



**TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
ÅBO YRKESHÖGSKOLA**

Opinnäytetyö

**HOITAJIEN JA
VAPAAEHTOISTYÖNTEKIJÖIDEN KUVAUKSIA
SAATTOHOITOPOTILAIEN
EKSISTENTIAALISESTA AHDISTUKSESTA**

-Riittääkö inhimillisen ihmisen läsnäolo?

**Martta Holmevaara
Kirsi Paussu**

Hoitotyön koulutusohjelma

2009

TURUN TIIVISTELMÄ
AMMATTIKORKEAKOULU

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	
Tekijät: Holmevaara Martta, Paussu Kirsi	
Työn nimi: Hoitajien ja vapaaehtoistyöntekijöiden kuvauksia saattohoitopotilaiden eksistentiaalisesta ahdistuksesta. -Riittääkö inhimillisen ihmisen läsnäolo?	
Suuntautumisvaihtoehto: Hoitotyö	Ohjaajat: Nousiainen Anu, Pelander Tiina
Opinnäytetyön valmistumisajankohta: Toukokuu 2010	Sivumäärä: 55 + 4 liitettä
<p>Eksistentiaalisella eli olemassaolon ahdistuksella tarkoitetaan psyykkistä tilaa, joka syntyy ihmisen aavistaessa tai ymmärtäessä oman elämänsä rajallisuuden ja tajutesaan samalla sen, että rajallisuuden merkitys on täysin avoin (Mattila 2002, 15). Eksistentiaalinen ahdistus on erotettava patologisesta ahdistuksesta, joka pyritään poistamaan. Eksistentiaalisen ahdistuksen kohdalla ihmistä pyritään vahvistamaan sen kestämiseen. (Kettunen 1990, 210-211.)</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa Pirkanmaan Hoitokodin potilaiden saamaa eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaamista hoitajien ja vapaaehtoistyöntekijöiden näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoite on kehittää potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaamista Pirkanmaan Hoitokodissa. Tutkimus toteutettiin Pirkanmaan Hoitokodissa. Tutkimusongelmat olivat: millä tavoin potilaiden eksistentiaalinen ahdistus tunnistetaan saattohoitotyössä hoitajien ja vapaaehtoistyöntekijöiden näkökulmasta sekä mitä ovat potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen auttamisen keinot hoitajien ja vapaaehtoistyöntekijöiden näkökulmasta?</p> <p>Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista lähestymistapaa ja aineisto kerättiin teema-haastattelun avulla. Tutkimusaineisto koostui yhteensä kuudesta (n=6) haastattelusta. Haastatelluista kolme oli vapaaehtoistyöntekijöitä ja kolme hoitajaa. Analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia.</p> <p>Tulosten mukaan eksistentiaalinen ahdistus tunnistettiin ja sitä kuvattiin haastatelluissa monin tavoin. Tutkimuksessa ei syntynyt eroavaisuutta vapaaehtoistyöntekijöiden ja hoitajien välille ahdistuksen tunnistamisen osalta. Potilaiden eksistentiaalisen auttamisen keinoista vuorovaikutukselliset keinot koettiin parhaana tapana auttaa. Hoitajat määrittivät myös hoitotyön tietotaidon hallinnan auttamisen keinoksi. Hoitajien saama aiheeseen liittyvä koulutus koettiin puutteelliseksi ja hoitajien kokemus resurssien vähydestä varsinkin yöaikana koettiin vaativana.</p> <p>Jatkossa voitaisiin kehittää vapaaehtoistyöntekijöiden ja hoitajien yhteistyötä ja yhteisöllisyyttä. Saattohoitajien tunneälytaitojen, yhteisöllisyyden ja ryhmäprosessien vaikutuksia potilaan saattovaiheen hoidossa tulisi tutkia ja kehittää.</p>	
Hakusanat: eksistentiaalinen ahdistus, saattohoito, palliatiivinen hoito, vapaaehtoistyö, kuolema, kipu	
Säilytyspaikka: Turun ammattikorkeakoulun kirjasto	

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES ABSTRACT

Degree Programme: Nursing	
Authors: Holmevaara Martta, Paussu Kirsi	
Title: Descriptions of nurses and volunteers about existential anxiety. – Is human presence enough?	
Specialization line Nursing	Instructors: Nousiainen Anu, Pelander Tiina
Date May 2010	Total number of pages 55
<p>Existential anxiety is a human psychic state which arises from a hunch or awareness of the finite nature of life. The meaning of that finite nature is entirely open. (Mattila 2002, 15.) Existential anxiety differs from pathological anxiety which needs to be removed. When it comes to existential anxiety the aim is to provide psychological resources for a person in order to endure it. (Kettunen 1990, 210-211.)</p> <p>This study aimed to research the encounter of existential anxiety of the patients of Pirkanmaan Hoitokoti from the point of view of nurses and volunteer workers. The goal of the study is to improve personnel's ability to encounter existential anxiety of the patients in Pirkanmaan Hoitokoti.</p> <p>The study took place in Pirkanmaan Hoitokoti. The research questions were: how do nurses and volunteers identify existential anxiety in palliative care and what means do nurses and volunteers have to relieve existential anxiety of the patients?</p> <p>The research used qualitative approach and the data were gathered by theme interviews. The random sample consists of the interviews of nurses and volunteers working in Pirkanmaan Hoitokoti. The method of analysis was content analysis.</p> <p>The results show that existential anxiety was identified and it was described in many ways. The research did not show differences in identifying the anxiety between nurses and volunteer workers. Interactional means were seen the best way to help patients of all the means in relieving existential anxiety. The nurses also defined know-how of nursing as a means to help patients. The given training about the topic was seen insufficient, and the nurses felt the lack of resources challenging, especially at night time.</p> <p>The follow-up research could study how nurses and volunteers could co-operate seamlessly. Studying emotional intelligence, sense of community and the effects of group processes could also prove beneficial.</p>	
Keywords: existential anxiety, terminal care, palliative care, voluntary work, death, pain	
Deposit at: Library, Turku University of Applied Science	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	4
2	SAATTOHOITO JA EKSISTENTIAALINEN AHDISTUS KUOLEVAN POTILAAN HOITOTYÖSSÄ	8
2.1	Hospice hoidosta saattohoidoksi	8
2.2	Palliatiivinen hoito saattohoidon osana	9
2.3	Lähestyvän kuoleman vaikutus oireisiin	10
2.4	Eksistentiaalinen eli olemassaolon ahdistus	14
3	PIRKANMAAN HOITOKOTI	17
3.1	Omahoitajana saattohoidossa	18
3.2	Vapaaehtoistyö Pirkanmaan Hoitokodissa	19
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA ONGELMAT	21
5	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	22
6	TUTKIMUSTULOKSET	26
6.1	Taustatiedot	26
6.2	Potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen tunnistaminen	27
6.3	Potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen auttamisen keinot	33
7	TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	39
8	POHDINTA	46

LÄHTEET

52

LIITTEET

- Liite 1. Tutkimuslupa
- Liite 2. Anomus opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi
- Liite 3. Haastatteluteemat
- Liite 4. Toimeksiantosopimus
- Liite 5. Suostumus haastatteluun

KUVIOT

- Kuvio 1. Tutkimuksessa käytetyt aiemmat tutkimukset
- Kuvio 2. Palliatiivinen hoito sairauden aikana
- Kuvio 3. Esimerkki sisällön analyysistä.
- Kuvio 4. Potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen tunnistaminen saattohoitotyössä
- Kuvio 5. Potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen auttamisen keinot hoitajien ja vapaaehtoistyöntekijöiden näkökulmasta

TAULUKOT

- Taulukko 1. Tutkimuksessa käytetyt aiemmat tutkimukset

1 JOHDANTO

Kuolevan potilaan hoidossa eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaaminen usein mielletään yksinomaan sielunhoitajan tehtäväksi. Jos muut hoitavat henkilöt eivät reagoi potilaan ahdistukseen ja kysymyksiin – muuta kuin ehkä lääkettä antamalla – he viestivät, että tällainen ahdistuksen kohtaaminen ei kuulu perushoitoon ja sen esiintulo on erityistapaus. Potilaan ahdistuksen huomioiminen saattaa jäädä sen varaan, osaako ja rohkeneeko hän pyytää sille sopivaa kuulijaa. Uskonnollisen elämäkatsomuksen omaavan potilaan on luontevaa puhua papin kanssa, sen puuttuessa on vaikeaa löytää kenet pyytäisi tuekseen? Eksistentiaaliset kysymykset nousevat pintaan yhtä lailla uskonnollisen kuin ei uskonnollisen ihmisen mielessä. (Hänninen 2006, 45.)

Eksistentiaalisen ahdistuksen ydinkysymyksenä voidaan pitää, mitä on tämä elämä minussa, joka kaiken kärsimyksen, kivun ja vaivannäön jälkeen näyttää päättyvän ei-olemiseen? Kysymykseen voidaan etsiä hengellisiä tai ei-hengellisiä vastauksia. Sen tähden näyttää perustellulta olla samaistamatta eksistentiaalisia ja hengellisiä kysymyksiä. Sen sijaan voidaan todeta, että eksistentiaaliin kysymyksiin voidaan antaa hengellisiä vastauksia. (Mattila 2002, 192.)

Eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaaminen palliatiivisen hoidon osana on kamppailua asian kanssa, joka ei parane ja poistu. Voidaan jopa nähdä eksistentiaalisen ahdistuksen hoidossa tietty paradoksaalisuus. Se on siinä, että ”hoidon” päämääräksi paljastuu täydellisesti sairaaksi tekeminen: elämän rajallisuuden avoin tiedostaminen. Mitä paremmin ja aidommin eksistentiaalista ahdistusta ”hoidetaan”, sitä varmemmin se edelleen ilmentyy. Suostumalla eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaamiseen tehdään näkyväksi sitä, mikä on jo olemassa, mutta ei näy. (Mattila 2002, 167.)

Näin todentuu se, että dialogi itsessään on hoitoa. Kohtaamalla potilaan rinnalla elämäntilanteen esiin nostamaa tuskaa, hoidetaan eksistentiaalista ahdistusta, lievitetään potilaan oireita ja optimoidaan elämänlaatua. Lohduttelu ja yritykset vähätellä eivät tuskan ja ahdistuksen äärellä ole tarkoituksenmukaisia. Pikemminkin läsnäolo, ahdistukselle tilaa antaen, auttaa todellisuuden vastaisesti ahdistuksen aikaansaaman katastrofi- tai kaaostilan jäsentämisessä. Potilaan tai omaisten ei ole pakko puhua kuolemasta, jos he eivät sitä halua. Pyrkimyksenä on pikemminkin löytää vaikeassa elämäntilanteessa olevalle parantu-

mattomasti sairaalle potilaalle tilaa olla suorittamatta ja olla osaamatta. Keskenäminen on epätäydellinen ja kipeäkin kuolemaan kasvaminen on nähtävä kuoleman oikeana muotona, ei virheenä tai kehityshaasteena. (Mattila 2002, 15, 167.) Saattohoitopotilaan hoidossa vastaaminen eksistentiaaliseen kärsimykseen tulee olla ensisijaista, koska se hyvän kivunhoidon ohella vaikuttaa ehkä eniten kuolevaa lähestyvän ihmisen henkilökohtaiseen hyvinvoinnin tunteeseen (Smolander 2009, 4-5).

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa Pirkanmaan Hoitokodin potilaiden saamaa eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaamista hoitajien ja vapaaehtoistyöntekijöiden näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoite on kehittää potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaamista Pirkanmaan Hoitokodissa. Eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaaminen saattohoidossa on yksi keskeisimmistä ja vaativimmista potilaan kokonaisvaltaisen hoidon osa-alueista. Vapaaehtoistyöntekijöiden mukana oleminen potilaan hoitotyön täydentäjinä tuovat oman kokemuksellisen syvyytensä potilaan kanssa käytyyn dialogiin. (Sand 2003, 115.)

Tutkijat työskentelevät Pirkanmaan Hoitokodissa hoitajina oman monivuotisen työkokemuksen saattohoidosta sekä kuolevan ihmisen kohtaamisesta ja omaisten tukemisesta. Toinen tutkijoista on lisäksi työskennellyt Pirkanmaan Hoitokodissa aiemmin myös vapaaehtoistyöntekijänä. Tämä työ tuo näkyväksi kuolevan ihmisen käymää prosessointia ja siihen osallistuvien auttajien läsnäolon merkitystä. Riittääkö auttajalta se, että hän on vierellä vain inhimillisenä ihmisenä?

Tutkimuksessa käytetyt aiemmat tutkimukset ovat lueteltu taulukossa 1. (TAULUKKO 1)

Taulukko 1. Tutkimuksessa käytetyt aiemmat tutkimukset

Tutkimuksen tekijä vuosi ja nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä ja otos	Keskeisemmät tulokset
Bolmsjö, Ingrid Ågren 2002. Existential Issues in Palliative Care.	Eksistentiaalisten kysymysten teemat	haastattelututkimus (n=18) potilasta	Eksistentiaalisten kysymysten merkitys ja tarkoitus, riippuvuus ja vapauden rajoitukset, vastuu ja syyllisyys. Välttää tarkkaa määrittelyä.
Boston, Patricia H & Mount, Balfour M. 2006. The Caregiver's Perspective on Existential and Spiritual Distress in Palliative Care	Hoitoyhteisön näkökulma eksistentiaaliseen ja hengelliseen ahdistukseen palliativisessa hoidossa	puolistrukturoitu haastattelututkimus (n=10) hoitajaa	Syvällisten terapeuttisten keskusteluiden tarve, itsetuntemuksen merkitys, henkilöstön keskinäisen tuen tarve. Eksistentiaalisen ahdistuksen vastaanottaminen on haasteellista ja kuluttavaa.
Colliander Johanna 2009. Suomalaisen saattohoitokotien vapaaehtoistyöntekijät ja heidän työhyvinvointinsa.	Suomalaisten saattohoitokotien vapaaehtoistyöntekijät ja heidän työhyvinvointinsa	poikkileikkauskysely (n=107) vapaaehtoistyöntekijää	Vapaaehtoistyöntekijät kokevat työhyvinvointinsa hyväksi saattohoitokodeissa
Lipponen, Varpu 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna	Kuolevan potilaan omahoitajan ja hoitosuhteen toimivuus on sidoksissa käsitykseen ihmisenä olemisesta.	episteeminen konstruktionismiin perustuva diskursssi-analyysi (n=30) hoitajaa	Tutkimus paneutui puheiden seurauksiin. Seurausten ymmärtäminen on tärkeää, koska tulevaisuuden potilaat ovat entistä koulutetumpia ja kriittisempiä oman hoitonsa suhteen. He osaavat ilmaista hoitotahtonsa ja vaatia oikeuksiaan.

<p>Mattila Kati-Pupita 2002. Syöpäpotilaan palliatiivisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat.</p>	<p>Palliatiivisen hoidon olennaisia eettisiä kysymyksiä autonomisuuden, oikeudenmukaisuuden ja kivunhoidon näkökulmista</p>	<p>lähdeanalyysi-tekstitutkimus</p>	<p>Vakavasti sairas tarvitsee ihmisen kuuntelijakseen. Eksistentiaalinen ahdistus ilmenee, kun sitä osataan kuunnella.</p>
<p>Mikkonen, Mirja 2007. Saattohoidon laatu Terhokodissa omaisten arvioimana.</p>	<p>Saattohoidon laatu ja sen tekijät</p>	<p>kvantitatiivinen kysely (n=94) omaista + kvalitatiivinen haastattelu omaiset (n=58)</p>	<p>Potilaan vierellä vietetty aika ja läsnäolo kuoleman hetkellä oli omaisille tärkeää. 90% omaisista arvioi saaneensa ihmisläheistä ja oireita lievittävää hoitoa.</p>
<p>Sand, Hilka 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta.</p>	<p>Kuolevan potilaan hoito suomalaisessa saattohoitokodissa</p>	<p>etnografinen tutkimus (n=35) henkilöhaastattelua, joista (n=6) potilaita</p>	<p>Saattohoitokodeissa työskenteleviä yhdistää halu auttaa ihmistä ja tehdä jotakin todella tärkeää. Oma työnäky, lähimmäisenrakkaus ja kuolevan hoitamiseen liittyvän työn haasteellisuus auttavat jaksamaan.</p>
<p>Tikkamäki, Kati 2006. Työn ja organisaation muutoksissa oppiminen. Etnografinen löytöretki työssä oppimiseen</p>	<p>Työssä oppimiseen liittyviä kysymyksiä valotetaan sekä työntekijöiden, työyhteisöjen että -organisaatioiden näkökulmista. Saattohoitokoti – yksi organisaatio.</p>	<p>Osallistuvaa havainnointia, reflektiivisiä ryhmäkeskusteluja, yksilöhaastatteluja sekä dokumenttimateriaaleja.</p>	<p>Työntekijöiltä vaadittiin kykyä ja halua sopeutua työn ja organisaation muutoksiin sekä ammattitaidon jatkuvaan kehittämiseen.</p>

2 SAATTOHOITO JA EKSISTENTIAALINEN AHDISTUS KUOLEVAN POTILAAN HOITOTYÖSSÄ

2.1 Hospice hoidosta saattohoidoksi

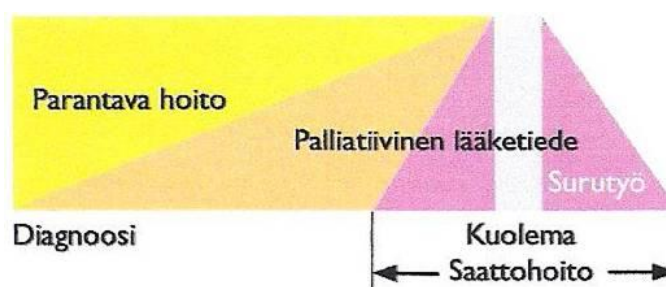
Hospice on filosofinen näkemys, jota toteuttaen kenenkään ei tarvitsisi kuolla tuskaisena ja peläten. Kuolevan kanssa kuljetaan yhtä matkaa niin pitkälle kuin se on mahdollista. Rinnalla kulkien matkan kokemukset ovat yhteisiä ja ne jaetaan sen sijaan, että lähtevää seurattaisiin etäältä. Hospice-hoito ei ole teknistä eikä mekaanista, vaan siihen tarvitaan sydäntä. Syntyminen ja kuoleminen on tehtävä yksin, mutta ei hylättynä. (Suurla 2000, 200, 207; Sand 2003, 197, 207.)

Parantumattomasti sairaan potilaan viime vaiheen hoitoa toteutetaan ”hospice” – periaatteiden mukaisesti silloin, kun sairauten ei enää ole löydettävissä lääketieteellistä parannuskeinoa. Hoitotyön periaatteena on luoda kuolevalle potilaalle sellaiset olosuhteet, että hän voi mahdollisuuksiensa rajoissa elää täyttä elämää loppuun asti sekä kohdata oman kuolemansa turvallisesti, arvokkaasti ja rakkautta saaden. Tätä kutsutaan Suomessa saattohoidoksi. Hospice-hoidon suomenkieliseksi käännökseksi onkin viime vuosina vaikiintunut saattohoito. (Lääkintöhallitus 1982, Leino & Pusa 1996, 755–763, Sand 2003, 196; Surakka 2004, 44.)

Suomen saattohoidon kehittymiseen on haettu vaikutteet St. Christopher’s Hospicen yli­lääkäri Dame Cecilia Saundersin ihmiskuvaan perustuvasta nelikantaisesta hoitonäkemyksestä, johon sisältyy fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen ulottuvuus. Sosiaalisessa näkemyksessä korostuu perheen merkitys, mieli liittyy psyykkiseen puoleen, henki hengelliseen sekä uskonnolliseen osuuteen ja ruumis on osa fyysistä kokonaisuutta. Erityinen hospice-hoitoideologian teesi, ”Kun ei ole enää mitään tehtävissä, on vielä paljon tekemistä.” kuvastaa liikkeen perustajan Dame Cecilia Saundersin optimistista toivon näkökulmaa. Hospice-näkemys on lähimmäisen rakkautta, jossa ei niinkään puhuta, vaan teot ratkaisevat. (Saunders, Baines & Dunlop 2003, 3-10.)

2.2 Palliatiivinen hoito saattohoidon osana

Saattohoito eroaa palliatiivisesta hoidosta siten, että jälkimmäisellä tarkoitetaan parantumattomasti sairaiden pitkäaikaisempaa oireenmukaista hoitoa (KUVIO 2). Saattohoito ajoittuu lähemmäksi kuoleman todennäköistä ajankohtaa. Palliatiivisen hoidon kesto saattaa olla vuosia; saattohoidossa ennuste on viikkoja tai enintään kuukausia. (Käypähoito 2008 viitattu [7.12.2008].)



Kuvio 2. Palliatiivinen hoito sairauden aikana (Holli 2006, 52 [viitattu 6.4.2010])

Palliatiivinen hoito on potilaan; parantumattomasti sairaan ja kuolevan ihmisen aktiivista, moniammatillista ja kokonaisvaltaista hoitoa, kun sairaus ei ole parannettavissa eikä elämän pidentäminen ole ainut hoidon päämäärä. Ajallisesti palliatiivinen hoito ei ole sidoksissa kuoleman läheisyyteen, vaan palliatiivisen hoidon vaihe voi sairaudesta riippuen kestää jopa vuosia. Parantumattomasti sairaan hoito on monitahoista ja sen vuoksi yhteistyön eri ammattiryhmien välillä tulee olla saumatonta. Näin voidaan turvata hoidon pitkäjänteisyys, inhimillisuus ja hyvä laatu. (Etene 2003, 6; Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry 2009.)

Keskeistä on kipua ja tuskaa lievittävä ja vähentävä hoito sekä muiden häiritsevien oireiden lievitys ja psykologisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin sekä maailmankatsomuksellisiin ongelmiin paneutuminen. Palliatiivinen hoito tukee elämää ja pitää kuolemaa siihen kuuluvana normaalina prosessina. Hoito auttaa potilasta elämään mahdollisimman aktiivisesti kuolemaansa asti ja tukee läheisiä selviytymään potilaan sairauden aikana sekä kuoleman jälkeen. Palliatiivinen hoitotähtämys hyväksyy elämän rajallisuuden. Sen mukaan kuoleminen kasvaa esiin koko eletyn elämän taustalta. Palliatiivisen hoidon tehtävä on koko

sairaahan ihmisen ja hänen läheistensä tukeminen niin, että he voisivat elää täysipainoisesti ja laadukkaasti ja että potilas voisi kuolla arvokkaasti. (Etene 2003, 6; Käypähoito 2008; Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry 2009 [viitattu 7.12.2008].)

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa. Terveystieteiden Eettinen neuvottelukunta ETENE (2003) määrittelee saattohoidon seuraavasti: ”Saattohoito on vaikeasti sairaan ihmisen hoitoa tilanteessa, jossa parantavasta hoidosta on luovuttu ja sairauden etenemiseen ei enää kyetä vaikuttamaan. Saattohoitoon kuuluu potilaan toiveiden huomioon ottaminen, mahdollisimman hyvä oireiden hoito, lähestyvään kuolemaan valmistaminen ja potilaan läheisten huomioiminen ja tukeminen.” (Etene 2003, 4) Saattohoito on potilaan toiveista ja tarpeista lähtevää moniammatillista hoitoa. Kokonaisvaltainen hoito sisältää fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja henkisen ulottuvuuden kulttuurisia arvoja unohtamatta. Hoidossa korostuu ihmisen arvokkuus ja yksilöllisyys. Jokaisella on oikeus ihmisarvoiseen elämään sairaudestaan ja siihen liittyvistä oireista riippumatta. Eettisinä lähtökohtina ovat potilaan itsemääräämisoikeus, hyvän tekeminen, pahan tekemisen välttäminen ja oikeudenmukaisuus. Henkilökunta sitoutuu saattamaan potilaat läpi sairauden, hoitamaan heidän oireensa ja turvaamaan hoidon jatkuvuuden. Saattohoidossa huomioidaan erityisellä tavalla myös omaiset ja ystävät. (Hänninen 2001, 7-12; Sand 2003, 43-47)

2.3 Lähestyvän kuoleman vaikutus oireisiin

Kuuppelomäen (2000) mukaan potilaat odottavat hyvän fyysisen hoidon lisäksi henkistä tukemista. Kuolevan tuen tarve ilmenee kuoleman kohtaamisessa, pelkojen voittamisessa, elämän päättämisen hyväksymisessä ja omaisista luopumisen tukemisessä. Turvattomuuden kokemusta voi lievittää jo pelkästään toisen ihmisen läsnäolo kuolevan vierellä. Tätä tavoitetta voidaan toteuttaa omaisten, hoitajien ja vapaaehtoisten yhteistyönä potilaan suostumuksella. (Kuuppelomäki 2000, 130-146.) Potilaan tunteiden huomioon ottaminen hoidossa mittaa sekä potilaslähtöisyyttä, että henkilökunnan osaamista (Mikkonen 2007, 16).

Kipu on subjektiivinen tuntemus, minkä kokemiseen vaikuttavat hyvin erilaiset sisäiset ja ulkoiset, tietoiset ja tiedostamattomat tekijät. Kipuun ja sen hoitoon liittyvät näkökohdat ovatkin keskeisiä saattohoidossa. On vaikea kuvitella, ettei niin ahdistava ja ennen kokematon elämäntilanne kuin parantumaton sairaus ja lähestyvä kuolema vaikuttaisi kivun ja myös muiden oireiden kokemiseen. On toisinaan turhan yksinkertaista ajatella, että kipuongelman ratkaisu löytyisi pelkästään lääkeannosta lisäämällä tai lääkettä vaihtamalla. (Leino 2008, 18.)

Noin neljännes syöpäpotilaista ei kärsi kivusta missään vaiheessa sairautensa aikana. Kipu ei välttämättä liity vaikeaan sairastamiseen. Kipu voi olla yleinen oire taudin edetessä syövän lisäksi muissakin sairauksissa. Kipu muodostuu elinvauriosta, psykologisista ja ympäristöön liittyvistä tekijöistä. Kipujen alkuperä ja vaikeus tulee arvioida ja hoitaa. (Hänninen 2008, 22–30.)

Kipu voi olla myös keino viestiä ympäristön kanssa. Kipua ilmaisemalla potilas voi viestittää yksinäisyyttään tai ahdistuneisuuttaan. Potilaasta voi tuntua hyväksytyimmältä ilmaista kipua kuin kertoa, että häntä pelottaa. Joskus potilaat käyttävät kipua myös manipulointikeinona, erityisesti omaisiaan kohtaan, herättääkseen sääliä tai syyllisyyttä. (Leino 2008, 19.)

Kipututkimus on kuitenkin todistanut, että kaikki ruumiillinen kipu on oikeaa kipua. Se tuntuu samanlaiselta, oli sen alkusyy mikä tahansa. Kivulle etsitään somaattista syytä lääketieteellisin tutkimuksin. Jos sellaista ei löydy, usein päätellään, että se on jotenkin psyykkistä alkuperää. (Vainio 2007, 50–51.) Kivulla ja muilla ruumiillisilla oireilla on kuitenkin voimakas ahdistusta sitova vaikutus: vaikka oire on tuskallinen, se saattaa olla elintärkeä psyykkisen tasapainon ylläpitämiseksi. Oireesta luopuminen aiheuttaa vastarintaa, joka saattaa vaikeuttaa hoitoyritysten onnistumista. Tiedostamaton vastarinta saattaa olla yksi syy huonoon hoitokomplianssiin (hoidon vaste) tai täysin hoitoresistenttiin (hoitoa vastustava) kipuun. (Vainio 2002, 193.)

Uupumus ja väsymys ovat saattohoitopotilaalle tuttuja oireita. Erilaiset fyysiset kivut ovat useimpien potilaiden päivittäinen haitta. Ruuansulatuskanavassa tauti aiheuttaa ruokahaluttomuutta, oksentelua, kuvotusta ja pahoinvointia. Useimmat potilaat kärsivät myös ummetuksesta ja ripulista, joita voivat aiheuttaa myös oirehoitoon käytetyt lääkkeet. Tau-

din sijainnista riippuen potilaat kärsivät erilaisista raaja- ja vartaloturvotuksista, ja tukehtumisen tunteesta. (Hänninen 2008, 22–42.)

Ahdistuneisuus voi olla luonnollinen reaktio lähestyvään kuolemaan, merkki aiemmasta tai piilevästä häiriöstä tai osoitus alihoidetusta muusta oireesta (Käypähoito 2008 viitattu [7.12.2008]). Myös aiempi psyykinen oireilu antaa viitteitä ahdistuneisuudesta. Etenkin aiemmat paniikkioireet aktivoituvat usein kuoleman uhan edessä. Ahdistuneisuus voi liittyä myös masennukseen tai deliriumiin. (Hänninen 2003, 213.)

Saattohoitopotilas voi olla ahdistunut, ja ahdistus psyykkisenä oireena tai häiriönä voi aiheuttaa potilaalle pelkoa, voimavarojen ehtymistä tai pahimmillaan täydellisen toimintakyvyttömyyden. Ahdistukseen liittyy myös somaattisia oireita: sydämentykytystä, hengengahdistusta ja pahoinvointia. Niin ikään siihen voi liittyä unettomuutta ja ruokahaluttomuutta. Yleisiä ahdistuksen lähteitä saattohoidossa ovat kuoleman ja oireiden pelko. Myös hallitsemattomat oireet voivat aiheuttaa ahdistusta. Potilaan psyykinen kärsimys ilmenee pelkoina, ahdistuneisuutena, univaikeuksina, depressiivisyytenä ja sekavuutena. (Hänninen 2003, 212.; Leino 2008, 19.)

Delirium on akuutti sekavuustila, jonka taustalla on orgaaninen aivotoiminnan häiriö, jota luonnehtivat samanaikainen tietoisuuden heikkeneminen, tarkkaavuushäiriö, ajattelun ja muistin häiriöt, psykomotoriset ja emotionaaliset muutokset sekä muutokset uni-valverytmissä. Deliriumissa on hyper- ja hypoaktiivinen muoto. Esiintyvyys edennyttä syöpää sairastavilla on 26–44 % ja jopa 88 % viimeisinä elinpäivinä. Deliriumin tavallisimpia lievitettäviä syitä voivat olla lääkkeet, infektiot, hypoksia (hapenpuute), hyperkalsemia (veren liian suuri kalsiumpitoisuus), elektrolyyttihäiriöt, aivometastaasit ja uremia (virtsamyrkytys). Potilaalle tulee järjestää turvallinen, rauhallinen ja valvottu ympäristö. (Käypähoito 2008 viitattu [7.12.2008].)

Sairaus aiheuttaa **masennusta, vihaa ja katkeruutta**. Sosiaalisen aseman ja roolin muuttuminen sekä huoli perheen tulevaisuudesta saattavat lisätä tuskaa. Kehon kuvan ja sen myötä koko minäkuvan muuttuminen sairauden aiheuttaman raihnaistumisen ja toimintakyvyn heikkenemisen takia lisäävät usein potilaan ahdistusta. Hengellisyyteen ja elämän sekä kuoleman tarkoitukseen liittyvät pohdinnat nousevat herkästi sairauden myötä pinnalle. Hoidossa on ymmärrettävä, että näiden tunteiden poistaminen on harvoin

mahdollista. On kuitenkin tärkeää, ettei niitä väheksytä tai ohiteta. Niiden läpikäyminen ja potilaan kuuntelu ovat ensisijaisen tärkeitä ja auttavat lääkehoitoa paremmin. (Leino 2008, 18.)

Ahdistus, alakuloisuus ja toivottomuuskin ovat osa **surua**. Suru on hyvin yksilöllinen tunne. Voidaan ajatella, että suremisen tarkoitus on katkaista siteet menneeseen, irtautua tunnesiteestä. Suruun liittyy usein vihaa ja syyllisyyttä, siihen saattaa liittyä kärsimystä ja tuskaa. Sureva kokee voimakkaita tunteita alkaen epätoivosta ja ahdistuksesta tarpeeseen olla yksin ja vetäytyä. Vetäytyminen ei ole vain tarvetta irrottautua muista ihmisistä, vaan myös irtautumista itsestä, ihmisestä, jollaisena sureva on itsensä tuntenut. Mutta ei pidä unohtaa surun muutosvoimaa, iloa menneestä ja toivoa tulevasta. Myös kuolevan ihmisen kohdalla toivo toimintakyvyn ylläpitäjänä tunnustetaan. Kuolevan ihmisen toivo voi liittyä ihmisarvoiseen loppuelämään, läheisten läsnäoloon ja arvokkaaseen kuolemaan. (Poijula 2002, 40; Surakka 2004, 44.)

Elämänkatsomus voi saada uutta syvyyttä, mutta se voi myös haaksirikkoutua surussa. Sureva kulkee ikään kuin vedenjakajalla. Toiset vedet virtaavat elämän kaventumiseen, köyhtymiseen, vääristymiseen, sairastumiseen ja tuhoutumiseen. Päinvastaiseen suuntaan virtaavat vedet vievät elämänlaadun parantumiseen, henkiseen syventymiseen ja avartumiseen. Parhaassa tapauksessa ihminen kehittyä menetystensä, luopumistensa ja kriisinsä kautta olemuksensa täyteen määrään. Hän varustautuu viimeiseen luopumistyöhönsä ja voi olla valmis lähtemään “elämästä kyllänsä saaneena”. Surijaa huojentaa, kun toiset ihmiset osallistuvat hänen suruunsa läsnäolollaan ja valmiudessaan puhua kaikesta, mitä suruun liittyy. (Virtaniemi 2009, 2 [viitattu 21.10.2009])

Haasteet hoitotyössä voivat johtua siitä, että potilaan kärsimys ja tarjottavat hoitomuodot eivät kohtaa. Olemassaoloon ja sen loppumiseen liittyvää kärsimystä on vaikea lievittää lääkkeellisin hoidoin. Aina kärsimystä ei kyetä edes kuulemaan. Hoitaville henkilöille on hyvin turhauttavaa havaita, etteivät he ymmärrä tilannetta eivätkä näin ollen myöskään voi auttaa. (Hänninen 2008, 18-19.)

2.4 Eksistentialinen eli olemassaolon ahdistus

Eksistentialisella eli olemassaolon ahdistuksella tarkoitetaan psyykkistä tilaa, joka syntyy ihmisen aavistaessa tai ymmärtäessä oman elämänsä rajallisuuden ja tajutessaan samalla sen, että rajallisuuden merkitys on täysin avoin (Mattila 2002, 15). Eksistentialinen ahdistus on erotettava patologisesta ahdistuksesta, joka pyritään poistamaan. Eksistentialisen ahdistuksen kohdalla ihmistä pyritään vahvistamaan sen kestämiseen. (Kettunen 1990, 210–211.) Eksistentialiset, omaan elämään ja kuolemaan liittyvät kysymykset koskettavat kaikkia ihmisiä etenkin elämän rajakohdissa (Helsingin seurakuntayhtymä 2009, [viitattu 21.1.2010]).

Eksistentialista ahdistusta koskevien kysymysten liittymisestä keskeisesti palliatiiviseen hoitoon perustelee vahvasti se, että kuoleminen on muuttunut tietyissä mielessä ennustettavammaksi kuin ennen. Diagnoosien ja prognoosien lääketieteellinen paraneminen on muuttanut ihmisten kuolemistilannetta siten, että sairauden parantumattomuuden ennustaminen on usein mahdollista huomattavasti aiempaa varhaisemmassa vaiheessa. (Mattila 2002, 18–19.)

Nissilä (1992) tutki aihetta lähellä kuolemaa eläneitten kokemuksesta ja kuoleamisen psykodynaamiikan näkökulmasta. Potilaan kannalta tieto kuoleman läheisyydestä herättää ristiriitaa. Itsellä on halu elää, mutta sairaus tuo tiedon: on pakko kuolla. Ristiriita herättää voimakkaita tunteita, jotka tekevät kokemuksesta raskaan, uuvuttavan ja joskus ylivoimaisen. Kuolintyön vastakkaisuudet - halu elää – pakko kuolla – on perustava osa eksistentialista kipua ja ahdistusta. (Nissilä 1992, 202–203.) Myöhemmässä tutkimuksessaan Nissilä (2004) täsmentää, että eksistentialinen kipu vaatii kuulluksi tulemistä, jolloin muuttuneen elämäntilanteen tarkastelu ja ennakoiva suruun liittyvä keskustelu auttavat potilasta tekemään psyykkistä työtä elämän päättymiseen liittyvien kysymysten pohdinnassa. Tärkeää on, ettei potilas tule torjutuksi epärealistisine toiveineen ja ettei potilaalle merkittävä toiveiden maailma tule suljetuksi hoitokokonaisuudesta pois. (Nissilä 2004, 255.)

Bolmsjö (2002) on tutkinut väitöskirjassaan *Existential Issues in Palliative Care* olemassaolon eksistentialisia teemoja: elämän merkitystä ja tarkoitusta, vastuuta ja syyllisyyttä. Hän oli koonnut aineiston haastattelemalla (n=18) palliatiivisessa hoidossa

olevia syöpää ja ALS-tautia sairastavia potilaita sekä näiden omaisia ja palliatiivisen hoidon hoitohenkilökuntaa. Tuloksina oli, että aidosti kuulluksi tuleminen oli oleellisinta. Loppuvaiheen eksistentiaaliset kysymykset: tietoisuus ainutlaatuisesta olemassaolosta, ihmissuhteiden merkityksestä, tarpeesta ja kyvystä osallistua älylliseen pohdintaan sekä eksistentiaaliset kysymykset nousevat konkreettisessa nyt - tilanteessa. Tutkimuksen tuloksena hän tiivisti, että ei ole olemassa yksimielisyyttä 'eksistentiaalisten kysymysten' täsmällisestä määrittelystä. (Bolmsjö 2002, 39–66.)

Boston & Mount (2006) tutkivat palliatiivisen hoidon hoitajien suhtautumista eksistentiaaliseseen ja hengelliseen ahdistukseen Kanadassa syöpätautien osastolla Quebecissä. Tutkimus koostui kolmesta puolistrukturoidusta 2-2,5 tuntia kestäneistä haastatteluista, jotka litteroitiin ja analysoitiin temaattisella analyysillä. Kaiken kaikkiaan haastateltavia oli 10 (n=10), joilla kaikilla oli vähintään 10 vuoden kokemus saattohoitotyöstä. Tässäkin tutkimuksessa korostui se, miten vähän on tutkittu sitä miten hoitohenkilökunta käsitteellistää, tunnistaa ja tarjoaa hengellistä ja eksistentiaalista huolenpitoa. Tutkimuksessa korostui, että kokonaisvaltaisen hoidon edistämiseksi hoitohenkilökunnan tulisi saada syvällisiä terapeutteja keskusteluita, itsetuntemuksen merkityksen syventämistä. Myös henkilöstön keskinäisen tukemisen tärkeys nousi esille. Hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksessa aidon läsnäolon ja luottamuksen merkitys korostui. Huomioitavaa oli myös, että potilaan kärsimys ja paraneminen voi poiketa hoitajan kokemuksesta eli näkökulma on subjektiivinen. (Boston & Mount 2006, 13–26)

Paradoksaalisesti on kuitenkin tärkeää antaa parantumattomasti sairaalle sekä vaikeassa elämäntilanteessa olevalle tilaa olla suorittamatta ja olla osaamatta. Keskenäinen, epätäydellinen ja kipeäkin kuolemaan kasvaminen on nähtävä kuoleman oikeana muotona, ei virheenä tai kehityshaasteena. (Mattila 2002, 15.) Ei ole olemassa suurempaa eksistentiaalista kriisiä kuin kohdata oma kuolemansa (Breitbart & Gibson & Poppito & Berg 2004, 366–372).

Tuleminen kohdatuksi on sitä, että tuo toinen kuulee minua ja ottaa kokemani todesta. Hän ymmärtää, että juuri se, mistä nyt kerron, on minulle tällä hetkellä merkityksellistä. Hän ei yritä vähätellä tai mitätöidä sitä. Hän ei kysele liikaa, eikä yritä antaa neuvoja. Hän ei kiirehdi, vaan antaa tilaa myös sille, mitä hiljaisuudesta voi nousta. Voin kokea, että hän jollain lailla kykenee ymmärtämään, missä tällä hetkellä olen ja mitä tunnen. Ja se

tosiasia, että totuuden voi tuon toisen kanssa jakaa, tekee sen kuitenkin hieman helpommaksi kantaa. Herkkä myötätunto ja toisen olemassaolon vahvistaminen edellyttävät kuitenkin hoitajalta tietoisuutta omasta itsestä ja omasta toiminnasta; vapautta ennalta tietämisestä. (Smolander 2009, 28.)

Tyhjyyden ja turhautumisen tunne toisen ihmisen kärsimyksen ja kuoleman edessä väistyy, kun aletaan aktiivisesti paneutua elämän ja elämän merkityksen pohtimiseen. Tämä käynnistää myös hoitoyhteisössä prosessin, jossa oma turhautuminen ja pelko väistyvät. Kuolemanpelko, jota aiemmin piti välttää ja väistää, muuntuu joksikin, jota voidaan tutkia ja, josta voidaan oppia. Tässä vuoropuhelussa palliatiivisella hoitoyhteisöllä on etuoikeus olla mukana edistämässä, todistamassa ja vahvistamassa potilaiden pohdintoja elämänsä merkityksestä. (Breitbart & ym. 2004, 370.)

Eksistentiaali psykoterapian psykoterapeutit, kuten Rollo May, Irvin Yalom, Adrian Van Kaam, ja Emmyvan Deurzen ovat kaikki tehneet osaltaan merkittäviä panostuksia, jotka edistivät teoreettisen ja käytännön eksistentiaali psykoterapian syntymisessä. Eksistentiaalinen psykoterapia on kehittynyt eksistentialismista, jonka kuuluisimmat edustajat olivat 19. vuosisadalla filosofit Friedrich Nietzsche ja Sören Kirkegaard. Sitä ovat edelleen kehittäneet vaikutusvaltaiset 20. vuosisadan filosofit Jean-Paul Sartre, Martin Heidegger, Martin Buber, Maurice Merleau-Ponty ja Emmanuel Levinas. (Breitbart & ym. 2004, 366–372)

3 PIRKANMAAN HOITOKOTI

Saattohoitokoteja on Suomessa neljä: vuonna 1988 Tampereelle ja Helsinkiin perustetut Pirkanmaan Hoitokoti ja Terhokoti sekä vuonna 1994 toimintansa aloittanut Karinakoti Turussa ja vuonna 2002 perustettu Koivikko-koti Hämeenlinnassa (Hänninen 2004, 311–316). Yksityiset saattohoitokodit ovat tärkeitä saattohoitoon liittyvän tutkimuksen, koulutuksen, tiedon ja taidon välittäjiä koko terveydenhuollon kentässä. Saattohoitokodit ovat olleet myös edelläkävijöitä kotisaattohoidon kehittämisessä. (ETENE 2004.) Merkittävä osa iäkkäistä suomalaisista kuolee kuitenkin pitkäaikaishoitolaitoksissa, jolloin heidän saattohoitonsa annetaan sairaskodeissa, vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla (Hänninen 2003, 311–316).

Pirkanmaan Hoitokodissa ajatellaan kuoleman olevan luonnollinen osa elämää. Hoitokodissa potilas on potilas - ei asiakas. Potilaalla on oikeus olla heikko, apua tarvitseva ihminen. Auttajien tulee olla kärsivällisiä ja sallia potilaalle hänen avuttomuutensa ja vastata siihen ihmisarvoisesti ja kunnioittavasti. (Surakka 2004, 44.)

Pirkanmaan Hoitokodin toiminnassa tuetaan kaikkia hoitokodissa olevia (potilaita, omaisia, työntekijöitä, opiskelijoita) sairauskeskeisyydestä ihmiskeskeiseen ajatteluun. Tärkeää ovat kuuntelu ja kuuleminen, kunnioittava kohtelu, elämän merkityksen korostuminen tasavertaisesti ja tasapuolisesti iästä, voinnista ja sukupuolesta riippumatta. Potilaille ja omaisille sallitaan kaikki tunneilmaisut ja heitä rohkaistaan tunteiden läpikäymiseen. Työtovereiden, opiskelijoiden, vapaaehtoistyöntekijöiden kohdalla tuetaan tunteiden läpityöskentelyä ja ymmärtämistä. Ihminen uskoo myötäsytisesti omaan kuolemattomuuteensa. Kuolemanpelko on negatiivinen tunne-elämän reaktio. Se syntyy sellaisen tilan ennakkoavistuksesta, jossa ihminen lakkaa olemasta, minä häviää. Kuolemapelossa käsitellään kaipausta menneeseen, kaipausta tulevaan sekä kuoleman mielekkyyttä. (Surakka 2004, 44.)

Seuraavaksi syvennetään omahoitajuuden ja vapaaehtoistyön käsitteitä Pirkanmaan Hoitokodissa, koska tutkimus kohdistuu näihin. Lipponen (2006) on tutkinut omahoitajuutta saattohoitoa toteuttavissa yksiköissä (Lipponen 2006, 7). Pirkanmaan Hoitokodin vapaaehtoistyön ohjaaja Colliander (2009) on myös tutkinut gerontologian ja kansanterveyden

pro gradu -tutkielmassa suomalaisten saattohoitokotien vapaaehtoistyöntekijöitä ja heidän työhyvinvointiaan (Colliander 2009, 2).

3.1 Omahoitajana saattohoidossa

Potilas tarvitsee rinnalleen kanssakulkijan, johon voi luottaa, johon voi turvautua. Kanssakulkijan, jonka tietää auttavan ajallaan ja joka hyväksyy hänet ainutkertaisena ihmisenä. Potilaan tullessa Hoitokotiin hänelle nimetään omahoitaja. Omahoitaja vastaa potilaansa hoitotyöstä, tuntee potilaansa ja hänen läheisensä. Näin potilaan yksilöllisyys voi nousta esiin ja potilas tulee kohdatuksi inhimillisenä ja persoonallisena henkilönä. Omahoitajalta vaaditaan selkeää ymmärrystä siitä, mitä palliatiivinen hoitotyö on ja siitä, että se ei ole sidottu tiettyyn diagnoosiin, eikä paikkaan. Omahoitajan pitää uskaltaa olla ja jäädä potilaansa luo, kysyen, ”mitä haluat minulta – olen tässä”. Enemmän olemista - kuin tekemistä. Toisaalta kuoleman läheisyydessä hoitajalta vaaditaan selkeää ammatillisuutta, objektiivisuutta ja toimintakykyä. Toisaalta häneltä edellytetään herkkyyttä, pehmeyttä, eläytymiskykyä ja sisäistä suostumista luopumiseen. (Murtonen 2007, 11–13.)

Moniammatillinen työyhteisö on tärkeä omahoitajan resurssi ja myös työkalu, jota pitää osata käyttää niin, että jokaisen työyhteisön jäsenen asiantuntijuutta arvostetaan. Keskeistä on, että potilaan elämäntarinaa kuunnellaan, oireet lievittyvät, ongelmiin löytyy ratkaisuja, lohdutetaan, ollaan läsnä, varmistetaan hoidon jatkuvuus turvallisena kuolemaan saakka ja tarvittaessa tuetaan läheisiä kuoleman jälkeen. (Murtonen 2007, 11–13.)

Pirkanmaan Hoitokodissa hoidon kulmakivenä on moniammatillinen yhteistyö. Työyhteisössä potilaiden hoitoon osallistuvat hoitajien lisäksi ylilääkäri, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, sairaalapastori sekä hoitoapulaiset. Tärkeänä hoidon täydentäjänä on oman keittöön ruokapalvelu ja sen henkilökunta. Moniammatillisuuden tukena toimii myös noin 90 vapaaehtoistyöntekijää. (Pirkanmaan Hoitokoti 2008b [viitattu 29.10.2009].)

Tikkamäki on tutkinut ja todennut saattohoitajien olevan taitavia tunnetyön ammattilaisia, joiden ammattitaidosta olisi monilla ihmissuhdetyötä tekevillä paljon opittavaa. Haastavassa tunnetyössä selviytyminen edellyttää ihmisenä kasvua ja omien selviytymisstrategioiden tunnistamista ja kehittämistä. Kuolemassa olevan potilaan

rinnalla kulkevan saattohoitajan ammattipätevyys ja työssä oppima tietämys testataan joka päiväisissä hoitotilanteissa toistuvasti. (Tikkamäki 2007, 264.) Auttajan edellytyksinä ovat elävä ja pysyvä kiinnostus toisiin ihmisiin, avoimuus, ennakkoluuloton asennoituminen, kyky vaihteluun, eläytymisen ja objektiivisen havainnoimisen välillä sekä älyllinen ja intuitiivinen lahjakkuus. Auttaja tarvitsee myös elämäkokemusta ja kehittyntä todellisuudentajua. (Tähkä 1993, 299–300)

3.2 Vapaaehtoistyö Pirkanmaan Hoitokodissa

Vapaaehtoistyö ymmärretään pakottomasti toteutetuksi palkattomaksi työsuorituksiksi (Helander 2006, 76). Käsite vapaaehtoistyö painottaa yksilön toimintaa. Yksilö tekee ratkaisunsa toiminnastaan oman tahtonsa mukaisesti. (Koskiahho 2001, 15–40.) Vapaaehtoistyö on osallistumista vuorovaikutukseen perustuvaan organisoituun auttamis- ja tukitoimintaan, joka tähtää henkisen ahdingon lievittämiseen tai elinoloihin liittyvän puutteen korjaamiseen. Vapaaehtoistyötä ei tehdä taloudellisena yritystoimintana, palkkatyönä eikä erityisenä harjoitteluna, vaan tehtävään valmennusta saaneen auttajan motiivi perustuu ajatukseen, että hän voi olla avuksi. (Eskola & Kurki 2001, 7-12.)

Vapaaehtoistyöntekijät ovat monimuotoisesti mukana Pirkanmaan Hoitokodin toiminnassa ja täydentävät potilaiden hoitoa. Toiminta-alueita ovat potilaan ja omaisen seurana oleminen ja tukeminen, potilaan ja omaisten virkistystoiminta sekä käytännöllisissä tehtävissä avustaminen. Tikkamäki tutki erilaisissa organisaatioissa toimivien ihmisten oppimisresursseja ja organisaatioiden haasteita. Tutkimuksessa vapaaehtoistyön tarkennettiin olevan potilaan ja omaisten elämän sekä hoitokodin toiminnan rikastuttamisessa eikä niinkään varsinaisessa hoitotyössä. Hoitajien mielestä vapaaehtoistyön, kuten myös hoitotyön, ydin on tehdä yhteistyötä potilaan elämän rikastuttamiseksi. (Tikkamäki 2006, 272–275.)

Pirkanmaan Hoitokodissa vapaaehtoistyöntekijä määritellään ei-hoitoalan ammattilaiseksi, jolla on aikaa ja kykyä kuunnella sekä auttaa potilasta hänen tarpeidensa mukaan. Vapaaehtoistyöntekijän tavoitteena on antaa jakamatonta huomiotaan potilaille sekä auttaa häntä tilanteen vaatimalla tavalla. Luottamuksellisuus on yksi vapaaehtoistyön keskeisistä perusarvoista. Vapaaehtoisten joukko koostuu eri-ikäisistä ja sosiaaliselta taustaltaan

erilaisista ihmisistä. Monet ovat osallistuneet hoitokodissa lähiomaisensa saattohoitoon ja jääneet sen seurauksena vapaaehtoistyöhön. (Tikkamäki 2006, 273.)

Pirkanmaan Hoitokodissa jokaisen vapaaehtoistyöntekijän toimenkuva räätälöidään yksilöllisesti. Huomioon otetaan hoitoyhteisön tarpeet sekä vapaaehtoistyöntekijän elämäntilanne, taidot, persoonallisuus, mieltymykset, toiveet ja voimavarat. Vapaaehtoistyöntekijän kulloinenkin elämäntilanne vaikuttaa siihen, millaiseksi hänen vapaaehtoistoimintansa osallistumisensa muotoutuu ja miten paljon hänelle vastuuta annetaan. (Colliander 2008, 121–131; Colliander 2009, 67.)

Toimintaan hakeutumisen yhtenä vaikuttimena on halu auttaa ja tukea kuolevia sekä heidän omaisiaan. Kuolevien hoitamista pidetään erityislaatuiseena, vaativana hoidon alueena. Toisaalta siihen liitetään myös mystiikkaa, tuntemattoman pelkoa ja ennakkoluuloja. (Sand 2003, 115.) Vapaaehtoistyöntekijän henkiset ominaisuudet, etenkin tasapainoisuus, eläytymiskyky sekä kyky käsitellä tunteita, ovatkin tärkeitä saattohoidossa (Kärpäniemi 2004, 336–340).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA ONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa Pirkanmaan Hoitokodin potilaiden saamaa eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaamista hoitajien ja vapaaehtoistyöntekijöiden näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoite on kehittää potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaamista Pirkanmaan Hoitokodissa.

Tutkimusongelmat

1. Millä tavoin potilaiden eksistentiaalinen ahdistus tunnistetaan saattohoitotyössä hoitajien ja vapaaehtoistyöntekijöiden näkökulmasta?
2. Mitä ovat potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen auttamisen keinot hoitajien ja vapaaehtoistyöntekijöiden näkökulmasta?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

Parantumattomasti sairaiden potilaiden hoitamista pidetään vaativana, mutta palkitsevana terveydenhuollon osa-alueena. Työympäristölle tyypillisiä haasteita ovat esimerkiksi potilaiden kuoleman käsitteleminen ja koko perheen tukeminen. (Hulbert & Morrison 2006, 246–247.) Eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaaminen saattohoidossa on keskeisimpiä asioita potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa. Vapaaehtoistyöntekijöiden mukana oleminen potilaan hoitotyön täydentäjinä tuo oman kokemuksellisen syvyytensä potilaan kanssa käytyyn dialogiin. (Sand 2003, 115.)

Kiinnostus opinnäytetyön aiheeseen syntyi tekijöiden omasta saattohoitotyöstä Pirkanmaan Hoitokodissa. Pirkanmaan Hoitokodin toimeksiantosopimuksen (LIITE 1) perusteella opinnäytetyön tarkoituksena oli haastatteluina kartoittaa Pirkanmaan Hoitokodin potilaiden saamaa eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaamista hoitajien ja vapaaehtoistyöntekijöiden näkökulmasta. Tutkimusaineiston keräämiseksi pyydettiin tutkimuslupa Pirkanmaan Hoitokodin johtajalta Tiina Surakalta (LIITE 2). Tutkijoita kiinnosti, miten paljon aihetta tunnetaan hoitajien ja vapaaehtoistyöntekijöiden keskuudessa ja minkälaisia kokemuksia haastatelluilla on kuolevan potilaan kohtaamisesta. Haastattelun avulla voidaan kuulla ihmisten mielipiteitä, kerätä tietoa, käsityksiä ja uskomuksia sekä sitä, miksi ihmiset toimivat havaitsemallamme tavalla tai miten he arvostavat tapahtumia (Hirsjärvi & Hurme 2001, 11).

Tutkimus toteutettiin Pirkanmaan Hoitokodissa, jota ylläpitää Syöpäpotilaiden Hoitokotisäätiö. Pirkanmaan Hoitokoti on Suomen ensimmäinen saattohoitokoti ja on toiminut vuodesta 1988 lähtien Tampereella. Pirkanmaan Hoitokoti toimii yhteistyössä Tampereen yliopistollisen sairaalan, Tampereen kaupungin sekä ympäristökuntien kanssa. Pirkanmaan Hoitokodin yhtenä tavoitteena on kehittää suomalaista saattohoitomallia. Henkilökunta on oppinut, soveltanut ja kehittänyt saattohoidon osaamistaan kuolemaa lähestyvien ihmisten ja heidän omaistensa hyväksi. (Minkkinen 2008, 7; Pirkanmaan Hoitokoti 2008 [viitattu 28.11.2008].)

Tutkimusaiheeseen perehdyttiin jo ennen teemahaastattelurungon laatimista. Muun muassa Terveystietoa, Medlineä ja Cochranea käyttäen tutustuttiin aihealueeseen ja siitä

tehtyihin tutkimuksiin. Tutkijat perehtyivät aiheeseen myös syventymällä aiempiin tutkimuksiin, joita Pirkanmaan Hoitokodin saattohoitotyöstä ja organisaatiosta oli tehty. Aiheeseen liittyvää teologista, psykologista ja hoitotieteellistä kirjallisuutta ja artikkeleita apuna käyttäen pyrittiin löytämään vähän tutkittuun aiheeseen näkökulmia.

Tutkimuksessa käytettäväksi lähestymis- ja analyysitavaksi valitaan sellainen, joka tuo parhaiten vastauksen ongelmiin (Hirsjärvi ym. 1992, 55). Tässä tutkimuksessa päädyttiin käyttämään kvalitatiivista eli laadullista lähestymistapaa. Aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla, koska teemahaastattelu vastaa hyvin kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtiin. Tavoitteena on saada esille ihmisten omat kuvaukset koetusta todellisuudesta ja aineisto kerätään luonnollisissa ja todellisissa ympäristöissä (Hirsjärvi ym. 2005, 155; Vilka 2005, 97).

Teemahaastattelu on kohdennettua haastattelua tiettyihin asioihin tai ilmiöihin. Olennaista sille on, että haastateltava henkilö on jo kokenut jonkin tietyn tilanteen, jolloin haastattelun avulla pyritään pääsemään sisälle haastateltavan kokemusmaailmaan. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47–48.) Teemahaastattelu etenee aikaisemmin valittujen keskeisten teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Metodologisesti siinä korostetaan ihmisten tulkintoja asioista ja heidän antamiaan merkityksiä asioille sekä sitä, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. Teemahaastattelussa ei voi kysyä mitä tahansa, vaan sen pyrkimyksenä on löytää merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelman asetteluun tai tutkimustehtävän mukaisesti. Tällöin teemat perustuvat tutkimuksen viitekehykseen eli tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 77–78.) Teemahaastattelurunko (LIITE 3) koostui esitiedoista ja kahdesta teemasta. Esitiedoissa kartoitettiin haastateltavien ikää, sukupuolta, tehtäviä, työskentelyaikaa, suhtautumista kuolemaan ja motivaatiota Pirkanmaan Hoitokodissa toimimiseen. Kuoleman kohtaamista ja vuorovaikutuksen dialogisuutta tarkennettiin, kuten myös mahdollista koulutusta ja valmennusta ahdistuneen potilaan kohtaamiseksi. Ensimmäisessä teemassa kysyttiin eksistentiaalisen ahdistuksen tunnistamisesta hoitotyössä. Toisessa teemassa kartoitettiin eksistentiaalisen ahdistuksen auttamisen keinoja.

Teemahaastattelun kysymykset (LIITE 3) laadittiin tutkijoiden yhteistyönä ja testattiin kysymysten ymmärrettävyys kahdella henkilöllä, jotka tuolloin toimivat hoitajina Pirkan-

maan Hoitokodilla. Esihaastattelujen perusteella muokattiin kysymysten asettelua ymmärrettävämpään muotoon. Kysymysten esitysjärjestystä muutettiin tutkimusongelmien mukaiseen loogisempaan järjestykseen. Näitä esihaastatteluja ei käytetty lopullisessa analyysissä.

Vapaaehtoistyöntekijöiden osalta haastateltavien valintakriteerinä oli heidän toimiminen työaikaan potilaan vierellä viimeksi kuluneen vuoden sisällä. Vapaaehtoistyön johtaja Johanna Colliander valitsi vapaaehtoiset henkilöt, jotka täyttivät vaatimukset, näille henkilöille tarjottiin mahdollisuus osallistua tutkimuksen haastatteluun, haastatteluun otettiin kolme vapaaehtoista.

Tutkimukseen osallistuvien hoitajien tuli olla työskennellyt Pirkanmaan Hoitokodilla kolmen vuoden sisällä osastotyössä tehden myös yövuoroja. Hoitotyön johtaja osastonhoitaja Pia Stenvik valitsi hoitohenkilökunnasta kohderyhmän, jolle tarjottiin mahdollisuutta osallistua tutkimuksen haastatteluun. Hoitohenkilökunnasta tutkimukseen haastateltiin kolmea työntekijää. Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista ja se suoritettiin työaikana Hoitokodilla. Haastattelut olivat täysin luottamuksellisia eikä lopullisesta työstä ilmennyt haastateltavien henkilöllisyys.

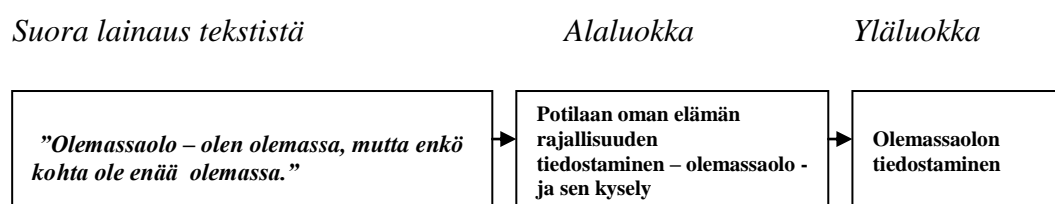
Teemahaastattelut toteutettiin kuudelle (n=6) haastateltavalle, joista kolme (n=3) oli vapaaehtoistyöntekijää ja kolme (n=3) hoitohenkilökuntaan kuuluvaa. Haastattelut olivat vapaaehtoisia ja luottamuksellisia ja ne toteutettiin Pirkanmaan Hoitokodin tiloissa etukäteen sovittuina aikoina. Ympäristöksi valittiin rauhallinen, äänieristetty huone ja pyrittiin muokkaamaan tilanne mahdollisimman levolliseksi ja häiriöttömäksi.

Haastattelut toteutettiin vuorotellen niin, että tutkijoista toinen oli tarkkailijana ja toinen haastattelijana. Haastateltavat allekirjoittivat kirjallisen suostumuksensa tutkimukseen osallistumisestaan (LIITE 4). Koko aineisto koostuu kuudesta noin tunnin mittaisesta teemahaastattelusta. Auki kirjoitettua aineistoa kertyi 30 sivua. Kaikki haastattelut käytettiin tutkimuksen aineistona.

Aineistonanalyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia. Sisällönanalyysimenetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä esimerkiksi haastattelusta kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sen avulla saadaan kerätty aineisto järjestettyä johtopäätösten tekoa

varten. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on tarkoituksena yhdistää erilaisia käsitteitä ja saada vastaus tutkimustehtävään. Se perustuu tulkintaan ja päättelykykyyn, jossa pyritään käsitteellistämään ilmiö. Teoriaa ja johtopäätöksiä verrataan toisiinsa sekä alkuperäisaineistoon. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 105, 115.)

Sisällönanalyysimenetelmä koostuu kahdesta vaiheesta, havaintojen pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta (Alasuutari 1993, 22). Kerätyn tiedon analyysi ja päätelmien teko on tutkimuksen ydin (Hirsjärvi ym. 1992, 53). Tuloksissa tulisi tuoda esille muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitteet tai aineistoa kuvaavat teemat (Tuomi & Sarajärvi 2004, 115). Haastattelut nauhoitettiin ja purettiin tekstiksi myöhempää analysointia varten. Analyysi aloitettiin haastatteluiden kuuntelemisella ja auki kirjoituksella sana sanalta. Epäselvät kohdat kuunneltiin riittävän monta kertaa. Tämän jälkeen haastattelut luettiin useaan kertaan läpi ja perehdyttiin niiden sisältöön. Aineistosta etsittiin ilmauksia, jotka vastaavat tutkimusongelmiin. Aineistoa analysoidessa tekstistä otettiin lausahduksia, koska yksittäisillä sanoilla ei saatu tässä tapauksessa selkeitä vastauksia tutkimusongelmaan. Ilmaukset kirjattiin sanatarkasti samoilla termeillä kuin aineistossa ja ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia. Samanlaiset ilmaukset alleviivattiin erivärisillä kynillä, jolla helpotettiin niiden nopeaa löytymistä pelkistetyistä aineistosta. Samaa tarkoittavat ilmaukset luokiteltiin ja annettiin kuvaavat nimet. (KUVIO 3) Tutkimustulokset järjestettiin niin, että ne seuraavat ensiksi potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen tunnistamista edeten auttamisen keinoihin ja tutkimuksesta esiin tuleviin kehittämistarpeisiin.



Kuvio 3. Esimerkki sisällön analyysistä.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Taustatiedot

Tutkimusaineisto koostui kuudesta (n=6) haastattelusta. Vastaajista viisi (n=5) oli naisia ja yksi (n=1) oli mies. Haastateltavien ikäjakauma oli 33–73 vuotta. Kaikki haastateltavat työskentelivät Pirkanmaan Hoitokodissa hoitajana tai vapaaehtoistyöntekijänä. Haastateltavien työkokemus Pirkanmaan Hoitokodissa vaihteli kahdesta yhdeksään vuoteen. Potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen tunnistamiseksi kysyttiin myös auttajien kokemusta siitä, että ovatko heidän keskustelunsa potilaan kanssa dialogisia, johon kaikki vastasivat kokevansa keskustelut dialogisina eli vuorovaikutteisina.

Taustatiedoissa kysyttiin myös haastateltavien saamaa koulutusta tai valmennusta eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaamiseen. Vastaajista vapaaehtoistyöntekijät kertoivat saaneensa koulutusta ja työnohjausta Pirkanmaan Hoitokodissa. Vapaaehtoistyöntekijät saavatkin työtä aloittaessaan aloitusvalmennuksen.

”no se oli se alotusvalmennus.... samoin työnohjauksessa niin... siinä sitä asiaa käsitellään”

Haastatellut hoitajat kertoivat oppineensa itsenäisesti artikkeleita ja tutkimuksia luki-
malla, koulutuksiin osallistumalla sekä tehden työtä kokeneiden työtovereiden rinnalla. Varsinainen työpaikan sisäinen koulutus aiheeseen koettiin vähäisenä.

”Kati Pupita-Mattila kävi puhumassa omasta (tutkimus) työstäänolen lukenut myös hänen artikkelinsa Tehy-lehdestä, ”Ahdistus kuuluu parantumattomaan sairauteen” sitten myös Palliatiivisen hoidon seminaari ; Ilkka Kantola puhui hengellisen ahdistuksen näkökulmasta.”

”ainoo minkä oon, on se Anjan työ minkä oon luku, mutta sinä aikana mitä täällä oon ollu niin tieto on ollut hyvin vähäistä”

”niin tavallaan sitä on oppinu työtä ja ne liittyy tähän ...työtä tekemällä ja kokeineita työtovereita, jotka ovat valaissu ja ehkä he on enemmänki niinku koulut-tanu”

6.2 Potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen tunnistaminen

Potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen tunnistamiseksi vastaajat kertoivat olleensa ahdistuneen potilaan vierellä. Syventäessään eksistentiaalisen ahdistuksen ilmentymistä, sen tunnistamista tai tunnistamattomuutta haastateltavista viisi (n=5) kertoi tunnistavansa ja tietävänsä eksistentiaalisesta ahdistuksesta, mutta yksi (n=1) vastaajista ei tunnistanut käsitettä. Kysyttäessä liittyykö potilaan eksistentiaalinen ahdistus vastaajien mielestä elämäkatsomukseen haastateltavista yksi (n=1) koki eksistentiaalisen ahdistuksen liittyvän elämäkatsomukseen.

” kyllä se siihenkin – totta kai kyllä se liittyy”

Yksi vastanneista ei osannut sanoa kantaansa ja pohti asiaa vastauksessaan.

”sanotaan että uskovaiset ei o niin ahdistuneita, mutta enpäs tiedä, en tiedä sitä-kään onko ...siitäkin on ristiriitaisia käsityksiä ihmisillä. mutta kyllä mä luulen että jonkun näköne semmone elämäkatsomuksellinen tyyneys tai rauha tai joku.....niin se joko on tai sitä ei oo...se on niinku sellanen tekijä ”

Potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen liittymisestä elämäkatsomukseen neljä (n=4) vastaajista oli sitä mieltä, ettei eksistentiaalinen ahdistus liity elämäkatsomukseen.

” ei - on myös ollu sellasia, jotka on ollu lahkossa, jotka hirveen voimakkaasti tuo esille näitä... niin kyllä ne on ollu hirveen ahdistuneita, mutta sitten on taas niitä, joille hengelliset asiat ovat hirveen tärkeitä ja mikä se uskontokuntakin on ollutkin – on ollut sitten hirveen levollisiakin – sanoisin että - ei”

”ei, ei, en mä sitä katso että se elämäkatsomukseen liittyy... ei,ei siihen liity”

”Ei siihen liity – usko sitten johonkin tai ei niin jokainen käy joka tapauksessa läpi samat ahdistukset. Kati Pupita-Mattila kertoo, että vaikka potilaalla olisi vakaumus, hän kuitenkin käy tämän ahdistusprosessin läpi, vaikka hän lopulta päätyisikin siihen samaan vakaumukseensa tai ajatukseensa, mikä hänellä alun perin oli. Kyllä minusta potilas, vaikka hän olisi ateisti – häneltä puuttuu se ajatus, että jotain olisi kuoleman jälkeen, mutta kaikkia ihmisiä koskee, että käy tuon prosessin läpi. ”

Potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen tunnistamiseksi kysyttiin myös auttajan oman elämäntutkimuksen vaikutusta potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen tunnistamiseen. Haastatelluista yksi (n=1) koki oman elämäntutkimuksensa vaikuttavan eksistentiaalisen ahdistuksen tunnistamiseen. Kolme (n=3) haastatelluista vastasi oman elämäntutkimuksensa olevan toissijaista eli sillä ei heidän mielestään ollut vaikutusta potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaamisessa. Kaksi (n=2) vastaajista ei osannut sanoa kantaansa.

” en osaa sanoa...jos hoitaja ei usko, jos hoitaja on ateisti....hoitajan pitäisi ottaa huomioon se, että olemassaolon kysymyksiä on kaikilla.”

Oman elämäntutkimuksen vaikutusta potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen tunnistamiseen kaksi (n=2) vastaajista selvensi auttajan elämäntutkimuksen olevan vaikuttavampi asia kuin auttajan oma elämäntutkimus.

”sanon, että ei – ei pelkästään, voi olla yksi tekijä – mutta se mikä vaikuttaa niin elämäntutkimus vaikuttaa”

Tutkimuksessa eksistentiaalisen ahdistuksen tunnistaminen jaettiin kolmeen yläluokkaan. Yläluokat olivat **olemassaolon tiedostaminen, olemassaolon tunteiden pohdinta ja fyysinen oireilu.**

Potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen tunnistamiseksi vastaajat kertoivat **olemassaolon tiedostamisesta**, joka liittyi kuoleman mahdollisuuden käsittelyyn. Eksistentiaalinen ahdistus tunnistettiin haastateltavien kertomuksissa potilaan oman elämän rajallisuuden tie-

dostamisena – olemassaolon kysymyksiä. Kuolemanpelkona, kuoleamisen mahdollisuutena myös elämän päättyminen mainittiin. Kuoleman jälkeistä tilaa potilaat olivat myös kyselleet. Vastajat mainitsivat myös potilaiden ahdistuksen ilmentyvän torjuntana ja omaan maailmaan vetäytymisenä.

”...miksi minun täytyy kuolla.. ja milloin ... siis se koko olemassa olon pienuus ja tai.... tai elämän lyhyden ja tyhjyyden..... se on kauheen vaikee kysymys, jotain semmoista.”

”...mitä sitten sen jälkeen...”

”...elämästä luopumista, läheisistä, ympäristöstä ja tavallaan se luopumisen tuska sieltä nousee....”

”...se tilanne on vaikea... äärettömän vaikea useimmilla. Mä sanoisin kyllä... että kuolemanpelko on aikalailla ahdistava....se on rankka.... tilanne....”

”Olemassaolon kysymyksiä – miksi juuri minä sairastun jakäy läpi omaa elämänsä läpi....Olisinko voinut tehdä jotain toisin. Olisinko voinut elää toisin. Käy läpi suhdettaan läheisiin ja myös sitä mitä sitten sen jälkeen. Mietin kuuluuko kuolemanpelko eksistentiaaliseen ahdistukseen ...Kyllä se varmaan on sen osa.....Voihan se olla polttava kysymys, että mitä kuolemassa tapahtuu. Olemassaolo – olen olemassa, mutta enkö kohta ole enää ole olemassa.”

”...joku ei halua keskustella ollenkaan se on niin ahdistunut....”

”...kauheen yksilöllistä miten se ilmenee, et toiset torjuu sen, ja oireilee jotenkin...”

Potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen tunnistamiseksi vastajat kertoivat potilaan eletyn elämän tarkoituksen ja tarkoituksettomuuden kyselyistä. Nimesimme sen yläluokaksi **olemassaolon tunteiden pohdinta**. Haastateltavat kertoivat potilaiden pohtineen elettyä elämäänsä, olemassaolonsa merkityksiä ja edelleen etsivänsä näihin kysymyksiin vastauksia.

”elämän tarkoituksettomuus loppujen lopuksi sitten kun se tuntuu että se loppu nyt”

”Jotkut potilaat kysyy....täytyykö kuolemassa huutaa....jos ei pysty näistä kenellekään puhumaan...”

”Myös muita tunteita: vihaa; omaisia, hoitajia kohtaan. Minä olen sairas ja tuo toinen onkin terve. Esimerkiksi potilas joka ei ollut saanut lasta ja häntä menee hoitamaan hoitaja joka odottaa lasta.....mitä tuntemuksia ja ahdistusta se herättää potilaassa.”

” kyllä siinä on pelkoa ja ahdistusta...”

”.... kun tavallaan kelaa sitä elämänsä filmiä läpi niin....mitä tavallaan muita ahdistavia juttuja sieltä nousee....mutta ehkä niihin pystyy...kun tehdään se sukupuu ja jos siellä on paljon menetyksiä ja käsittelemättömiä asioita....”

”Onko suomalaisilla jotenkin ajatus, että ahdistusta ei saisi olla, eikä sitä saisi näyttää. Se on jotenkin meidän hoitajien tehtävä, että me annetaan hoitajina sille lupa, ja sellasta tienaukaisua, että tähän kuuluu ahdistusta tähän prosessiin ja kuoleman läheisyyteen ja siitä voi puhua.”

Potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen tunnistamiseksi vastaajat kertoivat potilaan fyysisen oireilun moninaisesta ilmentymisestä. Kolmas yläluokka, **fyysinen oireilu** kuvastui haastateltavien kertomuksissa itkuisuutena, yksinjäämisen pelkona, valvomisena, takertumisena, levottomuutena, vaelteluna, tarkoituksettomana liikkeessä olemisena, selittämättömänä kipuiluna, turvattomuutena ja aggressiivisuuden ilmaisuna.

”....ei se ilmennyt muuten kun hän ei uskaltanut käydä nukkumaan....ei hän sitä itse sanonut että minkä takia...mutta kyllähän hoitajat sen tiesi ...sanovat, ettei hän tuota uskalla nukkua....”

”... tietysti totta kai fyysisistä kipua ja tuskaa....siellä on niin monenlaisia...”

”... voisko ajatella että ne ilmentyy sitten enemmän fyysisinä oireina. Se voi olla myös fyysistä kipua....kun kipulääke ei auta – onko ahdistus siirtynyt sitten fyysiseksi kivuksi? Jos ei siitä pysty puhumaan.”

”...sehän purkautuu joskus hyvin aggressiivisina juuri tämä mainittu (potilas)...hän oli mahdollottoman aggressiivinen alkuunsa, hän jopa kysyi minulta eiksää pelkää mua?”

”...tilanteita kun ihminen oikein ahdistuu ja purkaantuu itkemällä...”

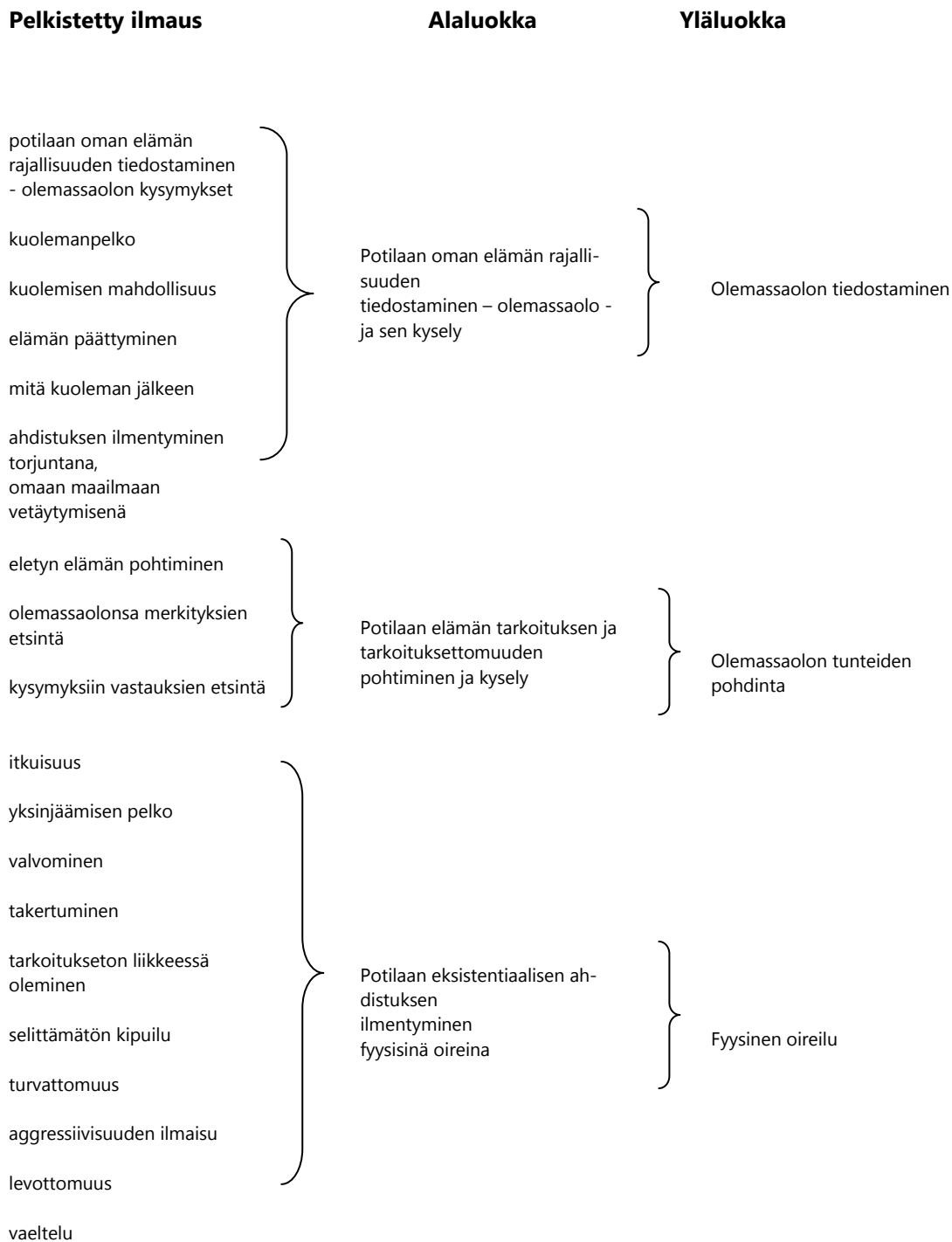
”...joskus jos se tarkoittaa sitä että koko yön nostaa istumaan ja takasin, istumaan ja takasin... istumaan ja takasin, istumaan ja takasin...”

”...kun ihminen ahdistuu....niin se tuota itki tuolla käytävällä pitkin kun pois piti päästä...ja niin hän sitten pääsikin...”

”... fyysistä ilmenemistä et pitää päästä istuu tai pitää päästä jonnekin...tai jokin...”

”...sanoin että mun kyllä täytyy lähteä pois.....se olis maksanut mulle että mä oisin vielä ollut siinä... jää vielä...”

Sisällönanalyysin tuloksena yläluokiksi saatiin (KUVIO 4) **olemassaolon tiedostaminen, olemassaolon tunteiden pohdinta ja fyysinen oireilu**, jota esitetään seuraavassa kuviossa.



Kuvio 4. Eksistentiaalinen ahdistuksen tunnistaminen saattohoitotyössä

6.3 Potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen auttamisen keinot

Potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen auttamiseksi vastaajat kertoivat käyttävänsä keskustelua ja läsnäoloa tärkeimpänä auttamisen keinona. Eksistentiaalisen ahdistuksen auttamisen keinot jakaantuivat kolmeen yläluokkaan. Yläluokat olivat **vuorovaikutukselliset keinot, fyysisen turvallisuuden ja läheisyyden keinot**. Lisäksi hoitajat kertoivat käyttävänsä **hoitotyön tietotaidon hallintaa**.

Potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen auttamiseksi vastaajat kuvasivat eniten **vuorovaikutuksellisia keinoja**. Vuorovaikutuksellisia keinoja olivat potilaan kuunteleminen ja kuuleminen, läsnäolo ja vierellä olo, kuolemanpelosta ja peloista puhuminen, keskustelun avaaminen, empaattisuuden ilmentäminen, ahdistuksen sietäminen, sopeutumiskyky ja ihmistuntemus. Lisäksi haastatellut kertoivat myös potilaan oman asiantuntijuuden käytöstä hoitotyössä eli potilaslähtöisyydestä.

”se että pystyy olemaan toisen ihmisen lähellä, paneutuun toisen ihmisen asemaan ja oleen siinä vieressä ja kuunteleen ja juttelemaan ja puhumaan. Tietenkin siinä tarvitaan elämäkokemusta, että ihminen joka vasta kasvanut aikuiseksi ja vasta opettelee niitä elämisen taitoja niin hänen on varmaan aika vaikea kuunnella toisen ihmisen ahdistusta, mutta muuten siinä ei ole mitään semmosia rajoja.”

”.. hoitaja voi olla vierellä ja kertoa potilaalle, että hänen vierellään ollaan..”

”..auttaa ettei jätä sitä ihmistä yksin siihen... muttei siihen mitään temppuja ole...”

”jos potilas pystyy puhumaan niin silloin käydään läpi näitä pelottavia asioita – keskusteluita kuoleman pelottavuudesta – kipujen pelottavuudesta”

”Hoitoneuvottelu on todella hyvä paikka avata keskusteluita.”

”Yritän avata keskustelua, että pelottaako kuolema tai jotain...Toivon, että se olisi potilaalle sellainen päänavaus, että keskustelua voisi sitten jatkaa vaikka jonkun toisen kanssa.”

”puhuminen on tietysti jos saa ihmistä aukeamaan”

”...tietysti jos ihmisen saa avautumaan, puhumaan...se on oikeesti se ainoa konsti...”

”...no empaattisuus on tietysti se kaikkein tärkein asia...saa ihmiset niinku lähestymään ...avautumaan...”

”...se on juuri se empaattisuus ja kyky kuunnella, kuuntelemisentaitoa”

”...me voimme jollakin tavalla... olla tuota siinä tukena... ihmistuntemusta, kykyä sopeutua erilaisiin tilanteisiin”

”Kysyä potilaalta, mikä helpottaa potilaan oloa. Potilas itse voi tietää keinon joka helpottaa. Pyrin kuuntelemaan potilasta, että mikä on hänen ajatuksensa.....etten tuo vain valmiita vaihtoehtoja. Jos kysyy, niin se antaa viestin, että tästä voi puhua.”

”ihmislähtöisyys, potilaslähtöisyys, olla siinä hänen tavallaan, hänen vierellään, kuunnella ja keskustella”

Potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen auttamiseksi kuvattiin myös **fyysisen turvallisuuden ja läheisyyden keinot**. Näiksi keinoiksi vastaajat nimesivät potilaan tuomisen yksinäisyydestä muiden läheisyyteen, joka tarkoitti potilaan tuomista huoneesta yleisiin tiloihin muiden ihmisten läheisyyteen. Turvallisuuden luominen, kosketus ja läsnäolo toteutuivat potilaan vieressä olemisella. Haastatellut kertoivat omasta auttamisen halustaan, rohkeudestaan vierellä olemiseen ja potilaan ahdistuksen sietämiseen. Joskus pitkäjänteisyys vaatii erityistä sitkeyttä, kuten eräs haastatelluista vapaaehtoistyöntekijöistä hyvin kuvasi, kun hän kertoi potilaan koko yön tarvinneen apua vuoteesta ylös nousemiseen.

”Myös huoneesta pois tuominen voi helpottaa oloa – ei vain siis yksi keino vaan useita keinoja.”

”...monesti ne sanoo, että jää mun vierelle pidä mua kädestä kiinni..”

”...mä haluan heitä auttaa ja olla vieressä...”

”jaksaa sitkeesti OLLA ja tehdä sen mitä voi, siinä jos potilas jotain pyytää”

”...joskus jos se tarkoittaa sitä että koko yön nostaa istumaan ja takasin, istumaan ja takasin... istumaan ja takasin, istumaan ja takasin...ja huokaus.. niin, se voi olla aika uuvuttavaa. Mää yritän niin pitkälle kun mun jalat ja kädet riittää.... et se on sitä jaksamista, sitkeyttä.”

”en oo ainakaan tarvinnut siinä mitään niinku erityisiä taitoja enkä erityisiä keinoja, vaan ihan vaan lähellä oloa”

”et niinku uskaltaa olla siinä lähellä, uskaltaa puhua, uskaltaa kuunnella”

Potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen auttamiseksi haastatelluista kaikki hoitajat, kertoivat lääkkeellisten auttamiskeinojen olevan mahdollisia fyysisen kivun poissulkemiseksi. Hoitajat avasivat näin **hoitotyön tietotaidon hallinnan** yhdeksi osatekijäksi.

” jos potilas ei pysty puhumaan ja ensin varmistetaan fyysinen kivuttomuus, mutta hän ei pysty tuomaan sanallisesti esille ahdistuneisuuttaan”

”toki on olemassa lääkkeellisiä keinoja mutta ensin tarttis aina kokeilla nää, vierellä olo, kuunnella ja jutella”

”...kaikkea tuskaa ei saada sillä keskustelulla pois, että lääkekin on hyvä apu siinä...”

”...lääkkeellinen rauhoittaminen on myös hyvä keino...”

Toisaalta hoitajat miettivät myös sitä mahdollisuutta, että ahdistus on niin syvää ja aiheuttaa sinällään tuskaa. Haastatellut hoitajat pohtivat, että hoidetaanko kaikki ahdistus pois lääkkeillä, jos ei auttajilla olekaan valmiuksia kohdata eksistentiaalisesti ahdistunutta potilasta.

”Enemmänkin voisi ottaa huomioon. Heitänkin kysymyksen, että jos potilas on ahdistunut niin hänelle viedäänkin vain ”Temesta”?”

”Ymmärtää sen mahdollisuuden, että potilas voi olla henkisesti ahdistunut. Kaikki ei olekaan vain fyysistä kipua.”

Tarvittaessa hoitajat organisoivat ahdistuneen potilaan vierelle vapaaehtoistyöntekijän, jotta potilas kokisi olonsa turvalliseksi. Haastateltavista hoitajista yksi mainitsi, että yöaikaan osastolla on vain kaksi työntekijää, jolloin on käytetty vapaaehtoistyöntekijää ahdistuneen potilaan tilanteen helpottamiseksi.

”... varsinkin yöaikana kun on vaan kaksi työntekijää – on käytetty vapaaehtoisia – silloin on paljon työtä, silloin on käytetty vapaaehtoisia”

Haastateltavista yksi ei osannut määritellä eksistentiaalisen ahdistuksen käsitettä tai termiä, mutta haastattelun edetessä haastateltava kuvasi auttamisen keinoja, joita hän käytti rohkeasti ollen ahdistuneen potilaan vierellä todellisena auttajana. Hän kuvasi kykeneväisyytensä eritellä teoreettisesti toimintaansa vaan kertoi toimivansa spontaanisti.

”no ihan tarkkaa määritelmää ei ole....olemassaolon ahdistus ...selitä minulle mitä se tarkoittaa...”

”mut ei mulla oo tuohon antaa mitään tuota enkä osaa sanoa mitenkä itse toimin se tulee spontaanisti...”

Haastatteluissa kiteytyi koko eksistentiaalisen ahdistuksen ydinolemus haastateltavien sanoin:

”...tärkein tehtävä on pyrkiä vähentämään sitä ahdistuneisuutta.....sehän se pitäisi ollavaikea sanoa ..antaa mitään yleisohjetta...”

”siihen ei ole olemassa yhtä ainoaa oikeaa tapaa... niin silloin se ei voi olla kenenkään yksityis osaamista....ei voi olla semmoista asiantuntijaa teilläkään täälläkään, joka osaisi ja kävisi vuorotellen kaikkien ahdistuneiden luona ja naps...”

Pelkistetty ilmaus**Alaluokka****Yläluokka**

Kuvio 5. Potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen auttamisen keinot hoitajien ja vapaaehtoistyöntekijöiden näkökulmasta

7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Aineiston keruumenetelmiä ohjaavat tutkimusongelmat. Tutkittavien yhteistyöhalu ohjaa tutkimusaineiston luotettavuutta. Aineiston keruussa tulee kiinnittää huomiota tutkittavien oikeuksiin ja kohteluun, joka säädetään monissa eettisissä koodeissa ja tutkimustoimintaa koskevissa laeissa. Kunnioitukseen kuuluu, että haastateltavilta on pyydetty suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Tutkittavalle kerrotaan etukäteen tutkimuksesta, heidän oikeuksistaan sekä velvollisuuksistaan. Tutkittavalla on oikeus kieltäytyä tai halutessaan keskeyttää tutkimus. Tutkittavan henkilöllisyyttä ei paljasteta missään vaiheessa tutkimusta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 290–292.) Haastateltavilta pyydettiin lupa haastatteluun (LIITE 4) tallentamiseen ja sen käyttöön. Kaikki haastateltavat antoivat suostumuksensa. Haastateltaville kerrottiin oikeudestaan keskeyttää haastattelu niin halutessaan. Ennen tutkimuksen alkua anottiin tutkimuslupa (LIITE 2) Pirkanmaan Hoitokodin johtajalta Tiina Surakalta tutkimusaineiston keräämiseksi.

Tutkimukseen osallistuminen on ehdottoman vapaaehtoista, eivätkä ihmiset suostu tutkitaviksi, elleivät he pidä tutkimusta sinänsä mielekkäänä ja sen suorittajia luotettavina. Tutkittavien yksityisyyden kunnioittaminen kuuluu tutkimusprosessin kaikkiin vaiheisiin. Se alkaa siitä tavasta, jolla tutkittavat aktivoidaan osallistumaan tutkimukseen. Tässä tilanteessa heille tulee antaa informaatiota tutkimuksesta, jotta he voivat arvioida halukkuuttaan suostua tai olla suostumatta tutkimukseen. (Kuula 2006, 136.) Haastateltavia ei valittu itse vaan ennalta määriteltujen kriteerien pohjalta heille annettiin mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Kaikki valitut osallistuivat haastatteluun. Tätä tutkimusta tehtäessä haastattelutilanteen alussa tutkittavaa informoitiin sekä suullisesti että kirjallisesti tutkimuksen tavoitteesta ja tarkoituksesta.

Tutkittavilla on oikeus tietää, mihin tarkoitukseen kerättyä aineistoa käytetään tutkimuksessa ja luottaa siihen, että tutkimus ei aiheuta haittaa siihen osallistuville (Kuula 2006, 89; Vehviläinen-Julkunen 1998, 29; Vilka 2007, 154). Tutkimusaineiston keruussa tutkija ottaa huomioon haastateltavien nimettömyyden, luottamuksellisuuden ja aineiston tallentamisen asianmukaisesti (Hirsjärvi ym. 2006, 27). Yksityisyyden kunnioittamista ja tietolainsäädännön noudattamista ovat tunnustetietojen hävittämistä ja säilyttämistä sekä aineiston anonymisointia koskevat suunnitelmat ja niistä annettavat lupaukset tutkittaville.

Niissä ja aineiston hävittämistä ja jatkokäyttöä koskevissa lupauksissa määritetään aineiston luottamuksellisuuden sisältö käytännössä. Viimeisessä tutkimusprosessinsa vaiheessa tutkija suojelee tutkittavien ja heidän edustamansa ryhmän yksityisyyttä kirjoittamalla julkaistavat tekstit tutkittavia kunnioittavalla tavalla. Sen ei tarvitse merkitä sitä, että tutkija hyväksyy tutkittavien arvomaailman. Kriittisenkin tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää ja selittää tutkittavaa kohdetta, ei tuomita, halventaa tai mustamaalata tutkittavien ryhmää. (Kuula 2006, 136-137.) Tutkimuksessa kaikkien haastateltavien anonymiteetti taattiin tutkimuksen kaikissa vaiheissa, kenenkään nimeä ei mainittu haastatteluiden aikana, eikä analysoidussa materiaalissa. Kaikki tutkittavia kohdeltiin tasa-arvoisesti ja heiltä kysyttiin samat kysymykset samassa järjestyksessä. Aineisto ja tallenteet tuhottiin analysoinnin jälkeen, tietojen säilyttämiseen jatkotutkimusta varten ei pyydetty lupaa.

Tutkittaessa ihmisten ajatuksia, mielipiteitä, asenteita tai elämänhistoriaa ei mahdollisia haittoja voida arvioida samaan tapaan kuin biolääketieteellisissä tutkimuksissa, joissa puututaan ihmisen fyysiseen koskemattomuuteen (Kuula 2006, 124). Yksityisyyden rajat määrittää tutkittava itse päättäessään, mitä itsestään ja ajatuksistaan haluaa tutkimuksen käyttöön antaa ja mitä ei. Itsemääräämisoikeudessa olennaista on, että tutkittavalla säilyy mahdollisuus kontrolloida sitä, kenelle ja missä tarkoituksessa hän omaa yksityiselämänsä valottaa. (Kuula 2006, 125.) Tutkittavilta kysyttiin heidän henkilökohtaisia ajatuksiaan ja tunteitaan vaikeasta aiheesta, mutta heille jätettiin mahdollisuus vastata kysymyksiin haluamallaan tavalla ja näin määritellä yksityisyytensä rajat. Tutkittaville korostettiin haastattelun alussa, että jos johonkin ei halua tai osaa vastata tutkittava voi vapaasti ohittaa kysymyksen tai tarkentaa kysymystä. Lisäksi haastateltaville tarjottiin mahdollisuutta jälkikäteen purkaa tuntemuksiaan mahdollisesti esiin nousseiden ajatusten pohjalta. Yksi haastatelluista palasi sähköpostitse aiheeseen tarkentaen omia ajatuksiaan. Tätä sähköpostikeskustelua ei käytetty tutkimuksessa.

Kerätessä laadullisia aineistoja suoraan tutkittavilta, esimerkiksi tallentamalla vuorovaiikutustilanteita, haastatteluina tai kirjoituspyyntöinä, henkilötietolain soveltamisen lähtökohtana ovat tutkijan antamat lupaukset ja tehdyt sopimukset tutkittavien kanssa. Niissä määritellään aineiston käyttäjät, käyttötarkoitus, aineiston käsittely ja säilyttäminen. Samojen asioiden määrittämiseen ei periaatteessa tarvittaisi edes lakia, sillä ne kuuluvat hyvään tieteelliseen käytäntöön. (Kuula 2006, 131.) Laadullisen aineiston anonymisoinnin mahdollisuudet ovat hyvin vaihtelevia. Jos esimerkiksi haastattelun aihe ei koske suoraan

haastateltavaa, aineisto on todennäköisesti anonymisoitavissa niin, että haastateltavan nimetiedot poistetaan. Kun aineisto ei koske arkaluontoisia tietoja, paras tapa olisi pyytää lupa säilyttää aineisto sellaisenaan ilman nimi- ja osoitetietoja myös jatkotutkimuksissa käytettävänä. Lupa tarpeellisten taustatietojen säilyttämiseen kannattaa kysyä, sillä esimerkiksi täsmällinen ikä ja ammatti saattavat olla myös analyysissä tarpeellisia. (Kuula 2006, 132–133.) Analysoidusta materiaalista ei selviä haastateltavien henkilöllisyys, sillä tunnistettavat lausahdukset tai murre sanat jätettiin pois. Haastattelut oli helppo purkaa, koska äänen laatu oli huippuluokkaa. Näin välttyttiin epäselvyyksiltä ja asiavirheiltä. Ennen jokaista haastattelua testattiin äänityksen toimivuus.

Eettisesti hyvä tutkimus tiedostaa ne tiedonintressit, joita tutkimus palvelee eli sen, mikä on sen ”objektiivinen rationaalisuusperuste” (Niiniluoto 1997, 71). Tiedostaessaan tutkimuksen taustalla olevan tiedonintressin tutkimuksen tulee arvioida intressin vaikutusta tutkimuksen suuntautumiseen ja sen tekemiseen sekä myös asettaa itse intressi kriittisen tarkastelun kohteeksi: Miksi juuri tämä intressi suuntaa tutkimusta? Miksi juuri tähän tarkoitukseen etsitään tietoa? Onko tämä intressi todellakin objektiivinen rationaalisuusperuste tieteelliselle käytännölle ja tieteen arvon peruste vai onko se tutkimuksen ulkopuolelta asetettu ohjeistus, jonka seurauksena tutkimus pyritään alistamaan palvelemaan tiettyjä konkreettisia taloudellisia, poliittisia, hallinnollisia tai uskonnollisia intressejä? (Hirvonen 2006, 42.) Tutkijat itse määrittivät tutkimusaiheen ja tutkimuksellaan tekevät hoitotyön haasteellista osa-aluetta näkyväksi.

Tutkimuksen suunnittelussa tulisi ottaa huomioon, miten tutkimuksesta tuotetun tiedon avulla voitaisiin tieteellisen tiedon etsimisen ohella parantaa tutkittavana olevaa asiaa tai tutkittavien tilannetta. Tutkimuksen aihe määrittelee pitkälti, minkälaisia eettisiä kysymyksiä tutkimusprosessin kuluessa kohdataan. Ihmisten ajankäyttöä tai asumista käsitteleviin tutkimuksiin vastaaminen herättää harvoin vastaajissa ahdistavia tunteita tai pelkoa tutkimusten tulosten väärinkäytöstä. Joihinkin aihealueisiin vastaaminen on taas vaikeampaa kuin toisiin. On myös tutkimusaiheita, joista kertominen voi aiheuttaa vastaajalle suoranaista haittaa tai jopa trauman. (Piispa 2006, 141.) Haastattelutilanteissa haastateltavat herkistyivät kyyneliin, käydessään läpi koskettavia potilaskohtauksiaan, jotka palautuivat mieliin haastattelukysymysten myötä. Tunteille annettiin tilaa, haastattelijan ohjatessa tilannetta turvallisesti myötätuntoisella ja myötäelävällä kohtaamisella ja hyväksynnän ilmaisuin haastateltavaa kohtaan.

Tutkijan ja tutkittavan vuorovaikutus ja valta-asetelmat osana tulosten tulkintaa: haastatteluvuorovaikutuksessa tuotetun tiedon syntymiseen vaikuttaa paitsi haastattelutilanne myös sen sisältämä kielellinen ja ei-kielellinen vuorovaikutus sekä haastattelun muu vuorovaikutus. Tiedon tuottaminen ei ole irrallaan tutkijan omasta toiminnasta, vaan tutkijan ennalta luomat käsitykset ja vuorovaikutus vaikuttavat sekä tiedon keräämiseen, analysointiin että tulkintaan. (Briggs 1986, 110.) Haastatteluissa annettiin tilaa hiljaisuudelle, mahdollistaen haastateltavien liikuttuminen ja tunteiden näyttäminen. Haastattelujen toteutuksen aikana haastattelijat olivat poissa työyhteisöstä opintojensa vuoksi 1-3 kk, joten tämä toi etäisyyttä tutkittavaan ympäristöön.

Tutkijan on hyvä pohtia, voiko tutkimukseen osallistuminen olla vastaajalle traumaattista, voiko se herättää pelkoa ja ahdistavia tunteita, tai olla jopa vastaajan oman turvallisuuden kannalta haitallista. Tutkimukseen osallistumisen tuottama hyöty vastaajalle itselleen tai tutkittavalle ilmiöalueelle sitä kautta, että asiat nostetaan yhteiskunnalliseen keskusteluun ansaitsevat myös oman eettisen arviointinsa. Liian harvoin tutkimusta tehtäessä pohditaan myös sitä, mikä merkitys käytetyllä menetelmällä on tutkimuksen tuottamaan kuvaan tutkitusta aihealueesta. Sillä, että jotkut vastaajat kokevat aiheen tai jotkut kysymykset liian arkaluotoisiksi vastata, on merkitystä siihen, kuinka totuudenmukaisen kuvan tutkimus antaa tutkittavasta aiheesta. (Piispa 2006, 156.) Haastateltavat vastasivat kaikkiin kysymyksiin. Haastattelutilanteet sujuivat luottamuksellisessa ilmapiirissä. Haastattelijoiden tunteminen ja myönteinen persoona vaikuttivat haastattelutilanteiden luontevaan sujumiseen.

Haastattelut voivat muistuttaa spontaania keskustelua, mutta eroavat kuitenkin näistä aina institutionaalisuutensa vuoksi. Haastattelulla on tietty päämäärä, johon haastattelun kautta pyritään: haastattelijalla on tiedon intressi, jonka vuoksi hän tekee kysymyksiä ja aloitteita, kannustaa haastateltavaa vastaamaan, ohjaa keskustelua, fokusoi sitä tiettyihin teemoihin jne. Tutkimushaastattelua ohjaa tutkimuksen tavoite. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 23.) Haastattelutilanne täytyy aloittaa ja lopettaa erityisillä toimilla. Tässä mielessä se noudattaa arkikeskustelun sääntöjä. Haastattelun alussa luodaan yhteistä maaperää ennen siirtymistä varsinaiseen haastatteluun ja ”sovitaan” siitä, että aloitetaan keskustelu. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 24.) Haastattelut aloitettiin esittelyllä, kättelyllä ja ajan-

käytön kertomisella. Haastattelussa käytettiin myötäelävää sanatonta viestintää haastateltavien tukemiseksi.

Haastattelijan tehtävänä on luoda miellyttävä yhteistyösuhde vastaajaan, jossa molemmat tuntevat tyydytystä ja osoittavat empaattista ymmärrystä toisen asemaa kohtaan. Käytännössä luottamuksen synnyttäminen haastattelussa on eräänlaista tasapainottelua yhtäältä empatian osoittamisen ja yhteisyyden rakentamisen ja toisaalta haastattelutilanteen tehtävään ja roolijakoon suuntautumisen välillä. Institutionaalisessa tilanteessa törmätäänkin roolijaon tuottamiin rajoituksiin eikä myötätunnon osoittamiseen voida käyttää samoja keinoja kuin arkikeskustelussa. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 42.) Haastattelijat onnistuivat ilmapiirin luomisessa hyvin, mikä saattoi myös vaikuttaa vastakkaisesti läheisten työtovereiden vastauksiin. Haastattelijoille tuntemattomammat haastateltavat ehkä kertoivat kokemuksistaan ja tunteistaan avoimemmin. Toisaalta haastattelijoiden tunteminen vaikutti siihen, että kaksi haastatelluista viittasi haastattelijoiden omaan saattohoitotyön kokemukseen ”kyllähän te tiedättekin”. Näitä vastauksia haastattelija onnistuneesti kuitenkin pyrki avaamaan selventävin lisäkysymyksin.

Tutkimuksen tulokset on aina raportoitava rehellisesti. Virhelähteitä raportoinnissa voi olla esimerkiksi ennakkoasenteista johtuva vääristymä, suora ja tietoinen tulosten väärennös sekä tulosten virheellinen raportointi ja julkistaminen. Vääristymä ennakkoasenteista johtuen ei välttämättä ole tutkijan tietoinen virhelähde. Tärkeää on näiden ennakkoasenteiden tunnistaminen. Suora, tietoinen väärennös tarkoittaa tutkijan tietoista aineistojen tai tulosten muuttamista tai väärentämistä. Tietoinen väärennös on myös aikaisempien tutkimusten plagiointi. Tutkimuksen raportoivat ne, jotka ovat sen tehneet. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 293–294.) Joskus voi olla aiheellista pitää hieman etäisyyttä tutkimukseen, jolloin tutkija hahmottaa tutkimuksen tuloksia laajemmin ja kokonaisuuteen. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 135.) Haastatteluiden tekemisen aikana tutkijoille tuli itselleen turhauma, joka johtui omista ennakkokäsityksistä suhteessa työyhteisön tietotaitoon ja haastatteluiden tuloksiin. Ymmärtäessään tämän tutkijat ottivat tämän johdosta kolmen kuukauden etäisyyden ajallisesti tutkittavaan aiheeseen, joka toikin tarvittavan etäisyyden tarkastella uudelleen avoimemmin lopullisia tuloksia. Tutkimuksessa näkyikin todellinen tutkimustulos, joka on poikkeava tutkijoiden omiin ennakkokäsityksiin nähden.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyy tutkija, aineiston laatu, aineiston analyysi ja tulosten esittäminen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan tutkimuksen totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä ja neutraaliutta. Sisällönanalyysin tuloksen luotettavuuden kannalta, tulee tutkijan osoittaa luotettavasti yhteys aineiston ja tulosten välillä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36.) Luotettavuutta lisääviä tekijöitä olivat kirjallisten, sekä suullisten tutkimusohjeiden noudattaminen. Tutkijat ovat saaneet ohjasta ja neuvoja opinnäytetyön ohjaajiltaan tutkimustyötä tehdessään.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta osoitetaan kuvailemalla koko tutkimusprosessi. Raportointi tulee olla huolellista, jossa käytetyt menetelmät tulevat hyvin esille ja tutkimuksen puutteet tuodaan ilmi. Tieteellinen tutkimus on valmis vasta, kun siitä on julkisesti raportoitu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 27–28, 217 – 221.) Luotettavuutta lisää myös se, että luokittelun suorittaa usea eri henkilö, jolloin samansuuntaisuutta voidaan arvioida (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36). Tässä tutkimuksessa luotettavuutta pidettiin yllä kuvailemalla koko tutkimusprosessi tarkasti. Tutkimuksessa tuotiin tutkimuksen tulokset hyvin esille ja käytetyt menetelmät kerrotaan tarkasti. Tutkimuksen puutteet kerrottiin rehellisesti ja tutkimuksen tulokset raportoitiin julkisesti. Tutkimustuloksia on tässä tutkimuksessa tarkennettu haastateltavien sanoin eli suoraan lainauksin. Lisäksi tuloksia on tarkennettu kaavioiden avulla, jotta lukija voi seurata luokittelua. Tutkimuksen luotettavuutta paransi se, että tekijöitä oli kaksi ja aineisto käytiin yhdessä läpi. Molemmat osallistuivat tasaveroisesti prosessiin. Näin aineisto tuli käytyä moneen kertaan läpi ja tuloksia kyseenalaistettiin ja mietittiin yhdessä. Aineiston sisällönanalysointi tehtiin siten, että jokaisesta merkittävän asian merkityksestä keskusteltiin yhdessä.

Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että tutkijoiden kiinnostuneisuus valitsemaansa aiheeseen. Tämän on katsottu lisäävän tekijöiden motivoituneisuutta. Tekijän persoona ja henkilökohtainen kiinnostus saa vaikuttaa tutkimusongelman valintaa, sillä se parantaa tutkimuksen onnistumisen todennäköisyyttä. (Uusitalo 1991, 57.) Tutkimuksessa tutkimusongelmat määriteltiin itse oman kiinnostuksen pohjalta. Luotettavuutta lisäsi tutkijoiden tekemät haastattelut ja analysointi. Näin pystyttiin havainnoimaan haastateltavien sanatonta viestintää. Tutkimustulosten luotettavuuteen vaikutti sisällön analyysin tekeminen yhdessä, jolloin pohdintaa, arviointia ja kritiikkiä syntyi enemmän kuin yksilötyönä tehty sisällönanalyysi. Analysoinnissa päästiin yksimielisyyteen

tulkinnoissa. Työn luotettavuutta lisäsi edelleen tuoreen kirjallisuuden ja artikkeleiden käyttö kuitenkin vähän tutkittuun aiheeseen. Haastatteluista saatua tietoa voitiin verrata kirjallisuudesta saatuun tietoon.

8 POHDINTA

Tässä tutkimuksessa selvitettiin Pirkanmaan Hoitokodin potilaiden saamaa eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaamista hoitajien ja vapaaehtoistyöntekijöiden näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaamista Pirkanmaan Hoitokodissa. Eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaaminen saattohoidossa on yksi keskeisimmistä ja vaativimmista potilaan kokonaisvaltaisen hoidon osa-alueista (Breitbart & ym. 2004, 366). Vapaaehtoistyöntekijöiden mukana oleminen potilaan hoitotyön täydentäjinä tuo oman kokemuksellisen syvyytensä potilaan kanssa käytyyn dialogiin.

Tutkimuksessa selvisi, että vapaaehtoistyöntekijät kokivat saaneensa koulutusta ja valmennusta potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaamiseen, mutta sitä vastoin hoitajat kertoivat oppineensa aiheesta itsenäisesti opiskelemalla tai artikkeleita lukemalla ja kokeneempien työtovereiden rinnalla työskentelemällä. Hoitajat kertoivat varsinaisen työpaikan sisäisen koulutuksen aiheeseen olleen varsin vähäistä. Hoitajien ammatilliseen koulutukseen ei sisälly tietoa eksistentiaalisesta ahdistuksesta, joten syvällisempi paneutuminen aiheeseen on työntekijän omasta motivaatiosta ja aktiivisuudesta kiinni.

Potilaan eksistentiaalinen ahdistus tunnistettiin tutkimuksen mukaan hyvin. Selvisi, että kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat mielestään kohdanneet eksistentiaalisesti ahdistuneita potilaita. Käsite eksistentiaalinen ahdistus ei ollut kaikille tuttu käsite, kuitenkin he osasivat kuvata toimintaansa ahdistuneen potilaan kanssa todellisena auttajana. Tässä tutkimuksessa haastateltavat kuvasivat potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen ilmenemistä potilaan **olemassaolon tiedostamisena, olemassaolon tunteiden pohdintana ja fyysisenä oireiluna.**

Potilaan **olemassaolon tiedostaminen** ilmeni oman elämän rajallisuuden tiedostamisena – olemassaolon kysymyksenä. Kuolemanpelkona, kuoleamisen mahdollisuutena myös elämän päättyminen mainittiin. Kuoleman jälkeistä tilaa potilaat olivat myös kyselleet. Vastaajat mainitsivat myös potilaiden ahdistuksen ilmentyvän torjuntana, omaan maailmaan vetäytymisenä; potilaalla ei ollut aina tarvittavia valmiuksia keskusteluun. Tälle kaikelle annettiin tilaa ilmentyä.

Haastateltavat kertoivat potilaiden pohtineen elettyä elämäänsä, olemassaolonsa merkityksiä ja etsivänsä näihin kysymyksiin vastauksia. Näiden **olemassaolon tunteiden pohdinnalle** auttajat kertoivat antavansa tilaa.

Fyysistä oireilua oli itkuisuus, yksinjäämisen pelko, valvominen, takertuminen, levottomuus, vaeltelu, tarkoitukseton liikkeessä oleminen, selittämätön kipu, turvattomuus, aggressiivisuuden ilmaisu ja uhkailu. Kivulla ja muilla ruumiillisilla oireilla on kuitenkin voimakas ahdistusta sitova vaikutus: vaikka oire on tuskallinen, se saattaa olla elintärkeä psyykkisen tasapainon ylläpitämiseksi. Oireesta luopuminen aiheuttaa vastarintaa, joka saattaa aiheuttaa hoitoyritysten onnistumista. Tiedostamaton vastarinta saattaa olla yksi syy huonoon hoitokomplianssiin tai täysin hoitoresistenttiin kipuun. (Vainio 2002, 193.)

Tutkimuksessa haluttiin selvittää auttajan oman elämänskatsomuksen vaikutusta potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen tunnistamisessa, jolloin vain yksi haastatelluista oli sitä mieltä, että hänen oma elämänskatsomuksensa auttaa kohtaamisessa. Kaksi vastaajista ei osannut sanoa kantaansa vaikutukseen ja kolme haastatelluista olivat sitä mieltä, ettei heidän elämänskatsomuksellaan ollut vaikutusta potilaan kohtaamiseen. Eksistentiaaliset kysymykset nousevat pintaan yhtä lailla uskonnollisen kuin ei uskonnollisen ihmisen mielessä. (Hänninen 2006, 45.) Olemassaolon kysymykseen voidaan etsiä hengellisiä tai ei-hengellisiä vastauksia. Sen tähden näyttää perustellulta olla samaistamatta eksistentiaalisia ja hengellisiä kysymyksiä. (Mattila 2002, 192.)

Potilaan eksistentiaalisen ahdistuksen auttamisen keinoina tutkimuksessa haastatellut kertoivat käyttävänsä **vuorovaikutuksellisia keinoja, fyysisen turvallisuuden ja läheisyyden keinoja**. Lisäksi hoitajat käyttivät auttamisen keinona **hoitotyön tietotaidon hallintaa**.

Tutkitut kertoivat kokemuksiaan potilaan kuuntelemisesta ja kuulemisesta, läsnäolosta ja vierellä olost, kuolemanpeloista ja yleensä peloista puhumisesta, keskustelujen avaamisesta. He kertoivat omista ominaisuuksistaan kuten empaattisuuden ilmentämisestä, ahdistuksen sietämisestä, sopeutumiskyvystä ja ihmistuntemuksesta. Lisäksi haastatellut kertoivat myös potilaan oman asiantuntijuuden käytöstä hoitotyössä eli potilaslähtöisyydestä. Potilaan tunteiden huomioon ottaminen hoidossa mittaa sekä potilaslähtöisyyttä, että henkilökunnan osaamista (Mikkonen 2007, 16).

Ihmisten ongelmien kuunteleminen vaatii tiettyjä henkilökohtaisia ominaisuuksia, koulutusta ja sen lisäksi asianmukaiset ajalliset ja työnjärjestelyyn liittyvät mahdollisuudet. Auttajan edellytyksinä ovat elävä ja pysyvä kiinnostus toisiin ihmisiin, avoimuus, ennakkoluuloton asennoituminen, kyky vaihteluun, eläytymisen ja objektiivisen havainnoimisen välillä sekä älyllinen ja intuitiivinen lahjakkuus. Auttaja tarvitsee myös elämäkokemusta ja kehittyntä realiteettitajua. (Tähkä 1993, 299–300.)

Tutkimuksessa rajattiin **fyysisen turvallisuuden ja läheisyyden keinot**. Näiksi keinoiksi vastaajat nimesivät potilaan tuomisen yksinäisyydestä muiden läheisyyteen, joka tarkoitti potilaan tuomista huoneesta yleisiin tiloihin muiden ihmisten läheisyyteen. Turvallisuuden luominen, kosketus ja läsnäolo toteutuivat potilaan vieressä olemisella. Haastatellut kertoivat omasta auttamisen halustaan, rohkeudestaan vierellä olemiseen ja potilaan ahdistuksen sietämiseen. Joskus pitkäjänteisyys vaatii erityistä sitkeyttä, kuten eräs haastatelluista hyvin kuvasi, kun hän kertoi potilaan koko yön tarvinneen apua vuoteesta ylös nousemiseen. Hoitotyön periaatteena on luoda kuolevalle potilaalle sellaiset olosuhteet, että hän voi mahdollisuuksiensa rajoissa elää täyttä elämää loppuun asti sekä kohdata oman kuolemansa turvallisesti, arvokkaasti ja rakkautta saaden (Surakka 2004, 44).

Tutkimuksessa kaikki hoitajat, kertoivat lääkkeellisten auttamiskeinojen olevan mahdollisia fyysisen kivun poissulkemiseksi. Hoitajat avasivat näin **hoitotyön tietotaidon hallinnan** yhdeksi osatekijäksi. Haasteet hoitotyössä voivat johtua siitä, että potilaan kärsimys ja tarjottavat hoitomuodot eivät kohtaa. Olemassaoloon ja sen loppumiseen liittyvää kärsimystä on vaikea lievittää lääkkeellisin hoidoin. Aina kärsimystä ei kyetä edes kuulemaan. Hoitaville henkilöille on hyvin frustroivaa havaita, etteivät he ymmärrä tilannetta eivätkä näin ollen myöskään voi auttaa. (Hänninen 2008, 18–19.) Tämän tutkimuksen myötä näyttäisi myös siltä, että monenlainen kärsimys ja ahdistus koettiin osana potilaan eksistentiaalista ahdistusta. Kuten Bolmsjö (2002) kuitenkin tutkimuksessaan analysoi; ei ole olemassa yksimielisyyttä 'eksistentiaalisten kysymysten' täsmällisestä määrittelystä. (Bolmsjö 2002, 39–66.)

Haastellut hoitajat tähdensivät potilaan turvallisuuden tunteen luomisessa, potilaan huomioimisen tärkeyttä silloin kun hoitajat eivät pystyneet osaston työtilanteen takia jäämään ahdistuneen potilaan vierelle. Hoitajat pyrkivät järjestämään vapaaehtoistyöntekijän pai-

kalle. Haastateltavista hoitajista yksi mainitsi, että yöaikaan osastolla on vain kaksi työntekijää 24 potilasta varten. Tuolloin hoitaja ei voi olla useiden oireilevien potilaiden vierellä, tällöin on käytetty vapaaehtoistyöntekijöitä ahdistuneen potilaan tilanteen helpottamiseksi. Näiden tilanteiden ennakoiminen työyhteisössä edellyttää etukäteen sopimista vapaaehtoistyöntekijän kanssa, paikalle saapumisesta. Turvattomuuden kokemusta voi lievittää jo pelkästään toisen ihmisen läsnäolo kuolevan vierellä (Kuuppelomäki 2000, 130-146). Aina tämä ei ole kuitenkaan ennakoitavissa ja aiheuttaa hoitaville yötyöntekijöille riittämättömyyden tunteita. Töiden priorisointi saattaa aiheuttaa lisäksi vaativia eettisiä valintatilanteita. Suomalaisissa saattohoitokodeissa korostuu naisvaltaisen työyhteisön hiljainen sinnikkyys, työhön sitoutuminen ja kyky herkkään myötäelämiseen, tunteenilmaisuun ja läheisiin henkilösuhteisiin. Toisaalta niissä näkyy myös voima ja taistelutahto. Saattohoitoyhteisö on usein yhteisöllisesti ristiriitainen, mutta vahva. Kuolevan hoitotyöhön sitoudutaan yksittäisinä työntekijöinä usein pitkäaikaisesti ja pysyvästi. (Sand, Hilikka 2003,168.)

Tutkimusongelmat pystyttiin ratkaisemaan hyvin. Haastateltavat puhuivat vapaasti ja vastasivat avoimesti ja totuudenmukaisesti kysymyksiin. Varsinkin haastattelutilanteissa esiinnoitukset potilastapaukset olivat puhuttelevia ja koskettavia sekä aiheuttivat tunneherkistymistä haastatelluille. Aihe herätti antoisaa keskustelua haastatteluiden jälkeen, mutta varsinaista jälkipuintia kukaan haastatelluista ei kokenut tarvitsevana. Haastateltavien kerronnasta näkyi myös haastateltavien kokema mielenkiinto tutkittavaa aihetta kohtaan. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että tietoa eksistentiaalisesta ahdistuksesta on vähän ja uudelle tutkitulle tiedolle olisi käyttöä.

Tässä tutkimuksessa käytettiin kuutta teemahaastattelua. Tutkimusaineisto oli kooltaan pieni, kolmen vapaaehtoistyöntekijän ja kolmen hoitotyöntekijän haastattelut, joten tuloksista ei voida tehdä yleistyksiä, mutta niitä voidaan pitää suuntaa antavina. Aineistosta huomattiin selvästi jo muutaman haastattelun jälkeen vastausten samankaltaisuus. Hoitotyöntekijöiden ja vapaaehtoistyöntekijöiden vastausten samankaltaisuus oli merkittävää. Eroavaisuus löytyi ainoastaan nimeämämme hoitotyön tietotaidon hallinnan osa-alueessa, jossa hoitajat kertoivat lääkkeellisten hoitotyön keinoista. Aineiston samankaltaisuus johtui suureksi osaksi siitä, että haastattelut tehtiin yhdessä saattohoitokodissa. Laajempi ja vaihtelevampi aineisto sekä yleistettävämmät tulokset olisi saatu haastattelemalla useiden saattohoitokotien henkilökuntaa ja vapaaehtoistyöntekijöitä.

Edelleen todentui Tikkamäen aiemmin tutkima päätelmä saattohoitajien taidoista tunnetyön ammattilaisina, joiden ammattitaidosta olisi monilla ihmissuhdetyötä tekevillä paljon opittavaa. Haastavassa tunnetyössä selviytyminen edellyttää ihmisenä kasvua ja omien selviytymisstrategioiden tunnistamista ja kehittämistä. Kuolemassa olevan potilaan rinnalla kulkevan saattohoitajan ammattipätevyys ja työssä oppima tietämys testataan joka päiväsissä hoitotilanteissa toistuvasti. (Tikkamäki 2007, 264.)

Tutkijat kiinnittivät huomiota, että haastatellut eivät kuitenkaan kuvailleet niitä hoitotyön keinoja, joita yleisesti käytetään Pirkanmaan Hoitokodissa ahdistuneen potilaan rauhoittamiseen, kuten rentouttavan tai rauhoittavan musiikin käyttöä, taustäänten käyttöä huoneessa (TV, radio), joillekin pelkkä hiljaisuus on tärkeää. Hoitavan ympäristön luominen valaistusta himmentämällä, huoneen tuulettamisella ja huonelämpötilan alentamisella voidaan auttaa. Huoneen oven auki jättäminen, tuo potilaalle tunteen siitä ettei hän jää yksin. Kiristävien vaatteiden vähentäminen tai jopa alasti oleminen voi helpottaa oloa. Potilaat ovat yksilöllisiä, joten keinot voivat olla myös hyvin yksilöllisiä. Joillekin potilaille toisen ihmisen läsnäolokin saattaa olla liiallinen ärsyke, jota hän ei pysty sietämään.

Haastatellut eivät kuvailleet myöskään sitä, että potilaat voidaan tuoda yön ajaksi nukkumaan hoitajien kanslian viereen, jotta he voivat jatkuvasti valvottuna turvallisesti nukkua. Haastatteluissa tuli esiin resurssien kohdentamisen haasteet, koska aina ei voida ennakoita tilanteita varsinkaan yöaikana. Potilaiden tilanteissa tapahtuu äkkiäisiä muutoksia, jotka lisäävät läsnä olevien ihmisten tarvetta. Kuten tutkimuksestamme selviää, ovat vuorovaikutukselliset keinot yksi tärkeimmistä auttamisen keinoista.

Tutkimuksesta esille tulevaa tietoa voisi hyödyntää yhteistyön edelleen kehittämisessä vapaaehtoistyöntekijöiden ja hoitohenkilökunnan välillä. Myös tunneälytaitojen, yhteisöllisyyden ja ryhmäprosessien vaikutuksia potilaan saattohoidossa tulisi tutkia. Kehittämisalueena voisi tarkastella yöllä suoritettavaa lääkkeenjako tarjottimille ja sen uudelleen organisointia mahdollisesti tapahtuvaksi päivääikaan. Myös hoitajien koulutusta eksistentiaalisen ahdistuksen tunnistamiseen ja auttamisen keinoihin voitaisiin jatkossa kehittää Pirkanmaan Hoitokodissa.

Vapaaehtoistyöntekijöiden vilpitön antautuminen vuorovaikutukseen oman persoonansa ja elämäkokemuksensa kautta potilaiden hyväksi, tuli tutkimuksessa jälleen kerran todennettua. Vapaaehtoistyöntekijän henkiset ominaisuudet, etenkin tasapainoisuus, eläytymiskyky sekä kyky käsitellä tunteita, ovatkin tärkeitä saattohoidossa (Kärpänniemi 2004, 336–340). Potilaiden elämänsä kaaren tai elämän täydelliseksi saattamiseen tarvitaan myös kuolema – koemme olevamme etuoikeutettuja saadessamme työskennellä juuri näiden inhimillisten ja pyyteettömien ihmisten; vapaaehtoistyöntekijöiden rinnalla. Riittääkö auttajalta se, että hän on vierellä vain inhimillisenä ihmisenä? Vastauksena on – riittää.

LÄHTEET

Bolmsjö, Ingrid Ågren 2002. Existential Issues in Palliative Care. Faculty of medicine. Lund.

Boston, Patricia H & Mount, Balfour M. 2006. The Caregiver's Perspective on Existential and Spiritual Distress in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 32 No. 1 July 2006 [viitattu 18.4.2010] Saatavissa: http://www.mcgill.ca/files/wholepersoncare/caregivers_perspective.pdf

Breitbart, William & Gibson, Christopher & Poppito, Shannon R & Berg, Amy Psychotherapeutic Interventions at the End of Life: A Focus on Meaning and Spirituality. 2004. *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol 49 No6, 6/2004 [viitattu 18.4.2010]. Saatavissa: <http://ww1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2004/june/breitbart.asp>

Briggs, Charles L. 1986. Learning how to ask : a sociolinguistic appraisal of the role of the interview in social science research. Cambridge : Cambridge University Press.

Claxton-Oldfield S, Tomes J, Brennan M, Fawsett C, Claxton-Oldfield J. 2005. Palliative care volunteerism among college students in Canada. *Am J Hosp Palliat Care*, 2/2005, 111-118.

Colliander Johanna 2008. Vapaaehtoistyöntekijät voimavarana kuolevan hoidossa. Grönlund E, Anttonen MS, Lehtomäki S, Agge E (toim.) *Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito*. Sipoo: Suomen sairaanhoitajaliitto, 121-131.

Colliander Johanna 2009. Suomalaisten saattohoitokotien vapaaehtoistyöntekijät ja heidän työhyvinvointinsa. Jyväskylän yliopisto. [viitattu 27.2.2009] Saatavissa https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/21259/URN_NBN_fi_jyu-200906241748.pdf?sequence=1.

Eriksson, E & Kuuppelomäki, M. (toim.) 2000. *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. Porvoo: WSOY- Kirjapainoyksikkö.

Eskola, Antti & Kurki, Leena (toim.) 2001. *Vapaaehtoistyö auttamisena ja oppimisena*. 1. painos. Tampere: Vastapaino, 7-12.

Etene - Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2003. *Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio ETENE-julkaisuja 8*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Helsingin seurakuntayhtymä, 2009. *Minä kuolen, apua – Miten kohdata kuoleva potilas ja hänen omaisensa*. [viitattu 21.1.2010] Saatavissa http://www.evl.fi/kkh/to/ksk/kuolema_ja_saattohoito/Kuolema_ja_saattohoito.pdf.

Helander, Voitto 2006. Seniorikansalainen voimavarana. Havaintoja ja pohdintoja ikäpolitiikan suuntaamiseksi. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 76.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena. 2001. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelu. Helsinki: Helsinki University Press.

Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 1992. Tutkimus ja sen raportointi. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kirjayhtymä.

Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2005. Tutki ja kirjoita. 11. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hulbert N. J. & Morrison V. L. 2006. A preliminary study into stress in palliative care: Optimism, self-efficacy and social support *Psychology, Health & Medicine*, May; 11(2)2006, 246 – 254.

Hänninen, Juha 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hänninen, Juha 2004. Saattohoito. Teoksessa Vainio A, Hietanen P (toim.) *Palliativinen hoito*. 2. uudistettu painos. Saarijärvi: Duodecim, 311-316.

Hänninen, Juha 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku – hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Kustannus Oy Duodecim. 1. painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hänninen, Juha 2008. Saattohoito – potilaan ja omaisen opas. 9. uudistettu painos. Helsinki: T. A. Sahalan Kirjapaino Oy.

Kettunen, Paavo 1990. Ihmisolemuksen ongelma ja olemassaolon vaikeus. *Ihmiskäsitys Suomen evankelis-luterilaisen kirkon sairaalasielunhoidon koulutuksessa 1960-1975. Suomalaisen teologisen kirjallisuusseuran julkaisu* 171. Jyväskylä.

Koskiaho, Brita 2001. Sosiaalipolitiikka ja vapaaehtoistyö. Teoksessa Eskola A, Kurki L. *Vapaaehtoistyö auttamisena ja oppimisena*. Tampere: Vastapaino, 2001:15-40.

Kuula, Arja 2006. Yksityisyyden suoja tutkimuksessa; Etiikkaa ihmistieteille, (toim.) Hallamaa Jaana, Launis Veikko, Lötjönen Salla, & Sorvali Irma. Helsinki: Hakapaino Oy. sivunumerot

Kärpäniemi, Raija 2004. Vapaaehtoiset saattohoidossa. Teoksessa Vainio A, Hietanen P (toim.) *Palliativinen hoito*. 2. uudistettu painos. Saarijärvi: Duodecim, 336-340.

Käypähoito 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito [viitattu 7.12.2008]. Saatavissa <http://www.terveysportti.fi> > Käypähoito > Palliativinen hoito.

Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja (toim.) 2003. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. 2. uudistettu painos. Juva: WS Bookwell Oy, 21 -43.

Leino, T. & Pusa, H. & Vilminko, M & Holli, K. 1996. Tamperelaisten syöpäpotilaiden viime vaiheen hoito. *Duodecim* 9/1996, 755-763.

Lipponen, Varpu 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Tampereen Yliopisto. [viitattu 29.3.2010] Saatavissa <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6672-1.pdf>.

Lääkintöhallitus 1982. Terminaalihoitoa koskevat ohjeet. Dno 3024/02/80. 14.4.1982. Helsinki.

Mattila Kati-Pupita 2002. Syöpäpotilaan palliatiivisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Mikkonen, Mirja 2007. Saattohoidon laatu Terhokodissa omaisten arvioimana. Pro gradu – tutkielma. Kuopion Yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Hoitotieteenlaitos.

Minkkinen, Arto (toim.) 2008. Saattohoito – elämää ennen kuolemaa. Pirkanmaan Hoitokodin 20-vuotisjuhlakirja. Tampere: Öhrling Oy.

Murtonen, Irja 2007. Palliatiivisen hoitotyön erityisyys? Palliatiivinen hoito 24/2007, 11-13.

Niiniluoto, Ilkka 1997. Johdatus tieteen filosofiaan. Käsitteen – teorian muodostus. Helsinki:Otava.

Nissilä, Kalervo 1992 Kuolevan kuolemattomuus. Haastattelututkimus lähellä kuolemaa eläneitten kuolemattomuudesta ja kuoleman psykodynamiikasta. Suomalaisen Teologisen Kirjallisuusseuran julkaisuja 179. Helsinki: STKS.

Nissilä, Kalervo 2004. Eksistentiaalinen kipu – kristillinen sielunhoito saattohoidossa. Palliatiivinen hoito. Toim. Anneli Vainio & Päivi Hietanen. Helsinki. Duodecim.

Piispa, Minna 2006. Kvantitatiivisen tutkimuksen eettiset lähtökohdat; Etiikkaa ihmistieteille, (toim.) Hallamaa Jaana, Launis Veikko, Lötjönen Salla, & Sorvali Irma. Helsinki: Hakapaino Oy, 141.

Pirkanmaan Hoitokoti 2008a. [viitattu 28.11.2008]. Saatavissa <http://www.pirkanmaanhoitokoti.fi>.

Pirkanmaan Hoitokoti 2008b. [pdf-dokumentti] [viitattu 21.10.2009] Saatavissa http://www.pirkanmaanhoitokoti.fi/phk_vuosik08.pdf.

Pojjula, Soile 2002. Surutyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa 2005. Haastattelu; tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sand, Hilka 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Hoitotieteen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Saunders, C., Baines, M. & Dunlop, R. 2003. Living with dying. A guide to palliative care. Oxford University Press. Third edition. New York.

Smolander, Anja 2009. Olemassaolon prosessi kuoleman lähestyessä. Eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaamisesta. Kehittämistehtävä. Ammatilliset erikoistumisopinnot – psykoterapeuttisesti suuntautunut mielenterveysshoitotyö. Pirkanmaan Ammattikorkeakoulu.

Surakka, Tiina 2004. Eettisiä näkökulmia kuolevan potilaan hoitoon ja omaisten kohtaamiseen, Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) Sosiaali- ja terveysministeriö, korjattu 2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tikkamäki, Kati 2006. Työn ja organisaation muutoksissa oppiminen. Etnografinen löytöretki työssä oppimiseen. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy, 273-274.

Tikkamäki, Kati 2007. Tunnetyössä oppiminen – tarkastelussa saattohoitajan työ. Aikuiskasvatustieteellinen aikakauslehti, 4/2007 VOL 27, 256-265

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 1.-3. painos. Helsinki: Tammi.

Tähkä Veikko, 1993. Psykoterapian perusteet psykoanalyttisen teorian pohjalta. 6. painos Helsinki: WSOY.

Uusitalo, T. 2005. Hallittua kiinnipitoa. Sairaanhoidaja 6-7/2005, VOL 78, 26-27.

Vainio, Anneli 2002. Kipu. Teoksessa Kalso, Eija & Vainio, Anneli. (toim.) 2. painos Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vainio, Anneli 2007. Nimeä vailla. Helsinki: Kirjapaja.

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Hygieia. Kirjayhtymä. Tampere.

Vilkkä, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Åstedt-Kurki, P. 1994. Fenomenologisen lähestymistavan käyttö terveyden ja hoitotyön kokemuksissa koskevassa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 6/1994, 2-7.

Virtaniemi, Matti-Pekka 2009. Uusia näkökulmia suruun. [viitattu 21.10.2009] Saatavissa <http://www.ev1.fi/kkh/to/kk/Uusianakokulmiasuruun2.pdf>.

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Sopijaosapuolet:

Toimeksiantajan nimi Tiina Surakka, Pirkanmaan Hoitokoti

Toimeksiantajan osoite Lääkärintie 13, 33520 Tampere

Yhteyshenkilö/asema Tiina Surakka, johtaja

Yhteystiedot puh. 03-313 221 e-mail tiina.surakka@pirkanmaanhoitokoti.fi

Opiskelija: Martta Holmevaara ja Kirsi Paussu

Yhteystiedot puh. 03-313 221 e-mail etunimi.sukunimi@students.turkuamk.fi

Osoite Martta: Karhunkatu 5, Tampere / Kirsi: Porttikatu 4 A 5, Tampere

Osapuolet ovat tänään sopineet toimeksiannosta seuraavaa:

Opinnäytetyön aihe:

Eksistentiaalinen ahdistus saattohoitotyössäAlkamisaika: 27.11.2008 Työ on valmis 31.12.2009

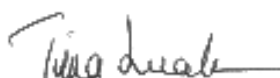
Muuta:

Nimi työlle: "Riittääkö, että on inhimillinen ihminen".Opinnäytetyön ohjaajana Turun AMK:ssa toimii Tiina Pelander, lehtoriPuh. 044 9075486

Päiväys ja allekirjoitukset:

27.11.2008

Päiväys



Toimeksiantajan edustaja


Opiskelija

LIITE 2

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

17.7.2008

Turun Ammattikorkeakoulu /Salo
Hoitotyö/sairaanhoitaja

PIRKANMAAN HOITOKOTI
Johtaja Tiina Surakka
Lääkärinkatu 13

33520 TAMPERE

Opiskelemme Turun Ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajiksi. Opinnäytetyön tekeminen on osa koulutusohjelmaamme. Opinnäytetyömme aiheena on selvittää potilaiden kokemaa eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaamista ja heidän mahdollisesti saamaansa tukea. Pyydämme lupaa kerätä tutkimusaineistoa Pirkanmaan Hoitokodissa syksyllä 2008.

Ystävällisesti

Martta Holmevaara
Karhunkatu 5
33520 Tampere
p. 050-5911557
martta.holmevaara@students.turkuamk.fi

Kirsi Paussu
Porttikatu 4 A 5
33560 Tampere
p. 040-7404677
kirsi.paussu@students.turkuamk.fi

TEEMAHAASTATTELU RUNKO

LIITE 3

Taustatekijät

Sukupuoli

Ikä

Ammattisi

Mikä on saanut sinut tulemaan Pirkanmaan Hoitokotiin työntekijäksi/vapaaehtoistyöntekijäksi?

Tehtäväsi Pirkanmaan Hoitokodilla

Miten kauan olet toiminut täällä?

Millaisista asioista keskustelet potilaan kanssa?

Koetko, että keskustelusi ovat dialogisia eli vuorovaikutteisia?

Oletko ollut ahdistuneen potilaan vierellä Pirkanmaan Hoitokodilla?

Oletko saanut tietoa, valmennusta tai koulutusta eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaamiseen ja millaista koulutusta?

Mikä on suhtautumisesi kuolemaan?

Mitä ajatuksia kuolema sinussa herättää?

Oletko ollut mukana Pirkanmaan Hoitokodin potilaan kuolinhetkessä?

9 Haastatteluteemat

1. Millä tavoin eksistentiaalinen ahdistus tunnistetaan hoitotyössä?

- Mitä tarkoittaa eksistentiaalinen eli olemassaolon ahdistus?
- Miten eksistentiaalinen ahdistus ilmenee?
- Mitkä ovat mielestäsi eksistentiaalisen ahdistuksen tunnistamisen keinot?
- Miten olet saanut tietoa eksistentiaalisesta ahdistuksesta?
- Liittykö eksistentiaalinen ahdistus mielestäsi elämäkatsomukseen?
- Vaikuttaako mielestäsi oma elämäkatsomuksesi eksistentiaalisen ahdistuksen tunnistamiseen?
- Saavatko potilaat eksistentiaaliseen ahdistukseen tukea Pirkanmaan Hoitokodilla?

2. Mitkä ovat eksistentiaalisen ahdistuksen auttamisen keinot?

- Miten olet selvinnyt tilanteista, joissa olet kohdannut ahdistuneita potilaita?
- Mikä mielestäsi helpottaisi ahdistuneen potilaan oloa?
- Koetko eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaamisen jonkun ammattiryhmän tehtäväksi?
- Millaisen ihmisen pitäisi olla ominaisuuksiltaan, piirteiltään tai kyvyiltään, että pystyisi ottamaan ahdistusta vastaan?
- Millainen koulutus tällä ihmisellä tulisi olla?
- Mitkä ovat mielestäsi hoitajan/vapaaehtoistyöntekijän tärkeimmät tehtävät ahdistuneen potilaan kohtaamisessa?

LIITE 4

SUOSTUMUS HAASTATELUN TALTIINTIIN

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Turun Ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyömme Pirkanmaan Hoitokodille, aiheena; eksistentiaalinen ahdistus saattohoitotyössä.

Tarkoituksenamme on toteuttaa aineiston keruu haastatteluiden avulla. Haastattelut on tarkoitus toteuttaa Pirkanmaan Hoitokodin tiloissa yksilöhaastettuina. Haastattelutilanteessa ovat mukana vain haastattelija sekä haastateltavat. Aineiston taltiointiin käytämme äänentallenninta, tästä syystä pyydämme lupaa haastattelunne taltiointiin. Haastattelu on luotamuksellista, jolloin meitä haastattelijoita sitoo vaitiolovelvollisuus. Lopullisessa työssämme, ei haastateltavia voida tunnistaa.

Suostun haastattelun taltiointiin.

Ystävällisin terveisin

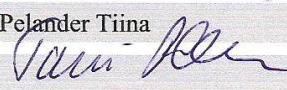
Martta Holmevaara
TurunAMK/Terveysala

Kirsi Paussu
TurunAMK/Terveysala

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
Terveysala, Salo
Yhäistentie 2
24130 SALO
Puh. 010 5536100
Fax. 010 5536179

LIITE 5

ANOMUS OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KOKOAMISEKSI

Tutkimuksen nimi	Eksistentiaalinen ahdistus saattohoitotyössä	
Tutkimusongelma	1. Millä tavoin potilaiden eksistentiaalinen ahdistus tunnustetaan saattohoitotyössä hoitajien ja vapaaehtoistyöntekijöiden näkökulmasta? 2. Mitä ovat potilaan eksistentiaalisten ahdistuksen auttamisen keinot hoitajien ja vapaaehtoistyöntekijöiden näkökulmasta?	
Tutkimuksen kohde ja aineiston keruumenetelmä	Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa Pirkanmaan Hoitokodin potilaiden saamaa eksistentiaalisen ahdistuksen kohtaamista hoitajien ja vapaaehtoistyöntekijöiden näkökulmasta teemahaastatteluin.	
Aineiston ko-koamisajankohta	Helmi-maaliskuussa 2009	
Tutkimuksen arvioitu valmistumisajankohta	Toukokuu 2009	
Tutkimussuunnitelma hyväksytty	14/1/2009	
Tutkimuksen ohjaajat	Pelander Tiina puh 044 9075486  puh _____	
Sitoudumme käyttämään kokoamaamme aineistoa tutkimusongelman puitteissa ja siten, että tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden anonymiteetti säilyy.		
Tutkimuksen tekijät	Hoitotyö ASSHK07 (suuntautumisvaihtoehto) (ryhmä)	Hoitotyö ASSHK07
	Martta Holmevaara (nimi)	Kirsi Paussu
	Karhunkatu 5, Tampere (osoite)	Porttikatu 4 A 5, Tampere
	050-5911557 (puhelinnumero)	040-7404677

Anomus käsitelty 26/1/2009
 lupa myönnetty
 lupa eväty, peruste _____

Allekirjoitus



POTILAIEN HOITOKOTISÄÄTIÖ
PIRKANMAAN HOITOKOTI
Karhunkatu 13, 33520 TAMPERE
03-313 221

Anomus ja tutkimussuunnitelma toimitetaan yhtenä kappaleena, josta toimeksiantaja lähettää kopiot yhdelle opiskelijalle, yhdelle ohjaavalle opettajalle ja kullekin työhön osallistuvalla toimipisteelle. Alkuperäinen jää toimeksiantajalla. Valmis työ toimitetaan toimeksiantajalle sovitulla tavalla.