
HOITAJIEN KÄSITYKSIÄ SYÖPÄÄ SAIRASTAVAN SAATTO- HOITOPOTILAAN HENKISESTÄ TUKEMISESTA

Jaana Leinonen
Hanna Komulainen

Opinnäytetyö

Ammattikorkeakoulututkinto



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Jaana Leinonen ja Hanna Komulainen	
Työn nimi Hoitajien käsityksiä syöpää sairastavan saattohoitopotilaan henkisestä tukemisesta	
Päiväys	11.4.2011
Sivumäärä/Liitteet	44/4
Ohjaaja(t) Marjukka Nurro, Lehtori	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala syöpätautien vuodeosasto 2651	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosastolla työskentelevien hoitajien käsityksiä syöpää sairastavan saattohoitopotilaan henkisestä tukemisestä. Opinnäytetyön tavoitteena oli yhdistää kyselystä saadut käsitykset kirjalliseen tutkimustietoon ja kehittää syöpää sairastavan saattohoitopotilaan henkistä tukemista osastolla.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosaston kanssa. Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, jossa aineisto kerättiin avoimen kyselylomakkeen avulla. Kyselyyn vastasi 15 hoitajaa. Aineiston analysoinnissa käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat käsittivät syöpää sairastavan saattohoitopotilaan hoidon olevan kokonaisvaltaista. Kokonaisvaltaiseen hoitamiseen kuuluivat hyvän perushoidon lisäksi fyysinen, psyykinen, henkinen, hengellinen ja sosiaalinen tukeminen. Saattohoitopäätöksen tekeminen ja kirjaaminen selkeyttivät yhtenäistä toimintaperiaatetta osastolla. Hoitajat käsittivät henkisen tukemisen olevan potilaslähtöistä, vuorovaikutuksellista, luottamuksellista ja sosiaalista tukemista sekä moniammatillista yhteistyötä. Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi ajan ja saattohoitokoulutuksen puute sekä henkilöstöpula, jotka vaikeuttivat hoitajien mielestä saattohoitopotilaan henkisen tukemisen toteuttamista. Kehittämisalueiksi tulosten mukaan nousivat moniammatillisuus ja resurssit.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää syöpätautien vuodeosastolla potilaan saattohoitoa toteuttaessa. Jatkotutkimusaiheena voisi selvittää hoitajien jaksamista ja siihen vaikuttavia tekijöitä syöpää sairastavan saattohoitopotilaan hoitotyössä.</p>	
Avainsanat Saattohoito, henkinen tukeminen, syöpä, käsitykset	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Jaana Leinonen and Hanna Komulainen			
Title of Thesis Nurses' perspective of the mental support to hospice care patient with cancer			
Date	11.4.2011	Pages/Appendices	44/4
Supervisor(s) Senior lecturer Marjukka Nurro			
Project/Partners Kuopio University Hospital Oncology ward 2651			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of the Bachelor's thesis was to study the views of nurses working on the cancer ward of Kuopio University Hospital on the mental support of a hospice care patient with cancer. The aim of the graduate thesis was to combine the views provided by an enquiry with written research data and to develop the mental support of a hospice patient on the ward.</p> <p>The thesis was carried out in co-operation with the cancer ward of Kuopio University Hospital. The thesis took the form of a qualitative study, and the material was collected by a questionnaire with open questions. 15 nurses responded to it, and the material was interpreted by inductive content analysis.</p> <p>The findings of the study revealed that the nurses considered the terminal treatment of a patient with cancer to be comprehensive. Such treatment included, besides good basic care, physical, psychic, mental, spiritual and social support. The making of a decision on hospice care and recording clarified a uniform principle of action on the ward. The nurses viewed mental support as multidisciplinary co-operation and as patient-oriented, interactive, confidential and social support. The results indicated there was a lack of time and hospice care training and shortage of staff. These factors complicated, according to the nurses, the giving of mental support to a hospice patient. As judged by the results, a multidisciplinary approach and resources emerged as targets for development.</p> <p>The findings of the thesis can be made use of when a patient's hospice care is implemented on the cancer ward. In the future, one topic of study could be nurses' coping with a hospice patient's nursing and with factors affecting it.</p>			
Keywords Hospice care, mental care, cancer, perspective			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	7
2	SYÖPÄÄ SAIRASTAVAN SAATTOHOITO	9
2.1	Syöpäsairaudet ja niiden yleisimmät hoitomuodot	10
2.2	Palliatiivisesta hoidosta saattohoitoon	10
2.3	Saattohoidon laadun mittaaminen.....	12
2.4	Hoitoneuvottelu saattohoidosta.....	13
2.5	Hoitotahto	13
3	SAATTOHOITOPOTILAAN HENKINEN TUKEMINEN	15
3.1	Kriisin vaiheet potilaan sopeutuessa saattohoitoon.....	16
3.2	Hoitotyön auttamismenetelmiä.....	18
3.2.1	Viestintä	19
3.2.2	Kuuntelu	19
3.2.3	Keskustelu.....	20
3.2.4	Läsnäolo.....	20
3.2.5	Luottamus ja turvallisuus	21
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	23
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	24
5.1	Osaston kuvaus.....	24
5.2	Kohdejoukko.....	25
5.3	Aineistonkeruu.....	25
5.4	Aineiston käsittely ja analyysi	26
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	28
6.1	Saattohoitopäätös.....	28
6.2	Kokonaisvaltainen hoitotyö	28
6.3	Henkinen ja hengellinen tukeminen	29
6.4	Sosiaalinen tukeminen.....	29
6.5	Vuorovaikutus.....	30
6.6	Luottamuksellisuus	31
6.7	Potilaslähtöisyys	31
6.8	Hoitotyön menetelmät.....	31
6.9	Moniammatillinen yhteistyö.....	31
6.10	Resurssit	32
7	POHDINTA.....	33
7.1	Tulosten tarkastelu	33
7.1.1	Käsityksiä saattohoidosta	34
7.1.2	Käsityksiä henkisestä tukemisesta	34
7.1.3	Henkisen tukemisen menetelmiä	35

7.1.4 Henkisen tukemisen kehittäminen	36
7.2 Eettisyys ja luotettavuus	36
7.3 Oman oppimisen arviointi	37
7.4 Jatkotutkimusaiheet.....	38
LÄHTEET	39

LIITTEET

- Liite 1 Tutkimuslupahakemus
- Liite 2 Saatekirje
- Liite 3 Kyselylomake
- Liite 4 Esimerkki sisällönanalyysistä

1 JOHDANTO

Maailman terveysjärjestö WHO:n (2011) mukaan syöpä on maailmanlaajuisesti merkittävin kuolinsyy, ja vuonna 2008 se oli selityksenä noin 13 %:lle eli 7,6 miljoonalle kaikista kuolemista. Syöpään sairastumisen riski kasvaa väestön ikääntymisen myötä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL 2009). Suomessa vuosittain palliatiivista eli oireita lievittävää hoitoa tarvitsee noin 200 000 – 300 000 parantumattomasti sairasta potilasta. Saattohoitoa tarvitsevia potilaita on noin 15 000. (Sosiaali- ja terveysministeriö, STM 2009.)

Saattohoidolla tarkoitetaan kuolemaa lähestyvän potilaan hoitoa ja läheisten tukemista. Saattohoitoon liittyy potilaan toiveiden huomiointi, perus- ja oireenmukainen hoito sekä potilaan kärsimyksen lievittäminen. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 19–20.) Keskeistä saattohoidon suunnittelussa on potilaan hoitopolun tunteminen, jolloin muuttuvissa olosuhteissa hoito on laadukasta ja tarkoituksenmukaista (STM 2009). Moniammatillinen työryhmä toteuttaa potilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä seuraamalla ja arvioimalla hoitoa säännöllisesti (Heikkinen ym. 2004, 20; Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, ETENE 2003).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994) määrittää ammatin eettiset velvollisuudet. Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee ottaa huomioon sekä potilaan oikeudet että hoidosta koituva hyöty ja mahdolliset haitat. Saattohoidon laadun ja kehittämisen perustana ovat kokemusten jakaminen, koulutus ja tutkimus. Tärkeää on, että saattohoitoa antavissa yksiköissä on osaamista kuolevan potilaan hoidosta. (ETENE 2003.)

Tärkeä osa hoitajan ammattitaitoa on vuorovaikutustaidot, joissa olennaista on hallita vuorovaikutuksen eri sävyt sekä ymmärtää oma rooli hoitajana. Kehittämällä vuorovaikutustaitoja voidaan parantaa onnistumismahdollisuutta haasteellisissa tehtävissä. (Silvennoinen 2004, 15–17.) Saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen hoitaminen sisältää kunnioittamisen, turvallisuuden tunteen, läsnäolon, kuuntelun, kuulemisen, luotamuksellisuuden ja asiantuntijuuden (Heikkinen ym. 2004, 42).

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosastolla työskentelevien hoitajien käsityksiä syöpää sairastavan saattohoitopotilaan henkisestä tukemisesta. Tavoitteena on yhdistää kyselystä saadut käsi-

tykset kirjalliseen tutkimustietoon ja kehittää syöpää sairastavan saattohoitopotilaan henkistä tukemista osastolla. Opinnäytetyö toimii lähtökohtana hoitajien käyttöön tehtävälle oppaalle, joka mahdollisesti toteutetaan myöhemmin osastolla.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosaston hoitajilta. Aineiston keräämisessä käytettiin avointa kyselylomaketta, joka analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

Aiheen valintaan vaikutti oma kiinnostuksemme saattohoitopotilaan hoitotyötä, etenkin henkistä tukemista kohtaan. Aihe on ajankohtainen sosiaali- ja terveysministeriön uuden saattohoitosuosituksen (2010) ansiosta. Idea opinnäytetyön aiheesta lähti käytännön tarpeesta toteuttaa ja kehittää henkistä tukemista syöpätautien vuodeosastolla. Syöpää sairastavan saattohoitopotilaan henkisestä tukemisesta oli vähän aikaisempaa tutkimustietoa, mikä motivoi meitä lisätiedon etsimiseen.

2 SYÖPÄÄ SAIRASTAVAN SAATTOHOITO

ETENE (2003) määrittelee saattohoidon kuolemaa lähestyvän potilaan aktiiviseksi hoidoksi, joka tapahtuu sairauden viime vaiheissa sekä kuolinprosessin aikana. Lähtökohta saattohoidolle on potilaan etenevä parantumaton sairaus, johon ei ole parantavaa hoitoa tai potilas on itse kieltäytynyt hoidosta.

Syöpätapauksia todetaan vuosittain yli 20 000 ja niiden määrän arvioidaan nousevan seuraavien viidentoista vuoden aikana 30 %:lla. Arvioiden mukaan joka neljäs ja tulevaisuudessa joka kolmas suomalainen sairastuu syöpään, jossakin vaiheessa elämänsä. Syöpään sairastuneiden elinennuste paranee koko ajan sairauden varhaisen toteamisen sekä hyvien hoitotulosten ansiosta. Todennäköisyys syövästä paranemiseen kasvaa kaiken aikaa ja mahdollisuudet riippuvat esimerkiksi kasvaimen sijainnista, sairauden levinneisyydestä ja kasvainsolukosta. Suomessa kuolee vuosittain noin 10 000 henkilöä syöpään, joka on toiseksi yleisin kuolinsyy maassamme. Kansainvälisesti verrattuna syöpäkuolleisuutemme on suhteellisen pieni. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2005, 428–429; Salminen 2000, 22; Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 100–101.)

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston, Valviran (2011) mukaan parantavien hoitomuotojen päättyessä tehdään päätös saattohoidosta, jonka tavoitteena on potilaan jäljellä olevan elämän laadun hyvänä säilyttäminen. Parantavista hoidoista luovuttaessa potilaalle ja hänen omaisilleen hoitoneuvottelussa kerrotaan jäljellä olevista hoidoista, joilla helpotetaan potilaan oloa. Siirtyminen saattohoitoon kirjataan potilasasiakirjoihin. Saattohoitopäätös, joka on tehty yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa, mahdollistaa keskittymisen olennaiseen sekä kuolemaan valmistautumiseen niin potilaalle kuin omaisille. (Valvira 2011.)

Leinon, Pusan, Vilminkon ja Hollin (1996) tutkimuksessa todetaan, että yliopistosairaalassa viime vaiheen hoito oli sairauskeskeistä. Käytössä oli parantaviksi tarkoitettuja hoitomenetelmiä, vaikka myönteinen lopputulos ei ollut saavutettavissa. Potilaiden henkisen sopeutumisen huomioinnissa ja viestinnässä oli kehitettävää.

2.1 Syöpäsairaudet ja niiden yleisimmät hoitomuodot

Syöpä on yleinen nimitys suurelle ryhmälle sairauksia, joiden ominaisuutena on poikkeavien solujen nopea luominen. Rakenteeltaan poikkeavat solut eivät tottele elimistön tavallisia säätelyjärjestelmiä, vaan ne irtoavat emokasvaimesta imunestekiertoön tai verenkiertoön. Solut kulkeutuvat muualle elimistöön useita reittejä pitkin muodostaen metastaaseja eli etäpesäkkeitä, jotka ovat merkittävä syy useimpiin syöpäkuolemiin. Elimistölle syöpäkasvaimen kasvu on haitallista, koska kasvaessaan syöpä tuhoaa ympäröivää tervettä kudosta ja suurentuessaan aiheuttaa kyseisen elimen toiminnan häiriintymisen. (THL 2009; Salminen 2000, 12; WHO 2011.)

Yleisimpiä syövän hoitumuotoja ovat leikkaus- ja sädehoito sekä erilaiset lääkehoidot. Harvemmin käytettyjä ovat immunologiset hoitomuodot, laser- ja jäädytys hoito ja keeelliset hoidot. Ensimmäisenä syövän hoitomuotona on usein leikkaushoito, jota tarvittaessa täydennetään muilla hoitomuodoilla. Säteilylle herkkä syöpäkasvain voidaan hävittää sädehoidolla, johon voidaan yhdistää leikkaus- ja lääkehoito säteilylle vähemmän herkkien syöpäkasvainten hoidossa. Leikkauksen tai sädehoidon jälkeen annetaan heti adjuvanttihoito eli liitännäislääkehoito, joka voi olla solunsalpaaja- tai hormonihoitoa. Potilaalle voidaan myös antaa ennen leikkausta tai sädehoitoa neoadjuvanttihoito eli alkuhoito, jolla pyritään pienentämään primaarikasvaimen kokoa. (Jouensuu 2006, 122–123.)

2.2 Palliativisesta hoidosta saattohoitoon

Palliativinen hoito voi kestää vuosia, kun taas saattohoito tarkoittaa lähestyvään kuolemaan olevan aikaa enää joitakin viikkoja tai kuukausia (Vuorinen 2008, 27). Palliativinen hoito määritellään Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan parantumattomasti sairaiden ja kuolevien potilaiden aktiiviseksi hoidoksi. Keskeisiä asioita hoidossa ovat kivun ja muiden oireiden lievitys sekä psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten ongelmien käsittely. Tavoitteena on parhaan mahdollisen elämänlaadun saavuttaminen niin potilaalle kuin hänen omaisilleen. (WHO 2010.) Palliativisen hoidon viimeinen jakso muodostuu terminaali- ja saattohoidosta, jotka eivät ole synonyymejä palliativiselle hoidolle (Mattila 2002, 2).

Saattohoidon sanana katsotaan tarkoittavan potilaan mukana kulkemista, saattamista sekä tukemista (Hänninen 2003, 14). Saattohoito on vaikeasti sairaan ihmisen turvallista ja jatkuvaa oireenmukaista perushoitoa sekä ihmisarvoa kunnioittavaa huolenpitoa silloin, kun parantavaa hoitoa ei ole enää tarjolla ja taudin etenemiseen ei enää

kyetä vaikuttamaan tai potilas on kieltäytynyt hoidoista (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 114).

Mattila toteaa julkaisussaan (2002), että ”terminaalihoito sanana liittyy sairauteen; sairaus on loppuvaiheessa. Saattohoito sanana puolestaan liittyy potilaaseen; ihminen saatetaan elämässään viimeiselle matkalle.” (Mattila 2002, 26.) Niin saattohoidon kuin palliatiivisen hoidon tavoitteena on potilaan ja hänen omaistensa tukeminen ja parhaan mahdollisen elämänlaadun saavuttaminen (WHO 2010).

Saattohoidossa yksilöllisen perushoidon sekä oireiden ja kärsimyksien lievittämisen lisäksi potilaan ihmisyyttä kunnioitetaan. Tavoitteena on pitää potilaan olo mahdollisimman kivuttomana ja miellyttävänä, taata turvallinen ja arvokas kuolema sekä olla potilaan omaisten henkisenä tukena. Oirehoidon ja perushoidon hyvän tason turvaamisen lisäksi potilaan tulisi saada mahdollisuuksien mukaan tehdä haluamiaan asioita. Ensiarvoisia asioita potilaalle voivat olla ilon, hellyyden ja omanarvontunnon kokeminen. Potilaan tulisi saada valmistautua kuolemaansa rauhassa sekä saada kuolla turvallisessa paikassa ilman pelkoja. (Kokkonen ym. 2004, 111, 114; ETENE 2003.)

Käypä hoito -suosituksessa Kuolevan potilaan oireiden hoito (2008) huomioidaan kuolevan potilaan fyysisten oireiden hoitaminen. Saattohoitopotilas tarvitsee niin psyykkistä kuin sosiaalista tukea. Saattohoidon järjestämisessä huomioidaan potilaan fyysiset, psyykkiset, hengelliset ja sosiaaliset tarpeet. Edellisten tarpeiden lisäksi STM:n julkaisu 2010:6 määrittelee kuolevan ihmisen kokonaisvaltaiseen hoitamiseen kuuluvaksi myös henkisen näkökulman. Jatkuva ja turvallinen hoitosuhde sekä tukea antava ja eläytyvä kuuntelu ovat tärkeä osa hoitoa (Vuorinen 2008, 27).

Hoidon sisällön suunnittelussa sekä hoidon järjestämisessä tulee hoitohenkilökunnalla olla myönteinen asenne saattohoitoon sekä riittävät taidot ja tiedot sen toteuttamiseen. Kivun lievitys on olennainen osa saattohoitoa. Hoidon kannalta tarpeettomat tutkimukset sekä hoitotoimenpiteet jätetään pois. Hyvällä perushoidolla voidaan ehkäistä ja vähentää potilaan somaattisia ja psyykkisiä oireita kuoleman lähestyessä. Omaisia tuetaan lähestyvän kuoleman aiheuttamassa tuskassa ja ahdistuksessa. Heidän ja potilaan kanssa keskustellaan valituista hoitoratkaisuista ja -tavoista, ja näissä päätöksissä tulee vallita yhteisymmärrys niin potilaan, hänen omaisten kuin hoitoon osallistuvan hoitohenkilökunnan kanssa. Kun potilas ja hänen omaisensa saavat riittävästi tietoa ymmärrettävällä tavalla, he kykenevät ottamaan paremmin

osaa hoitoa koskevien päätöksiä tekemiseen. (Vuorinen 2008, 27; Kokkonen ym. 2004, 114–115; ETENE 2003.)

2.3 Saattohoidon laadun mittaaminen

Terveystieteiden eettisyyden ja laadun tärkeinä mittarina pidetään kuolevan potilaan hyvää hoitoa. Suomessa saattohoitoa toteutetaan hyvin, mutta viimeisten hetkien hoidossa perus- ja ihmisoikeudet eivät aina täysmääräisesti toteudu. (STM 2009.) Hännisen (2003, 9) mukaan saattohoidon tutkimisen vaikeutena on yksiselitteisten mittareiden puute sekä eettisyyden huomioiminen kuolevien potilaiden hoidossa. Kuolevan potilaan hoitotyöhön liittyviä tutkimuksia on tehty potilaiden, omaisten, hoitohenkilökunnan ja saattohoitokulttuurin näkökulmasta. On tutkittu myös potilaiden ja hoitajien vuorovaikutussuhteita. (Lipponen 2006.)

Kipu kuuluu saattohoitopotilaan yleisimpiin oireisiin, joten kivun arviointi on tärkeää hoitotyössä. Saattohoitopotilaan kivun arvioinnin menetelminä käytetään muun muassa keskustelun apuna VAS-asteikkoa (Visual analogue scale) ja kipujanaa. (Luukkanen 2010.) Käypä hoito –suositusten Kuolevan potilaan oireiden hoito (2008) mukaan psyykkisistä oireista masennusta voidaan myös mitata käyttäen VAS-asteikkoa, jolloin asteikon ääripää edustavat huonointa ja parasta mahdollista mielialaa.

Syöpää sairastavien potilaiden yleisimpiä oireita viimeisen elinvuoden aikana ovat kivun lisäksi laihtuminen, heikkous ja uupumus sekä psyykkisistä oireista ahdistuneisuus, masennus, unettomuus ja delirium eli sekavuustila (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008). Salmisen ja Salmenojan (2007) tutkimuksen mukaan yksittäisistä oireista uupumus oli yleisin. Muita oireita olivat kipu raskautuksessa, unihäiriöt sekä masennus. Tutkimuksessa käytettiin uutena työvälineenä ESAS-mittaria. (Salminen & Salmenoja 2007, 826.)

Saattohoitopotilaan hoidon tehokkaaseen arviointiin ja kehittämiseen on olemassa erilaisia kansainvälisesti käytössä olevia mittareita, esimerkiksi ESAS (Edmonton Symptom Assessment Schedule). Potilas tai hoitaja voi täyttää nopeakäyttöisen mittarin, jossa yhdeksän eri kohdan avulla mitataan potilaan kipua, väsymystä, pahoinvointia, masentuneisuutta, levottomuutta, uneliaisuutta, ruokahalua, hengenahdistusta ja yleistä hyvinvointia. ESAS-mittari itsessään ei ole täydellinen oireiden arvioija, vaan se on osa kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamista. Vääristymiä tietojen kirjaamisessa voivat aiheuttaa kirjaavien henkilöiden vaihtumiset hoidon jatkuessa. (Hearn &

Higginson 2001, 133–134; Regional Palliative Care Program 2001). Turkissa tehty tutkimus ESAS-mittarin käytettävyydestä syöpäpotilaiden hoidossa osoitti mittarin olevan luotettava ja pätevä (Yeşilbalkan, Özkütük, Karadakovan, Turgut & Kazgan 2008). Suomessa ESAS-mittarin käytettävyyttä on arvioitu Tampereen yliopistollisen sairaalan Palliativisen hoidon yksikössä (Myller 2007). Salmisen ja Salmenojan (2007) Turun yliopistollisessa sairaalassa tehdyn tutkimuksen mukaan ESAS-mittari on hyödyllinen ja siitä on tullut hyvä väline palliativisen potilaan hoidossa. Mittari ottaa huomioon potilaan oirekirjon monipuolisesti ja potilaat ovat myös kokeneet tulensa huomioiduksi kokonaisvaltaisesti.

2.4 Hoitoneuvottelu saattohoidosta

Päätöstä saattohoitoon siirtymisestä edeltää hoitoneuvottelu, jossa potilaan sairautteen sekä hoitoon liittyvät asiat selvitetään useasta eri näkökulmasta. Hoitolinjaukset tehdään yksilöllisesti ja neuvottelussa kuunnellaan potilaan ajatuksia sekä tuntemuksia. Päätöksen saattohoidosta tekee potilaan hoidosta vastaava lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Potilaan mahdollisuus inhimilliseen ja kärsimyksiä helpottavaan saattohoitoon elämän loppuvaiheessa saattaa jäädä saavuttamatta, jos saattohoitopäätöstä ei tehdä ajoissa tai se jää kokonaan tekemättä. (ETENE 2003.) Omaisten kanssa tulisi keskustella muuttuneista hoidon tavoitteista kuoleman lähestyessä (LeGrand & Walsh 2010, 489).

Potilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden tulee olla tietoisia saattohoitovaiheen alkamisesta. Saattohoitoa koskevan hoitoneuvottelun päätökset kirjataan potilasasiakirjoihin selkeästi ja mahdollisimman yksityiskohtaisesti, jotta kaikki potilaan hoitoon osallistuvat saavat ajankohtaisen tiedon hoitopäätöksestä. (ETENE 2003.)

2.5 Hoitotahto

Hoitotahdon käsite syntyi vuonna 1967 ja aluksi se herätti ristiriitaisia mielipiteitä, mutta nykyään se on sisällytetty useimpien Euroopan valtioiden sekä Yhdysvaltojen lakiin. Vuonna 1993 Suomessa voimaan tullut laki potilaan oikeuksista edellyttää potilaan tahdon selvittämistä ja sen kunnioittamista. Lain mukaan potilas voi kieltäytyä kaikista itseään koskevista hoidoista. Tämä oikeus koskee myös elämää ylläpitäviä hoitoja sekä tulevia hoitopäätöksiä. Hoitotahdon voimaan astuminen tapahtuu, kun potilas ei kykene enää kommunikoimaan. (Hildén 2006, 29, 31; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Hoitotahto on potilaan omaa hoitoa koskeva tahdonilmaisu, joka tehdään suullisesti tai kirjallisesti tulevaisuuden varalle. Potilaan laatima hoitotahto menee läheisten tahdon edelle ja se on terveydenhuollon henkilöstöä sitova. Uhkana potilaan tahdonilmaisun toteutumatta jäämiselle voivat olla omaisten hoitoa koskevat vaatimukset sekä pelko omaisten mahdollisesta kantelusta viranomaiselle. Tärkeää on, että hoitotahdon tehnyt potilas keskustelisi omaistensa sekä hoitavan lääkärin kanssa, jotta välttyttäisiin epäselvyyksiltä hoitotahdon tulkinnassa. Päätöksen pitkittäminen voi kuitenkin lisätä niin potilaan kuin hänen omaistensa kärsimystä. Potilaalle ei jää mahdollisuutta arvokkaaseen elämän loppuvaiheeseen. (Kokkonen ym. 2004, 79, 83, 90.) Yleisesti lääkärit ja hoitajat suhtautuvat myönteisesti hoitotahtoon, koska katsovat sen edistävän keskusteluja potilaan kanssa ja helpottavan hoitopäätöksien tekemistä sekä parantavan potilaan autonomian toteutumista (Hildén 2006, 32). Hoidoista luopuminen voi kuitenkin olla toisinaan vaikeaa hoitohenkilökunnalle (Kokkonen ym. 2004, 93).

Allekirjoitettu sekä kahden henkilön todistama hoitotahto liitetään potilasasiakirjoihin. Hoitopäätösten perusteet sekä seuraamukset selvitetään potilaalle ja hänellä on oikeus muuttaa tai peruuttaa hoitotahto. Ajoittainen arviointi arvojen ja asioiden tärkeysjärjestyksen säilymisestä tai muuttumisesta kirjataan asiakirjaan päiväyksin ja nimikirjaimin. Hoitotahdon peruuttamisen potilas voi tehdä suullisesti, kirjallisesti tai hävittämällä asiakirjan ja sen jäljennökset milloin tahansa tai laatimalla uuden tahdonilmaisun hoidostaan. Potilaan ilmaistessa tai peruuttaessa hoitotahdon suullisesti sairaalahoidon aikana, se tulee kirjata potilasasiakirjoihin. (Valvira 2010; Kokkonen ym. 2004, 87; ETENE 2003.)

3 SAATTOHOITOPOTILAAN HENKINEN TUKEMINEN

Henkiseen tukemiseen kuuluvat läsnäolo, potilaan kuunteleminen ja hänen toiveidensa huomioon ottaminen sekä potilaan ja omaisten turvattomuuden tunteen lievittäminen (Syöpäjärjestöt 2010). Saattohoitopotilaalla voi vakavaan sairauteen ja lähestyvään kuolemaan liittyä ahdistusta, masennusta, pelkoa ja huolta. Pelko kohdistuu esimerkiksi toimintakyvyn muuttumiseen sekä siihen, miten omaiset pärjäävät. Tällöin potilaan henkistä tilaa helpottaa omaisten realistinen suhtautuminen tilanteeseen. Potilaan toivoessa keskustelua lähestyvistä kuolemasta, olisi ihanteellista, että omaiset kykenisivät siihen. Keskusteluapua voi pyytää hoitohenkilökunnalta tai käännyä sairaalapapin puoleen ja tarvittaessa Syöpäyhdistyksen vapaaehtoinen tukihenkilö tulee paikalle. (Syöpäjärjestöt 2010; Rautalahti 2006, 17.)

Karvisen (2009, 34) väitöksessä todetaan, että henkisyys ja hengellisyys ovat yhteydessä toisiinsa. Henkisyys tarkoittaa ihmisen mielenkiintoa elämän perusarvoja, ylliluonnollisuutta ja yleensäkin ihmisen olemassaoloa kohtaan. Hengellisyys on ihmisen mielenkiintoa uskonnon arvoja ja periaatteita sekä jumaluutta tai yliluonnollisuutta kohtaan.

Karvisen (2009) väitöstutkimuksen tuloksena syntyi suomalaisessa terveydenhuollossa sovellettava malli henkisestä ja hengellisestä terveydestä, josta ei ollut esitetty aikaisemmin yhtenäistä mallia. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että henkinen ja hengellinen terveys on jaettavissa selittäviin, tukeviin ja uhkaaviin tekijöihin. Terveyttä selittäviin tekijöihin kuuluvat yliluonnollinen selittävä tekijä, käsitys sopivasta ravinnosta, kyky eksistentiaaliseen pohdintaan sekä tasapaino suhteessa kulttuuriin. Esimerkiksi moraali- ja terveystietäminen kuuluvat terveyttä tukeviin tekijöihin, kun taas uhkaava tekijä on muun muassa mielenterveysongelmien väärindiagnosointi. Karvisen tutkimus oli etnografinen ja se tehtiin Keniassa, Kendun sairaalan henkilökunnalle ja potilaille sekä Kendu Bayn kylän asukkaille. (Karvinen 2009, 50–51, 161–167.)

Psyykkiseen hyvinvointiin liittyvät turvallisuus sekä pelolta ja ahdistukselta suojautuminen. Potilaan psyykkistä hyvinvointia pitäisi tukea eri tavoin, sekä hoitohenkilökunnan että omaisten. Elämän päättymisen on luonnollinen osa potilaan elinkaarta, mutta kuolemasta keskustelemista ei kuitenkaan tule jättää viime hetkien asiaksi vaan tehdä se riittävän ajoissa. Oikeaan aikaan annettu totuudenmukainen tieto potilaan omasta tilasta sekä avun saatavuudesta lisäävät turvallisuuden ja levollisuuden tunnetta. Tärkeää on hyvän tiedon saaminen, jotta potilaalla ja hänen omaisillaan on

aikaa rauhoittua ja valmistautua lähestyvään kuolemaan. Liian yksityiskohtainen tiedon antaminen saattaa kuitenkin lisätä potilaan ahdistusta, joten olisi hyvä keskustella etukäteen sairauteen ja hoitoon liittyvän tiedon antamisen laajuudesta. (Vuorinen 2008, 27; Hänninen & Pajunen 2006, 57–58; Jyrkkiö 2008, 3656–3657; Lindström 2010, 328.)

Lähestyvä kuolema asettaa koko hoitohenkilökunnalle erityisiä vaatimuksia. Hoitotyössä pyritään hyvään yhteistyöhön sekä yhteisymmärrykseen potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Hoitohenkilökunnalla tulee olla taitoa ja halua kuunnella potilasta sekä kunnioittaa hänen tahtoaan. Alan koulutusta ja valmiuksia omaavalla hoitohenkilökunnalla on edellytyksiä toteuttaa laadukasta saattohoitoa, jos henkilöresurssit ovat riittävät. Saattohoidossa tulee huomioida potilaan toivomukset mahdollisuuksien mukaan ja varmistaa, ettei potilas koe jäävänsä yksin. (Kokkonen ym. 2004, 111–112; Lindström 2010, 327.)

Potilaan tiedostaessa oman lähestyvän kuolemansa, tulee hänelle eteen luopuminen elämän menosta. Tämän oivaltamiseen liittyy paljon vaihtelevaa kapinointia ja kyyneleitä. Tuska kuitenkin useimmiten helpottuu kuoleman lähestyessä ja potilas asettuu elämän kulkuun rauhallisesti suostuen, ei alistuen. Kuolemaa lähestyvä potilas ja hänen omaisensa valmistautuvat tulevaan, ja he tarvitsevat hyväksyntää omana itsenään olemiseen. Kuoleva potilas on hyvin hauras ja paljaimmillaan, joten omaisilta vaaditaan tilanteessa suostumista sekä taisteluvahvuutta. Yhteistyö omaisten kanssa tulee olla avointa ja ystävällistä kanssakäymistä, jossa korostuu kunnioitus, nöyryys sekä rohkeus. (Mattila 2010, 64–66.)

3.1 Kriisin vaiheet potilaan sopeutuessa saattohoitoon

Pitkäaikaisen sairauden aikana potilas voi pyytää itse tukea tai hän saa sitä lääkärin tai hoitajan konsultaation perusteella. Potilaan tukemiseen erilaisissa sairauden vaiheissa on kehitetty 1970-luvulta alkaen psykiatrissa toimintaa sairaalassa. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 115.) Potilaalle kerrottu tieto parantumattomasta sairaudesta aiheuttaa kriisin, jolloin potilaan tunteet vaihtelevat pelosta ja lamaannuksesta aggressiivisuuteen sekä vihaan. Toisaalta potilas voi näyttää ulkoisesti rauhalliselta. Tiedon uskominen todeksi on vaikeaa, ja potilas on järkyttynyt sekä sokissa. Hoitohenkilökunnan tulee tässä vaiheessa muistaa myös sokkivaihetta potilaan kanssa elävät omaiset. Haasteita hoitotyöhön aiheutuu, kun järkyttynyt potilas ei välttämättä kykene ymmärtämään kuulemaansa, eikä muista hänelle kerrottuja asioita ahdistuksen vuoksi. Traumaattisten asioiden käsittely tulee tapahtua rauhallisesti ilman kiiret-

tä ja potilaalle on annettava aikaa sopeutua tilanteeseen. Rauhoittumisen jälkeen alkaa todellisuus selvitä ja sopeutuminen tilanteeseen alkaa usein kielteisistä tunteista. (Anttila ym. 2005, 480; Väisänen ym. 2009, 89, 115–116.) Potilaan hyväksyessä sairautensa, se edistää hoitohenkilökunnan ja potilaan välistä yhteistyötä. Potilas tulee ottaa mukaan hoidon suunnitteluun, toteutukseen sekä arviointiin (Anttila ym. 2005, 481.)

Todettaessa, että sairauden etenemisen estämiseksi ei ole mitään tehtävissä, alkaa uusi kriisivaihe. Toiveet paranemisesta on menetetty ja useilla potilailla alkaa selviytymisprosessi alusta. Potilas käy läpi sokkivaiheen, reaktiovaiheen, työstämis- ja käsittelyvaiheen ja näiden jälkeen hän voi haluta keskustella lähestyvistä kuolemasta. (Anttila ym. 2005, 481.) Sokkivaiheessa ihmisen kyky käsitellä tietoa lakkaa toimimasta. Tarkoituksena on suojata mieltä asioilta, joita se ei kestä. Sokkireaktion aikana ihminen saattaa olla täysin tunteeton tai kokea voimakkaita tunnereaktioita. (Saari ym. 2009, 20–21, 23.)

Sokissa oleva potilas tarvitsee tukea, joka on aktiivista kuuntelua, läsnäoloa sekä käytettävissä olemista. Hoitohenkilökunnan tulee säilyttää oma rauhallisuutensa ja antaa tilaa autettavalle. Heidän tulee sietää ihmisen tuskaa sekä luoda tämän tunteen purkamiselle ymmärtäväinen ja turvallinen ilmapiiri ja pidättäytyä mielipiteiden ilmaisusta tai kannanotoista. Sokissa oleva potilas on herkkä tunnistamaan auttajan reaktioita ja liian aikaisen lohduttamisen hän voi tulkita siten, että hoitaja ei itse enää kestä tilannetta. Kosketuksella hoitaja voi ilmaista myötätuntoa sekä välittämistä, mutta se on harkittava tilanteen mukaan. (Saari ym. 2009, 28–29.) Potilaan ja hänen omaistensa kieltäessä liian tuskalliset tosiseikat, kriisiprosessi saattaa jäädä sokkivaiheeseen. Hoitaja ei voi tällaisessa tilanteessa puuttua kriisissä olevien tapaan käsitellä lähestyvää kuolemaa, vaan pyrkiä tukemaan potilasta saavuttamaan arvokas ja lempeä mahdollisuus kuolla. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 103.)

Potilas siirtyy vähitellen sokkivaiheesta reaktiovaiheeseen, jonka tavoitteena on tietoisuuden kasvaminen tapahtuneesta. Koko ajan tietoisten vaiheiden kesto pitenee ja jää pysyväksi olotilaksi. Reaktiovaiheessa tunteet ovat voimakkaita ihmisen tajutessa mitä on tapahtunut, ja hän hakee syyllistä tapahtuneeseen, joka voi olla esimerkiksi hoitohenkilökunta tai muu vastaava taho. Jotta ihminen pystyy jatkamaan sopeutumisprosessiaan, on hänen päästävä syyttämisvaiheen yli. Avuttomuus, voimakkaat pelot sekä ahdistuneisuus ovat yleisiä tunteita. Avuttomuutta potilas voi kokea sen takia, ettei pysty itse vaikuttamaan tapahtumiin. Pelkoa ja ahdistusta tunnetaan tuntematonta sekä tulevaisuutta kohtaan. (Saari ym. 2009, 31–33.)

Työstämis- ja käsittelyvaiheessa mieltä järkyttäneestä asiasta ei enää haluta puhua ja tapahtumaan aletaan saada etäisyyttä. Ihminen kaipaa omaa rauhaa, sekä hän haluaa käsitellä asioita itsekseen. Tunteiden käsitleminen helpottuu, eivätkä ne ole enää niin hallitsevia kuin reaktiovaiheessa. Tärkeää on, että omaiset jaksavat kuunnella autettavaa ja olla läsnä kaikissa kriisiprosessin sopeutumisvaiheissa. (Saari ym. 2009, 41.)

Lehto-Järnstedt, Kellokumpu-Lehtinen ja Ojanen (2002) toteavat Tampereen yliopistollisen sairaalan syöpätautien klinikassa tehdyssä tutkimuksessaan ihmissuhteiden antaman tuen, elämäntapahtumien ja –tilanteiden sekä persoonallisuuden piirteiden vaikuttavan sairauden aiheuttaman stressin hallintaan. Tutkimuksen mukaan potilaat kokivat hoitajilta ja lääkäreiltä saaneensa lähes yhtä paljon tukea kuin omaisilta.

3.2 Hoitotyön auttamismenetelmiä

Hoitotyön auttamismenetelmillä tarkoitetaan hoitohenkilökunnan keinoja, joiden tavoitteena on potilaan auttaminen terveyden edistämiseksi, sairauden ja sen aiheuttamien rajoitusten kanssa toimeen tulemisessa tai kuoleman lähestyessä. Potilaan terveydentilan, toimintakyvyn tai ympäristön muutoksien vaihtelut vaikuttavat hoitotyön menetelmien valintaan. (Partanen & Perälä 1997.) Hoitotyön auttamismenetelmiin kuuluvat Sarajärven (2002) tutkimuksen mukaan potilaan auttaminen, ohjaus ja tukeminen sekä yhteistoiminta. Auttamista ovat potilaan avustaminen päivittäisissä toiminnoissa ja aktivointi. Ohjaus ja tukeminen käsittävät ajan antamisen, turvallisuudesta huolehtimisen sekä aikaan ja paikkaan orientoimisen. Yhteistoiminnalla tarkoitetaan toivomusten huomiointia, tunteiden ja kokemusten ymmärtämistä sekä yksityisyyden kunnioittamista. (Sarajärvi 2002.) Mönkkösen (2007, 185) mukaan potilaslähtöisyys on tärkeä lähtökohta hoitotyöhön. Hoitajan tulee ottaa huomioon potilaan tarpeet sekä kunnioittaa hänen yksilöllisyytään.

Kohosen, Kylmän, Juvakan ja Pietilän (2007) tutkimuksessa todetaan, että toivoa vahvistavia hoitotyön auttamismenetelmiä ovat luottamuksellinen hoitosuhde, potilaskeskeisyys, keskusteleminen, toivon ja voimavarojen tukeminen sekä pelkojen vähentäminen. Potilaan ja omaisten tiedon saanti turvataan sekä heitä tuetaan sairautteen sopeutumisessa. Potilaalle järjestetään suojaava ympäristö.

Kuuppelomäki (2002) tuo esille tutkimuksessaan emotionaalisen tukemisen muodoista kuuntelemisen, koskettamisen, rohkaisemisen, potilaan toivomusten huomioimi-

sen, lohduttamisen, myötäelämisen sekä läsnäolon. Organisaation resursseista ja ajan puutteesta aiheutui ongelmia. Tutkimuksessa todetaan, että kuolevia potilaita hoitavilla pitäisi olla riittävästi aikaa ja heille tulisi järjestää koulutusta.

3.2.1 Viestintä

Silvennoinen (2004, 18) toteaa perustan vuorovaikutukselle olevan viestinnässä, joka mahdollistaa asioiden sujumisen käytännössä ja Mäkelän ym. (2001, 13) mukaan vuorovaikutuksen ydin on kommunikaatio. Asiayhteys ja muut erilaiset tilannetekijät vaikuttavat viestintätilanteeseen, jota ohjaavat normit sekä viestintäilmapiiri. Epävarmaa ja vaikeaa viestinnästä tekee se, että sillä on aina tarkoituksellisia sekä tahattomia tuloksia. Viestintää tapahtuu sanallisesti ja sanattomasti potilaan ja hoitajan välillä. Kommunikaatiosta suurin osa on sanatonta viestintää, joka on sanallista viestintää vaikeammin hallittavissa. Hoitaja ei pysty kontrolloimaan läheskään kaikkia ilmeitä, jotka eleiden ja äänenpainon kanssa yhdessä paljastavat enemmän kuin sanat. Sanattoman ja sanallisen viestinnän ollessa selkeästi ristiriidassa, menee sanaton viesti perille. (Silvennoinen 2004, 19, 24, 27; Mäkelä ym. 2001, 14.)

3.2.2 Kuuntelu

Kuunteleminen on osa vuorovaikutustaitoja ja aktiivista toimintaa, kun taas kuuleminen tapahtuu passiivisesti eli tajuamme erilaisia ääniä ympäristössämme. Potilaan aktiivinen kuunteleminen vaatii hoitajalta energiaa, aikaa, keskittymistä asiaan sekä kuulemansa asian tulkitsemista. Hyvän kuuntelemisen kivijalka muodostuu kuuntelijan positiivisesta ja toisesta ihmisestä kiinnostuneesta asenteesta. Kuuntelijan tulisi ymmärtää puhuttujen sanojen lisäksi puhujan nonverbaalista eli sanatonta viestintää. Kuuntelijan kuunnellaessa hyvin, kiinnittää hän huomion sanoihin sekä hiljaisuuteen sanojen välillä. Toisinaan kuuntelemiselle on hyvät edellytykset, mutta häiriötekijänä voi olla melu tai kuuntelijan tunnetilat ja tällöin keskittyminen kuuntelemiseen häiriintyy ja viestin tulkinta voi vääristyä. Tehokas kuuntelun apukeino on hiljaa pysytteleminen, jolloin hiljaisuus voi tarkoittaa potilaan kuuntelemista aktiivisesti tai vetäytymistä. (Vartiainen-Ora 2002, 7-8, 11–12; Isaacs 2001, 101; Väisänen ym. 2009, 21; Mäkelä ym. 2001, 32–33.) Isaacs toteaa teoksessaan (2001, 98), että ”kuunteleminen ei tarkoita vain sanojen kuulemistä, vaan kykyä ottaa sanat vastaan ja hyväksyä ne sekä vaientaa vähitellen oma sisäinen hälinänsä.”

Potilaan kuuntelemisen osaaminen ja hänen ajatuksien arvostaminen tarkoittavat vastavuoroisuutta (Väisänen ym. 2009, 19). Hoitohenkilökunta tarvitsee työssään

aktiivista kuuntelemisen taitoa, jossa annetaan puhujalle aikaa sekä luodaan hänelle tunne, että kerrottu asia on tärkeä. Hoitajan aktiivinen kuunteleminen auttaa potilasta selventämään omia tunteitaan ja ajatuksiaan. Niin aktiivisessa kuin arvostavassa kuuntelemisessä tärkeää on tilan antaminen toiselle. Sen lisäksi arvostavassa kuuntelemisessä kuuntelija ei mieti omaa vastaustaan vaan kuuntelee puhujaa arvostelematta ja arvioimatta. (Vartiainen-Ora 2002, 19–20, 33; Silvennoinen 2004, 115.)

3.2.3 Keskustelu

Yhteisessä keskustelussa, joka syntyy liittyttäessä toisen puheeseen, on mahdollisuus molemmilla osapuolilla kuulla ja tulla kuulluksi. Hoitajan tavoitteena on luoda mahdollisimman hyvä vuoropuhelu, jotta potilas tulisi mahdollisimman hyvin kuulluksi. Keskusteluissa tulee kartoittaa fyysistä ja psyykkistä tilaa, koska muutokset edellyttävät sopeutumista. Saadessaan kokonaisvaltaista tukea potilaan sekä hänen omaistensa yhteistyö paranee hoitavan tahon kanssa. (Väisänen ym. 2009, 42, 117.) Aikaa sekä mahdollisuuksia keskusteluun lähestyvistä kuolemasta on potilaan niin halutessaan varattava ja hoitoa koskevat asiat tulee selvittää ymmärrettävästi. Potilaan kieltäytyessä hoidoista on hänelle ja hänen omaisilleen selitettävä sairauden tilanne sekä hoidoista luopumisen seuraukset. (Kokkonen ym. 2004, 111–112.)

Potilaan maatessa osastolla toiminta- ja puolustuskyky heikentyneenä merkitystä on sillä, mitä hoitaja kertoo tai jättää kertomatta. Kerrottaessa asioita, joita potilas ei koskaan unohda, on niin kuulija kuin kertoja ihmisinä paljaina ja haavoittuvina. Näissä tilanteissa sanat saavat erityismerkityksen ja hoitajalla on erityisvastuu sanoistaan. Vaikean asian kertominen on haastavaa, joten lääkäri tai hoitaja perehtyy asian kertomiseen etukäteen keskittyen perusasioihin, koska potilas ei pysty ottamaan vastaan paljon vaikeassa tilanteessa. (Väisänen ym. 2009, 88, 92, 116.) Ihmisen ollessa voimakkaassa pelko-, kiihtymys- tai lamaannustilassa, voi asioiden toistaminen olla tehokas keino kommunikoida ymmärrettävästi (Hjelt-Putilin 2005, 103).

3.2.4 Läsnäolo

Hoitajan rooli vaikeiden asioiden aktiivisena kuulijana on raskasta, ja hoitajan kestäminen ja läsnäolo näissä tilanteissa ovat tärkeitä asioita potilaiden mielestä. Tärkeä taito on mennä potilasta vastaan puoliväliin vaikeissa asioissa, mutta ei upota kokonaan murheisiin potilaan mukana. (Väisänen ym. 2009, 95.) Hoitajan eläytyessä liian vahvasti potilaan kokemuksiin, hän voi kadottaa välimatkan potilaaseen. Tällöin hoitaja toimii potilaan puolesta tehden sellaisia tehtäviä ja päätöksiä, jotka kuuluisivat poti-

laalle. Päinvastaisessa tilanteessa hoitaja saattaa menettää mielenkiinnon potilaaseen ja jäädä liian etäälle omiin ajatuksiinsa. Hoitajan tulee käyttäytyä ammatillisesti ja asiallisesti, koska hän edustaa potilaalle todellisuutta, aikuisuutta ja terveyttä. Potilaan tarpeista lähtevä tietoinen, ammatillinen toiminta ohjaa hoitajaa työssään ja hänen tulee pyrkiä ymmärtämään hoidettavaansa. (Mäkelä ym. 2001, 37–38, 86.)

Potilaan ollessa hiljaa, hoitaja on läsnä ja kuuntelee hiljaisuuden sisältöä eri aistien kautta. Hiljaisuus voi kertoa potilaan häädystä, ahdistuksesta tai kyvyttömyydestä löytää sopivia sanoja. Tällöin hoitaja voi kysyä potilaan ajatuksia sillä hetkellä. Toisinaan on hyvä antaa potilaan jäsentää ajatuksiaan ja hoitaja odottaa kuinka potilas haluaa tilanteessa edetä. (Mäkelä ym. 2001, 33. 76.)

Mattilan (2010, 67) mukaan oikeus tuskailta kuoleman edessä kuuluu kuolevalle potilaalle. Hän tarvitsee tällöin lähelleen hoitajan, joka uskaltaa viipyä hänen vierellään elämän näyttäessä vähemmän seesteiseltä ja pystyy ymmärtämään sekä kestäämään tuskan, mutta kuitenkin kykenee tuntemaan myötätuntoa ja tukemaan potilaan jaksamista. Utraisen (2000) väitöskirjaan perustuvassa artikkelissa kuolevan vierelle asettuva kertoo olevansa läsnä. Läsnäolo koetaan antoisana ja tärkeänä, toisaalta taas vaikeampana kuin erilaiset hoitotoimenpiteet. Läsnäololla ymmärretään myös hiljaisuuden hyväksyminen. Käytännössä läsnäolo on vaikea toteuttaa resurssien puutteessa.

3.2.5 Luottamus ja turvallisuus

Tärkeimpiä edellytyksiä yhteistyölle on luottamus, jonka kehittyminen alkaa heti hoitosuhteen alussa. Hoitajan toiminnan tulee olla sellaista, että potilas voi tuntea olonsa turvalliseksi ja luottaa hoitajaan. (Mäkelä ym. 2001, 19–20.) Sisäisen turvan tunteen puuttuessa potilas on levoton, vaikka muutoin olosuhteet olisivat rauhalliset. Potilaalle sisäisen turvallisuuden tunteen puuttuminen merkitsee pelkoa, uhan tunnetta ja luottamuksen puutetta. (Sjöroos 2010, 30–31.) Turvallisuuden tunnetta vahvistaa hoitajan selkeä, täsmällinen ja ymmärrettävä sanallinen viestintä (Hjelt-Putilin 2005, 97).

Potilaan kokiessa voimavarojensa vähenevän korostuu lähellä olevien ihmisten merkitys luottamuksen ja turvallisuuden tunteiden ylläpitämisessä. Huolenpidolla vahvistetaan heikkoa ja lisätään elämänlaatua. Lupa vaikeroida kuoleman edessä sekä hoitajan ja omaisten rohkeus viipyä vierellä lohduttaa potilasta. Samalla yhteys toisiin ihmisiin luo turvallisuudentunnetta, josta syntyy luottamus siihen, ettei missään tilanteessa jää yksin. Kunnioittamalla saattohoitopotilaan itsemääräämisoikeutta, ainut-

kertaisuutta sekä arvokkuutta, hoitohenkilökunta saavuttaa potilaan luottamuksen. (Mattila 2010, 67; Heikkinen ym. 2004, 52.)

Potilas voi toivoa myös parantumista tai taudin etenemisen hidastumista, mutta hän ei silti tarvitse hoitohenkilökunnalta väärän toivon ylläpitämistä. Hoitajan tulee pitää yllä toivoa jatkuvasta hyvästä hoidosta ja huolenpidosta loppuun asti. (Mattila 2010, 66.) Potilaalle ja hänen omaisilleen hoidon jatkuvuus tuo turvallisuuden tunteen edistään samalla potilaan ja hoitohenkilökunnan välistä vuorovaikutusta (Heikkinen ym. 2004, 53).

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosastolla työskentelevien hoitajien käsityksiä syöpää sairastavan saattohoitopotilaan henkisestä tukemisesta avoimen kyselylomakkeen (liite 3) avulla.

Opinnäytetyön tavoitteena oli yhdistää kyselystä saadut käsitykset kirjalliseen tutkustietoon ja kehittää syöpää sairastavan saattohoitopotilaan henkistä tukemista osastolla. Opinnäytetyö toimii lähtökohtana oppaalle, joka mahdollisesti toteutetaan myöhemmin myöhempänä ajankohtana osastolla.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

- Mitä tarkoittaa syöpää sairastavan saattohoitopotilaan henkinen tukeminen hoitajien käsittämänä?
- Miten kehitetään syöpää sairastavan saattohoitopotilaan henkistä tukemista osastolla?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Kvalitatiiviselle eli laadulliselle tutkimukselle tyypillisiä piirteitä ovat kokonaisvaltainen tiedon hankkiminen, ihminen tiedon keruun välineenä, aineiston kerääminen todellisissa tilanteissa sekä induktiivisen analyysin käyttäminen. Laadullisen tutkimuksen aineistoa tarkastellaan yksityiskohtaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160.) Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää osallistujien näkökulma. Tutkittavan ilmiön laatu on ensisijainen laadullisessa tutkimuksessa, joten osallistujia voi olla vähän. (Kylmä & Juvakka 2007, 23, 26–27.) Valitsimme laadullisen tutkimusmenetelmän, koska tarkoituksenamme oli kuvata hoitajien käsityksiä syöpää sairastavan saattohoitopotilaan henkisestä tukemisesta.

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on, että tutkittavat kertovat omat kuvaukset ympäröivästä todellisuudesta. Kokemus on yksilöllinen, kun taas käsitys kertoo yhteisölle ominaisista ja perinteisistä tavoista yhteisön sisällä. (Vilka 2005, 97.) Opinnäytetyössämme kuvaamme hoitajien käsityksiä syöpää sairastavan saattohoitopotilaan henkisestä tukemisesta.

5.1 Osaston kuvaus

Syöpätautien vuodeosasto sijaitsee Kuopion yliopistollisen sairaalan päärakennuksessa K-aulan kahdeksannessa kerroksessa. Osastolla on 16 potilashuonetta, joissa on yhteensä 40 sairaansijaa. Seitsemästä neljän hengen huoneesta kolme on solunsalpaajahoitoa saavien potilaiden huoneita. Kahden hengen huoneita on kolme, joista yksi on perhehuone. Kolmesta yhden hengen huoneista kaksi on eristys huoneita. (Syöpätautien vuodeosaston perehdytyskansio 2010.)

Vuorokaudesta kuuteen viikkoon ajoiltaan vaihtelevien hoitojen tavoitteena on syöpäpotilaan parantuminen tai olon helpottuminen lääketieteen ja hoitotyön keinoin. Toiminnalla tähdätään potilaiden terveyden ja omatoimisuuden edistämiseen sekä hyvän elämänlaadun ylläpitämiseen yksilöllisesti. Keskustelutilanteisiin järjestetään riittävästi aikaa niin hoitavan lääkärin kuin muun hoitoon osallistuvan henkilökunnan taholta, jotta riittävä tiedon ja tuen määrän saaminen voidaan varmistaa. Lisäksi saattohoitovaiheessa olevalle potilaalle järjestetään rauhallinen hoitoympäristö ja hänen omaistensa läsnäoloa tuetaan. (Kuopion yliopistollinen sairaala 2010; Syöpätautien vuodeosaston perehdytyskansio 2010.)

Osaston perusarvoja ovat ihmisarvon kunnioittamisen, rehellisyyden ja vastuullisuuden lisäksi taloudellinen tuloksellisuus ja yhteistyökyky. Henkilökunnalla on vahva osaaminen sekä hyvät valmiudet toteuttaa hoitoa. Työssä jaksamista tuetaan arvo- ja kehityskeskusteluilla, osaamisen kehittämällä, vastuutehtävien jaolla sekä koulutuksella ja asiallisella palautteella. Uupumista ehkäistään huomioimalla työvuoroitukset ja vuosityöaika sekä lisäksi TYHY-toiminnalla, kuntoutuksilla, ilmapiirimittauksilla, työnohjauksella ja osastopalavereilla. (Syöpätautien vuodeosaston perehdytyskansio 2010.)

5.2 Kohdejoukko

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, satunnaisotosta ei käytetä (Hirsjärvi ym. 2007, 160). Opinnäytetyön kohdejoukkona oli Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosaston sairaan-, perus- ja lähihoitajat. Aineistonkeruu hetkellä osastolla työskenteli 30 hoitajaa, joista kyselyyn vastasi 15. Yhdyshenkilönä toimi syöpätautien vuodeosaston osastonhoitaja.

5.3 Aineistonkeruu

Opinnäytetyöhön liittyvät kyselyt toteutimme Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosastolla loka-marraskuun vaihteessa 2010. Keräsimme tietoa kirjallisella avoimella kyselylomakkeella (liite 3), johon kuului taustakysymyksiä. Veimme kyselylomakkeet vuodeosastolle aamukahvin aikaan, jolloin hoitajilla oli hetki aikaa keskittyä kyselyn alustukseen. Jokainen kyselylomake oli saatekirjeen (liite 2) kera omassa kirjekuoreessaan, jonka saattoi sulkea kyselyn täytettyään. Suljetut kirjekuoret koottiin toiseen kirjekuoreeseen. Aikaa kyselyn vastaamiseen oli kaksi viikkoa. Testasimme kyselylomakkeen kysymyksiä tuttavillamme, jotka toimivat terveydenhuoltoalalla, sekä muutamalla opiskelijatoverillamme. Saadun palautteen perusteella muokkasimme kysymyksiä ja muutimme kysymysjärjestystä. Testauksessa totesimme kyselyyn vastaamisen vievän noin 20 minuuttia.

Valitsimme tutkimusmenetelmäksi kyselyn, koska toivoimme siten saavamme laajan tutkimusaineiston sekä kyselyn olevan helpommin toteutettavissa syöpätautien vuodeosastolla. Kysyimme ensin kolme taustakysymystä, joilla saimme selville vastaajien iän, ammattinimikkeen sekä työskentelyajan syöpätautien vuodeosastolla. Avoimia kysymyksiä oli viisi, joista ensimmäisen tarkoituksena oli kartoittaa vastaajien käsitykset syöpää sairastavan saattohoidosta yleisesti. Toinen kysymys käsitteli syöpää sairastavan saattohoitopotilaan henkistä tukemista ja kolmas tarkensi saattohoi-

topotilaan hoitotyössä käytettävien henkisen tukemisen osa-alueita. Neljännessä kysymyksessä keräsimme tietoa syöpää sairastavan saattohoitopotilaan henkisen tukemisen kehittämiskohdista. Viimeiseen kysymykseen vastaajat saivat kirjoittaa vapaasti syöpää sairastavan saattohoitopotilaan hoidosta. Avointen kysymysten tarkoituksena on antaa vastaajien ilmaista itseään ilman valmiita vastausvaihtoehtoja. Avoimet kysymykset saattavat tuoda esiin myös ennalta arvaamattomia näkökulmia. (Hirsjärvi ym. 2007, 194, 196.)

Kyselyn tavoitteena oli saada kuva hoitajien käsityksistä tukea syöpää sairastavaa saattohoitopotilasta henkisesti. Jos kyselyn tuloksista ei olisi käynyt riittävästi ilmi tarvitsemiamme tietoja, olisimme järjestäneet hoitajille yksilöhaastattelun. Saimme kahdessa viikossa 15 vastausta, joihin perehdyttyämme totesimme aineiston olevan riittävä. Aineiston alkaessa toistaa itseään on kyseessä kylläntyminen eli saturaatio (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87). Tutkijan on tiedettävä, mitä hän haluaa tutkimusaineistostaan, jotta kylläntymispisteen voi määrittää. Tutkimuksen tavoitteet määrittelevät kylläntymispisteen käyttämisen tutkimusaineiston kattavuudessa. (Vilka 2005, 127–128.)

5.4 Aineiston käsittely ja analyysi

Analysoimme kyselylomakkeiden vastaukset induktiivisesti, aineistosta käsin, sisällönanalyysiä käyttäen. Sisällönanalyysissä aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja luodaan teoreettiset käsitteet. Pelkistämällä tarkoitetaan epäolennaisten asioiden karsimista tutkimusaineistosta tiivistämällä tai pilkkomalla osiin. Alkuperäisestä aineistosta muokataan pelkistetyt ilmaukset. Ryhmittelyn tarkoituksena on alkuperäisilmaisujen läpi käyminen ja samankaltaisuuksien ja/tai eroavaisuuksien kuvaaminen. Saadut käsitteet ryhmitellään samaa asiaa tarkoittaviksi ja näistä muodostetaan luokkia. Aineisto tiivistyy pelkistetyistä ilmauksista yleisiin käsitteisiin. Teoreettisten käsitteiden luomisessa eritellään olennainen tieto. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–110.)

Ennen aineiston analysointia määritetään analyysiyksikkö, joka valitaan tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun perusteella. Analyysiyksikkönä käytimme sanoja ja lausumia, joilla tarkoitetaan useista sanoista koostuvaa ajatusta. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 25–26; Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.)

Hirsjärven ym. (2007, 217) mukaan tutkimuksen luotettavuutta lisää yksityiskohtainen selostus tutkimuksen toteuttamisen eri vaiheista. Avoimuus, rehellisyys ja tarkka tutkimustulosten raportointi kuuluvat myös eettiseen raportointiin. Raportoinnissa on

otettava huomioon osallistujien henkilöllisyyden suojeleminen, jottei esimerkiksi suorista lainauksista käy ilmi tutkimukseen osallistuneen henkilöllisyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 154–155.) Saatuaamme täytetyt kyselylomakkeet takaisin käsitelimme vastauksia ensin erikseen, jolloin molemmilla oli mahdollisuus saada omakohtainen käsitys tutkimusaineistosta. Pelkistimme alkuperäisilmaukset sekä mietimme ryhmittelyä kumpikin erikseen ja tämän jälkeen kokosimme molempien tiedot yhteen. Aloitimme suoraan pelkistetyistä ilmauksista, joista muodostimme samankaltaisuuksien perusteella ala- ja yläluokkia (liite 4). Keskustelemalla ja perustelemalla saimme muodostettua erikseen aloitetusta sisällönanalyysistä yhteiset yleiset käsitteet.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Kyselyyn vastanneet hoitajat olivat iältään 26–58-vuotiaita ja heillä oli työkokemusta puolesta vuodesta 23 vuoteen. Vastanneista oli sairaanhoitajia 11 ja perushoitajia 3 sekä lähihoitajia 1. Seuraavassa tarkastelemme hoitajien käsityksiä saattohoidosta ja henkisestä tukemisesta, heidän käyttämiään menetelmiä hoitotyössä sekä kehittämisideoita.

6.1 Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätöksen tekeminen syöpää sairastavan potilaan saattohoidosta tuli olla hoitajien mielestä selkeää ja kirjattu potilastietoihin. Parantavien hoitojen loppuessa hoitajien mielestä tuli luopua tarpeettomista tutkimuksista ja kokeista sekä päättää aktiivihoidoista.

”Perustana on, että saattohoitopäätös on tehty yhteisymmärryksessä. Selvitetty ihan tarkkaan, mitä se tarkoittaa.”

”Saattohoitopäätös on tehty keskustelussa potilaan, lääkärin ja omaisen/omaisten läsnä ollessa sekä kirjattu niin, että hoitohenkilökunta saa asiasta tiedon.”

”Potilaalle suoda arvokas loppu.”

6.2 Kokonaisvaltainen hoitotyö

Hoitajat käsittivät syöpää sairastavan potilaan saattohoidon olevan kokonaisvaltaista. Kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön he liittivät kivun hoidon, lääkehoidon, kliinisen hoitotyön sekä kokonaisvaltaisen auttamisen. Kivun hoidossa korostui kivuttomuuden saavuttaminen hyvällä kipulääkityksellä. Lääkehoitoon kuului muut oireita helpottavat lääkkeet. Kokonaisvaltaisen hoitotyön yhteydessä hoitajat mainitsivat hyvän perushoidon, potilaan toiveiden mukaisen ravitsemuksen sekä oireenmukaisen hoidon. Kokonaisvaltaiseen auttamiseen kuuluivat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen auttaminen.

”Potilaan sairaudesta aiheutuvia oireita pyritään helpottamaan lääkityksen ja hoitotyön keinoin. Yksi tärkeimmistä asioista on riittävä kivun hoito.”

6.3 Henkinen ja hengellinen tukeminen

Henkinen tukeminen hoitajien mielestä oli läsnäoloa, keskustelemista, vuorovaikutusta ja turvallisuuden tunteen luomista. Hoitajien vuorovaikutustaidot tulivat esille potilaan ja omaisten kanssa keskusteltaessa. Tärkeäksi he kokivat potilaan ja omaisten toivomusten kuuntelun ja kunnioittamisen sekä tukemisen ahdistavissa asioissa. Turvallisuuden tunteen luomiseen kuuluivat potilaan ympäristön rauhoittaminen ja voinnin helpottaminen sekä levottomuuden ja ahdistuneisuuden lievittäminen.

”Elämän ”loppumetrit” elämän arvoiset.”

Hengellisen tukemisen keinona hoitajat pitivät pääasiassa mahdollisuutta keskustella sairaalapapin kanssa.

”Mahdollisuus keskustella mieltä painavista tai hengellisistä asioista asiantuntijan kanssa.”

Käytännön hoitotyössä hoitajat käyttivät syöpää sairastavan saattohoitopotilaan henkiseen tukemiseen vuorovaikutusta, moniammatillista yhteistyötä, sosiaalista tukemista ja hoitotyön menetelmiä.

6.4 Sosiaalinen tukeminen

Hoitajien mielestä sosiaalinen tukeminen tarkoitti omaisten ja kotiasioiden huomioimisen. Omaiset otettiin mukaan potilaan tukemiseen ja hoitotyöhön sekä heitä tuettiin hoitohenkilökunnan taholta. Asioista keskusteltiin omaisten kanssa ja heidän läsnäoloa saattohoitopotilaan luona tuettiin järjestämällä rauhallinen ympäristö. Omaisten kanssa tehtävä yhteistyö koettiin tärkeäksi. Kotiasioiden järjestämisellä käsitettiin mahdollisten keskeneräisten asioiden hoitaminen ja kotivierailujen järjestäminen.

”Omaiset otetaan tiiviisti mukaan tukemaan potilasta”

”Keskustelen omaisten kanssa ja tarvittaessa otan heihin yhteyttä”

”Omaisten mukanaolon mahdollistamista ja heidän tukemistaan”

”Potilaan ympäristö ”rauhoitetaan”, omaiset voivat olla läsnä koko ajan.”

”Rauhallista, potilaan ja omaisten kanssa yhdessä vietettävää aikaa.”

”Omaisten tukemiseen niin, että he jaksavat olla potilaan luona on myös tärkeää.”

6.5 Vuorovaikutus

Hoitajat käsittivät vuorovaikutuksen osa-alueiksi kuuntelun, keskustelun ja läsnäolon. Potilaan kuuntelu jakaantui sanalliseen ja sanattomaan viestintään, jossa potilaan toiveita kuunneltiin ja annettiin aikaa sopeutua lähestyvään kuolemaan. Kuuntelussa tuli esille potilaan kunnioittaminen. Keskustelu käsitti potilaan ja hänen omaistensa sekä hoitohenkilökunnan välistä kommunikaatiota. Realistinen tiedottaminen asioista potilaalle koettiin tärkeänä. Läsnäolo sisälsi tukemisen, vierellä ja käytettävissä olemisen kiireettömästi.

”Silloin kun potilas haluaa, hoitaja on ”saapuvilla”, läsnä.”

”Potilaan sanallista ja sanatonta viestintää pitää kuunnella tarkasti.”

”Useinkaan potilas ei tarvitse paljon puhetta, hoitajan läsnäolo saattaa olla paras henkinen tuki.”

”Joskus tuntuu että potilaan oma toive lopun ajan hoidoista ei kuulu tarpeeksi. Siinä meillä hoitajilla on työsarkaa tuoda niitä toiveita kuulluksi.”

Hoitotyössä hoitajat käyttivät vuorovaikutuksen menetelminä keskustelua, kuuntelua, läsnä olemista, luottamuksellisuutta ja turvallisuutta. Keskustelussa kannustettiin ja rohkaistiin potilasta puhumaan asioista. Kuuntelussa korostuivat rauhallisuus ja kiireettömyys. Niin läsnäololle kuin vuorovaikutukselle annettiin aikaa huomioiden potilaan oma tila. Läsnäolo oli kosketusta, käytettävissä olemista sekä havainnointia. Luottamuksellisuus ja turvallisuus tarkoittivat aitoa välittämistä, arvostamista ja ihmisen hoitamista.

”Pyrin hoitamaan ihmistä, en sairautta”

”Potilaan toiveitten mukaan annetaan olla ”rauhassa” ei välttämättä tehdä rutien mukaan.”

”Hoidan rauhallisesti työtehtävät, vältän kiirettä.”

6.6 Luottamuksellisuus

Hoitajat käsittivät luottamuksellisuuden hoidon jatkuvuutena ja turvallisuutena. Turvallisuuden tunne, turvallinen kosketus ja ilmapiiri koettiin luottamuksena. Hoidon jatkuvuuteen liittyi henkiseen hätään vastaaminen, ennaltaehkäisy ja rauhoittaminen.

”Saatettavan kunnioittaminen, kuuleminen, läsnäolo, turvallinen kosketus ja ilmapiiri”

”Potilas kokee olevansa turvassa – saavansa yksilöllistä hoitoa ja arvostusta.”

6.7 Potilaslähtöisyys

Hoitajien mielestä osa henkistä tukemista oli potilaslähtöisyys, joka jakaantui voimavarojen tukemiseen, toivon ylläpitämiseen ja hoidon kokonaisvaltaisuuteen. Voimavaroja olivat mahdollisuus kriisiterapiaan sekä potilaslähtöinen hoitotyö ja hoidon yksilöllisyys. Toivon ylläpitäminen käsitti potilaan menneisyyden ja lasten kautta esiin tulevan näkökulman.

”Tuetaan potilaan (loppuvaiheen ajan) jäljellä olevia voimavaroja.”

6.8 Hoitotyön menetelmät

Hoitajat käyttivät henkisen tukemisen menetelminä potilaan perustarpeista huolehtimista ja kliinistä hoitotyötä. Perustarpeista huolehdittiin kokonaisvaltaisesti huomioiden päivittäiset tarpeet. Kliinistä hoitotyötä olivat lääke- ja kivunhoito.

”Yritän olla läsnä ja kuunnella/havainnoida”

6.9 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillinen yhteistyö oli ammattiauttajien palvelujen hyödyntämistä. Potilaan henkistä hyvinvointia tuettiin tarjoamalla mahdollisuus käyttää psykiatrisia, sosiaalisia ja teologisia palveluita. Vapaaehtoistyöntekijöiden ja tukihenkilöiden käyttäminen potilaan tukemisessa oli toivottavaa.

”Avun etsimistä jos tarpeen esim. psykiatri, psykologi, pappi, psyk.hoitaja”

Moniammatillinen yhteistyö koostui ammattiauttajien palveluista, hoitohenkilökunnan näkökulmista ja viestinnästä. Ammattiauttajien palveluita olivat tarvittaessa paikalla saatava sairaalapappi ja psykiatrinen ammattihenkilö. Hoitohenkilökunnan näkökulmista kävivät ilmi ammatillisuus, kollegiaalisuus, työnohjaus ja oma jaksaminen. Viestintä jakaantui tiedon antamiseen ja viestin välittämiseen. Viestinnässä nousi esille moniammatillisen työryhmän yhteiset pelisäännöt saattohoitoon liittyen. Hoitajat toivoivat tietojen saattohoidosta välittyvän samanlaisena koko hoitohenkilökunnalle.

”Psykiatrisen ammattihenkilön käynti tarvittaessa”

Hoitajien mielestä moniammatillista yhteistyötä tulisi kehittää esimerkiksi yhteisillä hoitolinjauksilla sekä koulutuksilla.

6.10 Resurssit

Resursseihin kuuluivat koulutus, ajan käyttö ja henkilöstöresurssit. Hoitajien mielestä tarvittiin hoitohenkilökunnan kouluttamista saattohoitoasioissa. He toivoivat enemmän aikaa potilastyöhön sekä enemmän hoitajia työvuoroihin. Resurssipulan todettiin aiheuttavan hoitajille ahdistusta, koska potilaan huomioimiselle ei ole riittävästi aikaa.

”Potilaat tarvitsevat enemmän AIKAA!”

”Poistamalla kaikkinaisen ”hössötyksen” potilaan ympäriltä”

”Enemmän resursseja saattohoidettavien hoitoon, pahimmillaan kuoleva joutuu olemaan yksin lähes koko työvuoron ajan, vain välillä käydään kurkistamassa ovelta, vieläkö hengittää.”

”Rohkeutta ja riittävästi aikaa olla lähellä.”

”Nykyisellä henkilöstömäärällä ja monisairaita vanhuksia hoidettaessa tuntuu että saattohoitopotilaat pitäisi hoitaa ”siinä sivussa”.”

7 POHDINTA

Opinnäytetyössä selvitimme Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosastolla työskentelevien hoitajien käsityksiä syöpää sairastavan saattohoitopotilaan henkisestä tukemisesta. Asetettuihin tutkimuskysymyksiin saimme vastauksen avoimella kyselylomakkeella. Aikaisempaan tutkimustietoon perehtyessämme huomasimme saattohoidosta löytyvän paljon tutkimuksia, mutta täsmällisiä tutkimuksia henkisestä tukemisesta oli vähän.

Opinnäytetyön aiheen idea muotoutui käytännön tarpeesta toteuttaa henkistä tukemista saattohoitovaiheessa syöpätautien vuodeosastolla. Opinnäytetyöprosessi alkoi aineiston keräämisellä sekä opinnäytetyösuunnitelman työstämisellä syksyllä 2009. Keväällä 2010 opinnäytetyön tekeminen keskittyi lähinnä tiedonhakuun toisen ollessa kansainvälisessä vaihdossa. Opinnäytetyön ohjaussopimuksen allekirjoittamisen jälkeen jatkoimme teoriaosuuden kirjoittamisella. Tutkimusluvan (liite 1) saimme syksyllä 2010, jonka jälkeen toteutimme kyselyn. Opinnäytetyömme jatkui aineiston kokoamisella ja kyselyyn tulleiden vastausten käsittelyllä. Kevään 2011 aikana opinnäytetyömme valmistui. Valmiin opinnäytetyön tulokset esittelemme syöpätautien vuodeosaston hoitajille osastopalaverin yhteydessä keväällä 2011.

Tietoa opinnäytetyöhön haimme Cinahl, Aleksi, Aapeli ja Medic tietokannoista sekä Queen`s University Belfast kirjastotietokannasta. Hakusanoina käytimme muun muassa termejä saattohoito, henkinen hyvinvointi, tukeminen, hospice care, nursing. Etsimme Theseus –ammattikorkeakoulujen verkkokirjastosta myös aiheeseemme liittyviä opinnäytetöitä.

7.1 Tulosten tarkastelu

Tulosten tarkastelun kannalta avoin kyselylomake tuotti runsaasti materiaalia opinnäytetyöhömmme. Kirjallista tuotosta oli yhteensä 30 sivua. Kysymyksissä yhdestä neljään esille tuli monipuolisesti tietoa tutkimuskysymyksiimme. Kysymys numero viisi ei tuottanut merkittävää tietoa saattohoitopotilaan henkisestä tukemisesta. Esille tuli kuitenkin osittain samoja asioita kuin aikaisempien kysymysten vastauksissa.

7.1.1 Käsitteitä saattohoidosta

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että hoitajien mielestä syöpää sairastavien saattohoitopotilaiden hoito on kokonaisvaltaista. Hoitajat liittivät kokonaisvaltaiseen hoitamiseen fyysisen, psyykkisen, henkisen, hengellisen ja sosiaalisen tukemisen hyvän perushoidon lisäksi. Heikkisen ym. (2004, 41) ja ETENEn (2003) mukaan saattohoitopotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluvat hyvä perus- ja oirehoito, turvallisuus, omaisten tukeminen sekä potilaan kuunteleminen.

Yhteisymmärryksessä tehty saattohoitopäätös selkeyttää kuolevan ja hänen omaistensa sekä ammattiauttajien tilannetta. Saattohoitopäätös kirjataan potilaskertomukseen selkeästi ja ymmärrettävästi. (Heikkinen ym. 2004, 23–25; Valvira 2011.) Tulosten mukaan hoitajat odottivat selkeän hoitopäätöksen tekemistä, koska siten koko hoitohenkilökunnalla olisi yhtenäinen toimintaperiaate saattohoitoa toteutettaessa. Saattohoitopäätöksen kirjaaminen potilastietoihin koettiin tärkeänä potilaan hoitotyön kannalta.

7.1.2 Käsitteitä henkisestä tukemisestä

Tulosten mukaan hoitajat käsittivät henkisen tukemisen olevan potilaslähtöistä, vuorovaikutuksellista, luottamuksellista, sosiaalista tukemista sekä moniammatillista yhteistyötä. Vuorovaikutuksen taitoja voi oppia koko ajan hallitsemaan aikaisempaa paremmin kehittämällä kuuntelutaitoa, tunteiden tiedostamista sekä luottamuksen rakentamista (Silvennoinen 2004, 34). Hoitajat olivat sitä mieltä, että toivon näkökulma tulee ottaa huomioon hoitotyössä. Kohosen ym. (2007) tutkimuksessa todetaan toivoa vahvistavien hoitotyön auttamismenetelmien koskevan ihmisen kokonaisuutta. Dialogisen hoitosuhteen merkitys saattohoidossa korostuu myös Lipposen (2006) tutkimuksessa ja Mönkkönen (2007, 16) toteaa, että vuorovaikutuksen vastavuoroisuus sekä vaatimus molemminpuolisesta ymmärryksestä tulevat esille käytettäessä dialogisen käsitettä. Jackson (2009, 228) toteaa rehellisen ja avoimen kommunikaation sekä psykososiaalisen tuen olevan tärkeää saattohoidossa. Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että kuuntelu, keskustelu ja läsnäolo olivat tärkeitä vuorovaikutuksen osa-alueita.

Turvallisuuden tunne ja hoidon jatkuvuus liittyivät hoitajien mielestä luottamuksellisuuteen. Luottamuksellinen hoitosuhde on hyvän saattohoidon perusta ja tärkeää on, että hoitaja on läsnä niin henkisesti kuin fyysisesti (Heikkinen ym. 2004, 42,45).

Opinnäytetyön tulokset osoittivat läsnäolon tarkoittavan tukemista, vierellä ja käytettävissä olemista kiireettömästi.

Moniammatillisen työryhmän tukena hoitajat kokivat tulosten mukaan tarpeelliseksi myös vapaaehtoistyöntekijöiden palvelujen hyödyntämisen. Moniammatillinen työryhmä tekee tavoitteellista, suunnitelmallista ja säännöllistä yhteistyötä turvaten potilaalle hyvän kokonaisuhoidon (Heikkinen ym. 2004, 126,128). Monipuolisen näkemyksen toimintamalleihin ja päätöksiin, jotka auttavat potilasta, tuo eri ammattiryhmien yhteistyö (Mattila 2010, 109).

Tuloksista ilmeni, että hoitajat kiinnittivät huomiota sanalliseen ja sanattomaan viestintään, jossa tärkeää oli potilaan toiveiden kuunteleminen ja ajan antaminen sopeutumiselle lähestyvään kuolemaan. Selkeä, ymmärrettävä ja täsmällinen sanallinen viestintä vahvistaa potilaan turvallisuutta, ja sanatonta viestintää hoitaja tarvitsee luomaan uskottavan kokonaisvaikutelman (Hjelt-Putilin 2005, 97, 113).

Tulokset vahvistivat käsitystä hoitohenkilökunnan taholta tapahtuvan sosiaalisen tukemisen tärkeydestä. Omaisten ottaminen mukaan potilaan hoitotyöhön sekä heidän tukeminen nousivat esiin hoitajien vastauksista. LeGrand ja Walsh (2010, 492) toteavat tutkimuksessaan tärkeäksi sen, että hoitohenkilökunta on omaisten saatavilla. Heikkinen ym. (2004, 70) mukaan omaisten rooli on tärkeä saattohoitopotilaan hoidossa, koska he pystyvät tukemaan potilasta emotionaalisesti tuntien potilaan koko elämänsä. Hoitohenkilökunta rohkaisee omaisia osallistumaan hoitoon sekä kannustaa ja arvostaa omaisten läsnäoloa kuolevan potilaan vierellä (Heikkinen ym. 2004, 71).

7.1.3 Henkisen tukemisen menetelmiä

Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat käyttivät henkiseen tukemiseen samoja menetelmiä, mitä he käsittivätkin niiden olevan. Kuuppelomäen (2002) toteamat emotionaalisen tuen muodot kuuntelu, kosketus, rohkaisu, lohdutus, potilaan toivomusten huomiointi, myötäeläminen sekä läsnäolo tulivat myös esille opinnäytetyömme tuloksissa. Emotionaalinen tukeminen on osa kokonaisvaltaista hoitoa, eikä se ole irrallaan potilaan fyysisestä hoidosta. (Kuuppelomäki 2002.)

Erityisesti hoitajat korostivat vastauksissaan vuorovaikutustaitoja sekä luotettavuutta ja turvallisuutta potilaan ja omaisten kanssa kommunikoitaessa. Hyvä kommunika-

tio, oireiden hallinta nopeasti vaihtuvissa tilanteissa ja henkinen tukeminen ovat kuolevan potilaan hoidon perusta (LeGrand ja Walsh 2010, 491–492).

7.1.4 Henkisen tukemisen kehittäminen

Kehittämisalueiksi opinnäytetyön tulosten mukaan nousivat moniammatillisuus ja resurssit. Tuloksista kävi ilmi, että kehittämistä vaativat moniammatillisen työryhmän yhteistyö sekä tiedon välittyminen koko hoitohenkilökunnalle. STM:n julkaisussa 2010:6 todetaan saattohoidon koulutuksen puutteen olevan huolestuttavaa, koska saattohoitoa toteutetaan normaalin työn ohella.

Kuuppelomäen (2002) tutkimuksen mukaan emotionaalisen tuen ongelmia aiheuttivat ajan ja organisaation resurssien puute. Tutkimuksessa todetaan, että kuolevia potilaita hoitavilla pitäisi olla riittävästi aikaa ja heille tulisi järjestää koulutusta. Utriainenkin (2000) toteaa väitöskirjassaan resurssien puutteen vaikuttavan läsnäoloon kuolevan vierellä. Myös opinnäytetyömme tuloksista kävi ilmi, että erityisesti ajan ja saattohoitokoulutuksen puute sekä henkilöstöpula vaikeuttivat hoitajien mielestä saattohoitopotilaan henkisen tuen toteuttamista.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettisen lautakunnan (2002) ohjeet hyvästä tieteellisestä käytännöstä ohjeistavat tutkijat toimimaan rehellisesti ja tarkasti tutkimustyössä sekä tulosten tallentamisessa ja esittämisessä. Tutkimuksen suunnittelu-, toteutus- ja raportointivaiheet ovat yksityiskohtaisia ja huolellisesti laadittuja. Tutkimusaineiston säilyttäminen ja lähdemerkinnät tulee tehdä asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen lautakunta 2002.)

Käytimme lähdetietoina lähinnä 2000-luvun kirjallista materiaalia ja tutkimuksia. Tar kastelimme ja arvioimme lähteitä kriittisesti. Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi kahden tekijän näkökulma. Aikataulujen sovittaminen syventävän harjoittelun yhteyteen tuotti vaikeuksia. Opinnäytetyösuunnitelmaan laadittu aikataulu oli kuitenkin joustava ja yhteistä aikaa työn tekemiselle löytyi aina. Tapaamisien välillä työstimme opinnäytetyötä sähköpostin välityksellä.

Tutkimusaineisto tulee tekijöiden säilyttää siten, etteivät ulkopuoliset saa aineistoa käsiinsä (Kylmä & Juvakka 2007, 111). Käsittelimme kyselylomakkeilla saatuja vastauksia luottamuksellisesti ja aineisto oli vain meidän käytössämme. Kyselylomakkeet hävitimme asianmukaisesti sen jälkeen, kun niillä ei ollut enää käyttöä.

Tutkimuksen perustana on ihmisarvon kunnioittaminen, ja Osallistuminen tutkimukseen tulee perustua vapaaehtoisuuteen. (Hirsjärvi ym. 2007, 26.) Ennen tutkimuksen toteuttamista osallistujien on oltava tietoisia, että he osallistuvat tutkimukseen. Osallistujille on kerrottava muun muassa tutkimuksen tarkoitus sekä mihin tutkimuksesta saatua tietoa käytetään. Tietoa on annettava riittävästi ja ymmärrettävästi. (Kylmä & Juvakka 2007, 149–150.) Ohjeistimme vuodeosaston sairaan-, perus- ja lähihoitajat vastaamaan kyselyyn käymällä kysymykset läpi ja kerroimme kyselyn tarkoituksen ja tavoitteen. Painotimme kyselyyn vastaamisen olevan vapaaehtoista ja ettei kenenkään henkilöllisyys käy ilmi opinnäytetyössämme.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimustulokset vastaavat tutkittavien käsityksiä tutkimuksen aiheesta. Vahvistettavuus käsittää tutkimusprosessin kaikki vaiheet. Tutkijan on kirjattava tutkimusprosessinsa tarkasti, jotta toinen tutkija pystyisi toteuttamaan tutkimuksen pääpiirteissään. Reflektiivisyydessä tutkijan on otettava huomioon omat lähtökohtansa ja arvioitava niiden vaikutusta tutkimusprosessiin. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten hyödynnettävyyttä vastaavanlaisissa tilanteissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129.) Olemme edenneet tutkimussuunnitelman mukaisesti ja selittäneet tutkimusprosessin eri vaiheet opinnäytetyössä. Toisen tekijän työskentely syöpätautien vuodeosastolla on voinut vaikuttaa tuloksien analysointiin jonkin verran, koska hänellä on käytännön kokemusta saattohoitopotilaan hoitotyöstä.

7.3 Oman oppimisen arviointi

Opinnäytetyö oli prosessi, jonka aikana olemme oppineet suunnitelmallisuutta ja joustavuutta. Yhdessä materiaalin koostaminen ja työstäminen oli haastavaa, mutta antoisaa. Yhteistyö oli sujuvaa, koska tiesimme jo etukäteen toistemme tavat työskennellä. Yhteistyötaidot kehittyivät eri tahojen kanssa opinnäytetyön prosessin edetessä. Ohjaavan opettajan, Marjukka Nurro, kanssa yhteistyö sujui hyvin ja saimme kehittävää ohjausta ja tukea koko opinnäytetyöprosessin ajan. Saimme myös äidinkielen ja menetelmätyöpajojen opettajilta sekä opponenteilta apua opinnäytetyöprosessin aikana.

Opinnäytetyö oli meille molemmille ensimmäinen tutkimus. Saimme kokemusta laadullisen tutkimuksen tekemisestä sen eri vaiheiden kautta sekä kyselyn toteuttamisesta. Tutkimusmenetelmien kurssit auttoivat hahmottamaan opinnäytetyöprosessin

kokonaisuuden. Siltä osin oli helppoa aloittaa prosessin työstäminen. Kyselylomakkeen laatiminen oli haastavaa ensikertalaisille. Myös kysymysten asettelu ja taustakysymysten tarpeellisuus vaativat pohdintaa ja huolellisia perusteluja. Jälkeenpäin oli helppo huomata, mitä olisimme tehneet toisin kyselylomakkeen laatimisessa. Ollisimme voineet käyttää enemmän aikaa kysymyksien valintaan ja testata useampia versioita eri testajilla. Tulevaisuudessa mahdollisesti tehtävien tutkimusten tekeminen on yksinkertaisempaa ja virheiden välttäminen onnistuu helpommin, koska opinnäytetyöprosessi on opettanut meitä. Kirjallisen tekstin tuottaminen kehittyi opinnäytetyön edetessä. Toinen meistä kirjoitti laajasti aihealueista, kun taas toinen tiivisti tekstiä. Tämän koimme tuovan opinnäytetyöhömmö monipuolisia ideoita ja tuotetusta tekstistä tuli sujuvaa.

Tavoitteena opinnäytetyöllä on opiskelijan ammattiopintojen tietojen ja taitojen kehittäminen sekä soveltaminen asiantuntijuutta vaativissa tehtävissä (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 2003). Tulevaisuudessa tutkitun tiedon hakemisesta on hyötyä, koska jatkuva hoitotyön kehittyminen vaatii ajan tasalla pysymisen ja näyttöön perustuvan tiedon hyödyntämistä. Opinnäytetyöprosessin edetessä kehityimme ammatillisesti koko ajan ja tietomme saattohoidosta sekä henkisestä tukemisestä lisääntyivät. Voimme käyttää saamaamme tietoa sairaanhoitajan ammatissa toimiesämme. Opinnäytetyömme tulosten perusteella syöpätautien vuodeosastolla mahdollisesti toteutetaan hoitohenkilökunnalle opas henkisestä tukemisesta.

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosaston hoitajat voivat hyödyntää opinnäytetyömme tuloksia toteuttaessaan syöpää sairastavan potilaan saattohoitoa. Myöhemmin mahdollisesti toteutettavan oppaan myötä hoitomenetelmien yhdenmukaistaminen voisi mahdollistua.

Kyselystä nousi esiin hoitajien jaksaminen syöpää sairastavan potilaan saattohoitotyössä. Jatkossa voisi tutkia hoitajien jaksamista ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Hoitajat halusivat myös enemmän saattohoitotukihenkilöiden käyttämistä osastolla. Jatkotutkimusaiheena voisi olla syöpätautien vuodeosaston ja saattohoitotukihenkilöiden yhteistyön mahdollistaminen. Jatkotutkimusaiheena määrälliselle tutkimukselle voisi olla hoitohenkilökunnan riittävyys saattohoitoa toteutettaessa.

LÄHTEET

- Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E.-L.** 2005. Sairaanhoito ja huolenpito. 3.-4. painos. Helsinki: WSOY.
- Hearn, J. & Higginson, I.J.** 2001. Outcome measures in palliative care for advanced cancer patients: a review. Teoksessa D. Field, D. Clark, J. Corner & C. Davis (toim.) Facing Death. Researching Palliative Care. Philadelphia, Pennsylvania, 133–139.
- Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E.** 2004. Saattohoito – Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Helsinki: WSOY.
- Hildèn, H.-M.** 2006. Hoitotahto. Teoksessa J. Hänninen (toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku – hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Helsinki: Duodecim, 15–28.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P.** 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hjelt-Putilin, P.** 2005. Turvallisuuksi viestinnällä – kommunikaatio haastavissa asiakas- ja palvelutilanteissa. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K.** 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-6. painos. Helsinki: WSOY.
- Hänninen, J.** 2003. Saattohoito. Saattohoitopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, J. & Pajunen, T.** 2006. Kuoleman kaari – Sairastumisesta, luopumisesta, elämästä. Helsinki: Kirjapaja.
- Isaacs, W.** 2001. Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito. Jyväskylä: Gummerus.
- Jackson, S.** 2009. Palliative care issues for people with cancer. Teoksessa E. Stevens, S. Jackson & S. Milligan (toim.) Palliative Nursing Across the Spectrum of Care. United Kingdom: Blackwell Publishing, 220-238.
- Joensuu, H.** 2006. Hoidon yleiset periaatteet. Teoksessa H. Joensuu, P. J. Roberts, L. Teppo & M. Tenhunen (toim.) Syöpätaudit. 3. painos. Helsinki: Duodecim, 122–129.

Jyrkkiö, S. 2008. Kun syöpä ei enää parane. Suomen Lääkärilehti 63 (43), 3654–3658.

Karvinen, I. 2009. Henkinen ja hengellinen terveys – Etnografinen tutkimus Kendun sairaalan henkilökunnan ja potilaiden sekä Kendu Bayn kylän asukkaiden henkisen ja hengellisen terveyden käsityksistä. Kuopion yliopisto. Väitöskirja.

Kohonen, M., Kylmä, J., Juvakka, T. & Pietilä, A.-M. 2007. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät – metasynteesi. Hoitotiede 19 (2), 63–75.

Kokkonen, P., Holi, T. & Vasantola, S. 2004. Hoitotahto: potilaan oikeudet ja lääkärin velvollisuudet. Helsinki: Talentum.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2008. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. 8.1.2008. Viitattu 22.12.2010.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/navtaartikkeli/tunnus/hoi50063#s2>

Kuopion yliopistollinen sairaala. 2010. Konservatiiviset alat – Syöpätautien klinikka – Vuodeosasto. Päivitetty 13.10. 2010. Viitattu 13.2.2011.
<http://www.psshp.fi/index.asp?tz=-3&link=702.5>

Kuuppelomäki, M. 2002. Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen - sairaanhoitajien näkökulma. Hoitotiede 14 (3), 117–128.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992/ 785.17.8.1992. Finlex. Viitattu 3.1.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994/ 559.28.6.1994. Finlex. Viitattu 28.3.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21–43.

LeGrand, S. B. & Walsh, D. 2010. Comfort Measures: Practical Care of the Dying Cancer Patient. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 27 (7), 488-493.

Lehto-Järnstedt, U. S., Kellokumpu-Lehtinen, P. & Ojanen, M. 2002. Syöpäpotilaan kokema tuki ja psyykinen stressinhallinta. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Alkuperäistutkimus.

Leino, T., Pusa, H. Vilminko, M. & Holli, K. 1996. Tamperelaisten syöpäpotilaiden viime vaiheen hoito. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Alkuperäistutkimus.

Lindström, R.-L. 2010. Saattohoito. Teoksessa M. Mustajoki, A. Alila, E. Matilainen & M. Rasimus (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 327–329.

Lipponen, V. 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Luukkanen, A. 2010. Saattohoitopotilaan kivun arviointi – katsaus tutkimustietoon. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Maailman terveysjärjestö WHO. 2010. Cancer. Palliative care. Viitattu 11.12.2010. <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>

Maailman terveysjärjestö WHO. 2011. Cancer. Viitattu 18.2.2011. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>

Mattila, K.-P. 2002. Syöpäpotilaan palliatiivisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat. Suomalaisen teologisen kirjallisuusseuran julkaisuja 235. Helsinki.

Mattila, K.-P. 2010. Asiakkaana ihminen – työnä huolenpito ja auttaminen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Myller, H. 2007. Palliatiivinen hoito ja visioita palliatiivisen hoidon kehittämiseen Pohjois-Karjalassa. Teoksessa H. Myller (toim.) Palliatiivinen hoito – Elämänlaatua parantumattomasti sairaille potilaille. 2. painos. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja C: Tiedotteita, 25.

Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Tammi.

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus – dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Partanen, P. & Perälä, M.-L. 1997. Menetelmien arviointi hoitotyössä. FinOHTAn raportti 7. Viitattu 28.3.2011.

<http://finohta.stakes.fi/Fl/julkaisut/raportit/raportti7.htm>

Rautalahti, M. 2006. Syöpä psyykinen ja sosiaalisena haasteena. Teoksessa M. Hakama, T. Hakulinen, R. Johansson, M. Rautalahti & H. Vertio (toim.) Syöpä 2015 – Syöpäjärjestöjen julkaisuja 2006. Kuopio: Syöpäsäätiö, 17–20.

Regional Palliative Care Program. 2001. Guidelines for using the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Viitattu 6.10.2010.

<http://www.palliative.org/PC/ClinicalInfo/AssessmentTools/3C7%20ESAS-r%20guidelines.pdf>

Saari, S., Kantanen, I. Kämäräinen, L., Parviainen, K., Valoaho, S. & Yli-Pirilä, P. (toim.) 2009. Hädän hetkellä – psyykkisen ensiavun opas. Helsinki: Duodecim. Punnainen risti.

Salminen, E. 2000. Syöpä ja sen lääketieteellinen hoito. Teoksessa E. Eriksson & M. Kuuppelomäki (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Helsinki: WSOY, 11–41.

Salminen, E. & Salmenoja, H. 2007. Tunnistammeko syöpäkipupotilaan oirekirjon? Duodecim 123 (7), 825–828.

Sarajärvi, A. 2002. Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutuminen sairaanhoitajakoulutuksen aikana. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen julkaisu.

<http://herkules oulu.fi/isbn9514266749/html/index.html>

Silvennoinen, M. 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Helsinki: Talentum.

Sjöroos, M. 2010. Myötätunto – Ole läsnä, elä mukana. Helsinki: Minerva Kustannus Oy.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Valvira. 2010. Hoitotahto. Viitattu 9.9.2010.

http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitotahto

Sosiaali- ja terveysalan lupa ja valvontavirasto, Valvira. 2011. Saattohoitoon siirtyminen. Viitattu 30.1.2011.

http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoitoon_siirtyminen

Sosiaali- ja terveysministeriö, STM. 2009. Potilaan hoitopolku sujuvammaksi saattohoidossa. Tiedote 75/2009. Viitattu 29.3.2011.

<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1394241>

Sosiaali- ja terveysministeriö, STM. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa – Asiantuntija kuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6.

http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1528097

Syöpäjärjestöt. 2010. Kuoleman lähestyessä. Viitattu 12.9.2010.

<http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/saatto/kuolema/>

Syöpätautien vuodeosaston perehdytyskansio. 2010. Kuopion yliopistollinen sairaala.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL. 2009. Syöpä. Päivitetty 1.4.2008. Viitattu 6.1.2011. http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ ja_sairaudet/syopa

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen lautakunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen.

<http://www.tenk.fi/HTK/htkfi.pdf>

Utriainen, T. 2000. Kuolevat ruumiit ja läsnäolon vaatimus. Gerontologia 14 (3), 155–165.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, ETENE. 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Viitattu 18.10.2010.

<http://www.etene.fi/julkaisut/2003>

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista. 2003/352. Finlex. Viitattu 6.4.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030352>

Vartiainen-Ora, P. 2002. Rakentava kuunteleminen. TSL-Taskumatti. Työväen Sivistysliitto TSL 2002.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuorinen, J. 2008. Saattohoitoon ei vielä psyykkisen avun ohjeita. Mielenterveys 46 (2), 27.

Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä – Vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kirjapaja.

Yeşilbalkan, Ö. U., Özkütük, N., Karadakovan, A., Turgut, T. & Kazgan, B. 2008. Validity and Reliability of the Edmonton Symptom Assessment Scale in Turkish Cancer Patients. Turkish Journal of Cancer 38 (2), 62-67.

http://www.turkicancer.org/pdf/pdf_TJC_482.pdf



Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
KUOPION YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA

HOITOTIETEEN JA MUIDEN TERVEYS-
TIETEIDEN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Nro _____ / 20 _____

Hakemuksen käsittely on kuvattu hallinnollisessa ohjeessa "Hoitotieteen ja muiden terveystieteiden tutkimuksen ohjeet Kuopion yliopistollisessa sairaalassa". Hakemukseen liitetään tutkimussuunnitelma aineiston keruulomakkeineen ja saatteineen, rahoitussuunnitelma.

HAKIJA

Vastuullinen tutkija

Hanna Komulainen ja Jaana Leinonen

Nimi

Osoite, puh, s-posti

Muut tutkijat

Työ- tai opiskelupaikka

Savonia amk Kuopio, Terveysala

Virka/toimi (ei koske opiskelijoita)

Opiskelupaikka

AMK mikä Savonia yliopisto mikä _____ muu mikä _____

Suoritettava tutkinto

Hoitotyö / sairaanhoitaja

TUTKIMUS

Tutkimuksen nimi Hoitajien käsityksiä syöpäsairaalan saattahoito-potilaan henkisestä tukemisesta

Tutkimuksen lyhyt kuvaus (mm. tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmät) sekä julkaisu-suunnitelma (maksimissaan 300 sanaa)

Tarkoituksena on selvittää Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien osastolla työskentelevien hoitajien käsityksiä ja valmiuksia syöpäsairaalan saattahoito-potilaan henkisestä tukemisesta kyselylomakkeen avulla. Opinnäytetyö julkaistaan keuhkokuumeella 2011.

Tutkimus on

amk-tutkinto ylempi amk-tutkinto pro gradu lisensiaattityö
 väitöskirja muu, mikä _____

Monikeskustutkimus

ei kyllä kansallinen kansainvälinen

Tutkimuksen kokonaisaikataulu

lokakuu 2009 - keuhkokuumeella 2011

Aikataulu KYSissä

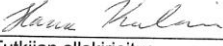
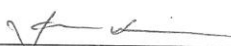
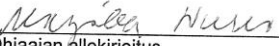
loka-marraskuu 2010

Kustannukset

Arvio KYSille koituvista kustannuksista _____ €

Tarkempi kustannuserittely esitettävä erillisellä liitteellä.

Ei aiheuta kustannuksia KYSille

Tutkimuseettisen toimikunnan lausunto	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input type="checkbox"/> ei ole haettu	
Toimikunta _____	Lausunto nro _____ pvm _____
Johtajayliääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input type="checkbox"/> ei ole haettu	
	pvm _____
STM:n lupa rekisteritutkimuksia varten	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input type="checkbox"/> ei ole haettu	
	pvm _____
Henkilöstöpäällikön lupa henkilökuntaa koskevia tutkimuksia varten	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input type="checkbox"/> ei ole haettu	
	pvm _____
Muu lupa (mikä)	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä	
	pvm _____
Opinnäytetyön tuotoksen käyttöoikeus luovutetaan KYSille	
<input checked="" type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
ALLEKIRJOITUS JA SITOUMUS	
Allekirjoittaneet tutkijat sitoutuvat noudattamaan tulosyksikön esimiesten antamia ohjeita, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä salassapito- ja vaihtolovelvollisuutta ja lähettämään tutkimusraportin yksikköön jossa tutkimus on tehty sekä luvan myöntäjälle.	
<u>6/10 2010</u>	
	
Tutkijan allekirjoitus	Tutkijan allekirjoitus
<u>Hanna Kemulainen</u>	<u>Hanna Kemulainen</u>
Nimen selvennys	Nimen selvennys
_____	_____
Tutkijan allekirjoitus	Tutkijan allekirjoitus
_____	_____
Nimen selvennys	Nimen selvennys
_____	_____
OPINNÄYTETYÖN OHJAAJAT	
	_____
Ohjaajan allekirjoitus	Ohjaajan allekirjoitus
<u>MARJUKKA NURRO</u>	_____
Nimen selvennys	Nimen selvennys
_____	_____
Osoite, puhelin, s-posti	Osoite, puhelin, s-posti
<u>SAVONIA-AMK TERIITA PL 1028 70101 KUOPIO</u>	_____
<u>marjukka.nurro@savonia.fi</u>	_____
PUOLTO Potilastutkimuksissa puolto tarvitaan joko tulosyksikön ylläkäriiltä (yksi tulosyksikkö), tulosaluejohtajalta (useita tulosyksiköitä) tai johtajayliääkäriltä (useita tulosalueita).	
<input type="checkbox"/> Puollan hakemusta	
<input type="checkbox"/> En puolla, perustelut	

___/___/20___	
Allekirjoitus	

Nimen selvennys, virka-asema	

PÄÄTÖS

- Myönnän tutkimusluvan
 Myönnän tutkimusluvan, mutta ennen tutkimuksen aloittamista tutkimukselle tulee hakea tutkimuseettisen toimikunnan lausunto / johtajayliääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten / STM:n lupa rekisteritutkimuksia varten / KYS:n henkilöstöpäällikön lupa henkilökuntaa koskevia tutkimuksia varten / muu lupa, mikä

- Tulosyksikön / -alueen ylihoitajan / hallintoylihoitajan päätös nro _____

18_10_10

Rajni deason
Allekirjoitus

Rajja Hassinen
Nimen selvennys

YHTEYSHENKILÖ KYSISSÄ (Tulosyksikön /-alueen ylihoitaja tai hallintoylihoitaja nimeää)

Nimi

Työyksikkö

S-posti

Puhelin

LIITTEET

- Tutkimussuunnitelma 16 sivua
 Rahoitussuunnitelma _____ sivua
 Muita liitteitä 1 sivua

Hei!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Savonia-ammattikorkeakoulusta Kuopiosta. Opinnäytetyömme aiheena on hoitajien käsityksiä syöpäsairaahan saattohoitopotilaan henkisestä tukemisesta. Kyselyn avulla selvitämme, millaisia käsityksiä hoitajilla on henkisestä tukemisesta Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien osastolla. Kyselystä saatu materiaali hyödynnetään myöhemmin osastolla toteutettavaan oppaaseen.

Kyselyyn vastaamiseen on varattu aikaa kaksi (2) viikkoa. Vastaaminen vie noin 20 minuuttia, tarvittaessa voit jatkaa paperin kääntöpuolelle. Palauta täytetty lomake suljetussa kirjekuoressa osastonhoitajalle.

Kyselylomakkeet ja niistä saatu aineisto käsitellään luottamuksellisesti. Toivomme mahdollisemman monen vastaavan kyselyymme. Esittelemme myöhemmin valmiin opinnäytetyön tulokset syöpätautien osastolla.

Kiittäen

Hanna Komulainen ja Jaana Leinonen

Ammattinimike: sairaanhoitaja perushoitaja lähihoitaja

Ikä _____

Työskentelyaika syöpätautien osastolla? _____

1. Miten käsität syöpäsairaahan potilaan saattohoidon ja mitä se mielestäsi sisältää?

2. Mitä syöpäsairaahan saattohoitopotilaan henkinen tukeminen on mielestäsi?

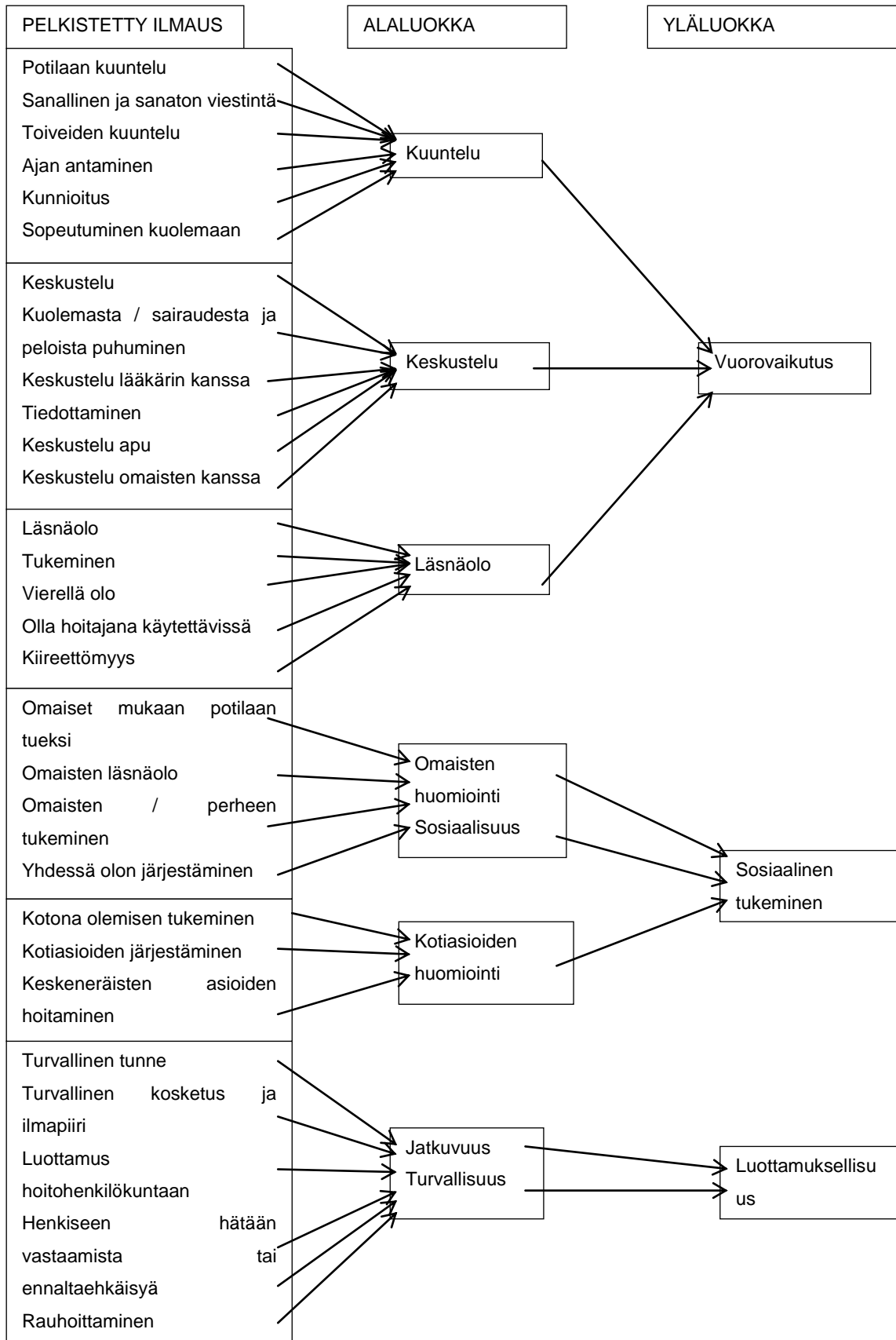
3. Mitä henkisen tukemisen menetelmiä käytät syöpäsairaahan saattohoitopotilaan hoitotyössä?

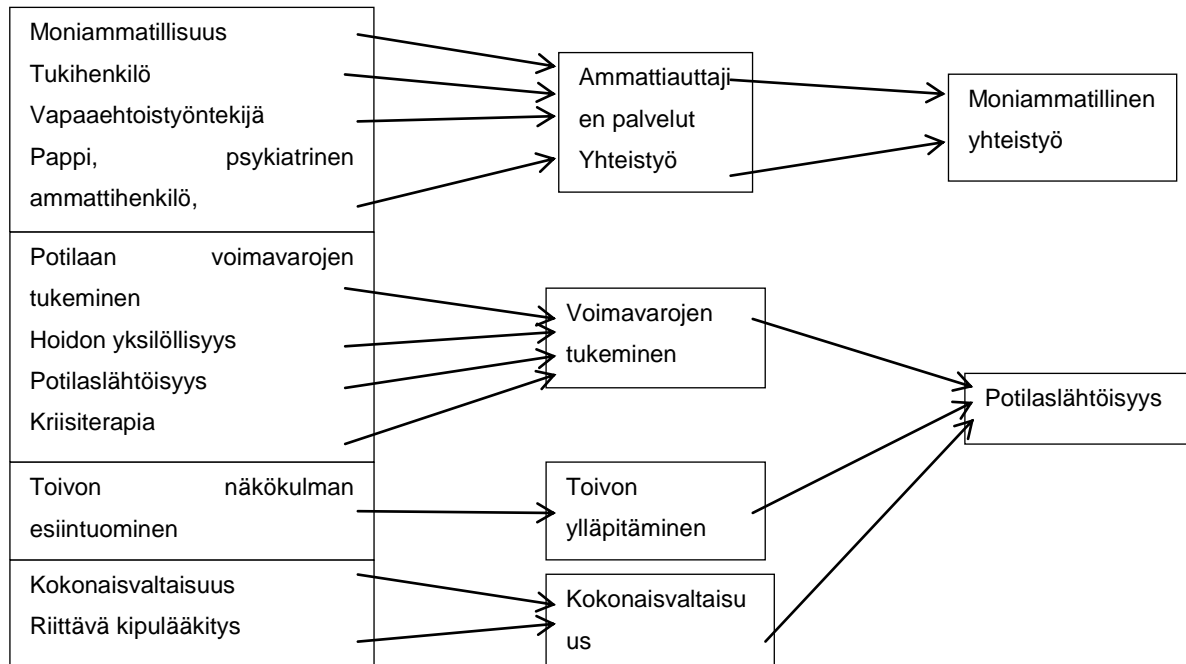
4. Kuinka kehittäisit syöpäsairaahan saattohoitopotilaan henkistä tukemista osastolla?

5. Mitä muuta haluaisit kertoa syöpäsairaahan saattohoitopotilaan hoidosta?

Kiitos vastauksestasi

Mitä syöpäsairaahan saattohoitopotilaan henkinen tukeminen on mielestäsi?





www.savonia.fi

