

**SAIRAAHOITAJAN LÄSNÄOLO POTILAAN
KUOLINHETKELLÄ**

**SAIRAAHOITAJAN LÄSNÄOLO POTILAAN
KUOLINHETKELLÄ**

Mervi Hukari

Johanna Paavola

Elina Pori

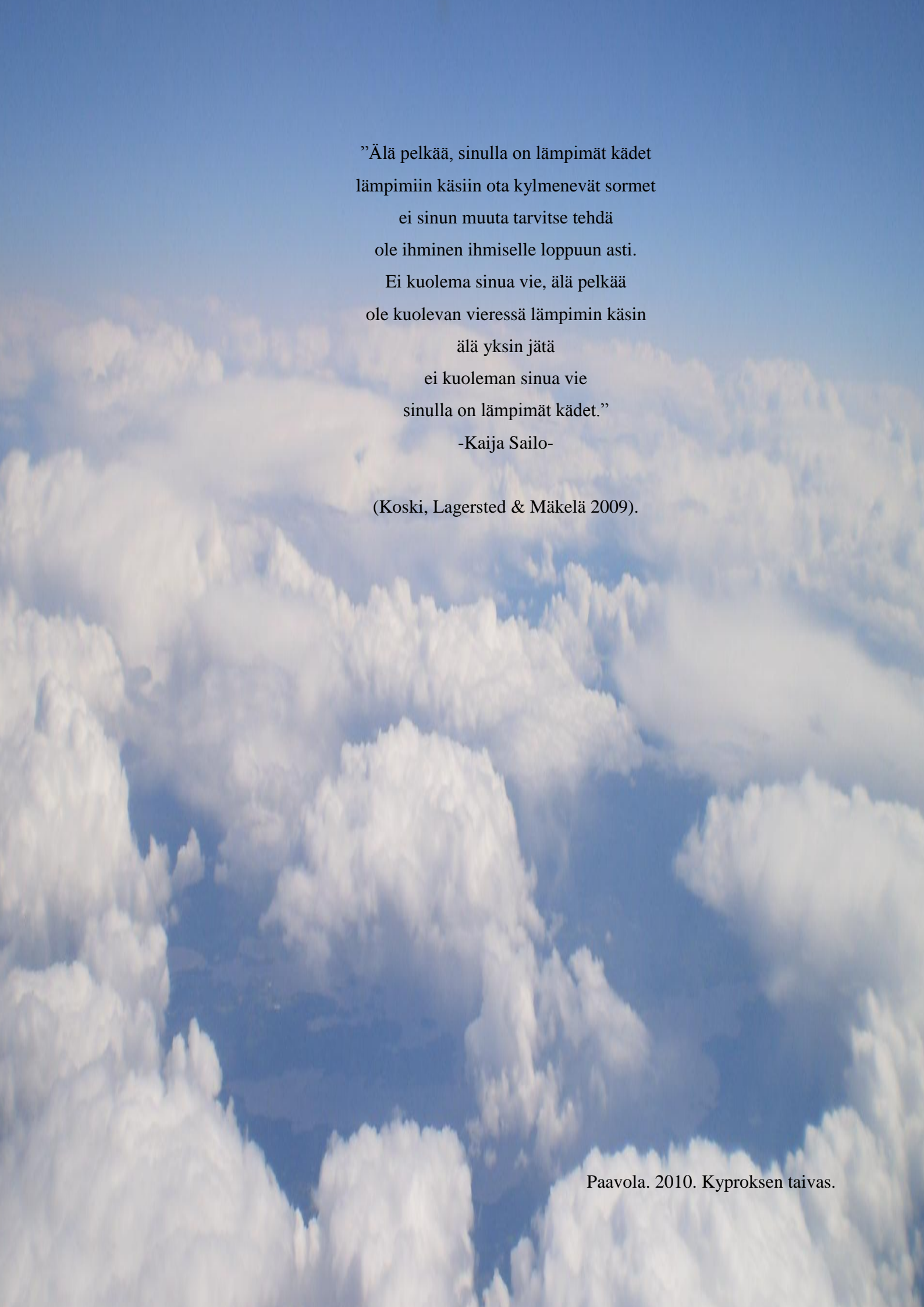
Opinnäytetyö

Kesä 2011

Hoitotyön koulutusohjelma

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Oulaisten yksikkö



”Älä pelkää, sinulla on lämpimät kädet
lämpimiin käsiin ota kylmenevät sormet
ei sinun muuta tarvitse tehdä
ole ihminen ihmiselle loppuun asti.
Ei kuolema sinua vie, älä pelkää
ole kuolevan vieressä lämpimin käsin
älä yksin jätä
ei kuoleman sinua vie
sinulla on lämpimät kädet.”
-Kaija Sailo-

(Koski, Lagersted & Mäkelä 2009).

Paavola. 2010. Kyproksen taivas.

Hukari, Mervi, Paavola, Johanna & Pori, Elina. Sairaanhoidajan läsnäolo potilaan kuolinhetkellä. 2011. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, Terveysalan Oulaisten yksikkö. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. 60 sivua (1 liite).

Avainsanat: kuolema, läsnäolo, tunteet, voimavarat, kriisi, suru, omainen

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksemme tarkoitus oli kuvailla ja tuottaa tietoa siitä, millaisena sairaanhoitajat ovat kokeneet kuolevan ihmisen kohtaamisen. Tavoitteena oli selvittää millaisia tunteita, voimavaroja ja mahdollisia ammatillisia koulutustarpeita sairaanhoitajien kokemuksiin liittyy. Käytimme tutkimuksessamme kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Keräsimme aineiston puolistrukturoidun teemahaastattelun avulla erimittaisen työkokemuksen omaavilta sairaanhoitajilta, jotka työskentelivät kolmessa erilaisessa työympäristössä. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten mukaan kuolevan potilaan kohtaamiseen liittyy monia tunteita, kuten riittämättömyys, syyllisyys, ahdistavuus ja uuvuttavuus. Sairaanhoitajien kokemiin tunteisiin vaikuttavat muun muassa kuolevan ihmisen vointi ja ikä, potilaan kokonaistilanne ja tuttuus sekä ajanpuute. Toisaalta kuolema voidaan kokea myös helpottavana päätepisteenä. Tuloksissa ilmenee omaisten kohtaamiseen liittyviä haasteita. Omaiset koetaan apuna ja tukena, mutta myös vaivana. Sairaanhoitajat kertoivat voimavaroista, joita he tarvitsevat työssään kuolevan ihmisen kohtaamisessa. Erityiseksi voimavaraksi nousi työyhteisön tuki jälkipuinnin muodossa. Kokemuksella ja kuoleman omakohtaisella prosessoinnilla on tärkeä merkitys kuolevan ihmisen kohtaamisessa. Eri uskontokunnista ja kulttuureista sairaanhoitajilla oli vain hieman kokemusta ja he kertoivat kysyvänsä kulttuurin tavoista tarvittaessa omaisilta. Ideaalin kuolinhetken ajatusta useat sairaanhoitajat lähestyivät siten, miten he itse haluaisivat tulla hoidetuiksi.

Hukari, Mervi, Paavola, Johanna & Pori, Elina. The presence of the nurse at the moment of the patient's death, 2011. Oulu University of Applied Sciences, Oulainen Department of Health Care. Nurse Education. Bachelor's Thesis. 60 pages (1 appendix).

Keywords: death, presence, motions, resources crisis, grief, relative

ABSTRACT

The purpose of this study was to describe and produce information about how nurses have experienced dealing with dying patients and to find out what kinds of feelings, resources and potential needs of professional education are related to these experiences. The method used in this study was qualitative. The data was collected by three similar semi-structured theme interviews. Nurses from different working environments with different lengths of working experience were interviewed. The interviews were recorded and transcribed. The data was analysed by inductive content analysis.

The results indicate that meeting a dying patient involves many kinds of feelings such as inadequacy, guilt, anxiety and exhaust. These feelings are affected e.g. by the patient's condition, age, familiarity, situation as a whole and lack of time. On the other hand, death may be experienced as a relieving end.

The results also indicate challenges in approaching the patient's family. The family is experienced as a helping and supporting party but as a burden as well. The nurses described the resources needed when dealing with dying patients. The support, especially debriefing with the work community turned out to be a very important resource. The experience and personal processing the death subjectively also carry a high importance. The nurses had only limited experiences meeting different kinds of religions and cultures in their work. When needed they obtained information about cultural and religion habits from the relatives. Many nurses approached the thought of an ideal moment of death by thinking how they would like themselves to be treated.

SISÄLTÖ

SAIRAANHOITAJAN LÄSNÄOLO POTILAAN KUOLINHETKELLÄ	1
SAIRAANHOITAJAN LÄSNÄOLO POTILAAN KUOLINHETKELLÄ	2
TIIVISTELMÄ	4
ABSTRACT	5
1 JOHDANTO.....	8
2 KUOLEMA, SEN MERKIT JA SAIRAANHOITAJAN TOIMINTA	10
2.1 Kuolinhetki	10
2.2 Ensisijaiset kuoleman merkit	11
2.3 Kuoleman sekundaariset merkit	11
2.4 Hoitajan toiminta kuoleman tapahduttua.....	11
2.5 Omaisille kuolemasta ilmoittaminen	12
3 SAIRAANHOITAJAN LÄSNÄOLO KUOLEVAN POTILAAN LUONA.....	13
4 SAIRAANHOITAJAN TUNTEET KUOLEVAN IHMISEN KOHTAAMISESSA	14
5 KUOLEVAA POTILASTA HOITAVAN SAIRAANHOITAJAN VOIMAVARAT.....	16
5.1 Psykkiset mekanismit	16
5.2 Tuen tarve	17
6 SAIRAANHOITAJAN ROOLI KRIISISSÄ OLEVAN KUOLEVAN JA TÄMÄN OMAISEN HOITOTYÖSSÄ	18
6.1 Kriisin sokkivaihe	18
6.2 Kriisin reaktiovaihe	19
6.3 Kriisin työstämisvaihe	19
6.4 Kriisin uudelleensuuntautumisvaihe.....	20
7 KULTTUURIT JA USKONNOT KUOLEVAN HOITOTYÖSSÄ.....	21
8 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	22
9 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET VALINNAT.....	23
9.1 Tutkimusmenetelmä	23
9.2 Aineiston keruu ja tutkimuksen tiedonantajat	24
9.2.1 Sisätautiosaston henkilökunnan haastattelu.....	25

9.2.2	Ambulanssihenkilökunnan haastattelu	25
9.2.3	Terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunnan haastattelu	26
9.3	Tutkimusaineiston analyysi	27
10	TUTKIMUSTULOKSET	29
10.1	Kuolevan ihmisen kohtaaminen.....	29
10.1.1	Kuoleman kohtaamisen sairaanhoitajissa nostattamat tunteet	31
10.1.2	Sairaanhoitajien voimavarat ja keinot kohdata kuoleva ihminen.....	32
10.1.3	Omaisten läsnäolon merkitys	34
10.1.4	Kokemus eri uskontokunnista ja kulttuureista	37
10.1.5	Kuolinhetki hyvin hoidettuna.....	38
10.1.6	Toivo	39
10.1.7	Hoitajien kehittämissuhteita ja ammatillisia koulutustarpeita.....	40
11	TULOSTEN TARKASTELUA.....	42
11.1	Tunteet	43
11.2	Asenteet ja suhtautuminen	45
11.3	Kokemus	45
11.4	Omaiset	46
11.5	Toivo.....	50
12	POHDINTA	51
12.1	Luotettavuus.....	51
12.2	Eettisyys.....	53
12.3	Omat oppimiskokemukset	54
12.4	Jatkotutkimukset	55
13	LÄHTEET	57

1 JOHDANTO

Tutkimuksemme tarkoitus oli kuvailla ja tuottaa tietoa siitä, millaisena sairaanhoitajat ovat kokeneet kuolevan ihmisen kohtaamisen. Tavoitteena oli selvittää millaisia tunteita, voimavaroja ja mahdollisia ammatillisia koulutustarpeita sairaanhoitajien kokemuksiin liittyy.

Vuonna 2010 Suomessa kuoli 50 887 ihmistä, joista yli 18-vuotiaita oli 50 609 (Suomen virallinen tilasto 2011). Samana vuonna laillistettuja alle 65-vuotiaita sairaanhoitajia oli terveydenhuollon ammattihenkilörekisterissä 78 851 kappaletta. Edellinen ammattioikeusrekisterin lukumäärä ei siis kerro sitä, missä tehtävissä tai ammatissa henkilöt toimivat nykyään. (Sallinen 2011.) Näiden lukujen valossa on selvää, että sairaanhoitajat kohtaavat työssään myös kuolevia ihmisiä. Yleensä ihminen on tekemisissä kuoleman kanssa muutaman kerran elämässään, mutta sairaanhoitaja saattaa joutua, työpaikastaan riippuen, kohtaamaan kuoleman jopa useamman kerran saman vuorokauden aikana (Härkönen 1989, 218).

Kuolevan potilaan hoitotyötä on pidetty yhtenä vaikeimmista hoitotyön alueista. Kokemuksen on todettu tuovan työhön ymmärrystä ja syvyyttä. Hoitoa on ohjeistettu eettisin ohjein ja kannanotoin. Edellisillä pyritään takaamaan mahdollisimman laadukas hoito potilaalle, tukea läheisille ja henkilökunta, joka kykenee hoitoon. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 309–310.) Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi sairaanhoitajan läsnäolon potilaan kuolinhetkellä, koska se nousi esiin käytännön työstä. Omat aiemmat kuvitelmamme potilaan kuolinhetkestä sekä sairaanhoitajan roolista ja läsnäolosta tuolla hetkellä poikkesivat paljon siitä todellisuudesta, jonka kohtasimme työharjoittelupaikoissamme. Olimme kukin tahollamme yllättyneitä esimerkiksi siitä, ettei hoitaja välttämättä pysty olemaan fyysisesti läsnä potilashuoneessa, vaikka kuolema olisi odotettavissakin.

Yksi sairaanhoidon tehtävistä on huolehtia terminaalivaiheessa olevista potilaista. Sairaanhoitajan aika, kokemus, koulutus sekä henkilökohtaiset ja ammatilliset asenteet vaikuttavat siihen, että kuolevista potilaista huolehtimisesta saattaa tulla yksi

palkitsevimmista inhimillisistä kokemuksista elämässä. Siksi on tarpeellista, että sairaanhoitajat omaksuvat kuoleman luonnollisena ja väistämättömänä tosiasiana. (Salvador 2010, 22–26, 29–34.)

2 KUOLEMA, SEN MERKIT JA SAIRAANHOITAJAN TOIMINTA

Nyky-yhteiskunnassa kuolema nähdään vieraana ja epäluonnollisena asiana. Ihmiset kokevat kuolemasta puhumisen hankalaksi pyrkien torjumaan ja kieltämään siihen liittyvät ajatukset. Kuolevat ihmiset eristetään elävien parista sairaaloihin ja julkiset surun ilmaisut ovat vaikeita. Entisaikaan kuolema oli ihmisille tutumpi ja läheisempi asia. (Heikkilä & Jokivuori 1994, 139–140.)

Ennen ihmiset kuolivat kodeissaan omiin vuoteisiinsa. Kuolevan lähellä oltiin loppuun saakka ja vasta kuoleman jälkeen itse vainajasta huolehtiminen siirtyi sairaalalaitosten vastuulle. Nykypäivän moderni yhteiskunta on järjestänyt kuolemaan ja surutyöhön erikoistuneet ammattiryhmät huolehtimaan kuolevan potilaan hoidosta. Edellisen kaltainen toimintamalli on ulkopuolistanut kuoleman arkielämästä ja laittanut sen ikään kuin piiloon. Elokuviissa ja mediassa esitetään paljon kuolemaa, mutta enää harvat ihmiset menevät katsomaan vainajaa. (Heikkilä ym. 1994, 157–158.)

2.1 Kuolinhetki

Tietty kuoleman hetki on vaikea määriteltävä tarkasteltaessa kuolemaa biokemiallisesta näkökulmasta, sillä eri kudokset ja elimet lakkaavat toimimasta eri tahdissa. Sydän, aivot, munuaiset ja maksa kestävät vain minuutteja hapenpuutetta saamatta pysyvää kudovauriota. Lihakset kestävät hapenpuutetta tunteja, rasvakudos jopa vuorokauden. Mikäli ruumiin lämpötila on matala, kestävät eri elimet hapenpuutetta selkeästi kauemmin. Käytännössä kuolinhetkeksi kirjataan se hetki, jolloin sydän lakkaa toimimasta. Poikkeuksen edelliseen muodostavat aivokuolema ja kuolema, jonka tarkka ajankohta ei ole tiedossa. (Iivanainen & Syväoja 2008, 544.) Suomen lain (2.2.2001/101) mukaan ihminen on kuollut, kun kaikki hänen aivotoimintansa ovat pysyvästi loppuneet.

Kuolemiseen ei yleensä liity erityisiä tunnusmerkkejä. Kuoleva saattaa joskus avata silmänsä hetkeksi ja sanoakin jotain läsnä oleville. Kuolevan ihmisen syke heikkenee

käyden lopulta tunnistamattomaksi. Hengitys muuttuu epäsäännölliseksi ja pinnalliseksi. Kuolevan viimeiset hengenvedot saattavat olla raskaita ja syviä ja vielä jonkin aikaa sydämen pysähtymisen jälkeen voi ilmetä pienempiä hengenvetoja. Raajat saattavat liikkua ja esimerkiksi yläraajat voivat pyrkiä koukistumaan rintakehälle. (Iivanainen ym. 2008, 546–547.)

2.2 Ensisijaiset kuoleman merkit

Aivotoiminnan loppumiseen viittaavia merkkejä ovat hengityksen ja sydämen toiminnan lakkaaminen sekä heikentynyt kudositynteyks. Tällöin potilaan hengitys ei ole havaittavissa eikä pulssia tunnu. Auskultoitaessa ei kuulla hengitys- eikä sydänääniä. Lihakset ovat veltot eikä heijasteita ilmene. (Iivanainen ym. 2008, 544.)

2.3 Kuoleman sekundaariset merkit

Kun toissijaiset kuolemanmerkit ovat havaittavissa, voidaan henkilöä klassisen käsityksen mukaan pitää kuolleena. Violetinpunaiset läiskät iholla eli lautumat voidaan havaita selällään makaavan potilaan rintakehän sivuilla aikaisintaan 20 minuutin kuluttua siitä, kun tämän verenkierto on pysähtynyt. Kuolonkankeus ilmenee niskan ja leukanivelen jäykistymisenä 2-4 tunnissa ja koko ruumiin kangistumisena 6-8 tunnissa. Ihmisruumis kuivuu ja jäähtyy saavuttaen ympäristön lämpötilan noin tunnissa. Ruumiin mätäneminen alkaa noin kahden vuorokauden kuluttua kuolemasta, mikäli tämä on huoneenlämmössä. Suolistolähtöiset bakteerit aiheuttavat mätänemisen ja kudosten hajoaminen aiheutuu entsyymien vaikutuksesta. (Iivanainen ym. 2008, 544.)

Mikäli sairaanhoitaja tunnistaa sekundaariset kuoleman merkit, lautumat ja kuolonkankeuden, tulee elvytyksestä pidättäytyä (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 323). Vaikka kuolemaa pidetään elämän vastakohtana, se on kuitenkin välttämätön osa elämää (Aalto 2000, 255).

2.4 Hoitajan toiminta kuoleman tapahduttua

Kaikki hoitotoimenpiteet, kuten infuusiot ja happihoito, lopetetaan kuoleman tapahduttua. Kuoleman toteaa lääkäri kuunnellen keuhkoja ja sydäntä, tunnustellen

vainajaa ja kokeillen ehkä refleksiä. Tiedot kuolleen ihmisen viimeisistä hetkistä, kuolintavasta, läsnäolijoista sekä tarkasta kuolinajasta kirjataan potilasasiakirjoihin. Omaisten saaman tiedon sisältö merkitään niin ikään ylös, samoin näiden mahdollisesti esittämät toiveet vainajan laittamisesta, ruumiinavauksesta ja hautaamisesta. (Iivanainen ym. 2008, 547.)

2.5 Omaisille kuolemasta ilmoittaminen

Hoitajan tulee jättää päätös kuolevan luota poislähtemisestä aina läheisten harkittavaksi, koska nämä kärsivät usein itsesyytöksistä elleivät ole olleet paikalla kuolevan kuolinhetkellä. Koska läheisten läsnäolo ei aina ole mahdollista, tulee potilastiedoissa olla läheisten ja omaisten yhteystiedot ajantasaisina, jotta näitä voidaan nopeasti informoida potilaan voinnin heikkenemisestä ja kuolemasta. Yöaikaan soittamisesta on myös hyvä tietää. (Iivanainen ym. 2008, 546.)

Ennen kuolinviestin viemistä tulee kerätä mahdollisimman tarkat tiedot tapahtuneesta ja valmistautua henkisesti omaisen erilaisiin reaktioihin. Viestintään tulee varata aikaa. On omaisen tehtävä päättää, kuinka tarkkaan hän haluaa tietää tapahtumasta. On parempi olla sanomatta mitään, kuin kertoa lohduttavia fraaseja omaiselle. (Kiiltomäki & Muma 2007, 89.)

Kuolinviestin kertomisen jälkeen on huolehdittava omaisten turvallisuudesta. Omaisten tukipiiri on kartoitettava ja mietittävä mahdollisuuksia saada siltä apua läheisensä menettäneille. Vainajan omaiselle on annettava kirjallisena henkisen ja hengellisen avun päivystyspuhelinnumerot, joihin tämä voi halutessaan soittaa. (Kiiltomäki ym. 2007, 90.)

3 SAIRAANHOITAJAN LÄSNÄOLO KUOLEVAN POTILAAN LUONA

Läsnäolo merkitsee sitä, että hoitaja on hetken aidosti potilaan käytettävissä. Hoitaja koettaa samaistua potilaan kokemuksiin ja tunteisiin kuunnellen tämän sanallista ja sanatonta viestintää. Läsnäolon aitoutta kuvaavat tasa-arvoinen kohtaaminen, levollisuus, keskittyminen ja kiireettömyys. (Iivanainen ym. 2008, 444.) Rauhallinen ja hyvä läsnäolo osoittaa huolenpitoa ja välittämistä. On ainutlaatuisen tärkeää, että vaikeana hetkenä vierellä on joku jakamassa tilanteeseen liittyvää ahdistusta, odotusta ja pelkoa. (Kiiltomäki ym. 2007, 47.) Esimerkiksi hengenahdistus on oireena pelottava ja se saa tuntemaan kuoleman olevan hyvin lähellä. Potilasta ei tule jättää yksin tässä tilanteessa. (Iivanainen ym. 2008, 541.)

Hoitaja tukee potilaan sosiaalisia suhteita mahdollistamalla yhdessäolon. Tämä voi tapahtua esimerkiksi siten, että perhe osallistuu kuolevan potilaan hoitoon. Hoitaja voi rohkaista läheisiä ja perhettä osallistumaan hoitotyöhön silloin kun se on tarkoituksenmukaista. (Iivanainen ym. 2008, 360.) Kuolevalla potilaalla on samat oikeudet kuin muillakin. Hänellä on oikeus säilyttää kontaktit lähipiiriinsä ja saada hengellistä tukea. (Heikkinen, Kannel. & Latvala 2004, 21–22.)

Muurinen ja Raatikainen tutkivat pro gradussaan hoitotyöntekijöiden ja kuolevan potilaan välisen kommunikaation sisältöä. Tutkimuksen mukaan hoitoalan ammattilaisista noin neljä viidesosaa keskusteli kuolevan potilaan kanssa fyysisestä tilasta ja hoidosta. Puolet keskusteli sosiaalisista asioista ja psyykkisestä tilasta ja vain noin viidesosa hoitajista keskusteli hengellisistä asioista ja kuolemasta. (Muurinen & Raatikainen 1999, 136.)

4 SAIRAANHOITAJAN TUNTEET KUOLEVAN IHMISEN KOHTAAMISESSA

Hoitotyössä kuolema on läsnä kaikessa. Kuolemalla on voimakas vaikutus ympäristöön, se vaikuttaa jälkeen jäävien elämään. Sairaanhoidajaa se koskettaa niin ammatti- kuin yksityishenkilönäkin. (Snellman 2008, 97.) Sairaanhoidajan tulee hyväksyä kuolevan ihmisen kohtaamiseen liittyvät paineet ja ristiriitoja herättävät tunteet osaksi itseään ja työtään. Kuoleman kohtaaminen vaatii sairaanhoidajalta muuttumista ja kasvamista. On uskallettava kiintyä ja menettää, jotta pystyy antamaan kuolevalle tämän tarvitseman tuen. Sairaanhoidajan on päätettävä jokaisen potilaan kohdalla se, missä menee raja, jota ei tarvitse ylittää. Hoitaja kohtaa omat rajansa ja itsensä niin hoitajana kuin yksityishenkilönäkin yrittäessään tasapainottaa työnsä objektiivista ja subjektiivista suhtautumistapaa. (Härkönen 1989, 220.)

Sairaanhoidajan hoitaessa kuolevia hänen omat tunteensa ja asenteensa kuolemaa kohtaan tulevat väijäämättä koetelluiksi. Elämän rajallisuuden hyväksyminen helpottaa kuolevien hoitotyötä. (Kärpäniemi 2008, 109–110.) Jokaisen ihmisen kuolema on meille kuva omasta kuolemastamme. Jollei ole käynyt läpi ajatusta omasta kuolemastaan, ei ole helppo hoitaa kuolevia. (Aalto 2000, 256.) Hoitotilanteissa sairaanhoidajan omat menetyskokemukset voivat tulla mieleen ja uudelleen eletyiksi. Ihmiset kokevat samoissa tilanteissa erilaisia tunteita eli emootioita. (Himberg, Laakso, Niemi, Näätänen & Peltola 2003, 88.) Myös sairaanhoidajat reagoivat eri tavoin kuolevan lähellä olemiseen; toiset toimivat rauhallisesti, jotkut tekevät muita asioita, eräät pakenevat ja osa alkaa ”hössöttää” (Kärpäniemi 2008, 109–110).

Kuolevan potilaan kohtaamisen haasteellisuutta lisää se, jos sairaanhoidaja ei ole yksityiselämässään menettänyt koskaan ketään läheistään. Koulutuksesta huolimatta sairaanhoidaja voi olla henkisesti valmistautumaton kuolevan potilaan kohtaamiseen. Kokemattomalle ja nuorelle sairaanhoidajalle kuolevan ihmisen hoitaminen voi olla voimakas ja järkyttävä kokemus. (Härkönen 1989, 219.)

Tunteet joutuvat koetukselle, mikäli kuoleva herättää samaistumisen tunteita johonkin aiemmin koettuun. Sairaanhoidajalla saattaa olla menneisyydessään menetys, josta hänellä voi olla vielä surutyö kesken. Sairaanhoidajan omat tukahdetut tunteet ja läpikäymättömät ongelmat voivat tulla esiin kuolevaa hoitaessa ja niitä voi olla mahdoton pitää kokonaan erillään työstä. (Härkönen 1989, 219.)

Se, miten hoitaja itse suhtautuu kuolemaan ja elämään, vaikuttaa hänen suhtautumiseensa kuolevaan ja kuolemaan. Se, että hoitaja tunnistaa omat tunteensa, auttaa häntä tilanteiden hallinnassa ja ammatillisuuden säilyttämisessä silloinkin, kun tilanteet ovat vaikeita. Kuolevan ja vainajan ulkomuodon muutokset ja itse kuolinhetken ilmentymät kuten kouristukset tai korahdukset sekä eritteet ja haju saattavat aiheuttaa pelkoa ja vastenmielisyyttä. (Iivanainen ym. 2008, 542.)

5 KUOLEVAA POTILASTA HOITAVAN SAIRAAHOITAJAN VOIMAVARAT

Sairaanhoitajien jaksaminen on koetuksella kuolevan potilaan hoidossa. Jaksamisen edellytys on, että niin työyhteisö kuin sairaanhoitaja itse pitävät huolta itsestään. Omien voimavarojen, stressin hallintakeinojen ja eheyden luominen ovat osa sairaanhoitajan ammattitaitoa. Omaan vapaa-aikaan ja perheeseen on panostettava siten, että kokee uudistuvansa. Levon, unen ja fyysisen kunnon tasapaino on tärkeää. Tärkeää on myös työn ulkopuolella oleva sosiaalinen verkosto. (Kiiltomäki ym. 2007, 137.)

5.1 Psykkiset mekanismit

Ihmisen psyykkiset mekanismit toimivat selviytymiskeinoina (engl. coping) ja puolustus- eli defenssimenetelminä. Defenssien ja coping-keinojen raja ei ole aina selkeä. Sairaanhoitajat tarvitsevat defenssimekanismeja psyykkisen tasapainon palauttamiseen. (Himberg ym. 2003, 92–93.)

Coping-keinot ovat usein ihmisen tietoisia selviytymiskeinoja. Selviytymiskeinot voivat olla kognitiivisia, emotionaalisia, sosiaalisia tai toiminnallisia. Valmistautuessaan henkisesti kuolevan ihmisen kohtaamiseen sairaanhoitaja käyttää tiedollista keinoa selviytyä tilanteesta. Sairaanhoitajien sietokyvyt vaihtelevat oppimiskokemusten ja tilanteiden mukaan. (Vilkko-Riihelä 1999, 36.) Oikein käytettyinä ja ymmärrettyinä keinot antavat sairaanhoitajalle mahdollisuuden sopeutua vaikeisiin tilanteisiin kuolevaa hoidettaessa. Näiden mekanismien avulla hoitajan on mahdollista torjua kuoleman aiheuttama merkittävä ahdistus, pitää yllä henkistä tasapainoaan sekä parantaa kykyään kohdata kuoleva. Liiallisesti tai väärin käytettyinä mekanismit voivat kääntyä hoitajaa vastaan. Hoitajan olisi tärkeää pystyä tunnistamaan ja ymmärtämään omia tunnereaktioitaan ja kuolevan potilaan kanssa käyttämiään puolustusmekanismeja. (Himberg ym. 2003, 221.)

5.2 Tuen tarve

Sairaanhoitaja joutuu fyysisesti ja henkisesti kuormittavaan työhön hoitaessaan kuolevaa potilasta. Sairaanhoitaja tarvitsee tukea jaksakseen kohdata kuolevan. Tuen tarpeeseen vaikuttavat monet eri asiat kuten hoitajan oma persoonallisuus, ammattitaito, omat tunteet kuolemaa kohtaan, omat aikaisemmat menetykset sekä kokemukset kuolevan potilaan hoidosta. Työryhmä ja -yhteisö vaikuttavat myös tuen tarpeeseen. Lisäksi siihen vaikuttavat kuolevan ihmisen ikä ja sairaudet, kuolinprosessi, hoitosuhteen vahvuus ja omaisten odotukset sekä samanaikaisesti hoitajan hoidettavana olevien kuolevien potilaiden määrä. (Härkönen 1989, 217.)

Työnohjaus auttaa hoitajaa kasvamaan ammatillisesti ja potilaiden hoidon laatu paranee. Työnohjauksessa päästään käsiksi hoitajan kehitysprosessiin, joka auttaa häntä itsenäistymään ja löytämään omat vahvuutensa ja rajoituksensa. Työnohjaus sisältää työhön liittyvien vaikeuksien ja ongelmien käsittelemistä. (Punkanen 2001, 179–181.)

Hoitajat eivät välttämättä saa tukea kuolevan potilaan hoidossa. Tuen puute vaikuttaa sekä vastavalmistuneisiin että jo pitkään työtä tehneisiin hoitajiin. Työtoverit voivat antaa tilaisuuksia puhua kuolevan potilaan hoidossa nousseista tunteista. Yhteiset keskustelut ovat vaivan arvoisia. Ne voivat olla tärkeämpiä tapauksissa, joissa hoitaja hoitaa potilasta yksin ja on täten eristyksissä muista hoitajista. Nuorilla hoitajilla tulisi olla mahdollisuus puhua vanhemmille hoitajille kokemuksistaan kuolevan potilaan hoidossa. On tärkeää, että näistä asioista puhutaan sekä hoitotyössä että jo koulussa. (Lugton, J. 1987, 16.)

Työympäristön tulisi huomioida työntekijöidensä jaksaminen. Vaikeiden ja stressaavien tilanteiden jälkeen sairaanhoitajat tarvitsevat työnohjausta, auttavia defusing- eli purkukokouksia ja debriefingiä eli jälkipuintia. Jaksamista tukee myös työyhteisön hyvä ilmapiiri. Omat aiemmat kokemukset voivat muuttua sisäiseksi viisaudeksi ymmärtää toisia ihmisiä. (Kiiltomäki ym. 2007, 46.) Jälkipuintia järjestetään omaisille ja henkilökunnalle kun tapahtuma saattaa aiheuttaa tai on jo aiheuttanut pitkään kestäviä posttraumaattisia stressioireita. (Iivanainen ym. 2008, 546).

6 SAIRAANHOITAJAN ROOLI KRIISISSÄ OLEVAN KUOLEVAN JA TÄMÄN OMAISEN HOITOTYÖSSÄ

Potilaan kuollessa omainen joutuu väistämättä kriisitilanteeseen. Sairaanhoidajan tulee auttaa omaista kriisin työstämisessä ja siitä ylipääsemisessä. Kriisihoito käsitteenä tarkoittaa kriisin kokeneen henkilön tukemista kriisin läpikäymisessä ja kohtaamisessa sekä elämänhallinnan ja selviytymiskeinojen löytämisessä. Vaikka sairaanhoidajan tekemä arjen kriisityö on tärkeä osa hoitotyötä, se on jäänyt vähälle huomiolle. Sairaanhoidajien toimintaympäristö kriisitilanteiden suhteen on hyvin laaja. (Kiiltomäki ym. 2007, 5-8.)

Sairaanhoidaja kykenee kohtaamaan kriisissä olevan kuolevan kun hänellä on vahva ammattitaito ja hän ajattelee kriisiorientoituneesti. Tällöin hän pystyy huomioimaan ja auttamaan kriisissä olevia ihmisiä. Kriisityö vaatii sairaanhoidajalta herkkää huomiointikykyä ja aktiivista työtettä. On tiedettävä omat rajansa kriisiauttamisessa ja osattava ohjata ihmisiä hakemaan jatkoapua. Hyvä, oikein ajoitettu kriisityö ennaltaehkäisee kuolevien pahaa oloa ja sairauksia. Kriisin kulku on yksilöllistä eri ihmisillä; kaikki ei toteudu saman kaavan mukaan ja eri vaiheissa voi olla päällekkäisyyttä. Sairaanhoidajan on tärkeää ymmärtää ja tunnistaa yleisiä piirteitä kriisin eri vaiheista. (Kiiltomäki ym. 2007, 7-15.)

6.1 Kriisin sokkivaihe

Sokkivaiheessa olevat ihmiset kokevat vaihtelevia fyysisiä ja psyykkisiä tunteita. Vaiheeseen liittyvät usein ulkopuolisuuden ja epätodellisuuden tunteet. Kuoleva voi kokea aikakäsityksen muuttuneena ja hänellä saattaa olla vaihtelevia fyysisiä tuntemuksia. Joillakin kuolevilla tunteet voivat olla aluksi pinnan alla, eikä tuskaa kyetä vielä kohtaamaan. Toisaalta kuolevan ihmisen käyttäytyminen voi olla hyvinkin järjestäytyntä. (Kiiltomäki ym. 2007, 15.)

Alkuvaiheessa nousee esiin fyysisen ja psyykkisen ensiavun antaminen kriisin kohdanneelle. Sokkivaiheen auttaja on kriisin ytimessä, jolloin auttamisen luonne

merkitsee paljon. Alkuvaiheessa on tärkeää luoda kriisin kokeneelle turvallisuuden tunne ja huomata ihmisen yksilölliset tavat reagoida kriisiinsä. Kriisin kokeneen ihmisen reagoititapa voi muuttua äkillisesti. Sairaanhoidaja luo turvaa sokissa olevalle selkeästi antamallaan ohjeilla ja äänenpainollaan. Äänenpainon tulee olla rohkaiseva, selkeä ja rauhoittava, jolloin se viestii turvallisuudesta. Sokissa olevan kohtaamat ihmiset tekevät häneen voimakkaan vaikutuksen; hän muistaa koko loppuelämänsä, mitä hänelle sanotaan. Toisaalta ohjeet ja tiedotteet tulee antaa sokissa olevalle myös kirjallisina, koska ne voivat unohtua. (Kiiltomäki ym. 2007, 16–17.)

6.2 Kriisin reaktiovaihe

Reaktiovaiheessa ollessaan ihminen on päässyt kriisin käsittelyssä alkuun ja hänen tunteensa tulevat esiin hyvinkin voimakkaina. Kyseiseen kriisinvaiheeseen liittyy todellisuuden kohtaaminen, jolloin menetys huomataan. Sairaanhoidajan tulee antaa kuolevalle tilaisuus puhua ja ilmaista tunteitaan. Lisäksi ihmisen levon ja unen tarpeista tulee huolehtia. (Kiiltomäki ym. 2007, 18.)

6.3 Kriisin työstämisvaihe

Työstämisvaiheessa kriisin kohdannut on päässyt jo käsittelemään kriisiään pidemmälle. Käsittely on enimmäkseen asiasta puhumista ja tapahtuneen toistamista uudelleen. Osa käy kriisiään läpi mielessään. Toiset eivät pysty käsittelemään asiaa puhumalla ja heidän tulisikin löytää toinen keino työstää kriisiään. (Kiiltomäki ym. 2007, 18.)

Työstämisvaiheessa auttaja antaa tunneilmaisulle tilaa ja hyväksyy erilaiset tunneilmaisut, sillä ne ovat luonnollinen osa kriisin prosessointia. Sairaanhoidajan roolina on olla rauhallinen ja läsnä. Ihminen voi vielä kieltää tapahtuman, jolloin sairaanhoidajan täytyy keskittyä turvallisuuden tunteen vahvistamiseen ja rauhoitteluun. Sairaanhoidajan on oltava rohkea ja kohdattava se kipu ja tuska, mikä kriisin kokeneella on. Jokaisen on löydettävä itselleen toimivin tapa työstää kriisiään, mutta negatiivisiin tapoihin on puututtava varhaisessa vaiheessa. Osa autettavista voi esim. turvautua alkoholiin, jolloin on uskallettava mennä väliin ja etsittävä yhdessä sopivampi tapa työstää menetystä. (Kiiltomäki ym. 2007, 18–19.)

6.4 Kriisin uudelleensuuntautumisvaihe

Uudelleenorientoitumisvaiheessa kriisi on osa elettyä elämää. Kriisin kohdannut alkaa sopeutua muutoksiin, joita menetys on tuonut. Tapahtuneeseen on otettu emotionaalista välimatkaa; tällöin tulevaisuutta pystytään jo suunnittelemaan ja ajattelemaan mahdollisista menetyksen tuomista rajoituksista huolimatta. (Kiiltomäki ym. 2007, 20–21.)

Uudelleensuuntautumisvaiheessa sairaanhoitaja rohkaisee kriisin läpikäynyttä kulkemaan elämässä eteenpäin, mutta antaa tälle myös mahdollisuuden palata menneeseen ja muistella tapahtunutta. Häntä tuetaan hakemaan apua vertaisryhmiltä ja eri verkostoista. Uudenlaisen elämän edessä pohditaan yhdessä luovia ja käytännöllisiä ratkaisuja arjesta selviytymiseen. On hyvä luoda kriisin läpikäyneen kanssa mielikuvia tulevaisuudesta ja auttaa toivon ylläpitämisessä. Kriisin kokenut voi kriisin prosessoinnissa juuttua johonkin vaiheeseen pääsemättä eteenpäin, jolloin vuorovaikutuksella on keskeinen merkitys. Puhumalla ja esittämällä oikeanlaisia kysymyksiä oikeaan aikaan voi kannustaa ihmistä pääsemään kriisissään eteenpäin. (Kiiltomäki ym. 2007, 20–21.)

7 KULTTUURIT JA USKONNOT KUOLEVAN HOITOTYÖSSÄ

Tilastokeskuksen väestötilastojen mukaan kaikista vuonna 2010 Suomessa kuolleista ihmisistä 3 618 puhui äidinkielenään muuta kuin suomea. 487 ihmistä oli kansalaisuudeltaan muita kuin suomalaisia; näistä suurimpana yksittäisenä ryhmänä Venäjän kansalaiset 131 ihmistä (Eskelinen 2011.) Sairaanhoidajalla tulee olla eettistä herkkyyttä, jotta hän voi huomioida kulttuureihin liittyviä arvoja ja tapoja. (Kiiltomäki ym. 2007, 47). Hoitotyön päämääränä on arvokkaan ja hyvän kuoleman takaaminen kaikille. (Iivanainen ym. 2008, 541).

Suhtautuminen kuolemaan vaihtelee aikakausien ja kulttuurien mukaan. Ihminen saattaa uskoa elämään kuoleman jälkeen tai hän voi uskoa elämän päättyvän kaikilla tasoillaan kuolinhetkeen. Hoitajan on pystyttävä vastaamaan potilaan ja tämän läheisten uskonnollisiin ja emotionaalisiin tarpeisiin hyvän perushoidon lisäksi. (Iivanainen ym. 2008, 542.) Modernissa yhteiskunnassa kuolema on suljettu arkitodellisuuden ulkopuolelle, joten ihmisillä ei ole entisaikojen kaltaista tarvetta uskomusmaailmaan kuolemasta ja tuonpuoleisesta. (Heikkilä ym. 1994, 160–161).

Monikulttuurisuus on tuonut omien kansankirkkojemme, ortodoksisen ja luterilaisen kirkon, perinteisille vaikutusalueille uskontoja maailmalta. Monikulttuurisuus tulee esille myös terveydenhuollossa hyvin merkittävästi. Mikään kulttuuri ei ymmärrä kuolemaa ainoastaan biologisena tapahtumana, vaan se on maailmankaikkeudelliset mittasuhteet omaava ja koko yhteisöä koskeva. (Sutinen 2004, 89–90.)

Kuolevan ihmisen vakaumusta on kunnioitettava. Mikäli läheiset tai kuoleva itse haluavat hoitajan lukevan Raamattua tai rukoilevan, on tämän toiveen täyttäjäksi päätettävä työryhmässä. Kuolevalla ihmisellä on oltava mahdollisuus sielunhoitajan tai papin tapaamiseen vuorokaudenajasta riippumatta. (Iivanainen ym. 2008, 542.)

8 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tutkimuksemme tarkoitus oli kuvailla ja tuottaa tietoa siitä, millaisena sairaanhoitajat ovat kokeneet kuolevan ihmisen kohtaamisen. Tavoitteena oli selvittää millaisia tunteita, voimavaroja ja mahdollisia ammatillisia koulutustarpeita sairaanhoitajien kokemuksiin liittyy.

Tarkastelimme ja tutkimme työssämme sairaanhoitajan läsnäoloa täysi-ikäisen potilaan kuolinhetkellä, koska työelämässä tulemme työskentelemään aikuisten sairaanhoidossa. Täysi-ikäiseksi katsomme 18-vuotiaan henkilön. Potilaan kuolinhetken rajasimme siten, että se alkaa kuolemaa ennakoivista merkeistä ja päättyy sekundäärisiin kuoleman merkkeihin. Emme siis käsittele työssämme saattohoitoa emmekä vainajan laittoa.

Tavoitteena on tulevana sairaanhoitajina saada lisää tietoa aiheesta ja kartuttaa täten ammattitaitoamme, sillä sairaanhoitajat kohtaavat kuolevia ihmisiä työssään, jopa päivittäin. Aiheemme on aina ajankohtainen ja kansainvälinen ja sitä värittävät Suomessakin eri kulttuurien tuomat traditionaaliset ja uskonnolliset vivahteet. Koemme tärkeäksi aiheesta keskustelemisen ja toivomme, että opinnäytetyömme herättää niin alan opiskelijat kuin jo ammatissa toimivat sairaanhoitajatkin pohtimaan läsnäoloaan potilaan kuolinhetkellä sekä tutkiskelemaan omia valmiuksiaan kohdata kuoleva ihminen.

Tutkimustehtävänä oli selvittää millaisena sairaanhoitajat kokevat kuolevan ihmisen kohtaamisen. Haastatteluissamme pyrimme pääsemään mahdollisimman syvälle tuohon aiheeseen. Syvälle aiheeseen pääseminen onnistui nostamalla sairaanhoitajien vastauksista lisäkysymyksiä.

9 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET VALINNAT

Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa kuvataan todellista elämää. Ajatellaan, että todellisuus on moninainen. Laadullisessa tutkimuksessa kohdetta tutkitaan niin kokonaisvaltaisesti kuin mahdollista. Tutkijan arvot vaikuttavat siihen miten tutkittavia asioita ymmärretään. Objektivisuuden saavuttaminen ei ole mahdollista, sillä tutkija ja tutkimuksesta saadut tiedot kietoutuvat toisiinsa. (Hirsjärvi ym. 2009, 161.) Valitsimme laadullisen tutkimusmenetelmän, koska halusimme kuvailla ja tuottaa tietoa siitä millaisena sairaanhoitajat ovat kokeneet kuolevan ihmisen kohtaamisen. Meille oli tärkeää saada myös uutta tietoa esimerkiksi sairaanhoitajien aiheeseen liittyvistä koulutustarpeista.

9.1 Tutkimusmenetelmä

Sopivin tutkimusmenetelmä valittiin tutkimustehtävän ja -ongelmien avulla. Menetelmän valitsemisessa kiinnitettiin huomiota myös eettisiin seikkoihin. Sellaisia menetelmiä, jotka loukkaavat tutkittavien identiteettiä tai yksityisyyttä, ei voida käyttää. (Hirsjärvi ym. 2009, 180–181).

Kvalitatiiviseen tutkimukseen päädyttyämme mietimme aineistonkeruuta. Halusimme kerätä aineiston itse. Valitsimme haastattelun aineistonkeruumenetelmäksemme, koska se on miltei varma keino saada vastauksia tutkimustehtäviin. Se edellyttää, että on saatu motivoituneita haastateltavia ja valmistauduttu haastatteluun kunnolla. Haastattelu on hyvä tiedonkeruumenetelmä myös siksi, että siinä päästään suoraan kielelliseen vuorovaikutukseen tutkittavan kanssa. Tällöin on myös mahdollista tehdä tarkentavia lisäkysymyksiä. (Hirsjärvi ym. 2009, 204.) Saatavia tietoja voidaan syventää esimerkiksi pyytämällä perusteluja esitetyille kokemuksille. Haastattelussa ihminen on nähtävä subjektina, jonka on saatava tuoda esille mahdollisimman vapaasti itseään koskevia asioita. Täten haastateltava on aktiivinen ja merkityksiä luova osapuoli. Haastattelutilanteessa voidaan säädellä aiheiden järjestystä ja saada kuvaavia esimerkkejä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 34–36.)

Haastattelumenetelmällä ajattelimme saavamme selville, mitä haastateltavat ajattelevat, tuntevat, kokevat ja uskovat. Haastattelun haittapuoleksi koimme sen, että tutkijoina meillä ei ollut aiempaa kokemusta haastattelun tekemisestä. Kolmessa eri paikassa tehdyt haastattelut antoivat meille lisää taitoa ja kokemusta haastattelun tekemisestä.

Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituina teemahaastatteluina. Teemahaastattelussa aihepiirit ovat tiedossa etukäteen. (Hirsjärvi ym. 2009, 208). Teemahaastatteluun päädyttiin siksi, että haastattelussa oli tarkoitus keskustella tietyistä aiheista. Tutkimuksessamme teemat olivat suoraan yhteydessä tutkimustehtävään ja tutkimusongelmiin. Teemahaastattelun runko jaettiin viiteen pääteemaan: kuolevan ihmisen kohtaamiseen, voimavaroihin, omaisten kohtaamiseen, uskontokuntien ja kulttuureiden tuntemukseen sekä ideaaliin kuolinhetkeen. Teemat nousivat henkilökohtaisista ammatillisista kehittymistarpeistamme sekä kiinnostuksesta näihin teemoihin. Haastatteluissa teemat ohjailivat haastateltavia. Teema-alueet jätettiin väljiksi, jotta saataisiin rikkaita vastauksia tutkimusongelmiin.

9.2 Aineiston keruu ja tutkimuksen tiedonantajat

Ryhmähaastattelussa tietoa saadaan yhtä aikaa useilta henkilöiltä. Haastattelimme erilaisissa työympäristöissä työskenteleviä ja erimittaisen työkokemuksen omaavia sairaanhoitajia. Työympäristöt valittiin siten, että ne vastasivat mahdollisimman hyvin tutkijoiden tulevia työympäristöjä. Työympäristöiksi valitsimme terveyskeskuksen akuutin vuodeosaston, sisätautien vuodeosaston ja ambulanssin.

Haastatteluihin valmistauduimme suunnittelemalla ja valitsemalla tallennusvälineet. Haastattelut tallennettiin c-kasetille perinteisellä nauhurilla, sillä se on yksinkertaisin käyttöä. Toisella ja kolmannella haastattelukerralla tilanne taltioitiin myös kannettavalle tietokoneelle mikrofonin ja Audacity-ohjelman avulla. Kaikissa haastatteluissa haastattelun kulku käytiin ensin läpi, aiheen rajaus kerrottiin ja painotettiin, ettei haastattelulla haeta ns. kirjatieta, vaan kokemuksia, ajatuksia, tuntemuksia, käsityksiä ja uskomuksia. Haastateltaville kerrottiin myös, että he voivat vapaasti keskustella antamistamme teema-aiheista keskenään. Kahdessa haastattelussa tiedettiin

haastateltavalla olevan aikarajan, jonka johdosta ajankulusta tiedotettiin haastattelun kuluessa.

9.2.1 Sisätautiosaston henkilökunnan haastattelu

Sisätautiosaston osalta tutkimuslupa haettiin ylihoitajalta, joka esitti asian osastonhoitajalle. Kävimme osastonhoitajan kanssa keskustelua ja hän ehdotti haastattelupäiväksi sellaista päivää, jona oli runsaasti sairaanhoitajia töissä. Osastonhoitaja esitti asian sairaanhoitajille vasta haastattelupäivän aamuna, jotta vastauksista saatiin spontaaneja. Sairaanhoitajat olivat keskenään sopineet siitä, ketkä osallistuvat tutkimushaastatteluun. Kun tulimme iltapäivällä tekemään haastattelua, haastateltavat olivat selvillä. Haastateltavien työkokemukset vuosina olivat 3 vuotta, yli 15 vuotta ja 25 vuotta. Kyseiselle osastolle kuolee vuosittain 60 ihmistä.

Osastonhoitaja ehdotti haastattelupaikaksi sydänhoitajan huonetta. Varmistimme itse, että tilan käyttö sopi kaikille osapuolille. Ennen haastattelua valmistimme tilan haastattelukäyttöön. Laitoimme oveen viestin merkiksi siitä, ettei haastattelua olisi suotavaa tulla keskeyttämään. Asettelimme pöydän ympärille tuolit siten, että näimme kaikki toisemme kasvokkain. Ympyrään asettuminen mahdollisti myös haastattelun nauhoittamisen onnistumisen. Olimme hankkineet haastateltaville pientä tarjoilua kiitokseksi vaivannäöstä. Haastateltaville kerrottiin, että haastattelu oli luottamuksellista ja osallistuminen vapaaehtoista. Kerroimme lisäksi, että haastattelut nauhoitetaan ja litteroidaan, jonka jälkeen äänitteet tuhoetaan asianmukaisesti. Haastattelutilanne oli rauhallinen ja salliva ja kaikki vastailivat kysymyksiin luontevasti. Haastattelu kesti 45 minuuttia.

9.2.2 Ambulanssihenkilökunnan haastattelu

Ambulanssihenkilökuntaan otettiin ensimmäinen kontakti suullisesti yhteyshenkilön kautta. Tällöin saatiin alustava lupa tutkimuksen suorittamiseen. Myöhemmin yhteyshenkilöön oltiin yhteydessä sähköpostitse ja puhelimitse. Tutkimussuunnitelma lupahakemuksineen lähetettiin yhteyshenkilölle. Yhteyshenkilö ehdotti haastateltavia, joiden katsoi olevan työkokemuksensa puolesta sopivia. Sairaanhoitajista kaksi oli jo

ilmaissut suostumuksensa yhteyshenkilölle tämän tiedusteltua hoitajien kiinnostusta osallistua tutkimukseen. Haastateltavien työkokemukset vuosina olivat 15 vuotta, 19 vuotta ja 31 vuotta. Ambulanssihenkilökunnan läsnäollessa kuolee vuositasolla noin 10 ihmistä.

Ehdotimme ambulanssihenkilöstön haastattelupaikaksi heidän päivystysasuntoaan, jotta haastatteluympäristö olisi heille tuttu. Päivystysasunto oli haastattelun aikana tyhjillään, eikä sinne kantautunut haastattelua häiritseviä ääniä. Haastatteluympäristö oli kodinomainen ja rauhallinen. Haastattelussa korostui tiiminkeskeinen vapaa tunnelma. Haastateltavat saivat kiitokseksi pienet maistiaiset kotiin lähtiessään. Haastattelu kesti tunnin ja 15 minuuttia ja se tallennettiin c-kasetille sekä kannettavalle tietokoneelle Audacity-ohjelmalla.

9.2.3 Terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunnan haastattelu

Terveyskeskuksen akuutille vuodeosastolle otettiin yhteys osastonhoitajan avulla sähköpostitse ja puhelimitse. Osastonhoitaja ehdotti haastattelupäivää sekä valitsi haastateltavat näiden kokemuksen perusteella. Haastateltavien työkokemukset vuosina olivat 12 vuotta ja yli 30 vuotta. Haastateltavat ehdottivat itse haastattelutilaksi valoisa ja kodikasta päiväsalia. Päiväsali järjestettiin haastattelua varten siten, että sisäikkunat suljettiin verhoihin ja haastattelutila pienennettiin puoleen haitariovin. Haastattelu ei keskeytynyt missään vaiheessa. Annoimme haastatelluille lähtiessämme herkkukorin kiitokseksi osallistumisesta haastatteluun. Haastattelu kesti 45 minuuttia ja se tallennettiin c-kasetille sekä kannettavalle tietokoneelle Audacity-ohjelmalla. Terveyskeskuksen akuutilla vuodeosastolla kuolee vuosittain kymmeniä ihmisiä.

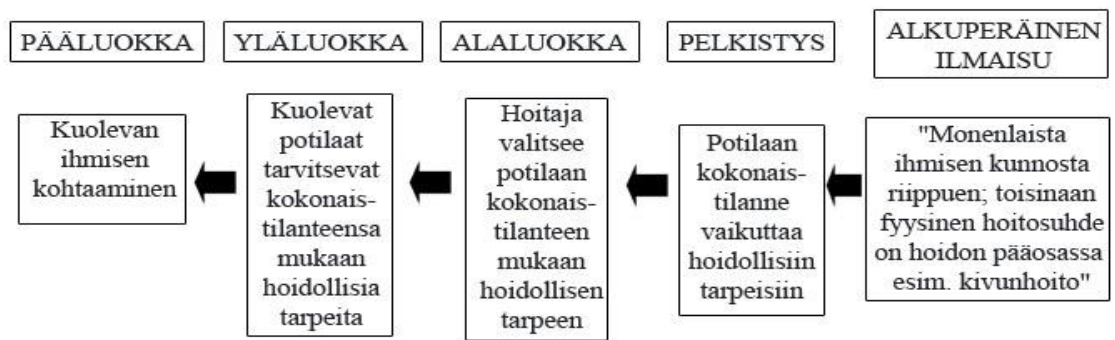
Haastateltavat saivat vapaasti keskustella teemasta, kommentoida toisiaan ja esittää halutessaan toisiltaan myös lisäkysymyksiä. Teemat saattoivat edetä eri järjestyksessä kuin puolistrukturoidussa haastattelurungossamme, mutta emme keskeyttäneet haastattelua vaan ohjasimme keskustelun sopivan tilanteen tullen uuteen teemaan. Pyrimme siihen, että jokainen haastatteluihin osallistunut sairaanhoitaja vastaa jokaiseen teemakysymykseen ja saa täten kokemuksensa, ajatuksensa ja tuntemuksensa jaettua.

9.3 Tutkimusaineiston analyysi

Haastattelut litteroitiin mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen, kun haastattelut olivat vielä tutkijoiden muistissa. Osallistuimme kaikki litterointiin, jotta pystyisimme mahdollisissa epäselvissä kohdissa varmistamaan haastateltavien lausumia. Huomasimme, että ensimmäinen nauhoitus pelkälle c-kasetille ei ollut yksinään toimiva. Äänenlaatu oli heikko ja vaikeaselkoinen, vaikka olimme testanneet nauhoittamista niin koti- kuin sairaalaoiloissakin. Ensimmäinen haastattelu vaati tutkijoilta runsaasti aikaa litterointivaiheessa. Päädyimme vielä suodattamaan nauhoituksen Audacity- tietokoneohjelmalle, minkä jälkeen äänen laatu parani ja ylimääräiset kohinat saatiin pyyhittyä taustalta pois. Aineistoa kertyi yhteensä 24 arkkiä rivivälillä 1,5.

Valitsimme analyysimenetelmäksi induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin. Se antaa aineiston itsensä kertoa, mitä aineisto pitää sisällään. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistettiin. Pelkistämällä tarkoitetaan, että aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Tulostimme litteroinnit ja konkreettisesti leikkasimme ne teema-alueittain palasiksi. Kiinnitimme samaan aiheeseen liittyvät asiat sinitarralla suurille kartongeille. Tämä mahdollisti aineiston rakentavan hahmottamisen. (Janhonen & Nikkonen 2001, 27–28.)

Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin; aineistoa luettiin ja sen osia yhdisteltiin useita eri kertoja. Tärkeimpiä asioita ja yhteneväisyyksiä merkattiin erivärisillä ylivivaustusseilla. Viimeisessä vaiheessa aineisto abstrahoitettiin eli saatiin samansisältöisiä yläluokkia. (Janhonen & Nikkonen 2001, 27–28.) Teemoja olivat kuolevan ihmisen kohtaaminen, sairaanhoitajien voimavarat ja keinot kuolevan ihmisen kohtaamisessa, omaisten merkitys kuolevan potilaan hoidossa sairaanhoitajan näkökulmasta, kokemukset eri uskontokuntiin ja kulttuureihin kuuluvista kuolevista potilaista sekä kuolinhetki hyvin hoidettuna.



KUVIO 1. Esimerkki aineiston analyysin kulusta.

10 TUTKIMUSTULOKSET

Kolmessa erilaisessa työympäristössä tehtyjen haastattelujen sisältö oli rikas. Haastateltavat avasivat tutkijoille ja työtovereilleen ajatusmaailmaansa hyvin henkilökohtaisistakin asioista ja kertoivat tositahtumiin perustuvia esimerkkejä vuosien varrelta. Alkuperäisen aineiston hävittäminen tuntuu ikävältä ja siksi sen sisältö on pyritty vangitsemaan opinnäytetyöhön mahdollisimman kattavasti. Alla olevat otsikot tulevat teemahaastattelun teemoista.

10.1 Kuolevan ihmisen kohtaaminen

Sairaanhoitajat kertoivat kuolevan ihmisen kohtaamisen olevan monia ajatuksia herättävää. Kohtaaminen riippuu ihmisen kunnosta; pystyykö ihminen itse puhumaan, ilmaisemaan kipuja ja ottamaan hoitoonsa kantaa vai onko hän tajuton, jonka ilmeistä luetaan hänen vointiaan. Kohtaaminen voi vaihdella olemisesta, kuuntelemisesta sekä henkisen puolen hoidosta kivunhoitoon ja olon helpottamiseen kaikin tavoin. Kuoleman kohtaaminen koettiin haasteellisena ja aina vaikeana, ja sellaisena sen haluttiin myös aina pysyvän. Asian ääressä ei haluttu tuntea sen olevan helppoa. Toisaalta itse kuoleman koettiin joskus olevan helpottavan, ikään kuin päätepisteen jollekin.

Hoitotyön riskiksi koettiin se, että siviilissä tavattujen ihmisten näkee myös kuolevan. Mikäli kuoleva potilas oli sairaanhoitajalle tuttu ja hoitosuhde pitkä, kohtaaminen koettiin rankaksi. Kuolevan ollessa hoitajan lähipiiriin kuuluva tai omainen ajateltiin, että sairaanhoitajan tulisi osata vetäytyä tilanteesta ja pyytää kollegaa tilalleen.

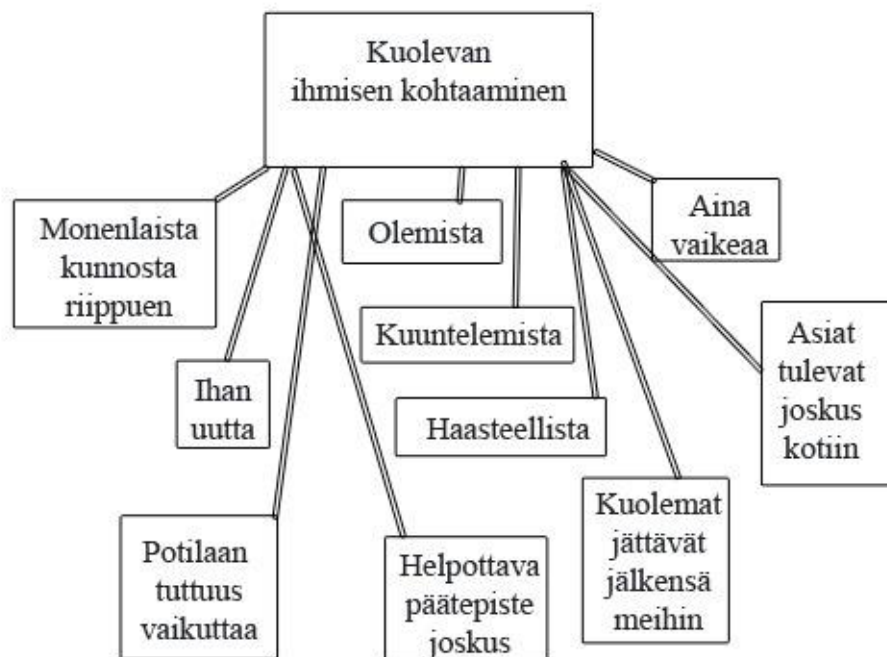
”Että se on se sama ihminen, jonka kanssa tuolla valkkaat jauhelihaa marketissa, niin se voi olla muutaman tunnin päästä sitten vainaja sun nenän edessä. Ja silloin tuota nii on enämpi kysymyksiä ku vastauksia.”

Potilaan iän ja tilanteen koettiin vaikuttavan kohtaamiseen; mikäli tilanne oli äkillinen ja kaikki osapuolet kriisissä, kohtaaminen oli erilaista kuin jos taustalla oli pitkäaikainen sairaus. Asiat ja ihmiset saattavat muistua mieleen pitkän ajan kuluttua.

Varsinkin, jos kuolleelta jää pieniä lapsia, heitä tulee ajateltua. Osa koetuista asioista seuraa sairaanhoitajaa kotiin ja osa jää työpaikalle. Jokaisen potilaan kuoleman koettiin jättävän läsnäolleen jäljen, sillä hoitaja on myös ihminen. Toisten ihmisten kuolema jättää hoitajaan syvemmän jäljen kuin toisten. Vaikea kohtaaminen on esimerkiksi sellainen, jossa potilas ei itse ole vielä hyväksynyt kuolemaansa johtavaa tilaansa.

”...tietää kuitenkin, hänelle on kerrottu, mutta ei niinku oo pystynyt vielä käsittelemään, käynyt sitä prosessia läpi ja hakkee niinku sitä oljenkortta hoitajista ja se on tosi, tosi tuota kuluttavaa, raskasta...”

Toisaalta hoitajat kokivat uuvuttavaksi tapauksen, jossa potilas tiesi kuolevansa ja oli sen hyväksynyt, mutta kuolemaa piti vain odottaa ja odottaa. Potilaan kipu ja tuska lisääntyivät ja hän toivoi joka ilta ettei aamua tulisi. Hoitaja pystyi tilanteessa vain kannustamaan väsyneitä omaisia – muuta ei ollut enää tehtävissä. Sairaanhoitajan täytyy lievittää kuolevan ihmisen ahdistusta löytämällä kustakin ihmisestä se voima tai asia, jonka avulla kuoleva ihminen itse kokee tullessa autetuksi.



KUVIO 2. Kuolevan ihmisen kohtaaminen sairaanhoitajien kokemana.

10.1.1 Kuoleman kohtaamisen sairaanhoitajissa nostattamat tunteet

Sairaanhoitajat toivat esiin, että hoitajien tulee pystyä näyttämään tunteita, mutta niitä ei saa päästää valloilleen. Vaarana on, että auttajasta tulee tällöin autettava. Tunteet nousevat esiin usein omaisten tunteiden kautta. Tunteet vaihtelevat rauhallisista jonkinasteiseen suruun.

”Varmaan seki oma tuntemus riippuu siitä, että millä tavalla ne ympäröivät ihmiset kokee elikkä ne sen vainajan tai sen kuolevan läheiset. Et jollaki tavalla niihin tunteisiin vaan mennee mukkaan. Niin pitkälle ku se vaan hoitajan roolissa on mahdollista.”

Kuoleman lopullisuuden ja työkiireiden ristitulessa koettiin jatkuvaa riittämättömyyttä. Sairaanhoitajat kantoivat huolta myös siitä, että toisten työtaakka kasvoi jos itse vietti aikaa kuolevan vierellä.

...mitä pitempään mää tässä viivyn ja mitä enemmän tuo ihminen tulee autetuksi, sen nopeammin ne toiset tuolla oven takana juoksee. Ja se on kyllä kans semmonen, että no tässä nyt on tämän ihmisen viimeset hetket että miten tämä aika tässä nyt jaetaan että hän kokee tulleensa autetuksi, mutta sitte toiset työkaveritkaan ei ihan uuvu sen taakkansa alle.

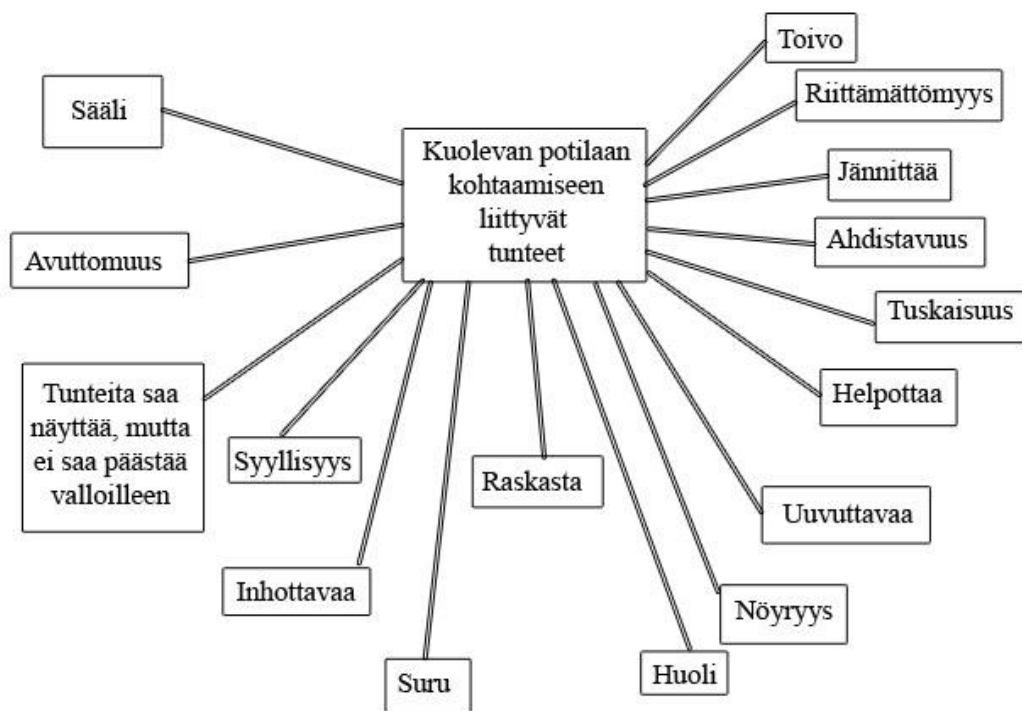
Kiire saa sairaanhoitajat syyllistämään välillä itseäänkin siitä, etteivät he ehdi olla kuolevan vierellä vaikka vain pitämässä kädestä kiinni tai silittämässä hiuksia. Tilanteet koettiin ikäviksi varsinkin jos potilaalla ei ollut omaisia ja hän oli täysin yksin. Kiire saa aikaan myös sen, että hoitajat joutuvat sanomaan kuolevalle keskustelukumppania kaipaavalle potilaalle toistuvasti tulevansa tämän luokse kohta. Tämä koettiin hoitajien itsensä taholta potilaalle valehteluksi.

”...joskus ihan itkettääki ku ei kerkiä ku käyä ja kääntyä...”

Sairaanhoitajat kokivat subjektiivista syyllisyyttä kuolevien potilaiden hoidossa myös heistä johtumattomista syistä, henkilökunnan vähyyden vuoksi. Hoitajat tiedostivat, että tilanne koskee potilaan lisäksi myös lähipiiriä – puolisoa, lapsia, sukulaisia ja ystäviä.

Hoitajat totesivat näiden jälkeen jäävien muistavan vuosikausia sen, kuinka tilanne meni, millaista se oli ja millaiset kokemukset heille siitä jäi.

Ambulanssityössä kohdattiin ahdistavia ja tuskaisia tilanteita suhteessa enemmän kuin helpottavia. Ambulanssissa työskentelevien sairaanhoitajien kohtaamat kuolemat vaihtelivat odotetuista kuolemista yllättäviin ja he joutuivat prosessoimaan eri tavalla myös tilanteet, joissa potilaan eteen on tehty paljon töitä ja siitä huolimatta hänet menetetään. Yksi hoitaja näki edelleen, yli kymmenen vuoden kuluttua, painajaisia aikaisemmassa ambulanssityössään kohtaamistaan kuolemista.



KUVIO 3. Kuoleman kohtaamisen sairaanhoitajissa nostattamat tunteet.

10.1.2 Sairaanhoitajien voimavarat ja keinot kohdata kuoleva ihminen

Sairaanhoitajat kertoivat työkokemuksen olevan jo itsessään voimavara kuolevan ihmisen kohtaamisessa. Vähän kokemusta kuolevien ihmisten parissa omaava sairaanhoitaja jännitti kuolevan ihmisen kohtaamista ja kertoi tilanteiden olevan hänelle

ihan uusia. Työkokemuksen lisäksi elämäkokemuksesta ja omasta persoonasta nähtiin olevan apua. Hoitajat kertoivat, että asenne ja suhtautuminen asioihin muuttuvat, mikäli itse on ollut omaisena läsnä. Tällöin joutuu itsekin käymään kuolinprosessin läpi. Ellei pysty kohtaamaan kuolevaa kuolevana ihmisenä, tehdään viimeiseen saakka kaikkea sellaista, mikä vain lisää potilaan kipua ja tuskaa, eikä helpota hänen henkistä ahdistustaan. Sairaanhoidajat totesivat, että kaikki eivät pysty kohtaamaan kuolevaa ihmistä, jolloin kohtaaminen tulee delegoida kollegalle. Sairaanhoidajat totesivat, ettei tilannetta voi loputtomiin kuitenkaan välttää, ja siksi kuolema on hyvä jossain välissä kohdata. Kuoleman kohtaamisen koetaan kuuluvan sairaanhoidajan ammatillisuuteen. Koettiin, että jotta voi kohdata kuolevia ihmisiä, täytyy jotenkin selvittää itselleen miten suhtautuu kuolemaan.

”...ymmärtää omassa elämänkaaressa sen, että oma elämäkin voi päättyä... se jotenki tuo semmosta näkymää siihen, jollain lailla helepottaa sitä, että se kuuluu elämänkaareen.”

Uskonnolliset näkemykset, kuten ajatukset kuoleman tarkoituksellisuudesta ja ennalta määrättävyydestä toimivat hoitajien psyyken tukipilareina. Se, että tragediat ylipäänsä ovat osa tätä elämää, toimi yhden hoitajan voimavarana myös jälkipuinnissa.

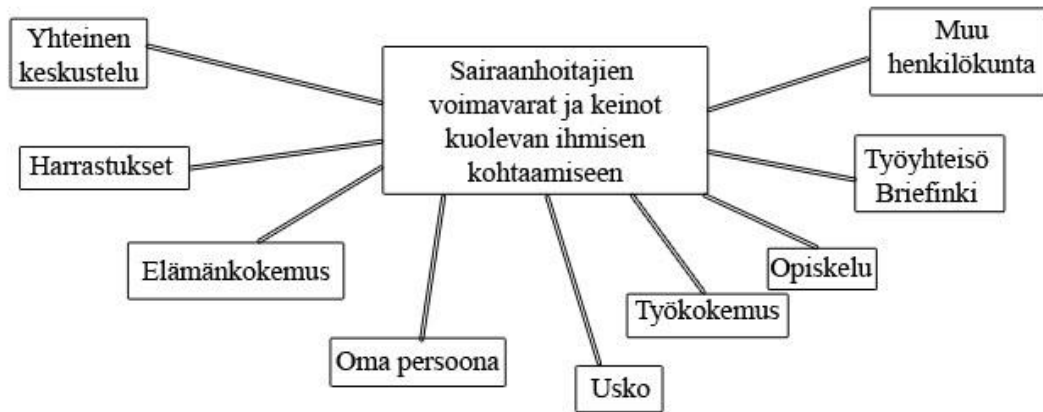
”Me tehään parhaamme ja tehään lujasti, mutta se ei siltikään oo niinku meidän loppupelleissä meidän päätettävissä, että kuka jää ja kuka ei.”

Työyhteisössä muun henkilökunnan kanssa käyty jälkipuinti ja keskustelu nousi sairaanhoidajien eniten mainitsemaksi voimavaraksi.

Onhan se joskus todella pettymys ko tekee hirveesti töitä ja sitten sen työn mukana tulee se toivo ja sitten kun kuitenkin käy niin että se ihminen menetettään niin se on omalla tavallaan pettymys ja sitte ainaki usein tai joskus niin on miettinyt sitä että teinkö jotaki väärin että nimenomaan se menehtyminen johtuu siitä että mä en tätä asiaa hallinnu. Että se on se jälkipuinnin paikka sitte. Että ku pääsee itse selville siitä, että se oli minusta johtumattomista syistä että näin kävi.

Työn ulkopuolelta löytyviksi voimavaroiksi sairaanhoidajat tunnistivat lisäopiskelun ja harrastukset kuten laulamisen ja karaoken.

Mullon yks vakio. Ja se on Tuonelan joutsen. Mää käännän nupit kaakkoon ja kuuntelen Tuonelan joutsenta ja se on just semmonen siihen, siihen oikeenko on niinku kauhiasti ahistaa joku juttu niin, niin ko se on niin kauhian tämmönen synkkämielinen, synkkämielinen kappale, niin sen ku kuuntelee niin toteaa että no oikeastaan ei tämä nyt niin kauhean paha juttu ookkaan, kyllä tästä selvittäään.



KUVIO 4. Sairaanhoidtajien voimavaroja ja keinoja kuolevan ihmisen kohtaamisessa.

10.1.3 Omaisten läsnäolon merkitys

Sairaanhoidtajat kertoivat omaisten läsnäolosta olevan niin apua ja tukea kuin vaivaakin. Hoitajat kokivat, että omaisten läsnäolo on mukavaa ja helpottavaa, koska tällöin tiedetään kuolevan vierellä olevan jonkun koko ajan. Silloin myös tunne omasta riittämättömyydestä helpottaa. Toisinaan omaisen koettiin tarvitsevan kuolevaa enemmän tukea. Sairaanhoidtajaa huolettaa myös tilanne, jossa kuoleman kohtaaminen läsnä olleelle omaiselle on ensimmäinen ja tämä lähtee kuolintapahtuman jälkeen kotiin yksin.

”...tullee sitte se tunne niin että voi mitä nyt että mistä mä saisin saattajan tälle omaiselle?...pittää sanoa ommaisille että ottaa omiin tukiverkkoihin yhteyttä.”

Etä ku lähtee sieltä kohteesta pois, kun on tehty se mitä on voitu ja sieltä lähtee poliisit pois ja se hautaustoimiston väki ja sitte sieltä lähetään me, sitten jää vähän semmoinen omituinen tunne, että mitäs sitte nää ihmiset, jotka jäi sinne taloon vielä. Mitäs heidän kohdallaan sitte? Et joskus sinne

tulee omaisia ja joskus seurakunnan väkeä, mut ei mitään semmosta systemaattisuutta siinä ei oo, että se menis jonkun tietyn kaavion mukkaan.

Sairaanhoitajat kertoivat, että joissain tilanteissa omaiset on suljettava kokonaan kuolevan hoitamisesta, ellei heitä voi käyttää apuna. Tällöin potilas on keskiössä. Sairaanhoitajat kertoivat kokemuksesta, että ammattikielen käyttöön tulee kiinnittää huomiota omaisten läsnäollessa, jotta vältytään väärinymmärryksiltä. Esimerkin sairaanhoitaja koki syyllisyyttä tilanteessa ja pohti, voiko toimia elvyttäessään ammatti-ihmisenä vai onko silloinkin analysoitava sanomisiaan.

”Jos kuolema tulee elvytystapahtuman jälkeen, siinä elvytettäessähän me puhutaan ammattikielellä, jolloin ne omaiset ei ymmrrä, mitä me puhutaan tai ne ymmärtää sen väärin. Kokemuksesta voi sanoa, että väärinymmärrysten oikominen on aika tuskastuttavaa...”

Omainen voi käyttäytyä itselleen epätyypillisellä tavalla läheisen kuollessa. Sairaanhoitajan on varauduttava siihen, että omaiset kohdistavat negatiivisia tunteitaan hoitajaan. Sairaanhoitajat kokivat tämän huonona puolena työssään.

...elikkä meihin saa siirtää tunteet, meijjän kautta saa ellää järkytykset, elikkä toisinsanottuna ne tekee sitä omaa surutyötä auttajan persoonan kautta ja auttajien tekemisten kautta ja meijjän pittää seki vielä kestää. Mun mielestä se on just sitä meijjän työn pahinta saldoa, elikkä se että omaiset toivois, että löytyis joku mihin vois takertua ja saatas kuitenkin lopputulos muuttumaan...

... nainen tuli päälle. Elikkä hänen tuota isänsä oli kuollu vähän aikasemmin osastolla, mää kerroin siinä ja se kävi päälle. Lääkäri tuli sitten siihen ja irrotti meidät kaksi toisistaan. Mää otin sen vaan niin lujjaa kiinni, ettei se voinu hakata mua, nyrkkiä tuli rintakehhään niin paljo ku se kerkes. Sitten tuota niin mä en tiä lamaan tuko se hänen miehensä sitten siitä vaimonsa käyttäytymisestä, vai oliko se lamaan tunu jo siitä tievosta, että se jäi niinku lapaset suorana seisomaan ja minen tienny että mitä mää teen, että lyökö takasi vai tuota niin heitänkö mää pihalle vai tuota niin mitä mää teen, vai annanko mää vaan hakata.

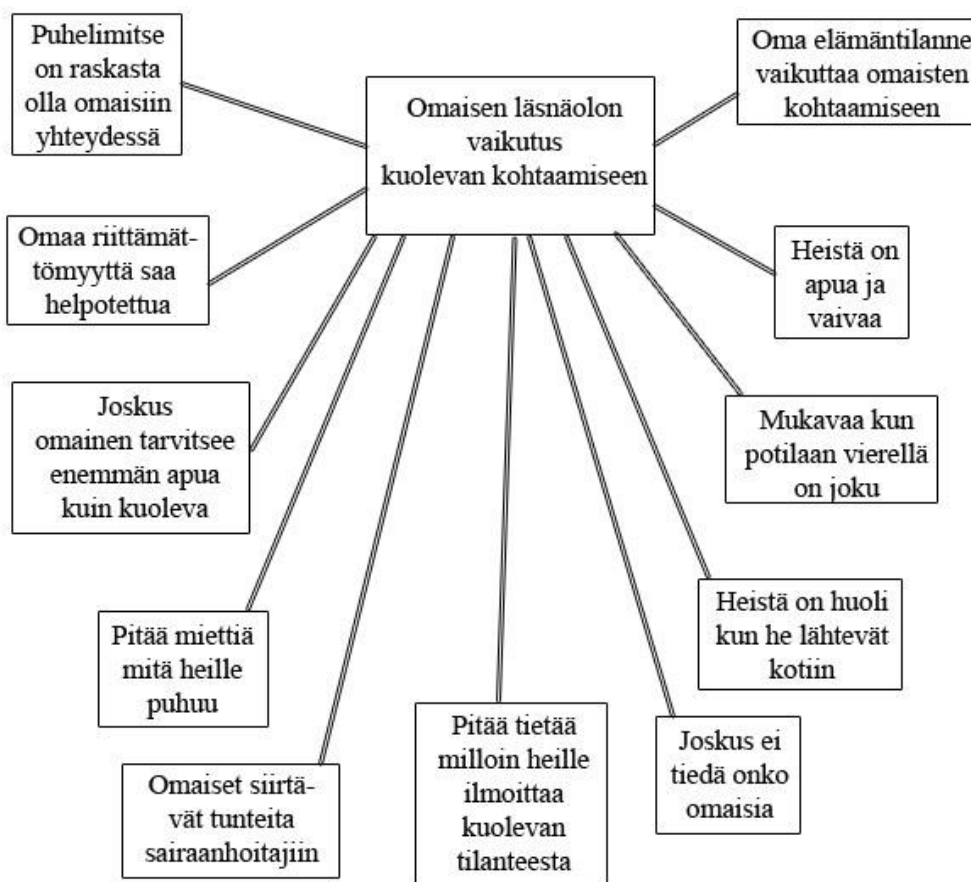
Sairaanhoitajan rooli potilaan kuolinhetkellä korostuu silloin, kun omaisia ei ole läsnä. Tällöin hoitajat pyrkivät olemaan kuolevan ihmisen kanssa tämän viimeiset hetket. Sairaanhoitajien työnkuvaan kuuluu myös yhteydenpito omaisiin kuolevan ihmisen

voinnin muuttuessa tai tämän kuoltua. Sairaanhoidajat kokivat, että nuoremmille lääkäreille yhteydenotto omaisiin oli luonnollisempaa.

Omaisten kanssa pyritään sopimaan etukäteen, milloin he haluavat heihin oltavan yhteydessä; soitetaanko vaikka keskellä yötä vai vasta aamulla ja haluavatko he olla potilaan kuollessa paikalla. Toisinaan potilaan omaisten jäljittäminen on haasteellista, koska lähiomaisten tietoja ei ole saatavilla. Voi käydä niinkin, että ihminen on kuollut, mutta ei tiedetä, kenelle siitä ilmoittaa. Sairaanhoidajilta vaaditaan luovuutta omaisten löytämiseksi.

Haastatellut kertoivat tiedottamisten olevan monenlaisia riippuen esimerkiksi siitä, ovatko läheiset ehtineet hyväksyä omaisen lähestyvän kuoleman ja siitä, millainen itse hoitajan tunnetila on sillä hetkellä. Sairaanhoidajien kertoman mukaan aina ei jaksakaan olla empaattinen ja sympaattinen. Ambulanssissa työskentelevät kertoivat tiedotusvastuun jäävän pääsääntöisesti poliisille. Puhelimitse tapahtuva tiedottaminen koettiin tympeäksi ja kylmäksi tavaksi. Erityisen ikävää on hoputtaa omaisia saapumaan paikalle, omaisen kuolinhetken lähestyessä.

”Mää oon yhesti ollu sillai että piti viiä siitä pikkuihmiselle tieto hänen ainoan vanhempansa kuolemasta ja se oli niin kauhea tilanne, että mikään ei kyllä päihitä sitä.”



KUVIO 5. Kuolevan potilaan omaisten läsnäolon merkitys sairaanhoitajan työssä.

10.1.4 Kokemus eri uskontokunnista ja kulttuureista

Eri uskontokuntiin ja kulttuureihin törmätään aina ajoittain kuolevan potilaan hoidossa. Sairaanhoitajat haluavat toteuttaa kuolevan potilaan toiveita parhaan kykynsä mukaan. Hoitajat eivät välttämättä tiedä kaikkia kulttuureihin ja uskontoihin liittyviä asioita ja tällöin omaiset tuovat esille huomioitavia asioita. Hoitajat eivät koe tarvitsevansa koulutusta eri uskonnoista ja kulttuureista, koska omaiset ja pappi ovat avuksi. Koulutuksessa saatava tieto ei jää mieleen, ellei sillä hetkellä ole hoidettavana eri kulttuureista ja uskonnoista olevia ihmisiä. Vahvan vakaumuksen omaavat ihmiset ovat rauhallisempia ja maltillisempia kuolinhetkellä. Ihmisen iän he ajattelivat vaikuttavan samalla tavalla.

”Täytyy vain oivaltaa, että on olemassa erilaisia kulttuureja ja uskontoja, ja me tehdään se oma työ, ja mun mielestä ei tarvi sitä siihen sekoittaa.”

Hoitajat pohtivat, että akuutin toiminnan aikana kulttuuriset vaatimukset on siirrettävä syrjään, kun mietitään voidaanko potilaan eteen tehdä vielä jotain. Hoitajilla oli kokemusta eri kulttuureista ja uskonnoista vain hieman. Mainituiksi tulivat ortodoksit, ateistit, romanit ja muslimit. Yksi hoitaja oli antanut hätäkasteen. Omaisille pyritään järjestämään rauhallinen tila, jossa hyvästellä vainaja ja viettää tämän kanssa aikaa.

”Jonkun rituaalin määrätynlainen tekeminen ei ole tärkeää, vaan että se tehdään.”



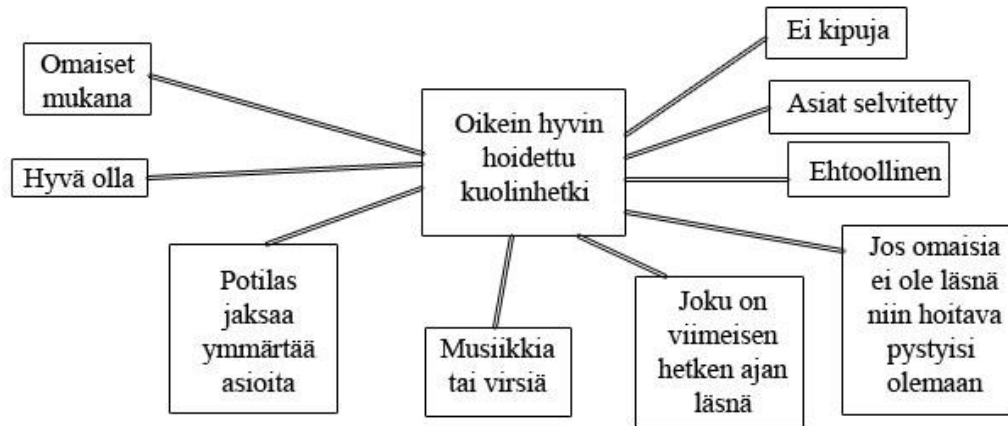
KUVIO 6. Sairaanhoidajien kokemuksia eri uskontokuntiin ja kulttuureihin kuuluvien kuolevien ihmisten kohtaamisesta.

10.1.5 Kuolinhetki hyvin hoidettuna

Hoitajien mielestä ihanteellisessa kuolinhetkessä kuolevan potilaan kanssa on joko omainen tai hoitaja. Tärkeintä on, että jos kuoleva ei halua olla yksin niin hänellä olisi joku vierellään. Potilaalla on rauhallinen ja hyvä olla, hänellä ei ole kipua, asiat on selvitetty etukäteen ja mitään ei jää kenellekään vaivaamaan. Potilaan toiveita on mahdollista toteuttaa.

”Kuolema kivuton, eikä yksin. Se on hyvä kuolema. Ajalla ei ole väliä, ennakoitavuudella ei ole väliä, se tulee kuitenkin...Seikat, joita arvostan omassa kuolemassani, vaikuttavat myös työhön.”

...mutta haluaisin, että viimeisillä hetkilläni minua ei siirrettäisi paikasta toiseen, vaan saan olla mä saan olla niinku sielä missä mieluiten, tietysti sielä oman kammari nurkassa tuota niin stereot rokkia soiden kuin tuota missään muualla. Sillä hetkellä ei kukaan tulis sanomaan että pistä pienemmälle...



KUVIO 7. Sairaanhoidtajien näkemyksiä oikein hyvin hoidetusta kuolinhetkestä.

10.1.6 Toivo

Tutkimuksessamme toivo ei ollut teema, mutta se nousi kaikissa haastatteluissa esiin. Toivoa käsitellään enemmän tulosten tarkastelua-osiossa.

Toivohan on täsmälleen niin kauan olemassa ku yksikin toimenpide tai tapahtuma on sen potilaan ympärillä. Ja sitten joskus miettii että tehäänkö me taas jotain vain tota sen takia että me saatat se kuolema näyttämään teknisesti paremmalta ku me tuota niin touhutaan siinä vaikka me tietetään että tuota niin lopputulos tulee olemaan se mikä se sitten loppupeleissä on ja tehään se itelle helpommaksi ettei päästä sanomaan että te ette tehny yhtään mittään.

”...se elämä on niin ainutkertainen, että se elämän toivo kumminki sais olla” saattaa sitä potilasta sillee että vaikka se ymmärtää kuolevansa kuitenkin toivoo että potilas ei anna periksi ennen kuin elämä päättyy. Ei kuolis ennenku on kuollu.”

Vaikka sanotaan että sääli on sairautta niin kyllä se on hirviän raskasta seurata sitä hiipumista ja kyllä siinä sääli tulee pintaan ja se oma avuttomuus että ko ei voi auttaa vaikka aina pitäis toivua pitää yllä ja

tietenki yritetään parhaamma mukkaan sitä toivoo antaakkin mutta ku tietää sen lopputuloksen niin –se on vaikeeta.

10.1.7 Hoitajien kehittämisehdotuksia ja ammatillisia koulutustarpeita

Sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että kuolevan potilaan vierellä olisi hyvä jonkun olla kuolinhetkellä. Omahoitajuus ajateltiin hienoksi asiaksi, mutta hoitajat totesivat, ettei sellaiseen ole aikaa tai resursseja.

”Se ois kyllä yhenlainen pelastus että ois, ois niiku vara ihan saattohoitajaan.”

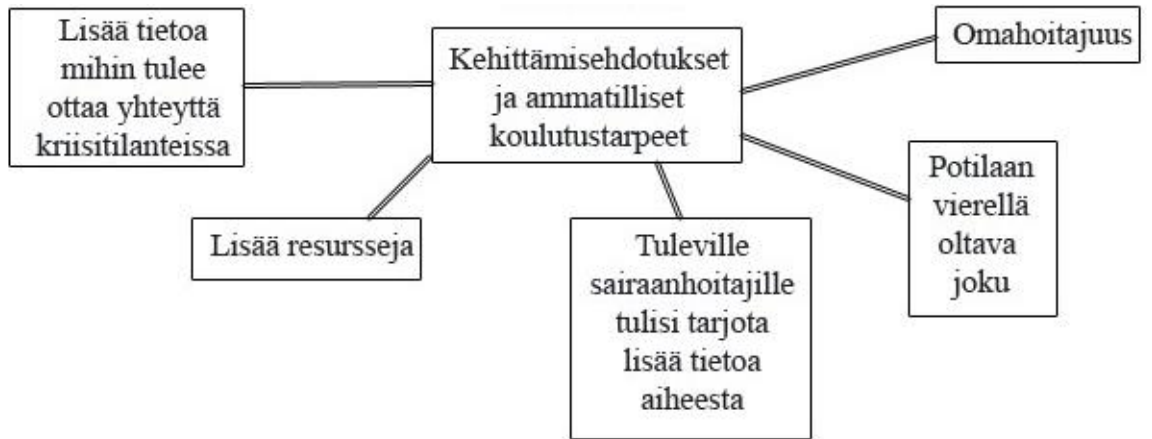
Kehittämisen paikaksi nähtiin myös omaisten tukeminen kuolevan potilaan luona olemiseen. Omaisten ei tarvitsisi osallistua hoitotoimenpiteisiin, he huolehtisivat lähinnä henkisestä tuesta.

Hoitajat ehdottivat, että nuoret joilla ei ole kokemusta hoitoalan työstä pääsisivät kuuntelemaan keskusteluja, joissa omaiset kertovat omia tuntemuksiaan ja työntekijät omiaan. Siten kaikki oppisivat, sillä hoitajien on osattava sanoa lohduttavat sanat. Ellei itsellä ole minkäänlaista ajatusta siitä, miltä se tuntuu, on vaikea olla empaattinen kenellekään. Opiskeluaikana asiasta voisi myös puhua enemmän; kriisiryhmän jäseniä voisi tulla koululle puhumaan. Tällöin tulevat sairaanhoitajat oppisivat, mitä tulee sanoa ja mitä ei, milloin olla hiljaa ja milloin puhua. Työryhmän kesken tulisi myös helpommin lähteä puhumaan kuolevan potilaan hoidosta ja siitä, miltä itsestä tuntuu.

Hoitajat kokivat tarvitsevansa lisää tietoa siitä, mihin ottaa yhteyttä kun omainen tai hoitaja itse tarvitsee apua kriisissä.

...monesti ku omaiset jää yksin nii tulee tunne että kenet mää tänne soittasin ja mihin ohjaisin. Koska teemme työtämme hektisesti sitte tulee yhtäkkiä se että tiedot olisi heti hoitajan päässä että mihin otan yhteyttä että tänne tarvii nyt jonkun...Ku tietäis mikä se on se instanssi että mihin mää nyt soitan että omainen sais sillä hetkellä sitä apua.

Hoitajat kehottavat kaikkia hakeutumaan rohkeasti kohtaamaan ihmisiä, niin sairaita kuin kuoleviakin. Tilanteissa riittää pelkkä läsnä oleminenkin, aina ei välttämättä tarvitse sanoa mitään.



KUVIO 8. Sairaanhoitajien kehittämisehdotuksia ja ammatillisia koulutustarpeita kuolevan ihmisen kohtaamiseen.

11 TULOSTEN TARKASTELUA

Sisätautiosaston sairaanhoitajien haastattelussa korostui kokemuksen merkitys ja vastuu surevista omaisista. Ambulanssihenkilökunnan haastattelusta nousi puolestaan selkeästi esiin kokemus sekä luottamus työtovereihin. Ambulanssissa työskentelevät sairaanhoitajat uskalsivat sanoa painokkaammin, mitä ajattelivat ja he myös kyseenalaistivat toistensa vastauksia. Teema-alueet saivat syvyyttä kun kukin perusteli itse omia henkilökohtaisia kokemuksiaan. Ambulanssihenkilökuntaa puhutti viimeinen kysymys, ”Millainen kuolinhetki olisi oikein hyvin hoidettuna”. He lähestyivät kysymystä pohtien miten itse haluaisivat kuolla. Voidaan ajatella, että toinen kohdataan siten, miten itse halutaan tulla kohdatuksi. Ambulanssityössä omaiset siirretään osastotilanteista poiketen akuutilla hetkellä syrjään ja keskitytään potilaaseen. Terveyskeskuksen akuutin vuodeosaston haastattelussa korostui kokemus ja täydellinen ammatillinen ja henkilökohtainen omistautuminen kuolevan ihmisen hoitoon. Kaikki haastattelut olivat sisällöltään rikkaita ja niissä kuului kokemuksen ääni.

Tutkimustuloksissa on havaittavissa se, että vaikka sairaanhoitajat edistävät terveyttä, he ovat kuoleman edessä valmiita joustamaan periaatteistaan ja tekemään kaikkensa potilaan toiveiden eteen. Esimerkiksi kun potilas oli viimeisillä hetkillään toivonut saavansa polttaa sikarin, hoitajat olisivat mielellään toteuttaneet toiveen. Hoitajilla on kuitenkin realistiset käsitykset siitä, mitä toiveita on mahdollista toteuttaa ja mitä ei.

Sairaanhoitaja kohtaa työssään kuolevia ihmisiä ja heidän omaisiaan. Hän on lähellä surevaa jakaen tämän kokemusta. Hän on kiinnostunut ihmisten muistoista, lohduttaa ja luo toivoa ympärilleen. (Kiiltomäki ym. 2007, 81.) Kuolema on luonnollinen siirtyminen elämästä. Suurin osa sairaanhoitajista altistuu tämän kokemuksen fyysisille ja henkisille vaikutuksille kuolevaa potilasta hoitaessaan. Sairaanhoitajat opetetaan tarjoamaan tukea potilaalle ja tämän perheelle näiden edetessä surun vaiheiden läpi. Usein sairaanhoitaja ei kuitenkaan ehkä käsitä omaa tarvettaan surra. (Brosche 2003, 173.)

Surevan surua ei tule analysoida liian ammattimaisesti tai omia, vaan se tulee ottaa vastaan sellaisenaan. Suruteorioiden vaaraksi on havaittu se, että sairaanhoitaja ei pidä vuorovaikutustilanteessa surevaa ihmistä tasavertaisena kumppanina. Sairaanhoitaja saattaa tehdä surun vaiheista diagnoosin ja piiloutua sen taakse. (Kiiltomäki ym. 2007, 81.)

Henkilökohtainen tietoisuus omasta työskentelytavasta on tärkeää. Objekttiivisen työskentelytavan saavuttamiseksi on ymmärrettävä oman elämän kulku ja siihen kuuluvat kriisit. Sairaanhoitajien omien kriisien ja asenteiden ei tulisi vaikuttaa auttamistilanteisiin. Sairaanhoitaja voi kokea, että autettavan kriisi on liian lähellä hänen omaa kokemustaan, jolloin on huolehdittava toinen työntekijä ottamaan autettava vastuulle. (Kiiltomäki ym. 2007, 46.)

11.1 Tunteet

Cavalin, Espósiton ja Salomé'n tutkimuksen mukaan ensiavussa työskentelevät sairaanhoidon ammattilaiset kokevat kuolemaan liittyen surua, avuttomuutta, menettämisen ja epäonnistumisen tunteita sekä pelkoa. He eivät ole valmistautuneet käsittelemään kyseisiä tunteita, koska työn oletetaan olevan elämää säilyttävää. (Cavali, Espósito & Salomé 2009, 681–686.) Omissa tutkimustuloksissamme saimme vastaavanlaisia ajatuksia ambulanssihenkilökunnalta; potilaan elämän säilyttämiseksi tehdään kovasti töitä ja toivoakin on. Hoitajilla on realistiset käsitykset hoitotyön menetelmien vaikuttavuudesta ja omista taidoistaan. Tämä aiheuttaa riittämättömyyden tunteen heissä jo etukäteen. Potilaan menehtyessä sairaanhoitajat kokevat pettymystä ja pohtivat oman toimintansa vaikutuksia lopputulokseen.

Tutkimuksessamme sairaanhoitajat totesivat, että tunteita saa näyttää, mutta niitä ei saa päästää valloilleen. Tällöin vaarana on, että auttajasta tulee autettava. Terveystieteen maisteri Anna Liisa Aho kertoo väitöskirjassaan, että tunteiden näyttäminen ja jakaminen on kuoleman kohdatessa sallittua. Ahon mukaan sairaanhoitajien koulutuksessa tulisi käsitellä enemmän kuolemaa. Jokaisella sairaanhoitajalla tulisi olla tietoa ja ymmärrystä surusta ja läsnäolon merkityksestä sekä kyky empatiaan. Aho

kertoo pitävänsä kylmänä ja vanhanaikaisena ajatusta, ettei hoitajan sovi itkeä, koska se ei ole ammatillista. (Hyvärinen 2011, 43.)

Samastuminen on yksi psyykkisistä mekanismeista ja sillä tarkoitetaan asettumista hoidettavan asemaan. Samastuminen lisää hoitajan herkkyyttä ymmärtää kuolevan tarpeita. Hoitajan täytyy kuitenkin muistaa, ettei hän voi koskaan täysin samastua potilaaseen ja tietää, mitä on olla hän. Vaarana on, ettei hoitaja huomaa käyttävänsä samastumista. Tällöin hän voi samastua potilaaseen liikaa ja tunteet voivat käydä ylivoimaisiksi. Objektiivisuuden kadotessa hoitajan kyvyt auttaa kuolevaa vähenevät. Samalla riski palaa loppuun todennäköistyy. Hoitotilannetta voi vaikeuttaa myös hoitajan käyttämä transferenssi, tunteensiirto, jolloin hän alkaa käyttäytyä potilaan omaisten kanssa kuin yksi läheisistä. (Himberg ym. 2003, 221–222.)

Ciccarellon tutkimuksen (2003, 216–222) mukaan moni teho-osaston hoitaja koki tietämättömyyttä kuolevan potilaan hoidossa. Hoitajat tunsivat turhautumista tiedon, tuen ja koulutuksen puutteen vuoksi. Kuolema ajateltiin epäonnistumisiksi. Tutkimuksen mukaan hoitajat voivat alkaa parantaa kuolevan potilaan hoitoa kohtaamalla omia pelkojaan kuolemaa kohtaan. Oman kuoleman ja oman mahdollisen reaktion pohtiminen johtaa siihen, että kuolema koetaan osaksi elämää kuten syntymäkin. Tutkimustulostemme mukaan varsinkin ambulanssityössä potilaan kuolema koetaan epäonnistumisena ja syytä potilaan menehtymiselle haetaan itsestä. Kuoleman subjektiivinen prosessointi auttaa hoitajaa kohtaamaan kuolevan potilaan.

Sairaanhoitajien käsitys hyvästä kuolemasta on pääosin kaikilla samanlainen. Sairaanhoitajilla on käsitys siitä, miten kuolevaa potilasta hoitaessa tulee käyttäytyä. Jokaisella hoitajalla on henkilökohtainen oman persoonan kautta koettu tapa hoitaa kuolevia potilaita. Haastateltavat kokivat, ettei hoitohenkilökunnalla ole tarpeeksi aikaa kuolevalle potilaalle. Läsnäolo potilaan kuolinhetkellä, arvokas kuolema sekä kuolinhetken rauhallisuus ja hiljaisuus koetaan tärkeiksi. Uskonnolliset vakaumukset vaikuttavat hoitajien käyttäytymiseen kuolevan potilaan kanssa. (Hopkinson & Hallet 2002, 532–539.) Tutkimustulostemme mukaan hoitajat kokevat oman persoonansa ja uskonnollisuuden voimavaroina. Yhdellä haastatelluista hoitajista oli kokemus, jossa sairaanhoitajakollega oli alkanut kuolevan potilaan viimeisillä hetkillä käännättää potilasta omaan uskoonsa. Haastattelemamme hoitajat eivät pitäneet edellisenkaltaista toimintaa ammatillisena. Vaikka hoitajan omat arvot ja uskomukset voivat olla erilaisia

kuin potilaiden, tulee potilaiden arvoja kunnioittaa (Ciccarello 2003, 216–222). Hoitajan täytyy arvostaa potilaan vakaumusta tuomatta esille omaa näkemystään.

Sundströmin ja Toivasen pro gradu-tutkielmassa (1998, 55) todetaan ammattitaidon lähtökohdiksi hoitajan motivoituminen ja sitoutuminen kuolevien ihmisten hoitoon. Työkokemus ja elämäkokemus ovat keskeisiä tekijöitä kuolevan ihmisen hoidossa. Kokemuksen merkitys nousi esiin myös omissa tutkimustuloksissamme. Kokemuksen avulla saadaan varmuutta ja rohkeutta vaikeidenkin tilanteiden kohtaamiseen ja oman rajallisuuden hyväksymiseen. Työssä jaksamisen ja ammatissa kehittymisen edellytyksiä ovat työryhmän tuki, jatkuva koulutus sekä työnohjaus.

11.2 Asenteet ja suhtautuminen

Dunnin, Ottenin ja Stephensin tutkimustulokset (2005, 97–104) osoittavat, että suurin osa hoitajista suhtautuu kuolevien potilaiden hoitoon positiivisesti. Tutkijat toteavat, että huolimatta siitä kuinka hoitajat kokevat kuoleman, ammatillisen ja laadukkaan hoidon tarjoamisen kuoleville potilaille ja heidän perheilleen on tärkeintä. Tutkimuksessamme haastateltavat totesivat, että kuolevan luokse on mentävä. Toisaalta haastateltavamme kertoivat joidenkin sairaanhoitajien välttelevän kuolevien kohtaamista, vaikka se on suuri osa sairaanhoitajan ammattitaitoa. Vältteleminen hyväksytään työyhteisössä tiettyyn pisteeseen asti. Mahdollisuuksien mukaan kuolevan luokse menee se hoitaja, joka on eniten hoitanut potilasta. Mikäli hoitaja on omassa henkilökohtaisessa elämässään joutunut vasta kohtaamaan kuoleman, hänen ei tarvitse mennä heti kohtaamaan kuolevia ihmisiä työssään.

11.3 Kokemus

Hyypä ja Räksi kuvasivat opinnäytetyössään kokemuksia potilaiden kuolintapauksista kuvantamistutkimuksissa. Tulosten mukaan hoitajan siviilissä kokemat kuolemat eivät vaikuta suhtautumiseen potilaan kuolemaan. Työkokemus ja työssä koetut potilaan kuolemat helpottavat omaa suhtautumista potilaan kuolemaan. Jälkipuinti koetaan tärkeäksi. (Hyypä & Räksi 2010, 2.) Omien tulostemme mukaan työn ulkopuolella

koetut kuolintapahtumat vaikuttavat kuolevan potilaan kohtaamiseen. Koetut kuolemat täytyy käsitellä, jotta pystyy kohtaamaan kuolevia työssä.

11.4 Omaiset

Suru kuuluu elämään luonnollisena osana. Jokaisen yksilön suru on omanlaisensa, ainutlaatuinen ja ainutkertainen. Suru jatkuu loputtomasti, mutta ajan kuluessa sen voimakkuus vähenee. Toisinaan sen unohtaa hetkeksi. Välillä ihminen selviää surussaan yksin ja välillä hän tarvitsee kanssakulkijaa. Omaisen on surussaan haavoittuva. Hän voi loukkaantua herkästi puheista ja siitä, jos hänet jätetään suremaan yksin. (Kiiltomäki ym. 2007, 81, 83.) Omaisten hoitaminen voi joskus viedä enemmän aikaa kuin kuolevan potilaan hoitaminen. Omaiset saattavat purkaa pahaa oloaan myös arvostelemalla hoitohenkilökuntaa. Tutkimukset osoittavat, että hoitajat kokevat kuolevan potilaan kohtaamisen helpommaksi kuin omaisten kohtaamisen. Omaiset koetaan yleensä vaativiksi, eivätkä hoitajat tiedä kuinka heihin tulisi suhtautua. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 27–71.)

Surevien hoitotyössä sairaanhoitaja kohtaa elämän vaikeimpia asioita. Kuolema ja omaisten suru herättää useita eri tunteita auttajan roolissa työskentelevässä sairaanhoitajassa. Näyttää siltä, että pitkä työkokemus surevien ja kuolevien kohtaamisessa muuttaa sairaanhoitajan tuntemuksia entistä syvällisemmiksi. Surevaa auttaessa empatiakyky korostuu. Empatiakyky tarkoittaa ottamista osaa toisen ihmisen tunteisiin ja kykyä eläytyä niihin. Sairaanhoitajan auttamistaitoja lisäävät tiedot surusta ja kuolevan läheisistä, aikaisemmat kokemukset kuolevien ihmisten kohtaamisesta sekä empatiakyky ja halu auttaa. Auttamiskykyä heikentäviä tekijöitä ovat auttajan oma ahdistus sekä pelko ammatillisuuden menettämisestä omaisten edessä. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 145.)

Sairaanhoitajan olisi tärkeää löytää auttajana menetyksestä joitain myönteisiäkin puolia. Auttaja kykenee lohduttamaan läheisensä menettänyttä ja käsittelemään surua tehokkaasti mikäli hän pystyy näkemään kärsimyksen ja inhimillisen surun laaja-alaisesti. Pelkästään auttajan läsnäolo voi auttaa surevaa. Neuvojen sijaan surija odottaa auttajaltaan lämpöä ja ymmärrystä. Surevien auttamiseen tarvitaan valmistautumista;

auttajan toimintaa ohjaavien subjektiivisten elämänarvojen ja ihanteiden tunnistamista. Surevien tarpeiden selvittämiseksi on päästävä autettavansa sisälle. Sairaanhoidtaja voi auttaa surevaa vain ollessaan herkkä surevan tuskalle ja pystyessään kunnioittamaan tämän ihmisarvoa. (Erjanti ym. 2004, 146–147.)

Vainion tutkimuksen mukaan kuolevan potilaan hyvällä hoidolla on omaisten sairauksia ennaltaehkäisevä vaikutus, sillä omaisten vaara sairastua on kohonnut noin vuoden ajan läheisen kuolemasta (Heikkinen ym. 2004, 204). Yleensä luonnollista surureaktiota ei estetä lääkkein. Tarvittaessa lääkäri voi kirjoittaa pienen annoksen unilääkettä tai rauhoittavaa lääkettä. (Iivanainen ym. 2008, 546.)

Omaisiin tulee suhtautua kunnioittavasti, sillä heillä on merkittävä rooli kuolevan potilaan hoidossa. He saattavat tarjota kuolevalle ihmiselle eniten emotionaalista tukea. Omaisilla on yhteys potilaan elettyyn, nykyiseen ja jäljellä olevaan elämään. Aina kuolevalla ei ole omaisia, nämä eivät halua osallistua hoitoon tai kuoleva itse ei halua heitä lähelleen. Sairaanhoidtajan tulee kunnioittaa kaikkia näitä päätöksiä. (Heikkinen ym. 2004, 70–71.)

Vaskelainen tutki pro gradussaan (2008, 2) sairaanhoitajien näkemyksiä lyhytaikaishoidon aikana kuolevan potilaan omaisten tukemisesta terveyskeskuksen vuodeosastolla. Omaisten tukemista edistää mm. se, että kuolevan potilaan surutyö on alkanut jo aiemmin. Tällöin hän pystyy kertomaan tahtonsa ja antaa omaisten osallistua hoitoonsa. Tukemista vaikeuttaa potilaan kriisi, se, että omaiset eivät ole varmoja hoidon oikeellisuudesta sekä se, että hoitajilta puuttuu omaisten tukemiseen ja kuolevan potilaan hoitoon tarvittavat ominaisuudet ja ammatillinen osaaminen.

Saimme haastattelemiltamme sairaanhoitajilta tietoa kuolevan potilaan kohtaamiseen liittyvistä koulutustarpeista. Sairaanhoidtajan koulutus ei anna riittäviä valmiuksia kohdata kuolevaa ihmistä ja hänen omaisiaan. Sairaanhoidtajat hyötyvät työtovereiden kesken käydyistä keskusteluista potilaan kuoleman jälkeen. Keskustelutilanne on hyvä järjestää jokaisen kuolintapauksen jälkeen, jotta hoitajat eivät jää yksin pohtimaan potilaan kuolemaan liittyviä asioita. Tulostemme mukaan se, että kuoleva potilas on etukäteen käsitellyt ja järjestellyt kuolemaansa liittyviä asioita, helpottaa niin hoitajia kuin omaisiakin.

Karjalaisen ja Ponkilaisen pro gradun mukaan 52 % hoitotyöntekijöistä antaa kuolevan potilaan omaisille tiedollista tukea. Emotionaalista tukea antaa 70 %, sosiaalista tukea 61 % ja hengellistä sekä henkistä tukea 62 %. Karjalaisen ja Ponkilaisen tiedonantajista 99 % ajatteli palliatiivisen hoidon olevan tärkeää ja haasteellista. Yhteistyötä eri tahojen välillä hyödynnettiin vähän. Karjalaisen ym. tuloksissa todetaan, että kuolevan potilaan hoitoon ei saada tarpeeksi työntekijöitä. Koulutustoiveiksi tutkimuksessa nousi palliatiivisen potilaan hoitotyö, omaisten tukeminen ja hengellinen tukeminen. Tämän työn tutkimuskohteina olleissa yksiköissä ei ollut ollut tarjolla työhönohjausta kuolevaa potilasta hoitaville. (Karjalainen & Ponkilainen 2008, 2.)

Tutkimuksemme sairaanhoitajat eivät pitäneet hengellisen tuen antamista vaikeana, koska pappi on lupa kutsua paikalle milloin vain. Lisäksi omaisten luotetaan neuvovan erilaisiin kulttuureihin ja uskontoihin liittyvissä asioissa. Sairanhoitajat kokivat, että he voivat keskustella keskenään potilaan kuolemaan liittyvistä asioista, vaikka varsinaista virallista työhönohjausta ei olisikaan tarjolla. Ambulanssissa työskentelevät hoitajat ovat keskustelun suhteen eri asemassa, koska heidän työympäristössään potilaat ja tilanteet vaihtuvat nopeasti ja tällöin ei välttämättä ole aikaa puhua tapahtuneesta heti.

Kanadalaisten Degnerin ja McClementin työn tarkoitus oli tunnistaa asiantuntijasairaanhoidon toimintatapoja kuolevan aikuisen hoidossa tehohoitoyksikössä. Tarkastelemme seuraavassa Degnerin ym. tulosten kuutta toimintamääritelmää suhteessa omiin tutkimustuloksiimme. Toimintamääritelmät ovat seuraavat: 1. vastaaminen kuoleman tapahduttua, 2. vastaaminen perheelle, 3. vastaaminen vihaan, 4. vastaaminen kollegoille, 5. hyvinvoinnista huolehtiminen ja 6. henkilökohtainen kasvu. (Degner & McClement 1995, 408-419.)

1. Kuoleman tapahduttua vuoteen vierelle luodaan rauhallinen ja arvokas ympäristö, kuolintapahtuman käsittämistä tuetaan ja ruumiille osoitetaan kunnioitusta kuoleman jälkeisen hoidon aikana (Degner ym. 1995, 408-419). Haastateltavamme kertoivat, että omaisille pyritään järjestämään rauhallinen tila, jotta he saavat hyvästellä omaisensa. Kävi myös ilmi, että sana ”kuollut” on uskallettava sana.

2. Perheen tiedon tarpeeseen vastataan ja pyritään vähentämään tulevaa surua (Degner ym. 1995, 408–419). Haastatteluissamme yksi sairaanhoitaja kertoi kokevansa myötäelämisen ja ihmisen vierellä seisomisen voimavaraksi, ei pelkästään voimia kuluttavaksi. Tulostemme mukaan hoitajat kokevat vaikeiksi olosuhteet, joissa omaiset eivät ole perillä terminaalivaiheen potilaan tilanteesta. Hoitajien on tällöin pohdittava, miten omaisille asia kerrotaan. Sairaanhoitajat toivat ilmi, että ammatillisesti toimiessaan hoitaja ymmärtää surun vaiheet sekä surevan ihmisen tiedon tarpeen kasvun.

3. Empaattinen ja kunnioitusta osoittava käytös silloinkin, kun viha on suunnattu sairaanhoitajaan (Degner ym. 1995, 408–419). Haastattelemamme hoitajat kertoivat käytännön esimerkkejä siitä, miten monin eri tavoin omainen voi käyttäytyä läheisensä kuollessa. Tämän vuoksi sairaanhoitajan on hyvä tuntea surun vaiheet. Sairaanhoitajat kertoivat omaisten toisinaan etsivän hoitajista syytä, jotta lopputulos, läheisen kuolema, muuttuisi. Hoitajilla oli omakohtaisia kokemuksia tilanteista, joissa omaiset kiinnittivät huomiota sairaanhoitajien käyttämään ammattikieleen tulkiten sitä virheellisesti. Yksi sairaanhoitaja kertoi kokeneensa myös fyysistä väkivaltaa läheisensä menettäneen taholta.

4. Henkisen tuen ja kriittisen palautteen tarjoaminen sairaanhoitajille (Degner ym. 1995, 408–419). Tutkimuksemme tiedonantajat mainitsivat jälkipuinnin ja työyhteisön kesken käydyt keskustelut voimavaraksi ylitse muiden. Kun tilannetta käydään yhdessä läpi ja järkipäristetään tapahtuneet asiat, hoitajien mahdolliset itsesyytökset hälvenevät.

5. Fyysisen ja psyykkisen kivun vähentäminen (Degner ym. 1995, 408–419). Haastattelemamme sairaanhoitajat ajattelivat, että oikein hyvin hoidettu kuolinhetki on kivuton ja sellainen, ettei potilaan tarvitse lähteä yksin. Kuolevien ihmisten luona pyritään olemaan kuolinhetkellä. Inhimilliseen kuolemaan ei kuulu kohtuuton kipu eikä ponnistelu. Halosen ja Reponen mukaan kuolevan potilaan hoito vaatii sairaanhoitajilta tietoa kivunhoidosta ja potilaan kipukokemuksista (Halonen & Reponen 2010,). Sairaanhoitajat kokivat tärkeäksi, että potilas ymmärtää tilanteensa ja tietää, että hänellä on mahdollisuus esittää toiveita.

6. Sairaanhoidajan toiminta siten, että siitä näkyy kuolevan ihmisen hoitajan roolin omaksuminen (Degner ym. 1995, 408–419). Tiedonantajamme kertoivat kokemuksen toimivan merkittävänä voimavarana kuolevan ihmisen kohtaamisessa. Tutkimuksessamme kävi useaan otteeseen ilmi, että sairaanhoidajan täytyy olla perehtynyt kuoleman käsitteeseen ja ymmärtää kuoleman kuuluvan elämään. Jos omassa elämässään on kokenut läheisensä kuoleman, on saanut näkökulmaa asiaan.

11.5 Toivo

Toivo jäljellä olevasta elämästä ei katoa sairaudesta ja elämän ennusteesta kerrotun rehellisen tiedon myötä. Elämän perusvoiman, toivon, tulee aina olla läsnä potilaan ja hoitajan yhteistyösuhteessa. Toivo saa aikaan uskon selviytymiseen ja omaan itseensä. Vaikka tilanne näyttäisi toivottomalta, ei potilaalta saa viedä toivoa. Epätoivo voi esiintyä toivon kanssa yhtä aikaa toisen niistä ollessa voimakkaampi. Tällöin potilas tarkastelee tilannettaan voimakkaamman latauksen takaa. ”Sanotaan, että ihminen voi elää 40 pv ilman ruokaa, muutaman päivän ilman vettä, muutaman minuutin hengittämättä mutta ei hetkeäkään ilman toivoa.” (Iivanainen & Syväoja 2008, 444–445.)

Tampereen yliopistossa hoitotiedettä opettava psykiatrinen sairaanhoitaja Jari Kylmä toteaa, että hoitajan eettinen velvoite ja ydintehtävä on ylläpitää toivoa. Tutkimusten mukaan toivon ylläpitämisestä ei seuraa mitään huonoa, paitsi jos toiveissa joutuu pettymään. Toiveiden sisältö voi toisaalta muuttua. Kuoleva potilas saattaa toivoa parantuvansa, mutta jos se ei ole mahdollista, hän voi toivoa rauhallista ja kivutonta kuolemaa. (Perttula 2011, 64–66.)

Lindvallin tutkimuksessa 1994 selvitettiin toivoa ylläpitäviä tekijöitä, joita olivat elämän tarkoitus, myönteinen elämänasenne, omat sisäiset voimavarat, usko korkeampaan voimaan, tulevaisuuteen suuntaavat odotukset, läheisten ja perheen tuki, hoito ja sen jatkuminen, tieto hoidon tehokkuudesta sekä vuorovaikutus hoitoa toteuttavien kanssa. Toivo kasvaa nykyhetkestä, mutta sitä voivat vahvistaa menneisyyden myönteiset kokemukset. (Heikkinen ym. 2004, 202.)

12 POHDINTA

Opinnäytetyömme tekoon osallistui kolme sairaanhoitajaopiskelijaa. Kolme opinnäytetyön tekijää lisää tutkimuksen luotettavuutta, sillä silloin on kolme ihmistä valvomassa tulosten esittämistä ja tekemässä tulkintoja. Tulosten tulkintavaiheessa se koettiin erityisen hyväksi seikaksi, sillä siten saatiin kattavasti näkökulmia aineistoon. Koska olemme keskenämme eri-ikäisiä ja erilaiset taustat omaavia, myös oppimiskokemuksemme ovat erilaisia. Kaiken kaikkiaan kolmen tutkijan yhteistyö on sujunut hyvin. Kaikille on riittänyt tekemistä ja rooleja opinnäytetyön edetessä; yhdellä on enemmän aikaisempaa kokemusta käytännön työelämästä ja kuolevien ihmisten kohtaamisesta kun taas toiset hallitsevat tietotekniikan salat. Joku kirjoittaa nopeasti ja organisoii tehtävänsä hyvin, toinen pohtii pitkään ja kirjoittaa oman osansa viime hetkillä. Toiset suomentavat englanninkielistä tekstiä ja yksi referoi suomenkielisiä lähteitä. Kaikki ovat jo hyödyntäneet opinnäytetyön tuomaa henkistä pääomaa työelämässään.

12.1 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta on arvioitava mahdollisesti tapahtuneiden virheiden havaitsemiseksi. Laadullisessa tutkimuksessa kaikkien vaiheiden toteuttamisen tarkka kuvaus osoittaa lukijalle, että tutkimus on uskottava. Olosuhteet ja paikat, joissa aineisto on hankittu, on kerrottava totuudenmukaisesti ja selvästi. Tutkijan on myös perusteltava päätelmänsä ja tulkintansa. Suorat haastattelulainaukset auttavat lukijaa arvioimaan tutkijan tulkintojen luotettavuutta. Haastatteluihin kulunut aika, virhetulkinnat ja mahdolliset häiriötekijät sekä tutkijan oma arviointi tilanteesta tulee kertoa. Luokittelu on keskeistä laadullista aineistoa analysoitaessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–233.) Haastatteluaineiston laatu kertoo aineiston luotettavuudesta. Mikäli kaikkia haastateltavia ei ole haastateltu, litterointi on erilaista alussa ja lopussa, luokittelu sattumanvaraista ja tallenteiden kuuluvuus huonoa, ei haastatteluaineistoa voida sanoa luotettavaksi. (Hirsjärvi ym. 2008, 185.)

Olemme kuvanneet tämän raportin luvussa 9, ”Tutkimuksen metodologiset valinnat”, haastattelujen kulun ja keston sekä aineiston analyysin kaikki vaiheet selkeästi ja tarkasti. Lisää uskottavuutta tutkimuksellemme tuo kuolevien lukumäärät eri osastoilla/ambulanssihenkilökunnan läsnäollessa. Lukijalle muodostuu kuva että haastatelluilla on todellista kokemusta kuolevan ihmisen kohtaamisesta. Käytämme tutkimustulosten esittelyssä paljon suoria haastattelulainauksia. Tämä auttaa lukijaa arvioimaan tutkimuksen analyysin luotettavuutta.

Tutkimuksemme aihevalintaa käsiteltiin useaan otteeseen koululla opinnäytetyön valmistavan seminaarin kurssilla. Lopulta aiheeksi vakiintui sairaanhoitajan läsnäolo potilaan kuolinhetkellä ja kurssin opettaja antoi luvan opinnäytetyön tekemiseen aiheesta. Materiaalia teoriaosuutta varten kerättiin kaksi vuotta. Olimme paikalla silloin, kun koulumme kirjaston edustaja ohjasi hakukoneiden käyttöön elektronisten aineistojen osalta ja silloin, kun englannin opettaja neuvoi hyviä aiheeseen liittyviä hakusanoja.

Vaikka haastattelut suoritettiin erilaisissa ympäristöissä työskenteleville sairaanhoitajille, niiden avulla saadut tutkimustulokset olivat hyvin yhteneväisiä. Kaikissa haastatteluissa nousi esiin mm. toivon merkitys kuolevan ihmisen kohtaamisessa, hoitajan subjektiivinen riittämättömyyden tunne, omaisten läsnäolon edut ja haitat sekä huoli jäljelle jäävien selviytymisestä potilaan kuoltua. Kokemuksella todettiin olevan suuri merkitys kuolevan potilaan kohtaamisessa. Kokemuksen määrästä riippumatta todettiin, että sairaanhoitajat oppivat myös toisiltaan. Haastatteluissa kaikki sairaanhoitajat kertoivat myös teemoihin liittyviä omakohtaisia kokemuksia.

Tutkimustulosten siirrettävyydestä kertoo myös se, että lähteenä käyttämämme teoriamateriaali ja aiemmat tutkimustulokset eri puolilta Suomea ja maailmaa ovat yhteneväisiä omien tutkimustulostemme kanssa. Tutkimuksemme pysyvyyttä voidaan tarkastella vertaamalla sen tuloksia suhteessa käyttämiimme vanhoihin lähteisiin. Tuloksemme ovat samansuuntaiset esim. Degnerin & McClementin (1995) kanssa.

Validius eli pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä tutkia juuri sitä, mitä on tarkoituskin tutkia. Vaikka validiteettia ei yleisesti suositella käytettäväksi laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa, siihen nojaten voidaan tarkastella, saatiinko

teemahaastattelumenetelmää käyttäen vastauksia tutkimuskysymykseen. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–232.) Haastattelussa validiutta voidaan tarkastella esimerkiksi observoimalla (Hirsjärvi ym. 2008, 36). Tutkimustuloksia analysoitaessa haastattelumenetelmä todettiin onnistuneeksi valinnaksi. Totesimme saaneemme monipuolisia vastauksia asettamaamme tutkimusongelmaan.

Tutkimuksemme luotettavuutta heikentää teoriatasolla ensimmäisen haastattelun nauhoittaminen pelkästään kasettinauhurilla. Vaikka kokeilimme nauhuria useaan otteeseen ennen haastattelua, havaitsimme, että ensimmäinen haastattelu oli huonolaatuinen äänentoiston takia. Haastattelun litterointi oli vaativaa, joten suodatimme aineiston vielä uudelleen tietokoneelle. Tällöin äänenlaatu parani huomattavasti ja litterointi helpottui. Litterointivaiheeseen osallistui kaikki kolme tutkijaa. Kuuntelimme tallennetta yhä uudelleen ja saimme vangittua oleelliset asiat kirjalliseen muotoon. Emme tehneet oletuksia tai arvanneet, mitä haastateltava sanoi, vaan kaikki aukikirjoittamamme on varmasti kuultu selvästi. Loput kaksi haastattelua toteutettiin tallentamalla ne sekä kasettinauhurille että tietokoneelle mikrofonin avulla.

Tutkimuksen analyysivaihe on selostettu tarkasti ja kerrottu mahdolliset virhetekijät, jotka voivat vaikuttaa tutkimuksemme luotettavuuteen. Analyysivaiheen luotettavuutta lisää tekemämme yhteenvetokaaviot keskeisimmistä tuloksista jokaisen teema-alueen alla. Tutkijoina vaikutamme sisällönanalyysin arviointiin itse. Analysoinnissa korostuu aineiston ja tulosten yhteys.

12.2 Eettisyys

Noudatimme tutkimuksessamme hyvää tieteellistä käytäntöä, eli olimme huolellisia, tarkkoja ja rehellisiä tulosten esittämisessä ja tallentamisessa sekä tulosten ja tutkimuksen arvioimisessa. Lisäksi huolehdimme lähdemerkintöjen tarkkuudesta, emmekä esittäneet muiden tekstejä ominamme. Kunnioitimme ihmisten itsemääräämisoikeutta; ihmiset saivat itse päättää osallistumisestaan tutkimukseemme. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–25.)

Haastateltaville kerrottiin haastattelun etenemisestä. Tutkijat varmistivat, että tiedonantajina toimivat sairaanhoitajat ymmärsivät tämän informaation. Tiedonantajille kerrottiin mihin heidän vastauksiaan käytetään ja että aineisto anonymisoidaan ja lopulta hävitetään. Haastateltujen henkilöllisyys ei paljastunut ulkopuolisille missään vaiheessa. Haastatelluille ei maksettu palkkiota. (Hirsjärvi ym. 2009, 25, 27.) Haimme tutkimuslupia heti, kun ohjaavat opettajat olivat hyväksyneet tutkimussuunnitelmamme. Tutkimuslupahakemuksemme eivät käyneet eettisessä neuvottelukunnassa, koska potilaat tai näiden omaiset eivät toimineet tutkimuksemme tiedonantajina.

Eettinen vastuullisuus edellyttää tutkimusaineiston käsittelyn sekä tutkimuksen kaikkien vaiheiden tarkkaa ja rehellistä toteuttamista. Tutkijan tulee perustella tutkimusaiheitaan koskevat valinnat. (Syrjälä 2005.) Tutkijan tunnistaessa eettisten kysymysten problematiikan hän luultavasti tekee myös eettisesti asiallista tutkimusta. Kaikki tutkimukset sisältävät monia eri päätöksiä, jolloin tutkijan etiikka joutuu koetelluksi useita kertoja tutkimusprosessin aikana. (Eskola & Suoranta 1998, 52.) Metodioppaiden lukeminen on ollut hyödyllistä. Olemme pohtineet ja tehneet useita tutkimuksemme liittyviä valintoja myös opinnäytetyöseminaareissa muiden sairaanhoitajaopiskelijoiden ja ohjaavien opettajien kanssa. Tutkimusraportissamme olemme perustelleet tekemämme valinnat.

12.3 Omat oppimiskokemukset

Opinnäytetyön tekeminen on ollut opettava prosessi. Olemme saaneet lisää valmiuksia kuolevan ihmisen ja hänen omaistensa kohtaamiseen ja tuoneet tätä tärkeää aihetta esille esittämällä tutkimustamme muille opiskelijoille ja keskustelemalla siitä työyhteisöissä. Kuolevan potilaan kohtaaminen koskettaa kaikkia sairaanhoitajia ja se on helpompi ottaa puheeksi tämän tutkimuksen tuomaan tietoon nojaten.

Tutkimusprosessin myötä olemme tulleet tietoisemmiksi itsessämme jo olevista ajatuksista ja tunteista. Olemme oppineet myös uutta ja tarkastelleet syvällisemmin omia valmiuksiamme kohdata kuoleva ihminen. Kuolevan ihmisen kohtaaminen sairaanhoitajan roolissa on erilaista, kuin kuolevan kohtaaminen siviilielämässä. Sairaanhoitajalla on oltava käsitys siitä, mitä sanoa ja mitä jättää sanomatta.

Sairaanhoitajana ihmisen on kyettävä myös hillitsemään omia subjektiivisia tuntemuksiaan tilanteissa, joissa kuolema koskettaa.

Ryhmätyöskentelytaitomme ovat kehittyneet valtavasti ja osaamme ottaa paremmin huomioon toisten ihmisten mielipiteet. Olemme oppineet tuntemaan toisemme paremmin opinnäytetyön tekemisen ohessa ja myös oppineet toisiltamme. Muiden kirjalliseen työnjälkeen oli tutkimuksen alussa vaikea luottaa, koska kaikki olivat tottuneet kirjoittamaan yksin ja kaikilla on oma kieliopillinen tyylinsä. Tutkimuksen tekeminen on ollut henkisesti rikastuttavaa, mutta myös erittäin raskasta muun opiskelu- ja siviilielämän ohella. Jo kolmen ihmisen tapaamisten yhteensovittaminen on ollut haastavaa.

Tutkimusprosessin kulku on ollut kaikille uutta, sillä aiempaa kokemusta näin laajasta työstä ei kenelläkään ollut aiemmin. Koemme saaneemme paljon uusia tiedonhankintatapoja ja oppineemme kriittisiksi jo olemassa olevan tiedon suhteen. Hyödynnämme tutkimustamme tulevaisuuden työelämässämme edelleen. Meitä on jo pyydetty puhumaan aiheesta koulumme opiskelijaryhmälle sekä osastotunneille.

12.4 Jatkotutkimukset

Ajattelimme ennen aineiston keruuta, että valmius kohdata kuoleva ihminen on vähäinen heti koulutuksen jälkeen ja että oppiminen tapahtuu vasta käytännössä. Tutkimustuloksemme tukevat tätä ajatusta. Tutkimuksemme myötä saimme arvokasta tietoa siitä, kuinka kuolevan potilaan kohtaamista voidaan kehittää.

Jatkotutkimuksena voidaan tehdä toiminnallinen työ ja järjestää sairaanhoitajille ja sairaanhoitajaopiskelijoille yhteinen tilaisuus, jossa he saavat keskenään vaihtaa ajatuksia kuolevan potilaan kohtaamisesta. Tilaisuudessa tulevat sairaanhoitajat saavat lisää tietoa ja ajatuksia siitä, mitä kaikkea kuolevia potilaita hoitavan sairaanhoitajan työ pitää sisällään. Sairaanhoitajaopiskelijoiden suhtautuminen ensimmäiseen kuolevan ihmisen kohtaamiseen ja vainajanlaittoon voi muuttua, kun hän on henkisesti hieman valmistautuneempi ja tietoisempi siitä, mitä kaikkea voi tapahtua.

Projektityönä toteutetaan taskukokoinen tärkeimmät auttavat tahot ja niiden puhelinnumerot sisältävä vihkonen. Vihkosen kaikki sivut ovat samanlaisia, joten sairaanhoitaja voi heti irrottaa sivun ja antaa sen surevalle omaiselle tai apua tarvitsevalle kollegalle.

Kvantitatiivisena tutkimuksena ja pidemmällä aikavälillä voidaan tutkia hoitajan läsnäoloa potilaan kuolinhetkellä edelleen: läsnäolo -onko sitä? Tämän tutkimuksen täytyy saada myös eettisen neuvottelukunnan hyväksyntä ennen tutkimusluvan myöntämistä. Tutkimuksen tarkoituksena on saada hoitajat ja omaiset kiinnittämään asiaan huomiota ja toimimaan siten, ettei kenenkään enää tarvitse lähteä yksin. Kvalitatiivisena tutkimuksena voi tehdä informatiivisen tietopaketin vaihtoehtoisista kommunikointimenetelmistä ja kosketuksen merkityksestä kuolevan potilaan hoidossa.

Olisi mielenkiintoista tutkia sitä, millaisena kuolevat potilaat kokevat sairaanhoitajan läsnäolon ja tämän toteuttaman hoitotyön. Tutkimuksen toteuttaminen olisi todennäköisesti käytännössä mahdotonta ja kaatuisi eettisiin kysymyksiin. Toisaalta, joku parantumattomasti sairas voi haluta olla mukana kehittämässä hoitotyötä. Tämä antaisi hänelle myös henkilökohtaisen tuntemuksen siitä, että hän on vielä arvokas ja tärkeä.

13 LÄHTEET

Aalto, K. 2000. Saattohoito. Toim. Aalto, K. Helsinki: Kirjapaja.

Brosche, Theresa Ann 2003. Death, Dying, and the ICU nurse. *Dimensions of Critical Care Nursing* 22 (4), 173-179.

Cavali, A., Espósito, VH. & Salomé, GM. 2009. Emergency room: The daily experiences with the death and dying for the health care professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem* Sep-Oct; 62 (5), 681-6. Saatavilla URL-osoitteessa: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Tulostettu 8.4.2011 klo 10.57.

Ciccarello, G. 2003. Strategies to improve end-of-life care in the intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing* 22 (5), 216–222.

Dunn, K. S., Otten, C. & Stephens, E. 2005. Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum* 32 (1), 97–104.

Erjanti, H. & Paunonen-Ilmonen, M. 2004. Suru ja surevat. Surevien hoitotyön perusteet. 1. painos. Vantaa: WSOY.

Eskelinen, Merja: Vast: Asiakastiedustelu koskien tilastoa ”Kuolleet”. Vastaanottaja: Mervi Hukari. 15.4.2011 klo 11.30.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere. Gummerrus kirjapaino OY.

Halonen, O. & Reponen, O. 2010. Sairaanhoidajan rooli kuolevan potilaan hoidossa terveyskeskuksen vuodeosastolla. *Opinnäytetyö*. Saatavilla URL-osoitteessa: <<http://publications.theseus.fi/handle/10024/15666>>

Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Heikkilä, K. & Jokivuori, P. 1994. Kuoleman salaisuus. Jyväskylä: Kirjayhtymä Oy.

Himberg, L., Laakso, J., Niemi, P., Näätänen, R. & Peltola, R. 2003. Toimiva ihminen. Psykologia 1. 1.-6. painos. Porvoo: WSOY

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hopkinson, J. & Hallet, C. 2002. Good death? An exploration of newly qualified nurses* understanding of good death. International Journal of Palliative Nursing, 8(11), 532–9.

Hyvärinen, H. 2011. Sureva isä tarvitsee tukea ja empatiaa. Sairaanhoidaja. Hoitotyön johtava ammattilehti.

Hyyppä, N. & Ränsi, V. 2010. Opinnäytetyö. Röntgenhoitajien kokemuksia potilaiden kuolemantapauksista kuvantamistutkimuksissa. Saatavilla URL-osoitteessa: <<https://publications.theseus.fi/handle/10024/22758>>

Härkönen, L. 1989. Lähestyvä kuolema. Porvoo: WSOY.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.

Karjalainen, T. & Ponkilainen, S. 2008. Hoitotyöntekijöiden tuki kuolevan potilaan omaisille, kyselytutkimus hoitohenkilökunnalle. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt sairaanhoitaja tekee kriisityötä. Helsinki: Sairaanhoitajaliitto, Gummerrus OY.

Koski, A. Lagersted, T. & Mäkelä, S. 2009. Saattohoito. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Saatavilla URL-osoitteessa: <<http://www.epshp.fi/terveyskeskuksille/ohjeet/saattohoito.pdf>> Haettu 1.6.2011 klo 17.05.

Kärpäniemi, R., Snellman, M. 2008. Teoksessa Agge, E., Anttonen, M-S., Grönlund, E. & Lehtomäki, S. (toim.) Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä 2.2.2001/101. 7 luku 21§. Saatavilla URL-osoitteessa: <[URL:http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010101?search\[type\]=pika&search\[pika\]=kuolem*>](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010101?search[type]=pika&search[pika]=kuolem*>)>. Tulostettu 8.4.2011 klo 12.06.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka kuolevan potilaan hoitotyössä. Etiikka hoitotyössä. WSOY.

Lugton, J. 1987. Communicating with dying people and their relatives. London. Austen Cornish Publishers Limited.

Muurinen, S. & Raatikainen, R. 1999. Kommunikaation sisältö kuolevan potilaan hoitotyössä. Gerontologia 13 (3), 136.

Paavola, J. 5/2010. Kyproksen taivas. Valokuva.

Perttula, M. 2011. Toivo on elämän perusvoima. 4/2011. Tehy.

Pojjula, S. 2002. Surutyö. Helsinki: Kirjapaja.

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tampere: Tammi.

Sallinen, Eeva, ylitarkastaja, Valvira: Re: Kysymys sairaanhoitajien määrästä. Vastaanottaja: Mervi Hukari. 3.5.2011 klo 08.52.

Salvador, Borrell M. 2010. Accompany death. Revista de Enfermería Nov; 33 (11), 22-6, 29-34. Saatavilla URL-osoitteessa:

<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21188869>>. Tulostettu 8.4.2011 klo 11.15.

Simolin, T. & Tarvainen, S-L. 2009. Kuolevan potilaan ja hänen omaisensa kohtaaminen: Vapaaehtoistyöntekijän näkökulma. Opinnäytetyö. Saatavilla URL-osoitteessa: <http://publications.theseus.fi/handle/10024/6088>

Sundström, A. & Toivanen, M-L. 1998. Hoitajien läsnäolon kuvauksia saattohoitokodissa. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolleet [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-2529. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 24.4.2011]. Saatavana URL-osoitteessa: <<http://www.stat.fi/til/kuol/index.html>.>

Syrjälä, O. 2005. Vuorovaikutuskulttuuri hoitotyössä. Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys. Turun ammattikorkeakoulu. Kypsyysnäyte. Saatavilla URL-osoitteessa: <http://hoitonetti.turkuamk.fi/Hoitonetti/2005_Vuorovaikutuskulttuuri/Tutkimuksenluotettavuus.html>

Vaskelainen, U. 2008. Sairaanhoitajien näkemyksiä lyhytaikaishoidon aikana kuolevan potilaan omaisten tukemisesta terveyskeskuksen vuodeosastolla. Kuopio: Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Vilkko-Riihelä, A. 1999. Psyhyke. Psykologian käsikirja. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.

Tutkitaan sairaanhoitajan läsnäoloa potilaan kuolinhetkellä. Aihetta on rajattu siten, että puhutaan täysi-ikäisen kuolemasta (yli 18-v.), emme puhu saattohoidosta, vaan aikarajana on kuolemaa ennakoivat merkit sekundäärisiin kuolemanmerkkeihin asti. Ei puhuta vainajanlaitosta.

Kerrotaan mitä tutkitaan, aiheen rajausta! luottamuksellisuus!

Työkokemuksenne vuosina?

1. Millaisena olette kokeneet kuolevan ihmisen kohtaamisen?

- Millaisia tunteita herättää?
- Koetteko riittämättömyyden tunnetta?
- Miksi?
- Milloin?
- Miten asiaa voisi mielestänne parantaa?

2. Millaisia voimavaroja tai keinoja teillä on kohdata kuoleva ihminen?

- Millaisia voimavaroja koette tarvitsevanne?
- Miten näitä voisi hankkia tai kehittää?
- Konkreettisia käytännön ehdotuksia
- Ammatillisia koulutustarpeita?

3. Miten omaisten läsnäolo potilaan kuolinhetkellä vaikuttaa kuolevan ihmisen kohtaamiseen?

Entä jos omaiset eivät ole paikalla?

4. Millaisia kokemuksia teillä on eri uskontokuntiin kuuluvien kuolevien potilaiden kohtaamisesta ja hoitamisesta?

- Koetteko tietävänne näistä tarpeeksi?
- Eri kulttuurien tuntemus?
- Kehittämissuhteet?

-Sairaanhoitaja on velvollinen antamaan potilaalle viimeisen ehtoollisen/sielunhoitoa/hätäkasteen omasta vakaumuksesta huolimatta. Onko kokemuksia tällaisesta? Miten edelliseen voisi mielestänne valmistua?

Onko työkokemuksella mielestänne vaikutusta kuolevan ihmisen kohtaamiseen?

-Voiko asiaan ”oppia”

Millainen kuolinhetki olisi oikein hyvin hoidettu?

-Potilaiden mahdolliset toiveet ja niiden huomiointi?

Onko vielä lisättävää, heräsikö lisää ajatuksia, jotka haluatte jakaa?