



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Janika Aittokoski, Terhi Marttinen ja Hanna Mensonen

Lääkkeetön kivunhoito palliatiivisessa ja saattohoidossa

Kirjallisuuskatsaus kosketuksen ja läsnäolon merkityksestä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Fysioterapia

Toimintaterapia

Vanhustyö

Opinnäytetyö

29.3.2019

Tekijät Otsikko	Janika Aittokoski, Terhi Marttinen ja Hanna Mensonen Lääkkeetön kivunhoito palliatiivisessa ja saattohoidossa. Kirjallisuuskatsaus kosketuksen ja läsnäolon merkityksestä
Sivumäärä Aika	60 sivua Huhtikuu 2019
Tutkinto	Fysioterapeutti, toimintaterapeutti, geronomi
Tutkinto-ohjelma	Fysioterapia, toimintaterapia, vanhustyö
Ohjaajat	Lehtori Sirpa Ahola, lehtori Kaija Kekäläinen, lehtori Mia Rosenström, lehtori Anne Talvenheimo-Pesu Yliopettaja Anu Valtonen
<p>Tämän narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää, mitä kansainvälisesti tiedetään kosketuksen ja läsnäolon käytöstä ja merkityksestä osana lääkkeetöntä kivunhoitoa palliatiivisessa ja saattohoidossa. Yhteistyökumppanimme oli Suursuon sairaalan palliatiivisen ja saattohoidon osaston 21 hoitohenkilökunta.</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin moniammatillisesti kolmen eri alan opiskelijan kesken. Tarkastelimme aineistoa fysioterapian, toimintaterapian ja vanhustyön näkökulmasta. Etsimme korkeintaan 10 vuotta vanhoja tutkimusartikkeleita aikuisista potilaista palliatiivisessa ja saattohoidossa. Hakeminen suoritettiin joulukuun 2018 ja helmikuun 2019 välillä kolmesta eri tietokannasta: Cinahl, PubMed sekä Science Direct.</p> <p>Opinnäytetyöhön kokoamistamme kosketusta, henkisyttä, hengellisyyttä, moniaistisuutta ja vuorovaikutusta tarkastelevista artikkeleista päättelimme, että kivun ja kuoleman kohtaaminen voi muuttaa potilaan käsitystä eletystä elämästä. Tulokset olivat yksilöllisiä, mikä ilmeni niin, että menetelmät eivät toimineet kaikkien kohdalla. Asiakaslähtöisyys ja potilaan yksilöllisyys ovat tärkeitä asioita huomioida osana loppuelämän hoitoa. Vuorovaikutustilanteissa vaaditaan moniammatilliselta työryhmältä aitoa ja herkkää läsnäoloa sekä uskallusta koskettaa potilasta.</p> <p>Yhteistä tutkimuksille oli lisätiedon ja -koulutuksen tarpeen painottaminen kosketuksen ja läsnäolon merkityksestä potilaiden hoidossa ja hoitomenetelmänä, koska näillä on vaikutusta potilaiden elämänlaatuun. Hoitohenkilökunnalta hyvä itsetuntemus, pitkä alan työkokemus ja elämäkokemus ovat tärkeitä ominaisuuksia hyvän hoidon tarjoamisessa. Tutkimusartikkeleiden menetelmät ovat sovellettavissa käyttöön myös Suomessa, eivätkä ne vaadi pitkää koulutusta. Menetelmistä voi olla hyötyä lääkkeettömässä kivunhoidossa, mutta tutkimusta potilaskokemuksista kaivataan lisää.</p>	
Avainsanat	Palliatiivinen hoito, saattohoito, lääkkeetön kivunhoito, läsnäolo, kosketus, fysioterapia, toimintaterapia, vanhustyö.

Authors Title Number of Pages Date	Janika Aittokoski, Terhi Marttinen, Hanna Mensonen Non-pharmacological Pain Treatment in End-of-life Care Literature Review about Significance of Touch and Presence 60 pages April 2019
Degree	Bachelor of Health Care Bachelor of Social Services and Health Care
Degree Programme	Physiotherapy/ Occupational Therapy/ Elderly Care
Instructors	Anu Valtonen, Principal Lecturer Sirpa Ahola, Senior Lecturer Kaija Kekäläinen, Senior Lecturer Anne Talvenheimo-Pesu, Senior Lecturer Mia Rosenström, Senior Lecturer
<p>The purpose of our Bachelor's Thesis was to find out what is internationally known about the use and importance of non-pharmacological pain treatment including touch and presence in palliative and hospice care. This study was carried out in collaboration with Suursuo Hospital ward 21, palliative and hospice care.</p> <p>This thesis was conducted as a narrative literature review and it was made by multi-professional team of a physiotherapist, an occupational therapist and an elderly care professional. The studies reviewed were searched during the time-frame from December 2018 to February 2019 from three different databases: Cinahl, PubMed and Science Direct. The material was examined by using qualitative methods and diverse theoretical data.</p> <p>When studying presence, we reviewed articles about spirituality, religiousness, multisensory methods and interaction. When studying touch, we investigated complementary and alternative medicine in non-pharmacological pain treatment in the field of palliative and hospice care. Based on the results, it can be concluded that facing pain and death can change the patient's perception of life. It was agreed that these methods could have an effect for example on patients' quality of life, but they were not successful for everyone. A successful interaction situation requires a multi-professional team to have a good presence, sensitivity to taking different factors into account and carefully considered use of contact-based methods.</p> <p>Customer orientation and individuality of the patient are of paramount importance to be considered as part of the end of life treatment. All the articles reviewed that they stressed the need for further knowledge and education concerning the meaning of touch and presence in patient care and as a treatment method because these methods had an effect on patients' quality of life. Good self-confidence and self-knowledge, long working experience as well as life experience of nursing staff have an effect on a good care. The methods discussed in articles are also applicable in Finland and do not require long training. All the methods can be useful in non-pharmacological pain treatment, and it would therefore be useful to do more research on the patients' experiences of the methods.</p>	
Keywords	palliative care, terminal care, non-pharmacological pain treatment, presence, touch, physiotherapy, occupational therapy, elderly care professional

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Monialainen ja moniammatillinen näkökulma	4
3	Teoriat loppuelämän hoidon takana	9
3.1	Palliativinen hoito ja saattohoito	9
3.2	Kipu kokonaisvaltaisena kokemuksena	10
3.3	Kosketus kivunlievittäjänä	13
3.4	Läsnäolo ja kunnioittava kohtaaminen	17
4	Kirjallisuuskatsauksen toteutus	20
4.1	Eettiset lähtökohdat	20
4.2	Aiheen rajaus	20
4.3	Hakumenetelmät ja aineiston valinta	21
4.4	Aineiston analyysi	24
5	Lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä	26
5.1	Yhteistyökumppanin lääkkeettömät menetelmät	26
5.2	Henkisyys, hengellisyys ja vuorovaikutus läsnäolossa	27
5.3	Täydentävät ja vaihtoehtoiset hoitomuodot kosketuksessa	35
6	Pohdinta	42
6.1	Opinnäytetyön eettinen arviointi	44
6.2	Tutkimukset ja niiden tulkinta	45
6.3	Moniammatillinen työskentely	47
6.4	Aiheen jatkokäsittely	50

1 Johdanto

Kuoleman lähestyessä hoitohenkilökunnan hyvillä vuorovaikutustaidoilla ja oireiden hoidolla on suuri merkitys hyvän hoidon toteutumiselle (Saarto & Hänninen & Antikainen & Vainio 2018: 5). Saatavilla oleva psykososiaalinen ja henkinen tuki ovat tärkeä osa onnistunutta hoitoa (Grönlund & Huhtinen 2011: 77–80). Saattohoitopotilaan kipuja lievitetään ensisijaisesti opioideilla ja tarvittaessa voidaan käyttää tukena myös muita menetelmiä (Palliativinen hoito ja saattohoito, Käypä hoito -suositus 2018).

Opinnäytetyömme tutkimuskysymyksenä on: Mitä kansainvälisesti tiedetään lääkkeettömästä kivunhoidosta, rajauksilla “kosketus” ja “läsnäolo” palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa? Työmme tarkoituksena on selvittää, mitä kansainvälisesti tiedetään kosketuksen ja läsnäolon käytöstä ja merkityksestä osana lääkkeetöntä kivunhoitoa palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa. Työmme tavoitteena on löytää yhteistyökumppanille, Suursuon sairaalaan saattohoidon ja palliativisen osaston 21 työntekijöille, uusia lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä osaksi heidän työtään sairaalan arjessa. Tässä luvussa kerromme yhteistyökumppanimme käyttämistä menetelmistä lääkkeettömässä kivunhoidossa.

Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät ovat psykososiaalisia keinoja, jotka voivat auttaa helpottamaan potilaan ahdistus- ja masennusoireita (Saarto ym. 2019), jolloin ne ovat tärkeässä hoitoa tukevassa roolissa saattohoidossa ja palliativisessa hoidossa. Perussairauden hyvän hoidon sekä kipulääkityksen lisäksi kivunhoito koostuu myös potilaan mielen ymmärtämisestä ja tukemisesta, kuten myös stressiä aiheuttaviin tekijöihin puuttumisesta (Kalso 2013: 98).

Keskeisiä lääkkeettömän kivunhoidon muotoja ovat Käypä hoito -suosituksen (2017) mukaan liikunta, terapeuttinen harjoittelu, kylmä- ja lämpöhoito, kognitiivis-behavioraalinen harjoittelu sekä TNS, joka on transkutaaninen hermostimulaatio (Kipu, Käypä hoito -suositus 2017). Muistisairaalle suositellaan lääkkeettömänä hoitomenetelmänä esimerkiksi rauhoittavaa musiikkia, turvallista kosketusta ja hierontaa, rauhallista ja kiireetöntä ilmapiiriä ja tutun ihmisen läsnäoloa (Hagelberg, Nora & Finne-Soveri 2018: 240). Läsnäolon merkitys tarkoittaa aitoa kiinnostusta ja kuuntelutaitoa, hiljaisuuden sietämistä ja keskeytysten välttämistä. On tärkeää opetella kohtaamaan omia tunteita. (Hietanen & Vainio 2018: 108.)

Palliativisessa hoidossa ja sen koulutuksessa on selkeitä puutteita. Vaikka Suomessa hoitajien koulutus on yleisesti korkeatasoista, on palliativisen hoidon koulutus hajanaista. Silti tutkimustulosten mukaan Suomessa hoidon ammattilaiset tunnustavat ulkomaisia kollegojaan paremmin psyykkisten tekijöiden, kuten surun ja ahdistuksen, vaikutuksen kipuun. (THL 2019.) Jokaisella ihmisellä on oikeus hyvään oireenmukaiseen hoitoon ja kuolemaan arvokkaasti. Jos hoitotahto on, sitä on kunnioitettava. Yhdessä ja ajoissa potilaan ja omaisten kanssa tehdyt päätökset hoitolinjauksista helpottavat hoitajan työtä, omaisten ahdistusta sekä lisäävät kuolevan hyvinvointia. (Palliativinen ja saattohoito, Käypä hoito -suositus 2018.)

Toimintakyvyn heikkeneminen on yleinen haaste palliativisessa ja saattohoidossa olevilla ihmisillä. Se johtaa elämänlaadun heikkenemiseen sekä hoidon ja avun tarpeen kasvamiseen. (Javier & Montagnini 2011: 638.) Laadukas hoito elämän loppuvaiheessa vaatii asiaan koulutetun moniammatillisen työryhmän yhteistyötä potilaan hyväksi (Grönlund & Huhtinen 2011: 112–113; Javier & Montagnini 2011: 647).

Opinnäytetyömme on narratiivinen, kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jossa aineiston tarkastelun tarkoituksena on tuottaa kattava ja luotettava kokonaiskuva tutkittavasta aiheesta ja esittää se loogisesti ja visuaalisesti havainnollistettuna (Kangasniemi & Pölkki 2015: 83). Tarkastelemme aihetta moniammatillisesti kolmesta eri näkökulmasta: vanhustyö, fysioterapia ja toimintaterapia. Käymme keskinäistä vuoropuhelua toistemme ammattilisten erityisosaamisen kanssa, jotta voimme tarkastella perustellusti löydettyjä tietoja. Yhdistävinä tekijöinä meidän kolmella eri ammattialallamme ovat asiakaslähtöisyys ja ainutlaatuinen näkökulma ihmiseen (Suomen Geronomiliitto ry 2019; Suomen Fysioterapeutit 2017; Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry 2019). Asiakaslähtöisyydessä, eli potilaslähtöisyydessä potilas ensisijaisesti määrittelee häntä koskevia tärkeitä asioita ja sitä, mihin kuntoutusprosessi keskittyy yhdessä ammattilaisen kanssa (McCull 2011: 27). Nämä tekijät toimivat opinnäytetyössämme ammatillisen pohdinnan perustana.

Yhteistyökumppanimme toivomuksesta olemme rajanneet opinnäytetyömme käsittelemään kosketusta ja läsnäoloa. Näiden aiheiden lisäksi heitä kiinnostavat erityisesti englantilaiset tutkimukset, sillä siellä palliativisella hoidolla ja saattohoidolla on pitkät perinteet. Vuonna 1967 sairaanhoitaja Cicely Saundersin Lontooseen perustama St Christopher's on maailman ensimmäinen moderni saattohoitokoti, joka on sitoutunut koulutukseen, tutkimukseen sekä korkeatasoiseen osaamiseen kliinisessä tutkimuksessa. St Christopher'sissä holistinen lähestymistapa merkitsi uutta alkua kuoleman hoitamiseksi. (St Christopher's 2018.)

Eri lähteissä puhutaan eri nimikkeillä potilaasta käyttäen esimerkiksi termejä asiakas, ihminen tai henkilö. Tässä opinnäytetyössä puhumme potilaista, koska teemme työtä yhteistyössä sairaalaympäristön kanssa. Yhteistyökumppanin kanssa sovimme sosiaali- ja terveysalan tietokannoista etsimämme tutkimusten julkaisuajankohdaksi 2008–2019, jotta saisimme selville mahdollisimman tuoretta tietoa ja uusia menetelmiä. Olemme keränneet hakumenetelmät ja valitut tutkimukset erillisiin taulukoihin, jotta lukija saa tietoista selkeän kokonaiskuvan ennen aiheeseen syventymistä.

2 Monialainen ja moniammatillinen näkökulma

Ihmisten halua oppia ja kehittyä voi hyödyntää toimimalla yhdessä ja jakaen osaamista eri alojen kesken eli moniammatillinen asiantuntijuus kehittyy yhteistyöllä ja siihen sitoutumisella (Katajamäki 2010: 25–26). Opinnäytetyössämme käymme vuoropuhelua teorialähteiden sekä tutkimusten kanssa monialaisesta ja moniammatillisesta näkökulmasta. Katiskon & Kolkan & Vuokila-Oikkosen (2014) ja Katajamäen (2010) mukaan monialainen työskentely on yhteistyötä saman tavoitteen eli potilaan hyvinvoinnin hyväksi erilaisten sosiaali-, terveys-, liikunta ja kuntoutusalan edustajien kesken. Onnistuneen moniammatillisen työskentelyn lähtökohtana ovat yhteistyörakenteet, jotka sisältävät oman ammatillisen osaamisen ymmärtämisen, johtamisen, resurssit, koulutuksen, yhteisen päämäärän, toisten tuntemisen, vuorovaikutustaidot ja työnjaon. (Katisko & Kolkka & Vuokila-Oikkonen 2014: 5; Katajamäki 2010: 24–25.) Meille moniammatillinen työskentely on vielä uusi asia, joten meidän täytyy huomioida myös mahdollistavia asioita koskien moniammatillisen työskentelyn oppimisprosessia. Hyvän yhteistyön edellytyksenä on kunnioitus kollegojen erilaisuutta kohtaan, pysyminen motivoituneena, avoimuus mahdollisuuksille oppia ja kehittyä yhdessä sekä pyytää ja ottaa vastaan ohjausta (Katisko & Kolkka & Vuokila-Oikkonen 2014: 5).

Osa moniammatillista näkökulmaa on kyky ymmärtää ja kunnioittaa kollegan osaamista osana kokonaisvaltaista työskentelyä potilaan hyvinvoinnin hyväksi. Tämä mahdollistaa myös ammatillisen kehittymisen rikkomalla omia ammatillisia rooleja. (Katisko & Kolkka & Vuokila-Oikkonen 2014: 5; Katajamäki 2010: 25.) Seuraavissa alaluvuissa esittelemme fysioterapian, toimintaterapian ja vanhustyön ammatillista osaamista erikseen, jotta lukija saa selkeän käsityksen meidän jokaisen alan hyödyntämistä teorioista osana moniammatillista työskentelyä ja samalla luomme itsellemme alustan roolien rikkomiselle.

Fysioterapia

Fysioterapian ammattialan erityisosaamisalueita ovat terveys, liike, liikkuminen ja toimintakyky. Fysioterapia ylläpitää, palauttaa ja edistää yksilön terveyttä, liikkumiskykyä ja toimintakykyä koko elämän ajan tai pyrkii vaikuttamaan näiden heikkenemisen etenemiseen. Fysioterapeutti on kuntoutusalan ammattilainen sekä terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö. Fysioterapeutin työ on asiakaslähtöistä ja perustuu tutkimustietoon. (Suomen Fysioterapeutit ry. n.d.)

Asiakkaan kohtaaminen on isossa roolissa fysioterapian vaikutuksellisuudessa terapian tarkemmasta suuntauksesta, terapeutin lisäkoulutuksesta ja fysioterapeutin kohtaamisen syystä riippumatta. Fysioterapiassa tavoitellaan vuorovaikutuksellista toimintaa (Kukkohovi 2004: 49–51). Yhteistyö on ensiluokkaista silloin, kun asiakas luottaa ammattilaiseen ja tuo oman parhaan panoksensa hoitoon (Köhler & Rautava & Vuorinen 2017).

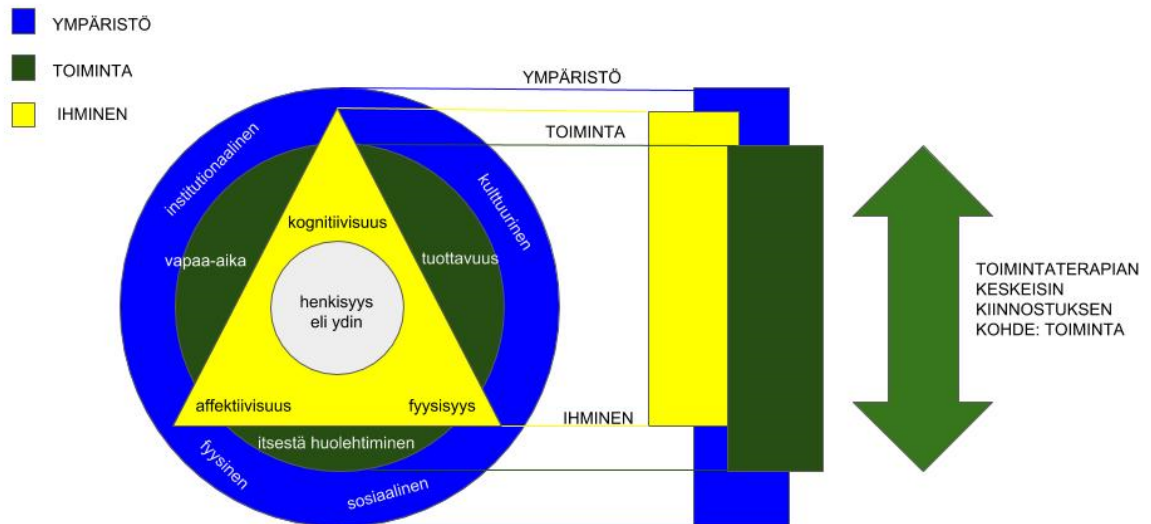
Terapiatilanteessa tulisi olla tasavertainen ilmapiiri ja osapuolten välillä vallita yhteisymmärrys. Se tarkoittaa sitä, että niin terapeutin kuin myös asiakkaan mielipiteet ja näkökannat otetaan huomioon. (Kukkohovi 2004: 51–53.) Molempien on ymmärrettävä, mitä ollaan tekemässä ja miksi. Fysioterapeutin ja asiakkaan suhde koetaan ainakin jossain määrin läheisemmäksi ja avoimemmaksi kuin lääkäri-potilassuhde muun muassa fyysisen koskettamisen ja lähellä olemisen sekä useampien tapaamiskertojen vuoksi. (Kukkohovi 2004: 51–53.)

Asiakkaan ja ammattilaisen välistä viestintää tarkastellessa on mietittävä sen laatua tavoitteen saavuttamisen näkökulmasta. Subjektiiivisesti arvioituna vuorovaikutus voi olla esimerkiksi tupakoimisen lopettamisesta keskusteltaessa hyvää asiakkaan kuntoutumisen näkökulmasta, mutta huonoa tyytyväisyyden kannalta. (Köhler ym. 2017.) Asiantuntijan määräysaseman käyttöä on pitkälti pyritty vähentämään, mutta esimerkiksi potilaan tunteiden, kuten vaikkapa turhautumisen, huomioon ottamisessa on edelleen puutteita fysioterapiatilanteissa, vaikka asiakas kutsuttaisiinkin mukaan toiminnan suunnitteluun (Reunanen 2017: 61–62).

Toimintaterapia

Toimintaterapian ydin on terveyden ja hyvinvoinnin tuottaminen sekä edistäminen potilaalle merkityksellisen toiminnan avulla. (Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry 2018.) Kaikilla on sisäinen tarve sitoutua omassa arjessa henkilökohtaisesti ja kulttuurillisesti mielekkäisiin toimintoihin, joihin jokaisella tulisi olla tarvittavat resurssit ja mahdollisuudet. Me kasvatamme identiteettiämme toiminnan kautta ja se liittyy meidät myös muihin ympärillä oleviin ihmisiin, historiaan, nykyyhetkeen ja tulevaan. Eli me tarvitsemme toimintaa voidaksemme kokonaisvaltaisesti hyvin ja ollaksemme osana yhteiskuntaa. (Hautala & Hämäläinen & Mäkelä & Rusi-Pyykkönen 2013: 210; Townsend & Polatajko 2013: 39–40.) Ihmisen toiminnalla, terveydellä ja hyvinvoinnilla on vahva side. Pitkään jatkunut

kipu voi rajoittaa kokonaisvaltaisesti potilaan toimintoja. (Hill 2016: 451.) Seuraavaksi esittelemme mallin kuvion 1 avulla, jonka tarkoituksena on kuvailla ihmisen toiminnallisuuden ominaispiirteitä ja jota hyödynnämme tässä opinnäytetyössä tarkasteltaessa lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja.



Kuvio 1. Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (Townsend & Polatajko 2013: 23 mukailen)

Toimintaterapian asiakaslähtöinen kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli on (*Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* CMOP-E) kehittynyt Kanadassa nykyiseen muotoonsa vuodesta 1980 lähtien. Keskeisin muutos on tapahtunut CMOP-mallin (*Canadian Model of Occupational Performance*) ja CMOP-E-mallin välillä, kun siinä huomioitiin toiminnallisuuden eli *occupational performance* lisäksi toimintaan sitoutuminen eli *occupational engagement*; Ihminen voi suorittaa yhtä toimintaa, mutta hän voi olla samalla osallisena useammassa toiminnassa. Esimerkiksi halvaantunut poika sitoutuu maratoni-toimintaan täysin, vaikka isä suorittaa fyysisesti juoksun tai ajamme autoa, mutta kuuntelemme samalla musiikkia. (Hautala ym. 2013: 207–209; Turpin & Iwama 2011: 120, 130–131; Townsend & Polatajko 2013: 40–41, 46.) Tähän perustuen voimme ajatella ihmisen toiminnan käsittävän paljon laajempia asioita kuin itse fyysistä toimintaa. Ihminen voi olla aktiivinen toimija, vaikka hän ei fyysisesti suorittaisi sillä hetkellä mitään. Hän voi olla täysin läsnä eli sitoutunut toimija tilanteessa ja saada siitä näin toimijana iloa. Hautalan ym. (2013) mukaan aikaisempien ihmisen toiminnallisuuteen vaikuttavien tekijöiden lisäksi toimintaterapia on kiinnostunut myös

muista tekijöistä kuten potilaan roolit, identiteetti, suorituskky, voimavarat, historia, tyytyväisyys ja kehitys, jotka ovat sidoksissa taas toiminnan sitoutumiseen (Hautala ym. 2013: 209).

Kuten kuvioista 1 voi huomata CMOP-E -mallissa ihminen, ympäristö ja toiminta muodostavat jatkuvassa vuorovaikutuksessa olevan kokonaisuuden. Keskiössä on ihminen (potilas), ulkopuolella on ympäristö ja näiden keskellä toiminta (itsestä huolehtiminen, vapaa-aika ja tuottavuus), koska toiminta tapahtuu ihmisen ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa. Mallissa ihminen-käsite jaetaan neljään osaan, joista kolme ovat fyysinen, affektiivinen eli sosiaaliset ja emotionaaliset tekijät ja kognitiivinen, kuten muisti, keskittyminen, päättelykyky ja älylliset tekijät. Neljäs on henkisyys, joka on ihmisen olemuksen ja siten toimintaterapian ydin, jossa ilmenevät motivaatio, itseohjautuvuus ja tahto; se näkyy ihmisen persoonassa, sitä muokkaa ympäristö ja se antaa merkityksen toiminnoille. Uskonto on osa henkisyyttä, jos se on merkityksellinen asia potilaalle. (Hautala ym. 2013: 209–212; Turpin & Iwama 2011: 117–118; Townsend & Polatajko 2013: 23–30, 60, 68; McColl 2011: 28.)

Toiminta käsittää asiat, jotka potilas itse määrittää omaksi vapaa-ajan, tuottavuuden ja itsestä huolehtimisen toiminnoiksi. (Hautala ym. 2013: 212–214; Turpin & Iwama 2011: 118; Townsend & Polatajko 2013: 23–30, 42, 48–53.) Potilas itse määrittää, mihin kategoriaan kukin kuuluu, esimerkiksi siivoaminen voi olla vapaa-ajan toimintaa, jos potilas saa siitä mielihyvää tai se voi olla myös itsestä huolehtimista. Kategoria saattaa myös muuttua, sillä maanantaina siivoaminen voi tuntua työltä ja sunnuntaina kaapin järjestely voi tuntua taas hauskalta puuhalta (Townsend & Polatajko 2013: 46.)

Mallin ympäristö jakautuu kulttuuriseen, institutionaaliseen, fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön. Kulttuurinen ympäristö on laaja käsitys, joka sisältää esimerkiksi potilaan arvoja, tapoja ja uskomuksia. Institutionaalinen ympäristö käsittää taas potilasta ympäröivän yhteiskunnan lakeja, arvoja, taloutta, sosiaalisuutta ja politiikkaa. Fyysinen ympäristö tarkoittaa luontoa ja potilaan mahdollisuutta esteettömästi liikkua rakennetussa ympäristössä, johon vaikuttavat poliittiset ja kulttuuriset asiat. Sosiaalinen ympäristö käsittää potilaan lähipiirin ja muut ryhmät, kuten esimerkiksi harrastusten kautta muodostuvat ryhmät. Se käsittää myös laajasti yhteiskunnallisia rakenteita esimerkiksi potilaan kannattaman poliittisen puolueen. (Hautala ym. 2013: 214–216; Turpin & Iwama 2011: 118; Townsend & Polatajko 2013: 23, 28, 30, 48–53.)

Vanhustyö

Vanhustyön ammattilainen eli geronomi kehittää tulevaisuuden vanhustyötä. Hän edistää iäkkään ihmisen mielekästä ja arvokasta vanhenemista, kokonaisvaltaista hyvinvointia ja oikeudenmukaisia ja yksilöllisiä palveluita kunnioittaen asiakkaan yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta. (Suomen Geronomiliitto ry 2019.)

Opinnäytetyön aiheeseen liittyen geronomin kompetensseista eli osaamisesta korostuvat gerontologinen osaaminen, monialainen arviointiosaaminen sekä gerontologinen hoiva-, hoito- ja kuntoutusosaaminen. Gerontologinen osaaminen sisältää muun muassa eettisten periaatteiden, itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvoisen vanhuuden turvaamista sekä empaattista, reflektiivistä ja dialogista kohtaamista erilaisten iäkkäiden kanssa. Monialainen arviointiosaaminen sisältää monialaisessa tiimissä ikäihmisen tarpeiden arviointia, suunnittelua ja toteuttamista sekä iäkkään toimintakykyä ja hyvinvointia uhkaavien riskien ja niiden taustatekijöiden tunnistamista. Hoiva-, hoito- ja kuntoutusosaaminen tarkoittaa esimerkiksi kuntouttavan ja voimavaralähtöisen työtteen oomista, muistisairaahan ihmisen hoidon, kuntoutumisen ja tukemisen menetelmien osamista sekä niiden palvelujen kehittämistä. (Suomen Geronomiliitto ry 2019.) Puhuttaessa toimijuudesta viitekehyksenä, tarkoitetaan sitä, kuinka iäkäs ihminen on osa ympäristöön, laajempaa yhteiskuntaa sekä aikaansa. Merkittävät ja dramaattisetkin elämänmuutokset vaikuttavat iäkkään toimintaan ja mahdollisuuksiin arjessa, kuvaan omasta itsestään sekä itselleen asettamiin odotuksiin loppuelämästä (Jyrkämä 2013: 421). Saattohoitotyössä ja palliativisessa hoidossa geronomin, eli vanhustyön ammattilaisen osaaminen korostuu. Hän näkee sairauden takana potilaan kokonaisvaltaisesti; fyysisenä, psyykkisenä sekä sosiaalisena. Hän on kiinnostunut iäkkään elämänkaaresta, jäljellä olevista voimavaroista ja ymmärtää vanhuksen elämänsä yhteiskunnan ja yhteisön näkökulmasta. (Suomen Geronomiliitto ry 2019.)

3 Teoriat loppuelämän hoidon takana

Tässä luvussa kerromme tietoa palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta, joiden eroavaisuus on tärkeää tiedostaa sosiaali-, terveys- ja kuntoutusalalla. Lisäksi kerromme kivun eri ilmenemismuodoista ja vaikutuksista potilaaseen sekä henkisesti että fyysisesti ja tuomme esille kosketuksen ja läsnäolon merkityksen lääkkeettömänä kivunhoidonmenetelmänä.

3.1 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

Palliatiivinen hoito on oireita lievittävää, parantumattomasti sairaan aktiivista ja kokonaisvaltaista hoitoa siinä vaiheessa, kun paranemisen mahdollisuutta ei enää ole (Terveyskylä 2018; Grönlund & Huhtinen 2011: 76–78). Palliatiivisessa hoidossa keskitytään ensisijaisesti potilaan kokemien oireiden, kuten kivun, hallintaan. Psykososiaalisten, eksistentiaalisten ja hengellisten kysymysten ja ongelmien ratkaiseminen on myös tärkeä osa hoitoa. (Grönlund & Huhtinen 2011: 77–80.) Siksi hyvä palliatiivinen hoito edellyttää hoitoon osallistuvilta ammattilaisilta osaamista oireiden hoidossa, psykososiaalisen tuen antamisen taitoa sekä hyviä vuorovaikutustaitoja (Palliatiivinen ja saattohoito, Käypä hoito -suositus 2018. 2018).

Lääkehoidon kanssa tulee käyttää samanaikaisesti lääkkeettömiä kivunhallintakeinoja, joita ovat esimerkiksi laadukas hoitotyö, asento- ja liikehoidot sekä rentoutus. Näillä menetelmillä voidaan helpottaa potilaan kokemia ahdistus- ja masennusoireita. (Palliatiivinen ja saattohoito, Käypä hoito -suositus 2018.) Tutkimusnäyttöä löydetään jatkuvasti lisää sille, että kuntoutusinterventioilla on myönteisiä vaikutuksia toimintakykyyn, elämänlaatuun ja oireiden, kuten esimerkiksi kivun ja ahdistuksen, esiintyvyyteen myös palliatiivisessa ja saattohoidossa olevilla ihmisillä. Suunnitelma lääkehoitoa tukevista hoitomenetelmistä tulisi tehdä yksilöllisesti kunkin potilaan tarpeet, voimavarat ja motivaatiotekijät huomioiden, jotta se on mahdollisimman toimivaa panos-hyötysuhteeltaan (Javier & Montagnini 2011: 638–647).

Onnistunut palliatiivinen hoito auttaa sekä potilasta että hänen läheisiään sopeutumaan lähestyvään kuolemaan. Kuolema kohdataan normaalina tapahtumana, eikä annetun hoidon päämääränä ole vaikuttaa elinaikaan lyhentämällä tai pidentämällä sitä. (Terveyskylä 2018; Palliatiivinen ja saattohoito, Käypä hoito -suositus 2018.) Hoidon loppuvaiheessa palliatiivinen hoito muuttuu usein saattohoidoksi (Valvira 2015).

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa. Se on potilaan etenevän ja parantumattoman sairauden tuoman kivun ja henkisen kärsimyksen lievitystä silloin, kun kuoleman odotetaan tapahtuvan lähipäivinä tai -viikkoina. Saattohoidon tavoitteena on taata kuolemaa lähestyvälle potilaalle mahdollisimman arvokas loppuelämä. (Terveyskylä 2018.) Hyvän saattohoidon tavoitteena on hyvä kuolema (Junes & Keckman & Kuosa & Tuiskunen 2017: 52). Kuolemaa lähestyvän potilaan moniammatillisen hoitotiimin työssä yhteisenä tavoitteena on ihmisen kokemien epämiellyttävien oireiden vaikutusten minimointi sekä toiminnallisuuden ylläpito, sen heikkenemisen estäminen tai jopa paraneminen. (Grönlund & Huhtinen 2011: 130–131). Kuolevan ihmisen toimintakyky ei heikkene lineaarisesti, vaan siihen voidaan vaikuttaa kuntoutuksen keinoilla (Junes ym. 2017: 51).

Ammattilaisen rooli potilaan elämässä saattaa kestää muutamasta tunnista jopa muutama kuukauteen. Hoidolla, jota henkilökunta antaa, voi olla merkittävä vaikutus, ei pelkästään potilaalle, vaan myös hänen menetyksestä kärsivien läheistensä tulevaisuuden hyvinvoinnille ja terveydelle (Nicol & Nyatanga 2017: 34; Junes ym. 2017: 50–52). Oireenmukaisen lääkehoidon, potilaan ja perheen tukemisen lisäksi ympäristön tekeminen miellyttäväksi on osa saattohoitoa. Arvokas ja inhimillinen kohtelu pitäisi olla itsestään selvyyttä saattohoidossa (Hänninen 2015: 14–15), kuten kaikessa muussakin hoidossa. Palliatiiviseen hoitoon siirtymisestä ja saattohoidon aloittamisesta on sovittava yhdessä potilaan ja hänen suostumuksellaan myös läheisten kanssa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito, Käypä hoito -suositus 2018).

3.2 Kipu kokonaisvaltaisena kokemuksena

Kipu on hyvin yleinen oire kuolemaan johtavissa sairauksissa (Kipu, Käypä hoito -suositus 2017; Vainio & Vuorinen 2015: 46) ja myös pelätyin (Nokian terveyskeskuksen saattohoitoryhmä n.d: 9; Vainio & Vuorinen 2015: 45). Luonteeltaan kipu voi olla pitkään jatkuvaa eli kroonista kipua tai äkillistä ja lyhytkestoista eli läpilyöntikipua, jota voi esiintyä kroonisen kivun aktiivisesta hoidosta huolimatta.

Kipu on fyysinen oire, jossa kipusäikeet herkistyvät ja näin kipuimpulssit kulkeutuvat keskushermostoon. Sillä on sensorinen modaliteetti eli intensiteetti ja laatu, sekä se on aina subjektiivinen eli yksilöllinen kokemus. (Hänninen 2003: 73, 76.) Kipu voidaan luokitella kolmeen eri luokkaan; kudonsvauriokipu, neuropaattinen kipu eli hermokipu johtuen sairaudesta tai hermovauriosta sekä viskeraalinen kipu, eli sisäelinperäinen kipu, jota on vaikea paikantaa ja johon saattaa liittyä myös heijastekipua. (Kipu, Käypä hoito -suositus 2017).

Kipu on sekä sensorinen että emotionaalinen kokemus, minkä vuoksi sitä on haastavaa mitata. Potilas kokee usein myös masentuneisuutta ja kuolemanpelkoa tai koetut muutokset voivat aiheuttaa kärsimystä, hämmennystä tai jopa surua. (Vainio & Vuorinen 2015: 45.) Kokemuksen yksilöllisyys voi tehdä siitä potilaalle hankalan aiheen puhua, ja hän saattaa myös herkästi peilata hoitohenkilökunnan tai läheisten tunteita. Aikaisemmin hyvänä koettu kosketus voi myöhemmässä vaiheessa aiheuttaa kipua, joten silloin on hyvä löytää uusia tapoja koskettaa (Styrman & Torniainen 2018: 89).

Hyvässä palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa arvioidaan ja kirjataan tasaisin väliajoin potilaan kokeman kivun voimakkuutta sanoin ja numeroin. Tärkeää on myös pistää merkille sen vaikutukset potilaan jokapäiväiseen elämään ja mielialoihin, sekä kirjata ylös mahdolliset tuntohäiriöt, millaista kipu on ja sen esiintymisaika. Kivun arviointi on tehtävä havainnoimalla silloin, kun potilas on kykenemätön ilmaisemaan itseään sanallisesti. (Palliatiivinen ja saattohoito, Käypä hoito -suositus 2018.)

Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevilla potilailla esiintyy paljon erilaisia oireita, kuten hengenahdistusta, väsymystä, pahoinvointia, ruokahaluttomuutta, kuumetta ja uupumusta, joka ei helpotu lepäämisellä. Potilailla voi esiintyä myös ummetusta, ripulia, hikkaa, nielemisvaikeuksia, kuivumista, erilaisia iho- ja suun alueen oireita, hikointia, nesteen kertymistä kehoon (ihonalaiskudokseen, keuhkopussiin ja vatsaonteloon), sekavuutta, yskää ja veriyskää. Näiden lisäksi esimerkiksi syöpäpotilaita hoidettaessa voi tulla erilaisia akuutteja tilanteita, jotka tarvitsevat hoitoa. (Terveyskyly 2018.; Palliatiivinen ja saattohoito, Käypä hoito -suositus 2018.)

Toimintakyvyn heikkeneminen on haaste palliatiivisessa ja saattohoidossa olevilla ihmisillä. Se johtaa elämänlaadun heikkenemiseen sekä hoidon ja avun tarpeen kasvamiseen. Koko ajan löydetään lisää tutkimusnäyttöä sille, että kuntoutusinterventioilla on myönteisiä vaikutuksia toimintakykyyn, elämänlaatuun ja oireiden, kuten esimerkiksi kivun ja ahdistuksen, esiintyvyyteen kyseessä olevalla potilasryhmällä. (Javier & Montagnini 2011: 638.) Fysioterapia palliatiivisessa ja saattohoidossa auttaa hallitsemaan oireita, parantaa elämänlaatua ja toimintakykyä sekä lisää itsenäisyyttä ja turvallisuutta. Sillä ei ole todettu haittavaikutuksia. (Junes ym. 2017: 51.) Erilaisten hengitysharjoitusten avulla pystytään helpottamaan potilaan hengitystä hankaloittavia oireita, kuten esimerkiksi limaisuutta ja hengenahdistusta (Grönlund & Huhtinen 2011: 130–131).

Hoitojen tavoitteet liittyvät usein kipuun ja sen hallintaan. Täydellisen kivuttomuuden tila on usein epärealistinen tavoite, mutta kivun kokemusta on mahdollisuus hallita siten, ettei se ole potilaan keskeisin ja toimintoja liikaa rajoittava tekijä. (Heiskanen 2015: 54.)

Toimintaterapian tarkoituksena on mahdollistaa potilaalle kokemus onnistuneesta toiminnasta kivuista huolimatta. Tavoitteena on selvittää potilaalle tärkeimmät toiminnot, tehdä toimintakyvyn tutkimuksia, sekä analysoida ja mukauttaa toiminta potilaan terveydentilaan sopivaksi. Toimintaa suorittaessa toimintaterapeutti huolehtii potilaan kanssa hyvästä vuorovaikutuksesta, ergonomiasta, ympäristön muutoksista sekä rentoutus-, stressi- ja selviytymismekanismien käytöstä. Yhdessä potilaan kanssa he muokkaavat toiminnan potilasta miellyttäväksi ja tavoitekeskeiseksi toiminnaksi. (Hill 2016: 451.)

Palliativisessa ja saattohoidossa on hyvä huomioda, että tavoitteet ovat enimmäkseen lyhyen aikavälin tavoitteita, jotka koskevat jokapäiväisen elämän pieniä toimintoja. Palliativinen kuntoutus pitää sisällään tunteen mukavuudesta, emotionaalisen tuen, sekä mahdollisuuden toisista riippumattomaan liikkuvuuteen ja itsestä huolehtimiseen. Palliativisessa kuntoutuksessa on tarkoituksena keskittyä ennaltaehkäisevään kuntoutukseen, pyrkiä mahdollisimman samaan toiminnalliseen tilaan kuin ennen sairastumista ja tukevaan kuntoutukseen. (Javier & Montagnini 2011: 638–639.)

Potilaat kokevat myös paljon psykologisia oireita, kuten ahdistuneisuutta, masentuneisuutta, unettomuutta ja merkityksettömyyden tunteita. (Terveyskylä 2018; Palliativinen ja saattohoito, Käypä hoito -suositus 2018.) Kivun lisäksi potilas kokee myös stressiä, jota aiheuttavat kokoaikainen kipu, oletukset tulevasta, kivuliaan kuoleman pelko ja negatiiviset uskomukset. Jatkuva stressitila taas lisää väsymystä, aiheuttaa unihäiriöitä ja vetäytyvyyttä, jolloin myös mielialahäiriöt lisääntyvät. Edellä mainitut asiat myös itsessään lisäävät kivun kokemusta. (Hänninen 2003: 72, 75.)

On osittain epäselvää, missä määrin ikäryhmien väliset erot kivun kokemisessa johtuvat ikääntymisestä, muista sairauksista tai suhtautumisesta kipuun. Puhuttaessa iäkkäiden kivunlievityksestä lääkkeiden runsas käyttö ja polyfarmasia nousevat usein etualalle ja niiden haittavaikutuksista ollaan huolissaan. Hoidettaessa ja diagnosoitaessa iäkkäiden kipua, asenteet ovat ratkaisevia ja kipujen alihoito on valitettavan yleistä. Erityistä huomiota on kiinnitettävä potilaisiin, joiden kyky ilmaista kipua on vajavainen. Näitä ovat esimerkiksi vanhimmat ja heikoimmat laitoksissa asuvat ikäihmiset. (Tilvis 2004: 223–226.)

Kipu vaikuttaa eniten aktiivisuuteen, fyysiseen liikkumiseen, työskentelyyn ja mielenterveyteen, jonka heikkenemisen oireista itseluottamuksen väheneminen ja masentuneisuus ovat yleisimpiä. Kipu voi myös viedä elämältä arvon ja merkityksen. (Hänninen 2003: 72.) Pitkään jatkunut kipu rajoittaa potilaan toiminnallisuutta ja toimintaan sitoutumista, koska se luo fyysisiä, psykologisia ja sosiaalisia rajoitteita (Hill 2016: 451). Liikkuminen on yksi ihmisen perustarpeista. Fysioterapia pyrkii mahdollistamaan sen toteutumisen niin pitkään kuin mahdollista. Liikkuminen ei ole edellytys osallistumiselle ja osallisuudelle, mutta se helpottaa niitä. (Grönlund & Huhtinen 2011: 129–131.) Toiminnallisuus on tärkeä osa jokaista yksilöä, ja sen rajoittamisella voi olla pitkävaikutteisia vaikutuksia potilaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Toiminta käsittää potilaalle läheisiä ihmisiä ja tärkeitä ympäristöjä, joten niistä eristäytyminen voi rajoittaa hänen sosiaalista ympäristöä ratkaisevasti. Toimintaterapeutin tarkoitus on löytää yhdessä potilaan kanssa tapoja osallistua hänelle itselle mielekkäisiin ja tärkeisiin toimintoihin kivusta riippumatta, koska ne vähentävät tutkitusti kivun kokemuksia. Menetelminä toimivat selviytymisstrategioiden kehittäminen sekä toiminnan uudelleen suunnittelu ja sopeuttaminen sen hetkiseen tilanteeseen. (Hill 2016: 451.)

Palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa kuntoutuminen voi olla lyhytaikaista ja hetkessä olemisen tärkeys korostuu. Pienilläkin muutoksilla voimme vaikuttaa potilaan juuri kuluvan päivän hyvinvointiin, varsinkin kun ne muutokset kumpuavat juuri hänelle merkityksellisistä asioista. Grönlundin ja Huhtisen (2011) mukaan kuolevalle voi aiheutua suurissa määrin huolta siitä, ettei hän pysty itse huolehtimaan päivittäisistä toimistaan toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi, vaan tarvitsee koko ajan enemmän apua niihin. Erytisen hankala tilanne saattaa olla sellaiselle ihmiselle, joka on tottunut ja pyrkinyt selviytymään itse pyytämättä apua. Siksi elämän viimeisessä vaiheessa tehdyt panokset eivät ole turhia. Pienilläkin toimilla voi olla suuri merkitys potilaan mielialaan ja elämänlaatuun. Esimerkiksi sopivalla apuvälineellä voidaan mahdollistaa omatoimisuus tiettyssä toiminnossa, joka antaa potilaalle pystyvyyden voimaannuttavan tunteen. (Grönlund & Huhtinen 2011: 81, 129–130.)

3.3 Kosketus kivunlievittäjänä

Kuulo- ja tuntoaisti ovat kaksi viimeistä toimivaa aistia ennen kuolemaa (Uotila & Vuola 2018: 13; Kinnunen 2013: 14). Iho on perustamme kaikkiin muihin aisteihin, koska jokai-

nen aisti sijoittuu johonkin kohtaan ihoa luoden näin monipuolisen aistikokemuksen (Kinnunen 2013: 17). Hellivä kosketus vaikuttaa parasympaattiseen hermostoon eli rauhoittumiseen. Sen perustana on verenkierrossa ja aivoissa oleva hormoni ja välittäjäaine oksitosiini (mielihyvä), joka on vuorovaikutuksessa muiden, kuten serotoniinin, dopamiinin ja noradrenaliinin erittymiseen kehoomme. Kosketus erittää oksitosiinia parhaiten ja näin se muun muassa alentaa sydämensykeä, vahvistaa immunitteettia ja helpottaa kivun kokemusta. Se edistää myös positiivista vuorovaikutusta toisten kanssa. (Kinnunen 2013: 19–20.) Kosketuksella voidaan helpottaa kipuja, rauhoittaa, auttaa rentoutumaan, pitää yllä kehonkuvaa ja lohduttaa. Taitavalla kosketuksella annamme potilaalle enemmän tietoisuutta hänestä itsestään ja vahvistamme hänen itsemääräämisoikeuttaan. Hyvä kosketus voi olla henkisesti hyvin eheyttävä kokemus. (Styrman & Torniainen 2018: 144–145.)

Koskettaminen on vuorovaikutustilanne, jossa läsnäololla ja tietoisilla kosketustekniikoilla voidaan herättää toivoa ja antaa henkistä tukea. (Styrman & Torniainen 2018: 43, 53, 55.) Muistisairaalle ihmiselle kosketus voi luoda turvallisuuden tunnetta. Sanallisen viestin tukena sillä voidaan palauttaa ihminen reaaliaikaan ja paikkaan. Edennyt muistisairaus vie vähitellen omaan, läheisiltä suljettuun maailmaan. Kosketus voi edistää tunteiden ilmaisua, lievittää pelkoa ja luoda turvallisuutta. Se voi auttaa elämään uudelleen menneisyyden kokemuksia. (Gothi 2012: 27.) Aivan loppuvaiheessa kosketus ja läsnäolo ovat tärkeitä tekijöitä hiljaisessa vuorovaikutuksessa potilaan ja läheisten kanssa. Kosketus on iso osa sanatonta vuorovaikutusta, kun on aika sanoa hyvästit (Styrman & Torniainen 2018: 84, 148–149).

Kosketukseen pohjautuvat hoidot ovat aina osana lääkärin ja muun hoitohenkilökunnan tekemää hoitolinjausta. Käyttöä arvioidaan tasaisin väliajoin uudelleen. Niiden käytöllä pyritään vahvistamaan potilaan fyysisiä ja henkisiä voimavaroja. On tärkeää, että hoitavalla henkilökunnalla on tarpeeksi hyvä perehdytys, herkkyys ja omakohtainen kokemus käytetyistä menetelmistä. Näin he pystyvät itse arvioimaan niiden tarpeellisuutta ja ovat tärkeässä asemassa työn kehittämisessä. (Styrman & Torniainen 2018: 83, 88.)

Kosketuksen etiikka ja kulttuuri

Kokonaisvaltaisesti potilaan hyvinvoinnista vastaavat ammattilaiset päättävät käytettävistä kosketustekniikoista. Terveystieteiden ammattilaisia ja itsemääräämisoikeutta koskevat lait sekä jokaisen yksilöllisyyttä kunnioittava lähestymistapa takaavat potilaille turvallisen hoitoympäristön. Tärkeintä on kuunnella potilaan, tai joissakin tapauksissa

läheisten, toiveita ja mahdollisia aikaisempia hoitokokemuksia. (Styrman & Tornainen 2018: 82, 88.) Ammatilaisen omat asenteet ja arvot eivät saa näkyä hoidon aikana, koska se on osana kunnioittavaa kohtaamista ja yksilön kunnioittamista. Kinnunen (2013) osoittaa, että länsimaisessa kulttuurissa tietäminen sekä ymmärtäminen ovat sidoksissa näköaistiin ja tunteminen vaatii kosketusta. Ihmisen tunteminen koetaan tärkeämmäksi tekijäksi kuin ainoastaan jonkun ihmisen tietäminen. Suomalaisessa vuorovaihtuksessa kosketukseen liittyy siis jotain erityistä. (Kinnunen 2013: 16–17.)

Koskettaminen hoitotoimenpiteissä on välttämätöntä ja luonteeltaan aina neutraalia. Molempien, sekä hoitajan että potilaan on kuitenkin oltava tietoisia siitä, mitä tapahtuu. Joskus auttaakseen potilasta, hoitotoimenpiteissä joudutaan tuottamaan kipua. Eettisenä kriteerinä on, että tavoiteltu hyöty on kipua suurempi, potilaan on oltava tietoinen toimenpiteen luonteesta, vaikutuksista ja tavoitteista ja työntekijä on ammattitaitoinen ja välittänyt kivun vaikutukset itselleen ja potilaalle. (Gothi 2012: 85–88.)

Ammattilaisen kuuluu aina jotenkin ilmaista tulevasta kosketuksesta, koska se ei saa tulla yllätyksenä potilaalle. Epämukavaksi kosketukseksi potilas voi myös kokea esimerkiksi unen keskeyttävän kosketuksen, potilaasta tarpeettomalta tuntuvan hellän kosketuksen, kovaotteisuuden ja kylmät kädet. (Kinnunen 2013: 202–203.) Tästä voimme siis päätellä, että ammattilaisten lisäkoulutus kosketuksesta ja eri tunteita herättävien tilanteiden purkamisen esimerkiksi työnohjauksessa on tärkeää oman jaksamisen, mutta myös hyvän hoidon takaamiseksi.

Hoitavan henkilökunnan tulee ymmärtää ja kunnioittaa potilaan kieltäytymistä kosketuksesta. Esimerkiksi tilanteet heti leikkauksen jälkeen, veritulpat, akuutit infektiot, sytostaattihoidot ja sädehoidot voivat olla tilanteita, jolloin potilaasta fyysinen koskettaminen voi tuntua epämukavalta. Hoitoja kannattaa käyttää harkiten ja tarkasti tilannetta seuraten silloin, jos potilaalla on suoraan ihon alla oleva etäpesäke, kroonisia tulehduksia, kuumeilua johtuen syövästä, sydämen vajaatoiminta, insuliinihoitoinen diabetes, astma, kilpirauhasen liikatoimintaa tai on ollut aiemmin veritulppia. (Styrman & Tornainen 2018: 84–85.)

Suomessa on kosketusta välttävä tapakulttuuri. Suomalaiset ovat olleet hyvin alltiita oppimaan kansainvälisiä, sopivia tapoja koskettaa, jotka ovat sidoksissa kasvatus- ja lääketieteeseen sekä eri uskontoihin. Esimerkiksi kättely on suomalaisille yleinen ja hyväksytty tapa koskettaa luontevasti vierasta henkilöä. (Kinnunen 2013: 12, 20–21.) Kosket-

tamisen haasteet johtavat jälkensä erityisesti Suomen sotiin, joista sotilaat palasivat traumatisoituneina ja joita lapset vierastivat ja pelkäsivät. 1900-luvun alusta aina 80-luvulle on ollut erilaisia isärooleja kurittavasta hellivään. Äidit taas hoitivat kodin sekä lapset periksi antamattoman asenteen ja vähäisen kosketuksen avulla. Luterilainen uskonto on painottanut lasten kasvatuksessa kuria ja fyysistä rangaistusta on pidetty normaalina kurinpitomenetelmänä. Sota-ajan kasvatustodeja, väkivallan perinne ja tunteiden peittäminen näkyivät vahvasti vielä 1950–60-luvuilla. (Kinnunen 2013: 12, 55–60, 65–78.)

1970–80-luvuilla lisääntyi tasavertainen vanhemmuus, sekä tieto ja talous paranivat. 90-luvulla Kauniit ja rohkeat -draamasarja opetti ihmisiä koskettamaan toisiaan ja ilmaistamaan välittämistä sanoin. Nuorempi sukupolvi taas on kokenut voimakasta koulukiusaamista ja henkistä sekä fyysistä parisuhdeväkivaltaa. Perheissä koskettamisen tavat peiriyvät. (Kinnunen 2013: 10–11, 87, 135, 141, 143, 158.) Vaikka koskettamisen tavat ovat usein opittuja, meillä jokaisella on mahdollisuus kehittää niitä.

Hoitojen keston ja ympäristön vaikutus potilaan hyvinvointiin

Ympäristön valinnalla on iso merkitys hoitojen tehokkuuteen ja sen on tunnettava paikalta, missä on helppo rentoutua; hyvin tuuletettu huone, puheensorina tai vaihtoehtoisesti hiljaisuus mahdollistavat hyvän kokemuksen. Hoitoja voi tehdä ulkona ja myös muiden potilaiden läsnäollessa. Rauhallinen hetki potilaan kanssa tuo muille potilaille tietoa erilaisista menetelmistä ja osa saattaa kokea saavansa hoitoa jo pelkästään tilanteen seuraamisesta. Hoitojen aikana ja niiden jälkeen on muistettava pitää huolta potilaan kehon sopivasta lämpötilasta. Miellyttävät väliaineet, esimerkiksi öljyt ja rasvat, herkistävät kehoa kylmän kokemuksille. (Styrman & Torniainen 2018: 86–87, 92.)

Kosketushoitojen kesto muodostuu hoitomuotojen ja toistojen valinnoista. Lyhyitä 10–20 minuutin hoitoja voi tehdä potilaasta riippuen muutaman kerran viikossa, kun taas pidempiä 45–60 minuutin hoitoja kerran viikossa. (Styrman & Torniainen 2018: 88.) Usein hoidettaessa potilasta keskitytään kehon osiin, missä hän kokee kipua. Potilaan on hyvä myös kokea mielihyvän kokemuksia. Sen vuoksi suositellaankin kokonaista kehon huoltoa ja viipyilyä terveissä kehon osissa, jotta potilas saa voimakkaan kokemuksen myös kivuttomien osien käsittelystä. (Styrman & Torniainen 2018: 89–90.)

Lempeä kosketus ja rauhallinen puhuminen tuovat turvallisuutta ja kertovat jonkun olevan läsnä (Muistiliitto ry 2016: 15). Ammattilainen voi hyödyntää kosketuksen eri tekniikoita osana omaa hoitotyötään tai ohjata perhettä tukemaan toisiaan niiden avulla. Arjen yksinkertaiset asiat herättävät meissä toivoa, kun voimme konkreettisesti tehdä jotain tätä voimavaraa vahvistaaksemme. (Styrman & Torniainen 2018: 145.)

ICF-luokituksessa, eli kansainvälisessä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksessa, toimintarajoite käsitetään henkilön terveyden ja yksilöllisen elämäntilanteen yhteensopivuushaasteena, eikä vain yksilön ominaisuutena, jota pitäisi hoitaa ainoastaan sairauden tai vamman kautta. Epäsuhdan minimoimiseksi on otettava huomioon toimintakyvyn ja -rajoitteiden lisäksi kontekstuaaliset tekijät, joihin voidaan myös vaikuttaa. Ympäristötekijät muodostavat ympäristön, jossa ihminen elää. Siihen vaikuttavat sosiaaliset suhteet, fyysinen ympäristö ja asenneympäristö. (WHO 2013: 3–6.)

Toimintaterapiassa ihmisen ympäristöllä on vahva merkitys, kun puhutaan potilaan itsensä näköisestä elämästä ja kuntoutumisesta, myös palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. Luonnollisesti potilaan on hyvä olla kotona, omien arkirutiinien, läheisten ja tuttujen asioiden ympärillä. (Hautala ym. 2013: 214.) Fysioterapian menetelmillä voidaan tukea potilaan toimintakykyä ja sitä kautta hänen selviytymistään kotona silloin, kun se on tarkoituksenmukaista ja hänen oma toiveensa (Junes ym. 2017: 53).

Rantakokkon ja Rantasen (2013) mukaan passiivinen ympäristöstä nauttiminen lisää iäkkään ihmisen hyvinvointia ja vähentää dementiaan usein liittyvää ahdistusta. (Rantakokko & Rantanen 2013: 542). Sairaala on lähtökohtaisesti institutionaalinen ympäristö, joten sen muokkaaminen mahdollisimman kodikkaaksi on hyvin tärkeää koko perheen ja erityisesti potilaan loppuelämälle. Luonto on voimaannuttava ympäristö osana ihmisen henkisyttä (Hautala ym. 2013: 214; Townsend & Polatajko 2013: 68), jota olisi tärkeää mahdollistaa asiakkaalle aina tilanteen mukaan. Esimerkiksi pitkällä saattohoidossa olevalle ihmiselle, joka on aikaisemmin nauttinut ulkona liikkumisesta, voi olla todella eheyttävää saada konkreettisia luontokappaleita kosketeltavaksi ja haisteltavaksi vuoteelle.

3.4 Läsnaolo ja kunnioittava kohtaaminen

Hoitajan ja potilaan jaetusta arvostavasta ja myötätuntoisesta läsnäolosta syntyy hoitovaikutus, jossa juuri se hetki voi olla terapeutin, parantava ja lohduttava. Miten tehdään, voi olla tärkeämpää kuin mitä tehdään. (Styrman & Torniainen 2018: 105–107.)

Lähellä ja läsnäoleva ihminen voi merkitä kuolevalle toivoa väistämättömän lähestyessä. Inhimillinen läsnäolo voi helpottaa pelkoa, jota kuoleman lähestyminen aiheuttaa (Engblom & Lehtonen 2010: 31, 35). Kunnioittavassa kohtaamisessa pyrimme näkemään ihmisen omana itsenään ja auttamaan häntä oivaltamaan oma potentiaalinsa ja keskittymään kaikkeen hyvään itsessä. Rohkaisemalla ja kannustamalla potilasta pienillä eleillä, potilas voi lukea ystävällisen asenteemme ja myötätuntonne. Hyvä läsnäolo, psykodynaaminen yhteys ja kokonaisvaltainen vuorovaikutus yhdistettynä kosketukseen ja kehityskentelyyn voivat lievittää jo paljon potilaan kipukokemuksia. (Styrman & Tornainen 2018: 18, 90.)

Läsnäolon ja kohtaamisen merkitys lääkkeettömässä kivunlievityksessä

Kuolevalla on oikeus toisen ihmisen läsnäoloon, kun kuolema lähestyy (Muistiliitto 2016: 16). Kuolevan hoitoon erikoistuneilla osastoilla työskentelevät hoitajat kokevat ongelmaksi ajan puutteen ja arjen kiireisyyden, mikä ei salli kuolemakeskusteluiden syvenemistä konkreettiselta ja ruumiilliselta tasolta, eikä mahdollista parhaan mahdollisen psykososiaalisen tuen antamista niin kuolevalle kuin hänen mahdollisille omaisilleen (Sariwaara & Lämsä & Seppälä 2018: 9). Usein potilaat aistivat läsnäolon aitouden, jonka vuoksi on hyvä välttää tilanteita, joissa ei voi antaa potilaalle täyttä huomiota. Potilas ei välttämättä odota hoitajan vastaavan jokaiseen kysymykseen, vaan kuunteleminen, läsnäolo ja hiljaisuuden hyväksyminen ovat tärkeämpiä elementtejä. (Keall & Clayton & Butow 2014: 3204; Styrman & Tornainen 2018: 90.) Hoitavalla ja huolehtivalla läsnäololla on erityinen merkitys iäkkäiden joukossa, jossa on paljon yksinäisiä ja masentuneita ihmisiä. Sujuvat ihmissuhteet tuovat iäkkäälle yhteisyyden tunnetta ja rakentavat psyykkistä hyvinvointia sekä parantavat elämänlaatua. (Tiikkainen & Heikkinen 2013: 463.)

Anttonen (2016) on väitöskirjassaan tutkinut saattohoitopotilaan, hänen omaistensa ja hoitajan vuorovaikutussuhteita hoidon aikana. Potilaan ja omaisten on saatava puhua vaikeista tunteista kuoleman lähestyessä ja hoitajan rooli on toimia keskustelun mahdollistajana. Se vaatii hoitajalta hienotunteisuutta, rohkeutta, oikea-aikaisuutta ja voimavarojen huomioon ottamista. Tulokset kertovat, että kuolemasta puhuminen vähensi perheen emotionaalista stressiä, sanoitti yhteistä todellisuutta ja jakoi tunnetaakkaa. Puhumalla kuolemasta voimavaroja vapautui elämälle. (Anttonen 2016: 71.) Potilaan tajunnantason heikentyessä tarvitaan hoitavalta henkilökunnalta herkkyyttä lukea potilaan reaktioita kosketukselle, koska se voi aiheuttaa muuan muassa kipua tai muuten tuntua

potilaasta epämukavalta. Tarvittaessa pitää etsiä muita vuorovaikutuskeinoja, sillä vaikka potilas olisi suurimman osan ajasta tajuttomassa tilassa, hän silti aistii vuorovaikutuksen. Tässä vaiheessa esimerkiksi katsekontakti voi olla vielä mahdollinen keino kommunikoida potilaan kanssa. (Styrman & Torniainen 2018: 89.)

4 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

Opinnäytetyömme on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, tarkemmin sanottuna narratiivinen yleiskatsaus, jonka tarkoituksena on laajasti kuvailla aikaisempia aiheeseen soveltuvia tutkimuksia. Muodoltaan se on hyvin yleisesti käytetty kirjallisuuskatsaus, jossa tutkimuskysymys sekä käytetyt aineistot ovat laajoja, eikä tarkkoja sääntöjä ja rajoituksia ole. Sen tarkoituksena on muodostaa tiivis kokonaisuus aikaisemmin julkaistuista tutkimuksista. Opinnäytetyön sitä vaatiessa, aihetta voidaan myös luokitella. (Suhonen & Axelin & Stolt 2016: 9; Salminen 2011: 6–8.) Opinnäytetyössä keskitymme eri tutkimusasetelmia sisältävien tutkimusten käsittelyyn annettujen aiherajoitusten avulla. Näin luomme lukijalle selkeän kokonaiskuvan tutkimuksista (Niela-Vilèn & Hamari 2016: 23). Opinnäytetyömme aihe, tutkimuskysymys sekä käytettävä aineisto ovat hyvin laajat, ja siksi narratiivinen kirjallisuuskatsaus työskentelymenetelmänä sopii sen käsittelyyn hyvin.

4.1 Eettiset lähtökohdat

Opinnäytetyössä noudatamme hyvää tieteellistä käytäntöä. Kirjallisuuskatsauksesta tulee eettisesti hyväksyttävä, uskottava ja luotettava silloin, kun se on tehty hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tässä työssä se on tarkoittanut muun muassa huolellisuutta ja rehellisyyttä viittauksissa sekä eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien käyttöä. Kirjallisuutta lukiessa ja käytettäessä on tärkeää huomioida tiedon alkuperä ja luotettavuus. Näihin seikkoihin vaikuttavat esimerkiksi kirjoittajan auktoriteetti, primäärilähteiden käyttö ja esitettyjen väitteiden luotettavuus (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 5). On tärkeää hahmottaa, kenelle työ tehdään ja kuka on kohde. (Niela-Vilèn & Hamari 2016: 24.) Haluamme kunnioittaa yhteistyökumppania tekemällä työtä mahdollisimman läpinäkyvästi ja jakaa tasaisin väliajoin tietoa opinnäytetyön etenemisestä. Pohdimme jokaisen menetelmän kohdalla sen hyötysuhdetta yhteistyökumppanin työhön ja mahdollisia vaikutuksia myös potilaiden hyvinvointiin.

4.2 Aiheen rajaus

Ensimmäinen kirjallisuuskatsauksen rajaus oli ”lääkkeetön kivunhoito saattohoidossa ja palliatiivisessa hoidossa”. Kirjallisuuskatsauksessa näin laaja tutkimuskysymys luo haasteita liian suuren aineiston vuoksi, koska kaikkea löydettyä kirjallisuutta on silloin vaikea käydä läpi (Niela-Vilèn & Hamari 2016: 24). Tästä syystä pyysimme vielä tarken-

nusta, jolloin saimme rajaaviksi sanoiksi ”läsnäolo” ja ”kosketus”. Vakuuttavien hakukriteerien valinta helpottaa tutkimusten etsimistä ja laadukkaan kirjallisuuskatsauksen tekoa (Niela-Vilèn & Hamari 2016: 25).

Mahdolliset kriteerit tutkimusten havaitsemiseen ja poissulkemiseen varmistavat työn keskittymisen asetetun tutkimuskysymyksen ympärille (Niela-Vilèn & Hamari 2016: 24). Kaikista aihetta rajaavista tekijöistä sovittiin yhteistyössä yhteistyökumppanin kanssa. Etsimme aiheesta vieraskielisiä tutkimusartikkeleita. Suomenkieliset artikkelit ja tiedot yhteiskumppanilla jo käytössä olevista menetelmistä toimivat meillä pohjustavina tietoina ja suunnannäyttäjinä haettavilla tutkimuksille. Keskitämme haut vuosiin 2008–2019, mikä mahdollistaa tuoreimpien tutkimusten hyödyntämisen opinnäytetyössä. Etsimme tutkimuksia koskien täysi-ikäisten potilaiden palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa, koska yhteistyökumppanin asiakkaina ovat aikuiset potilaat. Luemme uuden tutkimuksen kohdalla tarkasti tiivistelmän ja erityisesti tulokset ja johtopäätökset, jotta valitsemme ja käsittelemme tavoitteeseen sopivia tutkimuksia.

4.3 Hakumenetelmät ja aineiston valinta

Alla olevassa taulukossa (taulukko 1.) haluamme näyttää lukijalle loogisesti ja visuaalisesti käyttämämme tietokannat ja hakusanat. Hakuprosessin aikana tehdyt tarkat muistiinpanot tutkimuksista ovat hyödyllisiä (Niela-Vilèn & Hamari 2016: 27) ja siitä syystä teemme tarkkoja muistiinpanoja tehdyistä hauista, koska näin voimme parhaiten informoida toisiamme käytetyistä hakuyhdistelmistä. Taulukon olemme muodostaneet hakumuistiinpanojen avulla, joita olemme tehneet koko opinnäytetyöprosessin ajan. Taulukossa 1 esittelemme käyttämiämme hakusanoja, joilla etsimme tutkimuksia.

Taulukko 1. Käytetyt tietokannat ja hakusanat

Tietokanta	Hengellisyys/Henkisyys	Kosketus
Cinahl	<p>hospice care end-of-life care palliative care terminal care</p> <p>United Kingdom, Uk, England, Wales, Northern Ireland.</p> <p>spiritual complementary alternative medicine.</p>	<p>palliative care end of life care hospice care pain touch</p>
Pubmed	<p>hospice care palliative care end-of-life care terminal care Spiritual*. complementary alternative medicine.</p> <p>United Kingdom, Uk, England, Wales, Northern Ireland.</p>	<p>palliative care end of life care hospice care pain touch cancer</p>
Science Direct		<p>palliative care end of life care pain touch</p>

Tietokannoista tehtyjä hakuja varten tarvitaan aiheeseen soveltuvat hakusanat ja hakulausekkeet (Niela-Vilèn & Hamari 2016: 25). Käytämme kolmea eri sosiaali-, terveys- ja kuntoutusalan tietokantaa — Cinahl, Pubmed ja Science Direct — omilla Metropolia-tunnuksilla. Rajaamalla valinnan näihin kolmeen, hallitsemme löytämämme tutkimusten määrän verrattuna opinnäytetyön vaatimaan työmäärään. Välillä työskentelemme myös koulun verkossa, jotta pystymme saamaan mahdollisimman paljon hakutuloksia. Yhdistämme hakusanoja käyttämällä merkintöjä AND ja OR saadaksemme työhön monipuolisuutta sekä rajauksia. Muokkaamme hakusanoja *-merkillä, jotta voimme hyödyntää

hakukoneissa sanan kaikkia taivutusmuotoja. Esimerkiksi hakusanan "spiritual" kirjoitamme muotoon spiritual*.

Science Direct -tietokanta ehdottaa samankaltaisia tutkimuksia, mitä olemme aikaisemmin lukeneet. Se nopeuttaa artikkelien löytämistä ja uusien aiheiden käsittelyä. Esimerkiksi vesi- ja kylpylähoitojen käytöstä kivunlievittäjänä palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa emme ole löytäneet hakusanoilla tutkimuksia, mutta toisen tutkimuksen perusteella tietokanta osasi sitä ehdottaa meille.

Tutkimuksien arviointiin ei ole vakinaistettua tapaa, koska se tehdään katsausmenetelmän ja valitun aineiston mukaisesti. Sen tarkoituksena on arvioida tutkimuksista saatujen tietojen kattavuutta, tulosten vakuuttavuutta ja kuinka olennaista tieto on osana työtä. Tutkimuksien arvioinnilla halutaan myös välttää heikkolaatuiset kirjallisuuskatsaukset, joten jokaista tutkimusta olisi hyvä tarkastella erikseen. Laadun arviointi ei ole kaikissa katsauksissa pakollista, mutta se on suotavaa. (Niela-Vilén & Hamari 2016: 28.)

Jätämme opinnäytetyöstä pois joitakin mielenkiintoisen tuntuja menetelmiä, koska joissakin tutkimusten määrissä tai laaduissa näkyy isoja puutteita. Esimerkiksi kanteleen tyypisellä tamburalla soitetulla musiikilla ja sen aikaansaamalla värähtelyllä saattaa olla vaikutusta koettuun rentoutumiseen (Teut & Dietrich & Deutz & Mittring & Witt 2014), mutta tutkimuksia aiheesta löytyi todella vähän ja tulokset olivat hyvin ristiriitaisia. Meillä on kaksi yliopiston käyttäjätunnukset omistavaa henkilöä apuna avaamassa tutkimuksia meille, joita emme saa omilla tunnuksillamme auki. Aiomme hyödyntää ainoastaan tutkimukset, joista on mahdollista tarkastella koko tekstiä, jotta saamme tutkimustuloksista hyvän käsityksen.

Tässä työssä emme voineet noudattaa niin sanottuja perinteisiä laatukriteerejä, koska monissa tutkimuksissa jo pelkät potilasmäärät olivat liian pienet tai tekstissä mainittiin muuten vajaasta tutkimuksen laadusta.

Monessa tutkimuksessa on pienet osallistujamäärät tai tutkimuksen laatua on muuten kritisoitu (Henneghan & Schnyer 2015; Berger & Tavares & Berger 2013; Nyatanga & Cook & Goddard 2018). Haluamme käsitellä myös näitä tutkimuksia, koska työn tavoitteena on löytää uusia menetelmiä yhteistyökumppanille, ja tutkimuksissa kerrotaan käytettyjen menetelmien vaikuttaneen myös positiivisesti potilaiden hyvinvointiin. Myös rehellinen ilmaisu tarpeesta tutkia aihetta lisää antaa meille enemmän luottamusta kysei-

sen tutkimuksen tarkasteluun. Hyvänä esimerkkinä tämänkaltaisista tutkimuksista on kirjallisuuskatsaus täydentävistä ja vaihtoehtoisista hoitomuodoista loppuelämän hoidossa, jossa pelkillä ”saattohoito” ja ”palliativinen hoito” -hakusanoilla tutkijat eivät löytäneet tarpeeksi tuloksia, joten he rajasivat tutkimuksien etsimisen syöpäpotilaisiin, iäkkäisiin ja kipua kokeviin potilaisiin. Tutkijoiden aikaansaamat johtopäätökset olivat ristiriitaisia, koska tutkimusten laatu ei ollut tarpeeksi riittävä eikä tutkimuksia löytynyt tarpeeksi laadukkaana kirjallisuuskatsauksen laatimiseksi. He käyttivät ainoastaan yhtä tietokantaa. (Henneghan & Schnyer 2015.)

Brian Nyatanga, joka tuli vastaan useissa artikkeleissa, on palliativisen hoidon käytäntöön ja filosofiaan erikoistunut lehtori Worcesterin yliopistosta (University of Worcester n.d.). Hänen tutkimusartikkelien lisäksi kirjaamme tähän työhön hänen palliativista hoitoa kertovasta teoksestaan hyviä menetelmiä ja ajatuksiaan koskien toimivaa vuorovaikutusta. Myös yhteistyökumppanimme kiinnostui teoksen esille tulleista menetelmistä, joten liitämme ne työhön osaksi lääkkeettömiä menetelmiä. Tämän kyseisen teoksen luvussa mainittiin esimerkiksi Namaste Care- ohjelma, jonka myötä löysimme artikkelin koskien sen vaikutuksia englantilaisissa hoitokodeissa.

4.4 Aineiston analyysi

Analysoimme opinnäytetyömme tutkimuksia kvalitatiivisen eli laadullisen analyysin mukaan. Emme halunneet tehdä analyysitavalle lisärajoituksia, koska mahdollisuus tutkia materiaalia vapaasti antoi tilaisuuden käsitellä aihetta monipuolisesti. Tutkimusmateriaaleja on käytävä useita kertoja läpi, jotta niistä varmasti löytyy meidän työlle oleelliset tiedot.

Laadullisen analyysin voi tehdä monella eri tavalla ja vakiintunutta kaavaa siihen ei ole. Analyysin tekoa ohjaa asetettu tutkimuskysymys, tavoite ja tarkoitus. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009: 73–75.) Analyysiin liittyy aina myös tulkintaa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009: 96). Pohdimme tutkimuksia luettaessa yhteistyökumppanin tarvetta uusille menetelmille ja millaisia kokemuksia kansainvälisesti niistä osataan kertoa, eli palaamme toistuvasti työmme tutkimuskysymyksen, tarkoituksen ja tavoitteen äärelle.

Analyysin tarkoituksena on lukea materiaalia huolellisesti ja järjestellä se sisällöstä lähtevän pohdinnan mukaisesti. Vuoropuhelu aineiston, kirjoittajan ja teorian välillä mahdollistaa tärkeimpien asioiden ilmenemisen tekstistä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka

2009: 73–75.) Koodaus on jäsentävien merkintöjen tekoa tekstiin ja sen voi toteuttaa monella eri tavalla. Laadullinen analyysi ei edellytä koodauksen tekoa, mutta se auttaa aineiston käsittelyssä ja helpottaa analyysin tekoa, kun tietyt asioita koodataan samojen teemojen alle. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009: 80.) Usein kirjallisuuskatsauksissa analyysi tehdään järjestelemällä ja luokittelemalla aineistoa, etsien niistä keskeisimpiä yhtäläisyyksiä ja eroja (Niela-Vilén & Hamari 2016: 30). Työmme lähtökohdat eli yläkategoriat ovat ”kosketus” ja ”läsnäolo”, jotka toimivat myös ensimmäisinä koodein. Etsiessämme tutkimuksia pyrimme hahmottamaan, kumman sanan alle löydetty menetelmä ja sen tutkimustulokset kuuluvat ja kirjaamme sen ylös.

Yksi analyysin tekotavoista on myös asioiden tiivistäminen, jolla pyritään hahmottamaan, mitä vastauksia aineisto tuo tutkimuskysymykseen (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009: 94). Teemme tutkimusartikkeleista erilliseen tiedostoon yhteenvedon, johon poimitaan oleelliset asiat, kuten tutkimusmenetelmä, osanottajamäärä, julkaisija, tulokset ja johtopäätökset. Tärkeimpien asioiden kerääminen yhdeksi tiedostoksi helpottaa niiden yhteistä käsittelyä viikoittaisissa tapaamisissamme. Tämän jälkeen jatkamme tarkempaa koodausta valittujen tutkimusten kanssa, jotta näemme yhtäläisyyksiä ja saamme luotua lopulliseen taulukkoon tärkeitä alakategorioita.

Analyysissä on tarkoitus jakaa aineisto mahdollisimman pieniin palasiin, jotta asioiden tarkastelu on mahdollista (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009: 94). Visuaaliset menetelmät helpottavat aineiston käsittelyä (KAMK 2015). Hyödynnämme visuaalisia keinoja koodaamisessa tekemällä analyysiprosessin aikana useita taulukoita, joiden tarkoituksena on saada parempi kokonaiskuva tarkasteltavista tutkimuksista.

5 Lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä

Opinnäytetyömme tutkimuskysymyksenä on: Mitä kansainvälisesti tiedetään lääkkeettömästä kivunhoidosta, rajauksilla “kosketus” ja “läsnäolo” palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa? Tarkoituksena oli selvittää, mitä kansainvälisesti tiedetään kosketuksen ja läsnäolon käytöstä ja merkityksestä osana lääkkeetöntä kivunlievitystä palliatiivisessa ja saattohoidossa. Tavoitteenamme oli löytää yhteistyökumppanille uusia kivunhoidon menetelmiä osaksi heidän työtään osaston arjessa.

Ennen tutkimustuloksia kerromme luvussa 5.1. Suursuon osaston lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä, jotka olemme saaneet keskustelemalla ja vaihtamalla sähköpostiviestejä osaston hoitohenkilöstön kanssa. Keskusteluiden tarkoituksena oli saada tietoa jo heillä käytössä olevista lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä, jotta emme käytä resursseja jo tuttujen menetelmien tarkasteluun.

5.1 Yhteistyökumppanin lääkkeettömät menetelmät

Suursuon sairaalassa on kaksi palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistunutta osastoa. Yhteistyökumppanimme on hoitohenkilökunta osastolta 21, jossa on yhteensä 18 potilaspaikkaa. Osastolla pyritään aina pitämään kaksi saman kuntoista potilasta yhteisessä huoneessa, jolla estetään muun muassa kuolemasta johtuvien pelkotilojen muodostumista eri vaiheissa oleville potilaille. Osastolla on käytössä jo muutamia eri lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä.

Sairaalassa toteutetaan erilaisia virikeryhmiä potilaiden vointia ja omaa tahtoa kunnioittaen, esimerkiksi askartelu- ja leivontaryhmiä. Sairaalan oma sairaalapastori tulee potilaan ja omaisten luona käymään pyydettyäessä, ja sairaalan aulassa järjestetään ajoittain myös hengellisiä tilaisuuksia. Sairaalan ala-aulassa on mahdollista osallistua hengellisten laulutilaisuuksien lisäksi myös ei-hengellisiin lauluhetkiin.

Työryhmässä on mukana fysioterapeutti, joka osaltaan huolehtii potilaan toimintakyvystä ohjaten ja opastaen saattohoitopotilaiden asentohoitoja. Samalla hän on osallisena potilaan kivunlievityksessä erilaisten asentotyynyjen, tukien ja pehmusteiden käytön ohjeistuksessa. Fysioterapeutti on mukana potilaan hoidossa niin kauan kuin vointi sen sallii.

Hoitajat lievittävät potilaiden kipuja asento- ja lämpöhoitoilla, kylmäpusseilla ja tukisidoksilla. Vuodepotilaan makuuhaavat ehkäistään vaihtuvapaineisella Decubitus-patjalla. Potilaan kipuja ja henkistä tuskaa pyritään lievittämään hoitajan aidolla läsnäololla istumalla potilaan vieressä ja mahdollistamalla myös hiljainen vuorovaikutus.

Saattohoidossa olevan potilaan silmät ja suu kuivuvat herkästi. Kuivasilmäisyys aiheuttaa kipua, ja tätä lievitetään kostutustipoilla. Suu on usein kuiva ja karstainen, jolloin suunhoitoa pitää tehostaa hampaiden huolellisella pesulla ja suun limakalvojen öljymistä esimerkiksi ruokaöljyllä.

Osan kivunhoidon menetelmistä tekevät osaston monet vapaaehtoiset, jotka antavat läsnäolonsa erityisesti yksin oleville potilaille. Osastolla käy viikoittain sairaalamuusikko, joka esittää potilaiden ja heidän omaisten toivelauluja. Eläkkeellä oleva sairaalapastori käy soittamassa kuuntelijoilleen pianomusiikkia tiistaisin päiväsalissa. Potilaiden luona vieraillee ajoittain myös koira omistajansa kanssa piristämässä potilaita. Halutessaan potilas voi kuunnella huoneessaan mieleistään musiikkia tai katsoa televisiota.

Omaiset ovat yleensä aktiivisesti läsnä potilaan hoidossa, ja heitä ohjataan potilaan ihon rasvaamiseen, hiusten kampaamiseen ja suunhoitoon. Omaisten läsnäololla on yleensä rauhoittava vaikutus ja samalla helpotetaan jäähyväisiä. Saattohoitovaiheessa pyritään järjestämään potilaalle ja hänen läheisilleen yhden hengen huone, jossa he voivat halutessaan myös yöpyä yhdessä.

5.2 Henkisyys, hengellisyys ja vuorovaikutus läsnäolossa

Seuraavissa alaluvussa esittelemme tutkimusartikkeleita koskien lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä, joiden yläkategorioina ovat läsnäolo ja kosketus. Taulukoissa 2 (läsnäolo-tutkimukset) ja 3 (kosketus-tutkimukset) esittelemme keskeisimmät tiedot kansainvälisistä tutkimuksista, jotta kokonaiskuva niiden samankaltaisuuksista ja eroavaisuuksista olisi helpommin hahmotettavissa. Tutkimustuloksia sekä menetelmien teoreettisia tietoja käsittelemme tarkemmin taulukoiden jälkeen.

Taulukko 2. Tutkimusartikkelit aiheella **läsnäolo** saatto- ja palliatiivisessa hoidossa

Artikkeli	Johtopäätökset/ Vaikutukset + lisääntyy - vähenee	Alakate- goria	Yläka- tego- ria
<p>Namaste Care -menetelmä hoitokodissa.</p> <p>Iso-Britannian useissa hoitokodeissa ja saattokodeissa</p> <p>2 x 2h/päivä.</p> <p>Omaisiet voivat osallistua.</p> <p>(Stacpoole & Thompsell & Hockley & Simard & Volicer 2015)</p>	<p>+ hyvinvointi, toimintakyky, mieliala</p> <p>+ potilaan sosiaalisuus</p> <p>+ potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus</p>	<p>Vuorovai- kutus, moniaisti- suus</p>	<p>Läs- näolo</p>
<p>Yhdeksässä eri maassa tehty laadullinen ryhmätutkimus.</p> <p>74 potilasta ja 71 hoitajaa.</p> <p>(Selman ym. 2017)</p>	<p>Hengellisiä huolenaiheita on paljon, mutta koulutusta vähän.</p> <p>Osallistujat korostivat hengellisen hoidon osaamista moniammatillisesti.</p> <p>Potilaiden mielestä välttämättömiä elementtejä myötätuntoisessa hoidossa ovat aitous, tuomitsemattomuus, avoimuus ja ystävällisyys.</p>	<p>Henkisyys, hengelli- syys ja vuorovai- kutus</p>	<p>Läs- näolo</p>
<p>Kirjallisuuskatsaus vuosilta 2000–2010,</p> <p>jonka tuloksia arvioivat akateemiset, ammatinharjoittajat ja palvelunkäyttäjät.</p> <p>(Holloway & Adamson & McSherry & Swinton 2011)</p>	<p>Kuka tahansa voi keskustella hengellisyydestä.</p> <p>Erlaisia voimaannuttavia lähestymistapoja saada esille potilaan hengellisiä huolenaiheita.</p> <p>Mitään täysin vahvistettua työkalua ei löytynyt, joka olisi kliinisessä käytössä.</p>	<p>Henkisyys, hengelli- syys ja vuorovai- kutus</p>	<p>Läs- näolo</p>
<p>Haastattelututkimus.</p> <p>Kuinka australialaiset palliatiivisen osaston sairaanhoitajat edistävät hengellistä keskustelua.</p>	<p>+ Potilas–hoitaja -suhteen syventäminen,</p> <p>+ itseluottamus,</p> <p>potilasavoimuus,</p> <p>+ kommunikaatiotaidot,</p>	<p>Henkisyys, hengelli- syys ja Vuorovai- kutus</p>	<p>Läs- näolo</p>

(Keall & Clayton & Butow 2014)	+ aktiivinen kuunteleminen, + aitous ja inhimillisyys, myötätuntoisuus.		
--------------------------------	---	--	--

Artikkeleissa puhutaan hengellisyydestä ja henkisyudesta sekä erikseen että samana asiana, joten niiden ero on häilyväinen (Selman ym. 2017; Holloway & Adamson & McSherry & Swinton 2011: 18). Henkisen tuen tarjoaminen voi olla myös hengellisen tuen tarjoamista. Näiden yhteinen merkitys on, että ne tarjoavat ihmiselle ympäristön, jossa he voivat ymmärtää elämäänsä, selittää ja selviytyä kokemuksistaan, löytää ja ylläpitää toivon tunnetta ja sisäistä harmoniaa eksistentiaalisten haasteiden keskellä (Holloway ym. 2011: 18). Eräässä tutkimuksessa kerrotaan, etteivät hoitotyöntekijät olleet valmiita antamaan henkistä tukea, koska he kokivat sen liittyvän uskonnollisuuteen. (Selman ym. 2017.) Hengellisiä huolenaiheita on potilailla paljon ja niiden huomioimisessa on vielä toistaiseksi puutteita. Useat hoitohenkilökunnan jäsenet tuntevat olevansa valmistautumattomia kohtaamaan potilaan henkisiä tarpeita. Jos potilaan henkisiä tarpeita ei kohdata, on riskinä elämänlaadun ja henkisen rauhan väheneminen. (O'Brien & Kinloch & Groves & Jack 2018: 183.)

Läsnäolo ja henkisyys

Henkisyys käsittelee kysymyksiä, jotka liittyvät arvoihin, elämän tarkoitukseen ja olemassaoloon (Terveyskylä 2018). Henkisyuden merkityksestä ja roolista osana toimintaterapeutin työtä on ollut haastavaa löytää yhtä selkeää ratkaisua. (McColl 2011: 29; Townsend & Polatajko 2013: 69.) Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen (CMOP-E) mallin mukaan henkisyys on potilaan, mutta myös koko toimintaterapian ydin. Sitä ei pystytä tarkkaan sijoittamaan tiettyyn kohtaan prosessia, vaan se on läsnä koko ajan, kun puhutaan potilaan ja ammattilaisen terapia- ja vuorovaikutussuhteista. (McColl 2011: 28–29; Egan & Delaat 1994: 96.) Henkisyys eli ihmisen ydin on sidoksissa kaikkeen muuhun ympärillämme ja sen hyvinvointi on riippuvainen yhteydestä itseän, muihin ja ympärillä olevaan maailmaan (Egan & Delaat 1994: 96). Ammatillisen pohdintamme perusteella käsitämme henkisyuden juuri potilaan olemuksen ytimeksi.

On aina ensin ymmärrettävä itseään, ennen kuin voimme auttaa henkisesti toista, jolla voi olla erilaisia näkemyksiä ja usko, kuin itsellämme. Nyatanga (2016) haluaa koros-

taa tarkkaavaisuutta henkisten tarpeiden arvioinnissa, jonka pitäisi johtaa siihen, että oikeat ammattilaiset tarjoavat oikeita palveluja, oikeaan aikaan. Se edellyttää taitavaa kommunikaatiota, hoitoammattilaisten herkkää arviointia ja oman uskonsa itsetutkimista ja sen vuorovaikutuksen ymmärtämistä potilaan uskon kanssa. Kommunikaatiotaidot helpottavat tiedonsaantia potilaalta. Kiirehtiminen keskustellessa tyrehtyttää tiedonsaannin heiltä. (Nyatanga 2016.) Samankaltaisia tuloksia koulutuksen ja itsetuntemuksen syventämisestä ilmeni yhdeksässä maassa tehdyssä tutkimuksessa, jossa korostetaan vielä, kuinka jokaisella osastolla työskentelevällä pitäisi olla perusosaaminen henkisen tuen antamisesta. Myötätuntoisessa hoidossa hoitajan aitous ja avoimuus, tuomitsemattomuus ja ystävällisyys ovat potilaalle välttämättömyys. (Selman ym. 2017.)

Suurin osa ihmisistä näkee maailman hyvänä paikkana, joten vastoinkäymisten sattuessa ihminen menettää käsityksen itsestään sekä menneestä ja tulevasta (McColl 2011: 23–24). Esimerkiksi kipu ja kuolema ovat tällaisia asioita. Jonkin asian menetys pakottaa etsimään uutta elämän tarkoitusta. Ammattilaiselta vaaditaan ymmärrystä potilaan henkisistä vastoinkäymisistä näissä tilanteissa, jotta hyvän kokonaiskuvan saaminen ja sitä myötä potilaan elämänlaadun parantuminen mahdollistuvat. (McColl 2011: 23–24.) Potilaalle luodaan turvallinen tunne siitä, että hänen kysymyksensä ja tunteensa otetaan tosissaan. Henkistä tukea annettaessa auttaja asettautuu sairaan tai hänen läheisensä vierelle. Auttajan odotetaan kestävän kuolevan potilaan elämäntilannetta, kysymyksiä ja tuskaa. (Terveyskylä 2018.) Merkityksellisen läsnäolemisen kyky ja taito auttavat myös työntekijöitä jaksamaan vaativassa ja raskaassa työssä (Junes ym. 2017: 52). CMOP-E-mallin henkisyys näkyy hyvin tilanteissa, joissa autetaan potilasta käsittelemään hyvin henkilökohtaisia tuntemuksia koskien kipua ja kuolemaa ja näin vähennetään potilaan kokemaa stressiä. Aiheesta ei tarvitse kysyä suoraan, vaan vuorovaikutustilanteissa voi herkästi kuulostella potilaan antamia vihjeitä keskustelun suunnasta. Kärsimyksen kokemuksen sanoittaminen on tärkeä osa kuntoutumisen etenemistä. (Egan & Swedersky 2003: 528–529.)

Henkisen tuen antamisessa on tarvetta lisäkoulutukselle ja sitä tarvitsevan tarpeen tunnistamisessa. Sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntijaryhmä esittää, että tulevaisuudessa oppilaitoksissa sairaanhoitajat ja fysioterapeutit opiskelisivat opintojen alussa opintokokonaisuuden kivunhoidon perusteista. Opintosuunnitelmissa pitäisi näkyä edellä mainitun opintokokonaisuuden lisäksi myös kivunhoidon opintojen yhdistäminen eri erikoisalojen opintoihin sekä työharjoitteluihin. Näin saavutetaan potilaille yhtä korkeatasoinen hoito hoitopaikasta ja hoidon ajankohdasta riippumatta koko maassa. (Kroonisen kivun ja syöpäkivun kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017–2020

2017: 46–48.) Väitämme, että tämänkaltaisen uudistuksen olisi hyvä koskea myös toimintaterapeutti- ja geronomiopiskelijoita, jotta kaikilla sosiaali-, terveys- ja kuntoutusalalla olisi yhtenäinen käsitys ja osaaminen kivusta ja sen hoidosta.

Läsnäolo ja hengellisyys

Hengellisyys on ihmisen sisäistä kiinnostusta jumaluutta ja korkeampaa voimaa kohtaan. Uskonnollisuus on hengellisyyden toteuttamista käytännössä (Egan & Delaat 1994: 96–97). Jos ihmisen elämään on kuulunut jo ennen sairautta hengellisyys, kaipaa hän sitä luonnollisesti myös sairastuttuaan. Ihmisellä jo ennestään olevien hengellisten voimavarojen käyttö ja niiden etsiminen ovat tärkeä osa hengellistä tukea. Vakavasti sairastuttuaan hengelliset kysymykset saattavat herätä myös niissä ihmisissä, jotka ovat olleet elämän aikana etäällä hengellisestä toiminnasta ja kysymyksistä. (Terveyskylä 2018.) Hengellisyys ja uskonto voivat olla joko ihmisen henkisyyden vahvistavia tai heikentäviä tekijöitä. Uskonto voi vahvistaa ihmisen sidosta ympärillä olevaan maailmaan tai se voi heikentää sitä, poistamalla potilaan itsetietoisuuden ja yhteyden ympäröivään maailmaan. (Egan & Delaat 1994: 97.)

Ikääntyneiden muistisairaiden hoitotyössä hengellisyys on hoitajien näkökulmasta potilaan hengellisten tarpeiden tunnistamista ja niiden toteuttamista huomioiden yksilöllisyys, potilaslähtöisyys ja kokonaisvaltaisuus. Hengellisiin tarpeisiin vastaamisen lähtökohtana on ihmisen kunnioittaminen, lähimmäisen rakastaminen ja myötätunto. Potilaan kohtaaminen arvokkaana ihmisenä on lohduttamista, toivon luomista ja läsnäoloa. Hengellisyyden huomioiminen on edellytys muistisairaiden potilaslähtöisessä ja yksilöllisessä hoitotyössä. (Toivonen 2015: 46–47.)

Rovasti Aallon (2013) mukaan hengellistä tukea tai sielunhoitoa voi antaa jokainen kuolevan lähellä oleva, joka ei pelkää ja uskaltaa kohdata myös oman kuolevaisuutensa (Aalto 2013: 166). Jotta sielunhoitaja voi turvallisesti liikkua siinä sielunmaisemassa, jossa kuoleva liikkuu, on hänen oltava jatkuvasti avoin myös omalle kuoleman ahdistukselle (Heikkinen & Kannel & Latvala 2004: 81). Kuolevan ihmisen kunnioittamista on ottaa huomioon hänen kulttuurinsa ja uskonnollinen vakaumuksensa, joiden mukaan hengellinen tuki järjestetään. (Aalto 2013: 166.)

Palliativisen osaston hoitajat ovat löytäneet edistäviä tapoja keskustella eksistentiaalisista ja hengellisistä huolenaiheista potilaiden kanssa. Hoitajat pitävät hoitosuhteen jatkuvuutta etuna syvemmän luottamussuhteen rakentajana potilaan ja hoitajan välillä. Pidempi kokemus alalla tuo hoitajalle itseluottamusta ja rohkeutta olla avoin kohdatessaan kuoleva. (Keall & Clayton & Butow 2014.) Laajempaa näkökulmaa ja helpotusta kohdata ja ottaa vastaan vaikeita tilanteita ja kohtaamisia, tuo myös hoitajan oma elämäkokemus. Elämän opetukset auttavat ammattilaista luottamaan henkiseen hoitoon. Jos hoitaja on henkisesti jalat maassa, hänellä on paremmat valmiudet kulkea ihmisen kanssa synkemmällä maaperällä. Ammattilaisten pitäisi rohkaista ja kannustaa potilasta kertomaan omaa tarinaansa ja näin auttaa häntä löytämään identiteettinsä, joka antaa hänelle uudenlaisen näkökulman. (Holloway ym. 2011.)

Kuoleman lähestyessä ihminen tarvitsee ympärilleen osaavan henkilökunnan, joka tiedostaa hengellisyyden tärkeyden. Se on parhaan kokonaisvaltaisen hoidon antamisen edellytys. Hyvin koulutetut hoidon ammattilaiset pystyvät paremmin arvioimaan, tutkimaan ja täyttämään potilaan hengelliset tarpeet (O'Brien ym. 2018: 183).

Läsnäolo ja vuorovaikutus

Yleensä potilas aistii hoitajan läsnäolon aitouden ja inhimillisyyden. Hoidettaessa potilasta olisi hyvä olla itsetietoinen ja välttää tilanteita, joissa ei voi antaa sataprosenttista huomiota potilaalle. Potilas ei usein odota saavansa kaikkiin kysymyksiin vastausta, vaan tärkeämpää on kuunteleminen ja läsnäolo. (Keall ym. 2014.) Kun katsekontakti on vähäistä, voi potilas ajatella hoitajan olevan välinpitämätön, kun taas liika katsekontakti voi tuntua potilaasta uhkaavalta. (Nicol & Nyatanga 2017: 27–28.) Tietoisuus omasta ja potilaan kehonkielestä helpottaa yhteyden saamisessa potilaan ja hoitajan välille. (Keall ym. 2014.) Hoitajan asennosta voi aisti kielteisyyttä ja epäystävällisyyttä, kun jalat tai kädet ovat ristissä. Lihasten jännittäminen voi näyttää ahdistukselta, kun avoin ja rento asento taas näyttäytyvät ystävällisyytenä ja avoimuutena. Äänensävy on erittäin tärkeä osa kommunikaatiota potilaan kanssa. Kuinka potilas aistii ja reagoi hoitajan puheeseen, riippuu siitä, onko äänensävy tyly, rohkaiseva, äänekäs tai pehmeä. Hoitajan viesti ei saisi lisäksi olla ristiriidassa muun ulkoisen ilmaisun kanssa, esimerkiksi pahoitellessaan potilaan läheiselle omaisen menehtymistä, äänensävy on vähättelevä ja hän katsoo samalla kelloa. Tämä antaa kuulijalle kuvan välinpitämättömyydestä. (Nicol & Nyatanga 2017: 27–28.)

Varmistaakseen positiivisen ja vaikuttavan vuorovaikutuksen, on hoitajan tärkeää tiedostaa, mitkä asiat tuovat esteitä sen onnistumiselle. Potilas saattaa ajatella, etteivät hänen huolensa ole tärkeitä ja hänen täytyisi pärjätä yksin niiden kanssa tai että hoitohenkilökunnan työhön ei kuulu puhua tästä aiheesta hänen kanssaan. Potilaalla ei välttämättä ole kielen riittävää hallintaa, hän ei löydä oikeita sanoja, tai ei ymmärrä tarpeeksi tietääkseen, mitä kysyä. Potilaalla voi olla pelkoa tulla tuomituksi epäkiitollisena ja taakkana, aiheuttaen näin ahdistusta henkilökunnalle. Hoitohenkilökunnan vastaukset ja reaktiot voivat olla myös etäisiä tai irrallisia ja potilaaseen saatetaan koskea, vaikka hän haluaisi omaa tilaa. (Nicol & Nyatanga 2017: 35–36.)

Hoitohenkilökunnalla voi taas olla pelkoa mielipahan tuottamisesta potilaalle; jos häneltä esimerkiksi kysytään hankalia kysymyksiä, hän sanoo jotakin väärin potilaalle tai hänen hoitotoimensa vievät liikaa aikaa. Hoitaja saattaa ajatella itsellään olevan puutteita psykologisten huolten arvioinnin ja kokonaisvaltaisen näkemyksen taidoissa. Potilaan emotionaaliset ongelmat ovat väistämättömiä, kun kyseessä on vakava sairaus ja mitään ei enää ole tehtävissä. Hoitaja saattaa ajatella, että on hyödytöntä tuoda esille asioita, joita ei voi ratkaista tai se kuuluu jonkun toisen rooliin. Tietoisuus positiivisen vuorovaikutuksen esteistä parantaa potilaskeskeistä vuorovaikutusta ja tukee hoitajan tunneällyn kehittymistä. (Nicol & Nyatanga 2017: 36.)

Moniaistinen menetelmä

Muun muassa Dame Cicely Saundersin perustamassa St. Christopher´sin saattohoitokodissa on käytössä Yhdysvalloissa kehitetty Namaste Care -ohjelma, joka on tarkoitettu lääkkeettömänä hoitona pitkälle edennyttä muistisairautta sairastaville potilaille. Tämä kaksi kertaa päivässä järjestettävä moniulotteinen ohjelma tuo potilaat samaan tilaan, jossa on fyysisiä, emotionaalisia ja aistillisia elementtejä, joita hoitajien lisäksi voivat läheiset ja vapaaehtoiset tarjota potilaille. (Stacpoole & Thompsell & Hockley 2016: 3.)

Namaste care -ohjelman käytöstä tehdyn tutkimuksen mukaan viidestä hoivakodista neljässä muistisairaiden käyttäytymisoireet vähenivät ja potilaat nauttivat sosiaalisesta kanssakäymisestä, hieronnasta, musiikista ja välipaloista. Muistisairaana sosiaalinen aktiivisuus lisääntyi sekä henkilöstön, omaisten että muiden potilaiden kesken. Tutkimuksen tuloksissa on todettu yhden heikomman tuloksen johtuneen huonosta kivun hallinnasta, joka heijastui laajemmin hoivakodin muuhun toimintaan. Tämän ohjelman vaikuttavuus on erittäin riippuvainen siitä, kuinka henkilöstö on siihen sitoutunut, jolloin erityi-

nen rooli on osaston johdolla. Henkilöstö koki ohjelman antoisana, se rohkaisi luovutteen ja oppimaan uusia asioita, se lähensi suhdetta potilaaseen ja hänen omaisiinsa sekä vahvasti hoitajan itsetuntoa. (Stacpoole & Thompsell & Hockley & Simard & Volicer 2015: 708.)

Namaste Care -ohjelma yhdistää myötätuntoisen hoidon yksilöllisiin aktiviteetteihin ja sen tarkoituksena on tuoda hyvä olo muistisairaalle aistien stimuloinnin kautta, erityisesti kosketuksen avulla. Ohjelma pidentää hoitajien viettämää aikaa potilaiden kanssa ja auttaa kohtaamaan potilaiden emotionaalisia tarpeita ja parantaa potilaiden elämänlaatua. Ohjelman käyttöön ottamiseen ei tarvitse lisähenkilöstöä, ylimääräistä tilaa tai kalliita hankintoja. (Stacpoole ym. 2016: 3.)

Namaste Care -ohjelman tärkeitä elementtejä ovat kunnioittava ja myötätuntoinen lähestymistapa potilaille, joilla on edennyt muistisairaus, muiden asukkaiden läsnäolo, mukavuus ja kivun hallinta, jolloin asukkaat voivat rentoutua ja ilmaista, mitä ja miten he tuntevat. Tärkeä elementti on moniaistinen stimulaatio, jossa tilaan on luotu moniaistinen ympäristö hajuilla, väreillä, terapeuttisella kosketuksella, hieronnalla, aromaterapiaöljyllä ja ruoka-aineilla. Merkityksellinen toiminta sisältää käsien ja kasvojen pesemistä lämpimällä flanellilla ja kuivaamista pehmeillä pyyhkeillä, käsien hellää rasvaamista, jolloin samalla voi jutella asukkaan kanssa myönteiseen sävyyn ja voi näin havaita yksilöllisiä toiveita ja mieltymyksiä. (Stacpoole ym. 2016: 4.)

Potilaan elämäntarinan tunteminen auttaa tarjoamaan merkityksellistä hoivaa hänelle. Pienten ruoka-annosten ja juoman tarjoaminen edistää kosteuden, nesteytyksen ja ravinnonsaannin ylläpitämistä ja edistää terveyttä. Namaste Care -ohjelmaa käyttävien hoitajien mukana on oltava koulutettuja muistisairauksissa ja perushoitotyössä. Ohjelmasta kertominen muistisairaalle läheisille ennen ohjelman alkamista luo siteen läheisten ja hoitajien välille ja avaa keskustelun saattohoidosta. Perhe ja ystävät voivat osallistua Namaste Care -ohjelmaan myös. (Stacpoole ym. 2016: 4.)

Namaste Care -ohjelman moniaistiset elementit ovat meille tuttuja aistihuoneista. Niitä on rakennettu esimerkiksi joihinkin pääkaupunkiseudun palvelutaloihin. Namaste Care -ohjelman ja aistihuoneiden yhdistävinä piirteinä näemme potilaiden mahdollisuuden olla yhdessä samassa tilassa, jossa heidän on mahdollista olla vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Jo pelkästään muiden ihmisten näkeminen voi olla potilaille hyvin merkityksellistä. Tarvittaessa aistihuoneen kokemisen voi järjestää myös pienempään tilaan, esimerkiksi viemällä jonkin aistikokemuksen potilaan luo. Olemme harjoittelujemme kautta

nähneet menetelmän positiivisen vaikutuksen potilaan hyvinvointiin. Tätä työskentelytapaa on mahdollisuus käyttää myös moniammatillisesti, toistemme taitoja ja tietoja hyödyntäen.

5.3 Täydentävät ja vaihtoehtoiset hoitomuodot kosketuksessa

Täydentävä ja vaihtoehtoinen lääketiede, *Complementary and Alternative Medicine*, CAM määritellään useissa tutkimuksissa ja verkkosivuilla samaa tarkoittaviksi menetelmiksi. Ne sisältävät menetelmiä, kuten yrittäjä, vihreä tee, hieronta ja taiji. Perinteisen, lääketieteellisen hoidon yhteydessä, jos annetaan vaihtoehtoisia ja täydentäviä hoitoja, voidaan puhua molemmilla termeillä eli CAM-menetelmistä. Vaihtoehtoinen lääketiede -termiä käytetään silloin, kun perinteistä lääketiedettä ei hoitojen aikana käytetä. (National Cancer Institute 2015.) Tämän luvun tutkimuksissa, leipätekstissä ja taulukossa 3, kerromme täydentävistä ja vaihtoehtoisista menetelmistä reiki, terapeutin- ja parantava kosketus, hieronta, aromaterapia ja kylpylähoidot

Taulukko 3. Tutkimusartikkelit aiheella **kosketus** saatto- ja palliatiivisessa hoidossa

Artikkeli	Vaikutukset + lisääntyy - vähenee	Alakategoria	Yläkategoria:
(TT) Terapeuttinen kosketus, (HT) Parantava kosketus, Reiki (hakusanat: kipu, iäkkäät, syöpäpotilaat) Kirjallisuuskatsaus, otanta viiden vuoden sisällä (Henneghan & Schnyer 2015)	+ elämänlaatu + rentoutus - kipu - ahdistus - masennus - stressi	CAM eli Täydentävä ja vaihtoehtoinen lääketiede Biofield-terapiat eli energia-terapiat	Kosketus
31 osallistujaa Pilotti täydentävistä hoitomuodoista: Hieronta, aromaterapia, Reiki ja Terapeuttinen kosketus. (Berger & Tavares & Berger 2013)	+ työntekijöiden kiinnostus + mielenrauha (98% potilaista) - kipu -ahdistuneisuus - alakuloisuus - levottomuus - epämukavuus	Täydentävä lääketiede	Kosketus

<p>Täydentävät hoitomuodot; Hierontaterapia, reiki ja musiikkiterapia</p> <p>52 osallistujaa 12 kk ja 114 hoitokertaa</p> <p>(Vandergrift 2013)</p>	<p>+ hengittäminen + rentous + elämänlaatu - kipu - stressi - ahdistus</p> <p>43% nukahti hoitojen aikana</p>	<p>Täydentävä lääketiede</p>	<p>Kosketus</p>
<p>8 osallistujaa (keski-ikä 52,87 vuotta) Naisia 7 kpl ja 1 mies</p> <p>Potilaiden haastattelut täydentävien hoitojen vaikutuksista</p> <p>(Nyatanga & Cook & Goddard 2018)</p>	<p>+ rentous + rauhallisuus + toimiminen arjessa</p>	<p>Täydentävä lääketiede</p>	<p>Kosketus</p>
<p>Pilotti kylpylähoitojen vaikuttavuudesta akuuteissa tilanteissa, palliatiivisessa hoidossa</p> <p>52 osallistujaa, keski-ikä 63v, miehiä ja naisia</p> <p>(Skaczkowski & Moran & Langridge & Oataway & Wilson 2018)</p>	<p>+ oireet pahenivat + 80 % hyvinvointi - kipu - levottomuus</p>	<p>Täydentävä lääketiede</p> <p>Vesi</p>	<p>Kosketus</p>
<p>Cochrane-katsaus hieronnan ja aromaterapia-öljyhieronnan vaikuttavuudesta oireisiin ihmisillä, joilla on syöpä.</p> <p>19 RCT-tutkimusta, 1 274 osallistujaa.</p> <p>(Shin ym. 2016)</p>	<p>- kipu (osalla) - ahdistus (osalla)</p>	<p>Täydentävä ja vaihtoehtoinen lääketiede</p> <p>Aromaterapia,</p>	<p>Kosketus</p>

Uusimpien tutkimuksien perusteella kipu, ahdistus, hämmentyneisyys, hengitysvaikeudet, pahoinvointi, ruokahaluttomuus ja uupumus ovat yleisimmät oireet saatto- ja palliatiivisessa hoidossa. Elämän loppuvaiheessa osa oireista korostuu, kuten nielemisvaikeudet ja sisäelinten nopeampi heikkeneminen, jolloin hoivan tueksi tarvitaan myös muita lääkkeettömiä menetelmiä. (Henneghan & Schnyer 2015.) Suurimmissa osissa tapauksista menetelmät ovat vähentäneet potilaiden kokemuksia oireista, kuten kivusta,

masentuneisuudesta ja ahdistuksesta. Näin ne ovat parantaneet heidän elämänlaatuun. Samalla menetelmät on todettu turvallisiksi, sekä helpoiksi omaksua ja käyttää. (Vandergrift 2013; Berger ym. 2013; Henneghan & Schnyer 2015.)

Bergerin ym. (2013) mukaan kanadalaisessa pilotissa testattiin ensimmäistä kertaa täydentäviä hoitomuotoja; hierontaa, aromaterapiaa, reikiä ja terapeuttista kosketusta. Ennen tätä pilottia kanadalaisissa sairaaloissa harvemmin käytettiin täydentäviä hoitomuotoja ja pilotin jälkeen hoitajat osoittivat suurta kiinnostusta toiminnan jatkumiseen, koska he huomasivat niiden aiheuttamat positiiviset vaikutukset potilaissa. (Berger ym. 2013.) Yksikään löytämämme täydentäviä ja vaihtoehtoisia hoitomenetelmiä käsittelevä tutkimus ei ole väittänyt, että ne riittävät yksinään potilaan hoidossa, mutta ne selvästi voivat lisätä paremman elämänlaadun kokemusta ainakin osalla potilaista.

Energiaterapiassa pyritään muokkaamaan ihmisen energiakenttiä ja näin parantamaan ihmisen kehoa, sielua/henkeä ja mieltä (University of Minnesota 2016). Parantavassa kosketuksessa, *Healing Touch* HT, ihminen nähdään energiana, joka on jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Menetelmän harjoittaja, eli hoitaja tai omainen, pyrkivät palauttamaan harmonian potilaan kanssa hänen kehoonsa hyödyntäen heidän keskinäisiä energiakenttiään kosketuksen kautta. (University of Minnesota 2016; Healing Touch Program 2019.) Terapeuttinen kosketus, *Therapeutic Touch* TT on näyttöön perustuvaa menetelmä, jossa pyritään edistämään ihmisen tasapainoa ja hyvinvointia hyödyntäen ympärillä olevia energioita kosketuksen avulla. Sen on kehittänyt New Yorkin yliopiston professori ja filosofian tohtori Dolores Krieger 1970-luvulla. Menetelmä sai lopullisen nimensä, kun Krieger kehitti siitä opetuskokonaisuuden yhdessä Dora Kunzin kanssa. (Therapeutic Touch International Association 2019.) Kipu väheni huomattavasti potilailla, joita hoidettiin terapeuttisella kosketuksella. Lisäksi hoitojen aikana ei havaittu mitään riskitekijöitä. Erityisesti mielen kokemat stressitekijät vähenivät näitä menetelmiä käytettäessä. (Henneghan & Schnyer 2015.)

Reiki on menetelmä, jolla luonnollisin keinoin pyritään palauttamaan kehon ja mielen tasapainoa. Se toimii hyvänä menetelmänä stressin vähentämiseen ja rentoutumiseen. Se ei paranna sairauksia, mutta helpottaa niiden kanssa elämistä. Reiki ei ole sidoksissa uskontoon, hierontaan tai minkäänlaiseen suggestioon. Reiki perustuu käsitykseen, että kehomme solut rakentuvat värähtelevistä energioista ja eri värähtelynopeudet mahdollistavat erilaisten kudoksia ja elimien kehittymisen. Reiki-menetelmää voi toteuttaa joko fyysisellä kosketuksella tai vain pitämällä käsiä hoidettavan alueen yläpuolella. Mene-

telmä on tullut länsimaihin Japanista, mutta sitä on mahdollisesti esiintynyt jo aikaisemmin Egyptin ja Tiibetin muinaisissa kulttuureissa. (Reiki ry n.d.; International Association of Reiki Professionals 2019.) Reiki Ry järjestää koulutuksia menetelmästä ympäri Suomea ja menetelmä on helppo oppia (Reiki ry n.d). Tutkimus reiki-menetelmän toimivuudesta masennusoireita kokeville aikuisille osoitti, ettei kyseisen menetelmän vaikutuksista pysty sanomaan yhtenäistä johtopäätöstä. Tutkimukset koskien reikihoitoa tehtiin pienellä koehenkilöjoukolla ja niiden toteutuksessa on ollut metodologisia ongelmia. Tutkimuksen mukaan laadukas tutkimusnäyttö sen tehosta yli 16-vuotiailla on puutteellista. (Joyce & Herbison 2015: 4.)

Vaihtoehtoiset terapiat ja erityisesti energiaterapiat voivat auttaa iäkkäitä potilaita ilman sivuvaikutuksia. Esimerkiksi nivelrikkopotilailla terapeuttinen kosketus vähensi kipuja ja stressiä sekä lisäsi toiminnallisuutta. Muissa tapauksissa todettiin samanlaisia tuloksia ja lisäksi parantavan kosketuksen koettiin vähentävän esimerkiksi kroonisia päänsärkyjä ja reikin vähentävän ahdistuneisuutta, kipua ja masentuneisuutta. Dementiapotilaiden levottomuus helpottui terapeuttisella kosketuksella ja ahdistuneisuus reikillä. (Henneghan & Schnyer 2015.) Vesi ja kylpylähoidot ovat erityisen tehokkaita menetelmiä, jos potilas kokee kroonista kipua tai raajojen liikuttaminen on haastavaa. Menetelmä on myös hyvin helppo eikä se vaadi lisäkoulutuksia. Pieni osa potilaista tunsi oireiden pahenevan hoidon jälkeen. (Skaczkowski & Moran & Langridge & Oatway & Wilson 2018.) Tutkimuksessa iäkkäät potilaat pääsivät rentoutumaan lämpimään veteen ja saivat samalla pientä, motorista hierontaa 20–30 minuutin ajan (Skaczkowski ym. 2018). Lämpimän veden positiiviset vaikutukset perustuvat juuri painovoiman muuttumiseen, jolloin ihmisen niveliin kohdistuu vähemmän räsytystä ja vesi kannattelee kokonaisvaltaisesti särkevää kehoa. Vesi hoitomuotona voi myös alentaa tulehdusta, turvotusta ja lisätä verenkiertoa, mikä lisää liikkuvuutta. Hyvä nesteytys on tärkeää hoitojen jälkeen. (Arthritis Foundation n.d.)

Aromaterapia-termillä käsitetään eteeristen öljyjen käyttämistä lääketieteellisessä tai terapeuttisessa tarkoituksessa. Se on yksi vaihtoehtoisista hoitomuodoista, joka tavoittelee hoitavaa ja rentouttavaa vaikutusta samanaikaisesti kehon ja mielen kautta. (Boehm & Büssing & Ostermann 2012.) Suurin osa tehdyistä tutkimuksista on keskittynyt aromaterapian käyttöön kivunhoidossa, pahoinvoinnin lievittämisessä sekä masentuneisuuden vähentämisessä, mutta aromaterapiasta on väitetyä hyötyä monessa muussakin yhteydessä. (Boehm ym. 2012.)

Tutkimusnäyttö aromaterapian hyödyistä on osin ristiriitaista ja puutteellista (Shin ym. 2016; Lakhan ym. 2016). Aromaterapian todellisiin vaikutuksiin liittyen on tehty vähän tutkimuksia verrattuna sen käytön suosioon esimerkiksi Yhdysvalloissa (Boehm ym. 2012; Lakhan & Sheaffer & Tepper 2016). Jotta aromaterapiaa menetelmänä voitaisiin hyödyntää laajemmin esimerkiksi terveydenhuollossa, olisi laadukasta tutkimusnäyttöä saatava enemmän ja isoilla koehenkilöryhmillä. Aromaterapialla saattaa olla vaikutusta koettuun kipuun ja ahdistukseen syöpäpotilailla, mutta yleistä suositusta sen käytöstä ei ainakaan vielä voi tämänhetkisen tiedon mukaan antaa. Useiden tehtyjen tutkimusten perusteella, on myös haastavaa erottaa, mikä osuus mahdollisesti esille tulleesta vaikutuksesta on hieronnalla eli kosketuksella ja mikä pelkästään aromaterapiaöljyillä. (Shin ym. 2016.) Aromaterapiaa tulisi kuitenkin pitää varteenotettavana menetelmänä kivun hoidossa, koska sillä ei ole raportoitu olevan haittavaikutuksia (Shin ym. 2016; Lakhan ym. 2016). Aromaterapia on myös menetelmänä kustannustehokas (Lakhan ym. 2016).

Saatto- ja palliatiivisen hoidon kärkimaa Iso-Britannia on käyttänyt täydentäviä hoitomuotoja jo vuosikymmenten ajan, mutta tutkimuksia menetelmien hyödyistä on yllättävän vähän (Nyatanga & Cook & Goddard 2018). Tutkimuksissa pitäisi huomioida paremmin potilasryhmien monimuotoisuus ja huomioida tarkemmin tutkimustuloksiin vaikuttavat tekijät, esimerkiksi toistojen vaikutus ja keston merkitys. (Kinnunen 2013: 201.) Huomamme useiden tutkimuksien ongelmakohtana olevan niiden heikko laatu, joka näkyi esimerkiksi liian pieninä otoksina eli osallistujamäärä ei ollut tarpeeksi suuri. Meidän näkökulmastamme katsottuna johtopäätösten tekeminen on silloin haastavaa. Meille oli myös yllättävää huomata kuinka vähän tutkimuksia täydentävistä ja vaihtoehtoisista hoitomuodoista on tehty. Henneghanin ja Schynerin (2015) mukaan terapiamuotojen maine pysyy tutkimuksissa usein kiistanalaisena, koska niiden toimintamuotoja ei täysin ymmärretä. Silti esimerkiksi syöpäpotilaita hoidettaessa käytetään usein näitä vaihtoehtoisia ja täydentäviä hoitomenetelmiä, koska niiden on todettu auttavan ja niistä halutaan tehdä myös lisätutkimuksia. (Henneghan & Schnyer 2015.)

Suomessa palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa osaamista on vahvistettava kehittämällä muun muassa suunnitelmallista henkilökunnan osaamisen vahvistamista ja moniammatillista toimintaa. Sosiaali- ja terveysministeriön (2019) tuoreen selvityksen mukaan ikääntyneiden palliatiivisen ja saattohoidon turvaamiseksi tarvitaan laatukriteerejä asiakkaan oman näkemyksen kuulemiseksi, sekä varmistamiseksi, että henkilökunta löytää äkillisessä tilanteessa potilaan elämän loppuvaiheen suunnitelmat, esimerkiksi hänen näkemyksiin kuuluvan henkisen ja eksistentiaalisen tuen. Laatukriteereihin kuu-

luvut lisäksi moniammatillisen tiimin hyödyntäminen, omaisten tukeminen sekä henkilökunnan tukeminen ennen asukkaiden kuolemaa ja sen jälkeen. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita 2019: 103–104.)

Vaikka kosketus on aina ollut ihmisille luonnollisin tapa luoda yhteys ympärillä oleviin ihmisiin, on sitä aiheena tieteessä vältelty pitkään esimerkiksi hoiva-, kommunikaatio- ja ruumiillisuustutkimuksissa, joten hyvää oloa tuottavan kosketuksen tutkiminen on jäänyt vähäiseksi (Kinnunen 2013: 14–15). Hoito- ja kuntoutusalan ammattilaisella pitäisi olla varma tapa koskettaa potilasta ja aikaa sekä uskallusta olla tarvittava aika lähellä. Tämä ei kaikilta onnistu luonnostaan, joten siksi kosketusta vaativat menetelmät tarvitsevat lisäkoulutusta ja perehtyneisyyttä. Yleisenä asenteena tutkimuksissa näkyi innostus oppia kosketuksen eri menetelmistä lisää (Berger ym. 2013; Henneghan & Schnyer 2015). Tästä kaikesta voimme päätellä, että ammattilaisten halu kehittyä ja hyödyntää kokonaisvaltaisesti potilaan kaikkia aistikokemuksia on lisääntynyt ja mahdolliset epäilevät ajatukset menetelmien tehokkuudesta vaihtuneet aitoon kiinnostukseen.

Toiminnallinen eheys eli kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ydin. Se saavutetaan, kun toimimme omia arvoja, uskomuksia ja vahvuuksia kunnioittaen sekä olemalla kunnioitavassa vuorovaikutuksessa ympäristömme kanssa. Nämä asiat mielessä pitäen ja niistä potilaan kanssa ymmärrettävästi keskustellen voimme auttaa häntä löytämään elämänlaatua parantavia asioita. (Pentland & McColl 2011: 148.) Tästä voimme päätellä, että vaikka tutkimukset antoivat monia eri kivunlievityksen menetelmiä eli tapoja auttaa potilasta, on jokaisen yksilöllisyyden huomioiminen ja kunnioittaminen työmme ydinasioita. Tutkimusten erilaiset tulokset menetelmien toimivuudesta vain todentavat sitä, että kaikki lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät eivät tehoa jokaiseen potilaaseen. Meidän ammatillinen vastuumme on auttaa potilasta yhteyden saamisessa omaan ytimeen ja sitä kautta löytää yhteys olla vuorovaikutuksessa sosiaalisen, fyysisen kulttuurisen ja institutionaalisen ympäristön kanssa. Tämä yhteys mahdollistaa hänelle itselleen mielekkään toiminnan, minkä ei tarvitse olla fyysistä toimintaa, ja näin parantaa potilaan elämänlaatua.

Kuten aikaisemmin olemme tuoneet esille, niin Javier & Montagnin (2011) mukaan kuntoutus ja niihin vahvasti sidoksissa olevat tavoitteet ovat palliatiivisessa ja saattohoidossa lyhytaikaisia ja koskevat pääasiassa jokapäiväisiä arkitilanteita (Javier & Montagnin 2011: 638–639). Kuoleman lähestyessä potilas kokee yksilöllistä kipua, jonka oireet voivat olla fyysisiä tai psykologisia (Hänninen 2003: 73, 76; Terveyskylä 2018; Palliatiivinen ja saattohoito, Käypä hoito -suositus 2018). Voisimme siis päätellä, että kuoleman

lähestyessä potilaalle tulee luonnollisesti ahdistavia ja masentavia ajatuksia mieleen. Potilaalla pitää silloin olla mahdollisuus yhdessä läheisten ja moniammatillisen työryhmän kanssa löytää elämäänsä uusia merkityksiä. Tämä onnistuu kunnioittamalla potilaan henkisyttä eli ihmisen ydintä läsnäolevalla vuorovaikutuksella ja antamalla potilaalle tarpeeksi aikaa tuoda ajatuksiaan esille. Näin meillä on mahdollisuus löytää potilaalle sopivat eli hänelle merkitykselliset kivunlievitysmenetelmät ja saamme hänet silloin parhaiten sitoutumaan toimintaan ja sitä kautta voimme toteuttaa lyhytaikaisia tavoitteita koskien arjen pieniä hetkiä.

6 Pohdinta

Työmme tavoitteena oli löytää yhteistyökumppanille, Suursuon sairaalan saattohoidon ja palliatiivisen osaston 21 työntekijöille, uusia lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä osaksi heidän työtään sairaalan arjessa. Tutustuimme teoretietoon palliatiivisesta ja saattohoidosta, kivusta, läsnäolosta sekä kosketuksesta, ymmärtääksemme yhteistyökumppanin työnkuvaa ja käsiteltävää aihetta. Esittelimme alussa kolmen eri alamme teorioita ja viitekehyksiä, koska halusimme käyttää ammatillista osaamistamme aiheen ja tutkimusten syvällisempään pohdintaan sekä liittää ne osaksi moniammatillista työskentelyä. Meille oli myös tärkeää ymmärtää monialaisen ja moniammatillisen termien merkitykset, jotta saisimme paremman käsityksen yhteistyömme mahdollisuuksista ja odo- tuksista.

Toimintaterapian näkökulmaa tarkasteltiin tutkimuksissa pääasiassa kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallin (*Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* CMOP-E) avulla, koska siinä yhdistyivät parhaiten potilaan henkisyys ja ympäristöt hänelle merkityksellisiin toimintoihin. Opinnäytetyötä tehdessä geronomin, eli vanhustyön ammattilaisen viitekehysistä ovat korostuneet gerontologinen osaaminen ja eettiset periaatteet, monialainen osaaminen ja toimiminen eri ympäristöissä sekä voimavaralähtöinen ja kuntouttava työ (Suomen Geronomiliitto ry 2014).

Nämä lähtökohdat yhdistyivät monialaiseksi näkökulmaksi ja lopulta moniammatilliseksi toiminnaksi, jossa meidän kolmen alan yhdistäviksi tekijöiksi muodostuivat yksilön ymmärtäminen ja kunnioittaminen kokonaisvaltaisesti. Ammattien yhteinen tavoite on nähdä potilaan elämänhistoria ja kunnioittaa hänen yksilöllisiä piirteitään. Pyrimme mahdollistamaan potilaalle mielekkäitä toimintoja hänen fyysisen ja henkisen terveytensä mukaisesti, ja löytämään keinoja niiden toteuttamiseksi erilaisten apukeinojen avulla. Esimerkiksi CMOP-E-mallin ihmisestä on vahva yhteys myös fysioterapian näkökulmasta ihmisen fyysiseen terveyteen, toimijuuteen ja liikkeeseen (Townsend & Polatajko 2013: 23–30, 60, 68, 40–41, 46). Meille toimijuus ja sen mahdollistaminen ovat yhteisiä asioita. Ikä on tärkeä huomioitava asia potilaan fyysisissä ominaisuuksissa, josta vanhustyö voi avata meille uusia näkökulmia. Laajempi näkemys ja kokemus kohdata muistisairaita ovat hyödyllistä palliatiivisella ja saattohoito-osastolla, jossa usein kohdataan jo pitkälle dementoituneita ihmisiä. Ikä vaikuttaa myös potilaan affektiivisiin (sosiaaliset ja emotionaaliset tekijät) ja kognitiivisiin tekijöihin, jotka taas ovat tärkeitä asioita osana potilasta ja jotka vaikuttavat hänen toiminnallisuuteensa.

Moniammatillisesti on tärkeää huomioida myös potilaan ympäristö, kun puhutaan hyvästä palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta, koska se vaikuttaa potilaaseen ja hänen toiminnallisuuteensa. Voimme olla muokkaamassa potilaan ympäristöä viihtyisämmäksi ja toimivammaksi yhteistyössä omaisten kanssa. Potilaan hyvinvointia muokkaavat erilaiset ympäristöt, joihin kuuluvat kulttuurinen, institutionaalinen, sosiaalinen ja fyysinen ympäristö (Hautala ym. 2013: 214–216; Turpin & Iwama 2011: 118; Townsend & Polatajko 2013: 23, 28, 30, 48–53). Tästä voimme päätellä sen, että missä ja millaisessa ympäristössä potilasta hoidetaan, on kokonaisvaltainen vaikutus häneen ihmisenä. Ympäristön pitää mahdollistaa hänen arvomaailmaansa sopivia asioita, esimerkiksi uskonnon ollessa tärkeä osa potilaan identiteettiä, on sitä moniammatillisesti tuettava. Palliativisessa hoidossa on mahdollista kuntoutua sen verran, että kotiin pääseminen voi toteutua, jolloin osasto vaihtuu kotiin. Sillä voi olla pitkälle vaikuttavia positiivisia vaikutuksia potilaan voinnissa. Moniammatillisen työryhmänä on tärkeää tukea lähipiiriä ja näin mahdollistaa heidän tarjoamaansa tukea ja läsnäoloa potilaalle, mikä taas voi muokata potilaan kokemuksia asioista sekä vaikuttaa hänen jaksamiseensa sairauden keskellä.

Päädymme narratiiviseen kirjallisuuskatsaukseen tutkimuskysymyksen laajuuden vuoksi. Käsittelimme eettisiä periaatteita pääosin tiedonhankinnan näkökulmasta, koska halusimme tuottaa yhteistyökumppanille luotettavaa tietoa tehtyjen tutkimusten avulla. Emme rajanneet aihetta emmekä hakumenetelmiä tarkasti, koska se ei ollut yhteistyökumppanista tarpeellista ja halusimme molemmat saada mahdollisimman selkeän kuvan siitä, mitä yhteistyökumppanille ennestään tuntemattomia kivunhallinnanmenetelmiä käytetään kansainvälisesti.

Hakumenetelmäksi valitsimme kolme sosiaali-, terveys- ja kuntoutusalan tietokantaa. Vaikka kaikki valitsemamme tutkimukset eivät täysin täyttäneet hyvän tutkimuksen laatuksitekijä, esimerkiksi osallistujamäärien jäädessä pieneksi, päätimme ottaa ne silti kirjallisuuskatsaukseen mukaan, koska muuten kirjallisuuskatsaus olisi jäänyt sisällöltään vajaaksi. Tutkimusten analyysissä hyödynsimme laadullisen eli kvalitatiivisen analyysin menetelmiä. Hyödynsimme esimerkiksi koodausta ja visuaalisia keinoja muodostamalla erilaisia taulukoita saaduista tiedoista ja tuloksista, sekä jätimme viimeisimmän taulukon työhön, koska koimme sen auttavan tutkimusten kokonaiskuvan hahmottamisessa. Tutkimusten käsittelyvaiheessa koimme tarpeelliseksi esittää teoretietoa tutkimuksien yhteydessä, koska moni menetelmästä oli meille tuntemattomia ja myös yhteistyökumppanille uusia.

Ohjaavien opettajiemme mukaan Metropolian ammattikorkeakoulussa ei ole juuri tehty kolmen eri alan edustajan opinnäytetyötä. Tämän vuoksi on mielestämme tärkeää tuoda seuraavissa luvuissa esille kokemuksiamme työskentelystä saatujen tulosten pohdinnan lisäksi, jotta tulevat opiskelijat ja ohjaajat voivat hyödyntää tulevaisuudessa meidän kokemuksiamme.

6.1 Opinnäytetyön eettinen arviointi

Olemme oman arviomme mukaan viitanneet huolellisesti toisten kirjoittamiin teksteihin ja pitäneet ne erillään omista ammatillisista pohdintoista. Lähdemateriaalia olemme hyödyntäneet kirjallisuuskatsauksen tekemisessä ja tutkimusten haku-, analyysi- ja tulkinta-prosessissa. Olemme pohtineet mahdollisuuksien mukaan lähteiden luotettavuutta ja vakuuttavuutta. Esimerkiksi täydentävistä ja vaihtoehtoisista menetelmistä puhuttaessa emme olleet täysin varmoja löydettyjen verkkosivujen tuottaman teorian tiedon vakuuttavuudesta, mutta ennen päätöstä tutkimme useita lähteitä ja päättelimme mainittujen sivujen tuottamien tietojen antavan uskottavimman tiedon yhdistettynä tutkimuksista saattuihin tietoihin menetelmistä.

Tarkoituksena oli tunnistaa mahdolliset ennako-oletukset katsauksen löydöksiä kohtaan, jotta pystyisimme työskentelemään aiheen parissa objektiivisesti. Emme pyrkineet ennustamaan tuloksia etukäteen, jottei löydöksiä kokonaiskuva vääristyisi. (Niela-Vilèn & Hamari 2016: 24.) Ennako-odotuksia oli vaikea muodostaa, koska meillä ei ollut juurikaan aikaisempaa tietämystä palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Sitä käsiteltiin vain hieman vanhustyön perusopinnoissa, mutta valinnaisten opintojen kautta aiheen käsitteleminen oli osalle meistä jo tutumpaa. Ennako-odotusten puuttuminen oli hyvä asia, koska näin ne eivät oman ammatillisen pohdintamme mukaan päässeet vaikuttamaan kirjallisuuskatsauksen tekoprosessiin.

Yhteydenpitomme oli prosessin edetessä säännöllistä yhteistyökumppanin Suursuon sairaalan Saattohoito - ja palliatiivisen osaston 21 hoitohenkilökunnan kanssa. Halusimme olla varmoja, että luetut artikkelit ja meidän omat mielenkiinnon kohteemme palvelevat myös heidän kiinnostustaan koskien uusia kivunhallinnan menetelmiä. Yhteistyökumppanin ja oman ammatillisen osaamisemme perusteella uskalsimme luottaa siihen, että heidän potilaansa voisivat hyötyä tulevaisuudessa opinnäytetyössä käsitellyistä menetelmistä.

6.2 Tutkimukset ja niiden tulkinta

Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tekemisen suurimpana haasteena oli tutkimusten saatavuus. Emme saaneet kaikkia löytämiämme kiinnostavia tutkimuksia edes ulkopuolisten ihmisten avulla auki, mikä mielestämme vaikutti objektiivisten tulosten saamisen onnistumiseen. Myös sanahaut ja rajaukset olisivat voineet olla monipuolisempia. Näin jälkikäteen tarkasteltuna olisimme voineet esimerkiksi hyödyntää enemmän synonyymi-kirjastoa ja sanakirjoja ja näin saada käyttöön monipuolisempia hakusanoja tietokantoihin.

Tutkimusten tulosten ristiriitaisuus yllätti, vaikka tieteen parissa on tavallista, että väitteillä tulee olla vankat perustelut. Useissa käsitellyissä tutkimuksissa kantaa otettiin puolesta ja vastaan vielä tavanomaistakin varovaisemmin. Usein syynä tähän oli tutkimusten tulosten luotettavuuden haasteena ollut pieni otos, jolloin saatujen tulosten yleistettävyyttä isommalle joukolle on epävarmaa.

Kuitenkin oli jo etukäteen odotettavissa, että tarkastelemiemme menetelmien toimivuus potilailla on yksilöllistä. Olisi mielenkiintoista, jos löytyisi keinoja, joilla niiden kohdentamista juuri kyseisestä toiminnasta hyötyväälle henkilölle voisi tehdä jo etukäteen. Se auttaisi myös kustannusten hallinnassa. Harva käsittelemämme menetelmä tarvitsee erityisiä välineitä, tiloja tai pitkää koulutusta, mutta resurssien kohdentaminen tuloksellisiin toimintoihin on välttämätöntä kustannustehokkuuden näkökulmasta.

Toimintakyvyn ja sitä myötä elämänlaadun heikkeneminen ovat yleisiä ilmiöitä potilailla palliatiivisessa ja saattohoidossa (Javier & Montagnini 2011: 638). Silloin tarvitaan laadukasta hoitoa, jonka mahdollistaa moniammatillinen ryhmä, jonka tavoitteena on pitää huolta saattohoidettavan monipuolisesta hyvinvoinnista (Grönlund & Huhtinen 2011: 112–113; Javier & Montagnini 2011: 647). Yhdistävinä tekijöinä meidän kolmella eri ammattialallamme ovat asiakaslähtöisyys ja ainutlaatuinen näkökulma kuhunkin yksilöön (Suomen Geronomiliitto Ry 2014; Suomen Fysioterapeutit 2017; Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry 2019). Tutkimuksissa nähtiin, kuinka kaikki menetelmät eivät toimineet jokaiseen potilaaseen, vaan oli myös poikkeuksia. Kivunlievityksen menetelmiä on onneksi useita ja meidän tehtävänä on löytää yhdessä asiakkaan kanssa juuri hänelle sopivin. Meillä jokaisella ammatin edustajalla on omat ammatilliset vahvuudet annettavana työryhmälle ja tämän opinnäytetyön avulla olemme kehittyneet ammatillisen roolin löytämisessä ja hyödyntämisessä osana moniammatillista työryhmää.

Kipu on fyysinen, sensorinen ja yksilöllinen kokemus (Hänninen 2003: 73, 76). Yhdessä läheisten kanssa voimme ainoastaan olla lähellä ja antaa kokonaisvaltaisen tukemme potilaalle, joka käy sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä monia ajatuksia sekä kokemuksia läpi. Me voimme yhdessä varmistaa hyvän läsnäolon sekä kipuja helpottavien ja rentouttavien toimintojen avulla antaa potilaalle mahdollisuuden jakaa ajatuksia ja kokemuksia kanssamme. Näin meidän luontainen tarpeemme kuulua johonkin täytyy myös elämän loppuvaiheessa.

Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen eli CMOP-E-mallin ja erityisesti sen ytimen mukaisesti ajateltuna henkisyys saa uuden roolin. Voimme hyödyntää vuorovaikutuksessa potilaan henkisyttä kivun ja menetyksen käsittelyssä. Meillä ammattilaisilla on mahdollisuus löytää potilaan voimavarat, tahto, motivaatio, arvot, uskomukset ja itseohjautuvuus potilaan muiden affektiivisten ja kognitiivisten tekijöiden kanssa, sekä yhdistää ne ympäristöön ja lopulta toimintaan. Meidän ammatillisen osaamisemme avulla potilaalle voi tulla selkeämpi käsitys itsestään nykyisessä elämäntilanteessa ja näin hänen toivon mukaan saa lisää mielenrauhaa menneestä sekä tulevasta ja pystyy keskittymään paremmin hetkeen.

Fyysinen koskettaminen ei aina toimi hoivan ja vuorovaikutuksen välineenä, koska varsinkin saattohoidon viimeisissä vaiheissa se voi aiheuttaa potilaalle kipua tai muuten epämiellyttävää olon (Styrman & Tornainen 2018: 89). Ammatillisen pohdintamme mukaan osaa menetelmistä voi käyttää ainoana hoitomuotona, jos potilas ei koe liian kovia kipuja, esimerkiksi palliatiivisen hoidon alussa. Myöhemmin jo tutuksi käyneellä lääkkeettömällä menetelmällä voi täydentää potilaan lääkehoitoja. Yksi hyvästä vaihtoehdoista tämän kaltaiseen toimintaan on esimerkiksi Reiki-menetelmä. Reikillä pyritään löytämään mielen ja kehon tasapaino. Menetelmää voi käyttää joko fyysisellä kosketuksella tai ilman kosketusta (Reiki ry n.d.; International Association of Reiki Professionals 2019), mikä mahdollistaa sen käytön lääkkeettömänä kivunlievittäjänä potilaan kuolemaan saakka. Sitä hyödynnettäessä on mahdollista antaa lääkkeetöntä kivunlievitystä ja samalla läsnäolevaa vuorovaikutusta potilaalle, jopa ilman fyysistä kontaktia. Eli hoidon alkuvaiheissa menetelmää voi hyödyntää kosketuksen kanssa ja myöhemmin ilman kosketusta. Menetelmä on myös helppo oppia (Reiki ry n.d), joten sitä voivat hyödyntää hoitohenkilökunta ja potilaan läheiset.

Vesi- ja kylpylämenetelmät vaativat pohdintamme mukaan enemmän tutkimuksia. Havaintojemme perusteella suurin osa potilaista hyötyivät kylpylä-menetelmästä ja erityisesti mahdollisuus kehon parempaan liikkuvuuteen (Skaczkowski ym. 2018) toi ehkä

potilaille lisää hallinnan tunnetta koskien omaa kehoa ja elämää. Tällaisesta voimauttavasta tunteesta voi pohdintamme mukaan olla pitkävaikutteista hyötyä. Meistä tämä myös todistaa ihmisen tarpeen toiminnallisuuteen ja hallinnan tunteeseen myös elämän loppuvaiheessa. Potilaiden yksilöllisyys on hyvä huomioida, koska veden aiheuttama oireiden lisääntyminen voi olla yhteydessä esimerkiksi potilaan lapsuudessa koettuun traumaan, mikä on hyvä selvittää etukäteen.

Mietimme ristiriitaisten tutkimustulosten perusteella täydentävien ja vaihtoehtoisten menetelmien luotettavuutta lääkkeettöminä kivunhoitomenetelminä ja voisimmeko sen vuoksi ottaa niitä osaksi työtämme. Meidän vastuulla oli tuottaa uutta ja mahdollisimman avointa tietopohjaa kivunlievitysmenetelmistä, jonka avulla yhteistyökumppani voisi myöhemmin tehdä päätöksen menetelmien mahdollisista kokeilusta ja käytöstä. Keskustelujen ja sähköpostien välityksellä päädyimme yhdessä yhteistyökumppanin kanssa ottamaan myös täydentäviä ja vaihtoehtoisia menetelmiä mukaan, koska niitä oli jo jonkin verran kansainvälisesti tutkittu ja osa potilaista olivat niistä myös hyötäneet. Meille luottamusta tutkimuksista ja niiden tuloksista lisäsi myös se, että tutkijat mainitsivat tarpeen lisätutkimuksille, joten menetelmistä kannattaa lukea jatkossakin tutkimuksia tiedon sekä vakuuttavuuden kartuttamiseksi.

Ammatillisen pohdintamme mukaan Namaste Care -menetelmä sitoo kosketuksen ja läsnäolon toisiinsa, osana kaikkein tärkeintä, eli hyvää vuorovaikutusta potilaan kanssa. Merkityksellistä lääkkeettömän kivunhoidon tarjoamisessa on, että sillä on usein positiivinen vaikutus potilaan lisäksi myös sen antajalle, etenkin silloin, kun se tapahtuu luonnollisesti, sataprosenttisella läsnäololla, siinä hetkessä.

6.3 Moniammatillinen työskentely

Työn alkuvaiheessa pohdimme enemmän meidän kolmen eri alan yksilötyöskentelyä ja sitä, mitä kukin meistä tuo oman ammattinsa edustajana työhön. Katajamäen (2010) mukaan onnistunut yhteistyö rakentuu omaan ammatilliseen osaamiseen, mutta myös sen jakamiseen ja toimiseen yhteisen tavoitteen eteen (Katajamäki 2010: 24–26). Eli onnistuaksemme yhteistyössä asettamamme tavoitteen eteen meidän oli myös opittava toisiltamme. Tällainen mahdollistuu rikkomalla omia ammatillisia rooleja (Katajamäki 2010: 25) eli astumalla ulos omasta ammatillisesta kuplasta. Näin voi nähdä kollegan osaamisen osana työtä ja myös oppia ajattelemaan asioita uudesta näkökulmasta sekä kehittyä ammatinharjoittajana paremmaksi. Tekstit eivät siis muodostuneet ainoastaan

yleisen tiedon jakamisesta, vaan kävimme vuoropuhelua löydetyn tiedon ja eri ammattialojen välillä.

Työn edetessä huomasimme keskustelujen siirtyneen erillisestä kommentoinnista yhteiseksi pohdinnaksi löydetystä tutkimuksista ja menetelmistä, sekä niiden hyödyistä ja haitoista osana potilaan kokonaisvaltaista hyvinvointia. Kukin meistä pystyi usein yhtymään toistemme näkökulmiin esimerkiksi jatkamalla tai täydentämällä toisen aloittamaa lausetta tai lisäämällä tekstiin viitteen omaan ammatilliseen osaamiseen perustuen. Siksi emme korostaneet näissä tilanteissa alan edustajia, vaan pääsääntöisesti pyrimme muodostamaan keskustelut moniammatilliseksi kokonaisuudeksi eri lähteiden ja meidän kesken. Joissakin kohdissa, kuten CMOP-E-mallista puhuttaessa, alan edustaja tuli selvästi esille, ja koimme sen olevan välillä myös tarpeellista, jotta lukija hahmottaa vuoropuhelun ja pohdinnan rakentuvan monen alan osaamisen näkökulmista.

Yhteistyörakenteet takaavat onnistuneen moniammatillisen työskentelyn (Katisko & Kolkka & Vuokila-Oikkonen 2014: 5; Katajamäki 2010: 24–25). Kolmen opinnäytetyöntekijän välisen yhteistyön yksi haaste oli eriävät toimintatavat, joita meistä kukin on omissa opinnoissaan omaksunut ja kehittänyt. Näin jälkikäteen pohdittuna se näytti realistisen kuvan meidän tulevasta työelämästä, jossa ihmiset, heidän käytäntönsä ja tapansa vaihtelevat ja sekoittuvat keskenään. Hyvällä työyhteisön jäsenellä on oltava kyky hyväksyä se, nähdä asiat myös muiden näkökulmasta sekä mukauttaa oma toimintansa niihin sopivaksi. Tätä opinnäytetyötä tehdessä me harjoittelimme eri näkökulmien yhteensovittelua, missä yhteisen päämäärän muistamisella ja sitä kohti työskentelyllä on merkittävä rooli.

Saimme monipuolista ohjausta kolmen eri alan osajilta ja opiskelijoilta. Ohjaus tuotti joskus myös hämmennystä, sillä osa saaduista neuvoista olivat ristiriidassa keskenään. Olimme kuitenkin saaneet heti työn alussa ohjausta, jossa meitä kannustettiin tekemään myös omat ratkaisumme yhdessä yhteistyökumppanin kanssa. Pyrimme ratkaisemaan asioita osaamiseemme pohjaten. Opimme ottamaan vastuun tehdyistä ratkaisuista saaden näin itsellemme ammatillisen osaamisen vahvistavia kokemuksia. Yhteistyö Suur-suon sairaalan osaston kanssa syvensi käsitystämme moniammatillisesta työryhmästä ja sen työskentelystä.

Sosiaali- ja kuntoutusalan tulevina ammattilaisina työnkuvamme saattohoidon ja palliativisen hoidon kentällä voi olla varsin monipuolinen. Kun potilaan elinajanodote on lyhyt,

on erityisen tärkeää tarjota hänelle mahdollisimman omannäköinen, arvokas ja hyvä lopuelämä. Näemme ihmisen sairauden taustalla, eli hänen voimavaransa ja elämänkaarensa; minkälainen historia hänellä on, minkälaisia mieltymyksiä ja tapoja hänellä on ja mikä on merkityksellistä hänelle. Voimme vaikuttaa osastolla muun muassa potilaiden terveyteen ja hyvinvointiin sekä pitää huolta siitä, että potilaan ääntä kuullaan häntä koskevissa asioissa. Lisäksi vanhustyön asiantuntija voi olla parantamassa ja kehittämässä sairaalaympäristöä.

Suomessa toteutetussa tutkimuksessa (Köhler & Rautava & Vuorinen 2018) huomattiin, että lääkäri saattaa jo lyhyillä kysymyksillä tai potilaan arjen ottamisella huomioon saada potilaassa itsessään käynnistymään reflektoinnin, jolla on vaikutusta hoidon tuloksellisuuteen. Kun lääkäri huomioi potilaalle merkityksellisen asian tai ympäristön, potilas on tyytyväisempi, halukkaampi ja kyvykkäämpi edistämään kuntoutumistaan ja hän todennäköisemmin tekee päätöksen toimintasuunnitelmasta, jolla auttaa kuntoutumistaan. Lisäksi potilas kokee hallinnan tunnetta kuntoutumisensa suhteen turhautumisen tai epätoivon sijaan. (Köhler & Rautava & Vuorinen 2018.) Pohdintamme tämä koskee kaikkien alojen työntekijöitä. Asiantuntija ei voi yksipuolisesti kertoa potilaalle, miten hänen tulisi toimia. Fysioterapiassa ja toimintaterapiassa tämä koetaan useimmiten käytännössä haasteeksi, joka vaatii herkkää tasapainottelua potilaan ja moniammatillisen työryhmän näkemysten välillä. Tämä koskee myös palliativisen ja saattohoidon parissa työskenteleviä. Moniammatillisen tiimin on otettava huomioon potilas omaan elämäänsä vaikutusvaltaisena ja -kykyisenä yksilönä lyhyt- ja pitkäaikaisia tavoitteita laatiessa, jolloin luomme myös potilaalle mielekästä ja tavoitekeskeistä toimintaa (Hill 2016: 451). Meidän tärkein lyhyt- ja pitkäaikainen tavoitteemme on lievittää potilaan kipua mahdollisimman hyvin ja se onnistuu parhaiten potilaaseen tutustuen ja hänelle iloa ja hyvää oloa tuottavia asioita hyödyntämällä pienissä arjen tilanteissa.

Luettuamme useita lähteitä, opinnäytetöitä ja tutkimuksia työtämme varten, voimme todeta, ettei toimintaterapian mahdollisuuksia vielä tunneta kovin hyvin osana palliativista ja saattohoitoa. Saattohoitoa tarjoavissa yksiköissä fysioterapeutti on sen sijaan tuttu jäsen moniammatillisessa tiimissä (Vuorinen & Järvimäki 2012). Toimintaterapialla on toimivien apuvälineiden mahdollistamisen lisäksi myös taito ymmärtää potilaan elämä kokonaisvaltaisena kokemuksena. Meillä toimintaterapeuteilla on työkaluja keskustella myötätuntoisesti potilaan kanssa hänen menneisyydestään, tulevaisuudestaan ja yksilöllisyydestään. Meillä on myös taito auttaa sopivien tavoitteiden muodostamisessa ja näin edistää potilaan toiminnallisuutta. Sieltä osaamme yhdessä potilaan sekä läheisten

kanssa ammentaa hänelle merkityksellisiä toimintoja tähän päivään, jotka voivat taas parantaa potilaan maailmassa olemisen kokemusta ja elämänlaatua.

Olimme onnekkaita saamastamme tuesta ja keskusteluista yhteistyökumppanimme Suursuon sairaalan saattohoito- ja palliatiivisen osaston 21 hoitohenkilökunnan kanssa. Yhteydenpito ja tapaamiset auttoivat meitä ymmärtämään heidän työnsä käytännön sisältöä ja pohtimaan, miten me voisimme omalla osaamisella tuoda siihen uusia näkökulmia tutkimusten kautta. Tarkemmalla aiheen rajauksella olisimme voineet keskittyä syvemmin tiettyyn aihealueeseen ja tutkimuksiin, mutta jotakin muuta tärkeää olisi voinut jäädä kokonaan huomaamatta, kun etsimme uusia menetelmiä yhteistyökumppanin työvälineiksi.

6.4 Aiheen jatkokäsittely

Vanhustyön tulevalle osaajalle perehtyminen aiheeseen ja yhteistyö palliatiivisen ja saattohoito- osaston kanssa oli mielenkiintoista ja avartavaa, sillä opinnoissa on aihetta sivuttu vain jonkin verran. Fysioterapian ja toimintaterapian opinnoissa palliatiivista ja saattohoitoa ei kokemuksemme mukaan käsitellä lainkaan, vaan mahdollisuudet aiheen tutustumiseen on löydettävä valinnaisten opintojen kautta. Tämän tärkeän aiheen käsitteilyä voisi lisätä ammattikorkeakouluopinnoissa, jotta ammattilaiset saisivat jo ennen valmistumistaan kokemuksia vähintään kuolemasta puhumisesta sekä perustietoa potilaan ja hänen läheistensä kohtaamisesta palliatiivisessa ja saattohoidossa. Tämä voisi vähentää tutkimuksista ja lähteistä havaittua tarvetta lisäkoulutukselle koskien palliatiivisen ja saattohoidon erilaisia elementtejä (O'Brien ym. 2018: 183; Kroonisen kivun ja syöpäkivun kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017–2020 2017: 46–48; Berger ym. 2013; Henneghan & Schnyer 2015).

Työmme tavoitteena oli löytää uusia menetelmiä osaksi Suursuon sairaalan saattohoito- ja palliatiivisen osaston työntekijöiden hoitotyötä osastolle 21. Näin jälkikäteen ajateltuna tavoite ei välttämättä ole tarpeeksi korkealla opinnäytetyön tavoitteeksi. Työmme alussa halusimme kehittää tavoitetta lisäämällä siihen jatko-osan ”ja haluamme näin lisätä potilaiden elämänlaatua”, mutta hylkäsimme sen, koska emme olisi tämän opinnäytetyön aikana millään voineet mitata menetelmien tehoa ja hyötyä potilaiden hyvinvointiin, koska etsimme vasta uusia menetelmiä henkilökunnan harkintaan ja käyttöön. Osa menetelmistä, esimerkiksi reiki, vaatii myös spesifiä lisäkoulutusta, joten aikataulu ei olisi riittänyt potilaiden kokemusten havainnoimiseen. Siksi teimme opinnäytetyön tiedon kartoittamisen näkökulmasta.

Meidän ammatillinen näkemyksemme on, että esille tuodut tutkimukset ja niistä havaitut menetelmät voivat lisätä potilaiden elämänlaatua. Sen vuoksi toivomme tälle työlle ja aiheelle jatkoa. Tämä tarkoittaa mielestämme sitä, että tulevilla opinnäytetyön tekijöillä on oiva mahdollisuus jatkaa hedelmällistä yhteistyötä Suursuon kanssa kokeilemalla menetelmiä käytännössä ja selvittää niiden vaikuttavuutta. Suosittelemme toimimista moniammatillisena työryhmänä, koska näin menetelmien hyötyä voidaan tarkastella useammasta eri näkökulmasta, mikä täydentää opinnäytetyön resurssien puutteellisuutta siinä, että otanta jää todennäköisesti pieneksi.

Jotkut menetelmistä voivat tuntua esimerkiksi ajallisesti tai taloudellisesti haastavilta toteuttaa. Niistä on silti hyvä poimia ajatus ja joitakin osia osaston resurssien mukaisesti. Potilaalle itselleen mielekkäät toiminnot vähentävät tutkitusti kivun kokemuksia (Hill 2016: 451). Tähän kirjallisuuskatsaukseen kootuista tutkimuksista voisi siis päätellä, että lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien tarkoituksena on ajatusten siirtäminen ja keskittäminen muuhun kuin sen hetkiseen, koettuun kipuun ja mieltä askarruttaviin huoliin. Se onnistuu parhaiten silloin, kun kivunlievityksen menetelmä on potilaan itsensä valitsema ja se tuottaa hänelle mielihyvää. Silloin potilaalla ja myös hänen läheisillään on parempi mahdollisuus tehdä vielä yhdessä miellyttäviä asioita ja näin keskittyä myös tärkeiden sanojen jakamiseen ennen viimeisiä hyvästejä.

Lähteet

Aalto, Kirsti 2013. Potilaan, omaisten ja hoitajien tukeminen. Kirkko saattohoidon kehittäjänä. Teoksessa Hänninen, Juha & Luomala, Marjukka (toim.): Elämän puu. Kirjoituksia saattohoidosta. Helsinki: Otava. 143–170.

Anttonen, Mirja Sisko 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Saatavana osoitteessa: <<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98745/978-952-03-0066-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Luettu 16.2.2019.

Arthritis Foundation n.d. Warm Water Works Wonders on Pain. Turn your bath into a powerful weapon against aches, stiffness and fatigue. Saatavana osoitteessa: <<https://www.arthritis.org/living-with-arthritis/pain-management/tips/warm-water-therapy.php>>. Luettu 19.3.2019.

Berger, Liora & Tavares, Marianne & Berger, Brian 2013. A Canadian Experience of Integrating Complementary Therapy in a Hospital Palliative Care Unit. *Journal of Palliative Medicine* 16 (10). Saatavana osoitteessa: <<https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2013.0295>>. (Vaatii salasanan.) Luettu 18.1.2019.

Boehm, Katja & Büssing, Arndt & Ostermann, Thomas 2012. Aromatherapy as an Adjuvant Treatment in Cancer Care — A Descriptive Systematic review. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicine* 9 (4). 503–518. Saatavana osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3746639/>>. Luettu 14.3.2019.

Egan, Mary & Delaat, M. Denise 1994. Considering spirituality in occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 61 (2). 95–101.

Egan, Mary & Swedersky Jill 2003. Spirituality as Experienced by Occupational Therapists in Practice. *The American Journal of Occupational Therapy* 57 (5). 525–533.

Engblom, Katariina & Lehtonen, Elisa 2010. Läsä ja lähellä. Opas kuolemaa ja surua kohtaaville vapaaehtoisille. Helsinki: Eläkeliitto.

Gothi, Raili 2012. Kosketuksia arjessa, hoidossa ja pyhässä. Helsinki: Kirjapaja.

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

Hagelberg, Nora & Finne-Soveri, Harriet 2018. Muistisaira potilaan kivun hoito. Teoksessa Saarto, Tiina & Hänninen, Juha & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.) *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. Helsinki: Duodecim. 240.

Hautala, Tiina & Hämäläinen, Tuula & Mäkelä, Leila & Rusi-Pyykkönen Mari 2013. Toiminnan voimaa. *Toimintaterapia käytännössä*. Helsinki: Edita.

Healing Touch Program 2019. Worldwide Leaders in Energy Medicine. What is Healing Touch? Saatavana osoitteessa: <<https://www.healingtouchprogram.com/about/what-is-healing-touch>>. Luettu 9.3.2019.

Heiskanen, Tarja 2015. Kivun hoitoperiaatteet ja lääkehoito. Teoksessa Saarto, Tiina & Hänninen, Juha & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.): Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim. 53–54.

Henneghan, Ashley M. & Schnyer, Rosa N 2015. Biofield Therapies for Symptom Management in Palliative and End-of-Life Care. American Journal of Hospice & Palliative Medicine. Saatavana osoitteessa: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049909113509400?journalCode=ajhb>>. (Vaatii salasanan.) Luettu 7.1.2019.

Heikkinen, Helena & Kannel, Virpi & Latvala, Eila 2004. Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WSOY.

Hietanen, Päivi & Vainio, Anneli 2018. Vuorovaikutus palliatiivisessa hoidossa. Sanallinen ja sanaton viestintä. Teoksessa Saarto, Tiina & Hänninen, Juha & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.): Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim. 107–112.

Hill, Wendy 2016. The role of occupational therapy in pain management. Anaesthesia & Intensive Care Medicine 17 (9). 451–453. Saatavana osoitteessa: <https://ac-els-cdn-com.ezproxy.metropolia.fi/S1472029916300820/1-s2.0-S1472029916300820-main.pdf?_tid=d8319d98-202e-40fe-834c-3074a892a6ad&ac-dnat=1550581576_dac4f4036b620d8b6b09637b6d9afbfe>. Luettu 19.2.2019.

Holloway, Margaret & Adamson, Sue & McSherry Wilf & Swinton, John 2011. Spiritual care at the end of life: a systematic review of the literature. University of Hull. Department of Health. Saatavana osoitteessa: <https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215798/dh_123804.pdf>. Luettu 15.1.2019.

Hänninen, Juha 2015. Saattohoito-opas. Potilaan ja omaisen opas. Terhokoti. Etelä-Suomen Syöpäyhdistys. Saatavana osoitteessa: <<https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/syopa-alueelliset/sites/171/2017/02/20143850/Saatto-2015-nettiin.pdf>>. Luettu 27.12.2018.

Hänninen, Juha 2003. Saattohoito. Saattopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Duodecim.

International Association of Reiki Professionals 2019. What is Reiki? Saatavana osoitteessa: <<https://iarp.org/what-is-reiki/>>. Luettu 7.3.2019.

Javier, Noel S.C. & Montagnini, Marcos L. 2011. Rehabilitation of the Hospice and Palliative Care Patient. Journal of Palliative Medicine 14 (5). 638-648. Saatavana osoitteessa: <<https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/90493/jpm-2E2010-2E0125.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Luettu 15.3.2019.

Joyce, Janine & Herbison, G. Peter 2015. Reiki for depression and anxiety. Cochrane-katsaus. Saatavana osoitteessa; <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006833.pub2/epdf/full>>. Luettu 1.3.2019.

Junes, Emilia & Keckman, Anne & Kuosa, Marja & Tuiskunen, Marika 2017. Fysioterapia osana palliativista ja saattohoitoa. *Fysioterapia* 63 (4). 50–53.

Jyrkämä, Jyrki 2013. Vanheneminen, arkitilanteet ja toimivuus. Vanheneminen muutosprosessina. Teoksessa Heikkinen, Eino & Jyrkämä, Jyrki & Rantanen, Taina (toim.): *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim. 421 - 425.

KAMK University of Applied Sciences 2015. Laadullisen aineiston analyysi ja tulkinta. Saatavana osoitteessa: <<https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Laadullisen-analyysi-ja-tulkinta>>. Luettu 13.3.2019.

Kalso, Eija 2013. Oireiden lievittäminen saattohoidossa. Teoksessa Hänninen, Juha & Luomala, Marjukka (toim.): *Elämänpuu. Kirjoituksia saattohoidosta 2013*. Helsinki: Otava. 96–141.

Kangasniemi, Mari & Pölkki, Tarja 2015. Aineiston käsittely: Kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen, Riitta (toim.): *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turku: Turun Yliopisto. 80–93.

Katajamäki, Erja 2010. Moniammatillisuus ja sen oppiminen. Tapaustutkimus ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden osastolta. Tampere: Tampereen yliopisto. Saatavana osoitteessa: <<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66639/978-951-44-8152-9.pdf?sequence=1>>. Luettu 25.3.2019.

Katisko, Marja & Kolkka, Marjo & Vuokila-Oikkonen, Päivi 2014. Moniammatillinen ja monialainen osaaminen sosiaali-, terveys-, kuntoutus- ja liikunta-alojen koulutuksessa. Malli työssäoppimisen ja ammattitaitoa edistävän harjoittelun toteutusta varten. Tampere: Opetushallitus. Saatavana osoitteessa: <https://www.opi.fi/download/155899_moniammatillinen_ja_monialainen_osaaminen_sosiaali_terveys_kuntoutus_ja_lii.pdf>. Luettu: 25.3.2019.

Keall, Robyn & Clayton, Josephine M & Butow, Phyllis 2014. How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies. *Journal of Clinical Nursing*. 3197 - 3205. Saatavana osoitteessa: <<http://web.b.ebscohost.com/ehost/results?vid=1&sid=ff7e1aa9-b7ec-4dc3-ba9a-94bd5142920f%40pdc-v-sessmgr01&bquery=How+do+Australian+palliative+care+nurses+address+existential+and+spiritual+concerns%3f&bdata=JmRiP-WNjbSZ0eXBIPTAmc2Vhcm-NoTW9kZT1TdGFuZGFyZCZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d>>. (vaatii salasanan). Luettu 12.1.2019.

Kinnunen, Taina 2013. Vahvat yksin, heikot silyityksin. Otteita suomalaisesta kosketuskulttuurista. Helsinki: Kirjapaja.

Kipu, Käypä hoito -suositus 2017. Saatavana osoitteessa: <<http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103>>. Luettu 20.1.2019.

Kroonisen kivun ja syöpäkivun kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017-2020 2017. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017. Saatavana osoitteessa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79292/Rap_2017_4.pdf>. Luettu 6.3.2019.

Kukkohovi, Kirsi 2004. Fysioterapian ohjaustilanteen vuorovaikutus. Fysioterapeuttien ja asiakkaiden käsityksiä vuorovaikutuksesta sekä sen kohdentamisesta ja mukauttamisesta ohjaustilanteessa. Pro gradu -tutkielma. Saatavana osoitteessa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/11217/URN_NBN_fi_jyu-200536.pdf?sequence=1>. Luettu 8.3.2019.

Köhler, Harry & Rautava, Päivi & Vuorinen, Ville 2017. Hoitava viestintä - lääkärin ja potilaan keskinäisviestinnän vaikuttavuus. *Duodecim* 133 (8). 735–41. Saatavana myös osoitteessa: <<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/8/duo13677>>.

Köhler, Harry & Rautava, Päivi & Vuorinen, Ville 2018. Lääkäri viestii, potilas oppii. *Duodecim* 134 (21). 2147–54. Saatavana myös osoitteessa: <<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/21/duo14582>>.

Lakhan, Shaheen E. & Sheaffer, Heather & Tepper, Deborah 2016. The Effectiveness of Aromatherapy in Reducing Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Research and Treatment*. Saatavana osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5192342/>>. Luettu 14.3.2019.

McColl, Mary Ann 2011. *Spirituality and Occupational Therapy*. Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.

National Cancer Institute 2015. The National Institutes of Health. Saatavana osoitteessa: <<https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/cam>>. Luettu 8.3.2019.

Nicol, Jane & Nyatanga, Brian 2017. *Palliative and End of Life Care in Nursing. Transforming nursing practise*, 2nd Edition. London: An Imprint of SAGE Publications Ltd. 1–43.

Niela-Vilèn, Hannakaisa & Hamari, Lotta 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, Minna & Axelin Anna & Suhonen, Riitta (toim.): *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turku: Turun yliopisto. 23–34.

Nokian terveyskeskuksen saattohoitoryhmä n.d. Saattohoito. Käytännön tietoa potilaille ja omaisille. Saatavana osoitteessa: <<https://www.nokiankaupunki.fi/wp-content/uploads/2017/08/Saattohoito-kaytannon-tietoa-potilaalle-ja-omaiselle.pdf>>. Luettu 7.3.2019.

Nyatanga, Brian & Cook, Deborah & Goddard, Ann 2018. Complementary Therapies in Clinical Practice (31). 118–125. Saatavana osoitteessa: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388117304796?via%3Dihub>>. Luettu 8.1.2019.

Nyatanga, Brian 2016. Spiritual needs in palliative care and a possibility of being nothing. *British Journal of Community Nursing*. Saatavana osoitteessa: <<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/detail/detail?vid=4&sid=213952d1-d7a6-48de-b71a-80587cb56280%40sdc-v-sess-mgr01&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=113536264&db=ccm>>. Luettu 12.1.2019.

O'Brien, Mary R. & Kinloch, Karen & Groves, Karen E. & Jack, Barbara A. 2018. Meeting patient's spiritual needs during end-of-life-care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. *Journal of Clinical Nursing*. Saatavana osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30091251>>. (vaatii salasanan). Luettu 9.2.2019.

Palliativinen hoito ja saattohoito, Käypä hoito -suositus 2018. Saatavana osoitteessa: <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50063>>. Luettu 15.2.2019.

Pentland, Wendy & McColl, Mary Ann 2011. Occupational Choice. Teoksessa McColl, Mary Ann: *Spirituality and Occupational Therapy*. Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE. 141–150.

Rantakokko, Merja & Rantanen, Taina 2013. Ulkoympäristö ja toimintakyky. Ulkoympäristö ja hyvinvointi. Teoksessa Heikkinen, Eino & Jyrkämä, Jyrki & Rantanen, Taina (toim.): *Gerontologia 2013*. Helsinki: Duodecim. 541–548.

Reiki ry n.d. Saatavana osoitteessa: <<https://www.reikiry.fi>>. Luettu 11.2.2019.

Reunanen, Merja A.T. 2017. Toimijuus kuntoutuskokemusten kerronnassa ja fysioterapian kohtaamisissa. Väitöskirja. Saatavana osoitteessa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-484-997-5>>. Luettu 20.3.2019.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Saatavana osoitteessa: <https://moodle.metropolia.fi/pluginfile.php/777760/mod_label/intro/KvaliMOTV.pdf>. Luettu 10.1.2019.

Saarto, Tiina & Hamunen, Katri & Konttila, Tarja & Laukkala, Tanja & Lehto, Juho & Matila, Ari & Mustonen, Pirjo & Pöyhiä, Reino & Rahko, Eeva & Räsänen, Sami & Sirkiä, Kirsti & Tohmo, Harri & Vuorinen, Eero & Väkevä, Liisa 2019. Käyvän hoidon tiivistelmät, Palliativinen hoito ja saattohoito. Duodecim. Saatavana osoitteesta: <http://www.ebm-guidelines.com/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=kht00072>. Luettu 11.2.2019.

Saarto, Tiina & Hänninen, Juha & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli 2018. Lukijalle. Teoksessa Saarto, Tiina & Hänninen, Juha & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.): *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. Helsinki: Duodecim. 5–6.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa. Vaasan yliopiston julkaisuja. Saatavana osoitteessa: <https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf>. Luettu 13.3.2019.

Sarivaara, Sofia & Lämsä, Riikka & Seppälä, Ullamaija 2018. Kuolema vuodeosastolla – kuolevan potilaan hyvän hoidon edellytykset. *Gerontologia* 32 (1). 4–20. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<https://journal.fi/gerontologia/article/view/67817/30961>>.

Selman, Lucy Ellen & Brighton, Lisa Jane & Sinclair, Shane & Karvinen, Ikali & Egan, Richard & Speck, Peter & Powell, Richard A. & Deskur-Smielecka, Ewa & Glajchen, Myra & Adler, Shelly & Puchalski, Christina & Hunter, Joy & Gikaara, Nancy & Hope, Jonathan 2017. Patients' and caregivers' needs, experiences, references and research priorities in spiritual care. A focus group study across nine countries. *Palliative Medicine*. Saatavana osoitteessa: <<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/detail/detail?vid=4&sid=2d1d6199-4dab-4cc5-b45a-5c4c6731f26d%40sessionmgr4009&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=127168166&db=ccm>>. (vaatii salasanan). Luettu 9.2.2019.

Shin, Ein-Soon & Seo, Kyung-Hwa & Lee, Sun-Hee & Jang, Ji-Eun & Jung, Yu-Min & Kim, Min-Ji & Yeon, Ji-Yun 2016. Massage with or without aromatherapy for symptom relief in people with cancer. *Cochrane-katsaus*. Saatavana osoitteessa: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009873.pub3/full>>. Luettu 2.2.2019.

Skaczkowski, Gemma & Moran, Juli & Langridge, Julie & Oatway, Kirsten & Wilson, Carlene 2018. Effect of a spa bath on patient symptoms in an acute palliative care setting: A pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice* (32). 100–102.

Saatavana osoitteessa: <<https://www-sciencedirect-com.ezproxy.metropolia.fi/science/article/pii/S1744388118301555>>. Luettu 8.1.2019.

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019. Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana osoitteessa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliativisen_hoidonjasaattohoidon_tila.pdf>. Luettu 16.3.2019.

Stacpoole, Min & Thompsell, Dr Amanda & Hockley, Dr Jo & Volicer, Ladislav 2015. The Namaste Care programme can reduce behavioral symptoms in care home residents with advanced dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 30: 702 - 709.

Saatavana osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25338971>>. (vaatii salasanan). Luettu 1.2.2019.

Stacpoole, Min & Thompsell, Dr Amanda & Hockley, Dr Jo 2016. Toolkit for implementing the Namaste Care programme for people with advanced dementia in care homes. Saatavana osoitteessa: <<https://www.stchristophers.org.uk/wp-content/uploads/2016/03/Namaste-Care-Programme-Toolkit-06.04.2016.pdf>>. Luettu 23.2.2019.

St Christopher's 2018. More than just a hospice. History and Dame Cicely Saunders. Saatavana osoitteessa: <<https://www.stchristophers.org.uk/about/history>>. Luettu 11.12.2018.

Styrman, Tuula & Tornainen, Marika 2018. Kunnioittavan kosketuksen käsikirja. Ammatillinen hoitokohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Jyväskylä: PS-kustannus.

Suhonen, Riitta & Axelin, Anna & Stolt, Minna 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen, Riitta (toim.): Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto. 7–22.

Suomen Fysioterapeutit 2017. Mitä on fysioterapia? Saatavana osoitteessa: <<https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/fysioterapia-ammattina/mita-on-fysioterapia/>>. Luettu 16.2.2019.

Suomen Geronomiliitto ry 2019. Geronomi amk kompetenssit. Saatavana osoitteessa: <<https://www.suomengeronomiliitto.fi/geronomi>>. Luettu 16.2.2019.

Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry 2019. Toi, Toimintaterapeuttiliitto. Tervetuloa. Saatavana osoitteessa: <<http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi>>. Luettu 16.2.2019.

Terveyskylä 2018. Palliatiivinen talo. Saatavana osoitteessa: <<https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo>>. Luettu 26.12.2018.

Teut, Michael & Dietrich, Cordula & Deutz, Bernhard & Mittring, Nadine & Witt, Claudia M. 2014. Perceived outcomes of music therapy with Body Tambura in end of life care – a qualitative pilot study. BMC Palliative Care. Saatavana osoitteessa: <<https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-13-18>>. Luettu 1.3.2019.

Therapeutic Touch International Association 2019. New York. Saatavana osoitteessa: <<http://therapeutictouch.org>>. Luettu 9.3.2019.

THL 2019. Tutkimus elämän loppuvaiheen hoidosta: koulutusta tarvitaan lisää Suomen ohella monessa maassa. Saatavana osoitteessa: <https://thl.fi/fi/-/tutkimus-elaman-loppuvaiheen-hoidosta-koulutusta-tarvitaan-lisaa-suomen-ohella-monessa-maassa?redirect=https%3A%2F%2Fthl.fi%2Ffi%2Fetusivu%3Fp_p_id%3D101_IN-STANCE_tcsSJTqcGI0N&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2-1-3&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=2&fbclid=IwAR3VBp9nQ3cbjLF9oLS-3mNEyJ94_L_oA8oqhAwf_I0c-SLmh0AZyDzxayU>. Luettu 9.2.2019.

Tiikkainen, Pirjo & Heikkinen, Riitta-Liisa 2013. Gerontologinen hoitotyö. Hoitava läsnäolo, gerontologisen hoitotyön ydin. Teoksessa Heikkinen, Eino & Jyrkämä, Jyrki & Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. Helsinki: Duodecim. 454–465.

Tilvis, Reijo 2004. Kipu. Vanhusten kivut. Terveyskirjasto. Duodecim. Saatavana osoitteessa: <<https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94056.pdf>>. Luettu 3.1.2019.

Toivonen, Kristiina 2015. Potilaana ihminen. Fermaneutis-fenomenologinen tutkimus hengellisyydestä ikääntyneiden muistisairaiden hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Saatavana osoitteessa: <http://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/104415/Pro%20Gradu%20tutkielma_Toivonen_2015.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Luettu 7.1.2019.

Townsend, A. Elizabeth & Polatajko, J. Helene 2013. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation. Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.

Turpin, Merrill & Iwama, K. Michael 2011. Using Occupational Therapy Models in Practice. A field guide. Lontoo: Churchill Livingstone Elsevier.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauspäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimus- ja kehittämistyön syventävät opinnot. Metropolian kurssin verkkomateriaali. Metropolian Ammattikorkeakoulu. Saatavana osoitteessa: <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf> Luettu 21.11.2018.

University of Minnesota 2016. Healing touch. Saatavana osoitteessa: <<https://www.takingcharge.csh.umn.edu/explore-healing-practices/healing-touch>>. Luettu 9.3.2019.

University of Worcester n.d. Dr Brian Nyatanga. Teaching & research. Saatavana osoitteessa: <<https://www.worcester.ac.uk/about/profiles/dr-brian-nyatanga.aspx>>. Luettu 1.3.2019.

Uotila, Satu & Vuola, Minna 2018. Saattohoito, Opas läheiselle. Satakunnan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Saatavana osoitteessa: <<https://hoito-ohjeet.fi/Ohje-pankkiVSSHP/Saattohoito%20Opas%20I%C3%A4heiselle.pdf>>. Luettu 4.11.2018.

Muistiliitto ry. Muistisairaahan ihmisen hyvä saattohoito 2016. Saatavana osoitteessa: <https://www.muistiliitto.fi/application/files/5615/0389/9488/Muistisairaahan_ihmisen_hyva_saattohoito_web.pdf>. Luettu 4.11.2018.

Vainio, Anneli & Vuorinen, Eero 2015. Kivun esiintyvyys palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa Saarto, Tiina & Hänninen, Juha & Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.): Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim. 45–46.

Valvira 2015. Elämän loppuvaiheen hoito. Saatavana osoitteessa: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito> Luettu 20.12.2018.

Vandergrift, Alison 2013. Use of Complementary Therapies in Hospice and Palliative care. OMEGA 67 (1–2). 227–232. Saatavana osoitteesta: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/OM.67.1-2.z2>>. (Vaatii salasanan.) Luettu 7.2.2019.

Vuorinen, Eero & Järvimäki, Voitto 2012. Terveyskeskus, sairaala vai koti. Miten saattohoito tulisi järjestää Suomessa? Finnanest 45 (5). 446–449. Saatavana myös osoitteessa <http://www.finnanest.fi/files/vuorinen_terveyskeskus.pdf>. Luettu 25.3.2019.

WHO 2013. How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Saatavana osoitteessa: <<https://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual.pdf>>. Luettu 15.3.2019.