

Riina Palo & Sanna Pirttikoski
OMAISTEN KOKEMUKSIA SAATTOHOIDOSTA
TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLLA

Opinnäytetyö
CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Lokakuu 2015

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Kokkola-Pietarsaaren yksikkö	Aika Lokakuu 2015	Tekijät Palo Riina Pirttikoski Sanna
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn nimi OMAISTEN KOKEMUKSIA SAATTOHOIDOSTA TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLLA		
Työn ohjaaja Ala-Korpi Riitta, TtM	Sivumäärä 50+ 4	
Työelämäohjaaja Heikkinen Marjo		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää omaisten kokemuksia saattohoidon toteutumisesta ja omaisten saamasta tuesta terveyskeskuksen vuodeosastolla. Tavoitteena oli saada tietoa hoitohenkilökunnalle saattohoitopotilaan omaisten kokemuksista, jotta hoitohenkilökunta voisi kehittää toimintaansa.</p> <p>Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineistonkeruu suoritettiin haastattelututkimuksella loka-marraskuussa 2014. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tutkimukseen osallistui neljä saattohoitopotilaan omaista.</p> <p>Tutkimustulokset osoittivat, että saattohoito vuodeosastolla koettiin onnistuneeksi. Perushoito ja kivunhoito olivat toteutuneet hyvin. Tulosten mukaan omaiset olivat tyytyväisiä saamaansa tukeen. Omaiset kokivat, että hoitohenkilökunnalla ei koskaan ollut kiire. Omaisia huomioitiin monin eri tavoin saattohoidon aikana, kuten tarjottiin yöpymismahdollisuutta sekä annettiin mahdollisuus osallistua potilaan hoitoon. Tuloksista kävi myös ilmi, että omaiset saivat riittävästi tietoa potilaan tilasta.</p> <p>Omaiset toivoivat enemmän keskusteluja hoitajien ja omaisten välille. Kehittämisehdotuksia tuli osaston tiloihin liittyen, esimerkiksi saattohoitohuoneiden sijainnin toivottiin olevan erillään muista huoneista. Myös omaisten illoista toivottiin, että niitä järjestettäisiin eri elämäntilanteissa olevilla omaisille.</p>		
Asiasanat Saattohoito, saattohoitopotilas, saattohoitopotilaan omainen, vuodeosasto		

ABSTRACT

Unit Kokkola-Pietarsaari	Date October 2015	Author/s Palo Riina Pirttikoski Sanna
Degree programme Degree programme in Nursing		
Name of thesis RELATIVE'S EXPERIENCES OF HOSPICE CARE IN HEALTH CENTER'S HOSPITAL WARD		
Instructor Ala-Korpi Riitta, TtM		Pages 50+4
Supervisor Heikkinen Marjo		
<p>Purpose of this thesis was to find out relatives' experiences of hospice care and the relatives' support during hospice care in health center's hospital ward. The aim was to obtain information to nursing staff of hospice care patient's relatives' experiences, so that nursing staff could develop their actions.</p> <p>The research method was qualitative study. Data was collected with survey in October to November 2014. The data were analyzed using inductive content analysis. The study included four hospice care patients' relatives.</p> <p>The results indicated that hospice care in hospital ward was experienced successful. Basic care and pain management were well implemented. The results showed that relatives were pleased with the support they received. Relatives experienced that nursing staff were never in a hurry. Relatives were acknowledged in many ways during hospice care, for example nursing staff offered a possibility to stay overnight and possibility to participate in hospice care patient's care. The results also showed that relatives received enough information about patient's condition.</p> <p>Relatives hoped to have more conversations between nurses and relatives. Development proposals concerned the physical environment, for example hospice care patient's rooms they wished to be apart from other patient rooms. Relatives also wished that supportive evenings were organized for relatives that are in the same life situation.</p>		
Key words Hospice care, hospice care patient, hospice care patients relative, hospital ward		

**TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS**

1 JOHDANTO	1
2 SAATTOHOITO	3
2.1 Hoitotahto	4
2.2 Saattohoitopäätös	5
2.3 Saattohoitopotilaan hoito	5
2.4 Saattohoitopotilaan tukeminen	7
2.5 Saattohoitopotilaan kivunhoito	10
2.6 Ammattitaitoinen hoito	12
3 OMAISTEN HUOMIOIMINEN SAATTOHOIDOSSA	14
3.1 Omaisten tukeminen saattohoidossa	16
3.2 Omaisen suru	19
4 HOITOPOLKU	21
4.1 Palliatiivinen poliklinikka	22
4.2 Kotisairaala	23
4.3 Kokkolan terveystieteiden keskuksen vuodeosasto	24
4.4 Tukihenkilötoiminta	25
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	26
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	27
6.1 Osallistujien valinta ja tutkimusmenetelmä	27
6.2 Aineistonkeruumenetelmä	28
6.3 Aineiston analyysi	29
7 TUTKIMUSTULOKSET	31
7.1 Taustatiedot	31
7.1.1 Saattohoidon kesto ja tehdyt hoitolinjaukset	31
7.1.2 Saattohoitopotilaan hyvä hoito	32
7.2 Omaisen tuen saaminen saattohoidossa	33
7.2.1 Omaisen huomioiminen saattohoidossa	34
7.2.2 Ammattitaitoinen hoito	35
7.2.3 Saattohoitopotilaan kuolema ja omaisen huomioiminen	36
7.3 Kehittämisehdotuksia	37
8 POHDINTA	39
8.1 Yhteenveto tuloksista	39
8.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	41
8.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja etiikka	42
8.5 Oppimiskokemukset	44
LÄHTEET LIITTEET	46

1 JOHDANTO

Suomessa vuosittain noin 15 000 ihmistä tarvitsee saattohoitoa. Saattohoito on vakavasti sairaan ihmisen hoitoa tilanteessa, kun parantavasta hoidosta on luovuttu eikä sairauden etenemiseen enää kyetä vaikuttamaan. Saattohoidon tavoitteena on hoitaa yksilöllisesti parhaimmalla mahdollisella tavalla kuolevaa ihmistä ja tukea hänen läheisiään inhimillisiä arvoja kunnioittaen. (ETENE 2003; Pihlainen 2010.)

Saattohoitopotilaalla ja hänen läheisillään on mahdollisuus saattohoito-tilanteessa valmistautua lähestyvään kuolemaan. Saattohoidon tavoitteena on hyvä hoito ja kivuttomuus kuolinhetkeen saakka tärkeiden ihmisten ympäröimänä. Saattohoitopotilasta voidaan hoitaa kotona, saattohoitoon erikoistuneessa saattohoitokodissa tai sosiaali- ja terveydenhuollon julkisessa laitoksessa. (ETENE 2003; Pihlainen 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut 2010 saattohoitosuosituksen, joiden tavoitteena on tehdä saattohoidosta suunnitelmallisempaa sekä ohjata saattohoidon käytäntöjä koko Suomessa. Kehitystä on tapahtunut erityisesti saattohoitopotilaan hoitoketjun selkiennyttämisessä, potilaan hoidon vastuusuhteiden varmistamisessa sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisessä yhteistyössä. (Pihlainen 2010.)

Saattohoidon suunnitelmallisuus Suomessa on kehittynyt vuosien 2001–2012 aikana. Sairaanhoidopiirit ovat ottaneet vastuulleen saattohoidon suunnittelun kokonaisuudessaan. Tavoitteena on, että saattohoitopotilas ja hänen omaisensa tietävät, miten ja missä hoito järjestetään, ja että saattohoitopotilas saa ammattitaitoista hoitoa. Vuonna 2010 Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä aloitti palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämisprojektin. Projektin tavoitteena oli muun muassa alueellisen saattohoito-ohjeistuksen laatiminen. (ETENE 2012; Heikkinen 2014b.)

Kokkolan terveyskeskuksen vuodeosastolla 2 hoidetaan saattohoitopotilaita. Osastolle on järjestetty saattohoitoa varten potilashuoneita. Suurin osa osaston saattohoitopotilaista on syöpää sairastavia potilaita. Vuonna 2014 osastolla kuoli 120 potilasta, heistä 115:stä oli saattohoitopäätös (Heikkinen 2015).

Opinnäytetyömme käsittelee saattohoitopotilaiden omaisten kokemuksia saattohoidosta sekä omaisten saamasta tuesta. Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää omaisten kokemuksia saattohoidon toteutumisesta ja omaisten saamasta tuesta terveyskeskuksen vuodeosastolla. Tavoitteena oli saada tietoa hoitohenkilökunnalle saattohoitopotilaan omaisten kokemuksista, jotta hoitohenkilökunta voisi kehittää toimintaansa. Opinnäytetyömme tuloksia voidaan hyödyntää saattohoidon kehittämisessä vuodeosastolla huomioiden saattohoitopotilaan omaisen näkökulma.

Opinnäytetyössämme sanalla ”potilas” tarkoitamme aina saattohoitopotilasta. Puhuttaessa ”haastateltavasta” tai ”tutkittavasta” tarkoitamme saattohoitopotilaan omaista, joka osallistui tutkimukseemme.

2 SAATTOHOITO

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa. Palliatiivinen hoito saattaa olla pitkäaikaista, jopa vuosia kestävää oireita lievittävää hoitoa. Palliatiivista hoitoa on tarjottava kaikille sitä tarvitseville iästä riippumatta, jotta potilas voisi elää loppuelämänsä mahdollisimman laadukkaasti. Saattohoidolla tarkoitetaan vaikeasti sairaan ihmisen hoitoa silloin, kun parantavasta hoidosta on luovuttu eikä taudin etenemiseen voida enää vaikuttaa. Useimmat saattohoitopotilaat ovat syöpäpotilaita. Saattohoito on loppuvaiheen hoitoa ja ajoittuu lähelle kuoleman todennäköistä ajankohtaa, vaikka elinajan tarkkaa ennustetta on vaikea arvioida. Yleensä saattohoito on kestoltaan viikkoja tai enintään kuukausia. Jokaisella ihmisellä on oikeus saattohoitoon. Saattohoidon periaatteita ovat potilaan oireiden lievittäminen, henkinen tuki, yksilöllisyyden kunnioittaminen ja turvallinen hoitosuhde. Turvallinen ilmapiiri auttaa potilasta luottamaan siihen, että hän saa hyvää hoitoa loppuun asti. Saattohoidossa ei ole kyse kuolemaan jouduttamisesta, muttei myöskään sen pitkittämisestä. Kun kaikki keinot sairauden hoitamiseksi on käytetty ja parantavista hoidoista on luovuttu, keskitytään lievittämään potilaan mahdollisia kipuja sekä muita oireita. (ETENE 2003; Grönlund, Anttonen, Lehtomäki & Agge 2008, 23; Käypä hoito -suositukset 2012.)

Suomessa palliatiivista hoitoa tarvitsee vuosittain noin 200 000–300 000 potilasta. Potilaiden hoitopolut ovat aina yksilöllisiä. Suomessa kuolee vuosittain noin 50 000 henkilöä, joista 15 000 tarvitsee saattohoitoa. Saattohoitoyksiköissä pystytään hoitamaan vuosittain noin 1000–1500 saattohoitopotilasta. (Vuorinen & Järvimäki 2012.)

Sandin (2003, 90) väitöskirjan tutkimustulosten mukaan saattohoitopotilaat ovat vähään tyytyviä. He ovat kiitollisia pienistäkin asioista, eivätkä potilaiden pyynnöt ole suuria. Potilaille saattohoito saattaa merkitä taistelua sairauden kanssa sekä kuoleman odottamista. Saattohoitopotilaat ovat kuvailleet saattohoitoa ajaksi, jolloin he elävät päivä kerrallaan. Odotus hallitsee sekä saattohoitopotilaan että omaisten elämää, odotetaan potilaan voinnissa tapahtuvia muutoksia, toivotaan vielä jopa paranemista. Kuitenkin suurin odotuksen kohde on kuoleman hetki. Pelko ja jännitys siitä, milloin ja miten se tapahtuu.

Fyysinen ympäristö on tärkeä potilaan elämänlaadulle. Iästä huolimatta sairaalan puhtaus, kodinomaisuus, valoisuus, suotuisa ympäristö ja ilmapiiri ovat tärkeitä potilaan mielialalle.

Potilaan yksityisyys korostuu saattohoidossa, ja se vaikuttaa myös saattohoidon laatuun. Yksityisyyden puute on yleensä syy siihen, miksi potilas on tyytymätön sairaalahoitoon. Olisi hyvä, jos saattohoitopotilaalla olisi oma huone kuoleman lähestyessä. Jaetussa potilashuoneessa muiden potilaiden äänet saattavat häiritä. Toisaalta taas jaettu huone voi vähentää saattohoitopotilaan yksinäisyyden tunnetta. Saattohoidossa potilaan yksityisyys ja yksinolo olisi hyvä saada tasapainoon. (Brereton, Gardiner, Gott, Ingleton, Barnes & Carroll 2012.)

2.1 Hoitotahto

Jokaisella tulisi olla mahdollisuus valmistautua omaan kuolemaansa haluamallaan tavalla. Hoitotahdon olemassaolo on hyvä tarvittaessa selvittää. Hoitotahto on potilaan tahdon ilmaisu omasta hoidostaan, jos hän ei itse kykene osallistumaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Hoitotahdossa esitetyt toiveet voivat koskea myös muita hoitoon liittyviä asioita kuin vain sairaanhoidollisia tai lääketieteellisiä asioita. Hoitotahdossa ei voida edellyttää lääketieteellisiä toimenpiteitä, jotka eivät kuulu potilaan sairauteen kuuluvaan hoitoon. Hoitotahdon olemassaolo saattaa vähentää omaisten epätietoisuutta hoitoratkaisuiden teossa sekä helpottaa myös lääkäreiden työtä. Hoitotahto tehdään yleensä kirjallisesti, jonka tekijä itse allekirjoittaa. On suositeltavaa, että hoitotahdon todistaa kaksi perheeseen tai lähisukuun kuulumatonta todistajaa. Hoitotahdon voi ilmaista myös suullisesti, jolloin se pitää kirjata sairauskertomukseen. Mahdollisuuksien mukaan siihen pyydetään myös potilaan allekirjoitus oikeellisuuden todistamiseksi. Hoitotahdon voimassaoloajasta ei ole selkeää ohjetta. Hoitotahdon tekijän olisi hyvä tarkistaa sisältö säännöllisin väliajoin. Tarkistamispäivämäärä on hyvä kirjata ylös. Hoitotahdon tekijä voi koska tahansa peruuttaa oman hoitotahtonsa tai muuttaa sen sisältöä. Jos hoitotahdossa potilas on ilmaissut kieltäytymisensä aktiivisesta hoidosta, on se terveydenhuollon ammattihenkilöä sitova, ellei ole syytä epäillä, että potilaan tahto olisi muuttunut hoitotahdon laatimisen jälkeen. (Halila & Mustajoki 2015.)

2.2 Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätös on päätös saattohoitoon siirtymisestä. Ennen saattohoitopäätöksen tekoa pidetään hoitoneuvottelu, johon osallistuvat lääkäri ja potilas, sekä potilaan luvalla hänen läheisiään tai muita hoitoon osallistuneita. Hoitoneuvottelussa keskustellaan potilaan sairaudesta ja hoidonlinjauksesta, sekä kuunnellaan potilaan ja omaisten toiveita hoitoon liittyen. Saattohoitopäätöstä tehtäessä potilaan tulee olla tietoinen edellytyksistä ja seuraamuksista. Potilaalla tulee olla mahdollisuus osallistua päätöksentekoon koskien omaa hoitoaan. Päätöstä tehtäessä tulee kunnioittaa potilaan asemaa ja oikeuksia koskevaa lainsäädäntöä (785/1992). Potilasta hoitava lääkäri tekee saattohoitopäätöksen potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen sekä kuunnellen potilaan ja omaisten toiveita elämän loppuvaiheen hoidosta. Liian myöhään tehty saattohoitopäätös haittaa potilaan oireiden lievityksen sekä itsemääräämisoikeuden toteutumista. Myös potilaan ja hänen omaistensa valmistautuminen lähestyvään kuolemaan vaikeutuu. (Grönlund & Huhtinen 2011, 78; Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 23–25.)

Saattohoitopäätös sisältää DNR-päätöksen (do not resuscitate, ei elvytetä), jonka tekee potilaan hoitava lääkäri. Päätös tarkoittaa, että potilaan verenkiertoa ja hengitystä ei yritetä elvyttää sydämen tai hengityksen toiminnan heiketessä. Se ei kuitenkaan ole este esimerkiksi kirurgisille toimenpiteille, jos niillä voidaan helpottaa potilaan oireita tai parantaa elämänlaatua. Päätös tehdään lääketieteellisten ja inhimillis-eettisten näkökulmien pohjalta. DNR-päätöstä tehtäessä on potilaan ja omaisten kokonaistilannetta pohdittava tarkoin. Päätöstä tehtäessä keskustellaan potilaan ja omaisten kanssa ja heille kerrotaan päätöksentekoon johtaneet syyt. Potilaan omaa tahtoa tulee kunnioittaa, potilaalla voi esimerkiksi olla hoitotahto, jossa hän itse kieltää elvyttämisen. Lääkäri kirjaa päätöksen sairauskertomukseen, ja kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien tulisi olla päätöksestä tietoisia. (Ikola 2014; Järvimäki, Matila, Yli-Olli & Rahko 2013.)

2.3 Saattohoitopotilaan hoito

Saattohoitopotilaan hyvä hoito on kokonaisvaltaista hoitoa, jonka lähtökohtina ovat potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen, arvokkuus, yksityisyys, kunnioittaminen sekä potilaan oikeus rauhalliseen kuolemaan (Sand 2003, 167).

Saattohoitopotilaan kokonaistilannetta ei tulisi tarkastella pelkästään fyysisestä näkökulmasta vaan myös sosiaalisen, henkisen ja hengellisen hyvinvoinnin näkökulmasta. Saattohoitopotilaan tavallisimpiin oireisiin kuuluvat uupumus, heikkous, kipu, laihtuminen, hengenahdistus, ummetus, yskä ja masennus. Elämän loppuvaiheessa hoidon tulisi olla kokonaisvaltaista, esimerkiksi oireita lievittävä lääkehoito on vain osa saattohoitopotilaan hoitoa. Ongelmana hyvän hoidon toteutumisessa voi olla potilaan liiallinen hoitaminen tai se, ettei hänen kärsimystään huomioida tarpeeksi. Erilaisia tutkimuksia ei enää saattohoidossa tarvita. Ne saattavat aiheuttaa potilaalle enemmän haittaa kuin hyötyä. Saattohoitopotilaan hyvä hoito koostuu hyvästä perushoidosta ja oireiden hoidosta. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 41; Hänninen & Pajunen 2006, 111–114.)

Saattohoidossa on tärkeää, että huolehditaan hyvästä perushoidosta. Se tarkoittaa ravinnon saantia, hygieniasta huolehtimista, lääkkeiden antamista sekä eritystoiminnasta huolehtimista. Painehaavojen ehkäiseminen on tärkeää asentohoidolla sekä hygieniasta huolehtimalla. Vuodepotilaille syntyy helposti ihorikkoja ja haavaumia, siksi asentohoito ja ihon kosteudesta huolehtiminen on tärkeää. Saattohoidossa suonensisäinen nesteytys on harvinaista. On suotavaa, että potilas juo itse niin kauan kuin kykenee. Kun potilas ei enää itse kykene juomaan, suuta kostutetaan pienellä vesimäärällä, jolloin estetään suun kuivuminen. Suun kuivuminen voi aiheuttaa potilaalle kipua, jota voidaan helpottaa kylmillä juomilla tai jääpalojen imeskelyllä. Potilaalle tarjotaan hänelle mieluisia ruokia sen verran, kuin potilas jaksaa syödä. Saattohoidossa ei yleensä ole syytä antaa ravintoa suonensisäisesti eikä nenä-mahaletkulla. Oireita helpottavia toimenpiteitä saatetaan tehdä, esimerkiksi poistaa nestettä keuhkopussista hengityksen helpottamiseksi. Antibioottihoitoa käytetään harkiten vain oireiden lievitykseen. Sädehoitoa ja sytostaatteja voidaan myös käyttää oireiden lievitykseen, esimerkiksi luustokipuun. Saattohoitopotilaiden pahoinvointi liittyy yleensä annettuihin lääkkeisiin tai ummetukseen. Lääkkeillä voidaan helpottaa pahoinvointia, jos sen aiheuttajaa ei voida poistaa. Vahvat kipulääkkeet aiheuttavat ummetusta, siksi olisi tärkeää käyttää ulostetta pehmentäviä lääkkeitä. Liiallinen ummetuslääkkeiden käyttö voi aiheuttaa ripulia. (Hänninen 2012.)

Saattohoitopotilaan hengenahdistus yleensä lisääntyy, kun sairaus etenee ja kuolema lähestyy. Muutokset hengityksessä ovat yleensä merkkejä jäljellä olevan elinajan lyhyydestä. Saattohoitopotilaan hengenahdistuksen hoidon perustana on potilaan yleisvointi.

Yleisimpiä syitä hengenahdistukseen voivat olla sydämen vajaatoiminta, pelko tai syöpään liittyvät tekijät. Hengenahdistusta voi tarvittaessa helpottaa sädehoidolla ja solunsalpaajahoidolla, jos potilaan vointi sen sallii. Hapen antamisesta saattohoitopotilaalle ei ole selkeää näyttöä. Useinkaan hengenahdistus ei johdu hapen puutteesta. Jos happea annetaan potilaalle, suositellaan happiviiksien käyttöä maskin sijaan. Maskin käyttö saattaa aiheuttaa tukehtumisen pelkoa. Saattohoitopotilaan hengenahdistuksen hoidossa tärkein lääkeryhmä on opioidit, esimerkiksi morfiini vähentää herkkyyttä hiilidioksidille ja rauhoittaa hengitystiheyttä. Lääkkeettömiä hengenahdistuksen hoitomenetelmiä ovat potilaan rauhoittelu ja asentohoito. Päiviä tai tunteja ennen kuolemaa potilaalle saattaa kertyä limaa ja sylkeä, joita hän ei kykene yskimään tai nielemään. Lima aiheuttaa nielussa ja hengitysteissä hengityksen mukana äänen eli limarohinan, ”death rattle”. Limarohinan ääni saattaa olla voimakas ja sen vuoksi huolestuttaa omaisia. Usein potilas on jo tajuton, eikä lima yleensä vaikeuta hänen hengitystään. Limaa voidaan imeä imukatetrilla, lähinnä suun ja ylänielun alueelta. (Hänninen 2003, 132–147.)

2.4 Saattohoitopotilaan tukeminen

Saattohoitopotilaan psyykkisiä oireita ovat muun muassa masennus, ahdistuneisuus, unettomuus ja delirium. Jos potilas ei pysty psyykkisesti sisäistämään lähestyvää kuolemaa, hän saattaa joutua paniikkiin tai vaipua masennukseen. Potilaan tietoisuus lähestyvästä kuolemasta herättää ahdistusta ja pelkoa, joka aiheuttaa myös kärsimystä. Kuoleman lähestyessä suru sekä perheestä ja muista läheisistä luopuminen aiheuttaa psyykkistä kärsimystä. Kärsimyksen lievittäminen on osa saattohoitoa. Kärsimystä voidaan lievittää keskustelemalla, hyvällä hoidolla ja joskus jopa lääkkeillä. Potilaalla on oikeus surra, mutta joskus surua on vaikea erottaa masennuksesta. Potilaalle on hyvä tarjota ammattihenkilön antamaa tukea. Unettomuus voi aiheuttaa psyykkisinä oireina päiväaikaista uneliaisuutta, mielialan laskua tai toimintakyvyn heikkenemistä. Psyykkiset oireet saattavat muuttaa potilaan persoonaa saattohoidon aikana. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 59; Käypä hoito -suositukset 2012.)

Hoitajan hyvät kommunikointitaidot ovat tärkeitä saattohoidossa. On tärkeää oppia huomaamaan potilaan hienovaraiset vihjeet, milloin hän haluaa keskustella mieltä askarruttavista asioista. Joskus on vaikea tietää, haluaako potilas edes keskustella

kuolemasta. Potilas saattaa kokea epäkunnioittavana, jos hoitaja ottaa kuoleman puheeksi, ilman että potilas itse ottaa asian puheeksi. Toisinaan vain potilaan vierellä hiljaa istuminen on tukea antavan kommunikaation muoto. Olisi tärkeää rohkaista potilasta puhumaan hänen toiveistaan elämän loppuvaiheen hoidosta. Jos potilaan tila yllättäen heikkenee, eikä hän ole kykeneväinen keskustelemaan, olisi hyvä tietää hänen omat toiveensa. Huonosti toimiva kommunikaatio hoitohenkilökunnan sekä potilaan ja omaisten välillä voi olla syy siihen, miksi potilas tai omaiset valittavat huonosta hoidosta. (Jeffrey 2006, 28–29, 46.)

Saattohoitopotilaan psyykkiseen tukemiseen kuuluu yksilöllisyyden arvostaminen ja potilaan toiveiden huomioiminen. Potilaan turvallisuuden ja läheisyyden tarpeet tulisi huomioida saattohoidossa. Psykkinen ja fyysinen tukeminen ovat yhteyksissä toisiinsa. Psykkinen tuki vaikuttaa psyykkisen voinnin lisäksi myös potilaan fyysiseen oloon. Potilaan masennus ja ahdistus voivat tulla ilmi psyykkisten oireiden lisäksi fyysisinä oireina, kuten unettomuutena tai kipuina. Potilaan psyykkisiä oireita voidaan helpottaa keskustelulla ja läsnäololla, sekä tarpeen mukaan myös lääkehoidolla. (Ridanpää 2006.)

Sairauden vaikutukset saattohoitopotilaan sosiaaliseen elämään riippuvat muun muassa potilaan iästä ja voinnista. Yleensä ihmissuhteet vähenevät sairauden myötä, mutta perheen ja muiden läheisten tärkeys korostuu. Jos potilas pystyy suhtautumaan omaan tilanteeseensa rauhallisesti ja kykenee ilmaisemaan tunteitaan avoimesti, on muiden ympärillä olevien helpompi olla läsnä ja tukena. Saattohoitopotilas saattaa eristäytyä muusta maailmasta suojellakseen itseään ja läheisiään. Eristäytymisen seurauksena potilas voi olla yksinäinen ja ikävystynyt. Potilas saattaa tahallisesti ottaa etäisyyttä läheisistään muun muassa jättämällä kertomatta voinnistaan tai tunteistaan, koska potilas voi esimerkiksi kokea olevansa läheisilleen vain taakkana. Ystävien merkitys korostuu varsinkin silloin, kun potilaalla ei ole omaa perhettä. Hoitohenkilökunnan olisi tärkeä huomioida perheettömät potilaat ja tukea heitä tavallista enemmän. Muiden ihmisten kannustava ja ymmärtävä suhtautuminen tukee potilaan selviytymistä. Kun potilas on huonossa kunnossa, hän ei välttämättä jaksa seurustella ihmisten kanssa samalla lailla kuin normaalisti, vaan nauttii yksinolosta. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 160–166.)

Uskonnollinen vakaumus saattaa tehdä elämästä luopumisen helpommaksi. Voi olla helpompi kuolla, jos on jotain, mitä odottaa. Kuolemassa on ahdistavinta se, että kaikki mitä on ja on ollut, loppuu. Kun potilas on kyllästynyt sairastamiseen, voi kuolema olla hänelle

helpotus. Usein potilas kuitenkin haluaisi saada elämänsä takaisin sellaisena kuin se oli ennen sairastumista. Saattohoitopotilaalle voidaan antaa sielunhoitoa, jonka tavoitteena on hengellisiin, uskonnollisiin ja henkisiin kysymyksiin vastaaminen. Kysymykset kuolemasta, sairauden tarkoituksesta sekä siitä, onko potilas saanut sairauden Jumalan rangaistuksena, vaativat pysähtymistä ja aikaa. Keskustelukumppanina voi olla esimerkiksi sairaalapappi, omainen tai hoitaja. Lähestyvä kuolema voi saada potilaan ajattelemaan elämän varrella tekemiään valintoja, virheitä ja syntejä. Kysymykset siitä, voiko syntejä enää saada anteeksi, voivat tuntua hyvin ahdistavilta. Ajatus iänkaikkisesta elämästä on toivon hengellinen ulottuvuus. Toivo merkitsee uskoa siihen, että elämä jatkuu vielä kuoleman jälkeen sekä toivoa jälleennäkemisestä jo kuolleiden läheisten kanssa. Sielunhoidossa kohdataan kuoleva potilas, joka kamppailee toivon ja epätoivon välillä. Hänen asenteensa lähestyvää kuolemaa kohtaan saattaa vaihdella kuoleman hyväksymisen ja siihen alistumisen välillä. Saattohoitopotilaalta ei saa koskaan ottaa pois hänen toivoaan. Kuoleman lähestyessäkään ei saa viedä potilaan mahdollista toivoa paranemisesta, vaan ajatuksille ja toiveille paranemisesta on annettava tilaa. Se ei kuitenkaan tarkoita sitä, että paranemisen toivetta ylläpidetään keinotekoisesti silloinkin, kun potilas on hyväksynyt lähestyvän kuoleman. (Aalto 2013, 39–51; Vainio & Hietanen 2004, 260.)

Jokaisen hoitajan tehtäviin kuuluu myös hengellinen hoito. Potilaan tulee voida luottaa siihen, että hoitaja voi lukea hänelle psalmin tai rukouksen. Potilaalle annettavaa hengellistä hoitoa on, että mahdollistetaan uskonnon harjoittaminen, esimerkiksi annetaan tilaisuus kuunnella jumalanpalvelus radiosta. Hengellistä hoitoa on myös potilaan uskonnollisuuden kunnioittaminen. Hengelliseen hoitoon kuuluu, ettei ketään vastoin tahtoaan pakoteta olemaan mukana uskonnollisissa tilaisuuksissa. (Aalto & Gothóni 2009, 16; Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 199.)

Saattohoitopotilaan ennakoiva suru on sitä, että potilas valmistautuu tulevaan ja siihen, mitä ei voi välttää. Ennakoiva suru on muun muassa luopumista oman ruumiin hallinnasta, tärkeistä ihmisistä ja tulevaisuuden suunnitelmista. Siihen kuuluu myös oman elämän läpikäyminen ja sopuun pääseminen elämän keskeneräisten asioiden kanssa. (Aalto 2013, 75; Grönlund & Huhtinen 2011, 146.)

Oma potilashuone on saattohoidossa tärkeää. Oma huone tuo potilaalle yksityisyyttä, mukavuutta, arvokkuutta ja parantaa potilaan nukkumista ja unen laatua. Oma huone voi

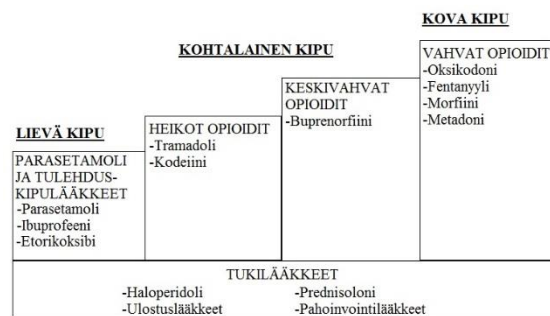
vähentää myös potilaan ahdistuneisuutta. Vuorovaikutus omaisten ja muiden vierailijoiden kanssa on parempaa omassa potilashuoneessa. Oma potilashuone vaikuttaa myös suotuisasti myös hoitoon, perushoidon aikana tulee vähemmän keskeytyksiä ja se vähentää myös hoitovirheiden mahdollisuutta. Hoitohenkilökunta voi kohdata saattohoitopotilaan tämän omassa huoneessa henkilökohtaisemmin kuin jaetussa huoneessa. Potilaalla tulisi olla mahdollisuus säilyttää huoneessaan omia tavaroita tai esineitä. Omat tavarat tai esineet vaikuttavat positiivisesti potilaan fyysiseen ja emotionaaliseen hyvinvointiin. Lisäksi ne voivat tuoda potilaalle turvallisuuden tunnetta. Potilashuoneessa tulisi olla kello, jonka potilas myös itse näkee. Tärkeää potilaan mielialalle olisi, että hänellä on näköyhteys huoneesta ulos. Huoneen tulisi olla sopivan kokoinen, jotta siellä olisi tilaa myös potilaan omaisille ja vierailijoille. (Brereton ym. 2012.)

2.5 Saattohoitopotilaan kivunhoito

Saattohoitopotilaan yksi yleisin oire on kipu. Potilaan kipua voidaan lievittää eri tavoin (KUVIO 1). Saattohoitopotilaan kivun hoidon ongelmana on yleensä se, että on vaikea arvioida kivun luonnetta. Kivun säännöllinen arviointi esimerkiksi VAS-mittarilla sekä kivun kirjaaminen ovat hyvän kivunhoidon perusedellytykset. Parasetamoli on peruslääke lievään kipuun, ja vaihtoehtoisesti voidaan käyttää tulehduskipulääkkeitä huomioiden niiden haittavaikutukset. Opioidit ovat tehokkaita kivun hoidossa. Saattohoidossa opioideja käytetään vaikeaan tai keskivaikeaan syöpäkivun hoitoon. Opioideja voidaan antaa suun kautta tabletteina tai nestemäisenä. On olemassa myös kipulaastareita ja poikkeustapauksissa ruiskeita. Tulehduskipulääkkeen tai parasetamolien yhdistäminen opioideihin voi auttaa kipuun tehokkaammin kuin opioidi yksinään. Syöpäpotilaille voidaan käyttää sädehoitoa luustopesäkkeiden aiheuttaman kivun lievitykseen. Potilaan kipua voidaan lievittää myös kirurgisin toimenpitein, esimerkiksi stenttaamalla eli putkittamalla. Kirurgisessa toimenpiteessä voidaan asettaa stentti esimerkiksi ruokatorveen, joka laajentaa ruokatorvea ja helpottaa ruuan kulkua. Kivun lääkkeettömiä hoitomuotoja ovat muun muassa fysioterapia sekä lämpö- ja kylmähoidot. (Grönlund & Huhtinen 2011; Käypä hoito -suositukset 2012.)

Yksi kivunhoitomenetelmä on kipupumppu (PCA = Patient Controlled Analgesia), joka automaattisesti pumppaa kipulääkettä potilaan suoneen tai ihon alle. Kipupumppuun

ohjelmoidaan potilaalle yksilöllinen kivunhoito-ohjelma. Annostelijaan säädetään etukäteen kipulääkkeen vuorokausi- ja/tai tuntiannos, lisäannokset sekä niiden ylärajat. Kipupumpussa käytetään pääsääntöisesti opioideja, kuten morfiinia, fentanylia ja oksikodonia. Yleensä kipupumppua käytetään silloin, kun potilas ei enää kykene ottamaan kipulääkkeitä suun kautta esimerkiksi tajunnantason laskun tai runsaan pahoinvoinnin vuoksi. Potilaalle opetetaan, miten kipupumppua käytetään. Potilas voi itse antaa lisäannoksen tarpeen mukaan. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010; Vuorinen 2015.)



KUVIO 1. WHO:n suosittelema porrastettu kivunhoitomalli (mukailien Terveysportti 2013)

Saattohoitopotilaan kivunhoidossa on todettu puutteita. Syynä saattaa olla se, että potilaan tila on nopeasti huonontunut ja oikeaa lääkitystä ja annostusta on vielä haettu. Oikeaa lääkitystä tai annosta ei välttämättä heti löydy, ja aluksi hyvä kivunhoito saattaa ajan kuluessa menettää tehoaan. Puutteita on huomattu myös siinä, ettei saattohoitopotilaan kivun voimakkuutta ole kysytty tai kipua ei ole mitattu eikä seurattu. Hyvä kivunhoito vaatii aktiivista seuranta ja mittamista. Tarvittaessa kivunhoidon hoitolinjaa tulee muuttaa. Lähtökohtana kivunhoidolle tulee olla potilaan oma arvio kivun voimakkuudesta. (Valvira 2012.)

Saattohoitopotilas voi kärsiä hallitsemattomista kivuista sekä muista fyysisistä ja henkisistä oireista, jotka tekevät potilaan olosta sietämättömän. Palliatiivisella sedaatiolla tarkoitetaan tällaisten sietämättömien oireiden lievittämistä rauhoittamalla potilas lääkkeiden avulla tai heikentämällä potilaan tajunnantaso muulla hoidolla. Palliatiivisen sedaation tarkoitus ei missään nimessä ole kuoleman jouduttaminen, vaan saattohoitopotilaan sietämättömien oireiden helpottaminen. Ennen sedaation aloittamista varmistetaan, että kaikki muut keinot on jo kokeiltu. Päätös palliatiivisesta sedaatiosta tulisi tehdä yhteisymmärryksessä potilaan

sekä hänen omaistensa kanssa. Potilaan oireiden vaikeus määrittelee, sedatoidaanko potilas väliaikaisesti vai viimeisiin elinpäiviinsä saakka. Sedaatio voi olla jatkuvaa tai jaksottaista, esimerkiksi potilas sedatoidaan vain yön ajaksi. Palliatiivisessa sedaatiossa potilaan spontaani hengitys säilyy. Sedaation aikana potilaan vointia seurataan tarkoin, mutta palliatiivinen sedaatio ei kuitenkaan vaadi monitoriseurantaa. (Hänninen 2007.)

Yliahon (2014) opinnäytetyössä tulee ilmi, että sairaanhoitajien näkökulmasta saattohoitopotilaan kipua on vaikea erottaa henkisestä hädästä. Sairaanhoitajien mielestä kipua oli vaikea arvioida, jos potilas ei enää ollut kykenevä puhumaan. Kivun ennakoiminen koetaan tärkeäksi, jotta kipua voitaisiin ikään kuin ennaltaehkäistä. Kipulääkityksen tulisi olla potilaalle yksilöllisesti sopiva, ettei esimerkiksi lääkitystä liikaa tai liian vähän.

2.6 Ammattitaitoinen hoito

Eettiset ohjeet ilmaisevat sairaanhoitajien työn periaatteita ja tukevat sairaanhoitajien eettistä päätöksentekoa. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet koskevat muun muassa sairaanhoitajan vuorovaikutusta potilaan kanssa sekä ammattitaitoa. Sairaanhoitajan ammattitaitoon kuuluu toimintaa koskevien sääntöjen ja suositusten hallinta. Ammattitaitoon kuuluu myös empaattisuus, ystävällisyys, vastuullisuus, vuorovaikutusvalmiudet, huolenpito, kohtaamis- ja auttamisvalmiudet sekä kyky toimia potilaan asianajajana. Sairaanhoitajan täytyy olla itse vastuussa harjoittamastaan hoitotyöstä sekä pystyä arvioimaan omaa ja muiden pätevyyttä hoitotyössä. Jokaisen sairaanhoitajan ammattitaitoon kuuluu myös oman ammattitaidon ylläpitäminen ja sen kehittäminen. Sairaanhoitaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja kunnioittaa sekä potilaan että omaisen ihmisarvoa. Potilaan itsemääräämisoikeutta, arvoja ja vakaumusta tulee aina kunnioittaa. Ammattitaitoon kuuluu, että hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja yksilöllisen hoidontarpeen mukaan, riippumatta potilaan kulttuurista, vakaumuksesta, iästä, sukupuolesta, terveysongelmasta, sukupuolisesta suuntautuneisuudesta tai yhteiskunnallisesta asemasta. Ammatillinen kohtaaminen rakentuu sairaanhoitajan koulutuksen ja työkokemuksen avulla. Kuolema on aina läsnä hoitotyössä, mutta saattohoito on potilaan tietoista kuolemaan saattamista. Saattohoidossa tavoitellaan potilaalle hyvää, inhimillistä kuolemaa. Kuolema on myös henkilökohtainen asia. Kuolema koskettaa

sairaanhoitajaa niin yksityishenkilönä kuin ammattiroolissa. (Grönlund ym. 2008; Puttonen 2015; Surakka, Lehtipuu-Vuokola & Häihälä 2008, 19.)

Potilaslähtöisen saattohoidon lähtökohtana on, että hoitohenkilökunta oppii tuntemaan potilaan ja hänen omaisensa. Yksilöllinen hoito ei ole itsestäänselvyys, vaan sen eteen on tehtävä töitä tutustuen potilaan sairaushistoriaan, omaisiin, toiveisiin, voimavaroihin ja odotuksiin. Pitkään saattohoitotyötä tehneillä on kehittynyt kyky havaita potilaan ja omaisten mielialaa ja todellista olotilaa. Pitkälle kehittyntä ammattitaitoa on tunnistaa perheen tilanne ja taitoa lähteä keskustellen avaamaan potilaan ja omaisten mielessä olevia kysymyksiä. Ammattitaito kehittyy työtä tekemällä saattohoitopotilaan ja hänen omaisten parissa. Siihen liittyy myös, että hoitajan pitää osata tutkia myös itseään ja omia reaktioitaan saattohoidossa. (Anttonen 2008, 16.)

3 OMAISTEN HUOMIOIMINEN SAATTOHOIDOSSA

Saattohoitopotilas määrittelee hänelle itselleen tärkeät ihmiset, joihin hänellä on läheisimmät välit, ja nämä ihmiset ovat potilaan elämässä läsnä myös sairauden ja saattohoidon aikana. Sana omainen voi olla potilaalle vieras, se ei kerro kenestä on kyse ja kuinka tärkeä ihminen on kyseessä. Esimerkiksi potilas ei itse puhuttele lastaan omaisena, se on hänen tytär tai poikansa. Perheet ovat erilaisia, minkä vuoksi on tärkeää selvittää, ketä saattohoitopotilaan omaisiin kuuluu. Kaikkien perheenjäsenet eivät välttämättä ole potilaalle tärkeitä eivätkä he ole läsnä sairauden aikana. Omaiset ovat saattohoitopotilaalle tärkeä tuki ja voimavara saattohoidon aikana. (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 30–32.)

Omaiset ovat tarkkoja havainnoimaan saattohoidon laatua. Joissain tapauksissa he voivat jopa toimia potilaan asianajajana. Vaikka omaisen kertomaa arviota saattohoidon laadusta ei voida pitää yhtenäisenä potilaan kanssa, ovat omaisen havainnot tärkeitä. Omaisen rooli saattohoidossa saattaa olla kaksipuolinen; hän saa itse tukea omaan prosessiin ja samalla hän havainnoi saattohoitopotilaan saamaa hoitoa. Menettämisen tuska saattaa heijastua hoitohenkilökunnan kriittisenä arvosteluna. (Anttonen 2008, 16.)

Jokainen omainen kokee menetyksen omalla tavallaan. Suuri osa ei halua edes ajatella menettävänsä koskaan läheisiään. Kun omainen tajuaa olevansa tilanteessa, jossa on menettämässä läheisen, on ensimmäisenä reaktiona yleensä shokki ja epäusko tilanteesta. Tiedon välittäminen muun muassa auttaa omaisia ymmärtämään potilasta ja hänen sairauttaan. Omaisille tiedottaminen mahdollistaa heidän osallistumisensa potilaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Tiedontarve on yksilöllistä, jotkut omaiset haluavat yksityiskohtaista informaatiota potilaan tilanteesta, osalle riittää pääpiirteittäinen informaatio kokonaistilanteesta. Hoitajien kiire tai esimerkiksi hoitajien väsymys omaisten kysymyksiin vaikeuttavat tiedonkulkua. Omaisten toistuvan informoimisen tärkeyttä ei voida korostaa liikaa, sillä omaisten kyky vastaanottaa tietoa potilaan tilasta sairauden loppuvaiheilla voi vaihdella paljon. Tieto helpottaa ymmärtämään tilannetta. Omaiset saattavat ottaa selvää internetistä tai kirjallisuudesta kaiken mahdollisen tiedon potilaan sairauteen liittyen. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 228–230; Grönlund & Huhtinen 2011, 140–141; Kinghorn & Gaines 2007, 127–128.)

Erilaiset reaktiot, kuten järkytys, kieltäminen, viha, syyllisyys ja ahdistus voivat olla osa omaisten surua. On myös mahdollista, että he etäännyvät potilaasta, koska eivät osaa tai pelkäävät kohdata potilaan. Omaiset saattavat kaivata omaa rauhaa selvittääkseen ajatuksiaan ja tunteitaan saattohoitotilanteessa. Omaisten merkitys ja tukeminen kuuluvat osana hyvään saattohoitoon. Tavoitteena on parantaa omaisten elämänlaatua ja työkykyä sekä auttaa surutyössä sekä mahdollisissa syyllisydentunteissa. Omaisten saaminen mukaan saattohoitoprosessiin on suuri apu hoitohenkilökunnalle. Saattohoitoon osallistuvat omaiset saavat mahdollisuuden syventää potilaan kanssa keskinäistä suhdettaan loppuun asti. Omaisia tulisi auttaa keskustelemaan avoimesti saattohoitopotilaan kanssa tilanteesta joka sillä hetkellä on, ja mihin se lopulta päättyy. Tärkeää on, että omaiset säilyttävät tunteen siitä, että he ovat korvaamattomia ja tärkeitä saattohoitopotilaalle. Omaisten huomioonottaminen tarkoittaa sitä, että heidät huomataan, heitä tervehditään, kysytään kuulumisia ja pysähdytään keskustelemaan. Heille pyritään löytämään omat voimavarat ja vahvuudet, jotka auttavat heitä eteenpäin saattohoidon aikana. (Surakka ym. 2008, 18–19.)

Tieto parantumattomasta sairaudesta voi olla suuri sokki omaisille. Myös saattohoitoon siirtyminen voi olla heille suuri järkytys. Omaiset ovat tärkeässä roolissa saattohoidossa, ja heidän huomioimisensa ja tukemisensa on tärkeää. On tärkeää antaa riittävästi aikaa omaisille ja muistuttaa heitä, että hoitohenkilökunta on myös heidän käytettävissään. Keskustelutilanteiden tulisi olla kiireettömiä ja keskustelun olisi hyvä tapahtua rauhallisessa tilassa. Omaisia tulisi informoida osaston päiväjärjestyksestä, yöpymismahdollisuuksista, vierailuajoista, sekä sairaalan erikoistyöntekijöistä, esimerkiksi tukihenkilöiden, teologien ja sosiaalihoitajien palveluista. Potilashuoneeseen on yleensä mahdollisuus järjestää omaisille tilaa ja tarjota heille mahdollisuus yöpyä potilaan lähellä. Potilasta koskeville kysymyksille tulisi antaa tilaa. Omaisille olisi hyvä antaa tietoa niin suullisesti kuin kirjallisesti. Heidänkin jaksamisestaan on tärkeä huolehtia. On välillä hyvä muistuttaa heitä syömään ja nukkumaan. On tärkeää, että omaisen voi hyvin. Pyritään siihen, että omaista ei jätetä yksin, ellei hän itse sitä halua. Kun saattohoitopotilaan tila heikkenee äkillisesti, omaiset kokevat sen stressaavimpana ja pelottavimpana hetkenä peläten sitä pahinta, eli kuolemaa. Omaiset saattavat pelätä, millainen kuolinhetki tulee olemaan, kuinka paljon aikaa on enää jäljellä ja miten he selviävät läheisensä menetyksestä. Kuoleman jälkeen annetaan omaisille tilaisuus jättää rauhassa jäähyväiset. Omaisille voi tarjota tilaisuutta osallistua vainajan laittoon sekä heiltä voidaan kysyä mielipiteitä, esimerkiksi haluavatko

he, että vainajan kasvot peitetään lakanalla. (Hänninen, Autio, Hamunen, Hoikkanen, Korhonen, Laakkonen, Saarto, Savolainen & Tohmo 2009; Kinghorn & Gaines 2007, 138.)

Kaustisen ja Lintisen (2006, 42–49.) opinnäytetyön tutkimustuloksista tuli ilmi, että omaiset toivoisivat, että hoitohenkilökunta tulisi oma-aloitteisemmin kertomaan potilaan voinnista ja hoidosta. Omaiset kokivat itsensä tervetulleiksi osastolle katsomaan läheistään. He olivat saaneet olla mukana potilaan hoidossa ja myös heidän toiveitaan oli kuunneltu. Tarpeen mukaan oli myös järjestetty ruokailu- ja yöpymismahdollisuus. Omaisille olisi tärkeää kertoa kuoleman lähestymisen merkeistä, jotta heidän olisi helpompi suhtautua ja valmistautua lähestyvään kuolemaan ja sen mukana tuleviin oireisiin. Kuoleman jälkeen on tärkeä huolehtia, että läheisensä menettänyt omainen saisi kirjallista ja suullista ohjausta asioiden etenemisestä. Omaisista tulisi rohkaista puhumaan saattohoitoon liittyvistä asioista, etteivät asiat jää vaivaamaan mieltä jälkeensä.

Sairaalan kodikas ja puhdas ympäristö on myös omaisille tärkeää. Omaiset saattavat arvostaa yksityisyyttä tai omaa potilashuonetta enemmän kuin potilas itse. Oma huone luo suotuisamman ympäristön omaisten ja potilaan keskinäiselle vuorovaikutukselle ja luottamuksellisille keskusteluille. Omaisten ja potilaan yksityisyyden tukeminen on tärkeää heidän iästään huolimatta. Oma huone tuo myös omaisille mukavuutta ja mahdollistaa yöpymisen potilaan vierellä. Myös omaiset saattavat kokea häiritsevänä ympäristön häiriötekijät, kuten television äänet, hoitajien puheen, muiden potilaiden äänet ja soittokellojen hälytysäänet. (Brereton ym. 2012.)

3.1 Omaisten tukeminen saattohoidossa

Emotionaalinen tuki edistää omaisen sopeutumista saattohoitotilanteeseen. Omainen saattaa joutua olemaan oman ahdistuksensa ja surunsa ohella myös muiden perheenjäsenten sekä potilaan tukena. Osa omaisista pitää tärkeänä emotionaalisen tuen saamista omalta sosiaaliselta verkostoltaan, osa taas tarvitsee tukea myös potilasta hoitavalta henkilökunnalta. Hoitohenkilökunnan on tärkeä osata tunnistaa omaisen emotionaalisen tuen tarve, sillä kaikilla ei ole tukevaa sosiaalista verkostoa, jonka puoleen kääntyä kriisitilanteissa. Hoitohenkilökunnan antamaa emotionaalista tukea on omaisten rohkaiseminen kohtaamaan ja purkamaan erilaisia tunteita. Eri-ikäisten omaisten

auttamisessa saattohoitotilanteessa korostuu hoitohenkilökunnan, esimerkiksi hoitajan läsnäolo. Olemalla läsnä ja surevan omaisen käytettävissä hoitaja voi auttaa tätä luopumisessa. Kaikki omaiset eivät ole halukkaita keskustelemaan omista tunteistaan, joten on tärkeää, että hoitaja rohkaisee omaisia tuomaan tunteensa esiin. Omaiset saattavat pelätä rajuja tunteitaan ja samalla miettiä, miten muut ympärillä suhtautuvat heidän tunteisiinsa. Turvallisen keskusteluilmapiirin luominen on myös emotionaalista tukemista. Omaisia pitäisi opastaa käyttämään myös muiden tahojen antamaa tukea. Tukea voi saada esimerkiksi perheneuvolasta, mielenterveystoimistosta ja sosiaalitoimesta. Apua antavat myös erilaiset kriisityötä tekevät tahot ja syöpäjärjestöt. Syöpäjärjestöjen vapaaehtoiset voivat auttaa omaista käytännön asioissa sekä olla seurana. Tukihenkilö voi auttaa myös tarjoamalla mahdollisuuden lepotaukoon tai olla omaiselle keskustelukumppanina. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 230–232; Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 129–130; Kymenlaakson Syöpäyhdistys 2015; Surakka ym. 2008, 20.)

Omainen voi tuntea pelkän kohdatuksi tulemisen erittäin tärkeäksi. Omaisen kohtaaminen ja hoitajien ystävällisyys voi antaa paljon voimia. He haluavat kokea, että ovat tervetulleita saattohoitopotilaan luokse. On tärkeää huomata heidän tulonsa, tervehtiä sekä keskustella heidän kanssaan. Pieni ele, esimerkiksi kuulumisten kysyminen voi ilahduttaa omaista murheen keskellä. (Surakka ym. 2015, 31.)

Saattohoidossa on tärkeää kartoittaa erilaista tukea tarvitsevat perheet, esimerkiksi taloudellista tukea tarvitsevat. Joskus perheet peittelevät vaikeita olosuhteitaan häpeän tai toisten vaivaamisen vuoksi. Tunnuksmerkkejä voivat olla esimerkiksi yksinäisyys, tukiverkoston puuttuminen ja tunteiden tukahduttaminen. Perheet, joissa on alaikäisiä lapsia, saattavat tarvita erityistä apua. Jos omaisina on lapsia tai nuoria, heihin pitäisi ottaa kontaktia ja seurata heidän tilannettaan. Lapsilta ja nuorilta pitäisi kysyä kuulumisia, keskustella ja vastata heidän kysymyksiin, sillä lapset ovat usein kiinnostuneita kuolemasta. Tarpeen vaatiessa hoitajat voivat tarjota lapsille syliä tai lämmintä kainaloa, koska fyysinen läheisyys voi tuoda lapselle lohtua ja turvallisuuden tunnetta. (Surakka ym. 2008, 19–20.)

Hengellisen tuen tarpeeseen liittyvät kysymykset elämän tarkoituksesta. Jotkut omaiset haluavat keskustella hoitohenkilökunnan kanssa elämän tarkoituksesta, uskon asioista sekä toivon ylläpitämisestä. Usko toimii voimavarana vaikeissa tilanteissa. Omaista voi tukea hengellisesti myös rukoilemalla heidän kanssaan. Omaisille voidaan ehdottaa tapaamisia ja

keskustelija sairaalapastorin kanssa. Hengellistä tukea pitäisi pystyä antamaan uskontokunnasta riippumatta. Hengellisiä asioita tulisi käsitellä omaisen tarpeiden mukaisesti, kaikki eivät välttämättä tarvitse hengellistä tukea. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 232; Erjanti, Anttonen, Grönlund & Kiuru 2014, 32–24.)

Hakalan, Järvisen ja Lahtisen (2008) opinnäytetyössä selvitettiin omaisten saamaa tukea saattohoidon aikana. Omaiset saivat tiedollista, emotionaalista ja hengellistä tukea. Suurin osa omaisista koki saavansa tietoa läheisestään hyvin ja tiedon saamista pidettiin hyvin tärkeänä. Tietoa annettiin monipuolisesti potilaan sairauden tilasta, loppuvaiheen hoidosta ja potilaan poismenon jälkeen tapahtuvista järjestelyistä. Omaisten saama tieto oli ymmärrettävää ja selkeää. Emotionaalinen tuki koostui läheisyydestä, vuorovaikutuksesta, empatiasta ja omaisten kunnioittamisesta. Omaiset olivat kiitollisia siitä, että hoitajat olivat kiinnostuneita heidän voinnistaan ja heillä oli mahdollisuus jutella hoitajien kanssa. Lisäksi hyvänä koettiin se, että omaisille osattiin tarvittaessa antaa omaa tilaa. Hoitajat antoivat konkreettista tukea omaisille halaamalla tai koskettamalla olkapäähän. Omaisille oli tärkeää se, kuinka heidän läheistään hoidettiin. He kokivat, että potilas otettiin yksilönä huomioon kokonaisvaltaisesti. Vain muutama omaisen sai hengellistä tukea saattohoidon aikana. Hoitohenkilökunnan antama hengellinen tuki koostui lähinnä musiikin kuuntelusta ja osa koki tarpeellisenä puhua hengellisistä asioista papin tai diakonin kanssa. Omaiset toivoivat henkilökunnan ottavan selvää hengellisistä tarpeista paremmin. Hengellistä tukea saaneet olivat tyytyväisiä saamaansa tukeen. Suurin osa omaisista ei osannut pyytää henkilökunnalta hengellistä tukea.

Omaista voidaan tukea osoittamalla hänelle myötätuntoa halaamalla tai koskettamalla hänen kättään tai olkapäätään. On tärkeää kuitenkin muistaa omaisen intimiteetti ja sen mahdolliset rajat, esimerkiksi miehet eivät välttämättä halua yhtä paljon läheisyyttä kuin naiset. Tukea ja myötätuntoa voi osoittaa hyvinkin pienillä asioilla, kuten paperinenäliinan tarjoamisella ja läsnäololla. Omaisten tuen tarve on hyvin yksilöllistä, jotkut kokevat tukevana sen, että heidän läheisensä saa hyvää hoitoa. Kaikki omaiset eivät odota edes saavansa tukea hoitohenkilökunnalta. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 133–134; Surakka ym. 2015, 32.)

3.2 Omaisen suru

Kuolema merkitsee potilaan omaisille voimakkaita tunnekokemuksia, surua ja luopumista jo ennen kuolemaa. Omaisen sopeutuminen vaikeaan ja ennen kokemattomaan asiaan vaatii psyykkisiä ponnisteluja ja paljon voimavaroja. Joskus menettämisen pelko voi olla niin voimakasta, ettei tilannetta uskalla edes ajatella kunnolla. Jokainen kokee surun ja menetyksen omalla tavallaan. Suru voi näyttäytyä voimakkaina tunnetiloina saattohoidon eri vaiheissa. Suru voi sisältää syyllisyyden tunteita, kiitollisuutta ja kaipuuta. Omaisen suruun vaikuttavat muun muassa saattohoitopotilaan ja surevan omaisen suhde, ikä, aikaisemmat surukokemukset, tukiverkosto, sekä mielen tasapaino ja psyykkinen terveys. Ennakoivaa suru on, että uskaltaa varhaisessa vaiheessa tiedostaa läheisen parantumattoman sairauden ja kuoleamisen lähitulevaisuudessa. Tilanteen tiedostamisen jälkeen surutyö voi alkaa. Tutkimuksissa on selvitetty, että kun on valmistautunut ennalta läheisen ihmisen väistämättömään kuolemaan ja kun on miettinyt, millaista elämä tulee olemaan ilman häntä, menetyksestä selviytyy paremmin. Vaikka omaisen on sopeutunut ajatukseen läheisen kuolemasta, tilanteen hyväksyminen ja sisäistäminen kuluttaa fyysisiä ja henkisiä voimavaroja. (Grönlund & Huhtinen 2011, 140–146; Pelkonen & Rosilainen 2011.)

Surusta ei ole oikotietä, oma suru on uskallettava kohdata. Toinen ihminen voi auttaa surevaa eteenpäin myötätunnollaan ja lämmöllään sekä kuuntelemalla surevaa. Saattohoidossa suru ulottuu kahteen suuntaan, menneeseen ja tulevaan. Kun vuosien jälkeen surevalta kysytään, mikä on auttanut suruun, he usein vastaavat, että vain aika on auttanut. Surevan on uskallettava luottaa siihen, että tulee päivä, jolloin alkaa tuntua toisenlaiselta. Ensimmäinen suruvuosi on yleensä raskain, koska silloin käydään läpi juhla- ja merkkipäivät, joihin liittyy muistoja kuolleesta läheisestä. Läheisensä menettänyt sureva voi olla lapsi, lapsensa menettänyt keski-ikäinen, oman vanhempansa menettänyt tai leskeksi jäänyt. Suruun vaikuttaa ihmissuhteen merkitys, ja sureva voi tuntea syyllisyyttä esimerkiksi puhumatta jääneistä asioista. (Aalto 2013, 74–77.)

Kukaan ei voi sanoa toiselle, miten tulisi surra. Jokainen tarvitsee aikaa siihen, että ymmärtää, mitä todellisuudessa on tapahtunut. Suremiselle ei ole kaavaa eikä määriteltyä kestoja. Läheisen menetyksen jälkeen suru on läsnä läpi elämän, mutta ajan kuluessa surun intensiivisyys vähenee. Välillä omaisen selviää surusta yksin ja välillä hän tarvitsee kanssakulkijan, jonka kanssa jakaa surua. Omaisat saattavat olla eri vaiheissa surun

käsittelyssä. Joku omaisista saattaa vaikuttaa tunteettomalta, kun toinen ilmaisee suruaan itkien. Joillakin omaisilla suru saattaa ilmetä fyysisinä oireina, esimerkiksi hengenahdistuksena, vilunväristyksinä tai sydänoireina. Omainen saattaa myös pelätä sairastuvansa itse, minkä vuoksi on tärkeää kertoa, että surun fyysiset oireet ovat täysin normaaleja. Surun läheisyydessä sanat tuntuvat menettävän merkityksensä. Läheisensä menettäneet ovat kertoneet jopa tuttujen ihmisten välttelevän surevaa, ettei heidän tarvitse kohdata ahdistavaa tilannetta. (Kiiltomäki & Muma 2007, 81; Vainio & Hietanen 2004, 273; Ylikarjula 2008, 97–102.)

Potilaan kuoleman jälkeen selvittämättömät asiat voivat muuttua ongelmiksi. Joskus sureva omainen ei kykene tekemään töitä tai toimimaan omassa elämässään menetyksen jälkeen. Osa haluaa menetyksestä huolimatta suoriutua normaalista arjesta omien voimiensa rajoilla. Rakkaan ihmisen menetykselle ei ole lohtua. Surevalla on lupa itkeä, huutaa ja kapinoida. On lupa tarvita toisen ihmisen läsnäoloa, kosketusta, aikaa, hiljaisuutta ja syliä. Joskus voi riittää toisen katse kertomaan, että hän ymmärtää. Hoitohenkilökunta voi yrittää rohkaista omaisia käsittelemään yhdessä kuolemaa ja siihen liittyvää surua. Aina se ei ole mahdollista, koska jokaisella perheellä on erilainen tapa käsitellä asioita. Ammattilaisilta voidaan kysyä apua asioiden käsittelyyn, jotta omaiset ymmärtäisivät, kuinka tärkeää on kuolemasta puhua. Hoitohenkilökunnalta odotetaan taitoa ja tietoa kuunnella omaisen surua ja vastata heidän tarpeisiin. Hoitohenkilökunnan on tärkeää olla selvillä yhteiskunnassa saatavilla olevista ja seurakuntien tarjoamista tukipalveluista, joista on mahdollista hakea apua. (Aalto 2013, 81–82; Grönlund & Huhtinen 2011, 141–158.)

4 HOITOPOLKU

Saattohoitopotilaan hoitopolku lähtee liikkeelle siitä, että tunnistetaan potilas, joka on parantumattomasti sairas. Aina selvitetään potilaan mahdollisen hoitotahdon olemassaolo, sillä hoitotahdossa voi olla potilaan itse määrittelemänä hänen haluamansa elämän loppuvaiheen hoito. Parantumattomasti sairaan potilaan kanssa keskustellaan hänen sairautensa ennusteesta, hoidoista ja potilaan toiveista omaan hoitoon liittyen. Ennen saattohoitopäätöksen tekoa tulisi pitää saattohoitoneuvottelu, johon osallistuvat potilaan lisäksi hänen omaisensa tai läheisensä, lääkäri ja hoitaja. Saattohoitoneuvotteluun voi tarpeen mukaan osallistua myös muita terveydenhuollon ammattilaisia, jotka ovat osallistuneet potilaan hoitoon. Neuvottelun yhteydessä tehdään mahdollisesti saattohoitopäätös potilaan kanssa yhteisymmärryksessä. Kun potilaalle tehdään saattohoitopäätös, siinä yhteydessä tehdään potilaalle myös hoitosuunnitelma, jossa päätetään hoitolinjoista sekä saattohoitopaikasta. Saattohoitopaikkaa suunniteltaessa käytetään apuna maakunnan saattohoitoresurssien kartoitusta. Jos potilas siirtyy Kokkolan terveyskeskukseen tai kotisairaalaan, pyydetään sieltä hoitajaa tekemään esikäynti potilaan luokse ennen siirtoa. Jatkohoitopaikkaa tiedotetaan tehdystä saattohoitopäätöksestä ja hoitolinjauksista. (Halila & Mustajoki 2015; Herlevi 2010.)

Keski-Pohjanmaan keskussairaala tarjoaa kuratiivista eli parantavaa hoitoa ja jarruttavaa syöpähoitoa. Keskussairaala tarjoaa osittain myös palliativista hoitoa, kuten kirurgista hoitoa esimerkiksi stentin ja PEG-letkun laittoa ja onkologista hoitoa, esimerkiksi sytostaattihoidoita ja kipusädehoitoa. Saattohoito voidaan myös mahdollisuuksien mukaan toteuttaa keskussairaalan puolella, esimerkiksi silloin, kun potilaan siirrosta jatkohoitopaikkaan on enemmän haittaa kuin hyötyä. Kirurgian-, sisätautien-, tai onkologian poliklinikoilta tai vuodeosastoilta voidaan lähete palliativiseen tai saattohoitoon joko terveyskeskuksen palliativiselle poliklinikalle, vuodeosasto 2:lle tai kotisairaalaan. (Saukkosaari 2014.)

4.1 Palliatiivinen poliklinikka

Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä käynnisti vuonna 2010 palliatiivisen hoidon ja saattohoidon alueellisen kehittämisprojektin. Projektin päätavoitteita olivat muun muassa alueellisen saattohoito-ohjeistuksen laatiminen, hoitoketjun kuvaaminen ja palliatiivisen poliklinikan perustaminen. Palliatiivinen poliklinikka aloitti vastaanotto toimintansa Kokkolan terveyskeskuksen tiloissa tammikuussa 2011. Palliatiivinen poliklinikka toimii syöpää sairastavan hoitoketjussa omana yksikkönään perusterveydenhuollossa. Poliklinikalla työskentelevän palliatiivisen sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu potilaan fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten tarpeiden arviointi. Tarkoituksena on ylläpitää potilaan mahdollisimman hyvää toimintakykyä. Poliklinikan potilaat ovat pääsääntöisesti parantumattomasti syöpää sairastavia. Lähetepalliatiiviselle poliklinikalle tulee yleensä erikoissairaanhoidosta, mutta niitä voi tulla myös perusterveydenhuollosta. Potilas itse tai hänen läheisensä voivat ottaa yhteyttä poliklinikkaan, mutta niissä tilanteissa harkitaan erikseen, kuuluuko potilas palliatiivisen hoidon piiriin. Läheteestä tulee ilmetä potilaan diagnoosi, mitä hoitoja on annettu, nykyinen tilanne ja mitä hoitolinjauksia on tehty. Kun lähete on vastaanotettu, potilaaseen otetaan yhteyttä ja häntä informoidaan saapuneesta läheteestä sekä poliklinikan toiminnasta. Samalla sovitaan ensikäynti joko poliklinikalle, tai jos potilas ei vointinsa vuoksi pääse poliklinikalle, tekee sairaanhoitaja kotikäynnin. (Heikkinen 2014b.)

Ensimmäisellä poliklinikkakäynnillä tehdään hoitosuunnitelma yhdessä potilaan ja mahdollisesti mukana olevan omaisen kanssa. Ensikäynnille varataan riittävästi aikaa ja siinä kartoitetaan ja arvioidaan potilaan hoidon tarve, fyysiset ja psyykkiset voimavarat. Hoitaja tarkistaa potilaan lääkelistan ja kartoittaa kotiasiat, miten pärjää kotona, onko kotihoitoon apuja sekä omaisten osuuden hoidossa. Myös potilaan taloudellinen tilanne tarkistetaan; ovatko hänen sosiaaliset etuudet kunnossa, onko apuvälineitä tarpeeksi, onko tarvetta sosiaalihoitajan palveluihin. Käynnillä käydään läpi aikaisemmin tehdyt hoitolinjaukset ja kysytään hoitotahdon tai hoitotestamentin olemassaoloa. Potilaan toivomukset omasta hoidosta kirjataan ylös, kuten haluaako hän olla loppuvaiheen kotona vai vuodeosastolla. Potilaan tilanteesta riippuen valitaan hoitopaikka. Hänelle voidaan järjestää kotihoito, kotisairaanhoidon tai kotisairaalan palveluja tai hän voi siirtyä terveyskeskussairaalan vuodeosastolle. Hoitaja selvittää, miten uskonto vaikuttaa potilaan hoitoon ja tarvitseeko hän hengellistä tukea. Potilaalle kerrotaan sairaalateologin palveluista

sekä yhdistystoiminnasta. Käynnillä selvitetään myös, kuuluuko potilas Syöpäyhdistykseen ja tarvitseeko hän tukihenkilöä. Ensikäyntiin kuuluu myös tukiosastoon tutustuminen. Potilas voi halutessaan käydä tutustumassa myös saattohoituhuoneisiin. (Heikkinen 2014b; Saukkosaari 2014.)

4.2 Kotisairaala

Suomessa kotisairaalan toiminta käynnistyi 1990-luvulla ja toimintaa on muun muassa Helsingissä, Vaasassa, Kokkolassa, Porissa ja Rovaniemellä. Kotisairaalahoidon on potilaan kotona toteutettavaa sairaalatasoista hoitoa. Kotisairaalahoidon mahdollistaa parantumattomasti sairaalle potilaalle yksilöllisen ja turvallisen hoidon elämän loppuvaiheessa. Parantumattomasti sairaan potilaan hoitaminen kotiympäristössä ylläpitää hänen sosiaalisia verkostojaan sekä luontaista toimintakykyään. Kotisairaalamuoto eroaa kotisairaanhoidosta siten, että kotisairaalan potilaat ovat usein niin sairaita, että ilman kotisairaalan hoitoa he tarvitsisivat koko-aikaista vuodeosastohoitoa. Virka-aikana potilaan hoidosta vastaa lääkäri. Kotisairaanhoidon liittyy useimmiten kotona selviytymistä tukevaa kotihoitoa ja perushoitoa, joiden tarve voi jatkua jopa monia vuosia. Sen avulla voidaan toteuttaa parantumattomasti sairaan potilaan hoito kuolemaan saakka. Lääkärin tuki on ehdoton edellytys palliatiivisen hoidon onnistumiselle potilaan kotona. (Saarelma 2005.)

Kokkolan kotisairaalan toiminta on alkanut alkuvuodesta 1999. Nykyään Kokkolan kotisairaalamuoto työkentelee viisi vakituista sairaanhoitajaa. Kotisairaalamuoto ulottuu muun muassa Kokkolaan, Kälviälle, Lohtajalle ja Ullavaan. Kotisairaalamuoto tekee tiivistä yhteistyötä syöpäyhdistyksen, terveyskeskussairaalan vuodeosasto 2:n ja palliatiivisen poliklinikan kanssa. Kotisairaalamuoto toiminnalla yritetään taata parantumattomasti sairaalle potilaalle saattohoidon mahdollisuus kotona ja kaikki hoito pyritäänkin järjestämään potilaan kotiin. Kotisairaalamuoto kautta potilas saa kotiinsa sairaalasängyn ja sellaisia apuvälineitä, joita potilas tarvitsee. Potilas saa kotiin kipupumpun ja tarvittavat suonensisäiset nesteytykset, joista kotisairaalamuoto henkilökunta huolehtii. Elämän loppuvaiheessa kotisairaalamuoto hoitajat huolehtivat myös mahdollisuuksien mukaan potilaan perushoidosta. Hoitajat käyvät potilaan kotona tarpeen mukaan, tarvittaessa jopa neljä kertaa vuorokaudessa. Myös kotona toteutettu palliatiivinen sedaatio on mahdollinen. Jos potilas on pitkään ollut saattohoidossa, voivat kotihoidon työntekijät hoitaa potilasta silloin, kun potilaan tila ei vaadi sairaanhoidollista hoitoa. Kotisairaalamuoto ei ole öisin auki, mutta jos potilaan tilassa tulee yöllä muutoksia, tulee

paikalle syöpäyhdistyksen sairaanhoitaja. Jos potilas ei pysty olemaan kotona tai ei haluakaan kuolla kotona, on hänellä lupapaikka terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla, jonne potilas voi tarvittaessa siirtyä. Omaisten ohjaaminen, tukeminen ja heidän jaksamisensa huomioiminen on tärkeää. Omaiset ovat pitkälti niitä, jotka potilasta kotona hoitavat silloin, kun hoitajat eivät ole paikalla. Vuonna 2014 kotisaattohoidossa oli 10 saattohoitopotilasta. (Heikkinen 2015; Tuura 2015.)

4.3 Kokkolan terveystieteiden keskuksen vuodeosasto

Kokkolan terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla 2 on järjestetty mahdollisuus saattohoitoon, ja osastolla on kolme saattohoitoon tarkoitettua huonetta. Vuonna 2013 osastolla oli saattohoidossa 74 potilasta. Osastolle on mahdollisuus järjestää lupapaikka. Lupapaikka varataan osastosihteeriltä ja vuodepaikan on järjestettävä joko muuttamalla osastolla olevien potilaiden huoneita tai siirtämällä potilaita toisille osastoille. Jos potilaan vointi jostain syystä huononee niin, ettei kotona hoitaminen ole mahdollista, voi potilas siirtyä suoraan osastolle ilman päivystyskäyntiä. Vointiin liittyvät oireet tulisi olla syövästä johtuvia, esimerkiksi pahoinvointi, kipu tai hengenahdistus. Lupapaikka ei ole ensisijainen paikka läheisen tai omaishoitajan loman vuoksi. Vuonna 2014 palliatiivisella poliklinikalla oli 81 asiakasta, ja asiakkaista 39 oli käyttänyt osaston lupapaikkamahdollisuutta. (Heikkinen 2014a; Heikkinen 2015.)

Vuonna 2014 Kokkolan terveystieteiden keskuksessa on aloitettu järjestämään omaisten iltoja. Omaisten iltaan kutsutaan omaisia, jotka ovat menettäneet läheisensä. Omaisten ilta on pyritty järjestämään noin kolmen kuukauden välein. Tilaisuus kestää noin kaksi tuntia ja paikalle kutsutaan palliatiivisen poliklinikan, kotisairaalan ja osasto 2:lla hoidettujen potilaiden omaisia. Paikalla tilaisuudessa on Kokkolan terveystieteiden keskuksen sairaalateologi, Pohjanmaan syöpäyhdistyksen sairaanhoitaja sekä henkilökuntaa osasto 2:lta. (Heikkinen 2014a.)

4.4 Tukihenkilötoiminta

Syöpäjärjestöjen tukihenkilötoiminnan ajatuksena on antaa vertaistukea esimerkiksi syöpään sairastuneille sekä heidän omaisilleen. Tukihenkilötoiminta on hyvin tärkeä osa saattohoitopotilaan ja hänen läheistensä tukiverkosta. Syöpään sairastunut tai omainen voi keskustella tukihenkilön kanssa ajatuksistaan, ja tukihenkilö on myös läsnä, kun he tarvitsevat kuuntelijaa. Tukihenkilöinä voivat toimia henkilöt, jotka ovat itse sairastaneet syövän ja parantuneet siitä tai ovat olleet omaisen roolissa syöpää sairastavan arjessa. Tukihenkilöinä toimivat vapaaehtoiset henkilöt, jotka ovat käyneet tukihenkilö-koulutuksen. Tukihenkilöinä toimii myös sellaisia vapaaehtoisia, jotka haluavat vain tarjota apuaan syöpää sairastavalle tai omaiselle toimimalla tukihenkilönä. Tukihenkilöt ovat vaitiolovelvollisia, ja tukihenkilötoiminta tapahtuu tuettavan ehdoilla. He toimivat aina Syöpäjärjestöjen alaisuudessa ja ovat järjestöjen tukihenkilö-jäseniä. Tukihenkilöä toivovalle saattohoitopotilaalle valitaan mahdollisimman sopiva tukihenkilö juuri sen hetken tarpeeseen. Saattohoidossa tukihenkilötoiminta kestää saattohoitopotilaan kuolemaan asti ja tämän jälkeen tavataan myös omaisia. (Pohjanmaan Syöpäyhdistys ry 2013; Suomen Syöpäpotilaat Ry & Suomen Syöpäyhdistys Ry 2010.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää omaisten kokemuksia saattohoidon toteutumisesta ja omaisten saamista tuesta terveyskeskuksen vuodeosastolla.

Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa hoitohenkilökunnalle saattohoitopotilaan omaisten kokemuksista, jotta hoitohenkilökunta voisi kehittää toimintaansa.

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten saattohoito on toteutunut omaisten näkökulmasta?
2. Millaisia kokemuksia omaisilla on saamastaan tuesta saattohoidon aikana?
3. Miten saattohoidon toteutumista ja omaisten tuen saamista voitaisiin kehittää?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Saimme opinnäytetyöaiheet tammikuussa 2014. Aiheemme ei alun perin ollut aihepankista, vaan saimme sen vähän kuin vahingossa. Ensimmäinen tapaaminen työelämänyhdys henkilön kanssa oli helmikuussa. Opinnäytetyösuunnitelmamme hyväksyttiin toukokuussa. Tutkimusluvan saimme syksyllä. Kesän aikana rakensimme tietoperustaa ja suunnittelimme haastattelun runkoa.

6.1 Osallistujien valinta ja tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat saattohoitopotilaiden omaiset. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavat valitaan sillä perusteella, että he, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon. Tiedonantajien valinta on harkittua. Yleensä laadulliseen tutkimukseen osallistuvia henkilöitä on enintään muutamia kymmeniä. Aineisto on riittävää, kun uusi aineisto ei enää tuota tutkimuksen kannalta uutta tietoa. Tätä kutsutaan saturaatioksi. (Aira 2005; Tuomi & Sarajärvi 2013, 85–86.) Työelämän yhdys henkilö lähetti saatekirjeet henkilöille, joilla on tutkittavasta asiasta eniten kokemusta eli saattohoitopotilaiden omaisille. Kriteerinä oli, että omaisen läheinen on kuollut terveyskeskuksen vuodeosastolla sekä kuolemasta on kulunut aikaa vähintään yhdeksän kuukautta.

Laadullinen tutkimus on hypoteeseja eli olettamuksia luova. Se ei sovellu esimerkiksi syysuhteiden selvittämiseen. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on pyrkiä kuvaamaan, ymmärtämään ja tulkitsemaan ilmiöitä osallistujien näkökulmasta. Tutkimustulokset vastaavat kysymyksiin miten, miksi tai millainen. Laadullisessa tutkimuksessa rajoitetaan hankittavan aineiston määrää. Siksi tutkimukseen osallistujia on yleensä vähän ja heidät valitaan tarkoituksellisesti tutkimuskysymysten mukaan. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan ja tutkittavan suhde on läheinen. Laadullisia aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, havainnointi, avoin kyselylomake ja kirjalliset aineistot. (Aira 2005; Alasuutari 2011, 51.) Valitsimme kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska uskoimme, että sen avulla pystyimme tuottamaan monipuolisempaa tietoa omaisten kokemuksista saattohoidosta. Tutkimuksemme tavoitteena oli saada tietoa hoitohenkilökunnalle saattohoitopotilaan

omaisten kokemuksista, jotta hoitohenkilökunta voisi kehittää toimintaansa. Saattohoito on aiheena herkkä, joten se saattoi rajoittaa tutkimukseen osallistujien ja aineiston määrää.

6.2 Aineistonkeruumenetelmä

Saimme tutkimusluvan syksyllä 3.9.2014 (LIITE 1). Tutkimusluvan saamisen jälkeen tapasimme työelämänyhdys henkilön kanssa ja suunnitelimme saatekirjettä. Saatekirjeet saimme lähetettyä 11.9.2014 (LIITE 2).

Opinnäytetyömme aineistonkeruumenetelmänä oli haastattelu. Haastattelun etuna oli joustavuus; tarvittaessa pystyimme kysymään kysymyksen uudestaan, jos oli tarve, tai oikaista väärinkäsityksiä. Haastattelun avulla voi selvittää tutkittavien ajatuksia ja kokemuksia tutkittavasta aiheesta. Haastattelu on vaativa tiedonkeruu muoto, ja sitä edeltää asiaongelman ja tutkimusongelman pohdiskelu. Haastattelussa esiin nostettavat teemat ovat etukäteen pohdittuja ja määriteltyjä. Haastattelu on keskustelua, ja sillä on etukäteen päätetty tarkoitus. Se ei ole arkikeskustelua. On tärkeää, että haastattelun rakenne pysyy haastattelijan hallinnassa. Haastattelun etuna on, että kerättävä aineisto perustuu aidosti haastateltavan henkilön kokemuksiin. Vaarana on, että haastattelijan kokemukset johdattelevat keskustelua väärään suuntaan. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 74–77.) Valitsimme haastattelun, koska sen etuna oli, että meillä oli mahdollisuus saada monipuolisempaa tietoa omaisten kokemuksista kuin kyselylomakkeella. Haastattelun aikana oli mahdollisuus tarkentaa, jos haastateltava ei esimerkiksi ymmärtänyt kysymystä, sivuutti kysymyksen tai vahingossa jätti vastaamatta. Haastattelurungon etukäteen mietityt teemat perustuivat tutkimuskysymyksiimme.

Organisaation yhdyshenkilö lähetti saatekirjeet niille henkilöille, jotka täyttivät kriteerit eli omaisen läheinen oli kuollut terveyskeskuksen vuodeosastolla ja kuolemasta oli kulunut aikaa vähintään yhdeksän kuukautta. Saatekirjeitä lähetettiin kymmenelle henkilölle. Saatekirjeen mukana oli suostumuslomake, jossa pyydettiin suostumusta osallistua tutkimukseen (LIITE 3). Suostumuslomake piti allekirjoittaa, jos halusi osallistua tutkimukseen. Saatekirjeessä oli meidän yhteystietomme, jotta haastateltava pystyi ottamaan tarvittaessa yhteyttä, jos hänellä oli jotain kysyttävää tutkimukseen liittyen. Suostumuslomakkeen sai palauttaa postitse tai viedä suoraan osastolle suljetussa kirjekuoressa. Kirjekuorissa oli valmiiksi postimerkit. Saatekirjeiden takaisinlähetyisaika oli

syyskuun viimeiseen päivään asti. Saimme takaisin neljä suostumusta, jotka oli lähetetty osastolle ja me haimme kirjekuoret sieltä. Lokakuun alussa olimme yhteydessä haastateltaviin ja sovimme heidän kanssaan haastattelun ajankohdasta ja paikasta.

Esitestasimme haastattelurungon ulkopuolisella henkilöllä, jolla oli samankaltaisia kokemuksia ja joka pystyi konkreettisesti vastaamaan kysymyksiin. Esitestaus nauhoitettiin oikean haastattelutilanteen lavastamiseksi. Nauhoitimme esitestauksen pystyäksemme varautumaan oikeassa haastattelussa esimerkiksi nauhurin ja haastateltavan etäisyyteen, jotta puhe kuuluisi mahdollisimman selkeästi. Esitestauksen jälkeen haastattelurunkoon tehtiin pieniä muutoksia. Haastattelut ajoittuivat loka-marraskuuhun suunnitelmien mukaisesti. Haastattelut toteutettiin haastateltavien valitsemissa paikoissa, suurimmaksi osaksi heidän kodeissaan. Haastattelut nauhoitettiin, ja olimme molemmat mukana, toinen teki muistiinpanoja ja toinen haastatteli. Molemmat meistä tekivät kaksi haastattelua. Haastattelut kestivät vaihtelevasti noin 25–75 minuuttia. On eettisesti oikein, että haastateltaville kerrotaan, minkälaisia asioita haastattelussa tullaan käsittelemään (Tuomi & Sarajärvi 2013, 73). Haastateltavat olivat tutustuneet etukäteen tutkimuksessa käsiteltäviin kysymyksiin.

Joulukuun aikana litteroimme eli puhtaaksi kirjoitimme kaikki neljä haastattelua. Jaoimme haastattelujen litteroinnit niin, että molemmat litteroivat itse tekemänsä haastattelut. Litteroimme haastattelut sanasta sanaan, haastateltavan kertoman mukaan. Ainoastaan heidän mainitsemansa nimet jätimme pois anonymiteetin suojaamisen vuoksi. Puhtaaksi kirjoitettua aineistoa tuli yhteensä 27 sivua.

6.3 Aineiston analyysi

Analyysimenetelmänä oli induktiivinen sisällönanalyysi, jolla tarkoitetaan kerätyn tietoaineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvata lyhyesti ja yleistävästi tai tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille. Laadullinen informaatio on joko kuvallisessa tai verbaalisessa muodossa olevia aineistoja, muun muassa päiväkirjoja, kirjeitä, artikkeleita. Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla voidaan tehdä havaintoja dokumenteista ja analysoida niitä. Dokumenteista voidaan kerätä tietoa ja tehdä päätelmiä muista ilmiöistä. Olennaista on, että tutkimusaineistosta erotetaan

samanlaisuudet ja erilaisuudet. Prosessin vaiheet ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Induktiivisessa päättelyssä siirrytään konkreettisesta aineistosta sen käsitteelliseen kuvaukseen. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23–24.)

Aineistolähtöisessä analyysissä pyritään luomaan teorettinen kokonaisuus tutkimusaineistosta. Analyysin oletetaan olevan aineistolähtöistä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä ensimmäinen vaihe on pelkistäminen, joka tarkoittaa, että aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Lähtökohtana ovat haastateltavien ilmaisemat alkuperäiset ilmaukset. Pelkistämisen jälkeen seuraava vaihe on aineiston ryhmittely, jossa etsitään pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samoiksi luokiksi ja annetaan niille sisältöä kuvaava nimi. Kolmas analyysivaihe on aineiston abstrahointi eli yleiskäsitteen muodostamista pelkistämällä. Abstrahointivaiheessa yhdistetään saman sisältöisiä luokkia, jolloin saadaan yläluokkia. (Janhonen & Nikkonen 2001, 26–29; Tuomi & Sarajärvi 2013, 95.)

Sisällönanalyysin aloitimme helmikuussa 2015. Poimimme tutkimusaineistosta tutkimuskysymyksiin vastaavat alkuperäiset ilmaukset, minkä jälkeen kokosimme ne yhteen. Pelkistettyjä ilmauksia teimme aluksi yhdessä, mutta huomasiimme, että itsenäisesti se oli helpompaa. Jaoin aineiston tasaisesti molemmille ja teimme itsenäisesti pelkistetyt ilmaukset. Pelkistetyt ilmaukset järjestimme vielä aikajärjestykseen; saattohoitovaihe, kuoleman hetkellä ja kuoleman jälkeen, jotta ilmaukset olisivat olleet loogisessa järjestyksessä. Lopullinen versio pelkistetyistä ilmauksista tehtiin yhdessä omien versioidemme pohjalta. Pelkistetyistä ilmauksista muodostimme alaluokat yhdessä. Pääluokat muodostimme ensin itsenäisesti ja sen jälkeen katsoimme vielä yhdessä molempien versiot ja yhdessä päätimme lopulliset pääluokat. (LIITE 4.)

Tutkimustulokset kirjoitimme yhdessä huhtikuun aikana. Toukokuussa aloimme viimeistellä opinnäytetyötä. Aineistot tuhottiin, kun opinnäytetyö oli valmis ja olimme varmoja siitä, ettei tutkimusaineistoa enää tarvita. Paperiaineistot tuhottiin paperisilppurissa. Tietokoneella ja muistitikulla olevat aineistot poistettiin.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää omaisten kokemuksia saattohoidon toteutumisesta ja omaisten saamista tuesta terveyskeskuksen vuodeosastolla. Tavoitteena oli saada tietoa hoitohenkilökunnalle saattohoitopotilaan omaisten kokemuksista, jotta hoitohenkilökunta voisi kehittää toimintaansa.

7.1 Taustatiedot

Haastattelimme yhteensä neljää läheisensä menettänyttä omaista. Omaisten iät vaihtelivat 47-vuotiaasta 73-vuotiaaseen. Omaisten suhde saattohoitopotilaaseen oli muun muassa puoliso tai vanhempi. Kriteerinä oli, että omaisten läheinen oli kuollut osastolla sekä kuolemasta oli kulunut aikaa vähintään yhdeksän kuukautta. Jokaisen kohdalla läheisen menetyksestä oli kulunut noin vuosi. Haastattelut toteutettiin omaisten valitsemassa paikassa, suurimmaksi osaksi heidän omissa kodeissaan. Haastattelut kestivät noin 25–75 minuuttia.

7.1.1 Saattohoidon kesto ja tehdyt hoitolinjaukset

Haastatteluissa omaisilta kysyttiin, kuinka kauan saattohoitovaihe oli kestänyt ja millaisia hoitolinjauksia oli tehty. Saattohoidon kesto oli ollut vaihtelevasti yhdeksästä päivästä kahteen kuukauteen. Omaisilta oli kysytty suoraan mielipiteitä hoitolinjauksista ja siitä, miten toimitaan, jos potilas löydetään elottomana. Ennen saattohoitopäätöstä osalle oli tehty DNR-päätös. Omaiset eivät välttämättä olleet tietoisia aiemmin tehdyistä hoitolinjauksista. Saattohoitopotilaille oli mahdollisuus lupapaikkaan osastolle, eli heidän ei tarvinnut mennä ensiapuun, vaan he saivat mennä suoraan Kokkolan terveyskeskussairaalan vuodeosastolle 2.

Joo tehtiin tuota niinni se DNR ettei elvytetä, jos jotaki tulee.

Omaisilta kysyttiin, miksi saattohoito oli järjestetty osastolla eikä kotona. Yhtenä syynä oli, että potilas oli ollut sedatoituneena eli lääkkein rauhoitettuna. Omaiset kertoivat, että heidän

läheisensä tarvitsivat ympärivuorokautista hoitoa. Muun muassa potilaan perussairaus oli vaikuttanut siihen, miksi potilasta ei voitu hoitaa kotona. Myös potilaan huono kunto oli ollut esteenä kotona hoitamiselle, sekä se, ettei potilas itse halunnut kuolla kotona. Haastatteluista tuli ilmi, ettei kotisaattohoidon mahdollisuutta oltu edes osalta kysytty. Osasto oli koettu ensisijaiseksi hoitopaikaksi, koska kotona hoitaminen ei olisi ollut välttämättä mahdollista.

Yhden kerran varovasti sairaanhoitaja tais olla joka kysyi että olisiko antaa jotain vihiä miten hoidetaan jos löydetään elottomana, elvytetäänkö vai ei.

7.1.2 Saattohoitopotilaan hyvä hoito

Saattohoitopotilaan hyvään hoitoon vaikuttivat perushoito, kivunhoito, avun saaminen, ammattitaitoinen hoito, ilmapiiri ja tiedon antaminen. Saattohoito oli toteutunut asiallisesti. Saattohoidosta heijastui henkilökunnan asenteet ja hoidon hienotunteisuus. Hoito oli koettu moitteettomaksi. Omaisten mielestä parempaa hoitoa ei voi saada.

Fantastinen hoito.

Saattohoitopotilaan perushoidosta oli huolehdittu hyvin. Potilaan mukavuudesta ja puhtaudesta oli pidetty huolta. Potilaan suuta oli kostutettu sekä hoitohenkilökunnan että omaisten toimesta. Hoito oli ollut ammattitaitoista. Asentohoito oli toiminut hyvin, ja vuoteessa asentoa oli paranneltu lakanoiden avulla tarttumatta potilaaseen kiinni. Myös pahoinvointia oli omaisten mukaan hoidettu ihan hyvin. Potilaan ravitsemuksesta oli myös huolehdittu. Tarpeen mukaan oli aloitettu suonensisäinen nestehoito, kun juominen ja syöminen ei enää onnistunut.

Tämmönen puhtaus ja semmonen mukavuus hoidettiin mun mielestä hyvin.

Omaiset kokivat, että potilaan ei tarvinnut olla kivulias. Koettiin, että hoitajilla oli vaisto siitä, milloin potilas oli kivulias. Kivunhoitomenetelminä oli käytetty muun muassa kipulääkkeitä tabletteina ja injektioina, kipupumppua ja kipulaastareita. Niiden koettiin auttaneen potilaan kipuihin. Omaisille oli painotettu, että osastolta löytyy kipulääkkeitä eikä potilaan tarvitse kärsiä kipuja.

Kyllä heillä ilmeisesti vaisto on tullut siihen että millon potilas kärsii kivuista.

Omaisten mukaan hoitajilta sai aina apua kun tarvitsi. Kun kelloa soitti, hoitajat tulivat paikalle. Hoitajista huomasi, että heillä oli ammattimainen työote saattohoitoon ja erityisesti kokeneemmilla hoitajilla oli vaisto potilaan voinnista. Hoitajat kävivät katsomassa potilasta huoneessa, vaikka omaiset olivat olleet paikalla. Tuloksista tuli ilmi, että saattohoito oli kokonaisuudessa hoitunut niin hyvin, että ei tiedetty, miten olisi paremmin voitu hoitaa. Osastolla koettiin olevan hyvä ilmapiiri, sinne oli hyvä mennä ja ottaa yhteyttä, jos oli kysyttävää. Omaiset pidettiin hyvin ajan tasalla hoidosta. Ajantasaisen tiedon saamisen vuoksi omaisille ei tullut toivottomuuden tunnetta siitä, että onko kaikki mahdolliset hoitokeinot käytetty.

Meidät pidettiin hyvin ajan tasalla sillä lailla että ei semmosta toivottomuutta, että onkohan nyt kaikki keinot käytetty.

Tuloksista nousi esiin, että se oli koettu negatiivisena, että omainen oli joutunut neuvomaan hoitajia nukutusainetipasta, koska he eivät olleet tietoisia kyseisestä nukutushoidosta. Lääkäri oli sanonut, että nukutusaine sakkautuu, jos siihen laittaa muita lääkkeitä. Oli jäänyt mietityttämään, että jos ei itse olisi ollut paikalla, olisiko joku hoitajista laittanut vahingossa muita lääkkeitä nukutusaineen kanssa samasta tipasta.

Omaiset olivat saaneet osallistua potilaan hoitoon muun muassa suuta kostuttamalla, syöttämällä ja lääkkeitä antamalla. Kipupumpun käyttöä oli neuvottu omaisille sekä rohkaistu heitä antamaan lisäannoksia tarpeen mukaan.

Ja tuota niin neuvoi sen kipupumpun suhteen, ettei sitä tartte pelätä ja että miten siitä saa annettua lisäannoksia ja sen, että siitä ei voi antaa liikaa.

7.2 Omaisen tuen saaminen saattohoidossa

Omaiset saivat saattohoidon aikana hengellistä, konkreettista ja emotionaalista tukea. Omaiset olivat tavanneet tai keskustelleet sairaalapastorin kanssa. Sairaalapastori oli käynyt myös keskustelemassa saattohoitopotilaiden kanssa. Hengellisen tuen tarve oli yksilöllistä. Oman paikkakunnan pappia oli pyydetty käymään, mutta sitä ei saatu järjestettyä.

Sairaalapastori jäi minun kans kahestaan, niin hän tunnin verran minun kanssa keskusteli. Siitä jäi erittäin hyvä kuva, hän oli viisas ihminen.

Hoitohenkilökunta tuli omaisten vierelle, taputti olkapäälle ja keskusteli hänen kanssaan. Lääkäri halasi omaisia aina poistuessaan huoneesta. Hoitajat jäivät puhumaan, jos oli tarve. Koettiin, että tunteista puhuminen vieraalle ihmiselle oli vaikeaa ja että välillä oli ärsyttävää, kun koko ajan olisi pitänyt tuntua joltain. Omaisille oli korostettu, että saa olla surullinen ja saa purkaa ajatuksia, jos on tarve. Tuki oli ollut riittävä ja tukea oli ollut saatavilla. Sekä lääkäri että hoitajat olivat olleet heidän tukena. Myös ystäviltä saatu tuki koettiin tärkeäksi. Omaiset kokivat, että hoitohenkilökunnalta olisi saanut rajattomasti tukea, jos sitä olisi pyytänyt. Tukea ei voi kuitenkaan väkisin tyrkyttää, jos sitä ei ole pyytänyt. Lääkäri oli suhtautunut omaisiin aidosti. Lääkärin antama huomio oli tukenut omaisten jaksamista.

Lääkäri huomasi, että minä olen herkkä, niin hän sanoi, että kyllä miehetkin saa itkeä.

Emmää oo lääkäreitten kans halailemaan tottunut.

Omaisille oli tarjottu henkistä tukea. Tarpeen mukaan heille oli järjestetty psykiatrista tai psykologista apua, esimerkiksi psykiatrian poliklinikalle.

7.2.1 Omaisen huomioiminen saattohoidossa

Omaiset kokivat, että osa hoitajista huomioi heitä enemmän kuin toiset hoitajat. Esimerkiksi osa hoitajista oli huomionut omaiset tarjoamalla mahdollisuuden syödä osastolla. Lääkäri oli ottanut omaisia huomioon henkilökohtaisesti esimerkiksi kyselemällä kuulumisia. Kuulumisia kerrottiin myös oma-aloitteisesti, ennen kuin hoitohenkilökunta ehti edes kysyä. Lääkäri oli huomionut myös muut perheenjäsenet, eikä vain häntä, joka oli läsnä potilaan luona eniten. Omaisia oli kehoitettu kysymään, jos he halusivat tietää jotain potilaan tilaan liittyen. He myös kokivat, että heille kerrottiin, jos potilaan tilassa oli uusia muutoksia. Positiivisena oli koettu, että kipupumpun käyttöä oli opastettu omaisille ja rohkaistu antamaan siitä lisäannoksia tarpeen mukaan.

Mä taas saatoin jopa kertoa vähän omasta aloitteesta kuulumisia enempi nii ei tarvinnu kysellä.

Kyllä huomioitiin ja kerrottiin jos on jotain. Ja hyvin usein sanottiin, että pitää kysyä ja jos tuntuu, että haluaa jotain tietää.

Omaisille oli tarjottu yöpymismahdollisuutta osastolla. Haastatteluissa nousi esiin tilanne, jossa oli tarjottu yöpymismahdollisuutta, mutta osastolla ei ollut ainuttakaan patjaa. Hoitohenkilökunta oli kehottanut omaisia kulkemaan osastolla niin kuin he itse halusivat.

Joo saa jääjä, meillä ei oo yhtään patjaa.

Hoitajat varmistelivat usein, oliko omaisilla jotain kysyttävää potilaan tilaan liittyen. Omaisille oli sanottu suoraan ja rehellisesti, mikä oli potilaan tilanne sillä hetkellä. He olivat sitä mieltä, että saivat aina kysymyksiinsä vastauksen. Omaisat kokivat saaneensa eniten suullista tietoa. Suullisesti he olivat saaneet kaiken haluamansa tiedon. Palliatiivisen poliklinikan hoitaja oli käynyt monta kertaa heitä katsomassa osastolla ollessaan. Lääkärinkierrolla oli järjestetty aikaa kysymyksille. Koettiin, että omaiset eivät tarvinnut apua henkilökunnalta, mutta he kuitenkin kokivat, että olisivat apua saaneet, jos sitä olisivat halunneet.

Omaisten mielestä jotkut omaiset saattaisivat hyötyä siitä, että henkilökunta mainitsisi, kun on merkkejä lähestyvistä kuolemasta, esimerkiksi jos he huomaavat hengityksen olevan katkonaista. Asia pitäisi esittää hienovaraisesti omaisille, esimerkiksi että tällaisia merkkejä on lähestyvässä kuolemassa, eikä suoraan sanomalla, että kohta potilas kuolee.

7.2.2 Ammattitaitoinen hoito

Omaisten mukaan osastolla on hoitajia, jotka ovat selvästi omalla alallaan. Koettiin, että hoitajat, jotka osallistuivat potilaan hoitoon, osasivat työnsä ja tekivät sen hyvin. Hoitohenkilökunnasta myös huomaa, että saattohoito on heille enemmän kuin leipätyötä. Hoitohenkilökunnan työskentely koettiin ammattimaiseksi, ja he suhtautuivat omaisten mukaan potilaaseen lämpimästi. Omaisat kokivat, että sillä ei ole merkitystä, että hoitajat kyselivät jatkuvasti omaiselta, miten tämä voi. Koettiin, että vain potilaaseen suhtautuminen merkitsee. Myös henkilökunnan suhtautuminen potilaaseen on tärkeä tuki omaiselle.

Omaisilla ei kyseenalaistettu kertaakaan. Esiin nousi myös ajatus, ettei hoitajien tarvitse hoitaa omaisia, koska heillä on omatkin hoidettavat.

Suuri arvostus lääkärille ja henkilökunnalle.

Omaisille annettiin tilaisuus kysyä mieltä askarruttavista asioista. Koettiin, että lääkärillä ja hoitajilla ei ollut kiire. Lääkärin aika ei ollut minuuteista kiinni, eikä hän koskaan kiirehtinyt pois potilashuoneesta. Vaikka hoitajilla ei olisi ollut aikaa olla paikalla, he silti olivat läsnä eivätkä kiirehtineet pois. Hoitajat eivät näyttäneet kiirettään omaisille tai potilaille.

Hoitajilla ei koskaan ollut kiire.

Saattohoidossa potilaan ihmisarvo säilytettiin ja potilasta kunnioitettiin elämän loppuun asti. Potilaan toiveet otettiin huomioon. Tuloksista kävi ilmi, että saattohoitopotilaat eivät välttämättä suostuneet lähtemään osastolle, jos eivät saaneet omaa huonetta. Oma potilashuone oli järjestetty toiveiden mukaisesti. Omaisilla kokivat, että osastolla oli helppo olla. Korostettiin, ettei mitään negatiivista sanottavaa saattohoitoon liittyen ollut.

Mä olen oikein tyytyväinen, saattohoito meni paremmin kuin osasin ajatella.

Mahtava osasto, kaikki on ystävällisiä siellä.

7.2.3 Saattohoitopotilaan kuolema ja omaisen huomioiminen

Omaisille oli sanottu selvästi, kun kuolema oli lähellä. Kuoleman tullessa hoitajia saattoi olla paikalla. Hoitajat olivat halanneet omaisia poismenon jälkeen. Hoitajat ja lääkäri olivat ottaneet osaa. Henkilökunta oli antanut suruvalittelut kädestä pitäen. Kuoleman jälkeen hoitajat olivat korostaneet sitä, että omaisilla ei ole kiire pois potilaan viereltä. Sai olla niin kauan kuin halusi. Myös lapset olivat huomioitu kuoleman jälkeen. Hoitohenkilökunta oli sanonut, että myös lapset saavat tulla ja keskustella tapahtuneesta. Kuoleman jälkeen kaivattiin keskustelukumppania, mutta sitä ei osattu pyytää.

Henkilökunta oli kädestä pitäen läsnä.

Kuoleman jälkeen omaisille oli kerrottu, että he saavat tulla käymään tai soittaa osastolle, jos siltä tuntuu. Koettiin, että hoitohenkilökunnan tehtävänä on hoitaa saattohoito asiallisesti

ja sen jälkeen omaisten täytyy tehdä surutyö itse. Kuoleman jälkeen omaisille on järjestetty osaston tiloissa omaisten iltoja. Ehdotettiin, että tilaisuudet voisi järjestää niin, että eri elämäntilanteissa oleville olisi erilliset omaisten illat.

Tai ne sano että saa tulla käymään ja soittaa (kuoleman jälkeen), mut en tehny kumpaakaan.

7.3 Kehittämisehdotuksia

Osaston tilat nousivat esiin omaisten mielipiteissä. Omaiset pohtivat, pitäisikö tiloja olla enemmän. Saattohoitohuoneiden toivottiin olevan erillään muista osaston huoneista. Vastauksista nousi esiin, että yöllä saattohoitohuoneeseen saattoi eksyä hoitajan perässä huonomuistinen potilas. Omaiset pohdiskelivat, olisiko rauhallisempaa, jos saattohoitohuoneet olisivat kokonaan erillään vuodeosastosta.

Omaiset olivat sitä mieltä, että potilaalla pitää olla ehdottomasti oma yhden hengen huone. Saattohoitohuoneessa voisi olla omaiselle valmiiksi sänky yöpymistä varten, ettei omaisen tarvitsisi sitä erikseen pyytää.

Yhden hengen huone pitää ilman muuta olla.

Omaisten mielestä keskusteluja olisi voinut olla enemmän hoitohenkilökunnan kanssa. Omaiset pohtivat, olisiko hoitajilla ollut enemmän aikaa puhua heidän kanssaan, jos olisi ollut tarve. Toisaalta keskustelun määrään oltiin tyytyväisiä, mutta keskusteluja ei koskaan voi olla liikaa. Pientä lisää toivottiin keskusteluihin, mutta sitä ei koettu kuitenkaan välttämättömäksi.

Mutta ei se ainakaa huonoo ois ollu jos ois ollu semmonen henkilö kenen kans ois saanu keskustella.

Esille nousi se, että omaiset halusivat tarkkaa tietoa siitä, miten paljon he saavat osallistua potilaan hoitoon ja miten paljon hoitajat toivoisivat heidän osallistuvan hoitoon. Omaisille oli jäänyt myös hieman epäselväksi, minkälaista tukea heidän on mahdollista saada. Epäselväksi oli myös jäänyt, oliko soveliaista, että omaiset kulkivat paljon osastolla ja olivat paljon paikalla. He toivoivat julkisemmin esille lehtistä tai informaatiota, jossa olisi enemmän tietoa saattohoidosta ja palliativisesta hoidosta.

Aika moni ihminen ei tiä, mikä on palliatiivinen hoito.

Omaisten illoissa sanottiin olevan kehitettävää. Eri-ikäisille omaisille olisi hyvä olla omat tilaisuutensa. Esille nousi, että omaisten illoissa oli ollut paljon iäkkäämpiä henkilöitä, ja ajateltiin, että olisi parempi, jos tilaisuudet järjestettäisiin eri elämäntilanteissa oleville.

Minusta tilaisuus oli ihan hyvä, mutta se että, se vois olla vähäsen niinkö eri-ikäisten kuolleiden omaisille.

Omaisat olivat pääpiirteittäin tyytyväisiä saattohoitoon. Saattohoidon ei ajateltu siitä paranevan, vaikka hoitaja olisi potilaan ja omaisen vierellä koko ajan. He eivät osanneet sanoa, miten itse saattohoitoa voitaisiin vielä kehittää. Ei ollut mitään negatiivista sanottavaa. Saattohoito oli ollut kokonaisuudessaan positiivinen kokemus, se oli mennyt paremmin kuin oli osattu kuvitella. Pohdittiin, miten saattohoito voisi hoitua enää paremmin.

Tämä oli 100 % positiivinen ainaki minun ymmärryksen mukaan. Tämä meni paremmin kuin minä osasin kuvitellakkaa. Kaikilta osin. Ja siitä on ollu mielesä monesti, että niille henkilöille pitäis saaja kiitosta.

8 POHDINTA

Tässä osiossa pohdimme opinnäytetyötämme. Käsittelemme tuloksia ja pohdimme opinnäytetyömme luotettavuutta ja etiikkaa. Tuomme myös esiin johtopäätöksiämme ja jatkotutkimushaasteita. Lopuksi pohdimme myös oppimiskokemuksiamme.

8.1 Yhteenveto tuloksista

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää omaisten kokemuksia saattohoidon toteutumisesta ja omaisten saamasta tuesta terveyskeskuksen vuodeosastolla. Tavoitteena oli saada tietoa hoitohenkilökunnalle saattohoitopotilaan omaisten kokemuksista, jotta hoitohenkilökunta voisi kehittää toimintaansa. Opinnäytetyömme tutkimustuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää osaston ja hoitohenkilökunnan toiminnan kehittämiseksi.

Saattohoidon keskeisiä eettisiä periaatteita ovat saattohoitopotilaan hyvä hoito, oikeudenmukaisuus ja ihmisarvon kunnioittaminen. Saattohoitopotilaan hoito on kokonaisvaltaista hoitoa, joka sisältää potilaan oireiden lievityksen sekä potilaan ja omaisten tukemisen. (Aalto 2013, 11–12.) Tutkimustuloksistamme nousi esiin, että saattohoidossa kunnioitettiin potilaan ihmisarvoa. Omaiset kokivat, että saattohoitopotilas sai hyvää hoitoa. Tuloksiamme mukaan sekä omaiset että potilas saivat tukea saattohoidon aikana.

Saattohoitopotilaan kivunhoitoon kuuluvat kivun ennaltaehkäisy, tunnistaminen sekä hoito. Kivunhoidossa korostuu säännöllisyys, riittävyys ja ennaltaehkäisevyys. (Ridanpää 2006.) Omaiset kokivat, että hoitajille oli kehittynyt vaisto potilaan kivusta, vaikka potilas ei välttämättä ilmaissut kipuaan. Potilaiden ei tarvinnut kärsiä kipuja saattohoidon aikana. Kivunhoidossa oli käytetty erilaisia menetelmiä tableteista palliatiiviseen sedaatioon.

Potilaan fyysiseen huolenpitoon kuuluu muun muassa hengitysoireiden helpottaminen, hygieniasta huolehtiminen, ihon- ja suunhoito, ravinnon saannin huolehtiminen sekä asentohoidon toteuttaminen. Perushoidolla voidaan helpottaa saattohoitopotilaan henkistä ja fyysistä jaksamista. (Ridanpää 2006.) Tutkimustulosten mukaan perushoito oli toteutunut hyvin. Saattohoitopotilaan hygieniasta ja puhtaudesta oli huolehdittu. Asentohoitoa oli

toteutettu ammattimaisesti siirtolakanoiden avulla tarttumatta potilaaseen kiinni. Potilaan hengitysoireita oli helpotettu myös asentohoidon avulla.

Hoitohenkilökunnan tehtävänä on antaa saattohoitopotilaalle ja hänen omaisilleen kaikki mahdollinen käytettävissä oleva hoidollinen ja lääketieteellinen apu ja tuki saattohoidon aikana (Sand 2003, 107). Saattohoito koettiin onnistuneeksi. Omaiset kokivat saaneensa apua aina, kun olivat tarvinneet. Hoitohenkilökunnalla oli ollut ammattimainen työote, ja he suhtautuivat saattohoitopotilaaseen lämpimästi. Pelkosen ja Rosilaisen (2011) mukaan omaiset arvostavat osastolta saatavaa tukea ja yhteydenoton mahdollisuutta. Tämä luo turvallisuuden tunnetta omaiselle edetä kohti muuttunutta elämäntilannetta. Tuloksistamme ilmeni, sekä lääkäri että hoitajat olivat olleet omaisten tukena. Omaiset kokivat, että he olivat saaneet riittävästi, niin emotionaalista kuin konkreettistakin tukea. Hakalan, Järvisen ja Lahtisen (2008) opinnäytetyön tuloksista tulee ilmi, että omaiset kokevat hyväksi sen, että omaisten voinnista ollaan kiinnostuneita ja hoitajien kanssa on mahdollisuus keskustella. Omaiset tarvitsevat riittävästi keskusteluaikaa. Kuolemaan liittyvien asioiden käsittelyn tulisi tapahtua omaisen toiveiden mukaisesti (Erjanti ym. 2014, 32). Tutkimustulostemme mukaan omaiset olivat tyytyväisiä keskusteluiden määrään, mutta kokivat kuitenkin, että keskusteluja olisi voinut olla vieläkin enemmän.

Tiedon antaminen saattohoitopotilaan tilasta on myös tukemista. Tiedon tulisi olla rehellistä ja hoitajalähtöistä. Tiedollisen tuen puutteellisuuden syynä saattaa olla, ettei omaisen ole uskaltanut lähestyä hoitohenkilökuntaa. (Erjanti ym. 2014, 32.) Tieto saattohoitopotilaan tilasta saattaa helpottaa omaisten kokemuksia saattohoitotilanteessa. Hoitohenkilökunnan tulisi selvittää hoitoon liittyviä kysymyksiä hoitoneuvotteluissa sekä vastata tarvittaessa omaisten kysymyksiin. (Grönlund & Huhtinen 2011.) Hoitohenkilökunta oli pitänyt omaiset hyvin ajan tasalla saattohoitopotilaan tilasta. Omaiset olivat saaneet suullisesti kaiken haluamansa tiedon ja saattohoitopotilaan tilasta oli kerrottu rehellisesti. Omaiset kokivat, että he saivat kysymyksiinsä aina vastauksen ja heiltä varmisteltiin, oliko heillä muuta kysyttävää.

Saattohoitopotilaalle on tärkeää, että hoitohenkilökunta ei näytä kiirettään. Potilas haluaa tuntea, että hoitohenkilökunta välittää hänestä sekä hänen omaisistaan. (Erjanti ym. 2014, 33.) Omaiset kokivat, että lääkärillä ei koskaan ollut kiire pois huoneesta eikä hänen aikansa ollut minuuteista kiinni. Hoitajat eivät koskaan näyttäneet kiirettään, vaikka heillä kiire olisi

ollutkin. Kaustisen ja Lintisen (2006) opinnäytetyön tuloksista oli käynyt ilmi, että hoitajien kiire näkyi selvästi saattohoidossa. Heidän tuloksiansa mukaan omaiset kokivat saattohoitopotilaan hoidon viivästyneen kiireen vuoksi ja odottaminen aiheutti pahaa mieltä. Jos omainen kokee hoitajat kiireisiksi, voi se olla este ilmaista omaisen omia tarpeita henkilökunnalle (Anttonen 2008, 16). Todella positiivisena tuloksistamme siis nousee esiin, että osastolla kiire ei vaikuta näkyvästi hoitoon.

Omaisille oli selkeästi kerrottu, kun kuolema oli lähellä. Hoitohenkilökunta oli omaisten tukena niin kuolemaa ennen kuin kuoleman jälkeenkin. Omaiset huomioitiin ottamalla osaa ja annettiin suruvalitteluja kädestä pitäen. Omaiset kokivat hyvänä sen, että myös lapset huomioitiin kuoleman jälkeen. Omaisille annettiin aikaa ja mahdollisuus keskustella. Lisäksi kerrottiin, että osastolla saa tulla käymään tai soittaa, jos haluaa. Ridanpään (2006) mukaan omaisille tarjotaan kuoleman jälkeen kuuntelu- ja keskusteluapua.

Kuoleman jälkeen omaisille voidaan tarjota vertaistukea ryhmätoiminnan kautta. Ryhmän tuki voi auttaa surusta selviytymistä. Omaisen voi jakaa kokemuksiaan, tunteitaan ja muistojaan puhumalla muiden samassa tilanteessa olevien kanssa. (Ridanpää 2006.) Saattohoitopotilaan kuoleman jälkeen omaisilla on mahdollisuus osallistua omaisten iltaan. Omaisten illat herättivät erilaisia mielipiteitä. Toivottiin, että eri-ikäisille ja eri elämäntilanteessa oleville omaisille olisi mahdollista järjestää omat tilaisuudet.

8.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyömme perusteella voidaan todeta, että saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla oli toteutunut omaisten näkökulmasta hyvin. Saattohoitopotilaan perushoidosta ja kivunhoidosta huolehdittiin hyvin. Hoitohenkilökunta osastolla on ammattitaitoista. Vuodeosastolla vallitsee kiireetön ja miellyttävä ilmapiiri, ja sinne on helppo tulla ja olla läsnä. Omaiset saivat osallistua saattohoitopotilaan hoitoon. Saattohoito toteutettiin vuodeosastolla, koska koettiin, ettei kotisaattohoitoon ollut mahdollisuutta.

Tulosten perusteella omaisten saama tuki oli ollut riittävää ja tukea oli ollut saatavilla. Saattohoidon aikana omaiset ovat saaneet konkreettista, hengellistä ja emotionaalista tukea. Omaisten tukena olivat olleet sekä hoitajat että lääkäri. Omaiset saivat rehellistä ja

ajantasaista tietoa potilaan tilasta ja heille annettiin mahdollisuus kysyä, jos oli jotain kysyttävää. Tuloksista nousi esille, että hoitohenkilökunnan lämmin suhtautuminen potilaaseen on tärkeä tuki omaiselle.

Tutkimuksen mukaan potilaan saattohoidossa itsessään ei koettu olevan kehitettävää. Kehitettävää koettiin olevan vuodeosaston tiloissa. Omaiset halusivat konkreettisesti tietoa, paljonko saattohoitopotilaan hoitoon saa osallistua. Kehittämisajatuksena ehdotettiin ohjelehtistä, joka olisi enemmän esillä ja jossa olisi monipuolisesti tietoa saattohoidosta. Kehitettävää koettiin olevan myös omaisten iltojen järjestämisessä.

Jatkotutkimuksena ehdotamme tutkimusta, jossa keskitytään vielä tarkemmin potilaan saattohoitoon ja sen toteutumiseen. Kaustinen ja Lintinen (2006) ovat tehneet opinnäytetyön saattohoitopotilaan hoidosta omaisen näkökulmasta terveystieteiden vuodeosastolla. Olisi mielenkiintoista, jos samantapainen tutkimus tehtäisiin uudestaan, niin nähtäisiin, miten saattohoitopotilaan hoito on kehittynyt.

Opinnäytetyön tuloksien myötä heräsi mielenkiinto kotisaattohoitoon liittyvästä tutkimuksesta. Olisi mielenkiintoista tietää, miten kotisaattohoito konkreettisesti järjestetään Kokkolan alueella ja minkälaisia kokemuksia kotisaattohoidosta on.

Suunnitteilla on tulevaisuudessa rakentaa uusi terveystieteiden keskus Kokkolaan. Sinne voisi kehittää saattohoituhuoneiden sijaintia, mutta herää kysymys, onko eettisesti oikein eristää saattohoitopotilaat muista potilaista? Uuden terveystieteiden keskuksen myötä voisi tehdä uuden tutkimuksen, jossa voitaisiin tutkia paraneeko tai muuttuuko saattohoito uusien tilojen myötä.

8.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja etiikka

Laadullisen tutkimuksen tutkimustuloksia ei voida suoraan yleistää. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimusmenetelmien ja analyysien tarkka kuvaus. Tutkimustulosten uskottavuuteen vaikuttaa se, miten tutkimustulokset selittävät tarkasteltua ilmiötä ja ovatko aikaisemmat tutkimukset aiheesta antaneet samankaltaisia tuloksia. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun ja

analyysiin sekä tulosten esittämiseen. Tutkijan tulee osoittaa luotettavasti yhteys aineistonsa ja tulostensa välillä. (Aira & Seppä 2010; Janhonen & Nikkonen 2001, 39–40.) Teimme sisällönanalyysin huolellisesti ja pyrimme kuvailemaan analyysin vaiheet mahdollisimman tarkasti ja tiiviisti. Teimme myös esimerkin yhdestä analyysin vaiheesta (LIITE 4).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereissä korostetaan tutkimuksen ja tutkimustulosten uskottavuutta ja sen osoittamista. Luotettavuuden arvioinnissa on keskeistä tulosten vahvistettavuus, jonka ideana on kuvata esimerkiksi analyysin perustana olevan aineiston avulla, miten tutkija on päätenyt tuloksiinsa. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimustulosten siirrettävyys merkitsee lähinnä sitä, että tutkijan on annettava riittävästi kuvailevaa tietoa, jotta lukija voi itse arvioida tutkimustulosten siirrettävyyttä toisiin tilanteisiin. (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003.) Tutkimustulostemme mukaan saturaatio täyttyi, vastauksista alkoi tulla esiin samankaltaisia kokemuksia. Emme tosin tiedä, minkälaista aineistoa olisi tullut, jos haastateltavia olisi ollut enemmän. Olisiko saturaatio jäänyt täyttymättä?

Tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden, luotettavuuden sekä tulosten uskottavuuden perustana on, että tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Siihen kuuluvat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkijan tulee kunnioittaa muiden tutkijoiden tekemää työtä, esimerkiksi toisen työn esittäminen omanaan on plagiointia eli luvaton lainaamista. Laadullisen tutkimuksen tärkeitä eettisiä periaatteita ovat luottamuksellisuus, tutkittavien vapaaehtoisuus ja anonymiteetti eli henkilöllisyyden suojaaminen. On tärkeää, että tutkija ei tutkimuksellaan vahingoita tutkittavaa. (Janhonen & Nikkonen 2001, 39; Tuomi & Sarajärvi 2013, 132–133; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimukseen osallistujien anonymiteetti on pysynyt suojassa opinnäytetyön tekemisen ajan. Me emme tiedä, kenelle kaikille saatekirjeet on aikoinaan lähetetty. Työelämän yhdyshenkilö lähetti saatekirjeet valintakriteerien perusteella, ei henkilökohtaisin perustein. Lähettämässämme saatekirjeessä kerroimme, minkälaisia asioita haastattelussa tullaan käsittelemään. Korostimme haastateltavien vapaaehtoisuutta saatekirjeessä, haastateltavilla oli mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta. Takaisin saapuneet neljä kirjekuorta lähetettiin suoraan palliatiiviselle poliklinikalle, josta me noudimme ne. Kirjeet olivat avaamattomia, joten meidän lisäksemme kukaan muu ei tiedä, ketä tutkimukseen osallistui. Pohdimme,

jääkö tutkimuksemme ulkopuolelle omaisia, joilla olisi ollut täysin erilaisia kokemuksia. Olisimmeko me voineet vaikuttaa saatekirjeen avulla osallistujien määrään?

Tutkimuksen eettisen perustan muodostavat ihmisoikeudet. Tutkittavilla on oikeus tietää ennen tutkimukseen osallistumista sen tavoitteet ja menetelmät. Saatekirjeessä pitää tulla ilmi, mitä tutkimuksessa tutkitaan. Tutkittavilla on mahdollisuus keskeyttää haastattelu milloin tahansa tai kieltäytyä vastaamasta kysymyksiin. Tutkijoiden tulisi kiinnittää erityistä huomiota siihen, että tutkimuksella ei loukata tai vahingoiteta tutkittavaa. Tutkijoiden tulee olla vastuuntuntoisia ja noudattaa tutkimukseen liittyviä sopimuksia. Tutkimustietojen tulee olla luottamuksellisia, eikä niitä luovuteta ulkopuolisille eikä tietoja käytetä muuhun kuin sovittuun tarkoitukseen. Tutkimusaineistoa säilytetään yhdessä paikassa, eikä niitä siirretä sieltä pois. Aineistot tuhoetaan silloin, kun tutkimustulokset on analysoitu, ja ne tuhoetaan paperisilppurilla. (Janhonen & Nikkonen 2001; Kylmä ym. 2003; Tuomi & Sarajärvi 2013, 130–132.)

Olemme noudattaneet omassa työssämme hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Tutkimustuloksemme ovat rehellisiä, niitä ei ole vääristelty millään tavalla, emmekä ole luvatta lainanneet toisten töitä, esimerkiksi puhtaaksi kirjoitimme haastattelut sanasta sanaan niin, miten haastateltava oli sanonut. Ainoastaan haastateltavien mainitsevat nimet jätimme kirjoittamatta. Korostimme, että tutkimustiedot ovat luottamuksellisia ja ne tuhoetaan opinnäytetyön valmistuttua. Kunnioitimme haastateltavia sekä sovittuja asioita ja aikatauluja. Olemme säilyttäneet tutkimusaineistoa luotettavalla tavalla. Vastauskirjeitä sekä muistitikulla olevia haastattelun nauhoituksia ja litterointeja säilytimme lukollisessa lippaassa. Nauhoitukset ja litteroinnit olivat myös erillisessä kansiossa tietokoneella, johon ei päässyt käsiksi kukaan muu kuin tietokoneen omistaja. Aineistoon ei kuitenkaan ole kukaan muu kuin tutkimuksen tekijät päässeet käsiksi.

8.5 Oppimiskokemukset

Opinnäytetyön tekeminen on herättänyt positiivisia ja negatiivisia ajatuksia. Prosessin aikana olemme kokeneet onnistumisen tunnetta ja olemme huomanneet, että olemme oppineet uusia asioita. Opinnäytetyö on antanut meille valmiuksia jatko-opiskeluja ajatellen, opettanut tutkimuksen tekemistä, tiedon hakemista sekä yhteistyötä. Kuitenkin on ollut niitä

stressaavia päiviä, jolloin on tuntunut, että mistään ei tule mitään, mutta kertaakaan emme ole luovuttaneet opinnäytetyön suhteen. Opinnäytetyön myötä olemme oppineet ajattelemaan saattohoitoa kokonaisuutena. Vaikka saattohoitopotilaan ajatellaan olevan aina se huomion keskipiste, pitäisi muistaa huomioida potilaan ympärillä olevat omaiset.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyön tekeminen on ollut raskaampaa kuin kuvittelimme. On ollut ajoittain haastavaa löytää yhteistä aikaa opinnäytetyön tekemiselle muun elämän ja töiden ohella. Sen vuoksi olemme tehneet ajoittain itsenäisesti opinnäytetyötä eteenpäin. Epävarmuutemme ja kokemattomuutemme on vaikuttanut opinnäytetyön tekemisen aikana ja tuntuu, että olemme tarvinneet aika paljon tukea ohjaavalta opettajalta. Varsinkin analyysivaihe oli todella haastava, papereita tuli pyöriteltyä moneen otteeseen saamatta yhtään mitään aikaan. Analyysivaihe vei paljon enemmän aikaa kuin osasimme odottaa. Sen vuoksi myös opinnäytetyön aikataulu viivästyi, eikä työmme valmistunut silloin, kun olimme suunnitelleet.

Olemme molemmat tarkastelleet tämän opinnäytetyön myötä omia työskentelytapoja sairaanhoitajina. Koemme, että olemme saaneet työn myötä konkreettista tietoa, jota pystymme tulevaisuudessa käyttämään omassa työssämme. Olemme löytäneet uusia piirteitä myös itsestämme ja toisistamme.

LÄHTEET

- Aalto, K. 2013. Saattohoito kuolevan tukena. Viro: Painopaikka Tallinna Raamatutrukikoda.
- Aalto, K. & Gothóni, R. 2009. Ihmisen lähellä. Hengellisyys hoitotyössä. Lahti: Painopaikka Esa Print Oy.
- Aira, M. 2005. Laadullisen tutkimuksen arviointi. Duodecim. Pdf-tiedosto. Saatavilla: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94977.pdf>. Luettu 8.4.2014.
- Aira, M. & Seppä, K. 2010. Laadullinen ja määrällinen tutkimus lääketieteessä. Suomen Lääkärilehti. 9/2010. Pdf-tiedosto. Saatavilla: <http://www.laakarilehti.fi/files/sv/SLL92010-805.pdf>. Luettu 7.4.2014.
- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Riika: Inprint.
- Anttonen, M. 2008. Saattohoidon laatu on mahdoton määritelmä. Sairaanhoidtaja 9, 16.
- Brereton, L., Gardiner, C., Gott, M., Ingleton, C., Barnes, S. & Carroll, C. 2012. The hospital environment for end of life care of older adults and their families: an intergrative review. Journal of Advanced Nursing. Pdf-tiedosto. Saatavilla: <http://web.a.ebsco-host.com.ezproxy.centria.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=d71dc3d7-9041-443a-9d1f-14861207d190%40sessionmgr4004&hid=4104>. Luettu 25.3.2015.
- Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY-kirjapainoyksikkö.
- Erjanti, H., Anttonen, M., Grönlund, A. & Kiuru, S. 2014. Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Suomen Palliatiivisen hoidon yhdistys ry. Helsinki: Fioca Oy.
- Erjanti, H. & Paunonen-Ilmonen, M. 2004. Suru ja surevat. Vantaa: WSOY. Dark Oy.
- ETENE. 2003. Saattohoito -Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Pdf-tiedosto. Saatavilla: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf. Luettu 8.5.2014.
- ETENE. 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 -suunnitelmat ja toteutus. ETENE-julkaisuja 36. Pdf-tiedosto. Saatavilla: <http://etene.fi/documents/1429646/1559054/ETENE-julkaisuja+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001%2C+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+toteutus.pdf/58ee136a-919b-4e32-8b18-f131143747a7?version=1.0>. Luettu 14.8.2015.
- Grönlund, E., Anttonen, M-S., Lehtomäki, S. & Agge, E. 2008. Sairaanhoidtaja ja kuolevan hoito. Sipoo: Silverprint Oy.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita Prima.

- Hakala, T., Järvinen, M. & Lahtinen, T. 2008. ”Ettei tarvii elää missään pilvilinnoissa” Omaisen saama tuki saattohoidossa. Opinnäytetyö. Diakonia ammattikorkeakoulu, Lahden ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Pdf-tiedosto. Saatavilla: http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Lahti2008/788f7f_Lahti_Hakala_2008.pdf. Luettu 8.8.2014
- Halila, R. & Mustajoki, P. 2015. Hoitotahto - käytännön ohjeita. Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809 . Luettu: 30.4.2015.
- Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Heikkinen, M. 2014a. Henkilökohtainen tiedonanto, keskustelu. 11.9.2014.
- Heikkinen, M. 2014b. Perehdytysopas palliatiiviselle poliklinikalle.
- Heikkinen, M. 2015. Henkilökohtainen tiedonanto, keskustelu. 11.8.2015.
- Herlevi, H. 2010. Saattohoidon kehittäminen Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa kirurgian vuodeosastolla 10. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Pdf-tiedosto. Saatavilla: <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/19261/SAATTOHOIDON%20KEHITTAMISPROJEKTI.pdf?sequence=1>. Luettu 3.3.2015.
- Hänninen, J. 2012. Saattohoito-opas. Potilaan ja omaisen opas. Pdf-tiedosto. Saatavilla: <http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/97c0971f90369cdac9849059e3399432/1399553080/application/pdf/78548733/Saattohoito-opas%202012%20.pdf>. Luettu 8.5.2014.
- Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hänninen, J., Autio, J., Hamunen, K., Hoikkanen, A., Korhonen, T., Laakkonen, M-L., Saarto, T., Savolainen, A. & Tohmo, H. 2009. Hyvä elämä loppuun asti. Laadukas saattohoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Pdf-tiedosto. Saatavilla: http://www.muuttolintu.fi/laadukas_saattohoitocc8a.pdf?DokumenttiID=17244&TauluNimi=Tiedote&NakymaID=525&TiedoteID=20644 . Luettu 15.4.2014.
- Hänninen, J. & Pajunen, T. 2006. Kuoleman kaari. Helsinki: Kirjapaja Oy.
- Hänninen, J. 2007. Palliatiivinen sedaatio – viimeinen keino kärsimyksen hoidossa. Duodecim Terveyskirjasto. Pdf-tiedosto. Saatavilla: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96746.pdf>. Luettu 20.7.2014
- Ikola, K. 2014. Elvytyksen aloittaminen ja lopettaminen. Terveysportti. Sairaanhoitajan käsikirja. WWW-dokumentti. Saatavilla:

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk00418&p_haku=DNR. Luettu 28.1.2015.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WE Bookwell Oy.

Jeffrey, D. 2006. Patient-centered Ethics and Communication at the End of Life. British Library Cataloguing in Publication Data.

Järvimäki, V., Matila, A., Yli-Olli, T. & Rahko, E. 2013. Saattohoito – parantumattomasti sairaan potilaan elämän loppuvaiheen hoito. Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Saatavilla: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp00612&p_haku=DNR. Luettu 28.1.2015.

Kaustinen, H. & Lintinen, S. 2006. Saattohoitopotilaan hoito omaisten näkökulmasta terveyskeskuksen vuodeosastolla. Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.

Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt. Sairaanhoidaja tekee kriisityötä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Kinghorn, S. & Gaines, S. 2007. Palliative nursing. Improving end-of-life care. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimusmitä, miten ja miksi? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 7/2003. WWW-dokumentti. Saatavilla: http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo93495&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=#s4. Luettu 15.4.2014.

Kymenlaakson Syöpäyhdistys. 2015. Saattohoidon tukihenkilöt. WWW-dokumentti. Saatavilla: <http://www.kymsy.fi/tukihenkilotoiminta/saattohoidon-tukihenkilot/>. Luettu 2.9.2015.

Käypä hoito -suositukset. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063>. Luettu 27.8.2014.

Pelkonen, T. & Rosilainen, P. 2011. Omaisten näkemyksiä läheistensä saattohoidosta. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Pdf-tiedosto. Saatavilla: http://theseus.fi/bitstream/handle/10024/35472/Pelkonen_Titta_Rosilainen_Paivi.pdf?sequence=1. Luettu 17.7.2015.

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset. Pdf-tiedosto. Saatavilla: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111887/URN%3aNBN%3afe201504225791.pdf?sequence=1>. Luettu 3.8.2015.

Pohjanmaan Syöpäyhdistys ry. 2013. Tukihenkilötoiminta. WWW-dokumentti. Saatavilla: <http://www.cancer.fi/pohjanmaan-syopayhdistys/toiminta-ja-tukipalvelut/tukihenkilotoiminta/>. Luettu 4.4.2015.

Pudas-Tähkä, S-M. & Kangasmäki, E. 2010. Kivunhoitomenetelmät. Akuuttihoiton tietokannat. WWW-dokumentti. Saatavilla: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00248&p_haku=kipupumppu. Luettu 2.5.2015.

Puttonen, J. 2015. Sairaanhoidajan eettiset velvollisuudet. Sairaanhoidajan käsikirja. WWW-dokumentti. Saatavilla: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04401&p_haku=%20ammattitaito. Luettu 10.4.2015.

Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pdf-tiedosto. Saatavilla: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93373/gradu01009.pdf?sequence=1>. Luettu 22.5.2015.

Saarelma, K. 2005. Palliatiivinen hoito kotisairaalassa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2/2005. WWW-dokumentti. Saatavilla: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=46C97A2162085180FA340BD8BCE4E74A?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&Article_WAR_DL6_Articleportlet_view_Type=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo94746. Luettu 24.2.2015.

Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Saukkosaari, M. 2014. Palliatiivisen - ja saattohoidon käsitteet. Elämän loppuvaiheen hoitokoulutustapahtuma. Luentomuistiinpanot.

Suomen Syöpäpotilaat Ry & Suomen Syöpäyhdistys Ry. 2010. Syöpäjärjestöjen tukihenkilötoiminta. Pdf-tiedosto. Saatavilla: http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/0f480dde2fce9121351b62d7d63ad87e/1438093764/application/pdf/54904644/Tukihlo_opas2010.pdf. Luettu 28.7.2015.

Surakka, T., Lehtipuu-Vuokola, L. & Häihälä, E. 2008. Pirkanmaan hoitokodissa omaisten tukeminen on osa hyvää saattohoitoa. Sairaanhoidaja 9, 18–20.

Surakka, T., Mattila, K-P., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. 2015. Palliatiivinen hoitotyö. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Terveysportti. 2013. Porrastettu kivunhoitomalli. WWW-dokumentti. Saatavilla: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.centria.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ima01799&p_haku=Porrastettu%20kivunhoitomalli. Luettu 15.2.2015.

Tuura, A. 2015. Henkilökohtainen tiedonanto, keskustelu. 12.3.2015.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. WWW-dokumentti. Saatavilla: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>. Luettu: 15.4.2014.

Vainio, A. & Hietanen, P. 2004. Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.

Valvira. 2012. Kuolevan vanhuspotilaan kivun hoito oli puutteellista. WWW-dokumentti. Saatavilla: <http://www.valvira.fi/-/kuolevan-vanhuspotilaan-kivun-hoito-oli-puutteellista>. Luettu 6.4.2014.

Vuorinen, E. 2015. Syöpäpotilaan kivun hoito. Opas potilaalle. Pdf-tiedosto. Saatavilla: http://syopapotilaat-fi-bin.directo.fi/@Bin/ae7b8391d74e1c9f81d9c8ae2ee4021c/1434036091/application/pdf/28850/Kipuopas2015_netti.pdf. Luettu 11.6.2015.

Vuorinen, E. & Järvimäki, V. 2012. Terveyskeskus, sairaala vai koti – miten saattohoito tulisi järjestää Suomessa? Suomen anestesiologiyhdistyksen lehti 45 (5). Pdf-tiedosto. Saatavilla: http://www.finnanest.fi/files/vuorinen_terveyskeskus.pdf. Luettu 29.4.2015.

Yliaho, S. 2014. Kuolevan potilaan kivun hoito sairaanhoitajien kuvaamana. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Vaasan ammattikorkeakoulu. Pdf-tiedosto. Saatavilla: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/70494/Sari_Yliaho.pdf?sequence=1. Luettu 6.4.2014.

Ylikarjula, S. 2008. Kuolema on. Hämeenlinna: Painopaikka Karisto Oy:n kirjapaino.

KOKKOLAN KAUPUNKI**VIRANHALTIJAPÄÄTÖS**

Yleinen päätös
Hoitotyön johtaja

3.9.2014

10 §

ASIA

Palo Riina ja Pirttikoski Sanna tutkimusluvan myöntäminen

PERUSTELUT

Riina Palolle ja Sanna Pirttikoskelle myönnetään tutkimuslupa aiheesta: Saattohoito vuodeosastolla-omaisten kokemuksista. Tutkimus suoritetaan teemahaastatteluna ja se tukee terveyskeskuksen strategiaa ja saattohoitopotilaiden hoidon kehittämistä. Hyväksytty tutkimussuunnitelma on hakemuksen liitteenä.

PÄÄTÖS

Hyväksytään

TÄYTÄÄNTÖÖNPANO

3.9.2014



Tikkakoski-Alvarez Hannele
Hoitotyön johtaja

Sosiaali- ja terveyslautakunta

SAATEKIRJE

Kokkolassa 2014

Hyvä omainen!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Centria ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä yhteistyössä Kokkolan terveystieteiden keskuksen osaston 2 kanssa ja opinnäytetyömme aihe on saattohoitopotilaiden omaisten kokemukset saattohoidosta. Tarkoituksena on selvittää omaisten kokemuksia saattohoidon toteutumisesta ja omaisten saamista tuesta terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla. Tavoitteena on saada tietoa hoitohenkilökunnalle saattohoitopotilaan omaisten kokemuksista, jotta hoitohenkilökunta voisi kehittää toimintaansa.

Opinnäytetyö toteutetaan haastatteluna. Haastattelu tullaan nauhoittamaan ja nauhoitukset sekä kaikki muu tutkimukseen tarvittava materiaali hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Haastattelumateriaalia ei luovuteta ulkopuolisille. Haastattelu toteutetaan teidän valitsemassanne paikassa. Haastattelussa tullaan käsittelemään seuraavanlaisia teemoja:

- Miten saattohoito on toteutunut omaisten näkökulmasta?
- Millaisia kokemuksia omaisilla on saamistaan tuesta saattohoidon aikana?
- Miten saattohoidon toteutumista ja omaisten tuen saamista voitaisiin kehittää?

Osallistujat on valittu tietyn ajanjakson perusteella eli kun saattohoidosta on kulunut vähintään 9 kuukautta. Osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Haastattelun aineistoa käytetään ainoastaan tätä tutkimusta varten.

Jos olette kiinnostuneita osallistumaan haastatteluun, olkaa ystävällisiä ja täyttäkää suostumuslomake. Palauttakaa lomake postitse mukana tulevassa kirjekuoressa Palliatiiviselle poliklinikalle viimeistään 30.9.2014. Haastattelut tullaan toteuttamaan loka-joulukuun aikana, jolloin otamme yhteyttä suostumuslomakkeessa ilmoittamallanne tavalla.

Opinnäytetyö valmistuu toukokuussa 2015. Työtämme ohjaavat Centria ammattikorkeakoulun lehtori Riitta Ala-Korpi sekä Palliatiivisen poliklinikan sairaanhoitaja Marjo Heikkinen.

Mahdolliset tiedustelut haastattelua koskien puhelimitse tai sähköpostitse:

Riina Palo

riina.palo@cou.fi

Sanna Pirttikoski

sanna.pirttikoski@cou.fi

Suostumuslomake haastatteluun

Suostun nauhoitettavaan haastatteluun ja annan luvan käyttää antamiani tietoja opinnäytetyön tekemiseen. Antamani tiedot hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Olen tietoinen opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteesta. Henkilöllisyyteni jää vain tekijöiden tietoon.

Haluan, että minuun otetaan yhteyttä:

puhelimitse, puhelinnumero:

sähköpostitse, sähköpostiosoite:

Allekirjoitus ja päivämäärä: _____

Kiitos osallistumisestasi!

Esimerkki sisällönanalyysistä omaisen tuen saamisesta saattohoidossa.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Päälouokka
”joo kävi pappi tota siinä paikalla”	Pappi kävi paikalla	Hengellinen tuki	Omaisen tuen saaminen saattohoidossa
”kävi sairaalapastori vaimoani puhuttelemassa”	Sairaalapastori puhutteli		
”lääkäri halas aina ko se lähti huoneesta”	Lääkäri halasi poistuessaan huoneesta	Konkreettinen tuki	
”kyllä ne tuli vieree ja taputti olkapäälle ja koitti siinä keskustella”	Tuli vierelle ja taputti olkapäälle		
”kai ne hoitajat otti ja jäi puhuhunki jos halus”	Hoitaja jäi puhumaan, jos oli tarve	Emotionaalinen tuki	
”samaten lääkäri huomasi, että minä olen herkkä, niin hän sanoi, että kyllä miehetkin saa itkeä”	Lääkäri sanoi, että kyllä miehetkin saavat itkeä		
”lääkäri ja hoitajatkin ne oli myös minunkin tukena”	Lääkäri ja hoitajat olivat tukena	Tuen saaminen	
”kyllä se (tuki) oli riittävää ja lisää olis saanu jos olis ollu tarvetta”	Tuki oli riittävää		
”koska mää en oo sitä pyytäny nii eihän sitä voi tulla tyrkyttää sitä tukea”	Tukea ei voi tyrkyttää		