



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

HENGELLISYYDEN PUHEEKSI OTTAMINEN PARANTUMATTOMASTI SAIRAAN POTILAAN KANSSA

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

TEKIJÄ/T:

Elli-Maria Konttinen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Elli-Maria Konttinen	
Työn nimi Hengellisyyspuheeksi ottaminen parantumattomasti sairaan potilaan kanssa	
Päiväys 25.04.2021	Sivumäärä/Liitteet 33/39
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Savonia ammattikorkeakoulu Oy	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Potilaan oikeuksiin kuuluu saada asiaan kuuluvaa kokonaisvaltaista hoitoa, johon myös hengellisyys kuuluu. Hengellisyyspuheeksi ottaminen, hengellisten tarpeiden tunnistaminen ja niiden tukeminen on siksi tärkeää sairaanhoitajan ammatissa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin tietoa hengellisestä hoitotyöstä. Tavoitteena on edistää hengellisen hoitotyön toteutumista elämän loppuvaiheen hoidossa. Aihe rajattiin palliatiivisessa tai saattohoidossa olevien aikuisten potilaiden kanssa käytävään kommunikaatioon.</p> <p>Opinnäytetyössä käytettiin integroivaa kirjallisuuskatsauksen menetelmää. Aineistot kerättiin Medic-, Cinahl- ja ScienceDirect-tietokannoista. Aineistot olivat vertaisarvioituja ja niiden laatu arvioitiin Hawkerin (2002) laadun arviointityökalulla. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui seitsemän (n= 7) tutkimusartikkelia. Tulosten perusteella nousi vaikutteita, jotka toivat esille potilaan hengellisiä tarpeita. Niitä kumpusi potilaalta itseltään sekä hänen lähiympäristöstään. Sisäisiä vaikutteita olivat arvot ja asenteet, tunteet, usko ja toivo, sairauden tarkoituksen ja merkityksen löytäminen, sairauden hyväksyminen ja identiteetti. Ulkoisia vaikutteita olivat ihmissuhteet, sanallinen viestintä, eleet ja ilmeet, toiveet, kuolema sekä ympäristö. Tulosten perusteella hengellisen hoitotyön koulutus ja toiminnan säännöllisyys lisäävät hoitajien kykyä tunnistaa potilaan hengelliset tarpeet ja helpottavat hengellisyyspuheeksi ottamista. Tulosten perusteella koulutukseen kaivattiin lisätietoa eri uskonnoista, maailmankatsomuksista ja kulttuureista. Koulutuksen vähäisyys koettiin suurimmaksi yksittäiseksi esteeksi hengellisen hoidon toteutukselle. Jatkossa aihetta voisi käsitellä monikulttuurisesta ja hengellisen moninaisuuden näkökulmasta.</p>	
Avainsanat Hengellinen hoitotyö, hengellisyys, uskonnollisuus, spiritualiteetti, palliatiivinen hoito, saattohoito, sairaanhoito	

Field of Study Social Services, Health and Sports	
Degree Programme Degree Programme in Nursing	
Author(s) Elli-Maria Konttinen	
Title of Thesis Discussion of spirituality with an incurable patient	
Date 25.04.2021	Pages/Appendices 33/39
Client Organisation /Partners Savonia University of Applied Science	
<p>Abstract</p> <p>Patient rights include a right to have relevant holistic care covering also spiritual aspect. Thus, understanding the concept of spirituality is crucial in the nursing profession. The purpose of this thesis was to summarize knowledge of spiritual nursing applying a descriptive literature review. The aim was to improve on the realization of spiritual nursing in end-of-life care. The topics of this thesis were limited to communication with adult patients in palliative or terminal care.</p> <p>This thesis applied an integrative literature review method. The data was collected utilizing suitable databases such as Medline, Cinahl and ScienceDirect. The research material was peer-reviewed and quality was assessed utilizing Hawker (2002) quality assessment tool. The data analysis was performed by qualitative content analysis.</p> <p>There were a total of seven (n = 7) research articles selected for this literature review. Based on the results of the researches, there are identifiable influencers, which revealed spiritual needs of the patient. These influencers evolved both from the patient themselves and from their immediate environment. Internal influencers included values and attitudes, emotions, faith and hope, finding the significance of illness, accepting illness and identity. External influencers included relationships, verbal communication, gestures and facial expressions, wishes, death and environment.</p> <p>Based on the results, education and regularity of spiritual care increase ability to identify spiritual needs and bring them up with patients. More knowledge is needed of different religions, points of views and cultures. Lack of education was experienced as the biggest single barrier to the implementation of spiritual care. In the future, the topic could be addressed from a multicultural and spiritual diversity perspective.</p>	
<p>Keywords Spiritual care, spirituality, religiousness, palliative care, terminal care, nursing</p>	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	HENGELLISYYS OSANA KOKONAISVALTAISTA HOITOTYÖTÄ	7
2.1	Hengellisten tarpeiden, arviointi ja tukeminen.....	8
2.2	Potilaan henkinen ja hengellinen kriisi	10
2.3	Eksistentiaaliset kysymykset	11
3	PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO	13
3.1	Palliativinen hoito.....	13
3.2	Psyykkisen ja henkisen tuen tarve palliativisessa hoidossa	14
3.3	Saattohoito.....	15
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	16
5	TUTKIMUSMENETELMÄT	17
5.1	Aineiston keruu ja valinta	18
5.2	Aineiston laadunarviointi	21
5.3	Aineiston analyysi	21
6	TULOKSET	23
6.1	Sisäiset hengelliset vaikutteet	23
6.1.1	Hengellisyyden ja uskonnollisuuden käsittäminen	23
6.1.2	Sairauden tarkoitus ja identiteetti.....	24
6.1.3	Usko ja toivo.....	24
6.1.4	Arvot, asenteet ja tilanteen hyväksyminen	25
6.2	Ulkoiset hengelliset vaikutteet.....	26
6.2.1	Ihmissuhteet ja viestintä.....	26
6.2.2	Kuoleman läheisyys.....	26
6.2.3	Ympäristö.....	27
7	POHDINTA.....	28
7.1	Tulosten tarkastelu	28
7.2	Opinnäytetyön prosessin pohdinta	29
7.3	Ammatillinen kasvu	29
7.4	Laadullisen tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	31
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET.....	33
9	LÄHTEET:	34

10 LIITE: KIRJALLISUUSKATSAUKSESSA KÄYTETYT AINEISTOT 37

1 JOHDANTO

Hengellinen hoitotyö on osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, jossa otetaan huomioon ja tuetaan potilaan uskonnollista tai ei-uskonnollista arvomaailmaa hoitoammattilaisen omista näkemyksistä riippumatta (Muurinen 2015, luku 4). Potilaan oikeus henkiseen ja hengelliseen tukeen perustuu terveydenhuollon lainsäädäntöön ja etiikkaan. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa, että potilas saa hänen ihmisarvoaan, henkilökohtaista vakaumustaan ja yksityiselämäänsä kunnioittavaa kohtelua. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Hengellisen tuen tarpeen tunnistaminen ja puheeksi ottaminen kuuluu kaikkien sairaanhoitajien tehtäviin, vaikka se koetaankin hyvin arkaluontoiseksi ja henkilökohtaiseksi asiaksi. Hengellisen hoidon tarjoaminen koetaan myös henkisesti vaativaksi ja haastavaksi. (Kocizewski 2004, 408.) Etenkin parantumattomasti sairaan ja mahdollisesti saattohoitovaiheessa olevan potilaan omaisten ja läheisten henkisen ja hengellisen tuen tarve on huomioitava ja tarvittaessa annettava mahdollisuus hengelliseen keskusteluun joko sairaanhoitajan, sairaalapastorin tai sielunhoitajan kanssa. Kun hoitohenkilöstö kokee, etteivät heidän tukensa ole riittävää potilaan tarpeisiin, hengellisen työn vastuu siirtyy sielunhoitajalle. Sielunhoitaja voi tulla mukaan potilaan hengelliseen hoitoon välittömästi jo hoidon alussa potilaan niin toivoessa. (Kangasniemi ym. 2016, 234–239.) Hyvä hengellinen tuki, joka perustuu korkeatasoiseen hengellisen tuen arvioon, on vaativaa toimintaa ja sen onnistuminen edellyttää asiaan kuuluvaa koulutusta ja myös kokemusta (Narayanasamy 2010, 52).

Vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä on ensiarvoisen tärkeää hengellisessä hoitotyössä. Hengellisyys antaa voimavaroja kriisin keskellä ja valoa elämään sekä lisää luottamusta, jotta sairastunut tai hänen läheisensä jaksaa ajatella, että elämä sellaisenaan on arvokasta ja mielekästä (Aalto & Gothoni, 2009, 12–16.) Joskus potilas tai hänen läheisensä saattavat pyytää hoitajaa rukoilemaan hänen kanssaan, lukemaan pyhiä kirjoituksia tai muun tärkeän kirjan kohtia, jotka ovat hengellisesti lohduttavia ja ajankohtaan sopivia. Tilanne saattaa olla hoitajalle haastava, koska pyyntö on luottamuksellisuutta osoittava ja hyvin henkilökohtainen. (Hanhirova & Aalto 2006, 21–23; 50–52.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä integroivan kirjallisuuskatsauksen keinoin tietoa hengellisestä hoitotyöstä. Tavoitteena on edistää hengellisen hoitotyön toteutumista elämän loppuvaiheen hoidossa. Miten hoitaja löytää niitä tapoja, joilla aiheen esilletuominen ja käsitteleminen potilaan kanssa olisi mahdollisimman luontevaa ja sujuvaa hoidon eri vaiheissa. Työ keskittyy parantumattomasti sairaan potilaan elämän loppuvaiheen hoitotyöhön, jossa elämän rajallisuus, kuoleman läheisyys sekä hengelliset tai uskonnolliset kysymykset ovat erityisesti läsnä. Työn tilaaja on Savonia ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyön tavoitteena on tukea myös omaa ammatillista kasvua ja osaamista, saada tutkimustietoa hengellisestä hoitotyöstä, kehittää kykyä soveltaa tätä tietoa sekä tutustua kirjallisuuskatsaukseen tutkimusmenetelmänä.

2 HENGELLISYYS OSANA KOKONAISVALTAISTA HOITOTYÖTÄ

Hengellisyys tarkoittaa eri ihmisille eri asioita, valtaosalle hengellisyys merkitsee samaa kuin usko, joko johonkin ylempään voimaan, johonkin, mihin ei voi itse vaikuttaa. Hengellisyys voidaan nähdä myös uskonnollisen teorian kunnioittamisena ja sen arvojen mukaan elämisenä käytännössä. (Aalto & Gothoni, 2009, 12.) Vaikka hengellisyys usein koetaan lähes samaksi asiaksi uskonnollisuuden kanssa, niillä on kuitenkin todellisuudessa myös eroa; ihminen voi olla hengellinen, vaikka ei kuuluisikaan mihinkään uskontokuntaan ja toisinaan voi olla myös uskonnollinen, vaikka hengellisyys ei juuri näkyisikään käytännön elämässä. Kuitenkin eri uskontojen mukaiset yhteisölliset traditiot tai riitit mahdollistavat hengellisyyden ilmenemisen ja näkyvyyden paljon laajemmin kuin yksilölliset hengelliset perinteet. (Blaber, Jones & Willis 2015, 432–433.)

Useissa uskonnoissa ihminen uskoo itseään korkeampaan voimaan, joka on luonut elämän ja ylläpitää sitä. Kristinuskossa tämä voima on Jumala. Joissakin uskonnoissa jumalia on useampia ja niiden asema ja merkitys vaihtelee suuresti. Jotkut uskovat erilaisiin elämänfilosofioihin, luontoon tai ihmiskuntaan. (Nissinen 2009, 182). Hengellisyyttä pidetään osana henkisyyttä, jolla tarkoitetaan ihmisen kiinnostusta elämän arvoihin, oman olemassaolon merkitykseen, tarkoitukseen ja mielekkyyteen. Sillä mielletään myös tasapainotusta yksilön ja elinympäristön kanssa. Henkisyys koskettaa yksilön ja fyysisen maailman välistä suhdetta, kun taas hengellisyys ihmisen ja korkeamman voiman välistä suhdetta. (Louheranta, Lähteenvuo & Kangasniemi 2016, 234–239). Spiritualiteetti käsitteenä puolestaan sisältää sekä hengellisyyden ja henkisyyden, ja niihin liittyvät uskonnolliset ja uskonnottomat piirteet (Muurinen 2015, 307–308). Sekä kokonaisvaltaisessa eli holistisessa ihmiskäsityksessä että kristillisessä ihmiskuvassa ihminen nähdään psykofyysissosiaalisena kokonaisuutena (Aalto & Gothoni 2009, 10–12).

Amerikkalainen sairaanhoitaja ja hoitotieteiden professori Jean Watson on luonut vuosien 1975–1979 aikana caring-teorian, jossa ihminen nähdään kokonaisuutena, johon liittyy fyysiset, emotionaaliset, psyykkiset, sosiaaliset sekä hengelliset osa-alueet. Watsonin teoria perustuu kokonaisvaltaisen inhimillisen hoitotyön täyttyvän kymmenen karitatiivisen elementin tai tarpeen sekä niitä täydentävien hoitoprosessien tai -toimien yhdistämiseen. (Iversen & Sessanna 2012, 43.)

Samansuuntaista ajattelutapaa on Suomessa edistänyt Katie Eriksson, joka 1980-luvun lopulla toi esille karitatiivisen hoitotyön teorian. Teoria kuvastaa lähimmäisenrakkauden merkityksestä hoitotyössä sekä kärsimyksen ja rakkauden yhteenkuuluvuudesta. Toisen kärsimys herättää hoitajassa myötäelämisen tunnetta ja auttamisen halua. Siten lähimmäisenrakkaus kohdistuu aina kärsivää kohtaan ja pyrkimyksenä poistaa tai vähentää toisen kärsimystä. Lähimmäisenrakkaus on koko hoitotyön eettinen ohjenuora ja sillä on itseisarvo hoitotieteessä, koska hoitamisen ja auttamisen perustana on rakkaus, välittäminen ja myös vastuu muita kohtaan. (Eriksson 2004, 9–18.) Kuten Watson, myös Eriksson korostaa ihmisen kokonaisuutta eli ruumiin, sielun ja hengen yhteyttä. Watsonin kymmenen karitatiivista elementtiä ovat kuvailtu seuraavalla sivulla (TAULUKKO 1).

TAULUKKO 1. Watsonin kymmenen karitatiivista elementtiä (Iversen & Sessanna 2012, 45–46.)

Karitatiivinen elementti	Kuvailu
Humanistinen pyyteetön arvopohja	Lämminsydämellisen myötätuntoisuuden ystävällisyyden ja tasa-arvoisuuden harjoittamista pyyteettömästi niin itseään kuin muita kohtaan.
Uskon ja toivon mahdollistaminen	Aidosti läsnä oleminen, henkilökohtaisen uskonkäsityksen tai maailmankatsomuksen tukeminen ja ylläpitäminen.
Oman itsen ja toisen sensitiivisyyden kehittäminen	Omien hengellisten näkemysten tai käytäntöjen vaaliminen ja laajentaminen omien mieltymysten ulkopuolelle; aitoa kykyä asettua henkisesti ja emotionaalisesti toisen asemaan.
Luottamusta herättävä, inhimillinen hoitosuhde	Rakastavan, välittävän ja luottamuksellisen suhteen luominen ja ylläpitäminen toiseen.
Positiivisten ja negatiivisten tunteiden osoittaminen	Erilaisten tunnelmaisuuden salliminen ja aito kuunteleminen; tunnetilojen yhdistäminen toisen kertomukseen.
Luovat ongelmanratkaisut hoitoprosessissa	Luovien ratkaisujen etsiminen hoitoprosessin kautta. Hoitaja hyödyntää kaiken osaamisen tietotaidon, käytännön tekojen kuin läsnäolon kautta hoitotilanteissa; hoitajan sitoutuminen ammattitaitoiseen, lääketieteellisiin käytäntöihin ja tutkimusmenetelmiin suhteuttaen niitä yksilöllisiin tekijöihin ja tarpeisiin.
Vastavuoroinen oppiminen	Aito oppimistapahtuma hoitosuhteessa. Sairauden ymmärtäminen potilaan näkökulmasta kehittää hoitosuhdetta ja muuttaa hoitajan roolia potilaan itsenäisyyttä ja hyvinvointia tukevaksi ohjaajaksi.
Henkisyyttä, fyysisyyttä, sosiaalisuutta ja hengellisyttä tukeva tai edistävä ympäristö	Luoda potilaalle sellainen ympäristö, joka huomioi ihmisyyden kaikki tasot; fyysisyyden/ei-fyysisyyden, tietoisuuden, ihmisarvon, kokonaisvaltaisuuden, rauhan, aavistuksenomaisen energisyyden ja kauneuden korostaminen.
Inhimillisten tarpeiden tyydyttäminen	Kunnioittaen ja arvostaen sekä ammattitaitoisesti hoitaja avustaa potilasta perustarpeiden tyydyttämisessä tiedostaen inhimillisen hoivan välttämättömyyttä, mikä vahvistaa yksilön olemisen kolminaisuutta (mieli, ruumis ja sielu), kokonaisuutta ja ainutlaatuisuutta hoitotyön kaikissa näkökulmissa.
Eksistentiaalis-fenomenologis-spirituaaliset voimat	Kyky tunnistaa, olla avoin ja läsnä potilaan elämään, kärsimykseen ja kuolemaan liittyville hengelliselle, salaperäisille sekä tuntemattomille ulottuvuuksille sekä olla tukena niiden käsittelyyn.

2.1 Hengellisten tarpeiden, arviointi ja tukeminen

Hengellisyden huomioiminen kuuluu potilaan kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä hoitajan toimintaa ohjaava lainsäädäntö, jossa eettiset velvollisuudet on lueteltu terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä annetussa laissa (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä, 28.6.1994/559), velvoittavat terveydenhuollon järjestämään potilaalle hänen tarvitse-

maansa tukea. Terveysthuollon ammattilaisten ammattietiikkaan liittykin kunnioitus potilaan vakaumukseen, itsemääräämisoikeuteen ja ihmisarvoon. Potilaiden kohtelu ja hoidon laatu tulee olla tasavertaista ja oikeudenmukaista (Louheranta ym. 2016, 234–239). Kuitenkin kansainvälisissä tutkimuksissakin on havaittu, että sairaanhoitajat ovat kokeneet valmistuneensa puutteellisesti hengellisen avun antamisessa ja koulutuksessa hengellisyyden käsittely on myös koettu jääneen vähäiseksi tai jopa olemattomaksi (Harrald, Cosentino, Keasley & Sulla 2019, 50–54). Hoitajien käsitys siitä, mikä kuuluu hengelliseen hoitotyöhön, voi vaihdella eri kulttuureissa. Esimerkiksi Afrikassa hoitajat kokivat hengellisen hoitotyön tarkoittavan rukoilemista tai muiden uskonnollisten riittien suorittamista potilaan kanssa, kun taas Euroopassa, se liitetään papin tapaamiseen eli hengellisten asioiden käsittely kuuluu enemmän varsinaisen hoitotyön ulkopuolelle. (Selman ym. 2018, 222–225.)

Hengellisyyden käsitteen tuntemus on avainasemassa ammattihenkilön kykyyn tarjota potilaille kaipaamaansa hengellistä hoitoa (Costello 2018, 640). On myöskin havaittu, että mitä lähempänä potilaan vakaumus on henkilöstön vakaumusta sitä helpommin ja herkemmin niihin vastataan (Louheranta ym. 2016, 234–239). Sen lisäksi, että hoitaja on osa hoitotiimiä ja osallistuu potilaan hoitoon ja antaa ohjausta, hänen tulee kohdata potilas kokonaisuutena kaikki ihmisyyden ulottuvuudet huomioiden. (Iversen & Sessanna 2012, 43.) Henkisen ja hengellisen tuen tarve on hyvin yksilöllistä ja tukimuodot hyvin vaihtelevia. Erilaisiin kulttuureihin ja uskontoihin liittyvät erityispiirteet hoitajan olisi hyvä tuntea riittävästi niihin liittyvien käytäntöjen mahdollistamiseksi potilaalle parhaalla mahdollisella tavalla ja antaa tukensa niihin osallistumiseen. Potilas voi tarvita apua myös hengellisiin riitteihin liittyvissä toimissa, jolloin hoitajan on kyettävä osallistumaan tilaisuuksiin ammatillisesti. (Turunen & Ervelius 2020, 236–237.)

Tavallisia tilanteita, jossa hengellistä tukea tarvitaan, ovat akuutti vakava sairastuminen, pitkäaikainen elämäntilanteen muutos ja lähestyvä kuolema. Usein hengellinen tuki nähdään läsnäolona, aktiivisena kuuntelemisena, lohduttamisena sekä keskusteluna ja sen toteuttaminen koetaan usein liittyvän vain sairaanhoitajan tai sielunhoitajan työnkuvaan. Kuitenkin myös lääkärillä on vastuu huomioida hengellisyys potilaan hoidossa. (Louheranta ym. 2016, 234–239.) Vaikka suurin osa hoitohenkilöstöstä kokee hengellisten tarpeiden kartoittamisen tärkeäksi asiaksi palliatiivisessa hoitotyössä, kokevat he samalla haasteelliseksi ottaa roolia hengellisen tuen tarjoajana. Hoitajana kuitenkin tulee ymmärtää, että empaattinen ja myötätuntoinen kohtaaminen ja vuorovaikutus potilaan kanssa ovat jo sinällään osa hengellistä hoitoa. (Delgado-Guay 2014, 311.) Kuitenkin potilaat, jotka ovat ilmaisseet hoitohenkilökunnan tukeneen heitä hengellisten tai uskonnollisten tarpeiden osalta riittävästi ovat todennäköisemmin sairaalahoidossa. Potilaan hengelliset tarpeet tyydyttävä tuki on myös vaikuttanut myönteisesti palliatiiviseen hoitoon liittyviin kustannuksiin. (Kestenbaum ym. 2017, 708.)

Ihmiskeskeisessä hoitotyössä potilas kohdataan fyysisenä, psyykkisenä, emotionaalisenä, sosiaalisena, henkisenä ja kulttuurisena olentona, mutta hoitamisessa hoitajan on osattava tunnistaa potilaan kokemus pirstaloitumisesta sairauden vuoksi. Perusturvallisuus järkkyy henkeä uhkaavan sairauden myötä, ja aiheuttaa ymmärrettävästi pakokauhua ja ahdistusta, epä tietoisuutta tulevasta. Sairastunutta ei saa jättää tunteidensa kanssa yksin. Hyvässä kokonaisvaltaisessa hoidossa ei riitä kliininen osaaminen, vaan silloin korostuu psykososiaalinen tukeminen. Ihmiskeskeisyys on sairastuneen arvostamista, kokemusten ja tunteiden kuulemista ja kunnioittamista siinä hetkessä. (Surakka

ym. 2015, 35.) Hengellisen hoidon tärkeimpiä tavoitteita ovat elämän merkityksen löytäminen. Suoria vastauksia potilaan esittämiin kysymyksiin ei ammattilainen pysty antamaan, mutta ammattilaisen kysymykset ja muut kommunikaatiotaidot voivat auttaa potilasta itse pohtimaan omaa elämäänsä ja sen tarkoitusta. (Muurinen 2015, 307–308.)

Tunteiden käsittely on osa hengellistä hoitotyötä yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa, kuin myös hoitohenkilökunnan keskuudessa. Kuoleman ja kuoleamisen pelko, suru, ahdistus, mahdollinen kärsimys, syyllisyys ja näiden asioiden käsittely auttaa ymmärtämään tulevaa. Sairastunut voi miettiä, miksi hän on sairastunut, mitä hän on tehnyt tai jättänyt tekemättä. Luonnollisesti hoitajalle voi tulla potilaan rinnalla avuttomuuden tunne, ja tällöin voidaan kutsua myös sairaalapastori käymään läpi potilaan tunnetiloja. On tärkeää tuoda esille, että jokainen elämä on arvokas, kenenkään kokemuksi ei vähätellä. Vaikeista asioista puhuminen ja niiden käsittely auttavat löytämään iloa ja voimavaroja elämään. (Surakka ym. 2015, 87–90.)

Hengellisten tarpeiden tunnistamista varten on kehitetty AVAUS-malli, jonka avulla voidaan selvittää potilaan arvot, vakaumus, voimavarat ja ulkopuolisen tuen tarve sekä tehdään arvio hengellisistä ja henkisistä tarpeista. Näin AVAUS-malli selkiyttää spiritualiteettia tukevia hoitotyön toimia. (Karvinen 2019.) Tutkistelevilla kysymyksillä on mahdollista selvittää potilaan arvoja, aatteita, hengellisyyttä potilasta kunnioittaen. Ne ovat avoimia, neutraaleja ja rehellisiä kysymyksiä, joilla saadaan potilas pohtimaan ja selventämään omia tunteitaan, uskoaan ja arvomaailmaansa. Kysymykset eivät ole johdattelevia, neuvovia tai korjaavia. Niillä pyritään auttamaan potilasta kuuntelemaan omaa sisältään omien sanojen kautta. (Bowman 2017, 159–160.)

Potilaan arvot ja elämänkatsomus on hyvä selventää hoidon alussa, koska ne voivat vaikuttaa jossain tapauksissa hoitopäätöksiin. Samalla toivoa herättävien asioiden esille tuominen, niiden mahdollinen toteuttaminen hoitajakson aikana, ulkopuolisen henkilön hengellisen tai uskonnollisen tuentarpeen kysyminen ja vakaumuksen asettamat mahdolliset vaikutukset hoitotoimiin täytyy varmistaa etukäteen. (Karvinen 2019.)

2.2 Potilaan henkinen ja hengellinen kriisi

Potilaat reagoivat sairausdiagnoosiin eri tavoin. Tunnetilojen vaihtelu on hyvin yksilöllistä. Syöpä ja muut sairaudet koetaan elämää uhkaavana tekijänä, joka aiheuttaa ahdistuneisuutta, pelkoa ja epävarmuutta tulevaisuutta kohtaan. Kuolemanpelko on haastavin psyykkistä työstämistä vaativa asia. Ahdistuneisuus voi ilmetä psykosomaattisena oireiluna, joihin voi liittyä sydämentykytystä, hui- mausta, hikoilua, levottomuutta ja erilaisia kiputuntemuksia. Myös surua on vaikea erottaa masennuksesta. Ihmismielen osittain tiedostettavassa ja tiedostamattomissa osissa aktivoituu puolustusjärjestelmä, joka heikentää pelkoreaktiota ja siitä seuraavaa tunnemyrskyä. Se tapahtuu ennen kuin ihminen sisäistää tapahtumaa tietoisesti. Tiedostamattomia suojamekanismeja ovat asian kieltäminen, torjuminen, vähättely ja projektiivinen suhtautuminen, jolla tarkoitetaan asennetta, jossa potilas on vihainen ja saattaa syyllistää henkilökuntaa tilanteestaan. Se ei yleensä kohdistu yksittäiseen hoitohenkilöön, eikä siihen ole kannattavaa reagoida henkilökohtaisella tasolla. (Aalberg & Idman 2013, 862–863.)

Pelko, järkytys, kiihtyminen, hämmentyminen ja lamaantuminen ja mielialojen nopea vaihtelu kuluvat psyykkisen kriisin akuuttiin vaiheeseen. Sen lisäksi psyykkiseen kriisiin kuuluu jäsentelyvaihe, jossa käsitys sairastumisesta ja sen merkityksestä henkilökohtaiseen elämään alkaa muodostua tietoisuuteen hiljalleen. Jäsentelyvaihe on usein rauhallinen eikä normaalissa sopeutumistilanteessa aiheuta potilaalle liikaa tunnetiloista johtuvaa kärsimystä tai käyttäytymisoireita. Potilaan toimintakyky pysyy tällöin myös kohtalaisen normaalina. On tavallista, että esimerkiksi osalle parantuneista tai remissiossa olevista syöpäpotilaista ilmaantuu pelkoa taudin uusiutumisen tai leviämisen ja se usein voimistuu ennen kontrollikäyntiä. Huolta ja ahdistusta voivat lisätä myös oireet, jotka eivät johdu itse sairaudesta, mutta joita on esiintynyt myös sen yhteydessä. Luottamus oman kehon tuntemuksiin ja arviointiin on heikentynyt. Samat asiat käyvät läpi myös osaltaan muut sairausryhmät, joilla ei ole parantavaa hoitoa. (Aalberg & Idman 2013, 863.)

Parantumattoman ja etenevän sairauden aikaansaama tietoisuus elämän rajallisuudesta voi aiheuttaa kriisin paitsi henkisellä, myös hengellisellä tasolla. Yhtä lailla sairaalahoidossa oleva kuin kotisairaapotilas voi kokea yksinäisyyttä, joka näkyy hylätyksi ja ulkopuoliseksi kokemisen tunteena suhteessa muihin ihmisiin, läheisiin ja hoitohenkilöstöön tai suhteessa jumaluuteen. (Turunen & Ervelius 2020, 236.) Hengellisyydestä voi kuitenkin myös tulla aikaisempaa tärkeämpi osa elämää ja monet toivovatkin enemmän hengellistä tai uskonnollista keskustelua. Hengellinen hyvinvointi ei kuitenkaan ole sidoksissa somaattisen taudin vakavuuteen eikä yksilöllisiin tekijöihin kuten ikään, sukupuoleen tai etniseen taustaan. (Rabow & Knish 2015, 920–921.) Kuitenkin naiset tuovat miehiä useammin esille olemassaoloon ja hengellisyyteen liittyviä huolia. Ja vastoin yleisiä käsityksiä, nuoret ilmaisevat niitä jopa enemmän kuin vanhemmat potilaat. (Hvidt, Mikkelsen, Zwisler, Tofte & Assing Hvidt 2019, 4716–4718.)

2.3 Eksistentiaaliset kysymykset

Ihmisen oman elämän pohdintaan ja olemassaolon syihin liittyvät eksistentiaaliset kysymykset herättävät usein tuen tarvetta. Niihin törmätessä vaaditaan työntekijältä täsmällisten vastausten sijaan ennen kaikkea kykyä henkiseen läsnäoloon. (Palliativinen hoito ja saattohoito; Käypä hoito -suositus, 2019.) Ihminen arvioi koko elettyä elämäänsä uudelleen kuoleman lähestyessä. Hoitajan hengellinen tuki, kunnioittava asenne ja potilaan hengellisyyden arvostaminen on avain hengellisiin tarpeisiin vastaamisessa. Hoitajan oma vakaumus on toissijainen asia potilasta huomioitaessa, ensisijaista on kyky kuunnella. Kuoleva joutuu luopumaan elämästään, fyysisistä tarpeista, rooleistaan, ihmissuhteistaan, turvallisuudestaan, ruumiinkuvastaan ja elämän odotuksistaan. Herkkyyks ja empatia ovat terveydenhuollon ammattilaisen työkaluja kärsimyksen kohtaamisessa. (Saarto ym. 2018, 140–141.)

Suomalaisessa tutkimuksessa käsiteltiin kroonista syöpää sairastavien potilaiden kokemuksia sairauden aiheuttamasta eksistentiaalisesta kärsimyksestä, sen esiintymistavoista ja taustatekijöistä. Tutkimuksessa todettiin, että eksistentiaaliseen kärsimykseen vaikutti voimakkaasti heikentynyt fyysinen toimintakyky, raihnaisuus, tulevaisuuden puute, jäähyväisten jättäminen, kaiken taakse jättäminen

sekä itsensä liittäminen johonkin suurempaan yhteyteen. Osa uskoi myös elämän jatkumiseen fyysisen kuoleman jälkeen. Voimakkaimmin kärsimystä aiheutti pelko, ettei saa mahdollisuutta vaikuttaa omaan elämäänsä hallintaan toimintakyvyn heikentyessä ja oireiden pahentuessa. Myös riittämätön kivunhoito huolestutti. Osa koki kuoleman läheisyyden pelottavana, osa myös helpotuksena. Kuolemanpelko ei kohdistunut suoraan itse kuolemaan vaan kuolemanhetkeen. (Haho 2017, 1704–1709.)

Tutkimuksessa kävi ilmi, että kuolevilla on tarvetta miettiä ja myös voida keskustella, tämänhetkestä elämästä sekä myös mahdollisesta kuolemanjälkeisestä elämästään. Terveystieteiden henkilön on kyettävä mahdollistamaan se ja tuettava kuolevaa voimavarojen etsimiseen, joilla eksistentiaalista kärsimystä voisi kestää. Hoitajan herkkätuntemus ja kyky myötäelävään vuorovaikutukseen ovat keinoja auttaa. (Haho 2017, 1704–1709.)

3 PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO

Palliativisessa hoidossa on kyse sellaisen potilaan hoidosta, jossa sairauden pysäyttämisen tai hidastamisen sijaan pyritään ylläpitämään ja parantamaan potilaan elämänlaatua. Käytännössä se tarkoittaa hyvää oireenmukaista hoitoa, jossa huomioidaan kokonaisvaltaisesti potilaan tarpeet ja vähennetään potilaan fyysistä, henkistä ja myös hengellistä kärsimystä. Palliativiseen hoitolinjaukseen voidaan päätyä parantumattoman sairauden lisäksi myös silloin, jos potilas itse omasta tahdostaan kieltäytyy parantavasta hoidosta. Saattohoito on palliativisen hoidon loppuvaihe. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019.)

3.1 Palliativinen hoito

Elämän loppuvaiheen hoidossa olevien potilaiden oirekuva voi olla hyvinkin moninaista, ja jotta oireita voidaan asianmukaisesti lievittää, on hyvä tuntea potilas syvemmin. Kokenut hoitaja osaa etsiä yhdessä parantumattomasti sairaan kanssa niitä hengellisiä voimavaroja, jotka kantavat sairauden ja mahdollisen epätoivon aikana, ja joista potilas kokee hyötyvänsä pyykkisesti ja emotionaalisesti. Palliativinen hoito korostaa kokonaisvaltaisuutta, ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta, kunnioitusta, yksilöllisyyttä ja turvallisuutta. (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 116–120.) Vuonna 2011 Suomen Palliativisen Hoidon Yhdistys määritteli palliativisen asiantuntijuuden kriteerit: kuuntelu, läsnäolo, kuuleminen, rauhoittaminen ja lohduttaminen, lääkehoidon hallinta, ja lääkkeettömän hoidon hallinta yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa. (Surakka 2015 ym. 9–13.)

Kun päätös oireenmukaisesta hoidosta tehdään yhteistyössä potilaan ja lääkärin kanssa, herättää se potilaassa ja omaisissa helposti voimakkaita tunteita. Potilaalla on oikeus saada tietoa, kuinka häntä hoidetaan. Annettu tieto ei saa vahingoittaa potilasta; tiedonannon pitää noudattaa eettisiä periaatteita. Potilaan pitää pysyä tekemään päätöksiä oman hoitonsa suhteen. Kipu ja muuta fyysiset oireet eivät ole ainoa hoitamisen kohde, yhtä tärkeää on tarjota hoitokeinoja turvattomuuteen, yksinäisyyteen, ahdistukseen ja mahdollisiin pelkoihin tulevan suhteen. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Palliativisen hoitotyön ja saattohoidon Käypä hoito -suosituksissa korostetaan, että kuolevan potilaan pyykkisen hyvinvoinnin arvioinnin lähtökohtana on yhteinen tietoisuus potilaan ja hänen läheistensä sekä hoitoon osallistuvien henkilöiden kesken lähestyvistä kuolemasta (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019). Tapahtuma herättää ymmärrettävästi pelkoa ja ahdistusta, mutta surutyö ja elämää arvostava muistelemine yhdessä suojaavat potilasta mahdolliselta vakavalta mielenterveyden häiriöltä. Tämä myös auttaa sairastunutta suhtautumaan hyväksyvästi lähestyvään kuolemaan. Yhtä lailla perheen ja läheisten mukaan ottaminen suojaa heitä ja auttaa heidän henkistä hyvinvointiaan. (Surakka ym. 2015, 34.)

Palliativinen hoito voi kestää pisimmillään vuosia, ja yleisimmät palliativiset potilaat ovat parantumattomasti sairaita syöpäpotilaita, keuhkohtaumatautia, keuhkojen, sydämen ja munuaisten vajaatoimintaa, muistisairauksia sekä eteneviä lihas- ja hermostosairautta sairastavat potilaat. Palliativisen hoidon päätös perustuu merkkeihin, joiden myötä hoitava lääkäri tekee sairauden loppuvaiheen hoitosuunnitelman. Tällaisia merkkejä on määritelty Käypä hoito -suosituksissa. Kun kroonisesti sairaalla potilaalla on ollut suosituksissa määriteltyjä oireita, potilaan toimintakyky heikkenee tai hänellä on sairauden vuoksi useita sairaalajaksoja vuoden aikana, eikä hoitovastetta enää saavuteta, voidaan alkaa miettimään palliativisen hoidon aloitusta. Palliativisesta hoidosta on myös sairauskohtaiset indikaattorit. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019.)

Aktiivisella, oireenmukaisella hoidolla voidaan parantaa huomattavasti sairastuneen vointia ja elämänlaatua. Hoidon tavoite on edistää hyvinolontunnetta, luoda turvallisuutta, sekä tukea potilasta hoitopäätösten suhteen. Fyysisiä oireita ovat mm. yskä, limaisuus, hengenahdistus, pahoinvointi, ripuli, ummetus, ruokahaluttomuus, suun kuivuminen, suutulehdus, nielemisvaikeudet, iho-ongelmat, kutina, lymfaturvotus, painehaavat, luustokipu. Kivuissaan potilas tuntee avuttomuutta sairauden edessä, johon ei voi itse vaikuttaa. (Kokkinen 2013, 367–372.)

3.2 Psyykkisen ja henkisen tuen tarve palliativisessa hoidossa

Keskustelu, läsnäolo ja kosketus ovat yhtä tärkeitä hoitokeinoja kuin lääkkeellinen hoito. (Gröndahl ym. (toim.) 2008, 24–34.) Erityisesti kosketuksella on myös fyysisiin oireisiin helpottavaa vaikutusta, sillä se voi alentaa verenpainetta, rauhoittaa hengitystä, helpottaa potilaan nukahtamista, lievittää kipua sekä kohottaa mielialaa ja rauhoittaa levottomuutta (Turunen & Ervelius 2020, 238). Kärsimyksiä voi lievittää olemalla mahdollisimman paljon potilaan luona, huomioimalla potilaan toiveet, toteuttamalla toiveet ravitsemuksesta, hoitopaikasta, viihtyvyydestä, sekä tarjoamalla mahdollisuus käsitellä tuntemuksia ja muistella elämää. Psykoterapia, mielikuvaharjoitteet ym. voivat lievittää henkistä tuskaa ja pelkotiloja. (Pulkkinen & Vesanen 2013, 674–677.)

Palliativisen hoidon potilailla on voitu todentaa esiintyvän masennusta, ahdistuneisuushäiriöitä ja sopeutumishäiriöitä. Kyseisten oireiden havaitseminen ja huomioon ottaminen on oleellista palliativisessa hoitotyössä, sillä psyykkiset oireet voivat heikentää huomattavasti sairastuneen ja hänen lähipiirinsä hyvinvointia. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019.) Myös potilaan puutteellisesti huomioitujen ja täytettyjen hengellisten tarpeiden vaikuttavat heikentävästi potilaan elämänlaatuun ja tyytyväisyyteen itse palliativiseen hoitoon (Rabow & Knish 2015, 920). Potilaan fyysisen etenevän sairauden oireet sekä psyykkiset oireet voivat helposti sekoittua keskenään mikä tekee potilaan henkisen tilan arvioinnista hankalaa. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019.) Tällaisia oireita ovat esimerkiksi väsymys, joka voi liittyä sekä somaattisiin että mielen-terveydellisiin sairauksiin.

Ennen psykiatrisen hoidon arviota arvioidaan somaattisen hoidon psyykkinen tuki. Tarpeen mukaan konsultoidaan muita ammattiryhmiä, kuten sairaalapastoria. Kun sairastunut kohdataan hyvän vuorovaikutuksen turvin, erillisen psykiatrisen hoidon tarve vähenee. Palliativisen potilaan psyykkeen ar-

viointi edellyttää potilaan, läheisten sekä häntä hoitavien henkilöiden tietoisuutta ja yhteisymmärrystä siitä, että potilaan ja hänen lähipiirinsä on valmistauduttava lähestyvään kuolemaan. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019.) Joissakin tapauksissa potilas ei hyväksy omaa lähestyvää kuolemaansa eikä siihen liittyviä hoidon rajauksia. Tällöin potilasta ei voi vaatia niitä hyväksymään, vaan potilaan elämänlaatua ja perushoitoa pyritään toteuttamaan potilasta hyvin kuunnellen ja toiveita huomioiden, mutta kuitenkin siten, että hoitopäätös pysyy hoitavan lääkärin hallinnassa. (Hänninen 2015, 306–307.)

Hyvään parantumattomasti sairaan hoitoon kuuluu myös tuen antamista omaisille. Ilmapiiriin tulee olla hyväksyvä kaikenlaisten tunteiden ilmaisemiseen sairauden myötä, ja ymmärrys siitä, että jokainen käsittelee lähestyvää kuolemaa omalla tavallaan ketään loukkaamatta, helpottaa asioiden käsittelemistä yhdessä. Läsnä oleminen ja kuunteleminen ovat ennaltaehkäiseviä hoitotoimenpiteitä ihmislähtöisessä toimintatavassa. (Surakka ym. 2015, 58–59.)

3.3 Saattohoito

Saattohoito on osa palliativista hoitoa ja ajallisesti sillä usein tarkoitetaan hoitoa potilaan viimeisten elinpäivien tai viikkojen aikana (Valvira 2020). Se ei ole yhtä selkeä hoidonrajaus kuin palliativinen hoitopäätös ja niiden välinen raja onkin erittäin häilyvä (Hänninen 2015, 256–257). Myös varsinaiseen saattohoitoon siirtymisestä on keskusteltava potilaan, hänen omaistensa, tai muun laillisen edustajan kanssa, vaikka potilas olisi ollut jo aikaisemmin palliativisessa hoidossa. (Valvira 2020.)

Laadukas saattohoito edellyttää, että päätös on tehty ajoissa. Koska se liittyy kuoleman läheisyyteen, saattohoidon aloituksen määrittäminen voi olla hankalaa. Lähestyvän kuoleman merkit ovat tärkeä tunnistaa niin lääkäreiden kuin hoitajienkin. Mitä myöhemmäksi saattohoidon aloitus siirtyy, sitä vähemmän hoidon tavoite ja toteutus vastaavat toisiaan. (Hänninen 2015, luku 4.) Vaikka saattohoitopäätös on henkisesti ja hengellisesti vaikea asia potilaalle ja hänen omaisilleen, se voi kuitenkin parantaa jo sinällään elämänlaatua, kun mahdollisesti vaikeita oireita aiheuttavat aktiiviset hoidot kuten sytostaatit ja dialyysi lopetetaan. Elämänsä loppuvaiheen hoitosuunnitelmassa potilas voi ilmaista omat toiveensa kirjallisella hoitotahdolla. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin tietoa hengellisestä hoitotyöstä.

Tavoitteena on edistää hengellisen hoitotyön toteutumista elämän loppuvaiheen hoidossa.

Tutkimuskysymykset ovat

1. Miten hoitaja voi tunnistaa potilaan hengelliset tarpeet?
2. Kuinka ottaa hengellisyys puheeksi parantumattomasti sairaan potilaan kanssa?

5 TUTKIMUSMENETELMÄT

Opinnäytetyössä sovellettiin integroivaa kirjallisuuskatsauksen menetelmää, jolla pyritään saamaan tutkittavaan aiheeseen eli tutkimuskysymykseen vastaus tarkastelemalla esimerkiksi alan teoriaa kuten kirjallisuutta ja dokumentteja sekä tulkitsemalla aikaisemmista tutkimuksista saatuja tuloksia. Kirjallisuuskatsauksella selvitetään, mitä tutkittavasta asiasta tiedetään ennestään. Menetelmällä voidaan löytää ja kuvata yhteyksiä eri ilmiöille, luoda uuden näkökulman niiden tarkastelulle, löytää ristiriitoja vallitsevien teorioiden välillä ja tuoda esiin myös uusia tutkimuskysymyksiä (Kangasniemi 2013, 292–301.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voi olla kerronnaltaan tutkimusaihetta laajasti eri näkökulmista kuvaavaa *narratiivista* muotoa tai analyttisesti uutta tietoa tuovaa *integroivaa* katsausta. Integroivassa muodossa on paljon yhteisiä piirteitä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kanssa, mutta aineiston *sisäänotto- ja poissulkukriteerit* eivät ole yhtä tarkkoja kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Siten se antaa tutkimusaiheesta ja siihen liittyvästä kirjallisuudesta kattavamman kuvan. Aineistona käytettyjen tutkimusten tutkimusmenetelmät voivat olla vaihtelevia. Integroivalla kirjallisuuskatsauksella voidaan saada uutta tietoa tutkittavasta aiheesta ja myös kriittinen tarkastelu on mahdollista. (Salminen 2011, 8–9.)

Vaikka kirjallisuuskatsauksen vaiheet voidaan jakaa tutkimuksen tekijöistä riippuen useisiin eri vaiheisiin, selkeimmin siinä näkyy neljä päävaihetta: tutkimuskysymysten laatiminen, aineistojen valinta, aineistojen avulla saadun tiedon kuvailu ja kirjaaminen sekä tutkimustuloksen tarkastelu ja analysointi (Kangasniemi ym. 2013, 293–301).

Kirjallisuuskatsauksessa käytettävän aineiston valintaa rajaavat tutkimuskysymykset. Aineiston teeman tulee olla olennainen ja myös mahdollisimman täsmällinen tutkittavaan aihealueeseen nähden vastausten saamiseksi. (Kangasniemi ym. 2013, 294.) Aineistonvalinnassa tulee myös huomioida yksittäisen aineiston antamien vastausten tyyliä suhteessa tutkimuskysymyksiin ja muihin aineistoihin; ovatko ne tutkimuskysymyksiä täsmäntäviä, avaavia vai mahdollisesti kritisovia. Tutkimuskysymysten laajuus määrää sen kuinka paljon aineistoa tarvitaan. Koska kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymykset ovat laaja-alaisempia kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa, aineiston valintaa ja määrää eivät rajaa tutkimussäännöt yhtä tiukasti. (Salminen 2011, 6–7.)

Selkeästi rajatut ja tarkat tutkimuskysymykset ovat edellytys koko tutkimusprojektin onnistumiselle. Ne voivat olla laajuudeltaan hyvin täsmällisiä, mutta myös väljiä, riippuen halutaanko tutkimukseen yksi vai useampi näkökulma. Tutkimuskysymykset voivat syntyä ennalta tehdyn kapean kirjallisuuskatsauksen kautta. (Kangasniemi ym. 2013, 294.) Tutkimuskysymyksiä olen rajannut siten, että aihe kuvaa hengellisyyden puheeksi ottamista ja käsittelyä palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevien potilaiden kanssa. Henkeä uhkaavien, kroonisten sairauksien tai iän tuoma ajatus elämän rajallisuudesta ja ihmisten tarjoaman avun hauraudesta, voi tulla yksilölle yllättäen ja ennalta arvaamatta (Muurinen 2015, 307–308).

5.1 Aineiston keruu ja valinta

Aineiston hakua ja keruuta toteutettiin sähköisesti tietokantoja käyttämällä ja manuaalisesti hyödyntämällä aikaisempien tutkimusten lähdeviitteitä. Aineisto kerättiin Medic-, Cinahl- ja ScienceDirect-tietokannoista. Haku tehtiin aikavälillä 2015–2020, mukaan valittiin vain alkuperäistutkimukset, kirjallisuuskatsaukset rajattiin haun ulkopuolelle. Aineiston keruussa käytettiin informaation apua. Tietokannoissa käytetyt hakulausekkeet on esitelty seuraavassa taulukossa (TAULUKKO 2).

TAULUKKO 2. Tietokannoissa käytetyt hakulausekkeet

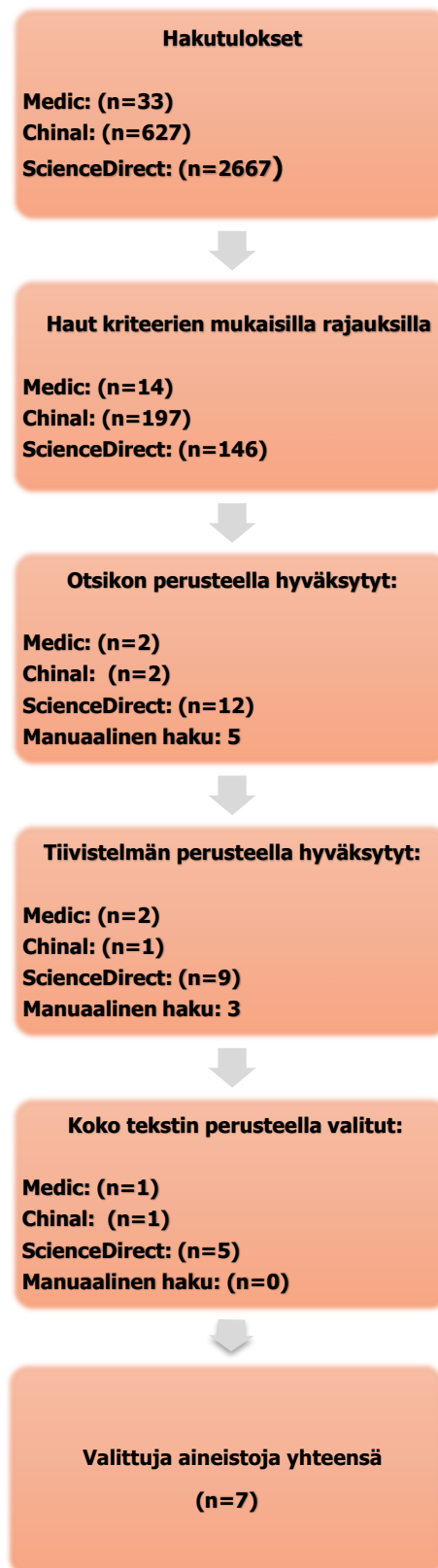
Tietokanta	Hakulauseke
Medic	"hengelli* OR uskonto* OR uskonnolli* OR spiritualiteetti OR toivo"
Cinahl Complete	"palliative care for cancer patient" or "nurse attitudes" AND "spirituality" OR "spiritual care" OR "spiritual needs"
ScienceDirect	"religiousness" OR "spirituality" OR "spiritual care" AND "end-of-life care" OR "hospice care" "spirituality" OR "spiritual needs" OR "spiritual care" OR "religious" OR "palliative care" OR "end-of-life care"

Aineiston rajaamiseksi laadittiin sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka ovat taulukoituna seuraavalla sivulla (TAULUKKO 3). Alkuperäistutkimus tai tutkimusartikkeli ei saanut olla kohtuuttoman vanha, sillä osa tiedoista voi olla vanhentunutta. Sen täytyi myös olla ymmärrettävällä kielellä, ettei väärinymmärtämistä ja väärää tulkintaa syntyisi. Tutkimuksen täytyi olla vertaisarvioitu ja muuten hyvien tutkimuskäytänteiden mukainen.

TAULUKKO 3. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> - Käytettävän aineisto on alkuperäistutkimus - Tutkimus noudattaa hyviä tieteellisiä käytänteitä - Tutkimus on vertaisarvioitu - Aineiston julkaisija on laajasti tunnettu - Aineisto on helposti saatavilla tietokantojen avulla ja on maksuton - Aineisto on julkaistu 2015–2020 aikana - Englannin tai suomenkielinen tutkimus - Aineistosta löytyy hoitotyöhön tai terveystieteeseen liittyvä näkökulma 	<ul style="list-style-type: none"> - Aineistossa ei löydy hoitotyöhön tai terveystieteeseen liittyvää näkökulmaa - Aineiston julkaisija on tuntematon - Alkuperäistutkimus ei vastaa hyviä tieteellisiä käytäntöjä tai siinä on käytetty vilppiä - Alkuperäistutkimus ei ole vertaisarvioitu - Aineisto on vuodelta 2014 tai vanhempi - Aineisto ei ole helposti saatavilla tietokannoista tai on maksullinen - Aineisto on vieraskielinen (lukuun ottamatta englanninkieliset) - Kirjallisuuskatsaus

Tietokantojen hakurajaukset tehtiin sisäänottokriteerien mukaisesti niin, että tutkimuksen tuli olla alkuperäisartikkeli, kokoteksti, vuoden 2015 tai sitä uudempi, englannin tai suomenkielinen, vertaisarvioitu sekä näyttöön perustuvan että tieteellisen hyvän käytännön mukainen. Lisäksi mukana täytyi olla hoitotieteellinen tai terveystieteellinen näkökulma. Rajaukset tehtiin tietokannan rajausmahdollisuudet huomioiden. Mikäli rajausta ei onnistunut esimerkiksi koskemaan pelkästään vertaisarvioituja tutkimuksia eikä se ilmene suoraan tutkimusartikkelista, tarkistettiin se tutkimuksen viralliselta julkaisijalta. Tiedonhakuprosessi eteni seuraavan kuvion mukaisesti (KUVIO 1).



KUVIO 1. Aineiston haku prosessina

5.2 Aineiston laadunarviointi

Lopullinen aineisto (n=7) koostui seitsemästä tutkimusartikkelista. Yksi on suomenkielinen ja muut kansainvälisiä englanninkielisiä tutkimusartikkeleita. Valintakriteerit täyttäneiden tutkimusaineistojen laatua on arvioitu Hawkerin (2002) arviointityökalua hyödyntäen. Sen tarkoituksena on helpottaa ja samankaltaistaa kirjallisuuskatsaukseen valittavan aineiston laadun arviointia ja tehdä siitä myös kattava. Aineistojen systemaattinen arviointi lisää näin myös kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Hawkerin mittari sisältää yhdeksän kohtaa, joihin aineiston arviointi kohdistuu. Niitä ovat aineiston otsikko ja tiivistelmä, tutkimuksen ja sen tavoitteen esittely, tutkimusmenetelmä ja tutkimustieto, otos, tutkimusaineiston analyysi, eettisyys ja asenteellisuus, tutkimustulokset, tulosten siirrettävyys ja yleistäminen sekä tulosten hyödynnettävyys käytäntöön. Jokaisesta kohdasta voi saada 4, 3, 2 tai 1 pisteen ja maksimipistemäärä on 36. (Hawker, Payne, Kerr, Hardey & Powell 2002, 1284–1299.) Laadun arvio tehtiin jokaisen aineiston syvällisen lukemisen jälkeen, jotta eri aineistojen sisällöt eivät sekoittuisi keskenään ja siten vääristäisi aineiston laatua, tutkimustuloksia ja tämän katsauksen luotettavuutta. Aineistojen laatupisteet vaihtelivat 31–36 välillä. Tarkemmin pistemäärät on ilmoitettu liitteenä olevassa taulukossa tutkimusartikkeleiden esittelyn yhteydessä (LIITE).

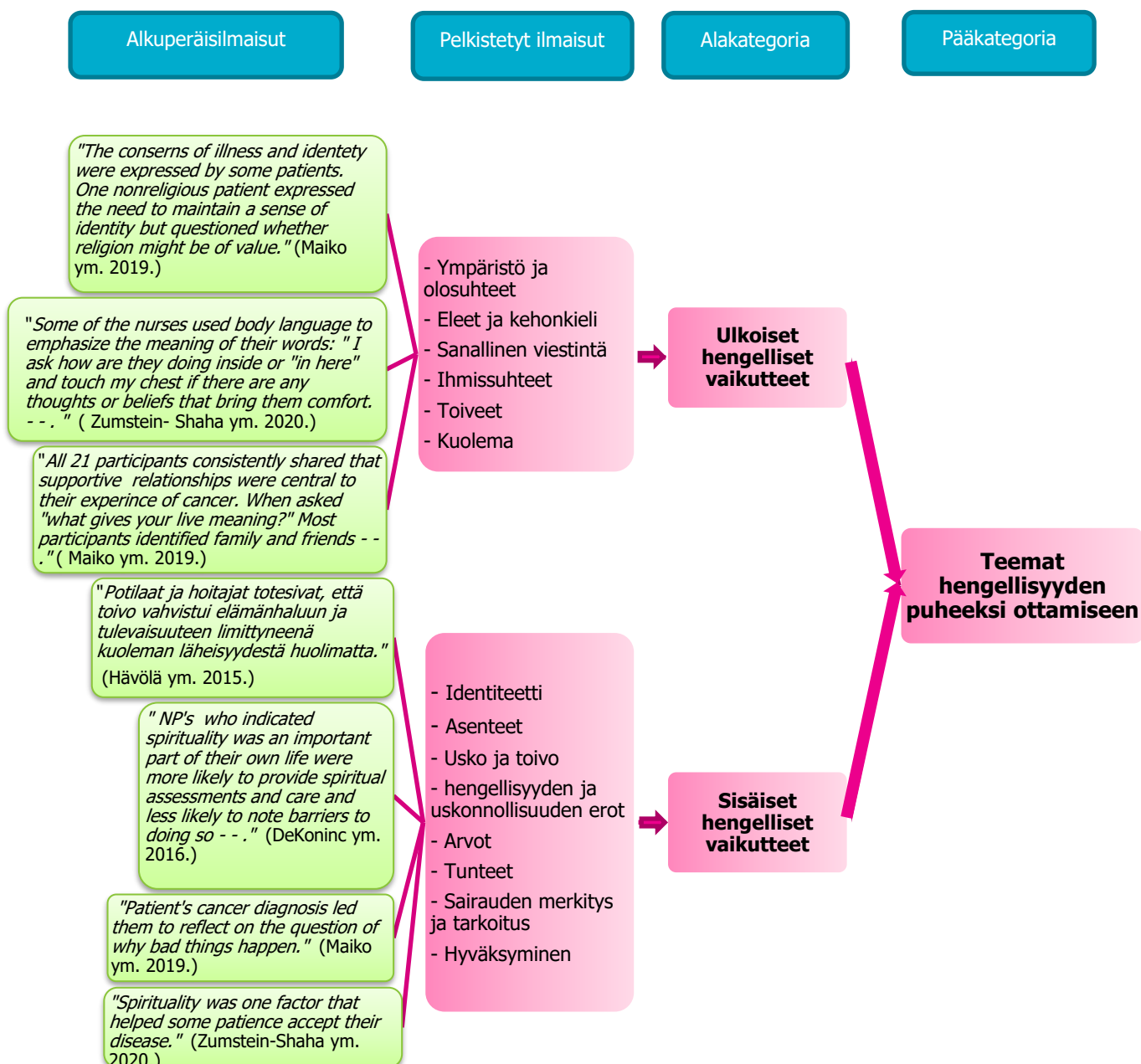
5.3 Aineiston analyysi

Aineiston analysointiin käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Sisällönanalyysillä pyritään selittämään ja kuvailemaan ilmiötä, niiden välisiä suhteita ja suhdekokonaisuuksia sanallisesti. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 138–148; Vilka 2015, 163–171.)

Sisällönanalyysi on mahdollista tehdä laadullisin tutkimusmenetelmin kerätyllä aineistolla tai aikaisemmin tuotetulla teorialiedolla, joka perustuu jonkin auktoriteetin luomaan teoriamalliin, ajatteluun tai tutkimukseen. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä keskiössä on tutkijan keräämä aineisto, josta tutkijan tulee löytää yhtäläisyyksiä ja johdonmukaisuuksia joko tutkittavien toiminnassa tai kertomuksissa. Ennen aineiston pelkistämistä eli yksinkertaistamista tutkijan tulee arvioida kohdat, josta toiminnan loogisuus ja kertomusten yhtäläisyydet saattaisivat olla löydettävissä. Aineiston pelkistämässä poistetaan tutkimuksen tarkoituksen kannalta turha ja merkityksetön asia siten, että jäljelle jää olennaiset tiedot. Varsinainen tutkimusongelma tai -kysymykset määräävät sen, miten aineistoa tulee pilkkoa ja kiteyttää. Pelkistetyn aineistokokonaisuuden ryhmittely riippuu siitä, mitä kerätystä aineistosta halutaan saada selville. Ryhmittely voi perustua ominaisuuksiin, kuvauksiin, ajatuksiin, käsityksiin tai piirteisiin, jotka liittyvät analysoitavana olevaan analyysiyksikköön. Analyysiyksikkönä voi olla esimerkiksi yksittäinen sana, virke, lause tai asiakokonaisuus. Jokaiseen ryhmään luodaan yläotsikko, joka kuvaa ryhmän sisältöä. Niistä saadaan aikaan käsitteitä, joista muodostuu luokituksia ja lopulta varsinainen teoriamalli. Lopputuloksesta pyritään saamaan ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä kokonaisuutena. Lisäksi tutkimustulosta ja tulkintaa verrataan aikaisempiin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin ja teoriaan. (Kyngäs ym. 2011, 138–148; Vilka 2015, 163–171.)

Jokainen aineisto ositettiin niin, että jäljelle jäivät tutkimuskysymyksen kannalta oleelliset lauseet tai ilmaisut. Analyysiyksikköinä toimi sekä lauseita että virkeitä. Tämän jälkeen englanninkielisistä alkuperäisilmaisista tehtiin sanantarkka käänös, jottei ydinasia katoaisi. Analyysiyksiköt pelkistettiin

yksinkertaisiksi virkkeiksi niin, että ne sisälsivät ydinasian. Sitten nämä pelkistetyt ilmaisut jaettiin asiasisällön perusteella pieniin ryhmiin, jotka muodostivat alakategorioita. Näiden ilmaisujen yhteisten piirteiden perusteella syntyi alakategorioille yhteinen nimittäjä eli pääkategoria. Aineiston analyysin eteneminen esitetään seuraavassa kuviossa (KUVIO 2).



KUVIO 2. Esimerkki aineiston analyysin etenemisestä

6 TULOKSET

Aineisto koostui tutkimusartikkeleista, jotka olivat menetelmiltään laadullisia (n=5), määrällinen (n=1) ja menetelmätrianguloitu (n=1). Katsauksessa käytetyt tutkimukset olivat kohdistuneet pääsääntöisesti hoitajan, lääkärin tai opiskelijan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Niiden kautta tuli esille tiettyjä teemoja ja vaikutteita, jotka olivat peräisin joko potilaalta itseltään tai jostain ulkoisista tekijöistä. Lisäksi riittävä koulutus ja kehitetyt mallit auttoivat hengellisten tarpeiden tunnistamisessa ja vähensivät hengellisen hoidon toteuttamiseen liittyviä esteitä.

6.1 Sisäiset hengelliset vaikutteet

Potilaan hengellisiä tarpeita esiin tuovia vaikutteita nousi potilaan sisäisestä maailmasta.

6.1.1 Hengellisyys ja uskonnollisuuden käsittäminen

Hengellisyys määrittelemisen loi haasteita aiheesta keskustelemiseen sekä hoitohenkilöstön että potilaiden näkökulmasta. Hengellisyyttä pidettiin osana uskonnollisuutta ja se miellettiin myös hyvin henkilökohtaiseksi asiaksi. Hengellisyys käsittely hoitotyön koulutuksessa oli saattanut jäädä liian vähäiseksi. Koulukohtaiset erot myös olivat voineet vaikuttaa siihen, missä määrin aihetta tuotiin esille. Vähäisestä koulutuksesta johtuva tiedonpuute jätti hengellisyyspuheen ottamisen helposti vieraaksi ja aihetta saatettiin myös vierastaa sen arkaluonteisuuden vuoksi. Pelko ilmeisemmin liittyi siihen, ettei potilaan tunteita ja vakaumusta haluttu loukata. Tilanteet, joissa oma vakaumus tai maailmankatsomus erosi huomattavasti potilaan näkemyksistä, saatettiin kokea vaikeaksi. Kuitenkin moni hoitaja myös itse löysi keinoja puhua hengellisistä tai uskonnollisista asioista, kun saivat siihen tilaisuuden. Kysymysten tulisi olla mahdollisimman vähän johdattelevia ja toisaalta potilaille itselleen tulisi antaa aihetta pohtia niitä. Moni hoitaja myös oivalsi, ettei hengellisyys tarkoita automaattisesti samaa kuin uskonnollisuus, eli käsitteiden eroavaisuuden. Avoin keskustelu potilaiden kanssa sai myös monen hoitajan pohtimaan omia asenteitaan hengellisyyttä kohtaan. (Kuvan & Giske 2019, 55–56; Zumstein-Shaha, Ferrel & Economou 2020, 4–5.)

Vähäinen hengellisyys käsittely opintojen aikana toi haasteita myös hengellisen hoidon toteutukselle, koska se ei ollut säännöllistä, eikä sitä siten välttämättä pidetty kaikissa yksiköissä tärkeänä. Kuitenkin hoitajat, jotka olivat saaneet koulutusta hengellisten ja uskonnollisten kysymysten käsitteilyyn, toteuttivat hengellistä hoitotyötä muita säännöllisemmin. He käyttivät ilmeitä ja eleitä, kuten kosketusta tukemaan sanojensa merkitystä, erityisesti kun kysyttiin potilaalta syvällisempiä kysymyksiä muun muassa tunteista, kokonaisvaltaisesta voinnista tai mahdollisista muutoksista joko itsessä tai lähipiirissä. (DeKoninck, Hawkins, Fyke, Neal & Currier 2016, 536–543; Zumstein-Shaha ym. 2020, 4–5.)

Vaikka potilaiden hengelliset tarpeet tunnistettiin, ei puheeksi ottaminen ollut kuitenkaan yksinkertaista. Riittävän koulutuksen lisäksi hengellisten tarpeiden tunnistaminen ja puheeksi ottaminen oli helpompaa, jos hoitajan ja potilaan vakaumukset vastasivat toisiaan, mutta se ei kuitenkaan ollut edellytys hengelliselle hoidolle. Käytännön hengellisen hoidon toteutuksen ja hoitajien oman vakaumuksen välillä saattoi ilmetä isoakin vaihtelua huolimatta hoitajien taidoista tunnistaa potilaan hengelliset tarpeet ja hengellisen hoidon koetusta tärkeydestä osana potilaan hoitoa. (DeKoninck ym. 2016, 536–542; Kuven & Giske 2019, 55–56; Zumstein-Shaha ym. 2020, 4.) Tämä viittaisi siihen, että hoitajat ja muu hoitohenkilöstö kokivat hengelliset asiat jossain määrin edelleen hyvin arkaluonteisiksi ja henkilökohtaisiksi. Hengellisen hoidon merkitys saattoi myös vaihdella eri hoitoyksikössä. Hengellisyys saatettiin sekoittaa psykologisiin tarpeisiin tai ne miellettiin tarkoittavan täysin samaa. Asiaan saattoi vaikuttaa se, että hengellisyys koettiin arkaluonteiseksi, sen toteuttaminen ei ollut rutiininomaista. Kuitenkin koulutuksen puute tai sen vähäisyys oli yksi tekijä mikä saattoi estää hengellisen hoidon toteutumisen täysimääräisesti. (DeKoninck ym. 2016, 538–543; Zumstein-Shaha ym. 2020, 4.)

6.1.2 Sairauden tarkoitus ja identiteetti

Vakava ja parantumaton sairaus herätti usein myös kysymyksiä sen merkityksestä ja pitkälti myös elämän tarkoituksesta tai tapahtumien oikeudenmukaisuudesta. Se myös voi muuttaa käsitystä omasta itsestä niin fyysisenä, sosiaalisena, henkisenä kuin hengellisenä olentona. Se saattoi näkyä etenkin uskonnollisilla ihmisillä siten, että osalla itse usko tai sitoutuneisuus uskonnollisiin traditioihin korostui, osalla taas usko horjui, jotkut kokivat vihan tunteita ja syyttivät Jumalaa tai muuta korkeampaa voimaa sairastumisestaan. Osa potilaista oli kriittisempiä itseään kohtaan ja kokivat itse olevansa syyllisiä sairastumiselleen. Oli myös ihmisiä, joiden identiteettiin tai minuuteen sairaus ei vaikuttanut juuri mitenkään. (Zumstein-Shaha, ym. 2020, 3–5; Maiko ym. 2019, 581–582.)

Hengellisyys tai uskonnollisuus voi vaikuttaa sairauden hyväksymiseen usein myönteisesti. Monelle rauhan saavuttaminen ennen kuolemaa oli tärkeää. Jos potilas pystyi tähän, hän tunsikin olonsa rentoutuneeksi ja kokevansa mahdollisesti olevansa valmis kuolemaan. Rauhan saavuttamisen voi tässä nähdä muun muassa läheisimpien ihmissuhteiden parantumisena ja ylläpitämisenä, uskonasioiden tiedostamisena ja mahdollisen Jumala-suhteen säilyttämisenä sekä itsensä ja eletyn elämän hyväksymisenä sellaisenaan. Näiden asioiden lisäksi ajan antaminen, läsnäolo ja hoitajan kuunteleminen olivat tärkeitä elementtejä kyseisistä aiheista keskusteltaessa. (Zumstein-Shaha ym. 2020, 3–5.)

6.1.3 Usko ja toivo

Toivo nousi myös esille yhtenä hengellisen keskustelun esille tuojana. Toivo nähtiin sisimmästä kumpuavana voimavarana, joka koostui pienemmistä, usein arkisista, toiveista. Toivo voi olla monimuotoista, jatkuvasti läsnä olevaa, lempeää tai kahlittua. Se ei välttämättä ollut aina positiivista ja sen toisena ääripäänä voitiin pitää epätoivoa ja toivottomuutta. Toiveet liittyivät usein läheisiin, heidän pärjäämiseensä, kuulluksi tulemiseen, sairauden kanssa elämiseen ja arjessa pärjäämiseen sekä

kuolemaan ja sen lähestymiseen. Hengellisyyttä pystyi päänsääntöisesti pitämään toivoa vahvistavana voimana, mutta joissakin tapauksessa uskon horjuminen voi aiheuttaa myös toivottomuuden tunnetta. (Hävölä, Rantanen & Kylmä 2015, 133–142.)

Potilaiden etnisellä tai uskonnollisella taustalla oli myös vaikutusta. Hengelliset tarpeet korostuivat silloin, kun potilas koki hoidonlaadun heikoksi tai oli muuten tyytymätön saamaansa hoitoon. Kulttuurinen tai hengellinen tausta saattoivat vaikuttaa käsitykseen hyvästä hoidosta ja hoitotyytyväisyyteen. Vaikka valtaosa potilaista kuuluikin johonkin uskontokuntaan, noin kahdella kolmesta oli hengellisiä arvoja, mutta ei uskonnollisia. Tämä viittasi myös siihen, että ihmiset erottivat niiden merkityksen eron. Valtaosalla oli kuitenkin jokin hengellinen tai psykologinen tarve. Hengelliset tarpeet liittyivät useimmiten toivon löytämiseen, apuun Jumalan tai muun korkeamman voiman löytämiseen, sairauden merkityksen tai tarkoituksen ymmärtämiseen. (Astrow, Kwok, Sharma, Fromer & Sulmasy 2018, 58–59.)

6.1.4 Arvot, asenteet ja tilanteen hyväksyminen

Maallisten ja hengellisten arvojen lisäksi potilailla oli myös omaan hoitoon liittyviä arvoja. Niihin kuului kunnioitus, rehellisyys, ammatillinen osaaminen ja taito olla hienotunteinen. Hoitosuhteen suuntautumista potilaskeskeiseksi oli saanut monet kokemaan itsensä ainutlaatuseksi. Hoitohenkilöstön aloite tarjota henkilökohtaista keskustelua potilaan kanssa ja ajan antaminen kuului yksilökeskeiseen hoitoon. Potilaat myös arvostivat kulttuuriinsa tai henkilökohtaiseen uskoonsa liittyviä käytänteitä. Siksi hoitajan tulisi perehtyä potilaan kulttuuriseen ja hengelliseen taustaan ainakin perustasoisesti. Joissain tapauksissa uskonnolliset arvot voivat olla myös este sopivalle näyttöön perustuvalle hoidolle, jolloin potilaan kanssa tulisi keskustella niiden vaikutuksesta hoidon laatuun ja mahdollisesti löytää muu hoitokeino, joka ei loukkaa potilaan arvoja. (O’Callaghan ym. 2019, 981–983; Zumstein-Shaha ym. 2020, 3.)

Potilaan oman tilanteen hyväksyminen nousi myös esille. Elämää uhkaava sairaus ja tietoisuus sen parantumattomuudesta oli aluksi usein hyvin vaikeaa hyväksyä. Osa ei välttämättä pystynyt tilannettaan hyväksymään kokonaan, mutta myös keinoja sen helpottamiseksi löytyi. Yksi niistä oli tilanteen järjeittäminen, johon liittyi kuoleman väistämättömyyden tiedostaminen. Siihen sisältyi omien voimien ja vaikuttamisen rajallisuuden tiedostaminen sairauden myötä, lisäksi aikaisemmin mainittu rauhan saavuttaminen itsen ja muiden kanssa sekä hengelliset tai uskonnolliset asiat. Hengellisen tai uskonnollisen vakaumuksen omaavilla potilailla parantumattoman sairauden hyväksyminen voi tapahtua helpommin. Tässä kuitenkin oli tärkeää hoitohenkilöstön tuki, jossa potilaan tarpeisiin reagoitiin tarpeen mukaisesti. (Maiko ym. 2019, 582; Zumstein-Shaha ym. 2020, 3.)

Vaikka kulttuurista voi vaikuttaa ihmisen arvoihin ja uskoon, ihmiset ovat sisimmältään kuitenkin samanlaisia. Kuolemaan johtava sairaus herättää huolta ja pelkoa omasta elämästä sekä läheisten pärjäämisestä. Arvot voivat jossain määrin muuttua parantumattoman sairauden myötä, samoin asenteet itseä, uskoa kuin itse elämääkin kohtaan. Ihmiset pyrkivät luontaisestikin vakavan elämäntilanteen myötä löytämään keinoja tilanteesta selviämiseen tai sen hyväksymiseksi joko yksin, perheenjäsenen, ystävien tai ammattilaisen avulla.

6.2 Ulkoiset hengelliset vaikutteet

Potilaan ulkopuolelta tulevia hengellisiin tarpeisiin vaikuttavia tekijöitä olivat ihmissuhteet, sanallinen viestintä, eleet ja ilmeet, toiveet, kuoleman läheisyys sekä ympäristö.

6.2.1 Ihmissuhteet ja viestintä

Elämän loppuvaiheen hoidossa perheen, ystävien tai uskonyhteisön merkitys potilaiden elämässä korostui. Vakava sairaus voi syventää ihmissuhteita. Moni koki läheisten antavan tukea ja myötätuntoa, mutta myös riitoja voi syntyä. Sairauden aiheuttamat vaikeudet, siihen liittyvä stressi, avuttomuus ja riittämättömyden tunne saattoivat aiheuttaa välirikkoja. Tämän vuoksi joillekin voi olla helppoa keskustella tuntemuksistaan ja hengellisistä asioistaan vieraammille ihmisille, kuten hoitajille. Hyvästien jättäminen myös koettiin hyvin vaikeaksi asiaksi etenkin, jos se koski pieniä lapsia. (Hävölä ym. 2015, 140; Maiko ym. 2019, 579; Zumstein-Shaha ym. 2020, 3.)

Uskonyhteisö toi monelle seurakuntaan kuuluvalle rohkeutta ja kannustusta sairauden hyväksymiseen. Lähimmäisestä välittäminen, sosiaalinen yhteenkuuluvuus ja yhteiset tekemiset toivat usein lohtua. Uskonyhteisöt voivat osallistua potilaan hengellisten tarpeiden tyydyttämiseen muun muassa rukoilemalla yhdessä, lukemalla uskonnollisia tekstejä tai auttamalla muissa hengellisissä toimissa, joihin hoitohenkilöstöllä ei ollut mahdollisuuksia. (Maiko ym. 2019, 581.)

Myös hoitajan kuuntelemisen, aidon läsnäolon ja ajan antamisen merkitys korostui. Ne mahdollistivat potilaalle tunteiden ilmaisemisen. Sanattomalla viestinnällä kuten ilmeillä ja kehonkielellä, pystyttiin voimistamaan sanojen merkitystä. Esimerkiksi kosketus kuului tärkeimpiin sanattoman viestinnän keinoihin. Näillä toimilla pyrittiin rauhoittamaan potilasta. Hoitaja voi tällöin saada käsitystä potilaan arvomaailmasta tai vakaumuksesta. Ajan antaminen oli tärkeää siksikin, koska muuten syväkuunteleminen ei ollut mahdollista, eikä potilas välttämättä tuonut esille tärkeimpiä sisällään pitämiä asioita. (Kuvan & Giske 2019; 53–54; O’Callaghan ym. 2019; 979–985; Zumstein-Shaha ym. 2020, 3–5.)

6.2.2 Kuoleman läheisyys

Hengellinen näkökulma nousi esille selvimmin kuolemaan valmistautumisen yhteydessä; toivo kuoleman jälkeisestä elämästä sekä edesmenneitten läheisten uudelleennäkemisestä. Avoin keskustelu kuolemasta ja kuolinprosessista voi lisätä toivoa. Kuolemasta keskustelun avoimuuteen voi kuitenkin vaikuttaa kulttuurinen tausta, ikä, eksistentiaalinen kriisi ja tautitilanne. Kuitenkin nuorelle potilaalle elämän rajallisuudesta ja kuolemasta keskustelu voi olla varsin haastavaa, koska terveyttä saatettiin pitää itsesäänselvyytenä ja elämä saatettiin kokea olevan vasta edessä. (Astrow ym. 2018, 58–61; Hävölä ym. 2015, 137–142.)

Halu elää, tulevaisuuteen suuntautuva elämänasenne, luonto ja muu ympäristölliset asiat sekä hengelliset ja uskonnolliset kuvat ja esineet voivat auttaa jaksamaan, pitämään aktiivisena sekä vähentämään kuolemanpelkoa. Moni toivoikin säilyttävänsä omatoimisuuden mahdollisimman pitkään.

Osa potilaista kuitenkin pyrki tietoisesti vaimentamaan toivoaan eikä tuonut toiveitaan esille siinä pelossa, että ne eivät välttämättä olleet realistisia tai todennäköisyys niiden toteutumiselle oli hyvin pieni. (Astrow ym. 2018, 58–61; Hävölä ym. 2015, 137–142.)

6.2.3 Ympäristö

Myös ympäristö vaikutti hengellisyyden kokemiseen. Esimerkiksi sairaalassa kodinomainen tila, lämmenhenkisyys ja sisustus voivat nostaa potilailla hengellisiä teemoja keskusteluissa ja saattoivat myös vahvistaa joidenkin uskoa kuoleman jälkeiseen elämään. Tällaisia sisustuksen, arkkitehtuurin tai luonnon tuomia elementtejä olivat luonnon valo, piha-alueet, puhtaus, avarat sisätilat, kukat ja rukoushuoneet. (Hävölä ym. 2015, 143; O’Callaghan ym. 2019, 984.)

Uskonnolliset kuvat ja ikonit muistuttivat uskonnollisista tai hengellisistä arvoista ja loivat toivoa vaikeinakin hetkinä. Suomessa myös sauna ja saunominen merkitsivät saattohoidossa oleville potilaille hyvin paljon ja ne kuulivatkin yleisimpiin toiveisiin. (Hävölä ym. 2015, 143; O’Callaghan ym. 2019, 984.) Kulttuurillisesti tärkeät paikat ja ympäristöt, esimerkiksi luonnonpuistot, tietyt rakennukset tai yksittäiset huoneet, voivat näin ollen herättää hengellisiä keskustelun aiheita.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Kirjallisuuskatsauksen kautta ilmeni tilanteita, jotka nostivat esille hengellisiä asioita, kuten ihmissuhteet, arvot, asenteet, tunteet, sairauden järkeistäminen ja hyväksyntä, kuolema, usko, toivo, identiteetti ja myös ympäristö, kun keskustelu kohdistui palliatiiviseen osastoon, saattohoitokotiin tai omaan kotiin. Myös sanattomalla viestinnällä; kasvojen ilmeillä ja kehonkielellä kuten kosketuksella on merkitystä hengellisten asioiden puheeksi ottamiseen. Kosketuksella hoitaja pystyy tukemaan sanojensa merkitystä. Kosketuksen, kuuntelemisen ja muun vuorovaikutuksen merkitys on tuotu esille myös aikaisemmissa tutkimuksissa. (Delgado-Guay 2014, 311; Louheranta ym. 2016, 234–239.) Avoin keskustelu kuolemasta tai kuolemaan liittyvistä vaiheista herättää potilaissa hengellistä pohdintaa. Tämä tulee ilmi lähinnä suomalaisissa tai pohjoismaisissa tutkimuksissa ja vähissä määrin myös kansainvälisissä tutkimuksissa. (Haho 2017, 1704–1709; Hävölä ym. 2015, 133–137.)

Hengellisyttä ja uskonnollisuutta pidetään näiden tutkimusten perusteella jossain määrin edelleen henkilökohtaisena asiana hoitohenkilöstön näkökulmasta ja puheeksi ottaminen koetaan haastavaksi. Tähän saattaa vaikuttaa se, että hengellisyttä on helposti pidetty synonyymina uskonnollisuudelle. Kuitenkin hengellisyyden määritelmä on laajempi kuin mitä ajatellaan. Uskonnollisuuteen kuuluu hengellinen ulottuvuus, mutta hengellisyyteen ei välttämättä kuulu uskonnollista puolta. Katsauksessa käytettyjen aineistojen valossa, sairaanhoitajien koulutuksessa on puutteita hengellisten asioiden käsittelyssä. Tutkimukset tuovat ilmi myös valmiiden sairaanhoitajien tai muun hoitohenkilöstön tarpeesta saada lisäkoulutusta hengellisyydestä. (Harrald 2019, 50–54; Kuven & Giske 2019, 56; Zumstein-Shaha ym. 2020, 4.) Tiedon lisääntyminen helpottaa myös käytännön työssä, koska se alentaa kynnystä aiheen puheeksi ottamiselle erilaisten vakaumusten omaavien potilaiden kanssa ja voi muuttua säännöllisemmäksi toiminnaksi.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimukset, joissa osallistujina oli myös potilaita, liittyvät enimmäkseen syöpätauteihin. Arvaamattomasti etenevä tauti, jonka kulkuun ei juurikaan pysty itse vaikuttamaan tai joka on levinnyt parantavan hoidon ulottumattomiin, aiheuttaa näiden tutkimusten mukaan erilaisia reaktioita potilaissa. Osalle potilaista kehittyy eksistentiaalinen kriisi, joka saattaa laukaista tarpeen etsiä joko uskoa korkeampiin voimiin tai muita hengellisiä asioita saadakseen toivon, tuen ja turvan tunnetta. Myös päinvastaisia reaktioita ilmenee, potilas saattaa masentua ja erityisesti syvästi uskovien kohdalla myös epäillä uskoaan tai jopa luopua siitä.

Tutkimuksista löytyi myös niitä hengellisiä tarpeita tai hoitotyön menetelmiä, joita Watson on teoriassaan esittänyt. Niitä ovat oman mukavuusalueen ulkopuolelle meneminen, toivon luominen ja ylläpito, hengellisyttä ja rauhaa mahdollistavan ympäristön luominen, lähimmäisenrakkautta osoitava hoitosuhde sekä vastavuoroinen oppiminen. Potilas voi saada hoitajalta omaan terveyteen ja hoitoon liittyvää ohjausta, mutta toisaalta hoitaja voi saada potilaalta arvokasta kokemukseen perustuvaa tietoa sairauteen ja sen vaikutuksesta muiden hyvinvoinnin osa-alueisiin, kuten hengellisyyteen. (Iversen & Sessanna 2012, 45–46; Hävölä ym. 2015, 137–142; Kuven & Giske 2019, 55–56; O’Callaghan ym. 2019, 981–982; Zumstein-Shaha ym. 2020, 3–5.)

7.2 Opinnäytetyön prosessin pohdinta

Opinnäytetyön aiheen löysin silloisen opinnäytetyökaverin kanssa alun perin Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) aihepankista. Aihe vaikutti hyvin mielenkiintoiselta, vaikkakin hiukan haastavalta. Alkuperäinen idea oli tehdä laadullinen teemahaastattelu muutamalla KYS:in erikoissairaanhoidon osastolla. Tuolloin koronaepidemia esti työn toteuttamisen sairaalassa olleen vierailukiellon vuoksi. Etähaastattelut eivät olisi myöskään tulleet kyseeseen, koska oli liian iso riski, että haastattelun ajankohtaan tulisi muutoksia tai peruuntuisi kokonaan. Lisäksi olimme sitä mieltä, ettei hoitohenkilöstöä tule kuormittaa vaan potilaiden hoito oli ensiarvoista. Työsuunnitelma muuttui näin ollen ratkaisevasti eli laadullisesta haastattelututkimuksesta kirjallisuuskatsaukseksi. Työ oli kesäkauden pitkälti tauolla. Päädyin myös lopulta tekemään työn yksin aikataulusyistä. Aihekuvausten tein loka-kuun aikana 2020 ja sen pohjalta tehty suunnitelmaversio hyväksyttiin marraskuun lopussa. Joulukuun aikana etsin ja keräsin aineistoa tietokantoja ja manuaalista hakua käyttäen. Koska aihe osoittautui luultua kapeammaksi, itse hakutyö, kriteerit täyttävien aineistojen löytyminen sekä aineiston laadunarviointi yhteensä kesti lähes koko kuukauden. Tammikuussa 2021 tein aineiston sisällönanalyysin suunnitelman mukaisesti.

Yksilötyönä kirjallisuuskatsauksen tekeminen oli aikaa vievää ja hitaasti etenevää. Tutkimuksia, joissa mainittiin palliatiivinen hoito tai saattohoito sekä hengellinen hoitotyö, löytyi kohtalaisesti, mutta silti iso osa niistä ei vastannut tutkimuskysymyksiin juurikaan tai sen merkitys oli vähäinen. Osassa taas näkökulma oli väärä, vaikka muut kriteerit olisivat täyttyneet. Tuoreita suomalaisten tekemiä tutkimuksia oli vähän ja englanninkielisten aineistojen kääntäminen oli ajoittain melko vaativaa.

Aineiston valintaan liittyviin sisäänotto- ja poissulkukriteereihin kuului aineiston maksuttomuus, joten kaikki maksulliset aineistot jäivät tutkimuksen ulkopuolelle. Tähän opinnäytetyöhön ei myöskään liittynyt matkustamista, tutkimusvälineiden hankintaa, arkaluonteisten tietojen luovutukseen tai tutkimuslupaan liittyviä käsittelykuluja. Kirjallisen aineiston lainauksesta ei syntynyt kustannuksia, mutta jonotus vaikutti jonkin verran työn edistymiseen. Työtahtia hidasti myös muu elämäntilanne kuten työssäkäynti.

7.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön kautta opin paljon kirjallisuuskatsauksen tekemiseen liittyvää teoriaa, itsenäistä työskentelyä, vastuunkantoa ja päätöksentekoa. Koska seuraan tiettyjä tieteellisiä julkaisuja jo pelkästä mielenkiinnosta, olen mielestäni hyvin lähdekriittinen. Minulle on tärkeää tietää tutkimuksen tekijät, heidän sidonnaisuutensa, aineiston julkaisupaikka tai julkaisija, vertaisarviointi ja joskus myös tutkimuksen rahoittajat, arvioidessani tutkimuksen luotettavuutta ja uskottavuutta. Myös itsenäistä päätöksentekoa tuli hyvin paljon, kun jouduin pohtimaan ja arvioimaan, voiko tutkimusta käyttää kirjallisuuskatsauksessa vai ei, ovatko katsauksessa käytetyt aineistot todella relevantteja ja miten tutki-

musten rajallisuus ja pieni otanta mahdollisesti vaikuttavat tuloksiin ja sitä myöten myös tämän katsauksen tuloksiin. Hawkerin (2002) aineiston laadunarviointimittarin avulla opin kiinnittämään tarkemmin huomiota tutkimusaineiston yksityiskohtiin ja niiden kattavuuteen. Tutkimusartikkeleita läpi käydessä, tutustuin useisiin erilaisiin kvantitatiivisiin ja kvalitatiivisiin tutkimusmenetelmiin.

Koin saavani hyvin kokonaisvaltaisen kuvan kirjallisuuskatsauksen tekemisestä ja sen vaiheista, kun sain toteuttaa ne itsenäisesti. Opin olemaan aikaisempaa analyttisempi ja lukemaan asioita enemmän rivien välistä. Tieteellinen kirjoittaminen oli alkuun haasteellista, koska tekstin sovittaminen luontevaksi kokonaisuudeksi oli hieman vaikeaa, mutta helpottui työn edetessä.

Hengellisyden merkityksestä sairaanhoitotyössä oli itselläni melko vähän tietoa, joten aihe kiinnosti myös sen vuoksi. Koska itse työskentelen ikäihmisten parissa, erityisesti muistisairaiden kanssa, oli minulla siitä jo kohtalainen käsitys, mikä olisi saattanut heikentää katsauksen luotettavuutta ennakko-oletusten vuoksi, mikäli olisin rajannut aiheen heihin. Lisäksi oli mielenkiintoista tietää, minkä takia hengellisyden puheeksi ottaminen voi olla hoitajalle tai muulle hoitohenkilökunnalle haastavaa. Itse koin tämän opinnäytetyön avulla saavani enemmän työkaluja ja rohkeutta asian käsittelylle hoitotyössä, kun minulla on tutkimustietoa aiheesta ja keinoja soveltaa tätä tietoa. Hengelliset tarpeet olisi tärkeää tunnistaa ja ottaa puheeksi vakavan somaattisen sairauden aiheuttaman kriisin aikana senkin vuoksi, että jos niihin ei reagoida, voi kehittyä henkisiä ongelmia. Hoitajan taito puhua hengellisyydestä ja myös perustuntemus erilaisista uskonnoista tai filosofian suuntauksista voi myös lisätä potilaan luottamusta hoitosuhteessa, kun on joku, jolle puhua tulematta leimatuksi. Parhaimmillaan se lisää hoitomyönteisyyttä ja tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon.

Sairaanhoitajan osaamiskriteereissä edellytetään taitoja toimia ammatillisesti ja eettisesti. Hoitajana minulla on velvollisuus toteuttaa hoitotyötä kokonaisvaltaisesti potilasta kunnioittaen, myös hengellisyys huomioiden. Samalla kuitenkin muistan, että en ota itse kantaa uskonnollisiin tai hengellisiin asioihin vaan toimin enemmän kuuntelijana. Jos omat taidot eivät riitä asioiden käsittelyyn, tulee potilaalle tarjota mahdollisuus keskustella esimerkiksi sairaalasielunhoitajan, -papin tai oman uskon-yhteisönsä edustajan kanssa. Sairaanhoitajan osaamisvaatimukseen kuuluu siten myös työskentely moniammatillisessa työyhteisössä, joka edellyttää hyviä vuorovaikutustaitoja. (Laukkanen 2020.)

Kliininen työ on sairaanhoitajan tärkeimpiä taitoja. Siihen liittyvät potilaan terveydentilan ja erilaisten tarpeiden arviointi ja reagointi tilanteenmukaisesti, myös hätätilanteessa. Anatomian ja fysiologian tuntemus kuuluu oleellisena osana sairaanhoitajan taitoihin, samoin sairauksien ja lääkehoidon vaikutukset elimistöön. Niihin olen saanut hyvät valmiudet koulutuksen aikana, mutta todelliset tilanteet työssä ovat opettaneet parhaiten. Kirjaamisen tärkeys on tullut esille työn kautta. (Laukkanen 2020.)

Osaan arvioida tiedon luotettavuutta ja olen siinä myös melko tarkka. Perustelen toimintani näyttöön pesutuvalla tiedolla. Omalta osaltani pyrin myös ylläpitämään laadukasta ja terveyttä edistävää hoitotyötä. Tunnen julkisen, toisen ja kolmannen sektorin merkityksen terveystalouden tuottamisessa ja tarvittaessa ohjaan potilaita hyödyntämään muun muassa potilasjärjestöjen palveluita, joiden tunteminen myös kuuluu sairaanhoitajan osaamiskriteereihin. (Laukkanen 2020.)

7.4 Laadullisen tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyötä ohjaa tutkimuseettikka, jolla tarkoitetaan yleisesti tiedeyhteisössä hyväksytyjä käytänteitä ja normeja suhteessa muihin tutkijoihin, tutkimusaiheeseen, yleisöön ja toimeksiantajaan. Sen noudattaminen alkaa jo tutkimuksen ideoinnin tasolta jatkuen aina tutkimusraportin julkaisuun ja yleisön luettavaksi päätymiseen asti. Hyvillä tutkimuskäytänteillä tarkoitetaan tiedonkeruutapoja ja tutkimusmenetelmiä, jotka ovat tiedeyhteisön hyväksymiä. Nämä toimintatavat kestävät siten hyvin eettisen tarkastelun. Eettisesti kestävä tiedonkeruu perustuu tutkijan oman alan tieteelliseen kirjallisuuteen ja sen tuntemiseen, lähdekriittisyyteen, havaintoihin ja kerätyn aineiston analysointiin. (Vilka 2015, 41–53.) Käytin lähdekriittisyyttä arvioimalla tutkimuksen julkaisijan, tarkistamalla vertaisarvion, tutkimusten tekijöiden mahdollisuuden sidonnaisuuksia, mikäli ne oli mainittu tutkimusartikkelissa, tutkimuksen teettäjän ja mahdolliset yhteistyötekijät. Tämän vaiheen kävin läpi vain, jos artikkeli oli muuten sisäenottokriteerit täyttävä ja katsaukseen hyväksyttävä. Kirjallisuuskatsauksessa eettisyys on aineiston valinnassa ja tutkimuksen raportoinnissa merkittävä avaintekijä koko tutkimuksen ajan johtuen katsauksen menetelmien avarasta luonteesta. Eettisyys vaikuttaa myös tutkimuksen luotettavuuteen. (Kangasniemi ym. 2013, 297–298.)

Hyvässä tieteellisessä tutkimuksessa noudatetaan yhteisesti sovittuja periaatteita, joita ovat rehellisyys, tarkkuus ja huolellisuus tutkimuksen aikana, tulosten tallentamisessa ja analysoinnissa sekä tulosten julkaisussa ja niiden esittämisessä. Tutkimuksen tekijän tulee kunnioittaa muita tutkijoita lainatessaan heidän tuloksiaan viittaamalla alkuperäistutkimukseen asianmukaisesti ja muilla lähdemerkinnöillä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2018.) Tässä opinnäytetyössä kunnioitettiin alkuperäistutkimuksen tekijöitä ja heidän tuloksiaan merkitsemällä viitteet heti lainatun asian jälkeen tekstissä sekä lähdeluettelossa tarkemmat aineiston tiedot asiaan kuuluvalla tavalla. Opinnäytetyössä on myös tärkeää, että aineistoa hyödynnettäessä ja kirjoittaessa itse asiasisältö ei muutu. Aineiston käsittelyssä tutkimuseettinen toimintatapa erityisen tärkeää, jotta raportti olisi rehellinen, oikeudenmukainen ja tasavertainen. (Kangasniemi ym. 2013, 297–298.) Koska suurin osa aineistosta oli englanninkielisiä ja osa ilmaisuista monitulkintaisia, aineistot piti lukea useaan kertaan tarkkaan läpi oikean asian ymmärtämiseksi. Tarvittaessa käytin sanakirjaa niiden sanojen ja ilmaisujen kohdalla, joilla saattoi olla useita merkityksiä ja vertasin niitä tekstikontekstiin. Haastavampien ilmaisujen kohdalla kysyin muilta kieltä osaavilta varmistaakseni tulkinnan oikeellisuuden.

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen vaikuttavat olennaisesti tutkimuskysymykset ja niiden selkeys. Lisäksi tutkimuskysymykset ja käytetyn aineiston taustatekijät on oltava hyvin kuvailtu ja karotettu, sillä avoimuudella on merkitystä luotettavuuden arvioinnissa. Tutkimuksen tekijällä voi olla ennako-olettamuksia, tarkoitushakuisuutta, joka vaikuttaa aineiston valintaan ja siten heikentää tutkimuksen luotettavuutta erityisesti, jos niitä ei ole raportissa selvennetty. (Kangasniemi ym. 2013, 296–298.) Tämän katsauksen laatua saattaa heikentää seikka, että se on tehty yksilötyönä, jolloin riski näille tai vaikkapa alkuperäisaineiston väärän tulkinnan aiheuttamille vaikutuksille aineiston valinnassa ja tutkimustuloksessa voi kasvaa verrattuna ryhmässä tehtyihin tutkimuksiin. Ennakoasenteita olen välttänyt rajaamalla aihetta koskemaan potilasryhmiä, joiden palliatiivinen hoito johtuu muista kuin mielenterveys- tai muistisairauksista, sillä olen työskennellyt näiden ryhmien parissa ja

näin ollen olettamuksia on voinut syntyä niiden kautta. Luotettavuutta lisäsi se, että tutkimuskysymykset olivat selkeitä ja tarkkarajaisia, mikä auttoi aineiston valinnassa relevanttien artikkeleiden löytämiseen ja esti tulkintavirheiden syntymistä. Esimerkiksi tilanteissa, joissa vastausten saaminen ei aina löytynytään suorana ilmaisuna koko tekstistä peilasin sitä tutkimuskysymykseen pohtimalla mihin asiaan halusin saada vastauksen.

Myös tapa, jolla aineisto valitaan, vaikuttaa luotettavuuteen. Niin sanotussa implisiittisessä aineiston valinnassa esitetään perustelut valinnalle samanaikaisesti aineiston käsittelyn tutkimuskysymykseen peilaamisen aikana. Luotettavuuden arviointi heijastuu siten perustelujen vakuuttavuuteen. Eksplisiittisessä aineiston hankinnassa sen sijaan kuvataan koko tiedonhankintaprosessi hyvin tarkkaan sisältäen käytetyt tietokannat ja hakusanat. Mikäli valinnan perustelut jäävät kuitenkin liian löyhiksi, voi se vaikuttaa koko tutkimuksen luotettavuuteen sillä se mahdollistaa aineiston kautta tehtyjen johtopäätösten kyseenalaistamisen. (Kangasniemi ym. 2013, 296–298.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa käytetyt aineistot on esitelty tutkimusmenetelmiseen ja keskeisine tuloksineen taulukkomuodossa liitteessä (LIITE). Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta voi vahvistaa tutkimustulosten monipuolinen tutkistelu välttämällä kuitenkin valikointia, joka vaikuttaa siihen heikentävästi. Päähuomio on pidettävä itse tutkimuksessa ja katsauksessa tulee huomioida myös tulevaisuuden näkymiä tutkimusaiheiden saralta. (Kangasniemi ym. 2013, 296–298.) Tässä opinnäytetyössä tietokannat ja niissä käytetyt hakusanat tai -lausekkeet on mainittu taulukossa sivulla 18 (TAULUKKO 2) ja aineiston hakuprosessi kuviona sivulla 20 (KUVIO 1).

Kävin läpi myös aineistojen tutkimuksiin ja niiden tuloksiin liittyvät luotettavuus- ja eettisyyskysymykset. Osassa tutkimuksia otanta on melko pieni tai jos tutkimus kohdistui maantieteellisesti eri maanosiin, osallistujien määrä saattoi jakautua epätasaisesti, jolloin vertailu on epävalidia. Nämä asiat otin huomioon tutkimustuloksia tarkastellessa. Samoin osassa käytetyissä tutkimuksissa ei ollut suoraa mainintaa tutkimukseen liittyvistä eettisistä kysymyksistä, mutta ne olivat kuitenkin löydettävissä muualta tekstistä, erityisesti tutkimuksen toteutusosasta.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Tulosten perusteella hoitajien koulutuksella on tärkeä merkitys hengellisen hoidon toteuttamiselle. Hengellisyyden käsittely jo hoitotyön perusopintojen aikana voi vähentää aiheeseen liittyvää jännitteisyyttä ja arkuutta. Jotta aiheen käsittely potilaan kanssa voi olla luontevaa ja helppoa, sitä tulee toteuttaa usein. Koulutuksen avulla voi saada hyvät valmiudet tunnistaa ja vastata potilaan hengellisiin tarpeisiin. Aihetta tulisi käsitellä ammattikorkeakouluissa laajemmin, koska se on saattanut jäädä vähäiseksi tai pahimmillaan pelkäksi maininnaksi. Jotta potilaan vakaumusta ja hengellisiä arvoja voi kunnioittaa, pitää hoitajan tietää ainakin perustasolla niihin kuuluvista ominaisuuksista. Jos potilas on ennestään tuttu tai hoitosuhde ollut pitkä, aiheen käsittely voi olla helpompaa kuin, jos hoitosuhde on lyhytkestoinen. Käytännön työssä esteenä hengellisyyden puheeksi ottamiselle potilaan kanssa voi myös olla ajanpuute ja kiire, jolloin keskiössä on enemmän potilaan fyysiset tarpeet.

Hengelliset asiat saattavat tulla puheeksi, vaikka kysymykset eivät suoraan niihin viittaisikaan. Potilaan hengellisyys tai uskonnollisuus vaikuttavat siihen, millaisten asioiden yhteydessä niitä tulee ilmi. Tämänkin katsauksen kautta saatujen tulosten perusteella hengellisiä teemoja nostattavat aiheet voivat linkittyä toisiinsa. Moni kokee perheensä eli ihmissuhteet yhtenä tärkeimmistä asioista elämässään. Tämä liittyy puolestaan arvoihin, joilla voi olla hengellinen tai uskonnollinen ulottuvuus.

Palliativisessa hoidossa tai saattohoidossa olevien potilaiden osalta henkisten ja hengellisten tarpeiden huomiointi korostuvat, kun elämän rajallisuus tiedostetaan selkeämmin. Ihmiset ovat yksilöitä ja suhtautuminen lähestyvään kuolemaan vaihtelee huomattavasti. Hengellisyys tulee huomioida samalla tavalla kuin muut tarpeet, jotta voidaan tunnistaa selkeästi ne potilaat, joilla on erityisen suuri tarve saada keskustella hengellisistä ja uskonnollisista asioista tai sairauden ja lähestyvän kuoleman aiheuttamista huolista.

Koska tämä opinnäytetyö rajoittui palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa oleviin potilaisiin ja aikuisiin, vastaavaa tutkimusta voisi jatkaa myös lasten kohdalla. Myös maahanmuuttajataustaisten potilaiden hengelliset tarpeet ja toiveet voisi olla hyvä jatkokäsittelyaihe. Opinnäytetyötä voisi myös täydentää tutkimalla hengellisyyden merkitystä vakavasta sairaudesta parantuneilla potilailla. Hengellisten arvojen muutokset vastaavissa elämäntilanteissa sopivat myös tutkimusaiheiksi. Tässä tutkimuksessa tuli esiin melko vähän ei-uskonnollisten potilaiden näkemyksiä, joten heidän käsitystensä hengellisyydestä ja hengellisistä tarpeista voisi olla tarpeen saada lisää tietoa.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksia voi hyödyntää muun muassa:

1. Aihetta käsittelevän oppaan laatimiseen hoitajille tai alan opiskelijoille.
2. Koululle materiaaliksi opetuskäyttöön.
3. Tuloksien kautta saatuja menetelmiä voi hyödyntää myös työelämän eri osa-alueilla ja työympäristöissä kuten sairaaloiden osastoilla, erilaisissa palveluasumisyksiköissä ja saattohoitokodeissa.

9 LÄHTEET:

Katsauksessa käytetyt aineistot on merkitty tähdellä (*).

Aalto, Kirsti & Gothoni, Raili 2009. Ihmisen lähellä. Helsinki: Helsinki Kirjapaja

*Astrow, Alan B., Kwok, Gary, Sharma, Rashmi K., Fromer, Nelli & Sulmasy Daniel P. 2018. Spiritual Needs and Perception of Quality of Care and Satisfaction with Care in Hematology/Medical Oncology Patients: A Multicultural Assessment. *Journal of Pain and Symptom Management* 55(1), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.08.009>. Viitattu 10.1.2021.

Balducci, Lodovico 2019. Geriatric Oncology, Spirituality, and Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management* 57(1), 171-175. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.009>. Viitattu 29.10.2020.

Blaber, Michael, Jones, June & Willis, Derek 2015. Spiritual care: which is the best assessment tool for palliative settings? *International Journal of Palliative Nursing* 21(9), 430-438. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.9.430>. Viitattu 27.10.2020.

Bowman, Ted 2017. Spirituality and countertransference: Individual and systemic considerations. *Death Studies* 41(3), 154-161. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1236851>. Viitattu 29.10.2020.

Costello, Margaret 2018. Watson's Caritas Processes® as a Framework for Spiritual End of Life Care for Oncology Patients. *International Journal of Caring Science* 11(2), 639-644. <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/Issue.aspx?issueID=48&pageIndex=0&pageReason=0>. Viitattu 10.10.2020.

*DeKoninck, Beth, Hawkins, Lee Ann, Fyke, Jeremy P., Neal, Terry & Currier, Kristina 2016. Spiritual Care Practices of Advanced Practice Nurses: A Multinational Study. *The Journal for Nurse Practitioners* 12(8), 536-544. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.05.023>. Viitattu 10.1.2021.

Delgado-Guay, Marvin 2014. Spirituality and religiosity in supportive and palliative care. *Current opinion in Supportive and Palliative care* 8(3), 309-312. <https://doi.org/10.1097/spc.000000000000079>. Viitattu 28.10.2020.

Eriksson, Katie 2004. Lähimmäisen rakkauden idea. Teoksessa Kankare, Harri, Hautala-Jylhä, Pirjo-Liisa & Munnukka, Terttu (toim.) *Lähimmäisen rakkauden puolustus - uusvanhanäkökulma hoitotyöhön*. 2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 9-18.

Gröndahl, Elina; Anttonen, Mirja-Sisko, Lehtomäki, Susanna & Agge; Eva (toim.) 2008. *Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito*. Suomen sairaanhoitajaliitto. Helsinki: Silverprint.

Haho, Annu 2017. Palliativisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys. *Lääkärilehti* 72(33), 1704-1709. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/palliativisen-vaiheen-syopapotilaiden-eksistentiaalinen-karsimys/>. Viitattu 24.10.2020.

Harrad, Rachel, Cosentino, Chiara, Keasley, Robert & Sulla Francesco 2019. Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomed for Health Professions* 90(4), 44-55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6625560/pdf/ACTA-90-44.pdf>. Viitattu 28.10.2020.

Hawker, Sheila, Payne, Sheila, Kerr, Christine, HARDEY, Michael & Powell Jackie 2002. Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically. *Qualitative Health Research*. 12, 1284-1299. <https://doi.org/10.1177%2F1049732302238251>. Viitattu 17.10.2020.

Hvidt, N. C., Mikkelsen, T. B., Zwisler, A. D., Tofte, J. B. & Assing Hvidt, E. 2019. Spiritual, religious, and existential concerns of cancer survivors in a secular country with focus on age, gender, and emotional challenges. *Supportive Care in Cancer* 27, 4713-4721. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04775-4>. Viitattu 1.11.2020.

Hänninen, Juha 2015. Milloin saattohoitoa? Teoksessa *Palliativinen hoito*. Verkkokirja. Suomalainen lääkäriseura. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00146/do>. Viitattu 20.3.2020

- Hänninen, Juha 2015. Saattohoitoa kenelle, milloin ja missä? Teoksessa Saarto, Tiina, Hänninen, Juha, Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 256–259.
- Hänninen, Juha & Muurinen, Sampo 2015. Eksistentiaalinen kärsimys. Teoksessa Saarto, Tiina, Hänninen, Juha, Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 306–310.
- *Hävölä, Hanna, Rantanen, Anja & Kylmä, Jari 2015. Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. *Hoitotiede* 27(2), 132–147. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:ele-1760566>. Viitattu 12.1.2021.
- Idman, Irja & Aalberg, Veikko 2013. Syöpään liittyvät psykososiaaliset näkökohdat. Teoksessa Teppo, Lyly (toim.) Syöpätaudit. 5. uudistettu painos. Duodecim. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim, 859–872.
- Iversen, Alyx ja Sessanna, Lorelee 2012. Utilizing Watson's Theory of Human Caring and Hills and Watson's Emancipatory Pedagogy to Educate Hospital-Based Multidisciplinary Healthcare Providers About Hospice. *International Journal of Human Caring* 16(4), 42–48. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=0d749ca8-7faa-4705-a53f-71096813fcc4%40sessionmgr4008>. Viitattu 30.10.2020.
- Kangasniemi, Mari, Utriainen, Kati, Ahonen, Sanna-Mari, Pietilä, Anna-Maija, Jääskeläinen, Petri & Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 4/2013, 291–301.
- Karvinen, Ikali 2019. Potilaan henkinen ja hengellinen tuki hoitotyössä. Duodecim. <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>. Viitattu 2.11.2020.
- Kestenbaum, Allison, Shields, Michele, James, Jennifer, Hocker, Will, Morgan, Stefana, Karve, Shweta, Rabow, Michael W. & Dunn, Laura B. 2017. What Impact Do Chaplains Have? A Pilot Study of Spiritual AIM for Advanced Cancer Patients in Outpatient Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management* 54(5), 707–714. [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(17\)30291-9/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(17)30291-9/fulltext). Viitattu 29.10.2020.
- Kocizewski, Cynthia, 2004. Spiritual care: A phenomenologic study of critical care nurses. *Heart & Lung* 33(6), 401–411. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2004.06.004>. Viitattu 30.9.2020.
- Kokkinen, Jukka 2013. Syöpäpotilaan hoito. Teoksessa Mustajoki, Marianne, Alila, Anja, Matilainen, Elina, Pellika, Minna ja Rasimus, Mirja (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 8. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 337–372.
- *Kujen, Britt Moene & Giske, Tove 2019. Talking about spiritual matters: First year nursing students' experiences of an assignment on spiritual conversations. *Nurse Education Today* 75, April 2019, 53–57. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.01.012>. Viitattu 9.1.2021
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu 1.10.2020.
- Laukkanen, Anna 2020. Yleissairaanhoitajan (180 op) osaamisvaatimukset ja sisällöt. Savonia blogi. 15.1.2020. <https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2019/01/31/yleissairaanhoitajan-180-op-osaamisvaatimuslauseet-ja-sisallot-julkaistu/>. Viitattu 12.5.2021
- Louheranta, Olavi, Lähteenvuori, Markku & Kangasniemi, Mari 2016. Henkinen ja hengellinen tuki terveydenhuollossa- kenen vastuulla? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 53(4), 234–241. <https://journal.fi/sla/article/view/59668>. Viitattu 3.10.2020.
- *Maiko, Saneta, Johns, Shelley A., Helft, Paul R., Slaven, James E., Cottingham, Ann H. & Torke, Alexia M. 2019. Spiritual Experiences of Adults with Advanced Cancer in Outpatient Clinical Settings. *Journal of Pain and Symptom Management* 57(3), 576–586.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.11.026>. Viitattu 15.1.2021.
- Muurinen, Sampo 2015. Hengellinen hoito. Teoksessa Palliatiivinen hoito. Verkkokirja. Suomalainen lääkäriseura. Duodecim. <https://www.oppoportti.fi/op/pli00171/do>. Viitattu 1.4.2021.

Muurinen, Sampo, Sipola, Virpi & Vainio, Anneli 2018. Henkisyys, hengellisyys, spiritualiteetti. Teoksessa Saarto, Tiina, Hänninen, Juha, Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli (toim.) Palliatiivisen Hoidon Hyvät Käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 140–142.

Narayanasamy, Aru 2010. Recognising spiritual needs. Teoksessa Mcsherry, Wilfred & Ross, Linda (toim.) Spiritual Assessment in healthcare practice. Kecwick, England: M&K Update Ltd, 37-55. Saatavissa: <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.savonia.fi/lib/savoniafi/reader.action?docID=861991&ppg=50>. Viitattu 5.11.2020

*O'Callaghan, Clare, Brooker, Joanne, de Silva, William, Glenister, David, Melia, Adelaide, Symons, Xavier, Kissane, David & Michael, Natasha 2019. Patients' and Caregivers' Contested Perspectives on Spiritual Care for Those Affected by Advanced Illnesses: A Qualitative Descriptive Study. *Journal of Pain and Symptom Management* 58(6), 977-988. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsym-man.2019.08.004>. Viitattu 14.1.2021.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2019 (viitattu 25.1.2020). <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>.

Pulkkinen, Satu & Vesanen, Päivi 2013. Henkinen ensiapu. Teoksessa Mustajoki, Marianne, Alila, Anja, Matilainen, Elina, Pellika, Minna & Rasimus, Mirja (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 8. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 674–684.

Rabow, Michael W. & Knish, Sarah J. 2015. Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care. *Support Care Cancer* 23(4), 919-923. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2428-4>. Viitattu 27.10.2020.

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, Jonathon 2018. Patient's and caregiver's needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. *Palliative Medicine* 32(1), 216–230. <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0269216317734954>. Viitattu 7.10.2020.

Surakka, Tiina, Mattila, Kati-Pupita, Åstedt-Kurki, Päivi, Kylmä, Jari & Kaunonen, Marja 2015. Palliatiivinen hoitotyö: Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Helsinki: Fioca Oy

Turunen, Elina ja Ervelius, Tiina 2020. Diakonissa kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä. Teoksessa Malkavaara, Mikko, Rättyä, Lea, Thitz, Päivi & Valtonen, Minna (toim.) Diakonisen hoitotyön perusteet ja käytäntö. Tampere: PunaMusta Oy, 235–245. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/345797/DIAK_Opetus_6_web.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Viitattu 3.11.2020

Valvira 2020. Elämän loppuvaiheen hoito. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito. Viitattu 28.7.2020.

Vilkka, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Vilkka, Hanna 2005. Tutkimusmetodeja ammatilliselle kentälle. Vastapaino. <http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-kehita-C3%A4.pdf>. Viitattu: 8.10.2020.

*Zumstein-Shaha, Maya, Ferrel, Betty & Economou, Denice 2020. Nurses' response to spiritual needs of cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing* 48, 101792. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101792>. Viitattu 11.1.2021.

10 LIITE: KIRJALLISUUSKATSAUKSESSA KÄYTETYT AINEISTOT

Tutkimuksen tekijä(t) ja otsikko	Tutkimuksen tarkoitus ja otanta	Tutkimusmenetelmät	Tutkimuksen keskeiset tulokset	Laatupist.
<p>Astrow, A., Kwok, G., Sharma, R., Fromer, N. ja Sulmasy, D. (2018)</p> <p>Spiritual Needs and Perception of Quality of Care and Satisfaction with Care in Hematology/Medical Oncology Patients: A Multicultural Assessment</p> <p>(Astrow, Kwok, Sharma, Fromer & Sulmasy 2018, 56-64.)</p>	<p>Yhdysvaltalaisen tutkimuksen tarkoitus on tehdä arvio hengellisistä tarpeista etnisesti ja uskonnollisesti monipuolisesta potilasryhmästä syöpätautiin ja veritautien poliklinikalla ja tutkia hoidonlaadun käsitysten, hoitotytyväisyyden ja hengellisten tarpeiden yhteydestä toisiinsa. Potilaiden äidinkieli oli pääasiassa englanti, venäjä, espanja tai kiina.</p> <p>Otos: (n=727); naiset (n=483) ja miehet (n=244)</p>	<p>Havainnointitutkimus; SNAP, 23- kohtainen validoitu kysely, sisältäen 5 psykologisten tarpeiden, 13 hengellisten tarpeiden ja 5 uskonnollisten tarpeiden arviointimittaria/ yksimuuttuja-analyysi, usean muuttujan regressioanalyysi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lähes 80 % potilaista toi esille ainakin yhden hengellisen tarpeen. - Venäjänkieliset potilaat osoittivat vähemmän hengellisiä tarpeita kuin englanninkieliset. - Potilaat, jotka kokivat itsenä hengelliseksi, mutta ei uskonnolliseksi, toivat eniten esille korkeamman tason hengellisiä tarpeita. - Korkeat hengelliset tarpeet assosioitui alentuneeseen hoitotytyväisyyteen sekä heikkoon näkemykseen hoidon laadusta. 	31
<p>DeKoninck, B., Hawkins, L., Fyke, J., Neal, T. ja Currier, K. (2016)</p> <p>Spiritual Care Practices of Advanced Practice Nurses: A Multinational Study</p> <p>(DeKoninck, Hawkins, Fyke, Neal & Currier 2016, 536-544.)</p>	<p>Yhdysvalloissa ja neljässä Euroopan maassa toteutettu tutkimus. Tavoitteena oli selvittää miten kokeneet hoitajat yhdistävät hengellisen hoitotyön käytännön kentällä ja toisaalta mitkä asiat mahdollisesti saattavat estää sen toteuttamista.</p> <p>Otos: (n=136); Yhdysvallat (n=112) ja Eurooppa (n=31), 7 vastausta hylätty</p>	<p>Prospektiivinen, kuvailtava kyselytutkimus. (41 avoimesta ja monivalintaisista kysymyksistä koostuva kysely) / määrällinen analyysi ja temaattinen analyysi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tutkimukseen osallistuneista 93 % osasi tunnistaa potilaiden hengelliset tarpeet. - Vain 2/3 osallistujista on sitoutunut säännölliseen hengelliseen hoitotyöhön. - Koulutuksen lisääminen on vähentänyt jännitystä ja mahdollistanut APN-hoitajien hengellisen hoidon toteutusta ilman papiston avun tarvetta. 	31
<p>Hävölä, H. Rantanen, A. ja Kylmä, J.</p> <p>Saattohoidossa olevan potilaan toivo ja sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina</p> <p>(Hävölä, Rantanen & Kylmä 2015, 132-147.)</p>	<p>Saattohoidossa olevan potilaan toivon kuvaileminen sekä niitä parantavia ja heikentäviä asioita niin potilaan kuin hoitajan näkökulmasta.</p> <p>Otos: Potilaat (n=6) ja hoitajat (n=10)</p>	<p>Avoin haastattelu/ laadullinen induktatiivinen sisällönanalyysi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Potilaan toivo elää jatkuvasti toivon ja toivottomuuden välillä ja on aina läsnä. Se rakentuu useista pienistä arkisista toiveista. - Kuolevan toiveiden suuntautuminen tulevaisuuteen saaden niistä voimaa tiedostaen kuitenkin niiden mahdottomuuden. - Tietoinen ja tiedostamaton toivon kahlitseminen liittyy toivon pettämisen pelkoon. 	36

LIITE jatkuu

Tutkimusentekijä(t) ja otsikko	Tutkimuksen tarkoitus ja otanta	Tutkimusmenetelmät	Tutkimuksen keskeiset tulokset	Laatupist.
<p>Kuven, B. ja Giske, T. (2019)</p> <p>Talking about spiritual matters: First year nursing students' experiences of an assignment on spiritual conversations</p> <p>(Kuven & Giske 2019, 53–57.)</p>	<p>Norjassa tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin ensimmäisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemuksia hengellisistä keskusteluista. Opiskelijoita pyydettiin keskustelemaan toisen kanssa hengellisistä näkökulmista hoitotyössä ja pohtimaan niiden merkitystä sairaanhoidossa.</p> <p>Otanta: (n= 528) Otos: (n=385)</p>	<p>Prospektiivinen kohorttitutkimus/ laadullinen sisällönanalyysi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tutkimus nosti esille kolme pääkategoriaa, jotka kuvailivat opiskelijoiden kokemuksia, annetusta tehtävästä. Niitä ovat itsetutkiskelu, oman mukavuusalueen ulkopuolelle meneminen sekä uusien puolien löytäminen toisesta ihmisestä. - Tutkimus osoitti, että norjalaisilla opiskelijoilla oli hyvin vähän kokemuksia hengellisestä hoitotyöstä ja heidän oma arvio taidoistaan ottaa hengellisyys puheeksi toisen kanssa on heikkoa. 	34
<p>Maiko, S., Johns, S., Helft, P., Slaven, J., Cottingham A. ja Torke, A. (2019)</p> <p>Spiritual Experiences of Adults With Advanced Cancer in Outpatient Clinical Settings</p> <p>(Maiko ym. 2019, 576-586.)</p>	<p>Saada ymmärrystä hengellisyyden ja uskonnollisuuden lujudesta ja hädästä levinyttä syöpää sairastavien aikuisten parissa. Tavoitteena on kehittää toimenpiteitä, joilla voidaan tukea potilasta hyödyntämään sekä omia voimavaroja että ulkopuolista apua ahdistuksen kohtaamiseen.</p> <p>Otanta: (n=21), joista miehiä (n=7) ja naisia (n=14)</p>	<p>Puolistrukturoitu laadullinen haastattelu/temaattinen analyysi</p>	<p>Suhde läheisiin ja ystäviin nousi tärkeimmäksi teemaksi riippumatta osallistujan hengellisestä tai uskonnollisesta vakaumuksesta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhde Jumalaan tai uskonyhteisöön tuotiin esiin niiltä osallistujilta, jotka pitivät itseään hyvin uskonnollisena - Syöpä sai useamman pohtimaan elämän tarkoitusta ja eksistentiaalisen kärsimyksen olemusta. - Osallistujat kertoivat missä määrin heidän oma identiteettinsä oli muuttunut tai säilynyt sairauden myötä - Sairauden hyväksyminen oli myös mainittu tavaksi selviytyä sairauden mukanaan tuomista muutoksista. 	34

jatkuu

LIITE jatkuu

Tutkimusentekijä(t) ja otsikko	Tutkimuksen tarkoitus ja otanta	Tutkimusmenetelmät	Tutkimuksen keskeiset tulokset	Laatupist.
<p>O'Callaghan, C., Brooker, J., De Silva, W., Glenister, D., Melia, A., Symons, X., Kissane, D. ja Michael, N. (2019)</p> <p>Patients' and Caregivers' Contested Perspectives on Spiritual Care for Those Affected by Advanced Illnesses: A Qualitative Descriptive Study</p> <p>(O'Callaghan, Brooker, Glenister, Symons & Michael 2019, 977-988.)</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on saada lisää ymmärrystä australialaisten potilaiden ja hoitajien näkökulmaan hengellisestä hoidosta ja sen lisäämisestä edenneen sairauden aikana.</p> <p>Otos: (n=40); Potilaat (n=30) ja hoitajat (n=10)</p>	<p>Puolistrukturoitu haastattelu puhelimitse tai kasvatusten/ laadullinen sisällönanalyysi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Osallistujat kuvailivat hengellisyyttä monipuolisesti, mutta myös kiistanalaisia uskomuksia tuli esille - Moni kyseenalaisti hengellisyyden olemassaolon, mutta kaikki osallistujat arvostivat kunnioittavaa henkilöstöä, joka korostaa potilaan yksilöllisyyttä; ihmisen perusarvoa, erityisesti silloin kun hoito on ylittänyt potilaan odotukset. - Laadukkaat ja positiiviset organisaatio- ja ympäristösävyt parantavat potilaan kokonaisvaltaista hyvinvointia. - Potilaat korostivat sairaalan myötämiehistä vastaanottoa ja ammattitaitoista hoitoa, mikä rauhoittaa ja lohduttaa potilasta. 	33
<p>Zumstein-Shaha M., Economou, D. ja Ferrel, B</p> <p>Nurses' response to spiritual needs of cancer patients</p> <p>(Zumstein-Shaha, Ferrel & Economou 2020, 1-6.)</p>	<p>Yhdysvalloissa ja Sveitsissä toteutetun tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka paljon syöpäpotilaita hoitavilla hoitajilla on kokemusta hengellisestä hoitotyöstä ja miten he vastasivat potilaiden hengellisiin tarpeisiin.</p> <p>Otanta: 90 Yhdysvallat ja 14 Sveitsi Otos: (n=62); Yhdysvallat (n=58) Ja Sveitsi (n=4)</p>	<p>Laadullinen kysely/ teemaattinen analyysi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hoitajat tunnistivat potilaiden hengellisiä tarpeita ja omia kokemuksia hengelliseen tai uskonnolliseen tukeen liittyen. - Hoitajat raportoivat potilaiden kamppailusta haastavan tautitilanteen kanssa ja omista haasteista hahmottaa potilaiden hengellisyyttä tai uskonnollisuutta. - Kokemusten kautta hoitajat ovat kehittäneet tapoja (esimerkiksi elekieli) keskustella hengellisyydestä tai uskonnollisuudesta potilaiden kanssa, jotka samalla ovat vahvasti vaikuttaneet heidän elämäänsä ja omaan sisäiseen kasvuun. 	35