

Laura Dekker & Jarkko Karjalainen

**HOITAJIEN NÄKEMYKSIÄ HYVÄN KUOLEMAN MAHDOLLIS-
TAMISESTA YLEISLÄÄKETIETEEN OSASTOILLA**

**Opinnäytetyö
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitaja (AMK)
Lokakuu 2019**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

| | | |
|---|-----------------------------|--|
| Centria-ammattikorkeakoulu | Aika Lokakuu 2019 | Tekijä/tekijät Laura Dekker & Jarkko Karjalainen |
| Koulutusohjelma Sairaanhoitaja (AMK) | | |
| Työn nimi HOITAJIEN NÄKEMYKSIÄ HYVÄN KUOLEMAN MAHDOLLISTAMISESTA YLEISLÄÄKETIETEEN OSASTOILLA | | |
| Työn ohjaaja Anne Prest | Sivumäärä 83 + 4 | |
| Työelämäohjaaja Jukka Kivistö | | |
| <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla hoitajien näkemyksiä hyvän kuoleman mahdollistamisesta yleislääketieteen osastoilla. Opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia hyvää kuolemaa, sen edellytyksiä sekä saada tietoa sen mahdollistamisesta ammattiryhmältä, joka on kaikista lähimpänä elämän loppuvaiheessa olevia potilaita. Toisena tavoitteena oli tuottaa hyödynnettävää tietoa hyvästä kuolemasta kaikille aiheesta kiinnostuneille. Opinnäytetyö liitetään osaksi Opetus- ja kulttuuriministeriön EduPal-hanketta.</p> <p>Opinnäytetyön tietoperustassa käsitellään palliativista hoitoa, saattohoitoa ja kuolemaa. Lisäksi käsitellään kuolevan potilaan oireita ja niiden hoitoa, läheisten tukemista, hoitajan osaamista kuolevan potilaan hoitotyössä sekä pohditaan hyvää kuolemaa.</p> <p>Opinnäytetyön tietoperustan pohjalta luotiin kysely hyvän kuoleman mahdollistamisesta. Kysely toteutettiin Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvokuntayhtymä Soiten yleislääketieteen osastoilla. Kyselyn kohderyhmänä olivat osastojen lähihoitajat ja sairaanhoitajat. Kyselyssä oli yhteensä 32 väitettämää kolmessa osiossa, jotka liittyivät potilaaseen, läheisiin ja hoitajiin. Lisäksi kerättiin tietoa avoimella vapaan sanan osiolla. Aineisto kerättiin helmi-maaliskuussa 2019.</p> <p>Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että hoitajat kokevat pystyvänsä pääasiassa mahdollistamaan hyvän kuoleman potilaille. Potilaan hoito on kokonaisvaltaista huomioiden sekä fyysiset että psyykkiset oireet. Hoidossa huomioidaan potilaan lisäksi myös läheiset. Läheisten kohtaaminen onnistuu hoitajilta erittäin hyvin. Hoitajat kokevat, että heillä on tarpeeksi ammatillisia valmiuksia hoitaa kuolevia potilaita ja jaksavansa työssään kohtalaisesti. Lisäksi hoitajat kokevat, että osastoilla on liian vähän hoitohenkilöstöä, ja tästä johtuen hoitajien mielestä heillä ei ole tarpeeksi aikaa hoitaa potilaita niin hyvin kuin he haluaisivat.</p> | | |
| Asiasanat Hoitaja, hyvä kuolema, kuolema, palliativinen hoito, saattohoito | | |

ABSTRACT

| | | |
|--|-----------------------------|--|
| Centria University of Applied Sciences | Date Lokakuu 2019 | Author Laura Dekker & Jarkko Karjalainen |
| Degree programme Nursing | | |
| Name of thesis NURSES' VIEWS ABOUT MAKING GOOD DEATH POSSIBLE ON GENERAL PRACTICE WARDS. | | |
| Supervisor Anne Prest | Pages 83 + 4 | |
| Instructor Jukka Kivistö | | |
| <p>The purpose of this thesis was to describe the views of nurses about making good death possible on general practice wards. The aim was to do research on good death and its prerequisites and to get information about good death from the occupational group that is the closest to the patients that are at the end of their lives. The other aim was to produce usable information about good death to everyone interested in the subject. This thesis is part of Ministry of Education and Culture's EduPal initiative.</p> <p>The theoretical part of this thesis examines palliative care, end-of-life care and death. In addition to these, it handles the symptoms and care of a dying patient, supporting the relatives, competencies needed by nurses for nursing dying patients. In the end good death is discussed.</p> <p>Based on the theoretical part a questionnaire was created about making good death possible. The questionnaire was handed out to the practical nurses and registered nurses of the general practice wards in Central Ostrobothnia Joint Municipal Authority for Social and Health Services, Soite. The questionnaire consisted of 32 statements that were divided into three sections. The statements were about dying patients, their relatives and about the nurses themselves. Additionally, information was also gathered with a "free word" section. The data was gathered in March 2019.</p> <p>The results of the thesis indicated that for the most part nurses experience that they can make good death possible to their patients. The nursing of dying patients is comprehensive, including physical and psychological symptoms. The relatives of the patient are also taken into account during care very well. The nurses experience that they have enough occupational readiness to nurse dying patients. Nurses feel that they can cope with the workload moderately. They experience that the wards are short-staffed and therefore they don't have enough time to nurse their patient as well as they would like to.</p> | | |
| Key words Death, end-of-life care, good death, nurse, palliative care, terminal care | | |

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS

| | |
|--|-----------|
| 1 JOHDANTO | 1 |
| 2 ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN HOITO HYVÄN KUOLEMAN MAHDOLLISTAMISEKSI YLEISLÄÄKETIETEEN OSASTOLLA | 3 |
| 2.1 Palliatiivinen hoito | 3 |
| 2.2 Saattohoito | 5 |
| 2.3 Kuolevan potilaan fyysisten oireiden hoitaminen..... | 7 |
| 2.3.1 Kivun hoito | 8 |
| 2.3.2 Muiden fyysisten oireiden hoito..... | 9 |
| 2.3.3 Palliatiivinen sedaatio | 10 |
| 2.4 Psykososiaalinen, henkinen ja emotionaalinen tuki kuoleman lähestyessä | 11 |
| 2.5 Kuolevan potilaan läheisten tukeminen..... | 14 |
| 2.6 Hoitajan ammatillisuus kuolevan potilaan hoitotyössä..... | 16 |
| 2.7 Kuolema..... | 18 |
| 2.7.1 Hyvä kuolema..... | 19 |
| 2.7.2 Läheisten huomiointi ja hoitajien jaksaminen potilaan kuoleman jälkeen..... | 21 |
| 2.8 Yhteenvedo teoreettisista lähtökohdista | 21 |
| 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE | 24 |
| 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN | 25 |
| 4.1 Tutkimusympäristö ja kohderyhmä | 25 |
| 4.2 Kvantitatiivinen tutkimus | 26 |
| 4.3 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu | 27 |
| 4.4 Aineiston analyysi | 30 |
| 5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET | 32 |
| 5.1 Taustatiedot..... | 32 |
| 5.1.1 Vastaajien ikäjakauma..... | 32 |
| 5.1.2 Vastaajien ammattinimike | 33 |
| 5.1.3 Vastaajien kokemus hoitotyöstä | 34 |
| 5.1.4 Vastaajien toimipaikka..... | 35 |
| 5.2 Potilaaseen liittyvät väittämät | 36 |
| 5.2.1 Hoitotahdon olemassaolo..... | 37 |
| 5.2.2 Hoitotahdon noudattaminen | 38 |
| 5.2.3 Saattohoitopäätöksen tekeminen ajoissa | 39 |
| 5.2.4 Kuolevalla potilaalla on oma hoitaja..... | 40 |
| 5.2.5 Kuolevalla potilaalla on oma huone | 40 |
| 5.2.6 Kiireetön tunnelma potilaan ympärillä | 41 |
| 5.2.7 Kuolevan potilaan toiveiden toteuttaminen..... | 42 |
| 5.2.8 Merkityksettömien tutkimusten ja toimenpiteiden lopettaminen | 42 |
| 5.2.9 Fyysisten oireiden lievitys..... | 43 |
| 5.2.10 Psykkisten oireiden lievitys | 44 |
| 5.2.11 Potilaan oireenmukainen lääkitys | 44 |
| 5.2.12 Potilaan riittävä lääkitys | 45 |
| 5.2.13 Lääkkeettömien menetelmien käyttäminen | 46 |

| | |
|---|----|
| 5.2.14 Potilaan läheisyydessä oleminen | 46 |
| 5.2.15 Potilaan rauhallinen kuolema | 47 |
| 5.3 Läheisiin liittyvät väittämät | 48 |
| 5.3.1 Tietoisuus lähestyvistä kuolemista | 48 |
| 5.3.2 Tiedon tarjoaminen potilaan tilan muutoksista | 49 |
| 5.3.3 Tukeminen potilaan hoidon aikana | 50 |
| 5.3.4 Jaksamisesta huolehtiminen | 51 |
| 5.3.5 Mahdollisuus osallistua hoitoon | 51 |
| 5.3.6 Mielipiteen huomiointi hoidossa | 52 |
| 5.4 Hoitajiin liittyvät väittämät | 53 |
| 5.4.1 Ammatilliset valmiudet | 54 |
| 5.4.2 Ammattitaidon kehittäminen | 55 |
| 5.4.3 Jaksamisesta huolehtiminen | 56 |
| 5.4.4 Työssä jaksaminen | 57 |
| 5.4.5 Työstä palautuminen | 58 |
| 5.4.6 Tuen ja keskusteluavun saatavuus | 58 |
| 5.4.7 Läsnaolo potilaalle | 59 |
| 5.4.8 Riittävä aika keskusteluun potilaan ja hänen läheistensä kanssa | 60 |
| 5.4.9 Riittävä aika hoitaa potilaita parhaan osaamisen mukaan | 60 |
| 5.4.10 Potilaan tilan säännöllinen arviointi | 61 |
| 5.4.11 Riittävät henkilöresurssit osastolla | 62 |
| 5.5 Vapaa sana | 62 |
| | |
| 6 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS | 66 |
| | |
| 7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS | 69 |
| | |
| 8 POHDINTA | 72 |
| 8.1 Tulosten tarkastelu | 72 |
| 8.2 Opinnäytetyöprosessi | 75 |
| | |
| 9 JOHTOPÄÄTÖKSET | 78 |
| | |
| LÄHTEET | 79 |
| | |
| LIITTEET | |
| LIITE 1. Sopimus opinnäytetyöstä | |
| LIITE 2. Tutkimuslupa | |
| LIITE 3. Saatekirje | |
| LIITE 4. Kyselylomake | |
| | |
| KUVIOT | |
| KUVIO 1. Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista graafisena esityksenä | 23 |
| KUVIO 2. Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvolutuntayhtymä Soiten toiminta-alue | 25 |
| KUVIO 3. Vastaajien ikäjakauma (n, %) | 33 |
| KUVIO 4. Vastaajien ammattinimike (n, %) | 34 |
| KUVIO 5. Vastaajien kokemus hoitotyöstä vuosina (n, %) | 35 |
| KUVIO 6. Vastaajien toimipaikka (n, %) | 35 |
| KUVIO 7. Potilaaseen liittyvät väittämät (ka) | 37 |
| KUVIO 8. Potilaalla on hoitotahto (n, %) | 38 |

| | |
|---|----|
| KUVIO 9. Hoitotahtoa noudatetaan (n, %) | 39 |
| KUVIO 10. Saattohoitopäätös tehdään ajoissa (n, %) | 39 |
| KUVIO 11. Kuolevalla potilaalla on oma hoitaja (n, %) | 40 |
| KUVIO 12. Kuolevalla potilaalla on oma huone (n, %) | 41 |
| KUVIO 13. Potilaan ympärillä on kiireetön tunnelma (n, %) | 41 |
| KUVIO 14. Kuolevan potilaan realistisia toiveita toteutetaan (n, %) | 42 |
| KUVIO 15. Potilaan tilan kannalta merkityksettömät tutkimukset ja toimenpiteet lopetetaan (n, %) | 43 |
| KUVIO 16. Potilaan fyysisiä oireita pyritään lievittämään (n, %) | 43 |
| KUVIO 17. Potilaan psyykkisiä oireita pyritään lievittämään (n, %) | 44 |
| KUVIO 18. Potilaalla on oireenmukainen lääkitys (n, %) | 45 |
| KUVIO 19. Potilaalle määrätty lääkitys on riittävä (n, %) | 45 |
| KUVIO 20. Potilaan hoidossa käytetään lääkkeettömiä menetelmiä (n, %) | 46 |
| KUVIO 21. Potilaan lähellä on jatkuvasti joku (n, %) | 47 |
| KUVIO 22. Potilaan kuolema on pääosin rauhallinen (n, %) | 47 |
| KUVIO 23. Läheisiin liittyvät väittämät (ka) | 48 |
| KUVIO 24. Läheiset ovat tietoisia lähestyvistä kuolemasta (n, %) | 49 |
| KUVIO 25. Läheisille tarjotaan tietoa potilaan tilasta ja sen muutoksista (n, %) | 50 |
| KUVIO 26. Läheisiä tuetaan potilaan hoidon aikana (n, %) | 50 |
| KUVIO 27. Läheisten jaksamisesta huolehditaan (n, %) | 51 |
| KUVIO 28. Läheisten on mahdollista osallistua hoitoon (n, %) | 52 |
| KUVIO 29. Läheisten mielipide huomioidaan hoidossa (n, %) | 52 |
| KUVIO 30. Hoitajiin liittyvät väittämät (ka) | 54 |
| KUVIO 31. Minulla on tarpeeksi ammatillisia valmiuksia kohdata kuolevia potilaita ja heidän läheisiään (n, %) | 55 |
| KUVIO 32. Pyrin kehittämään ammattitaitoani (osallistun vapaaehtoisesti koulutuksiin/luen alan kirjallisuutta tai tutkimuksia ym.) (n, %) | 56 |
| KUVIO 33. Koen, että jaksamisestani huolehditaan osastolla (n, %) | 57 |
| KUVIO 34. Koen jaksavani työssäni (n, %) | 57 |
| KUVIO 35. Pystyn palautumaan työstäni (n, %) | 58 |
| KUVIO 36. Minulle on tarjolla tukea ja keskustelua (työyhteisössä tai työohjauksen kautta) (n, %) | 59 |
| KUVIO 37. Pystyn olemaan läsnä (henkisesti ja fyysisesti) kuolevalle potilaalle (n, %) | 59 |
| KUVIO 38. Koen, että minulla on tarpeeksi aikaa keskustella potilaan ja läheisten kanssa (n, %) | 60 |
| KUVIO 39. Koen, että minulla on tarpeeksi aikaa hoitaa potilaita niin hyvin kuin haluan (n, %) | 61 |
| KUVIO 40. Arvioin säännöllisesti potilaan tilaa (mm. kipu, pahoinvointi, levottomuus) (n, %) | 61 |
| KUVIO 41. Koen, että osastolla on tarpeeksi hoitajia työvuorossa (n, %) | 62 |

1 JOHDANTO

Mielenkiintomme kohteena on hyvä kuolema ja sen edellytykset sekä hyvän kuoleman edellytysten toteutuminen yleislääketieteellisellä osastolla. Hyvällä kuolemalla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä turvallista, levollista, arvokasta ja kärsimyksentöntä elämän päätöstä. Hännisen (2018b) mukaan hyvään kuolemaan liittyy myös läheisten hyvästeleminen ja mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa. Opinnäytetyön tavoitteena on tutkia hyvää kuolemaa, sen edellytyksiä sekä saada tietoa sen mahdollistamisesta ammattiryhmältä, joka on kaikista lähimpänä elämän loppuvaiheessa olevia potilaita. Toisena tavoitteena on tuottaa hyödynnettävää tietoa hyvästä kuolemasta kaikille aiheesta kiinnostuneille. Opinnäytetyön tietoperustasta syntyykin ikään kuin opas hyvästä kuolemasta.

Hyvästä kuolemasta on tehty viimeisen kymmenen vuoden aikana vain muutama opinnäytetyö Suomessa. Jylhä (2011) on tehnyt kyselytutkimuksen hyvästä saattohoidosta palvelutalon työntekijöille. Koivunen ja Lankinen (2018) ovat puolestaan tehneet opinnäytetyönään oppaan hoitajille hyvästä kuolemasta. Aihetta on sivuttu runsaasti muun muassa eutanasiaa ja saattohoitoa käsittelevissä opinnäytetöissä. Itse aiheetta on siis tutkittu viime aikoina varsin niukasti. Lisäksi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon Käypä hoito -suositus (2018) on päivitetty vasta hiljattain, helmikuussa 2018. Suosituksesta on tehty myös potilasversio (Tarnanen, Saarto & Laukkala 2018) kuolevan potilaan oireiden hoitamisesta lokakuussa 2018. Tämä osoittaa, että meidän opinnäytetyömme aiheelle on tarvetta.

Sairaalahoidon on tarkoitus palauttaa potilaan toimintakyky, hoitaa sairauksia ja pidentää elinaikaa, joten kuolevan kohtaamisen valmiudet sairaalassa voivat olla vähäiset ja jopa puutteelliset. Lisäksi sairaalaympäristö voi olla etenkin kuolevalle henkilölle pelottava paikka. Tutkimus- ja hoitotoimet sekä odotusajat, jotka voivat olla välillä pitkätkin, kuormittavat potilaita niin henkisesti kuin fyysisestikin. (Hänninen 2014, 41.) Suuri osa vanhuksista kuolee terveyskeskuksissa. Viimeisinä elinkuukausina on tavallista, että vanhukset siirtyvät hoitopaikasta toiseen tai kotiin ja hoitopaikan välillä. (Hänninen 2018b, 77.)

Opinnäytetyön tietoperustan ollessa valmis helmikuussa 2019 Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi uuden raportin alueellisesta kartoituksesta ja suositusehdotuksista palliatiivisen ja saattohoidon laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Raportissa kartoitetaan palliatiivisen ja saattohoidon tilaa koko Suomessa sekä annetaan ohjeita palliatiivisen ja saattohoidon järjestämiseksi eri tasoilla. Hoidon perustana on kolmiportainen malli, joka jakautuu perustasoon, eritystasoon ja vaativaan erityistasoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.) Edellisen kerran saattohoidon järjestämistä oli selvitetty maanlaajuisesti viimeksi

vuonna 2012, jolloin todettiin, että saattohoitosuunnitelma puuttui jopa neljännekseltä suurista kunnista ja sairaanhoitopiireistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a).

Opinnäytetyössämme tutkimme hyvän kuoleman edellytyksiä teorian tiedon kautta ja toteutamme aiheeseen liittyvän kyselyn Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvokuntayhtymä Soiten yleislääketieteen osastojen lähihoitajille ja sairaanhoitajille. Opinnäytetyömme on kuvaileva kvantitatiivinen tutkimus, jonka tarkoituksena on selvittää hoitajien näkemys siitä, kuinka hyvän kuoleman edellytykset toteutuvat osastolla. Keskeisiä käsitteitä ovat hoitotyö, hoitaja, kuolema, palliatiivinen hoito ja saattohoito.

Opinnäytetyö sisällytetään julkaisuksi opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittamaan korkeakoulutuksen kehittämishankkeeseen ”Palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen monialainen ja työelämälähtöinen kehittäminen” (EduPal). EduPal-hanke on Opetus- ja kulttuuriministeriön (OKM) rahoittama korkeakoulutuksen kehittämisen kärkihanke. Hankkeessa on mukana 15 hoitotyön koulutusta tarjoavaa ammattikorkeakoulua ja viisi lääketieteen koulutusta tarjoavaa yliopistoa. Hanke on käynnistynyt keväällä 2018 ja suunniteltu hankkeen käynnistysvaiheessa päättyväksi syksyllä 2020. Centria-ammattikorkeakoulu on mukana kyseisessä hankkeessa, jota hallinnoi Kajaanin ammattikorkeakoulu. Hankkeen avulla pyritään vahvistamaan palliatiivisen hoidon asemaa sekä työntekijöiden riittävää osaamista palliatiivisessa hoidossa. (EduPal 2019.) Sosiaali- ja terveysministeriön (2017a) suosituksessa tulee esille, että palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tulee olla kattavaa ja yhdenvertaisesti kaikkien saatavilla. Hankkeessa tuotetaan palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen osaamiskuvaukset. Lisäksi tuotetaan valtakunnalliset suositukset hoitotyön ja lääketieteen peruskoulutuksiin ja erikoistumiskoulutuksiin. Hankkeessa on myös muita työpaketteja, joilla vaikutetaan palliatiivisen hoitotyön asemaan ja osaamistarpeisiin. (EduPal 2019.) Opinnäytetyömme antaa hankkeelle tärkeää tietoa siitä, miten hoitajat kokevat hyvän kuoleman mahdollistamisen yleislääketieteen osastoilla. Tutkimamme yleislääketieteen osastot edustavat palliatiivisen hoidon perus- ja erityistasoa.

2 ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN HOITO HYVÄN KUOLEMAN MAHDOLLISTAMISEKSI YLEISLÄÄKETIETEEN OSASTOLLA

Elämän loppuvaiheen hoito on kuolemaa lähestyvien ihmisten hoitamista ja tukemista. Hoitoa voidaan toteuttaa kotona, hoitokodeissa, saattohoitokodeissa ja sairaaloissa. Hoidon tavoitteena on antaa potilaalle mahdollisimman hyvä elämänlaatu ennen kuolemaa sekä arvokas kuolema. Hoitoon sisältyy myös läheisten tuki. Elämän loppuvaiheen hoitoon liittyvät olennaisesti hoitotahto, palliatiivinen hoito sekä saattohoito. (Valvira 2017a.)

Tässä luvussa tarkastelemme yllä mainittujen asioiden lisäksi myös kuolevan potilaan hoitotyötä sekä kuolemaa. Kuolemaa käsittelemme fysiologisena ilmiönä lääketieteen kautta. Saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa avaamme käsitteinä, jonka jälkeen keskitymme yleislääketieteen osastolla tapahtuvaan kuolevan potilaan hoitotyöhön useasta näkökulmasta.

2.1 Palliatiivinen hoito

Maailman terveysjärjestö (World Health Organization, WHO) (2018a) määrittelee palliatiivisen hoidon parantumattomasti sairaiden potilaiden hoidoksi. Se parantaa potilaiden elämänlaatua ennaltaehkäisemällä ja lievittämällä kärsimystä. Hoidossa huomioidaan potilaan fyysiset, psykososiaaliset ja hengelliset tarpeet. Hoidon tavoitteena ei ole nopeuttaa tai viivästyttää kuolemaa. Palliatiivista hoitoa voidaan antaa myös, mikäli sairauden hoito olisi liian raskasta potilaalle. Hoitoa saavilla potilailla voi olla elin-aikaa jäljellä vielä vuosiakin ja hoidon tarve kasvaa sitä enemmän, mitä lähempänä elämän loppuvaihetta potilas on (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018). Palliatiiviselle hoidolle ei ole esteitä, esimerkiksi korkea ikä ei estä palliatiivisen hoidon saantia (Kuparinen 2014).

Hoitolinja määrittelee tavoitteen hoidolle, esimerkiksi palliatiivisen hoitolinjan tavoitteena on lievittää kärsimystä ja parantaa elämänlaatua, kun sairautta ei voida enää parantaa. Hoitorajauksilla määritellään hoidot, joista pidättäydytään. Rajaukset perustuvat potilaan tahtoon tai lääkärin arvioon. Potilaan tai läheisen toiveesta ei voida antaa lääketieteellisesti perusteetonta hoitoa. Hoidon rajausta ei ole laaja hoitolinjaus, vaan se rajaa pois vain kyseisen hoitomuodon. Hoitotahto laaditaan tilanteita varten, joissa potilas ei enää pysty ilmaisemaan omaa tahtoaan. Hoitotahtoon kirjataan potilaan toiveet koskien hänen

hoitoaan sekä hoidon rajaukset. (Lehto 2018, 9.) Palliatiivista hoitoa on hyvä suunnitella etukäteen, hyvissä ajoin ennen kuin sairaus uhkaa henkeä tai on parantumaton. Suunnittelussa pitäisi pohtia sairauden etenemistä, sen vaikutusta omaan elämään sekä elämän loppuvaihetta. Suunnitelmassa tulee siis arvioida, minkälaista hoitoa tarvitaan nyt ja tulevaisuudessa. Hoitosuunnitelma laaditaan hoitoneuvottelussa, johon osallistuu potilas, hoitava lääkäri, yleensä myös hoitaja sekä mahdollisesti potilaan läheiset. Suunnitelman sisältö on jokaisella potilaalla yksilöllinen ja sitä laadittaessa tulisi ottaa huomioon fyysiset, psykososiaaliset ja henkiset tarpeet. Keskeisiä asioita ovat hoitolinjat, sairauden tilanne ja ennuste, keskeisimmät oireet ja niiden hoitaminen, henkisen ja psyykkisen tuen tarve, potilaan ja läheisten toiveet, pelot ja huolenaiheet, hoitotahto, hoidon rajaukset, saattohoitopaikka sekä varautuminen saattohoitovaiheeseen. (Terveyskylä.fi 2018b.) Tällaista suunnitelmaa kutsutaan ennakoivaksi hoitosuunnitelmaksi (Lehto 2018, 9).

Palliatiivisesta hoidosta siirrytään saattohoitovaiheeseen saattohoitopäätöksellä, kun elämän loppu alkaa olla lähellä. Tällöin hoidon fokus siirretään kuolevan potilaan kannalta merkityksellisimpiin seikkoihin, kuten välittömästi oireita lievittäviin hoitoihin ja henkiseen tukeen. (Terveyskylä.fi 2018a.) Saattohoidon järjestämisestä keskustellaan läheisten ja potilaan kanssa, ja päätös tulee tehdä yhteisymmärryksessä heidän kanssaan. Keskustelun tukena käytetään kirjallista materiaalia ja keskustellessa tulisi käyttää helposti ymmärrettäviä käsitteitä. Potilaan tulisi olla tietoinen linjauksesta ja sen sisällöstä ja potilaan tulisi olla mahdollista osallistua itseään koskevien päätösten tekoon. Se, mitä potilaan kanssa sovitaan, kirjataan yksilölliseen hoitosuunnitelmaan. Hoitopäätöksistä on vastuussa hoitava lääkäri. Päätösten tulee perustua lääketieteelliseen ja hoitotieteelliseen näyttöön. Pelkkä elvytyskieltomerkintä, esimerkiksi ”do not resuscitate” (DNR) ei ole sama asia kuin saattohoitopäätös. Kun päätös on tehty, hoitava lääkäri tekee yksiselitteisen kirjauksen saattohoitoon siirtymisestä ja hoidon sisällöstä. Tällöin kaikki potilaan hoitoon osallistuvat tahot tietävät päätöksestä ja sen sisällöstä. Kun saattohoitopäätös on tehty riittävän aikaisin, kuolevalla potilaalla ja hänen läheisillään on aikaa valmistautua lähestyvään kuolemaan. Lisäksi oireiden lievitys ja potilaan autonomia toteutuvat paremmin, jos päätös tehdään riittävän aikaisin. Potilasta ei saattohoitopäätöksen jälkeen rasiteta turhilla tutkimuksilla tai hoitotoimenpiteillä. Saattohoitopäätökseen liittyy olennaisesti hoitotahto. Hoitotahdossa käsitellään hoitotoimenpiteitä, jotka liittyvät kuoleman läheisyyteen silloin, kun potilas ei pysty enää itse ilmaisemaan tahtoaan. Hoitotahtolomake täytetään tarkkaan ja sen olemassaolo ilmaistaan selvästi potilasasiakirjoihin. (Kuparinen 2014; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30–31; Hänninen & Anttonen 2008, 23–26.) Kun hoitotahto laaditaan kirjallisena, henkilökunta ja läheiset voivat olla täysin varmoja siitä, minkälaisia toiveita potilaalla on hoitonsa suhteen. Tämä myös vähentää mahdollisia erimielisyyksiä läheisten keskuudessa. Hoitotahdon voi nykyään tehdä myös Kanta-arkiston Oma kanta -palvelussa ja sitä voi muuttaa, mikäli ajatukset omasta

hoidosta vaihtuvat toisiin. Tehdyistä hoitotahdosta on hyvä kertoa läheisille ja terveydenhuollon henkilöstölle. (Erhola 2016.) Mikäli hoitotahtoa ei ole tehty, konsultoidaan potilaan läheisiä (Kuparinen 2014).

2.2 Saattohoito

Saattohoito on kuolevan potilaan viimeisten viikkojen, korkeintaan kuukausien, aikana tapahtuvaa hoitoa ja tuen antamista. Siinä potilas ikään kuin saatetaan kuolemaan turvallisesti ja mahdollisimman oireettomasti. (Hänninen 2014, 35; Kuparinen 2014.) Ihmiset eivät välttämättä koe kuolemaa ”vihollisena”, vaan he pelkäävät kuolemaa edeltävää kärsimystä. Kärsimystä aiheuttavat muun muassa fyysiset tekijät, kuten kipu, hengenahdistus ja pahoinvointi. Myös psyykkiset ja emotionaaliset tekijät voivat aiheuttaa kärsimystä, ja potilas voi kokea eksistentiaalista ahdistusta. Tämän takia saattohoidossa keskitytään kärsimyksen hoitoon ja ennaltaehkäisyyn, ja se sisältää riittävän oireenmukaisen perushoidon, ihmisarvoa kunnioittavan huolenpidon sekä henkisen tukemisen. Kaikkea potilaan kokemaa kipua ja kärsimystä ei voida poistaa, mutta niiden lievityskeinoja on runsaasti. Saattohoidolla koetetaan taata kuolevalle mahdollisimman hyvä elämänlaatu vielä elämän loppupuolella, ja hoidon tavoitteena on hyvä kuolema. (ETENE 2004, 5; Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012; Hänninen 2014, 39; Kuparinen 2014; Sipola 2013, 45.) Hyvä elämänlaatu on sitä, että potilaasta huolehditaan, hän tuntee olonsa turvallisiksi, on mukana itseään koskevassa päätöksenteossa, saa säilyttää oman elämäntapansa sekä kokee itsensä ihmisarvoiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 17).

Kuolevan potilaan hoidossa olennaista on tunnistaa lähestyvä kuolema. Hoidossa keskitytään potilaan toiveisiin, läheisten huomiointiin sekä hyödyttömien toimenpiteiden välttämiseen. Jopa rutiinitoimenpiteiden kohdalla tulisi harkita, ovatko ne potilaalle välttämättömiä. Esimerkiksi erilaisten mittausten, kuten lämpötilan, happisaturaation tai verenpaineen, seuraaminen tulisi lopettaa, kun kuolema lähestyy, ja mittaustulosten sijaan huomio pitäisi siirtää itse potilaaseen. (Korhonen & Poukka 2013.) Potilasta tulisi hoitaa kokonaisvaltaisesti, ottaen huomioon fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen, henkinen ja hengellinen osa-alue. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 17; Kuparinen 2014.) Potilaan tarpeiden tunnistaminen ensisijaisesti on myös tärkeää kuolevan potilaan hoidossa (Aalto 2016, 82). Saattohoito toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä, jossa potilas ja hänen läheisensä ovat mukana. Sairaanhoitopiirit ja niissä toimivat terveyskeskukset vastaavat siitä, että hyvä saattohoito toteutuu yhdenvertaisesti. Potilaalle tar-

jotaan saattohoitopalvelut pääosin kotipaikkakunnallaan, joko kotona, palvelutalossa, terveyskeskussa tai saattohoitokodissa, mikä omalta osaltaan vaikuttaa läheisten mahdollisuuteen osallistua hoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30–31.)

Saattohoitoa ohjaavat vuonna 2018 laadittu Käypä hoito -suositus sekä Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2017 laatima suositus, jossa on esitelty saattohoidon osaamis- ja laatukriteerit sekä kolmiportainen malli palveluiden järjestämiseen perustasolla, erityistasolla ja vaativalla erityistasolla. (Palliatiiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b). Saattohoidon ohjauksen perustana on alun perin ollut Lääkintöhallituksen vuonna 1982 antamat terminaalihoiton ohjeet. Niissä korostettiin inhimillisyyttä ja ohjeistettiin välttämään sellaisten toimenpiteitä, joista ei potilaan sairauden ennusteeseen ollut juurikaan vaikutusta. Ohjeen periaatteena oli, että potilas saisi elää loppuelämänsä ilman kipuja tai vaikeita oireita, valitsemassaan ympäristössä läheisten ja läheisten seurassa. Hoidossa otettaisiin huomioon potilaan toiveet, eikä hänen tulisi kokea hylätyksi tulemistä tai yksin jäämistä, jollei hän ole niin itse toivonut. Hoitoja suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon hoidon rasittavuus ja hoitajien mahdollisuudet selviytyä saattohoidosta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 14–15; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, 9.) Terminaalihoiton käsitteestä on sittemmin luovuttu ja nykyisin puhutaankin saattohoidosta.

Lisäksi saattohoitoa ohjaavat kansainväliset ihmisoikeussopimukset Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimus 63/1999 ja Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus 24/2010. Suomen kansalliset lait, jotka normittavat saattohoitoa ovat perustuslaki 731/1999, laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, kansanterveyslaki 66/1972, erikoissairaanhoitolaki 1062/1989, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, terveydenhuoltolaki 1326/2010 ja laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 14–15; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, 13; Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2012.) Sopimusten ja säädösten tärkein anti on yksilön koskemattomuus, autonomia, itsemääräämisoikeus ja ihmisarvon kunnioittaminen. Jokaisella on oikeus saada laadukasta terveyden- ja sairaanhoitoa, johon kuuluu hyvän hoidon lisäksi hyvä kohtelu ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen.

Tyypillisimmät saattohoitopotilaat ovat parantumattomasti sairaat syöpäpotilaat, keuhkohtaumatautia (COPD), keuhkojen ja munuaisten vajaatoimintaa, eteneviä hermo-lihastauteja sekä sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat. Saattohoidossa huomioidaan potilaan hengellisiä ja maailmankatsomukseen liittyviä ongelmia. Jotta saattohoito olisi laadukasta, tarvitaan riittävästi koulutettua henkilökuntaa, jolla

on oltava tarpeeksi valmiuksia kohdata elämän loppuvaiheessa oleva potilas. (Kuparinen 2014.) Suositus henkilöstömitoitukselle on 1,0–1,2 hoitajaa vuodepaikkaa kohti (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2010, 18–19; Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2012).

Palliativinen hoito ja saattohoito ovat keskeisiä käsitteitä opinnäytetyössämme, koska ne liittyvät vahvasti hyvään kuolemaan. Kun palliativinen hoito ja saattohoito edeltävät kuolemaa, jonka lähestyminen on tiedossa, potilaalle voidaan mahdollistaa hyvä kuolema, jossa potilaan yksilölliset toiveet on otettu huomioon. Palliativinen hoito ja saattohoito liittyvät tiiviisti toisiinsa. Saattohoito on yksi vaihe palliativisesta hoidosta. Palliativisen hoidon alkuvaiheesta siirtyminen saattohoitoon voi kestää useita kuukausia, joskus jopa vuosia.

2.3 Kuolevan potilaan fyysisten oireiden hoitaminen

Kuolevalla potilaalla voi olla monenlaisia fyysisiä oireita. Oireenmukaista hoitoa jatketaan aina kuolemaan saakka (Kuparinen 2014). Oireiden hoitoa pyritään ennakoimaan, koska potilaan ja läheisten kannalta oireiden ennakoiva hoitaminen edistää selviytymistä vaikeissa tilanteissa (Aalto 2016, 82). Perustana kuolevan potilaan, kuten muidenkin potilaiden, hoidossa on perushoito. Hyvään fyysiseen perushoitoon kuuluvat puhtaudesta huolehtiminen, ihon ja suun hoito, asentohoito, perustarpeista, kuten syömisestä ja juomisesta sekä eritystoiminnasta huolehtiminen, hengityksen helpottaminen ja kivun hoito (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012). Kun kuolema on lähellä, vältetään turhien hoitojen antamista. Siksi suonensisäistä nesteytystä tai ravitsemusta ei yleensä käytetä. Antibioottien käyttö voi lievittää potilaan oireita, mutta ei pidennä elinaikaa. (Kuparinen 2014.) Kuolevan potilaan lääkitys tulisi tarkistaa ja arvioida säännöllisesti. Sellaiset lääkkeet, joista ei ole apua kuolevan oireiden hoidossa, tulisi ottaa pois käytöstä muun muassa sen takia, ettei potilaalle tulisi haitallisia yhteisvaikutuksia, sillä yhteisvaikutukset voivat lisätä oireita. On tärkeää, että potilaalle ja hänen läheisilleen kerrotaan lääkityksestä, sen muutoksista ja syistä muutosten takana. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito-suositus 2018.) Tärkeintä on huolehtia riittävästä kipu- ja pahoinvointilääkityksestä sekä mahdollisen ahdistuksen lievityksestä. Näiden lisäksi määrätään potilaalle lääkkeitä mahdollisten oireiden, kuten li-maisuuden tai levottomuuden varalta. (Korhonen & Poukka 2013.)

2.3.1 Kivun hoito

Oleellinen osa palliatiivista hoitoa on kivun arviointi. Kivun määrää, sijaintia, laatua ja lääkehoidon vaikutusta arvioidaan säännöllisesti. (Kuparinen 2014.) Kipua pystytään hoitamaan sekä lääkkeillä että lääkkeettömillä keinoilla. (Tarnanen ym. 2018.) Lääkkeettömien kivunlievityskeinojen tulisi olla kivunhoidon perusta muiden pitkäaikaisten kipujen kuin syöpäkivun hoidossa. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä täytyy käyttää aina, kun siihen on mahdollisuus. Lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä ovat muun muassa liikunta, asentohoito kylmä- tai lämpöhoito ja rentoutus. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018; Valvira 2017b.)

Kipulääkkeen valintaan vaikuttavat kivun voimakkuus ja mekanismi. Annos on jokaiselle potilaalle yksilöllinen. Lääkitys voi olla säännöllistä tai tarvittaessa annettavaa. (Tarnanen ym. 2018.) Ensisijaisesti kuolevan potilaan kipua hoidetaan vahvoilla opioideilla (Kuparinen 2014). Ne ovat tehokkaita myös esimerkiksi syöpäkivun hoidossa. Erilaisia antomuotoja ovat suun kautta annetut tabletit tai nestemäiset lääkkeet, kipulaastarit, sekä injektiot ihon alle tai suonensisäinen lääkitys. (Tarnanen ym. 2018.) Ensisijaisesti suositetaan lääkitystä suun kautta. Jos nielemisvaikeuksia alkaa esiintyä, voidaan siirtyä muihin antomuotoihin. (Kuparinen 2014.) WHO:n porrastetun kivunhoidon mallin mukaan potilaan kivunhoito aloitetaan ensimmäiseltä portaalta, johon kuuluvat ei-opioidit, joita ovat esimerkiksi parasetamoli ja aspiriini. Näitä lääkkeitä käytetään, kun kipu on lievä. Seuraavalle portaalle siirrytään kivun lisääntyessä. Toisella portaalla ovat opioidit, joita käytetään lievän ja keskivaikean kivun hoidossa. Kolmannella portaalla ovat opioidit, joita käytetään keskivaikean ja vahvan kivun hoidossa. Jokaisella portaalla on mahdollista käyttää lisäksi adjuvanttia, joka tehostaa kipulääkityksen vaikutusta. Toisella ja kolmannella portaalla voi käyttää lisäksi myös ei-opioidia kivun hoidossa. (WHO 2018b.) Tulehduskipulääkkeen antaminen opioidin lisäksi saattaa tehostaa opioidin kipua lievittävää vaikutusta. Jatkuvan kipulääkityksen lisäksi läpilyöntikipua voidaan hoitaa nopeavaikutteisella opioidilla. Hermosärkyä hoidetaan epilepsia- tai masennuslääkkeillä. Syöpäpotilailla sädehoito auttaa luustopesäkkeiden kipuihin suurimmalla osalla potilaista. (Tarnanen ym. 2018.) Vahvat kipulääkkeet voivat kuitenkin heikentää elämänlaatua haittavaikutustensa kautta. Ne voivat aiheuttaa sekavuutta, hallusinaatioita, pahoinvointia ja ummetusta. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

2.3.2 Muiden fyysisten oireiden hoito

Kuolemaa lähestyvällä potilaalla saattaa olla hengenahdistusta. Joillakin hengenahdistus voi helpottua happihoidolla tai kohdistamalla ilmavirtaus kasvoihin. Opioidit vähentävät myös hengenahdistusta. Jos hengenahdistuksen aiheuttaa neste keuhkoissa, neste voidaan poistaa keuhkoista punktoimalla tai dreennillä. (Tarnanen ym. 2018.)

Limaneritys, heikentynyt liman kuljetus, mahansisällön virtaaminen takaisin sekä nielemisen ja sylkemisen vaikeudet voivat aiheuttaa yskää keuhkosairauksien lisäksi. Mikäli mahdollista, syy yskän takana tulisi hoitaa. Yskän hoidossa ei suositella käytettävän yskänlääkkeitä, koska ne eivät ole tarpeeksi tehokkaita. Limaisesta yskästä kärsivälle liman eritystä vähentävät lääkkeet, keittosuolan sisään hengittäminen tai keittosuolasuihke voivat helpottaa limaisuutta. Pulloon puhaltamisesta ohuella letkulla voi myös olla hyötyä. (Tarnanen ym. 2018.)

Pahoinvointi ja ummetus ovat yleisiä kuolemaa lähestyvillä potilailla. Pahoinvoinnin hoidossa voi käyttää pahoinvointilääkkeitä, esimerkiksi metoklopramidia. Myös psyykenlääkkeitä, kuten haloperidolia tai olantsapiinia, voidaan joskus käyttää pieninä annoksina. Krooniseen ummetukseen voidaan käyttää hoitona ulostetta pehmittäviä laksatiiviummetuslääkkeitä, kuten makrogolia tai laktuloosia. Joskus voi olla tarpeellista käyttää lisäksi suolen supistustoimintaa lisääviä laksatiiveja, kuten sennaa tai natriumpikosulfaattia. Opioidit ovat hyviä lääkkeitä kivun ja hengenahdistuksen lievittämisessä, mutta niiden haittavaikutuksena on ummetus. Opioideista johtuvaan ummetukseen voidaan käyttää opiaattien vastavaikututtajia, jotka kumoavat opioidien suolen toimintaa lamaavan vaikutuksen. (Tarnanen ym. 2018.)

Nielemistä saattaa vaikeuttaa hermostolliset häiriöt, huono yleiskunto, aliravitsemus, limakalvovaurio ja pään, kaulan tai ruokatorven kasvaimet. Asentohoito, sängyn pään nostaminen ja ruoan koostumuksen muuttaminen ovat ensimmäisiä toimenpiteitä nielemisvaikeuksista kärsivälle potilaalle. Jos nielemisvaikeus johtuu kasvaimesta, kasvainta voidaan pienentää sädehoidolla. Potilaalle voidaan myös asentaa stentti, joka pitää ruokatorven avoimena. (Tarnanen ym. 2018.)

On mahdollista, että vatsaonteloon kerääntyy nestettä maksan toiminnan häiriintyessä tai syövän leviessä vatsaonteloon. Tätä nestettä kutsutaan nimellä askites. Oireina on kipua, närästystä, pahoinvointia, oksentelua, suolen toimimattomuutta, ruokahaluttomuutta, liikuntakyvyn heikkenemistä ja hengenahdistusta. Nestettä voidaan poistaa vatsaontelosta punktoimalla tai dreenin tai katetrin avulla. (Tarnanen ym. 2018.)

Kuoleman ollessa lähellä potilas saattaa kuivua. Tämä voi johtua nesteiden menetyksestä esimerkiksi kuumeen, oksentelun tai ripuloinnin vuoksi tai liian vähäisestä nesteiden saannista esimerkiksi ruokahallittomuuden tai nielemisvaikeuden takia. Kuolevalla potilaalla yksi kuivumisen syy voi olla nesteen siirtyminen kudoksiin. Tällöin kuivumistilaa ei voi korjata suonensisäisellä nestehoidolla eikä nesteitys paranna potilaan yleistilaa. Potilas saattaa myös kärsiä suun kuivuudesta. Tämä johtuu syljen erityksen vähenemisestä, syljen koostumuksen muuttumisesta tai lääkkeiden sivuvaikutuksesta. Suonensisäinen nestehoito ei auta tähänkään vaivaan. Paras keino lievittää kuivuuden tunnetta on kostuttamalla suuta esimerkiksi vedellä tai keinosyljellä. Myös jääpalojen imeskely, purukumin syöminen tai pastillien imeskely voivat auttaa. Puudutusgeeleillä, morfiinisuuvedellä tai geelillä voidaan myös helpottaa oireita. Jos suun limakalvot ovat rikki, niitä voidaan hoitaa puhdistusaineilla, esimerkiksi klooriheksidiinillä, suun limakalvoja suojaavalla geelillä tai kortisonisuspensiolla. (Tarnanen ym. 2018.)

Sairaudesta johtuvaa tahatonta laihtumista tai vähäisestä syömisestä johtuvaa laihtumista kutsutaan kakeksia-anoreksiaksi. Suurin osa, yli 80 prosenttia, kuoleman lähellä olevista potilaista kärsii tästä. Tehostettu ravitsemushoito ei kannata, koska sillä ei voida vaikuttaa potilaan vointiin tai elinaikaan. Tavoitteena hoidossa on, että potilas syö haluamiansa ruokia pieninä annoksina useamman kerran päivässä. (Tarnanen ym. 2018.)

Fatiikkia eli poikkeavaa uupumusta esiintyy suurella osalla edennyttä syöpää sairastavista. Oireina on vähäinen energia, väsyneisyys, heikentynyt suorituskyky, heikkous, motivaation puute, uneliaisuus, kylästyneisyys ja apatia. Uupumukseen ei auta lepo. Unirytmistä huolehtiminen sekä liikunta ja ulkoileminen jaksamisen mukaan voivat helpottaa oireita. (Tarnanen ym. 2018.)

Delirium eli äkillinen sekavuustila johtuu aivotoiminnan häiriöstä. Oireena on tietoisuuden ja tarkkaavaisuuden heikkeneminen, ajattelun ja muistin häiriintyminen, tunteiden ja niihin reagoinnin muuttuminen sekä uni-valverytmin muuttuminen. Oireiden hoitoon suositellaan ensisijaisesti lääkkeettömiä hoitomenetelmiä, kuten turvallista, rauhallista ja valvottua ympäristöä. Aikaisemmin käytäntönä on ollut käyttää psykoosilääkkeitä tarvittaessa. (Tarnanen ym. 2018.)

2.3.3 Palliatiivinen sedaatio

Elämän lopussa palliatiivinen sedaatio on yksi fyysisten ja psyykkistenkin oireiden hoitomuoto. Tällöin potilaan tietoisuutta alennetaan lääkkeiden avulla. (Hänninen 2014, 41.) Palliatiivista sedaatiota voidaan

käyttää, jos potilaalla on sietämätöntä kipua, hengenahdistusta, deliriumia, agitaatiota tai ahdistusta. Palliatiivisella sedaatiolla ei edistetä potilaan kuolemaa. (Kuparinen 2014.) Sedatointi tapahtuu aina yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja potilaan, ja hänen läheistensä tulisi olla tietoisia sedaation luonteesta ja heidän tulisi hyväksyä se (Hänninen 2007.) Saattohoidossa voi tulla eteen odottamattomia tilanteita, vaikka saattohoito onkin hyvin suunniteltua. Potilaille voidaan määrätä varalta niin kutsuttu katastrofilääkitys, joka koostuu opiaatista ja bentsodiatsepiinista, jolloin potilas voidaan nopeasti sedatoida, mikäli tilanne niin vaatii. (Korhonen & Poukka 2013.) Tällaisia odottamattomia tilanteita ovat esimerkiksi tukehtuminen, massiiviset verenvuodot ja tromboemبولiset tapahtumat. Lisäksi potilaan oireet voivat lisääntyä merkittävästi tai hän voi saada henkeä uhkaavan komplikaation. Kaikissa tällaisissa tapauksissa sedaatiota ei kuitenkaan tarvita. (Hänninen 2014, 42.) Sedaatio voi olla jatkuvaa tai jaksottaista, ja sedaation vaste voi olla kevyt, syvä asteittainen tai nopea (Hänninen 2007).

2.4 Psykososiaalinen, henkinen ja emotionaalinen tuki kuoleman lähestyessä

On tärkeää tunnistaa etenkin psyykkiset oireet, sillä niillä on suuri vaikutus elämänlaatuun. Monesti psyykkiset oireet ovat vaikeita todeta, sillä niihin liittyy monesti somaattisia oireita, kuten fatiikkia tai ruokahaluttomuutta. Psyykkisten oireiden lievittäminen lääkkeillä on haastavaa etenkin saattohoitopotilailla, sillä hoitovasteen saavuttaminen lääkkeitse voi kestää pitkään. Psyykkisen tuen järjestämiseen voivat osallistua myös muut ammattiryhmät, kuten sairaalapappi tai psykologi. Lisäksi voidaan konsultoida psykiatria. On kuitenkin todettu, että hyvä vuorovaikutus potilaan kanssa ja oireenmukainen hoito vähentävät erillisen psykososiaalisen tuen tarvetta. Potilasta tulee informoida riittävästi hänen hoidostaan, tilastaan ja sairauksista ja häntä tulee ottaa mukaan häntä ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012). Omaan kuolemaan valmistautuminen on yksi vaihe parantumattomasti sairaan potilaan elämässä. Potilas voi miettiä kuolemaansa itsensä sekä läheistensä näkökulmasta, muistella aikaisemmin menehtyneitä läheisiään ja verrata kuolemansa vaikeutta esimerkiksi lapsen kuolemaan. (Aalto 2016, 95.) Surutyön ja menneen elämän muistelun on todettu auttavan potilasta suhtautumaan lähestyvään kuolemaan tyynemmin. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito-suositus 2018.) Potilaan psyykkinen ja emotionaalinen tila saattaa jopa vaikuttaa potilaan eliniän ennusteeseen. Saattohoito lopettaa taistelun kuolemaa vastaan, lisää potilaan hyvinvointia ja hyvää oloa, ja siten potilas voi elää pidempään. Toisaalta potilas voi luovuttaa, mikä nopeuttaa kuoleman tuloa. (Hänninen & Anttonen 2008.)

Vakavasti sairastuneella, kuolemaa lähestyvällä potilaalla voi olla erilaisia psyykkisiä oireita, joita ovat esimerkiksi ahdistus ja masennus sekä vireystilan muutokset, kuten väsymys tai ylivirittyneisyys ja uni-häiriöt. Oireet ovat usein sekamuotoisia ja voivat johtua sairauden aiheuttamasta psyykkisestä kuormituksesta. (Idman 2018.) Masennus- ja ahdistusoireet ovat yleisiä kuolemaa lähestyvällä potilaalla. Oireita voidaan helpottaa lääkkeettömällä ja lääkkeellisillä menetelmillä. Jos potilaalla on elinaikaa viikkoja tai pidempään, masennusta voidaan hoitaa masennuslääkkeillä. Ahdistusta voidaan lievittää lääkkeillä, esimerkiksi bentsodiatsepiineillä. (Tarnanen ym. 2018.)

Potilaalle tulisi luoda yksityisyyden mahdollistava, kodikas ja virikkeellinen ympäristö. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012). Suositusten mukaan kuolevalla potilaalla tulisi olla oma huone, mutta vähintäänkin riittävästi tilaa ympärillään, jotta hän voi olla rauhassa yksin ja läheistensä kanssa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 18). Potilaan ympäristö ja tilanne ylipäätään tulisi rauhoittaa mahdollisimman hyvin. Kuolevan potilaan hoidossa läsnäolo, keskustelu ja kuunteleminen on tärkeässä osassa. (Korhonen & Poukka 2013.) Potilaalle tulisi luoda turvallisuuden, merkityksellisyyden ja yhteisöön kuulumisen tunnetta. Kuoleva potilas voi kokea monenlaisia negatiivisia tunteita, esimerkiksi surua, menetystä, hylkäämistä, arvottomuutta ja merkityksettömyyttä. Hoitajan tulisi ottaa nämä tunteet huomioon ja lohduttaa potilasta. Läsnäolo, puhuminen ja koskettaminen ovat tärkeitä kuolevan potilaan hoitotyössä. Kuoleman läheisyys voi pelottaa potilasta ja toisen ihmisen läsnäolo vie tätä pelkoa pois. (Hänninen 2018b, 121–122.) Parantumaton sairaus sairastavalta potilaalta ei saisi viedä toivoa pois, vaan hoitajan tulisi pyrkiä vahvistamaan toivon tunnetta (Hietanen 2013, 65–66). Toivo on potilaan sisäinen voimavara ja se on riippuvainen muun muassa potilaan elämäntilanteesta. Osa saa toivoa uskonnosta ja siihen liittyvästä kuoleman tulkinnasta esimerkiksi kuoleman jälkeisestä elämästä tai jälleensyntymästä. Potilaan toivo voi näkyä myös toiveina asioita tai hoitoa kohtaan. Hän voi esimerkiksi toivoa näkevänsä seuraavan kesän tai läheisen tärkeän elämäntapahtuman. (Sipola 2013, 51.)

Henkinen tuki on kuolevia potilaita hoitavan henkilökunnan työn vaativin osa (Aalto 2016, 83). Henkisyysillä tarkoitetaan kiinnostusta elämän arvoihin ja tarkoitukseen sekä olemassaoloon liittyviin merkityksiin. Hengellisyydellä tarkoitetaan ihmisen sisäistä kiinnostusta jumaluutta tai korkeampaa voimaa kohtaan ja käsite sisältyy henkisyyteen. Hengellisyyden käytännön toteuttaminen on uskonnollisuutta. Näihin käsitteisiin liittyy myös spiritualiteetti, joka tarkoittaa tietoisuutta muiden asioiden kuin arkittellisuuden olemassaolosta. Sen kautta ihminen voi kokea elämän tarkoituksen löytymistä vaikeasta sairaudesta huolimatta ja sen tukeminen lisää potilaan hyvinvointia ja toivoa. (Muurinen, Sipola & Vainio 2018, 140.) Potilaiden hoitoon kuuluvat hengelliset tarpeet, ja hoitajan tulee vastata näihin omasta vakaumuksestaan riippumatta (Kärpäniemi 2008, 110). Hoitajan vuorovaikutustaidot ovat myös tärkeitä

henkisen tuen antamisessa. Ammattitaidon lisääntyessä kasvavat valmiudet avoimeen keskusteluun ja rohkeus ottaa asioita puheeksi. Henkilökunnan aktiivisuus ottaa kuolemaan liittyviä asioita puheeksi helpottaa potilasta. (Aalto 2016, 82.)

Potilaalle tulee viestiä, että kaikki tunteet ovat hyväksytyjä ja sallittuja. Tuntemuksista keskusteleminen on osa hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Vuorovaikutuksessa hoitajan tärkein rooli on olla aktiivinen kuuntelija, olla aidosti kiinnostunut potilaan kertomasta ja olla halukas auttamaan. Kuunteleminen auttaa myös arvioimaan potilaan emotionaalista tilaa. Monesti emotionaalisessa tukemisessa pelkkä hoitajan läsnäolo on riittävä, jolloin jo vierellä istumisella on potilaaseen rauhoittava vaikutus. Koskettamalla potilasta, esimerkiksi pitämällä kädestä kiinni, hoitaja pystyy viestimään myötätuntoa ja ymmärrystä. Hoitajan tasapainoinen, ystävällinen ja rauhallinen käytös tuovat myös turvallisuutta potilaalle. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

Potilaan kuoleman pelkoon on monesti syynä turvattomuuden ja hylätyksi tulemisen tunne sekä ahdistus tuntemattoman edessä, esimerkiksi ahdistusta kuoleman hetkestä. Potilas voi kokea eksistentiaalista pelkoa ajatellessaan kuoleman jälkeistä aikaa tai sen puuttumista. Potilas voi myös muistella aikaisempia menetyksiä tai pelkoja. Kuoleman lähestyessä kuoleva joutuu luopumaan useista asioista, muun muassa fyysisestä hyvinvoinnista, ihmissuhteista ja elämän odotuksista. Usein kuoleman äärellä elämäntarpeet ja vakaumus nousevat merkityksellisiksi asioiksi ja omasta uskosta haetaan vastauksia, lohtua ja toivoa. Nämä asiat voivat myös herättää potilaassa kysymyksiä, joihin ei ole mahdollista vastata, mutta niitä voi pohtia yhdessä hoitajan kanssa. Omaa elämäntarinaa käydään läpi ja se pyritään saamaan koherentiksi kokonaisuudeksi. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012; Hänninen 2018a, 140.)

On hoitajalta eettisesti väärin, mikäli hän koettaa kääntää kuolevaa potilasta uskonnollisesti, mutta myös uskonnollisten kysymysten sivuuttaminen tai niiden kieltäminen potilaalta ovat yhtä lailla väärin (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012). Potilaan vakaumusta tulee kunnioittaa, jos hän ei halua puhua hengellisistä asioista. Joissain tilanteissa hoitajalla on halu puhua hengellisistä asioista vakaumuksesta käsin, mutta silloin hoitajan tulee tunnistaa, pohjautuuko halu potilaan vai hoitajan tarpeeseen. Hoitajalta vaaditaan siis ammatillista havainnointi- ja arviointikykyä, jotta hän osaa tilanteen vaatiessa väistyä ja jättää oma vakaumuksensa taka-alalle. (Kärpäniemi 2008, 111.) Moni kuoleva potilas saa toivoa ja voimaa uskosta kuoleman jälkeiseen elämään ja mahdollisesta jo poisnukkuneiden jälleennäkemisestä. Mikäli potilaalla on tarve puhua hengellisistä asioista, hän yleensä tekee siitä aloitteen itse, mutta merkki keskustelun tarpeesta voi olla myös nonverbaalinen. Hoitajan tulee siis havainnoida poti-

lasta ja kiinnittää huomiota muun muassa käyttäytymiseen ja äänensävyihin. Rukoukset, Raamatun lukeminen ja virret voivat olla hyvin tärkeitä potilaalle. Henkisen tuen antaminen ei ole pelkästään hoitajan harteilla, vaan sitä voi toteuttaa ryhmätyönä, jolloin siihen osallistuvat hoitajan lisäksi esimerkiksi läheiset, psykologi ja sairaalapastori. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

Kuolevan potilaan keskustelutarve on välitön, eikä sitä voi siirtää, sillä potilaalla ei ole paljoa aikaa jäljellä (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012). Lisäksi tilanne voi mennä ohi, jos keskustelua yritetään siirtää tai potilas ohjataan keskustelemaan toisen henkilön kanssa. Potilaan aloittaessa hengellisistä asioista puhumisen hoitajan kanssa potilas on jo valinnut hoitajan keskustelukumppanikseen ja haluaa puhua juuri hänen kanssaan. (Kärpänniemi 2008, 111.) Keskustelu voi alkaa milloin tahansa, esimerkiksi ruokailutilanteessa. Keskusteluissa voidaan käydä läpi huolen, pelon ja ahdistuksen syitä. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012.) Kuolemasta ja siihen liittyvistä asioista tulee keskustella potilaan kanssa avoimesti ja kiertelemättä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 18). Hengellisiin kysymyksiin liittyviä toiveita voidaan kartoittaa potilaalta jo tulohaastattelun yhteydessä ja samalla voidaan kertoa mahdollisuudesta tavata sairaalapastoria (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012). Hengellisten tarpeiden arviointi ja tuki tulisi kirjata potilaan tietoihin kuten muutkin hoitoyöhön liittyvät asiat. Näin hengelliselle hoitotyölle voidaan asettaa tavoitteita, joiden toteutumista voidaan arvioida. (Kärpänniemi 2008, 115.)

2.5 Kuolevan potilaan läheisten tukeminen

Saattohoitoon kuuluu olennaisena osana omaisten ja läheisten tuki, neuvonta ja käytännön asioissa ohjaaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 18; Surakka 2013, 94). Se, miten läheiset otetaan huomioon hoidon kokonaisuudessa, mittaa kuolevan potilaan hoidon laadukkuutta (Siltala 2008, 93). Lähestyvä kuolema aiheuttaa kriisitilanteen sekä potilaalle itselleen että hänen läheisilleen. Luopuminen rakkaasta ihmisestä ja mahdollisena saattajana oleminen koettelevat läheisten kestäkykyä ja muutokseen mukautumista. Ajan viettäminen kuolevan kanssa, luopumisajatuksen sulattelu sekä tuen ja ymmärryksen saaminen auttavat läheistä kohtaamaan läheisen menettämistä aiheutuvan surun. Surun työstäminen kuolevan kanssa on läheiselle ja kuolevalle tärkeää ja arvokasta aikaa. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012.) Jäähvyäisten jättäminen on sekä potilaan että läheisen kannalta tärkeää. Kuoleman lähellä on tilaisuus puhua eletystä elämästä ja ihmisten merkityksistä toisilleen sekä antaa ja saada anteeksi. Jäähvyäisiin kuuluu myös erilaisista rooleista, paikoista ja tilanteista luopuminen. Läheinen antaa

potilaalle ikään kuin luvan kuolla. (Aalto 2016, 96.) Potilasta voi huolettua läheisten pärjääminen kuoleman jälkeen. Tämän takia kannattaa keskustella asiasta potilaan kanssa ja kertoa, että läheisiä tuetaan saattohoidon aikana ja kuoleman jälkeen. (Surakka 2013, 94–102.)

On tärkeää, että hoitajat tarjoavat emotionaalista tukea potilaan lisäksi myös läheisille. Osa heistä jaksaa kysellä hoitajilta kaikesta, osa puolestaan ottaa passiivisemmän roolin esimerkiksi arkuuden tai ahdistuksen vuoksi ja voi jäädä vaille tärkeitä tietoja. Hoitajien kiire voi myös estää läheisiä kysymästä häntä askarruttavia asioita. Tuki voi olla asioiden käsittelyä tai pelkkää lähellä olemista. Emotionaaliseen tukeen sisältyy muun muassa läheisten hyväksyminen ja heistä välittäminen, empaattinen ja positiivinen asenne heitä kohtaan, lähellä oleminen, koskettaminen, rohkaiseminen purkamaan ja käsittelemään tunteita (esimerkiksi ahdistus, viha, suru, syyllisyys), turvallisen keskusteluilmapiiirin luominen ja tieto siitä, että henkilökuntaa voi lähestyä milloin tahansa. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

On syytä tarkkailla ja arvioida läheisten jaksamista sekä heidän tuen tarvettaan (Korhonen & Poukka 2013). Surun ja ahdistuksen keskellä läheisellä voi olla perhettä, josta tulisi huolehtia. Hoitajien tulisi keskustella läheisten kanssa heidän kokemistaan vaikeuksista, jotta he löytäisivät ongelmiinsa ratkaisuja. Mikäli läheinen tarvitsee enemmän keskusteluapua tai muuta henkistä tukea, hänet voi ohjata keskustelemaan sairaalapastorin kanssa, käymään oman kunnan terveyskeskuksessa tai seurakunnassa sekä soittamaan kriisipuhelimeen tai auttavaan puhelimeen (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012). Keskustelun kautta tilanteeseen liittyvä emotionaalinen stressi vähenee. Puhumisen avulla voidaan jakaa kokemuksia, puhua luopumisesta ja nauttia yhdessä olemisesta. Kuolemasta puhuttaessa vapautuu voimavaroja elämälle. Lisäksi puhumattomuus kuolemasta viivästyttää kuoleman käsittelyä. (Aalto 2016, 71–72.)

Läheisille tulee antaa mahdollisuus keskustella asioista, jotka saattavat vaivata heitä. Tällaisia asioita voivat olla esimerkiksi potilaan hoitoon liittyvät asiat, vaikeudet hyväksyä potilaan kuolema tai syyllisyyttä aiheuttaneet asiat. Lääkärin olisi hyvä perustella hoitolinjauksia, miksi jotain tehdään tai ei tehdä. Sairaanhoitaja voi vielä keskustella näistä asioista potilaan ja läheisten kanssa. Läheisiltä voi saada tietoa potilaan tavoista ja päivittäisestä elämästä. Läheiset huomaavat, jos esimerkiksi vuorovaikutuksessa potilaan kanssa tapahtuu muutoksia. (Surakka 2013, 94–102.) Läheiset haluavat ja tarvitsevat riittävästi tietoa kuolevan läheisensä asioista. Näitä ovat muun muassa sairaus, tutkimukset, hoito ja ennuste, potilaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen tila, osaston tavat ja päiväjärjestys sekä mahdollisuudet osallistua läheisensä hoitoon, mikäli potilas niin toivoo. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012.) Läheisille tulee tarjota ymmärrettävää, totuudenmukaista tietoa ja heidän toiveitaan tulee kuunnella. (ETENE

2004, 5; Korhonen & Poukka 2013). Mikäli läheiset tahtovat osallistua potilaan hoitoon, hoitajien tulisi ohjata ja tukea heitä siinä (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012).

Joskus läheiset voivat kieltää lähestyvän kuoleman tai eivät tiedosta sitä. He voivat odottaa hyvää hetkeä puhua potilaan kanssa tärkeistä asioista siirtäen sitä jatkuvasti kauemmas tulevaisuuteen. Silloin on hoitajan tehtävä keskustella läheisten kanssa ja sanoa suoraan, että aikaa ei ole enää paljon jäljellä. Kuolemaan valmistautuminen helpottaa läheisten tilannetta kuoleman jälkeen. Jos kuolema tulee yllättäen, etteivät läheiset ehdi valmistautua siihen, tilanne voi muodostua heille sekavaksi. (Aalto 2016, 99–100.)

Mikäli saattohoitopotilaana on alaikäisen lapsen vanhempi, lapselle tulee kertoa vanhemman sairauden etenemisestä lapsen kehitystasoa vastaavalla tavalla. Kertomisessa auttavat tarvittaessa erityistyöntekijät kuten psykologi tai perheneuvolan työntekijä. (Kuparinen 2014) Tilasta kertominen on tärkeää, jotta lasta ei eristettäisi vanhemman kuolemasta. Joskus näin voi käydä, jos lasta halutaan suojella kuolemalta tai aikuinen tuntee itsensä avuttomaksi tilanteessa. (Aalto 2016, 99.) Lapsella voi olla vaikeuksia ymmärtää kuoleman lopullisuus. Vanhemman kuolema on traumaattinen kokemus ja järkyttää perusturvallisuutta. Lasten reaktioon vaikuttavat ikä, persoonallisuus, elinympäristö, aikaisemmat kokemukset, aikuisten käyttäytyminen ja saatu apu. Lapsi voi olla esimerkiksi ahdistunut, vihainen, ylivireinen, hän voi tuntea syyllisyyttä tai nähdä painajaisia. Lapsen kanssa pitää keskustella kuolemasta, koska siten hän voi päästä surutyössään eteenpäin. (Sipola 2013, 53–54.) Keskusteluun voi pyytää mukaan lapselle läheisiä aikuisia, esimerkiksi isovanhemmat. Joskus lapsen voi olla tarpeen käydä terapiassa. Lapsella tulisi olla oikeus turvallisen arjen jatkumiseen, päivähoitoon ja kouluun. Lapsi saa olla mukana kuoleman hetkellä, jos hän itse haluaa. (Aalto 2016, 97.)

2.6 Hoitajan ammatillisuus kuolevan potilaan hoitotyössä

Hoitajina työskentelee sairaaloissa lähihoitajia ja sairaanhoitajia. Lähihoitajan tutkinto on 180 opintopistettä ja kestää noin 3 vuotta. Sairanhoitajan tutkinto on 210 opintopistettä ja kesto noin 3,5 vuotta. Opintoja on mahdollista sovittaa omaan elämäntilanteeseen sopivaksi ja opintoja voi nopeuttaa niin halutessaan. (Keski-Pohjanmaan koulutusyhtymä 2019; Centria-ammattikorkeakoulu 2019.) Ainoastaan lähihoitajien koulutukseen on määritelty palliatiivisen hoidon ja saattohoidon ammattitaitokriteerit. Lähihoitajille ja sairaanhoitajille järjestettävissä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon täydennyskoulutuk-

sissa ei ole yhteneväistä valtakunnallista linjaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b, 11.) Hoitajien valmiuksissa hoitaa kuolevia potilaita on siis selviä eroavaisuuksia ja tähän pyritään vaikuttamaan valtakunnallisella EduPal-hankkeella (EduPal 2019).

Kuolevan potilaan hoitotyö on haastavaa ja vaativaa. Hoitajilta vaaditaan ammattitaitoa, kykyä suunnitella hoitoa potilaan ja läheisten kanssa sekä moniammatillista yhteistyökykyä. Henkilökunnalla pitäisi olla riittävästi koulutusta saattohoitoon. Osaamista voi olla täydentämässä muu henkilöstö ja vapaaehtoiset työntekijät, jotka ovat osa moniammatillista työyhteisöä. Hoitajille tulee tarjota säännöllisesti täydennyskoulutusta. Hoitajan tulee huolehtia omista voimavaroistaan sekä pyrkiä kehittämään itseään. Työryhmän tuki ja työnohjaus ovat apuna työssä jaksamisessa. Henkilökunnan työhyvinvointi on edellytys herkkyyden ja intuition säilymiselle, joilla taataan laadukas saattohoito. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30–31; Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

Suosituksen mukaan hoitajalta vaaditaan kykyä arvioida potilaan vointia ja hoitaa tätä riittävällä taidolla. Lisäksi hoitajan tulisi osata soveltaa tietojaan, jotta potilaan kärsimys ja siihen vaikuttavien oireiden hoito olisi mahdollisimman tehokasta. Mitattavien arvojen sijaan hoitajan tulisi arvioida säännöllisesti muun muassa potilaan kipu, pahoinvointi, levottomuus ja hengenahdistus. Oireita tulisi arvioida neljän tunnin välein ja samalla on huolehdittava hyvästä perushoidosta. Hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa tulee huomioida potilaan fyysiset, henkiset, hengelliset, psykososiaaliset, eksistentiaaliset ja kulttuuriset tarpeet ja toiveet. Hoitajan tulisi huomata lähestyvän kuoleman merkit ja kuoleman hetki sekä tukea läheisiä potilaan kuoleman jälkeen. (Korhonen & Poukka 2013; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30–31) Täydellisyyttä ei kuitenkaan vaadita, vaan hoitaja saa olla oma itsensä (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012).

Hoitajalla on haasteena pysyä kuolemasta sopivalla etäisyydellä. Hoitaja voi käsitellä kuolemaa ajatuksissaan henkilökohtaisella tasolla tai jättäytyä kuolemasta kauemmaksi ja torjua kuolema. Molemmissa vaihtoehdoissa on vaarana hoitajan väsyminen työhönsä. Kuoleman torjuminen vaikuttaa myös hoitajan kykyyn tehdä työtä. Hän saattaa tehdä vain pakolliset tehtävät ja jättää potilaan muut tarpeet huomioidmatta. (Aalto 2016, 70.)

Hoitajien työ on tunnetyötä, johon kuuluu emotionaalisen ja fyysisen läheisyyden antaminen potilaalle ja hänen läheisilleen. Hoitaja kuuntelee potilaan ja läheisten huolenaiheet ja reagoi niihin. Tunnetyö voi olla hoitajille kuormittavaa, sillä potilaan ja läheisten kärsimykseen voi samaistua liian vahvasti ja kuo-

levien potilaiden kohtaaminen myös muistuttaa hoitajaa omasta kuolevaisuudestaan. Hoitajan onkin löydettävä emotionaalinen tasapaino työssään. (Salmela 2014, 56.) Kuolevan emotionaalinen tukeminen on erityisen haastavaa, sillä kuoleva potilas käy läpi kaikista vaikeinta kriisiä, elämästään luopumista. Tuki on kuitenkin hyvin tärkeä osa kuolevan potilaan hoitoa ja siihen vaaditaan hoitajalta empatiakykyä (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012). Empatia auttaa hoitajaa kohtaamaan kärsivän potilaan. Se on kykyä myötäelää ja heijastaa toisen ihmisten tunteita. (Salmela 2014, 47–51.) Empaattisuuden lisäksi hoitajan tulisi olla potilaitaan kohtaan positiivinen, ystävällinen, hyväksyvä ja lämmin. Hänen tulisi ymmärtää, että hankalakin potilas on tunteva ja kärsivä ihminen. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012.) Emotionaalisessa kohtaamisessa on kuitenkin haasteita, jotka ovat psykologisia, biologisia ja kulttuurisia. Psykologisena tekijänä on vaikeus samaistua potilaan tilanteeseen, sillä emme tiedä, miltä lähestyvä kuolema tuntuu. Biologisena tekijänä on meille kehittynyt haluttomuus ajatella omaa kuolevaisuuttamme, sillä olisi vaikea suunnitella tulevaisuutta tai tehdä kauaskantoisia projekteja, mikäli olisimme jatkuvasti tietoisia siitä, että kuolema voi pyyhkiä suunnitelmat tyhjiksi milloin vain. Kulttuurisena tekijänä etenkin länsimaissa on kuoleman häivyttäminen pois näkyvistä, jolloin lähellä elämän päätöstä olevat ihmiset viedään laitoksiin. Lisäksi kuolema koetaan nykyaikana yksityisasiana. (Salmela 2014, 47–51.) Kuolevan potilaan hoitotyö on henkilökunnalle raskasta etenkin henkisesti, joten työntekijöillä tulisi olla mahdollisuus työnohjaukseen, jotta uupumusta voitaisiin ehkäistä (Korhonen & Poukka, 2013).

Yksi keskeinen käsite opinnäytetyössämme on hoitaja, koska opinnäytetyömme kohteena olivat hoitajat. Sairaanhoitajat ja lähihoitajat ovat työssään kaikista lähimpänä kuolevaa potilasta ja osallistuvat potilaan hoitoon eniten. Siksi saamme heiltä arvokasta tietoa hyvän kuoleman mahdollistamisesta yleislääketieteen osastoilla.

2.7 Kuolema

Suomessa kuolee vuosittain hieman yli 50 000 ihmistä. Keskimääräinen eliniänodote miehillä on 78 vuotta ja naisilla 84 vuotta. Yleisimmät kuolemansyyt ovat verenkiertoelimien sairaudet ja kasvaimet. Tapaturmaisesti ja väkivaltaisesti kuolee vain noin reilu kymmenesosa. Valtaosa suomalaisista kuolee yli 80-vuotiaana, yleensä jonkin sairauden seurauksena. (Vala 2014, 25; Erhola 2016.) Suurin osa ihmisistä kuolee terveyskeskuksissa, keskussairaaloissa ja saattohoitokodeissa (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012).

Kuollessa aivotoiminta lakkaa täysin ja sydän pysähtyy tai jatkaa toimintaansa. Mikäli sydän jatkaa lyömistä aivotoiminnan loppumisen jälkeen, puhutaan aivokuolemasta, joka mahdollistaa elinsiirrot, sillä elimet vaativat verenkiertoa pysyäkseen käyttökelpoisina. Normaalisti kuolemaan johtaa kuitenkin sydämen pysähdys ja hengityksen lakkaaminen sekä näitä seuraava aivojen kuolema, sillä aivot eivät kestä hapenpuutetta kovin montaa minuuttia ilman vaurioitumista. Kun verenkierto pysähtyy, veri kerääntyy painovoiman vuoksi ruumiin alapinnalle. Tämä näkyy sinipunaisina läiskinä alapintojen iholla eli lautumina. Vainaja on aluksi täysin velto, sillä hänen lihaksensa rentoutuvat. Vähitellen lihakset alkavat kuitenkin jäykistyä, sillä lihasten proteiinit kiinnittyvät toisiinsa, jolloin puhutaan kuolonkankeudesta. Elimistön lämmöntuotanto lakkaa, jolloin ruumis alkaa jäähtyä ympäristön lämpötilaa vastavaksi. Kuollessa ruumis alkaa mädäntyä. Mädäntymisen nopeus riippuu ympäristöstä. Lääkäri toteaa kuoleman. Mikäli on aihetta epäillä, että syy kuolemaan on jokin muu kuin diagnosoitu sairaus, kuolemansyystä tehdään tutkinta. (Vala 2014, 25–30.)

Lääketieteen näkökulmasta kuolema nähdään monesti epätoivottuna lopputuloksena, ja se liittyy varsin usein sairauksiin tai tapaturmiin. Nuoren ihmisen kuolema on usein vaikea kohdata, kun taas vanhusten kuolema nähdään monesti luonnollisena tapahtumana, jota ei saisi estää. (Hänninen 2014, 37–38; Hänninen 2018b, 82.) Kuolema on kuitenkin jatkuvasti läsnä elämässämme. Ihmisiä kuolee jatkuvasti niin odotetusti kuin varoittamatta ja yllättäen. Kuolema voi kohdata ketä tahansa, milloin tahansa. (Vala 2014, 29.)

Kuolema on keskeinen käsite opinnäytetyössämme, koska hyvä kuolema on opinnäytetyömme aihe ja selvitämme luomallamme kyselylomakkeella hyvän kuoleman edellytyksiä. Kuolema koskettaa jokaista, eikä kukaan ei voi välttyä kuolemalta. Hoitotyössä on tärkeää pohtia kuolevan potilaan hoitoa, jotta hoito on hyvää ja laadukasta. Palliatiivisella hoidolla ja saattohoidolla pyritään pitämään elämänlaatu hyvänä ennen kuolemaa. Seuraavassa alaluvussa käsittelemme hyvän kuoleman käsitettä tarkemmin.

2.7.1 Hyvä kuolema

Hyvän kuolema on monitahoinen käsite, jonka määrittely riippuu määrittelijästä sekä kulttuurista. Lisäksi hyvän kuoleman määritelmä on muuttunut ajan myötä. Universaalina vastauksena hyvään kuolemaan kuulu kuitenkin hyvä kärsimyksen hoito. Kärsimys voi olla fyysistä, psyykkistä, sosiaalista tai

eksistentiaalista. Näistä etenkin fyysistä, yleensä kipua ja muita oireita pystytään lievittämään menestyksekkäästi. Muut kärsimyksen osa-alueet ovat jääneet vähäisemmälle huomiolle ja niitä on vaikea havaita, sillä kärsiväkin ihminen voi esimerkiksi liikkua ja hymyillä. (Pälve 2016.) Potilas voi esimerkiksi kärsiä sosiaalisesti muuttuvien vuorovaikutussuhteiden tai eristäytymisen takia (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2010, 18). Saattohoitoa antavissa laitoksissa henkilöstöllä tulee olla kattava koulutus ja työyhteisön on pidettävä huolta siitä, että kärsimyksen osa-alueiden hoidossa on onnistuttu. Mikäli potilas on tehnyt hoitotahdon, sitä tulee kunnioittaa. Mikäli hoitotahtoa ei ole tehty, siitä kannattaa keskustella potilaan kanssa hyvissä ajoin. Olisi hyvä, että potilas kertoisi tahdostaan myös läheisilleen, jolloin potilaan tahto tulee selväksi myös läheisten kautta. Potilaalle pitää olla tarjolla lohtua, empatiaa, toivoa, aikaa, ja hoitosuhteen pysyvyyttä. (Pälve 2016.)

Hyvä kuolema voidaan määritellä niin, että kuoleva on vuoteessa kotona tai laitoshoidossa, saa jatkuvaa hoitoa, jolla tähdätään kivuttomuuteen ja hoito on suhteutettu kuolevan ja hänen läheistensä toiveiden mukaisesti (Hänninen 2014, 40). Potilas hyväksytään omana itsenään ja häntä hoidetaan niin hyvin kuin mahdollista. Potilasta ei saa hylätä vaikeassakaan tilanteessa. (Aalto 2016, 56.) Hyvän kuoleman määritelmä voi olla eri niin potilaalla, läheisillä ja hoitajilla. Läheisen kannalta hyvä kuolema on kokemus, jonka jälkeen on mahdollista jatkaa elämäänsä ja surra menetettyä läheistä. Potilaan saama hyvä hoito on heille lohduttava tekijä. Hoitajalle potilaan hyvä kuolema antaa rohkeutta kuoleman ja kuolevien kohtaamiseen tulevaisuudessakin. (Aalto 2016, 56.) Kuoleman etenemistä on hyvin vaikea ennustaa. Tärkeimmät hyvän kuoleman osa-alueet ovat oireiden mukainen hoito, kommunikaatio ja läheisten huomiointi. Henkilökunnalta kuolevan potilaan hoitaminen vaatii herkkyyttä ja empatiaa. (Korhonen & Poukka 2013.) Saattohoidossa hyvä kuolema nähdään rauhallisena kuolemana, johon liittyy emotionaaliset kamppailut ja niiden selvittäminen ennen kuolemaa. Hoitajat ovat tässä tukena niin potilaalle kuin tämän läheisillekin. (Salmela 2014, 56.)

Hyvän kuoleman vastakohta on kuolemaan ajautuminen. Silloin potilaan tarpeita ei huomioida, häntä hoidetaan sattumanvaraisesti ja hänen kärsimystään ei lievitetä. Läheisten elämä voi pysähtyä paikoilleen, jos kuoleman kokemus on ollut haavoittava eikä siitä ole voinut puhua ammattilaisten kanssa. Henkilökunnalle kuolemaan ajautuminen voi aiheuttaa tunteita työnsä epäonnistumisesta. (Aalto 2016, 56.)

2.7.2 Läheisten huomiointi ja hoitajien jaksaminen potilaan kuoleman jälkeen

Kun potilas kuolee, siitä tulee ilmoittaa läheisille mahdollisimman pian ja rauhallisesti. Läheiselle voi kertoa potilaan viimeisistä hetkistä, esimerkiksi oliko hän tajuissaan ja mistä hänen kanssaan keskusteltiin viimeisenä. Läheisille annetaan mahdollisuus tulla osastolle jättämään jäähyväiset ja heidän kanssaan voidaan käydä läpi käytännön järjestelyjä. Toimintaohjeet potilaan kuoleman jälkeen tulisi antaa läheisille myös kirjallisena, sillä surutyö voi estää uuden tiedon vastaanottamisen. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012; Surakka 2014, 100–102.) Kuoleman jälkeen olisi hyvä, mikäli läheiset voivat tarvittaessa olla yhteydessä saattohoito-osastoon (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 18).

Potilaan kuolema voi herättää hoitajassa surun, pelon ja katumuksen tunteita. Hoitajat voivat kokea myös väsymystä, ahdistuneisuutta, unettomuutta ja mielialan vaihteluita. Hoitajat ohittavat usein tunteet, joita potilaan kuolema aiheuttaa. Hoitajien täytyisi tietää, että nämä tunteet ovat kuitenkin normaaleja ja niitä voi käsitellä. Tunteiden käsittelemättömyys voi johtaa tyytymättömyyteen työssä, kyynistymiseen ja välinpitämättömyyteen. Hoitajan on huolehdittava omasta sekä kollegoidensa jaksamisesta. Koulutus ja kuolemaan liittyvien asioiden käsittely etukäteen antavat valmiuksia kohdata potilaan kuolema. (Van-Hein Wallace 2009, 54–55.) Hoitajille voidaan järjestää tukiryhmä, jossa puretaan potilaan kuolemaa. Purkamisen tulee tapahtuma mahdollisimman pian kuoleman jälkeen, jolloin mahdolliset posttraumaattiset reaktiot saadaan ennaltaehkäistyä. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

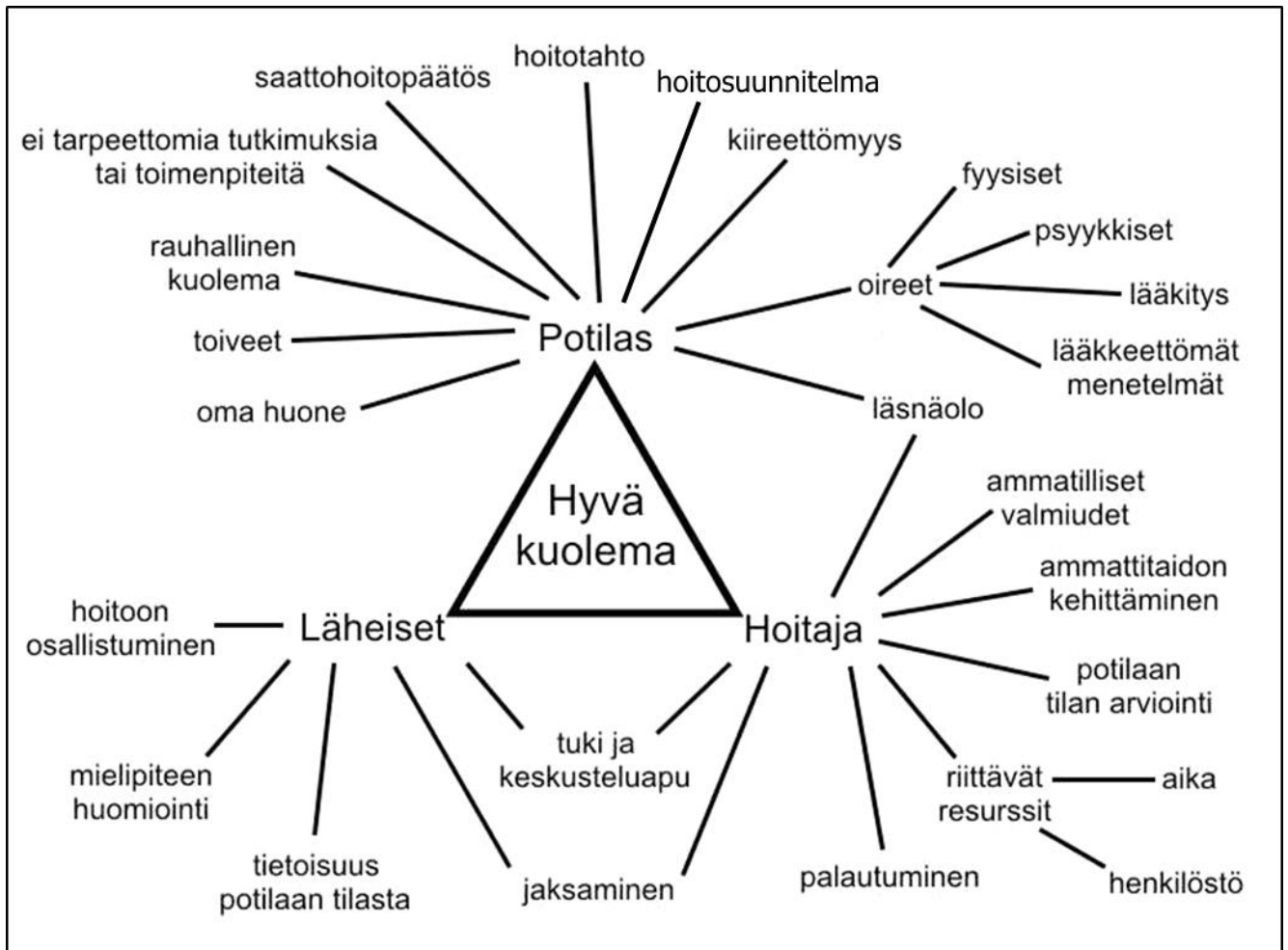
2.8 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista

Yhteenveto on esitetty graafisessa muodossa kuviossa 1. Elämän loppuvaiheessa hoidon tavoitteena on mahdollisimman hyvä elämänlaatu ja hyvä kuolema. Potilaalle laaditaan yksilöllinen ennakoiva hoitosuunnitelma, jossa pohditaan sairauden etenemistä, sen vaikutusta potilaan elämään ja potilaan elämän loppuvaihetta. Palliatiivisesta hoidosta siirrytään saattohoitoon saattohoitopäätöksellä, kun kuoleman ajankohta on lähellä. Päätöstä ei saisi tehdä liian myöhään, jotta potilaalla ja läheisillä on aikaa valmistautua kuolemaan. Potilaalla olisi hyvä olla hoitotahto, jossa hän kertoo, kuinka haluaa tulla hoidetuksi, kun ei enää itse pysty ilmaisemaan tahtoaan. Saattohoito on kokonaisvaltaista hoitoa, jossa otetaan huomioon fyysinen, psyykinen, sosiaalinen, henkinen ja hengellinen osa-alue. Hoidon perustana on hyvä perushoito. Kuolevalla potilaalla voi olla monenlaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita, joita tulisi arvioida säännöllisesti. Oireita pitäisi pyrkiä ennakoimaan. Oireita tulisi lievittää sekä lääkkeellisillä että lääkkeettömällä menetelmillä. Elämän loppuvaiheessa lääkitys tulisi tarkistaa ja arvioida säännöllisesti ja

lääkkeet, joista ei ole apua oireiden hoidossa, tulisi lopettaa. Lääkityksen pitäisi olla oireiden mukainen ja riittävä. Potilaan tarpeiden tunnistaminen on tärkeää ja potilaan toteutettavissa olevia toiveita tulisi toteuttaa, jos mahdollista. Turhia tutkimuksia tai toimenpiteitä ei enää saattohoitovaiheessa tehdä. Potilaalla tulisi olla rauhallinen ja kiireetön ympäristö, minkä vuoksi omaa huonetta suositellaan. Läsnaolo on erittäin tärkeää kuolevan potilaan hoidossa. Potilaalle ja hänen läheisilleen tulisi antaa sekä fyysistä että emotionaalista läheisyyttä. Hoitajan tulisi keskustella potilaan kanssa sekä kuunnella, tukea ja lohduttaa potilasta. Kuoleman hetken tulisi olla rauhallinen tilanne, jossa potilas ei joutuisi olemaan yksin. Paikalle olisi hyvä saada potilaan läheiset tai hoitaja.

Potilaan läheisiä tulisi neuvoa, ohjata ja tukea. Heille tulisi antaa tietoa potilaan tilasta ja sen muutoksesta. Läheisille tulee antaa mahdollisuus osallistua potilaan hoitoon, jos he ja potilas niin haluavat. Läheisiä tulee myös kuunnella hoitoa koskevilla päätöksillä. Joskus läheiset eivät tiedosta tai kieltävät lähestyvän kuoleman. Silloin hoitajien tehtävä on ottaa asia puheeksi läheisten kanssa ja kertoa suoraan lähestyvistä kuolemasta. Läheisten jaksamista tulisi tarkkailla ja heidän kanssaan tulisi keskustella tilanteesta.

Saattohoitoa järjestävässä yksikössä tulisi olla riittävästi koulutettua henkilökuntaa. Henkilökunnalla tulee olla tarpeeksi valmiuksia hoitaa kuolemaa lähestyvää potilasta. Hoitajille tulee järjestää täydennyskoulutusta säännöllisesti. Työnohjauksella ja työryhmän tuella on tärkeä merkitys saattohoidossa, koska henkilökunnan työhyvinvointi on tärkeää laadukkaan saattohoidon kannalta. Hoitajien pitäisi myös itse huolehtia ammattitaitonsa kehittämisestä ja työssä jaksamisestaan sekä palautumisestaan.



KUVIO 1. Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista graafisena esityksenä

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän kvantitatiivisen opinnäytetyön tarkoitus on kuvailla hoitajien näkemyksiä hyvän kuoleman mahdollistamisesta yleislääketieteen osastoilla. Tavoitteenamme on tutkia hyvää kuolemaa, sen edellytyksiä ja saada tietoa sen mahdollistamisesta ammattiryhmältä, joka on kaikista lähimpänä elämän loppuvaiheessa olevia potilaita. Toisena tavoitteena on tuottaa hyödynnettävää tietoa hyvästä kuolemasta kaikille aiheesta kiinnostuneille sekä toteutettavan tutkimuksen kautta tietoa tutkimusorganisaatiolle mahdollisista kehittämiskohteista.

Tutkimuksessamme etsimme vastauksia seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Miten hoitajat kokevat hyvän kuoleman mahdollistamisen toteutumisen osastoillaan?
2. Mitkä asiat vaikuttavat hyvän kuoleman edellytysten täyttymiseen yleislääketieteen osastoilla?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa esittelemme opinnäytetyömme perusjoukon tutkimusympäristön sekä käymme läpi lähestymistapaa ja tutkimusasetelmaa. Perustelemme valintojamme teoriatiedon kautta ja käymme läpi aineistonkeruuprosessin. Lopuksi kerromme, kuinka opinnäytetyön tulokset analysoitiin.

4.1 Tutkimusympäristö ja kohderyhmä

Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymä Soite on aloittanut toimintansa 1.1.2017. Soite on kuntayhtymä, joka liittää yhteen maakunnan perus- ja erikoispalvelut sekä sosiaali- ja terveyspalvelut. Soite on muodostunut Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymä Kiurusta, joka sisälsi Keski-Pohjanmaan keskussairaalan ja Peruspalveluliikelaitos Jytan, Kokkolan sosiaali- ja terveyspalveluista, joka sisälsi myös Kruunupyyn sekä Perhon sosiaali- ja terveyspalveluista. Soite työskennee kaikkiaan noin 3 600 työntekijää, joista suurin ryhmä on hoitohenkilöstö. (Soite 2018c.) Soiten toiminta-alue on merkitty alla olevaan kuvioon 2 sinisellä värillä sekä sen lähikunnat harmaalla.



KUVIO 2. Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymä Soiten toiminta-alue (Soite 2018c)

Soiten alueella elämän loppuvaiheen hoitoa tarjotaan yleislääketieteen osastoilla, palveluasumisen yksiköissä, sekä kotihoidossa (Soite 2018a). Soiten alueella yleislääketieteen osastot sijaitsevat Kokkolassa, Kannuksessa sekä Vetelin kuntaan kuuluvassa Tunkkarissa (Soite 2018d). Osastojen sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lähihoitajat ja perushoitajat muodostavat opinnäytetyömme kohderyhmän. Hoitajia eli mahdollisia kyselyyn vastaajia tutkimusyksiköissä on yhteensä 98.

Soitessa suunnitelma saattohoidosta laaditaan yksilöllisesti hoitoneuvottelussa potilaan kanssa. Suunnitelman laatimiseen osallistuu lääkäri, potilas, hoitaja sekä potilaan läheisiä, mikäli potilas niin tahtoo. (Soite 2018b). Tämä poikkeaa monesta muusta sairaanhoitopiiristä, joilla on yleinen saattohoitosuunnitelma ja joissa tarkemmat yksityiskohdat sovitaan hoitokeskustelussa.

Soite on mukana johdannossa mainitussa EduPal-hankkeessa sekä lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriön ”Elämän loppuvaiheen hoito” -hankkeessa. Hankkeen puitteissa on koottu asiantuntijatyöryhmä, jonka tavoitteena on selvittää sääntelytarpeita, jotka koskevat elämän loppuvaiheen hyvää hoitoa, itsemääräämisoikeutta, saattohoitoa ja eutanasiaa. Tarvittaessa työryhmä tekee eduskunnalle ehdotukset lainsäädännön muutoksia varten. (Heikkinen 2019; Penttilä 2019; Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

4.2 Kvantitatiivinen tutkimus

Tutkimuksen lähestymistavan hoitotieteessä määrittelee tutkimusilmiö sekä se, mitä ilmiöstä halutaan tietää. Lähestymistavan valinnassa on otettava huomioon sen sopivuus tutkimusongelmiin. Kun kohderyhmä on laaja ja siitä tahdotaan saada yleistettävää tietoa, on lähestymistavaksi valittava kvantitatiivinen tutkimus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 53–54.) Tämän takia olemme valinneet opinnäytetyömme lähestymistavaksi kvantitatiivisen tutkimuksen.

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimusmenetelmässä tietoa tarkastellaan numeerisesti, jolloin tutkittavaa asiaa tai sen ominaisuuksia tarkastellaan ja kuvaillaan numeroiden avulla. Tutkimustieto saadaan numeerisena ja tulokset esitetään tunnuslukuina. (Vilka 2007, 14). Tutkimuksessa keskitytään muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttämiseen sekä muuttujien välisten yhteyksien tarkastelemiseen. Muuttujat voivat olla selittäviä eli riippumattomia, kuten esimerkiksi vastaajien taustatiedot, tai selitettäviä eli riippuvia, kuten tyytyväisyys hoitoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55.)

Kvantitatiiviset tutkimukset voidaan jakaa pitkittäis- ja poikittaistutkimuksiin. Pitkittäistutkimuksissa aineistoa kerätään useaan kertaan ja tutkittava ilmiö säilyy samana. Poikittaistutkimuksessa aineisto kerätään vain kerran. Näistä kahdesta tutkimustavasta poikittaistutkimus on hoitotieteessä käytetympi. Tyypillinen määrällinen tutkimus hoitotieteessä on valmiiksi laaditulla lomakkeella tehtävä haastattelu- tai kyselytutkimus. Kvantitatiivinen tutkimus voi olla kuvailevaa, jolloin todetaan tutkittavan asian nykyinen tila, mutta tutkimuksessa ei pyritä etsimään syitä asiantilalle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 56–57.) Opinnäytetyömme on siis kuvaileva kvantitatiivinen poikittaistutkimus, jonka aineisto kerätään kyselylomakkeella.

4.3 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Kyselytutkimus on tapa kerätä ja tarkastella aineistoa esimerkiksi henkilöistä, heitä koskevista asioista tai yhteiskunnan ilmiöistä. Kyselylomake on mittari, joka soveltuu moneen eri käyttötarkoitukseen. Sitä käytetään esimerkiksi tutkimusten tekoon, mielipidemittauksiin sekä soveltuvuustesteihin. (Vilka 2007, 28; Vehkalahti 2014, 11) Kysely soveltuu aineiston keräämiseen etenkin silloin, kun tutkittavia on paljon. Kyselyssä kysymysten muoto on vakioitu. Tällöin kaikilta vastaajilta kysytään samat asiat samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. Vastaaja itse lukee kysymykset ja vastaa niihin. Kysely on mahdollista toteuttaa esimerkiksi paperisena tai sähköisenä. (Vilka 2007, 28; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 116.)

Kysymysten ja väittämien tulee olla ymmärrettäviä ja ytimekkäitä. Niihin on pystyttävä vastattava yksikäsitteisesti. Monitulkintaisia ja vaikeita käsitteitä ja sanamuotoja tulee välttää. Myös sanat *ja*, *sekä*, *sekä-että*, *tai* ja *eli* aiheuttavat monikäsitteisyyttä. (Vehkalahti 2014, 23.) Kyselyn tulee olla riittävän lyhyt, jotta vastaaja jaksaa tehdä koko kyselyn. Suosituksena on, ettei kysely kestäisi yli 15 minuuttia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 116.)

Kyselylomakkeina voi käyttää valmiita, jo olemassa olevia kyselyitä tai sen voi rakentaa itse. Valmiita lomakkeita tulee käyttää varauksella, sillä monesti ne on rakennettu jotain tiettyä asiaa tai ilmiötä varten, jolloin ne eivät välttämättä toimi toisessa yhteydessä. Tutkittavat asiat voivat muuttua tai ilmetä eri tavalla kuin aikaisemmin. (Vehkalahti 2014, 12.) Koska emme löytäneet sopivaa kyselylomaketta omaa opinnäytetyötämme varten, päädyimme rakentamaan kyselylomakkeemme itse tutkimusongelmien ja hankitun teoriatiedon kautta.

Kyselylomake täytyy laatia huolellisesti, koska lomaketta ei enää voi muokata, kun vastaaja vastaa siihen. Kyselylomake on ratkaisevassa asemassa tutkimuksen onnistumisen kannalta. Kysymysten täytyy olla sisällöllisesti oikeita ja ne tulee kysyä tavalla, joka on tilastollisesti mielekäs. (Vehkalahti 2014, 20.) Kyselylomakkeen laatimista varten laatijan täytyy olla perehtynyt tutkimuksen aiheeseen, käsitteisiin ja kohderyhmään. Kysymykset tulee valita huolella siten, että ne vastaavat tutkimusongelmaan. Turhia kysymyksiä tulee välttää. Kysymykset eivät saa olla liian pitkiä, vaikeita tai monimerkityksellisiä. Kysymysten järjestys on myös tärkeä. Lomakkeessa tulisi olla juoni, jonka mukaan lomake etenee. (Vilkkä 2007, 70–77.) Kysely koostuu osioista eli kysymyksistä tai väittämistä, joista jokainen mittaa yhtä asiaa. Kysely muodostaa osioineen mittarin, joka mittaa useita, toisiinsa liittyviä asioita. Kyselylomakkeen vastausvaihtoehdot voivat olla avoimia tai suljettuja. Avoimiin vastausvaihtoehtoihin vastaaja voi vastata vapaasti. Suljetuissa vastausvaihtoehdoissa on annettu jokin määrä eri vastausvaihtoehtoja, joista vastaaja valitsee sopivimman. Vastausvaihtoehtojen tulisi olla sellaisia, ettei vastaajalle tule tarvetta valita kaksi vastausvaihtoehtoa. Vastausvaihtoehtojen tulisi siis sulkea toisensa pois. Kyselytutkimuksissa suljetut osiot ovat yleisimmin käytettyjä, sillä ne selkeyttävät mittausta ja helpottavat tietojen käsittelyä. (Vilkkä 2007, 71; Vehkalahti 2014, 23–25.) Joissakin kysymyksissä tosin kysymys voi olla muotoiltu siten, että vastaajan halutaan valitsevan useampi vastausvaihtoehto. Kysymysten tulisi kysyä vain yhtä asiaa, koska muuten tutkija ei voi tietää mihin kysymyksen osaan vastaaja on vastannut. Kysymykset tulisi muotoilla siten, että kaikki vastaajat ymmärtävät ne samalla tavalla. Kysymysten muotoilu ei saa olla johdatteleva. (Vilkkä 2007, 70–71, 77.)

Emme löytäneet valmista kyselylomaketta, joka mittaisi tutkimaamme asiaa. Päätimme siis laatia oman kyselylomakkeen, joka vastaisi mahdollisimman laajasti ja kattavasti opinnäytetyömme aiheeseen. Kyselylomakkeen laatiminen lähti liikkeelle opinnäytetyön tietoperustan kokoamisesta. Löytämämme teoriatiedon pohjalta nostimme esille tärkeimpiä asioita, joita halusimme lomakkeessamme kysyä. Hiioimme väittämiä huolellisesti, jotta ne olisivat selkeitä ja esittäisivät vain yhtä asiaa. Saimme väittämistä palautetta ohjaavalta opettajalta, jonka mukaan muokkasimme niitä vielä. Valmiilla kyselylomakkeella päädyimme kysymään vastaajien taustatiedot sekä 32 väittämää, joista 15 liittyi kuolevaan potilaaseen, 6 hänen läheisiinsä ja 11 hoitajiin. Kysyimme vastaajien taustatietoja, jotta voisimme tehdä päätelmiä vastaajajoukosta sekä heidän vastauksistaan taustatietojen perusteella. Sopiviksi taustatiedoiksi valitsimme iän, työkokemuksen hoitoalalta vuosina, ammattinimikkeen sekä toimipaikan. Sukupuolta emme ottaneet mukaan taustatietoihin, sillä mieshoitajia on varsin vähän, jolloin heidän yksilöintinsä vastauksista olisi ollut helppoa.

Tutkimuksessa käytetty mitta-asteikko vaikuttaa siihen, kuinka tuloksia voidaan analysoida. Järjestys- eli ordinaaliasteikolla on mahdollista asettaa mitattavat muuttujat järjestykseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 129.) Likert-asteikko on järjestysasteikko, joka tavallisimmin on viisiportainen. Asteikko kuvaa selkeää jatkumoa yhdestä ääripäästä toiseen ääripäähän. Keskellä asteikkoa on neutraali vaihtoehto, johon vastaaja voi esimerkiksi vastata, ettei ole samaa tai eri mieltä väitteestä. Neutraalin vastauksen puuttuminen voi johtaa siihen, että kyselyyn jätetään vastaamatta. On parempi saada kysymykseen neutraali vastaus kuin puuttuvia vastauksia. (Vehkalahti 2014, 35–36.) Pohdimme erilaisia asteikkoja ja päädyimme lopulta käyttämään viisiportaista Likert-asteikkoa. Teoriatiedosta nostetuille väittämille päädyimme luomaan seuraavanlaisen asteikon: *toteutuu erittäin huonosti – toteutuu melko huonosti – ei toteudu hyvin eikä huonosti – toteutuu melko hyvin – toteutuu erittäin hyvin* ja vastaajaa itseään koskeviin kysymyksiin asteikon *kuvaa tilannetta erittäin huonosti – kuvaa tilannetta melko huonosti – ei kuvaa tilannetta hyvin eikä huonosti – kuvaa tilannetta melko hyvin – kuvaa tilannetta erittäin hyvin*. Ensimmäistä asteikkoa käytimme kyselyn kahdessa ensimmäisessä osassa eli potilaaseen ja läheisiin liittyvissä väittämissä. Toista asteikkoa käytimme hoitajiin liittyvissä väittämissä. Harkitsimme neutraalin vaihtoehdon lisäämistä pitkään ja lopulta päätimme lisätä sen kyselyyn. Pohdimme aluksi *en osaa sanoa* -vaihtoehdon lisäämistä, mutta päätimme, että se antaisi liian helpon mahdollisuuden ohittaa kysymys, joten emme lisänneet sitä kyselyyn. Ajattelimme myös, että jokaisella vastaajalla on jonkinlainen näkemys osastonsa asioista. Kyselylomakkeen loppuun lisäsimme vastauslaatikon, johon hoitajat saivat vapaasti kirjoittaa ajatuksiaan tai kommenttejaan hyvästä kuolemasta ja kaikesta siihen liittyvästä.

Kun kyseessä on uusi, tutkimusta varten kehitetty kyselylomake, on sitä esitettävä, jolloin kyselylomakkeen luotettavuutta ja toimivuutta testataan pienellä vastaajajoukolla, joka vastaa rakenteeltaan tutkimusotosta. Esitestauksen yhteydessä kerätään palautetta muun muassa ohjeteksteistä, kysymysten asettelusta, vastausvaihtoehdoista ja ulkoasusta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191.) Testaaminen on tärkeää, sillä kyselylomaketta ei enää voi muokata varsinaisen aineistonkeruun jälkeen (Vilka 2007, 78). Hioimme kyselyä pitkään. Esitetasimme kyselylomaketta Soiten laitoshoidon yksikössä, jolla hoidetaan myös palliatiivisia ja saattohoitopotilaita. Lupa testaukseen kysyttiin palveluesimieheltä. Saimme kaksi vastausta esitestauksen avulla. Palaute kyselylomakkeesta oli positiivista. Vastaajien mielestä väittämät olivat selkeitä ja kyselyyn oli helppo vastata. Lisäksi vastauksissa oli käytetty koko vastausasteikkoa. Kyselyyn (LIITE 4) ei siis tarvinnut tehdä muutoksia palautteen myötä. Esitestauksen jälkeen haimme tutkimuslupaa tutkimusorganisaatiosta. Lupa myönnettiin nopeasti (LIITE 2).

Ennen kyselyä tiedustelimme alustavasti yleislääketieteen osastojen osastonhoitajien mielenkiintoa osallistua tutkimukseen. Kaikki lähestymämme osastot olivat halukkaita ottamaan osaa. Opinnäytetyöstä

laadittiin sopimus (LIITE 1). Kyselyn valmistuttua osastonhoitajille lähetettiin saatekirje (LIITE 3) ja linkki kyselyyn, jonka he jakoivat eteenpäin osastojensa hoitajille. Olimme selvittäneet osastonhoitajilta, että hoitajia osastoilla oli tutkimusajankohtana yhteensä 98.

Kyselyn vastaamisaika oli alun perin kaksi viikkoa. Lähetimme muistutusviestin kyselyyn vastaamisesta ensimmäisen viikon jälkeen. Vastausprosentti oli 38,8 kahden viikon vastaamisajan päätyttyä. Matalan vastausprosentin vuoksi jatkoimme kyselyaikaa vielä viikolla. Kolmannen viikon lopussa vastausprosentti oli edelleen matala (44,9), joten ohjaavan opettajan suosituksesta jatkoimme vastaamisaikaa vielä yhdellä viikolla. Kyselyssä oli vastausaikaa siis yhteensä neljä viikkoa, joista jokaisella viikolla muistutimme kyselyyn vastaamisesta. Kyselyyn saimme yhteensä 49 vastausta eli vastausprosentti oli 50.

4.4 Aineiston analyysi

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistoa kuvataan ja tulkitaan käyttäen tilastoja ja numeroita. Analyysin tavoitteena on esimerkiksi selvittää ilmiöiden syy-seuraussuhteita, ilmiöiden välisiä yhteyksiä tai ilmiöiden yleisyyttä ja esiintyvyyttä numeroita ja tilastoja käyttäen. Analyysi tehdään laskennallisten ja tilastollisten menetelmien avulla. (Jyväskylän yliopisto 2015.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa analyysi on puolestaan aineiston huolellista läpikäymistä ja sisältää esimerkiksi tekstien järjestelyä ja erittelyä. Analyysissä voidaan esimerkiksi luokitella aineistoa eri teemojen perusteella. Analyysin avulla aineisto pyritään tiivistämään ja tulkitsemaan. Aineistosta kerätään tutkimusongelmien kannalta oleelliset asiat. (Saarinen-Kauppinen & Puusniekka, 2019.) Vaikka kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimussuuntauksen erilaisuutta korostetaan usein, molempia voidaan käyttää samassa tutkimuksessa ja molempia voidaan käyttää selittämään samoja tutkimuskohteita, vaikkakin eri tavoin (Jyväskylän yliopisto 2015).

Ennen analyysia tulokset tulisi saattaa analysoitavaan muotoon. Koska vastaukset olivat sähköisinä Webropolissa, pystyimme analysoimaan tuloksia suoraan, ilman että niitä tarvitsi käsin syöttää ensin koneelle. Vastaukset olivat Webropolissa numeerisessa muodossa. Webropolissa oli itsessään hyvin kattava tulosten raportointi- ja analysointimahdollisuudet ja lisäksi tulokset oli mahdollista viedä jatkokäyttelyä varten esimerkiksi taulukkolaskentaohjelmaan kuten Microsoft Office -pakettiin kuuluvaan Exceliin. Toimimme siis aineiston Webropolista Exceliin, jossa loimme vastauksista pylväs-, ympyrä- ja palkkidiagrammeja, jotka kuvaavat vastaajien lukumääriä eli frekvenssejä sekä prosenttiosuuksia. Prosenttiluvut kertovat sadasosina, kuinka suuri osuus vastaajista on valinnut jonkin tietyn vaihtoehdon.

Määrällisen tutkimuksen tuloksia on mielekästä tarkastella tunnuslukujen kautta. Tunnuslukuja ovat muun muassa sijaintiluvut ja keskiluvut kuten moodi, mediaani ja keskiarvo. (Vilka 2007, 118–119.) Moodi tarkoittaa tyypillisintä arvoa eli eniten vastauksia saanutta vastausvaihtoehtoa. Mediaani tarkoittaa keskimäistä arvoa vastausten suuruusjärjestyksessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Keskiarvo (ka) saadaan, kun jaetaan havaintoarvojen summa havaintojen lukumäärällä (Heikkilä 2014, 83). Yksittäisistä muuttujista kannattaa selvittää useampia kuvaavia tunnuslukuja (Vilka 2007, 119). Muutimme vastausvaihtoehdot numeraaliseen muotoon keskiarvon ja mediaanin laskemista varten. Mediaanin ja keskiarvon saimme suoraan Webropolista. Moodin saimme tutkimalla taulukoita. Keskiarvon ja mediaanin esitämme kaikista vastauksista paitsi taustatiedoista, koska taustatiedoille ei voinut asettaa numeraalista arvoa. Kyselylomakkeeseen ei tullut puuttuvia vastauksia, koska olimme asettaneet kaikkiin väittämiin vastaamisen pakolliseksi. Kyselymme viimeisenä osiona oli ”vapaa sana”, joka oli tekstilaatikko. Ohjeistuksena tekstilaatikolle oli kehoitus kirjoittaa vapaasti ajatuksia tai kommentteja hyvästä kuolemasta, saattohoidosta tai muista aiheeseen liittyvistä asioista. Vapaan sanan antaminen oli täysin vapaaehtoista. Teimme vastauksille vapaamuotoisen sisällönanalyysin. Sisällönanalyysissä aineisto pelkistetään ilmaisuiksi tai käsitteiksi ja samankaltaiset pelkistetyt käsitteet yhdistetään luokiksi (Tuomi & Sarajarvi 2013, 109). Poimimme hoitajien kirjoittamista vastauksista pääasiat värittämällä niistä hoitoon liittyviä asioita. Värittämisen jälkeen ryhmittelimme samantyyppiset asiat ja laskimme niiden esiintyvyyden. Yhdessä vastauksessa saatettiin mainita useampia asioita. Tällöin pilkoimme vastauksen useampaan osaan ja yhdistimme osat omiin ryhmiinsä.

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

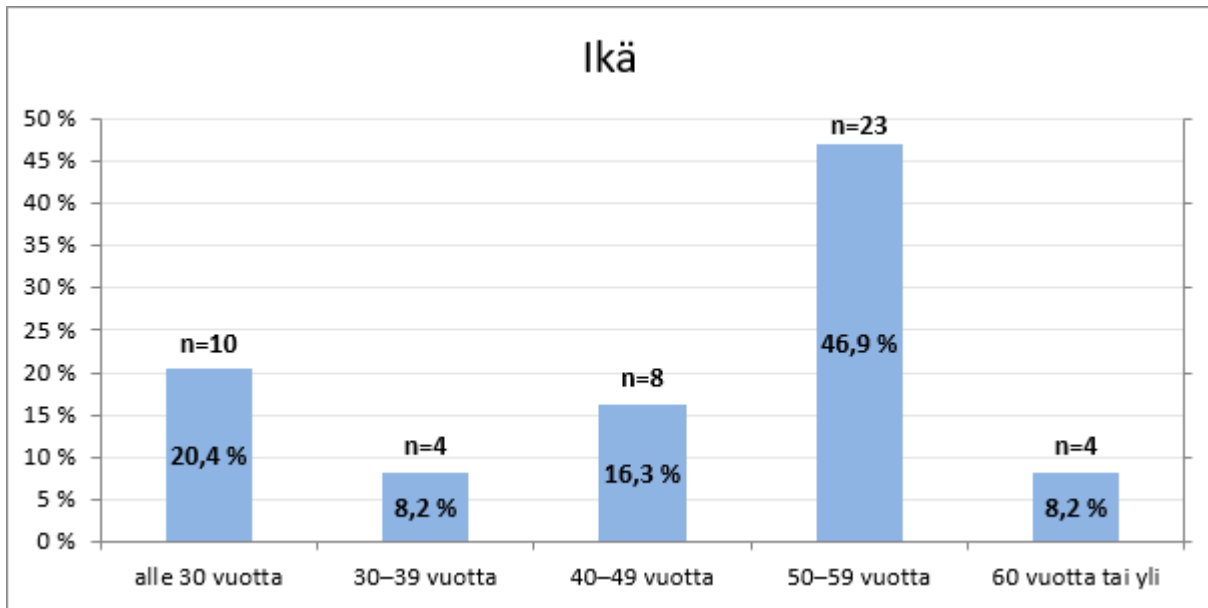
Tässä luvussa esittelemme opinnäytetyön tuloksia tunnuslukujen kautta sanallisesti sekä erilaisten kuvioiden avulla. Hyödynnämme kyselylomakkeen (LIITE 4) rakennetta tulosten esittelyssä. Kyselyyn osallistuneilla osastoilla oli yhteensä 98 hoitajaa, joista 49 vastasi kyselyyn. Vastausprosentti oli siis 50. Olemme laatineet vastauksista taulukot, joissa näkyy vastaajien määrä eli frekvenssit ja prosenttiosuudet.

5.1 Taustatiedot

Tässä alaluvussa esittelemme vastaajien taustatiedot. Kysyimme vastaajilta heidän ikäänsä, ammattia, kokemusta hoitoyöstä vuosina ja toimipaikkaansa. Käymme läpi jokaisen näistä yksityiskohtaisesti. Kysyimme taustatietoja, jotta voisimme mahdollisesti jaotella vastauksia toimipaikan, iän, ammatin tai työkokemuksen perusteella ja katsoa miten ne vaikuttavat kyselyn tuloksiin. Vaihtelu ei kuitenkaan ollut huomattavaa ja opinnäytetyössä oli jo runsaasti materiaalia, joten päätimme jättää ristiintaulukoinnin pois opinnäytetyöstä. Taustatiedot antavat kuitenkin läpileikkauksen siitä, millainen aineistomme oli.

5.1.1 Vastaajien ikäjakauma

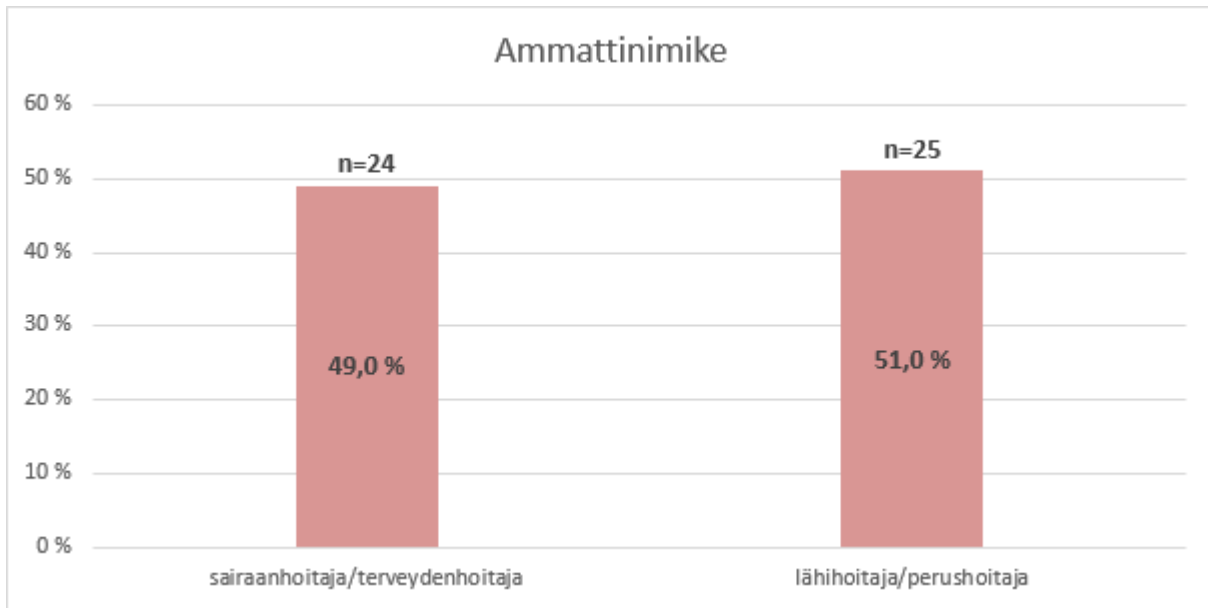
Vastaajien ikäjakauma on esitetty kuviossa 3, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Olimme jakaneet vastaajat ikäryhmiin kymmenen vuoden välein jo vastausvaiheessa, jotta tulosten analysointi olisi helpompaa. Ensimmäiseksi ikäryhmäksi otimme alle 30-vuotiaat, sillä esimerkiksi nuorimmat lähihoitajat ovat 19-vuotiaita, jolloin alle 20-vuotiaiden tarkastelu ei olisi ollut mielekästä. Lisäksi nuorimmat sairaanhoitajat ovat 22–23-vuotiaita. Viimeinen ikäryhmä on 60-vuotiaat ja sitä vanhemmat, sillä yleinen eläkeikä on 60–70 vuoden välillä. Suurin osa kyselyyn vastanneista (55,1 %) oli 50-vuotiaita tai sitä vanhempia.



KUVIO 3. Vastaajien ikäjakauma (n, %)

5.1.2 Vastaajien ammattinimike

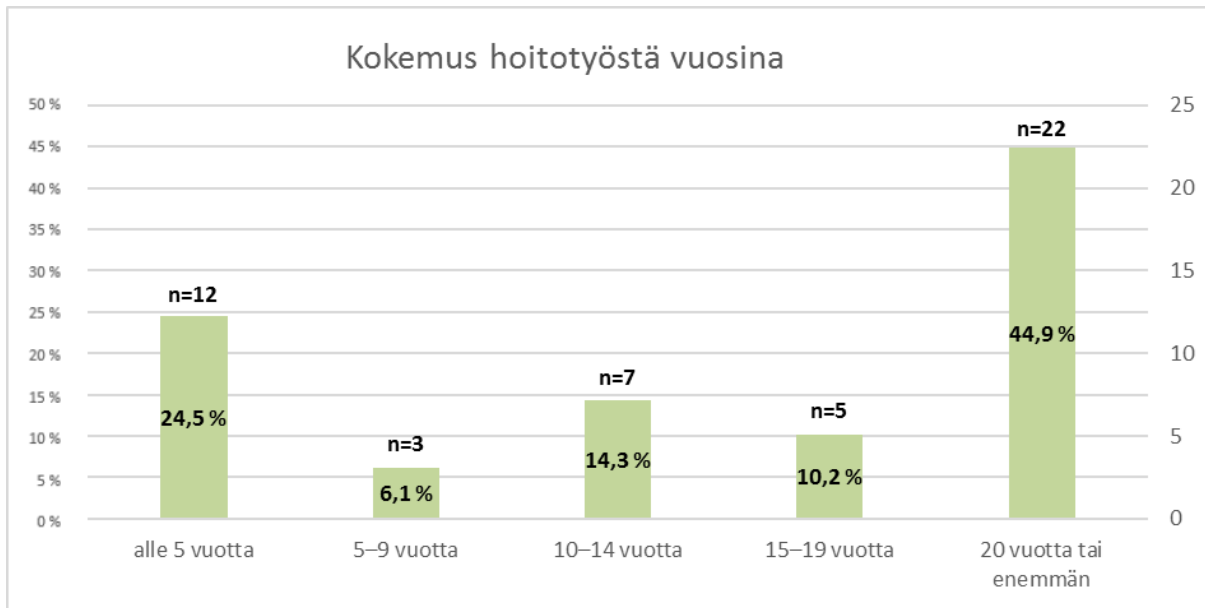
Vastaajien ammattinimikkeet on esitetty kuviossa 4, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosentiosuudet (%). Kysely oli suunnattu koko hoitohenkilöstölle, joten kysyimme vastaajilta heidän ammatiaan. Osastoilla työskentelee sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, lähihoitajia ja perushoitajia. Käytännössä sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat tekevät täsmälleen samaa työtä osastoilla, joten teimme heille yhteisen vastausvaihtoehdon. Sama pätee myös perushoitajiin ja lähihoitajiin. Näin vaihtoehtoja oli kolme: sairaanhoitaja/terveydenhoitaja, lähihoitaja/perushoitaja ja muu, mikä. Molemmista ammattiryhmistä vastasi suunnilleen yhtä monta henkilöä, 24 sairaanhoitajaa sekä 25 lähihoitajaa. Vastaajista sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia oli siis 49,0 % ja lähihoitajia tai perushoitajia 51,0 %. Muu-vaihtoehto oli kyselyssä, koska kyselyyn olisi saattanut vastata esimerkiksi osastolla töissä oleva sairaanhoitajaopiskelija tai ensihoitaja. Jos kysely olisi päätynyt jollekin, joka ei kuulu kyselyn kohderyhmään, esimerkiksi lääkärille, olisimme saaneet sen selville tässä kohtaa. Muu-vaihtoehtoa ei kuitenkaan valinnut kukaan.



KUVIO 4. Vastaajien ammattinimike (n, %)

5.1.3 Vastaajien kokemus hoitotyöstä

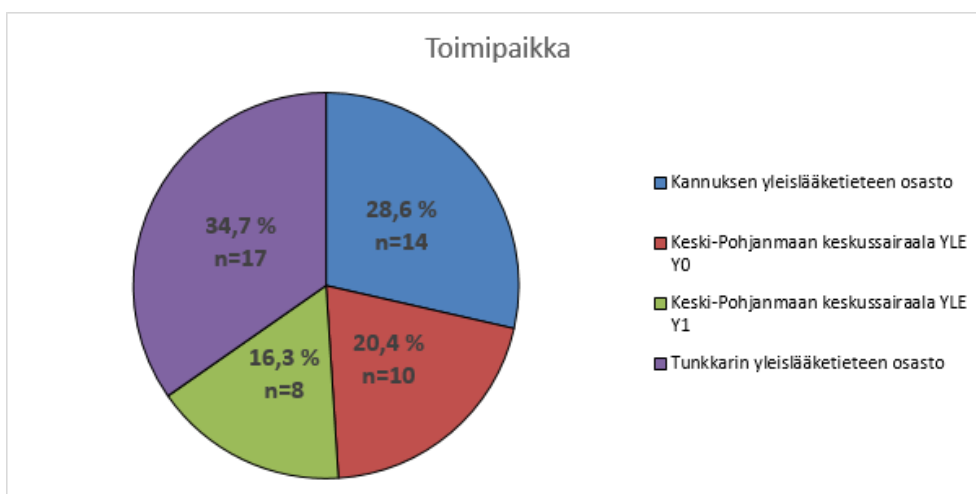
Vastaajien kokemus hoitotyöstä vuosina on esitetty kuviossa 5, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosentiosuudet (%). Tähän kysymykseen olimme tehneet valmiit kategoriat viiden vuoden välein. Halusimme nähdä, ketkä ovat vastavalmistuneita ja ketkä kokeneita työntekijöitä, joten viiden vuoden välit olivat mielekkäät. Suuri osa vastaajista (44,9 %) oli toiminut hoitotyössä 20 vuotta tai enemmän. Vastavalmistuneet, alle 5 vuotta työelämässä olleet olivat myös vastanneet ahkerasti kyselyyn. Heidän osuutensa vastaajista oli 24,5 %. Kaikista vähiten kyselyyn vastasi 5–9 vuotta hoitotyössä olleet. Heidän osuutensa vastaajista oli 6,1 %.



KUVIO 5. Vastaajien kokemus hoitotyöstä vuosina (n, %)

5.1.4 Vastaajien toimipaikka

Vastaajien toimipaikat on esitetty kuviossa 6, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Kysely lähetettiin neljään eri toimipaikkaan: Kannuksen yleislääketieteen osastolle, Keski-Pohjanmaan keskussairaalan YLE Y0:lle ja YLE Y1:lle sekä Tunkkarin yleislääketieteen osastolle. Saimme edustusta kaikilta tutkimusosastoilta. Eniten vastauksia saimme Tunkkarista (34,7 %). Myös Kannuksesta tuli reilusti vastauksia (28,6 %).



KUVIO 6. Vastaajien toimipaikka (n, %)

5.2 Potilaaseen liittyvät väittämät

Tästä alkavat varsinaiseen opinnäytetyöhön liittyvät kysymykset. Kyselyssämme oli 15 kuolevaan potilaaseen liittyvää väittämää, jotka analysoimme omissa alaluvuissaan. Väittämät ovat nähtävissä kyselylomakkeella (LIITE 4) sekä kuviossa 7, jossa on myös esitetty kaikkien väittämien keskiarvot (ka) Annoimme vastausvaihtoehdoille lukuarvot 1–5, jolloin tulosten tarkasteleminen oli mielekkäämpää. Vastausvaihtoehtoja oli viisi: *toteutuu erittäin huonosti (1) – toteutuu melko huonosti (2) – ei toteudu hyvin eikä huonosti (3) – toteutuu melko hyvin (4) – toteutuu erittäin hyvin (5)*. Mitä lähempänä lukuarvoa 5 keskiarvo on, sitä paremmin kyseinen väittämä hoitajien kokemana toteutuu osastolla. Pienin mahdollinen keskiarvo on 1, joka edustaa huonointa mahdollista tulosta. Tämän kyselyn osion kaikkien vastausten keskiarvo oli 3,8 ja mediaani 4, mikä tarkoittaa, että hyvä kuolema toteutuu hoitajien mielestä melko hyvin. Tarkastellaan seuraavaksi jokaista väittämää yksitellen.

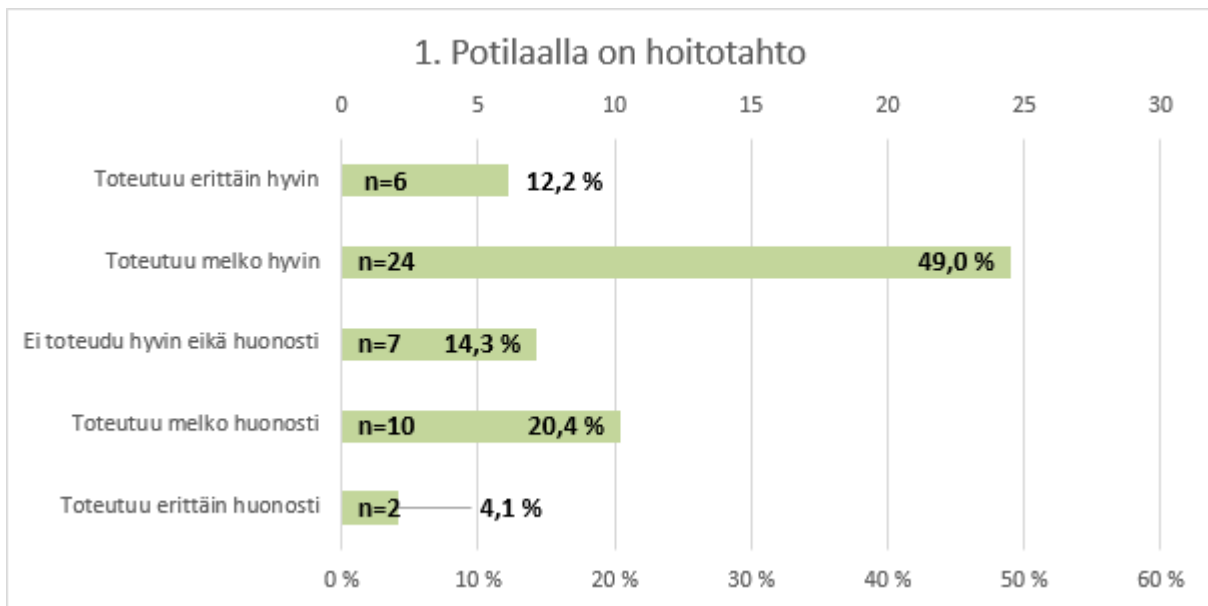


KUVIO 7. Potilaaseen liittyvät väittämät (ka)

5.2.1 Hoitotahdon olemassaolo

Vastaukset on esitetty kuviossa 8, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Suurin osa vastaajista (61,2 %) oli sitä mieltä, että hoitotahdon olemassaolo toteutuu vähintäänkin melko hyvin. Toisaalta lähes neljäsosa (24,5 %) vastaajista koki, että hoitotahdon olemassaolo toteutuu melko

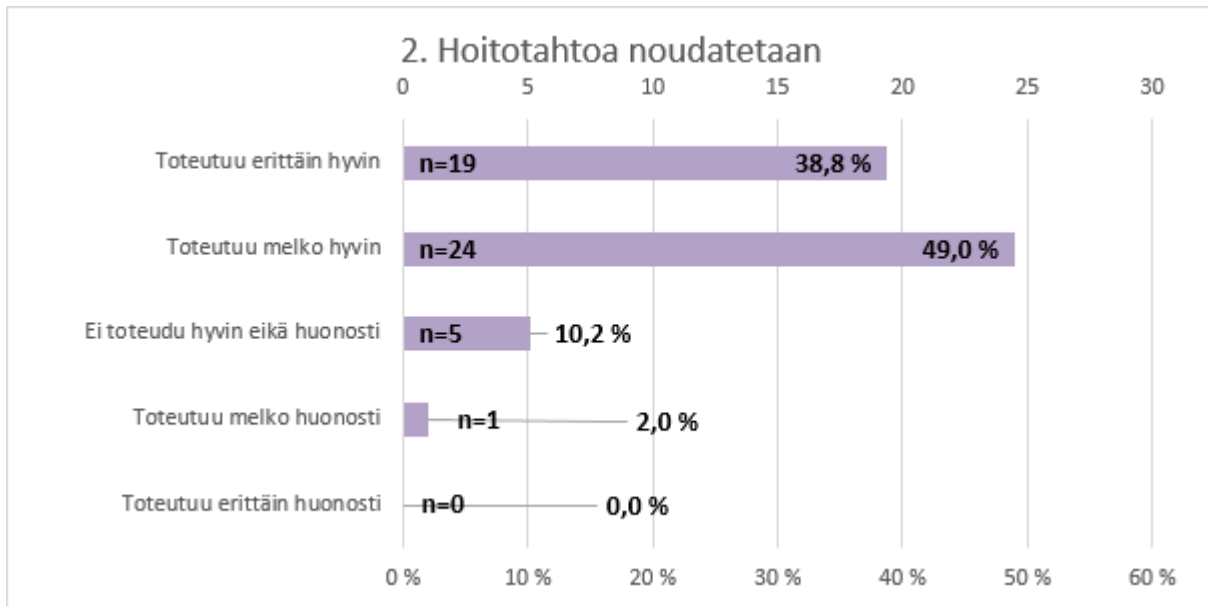
huonosti tai erittäin huonosti. Vastausten moodi oli ”toteutuu melko hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 3,5 ja mediaani 4.



KUVIO 8. Potilaalla on hoitotahto (n, %)

5.2.2 Hoitotahdon noudattaminen

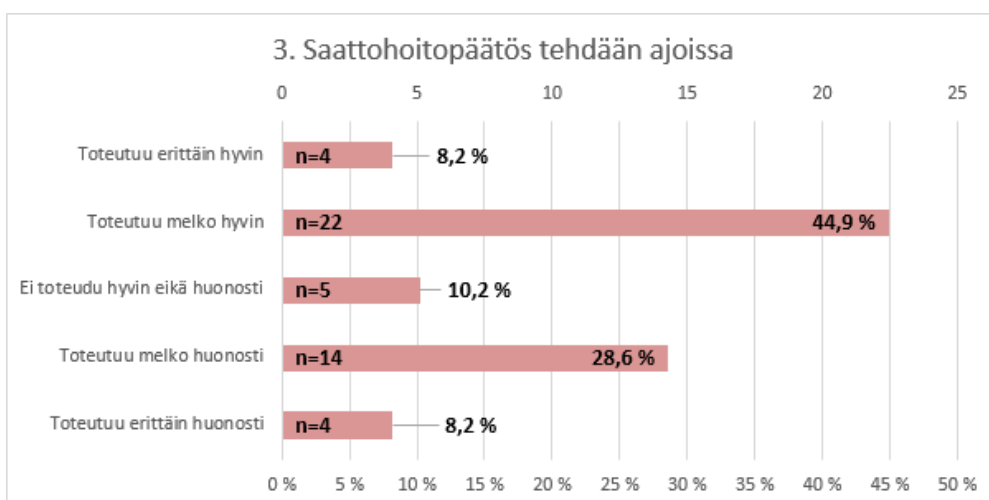
Vastaukset on esitetty kuviossa 9, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Valtaosa vastaajista (87,8 %) koki, että hoitotahdon noudattaminen sujuu vähintään melko hyvin. Vain yksi vastaaja (2,0%) oli sitä mieltä, että hoitotahdon noudattaminen toteutuu melko huonosti. Kukaan vastaajista ei kokenut, että hoitotahdon noudattaminen toteutuu erittäin huonosti. Vastausten moodi oli ”toteutuu melko hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 4,2 ja mediaani 4.



KUVIO 9. Hoitotahtoa noudatetaan (n, %)

5.2.3 Saattohoitopäätöksen tekeminen ajoissa

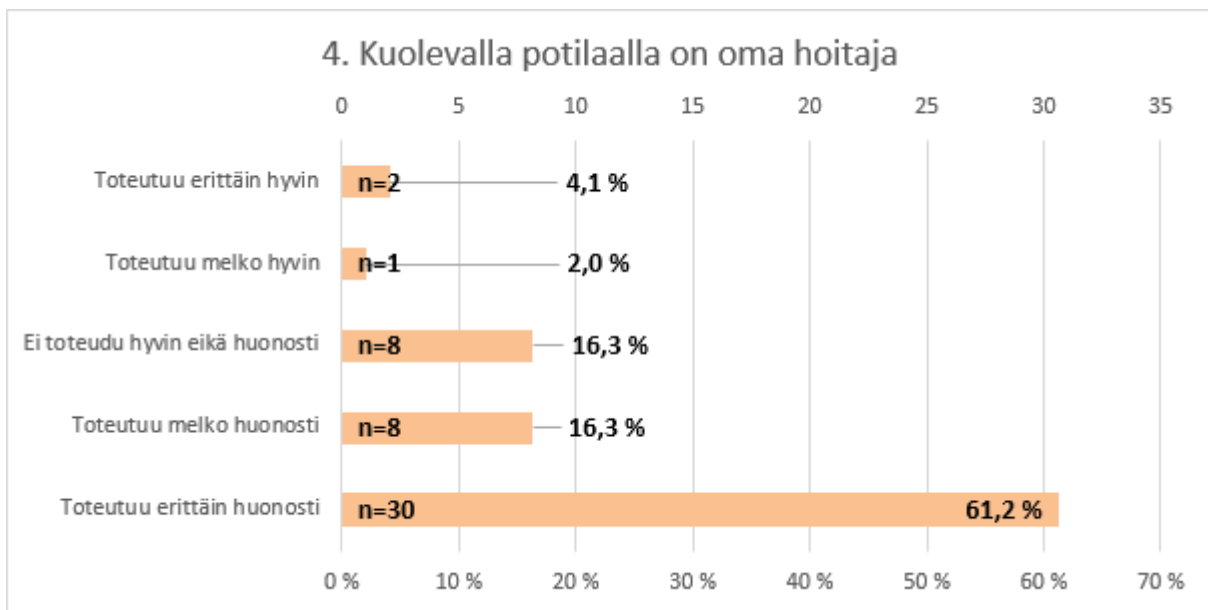
Vastaukset on esitetty kuviossa 10, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Vastaajista hieman yli puolet (53,1 %) koki, että saattohoitopäätöksen ajoissa tekeminen toteutuu vähintäänkin melko hyvin. Toisaalta 18 vastaajaa (36,8 %) puolestaan koki, että saattohoitopäätöksen tekeminen ajoissa toteutuu melko huonosti tai erittäin huonosti. Vastausten moodi oli ”toteutuu melko hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 3,2 ja mediaani 4.



KUVIO 10. Saattohoitopäätös tehdään ajoissa (n, %)

5.2.4 Kuolevalla potilaalla on oma hoitaja

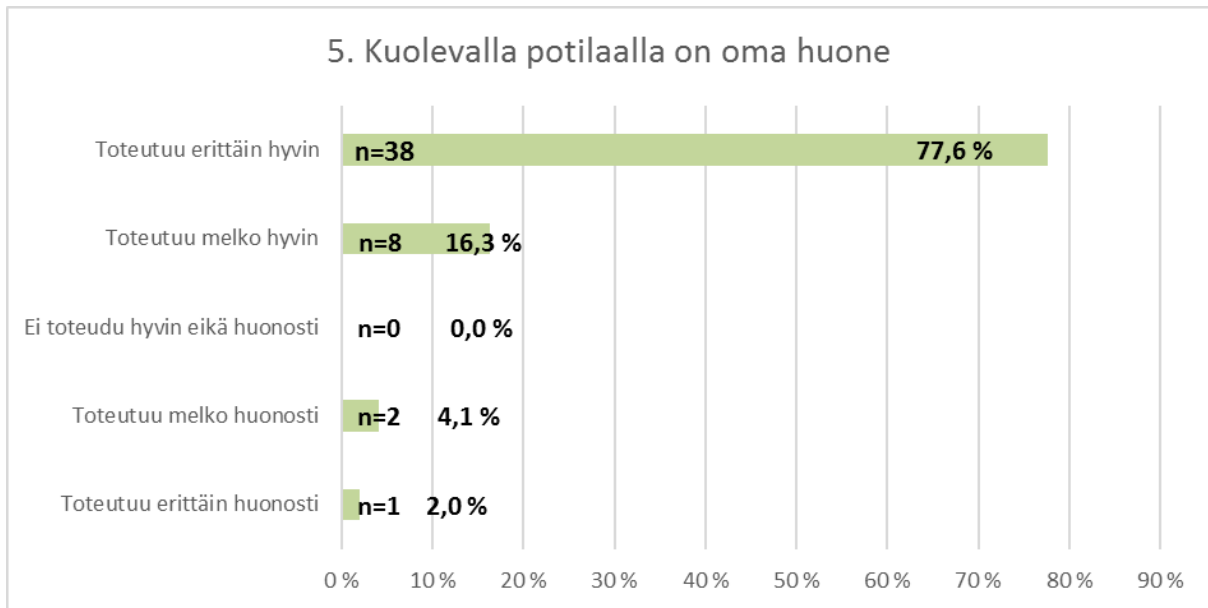
Vastaukset ovat nähtävillä kuviossa 11, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Vastanneista yli kolme neljäsosaa (77,5 %) oli sitä mieltä, että omahoitajuus toteutuu osastoilla melko huonosti tai erittäin huonosti. Vain kolmen hoitajan (6,1 %) mukaan omahoitajuus toteutuu vähintäänkin melko hyvin. Vastausten moodi oli ”toteutuu erittäin huonosti”. Vastausten keskiarvo oli 1,7 ja mediaani 1.



KUVIO 11. Kuolevalla potilaalla on oma hoitaja (n, %)

5.2.5 Kuolevalla potilaalla on oma huone

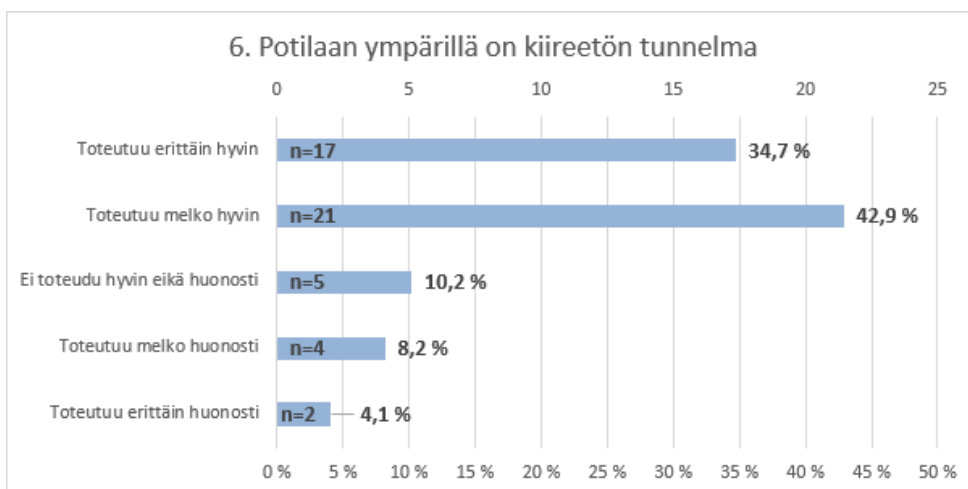
Väittämän vastaukset ovat nähtävillä kuviossa 12, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Kyselyyn vastanneista hoitajista 46 (93,9 %) koki, että kuolevalle potilaalle järjestyy oma huone vähintäänkin melko hyvin. Vain kolmen hoitajan (6,1 %) mielestä se toteutuu melko huonosti tai erittäin huonosti. Vastausten moodi oli ”toteutuu erittäin hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 4,6 ja mediaani 5.



KUVIO 12. Kuolevalla potilaalla on oma huone (n, %)

5.2.6 Kiireetön tunnelma potilaan ympärillä

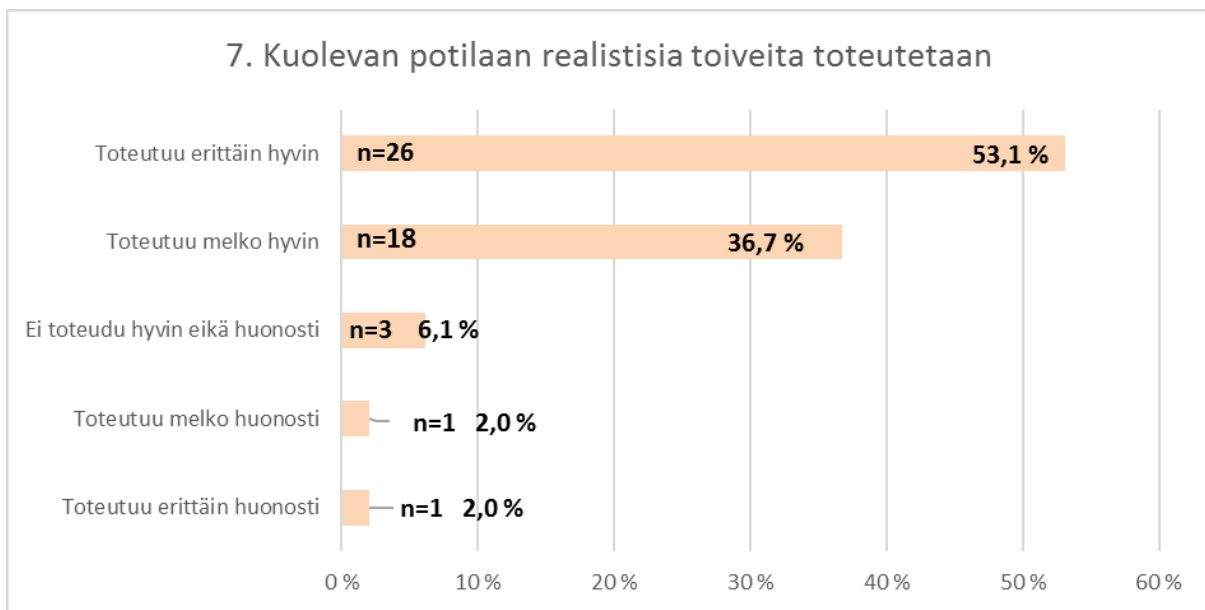
Vastausten jakauma on nähtävissä kuviossa 13, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Suurin osa (77,6 %) hoitajista kokee, että kiireetön tunnelma kuolevan potilaan ympärillä toteutuu ainakin melko hyvin. Kuusi hoitajaa (12,3 %) vastasi, että kiireetön tunnelma toteutuu melko huonosti tai erittäin huonosti. Vastausten moodi oli ”toteutuu melko hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 4,0 ja mediaani 4.



KUVIO 13. Potilaan ympärillä on kiireetön tunnelma (n, %)

5.2.7 Kuolevan potilaan toiveiden toteuttaminen

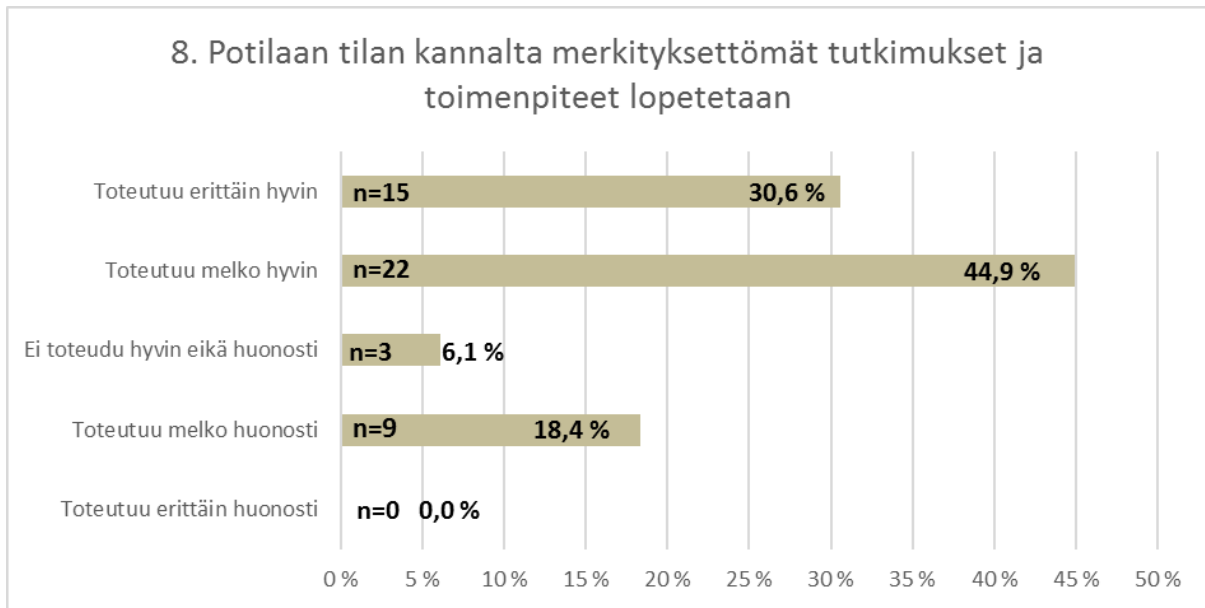
Vastausten jakauma on nähtävissä kuviossa 14, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Valtaosa hoitajista (89,8 %) vastasi, että kuolevan potilaan realististen toiveiden toteuttaminen sujuu vähintäänkin melko hyvin. Vain kaksi vastaajaa (4,08 %) koki, että toiveiden toteuttaminen toteutuu melko huonosti tai erittäin huonosti. Vastausten moodi oli ”toteutuu erittäin hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 4,4 ja mediaani 5.



KUVIO 14. Kuolevan potilaan realistisia toiveita toteutetaan (n, %)

5.2.8 Merkityksettömien tutkimusten ja toimenpiteiden lopettaminen

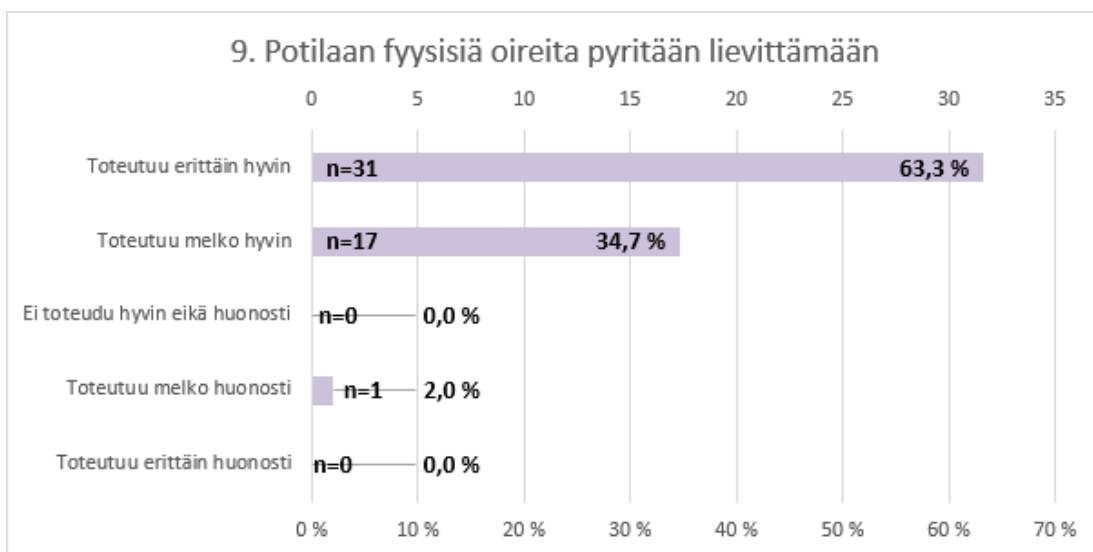
Vastausten jakauma on nähtävissä kuviossa 15, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Suurin osa hoitajista (75,5 %) oli sitä mieltä, että potilaan tilan kannalta merkityksettömät tutkimukset ja toimenpiteet lopetetaan. Lähes viidesosa (18,4 %) oli kuitenkin sitä mieltä, että tämä toteutuu melko huonosti. Kukaan vastaajista ei valinnut vaihtoehtoa ”toteutuu erittäin huonosti”. Vastausten moodi oli ”toteutuu melko hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 3,9 ja mediaani 4.



KUVIO 15. Potilaan tilan kannalta merkityksettömät tutkimukset ja toimenpiteet lopetetaan (n, %)

5.2.9 Fyysisten oireiden lievitys

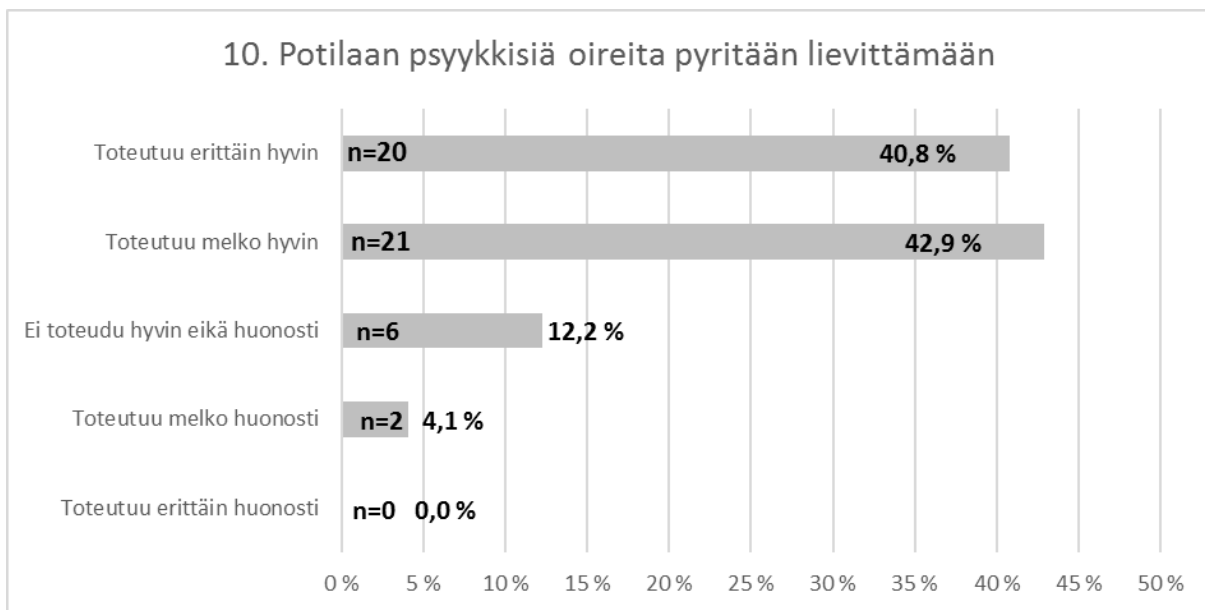
Vastausten jakauma on nähtävillä kuviossa 16, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Lähes kaikki (98,0 %) hoitajat olivat sitä mieltä, että fyysisten oireiden lievitys toteutuu vähintäänkin melko hyvin. Ainoastaan yksi vastaaja (2,0%) koki, että fyysisten oireiden lievittäminen toteutuu melko huonosti. Kukaan vastaajista ei kokenut, että fyysisten oireiden lievitys toteutuu erittäin huonosti. Vastausten moodi oli ”toteutuu erittäin hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 4,6 ja mediaani 5.



KUVIO 16. Potilaan fyysisiä oireita pyritään lievittämään (n, %)

5.2.10 Psykkisten oireiden lievitys

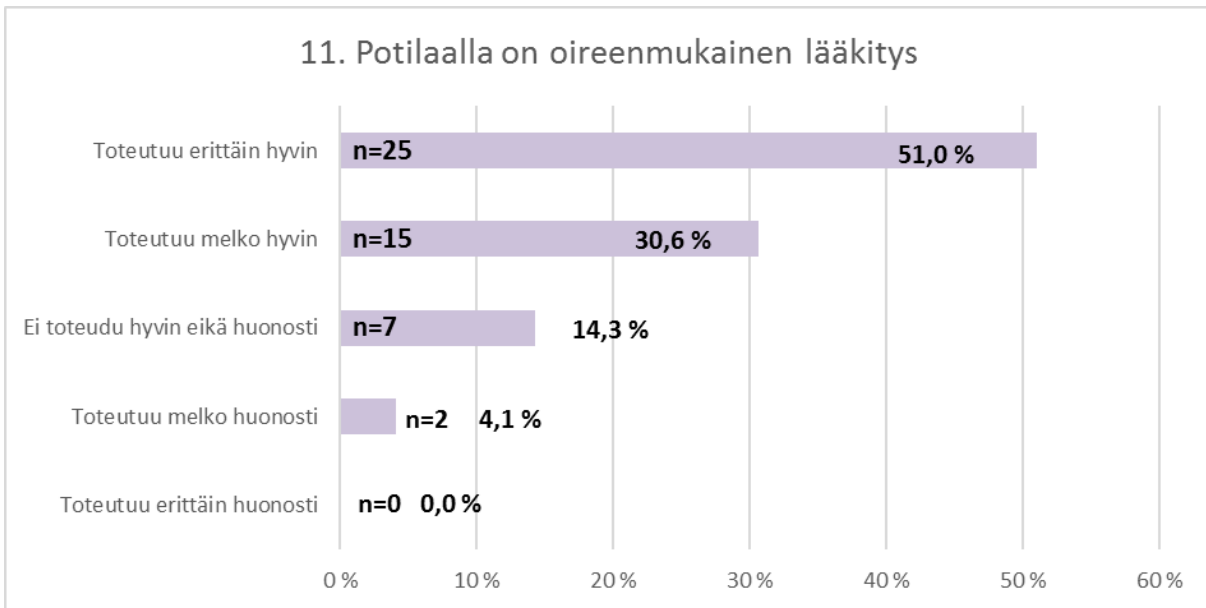
Vastausten jakauma on nähtävissä kuviossa 17, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Suurin osa hoitajista (83,7 %) oli sitä mieltä, että psykkisten oireiden lievittäminen toteutuu vähintäänkin melko hyvin. Vain kaksi (4,1 %) vastaajaa valitsi vaihtoehdon ”toteutuu melko huonosti”. Kukaan vastaajista ei kokenut, että psykkisten oireiden lievitys toteutuu erittäin huonosti. Vastausten moodi oli ”toteutuu melko hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 4,2 ja mediaani 4.



KUVIO 17. Potilaan psykkisiä oireita pyritään lievittämään (n, %)

5.2.11 Potilaan oireenmukainen lääkitys

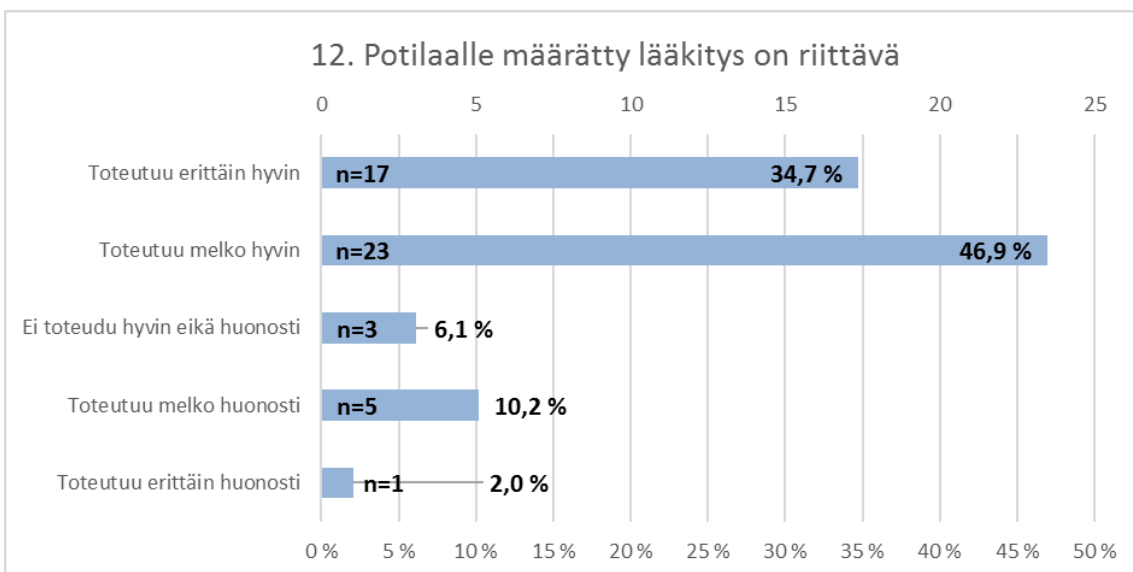
Vastausten jakauma on eritelty kuviossa 18, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Suurin osa hoitajista (81,6 %) kokee, että potilaiden oireenmukainen lääkitys toteutuu ainakin melko hyvin. Kahden vastaajan (4,1 %) mielestä oireenmukainen lääkitys toteutuu melko huonosti. Kukaan vastaajista ei kokenut, että oireenmukainen lääkitys toteutuisi erittäin huonosti. Vastausten moodi oli ”toteutuu erittäin hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 4,3 ja mediaani 5.



KUVIO 18. Potilaalla on oireenmukainen lääkitys (n, %)

5.2.12 Potilaan riittävä lääkitys

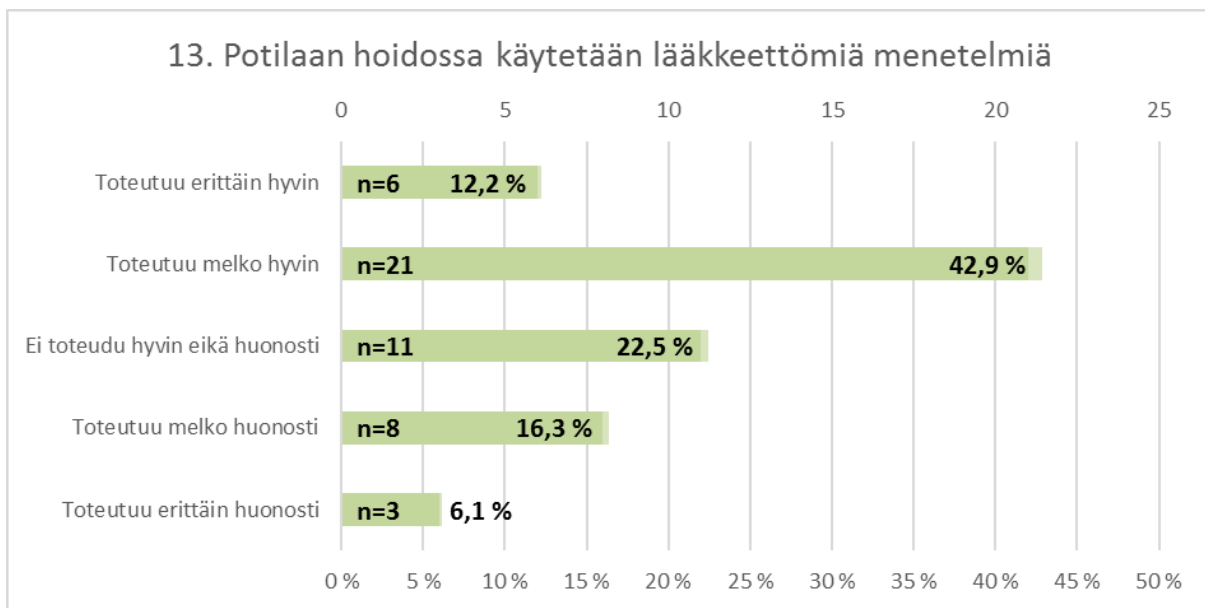
Vastausten jakauma on eritelty kuviossa 19, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Valtaosa hoitajista (81,6 %) kokee, että potilailla on riittävä lääkitys. Kuusi vastaajaa (12,2 %) puolestaan valitsi vaihtoehdon ”toteutuu melko huonosti” tai ”toteutuu erittäin huonosti”. Vastausten moodi oli ”toteutuu melko hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 4,0 ja mediaani 4.



KUVIO 19. Potilaalle määrätty lääkitys on riittävä (n, %)

5.2.13 Lääkkeettömien menetelmien käyttäminen

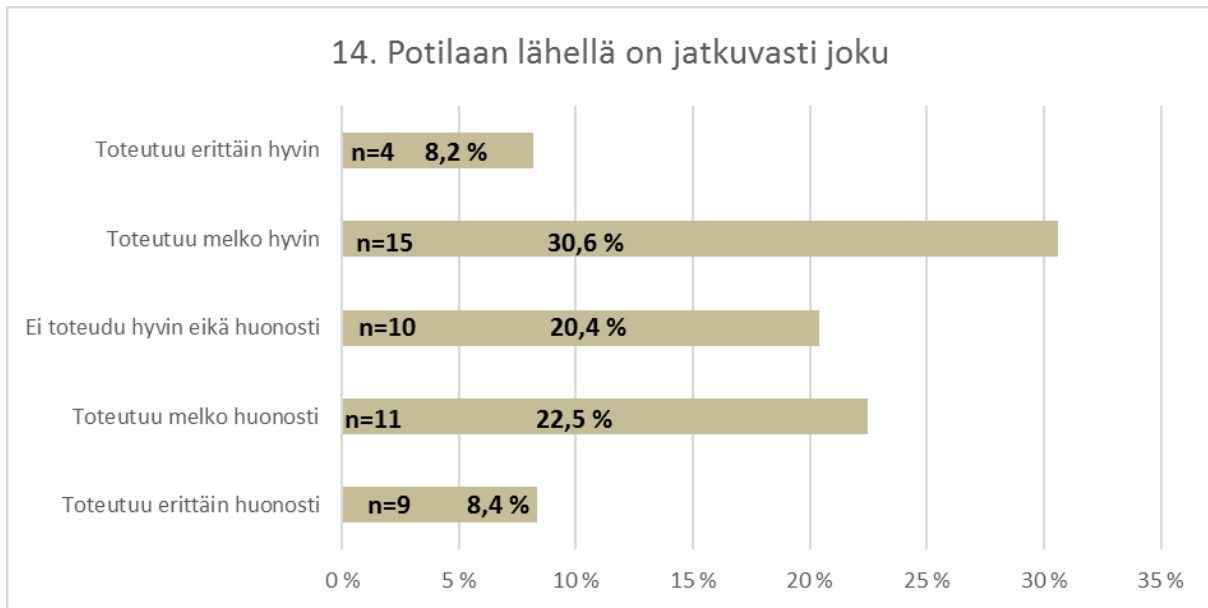
Vastausten jakauma on nähtävissä kuviossa 20, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosentiosuudet (%). Vastaajista yli puolet (55,1 %) koki, että lääkkeettömien menetelmien käyttö toteutuu vähintäänkin melko hyvin. 11 hoitajaa (22,4 %) puolestaan vastasi, että lääkkeettömien menetelmien käyttö toteutuu melko huonosti tai erittäin huonosti. Toiset 11 hoitajaa (22,5 %) valitsi vastausvaihtoehdon ”ei toteudu hyvin eikä huonosti”. Vastausten moodi oli ”toteutuu melko” hyvin. Vastausten keskiarvo oli 3,4 ja mediaani 4.



KUVIO 20. Potilaan hoidossa käytetään lääkkeettömiä menetelmiä (n, %)

5.2.14 Potilaan läheisyydessä oleminen

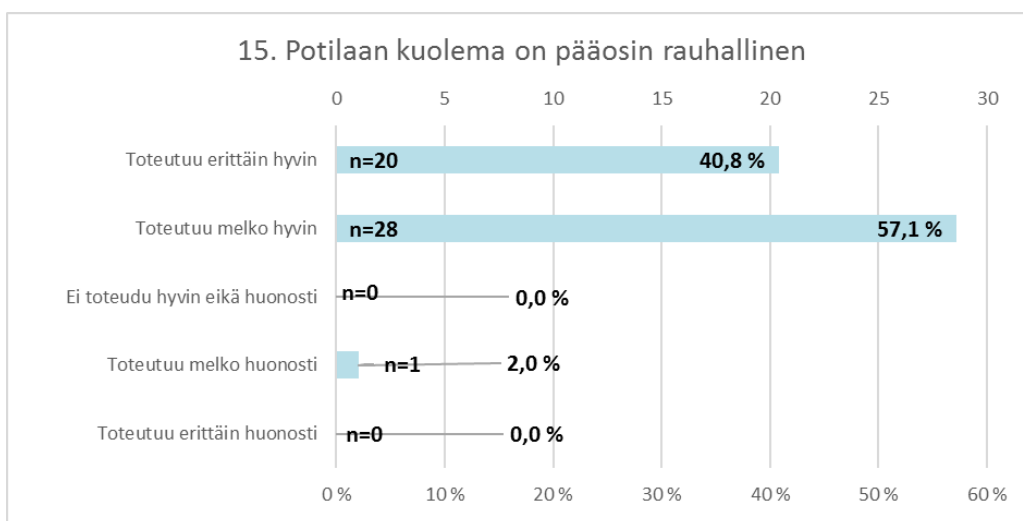
Vastausten jakauma on eritelty kuviossa 21, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosentiosuudet (%). Hoitajista yli kolmasosa (38,8 %) vastasi, että potilaan läheisyydessä oleminen toteutuu vähintäänkin melko hyvin. Toisaalta lähes kolmasosa vastaajista (30,8 %) koki, että tämä toteutuu melko huonosti tai erittäin huonosti. Kymmenen hoitajaa (20,4 %) valitsi vastausvaihtoehdon ”ei toteudu hyvin eikä huonosti”. Vastausten moodi oli ”toteutuu melko hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 2,9 ja mediaani 3.



KUVIO 21. Potilaan lähellä on jatkuvasti joku (n, %)

5.2.15 Potilaan rauhallinen kuolema

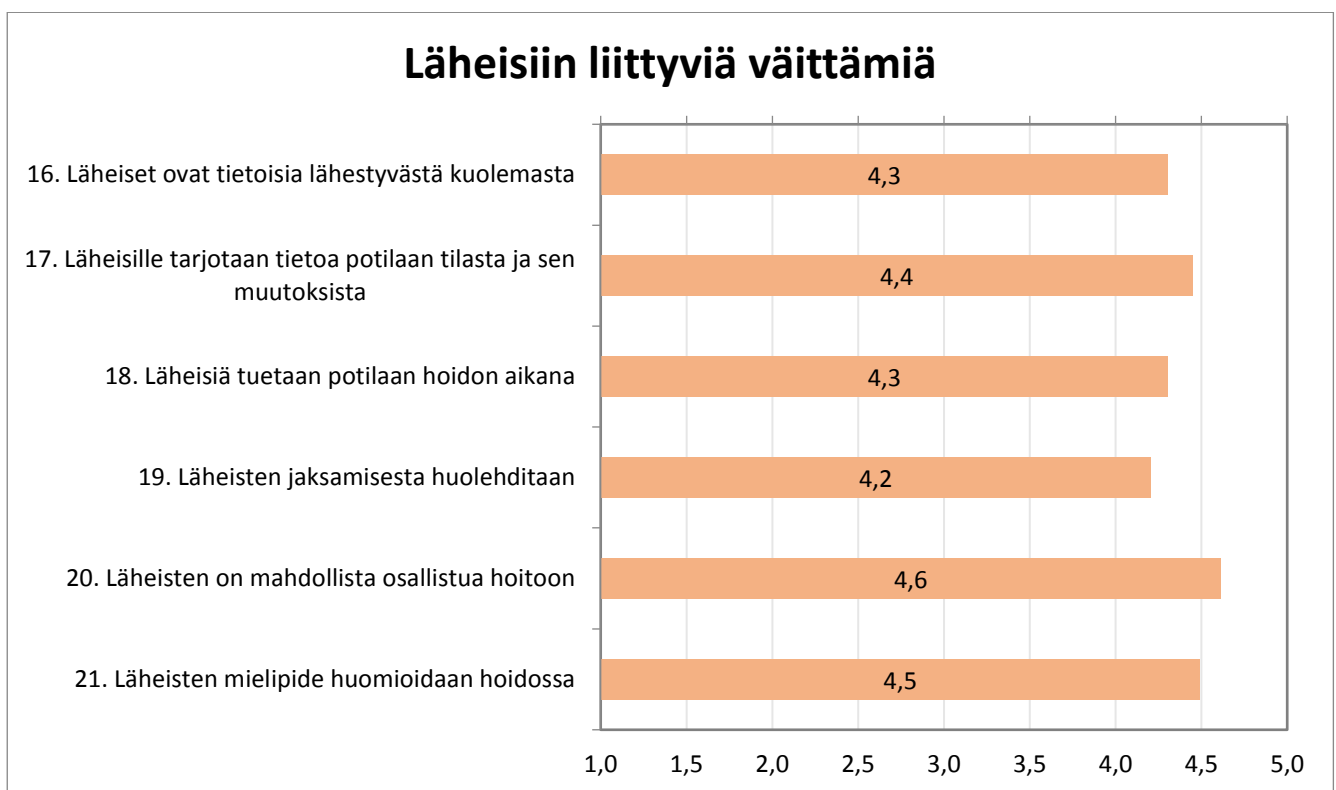
Vastausten jakauma on nähtävissä kuviossa 22, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Lähes kaikki hoitajat (97,9 %) vastasivat, että potilaan kuoleman rauhallisuus toteutuu vähintäänkin melko hyvin. Vain yhden vastaajan (2,0 %) mielestä kuoleman rauhallisuus toteutuu melko huonosti. Kukaan vastanneista hoitajista ei kokenut rauhallisen kuoleman toteutuvan erittäin huonosti. Vastausten moodi oli ”toteutuu melko hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 4,4 ja mediaani 4.



KUVIO 22. Potilaan kuolema on pääosin rauhallinen (n, %)

5.3 Läheisiin liittyvät väittämät

Tässä osiossa esitimme väittämiä kuolevan potilaan läheisistä. Kyselyssämme oli kuusi läheisiin liittyvää väittämää, jotka analysoimme omissa alaluvuissaan. Väittämät ovat nähtävissä kyselylomakkeella (LIITE 4) sekä kuviossa 23, jossa on myös esitetty kaikkien väittämien keskiarvot (ka) Vastausvaihtoehdot pysyivät samana kuin potilaaseen liittyvissä väittämässä. Vastaukset olivat selkeästi painottuneet kahteen viimeiseen vastausvaihtoehtoon ”toteutuu melko hyvin” ja ”toteutuu erittäin hyvin”. Tämän osion kaikkien kysymysten keskiarvo oli 4,4 ja mediaani 4. Tarkastellaan seuraavaksi jokaista väittämää vastauksineen yksitellen.

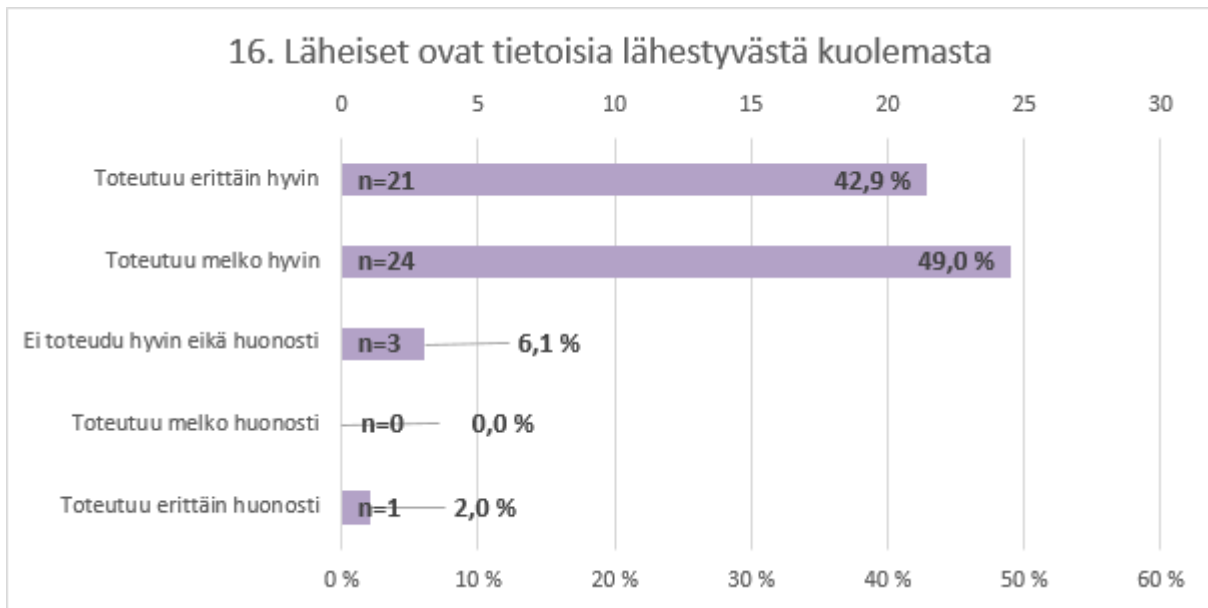


KUVIO 23. Läheisiin liittyvät väittämät (ka)

5.3.1 Tietoisuus lähestyvistä kuolemasta

Vastaukset on esitetty kuviossa 24, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Valtaosa (91,8 %) vastaajista oli sitä mieltä, että läheiset ovat tietoisia kuolemasta melko hyvin tai erittäin hyvin. Vain yhden vastaajan (2,0 %) mielestä läheisten tietoisuus lähestyvistä kuolemasta toteutuu

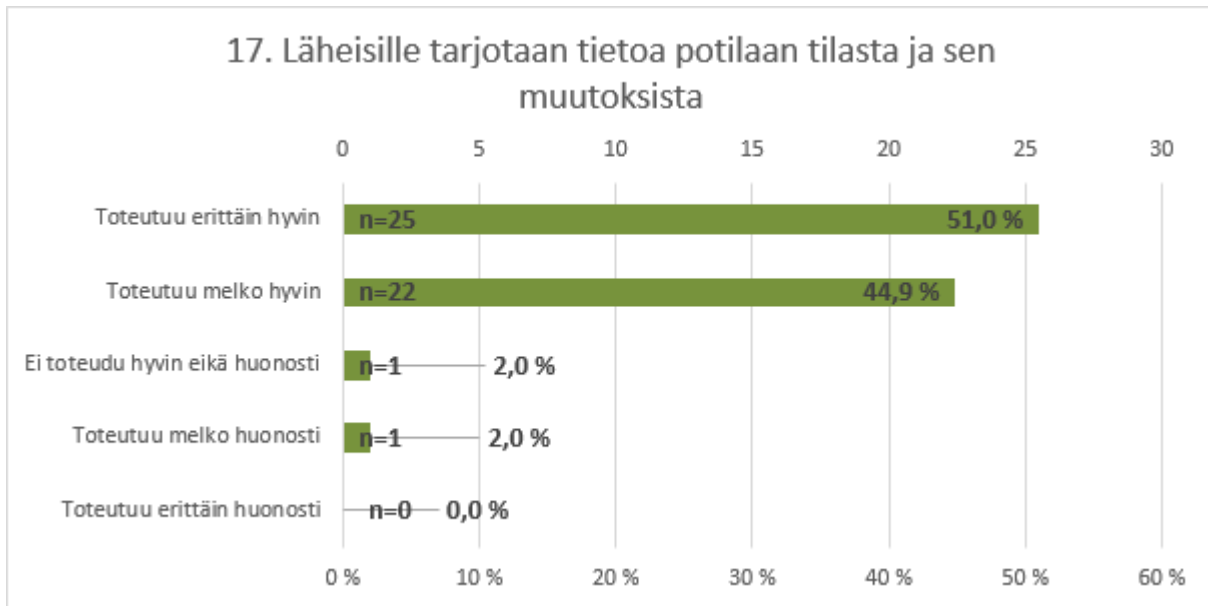
erittäin huonosti. Kolme hoitajaa (6,1 %) valitsi vastausvaihtoehdon ”ei toteudu hyvin eikä huonosti”. Vastausten moodi oli ”toteutuu melko hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 4,3 ja mediaani 4.



KUVIO 24. Läheiset ovat tietoisia lähestyvistä kuolemista (n, %)

5.3.2 Tiedon tarjoaminen potilaan tilan muutoksista

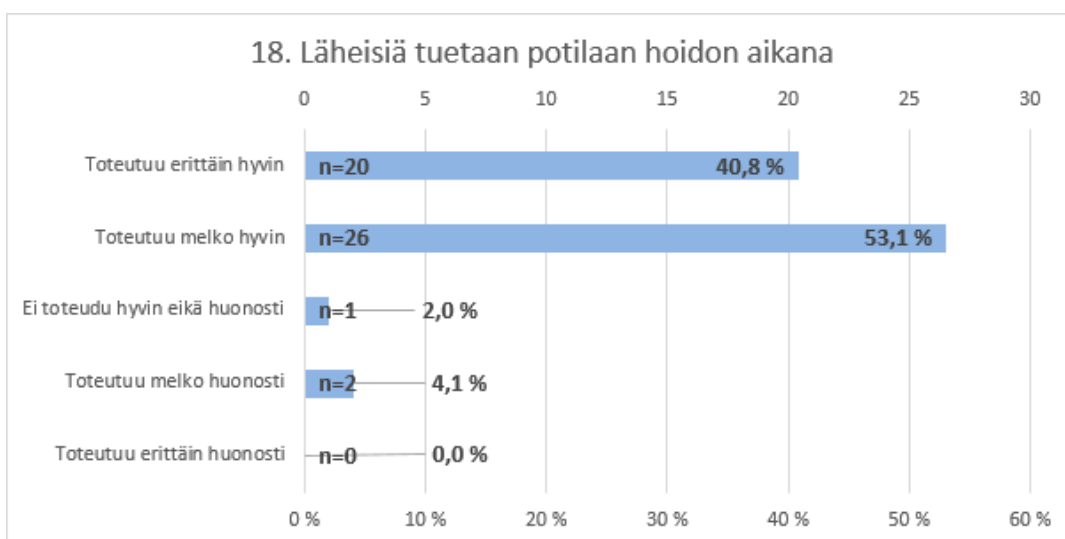
Vastaukset on esitetty kuviossa 25, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Suurin osa (95,9 %) vastaajista oli sitä mieltä, että läheisille tarjotaan tietoa potilaan tilasta ja sen muutoksista melko tai erittäin hyvin. Vain yksi vastaaja (2,0 %) koki, että tämä toteutuu melko huonosti. Yksi vastaaja (2,0 %) valitsi vaihtoehdon ”ei toteudu hyvin eikä huonosti”. Vastausten moodi oli ”toteutuu erittäin hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 4,5 ja mediaani 5.



KUVIO 25. Läheisille tarjotaan tietoa potilaan tilasta ja sen muutoksista (n, %)

5.3.3 Tukeminen potilaan hoidon aikana

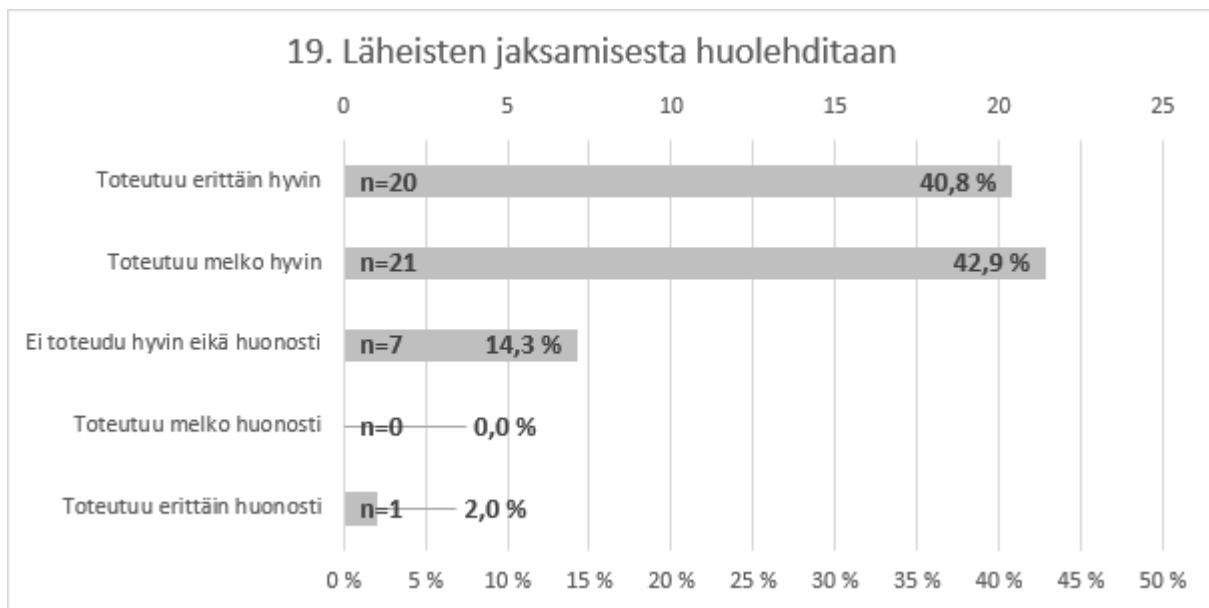
Vastaukset on esitetty kuviossa 26, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Valtaosa (93,9 %) hoitajista vastasi, että läheisiä tuetaan potilaan hoidon aikana melko tai erittäin hyvin. Kahden vastaajan (4,1 %) mielestä tämä toteutuu melko huonosti. Yksi hoitaja (2,0 %) valitsi vaihtoehdon ”ei toteudu hyvin eikä huonosti”. Vastausten moodi oli ”toteutuu melko hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 4,3 ja mediaani 4.



KUVIO 26. Läheisiä tuetaan potilaan hoidon aikana (n, %)

5.3.4 Jaksamisesta huolehtiminen

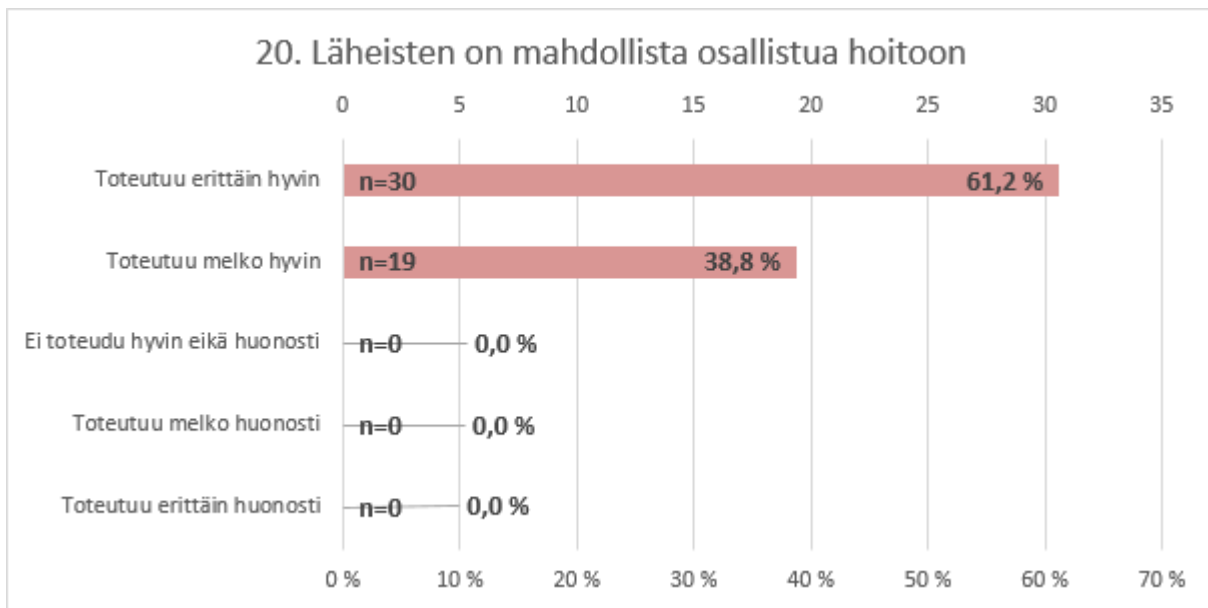
Vastaukset on esitetty kuviossa 27, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Suurin osa hoitajista (83,7 %) oli siis sitä mieltä, että läheisten jaksamisesta huolehditaan vähintäänkin melko hyvin. Ainoastaan yksi vastaaja (2,0 %) koki, että läheisten jaksamisesta huolehtiminen toteutuu erittäin huonosti. Seitsemän hoitajaa (14,3 %) valitsi vastausvaihtoehdon ”ei toteudu hyvin eikä huonosti”. Vastausten moodi oli ”toteutuu melko hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 4,2 ja mediaani 4.



KUVIO 27. Läheisten jaksamisesta huolehditaan (n, %)

5.3.5 Mahdollisuus osallistua hoitoon

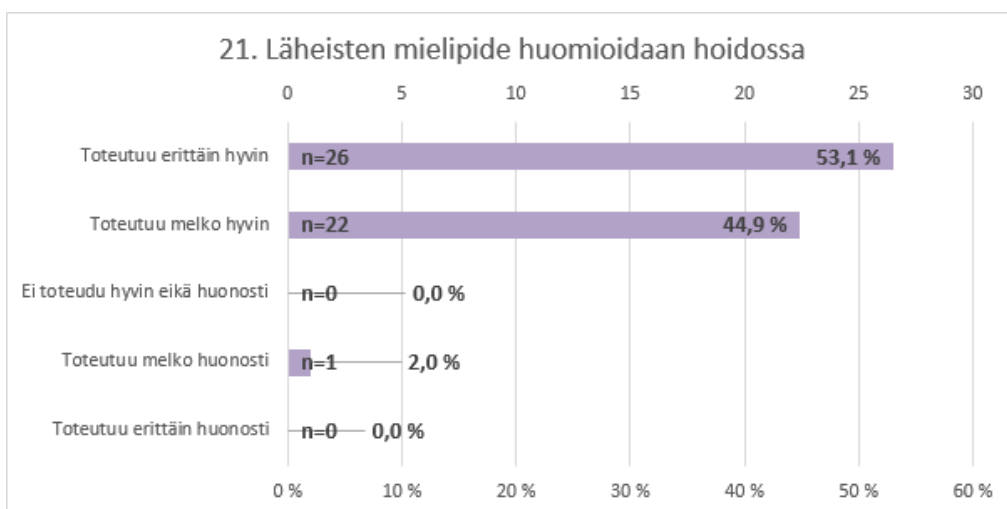
Vastaukset on esitetty kuviossa 28, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Kaikki hoitajat (100 %) kokivat, että läheisten mahdollisuus osallistua potilaan hoitoon toteutuu vähintäänkin melko hyvin. Vastausten moodi oli ”toteutuu erittäin hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 4,6 ja mediaani 5.



KUVIO 28. Läheisten on mahdollista osallistua hoitoon (n, %)

5.3.6 Mielipiteen huomiointi hoidossa

Vastaukset on esitetty kuviossa 29, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Lähes kaikki (98 %) vastaajat kokivat, että läheisten mielipide huomioidaan hoidossa vähintäänkin melko hyvin. Ainoastaan yksi vastaaja (2,0 %) oli sitä mieltä, että mielipiteiden huomiointi hoidossa toteutuu melko huonosti. Vastausten moodi oli ”toteutuu erittäin hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 4,5 ja mediaani 5.



KUVIO 29. Läheisten mielipide huomioidaan hoidossa (n, %)

5.4 Hoitajiin liittyvät väittämät

Tässä kyselyn osiossa esitimme hoitajiin liittyviä väittämiä. Kyselyssämme oli 11 hoitajiin liittyvää väittämää, jotka analysoimme omissa alaluvuissaan. Väittämät ovat nähtävissä kyselylomakkeella (LIITE 4) sekä kuviossa 30, jossa on myös esitetty kaikkien väittämien keskiarvot (ka) Kyselyn vastausasteikko muuttui hieman tässä kohtaa kyselyä. Tässäkin osiossa annoimme vastausvaihtoehdoille lukuarvot 1–5, jolloin tulosten tarkasteleminen oli mielekkäämpää. Uusi asteikko oli *kuvaa tilannetta erittäin huonosti (1) – kuvaa tilannetta melko huonosti (2) – ei kuvaa tilannetta hyvin eikä huonosti (3) – kuvaa tilannetta melko hyvin (4) – kuvaa tilannetta erittäin hyvin (5)*. Kaikkien tämän osion vastausten keskiarvot on esitetty kuviossa 30. Osion kaikkien vastausten keskiarvo oli 3,6 ja mediaani 4. Tarkastellaan seuraavaksi jokaista väittämää vastauksineen yksitellen.

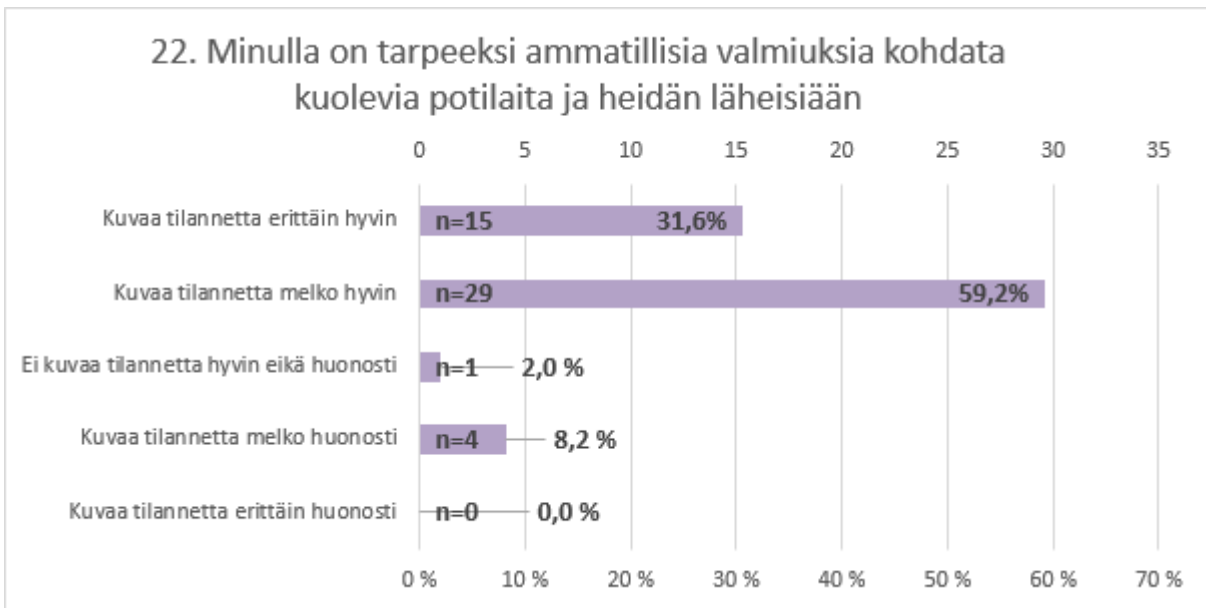


KUVIO 30. Hoitajiin liittyvät väittämät (ka)

5.4.1 Ammatilliset valmiudet

Vastaukset on esitetty kuviossa 31, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Vastaajista suurin osa (89,8 %) oli sitä mieltä, että heillä on ammatillisia valmiuksia melko hyvin tai erittäin hyvin. Vain neljä hoitajaa (8,2 %) vastasi, että heillä on melko huonosti ammatillisia valmiuksia.

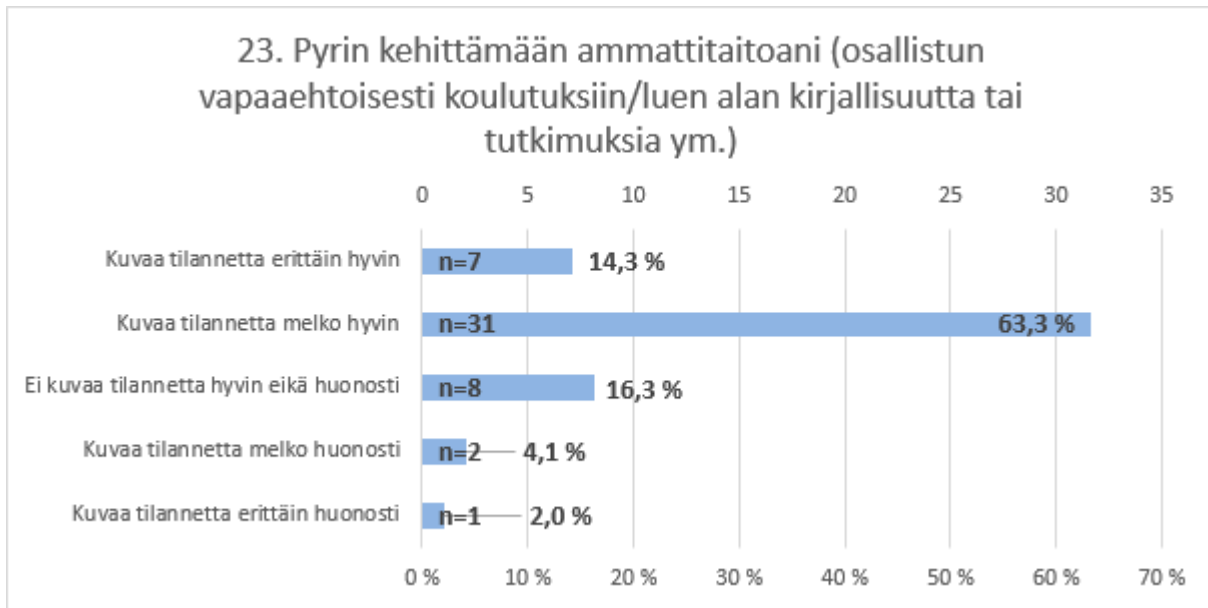
Kukaan ei valinnut vaihtoehtoa ”kuvaa tilannetta erittäin huonosti”. Vastausten moodi oli ”kuvaa tilannetta melko hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 4,1 ja mediaani 4.



KUVIO 31. Minulla on tarpeeksi ammatillisia valmiuksia kohdata kuolevia potilaita ja heidän läheisiään (n, %)

5.4.2 Ammattitaidon kehittäminen

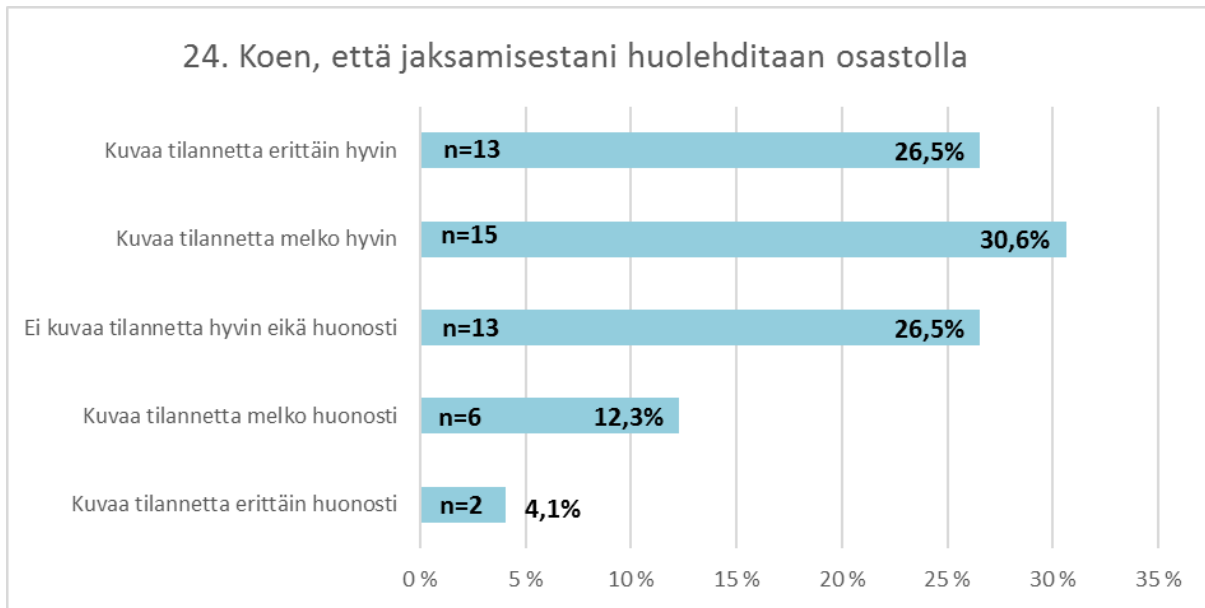
Vastaukset on esitetty kuviossa 32, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Iso osa hoitajista (77,6 %) vastasi, että he pyrkivät kehittämään ammattitaitoaan melko hyvin tai erittäin hyvin. Vain kolme hoitajaa (6,1 %) vastasi, että he pyrkivät kehittämään ammattitaitoaan melko huonosti tai erittäin huonosti. Vastausten moodi oli ”kuvaa tilannetta melko hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 3,8 ja mediaani 4.



KUVIO 32. Pysin kehittämään ammattitaitoani (osallistun vapaaehtoisesti koulutuksiin/luen alan kirjallisuutta tai tutkimuksia ym.) (n, %)

5.4.3 Jaksamisesta huolehtiminen

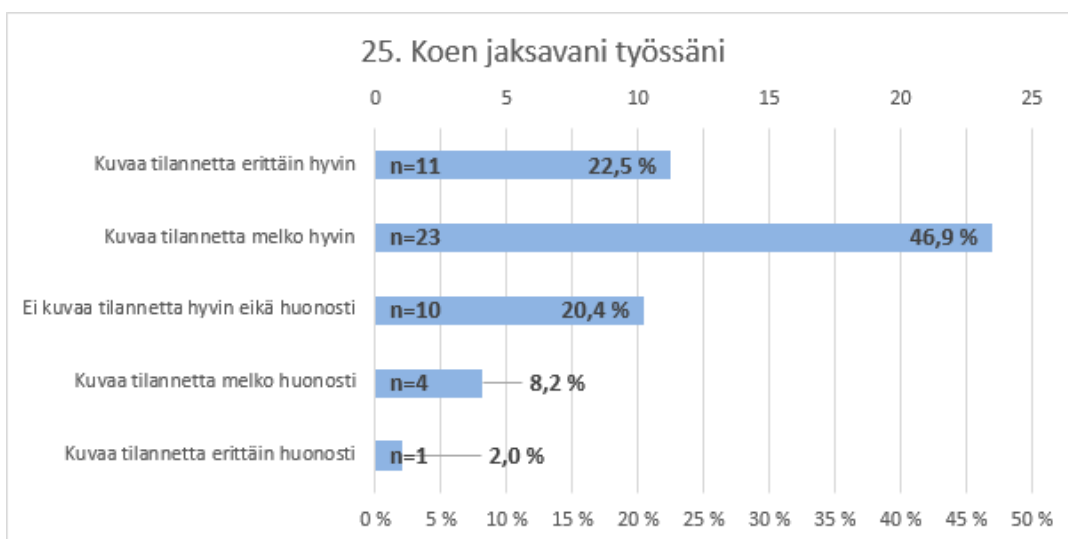
Vastaukset on esitetty kuviossa 33, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Yli puolet vastaajista (57,1 %) koki, että heidän jaksamisestaan huolehditaan osastolla vähintäänkin melko hyvin. Vaihtoehtoa ”ei kuvaa tilannetta hyvin eikä huonosti” valittiin myös reilusti (26,5 %). Kahdeksan hoitajaa (16,4 %) koki, että heidän jaksamisestaan huolehditaan osastolla melko huonosti tai erittäin huonosti. Vastausten moodi oli ”kuvaa tilannetta melko hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 3,6 ja mediaani 4.



KUVIO 33. Koen, että jaksamisestani huolehditaan osastolla (n, %)

5.4.4 Työssä jaksaminen

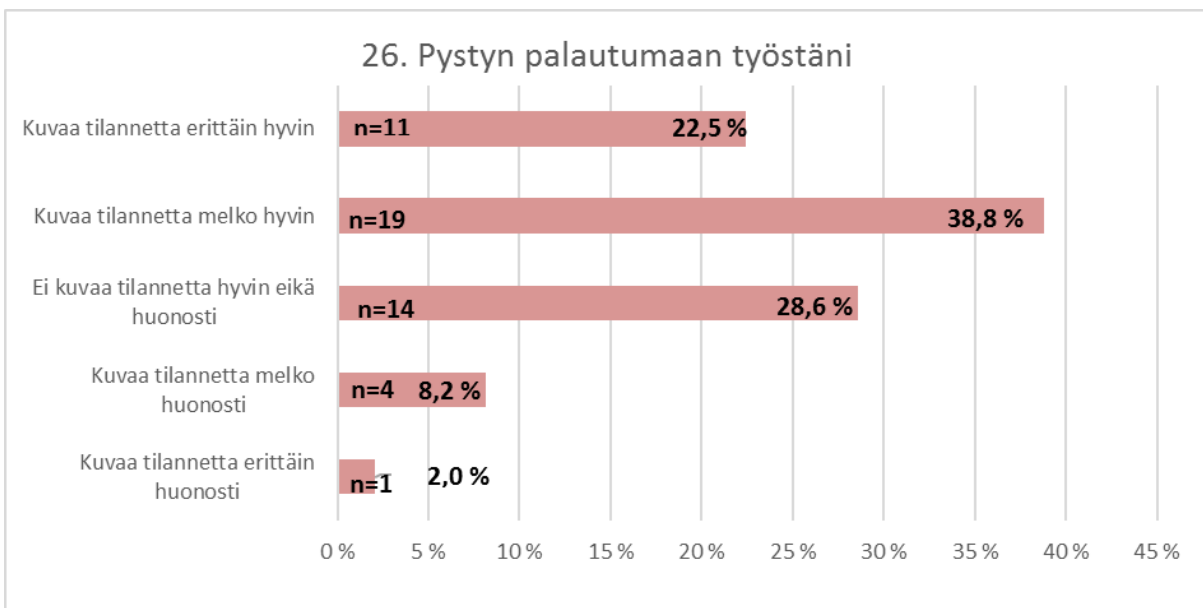
Vastaukset on esitetty kuviossa 34, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosentiosuudet (%). Suuri osa vastaajista (69,4 %) koki jaksavansa työssään melko hyvin tai erittäin hyvin. Viisi hoitajaa (10,2 %) koki, että he jaksavat työssään melko huonosti tai erittäin huonosti. Kymmenen hoitajaa (20,4 %) valitsi vaihtoehdon ”ei kuvaa tilannetta hyvin eikä huonosti”. Vastausten moodi oli ”kuvaa tilannetta melko hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 3,8 ja mediaani 4.



KUVIO 34. Koen jaksavani työssäni (n, %)

5.4.5 Työstä palautuminen

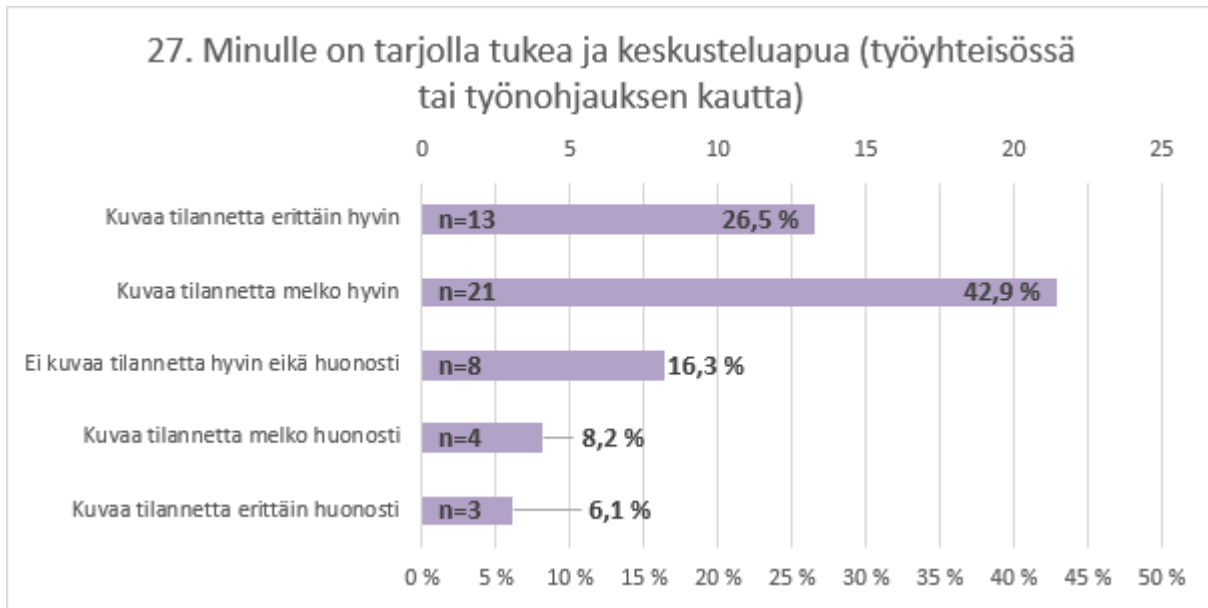
Vastaukset on esitetty kuviossa 35, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Yli puolet vastaajista (61,2 %) koki pystyvänsä palautumaan työstään melko hyvin tai erittäin hyvin. Toisaalta lähes kolmasosa vastaajista (28,6 %) koki, ettei pysty palautumaan työstään hyvin eikä huonosti. Viiden hoitajan (10,2 %) mukaan he pystyvät palautumaan työstään melko huonosti tai erittäin huonosti. Vastausten moodi oli ”kuvaa tilannetta melko hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 3,7 ja mediaani 4.



KUVIO 35. Pystyn palautumaan työstäni (n, %)

5.4.6 Tuen ja keskusteluavun saatavuus

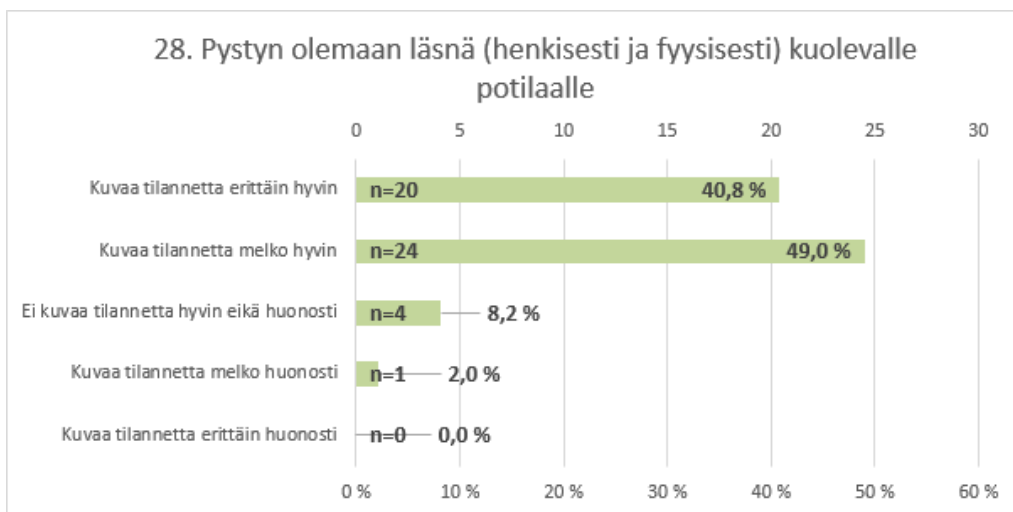
Vastaukset on esitetty kuviossa 36, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Iso osa vastaajista (69,4 %) oli sitä mieltä, että heille on tarjolla tukea ja keskusteluapua melko hyvin tai erittäin hyvin. Seitsemän vastaajaa (14,3 %) koki, että heille on tarjolla tukea tai keskusteluapua melko huonosti tai erittäin huonosti. Kahdeksan hoitajaa (16,3 %) valitsi vaihtoehdon ”ei kuvaa tilannetta hyvin eikä huonosti”. Vastausten moodi oli ”kuvaa tilannetta melko hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 3,8 ja mediaani 4.



KUVIO 36. Minulle on tarjolla tukea ja keskusteluapua (työyhteisössä tai työohjauksen kautta) (n, %)

5.4.7 Läsnaölo potilaalle

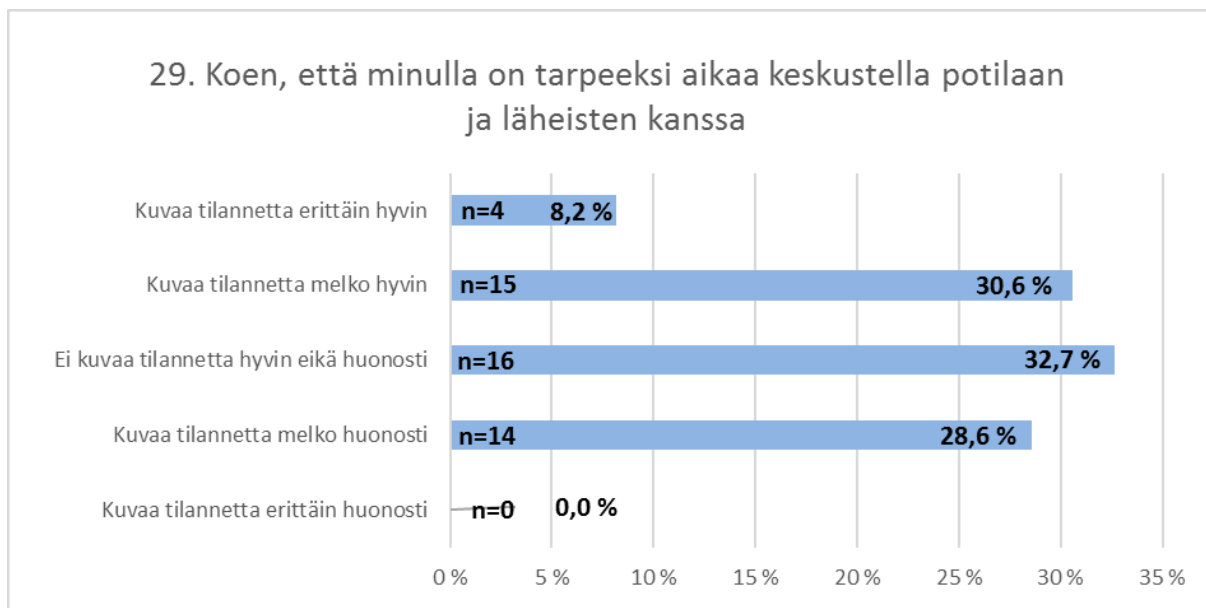
Vastaukset on esitetty kuviossa 37, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosentiosuudet (%). Valtaosa hoitajista (89,8 %) koki pystyvänsä olemaan läsnä kuolevalle potilaalle. Vain yksi hoitaja (2,0 %) koki, että pystyy olemaan läsnä kuolevalle potilaalle melko huonosti. Neljä hoitajaa (8,2 %) valitsi vaihtoehdon ”ei kuvaa tilannetta hyvin eikä huonosti”. Vastausten moodi oli ”kuvaa tilannetta melko hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 4,3 ja mediaani 4.



KUVIO 37. Pystyn olemaan läsnä (henkisesti ja fyysisesti) kuolevalle potilaalle (n, %)

5.4.8 Riittävä aika keskusteluun potilaan ja hänen läheistensä kanssa

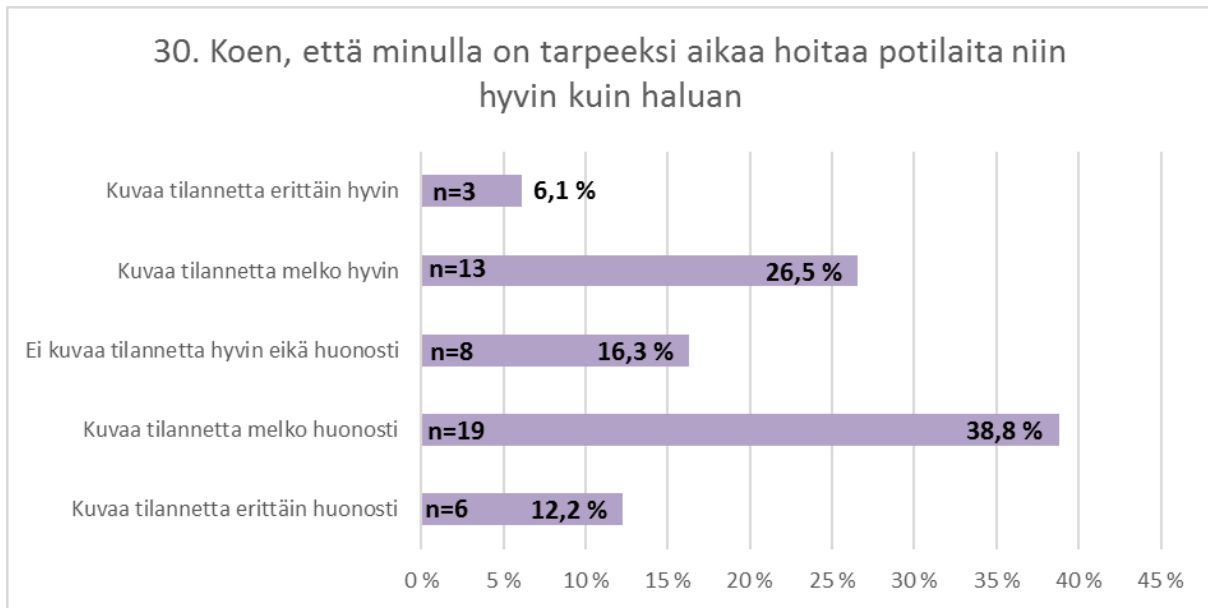
Vastaukset on esitetty kuviossa 38, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Suurin osa vastauksista (91,8 %) oli jakautunut lähes tasaisesti vastausvaihtoehtojen ”kuvaa tilannetta melko hyvin”, ”ei kuvaa tilannetta hyvin eikä huonosti” ja ”kuvaa tilannetta melko huonosti” välille. Muutama hoitaja (8,2 %) koki, että heillä on erittäin hyvin aikaa keskustella potilaan ja läheisten kanssa. Kukaan vastaajista ei valinnut vaihtoehtoa ”kuvaa tilannetta erittäin huonosti”. Vastausten moodi oli ”ei kuvaa tilannetta hyvin eikä huonosti”. Vastausten keskiarvo oli 3,2 ja mediaani 3.



KUVIO 38. Koen, että minulla on tarpeeksi aikaa keskustella potilaan ja läheisten kanssa (n, %)

5.4.9 Riittävä aika hoitaa potilaita parhaan osaamisen mukaan

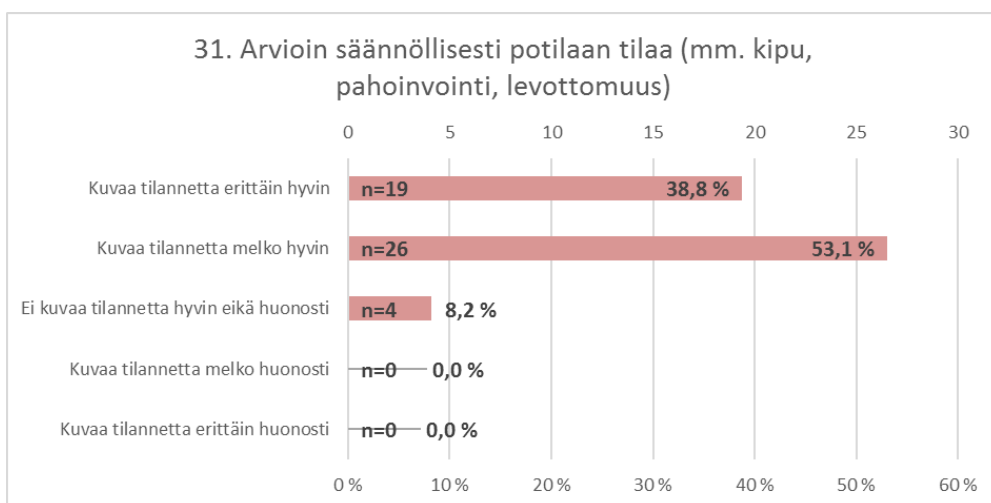
Vastausten jakauma on esitetty kuviossa 39, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Hieman yli puolet (51,0 %) vastaajista oli sitä mieltä, että heillä on aikaa potilaiden hoitamiseen niin hyvin kuin he haluavat melko huonosti tai erittäin huonosti. Toisaalta lähes kolmasosa (32,6 %) vastaajista koki, että heillä on tarpeeksi aikaa hoitaa potilaita niin hyvin kuin he haluavat melko hyvin tai erittäin hyvin. Kahdeksan hoitajaa vastasi, että heillä ei ole aikaa hyvin eikä huonosti. Vastausten moodi oli ”kuvaa tilannetta melko huonosti”. Vastausten keskiarvo oli 2,8 ja mediaani 2.



KUVIO 39. Koen, että minulla on tarpeeksi aikaa hoitaa potilaita niin hyvin kuin haluan (n, %)

5.4.10 Potilaan tilan säännöllinen arviointi

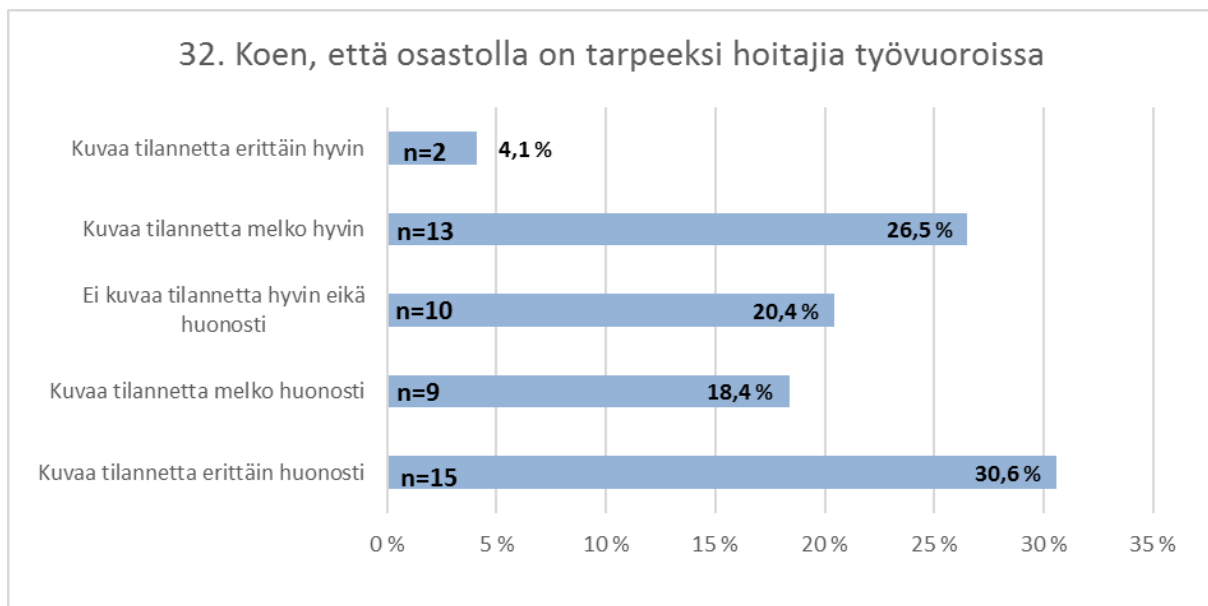
Vastaukset on esitetty kuviossa 40, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Valtaosa hoitajista (91,8 %) vastasi arvioivansa potilaan tilaa säännöllisesti. Kukaan hoitajista ei vastannut, että potilaan tilan arviointi toteutuisi melko tai erittäin huonosti. Neljän hoitajan (8,2 %) mielestä potilaan tilan arviointi ei toteudu hyvin eikä huonosti. Vastausten moodi oli ”kuvaa tilannetta melko hyvin”. Vastausten keskiarvo oli 4,3 ja mediaani 4.



KUVIO 40. Arvioin säännöllisesti potilaan tilaa (mm. kipu, pahoinvointi, levottomuus) (n, %)

5.4.11 Riittävät henkilöresurssit osastolla

Vastaukset on esitetty kuviossa 41, jossa on nähtävissä vastaajien lukumäärä (n) ja prosenttiosuudet (%). Vastaukset olivat jakautuneet jokaiseen vastausvaihtoehtoon. Lähes kolmasosa vastaajista (30,6 %) oli sitä mieltä, että hoitajia on tarpeeksi työvuoroissa. Lähes puolet hoitajista (49,0 %) vastasi, että osastolla on melko huonosti tai erittäin huonosti hoitajia työvuorossa. Noin viidesosa (20,4 %) hoitajista valitsi vastausvaihtoehdon ”ei kuvaa tilannetta hyvin eikä huonosti”. Vastausten moodi oli ”kuvaa tilannetta erittäin huonosti”. Vastausten keskiarvo oli 2,6 ja mediaani 3.



KUVIO 41. Koen, että osastolla on tarpeeksi hoitajia työvuorossa (n, %)

5.5 Vapaa sana

Kyselymme viimeisenä osiona oli tekstilaatikko otsikolla ”vapaa sana”. Ohjeistuksena tekstilaatikolle oli kehoitus kirjoittaa vapaasti ajatuksia tai kommentteja hyvästä kuolemasta, saattohoidosta tai muista aiheeseen liittyvistä asioista. Vapaan sanan antaminen oli täysin vapaaehtoista. Vastauksia saimme tähän osioon yhteensä 14, joka oli 28,6 % kaikista vastaajista eli reilu neljäsosa. Tässä luvussa esittelemme vastaukset.

Positiivista vastauksissa oli, että hoitajien mielestä osastoilla tarjotaan pääosin hyvää hoitoa kuolevalle potilaalle. Tämä mainittiin vastauksissa yhteensä viisi kertaa. Vastauksissa tuli ilmi, että hoitajilla on osaamista ja tahtoa hoitaa kuolevia potilaita hyvin.

Pääasiassa koen meidän onnistuvan kuolevan potilaan hoidossa.

Meillä kuitenkin hyvä hoito kaiken kaikkiaan!

...vuodeosastolla toteutuu kuolevan potilaan hoito hyvin.

Tietoa, taitoa, osaamista ja tahtoa alkaa osastolla olla hyvin kuolevien hoidosta...

Henkilökunta hyvin mukana saattohoidossa.

Henkilöstömitoituksen riittävydestä tuli neljä kommenttia. Hoitajat kokivat, että kuolevan potilaan hoidossa henkilökunnan riittävyys on tärkeää, jotta hoito olisi laadukasta. Kuolevan potilaan hoitaminen koettiin haastavaksi, jos henkilökuntaa ei ole tarpeeksi.

...henkilöstömitoitus ei ole riittävä.

Liian vähän käsipareja meillä.

Kuolevan potilaan hoitaminen osastolla on haastavaa vähäisen henkilöstömäärän vuoksi. Jos osastolla on potilas saattohoidossa ei henkilöstön määrää lisätä.

Kuolevien potilaiden hoitamiseen tulisi varata riittävästi hoitajia, jotta heidän tarpeisiinsa voitaisiin vastata oikea-aikaisesti.

Neljä vastaajaa korosti kipulääkityksen merkitystä. Kipulääkettä tulisi antaa tarpeeksi, jotta potilas olisi kivuton. Kivuttomuus nähtiin tärkeänä osana hyvä kuolemaa.

Tarpeellinen kipulääkitys on tärkeää!

...potilas ei ole saanut riittävästi kipulääkettä.

Annetaan riittävästi kipulääkettä – ei saa olla kipeä.

Hyvä kuolema mielestäni on kivuton...

Kiire ja ajan riittämättömyys tulivat esille kolmessa vastauksessa. Kuolevalle potilaalle pitäisi olla tarpeeksi aikaa olla läsnä. Kaikkia osastolla olevia potilaita pitäisi hoitaa, vaikka hoitaja haluaisi antaa enemmän aikaa kuolevalle.

...enemmän pitäisi olla aikaa kuolevan potilaan omaisille. Mutta ainainen kiire estää usein tämän.

...jatkuva kiire...

Kuolevalle ja omaisille pitäisi olla enemmän aikaa, muut potilaat vievät niin paljon ajasta.

Omaiset ja läheiset nähtiin tärkeänä osana kuolevan potilaan hoitoa. Tämä tuli esille kolmessa vastauksessa. Omaisten kohtaaminen ja tiedon jakaminen on tärkeä osa kuolevan hoitoa. Omaisille tulisi järjestää mahdollisuus olla potilaan vierellä.

Myös omaisten kohtaamiseen on varattava riittävästi aikaa.

Otetaan omaiset huomioon: järjestetään mahdollisuus olla vierellä ja tuetaan heitä, kerrotaan mitä on tulossa.

Hyvä kuolema mielestäni on ... läheisiä lähellä...

Hoitajat kokivat tärkeänä, että kuolevan potilaan vierellä on joku. Tämä mainittiin kolmessa vastauksessa. Potilaan kuolemista yksin halutaan välttää. Toisen ihmisen läsnäolo voi lievittää kuolevan potilaan pelkoa, ahdistusta ja turvattomuutta. Jos omaiset eivät voi olla potilaan luona, olisi tärkeää, että hoitaja pystyisi olemaan potilaan vierellä.

Varsinkin saattohoitoon tarvittaisiin potilaalle oma hoitaja ja vähintäänkin silloin, kun omaiset eivät voi olla luona. Usein kuolevalla potilaalla on ahdistusta pelkoa ja turvattomuutta, joita ei aina potilaan tahdosta, voi hoitaa lääkkeillä. Riittäisi kun joku on vierellä.

Toivon, ettei kenenkään tarvitse kuolla yksin.

Saattohoitopotilaan vierellä pitäisi olla koko ajan joko hoitaja tai läheinen, että hän kokisi olonsa turvalliseksi ja mahdollista kipua/kärsimystä voitaisiin lievittää. Kuka haluaisi kuolla yksin?!

Kaksi hoitajaa mainitsi lääkärin vastauksissaan. Lääkärin kokemus nähtiin merkittävässä osassa onnistunutta saattohoitoa. Kokeneella lääkäriellä on rohkeutta tehdä päätöksiä. Hoitaja on tärkeässä roolissa potilaan voinnin esille tuomisessa lääkärille. Lääkärit toivottiin mukaan kehittämistyöhön.

Saattohoidon toteuttaminen ja onnistuminen on pitkälti kiinni myös lääkärin kokemuksesta. Pitkän linjan lääkäri uskaltaa tehdä päätöksiä rohkeammin esim. lääkityksen suhteen

kuin kokematon. Hoitajan rooli on merkittävä potilaan voinnin esille tuojana, samoin omaisten ajatusten lukijana.

...lääkärit mukaan kehittämistyöhön.

Avoimeen kysymykseen tuli lisäksi kommentteja tilanteista, joissa potilas on saanut huonoa hoitoa, saattohoitopäätöksiä on tehty liian myöhään ja kuolemaan ei olla pystytty valmistautumaan. Perushoidon merkityksestä oli myös maininta. Yksi hoitaja kertoi kokevansa riittämättömyyttä työssään. Eräs hoitaja kertoi kuolevan potilaan hoidon olevan tärkeä aihe.

Joskus kuitenkin on tilanteita, joissa koen potilaan saaneen huonoa hoitoa kuoleman läheisyydessä.

...saattohoitopäätökset liian myöhään, omaisilla ja kuolevalla ei ole aikaa valmistautua, tehdä ennakoivaa surutyötä, liikaa kokeita loppuvaiheessa, labroja, antavat turhaa toivoa.

Ne, jotka ei tee hoitotyötä, ei ymmärrä tilannetta.

Tärkeä aihe!

Aika usein koen riittämättömyyttä työssäni saattohoitoa toteuttaessani.

Hyvä asentohoito, suunhoito ja ihonhoito.

...toiveet toteutuvat.

6 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS

Jotta tutkimus olisi luotettava, se täytyy tehdä tieteelliselle tutkimukselle asetettujen kriteerien mukaisesti (Heikkilä 2014, 176). Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla sen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti eli pätevyys kertoo siitä, miten hyvin käytetty mittari mittaa juuri sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. Toisin sanoen se tarkoittaa sitä, onko tutkittavien teoreettisten käsitteiden operationalisointi eli tutkittavaan muotoon muuttaminen onnistunut luotettavasti. Hyvään validiteettiin vaaditaan oikea tutkimusmenetelmä, oikea mittari ja oikeiden asioiden mittaaminen. Validiteetti voidaan jakaa ulkoiseen ja sisäiseen. Ulkoinen validiteetti kertoo siitä, kuinka hyvin saadut tulokset voidaan yleistää koskemaan suurempaa perusjoukkoa. Sisäinen validiteetti tarkastelee sitä, johtuvatko mitatut tulokset juuri niistä tekijöistä, joista niiden oletetaan johtuvan. Validiteettiin vaikuttavat aika, itse mitaustapahtuma, vinoumat sekä kato. Reliabiliteetti tarkoittaa tulosten pysyvyyttä. Jos samaa mittaria käytettäisiin eri aineistossa, tulosten tulisi olla samansuuntaisia eikä sattumanvaraisia. (Hiltunen 2009; Kananen 2008; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–196.) On kuitenkin muistettava, että mittari ei ole luotettava, mikäli sillä on vain reliabiliteettia muttei validiteettia tai toisin päin. Yleensä validi mittari on myös reliaabeli. (Kananen 2008, 79–81).

Reliabiliteetista voidaan irrottaa kaksi osatekijää, jotka ovat stabiliteetti ja konsistenssi. Stabiliteetti mittaa mittarin pysyvyyttä ajassa. Toisin sanoen, jos samalla kyselylomakkeella tehtäisiin toistomittaus, tulosten tulisi olla samanlaisia kuin ensimmäisellä mittauskerralla. Opinnäytetöissä ei kuitenkaan usein kiinnitetä huomiota stabiliteettiin, sillä uusintamittaukset eivät välttämättä ole mielekkäitä ja ne vievät aikaa. Konsistenssi tarkoittaa kyselylomakkeen yhtenäisyyttä eli sen osatekijöiden tulee mitata samaa asiaa. (Kananen 2008, 80.)

Reliabiliteettia voi arvioida kysymällä esimerkiksi, kuinka hyvin otos edustaa perusjoukkoa ja onko mittari kykenevä mittaamaan tutkittavia asioita kattavasti (Vilkkä 2007). Vastausprosenttimme oli 50 % eli toisin sanoen puolet koko perusjoukosta vastasi kyselyymme. Riittävän vastausprosentin takia on helppo tehdä päätelmiä koko perusjoukosta. Tulokset kuvaavat Soiten tilannetta. Mikäli vastaajia olisi ollut enemmän tai suuremmalta alueelta, opinnäytetyömme tuloksia pystyttäisiin yleistämään laajemminkin.

Validiutta arvioidessa voidaan pohtia, onko mittarin kysymysten ja vastausvaihtoehtojen sisällössä ja muotoilussa onnistuttu ja onko valittu asteikko toiminut halutulla tavalla. Lisäksi tulee arvioida, minkälaisia epätarkkuuksia mittariin sisältyy. (Vilka 2007.) Kuten edellä esitetyissä tuloksista on nähtävissä, mitta-asteikkoa oli käytetty koko sen skaalalta. Jokaisessa väittämässä oli vain yksi asia, jota kysyttiin.

Luotettavuutta heikentävät aineiston hankinnassa tapahtuneet virheet. Tällaisia virheitä ovat käsittelyvirheet, mittausvirheet, peitto- ja katovirheet sekä otantavirheet. Otantavirheellä tarkoitetaan otannasta aiheutunutta satunnaisvirhettä sekä kadosta aiheutunutta vääristymää. Mittausvirhe voi johtua mittausvälineen epätarkkuudesta, mittaukseen vaikuttaneista häiriötekijöistä, kyselylomakkeen tai mittausmenetelmän heikkoudesta sekä mitattavien käsitteiden hankaluudesta. Peittovirhe johtuu tutkittavan perusjoukon ajantasaisen rekisterin tai luettelon puutteesta. (Heikkilä 2014, 176–177.) Olimme hankkineet asianmukaisen tutkimusluvan (LIITE 2) ja tehneet sopimuksen (LIITE 1) opinnäytetyön tekemisestä, mikä lisää työmme luotettavuutta.

Meidän opinnäytetyössämme tutkimuksen kohteena olivat Soiten alueen yleislääketieteen osastojen hoitajat. Kaikki osastolla työskentelevät hoitajat ovat tiedossa, joten peittovirhettä ei ole voinut tapahtua tutkimuksessa. Käytimme kokonaisotantaa eli kaikki osaston hoitajat saivat linkin kyselyyn. Vastausprosentti oli 50 eli kadon myötä vastaustuloksissa voi olla hieman vääristymää, koska emme tiedä mitä mieltä puolet hoitajista olivat kyselymme aiheesta. Koska vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen, voi olla, että vastaajina oli enimmäkseen hoitajia, jotka suhtautuivat aiheeseemme intohimoisesti.

Tutkimukseen vastanneista henkilöistä ei ollut minkään ammattikunnan enemmistöä, vaan kyselyyn vastanneista noin puolet olivat sairaanhoitajia ja noin puolet lähihoitajia. Näin minkään ammattiryhmän näkemys ei tullut liikaa edustetuksi. Teimme kyselylomakkeen huolellisesti, saimme siihen palautetta ja esitestasimme lomakkeen ennen varsinaista kyselyä. Kysyimme hoitajilta heidän työhönsä kuuluvista asioista, joten mitattavien asioiden luulisi olevan tuttuja hoitajille. Voimme siis päätellä, että mittausvirhe on saattanut tapahtua vain, jos mittaukseen on vaikuttanut häiriötekijöitä. Tämä on voinut tapahtua esimerkiksi, jos kyselyyn on vastattu kiireessä tai osaston hälinässä. Ennakoimme tätä kehottamalla hoitajia kyselyn alussa vastaamaan kyselyyn rauhallisessa paikassa ja varaamaan vastaamiseen riittävästi aikaa. Tutkimustuloksia on saattanut vääristää se, että kaikilla yleislääketieteen osastoilla ei kuole paljon potilaita eli hoitajilla ei ehkä ole paljon kokemusta kuolevan potilaan hoidosta. Tutkimusosastoista vain yksi on selkeästi profiloitunut palliativiseen ja saattohoitoon. Kyselyssä ei ollut ”en osaa sanoa” -vaihtoehtoa eli hoitajien on täytynyt vastata kyselyyn jotain, vaikka heillä ei olisi ollut paljoa kokemusta

asiasta. Opinnäytetyömme perusteella on vaikeaa tehdä yleispäteviä päätelmiä yksittäisen osaston kuolevien potilaiden hoidosta, koska useiden osastojen tutkiminen samassa tutkimuksessa ei kerro paljoa yksittäisen osaston toiminnasta.

Tutkimustulosten luotettavuutta voi uhata vastausten kaunistelu, vaikka haimme kysymyksillä rehellistä kuvausta asioiden tilasta. Oma työyksikkö tahdotaan kokea hyvänä ja ehkä jopa muita yksiköitä parempana. Kerroimme vastaajille saatekirjeessä, että kyselyyn vastaaminen tehdään anonyymisti, joten heidän henkilöllisyytensä ei paljastu tutkimuksen aikana eikä tutkimustuloksissa. Anonyymisti vastatessa hoitajat voivat rohkeammin tuoda oman mielipiteensä esille. Koska kysely toteutettiin sähköisesti, kyselyyn on voinut vastata työpaikalla tai kotona. Näin anonymiteetti on voinut säilyä, vaikka työpaikalta ei olisi löytynyt rauhallista, yksityistä tilaa täyttää kyselyä. Vastausprosentin jääminen viiteenkymmeneen on ehkä saattanut johtua muista tutkimuksista, joihin työntekijöitä on viime aikoina kehoitettu vastaamaan. Motivaatio vastata kyselyyn on voinut siksi olla alhaalla. Vastausmotivaation säilymisen kannalta olisi hyvä, jos hoitajat kokisivat voivansa vastauksillaan vaikuttaa työhönsä ja kehittää osastojen toimintaa.

7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS

Tässä luvussa tarkastelemme opinnäytetyömme eettisyyttä. Tutkimusetiikka on kaiken tieteellisen toiminnan ytimessä ja tutkimuseettiset näkökulmat tulee ottaa vakavasti tutkimusta tehdessä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211).

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) (Arene 2018a) on antanut ammattikorkeakouluille suositukset eettisestä ja hyvän käytännön mukaisesta opinnäytetyöprosessista. Suositusten perusta on lainsäädännössä sekä tiedeyhteisön kansainvälisissä ja kansallisissa tutkimuseettisissä periaatteissa, linjauksissa ja suosituksissa. TENKin suositusten tavoitteena on opinnäytetyöprosessin yhtenäistäminen, hyvän tieteellisen käytännön edistäminen, tieteellisen epärehellisyuden ehkäiseminen sekä opinnäytetöiden laadun kohentaminen. Suosituksissa otetaan kantaa opinnäytetyöprosessiin osallistuvien oikeuksiin, velvollisuuksiin ja vastuisiin tutkimuseettisestä näkökulmasta. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2009) on laatinut eettiset periaatteet, joita tulee noudattaa ihmistieteisiin luettavissa tutkimuksissa. Näitä eettisiä periaatteita ovat tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuoja. Tutkittavilla tulee olla itsemääräämisoikeus. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkittavat osallistuvat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja heille on annettu riittävästi tietoa tutkimukseen osallistumisesta. Tutkittavilta tulee saada suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Käytännössä meidän opinnäytetyömme kohdalla tutkittava antoi suostumuksensa osallistua tutkimukseen samalla, kun hän täytti tutkimuslomakkeen. Lähetimme osallistujille saatekirjeen, jossa kerromme tutkimuksesta, mitä tutkimukseen osallistuminen vastaajalle tarkoittaa ja kuinka kauan kyselyyn vastaminen kestää. Kerromme tutkittaville, että kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkittavien henkilöllisyys ei tule tutkimuksessa esille. Mukana oli myös linkki kyselyyn. Saatekirjeen loppuun laitoimme omat yhteystietomme, jotta tutkittavat pystyivät ottamaan yhteyttä, jos heillä heräsi jotain kysyttävää tutkimukseen liittyen. Yhteydenottoja ei kuitenkaan tullut lainkaan. Aineistosta ei saa olla mahdollista erotella yksittäistä toimipistettä tai vastaajaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218). Pidimme huolta vastaajien anonymiteetistä. Lisäksi yksittäisen vastauksen perusteella on lähes mahdotonta yksilöidä yksittäistä vastaajaa. Vastausaikaa pidennettiin kaksi kertaa, yhteensä kaksi viikkoa. Vastausajan pidentämisen voi nähdä eettisenä pulmana. Toisaalta halusimme korkeamman vastausprosentin, joka lisäisi kyselyn luotettavuutta, mutta toisaalta vastausajan pidentämisen ja kyselystä muistuttamisen voi nähdä painostuksena kyselyyn vastaamiseen. Mielestämme neljän viikon vastausaika ja kolme

muistutusviestiä olivat kuitenkin eettisesti hyväksyttäviä. Enempää emme olisi halunneet pidentää vastausaikaa, joten olimme tyytyväisiä, kun neljän viikon jälkeen saimme vastausprosentiksi 50. Eettisyys huomioitiin myös esitestauksen aikana. Esitetasimme kyselyä eräässä Soiten laitoshoidon yksikössä, mutta eettisistä syistä emme kerro yksikön nimeä.

Arvioimme opinnäytetyön ja siihen liittyvän prosessin eettisyyttä TENKin opiskelijan muistilistan (Arene 2018b) avulla. Muistilistassa muistutetaan muun muassa tarkistamaan oma esteellisyys tutkittavaan aiheeseen. Esteellisyys tarkoittaa sitä, että tutkijan on sellaisessa suhteessa esimerkiksi käsiteltävään asiaan tai sen asianosaisiin, joka saattaa vaarantaa tutkijan puolueettomuuden (Arene 2018b). Oman arviomme mukaan emme olleet tätä opinnäytetyötä tehdessä esteellisiä. Opinnäytetyön rajasimme yhteistyössä ohjaavan opettajan kanssa. Pehdyimme opinnäytetyön aiheeseen huolella, kuten tietoperustasta on nähtävissä. Teimme kyselylomakkeen ja toteutimme tutkimuksen vasta sitten, kun tietoperusta oli täysin valmis. Kyselylomakkeessa kysytyt asiat tulivat suoraan tutkimastamme teoriapohjasta. Ennen opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa punnitsimme ohjaajan kanssa resurssit, jotka opinnäytetyöprosessi vaatisi. Laadimme realistisen aikataulun sekä arvioimme mahdolliset kustannukset.

Opinnäytetyötä tehdessä on hyvin tärkeää perehtyä tutkimuseettisiin ohjeistuksiin. Niihin tutustuimme jo suunnitteluvaiheessa sekä tarkemmin opinnäytetyötä aloittaessa. Lisäksi tutustuimme henkilötietojen käsittelyyn ja tietosuojaan liittyviin periaatteisiin sekä oman ammattikorkeakoulumme antamiin ohjeisiin. Arvioimme ohjaajan kanssa, tarvitseeko opinnäytetyö eettistä ennakoarviointia. Vaikka aihe itsessään on hyvin eettinen, tulimme siihen tulokseen, ettei eettistä ennakoarviointia tarvita, koska opinnäytetyö kohdistuu hoitajiin ja käsitelimme aihetta yleisenä ilmiönä. Myöskään Soiten puolelta ei ilmoitettu ennakoarvioinnin tarpeesta. Ennakoarviointia olisi luultavasti tarvittu, mikäli olisimme haastatelleet hoitajia heidän kokemuksistaan. Ennen tutkimuksen toteuttamisvaihetta tarvitsimme tutkimusorganisaatiosta tutkimusluvan ja kysely toteutettiin vasta sitten, kun olimme kyseisen luvan saaneet (LIITE 2). Samaan aikaan teimme myös tarvittavan kirjallisen sopimuksen (LIITE 1) opinnäytetyöstä opettajan ja työelämäohjaajan kanssa. Opinnäytetyön valmistuttua tulemme hävittämään kerätyn aineiston. Koska aineisto kerättiin sähköisesti Webropolissa, sulkemalla ja poistamalla kyselyn koko aineisto tuhoutuu. Opinnäytetyön tulokset tulemme esittämään osallistuneille osastoille vähintäänkin toimittamalla valmiin opinnäytetyön sähköisesti niihin.

Aiheemme oli itsessään hyvin eettinen. Kuolema voi aiheena herättää vahvoja tunteita ja reaktioita. Jokaisen kuoleman tulkintaan liittyy henkilökohtaista maailmankatsomusta. Toiset suhtautuvat kuolemaan

välinpitämättömästi, ja toisille pelkkä ajatuskin kuolemasta herättää pelkoa ja surua. Tutkimuksen näkökulmasta lähestyimme aihetta hyvin neutraalisti. Kysymykset, väittämät ja vastausvaihtoehdot rakensimme niin, että ne olivat tulkittavissa vain yhdellä tavalla. Keräsimme kyselystä palautetta ja lisäksi suoritimme sille esitestauksen, jolloin kysymysten selkeys, ymmärrettävyys ja kysymysten tarkoituksenmukaisuus tulivat käsitellyiksi. Kysely saattoi kuormittaa vastaajia psyykkisesti, mikäli he kokivat, etteivät hyvän kuoleman edellytykset täytyneet hoitotyössä halutulla tavalla tai tarpeeksi usein. Pohdimme jo opinnäytetyön tekovaiheessa myös mahdollisuutta siitä, että kysely saattaa herättää vastaajissa eettisiä dilemmoja, jolloin käytettävissä olevat resurssit ja toimintatavat sotivat vastaajan omia arvoja vastaan. Kysely saattoi herättää työntekijöissä kokemuksen siitä, että he tekisivät työnsä mahdollisimman hyvin, mutta resurssit kuten työaika tai henkilöstömäärä eivät siihen riitä. Tämän takia koimme tärkeäksi laatia kysely mahdollisimman neutraaliksi. Toisaalta kysely voi herättää keskustelua aiheesta sekä johtaa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseen.

8 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastelemme kyselymme tuloksia monipuolisesti, nostaten esiin poikkeavat tulokset sekä pohdimme, mitkä asiat vaikuttavat saatuihin tuloksiin. Toisessa alaluvussa käymme läpi opinnäytetyöprosessia ja kerromme ammatillisesta kasvustamme.

8.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyössä selvitimme, miten Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalokuntayhtymä Soiten alueen yleislääketieteen osastojen hoitajat kokevat hyvän kuoleman mahdollistamisen. Laatumme kyselyn avulla saimme hoitajilta vastauksia aiheeseen liittyen. Kyselylomakkeessa oli monta kysymystä ja saimme analysoitavaksi paljon materiaalia. Tulosten läpikäyminen saattaa olla lukijalle raskasta, mutta emme halunneet jättää mitään vastauksia pois. Kaikki vastaukset olivat mielestämme tärkeitä ja tuottivat arvokasta tietoa. Lisäksi lukijoita voi kiinnostaa vain jokin tietty kohta kyselystämme, joten vastausten poisjättäminen ei ollut mielekäästä.

Kyselyn avulla saimme selville, että pääasiassa kuolevalla potilaalla on oma huone, fyysisiä oireita lievitetään, potilaan toiveita toteutetaan, kuolema on rauhallinen, lääkitys on oireenmukainen, psyykkisiä oireita lievitetään, hoitotahtoa noudatetaan sekä potilaan ympärillä on kiireetön tunnelma. Yleislääketieteen osastot ovat yleensä jatkuvasti täynnä ja osastoilla kahden hengen huoneita, joten on hienoa, että kuolevat potilaat ovat saaneet oman huoneen. Oma huone tuo samalla myös rauhallisen ympäristön potilaille. Potilaan läheisyydessä ei kiirehdiä. Kuolevan potilaan sekä fyysisiä että psyykkisiä oireita osataan arvioida ja hoitaa hyvin.

Potilaaseen liittyvistä väittämistä hoitajat arvioivat huonoimmin toteutuneeksi omahoitajuuden. Yleislääketieteen osastolla omahoitajuus voi olla vaikeasti toteutettavissa, jos hoitoajat ovat lyhyitä ja siten ei ole mielekäästä nimetä potilaille omaa hoitajaa. Yleensä kuitenkin jokaisessa työvuorossa on nimetty hoitaja, joka hoitaa tiettyjä potilaita. Toinen hoitajien mielestä huonosti toteutunut asia liittyi potilaan lähellä olemiseen. Tämä voi kertoa hoitajien kiireestä, että ei ehditä olla potilaan vierellä. Toisaalta väittämä on saattanut olla hieman tulkinnanvarainen. ”Jatkuvasti lähellä oleminen” voi joillekin tarkoittaa jatkuvasti vierellä olemista ja joillekin toisille se voi tarkoittaa osastolla potilaan läheisyydessä olemista, käytettävyyttä, mutta ei koko ajan potilaan vierellä olemista. Saattohoitopäätöksen tekeminen ajoissa,

potilaan hoitotahto ja lääkkeettömien menetelmien käyttäminen toteutuivat myös huonosti hoitajien mielestä. Potilaan hoidossa huonosti toteutuvia asioita oli selkeästi vähemmän kuin hyvin toteutuvia asioita.

Läheisiin liittyvissä väittämissä kaikki kysytyt asiat toteutuivat hoitajien mielestä hyvin, niiden keskiarvot olivat välillä 4,2–4,6. Ilmeisesti läheisten kohtaaminen sujuu hoitajien kokemuksen mukaan yleislääketieteen osastoilla hyvin. Läheisten jaksamisesta huolehditaan riittävästi, heitä kuunnellaan, potilaan hoitoon liittyvät mielipiteet huomioidaan ja heillä on hyvät mahdollisuudet osallistua potilaan hoitoon. Läheiset nousivat myös avoimen kysymyksen vastauksissa tärkeänä ryhmänä esille.

Voi olla niin, että etenkin läheisten kohtaamiseen panostetaan, sillä viime kädessä he arvioivat, onko kuolevan potilaan hoito ollut onnistunutta vai ei. Potilas itse voi olla kykenemätön ilmaisemaan omaa kantaansa hoitoon. Mikäli kuoleva potilas on saanut hyvää hoitoa, läheisiä on tiedotettu potilaan tilanteesta ja heidät on kohdattu hyvin, on potilaan kuolemasta luultavasti helpompi päästä yli. Samalla myös surutyö helpottuu hieman.

Vastausten perusteella hoitajat kokevat omaavansa riittävästi ammatillisia valmiuksia kohdata kuolevia potilaita ja heidän läheisiään. Hoitajat myös kokevat, että pystyvät olemaan fyysisesti ja henkisesti läsnä potilaalle ja läheisille. Kuolevan potilaan tilaa arvioidaan säännöllisesti.

Hoitajiin liittyvissä väittämissä resursseihin eli aikaan ja henkilöstöön liittyvät väittämät toteutuivat hoitajien mielestä huonosti. Hoitajat ilmeisesti siis kokevat, että henkilöstömitoitus on usein riittämätön ja työtä on paljon, jolloin ei ehdi keskustella potilaan ja läheisten kanssa eikä ole aikaa hoitaa yksittäisiä potilaita niin hyvin kuin tahtois. Myös vastaukset avoimeen kysymykseen tukivat näitä väitteitä. Huomionarvoista oli myös, että noin kymmenesosa (10,2 %) vastaajista kokee jaksavansa työssään ja palautuvansa huonosti. Syyt huonoon jaksamiseen ja palautumiseen voivat olla moninaiset, eivätkä pelkästään työoloista johtuvia.

Avoimeen kysymykseen vastanneet hoitajat toivat esille, että osastoilla annetaan pääasiassa hyvää hoitoa. He pitivät kivuttomuutta, hyvää perushoitoa ja potilaan vierellä oloa tärkeänä. Lääkärin osuus hoidossa tuotiin myös esille. Omaisten kohtaamista ja huomioonottamista pidettiin tärkeinä. Negatiivisina asioina hoitajat kokivat kiireen ja ajan riittämättömyyden, hoitajien vähäisyyden, huonon hoidon ja riittämättömyyden tunteen sekä saattohoitopäätöksien tekemistä liian myöhään.

Kaikkia kyselyn tuloksia läpikäyden vaikuttaa siltä, että suurin osa hoitajista on sitä mieltä, että hyvän kuoleman edellytykset toteutuvat yleislääketieteen osastoilla vähintäänkin melko hyvin. Vastauksissa tuli kuitenkin esille joitakin ristiriitoja. Hoitajat kokivat, että heillä ei ole tarpeeksi aikaa keskustella läheisten kanssa, mutta silti kaikki läheisiin liittyvät väittämät saivat todella hyvät pisteet. Hoitajien mielestä he pystyivät olemaan läsnä potilaalle fyysisesti ja henkisesti, mutta samalla he kokivat, ettei heillä ole tarpeeksi aikaa olla potilaan lähellä. Hoitajan mielestä potilaan ympärillä on kiireetön tunnelma, mutta heillä ei ole tarpeeksi aikaa hoitaa potilaita hyvin.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvailla hoitajien näkemyksiä hyvän kuoleman mahdollistamisesta. Tavoitteena oli tutkia hyvää kuolemaa, sen edellytyksiä ja saada tietoa sen mahdollistamisesta hoitajilta. Halusimme myös tuottaa teoriaosuuden avulla tietopaketin hyvästä kuolemasta aiheesta kiinnostuneille sekä saada tutkimuksen kautta tietoa, jota tutkimusorganisaatio voi hyödyntää työssään. Mielestämme onnistuimme tarkoituksessamme ja tavoitteissamme erinomaisesti. Tutkimuksen avulla saimme tietoa hoitajien näkemyksistä kuoleman mahdollistamisesta. Opinnäytetyön teoriaosuus on laaja ja kattava. Erityisesti se soveltuu hoitoalan työntekijöiden käyttöön sekä heille, jotka kohtaavat paljon kuolemaa työssään, että heille, joille kuolema on vieraampi asia. Osastoille, joilla kuolevia potilaita hoidetaan vähän, opinnäytetyömme teoriaosuus antaa paljon tietoa, kuinka kuolevaa potilasta tulisi hoitaa ja kuinka potilaan läheiset tulisi kohdata. Tutkimusorganisaatiomme pystyy katsomaan kyselymme tuloksista asioita, jotka hoitajien mielestä ovat hyvin sekä asioita, jotka hoitajien mielestä ovat huonosti. Näin tutkimusorganisaatio voi pyrkiä parantamaan toimintaansa, jotta hoitajien mielestä nyt huonosti toteutuvat asiat voisivat tulevaisuudessa toteutua paremmin. Lisäksi kuka tahansa kuolemaa kohtaava, kuten kuolevan potilaan läheiset, voi hyötyä koostamastamme tiedosta ja ymmärtää paremmin läheisensä hoitoa.

Jatkotutkimusten aiheena voisi olla esimerkiksi uuden mittauksen tekeminen myöhemmin samoissa yksiköissä, jotta nähtäisiin, onko tilanne muuttunut. Vastaavan kyselyn voisi myös toteuttaa jossakin toisessa sairaanhoitopiirissä, jolloin tuloksia pystyisi vertailemaan. Etenkin kuolevien potilaiden kanssa työtä tekevien hoitajien työssä jaksamista ja palautumista voisi tutkia, koska usea hoitaja koki jaksavansa ja palautuvansa työstä huonosti. Meidän kyselymme oli laaja ja käsitti koko hyvän kuoleman aiheen. Jatkossa voisi luoda kyselyitä, joilla kartoitetaan vain tiettyjä osa-alueita, esimerkiksi potilaan fyysisiä tai psyykkisiä oireita. Hyvä kuolema on laaja aihe, eikä ole selvää konsensusta siitä, mitä hyvä kuolema todella tarkoittaa, joten aihetta voisi tutkia vielä lisää ja löytää uusia näkökulmia.

On muistettava, että opinnäytetyössämme tutkimme kuolevan potilaan hoitoa hoitajien näkökulmasta. Tulokset olivat hyvin positiivisia. Pohdimme, olisivatko tulokset olleet samanlaisia tai edes samansuuntaisia, mikäli kyselyn kaksi ensimmäistä osaa olisi toteutettu potilaille tai läheisille? Yhtenä jatkotutkimuksen aiheena voisi siis olla samankaltaisen tutkimuksen toteuttaminen potilaiden tai läheisten näkökulmasta. Tällaisen tutkimuksen toteuttaminen on kuitenkin eettisesti haastavaa, ja se ei siksi ehkä sovellu ammattikorkeakoulun opinnäytetyön tasoiseksi tutkimukseksi.

8.2 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessimme alkoi jo helmikuussa 2018, jolloin aloimme suunnittelemaan opinnäytetyön aihetta. Laadimme ensimmäisen suunnitelman aiheestamme kevään aikana. Keksimme aiheemme itse. Aihetta pohtiessa eutanasiakeskustelu oli mediassa ajankohtainen. Mietimme tulevaa ammattiamme sekä kuoleman kohtaamista. Kuolema oli meille molemmille aiheena hieman vieras, joten tahdoimme syventyä siihen, jotta meillä olisi ammatillisia valmiuksia kohdata kuolevia potilaita ja heidän läheisiään. Toisaalta pohdimme eutanasiakeskustelun siivittämänä myös ihmisarvoista kuolemaa ja päädyimme näin pohdiskelemaan sitä, mitkä kaikki tekijät luovat hyvän kuoleman. Tiesimme aiheemme olevan hyvin eettinen. Koska tahdoimme tehdä aiheesta kyselyn, kohderyhmäksi valitsimme hoitajat, sillä potilaiden ja läheisten tutkiminen olisi ollut eettisesti hyvin haastavaa, eikä tutkimusluvan saamisesta olisi ollut varmuutta.

Hyvä kuolema aiheena vaikutti mielenkiintoiselta ja ajankohtaiselta. Laadimme meille sopivan aikataulun, johon mahtui myös paljon joustovaraa. Tietoperustan kasasimme jo opinnäytetyösuunnitelmavaiheessa. Täydensimme tietoperustaa varsinaisessa opinnäytetyössä siihen asti, kunnes ohjaava opettaja oli hyväksynyt kyselylomakkeemme. Sen jälkeen muokkasimme vielä tietoperustaa sujuvammaksi. Alun perin suunnitelmana oli tehdä triangulaatio, jossa yhdistetään kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä. Koimme, että triangulaatiossa analysoitava aineisto olisi ollut hyvin laaja, mutta halusimme silti tehdä ainakin kvantitatiivisen kyselyn, koska tuloksista olisi mahdollista tehdä yleistyksiä. Päätimme tehdä pääasiassa määrällisen kyselylomakkeen, johon lisäsimme mukaan laadullisen osuuden, johon vastaajat saivat vastata, mikäli niin halusivat. Kävimme paljon lähdemateriaalia läpi ja yritimme löytää aiheeseen liittyvää valmista kyselyä. Tällaista ei kuitenkaan löytynyt, vaikka aihetta on tutkittu melko paljon. Päädyimme siis kehittämään oman kyselylomakkeen aikaisemman kirjallisuuden ja tutkimustiedon pohjalta. Alun perin suunnittelimme toteuttavamme kyselyn vain yhdelle osastolle, jotta osasto pystyisi hyödyntämään opinnäytetyömme tuloksia toiminnan kehittämisessä. Ohjaavan

opettajan suosituksesta otimme mukaan kuitenkin kolme muutakin osastoa, jolloin perusjoukko laajeni lähes sataan vastaajaan ja opinnäytetyömme luotettavuus parani. Työelämäohjaajaksi pyysimme yhden tutkimusosaston osastonhoitajaa.

Opinnäytetyön tekemiseen meni kauan aikaa. Aiheemme paljastui yllättävän laajaksi. Rajasimme aihetta mahdollisimman paljon, mutta teoriaosuus paisui silti hyvin pitkäksi. Ohjaava opettaja olisi halunnut vielä laajemmin tietoa teoriaosuuteen, mutta päätimme rajata teorian vain välittömästi aiheeseemme liittyväksi, koska teoriaosuus oli jo niin pitkä. Vietimme monta vapaapäivää koululla kirjoittamassa opinnäytetyötä. Pyrimme siihen, että lähdemateriaali olisi mahdollisimman uutta, korkeintaan 10 vuotta vanhaa. Lähteemme koostuivat pääasiassa kotimaisesta tutkimuksesta ja kirjallisuudesta, koska oli vaikea löytää kansainvälistä aineistoa. Suurin osa kansainvälisestä aineistosta käsitteli eutanasiaa ja vain sivusi aihettamme. Myös kyselyn laatimiseen meni oma aikansa. Tapasimme ohjaajaa opettajaa useaan kertaan opinnäytetyön parissa ja saimme häneltä paljon palautetta opinnäytetyöstä. Toinen meistä oli jo aikaisemmin tehnyt yhden opinnäytetyön, mutta opinnäytetyön laji oli kehittämisprojekti, joten tutkimuksen tekeminen oli molemmille uutta. Pysyimme aikataulussa suhteellisen hyvin. Ainoastaan tutkimusluvan hakeminen myöhästyi. Aikataulun mukaisesti tutkimuslupa olisi pitänyt hakea jo syksyllä 2018, mutta pääsimme hakemaan sitä vasta alkuvuodesta 2019. Myöhästymisen syynä oli tutkimusosastojen lisääminen opinnäytetyöhön syksyllä 2018. Samaan aikaan Soitessa käytiin läpi organisaatiomuutosta, jossa Kokkolan yleislääketieteen osastot muuttivat uusiin tiloihin. Tämä osaltaan viivästytti kyselyn toteuttamista, koska emme halunneet toteuttaa kyselyä samaan aikaan muuton kanssa. Henkilökunnalle oli myös annettava aikaa asettua uusiin tiloihin. Lisäksi teoriaosuuden muodostamiseen ja kyselyn laatimiseen kului enemmän aikaa kuin olimme suunnitelleet. Opinnäytetyön teoriaosuuden valmistuttua Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö julkaisi uuden väliraportin (2019) palliatiivisen ja saattohoidon tilasta Suomessa. Raportista olisimme saaneet paljon hyvää ja relevanttia tietoa opinnäytetyöhömme, mutta koimme, ettei ollut enää mielekästä lähteä muokkaamaan jo valmista työtä. Huomioimme tämän väliraportin kuitenkin johdannossa, jossa avasimme raportin sisältöä.

Parityöskentelymme oli sujuvaa. Oli hyvä, että asioita pystyi pohtimaan yhdessä ja yhdessä tekemällä saimme molempien tiedot ja taidot käyttöön, mikä helpotti ja nopeutti opinnäytetyön tekemistä. Mahdollisista umpikujista selviydyttiin yhdessä. Jos opinnäytetyötä olisi tehnyt yksin, umpikujiiin olisi jäänyt varmasti pidemmäksi aikaa. Lisäksi kahdestaan tehdessä aikatauluista oli pakko pitää kiinni ja koululle oli pakko raahautua, jos siitä oli sovittu. Yksin opinnäytetyö olisi helposti jäänyt tekemättä tai unohtunut pitkiksi ajoiksi. Loma-aikoina ja harjoitteluiden aikana emme tehneet opinnäytetyötä yhteisen ajan puuttuessa. Pitkien taukojen jälkeen oli hieman haastavaa palata takaisin opinnäytetyön pariin.

Opinnäytetyöprosessin myötä olemme saaneet paljon tietoa kuolevan potilaan hoitamisesta ja kaikesta siihen liittyvästä. Olemme jo päässeet hyödyntämään näitä tietoja työelämässä. Koemme kasvaneemme ammatillisesti opinnäytetyöprosessin aikana. Opinnäytetyömme myötä varmuutemme hoitaa kuolemaa lähestyviä potilaita on lisääntynyt.

Opettajamme ehdotti opinnäytetyömme liittämistä osaksi EduPal-hanketta. Tämä oli meidän mielestämme hyvä idea, koska näin saamme lisäarvoa opinnäytetyöllemme ja aiheemme tulee näkyväksi laajemmin. Uskomme, että opinnäytetyömme antaa paljon arvokasta tietoa hankkeelle.

Opinnäytetyön ollessa lähes täysin valmis, pyysimme vielä palautetta työelämäohjaajaltamme. Hän piti aihetta tärkeänä ja opinnäytetyötämme hyvänä ja mielenkiintoisena. Opinnäytetyömme tulokset ja johtopäätökset kuvastivat osastojen tilannetta hyvin.

Mikäli tekisimme opinnäytetyön alusta alkaen uusiksi, voisimme mahdollisesti muuttaa etenkin kyselylomaketta. Kyselylomakkeessa esitämme väittämiä potilaista, heidän läheisistään ja hoitajista. Näin jälkikäteen pohdittuna sana ”väittäminen” on hyvin tieteellisesti väritynyt. Väittämien tilalla esittäisimme hyvän kuoleman ”tekijöitä”. Esimerkiksi potilaaseen liittyviä tekijöitä olisivat ”oireenmukainen lääkitys” ja ”lääkkeettömien menetelmien käyttö”, jolloin kyselylomakkeesta olisi tullut helpommin luettava. Muutoin olemme omaan työhömmme hyvin tyytyväisiä.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Esitämme opinnäytetyömme perusteella seuraavat johtopäätökset:

1. Hoitajat kokevat pystyvänsä pääasiassa mahdollistamaan hyvän kuoleman potilailleen.
2. Potilaan hoito on kokonaisvaltaista huomioiden sekä fyysiset että psyykkiset oireet.
3. Hoidossa huomioidaan potilaan lisäksi myös läheiset. Läheisten kohtaaminen onnistuu hoitajilta erittäin hyvin.
4. Hoitajat kokevat, että heillä on tarpeeksi ammatillisia valmiuksia hoitaa kuolevia potilaita.
5. Hoitajat kokevat jaksavansa työssään kohtalaisesti. Hoitajien työhyvinvoinnista tulisi huolehtia esimerkiksi työnohjauksella.
6. Hoitajat kokevat, että osastoilla on liian vähän hoitohenkilöstöä ja tästä johtuen hoitajien mielestä heillä ei ole tarpeeksi aikaa hoitaa potilaita niin hyvin kuin he haluaisivat. Resursseja tulisi lisätä.

LÄHTEET

- Aalto, M. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tampere: Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Acta Universitatis Tamperensis. 2148 Väitöskirja. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98745/978-952-03-0066-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu 15.10.2018
- Arene. 2018a. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Saatavissa: <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ammattikorkeakoulujen%20opinn%C3%A4ytet%C3%B6iden%20eettiset%20suositukset.pdf>. Viitattu 5.4.2019.
- Arene. 2018b. Opinnäytetyön eettiset ohjeet. Saatavissa: <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Opinn%C3%A4ytety%C3%B6prosessin%20eettiset%20suositukset%20muistilistat%20opiskelijalle%20ja%20ohjaajalle.pdf>. Viitattu 5.4.2019.
- Centria. 2019. Sairaanhoidaja (AMK). Saatavissa: <https://web.centria.fi/hakijalle/paivatoteutukset/sairanhoidaja-amk>. Viitattu 4.6.2019.
- EduPal. 2019. Perustietoa hankkeesta. Saatavissa: <https://www.palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi/perustietoa-hankkeesta/>. Viitattu 20.5.2019.
- Erhola, M. 2016. Luonnollinen ja arvokas kuolema. Potilaan lääkirilehti. Saatavissa: <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/laakarin-aani/luonnollinen-ja-arvokas-kuolema/>. Viitattu 25.10.2018.
- Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri. 2012. Saattohoitosuunnitelma. Saatavissa: <http://www.epshp.fi/files/7081/Saattohoitosuunnitelma.pdf> Viitattu: 12.10.2018.
- ETENE. 2004. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Saatavissa: <https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf.pdf>. Viitattu 25.10.2018.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Edita Publishing Oy.
- Heikkinen, M. 2019. Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä Soiten palliatiivisen poliklinikan sairaanhoidajan/projektityöntekijän henkilökohtainen tiedonanto, sähköposti. 22.5.2019.
- Hietanen, P. 2013. Toivon ylläpitäminen kuolevan potilaan hoidossa. Teoksessa K. Aalto (toim.) Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja. 61–73.
- Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Luentomateriaali. Saatavissa: http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ ja_reliabiliteetti.pdf. Viitattu 15.1.2019.
- Hänninen, J. 2007. Palliatiivinen sedaatio – viimeinen keino kärsimyksen hoidossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 123(18):2207–2213. Saatavissa: <http://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2007/18/duo96746>. Viitattu 10.4.2018.

- Hänninen, J. & Anttonen, M. S. 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa E. Grönlund, M. S. Anttonen, S. Lehtomäki & E. Agge (toim.) Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 23–36.
- Hänninen, J. 2014. Luonnollinen vai joudutettu kuolema. Teoksessa O. Hakola, S. Kivistö & V. Mäkinen (toim.) Kuoleman kulttuurit Suomessa. Helsinki: Gaudeamus, 35–46.
- Hänninen, J. 2018a. Eksistentiaalinen kärsimys. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Tallinna: Duodecim, 140.
- Hänninen, J. 2018b. Kuolemme vain kerran. Helsinki: Otava.
- Idman, I. 2018. Psykososiaalinen tuki ja psyykkisten oireiden hoito palliatiivisen hoidon osana. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Tallinna: Duodecim, 104–106.
- Jylhä, A. 2011. Hyvä kuolema kuuluu kaikille. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäyte. Saatavissa: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/34295/Anne_Jylha.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 7.4.2018.
- Jyväskylän yliopisto. 2015. Määrällinen analyysi. Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetmapolkuja/menetmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/maarallinen-analyysi>. Viitattu 20.9.2019.
- Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Keski-Pohjanmaan koulutusyhtymä. 2019. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto. Saatavissa: <https://www.kpedu.fi/koulutukset/nuorten-koulutus/sosiaali--ja-terveysala-seka-kasvatus/15348-sosiaali--ja-terveysalan-perustutkinto>. Viitattu 4.6.2019.
- Koivunen, A. & Lankinen, M. 2018. Hyvä kuolema. Opas hyvään kuolemaan saattamisesta hoitohenkilöstölle. Laurea-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäyte. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/141554/Hyva%20kuolema-Opas%20hyvaan%20kuolemaan%20saattamisesta%20hoitohenkilostolle.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 7.4.2018.
- Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 129(4), 440–445. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10821>. Viitattu 10.4.2018.
- Kuparinen, M. 2014. Saattohoito. Teoksessa Sairaanhoitajan käsikirja. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi>. Viitattu 24.10.2018.
- Kärpäniemi, R. 2008. Sairaanhoitaja ja hengelliset kysymykset kuolevan hoidossa. Teoksessa E. Grönlund, M. S. Anttonen, S. Lehtomäki & E. Agge (toim.) Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 109–118.
- Lehto, J. 2018. Hoitosuunnitelma. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Tallinna: Duodecim, 9–10.

Muurinen, S., Sipola, V. & Vainio, A. 2018. Henkisyys, hengellisyys ja spiritualiteetti. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Tal-
linna: Duodecim, 140–141.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus. 2018. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodeci-
min ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen
Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 16.2.2018. Saatavissa: [http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks-
set/suositus?id=hoi50063](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks-
set/suositus?id=hoi50063). Viitattu 8.4.2018.

Penttilä, D. 2019. Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvokuntayhtymä Soiten yleislääketieteen
osasto Y0 va. osastonhoitajan henkilökohtainen tiedonanto, sähköposti. 21.5.2019.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2012. Saattohoitosuunnitelma Poh-
jois-Karjalan maakunnassa. Saatavissa: [http://www.pkssk.fi/documents/601237/620422/Saattohoito-
suunnitelma+versio+1+-+3.2.2014.pdf/80ae79d7-92da-4f24-a51f-2dde1d52ecbc](http://www.pkssk.fi/documents/601237/620422/Saattohoito-
suunnitelma+versio+1+-+3.2.2014.pdf/80ae79d7-92da-4f24-a51f-2dde1d52ecbc). Viitattu 16.10.2018.

Pälve, H. 2016. Millainen on hyvä kuolema? Potilaan lääkirlehti 41/2016. Saatavissa: [http://www.po-
tilaanlaakarilehti.fi/laakarit-ottavat-kantaa/hyva-kuolema/](http://www.po-
tilaanlaakarilehti.fi/laakarit-ottavat-kantaa/hyva-kuolema/). Viitattu 10.4.2018.

Saarinen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2019. Analyysin äärellä. KvaliMOTV – Menetelmäopetuk-
sen tietovaranto. Www-dokumentti. Saatavilla: [https://www.fsd.uta.fi/menetelmaope-
tus/kvali/L7_1.html](https://www.fsd.uta.fi/menetelmaope-
tus/kvali/L7_1.html). Viitattu 5.4.2019.

Salmela, M. 2014. Kuolevan kohtaaminen. Teoksessa O. Hakola, S. Kivistö & V. Mäkinen (toim.)
Kuoleman kulttuurit Suomessa. Helsinki: Gaudeamus, 47–61.

Siltala, P. 2008. Työnohjaus kuoleman kohtaamisessa. Teoksessa E. Grönlund, M. S. Anttonen, S.
Lehtomäki & E. Agge (toim.) Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto
ry, 85–96.

Sipola, V. 2013. Kuolevan sielunhoito. Teoksessa Aalto K. (toim.) Saattohoito kuolevan tukena. Hel-
sinki: Kirjapaja, 41–60.

Soite. 2018a. Elämän loppuvaiheenhoito palveluasumisessa ja kotihoidossa. Saatavissa:
https://www.soite.fi/sivu/elaman_loppuvaiheenhoito. Viitattu 15.11.2018.

Soite. 2018b. Saattohoito. Saatavissa: <https://www.soite.fi/sivu/saattohoito>. Viitattu 14.10.2018.

Soite. 2018c. Soite. Saatavissa: <https://www.soite.fi/sivu/soite>. Viitattu 15.11.2018.

Soite. 2018d. Yleislääketieteen osastot. Saatavissa: https://www.soite.fi/sivu/yleislaaketieteen_osastot.
Viitattu 9.4.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat
saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Saatavissa: [http://julkai-
sut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN:NBN:fi-fe201504225791.pdf](http://julkai-
sut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN:NBN:fi-fe201504225791.pdf). Viitattu
10.4.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017a. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf>. Viitattu 19.4.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b. Suositus: Saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa saatava yhdenvertaisesti koko Suomessa. Saatavissa: https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/suositus-saattohoitoa-ja-palliatiivista-hoitoa-saatava-yhdenvertaisesti-koko-suomessa. Viitattu 30.4.2019.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Elämän loppuvaiheen hoito -työryhmä. Saatavissa: <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM055:00/2018>. Viitattu 23.5.2019.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:14. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliatiivisen_hoidon_ja_saattohoidon_tila.pdf. Viitattu 24.5.2019.

Surakka, T. 2013. Terveydenhuollon henkilöstön ja potilaan omaisten yhteistyö. Teoksessa K. Aalto (toim.) Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja.

Tarnanen, K., Saarto T. & Laukkala T. 2018. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliatiivinen hoito ja saattohoito). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 4.10.2018. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00072&suositusid=hoi50063>. Viitattu 11.10.2018.

Terveyskylä.fi. 2018a. Hoitolinjat. Palliatiivinen talo. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/hoitolinjat>. Viitattu 10.11.2018.

Terveyskylä.fi. 2018b. Hoidon suunnittelu. Palliatiivinen talo. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/hoidon-suunnittelu>. Viitattu 10.11.2018.

Tuomi J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. uudistettu painos. Vantaa: Hansaprint.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>. Viitattu 11.4.2018.

Vala, U. 2014. Suomalainen kuolema. Teoksessa O. Hakola, S. Kivistö & V. Mäkinen (toim.) Kuoleman kulttuurit Suomessa. Helsinki: Gaudeamus, 25–34.

Valvira. 2017a. Elämän loppuvaiheen hoito. Saatavissa: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito. Viitattu 15.11.2018.

Valvira. 2017b. Kivun hoito. Saatavissa: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/laakehoito/kivun-hoito>. Viitattu 12.11.2018.

Van-Hein Wallace, A. 2009. Supported nurses give better care. Nursing Standard 24(9), 54–55.

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Finn Lectura.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Tammi.

World Health Organization. 2018a. WHO definition of palliative care. Saatavissa: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Viitattu 19.4.2018.

World Health Organization. 2018b. WHO's cancer pain ladder for adults. Saatavissa: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>. Viitattu 12.11.2018.

OPINNÄYTETYÖSOPIMUS

| | |
|---|------------------------------|
| Opinnäytetyön tekijä/t | Aloituspäivämäärä |
| Laura Dekker & Jarkko Karjalainen | 19.5.2018 |
| Koulutusohjelma | |
| Sairaanhoidtaja (AMK) | |
| Koulutusohjelman yliopettaja | Opinnäytetyön ohjaaja |
| Pirjo Forss-Pennanen | Anne Prest |
| Opinnäytetyön työnimi (aihe) | |
| Hoitajien näkemyksiä hyvän kuoleman mahdollistamisesta yleislääketieteen osastoilla | |
| Tutkimusongelma/kehittämistehtävä | |
| <p>1. Miten hoitajat kokevat hyvän kuoleman mahdollistamisen toteutumisen osastoillaan?</p> <p>2. Mitkä asiat vaikuttavat hyvän kuoleman edellytysten täyttymiseen yleislääketieteen osastoilla?</p> | |
| Opinnäytetyön tavoite ja rajaus/tutkimustulokset | |
| <p>Tavoitteena on tutkia hyvää kuolemaa, sen edellytyksiä ja saada tietoa sen mahdollistamisesta ammattiryhmältä, joka on kaikista lähimpänä elämän loppuvaiheessa olevia potilaita.</p> <p>Opinnäytetyötä varten toteutetaan kysely Soiten alueen yleislääketieteen osastojen sairaanhoitajille, perushoitajille ja lähihoitajille. Tulokset analysoidaan tilastollisia analyysimenetelmiä hyödyntäen.</p> | |



OPINNÄYTETYÖSOPIMUS

| |
|---|
| <p>Opinnäytetyön alustava aikataulu (pvm:t kuukauden tarkkuudella)</p> <p>Aloituspalaveri (ohjaaja, työn tekijä, työelämäohjaaja) [9/2018] Toteutussuunnitelman esittäminen [9/2018] Väliraportointi [1/2019] Ohjaajan tarkastus ja/tai loppupalaveri [5/2019] Opinnäytetyön hyväksyttäväksi jättäminen [9/2019] Opinnäytetyön seminaariesitys [10/2019] Kypsyyskoe [11/2019]</p> |
| <p>Toimeksiantajan yhteystiedot (yritys, yhteyshenkilön nimi, osoite, puhelin, sähköposti)</p> <p>Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvokuntayhtymä Soite. Jukka Kivistö, Mariankatu 16-20, 67200 Kokkola puh. 040 489 2031, jukka.kivisto@soite.fi</p> |
| <p>Tämä sopimus on laadittu kolmena kappaleena. Sopimuskappaleet toimitetaan opinnäytetyön tekijälle, toimeksiantajalle sekä työn ohjaajalle. Centria-ammattikorkeakoulun opiskelija sitoutuu tekemään toimeksiantajan toimeksiannosta edellä mainitusta aiheesta opinnäytetyön <u>31.12.2019</u> mennessä.</p> <p>Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön työssä tarvittavaa tietoa sekä arvioimaan opinnäytetyön valmistuttua sen hyödynnettävyyttä toiminnassaan.</p> <p>Toimeksiantaja maksaa materiaali-, postitus-, maka- ym. mahdolliset kulut laskun mukaan. Toimeksiantaja voi maksaa opinnäytetyön tekijälle palkan.</p> <p>Tämän sopimuksen osapuolet ovat velvolliset pitämään salassa kaiken, mitä he toimeksiannon yhteydessä ovat saaneet tietoonsa asioista, joita voidaan pitää toisen sopijapuolen liikesalaisuutena. Opinnäytetyö käydään läpi ammattikorkeakoulun opinnäytetyöseminaarissa ja se on julkinen asiakirja. Toimeksiantajan tulee erikseen pyytää työn salausta.</p> <p>Ammattikorkeakoulu ei vastaa opinnäytetyön tekijän mahdollisesti aiheuttamasta haitasta tai vahingosta.</p> |
| <p>Päiväys</p> <p>13.2.2019</p> |
| <p>Työelämäohjaajan allekirjoitus</p> <p>[Redacted Signature]</p> |
| <p>Opiskelijan allekirjoitus</p> <p>[Redacted Signature]</p> |
| <p>Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus</p> <p>[Redacted Signature]</p> |

KESKI-POHJANMAAN SOSIAALI- JA
TERVEYSPALVELUKUNTAYHTYMÄ

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Tutkimuslupapäätös
Johtajaylihoitaja

13.2.2019

8 §

ASIA

Tutkimuslupa, Laura Dekker ja Jarkko Karjalainen, Hoitajien näkemyksiä hyvän kuoleman mahdollistamisesta yleislääketieteen osastoilla

PÄÄTÖS

Hyväksyn anotun tutkimusluvan.

Valmis opinnäytetyö on toimitettava Soiten yhdysenkilölle ja sovittava tulosten esittelystä yksikön henkilökunnalle.

PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ


Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä
Johtajaylihoitaja



Hyvä vastaanottaja,

olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Centria-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä aiheesta "Hoitajien näkemyksiä hyvän kuoleman mahdollistamisesta yleislääketieteen osastoilla". Taivotteenamme on tutkia hyvää kuolemaa, sen edellytyksiä ja saada tietoa sen mahdollistamisesta hoitajien näkökulmasta. Aiheesta on tehty varsin vähän opinnäytetöitä Suomessa, mutta se on jatkuvasti puheenaiheena.

Aineisto kerätään sähköisesti Webropol-kyselynä. Linkin kyselyyn löydät tämän viestin lopusta. Viesti lähetetään kaikille osastolla työskenteleville hoitajille. Pyydämme osallistumaan kyselyyn 3.3.2019 mennessä. Sähköisessä kyselyssä olevat kysymykset pohjautuvat opinnäytetyömme teoriaosuuteen, joka koostuu aikaisemmista tutkimuksista ja kirjallisuudesta. Kysymykset ovat monivalintakysymyksiä ja niihin kaikkiin vastataan viisiportaisella asteikolla.

Toivoisimme, että voisit vastata laatimaamme lyhyeen kyselyyn. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 10 minuuttia ja vastaukset tulevat muodostamaan opinnäytetyömme aineiston. Osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista ja tapahtuu täysin nimettömänä eli vastaustanne ei pysty yhdistämään sinuun valmiissa raportissa. Kyselylomakkeen alussa on taustatietoja koskevia kysymyksiä mutta kyselylomakkeet tullaan analysoimaan tilastollisin menetelmin, jolloin yksittäistä vastaajaa ei voida tunnistaa. Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan tätä opinnäytetyötä varten. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja hävitetään asianmukaisesti.

Valmis opinnäytetyö on mahdollista saada luettavaksi osastolta sekä mahdollisesti www.theseus.fi tietokannasta sähköisenä versiona vuoden 2019 loppuun mennessä.

Linkki kyselyyn: <https://link.webropol-surveys.com/S/C5B5775E3327D89A>

Kiitos vastauksestanne, se on meille hyvin arvokas!

Mikäli aiheeseen liittyen herää kysymyksiä, ajatuksia tai palautetta, voitte ottaa yhteyttä meihin.

Jarkko Karjalainen, sähköposti: jarkko.karjalainen@centria.fi

Laura Dekker, sähköposti: laura.dekker@cou.fi

Kysely hyvän kuoleman mahdollistamisesta



Tervetuloa vastaamaan kyselyyn!

Kyselyssä on potilaaseen, läheisiin ja Sinuun hoitajana liittyviä väittämiä. Väittämiä on yhteensä 32 kappaletta. Kaikkiin kysymyksiin vastataan viisiportaisella asteikolla. Luethan kysymykset ja vastausvaihtoehdot huolella. Valitse vastausvaihtoehdoista juuri omasta mielestäsi sopivin. Kaikki kysymykset ovat pakollisia, joten eteenpäin pääsee vain kaikkiin kysymyksiin vastaamalla. Kyselyn lopussa on vastauslaatikko vapaalle sanalle, johon vastaaminen on vapaaehtoista.

Varaa kyselyn täyttämiseen rauhallinen tila ja riittävästi aikaa. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 10 minuuttia.

Mukavia hetkiä kyselyn parissa ja kiitos vastauksista!

Ystävällisin terveisin,
Laura Dekker & Jarkko Karjalainen
kyselyn laatijat

Tässä kysymyksiä taustatiedoistasi. Valmiissa opinnäytetyössä tälle sivulle antamiasi vastauksia ei voi yhdistää muihin vastauksiisi.

1. Ikä *

- alle 30
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60 tai yli

2. Ammatti *

- sairaanhoitaja/terveydenhoitaja
- lähihoitaja/perushoitaja
- muu, mikä? _____

3. Kokemus hoitotyöstä vuosina *

- alle 5 vuotta
- 5-9 vuotta
- 10-14 vuotta
- 15-19 vuotta
- 20 vuotta tai enemmän

4. Toimipaikka *

- Kannuksen yleislääketieteen osasto
- Keski-Pohjanmaan keskussairaala YLE Y0
- Keski-Pohjanmaan keskussairaala YLE Y1
- Tunkkarin yleislääketieteen osasto

Tästä alkavat varsinaiset tutkimukseemme liittyvät kysymykset. Valitse vastausvaihtoehto, joka mielestäsi parhaiten kuvaa todellisuutta. Vastaathan rehellisesti ja totuudenmukaisesti. Voit valita vain yhden vaihtoehdon kuhunkin kohtaan. Tämän sivun kysymykset liittyvät kuolevaan potilaaseen.

5. Potilaaseen liittyviä väittämiä *

| | Toteutuu erittäin huonosti | Toteutuu melko huonosti | Ei toteudu hyvin eikä huonosti | Toteutuu melko hyvin | Toteutuu erittäin hyvin |
|--|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| 1. Potilaalla on hoitotahto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Hoitotahtoa noudatetaan | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Saattohoitopäätös tehdään ajoissa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Kuolevalla potilaalla on oma hoitaja | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Kuolevalla potilaalla on oma huone | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Potilaan ympärillä on kiireetön tunnelma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Kuolevan potilaan realistisia toiveita toteutetaan | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Potilaan tilan kannalta merkityksettömät tutkimukset ja toimenpiteet lopetetaan | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Potilaan fyysisiä oireita pyritään lievittämään | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Potilaan psyykkisiä oireita pyritään lievittämään | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Potilaalla on oireenmukainen lääkitys | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Potilaalle määrätty lääkitys on riittävä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Potilaan hoidossa käytetään lääkkeettömiä menetelmiä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Potilaan lähellä on jatkuvasti joku | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Potilaan kuolema on pääosin rauhallinen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Tämän sivun väittämät liittyvät kuolevan potilaan läheisiin. Valitse vastausvaihtoehto, joka mielestäsi parhaiten kuvaa todellisuutta. Vastaathan rehellisesti ja totuudenmukaisesti. Voit valita vain yhden vaihtoehdon kuhunkin kohtaan.

6. Läheisiin liittyviä väittämiä *

| | Toteutuu erittäin huonosti | Toteutuu melko huonosti | Ei toteudu hyvin eikä huonosti | Toteutuu melko hyvin | Toteutuu erittäin hyvin |
|---|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| 16. Läheiset ovat tietoisia lähestyvistä kuolemasta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Läheisille tarjotaan tietoa potilaan tilasta ja sen muutoksista | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Läheisiä tuetaan potilaan hoidon aikana | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Läheisten jaksamisesta huolehditaan | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Läheisten on mahdollista osallistua hoitoon | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Läheisten mielipide huomioidaan hoidossa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Viimeiseksi muutama väittämä koskien Sinua. Valitse vaihtoehdoista se, joka kuvaa sinua ja nykytilannettasi kaikista parhaiten. Ajattele kysymyksiä kuolevan potilaan hoitotyön kannalta.

7. Hoitajiin liittyviä väittämiä *

| | Kuvaa tilannetta erittäin huonosti | Kuvaa tilannetta melko huonosti | Ei kuvaa tilannetta hyvin eikä huonosti | Kuvaa tilannetta melko hyvin | Kuvaa tilannetta erittäin hyvin |
|--|------------------------------------|---------------------------------|---|------------------------------|---------------------------------|
| 22. Minulla on tarpeeksi ammatillisia valmiuksia kohdata kuolevia potilaita ja heidän läheisiään | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Pysin kehittämään ammattitaitoani (osallistun vapaaehtoisesti koulutuksiin/luen alan kirjallisuutta tai tutkimuksia ym.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Koen, että jaksamisestani huolehditaan osastolla | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. Koen jaksavani työssäni | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. Pystyn palautumaan työstäni | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. Minulle on tarjolla tukea ja keskusteluapua (työyhteisössä tai työnohjauksen kautta) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. Pystyn olemaan läsnä (henkisesti ja fyysisesti) kuolevalle potilaalle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. Koen, että minulla on tarpeeksi aikaa keskustella potilaan ja läheisten kanssa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. Koen, että minulla on tarpeeksi aikaa hoitaa potilaita niin hyvin kuin haluan | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. Arvioin säännöllisesti potilaan tilaa (mm. kipu, pahoinvointi, levottomuus) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. Koen, että osastolla on tarpeeksi hoitajia työvuoroissa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Alla olevaan vastauslaatikkoon voit kirjoittaa vapaasti ajatuksia tai kommentteja hyvästä kuolemasta, saattohoidosta tai muista aiheeseen liittyvistä asioista. Vastaaminen tähän on vapaaehtoista. Muista lähettää vastauksesi alla olevasta painikkeesta.

8. Vapaa sana
