

Emilia Junes ja Marja Kuosa

## **FYSIOTERAPIA OSANA PALLIATIIVISTA HOITOA JA SAATTOHOITOA**

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

# **FYSIOTERAPIA OSANA PALLIATIIVISTA HOITOA JA SAATTOHOITOA**

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Emilia Junes ja Marja Kuosa  
Opinnäytetyö  
Syksy 2016  
Fysioterapian tutkinto-ohjelma  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu  
Fysioterapian tutkinto-ohjelma

---

Tekijät: Emilia Junes ja Marja Kuosa

Opinnäytetyön nimi: Fysioterapia osana palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa

Työn ohjaajat: Marika Tuiskunen ja Anne Keckman

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2016

Sivumäärä: 43 + 10

---

Maailmanlaajuisesti tarkasteltuna palliatiivista hoitoa tarvitsee arviolta 20 miljoonaa potilasta vuosittain. Suomessa vastaava luku on 29 000 ihmistä. Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantamattomasti sairaan sekä hänen läheistensä hoitoa, jonka tarkoituksena on lievittää oireita sekä parantaa elämänlaatua. Palliatiivisella hoidolla ei ole ajallista määrettä suhteessa kuolemaan. Saattohoito on kuolemaa lähestyvän ihmisen hoitamista silloin, kun kuoleman odotetaan tapahtuvan lähipäivien tai -viikkojen aikana. Hoidon tarkoituksena on taata potilaalle ja tämän läheisille yksilöllistä tukea parhaalla mahdollisella tavalla yksilöllisyyttä kunnioittaen. Saattohoito mahdollistaa potilaalle ja tämän omaisille myös jäähyväisten jättämisen.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä fysioterapiamenetelmiä palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa käytetään. Lisäksi tarkoituksena oli kuvailla potilaiden, heidän omaistensa ja fysioterapeuttien kokemuksia fysioterapiasta palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli vastata tutkimustehtäviin, koota kokemuksia fysioterapiasta ja tuoda esille fysioterapian käyttöä sekä sen erityispiirteitä ja mahdollisuuksia elämän loppuvaiheen hoidossa.

Tämän tutkimuksen menetelmäksi valittiin laadullisen tutkimuksen kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Aineistona on 17 kansainvälistä tutkimusartikkelia, jotka käsittelevät fysioterapiaa palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa sekä potilaan, omaisten ja fysioterapeuttien kokemuksia hoidosta. Ainoastaan fysioterapeuttisia menetelmiä mainittiin 10:ssä artikkelissa ja kahdessa artikkelissa raportoitiin ainoastaan kokemuksia. Sekä kokemuksia, että menetelmiä käsiteltiin viidessä artikkelissa. Fysioterapeuttiset menetelmät jaettiin fysioterapianimikkeistöä mukailleen kuuteen yläluokkaan. Kokemuksia käsiteltiin yhteensä seitsemässä opinnäytetyöhön valitussa artikkelissa. Tutkimusartikkeleista kuusi sisälsi potilaiden kokemuksia, ja kahteen oli koottu myös omaisten kokemuksia. Yhdessä artikkeleista oli pelkästään fysioterapeuttien kokemuksia.

Fysioterapeuttisten menetelmien kirjo kuolemansairaana hoidossa on laaja. Potilaat kokivat fysioterapian vähentäneen oireita sekä lisänneen psyykkistä hyvinvointia, itsenäisyyttä ja fyysistä aktiivisuutta. Omaisten tyytyväisyys, hyvinvointi ja elämänlaatu paranivat fysioterapiainventioiden ja opettamisen sekä neuvomisen myötä. Lisäksi omaiset kokivat tietonsa lisääntyneen sekä turvallisuuden kasvaneen. Fysioterapeutit nostivat kuolemansairaana potilaan hoidosta esiin kolme teemaa: avun tarjoamisen potilaille ja perheille, moniammatillisen tiimin jäsenenä toimimisen ja ammatillisten velvollisuuksien täyttämisen välittömän potilashoidon ohella. Jatkotutkimushaasteena olisi tarkastella lähemmin sitä, miksi suositusten mukainen saattohoito ei toteudu Suomessa.

---

Asiasanat: fysioterapia, saattohoito, palliatiivinen hoito, kuolevan hoito, terminaalinhoito, kokemus

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree programme in Physiotherapy

---

Authors: Emilia Junes and Marja Kuosa

Title of thesis: The role of physiotherapy within hospice and palliative care – Descriptive literature review

Supervisors: Marika Tuiskunen and Anne Keckman

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2016 Number of pages: 43 + 10

---

It is estimated that every year more than 20 million patients need palliative care at the end of life. Corresponding figure in Finland is 29 000 patients. Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness. Hospice is traditionally an option for people whose life expectancy is few weeks or less. The goal of hospice care is to support the highest quality of life possible for whatever time remains and prepares family members for their loved one's death.

The purpose of this descriptive literature review was to examine what kind of physiotherapy interventions there are to provide function or comfort to patient who is terminally ill. The second aim of this review was to describe patients', their family members' and physical therapists' experiences of end-of-life care.

This thesis was executed as a descriptive literature review. The material was collected by using international scientific databases and also through manual search. Seventeen referred journal articles were picked up for the content analysis. Physiotherapy interventions were mentioned in ten articles and two articles were only case reports. Both experiences and interventions were in five articles.

Physical therapy appears to offer a wide range of therapy methods for population requiring end-of-life care. The patients reported that after receiving physical therapy their symptoms decreased and mood improved. Patients also expressed increased physical activity and independence. Caregivers' satisfaction and quality of life improved after physical therapy interventions. Caregivers expressed increased knowledge and safety as well. Physiotherapists identified three primary roles in end-of-life care which were: providing patient and family care, serving as an interdisciplinary team member and fulfilling professional responsibilities outside of direct patient care. Further studies are needed to examine why national recommendations for end-of-life care haven't actualized in Finland.

---

Keywords: physiotherapy, physical therapy, hospice, palliative care, end-of-life care, terminal care, experience

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	FYSIOTERAPIA KUOLEMANSAIRAAN HOIDOSSA .....	7
2.1	Palliatiivinen hoito ja saattohoito .....	7
2.2	Kuolemansairaahan toimintakyvyn moniulotteisuus .....	8
2.2.1	Ruumiin/kehon rakenteet ja toiminnot .....	9
2.2.2	Suoritukset ja osallistuminen .....	10
2.2.3	Ympäristö- ja yksilötekijät .....	10
2.3	Fysioterapia kuolemansairaahan toimintakyvyn tukena .....	12
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET .....	15
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	16
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus .....	16
4.2	Aineistonhankinta .....	17
4.3	Aineiston analyysi .....	20
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	22
5.1	Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa käytetyt fysioterapiamenetelmät .....	22
5.1.1	Terapeuttinen harjoittelu .....	24
5.1.2	Manuaaliset- ja fysikaaliset fysioterapiamenetelmät .....	24
5.1.3	Psykofyysiset menetelmät .....	25
5.1.4	Haastattelu .....	25
5.1.5	Neuvonta ja arviointi .....	26
5.2	Kokemuksia fysioterapiasta palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa .....	26
5.2.1	Potilaiden kokemuksia .....	26
5.2.2	Omaisten ja fysioterapeuttien kokemuksia .....	28
6	POHDINTA .....	29
6.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	29
6.2	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset .....	31
6.3	Opinnäytetyöprosessi .....	35
	LÄHTEET .....	38
	LIITTEET .....	44

# 1 JOHDANTO

Palliativinen hoito on potilaan aktiivista hoitoa silloin, kun sairautta ei voida parantaa, ja saattohoito onkin usein palliativisen hoidon viimeinen vaihe. Hoidossa keskitytään potilaan kivun ja muiden oireiden hallintaan, kärsimyksen ehkäisemiseen, psykososiaalisten, eksistentiaalisten sekä hengellisten ongelmien ratkaisemiseen ja omaisten tukemiseen. (Grönlund & Huhtinen 2011, 75 – 77.) Moniammatillisena yhteistyönä toteutettavan hoidon tarkoituksena on taata kuolevan potilaan yksilöllinen hoito, jossa ihminen pystyy siirtymään ihmisarvoisesta elämästä oman vakaumuksensa mukaiseen lepoon (Pajunen 2013, 11). Fysioterapialla pyritään luomaan kuolemansairaalle ihmiselle ja hänen läheiselleen myönteisiä kokemuksia siitä, että toimintakykyä pidetään yllä ja sitä voidaan jopa kohentaa. Kysymys on ihmisarvosta, elämänlaadusta ja omanarvontunteesta. (Grönlund & Huhtinen 2011, 129.)

Palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta käytetään englanninkielessä sanaa ”hospice”. Jo keski-ajalla Euroopassa perustettiin pyhiinvaellusreittien varrelle majataloja (hospice), joissa majoitettiin matkajia ja hoidettiin sairaita, jotka eivät jaksaneet jatkaa matkaa, vaan kuolivat kesken pyhiinvaelluksen. Ensimmäinen varsinainen saattohoitokoti perustettiin Lontooseen vuonna 1967, josta Hospice-liike levisi myös muualle maailmaan. (Vainio 2015a, 18 – 19.)

Tämä opinnäytetyö on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena oli selvittää, mitä fysioterapiamenetelmiä palliativisessa hoitotyössä ja saattohoidossa käytetään. Lisäksi tarkoituksena oli kuvailla potilaiden, heidän omaistensa ja fysioterapeuttien kokemuksia fysioterapiasta palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa.

Viitekehyksessä on mukailtu kansainvälisen toimintakyvyn toimintarajoitteiden ja terveyden luokitusta (ICF) kuvailemaan toimintakyvyn moniolotteisuutta. ICF-luokituksessa otetaan huomioon ruumiin/kehon toiminnot ja rakenteet, suoritukset ja osallistuminen, ympäristö- ja yksilötekijät. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016, viitattu 5.6.2016.) Tässä työssä palliativisessa hoidossa tai saattohoidossa olevasta ihmisestä on käytetty termejä kuolemansairas tai kuoleva potilas.

## 2 FYSIOTERAPIA KUOLEMANSAIRAAN HOIDOSSA

### 2.1 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

Vuoden 2002 WHO:n antamassa määritelmässä palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan sekä hänen läheistensä hoitoa, jonka tarkoituksena on lievittää oireita sekä parantaa elämänlaatua. Palliatiivisella hoidolla ei ole ajallista määrettä suhteessa kuolemaan. (Saarto 2015a, 10.) Käypähoitosuosituksissa palliatiivinen hoito on määritelty parantumattomasti sairaan kokonaisvaltaiseksi hoidoksi siinä vaiheessa, kun parantavaa hoitoa ei ole enää mahdollista antaa. Palliatiivinen hoito on oireita lievittävää, jopa vuosia kestävää hoitoa, jonka tarkoituksena on taata mahdollisimman hyvä elämänlaatu sekä potilaalle, että hänen omaisilleen. (Riikola & Hänninen 2012, viitattu 9.3.2016.) Psykososiaalisten, eksistentiaalisten sekä kivun oireiden hallinta kuuluvat oleellisena osana palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon (Saarto 2015b, 10).

Saattohoito on huomattavasti suppeampi käsite kuin palliatiivinen hoito (Saarto 2015a, 10). Saattohoito on kuolemaa lähestyvän ihmisen hoitamista silloin, kun kuoleman odotetaan tapahtuvan lähipäivien tai -viikkojen aikana. Hoidon tarkoituksena on taata potilaalle ja tämän läheisille yksilöllistä tukea parhaalla mahdollisella tavalla yksilöllisyyttä kunnioittaen. Saattohoito mahdollistaa potilaalle ja tämän omaisille myös jäähyväisten jättämisen. (Saarto 2015b, 10; Hänninen 2015a, 10 – 11.) Saattohoidon lähtökohdaksi on etenevä, parantumaton sairaus, johon ei ole tarjolla parantavaa hoitoa tai potilas on kieltäytynyt siitä. Keskeistä on ihmisen oireiden ja kärsimyksen lievittäminen sekä tuen ja hoidon antaminen potilaalle ja omaisille, ennen ja jälkeen kuoleman. Hyvän perushoidon lisäksi saattohoidossa tulee vastata potilaan ja tämän omaisten fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin, sekä hengellisiin ja eksistentiaalisiin tarpeisiin. (Pihlainen 2010, 11, 30 – 31.)

Maailman terveysjärjestö (WHO) on arvioinut vuonna 2011, että 37,4 % kaikista kuolemansairaista ihmisistä tarvitsee palliatiivista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa. Tämä tarkoittaa maailmanlaajuisesti tarkasteltuna 20 miljoonaa potilasta vuosittain. Saman arvion mukaan Suomessa palliatiivista hoitoa tarvitsee 29 000 ihmistä vuosittain. (Saarto 2015c, 572.) Palliatiivisen hoidon asema on hyvin erilainen eri maissa. Pisimmälle kuolemansairaahan hoito on kehittynyt Isossa-Britanniassa, missä palliatiivinen lääketiede tuli omaksi erikoisalaksi vuonna 1987. Suomi sijoittuu saattohoidon saatavuudessa Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen vertailussa keskitasoon. Vuonna 2011

maailman valtioista 136:ssa oli järjestetty jonkinasteista kuolemansairaahan hoitoa. (Saarto 2015d, 20.)

Suomessa saattohoidon perustana voidaan pitää Lääkintöhallituksen vuonna 1982 sairaanhoitolaitoksille antamia terminaalihoito-ohjeita. (Pihlainen 2010, 11, 13–14.) Suomessa ei ole erillistä saattohoitolakia, mutta riittävät terveyspalvelut ovat Suomen perustuslain mukainen perusoikeus. Saattohoitoa normittavat laki potilaan asemasta ja oikeuksista, potilaslaki, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidolaki. (Saarto 2015e, 23 – 24.) Sosiaali- ja terveysministeriön antamien hyvän saattohoidon suositusten tarkoituksena on turvata jokaisen kuolevan hyvä hoito. Suositusten mukaan saattohoitopotilaan hoidosta on aina keskusteltava potilaan ja omaisten kanssa, hänen niin halutessa. Potilaalla on oikeus päättää, missä häntä hoidetaan, ja hänen itsemääräämisoikeutensa tulisi säilyä loppuun saakka. (Pihlainen 2010, 11, 30 – 31.)

Hyvin järjestetty palliatiivinen hoito ja saattohoito parantavat tutkimusten mukaan hoidon laatua ja vapauttavat resursseja. Se myös vähentää hoidon kustannuksia, lääkekuluja, laboratoriotutkimuksia sekä tehohoidon käyttöä ja ensiapukäyntejä. Hyvällä kuolemansairaahan hoidon suunnittelulla voidaan myös lyhentää hoitoaikoja akuuttisairaalassa ja vähentää turhia elvytyksiä. Hyvä saattohoito on perusteltua eettisesti, lääketieteellisesti ja taloudellisesti. (Vuorinen 2014, viitattu 16.3.2015; Saarto 2015c, 573; Korhonen 2015, 582.) Toiminnan sisältö ja käytännön toteutus ovat ratkaisevia tekijöitä, niin kustannuksen kannalta kuin inhimilliseltäkin näkökannalta (HYKS 2011, viitattu 17.3.2016). Laadukas saattohoito vaatii hyvin koulutetun moniammatillisen työryhmän (Grönlund & Huhtinen 2011, 112 – 113).

## **2.2 Kuolemansairaahan toimintakyvyn moniulotteisuus**

Tässä opinnäytetyössä on mukailtu kansainvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitusta (ICF) kuvailemaan toimintakyvyn moniulotteisuutta. ICF-luokitus ottaa huomioon toimintakykyä ja toimintarajoituksia kuvatessa ruumiin/kehon toiminnot ja rakenteet sekä suoritukset ja osallistumisen. Kontekstuaalisia tekijöitä kuvatessa huomioidaan ympäristö- ja yksilötekijät. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016, viitattu 5.6.2016.)



Toimintakyky on keskeinen osa ihmisen hyvinvointia. Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ominaisuuksia selviytyä hänelle itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2016, viitattu 5.6.2016). Elämänlaatuun alentavasti vaikuttavia oireita ovat heikentynyt toimintakyky, henkisen hyvinvoinnin puute ja tyytymättömyys hoitoon. Heikentyneestä elämänlaadusta voi seurata elämänhalun menettäminen, joka saa potilaan toivomaan omaa kuolemaansa. Useimmiten potilaat, jotka ilmaisevat haluavansa kuolla, ovat pikemminkin väsyneitä kärsimyksiä täynnä olevaan elämäänsä, eivätkä varsinaisesti toivo eutanasiaa. Tutkimuksissa on osoitettu, että palliatiivisessa hoidossa varhainen interventio lisää potilaan elämänlaatua ja tyytyväisyyttään saamaansa hoitoon. (Hänninen 2015b, 32 – 34.)

Kuolemansairaana elämänlaatu on usein heikentynyt useiden päällekkäisten oireiden takia. On mahdollista, että potilaalle merkityksellinen oire ei kuitenkaan ole se jota hoidetaan, vaan hoidettavan oireen haitallisuuden määrittelee hoitohenkilökunta. (Hänninen 2015b, 32 – 34.) Potilasta voidaan auttaa usein varsin yksinkertaisin keinoin. Tärkeintä on kuunnella potilasta ja tämän omaisia sekä löytää ne asiat, jotka vaikuttavat toimintakyvyn alenemiseen. Tähän tilanteeseen pääsemiseksi tarvitaan aidon kuuntelemisen lisäksi luottamusta asiakkaan ja terapeutin välillä, sekä asiakkaan tarpeisiin vastaamista. (Frost 2001, 398 – 401.)

## **2.2.1 Ruumiin/kehon rakenteet ja toiminnot**

Yleisimpiä kuolemansairaana potilaan oireita ovat uupumus, toimintakyvyn heikkeneminen, univaikeudet ja kipu. Muita oireita ovat hengenahdistus, pahoinvointi, ummetus, ahdistuneisuus, anoreksia, masennus ja turvotus. Suuri osa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa saavista potilaista kokee kipua, ja se onkin yksi potilaiden eniten pelkäämistä oireista. Kivun taustalla saattaa olla fyysisten syiden lisäksi myös psyykkisiä syitä, ja joskus voi myös olla vaikeaa erottaa taudin tai sen hoidon aiheuttama kipu toisistaan. (Vainio & Vuorinen 2015, 45.)

Oireiden arviointia voi vaikeuttaa potilaan kognitiivinen valmius tunnistaa omia oireitaan ja ilmaista niitä. Oireet voivat myös kasaantua ja sekoittua. Jos potilas ei saa oireisiinsa asianmukaista ja auttavaa hoitoa, heikentää se hänen elämänlaatuaan. (Hänninen 2015b, 32 – 34.) Myös fyysinen kipu voi korostaa henkistä kipua ja päinvastoin (Pizzi & Briggs 2004, 124). Kipu on aina subjektiiv-

vinen kokemus, johon vaikuttavat fysiologiset, psykologiset ja ympäristöön liittyvät tekijät, esimerkiksi masennus ja voimakas huolestuneisuus voivat vaikuttaa kivun kokemiseen voimistavasti (Talvitie ym. 2006, 289). Joskus psyykkiset oireet, kuten ahdistus, voi pahentaa kipua, mutta se voidaan myös tulkita väärin somaattiseksi kivuksi (Vainio & Vuorinen 2015, 45).

### **2.2.2 Suoritukset ja osallistuminen**

Olennaista kuolemansairaana fysioterapiassa on pyrkiä tyydyttämään kuolevan potilaan perustarpeita. Yksi niistä on liikkuminen, sillä sen avulla omatoimisuus on mahdollista. Jo istumaan nouseminen voi olla potilaalle huomattava ja merkittävä toimi, joka tuottaa iloa. Apuvälineiden valinta ja niiden käyttöön opastaminen mahdollistavat potilaalle osallistumisen sellaisiin toimiin, joihin hän ei enää ilman niitä kykenisi. (Grönlund & Huhtinen 2011, 130 –131.)

Saattohoidossa kohdataan potilaiden ja omaisten pelkoja. Fysioterapeutin olisikin kyettävä olemaan läsnä ja kuuntelemaan myös saattohoitopotilaan läheisiä. Läheisten pelot voivat olla eksistentiaalisia tai hyvinkin konkreettisia. Eksistentiaaliin pelkoihin fysioterapeutti voi vastata tarjoamalla aidon läsnäolon, vastaavasti konkreettisiin pelkoihin voidaan tarjota konkreettista apua. Omaiset voivat esimerkiksi pelätä satuttavansa siirtotilanteessa fyysisesti potilasta tai itseään. (Frost 2001, 398 – 399; Pizzi & Briggs 2004, 124.)

### **2.2.3 Ympäristö- ja yksilötekijät**

Perheen ja omaisten merkitys saattohoidossa on tärkeä. Kuolemansairas tarvitsee kaiken mahdollisen tuen myös omaisiltaan, jotta hänen elämänlaatuaan vaalittaisiin loppuun saakka ja hän voisi kokea arvokkaan kuoleman. Omaisia voidaan auttaa opettamalla heille siirtotekniikoita sekä apuvälineiden käyttöä. Omaisten edellytykset selviytyä surutyöstä rakkaansa kuoleman jälkeen ovat paremmat, kun omaisen hyvinvointi on otettu huomioon saattotyössä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 131.) Kuoleman kohtaaminen voi olla omaisille erittäin haastavaa monellakin tasolla. He voivat esimerkiksi joutua tilanteeseen, jossa he joutuvat päättämään läheisensä hoidosta (Grönlund & Huhtinen 2011, 34; Antikainen 2015, 564 – 565). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tulisikin kyetä tarjoamaan emotionaalista tukea myös omaisille, koska myös he ovat kuolemissa keskiössä. Omaiset kokevat usein voimattomuuden sekä kykenemättömyyden tunteita kohdatessaan kuolevan

omaisensa. Tämän vuoksi myös omaisten tarpeille on annettava palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa tilaa. (Juhela 2015, 280.)

Kuoleva ihminen voi olla ahdistunut. Yleisiä ahdistuksen syitä ovat kuolemanpelko, kuolintapahtuman pelko, olemisen lakkaamisen pelko ja pelko liittyen siihen, mitä kuoleman jälkeen tapahtuu. (Hänninen 2015c, 306 – 307.) Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen aiheuttaa usein huolta kuolevalle siitä, ettei hän pysty itse huolehtimaan päivittäisistä toimista, kuten henkilökohtaisesta hygieniasta, vaan tarvitsee yhä enenevässä määrin toisten apua. Arvokkuuden menettämisen pelko voi olla erityisen vaikeaa sellaiselle henkilölle, joka on aina pyrkinyt selviytymään itse pyytämättä apua toiselta (Grönlund & Huhtinen 2011, 81). Eksistentiaalisuuteen liitetään kysymykset inhimillisestä olemassaolosta, ja niiden yhteydessä puhutaan surusta ja lohdutuksesta, sekä ihmisenä olemiseen liittyvästä muukalaisuudesta. Tähän liittyvät pelot kuoleman jälkeisestä ajasta tai siitä, ettei sellaista ole. Kuolevaa voi esimerkiksi lohduttaa ajatus läheisten näkemisestä tuonpuoleisessa, toisille taas kuolema voi olla musta aukko, jolloin olemassaolo lakkaa. Kuolemansairaana hoidossa pyritään antamaan potilaalle ja tämän omaisille kaikki mahdollinen tuki, jotta potilas löytäisi asiat ja kokemukset jotka tekevät juuri hänen elämästään merkityksellisen ja arvokkaan. (Hänninen 2015c, 306; Muurinen 2015, 307– 308.)

Palliatiivisen hoitotyön sekä saattohoidon parissa työskenneltäessä fysioterapeutin työhön kuuluu olennaisena osana myös potilaan ja tämän omaisten henkisen sekä hengellisen puolen kohtaaminen. Hoitotyön tulisi olla ammatillista, jolloin jokaisella terapeutilla tulisi omasta vakaumuksestaan riippumatta olla valmius tunnistaa potilaan tai hänen omaistensa hengellisiä tarpeita. (Eriksson 1992, 113.) Henkisen tuen tarjoaminen kuuluu fysioterapeutin työhön (Pizzi & Briggs 2004, 124). Jos terapeutilla ei ole kykyä vastata hengellisiin tarpeisiin, tulisi hänen kyetä ohjaamaan potilas sellaisen henkilön luokse, joka näihin tarpeisiin kykenee vastaamaan. (Eriksson 1992, 113.) Terapeutin olisi hyvä olla tietoinen erilaisista uskonnoista, uskomuksista ja elämänkatsomuksista, jotta hänellä olisi parempi ymmärrys kohdata kuoleva potilas, esimerkiksi käyttämällä potilaan uskomuspiiriin kuuluvaa terminologiaa tarpeen vaatiessa. Hoitajan on myös hyvä olla tietoinen omasta sekä työpaikkansa sisäisestä kulttuurista ja siihen liittyvistä toimintatavoista, jotta hän kykenisi tarvittaessa kuvaamaan sekä puolustamaan asiallisesti hyväksi havaittuja käytäntöjä ja toimintakulttuuria potilaalle tai tämän omaisille. (Hiltunen 2015, 274 – 275.)

Ihmisen elämä voi päättyä missä iässä tahansa, vaikka yleensä kuolema ajatellaan kohdattavaksi vasta varttuneemmassa iässä. Kuolevan ikä vaikuttaa siihen, miten hän ja hänen läheisensä kuolemaan suhtautuvat. Suhtautuminen vaihtelee elämänvaiheen mukaan (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 35). Toisinaan kuolema on tervetullut ja sitä voidaan jopa odottaa, koska ihminen on kokenut eläneensä hyvän elämän ja saaneensa siltä kaikkea riittävästi. Kuoleman ajatus voi kuitenkin aiheuttaa muun muassa pelkoa ja pettymystä, erityisesti silloin kun ihminen kokee elämänsä voimakkainta vaihetta aikuisuudessa, eikä voi ymmärtää miksi juuri hän sairastui. Lapsen kuolema voi olla eettisesti vaikea käsittää, mutta siitäkin huolimatta tulisi kyetä säilyttämään realistinen kuva lapsen sairaudesta, ja pystyä myös luopumaan ajatuksesta lapsen parantamisesta silloin, kun kaikki mahdollinen hänen hyväkseen on jo tehty. (Grönlund & Huhtinen 2011, 82, 88, 92.)

Jokainen ihminen on ainutlaatuinen yksilö, jollaiseksi hän on tullut muun muassa taustansa, uskomuksiansa, historiansa ja kulttuurinsa vaikutuksesta (Pizzi & Briggs 2004, 124). Ihmisen kokemus kuolemasta ja valmistautuminen kuolemaan ovat yksilöllisiä, ja juontuvat juuri tuon kyseisen ihmisen omasta, koetusta elämästä. Vaikka samankaltaisuuksia voidaanakin todeta kuolemasairaiden pohtimissa kysymyksissä, ei kukaan toinen voi kokea juuri samalla tavalla. Ihmisen persoonallisuus, sukupuoli ja elämäntilanne vaikuttavat suuresti siihen, mitkä asiat nousevat kuoleman läheisyydessä tärkeimmiksi. (Grönlund & Huhtinen 2011, 59 – 60.)

### **2.3 Fysioterapia kuolemansairaana toimintakyvyn tukena**

Fysioterapia perustuu fysioterapiatieteeseen, joka tutkii ihmisen toimintakykyä ja liikkumista, keskittyen erityisesti toiminnan heikkenemiseen sekä häiriöihin. Myös monen muun tieteenalan tutkimusta sovelletaan fysioterapiassa. Fysioterapian kiinnostuksen kohteina ovat erityisesti liikkumisen, toimintakyvyn ja -rajoitteiden arviointi asiakkaan toimintaympäristössä. Fysioterapiassa terveyttä ja toimintakykyä voidaan edistää muun muassa ohjauksella ja neuvonnalla, terapeuttisella harjoittelulla sekä manuaalisella ja fysikaalisella terapialla. Lisäksi apuvälinepalvelut kuuluvat fysioterapeutin osaamisalueeseen. Fysioterapia on osa julkista ja yksityistä sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalvelujärjestelmää. (Suomen fysioterapeutit 2014, viitattu 9.3.2016.) Kuntaliiton toimesta on laadittu kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden nimikkeistö, jolla kuvataan alan palveluihin ja työhön kuuluvia toimintoja, toimenpiteitä ja tehtäviä. Jokaisella alalla, myös fysioterapialla, on oma nimikkeis-

tönsä, jonka nimikkeet on varustettu koodein sekä kirjaintunnistein. Nimikkeistössä mukaillaan kansainvälistä ICF-luokitusta, kuitenkin niin, että sisältö on kunkin ammattialan tietoperustan mukainen. (Suomen Kuntaliitto 2016, viitattu 27.10.2016.)

Kuolemasairaahan hoidossa fysioterapian tavoitteena on potilaan vaivojen minimointi sekä toiminnallisuuden lisääminen, ylläpitäminen ja heikkenemisen hidastaminen, sairauden aiheuttamat realiteetit huomioon ottaen. Kuolevan potilaan fysioterapia voi sisältää hengitysharjoituksia, kylmä- ja lämpöhoitoja, hierontaa sekä rentoutushoitoja. Olennainen osa fysioterapiaa on apuvälinetarpeen kartoitus, potilaan ja tämän läheisten auttaminen ja opastaminen apuvälineiden käytössä sekä erilaisten siirtymätekniikoiden opettaminen. (Grönlund & Huhtinen 2011, 129 – 131.) Perinteisen manuaalisen fysioterapian ja terapeuttisen harjoittelun keinoin voidaan vaikuttaa moneen elämänlaadun heikentävään tekijään, kuten esimerkiksi verenkierto- ja hengityselimistön toimintaan, kipuun, turvotukseen, lihasten toimintaan, liikkuvuuteen, tasapainoon ja asennon hallintaan (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 175 – 176, 289 – 304). Potilaan ja omaisten opettaminen sekä neuvominen kuuluvat olennaisena osana kuolemansairaahan fysioterapiaan (Pizzi & Briggs 2004, 122). Aikaisemmin fysioterapiassa on kiinnitetty hyvin vähän huomiota psyykkisiin ja psykosomaattisiin oireisiin, sillä siinä on keskitytty vain fyysisten oireiden hoitamiseen. Vähitellen fysioterapiassa ihminen on alettu nähdä psykofyysisenä kokonaisuutena, jolloin myös psyykellä on suuri merkitys ihmisen hyvinvointiin. (Talvitie ym. 2006, 174.)

Fysioterapian tulisi olla joustavaa ja muuttua potilaan sairauden edetessä. Tällöin fysioterapeutin rooli painottuu suoranaisestä kuntoutuksesta potilaan ja omaisten psykososiaaliseen tukemiseen, kuuntelemiseen sekä myötätunnon osoittamiseen. (Wilson, Stiller, Doherty & Thompson 2015, 3.) Terapeutin persoonalla on suuri merkitys terapiaprosessin kulkuun, ja terapeutin tulisi pyrkiä olemaan terapiatilanteessa mahdollisimman aito. Myötätunto on saattohoitotyössä ensisijaisen tärkeää, kuten myös läsnäolo ja potilaan kuunteleminen. Kuunteleminen onkin usein tärkein tapa tukea potilasta, ja se on paljon merkityksellisempää kuin selittäminen, tekeminen ja korjaaminen. (Pizzi & Briggs 2004.) Hoitohenkilökunnan tulisi tarjota kahdenkeskistä läsnäoloa ja sietää hiljaisuutta, jotka ovat usein edellytyksiä sille, että ihminen ottaa esiin henkilökohtaisia ja kipeitäkin asioita. Tällaiset hetket voivat auttaa syventämään luottamusta ja hoitosuhdetta auttaen potilasta elämään vaikean sairauden kanssa. (Hietanen 2015, 245.)

Kuolevan potilaan hoidossa korostuu moniammatillinen yhteistyö, jossa työryhmän jäseniä yhdistää yhteinen tavoite: potilaan ja hänen läheistensä elämänlaadun parantaminen. Tehtäväjaot ovat

muuta sairaanhoitoa liukuvammat ja kuolemansairaana hoidossa voidaan joutua improvisoimaan, jolloin paikalla oleva henkilö vastaa kulloisiinkin tarpeisiin. Potilasta ei tulisikaan käsitellä ainoastaan hoidon kohteena, vaan kyettävä ottamaan hänet ja hänen läheisensä kiinteästi osaksi hoidon suunnittelua sekä mahdollisuuksien ja toiveiden mukaan myös hoidon toteutusta. (Vainio 2015b, 588.) Viikoittain kokoontuva moniammatillinen tiimi on kuolemansairaana potilaan hoidossa ensisijaisen tärkeää, sillä hoidon on kyettävä pysymään mukana nopeasti muuttuvissa tilanteissa (Montagnini, Lodhi & Born 2003, 12).

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Tämä opinnäytetyö on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joka on tehty kansainvälisistä tutkimusartikkeleista. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä fysioterapiamenetelmiä palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa käytetään. Lisäksi tarkoituksena oli kuvailla potilaiden, heidän omaistensa ja fysioterapeuttien kokemuksia fysioterapiasta palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa. Työhön mukaan otetut julkaisut valittiin laadukkaista lähteistä, joita referoitiin objektiivisesti. Opinnäytetyön tutkimustehtävät olivat:

1. Palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa käytetyt fysioterapiamenetelmät
2. Potilaiden, omaisten ja fysioterapeuttien kokemukset fysioterapiasta palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa

Opinnäytetyön tavoitteena oli vastata tutkimustehtäviin, koota kokemuksia fysioterapiasta ja tuoda esille fysioterapian käyttöä sekä sen erityispiirteitä ja mahdollisuuksia elämän loppuvaiheen hoidossa. Tarkoituksena oli tuoda esille myös uusia, tärkeitä ja mielenkiintoisia jatkotutkimusaiheita, joilla fysioterapian asema merkityksellisenä osana kuolemansairaana hoitoa voitaisiin osoittaa tutkitun tiedon avulla.

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on koota tietoa joltakin rajatulta alueelta. Kirjallisuuskatsauksia on erilaisia, ja yleensä katsauksella pyritään vastaamaan johonkin kysymykseen, tutkimusongelmaan. Edellytyksenä kirjallisuuskatsaukselle on, että aiheesta on olemassa edes jonkin verran tutkittua tietoa. (Leino-Kilpi 2007, 2.) Kirjallisuuskatsaus on tärkeää tiedonsiirtoa, ja sen avulla voidaan kehittää jo olemassa olevaa teoriaa sekä luoda uutta (Salminen 2011, 3). Kirjallisuuskatsauksessa tutkija pyrkii näyttämään, miten aihetta on aiemmin tutkittu, mistä näkökulmista sitä on tutkittu ja miten tekeillä oleva tutkimus liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin. Halutessaan kirjallisuuskatsauksen lukijalla on oltava mahdollisuus lähdeviitteiden perusteella tarkastaa tietoja alkuperäisistä kirjoituksista, sekä arvioida niiden käyttöä tutkimuksessa. Lähdeviitteiden perusteella lukija voi seurata, miten tutkija on tutkimusten pohjalta rakentanut uutta tietoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 117.) Tieteellisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen vaatii tekijältään perehtyneisyyttä aiheeseen, menetelmien osaamista ja aineistojen arvioimista (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 114).

Kirjallisuuskatsaus pitää sisällään useita tyyppejä. Luokittelu vaihtelee jonkin verran, mutta kirjallisuuskatsaus jaetaan yleensä kolmeen perustyyppiin, joita ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. (Salminen 2011, 6.) Tutkijan tulee tarkastella ja harkita erilaisia kirjallisuuskatsauksia, sekä päättää, minkälainen kirjallisuuskatsaus hänen aihealueellaan on tarpeellinen ja mahdollinen. Harkinta edellyttää tietoisuutta erilaisista vaihtoehdoista. (Leino-Kilpi 2007, 2.)

Fysioterapiaa kuolemansairaana hoidossa on tutkittu melko vähän, ja siitä on saatavilla kirjallisuutta varsin suppeasti. Tämän vuoksi opinnäytetyön menetelmäksi valittiin laadullisen tutkimuksen kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joka mahdollistaa kokonaiskuvan rakentamisen tarkastellusta asiakokonaisuudesta (Salminen 2011, 3). Laadullinen tutkimus pyrkii tutkimaan kohdetta ja ilmiötä mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, todellista elämää kuvaten (Hirsjärvi ym. 2007, 157). Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan luonnehtia yleiskatsaukseksi, jolla ei ole tiukkoja rajoja tai sääntöjä. Tutkittavaa ilmiötä pystytään kuvaamaan laaja-alaisesti sekä tarvittaessa luokittelemaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. (Salminen 2011, 6.)



## 4.2 Aineistonhankinta

Tutkimuksen aineistona olivat tutkimusartikkelit, jotka käsittelevät fysioterapiaa palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa sekä potilaan, omaisten ja fysioterapeuttien kokemuksia hoidosta. Aineiston valinta sisälsi sekä varsinaisen haun, että valintaprosessin, jonka perusteella tutkimukseen valittiin sopivat artikkelit. Tarkoituksena oli tunnistaa ja löytää kaikki tutkimustehtäviä vastaava aineisto. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25.) Aineisto haettiin systemaattisella kirjallisuushaulla, jonka lisäksi suoritettiin myös manuaalinen haku. Manuaalinen haku toteutettiin käymällä läpi valittujen artikkeleiden ja aihetta käsittelevien kirjojen lähdeluetteloita, jolloin voitiin tunnistaa aiheeseen soveltuvia tutkimuksia, joita ei tullut esille sähköisistä tietokannoista. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 27.)

Kirjallisuushaku onnistuu parhaiten, kun sen tavoite on määritelty hyvin ja rajattu selkeästi. Hyvin muotoiltuun kysymykseen on helpompi löytää aineistoa. PICO-menetelmän avulla pyrittiin löytämään kaikki kelpoisuuskaavat täyttävät tutkimukset. Tutkimustehtävät selkeytettiin ja muunnettiin hakutermeiksi, koska tutkimustehtävät eivät suoraan soveltuneet hakulausekkeiksi. PICO-periaatetta käytettiin apuna aiheen jäsentämiseen. Kun hakukokonaisuudet olivat selvillä, aihe käännettiin englanniksi, jolloin saatiin selville englanninkieliset hakusanat. (Valkeapää 2016, 56 – 57.)

Hakutulokset pysyvät yleensä kohtuullisina, kun ne rajataan tutkimusasetelman mukaan. Aina ei ole tarpeen tai viisasta hakea kaikkia kysymyksen osia. Usein riittää, kun haku tehdään P- ja I-osilla. Hakusanoja joudutaan usein ideoimaan paljon, koska eri tieteenaloilla ja jopa eri maanosissa voidaan käyttää eri termejä samasta asiasta. (Lehtiö & Johansson 2016, 36 – 38.) Esimerkiksi tässä opinnäytetyössä huomioitiin amerikan- ja brittienglannin erot, sekä käytettiin useita englanninkielisiä termejä, joilla tarkoitetaan kuolevan hoitoa.

Tutkimuksen kohdejoukko on kirjallisuuskatsaukseen valitut tieteelliset artikkelit. Artikkelit haettiin sähköisistä tietokannoista. Aineistona käytettiin tieteellisiä tutkimuksia, jotka käsittelevät palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa fysioterapian näkökulmasta. Hauissa käytettiin Oulun ammattikorkeakoulun Leevi-tiedonhakuportaalia ja Oulun yliopiston Nelli-tiedonhakuportaalia. Koehakuja tehtäessä Pedro-tietokannasta ei löytynyt yhtään tutkimuksen valintakriteereitä täyttävää artikkelia (taulukko 1), joten varsinaista hakua tehtäessä kyseistä tietokantaa ei käytetty. Käytettyjä tietokantoja olivat Melinda, Medic, Ebsco, Elsevier, SagePremier, PubMed ja Cochrane (taulukko 2). Aineistonhaussa käytettiin PICO-menetelmää, jotta hakutermit voitiin kohdentaa parhaalla mahdollisella tavalla. PICO- menetelmässä kirjain P tarkoitti kohderyhmää, I interventiota, C vertailuryhmää, ja O

lopputulosta sekä tulosmuuttujia. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa P-kirjaimella tarkoitettiin palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa saavia potilaita ja I-kirjaimella fysioterapiaa tai kokemusta. Koska interventioita ei vertailtu keskenään, menetelmästä jätettiin pois C, eli ryhmien välinen vertailu. Samasta syystä myös kirjain O jätettiin määrittelemättä. Suomenkieliset hakusanat olivat: ”fysioterapia”, ”kuoleva”, ”kuolema”, ”saattohoito”, ”palliatiivinen hoito”. Englanninkieliset hakusanat olivat: ”physical therapy”, ”physiotherapy”, ”terminal care”, ”terminally ill”, ”end-of-life”, ”dying”, ”death”, ”terminal patient”, ”hospice”, ”palliative care” ja ”experience”. Koska tietokantoja ja hakukoneita haluttiin käyttää tehokkaasti, tulosjoukkoa rajattiin ja hakuprofiiliin laadinnassa käytettiin Boolean operaattoreita (AND, OR ja sanoja katkaisemaan \*-merkkiä). Tiedonhaun kohteena olevaa ilmiötä ei voitu kuvata täsmällisesti yhdellä asia- tai hakusanalla. Tämän vuoksi tiedonhaun aluetta supistettiin tai laajennettiin Boolean operaattoreiden avulla. Hakusanojen esiintyessä peräkkäin käytettiin fraasihakua, jolloin sanaliitto laitettiin lainausmerkkeihin. (Työväen akatemia, viitattu 6.9.2016.)

Taulukossa 1 on kuvattu opinnäytetyön valittujen julkaisuiden valintakriteerit. Tutkimusartikkeleiden tuli olla suomen- tai englanninkielisiä. Lisäksi tutkimusten julkaisuvuoden tuli olla 2006 tai sitä tuoreempi. Hakutuloksien perusteella luettiin löytyneiden julkaisuiden abstraktit, joista tarkempaan analyysiin valittiin julkaisut, jotka vastasivat opinnäytetyön tarpeita. Julkaisu poissuljettiin katsauksesta otsikon perusteella, jos se ei vastannut opinnäytetyön tutkimustehtäviin. Maksullinen, laadultaan huono, abstraktin tai sisällön kannalta halutun vastainen artikkeli suljettiin myös pois katsauksesta.

*TAULUKKO 1. Julkaisuiden valintakriteerit*

<b>Hyväksymiskriteerit</b>	<b>Poissulkukriteerit</b>
Julkaistu 2006-luvulla tai sen jälkeen	Julkaistu ennen 2006-lukua
Suomen- tai englanninkielinen	Jonkun muun, kun suomen- tai englanninkielinen
Luotettava lähde	Epäluotettava lähde
Sisältö vastaa tutkimuksen tarpeita	Otsikko, abstrakti tai sisältö ei vastaa tarpeita
	Maksullinen julkaisu

TAULUKKO 2. Aineiston haussa käytetyt hakukoneet ja manuaalinen haku, hakusanat ja valittujen artikkeleiden määrät aineiston läpikäymisen eri vaiheissa

Tietokanta ja käytetyt hakusanat	Rajaukset	Osumat	Otsikon, avainsanojen ja abstraktin perusteella tarkasteluun valitut tutkimukset	Opinnäytetyöhön hyväksytyt tutkimukset
<b>MELINDA</b>	<b>8.6.2016</b>	<b>8.6.2016</b>	<b>8.6.2016</b>	<b>8.6.2016</b>
physiotherap? OR physical therap? AND hospice OR palliative OR terminal care OR "end-of-life" OR dying	Julkaisuvuosi 2006 – 2016	0	0	0
<b>MEDIC</b>	<b>8.6.2016</b>	<b>8.6.2016</b>	<b>8.6.2016</b>	<b>8.6.2016</b>
fysioterap* physiotherap* "physical therap*" AND saattohoi* kuolema* kuoleva* palliati* hospice terminal "end-of-life" death	Julkaisuvuosi 2006 – 2016, hakusanat otsikossa, asiasanana tai tiivistelmässä	4	0	0
<b>EBSCO (CINAHL, Academic search)</b>	<b>8.6.2016</b>	<b>8.6.2016</b>	<b>8.6.2016</b>	<b>5.7.2016</b>
physiotherap* or "physical therap*" AND hospice or palliative or "terminal care" or "terminally ill" or "end-of-life" or dying	Koko teksti, julkaisuvuosi 2006 – 2016 ja tieteellisesti vertaisarvioitua julkaisut.	145	18	5
<b>ELSEVIER (ScienceDirect)</b>	<b>8.6.2016</b>	<b>8.6.2016</b>	<b>8.6.2016</b>	<b>5.7.2016</b>
physiotherap* or "physical therap*" and hospice or palliative or "terminal care" or "terminally ill" or "end-of-life" or dying	Julkaisuvuosi 2006 – 2016, avainsanat löytyvät otsikosta tai abstraktista, aihealueilta: Medicine and Dentistry ja Nursing and Health Professions	95	2	1
<b>SAGEPREMIER</b>	<b>8.6.2016</b>	<b>8.6.2016</b>	<b>8.6.2016</b>	<b>5.7.2016</b>
physiotherap* or "physical therap*" and hospice or palliative	Julkaisuvuosi 2006 – 2016 ja avainsanat löytyvät abstraktista	13	2	2 (joista toinen sama kuin hakusanoilla physiotherap* or "physical therap*" and "end-of-life" or dying)
physiotherap* or "physical therap*" and "terminal care" or "terminally ill"	Julkaisuvuosi 2006 – 2016 ja avainsanat löytyvät abstraktista	1	0	0
physiotherap* or "physical therap*" and "end-of-life" or dying	Julkaisuvuosi 2006 – 2016 ja avainsanat löytyvät abstraktista	2	1	1 (sama kun hakusanoilla physiotherap* or "physical therap*" and hospice or palliative)
<b>PUBMED</b>	<b>8.6.2016</b>	<b>8.6.2016</b>	<b>8.6.2016</b>	<b>5.7.2016</b>

hospice OR palliative OR "terminal care" OR "terminally ill" OR "end-of-life" OR dying AND "physical therapy" OR "physical therapist*" OR physiotherap*	Ilmainen koko teksti, julkaistu viimeisen kymmenen vuoden aikana ja avainsanat löytyvät otsikosta tai abstraktista	48	13	4
<b>COCHRANE</b>	<b>8.6.2016</b>	<b>8.6.2016</b>	<b>8.6.2016</b>	<b>5.7.2016</b>
physiotherap* or "physical therap*" and hospice or palliative or "terminal care" or "terminally ill" or "end-of-life"	Julkaisu vuosi 2006 – 2016 ja avainsanat löytyvät otsikosta, abstraktista tai avainsanoista	9	1	0
<b>MANUAALISET HAUT</b>	<b>5.7.2016</b>		<b>5.7.2016</b>	<b>5.7.2016</b>
	Julkaisu vuosi 2006 – 2016 ja ilmainen koko teksti		6	5
<b>YHTEENSÄ</b>		<b>317</b>	<b>38</b>	<b>17</b>

Hakukoneilla tehtyjen hakujen perusteella saatiin yhteensä 317 osumaa, joista abstraktien perusteella lähempään tarkasteluun valittiin 32 artikkelia. Sisällön luvun jälkeen näistä katsaukseen valittiin 12. Aineistohakutaulukossa hakukoneilla valittujen artikkelien kokonaismäärä on 13, mutta näistä yksi artikkeli on tuloksissa kahteen kertaan eri hakusanoilla löytyneenä (taulukko 2). Lisäksi manuaalisten hakujen perusteella (5.7.2016) valittiin 5 artikkelia. Yhteensä katsaukseen valittiin siis 17 artikkelia, jotka olivat kaikki englanninkielisiä.

### 4.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyöhön valitusta aineistosta tehtiin aineistolähtöinen sisällönanalyysi, jossa pyrittiin luomaan yhdistäviä kategorioita. Ilmiötä kuvaavien kategorioiden luomisella pyrittiin esittämään tarkasteltava aineisto tiiviissä ja helposti lähestyttävässä muodossa. Sisällönanalyysiä voidaan pitää yksittäisenä metodina tai väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikonkaisuuksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93.) Opinnäytetyön sisällön tarkasteleminen tehtiin induktiivisesti, eli aineistolähtöisesti, jolloin aineiston luokittelu tapahtui tutkimustehtäviä mukaillen (Kangasniemi & Pölkki 2016, 86).

Opinnäytetyön analyysi aloitettiin kokoamalla tutkimusten tärkein sisältö (liite 1). Analyysin toisessa vaiheessa aineisto ryhmiteltiin, teemoitettiin ja tulkittiin tutkimustehtävien mukaisesti. Synteesissä

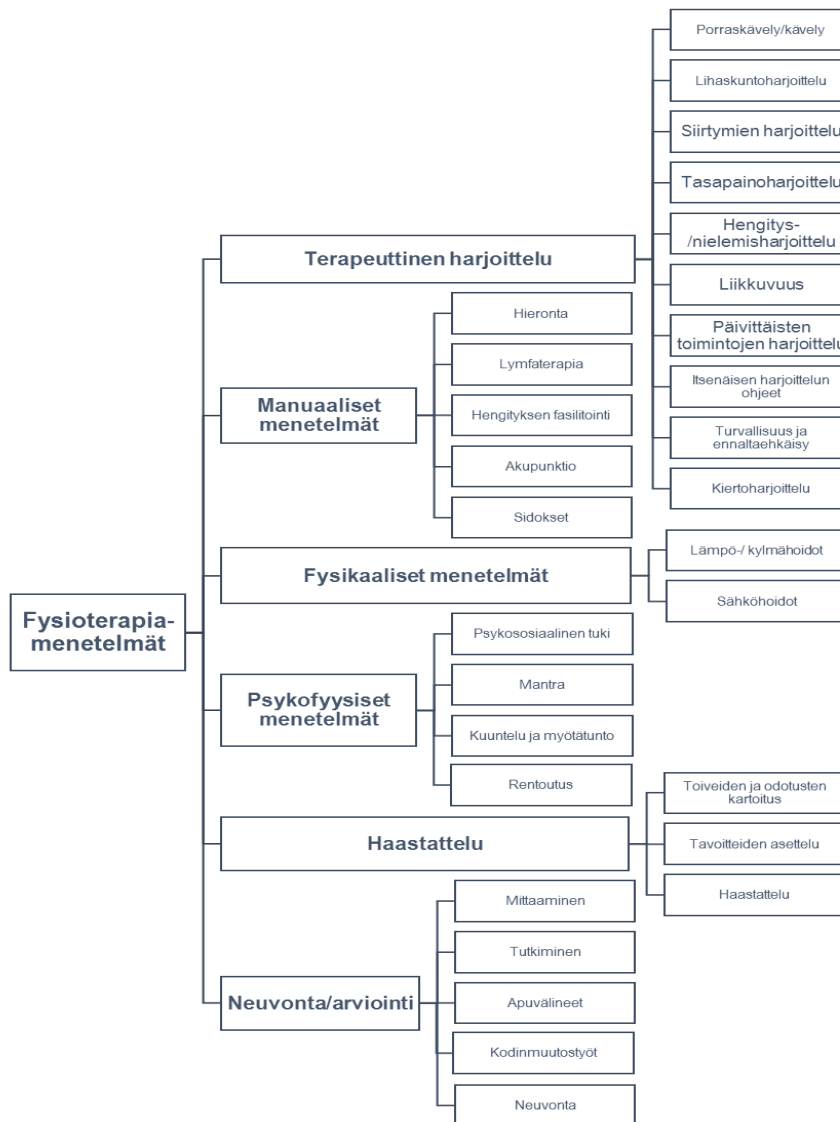
pyrittiin muodostamaan yksittäisistä tutkimuksista yleisempi kuva ja luomaan näin looginen kokonaisuus (liite 2). (Niela-Virén & Hamari 2016, 30 – 31.) Sisällönanalyysin tueksi luotiin analyysirunko (kuvio 1) sekä taulukko, jonka tarkoituksena oli luoda kokonaiskuva ja parempi ymmärrys aineistosta (liite 3).

## 5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tässä osiossa kuvaillaan tämän kirjallisuuskatsauksen keskeiset tulokset. Tuloksissa vastataan tutkimustehtäviin, joiden mukaan kappalejako tehtiin. Ainoastaan fysioterapeuttisia menetelmiä mainittiin analysoiduista 17 artikkelista 10:ssä ja kahdessa artikkelissa raportoitiin ainoastaan kokemuksia. Sekä kokemuksia, että menetelmiä käsiteltiin viidessä artikkelissa.

### 5.1 Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa käytetyt fysioterapiamenetelmät

Tässä opinnäytetyössä fysioterapeuttiset menetelmät jaettiin fysioterapianimikkeistöä mukaillen kuuteen yläluokkaan. Näitä luokkia ovat terapeuttinen harjoittelu, manuaaliset-, fysikaaliset ja psykofyysiset menetelmät, haastattelu sekä neuvonta/arviointi. (Suomen Kuntaliitto 2016, viitattu 27.10.2016.) Yläluokat jaettiin edelleen 29 alaluokkaan, jotka ovat varsinaisia fysioterapeuttisia menetelmiä. (kuvio 1.)



KUVIO 1. Fysioterapeuttisten menetelmien luokittelu kuuteen pääluokkaan ja 29:ään alaluokkaan

Terapeuttisen harjoittelun keinoja oli käytetty kaikkein laajimmin, 15 tutkimusartikkelissa. Neuvontaan ja arviointiin luokitelluista fysioterapeuttisista menetelmistä oli mainintoja toiseksi eniten, eli 13 artikkelissa. Psykofyysisiin menetelmiin luokiteltuja alaluokkia oli mainittu 11 artikkelissa. Haastattelu oli mainittu yhdeksässä ja manuaaliset terapiamenetelmät kahdeksassa artikkelissa. Fysikaalisista terapiamenetelmistä mainintoja oli vain kolmessa artikkelissa. (liite 3.)

Katsaukseen mukaan otetuista artikkeleista neljässä tarkasteltiin samaa aihetta eri näkökulmista. Näissä tutkimuksissa oli menetelmiä kaikista kuudesta fysioterapiamenetelmien yläluokasta ja ne käsittelivät hengenahdistuksen hoitoon suunniteltua palvelua. Palvelussa potilaat arvioitiin ja haastateltiin, minkä jälkeen heille tehtiin yksilölliset hoitosuunnitelmat. (Connors, Graham & Peel 2007,

285 – 287; Wood, Connors, Dogan & Peel 2012, 1 – 8; Higginson, Bausewein, Reilly, Gao, Gysels, Dzingina, McCrone, Booth, Jolley & Moxham 2014, 979 – 986; Reilly, Bausewein, Pannell, Moxham, Jolley & Higginson 2016, 1 – 9.) Potilaat saivat tietoa, ohjeita, apuvälineitä ja yksilölliset harjoitusohjelmat. Palvelu sisälsi myös yksilöllisiä tapaamisia, joissa opeteltiin hengitystekniikoita ja rentoutusmenetelmiä sekä ahdistuksen hallintaa. (Connors ym. 2007, 285 – 286.)

### **5.1.1 Terapeuttinen harjoittelu**

Yleisimmin fysioterapiassa käytetty terapiamenetelmä on terapeuttinen harjoittelu. Pyrkimyksenä on toiminnallisen harjoittelun, liikkuvuuden, hengitys- ja verenkiertoelimistön, sekä lihasten toiminnan harjoittamisen avulla ylläpitää ja parantaa fyysistä toiminta- ja suorituskkyä. (Talvitie ym. 2006, 173,176.)

Terapeutin harjoittelun keinoista oli tutkimusartikkeleissa mainittu porraskävely, kävely-, lihas- kunto-, siirtymä-, tasapaino-, hengitys-, nielemis- ja liikkuvuusharjoittelu. Lisäksi päivittäisten toimintojen harjoittelu, itsenäisen harjoittelun ohjeet sekä turvallisuus ja ennaltaehkäisy mainittiin artikkeleissa. Yhdessä artikkelissa oli menetelmänä 50 minuuttia kestävä ryhmäkiertoharjoittelu kaksi kertaa viikossa kuuden viikon ajan. (liite 2.)

### **5.1.2 Manuaaliset- ja fysikaaliset fysioterapiamenetelmät**

Manuaaliset ja fysikaaliset terapiamenetelmät ovat fysioterapian perinteisiä menetelmiä. Fysikaalissa terapiassa potilaan ja terapeutin vuorovaikutus on välillistä, yleisimpiä menetelmiä ovat lämpö- ja sähköhoidot. (Talvitie ym. 2006, 173, 176.)

Tutkimusartikkeleissa mainittuja manuaalisia terapiamenetelmiä olivat hengityksen fasilitointi, akupunktio ja turvotusta vähentävät sidokset. Lämpö-, kylmä- ja sähköhoitoja, lymfaterapiaa ja hierontaa oli käytetty muun muassa kivunhoidossa ja sen hallinnassa (Javier & Montagnini 2011, 640). (liite 2.)



### 5.1.3 Psykofyysiset menetelmät

Psykofyysinen fysioterapia on ihmisen kokonaisvaltaista lähestymistä missä tahansa fysioterapia-tilanteessa. Ihmisen liikunta- ja toimintakykyisyyden sekä voimavarojen vahvistamisen ja tukemisen voidaan katsoa lukeutuvan psykofyysiseen fysioterapiaan. Ominaista psykofyysiselle fysioterapialle on fysioterapeutin näkemys ihmisestä kokonaisuutena, riippumatta siitä, millaisia ongelmia ihmisen toimintakyvyssä on. Kehontuntemuksen ja tietoisuuden lisääntyminen, kehon hallinnan lisääntyminen ja rentoutuminen voidaan luokitella kuuluvaksi psykofyysisen fysioterapian tavoitteisiin. Tavoitteena on kiinnittää huomio myös ihmisen psyyken ja sen merkitykseen ihmisen kokonaishyvinvoinnissa. (Talvitie ym. 2006, 174, 176, 265.)

Artikkeleissa mainittuja psykofyysisiä menetelmiä olivat psykososiaalinen tuki, kuuntelu ja myötätunto, rentoutus sekä mantra. (liite 2.) Psykososiaalisen tuen on huomattu parantavan kuolevan potilaan kykyä tulla toimeen sairaudesta aiheutuvien hankaluuksien kanssa, varsinkin jos terapiassa on mukana myös potilaan omaisia (Kasven-Gonzalez, Souverain & Miale 2010, 368). Mantrana käytettiin runoa, jonka tarkoituksena oli helpottaa hengittämistä ja auttaa rentoutumaan (Higginson ym. 2014, 980).

### 5.1.4 Haastattelu

Fysioterapeutti voi käyttää erilaisia tiedonkeruumenetelmiä, joista yksi on haastattelu. Haastattelulla pyritään hankkimaan tietoa potilaan omista tuntemuksista ja kokemuksista, joista saadaan tukea fysioterapian suunnitteluun. (Talvitie ym. 2006, 118 – 119, 147)

Haastattelun yläluokkaan luokiteltiin kuuluviksi toiveiden ja odotusten kartoitus, tavoitteiden asettaminen ja haastattelu. (liite 2.) Mikään väline ei voi korvata kuolevan potilaan ja terapeutin välistä yhteistyötä. Kuntoutuksen ammattilaiset auttavat kuolevaa päätöksenteossa ja tavoitteiden asettamisessa. Kun kuoleva potilas saa itse päättää omasta hoidostaan, lisää se itsenäisyyttä ja omanarvontuntoa. (Schleinich, Warren, Nekolaichuk, Kaasa & Watanabe 2008, 828; Kasven-Gonzalez ym. 2010, 367.)

### **5.1.5 Neuvonta ja arviointi**

Useimpiin fysioterapeuttien antamiin hoitoihin liittyy ohjaamista ja opettamista. Fysioterapeutin antama ohjaus voi olla luonteeltaan terveyttä edistävää tai tietoa antavaa. Sen avulla voidaan vaikuttaa käsityksiin, tai jopa muuttaa aikaisempia tottumuksia, samalla parantaen ihmisen elämänhallintaa. Useimmiten fysioterapeutin antamat neuvot koskevat liikunnallista harjoittelua sekä ergonomiaa. Kuntoutujan tilanteesta pyritään saamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa arvioinnin ja mittaamisen avulla. Tätä tietoa voidaan käyttää fysioterapian suunnittelussa terapian vaikutusten arvioinnissa ja muutosten seuraamisessa. (Talvitie ym. 2006, 117, 174, 176, 178 – 179.) Liikkuminen ja omatoimisuus ovat ihmisen perustarpeita. Kun potilaan oma liikuntakyky on rajoittunut, voidaan apuvälineiden avulla minimoida toimintakyvyn laskusta johtuvaa toiminnallisuuden heikkenemistä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 130.) Ympäristöä muokkaamalla voidaan myös lisätä potilaan omatoimisuutta (Talvitie ym. 2006, 176).

Opinnäytetyön tuloksissa neuvonnan ja arvioinnin alaluokka sisältää mittaamisen, tutkimisen, apuvälineet, neuvonnan ja kodinmuutostyöt (liite 2.). Kokonaisvaltaiseen tutkimiseen kuuluu muun muassa lihasvoimien, nivelten liikkuvuuksien ja kävelyn tutkiminen sekä kaatumisriskin arvioiminen. Arvioinnin ja tutkimisen apuna voidaan hyödyntää erilaisia testejä, joita ovat esimerkiksi kuuden minuutin kävely- ja Bergin tasapainotesti. Apuvälineillä voidaan auttaa tasapainon ylläpitämistä, lievittää kipua tai helpottaa jokapäiväisiä askareita ja liikkumista. Kodin tai muun asumisympäristön muutostyötarpeen arviointi on tärkeä fysioterapeuttinen interventio, jonka avulla potilaan toimintakykyä voidaan tukea. (Javier & Montagnini 2011, 640.)

## **5.2 Kokemuksia fysioterapiasta palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa**

Kokemuksia oli käsitelty yhteensä seitsemässä opinnäytetyöhön valitussa artikkelissa. Potilaiden kokemuksia sisälsi kuusi tutkimusartikkelia, joista kahteen oli koottu myös omaisten kokemuksia. Yhdessä artikkeleista oli pelkästään fysioterapeuttien kokemuksia.

### **5.2.1 Potilaiden kokemuksia**

Potilaat kokivat fysioterapian vähentäneen oireita sekä lisänneen psyykkistä hyvinvointia, itsenäisyyttä ja fyysistä aktiivisuutta. Kuolemansairaant potilaat kokivat psykososiaalisen tuen, yksilöllisen

hoidon ja neuvonnan tärkeiksi. Lisäksi koettiin, että sujuva tiedonkulku eri toimijoiden välillä ja palveluiden saatavuus olivat tärkeä osa fysioterapiaa.

Potilaat kuvasivat tyytyväisyyden ja elämänlaadun parantuneen fysioterapiainervention ja neuvonnan myötä. Myös mielialan, itsevarmuuden ja hyvinvoinnin koettiin parantuneen. Fysioterapeutit koettiin motivaattoreina, jotka tarjosivat psykososiaalista tukea. (Putt, Faville, Lewis, McAllister, Pietro & Radwan 2015, 10.)

Artikkelissa, jossa fysioterapeuttinen interventio oli kiertoharjoittelu, kaikki potilaat kertoivat saaneensa fysioterapeuteilta ymmärrettäviä selityksiä kysymyksiinsä ja kokivat, että heidän tarpeensa ymmärrettiin. Kaikki fysioterapiasta annetut vapaat kommentit olivat positiivisia ja ilmaisivat kiitollisuutta terapiasta. (Talbot Rice, Malcolm, Norman, Jones, Lee, Preston, McKenzie & Maddocks 2014, 321.)

Kokemuksia hengenahdistukseen kehitetystä tukipalvelusta oli kahdessa artikkelissa. Potilaat kuvailivat tyytyväisyytensä tukipalveluun olevan korkea. Tärkeäksi koettiin yksilöllinen hoito ja yksilöidyt interventiot, henkilökunnan välittävä tapa toimia, neuvonta ja henkilökohtainen voimaantuminen. (Reilly ym. 2016, 4.) Woodin ym. (2012, 4 – 7) tutkimuksessa todettiin palvelusta olevan kuolemansairaille suurta apua. Palvelu paransi selviytymisstrategioita, toimintakapasiteettia, itsehillintää ja -varmuutta.

Potilaat arvioivat (asteikolla 1 – 10) yhdeksi merkityksellisimmäksi asiaksi fysio- ja toimintaterapiassa tiedonkulun sujumisen moniammatillisesti. Tärkeiksi asioiksi koettiin myös, että terapeutti kuunteli potilaan huolia, auttoi tekemään potilaalle tärkeitä asioita, työskenteli potilaan kanssa, jotta tämä voisi sopeutua läpikäymiinsä muutoksiin ja ymmärsi, mitä potilas on käymässä läpi. Lisäksi ohjaus itsenäisissä toimissa selviytymisessä ja kommunikoinnin helpottaminen koettiin hyvin merkityksellisiksi. Vähemmän merkitykselliseksi koettiin terapeutin apu työnteon mahdollistamisessa, kulttuuriin tai uskontoon liittyvissä asioissa (esim. tiettyjen vaatteiden pitäminen, perheroolit). (Schleinich ym. 2008, 826 – 827.) Potilas koki saaneensa mittaamatonta hyötyä ja itsevarmuutta siitä, että fysioterapeutti opetti hänelle ja hänen omaiselleen siirtymätekniikoita (Turner, Seiger & Devine 2012, 208).

## 5.2.2 Omaisten ja fysioterapeuttien kokemuksia

Omaisten tyytyväisyys, hyvinvointi ja elämänlaatu paranivat fysioterapiainterventioiden ja opettamisen sekä neuvomisen myötä. Lisäksi omaiset kokivat tietonsa lisääntyneen sekä turvallisuuden kasvaneen. (Putt ym. 2015, 10.) Turnerin ym. (2012, 208) mukaan omaisen koki kiitollisuutta saamastaan potilassiirtojen opetuksesta. Omaisen mukaan fysioterapia ”mahdollisti kaiken muutoksen” siinä, kuinka hän kykeni liikuttamaan potilasta. Omaisen koki fysioterapian auttaneen pelkoihin ja siihen, että loukkaantumisriski pieneni. ”Ilman fysioterapiaa, joku olisi loukkaantunut. Fysioterapia vei pelon pois” (Turner ym. 2012, 208).

Fysioterapeutit nostivat kuolemansairaana potilaan hoidosta esiin kolme teemaa: avun tarjoamisen potilaille ja perheille, moniammatillisen tiimin jäsenenä toimimisen ja ammatillisten velvollisuuksien täyttämisen välittömän potilashoidon ohella. Terapeutin rooli muuttuu potilaan sairauden edetessä siten, että painotus siirtyy varsinaisesta perinteisestä kuntoutuksesta kohti lohdutusta ja olon helpottamista, kuuntelua, myötätuntoa ja tukea antavaa hoitoa. Olon helpottamisella tarkoitettiin tässä yhteydessä kivun lievitystä, turvotuksen vähentämistä ja hengityksen helpottamista. Fysioterapeutin rooli muuttuu kuolemansairaana hoidossa myös enemmän perhettä ja omaisia tukevaksi. Perheen läsnäolo, kulttuuri, uskonto ja hengellisyys ovatkin kasvavassa roolissa palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. Tämän vuoksi potilaiden ja omaisten kuunteleminen, myötätunto ja kannustava hoito on yhtä tärkeää kuin perinteinen fysioterapia. (Wilson ym. 2015, 3 – 7.)

Wilsonin ym. (2015, 3 – 8) mukaan kuolemansairaana hoidon tulisi olla joustavaa ja fysioterapeutin tulisi kyetä mukautumaan potilaan tilanteeseen. Potilailla voi olla sivuvaikutuksia hoidoista, ja ne voivat aiheuttaa voimakasta vaihtelua potilaiden motivaatioon ja toimintakykyyn. Terapeuttien kokemuksissa korostui moniammatillisuus sekä siihen liittyvä opastaminen, kouluttaminen ja konsultointi. Fysioterapeuttien mukaan jotkut fysioterapeutit, jotka eivät ole työskennelleet kuolevien potilaiden kanssa, eivät välttämättä ymmärrä, että aikaisessa vaiheessa tarjottu ja toteutettu hoito voi parantaa potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä taudinkulun myöhemmässä vaiheessa. Fysioterapeutit painottivat, että fysioterapiaa tulisi tuoda esiin poliitikoille, terveydenhuoltojärjestelmille ja yksilöille, jotka rahoittavat toimintaa. Kun potilaan saamat hyödyt fysioterapiasta pystytään osoittamaan, on fysioterapian rooli palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa hyvin vaikea ohittaa.

## 6 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä fysioterapiamenetelmiä palliatiivisessa hoitotyössä ja saattohoidossa käytetään. Lisäksi tarkoituksena oli kuvailla potilaiden, heidän omaistensa ja fysioterapeuttien kokemuksia fysioterapiasta palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. Työhön mukaan otetut julkaisut valittiin laadukkaista lähteistä, joita pyrittiin referoimaan objektiivisesti, niiden laatua arvioiden. Vastausta haettiin tutkimustehtäviin, joita olivat: Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa käytetyt fysioterapiamenetelmät sekä potilaiden, omaisten ja fysioterapeuttien kokemukset fysioterapiasta palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli vastata tutkimustehtäviin, koota kokemuksia fysioterapiasta ja tuoda esille fysioterapian käyttöä sekä sen erityispiirteitä ja mahdollisuuksia elämän loppuvaiheen hoidossa. Tarkoituksena oli tuoda esille uusia, tärkeitä ja mielenkiintoisia jatkotutkimusaiheita, joilla fysioterapian asema merkityksellisenä osana kuolemansairaalan hoitoa voitaisiin osoittaa tutkitun tiedon avulla.

### 6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen ja tieteen päämääränä pitäisi aina olla hyvälaatuinen tutkimus ja lopputulos, johon ei kuulu tutkijan omien henkilökohtaisten intressien edistäminen. Tieteelle voidaan esittää muutamia tunnuspiirteitä, joita ovat objektiivisuus, kriittisyys, autonomisuus ja edistysvyys. (Mäkinen 2016, 28.) Opinnäytetyötä tehdessä huomioitiin hyvä tieteellinen käytäntö. Opinnäytetyö täyttää eettisyyden ja luotettavuuden kriteerit, kun tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Jotta tutkimuksen tuloksia voitaisiin pitää uskottavina, tulisi työn tekemisessä noudattaa rehellisyyttä ja yleistä huolellisuutta tutkimustyössä, soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä ottaa asianmukaisesti huomioon muiden tutkijoiden tekemä työ sekä viitata heidän julkaisuihinsa vaaditulla tavalla. Tutkimuksen tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti siten, että tieteelliselle tiedolle asetetut vaatimukset täyttyvät. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, viitattu 26.5.2016.)

Opinnäytetyötä tehdessä noudatettiin ennalta laadittua suunnitelmaa koko opinnäytetyön prosessin ajan. Työtä tehdessä huomioitiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012, viitattu 26.5.2016) antamat tieteellisen tutkimuksen kriteerit. Raportoinnissa pyrittiin rehellisyyteen ja yleiseen huolellisuuteen sekä hyödyntämään eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Muiden tutkijoiden tekemiin töihin on viitattu vaaditulla tavalla.

Opinnäytetyön luotettavuuden takaamiseksi käytettiin tietokantoja, jotka ovat asianmukaisia ja käytössä Oulun ammattikorkeakoulussa. Alkuperäisiä tutkimuksia pyrittiin kunnioittamaan hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti kriittisesti ja käsittelemällä niitä tasavertaisesti, oikeudenmukaisesti ja rehellisesti noudattaen kaikissa vaiheissa tarkkoja lähdemerkintöjä sekä asianmukaisia viitatuskäytänteitä. Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia, joita voivat olla piittaamattomuus, vilppi, sepittäminen, havaintojen vääristely, luvaton lainaaminen ja anastaminen, pyrittiin välttämään. (Mäkinen 2006, 26 – 27.) Aineistohauissa käytettiin apuna informaattikkoa, jolloin edesautettiin yhteneväisen ja luotettavan aineiston saantia. Lemetin ja Ylösen (2016, 67) mukaan luotettavuuden lisäämiseksi tutkimusartikkelit tulisi arvioida vähintään kahden henkilön toimesta. Tässä opinnäytetyössä molemmat tekijät arvioivat työhön mukaan otetut artikkelit ensin itsenäisesti, minkä jälkeen arvioinnin tuloksista keskusteltiin ja niistä tehtiin yksi yhtenäinen kooste. Opinnäytetyön ulkoasu on tehty annettujen ohjeiden mukaisesti (Oulun ammattikorkeakoulu 2014, viitattu 2.6.2016).

Aineiston analyysin yhteydessä huomattiin, että sanaa ”rehabilitation” (kuntoutus) olisi ollut hyvä käyttää sähköisissä hauissa, tällöin manuaalisella haulilla löydetyt artikkelit olisivat mahdollisesti tulleet löydetyiksi jo sähköisten hakujen yhteydessä. Koska sanaa ”rehabilitation” ei käytetty, on mahdollista, että jotkin tutkimukset jäivät tässä opinnäytetyössä käytetyn aineiston ulkopuolelle. Löydetty aineisto koettiin kuitenkin tutkimustehtäviin vastaamisen kannalta riittäväksi.

Koska tässä katsauksessa oli mukana myös kolme kirjallisuuskatsausta, voi sama tutkimus olla mukana luokittelussa useampaan kertaan. Putin ym. (2015) kirjallisuuskatsauksessa oli mukana viisi samaa tutkimusartikkelia ja Javier & Montagninin (2011) katsauksessa yksi sama tutkimusartikkeli kuin tähän opinnäytetyöhön valituissa artikkeleissa, kuitenkin siten, että kirjallisuuskatsaukset eivät sisältäneet keskenään samoja artikkeleita. Yhdessä katsauksista ei ollut mukana tähän opinnäytetyöhön valittuja artikkeleita (Jeyaraman, Kathiresa & Gopalsamy 2010). Koska tässä opinnäytetyössä ei ole tehty tilastollista analyysiä menetelmien esiintyvyydestä, ei kirjallisuuskatsauksien mahdolliset menetelmien päällekkäisyydet vaikuta tämän opinnäytetyön laatuun heiken-

tävästi, mutta voivat antaa lievästi vääristyneen kuvan tiettyjen menetelmien yleisyydestä. Voi kuitenkin olla, että kirjallisuuskatsaukset olisi ollut hyvä jättää pois opinnäytetyöhön valituista artikkeleista. Neljässä opinnäytetyöhön valitussa artikkelissa (Connors ym. 2007; Wood ym. 2013; Higinson ym. 2014; Reilly ym. 2016) oli tutkittu hengenahdistuksen lievennyttämiseen liittyviä menetelmiä ja kokemuksia eri näkökulmista. Tämä saattoi kuitenkin vaikuttaa katsauksen kokonaisuuteen siten, että hengenahdistuksen hoito ja kokemukset näyttäytyvät tässä katsauksessa korostuneena.

Osassa luetuista tutkimuksista jätettiin kertomatta, millaisia fysioterapeuttisia interventioita tehtiin, tai interventiot oli mainittu hyvin yleisellä tasolla. Tämä heikentää mielestämme tutkimusten luotettavuutta ja niiden toistettavuutta, tai tekee sen jopa mahdottomaksi. Tämä voi vääristää myös tämän opinnäytetyön analyysiä, sillä on mahdollista, että tutkimuksessa on käytetty hyvinkin vaihtelevasti erilaisia fysioterapeuttisia menetelmiä, mutta niitä ei ole avattu tarkemmin. Esimerkiksi psykososiaalinen tuki voi ilmetä hyvin monella tavalla, mutta tutkimusartikkeleissa maininta oli vain yleisellä tasolla.

## **6.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset**

Tässä opinnäytetyössä on mukailtu kansainvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitusta (ICF) kuvailemaan toimintakyvyn moniulotteisuutta. Tutkimustuloksia tarkasteltaessa voidaan havaita, että fysioterapeuttisin keinoin voidaan vaikuttaa sekä toimintakykyyn ja toimintarajoitteisiin (ruumiin/kehon toiminnot ja rakenteet, suoritukset ja osallistumisen), että kontekstuaalisiin tekijöihin (ympäristö- ja yksilötekijät). (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016, viitattu 5.6.2016.)

Yhdessäkään katsaukseen valituista artikkeleista fysioterapiasta ei koettu olevan haittaa, vaan kokemukset näyttäytyivät positiivisina. Terapiasta saatuja hyötyjä olivat muun muassa oireiden hallinnan ja elämänlaadun paraneminen sekä itsenäisyyden, turvallisuuden ja toimintakyvyn lisääntyminen (Oldervoll, Loge, Paltiel, Vidvei, Wiken, Hjermstad & Kaasa 2006, 424 – 426; Wood ym. 2013, 4 – 7; Talbot Rice ym. 2014, 321; Reilly ym. 2016, 3 – 8). Fysioterapialla saatiin myös tilastollisesti merkittäviä parannuksia kuuden minuutin kävelytestissä ja istumasta seisomaan nousussa. Samalla potilaan kyky käsitellä tunteitaan parani ja väsymys väheni. Fysioterapeuttisena interventiona oli 50 minuuttia kestävä ryhmäkiertoharjoittelu kaksi kertaa viikossa kuuden viikon

ajan. (Oldervoll ym. 2006, 421 – 429.) Higginsonin ym. (2014, 983 – 984) tutkimuksessa saavutettiin hengityksen hallinnassa tilastollisesti merkittävää parannusta 16 %:lla potilaista kontrolliryhmään verrattuna. Myös suhteellinen elinajanodote parani tilastollisesti merkittävästi niillä potilailla, joilla oli keuhkohtaumatauti ja interstitiaalinen pneumonia, muttei syöpää. Tulokset ovat mielestämme erittäin kannustavia, sillä varsin vähäisellä fysioterapian määrällä voidaan saada aikaan merkittäviä parannuksia kuolevan potilaan toimintakyvyssä, vaikka toimintakyvyn voisi olettaa heikenevän lineaarisesti, kunnes ihminen kuolee. Mielestämme kuolemansairaahan fysioterapiaan ei ole olemassa selkeää yhtä sapluunaa, miten hoito tulisi toteuttaa, vaan saattohoidossa ja palliatiivisessa hoidossa oleva ihminen voi hyötyä hyvin monenlaisesta fysioterapiasta omista lähtökohdistaan ja taudinkuvastaan riippuen. Saattohoidossa voidaankin käyttää koko fysioterapian keinovalikoimaa, ja se voi näyttäytyä muuta fysioterapiaa moniulotteisempänä.

Fysioterapialla ei auteta pelkästään potilasta, vaan myös tämän omaisia. Apu voi olla henkistä, psyykkistä hyvinvointia parantavaa, mutta myös hyvin konkreettista ja omaisen turvallisuutta ja fyysistä toimintakykyä edistävää (Turner ym. 2012, 208). Potilaan omatoimisuus tuntuu potilaasta hyvältä ja on omaisillekin palkitsevaa. Omaisen kunnon ollessa hyvä ovat hänen edellytyksensä selvitä myös surutyöstä paremmat. (Grönlund & Huhtinen 2011, 130 – 131.) Mielestämme olisi tärkeä huomioida, että fysioterapian hyödyt eivät kohdistu ainoastaan kuolevaan potilaaseen, vaan vaikuttavat myös hänen omaisiinsa, ennen ja jälkeen kuoleman.

### **Palliatiivisen ja saattohoidon saatavuus ja kustannukset**

Vain joka kymmenes palliatiivista hoitoa tarvitseva ihminen saa asianmukaista hoitoa ja suurin osa hoitoa saavista on länsimaalaisia. Suomessa erityistason saattohoidon katsottiin toteutuneen noin 3000:lla 12000:sta, jolloin saattohoitopaikoista puuttuu edelleen noin 9000. Kotisaattohoito toteutui alle 500:lla eli alle 5 %:lla kaikista saattohoitoa tarvitsevista, mikä on vähän, kun otetaan huomioon yleinen toive saada kuolla kotona. Tämä on mielestämme erityisen huolestuttavaa myös siksi, että WHO on arvioinut palliatiivisen hoidon tarpeen kasvavan Euroopassa noin 20 % seuraavan vuosikymmenen aikana. (Saarto 2015c, 572 – 573.)

Kuolemansairaahan potilaan pääsy fysioterapiaan vaikuttaisi olevan epäjohdonmukaista. Tämä voi johtua siitä, että terveydenhuollon ammattilaiset eivät ole tietoisia fysioterapian merkityksestä toimintakyvyn ylläpidossa ja turvallisuuden parantamisessa kuolemansairailta potilailla. 8 % onkolo-



geista suosittelisi kuolemansairaille syöpäpotilaille kuntoutuspalveluita, kun vastaava luku kuntoutukseen erikoistuneilla lääkäreillä oli 35 %. Kuntoutuksen ulkopuolelle jääminen voi olennaisesti heikentää potilaan toimintakykyä elämän loppuvaiheessa. (Wilson ym. 2015, 1.)

Vuonna 2002 tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että syöpäpotilaiden oireenmukaisessa hoidossa ja saattohoidossa oli selviä puutteita. Puutteiden todettiin osittain korjautuneen vuoteen 2011 mennessä, jolloin pääkaupunkiseudulle oli tilanteen korjaamiseksi rakennettu saattohoitoketju. Jokaisella ihmisellä tulisi olla oikeus asuinpaikasta riippumatta tasa-arvoiseen ja osaavaan saattohoitoon. Saattohoito Suomessa ei valitettavasti vielä täytä näitä kriteereitä. (Saarto 2015e, 24 – 25.)

Helsingin Yliopistollisen keskussairaalan sairaanhoitopiirin teettämän selvityksen mukaan saattohoito ei välttämättä lisää kustannuksia, vaan saattaa hyvin järjestettynä jopa vähentää niitä. Vaikka elämän loppuvaiheen terveydenhuolto muodostaakin suuren kustannuserän, koostuu suuri osa terveydenhuollon kustannuksista kuitenkin muusta kuin palliatiivisesta hoidosta tai saattohoidosta. Kuolevat potilaat ryhmänä ei ole sinällään uusi asia, ja terveydenhuollon voimavaroja ohjataan jo nyt saattohoitoon. Saattohoidosta tulee kustannustehokasta, kun potilas ohjataan oikeaan paikkaan oikeaan aikaan. Tällöin käyttämättä jääneet sairaalasijat, tutkimukset ja hoitoajat voidaan kohdentaa niille, jotka paremmin niistä hyötyvät. (HYKS 2011, viitattu 17.3.2016.) Hyvin järjestetty palliatiivinen hoito ja saattohoito parantavat tutkimusten mukaan hoidon laatua, vapauttavat resursseja ja säästävät kustannuksia (Vuorinen 2014, viitattu 16.3.2015). Fysioterapialla saadaan aikaan säästöjä, kun ohjauksen avulla ennaltaehkäistään onnettomuuksia ja osallistetaan potilas huolehtimaan itsestään. Tämän seurauksena myös ulkopuolisen avun tarve vähenee. Potilaan kotona selviytymistä voidaan pidentää varsin pienillä ja kustannustehokkailla toimilla. Joskus suhteellisen yksinkertaiset ja halvat apuvälineet sekä pienet muutostyöt kotona voivat mahdollistaa tämän. (Frost 2001, 401 – 402.)

### **Mitä kuolevan potilaan hoito vaatii fysioterapeutilta?**

Psykofyysinen lähestymistapa kuolemansairaana potilaan fysioterapiassa näyttäisi olevan melko hyvin edustettuna. Tämä näkyy siinä, että psykofyysisistä menetelmistä on maininta useissa artikkeleissa. Kuitenkin artikkeleissa mainitut psykofyysiset terapiakeinot ovat hyvin suppeat, vaikka menetelmiä olisi tarjolla laajasti. Tässä opinnäytetyössä psykofyysisiin terapiamenetelmiin on luokiteltu potilaan kuuntelu ja myötätunto sekä psykososiaalinen tuki. Mielestämme nämä menetelmät kuuluvat olennaisena osana kaikkien terapiatyöhön ja ovat osa kenen tahansa ihmisen empaat-

tista sekä kokonaisvaltaista kohtaamista. Tämä osa-alue on myös mielestämme sellainen, jota voitaisiin menetelmällisesti laajentaa kuolemansairaanhoidossa ja hyödyntää nykyistä huomattavasti tehokkaammin.

Fysioterapiassa hoitohenkilökunnan asenne ja persoona ovat tärkeitä, jotta potilas tuntisi tullessaan aidosti kohdatuksi ja autetuksi (Reilly ym. 2016, 4 – 8). Potilas aistii helposti häntä hoitavien henkilöiden hienovaraiset signaalit, jotka näkyvät muun muassa ruumiin asennoissa, liikkeissä, silmissä ja kuuluvat äänessä. Suurin osa vuorovaikutuksesta onkin sanatonta. Läsnäoloa ei voi teeskennellä, vaan kiinnostuksen puute näkyy kehossa ja potilas aistii sen. Jos sanattoman ja sanallisen viestinnän välillä on ristiriita, voi potilas kokea sen hämmentävänä. (Hietanen 2015, 244 – 245.) Saattohoidon ammattilaisen tulee olla kiinnostunut työstään ja hänellä tulee olla asianmukainen koulutus. Hoidon onnistuminen ja laatu riippuvat myös hyvin paljon työntekijän henkilökohtaisista ominaisuuksista ja koulutustaustasta. Eduksi voidaan katsoa kyky pitkäjänteiseen työskentelyyn ja realististen päämäärien asettamiseen ja saavuttamiseen. Vaadittavia luonteenpiirteitä ovat rauhallisuus, hyvät sosiaaliset taidot, kärsivällisyys ja emotionaalinen kypsyyt. Kykenemättömyys ottaa vastuuta ja tehdä päätöksiä voivat vaikeuttaa saattohoidossa välttämätöntä tukemis- ja neuvomistyötä. (Vainio 2015, 589.) Onnistuessaan aito ja henkilökohtainen läsnäolo on merkityksellistä ja mieleenpainuvaa myös työntekijälle, mikä auttaa jaksamaan vaativassa työssä. (Hietanen 2015, 244 – 245.)

### **Jatkotutkimusaiheita**

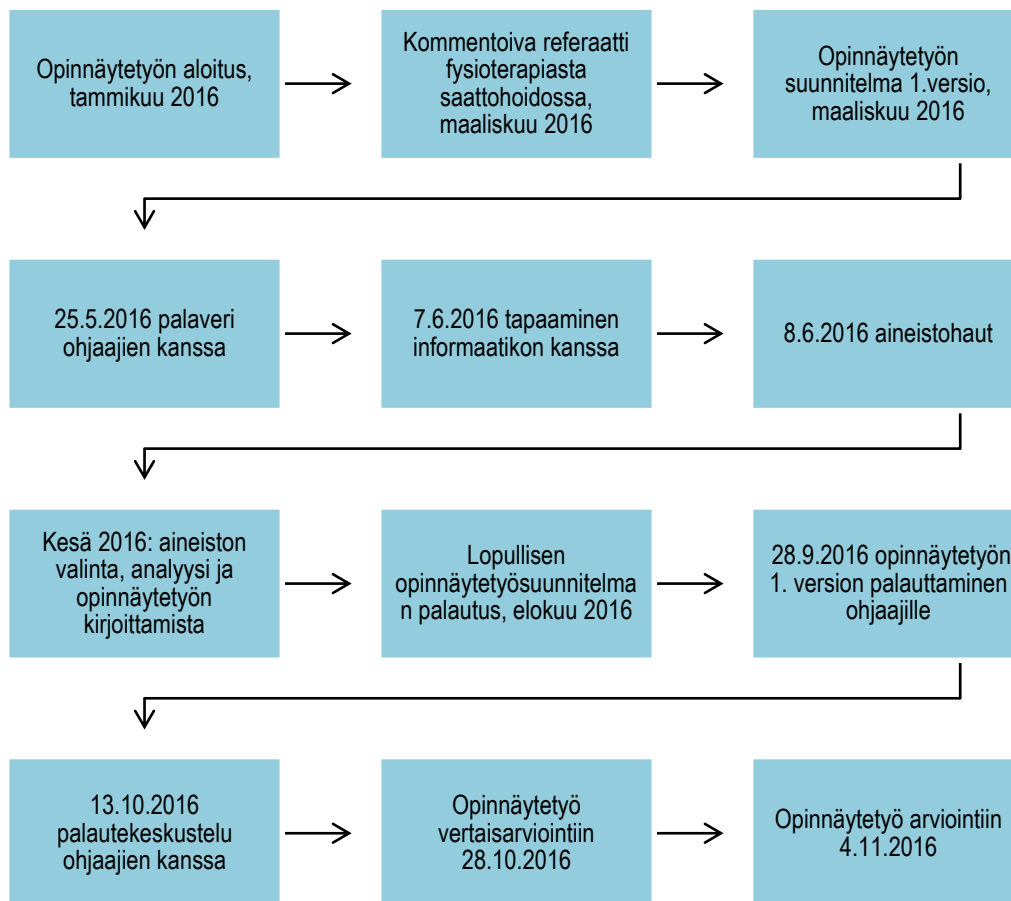
Tutkimusnäytön ollessa vahva palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hyödyistä niin taloudellisesti kuin inhimillisestikin, olisi mielestämme tarvetta tarkastella lähemmin sitä, miksi suositusten mukainen saattohoito ei toteudu (Saarto 2015c, 572 – 573). Syynä tähän epäjohtamukseen voi olla hoitohenkilökunnan koulutuksen puute, tiedon vähäisyys, tai se, että kuolemansairaanhoidosta kertyneet kustannukset, tai niistä saadut säästöt jakautuvat epätasaisesti. Saattohoidosta koituvat säästöt koko terveydenhuoltojärjestelmälle eivät yleensä näy niitä tuottavassa yksikössä. Tämä voi laskea motivaatiota ohjata kuolemansairas saattohoidon piiriin. Meneillään oleva sosiaali- ja terveysalan uudistus voi tuoda muutoksen tähän epäkohtaan. Toivoisimme kuitenkin, että palliatiivisen hoitotyön ja saattohoidon kustannuksista tehtäisiin lisää tutkimusta.

Kuolevan potilaan hoitaminen voi olla palkitsevaa ja tarjota mahdollisuuden hoitajan tai terapeutin henkilökohtaiseen kasvuun. Kuoleman kohtaaminen voi olla myös traumaattisia ja aiheuttaa voimakkaita emotionaalisia sekä fyysisiä reaktioita. Emotionaalinen ahdistus voi aiheuttaa esimerkiksi

posttraumaattista stressiä, työuupumusta, työn mielekkyyden vähentymistä sekä alentunutta toimintakykyä. Emotionaalinen ahdinko voi aiheuttaa myöhemmin tuen ja empatiakyvyn puutetta kohdattaessa kuoleva potilas tai hänen omaisensa. Kuoleman kohtaaminen voi tutkimusten mukaan aiheuttaa henkistä kuormitusta myös valmistuneelle terveydenhuollon ammattilaiselle. (Powell & Toms 2016, 109.) Mielestämme olisikin tarpeellista kerätä fysioterapeuttien kokemuksia kuolemansairaahan kohtaamisesta ja siitä, millaiselle koulutukselle olisi tarvetta kuolemansairaiden parissa työskenteleville, minkälaiset menetelmät auttavat fysioterapeuttia kehittämään omaa ammattitaitoaan, työkykyään ja valmiuksiaan kohdata kuoleva ihminen ja tämän omaiset empaattisesti.

### **6.3 Opinnäytetyöprosessi**

Yhteinen opinnäytetyöprosessi (kuvio 2) käynnistyi kahvipöytäkeskustelun pohjalta, jolloin toteimmme olevamme molemmat kiinnostuneita siitä, miten fysioterapia näkyy kuolemansairaahan hoidossa. Kiinnostuneisuuteen vaikutti osin osallistuminen saattohoitoon omaisena sekä aikaisemmin saattohoidosta tehty kurssityön yhteydessä tekemämme havainto siitä, että aiheesta on varsin niukasti tietoa saatavilla. Mielestämme fysioterapian käyttöä elämän loppuvaiheen hoidossa on tutkittu liian vähän, ja halusimme tuoda opinnäytetyömme kautta aihetta enemmän näkyväksi.



KUVIO 2. Opinnäytetyöprosessin eteneminen

Luimme ja arvioimme tutkimukseemme valitut artikkelit itsenäisesti, mutta lähes kaikki muu työ tehtiin yhdessä, saman tietokoneen ääressä istuen. Aloitimme varsinaisen kirjoittamisen tekemällä ensimmäisenä opinnäytetyön sisällysluettelon, joka antoi työllemme tarvitsemamme raamit. Työskentelimme aina kokonaisia työpäiviä, ja koimme että tällainen menettely antoi meille mahdollisuuden syventyä työskentelyyn tehokkaimmin. Keskinäinen vuorovaikutuksemme toimi hyvin, ja asioiden pohtiminen ääneen yhdessä kirjoittamisen lisäksi toimi kannustavassa ja rakentavassa ilmapiiressä. Kirjoituksen lomassa käydyt keskustelut auttoivat ymmärtämään aihetta syvemmin, ja tämä onkin mielestämme ollut yksi prosessin helmiä. Myös keskinäinen mustahko huumori, jaetut ajatukset ja tunteet, sekä hyvä ruoka edesauttoivat prosessin etenemisessä. Sovimme heti prosessin alussa isot linjat, joiden puitteissa opinnäytetyötä työstettäisiin. Näiden isojen linjojen välissä aikatauluttaminen oli joustavaa, luovaa ja toisiamme huomioivaa, mikä myös mahdollisti sen, että opinnäytetyön tekeminen ei tuntunut missään vaiheessa ”pakotetulta”. Aikataulujen väljyyden vuoksi asioiden prosessoinnille jäi hyvin aikaa ja tekemisessä säilyi into sekä palo.

Haastavaa työskentelyssä oli aiheen rajaaminen, koska aihetta olisi ollut mielenkiintoista tutkia osin hyvinkin laajasti. Objektiviisuuden säilyttäminen oli paikoin haastavaa, koska asioita tarkasteli kuitenkin omasta kokemusmaailmastaan käsin. Koimme kirjallisuuskatsauksen teoriapohjan rakentamisen ja kirjoittamisen osin haastavaksi, koska kirjallisuuskatsaus ei ollut menetelmänä tuttu, ja sen tekemisestä ei tuntunut löytyvän selkeää yksiselitteistä ohjeistusta.

Opinnäytetyön tekeminen opetti tieteellisen tutkimuksen prosessin toteuttamista, erityisesti kuvailuvan kirjallisuuskatsauksen tekemistä. Oppimiskokemukseksi muodostui myös sen asian ymmärtäminen, että ennakkosuunnitelmista irti päästäminen ja intuition kuunteleminen on tarpeellista; tämä antaa tilaa uusien asioiden ja oivalluksien syntymiselle. Oli kehittävää ja vapauttavaa huomata, että sellainen ilmapiiri, jossa oli mahdollista sanoa ääneen ideoita, myös huonoiksi osoittautuneita, piti yllä luovaa työskentelyä. Oli tärkeää saada kokea, että omille ajatuksille oli tilaa, ja niistä innostuttiin puolin ja toisin. Opimme paljon fysioterapiasta, ei ainoastaan kuolemansairaanhoidossa, vaan laajemminkin siitä, mitä fysioterapia voi olla. Erityisesti koimme, että tietämyksemme ihmisen kohtaamisen tärkeydestä ja sen vaikuttavuudesta syventyi. Tämän tietämyksemme pohjalta haluamme lähteä kehittymään fysioterapian ammattilaisina. Olimme molemmat yllättyneitä siitä, miten mukavaa ja antoisaa työskentely oli. Pahimmillaankin työhön ryhtyminen oli vain vähän nihkeää, ja parhaimmillaan ei meinannut malttia odottaa seuraavaa työskentelypäivää.

## LÄHTEET

Antikainen, R. 2015. Hoidon rajaukset vanhuksen kuoleman lähestyessä. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 563 – 565.

Clemens, K. E., Jaspers, B., Klaschik, E. & Nieland, P. 2010. Evaluation of the clinical effectiveness of physiotherapeutic management of lymphoedema in palliative care patients. *Japanese journal of clinical oncology* 40 (11), 1068 – 1072.

Cobbe, S. & Kennedy, N. 2012. Physical function in hospice patients and physiotherapy interventions: a profile of hospice physiotherapy. *Journal of Palliative Medicine* 15 (7), 760 – 767.

Connors, S., Graham, S. & Peel, T. 2007. An evaluation of a physiotherapy led non-pharmacological breathlessness programme for patients with intrathoracic malignancy. *Palliative medicine* 21 (4), 285 – 287.

Eriksson, K. 1992. Hoitoteologia. Teoksessa K. Aalto, M. Esko & M.P. Virtaniemi (toim.) Sielunhoidon aikakauskirja nro 5. Helsinki: Hakapaino Oy, 103 – 114.

Frost, M. P. T. 2001. The role of physical, occupational, and speech therapy in hospice: Patient empowerment. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 18 (6), 397 – 402.

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

Heikkinen, H., Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito: haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo; Helsinki: WSOY.

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.

Higginson, I. J., Bausewein, C., Reilly, C. C., Gao, W., Gysels, M., Dzingina, M., McCrone, P., Booth, S., Jolley, C. J. & Moxham, J. 2014. An integrated palliative and respiratory care service for

patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. *The Lancet Respiratory Medicine* 2 (12), 979-987.

Hiltunen, P. 2015. Kuolema ja siihen liittyvät toimenpiteet eri uskonnoissa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 274 – 276.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. 13., osin uudistettu painos. Keuruu; Otavan Kirjapaino Oy.

HYKS 2011. HYKS-alueen saattohoitotyöryhmän muistio. Viitattu 17.3.2016, [http://www.hus.fi/ammatilliselle/hoitoketjut/paakaupunkiseudun\\_saattohoitoketju/Documents/HYKS\\_saattohoitotyoryhman\\_muistio\\_110916.pdf](http://www.hus.fi/ammatilliselle/hoitoketjut/paakaupunkiseudun_saattohoitoketju/Documents/HYKS_saattohoitotyoryhman_muistio_110916.pdf).

Hänninen, J. 2015c. Eksistentiaalinen kärsimys. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 306 – 307.

Hänninen, J. 2015b. Oireiden esiintyvyys palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 32 – 34.

Hänninen, J. 2015a. Saattohoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 10 – 11.

Javier, N. S. & Montagnini, M. L. 2011. Rehabilitation of the hospice and palliative care patient. *Journal of palliative medicine* 14 (5), 638-648.

Jeyaraman, S., Kathiresan, G. & Gopalsamy, K. 2010. Hospice: rehabilitation in reverse. *Indian journal of palliative care* 16 (3), 111-116.

Juhela, P. 2015. Perheen haasteet palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 280 – 284.

Kangasniemi, M. & Pölkki, T. 2016. Aineiston käsittely: Kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Juvenes Print, 80 – 93.

Kasven-Gonzalez, N., Souverain, R. & Miale, S. 2010. Improving quality of life through rehabilitation in palliative care: case report. *Palliative and Supportive Care* 8 (03), 359 – 369.

Korhonen, T. 2015. Saattohoitokodit. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliativinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 580 – 582.

Kumar, S. P., Prasad, K., Kumar, V. K., Shenoy, K. & Sisodia, V. 2013. Mechanism-based Classification and Physical Therapy Management of Persons with Cancer Pain: A Prospective Case Series. *Indian journal of palliative care* 19 (1), 27-33.

Lehtiö, L & Johansson, E. 2016. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Juvenes Print, 35 – 55.

Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus – Tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R. Äär (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto, 2.

Lemetti, T. & Ylönen, M. 2016. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkeleiden arviointi. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Juvenes Print, 67 – 83.

Montagnini, M., Lodhi, M. & Born, W. 2003. The utilization of physical therapy in a palliative care unit. *Journal of Palliative Medicine* 6 (1), 11 – 17.

Muurinen, S. 2015. Henkisyys, hengellisyys ja spiritualiteetti. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliativinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 307 – 308.



Mueller, K. & Decker, I. 2011. Impact of physical therapy intervention on patient-centered outcomes in a community hospice. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 27 (1), 2 – 9.

Mäkinen, O. 2016. *Tutkimuseetiikan ABC*. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. 2. korjattu painos. Turku: Juvenes Print, 23 – 34.

Oldervoll, L. M., Loge, J. H., Paltiel, H., Asp, M. B., Vidvei, U., Wiken, A. N., Hjermstad, M. J. & Kaasa, S. 2006. The effect of a physical exercise program in palliative care: A phase II study. *Journal of Pain and Symptom Management* 31 (5), 421 – 430.

Oulun ammattikorkeakoulu 2014. *Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyön ohje*. Viitattu 2.6.2016, <https://oiva.oamk.fi/utills/opendoc.php?aWRfZG9rdW1lbnR0aT0xNDMwNzY0Njky>.

Pajunen, T. 2013. Saattohoidon merkitys. Teoksessa *Saattohoito kuolevan tukena*. Helsinki: Kirjapaja, 11 – 23.

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa: asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://oamk.finna.fi/Record/leevi.153420>.

Pizzi, M. A. & Briggs, R. 2004. Occupational and physical therapy in hospice: The facilitation of meaning, quality of life, and well-being. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 20 (2), 120 – 130.

Powell, S. & Toms, J. 2016. Passing away: An exploratory study into physiotherapy students' experiences of patient death whilst on clinical placement. *International Journal of Practice-based Learning in Health and Social Care* 2 (1), 108 – 118.

Pudas-Tähkä, S & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arvioinnit. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R. Ääri (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto, 46 – 57.

Putt, K., Faville, K. A., Lewis, D., McAllister, K., Pietro, M. & Radwan, A. 2015. Role of Physical Therapy Intervention in Patients With Life-Threatening Illnesses A Systematic Review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 1049909115623246.

Reilly, C. C., Bausewein, C., Pannell, C., Moxham, J., Jolley, C. J. & Higginson, I. J. 2016. Patients' experiences of a new integrated breathlessness support service for patients with refractory breathlessness: Results of a postal survey. *Palliative medicine* 30 (3), 313 – 322.

Riikola, T. & Hänninen, J. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypähoitosuositus. Viitattu 9.3.2016, <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00072>.

Saarto, T. 2015d. Palliatiivisen hoidon asema maailmalla. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 20 – 23.

Saarto, T. 2015e. Palliatiivisen hoidon asema Suomessa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 23 – 25.

Saarto, T. 2015a. Palliatiivisen hoidon määritelmä. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 10.

Saarto, T. 2015b. Palliatiivisen hoidon tarkoitus. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 10.

Saarto, T. 2015c. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarve. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 572 – 573.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovellutuksiin. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja.

Schleinich, M. A., Warren, S., Nekolaichuk, C., Kaasa, T. & Watanabe S. 2008. Palliative care rehabilitation survey: a pilot study of patients' priorities for rehabilitation goals. *Palliative medicine* 22 (7), 822 – 830.

Sulosaari, V. & Kajander-Unkuri, S. 2016. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Juvenes Print, 107 – 117.

Suomen fysioterapeutit 2014. Fysioterapia ammattina. Viitattu 9.3.2016, <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/fysioterapia-ammattina>.

Suomen Kuntaliitto 2016. Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden nimikkeistöt. Viitattu 27.10.2016, <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/kuntoutus-erityistyontekijoiden-nimikkeistot/Sivut/default.aspx>.

Talbot Rice, H., Malcolm, L., Norman, K., Jones, A., Lee, K., Preston, G., McKenzie, D. & Maddocks, M. 2014. An evaluation of the St Christopher's Hospice rehabilitation gym circuits classes: patient uptake, outcomes, and feedback. *Progress in palliative care* 22 (6), 319 – 325.

Talvitie, U., Karppi, S.L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016. Toimintakyky. Viitattu 5.6.2016, <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Turner, F., Seiger, C. & Devine, N. 2013. Impact of patient and caregiver transfer training provided by a physical therapist in the hospice setting: a case study. *The American Journal of Hospice & Palliative Care* 30 (2), 204 – 209.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 26.5.2016, [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf).

Työväen akatemia 2003. Boolean operaattori "JA", "TAI", "EI". Viitattu 6.9.2016, <http://www.akatemia.org/projektit/tiedonhaku/91.htm>.

Vainio, A. 2015a. Kansainvälinen Hospice-liike. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliativinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 18 – 19.

Vainio, A. 2015b. Palliativisen hoidon työryhmän perustaminen. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliativinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 588 – 591.

Vainio, A. & Vuorinen, E. 2015. Kivun esiintyvyys palliativisessa hoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliativinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 45 – 47.

Valkeapää, K. 2016. Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Juvenes Print, 56 – 66.

Vuorinen, E. 2014. Saattohoito Suomessa nyt ja tulevaisuudessa. Viitattu 16.3.2016, <https://www.psshp.fi/documents/11427/66185/LIITE+9+Jyv%C3%A4skyl%C3%A4%2022+8+2013+Erva.pdf/a946b26d-0d6d-47fe-8168-4ce4311173cc>.

Wilson, C. M., Stiller, C. H., Doherty, D. J. & Thompson, K. A. 2015. The Role of Physical Therapists Within Hospice and Palliative Care in the United States and Canada. The American Journal of Hospice & Palliative Care.

Wood, H., Connors, S., Dogan, S. & Peel, T. 2013. Individual experiences and impacts of a physiotherapist-led, non-pharmacological breathlessness programme for patients with intrathoracic malignancy: A qualitative study. Palliative medicine 27 (6).

Lähde	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuskohde	Menetelmä	Tulokset
Clemens, K. E., Jaspers, B., Klaschik, E. & Nieland, P. 2010. Evaluation of the clinical effectiveness of physiotherapeutic management of lymphoedema in palliative care patients.	Arvioida fyysioterapian kliinisiä vaikutuksia lymfaturvotuksen hoidossa	208 palliatiivisessa yksikössä hoidossa ollutta henkilöä	Retrospektiivinen tutkimus	Suurimmalla osalla lymfahoittoa saaneista oireiden intensiteetti väheni
Cobbe, S. & Kennedy, N. 2012. Physical function in hospice patients and physiotherapy interventions: a profile of hospice physiotherapy.	Arvioida saattohoitoa Irlannissa	Irlannin Limerickin saattohoitokodissa olleet potilaat kuuden kuukauden aikana	Retrospektiivinen kartoitus	-Keskiverto fyysioterapiaohjelma kesti 11 päivää -Yleisimpiä käytettyjä menetelmiä oli uudelleen kouluttaminen, siirtymäharjoittelu ja liikunta -Fysioterapia on osallisena sekä kuntoutuksessa että elämänlaadussa
Connors, S., Graham, S. & Peel, T. 2007. An evaluation of a physiotherapy led non-pharmacological breathlessness programme for patients with intrathoracic malignancy.	Arvioida ei-farmakologisten fysioterapiamenetelmien vaikuttavuutta hengitykseen potilailla, joilla on pahanlaatuinen rintakehänsisäinen kasvain/syöpä	169 potilasta, joista 14 suoritti koko 4:n viikon ohjelman. Potilailla oli pahanlaatuinen rintakehänsisäinen syöpä.	Ohjelma perustui Cornert et al.-menetelmään: "Non-pharmacological intervention for breathlessness in lung cancer" Potilaita arvioitiin Chronic Respiratory Disease-Questionnaire:n avulla.	Kaikkien potilaiden kohdalla tapahtui parannusta joillain asteikoilla, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkittäviä
Higginson, I. J., Bausewein, C., Reilly, C. C., Gao, W., Gysels, M., Dzingina, M., McCrone, P., Booth, S., Jolley, C. J. & Moxham, J. 2014. An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced	Tutkia yhdistetyn palliatiivisen hengityksen tukemisen palvelun vaikutuksia potilailla, joilla on refraktorista hengästy-mistä	-105 potilasta, joilla oli refraktorista hengenahdistusta kolmesta eri Lontoon sairaalasta -83 suoritti tutkimuksen loppuun	Satunnaistettu vertailukoe	Merkittävää parannusta tapahtui Chronic Respiratory Disease Questionnaire-kyselyn perusteella verrattuna kontrolliryhmään. Hengityksen hallinta parani 16% kontrolliryhmään

disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial.				verrattuna. Suhteellinen elinajanodote parani merkittävästi niillä potilailla, joilla oli COPD jaILD, muttei syöpää.
Javier, N. S. & Montagnini, M. L. 2011. Rehabilitation of the hospice and palliative care patient.	Arvioida kuntoutuksen vaikutuksia ja hyötyjä, pohtia potilaiden arvioinnin menetelmiä sekä terapioiden roolia SP-hoidossa	13 aikaisempaa tutkimusartikkelia	Kirjallisuuskatsaus	-Useimmissa tutkimuksissa SP-hoidon kuntoutuksesta on ollut hyötyjä -Kuntoutuksen tulisi olla moniammatillista -Potilaiden arviointi/tutkiminen on erittäin tärkeää
Jeyaraman, S., Kathiresan, G. & Gopalsamy, K. 2010. Hospice: rehabilitation in reverse.	Tutkia saattohoitoa ja fysioterapeutin roolia saattohoidossa	Katsaukseen valitut artikkelit	Kirjallisuuskatsaus	-Saattohoidon tavoitteita ja menetelmiä kuvattu
Kasven-Gonzalez, N., Souverain, R. & Miale, S. 2010. Improving quality of life through rehabilitation in palliative care: case report.	Tutkia kuntoutuksen merkitystä elämänlaatuun	Nainen, jolla oli todettu osteosarkooma	Tapaustutkimus	-Kuolemansairaalle voi olla hyötyä fysio- ja toimintaterapiasta. -Lisätutkimusta aiheesta tarvitaan
Kumar, S. P., Prasad, K., Kumar, V. K., Shenoy, K. & Sisdia, V. 2013. Mechanism-based Classification and Physical Therapy Management of Persons with	Tutkia ”mechanism-based”-fysioterapian vaikutuksia syöpäkipuun	24 aikuista ( 18 naista, 6 miestä), joilla oli syövästä aiheutunutta kipua	Prospektiivinen tapaustutkimus	Tilastollisesti merkittävä muutos kivun voimakkuuden kokeemisessa, BPI-CP ja EORTC-QLQ-C30- asteikoilla

Cancer Pain: A Prospective Case Series.				
Mueller, K. & Decker, I. 2011. Impact of physical therapy intervention on patient-centered outcomes in a community hospice.	Arvioida fysioterapian vaikuttavuutta kunnan saattohoidossa	47:stä potilaasta 26 osallistuivat tutkimukseen, joista lopulta 12 suoritti tutkimuksen kaikki vaiheet	-Prospektiivinen tutkimus -Interventioita olivat perheen opastaminen, kivun hallinta, ödeemien hoito kylmällä, hieronta, hengitysharjoitukset, kordinmuutostyöt, liikkuvuus- ja vahvistamisharjoitukset sekä venyttely. The Patient-Specific Functional Scale ja Pre- and Post-PT Pain Score.	11 potilaasta 12 paransi tulokseen kliinisesti ainakin yhdessä osa-alueessa
Oldervoll, L. M., Loge, J. H., Paltiel, H., Asp, M. B., Vidvei, U., Wiken, A. N., Hjermstad, M. J. & Kaasa, S. 2006. The Effect of a Physical Exercise Program in Palliative Care: A Phase II Study.	Arvioida fyysisen harjoittelun vaikutuksia fyysiseen suorituskykyyn ja elämänlaatuun	-34 potilasta, joilla oli parantumaton syöpä tai lyhyt elinajanodote -Potilaiden keski-ikä 65-vuotta.	-Interventio 50 min. kestävä ryhmäkierto-harjoittelu 2x viikossa kuuden viikon ajan -Fatigue Questionnaire, Quality of Life Questionnaire (QOL)	Tilastollisesti merkittäviä eroja: -Kävelytietä kasvoi (6min. kävelytesti), istumasta seisomaan nousu parani, emotionaalinen toiminta parani ja fatiikki väheni -Fyysinen harjoitteluohjelma on lupaava menetelmä
Putt, K., Faville, K. A., Lewis, D., McAllister, K., Pietro, M. & Radwan, A. 2015. Role of Physical Therapy Intervention in Patients With Life-Threatening Illnesses A Systematic Review.	Tutkia fysioterapia-interventioiden roolia kuolemansairaiden potilaiden hoidossa	13 kvalitatiivista tutkimusartikkelia vuosilta 1994-2014	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Yleisimmät fysioterapiainventiot olivat vahvistavat/terapeuttiset harjoitteet, perheen/potilaan/omaisten kouluttaminen, tasapainon & kaatumisen ehkäisyn harjoittaminen ja siirtymien harjoittelu. -Kaikissa katsauksissa tutkimuksissa fysioterapian raportoitiin vaikuttaneen posi-

				tiivisesti potilaan oireisiin ja toimintakykyyn. Fysioterapiaa kannattaisi hyödyntää palliativisessa hoidossa, koska sen on huomattu parantavan potilaiden fyysistä, sosiaalista ja emotionaalista hyvinvointia.
Reilly, C. C., Bausewein, C., Pannell, C., Moxham, J., Jolley, C. J. & Higginson, I. J. 2016. Patients' experiences of a new integrated breathlessness support service for patients with refractory breathlessness: Results of a postal survey.	Kerätä refraktorista hengenahdistusta potevien kokemuksia yhdistetystä palvelusta, jossa pyritään lievittämään hengenahdistusta	-Kysely lähetettiin 70:lle henkilölle, joista 25 (36%) vastasi -Henkilöillä oli refraktorista hengenahdistusta	Postikysely	-21 potilasta koki, että palvelusta oli ehdottomasti apua ja 13 koki palvelun olevan loistavaa. Neljä avainteemaa nousivat pintaan: henkilökohtainen hoito, huolehtiva henkilökunta, potilaan kouluttamisen yhteys potilaan voimaantumiseen ja spesifisen intervention tehokkuus.
Schleinich, M. A., Warren, S., Nekoilaichuk, C., Kaasa, T. & Watanabe S. 2008. Palliative care rehabilitation survey: a pilot study of patients' priorities for rehabilitation goals.	Tutkia potilaiden ensisijaisia kuntoutuksen tavoitteita palliativisessa hoidossa	40 potilasta neljästä eri paikasta osallistui ensimmäiseen kyselyyn ja 32 toiseen kyselyyn	Pilottitutkimus The Canadian Model of Occupational Performance-kyselyn pohjalta, johon osallistujat arvioivat asteikolla 1 – 10, kuinka tärkeiksi he kokivat eri palliativisen hoidon interventiot	Yli 8.0 pistettä molemmissa kyselyissä saivat asiat: - Moniammatillinen yhteistyö - Terapeutti ymmärtää, mitä olen käymässä läpi - Terapeutti kuuntelee huoliani -Terapeutti antaa minulle vinkkejä, kuinka



				<p>voisin toimia mahdollisimman itsenäisesti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Terapeutti työskentelee minun kanssani, jotta oppisin, miten voin parhaiten sopeutua muutoksiin, joita käyn läpi</li> <li>-Jos minun on vaikeaa kommunikoida, terapeutti auttaa minua ja omaisiani helpottamaan kommunikointia.</li> <li>-Terapeutti tukee minua tekemään asioita, jotka ovat minulle tärkeitä</li> </ul>
<p>Talbot Rice, H., Malcolm, L., Norman, K., Jones, A., Lee, K., Preston, G., McKenzie, D. &amp; Maddocks, M. 2014. An evaluation of the St Christopher's Hospice rehabilitation gym circuits classes: patient uptake, outcomes, and feedback.</p>	<p>Arvioida ja saada käsityskyky St Christopherin saattohoito-osaston kiertoharjoittelun tuloksista ja potilaiden kokemuksista</p>	<p>St Christopherin potilaat, joista 54 aloitti ohjelman, ja joista 28 suoritti ohjelman loppuun</p>	<p>-Prospektiivinen tutkimus</p> <p>-Short Physical Performance battery (SPPB), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy, General Health Questionnaire ja asiakastyytyväisyys (FACIT-PS)</p>	<p>-Ne jotka suorittivat loppuun harjoittelun hyötyivät SPPB-asteikolla, kävelynopeudessa ja istumasta-seisomaannousussa (5kertaa).</p> <p>- Psykologinen hyvinvointi parani, muttei merkittävästi.</p> <p>-Ei muutoksia Quality of life-asteikolla tai faatikissa.</p> <p>-Terapeuttien saama palaute oli erinomaista</p>
<p>Turner, F., Seiger, C. &amp; Devine, N. 2013. Impact of patient and caregiver transfer training provided by a physical therapist</p>	<p>Kuvailla fysioterapeutin omalle antaman potilassiirto-ohjauksen vaikutusta saattohoidossa</p>	<p>68-vuotias saattohoidossa oleva mies</p>	<p>Tapaustutkimus, jossa potilaalla oli 10 fysioterapiakertaa kahdeksan viikon aikana</p>	<p>-Ensimmäinen tavoite eli turvallinen potilassiirto saavutettiin viidennellä fysioterapiakäynnillä</p>

<p>in the hospice setting: a case study.</p>				<p>-Kahdeksannella käynnillä potilaan tasapaino ja kaatumispelko oli vähentynyt          -Elämänlaatu parani 66:sta saataan MQOL-asteikolla mitattuna.          -Omainen ei tuntenut enää kipua siirroissa ja hän teki "noston sijaan potilas-siirron"</p>
<p>Wilson, C. M., Stiller, C. H., Doherty, D. J. &amp; Thompson, K. A. 2015. The role of physical therapist within hospice and palliative care in the United States and Canada. The American Journal of Hospice &amp; Palliative Care.</p>	<p>Kuvailla fysioterapeutin roolia SP-hoidossa Yhdysvalloissa ja Kanadassa</p>	<p>-10 fysioterapeuttia, joista 5 Yhdysvalloista ja 5 Kanadasta          -Terapeuteilla oli vähintään 5:n vuoden kokemus fysioterapeutin työstä ja 5:n vuoden kokemus työskentelmisestä kuolimensairaiden parissa</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p>	<p>Tärkeimmät: fysioterapeutit nostivat saattohoidosta ja palliativisesta hoidosta esiin kolme teemaa: avun tarjoaminen potilaille ja perheelle, moniammatillisen tiimin jäsenenä toimiminen ja ammatillisten velvollisuuksien täyttämisen välittömän potilashoidon ohella</p>
<p>Wood, H., Connors, S., Dogan, S. &amp; Peel, T. 2013. Individual experiences and impacts of a physiotherapist-led, non-pharmacological breathlessness programme for patients with intrathoracic malignancy: A qualitative study.</p>	<p>Kuvailla yksilön kokemuksia ei-farmakologisten fysioterapiamenetelmien vaikuttavuudesta hengitykseen potilailla, joilla on pahanlaatuisen rintakehän sisäinen kasvain</p>	<p>19 potilasta, joilla keuhkosyöpä tai keuhkopussin mesotelioma</p>	<p>-Kvalitatiivinen tutkimus          -Semistrukturoidut kysymykset ja haastattelun nauhoitus</p>	<p>-Ei-farmakologiset hoidot tarjoavat hyötyjä parantaen fyysistä toimintakykyä, selviytymisstrategioita ja itsehillintää. Hyödyt tulevat todennäköisestä yhdistelmästä, johon vaikuttavat hengitysharjoitukset, ”activity management” ja terapeutin ominaispiirteet</p>



Artikkeli/ FT- menetelmä	Clemens ym. 2010	Cobbe & Kennedy 2012	Connors ym. 2007	Higginson ym. 2014	Javier & Montagnini 2011	Jeyaraman ym. 2010	Kasven-Gonzalez ym. 2010	Kumar ym. 2013	Mueller & Decker 2011	Oldervoll ym. 2006	Putt ym. 2015	Reilly ym. 2016	Schleinch ym. 2008	Talbot Rice ym. 2014	Turner ym. 2012	Wilson ym. 2015	Wood ym. 2013	YHTEENSÄ
Kävelyharjoitteet	x			x	x					x				x				5
Porraskävely					x													1
Lihaskuntoharjoittelu				x	x	x			x	x	x			x	x			8
Siirtymien harjoittelu	x			x	x	x					x				x			6
Tasapainoharjoittelu				x						x	x			x				4
Hengitys harjoittelu	x	x		x		x			x		x			x			x	8
Nielemisharjoittelu				x							x							2
Liikkuvuus harjoittelu				x		x			x		x			x				5
Päivittäisten toimintojen harjoittelu				x		x					x					x		4
kotiharjoittelu ohjeet				x	x	x	x							x	x			6
FT-ohjelma	x			x	x		x			x				x				6
Turvallisuus ja ennaltaehkäisy						x	x									x		3
Kiertoharjoittelu				x						x				x				3
Hieronta				x				x	x		x							4
Lymfaterapia	x	x		x	x						x							5
Hengityksen fasilitointi				x														1
Akupunktio				x														1
Sidokset									x		x							2
Lämpö- ja kylmähoitot				x														1
Sähköhoitot				x				x	x									3
Psykososiaalinen tuki	x	x	x	x		x			x	x	x			x		x		10
Mantra				x														1
Kuuntelu ja myötätunto						x										x		2
Rentoutus menetelmä			x		x		x		x	x							x	6
Toiveiden ja odotusten kirjoitus																x		1
Tavoitteenasettelu			x				x											2
Mittaaminen			x		x					x	x							4
Apuvälineet				x	x	x	x								x			5
Kodin muutostyöt					x				x		x							3
Neuvonta		x	x	x		x		x			x			x		x	x	9

KOOSTE FYSIOTERAPIAMENETELMIEN YLÄLUOKISTA

LIITE 3

Artikkeli/ FT- menetelmien yläluokka	Clemens ym. 2010	Cobbe & Kennedy 2012	Connors ym. 2007	Higginson ym. 2014	Javier & Montagnini 2011	Jeyaraman ym. 2010	Kasven-Gonzalez ym. 2010	Kumar ym. 2013	Mueller & Decker 2011	Oldervoll ym. 2006	Putt ym. 2015	Reilly ym. 2016	Schleimich ym. 2008	Talbot Rice ym. 2014	Turner ym. 2012	Wilson ym. 2015	Wood ym. 2013	YHTIENSÄ
<b>Terapeuttinen harjoittelu</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	<b>15</b>
<b>Manuaaliset terapiamenetelmät</b>	x	x		x	x	x		x	x		x							<b>8</b>
<b>Fysikaaliset terapiamenetelmät</b>					x			x	x									<b>3</b>
<b>Psykofyysiset menetelmät</b>		x	x	x	x		x		x	x	x			x		x	x	<b>11</b>
<b>Haastattelu</b>		x	x	x		x	x	x			x			x		x		<b>9</b>
<b>Neuvonta/arviointi</b>		x	x	x	x	x	x	x	x		x			x	x	x	x	<b>13</b>