

Eija Hakamäki

# **Hoitotyöntekijän osaamisen kehittäminen palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa**

Opinnäytetyö

Sairaanhoitaja ylempi AMK

Syksy 2023



**KAMK • University  
of Applied Sciences**

## Tiivistelmä

**Tekijä(t):** Hakamäki Eija

**Työn nimi:** Hoitotyöntekijän osaamisen kehittäminen palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa

**Tutkintonimike:** Sairaanhoitaja (ylempi AMK), kliininen asiantuntija, palliatiivinen hoito

**Asiasanat:** palliatiivinen hoitotyö, eksistentiaalinen kärsimys, vuorovaikutteinen kohtaaminen, elämänlaatu, osaamisen kehittäminen

Kun ihminen sairastuu parantumattomasti ja tietoisuus elämän päättymisestä voimistuu, voi se aiheuttaa sairastuneelle henkistä ahdistusta ja eksistentiaalista kärsimystä. Kärsimystä voi helpottaa hoitohenkilökunnan osaaminen kärsimyksen tukemisessa. Hoitohenkilökunnan tehtävä on muun muassa selittää potilaan ilmaisemia tunteita ja sanoittaa lähimmäisille sairastuneen henkistä kärsimystä. Opinnäytetyön tavoitteena oli hoitotyöntekijän osaamisen kehittäminen palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa.

Metodologiana oli toimintatutkimus. Ensimmäisen syklin tarkoitus oli kartoittaa aikaisempaa tutkimustietoa hoitohenkilökunnan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisen auttamismenetelmistä palliatiivisen potilaan hoitotyössä. Tutkimuskysymys oli, mitä hoitotyön auttamismenetelmiä hyödynnetään palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa. Metodina oli kirjallisuuskatsaus. Aineisto otettiin (n=10) tutkimuksesta, ja se analysoitiin induktiivisella sisällön analyysin avulla. Tuloksiksi saatiin luokat: hengellisyyden tunnistaminen ja vahvistaminen, lohdutus, toivo, olemassaolon ja voimavarojen tukeminen, luottamus, elämänlaatu, ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja läsnäolo.

Syklin 2. tarkoitus oli kartoittaa, mitä osaamista hoitohenkilökunnalla on palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisesta? Tutkimuskysymys oli, mitä osaamista hoitohenkilökunnalla on palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisesta. Metodina oli ryhmäkeskustelut, joihin osallistui (n=6) hoitotyöntekijää. Tuloksena saatiin luokat: läsnäolo, omaisten huomioiminen, myönteeläminen, toivon ylläpitäminen, yksilön tarpeenmukainen hoito ja vuorovaikutus.

Syklin 3. tarkoitus täsmentyi sykliden 1 ja 2 tulosten mixauksen perusteella. Tarkoitus oli kartoittaa, miten palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen toivon, läsnäolon ja omaisten tukeminen kehittää hoitotyöntekijöiden vuorovaikutusosaamista. Kehittämiskysymys oli, miten palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen toivon, läsnäolon ja omaisten tukeminen kehittää hoitotyöntekijöiden vuorovaikutusosaamista. Pilotoinnin suunnittelussa huomioitiin pilottiin osallistuvien hoitotyöntekijöiden eli projektiryhmäläisten osaamisen lähtötaso pilotoitavasta aiheesta. Suunnittelussa toteutettiin tukilista, jota hyödyntäen projektiryhmäläinen pystyi pilotissa kohtaamaan potilaita ja omaisia vuorovaikutuksellisesti. Pilotointi toteutettiin Sotkamon terveyskeskussairaalassa huhtikuussa 2023 pilottiin osallistuvien hoitotyöntekijöiden eli projektiryhmäläisten toimesta. He tapasivat parantumattomasti sairaita potilaita hoitotyössään ja heidän omaisiaan ja kävivät vuorovaikutuksellista keskustelua toivon, läsnäolon ja omaisten kohtaamisen näkökulmasta tavoitteenaan oman osaamisen kehittäminen palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa. Pilotoinnin arvioinnin aineisto kerättiin pilotointiin osallistuneilta hoitajilta heidän omien muistiinpanojensa avulla. Reflektointikysymykset olivat 1. miten vuorovaikutuksellisesta kohtaamisesta saatujen kokemusten perusteella hoitotyöntekijät ovat kehittäneet osaamistaan palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa? 2. mitkä vuorovaikutukselliset kohtaamisen menetelmät olivat keskeisiä hoitotyöntekijän osaamisen kehittämisessä palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa? ja 3. mitkä asiat estivät tai edistivät vuorovaikutuksellista kohtaamista? Projektiryhmäläisten palauttamat muistiinpanot pilotoinnin arvioinnista analysoitiin induktiivisen sisällön analyysillä, josta tuloksiksi saatiin luokat: eettinen osaaminen, hoitotyön kulttuurinen osaaminen, läsnäolo, kuulluksi tuleminen, empatia ja myötätunto, asenne, ammatillinen kohtaaminen, kollegiaalisuus, hoitotyön hektisyys ja moniammatillinen yhteistyö.

Syklissä 4. kehittämistyö päättyi hoitotyöntekijän osaamisen kehittämisen suunnitelmaan siitä, miten palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukeminen vakiinnutetaan hoitotyöhön implementointi- ja arviointisuunnitelman mukaisesti. Tarkoitus oli kuvata PARIHS-mallin mukainen implementointisuunnitelma, joka tukee hoitotyöntekijän osaamisen kehittämistä palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa. Kehittämiskysymys oli, miten PARIHS-mallin mukainen implementointisuunnitelma tukee hoitotyöntekijän osaamisen kehittämistä palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa. Tutkimusnäyttö kerättiin kirjallisuuskatsauksen, ryhmäkeskustelujen ja pilotointitulosten avulla. Implementoinnissa muutosagentit eli projektiryhmään kuuluneet hoitotyöntekijät tukevat tulosten vakiinnuttamista hoitotyöhön. Näytön vakiinnuttamisen prosessia arvioidaan säännöllisesti, jotta uuden toimintatavan muutos saadaan osaksi palliatiivista hoitotyötä.

Tuloksista ilmenee, että hoitotyöntekijät ymmärsivät inhimillisyyden tärkeyden potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa. Vuorovaikutuksellinen kohtaaminen, toivo, läsnäolo ja omaisten kohtaaminen edisti hoitotyöntekijöiden rohkeutta kohdata palliatiivinen potilas ja hänen omaisensa. Hoitajilla oli osaamista keskustella potilaan ja omaisten kanssa kärsimyksestä kohtamalla heidät aidosti, läsnä olemalla ja kiireettömästi. Rohkaisemalla potilasta ilmaisemaan toiveitaan, potilas tunsikin olonsa turvallisiksi ja koki tulensa kuulluksi itseään koskeissa päätöksissä, jolloin myös eksistentiaalinen kärsimys lieventyi.

Jatkokehittämisen aiheet on esitetty opinnäytetyön lopussa.

## Abstract

**Author(s):** Hakamäki Eija

**Title of the Publication:** Developing nursing skills to support the existential suffering of palliative patient's

**Degree Title:** master of health care, advanced nursing practice degree, palliative care

**Keywords:** palliative care work, existential suffering, the interactive encounter, the quality of life, knowledge development

When a person approaches death and the awareness of the end of life intensifies it can cause mental distress and existential suffering. Suffering can be alleviated by the skills of care staff to support suffering. The role of nursing staff is to create hope and to be present, to listen and understand, but also to explain the feelings expressed by the patient and to convey the patient's emotional suffering to those close to them.

The methodology of the thesis was action research. The purpose of the first cycle was to identify previous research knowledge on methods for nursing staff to support existential distress in palliative care. The research question was which nursing support methods are used to support the existential suffering of palliative patients. The research method used was a literature review. The data were drawn from (n=10) studies. The data was analysed using inductive content analysis. The results were classified as follows: acknowledgement and affirmation of spirituality, comfort, hope, support for existence and resources, trust, quality of life, respect for human dignity and self-determination, and presence.

The aim of the cycle two was to identify what knowledge do nursing staff have about supporting the existential suffering of palliative patients? The research question was: what knowledge do nursing staff have about supporting the existential suffering of palliative patients? The research method was group discussions with nursing staff (n=6). The results of the analysis of the interview data were categorised as: presence, caring for relatives, compassion, maintaining hope, caring for the individual's needs and interaction.

The purpose of cycle three was clarified by mixing the results of Cycles once and twice. The purpose was to explore how supporting the hope, presence and caregivers of palliative patients in existential suffering develops nurses' interactive skills. The research question was how supporting the hope, presence and relatives of palliative patients' existential suffering develops nurses' interpersonal skills. The pilot was carried out in Sotkamo's Health Centre Hospital in April 2023. Data for the evaluation of the pilot was collected from the nurses who participated in the pilot through their own notes. The questions were 1. how have nurses developed their skills in supporting the existential suffering of palliative patients based on their experiences of interactive encounters? 2. which interactive encounters methods were central to the development of nurses' competence in supporting the existential suffering of palliative patients? And 3. what prevented or facilitated the interactive encounter? The notes returned by the project team members on the evaluation of the pilot were analysed using inductive content analysis was an ethical competence, cultural competence in nursing, presence, being heard, empathy and compassion, attitude, professional encounter, collegiality, the hectic nature of nursing and multidisciplinary collaboration.

In cycle four, the development work ended with a nursing competence development plan on how to link to support for the existential suffering of palliative patients in nursing care according to the implementation and evaluation plan. The purpose of to describe an implementation plan based on the PARIHS model to support the development of nurses' skills in supporting the palliative patient's existential suffering. The development question was how the PARIHS implementation plan supports the development of nurses' competence in supporting the palliative patient's existential suffering. Based on the model research evidence was collected through a literature review, group discussions and piloting results. During implementation, change agents, i.e. nursing staff who were part of the project team supported the embedding of the results in nursing practice. The process of establishing the model will be regularly evaluated to ensure that the new approach is integrated into palliative care.

The aim of the thesis was to develop nurses' competence in supporting the existential suffering of palliative patients. The results show that nurses understood the importance of humanity and dignity in supporting patients' existential suffering. Interaction in encounter hope, presence and meeting relatives contributed to the courage of care workers to meet palliative patients and their relatives. The nurses understood existential suffering and they had the skills to share the suffering of the patient and relatives by meeting them in a genuine, present, unhurried and honest way. By encouraging the patient to express their wishes, the patient felt safe and heard in decisions about themselves, which also alleviated existential suffering.

The topics for further development are presented in the thesis.

## Alkusanat

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK-tutkinto tuottaa asiantuntijoita sosiaali- ja terveysalalle. Palliatiivisen hoidon eri toimintaympäristöissä sekä kliinistä erityisosaamista vaativissa työtehtävissä toimiva asiantuntijan koulutuksen opinnot tukevat vaativaa asiantuntijaosaamisen kehittymistä. Tutkintoon kuuluu työelämälähtöinen kehittäminen. (Kamk. 2023.) Hoitohenkilökunnan rooli eksistentiaalisen kärsimyksen tuen mahdollistamisessa on tärkeä heidän työskennellessään palliatiivisten sekä saattohoidettavien potilaiden hoitotyössä. Osaamisen kehittyessä palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukeminen edesauttaa potilaiden elämänlaatua vähentäen omaisten henkistä taakkaa lähimmäisen kuoleman läheisyydessä.

Hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittämisen lähtökohtana on kyetä tulevaisuudessa mahdollistamaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukea palliatiivisille potilaille, jotta heidän elämänlaatussa olisi laadukas. Näin he saisivat oikeuden kuolla arvokkaasti ja yksilöllisesti, toiveidensa ja tahtonsa mukaisesti, kun sen aika on. Opinnäytetyön avulla haluttiin herätellä hoitotyöntekijöiden ajatuksia ihmisenä olemisesta (tajunnallisuuden, kehollisuuden ja situationaalisuuden) kautta ja eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisesta palliatiivisten potilaiden hoitotyössä (Rauhala 2014 ,32). Hahon (2020, 92) mukaan eksistentiaalisesta kärsimyksestä voi oppia vain kärsivän ihmisen rinnalla ja sen lievittäminen sekä lieventyminen alkaa jo kohdatessaan hänet aidosti. Hoitaja voi suhtautua tähän luontaisesti, mutta sitä voi myös tahtoa. Rinnalla kulkijana hoitaja saa arvokasta kokemuksia tilanteisiin, joissa joskus voi itse olla kärsivän asemassa.

Työelämän jatkuvat muutokset haastavat hoitotyön johtamista. Muutos kuormittaa ihmisten välisiä suhteita sekä luo uhkakuvia työntekijöiden mielikuviin. Sosiaali- ja terveysalan palveluiden siirtyessä vuoden 2023 alussa hyvinvointialueiden järjestettäväksi, aloitettiin alueilla muutoskeskustelut jopa toimintojen vähentämisestä. Mahdolliset muutokset työyksikön olemassaolosta aiheuttivat keskustelua työyhteisössä vaikuttaen päivittäiseen työhön luoden epävarmuutta työn jatkumisesta. Muutoksista huolimatta työtä on rohkeasti kehitettävä ja uusia toimintamalleja yhteisesti otettava käyttöön, jotta voidaan kehittää osaamista kohdata potilaita ja heidän omaisiaan esimerkiksi kuoleman äärellä. Vuorovaikutuksellinen ja ihmislähtöinen kohtaaminen on palliatiivisten potilaiden näkökulmasta hoitotyön ydintä eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa.

Tähän opinnäytetyöhön keskittymisen on mahdollistanut työnantajan hyväksymä muutaman kuukauden opintovapaa. Työn etenemistä on edesauttanut ohjaavan opettajan lempeä mutta

määrätietoinen ja ohjauksellinen ote ja viisaat neuvot, mutta ennen kaikkea motivointi eteenpäin silloin, kun omat ajatukset olivat lukkiutuneita.

Ilman Sotkamon terveystieteiden sairaalan hoitotyöntekijöiden osallistavaa otetta toisen syklin nykyosaamisen alkukartoitukseen ja kolmannen syklin pilotointiin, oma kehittämisosaaminen olisi jäänyt pinnallisiksi. Se, että minun on annettu innostua ja innostaa muita aiheesta, on kannatellut opinnäytetyön prosessia kohti tavoitteellista päämäärää. Kiitokseni myös kaikille teille, jotka olette eläneet mukana opinnäytetyöni prosessissa, kyselleet kuulumisiani, jakaneet vinkkejä ja kannustaneet eteenpäin.

Unohtamatta lähipiiriäni, ennen kaikkea rinnalla kulkeneita nelijalkaisia ystäviäni Lumia ja Tuis-kua, olisivat ajatukseni velloneet usein syvällä opinnäytetyön syövereissä. Sopivat tauotukset ja pitkät metsälenkit koiraystäväni kanssa antoivat ajatuksia ja ideoita työn sisältöön. Opinnäytetyö on vaatinut sinnikkyyttä, joka samalla on syventänyt omaa ymmärrystä aiheeseen. Toivon, että opinnäytetyö puhuttelee myös lukijoita, ja siitä välittyisi hoitotyöntekijöiden aito halu ja tahto oman osaamisen kehittämiseen palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa.

Sotkamossa

Syyskuussa 2023

Eija Hakamäki

1	Johdanto .....	1
1.1	Opinnäytetyön taustaa.....	1
1.2	Opinnäytetyön metodologia .....	3
1.3	Projektiorganisaation perustaminen ja sen toiminta.....	5
1.4	Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat.....	9
1.4.1	Palliativinen hoitotyö .....	9
1.4.2	Eksistentiaalinen kärsimys .....	11
1.4.3	Elämänlaatu.....	13
1.4.4	Vuorovaikutuksellinen kohtaaminen .....	14
1.4.5	Osaamisen kehittäminen .....	16
1.5	Lähteet.....	18
2	Hoitotyönäuttamismenetelmät palliativisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa aikaisempien tutkimusten mukaan (1.sykli) .....	25
2.1	Kirjallisuuskatsaus (suunnittelu).....	25
2.2	Tutkimusten haku (toiminta).....	27
2.3	Aineiston analyysi (havainnointi) .....	31
2.4	Tulokset .....	33
2.5	Johtopäätökset (reflektointi).....	36
2.6	Eettisyys ja luotettavuus .....	40
2.7	Lähteet.....	42
2.8	Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset .....	45
3	Hoitohenkilöstön nykyosaaminen palliativisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa nykyosaamisen kartoittaminen (2.sykli) .....	47
3.1	Ryhmäkeskustelu (suunnittelu).....	47
3.2	Ryhmäkeskustelun toteutus (toiminta).....	48
3.3	Aineiston analyysi (havainnointi) .....	49
3.4	Tulokset .....	51
3.5	Johtopäätökset (reflektointi).....	52
3.6	Lähteet.....	57
4	Palliativisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukeminen vuorovaikutuksellisen kohtaamisen pilotointi (3. sykli).....	60
4.1	Johdanto (suunnittelu) .....	60
4.2	Pilotoinnin suunnittelun kuvaus PDCA-mallin mukaisesti (toiminta) .....	62

4.2.1	Pilotoinnin suunnittelu ( <b>Plan</b> ) .....	63
4.2.2	Pilotoinnin toteuttaminen ( <b>Do</b> ).....	66
4.2.3	Pilotoinnin toiminnan tarkastelu ( <b>Check</b> ).....	67
4.2.4	Pilotoinnissa tehdyt muutokset ( <b>Act</b> ).....	68
4.3	Pilotoinnin arviointi (toiminta) .....	68
4.4	Tulokset (havainnointi).....	70
4.5	Johtopäätökset (reflektointi).....	73
4.6	Lähteet.....	78
5	Hoitotyöntekijän osaamisen kehittämisen Implementointisuunnitelma (4. sykli) .....	81
5.1	PARIHS-toimintamalli näytön vakiinnuttamisessa (suunnittelu) .....	82
5.2	Näytön implementointi PARIHS-toimintamallin mukaisesti (toiminta) .....	85
5.3	Näytön implementoinnin seuranta ja arviointi .....	89
5.4	Lähteet.....	91
6	Pohdinta .....	93
6.1	Oman asiantuntijuuden kehittyminen .....	93
6.2	Luotettavuus.....	95
6.2.1	Historiallinen jatkuvuus.....	96
6.2.2	Reflektiivisyys .....	96
6.2.3	Dialektisuus .....	99
6.2.4	Toimivuus .....	100
6.2.5	Havahduttavuus .....	100
6.3	Eettisyys.....	101
6.4	Kliinisen asiantuntijuuden osaamisen kehittyminen .....	105
6.5	Jatkokehittämisen aiheet .....	108
6.6	Lähteet.....	109

Liitteet (8 kpl)

## Symboliluettelo

**ACP** = *Advance care planning with early plan for end-of-life care*, tarkoittaa elämän loppuvaiheen ennakoivaa hoitosuunnitelmaa. Suunnitelmaan kuuluvat keskustelut yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Keskustelussa keskeistä ovat potilaan toiveet ja tarpeet sekä päätökset hoidon linjauksista ja rajouksista. Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman tavoitteena on parantaa potilaan saamaa hoitoa ja elämänlaatua ja auttamaan läheisiä jaksamisessa. Lisäksi suunnitelman tavoite on kohdentaa hoidon resurssit oikealla tavalla. (Terveyskylä.fi. 2023)

**ESAS** = *Edmonton Symptom Assessment Scale* on validoitu mittari potilaan oireenmukaiseen arvioon. Oirekysely on validoitu, luotettava instrumentti, joka on kehitetty mittaamaan yhdeksää erilaista palliatiivisen potilaan oiretta. (Hui & Bruera 2017.)

**JB** = *The Joanna Briggs Institute*, joka on kansainvälinen tutkimusorganisaatio. Se kehittää ja toimittaa ainutlaatuista näyttöön perustuvaa tietoa, ohjelmistoja sekä koulutusta, jonka on suunniteltu parantamaan terveydenhuoltokäytäntöjä. (Joanna Briggs Institute 2023)

**NQF** = *National qualifications framework*, joka on kansallinen tutkintojen viitekehys. Tutkintojen viitekehysten tarkoituksena on helpottaa eri maiden tutkintojen vertailua sekä edistää liikkuvuutta ja elinikäistä oppimista. (Cedefop.fi 2023)

**SPHY** = Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry, jonka tarkoituksena on kehittää parantumattomasti sairaiden ja kuolemaa lähestyvien ihmisten moniammatillista hoitoa. (Suomen Palliatiivisen hoidon Yhdistys ry).

**STM** = Sosiaali- ja terveysministeriö, joka on antanut suositukset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä. Suositukset sisältävät osaamis- ja laatuksiteerit sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri tasoille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023)

**THL** = Terveys- ja hyvinvoinnin laitos on asiantuntija- ja tutkimuslaitos, joka tarjoaa luotettavaa tietoa terveys- ja hyvinvointialan päätöksenteon ja toiminnan tueksi. Laitoksen tavoitteena on edistää ihmisten hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta. (Terveys- ja hyvinvoinninlaitos 2023)



## 1 Johdanto

Jokaisen ihmisen elämä on ainutlaatuinen. Elämän päättyessä vakavaan sairauteen, kuolemaan ei välttämättä ehdi valmistautua. Elämän pitäisi saada päättyä myös silloin arvokkaasti, ainutlaatuisesti ja yksilöllisesti. Ei ole samantekevää, minkälainen elämän loppuvaiheen hoitopaikka on, tai missä ihminen kuolee. Terveystieteiden yksiköissä voidaan olla tukemassa jokaisen ihmisen ainutlaatuista elämän päättymistä ja mahdollistaa omaisille rauhallinen ja luottamuksellinen hoitosuhde saattaa heidän läheisensä kuolemaan.

Kolme yleisintä kuolemaan johtavaa sairautta ovat syöpäsairaudet, sydän – ja verisuonisairaudet sekä keuhkosairaudet. Maailman terveysjärjestö WHO on arvioinut, että yli kolmasosa kaikista kuolevista ihmisistä tarvitsee palliatiivista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa. Pitkäaikaissairaus voi heikentää potilaiden elämänlaatua. Arvioiden mukaan vain joka kymmenes palliatiivista hoitoa tarvitsevista potilaista saa asianmukaista hoitoa. (Hirvonen 2021, 126; Saarto 2015, 572.)

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen läheisensä aktiivista kokonaishoitoa. Hoidolla pyritään ehkäisemään ja lievittämään kärsimystä vaalien potilaan elämänlaatua. Saattohoito on jatkumo palliatiiviselle hoidolle. Elämänlaatu puolestaan sisältää muun muassa fyysisiä, sosiaalisia sekä emotionaalisia ulottuvuuksia. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2018.)

### 1.1 Opinnäytetyön taustaa

Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut suosituksensa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä. Sen mukaan ne sisältävät osaamis- ja laatukriteerit sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri tasoilla. Suosituksen kolmiportaisessa mallissa terveydenhuollon yksiköt, kuten terveyskeskussairaaloiden osastot, joissa saattohoitoa on kehitetty yhtenä perustehtävänä muun toiminnan ohessa, tulee muun muassa huomioida potilaan ja hänen läheistensä psykososiaalisen sekä henkisen ja hengellisen tuen tarve sekä järjestää tarvittavaa tukea. (Saarto & Finne-Soveri 2019, 186.) Myös Terkamo-Moision (2016, 11) mukaan elämän loppuvaiheen hoidon laadun parantamiseksi hoitohenkilöstön koulutusta on tehostettava sekä tarjottava heille nykyistä enemmän tietoa aiheesta. Koulutusta tulee kehittää moniammatillisesti ja monitieteellisesti eri palliatiivisen hoidon tasoilla työskentelevän sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kanssa. Eri-

tyisesti ihmislähtöisen palliatiivisen hoidon osaaminen sekä muuttuviin hoitokäytäntöihin liittyvän osaamisen tarpeet korostuvat seuraavien vuosien aikana. (Tohmola, Suikkala, Lehto & Hökkä 2023, 12–19.)

Suurin osa potilaista haluaa olla vakavasti sairastuttuaankin mahdollisimman kauan kotona. Kehitettäessä saattohoitoa tämä tulisi ottaa huomioon perusterveydenhuollon terveyskeskussairaaloiden valmiudessa hoitaa kuolevia potilaita. Hoidettaessa kuolevaa potilasta, tulee välttää liiallista teknologiaa ja kiirettä. On kyettävä vastaamaan potilaan fyysisten ja psykososiaalisten tarpeiden lisäksi myös henkisiin tarpeisiin. (Viftrup, Nissen, Søndergaard & Hvidt 2020; Vuorinen 2015, 582.)

Tässä opinnäytetyössä käsitellään hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittämistä palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa perusterveydenhuollon A-tasolla olevan työyksikön hoitotyössä. Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan vaikuttaa palliatiivisten potilaiden loppuelämän elämänlaatuun muun muassa huomioimalla potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukeminen vuorovaikutuksellisten menetelmien avulla.

Opinnäytetyön aihe täsmentyi Kainuun Soten ja Ihmisen Parhaaksi -hankkeen pohjalta sekä työyksikössä esiin nousseen kehittämistarpeen tunnistamisesta. Samaan kehittämisaiheeseen ovat päätyneet aikaisemmin myös Lesonen (2019, 29) sekä Salin, Melender, Lehto ja Hökkä (2021, 148) tutkiessaan asiantuntijoiden näkemyksiä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämis- ja tutkimustarpeista. He nostavat yhdeksi kehittämisen kohteeksi lääkkeettömien hoitotyön menetelmien kehittämisen, jolloin huomio kohdistetaan vaihtoehtoihin kivunhoito- ja oirehoitomenetelmien tunnistamisen lisäksi läsnäoloon, kosketukseen ja henkisten ja hengellisten tarpeiden tunnistamiseen. Aihe nivoutui myös Kainuun Soten (nykyisin Kainuun hyvinvointialueen) Yhdessä Ihmisen Parhaaksi -hankkeeseen, joka oli yhteinen kehittämishanke Kajaanin ammattikorkeakoulun kanssa vuosina 2018 - 2021. Hankkeen yhtenä tavoitteena oli kehittää ammattilaisten osaamista sekä alueellinen malli palliatiivisen potilaan hoidolle (Hökkä & Lehto 2021,3; Kainuun hyvinvointialue 2023).

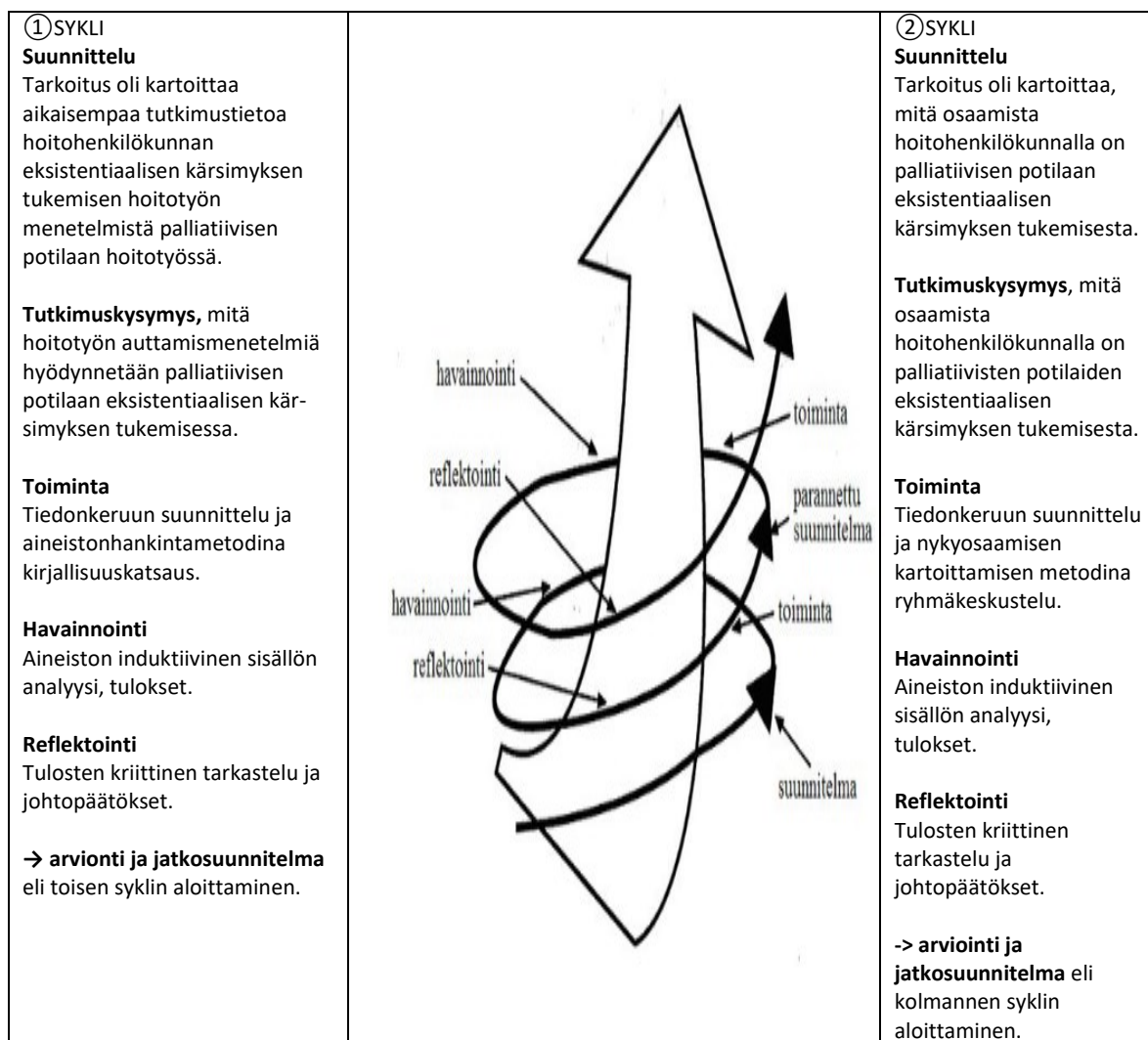
Opinnäytetyön tavoitteena oli hoitotyöntekijän osaamisen kehittäminen palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa. Seuraavissa kappaleissa on kuvattu opinnäytetyön metodologia ja projektiorganisaatio ja sen toiminta sekä opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat.

## 1.2 Opinnäytetyön metodologia

Opinnäytetyön metodologia on toimintatutkimus, joka on tutkimusstrategia, jota sovelletaan työelämä tutkimuksessa erilaisissa kehittämis- ja muutoshankkeissa (Heikkinen 2018, 215). Toimintatutkimus yhdistää käytäntöä ja teoriaa. Käytännön näkökulmasta toimintaan vaaditaan käytettäväksi tieteen menetelmiä. Siihen kytkeytyy aina uuden oppimista sekä oivaltamista, minkä vuoksi prosessia tarkastellaan prosessiin osallistuvien kanssa. Näin käytännön hoitotyössä tulisi tapahtua muutoksia ja toimintatutkimuksen kohteena olevaan ongelmaan kytkeytyvän teoreettisen ymmärryksen tulisi lisääntyä. (Puusa & Juuti 2020, 267.)

Toimintatutkimuksen kehittäjänä pidetty Lewin kuvaa tutkimusta spiraalimaisena, jossa suunnittelu, toiminta, havainnointi, reflektointi ja toiminnan muuttuminen vuorottelivat jatkuvasti (kuvio 1). Lewinin mukaan ensin on havaittava ongelma, sen jälkeen se tunnistetaan ja kartoitetaan. Havaitun ongelman perusteella tehdään tutkimus- ja muutossuunnitelma, jota toteutetaan reflektoiden. Tutkimus- ja muutossuunnitelman toteutumista havainnoidaan sekä arvioidaan, minkä perusteella kohdetta muutetaan ja tarkennetaan. Näiden jälkeen uudistettua suunnitelman toteutus, seuranta ja arviointi jatkuu edelleen. Prosessi kestää niin kauan, kunnes tavoitellut muutokset saavutetaan tai todetaan niiden olevan saavuttamattomissa. (Heikkinen 2018, 217; Jyrkämä 2019; Puusa & Juuti 2020, 274.)

Toimintatutkimuksessa oleellisinta on aikaan saada sosiaalisiin käytäntöihin kohdistuvaa, ongelmien ratkaisuun ja muutoksiin johtavaa toimintaa. Toimintatutkimus etenee prosessinomaisesti ja käytännössä mukana olevien ihmisten osallistumisella. (Heikkinen 2018, 216; Jyrkämä 2019; Kananen 2014, 11, 14–15; Puusa 2020, 268; Toikko & Rantanen 2009, 156). Ilman tutkimusta toiminnan muutokset ovat työpaikan arkipäivän parannuksia. Toiminta, joita ongelma koskee, löytävät yleensä itse ratkaisun ongelmaan (Jyrkämä 2019; Kananen 2014, 11). Näin toimintatutkimuksesta voidaan käyttää myös käsitettä tutkimuksellinen kehittämistoiminta (Heikkinen 2018, 218).



Kuvio 1. esimerkki toimintatutkimuksen syklisyydestä (mukaillen Heikkinen & Jyrkämä 1999)

Opinnäytetyössä toimintatutkimus eteni prosessimaisesti. Suunnittelu, toiminta, havainnointi ja reflektointi (kuvio 1.) vuorottelivat etenevästi kehittäen metodologian mukaisesti toimintaa. Opinnäytetyön tekijä oli prosessissa mukana ja osallistui aktiivisesti tehden muutokseen tähtääviä väliintuloja eli muutosinterventioita (ks. Heikkinen 2018, 216). Puusan ja Juutin (2020, 268) mukaan metodologian keskeinen piirre on oppiminen. Oppiminen tai muutos voi kohdistua esimerkiksi toimintatapoihin, asenteisiin tai johtamiseen (Metsämuuronen 2008, 29).

Toimintatutkimuksen aineistona voidaan käyttää erilaisia aineistoja ja menetelmiä. Aineistot voivat olla dokumentteja ja yksilö- tai ryhmähaastatteluja (Puusa & Juuti 2020, 268). Toimintatutkimuksen pyrkimys on reflektiiviseen ajatteluun ja sen avulla toteutettavaan toiminnan kehittämiseen (Puusa & Juuti 2020, 276). Reflektiivisyys onkin toimintatutkimuksen lähtökohta. Reflektoidessa ihminen tarkastelee omia uskomuksia, ajatustapoja ja kokemuksia.

Sen avulla pyritään uudenlaiseen toiminnan ymmärtämiseen ja sen kehittämiseen. (Heikkinen 2018, 222.) Tässä opinnäytetyössä esimerkiksi tarkastellaan hoitohenkilökunnan hyödyntämiä hoitotyön auttamismenetelmiä, palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisen näkökulmasta. Aihe otettiin yksikössä tietoisesti harkinnan ja tarkastelun kohteeksi kun pohdittiin, miten hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittämistä eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa voidaan edelleen kehittää.

Kuviossa 1. on nähtävillä ensimmäisen ja toisen syklin eteneminen. Ensimmäisen syklin tarkoitus oli kartoittaa aikaisempaa tutkimustietoa hoitohenkilökunnan eksistentiaalisen kärsimyksen tuen auttamismenetelmistä palliatiivisen potilaan hoitotyössä. Ensimmäinen sykli alkaa asetetusta tutkimuskysymyksestä. Tässä opinnäytetyössä asetettiin tavoitteeksi hoitotyöntekijän osaamisen kehittäminen. Ensimmäisen syklin tutkimuskysymykseen, *mitä hoitotyön auttamismenetelmiä hyödynnetään palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa*, haettiin vastausta kirjallisuuskatsauksen avulla.

Ensimmäisen syklin jälkeen toisen syklin nykyosaamisen alkukartoituksen mentelmänä oli ryhmäkeskustelu. Toisen syklin tarkoitus oli kartoittaa, mitä osaamista hoitohenkilökunnalla on palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisesta. Toisen syklin tutkimuskysymys oli, *mitä osaamista hoitohenkilökunnalla on palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisesta?*

### 1.3 Projektioorganisaation perustaminen ja sen toiminta

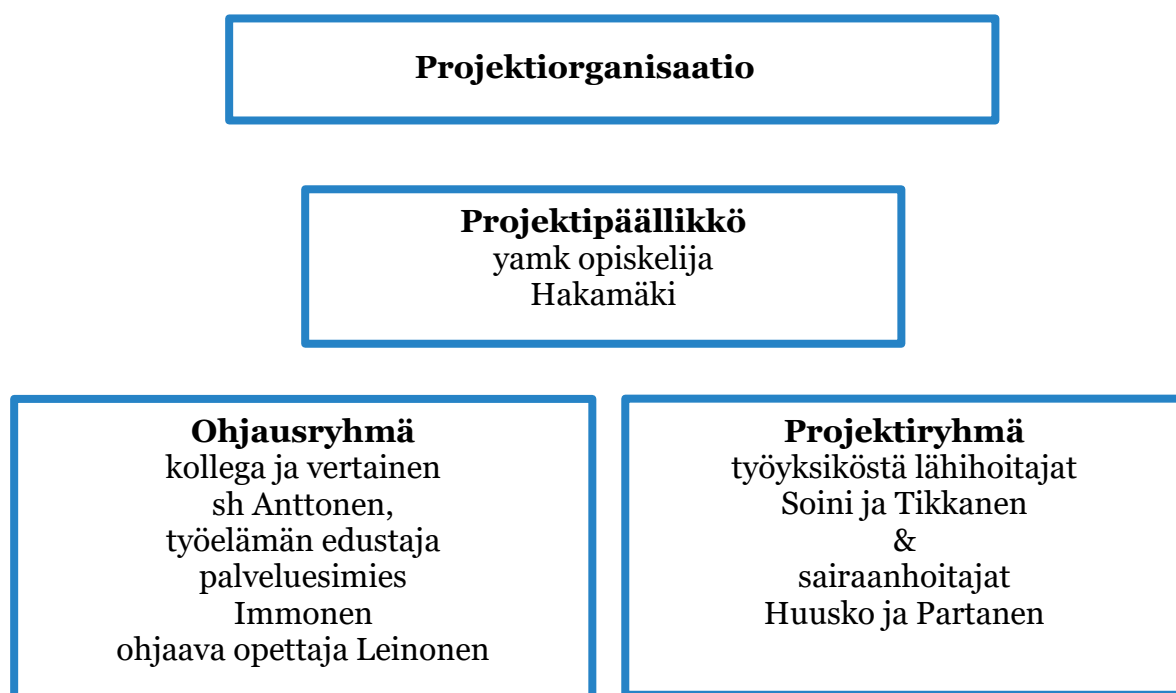
Työyhteisö on ihmisten muodostama yhteisö, jolle luonteenomaista on tavoitteellisuus sekä yhteisöön kuuluvien määrätynlainen riippuvuus toisistaan. Työyhteisö on erillinen yksikkö, jonka hoitotyöntekijät ovat päivittäisessä vuorovaikutuksessa keskenään. Tyypillisiä työyhteisölle ovat myös päivittäiset kontaktit asiakkaiden (Paasivaara, Suhonen & Nikkilä 2008, 17). Työyhteisö kuuluu organisaatioon, Kainuun soteen vuoteen 2022 asti ja vuoden 2023 alussa aloittaneen Kainuun Hyvinvointialueen yhteisölliseen kokonaisuuteen, tässä opinnäytetyössä terveyskeskussairaalaan.

Potilaita hoitavan työyhteisön perustehtävänä on tuottaa palveluja, se on siis olemassa oleva nimenomaan potilaitaan varten. Tällöin myös työyhteisön kehittämisen tulee perustua siihen, että se tukee, joko suoraan tai välillisesti, perustehtävän vaikuttavampaa hoitamista. Projektit työyh-

teisössä ovat menetelmä kehittämiseen ja tukemiseen. Niillä voidaan uudistaa rakenteita, toimintatapoja ja johtamista. Kehittämisen ei pidä olla vain itsestään tarkoitus, vaan sen tulee vahvistaa työyhteisön toimintaa kasvattamalla voimavaroja, lisäämällä toimintaa ja parantamalla laatua. (Paasivaara ym. 2008, 18–19.) Työyhteisössä tunnistettua kehittämistä toteutettiin opinnäytetyönä. Kehittäminen eteni prosessin tavoin. Kehittämistä varten perustettiin projektiorganisaatio (kuvio 2.), jonka tehtävänä oli toimia määräaikaaisesti opinnäytetyönprosessissa sen alkamisesta päättymiseen. Opinnäytetyöntekijänä toimin projektiorganisaation projektipäällikkönä. Projektipäällikön tehtävänäni oli johtaa opinnäytetyö tavoitteisiinsa siihen osallistuvien henkilöiden avustuksella, kuten Paasivaara ym. (2008, 110) prosessin tavoitteista toteaa.

Seuraava vaihe opinnäytetyössä oli projektiorganisaation perustaminen (kuvio 2.) Projektiryhmä valikoitui yksikön hoitotyöntekijöistä, opinnäytetyön ollessa työelämälähtöinen ja toiminnan muutoksen tapahtuessa työelämässä. Projektiorganisaatioon kuuluvaan projektiryhmään kuului kaksi (2) sairaanhoitajaa ja kaksi (2) lähihoitajaa. Projektiryhmään valitsemisen perusteena olivat henkilöiden kiinnostus kehittämistyötä kohtaan sekä oman ammatillisen osaamisen kehittämisen näkökulma. Projektiryhmän lähihoitajista toinen on saattohoidon lisäkoulutuksen omaava, ja hän toimii yksikössä saattohoidon vastuuhoidajana. Toinen lähihoitaja on aloittanut työn ohessa vanhustyön erikoistumisopintojen osaopinnot palliatiivisessa ja saattohoidon hoitotyöstä. He molemmat hoitavat palliatiivisia potilaita.

Projektiryhmän sairaanhoitajat hoitavat myös palliatiivisia potilaita ja he toimivat lisäksi vastuu-sairanhoitajina sekä tekevät monialaista yhteistyötä potilaan hyväksi. Projektiryhmäläisten tehtävänä oli auttaa projektipäällikköä opinnäytetyön onnistumisessa. Se toteutti hoitotyön ohessa kolmannen syklin pilotoinnin työyksikössä ja ovat osallistumassa opinnäytetyön neljännen syklin kehittämiseen eli näytön vakiinnuttamiseen.



Kuvio 2. Opinnäytetyön projektiorganisaatio mukaillen (Paasivaara ym. 2008, 117)

Ohjausryhmään kuuluivat työelämän edustajana, kollega Sh, TtM Immonen, ohjaava opettaja KT, TTM, Sh, Th yliopettaja Leinonen, opiskelijakollegani ja vertainen sh, yamk opiskelija Anttonen. Ohjausryhmä toimi projektiorganisaatiossa ohjaavana sekä tukien opinnäytetyötä koskevissa päätöksissä. Ohjausryhmän kokoukset järjestettiin Teams -kokouksina. Ohjausryhmän tuki ja ohjaus vahvistivat opinnäytetyöntekijän päätöksentekoa opinnäytetyönprosessissa.

Projektiorganisaatio oli ammatillinen ja ohjaus- ja projektiryhmässä oli paljon asiantuntijuutta. Projektipäällikkönä luotin heidän asiantuntemukseensa luomalla myös puitteet keskustelevalle yhteisölle, joka on tärkeää myös Juutin (2013, 164) mukaan. Tapaamiset työpaikalla projektiryhmäläisten kanssa sekä tapaamiset muun työyhteisön kanssa ennen pilotointia sekä se jälkeen, mahdollistivat dialogisen keskustelun ja suotuisan ilmapiirin kehittämiseksi. Useat tapaamiset projektiryhmäläisten kanssa koettiin tukevan ja selkiyttävän pilotointia. Pilottia edistäväksi koettiin projektipäällikön kiinnostus sekä asiantuntijuus pilotoitavaa asiaa kohtaan. Työyhteisön mahdollistama ajankäyttö pilotin toteuttamiseen hoitotyön ohessa antoi mahdollisuuden projektiryhmäläisten kohdata palliatiivisia potilaita ja heidän omaisiaan hoitotyössään, pilotoinnin aikana.

Projektipäällikön tehtävänä oli tuottaa tutkittua tietoa kehittämisen aiheesta, jota projektiorganisaatio käsitteli. Lisäksi hän huolehti ohjaamisesta, resursseista, hallitsi mahdolliset ristiriidat, tuki päätöksen teossa, ennakoi ja johti muutoksia sekä vaikutti muutoksiin. (Paasivaara ym. 2008,

110–111; Vilkkä 2007, 70.) Tässä opinnäytetyössä projektipäällikkönä hallitsin opinnäytetyön prosessia kuten kutsuin koolle projektiorganisaation valmistellen kokousten esityslistat ja muistiot, pitäen yllä keskustelua kehittämisen tehtävästä sekä valmistelin uutta tutkittua tietoa projekti- ja ohjausryhmän käsiteltäväksi. Lisäksi projektipäällikkönä keskustelin muun työyhteisön kanssa muun muassa pilotoinnista, sen suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Olen pyrkinyt hallinnoimaan projektia kuten projektipäällikön tehtävään kuuluu.

Ohjausryhmän tehtävänä oli paitsi hyväksyä tutkimussuunnitelma, myös ottaa kantaa opinnäytetyössä ilmenneisiin strategisiin asioihin, valintoihin ja toimintalinjoihin. Ohjausryhmä myös hyväksyi keskeiset päätökset sekä tulokset (ks. Pelin 2020, 54-55). Projektipäällikkönä esittelin opinnäytetyön syklien tulokset eli opinnäytetyön kannalta merkittävät asiat sen onnistumiseen, riskeihin ja tulosten laatuun vaikuttavissa valinnoissa (Leppälä 2011, 189.) Ohjausryhmä kokoontui opinnäytetyöprosessin aikana kaksi kertaa yhdessä projektiryhmän kanssa. Tavoite opinnäytetyön kehittämisestä vahvistui yhteisissä kokouksissa tehtyjen päätösten myötä.

Projektiryhmän tiivis työskentely ajoittui keväälle 2023, kun opinnäytetyön ensimmäisen ja toisen syklien tutkimustulokset valmistuivat, ja kolmas sykli pilotointi, tuli ajankohtaiseksi. Projektiryhmäläisten tapaamiset työpaikalla yhdessä ja erikseen, syvensivät pilotoinnin merkitystä. Dialoginen keskustelu, innovatiiviset näkemykset sekä projektiryhmäläisten aito kiinnostus oman osaamisen kehittämiseen, olivat merkittäviä tekijöitä projektin onnistumisen näkökulmasta. Ohjausryhmän ja projektiryhmän yhteiset kokoukset mahdollistivat mielipiteiden vaihtoa sekä toimivat ohjauksellisina projektipäällikölle. Työelämän hektisyys aiheutti osaltaan sen, ettei projektiorganisaatio pystynyt kertaakaan kokoontumaan kokonaisuudessaan yhdessä, mutta kokouksista tehtiin muistiot, jotka jaettiin sähköpostitse kaikille. Ohjausryhmän, erityisesti ohjaavan opettajan määrätietoinen mutta lempeän ohjauksellinen ote ohjasi opinnäytetyön tekijää oikeaan suuntaan koko prosessin ajan. Yhteys sähköpostitse ohjaavan opettajan kanssa mahdollisti tiedonkulun myös viikonloppuisin. Projektiryhmän toiminta päättyi 28.4.2023 pidettyyn kokoukseen, jossa sovittiin ohjausryhmän kokoontumisesta jatkossa vain tarvittaessa.



## 1.4 Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

### 1.4.1 Palliatiivinen hoitotyö

Palliatiivisen hoidon käsite on vuodelta 1967, Cicely Soundersin perustaman saattokodin ajoilta, Isosta - Britanniasta. Sieltä toiminta levisi muualle läntiseen maailmaan. 1980-luvun alussa WHO kiinnitti huomion syöpäpotilaiden kivunhoitoon ja 1990-luvulla saattohoitoon. EAPC (The European Association for Palliative Care) perustettiin vuonna 1989. Nykyään palliatiiviseen hoitoon erikoistuneita saattohoitokoteja on lähes kaikissa läntisissä maissa. Lisäksi sairaaloihin on perustettu saattohoito-osastoja, samaan aikaan kotihoidon kehittyessä yhdeksi vaihtoehdoksi saattohoidettaville potilaille laitoshoidon ohella. Suomessa saattohoitoa on kehitetty 1970-luvulta lähtien. Lääkintöhallitus antoi vuonna 1982 terminaalihoidoa koskevat ohjeet. Niiden tarkoitus oli huomioida potilaille yksilöllinen hoito ja arvokas kuolema. Hoito sisälsi riittävän oireenmukaisen perushoidon, muun ihmisarvoa kunnioittavan huolenpidon ja läheisen henkisen tukemisen. (Matti 2002, 29, 33.)

Termi palliatiivinen tulee latinan kielestä sanasta *pallium*, tarkoittaen viittaaan peitettyä. Viitta merkitsee suojaa, se antaa lämpöä ja turvaa sekä kokoaa allensa potilaan, hänen läheisensä ja moniammatillisen tiedon ja taidon. (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry 2022.) Palliatiivisen hoidon kärsimys ymmärretään monimuotoisena elämänlaatua heikentävänä asiana sisältäen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden. Niin kivun, kuin muidenkin oireiden hallinta sekä psykososiaalisten ja eksistentiaalisten ongelmien ratkaiseminen, ovat oleellinen osa palliatiivista hoitoa. (Dahlin 2015, 27; Saarto 2015, 10; Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019.)

Mattilan (2002, 31) mukaan palliatiiviseen hoitoon kuuluu kivun ja muiden oireiden lisäksi kiinnittää huomio potilaiden ja heidän perheidensä ahdistuksen psykologisiin ja hengellisiin syihin. Myös Muurisen (2015, 307) mukaan ”*Elämän kokeminen tarkoitukselliseksi on ihmisen hyvinvoinnin kannalta keskeistä.*” Palliatiivisessa hoidossa ymmärretään, että ihminen voi terveydentilastaan tai toimintakyvystään riippumatta kokea elämänsä tarkoitukselliseksi loppuun saakka, kun hän saa tukea löytääkseen asiat tai kokemukset, jotka tekevät hänen elämästään ainutlaatuisen, merkityksellisen ja arvokkaan.

Palliatiivisen hoitotyön erityisyys on elämän rajallisuuden tiedostaminen ja sen avoin kohtaaminen. Potilas kohtaa kuoleman ja kuolemanpelon usein saadessaan diagnoosin henkeä uhkaavasta

sairaudesta. Parantumattomaksi sairaudeksi osoittautuessaan ja luonnollisesti elämän loppuvaiheessa saattohoidossa, kuolema tulee konkreettisesti lähelle. Hoitotyössä kuoleman todellisuus kulkee mukana läpi potilaan koko hoitopolun korostuen konkreettisena kuolevan tukemisena elämän lopussa. Oireiden hoidon ja huolenpidon ohella saattohoidon keskeinen osa on potilaan eksistentiaalsiin tarpeisiin vastaaminen, mahdollisen eksistentiaalisen hädän kohtaaminen sekä henkinen ja hengellinen tuki. (Mikkonen, Hökkä & Turunen 2020, 252.)

Palliatiivinen hoito ja saattohoito -suosituksen (2019) mukaan asianmukainen palliatiivinen hoito sekä hyvä vuorovaikutus vähentävät psykososiaalisen tuen tarvetta. Eletyn elämän arvostava muistelu ja surutyö suojaavat potilaita vaikeimmilta psyykkisiltä häiriöiltä ja suojaavat häntä suhtautumaan tyynemmin sekä hyväksyvämmiin elettyyn elämään ja lähestyvään kuolemaan. Lisäksi eksistentiaaliset kysymykset voivat aiheuttaa henkisen tuen tarvetta, jolloin hoitotyöntekijällä tulee valmiuksia olla läsnä.

Myös Mäkisalo-Ropposen (2011, 202) mukaan kuolevan potilaan kohtaaminen edellyttää hoitotyöntekijältä uskallusta kohdata oman elämänsä rajallisuus ja hyväksyä kuolema. Kuolemaan liittyvien omien tunteiden kohtaaminen ja oman rajallisuuden hyväksyminen edesauttavat hoitotyöntekijää hyväksymään ja kohtaamaan kuoleva potilas.

Palliatiivisten potilaiden toiveissa esiintyy yksilöllisiksi toiveiksi fyysisten toiveiden kuten kivunhoidon, liikkumisen, nukkumisen, syömisen ja juomisen jälkeen henkiset ja hengelliset toiveet. Näitä ovat oleminen ahdistuksesta vapaita, tuntea olonsa turvalliseksi, kokemus ettei ole perheelleen taakka sekä toive säilyttää ihmisarvo. Tutkimustulokset viittaavat siihen, että potilaiden toiveet muuttuvat sairauden edetessä, koska he ovat entistä riippuvampia hoitohenkilöstön hoidosta sekä läsnäolosta. Sairaimpien toiveena oli sairastaa sellaisen henkilökunnan kanssa, jonka kanssa olo tuntuu mukavalta. (Olsson - Möller, Beck, Furt & Rasmussen 2022.)

Sosiaali- ja terveysalojen ammattilaisilla on yhteisiä eettisiä periaatteita, joissa korostetaan inhimillisen kohtaamisen merkitystä sekä asiakkaan osallisuutta itseään koskevaan päätöksentekoon. Molemmilla aloilla keskeinen lähtökohta on ihmisarvo, joka on kirjattuna kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin. Ammattityötä ohjaavat kansalaisten perusoikeudet, jotka säädetään kansallisessa perustuslaissa. (Mönkkönen & Kekoni 2020, 219.)

Elämän päättyessä kuolemaan, on tärkeää tunnistaa kuoleva potilas, jotta pystytään pitämään huolta potilaiden perustarpeista. Mitä lähemmäksi kuolema tulee, sen merkityksellisemmäksi nousevat eksistentiaaliset kysymykset elämän tarkoituksesta. Läsnäolon ja vuorovaikutuksen

merkitykset korostuvat kuolevan potilaan ja hänen omaisensa osalta. (Holli & Saarto 2006; Hänninen 2015, 11.)

Elämän loppuun voi varautua. Kun potilaalla todetaan kuolemaan johtava sairaus, tulee hänen hoitopäätöksiensä tarve sekä niiden sisältö keskustella yhdessä potilaan kanssa hänen sairautensa edetessä. Olennaista on yksilöllisyyden tunnistaminen, siten että potilaan pyynnöt voidaan toteuttaa. Asiat on esitettävä tavalla, jonka potilas ymmärtää. Elämän päättymisen vaiheessa sairaalaympäristössä tutun hoitajan läsnäolo on sekä inhimillistä, että hoidon onnistumisen kannalta välttämätöntä. (Kaski 2014, 84.) Lähimmäisen hyvä kuolema oli Anttosen (2016, 58) mukaan myös perheenjäsenelle kokemus, jonka jälkeen elämän jatkuminen ja läheisen menettämisen sureminen oli mahdollista.

Psykososiaalisten ja eksistentiaalisten ongelmien ratkaiseminen ovat siis olennainen osa palliatiivista hoitoa. Palliatiivinen hoitotyö päättyy usein saattohoitoon. Saattohoito ajoittuu oletetun kuoleman välittömään läheisyyteen, viimeisiin päiviin tai elinviikkoihin. Ennen saattohoitoon siirtymistä, palliatiivisen hoidon tarkoitus on vaalia elämänlaatua ja ehkäistä sekä lievittää eksistentiaalista kärsimystä. Kuolema on osa pitkälle edennyttä tautia sairastavan henkilön kohdalla normaali tapahtuma jossakin vaiheessa. Sitä ennen tavoitteena on, mahdollistaa potilaalle omien halunsa mukainen aktiivinen elämä, mahdollisimman vähäisin oirein. *”Vaikka potilaan elämä on ollut hyvää, ei sen tarvitse olla huonoa tämän elämän loppuvaiheessa”* (Varelius 2019). Myös Anttonen (2018, 8) korostaa, ettei kuolemaa tai luopumisen vaikeutta kielletäisi, vaan annetaan sille tilaa vahvistamalla ihmisen voimavaroja vähentämällä kärsimystä. *”Hyvä kuolema toteutuu potilaan, perheenjäsenen ja ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan vuorovaikutteisen yhteistyön avulla.”*

#### 1.4.2 Eksistentiaalinen kärsimys

Eksistentiaalisessa kärsimyksessä ihminen pohtii elämän mielekkyyttä ja merkitystä enemmän kuin siihen liittyviä tosiasioita. Eksistentiaalisesta kärsimyksestä voidaan löytää tiettyjä tunnusmerkkejä, jotka ammattilaisen tulee erottaa toisistaan, koska ne vaikuttavat hoitoratkaisuihin ja kärsimyksen lievittymiseen. Kun potilas kärsii, hän voi käpertyä ja eristäytyä. Tämä voi saada potilaan menettämään arvokkuuden tunteensa ja kokemuksensa, ettei elämällä ole enää mitään merkitystä. Se voi johtaa myös potilaan etsimään epätoivoisia ratkaisuja, ja esittämään jopa kuolinavunpyyntöjä. Sairauden aiheuttamat hankalat oireet lisäävät ihmisen kärsimystä. Sairauden

myötä voivat myös psyykkiset oireet lisääntyä. Kärsimyksen lievittämisen menetelmiä voivat olla elämäntarkoituksen sekä olemassaolon merkityksen löytäminen sekä eläminen kontaktissa todellisuuden kanssa. (Haho 2020, 85; Varelius 2019.)

Maailman terveysjärjestö (WHO 2022) määrittelee elämänlaadun yksikön käsitykseksi arvoihin ja kulttuuriin sidoksissa olevasta elämänsä suhteesta odotuksiin, toimintaan ja mahdollisuuksiin. Tarkoituksellisuuden kokemus liittyy toivon ylläpitämiseen. Elämänlaatu sisältää kokemuksen elämän mielekkyydestä, onnellisuudesta sekä tyytyväisyydestä. Se kytkeytyy myös fyysiseen, psyykkiseen ja hengelliseen terveyteen. (Kangasniemi, Pietilä & Saarto 2015, 214; Lindqvist 1989, 68.) Myös Hänninen (2015, 47) toteaa, että parantumaton sairaus itsessään aiheuttaa potilaalle turvattomuutta vaikuttaessaan kehon lisäksi ajatteluun sekä tunteisiin.

Kärsimys voi olla fyysinen, psykososiaalinen tai eksistentiaalinen. Kärsimys ymmärretään monimuotoisena elämänlaatua heikentävänä kokemuksena, joka käsittää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin ulottuvuudet. Se on yksilön subjektiivinen kokemusmaailmaa kuvaava käsite. Läheiset ovat potilaan sairastaessa tärkeitä. Perheen sisäinen tuki on merkittävää, jotta lähimmäiset jaksavat olla potilaan tukena ja selviävät hänen kuolemansa jälkeen elämässä eteenpäin. Kuoleman jälkeen läheiset tarvitsevat tukea. (Saarto 2015, 10; Siltala 2017, 90.)

Eksistentiaalisen tuen tarjoamisessa tärkeintä on olla läsnä ja kuunnella. Potilaaseen suhtaudutaan kunnioittavasti, avoimesti ja hyväksyvästi potilaan kulttuuritaustasta, elämäntarkoituksesta tai vakaumuksesta riippuen. (Sipola, Pöyhiä, Anttonen & Pajunen 2021, 24.) Myös Hahon (2020, 92) mukaan ammattilaiset tuntevat usein avuttomuutta. Hoitaja ei voi ottaa toiselta ihmiseltä kärsimystä pois, mutta hän voi sensitiivisen (herkkyys, läsnäolo, empatia, luottamus, kuuntelu) vuorovaikutuksen menetelmin helpottaa sietämään sitä. Myös toimintakykytekijöiden, kuten selviäminen itsenäisesti päivittäisen elämän toiminnoista, fyysisen toimintakyvyn, psyykkisen kuten elämänhallinnan sekä sosiaalisuuden kuten osallisuuden kokemuksesta, tukeminen ovat tärkeä ja konkreettinen tapa helpottaa kärsivän oloa. Muun muassa näillä menetelmillä voidaan palliativisten potilaiden eksistentiaalista kärsimystä tukea yksilöllisesti juuri siten, miten potilas toivoo. Sietämätöntä eksistentiaalista kärsimystä pidetään lääketieteessä kuolevan potilaan hoidossa riittävänä perusteena palliativiselle sedaatiolle eli lääketieteelliselle rauhoittamiselle ja tajunnan tason alentamiselle. (Haho 2020, 83).

### 1.4.3 Elämänlaatu

Maailman terveysjärjestö (WHO 2022) määrittelee elämänlaadun yksikön käsitykseksi arvoihin ja kulttuuriin sidoksissa olevasta elämänsä suhteesta odotuksiin, toimintaan ja mahdollisuuksiin. Elämänlaatu sisältää kokemuksen elämän mielekkyydestä, onnellisuudesta sekä tyytyväisyydestä. Se kytkeytyy myös fyysiseen, psyykkiseen ja hengelliseen terveyteen. (Kangasniemi ym. 2015, 214; Lindqvist 1989, 68.)

Elämänlaatua voidaan tarkastella yksilön kohdalla terveydenhuollon ammattilaisen tekemänä silloin, kun yksilö ei itse esimerkiksi sairauden vuoksi ole kykenevä. Arviointi tulee tehdä vastuullisesti sekä eettisesti eli ymmärretään ja tunnistetaan, miten hoidon aikana tehtävät päätökset vaikuttavat potilaaseen sekä hänen elämänlaatuunsa. Tärkeintä on löytää ne tekijät, joilla kyseisen yksilön elämänlaatua voidaan vahvistaa. On tärkeää tuntea potilaan menneisyys sekä keskustella hänen tai hänen läheistensä kanssa, jolloin voidaan aloittaa tavoitella yksilöllisen hyvän elämänlaadun turvaaminen palliatiivisessa hoidossa. (Kangasniemi ym. 2015, 214.)

Terveydenhuollon ammattilaisten käsitykset potilaan elämänlaadusta voivat olla ristiriidassa potilaiden käsityksen kanssa. Tämä on johtanut elämänlaatumittausten nopeaan kehitykseen, kuinka tärkeää on ymmärtää terveydenhuollon toimenpiteiden vaikutukset potilaiden elämään, eikä pelkästään kehoon. Potilaiden, joilla on kroonisia tai hengenvaarallisia sairauksia, ja jotka elävät ilman odotuksia parantumisesta, tulee saada arvioida omaa elämänlaatuaan erilaisin mittarein. Terveydenhuollossa tehdään hoitopäätöksiä ja arvioita ilman käsitystä potilaan elämästä. Potilaalle sopivan kliinisen toimenpiteen tulee perustua potilaan omaan kokemukseen elämänlaadustaan. Tämän vuoksi potilaita tulee pyytää arvioimaan oma elämänlaatu käytettävissä olevien mittareiden avulla. (Addigton-Hall & Kalra 2001, 1417–1420.)

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (2023) määrittelee hyvinvoinnin osatekijöiksi koetun terveyden, materiaalsen hyvinvoinnin sekä koetun hyvinvoinnin eli elämänlaadun. Hyvinvointia ovat yksilön sekä yhteisön hyvinvointi. Yksilön hyvinvointiin vaikuttavat muun muassa sosiaaliset suhteet, itsensä toteuttaminen, onnellisuus sekä sosiaalinen pääoma. Koetun hyvinvoinnin mittarina on usein elämänlaatu. Sitä muovaavat terveys, materiaallinen hyvinvointi, odotukset hyvästä elämästä, ihmissuhteet, omanarvontunto sekä mielekäs tekeminen. Myös Vaapion (2019, 15) mukaan elämänlaadun ulottuvuuksia on kuvattu, minkä vuoksi käsite on laaja-alainen ja moniulotteinen. Palliatiivisessa hoidossa tulee siis keskittyä potilaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin sekä eksistentiaalisiin tarpeisiin.

Vakavasti sairas, ahdistunut potilas voi pohtia elämänsä merkitystä. Potilas voi ajatella eläneensä normaalin ihmiselämän, mutta kokee elämän päättyessä, että hän on tuhlaannut elämänsä tai että hänen olisi pitänyt elää se toisella tavalla. Tämä ilmeisesti pahentaa potilaan kärsimystä, koska hänellä ei ole mahdollisuutta jatkaa elämäänsä pidemmälle eikä hänellä ole mahdollisuutta hyötyä niistä pohdinnoista, joita hän tekee elämänsä tässä vaiheessa. (Varelius 2018.)

Tutkimusten (Leivo-Korpela, Piili & Lehto 2022; Sunela, Aho & Tiainen 2022) mukaan varhainen palliatiivinen hoito olisi tautispesifisen hoidon rinnalla potilaiden elämänlaatua parantava, masennusta vähentävä sekä mahdollisesti elinaikaa pidentävä. Tässä vaiheessa olisi tärkeää tehdä yhdessä potilaan kanssa loppuelämän ennakoiva hoitosuunnitelma, joka sisältää palliatiivisen hoidon suunnittelun siinä vaiheessa, kun taudin kulkuun ei voida enää vaikuttaa (Saarto 2015, 10).

Käypä hoito -suosituksen palliatiivinen hoito ja saattohoito (2019) mukaisesti, oireiden arvioinnissa ja elämänlaadun seurannassa, voidaan käyttää apuvälineenä ESAS-oirekartoitust lomaketta. Lääkkeettömällä hoidoilla kuten psykososiaalisin menetelmin voidaan helpottaa myös potilaan ahdistus- ja masennusoireita.

#### 1.4.4 Vuorovaikutuksellinen kohtaaminen

Ihmissuhdetyötä tekevien henkilöiden, joiden tärkein työväline on oma persoona, ammatti-identiteetti on osa persoonallista identiteettiä. Jollei uskalla kohdata itseään ja tutustua menneisyytensä tarinoihin, ei voi myöskään auttaa toisia. Hoitotyössä huomaa, että oman elämäntarinan kipukohdat ja työstämättömät tai poistyyönnetyt asiat saattavat yllättäen aiheuttaa esimerkiksi kielteisiä tunteita potilaita kohtaan. Esimerkiksi kuuntelemisen taito, jossa potilas tulee kuulluksi, vaatii työntekijää tunnistamaan omia tunteitaan ja kestämään sekä hyväksymään ne. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 60.) Myös Dunderfeltin (2016, 125) mukaan vuorovaikutustilanteissa ihminen on mukana koko persoonallisuudellaan, ajatuksineen, tunteineen ja pyrkimyksineen. Keskeisintä kohtaamisissa on oma tietoinen läsnäolo, ei olla vain fyysisesti paikalla vaan myös henkisesti läsnä.

Hoitotyöntekijän perustehtävä on työssään toteuttaa inhimillistä toimintaa, jonka avulla pyritään hyvään. Hyvällä tarkoitetaan tässä terveyden tavoittelua. Ammatillisessa hoitamisessa kyse on terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneen ammattihenkilön käyttävän työssään ammatilliseen

osaamiseensa perustuvia auttamismenetelmiä. Hoitotyöntekijät tekevät hoitotyötä. Tässä opinäytetyössä hoitotyöntekijöitä ovat terveyskeskussairaalassa työskentelevät lähihoitajat sekä sairaanhoitajat. Hoitaminen on toisen auttamista, inhimillistä, joten hoitotyötä tekevillä tulee olla syvällinen inhimillinen käsitys työnsä arvo perustasta. Heidän tulee työssään kyetä toimimaan sivistyneellä ja inhimillisellä tavalla. (ks. Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 23–24.) Leino-Kilpi ja Välimäen (2014, 25) mukaan hoitotyössä pyrkimys on tukea ihmisiä heidän terveytensä edistämisessä.

Vuorovaikutusosaaminen edellyttää vuorovaikutussuhteiden ymmärtämistä ja kykyä kommunikoida toisten ihmisten kanssa siten, ja että oma tieto sulautuu osaksi yhteistä tietoa. Vuorovaikutusosaaminen on yksi tulevaisuuden keskeisistä osaamisista sosiaali- ja terveysalalla. Perusteena on, että asiakkaan ihmisarvoinen kohtaaminen edellyttää osaamista kohdata erilaisuutta sekä vaikeita ja vaativia tilanteita eettisesti kestäväällä, ongelmien ratkaisua edistävällä tavalla. (Mönkkönen & Kekoni 2020, 32.) Myös Vihelä, Hökkä ja Kaakinen (2020, 283) tutkimuksessaan kuvaavat, että palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa vuorovaikutustaitoihin liittyvät monipuoliset kohtaamisen taidot läheisten ja omaisten kanssa ja niiden osaamisen vahvistamisella voidaan tukea hoidossa olevan potilaan ja läheisen elämänlaatua ja ihmislähtöistä palliatiivista hoitoa kaikilla palliatiivisen hoidon järjestämisen tasoilla.

Asianmukaisen palliatiivisen hoidon ja hyvän vuorovaikutuksen tiedetään vähentävän erillisen psykososiaalisen tuen tarvetta. Hoitosuhteen jatkuvuus koetaan tärkeäksi, on siis tärkeää myös kehittää palliatiivisten potilaiden hoitotyötä. Eksistentiaaliset kysymykset edellyttävät hoitotyöntekijältä valmiuksia läsnäoloon, herkkyyteen ja empatiaan. (Ahlblad 2019, 74–75.) Erilaisilla lääkkeettömillä keinoilla voidaan tukea elämän loppuvaiheessa olevien potilaiden henkistä kärsimystä, kun kehitetään ja tuetaan hoitohenkilökunnan osaamista aiheesta, kuten Salin, Melander, Lehto ja Hökkä (2021, 148) ovat asiantuntijoiden näkemyksiä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämis- ja tutkimustarpeista kuvanneet.

Hoitohenkilökunnan olisi tärkeä tunnistaa myös potilaan omaisen kärsimys lähimmäisen olemassaolon päättymisestä. Omaisen pelkoon vivahtavana ja ahdistusta muistuttava sanallinen tai ulkoisen olemuksen muotona tunnistettava omaisen olotila on kohtaamisen hetkenä tärkeä. Tässä yhteydessä tunnistettava surun ja luopumisen tuska ja siihen kuuluva henkinen kipu, on läheisen ahdistusta muistuttava tila. Tällöin hoitohenkilöstön on tyydyttävä olemaan levollisesti läsnä ja annettava luopumisen tuskan olla tässä hetkessä. (Heinonen 2022, 33–35.) Vuorovaikutus ja kohtaaminen ovat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon keskiössä, jossa kiire tehdä työtä ei saisi vai-

kuttaa. Kuolevalle ja hänen läheisilleen jäljellä oleva aika merkityksellinen. Nämä hetket ovat ainituolautisia, jättäen jäljen läheisiin ja heidän elämäänsä. (Kekäläinen, Joutsia, Niemitalo-Haapio, Vihelä, Hökkä, Lamminmäki, Valtonen & Turunen 2021, 95.)

#### 1.4.5 Osaamisen kehittäminen

Kansainvälisesti on tunnistettu osaamisen vajetta palliatiivisessa hoitoyön koulutuksessa. Palliatiivinen hoito kuuluu hoitotyön ydinosaamiseen. Hoitotyöntekijät kohtaavat palliatiivisessa hoidossa olevia potilaita eri hoitoympäristöissä hoidon eri vaiheissa. (Hökkä 2020, 8.) Tästä syystä palliatiivisen hoitotyön osaajia tarvitaan työelämässä yhä enemmän. Kansallisesti hoitohenkilöstön osaaminen siis vaihtelee. Edupal -hankkeen (2019) myötä tunnistettua osaamisvajetta korjataan vahvistamalla sairaanhoitajien ja lääkäreiden tarvittava osaaminen palliatiivisessa hoidossa. Tutkimuksessa sairaanhoitajien osaamisen vahvistamisella voidaan tukea potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua ja ihmislähtöistä palliatiivista hoitoa. Ihmislähtöisen palliatiivisen hoidon osaamisen taito on potilaan ja läheisen tukemisena muun muassa eksistentiaalisissa kysymyksissä sekä taitoina huomioida potilaiden yksilölliset tarpeet (Vihelä ym. 2020, 282.) Tutkimuksen mukaan myös lähihoitajien kokonaisvaltainen teoritiedon osaaminen palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta on tärkeä osa lähihoitajan osaamista (Vattula, Rajala, Kuivila, Hökkä & Kaakinen 2020, 130). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tärkeimmät kehittämiskohteet lähitulevaisuudessa kohdistuvat muun muassa palvelujärjestelmään, palveluiden tasa-arvoiseen saatavuuteen sekä hoidon toteutukseen. Hoidon laadun varmistamiseksi tarvitaan monitieteellisiä hoitosuosituksia, tutkimuksia sekä hoidon vaikuttavuuden seurantaa. (Hökkä & Lehto 2021, 3; Salin ym. 2021, 143).

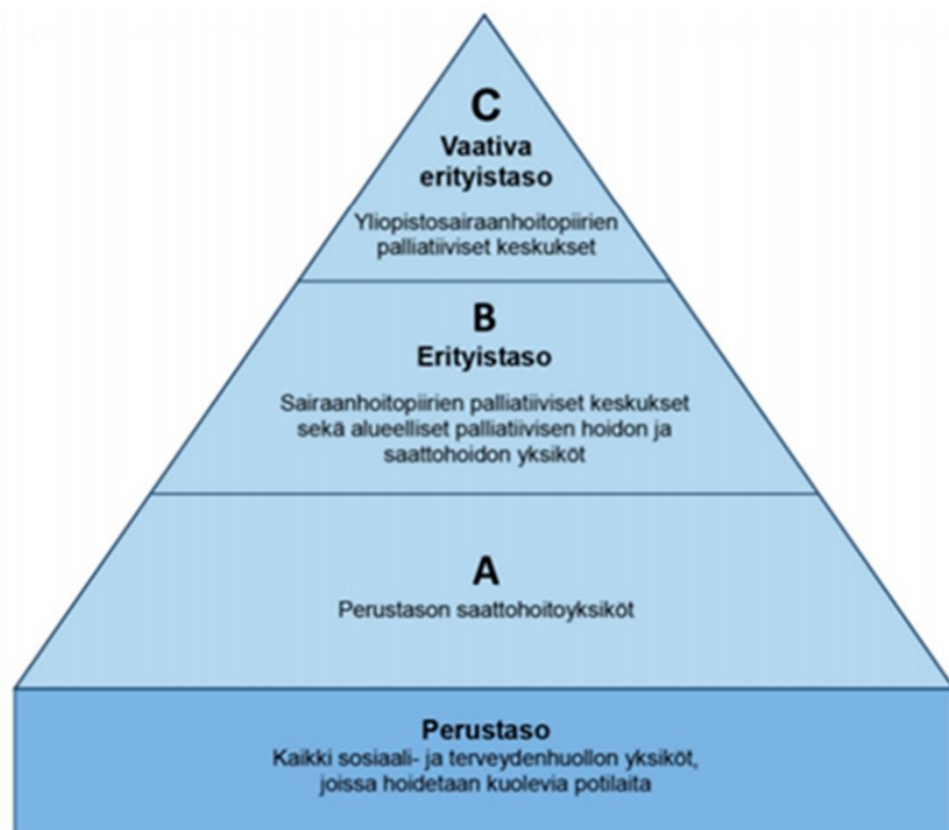
Salin`n ym. (2021, 148) mukaan lääkkeettömien auttamismenetelmien kohdistaminen vaihtoehtoihin kivunhoito - ja oirehoitomenetelmiin tulee tunnistaa. Läsnaolo, kosketus sekä henkisen ja hengellisten tarpeiden tunnistaminen ovat ihmislähtöisen hoitotyön perusteita. Myös Sipola, Pöyhiä, Anttonen ja Pajunen (2021, 21–22) kuvaavat tärkeäksi osaamisen kehittämisessä hoitohenkilökunnan avoimuuden potilaiden eksistentiaalisille kysymyksille. Potilailla ilmenevät fyysiset, emotionaaliset tai sosiaaliset oireet, ilmaisevat taustalla olevista eksistentiaalisista tarpeista, pohdinnasta tai ahdistuksesta.

Ihmisarvon säilyttäminen parantumattomasti sairaalla on elintärkeä osa loppuelämän hoitoa sekä ihmisarvon käsitteen parempi ymmärtäminen ratkaiseva tekijä yksilöllisen hoidon tarjoamisessa



potilaille sekä heidän läheisilleen. Itsenäisyyden ja yksilöllisyyden kunnioittaminen hoitotyössä tulee huomioida potilaiden oireiden hoidossa ja pyrkimyksissä säilyttää heidän itsemääräämisoikeutensa. Tutkimuksen mukaan sairastavan lähimmäisten tukeminen lisää potilaan ihmisarvoa. Lisäksi terveydenhuollon ammattilaisten oikea-aikainen ja asianmukainen tuki ovat ihmisarvon kokemuksen lisääviä tekijöitä. (Zi Yuan Chua, Li Ying Quah, Xue Lim, Keyi Goh, Lim, Wei Jun Wan, Meiqi Ong, Sum Chong, Zhi Guang Yeo, Shih Hui Goh, Meng See, Yun Ting Ong & Krishna 2022.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2019) suosituksessaan palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa on asetettu palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatu-kriteerit A-tason palveluille (kuvio 3). Kolmiportaisessa mallissa perustason muodostavat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, jotka hoitavat kuolevia potilaita, eivätkä kuulu muille tasoille (ABC). Perustason yksiköitä ovat muun muassa terveyskeskusten sekä sairaaloiden vuodeosastot, kotihoidon yksiköt sekä sosiaalihuollon alaisten yksiköiden tehostettu palveluasuminen. Perustasolla tulee hallita palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusteet, osata tehdä loppuelämän ennakoiva hoitosuunnitelma sekä tehdä saattohoitopäätös.



Kuvio 3. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (STM 2019, 14)

Tulevaisuudessa terveyskeskussairaalat sijoittuvat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportaisessa mallissa (kuvio 3.) tasolle A, koska näissä yksiköissä saattohoitoa on kehitetty yhtenä perustehtävänä muun toiminnan ohessa. Tason A - yksikössä tulee olla lisäksi kirjallinen toimintamalli palliatiivisen potilaan hoidon tarpeiden tunnistamiseen. Toimintamalliin kuuluvat oireiden systemaattinen arviointi, oirehoito-ohjeistus sekä tieto konsultoitavasta yksiköstä. Toimintamallin mukaan yksikkö kuuluu alueelliseen palliatiivisen hoidon hoitoketjua. Yksiköllä tulee olla valmiutta sekä osaamista psykososiaalisesta, eksistentiaalisesta tuesta potilaalle ja heidän läheisilleen. Hoitohenkilöstön tulee pystyä myös konsultoimaan henkisen sekä hengellisen tuen ammattilaisia. Lisäksi yksikössä on erilliset saattohoidon vuodeosastopaikat. (Saarto & Finne-Soveri 2019, 188.)

Tällä hetkellä Sotkamon terveyskeskussairaala, jossa tämän opinnäytetyön kolmannen syklin pilotointi toteutettiin, sijoittuu palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportaisen mallin (STM 2019,14) tasolle A monelta osin. Yksikössä on kehitetty saattohoitoa, palliatiivisille potilaille on saattohoidon vuodepaikka, potilaiden oireita arvioidaan muttei vielä systemaattisesti ja oirehoitoon on toimintamalli. Osaamisen kehittämisen tueksi on työyhteisössä hoitotyöntekijöille aiemmin jo mahdollistettu muun muassa THL:n saattohoitopassi -verkkokoulutus sekä erisisältöisiä palliatiivisen hoitotyön ja saattohoitotyön webinaareja. Lisäksi ESAS -oirekyselyjen toteuttaminen, tulkinta sekä siitä nousevien tulosten perusteella potilaiden oireisiin reagointi lääke- tai lääkkeettömän hoidon avulla on ollut aiemmin yksikössä kehittämisen yksi painopiste. Lisäksi työyksikkö kuuluu osaksi alueellisen palliatiivisen hoidon hoitoketjua, konsultaatiotukea on saatavilla lähimmässä sairaalassa Kajaanissa palliatiiviselta poliklinikalta sekä palliatiiviselta erikoissairaanhoidon osastolta.

## 1.5 Lähteet

Addington-Hall J, Karla L. (2001). Measuring quality of life: Who should measure quality of life? BMJ 21(118), 1417–1420. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01004-4>

Ahlblad, J. (2019). Miten kohdata kuolema. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Anttonen, M.S. (2016). Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Akateeminen väitöskirja nro 2148. Terveystiede. Tampereen yliopisto. Tampere. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0066-1>

- Cedefop.fi (2023). Delivering VET and qualifications. Saatavilla 20.8.2023. <https://www.cedefop.europa.eu/fi>
- Dahlin, C.M. (2015). National Consensus Project for Quality Palliative Care. Teoksessa B.R. Ferrell & J.A. Paice (toim.) Oxford Textbook of Palliative Care. Oxford University Press, 26-33.
- Dunderfelt, T. (2016). Läsnäoleva kohtaaminen. Juva: Bookwell Oy.
- EduPal (2019), Palliatiivisen koulutuksen kehittäminen. Saatavilla 8.8.2023 <https://www.palliatii-visenkoulutuksenkehittaminen.fi/>
- Haho, A. (2020). Mitä kärsimys opettaa elämästä. Jyväskylä: Tuuma Kustannus.
- Heikkinen, H.L.T. (2018). Toimintatutkimus: kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Keuruu: Otavan kirjapaino, 215-230.
- Heinonen, H. (2022). Vaikeasti sairaan potilaan läheisen kohtaaminen. Yleislääkäri 37 (6), 33-35.
- Hirvonen, O. (2021). Kohti parempaa elämän loppuvaiheen hoitoa. Teema 54(2), 126–129.
- Hökkä, M. & Lehto, J. (2021). Johdatus hankkeeseen: EduPal – palliatiivisen hoidon koulutuksen moniammatillinen kehittäminen. Teoksessa M. Hökkä, J. Lehto, S. Heinonen & A. Suikkala (toim.) EduPal – Koulutusta kehittämällä parempaa palliatiivista hoitoa. Kajaanin ammattikorkeakoulun julkaisusarja B Raportteja ja selvityksiä B 125/2021, 3-7.
- Hui, D. & Bruera, E. (2017). The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments. Journal of Pain and Symptom Management 53 (3), 630–643. Saatavilla 1.9.2022. [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(16\)31213-1/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(16)31213-1/fulltext)
- Hänninen, J. (2015). Saattohoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 256-277.
- Hänninen, J. (2015). Saattohoito-opas. Etelä-Suomen Syöpäyhdistys. Saatavilla 9.8.2022. <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/frantic/syopa-kaikkisyovasta/Saattohoito-opas-14.-uudistettu-painos-2015.pdf>
- Hökkä, M., Lehto, J., Heinonen, S. & Suikkala (2021). EduPal - koulutusta kehittämällä parempaa palliatiivista hoitoa. Kajaanin ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Raportteja ja selvityksiä B, 125. Saatavilla 16.4.2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-7219-78-2>

Hökkä, M. (2020). Competence in palliative care and end-of-life care in nursing degree. Kajaanin Ammattikorkeakoulu. Julkaisusarja B 118. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-7219-71-3>

Joanna Briggs Institute (2023). Evidence based resources. <https://joannabriggs.org/>

Juuti, P. (2013) Jaetun johtajuuden taito. Jyväskylä: PS- kustannus.

Jyrkämä, J. (2019). Toimintatutkimus. Teoksessa J. Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Saatavilla 16.4.2022. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimusasetelma/toimintatutkimus/>

Kainuun hyvinvointialue. (2023). Yhdessä ihmisen parhaaksi. Saatavilla 9.8.2023. <https://hyvinvointialue.kainuu.fi/yhdessa-ihmisen-parhaaksi>

KAMK.Fi (2023). Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen. Saatavilla 9.8.2023 <https://www.kamk.fi/fi/Tutkimus-ja-kehitys/Sosiaali--ja-terveysalan-kehittaminen>

Kananen, J. (2014). Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Suomen Yliopistopaino Oy. Jyväskylä: Juvenis Print.

Kangasniemi, M., Pietilä, A-M. ja Saarto, T. (2015). Elämänlaatu. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 214-218.

Kaski, M. (2014). Elämän loppuvaiheen hoitoon voi varautua. Teoksessa R. Pöyhiä, T. Tasmuth & P. Reinikainen (toim.) Lääkäri saattajana. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 82-85.

Kekäläinen, P., Joutsia, K., Niemitalo-Haapio, E., Vihelä, M., Hökkä, M., Lamminmäki, A., Valtonen, M. & Turunen, E. (2021). Vuorovaikutuksen ja kohtaamisen osaaminen sairaanhoitajien ja lääkäreiden palliatiivisen hoidon ja saattohoidon koulutuksessa. Kajaanin Ammattikorkeakoulun julkaisusarja B nro 125, 86-98. <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2021101450974>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2014). Etikka hoitotyössä. Helsinki: Sanomapro Oy.

Leivo-Korpela, S., Piili, R. & Lehto, J. (2022). Keuhkohtauman palliatiivinen hoito. Suomen Lääkärilehti 77 (1–2), 49-52.

Lesonen, M. (2019). Hoitajien kuvauksia saattohoidosta. Pro-Gradu tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteenlaitos. Saatavilla 22.8.2022. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20191389>

Lindqvist, M. (1989). Ammattina ihminen. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset.

Mattila, K-P. (2002). Syöpäpotilaiden palliatiivisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Metsämuuronen, J. (2008). Laadullisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Mikkonen, H., Hökkä, M. & Turunen, E. (2020). Diakonisen hoitotyön perusteet ja käytäntö. Teoksessa P. Thitz, M. Malkavaara, L. Rättyä & M. Valtonen (toim). DIAK opetus 6. (245–246). Helsinki Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavilla 10.10.2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-367-4>

Muurinen, S. (2015). Henkisyys, hengellisyys ja spiritualiteetti. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 307-309.

Mäkisalo-Ropponen, M. (2011). Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Mönkkönen, K. & Kekoni, T. (2020). Monitoimijaisuus työntekijän voimavarana ja haasteena. Teoksessa A. Hujala & H. Taskinen (toim.). Uudistuva terveydenhuolto. Sosiaali- ja terveysala. Tampere. Tampere University Press, 215–240. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>

Mönkkönen, K. (2020). Vuorovaikutus asiakas työssä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna: Gaudeamus Oy.

Olsson - Möller, U., Beck, I., Furst, J.C, & Rasmussen, H. B. (2022). A Reduced Deck of Conversation Cards of Wishes and Priorities of Patients in Palliative Care. Journal of Hospice and Palliative Nursing 24 (3),175-180. <https://doi.org/10.1097%2FJNH.0000000000000846>

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Nikkilä, J. (2008). Innostavat projektit. Sipoo: Silverprint.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Saatavilla 11.3.2023. <https://www.kaypahoito.fi/>

- Pelin, R. (2020). Projektihallinnan käsikirja. Projektijohtaminen Oy – Risto Pelin. Saksa: Books Oy Demand.
- Puusa, A. & Juuti, P. (2020). Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Tallinna: Gaudeamus Oy.
- Rauhala, L. (2014). Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Gaudeamus Oy.
- Saarto, T. & Finne-Soveri, H. (2019). Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 68. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>
- Saarto, T. (2015). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarve: Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Salin, S., Melender, H-L., Lehto, J.T. & Hökkä, M. (2021) Asiantuntijoiden näkemyksiä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämisen ja tutkimustarpeista. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 58 (2), 143-157. Saatavilla 5.5.2023. <https://doi.org/10.23990/sa.94374>
- Siltala, P. (2017). Elämän päättyessä. Helsinki: Pirkko Siltala ja Kirjapaja.
- Sipola, V. (2019). Eksistentiaalisen tuen merkitys elämän päättymisen kohtaamisessa. Kirkkohallitus. Saatavilla 10.8.2022. <https://stm.fi/documents/1271139/12429036/Eksistentiaali-sen+tuen+merkitys+el%C3%A4m%C3%A4n+p%C3%A4%C3%A4ttymisen+kohtaamisessa+Virpi+Sipola+Kirkkohallitus+.pdf/21dfb6f6-b287-8dea-fb2e-7c7648149cf3/Eksistentiaali-sen+tuen+merkitys+el%C3%A4m%C3%A4n+p%C3%A4%C3%A4ttymisen+kohtaamisessa+Virpi+Sipola+Kirkkohallitus+.pdf>
- Sipola, V., Pöyhiä, R., Anttonen, M.S. & Pajunen, M. (2021). Potilaan spiritualiteetin tukeminen ja eksistentiaaliset kysymykset palliatiivisessa hoidossa. Kansallinen suositus. Saatavilla 10.8.2022. <https://julkaisut.evl.fi/catalog/Tutkimukset%20ja%20julkaisut/r/4282/viewmode=infoview>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2023). Selvitys sääntelytarpeista ja työryhmän näkemyksiä lainsäädännön muuttamisesta: Elämän loppuvaiheen hoitoa, itsemääräämisoikeutta, saattohoitoa ja eutanasiaa koskevan lainsäädäntötarpeen asiantuntijatyöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 23. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5667-4>

Sunela, K., Aho, S. & Tiainen, K. (2022). Nuoren aikuisen parantumaton syöpä – kokonaisvaltainen hoito-ote kantaa pitkälle. *Duodecim* 138 (6), 501–506. Saatavilla 5.5.2023 <https://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202206285857>

Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry. (2022). Palliatiivinen hoito. Saatavilla 10.8.2022 <https://www.sphy.fi/>

Tarnanen, K., Saarto, T. & Laukkala, T. (2019). Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliatiivinen hoito ja saattohoito). Terveyskirjasto. *Duodecim*. Saatavilla 30.7.2023 <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00072>

Terkamo-Moisio, A. (2016). Complexity of attitudes towards death and euthanasia. Väitöskirja nro 363. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2198-7>

Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. (2023) Hyvinvointi. Saatavilla 14.2.2023. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi>

Terveyskylä.fi (2023). Palliatiivinen hoito. Saatavilla 8.8.2023 <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/hoidon-suunnittelu>

Tohmola, A., Suikkala, A., Lehto, J. & Hökkä, M. (2023) Palliatiivisen hoidon osaamistarpeet tulevan kymmenen vuoden aikana. *Tutkiva hoitotyö* 21 (1), 12–19.

Toikko, T. & Rantanen, T. (2009). Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Yliopistopaino Oy- Juvenes Print.

Vaapio, S. (2009). Elämänlaatu ja iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, Scripta Lingua Fennica Edita. Turku. Painosalama Oy. Saatavilla 24.10.2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-3898-8>

Varelius, J. (2018) Suffering and end of life. *Wiley bioethics* 33 (1), 195–200. Saatavilla 26.3.2022. DOI: 10.1111/bioe.12513

Viftrup, DT., Nissen, R., Søndergaard, J. & Hvidt, NC. (2020.) Dignity in end-of-life care at hospice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 35 (2), 420-429. <https://doi.org/10.1111/scs.12872>

Vihelä, M., Hökkä, M. & Kaakinen, P. (2020). Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede* 32 (4), 275-284.

Vilkka, H. (2007). Tutki ja mittaa. Saatavilla 4.9.2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0099-9>

WHO. (2022). Palliative care helps maintain quality of life. Saatavilla 8.8.2022. <https://www.who.int/multi-media/details/palliative-care-helps-maintain-quality-of-life>

Vuorinen, E. (2015). Palliatiivinen hoito ja saattohoito terveyskeskuksessa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 582-583.

Zi Yuan Chua, K., Li Ying Quah, E., Xue Lim, Y., Keyi Goh, C., Lim, J., Wei Jun Wan, D., Meiqi Ong, S., Sum Chong, C., Zhi Guang Yeo, K., Shih Hui Goh, L., Meng See, R., Yun Ting Ong & Krishna, L. (2022). A systematic scoping review on patients' perceptions of dignity. BMC 21 (118), 1–18. Saatavilla 25.7.2023. doi: 10.1186/s12904-022-01004-4



## 2 Hoitotyönauttamismenetelmät palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa aikaisempien tutkimusten mukaan (1.sykli)

Ensimmäisen syklin tarkoitus oli kartoittaa aikaisempaa tutkimustietoa hoitohenkilökunnan eksistentiaalisen kärsimyksen tuen auttamismenetelmistä palliatiivisen potilaan hoitotyössä. Syklin tutkimuskysymys oli, *mitä hoitotyön auttamismenetelmiä hyödynnetään palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa?*

Seuraavissa luvuissa on kuvattu kirjallisuuskatsauksen suunnittelu, toteutus sisällön analyysi ja tulokset. Lisäksi on kuvattu johtopäätökset ja kirjallisuuskatsauksen luotettavuus. Suunnittelussa määriteltiin aiempien tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit taulukossa 1. Tutkimuskysymystä muodostettaessa on käytetty apuna PICO-menetelmää, joka on kuvattu taulukossa 2.

### 2.1 Kirjallisuuskatsaus (suunnittelu)

Kirjallisuuskatsausten käyttö on viime vuosina vakiintunut ja monipuolistunut hoitotieteessä ja muussa terveystieteellisissä tutkimuksissa. Kirjallisuuskatsausten kirjo on laaja. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi kirjallisuuskatsauksen muoto ja sen aineisto muodostuu aiemmin julkaistusta, tutkimusaiheen kannalta merkityksellisestä tutkimustiedosta. Se perustuu tutkimuskysymykseen, joka on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keskeinen ja koko tutkimusprosessia ohjaava tekijä tuotteen valitun aineiston perusteella kuvailevan, laadullisen vastauksen. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 291-293.)

Kirjallisuuskatsaus valikoitui ensimmäisen syklin tutkimusmetodiksi, koska haluttiin selvittää alkuun aiempaa tutkimustietoa aiheesta ja kuvata tutkittavaa ilmiötä monipuolisesti. Hirsjärven, Remeksen & Sajavaaran (2018, 121) mukaan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kartoittaa, mistä näkökulmista ja miten aihetta on aiemmin tutkittu ja miten nyt tehtävä opinnäytetyö liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin. Tärkeää oli löytää opinnäytetyön kannalta olennaiseen kirjallisuuteen. Kirjallisuuskatsaus toteutettiin kuvailevana. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luonnetta kuvataan yleiskatsaukseksi, jossa aineistot voivat olla laajoja ja aineiston valintaa eivät rajaa metodiset säännöt. Myös tutkimuskysymykset voivat olla väljiä. (Kangasniemi ym. 2013, 291; Salmi-nen 2011,7.)

Salmisen (2011, 10) mukaan kirjallisuuskatsauksen yksi tärkeä ulottuvuus oli näyttöön perustuva (*evidence based*) päätöksenteko, jolla tarkoitetaan tutkitun tiedon tuomista päätöksenteon tueksi ja sitä varten. Parhaimman toimintatavan eli tehokkaimman ja tuloksellisimman toimintamallin etsiminen mahdollistuu näyttöön perustuvalla päätöksenteolla.

Kirjallisuuskatsauksen hakuja tehtiin elokuulta 2022 lokakuulle 2022. Haut tehtiin Kajaanin ammattikorkeakoulun Kamk.finna.fi – opiskelijaoikeuksia hyödyntäen. Kirjallisuuskatsauksessa koottiin yhteen samaa kliinistä kysymystä käsittelevät tutkimukset ja niiden tulokset. Katsauksessa suodatettiin tärkeistä tutkimuksista pääasiat, kuten Hirsjärven ym. (2018, 258) mukaan, tutkijan on tunnettava tutkittava asia hyvin, jotta seulominen onnistuu asianmukaisen, tutkimusaiheeseen suoraan liittyvästä kirjallisuudesta.

Kirjallisuushakujen sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitetty taulukossa 1. Sisäänottokriteerien perusteena oli, että tutkimusten tuli olla saatavilla koko tekstinä ja ne oli oltava opiskelijalle luettavissa maksuttomasti. Tutkimusten tuli käsitellä palliatiivista sairautta sairastavia, eksistentiaalisesta kärsimyksestä kärsiviä aikuisia ihmisiä. Lisäksi määriteltiin, että julkaisukielenä tutkimuksissa tuli olla joko suomi tai englanti.

TAULUKKO 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

SISÄÄNOTTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT
Tieteellinen tutkimus palliatiivista sairautta sairastavista eksistentiaalisesta kärsimyksestä kärsiviä aikuisia ihmisiä	Tutkimus ei ole tieteellinen eikä käsittele palliatiivista sairautta sairastavia eikä eksistentiaalisesta kärsimyksestä kärsiviä aikuisia ihmisiä
Tutkimus on saatavana opiskelijalle maksullisena	Tutkimus on opiskelijalle maksullinen
Tutkimus on saatavana koko tekstinä	Tutkimus ei ole saatavana koko tekstinä
Tutkimus on julkaistu 10 vuoden sisällä	Tutkimuksen julkaisusta on yli 10 vuotta
Tutkimuksen julkaisukieli on suomi tai englanti	Tutkimus on julkaistu muulla kielellä kuin suomi ja englanti

Tutkimus käsittelee eksistentiaalista kärsimystä	Tutkimus ei käsittele eksistentiaalista kärsimystä
--	--

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten tuli olla enintään kymmenen vuotta vanhoja. Tällä varmistettiin, että hakutuloksina saadaan mahdollisimman ajantasaisia tutkimuksia sekä aineistoa pystytään hallitsemaan määrällisesti. Hakujen tietokantoina käytettiin CINAHL Ebscohost, PubMed sekä suomalainen MEDIC. Lisäksi käytettiin manuaalisia hakuja.

Hakusanoja muodostaessa apuna käytettiin PICO-menetelmää, joka helpotti tiedonhakua (Hotus.fi). Taulukossa 2. on esimerkki PICO-menetelmän käytöstä tutkimuskysymystä asetettaessa.

TAULUKKO 2. PICO-menetelmää sovellettu PCC (Hotus.fi)

<b>P</b>	Potilasryhmä	palliativiset aikuispotilaat
<b>C</b>	Käsite	hoitotyön auttamismenetelmät
<b>C</b>	Konteksti	palliativinen hoitotyö - eksistentiaalisen kärsimyksen tukeminen

Tietokannoista hakusanoja olivat englannin kieliset sanat ”palliative care” OR ”palliative nursing” AND ”quality of life” OR ”end of life suffering” OR ”mental” OR ”spiritual” AND ”spiritual suffering” OR method of assisting nursing work” OR ”spiritual well-being” OR ”spiritual life” OR ”spiritual needs”. Lisäksi käytettiin Suomen kielen hakuja ”hoitotyön auttamismenetelmät” TAI ”palliativinen” JA ”hoitotyö” TAI ”eksistentiaalinen kärsimys” JA ”eksistentiaalinen” JA ”kärsimys” JA ”tuki” TAI ”osaamisen kehittäminen” JA ”eksistentiaalinen” TAI ”kärsimys” JA ”tuki” TAI ”parantumattomasti sairas” JA ”eksistent\*” JA tuki” sekä ”palliativinen potilas” JA ”elämänlaatu”.

Potilasryhmänä (P) olivat palliativiset aikuiset potilaat. PICO-menetelmän intervention (C) käsitteeksi määriteltiin hoitotyön auttamismenetelmät ja kontekstiksi (C) palliativinen hoitotyö- eksistentiaalisen kärsimyksen tukeminen (Hotus 2023a).

## 2.2 Tutkimusten haku (toiminta)

Ensimmäinen ja kokeileva kirjallisuuskatsauksen tutkimusten haku toteutettiin CINAHL Ebscohost sekä Pub Med Central:sta käyttäen hakusanoina ”palliative care” AND ”spiritual or mental” AND

“palliative care” OR “method of assisting nursing work”. Aluksi haku rajattiin koskemaan ainoastaan tutkimuksia vuosilta 2012–2022. Tämä rajausta tuotti yhteensä 228 osumaa. Osumista yksikään hakutulos ei ollut opiskelijalle ilmaiseksi saatavilla koko tekstinä, joten hakua laajennettiin.

Kuviossa 4. on kuvattu kirjallisuushakuprosessi. Kokotekstinä haku CINAHL Ebscohost tietokannasta tuotti yhteensä 5905 tutkimusta. Aluksi aineisto käytiin yksitellen arvioimassa otsikkotasolla, huomioiden tutkimusten sisäänottokriteerit. Otsikkotason tarkastelun jälkeen sisäänottokriteerit täyttäviä tutkimuksia jäi 17. Sen jälkeen nämä tutkimukset luettiin vielä tiivistelmätasolla, josta saatiin yhteensä 12 sisäänottokriteerejä vastaavaa tutkimusta. Tarkan analyysin jälkeen näistä valittiin yhteensä kuusi (6) tutkimusta tai artikkelia. Tämä osa oli kirjallisuushaun työläin ja aikaa vievin osuus. Ebscohost – tietokannasta hakuja tarkennettiin hakusanoihin “palliative care” AND “method of care” AND “existential suffering” saaden tulokseksi yhteensä 55 tutkimusta. Näistä valittiin kirjallisuuskatsaukseen kaksi (2) sisäänottokriteerit täyttävää tieteellistä tutkimusta.

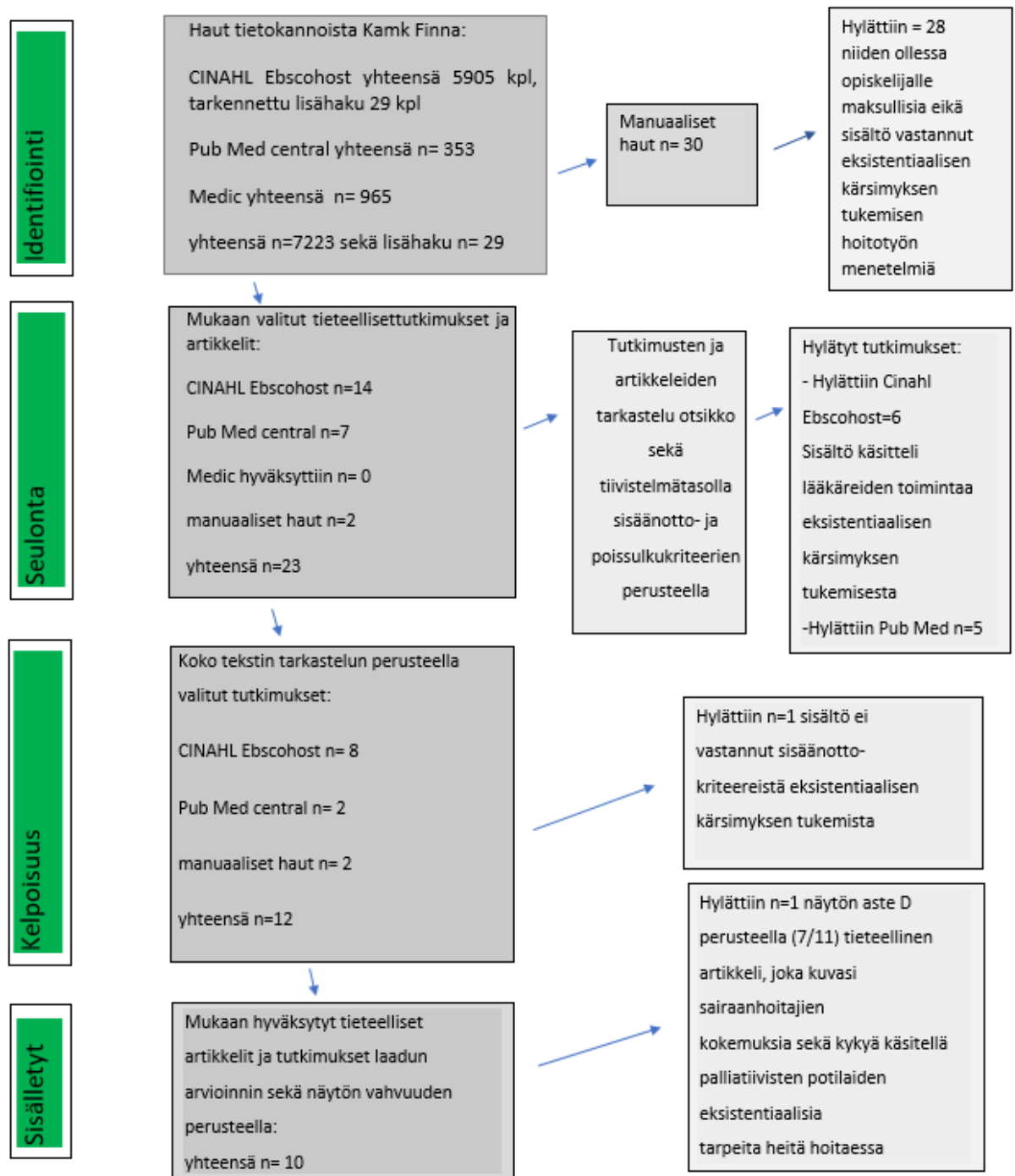
Pub Med central tietokannasta hakuja tehtiin hakusanoilla “method of assisting nursing work” OR “end of life suffering” OR “spiritual needs” AND “palliative care” AND “quality of life”. Tulokseksi saatiin 353 artikkelia, joista valittiin ensin otsikkotasolla tutkittavaksi seitsemän (7) artikkelia. Poissulkuun johtivat tutkimukset, joissa käsiteltiin dementiaa sairastavia ikääntyneitä, jotka asuivat hoitokodissa tai kotihoidon turvin kotona. Useat hylätyt tutkimukset käsittelivät myös omaisten näkökulmaa. Myös opiskelijoiden kokemuksia tukevat tutkimukset hylättiin. Lisäksi eutanasiaa koskevat tutkimukset hylättiin. Hylättyjä tutkimuksia oli yhteensä viisi (5), kaksi (2) tutkimusta hyväksyttiin katsaukseen.

Medic -tietokannasta haku tehtiin suomenkielisillä hakusanoilla, kuten “hoitotyö\*” JA “auttamismenetelmä” JA “palliat\*” JA “hoitotyö” JA “eksistentiaalinen kärsimys” TAI “eksistentiaalinen” JA “kärsimys” JA tuki” sekä “osaaminen” JA “kehittäm\*” JA “eksistentiaalinen” TAI “tuki” JA “palliativinen hoitotyö”. Hakukriteereinä olivat myös koko asiatekstit sekä asiasanojen synonyymit. Tuloksista muutamien kolumnien tai lehtien artikkeleita ei huomioitu tutkimukseen. Medic -tietokannan haku tuotti yhteensä 965 osumaa, joista yksi (1) valittiin, koska useimpia hakuja jouduttiin hylkäämään otsikko tason ja tiivistelmän tarkastelun perusteella. Kuviossa 4. on kuvattu PRISMA flow diagram (2020) vuokaavion mukaisesti kirjallisuuskatsauksen tutkimusten hakuprosessi.

Sen jälkeen kirjallisuuskatsaukseen mukaan valitut tutkimukset arvioitiin, käyttäen JBI kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa. Laadun arvioinnin lisäksi arvioitiin tutkimusten näytön aste. Tutkimusten näytönaste olivat luokkaa A eli vahva näyttö, luokkaa B kohtalainen näyttö, luokassa C näyttö

on heikkoa. (Hotus 2022b.) Mukaan valittavien tutkimusten laatu ja näytön aste pyrittiin toteuttamaan huolellisesti, jotta mukaan valittavien tutkimusten sisältö olisi mahdollisimman korkealaatuista ja vastaisi asetettuun tutkimuskysymykseen. Tässä vaiheessa hylättiin vielä yksi tutkimus, jonka näytönaste oli luokkaa D. Lopullisia mukaan hyväksytyjä tutkimuksia oli yhteensä kymmenen (10).

Kuvio 4. kirjallisuuskatsauksen haku kuvattuna (mukaillen Prisma flow diagram 2020)



Manuaalisia hakuja tehtiin tietokantoihin hakusanoilla "parantumattomasti sairas potilas" JA "eksistentiaalinen kärsimys" JA "elämänlaatu". Manuaalisten hakujen tulos tuotti yhteensä 30 tutkimusta. Niistä 28 hylättiin niiden ollessa muun muassa opiskelijalle maksullisia, eikä sisältö vastannut eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisen hoitotyön menetelmiä. Manuaalisten hakujen si-

säänottokriteerien mukaisesti hyväksyttiin kaksi (2) tutkimusta. Kirjallisuuskatsauksen hakutulosten jälkeen jäi yhteensä kymmenen (10) tieteellistä tutkimusta, väitöskirjaa tai artikkelia, jotka valittiin tämän kirjallisuuskatsauksen aineiston perustaksi. Kirjallisuuskatsaukseen valituksi tulleiden tieteellisten tutkimusten sisältö vastasi parhaiten kirjallisuuskatsauksen asetetun tutkimuskysymyksen perusteella.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten hakeminen oli työlästä. Vaikka tuloksia hakujen perusteella tuli, vaihtoehtoja mukaan otettavista tutkimuksista sisäänottokriteerien tarkastelun jälkeen oli vain vähän. Tutkimuksia jouduttiin hylkäämään sen vuoksi, että tutkimukset käsitelivät lääkäreiden osallisuutta potilaiden elämänlaatuun sekä eksistentiaaliseen kärsimykseen, lapsipotilaita tai iäkkäitä dementiaa sairastavia ja hoitokodissa asuvia potilaita (asiakkaita). Lisäksi eutanasiaa käsitteleviä artikkeleita jouduttiin sulkemaan pois katsauksesta, vaikka näissä käsiteltiin elämänlaadun näkökulmaa. Myös artikkeleita, jotka olivat uusia (alle viisi vuotta) jouduttiin sulkemaan katsauksesta pois niiden ollessa opiskelijalle maksullisia. Aineistot, joissa ei käsitelty eksistentiaalista kärsimystä, vaikka käsiteltiin palliatiivista potilasta sekä loppuelämän elämänlaatua, myös hylättiin. Toimintaympäristönä sairaala haluttiin säilyttää, koska osaamisen kehittäminen kohdistettiin tässä opinnäytetyössä perusterveydenhuollon sairaalaympäristöön.

Opinnäytetyöhön valittujen kirjallisuuskatsausten tutkimukset arvioitiin Hotuksen näytön asteen määrittelyn mukaisesti (Hotus 2023). Sen mukaan näyttö on vahvaa, kun tutkimusnäytön aste on luokkaa A. B-luokka tarkoittaa kohtalaista näytön astetta, C-luokassa näyttö on jo heikkoa. Luokassa D näyttö on jo hyvin heikkoa. Arviointi pyrittiin tekemään huolellisesti, jolloin myös yksi (1) kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista jouduttiin hylkäämään näytönasteen ollessa luokkaa D eli ollen hyvin heikko. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin lopulta yhteensä kymmenen (10) tutkimusta, joista liitteessä 1. kuvattu mukaan valittujen tutkimusten näytön aste ja laadunarviointi. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset (=10) ovat luvussa 2.8, taulukossa 3.

### 2.3 Aineiston analyysi (havainnointi)

Opinnäytetyön aineistolähtöisessä analyysissä on pyritty luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus, kuten Tuomi ja Sarajärvi (2018, 108) ovat kirjoittaneet. Sisällön analyysillä voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Siinä pyritään järjestämään ja kuvailemaan sellaisia malleja, jotka esittävät tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3.) Tutkimusten aineisto

otettiin tiivistelmän ja johtopäätösten tai tulosten mukaan. Induktiivinen sisällön analyysi aloitettiin englanninkielisten tutkimusten tiivistelmän eli abstraktin ja johtopäätösten tai tulosten kääntämisellä suomen kielelle. Tähän käytettiin apuna DeepL translate – ohjelmistoa, joka on ilmaiseksi saatavilla internetistä Chrome web -storesta. Saadun aineiston analyysin seuraava vaihe oli lukea tutkimuksia, jotta saatiin ymmärrys katsaukseen valittujen tutkimusten sisällöstä ja pystyttiin tulkitsemaan aineistoa. Juuti ja Puusan (2020) mukaan aineiston analyysin tavoitteena on kuvailla, tulkita ja ymmärtää tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. Tämän vuoksi aineistoa tulee lukea yhä uudelleen, ja pyrkiä saamaan käsitys siitä, millaisiin luokkiin aineisto tulee ryhmitellä. (Juuti & Puusa 2020, 143.)

Aineiston analyysi aloitettiin lukemalla tutkimuksia useita kertoja, jotta niiden sisällöstä syvälinen ymmärrys lisääntyy ja hajanaiselta tuntuva aineisto tiivistyy ja täsmentyy (Vilkkä 2021, 153.) pelkistämällä aineistosta karsiutui pois epäolennainen. Pelkistäminen pyrittiin tekemään erityisen huolellisesti, pitäen mielessä tutkimuskysymys. Kaikki tutkimustehtävää kuvaavat alkuperäisilmaukset ja niitä kuvaavat pelkistetyt ilmaukset yritettiin sisällyttää tutkimukseen mukaan (taulukko 3). Analyysiyksikkö valittiin aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Analyysiyksiköt eivät ole ennakkoon sovittuja tai harkittuja. Aikaisemmilla havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla tutkittavasta ilmiöstä ei ole merkitystä analyysin toteuttamisen kanssa. (ks. Tuomi ym. 2018, 122–124.)

Seuraavaksi aineisto koodattiin. Koodaaminen on yksi sisällönanalyysin työvaihe, jolla aineiston osia eli pidempiä tai lyhyempiä katkelmia yhdistellään tai erotellaan jonkin ominaisuuden mukaan. Aineiston alkuperäiset ilmaukset koodattiin, analyysiyksikön mukaisesti joko sana, lause tai ilmaisu kerrallaan, joka kuvasti tutkittavaa ilmiötä. Koodaus aloitettiin numerojärjestyksessä numerosta yksi (1) päättyen numeroon 107. Samankaltaiset osat luokiteltiin yhteen ja tälle luokalle annettiin yhteisen ominaisuuden mukainen nimi esimerkiksi A. *hengellisuuden tunnistaminen ja vahvistaminen* (Juhila 2023).

TAULUKKO 4. esimerkki aineiston luokittelusta

Alkuperäinen ilmaisu englanninkielisenä	Alkuperäinen ilmaisu suomenkielisenä	Pelkistetty ilmaisu	Luokka
10 nurses have the possibility to affirm the patients' strength.	10 sairaanhoitajilla on mahdollisuus vahvistaa potilaan voimavarja	10 mahdollisuus vahvistaa potilaan voimavaroja	A.Hengellisyysden tunnistaminen ja vahvistaminen (1,2,3,14,37,45, 46,52,63, 66,67, 68,69,70,72,76,77,80,81,85,86,



11 and facilitate their courage to live a meaningful life and die a dignified death.	11 edistää heidän (potilaan) rohkeutta elää merkityksellistä elämää ja kuolla arvokkaasti	11 edistää elää merkityksellistä elämää ja kuolla arvokkaasti	87,88,89,90, 91,92,93,94, 98,105,106,107)  B.Lohdutus (5,6,16,18,)  C.Toivo (9,11,30,35, 49,83,84)  D.Olemassaolon ja voimavarojen tukeminen (7,10,21, 22,23,24, 25,26,27,28,31,33, 34,41,47,48, 50,51,57,61, 64,65,95)  E.Luottamus (13,40,42,59,78,79,82,)  F.Elämänlaatu (54,71,96,97)  G.Ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen (12,15,36,38,39,44, 53,55,60,62, 73, 74,75,99,102)  H.Läsnäolo (4,8,17, 43,56,100,101, 103,104)
12 The results show that the nurses were aware of these ethical dilemmas	12 sairaanhoitajat ovat tietoisia eettisistä ongelmista	12 ovat tietoisia eettisistä ongelmista	

Juhilan (2023) mukaan syntyvät luokat, joita analyysissä muodostui yhteensä kahdeksan (8) A:sta H:n, voidaan nimetä aineistosta löytyvien tutkimuksen ongelman ja tutkimuskysymyksen mukaisesti. Tämä vaihe suoritettiin viimeiseksi, jolloin luokat saatiin nimettyä osin aineistosta löytyvien tutkimusongelman mukaisesti. Aineiston analyysi koodauksineen suomenkielisistä alkuperäisistä ilmiäsuista, pelkistetyistä ilmaisuista ja luokituksesta on kuvattu taulukossa 5.

## 2.4 Tulokset

Tutkimuskysymykseen, mitä hoitotyön auttamismenetelmiä hyödynnetään palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa, saatiin vastaukseksi kahdeksan (8) luokkaa. Luokat ovat hengellisyyden tunnistaminen ja vahvistaminen, lohdutus, toivo, olemassaolon ja voimavarojen tukeminen, luottamus, elämänlaatu, ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä läsnäolo.

Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajien hoitotyön auttamismenetelmänä palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisena **hengellisyyden tunnistaminen ja vahvistaminen** koettiin syvästi henkilökohtaiseksi sekä ihmissuhteisiin liittyväksi asiaksi, johon liittyi herkkyyttä sekä rohkeutta olla läsnä potilaan luona. Hengellisyydellä koettiin olevan merkitystä potilaan sopeutuksessa palliatiivisen sairauteen sekä hoitoon. Potilaat olivat kokeneet hoitohenkilökunnan läsnäolon tärkeänä henkisen tuen tarjoamisessa. Hengellisyyden tunnistamista sekä vahvistamista auttaa hoitohenkilökunnan halu tarjota hengellistä hoitoa potilaille. Hoitohenkilökunnan tulee omata itsevarmuutta sekä heillä tulee olla laaja-alaista osaamista.

“Nurses must feel confident and competent before they are willing to enter uncomfortable spaces with patients/families.”

Tuloksista ilmeni, että sairaanhoitajat tunnistavat eksistentiaalisen kärsimyksen, ja kuvaavat sitä jopa pahemmaksi kuin potilaan kokemaa fyysistä kipua. Hoitotyön auttamismenetelmänä koettiin hiljaisuus ja läsnäolo **lohduttavana**.

“Nurses have a potential to alleviate existential and spiritual suffering through consoling presence.”

Hoitotyöntekijöiden mielestä he onnistuvat lievittämään potilaan kärsimystä olemalla henkilökohtaisesti rohkea ja olemalla hoitotilanteissa oma itsensä. Ainoa ”*työkalu, joka sinulla on, olet sinä itse*”.

Sairaanhoitajien mukaan **toivon** merkitys oli olennainen osa ihmisen henkisyttä. Henkisen hoidon merkitys toivon antajana koettiin tärkeäksi, koska ihmisten halu hengelliseen keskusteluun voi lisääntyä elämän lähestyessä loppua.

”Significance of spiritual care is in giving hope to patients”.

**Olemassaolon ja voimavarojen tukeminen** korostui potilaiden kokemana eksistentiaalisena epävarmuutena siitä, miten oma keho reagoi sairauteen. Aiemmin oman kehon rajoitukset tai tieto, miten se reagoisi sairauteen, ei aiheuttanut kärsimystä. Nyt sairauden muuttaessa kehoa ja sen reagointia sairauteen, potilaiden eksistentiaalinen kärsimys lisääntyi. He toivoivat saavansa lisää tietoa sairaudesta, kehon reagoimisesta sekä sen toiminnasta sairauden aikana. Mitä enemmän he saivat tietoa, sitä paremmin he selvisivät ahdistuksesta.

“Nevertheless, they could feel existential certainty if they got the opportunity to learn more about their disease and how their bodies reacted and functioned.”

Myös arjen perusturvallisuus koettiin tärkeänä. Arjen rutiinien koettiin tuovan varmuutta sekä turvallisuutta olemassaoloon sekä voimavaroihin.

Hoitohenkilökunnan käytös koettiin potilaiden kokemusten perusteella tärkeäksi tekijäksi eksistentiaalisen kärsimyksen lievittämisen yhtenä menetelmänä. **Luottamusta** potilaissa herätti hoitohenkilökunnan kehon kieli. Luottamusta lisäsi tunne, että heitä kuunneltiin, hoitohenkilökunnalla oli aikaa vastata kysymyksiin, ja he kohtelivat potilaita tuntevina ihmisinä.

“The healthcare professionals’ demeanour was described as an important factor in alleviating existential uncertainty.”

Luottamuksellinen hoitosuhde helpottaisi hoitohenkilökunnan mukaan myös henkisen hoidon tarjoamista sekä vastaamista potilaiden henkisiin tarpeisiin.

Potilaiden **elämänlaatua** edistäisi hoitohenkilökunnan osaaminen fyysisen, psyykkisen sekä henkisen kivun ymmärtämisestä ja näiden tarpeisiin vastaaminen. Henkisen hoidon merkitys potilaiden kokemaan hoidon laatuun ja tyytyväisyyteen vaikuttaa myönteisesti potilaisen hyvinvointiin. Potilaiden mukaan hoitohenkilökunnan henkinen hoito edisti elämän merkitystä ja elämänlaatua.

” Spiritual care has been found to have positive effects on patients’ perceived quality of and satisfaction with care and has positive associations with well-being.”

**Ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen** korostui sairaanhoitajien tehtävänä kunnioittaa potilaiden valintoja. Potilaat pitivät myös tärkeänä säilyttää itsemääräämisoikeutensa sekä hoitajien rehellisyyden heitä kohtaan. Asioiden järjestelyissä tukeminen ja selkeä hoitopolku koettiin osaksi itsemääräämisoikeuden kunnioittamista.

” To address dignity-related needs and concerns at the end of life, while providing insights on how compassionate care and self-compassion can serve as the foundation of dignified care.”

Ihmisarvoisen hoidon perusta on myötätuntoinen hoito sekä itsemyötätunto, jotka puolestaan toimivat puskureina potilaiden eksistentiaalista kärsimystä kohtaan.

Palliativisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tuen yksi hoitotyön auttamismenetelmä oli hoitohenkilökunnan **läsnäolo**. Tulosten mukaan hoitohenkilökunnalla on osaamista lievittää

eksistentiaalista ja henkistä kärsimystä olemalla läsnä. Hoitotyöntekijät tukivat potilaiden eksistentiaalista kärsimystä, kun he keskittyivät potilaaseen, osoittivat aitoa läsnäoloa ja olivat samassa tilassa.

” Were fully focused on the patient during each interaction and showed genuine presence”. ”

Tulosten perusteella hoitohenkilökunnalla tulee olla aikaa potilaalle. Lisäksi heillä tulee olla herkkyyttä ja rohkeutta olla läsnä potilaan luona.

## 2.5 Johtopäätökset (reflektointi)

Tutkimuskysymykseen, *mitä hoitotyön auttamismenetelmiä hyödynnetään palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa*, saatiin vastauksia aikaisempien tutkimusten tulosten avulla. Tarkoitus oli kartoittaa palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tuen hoitotyön auttamismenetelmiä.

Tulosten mukaan palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tuen hoitotyön auttamismenetelmiä olivat potilaan hengellisyys tunnistaminen ja vahvistaminen, lohdutus, toivo, olemassaolon ja voimavarojen tukeminen, luottamus, elämänlaatu, ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä läsnäolo.

Tuloksista ilmeni, että potilaat pitävät **henkisen hoidon merkitystä** laadukkaan palliatiivisen hoidon keskeisenä asiana ja toivovat, että heidän uskonnollisia ja hengellisiä rituaaleja ja käytäntöjä kunnioitetaan. Sielunhoito tarkoittaa kirkkojen ja uskonnollisten yhteisöjen piirissä tapahtuvaa ihmisten auttamista, joka kohdistuu ihmisen mieleen ja psyykkiseen kokemistodellisuuteen. Sielunhoidossa voidaan käsitellä uskonnollisia kysymyksiä tai vain psyykkiseen tilaan liittyviä asioita tai molempia. On havaittu, että onnistunut sielunhoito voi vaikuttaa myönteisesti ihmisen psyykkiseen hyvinvointiin. (Kettunen 2013, 16.)

Kettusen (2013, 46) mukaan sielunhoito tulee ymmärtää kokonaisuutena, jossa sielunhoito voi olla myös kuuntelemista, vaikenemista mutta myös hiljaa olemista. Myös yhteinen tai yksityinen rukous, virsien veisaaminen tai Raamatun sanan käyttö, musiikin kuunteleminen tai sen tekeminen kuvaavat sielunhoitoa. Sielunhoitoa voidaan toteuttaa vuorovaikutuksessa potilaan kanssa tai puhelimitse, mikäli potilasta ei tavata henkilökohtaisesti. Tulokset osoittivat, että hoitohenkilökunnan mahdollistama hoito ja myönteinen asenne hengellisten tarpeiden huomioimiseen loi

**toivoa.** Tulokset osoittivat myös, että epäasiallinen kohtelu lisäsi toivottomuutta. Holistinen hoito, jossa huomioitiin fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden lisäksi myös hengelliset tarpeet, vahvistivat potilaalle hyvää oloa hoidon aikana. (Eriksson - Tapio 2017, 3.)

Tulosten mukaan potilaiden kanssa keskustellessa tulee **kunnioittaa potilaan elämänsänsä ja vakaumusta**. Oman vakaumuksen tunnistaminen, omien ennakoasenteiden ja tietojen tarkasteleminen ovat hyvä lähtökohta hoidettaessa myös vieraasta vakaumusympäristöstä tulevaa henkilöä. Tukea voidaan toteuttaa monin eri tavoin, kuten musiikin, kuvataiteiden, kirjallisuuden sekä luonnon turvin. Henkinen ja hengellinen vakaumus antavat toivoa, voimaa ja hyvää mieltä sairastuneelle mutta myös uskonnottomalle. Keskustelu pastorin tai muun vakaumusta tukevan henkilön kanssa, uskonnollisten radio- tai televisio-ohjelmien seuraaminen tai osallistuminen seurakunnan toimintaan, tukevat uskonnollista vakaumusta. Potilaan mahdollisuus mennä sairaalassa hiljaiseen huoneeseen tai kappeliin auttaa rauhoittumaan ja toipumaan. Henkilökunnan hienotunteinen suhtautuminen ja puhetapa kertovat kunnioituksesta toista ihmistä kohtaan. Itselle vierasta asioista on lupa kysyä. Sairaalassa hoitajan ei tarvitse tietää kaikkea, kysymällä hän osoittaa kiinnostustaan. (Eriksson-Tapio 2016, 21; Karvinen, Lipponen & Sipola 2020, 9.)

Tulosten mukaan potilaat toivoivat **lohdutusta**. Myös Hännisen (2018, 90) mukaan kuolemanpelkoa, ahdistus- ja masennusoireita sekä henkistä hätää, voidaan lievittää sekä lääkkeillä että lääkkeettömästi. Jo se, että ihminen tulee kuulluksi, kohdatuksi ja lohdutetuksi, voi auttaa. Kokeneena palliatiivisen hoidon lääkärinä Hänninen on nähnyt työnkuvassaan muutoksen lääkkeitä määräävästä lääkäristä yhä enemmän psykoterapeuttista tukea antavaksi rinnalla kulkijaksi.

Sipolan, Pöyhiän, Anttosen & Pajusen (2021, 53) ja Kylmän (1996, 40) mukaan **toivolla** on keskeinen rooli ihmisen elämässä, joka on yhteydessä ihmisen tarkoituksen ja merkityksen kokemukseen. Toivo voidaan tulkita myös odotukseksi, selviytymiskeinoksi tai merkitystä antavaksi. Sairausten kanssa elämisessä tai sairaudesta selviämisestä toivolla on tärkeä merkitys. Korkeilan (2013, 41) käsityksen mukaan toivon on tavoitesuuntautunutta ajattelua, joka kuuluu ihmisluontoon positiivisena valmiutena, jolla tullaan toimeen tulevaisuuteen liittyvän epävarmuuden kanssa.

Tulosten perustella myös henkisen hoidon merkitys korostuu **toivon** antamisella ja toivo koetaan olennaisena osana ihmisen henkisyyttä. Kansallisissa suosituksissa (Saarto, Lyytikäinen, Ahtiluoto, Junttila, Lehto, Finne-Soveri, Hammari & Forsius 2022, 25) potilaan spiritualiteetin tukemisessa ja eksistentiaalisissa kysymyksissä palliatiivisessa hoidossa, rohkaistaan potilasta tunnistamaan tunteitaan ja puhumaan niistä sekä arvioimaan yhdessä potilaan kanssa toivon näkökulmat, jotka

kannattelevat ja tuovat turvallisuutta potilaalle ja hänen perheelleen. Myös Lindqvist (2004, 13) muistuttaa, ettei toivo koske vain fyysisen elämän jatkumista tai päättymistä. Lindqvist kuvaa, että kyse on *”kaikilla eri tasoilla huomiseen kurottautuvan elämän merkityksestä ja sen olemisen oikeudesta”*.

Potilaan rohkeuden edistäminen ja se että hän elää merkityksellistä elämää ja kuolee arvokkaasti, nousi tuloksista vahvasti esille hengellisyyden merkityksen **toivon** ylläpitämisessä. Selviytymisen toivo käsittää lohdutuksen saamisen siitä, että potilas voi vaikuttaa itseään koskeviin kysymyksiin. Myös potilaan vakaumus voi olla hänelle myönteinen voimavara, jonka vahvistaminen lisää toivoa. (Sipola ym. 2021, 55.) Kylmän (1996, 58–59) mukaan **toivon** olennainen tekijä on ihmisen holistisessa hyvinvoinnissa; elämänlaadussa, elämän selviytymisessä, terveydessä, sairaudessa ja ihmisen hoitamisessa. Hoitotyöntekijä voi hoitosuhteessa joko ehkäistä tai vahvistaa autettavansa toivoa. Tästä syystä hoitotyöntekijältä edellytetään toivon ylläpitämisen sekä vahvistamisen kykyä. Keskeistä hoitotyössä on elävän elämän kohtaaminen sekä itsessä, että hoidettavassa ihmisessä.

Uskonnollisen vakaumuksen uskotaan siis tuovan myös **toivoa**. Sen kiitollisuutta lisäävä vaikutus auttaa tunteiden hallinnassa ja tukee itsetuntoa. Uskonto helpottaa vaikeista tilanteista selviämistä ja tukee eri elämänvaiheissa. (Karvinen ym. 2020, 7.) Uskonto ei ole ”pikälääke” ihmisen kärsimykseen. Ripustautumalla uskonnollisiin selityksiin tai sen vakuuttaminen itselleen puoliväkisin, voi johtaa tärkeiden asioiden sivuuttamiseen. Usko on ihmisen seuralainen ja voimavara hänen surussaan. Se ei poista mitään siitä, mikä on kohdattava tai käytävä läpi. Siitä voi saada kiinnostuksen omaan itseen elämän mahdollisuuksia etsiessä. Luopumiseen on kuulunut uskonnollista etsintää. (Lindqvist 2004, 80.)

Palliativisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa tärkeää on kaikin mahdollisin tavoin pyrkiä tukemaan potilaan psyykkistä hyvinvointia. Psyykkisen hyvinvoinnin perustana olevat tarpeet on tärkeä huomioida. Epävarmassa ja epävakaassa elämäntilanteessa keskeisiä ovat turvallisuus sekä tarve suojata pelolta sekä ahdistukselta, jolloin nämä vaikuttavat **olemassa-oloon ja potilaan omien voimavarojen tukemiseen**. Riittävä ja totuudenmukainen tieto sekä tietoisuus omasta tilasta tukevat potilaan levollisuutta. (Hänninen & Pajunen 2006, 58.)

Kangasniemi, Pietilä & Saarron (2015, 215) mukaan sosiaalisilla suhteilla ja läheisillä ihmisillä on tärkeä merkitys potilaan kokemaan elämänlaatuun. Erityistä huomioita tähän tulisi kiinnittää potilaisiin, joilta puuttuvat tai heillä on vähän sosiaalista verkostoa. Näissä tilanteissa hoitohenkilö-

kunta tai vapaaehtoiset työntekijät ovat merkittävässä roolissa. Myös Flinkkilän (2019, 32) mukaan **kohtaaminen** koetaan tärkeänä potilaan ja läheisen pelkojen sekä ahdistuksen lievittämisessä. Hoitajan tulee olla valmis kohtaamaan potilaan kuoleman pelko sekä käydä rehellistä keskustelua asiasta potilaan kanssa. Hoitajien kokemusten perusteella rehellinen keskustelu potilaan kanssa kuolemasta vaatii hoitajalta rohkeutta.

Tuloksista ilmeni myös, että potilaiden kuoleman pelosta sekä elämän rajallisuudesta keskusteleminen, paitsi potilaiden myös heidän läheistensä kanssa, hyödyttäisi eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa. Hännisen ym. (2006, 36) mukaan ihmisen tukiverkoston puuttuminen lisää kärsimyksen kokemusta. On helpottavaa ja lohdullista, jos on lähellä joku, joka välittää ja kantaa huolta. Jollekin tieto lähellä olevista ja välittävistä ihmisistä on lohdullinen ja hyvinvointia edistävä asia. Toiselle se voi aiheuttaa tuskaa siitä mahdollisesta kärsimyksestä, jota sairastumisellaan välillisesti aiheuttaa lähimmäisilleen. Tulosten mukaan potilaiden eksistentiaalista kärsimystä lieventää luottamus henkilökuntaa kohtaan. On merkityksellistä, että parantumattomasti sairaat saavat totuudellista tietoa tilanteestaan. Erityisesti potilaat, jotka kykenevät kokemaan eksistentiaalista kärsimystä, pystyvät osallistumaan heitä koskevaan päätöksen tekoon autonomisina henkilöinä. (Mattila 2002, 57).

**Elämänlaadun** vaaliminen sekä sen parantamisen pyrkimys ovat myös Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan tärkeitä yksilön kokemuksia ovat elämän mielekkyys, onnellisuus ja tyytyväisyys. Mikäli ihminen itse, sairauden tai muun tekijän vuoksi, ei ole kykenevä tarkastelemaan elämänlaatuun, terveydenhuollon ammattilaisten tulee se tehdä. Erityisesti keskeistä on tehdä arviointi vastuullisesti ja eettisesti eli ymmärtää ja tunnistaa hoidon aikana tehtävien päätösten yhteys potilaaseen ja hänen elämänlaatuunsa. (Kangasniemi ym. 2015, 214). Elämänlaadun optimointi oireita lievittämällä on palliatiivisen hoidon ydin silloin, kun potilaan sairautta ei voida enää parantaa. Tämä tarkoittaa myös eksistentiaalisten kysymysten aiheuttaman hämmennyksen ja ahdistuksen kohtaamista ja sietämistä. (Mattila 2002, 35.)

**Ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden** näkökulmasta kärsimys voidaan ymmärtää ja sitä tulee kunnioittaa. Samalla kunnioitamme potilaan itseään koskevia ratkaisuja. Potilaan omakohtaiset tunnelatautuneet kokemukset voivat korostua, jolloin läheisen kuolema voi tuntua pelottavammalta tai epäoikeudenmukaisemmalta, kuin jos potilas olisi rauhallisesti vaipunut kuolemaan. (Hänninen 2022, 132.) Hännisen ja Pajusen (2006, 61) mukaan lähipiiriin tulee myös osoittaa arvostuksensa sekä ottaa kuoleva mukaan päätöksen tekoon pienissäkin asioissa, kuunnella hänen mielipidettään ja tukea kaikin mahdollisin tavoin hänen itsekunnioitustaan.

Aarva, Kortejärvi ja Sarvela (2018) kuvaavat hoitohenkilökunnan **läsnä olevan** kohtaamista potilaan näkökulmasta. Kohtaamisen hetki voi mahdollistaa haastavan tilanteen voimaannuttavaksi kokemukseksi potilaalle. Tähän liittyy potilaan kokemus tulla kuulluksi sekä hyväksytyksi. Hoitohenkilökunnan tulee pitää katsekontakti ja omalla olemuksellaan näyttää, että on juuri siinä hetkessä olemassa potilasta varten. Potilaan kokeman kärsimyksen kohtaaminen myötätuntoisesti vahvistaa heidän välistään hoitosuhdetta. Vaikka hoitajalla on tietty rooli työssään, silti hän voi olla ihminen ihmiselle. (Aarva ym. 2018, 273–274; Grönlund & Huhtinen 2011, 93.) Sipolan (2019, 8) mukaan läsnäololla voidaan myös lievittää pelkoa itsensä kadottamisen tunteesta.

## 2.6 Eettisyys ja luotettavuus

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen eettisyyden kysymykset liittyvät tutkimuskysymyksen muotoiluun ja tutkimuseettikan noudattamiseen katsauksen kaikissa vaiheissa (Kangasniemi ym. 2013, 291.) Muu opinnäytetyön eettisyyden arviointi on kuvattu raportin luvussa 6.3. Luotettavuudella tässä luvussa käsitellään ensimmäisen syklin aineistokeruumetodin, kirjallisuuskatsaukseen mukaan valittujen tutkimusten sekä sisällön analyysin, luotettavuutta. Muut opinnäytetyön luotettavuutta kuvaavat kriteerit ja niiden toteutuminen on kuvattu raportin luvussa 6.2.

Eettisistä näkökulmista tutkimus ja sen raportointi on pyritty toteuttamaan hyvän tieteellisen käytännön peruseriaatteet huomioiden luotettavasti ja rehellisesti, arvostaen kollegoita ja tieteellisen toiminnan osapuolia, ja kantaen vastuuta omalta osaltaan tieteellisen toiminnan koko elinkaaresta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023, 13.) Opinnäytetyö on pyritty tekemään ja dokumentoimaan avoimesti, ottaen huomioon aiempi tutkimustieto noudattaen tietosuojalainsäädäntöä sekä salassapittoa, luottamuksellisuuteen ja vaitioloon liittyviä velvoitteita. Dokumentoinnissa on kunnioitettu muiden tekemää työtä antaen heidän saavutuksillensa kuuluva arvo huolehtimalla viittauksista asiaankuuluvalla tavalla. Raportoinnissa on pyritty avoimuuteen ja rehellisyyteen, oikeudenmukaisuuteen ja puolueettomuuteen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023, 12; Vilka 2020, 73).

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen liittyvät tutkimuskysymyksen ja valitun kirjallisuuden perusteluun, kuvailun argumentoinnin vakuuttavuuteen ja prosessin johdonmukaisuuteen (Kangasniemi ym. 2013, 292). Hotuksen (2022a) mukaan tutkimustiedon laadun arviointi alkaa tiedonhaussa mukaan valittujen alkuperäistutkimusten laadun arvioimisena ennen kuin ne



hyväksytään mukaan tutkimusaineistoksi. Tavoitteena laadun arvioinnissa on valita menetelmällisesti laadultaan hyvälaatuisia tutkimuksia vähentäen harhan riskiä. Harhalla tarkoitetaan tässä systemaattisia virheitä tai poikkeamaa totuudesta, joko tutkimuksen tuloksissa tai niistä johdetuissa päätelmissä. Virhe tutkimusasetelmassa, sen toteutuksessa tai kerätyn aineiston analyysissä voi aiheuttaa harhaa.

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen aineistojen valintaa ohjasi asetettu tutkimuskysymys. Tarkoituksena oli löytää mahdollisimman relevantti aineisto, jonka haku haku pyrittiin suorittamaan ennalta suunniteltujen sisäänotto- ja poissulkukriteerien perusteella. Kirjallisuuskatsauksen hakujen täsmentämiseksi käytettiin PICO-menetelmää (taulukko 2.), jolla saatiin katsaukseen valittavien tieteellisiä tutkimuksia rajattua mahdollisimman tarkasti käsittämään palliatiivisten potilaiden eksistentiaalista kärsimystä ja sen tukemisessa käytettäviä hoitotyönmenetelmiä. Kirjallisuuskatsaukseen valitut alkuperäiset tutkimukset arvioitiin opinnäytetyöntekijän toteuttamana JBI:n laatiman tutkimusten arviointikriteeristön mukaisesti (JBI n.d). Luotettavuutta olisi lisännyt kirjallisuuskatsaukseen haettujen tutkimusten vielä tarkempi hakuprosessin kuvaus. Lisäksi Medic-tietokannoista opiskelijalle maksulliset tutkimukset olisivat olleet saatavilla myös ammattikorkeakoulun kirjaston kautta maksuttomina.

Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessiin (kuvio 3.) on kuvattu hakuja Medic –tietokannasta. Kokotekstin tarkastelun perusteella Medicistä ei tullut valituksi yhtään tutkimusta niiden opiskelijalle maksullisuuden vuoksi. Maksullisten tutkimusten haku ammattikorkeakoulun kirjaston kautta jäi tässä opinnäytetyössä käyttämättä mikä oli kirjallisuuskatsauksen heikkous. Toisaalta kirjallisuuskatsaukseen valitut muut tutkimukset ovat olleet laadultaan sopivia ja tukeneet opinnäytetyön tuloksia. Tutkimusten laadunarvioinnissa käytettiin Hotuksen suomeksi kääntämää Joan Briggs Institutin tutkimusten arviointikriteeristöä, jossa on tarkkaan määritelty arviointikriteerit (ks. kriteerit laadulliselle tutkimukselle n.d). Mukaan hyväksytyjen tutkimusten pisteytykset vaihtelivat siten, ettei yksikään tutkimus saanut täysiä pisteitä. Laadun arvioinnin pisteytys on opinnäytetyöntekijän arvioima, JBI arviointikriteerien mukainen pisteytys. Näytön laadun arvioinnin pisteytystä heikensivät tutkimuksista puuttuvat, tutkimukseen osallistuvien alkuperäiset ilmaukset, tai tutkijan kulttuuristen tai teoreettisten lähtökohtien kuvaukset. Myös tutkijan vaikutus tutkimukseen tai tutkimuksen vaikutus tutkijaan oli useimmissa tutkimuksissa kuvaamatta.

Näytönasteen määrittäminen suoritettiin Käypä Hoito -suosituksen mukaisilla näytön asteen määrittelyn kriteereillä (Käypähoito 2022.) Kirjallisuuskatsauksesta valittujen tutkimusten näytönaste oli vahvaa, kohtalaista tai heikkoa ja ilmenee liitteessä 1. Aineistoksi valikoitujen tutki-

musten näytön asteet olivat vahvoja (luokkaa A) yhteensä kolme (3), kohtalaista (luokkaa B) yhteensä viisi (5) tai kahden (2) tutkimuksen näytön ollessa heikko (C), tutkimukset hyväksyttiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen ja ensimmäisen syklin tutkimusaineistoksi.

Elo, Kääriäinen, Kanste, Pölkki, Utriainen ja Kynkään (2014) mukaan aineistolähtöisen eli induktiivisen sisällön analyysin jokaisen vaiheen luotettavuus tulee tarkastaa mukaan lukien tulosten valmistelu, organisointi ja raportointi. Näiden vaiheiden yhteisen tarkastelun tulee antaa lukijalle selkeästi osoitus tutkimuksen yleisestä luotettavuudesta. Luotettavuuden arviointiin vaikuttavat valmisteluvaiheen tiedonkeruumenetelmän luotettavuus ja sopiva analyysiyksikön valinta. Analyysiyksikön valinnassa jouduttiin pohtimaan tarkasti, riittääkö analyysiyksiköksi lause vai tuleeko sen olla kokonainen virke ajatuksella, että liian laajaa yksikköä on vaikea hallita tai liian kapea yksikkö voi tuottaa pirstaleisen tuloksen? Oli siis löydettävä sopiva analyysiyksikkö, jotta asiaa voitiin tarkastella. Näiden asioiden vuoksi opinnäytetyön analyysiyksiköksi valikoitui lause tai yksittäinen sana vuorollaan silloin, kun se kuvasi tutkimuskysymystä.

Tässä raportissa on käytetty alkuperäistekstejä kuvaamaan saatuja tuloksia. Alkuperäistekstit ovat raportissa englanninkielisinä, kuten ne olivat kirjallisuuskatsaukseen valituissa tieteellisissä tutkimuksissa. Tulokset on kuvattu mahdollisimman selkeinä, jotta lukija saa käsityksen tutkimuksista saaduista tuloksista. Tulosten luokittelu on tehty huolellisuutta noudattaen, pitäen mielessä ensimmäisen syklin tutkimuskysymys, jotta saadut tulokset vastaavat tutkimuskysymykseen.

## 2.7 Lähteet

Aarva, P., Kortejärvi, H. ja Sarvela, K. (2018). Inhimillisyyden vallankumous. Iloa ja toivoa terveydenhuoltoon. Helsinki: Basam – Books Oy.

Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. Scientific Research Publishing (4), 1–10 doi.org/10.1177/2158244014522633

Eriksson - Tapio, L. (2017). Toivoa ja voimaa hengellisyydestä - Hoidossa olevan ihmisen toiveita ja kokemuksia. Opinnäytetyö. Diakonia ammattikorkeakoulu ylempi AMK. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017112718333>

Flinkkilä, M-L. (2019) Hoitajien kokemuksia osaamisesta, koulutuksesta ja koulutustarpeesta erityistason saattohoidossa. Pro gradu. Hoitotiede. Terveystieteiden opettajankoulutus. Itä-Suomen yliopisto. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20190995>

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

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2018). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hotus (2022a). Tutkimusten arviointikriteeristöt. Järjestelmällinen katsaus. Saatavilla 18.4.2022. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/08/jarjestelmallinen-katsaus-kriteerit.pdf>

Hotus (2022b). Näytönasteen määrittäminen. Saatavilla 11.10.2022. <https://www.hotus.fi/naytonasteen-maarittaminen/>

Hotus (2023a). Näytön asteen määrittäminen. Saatavilla 14.8.2023 <https://www.hotus.fi/naytonasteen-maarittaminen/>

Hänninen, J. (2022). Auta minut kuolemaan. Armollinen, rikollinen eutanasia. Painettu EU:ssa: Tammi.

Hänninen, J. & Pajunen, T. (2006). Kuoleman kaari. Sairastumisesta, luopumisesta, elämästä. Hämeenlinna: Painopaikka Karisto Oy.

Hänninen, J. (2018). Onko kuolema kipua ja kärsimystä? Teoksessa H. Mäkelin (toim.) Kuolema. Kaikki mitä olet halunnut aina tietää. Helsinki: Kustantamo S&S, 88–96.

JB1 (n.d). Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle. Saatavilla 14.8.2023. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/jbi-kriteerit-laadulliselle-tutkimukselle-ja-selosteosa-2.pdf>

Juhila, K. (2023). Koodaaminen. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Saatavilla 1.3.2023. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/metodit/koodaaminen/>

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

Kangasniemi, M., Pietilä, A-M. ja Saarto, T. (2015). Elämänlaatu. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, R. & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 214–215.

Karvinen, I., Lipponen, V. & Sipola, V. (2020). Vakaumuksen ja uskon kunnioittaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kirkon sielunhoito. Kirkkohallitus. Saatavilla 13.2.2023. [https://evl.fi/documents/1327140/40929340/Vakaumuksen\\_ja\\_uskon\\_kunnioittaminen\\_opas.pdf/01f6a908-63e2-5683-7735-7e9b18e05c32?t=1592987954936](https://evl.fi/documents/1327140/40929340/Vakaumuksen_ja_uskon_kunnioittaminen_opas.pdf/01f6a908-63e2-5683-7735-7e9b18e05c32?t=1592987954936)

Kettunen, P. (2013). Auttava kohtaaminen I. Porvoo: Bookwell Oy.

Korkeila, J. (2013). Toivo kognitiivisena toimintona. Teoksessa R. Pelkonen, M.O. Huttunen & K. Saarelma (toim.) Sairaus ja toivo. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 39-45.

Käypähoito. (2022). Näytön asteen luokitus Käypä Hoito -suosituksissa. Saatavilla 20.8.2023. <https://www.kaypahoito.fi/nix02087>

Kylmä, J. (1996). Toivon dynamiikka. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3-12.

Lindqvist, M. (2004). Toivosta ja epätoivosta. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Mattila, K-P. (2002) Syöpäpotilaan palliatiivisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. (2019) Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Saatavilla 6.2.2023. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

PRISMA flow diagram. (2020). Saatavilla 10.3.2023. <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>

Ruohonen, S. (2021). Toimintatutkimus. Saatavilla 16.8.2022. <http://www.muotoilu.info/index.php/tutkiva-muotoilu/menetelmat/toimintatutkimus/>

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Juntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. (2022). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8>

Salminen, A. (2011). Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksien tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Opetusjulkaisuja 62. Julkisohtaminen 4. Vaasa. Vaasan yliopisto. Saatavilla 2.10.2022. [https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7961/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7961/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Sipola, V., Pöyhiä, R., Anttonen, M.S. ja Pajunen, M. (2021). Potilaan spiritualiteetin tukeminen ja eksistentiaaliset kysymykset palliatiivisessa hoidossa. Kansallinen suositus. Suomen ev.-lut. kirkon julkaisuja. Kirkko ja toiminta 113. Kirkkohallitus. Helsinki: Grano Oy.

Sipola, V. (2019). Eksistentiaalisen tuen merkitys elämän päättymisen kohtaamisessa. Saatavilla 22.2.2023. <https://stm.fi/documents/1271139/12429036/Eksistentiaalisen+tuen+merkitys+el%C3%A4m%C3%A4n+p%C3%A4%C3%A4ttymisen+kohtaamisessa+Virpi+Sipola+Kirkkohallitus+.pdf/21dfb6f6-b287-8dea-fb2e-7c7648149cf3/Eksistentiaalisen+tuen+merkitys+el%C3%A4m%C3%A4n+p%C3%A4%C3%A4ttymisen+kohtaamisessa+Virpi+Sipola+Kirkkohallitus+.pdf>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2023). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavilla 16.3.2023. [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Vilkka, H. (2007). Tutki ja mittaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka, H. (2021). Akateemisen lukemisen ja kirjoittamisen opas. Jyväskylä; PS-kustannus.

Vilkka H. (2021). Näin onnistut opinnäytetyössä. Jyväskylä: PS-kustannus.

## 2.8 Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Ebenau, A., Groot, M., Visser, A., van Laarhoven, H., van Leeuwen, R. & Garssen, B. (2019). Spiritual care by nurses in curative oncology: a mixed-method study on patients' perspectives and experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. (34), 96-107. Doi: 10.1111/scs.12710

Ferrell, R.B (2017). *Spiritual Care in Hospice and Palliative Care*. *Journal of Hospice and Palliative Care*. 20(4): 215-220. Doi.org/10.14475/kjhpc.2017.20.4.215

Gryscheka, G., De Almeida Machadoc, D., Jun Otuyamad,L., Goodwinb, C. & Pereira Lima, M.K. (2019). *Spiritual coping and psychological symptoms as the end approaches: a closer look on ambulatory palliative care patients. Pshycology, Health and Medicine.* 25 (4), 426-433. Doi.org/10.1080/13548506.2019.1640887

Ghaith Ahmad Bani Melhem, Ruqayya S Zeilani, Ossama Abed. Zaqqout, Ashraf Ismail Aljwad, Mohammed Qasim Shawagfeh, Maysoon Abd Al- Rahim (2016). *Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care Giving: A Comparison Study Among All Health Care Sectors in Jordan.* 22(1), 42-49. Doi: 10.4103/0973-1075.173949

Haho, A. (2017). *Palliativisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys. Lääkärilehti* 33 (72), 1704-1709. Saatavilla 10.8.2023 <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/0/20/43/850/sll332017-1704.pdf>

Karlsson, M., Friberg, F., Wallengrenand, C.& Öhlén, J. (2014). *Meanings of existential uncertainty and certainty for people diagnosed with cancer and receiving palliative treatment: a life-world phenomenological study. BMC Palliative care* 13(28), 1-9. Doi:10.1186/1472-684X-13-28

Minton, E.M., Isaacson, J.M., Varilek, B., Stadick, J. & O'Connell-Persaud, S. (2017). *A willingness to go there: Nurses and spiritual care. Journal of Clinical Nursing.* 27 (1-2), 173-181. Doi.org/10.1111/jocn.13867

Ping Ying, C., Geraldine Tan-Ho., Oindrila, D., Patinadan, P.V. & Hau Yan Ho, A. (2020). *Reciprocal Dynamics of Dignity in End-of-Life Care: A Multiperspective Systematic Review of Qualitative and Mixed Methods Research. American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 37 (5), 385-398. 10.1177/1049909119878860

Tornøe, KA., Danbolt, LJ., Kvigne, K. & Sørli, K. (2014). *The power of consoling presence - hospice nurses' lived experience with spiritual and existential care for the dying. BMC Nursing* 13(25), 1-8. Doi:10.1186/1472-6955-13-25

Yan, B., Xinyi, X., Cheung, D. & Lin, C-C. (2020). *Spiritual and religious interventions for adults with cancer and their carers: an overview of systematic reviews (Protocol).* Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 7. Art. No.: CD013675. Doi: [10.1002/14651858.CD013675](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013675).

### 3 Hoitohenkilöstön nykyosaaminen palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa nykyosaamisen kartoittaminen (2.sykli)

Toisen syklin tarkoitus oli kartoittaa hoitohenkilöstön nykyosaaminen palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa. Toisen syklin tutkimuskysymys oli, mitä osaamista hoitohenkilökunnalla on palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisesta? Seuraavissa luvuissa on kuvattu ryhmäkeskustelun suunnittelu ja toteutus. Luvun lopussa on kuvaus aineiston induktiivisesta sisällön analyysistä ja tulokset ja johtopäätökset.

#### 3.1 Ryhmäkeskustelu (suunnittelu)

Toisen syklin osaamisen kartoittamisen menetelmäksi valikoitui ryhmäkeskustelu. Ryhmäkeskustelu (focus group) on tilaisuus, jossa kutsuttu joukko vapaaehtoisia ihmisiä keskustelee tietyistä aiheista fokusoidusti mutta vapaamuotoisesti. Ryhmäkeskustelu muistuttaa luonteeltaan tavallista vilkasta arkipäiväistä keskustelua, esimerkiksi kahvipöytäkeskustelua, jonka vuoksi tiedonkeruumetodina se on paitsi sosiaalinen tilaisuus, myös monimuotoinen ja monitasoinen vuorovaikutustilanne, joka luo me -henkeä keskusteltaessa yhteisestä asiasta. (Valtonen & Viitanen 2020, 120; Valtonen 2005, 231.) Ryhmäkeskustelu valikoitui osaamisen kartoittamisen menetelmäksi syystä, ettei se ollut aiemmin metodina opinnäytetyöntekijälle tuttu, ja sen käyttäminen edisti osaamisen kehittymistä siltä osin.

Ryhmässä keskustelijoiden mielipiteet voivat herättää kriittisiä kommentteja. Muiden läsnäolo ja kommentit voivat vaikuttaa siihen, mitä ja miten ryhmässä keskustellaan. Ryhmän moderoina opinnäytetyön tekijä voi omilla valinnoillaan, kuten lisäkysymyksillä, vaikuttaa siihen, millaiseksi keskustelu kehkeytyy. Moderoin tehtävänä on tuoda keskusteluun tutkimuksen kohteena olevia teemoja osallistujien keskenään keskusteltavaksi ja kommentoitavaksi. Tavoitteena on saada ryhmä keskustelemaan keskenään valitusta aiheesta. Ryhmän sosiaalinen vuorovaikutus on erityispiirre, joka määrittää tuotettavan aineiston. (Valtonen & Viitanen 2020, 118–119; Valtonen 2005, 223. Vilka 2021, 77.)

Valtosen (2005) mukaan on tärkeää, ettei moderoin osallistu aktiivisesti aiheesta käytävään keskusteluun, vaan keskustelu on osallistujien tehtävä. Moderoin tehtävä on pyrkiä ohjaamaan keskustelua haluttuun suuntaan erilaisten verbaalisten ja nonverbaalisten käytäntöjen avulla. Ryhmäkeskustelussa voi ilmetä myös vastatarinoita ja -puhetta. Keskusteluvastuun siirtyessä

osallistujille, he voivat ottaa esiin teemoja ja aiheita, jotka ovat heille tärkeitä, vaikka moderoija ei niitä kysyisikään. Analyysin kannalta saatava aineisto on hedelmällistä ja tämä tulee ottaa huomioon myös aineiston analyysissa. (Valtonen 2005, 236.)

### 3.2 Ryhmäkeskustelun toteutus (toiminta)

Nykytilan osaamisen kartoittamisen menetelmänä toteutettiin ryhmäkeskustelu. Ryhmäkeskustelun tavoitteena oli pyrkimys ymmärtää tutkittavaa ilmiötä. Ryhmäkeskustelussa osallistujia on yleensä 4–10 henkilöä, ja tavoitteena on saada keskustelijoiden mielipiteitä erilaisista näkökulmista tutkittavaan asiaan. (Mäntyranta & Kaila 2008, 1507–1513.) Tässä opinnäytetyössä ryhmäkeskusteluihin osallistui kolme (3) hoitotyöntekijää ryhmää kohden, eli keskustelijoita oli yhteensä kuusi (6). Ryhmäkeskustelutilanteita pidettiin kaksi (2) kertaa. Ryhmäkeskustelu valikoitui tutkimusaineiston hankintametodiksi sen ominaispiirteensä, osallistujien välisen vuorovaikutuksen vuoksi. Aineiston hankintametodina ryhmäkeskustelu oli opinnäytetyön tekijälle uusi tapa hankkia aineistoa, jonka vuoksi se myös nykyosaamisen kartoittamisen metodiksi valikoitui.

Ryhmäkeskustelut aikataulutettiin ja tiedote (liite 3.) oli työyksikössä hoitohenkilöstön ilmoitustaululla kaksi vuorokautta ennen suunniteltua ryhmäkeskustelua. Opinnäytetyöntekijä ei pyrkinyt vaikuttamaan siihen, että työpaikalla olisi vain tietyt henkilöt keskustelemassa, vaan paikalla oli hoitotyöntekijöitä etukäteen suunnitellun työvuorolistan mukaisesti. Ryhmäkeskustelut järjestettiin kaksi kertaa, peräkkäisinä päivinä tammikuun 27. ja 28. päivä vuonna 2023 kello 14 alkaen. Ryhmät kokoontuivat työpaikalla opinnäytetyöntekijän työhuoneessa. Ryhmän hoitotyöntekijät olivat tuttuja keskenään, sillä he työskentelevät samassa työyhteisössä, tehden hoitotyötä samojen potilaiden hyväksi. Tässä vaiheessa aineiston hankintaa varten ryhmäytymistä ei tarvittu.

Ryhmän moderoijana pidin aloitus puheenvuoron, jossa kerrattiin ryhmäkeskustelun eteneminen, eli mistä oli tarkoitus keskustella. Lisäksi muistutettiin tilaisuuteen osallistuvilla tilaisuuden nauhoittamisesta ja materiaalin käyttämisestä opinnäytetyön aineistona. Myös nauhoitteiden tuhoamisesta opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen kerrottiin. Moderoijana tavoittelin osallistujien mukanaoloa, ja varauduin siihen, että jaan puheenvuoroja keskustelun edetessä, mikäli keskustelu ei etene. Olin varautunut myös esittämään tarkentavia, aiheeseen liittyviä lisäkysymyksiä. Ryhmäkeskustelussa en ei johdatellut tietoisesti keskustelun kulkua, vaan pyrin edistämään sitä aukipurkamalla käsitteitä, joiden ymmärryksestä ryhmän hoitotyöntekijät halusivat varmuuden keskustelun alussa, kuten käsitteestä eksistentiaalinen.



Ryhmäkeskusteluihin osallistui yhteensä kuusi (6) hoitotyöntekijää. Molemmissa ryhmäkeskusteluissa oli mukana samanaikaisesti kolme (3) hoitotyöntekijää. Heillä oli sosiaali- ja terveysalan työkokemusta keskimäärin 21,5 vuotta. Ensimmäisen ryhmäkeskustelun nauhoituksen kesto oli 22 minuuttia 14 sekuntia, ja toisen keskustelun 16 minuuttia 16 sekuntia. Keskustelijat sekä moderoija istuivat pöydän äärellä ympyrässä siten, että kaikilla oli mahdollisuus katsekontaktiin osallistujien kanssa. Kirurgisia maskeja pidettiin kasvoilla koko keskustelun ajan, koska olimme läheisessä kontaktissa toisiimme nähden. Sosiaali- ja terveysalalla kirurgisten maskien käyttö oli edelleen suositeltavaa koronapandemian jälkeen tilassa, jossa ei voitu toteuttaa yli 1.5 metrin välimatkaa toisiin henkilöihin. Tunnelma huoneessa oli rauhallinen, kaikki tiesivät tilaisuuden luonteen sekä tavoitteen. Ennen nauhoittamista keskustelu oli vielä vapaamuotoista, aiheen ulkopuolelta olevien asioiden mielipiteiden vaihtoa.

Ryhmäkeskustelu eteni keskustelijoiden aktiivisilla ja vuorovaikutuksellisilla puheenvuoroilla. Keskustelussa oli välillä lyhyitä taukoja, keskustelijat selkeästi miettivät aihetta sekä sen sisältöä. Keskustelun pidemmät tauot tulkittiin merkiksi siitä, että ryhmän moderoija esitti täydentäviä lisäkysymyksiä keskusteltavaan aiheeseen. Keskustelu eteni rauhallisesti, päällekkäin puhumista ei esiintynyt, kaikkien läsnä olevien henkilöiden puhetta kuunneltiin ja arvostettiin, mikä välittyi keskustelun aikana huoneessa vallitsevana rauhallisena tunnelmana. Myös Seppäsen (2021, 143) mukaan hyvässä työyhteisössä arvostus perustuu kokemukseen yhdessä työskentelyyn, kohtelemiseen sekä luottamukseen, jotka ovat keskeisiä arvostuksen kokemuksen synnystä. Keskustelun katsottiin päättyvän, kun viimeinen tauko oli muita taukoja selkeästi pidempi. Moderoija totesi tällöin keskustelun sekä nauhoituksen päättyneeksi, katsoen kaikkiin keskustelijoihin hetken odottaen, olisiko jollakin läsnä olevalla asiaan vielä sanottavaa.

### 3.3 Aineiston analyysi (havainnointi)

Toisen syklin tarkoitus oli hoitotyöntekijöiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisen nykyosaamisen kartoittaminen. Toisen syklin tutkimuskysymys oli, *mitä osaamista hoitohenkilökunnalla on palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisesta?* Ryhmäkeskustelun sisällön analyysi alkoi aineiston nauhoitteita kuuntelemalla useita kertoja ennen litteroinnin aloittamista. Nauhoitettujen ryhmäkeskustelujen aineisto kirjoitettiin puhtaaksi sanasta sanaan, tietokonetta apuna käyttäen, Word -asiakirjaan. Aineisto kirjoitettiin Calibri – fonttia käyttäen, riviväli oli 1.5, fontin koko oli 11. Murresanoin puhtaaksi kirjoitettua aineistoa tuli yhteensä kahdeksan A 4 -sivua.

Tämän jälkeen aineistoa luettiin useita kertoja, perehtyen sen sisältöön ja pitäen mielessä toisen syklin tutkimuskysymys, **mitä osaamista hoitohenkilökunnalla on palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisesta?** Aineistosta nousi selkeästi esille hoitotyöntekijöiden hoitotyössään kokemuksiin viittaavia asioita. Keskustelussa käytettiin usein esimerkkinä potilaskertomuksia, joissa hoitotyöntekijät olivat hoitaneet palliatiivisia potilaita. Lisäksi keskusteluun nostettiin esille muun muassa ennakoivan hoitosuunnitelman tai hoitotahdon merkitys palliatiivisen potilaan hoitotyöhön hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Keskustelua aiheutti myös lääkärin kanssa tehtävä yhteistyö, josta korostui luottamus sekä sen ylläpitäminen potilaan ja omaisten ja hoitohenkilökunnan kesken. Potilaat ja omaiset korostavat luottamusta lääkärin sekä hoitohenkilökunnan kanssa. Luottamus korostuu samansuuntaisena käsityksenä potilaan hoitotyöstä.

Aineiston induktiivinen sisällön analyysi eteni niin, että ryhmäkeskustelut kirjoitettiin sanasta saan, käyttäen murre sanoja, kuten ryhmäkeskustelussakin keskustelijat käyttivät. Tämän jälkeen aineistosta alleviivattiin tutkimuskysymystä vastaavia alkuperäisiä sanoja, lauseita tai ilmaisuja. Analyysiyksikön valintaa määritteli tutkimustehtävä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 122). Aineistosta muodostui näin alkuperäiset ilmaisut, jotka koodattiin numerosta yksi (1) alkaen. Toisen syklin aineiston alkuperäisiä koodattuja ilmaisuja tuli yhteensä 86 kappaletta. Tämän jälkeen aineisto pelkistettiin eli redusoitiin siten, että aineistosta karsittiin tutkimukselle epäolennainen pois. Pelkistäminen tehtiin niin, että aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia eli tutkimustehtävää kuvaavia ilmaisuja. Ne koodattiin pelkistetyiksi ilmaisuiksi. Tällä luotiin pohjaa kluseroinnille, jossa samaa ilmiötä kuvaavat pelkistetyt ilmaukset yhdistettiin omiksi ryhmiksi eli ne ryhmiteltiin. Ryhmittelyn jälkeen yhdisteltiin luokiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 123–125). Aineistosta koodauksesta (liite 4.) saatiin yhteensä kuusi (6) luokkaa, jotka merkittiin aakkosin alkaen A –kirjaimesta ja ne olivat **läsnäolo, omaisten huomioiminen, myötäeläminen, toivon ylläpitäminen, yksilön tarpeenmukainen hoito ja vuorovaikutus**. Aineisto oli sisällöllisesti monipuolista käytännönläheisin esimerkein, joita raporttiin on myös kuvattu.

Tähän raporttiin on kuvattu induktiivisen sisällön analyysiin alkuperäislainaukset murreilmauksin (taulukko 6.). Tähän päädyttiin, jotta myös lukija voi samaistua ja kokea ryhmäkeskusteluun osallistuvien hoitohenkilökunnan välittämää omakohtaista kokemusta ja verbaalista tunnetta osallistuessaan ryhmäkeskusteluun.

### 3.4 Tulokset

Tutkimusongelmaan, toisen syklin tutkimuskysymykseen ja hoitohenkilökunnan palliatiivisen potilaan nykyosaamiseen eksistentiaalisesta kärsimyksen tukemiseen, saatiin vastauksena kuusi luokkaa, jotka olivat **läsnäolo, omaisten huomioiminen, myötäeläminen, toivon ylläpitäminen, yksilön tarpeenmukainen hoito ja vuorovaikutus.**

Yksi tärkeistä terveydenhuollon potilaan kohtaamisista on **läsnäolo** ja kiireettömyyden tunne. Tuloksista ilmenee, että henkilökunta kohtaa potilaan kiireettömästi, vaikka kiire olisi.

”antaa sen läsnäolon” ja ”että hän (potilas) tietää, että on läsnä”

Henkilökunta kokee, ettei hoitajan tarvitse olla puhelias, vaan usein riittää pelkkä läsnäolo potilaan vierellä. Tulosten mukaan hoitohenkilökunta haluaisi olla vielä useammin läsnä, mutta kiire hoitotyössä pakottaa välillä vain viivähtämään potilaan luona.

**Omaisten huomioiminen** koettiin tärkeäksi. Tuloksista ilmenee, että hoitohenkilökunta rohkaisee omaisia puhumaan sekä kysymään potilaan hoitoon liittyvistä asioista.

”rohkaista puhumaan ja kysymään”

Myös omaisten läsnäoloa vahvistetaan, erityisesti kun potilas on kuolemassa.

”mahdollistaa, kun kuolee niin sen hyvästelyn”

Henkilökunta kokee, että omaisten kanssakäymisen mahdollistaminen helpottaa potilaan eksistentiaalista kärsimystä. Omaisille on myös tärkeää antaa aikaa sekä keskustella heidän tuntemuksistaan. Omaisten huomioimista on myös se, että lääkäri keskustelee omaisten kanssa.

Palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa auttaa hoitohenkilökunnan **myötäeläminen**. Olemalla oma itsensä, päästään lähemmäs inhimillisyyttä.

”vähän avvaa ihtesäkin niin, miten se sille toiselle voi tuoda lohtua”

”niin kuin raottaa sitäkin hoitajan verhoa”

Tuloksista ilmeni myös, että potilaan elämänkerran läpikäyminen, elämänkulun kertaaminen, helpottavat potilaan eksistentiaalista kärsimystä. Hoitohenkilökunta kertoi, miten pystyy aistimaan tilanteen, jossa potilas tarvitsee apua ja hoitoa, jota voi tarjota potilaalle.

**Toivon ylläpitämisessä** oli tärkeää asioiden puheeksi ottaminen. Hoitajat halusivat toteuttaa myös potilaan pieniä toiveita.

”asioitten puhheeksi ottaminen” ja ”ehkä semmosia pieniä toiveita”

Myös lempiruokia ja -juomia sekä mielimusiikkia oli haluttu tarjota potilaalle. Koettiin, että toiveiden toteuttamisella pidetään yllä toivoa.

Tulosten perusteella hoitohenkilökunta haluaa toteuttaa **yksilön tarpeen mukaista hoitoa**.

”helpottaa luopumista toiveen mahdollistaminen”

Tärkeäksi asiaksi nousee ennakoivan hoitosuunnitelman (ACP) sisältö. Tulosten mukaan potilaan eksistentiaalista kärsimystä helpottaisi, mikäli yksilöllisesti pystyttäisiin toteuttamaan potilaan toiveita. Myös rakkaan lemmikkieläimen osuus elämän päättymisen ajankohtana korostui.

”voijjaan mahdollistaa myös se, että kun joskus on oma lemmikki”.

Tuloksista ilmeni myös, että hoitohenkilökunta haluaa selkeät hoito-ohjeet lääkäriltä. **Vuorovai-  
kut**us potilaan, omaisten sekä lääkärin kanssa tulisi olla luontevaa.

”selkkeet linjaukset lääkäriltä, se helpottaa hoitajan työtä”

”ossaa sannoo suoraan, sillä tavalla että hekin (omaiset) ymmärtää”

Eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa auttaa potilasta, kun asioita voi rohkeasti ottaa puheeksi. Lisäksi lääkärin tulisi käydä keskustelua omaisten kanssa myös niin, että omaiset ymmärtävät todellisen tilanteen.

### 3.5 Johtopäätökset (reflektointi)

Ryhmäkeskustelun tarkoitus oli kartoittaa hoitohenkilökunnan nykyosaaminen palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tuesta. Tutkimuskysymys oli, **mitä osaamista hoitohenkilökunnalla on palliatiivisten potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisesta?**

Aarvan ym. (2018,273) mukaan **läsnäoloon** liittyy, että potilas kokee tulleen kuulluksi ja hyväksytyksi. Ammattilaisen katsekontakti ja omalla olemuksella näyttäminen viestivät siitä, että on

hetkessä potilasta varten. Kohtaamisessa hetki voi kääntää haastavankin tilanteen voimaannuttavaksi kokemukseksi. Samaan oli päätyntä Mäkelä (2015, 91–92) potilaiden hoitoon ja kohteluun liittyvässä tutkimuksessa. Tutkimuksessa todettiin, että muistutukset liittyvät muun muassa sairastumiseen tai omaisen kuolemaan, jossa tapahtumat eivät edenneet ennako-odotusten mukaisesti. Näissä tilanteissa potilaan tai omaisen kuuntelu, fyysinen läsnäolo ja kiireetön aika, ovat merkityksellisiä. Alistamiseen liittyviä kokemuksia tarkasteltiin myös organisaation ja resurssien näkökulmasta. Potilaan tunne siitä, ettei tule kuulluksi, voi johtua myös henkilökunnan resurssipulasta ja liian kireästä aikataulusta.

Kuolemaa lähestyvän potilaan fyysiseen ja psyykkiseen tilaan liittyy muutoksia, jotka huolestuttavat omaisia. Omaisia voi ahdistaa tutun henkilön muuttuminen vieraaksi tämän viimeisinä viikkoina tai päivinä. **Omaisten huomioiminen**, henkilökunnalta saama tuki, kuoleman ja siihen liittyvien väistämättömien psyykkisten muutosten hyväksyminen tekee kuoleman usein vähemmän vaikeaksi elämään jääville. (Hänninen 2005, 33; Mattila 2002, 43.) Tämän vuoksi omaisten huomioiminen on erityisen tärkeää. Hännisen (2005, 33) mukaan omaisille tulee kertoa potilaan lähestyvästä kuolemasta, jotta heillä on mahdollisuus olla aikanaan kuolevan läheisen kuolinhetkellä paikalla.

Myös hoitohenkilökunnan hyvät sosiaaliset taidot sekä herkkätuntoisuus ovat kuolevien potilaiden hoidossa arvokasta. Hoitohenkilökunnalle kuolema saattaa olla arkipäivää, mutta omaisille ainutlaatuinen kokemus, jolloin jokaisen osallisen on hyvä pysähtyä hetkeksi ja harkita sanat ja kunnioittaa kuolevaa, kuolemaa sekä läsnäolevia. Hoitohenkilökunnan tehtävä on kertoa omaisille asiallisesti myös mahdollisista potilashuoneessa olevista hajuista tai äänistä. Hoitohenkilökunnan ollessa rehellisiä omaisille kaikesta, omaiset ovat tietoisia todellisesta tilanteesta. Omaisten on myös helpompi ymmärtää potilaan sen hetkinen todellinen vointi, jolloin nesteytyksestä tai muista toimenpiteistä, joista on potilaalle voi olla enemmän haittaa kuin hyötyä, tulisi pystyä luopumaan. (Hartonen 2021, 201.)

Tuloksen mukaan henkilökunta myötäelää, on empaattisia ja tekevät työtä persoonallaan. Kärsimyksessä **myötäeläminen** vahvistaa auttajan ja apua tarvitsevan välistä suhdetta. Vaikka hoitohenkilökunnalla on tietty rooli työssään, silti hän on ihminen ihmiselle. (Aarva ym. 2018, 274–275.) Myötätuntoinen kohtaaminen tuo turvaa. Asiakkaan luottamus ja toivo herää, mikä vaikuttaa osaltaan myös kehon fysiologiaan. Ammattilainen puhetyylillään, sanoillaan ja kehonkielellään välittää potilaalle turvaa tai turvattomuutta. Mitä voimakkaampi potilaan tunnekuuhu on, sitä tärkeämmäksi hän kokee, että tilanteessa on läsnä turva ja luottamus.

Hoitohenkilökunta kohtaa työssään hoidettavien elämän. Hoitajan vakaumus vaikuttaa tiedostetuna tai tiedostamatta hoitosuhteeseen. Kyky asettua toisen ihmisen asemaan, empatia, on auttajalle välttämätön taito. Hoitajan vakaumus voi vaikuttaa kielteisesti hoitosuhteeseen, mikäli hän pyrkii vaikuttamaan hoidettavan vakaumukseen. Hoitajalle itselleen levollinen oma vakaumus voi olla potilaalle merkittävä voiman sekä **toivon** lähde hoitotyössä. (Karvinen, Lipponen & Sipola. 2020, 9.)

Karvisen ym. (2020, 11) mukaan potilaan vakaumus ja uskon kunnioittaminen kuuluvat hyvään hoitoon ja tuovat toivoa. Hengellinen ja henkinen hoito helpottavat lähestyvän kuoleman tuskaa, kun toivoa paranemisesta ei enää ole. Kuoleman lähestyessä moni ihminen toivoo, että joku tunnistaa ja kuulee henkisen ja hengellisen tuen tarpeet sekä osaisi vastata niihin. Hengellisen eksistentiaalinen ulottuvuus esiintyy elämän tarkoituksen ja sairastumisen pohtimisena sisältäen toivottomuuden tunteita ja vaikeita kysymyksiä, joihin ei ole vastauksia. Parantumatonta sairautta on vaikea ymmärtää ja hyväksyä. Epätoivon hetkillä auttaa kiireetön **läsnäolo**. Se voi konkretisoida potilaan niin toivoessa yhdessä rukoilemisena, tai se voi olla myös elämän merkityksellisyyden ja sairauden aiheuttaman kärsimyksen pohtimista.

Korkeilan (2013, 40–44) mukaan **toivo** on vahvassa yhteydessä olemassaolon merkityksellisyyttä kuvaaviin eli luovuutta, kokemuksia sekä asenteita koskeviin arvoihin. Toivo merkitsee tavoitesuuntautunutta ajattelua. Se on ihmisluontoon kuuluva myönteinen valmius, jonka avulla tullaan toimeen tulevaisuuteen liittyvän epävarmuuden kanssa.

**Yksilön tarpeenmukainen hoito** sisältää Lehto, Marjamäki ja Saarron (2019, 337–338) mukaan keskustelua elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmasta (ACP), josta voisi olla hyötyä sairauden edetessä, mutta viimeistään tarpeen pitkälle edenneessä sairaustilanteessa. Vaikka tarkkaa ennustetta on vaikea määritellä, pitkälle edenneen sairauden yleisiä ja tautikohtaisia piirteitä jo tunnetaan. Niitä voidaan hyödyntää elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmassa, sillä ajoissa tehty ennakoiva hoitosuunnitelma on erityisen tärkeä potilaille, joiden sairaus pahenee tai jotka voivat menettää kykynsä luotettavaan kommunikaatioon sairauden vuoksi. Myös Vattula, Rajala, Kuivila, Hökkä ja Kaakinen (2020, 129) kuvaavat hoitotyöntekijöiden kokemuksia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta yksilöllisen tarpeiden huomioimisessa taitona kunnioittaa potilaan arvoja, elämäkokemusta ja toiveita sekä yksilöllisyyttä ja uskonnollisuutta.

Hoitosuunnitelman yhteydessä potilas voi laatia oman hoitotahdon ja tarpeen mukaan nimetä henkilön, jonka toivoo edustavan itseään oman kommunikointikyvyn heiketessä. Kun ACP hoito-

linjauksineen ja -rajauksineen kirjataan sairauskertomukseen, välittyy tieto kaikille hoitaville tahoille. Hoitolinjauksen tullee määritellä hoidon ensisijainen tavoite, joka noudattaa potilaan arvoja ja toiveita, mutta on myös lääketieteellisesti perusteltu. Palliatiivinen hoito ja saattohoito -suosituksissa (2019) elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman (ACP) tekeminen riittävän ajoissa varmistaa potilaan tahdon toteutumisen, lisäten hoitotyytyväisyyttä, vähentäen omaisten henkistä kuormittumista ja turhia elvytyksiä elämän loppuvaiheessa. Suunnitelma myös lisää palliatiivista hoitoa ja hoitoa saattohoidon yksiköissä sekä mahdollistaa kuoleman omassa hoivayksikössä. Keskeisinä hoitosuunnitelmaan kirjattavina asioina ovat potilaan toiveet, pelot, hoidon tavoitteet ja hoitolinja, hoitomenetelmät ja tarpeet, hoidon rajaukset sekä elämän loppuvaiheen suunnitelma, suunniteltu saattohoitopaikka sekä suunnitelma kuolemaan johtavan sairauden pahenemisvaiheeseen varautuminen. Myös omaisten ja läheisten tuen tarve ovat tärkeitä huomioida suunnitelmaa tehdessä.

Asianmukainen palliatiivinen hoito sekä **vuorovaikutus** vähentävät psykososiaalisen tuen tarvetta. Eletyn elämän arvostava muistelu sekä surutyö suojaavat vaikeammilta psyykkisiltä häiriöiltä ja auttavat potilasta suhtautumaan tyynesti elettyyn elämään sekä lähestyvään kuolemaan. Psyykkisen tilan arvioinnissa lähtökohtana on potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan yhteinen tietoisuus siitä, että potilas on lähestymässä kuolemaa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito -suositus 2019.)

**Vuorovaikutus** sekä tiedonsaanti ovat tärkeimpiä edellytyksiä potilaiden osallisuuden toteutumiselle. Heidän tulee saada riittävästi ja ymmärrettävässä muodossa olevaa tietoa sekä omasta hoidotahdosta, mutta myös oikeuksistaan ja yleisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Potilaan hoidossa korostuu asiakkaan kohtaaminen. Asiakkaan ja ammattilaisen tasa-arvoinen dialogi rakentuu ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen, yksilöllisyyden ja joustavuuden periaatteille. Potilas olisi tunnustettava asiantuntijana omassa asiassaan. (Grönlund & Huhtinen 2011, 17; Kivinen, Vanjusov & Vornanen 2020, 284.) Psykososiaalisten tekijöiden on todettu aiheuttavan epävarmuutta ja ahdistusta. Potilas voi pelätä kuolemaa, jolloin hän voi tuntea itsensä eristyneeksi, joka taas vaikuttaa heikentävästi elämänlaatuun. (Mattila 2002, 37.) Vuorovaikutusosaaminen sisälsi tutkimusten mukaan taidon kommunikoida potilaan ja läheisten kanssa, taitona kuunnella omaisten ja potilaan tarpeita ja toiveita, kohdata ja toteuttaa dialogista keskustelu ja toimia asioiden tulkitsijana (Vattula ym. 2020, 126; Vihelä, Hökkä & Kaakinen 2020, 279).

Luottamus hyvään ja yksilölliseen hoivaan ja hoitoon on omaisille ensiarvoisen tärkeää. Tunne siitä, että potilas saa laadukasta hoitoa, lohduttaa omaisia. (Saarelma 2013, 75.) Myös Sinkkonen

(2016,120) korostaa vaikeiden aiheiden puheeksi ottamisen tärkeyttä. Se puhdistaa mieltä ja tekee tässä hetkessä elämisen seesteiseksi ja antaa mahdollisuuden eletyn elämän läpikäymiseen. Hahon (2020, 165) käsityksen mukaan potilaan hoitamisessa aidon dialogin syntyminen on keskeinen tavoite potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan kohtaamisissa. Hoitohenkilökunnan halu kohdata potilas tai omainen vaatii avointa mieltä. Potilaan tai omaisen kärsimystä ja sitä seuraavaa lohdun tai hoivan tarve puhuttelee hoitotyöntekijää, jos hän tahtoo sen puhuttelevan.

Tuloksissa esiintyi myös lääkärin työhön kuuluvan luottamuksen ja vuorovaikutuksen merkitys. Lääkärin työhön kuuluvan **toivon** kantaminen peilautuu potilaan elämänasenteen ja arvojen kautta. Jos lääkäri ei voi parantaa, hänen tulee kertoa se potilaalle avoimesti. Tietämättömyys kuormittaa potilasta kohtuuttomasti. (Saarelma 2013, 66, 72.)

Saarelman (2013, 76–77) mukaan lääkärin tehtävässä on tärkeää myös miettiä, onko eettisesti oikein lisätä potilaan kärsimystä kannatteleamalla elämää keinotekoisen ravitsemuksen, suonensisäisen nesteytyksen tai antibioottihoidon avulla, etenkin siinä vaiheessa, kun mitään toipumisen toiveita ei enää ole. Tämä voi luoda vääristyneen toiveen omaisille, jos lääkäri ei kyvyttömyytään voi puhua luonnollisen kuoleman sallimisesta eikä potilas kykene enää ilmaisemaan omia elämisen toiveitaan, vaan hoidetaan omaisten tahtoa ja toiveita. Tärkeintä olisi lopettaa lääketieteellinen ”touhuaminen ja puuhastelu”, pysähtyä, olla läsnä ja keskustella, kun kuolema on väistämätöntä.

Tulosten mukaan myös potilaan hoitolinjauksista tulee keskustella ajoissa, viimeistään kun potilaan vointi heikkenee. Lain potilaan asemasta ja oikeudesta (785/1922) mukaan potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Ennen tärkeän hoitopäätöksen tekoa on asiasta keskusteltava potilaan itsensä ja läheisensä kanssa. Mikäli potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Hartosen (2021, 173) mukaan päätös hoitojen lopettamisesta tai siirtymisestä, kuten saattohoitoon, on yksi tärkeimmistä hoitopäätöksistä.

Tulosten mukaan hoitotyöntekijät ovat mahdollistaneet potilaalle lemmikin läsnäolon. Myös Taulavuori (2020, 588–589) kertoi olleensa järjestämässä mielestään ainutlaatuista läsnäoloa mahdollistaen lemmikin, koiran, kuolevan rinnalle. Hän kertoo, että puolet henkilökunnasta oli sitä mieltä, ettei koira kuulunut terveyskeskuksen osastolle kuin korkeintaan vierailijana. Loput hoitajista kokivat koiran läsnäolon merkityksen potilaan rauhoittajana ja jopa kipulääkityksen tarpeen vähentäjänä.



Tulosten perusteella voidaan todeta, että hoitohenkilökunnalla on osaamista olla läsnä palliativisen potilaan kanssa. Lisäksi he osaavat huomioida omaiset, myötäelävät potilaan sairaudessa ja pitävät yllä potilaan toivoa, toteuttavat potilaan yksilöllistä tarpeenmukaista hoitoa sekä ovat vuorovaikutuksessa potilaan, omaisten ja lääkärin kanssa. Unohtamatta ennakoivan hoitosuunnitelman (ACP) laatimista potilaan toiveiden mukaisesti tukiessa potilaan itsemääräämisoikeutta (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 335–342).

### 3.6 Lähteet

Aarva, P., Kortejärvi, H. ja Sarvela, K. (2018). Inhimillisyyden vallankumous. Iloa ja toivoa terveydenhuoltoon. Helsinki: Basam – Books Oy.

Grönlund, A. & Huhtinen, A. (2011). Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita Prima.

Haho, A. (2020). Mitä kärsimys opettaa elämästä? Jyväskylä: Tuuma kustannus.

Hartonen, S. (2021). Kuolevaisen käsikirja. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Hänninen, J. (2005). Terve ja kuolematon? Teoksessa A. Liimatainen (toim.) Sinä kuolet. Tampere: Tammer -paino Oy, 88–96.

Karvinen, I., Lipponen, V. & Sipola, V. (2020). Vakaumuksen ja uskon kunnioittaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kirkon sielunhoito. Kirkkohallitus. Saatavilla 13.2.2023. [https://evl.fi/documents/1327140/40929340/Vakaumuksen\\_ja\\_uskon\\_kunnioittaminen\\_opas.pdf/01f6a908-63e2-5683-7735-7e9b18e05c32?t=1592987954936](https://evl.fi/documents/1327140/40929340/Vakaumuksen_ja_uskon_kunnioittaminen_opas.pdf/01f6a908-63e2-5683-7735-7e9b18e05c32?t=1592987954936)

Kivinen, T., Vanjusov, H & Vornanen, R. (2020). Teoksessa: Anneli Hujala & Helena Taskinen (toim.), Uudistuva sosiaali- ja terveysala (2020). Tampere: Tampere University Press, 267–293. Saatavilla 10.2.2023. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>

Korkeila, J. (2013). Toivo biologisena ilmiönä. Teoksessa R. Pelkonen, M.O. Huttunen & K. Saarelma (toim.) Sairaus ja Toivo. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 39–44.

Laki potilaan asemasta ja oikeudesta. (1992). 785/1992. Saatavilla 20.2.2023. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P6>

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. (2019). Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. *Duodecim* 135 (4), 335–342.

Mattila, K-P. (2002). Syöpäpotilaiden palliatiivisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Mäkelä, M. (2015). Hoitoon ja kohteluun kohdistuva tyytymättömyys. Potilaslain mukaiset muistutukset. Oulun yliopisto nro D 1301. Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystiede. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526208275>

Mäntyranta, T. & Kaila, M. (2008). Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Duodecim* 124 (13), 1507–1513. <https://www.duodecimlehti.fi/duo97349>

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Saatavilla 14.2.2023. <https://www.kaypahoito.fi/>

Saarelma, K. (2013). Toivo, hoitamisen työkalu. Teoksessa R. Pelkonen, M.O. Huttunen & K. Saarelma (toim.) *Sairaus ja toivo. Lääkäri toivon viestinä*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 62–73.

Seppänen, M. (2021). Tunnetaidot voimavarana, opas sosiaali- ja terveysalalle. Jyväskylä: PS-kustannus.

Sinkkonen, M. (2016) *Mielen hoiva. Myötätunto ja lohdutus voimavaraksi*. Tallinna: Raamatutrukikoda.

Taulavuori, T. (2020). Inhimillinen näkökulma toi koiran mukaan palliatiiviseen hoitoon vuodeosastolle. *Duodecim* 136 (5), 588–589.

Valtonen, A. (2005). Ryhmäkeskustelut – millainen metodi? Teoksessa J. Ruusuvuori & L. Tiittola (toim.) *Haastattelu, tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Tampere: Vastapaino, 223–241.

Valtonen, A. & Viitanen, M. (2020). Ryhmäkeskustelut laadullisena tutkimusmetodina. Teoksessa A. Puusa & P. Juuti (toim.) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Tallinna: Gaudeamus Oy.

Valtonen, A. (2005). Ryhmäkeskustelut – millainen metodi? Teoksessa J. Ruusuvuori & L. Tiittola (toim.) *Haastattelu, tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 223-243.

Vattula, K., Rajala, M., Kuivila, H-M., Hökkä, M. & Kaakinen, P. (2020) Lähihoitajien kokemukset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede* 32 (2), 122-133.

Vihelä, M., Hökkä, M. & Kaakinen, P. (2020). Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede* 32 (4), 275-284.

Vilka, H. (2021). Näin onnistut opinnäytetyössä. Jyväskylä: PS-kustannus.

#### 4 Palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukeminen vuorovaikutuksellisen kohtaamisen pilotointi (3. sykli)

Kolmannen syklin tarkoituksena oli kartoittaa, miten palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen toivon, läsnäolon ja omaisten tukeminen kehittää hoitotyöntekijöiden vuorovaikutusosaamista. Tutkimuskysymys kolmanteen sykliin oli, miten palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen toivon, läsnäolon ja omaisten tukeminen kehittää hoitotyöntekijöiden vuorovaikutusosaamista?

Seuraavissa luvuissa on kuvattu pilotoinnin suunnittelu, jossa tarkoituksena oli hoitotyöntekijän vuorovaikutuksellisen osaamisen kehittäminen palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen toivon, läsnäolon ja osaamisen tukemisessa PDCA – mallia hyödyntäen. Lisäksi kuvataan pilotoinnin toteutus, ja arviointi ja tulokset sekä johtopäätökset.

##### 4.1 Johdanto (suunnittelu)

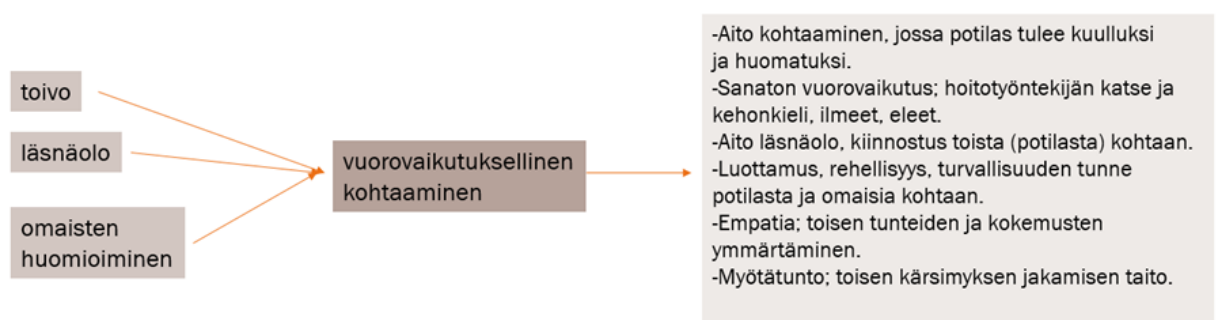
Kolmannessa syklissä pohdittiin sitä, miten mahdollistetaan hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittäminen palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa. Yhdistämällä ensimmäisen ja toisen syklien tulokset niin yhteiseksi nimittäjäksi reflektointiin vuorovaikutuksellinen kohtaaminen (kuvio 5.) Tässä opinnäytetyössä tulosten miksauskeen päädyttiin, koska ensimmäisen ja toisen syklien tulokset olivat merkityksellisiä yhdessä, ja tulokset tukivat sekä syvensivät ilmiön kokonaisuuden ymmärtämistä. Tulosten mixaus eli *mixed methods* on toimintatutkimuksen yksi piirre, jolla voidaan yhdistellä tutkimusten tuloksia. Tulosten yhteen liittämällä edistetään tietokokonaisuuksien tarkkuutta sekä vältetään tulosten päällekkäisyyttä. (Heikkinen 2010, 37.)

Pilotointi muodostui ensimmäisen ja toisen syklien tulosten lohdutus ja myötäeläminen, ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, yksilön tarpeen mukainen hoito ja vuorovaikutus sekä omaisten huomioiminen miksustulosten (taulukko 7.) perusteella. Yhteisissä keskusteluissa hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittämisen tarpeista koettiin, että **toivon** antaminen parantamattomasti sairaille potilaille on ensiarvoisen tärkeää, joten sitä haluttiin korostaa myös osaamisen kehittämisessä. Tiedetään, että toivo on vahva elämistä tukeva voima, ja toivo auttaa yrittämään jopa mahdottomia. Toivoa pitäisi pystyä pitämään yllä, vakavasta sairaudesta huolimatta

(Juhela 2015, 282). Potilaille toivon antaminen loppuelämään on henkisen hoidon yksi tärkeistä merkityksistä (Tarkkanen, Tyynelä-Korhonen & Jyrkkiö 2020, 773).

Myös hoitajan aito **läsnäolo** koettiin yhdeksi tärkeäksi kehittämisen kohdaksi omaisten huomioimisen lisäksi. Aiemman kokemuksen mukaan kohtaamalla kiireettömästi ja aidosti potilas, yksilöllisesti niin, että potilas tulee kuulluksi, lisää luottamusta hoitohenkilökuntaa kohtaan. Hoitohenkilökunnan empaattinen tapa kohdata ja myötäelää potilaan elämässä, kohentaa myös potilaan henkistä kärsimystä. Hoitotyön menetelmänä hoitotyöntekijän tulee vastata potilaan lohdutuksen sekä myötäelämisen tukeen. Hoitotyöntekijän kohdatessa potilas omana itsenään, potilas kokee tullessa kuulluksi. (Hänninen 2018, 90.) Tulosten perusteella myös hoitohenkilökunta koki, että olemalla oma itsensä sekä keskustelemalla potilaan elämänsästä, myötäeläen potilaan elämässä, on yksi menetelmä lieventää potilaan henkistä kärsimystä. Tätä kuvaa tuloksista **läsnäolo**.

Ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja yksilön tarpeen mukainen hoito ja vuorovaikutus nousivat ensimmäisen ja toisen syklien mixaustuloksista ratkaisuna tukea potilasta hänen eksistentiaalisessa kärsimyksessään. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, selkeät hoitolinjaukset sekä keskustelut sairauden hoidosta ja etenemisestä edesauttoivat tulosten mukaan potilaan henkisen kärsimyksen lieventymistä. **Omaisten kohtaamisessa** on tärkeää, että potilaiden omaiset myös osoittavat arvostuksensa ja ottavat potilaan mukaan omia asioitaan koskevaan päätöksentekoon ja tukevat kaikin mahdollisin tavoin potilasta (Hänninen & Pajunen 2006, 61). Omaisten kohtaaminen nousi tuloksista kolmanneksi osaamisen kehittämisen kohteeksi pilottiin.



Kuvio 5. Vuorovaikutuksellinen kohtaaminen toivon, läsnäolon ja omaisten huomioimisen kautta

Vuorovaikutuksellinen kohtaamista on kuvattu kuviossa 5. ensimmäisen ja toisen syklien tuloksista esiin nousseiden hoitotyön menetelmin. Se sisältää muun muassa aidon kohtaamisen, jossa potilas tulee aidosti kuulluksi ja huomatuksi. Hoitotyöntekijän sanaton vuorovaikutus sisältää

muun muassa hoitajan katseen, kehonkielen, ilmeet, eleet ja äänenpainon. Vuorovaikutuksellisesti kohtaamisessa hoitotyössä on tärkeää luoda luottamuksellinen ja aito hoitosuhde, jotka tuovat turvallisuuden tunteen potilaalle, jolloin hän tulee kuulluksi ja rohkenee esittää toiveita hoitonsa suhteen. Vuorovaikutuksessa myös välittyy aito kiinnostus ja läsnäolo toista kohtaan. Empatian ja myötätunnon avulla hoitotyöntekijä kykenee potilaan kärsimyksen ymmärtämiseen. Potilaan mahdollisuudet vaikuttaa itseään koskeviin asioihin tulee vuorovaikutuksessa ottaa huomioon, jotta saavutetaan luottamus potilaiden sekä omaisten kanssa. (Hietanen 2015, 244; Moen & Norman 2009, 5.) Vuorovaikutuksellisen kohtaamisen kuvausta (kuvio 5.) käytettiin projektiryhmäläisten osaamisen alkukartoituksessa ja informoidessa aiheesta muille yksilön hoitotyöntekijöille, syventämään ymmärrystä pilotoitavista tuloksista.

Pilotointia varten suunniteltiin vuorovaikutuksellisen kohtaamisen tarkastuslista (liite 6) ja pilotointi toteutettiin Sotkamon terveystieteiden sairaalassa huhtikuussa 2023 projektiryhmäläisten toimesta.

#### 4.2 Pilotoinnin suunnittelun kuvaus PDCA-mallin mukaisesti (toiminta)

Ohjaus- ja projektiryhmän kanssa käytyjen keskustelujen perusteella päätettiin ensimmäisen ja toisen syklin tutkimustulosten pohjalta osaamisen kehittämisen tarkoitus kolmannen syklin pilotointiin. Päätettiin, että ensimmäisen ja toisen sykliden tulokset yhteen liittämällä saadut hoitotyönäuttamismenetelmät toivo, läsnäolo sekä omaisten huomioiminen pilotoidaan kolmannessa syklissä. Yhteiseksi nimittäjäksi kyseisille hoitotyön menetelmille päätettiin vuorovaikutuksellinen kohtaaminen.

Kolmannen syklin tarkoitus oli kartoittaa, miten palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen toivon, läsnäolon ja omaisten tukeminen kehittää hoitotyöntekijöiden vuorovaikutusosaamista. Tutkimuskysymys oli, *miten palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen toivon, läsnäolon ja omaisten tukeminen kehittää hoitotyöntekijöiden vuorovaikutusosaamista?*

Seuraavissa luvuissa on kerrottu, miten PDCA mallia on hyödynnetty kolmannen syklin pilotoinnissa, hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittämisessä palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa. Aluksi on selitetty, mitä PDCA –malli tarkoittaa yleisesti, ja miten sen eri vaiheita on toteutettu tämän opinnäytetyön pilotoinnissa. Pilotoinnin arviointi, tulokset ja johtopäätökset on lopuksi kuvattu tässä luvussa.

#### 4.2.1 Pilotoinnin suunnittelu (Plan)

Kolmannessa syklissä hyödynnettiin kehittämistyön pilotoinnissa PDCA-mallia (kuvio 6.) eli jatkuvan toiminnan kehää (Arter Oy 2022; Hel.fi 2023; MCS 2020). Mallia apuna käyttäen toimintaa ensin tunnistetaan toiminto, jossa on parantamisen varaa (**P**lan eli suunnittele), sen jälkeen toteutetaan suunnitelma kuten oli suunniteltu (**D**o eli toteuta), toteutumista tarkastellaan vertailemalla, olivatko suunnitelmat ja toteutukset tehokkaita (**C**heck eli tarkasta) sekä lopuksi tarvittaessa korjataan (**A**ct eli korjaa), jos toteutettu suunnitelma oli tehoton. Jos suunnitelma olikin tehokas, tehdään siitä yksi osa jokapäiväistä tekemistä. (Arter Oy 2022). Kuviossa 6. PDCA-malli on kuvattu ympyrän muodossa, jossa nuolet kiertävät ympyrän keskellä kehää kuvaten jatkuvan kehittämisen periaatteen mukaista toimintaa. Myös Moen ja Normanin (2009, 5) mukaan mallin menetelmässä parannuksia tehdään jatkuvasti.

PDCA-malli valikoitui tämän opinnäytetyön pilotoinnin toteuttamiseen sen vuoksi, että sen avulla pystyttiin jo suunniteltua toimintaa muuttamaan kesken pilotoinnin, kun ilmeni tarve muutoksille. Muutostarve tässä opinnäytetyössä koski palliatiivisten potilaiden ja omaisten vuorovaikutuksellista kohtaamista kollegiaalisesta. Projektiryhmäläiset kokivat, että kollegiaalinen keskustelu tapaamiensa potilaiden ja omaisten vuorovaikutuksellisten kohtaamisen jälkeen tuki heidän osaamisensa kehittymistä. PDCA-jatkuvan kehittämisen malliin olennaisesti kuuluvan toiminnan muutoksen toteuttamista hyödynnettiin projektiryhmäläisten toiminnassa seuraavissa potilaiden ja omaisten tapaamisissa, pilotoinnin ensimmäisen viikon jälkeen. Lopuksi pilotointia arvioitiin toimittujen muutosten pohjalta.



Kuvio 6. Demingin PDCA -ympyrää (mukaillen Arter Oy 2022)

Tässä opinnäytetyössä kyseisen mallin mukaan kehitettiin uutta toimintatapaa vuorovaikutuksellisen kohtaamisen toivon, läsnäolon ja omaisten huomioimisen näkökulmasta. Seuraavissa luvuissa on esitelty mallin hyödyntäminen pilotoinnin suunnittelussa, toteutuksessa, toiminnan tarkastelussa sekä muutoksissa.

Pilotointi eteni PDCA -mallin mukaisesti suunnittelusta (**Plan**), jossa ensimmäisen ja toisen syklien tulosten mixauksen avulla saatiin tuloksiksi vuorovaikutuksellinen kohtaaminen, joka suunniteltiin pilotoitavan toivon, läsnäolo ja omaisten huomioimisen suuntautuvien asioiden avulla. Mallin suunnitteluvaihe (Plan) koostuu kolmesta asiakokonaisuudesta, jotka ovat *ongelman tunnistaminen* ja *analyysi* sekä *kokeiluasetelman kehittäminen* (MCS 2020).

Mallin *analyysin* osalta on hyvä ymmärtää juurisyyt, joita ongelmat koskevat muun muassa mitä tietoja tarvitaan, jotta ymmärretään ja ratkaistaan ongelma? *Kokeiluasetelman kehittäminen* selkeyttää vaihtoehtoiset ratkaisut ongelmaa kuten kuka osallistuu, millaisia tuloksia voidaan saavuttaa tai mitä resurssia on saatavilla. PDCA-mallin suunnitteluvaiheessa on tärkeää ymmärtää nykytila ja tavoite, eli oli siis pohdittava, oliko ratkaisemisen arvoinen ongelma kyseessä? (MCS 2020). Opinnäytetyön suunnittelu (**Plan**) vaiheessa arvioitiin pilottiin osallistuvien projektiryhmäläisten lähtötasoa keskustellen heidän kanssaan yhteisesti ensimmäisen ja toisen syklin tuloksista sekä hoitotyöntekijöiden palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisen nyky-



osaamisesta. Keskusteluissa nousi esille muun muassa rohkeus aloittaa keskustelua potilaan lopuelämän toiveista tilanteessa, jossa potilas elää sairauden vaikeaa vaihetta ja kuolema on väistämätön.

Pilotointiin osallistuvien projektiryhmäläisten lähtötason arvioinnissa huomioitiin myös palliatiivisten potilaiden tunnistettavuus. Lisäksi täsmennettiin, että tulosten, hoitotyön auttamismenetelmien **toivon, läsnäolon ja omaisten huomioiminen**, tulee olla **vuorovaikutuksellisten kohtaamisten** ydintä. Tuloksia tarkasteltiin yhteistyössä projektiryhmäläisten kanssa suhteessa tutkimuskysymykseen, miten palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen toivon, läsnäolon ja omaisten tukeminen kehittää hoitotyöntekijöiden vuorovaikutusosaamista.

Mikäli projektiryhmäläisillä ei ollut aikaisempaa kokemusta syvällisiin vuorovaikutuksellisiin kohtaamisiin palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa, suunniteltiin kohtaamisia ajatellen tukilista (liite 6.) kysymyksistä, joiden sisältönä olivat toivo, läsnäolo ja omaisten huomioiminen. Tukilistan kysymyksiä pohdittiin yhdessä projektiryhmäläisten kanssa valmiiksi etukäteen. Pohdittiin mahdollisia keskustelun aloitukseen liittyviä kysymyksiä tutkimuskysymykseen peilaten. Sovittiin, että potilaan tai omaisten tapaamiseen projektiryhmäläinen pystyi ottamaan tukilistan mukaansa eli tueksi itselleen keskustelun avaukseen. Kaikki projektiryhmäläiset eivät kokeneet tukilistaa tarpeelliseksi, mutta yhteisellä päätöksellä se luotiin ja tuki sen käyttämiseen tuli projektiryhmältä. Tukilistan käytön tarpeellisuuden sai jokainen projektiryhmäläinen arvioida omista lähtökohdistaan.

Projektiryhmäläiset tapasivat potilaita ja omaisia hoitotyönsä ohessa, normaalien työvuorojensa puitteissa. Projektiryhmäläiset olivat ottaneet aikaa kohtaamisiin. He olivat etukäteen sopineet tiimien muiden hoitajien kanssa, että ovat potilaan tai omaisten kanssa keskustelemassa heidän toiveistansa, ottaneet tietoisesti aikaa olla läsnä, tai käyneet puhelimitse keskusteluja kauempana asuneiden potilaiden omaisten kanssa. Projektiryhmäläiset olivat hyödyntäneet tukilistan kysymyksiä kukin omien aikaisempien kokemusten perusteella eli jos kokemusta kohtaamisissa ei juurikaan ollut aiemmin, tukilistan kysymysten tuella he pääsivät keskustelussa alkuun. Projektiryhmäläiset tapasivat potilaita ja omaisia heidän hoitojaksonsa aikana useita kertoja, jolla he rakensivat luottamusta kohtaamisissa. Hoitotyön hektisyys aiheutti myös sen, että kohtaamisia oli jouduttu keskeyttämään, vaikka keskustelu potilaan tai omaisten kanssa oli kesken.

Hoitotyön kirjaamisesta sovittiin yhtenäinen käytäntö helpottamaan potilaiden ja omaisten kanssa käytävien keskustelujen sisältöjä. Kirjauksista sovittiin seuraavaa. Kun projektiryhmälä-

nen käy vuorovaikutuksellisen keskustelun potilaan kanssa, jolle oli tehty saattohoitopäätös, keskustelun asiat sovittiin kirjattavaksi sähköiseen potilastietojärjestelmään, hoitosuunnitelman Kuolevan potilaan hoito -osioon. Kirjaukset tuli tehdä pääotsikon **Vuorovaikutuksellinen kohtaaminen** ja väliotsikkojen **toivo, läsnäolo ja omaisten huomioiminen** alle. Tämä koettiin tärkeäksi, koska työyhteisön muut hoitotyöntekijät saattoivat havainnoida potilastietojärjestelmän kirjauksista pilotoijien keskustelemaa asiat. Kirjauksia voitiin siten jo hyödyntää pilotin aikana toteuttaessaan potilaan hoitotyötä.

Pilotointiin määriteltiin projektiryhmäläisten toteuttama vuorovaikutukselliseen keskustelu sairaalassa hoitajaksolla olevan kahden parantumattomasti sairaan potilaan ja heidän omaistensa kanssa. Useat tapaamiset projektiryhmäläisten kanssa ennen pilotoinnin aloittamista vahvistivat pilottiin osallistuvien hoitajien yhteistä käsitystä pilotoitavasta asiakokonaisuudesta. Dialogiset keskustelut työpaikalla tuottivat yhteisen näkemyksen tavoiteltavista asioista niin projektiryhmäläisille kuin projektipäällikölle. Keskusteluissa korostettiin, että projektipäällikkö on pilotoinnin aikana projektiryhmäläisten tukena.

#### 4.2.2 Pilotoinnin toteuttaminen (Do)

Kolmannen syklin tarkoitus oli kartoittaa, miten palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen toivon, läsnäolon ja omaisten tukeminen kehittää hoitotyöntekijöiden vuorovaikutusosaamista. Kolmannen syklin tutkimuskysymys oli, *miten palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen toivon, läsnäolon ja omaisten tukeminen kehittää hoitotyöntekijöiden vuorovaikutusosaamista?*

Ennen pilotoinnin aloittamista, työyhteisössä pidettiin vielä työyhteisöä koskeva informatiivinen tilaisuus, jossa kerrottiin pilotoinnin suunnittelusta, toteutuksesta, etenemisestä ja arvioinnista. Työyhteisöä motivoitiin hyödyntämään pilotin aikana toteutettua keskustelua ja kirjattujen sisältöjä hoitotyössä. Informatiivista tilaisuutta varten toteutettiin Power Point -esitys havainnollistamaan alkavaa pilotointia. Power Point -esityksessä kerrottiin muun muassa siitä, miten kirjallisuuskatsauksen sekä ryhmäkeskustelun tulokset liitettiin yhteen, joista saatiin pilotoitavaksi vuorovaikutuksellinen kohtaaminen toivon, läsnäolon ja omaisten kohtaamisen avulla. Esityksessä avattiin toivon, läsnäolon ja omaisten kohtaamisen käsitteitä ja pilotoinnin tarkoitusta. Esityksessä olivat myös pilotoinnin arvioinnin kysymykset projektiryhmäläisille. Kolmannen syklin, eli

pilotoinnin tutkimuskysymyksen lisäksi esiteltiin pilotoinnin sisältö ja aikataulu. Power Point -tulosteet jäivät myös projektiryhmäläisten ohjaukselliseksi materiaaliksi alkavaan pilottiin.

Projektiryhmäläisten osaamisen nykykartoituksen jälkeen kolmannen syklin pilotointi päätettiin toteuttaa ajanjaksolla 24.3. – 10.4.2023. Pilotoinnin alkaessa sairaalassa hoitojaksolla oli yhtäaikaista useampi palliatiivista sairautta sairastava potilas, joka mahdollisti projektiryhmäläisille yhtäaikaista kohtaamista heidän kanssaan. Projektiryhmäläiset olivat tavanneet potilaita ja omaisia ja aloittaneet vuorovaikutuksellisen kohtaamisen toivon, läsnäolon ja omaisten kohtaamisen keskusteluja potilaiden kanssa. Kaksi projektiryhmäläistä käytti tukilistaa tukena ensimmäisessä kohtaamisissaan potilaan ja omaisten kanssa.

#### 4.2.3 Pilotoinnin toiminnan tarkastelu (Check)

Viikon kuluttua pilotin alkamisesta projektiryhmäläisten kanssa käytiin keskustelut, ja niiden perusteella päädyttiin tekemään muutoksia pilottiin. Mallin tarkastelu (Check) vaiheessa on tavoitteena hakea vahvistusta sille, että toteutusvaihe toimii ja kokeilu vastaa tavoitteita (MCF 2020). Projektiryhmäläiset olivat kohdanneet potilaan ja omaiset siten, että toinen hoitaja oli keskustellut potilaan kanssa ja toinen hoitaja omaisten kanssa. Tämän saadun kokemuksen perusteella sovittiin, että potilaat kohdataan jatkossakin vastaavalla tavalla. Tämä mahdollistaa hoitotyöntekijälle kollegiaalisen reflektoinnin potilaan vuorovaikutuksellisen kohtaamisen toivon, läsnäolon ja omaisten huomioimisen asioista. Lisäksi päätettiin, että jatkossa kirjaukset tehdään sähköisen potilastietojärjestelmän hoitosuunnitelmaan komponentin *selviytymiseen liittyvä tuen tarve – henkisen tuen tarve* -otsikon alle. Muutokseen päädyttiin, koska rakenteisen kirjaamisen, otsikon henkisen tuen tarve - keskustelun sisältö oli helposti löydettävissä potilastietojärjestelmän suunnitelma -osiosta ja siten muun hoitohenkilökunnan käytettävissä hoitotyössä.

Rakenteisen kirjaamisen kansallinen hoitotyön kirjaamismalli koostuu hoitotyön keskeisistä tiedoista, jotka ovat hoitohenkilöstön asettamia kuvauksia potilaan terveydentilaan liittyvistä, jo olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisista tarpeista, ja joita voidaan poistaa tai lievittää hoitotyöntoimintojen avulla (Iivanainen & Syväoja 2016, 16). Tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin projektiryhmäläisten pilotoinnissa saatuja, potilaista koskevia tietoja, jotka liittyivät toiveisiin, läsnäoloon tai omaisten kohtaamiseen. Hoitotiedot olivat muiden työyksikön hoitotyöntekijöiden luettavissa, minkä rakenteinen kirjaaminen mahdollisti. Näin muun muassa potilaiden toiveista

lääkäriin tai toivon merkityksestä ja omaisten huomioimisesta, ei muiden hoitotyöntekijöiden tarvinnut enää kysyä potilaalta tai omaisilta tai tietoa etsiä potilastietojärjestelmästä.

#### 4.2.4 Pilotoinnissa tehdyt muutokset (Act)

PDCA-mallissa **Act** tarkoittaa toimintaa (MCS 2020). Pilotoinnin edetessä päätettiin pilotointiin osallistuvien hoitajien kanssa lisäksi siitä, ettei työyksikön muu hoitohenkilökunta saa poistaa pilotin aikana heidän tekemiä kirjauksia, potilastietojärjestelmän rakenteisen kirjauksen suunnitelma –osiosta. Sovittiin, että muu hoitohenkilökunta sai lisätä otsikkojen toivo, lääkäri ja omaisten huomioimisen alle, potilaan hoitotyössä muita huomioitavia asioita, jolla saadaan lisäarvoa potilaan vointiin tai muuhun huomioitaviin asioihin. Näin pyrittiin ennakoimaan potilaan voinnissa tapahtuvia terveydellisiä muutoksia myös pilotoinnin aikana. Tämä siksi, että sairauden edetessä potilaan tai omaisten toiveet voivat muuttua tai tarve lääkäriin voi olla toisenlainen. Kun nämä asiat oli kirjattu sähköiseen potilastietojärjestelmän suunnitelma -osioon, työyksikön muilla hoitotyöntekijöillä oli reaaliaikaista tietoa potilaan voinnin tai toiveiden muutoksista, jolloin he pystyivät vaikuttamaan potilaan tahdon mukaisesti hoitaessaan häntä. Kirjaamisella pyrittiin yhdenmukaisiin hoidon tavoitteisiin. Tavoitteet asetettiin potilaslähtöisesti ja realistisiksi oikeassa suhteessa potilaan voimavaroihin ja elämäntilanteeseen. Tavoitteissa yleensä pyritään ennakoimaan muutoksia potilaan tilassa tai käyttäytymisessä sekä sitä, mitä potilas itse tahtoo (Iivanainen & Syväoja 2016, 16). Näin toimien potilas tuli kuulluksi ja kohdatuksi toiveidensa mukaisesti.

#### 4.3 Pilotoinnin arviointi (toiminta)

Pilotoinnin päätteeksi pilotointi arvioidaan. Ennen pilotoinnin aloittamista projektiryhmäläisiä motivoitiin kirjaamaan oman osaamisen kehittymisen näkökulmasta muistiinpanoja. He olivat tietoisia, että niiden hyödyntäminen tulee ajankohtaiseksi pilotoinnin reflektiossa. Pilotoinnin arviointi tapahtui projektiryhmän hoitajille esitettyjen kolmen kysymyksen avulla.

Pilotoinnin arviointi pyydettiin kirjallisena, joka tuli palauttaa mahdollisimman pian projektipäällikölle pilotoinnin päätyttyä. Projektiryhmäläisille esitettiin pilotoinnin päätyttyä sen arviointia varten seuraavat kolme avointa kysymystä:

1. Miten vuorovaikutuksellisesta kohtaamisesta saatujen kokemusten perusteella hoitotyöntekijät ovat kehittäneet osaamistaan palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisien kärsimyksen tukemisessa?
2. Mitkä vuorovaikutukselliset kohtaamisen menetelmät olivat keskeisiä hoitotyöntekijän osaamisen kehittämisessä palliatiivisen potilaan eksistentiaalisien kärsimyksen tukemisessa?
3. Mitkä asiat estivät tai edistivät vuorovaikutuksellista kohtaamista?

Pilotoinnin arvioinnista saatiin palautteet, joista muodostui kolmannen syklin aineisto, kaikilta projektiryhmäläisiltä kahden päivän kuluttua pilotoinnin päätyttyä. Projektiryhmäläiset palauttivat aineiston projektipäällikölle sähköpostitse. Tuloksissa on kuvattu projektiryhmäläisten kirjoittamia muistiinpanoja autenttisina. Niistä ilmenee, muun muassa miten he kokivat oma osaamisen kehittyneen, mitkä kohtaamisen menetelmät ovat olleet keskeisiä osaamisen kehittämisessä ja mitkä asiat estivät tai edistivät vuorovaikutuksellista kohtaamista. Projektiryhmäläiset olivat vastanneet aiemmin pilotoinnin arvioinnissa esitettyihin kolmeen kysymykseen, kukin jokaiseen kysymykseen erikseen. Aineiston analyysi alkoi kirjoittamalla se Word-asiakirjaan siten, että jokaisen kysymyksen alle kirjattiin projektiryhmäläisen palaute kyseiseen kysymykseen. Näin tehtäessä palautteita saatiin yhteensä viisi (5) A 4 -kokoista sivua, riviväli 1.5, fonttina Calibri ja fontin koon ollessa 11. Palautteita oli kirjattu vaihtelevasti. Toiset projektiryhmäläiset olivat kertoneet syvällisemmin kokemuksistaan vuorovaikutuksellisista kohtaamistaan, muun muassa tunnetiloista, joita olivat kokeneet tapaamisten aikana. Toisten kokemukset kohtaamisista oli kuvattu lauseella tai parilla, mutta ne sisälsivät merkityksellisiä asioita kehittämiskysymyksen näkökulmasta vastaten kehittämiskysymykseen. Kaikkineen kirjalliset palautteet olivat hyvin henkilökohtaisia, ja niistä välittyi aito tunne niistä kokemuksista, joita projektiryhmäläiset olivat pilotoinnin aikana saaneet kokea.

Kirjallisesti saatujen aineistojen sisällön analyysi tehtiin välittömästi tämän jälkeen. Tutkimuskysymykset johdattivat sisällön analyysiä. Tutkimuskysymyksiä käytettiin pilotoinnin arviointiin liittyviä kysymyksiä, jotka on esitetty aiemmin tässä luvussa (yhteensä kolme kysymystä). Analyysiyksikkönä käytettiin lausetta tai yksittäistä sanaa, joka kuvasti tutkimuskysymystä. Aineistosta numeroitiin ensin alkuperäiset ilmaisut, joita saatiin yhteensä 71 kpl. Tämän jälkeen alkuperäiset ilmaisut pelkistettiin ja lopuksi luokiteltiin (taulukko 8.) saaden yhteensä kymmenen (10) luokkaa,

jotka olivat **eettinen osaaminen, hoitotyön kulttuurinen osaaminen, läsnäolo, kuulluksi tuleminen, empatia** ja **myötätunto, asenne, ammatillinen kohtaaminen, kollegiaalisuus, hoitotyön hektisyys** ja **moniammatillinen yhteistyö**.

Pilotoinnin päätyttyä projektipäällikkö tapasi vielä työyksikön hoitotyöntekijöitä kuullakseen heiltä, minkälaisia kokemuksia heillä oli kertoa pilotoinnin aikana potilaiden sähköisiin potilasasiakirjoihin tehdyistä kirjauksista. Avoimessa keskustelussa kävi ilmi, että hoitotyötä oli ollut helpompi toteuttaa, koska potilaiden kanssa käydyt keskustelut muun muassa potilaan toiveista, oli kirjattu potilastietojärjestelmään rakenteisen kirjaamisen periaatteella ja siten helposti löydettävissä ja hoitotyöntekijöiden hyödynnettävissä. Lisäksi hoitohenkilökunta koki, että potilaiden ja omaisten kanssa oli helpompi keskustella erinäisistä asioista, joita projektiryhmäläiset olivat keskusteluissaan jo kirjanneet potilastietojärjestelmään.

#### 4.4 Tulokset (havainnointi)

Kolmannen syklin kehittämiskysymys oli, mitä vuorovaikutusosaamista hoitohenkilökunnalla pitää olla palliatiivisen potilaan kohtaamisessa, kun he tukevat häntä eksistentiaalisessa kärsimyksessä toivon, läsnäolon ja omaisten huomioimisen suhteen.

Pilotoinnin tuloksista nousi vahvasti esille myös hoitotyöntekijän **eettinen osaaminen** vuorovaikutuksellisen kohtaamisen näkökulmasta. Lindqvist (1989, 116) toteaa, että *”jokaisen toista ihmistä hoitavan henkilön työhön kuuluu keskeisesti oman persoonana altistaminen ja jakaminen hoitosuhteessa.”* Tämä tarkoittaa, että hoitotyöntekijä ei voi siirtää persoonaansa sivuun hoitaessaan hoitoa tarvitsevaa henkilöä, joka kaipaa persoonallista kosketusta ja voimaa hoitajaltaan.

”ammatillinen tahto auttaa potilasta kokonaisvaltaisesti”

Hoitotyöntekijän **eettinen osaaminen** on ammatillisuutta. Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaisesti hän toimii työssään oikeudenmukaisesti, ottaen huomioon myös yksilön arvot ja vakaumuksen. Lisäksi hoitosuhteen tulee perustua avoimeen vuorovaikutukseen sekä keskinäiseen luottamukseen. (Suomen sairaanhoitajat 2021). Lähihoitajan eettisissä ohjeissa korostetaan työntekijän eettisyyden korostuvan kaikissa hänen toiminnassaan. Ammattieettisen osaaminen varmistaa ihmisten oikeuksien toteutumisen ja hyvinvoinnin. (Superliitto 2023, 4.)

”Vaati ensin pysähtymistä aiheen äärelle, sen ytimen selvittämistä itselleen”.

Kiireetön läsnäolo koettiin tärkeäksi hoitotyön menetelmäksi hoitotyöntekijän oman eettisen ammatillisuuden kehittämisessä palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa. Hoitotyöntekijän osaamisen kehittämisessä koettiin oman osaamisen kehittyneen muun muassa keskittymällä aitoon **läsnäoloon** potilaan ja omaisten kohtaamisissa.

” E erityisen tärkeäksi vuorovaikutuksellisen kohtaamisen menetelmäksi koin aidon ja kiireettömän läsnäolon ”

Hoitotyöntekijä työssään kohtaa erilaisia tunteita. Hietasen (2015, 244) mukaan parhaiten potilastyöhön sopivia ovat hoitajat, jotka pystyvät tietoiseen **läsnäoloon**, ovat aidosti kiinnostuneita ihmisistä ja pystyvät säätämään tunteitaan. Näiden taitojen omaksuminen on myös lääkärin työssä tarpeellista. Tunteista puhuminen on ollut suomalaisessa kulttuurissa osittain vierasta. Hiljaisuus voi olla myös aitoa läsnäoloa, sanatonta viestintää. Hiljaisuuden sietäminen ovat edellytys sille, että potilas voit ottaa esiin vaikeita ja henkilökohtaisia asioita kuten kuoleman läheisyyden. Myös tuloksista ilmeni hoitotyöntekijän kokemus hiljaisuuden sietämisen merkityksestä vuorovaikutuksellisessa kohtaamisessa.

” Hiljaiset hetket synnyttivät muisteluita potilaan menneisyydestä ja näin pääsin myös lähemmäs potilasta omaisten kertomien muistojen kautta ”

**Empatian ja myötätunnon** omaisia kohtaan koettiin myös auttavan omaisten huomioimisessa. Sen koettiin rohkaisevan omaisia ottamaan puheeksi asioita, jotka he olivat kokeneet aiemmin vaikeiksi, kuten kivun hoito lähestyvässä kuolemassa. Totuudellista tietoa vaille jäävä potilas jää vaille mahdollisuutta tehdä oman elämänsä päätöksiä niiltä osin, kun hän on vailla asiaa liittyvää tietoa (Mattila 2011, 56).

” Myötätuntoinen ja empaattinen läsnäolo auttoi mielestäni omaisia avautumaan ja kertomaan peloistaan sekä toiveistaan läheisen sairauden ja lähestyvän kuoleman suhteen ”

Kohtaamisen taitoja ovat kyky luoda yhteistoiminnallinen suhde asiakkaaseen, empatia, aitous, asiakkaan kunnioittaminen sekä taito jäsentää keskustelun sisältöä konkreettisesti. Ammatillisen osaamisen vaatimuksena vuorovaikutusosaaminen on vaativaa, sillä ihmisten välisissä suhteissa ei koskaan voi olla valmiita tai varmoja jonkin lähestymistavan toimivuudesta. Jokaisen ammattilaisen tulee asennoitua ja yrittää ymmärtää, mitä asiakas haluaa viestiä. Näissä tilanteissa hoitotyöntekijän empatia kehittyy ja hän kykenee asettumaan toisen ihmisen asemaan ymmärtäen asioita hänen näkökulmastaan. (Mönkkönen 2020, 32–33.)

Tunne, että **tulee kuulluksi** ja tiedottaminen rehellisesti potilaan voinnista oli omaisille merkityksellistä. Kuten Ylikoski (2005, 65) toteaa ”*Ihmisellä tulee olla mahdollisuus hyvään elämään kuuluvaan hyvään kuolemaan*”. Myös laissa potilaan asemasta ja oikeudesta (L 785/1992) määritellään potilaan oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä hoidon järjestelyistä sekä kohtelusta, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.

”Tiedon antamisessa omaisille koin tärkeäksi sen, että asioista puhuu rehellisesti”

Totuuden kertominen ja potilaan kunnioittaminen ovat luottamuksellisia hoitosuhteen peruselementtejä. Potilaalla tulee olla mahdollisuus vaikuttaa itseään koskeviin asioihin eli potilas **tulee kuulluksi** ja hänellä on oikeus tietää tilanteestaan totuuden mukaisesti sekä lääke-, että hoitotieteellisesti perusteltuina. Totuus merkitsee, että epävarmoissa tilanteissa pyritään löytämään mahdolliset myönteiset asiat, etsitään toivoa ja tuetaan elämän kauniiden ja arvokkaiden muistojen säilymistä. Vastauksia ei välttämättä potilaiden esittämiin kysymyksiin ole. Tämä on kerrottava myös potilaalle, ja siten osoitettava arvostusta hänen kysymyksiään kohtaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2007, 314–315.)

”Epäselvyydet hoitolinjauksissa herättivät omaisissa ja potilaissa kysymyksiä.”

Mäkisalo-Ropposen (2011, 201) mukaan hoitotyöhön osallistuvan on oltava kiinnostunut myös vieraan potilaan persoonallisesta elämäntarinasta. Elämäntarinan tunteminen mahdollistaa potilaan yksilöllisen hoitotyön kivuttomuuden, kosketuksen, läheisyyden, kunnioituksen sekä arvostuksen. Pilotointiin osallistuvien yhteinen kokemus oli, että he pystyivät **ammattillisesti kohtaamaan** potilaan ja hänen omaisiaan rohkeammin kuin aikaisemmin. Lisäksi hoitotyöntekijät ovat kokeneet, kuinka merkityksellistä **ammattilinen kohtaaminen** potilaan ja omaisten kanssa on ollut. Kokemusten perusteella omaiset ovat voineet rohkeasti lähestyä hoitohenkilökuntaa kuoleman läheisyydessä ja esittää toiveena levollinen ja rauhallinen kuolema, ilman kipuja, läheiselleen.

”Saavutettu luottamus edisti vuorovaikutuksellista kohtaamista omaisten kanssa.”

Pilotointia varten toteutettu tukilista liitteessä 6. oli ollut hoitotyöntekijän tukena kohdata ensimmäisiä kertoja parantumattomasti sairas potilas tai hänen omaisensa. Tukilistan kysymysten esittäminen oli avannut keskustelua, joka oli sen jälkeen jatkunut luontevasti. Myös pilotointia varten laaditun tukilistan käyttö oli edistänyt hoitotyöntekijän **hoitotyön kulttuurillista osaamisen** kehittymistä ja rohkaissut hoitajaa vuorovaikutteiseen keskusteluun.



”Valmis tukilista kohtaamisen tueksi edisti kohtaamisten toteutumista pienentämällä kynnystä lähteä avaamaan keskustelua.”

Tuloksista ilmenee, että pilotoinnin edistävänä tekijänä on ollut **kollegiaalisuus**. Projektiryhmäläiset kokivat, että kollegat antoivat heille aikaa kohdata potilaat. Myös kollegoilta saatu palaute oli ollut tukevaa, ja he olivat kokeneet pilotoinnin selkiyttäneen osaltaan potilaan hoitoa. Myös pilotin aikana toteutetut yhteiset keskustelut olivat merkityksellisiä.

”Edistävä tekijä oli toisten projektiryhmäläisten ammattitaito.”

Hoitotyöntekijät kokivat, että **hoitotyön hektisyys** oli ollut vuorovaikutuksellisen kohtaamisen esteenä. Hoitotyöntekijät kohtasivat potilaita ja omaisia normaalien työvuorojen aikana, eikä pilotoinnin ajaksi ollut mahdollista lisätä hoitotyöhön resursseja. He kokivat, että aikaa kohtaamisiin olisi pitänyt olla enemmän, ja kiireellisempi potilastyö saattoi keskeyttää potilaan tai omaisten kanssa käynnissä olevaa keskustelua.

”Vuorovaikutuksellisia kohtaamisia hankaloitti ajoittainen kiire.”

Tulosten perusteella voidaan myös todeta, miten tärkeää on palliatiivista tai saattohoidettavan potilasta hoitavan **moniammatillinen yhteistyö** potilaan hoitotyössä. Ryhmäkesustelun tuloksista nousi jo esille, että hoitohenkilökunnan toimimaton yhteistyö hoitavan lääkärin kanssa aiheuttaa turhaa kärsimystä ennen kaikkea potilaalle, mutta erityisesti jälkeen jääville omaisille ja lähimmäisille. Myös pilotoinnin reflektiossa tuloksista ilmeni, että epäselvyydet potilaan viimeisen vaiheen hoitolinjauksissa olivat lisänneet eksistentiaalista kärsimystä aiheuttaen hämmennystä ja lisäkysymyksiä potilaissa ja omaisissa, vaikka hoitotyöntekijät olivat keskustelleet edeltävästi yhteisymmärryksessä potilaan sairaudesta ja hoidosta potilaan ja omaisten kanssa.

#### 4.5 Johtopäätökset (reflektointi)

Kolmannen syklin tarkoitus oli kartoittaa, miten palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen toivon, läsnäolon ja omaisten tukeminen kehittää hoitotyöntekijöiden vuorovaikutusosaamista. Tutkimuskysymys oli, *miten palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen toivon, läsnäolon ja omaisten tukeminen kehittää hoitotyöntekijöiden vuorovaikutusosaamista.*

Tietoisuus elämän rajallisuudesta sekä sen avoin kohtaaminen ovat palliatiivisen hoitotyön ydintä (Mikkonen ym. 2020, 252). Palliatiivisen hoidon yhtenä tavoitteena on auttaa parantumattomasti

sairasta potilasta elämään mahdollisimman laadukasta elämää loppuun asti ja tukea hänen omaisaan selviytymään potilaan sairauden aikana. Saattohoidon vaiheessa kuolevan potilaan oireiden ja kärsimyksen lievittäminen sekä omaisten tuki korostuvat. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 309–310; Saarto 2015, 10.)

Kolmannen syklin tuloksista ilmeni, että hoitotyöntekijöiden vuorovaikutuksellisen kohtaamisen osaamisen kehittäminen palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa toivon, läsnäolon ja omaisten huomioimisen avulla on lisännyt hoitotyöntekijöiden rohkeutta kohdata potilas ja omaiset. Palomäen (2018, 273–274) mukaan **läsnä oleva** kohtaaminen voi olla nopea tilanne, jossa on mahdollista saada myös välittävä kontakti potilaaseen. Vaikka hoitotyöntekijällä olisi kiire, ei se saisi välittyä tilanteeseen silloin, kun läsnäolo on vahvaa. Kohtaamisen ensihetki voi tehdä haastavasta tilanteesta voimaannuttavan kokemuksen potilaalle hoitotyöntekijän arvostavalla ja aktiivisella kuuntelulla siten, että potilas kokee tulleen kuulluksi ja hyväksytyksi. Tähän voi riittää hoitotyöntekijän katsekontakti sekä ulkoinen olemus, joka viestii, että hoitaja on juuri siinä hetkessä olemassa potilasta varten.

Hoitotyöntekijänä varmuus ja rohkeus kohdata potilas ja omaiset sairauden vaikeina hetkinä, on lisännyt hoitotyöntekijän oman **hoitotyön kulttuurillista osaamista**. Hoitotyöntekijän on tärkeää tunnistaa, hyväksyä ja kunnioittaa eroja ihmisten välillä. Hoitajan omat arvot ja potilaiden arvot ja uskomukset voivat poiketa toisistaan. Tietoisuuden lisääntyminen ihmisenä olemassaolosta, tuntemuksista, ajatuksista siten, etteivät ne perusteettomasti tai haitallisesti vaikuta toisiin ihmisiin, on osa kulttuurillista osaamista. Halu ja herkkyyys ymmärtää erilaisuutta sekä välittää ja osoittaa myötätuntoa, liittyvät myös olennaisesti kulttuurilliseen osaamisen kehittymiseen. (Myllykangas & Saarnio 2022).

Hoitotyöntekijän oma ammatillinen kasvu vaatii työn reflektointia, niistä oppimista sekä omien tunteiden kanssa työskentelemistä. Hoitotyöntekijän ammatillinen arvojen muutos henkilökohtaisessa elämässä on näkynyt oman elämän merkityksen korostumisena heijastuen arvon antamisena elämälle yleensä. (Anttonen 2016, 70.) Palliatiivisten potilaiden elämänlaatua edistää hoitotyöntekijöiden asenne sekä hänen mahdollinen palliatiivinen koulutuksensa. Koulutuksen lisääntyessä myös asennoituminen palliatiivisten potilaiden hoitotyöhön on tuonut hoitotyöntekijöille luottamusta sekä ammatillista osaamista. (Shangee, Kyunghwa & Sookyung 2020, 1–14.)

Hoitohenkilökunnan suhtautumisesta kuolemaan vaihtelee. Toisille hoitotyöntekijöille näiden potilaiden hoitaminen on kutsumustyötä, toisille sama voi tuntua mahdottomalta ajatukselta. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallisessa laatusuosituksessa määritellään myös riittävän

hoitohenkilöstön voimavarat laadukkaan palliatiivisen ja saattohoidon edellytykseksi sekä varmistamaan myös hoitohenkilöstön työhyvinvoinnin. Ennen kuin hoitotyöntekijä pystyy kohtaamaan potilaan ja tukemaan tätä eksistentiaalisissa kysymyksissä, on hoitajan pohdittava omaa käsitystä ihmisenä olemassaolosta ja sen päättymisestä.

Potilasta arvostava kohtelu on osa inhimillisyyttä. Inhimillisyys ilmenee siinä, miten puhutellaan potilasta tai miten kohtaamme hänet. Hoitotyöntekijöiden on kohdattava potilas ihmisarvoisena lähimmäisenä hoitaen häntä yksilöllisesti ja hänen etunsa mukaisesti, vaikka potilas olisi tehnyt elämässään asioita, joita hoitaja ei voi hyväksyä. (Seppänen 2021, 128.)

Hoitohenkilökunnan ja potilaan yhdessä tekemä elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma (ACP) helpottaa potilaalle tarjottavaa tehokasta oireiden hallintaa ja huomioi potilaan yksilölliset toiveet. Toisten ihmisten hengellisten tarpeiden ymmärtäminen ja niihin vastaaminen voi olla vaikea ja pelottava asia monille palliatiivisessa hoitotyössä työskenteleville. (Costello & Bradley 2019, 183–187.) Tulosten perusteella projektiryhmän hoitotyöntekijät kokivat oman osaamisen kehittyneen myös potilaiden hengellisten tarpeiden tunnistamisessa.

Salin, Melander, Lehto ja Hökän (2021, 143–157) mukaan palliatiivisiin potilaisiin liittyvä yksi tulevaisuuden kehittämisen kohde on potilaiden tuen tarpeiden tunnistaminen, heidän kokemuksensa saamastaan tuesta sekä yksilöidysti saadusta erityisasiantuntijoiden eksistentiaalisesta tuesta. Asiantuntijatyöryhmän mukaan saattohoitovaiheessa olevan potilaan tuen tarpeet ja niiden tunnistaminen ovat yksi ammattilaisten esiin tuoduista aiheista.

**Vuorovaikutusosaaminen** edellyttää vuorovaikutussuhteiden ymmärtämistä ja kykyä kommunikoida toisten ihmisten kanssa. Tuloksista selvisi, että pilotoinnin aikana koettu vuorovaikutuksellinen kohtaaminen helpotti omaisten kohtaamista hoitajan itsevarmuuden lisääntyessä. **Eettisen osaamisen** lisääntymisen ansiosta hoitaja pystyi rohkaisemaan potilaita ja omaisia muistelemaan ja kertomaan toiveistaan. Tuloksista ilmeni esille, että hoitajat kokivat ymmärtävänsä potilaiden eksistentiaalista kärsimystä.

Hoitotyön lähtökohta on ihmisarvo, joka ohjaa sosiaali- ja terveysalojen ammattilaisten yhteistä eettistä periaatetta, inhimillisyyttä (Mönkkönen & Kekoni 2020, 219). Tulosten mukaan myös potilaiden henkisen ja hengellisten toiveiden huomioiminen, potilaan kuulluksi tuleminen, koettiin eksistentiaalisen kärsimyksen yhdeksi lieventäväksi keinoksi. Rohkaisemalla potilasta ilmaisemaan omia mieltymyksiä, potilas tuntee olonsa turvalliseksi sekä kokee tulleen kuulluksi itseään koskevissa päätöksissä. Hoitajien mielestä he osasivat korostaa potilaiden omaa tahtoa itseään

koskevassa päätöksenteossa. Lisäksi he loivat potilaalle ja omaisille turvallisuuden sekä luottamuksellisen tunteen hoitosuhteen ollessa intensiivinen.

Hoitajat kokivat myös, että heidän **empaattinen** sekä myötätuntoinen **läsnäolo** pilotoinnin aikana vahvistuivat, mikä osaltaan edisti vuorovaikutuksellista kohtaamista. Lisäksi kollegiaalisuudesta pilotoinnin aikana on ollut hyötyä erityisesti hoitajan oman osaamisen kehittämisessä eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa mutta myös työhyvinvoinnin näkökulmasta työssä jaksamisen tukemisessa.

Tulosten mukaan **hoitotyön hektisyys** oli esteenä vuorovaikutukselliseen kohtaamisessa. Perusterveydenhuollon terveyskeskussairaalan osastolla on hoidossa myös akuutisti sairastuneita, iäkkäitä ja monisairaita sekä muistisairaita potilaita yhä enenevässä määrin. Sairaalan osasto toimii lisäksi tukiosastona niin kutsutuille lupapaikan omaaville potilaille. Lupapaikan saavat potilaat sairastavat parantumatonta sairautta. He voivat tulla osastolle ilman päivystyksellistä arviointia, kun kotona ei ole mahdollista enää olla sairauden vuoksi tai omaishoitajana toimivan lähimmäisen voimavarat hoitotyöhön ehtyvät. Osastolla hoidetaan myös saattohoidossa olevia potilaita. Henkilökunnan mitoituksessa ei ole huomioitu hoidon vaativuutta.

Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallisessa laatusuosituksessa otetaan kantaa myös hoidettavien potilaiden määrään, potilaiden hoidon vaativuuteen ja sitovuuteen sekä työyksikön kokoon ja tilaratkaisuihin. Hoidon laadun tärkeiksi elementeiksi nimetään henkilöstön osaaminen sekä työn organisointi ja johtaminen. (Saarto, Lyytikäinen, Ahtiluoto, Juntila, Lehto, Finne-Soveri, Hammar & Forsius 2022, 30–31.)

Myös Juujärvi, Myyrin ja Pesson (2007, 240) mukaan eettisen huolenpidon tyypillinen ongelma on, että samassa tilanteessa on liian monta huolenpitoa tarvitsevaa, eivätkä työntekijöiden resurssit riitä kaikista huolehtimiseen. Ratkaisuna on oikeudenmukainen ajattelu, joka perusterveydenhuollon yksikössä terveyskeskussairaalaossa tarkoittaa kaikkien potilaiden tarpeiden arviointia hoitotyöntekijöiden kokemuksen ja tilanteen yksityiskohtaisen tarkastelun kautta. Hoitohenkilökunnan tulee arvioida potilaiden tarpeita ja priorisoida hoitaminen näiden tarpeiden mukaisesti.

Vuorovaikutuksellista kohtaamista heikensi **moniammatillinen yhteistyö**. Potilaan ja omaisten kanssa käytävä keskusteltu koettiin hoitotyön näkökulmasta riittämättömäksi. Tämä aiheutti sen, että potilas ja omaiset eivät saaneet riittävästi tietoa sairauden etenemisestä. Potilaan hoitolin-

jausten ollessa epäselviä, potilas ja omaiset olivat tietämättömiä olemassa olevan sairauden etenemisestä tai sen hoidosta. Tällaisten epäselvyyksien tiedetään aiheuttavan turhaa kärsimystä potilaalle ja omaisille. Tämän vuoksi lääkäriillä tulee myös olla osaamista palliatiivisesta sekä saattohoidosta terveydenhuollon kaikilla tasoilla. (Mäenpää, Lamminmäki, Kaakinen & Hökkä 2021, 182.)

Myös Saarelman (2013, 64, 74) mukaan lääkärin rooliin kuuluvalla valkoisella takilla on yhä asiantuntemusta ja luottamusta herättävä vaikutus. Olennaista siis on, että potilas tietää lääkärin kantavan vastuun lääketieteellisistä näkökulmista, potilaan tuntevan tulleen kuulluksi ja kokevansa olevansa oman asiansa subjekti. Lääkärin roolina on potilaan uskon, toivon ja luottamuksen luominen alkaen asiantuntijuuden, ensikohtaamisen, katsekontaktin ja kuulijaksi asettumisen sekä selkokielellisestä keskustelusta. Hoitosuhteen jatkuessa lääkärin tulee olla tavoitettavissa, antaa aikaa ja säilyttää keskusteluyhteys omaisiin. Se on yhtä tärkeää, kun potilaan hoitaminen heijastuen koko hoitavan yksikön ilmapiiriin. Avoimella vuorovaikutuksella omaisten kanssa lääkäri saavuttaa luottamuksen, joka helpottaa myöhemmin tehtyjä hoitopäätöksiä ja niiden hyväksymistä, etenkin kuoleman läheisyydessä.

Salin`n ym. (2021, 143–157) mukaan eri ammattiryhmien kokemukset kuolevan potilaan kohtaamisesta ja hoitamisesta tutkimuskohteena on korostunut. Moniammatillisessa työryhmässä työskentelystä tarvitaan lisää tutkimustietoa. Ammattihenkilöstön osaamisen sekä osaamisen johtamisessa tulisi selvittää hyvän palliatiivisen hoidon ja saattohoidon lääkärin ja hoitajan ominaisuudet. Esille nousi koulutuksen vaikuttavuus ammattihenkilöstön osaamiseen ja sen johtamiseen.

Sotkamon terveyskeskussairaalan hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittymisen arvioinnit eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisesta potilaiden elämänlaadun parantamiseksi ovat kannustavia. Tulosten perusteella hoitotyöntekijät ovat oivaltaneet inhimillisyyden sekä arvokkuuden potilaiden hoitotyössä osana potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukea. Oman osaamisen kehittyminen on tuonut heille rohkeutta kohdata potilas ja omaiset aidosti ja läsnä olevasti. Tulosten mukaan hoitajien ymmärrys potilaan ja omaisten eksistentiaalisen kärsimyksen tuessa on syventynyt siten, että heillä on mahdollisuuksia hyödyntää osaamistaan jatkossakin palliatiivisten potilaiden ja heidän omaisten eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa. Hoitotyöntekijöiden vuorovaikutuksellisen kohtaamisen osaamista kehittää palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa toivo, läsnäolo ja omaisten kohtaaminen.

#### 4.6 Lähteet

Anttonen, M.S. (2016). Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Akateeminen väitöskirja 2148. Terveystieteiden yksikkö, Tampereen Yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0066-1>

Arter Oy. (2022). PDCA-malli käytännössä. Saatavilla 13.3.2023. <https://www.arter.fi/pdca-malli-kaytannossa-laadunhallinnan-kivijalkana/>

Costello, J. & Bradlay, A. (2019). Grief, bereavement, and spirituality. Teoksessa J. Costello (toim.) Adult Palliative Care for Nursing, Health, and Social Care. Printed in the UK, 183-193.

Hel.fi (2023). PDCA-sykli on menetelmä ongelmanratkaisuun sekä kehittämiseen. Saatavilla 14.3.2023. <https://kehmet.hel.fi/metetelmalaari/pdca-sykli/>

Hietanen, P. (2015). Sanallinen ja sanaton viestintä. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 244-245.

Heikkinen, L.T.H (2010). Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa H.T.L. Heikkinen, E. Rovio, & L. Syrjälä (toim.). Toiminnasta tietoon. Vantaa: Hansaprint Oy, 15-37.

Hänninen, J. & Pajunen, T. (2006). Kuoleman kaari. Sairastumisesta, luopumisesta, elämästä. Hämeenlinna: Painopaikka Karisto Oy.

Hänninen, J. (2018). Onko kuolema kipua ja kärsimystä? Teoksessa H. Mäkelin (toim.) Kuolema. Kaikki mitä olet halunnut aina tietää. Helsinki: Kustantamo S&S, 88–96.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. (2016). Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanopa Pro Oy.

Juhela, P. (2015). Sairauden vaikutus ihmissuhteisiin. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoitotyö. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 280-284.

Juujärvi, S., Myyry, L. & Pessa, K. (2007). Eettinen herkkyyys ammatillisessa toiminnassa. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

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

L 758/1992 Laki potilaan asemasta ja oikeudesta. 1.3.1993. Saatavilla 11.4.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

- Lindqvist, M. (1989). Ammattina ihminen. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset.
- Mattila, K-P. (2002). Syöpäpotilaiden palliatiivisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- MCS. (2020). PDCA malli ja jatkuva parantaminen. Saatavilla 2.5.2023. <https://mcs.fi/pdca-malli-ja-jatkuva-parantaminen/>
- Mikkonen, H., Hökkä, M. & Turunen, E. (2020). Diakonisen hoitotyön perusteet ja käytäntö. Teoksessa P. Thitz, M. Malkavaara, L. Rättyä & M. Valtonen (toim.) Diakonia-ammattikorkeakoulu 6, 245–246. Saatavilla 10.10.2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-367-4>
- Moen, R. & Norman, C. (2009). Evolution of the PDCA Cycle. Saatavilla 14.3.2023. [https://elfhs.ssrui.ac.th/phusit\\_ph/pluginfile.php/48/block\\_html/content/Moen-Norman-2009%20PDCA.pdf](https://elfhs.ssrui.ac.th/phusit_ph/pluginfile.php/48/block_html/content/Moen-Norman-2009%20PDCA.pdf)
- Myllykangas, K. & Saarnio, R. (2022). Kulttuurisesti taitava hoitaja huomioi ikääntyneen yksilöllisyyden. Saatavilla 17.3.2023. <https://oamk.fi/oamkjournal/2022/kulttuurisesti-taitava-hoitaja-huomioi-ikaantyneen-yksilollisyyden/>
- Mäenpää, P., Lamminmäki, A-M., Kaakinen, P. & Hökkä, M. (2021). Potilaiden ja läheisten kokemuksia lääkärin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 58 (2), 182–190.
- Mäkisalo-Ropponen, M. (2011). Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.
- Mönkkönen, K. (2020). Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna: Gaudeamus Oy.
- Mönkkönen, K. & Kekoni, T. (2020). Monitoimijaisuus työntekijän voimavarana ja haasteena. Teoksessa Hujala, A. & Taskinen, H. (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere University Press, 215–240. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>
- Palomäki, K. (2018). Asiakkaan kohtaaminen ja itsensä kohtaaminen auttajana. Teoksessa P. Aarva, H. Korttejärvi & K. Sarvela (toim.) Inhimillisyyden vallankumous. Helsinki: Basam Books Oy, 271-286.

Saarelma, K. (2013). Toivo – hoitamisen työkalu. Teoksessa R. Pelkonen, M.O. Huttunen & K. Saarelma (toim.) Sairaus ja toivo. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 62–78.

Saarto, T. (2015). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarve: Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junttila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. (2022). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8>

Salin, S., Melender, H-L., Lehto, J.T. & Hökkä, M. (2021). Asiantuntijoiden näkemyksiä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämisen ja tutkimustarpeista. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 58 (2), 143–157.

Sanghee, K., Kyunghwa, L. & Sookyung, K. (2020). Knowledge, attitude, confidence, and educational needs of palliative care in nurses caring for non-cancer patients: a cross-sectional, descriptive study. BMC Palliative care 19 (105), 1–14. Saatavilla 25.4.2023. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00581-6>

Seppänen, M. (2021). Tunnetaidot voimavarana. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Suomen sairaanhoitajat. (2021). Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Saatavilla 17.3.2023. <https://sairanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Sairaanhoitajien-eettiset-ohjeet.pdf>

Superliitto. (2023). Lähihoitajan eettiset ohjeet. Saatavilla 17.3.2023. <https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4599/superliitto-lahihoitajan-eettiset-ohjeet-2019.pdf>

Tarkkanen, M., Tyynelä-Korhonen, K. & Jyrkkiö, S. (2020). Parantumattoman syövän lääkehoito elämän loppuvaiheessa - hyötyä vai haittaa? 136 (7), Duodecim -lehti, 768-774.

The Deming Institute. (2023). Enriching society through the Deming philosophy. Saatavilla 18.5.2023. <https://deming.org/explore/pdsa/>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2002). Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ylikoski, E. (2005). Kokonainen elämä. Teoksessa A. Liimatainen (toim.) Sinä kuolet. Tampere: Tammer-Paino Oy, 61-75.



## 5 Hoitotyöntekijän osaamisen kehittämisen Implementointisuunnitelma (4. sykli)

Palliativinen hoito ja saattohoito (2019, 182) – suosituksen ja Saarto ym. (2022, 4) mukaan palliativisen hoitotyön tulisi olla ihmisoikeus, joka kuuluisi tarvelähtöisesti kaikille palliativista sairautta tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastaville ihmisille. Hoito tulisi järjestää kaikissa perusterveyden sekä sosiaalihuollon yksiköissä. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli hoitotyöntekijän osaamisen kehittäminen palliativisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa. Metodologian mukaisesti opinnäytetyö on edennyt viimeiseen, eli neljänteen sykliin, näytön vakiinnuttamiseen eli implementointiin.

Neljännen syklin tarkoitus oli kuvata PARIHS-mallin mukainen implementointisuunnitelma, joka tukee hoitotyöntekijän osaamisen kehittämistä palliativisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa. Kehittämiskysymys neljänteen sykliin oli, miten PARIHS-mallin mukainen implementointisuunnitelma tukee hoitotyöntekijän osaamisen kehittämistä palliativisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa?

Kolmannen syklin pilotointi arvioitiin, jonka jälkeen uuden toimintamallin kehittäminen ja näytön vakiinnuttaminen koettiin tarpeelliseksi ja tärkeäksi. Näytön vakiinnuttaminen eli implementointi päätettiin toteuttaa PARIHS-toimintamallin mukaisesti. Parihs -kehys eli the Promoting Action on Research Implementation in Health Services on julkaistu vuonna 1998, ja käyttöön otettu vuonna 2002 (Harvey & Kitson 2016, 1.)

Hoitotyön tutkimussäätiön (Hotus) mukaan *”näytöllä tarkoitetaan ajantasaista, järjestelmällisesti koottua ja kriittisesti arvioitua tutkimustietoa tai tutkimustiedon puuttuessa asiantuntijoiden yhteisymmärrystä asiasta”* (Hotus 2022c). Näyttöön perustuvan hoitotyön tavoitteena on palvella tarvitsevien ihmisten hyvä hoito ja tasa-arvoinen kohtelu sekä sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien oikeanlainen kohdentaminen (Hotus 2023b).

Näyttöön perustuvan toiminnan integrointi päivittäiseen hoitotyöhön on tärkeää, koska sen on osoitettu johtavan laadukkaisiin hoitotuloksiin sekä tasalaatuiseen potilashoittoon alhaisemmilla kustannuksilla. Myös Kainuun hyvinvointialueen yksi strategia on talouden tasapainon saavuttaminen sekä vaikuttavien palveluiden toteuttaminen (Kainuun hyvinvointialue 2023). Ei ole eettisesti hyväksyttävää toteuttaa kokemukseen perustuvaa hoitotyötä silloin, kun saatavilla olisi tietoa tutkituista hoitovaihtoehtoista (Elomaa ym. 2010, 6). Näyttöön perustuvan hoitotyön perim-

mäinen tavoite on laadun parantaminen huomioiden hoidon tuloksia, turvallisuutta sekä taloudellisuutta. Näyttöön perustuva toiminta yhtenäistää perusteettomasti vaihtelevia hoitokäytäntöjä parhaaseen mahdolliseen tietoon perustuen (Korhonen ym. 2018,11).

Korhonen, Siltanen, Hahtela ja Holopaisen (2018, 6) mukaan näyttöön perustuvaa tutkimusta ei edelleenkään hyödynnetä riittävän tehokkaasti. Muun muassa hoitotyön asiantuntijat tarvitsevat tietoa näyttöön perustuvasta toiminnasta ja sen vaatimuksista. Hoitotyöntekijöiden näytön käyttöönoton taitojen vahvistaminen on tärkeää, jotta pystymme ylläpitämään korkeaa hoidon laatua, olla johdonmukaisia ja tehdä laadukasta potilastyötä. (Elomaa & Mikkola 2010, 6; Saunders 2016, 10.) Myös Pitkäsen (2018, 35) mukaan uuden toimintamallin käyttöönotossa on huomioitava aloitusvaiheen käytännön asiat kuten esimerkiksi riittävä tiedonsaanti sekä ajan käytön huomioiminen, sillä perushoitotyössä kiire antaa huonot mahdollisuudet tarkastella asioita eri näkökulmista eikä kiireellä saavuteta haluttuja tuloksia.

Seuraavissa luvuissa on kuvattu PARIHS –toimintamalli ja miten sen hyödyntäminen näytön vakiinnuttamisessa eli implementoinnissa mahdollistetaan. Lisäksi on suunniteltu näytön vakiinnuttamisen aikataulu (taulukko 4.) ja kuvattu näytön seuranta ja arviointi.

### 5.1 PARIHS-toimintamalli näytön vakiinnuttamisessa (suunnittelu)

Terveyspalveluiden tutkimuksen täytäntöönpanoa edistävänä toimintana PARIHS-toimintamalli on moniulotteinen kehys, joka on kehitetty näytön täytäntöönpanon käsitteellistämiseksi.

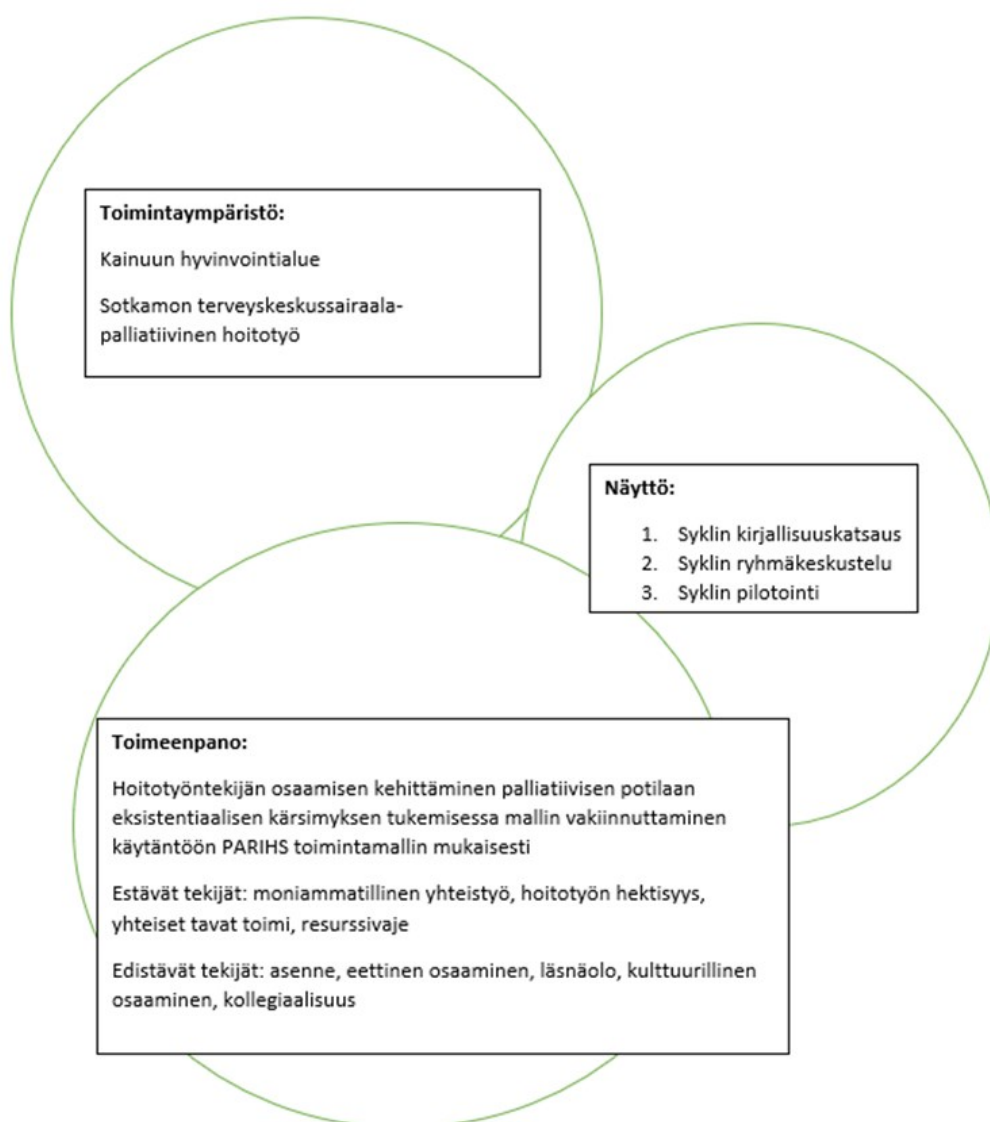
Implementointimallina PARIHS sopii näytön implementointimalliksi, koska toimintamallissa implementoinnin tärkeät tekijät ovat näyttö, toimintaympäristö ja toimeenpano. Näytön (evidence) tulee olla otettu erilaisista luotettavista lähteistä. Näyttöä voidaan kerätä tutkimuksista, kliinisistä kokemuksista tai paikallisesta tiedosta. (Kitson, Rycroft- Malone, Harvey, McCormack, Seers & Titchen 2018, 3). Tässä opinnäytetyössä näyttö otettiin ensimmäisessä syklissä kirjallisuuskatsauksen tuloksista, toisessa syklissä ryhmäkeskustelun tuloksista ja kolmannessa syklissä hoitotyöntekijöiden pilotoinnin arvioinnin tuloksista. Yleisesti tutkimuksesta saatu tieto antaa aihetta ajattelulle ja monipuolistaa arkitiedon luomaa kuvaa asioista ja tilanteista sekä antaa uusia ideoita oman työn kehittämiseen (Hirsjärvi ym. 2018, 20).

Kuviossa 7. toimeenpano (facilitation) kuvataan tekniikkana, jolla näyttöön perustuvan toiminnan viemistä helpotetaan toimintaympäristöön (context) ja jonka avulla henkilö (fasilitaattori) helpottaa toisten toimintaa (Kitson ym. 2018, 3.)

Näytön vakiinnuttamisessa toimintaympäristön (context) on oltava muutokselle vastaanottava, ja muutoksen tulee olla tarkoituksenmukaista. Toimintaympäristönä Sotkamon terveystieteiden keskus ja sen hoitohenkilöstö on innovatiivinen ja kehitysmuutoksen, jonka vuoksi opinnäytetyöprosessin aikana saatuja tuloksia on jo pystytty hyödyntämään palliatiivisten potilaiden hoitotyössä. Palliatiivisten potilaiden kanssa on käyty vuorovaikutuksellisia keskusteluja ja ne on kirjattu potilastietojärjestelmään, josta koko hoitohenkilöstö on pystynyt niitä hyödyntämään hoitotyössään.

Näytön vakiinnuttamisen prosessissa fasilitoinnin tarkoituksena on tehdä näkyväksi implementoitavan tiedon merkityksellisyys. Fasilitoinnin tarkoitus saattaa vaihdella avun tarjoamisesta tavoitteen saavuttamisen tukemiseen. Näytön vakiinnuttamisessa on tärkeää, että yksittäiset hoitotyöntekijät voivat osallistua analysoimaan, pohtimaan ja muuttamaan omia asenteitaan sekä työskentelytapojaan. (Kitson 2008, 9.)

Palliatiivisen hoitotyön kliinisen asiantuntijuuden osaamistani tulee hyödyntää koko työyhteisön käyttöön, yksittäiset hoitotyöntekijät huomioiden, muun muassa dialogisesti keskustellen. Lähijohtajana ja kliinisenä asiantuntijana olen tietoinen hoidettavista potilaistamme, etenkin palliatiivisten potilaiden tunnistaminen mahdollistaa osaamisen johtamista päivittäisessä hoitotyössä ja edesauttaa näytön vakiinnuttamisessa fasilitoinnin (toimeenpanon) näkökulmasta. Fasilitaattorina ja lähijohtajana pystyn mahdollistamaan työyhteisön yhteisen kehittämisen aikataulutukseksi.



Kuvio 7. Näyttöön perustuvan toimintamallin käyttöönotto PARIHS-mallin mukaisesti

Uuden tiedon soveltamisen esteiden tunnistaminen on tärkeää, jotta ne voidaan ylittää ja päästään näyttö vakiinnuttamaan. Näyttöön perustuvan toiminnan edistävät tekijät voivat olla kuvion 7. mukaisesti muun muassa asenne oman osaamisen kehittämiseen, eettinen osaaminen, läsnäolo, kulttuurinen osaaminen ja kollegiaalisuus. Näyttöön perustuvan toiminnan estäviä tekijöitä voivat olla yhteisö- tai yrityksen johdon tasolla moniammatillinen yhteistyö, hoitotyön hektisyys, yhteiset tavat toimia ja resurssivaje. Yksilötasolla tai yrityksen johdon tasolla estävät ja edistävät tekijät tulee saada arvioitua ennen yhteisen kehittämisen aloittamista. Huomioitavaa on, ettei hyvä käytäntö kehity, ellei näytön käyttöönotto toteudu hyvin.

Hotuksen (2023) mukaan näytön käyttöönnotossa on tavoitteena sitouttaa keskeisiä sidosryhmiä perustamaan päätöksenteon ja kehittämistyön näyttöön sitouttaen heitä toiminnan laadun ja yhtenäisten näyttöön perustuvien käytäntöjen jatkuvaan kehittämiseen. Hoitotyöntekijöiden näkemykset, ammatillinen osaaminen sekä vakiintunut toimintatapa, voivat vaikuttaa merkittävästi näytön vakiinnuttamisessa yksikköön (Harvey & Kitson 2016, 5).

## 5.2 Näytön implementointi PARIHS-toimintamallin mukaisesti (toiminta)

Hoitotyöntekijät ovat suuri ammattiryhmä, joiden osaamisella on merkittävä vaikutus siihen, mihin tietoon terveydenhuollon toiminta perustuu, ja miten laadukkaita terveydenhuollon palvelut ovat. Myös yhteiskunnallisesti terveydenhuollon laadun kehittäminen näyttöön perustuen edellyttää, että hoitohenkilökunnan näyttöön perustuvan toiminnan osaamisvaatimukset näyttöön perustuvassa toiminnassa määritellään selkeästi ja läpinäkyvästi. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 77.)

Hoitotyön hektisyys tunnistetaan näyttöä estäväksi tekijäksi tutkimuksenkin mukaan (Hietanen 2015, 244.) Lähijohtamisen näkökulmasta potilaiden tai omaisten kanssa käytävään vuorovaikutukselliseen keskusteluun ja kohtaamiseen tulee mahdollistaa aikaa olla läsnä. Rauhallinen läsnäolo ja hiljaisuuden sietäminen ovat usein edellytyksiä sille, että potilas voi ottaa esille kipeitä ja henkilökohtaisia asioitaan. Esille voi tulla lähestyvän kuoleman merkitys potilaalle, sekä asiat, jotka hän kokee vielä tärkeiksi. Onnistuessaan kohtaamisessa aito ja henkilökohtainen läsnäolo ovat kokemuksena mieleenpainuvia myös hoitotyöntekijälle. Sillä voi olla vaikutusta yksilön työhyvinvointiin. (Hietanen 2015, 244.)

Korhosen ym. (2018, 78) Hoitotyöntekijän näyttöön perustuvan hoitamisen osaaminen muodostuu ammatillisesta osaamisesta eli tietämys potilasryhmän hoitoon liittyvistä asioista sekä taidosta hyödyntää parasta mahdollista näyttöä, kuten suosituksia potilaan hoitoon liittyvissä päätöksissä. Hoitotyöntekijän ydinosaamista on siis näyttöön perustuvassa toiminnassa kyky integroida paras mahdollinen näyttö potilaan mieltymyksiin ja mahdollisuuksiin sekä työntekijän kliiniseen kokemukseen. Näyttöön perustuvan toiminnan päätöksenteon edellytyksenä on, että ammatillainen kykenee etsimään ja arvioimaan tutkimusnäyttöä ja integroimaan sen käytäntöön.

Opinnäytetyössä toimintaympäristönä terveyskeskussairaalan hoitohenkilöstö on viime vuosina ollut mukana kehittämässä palliatiivisen potilaan ja saattohoitopotilaan hoitotyötä. Projektiryh-

mäläiset olivat aktiivisia osallistujia opinnäytetyön pilotoinnissa, ja mahdollistavat hoitotyöntekijän osaamisen kehittämistä toimien myös näytön vakiinnuttamisessa työyhteisöön, toimien muutosagentteina näytön vakiinnuttamisessa. Heillä on osaamista tukea työyhteisöä sekä yksilöä muutoksessa. Opinnäytetyöntekijänä oman osaamisen kehittymisen myötä palliatiivisten potilaiden hoitotyön kehittäminen on ollut yksi yhteinen tavoite ja keskeinen tehtävä hoitotyön osaamisen kehittämisen johtamisessa.

Taulukossa 9. on kuvattu näytön käyttöönoton toimeenpano prosessin aikataulu. Näytön vakiinnuttamisen kokonaisvastuu on lähijohtajalla, joka toimii tämän opinnäytetyön tekijänä sekä tulee toimimaan näytön käyttöönotossa työyhteisössä fasilitaattorina. Muutosagenttien eli projektiryhmäläisten osaamista ja kokemusta hyödynnetään vertaistukena koko näytön käyttöönoton prosessin ajan. Muutosagenttien avulla näytön vakiinnuttamisella tavoitellaan potilaiden parasta ja kehitetään hoitotyön osaamista (Pitkänen 2018, 3).

TAULUKKO 9. Näytön käyttöönoton toimeenpano prosessin aikataulu

<b>TAVOITE</b> PARIHS-mallin mukainen implementointisuunnitelma, joka tukee hoitotyöntekijän osaamisen kehittämistä palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa				
Toimenpiteet	Aikataulu	Mittari	Arviointi	Vastuuhenkilö
Opinnäytetyön esittäminen	Syys- loka-kuussa 2023 -kolme eri esittämiskertaa	Opinnäytetyö on esitetty syys-lokakuun aikana  - opinnäytetyö on koko työyhteisön luetta-vissa	Opinnäytetyö on esitetty kolme kertaa syys-lokakuun aikana -lukukuittaukset kaikilta	Opinnäytetyöntekijä ja kaikki hoitotyöntekijät
Näyttöön perustuvan hoitotyön tutkimustulosten esittäminen ja uuden toimintamallin käyttöön ottaminen	Marraskuussa 2023	Työyhteisöstä kaikki hoitotyöntekijät ovat olleet mukana esittelyssä ja uuden toimintamallin käyttöönotto etenee	Palautekeskustelut jokaisen esittelykerran jälkeen	Opinnäytetyöntekijä ja terveyskeskussairaalan kaikki hoitotyöntekijät
	Joulukuussa 2023	Dialoginen keskustelu uuden toimintamallin käyttöönotosta, sen haasteista ja mahdollisuuksista	Hoitotyöntekijöiden suullinen palautekeskustelu	Opinnäytetyöntekijä ja projektityöntekijät eli muutosagentit

Näytön vakiinnuttaminen (vuorovaikutukselliset keskustellut palliatiivisten potilaiden kanssa)	Tammikuussa 2024	Työyhteisöstä suurin osa hoitotyöntekijöistä on toteuttanut vuorovaikutuksellisen kohtaamisen	Palautekeskusteluja osastokokouksissa  Potilaiden ja omaisten palautteet	Opinnäytetyöntekijä, muutosagentit, hoitotyöntekijät
Uusi toimintamalli otettu käyttöön koko työyhteisössä	Helmikuussa 2024	Työyhteisöstä kaikki hoitotyöntekijät ovat toteuttaneet vuorovaikutuksellisen kohtaamisen  -mahdolliset muutokset toimintamallin käyttöönotossa huomioitu	Palautekeskusteluja osastokokouksissa  Potilaiden ja omaisten palautteet	Lähijohtaja/opinnäytetyöntekijä, muutosagentit, hoitotyöntekijät
	jatkuva	Työyhteisön hoitotyöntekijät käyvät vuorovaikutuksellisia kohtaamisia palliatiivisten potilaiden kanssa	Jatkuva palaute suullisena hoitotyöntekijöiltä  Potilaiden ja omaisten palautteet.  Kehityskeskustelut (oman osaamisen kehittäminen)	Lähijohtaja/opinnäytetyöntekijä ja hoitotyöntekijät   Lähijohtaja ja hoitotyöntekijä

Osaamisen johtamisen näkökulmasta tavoitteena on jäsentää, kirkastaa ja innostaa työyhteisöä muutokseen. Hoitotyön johtamisella saavutetaan näyttöön perustuvan toiminnan toteutus ja kehittäminen (Korhonen 2018, 11). Näyttöön perustuvan toiminnan muutokset koskettavat koko työyhteisöä. Toimintamallin muutoksella tavoitellaan muun muassa potilastyytyväisyyden lisääntymistä potilaiden loppuelämän elämänlaadun paranemiseksi. Myös hoidon laadun paraneminen sekä hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittyminen on tavoitteena. Lähijohtamisen näkökulmasta on huomioitava, että muutos uuden toimintamallin käyttöönotossa voi aiheuttaa työntekijöissä huolenaiheita tai jopa väärinkäsityksiä, joten on tärkeää huomioida muutoksen johtamisessa henkilöstön tarve tulla kuulluksi (Järvinen 2016, 101). Tämän vuoksi näytön vakiinnuttamisen käyttöönoton arvioinnissa huomioidaan yhteiset palautekeskustelut työyhteisön ja muutosagenttien kanssa.

Arvioinnissa hyödynnetään palautetta myös potilailta ja heidän omaisiltaan. Pilotoinnissa mukana ollut terveystieteiden keskus on kerännyt myös kirjallista palautetta palliatiivisten potilaiden ja

saattohoidettavien potilaiden omaisilta jo vuodesta 2019. Palautetta toivotaan edelleen kirjallisesti palliatiivisten potilaiden ja saattohoidettavien potilaiden hoitotyöstä omaisten kokemana. Palautteista keskusteleminen on edistänyt hoitotyön osaamisen kehittämisen näkökulmasta palliatiivista hoitotyötä ja saattohoidon hoitotyötä yksikössä. Saatuja palautteita on käsitelty yhteisesti hoitohenkilökunnan kanssa osastokokouksissa ja toimintaa on pyritty parantamaan palautteiden perusteella. Myös omaisilta saatu suullinen palaute on pyritty jakamaan kaikkien työyhteisön hoitotyöntekijöiden kesken yhteisissä kokouksissa tai arjessa muun muassa kahvipöytäkeskustelujen lomassa. Suullisen palautteen kirjaamiseen ei ole ollut vakiintunutta toimintatapaa.

Osaamisen kehittämistä varten on yksikössä aiemmin kehitetty palliatiivisten potilaiden ja saattohoidettavien potilaiden hoitoneuvotteluiden tueksi tarkastuslista. Tarkastuslistan kehittäminen hoitoneuvotteluiden tueksi oli yksi Edupal -hankkeen palliatiivisiin erikoistumisopintoihin vuonna 2019 liittyvä oppimistehtävä. Lisäksi palliatiivisten sedaatioiden koulutusta sekä ohjeistusta on yksikössä täsmennetty. Myös hoitotyön kehittämisessä on kehityskeskustelujen yhteinen tavoite ollut vuodesta 2020 palliatiivisen hoitotyön kehittäminen, niin yksilö -kuin työyhteisötasolla.

Moniammatillisen yhteistyön merkitys näytön vakiinnuttamisessa tunnustetaan, mutta moniammatillisen yhteistyön haasteet eivät ole ratkaistavissa lyhyellä aikajänteellä. Potilaan oikeus tulla kuulluksi, saada informaatiota sekä diagnoosista että ennusteesta sekä eri hoitovaihtoehtoista rehellisesti, on käytännön lääketieteen ydin ja palliatiivisen potilaan hoitotyön kulmakivi, jolla tavoitellaan potilaan parasta ja loppuelämän hyvää elämänlaatua (Mattila 2002, 57.) Moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta lääkäreillä tulee myös olla osaamista palliatiivisesta hoitotyöstä sekä saattohoidon hoitotyöstä terveydenhuollon kaikilla tasoilla (Mäenpää, Lamminmäki, Kaakinen & Hökkä 2021, 182.) Myös tämän opinnäytetuloksista ilmenee, että moniammatillista hoitotyötä tulisi parantaa, jotta potilas saa parasta mahdollista käytettävissä olevaa hoitoa välttämättä turhilta hoitotoimenpiteiltä, turhalta toivolta paranemisesta tai omaiset epärealistista käsityksistä omaisensa sairauden kulusta.

Tämän opinnäytetyön tulokset potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisesta nivoutuvat hoitotyöhön yhteistyössä potilaiden ja omaisten kanssa. Potilaita hoitavan henkilökunnan yhteistyö ja yhteinen päämäärä potilaan parhaaksi on yksi tärkeimmistä hoitotyön tavoitteista palliatiivisessa hoitotyössä. Huomioitavaa on myös kivunhoidossa ymmärtää potilaan kuolemanpelko, ristiriitaiset ihmissuhteet, turvallinen hoitosuhde sekä selkeä vuorovaikutus vaikuttavina. Holistisen hoitokäsityksen hoidossa oireita ei tarkastella vain fyysisinä ilmiöinä, vaan myös henkisen, sosiaalisen ja hengellisen hyvinvoinnin näkökulmasta. Vahvuudet tai vaikeudet jollakin olemisen



alueella vaikuttavat psyykkiseen, sosiaaliseen ja eksistentiaaliseen olemassaoloon. (Mattila 2002, 47–48.)

### 5.3 Näytön implementoinnin seuranta ja arviointi

Näyttöön perustuvaan toimintaan kuuluu olennaisesti arviointi. Yhtenäisten käytäntöjen kehittäminen työyksikköön edellyttää olemassa olevien käytäntöjen kriittistä arviointia ja kehittämistarpeiden tunnistamisista. Arvioimalla toimintaa, voidaan joko vahvistaa olemassa olevia toimintamalleja tai muuttaa niitä. Arvioinnilla myös tunnistetaan, minkälaisesta muutoksesta on kyse. (Hotus 2023,12.)

Kuviossa 8. on kuvattu tiedon tuottaminen näytön käyttöönottoon sekä näytön vakiinnuttamiseen. Näytön käyttöönoton arviointi kohdistuu siihen, missä määrin näyttö on käytössä sekä miten täsmällisesti käytäntö vastaa sovittua tapaa. Arvioinnissa kootaan myös tietoa uuden ja uudistetun toimintatavan sujuvuudesta, henkilöstön ja potilaiden uuteen toimintatapaan liittyvistä käsityksistä ja kokemuksista sekä niistä esteistä, jotka hidastavat näytön käyttöönottoa organisaatio- ja yksilötasolla. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 128.)



Kuvio 8. Prosessiarvioinnin sekä käyttöönottamisen arvioinnin suhde näytön vakiinnuttamiseen (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 128)

Korhosen ym. (2018, 129) mukaan näytön mittaamiseen arvioinnissa ei riitä henkilöstön tai asiakkaiden tai potilaiden tyytyväisyyden mittaaminen. Näytön käytön täsmällisyyttä ja laatua arvioitaessa selvennetään syy-seurausmekanismeja ja tunnistetaan niitä toimintaympäristöön sidoksissa olevia tekijöitä, joilla on yhteys tulosten vaihteluun. Lisäksi sen avulla voidaan paljastaa, miten yhdenmukaista näytön käyttäminen on määrällisesti ja laadullisesti sekä etsiä selityksiä esiintyvälle vaihtelulle. Prosessiarvioinnin tavoite on johtaa prosessin kehittämiseen. Jos tulokset osoittavat puutteita näytön hyödyntämisessä, osaamisen johtamisen tarkoituksena on varmistaa henkilöstön riittävä osaaminen ja ohjeiden riittävyys.

Johtamisen näkökulmasta Pitkäsen (2018, 57-58) mukaan on tärkeää toteuttaa näytön vakiinnuttaminen (implementointi) osallistavana ja tavoitteiltaan yhdenmukaisena. Johtamisen tavoitteena on tavoitella potilaan parasta, huomioiden potilaan hoitoprosessi eri vaiheineen. Johtamisessa tärkeää on pitää huoli hoitohenkilöstön osaamisen johtamisesta sekä jatkuvan palautteen antamisesta muutosprosessin aikana. Myös hoitoyhteisön tiedottamisen jatkuminen on tärkeää muutoksen edetessä. On tärkeää, että kaikki tietävät, miten muutos on käynnistynyt ja miten se on edennyt ja miten on päästy lopulta tavoitteisiin.

Tutkimuksen mukaan näyttöön perustuvan toiminnan tulosten arviointiin on harvoin aikaa (Korhonen ym. 2018, 32.) Uuden toimintamallin, näyttöön perustuvan toiminnan, vakiinnuttamisen arviointia tulee tehdä jatkuvasti. Näyttöön perustuvan toiminnan arviointiin tulee mahdollistaa aikaa hoitotyössä. Uuden toimintamallin käyttöönoton seuranta ja arviointia varten työyhteisön yhteiset keskustelut näytön vakiinnuttamisessa mahdollistavat toimintamallissa ilmenneitä uusia käytäntöjä, kuten pilotointia varten suunnitellun vuovaikutteisen kohtaamisen tukilistan kysymysten muutostarpeen tunnistamiseen. Muutoksia tukilistan kysymyksiin tehdään, mikäli ne koetaan tarpeellisiksi. Lisäksi on tarpeellista arvioida, miten hoitotyöntekijät ovat kokeneet uuden toimintamallin kehittäneen heidän osaamistaan palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa. Hoitotyöntekijöiden kehityskeskustelut tukevat henkilökohtaisen osaamisen kehittymisen arviointiin näkyvyyttä sekä mahdollisia uusia tavoitteita oman osaamisen kehittämiseen palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa. Myös arviointia hoitotyön vaikuttavuudesta osaamisen kehittyessä tulee toteuttaa ja rohkeasti kehittää hoitotyötä kohti parempaa hoitotyön vaikuttavuutta.

## 5.4 Lähteet

Elomaa, L. & Mikkola, H. (2010). Näytön jäljillä. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaalia 12. Turku.

Harvey, G. & Kitson, A. (2016). PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Harvey and Kitson Implementation Science* 11(33), 1–13. DOI 10.1186/s13012-016-0398-2

Hietanen, P. 2015. Sanallinen ja sanaton viestintä. Teoksessa Saarto, T., Hänninen J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 244–245

Hirsjärvi S., Remes, P., & Sajavaara, P. (2018). Tutki ja kirjoita. Porvoo: Bookwell Oy.

Hotus (2022c). Näyttöön perustuva terveydenhuolto. Saatavilla 5.10.2022. <https://www.hotus.fi/nayttoon-perustuva-terveydenhuolto/>

Hotus (2023b). Toteutuuko näyttöön perustuva toiminta suomessa? Saatavilla 16.8.2023. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/npt-raportti-digi-26-2-2018.pdf>

Järvinen, P. (2016). Onnistu esimiehenä. Liettua: Talentum Media Oy.

Kainuun hyvinvointialue. (2023). Strategia. Saatavilla 13.5.2023. <https://hyvinvointialue.kainuu.fi/strategia>

Kent, B. (2019). Implementing research findings into practice: frameworks and guidance. *Int J Evid Based Healthc* 17, 18-21. DOI: 10.1097/XEB.0000000000000195

Kitson, A., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, Seers, K. & Titchen, A. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. *BioMed Central* 3 (1), 1-12. doi:10.1186/1748-5908-3-1

Kivinen, T., Vanjusov, H & Vornanen, R. (2020). Teoksessa A. Hujala & H. Taskinen (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala (2020). Tampere: Tampere University Press, 267–293. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. (2018). Näyttöön perustuva toiminta. Tarpeista tuloksiin. Hoitotyön tutkimussäätiö. Helsinki: BoD – Books on Demand.

Korhonen, T., Siltanen, H., Hahtela, N. & Holopainen, A. (2018) Toteutuuko näyttöön perustuva toiminta Suomessa? Raportti nykytilasta hoitotyön edustajien kuvaamana. Hotus. Helsinki. Saatavilla 11.8.2023 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/npt-raportti-digi-26-2-2018.pdf>

Mattila, K-P. (2002). Syöpäpotilaan palliatiivisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Mäenpää, P., Lamminmäki, A-M., Kaakinen, P. & Hökkä, M. (2021). Potilaiden ja läheisten kokemuksia lääkärin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 58 (2), 182–190.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Saatavilla 14.2.2023. <https://www.kaypahoito.fi/>

Pitkänen, I. (2018). Muutosagenttitoiminnan johtaminen näyttöön perustuvassa toiminnassa. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos, Itä- Suomen yliopisto. Saatavilla 18.9.2022. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20180314>

Pälli, P. & Lillqvist, E. (2020). Diskurssianalyysi. Teoksessa M. Luodonpää-Manni, M. Hamunen, R. Konstenius, M. Miestamo, U. Nikanne, U. & K. Sinnemäki (toim.) Kielentutkimuksen menetelmiä II. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junttila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. (2022). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8>

Saunders, H. (2016). Nurse's readiness for evidence-based: Implementing the paradigm shift of transforming evidence for clinical practice. Terveystieteiden tiedekunta nro 2491. Itä-Suomen Yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2167-3>

## 6 Pohdinta

### 6.1 Oman asiantuntijuuden kehittyminen

Opinnäytetyö oli työelämälähtöinen kehittämistehtävä työyksikköön. Työn tilaajana oli Kainuun Sote (nykyään Kainuun hyvinvointialue), joka Yhdessä Ihmisen Parhaaksi -hankkeen yhtenä tavoitteena asetti palliatiivisen osaamisen kehittämisen yhteistyössä muiden hanketoimijoiden, tässä yhteydessä Kajaanin ammattikorkeakoulun, kanssa. (Kainuun sote 2022.)

Opinnäytetyön aihe valikoitui palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisen osaamisvajeen tunnistamisesta työyksikössä. Henkilöstö ei ollut aiemmin keskustellut systemaattisesti henkisen tuen tarpeesta potilaiden ja omaisten kanssa, vaan kohtaamiset ovat liittyneet paljolti perussairauden hoitoon ja keskusteluun potilaan voinnista yleisesti. Keskusteluissa ennen pilotoinnin aloittamista projektiryhmäläisten näkemysten ja kokemusten perusteella valittujen pilotoitujen hoitotyön auttamismenetelmien käyttäminen palliatiivisen potilaan hoitotyössä, eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa, koettiin tärkeäksi ja merkittäväksi ymmärtää potilaan elämänlopun kannalta. Mikäli potilas ei tule kuulluksi, voivat kohtaamiset jäädä pinnallisiksi ja potilaiden eksistentiaalinen kärsimys korostua. Mönkkönen (2020, 17) muun muassa perustelee, että sosiaali- ja terveysalalla asiakkaan/ potilaan auttaminen voi palvelujärjestelmien muuttuessa taktiseksi, muuttaa asennoitumista kohtaamisia kohtaan, joita ei enää pidetä arvokkaana. Huoli siitä, että kohtaava läsnäolo muuttuu tehokkuusvaatimusten paineessa liian tekniseksi, rutinoituneeksi, on suuri. Huoli on aiheellinen, sillä tämän opinnäyte tulosten mukaan muun muassa hoitotyön hektisyys todennettiin estäväksi tekijäksi vuorovaikutuksellisessa kohtaamisessa.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon asiantuntijatyöryhmän laatukriteereissä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon A-tasolla työyksilössä tulee olla valmius ja osaamista järjestää potilaille ja heidän läheisilleen psykososiaalista, henkistä ja hengellistä tukea. Työyhteisössä on mahdollisuus myös konsultoida henkisen ja hengellisen tuen ja psykososiaalisen tuen ammattilaisia. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle luotujen laatukriteereiden suosituksen mukaan A-tason terveyskeskusvuodeosaston henkilöstömitoituksen sekä koulutuksen lisääminen tulee olemaan yksi kehittämisen kohde. Lisäksi suosituksissa henkilöstön koulutusvaatimuksista ilmenee, että osalla hoitotyöntekijöitä tulee olla todennettavissa olevaa ja ajantasaista jatkokoulutusta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. (Saarto ym. 2019, 188.) Tämä opinnäytetyö on omalta osaltaan mah-

dollistanut palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittämistä eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa vuorovaikutuksellisen kohtaamisen avulla. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallisen laatusuosituksen mukaisesti hoitohenkilöstöllä tulee olla korkeatasoista osaamista henkisen ja hengellisen tuen tarjoamisesta palliatiivisille potilaille ja heidän omaisilleen (Saarto ym. 2022, 33).

Työelämälähtöinen opinnäytetyö on ollut haastava työelämän muutosten, kansallisen sekä globaalinkin tilanteen muutosten vuoksi. Koronapandemia-aika on lisännyt työn vaativuutta, unohtamatta kansallisesti vallitsevaa hoitajavajetta, jonka vaikutus on näkynyt niin potilas- kuin lähihohtajan työssä. Kevan (Eläkevakuuttaja Keva) ennusteen mukaan kuntasektorin työvoimaennusteen mukaan hoitotyöntekijöiden työvoimapulaan laadittu ennuste ei lupaa helpotusta (Keva 2023). Tilanne on vaatinut kaikilta hoitotyöntekijöiltä joustamista. Kehittämistyöhön vaativan ajankäytön hallinta voi olla haasteellista hoitotyöntekijöille. Olen pyrkinyt opinnäytetyön tekijänä aktivoimaan ja osallistamaan projektiryhmäläisiä työelämän aikataulullisista haasteista huolimatta. Koen yhteiseen kehittämiseen tärkeänä, koska työelämän muutokset ja uudet tavat tehdä hoitotyötä, motivoivat hoitotyöntekijöitä jaksamaan työssään.

Ensimmäisen ja toisen syklin aineistojen hankinta vei paljon opinnäytetyöntekijän resurssia. Etenkin ryhmäkeskustelujen järjestäminen sekä induktiiviseen sisällön analyysiin oli varattava aikaa. Opinnäytetyön prosessia helpotti työstä järjestynyt opintovapaa, jolloin prosessiin pystyi keskittymään syvällisemmin. Opintovapaa tarkoittaa vapautusta työstä tietyksi ajaksi. Tämä oli tietoinen valinta, muutoin opinnäytetyöprosessi ei olisi edennyt. Ulkopuolista rahoittajaa opinnäytetyöhön ei ollut käytettävissä. Kaikki kulut olivat opinnäytetyöntekijän itse maksettava. Kuluja tuli muun muassa kirjastolla käymisestä lähdemateriaalia hankittaessa ja muutamien lähdekirjojen ostamisesta oli myös välttämätöntä. Kuluja tuli myös kopioinnista sekä tulosteista.

Työskentely terveystieteiden sairaaloiden hoitotyöntekijöinä on antoisaa, mutta se vaatii tiimityöskentelyosaamista paitsi hoitohenkilöstöltä myös potilaita hoitavilta lääkäreiltä. Kirjallisuuskatsaukseen haettujen tutkimusten tulosten perusteella potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen hoitotyötä helpottaa lääkäreiden halu keskustella potilaiden diagnooseista sekä ennustettavissa olevasta elinajasta sekä rehellisesti sairauden johtamisesta kuolemaan (Siouta, Heylen, Aertgeerts, Clement, Janssens, Van Cleemput & Menten 2019, 1). Tämä tulisi mahdollistaa myös perusterveydenhuollossa palliatiivisen potilaan hoidon ja hoitotyön yhdeksi kehittämisen kohteeksi lääketieteen näkökulmasta.

Yhteistyö ja yhteisymmärrys potilaiden hoitotyössä, paitsi hoitotyön ammattilaisten, mutta ennen kaikkea potilaan, hänen omaistensa sekä lähimmäisten kanssa, olisi turvattava. Lääkärin osaamisen kehittyminen ilmenee erityisesti kykynä tunnistaa yksittäisen potilaan hoidon haasteita. Tämä on tärkeää, sillä yhteistyö ja yhteisymmärrys potilaan hoidosta tulee vallita myös potilasta hoitavien ammattilaisten kesken. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.)

Kainuun hyvinvointialueella henkilöstön osaamisen kehittäminen on osa palvelu- ja henkilöstöstrategiaa. Toiminnan sujuvuus, laatu ja tavoitteiden saavuttaminen turvataan osaamisen kehittämisellä. Opinnäytetyö tulee hyödynnettäväksi Kainuun hyvinvointialueen eri työyksiköihin, joissa hoidetaan palliativisia potilaita. Lisäksi Kainuun Soten yhtenä tavoitteena oli Yhdessä Ihmisen Parhaaksi – hankkeessa kehittää ammattilaisten osaamista yhteistyössä Kajaanin Ammattikorkeakoulun henkilöstön kanssa. (Kainuun hyvinvointialue 2023.) Tämä opinnäytetyö vastaa osaltaan hoitotyöntekijän osaamisen kehittämiseen Sotkamon terveystieteiden sairaalan palliativisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa. Opinnäytetyön tuloksia tulee hyödyntää myös muissa hyvinvointialueen yksiköissä, joissa hoidetaan palliativisen hoitotyön ja saattohoitotyön potilaita.

Palliativista hoitotyötä tekevien työyksiköiden tulee saada riittävät resurssit ja osaavaa henkilöstöä tekemään laadukasta hoitotyötä, myös potilaan henkisen, hengellisten sekä eksistentiaalisen osaamisen suhteen. Tämä ilmenee myös tämän opinnäytetyön tuloksista, jossa muun muassa pilotoinnin aikana hoitotyöntekijät olisivat hyötynneet käytettävissä olevasta lisäresurssista, jotta jo alkuun päässyt keskustelu omaisten tai potilaan kanssa ei olisi keskeytynyt toisen potilaan, akuutin hoitotyön vuoksi. Saarto ym. (2019, 30) toteavat myös riittävän henkilöstömitoituksen mahdollistavan laadukkaan hoidon ja varmistavan osaltaan myös henkilöstön työhyvinvoinnin.

## 6.2 Luotettavuus

Toimintatutkimusta arvioidaan *historiallisen jatkuvuuden, reflektiivisyyden, dialektisuuden, toimivuus ja havahduttavuus* kriteereiden avulla (Heikkinen & Syrjälä 2010, 147–161). Seuraavissa luvuissa on kuvattu toimintatutkimuksen arviointia edellä mainittujen kriteereiden avulla.

### 6.2.1 Historiallinen jatkuvuus

**Historiallinen jatkuvuus** tarkoittaa Heikkisen (2010, 149 – 150) mukaan, että sen periaatteen mukaan toimintatutkimusprosessi sijoittuu tiettyyn historialliseen, poliittiseen ja ideologiseen yhteyteen. Toiminnan kehittymistä voidaan tarkastella yhteiskunnallisena ilmiönä, mutta myös sosiaalisen yhteisön toimintahistoriallisena jatkumona esimerkiksi työpaikalla. Kuvaamalla opinnäytetyön raportoinnissa tapahtumien esittäminen ajallisesti etenevänä sarjana, opinnäytetyöntekijä on tarjonnut lukijalle mahdollisuuden seurata kehittämistehtävän tapahtumien syy- seurauksketjua. Historiallisen jatkuvuuden näkökulmasta eksistentiaalisen kärsimyksen tuen hoitotyön keinoja voidaan hyödyntää tulevaisuudessa. Hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittymiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota, jotta potilaille voidaan mahdollistaa eksistentiaalista kärsimyksen tukea heidän loppuelämänsä viimeisinä aikoina myös terveyskeskussairaalassa jatkossakin.

### 6.2.2 Reflektiivisyys

Opinnäytetyö eteni toimintatutkimuksen metodologian mukaisesti, jolloin etenemistä rytmittivät suunnittelu, toiminta, havainnointi ja reflektointi. Ennen seuraavaa sykliä oli siis ratkaistava seuraavan syklin tarkoitus sekä tutkimuskysymys. Ohjaavan opettajan vahva tuki sekä ohjaus auttoivat opinnäytetyön tekijää prosessissa. Tässä opinnäytetyössä jokaisen tutkimusvaiheen toteutuminen on kuvattu, kuten se toteutui, ja se lisää tämän opinnäytetyön luotettavuutta. Liitteessä 8 on opinnäytetyön aineistohallintasuunnitelma, joka osaltaan varmistaa, että opinnäytetyössä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tarkoituksena on huolehtia siitä, ettei tutkimusaineisto vaarannu missään vaiheessa. (Kamk. 2023.)

**Reflektiivisyydellä** tarkoitetaan toimintatutkimusten syklien peruskäsitteitä. Tulosten reflektointia ennen uuden syklin aloittamista ja opinnäytetyön tekijän omaa pohdintaa siitä, minkälaisessa roolissa opinnäytetyön tekijä on toiminut opinnäytetyöprosessin aikana eli reflektio käynnistää seuraavan tutkimussyklin. Arvioidessa toimintaa ymmärrys lisääntyy, ja sen pohjalta suunnitellaan uusia toiminta- ja tutkimustapoja. Menetelmät kehittyvät ideoiden syntyessä niin toiminnassa kuin tutkimuksessa. (Heikkinen 2010, 154.) Toimintatutkimuksen luotettavuudella on pyrkimys reflektiiviseen ajatteluun ja sen avulla toiminnan parantamiseen. Opinnäytetyössä on valittu ja käytetty perusteltuja ja oikeanlaisia lähestymistapoja ja -menetelmiä tutkimusongelmien ratkaisuihin. Valitun metodologian mukaisesti syklimäinen eteneminen on toteuduttava jokaisessa spiraalissa ja se on kuvattava, kuten se on toteutunut. (ks. Puusa & Juuti 2020, 175.).



Reflektiivisyys kuvastui opinnäytetyössä syklimäisenä etenemisenä. Kirjallisuuskatsauksen hakuna käytettiin ammattikorkeakoulun tietokantoja Cinahl Ebscohost, Pub med sekä Medicin lisäksi manuaalisia hakuja. Kirjallisuuskatsauksen hakujen sekä sisäänotto- että poissulkukriteerit pidettiin suunnitelman mukaisina. Englanninkielisten artikkeleiden ja tutkimusten abstraktien ja tulosten käännöksessä käytettiin Google - sekä DeepL -kääntäjää, jolla varmistuttiin aineiston sisällön muuttumattomuudesta. Myös manuaalisia käännöksiä suoritettiin aineiston sisällön varmistamiseksi. Luotettavuutta lisäävät ensimmäisen syklin aineiston hankintana tehty kirjallisuuskatsaus, jossa valittiin katsaukseen mukaan otettavat tutkimukset huolellisesti, referoitiin ja tulokittiin ne rehellisesti ja puolueettomasti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2018, 260; Puusa & Juuti. 2020, 179; Tuomi ym. 2002, 164).

Ensimmäisen ja toisen sykliden aineiston hankintametodit soveltuivat lähtökohtaisesti tämänkaltaiseen opinnäytetyöhön, jossa selvitettiin aluksi kirjallisuuskatsauksen avulla, mitä tietoa jo aiemmissa tutkimuksissa oli aiheesta. Toisen syklin avulla kartoitettiin nykyosaaminen hoitotyöntekijöiden ryhmäkeskustelun perusteella. Oli tärkeää kartoittaa aiemmat tutkimustulokset sekä jo olemassa oleva osaaminen, jotta pystyttiin asettamaan kolmannen syklin tutkimuskysymys sekä tarkoitus hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämistä. Opinnäytetyön syklien tarkoitukset täsmentyivät prosessin edetessä. Opinnäytetyön raportoinnissa huomioitiin, että jokainen luku ja otsikko oli tarpeellinen. Myös lähteiden valinnassa, lähdetietojen merkinnässä sekä tulkinnassa pyrittiin olemaan täsmällinen, luotettava sekä luonteva. (Hirsjärvi jne. 2018, 54).

Lähdikirjallisuutta olisi voitu hyödyntää monipuolisemmin, jos lähdemateriaalia olisi ollut enemmän lainattavissa tai ostettavissa. Etenkin kansainvälisten lähteiden maksullisuus yllätti opinnäytetyöntekijän prosessin aikana. Materiaali oli saatavana paljon, tutkimukset olivat uusia, mutta niiden maksullisuuden vuoksi niitä jouduttiin hylkäämään. Lähdemateriaalin hankinnassa on pitäyditty mahdollisimman uusissa lähteissä, mutta lähteinä on käytetty myös vanhempia lähteitä, kuten Lindqvist vuodelta 1989. Valikoin sen lähteeksi, koska kirja on ensimmäinen ammatillinen kirja, jonka olen saanut vuonna 1995 eräältä terveydenhuoltoalan opettajalta lääkintävahtimestari-sairaankuljettajan ammattia harjoittaessani. Kirjan sivulta 68 löytyy lause ”*hoidon etiikan pohjaksi tarvitaan ihmiskäsitystä*” on pätevä edelleen tänäkin päivänä (Lindqvist 1989, 68), kannatellen omassa hoitotyön ammatissani edelleen.

Myös tässä opinnäytetyössä työyhteisö pystyi jo hyödyntämään ennen näytön implementointia kolmannen syklin pilotoinnin tuloksia hoitotyössään. Tulosten hyödyntäminen koettiin tärkeäksi palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisen kannalta. Näin jokaisen potilaan

yksilöllistä hoitotyötä pystyttiin toteuttamaan pilotoinnin aikana saatuja tietoja hyödyntäen. Hoitohenkilökuntaa kannustettiin hyödyntämään projektiryhmäläisten muistiinpanoja palliatiivisten potilaiden vuorovaikutuksellisen kohtaamisen raportoinnista sähköisistä potilasasiakirjoista. Lisäksi muuta hoitohenkilökuntaa motivoitiin kirjaamaan sähköiseen potilastietojärjestelmään potilaan toivon, läsnäoloon tai omaisten kohtaamisen liittyviä asioita, mikäli heillä oli uutta tietoa lisätä edellä mainittuihin asioihin. Keskustelua käytiin ennen pilotoinnin aloittamista yksikössä opinnäytetyöntekijän ja projektiryhmäläisten toimesta. Näistä keskusteluista ei tehty muistioita, vain informatiivinen Power Point –esitys, joka jäi yksikköön kaikkien luettavaksi. Näin saatiin mahdolliset muutokset, esimerkiksi toivon liittyen, tiedoksi kaikille potilaiden hoitotyötekeville hoitajille.

Luotettavuuden arviointiin vaikutti tutkimuksen raportointi, miten tutkimusaineisto oli koottu sekä analysoitu. Raportoinnissa on pyritty kuvaamaan tutkimusprosessi siten, että lukijat saavat siitä riittävästi tietoa, miten tutkimus toteutettiin, jolloin voidaan arvioida tutkimuksen tulosten analyysin ja raportoinnin luotettavuutta. (Tuomi 2002, 164.) Jokainen tutkimukseen valittava lähde arvioitiin JBI:n tutkimusten arviointikriteerien mukaisesti (Hotus 2023c). Tutkimusten laadunarviointi ja määritelty näytönaste ovat nähtävillä liitteessä 1. Tutkimusten luotettavuutta parantaisi toisen tutkijan rinnakkain toteuttama arviointi kirjallisuuskatsaukseen valituista lähteistä arviointikriteereiden mukaisesti. Tässä opinnäytetyössä tätä mahdollisuutta ei käytetty.

Raportin tulee vakuuttaa lukija siinä kuvattujen tulkintojen osuvuudesta. Tämä vaikuttaa myös tutkimustulosten uskottavuuteen. Lukijan on kyettävä seuraamaan tutkijan päättelyä ja halutesaan voida asettaa sen kritiikin kohteeksi. Luonteeseen kuuluu, että tutkimusta voidaan lukea ymmärtäen sen perustana olevat ratkaisut ja totuuden tavoittelun luonne sekä vakuuttua tekijän vilpittömyydestä tiedonhankinnassa ja tulkinnoissa. (Puusa & Juuti 2020, 178; Vilkkä 2020, 45). Opinnäytetyön raportoinnissa on pyritty vilpittömyyteen tiedonhankinnassa sekä sen tulkinnoissa. Tämä tarkoittaa, että opinnäytetyön raportoinnissa on esitetty prosessi kuvatulla tavalla, eikä siinä ole tekaistuja tuloksia. Tulosten ei pitäisi olla vääristeltyjä tai niistä olisi jäänyt tietoisesti esittämättä johtopäätösten kannalta olennaisia tuloksia pois. Myöskään toisten aineistoja, havaintoja tai tutkimustuloksia ei ole esitetty omissa nimissä. (Vilkkä 2020, 202.)

Kirjallisuuskatsaukseen haettiin tutkimuksia ammattikorkeakoulun tietokannoista kuten Cinahl. Tämän raportin kirjoittamisessa on hyödynnetty myös hoitotyöntekijöiden kommentteja raportoinnin jäsentämisessä ymmärrettävään muotoon. Käytettyjen lähteiden laatua on pyritty arvioimaan kriittisesti. Myös verkkolähteistä on huomioitu aineiston sijainti, ja se, mihin tarkoitukseen

se on alun perin tuotettu. Raportoinnissa käytettyjen kuvioiden luovallisuus on pyritty varmistamaan täsmällisin lähdetietoihin viitaten. (Vilka 2021, 120-121.).

Luotettavuutta arvioidaan myös tutkijan ja tutkimuksen kohteena olevien toimijoiden näkökulmasta. On muun muassa kuvattava, millä perusteella tutkimukseen osallistuvat toimijat on valittu. Lisäksi päätelmien raportointi tapahtuu vuorovaikutuksessa toimijoiden kanssa. (Puusa & Juuti 2020, 277; Tuomi ym. 2002, 164.) Ryhmäkeskustelun aineistosta oli pohdittava, ettei siitä tule käytettyä vain osaa tai mitään olennaista jäisi ottamatta huomioon. Luotettavuuden näkökulmasta oli pohdittava opinnäytetyön tekijän osuutta ryhmäkeskustelun moderoijana. Ryhmäkeskustelussa tärkein tehtävä moderoijana oli ohjata keskustelua eteenpäin, jotta keskustelusta saadun aineiston kyllästyneisyys saavutettiin. Tämä tarkoitti sitä, ettei ryhmäkeskustelu enää tuottanut tietoa keskustelun edetessä ja moderoijan esittäessä täydennettäviä kysymyksiä. Kun ryhmäkeskustelussa ei tullut enää uutta keskusteltavaa aiheesta, moderoija totesi keskustelun päättyneeksi sen jälkeen, kun ryhmäkeskustelun hoitotyöntekijätkään eivät kokeneet enää tarpeelliseksi jatkaa keskustelua. Koen, että ryhmäkeskustelu oli onnistunut nykykartoituksen aineistohankintametodina muun muassa siihen valikoitujen keskustelijoiden yhteisen kokemuksen, osaamisen sekä avoimuuden vuoksi (Vilka, 2020,77.)

### 6.2.3 Dialektisuus

Opinnäytetyön metodologiassa, toimintatutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa, **dialektisuudella** tarkoitetaan, että työn raportoinnissa on huomioitu erilaisia näkökulmia. Raportissa tulee kuvata osallistujien ”äänet” niin, että he voivat tunnistaa oman osallisuutensa tutkimukseen. (Heikkinen 2010, 154–155.) Opinnäytetyön aineiston keräämisen metodien ryhmäkeskustelun sekä hoitotyöntekijöiden pilotoinnin arvioinnin reflektiokirjaukset sisällytettiin opinnäytetyönraporttiin hyödyntäen alkuperäisilmaisuja. Näin lukija saa muodostettua oman käsityksensä ja tulkintansa aineistojen tuloksista, eikä raportointi jää monologiksi, vaan siihen on sisällytetty erilaisia tulkintoja. Raportissa annetaan tilaa erilaisille äänille ja tulkinnoille ja tuodaan esiin ihmisten äänet mahdollisimman autenttisina niin, että nämä tunnistavat omat ajatuksensa. (Heikkinen 2010, 155.)

#### 6.2.4 Toimivuus

Tässä opinnäytetyössä **toimivuudessa** kuvataan opinnäytetyön heikkouksia sekä vahvuuksia muun muassa näytön vakiinnuttamisen näkökulmasta. Opinnäytetyön vahvuus on näkynyt tulosten perusteella pilotointiin osallistuvien hoitotyöntekijöiden onnistumisen kokemuksina, kuten (Heikkinen 2010, 155) kuvaa toimivuusperiaatteen näkökulmasta toimintatutkimuksen arviointia käytännön vaikutusten kannalta. Toimivuutta voidaan arvioida myös hyödyllisuuden tarkastelulla, jossa arvioidaan kenen näkökulmasta tulokset ovat toimivia tai hyödyllisiä ja millä perusteilla. Toisaalta taas onnistunut tutkimus saa osallistujat uskomaan omiin kykyihinsä ja taitoihinsa. Onnistuessaan tutkimus voi siis voimaannuttaa. (Heikkinen 2010, 157.) Opinnäytetyöntekijän omat onnistumisen kokemukset on pyritty kuvaamaan raportoinnissa siten, että lukijoilla on helppo samaistua opinnäytetyön prosessin aikana koettuun tunteeseen, jossa oman työn merkitys on korostunut ja vahva tarve auttaa palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa on yksi tärkeää hoitotyön ydintä. Toimivuuden näkökulmasta tutkimus voi osoittautua myös toimimattomaksi. Tutkimuksen arvioiminen suoraviivaisesti hyödynnäkökulmasta voi johtaa harhaan, ja tutkija saattaa tiedostamattaan kaunistella tuloksia. (Heikkinen 2010, 156.) Tämä on huomioitu raportoinnissa pyrkien mahdollisimman rehelliseen tulosten kuvaamiseen, josta voidaan todeta, että tutkimus on osoittautunut toimivaksi ja hyödylliseksi.

Eettisestä näkökulmasta tarkastellessa tutkimuksen **toimivuutta**, Heikkinen (2010, 158) korostaa, että eettisesti toimiva tutkija miettii miten tutkimus vaikuttaa tutkittaviin, tutkijoihin, tiedeyhteisöön, yhteiskuntaan ja ihmiskuntaan. Arvioitavaksi tulee, onko tutkittavia mahdollista tunnistaa tekstistä tai aiheutuuko tutkimuksesta heille haittaa. Tätä on arvioitu myös opinnäytetyössä kohdassa 6.3. Eettisyys –kappaleessa, jossa todetaan muun muassa, että tutkittavien henkilöllisyyttä ei voida tunnistaa missään vaiheessa opinnäytetyönprosessia. Voidaan todeta, että tutkimuksesta ei ole ollut haittaa potilaille eikä omaisille, päinvastoin, tulosten perusteella he ovat hyötäneet tutkimuksen tuomasta osaamisen kehittämisestä heidän eksistentiaalisen kärsimyksensä lievittyessä tutkimuksen aikana.

#### 6.2.5 Havahduttavuus

**Havahduttavuudella** tutkimuksessa tarkoitetaan Heikkisen (2010, 159–160) mukaan sitä, että raportti kirjoitetaan elämäksi ja todentuntuiseksi, jolloin kirjoittajalta vaaditaan kaunokirjallisia

osaamista enemmän kuin tutkimuksien raportoinneissa yleensä on totuttu. Uskottavuuden kanalta lukijan kokemus kirjoitetusta tarinasta (raportoinnista) muuttuu todeksi omien kokemusten avulla. Todentuntuinen kertomus tuo elämästä mieleen jotain kuulijan tai lukijan itse kokemaa, se todellisuus koetaan oman todellisuuden simulaationa, Kun tarina on lukijalle uskottava, hän voi eläytyä tarinan henkilöiden asemaan ja ymmärtää heitä.

Havahduttavuus tarkoittaa tässä työssä sitä, miten opinnäytetyön tekijä on saanut muut ajattelemaan ja tuntemaan asioita eri tavalla, eli miten opinnäytetyö on koskettanut siihen osallistuvia. Opinnäytetyön aihe koettiin projektiryhmän ja ohjausryhmän keskusteluissa vaikeaksi. Vaikeaksi siksi koska aihe koskettaa eri tavalla eri ihmisiä. Henkisen ja hengellisten asioiden käsittelemiseen hoitotyöntekijöille ei ole olemassa yhtä selkeää työohjetta, vaan muun muassa jokaisen hoitotyöntekijän oma persoona, elämänkulku, työuralla kohdatut kokemukset, asenne sekä arvot, tekevät jokaisesta potilaan tai omaisen vuorovaikutuksellisesta kohtaamisesta erilaisen. Eksistentiaalisen käsityksen ymmärtäminen ja elämän päättymisen aiheuttaman ahdistuksen sietäminen voivat olla hoitotyöntekijälle myös kuormittavaa. Tällöin kollegiaalinen tuki sekä työnohjaus ovat tarpeellisia. Projektiryhmäläisten omat kokemukset pilotoinnista kuvastivat sitä, miten kollegiaalisen tuen tarve on ollut tärkeä, tai miten oman rohkeuden lisääntyminen kohtaamisissa koettiin edistävän ammatillista minää. Kiitollisuus potilaiden ja omaisten saamaa tukea kohtaan ja tulokset herkistävät ja tekee kehittämisen aiheesta henkilökohtaisestikin merkityksellisen.

### 6.3 Eettisyys

*”Tieteellisen tutkimuksen eettinen hyväksyttävyys, luotettavuus ja tulosten uskottavuus edellyttävät, että tutkimus tehdään noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä”* (Etene 2006, 3). Eettisyydellä opinnäytetyössä tarkoitetaan muun muassa, että opinnäytetyön tekijä on noudattanut eettisiä periaatteita koko opinnäytetyöprosessin ajan. Toimintatutkimuksessa pyritään vastaamaan johonkin käytännön toiminnassa havaittuun ongelmaan, tai kehittämään olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi. Eettisestä näkökulmasta arvioitavaksi tulee tutkimuskohde, joka on tilanteeseen sidottu ja spesifi, eikä tuloksia voida yleistää. Käytännön ja teorian toisiinsa liittäminen on haastavaa, sillä teoria jää yleensä opinnäytetyön tekijän tehtäväksi ja käytäntö toimijoiden tehtäväksi. (Metsämuuronen 2008, 32.) Tutkijana on ollut tarpeellista tarkastella asioita myös tästä näkökulmasta.

Opinnäytetyössä käytettyjen menetelmien ja analyysitapojen tulee täyttää kriteerit, että ne voivat toimia minkä tahansa hyvin tehdyn tutkimuksen ohjenuorina. Tutkimuksen tulee myös pyrkiä saamaan aikaan hyviä asioita sen kohteena oleville ihmisille. Ihmisten tutkimiseen liittyvistä eettisistä kysymyksistä keskeisimmät ovat tutkittavan suostumus ja tutkittavalle aiheutuvat riskit ja haitat verrattuna tutkimuksesta odotettavissa olevaan hyötyyn. (Etene 2006, 3). Se ei saa missään vaiheessa vaarantaa esimerkiksi sen kohteena olevien ihmisten elämänskulkua, etenkin silloin, kun tutkimus kohdistuu arkaan aiheeseen. (Kuula 2006, 24; Puusa & Juuti 2020, 175; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023, 6.) Tässä opinnäytetyössä on huolehdittu siitä, että anonyymisyys on säilynyt niin tutkittavien kuin tutkimuksessa mukana olleiden palliatiivisten potilaiden henkilöllisyydestä. Opinnäytetyön raportissa on yleisellä tasolla käytetty käsitettä palliatiivinen potilas tai saattohoidettava potilas, tai heidän omaisensa. Myöskään hoitotyöntekijöiden, jotka olivat mukana nykyosaamisen kartoituksessa, ryhmäkeskustelussa, ei voida tunnistaa. Heistä on käytetty työssä nimitystä hoitotyöntekijät. Projektiryhmäläiset on nimetty projektiorganisaatiossa, mutta yksittäisesti heitäkään ei työn raportoinnissa pystytty tunnistamaan. Näin ollen kenenkään tutkimuksessa mukana olleen henkilöllisyys ei olisi vaarantunut tässä opinnäytetyössä mukana olosta ja opinnäytetyöntekijä on käsitellyt saatua aineistoa asianmukaisesti ja kunnioittavasti.

Keskustellakseen ja toimiakseen ryhmä vaatii yhteisen tehtävän sekä tavoitteen. Ryhmäkeskusteluun kokoontuva ryhmä oli ainutkertainen, ja olemassa vain keskustelun ajan. Ryhmän kokoaminen hoitohenkilökunnasta toi ryhmään samankaltaisuutta. Samankaltaisuus ei ole kuitenkaan tae samanlaisuudesta. (Valtonen & Viitanen 2005, 229–230.) Toisen syklin tutkimusaineiston keruumenetelmään, ryhmäkeskusteluun, osallistuminen oli vapaaehtoista ja osallistujat arvioivat keskusteluun osallistumisensa itse. Päätökseen osallistumisesta voivat vaikuttaa monet tekijät, kuten ajankäyttöön liittyvät tai riittävä informaatio tutkimuksen hyödyistä. (Kuula, 2006, 106.) Myös mahdollisuus vaikuttaa tutkimuksen kautta tai tilaisuus tehdä jotain uutta ja erilaista (Vilkkä 2021, 77.) Tutkimusaihe voidaan kokea myös mielenkiintoiseksi, tärkeäksi tai sellaiseksi, josta on itsellä kokemusta. Tutkittavien motivoimiseksi oli hyvä kertoa, millaista uutta tietoa tutkimuksella tavoitellaan ja miten tuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää. (Kuula 2006, 105; Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 368.) Paitsi liitteen 3. mukainen tiedote, myös suullinen informaatio ryhmäkeskustelusta nykyosaamisen kartoittamiseksi toteutettiin yksikössä ennen ryhmäkeskustelujen toteuttamista.

Opinnäytetyössä ryhmän keskustelijat muodostuivat hoitotyöntekijöistä, joilla oli yhteinen kokemus potilaiden hoitotyöstä terveystieteiden sairaalassa. Eskolan ja Suorannan (2014, 97) mukaan

yhteiset kokemukset tekevät ryhmässä käyttäytymisen julkiseksi eikä asioita voi salailla. Myös unohtaminen ja väärin ymmärtäminen ryhmäkeskustelussa voi olla vähäisempää. Ryhmäkeskustelutilanteessa hoitotyöntekijät toimivat keskusteluissa avoimesti, kunnioittivat toistensa mielipiteitä, antoivat mahdollisuuden keskusteluun keskeyttämättä puhujaa ja keskustelussa kunnioitettiin yksilön omakohtaisia kokemuksia palliatiivisten potilaiden ja saattohoidettavien potilaiden hoitotyöstä. Ryhmäkeskustelu aineiston hankinnassa ei käytetty menettelyjä, jotka olisivat loukanneet keskusteluun osallistuneiden yksityisyyttä tai identiteettiä. Ryhmäkeskustelujen yksi tavoite oli myös saada tietoa tutkimuskysymykseen tavallista enemmän, koska oletettiin, että osallistujat voivat yhdessä muistella, herättää muistikuvia, tukea ja rohkaista toisiaan keskustelun aikana (Eskola & Suoranta 2014, 95), kuten keskustelussa tapahtuikin.

Nykyosaamisen alkukartoituksen aineiston hankinnassa oli mahdollisuus eettiseen ongelmaan. Toisen syklin ryhmäkeskustelut toteutettiin työpaikalla ja keskustelut nauhoitettiin. Tuolloin hoitotyössä olleet muut hoitotyöntekijät tunnistivat haastatteluun osallistuvat, koska haastattelut pidettiin työpaikalla, ja siihen osallistuvat olivat pois työtehtävistä. Nauhoitetut haastattelut säilytettiin opinnäytetyön hyväksymiseen saakka opinnäytetyön tekijällä hänen omassa ylimääräisessä puhelimessa tiedostona, eikä siitä tehty varmuuskopiota. Tiedosto tuhottiin heti, kun opinnäytetyö hyväksyttiin. Ryhmäkeskustelun tuloksista ei voitu erottaa yksittäistä hoitajaa, eikä potilasta tai omaista, joita keskustelujen esimerkit koskettivat. Vaikka haastatteluaineistojen arkistointia pidetään eettisesti arveluttavina (Kuula & Tiitinen 2010, 447), haastatteluihin ei ollut puhelimen salasanojen vuoksi kellään muulla ulkopuolisella henkilöllä mahdollisuutta kajota. Raportissa tulosten alkuperäisilmaisut on kuvattu siten, että yksittäistä ryhmäkeskustelijaa ei pystytäkään tunnistamaan.

Haastatteluaineiston huolellinen litterointi ja aineiston kuvailu parantavat alkuperäisen tutkimuksen laatua Kuulan ja Tiitisen (2010, 451) mukaan. Myös perustiedoissa haastateltavien iästä ja työkokemuksesta on pidättäydytty liian tarkasta kuvaamisesta huolehtien ryhmäkeskusteluun osallistuvien hoitotyöntekijöiden anonyymisyydestä. Kankkunen ja Vehviläinen - Julkusen (2013, 198) mukaan eettinen näkökulma tulee opinnäytetyön tulosten raportoinnissa huomioida, vaikka alkuperäiset ilmaisut on kirjattu murren sanoin. Alkuperäisistä murreilmaisuista ei pystytäkään tunnistamaan opinnäytetyön toisen syklin osaamisen kartoittamiseen, ryhmäkeskusteluun, osallistuvia hoitotyöntekijöitä.

Eettisesti hoitotyöntekijän osaamisen kehittäminen palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa aiheutti eettistä pohdintaa kolmannen syklin pilotoinnin suunnittelussa. Tunnistettiin, että projektiryhmäläiset voivat keskustella palliatiivisten potilaiden kanssa

pilotoinnin toteuttamisesta ja kirjata keskustelut potilastietojärjestelmään, mutta opinnäytetyöntekijällä ei ole oikeutta tarkastaa kirjauksia. Hän ei näin menetellen ole ollut tietoinen potilaiden kokemuksesta, tuntemuksista, sairastamasta taudista, elin paikasta, tai mistään, mistä pilottiin osallistuvat potilaat olisi voinut tunnistaa.

Kolmannen syklin tutkimuskysymys muodostui ensimmäisen ja toisen syklien tulosten miksaus-  
ten avulla (liite 5.) Kolmas sykli toteutettiin projektiryhmäläisten toimesta. He kohtasivat päivittäisessä hoitotyössään palliatiivisia potilaita ja heidän omaisiaan, mutta opinnäytetyöntekijä ei heitä kohdannut. Projektiryhmäläisten toteuttamat kirjaukset vuorovaikutuksellisista kohtaamisista eivät olleet opinnäytetyöntekijän luettavissa. Potilaiden ja omaisten kanssa käytyjen keskustelujen antonyymisyydestä huolehdittiin myös pilotoinnin aikana projektiryhmäläisten kanssa käydyissä keskusteluista. Keskusteluissa potilaasta kerrottiin vain etunimi, koska siten dialogista keskustelua pilotoinnin aikana voitiin pitää yllä, kun pilotoinnin kohteena olevia potilaita oli yhtäaikaaisesti sairaalassa hoitojaksolla useita. Myöskään pilotoinnin arvioinnissa projektiryhmäläiset eivät maininneet esimerkeissään potilaita tai omaisia siten, että heitä olisi voinut tunnistaa. Eettistä ongelmaa ei näiden asioiden vuoksi kolmannen syklin pilotoinnin aikana syntynyt.

Tämän opinnäytetyön tulosten esittämisessä on pyritty noudattamaan hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti huolellisuutta, rehellisyyttä sekä yleistä tarkkuutta, kuten Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2023, 6) on asettanut hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tämän opinnäytetyön tiedonhankinnassa on huomioitu ja noudatettu ennakkoon tutkimukselle asetettuja kriteerejä. Lähdekirjallisuuteen perehtymisessä ja raportoinnissa on kunnioitettu ja arvostettu muiden tutkijoiden tekemää työtä ja lähdeviittaukset merkitty ohjeistuksen mukaisesti.

Lisäksi Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2019, 7) ohjeen, Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa mukaan, tutkijan tulee kunnioittaa tutkittavien henkilöiden ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta, kunnioittaa aineellista ja aineetonta kulttuuriperintöä sekä luonnon monimuotoisuutta. Lisäksi tutkijan tulee toteuttaa tutkimuksensa siten, ettei tutkimuksesta aiheudu tutkittavina oleville ihmisille, yhteisöille tai muille tutkimuskohteille merkittäviä riskejä, vahinkoja tai haittoja. Näiden edellä mainittujen periaatteiden mukaisesti on tässä opinnäytetyössä tutkimustyötä toteutettu ja opinnäytetyön tekijän toimesta raportoitu.



#### 6.4 Kliinisen asiantuntijuuden osaamisen kehittyminen

Ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot kuuluvat NQF tasolle 7. Ammattikorkeakoulututkintoon johtavissa koulutuksissa opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ja osoittaa kykyä soveltaa tutkimustietoa sekä käyttää valittuja menetelmiä työelämän ongelmien erittelyyn ja ratkaisemiseen sekä valmiutta itsenäiseen vaativaan asiantuntijatyöhön. (Kamk 2022.) Myös Koivunen, Leinonen ja Törmä (2019) kuvaavat kliinisen asiantuntijan osaamisvaatimuksiksi vahvan kliinisen hoitotyön asiantuntemuksen lisäksi tutkimus-, johtamis- ja kehittämisosaamisen.

Opetussuunnitelman ammatillisen yhteiset osaamisen kompetenssit ovat oppimisen taidot, eettinen osaaminen, työyhteisöosaaminen, innovaatio-osaaminen sekä kansainvälistymisosaaminen lisäksi asiantuntijuutta syventäviä kliinisen asiantuntijan kompetensseja ovat tutkimus ja palveluiden kehittäminen, potilasohjaus ja henkilöstön osaamisen kehittäminen ja asiantuntijuuden johtaminen. (Kamk 2022; Sulosaari, Elomaa-Krapu, Hopia, Koivunen, Leinonen, Liikanen, Törmänen, Walta & Heikkilä 2020.) Ammattikohtaiset kompetenssit taas liittyvät ammattialaan. Henkilöstöjohtamisen näkökulmasta työssä suoriutuminen on vahvaa silloin, kun tehtävän vaatimukset ja sitä tekevän henkilön kompetenssit vastaavat toisiaan. Tämä vaikuttaa myös työn mielekkyyden kokemuksiin ja yksilön työhyvinvointiin ja sitoutumiseen työhön. (Viitala 2020, 40–41.) Myös Sulosaari ym. (2020) mukaan sairaanhoitajan ydinkompetensseissa painottuvat kliinisen hoitotyön asiantuntijuus, systemaattinen ja suunnitelmallinen työskentely sekä hoitotyön kehittäminen. Asiantuntijasairaanhoitajan tehtäväkuva on itsenäinen perustuen holistiseen terveydentilan arviointiin, vaikka hoitaja toimii myös osana moniammatillista työryhmää. Näyttöön perustuvan itsenäisen päätöksenteon kyky korostuu laajavastuisen sairaanhoitajan työnkuvassa.

**Tutkimus ja palveluiden kehittämisosaamisen** lisääntymisen näkökulmasta kliinisellä asiantuntijalla on valmiudet kouluttaa, ohjata ja valmentaa kollegoitaan. Lisäksi hän suunnittelee, toteuttaa ja arvioi hoitotyön palveluprosesseja vahvalla substanssiasiantuntijuudellaan, kehittämisosaamisellaan ja osaamisen johtamisella. Vahva kliininen osaaminen sekä tutkiminen ja kehittäminen ovat kliinisen asiantuntijan ydinosamista johtamisen lisäksi. Sulosaari ym. (2020) mukaan kliinisen asiantuntijan ydinosamista ovat tutkimustiedon arviointi, sen tuottaminen ja hyödyntäminen näyttöön perustuvan työn kehittämisessä ja tutkimisessa. Laajavastuinen kliininen asiantuntija edistää näyttöön perustuvan tiedon levittämistä ja hyödyntämistä paitsi omassa työyhteisössään, myös kansallisesti ja jopa kansainvälisesti. (Koivunen ym. 2019.) Myös Engel, van Zuylen, van der Ark ja van der Heide (2021, 1–8) ovat tutkineet palliatiivisten potilaiden hoitotyötä tekevien sairaanhoitajien mielipiteitä roolistaan. Tuloksista ilmenee selkeä lisäkoulutustarve, tuki ja

tehtäväkuvan kirkastaminen, jotta palliatiivisen hoitotyön osaamista voidaan edistää myös kollegiaalisesti. Opinnäytetyön prosessi on vahvistanut oman ammatillisen osaamisen kehittämistä ohjata ja valmentaa kollegoita. Projektipäällikkönä toimiminen opinnäytetyön prosessissa oli tärkeä oppimiskokemus suunnittelun, organisoinnin, johtamisen ja projektin valvonnan näkökulmasta. Kehittämisoaamisen vahvistuessa ja osaamisen johtamisen kokemusten karttuessa opinnäytetyön prosessi on lisännyt tutkimuksen ja palveluiden kehittämisoaamista.

**Potilasohjauksen kehittämisen näkökulmasta** kliininen asiantuntija pystyy soveltamaan näyttöön perustuvia potilas-/asiakasohjauksen periaatteita ja menetelmiä omahoidon ja elintapamuutosten tukemisessa, toteuttaa hoitosuunnitelmaan pohjautuvaa yksilö- ja ryhmäohjausta, toimii ohjaavana ja tukevana erikoisalansa näyttöön perustuvien käytäntöjen käyttöä työyhteisössään ja toimii konsultoitavana sairaanhoitajana erikoisalallaan, toimii perehdyttäjänä, kouluttajana ja mentorina erikoisalallaan ja toteuttaa ammatillista vuorovaikutusta erilaisissa monimuotoisissa ja vaativissa tilanteissa erikoisalallaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 15).

Opinnäytetyön prosessin aikana kliinisen osaamisen kehittyminen on antanut rohkeutta tukea työyhteisön työntekijöiden palliatiivisen hoitotyön osaamista ja näyttöön perustuvan hoitotyön tulosten käyttöönottoa **henkilöstön osaamisen kehittämisen näkökulmasta**. Lisäksi prosessi on vahvistanut osaamista asiakas- ja potilasturvallisuudesta näyttöön perustuvan hoitotyön kontekstissa. Jylhä, Oikarinen, Perälä ja Holopainen (2019, 23-24) mukaan näyttöön perustuva hoitotyö parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta organisaation sitoutuessa laadukkaaseen hoidon toteuttamiseen. Tätä edesauttavat muun muassa vahva johtajuus, parhaiden käytäntöjen ja menetelytapojen toteuttaminen, toimintaympäristö tutkimusta arvostavaa ja saatuja tuloksia seurataan ja arvioidaan. Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen tieteellisen tiedon avulla on myös hoitotyön lähijohtajuuden yksi palvelu- ja henkilöstöstrategiaa Kainuun hyvinvointialueella (Kainuun hyvinvointialue 2023). Myös oma ammatillinen osaaminen on kehittynyt ja syventynyt, vaikka työ on hallinnollista. Osaamisen johtamisen näkökulmasta opinnäytetyön prosessi on vahvistanut myös tiedolla johtamisen henkilökohtaista osaamisen kehittymistä. Tiedolla johtamisen perimmäisenä tavoitteena on tiedon tehokas soveltaminen päätöksentekotilanteissa. (Sydänmaalakka 2012, 182).

**Asiantuntijuuden johtamisosaamisen** kompetenssi kuvaa kliinisen asiantuntijuuden laaja-alaista osaamista. Kliininen asiantuntija edistää ja kehittää laadukasta ammatillista toimintaa sekä potilasturvallisuutta organisaation muiden toimijoiden kanssa. Näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen ja tieteellisen tiedon soveltaminen ovat keskeisiä hoitotyön kliinisen asiantuntijan työ-

tehtäviä. Yhtenäiset toimintamallit, näytön kouluttaminen ja tulosten seuraaminen on yksi laadukkaan hoitotyön mittari, joita kliiniset asiantuntijat seuraavat ja raportoivat. (Hutri & Kotila 2022, 34–35; Junttila, Meriläinen, Peltokoski, Tervo-Heikkinen & Mattila 2020, 34.) Hoitotyöntekijöiden tulee saada tukea kliinisiltä asiantuntijasairaanhoitajilta ammatillisen osaamisen kehittämiseen. Opinnäytetyössä osaamista on kehitetty erityisesti kuolevan potilaan hoitotyössä. Lisäksi kohtaamiset potilaiden ja heidän omaistensa kanssa ovat olleet henkilökohtaisen ammatillisen osaamisen kehittymisen kannalta merkittäviä. Opinnäytetyössä tiedolla johtamisen prosessia (luodaan, hankitaan, varastoidaan, jaetaan ja sovelletaan tietoa) kuvaa kehittämistehtävän metodologia, toimintatutkimus, sykleineen. Opinnäytetyön prosessi eteni metodologian mukaisesti ja kehitti vahvaa käytännön kokemusta opinnäytetyön tekijänä näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämiseen sekä tiedolla johtamiseen.

Vapautettavia resursseja uudenlaisten palveluiden kehittämiseksi oli haasteellista saada. Tulevaisuudessa yli työyksikkörajojen menevää yhteistyötä tulee voida vahvistamaa muun muassa tilapäisen lisäresursoinnin järjestämisellä. (Juuti 2013, 176.) Lisä resurssointi etenkin yhtäaikaisen usean palliatiivisen potilaan osaston hoitajakson aikana on välttämätöntä. Tutkimustulosten mukaan hoitotyöntekijät kokivat vuorovaikutuksellisen kohtaamisen heikkenevän usean potilaan yhtäaikaisen hoidon vuoksi. Lisäksi omaisten kohtaamisessa jouduttiin keskeyttämään vuorovaikutukselliset keskustelut muiden potilaiden kiireellisemmän hoidon tarpeen vuoksi. Näihin tarpeisiin vastaa lisäresurssi, jolloin hoitotyöntekijät pystyvät kohtaamaan palliatiivisen potilaan ja hänen omaisiaan kiireettömästi. (Saarto ym. 2019, 30.)

Tohmola, Suikkala, Lehto ja Hökkä (2023, 18) mukaan palliatiivisen hoidon osaamisen kehittämiseen tulevaisuudessa tarvitaan muun muassa potilaiden ja läheisten kokemuspohjaista tietoa ihmis- ja perhelähtöisen palliatiivisen hoidon kehittämiseen, mutta myös koulutuksen kehittämiseen ja arviointiin. Toivon oman motivaationi ja innostukseni aiheesta olleen kannustava esimerkki työyhteisössä muun muassa näyttöön perustuvan hoitotyön ja oman osaamisen kehittämässä. Arvostava ja kunnioittava keskustelu, hoitotyöntekijöiden osallistava kehittäminen sekä avoin ilmapiiri ovat osaltaan tukemassa kehittämistoimintaa. Kannustamalla projektiryhmän hoitajia jakamaan omia kokemuksiaan osaamisen kehittymisestä tuo lisäarvoa ja uskottavuutta omaan ammatilliseen työhön. Toivon yhteisten kokemusten toimivan kannustavana tekijänä työyhteisön näytön vakiinnuttamisen prosessin alkaessa työyhteisössä myöhemmin syksyllä 2023.

## 6.5 Jatkokehittämisen aiheet

Palliativisten potilaiden eksistentiaalista kärsimystä on käsitelty erilaisissa yhteyksissä. Saarto ym. (2022, 26) mukaan hoitotyöntekijöiden tulee tunnistaa palliativisen potilaan eksistentiaallinen kärsimys voidakseen tukea ja auttaa parantumattomasti sairaita potilaita ja heidän omaisiaan elämän loppuvaiheessa elämään merkityksellistä elämää. Lisäksi hoitotyössä tulee mahdollistaa omaisille rauhallinen ja luottamuksellinen hoitosuhde saattaa heidän läheisensä kuolemaan, kun sen aika koittaa. Eksistentiaalista kärsimystä tiedetään palliativisilla potilailla olevan, mutta se tunnustetaan palliativisten potilaiden ja saattohoidettavien potilaiden hoitotyössä vielä heikosti, jolloin myös kärsimyksen tukemisen menetelmiä ei osata riittävästi hyödyntää hoitotyössä. Tutkimustuloksia hoitotyöntekijöiden auttamismenetelmistä eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisesta ei juurikaan ole. Myös potilaiden tai omaisten kokemuksista palliativisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisesta vuorovaikutuksellisin keinoin on kansallisesti vähän.

Tuloksista ilmeni, että eksistentiaalisen kärsimyksen tukeminen saattaa nostaa hoitotyöntekijällä pintaan vaikeita tunteita ja muistoja, mutta myös mahdollisuuden jäsentää elettyä ja tulevaa elämää. Tuloksista ilmenee myös, että vuorovaikutus ja potilaiden tarpeisiin vastaaminen yksilöllisesti sekä hoitajan myönteinen suhtautuminen potilaaseen, tukivat potilaan eksistentiaalista kärsimystä. Tuen laiminlyöminen muun muassa hoitohenkilökunnan asenteen vuoksi lisää potilaiden kärsimystä. Hoitohenkilökunnan asenteisiin on voinut vaikuttaa palliativisten potilaiden henkisen ja hengellisen hoitotyön osa-alueen tuntuminen vieraalta, jolloin tuen tarjoaminen siirretään muulle taholle kuten seurakunnille. Jatkokehittämisen aiheeksi nousi 1. *Miten omaiset ovat kokeneet parantumattomasta sairaudesta sairastavan lähimmäisen elämänlaadun parantuneen työntekijöiden vuorovaikutusosaamisen kehittyessä palliativisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa?*

Eksistentiaalinen kärsimys tulkitaan usein hengellisyyteen tai uskonnollisuuteen liittyvänä, ja hoitotyön osa-alueeksi vieraampana, jolloin tutkimuksen (Väänänen 2021, 17) mukaan tuen antaminen siirretään herkästi muille tahoille kuten kirkolle tai seurakunnalle. Eksistentiaalisen tuen edellytykset liittyvät usein hoitohenkilökunnan ominaisuuksiin kuten luottamukseen ja kykyyn kuunnella potilasta. Tuen antaminen ei edellytä hoitajalta erityisosaamista vaan kykyä saada aikaan luottamus ja herkkyyttä olla parantumattomasti sairaan potilaan tukena hänen. (Väänänen 2021, 17–18.) Jatkokehittämisen aihe olisi 2. *Miten olemassaolon ja voimavarojen tukemisella voidaan tukea palliativisten potilaiden eksistentiaalista kärsimystä?*

Hoitotyön kuormittavuutta lisäävät läheisille potilaan vakava sairaus ja lähestyvä kuolema aiheuttaen ahdistusta ja pelkoa. Hoitotyöntekijät arvioivat läheisen tilannetta ja tukee häntä ammattitaitonsa edellyttämällä tavalla. Hoitotyöntekijät mahdollistavat läheisen osallistumisen potilaan hoitoon, antaen riittävästi ja ymmärrettävästi tietoa tehdessä potilaalle hoitosuunnitelmaa. (Saarto ym. 2019, 27–28.) Työhyvinvointi sisältää työn mielekkyyden ja turvallisuuden. Lisäksi laadukas johtaminen, työilmapiiri sekä hoitotyöntekijän ammattitaito vaikuttaa motivaatioon ja työntekijän työssä jaksamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.) Työhyvinvoinnin näkökulmasta on tärkeää tukea hoitohenkilökunnan jaksamista heidän työssään palliatiivisten potilaiden ja omaisten hyväksi. Jatkokehittämisen aihe olisi 3. *Miten hoitohenkilökunnan työhyvinvointi on parantunut heidän vuorovaikutuksellisen kohtaamisen osaamisen kehittyessä palliatiivisten potilaiden eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa?*

## 6.6 Lähteet

Engel, M., van Zuylen, L., van der Ark, A. & van der Heide, A. (2021) Palliative care nurse champions' views on their role and impact: a qualitative interview study among hospital and home care nurses. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00726-1>

Eskola, J. & Suoranta, J. (2014). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 10. painos. Tampere. Vastapaino.

Etene. (2006). Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa. Saatavilla 18.9.2022. <https://etene.fi/documents/66861912/66865196/Tutkimuksen+eettinen+arviointi+Suo-messa.pdf/40bb76da-873a-415f-b3d1-a69917eb6d34/Tutkimuksen+eettinen+arviointi+Suo-messa.pdf?t=1439804828000>

Heikkinen, H.L.T. (2018). Toimintatutkimus: kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Keuruu: Otavan kirjapaino, 215-230.

Heikkinen, H.L.T. & Syrjälä, L. (2010). Tutkimuksen arviointi. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, E. Rovio, & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Hansaprint Oy, 144-162.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. (2018). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hotus (2023). Tutkimusten arviointikriteerit (JBI). Saatavilla 16.8.2023. <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>

Hutri, I. & Kotila, J. (2022). Laadun ammattilainen. Pro Terveys (4–5), 34–35.

Junttila, K., Meriläinen, M., Peltokoski, J., Tervo-Heikkinen, T. & Mattila, E. (2020). Hoitotyön kansallinen vertaiskehittäminen. Tutkiva Hoitotyö 18 (3), 34-36.

Jylhä, V., Oikarinen, A., Perälä, M-L. & Holopainen, A. (2019). Näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen hoito- ja kättilötyössä Maailman terveysjärjestön Euroopan alueella. Hoitotyön tutkimussäätiö raportti 2, 1-44. Saatavilla 19.8.2023. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/10/nayttoon-perustuvan-toiminnan-edistaminen.pdf>

Juuti, P. (2013). Jaetun johtajuuden taito. Jyväskylä: PS- kustannus.

Kainuun hyvinvointialue. (2023). Osaaminen kehittäminen ja täydennyskoulutus. Saatavilla 30.4.2023. <https://hyvinvointialue.kainuu.fi/palvelut/osaamisen-kehittaminen-ja-taydennyskoulutus>

Kamk. (2022). Kliininen asiantuntija, Palliatiivinen hoitotyö, Sosiaali- ja terveysalan (ylempi AMK). Saatavilla 3.10.2022. Osoitteessa <https://www.kamk.fi/fi>

Kamk. (2023). Opinnäytetyöntekijän opas. Saatavilla 20.8.2023. <https://libguides.kamk.fi/c.php?g=657740&p=4987597>

Kainuun Sote. (2022). Yhdessä Ihmisen Parhaaksi. Saatavilla 3.3.2022. <https://sote.kainuu.fi/yhdessa-ihmisen-parhaaksi>

Kankkunen, Å. & Vehviläinen – Julkunen, K. (2013). Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanomapro Oy.

Keva (2023). Kuntien työvoimaennuste: hoitajapula kaksinkertaistui kahdessa vuodessa. Saatavilla 16.8.2023 <https://www.keva.fi/uutiset-ja-artikkelit/kuntien-tyovoimaennuste-hoitajapula-kaksinkertaistui-kahdessa-vuodessa/>

Korhonen, I., Kuula-Luumi, A. & Spoof, S.K. (2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen tiedekunnan julkaisuja nro 3. Saatavilla 25.7.2023. <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot>

Koivunen, K., Leinonen, R. & Törmänen, O. (2019). Asiantuntijuuden johtaminen kuvaa kliinisen asiantuntijan laaja-alaista osaamista. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 69. <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2019101132382>

Kuula, A. (2007). Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kuula, A. & Tiitinen, S. (2010). Eettiset kysymykset ja haastattelujen jatkokäyttö. Teoksessa J. Ruusuvoori, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 446-459.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, N. (2014). Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanomapro Oy.

Lindqvist, M. (1989.) Ammattina ihminen. Keuruu. Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset.

Metsämuuronen, J. (2008). Laadullisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Palliativinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Saatavilla: 15.5.2023. <https://www.kaypahoito.fi/>

Pitkänen, I. (2018). Muutosagenttitoiminnan johtaminen näyttöön perustuvassa toiminnassa. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos, Itä- Suomen yliopisto. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20180314>

Puusa, A. & Juuti, P. (2020). Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Tallinna: Gaudemus Oy.

Raivo, P. & Lempinen, P. (2019). Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset (2019) Saatavilla 8.8.2022. <https://www.arene.fi/wpcontent/uploads/Raportit/2020/AMMATTI-KORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junttila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. (2022). Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8>





Väänänen, M. (2021) Parantumattomasti sairaiden potilaiden kokemuksia hoitohenkilökunnalta saadusta tuesta eksistentiaaliseen kärsimykseen. YAMK-opinnäytetyö. Metropolia.  
<https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202102222581>

TAULUKKO 3. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Tutkimuksen tekijät, vuosiluku, maa, julkaisun nimi	Tutkimuksen tavoite tai tarkoitus	tutkimusmenetelmä ja tutkimusaineisto	Keskeiset tulokset	Laadun arviointi (JBI) ja näytön aste (A-D)
<p>Ebenau, A., Groot, M., Visser, A., van Laarhoven, H., van Leeuwen, R. &amp; Garsen, B. (2019).</p> <p><i>Spiritual care by nurses in curative oncology: a mixed-method study on patients' perspectives and experiences</i></p> <p>doi: 10.1111/scs.12710</p>	<p>Tavoitteena oli antaa käsitys potilaiden kokemuksista ja mieliteistä hengellisestä hoidosta, jota hoitavat sairaanhoitajat syövän hoidossa. Tarkoitus oli luoda käsitys potilaiden kokemuksista ja mieliteistä henkisestä hoidosta, jota sairaanhoitajat toteuttavat.</p>	<p>Kansallinen monikeskustutkimus, jossa yhdistetään kyselylomakkeita käyttävä kvantitatiivinen lähestymistapa (n = 62) ja puolistrukturoitujen haastattelujen laadullinen analyysi potilasta, joiden keski-ikä oli 53 v. Vastaajat edustivat Alankomaiden kolmea eri aluetta kolmesta erityyppisestä sairaalasta. Otosta pidettiin hyvin edustettuna.</p>	<p>Tulosten mukaan potilaat eivät kokeneet saaneensa tukea henkiseen kärsimykseen. Jos henkistä tukea tarjottiin, se koostui pääasiassa ongelmien havaitsemisesta ja muiden ammattilaisten puoleen kääntymisestä. Enemmistö potilaista (58 %) piti hengellistä hoitoa hoitotyönä: sairaanhoitajien tulisi huomata henkiset ongelmat ja kääntyä muiden ammattilaisten puoleen, vaikka laajaa potilaan henkisyydestä keskustelemista ei pidetty hoitajien tehtävänä eikä osaamisena.</p>	<p>7/10</p> <p>näytön aste C</p>
<p>Ferrell, R.B (2017)</p> <p><i>Spiritual Care in Hospice and Palliative Care</i></p> <p>doi.org/10.14475/kjhpc.2017.20.4.215</p>	<p>Tarkoitus oli tarkastella palliatiivisen hoidon ja saattohoidon keskeisiä näkökohtia, mukaan lukien henkisyys, henkisen hoidon arvioinnin ja henkisen hoidon interventioiden määritelmät.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus, johon valittiin ajankohdasta kirjallisuutta saattohoidon ja palliatiivisen hoidon henkiseen hoitoon liittyvistä menetelmät.</p>	<p>Laadukas palliatiivinen hoito ei ole mahdollista ilman laadukasta henkistä hoitoa, joka alkaa henkisyyden arvioinnista ja vaatii monialaisen tiimin huomiota. Henkisyys kattaa uskonnolliset huolenaiheet sekä muut eksistentiaaliset asiat.</p>	<p>6/11</p> <p>näytön aste C</p>
<p>Ghaith Ahmad Bani Melhem, Ruqayya S Zeilani, Ossama Abed. Zaqqout, Ashraf Ismail Aljwad, Mohammed Qasim Shawagfeh, Maysoon Abd Al- Rahim (2016)</p> <p><i>Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care Giving: A Comparison Study Among All Health Care Sectors in Jordan</i></p> <p>doi: 10.4103/0973-1075.173949</p>	<p>Tarkoitus oli kuvata sairaanhoitajien käsityksiä henkisyydestä ja henkisestä hoidosta Jordaniassa sekä tutkia heidän käsitystensä ja demografisten muuttujien suhdetta.</p>	<p>Tutkimus oli poikkeileikkaustutkimus. Tutkimuksessa oli mukana 408 Jordaniassa rekisteröityä sairaanhoitajaa. Tutkimus oli soveltuva otos täydentämään henkistä hoitotyötä.</p>	<p>Tulokset viittaavat siihen, että jordanialaisten sairaanhoitajien sukupuoli vaikutti heidän käsityksiinsä henkisyydestä ja henkisestä hoidosta. Heillä oli tyydyttävä käsitys henkisyydestä ja henkisestä hoidosta. Lisäksi henkisen hoidon kurseilla näytti olevan positiivinen vaikutus heidän käsityk-</p>	<p>8/10</p> <p>Näytönaste C</p>

			seensä henkisyys- destä ja henkisestä hoidosta.	
<p>Gryscheka, G., De Almeida Machadoc, D., Jun Otuyamad,L., Goodwinb, C. &amp; Pereira Lima, M.K. (2019).</p> <p><i>Spiritual coping and psychological symptoms as the end approaches: a closer look on ambulatory palliative care patients</i></p> <p>doi.org/10.1080/13548506.2019.1640887</p>	<p>Tavoitteena oli, että palliatiivisen hoidon tarjoajien on pyrittävä parantamaan potilaiden elämänlaatua heidän hengenvaarallisista sairauksistaan huolimatta.</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus, jossa otettiin otos palliatiivisen hoidon potilaista (N=130), yli 18-vuotiaita. Heidän psyykkistä kipuaan sairaalan ahdistuneisuus ja masennus (HAD) -asteikolla ja heidän hengellisyytensä käyttöä Brief Religious/spiritual coping (BriefRCOPE) -asteikolla. Tutkimuksen vastasi 40, iältään 30–85-vuotiaita ihmisiä. Tutkimus tehtiin vuosien 2011–2012 aikana.</p>	<p>Tämä tutkimus havaitsi merkittävän yhteyden psykologisen kivun ja negatiivisten henkisten selviytymismekanismien välillä. Palliatiivisen hoidon ammattilaisia tulisi kouluttaa vastaamaan potilaiden kokonaiskipuun ja henkisiin tarpeisiin ja tukemaan heidän kykyään selviytyä kärsimyksistään. Ymmärtämällä tämä hoitajat voisivat paremmin hallita kokonais kivun olennaisia puolia.</p>	<p>7/10 Näytön aste C</p>
<p>Haho, A. (2017)</p> <p><i>Palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys</i></p>	<p>Tutkimus kuvaa palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaiden kokemuksia eksistentiaalisesta kärsimyksestä, siihen vaikuttavista tekijöistä ja ilmenemismuodoista. Tavoitteena on tarjota sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille tietoa saattohoidon kehittämiseksi vastaamaan entistä paremmin kuolevien potilaiden erityistarpeisiin.</p>	<p>Vuonna 2015 kerätty aineisto kahdeksan palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaan teema-haastatteluista sekä tutkijan tekemistä päiväkirjamerkinnoista (n=17) palliatiivisen poliklinikan onkologian potilasta, ikähaarukassa 57–91 vuotta.</p>	<p>Eksistentiaalinen kärsimys kulminoi tuu oivallukseen kaiken loppumisesta. Kuolevalla on tarve pohtia senhetkistä ja kuoleman jälkeistä elämää. On tärkeää, että ammattilaiset tarjoavat hänelle siihen mahdollisuuden.</p>	<p>9/10 Näytön aste C</p>
<p>Karlsson, M., Friberg, F., Wallengrenand, C.&amp; Öhlén, J. (2014).</p> <p><i>Meanings of existential uncertainty and certainty for people diagnosed with cancer and receiving palliative treatment: a lifeworld phenomenological study</i></p> <p>doi:10.1186/1472-684X-13-28</p>	<p>Tavoitteena oli tunnistaa erilaisia keinoja luoda varmuutta olemassaoloon niille syöpää sairastaville ihmisille, jotka kokivat olemassaolon epävarmuutta. Tarkoituksena oli tulkita eksistentiaalisen epävarmuuden ja varmuuden merkitystä ihmisille, joilla on diagnosoitu pitkälle edennyt syöpä</p>	<p>Tutkimuksessa haastateltiin pitkälle edennyt maha-suolikanavan syöpää sairastavaa 7 miestä ja 7 naista, iältään 49–79 vuotta. Yhteensä suoritettiin 66 haastattelua narratiivisen metodin mukaisesti.</p>	<p>Olemassaolo eksistentiaalisen epävarmuuden ja varmuuden välillä näyttää muuttavan ihmisten elämää ratkaisevalla tavalla. Haastattelut paljastavat näkökohtia, jotka sekä luovat eksistentiaalista varmuutta että torjuvat epävarmuutta. Ne paljastavat myös, että</p>	<p>8/10  näytön aste B</p>

	ja jotka saavat palliatiivista hoitoa.		osallistujat näyttävät alkavan pohtia, miten heidän elämänsä uudet ja epävarmat osa-alueet ilmenevät.	
<p>Minton, E.M., Isaacson, J.M., Varilek, B., Stadick, J. &amp; O'Connell-Persaud, S. (2017).</p> <p><i>A willingness to go there: Nurses and spiritual care</i></p> <p><a href="https://doi.org/10.1111/jocn.13867">Doi.org/10.1111/jocn.13867</a></p>	<p>Tavoitteena oli kertoa palliatiivisten sairaanhoitajien osaamista hengellisen hoidon tarjoamisesta elämänloppuvaiheessa oleville potilaille ja heidän omaisilensa. Tarkoituksena oli kuvailla maaseudun ja kaupunkien palliatiivisen/sairaanhoidon sairaanhoitajien viestintästrategioita ja samalla tarjota hengellistä hoitoa elämänloppuvaiheessa potilaille ja heidän perheille.</p>	<p>Tutkimus oli osana laajempaa monimetodista tutkimusta. Tutkimuksessa haastateltiin kymmentä kokenutta palliatiivisen/sairaanhoidon sairaanhoitajaa. Henkilökohtaiset haastattelut tehtiin kasvokkain ja ne kestivät 45–60 minuuttia.</p>	<p>Sairaanhoitajat ovat olennainen osa hengellisen hoidon tarjoamista potilaille ja perheille koko heidän elinkaaren ajan ja sen lopussa. Sairaanhoitajien on tunnettava itsevarmuutta ja pätevyyttä, ennen kuin he ovat valmiita menemään epämuakkaan tilaan potilaiden/perheiden kanssa.</p>	8/10 näytönaste B
<p>Ping Ying, C., Geraldine Tan-Ho., Oindrila, D., Patinadan, P.V. &amp; Hau Yan Ho, A. (2020).</p> <p><i>Reciprocal Dynamics of Dignity in End-of-Life Care: A Multiperspective Systematic Review of Qualitative and Mixed Methods Research</i></p> <p><a href="https://doi.org/10.1177/1049909119878860">10.1177/1049909119878860</a></p>	<p>Tavoitteena oli ymmärtää palliatiivisen hoidon tai saattohoidon subjektiivisten tulkintojen ja arvokkuuden käsitteiden vaihtelua.</p>	<p>Tutkimus oli kvalitatiivinen systemaattinen katsaus, joka keskittyi narratiivien analysointiin kvalitatiivisissa ja sekamenetelmissä suoritetuissa tutkimuksissa. Katsaukseen sisältyvät tutkimukset kattoivat alueet Euroopassa (N = 28), Aasiassa (N = 11), Amerikassa (N = 11) ja Oseaniassa (N = 2), joihin osallistui 412 potilasta, 459 omaishoitajaa ja 523 terveydenhuollon ammattilaisia. Suurin osa artikkeleista tarkasteli terveydenhuollon ammattilaisten ihmisen arvokkuuskulmia (N = 22), potilaiden (N = 19) ja omaishoitajien (N = 19) näkemyksiä.</p>	<p>Mallissa korostetaan ihmisarvoon liittyvien tarpeiden ja huolenaiheiden käsittelemistä elämän lopussa, samalla kun se antaa oivalluksia siitä, kuinka myötätuntoinen hoito ja itsemyötätunto voivat toimia ihmisarvoisen hoidon perustana. jotka puolestaan taas toimivat puskurina potilaiden eksistentiaalista kärsimystä sekä hoitajien uupumusta ja väsymystä vastaan.</p>	10/11 näytönaste B
<p>Tornøe, KA., Danbolt, LJ., Kvigne, K. &amp; Sørli, K. (2014).</p> <p><i>The power of consoling presence - hospice nurses' lived experience with spiritual and existential care for the dying</i></p> <p><a href="https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-25">doi:10.1186/1472-6955-13-25</a></p>	<p>Tavoitteena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksen merkitystä kuolevien potilaiden henkisen ja eksistentiaalisen kärsimyksen lievittämisessä.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui kahdeksan norjalaista kokenutta sairaanhoitajaa, joita haastateltiin tutkimusta varten. He olivat 41–61-vuotiaita, ja</p>	<p>Eksistentiaalisen ja hengellisen ahdingon lohduttaminen on syvästi henkilökohtainen ja rationaalinen käytäntö. Sairaanhoitajilla on</p>	9/10 näytönaste C

	Tarkoituksena oli tutkia menetelmiä kohdata kuolevia potilaita. Tutkimuksessa pyrittiin löytämään keinoja, joita voidaan hyödyntää potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa hoitotyössä.	heillä oli 8–35 vuoden hoitotyönkokemus.	mahdollisuus lievittää eksistentiaalista ja hengellistä kärsimystä lohduttavan läsnäolon kautta. Syvä yhteys potilaisiin ja heidän perheisiinsä, antaa sairaanhoitajille mahdollisuuden vahvistaa potilaiden voimaa ja helpottaa heidän rohkeutensa tehdä merkityksellistä elämää ja kuolla arvokkaasti.	
<p>Yan, B., Xinyi, X., Cheung, D. &amp; Lin, C-C. (2020).</p> <p><i>Spiritual and religious interventions for adults with cancer and their carers: an overview of systematic reviews (Protocol).</i></p> <p>doi: <a href="https://doi.org/10.1002/14651858.CD013675">10.1002/14651858.CD013675</a></p>	Tavoitteena oli tutkia keskeisiä osatekijöitä, kuten hengellisiä tarpeita, arviointia, interventioita ja tärkeitä tuloksia syöpään sairastuneiden henkilöiden haluun henkiseen keskusteluun elämän loppuvaiheessa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa heille, jotka haluavat ymmärtää henkisen hyvinvoinnin edistämiseen liittyviä interventioita.	<p>Kirjallisuuskatsaus, jonka aineistoon valittiin 18-vuotiaat tai sitä vanhemmat aikuiset, joilla on diagnoosi mikä tahansa syöpävaihe tai jotka ovat selvinneet syövästä.</p> <p>Katsaukseen valittiin henkilöitä, joilla on muita lääketieteellisiä komplikaatioita ja joilla on syöpädiagnoosi.</p>	<p>Ensisijaiset tulokset syöpään sairastaville aikuisille, selviytyneille ja omaishoitajille ovat seuraavat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Elämänlaatu/hyvinvointi. Suosittuja mittauksia ovat syöpähoiton toiminnallinen arviointi.</li> <li>-Hengellisyteen ja uskoon liittyvät, mikä voi sisältää mm. eksistentiaalisen hyvinvoinnin.</li> </ul> <p>Myös toissijaisissa tuloksissa oli eksistentiaalinen kärsimys.</p>	<p>9/11</p> <p>näytön aste C</p>

## TAULUKKO 5. Ensimmäisen syklin aineiston koodaus ja luokittelu

Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Luokka
1 tunnistetut henkisen ja eksistentiaalisen hoidon keskeiset teemat 2 hengellinen ahdistus 3 avautuminen 4 tuntea huoneen tunnelma 5 olla liikuttunut 6 olla kosketettu ja lohduttaa hiljaisuuden, keskustelun ja lohdutuksen kautta 7 eksistentiaalisen ja henkisen ahdistuksen lohduttaminen on syvästi henkilökohtainen 8 sairaanhoitajilla on potentiaalia lievittää eksistentiaalista ja henkistä kärsimystä lohduttavan läsnäolon kautta 9 ottamalla osaa syvästi 10 sairaanhoitajilla on mahdollisuus vahvistaa potilaan voimavaroja 11 edistää heidän (potilaan) rohkeutta elää merkityksellistä elämää ja kuolla arvokkaasti 12 sairaanhoitajat ovat tietoisia eettisistä ongelmista 13 pohtivat (sairanhoitajat) sitä, miten he voisivat kannustaa potilaita ilmaisemaan ahdistuksensa loukkaamatta heidän ihmisarvoaan ja itsenäisyyttään 14 potilaat hyötyisivät avautumisesta 15 sairaanhoitajat kunnioittivat yksilöiden valintaa 16 eksistentiaalisen ja henkisen ahdistuksen lohduttaminen on henkilökohtainen 17 liittyy paljon herkkyyttä ja rohkeutta olla paikalla 18 halukkaita ja valmiita jakamaan potilaiden kuoleman pelon ja elämän rajallisuuden potilaiden ja heidän läheistensä kanssa 19 lohduttavan läsnäolon voimalla sairaanhoitajilla on mahdollisuus lievittää (potilaiden) eksistentiaalista ja henkistä kärsimystä 20 luomalla luottamuksellinen suhde potilaisiin ja omaisiin 21 vahvistamalla potilaiden voimavaroja 22 edistää heidän rohkeuttaan elää merkityksellistä elämää 23 terveydenhuollon ammattilaiset voivat yrittää tukea potilaita hallitsemaan eksistentiaalista epävarmuutta 24 tukea potilaita pyrkimään suurempaan eksistentiaalisen varmuuteen 25 eksistentiaalinen epävarmuus ja varmuus näytti muuttavan elämää ratkaisevalla tavalla 26 potilaat kertoivat alkaneensa pohtia, kuinka uusia ja epävarmoja elämän puolia avautuisi 27 eivät enää pystyneet tunnistamaan omaa kehoaan 28 ei ollut riittävästi tietoa siitä, miten heidän kehonsa reagoi sairauksiin 29 saivat (potilaat) mahdollisuuden oppia lisää sairaudestaan ja kehonsa reagoinnista ja toiminnasta 30 (potilaat) perusturvallisuuden tunne perustui arkeen 31 arjen rutiinit antavat varmuuden ja turvallisuuden tunteen (potilaat) 32 toimiva arkipäivä, johon sisältyi ympäris-	1 tunnistetut henkisen ja eksistentiaalisen hoidon 2 hengellinen ahdistus 3 avautuminen 4 huoneen tunnelma 5 liikuttunut 6 kosketettu ja lohduttaa hiljaisuuden, keskustelun ja lohdutuksen kautta 7 eksistentiaalisen ja henkisen ahdistuksen lohduttaminen on henkilökohtainen 8 lievittää lohduttavan läsnäolon kautta 9 ottamalla osaa 10 mahdollisuus vahvistaa potilaan voimavaroja 11 edistää elää merkityksellistä elämää ja kuolla arvokkaasti 12 ovat tietoisia eettisistä ongelmista 13 kannustaa potilaita ilmaisemaan ahdistuksensa loukkaamatta ihmisarvoa ja itsenäisyyttä 14 hyötyisivät avautumisesta 15 kunnioittivat yksilöiden valintaa 16 eksistentiaalisen ja henkisen ahdistuksen lohduttaminen henkilökohtaista 17 liittyy herkkyyttä ja rohkeutta olla paikalla 18 jakamaan kuoleman pelon ja elämän rajallisuuden potilaiden ja läheisten kanssa 19 läsnäolon voimalla mahdollisuus lievittää eksistentiaalista ja henkistä kärsimystä 20 luottamuksellinen suhde 21 vahvistamalla potilaiden voimavaroja 22 edistää rohkeutta elää merkityksellistä elämää 23 tukea potilaita hallitsemaan eksistentiaalista epävarmuutta 24 tukea potilaita eksistentiaaliseen varmuuteen 25 eksistentiaalinen epävarmuus ja varmuus näytti muuttavan elämää 26 potilaat kertoivat alkaneensa pohtia uusia ja epävarmoja elämän puolia 27 eivät pystyneet tunnistamaan kehoaan 28 ei ollut tietoa siitä, miten heidän kehonsa reagoi sairauksiin 29 mahdollisuuden oppia sairaudesta ja kehonsa reagoinnista ja toiminnasta 30 perusturvallisuuden tunne perustui arkeen 31 arjen rutiinit antavat varmuuden ja turvallisuuden tunteen 32 toimiva arki, johon sisältyi ympäristön vaihto matkan tai jonkun luona käymisen muodossa 33 helpotusta eksistentiaaliseen epävarmuuteen löytää toisen seurasta 34 olla arvokas muille 35 saada ystäviä, jotka kertoivat vaikeuksistaan 36 saada hoitoa sairauteensa 37 tunsivat olevansa haavoittuvia terveydenhuollon henkilökunnan läsnä ollessa 38 säilyttää itsemääräämisoikeus ja rehellisyys 39 loukkaava käytös voi lisätä eksistentiaalista epävarmuutta 40 korostivat totuuden tuntemisen ja faktojen vastaanottamisen merkitystä sairaudestaan 41 kehon (kieli korostettiin tulkinnan kannalta	A.Hengellisyys tunnistaminen ja vahvistaminen (1,2,3,14,37,45,46,52,63,66,67,68,69,70,72,76,77,80,81,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,98,105,106,107)  B.Lohdutus (5,6,16,18,)  C.Toivo (9,11,30,35,49,83,84)  D.Olemassaolon sekä voimavarojen tukeminen (7,10,21,22,23,24,25,26,27,28,31,33,34,41,47,48,50,51,57,61,64,65,95)  E.Luottamus (13,40,42,59,78,79,82,)  F.Elämänlaatu (54,71,96,97,)  G.Ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen (12,15,36,38,39,44,53,55,60,62,73,74,75,99,102)  H.Läsnäolo (4,8,17,43,56,100,101,103,104)

<p>tön vaihto matkan tai jonkun luona käymisen muodossa</p> <p>33 helpotusta eksistentiaaliseen epävarmuuteen voi löytää toisen seurasta</p> <p>34 että on arvokas (potilaat) muille ihmisille</p> <p>35 tärkeää (potilaat) oli saada ystäviä, jotka kertoivat vaikeuksistaan</p> <p>36 tärkeää oli saada hoitoa sairauteensa</p> <p>37 tunsivat joskus olevansa haavoittuvia terveydenhuollon henkilökunnan läsnä ollessa</p> <p>38 pitivät (potilaat) tärkeänä säilyttää itsemääräämisoikeus ja rehellisyys</p> <p>39 terveydenhuollon ammattilaisten loukkaava käytös voi lisätä eksistentiaalista epävarmuutta</p> <p>40 korostivat (potilaat) totuuden tuntemisen ja faktojen vastaanottamisen merkitystä sairaudestaan</p> <p>41 kehon (sairaanhoitajat) kieli korostettiin osallistujien (potilaat) tulkinnan kannalta merkitykselliseksi</p> <p>42 että heitä kuunneltiin</p> <p>43 terveydenhuollon ammattilaiset ottivat aikaansa</p> <p>44 vastasivat (sairaanhoitajat) heidän (potilaiden) kysymyksiinsä ja kohtelivat heitä ihmisinä</p> <p>45 luonnolliseen ympäristöön kerrottiin liittyvän suurempaa tietoisuutta, voimaa ja sisäistä rauhallisuutta</p> <p>46 eri aistien voimalla luonto herätti heissä eläviä muistoja</p> <p>47 aika tehdä jotain merkityksellistä (potilaat)</p> <p>48 oli myös mielekästä saada (potilaat) tavoite, jota odotettiin</p> <p>49 jokapäiväiset rituaalit tuovat vakautta jokapäiväiseen elämään ja parantavat ihmisen elämänlaatua</p> <p>50 tunsivat olevansa arvostettuja ja osana yhteisöä</p> <p>51 eksistentiaalinen epävarmuus helpottui, kun he keskittyivät nykyhetkeen</p> <p>52 jatkaa erilaisten asioiden kokemista esimerkiksi luonnon, taiteen ja uusien ympäristöjen kautta</p> <p>53 heitä (potilaita) tulisi tukea herkkyydellä ja kunnioituksella</p> <p>54 potilaiden hoito lähtee heidän tarpeistaan, tunteistaan, ajatuksistaan ja toiveistaan heidän viimeisten päiviensä elämään</p> <p>55 terveydenhuollon ammattilaiset ottavat huomioon yksittäisen potilaan tarpeet</p> <p>56 terveydenhuollon ammattilaisten on tärkeää olla valppaina</p> <p>57 palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaat haluavat käydä eksistentiaalista pohdintaa</p> <p>58 huolissaan (potilaat) itsemääräämisen ja elämän hallinnan menettämisestä</p> <p>59 voidaan vaikuttaa rakentamalla luottamuksellinen hoitosuhde</p> <p>60 suunnittelemalla hyvin elämän lopun hoito</p> <p>61 ammattilaisilla on tahtoa ja valmiutta käydä heidän (potilaat) kanssaan eksistentiaalista pohdintaa</p> <p>62 tuki käytännön asioiden järjestelyissä ja selkeä hoitopolku auttavat</p> <p>63 keskusteluissa tulee kunnioittaa potilaan elämäkatsomusta ja vakaumusta</p> <p>64 ammattilaisen tehtävän on sensitiivisen</p>	<p>merkitykselliseksi</p> <p>42 heitä kuunneltiin</p> <p>43 ammattilaiset ottivat aikaansa</p> <p>44 vastasivat kysymyksiinsä ja kohtelivat heitä ihmisinä</p> <p>45 luonnolliseen ympäristöön liittyvän suurempaa tietoisuutta, voimaa ja sisäistä rauhaa</p> <p>46 luonto herätti muistoja</p> <p>47 tehdä merkityksellistä</p> <p>48 tavoite, jota odotettiin</p> <p>49 rituaalit tuovat vakautta elämään ja parantavat elämänlaatua</p> <p>50 tunsivat olevansa arvostettuja ja osana yhteisöä</p> <p>51 nykyhetki helpotti eksistentiaalista epävarmuutta</p> <p>52 asioiden kokemista luonnon, taiteen ja uusien ympäristöjen kautta</p> <p>53 tukea herkkyydellä ja kunnioituksella</p> <p>54 potilaiden hoito lähtee tarpeistaan, tunteistaan, ajatuksistaan ja toiveistaan viimeisten päiviensä elämään</p> <p>55 ottavat huomioon yksittäisen potilaan tarpeet</p> <p>56 olla valppaina (sairaanhoitajat)</p> <p>57 haluavat käydä eksistentiaalista pohdintaa</p> <p>58 huolissaan itsemääräämisen ja elämänhallinnan menettämisestä</p> <p>59 rakentamalla luottamuksellinen hoitosuhde</p> <p>60 suunnittelemalla hyvin elämän lopun hoito</p> <p>61 tahtoa ja valmiutta käydä eksistentiaalista pohdintaa</p> <p>62 tuki asioiden järjestelyissä ja selkeä hoitopolku auttavat</p> <p>63 tulee kunnioittaa elämäkatsomusta ja vakaumusta</p> <p>64 sensitiivisen vuorovaikutuksen keinoin auttaa potilaita löytämään voimavaroja</p> <p>65 eksistentiaalisen kärsimyksen välttäminen virheellinen tavoite, pitää pyrkiä tulemaan toimeen sen kanssa</p> <p>66 henkinen hoito saattohoidon ja palliatiivisen hoidon keskiössä</p> <p>67 henkisen hoidon merkitys keskeisenä osa-alueena</p> <p>68 kunnioittaa heidän uskonnollisia ja hengellisiä uskomuksiaan, rituaalejaan ja käytäntöjään</p> <p>69 hengelliset tarpeet vaihtelevat</p> <p>70 henkinen hoito keskeisenä</p> <p>71 pyrkiä parantamaan elämänlaatua</p> <p>72 henkisen selviytymisen ja psyykkisten oireiden välisen suhteen ymmärtäminen</p> <p>73 ihmisarvon ja hyvinvoinnin säilyttäminen arvokkaalla ja kokonaisvaltaisella hoidolla</p> <p>74 korostaa ihmisarvoon liittyvien tarpeiden ja huolenaiheiden käsittelemiseksi elämän lopussa</p> <p>75 myötätuntoinen hoito ja itsemyötätunto voivat toimia ihmisarvoisen elämän perustana</p> <p>76 arvostivat potilailleen annettavan henkisen hoidon tärkeyttä</p> <p>77 hyväksyttävä ymmärrys henkisyystä ja halu tarjota hengellistä hoitoa potilailleen</p> <p>78 luottamussuhde auttaisi henkisen hoidon tarjoamiseen</p> <p>79 luottamussuhteen rakentaminen helpottaisi potilaan hengellisiin tarpeisiin vastaamista</p> <p>80 ettei henkisyttä ole kaikissa ihmisissä</p>
--	---

<p>vuorovaikutuksen keinoin auttaa potilaita itse löytämään voimavaroja</p> <p>65 eksistentiaalisen kärsimyksen välttämisen on virheellinen tavoite, pikemminkin pitää pyrkiä tulemaan toimeen sen kanssa</p> <p>66 henkinen hoito on saattohoidon ja palliatiivisen hoidon keskiössä</p> <p>67 henkisen hoidon merkitys laadukkaana palliatiivisen hoidon keskeisenä osa-alueena</p> <p>68 kommunikointi perheen ja potilaan kanssa kunnioittaa heidän uskonnollisia ja hengellisiä uskomuksiaan, rituaalejaan ja käytäntöjään</p> <p>69 hengelliset tarpeet vaihtelevat jokaisen potilaan ja perheen välillä</p> <p>70 henkinen hoito säilyy palliatiivisen hoidon keskeisenä sijana</p> <p>71 palliatiivisen hoidon tarjoajien tulee pyrkiä parantamaan elämänlaatua</p> <p>72 henkisen selviytymisen ja psyykkisten oireiden välisen suhteen ymmärtäminen</p> <p>73 parantumattomasti sairaiden ihmisarvon ja hyvinvoinnin säilyttäminen arvokkaalla ja kokonaisvaltaisella hoidolla</p> <p>74 korostaa (sairaanhoitajat) systemaattisen objektiivin omaksumisen tärkeyttä ihmisarvoon liittyvien tarpeiden ja huolenaiheiden käsittelemiseksi elämän lopussa</p> <p>75 myötätuntoinen hoito ja itsemyötätunto voivat toimia ihmisarvoisen elämän perustana</p> <p>76 he (sairaanhoitajat) arvostivat potilailleen annettavan henkisen hoidon tärkeyttä</p> <p>77 sairaanhoitajilla oli hyväksyttävä ymmärrys henkisyydestä ja halu tarjota hengellistä hoitoa potilailleen</p> <p>78 luottamussuhteen rakentaminen potilaiden kanssa auttaisi sairaanhoitajaa osallistumaan henkisen hoidon tarjoamiseen</p> <p>79 luottamussuhteen rakentaminen potilaiden kanssa helpottaisi potilaan hengellisiin tarpeisiin vastaamista</p> <p>80 sairaanhoitajat uskovat, ettei henkisyyttä ole kaikissa ihmisissä</p> <p>81 useimmat sairaanhoitajat ymmärtävät, että hyvä henkinen hoito tarkoittaa keskittymistä potilaiden uskomusten ja ihmisarvon kunnioittamiseen</p> <p>82 potilaat tarvitsevat sairaanhoitajia arvostaakseen inhimillisyytään, luottamuksellisuuttaan, perinteitään ja uskomustaan</p> <p>83 henkisen hoidon merkitys on toivon antaminen potilaille</p> <p>84 toivo on olennainen osa ihmisen henkisyyttä</p> <p>85 toivo yhtenä tärkeimmistä henkisistä tarpeista, joka on otettava huomioon hoitaessaan potilaitaan</p> <p>86 hengellisyyden sisällyttämistä hoitotyön koulutusohjelmiin suositellaan</p> <p>87 hengellisyydellä voi olla merkitystä sopeutuessa syövän kokemukseen ja sen hoitoon</p> <p>88 sairaanhoitajilla näyttää olevan ainutlaatuinen rooli henkisen hoidon tarjoajina</p> <p>89 sairaanhoitajat pitävät henkistä huolta tärkeänä</p> <p>90 potilaat parantavassa ympäristössä kokevat ja arvostavat henkistä hoitoa</p>	<p>81 ymmärtävät, että henkinen hoito tarkoittaa keskittymistä potilaiden uskomusten ja ihmisarvon kunnioittamiseen</p> <p>82 tarvitsevat arvostaakseen inhimillisyytään, luottamuksellisuuttaan, perinteitään ja uskomustaan</p> <p>83 henkisen hoidon merkitys on toivon antaminen</p> <p>84 toivo olennainen osa ihmisen henkisyyttä</p> <p>85 toivo tärkeimmistä henkisistä tarpeista, joka otettava huomioon</p> <p>86 hengellisyyden sisällyttämistä hoitotyön koulutusohjelmiin</p> <p>87 hengellisyydellä merkitystä sopeutuessa syövän kokemukseen ja hoitoon</p> <p>88 ainutlaatuinen rooli henkisen hoidon tarjoajina</p> <p>89 pitävät henkistä huolta tärkeänä</p> <p>90 parantavassa ympäristössä kokevat ja arvostavat henkistä hoitoa</p> <p>91 saivat harvoin sairaanhoitajilta henkistä hoitoa</p> <p>92 keskusteluja henkisyydestä koettiin harvoin</p> <p>93 tulisi huomata henkisen ongelmat ja kääntyä muiden ammattilaisten puoleen</p> <p>94 henkiseen hoitoon kiinnittäminen</p> <p>95 rooli myötätuntoisen hoidon tarjoamisessa</p> <p>96 toistuvia ja pitkäaikaisia kontakteja ja ovat läsnä epävarmoina hetkinä</p> <p>97 henkisen hoidon vaikuttavan positiivisesti potilaiden kokemaan hoidon laatuun ja tyytyväisyyteen</p> <p>98 olennainen osa hengellisen hoidon tarjoamisesta potilaille ja perheille koko elinkaaren ajan ja sen lopussa</p> <p>99 kuuntelemisen tärkeys, puhuminen ja terapeuttisen kosketuksen antaminen tunnistettu potilaiden henkisen tarpeiden kunnioittamiseksi</p> <p>100 kyky olla hetkessä</p> <p>101 keskittyivät potilaaseen ja osoittivat aitoa läsnäoloaan</p> <p>102 hoitaja jakaa potilaan kanssa tilan, joka on henkilökohtainen</p> <p>103 vaatii pidättymistä, potilas voi sanella, minne keskustelu johtaa</p> <p>104 kuulua hiljaisuus</p> <p>105 henkisyys tarjota helpotusta huonoon terveyteen ja pelon kysymyksiin</p> <p>106 henkisyys syöpäpotilaiden fyysiseen terveyteen, mielenterveyteen ja päätöksentekoon</p> <p>107 halu hengelliseen keskusteluun lisääntyy loppua kohden</p>	
---	--	--



<p>91 useimmat potilaat saivat harvoin sairaanhoitajilta henkistä hoitoa</p> <p>92 rakenteellisia keskusteluja henkisyystä sairaanhoitajien kanssa koettiin harvoin</p> <p>93 henkistä hoitoa pidettiin hoitotyönä: sairaanhoitajien tulisi huomata henkisen ongelmat ja kääntyä muiden ammattilaisten puoleen</p> <p>94 henkiseen hoitoon kiinnittäminen on välttämätön</p> <p>95 sairaanhoitajilla on ainutlaatuinen rooli potilaiden myötätuntoisen hoidon tarjoamisessa</p> <p>96 pitävät (sairaanhoitajat) toistuvia ja pitkäaikaisia kontakteja ja ovat läsnä epävarmoina hetkinä</p> <p>97 henkisen hoidon on havaittu vaikuttavan positiivisesti potilaiden kokemaan hoidon laatuun ja tyytyväisyyteen ja sillä on positiivisia assosiaatioita hyvinvointiin</p> <p>98 sairaanhoitajat ovat olennainen osa hengen hoidon tarjoamista potilaille ja perheille koko elinkaaren ajan ja sen lopussa</p> <p>99 kuuntelemisen tärkeys, potilaan puhuminen ja terapeuttisen kosketuksen antaminen ovat strategioita, jotka on tunnistettu potilaiden henkisten tarpeiden kunnioittamiseksi</p> <p>100 kyky (sairaanhoitajat) olla hetkessä potilaiden ja perheiden kanssa</p> <p>101 keskittyivät (sairaanhoitajat) täysin potilaaseen jokaisen vuorovaikutuksen aikana ja osoittivat aitoa läsnäoloaan</p> <p>102 hetkessä oleminen edellyttää, että hoitaja jakaa potilaan kanssa tilan, joka on henkilökohtainen</p> <p>103 hetkessä oleminen vaatii myös jonkin verran pidättymistä, jolloin potilas voi sanoa, minne keskustelu johtaa</p> <p>104 hetkessä olemiseen voi kuulua myös hiljaisuus</p> <p>105 henkisyys voi tarjota helpotusta huonoon terveyteen ja pelon aiheuttamiin kärsimyksiin</p> <p>106 henkisyys yhdistettiin syöpäpotilaiden parempaan fyysiseen terveyteen, mielenterveyteen ja päätöksentekoon</p> <p>107 ihmisten halu hengelliseen keskusteluun lisääntyy elämän loppua kohden</p>		
--	--	--

**Tiedote**

Sotkamossa xx.xx.2022

Palliativisten potilaiden hoitotyön osaajia tarvitaan työelämässä yhä enemmän.

Työnantajamme Kainuun Soten Yhdessä Ihmisen Parhaaksi -hankkeen yhtenä tavoitteena on vahvistaa palliativisten potilaiden hoitotyön osaajien ammatillista osaamista yhdessä muiden toimijoiden, kuten Kajaanin ammattikorkeakoulun, kanssa.

Kajaanin ammattikorkeakoulun ylemmän AMK:n opinnäytetyö on työelämän kehittämisen tehtävä yhdessä työelämän toimijoiden kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena on hoitotyöntekijän osaamisen kehittäminen palliativisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa

Opinnäytetyöhön tarvittavan aineiston kerääminen hoitohenkilökunnan nykyosaamisen kartoittamiseksi toteutetaan ryhmäkeskusteluna. Ryhmäkeskustelu on vapaaehtoinen tilaisuus, jossa muutamia hoitotyöntekijöitä keskustelee yhdessä aiheesta. Ryhmäkeskustelu tallennetaan, tallennus litteroidaan ja käsitellään sisällön analyysia apuna käyttäen. Aineiston tuloksia käytetään vain tämän opinnäytetyön prosessin aikana. Tallenne hävitetään lopullisesti kuukauden kuluessa opinnäytetyön valmistumisesta.

Jokainen ryhmäkeskusteluun saapuva hoitotyöntekijä hyväksyy ryhmäkeskusteluun osallistumisensa saapumalla keskustelutilaisuuteen sekä sen, että keskustelu nauhoitetaan opinnäytetyön aineiston keruuta varten. Jokainen keskusteluun osallistuva on tietoinen, että opinnäytetyön tekijänä tuhoan nauhoitteen kuukauden kuluttua opinnäytetyön hyväksymisestä.

Toivon, että olet kiinnostunut kehittämään palliativisten potilaiden hoitotyötä ja vahvistamaan omaa ammatillista osaamistasi potilaiden hyväksi. Kiitos etukäteen osallistumisestasi!

Lisätietoja:

Opinnäytetyöntekijä  
Eija Hakamäki  
Ylempi AMK -opiskelija

## TAULUKKO 6. Toisen syklin aineiston koodaus ja luokittelu

Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Luokka
1 läsnäolo on semmonen mikä on tärkeä siinä 2 ei tarvii olla mikään puhelias 3 kunhan on läsnä 4 riittää että sä kuuntelet potilasta 5 empatia 6 empaattisia 7 osata jollain tavalla vastata hänen mietteisiinsä tai kysymyksiinsä 8 jollain tavalla osata kertoa mitä se tuo tullessaan 9 sitä myötäelämistä siinä 10 on se mahdollista se yhteinen kanssa käyminen 11 saa puhua niitä 12 käydä läpi asioita ja toiveita selevitellä 13 rohkaista heitä puhumaan ja kysymään 14 mahdollistaa heidän tappaaminen 15 voipi olla omaiset täällä mukana 16 vaatii sitä aikaa sitten siinä kohtaamisessa 17 vähän semmosta luovuutta 18 semmoista asioitten puhheeksi ottamista 19 johdattelemista mikä mielessä oes päällimmäisenä 20 pystyisit rauhoittamaan niissä hänen mietteissään 21 vierihoidto 22 olla läsnä 23 yövuorossakin ollaan vaan läsnä 24 istuakin vain siinä 25 siinä olla 26 siinä olla vaikka hän niin kuin nukkuu ja sillä tavalla poissaoleva 27 kuulee 28 ehkä semmosia pieniä toiveita 29 kuuntelee toinen halluu vaikka kertoa 30 oot rinnalla 31 vähän avvaa yhteensäkin niin miten se sille toiselle voi tuoda lohtua 32 niin kuin raottaa sitäkin hoitajanverhoa 33 tuopi sitä inhimillisyyttä siihen kohtaamiseen 34 vähän niin kuin vertaistukea siinäkin vaiheessa 35 pitäas olla rauhallinen ja rauhoittuminen 36 kosketella rauhallisesti 37 asento 38 istumista 39 vaikka kiire oiskin niin olla sillä tavalla, että se ei näy 40 hengitettään yhdessä 41 joku voi haluta kuunnella poppia 42 voiijaan mahdollistaa myös se, että kun joskus on oma lemmikki 43 niin mahdollistaa sille, kun tietää että kuulee niin sen hyvästelyn sille (omaiset)	1 läsnäolo 2 ei puhelias, 3 läsnä 4 riittää että kuuntelet 5 empatia 6 empaattisia 7 vastata mietteisiinsä tai kysymyksiinsä 8 osata kertoa 9 myötäelämistä 10 mahdollistaa kanssa käyminen 11 puhua 12 käydä läpi asioita 13 rohkaista puhumaan ja kysymään 14 mahdollistaa tappaaminen 15 omaiset mukana 16 aikaa kohtaamisessa 17 luovuutta 18 asioitten puhheeksi ottamista 19 johdattelemista mikä oes päällimmäisenä 20 rauhoittamaan mietteissään 21 vierihoidto 22 olla läsnä 23 ollaan läsnä 24 istuakin siinä 25 olla 26 olla siinä 27 kuulee 28 toiveita 29 kuuntelee 30 oot rinnalla 31 avaa yhteensäkin tuo lohtua 32 raottaa hoitajanverhoa 33 inhimillisyyttä kohtaamiseen 34 vertaistukea 35 rauhallinen ja rauhoittuminen 36 kosketella 37 asento 38 istumista 39 olla niin että kiire ei näy 40 hengitettään yhdessä 41 kuunnella poppia 42 mahdollistaa oma lemmikki 43 mahdollistaa että kun kuulee niin sen hyvästelyn 44 huomioida omaiset 45 tukea kriisin kohdatessa (omaisia) 46 antaa aikaa	A läsnäolo (1,2,3, 4,7,20,21,22,23,24,25,26,27, 29,36,37,39, 64,66,67,68,71,72,76)  B omaisten huomioiminen (13,14,15,43,44,45,46,47,48,49, 53,54,57)  C myötäeläminen (5,6,9,10,11,12,19,30,31,32,33, 34,35,37,38,40,69,73)  D toivon ylläpitäminen (18,28,29,74,78,80,86)  E yksilön tarpeen mukainen hoito (16,17,41,42, 55,56,58,60, 61,62,63,65,70,75,79, 81,82,85,86)  F vuorovaikutus (8,50,51,52,59,77,83,84)

<p>44 heidät pitää huomioda (omaiset)</p> <p>45 yrittää heitäkin tukea siinä kriisin kohdassa</p> <p>46 antaa heillekin aikaa (omaiset)</p> <p>47 keskustella heidän tuntemuksistaan</p> <p>48 mahdollistaa se, että jos haluaa, olla</p> <p>49 osata sillä tavalla rauhoittaa</p> <p>50 otetaan puhheeksi kaikkien kuullen</p> <p>51 ossaa sannaan suoraan, sillä tavalla että hekin ymmärtää (omaiset)</p> <p>52 lääkäri on käynyt omaisten kanssa keskustelemassa</p> <p>53 hoitajakin keskustelee</p> <p>54 keskustelu on käyty lääkärin kanssa</p> <p>55 mitä lääkäri on jo päättänyt</p> <p>56 selkkeet linjaukset lääkäriltä se helpottaa hoitajan työtä</p> <p>57 varmaan se lääkäri puhuu omaisten kanssa potilaan kuullen</p> <p>58 ettei anneta turhaa toivoa</p> <p>59 siinä helpottaa sen kärsimyksen lievittymisessä, kun keskusteltaisiin</p> <p>60 yksi on lääkehoito</p> <p>61 kai niitä valokuvia ja sellaisia ollu noissa huoneissa</p> <p>62 vaatteita, vilttiä että luuaan sitä kodinomaisuutta</p> <p>63 valaistus on yksi kans semmonen rauhoittava</p> <p>64 me ymmärretään ihmisyyttä sillä tavalla, kun miten se on niinkun rakentunut meissä (hoitajat)</p> <p>65 henkilökunnalla on varmasti ollut halu auttaa potilasta siinä elämän päättymisen ja olemassaolon tuskan kysymyksissä</p> <p>66 uskalletaan olla läsnä</p> <p>67 meillä on aikaa olla läsnä</p> <p>68 minä voisin kyllä siellä potilaan vieressä olla</p> <p>69 pystytään aistimaan (hoitajat) potilaan kertomatta sitä tarvetta saada apua ja hoitotoo</p> <p>70 pappia odotellessa veisannu virren</p> <p>71 antaa sen läsnäolon (hoitaja)</p> <p>72 oot siinä ja kuuntelet</p> <p>73 myötäelät sitä tilannetta</p> <p>74 mitenkä hän (potilas) toivois että kun häntä kohdellaan</p> <p>75 käsi olkapäällä, jos hän tuntee vielä</p> <p>76 että hän tietää, että on läsnä</p> <p>77 voi rauhassa puhua hänelle ihan arkisista asioista</p> <p>78 enemmän tietää näitten meidän potilaiden toiveista</p> <p>79 jos ihmiset pystyis kirjoittaa semmosta hoitotestamenttia</p> <p>80 lomakkeen, missä ois lempiruoka, juoma, väri, musiikki</p> <p>81 tarjota mahdollisuutta kirjoittaa (toiveita)</p> <p>82 että se kosketus ei ole kaikille hyvä</p> <p>83 onko meillä tarpeeksi rohkeutta ja työkaluja ottaa se asia puhheeksi</p> <p>84 varhaisimman vaiheen keskustelu</p>	<p>47 keskustella heidän tuntemuksistaan</p> <p>48 mahdollistaa että jos haluaa olla</p> <p>49 osata rauhoittaa</p> <p>50 otetaan puhheeksi</p> <p>51 sannaan suoraan, että hekin ymmärtää (omaiset)</p> <p>52 lääkäri käynyt omaisten kanssa keskustelemassa</p> <p>53 hoitajakin keskustelee</p> <p>54 keskustelu on käyty</p> <p>55 lääkäri on päättänyt</p> <p>56 selkkeet linjaukset lääkäriltä</p> <p>57 lääkäri puhuu omaisten kanssa</p> <p>58 ettei anneta turhaa toivoa</p> <p>59 helpottaa kärsimyksen lievittymisessä, kun keskusteltaisiin</p> <p>60 lääkehoito</p> <p>61 valokuvia huoneissa</p> <p>62 vaatteita, vilttiä luuaan kodinomaisuutta</p> <p>63 valaistus on rauhoittava</p> <p>64 ymmärretään ihmisyyttä</p> <p>65 halu auttaa potilasta</p> <p>66 olla läsnä</p> <p>67 aikaa olla läsnä</p> <p>68 potilaan vieressä olla</p> <p>69 pystytään aistimaan tarvetta saada apua ja hoitotoo</p> <p>70 odotellessa veisannu virren</p> <p>71 antaa läsnäolon</p> <p>72 oot ja kuuntelet</p> <p>73 myötäelät</p> <p>74 mitenkä toivois että kohdellaan</p> <p>75 käsi olkapäällä</p> <p>76 tietää että on läsnä</p> <p>77 voi puhua</p> <p>78 tietää potilaiden toiveista</p> <p>79 kirjoittaa hoitotestamenttia</p> <p>80 lempiruoka, juoma, väri, musiikki</p> <p>81 tarjota mahdollisuutta kirjoittaa</p> <p>82 kosketus ei ole kaikille hyvä</p> <p>83 rohkeutta ottaa puhheeksi</p> <p>84 varhaisimman vaiheen keskustelu</p> <p>85 tärkeitä lohdutuksen asioita</p> <p>86 helpottaa luopumista toiveen mahdollistaminen</p>	
---	---	--

85 mitkä hänelle (potilaalle) on niitä tärkeitä lohdutuksen asioita 86 helpottaa luopumista sen toiveen mahdollistaminen		
---	--	--

TAULUKKO 7. Ensimmäisen ja toisen syklien aineistojen miksaustulokset

Luokka	Pelkistetty ilmaisu	Menetelmänä tarkoittaa
A. Hengellisyden tunnistaminen ja vahvistaminen	Henkisen hoidon merkitys potilaille tärkeä eksistentiaalisen kärsimyksen lieventämiseksi.	Sielunhoito (kuunteleminen, läsnäolo, rukous, virret, Raamatun sana käyttö, musiikki) Oman vakaumuksen tunnistaminen, omien ennakoasenteiden ja tietojen tarkasteleminen ovat hyvä lähtökohta hoidettaessa myös vieraasta vakaumusympäristöstä tulevaa henkilöä. (Karvinen, Lipponen ja Sipilä 2020, 9). Uskonnollisia ja hengellisiä rituaaleja ja käytäntöjä kunnioitetaan.
B. Lohdutus +myötäeläminen	Eksistentiaalisen kärsimys lieventyy, kun potilas kokee lohdutusta. Hoitohenkilökunta on empaattista, he myötäelävät potilaan elämässä parantaa potilaan henkistä kärsimystä.	Hoitotyöntekijä on oma itsensä ja kuuntelee potilasta. Potilas tulee kohdatuksi, kuulluksi ja lohdutetuksi (Hänninen 2018,90). Hoitohenkilökuntana ”olla oma itsensä”, raottaa hoitajan ”verhoa”, keskustella potilaan elämänsästä, myötäelää empaattisesti.
C. Toivo	Toivon antaminen loppu elämään on henkisen hoidon yksi tärkeistä merkityksistä. Potilaat saavat toivosta voimia henkiseen ahdistukseen.	Hoitohenkilökunta rohkaisee elämään merkityksellistä loppuelämää. Rohkaistaan potilasta tunnistamaan tunteitaan ja puhumaan niistä sekä arvioimaan yhdessä potilaan kanssa toivon näkökulmat, jotka kannattelevat ja tuovat turvallisuutta potilaalle ja hänen perheelleen. (Sipolan, Pöyhijän, Anttosen ja Pajusen (2021, 53). Pyritään selvittämään potilaan tahto ja toteutetaan pieniä toiveita. Toteutetaan mahdollisuuksien mukaan potilaan toiveita (ruoka, musiikki).
D. Olemassaolon ja voimavarojen tukeminen	Potilaiden kokemus omasta kehosta ja sen rajoituksesta sairauden aikana aiheuttaa henkistä kärsimystä.	Rehellinen tieto sairaudesta sekä sen vaikutuksesta kehon muutoksiin. Arjen rutiinit tuovat varmuutta ja turvallisuutta. Riittävä ja totuudenmukainen tieto, sekä tietoisuus omasta tilasta tukevat potilaan levollisuutta. Omaistenkaan ei tule salailla läheisensä elämään liittyviä asioita, koska omaisilla on potilaan psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitämisessä merkittävä rooli. (Hänninen& Pajunen 2006, 58.)
E. Luottamus	Hoitohenkilökunnan käyttäytyminen parantaa tai pahentaa kärsimystä	Hoitohenkilökunnan kehonkieli sekä potilaiden kuunteleminen ja ajan antaminen.
F. Elämänlaatu	Henkisen hoidon merkitys potilaan kokemaan hoidon laatuun parantaa potilaiden	Hoitohenkilökunta ymmärtää ja pyrkii hoitamaan fyysistä, psyykkistä ja hengellistä kipua. Elämänlaadun optimointi oireita lievittämällä onkin palliatiivisen hoidon ydin siinä vaiheessa, kun potilaan

	eksistentiaalista kärsimystä ja elämänlaatua.	sairautta ei voida enää parantaa. Eksistentiaalisen hämmennyksen aiheuttama ahdistus kohdataan ja siedetään. (Mattiila 2002,35).
G. Ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen + yksilön tarpeen mukainen hoito + vuorovaikutus	<p>Potilaiden itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen koettiin potilaiden henkistä kärsimystä lieventäväksi. Myötätuntoinen hoitotyö lievittää potilaiden kärsimystä.</p> <p>Yksilön itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen (hoitoahtto) helpottaa potilaan henkistä ahdistusta.</p> <p>Selkeät hoitolinjaukset sekä rehelliset keskustelut sairauden hoidosta ja etenemisestä (myös omaisten kanssa), edesauttavat potilaiden eksistentiaalista kärsimystä.</p>	<p>Hoitohenkilökunta kunnioittaa potilaiden itsemääräämisoikeutta ja ovat rehellisiä potilaita kohtaan. Antavat tukea asioiden järjestelyissä sekä huolehtivat ajantasaisesta hoitosuunnitelmasta.</p> <p>Lähipiirin tulee myös osoittaa arvostuksensa sekä ottaa hänet mukaan päätöksen tekoon pienissäkin asioissa, kuunnella hänen mielipidettään ja tukea kaikin mahdollisin tavoin hänen itse kunnioitustaan (Hänninen ym. 2006, 61).</p> <p>Ennakoiva hoitosuunnitelma auttaa hoitohenkilökuntaa toteuttamaan potilaiden toiveiden mukaisen lopuelämän hoidon.</p> <p>Hoitohenkilökunta haluaa selkeät ohjeet lääkäriltä, jotta voi toteuttaa potilaan yksilön tarpeen mukaista hoitoa. Otetaan rohkeasti asioita puheeksi lääkärin, potilaan ja omaisten kanssa.</p>
H. Läsnaolo	Läsnaolo lievittää henkistä kärsimystä. Hoitohenkilökunnan kiireetön läsnaolo parantaa potilaiden eksistentiaalista kärsimystä.	Hoitohenkilökunta antaa potilaille aikaa ja he ovat aidosti läsna osoittaen sen myös potilaalle. Potilaat kohdataan kiireettömästi, annetaan aikaa olla läsna. Enemmän aikaa olla läsna potilaan luona.
Omaisten huomioiminen	Omaisten läsnaolo helpottaa potilaan henkistä kärsimystä.	Omaisista rohkaistaan olemaan läsna kuoleman läheisyydessä. Hoitohenkilökunta rohkaisee omaisia puhumaan tai kysymään. Annetaan omaisille aikaa keskustella.

## Vuorovaikutuksellisen kohtaamisen tukilista

Vuorovaikutuksellinen kohtaaminen on hoitotyöntekijän ja potilaan välinen aito kohtaaminen, jossa potilas tulee kuulluksi ja huomatuksi. Siihen kuuluvat vahvasti sanaton vuorovaikutus; hoitotyöntekijän katsekontakti ja kehon kieli, ilmeet, eleet sekä äänenpaino. Hoitotyöntekijä on aidosti läsnä ja kiinnostunut potilaan kohtaamisesta.

Saavutettava potilaan ja omaisen luottamus, rehellisyys sekä turvallisuuden tunne ovat kohtaamisessa keskiössä. Empatia; toisen tunteiden ja kokemusten ymmärtäminen sekä myötätunto, toisen kärsimyksen jakamisen taito ovat merkityksellisiä hoitotyöntekijän osaamisen näkökulmasta.

Potilaan mahdollisuus vaikuttaa itseään koskeviin asioihin tulee huomioida vuorovaikutuksellisessa kohtaamisessa. Vuorovaikutuksellisen kohtaamisen ydinasiat (kirjataan potilastietojärjestelmään) tutkimustulosten perusteella;

### Toivo

Hoitohenkilökunta rohkaisee potilasta elämään merkityksellistä loppuelämää.

Rohkaistaan potilasta tunnistamaan tunteitaan ja puhumaan niistä sekä arvioimaan yhdessä potilaan kanssa toivon näkökulmat, jotka kannattelevat ja tuovat turvallisuutta potilaalle ja hänen perheelleen.

1. Minkälaisia toiveita teillä on?
2. Mitkä asiat tekevät elämästä tässä hetkessä merkityksellisen (esim. ruoka, omaiset, musiikki)?
3. Koetko olosi turvalliseksi?
4. Onko, jotakin miten voitaisiin lisätä turvallisuuden tunnetta?
5. Ovatko hengelliset tarpeet teille tärkeitä?
6. Haluatteko tavata pappia?
7. Olisiko teillä jotakin vielä, mitä haluaisitte sanoa?

### Läsnäolo

Pyritään selvittämään potilaan tahto ja toteutetaan pieniä toiveita. Toteutetaan mahdollisuuksien mukaan potilaan toiveita (ruoka, musiikki).

1. Miten haluatte, että hoitohenkilökunta huomioi teidät?
2. Pidätkö koskettamisesta muulloinkin, kun hoitotoimenpiteissä?
3. Minkälaisia toiveita teillä on hoitajan läsnäololle?
4. Olisiko teillä jotakin vielä, mitä haluatte sanoa?

### Omaisten huomioiminen

Omaisista rohkastaan olemaan läsnä kuoleman läheisyydessä.

Hoitohenkilökunta rohkaisee omaisia puhumaan tai kysymään. Annetaan omaisille aikaa keskustella

1. Miten te voitte? Mitä teille kuuluu?
2. Onko teillä tiedossa selkeästi, mitä teidän läheisenne sairastaa ja miten sairaus mahdollisesti etenee?
3. Onko teillä selkeästi tiedossa läheisenne hoidon rajaukset / hoitosuunnitelma?
4. Mitkä asiat teitä pelottavat läheisenne sairaudessa?
5. Minkälaista tukea toivotte meiltä hoitotyöntekijöiltä saavanne läheisenne sairauden aikana?
6. Minkälaista tukea toivotte lääkäriltä saavanne läheisenne sairauden aikana?
7. Olisiko teillä jotakin vielä, mitä haluaisitte sanoa?



## TAULUKKO . Kolmannen syklin aineiston koodaus ja luokittelu

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Luokka
1.vaatii ensin pysähtymistä aiheen äärelle, sen ytimen selvittämistä itselleen 2. syvällistä pohdiskelua olemassaolosta ja olemassaolon päättymisestä 3. onnistunut kohtaaminen niin kuin onnistunut kokemus yleensäkin edistää oppimista 4.projektin myötä halu oppia ja lukea lisää 5.omaisten kohtaaminen tuli selvästi helpommaksi ja itsevarmuus kasvoi 6. aito läsnäolo 7. hetkeen pysähtyminen 8. omaisten ajatusten kuunteleminen 9.hiljaisuuden sietäminen 10.halusin myös rohkaista heitä muistelevaan ja kertoamaan 11. olen kehittynyt antamaan potilaalle kiireettömän aikani ja aidon läsnäoloni 12. olen opetellut rauhoittamaan itseni potilaan luokse mentäessä 13. olen kehittynyt varmemmaksi /rohkeammaksi 14. oppinut ottamaan ne vaikeat asiat puheeksi 15. itsellä käsitys toivosta muuttui eksistentiaalisen kärsimyksen lieventävänä tekijänä 16. nostonut kuolevan ihmisen arvokkuuden tärkeäksi tekijäksi omaisten kanssa keskustellessa	1.pysähtymistä aiheen äärelle, ytimen selvittämistä 2.pohdiskelua olemassaolosta ja olemassaolon päättymisestä 3.onnistunut kohtaaminen ja kokemus edistää oppimista 4. halu oppia ja lukea lisää 5.omaisten kohtaaminen helpommaksi ja itsevarmuus kasvoi 6.aito läsnäolo 7.hetkeen pysähtyminen 8.omaisten kuunteleminen 9.hiljaisuuden sietäminen 10.rohkaista muistelevaan ja kertomaan 11. antamaan kiireettömän aikani ja aidon läsnäoloni 12.rauhoittamaan itseni 13.kehittynyt varmemmaksi /rohkeammaksi 14 oppinut ottamaan vaikeat asiat puheeksi 15. käsitys toivosta muuttui 16. nostonut ihmisen arvokkuuden tärkeäksi tekijäksi	<b>A1 eettinen osaaminen</b> (1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11,12)  <b>B1 hoitotyön kulttuurin osaaminen</b> (3,4, 10, 13, 14, 15, 16)

<p>17. keskeisin vuorovaikutuksellisen kohtaamisen menetelmä on läsnäolo ja hetkeen pysähtyminen</p> <p>18. erityisen tärkeäksi koin aidon ja kiireettömän läsnäolon</p> <p>19. koen, että myötätunto ja empatia</p> <p>20. ymmärtämällä kärsimyksen tunnetta</p> <p>21. jakamalla pienen osan potilaan ja omaisten kärsimystä</p> <p>22. myötätuntoinen ja empaattinen läsnäolo</p> <p>23. kertomalla omaisille miten käytännössä potilaan kipua voidaan lievittää</p> <p>24. tehdä lähestyvistä kuolemasta mahdollisimman levollinen ja kivuton</p> <p>25. että asioista puhutaan rehellisesti</p> <p>26. aito kohtaaminen</p> <p>27. aito läsnäolo</p> <p>28. sanaton vuorovaikutus</p> <p>29. empaattisuus</p> <p>30. myötätunto</p> <p>31. potilaan mahdollisuus vaikuttaa asioihin</p> <p>32. tiiviimpi hoitosuhde potilaaseen</p> <p>33. korostaa pilotoinnin aikana potilaan omaa näkemystä</p> <p>34. rohkaista ilmaisemaan omaa tahtoa</p> <p>35. saada omaiset ja potilas tuntemaan, että asiat hoidetaan</p> <p>36. luoda heille (potilas ja omainen) turvallinen olo</p>	<p>17. läsnäolo ja hetkeen pysähtyminen</p> <p>18. aidon ja kiireettömän läsnäolon</p> <p>19. myötätunto ja empatia</p> <p>20. ymmärtämällä</p> <p>21. jakamalla osan potilaan ja omaisen kärsimystä</p> <p>22. myötätuntoinen ja empaattinen läsnäolo</p> <p>23. kertomalla miten potilaan kipua voidaan lievittää</p> <p>24. tehdä lähestyvistä kuolemasta levollinen ja kivuton</p> <p>25. asioista puhutaan rehellisesti</p> <p>26. aito kohtaaminen</p> <p>27. aito läsnäolo</p> <p>28. sanaton vuorovaikutus</p> <p>29. empaattisuus</p> <p>30. myötätunto</p> <p>31. mahdollisuus vaikuttaa asioihin</p> <p>32. tiiviimpi hoitosuhde</p> <p>33. korostaa potilaan omaa näkemystä</p> <p>34. rohkaista ilmaisemaan omaa tahtoa</p> <p>35. saada tuntemaan, että asiat hoidetaan</p> <p>36. luoda turvallinen olo</p>	<p><b>C1 läsnäolo</b> (17,18, 26,27)</p> <p><b>D1 kuulluksi tuleminen</b> (31,33, 34)</p> <p><b>E1 empatia</b> (toisen tunteiden ja kokemusten ymmärtäminen) <b>ja myötätunto</b> (toisen kärsimyksen jakamisen taito) (19, 20, 21, 22,23,24,25, 28, 29, 30,32,35,36)</p>
---	--	---

37. edisti oma asenne 38. olin valmistautunut 39. ammatillinen tahto auttaa potilasta kokonaisvaltaisesti 40. edistävä tekijä oli toisten projektiryhmäläisten ammattitaito 41 asenne osallistua projektiin 42. yhteiset keskustelut projektin aikana 43. estäviä tekijöitä oli osa-aikatyö 44. työvuorojen kiireellisyys 45.edisti että osastolla oli useampi palliatiivinen potilas 46. oli mahdollista saada useampia kohtaamisia 47. valmis tarkastuslista kohtaamisen tueksi edisti 48. useampia mahdollisuuksia keskustella ja pohtia pilotin etenemistä yhdessä 49. yhteydenpito pilottiryhmäläisiin oli myös aktiivista 50 arvostit näkemyksiämme ja lähdit joustavasti muokkaamaan toteutusta 51. yhteisissä keskusteluissa korostui aiheen merkitys 52. hoitajan aitous, avoimuus ja kiireettömyys potilasta ja omaisia kohtaan 53. hoitotyöntekijän aito kiinnostus potilaan kohtaamisesta 54. saavutettu luottamus potilaalta edisti 55. omaiset avautuivat myös pahasta olostaan hoitajalle	37. asenne 38. olin valmistautunut 39. ammatillinen tahto 40. projektiryhmäläisten ammattitaito 41. asenne 42. yhteiset keskustelut 43. osa-aika työ (estävä) 44. työvuorojen kiireellisyys (estävä) 45. osastolla oli useampi potilas (edistävä) 46. mahdollista useampia kohtaamisia (edistävä) 47. tarkastuslista kohtaamisen tueksi (edistävä) 48. mahdollisuus keskustella ja pohtia (edistävä) 49. yhteydenpito (edistävä) 50. arvostit näkemyksiämme 51. yhteisissä keskusteluissa korostui aiheen merkitys (edistävä) 52. hoitajan aitous, avoimuus ja kiireettömyys 53. aito kiinnostus 54. saavutettu luottamus 55. omaiset avautuivat 56. omaisten kanssa oli puhuttu etukäteen 57. omaiset ja potilas yhteisymmärryksessä 58. tunne että itse osaa toimia 59. kollegoiden tuki 60. yhteiset juttelut 61. annettiin aikaa lähestyä potilasta 62. kollegoilta saatu palaute 63. antautuminen hetkeen 64. kulutti hoitajan voimavaroja 65. ajoittainen kiire 66. toisen potilaan tilateen akutisoituminen 67. yhteistyö osaston lääkärin kanssa 68. epäselvyydet hoitolinjauksissa	<b>F1. asenne</b> (37, 38, 41)  <b>G1. ammatillinen kohtaaminen</b> (39, 52,53,54, 55, 56, 57, 58, 63,64)  <b>H1.kollegiaalisuus</b> (40,42,45,46,48,49,50,51,59,60, 61, 62)  <b>I1. hoitotyön hektisyys</b> (43, 44, 52, 65, 66)  <b>J1. moniammatillinen yhteistyö</b> (67, 68, 69, 70, 71)
---	--	---

<p>56. edisti jos omaisten kanssa oli puhuttu asioista etukäteen</p> <p>57. omaiset ja potilas olivat yhteisymmärryksessä asioista</p> <p>58. tunne siitä, että itse osaa toimia tilanteessa</p> <p>59. kollegoiden tuki</p> <p>60. yhteiset juttelut projektin vetäjän kanssa selkiyttivät pilotoitavia asioita</p> <p>61. ajallisesti annettiin aikaa lähestyä potilasta</p> <p>62. kollegoilta saatu palaute on ollut positiivista</p> <p>63. antautuminen siihen hetkeen, kun olet läsnä, edisti vuorovaikutusta</p> <p>64. kulutti myös hoitajia omia voimavaroja</p> <p>65. hankaloitti ajoittainen kiire</p> <p>66. toisen potilaan tilanteen akutisoituminen voi keskeyttää hyvin alkaneen keskustelun</p> <p>67. hankaloittava asia oli yhteistyö osaston lääkärin kanssa</p> <p>68. epäselvyydet hoitolinjauksissa herättivät omaisissa ja potilaissa kysymyksiä</p> <p>69. potilaan ja omaisten tietämättömyys olemassa olevasta parantamattomasta etenevästä sairaudesta</p> <p>70. lääkärin ja potilaan välinen keskustelu oli ollut riittämätön</p> <p>71. lääkärin asenne ja valmius toimia tilanteissa (estävä tekijä)</p>	<p>69. potilaan ja omaisten tietämättömyys etenevästä sairaudesta</p> <p>70. lääkärin ja potilaan välinen keskustelu riittämätön</p> <p>71. lääkärin asenne ja valmius toimia</p>	
--	---	--

## Opinnäytetyön aineistohallintasuunnitelma

### 1. Aineistojen yleinen kuvaus

Opinnäytetyön ensimmäisen syklin aineisto kerätään kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuskatsaus toteutetaan eri tietokannoista. Toisen syklin aineiston kerääminen tapahtuu työyhteisössä, mahdollistamalla hoitohenkilöstön ryhmäkeskustelu. Ryhmäkeskustelu nauhoitetaan, keskusteluun osallistuu neljästä kuuteen työntekijää ja keskustelu tapahtuu työpäivän aikana. Ryhmäkeskustelu on osallistujille vapaaehtoinen.

Ennen ryhmäkeskustelua aineiston keruusta tiedotetaan kirjallisesti (liite 3.) työpaikalla. Ryhmäkeskustelun alussa varmistetaan vielä suullisesti suostumus keskusteluun, sekä keskustelun nauhoitukseen, ryhmään osallistuvilta. Kolmannen syklin aineisto saadaan ensimmäisen ja toisen syklin aineistosta. Kolmannessa syklissä tarkoituksena on pilotoida ensimmäisen ja toisen syklien aineistosta saadut tulokset työyksikköön. Pilotoinnin arviointi tapahtui reflektiokirjausten perusteella. Neljännen syklin tarkoitus oli kuvata PARIHS-mallin mukainen implementointisuunnitelma, joka tukee hoitotyöntekijän osaamisen kehittämistä palliatiivisen potilaan eksistentiaalisen kärsimyksen tukemisessa.

### 2. Aineiston dokumentaatio ja laatu

Ensimmäisen syklin kirjallisuuskatsauksen sisäänottokriteerinä on muun muassa tutkimus, joka on saatavilla maksuttomasti. Tämä mahdollistaa aineistojen tulostamisen paperitulosteiksi. Aineisto käsitellään sisällön analyysillä paperisiin tulosteisiin. Aineiston puhtaaksi kirjoittamiseen käytetään tekijän henkilökohtaista tietokonetta, jotta se saadaan luettavaan muotoon, ja osa siitä valmiin opinnäytetyön liitteeksi. Kaikki aineisto tuhoetaan kuukausi opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Toisen syklin aineisto, ryhmäkeskustelu, nauhoitetaan ja puretaan se sanasta sanaan. Aineiston käsittely jatkuu aineiston puhtaaksi kirjoittamisella, johon valitaan diskurssianalyysin, eli sanatarakan litteroinnin jättäen pois muun muassa tauot ja päälle puhumisen. Pälli & Lillqvistin (2020) mukaan ”Diskurssianalyysi on ennen kaikkea empiirinen, luonnolliseen kielenkäyttöön kohdistuva analyysitapa, jossa ensisijaisena tulkinnan kohteena on se, miten asiat sanotaan, eikä niinkään se, mitä sanotaan.” (Pälli & Lillqvist 2020, 374). Kolmannen syklin arviointiaineisto on vielä avoimena. Myöhemmin täsmentyy, miten kolmannen syklin pilotoinnin arviointiaineistoa kerätään.

Tunnistetietoina käytetään aineiston koodausta, numeroja ja aakkosia. Tämä tehdään tietokoneella, tallennetaan tietokoneen kovalevylle, ja opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen aineisto tuhotaan poistamalla työhön liittyvät liitetiedostot opinnäytetyöntekijän toimesta kuukauden sisällä opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Tietokoneen tiedostoihin ei ole muilla pääsyä, se on tietokoneen omistajan ja opinnäytetyön tekijän omilla salasanoilla suojattu. Kirjalliset aineistot tuhotaan paperisilppuria apuna käyttäen opinnäytetyöntekijän toimesta.

### 3. Säilytys ja varmuuskopiointi

Aineisto tallennetaan opinnäytetyön tekijän omalle kotitietokoneelle. Aineistoa eivät pääse käsittelemään muut kuin opinnäytetyöntekijä. Tekijällä on salasanoin lukittava tietokone. Varmuuskopion työn etenemisestä tekijä lähettää työ sähköpostiinsa, jossa ovat myös henkilökohtaiset salasanat. Myös työ sähköpostiin tullut aineisto tallennetaan tekijän omalle kovalevylle, joka on suojattu tekijän henkilökohtaisin salasanoin ja josta ne hävitetään kuukauden sisällä opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen tekijän toimesta.

### 4. Säilyttämiseen liittyvät eettiset ja laillisuuskysymykset

Arkaluontoista, henkilöihin liittyviä tietoja ei aineistossa käsitellä. Yksittäisiä vastaajia ei voida erottaa aineistosta eikä lopullisesta opinnäytetyöstä. Käsittelen hoitohenkilökuntaa vain hoitohenkilökuntana, ei tunnistettavia piirteitä kuten ikää tai sukupuolta, tai työvuosien lukumäärää. Ensimmäisen ja toisen syklin aineiston käsittelen induktiivisella sisällön analyysillä. Koodaan käsittelemäni aineiston. Koodauksen jälkeen luokittelu, joka voidaan esittää lopuksi taulukkona (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 105.)

Kaikenlainen aineiston omistus sekä käyttöoikeus on koko prosessin ajan opinnäytetyöntekijällä. Opinnäytetyöntekijänä en luovuta keräämäni aineistoa kolmannen osapuolen nähtäväksi tai käyttöön.

Tietoturva varmistetaan koko opinnäytetyö prosessin ajan opinnäytetyöntekijän toimesta. Tietokoneen salasanoja tai sähköposteja eivät pääse käyttämään, tietokone on suojattu henkilökohtaisin salasanoin. Opinnäytetyön tekijä käyttää Kajaanin ammattikorkeakoulun ohjelmistoja sekä koulun pilvitallennusta sekä sähköpostia varmistaakseen tietojen säilyvyyden. Myös varmuuskopiointia huolehtiminen on työn tekijän vastuulla.

## 5. Aineiston avaaminen ja pitkäaikaissäilytys

Aineistoa ei ole mahdollista käyttää myöhemmin. Opinnäytetyötä varten kerättyjä aineistoja ei säilytetä, vaan kaikki tuhoetaan kuukauden kuluessa siitä, kun opinnäytetyö on hyväksytty. Tuhoamisen suoritan henkilökohtaisesti opinnäytetyöntekijänä. Poistan tietokoneelta kaiken materiaalin, mikä liittyy opinnäytetyön tekemiseen, ennen kaikkea kerätyn aineiston, myös tietokoneen välimuistista. Tuhoan ryhmäkeskustelun nauhoitteen, kun induktiivinen sisällön analyysi on valmistunut. Huolehdin, ettei nauhoite sitä ennen ole kenenkään muun käsiteltävissä.