



Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan psyykkisen hyvinvoinnin edistäminen vuorovaikutuksen keinoin

Juho Laitinen

Jiri Raikamo

OPINNÄYTETYÖ
Maaliskuu 2023

Sairaanhoitajan ammattitutkinto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma

LAITINEN, JUHO & RAIKAMO, JIRI:

Palliativisessa hoidossa olevan potilaan psyykkisen hyvinvoinnin edistäminen vuorovaikutuksen keinoin

Opinnäytetyö 53 sivua, joista liitteitä 20 sivua
Maaliskuu 2023

Palliativisen eli oireenmukaisen hoidon päämääränä on vähentää kärsimystä ja parantaa elämänlaatua tilanteessa, jossa potilaan taudin kulkuun ei voida enää vaikuttaa. Kivun hoidon lisäksi palliativisen hoidon eräs kulmakivistä on psykososiaalinen tuki, jolla pyritään lieventämään potilaan ahdistusta ja eksistentiaalista kärsimystä lähestyvän kuoleman suhteen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla tarkastella vuorovaikutuksellisia keinoja, joilla sairaanhoitaja voi tukea palliativisessa hoidossa olevan potilaan psyykkistä hyvinvointia. Työn tavoitteena oli koostaa tutkittua tietoa potilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseen sekä tarjota tarvittaessa sairaanhoidon henkilökunnalle tutkittua tietoa oman vuorovaikutusosaamisen kehittämistä varten.

Aineiston tulokset purettiin tutkimuskysymystä vastaaviin keinoihin, jotka tukivat potilaan psyykkistä hyvinvointia vuorovaikutuksellisesti. Tuloksista eriteltiin teemat, jotka olivat joko keskeisiä tutkimusten tulosten kannalta tai jotka nousivat toistuvasti esiin tutkimusaineiston käsittelemissä vuorovaikutustilanteissa. Kuvaillevan kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysi toteutettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen.

Tulokset jaoteltiin sanalliseen ja sanattomaan vuorovaikutukseen, joissa molemmissa huomioitiin niin hoitohenkilökunnan kuin potilaiden näkökulma. Keskeisimpiä tuloksia sanallisen vuorovaikutuksen osalta olivat keskustelut potilaan kanssa ja hoitajan aloitteellisuus vaikeiden asioiden esiin nostajana paitsi suullisesti myös siihen tarkoitettuja kortteja apuna käyttäen. Sanattomia keinoja taasen olivat ensisijaisesti läsnäolo, kosketus, kasvoniilmeet sekä katsekontakti.

Asiasanat: palliativinen hoito, psykososiaalinen tuki, vuorovaikutus, psyykkinen hyvinvointi

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

LAITINEN, JUHO & RAIKAMO, JIRI
Promoting Patient's Mental Health Using Interactive Means in Palliative Care

Bachelor's thesis 53 pages, appendices 20 pages
March 2023

The aim of palliative care is to decrease suffering and improve quality of life when cure and prevention are no longer an option. In addition to pain treatment, one of the corner stones in palliative care is psychosocial support, the purpose of which is to reduce the anxiety and existential suffering of the patient when approaching death.

The purpose of the study was to examine the interactive strategies of how a nurse can support the mental well-being of the patient in palliative care. The aim of the study was to compose academic research for supporting patient's mental well-being and if needed, offering academic research to the healthcare personnel, aiming to develop their own interaction skills.

The results of the data were converted to a means that answered the research question. These results were then compiled into two themes: one which was central to the results and the other into the most common themes found within interactive situations. The data analysis of the descriptive literature review was realised by using databased content analysis.

The results were divided into verbal and non-verbal interaction which took into account both the viewpoint of the personnel as well as that of the patients. The key results on the methods of verbal interaction were conversations with the patient and the wish for a nurse to show initiative when articulating challenging matters. In turn, the non-verbal interaction methods that were found were presence, touching, facial expressions and eye contact.

Key words: palliative care, psychosocial support, interaction, mental well-being

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
	2.1 Palliatiivinen hoito ja saattohoito	8
	2.2 Psyykkinen hyvinvointi ja oireet palliatiivisessa hoidossa olevalla potilaalla	9
	2.3 Psykososiaalinen tuki	10
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE	11
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	12
	4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	12
	4.2 Aineiston kerääminen	13
	4.3 Aineiston analysointi	16
5	TULOKSET	18
	5.1 Sanaton vuorovaikutus	18
	5.2 Sanallinen vuorovaikutus	20
	5.3 Sanallisen ja sanattoman vuorovaikutuksen keinoja	21
6	TULOSTEN TARKASTELU	24
7	POHDINTA	26
	7.1 Eettisyys ja luotettavuus	26
	7.2 Jatkotutkimusehdotukset	27
	LÄHTEET	28
	LIITTEET	34
	Liite 1. Tiivistelmät tutkimuksista	35
	Liite 2. Sisällönanalyysi	39

1 JOHDANTO

Palliativinen hoito on Suomessa merkittävien haasteiden edessä. Väestörakenteen ikääntyminen on vaikuttanut merkittävästi palliativisen hoidon tarpeeseen, ja arvioidaan, että vuosittain noin 30 000 suomalaista tarvitsee palliativista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019, 14). Kuitenkin vain pieni osa Suomessa hoidettavista palliativista hoitoa ja saattohoitoa tarvitsevista potilaista hoidetaan niihin erikoistuneissa yksiköissä johtuen siitä, että palliativista hoitoa ei ole integroitu olemassa olevaan terveydenhuoltojärjestelmään (Saarto et al. 2019, 14). Sosiaali- ja terveysministeriö suositteleekin, että kaikilla tulee olla tarpeen mukaan pääsy hyvään palliativiseen hoitoon sekä saattohoitoon (Saarto & Lehto 2019, 535).

Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksessa (2017) palliativinen hoito on jaettu kolmeen portaaseen, joista ensimmäisellä A-portaalla hoidetaan valtaosa palliativisen hoidon potilaista. A-portaaseen kuuluvat sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastot sekä ympärivuorokautisen asumisen yksiköt, joissa asukkaita hoidetaan elämän loppuun asti. Suosituksessa edellytetään, että A-portaalla työskentelevällä henkilökunnalla tulisi olla hyvät vuorovaikutustaidot ja yksiköiden tulisi tarjota psykososiaalista ja henkistä tukea potilaille ja läheisille. (Saarto & asiantuntijaryhmä 2017, 15-16, 29.)

Palliativisessa hoitotyössä onnistunut somaattisten oireiden hoito, samoin kuin luottamus ja hoitosuhde, luovat pohjaa potilaan psyykkiselle jaksamiselle (Idman 2015, 219). Hoitavan ammattilaisen työhön kuuluu auttaa potilasta saavuttamaan mielen tasapainoisuutta ja tunnetta hallinnasta sekä edistää potilaan voimavaroja ja jokapäiväistä kyvykkyyttä (mt., 218). Potilas aistii henkilökunnasta aidon kiinnostuksen hoidettavia kohtaan, minkä vuoksi henkilökunnan vuorovaikutustaidot hoidon suhteen ovat merkityksellisiä (Hietanen 2015, 244). Tavoitteena tässä opinnäytetyössä on tuottaa kootusti tutkittua tietoa siitä, millä tavoin sairaanhoitaja tai hoitohenkilökunta voi vuorovaikutuksen keinoin parhaiten tukea palliativisessa hoidossa olevien potilaiden psyykkistä hyvinvointia. Opinnäytetyön työelämäyhteistyökumppanina toimii Tampereen Ammattikorkeakoulu.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän opinnäytetyön keskeiset käsitteet koostuvat kolmesta osa-alueesta, johon kuuluvat palliatiivinen hoito ja saattohoito, psyykinen hyvinvointi sekä psykososiaalinen tuki.



TAULUKKO 1. Teoreettiset lähtökohdat.

2.1 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

Palliatiivinen hoito on WHO:n (2018) mukaan hoitotyötä, jonka tarkoitus on vaalia parantumattomasta sairaudesta kärsivien potilaiden ja heidän perheidensä elämänlaatua. Hoidon tarkoitus on vähentää kipua sekä lievittää psyykkistä, psykologista tai henkistä kärsimystä. (WHO 2018.) Hoidon tavoite on mahdollistaa potilaan aktiivinen ja halujen mukainen elämä mahdollisimman vähin oirein hänen elämänsä loppuun asti. Keskeinen tavoite palliatiivisessa hoidossa on potilaan elämänlaadun vaaliminen. Elämänlaatu kuvaa subjektiivisesti potilaan kokemusmaailmaa, johon sisältyy psyykinen, sosiaalinen ja fyysinen hyvinvointi. (Saarto 2015.)

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, mutta saattohoito sijoittuu palliatiivisen hoidon loppuvaiheille viimeisille viikoille tai päiville ennen oletettua kuolemaa (Käypä hoito -suositus 2019). Kuoleman lähestyessä potilaan toimintakyky on

usein heikentynyt merkittävästi ja lähestyvät kuoleman merkit, kuten elintoimintojen hiipuminen, ovat selvästi nähtävissä (Hänninen 2015). Palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat erillisiä lääkärin tekemiä hoitopäätöksiä. Saattohoitopäätökseen esimerkiksi sisältyy aina elvyttämättä jättämis- eli DNR-päätös. (VALVIRA 2020.) Koska saattohoito määritellään osaksi palliatiivista hoitoa, ei tässä opinnäytetyössä ole käsitteitä erotettu toisistaan eikä tuloksista ole rajattu saattohoitoa käsitteleviä tuloksia pois, vaan ne käsitellään osana palliatiivista hoitoa.

2.2 Psyykkinen hyvinvointi ja oireet palliatiivisessa hoidossa olevalla potilaalla

Psyykkisellä hyvinvoinnilla tarkoitetaan muun muassa tunnetta hyvävointisuudesta ja siitä, että kykenee huolehtimaan riittävällä tavalla asioistaan itse sekä kokemusta oman mielen eheydestä. Palliatiivisessa hoidossa potilaan elämän rajallisuuden ja kuolemaan liittyvien asioiden kohtaaminen voivat horjuttaa psyykkistä hyvinvointia (Käypä hoito -suositus 2019.)

Palliatiivisessa hoidossa olevilla potilailla esiintyy erilaisia psyykkisiä häiriöitä, kuten masennustiloja, ahdistuneisuutta tai sopeutumishäiriöitä (Käypä hoito -suositus 2019). Noin kolmasosa syöpäsairauksia sairastavista potilaista saa jossain taudin vaiheessa psyykkisiä oireita (Idman 2013, 403). Oireiden tunnistaminen ja niiden huomioiminen hoidossa on tärkeää, koska ne heikentävät merkittävästi potilaan elämänlaatua. Oikeanmukaisella palliatiivisella hoidolla ja hyvällä vuorovaikutuksella voidaan vähentää erillisen psykososiaalisen tuen tarvetta. (Käypä hoito -suositus 2019.)

Potilaan psyykkisen jaksamisen edellytyksenä ovat luottamus, hyvä hoitosuhde sekä asianmukainen somaattisen oireiden hoito. Palliatiivisessa hoidossa oleva potilas tarvitsee psyykkisen tasapainonsa säilyttämiseen ammattilaisen ohjausta sekä hyvää perehdytystä omaan hoitoonsa ja oireiden kontrollointiin. Vuorovaikutuksen, kuuntelemisen ja ohjaamisen merkitys onkin hoidossa keskeistä. Nor-

maalissa hoidollisessa työssä ei edellytetä erityisiä psykoterapeuttisia valmiuksia, vaan hyvään vuorovaikutukseen ja potilasohjaukseen perustuva toiminta riittää. (Idman 2013, 404.)

2.3 Psykososiaalinen tuki

Syöpäjärjestöt (2022) määrittelee psykososiaalisen tuen olevan ”kokonaisvaltaista psyykkistä, sosiaalista ja henkistä tukea, jonka tarkoituksena on edistää potilaan sopeutumista vallitsevaan tilaan”. Tuen tarkoitus on mahdollistaa potilaan selviytyminen sairauden eri vaiheissa. Se voidaan määritellä myös tuen saajan ja tuen antajan välillä tapahtuvana aktiivisena ja tavoitteellisena toimintana, joka on sidoksissa potilaan taustatekijöihin, kuten ikään, terveydentilaan, sairauden tyyppiin, käsitykseen omasta terveydestä, aikaisempiin kokemuksiin, uskoihin, motivaatioon ja valmiuksiin. Tärkeintä tuen antamisessa on elämäntilanteen jäsentäminen ja yksilöllinen kohtaaminen. (Syöpäjärjestöt 2022.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla tarkastella vuorovaikutuksellisia keinoja, joilla sairaanhoitaja voi tukea palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan psyykkistä hyvinvointia.

Opinnäytetyön tehtävänä on vastata kysymykseen:

- Millaiset vuorovaikutukselliset keinot tukevat palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan psyykkistä hyvinvointia?

Tämän opinnäytetyön tavoitteet ovat:

1. Koostaa tutkittua tietoa potilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukemisesta palliatiivisessa hoidossa.
2. Tarjota palliatiivisten potilaiden kanssa työskentelevälle terveydenhuollon henkilökunnalle tutkittua tietoa oman vuorovaikutusosaamisen kehittämiseen.
3. Kehittää opinnäytetyön tekijöiden omaa osaamista ja tietopohjaa palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden kanssa työskentelyyn.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Tämä opinnäytetyö tehtiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleinen ja paljon käytetty tutkimusmenetelmä hoito- ja terveystieteissä. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on laadullista tutkimusta, jonka tarkoitus on etsiä tietoa siitä, mitä tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetään sekä mistä ilmiön keskeiset käsitteet koostuvat ja mitkä ovat käsitteiden väliset suhteet. Luonteeltaan kuvaileva kirjallisuuskatsaus perustuu vahvasti lähdeaineistoon ja tähtää tutkittavan ilmiön ymmärtämiseen. Lähdeaineistona kirjallisuuskatsauksessa käytetään alkuperäistutkimuksia. (Kangasniemi et al. 2013; Suhonen et al. 2016, 7.)

Kangasniemen mukaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen voi jäsentää neljään vaiheeseen, jotka ovat tutkimuskysymyksen jäsentäminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tulosten tarkastelu (Kangasniemi et al. 2013, 294).

Tutkimuskysymys on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tutkimusprosessia ohjaava tekijä. Hyvän tutkimuskysymyksen täytyy olla riittävän tarkasti rajattu, jotta ilmiötä voi tarkastella perusteellisesti. Tutkimuskysymystä voidaan kuitenkin tarkastella useammalla tasolla ja näkökulmasta ja tällöin tutkimuskysymys voi olla asetettu väljemmin. (Kangasniemi et al. 2013; Niela-Vilén & Hamari 2016, 23.) Tässä opinnäytetyössä rajasimme tutkimuskysymyksemme käsittelemään vuorovaikutusta sairaanhoitajan ja palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan välillä. Näin ollen kysymyksenasettelu rajaa pois muut kuin vuorovaikutukselliset keinot potilaan hoidossa, mutta jättää mahdollisuuden käsitellä aineistosta mahdollisesti esiin tulevia eri tyypisiä vuorovaikutuksen muotoja.

Kysymyksenasettelun jälkeen valitaan sellaista ennalta tutkittua aineistoa, joka vastaa määriteltyyn tutkimuskysymykseen. Tarkoituksena on löytää tutkimuskysymyksen kannalta mahdollisimman relevanttia aineistoa. Usein katsaukseen valittavan aineiston haku tapahtuu sähköisistä tietokannoista tai manuaalisesti erilaisista tieteellisistä julkaisuista. Kangasniemen mukaan kirjallisuuskatsauksen

menetelmäkirjallisuudesta ei löydy yksimielistä kuvaa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valintaprosessista. Se voidaan kuitenkin jakaa eksplisiittiseen ja implisiittiseen valintaprosessiin. Implisiittisessä valintaprosessissa aineiston valintaan käytettyjä tietokantoja ei raportoida systemaattisesti, mutta aineiston luotettavuus tuodaan tekstissä esiin. Eksplisiittisessä valinnassa sen sijaan aineiston valintaprosessi dokumentoidaan verrattain tarkasti. Haku tehdään sähköisistä tietokannoista käyttäen kieli- ja aikarajauksia, mutta niistä kuitenkin voidaan poiketa, jos se on merkityksellistä tutkimuskysymykseen vastaamisen kannalta. Mukaan otettavien tutkimusten tärkein peruste on sisältö ja sen suhteutuminen muihin tutkimuksiin. (Kangasniemi et al. 2013, 295-296.)

Menetelmiltään kuvailevan kirjallisuuskatsauksen sisältö voi olla hyvin erilaista. Esimerkiksi tieteenalat, lähestymistavat, foorumit ja julkaisujen ajankohdat voivat vaihdella. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on mahdollista käyttää myös muita kuin tieteellisiä julkaisuja, jos se on kysymyksenasettelun kannalta perusteltua. Tällaisia julkaisuja voivat olla esimerkiksi pääkirjoitukset tai konferenssijulkaisut. (Kangasniemi et al. 2013, 296.)

Seuraavaksi lähdeaineistosta jäsennetään kriittisesti analysoitu ja eri tutkimusaineistosta syntetisoitu kokonaisuus, joka voi sisältää myös uudenlaista tulkintaa, kuitenkin niin, ettei alkuperäisen aineiston tieto vääristy. Viimeisessä vaiheessa tutkimuksen tuloksia tarkastellaan. Siihen kuuluu sisällön pohdinta ja tutkimuksen eettisyyden tarkastelu. (Kangasniemi et al. 2013, 297.)

4.2 Aineiston kerääminen

Hakuja tehtiin neljällä eri tietokannalla, jotka on taulukoitu alle. Tuloksia löytyi alun perin 9 kappaletta, mutta kaksi niistä hylättiin, koska niistä oli saatavilla vain portugalinkieliset versiot. Valituista tutkimuksista 4 löytyi CINAHL- tietokantaa apuna käyttäen. MEDIC-, PubMed- ja ProQuest-tietokannoista löytyi kaikista yksi tutkimus, joka otettiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen.

Sisäänotto- ja poissulkukriteerit on taulukoitu niin ikään alle. Tärkeimpinä sisäänottokriteereinä mainittakoon, että tutkimuksen on täytynyt olla alkuperäistutkimus, joka on julkaistu vuosien 2010-2022 aikana ja sen on täytynyt vastata tutkimuskysymykseen. Tutkimuksesta täytyi myös olla koko teksti saatavilla, eikä se saanut olla maksumuurin takana.

Tietokanta	Hakusanat	Hakutulokset	Valitut	Työhön käytetyt	Hylätyt
CINAHL	palliative* AND mental health	137	0	0	137
CINAHL	palliative* AND verbal communication	28	4	3	24
MEDIC	"palliativinen" (rajaukset: alkuperäistutkimus, vain kokotekstit))	6	1	1	5
CINAHL	"palliative care AND non verbal communication"	18	2	1	17
MEDIC	palliativi*	207	3	0	207
PubMed	palliative care AND verbal communication	159	1	1	
ProQuest Central	palliative* AND verbal AND communication	1367	1	0	1367
ProQuest central	palliative* AND verbal AND communication	671	1	1	670
HYVÄKSYMISKRITEERIT					
<ul style="list-style-type: none"> -Julkaistu vuosina 2010-2022 -Vertaisarvioitu alkuperäistutkimus -Vastaa tutkimuskysymykseen 					

TAULUKKO 2. Hakusanat ja tulokset sekä hyväksymiskriteerit.

POISSULKUKRITEERIT
-ei vertaisarvioitu
-julkaistu ennen 2010
-ei vastaa tutkimuskysymykseen
-koko tekstiä ei saatavilla
-maksullinen lukuoikeus

TAULUKKO 3. Poissulkukriteerit

4.3 Aineiston analysointi

Aineiston analyysi on toteutettu aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen, sillä se soveltuu analyysimetodina kuvaamaan subjektiivisia kokemuksia ja merkityksiä, joista kestävä vuorovaikutus paljossa syntyy. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä, jossa aineiston sisältö on kirjaimellisesti keskiössä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 75.)

Aineistolähtöinen analyysimetodi asettaa tarkemmin fokuksen siihen, mitä aineistosta itsestään nousee esille. Sisällönanalyysin avulla on mahdollista hahmottaa suuriakin kokonaisuuksia samanaikaisesti ja selkiyttää osat erillisinä kokonaisuuksina sekä osien väliset suhteet. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi mielletään induktiivisena analyysiprosessina, jossa aineistoa tehdään ymmärrettäväksi tutkimuskohteiden näkökulmasta analyysin jokaisessa vaiheessa. Analyysimetodologisesti aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä edetään empiirisestä aineistoista kohti käsitteellisempiä tulkintoja. Tutkimustehtävään vastataan yhdistämällä käsitteitä synteetisemmiksi kokonaisuuksiksi ja vertaamalla niitä aiempaan teoriaan. (Metsämuuronen 2006, 124–125; Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–93, 103–104.)

Kun aineiston kerääminen tapahtuu samanaikaisesti kuin aineiston analysointi, laadullisen tutkimuksen aineiston keräämistä ei ole mahdollista erottaa lopullisesti toisistaan (Metsämuuronen 2006, 121–122). Tutkimusta tehdessä on kuitenkin Salon (2015) mukaan huomioitava, että tutkijat eivät välttelisi tai sivuuttaisi niitä aineiston osia, jotka eivät asetu valittujen luokitusten alle. Puhtaasti aineis-

tolähtöinen analyysi on sula mahdottomuus. Tutkimusta ohjaavat aina väistämättä erilaiset oletukset tai teoreettiset ideat. Toisaalta laadullisen tutkimuksen analyysi on Salon esittämänä myös täynnä oivaltamista ja yllätyksiä, mikä tukee aineistolähtöisen analyysitavan käyttämistä. (Salo 2015, 170–172, 181–182, 187.) Tilaa tulee toisin sanoen antaa odottamattomille aineiston osille, vaikka niiden luokitus tai asettaminen temaattisesti olisikin problemaattista. Analyysivaiheen luokittelun ei kuulu tukahduttaa kuitenkaan aineiston erilaisuutta tai heterogeenisyyttä laajemmin. (Salo 2015, 179.)

Aineistolähtöistä sisällönanalyysia on opinnäytetyössä hyödynnetty metodologisesti siten, että sisääntokriteereiden perusteella valitun aineiston tuloksia on purettu tutkimuskysymystä vastaaviin keinoihin, jotka tukivat potilaan psyykkistä hyvinvointia vuorovaikutuksellisesti. Tuloksista on eritelty teemat, jotka olivat joko keskeisiä tutkimusten tulosten kannalta tai jotka nousivat toistuvasti esiin tutkimusaineiston käsittelemissä vuorovaikutustilanteissa. Tämän jälkeen vuorovaikutuksen keinot on edelleen eritelty neljään yläkategoriaan, jotka jakautuvat sanalliseen ja sanattomaan vuorovaikutukseen potilaiden sekä hoitajien näkökulmien välillä. Lopuksi analyysiosiossa on tarkasteltu ja peilattu muiden tutkimusten valossa aineistomateriaalin yläkategorioihin jaoteltuja keinoja, kuten kosketus, läsnäolo ja keskustelu.

5 TULOKSET

Kirjallisuuskatsaukseen valittiin yhteensä 7 tutkimusta. Tuloksiin valittiin tutkimuskysymyksen mukaan sellaisia vastauksia, jotka vastaavat kysymykseen, millä keinoilla sairaanhoitaja voi parantaa palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan psyykkistä hyvinvointia. Tulokset jaettiin löydetyn aineiston perusteella sanalliseen ja sanattomaan vuorovaikutukseen, jossa otetaan huomioon sekä hoitajien että potilaiden näkökulma.

5.1 Sanaton vuorovaikutus

Hoitajien haastatteluista voi nähdä, että sanattomalla viestinnällä on suuri merkitys myötätunnon osoittamisessa potilaalle. Kozlowskan ja Doboszynskan tutkimuksessa hoitajista vain 22% ilmoitti osoittavansa myötätuntoa potilaille sanallisella viestinnällä (2012, 42). Myös palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden haastatteluista saatujen kuvausten perusteella näyttäisi siltä, että sanaton viestintä, johon kuuluu kehollinen elementti, saa etusijan sanalliseen viestintään nähden etenkin läsnäolon ja eksistentiaalsiin tarpeisiin vastaamisessa (Voetmann et al. 2022, 5).

Kehollinen elementti koostuu hoitajan tavasta puhua, koskettaa ja sijoittua potilaaseen nähden. Eräs potilas kuvailee haastattelussa, että tietyillä hoitajilla on vain heidän olemisensa tapa: "...se miten he tulevat huoneeseen, istuvat sängyn viereen ja laittavat kätensä käden päälle tai olkapäälle." (Voetmann et al. 2022, 5.) Sanattoman viestinnän merkitys vaikuttaisi liittyvän potilaiden kokemukseen siitä, että heitä hoidetaan kokonaisvaltaisesti. Kehollisen elementin myötä potilas tuntee, että hoitaja huolehtii hänestä kokonaisuutena (Voetmann et al. 2022, 5.) Potilas tuntee, että hänestä on huolehdittu, koska hoitaja tulee

huoneen ovesta niin kuin tulee, istuu alas ja koskettaa potilaan kättä tai olkapäätä niin kuin hän sen tekee ja kysyy potilaan hyvinvointia sillä tavalla kuin kysyy (Voetmann et al. 2022, 5).

Kädellä potilaan kättä koskettaminen tai koskettaminen yleisesti näyttäisi olevan tärkein sanattoman viestinnän muoto myös hoitajien keskuudessa. Hoitajien haastatteluissa mainitaan usean eri tutkimuksen osalta, että kädestä pitäminen tai koskettaminen ovat tärkeitä sanattoman viestinnän muotoja (Trovo de Araújo & Paes da Silva 2012, 627; Kozłowska & Doboszynska 2012, 42; Sarivaara et al. 2018, 9). Kun kysyttiin kosketuksen merkityksestä potilas-hoitajasuhteessa, suurin osa osallistujista (77%) valitsi vaihtoehdon “kädestä pitäminen auttaa tunteiden ilmaisussa”. Melkein puolet tutkittavista ajatteli, että potilaat arvostivat eniten kädestä pitämistä. (Kozłowska & Doboszynska 2012, 42.)

Muita hoitajien käyttämiä sanattoman viestinnän muotoja olivat hymy, katsekontakti, kiinnostuksen osoittaminen kasvonilmeillä, nyökkääminen, positiiviset eleet, aktiivinen kuunteleminen, fyysinen läsnäolo tai hiljaa vierellä olo, kätteleminen ja silittäminen sekä matala välittävä äänenpaino (Trovo de Araújo & Paes da Silva 2012, 626; Sarivaara et al. 2018, 9; Kozłowska & Doboszynska 2012; Owusuaa et al. 2022, 8). Lisäksi mainittiin, että hoitajien on tärkeää huolehtia työasujensa siisteydestä, koska potilaat kiinnittävät huomiota tällaisiin asioihin (Kozłowska & Doboszynska 2012, 42).

Toisaalta MacPhersonin (2010) narratiivisessa potilastutkimuksessa kohdehenkilön jo mainitut, lähes sanattoman viestinnän keinot olivat nimenomainen väylä potilaan kohtaamiseen, joissa sanojen ei kuulunutkaan olla erityisen merkitseviä. Kirjoittajan mukaan vaitonaisuus ei ollut tarkoitettu tönkeyden osoitukseksi keskustelukumppania kohtaan. Päinvastoin, hiljaisuus oli suurin ajateltavissa oleva kohteliaisuus potilastapauksen kontekstissa. (MacPherson 2010, 222-223.) Sanaton viestintä sisälsi kohdepotilas Daveyn tapauksessa oman koodistonsa, jota hoitolaitoksessa vieraileva puoliso osasi tulkita kirjoittajan mukaan

täysin. Kädestä kiinni pitämisellä, nyökkäyksillä ja katsekontaktilla Davey teki vähäeleisesti itsensä ymmärrettäväksi ihmiselle, johon hän luotti. (mt., 223-224.)

5.2 Sanallinen vuorovaikutus

Sanallisessa vuorovaikutuksessa tärkeäksi teemaksi tulosten perusteella nousee erityisesti potilaan kokemus kuulluksi tulemisesta. Potilashaastatteluiden perusteella vaikuttaisi siltä, että hoitohenkilökunnan on tärkeää kuunnella potilaiden sanattomia signaaleja ja viestejä ja tarttua suullisesti viesteihin aloittamalla potilaan kanssa hengelliset keskustelut (Voetmann et al. 2022, 4). Potilaiden tarve näille keskusteluille tulee usein ilmi, mikäli hoitohenkilökunta vain tekee aloitteen keskusteluun. Kun hoitaja uskaltaa kysyä tuntemuksista, joita hänelle tulee potilaasta, potilaalle jää olo, että hänet on kuultu ja hän on tullut ymmärretyksi. (Voetmann et al. 2022, 5.)

Myös hoitajat mainitsevat yhdeksi strategiaksi kuolevien potilaiden hoidossa rohkaisun tunteista puhumiseen. Hoitajat kuvailevat muiden strategioiden olevan muun muassa ilmaista halu auttaa potilaita puhumisessa ja ajatusten selkeyttämisessä. (Trovo de Araújo & Paes da Silva 2012, 626.)

Merkittävä apu ajatusten ja tunteiden selkeyttämisessä potilaiden näkökulmasta näyttäisi olevan tähän suunniteltujen korttien käyttö. Möllerin (2019) julkaistussa tutkimuksessa potilaille annettiin korttipakka, jossa oli 62 toteamusta palliatiivisen hoitotyön potilasaspekteihin liittyen. Potilaat kuvailivat korttien käytön hyödylliseksi ja sanoivat, että tällaiset kortit tulisi aina esitellä hoitohenkilökunnan toimesta. Kortit auttoivat muun muassa nostamaan tietoisuuteen toiveita ja tärkeimpiä asioita loppuelämään liittyen ja ilmaisemaan niitä. Korttien merkitys pe-

rustui siis potilaiden kykyyn muuntaa ajatuksia ja tunteita sanoiksi. Potilaat kokivat keskustelut raskaiksi, mutta tarpeellisiksi. Tutkimukseen osallistuneet ilmaisivat helpotuksen ja kiitollisuuden tunteita ja olivat liikuttuneita keskusteluista, joita korttien avulla saatiin herätettyä. (Möller et al. 2019, 36.)

Muina hoitajien mainitsemina sanallisen kommunikoinnin keinoina mainittiin miellyttävien keskustelujen aloittaminen kysymällä kiinnostuksen kohteista, joita olivat esimerkiksi kysyminen potilaalta, mitä hän tietää sairauden tilastaan, selkeän puhekielen käyttö, tunteiden verbalisointi ja harkittu vilpittömyys koskien lisätiedon antamista potilaalle (Trovo de Araújo & Paes da Silva 2012, 626).

5.3 Sanallisen ja sanattoman vuorovaikutuksen keinoja

Ongelmallisuus vuorovaikutuksessa on tyypillisemmin itse tiedonsaannissa tai vaikeudessa ymmärtää hoidon sisältö (Heaven & Maguire 2008, 26-27). Tästä syystä juuri toisto ja tiedon valikointi ovat oleellisia keinoja palliatiivisen hoitotyön kommunikaatiossa, jotta mahdollisesti psyykkisesti ylikuormittunut varmasti ymmärtäisi annetun informaation (Wittenberg-Lyles 2020, 214-C7. P168). Hoitohenkilökunnan tehtävänä on havainnoida potilaan neuvottomuus kuoleman lähestyessä sekä nostaa esiin mahdollinen epä tietoisuus tai pelko, jotta potilas kykenisi kohtaamaan kuoleman todellisuuden (Anttonen 2016, 73). Avaavana kysymyksenä voi yksinkertaisesti kysyä vointia ja ylipäänsä henkilön halukkuutta puhua (Väisänen 2009, 54–55).

Väisänen (2009) korostaa, että vuorovaikutussuhde perustuu dialogille. Dialogilla tarkoitetaan tasa-arvoista keskustelua, jossa molemmat osapuolet kunnioittavat toistensa puheenvuoroja ja mielipiteitä. (Väisänen et al. 2009, 11.) Käytännössä vuorovaikutussuhde hoitotyössä on pohjimmiltaan epäsymmetristä potilaan ja hoitohenkilökunnan ollessa lähtökohtaisesti hoitotilanteessa eriarvoisia. Tärkeää olisikin kohdata potilas tai läheinen ihmisenä, jonka kanssa on mahdollista keskustella muustakin kuin sairaudesta. (mt., 15–16.)

Sanoilla välitetään paljon muutakin kuin informaatiota ihmisten välillä. Sanat ovat kuvaamista ja toiminnan harjoittamista, sanat ovat tunnustelun ja esteiden murtamisen välineitä sekä keinoja opettaa tai varmistaa ymmärrys. (Goldsmith et al. 2013, 165.) Hoidon sisällöstä on keskusteltava potilaan ja omaisten kanssa ja keskityttävä potilaan kannalta tärkeisiin asioihin. Hoidon jatkuvuuden kannalta olennaiset asiat kirjataan hoitotyön suunnitelmaan, jotta kaikki hoitoon osallistuvat saavat tarvitsemansa tiedon yhdenmukaisena. (Anttonen 2016, 52-53.)

Kuoleman väistämättömyyden nostamat tunteet ovat raskaita kantaa yksin, minkä vuoksi hoitohenkilökunnan tulisi toimia keskustelun mahdollistajana. Yhteinen keskustelu hoitosuhteessa edellyttää hienotunteisuutta, oikea-aikaisuutta, rohkeutta ja potilaan voimavarojen huomioonottamista. Yhteistä todellisuutta on mahdollista sanoittaa ja jakaa tunnetaakkaa niin, että luopuminen elämästä muuttuu siedettävämmäksi ja viimeinen ajallinen yhdessäolo nautittavammaksi. (Anttonen 2016, 70-73.)

Kuoleman käsittely tai käsittelemättä jättäminen on psyykkisesti kuormittavaa niin potilaalle, läheisille kuin hoitajille. Vuorovaikutus kuolemaan liittyen altistaa hoitajan työssä väsymiseen, mikä voi näkyä vain pakollisten tehtävien tekemisenä ja henkisesti kauemmaksi jättäytymisenä. (Anttonen 2016, 72.) Paitsi parantumattomasti sairas potilas myös läheiset voivat olla varsin sensitiivisiä ärsykeille tai tunnelman aistimiselle: sanat, ilmeet ja eleet saattavat kasvaa monimerkityksellisimmiksi. Ilmapiirin positiivisuutta helpottaa mahdollisuus olla torjumatta ajatusta kuolemasta, mikä voi vapauttaa hoitohenkilökunnan rehelliseen läsnäoloon. (mt, 53-54.)

Fyysinen läsnäolo tarkoittaa todellista läheisyyttä toiseen, kuten näkemistä, koskemista, tutkimista, tekemistä, halaamista tai kädestä pitämistä. Psykologinen läsnäolo sen sijaan edellyttää kuuntelemista, välittämistä, hyväksymistä ja kykyä olla arvottomatta. Molemmat läsnäolon tavat ovat osana hoitotyön ammatillisuutta yhtä arvokkaita ja voivat yhtä lailla lievittää potilaan ahdistuneisuutta. (Wittenberg-Lyles 2020, 114–C4. P159.)

Osoitettua viestiä voi yhtäältä selventää tai hämärtää äänensävy, muutos puheen painotuksessa tai korkeudessa, artikulointi ja rytmi. Puheenvuoroja tulisi osata

antaa. Asetelmaa voi tasapainottaa istumalla potilaan viereen, jolloin silmät ovat samalla tasolla. Vuorovaikutuksessa tulisi pyrkiä oman herkkyyden säilyttämiseen ja osoittaa kiinnostusta. Huomion tulisi olla tunnelmassa, kiireettömyydessä. Hiljaisuuden sietäminen on oleellista, samalla hiljaisuus antaa tilaa potilaan huomioille. (Hietanen et al., 109.) Esimerkiksi pelkkä kuuleminen, "hearing", on eri asia kuin kuunteleminen "listening": kuuleminen ei vaadi yrittämistä, kun taas kuunteleminen edellyttää huomioimista, vastaanottamista, odottamista, tulkitsemista ja vastaamista. (Wittenberg-Lyles 2020, 114-C4. P159).

Ammatillisesta roolista huolimatta potilaan kohtaaminen ihmisenä olisi oleellista. Kliininen hoitotyö ja hoitotoimenpiteet ovat luonnollisesti osoitus hoidon osaamisesta ja ammattimaisuudesta, mutta onnistuneen hoitotyön kannalta merkitseviä ovat kohtamisessa käytetyt vuorovaikutustaidot. (Terkamo-Moisio, 2018, 34.) Potilaan kokemukseen hoidon laadusta vaikuttavat lisäksi äänensävy, katsekontakti, oma käytös, toisen huomiointi, henkinen tuki, sanavalinnat, äänenpaino ja ilmeet (mt., 35).

Kosketukseen liittyy kulttuurisia, sukupuolellisia ja sukupolvisia eroavaisuuksia. Ei ole yhdentekevää, miten ja missä tilanteessa potilaaseen koskee. Hoito altistaa ja antaa ammattilaiselle luvan tunkeutua ja kajota potilaan intiimiin elämään. Toisaalta kosketus on subjektiivista. Hoidollisissa tilanteissa jotkin potilaat saattavat kokea omien kokemustensa tai kulttuurin johdosta tai siitä huolimatta epämiellyttävänä vastakkaisen tai saman sukupuolen hoitajan hoidon. Toiset eivät toivo lainkaan kosketusta ja kokevat sen lähtökohtaisesti epämiellyttäväksi. On tärkeää tunnistaa tai kysyä, jos ei ole varma, onko toista sopivaa koskea muussa kuin hoidollisessa tarkoituksessa. (Bowman 2021, 90-92.)

6 TULOSTEN TARKASTELU

Tässä tutkimuksessa selvitettiin, minkälaiset vuorovaikutukselliset keinot parantavat palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden psyykkistä hyvinvointia. Aineistomateriaalista nousi esiin joko toistuvia tai painotukseltaan merkittäviä keinoja, joilla edistää potilaan psyykkistä hyvinvointia vuorovaikutustilanteessa. Tärkeimpiä sanallisen vuorovaikutuksen keinoja olivat muun muassa keskustelu, kuuluksi tuleminen, informointi sekä toive hoitajan aloitteellisuudesta vaikeiden asioiden esiin nostajana. Sanattomia keinoja taasen olivat ensisijaisesti läsnäolo, kosketus, kasvonilmeet sekä katsekontakti.

Mönkkösen (2018) mukaan hoitotyö on varsin usein tasapainoilua henkilökohtaisen ja sosiaalisen tai konsultoivan alueen välillä. Vaikka hoitotyön tulisi täyttää laadullisia kriteerejä, jotka varmistavat potilaan yhdenvertaisen hoitotason, niin hoitotyötä on vaikea jaotella ilman hoitajan henkilökohtaista ja yksilöllistä työpanosta, joka on yhdistelmä ammattilaisen omaa elämäkokemusta, koulutusta ja ammattitaitoa. (Mönkkönen 2018, 69-70.) Kohtaamisen nyanssit eivät koostu vain yksittäistä toimista tai vuorovaikutusopeista, vaan ne esittävät kykyä antaa toiselle tilaa, olla suhteissa läsnä ja nähdä toinen. Jokainen vuorovaikutustilanne on erilainen ja riippuvainen osapuolen vuorovaikutuskyvyistä, joita he tilanteessa soveltavat. (mt., 18-19.)

Sanallisen ja sanattoman viestinnän tulisikin olla Hietasen (2015) mukaan linjassa. Kasvojen ilmeet kertovat varsin eksplisiittisesti vuorovaikutuksesta, olivat ne tahallisia tai tahattomia. Tunteet ovat merkittävä osa vuorovaikutusta: potilas aistii herkästi asennot, asennon vaihdokset ja liikkeet. Omat tunteet pitäisi pyrkiä kohtaamaan rauhallisesti. Teknisten välineiden, kuten puhelimen tai tietokoneen, käyttöä tulisi välttää, samoin kellon vilkuilu tai papereiden käsittely ei ole suotavaa. (Hietanen et al. 2015, 108.)

Anttonen (2016) huomauttaa, että aito arvostaminen on myös toisen epätäydellisyyden, erilaisuuden ja keskeneräisyyden sietämistä. Läsnäolo on paneutumista potilaan asioihin ja riittävän ajan antamista toisen tunteille ja kokemuksille.

Kuunteleminen, avoimien kysymysten tekeminen, lohduttaminen ja rohkaiseminen auttavat paitsi potilasta myös läheisiä kohtaamaan todellisuuden tarpeiden mukaisesti. (Anttonen 2016, 82-84.)

7 POHDINTA

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Keskeinen asia kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden tarkastelussa ovat aineistonvalinnan perusteet. Luotettavuus joutuu esimerkiksi kyseenalaiseksi silloin, jos aineiston haussa tutkijalla on tarkoitushakuisuutta, jota ei ole raportoitu. Tutkimusprosessin kuluessa aineistonvalinnan perustelut voivat muuttua. Myös tutkimuskysymys voi myös muuttua prosessin kuluessa. (Kangasniemi et al. 2013, 298.) On siis tärkeää, että kirjallisuuskatsauksen tiedonhakuprosessi ja valitun aineiston perustelut on tarkasti raportoitu. Tässä kirjallisuuskatsauksessa lähteet on valittu siten, että ne täyttävät ennalta määritellyt sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Lähteitä on myös karsittu vielä alkuperäisten sisäänottokriteerien jälkeen, koska tutkimuksia ei löytynyt englanninkielisenä. Vieraasta kielestä saatu kääntämistulos olisi voinut vaikuttaa tulosten luotettavuuteen.

Luotettavuuden kannalta on tärkeää ottaa huomioon aineiston määrällisesti pieni otanta niin opinnäytetyön laajuuden kuin aineistojen laadullisuuden kannalta. Se, että aineiston tutkimuksissa tehdään havaintoja potilaan psyykkisen hyvinvoinnin edistämisen kannalta, ei tarkoita, että esimerkiksi kosketus tai keskustelu eksistentiaalisesta ahdistuksesta kaikissa tilanteissa hyödyttäisivät potilaan psyykkistä hyvinvointia.

Oleellista on myös ymmärtää, että hoitajien näkökulmat eivät ole aina yksittäisissä tutkimuksissakaan yhteneväisiä potilaiden näkökulman kanssa. Tutkimuksissa haastatellut hoitajat ja terveydenhuollon ammattilaiset eivät välttämättä todellisuudessa tiedä, auttavatko heidän kuvailemansa vuorovaikutuskeinot potilaan hyvinvoinnin edistämisessä. Siksi sellaiset vuorovaikutukselliset keinot, jotka sekä potilaat että hoitajat ovat kokeneet valideiksi, voidaan todeta luotettavimmiksi potilaan hoidon kannalta, kuin vain ne, jotka ainoastaan hoitajat ovat maininneet. Esimerkiksi eräässä valitsemassamme hoitajien näkökulmasta teh-

dyssä tutkimuksessa hoitajien kommunikointistrategiset taidot palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden kanssa olivat puutteellisia, eivätkä hoitajat osanneet niitä edes yhtäkään strategiaa.

7.2 Jatkotutkimusehdotukset

Mikäli aiheen tutkimista jatkaisi lisää, voisi olla mielekästä laajemman aineistomateriaalin kanssa tehdä tarkkarajainen erottelu potilaiden ja hoitajien kokemusten välillä. Tällöin myös tulosten perusteella tehtävät johtopäätökset olisivat jo pelkästään määrällisesti mutta myös laadullisesti merkitsevempiä ja induktiivisempia. Mikäli olisimme toimineet edellä mainitulla tavalla opinnäytetyön otoksen perusteella, tulosten yleistävät tulkinnat olisivat saattaneet näyttäytyä ylitulkinnallisilta vuorovaikutuksessa merkitsevien asioiden suhteen.

LÄHTEET

Anttonen, M.-S. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Väitöskirja: Tampereen Yliopisto.

Bowman, J. 2021. Nonverbal Communication. An Applied Approach. Sage Publications: US.

Goldsmith, J., Ferrell, B., Wittenberg-Lyles, E. & Ragan, S. 2013. Palliative care communication in oncology nursing. Clin J Oncol Nurs 2013 Apr;17(2): 163-167. doi: 10.1188/13.CJON

Gustavsson-Lilius, M. & Hietanen, P. 2015. Vakava sairaus koskettaa parisuhdetta. Suomen Lääkärilehti 47/2015.

Heaven, C. & Maguire, P. 2008. Communication issues. Teoksessa Psychosocial Issues in Palliative Care. 2008. Edited Lloyd-Williams, M. 2.p.

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

Hänninen, J. 2015. Saattohoito. Verkkokirjan artikkeli. Luettu 28.10.2022. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00345/do>

Idman, I. Psykososiaalinen tuki ja psyykkisten oireiden hoito syöpäpotilailla. 2015. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. ja Vainio, A. (toim.): Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim.

Idman, I. 2013. Syöpäpotilaan psyykkisten oireiden hoito palliatiivisessa vaiheessa. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. 2013; 129 (4): 403-409.

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

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Teoksessa Metsämuuronen, J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International MetHelp Ky, 80–147.

Mönkkönen, K. 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Gaudeamus.

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen 34 laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja sarja A73. 2. korjattu painos. Turku: Juvenes Print.

Palliatiivinen hoitotyö. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. 2015. Surakka, T., Mattila, K-P., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. (toim.) Fioca Oy: Helsinki.

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

Käypä hoito -suositus. 2019. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, (luettu 29.10.2022). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Saarto, T. & asiantuntijaryhmä. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmille. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44 Helsinki.

Saarto, T., Finne-Soveri, H. & asiantuntijatyöryhmät. 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa – Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita ja raportteja 2019:14.

Saarto, T. & Lehto, J. 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa – Kolmiportainen malli. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 2019; 135(6): 535-541.

Saarto, T. 2015. Palliatiivisen hoidon tarkoitus. Verkkokirjan artikkeli. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.oppiporssi.fi/op/pli00002/do>

Salo, U-M. 2015. Simalabim, sisällönanalyysi ja koodaamisen haasteet. Teoksessa Aaltonen, S. & Högbacka, R. (toim.) Umpikujasta oivallukseen. Refleksiivisyys empiirisessä tutkimuksessa. Nuorisotutkimusverkosto / Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 164. Tampere: Tampere University Press, 166–190. http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/99323/umpikujasta_oivallukseen_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y Luettu 18.2.2023

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla 15.2.2021 <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3aNB%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Juvenes Print, 7-22.

Syöpäjärjestöt. 2022. Käytetyt käsitteet – Psykososiaalinen tuki. Internetsivu. Luettu 18.12.2022. <https://www.syopajarjestot.fi/potilaanpolku/kaytetyt-kasitteet/>

Terkamo-Moisio, A. 2018. Kuoleman läheisyydessä keskeistä on kohtaaminen. Tutkiva Hoitotyö, 16(2), 34–35. Viitattu 28.8.2022. <https://search-proquest.com.anna.diak.fi/docview/2299746106/fulltext/B9836B3B83FF4AEAPQ/1?accountid=27043>

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

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi

VALVIRA. 2020. Elämän loppuvaiheen hoito. Verkkosivusto. Päivitetty 20.4.2020. Luettu 30.4.2022. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito

WHO. 2018. 10 facts on palliative care. Verkkootikkeli. Päivitetty 28.3.2018. Luettu 30.4.2022 <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/palliative-care>

Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., Ragan, S. & Parnell, T. 2020. Communication in palliative nursing: the COMFORT model. (saatavilla verkossa, Andor)

Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä. Vuorovaikutus ammattitaitona. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.

KIRJALLISUUSKATSAUKSESSA KÄYTETYT LÄHTEET

Kozłowska, L & Doboszynska, A. 2012. Nurses' nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase. *International Journal Of Palliative Nursing* 2012, Vol 18, No 1.

MacPerson, C. 2010. But.. I come from the land of one-liner... *Tapaustutkimus. Illness, crisis & loss*, Vol. 18(3) 217-227.

Möller, U., Pranter, K., Hagelin, K., Beck, I., Malmström, M., Fürst, C. & Rasmussen, B. 2019. Using Cards to Facilitate Conversations About Wishes and

Priorities of Patients in Palliative Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. Vol 22(1) 2/2020.

Owusuua, C., van Lent, L., van't Spijker, A., van der Rijt, C. & van der Heide, A. 2022. Discussing prognosis and the end of life with patients with advanced cancer or COPD: A qualitative study. *PLoS ONE* 17(9): e0274201.

Sarivaara, S., Lämsä, R. & Seppälä, U. 2018. Kuolema vuodeosastolla - kuolevan potilaan hyvän hoidon edellytykset. *Gerontologia* 32(1), 2018.

Trovo de Araújo, M. & Paes da Silva, M. 2012. Communication strategies used by health care professionals in providing care to patients. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(3): 623-629.

Voetmann, S., Hvidt, N. & Viftrup, D. 2022. Verbalizing spiritual needs in palliative care: a qualitative interview study on verbal and non-verbal communication in two Danish hospices. *BMC Palliative Care* (2022) 21:3.

LIITTEET

Liite 1. Tiivistelmät tutkimuksista

Tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Voetmann, S.S., Hvidt, N.C. & Vift-rup, D.T. 2022. Verbalizing spiritual needs in palliative care: a qualitative interview study on verbal and non-verbal communication in two danish hospices. BCM Palliative Care (2022) 21:3. Tanska.</p>	<p>Tutkimuksessa selvitetään millä tavoin henkilöt kysymykset kommunikoidaan sekä verbalisesti että ei-verbalisesti potilaiden ja hoitohenkilökunnan välillä kahdessa tanskalaisessa saattohoitokodissa.</p>	<p>Laadullinen tutkimus, jossa suoritettiin 12 semi-strukturoitua haastattelua potilaiden kanssa. Mukana oli yhteensä 12 henkilö, joista 8 oli naisia ja 4 miehiä</p>	<p>Tapa, jolla potilaat aistivat ja tulkitsevat hoitohenkilökuntaa vaikuttaa siihen, kuinka he avautuvat henkisistä ja eksistentiaalisista ajatuksistaan ja aloittavat keskustelun hoitohenkilökunnan kanssa. Tapa, jolla terveydenhoidon ammattilainen liikkui ja kosketti potilasta, osoittautui aivan yhtä tärkeäksi kuin verbaalinen keskustelu, kun ollaan tekemisissä henkisen hoidon kanssa.</p>
<p>Trovo de Araújo, M.M. & Paes da Silva, M.J. 2012. Communication strategies used by health care professionals in providing palliative care to patients. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2012, Vol.46 (3), p.626-632</p>	<p>Arvostavatko palliativisten potilaiden kanssa työskentelevät terveydenhuollon ammattilaiset keskinäisviestintää terminaalitalan kontekstissa. Tietävätkö he kommunikointistrategioita tai tekniikoita, joilla voidaan saada keskustelua aikaiseksi palliativisessa hoidossa olevien potilaiden kanssa. JA Identifioida mitä kommunikointi keinoja nämä ammattilaiset käyttävät viime hetkiään elävien ihmisten kanssa.</p>	<p>Kuvaileva, tutkiva ja poikkileikkaava kentällä tehtävä monikeskustutkimus määrällisen tutkimuksen otteella. Kyselyssä oli mukana 303 terveydenhoidon ammattilaista.</p>	<p>Vaikka terveydenhuoltohenkilöstö osoitti arvostavansa suuresti kommunikointia palliativisessa hoidossa, heillä oli huonot tiedot kommunikointikeinoista. 57,7% osallistujista ei osannut kertoa edes yhtä kommunikointistrategiaa. Non-verbalisista kommunikointikeinoista useimmiten mainittiin kosketus, katse, hymyileminen, fyysinen läheisyys ja tarkka kuunteleminen.</p>

<p>Sarivaara, S., Lämsä, R. & Sepälä, U. 2018. Kuolema vuodeosastolla – kuolevan potilaan hyvän hoidon edellytykset. Gerontologia 32 (1), 2018.</p>	<p>Tehtävän tutkia minkälaiset edellytykset vuodeosasto tarjoaa potilaan hyvälle kuolemalle.</p>	<p>Tutkimuksessa haastateltiin 9 hoitajaa kahdeksalta terveyskeskuksen vuodeosastolta Etelä-Suomesta. Tehty aineistolähtöisen sisältöanalyysin keinoin.</p>	<p>Hoitajien kesken saattamisen taito on arvoitettu ja tavoiteltu: kokenut saattaja osaa tehdä läsnäolollaan, koskeuksellaan ja rauhoittavalla puheellaan lähdistä kuolevalle helpomman ja miellyttävämmän. Käytännössä mahdollisuutta kuolevan ihmisen hyvään, kokonaisvaltaiseen hoitamiseen ei silti useinkaan ole. Kuolevien hoitaminen on terveyskeskuksen vuodeosastojen tehtävä, mutta niiden ajalliset, tilalliset ja toiminnalliset rakenteet eivät vielä tue parhaalla mahdollisella tavalla tehtävästä huolehtimisesta.</p>
<p>Kozłowska, L & Doboszyńska, A. 2012. Nurses' non-verbal methods of communicating with patients in the terminal phase. International Journal of Palliative Nursing 2012, Vol 18, No 1.</p>	<p>Tavoitteena selvittää millä tavoin sairaanhoitajat kommunikoivat, lähinnä sanattoman viestinnän avulla, lähellä kuolemaa olevien potilaiden kanssa.</p>	<p>Laadullinen kyselytutkimus, joka toteutettiin valmiiksi laaditulla kyselylomakkeella. Aineistoon kuului 24 kysymystä ja siihen vastasi 95 hoitajaa, jotka työskentelivät saattohoidossa. Aineisto esitetään kuvaavina tilastoina.</p>	<p>Nonverbaalisten vuorovaikutuskeinojen osalta hoitohenkilökunta käytti useimmiten kosketusta, kasvonilmeitä ja katsekontaktia tietoisesti. Heidän mielestään potilaat arvostivat eniten kädestä pitämistä vaikeina hetkinä. Myös hoitajan hymyllä on vastaajien mukaan positiivinen vaikutus potilaaseen. Se antaa potilaalle helpotusta ja tyytyväisyyttä. Tutkimuksen löydökset viittasivat myös siihen, että elämän loppuvaiheen hoitoon osallistuvat hoitajat tarvitsevat parempaa teoreettista ja käytännön vuorovaikutuskoulutusta.</p>

<p>Möller, U.O., Pranter, K., Hagelin, K., Beck, I., Malmström, M., Fürst, C. & Rasmussen, B.H. Using cards to Facilitate Conversations About Wishes and Priorities of Patients in Palliative care. Journal of hospice and palliative nursing, 2020, Vol.22 (1), p.33-39. Ruotsi</p>	<p>Tavoitteena oli tutkia kokemuksia, joita palliativisessa hoidossa olevat potilaat saivat lausuntokorttien käytöstä heidän toiveiden ja prioriteettien ilmaisen tukemisen keinona.</p>	<p>Tutkimukseen kehitettiin 46 korttia, joihin oli kirjoitettu erilaisia toiveita ja lauseita. 40 tutkimukseen osallistuvaa potilasta sai valita 10 korttia, joiden perusteella he saivat käydä keskusteluja ja jakaa kokemuksiaan niistä haastattelujen muodossa. Haastattelut analysoitiin sisällönanalyysin keinoin.</p>	<p>Kortit auttoivat potilaita lisäämään tietoisuutta ja sanallistamaan omia prioriteettejaan ja toiveitaan. Kaikkia lausuntoja korteissa pidettiin merkityksellisinä. Keskustelut eivät keskittyneet ainoastaan kuolemaan ja kuolemiseen vaan myös haasteisiin osallistujien nykyisessä elämäntilanteessa.</p>
<p>Owusuaa C, van Lent LGG, van 't Spijker A, van der Rijt CCD, van der Heide A (2022) Discussing prognosis and the end of life with patients with advanced cancer or COPD: A qualitative study. PLoS ONE 17(9): e0274201.</p>	<p>Tutkia minkälaisia suosituksia ja kokemuksia potilailla on heidän lääkäreidensä kanssa käytävistä loppuelämään liittyvistä keskusteluista</p>	<p>Laadulliseen tutkimukseen haastatettiin 14 potilasta, jotka sairastivat pitkälle edenneitä syöpiä tai COPD-tautia. Tulokset analysoitiin fenomenologisella ja teemallisella lähestymistavalla.</p>	<p>Potilaat suosittelivat loppuelämään liittyviin keskusteluihin liittyen ymmärrettävää viestin välitystä, sukulaisten mukaan pääsyä, riittävä aikaa ja herkkä sanaton viestintää. Potilaiden suosituksiin sanattomasta viestinnästä kuului mm. Katsekontaktin pitäminen, aktiivinen kuunteleminen ja potilaan emotionaaliseen reaktioon vastaaminen.</p>
<p>MACPHERSON, C. 2010. BUT . . . I COME FROM THE LAND OF THE ONE-LINER . . . ILLNESS, CRISIS & LOSS, Vol. 18(3) 217-227, 2010</p>	<p>Paperi tutkii minkälainen narratiivinen maise ma tutkijalle muodostuu potilaasta, jolle on hankalaa ilmaista itseään ja ajatuksiaan verbaalisesti.</p>	<p>Laadullinen tapaus tutkimus, jossa tutkitaan ja analysoidaan yhden potilaan kanssa käytyä keskustelua</p>	<p>Emotionaalisesti aran potilaan lukeminen avaa mahdollisuuden syvemmälle ymmärtämiselle, joka voi löytyä sanojen välissä olevista hiljaisuuden hetkistä tai tulkinnallista merkityksistä, joita tulkitaan paikallis- tai sosiaaliskulttuurillisissa konteksteissa.</p>

Liite 2. Sisällönanalyysi

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus/suomen­menetty ilmaus	Alaluokka	Pääluk­ka	Näkökulma
<p>”jos potilaat eivät itse tee aloitetta hengellisten asioiden puheeksi ottamiseen, on keskeistä, että hoitohenkilökunta kuuntelee potilaan sanattomia merkkejä ja vihjeitä ja sitten tarttuu suullisesti näihin vihjeisiin ja aloittaa keskustelun, jossa hengelliset asiat voivat nousta esiin.” (Voetmann, S.S, ym. 2022, 4)</p>	<p>Keskustelun aloittaminen suullisesti hengellisistä asioista.</p> <p>Sanattomien merkkien ja vihjeiden kuunteleminen</p>	<p>Keskustelun avaus suullisesti</p> <p>Potilaan kuunteleminen</p>	<p>Sanallinen vuorovaikutus</p> <p>Sanaton vuorovaikutus</p>	<p>Potilasnäkökulma</p>

<p>"Kun potilaita pyydettiin tarkentamaan miksi, jotkut hoitohenkilökunnan jäsenet olivat parempia kohtaamaan heidän eksistentiaaliset tarpeensa, he kertoivat kuinka erityisesti kehollisen ja sanattoman viestinnän ulottuvuus vaikutti heidän kokemukseensa hoitohenkilökunnan edustajan läsnäolosta. Yksi potilas totesi näin: <i>"Se on jotenkin vain heidän tapansa olla. Se kun he tulevat ovesta sisään, istuvat ehkä petini viereen ja laittavat kätensä käteni päälle. Tai ehkä laittavat käden olalleni ja sitten se millä tavalla he kysyvät, että kuinka voin. Ja silloin voin kuulla, että se ei tarkoita vain, että 'kuinka lääkkeet toimivat'. Silloin se tarkoittaa sitä</i></p>	<p>Kehollinen ja sanattoman viestinnän ulottuvuus vaikuttaa kokemukseen läsnäolosta</p> <p>Tapatulla ovesta sisään Viereen istuminen</p> <p>Käden laittaminen käden päälle tai olalle.</p> <p>Kysyminen kuinka potilas voi</p>	<p>Fyysinen läsnäolo</p> <p>Potilaan vierelle istuminen</p> <p>Potilaalta voinnin kysyminen</p>	<p>Sanaton vuorovaikutus</p> <p>Sanallinen vuorovaikutus</p>	<p>Potilasnäkökulma</p>
---	--	---	--	-------------------------

<i>kaikkea.</i> " (Voetmann, S.S, ym. 2022, 5)				
---	--	--	--	--

<p>Table 2 - Sample distribution of appropriate verbal communication strategies for interaction with patients in palliative care mentioned</p> <p>- São Paulo, 2011</p> <p>Verbal strategy mentioned (n=128)* N %</p> <p>To ask what the patients know about their condition/disease 29 22.7</p> <p>To ask the patients how they feel, to encourage them to talk about their feelings 29 22.7</p> <p>To verbalize willingness to help, to talk and/or clarify doubts 26 20.3</p> <p>To ask about the expectations of the patients regarding the treatment 25 19.5</p>	<p>-Kysyä potilaalta mitä hän tietää tilastaan/sairaudestaan</p> <p>-Kysyä potilaalta, miltä heistä tuntuu tarkoituksena rohkaista heitä puhumaan tunteistaan</p> <p>-Ilmaista halukkuus auttaa puhumisessa tai ajatusten selkeyttämisessä</p> <p>-Kysyä potilaalta mitä odotuksia hänellä on liittyen hoitoon</p> <p>-Kysyä potilailta heidän kiinnostustensa kohteista tarkoituksena käynnistää miellyttävä keskustelu</p> <p>-Selkeä puhekieli</p> <p>-Harkitseva vilpittömyys lisätiedon antamisen kanssa</p>	<p>Potilaan informointi</p> <p>Rohkaisu tunteista puhumiseen</p> <p>Auttaa potilasta puhumaan tai selkiyttämään ajatuksiaan</p> <p>Keskustelu odotuksista</p> <p>Keskustelu potilaan kanssa kiinnostuksen kohteista</p> <p>Selkeä puhekieli</p>	<p>Sanallinen vuorovaikutus</p>	<p>Hoitajanäkökulma</p>
---	---	---	---------------------------------	-------------------------

<p>To ask about the interests and preferences of the patients in order to establish pleasant conversations 22 17.9</p> <p>Clarity (objectivity/colloquial language) 19 14.8</p> <p>Prudente sincerity (incremental information) 16 12.5</p> <p>To verbalize comprehension of their emotions/ feelings 7 5.5</p>	<p>-Tunteiden verbalisointi</p>	<p>Informointi</p> <p>Keskustelu potilaan tunteista</p>		
---	---------------------------------	---	--	--

<p>Table 4 - Sample distribution of appropriate nonverbal communication strategies which demonstrate empathy with patients in palliative care mentioned - São Paulo, 2011</p> <p>*Many of the subjects cited more than one nonverbal signal.</p> <p>Nonverbal strategy cited (n=267)* N %</p> <p>Affectionate touch</p> <p>Establish/maintain eye contact</p> <p>Smile</p> <p>Physical proximity/presence</p> <p>Active listening</p> <p>Positive nod of the head</p> <p>Ben/lean the body toward the patient</p> <p>Positive/interested/encouraging facial expression</p>	<p>Kosketus</p> <p>Katsekontakti</p> <p>Hymy</p> <p>Fyysinen läsnäolo</p> <p>Aktiivinen kuunteleminen</p> <p>Positiivinen päännyökkääminen</p> <p>Positiivinen ja kiinnostunut kasvoniilme</p> <p>Positiiviset eleet/kädenliikkeet</p> <p>Kunnioita henkilökohtaista tilaa ja poista esteet</p> <p>Jaa hiljaisuus</p> <p>Välittävä matala äänenpaino</p>	<p>Kosketus</p> <p>Fyysinen läsnäolo</p> <p>Katsekontakti</p> <p>Kuunteleminen</p> <p>Positiiviset eleet ilmeet</p> <p>Esteetön tila</p> <p>Läsnäolo</p> <p>Matala ääni</p>	<p>Sanaton vuorovaikutus</p>	<p>Hoitajanäkökulma</p>
--	--	---	------------------------------	-------------------------

<p>Positive gestures/waving hands</p> <p>Respect the personal space of the patient/remove physical obstacles</p> <p>Share silence</p> <p>Caring/soft/low tone of voice</p>				
<p>"kokenut saattaja osaa tehdä läsnäolollaan, kosketuksellaan ja rauhoittavalla puheellaan lähdestä kuolevalle helpomman ja miellyttävämmän." (Sarivaara, S., Lämsä, R. & Seppälä, U. 2018. 9)</p>	<p>Läsnäolo</p> <p>Koskettaminen</p> <p>Rauhoittava puhe</p>	<p>Läsnäolo</p> <p>Kosketus</p> <p>Äänenpaino</p>	<p>Sanaton vuorovaikutus</p>	<p>Hoitajanäkökulma</p>

<p>Kun kysyttiin kosketuksen merkityksestä potilas-hoitaja suhteessa, suurin osa osallistujista (77%) valitsi vaihtoehdon 'kädestä pitäminen auttaa tunteiden ilmaisussa'. Melkein puolet tutkittavista, että potilaat arvostivat eniten kädestä pitämistä. Neljäsosa ajatteli, että se on kättely tavatessa ja 17% tutkittavista ajatteli, että se on silittäminen. (Kozłowska, L & Doboszynska, A. 2012. 42)</p>	<p>Kädestä pitäminen auttaa tunteiden ilmaisussa</p> <p>Kättely tavatessa</p> <p>Silittäminen</p>	<p>Koskettaminen</p> <p>Koskettaminen</p> <p>Koskettaminen</p>	<p>Sanaton vuorovaikutus</p>	<p>Hoitajanäkökulma</p>
<p>Vastaajat raportoivat, että yleisin vastaus potilaiden reaktio hoitajan hymyyn oli taikaisin hymyileminen (58%) (Kozłowska, L & Doboszynska, A. 2012. 42)</p>	<p>Hymyileminen potilalle</p>	<p>Kasvonilmeet</p>	<p>Sanaton vuorovaikutus</p>	<p>Hoitajanäkökulma</p>

<p>Korttien läpikäyminen avasi keskusteluja. Joskus yksikin kortti muistutti tärkeästä asiasta heidän nykyisestä tai aikaisemmasta elämästään tai elämästä kuoleman edessä. (Möller, U.O., ym. 2019. 36)</p>	<p>Palliativiseen hoitoon tarkoitettut kortit voivat muistuttaa potilaalle tärkeistä asioista hänen elämässään</p>	<p>Keskustelu</p>	<p>Sanallinen vuorovaikutus</p>	<p>Potilasnäkökulma</p>
--	--	-------------------	---------------------------------	-------------------------

<p>Erilaisia mielipiteitä nousi esiin siitä onko hoitohenkilökunnan tarpeen tietää potilaiden toiveista ja tärkeimmistä asioista. Toiveiden saattaminen hoitajien tietoon lisäsi mahdollisuutta saada yksilöllistä hoitoa, mutta jotkut osallistujat sanoivat, että se on tarpeetonta, jos he saivat pääasiallisen tuen perheenjäseniltään. Nämä osallistujat sanoivat, että keskustelevat mieluiten tärkeistä asioista heidän perheenjäsentensä kanssa. He kuitenkin ilmaisivat toiveensa käyttää kortteja apina keskusteluissa perheenjäsenten kanssa näistä asioista. (Möller, U.O., ym. 2019. 36)</p>	<p>Potilaalta tarpeellista kysyä haluaako hän käydä keskustelua toiveista ja tärkeistä asioistaan henkilökunnan kanssa</p> <p>Palliatiiviseen hoitoon tarkoitettujen korttien tarjoaminen omaisten käyttöön.</p>	<p>Keskustelu</p> <p>Omaisten tukeminen</p>	<p>Sanallinen vuorovaikutus</p>	<p>Potilasnäkökulma</p>
---	--	---	---------------------------------	-------------------------

<p>Osallistajat kokivat, että kortit täytyisi aina esitellä hoitohenkilökunnan toimesta, koska kysyttäessä voi aina sanoa, että "ei kiitos". (Möller, U.O., ym. 2019. 36)</p>	<p>Palliativiseen hoitoon tarkoitettujen korttien tarjoaminen apuvälineeksi keskusteluun</p>	<p>Keskustelu</p>	<p>Sanallinen vuorovaikutus</p>	<p>Potilasnäkökulma</p>
<p>Osallistajat ilmaisivat toistuvasti, että kortit auttoivat heitä laittamaan ajatuksia ja tunteita sanoiksi. Jotkut kortit myös nostivat tietoisuuteen asioita, joita he eivät olleet ajatelleet aikaisemmin ja/tai näiden keskustelujen käymisen tärkeydestä (Möller, U.O., ym. 2019. 36)</p>	<p>Kortit auttoivat potilaita laittamaan ajatuksia ja tunteita sanoiksi. Jotkut kortit nostivat tietoisuuteen uusia asioita.</p>	<p>Tärkeiden asioiden esiin nosto Uusien ajatusten herättäminen ja julkituominen</p>	<p>Sanallinen vuorovaikutus</p>	<p>Potilasnäkökulma</p>

<p>Jotkut potilaat, yleisesti syöpää sairastavat olivat keskustelleet ja kirjanneet loppuelämän toiveitaan.</p> <p>Niihin kuului hoitotahto, työn jatkaminen tai hautajaisjärjestelyt. Yleisesti potilaat kokivat nuo keskustelut vaikeina, mutta he kokivat myös helpotusta, koska olivat saaneet informoitua heidän läheisiään ja lääkäreitä heidän toiveistaan. (Owysuaa C. ym. 2022. 8)</p>	<p>Loppuelämään liittyvät keskustelut vaikeita, mutta myös helpotusta tuovia.</p>	<p>Keskustelu loppuelämän toiveista</p>	<p>Sanallinen vuorovaikutus</p>	<p>Potilasnäkökulma</p>
---	---	---	---------------------------------	-------------------------

<p>YLEISIÄ OHJEITA KOHTAAMISEEN LÄÄKÄREILLE</p> <p><i>Kättele, pysy rauhallisena ja ystävällisenä</i></p> <p><i>-Säilytä katsekontakti</i></p> <p><i>-Valitse oikea yksityinen paikka</i></p> <p><i>-Varaa riittävästi aikaa keskustelulle</i></p> <p><i>-Ole selkeä, pysy asiassa ja ole valmistautunut</i></p> <p><i>-Kuuntele aktiivisesti</i></p> <p><i>-Rohkaise kysymään</i></p> <p><i>-Testaa onko potilas ymmärtänyt</i></p> <p><i>-Vastaa potilaan tunnereaktioihin</i></p> <p><i>-Vältä jargonia</i></p> <p><i>-Tarkista haluaako potilas, että läheisiä on paikalla.</i></p> <p>Owusuaa C, van Lent LGG, van 't Spijker</p>	<p>Kättely</p> <p>Rauhallisuus</p> <p>Katsekontakti</p> <p>Yksityinen paikka</p> <p>Riittävä aika keskusteluun</p> <p>Selkeys, avoimuus ja keskusteluun valmistautuminen</p> <p>Aktiivinen kuunteleminen</p> <p>Kysymään rohkaiseminen</p> <p>Potilaan ymmärtämisen testaaminen informoinnin kanssa</p> <p>Potilaan tunnereaktioihin vastaaminen</p> <p>Käytä selkeää kieltä</p>	<p>Koskettaminen</p> <p>Rauhallisuus</p> <p>Katsekontakti</p> <p>Tilan ja yksityisyyden huomiointi</p> <p>Riittävä aika</p> <p>Selkeys</p> <p>Kuunteleminen</p> <p>Kysymään rohkaisu</p> <p>Informaation perillemenon tarkistaminen</p>	<p>Sanaton vuorovaikutus</p> <p>Sanallinen vuorovaikutus</p>	<p>Potilasnäkökulma</p> <p>Potilasnäkökulma</p>
---	---	--	---	--

A, van der Rijt CCD, van der Heide A. 2022. 8)	Tarkista haluaako potilas läheisiä paikalle			
"The reading of an emotionally diffident patient and family calls for an openness to the possibilities of deeper understandings which may exist at the thresholds of expression, in the liminal spaces of silences and within interpretive meanings provided by the local social and cultural context."(MACPHERSON, C. 2010, 226.)	Emotionaalisesti araan potilaan lukeminen vaatii avoimuutta syvemmälle ymmärrykselle, jonka saattaa löytää sanojen välisistä hiljaisuuden hetkistä, joiden merkitys kumpuaa paikallisesta ja kulttuurillisesta kontekstista.	Hiljaisuuden kunnioittaminen Aktiivinen kuunteleminen	Sanaton vuorovaikutus	Hoitajanäkökulma

