaanhoitajan tehtävä on kerrata ja selkeyttää lääkärin sanomaa, joka koetaan joskus vaikeaksi asiaksi, kun

kuolevan ihmisen on ymmärrettävä sekä hyväksyttävä että hän tulee kuolemaan pian. Saastamoinen tuo esille tiedottamisen vaikeuden kuolevalle, koska hän voi olla tajuton, voimakkaasti lääkitty tai asiat etenevät nopeatempoisesti. Tutkimukseen osallistuneet yleistehohoito-osaston sairaanhoitajat kertovat, kun varmasta nopeasta kuolemasta on annettu tieto, enää ei pidetä yllä toivoa parantumisesta vaan keskitytään ahdistuksen ja pelon lievitykseen takaamalla hyvä kuolema. (Mts. 28–29.)

Saastamoinen on haastatellut neljän eri yleistehohoito-osaston hoitajia ja selvittänyt heidän osastojensa tiloja, että onko näissä paikoissa tiloja jossa kuoleva saa rauhallisen tilan viimeisiksi hetkikseen. Mahdollisuuksien mukaan kuoleva pyritään siirtämään eristyshuoneeseen teho-osastolla tai muulle vuodeosastolle, jossa on enemmän tilaa. Yli puolet tutkimukseen osallistuneista hoitajista pitävät kuolevan ihmisen siirtämistä toiselle osastolle eettisesti ristiriitaisena, vaikka ymmärtävätkin siirron syyt. Teho-osaston paikat ovat hyvin tarvittuja ja kalliita, eikä niillä ole tarjota kuolevalle rauhallista ympäristöä. Isossa potilashuoneessa esiintyy ristiriita yksityisyyden kunnioituksen ja muiden potilaiden informoinnin välillä, koska muille huoneessa oleville kuolevan ihmisen tilanteesta kertominen lisää heidän ahdistustaan ja kuolemanpelkoa, kun he tietävät, että suljettujen verhojen takana joku on kuolemassa. (Mts. 37–39.)

Pitkäaikaisen sairauden parantumattomuus

Tiedonsaanti parantumattomasta sairaudesta on tärkeää kuolevalle ihmiselle, omaisille ja hoitohenkilökunnalle. Monelle ensimmäinen ajatus on, että tiedon sisältö on kuolema. Tiedonsaannin hetkellä omaisesta voi olla paljon apua kuolevalle, koska ensimmäiset ajatukset ja reaktion pystyy jakamaan läheisen kanssa. Ensi hetkessä tärkeää on hoitohenkilökunnalla olla varma tieto, että kuolevalla ihmisellä on ymmärrys hoitojen jatkumattomuudesta, mitä voidaan nyt tehdä ja kuka hoitaa. Tiedonsaanti aiheuttaa kuolemanpelkoa ja siinä hetkessä tuen saaminen kuolevalle ihmiselle on suuri. Tieto sairauden parantumattomuudesta tarkoittaa kuolemaa ja läheisistä luopumista. Siksi kertomisen yhteydessä tulee ottaa huomioon kiireettömyys ja antaa mahdollisuus kuolevan reagoida omalla tavallaan rauhassa. (Anttonen 2016, 59.)

Tiedon käsittelemisellä tavoitellaan kuolevan ihmisen ja omaisten ymmärryksen lisäämistä sairauden parantumattomuudesta ja kuoleman väistämättömyydestä. Tämä tieto aiheuttaa epävarmuutta tulevaisuuden suhteen ja tarve tietää jäljellä oleva elinaika vaihtelee riippuen ihmisestä. Joillekin tieto on tärkeää loppuelämän suunnitteluun ja tämä on vaikea tilanne hoitohenkilökunnalle, koska kuolema on yksilöllistä ja niin myös elinaika. (Mts. 62.)

Pelko kuoleman läheisyydestä voi aiheuttaa tiedon käsittelemättä jättämistä, koska totuus halutaan kieltää. Puhumattomuus ja totuuden kieltäminen voi olla merkki, että asioiden ei haluta muuttuvan. Mieluummin kielletään totuus ja vääristellään todellisuutta. Tilannetta kärjistää myös se, jos kuolevasta ihmisestä ja omaisista tuntuu että hoitohenkilökunta ei ymmärrä kohtaamisen merkitystä. Hoitoon osallistuvien tulee pitää itsestään selvyytenä kuolevan ja hänen perheensä kunnioitusta ja kohtaamista. (Mts. 64–65.)

Anttonen tuo tutkimuksessaan esille seikan, missä sisäinen puhe omasta kuolemasta ja kuolemanpelosta tuo hallinnan tunnetta oman elämän ja kuoleman suhteen. Joissakin tilanteissa kuoleva ihminen saattaa välttää tunteistaan puhumista omaisilleen, koska ei halua pahoittaa heidän mieltään. Omaisilla saattaa myös herätä ajatuksia heidän omasta kuolevaisuudestaan ja heidän on vaikea käsitellä ajatusta aiemmin hyväkuntoisen, nyt kuolevan perheenjäsenen poismenon läheisyydestä. Myös hoitohenkilökunta herää pohtimaan omaa kuolevaisuuttaan kohdatessa kuolemaa läheltä. Tällaisen asian kanssa työskennellessä hoitohenkilökunnan tulee kasvaa ammattilaisena ja käsitellä työn mukana tuomia tunteitaan. Henkinen kuormitus kuolevan ihmisen kanssa työskennellessä aiheuttaa joillekin ahdistusta ja pelkoa omasta kuolemastaan. (Mts. 69–70.)

Hoitohenkilökunta saattaa kokea riittämättömyyttä omassa ammattitaidossaan lievittää kuolevan ihmisen ja hänen omaistensa henkistä tuskaa, joka havaitaan ahdis-

tuneisuutena, väsymisenä tai levottomuutena. Henkisen tuskan lievitys on hoitohenkilökunnan työn vaativin osuus. Kun omat taidot tai sanat eivät tuntuneet enää riittäviltä, henkisen tuen tarjoamisen siirtäminen papille tai psykiatriselle asiantuntijalle saattaa olla hoitohenkilökunnan seuraava ratkaisu. Tärkeää on että hoitohenkilökunta tunnistaa omat kehittymistarpeensa kuoleman läheisyyden herättämien tunteiden ja pelkojen kanssa työskennellessä niin että uskalletaan pyytää apua ja kollegiaalista tukea vaikeisiin tilanteisiin. (Mts. 82–84.)

Mielenterveyshäiriöt

Kuoleman ahdistusta pidetään peruspelkona monen mielenterveyshäiriön yhteydessä ja hoitamalla pelkoa kuolemisesta, voidaan saada tehokkaammin tuloksia muunkin mielenterveyshäiriön paranemisesta tai hoidon tehoamisesta. Kuolemanpelko voi olla yhteydessä erilaisiin mielenterveyshäiriöihin kuten luulosairauteen, ahdistuneisuuteen, paniikkihäiriöön ja masennukseen. Joillekin ihmisille kuolemanpelko voi heikentää onnellisuuden täyttymistä. Joillakin lisääntyneet stressijaksot tai itsensä tai läheisen terveydentilan heikkenemisen aiheuttama uhka voi herättää ajatuksia ja tunteita kuolemanpelosta. (Iverach, Menzies & Menzies 2014.)

Kuolemanpelko voi lisätä somaattisia oireita ihmisillä, joilla on jokin mielenterveyshäiriö. Tämä tarkoittaa mahdollisen kivun ja ruumiinvamman hallinnan ja voiman tuntemusten häiriötä, joita kuolemanpelko voi voimistaa. Tämä osoittaa kuolemanpelon olevan keskeinen piirre mielenterveyshäiriöissä, joissa esiintyy somaattisia oireita. Kuolemanpelkoa on havaittu myös ihmisillä, joilla on lääketieteellisesti selvittämättömiä oireita, mikä korostaa kuolemanpelon mahdollisuutta lisätä somaattisia oireita. (Mt.)

Luulosairailla kuolemanpelon kokemuksia voi havaita ihmisten aktiivisuudella hoitoon pääsemisellä. Luulosairaat pelkäävät enemmän kuolemaa ja sairauksia sekä hakeutuvat herkästi lääketieteellisiin hoitoihin. Useat tutkijat ovat kannattaneet kognitiivisen käyttäytymisterapian hyödyntämistä tällaisten tapausten hoidossa. Terapialla

pyritään parantamaan ihmisen elämänlaatua, kehittämään terveellisiä elämäntapoja ja vähentämään liiallista tarkkailua. (Mt.)

Kuoleman pelkäämisen katsotaan olevan merkittävässä roolissa ahdistuneisuushäiriön kehittymisessä ja sen oireiden pahenemisessa, kuten tuntemattomiin paikkoihin menemisen välttämisessä. Tavoitteena on kuolemanpelon tunnistaminen, jonka jälkeen pyritään kehittämään mekanismeja tällaisista peloista selviämiseksi. Ahdistushäiriössä pyritään lisäämään ihmisen itsetuntoa, jolla on vaikutuksia ahdistuksen vähenemiseen sekä puolustautua uhkia vastaan jotka on itsellensä luonut. (Mt.)

Paniikkihäiriöiden hoitamisessa on tarpeen puuttua kuoleman ahdistukseen hoitoa ajatellen. Kuolemanpelko voi olla esillä oleva ongelma monille paniikkihäiriöille, kuten pelkona hallinnan menettämiselle. Paniikkihäiriöisen hoidossa on arvioitava ruumiillisen uhkien realistisuutta sekä vaikuttaa muuttamalla asennetta terveyteen, sairauteen ja kuolemaan. (Mt.)

Masennuksesta kärsivä ihminen voi kokea elämän merkityksettömänä ilman arvoa ja haluttomuutena pitää yhteyttä läheisiin. Kuolemanpelko voi johtaa lisääntyneeseen masennukseen riippuen iästä. Vakavammassa masennushäiriössä kuolemanpelon tuntemisen riski kasvaa iästä huolimatta. Olemassa olevien pelkojen käsitteleminen masennushäiriöstä kärsivälle vähentää jatkuvaa pelkäämistä, jolloin voidaan keskittyä jatkossa pelkästään masennuksen hoitoon. (Mt.)

7 Pohdinta

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tuomen ja Sarajärven (2009, 133) teoksessa Reynolds (1987) huomauttaa tutkimuksen tekijällä olevan vastuu tutkimuksen tulosten rehellisyydestä ja vilpittömyydestä ja hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta. Mikäli tutkimus on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön edellytyksellä, sen tulosten tulee olla eettisesti hyväksyttäviä ja luotettavia sekä uskottavia (Hyvä tieteellinen käytäntö n.d.).

Suomen Akatemian tutkimuseettisten ohjeiden (2003, 5-6) mukaisesti opinnäytetyössä on huomioitu seuraavat kohdat hyvän tieteellisen käytännön ohjeista:

- Tutkijat noudattavat rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksien tulosten arvioinnissa.
- Tutkijat toteuttavat tieteellisen tiedon luonteen kuuluvaa avoimuutta tutkimuksensa tuloksia julkaistessa.
- Tutkijat kunnioittavat muiden tutkijoiden työtä ja antavat heille merkityksen omassa työssään.
- Tutkimus on suunniteltu ja toteutettu sekä raportoitu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla.

Opinnäytetyön luotettavuutta voidaan käsitellä validiteetin ja reliabiliteetin termeillä. Validiteetti tarkoittaa opinnäytetyön pätevyyttä; onko se perusteellisesti tehty sekä ovatko saadut tulokset ja johtopäätökset oikeita (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka n.d.). Jotta opinnäytetyö voi olla validi, tulee siinä käytettävien menetelmien vastata ilmiöön, jota halutaan selvittää (Tutkivan toiminnan luotettavuuden kriteerit, 5). Jos opinnäytetyöstä puuttuu validiteetti, silloin tutkimus on arvoton ja on tutkittu jotain

asiaa mitä alun perin oli tarkoitus (mts. 7). Reliabiliteetti kertoo miten luotettavasti ja toistettavasti opinnäytetyön tulokset voidaan uusia, niin että samanlaisiin tuloksiin päädytään joka mittauskerralla. Reliabiliteetti ei ole sattumanvaraista. (Hiltunen 2009.)

Opinnäytetyön luotettavuuspohdinnassa on otettava huomioon myös tekijöiden puolueettomuus. Puolueettomuuteen voi vaikuttaa tekijöiden sukupuoli, ikä, uskonto, poliittinen asenne, kansalaisuus tai virka-asema. Puolueettomuusnäkökulma on pidettävä koko ajan mielessä, kun asetetaan tutkimuskysymykset, tarkastellaan ilmiötä johon halutaan vastauksia ja tutkimuksia valittaessa, koska opinnäytetyön tekijät luovat ja tulkitsevat tutkimusasetelmaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136.) Opinnäytetyön tekijöiden tulee pystyä pelkistämään aineisto niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysin tuloksen luotettavuuden lisäämiseksi on tärkeää, että tekijät pystyvät osoittamaan yhteyden aineiston ja tulosten välillä. Tällöin on hyvä, että luokittelijoita on vähintään kaksi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36–37.)

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa myös tekijöiden äidinkieli, joka tässä tapauksessa on suomi. Tutkimustuloksissa on käytetty englanninkielisiä lähteitä, jolloin mahdolliset virheet tai väärinymmärrykset kieltä käännettäessä ovat mahdollisia.

Luotettavuuden varmistamisen yksi tekijä on käytettyjen tutkimusten laadukkuus ja niiden tekijöiden tarkastelu. Tutkimuksiksi valikoituu sellaisia artikkeleita, joiden tekijöillä on hoitotieteen- tai lääketieteen koulutustausta. Jos tutkimuksessa ei selvinnyt tekijän tietoja, sitä ei valittu tähän opinnäytetyöhön.

7.2 Tulosten tarkastelu

Kirjallisuuskatsauksessa viidestä käytetystä alkuperäisartikkelista kolme käsittelee kuolevan ihmisen ja hänen omaistensa eettistä kohtaamista hoitotyössä (Anttonen 2016; Saastamoinen 2012; Suvanen 2013). Nämä tutkimukset on valittu aineistoon siksi, että niissä sivutaan kuolemanpelkoa ja myös kuolemanpelkoisen ihmisen eettistä hoitamista ja kohtaamista. Kaksi muuta artikkelia käsittelee kuolemanpelkoa ja kuoleman ahdistusta (Iverach ym. 2014; Terkamo-Moisio 2016). Nämä kaksi edellä mainittua artikkelia käsittelevät kuolemanpelkoa ja kuoleman ahdistusta kuitenkin eri näkökulmista. Iverach ja muut ovat tuoneet esille kuolemanpelon ja kuoleman ahdistuksen vakiintuneena piirteenä mielenterveyshäiriöissä, muun muassa ahdistuneisuushäiriössä, paniikkihäiriössä, luulosairaudessa ja masennuksessa (Iverach ym. 2014). Terkamo-Moisio taas vertailee kansalaisten ja sairaanhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia kuolemanpelosta ja kuoleman ahdistuksesta sekä eutanasiasta (Terkamo-Moisio 2016).

Tulosten tarkasteluun vaikuttaa myös hoitotyön kulttuurillinen eroavaisuus eri maiden välillä. Tässä opinnäytetyössä on käytetty suomalaisia (Anttonen 2016; Saastamoinen 2012; Suvanen 2013; Terkamo-Moisio 2016) artikkeleita, joissa tutkijat ovat jollain tasolla hoito- tai lääketieteen ammattilaisia. Yksi artikkeli on australialainen (Iverach ym. 2014) jossa tutkijoina kaikki kolme ovat psykiatrian ammattilaisia. Näiden artikkelien tarkastelun yhteydessä, opinnäytetyön tekijät eivät huomanneet suuria eroavaisuuksia näiden kahden maan hoitotyön laatukriteereissä, vaan pikemminkin samanlaisuuksia. Tämän havainnon perusteella voidaan todeta, että Suomessa ja Australiassa on yhteneväiset hoitokeinot ja eettiset periaatteet kuolemanpelkoisen ihmisen kohtaamisessa sekä hoitamisessa.

Tuloksia tarkasteltaessa voidaan todeta, että kuolemanpelosta ja kuoleman ahdistuksesta löytyy vielä tällä hetkellä heikosti uutta luotettavaa ja tutkittua tietoa. Kirjallisuuskatsauksesta rajautui pois paljon luotettavia artikkeleita, koska ne olivat liian

vanhoja tähän käytettäväksi. Opinnäytetyön tekijät tulevat siihen päätelmään, että kuolemanpelkoisen ihmisen kohtaamista ja hoitamista ei pidetä suuressa arvossa nykypäivänä. Iverach ja muut toteavat tutkimuksessaan, että mielenterveyshäiriöiden ja kuolemanpelon yhteyttä tulee jatkossa tutkia laajemmin suuremmalla otannalla kohdehenkilöitä (Iverach ym. 2014). Terkamo-Moisio tuo esille sairaanhoitajien merkityksen oman ammattinsa kehittämisessä ja hoitotyön linjausten tekemisessä. Tulevaisuutta ajatellen sairaanhoitajien tulee itse tuoda esiin oman ammattinsa kehittämistarpeet kuoleman ja kuolemanpelon kohtaamisessa eettisesti. (Terkamo-Moisio 2016, 50.)

7.3 Johtopäätökset

Tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksia tarkastellessa voidaan muodostaa seuraavia johtopäätöksiä liittyen sairaanhoitajan osaamiseen. Työnkuvan moninaisuuteen kuuluu isona osana kuoleman kohtaaminen. Jotkut sairaanhoitajat kohtaavat sitä päivittäin ja jotkut harvemmin, mutta osaaminen kuolevan ihmisen kohtaamiseen ja hoitamiseen tulee olla kaikilla sairaanhoitajilla.

Muihin kansalaisiin nähden sairaanhoitajat pelkäävät vähemmän kuolemaa ja suhtautuvat kuolemaan eri tavalla kuin muut. Myös työuran pituus sekä omat henkilökohtaiset kokemukset vaikuttavat sairaanhoitajien omiin asenteisiin ja tapaan työskennellä kuolevien ihmisten ja kuolemanpelkoisten ihmisten kanssa.

Sairaanhoitajan työkokemus vaikuttaa olennaisesti kuoleman kohtaamiseen ja kuolevien ihmisten hoitamiseen. Erityisesti työuransa alkuvaiheessa oleville sairaanhoitajille tulisi järjestää monipuolisesti perehdytystä kuolevien ihmisten hoitamiseen ja kohtaamiseen sekä työnohjausta aina tarpeen niin vaatiessa. Sairaanhoitajan tulee

itse tunnistaa omat kehittymistarpeensa ammattilaisena, joihin hänen tulee aktiivisesti hankkia enemmän osaamista työpaikkakohtaisesti ja omien mielenkiinnon kohteiden mukaan.

Sairaanhoitajan osaamiseen kuuluu kuolevan ja kuolemanpelkoisen ihmisen lisäksi heidän omaistensa kohtaaminen. Omaisten tukeminen ja tiedon jakaminen on oltava monipuolista ja luotettavaa. Sairaanhoitajan tulee osata tukea omaisia kokonaisvaltaisesti ja eettisesti. Sairaanhoitajan on myös osattava olla painostamatta niitä omaisia, jotka eivät halua osallistua kuolevan ihmisen viime hetkiin tai olla hänen lähellään.

Työn kuormittavuuteen tulee kiinnittää huomiota kaikissa niissä tilanteissa, joissa sairaanhoitaja kohtaa kuolemaa tai kuolemanpelkoa. Työnantajan tulee järjestää työntekijälle mahdollisuus puhua ja jakaa kokemuksiaan näistä tilanteista. Myös henkisen tuen saaminen työkavereilta vaikuttaa positiivisesti sairaanhoitajan jaksamiseen kuormittavassa työssä.

Sairaanhoitajan työhön kuuluu kuolemanpelon ja kuoleman ahdistuksen käsittäminen erillisenä oireena tai osana mielenterveyshäiriöitä. Hoitotyössä tulee pystyä ymmärtämään kuolemanpelon olevan itsenään niin suuri ahdistus ihmisellä, että se voi pahentavaa mahdollista mielenterveyshäiriötä tai sen oireita, jolloin hoidettaessa mielenterveyshäiriötä tulee samalla ottaa huomioon ja hoitaa kuolemanpelkoa.

Vaikka pelko ja erityisesti kuolemanpelko on hyvin yleistä ja se on olennainen osa jokaisen ihmisen elämää, kuolemanpelon kohtaamisesta ei löytynyt tutkimustietoa, jossa sitä olisi käsitelty ainoana aiheena. Kuolemanpelkoa sivutaan kuitenkin monessa artikkelissa, kirjassa ja nettilähteessä monipuolisesti. Näin ollen tuloksia tarkastellessa kuolemanpelkoon liittyvä tieto on pieninä palasina eri lähteissä. Hakukoneisiin kirjoittaessa hakusanaksi kuolemanpelko, löytyy useita eri lähteitä joissa siitä on kirjoitettu ja useita eri keskustelupalstoja joissa ihmiset siitä puhuvat. Näitä ei voida

pitää validina lähdemateriaalina, mutta näistä huomaa hyvin sen, että kuolemanpelko aiheena puhuttaa ja koskettaa monia.

Jatkotutkimusaiheita

Jatkotutkimusehdotuksina kyseessä olevan kirjallisuuskatsauksen pohjalta nousee kehittämis- ja tutkimusteemoja:

- Tarvitaan koko maan kattava laaja tutkimus siitä, onko hoitotyön koulutuksessa yhtenäistä linjaa suhteessa kuolevan ihmisen ja kuolemanpelon kohtaamisosaamisvaatimuksiin sekä näihin liittyvään hoitotyöhön
- Tutkimuksista ei selvinnyt, että onko kuolevia tai kuolemanpelkoisia ihmisiä kohtaavilla sairaanhoitajilla työssään mahdollisuus tasapuolisesti työnohjaukseen ja debriefingiin.
- Tutkimuksista ei myöskään selvinnyt, miten laajasti somaattisesti sairaiden ihmisten hoitotyössä sairaanhoitajilla on mahdollisuus lisäkoulutukseen työpaikkakohtaisesti kuolemanpelkoisen ihmisen kohtaamiseen sekä miten tähän on mahdollisuus mielenterveyshoitotyötä tekevillä sairaanhoitajilla.
- Kuolemanpelosta omana käsitteenä ja sen kohtaamisesta hoitotyössä ei ole tutkittua tietoa.

Lähteet

Ahonen, S-M., Jääskeläinen, P., Kangasniemi, M., Liikanen, E., Pietilä A-M. & Utriainen K. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoitotiede, 25, 4, 291-301. Viitattu 23.3.2017.

Anttonen, M. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Viitattu 4.5.2017. https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98745/978-952-03-0066-1.pdf?sequence=1.

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita.

Grönlund, E. 2015. Matkavalmisteluja ja opastajia. Elämän viimeisen vaiheen kokemukset. Helsinki: Basam Books.

Hannila, P. 2009. Kuolevaisuuden kuvastimessa – Kuoleman ahdistus ja elämän merkitys nuorten aikuisten kirjoituksissa. Pro gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto, humanistinen tiedekunta. Viitattu 4.4.2017. http://www.nuorisotutkimusseura.fi/images/opinnaytekilpailu/pyry_hannila_gradu.pdf.

Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito – haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Jyväskylän yliopisto, Graduryhmä 18.2.2009. Viitattu 20.4.2017. http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ja_reliabiliteetti.pdf

Hyvä tieteellinen käytäntö. N.d. Tutkimuseettinen neuvottelukunta - verkkosivu. Viitattu 20.4.2017. http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto

Idman, I. 2013. Psykososiaalinen tuki ja psyykkisten oireiden hoito syöpäpotilailla. Julkaisussa Palliatiivinen hoito. Toim. T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim, 218-219.

Iverach, L., Menzies, R. & Menzies, R. 2014. Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. Clinical Psychology Review, 34, 7, 580-593. Viitattu 16.5.2017. http://ac.elscdn.com/S0272735814001354/1-s2.0S0272735814001354main.pdf?_tid=ba595aba-202d-11e7-890f00000aab0f27&acdnat=1492076823_1182494c569df7e49d09695940a1ac42

Kajaste, S. 2011. Sosiaalinen fobia ja paniikkihäiriö. Julkaisussa Kognitiivinen psykoterapia. Toim. S. Kähkönen, I. Karila & N. Holmberg. 3.-5. uud. p. Helsinki: Duodecim, 136–137.

Kun kuolemanpelko estää elämästä. 2016. Artikkeli Mielen ihmeet sivustolla. Viitattu 30.3.2017. https://mielenihmeet.fi/kun-kuolemanpelko-estaa-elamasta/ .

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede, 23, 2, 138-148. Hoitotieteiden tutkimusseura HTTS ry.

L 27/2004. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta. Annettu 9.1.2004. Viitattu 31.3.2017. http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040027 .

Lahden korkeakoulukirjastot. 2016. Tiedonhankinnan oppaat. Terveysalan tietokannat. Viitattu 14.4.2017. http://libguides.lamk.fi/terveysalantietokannat

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Julkaisussa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Toim. S. Janhonen & M. Nikkonen. 2. uud. p. Helsinki: WSOY, 21–43.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Pelko. N.d. Artikkeli Suomen Mielenterveysseuran sivustolla. Viitattu 30.3.2017. http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/itsetuntemus/tunteet/pelko.

Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Viitattu 5.5.2017. https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93373/gradu01009.pdf

Saaranen-Kauppinen & Puusniekka. N.d. Tutkimuksen luotettavuus ja arviointi. KvaliMOTV verkkosivuilla. Viitattu 20.4.2017. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3.html

Saastamoinen, T. 2012. Sairaanhoitajien kuvauksia kuoleman kohtaamisesta tehohoitotyössä. Pro gradu-tutkielma, Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta, hoitotieteen laitos. Viitattu 11.5.2017. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120110/urn_nbn_fi_uef-20120110.pdf

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf.

Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet. 2003. Pdf-tiedosto Suomen Akatemian verkkosivuilla. Viitattu 20.4.2017. http://www.aka.fi/globalassets/awanhat/documents/tiedostot/julkaisut/suomen-akatemian-eettiset-ohjeet-2003.pdf.

Suvanen, T. 2013. Merkityksellinen kuolema hoitotyössä. Pro gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto, teologinen tiedekunta, uskontotieteen laitos. Viitattu 5.4.2017. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/42399/merkityk.pdf?sequence=1.

Taylor, S. 2014. Psychology Today – The Psychology of death. Viitattu 1.5.2017. https://www.psychologytoday.com/blog/out-the-darkness/201402/the-psychology-death.

Terkamo-Moisio, A. 2016. Complexity of attitudes towards death and euthanasia. Dissertations in Health Sciences. University of Eastern Finland. Department of Nursing science. Viitattu 5.4.2017. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2198-7/urn_isbn_978-952-61-2198-7.pdf .

Terkko. Medic-tietokanta. Helsinki: Helsingin yliopisto. Viitattu 12.4.2017: http://www.terkko.helsinki.fi/medic-tietokanta

Tilastokeskus. 2017. Syntyneitä vähemmän kuin kuolleita 2016. Viitattu 31.3.2017. http://www.stat.fi/til/vamuu/2016/12/vamuu_2016_12_2017-01-25_tie_001_fi.html .

Tommola, A. 2016. Kuoleman ajatteleminen voi olla hyväksi terveydelle. Helsingin Sanomat. Viitattu 14.4.2017. http://www.hs.fi/elama/art-2000002899671.html

Tritonia 2017. LibGuides. Tiedonhaku: Google Scholar. Viitattu 14.4.2017. http://uva.libguides.com/tiedonhaku/googlescholar

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, S. & Latvala, E. N.d. Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. AMK ja YAMK –opinnäytetöiden ohjauksen tueksi. Kirjallisuuskatsaukset. Viitattu 22.3.2017. https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/kirjallisuuskatsaukset/ .

Tutkittavan toiminnan luotettavuuden kriteerit. N.d. Viitattu 20.4.2017. http://www.hamk.fi/verkostot/kudos/tutkiva-toiminta/Documents/HAMK_17_Luotettavuuskriteerit.pdf

Wahlbeck, J-C. 2003. Kompasseja elämän ristiriitoihin. Jyväskylä: Gummerus.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2004. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Viitattu 3.4.2017. http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+4+Kuolemaan+liittyv%C3%A4t+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf/6a1cd043-354c-486d-b554-e9f37159924e

Valvira. 2013. Kuoleman toteaminen. Viitattu 31.3.2017. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/kuoleman_toteaminen

Liitteet

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksessa aineistona käytetyt alkuperäisartikkelit

TUTKIMUS	TUTKIMUKSEN TAVOITE	TUTKIMUSMENETELMÄ	KESKEISET TULOKSET
Suvanen, T. 2013. Merkityksellinen kuolema hoitotyössä. Pro gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto.	Tarkastella mitä merkityksiä sisätautiosaston hoitajat antavat kuolemalle.	Haastateltu 9 sairaanhoitajaa ja empiirinen aineisto on kerätty narratiivisella teemahaastattelulla. Vastauksia on peilattu lääketieteen näkemyksiin, psykologian alaan kuuluvaan teoriaan kuoleman mielekkyydestä ja uskontotieteellisiin käsityksiin.	Analyysi on jaettu viiteen osaan. Jokaisessa osassa on käsitelty tutkimustuloksia eri näkökulmista. Näitä ovat omaisten kohtaaminen, hyvä kuolema, hoitajien ahdistus ja se, millainen kuolema ei aiheuta ahdistusta hoitajissa.
Terkamo-Moisio, A. 2016. Complexity of attitudes towards death and euthanasia. Väitöskirja. Itä-Suomen Yliopisto	Selvittää kansalaisten ja sairaanhoitajien kuolemaan ja eutanasiaan kohdistuvia asenteita. Tuottaa uutta tietoa jota	Haastateltu 17 sairaanhoitajaa, jotka työskentelivät perusterveydenhuollossa. Kyselytutkimukseen osallistui 2796 kansalaista ja 1003 sairaanhoitajaa. Tutkimus koostuu siis laadullises-	Tutkimukseen osallistuneiden asenne kuolemaan oli neutraali ja kuolemanpelko sekä sen välttely oli alhaisella tasolla. Tutkimukseen

	voi-daan hyödyntää tulevissa tutki-muksissa sekä sairaanhoitajien koulutuksessa.	ta haastattelututkimuksesta ja määrällisestä elektronisesta kyselytutkimuksesta.	osallistuneiden asenteissa kuolema näyttäytyi pakomahdollisuutena kärsimyksen täytteisestä elämästä. Myös eutanasiaa kohtaan olevat asenteet olivat myönteisiä.
Iverach, L., Menzies, R. & Menzies, R. 2014. Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. Clinical Psychology Review, 34, 7, 580-593.	Tutkia kauhun hallinnan teoriaa ja psykologiaa kuoleman ahdistuksen ymmärtämisessä. Kartoittaa luetteloita joita käytetään kuoleman ahdistuksen arvioinnissa. Tarkastella kuoleman ahdistukseen arviointiin ja hoitoon käytettyä tutkimustietoa.	Kirjallisuuskatsaus.	Kuoleman ahdistus näyttää olevan peruspelko erilaisissa mielenterveyshäiriöissä. Kontrolloidut tutkimukset joilla määritetään psykologisten hoitojen tehokkuus kuoleman ahdistusta hoidettaessa on tarpeellista.
Anttonen, M. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen todelli-	Tuotetun tiedon avulla mahdollistaa potilaan ja perheen tarpeista	Haastateltu 45 osallistujaa, joista 16 ollut parantumatonta syöpää sairastavaa, 14 läheistä	Hyvä kuolema toteutuu potilaan, läheisen ja hoitohenkilökun-

suuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.	lähtevä saattohoidon kehittäminen.	sekä 15 hoitohenkilökunnan jäsentä. Tutkimus tehty grounded theory-menetelmällä.	nan vuorovaikutteisen yhteistyön avulla. Hyvässä kuolemassa ei kielletä kuoleman eikä luopumisen vaikeutta.
Saastamoinen, T. 2012. Sairaanhoitajien kuvauksia kuoleman kohtaamisesta tehohoitotyössä. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.	Tuottaa tutkimustietoa, jonka avullaa voidaan kehittää hoitotyön käytäntöjä ja vahvistaa sairaanhoitajien ammatillista osaamista	Ryhmähaastattelumenetelmä, jossa haastatellaan 20 sairaanhoitajaa neljästä yliopiston yleistehohoito-osastolta. Aineiston analyysi menetelmänä laadullisen sisällönanalyysi.	Eettiset periaatteet äkillisesti kuolevan potilaan hoitamisessa olivat kunnioitus, yksilöllisyys, arvostus ja empaattisuus.