

Raimo Goyarrola, Virpi Sipola ja Reino Pöyhä

Spirituaalinen hyvinvointi ja kärsimys palliatiivisessa hoidossa

Kokonaisvaltaiseen palliatiiviseen hoitoon kuuluu potilaan fyysinen, psyykinen, sosiaalinen sekä spirituaalinen eli henkinen ja hengellinen hoito. Henkisyys ja hengellisyys ovat osa ihmisenä olemista. Spirituaalinen ulottuvuus ei välttämättä ole yhteydessä uskoon. Monille potilaille uskonto on kuitenkin tärkeä voimavara. Palliatiivisessa hoidossa olevilla potilailla voi ilmetä merkittävää henkistä ja hengellistä kärsimystä, joka lisää toivottomuuden tunnetta ja yksinäisyyden kokemusta sekä heikentää elämänlaatua. Monet sairaut kaipaavat spirituaalista tukea voidakseen paremmin. Spirituaalisen hyvinvoinnin ja koetun elämänlaadun välillä on havaittu positiivinen yhteys. Spirituaalisen hyvinvoinnin lisääminen voi lievittää potilaan kärsimystä, ahdistusta ja masennusta. Se voi tukea myönteistä mielialaa ja vahvistaa myönteisiä tunteita. Spirituaalisen hyvinvoinnin arvioiminen on tärkeä osa palliatiivista hoitoa.

WHO:n suositusten mukaan potilaan spirituaalisuuden huomioiminen kuuluu palliatiiviseen hoitoon (1). Spirituaalisuuden käsite ei kuitenkaan ole käytännön työssä lääkäreille selvä. Kansainvälisten tutkimusten mukaan potilaan hoidossa huomioidaan liian vähän spirituaalisuutta, vaikka se on tärkeä elämänlaadun osatekijä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin rinnalla (2,3).

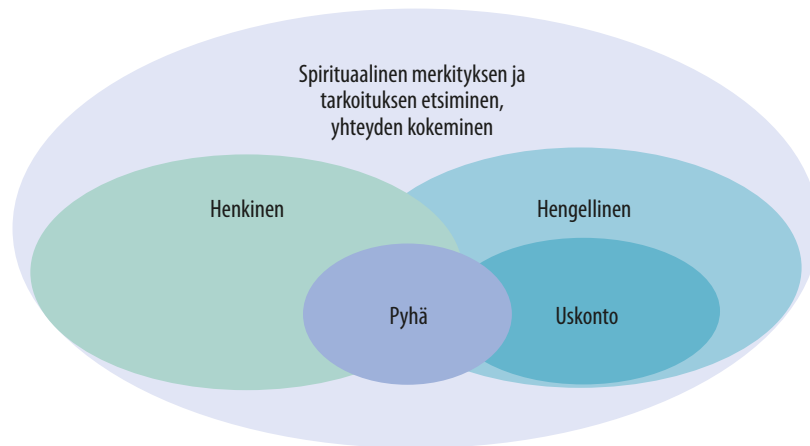
Mistä on kysymys?

Sanaa spirituaalisuus ei voida yksinkertaisesti suomentaa, eikä sillä ole muissakaan kielissä yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Parhaiten termiä kuvannee sanapari ”henkinen ja hengellinen”. Henkisyys ymmärretään ihmisen kiinnostuksena elämän perusarvioihin, tarkoitukseen ja merkitykseen. Hengellisyys puolestaan viittaa tarkoituksen ja merkityksen etsimiseen tavoilla, jotka ovat yhteydessä pyhään, uskoon ja uskoon (4). Suosittelemme käytettäväksi termiä spirituaalisuus, koska mielestämme se luontuu kieleemme paremmin kuin sanapari henkinen ja hengellinen (**KUVA**). Se ei ole kielellisestikään vaikea oppia.

Spirituaalisuus on yksi ihmisen olemassaolon ulottuvuus. Se liittyy tapaan, jolla yksilöt etsivät ja ilmaisevat merkitystä ja tarkoitusta sekä yhteyttä itseensä, toisiin ihmisiin, luontoon ja korkeampaan voimaan tai pyhään (5). Spirituaalisuus on uskonnollista vakaumusta laajempi käsite. Se viittaa dynaamiseen merkityksen ja tarkoituksen etsimiseen sekä liittyy yksilön suhteeseen itseensä ja ympäröivään maailmaan (6). Spirituaalisuudessa on kysymys ihmisen sisäisestä kokemuksesta. Spirituaalisuuteen kuuluvat myös maailmankatsomus, arvot, olemassaolon pohdinta ja elämän merkityksen etsintä. Jokaisella ihmisellä on oma ainutlaatuinen spirituaalisuutensa, joka vaikuttaa hänen kokemuksiinsa myös sairauden yhteydessä (7).

Uskonnon rooli

Spirituaalisuudella on merkittävä rooli useimpien palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden elämässä riippumatta siitä, tunnustavatko he tiettyä uskontoa tai vakaumusta (8). Uskonnollisuus ja spirituaalisuus eivät ole synonyymeja, vaikka uskonto ja usko voivat kuulua osaksi spirituaalisuutta. Uskonto viittaa yleisesti henkilön



KUVA. Spirituaalisuus eli ihmisen henkinen ja hengellinen ulottuvuus.

kuulumiseen tiettyyn instituutioon, jossa luetaan tiettyihin uskon totuuksiin ja eletään usein moraalisten normien ja osallistumisrituaalien mukaisesti (9). Uskonnollinen vakaumus voi olla yksilön sisäinen näkökulma elämään ja maailmaan, arjen kokemuksia ja elettyä todellisuutta. Se voi tarjota potilaille lohtua ja turvaa (10). Usko voi auttaa löytämään toivoa ja rauhaa erityisesti elämän loppuvaiheessa (11). Uskontoon liittyviä käytänteitä ovat esimerkiksi rukoukset, seremoniat, sakramentit ja rituaalit (6).

Nykyään yhä useammat ihmiset länsimaissa pitävät itseään henkisinä tai hengellisinä mutta eivät välttämättä uskonnollisina (12). Spirituaalisuus voi saada muotonsa esimerkiksi ihmissuhteista, kulttuurisesta toiminnasta tai vuorovaikutuksesta luonnon kanssa. Se voi olla potilaalle tärkeä voimavara, joka auttaa häntä selviytymään ja josta hän voi ammentaa merkitystä ja toivoa elämänsä loppuvaiheessa (13).

Spirituaalinen hyvinvointi

Spirituaalinen hyvinvointi voidaan ymmärtää harmoniaksi, joka muodostuu, kun yksilö on saavuttanut riittävän tasapainon itsensä, merkittävän toisen, luonnon ja transsendentin tai jumalan välillä (14).

Sekä aikaisempien tutkimusten että oman tutkimuksemme mukaan spirituaalinen hyvinvointi korreloi parantumatonta sairautta sairastavien ihmisten yleiseen elämänlaatuun: mitä suurempi on spirituaalinen hyvinvointi, sitä parempi on

elämänlaatu (15–17). Potilaiden spirituaalisen hyvinvoinnin on havaittu olevan positiivisessa yhteydessä heidän tunne-elämäänsä sekä hyvään emotionaaliseen toimintakykyynsä (18). Se antaa riittävää tunne-elämän tasapainoa, voimavaroja ja niiden tunnistamista sekä kykyä selviytyä elämän tuomista haasteista (19).

Spirituaalinen hyvinvointi voi pienentää mielenterveyshäiriöiden, masennuksen ja ahdistuksen riskiä sekä vähentää kuolemanhalua ja itsemurha-ajatuksia (20–22).

Laajan nykykäsityksen mukaan spirituaalisten tarpeiden huomioiminen on keskeinen osa kokonaisvaltaista palliativista hoitoa (2). Spirituaalisuus on monille potilaille merkittävä voimavara sairauden kanssa selviytymisessä, erityisesti pitkälle edenneiden tai kuolemaan johtavien sairauksien yhteydessä (23).

Spirituaalisuuden tunnistaminen

Potilaan henkilökohtaisen spirituaalisuuden tunnistaminen ja huomioiminen sekä spirituaalisiin tarpeisiin vastaaminen on erityisen tärkeää elämän loppuvaiheen hoidossa (9). Spirituaalisuuden sisällyttäminen palliativiseen hoitoon edellyttää, että kaikki hoitotiimin jäsenet ymmärtävät sen merkityksen ja osaavat tarjota henkistä ja hengellistä tukea (24).

Potilaan henkisiä ja hengellisiä tarpeita voidaan tunnistaa pysähtymällä hetkeksi potilaan luo ja viettämällä aikaa hänen kanssaan; havainnoimalla potilasta sekä keskustelemalla po-

tilaan ja hänen luvallaan myös hänen läheisten kanssa. Näin selvitetään, millainen spirituaalisuus on potilaalle tärkeää ja millaista tukea hän tarvitsee (6).

Henkisen ja hengellisen tuen asiantuntijoita sairaalassa ovat sairaalapapit. He tai muut potilaan oman vakaumuksen edustajat voivat myös auttaa potilaan spirituaalisten tarpeiden kartoittamisessa ja tarjota spirituaalista tukea. Suosittelemme, että potilaan spirituaalisen tuen tarpeet, tukikeinot ja tuen vaikutukset merkitään potilaan hoitosuunnitelmaan, niitä seurataan ja arvioidaan järjestelmällisesti hoitoyksiköissä (25).

Hoitotyöntekijöiden ja lääkärien avuksi on äskettäin julkaistu hyvä käytännön opas (4). Lisäksi monet elämänlaatumittarit tunnistavat henkisen ja hengellisen alueen, joka erottuu psykososiaalisista ja emotionaalisista alueista (26). Spirituaalisen hyvinvoinnin arvioimiseksi on kehitetty myös spesifisiä englanninkielisiä mittareita (27). Näiden mittareiden avulla voidaan tunnistaa potilaan henkisen ja hengellisen hyvinvoinnin tila sekä reagoida siihen hoitosuhteessa.

Olemme vastikään kääntäneet suomeksi Euroopan syöväntutkimus- ja hoitojärjestön (European Organisation for Research and Treatment of Cancer, EORTC) kehittämän spirituaalisen hyvinvoinnin (spiritual wellbeing) kyselylomakkeen SWB32 (**INTERNETKUVA**) (15). Lähes 200 palliatiiviseen hoitoon soveltuvan potilaan aineistossa suomalainen käännös osoittautui validiksi ja luotettavaksi. Kyselylomakkeessa on 32 väittämää tai kysymystä, jotka sijoittuvat seuraaviin luokkiin: a) suhde toisiin, b) suhde itseen, c) suhde johonkin suurempaan, d) suhde jumalaan ja e) eksistentiaalisuus. Väittämiin vastataan neliportaisella Likertin asteikolla myönteisesti tai kielteisesti. SWB32 soveltuu sekä potilaan itsensä täyttämäksi että haastattelun avuksi. Se sopii myös tutkimustyöhön ja kansainvälisiin vertailuihin, sillä mittari on käännetty 22 kielelle (28).

Spirituaalinen kipu ja kärsimys

Potilaan kipu ei ole vain fyysistä. Se voi liittyä myös psykososiaaliseen ja spirituaaliseen

Ydinasiat

- ▶ Kokonaisvaltainen palliatiivinen hoito tunnistaa fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja spirituaalisen hyvinvoinnin keskinäisen riippuvuuden.
- ▶ Spirituaalinen kipu liittyy kärsimykseen, joka juontuu ratkaisemattomista eksistentiaalisista kysymyksistä ja merkityksen menetyksestä.
- ▶ Spirituaaliseen hyvinvointiin kuuluvat tarkoituksen ymmärtäminen sekä kokemisen sisäisestä rauhasta ja yhteydestä.
- ▶ Spirituaalinen hyvinvointi korreloi positiiivisesti elämänlaadun kanssa.
- ▶ Laadukas palliatiivinen hoito integroi spirituaalisen tuen tarjoamalla empatiaa, kuuntelua, keskustelua ja rituaaleja spirituaalisen ahdistuksen käsittelemiseksi.

ulottuvuuteen. Spirituaalista kipua, joka on syvällistä kärsimystä potilaan sisimmässä, on kuvattu (29). Spirituaalisuuteen liittyvä kipu ja kärsimys voi olla merkittävää. Henkinen ja hengellinen kärsimys syntyy monien tekijöiden yhteisvaikutuksesta: tietoisuus kuolemasta, ihmissuhteiden menetykset sekä oman itsen, elämän tarkoituksen ja hallinnan menettäminen voidaan kokea spirituaalisena kipuna, joka vahvistaa myös kokemusta fyysisestä kivusta (30).

Palliatiivisessa hoidossa olevilla potilailla on todettu olevan usein voimakasta spirituaalista ahdistusta. Ahdistus voi ilmetä elämän tarkoituksettomuuden kokemuksena ja näkyä suhteessa jumaluuteen tai korkeampaan voimaan. Spirituaalinen kärsimys voi liittyä huonoon kivunhallintaan ja psyykkiseen ahdistukseen (31).

Spirituaalinen ahdistus vaikuttaa negatiivisesti potilaan elämänlaatuun ja saattaa lisätä toivottomuuden tunnetta. On tärkeää kartoittaa huolellisesti, onko potilaan kokema kärsimys lähestyvään kuolemaan liittyvää normaalia ahdistusta, merkki spirituaalisen tuen puutteesta vai psykiatrinen oire (32).

TAULUKKO 1. Arvokkuusterapian kysymykset tarjoavat potilaalle mahdollisuuden elämäntarinan kertomiseen, muisteluun, elämän tärkeiden asioiden reflektointiin ja niiden välittämiseen eteenpäin läheisilleen.

- 1) Kerro elämästäsi, erityisesti niistä hetkistä, asioista tai tapahtumista, jotka parhaiten muistat ja jotka ovat olleet tärkeimpiä. Milloin koit olleesi "eniten elossa"?
- 2) Onko joitakin erityisiä asioita, jotka toivoisit läheisesi tietävän sinusta, ja onko joitakin erityisiä asioita tai tapahtumia, jotka toivoisit heidän muistavan?
- 3) Mitkä ovat olleet elämäsi tärkeimmät roolit (perheessä, ammatillisesti, muuten)? Miksi ne ovat tärkeitä, ja mitä niissä arvelet saavuttaneesi?
- 4) Mitkä ovat olleet tärkeimmät saavutuksesi ja mistä olet eniten ylpeä?
- 5) Onko joitakin tiettyjä asioita, joista haluaisit kertoa läheisillesi? Ne voivat olla myös sellaisia, jotka haluat uudestaan tuoda esille!
- 6) Mitä toivot tai unelmoit läheistesesi osalle?
- 7) Mitä olet oppinut elämästä? Mitä niistä haluaisit siirtää läheisillesi? Mitä neuvoja tai ohjeita haluaisi jättää läheisillesi?
- 8) Onko sinulla neuvoja tai ohjeita läheisillesi (muille) tulevan elämän varrelle?
- 9) Onko vielä jotakin muuta, mitä haluaisit kirjoitettavan muistiin?

TAULUKKO 2. AVAUS-mallin teema-alueet ja keskustelua ohjaavia kysymyksiä.

A	Arvot ja vakaumus	Onko sinulla henkilökohtainen vakaumus? Onko sairaudella sinulle jokin yliluonnollinen merkitys?
V	Voimavarat	Mistä saat voimaa, kun elämässäsi on vaikeaa? Mikä antaa sinulle toivoa?
A	Arvio henkistä ja hengellisistä tarpeista	Miten voimme auttaa sinua henkissä ja hengellisissä tarpeissasi? Pelkäätkö jotain sairauteesi liittyvää?
U	Ulkopuolinen tuki	Haluaisitko jutella sairaalapapin kanssa? Haluaisitko jutella jonkun vakaumuksellisen yhteisön edustajan kanssa?
S	Spirituaalisuutta tukevan hoidon toimenpiteet	Voitko kertoa omasta vakaumuksesi ja sinulle tärkeistä henkistä tai hengellisistä asioista? Mitä meidän tulisi huomioida hoidossasi?

Spirituaalinen hoito

Spirituaalisen hoidon käsitteelle ei ole yksiselitteistä suomalaista määritelmää. Se voi tarkoittaa myönteistä asennetta potilaan spirituaalisuutta kohtaan ja potilaan spirituaalisten tarpeiden huomioimista perushoidossa. Joillekin

kosketus, taide tai rukous voivat merkitä spirituaalista hoitoa (33), toisille taas soveltuvat erityistekniikat. Jälkimmäisiin kuuluvat arvokkuusterapia ja AVAUS-malli.

Kanadassa kehitetty arvokkuusterapia (dignity therapy) on metodologisesti yksinkertainen haastattelutekniikka, jossa etukäteen muotoiltujen kysymysten avulla potilasta rohkaistaan itse löytämään elämänsähistoriastaan arvokkaita kokemuksia (**TAULUKKO 1**) (34). Alkuperäisessä muodossa haastattelija eli terapeutti koostaa potilaalle yhteenvedon, niin sanotun testamentin, jonka käytöstä potilas itse päättää. Ydinajatuksena on, että potilas antaisi henkisen testamenttinsa omaisilleen ja saisi itsekin kokemuksen minuuden jatkuvuudesta.

Arvokkuusterapiasta järjestetään sekä virtuaalisia että tavanomaisia koulutuksia Kanadassa, mutta lääkäri voi hyvin käyttää arvokkuusterapian kysymyksiä tukena keskustelussa potilaan kanssa. Arvokkuusterapian on osoitettu kontrolloiduissa tutkimuksissa vähentävän ahdistuneisuutta, pelkoa ja itsetuhoisuutta (35).

Suomalainen AVAUS-malli soveltuu apuvälineeksi vakaumuksiltaan erilaisten potilaiden ja heidän läheistensä spirituaalisuuteen liittyvien tarpeiden arviointiin ja jäsentämiseen. AVAUS-mallissa on viisi keskustelun teema-alueita, joihin kaikkiin liittyy apukysymyksiä (**TAULUKKO 2**). Sitä voidaan käyttää pohdittaessa, kuinka huomioitaisiin erilaisia vakaumuksia hoidon ja huolenpidon tilanteissa. Mallin soisi jalkautuvan käytännön työhön selkeän rakenteensa ja käyttökelpoisuutensa takia (36).

Näiden erityismenetelmien käyttäminen on helppoa eikä edellytä terveydenhuollon ammattilaiselta syvää perehtyneisyyttä aihepiiriin. Monet potilaat haluavat terveydenhuollon ammattilaisten tarjoavan spirituaalista hoitoa (37). Spirituaaliseen hyvinvointiin kohdettu hoito voi vähentää potilaan kärsimystä ja parantaa elämänlaatua eri ikäryhmissä ja erilaisten sairauksien, kuten syövän ja kroonisten sairauksien yhteydessä (38).

Spirituaalisuuteen ja uskontoon voi liittyä myös negatiivisia kokemuksia. Elämänsä kriisi voi paljastaa ristiriidan henkilökohtaisen kokemuksen ja uskonnollisen viitekehyksen tarjoaman merkityksen välillä (39). Uskonnollinen viite-

Potilasesimerkkejä

POTILAS 1. Seitsemänkymmentävuotiaan miehpotilaan eturauhassyövän hoidossa oli tehty palliatiivisen hoidon linjaus, sillä hoidoista huolimatta tauti oli levinnyt virtsarakkoon ja luuhun. Syöpäkipua hoidettiin vahvalla opioidilla ja tulehduskipulääkkeellä. Potilaan yleisvointi heikkeni tasaisesti, minkä vuoksi hänet siirrettiin saattohoito-osastolle.

Vaikka kipulääkkeitä lisättiin, potilas oli ahdistunut ja kärsi edelleen paljon. Hän ymmärsi jäljellä olevan elinaikansa lyhyeksi. Potilaan menneisyydessä oli keskeneräisiä asioita, jotka vaivasivat ja kuormittivat häntä. Potilas halusi pyytää elämänsä tekoja anteeksi lapsiltaan, joita hän ei ollut nähnyt pitkään aikaan. Heille järjestettiin yhteinen tapaaminen sairaalassa. Potilas pyysi ja sai lapsiltaan anteeksi, minkä jälkeen hänen henkinen kärsimyksensä katosi. Kipu ei täysin hävinnyt, mutta potilas saavutti mielenrauhan ja oli levollinen. Oireiden pahennuttua potilaalle ehdotettiin palliatiivista sedaatiota, johon hän suostui. Papin siunauksen jälkeen hän nukkui rauhallisesti pitäen lapsiaan kädestä kiinni. Potilas kuoli seuraavana päivänä.

Tämän potilaan kivun tai kärsimyksen mekanismit olivat monisyisiä. Ensimmäinen oli syövästä johtuva fyysinen kipu, jota hoidettiin kipulääkkeillä. Toinen kipu oli henkistä kärsimystä, joka johtui tarpeesta saada anteeksi lapsiltaan mietittyään oman elämänsä merkitystä juuri elämänsä lopussa.

POTILAS 2. Kahdeksänkymmentäyksivuotias nainen oli saattohoidossa vaikean ja hoitoihin reagoimattoman sydämen vajaatoiminnan takia. Suuresta diureettilääkityksestä ja kohtuullisesta opioidiannoksesta huolimatta hengenahdistus ja lievä rintakipu estivät lähes kaiken liikkumisen. Potilas oli myös henkisesti ahdistunut. Hänen suurin toiveensa oli päästä kesäasunnolle, ja se päätettiin toteuttaa. Kesäasunnolle toimitettiin sairaalasänky, ja potilas siirtyi sinne kotisairaanhoidon turvin. Nähdessään suurista ikkunoista tutun järven, rakkaan pihapiirin ja luonnon potilas löysi henkisen tasapainon. Hän kykeni liikkumaan jonkin verran, vaikka sairaus eteni. Potilas sai lopulta kuolla itselleen tärkeässä ympäristössä.

Potilaan sydänoireita hoidettiin suositusten mukaisesti. Vieraantuminen luonnosta herätti henkistä kärsimystä, jota ei voitu lääkkein lievittää. Potilaalla oli merkittävä tarve päästä kesämökille järven rannalle. Luonnosta nauttiminen selvästi kevensi potilaan henkistä kuormaa.

Kummankaan potilaan hoidossa ei tarvittu erityistekniikoita, vaan spirituaalinen olottuvuus liitettiin yksinkertaisin menetelmin heidän kokonaisvaltaiseen hoitoonsa. Ensimmäiselle potilaalle mahdollistettiin aikaa ja tilaa läheisten tapaamiseen. Toista potilasta rohkaistiin mökille lähtöön, ja sinne järjestettiin sairaalasänky ja apuvälineitä.

kehys voi olla pakottava ja ahdas sekä herättää riittämättömyyden tunteita ja siten vaikuttaa hyvinvointiin kielteisesti (40). Myös kielteisten uskontoon liittyvien kokemusten kuuleminen on tärkeää. Spirituaalinen hoito on tärkeä osa potilaan kokonaisvaltaista, holistista hoitoa elämän loppuvaiheessa. Arvokkuusterapian ja avausmallin käyttäminen kaikessa laajuudessaan edellyttää potilaalta resursseja henkisiin toimiin. Mikäli menetelmien käyttö kuormittaa potilasta liikaa, niiden käyttöä ei pidä jatkaa. Ne soveltuvat heikosti elämän viime hetkiin.

Lopuksi

Potilaan spirituaalisten tarpeiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen ovat tärkeä osa palliatiivista hoitoa. Hoidossa tulee ottaa huomioon potilaan fyysinen, psyykinen, sosiaalinen sekä spirituaalinen hyvinvointi. Kokonaisvaltainen hoito tukee potilaan voimavaroja ja auttaa häntä kohtaamaan elämäntilanteeseensa liittyviä haasteita. Kokonaisvaltaisen hoidon keinoin potilaan hoidosta vastaavat ammattilaiset voivat tukea potilasta kohti parempaa elämänlaatua.

Potilaan spirituaalisuuden huomioimisessa apuna toimivat validoidut kyselylomakkeet ja erityistekniikat. Ne voivat helpottaa helpottavat hoitotyöntekijöitä ja lääkäreitä tunnistaman potilaan spirituaalisia tarpeita ja tukemaan hänen spirituaalista hyvinvointiaan. ■

RAIMO GOYARROLA, LL, TT

Kliininen lääketiede, Kuopion kampus, Itä-Suomen yliopisto

VIRPI SIPOLA, TtT, TM

Kirkkohallitus, Suomen evankelis-luterilainen kirkko, Helsinki

REINO PÖYHIÄ, LT, professori

Kliininen lääketiede, Kuopion kampus, Itä-Suomen yliopisto

VASTUUTOIMITTAJA

Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET

Raimo Goyarrola: Ei sidonnaisuuksia

Virpi Sipilä: Luottamustoimet (ETENE, varajäsen 2018–2021), hankkeet (Saattohoidon vapaaehtoistoiminnan kehittämishanke, SAAVA, ohjausryhmä; Elämän loppuvaiheen hoito -työryhmä, sosiaali- ja terveysministeriö; Palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen monialainen ja työelämälähtöinen kehittäminen, Edupal-hanke, ohjausryhmän puheenjohtaja)

Reino Pöyhkä: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (SOBI Finland, SPR:n Veripalvelu), luottamustoimet (Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistys, varapuheenjohtaja)

KIRJALLISUUTTA

1. Vitillo R, Puchalski C. World Health Organization authorities promote greater attention and action on palliative care. *J Palliat Med* 2014;17:988–9.
2. Best M, Butow P, Olver I. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. *Patient Educ Couns* 2015;98:1320–8.
3. Bai M, Lazenby M. A systematic review of associations between spiritual well-being and quality of life at the scale and factor levels in studies among patients with cancer. *J Palliat Med* 2015;18:286–98.
4. Sipola V, Pöyhä R, Anttonen MS, ym. Potilaan spiritualiteetin tukeminen ja eksistentiaaliset kysymykset palliativisessa hoidossa. Kansallinen suositus. Suomen ev.-lut. kirkon julkaisuja, Kirkko ja toiminta 113. Helsinki: Grano 2021. https://bin.yhdistysavain.fi/1573258/X9xpFkjF8P-ZaekRiSLhf0WG299/31740186_KKH_Potilaan_eksistentiaaliset_kysymykset_Kirkko_ja_toi.pdf.
5. Nolan S, Saltmarsh P, Leget, CJW. Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC task force. *Eur J Pall Care* 2011;86–89.
6. Puchalski CM, O'Donnell E. Religious and spiritual beliefs in end of life care: how major religions view death and dying. *Tech Reg Anesth Pain Manag* 2005;9:114–21.
7. Weathers E, McCarthy G, Coffey A. Concept analysis of spirituality: an evolutionary approach. *Nurs Forum* 2016;51:79–96.
8. Best MC, Vivat B, Gijsberts MJ. Spiritual care in palliative care. *Religions* 2023;14:320.
9. Gijsberts MHE, Ehteld MA, van der Steen JT, ym. Spirituality at the end of life: conceptualization of measurable aspects – a systematic review. *J Palliat Med* 2011;14:852–63.
10. Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E, ym. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *J Palliat Med* 2006;9:646–57.
11. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, ym. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end of life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol* 2007;26:555–60.
12. Steinhorn DM, Din J, Johnson A. Healing, spirituality and integrative medicine. *Ann Palliat Med* 2017;6:237–47.
13. Richardson, P. Spirituality, religion and palliative care. *Ann Palliat Med* 2014;3:150–9.
14. Visser A, Garssen B, Vingerhoets AJ. Existential well-being: spirituality or well-being? *J Nerv Ment Dis* 2017;205:234–41.
15. Goyarrola R, Lipsanen J, Saarelainen SM, ym. Spiritual well-being correlates with quality of life of both cancer and non-cancer patients in palliative care - further validation of EORTC QLQ-SWB32 in Finnish. *BMC Palliat Care* 2023;22:33.
16. Kruizinga R, Hartog ID, Jacobs M, ym. The effect of spiritual interventions addressing existential themes using a narrative approach on quality of life of cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Psychooncology* 2016;25:253–65.
17. Candy B, Jones L, Varagunam M, ym. Spiritual and religious interventions for well-being of adults in the terminal phase of disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012. DOI:10.1002/14651858.CD007544.pub2.
18. Powers DV, Cramer RJ, Grubka JM. Spirituality, life stress, and affective well-being. *J Psych Theo* 2007;35:235–43.
19. Visser A, Garssen B, Vingerhoets AJ. Spirituality and well-being in cancer patients: a review. *Psychooncology* 2010;19:565–72.
20. Sun X-H, Liu X, Zhang B, ym. Impact of spiritual care on the spiritual and mental health and quality of life of patients with advanced cancer. *World J Psychiatry* 2021;11:449–62.
21. McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Support Care Cancer* 2006;14:379–85.
22. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet* 2003;361:1603–7.
23. Delgado-Guay MO, Palma A, Duarte E, ym. Association between spirituality, religiosity, spiritual pain, symptom distress, and quality of life among Latin American patients with advanced cancer: a multicenter study. *J Palliat Med* 2021;24:1606–15.
24. Ferrell B, Otis-Green S, Economou D. Spirituality in cancer care at the end of life. *Cancer J* 2013;19:431–7.
25. Saarto T, Lyytikäinen M, Ahtiluoto S, ym. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Ohjaus 4/2022. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2022.
26. Peterman AH, Fitchett G, Brady B, ym. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy—SpiritualWell-being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med* 2002;24:49–58.
27. Aslakson R, Dy SM, Wilson RF, ym. Assessment tools for palliative care. AHRQ publication No. 14-17-EHC007-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality 2017.
28. Spiritual wellbeing. Questionnaire. EORTC Quality of Life. <https://qol.eortc.org/questionnaire/qlq-swb32>.
29. Saunders C. Spiritual pain. *J Palliat Care* 1988;4:29–32.
30. Millspaugh CD. Assessment and response to spiritual pain: part I. *J Palliat Med* 2005;8:919–23.
31. Mako C, Galek K, Poppito SR. Spiritual pain among patients with advanced cancer in palliative care. *J Palliat Med* 2006;9:1106–13.
32. Griffith JL, Norris L. Distinguishing spiritual, psychological, and psychiatric issues in palliative care: their overlap and differences. *Progr Pall Care* 2012;20:79–85.
33. Balboni TA, Fitchett G, Handzo GF, ym. State of the science of spirituality and palliative care research part ii: screening, assessment, and interventions. *J Pain Symptom Manage* 2017;54:441–53.
34. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, ym. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients nearing death. *J Clin Oncol* 2005;23:5520–5.
35. Martínez M, Arantzamendi M, Belar A, ym. 'Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: a comprehensive systematic literature review. *Palliat Med* 2017;31:492–509.
36. Lipponen V, Niemipelto H, Karvinen I. Surevan läheisen vakaumuksen kunnioittaminen – AVAUS-malli henkisen ja hengellisen tuen tarpeen jäsentäjänä. *Diakonia* 2018;4:38–41.
37. El Nawawi NM, Balboni MJ, Balboni TA. Palliative care and spiritual care: the crucial role of spiritual care in the care of patients with advanced illness. *Curr Opin Support Palliat Care* 2012;6:269–74.
38. Scobie G. Quality of life at end of life: spirituality and coping mechanisms in terminally ill patients. *J Pain Symptom Control Palliat Care* 2005;4:1–18.
39. Pargament KI, Ensing DS, Falgout K, ym. God help me (I): religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *Am J Community Psychol* 1990;18:793–824.
40. Saarelainen S-M, Vähäkangas A, Anttonen MS. Religious experiences of older people receiving palliative care at home. *Religions* 2020;11:336.