

Sari Pesonen ja Taru Sova

**HOITOHENKILÖSTÖN SAATTOHOITO-OSAAMINEN KUUSAMOLAISISSA
PALVELUKODEISSA**

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Syksy 2014



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijät Sari Pesonen ja Taru Sovo	
Työn nimi Hoitohenkilöstön saattohoito-osaaminen kuusamolaisissa palvelukodeissa	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Sisätauti-kirurginen hoitotyö	Ohjaajat Juntunen Anitta, Leinonen Rauni Törmälä Irene, Karvonen Hannele Toimeksiantaja Kuusamon kaupunki
Aika 13.9.2014	Sivumäärä ja liitteet 82 + 29
<p>Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan yhtenä hyvänä kuoleman laadun mittarina on ihmisen mahdollisuus kuolla siellä, missä on viettänyt elämänsä viimeiset kuukaudet tai vuodet. Tämä edellyttää palvelukodeissa työskentelevältä hoitohenkilöstöltä saattohoito-osaamista. Opinnäytetyön alkuun kuvattiin saattohoitoprosessi palvelukodissa.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa kuusamolaisten palvelukotien hoitohenkilöstön saattohoito-osaamista. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää kuusamolaista saattohoito-osaamista tuottamalla toimeksiantajalle, Kuusamon kaupungille, palvelukotien tämän hetkistä saattohoito-osaamista kuvaava tilannekatsaus. Palvelukotien hoitohenkilöstön saattohoito-osaamisesta laadittu raportti tuloksineen auttaa saattohoitokoulutuksesta vastaavaa tahoa määrittämään koulutuksen tarvetta ja sisältöä.</p> <p>Tutkimusongelmana oli selvittää kuusamolaisten palvelukotien hoitohenkilöstön saattohoito-osaaminen koulutustarpeen arviointia varten. Ongelmaan haettiin vastausta kolmen alaongelman avulla: 1) Miten saattohoitopotilaan itsemääräämisoikeutta ja saattohoitopäätöstä noudatetaan palvelukodeissa, 2) Miten saattohoitopotilaan kärsimystä lievitetään palvelukodeissa ja 3) Miten saattohoitopotilaan omaisia tuetaan palvelukodeissa?</p> <p>Aineistonkeruumenetelmänä oli kysymyslomake, jolla kerättiin aineistoa yhdeksästä kuusamolaisesta palvelukodista. Kyselyyn vastasi 77 (N=113) hoitohenkilöstöön kuluva vastaaja. Vastausprosentti oli 68 %. Aineisto käsiteltiin SPSS -ohjelmaa käyttäen, jolloin saatiin tunnusluvuiksi vastausten lukumääriä, aritmeettisia keskiarvoja, moodeja ja keskihajontalukuja. Näitä tunnuslukuja analysoidiin kuvaillen.</p> <p>Tuloksissa nousi esille, että palvelukotien hoitohenkilöstöllä on saattohoito-osaamista omaisten tukemisessa ja itsemääräämisoikeutta ja saattohoitopäätöstä kunnioitetaan. Saattohoitopotilaan kärsimyksen ymmärrettiin sisältävän fyysistä ja psyykkistä kärsimystä. Tulosten mukaan puutteita oli lääkehoidon ja psyko-sosiaalisen kärsimyksen lievittämisen osaamisessa.</p> <p>Johtopäätökseksi tuli, että palvelukotien hoitohenkilöstön saattohoito-osaamista tulee täydentää seuraavissa saattohoitopotilasta koskevissa asioissa: 1) itsemääräämisoikeutta ja saattohoitopäätöstä koskeva lainsäädäntö ja suositukset, 2) kärsimyksen sosiaalinen ulottuvuus ja psyykkisen kärsimyksen lieventäminen, 3) kivunhoito ja kipumittarin käyttö, 4) lääkehoito, erityisesti injektoiden antaminen ja opioidien käyttö, 5) hengenahdistuksen hoito, 6) ruoansulatuskanavan oireiden hoito, erityisesti ummetus, 7) saattohoitopotilaan ja omaisten henkinen, hengellinen tukeminen ja eksistentiaalisen kärsimyksen lieventäminen ja 8) omaisten tukeminen potilaan kuoleman jälkeen ja kuoleman jälkeisten käytännön asioiden neuvominen. Vastaajien esittämät koulutustoiveet ja opinnäytetyön tulokset lisäkoulutuksen tarpeesta olivat yhteneväiset.</p>	
Kieli	suomi
Asiasanat	saattohoito, saattohoito-osaaminen, hoitohenkilöstö, palvelukodit
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Nursing
Authors Sari Pesonen and Taru Sovo	
Title Nursing Staff's Terminal Care Competence in Assisted Living Facilities in the Town of Kuusamo	
Optional Professional Studies Medical-surgical nursing	Instructors Anitta Juntunen, Rauni Leinonen, Irene Törmälä, Hannele Karvonen
	Commissioned by Town of Kuusamo
Date 14.9.2014	Total Number of Pages and Appendices 82 + 29
<p>According to the Ministry of Social Affairs and Health, the possibility to pass away in a place where one has lived for the last months or years of one's life is one measure of good death. This requires comprehensive terminal care competence from the nursing staff working in an assisted living facilities or nursing home. The terminal care process applied in nursing homes is described in the beginning of this thesis.</p> <p>The aim of this thesis was to study the terminal care competence of the nursing staff in nursing homes in Kuusamo. The purpose of this thesis was to develop terminal care competence in Kuusamo by providing the commissioner - the Town of Kuusamo - a review of the current situation in terminal care. The report and its results help the staff in charge of terminal care to determine their need for further training. The research question of this thesis was to report on the terminal care competence of the nursing staff working in assisted living facilities in order to determine the need for further training. The subject was approached through three sub-questions: 1) How were autonomy and agreement on terminal care respected in nursing homes, 2) how was patients' pain alleviated in nursing homes, and 3) how were patients' families supported in nursing homes? The data for this quantitative thesis was collected with a questionnaire in nine nursing homes in Kuusamo. 77 staff members answered the questionnaire, and the response rate was 68%. The SPSS software was used to collect statistics, such as number of answers, arithmetic means and modes, which were then analyzed qualitatively.</p> <p>The results showed that nursing staff had comprehensive terminal care competence in supporting families and that autonomy and decisions on end-of-life care were respected. The staff understood that patients nearing the end of their lives suffered physically and mentally. However, pharmacological treatment and alleviation of psychosocial suffering were issues that clearly needed to be addressed.</p> <p>The conclusion is that nursing staff's terminal care competence must be developed in the following areas: 1) legislation and guidelines concerning autonomy and decisions on terminal care; 2) social aspects of suffering and alleviation of mental suffering; 3) pain treatment and use of pain indicators; 4) pharmacological treatment, especially giving injections and opioids; 5) treatment of dyspnea; 6) alleviation of gastrointestinal symptoms, especially constipation; 7) mental and spiritual support of both the patient and the family and alleviating existential suffering; and 8) supporting the family after the patient's death and consultation on practical matters after death. The wishes and needs for further training expressed by the respondents were in congruence with the results of the thesis.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Terminal care, terminal care competence, nursing staff, assisted living facilities
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 SAATTOHOITOPROSESSI PALVELUKODISSA	4
2.1 Saattohoitopäätös	5
2.2 Potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen saattohoidossa	6
2.3 Omaiset potilaan saattohoidon päätöksenteossa ja hoidon toteuttamisessa	7
2.4 Kärsimys saattohoitopotilaan psyko-sosiaalisina oireina	8
2.4.1 Masennus	8
2.4.2 Unettomuus	9
2.4.3 Ahdistuneisuus	10
2.4.4 Delirium	10
2.4.5 Sosiaalinen kärsimys	11
2.5 Kärsimys saattohoitopotilaan fyysisinä oireina	12
2.5.1 Kipu	13
2.5.2 Hengenahdistus ja yskä	16
2.5.3 Ruoansulatuskanavan häiriöt pahoinvointi, oksentelu ja nielemisvaikeudet	18
2.5.4 Suun alueen ongelmat	20
2.5.5 Kuihtuminen eli kakeksia-anoreksia	21
2.5.6 Ummetus, ripuli ja suolitukos	22
2.5.7 Painehaavaumat ja turvotukset	24
2.5.8 Hikoilu, kutina ja ihoinfektiot	25
2.5.9 Askites ja pleuraneste	26
2.5.10 Väsymysoireyhtymä eli fatigue	27
2.6 Kärsimys saattohoitopotilaan henkisinä, hengellisinä ja kulttuurisina sekä eksistentiaalisina tarpeina	28
2.6.1 Henkiset, hengelliset ja kulttuuriset tarpeet	28
2.6.2 Eksistentiaaliset tarpeet	30
2.7 Saattohoitopotilaan kuolema	31
2.7.1 Kuoleman merkit ja kuoleman hetki	31
2.7.2 Vainajan käsittely	33
2.8 Saattohoitopotilaan omaisten tukeminen kuoleman jälkeen	34

3 SAATTOHOITO OSAAMINEN	36
3.1 Saattohoito-osaamisen ulottuvuudet ja tiedon lajit	36
3.1.1 Saattohoito-osaaminen näyttöön perustuvana tietona	37
3.1.2 Saattohoidon eettinen osaaminen	37
3.1.3 Saattohoito-osaaminen kykynä hallita hoitotyön tilanteita	38
3.1.4 Saattohoidon osaaminen kliinisinä taitoina	39
3.2 Saattohoitosuosituksen mukaiset saattohoito-osaamisen osa-alueet	40
3.3 Saattohoito-osaaminen	40
4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSSONGELMA	43
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	44
5.1 Kyselylomakkeen laadinta	44
5.2 Kohdejoukon valinta	48
5.2.1 Aineiston keruu Kuusamon palvelukodeissa	48
5.2.2 Palvelukotien hoitohenkilöstö	49
5.3 Aineiston keruun toteuttaminen	52
5.4 Aineiston analysointi	53
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	56
6.1 Itsemääräämisoikeus ja saattohoitopäätös	56
6.2 Kärsimyksen lievittäminen	57
6.2.1 Psyko-sosiaalinen kärsimys	57
6.2.2 Fyysinen kärsimys	59
6.2.3 Lääkehoidon osaaminen	64
6.2.4 Hengellisyys, henkisyys, kulttuurisuus sekä eksistentiaalisuus	65
6.2.5 Kuoleman hetki	66
6.3 Omaisten tukeminen	68
6.4 Saattohoitokoulutus	69
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	71
7.1 Saattohoitopotilaan itsemääräämisoikeutta ja saattohoitopäätöstä koskeva hoitohenkilöstön osaaminen	71
7.2 Saattohoitopotilaan kärsimyksen lievittämisen osaaminen	72
7.3 Saattohoitopotilaan omaisten tukeminen	74
7.4 Yhteenveto johtopäätöksistä	74

8 POHDINTA	76
8.1 Opinnäytetyön luotettavuus	76
8.2 Opinnäytetyön eettisyys	79
8.3 Tulosten pohdintaa	80
8.4 Opinnäytetyön merkitys ammatilliseen kehittymiseen	80
8.5 Opinnäytetyön tekemisen pohdintaa	81
LÄHTEET	83
LUE'TTELO KUVIOISTA, TAULUKOISTA JA LIITTEISTÄ	
LIITTEET (10 KPL)	

1 JOHDANTO

YK julkaisi vuonna 1975 kuolevan oikeuksien julistuksen, jota voidaan pitää perustana korkeatasoiselle kuolevan hoidolle. 29 vuotta myöhemmin Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (Etene) julkaisi julistuksen Suomessa (LIITE 1) (Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa 2004, liite 1). Saattohoidon kehittämisprosessi on edennyt verkkaiseen tahtiin. Vuonna 2010 sosiaali- ja terveysministeriö (STM) julkaisi asiantuntija kuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksen ”Hyvä saattohoito Suomessa” (Pihlainen 2010, 1 - 46). Saattohoitosuositusten toteutumista edistetään STM:n mukaan käynnistämällä keskustelua hyvän saattohoidon merkityksestä ihmisen kuoleman lähestyessä. STM:n suositusten laatimisesta ehti kulua vielä 4 vuotta, ennen kuin saattohoito kyettiin ottamaan yleisesti puheeksi Yhteisvastuu -keräyksen kotimaan keräyskohteena.

Saattohoito lisääntyy, koska suuret ikäluokat ovat saavuttaneet 60 vuoden iän. Väestön elinikä pidentyy ja esimerkiksi syöpäsairauksien määrä lisääntyy. Saattohoito kuuluu myös muutakin kuin syöpää sairastaville potilaille. Pitkälle edennyttä hengitystiesairautta, sydämen-, maksan- ja munuaistenvajaatoimintaa, diabetesta tai neurologista sairautta kuten dementiaa sairastava potilas tarvitsee elämänsä loppuvaiheessa saattohoitoa. Saattohoidon eettisinä arvoina on hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus ja itsemääräämisoikeus (Pihlainen 2010, 13, 15 - 16, 18, 23).

Tällä hetkellä saattohoitoa esitetään annettavaksi kolmeportaisen mallin mukaan. Kolmeportainen malli koostuu perustason hoitoyksiköistä, alueellisista saattohoitoyksiköistä sekä yliopisto- ja keskussairaalayksiköiden lisäksi saattokodeista. Perustason saattohoitoa antavat sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt. (Saarto 2013, 188 - 197; Pihlainen 2010, 23 - 26.) Perustason hoitoyksikkönä palvelukodeilla katsotaan olevan edellytykset toteuttaa saattohoitoa potilaille, jolla on hitaasti etenevä sairaus ja jolle ei ole odotettavissa vaikeita oireita (Saarto 2013, 190). Yhtenä hyvänä kuoleamisen laadun mittarina on ihmisen mahdollisuus kuolla siinä yksikössä, jossa on viettänyt elämänsä viimeiset kuukaudet tai vuodet (Pihlainen 2010, 13, 23). Tästä lähtökohdasta on käynnistynyt saattohoitoa kehittäviä projekteja.

Koillissanomien 24.9.2012 julkaisemassa artikkelissa kerrottiin, kuinka Kuusamon kaupunki on asettanut yhdeksi kehittämisen kohteeksi saattohoidon (Matila 2012). Saattohoitoa on kehitetty kouluttamalla terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja suunnitteilla on kehittää saatto-

tohoitoa siten, että ympärivuorokautista tehostettua palveluasumista tarjoavat yksiköt, kuten palvelukodit, kykenisivät huolehtimaan asiakkaidensa hoidosta aina kuolemaan saakka.

Tiedustellessamme Kuusamon kaupungin hoitotyön johtajalta, Marjo Jurmulta, opinnäytetyön aihetta ja kertoessamme mielenkiinnostamme saattohoitoon, hän ehdotti opinnäytetyön aiheeksi palvelukotien hoitohenkilöstön saattohoito-osaamista kartoittavaa opinnäytetyötä. Opinnäytetyömme tarkoituksiksi muodostui osallistuminen kuusamolaisen saattohoidon kehittämistyöhön selvittämällä kokonaistilanne, mitä on palvelukotien hoitohenkilöstön saattohoito-osaaminen. Kuusamon kaupunki tarvitsee osaamiskartoitusta saattohoitokoulutusta koskevan päätöksenteon tueksi.

Saattohoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan tai kuolevan aktiivista kokonaisuhoitoa. Saattohoidossa on olennaista käsitellä kipua ja muita oireita sekä psyykkisiä, sosiaalisia ja hengellisiä ongelmia. (Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenetystä ja hoidosta 2010, 7.) Saattohoitoa kuvataan myös hoidoksi, johon sisältyy oireiden lievittämistä ja läheisten tukemista. Hoidon tavoitteena on taata kuolemaa lähestyvälle potilaalle mahdollisimman aktiivinen, arvokas ja toiveikas loppuelämä. Saattohoito -sanan katsotaan sisältävän myös vertauskuvallisen eksistentiaalisen eli olemassaoloon liittyvän ulottuvuuden, joka kuvastaa kuolevan saattamista matkalle, kotiin tai portille, jolta ei voi palata. (Vainio 2004, 19.) Saattohoidon tulee olla myös oireenmukaista lääkehoitoa, potilaan omaisten tukemista, miellyttävän ympäristön järjestämistä sekä arvokasta ja inhimillistä kohtelua (Hänninen 2012b, 5,7, 14 ja 15).

Olemme päätyneet käsittelemään opinnäytetyömme teoreettisessa taustassa saattohoitopotilaan kärsimystä saattohoitopotilaan tarpeina, koska tarvitsemme käytännönläheistä teoriaa muodostaessamme saattohoito-osaamista kartoittavia kysymyksiä kysymyslomakkeeseen. Opinnäytetyömme kartoittaa hoitohenkilöstön saattohoito-osaamista kuusamolaisissa palvelukodeissa, joten tarkastelemme saattohoitopotilaan ja omaisten tarpeita, hoitotyötä ja lääkehoitoa palvelukodeissa työskentelevän hoitohenkilöstön näkökulmasta.

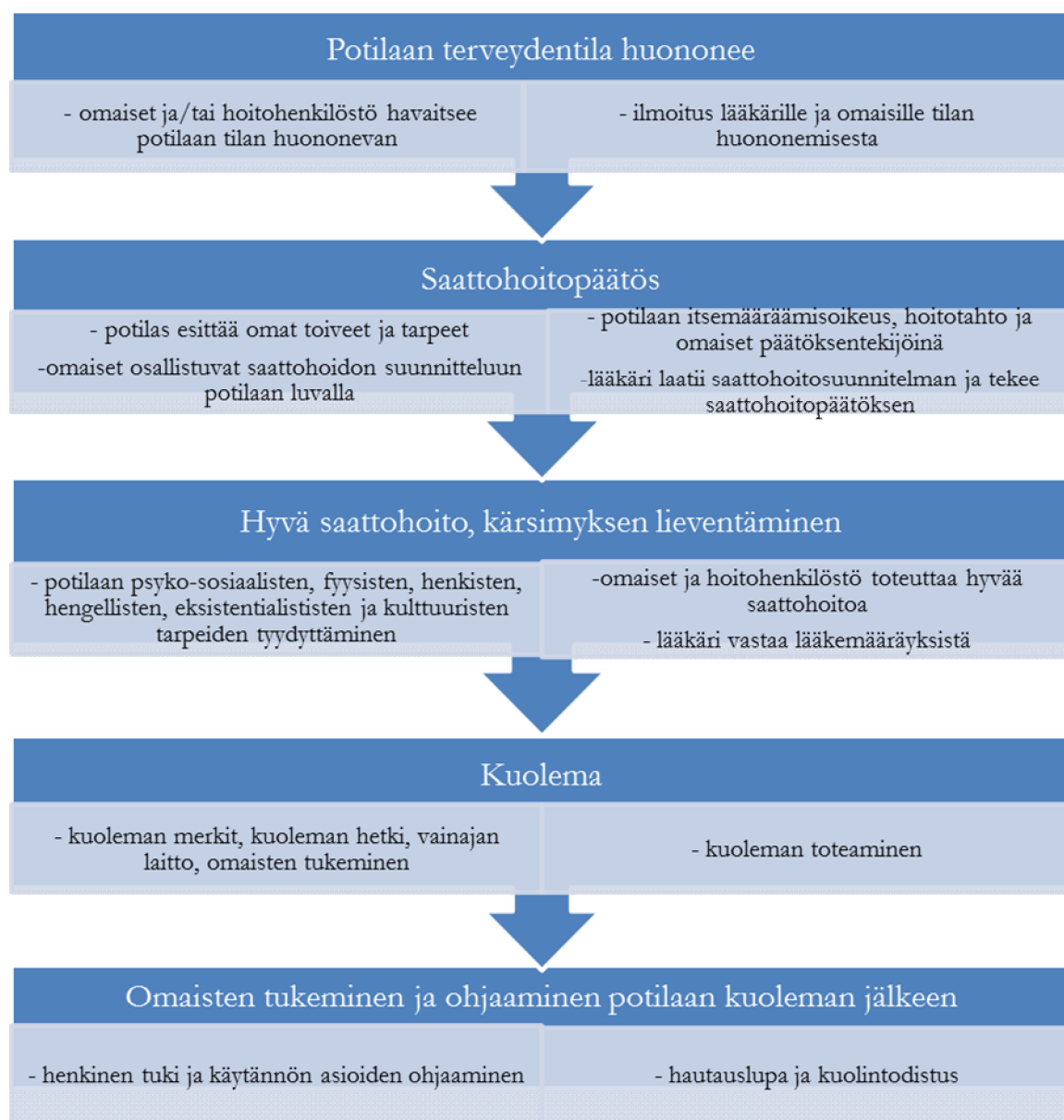
Kärsimyksellä on fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja eksistentiaalinen ulottuvuus. Kärsimystä ei voida liittää yksinomaan ruumiiseen, mutta ei myöskään yksinomaan sieluun tai mieleen. Potilaan kärsimys on ainutlaatuinen kokonaisuus, josta kivun ja muiden oireiden ulottuvuudet tulee ottaa huomioon. Onnistunut oireiden lievitys edellyttää jatkuvaa hoidon toimivuuden arviointia. Kärsimystä hoidettaessa tulee ottaa huomioon oireiden lievityksen riittävyys,

ennakoitava oireiden kehittyminen ja huomioitava oireiden hoidon mahdolliset haittavaikutukset. Pelko kärsimyksen jatkumisesta aiheuttaa lisää kärsimystä. Vaikka kärsimys on henkilökohtaista, koskettaa se kuoleman lähestyessä useita henkilöitä. Kuoleva potilas voi tuntea kärsimystä omaisten puolesta ja omaiset voivat tuntea kärsimystä kuolevan potilaan vaivoista. Kärsimystä voidaan lievittää ottamalla huomioon potilaan tarpeet ja toiveet sekä keskustelemalla avoimesti lähestyvistä kuolemasta, jolloin saadaan käsitys saattohoitopotilaan voimavaroista ja elämänarvoista. (Hänninen 2001, 126 - 131, 134; Rhen 2013, 67 - 68.)

Opinnäytetyössämme käsittelemme saattohoitoa prosessina, johon sisältyy potilaan itsemääräämisoikeus ja saattohoitopäätöksen tekeminen, saattohoitopotilaan kärsimyksen lievittäminen, potilaan kuolema sekä omaisten tukeminen. Saattohoitopotilaan kärsimyksellä on psyyko-sosiaalinen, fyysinen ja henkinen, hengellinen, kulttuurinen ja eksistentiaalinen ulottuvuus (Hänninen 2001, 126 - 129). Saattohoitoprosessia ja saattohoito-osaamista esittelevissä osioissa määrittelemme niihin kuuluvat keskeiset käsitteet ja käsittelemme niitä koskevaa lainsäädäntöä. Emme löytäneet aikaisempaa suomalaista saattohoito-osaamista koskevaa tutkimusta, joten olemme laatineet tietoperustan Käypähoito suosituksesta, STM:n ja PPSHP:n (Saattohoito-oheistus ja suosituksia...) saattohoitosuosituksista, saattohoitoa koskevasta kirjallisuudesta ja lehtiartikkeleista.

2 SAATTOHOITOPROSESSI PALVELUKODISSA

Parantumattoman sairauden edetessä palliativisen eli oireenmukaisen hoidon osuus lisääntyy ja kuoleman lähestyessä aloitetaan saattohoito (Pihlainen 2010, 11). Saattohoitoa voidaan kuvata prosessina, joka etenee saattohoitopäätöksen kautta hyvään saattohoitoon, potilaan kuolemaan ja omaisten tukemiseen saattohoidon aikana ja kuoleman jälkeen (Cancer 2013). Esitämme kuviossa 1. saattohoitopotilaan hoitoprosessin palvelukodissa.



Kuvio 1. Saattohoitoprosessi palvelukodissa Kytke-hankkeen syöpäpotilaan saattohoitoprosessin QPR-mallinnusta (2012) mukailten

2.1 Saattohoitopäätös

Kuoleman lähestymisen katsotaan olevan ratkaiseva tekijä siirryttäessä palliatiivisesta eli oikeinmukaisesta hoidosta saattohoitoon (Hänninen & Anttonen 2008, 23, 33). Saattohoitopäätös on lääkärin tekemä lääketieteellinen päätös, joka tehdään, kun potilaan jäljellä olevan elinajan odotetaan olevan päiviä tai viikkoja (Korhonen & Poukka 2013, 440). Saattohoitopäätös voi olla tilanteen vaatima hoitolinjapäätös, joka tavallisimmin koskee infektioiden, kuten keuhkokuumeen hoitoa. Saattohoitopäätös voi olla myös pitkäaikaisen ja etenevän vaikean sairauden vuoksi tehty päätös. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 5; Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia... 2010, 9; Antikainen, Konttila, Virolainen & Strandberg 2013, 911; Eho, Hänninen, Kannel, Pahlman & Halila 2004, 10; Valvira 2013b.)

Saattohoitopäätökseen tulee kirjata, mitä kyseisen potilaan saattohoito ei pidä sisällään. Yleensä saattohoitoon eivät kuulu elvytys, infarktin liotushoito, sytostaattihoito, kontrolliluontoiset tutkimukset, suonensisäinen nesteytys, ravitseminen ja antibioottihoito eikä ruokintaletkun käyttö. Saattohoitopäätökseen sisältyy DNR -päätös, joka on päätös elvyttämättä jättämisestä (do not resuscitate). Saattohoitopäätös perusteluineen tulee kirjata yksityiskohdaisesti ja selkeästi potilasasiakirjoihin. Tämä on tärkeää, jotta muutkin kuin päätöstä tekevissä olevat potilaan hoitoon osallistuvat hoitajat saavat tiedon hoitopäätöksistä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 5; Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia... 2010, 9; Antikainen ym. 2013, 911; Korhonen & Poukka 2013, 440; Eho ym. 2004, 10; Valvira 2013b.)

Saattohoidon aloittamiseksi on tehtävä hoitolinjauksia koskevia päätöksiä. Hoitolinjausten tekemiseksi on hyvä järjestää hoitoneuvottelu, jonka sisältö ja päätökset tulee kirjata potilaan sairaskertomukseen. Potilaalla tulee olla mahdollisuus osallistua hoitoansa koskevien päätösten tekoon ja potilaan tulee olla tietoinen tehtyjen päätösten edellytyksistä ja seurauksista. Saattohoitopäätöksen tekee lääkäri, mutta päätöstä tehdessään lääkärin tulee kuunnella potilasta ja tämän omaisia. Potilaslain (785/1992) mukaan saattohoitopäätöksen tulee myös kunnioittaa potilaan autonomiaa eli itsemääräämisoikeutta. Käytännössä päätöksen tekoon ja hoitoneuvotteluun osallistuu lääkäri, potilas ja potilaan halutessa myös omaiset. Lisäksi päätöstä tehdessä kuunnellaan myös hoitohenkilöstöä, joka voi myös osallistua hoitoneuvotteluun. (Hänninen & Anttonen 2008, 26; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 3 ja 5; Saattohoito 2013.)

Saattohoitoa toteutetaan yksilöllisesti saattohoitopotilaan toiveen mukaan, tämä edellyttää räätälöidyn saattohoitosuunnitelman laatimista. Saattohoitopäätöksessä tulisi olla yksityiskoh- taista tietoa siitä, mitä missäkin tilanteessa tehdään, kuka saattohoitoa toteuttaa ja missä saat- tohoitoa toteutetaan. Saattohoitopäätöksestä tulisi ilmetä ne seikat, joita potilas pitää merkit- tävänä elämänsä loppuvaiheen hoidossa. Saattohoitopäätöstä tehtäessä tulisi keskustellen löy- tää yhteisymmärrys hoitopaikasta, lähimmäisten osallistumisesta hoitoon ja potilaan omista henkilökohtaisista hoitotoiveista. Pohdittaessa saattohoitopotilaan hoitopaikkaa, on hyvä tietää, että tarpeettomat sairaalasiirrot ovat saattohoitopotilaalle usein ylimääräinen rasite. Saattohoitopäätökseen voidaan sisällyttää hoidonrajaus ”ei-tarpeettomia sairaalasiirtoja” eli DNH (do-not-hospitalize). (Joensuu 2013, 77; Hänninen & Anttonen 2008, 24 - 27; Luotet- tavaa tietoa terveydestä 2013; Mitchell, Kiely & Hamell 2004, 325.)

2.2 Potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen saattohoidossa

Itsemääräämisoikeus on ihmisen perusoikeuksiin kuuluva keskeinen käsite ja oikeus. Itse- määräämisoikeus tarkoittaa henkilön itsenäistä tahtoa ja vapautta päättää itseään koskevista asioista. Tämä edellyttää potilaalta kykyä ymmärtää oma tilanteensa. Tilanteen ymmärtämi- seksi potilaan tulee saada tietoa terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoeh- doista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä merkityksellisistä sei- koista. (Pahlman 2004, 358, 360.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994, 22§) mukaan lääkäri tekee päätöksen potilaan lääketieteellisestä hoidosta. Tästä huolimatta potilaan itsemääräämisoike- us merkitsee sitä, että potilaan hoitoon tarvitaan potilaan suostumus. Potilaalla on myös oi- keus kieltäytyä kaikesta hoidosta, jopa silloinkin kun hoitamatta jättäminen johtaa hänen vammautumiseen tai kuolemaan. Potilaan asemaa ja oikeuksia käsittelevässä laissa (785/1992, 6§) potilaan itsemääräämisoikeus edellyttää, että potilasta hoidetaan yhteisym- märryksessä hänen kanssaan. Käytännössä yhteisymmärrys toteutuu, kun potilaan omaiset ja kaikki hoitoon osallistuvat tietävät ja ymmärtävät potilaan tahdon ja noudattavat sitä. Poti- laan itsemääräämisoikeuteen sisältyy myös uskontoon, vakaumukseen ja kulttuuriin liittyviä asioita. (Pahlman 2004, 360; Pahlman 2013, 52; Grönlund & Huhtinen 2011, 34 - 35.)

Potilas voi varmistaa itsemääräämisoikeutensa toteutumisen ilmaisemalla vakaan tahtonsa itseään koskevien hoitojen suhteen laatimalla hoitotahdon kirjallisesti tai suullisesti. Kirjallinen hoitotahto on juridisesti pätevä, kun se on päivätty ja siinä on kahden todistajan allekirjoitukset. Suullinen hoitotahto tulee kirjata potilasasiakirjoihin. Hoitotahto jatkaa potilaan itsemääräämisoikeuden käyttämistä sen jälkeen, kun hän ei kykene enää itse ilmaisemaan itseään tai päättämään hoidostaan. Hoitotahdolla on merkitystä erityisesti tilanteissa, joissa omaisten ja lääkärin näkemykset potilaan hoidosta ovat ristiriitaiset. Ellei potilaalla ole hoitotahtoa tai hän ei kykene ilmaisemaan hoitoa koskevaa tahtoa, potilaan omainen tai muu läheinen tai laillinen edustaja on mukana tekemässä hoitopäätöksiä. (Hinkka 2004a, 369; Hilden 2006, 30; Pahlman 2013, 52 - 53, 55.)

2.3 Omaiset potilaan saattohoidon päätöksenteossa ja hoidon toteuttamisessa

Vakava sairaus ja kuoleman lähestyminen koskettavat saattohoitopotilaan lähipiiriä. Omaisilta vaaditaan sopeutumista uuteen tilanteeseen sekä usein myös osallistumista saattohoitopotilaan hoitoa koskevien päätösten tekoon että käytännön toimiin. (Hänninen 2001, 137.)

Opinnäytetyömme koskee palvelukodeissa toteutettavaa saattohoitoa. Palvelukotiemme saattohoitopotilaat sairastavat pääasiassa pitkälle edennyttä neurologista sairautta kuten dementiää tai muuta pitkäaikaissairautta. He ovat usein myös monisairaita ihmisiä (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 24). Monisairaus tarkoittaa erityyppisten ja eriasteisten toisistaan riippuvien tai riippumattomien sairauksien samanaikaista esiintymistä (Tilvis 2009, 2086). Edellä mainitut syyt johtavat palvelukodeissa usein siihen tilanteeseen, että saattohoitopotilaat eivät kykene itse osoittamaan hoitoaan koskevaa tahtoa. Lääkäri tarvitsee hoitoa suunnitellessaan ja arvioidessaan tietoa potilaan mielipiteistä ja toiveista, tällöin omaisten rooli tiedon antajana korostuu (Laakkonen & Pitkälä 2006, 86). Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 6§) kerrotaan, että mikäli potilas ei pysty päättämään hoidostaan, tulee potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista taikka muuta läheistä kuulla selvitetessä millainen hoito vastaa parhaiten potilaan tahtoa.

Omaisiin luotu rehellinen ja luottamuksellinen vuorovaikutussuhde on osoitus heidän kunnioittamisesta. Rhen (2013, 69) kirjoittaa, että WHO:n mukaan potilas ja omaiset muodostavat hoitoyksikön, jossa omaiset nähdään saattohoitopotilaan ensisijaisina hoitajina. Saatto-

hoito herättää omaisissa kysymyksiä heidän kyvystään tukea ja auttaa läheistään. Potilaan omaisille tulee löytää hoitotyössä hetki, jolloin selvitetään heidän voimavaransa, huolensa ja pelkonsa. Tulevaisuuden järkkyminen ja pelko tulevasta kärsimyksestä voi aiheuttaa potilaalle sekä omaisille suurempaa ahdistusta kuin potilaan fyysiset oireet. Hyvä saattohoito on myös omaisten tukemista. Omaiset voivat väsyä nähdessään läheisensä kuihtuvan ja muuttuvan fyysisesti ja psyykkisesti kuoleman lähestyessä. Myös konkreettinen hoitaminen voi uuvuttaa omaisia. Omaisille tulee kertoa lähestyvistä kuolemasta, jotta heillä on mahdollisuus käytännön järjestelyin varmistaa läsnäolonsa kuoleman lähestyessä. (Hänninen 2001, 138; Rhen 2013, 69; Hänninen 2004b, 251 - 252.)

2.4 Kärsimys saattohoitopotilaan psyko-sosiaalisina oireina

Kerromme seuraavaksi saattohoitopotilaan kärsimyksestä psyko-sosiaalisina oireina, joita ovat masennus, ahdistuneisuus, unettomuus ja delirium sekä sosiaalinen kärsimys.

2.4.1 Masennus

Joka neljäs saattohoitopotilas kärsii **masennuksesta**. Potilaalle tietoisuus lähestyvistä kuolemasta voi aiheuttaa pelkoa ja ahdistusta. Potilaalla on oikeus olla surullinen, mutta surua voi olla vaikea erottaa masennuksesta. Masennuksen diagnosointi on vaikeaa ja diagnosointiin käytettävät asteikot ovat saattohoitopotilaan yleistilan kannalta usein sopimattomia. Itkuisuus ja vetäytyminen voi olla myös normaali ilmiö. Potilaan voi antaa hänen halutessaan sopeutua rauhassa ajatukseen lähestyvistä kuolemasta. Potilaan halu kuolla ei välttämättä johdu masennuksesta, vaan se voi olla myös olosuhteista johtuva toive vaikean tilanteen päättymisestä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 22; Hänninen 2003, 209.)

Saattohoitopotilaan masennus on ongelmallista, koska masennuksen aiheuttama kärsimys lisää muiden oireiden vaikeutta. Saattohoitopotilaiden perustautiin ja yleistilan heikkenemiseen liittyvät väsymys, ruokahaluttomuus ja aloitekyvyn lasku. Terveillä ihmisillä näiden oireiden katsotaan merkitsevän masentuneisuutta. Saattohoitopotilaan voidaan olettaa olevan masentunut, jos hän sulkeutuu, vetäytyy kontakteista ja ilmaisee olevansa masentunut suuren osan ajasta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 21 - 23; Hänninen 2003, 208 - 209.)

Saattohoitopotilaan masennuksesta johtuvaa kärsimystä voidaan lievittää hyvällä hoivalla ja keskustelulla. Lääkehoitona käytetään ensisijaisesti ahdistusta lieventäviä lääkkeitä eli anksiolyyttejä niiden nopeasti alkavan vaikutuksen vuoksi. Masennuslääkkeiden käyttö saattohoitopotilaan hoidossa on hyödyöntä, jos odottavissa oleva elinaika on 2 - 3 viikkoa, koska masennuslääkkeen vaikutuksen alkaminen vie saman ajan. Masennusdiagnoosin ohella on oleellista arvioida potilaan jäljellä oleva elinaika, lääkkeen vaikutuksen alkamisnopeus ja mahdolliset sivuvaikutukset. Sedatoiva eli rauhoittava lääkitys on paikallaan, kun on kyseessä vaikeasta masennuksesta kärsivä saattohoitopotilas, jonka ennustettu elinaika on vain pari päivää. Sedaatiolla tarkoitetaan kuolevan potilaan rauhoittamista lääkkein ja hänen tajuntansa heikentämistä oireiden lieventämiseksi tavalla, jonka potilas, omaiset ja hoitohenkilöstö hyväksyy. Masennusta hoidettaessa voidaan käyttää apuna rentoutusta ja mielialälääkitystä. Psykoterapia voi olla hyödyksi, mutta tukea antavan ja eläytyvän kuuntelunkin on todettu auttavan potilaita. Hoitosuhteen turvallisuus ja jatkuvuus ovat olennainen osa hoitoa. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 22; Hänninen 2003, 209 - 210.)

2.4.2 Unettomuus

Saattohoitopotilaan **unettomuus** voi liittyä psyykkiseen oireiluun tai olla seurausta vuorokausirytmien muuttumisesta. Unettomuus on tunne huonosta nukkumisesta, joka aiheuttaa merkittävää päivääikaista toimintakyvyn heikkenemistä tai mielialan laskua. Unta voi olla vaikea saada tai yllä pitää tai molempia. Unettomuus voi ilmetä myös ärtyvyytenä, päivääikaisena uneliaisuutena, väsymysoireyhtymänä (fatigue) ja keskittymiskyvyn puutteena. Osa saattohoitopotilaista voi myös kokea, että hukkaavat aikaansa nukkuessaan ja valvovat sen vuoksi. Nukkumaan meno voi myös pelottaa, jos potilas luulee kuolevansa nukkuessaan. Erilaiset oireet kuten kipu, pahoinvointi ja hengenahdistus sekä yskä voivat myös häiritä nukkumista. Liikuntakyvyn menettämisestä aiheutunut pitkä vuoteessaolo aiheuttaa usein painehaavaumia, nivelten jäykistymistä ja lihaskipua, jotka vaikeuttavat nukkumista. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 22; Hänninen 2003, 214 - 215.)

Unettomuutta tulisi hoitaa syntymekanismien mukaan. Unettomuutta hoidettaessa unirytmien säätely, häiritsevien oireiden hoito, rentoutus, asentohoito, unihygienia eli nukkumisolot ja muut lääkkeettömät keinot voivat helpottaa unta. Lääkkeellisenä hoitona käytetään melatoniinia, nukahtamislääkkeitä ja lyhyt- tai keskipitkävaikutteisia bentsodiatsepiinivalmisteita.

Unihäiriön hoitoon voidaan käyttää myös neuroleptejä ja masennuslääkkeitä. Saattohoitopotilaan vuorokausirytmien muuttaminen hoitopaikan päivärytmien mukaiseksi ei ole aina tarpeenmukaista. Vuorokausirytmien muuttaminen unilääkkein voi aiheuttaa potilaalle tokkuraisuutta ja lisätä loukkaantumisriskiä. Saattohoitopotilaan pitää saada nukkua silloin, kun hän haluaa. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 22; Hänninen 2003, 214 - 216.)

2.4.3 Ahdistuneisuus

Runsas oireilu ja kuoleman läheisyys aiheuttavat saattohoitopotilaalle **ahdistuneisuutta**. Ahdistus psyykkisenä oireena aiheuttaa kärsimystä pelkona, voimavarojen ehtymisenä ja/tai toimintakyvyttömyytenä. Ahdistukseen liittyy somaattisia oireita kuten sydämentykytystä, hengenahdistusta, pahoinvointia sekä unettomuutta ja ruokahaluttomuutta. Kuoleman ja oireiden pelko aiheuttaa ahdistusta. Hallitsematon kipu ja hengenahdistus lisäävät ahdistuneisuutta. (Hänninen 2003, 212.)

Ahdistuksen hoitoa ohjaavat saattohoitopotilaan fyysinen tila sekä keskustelu- ja ajattelukyky kuoleman lähestyessä. Saattohoitopotilaalla ei useinkaan ole voimia käydä pitkiä keskusteluja tai terapiaa ahdistusta helpottamaan, joten ahdistusta hoidetaan usein lääkkeillä. Ahdistuneisuuden lääkehoidon perustana ovat bentsodiatsepiinit ja neuroleptit. Niiden aiheuttama riippuvuus ei saa olla este lääkkeiden käytölle. Ahdistus voi käydä saattohoitopotilaalle sietämättömäksi, jolloin se on yksi sedatoinnin aihe. (Hänninen 2003, 213.)

2.4.4 Delirium

Delirium eli nopeasti alkanut aivojen toimintahäiriö on yleinen psyykkinen oire, jota esiintyy 70 - 90 %:lla saattohoitopotilaista noin 2 - 3 viikkoa ennen kuolemaa. Deliriumissa havaitsemiskyky, ajattelu ja muisti heikkenee. Deliriumiin kuuluu myös psykomotoriset ja emotionaaliset sekä uni-valverytmien muutokset. Deliriumia aiheuttaa saattohoitopotilaalla yleisimmin lääkkeet tai pienikin muutos lääkehoidossa, hapenvajaus, aineenvaihdunnalliset tekijät kuten matala verensokeri, häiriöt elektrolyyttitasapainossa ja uremia. Uremia tarkoittaa virtsamyrkytystä (Hervonen & Nienstedt 1992, 164). Myös keskushermoston sairaudet ja infektiot, ah-

distuneisuus ja elimistön stressitila voivat aiheuttaa deliriumia. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 22 - 23; Hänninen 2003, 216; Korhonen & Poukka 2013, 443 - 444.)

Delirium jaetaan kahteen alamuotoon, hyper- ja hypoaktiivinen delirium. Hyperaktiivisessa deliriumissa potilas on kiihtynyt ja hänellä on hallusinaatioita ja harhaluuloja. Hypoaktiivisessa muodossa potilas on väsynyt, vetämätön ja sekava. Saattohoitopotilaan delirium on usein sekamuoto näistä kahdesta, jolloin se voi johtua monista eri syistä tai syyt voivat jäädä selviämättä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 22 - 23; Hänninen 2003, 216 - 217.)

Deliriumin hoidon lähtökohtana on akuutin tilanteen rauhoittaminen ja mahdollisen syyn selvittäminen sekä omaisten ajan tasalla pitäminen. Deliriumia sairastava potilas tarvitsee valvontaa sekä turvallisen ja rauhallisen ympäristön. Rauhallinen ja tuttu ympäristö yhdessä hoitohenkilöstön ja omaisten asiallisen ja tasaisen käytöksen kanssa rauhoittavat potilasta. Tavoitteet deliriumin hoidossa ovat potilaan sekavuuden ja levottomuuden väheneminen sekä kommunikaatiokyvyn palautuminen ja sen myötä myös omaisten kärsimyksen lievittäminen. Saattohoitopotilaalla elektrolyyttihäiriöiden korjaaminen ja suonensisäinen nesteytys ei ole hyödyllinen, joten ne eivät ole yleensä tarpeen. Lääkityksen tarkistaminen ja sekavuutta mahdollisesti aiheuttavien lääkkeiden karsiminen mahdollisuuksien mukaan on deliriumin hoitoa. Toisaalta deliriumia voidaan hoitaa lukuisin lääkkein. Saattohoitopotilaan lääkehoito on oireenmukaista ja siihen vaikuttaa deliriumin muoto, potilaan elinajan ennuste sekä potilaan oireiden häiritsevyys. Lääkityksen vaihtaminen saattohoidon viimevaiheissa sisältää riskejä, jolloin sedaatio voi olla potilaan ja omaisten kannalta lopulta paras vaihtoehto, ainakin jos deliriumin hoidon vaihtoehtona on enää fyysinen rajoittaminen esimerkiksi lepositein. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 23; Hänninen 2003, 218 - 220; Korhonen & Poukka 2013, 443 - 444; Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia... 2010, 9.)

2.4.5 Sosiaalinen kärsimys

Vakava kuolemaan johtava sairaus vaatii saattohoitopotilaalta ja hänen lähipiiriltään sopeutumista tuskalliseen tilanteeseen ja aiheuttaa **sosiaalista kärsimystä**. Saattohoitopotilaan hoitotyössä tulee huolehtia, että sosiaaliset suhteet säilyvät potilaan haluamassa laajuudessa. Saattohoitopotilaan ja hänen omaisensa sopeutumiskyky tilanteeseen ja tunne yhteenkuuluvuudesta vaikuttavat siihen, millaiseksi heidän yhteinen jäljellä oleva aika muotoutuu. Tavalli-

sesti sairastuneen ihmisen läheisydentarve lisääntyy. (Hietanen 2004, 227; Hänninen 2001, 138 - 139.)

Parisuhteessa sosiaalinen kärsimys voi ilmetä sairaan puolison kateutena ja mustasukkaisuutena tervettä puolisoa kohtaan. Terveellä puolisollla voi olla ristiriitaisia tunteita yrittäessään tukea sairasta puolisoa ja toisaalta miettiessään omaa ja muun perheen tulevaisuutta. Nämä ajatukset voivat aiheuttaa syyllisyydentunteita, joita hoitohenkilöstö voi helpottaa. Saattohoitopotilaan ja hänen omaisten tapa suhtautua lähestyvään kuolemaan voi olla erilainen. Tällöin he voivat etäännyä toisistaan ja osapuolet voivat joutua selviytymään ilman toistensa tukea. Pitkän yhteiselön myötä parisuhde voi olla erittäin tiivis ja symbioottinen eli puolisoista tulee tiedostamatta suuri osa itseä. Symbioottisessa suhteessa terve puoliso voi tarvita enemmän psyykkistä tukea kuin saattohoitopotilas. Myös aikuiselle lapselle vanhemman lähestyvä kuolema voi olla kestämatöntä. Lähestyvä kuolema muuttaa perheen tasapainoa vuorovaikutuksessa ja käytännön asioiden hoitamisessa. (Hietanen 2004, 227 - 229.)

Potilaan sosiaalisen hyvänolon tukeminen alkaa hyvästä hoitosuhteesta. Hyvässä hoitosuhteessa korostuu sanallinen ja sanaton viestintä. Perheen yhdessäoloa kuoleman lähestyessä tuetaan erilaisten järjestelyiden avulla. Perheenjäseniin ollaan yhteydessä, ymmärretään vierailujen tärkeys ja pyritään järjestämään omaisille mahdollisuus olla läsnä kuolinhetkellä. Kaikilla saattohoitopotilailla ei ole lähipiiriä, joka tukee heitä kuoleman lähestyessä. Yksinäinen saattohoitopotilas voi tarvita hoitohenkilöstöltä enemmän tukea kuin sellainen saattohoitopotilas, jolla on omaisia. Hoitohenkilöstön tulee korvata tällöin välittävä omainen. (Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia... 2010, 10; Hänninen 2001, 139 – 140; Grönlund & Huhtinen 2011, 93.)

2.5 Kärsimys saattohoitopotilaan fyysisinä oireina

Saattohoitopotilaan fyysinen kärsimys käsittää laajan kokonaisuuden fyysisesti ilmeneviä ja vaikuttavia oireita. Saattohoitopotilaan fyysisestä hyvinvoinnista huolehtimiseen kuuluu kipu ja kivunhoito eri menetelmin, hengenahdistuksen ja muiden hengitysteiden oireiden hoito, ruoansulatuskanavan oireiden hoito, kuihtumisen, suun, iho-oireiden ja turvotusten hoito, pleura- ja askitesnesteiden kertymisen hoito ja väsymysoireyhtymän hoito. Saattohoitopotilaan fyysisiin tarpeisiin kuuluu myös fyysisestä ympäristöstä huolehtiminen. Palvelukodeissa on

mahdollista toteuttaa lääkehoitoa suun kautta, peräsuolen kautta, laastarina ihon pinnan kautta, ihonalaiskudokseen ja lihakseen annosteltavaa lääkitystä. Kerromme tarkemmin hoitohenkilöstön lääkehoidon toteuttamisesta kohdassa 5.2.2, jossa kerromme opinnäytetyömme kohteena olevien palvelukotien hoitohenkilöstöstä.

2.5.1 Kipu

Saattohoidon tavoitteena on potilaan riittävä kivunhoito ja haitallisten oireiden hallinta. Valviran selvityksen mukaan kivun oirehoito on toteutettu onnistuneesti vain puolella saattohoitopotilaista heidän viimeisten elinkuukausiensa aikana (Anttila 2013, 10 -11). Kuolevan vanhuspotilaan kipu on usein alihoidettua. **Kipu** on yksilöllinen kokemus, joten kivunhoidon tulee pohjautua potilaan yksilöllisiin kokemuksiin. Kipukokemukseen vaikuttaa saattohoitopotilaan tunteet, mieliala, kivulle annettu merkitys, käsitys omasta hyvinvoinnista ja kivun vaikutus jokapäiväiseen toimintaan. Potilaan kipuun liitämä merkitys vaikuttaa tapaan kertoa kivusta. Potilas voi pelätä kivun lisääntymisen merkitsevän kuoleman lähestymistä ja näin ollen jättää kertomatta kivusta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 5 ja 24; Kalso 2013, 97; Hänninen 2003, 73, 75; Hänninen 2012a, 24.)

Saattohoitopotilaan kipujen ja ongelmien kokonaisarvioinnissa edellytetään potilaan tärkeimpien oireiden ja häntä eniten vaivaavien asioiden tunnistamista. Kivun arviointiin tulee osallistua kaikkien saattohoitoon osallistuvien henkilöiden. Arviointia tehdessä tulee ottaa huomioon potilaan kommunikaatiokyky tai sen puute. Potilaan kertomukseen kivun tuntemuksesta tulee uskoa. Potilas voi kertoa kivustaan sanallisesti tai ilmaista kivun voimakkuuden käyttämällä kipumittaria. Sanallisesti kipua voi kuvata numeroiden 1 – 10 välillä tai kuvailemalla kivun voimakkuutta: lievä, kohtalainen, vaikea, sietämätön. Kipumittarina voidaan käyttää 10 cm pitkää VAS -kipujanaa, jossa vasemmalla on 0 (ei kipua) ja oikealla 10 (pahin kuviteltavissa oleva kipu). Potilas näyttää kivun voimakkuuden osoittamalla janalta kohdan, jossa arvioi kivun voimakkuuden olevan. (Grönlund & Huhtinen 2011, 57; Korhonen & Poukka 2013, 442; Hänninen 2003, 87; Vainio 2004, 71).

Vaikeasti dementoituneella saattohoitopotilaalla normaalisti kipuun liittyvät merkit voivat tarkoittaa muuta kuin ei-dementoituneella henkilöllä. Kipua tulee arvioida säännöllisesti. (Hänninen 2012a, 40; Korhonen & Poukka 2013, 442; Kuolevan potilaan oireiden hoito

2012, 17.) Dementiaa sairastava saattohoitopotilas on usein kommunikaatiokyvytön, jolloin kivun arviointi perustuu havainnointiin. Havainnoitaessa tulee huomioida potilaan hengitystiheys, kasvojen ilmeet ja eleet, levottomuus, sekavuus ja vetäytyneisyys (Hänninen 2003, 88 - 90). Dementoituneen potilaan kivunhoitoon on luotu oma PAINAD-mittari, Pain Assessment in Advanced Dementia, (LIITE 2). PAINAD on Wardenin, Hurleyn ja Volicerin (2003, 50 - 51) kehittämä mittari, jolla arvioidaan kommunikaatiokyvyttömän potilaan kipua havainnoimalla ja arvioimalla hengitystä, negatiivista ääntelyä, ilmeitä, elekieltä ja lohduttamisen tarvetta. Mittarin avulla saadaan kivulle lukuarvo 0 - 10.

Kivun arviointi, kivun hoidon suunnittelu ja toteutus ja kivunhoidon vaikutuksen arviointi tulee kirjata säännöllisesti potilasasiakirjoihin. Kirjaamisessa tulee ottaa huomioon kivun voimakkuus, haittaavuus vaikutuksena toimintakykyyn, mielialaan, liikkumiseen ja nukkumiseen, kivun laatu ja mekanismi, sijainti, esiintymisaika, läpilyöntikivun esiintyminen, käytössä olevat lääkkeet sekä niiden teho sekä lääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset. Kivun mekanismin arviointi vaikuttaa kivun hoitokeinojen valitsemiseen. Kipu voi olla viskeraalista, somaattista tai neuropaattista. Viskeraalinen kipu voi johtua esimerkiksi venytyksestä ontossa elimessä tai tulehduksesta sisäelimissä. Somaattinen kipu aiheutuu yleensä kudonvaurioista. Neuropaattinen kipu on seurausta hermovauriosta tai hermopuristuksesta. Kivut voivat olla myös sekamuotoisia, jolloin kivun arviointi ja kuvaaminen on vaikeaa. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 17; Hänninen 2003, 84.)

Kipua hoidettaessa potilas tulee ottaa huomioon fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Kivun hoitoon liittyy myös eksistentiaalinen ulottuvuus. Kivun hoito koostuu hyvästä perustaudin hoidosta, kipulääkityksestä ja muista kivunhoidon menetelmistä sekä potilaan mielen ymmärtämisestä ja tukemisesta. Saattohoitopotilaan kipuja tulee hoitaa kaikkina vuorokauden aikoina, säännöllisesti ja kivun hoidossa tulee pyrkiä kivun ennaltaehkäisyyn. Palvelukodeissa kivun ennaltaehkäisyä voidaan toteuttaa lääkärin laatimilla ennakoivilla lääkemääräyksillä. (Kalso 2013, 98; Korhonen & Poukka 2013, 442 - 443; Kytke -hanke 2012; Medicines 2013.)

Kivun lääkehoito perustuu kipudiagnoosiin, jonka jälkeen kipua voidaan hoitaa portaittain (kuvio 2). Portaittainen kivunhoito tarkoittaa kivun hoitamista sen voimakkuuden mukaan. Kivun lääkehoito aloitetaan lievässä kivussa parasetamolilla edellyttäen, että maksa-arvot sen sallivat. Lievää kipua voidaan hoitaa myös tulehduskipulääkkeillä, jos ne vaikuttavat kipua lievittävästi eikä potilaalla ole niiden käytölle estettä. Kun tulehduskipulääkkeet tai paraset-

moli eivät enää riitä, lisätään niiden rinnalle heikko opioidi. Heikon opioidin käydessä riittä-
mättömäksi ja kipujen käydessä koviksi vaihdetaan sen tilalle vahva opioidi. Kipulääkkeiden
ohella tulisi hyödyntää tukilääkkeitä, esimerkiksi kipukynnyksen nostamiseksi, pahoinvoinnin
estämiseksi, ummetuksen helpottamiseksi ja tulehdusten hillitsemiseksi. Portaittaisesta ki-
vunhoidon mallista tulee voida poiketa saattohoitopilaan voimakkaiden kipujen sitä vaati-
essa, jolloin kivunhoito voidaan aloittaa suoraan vahvoilla opioideilla. Iäkkään saattohoitopo-
tilaan aineenvaihdunnan muutokset ja monilääkitys tulee ottaa huomioon lääkeshoidossa.
Hauraiden vanhusten lääke- ja oirevasteseurannan tulee olla tiivistä. (Kuolevan potilaan oi-
reiden hoito 2012, 17 - 18, 24; Medicines 2013.)

*** KOVA KIPU			
** KOHTALAINEN KIPU		VAHVAT OPIOIDIT	
* LIEVÄ KIPU	HEIKOT OPIOIDIT	KESKIVAHVAT OPIOIDIT	VAHVAT OPIOIDIT
	-Kodeiini -Tramadoli	-Buprenorfiini	-Morfiini -Oksikodoni -Hydromorfon -Metadoni -Fentanyl
PARASETAMOLI JA TULEHDUS-KIPULÄÄKKEET	-Parasetamoli	-Ibuprofeeni -Naprokseeni -Diklofenaakki -Ketoprofeeni -Mefenaamihappo -Tolfenaamihappo	-Etodolaakki -Sulindaakki -Nabumetoni -Meloksikaami -Selekoksibi -Etorikoksibi
TUKILÄÄKKEET	-Prednisoloni -Haloperidoli -Amitriptyliini -Nortriptyliini	-Venlafaksiini -Karbamatsepiini, okskarbatsemiini -Gabapentiini, pregabaliini -Ulostuslääkkeet, pahoinvointilääkkeet jne.	

Kuvio 2. Kivunhoidon portaat (Duodecim 2013)

Kipulääkkeiden ensisijainen annostelureitti on suun kautta (p.o.). Nielemisvaikeuksien, pa-
hoinvoinnin tai tajunnantason laskiessa annostelureittiä tulee vaihtaa. Vaihtoehtoisia annos-
telureittejä ovat peräsuoleen (p.r.) tai iholle asetettavalla laastarilla eli transdermaalisesti (t.d.)
annosteltava lääke, ihonalaiskudokseen (s.c.) infuusiona tai injektiona annosteltava lääke ja
suonensisäisesti (i.v.) annosteltava lääke. Lihaksen sisäinen injektio (i.m.) ei ole suositeltava
annostelureitti, koska se aiheuttaa toistuvaa kipua ja epämukavuutta. Kipulaastari ei ole uute-
na lääkkeenannostelumuuotona tarkoituksenmukainen viimeisien elinpäivien aikana, koska

oikean annoksen määrittäminen on hankalaa ja kivun lievittyminen kestää liian kauan. Kipu-laastarin lääkkeen imeytyminen on kakektisella saattohoitopotilaalla usein heikentynyt. Kakeksia on aliravitsemuksesta johtuvaa kuihtumista (Vainio 2004, 125). Ihonalainen antoreitti on helppo ja tehokas lääkkeenantoreitti. Lääkettä voidaan antaa lääkärin määräämin annoksin ihonalaisin ruiskein tai lääkeannostelijan avulla. (Hänninen 2003, 113; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 18; Korhonen & Poukka 2013, 442; Medicines 2013.)

2.5.2 Hengenahdistus ja yskä

Hengitystieoireet ovat yleisiä saattohoitopotilailla. Saattohoitopotilaista 45 - 70 % kärsii **hengenahdistuksesta** viimeisten elinviikkojensa aikana. Hengenahdistus on epämukavaa tietoisuutta hengittämisestä, joka on vaikeutunut joko fyysisen tai psyykkisen syyn vuoksi. Hengenahdistusta kuvaa tunne, ettei raskaasta hengitystyöstä huolimatta saa riittävästi ilmaa. Hengenahdistus on subjektiivinen tunne, jossa ilmenee seuraavat piirteet: tunne hengenahdistuksesta, potilaan oma tulkinta, hengenahdistuksesta ja tulkinnasta aiheutunut kärsimys ja toiminta sekä potilaan tapa ilmaista oireensa. Hengenahdistus aiheuttaa potilaalle ja omaisille pelkoa ja se on yleinen ja vaikeasti hoidettava oire, joka yleensä lisääntyy kuoleman lähestyessä. Vaikeahoitoisuutensa takia hengenahdistus voi johtaa saattohoitopotilaan siirtämiseen sairaalaan. Toisaalta saattohoitopotilaat sopeutuvat hitaasti kehittyvään hengenahdistukseen mukauttamalla päivittäiset toimintonsa hengitystoimintansa mukaisiksi. Hengenahdistuksen lisäksi potilaalla voi olla muita hengitystieoireita kuten yskä ja lisääntynyt limaneritys. Yskä voi johtua hengitysteiden sairauksista, muusta hengitysteiden ärsytyksestä ja keuhko- tai sydänpussin ärtymisestä. Potilaan ollessa tajuton tai heikko, ettei hän jaksa yskiä, kertyy hengitysteihin limaa. (Hänninen 2003, 132 - 133, 135; Vainio 2004, 98; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 4 ja 15.)

Saattohoitopotilaalla hengenahdistusta aiheuttavat usein keuhko-, rinta- ja suolistosyöpä, hengitysteiden tulehdukset, ahtauttavat keuhkosairaudet, verenkierron ongelmat kuten sydämen vajaatoiminta, hengitystilavuuden pienentyminen keuhkopussin tai vatsaontelon nestekertymän vuoksi, kakeksiasta tai väsymysoireyhtymästä aiheutunut hengitysilhasheikkous, vaikea anemisoituminen, rintakehän kipu ja psyykkiset tekijät kuten ahdistuneisuus. Tunne hengittämisen vaikeudesta voi johtua myös hyperventilaatiosta. (Hänninen 2003, 132; Kuo-

levan potilaan oireiden hoito 2012, 15). Hyperventilaatiolla tarkoitetaan tarpeettoman nopeaa ja syvää hengitystä (Hervonen & Nienstedt 1992, 72).

Saattohoitopotilaan yleisvointi säätelee hengityshdistuksen oireenmukaista hoitoa. Oireiden syiden tarkkaan selvittämiseen ei ole oleellista pyrkiä monien tutkimusten avulla. Hoidon tavoitteena on saattohoitopotilaan hyvinvoinnin takaaminen ja invasiivisten toimenpiteiden välttäminen. Hoidon aktiivisuus riippuu saattohoitopotilaan toiveista ja odotettavissa olevan elinajan laadusta ja pituudesta. Hoito on yleensä hengenahdistuksen tuntemuksen ja siihen liittyvän pelon ja ahdistuksen tunteen lievittämistä. (Hänninen 2003, 134 - 135 ja 137; Korhonen & Poukka 2013, 443.)

Saattohoitopotilaan hengenahdistusta voidaan hoitaa asentohoidolla, rentoutusmenetelmillä, lisähapella sekä läkehoidolla. Palvelukodeissa ei yleensä voida toteuttaa invasiivista hoitoa kuten keuhkopussi- tai vatsaontelonesteen poistamista eikä happihoitoa. Lisähapen on todettu auttavan hengenahdistukseen vain, jos potilas kärsii hapenpuutteesta. Joskus kasvoihin suunnattu ilmavirta tai tuuletin voi aktivoida hengitystoimintaa ja helpottaa hengitystä. Hengenahdistusta voidaan hoitaa lääkkeellisesti opioideilla ja bentsodiatsepiineilla. Annostus on pienempi kuin kipua hoidettaessa ja tarvittaessa annosta nostetaan. Koska hengitysvaikeuksiin liittyy pelkoa ja ahdistuneisuutta voi olla tarpeenmukaista lievittää oireita rauhoittavilla lääkkeillä. Keuhkoputkia laajentavia lääkkeitä voidaan käyttää, kun hengenahdistukseen liittyy keuhkoputkien ahtautumista. Tulehdusten hoitamiseksi antibioottihoitoa pidetään eettisesti ongelmallisena. Hoito voi pitkittää elämää ja kärsimystä, mutta antibiooteilla voidaan kuitenkin joskus helpottaa hengenahdistusta ja limamuodostusta. Palliatiivista sedaatiota tulee harvita, kun hengenahdistus käy sietämättömäksi ja hallitsemattomaksi eikä muuta lievitystä ole enää käytettävissä. (Hänninen 2003, 136, 138 - 142; Hänninen 2012a, 20 - 21; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 15 - 17 ja 23; Korhonen & Poukka 2013, 443.)

Yskästä kärsii noin 50 - 60 % keuhkoahntaumapotilaista, 60 - 80 % keuhkosityöpöpotilaista ja yli 80 % keuhkofibroosipotilaista. Keuhkofibroosi on sairaus, jossa keuhkokudosta korvautuu sidekudoksella (Mustajoki 2013). Yskän tarkoituksena on irrottaa ja poistaa hengitysteistä ärsytystä aiheuttavaa materiaalia. Pitkälle edenneiden sairauksien lisäksi saattohoitopotilaan yskän syynä voi olla lisääntynyt limaneritys, heikentynyt liman kuljetus, vaikeus niellä sylkeä, mahan sisällön nouseminen, astma tai muu hengityselinsairaus, infektio, pallean, keuhkopussin tai sydänpuussin ärsytys. Yskää hoidetaan oireenmukaisesti poistamalla ärsyttävät tekijät, kuten yskää aiheuttavat lääkkeet ja etsimällä vähiten yskää aiheuttava asento. Saattohoitopoti-

laan yskää voidaan lääkittää opioidein, joita käytetään samoina annoksina kuin hengenhädistyksen hoidossa. Antikolinergisillä eli tahdosta riippumattomaan hermostoon vaikuttavilla lääkkeillä vähennetään limaneritystä (Hervonen & Nienstedt 1992, 18). Kuoleman lähestyessä limaneritys hengitysteissä lisääntyy ja saa aikaan limarohinaa. Limaa voidaan imeä imukattetrilla suun ja ylänielun alueelta. Alemmista hengitysteistä liman imeminen on epämiellyttävää varsinkin, jos saattohoitopotilas on tajuissaan. (Hänninen 2003, 143 - 145, 147; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 14; Korhonen & Poukka 2013, 443.)

2.5.3 Ruoansulatuskanavan häiriöt pahoinvointi, oksentelu ja nielemisvaikeudet

Saattohoitopotilaan elämänlaadun ja jäljellä olevan elinajan pituuden kannalta **ruoansulatuselimistön häiriöiden** havaitsemisella ja hoitamisella on tärkeä merkitys. Ruokailussa on tärkeä sosiaalinen ulottuvuus, jolla on vaikutusta potilaan ja omaisten psykologiseen hyvinvointiin. Yhteiset hetket liittyvät ateriointiin ja ruoan tarjoaminen osoittaa välittämistä ja yhteenkuuluvuutta. Saattohoitopotilaan vähentynyt ravinnonotto voi omaisten mielestä olla merkki potilaan kuolemista nälkään. Sairauden eteneminen aiheuttaa muutoksia potilaan ravitsemukseen ja ruokailutottumuksiin, jolloin saattohoitopotilaan sairaus korostuu. (Hänninen 2003, 152 - 153.)

Saattohoitopotilaalla ruoansulatuskanavan oireet voivat johtua sairaudesta, sairauksien hoidosta, sairauteen liittyvistä komplikaatioista tai psyko-sosiaalisista syistä. Yleensä ongelmien taustalla on kakeksiaoireyhtymä, autonomisen hermoston eli tahdosta riippumattoman hermoston häiriö tai opioidien käyttö. Ruoansulatuselimistön ongelmat ovat yleisesti alidiagnosoituja ja -hoidettuja. Ruoansulatuskanavan oireet liittyvät yleensä toisiinsa, jolloin niiden alihoito heikentää potilaan elämänlaatua. Esimerkiksi ummetus voi lisätä pahoinvointia, ruokahaluttomuutta ja kipua. Ellei ummetusta diagnosoida, vaan ummetuksen sijasta hoidetaan pahoinvointia ja kipua lääkkein, voidaan aiheuttaa potilaalle väsymystä ja kongnitiivisia häiriöitä. Saattohoitopotilaan ruoansulatuskanavan oireet voivat ilmetä pahoinvointina ja oksenteluna, nielemisvaikeuksina, ummetuksena, ripulina ja suolen tukkeutumisenä. (Hänninen 2003, 151 - 153.)

Saattohoitopotilaista 60 %:lla esiintyy **pahoinvointia** ja 30 %:lla **oksentelua** elämän loppuvaiheessa. Jatkuva pahanolontunne rasittaa saattohoitopotilasta enemmän kuin satunnainen

oksentaminen. Pahoinvoinnin syiden selvittämisessä kuunnellaan potilaan kertomusta oireista ja tehdään kliinisiä tutkimuksia. Pahoinvointiin liittyy toisinaan ruokahaluttomuutta ja muutoksia suolen toiminnassa. Pahoinvointia aiheuttaa ummetus, lääkkeet, suolitukos, hyperkalsemia, kohonnut aivopaine, lisääntynyt limaneritys sekä psyykkiset syyt. Hyperkalsemia tarkoittaa veren tavallista suurempaa kalsiumpitoisuutta (Hervonen & Nienstedt 1992, 71). Ruokailuun liittyvät äänet ja tuoksut, liian suuret ruoka-annokset ja muutokset makuaistissa voivat myös aiheuttaa pahoinvointia. Pahoinvointia lievitetään hoitamalla sen syytä ja käyttämällä pahoinvointilääkitystä. Pahoinvointilääke valitaan pahoinvoinnin aiheuttajan mukaan. Toisinaan tarvitaan useampia eri syihin kohdistuvia lääkkeitä, jotta pahoinvoinnin oireet saadaan hallintaan. Toistuva oksentelu voi aiheuttaa lääkityksen tehottomuutta, koska lääkkeet eivät ehdi imeytyä. Tällöin lääkityksen antoreittejä voidaan muuttaa ja käyttää peräpuikkoja (p.r.) tai ihonalaisia (s.c.) injektioita. Näkyvänä oireena oksentelu voi eristää saattohoitopotilasta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 6; Korhonen & Poukka 2013, 445; Hänninen 2003, 158 -161, 163.)

Nielemisvaikeudet voivat johtua ravinnonkuljetukseen liittyvistä motorisista ongelmista, tulehduksellisten tai muiden tekijöiden aiheuttamista nielemiskivuista tai epämukavuudesta. Saattohoitopotilaan yleiskunnon laskiessa hän ei jaksaa hienontaa ruokaansa ja syljenerityksen väheneminen heikentää ruoan hienontamista suussa. Ruoan suussa pitäminen voi olla vaikeaa ja nielemisrefleksin heikkous voi johtaa ruoan aspirointiin. Saattohoitopotilaan nielemisvaikeus liittyy usein neurologisiin tai lihasperäisiin häiriöihin. Nielemisvaikeuden voi aiheuttaa myös närästys tai ruokatorven tukkiva kasvain. (Hänninen 2003, 173 - 174.)

Saattohoitopotilaan nielemisvaikeudet voivat aiheuttaa ristiriitoja hoitajien ja omaisten välille. Omaisten neuvominen ja ohjaaminen on tärkeää, jotta he tietävät ja ymmärtävät aspiraatiovaaran vakavuuden. Kuoleman lähestyessä nieleminen vaikeutuu ja syömisen ilo vähenee. Omaisille on tärkeää selvittää ravinnon merkityksettömyys kuoleman lähestyessä. Nieleminen voi olla potilaalle liian suuri ponnistus, joka ylittää syömisen tuottaman nautinnon. Ravintoon liittyvät emotionaaliset ja sosiaaliset merkitykset ovat omaisille tärkeitä. Saattohoitopotilaan nielemisvaikeuksia voidaan helpottaa, kun potilasta autetaan syömisessä ja oikean ruokailuasennon löytämisessä ja annetaan pieniä ruoka-annoksia kerrallaan. Ruoan koostumuksen muuttaminen, ruokien soseuttaminen ja nesteiden sakeuttaminen, voi auttaa nielemisvaikeuksissa. Syöttögastrostoomaa eli PEG-letkua voidaan harkita, jos saattohoitopotilaan elinajanennuste ja gastrostooman tuomat hyödyt ovat riittävät. Lisäravinnosta ja nestey-

tyksestä ei kuitenkaan ole katsottu olevan yleensä hyötyä saattohoitopotilaille. Lääkehoidosta hyötyvät saattohoitopotilaat, jotka kärsivät närästyksestä, kivusta tai infektiosta nielussa tai ruokatorvessa ja syljen liikaerityksestä. (Hänninen 2003, 172 - 174; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 9 ja 11; Hänninen 2012a, 13.)

2.5.4 Suun alueen ongelmat

Saattohoitopotilaalla voi ilmetä monia elämää hankaloittavia oireita johtuen **suun alueen ongelmista**. Oireina voivat olla kipu, puhumis- ja syömisongelmat, makuaistin muuttuminen, infektiot ja vauriot limakalvolla, pahanhajuinen hengitys ja kserostomia eli kuivuuden tunne suussa. Ne heikentävät merkittävästi saattohoitopotilaan elämänlaatua. Syömisongelma on myös usein ongelma sosiaalisessa kanssakäymisessä. Syömisvaikeudet heijastuvat yhdessäolon tilanteisiin, joissa syödään ja juodaan yhdessä. Saattohoitopotilas voi tuntea itsensä eristäytyneeksi, ellei hän kykene nauttimaan aterioita yhdessä omaistensa kanssa. Omaiset puolestaan voivat kokea syömättömyyden loukkaavana. (Hänninen 2003, 168 - 169; Saarto 2004, 103.)

Tuntemus suun kuivuudesta liittyy syljen erityksen vähenemiseen. Suurimpana syynä suun kuivuuteen ovat oirelääkkeet, kuten kivunhoitoon käytetyt opioidit ja pahoinvointilääkkeet. Kuiva suu aiheuttaa arkuutta ja poltetta limakalvoilla, limakalvovaurioita, makuaistin heikkenemistä, puheen ja nielemisen vaikeutta sekä infektiota. Nämä yhdessä vaikeuttavat syömistä ja voivat johtaa anoreksiaan ja kakeksiaan. Ongelma on hyvin yleinen saattohoitopotilailla, sillä kaikki saattohoitopotilaat kokevat suun kuivumisen ongelmaksi jossain sairauden vaiheessa. Suun kuivuminen lisääntyy saattohoitopotilaan viimeisten elinvuokojen aikana. (Hänninen 2003, 168 - 171; Saarto 2004, 104.)

Päämääränä saattohoitopotilaan suun hoidossa on kivun vähentäminen ja siten syömisestä helpottaminen, infektioiden välttäminen ja epämukavan tunteen vähentäminen. Saattohoitopotilaan suun ongelmien ja kuivan suun hoidossa perustana on hyvä suun hygienia. Suuta voidaan kostuttaa vedellä, keinosyljellä, kostutusgeelillä tai ruokaöljyllä. Käytettävissä on myös erilaisia imeskelytabletteja ja purukumeja, mutta niiden käyttö voi iäkkäällä saattohoitopotilaalla olla hankalaa. Huulien rasvauksesta huolehditaan. Tarpeettomat suuta kuivattavat

lääkkeet tulee lopettaa. (Hänninen 2003, 168 - 171; Saarto 2004, 104; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 11.)

Suun kipua voidaan helpottaa kylmillä juomilla, imeskelemällä jääpaloja, käyttämällä puudutus- tai kipulääkegeeliä ja kipulääkityksellä. Saattohoitopotilaan suun infektiot ovat usein sienien aiheuttamia, mutta myös viruksen aiheuttamia. Infektio syntyy helposti, koska saattohoitopotilaan vastustuskyky on heikentynyt. Myös syljen koostumuksen on muuttuminen, aliravitsemus, diabetes, hammasproteesit ja huono suuhygienia edesauttavat infektioiden syntyä. Infektoitunut suu on punoittava, kuiva ja katteenpeitossa. Hoitona on suun sienitulehduksessa sienilääkitys, virustaudeissa viruslääkitys ja tarpeen mukaan paikallisesti puuduttavat lääkeaineet. Suun hoitaminen on asia, johon omaiset voivat osallistua ja näin konkreettisesti auttaa potilasta. Kyky auttaa konkreettisesti saattohoitopotilasta helpottaa heidän ahdistustaan, varsinkin kun suunhoidon tulokset näkyvät nopeasti. (Hänninen 2003, 169 - 172; Saarto 2004, 104; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 11.)

2.5.5 Kuihtuminen eli kakeksia-anoreksia

Saattohoidon loppuvaiheessa yli 80 % potilaista kärsii kakeksiasta. **Kakeksia-anoreksialla** tarkoitetaan vaikeasti sairaan potilaan kuihtumista, pahoinvointia, ruokahaluttomuutta ja fyysisen suorituskyvyn alenemista. Huono ruokahalu ja vähäinen ravinnon saanti aiheuttavat lihas- ja rasvakudoksen häviämistä, joka lisää heikkoutta ja väsymystä. Kakeksia-anoreksia alentaa saattohoitopotilaan elämänlaatua merkittävästi. Yli puolella saattohoitopotilaista kakeksia-anoreksia on kuolemaa jouduttava tekijä. Kakeksian potilaan kuihtuminen ja muuttunut ulkonäkö aiheuttaa omaisille psyykkistä ja emotionaalista ahdistusta ja voi johtaa vähitellen omaisen toivomaan saattohoitopotilaan kuolemaa, mistä seuraa syyllisyyden tunteita. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 13; Hänninen 2003, 153 - 155; Hänninen 2006, 60.)

Kakeksia-anoreksian hoitona pidetään runsasenergisestä ravinnon antamista ravitsemustilan korjaamiseksi ja harkitusti myös lääkehoitoa. Runsaasenergistä ravitsemushoitoa voidaan toteuttaa normaalia ruokaa ilman ravintorajoituksia ja käyttämällä tiiviissä ja helposti syötävässä muodossa olevia lisäravintovalmisteita. Pitkälle edennyt syöpä ja vaikean vaiheen demensia sairastavien saattohoitopotilaiden laihtuminen ei kuitenkaan johdu vain ruokahaluttomuudesta tai syömättömyydestä, vaan pääosin siitä, ettei elimistö kykene käyttämään ravintoa

enää hyväksi. Ravitsemushoito ei lisänne näiden potilaiden elämänlaatua eikä elinaikaa. Potilaan elinajan ennusteella on tärkeä merkitys ravitsemushoidon aloittamiseen. Saattohoitopotilaat kokevat ravitsemushoidon toteuttamisen kuoleman lähestyessä yleensä kielteisesti ja kakeksia-anoreksiaa pidetään yhtenä saattohoitopotilaan kuolemanhalua lisäävänä tekijänä. (Hänninen 2003, 155 - 156; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 3 ja 13; Hänninen 2006, 63; Hänninen 2012b, 17.)

2.5.6 Ummetus, ripuli ja suolitukos

Puolet saattohoitopotilaista ja 80 % opioideja käyttävistä saattohoitopotilaista kärsii **ummetuksesta**. Ummetus on harventunutta suolentoimintaa, johon liittyy ulostamisvaikeuksia, ulostemassa on kovaa ja maha-suolikanavan läpimenoaika on yli viisi vuorokautta. Ulostetta muodostuu maha-suolikanavan eritteistä, suolen epiteelisoluista ja bakteerimassasta, joten saattohoitopotilas voi kärsiä ummetuksesta vaikka ei söisikään paljon. Ummetuksen yleisimmät syyt saattohoitopotilailla ovat yleinen heikkous ja liikkumattomuus, ravitsemukselliset muutokset, vähäinen nesteensaanti, aineenvaihdunnalliset tekijät ja kuivuminen, neurologiset tekijät, psyykkiset syyt kuten masennus, suolistoon liittyvät syyt sekä lääkkeet. Opioidiin liittyvänä sivuvaikutuksena ummetus on yleisin. Ruoansulatuskanavan toimimattomuus aiheuttaa kipua, pahoinvointia, laihtumista, ruokahaluttomuutta, närästystä, yleistä epämukavuuden tunnetta, rauhattomuutta ja jopa sekavuutta. Oireet aiheuttavat runsaasti kärsimystä saattohoitopotilaalle ja niiden hoitamiseen kuluu paljon omaisten ja hoitajien aikaa. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 3 ja 8; Hänninen 2003, 163 - 164.)

Tutkittaessa ummetusta kuuluu tehdä tuseeraus eli tutkimus peräsuolen kautta ja vatsan tunnistelu eli palpaatio. Valtaosalla saattohoitopotilaista ummetus ilmenee peräsuolen alueella. Äkillisesti alkanut virtsan pidätyskyvyttömyys voi myös aiheutua suolessa olevasta ulostemassasta. Ummetuksen hoitotapa valitaan ummetuksen piirteiden mukaan. Ennen laksatiivin aloittamista tulee suoli toimittaa vaikeassa ummetuksessa. Mikäli uloste on peräsuolella, käytetään peräruikeita. Peräsuolen ollessa tyhjä käytetään stimuloivia ja pehmittäviä laksatiiveja tai näiden yhdistelmää. Tarpeen mukaan annosta tulee suurentaa. Laksatiivia valitessa tulee huomioida stimuloivien lääkkeiden aiheuttama kipua, jos ulostemassa on kovaa. Joskus voidaan joutua käyttämään vesiperäruikeita tai tyhjentämään kova ulostemassa manuaalisesti peräsuolesta, jolloin vaaditaan hyvää kivunlievitystä. Bulkkilaksatiiveja eli ulostemassaa lisää-

viä laksatiiveja ei suositella käytettäväksi saattohoidossa olevien potilaiden suolenvetovaikeuksien ja vähäisen nesteytyksen vuoksi. (Hänninen 2003, 165; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 8; Saarto 2004, 116 - 118; Hänninen 2012a, 11.)

Ummetusta tulee hoidon lisäksi myös ennaltaehkäistä aktiivisesti, sillä valtaosalla saattohoitopotilaista suolen toiminta on muuttunut. Opioidien aiheuttamaa ummetusta voidaan estää käyttämällä kivun hoidossa oksikodonin ja naloksonin yhdistelmävalmistetta. Valmisteen käyttöä rajoittaa kuitenkin valmisteen enimmäisannos, vasta-aiheisuus maksan vajaatoiminnassa ja lääkkeitä puuttuva erityiskorvattavuus. Ummetuksen hoidon ei pitäisi nousta keskeiseen asemaan kuolemaan saattamisessa, vaikka ummetus hankaloittaa potilaan elämää. Yleensä säännöllinen arviointi, ennaltaehkäisevät toimet ja tehokkaat suolentyhjennykset riittävät estämään vaikean ummetuksen syntymistä. (Hänninen 2003, 163 - 166; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 3 ja 8; Hänninen 2012a, 11.)

Ripulia esiintyy saattohoitopotilailla huomattavasti vähemmän kuin ummetusta. Ripulia aiheuttavat ummetuslääkkeet, ohivirtausripuli osittaisessa suolitukoksessa, imeytymishäiriöt, infektiot, antibiootit ja kasvaimet. Ripuloivan potilaan ulostamistiheys ja ulosteen vesipitoisuus ovat lisääntyneet. Ripulin syytä tutkittaessa on huomioitava mahdollinen ulosteinkontinenssi eli ulosteen pidätyskyvyttömyys, veriulosteet, ummetuksen tai osittaisen suolitukoksen ohivirtausripuli, ulosteiden laatu ja potilaan lääkitys. Vetinen runsas ripulointi liittyy usein paksusuolen alueen vaivoihin, rasvaripuli liittyy ohutsuoli- tai haimaperäiseen häiriöön. (Hänninen 2003, 167; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 8.)

Saattohoitopotilaan ripulin hoito on oireenmukaista ja elämää helpottavaa. Ripulia aiheuttavia tekijöitä, kuten antibiootit ja ripulia aiheuttavat ruoka-aineet, karsitaan mahdollisuuksien mukaan pois. Ripulilääkkeet ja opioidit ovat tehokkaita vetisen ripulin aiheuttaman pidätyskyvyttömyyden hoidossa. Näitä käytetään usein saattohoitopotilaan ripulin hoidossa, koska ne vähentävät suolen peristaltiikkaa, eritystä ja lisäävät peräsuolensulkijan jänteyttä, joten ulosteinkontinenssi vähenee. Saattohoitopotilaalla tarkemmat ulosteen tutkimukset eivät ole tarpeellisia. (Hänninen 2003, 167 - 168; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 9; Saarto 2004, 116 - 118; Hänninen 2012a, 12.)

Saattohoitopotilaan ummetuksen ja **suolitukoksen** erottaminen toisistaan on usein vaikeaa, varsinkin jos kova ulostemassa on ylempänä suolistossa. Pahanlaatuinen suolitukos on suolen ontelon tukkeutumista kokonaan tai osittain sekä suolta tyhjentävän aktiivisen liikkeen

puuttumista. Suolitukos voi olla saattohoitopotilaallakin hyvänlaatuinen ja palautuva. Oireena on pahoinvointi, oksentelu, koliikkimainen vatsakipu ja ruokahaluttomuus. Tutkimuksissa voidaan huomata suoliäänten puuttuminen tai muutos niiden laadussa, vatsan ympäröivän kasvun, nesteen määrä vatsaontelossa, tyräportit ja mahdolliset merkit vatsakalvon ärsytyksestä. (Hänninen 2003, 177; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 9.)

Saattohoitopotilaan suolitukoksen hoitotavan valintaan vaikuttaa potilaan yleistila, taudin edenneisyys ja potilaan oma halu. Saattohoitopotilaan pahanlaatuisen suolitukoksen kirurginen hoito on harvoin mahdollista. Hoidoksi suositellaan nesteytystä, lyhytaikaista nenämahaimua ja oireenmukaista lääkehoitoa. Saattohoitopotilaan oireenmukainen lääkehoito on osoittautunut potilaalle parhaaksi ja helpoimmaksi vaihtoehdoksi. Lääkehoidon tavoitteena on pahoinvoinnin, oksentelun ja mahasuolikanavan eritystoiminnan hillitseminen sekä kivunhoito. (Hänninen 2003, 177 - 180; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 9 - 10.)

2.5.7 Painehaavaumat ja turvotukset

Saattohoitopotilaat ovat usein saattohoidon loppuvaiheessa vuodepotilaita. Vuodepotilaat tarvitsevat kaikilla perushoidon osa-alueilla apua, jota antamalla voidaan osoittaa myös huolenpitoa ja välittämistä. Heikentynyt ravitsemustila ja laihtuminen, liikkumattomuus, inkontinenssi, ohut iho, sairauksien paheneminen ja jotkin lääkkeet edesauttavat iho-ongelmien syntymistä. Saattohoitopotilaan yleisimmät iho-oireet ovat haavaumat, hikoilu, kutina, ihoinfektiot ja turvotukset. (Hänninen 2003, 188 ja 191; Hänninen 2012b, 46.)

Saattohoitopotilaista 15 - 43 % kärsii **painehaavaumista**. Kakektisen potilaan liikkumattomuus ja ihoon kohdistunut paine aiheuttavat iholle painehaavaumia. Paineen lisäksi eritteet, kuten hiki, virtsa ja uloste, edesauttavat haavaumien syntyä. Virtsainkontinenssi ja huono perushoito moninkertaistavat todennäköisyyden haavauman muodostumiselle. Kyynärpäät, kantapäät, korvat, ristiluun ja lonkkien alueet ovat alttiita painehaavaumille. Ennaltaehkäisy on tärkein hoito painehaavoille. Asentohoito, hyvä hygienia ja ihon kunnosta huolehtiminen ennaltaehkäisevät painehaavojen syntymistä. Liikuntakyvyttömän potilaan asentoa on vaihdettava vähintään kahden tunnin välein, ihon puhdistukseen tulee käyttää mietoja puhdistusaineita ja ihon kosteuttaminen rasvaamalla on välttämätöntä. Painehaavat luokitellaan paine-

haavaluokituksen ja hoidetaan avoimen haavan väriluokituksen mukaan. Haavaumien hoidossa on tärkeää huolehtia riittävästä kivunhoidosta. (Hänninen 2003, 191 - 193.)

Saattohoitopotilaalla esiintyy **turvotuksia** yleensä raajoissa ja raajojen läheisissä vartalonosissa. Saattohoitopotilaan raajaturvotuksen taustalla voi olla sydämen vajaatoiminta, munuaisten vajaatoiminta, hypoproteinemia eli matala albumiiniproteiinin taso veressä, krooninen laskimosairaus tai lymfa- eli imunestejärjestelmän häiriö. Vuodepotilaana olevan saattohoitopotilaan imunestejärjestelmän toimintaa heikentää liikkumattomuus. Myös syöpähoidot voivat heikentää imunestekiertoa. Turvotuksen aiheuttama pingotus, kiristävyys ja painontunne raajassa vaikeuttavat potilaan toimintakykyä. Toimintavaikeudet ja raajan ulkonäkö aiheuttaa potilaalle myös psyykkistä kärsimystä. Turvotuksen yhteydessä ilmenevä kipu liittyy usein laskimotukokseen, infektiin, kudoksen kiristymiseen tai hermovaurioon. (Hänninen 2003, 197 - 199; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 12; Hänninen 2012a, 29.)

Saattohoitopotilaan turvotuksen hoito laiminlyödään usein, koska se on aikaa vievää. Kivun hoito, nestemäärään ja siitä aiheutuvan epämukavuuden vähentäminen ja komplikaatioiden ja infektioiden välttäminen on keskeistä turvotuksen hoidossa. Hoidolla pyritään helpottamaan potilaan liikkumista ja yleistä hyvinvointia. Fysioterapeuttiset keinot, kuten liikehoidot, lymfahieronta ja erilaisten sidosten käyttö, on todettu hyödyllisiksi turvotusten vähentämisessä. Ihon päivittäinen hoito ja kuivumisen ehkäisy on tärkeää, ettei ihoon tule rikkoja ja infektiota. Lääkehoidon teho turvotuksen hoidossa on yleensä vähäinen. Laskimoperäistä nestekertymää voidaan kuitenkin hoitaa diureeteilla, jotka saattavat auttaa myös imunesteturvotuksen aiheuttamaan kiristysoireeseen. Diureettilääkehoito tulee lopettaa, mikäli se ei vähennä raajaturvotusta 3 - 4 päivän kuluessa. Saattohoitopotilaan ennustettavissa olevan elinajan ollessa lyhyt ja raajaturvotuksen ollessa massiivinen, ei nestekertymän vähentämisessä saada useinkaan merkittäviä tuloksia. Tällöin on tärkeintä huolehtia potilaan mukavuudesta ja kivuttomuudesta. (Hänninen 2003, 198 - 201; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 12; Hänninen 2012a, 29.)

2.5.8 Hikoilu, kutina ja ihoinfektiot

Hikoilu voi toisinaan muodostua saattohoitopotilaalle häiritseväksi oireeksi ja johtaa painehaavaumien syntyyn ja kutinaan. Hikoilu voi ilmetä runsaampana hikoiluna tai yöllisenä liial-

lisena hikoiluna. Hikoilu voi johtua kuumeilusta, alhaisesta verensokerista, lääkehoidosta, syövästä tai syöpähoidoista. Hikoilevan saattohoitopotilaan puhtaudesta ja ihon hoidosta tulee huolehtia hyvin ja valita vaatteisiin ihoa miellyttäviä materiaaleja. Vaikeaa hikoilua hoidetaan lääkkein, kuten masennus- ja epilepsialäkkeillä. Kuumeiluun käytetään tulehduskipulääkkeitä tai parasetamolia. (Hänninen 2003, 196; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 21.)

Kutinaa esiintyy 5 - 12 %:lla saattohoitopotilaista. Kutinaa voi aiheuttaa sappitiehyen tukkeutuminen, ihoinfektiot, lääkkeet, kasvaimet, maksan- ja munuaistenvajaatoiminta, ihon kuivuus ja psyykkiset syyt. Yleisimmin kutina aiheutuu kuivasta ihosta, joka on seurausta nestevajauksesta, pesuaineista, vaatetuksesta tai huoneilman lämmöstä ja kuivuudesta. Kutinan hoito kohdistetaan perussyhyyn. Kuivaihoisella huolehditaan ihon rasvauksesta ja harvennetaan vesipesuja. Kutinaa voidaan hoitaa myös lääkkeillä. Antihistamiineista ei yleensä ole apua edenneissä sairauksissa, mutta väsyttävän antihistamiiniannoksen antaminen yöksi voi olla hyödyllistä. (Hänninen 2003, 193 - 195; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 20.)

Saattohoitopotilaan **ihoinfektiot** liittyvät usein haavaumien ja ihorikkojen tulehtumiseen. Infektoituneeseen haavaan liittyy kipua, ulkonäköhaittoja, eritystä, pahaa hajua, kutinaa ja verenvuotoa. Infektoituneen haavan hoitoon käytetään haavanhoitotuotteita, jotka sisältävät aktiivihiihtä, hopeaa, hunajaa tai pihkaa. Infektoitunut haava erittää pahanhajuista eritettä, jonka haju eristää saattohoitopotilasta sosiaalisesti. Huoneessa olevia voimakkaita hajuja voidaan peittää hajustamalla huonetta tervalla, huonetuoksulla ja raikastimilla. Potilailla on usein heikentynyt vastustuskyky, jonka vuoksi vyöruusu on melko yleinen ongelma. Vyöruusun akuutissa vaiheessa aloitettu virusantibioottilääkitys vähentää kipua ja ehkäisee hankalien jälkiongelmien syntymistä. Virusantibioottilääkitystä pidetään perusteltuna myös lyhyen elinajanennusteen potilaille. Vyöruusu aiheuttaa erittäin voimakasta kipua, joka vaikuttaa saattohoitopotilaan elämänlaatua heikentävästi. (Hänninen 2003, 190 ja 197; Hänninen 2004a, 129 ja 132; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 20 - 21.)

2.5.9 Askites ja pleuraneste

Vatsaonteloon kertyvä neste eli **askites** on yleistä maksakirroosia ja syöpää sairastavilla saattohoitopotilailla. Oireina ovat vatsan kasvu, kipua, ruokahaluttomuus, liikuntakyvyn heikke-

neminen, närästys, täyttymisen tunne, pahoinvointi, oksentelu, suolen vetovaikkeudet, ummetus ja hengenahdistus. Askiteksen hoito on oireenmukaista. Hoidolla saattaa olla sivuvaikutuksia, eikä se pidennä elinaikaa. Hoitoon kuuluu suola- ja nesterajoitus, diureetit, kirurgiset shuntit sekä nesteen punktoiminen eli dreneeraus. Valtaosa potilaista ei hyödy diureeteista ja niiden käyttö on saattohoitopotilailla lyhytaikaista. Diureettien käyttöön liittyy suuri verenpaineen laskuun ja elektrolyyttihäiriöihin liittyvä riski. Nopein tapa helpottaa askitesnesteen aiheuttamia oireita on nesteen poistaminen punktoimalla. Punktoiminen voidaan suorittaa polikliinisesti terveyskeskuksessa. Askitesta voidaan poistaa dreenin kautta turvallisesti 3 - 5 litraa vuorokaudessa kunnes olo helpottuu. Askiteksen poistamisen yhteydessä voidaan antaa albumiinikorvausta, mutta saattohoitopotilaille albumiinikorvauksen ei ole todettu helpottavan toimenpiteen komplikaatioita. Saattohoitopotilas voi kotiutua palvelukotiin kertapuntion jälkeen tai askitesdreenin kanssa. (Hänninen 2003, 180 - 182; Saarto 2004, 121; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 12; Hänninen 2012a, 17; Karvonen 2013a; Törmälä 2013.)

Saattohoitopotilas voi kärsiä keuhkopussiin kertyvästä nesteestä eli **pleuranesteestä**, jota arvelaan ilmenevän puolella potilaista, jotka sairastavat etäpesäkkeitä lähettänyttä syöpää. Keskeisiä nesteen kertymisen aiheuttamia oireita ovat hengenahdistus ja yskä. Kipua ei yleensä esiinny. Pleuraneste voi kertyä keuhkopussiin äkillisesti, jolloin sen aiheuttama hengenahdistus on vaikeaa. Rungas nestekertymä heikentää hengitysääniä ja voi muuttaa potilaan puheääntä. Saattohoitovaiheessa olevan potilaan hoitoina pidetään riittävänä keuhkopussissa oleva nesteen poistamista punktoimalla eli dreenaamalla tai asentamalla pleuradreeni. Mikäli saattohoitopotilaan elinajan ennuste on lyhyt, punktion aiheuttamat haitat voivat olla hyötyjä suuremmat. Tällöin tulee harkita muita hoitokeinoja, kuten opioidien käyttöä, pleuranesteen aiheuttaman hengenahdistuksen hoitona. Pleuraneste voidaan punktoida polikliinisesti terveyskeskuksessa ja muutaman tunnin jälkiseurannan jälkeen saattohoitopotilas voi palata palvelukotiin. (Hänninen 2003, 202 - 203; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 15; Hänninen 2012a, 21; Karvonen 2013a; Törmälä 2013.)

2.5.10 Väsymysoireyhtymä eli fatigue

Saattohoitopotilaan yleiskunnon laskiessa myös vireystila laskee. **Väsymysoireyhtymä** eli fatigue on yleinen saattohoitopotilailla ja sen lisääntyminen liittyy kuoleman lähestymiseen. Väsymysoireyhtymällä tarkoitetaan tilaa, johon liittyy suorituskyvyn heikkenemistä, motivaai-

tion puutetta, energian vähyttä, heikkoutta, väsyneisyyttä, uneliaisuutta, kyllästyneisyyttä ja apatiaa. Tila on masentava ja ahdistava, eikä se lieviy levolla. Väsymysoireyhtymä ilmenee lisääntyneenä levon ja unen tarpeena, voimien vähenemisenä ja tarpeena hidastaa normaalia tahtia. (Hänninen 2003, 60 - 63; Vainio 2004, 124; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 13; Hänninen 2012a, 16.)

Väsymys on subjektiivinen tunne, jonka hoito määräytyy sen mukaan miten häiritseväksi potilas kokee oireen ja haluaako potilas oireeseen puututtavan. Väsymysoireyhtymästä on erotettava hoidettavat syyt kuten anemia, aineenvaihdunnalliset häiriöt, kilpirauhasen vajaatoiminta ja infektio. Saattohoitopotilaan ennuste ja yleistila ratkaisevat hoidetaanko edellä mainittuja väsymysoireyhtymää pahentavia tiloja. Väsymysoireyhtymä on monisyinen kokonaisuus, jossa yhden aiheuttajan korjaaminen harvoin parantaa saattohoitopotilaan elämänlaatua. Väsymysoireyhtymän tärkeimpänä hoitomuotona on saattohoitopotilaan jokapäiväisen elämänrytmin sopeuttaminen voimien mukaiseksi. Tilanteeseen sopeutumista helpottaa tieto väsymysoireyhtymästä ja sen aiheuttamista muutoksista. Väsymysoireyhtymää saattaa helpottaa lääkityksen tarkistaminen ja väsyttävien lääkkeiden lopettaminen oirehoitoa vaarantamatta. Väsymysoireyhtymää voidaan myös hoitaa lääkkein, mutta tärkeintä on huolehtia potilaan yleisestä hyvinvoinnista. (Hänninen 2003, 60 - 65; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 13; Vainio 2004, 125; Hänninen 2012a, 16.)

2.6 Kärsimys saattohoitopotilaan henkisinä, hengellisinä ja kulttuurisina sekä eksistentiaalisina tarpeina

Saattohoitopotilaan kärsimyksen lievittämiseen kuuluu henkisten, hengellisten ja kulttuuristen sekä eksistentiaalisten tarpeiden huomiointi. Kerromme seuraavaksi, mitä nämä tarpeet ovat.

2.6.1 Henkiset, hengelliset ja kulttuuriset tarpeet

Suomen perustuslaissa (731/1999) säädetään yhdenvertaisuudesta ja uskonnonvapaudesta. Yhdenvertaisuutta koskevan pykälän mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan uskonnon, vakaumuksen tai mielipiteen perusteella. Uskonnon ja oman-

tunnon vapautta käsittelevä pykälä takaa jokaiselle uskonnon ja omantunnon vapauden, johon sisältyy oikeus tunnustaa ja harjoittaa uskontoa, oikeus ilmaista vakaumus ja oikeus kuulua tai olla kuulumatta uskonnolliseen yhdyskuntaan. Laki ei kuitenkaan velvoita ketään osallistumaan omantuntonsa vastaisesti uskonnon harjoittamiseen. (Suomen perustuslaki 731/1999, 6§ ja 11 §.)

Nykyajan uskontokielteisyys heijastuu tämän päivän hoitotyöhön niin, ettei uskontoon liittyviä asioita ja hengellisyyttä huomioida riittävästi. Kuolemaa lähestyvän potilaan hoitotyössä hengelliset kysymykset voivat olla tärkeämpiä kuin muussa hoitotyössä. Saattohoitopotilaan ja hänen omaistensa uskonnolliset tavat ja rituaalit, kuten rukoileminen, raamatun tai hartauskirjan lukeminen, virsien veisaaminen, laulu, rippi, ehtoollinen sekä musiikin kuuntelu, voivat lisätä turvallisuuden tunnetta. Uskonnollisuuden ja hengellisyyden tarve koskee kaikkia uskontoja tunnustavia ihmisiä. Uskonto antaa suunnan ja tarkoituksen uskoa arvoperustana ja vakaumuksena pitävälle ihmiselle. Hoitohenkilöstön on hyvä tiedostaa eri uskontojen olemassa olo ja tarvittaessa otettava selvää kunkin uskonnon ja kulttuurin erityispiirteistä. Saattohoitopotilaan halutessa puhua uskostaan tai vakaumuksestaan, tulee hoitohenkilöstön kuunnella häntä omasta elämänkatsomuksesta tai uskonnosta riippumatta. (Grönlund & Huhtinen 2011, 123 - 125; Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia... 2010, 10.)

Hengellisyys on potilaassa oleva ulottuvuus, joka on mukana arvoja koskevassa ajattelussa ja ratkaisun teossa. Hengelliset tarpeet vaihtelevat ja ne ilmenevät eri tavoilla. Potilaan hengelliset tarpeet ovat sidoksissa omaan ainutlaatuisuuteen, yhteiskunnallisuuteen ja kulttuurisidonnaisuuteen. Potilaan hengelliset tarpeet tulee selvittää ja häntä tulee auttaa uskontonsa harjoittamisessa. Jokainen kuolevan lähellä oleva ihminen, joka ei pelkää ja joka uskaltaa kohdata oman kuolevaisuutensa, voi antaa hengellistä tukea saattohoitopotilaalle. Hengellisen tuen tärkein arkinen väline on keskustelu, joka voi olla muistelua, sovittamista ja valmistautumista. Saattohoitopotilaan kanssa voidaan muistella elämän eri vaiheita hyvine ja huonoine muistoinen. Muistelu auttaa luopumaan tärkeistä asioista, jotka pitävät kiinni elämässä. Kuolevalle potilaalle tulee antaa mahdollisuus sovittaa mieltä painavia asioita, sanottuja tai sanomatta jääneitä asioita tai väärin ymmärryksiä läheisten ihmisten kanssa. Avoin keskustelu kuolemasta ja siihen liittyvistä mielikuvista tarkoittaa valmistautumista tulevaan kuolemaan. Jos potilaalla ei ole uskonnollista vakaumusta, tulee tukea hänen elämänkatsomustaan ja kulttuurisia tapojaan. (Grönlund & Huhtinen 2011, 125 – 129; Pajunen 2013, 21; Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia... 2010, 10; Aalto 2013, 165 - 166.)

2.6.2 Eksistentiaaliset tarpeet

Eksistentiaaliset kysymykset koskevat yhtäläillä uskonnollista kuin ei-uskonnollista saattohoitopotilasta. Tieto lähestyvistä kuolemasta voi aiheuttaa potilaassa ristiriitaisia tunteita. Eksistentiaalisessa kivussa eli olemassaolon ahdistuksessa potilaalla on halu elää, mutta tieto kuolemaan johtavasta sairaudesta ahdistaa. Eksistentiaalisen ahdistuksen piirteitä ovat merkityksettömyyden tunne, kokemus taakkana ja toisista riippuvaisena olemisesta, kuolemanpelko tai paniikki, toive kuoleman jouduttamisesta ja eristäytyneisyys. Eksistentiaalinen ahdistus on luonnollisen reaktio elämäntilanteessa, jossa ihminen mieltää itsensä haavoittuvaiseksi, avuttomaksi, neuvottomaksi ja tuntee olemassaolonsa uhatuksi. (Mattila 2006, 38 - 39; Nissilä 2004, 257; Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia... 2010, 10; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 3.)

Omaiset ja hoitohenkilöstö voi tuntea avuttomuutta ja riittämättömyyttä saattohoitopotilaan eksistentiaalisen ahdistuksen edessä. Eksistentiaalista ahdistusta saatetaan jopa lääkittää, ettei jouduttaisi kohtaamaan potilaan ahdistusta. Hoitohenkilöstö voi kokea kiusalliseksi kykenevänsä vastata potilaan eksistentiaalisiin kysymyksiin: ”Miksi minun pitää kuolla?” tai ”Mitä kuoleman jälkeen tapahtuu?” Kaikki saattohoitopotilaat eivät halua tai kykene ilmaisemaan ajatuksiaan sanallisesti. Heidän eksistentiaalinen ahdistuksensa voi ilmetä toiveena fyysisestä läheisyydestä tai vaikkapa toiveena pitää valoja yöllä päällä. Sanallinenkin viesti voi olla kätkeyty. Iäkkään saattohoitopotilaan kohdalla kuolemaa voidaan jopa odottaa, koska iäkäs kuoleva ihminen kokee eläneensä hyvän elämän ja hänen kuolemanpelko on hälvennyt hänen nähtyään kuolemaa. Hoitotyössä on hyvä ottaa huomioon, kuinka omaiset kokevat lähestyvän kuoleman. Se voi aiheuttaa omaisille ahdistusta ja monia kysymyksiä. Saattohoitopotilaan rinnalla jaksaminen, ihmisyyden jakaminen ja suostuminen vastauksia vaille olemaan on yksi kuolevan potilaan hoidon tärkeimmistä ja vaikeimmista tehtävistä. (Mattila 2006, 38 - 42; Grönlund & Huhtinen 2011, 92 - 93; Nissilä 2004, 256.)

Eksistentiaalisen ahdistuksen hoidossa ei ole tarkoituksenmukaista ahdistuksen poistaminen nopeasti ja tehokkaasti, vaan ahdistuksen kohtaaminen. Kun saattohoitopotilas saa käytyä läpi ahdistuksensa voi eksistentiaalinen ahdistus muuttua eksistentiaalisesti toivoksi ihmisarvoisen ja elämisenarvoisen elämän jatkumisesta, hoidosta ja huolenpidosta sekä oireiden lievityksestä ja tuesta elämän loppuun asti. Kuoleva potilas tarvitsee vierelleen hoitohenkilöstöä, jotka ymmärtävät ja kestävät kuolevan potilaan tuskan olemalla kuitenkin myötätuntoisia

ja tukevat potilaan jaksamista. Eksistentiaaliseen hätään auttaa turvallisuudentunteen vahvistaminen ja hyvin toteutettu hoiva. Saattohoitopotilaan hyvä hoiva tulee esille ilmeissä, eleissä, kosketuksessa ja hoitotoimien aikana hoivaamisessa, hiljaisuudessa ja puheessa. Ihon merkitys aistivana elimenä tulee tunnistaa, koska koskettamisen aistii kehon kautta sanojen menetettyä merkityksensä. (Mattila 2006, 40, 45 - 46; Grönlund & Huhtinen 2011, 92 – 93; Idman 2013, 145.)

2.7 Saattohoitopotilaan kuolema

Saattohoidon päätepiirteenä potilaan näkökulmasta on mahdollisimman oireeton, turvallinen ja arvokas kuolema. Saattohoitopotilaan yksilöllisellä hoidolla turvataan hänen omanlaisensa kuolema. Saattohoitopotilaiden sairauden eteneminen vaihtelee, toisilla voimat vähenevät tasaisesti ja lähestyvä kuolema on ennakoitavissa ja toisilla kuolema tulee kaikesta huolimatta yllättäen. Odotettu kuolema saattaa myös odotuttaa pitkäänkin. Lähestyvistä kuolemasta ja sen mukanaan tuomista käytännön toimenpiteistä keskustellaan omaisten kanssa. Omaiset tarvitsevat kuoleman läheisyydessä tukea ja keskustelua ja heitä kannustetaan olemaan läsnä kuoleman hetkellä. Kuoleman johdosta tunnetun surun ymmärretään usein tarkoittavan juuri jälkeensä jäävien surua ja unohdetaan mitä kuoleva tuntee, mitä hän suree ja kokee, miten hän haluaisi kuolla ja kenet hän tahtois vierelleen ja mitä muita toiveita hänellä on kuolemansa suhteen. (Hänninen 2012b, 51; Leino 2004, 41 - 42; Grönlund & Huhtinen 2011, 60 - 61.) Seuraavaksi kerromme kuoleman merkeistä, kuoleman hetkestä ja vainajan laittamisesta.

2.7.1 Kuoleman merkit ja kuoleman hetki

Kuoleman lähestyessä voi ilmetä tiettyjä yhteisiä piirteitä. Lähestyvän kuoleman oireista on hyvä kertoa omaisille etukäteen. Tämä ehkäisee pelkoja ja turhia toimenpiteitä. Selvistä kuoleman merkeistä kertominen on tärkeää, jotta omaiset voivat valmistautua olemaan läsnä kuoleman hetkellä. Jättämättä jääneet jäähyväiset ennen kuolemaa voivat aiheuttaa omaisille syyllisyyttä. Kuoleman hetken lähestyessä kipu yleensä vähenee. Hengitystoiminta muuttuu pinnalliseksi, haukkovaksi ja/tai hengityksessä ilmenee jopa puolen minuutin mittaisia katkoksia. Hengitys voi myös muuttua äänekkääksi ja hengitysteissä oleva lima ja sylki voi saada hengityksen kuulostamaan rohisevalta (death rattle). Kuolinrohina on omaisista erittäin häi-

ritsevää ja huolestuttavaa, mutta oire ei yleensä häiritse kuolevaa potilasta. Iho voi muuttua kalpeaksi ja iholle voi ilmestyä laikkuja. Verenkierron heikkenemisen takia jalkaterät ja kädet alkavat viilentyä ja niiden väri voi muuttua sinertäväksi, myös varhaisia lautuman tyyppisiä muutoksia voi esiintyä. Nieleminen vaikeutuu ja kuolevan ihmisen irtautuminen tästä todellisuudesta voi aiheuttaa sekavuutta. Kuoleman hetkellä saattaa ilmetä harhaisuutta, käsien haromista ja ääntelyä, joihin ei liity kipua tai muita oireita. Lämmönsäätelyn häiriintyminen voi aiheuttaa kuumepiikkejä. (Korhonen & Poukka 2013, 443 ja 445; Grönlund & Huhtinen 2011, 118; Hänninen 2003, 132; Hänninen 2012a, 5 ja 23; Hänninen 2012b, 52 - 53.)

Kuoleva ihminen tulee vähemmän tietoiseksi ympäristöstään ja voi kokea elämän viimevaiheissa kokemuksia ja ilmiöitä, jotka voivat herättää pelkoa saattohoitopotilaan omaisissa. Saattohoitopotilas voi nähdä esimerkiksi aikaisemmin kuolleen ihmisen vierailevan vierellään ja antaa vaikutelman halusta lähteä vierailijan mukaan. Kokemus voi aiheuttaa potilaassa hämmennystä, mutta tunne muuttuu sittemmin iloksi, rauhaksi ja levollisuuden tunteeksi. Tällaisilla kokemuksilla voi olla myönteinen merkitys myös saattohoitopotilaan omaisille. Epätavallisena pidettävistä kokemuksista on hyvä keskustella omaisten kanssa. (Grönlund & Huhtinen 2011, 61 - 64.)

Kuoleman hetki on intiimi. Omaisten ollessa paikalla hoitohenkilöstö pysyy taka-alalla huolehtimassa tilanteesta. Avun tarjoamisessa toimitaan hienotunteisesti. Kuolinhetkellä potilaan hengitys loppuu ja sydän lakkaa lyömästä. Pitkän ajan kestänyt epävarmuus päättyy, kun omaisille rakas ja tärkeä ihminen on kuollut. Saattohoitopotilaan ja hoitohenkilöstön välille kehittynyt ainutlaatuinen suhde on myös päättynyt. Saattohoitopotilas on siirtynyt rajan toiselle puolelle, hoiva ja huolenpito päättyvät. Potilaan kuoltua hoitohenkilöstö esittää omaisille osanottonsa. Kuoleman tapahduttua omaisille annetaan mahdollisuus hiljentyä ja jättää jäähyväiset vainajan vuoteen äärellä heidän haluamalla tavallaan. Omaiset eivät jaksamisensa tai käytännön syistä aina pysty olemaan läsnä kuoleman hetkellä, jolloin hoitohenkilöstö korvaa rakastavan läheisen. (Hänninen 2012b, 53; Korhonen & Poukka 2013, 445; Grönlund & Huhtinen 2011, 93 ja 170.)

Vainajan omaisten kohtaaminen ja tukeminen vaatii eettistä osaamista, johon hoitohenkilöstöllä tulee olla valmiudet. Eettisesti merkittävää omaisten huomioimisessa on, että heille järjestetään rauhalliset ja ihmisarvoa kunnioittavat puitteet vainajan hyvästelylle ja saattamiselle. Omaisille on tarjottava tukea ja heidän kokemuksistaan ja toivomuksistaan tulee ottaa selvää.

Kuolintapahtuma on hyvä käydä sanallisesti läpi, varsinkin jos omaiset eivät ole olleet paikalla kuolinhetkellä. Tarvittaessa tulee paikalle hankkia lisätukea esimerkiksi seurakunnasta. Saattohoitopotilaan kuoleman jälkeen omaisille tulee antaa riittävästi informaatiota ja ohjeita jatkotoimien osalta. Mikäli omainen tarvitsee kuoleman johdosta lisää tukea, tulee hänet auttaa pätevän avun äärelle. Omaisilla voi olla uskonnosta, vakaumuksesta, kulttuurista tai perinteistä johtuen erilaisia tapoja suorittaa vainajan hyvästely ja saattaminen. Tällöin on tärkeää hienotunteisesti selvittää heidän tarpeensa ja tukea niiden toteuttamista. (Lindqvist 2004a, 23 - 24) Palvelukodin potilashuoneessa on vainajan omaisten pyynnöstä mahdollisuus viettää saattohartaus (LIITE 3). Hartaushetkeä voi johtaa pappi, muu seurakunnan työntekijä, hoitohenkilö tai vainajan läheinen. (Sipola 2013, 57.)

Kuoleman tapahduttua palvelukodissa toimitaan siellä voimassa olevien juridisesti pätevien tapojen ja perinteisten käytäntöjen mukaan, joita ovat vainajan kuolleeksi toteaminen, vainajan laittaminen, vainajan väliaikainen säilytys palvelukodissa ja siirto ruumishuoneelle (Grönlund & Huhtinen 2011, 169.)

2.7.2 Vainajan käsittely

Ruumiin loukkaamattomuus kuoleman jälkeen on yksi Kuolevan oikeuksien julistuksen kohta (Kuolemaan liittyvät eettiset ... 2004, liite 1). Vainajan parissa työskentely vaatii tietynlaisia suhtautumista, jossa kuollutta kunnioitetaan pelkäämättä. Vainajan käsittely tulee tapahtua ulkopuolisten silmien näkymättömissä. Laittaminen tapahtuu kunkin palvelukodin oman toimintaohjeen mukaan, mutta yleensä vainajan käsittelyllä tarkoitetaan vainajan siistimistä pyyhkien ja vaihtamalla vaippa, pukemista kuitupaitaan, hänen jalkojensa sitomista yhteen, leuan sitomista sideharsolla ja silmien sulkemista pumpulin avulla. Vainajan alle laitetaan lehtivaippa, joka on nostamista helpottava lakana. Kasvot peitetään kasvoliinalla ja koko vainaja peitetään lakanalla. Vainaja voidaan pukea joko omasta tai omaisten halusta, uskonnollisista tai kulttuurisista syistä myös omiin lempivaatteisiin tai pyhävaatteisiin. Nykyään vainajan pukeminen omiin vaatteisiin on yleistymässä (Karvonen 2013b). Omaiset voivat halutessaan osallistua vainajan laittamiseen. Vainajan käsittely ja vainajan laittotavat saattavat johtua vanhoista perinteistä. Esimerkiksi silmien peittäminen on suomen läntisessä kuolemankulttuurissa perustunut ajatukseen, ettei vainaja voi silmät peitettynä valita itselleen seuraajaa paikallaloijoista. Kuolemaan liittyvät vanhat riitit ja osat nykyisistäkin suhtautumistavoista kertovat

eri kulttuuriperinteistä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 49 - 50, 170 - 171, 177; Lindqvist 2004a, 23 - 24.)

2.8 Saattohoitopotilaan omaisten tukeminen kuoleman jälkeen

Kuoleman tapahduttua hoitohenkilöstöltä edellytetään hienotunteisuutta avuntarjoamisessa. Mikäli omaiset eivät ole kuolinhetkellä paikalla, on hoitohenkilöiden hyvä sopia kuka ottaa omaiset vastaan ja kertoo asiasta. Vainajan ja omaisten toiveet ohjaavat kuoleman jälkeistä toimintaa. Omaisten hyvästeille ja rituaaleille tulee varata riittävästi aikaa. Osa haluaa pukea vainajan itse, toiset haluavat henkilökunnan suorittavan pukemisen. Potilaan kuoleman jälkeen omaiset ovat usein tunteikkaassa ja vaikeassa tilanteessa. Surun ollessa voimakkaimmillaan omaisten tulee kyetä huolehtimaan käytännön asioista ja velvollisuuksista. Hoitohenkilöstöllä on oltava valmiudet auttaa omaisia konkreettisesti käytännön asioissa ja tukea omaisia surussa. Kuoleman jälkeen omaisten tulee kyetä järjestämään hautaus- ja muistotilaisuus ja olla yhteydessä useisiin viranomaisiin. Läheisille voi herätä kysymyksiä ja vaikeat tunteet voivat nousta esille vasta viikkojen päästä saattohoitopotilaan kuolemasta. Näihin kysymyksiin ja tunteisiin vastaaminen on tärkeä osa saattohoitoa. (Grönlund & Huhtinen 2011, 140, 169 - 170; Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia... 2010, 11; Hänninen 2012b, 55.)

Suru vaikuttaa kokonaisvaltaisesti ihmiseen. Läheisen kuolema on elämän aikana koetuista menetyksistä tärkeimpiä ja järkyttävimpiä. Voimakkaat tunnekokemukset, suru ja luopuminen voivat alkaa saattohoitopotilaan omaisella jo ennen potilaan kuolemista. Saattohoitopotilaan omaisen ennakoiva suru on tietoisuutta läheisen parantumattomasta sairaudesta ja kuoleman läheisyydestä. Omaiset surevat kukin omalla tavallaan ja heidän surunsa vaikuttaa heidän ystäviin ja lähipiiriin. Kuolema voi aiheuttaa surevissa syyllisyyttä, jos heillä on jäänyt selvittämättömiä asioita kuolleen kanssa tai he kokevat kuolevan hyljänneen heidät kuolemalta. Suru aiheuttaa fyysisiä ja emotionaalisia oireita. Fyysisiä oireita ovat kivut, päänsärky, uupumus, epätavallinen väsymisen kokemus ja ruokahaluttomuus. Emotionaalisia oireita ovat viha, syyllisyys, ahdistus, masennus, pelko ja syvä kaipaus. Tunteiden näyttäminen on toisille pelottava asia, jolloin pelätään kontrollin pettämistä ja suru sysätään syrjään. Oireet ja reaktiot ovat luonnollisia ja niiden voimakkuus voi vaihdella. Sosiaalinen tuki tuo usein helpotusta, mutta myös tuen antaminen toisille sureville auttaa. Omaisten suruprosessi etenee jokaisella eri tavoin. Toiset suuntautuvat takaisin normaaliin elämän rytmiin toisia nopeammin, mutta

joku omaisista voi jäädä pitkäksi aikaa kiinni suruun. (Hänninen 2004c, 273 ja 275; Grönlund & Huhtinen 140, 144 - 146.)

Edellä kertomiemme oireiden lievittäminen ja tarpeiden tyydyttäminen vaatii hoitohenkilöstöltä saattohoito-osaamista, joka koostuu tiedoista, taidoista, eettisyydestä sekä taidosta hallita hoitotyössä vastaantulevia tilanteita. Kuvaamme saattohoito-osaamista seuraavassa osiossa.

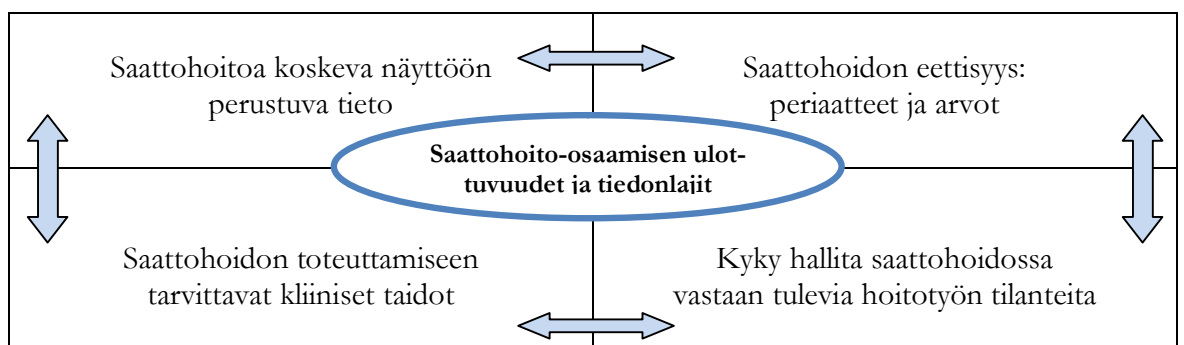
3 SAATTOHOITO OSAAMINEN

Tämä luku käsittelee saattohoito-osaamista, joka koostuu saattohoito-osaamisen ulottuvuuksista ja tiedon lajeista sekä saattohoito-osaamisen osa-alueista.

3.1 Saattohoito-osaamisen ulottuvuudet ja tiedon lajit

Osaamisella voidaan tarkoittaa tieteellistä tietämistä ja ammatillista taitamista siten, että osajalla on kyky ymmärtää ja soveltaa tietoja ja taitoja muuttuvissa tilanteissa (Raij 2003, 45). Hoitotyöntekijän ammattitaito ja elämäkokemus muodostavat perustan kuolevan potilaan hoitotyölle. Tiedot ja taidot kertovat, mitä tulee tehdä ja intuitio ja käytännönkokemus ohjaavat sitä, miten kyseiset asiat tulee tehdä. (Hänninen 2001, 131.) Saattohoidossa läsnä oleva kuoleman läheisyys tuo esiin eettisiä ja moraalisia kysymyksiä, kuten missä ja miten saattohoitopotilasta hoidetaan. Kuolevan potilaan eettiseen hoitoon kuuluu inhimillisyyttä, arvokkuutta ja hyvinvointia. (Grönlund & Huhtinen 2011, 15, 17 - 18.)

Ajattelemme saattohoito-osaamisen ulottuvuuksien ja tiedon lajien rakentuvan näyttöön perustuvasta saattohoitoa koskevasta tiedosta, hoitotyön periaatteista ja arvoista koostuvasta eettisyydestä, kliinisistä taidoista sekä kyvystä hallita erilaisia hoitotyön tilanteita. (Kuvio 3).



Kuvio 3. Saattohoito-osaamisen ulottuvuudet ja tiedonlajit Raij:n (2003, 45) osaamisen kuviota mukaillen

Olemme käyttäneet saattohoito-osaamisen ulottuvuuksien ja tiedonlajien jäsentelyä Raij:n laatimaa osaamisen kuviota. Hänen laatimat osaamisen ulottuvuudet soveltuvat hoitotyön

käsitteitä, esimerkiksi näyttöön perustuva hoitotyö tai kliiniset taidot, apuna käyttäen saattohoidon osaamisen ulottuvuuksiksi.

3.1.1 Saattohoito-osaaminen näyttöön perustuvana tietona

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä velvoittaa ylläpitämään ja kehittämään ammatti-toiminnan edellyttämää ammattitaitoa sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994). Potilaslaki (785/1992) ja perustuslaki (731/1999) antavat potilaan hoitoa koskevia määräyksiä, jotka hoitotyötä tekevien tulee tietää ja joita tulee noudattaa.

Lakien lisäksi hoitotyötä ohjaavat ja yhtenäistävät asiantuntijaryhmien laatimat ohjeistukset ja suositukset. Kuolevan potilaan oireiden hoitoon tehty Käypä hoito-suositus on tarkoitettu tukemaan päätöksiä sekä kliinisissä tilanteissa että suunniteltaessa potilasryhmien hoitoa. Käypä hoito -suositusten lisäksi myös paikalliset suositukset, kuten PPSHP:n saattohoito suositukset tarkentavat hoitokäytäntöjä. Saattohoitoon laaditut ”Hyvä saattohoito Suomessa” suositukset ohjeistavat saattohoidon järjestämistä ja toteuttamista. Suositukset ovat tutkimus-tietoa, jota hoitotyötä tekeviä suositellaan käyttävän. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 1.)

3.1.2 Saattohoidon eettinen osaaminen

Lait, asetukset ja erilaiset määräykset ohjaavat ammattikäytäntöjä. Eettinen osaaminen sen sijaan ei määrää käytäntöjä eikä se perustu ulkopuoliseen kontrolliin. Eettinen osaaminen on arvojen, periaatteiden ja elämäkokemuksen sisäistämistä ja se perustuu ammattitaitoon ja oman persoonan luovaan käyttämiseen. Tämä näyttäytyy kykynä arvioida omaa toimintaansa kriittisesti. Hoitotyön etiikka edellyttää ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Etiikassa tunnustetaan uskonto- ja kulttuurirajoja ylittävää kultaista sääntöä, joka vaatii että teemme toiselle sen, minkä haluamme itsellemme tehtävän, emmekä tee sellaista mitä emme toivo itsellemme tapahtuvan. (Lindqvist 2004b, 295.)

Ammattitaidon ja ammattitietämyksen ylläpitäminen on yksi eettisen osaamisen osa-alueista (Lindqvist 2004b, 295). Sairaanhoidajan ja lähihoitajan eettisissä ohjeissa velvoitetaan kehiti-

tämään ja ylläpitämään ammattitaitoa (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996; Lähihoitajan eettiset periaatteet 2009).

Kuolevan hoidossa hoitohenkilöstön roolissa voi ilmetä ongelmia. Hoitajaan voi siirtyä kohuttoman paljon saattohoitopotilaan tai tämän omaisen epätoivoa, avuttomuutta ja pelkoa. Kuoleman läheisyydessä voi joutua kohtaamaan myös rumia, ristiriitaisia ja epämiellyttäviä asioita. Tällaisissa tilanteissa osaaminen on kykyä suojautua ammatillisuuden taakse ja kykyä säädellä tarkoituksenmukaisesti etäisyyttä tilanteissa. Eettisesti tärkeitä ja psyykkisesti helpottavia keinoja ovat asioiden konkretisointi, pätevän ja monipuolisen tiedon hankkiminen saattohoidon olosuhteista ja käytännön vaihtoehtojen selvittäminen etukäteen. (Lindqvist 2004b, 296.)

3.1.3 Saattohoito-osaaminen kykynä hallita hoitotyön tilanteita

Käytännön hoitotilanteet ovat usein ennalta arvaamattomia ja niihin liittyy epävarmuutta, ristiriitaisuutta ja ainutlaatuisuutta. Nämä hoitotilanteet vaativat taitoa havaita monimutkaisista tilanteista olennaisen asian. Olennaisen havaitsemisessa auttavat hiljainen tieto ja intuitio. (Nurminen 2008, 196; Nurminen 2000, 11.)

Hiljaisella tiedolla tarkoitetaan kykyä havaita ja tulkita monivivahteisia ei-sanallisia merkkejä, ihmisten käyttäytymistä tai oman yhteisön sosiaalisia käytäntöjä. Hiljainen tieto määrittää ihmisessä olevaksi kokonaisvaltaiseksi käsien taidoksi, ihon tiedoksi ja aivojen syvien kerrosten tiedoksi. Hiljainen tieto on hoitoyhteisöjen keskeinen henkinen pääoma, joka kertyy vähitellen yhteisön työskennellessä. Se muodostuu sekä yksilöllisestä että koko yhteisön yhteisestä osaamisesta, tiedoista ja taidoista. Suurin osa hoitoympäristössä ilmenevistä merkeistä vastaanotetaan, käsitellään ja käytetään tiedostamattomasti hiljaisen tiedon alueella. Hiljaisessa tiedossa yhdistyvät näyttöön perustuva tieto, käytännöllinen tieto, kokemustieto ja monimuotoisena julkaistu tietoa. Kokemustieto kehittyy ammatillisena osaamisena, elämäkokemuksena ja se muokkaantuu ajallisen, sosiaalisen ja kulttuurisen vuorovaikutuksen kautta. Hiljaisen tiedon avulla ihminen osaa kohdata surevan ihmisen. Hiljaisen tiedon tuo tietoisuuteen intuitio. (Nurminen 2000, 11 - 12, 29.)

Intuitio tarkoittaa sisäisesti näkemistä, pohtimista ja välitöntä oivallusta asian olemuksesta. Siihen liitetään myös hengellisyys, esteettisyys, moraalinen herkkyyys, emotionaalisuus, erityi-

nen havaintokyky ja oman kehon tuntemus. Intuitioon liitettävät ominaispiirteet ovat hoitotyössä edellytettäviä ominaisuuksia. Hoitotyössä intuitioon kuuluva moraalinen herkkyyks sisältyy vaikeisiin eettisiin päätöksiä edellyttäviin tilanteisiin. Intuitio on matemaattinen kyky, johon sisältyy luova ongelmanratkaisu, päättely ja päätöksenteko. Äänetön, hiljainen ja intuitiivinen tieto mielletään laaja-alaiseksi viisaudeksi. Viisauteen liitetään kyky eläytyä toisen ihmisen todellisuuteen. (Nurminen 2000, 17, 18, 20, 21, 29.)

Hyvä vuorovaikutus on potilaiden ja omaisten eniten arvostama seikka saattohoidossa (Hinkka 2004b, 324). Hoitohenkilöstön osaamista on kyky luoda toimiva hoitosuhde potilaaseen. Jotta hoitosuhde toimii, on potilaaseen luotava luottamuksen ja turvallisuuden tunne sekä luotava yhteiset tavoitteet. Yhteistyön onnistuminen vaatii vuorovaikutustaitoja, toimivaa tiedonkulkua, hoidon jatkuvuuden turvaamista ja eri asiantuntijoiden hyödyntämistä. Hoitohenkilöstön läsnäolo viestii välittämisestä. (Rhen 2013, 66.)

3.1.4 Saattohoidon osaaminen kliinisinä taitoina

Käytännön taitojen osaamisella tarkoitetaan kykyä toimia työprosessin eri tilanteissa ja kykyä hallita työmenetelmiä ja -välineitä (Raij 2003, 46). Saattohoitotyössä katsomme tämän tarkoittavan kykyä hallita kliinisiä taitoja. Kajaanin ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman tavoitteiden mukaan kliininen osaaminen tarkoittaa, että sairaanhoitaja hallitsee työssä tarvittavat kliiniset taidot ja kykenee vastaamaan potilaan kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä. Sairaanhoitajan ja lähihoitajan tulee hallita keskeiset tutkimus- ja hoitotoimenpiteet sekä taitaa työvälineiden ja -menetelmien oikea ja turvallinen käyttö. Kliiniseen osaamiseen sisältyy myös tutkimustulosten hyödyntäminen hoidossa ja sen seurannassa sekä turvallisen lääkehoidon toteuttaminen lääkärin ohjeiden mukaisesti. (Opinto-opas 2011 - 2012 2011, 18; Opetusministeriö 2010, 123 - 129.) Vaikka saattohoidossa käytettäisiin loistavinta diagnostiikkaa, monimutkaisia ja edistyneimpiä hoitomenetelmiä, niin hoidon keskipisteenä on silti aina ihminen (Lindqvist 2004b, 294).

Häiritsevien oireiden, kärsimyksen ja ennen kaikkea kivun lievittäminen on haaste saattohoidossa. Kivunlievitys on osa saattohoitopotilaan hoitoa ja keskeisin tavoite oireenmukaisessa hoidossa. Käytännössä oireiden ja kivun hoito perustuu pääasiassa lääkehoitoon. Oireiden ja kivun arvioinnissa on osattava huomioida, milloin tutkimuksia ja toimenpiteitä tarvitaan ja

milloin ne tuottavat tarpeetonta kärsimystä saattohoitopotilaalle. Jatkuva hoidon seuranta ja vaikuttavuuden arviointi kuuluvat hoidon toteuttamiseen. (Rehn 2013, 66 - 68.)

3.2 Saattohoitosuosituksen mukaiset saattohoito-osaamisen osa-alueet

STM:n saattohoitosuosituksissa (Pihlainen 2010, sivu 31) nostetaan esille saattohoito-osaamisen alueet, joita ovat saattohoitopäätös ja itsemääräämisoikeus, kärsimyksen lieventäminen ja omaisten tukeminen. Olemme kuvanneet nämä osaamisalueet saattohoitopotilaan tarpeina saattohoitoprosessin yhteydessä luvussa 2.



Kuvio 4. Saattohoito-osaamisen osa-alueet STM saattohoitosuosituksesta (Pihlainen 2010, 31) mukailtuna

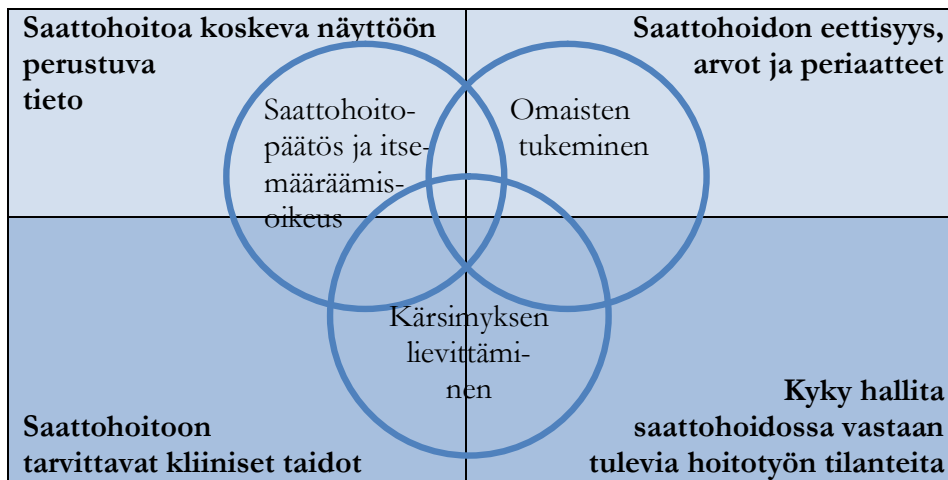
3.3 Saattohoito-osaaminen

Käytännön tasolla ajatellaan, että jokaisen saattohoitopotilaan hoitotyötä tekevän tulisi taitaa saattohoitopotilaan hoitotyö kokonaisvaltaisesti. Saattohoitoon tulisi saada riittävät valmiudet sairaanhoitajien, lähihoitajien ja hoitoavustajien perusopetuksessa (Saarto 2013, 190). Saattohoitoon vaadittavaa laaja-alaista osaamisvaatimusta ilmaisee lisäksi Korhosen ja Poukan (2013) laatima kuolevan potilaan hoidon tarkistuslista. Olemme täydentäneet heidän esittämänsä tarkistuslistaa lisäämällä siihen saattohoitopotilaan kuolemaa koskevan osion. (Taulukko 1).

Taulukko 1. Kuolevan potilaan hoidon tarkistuslista mukailten Korhonen ja Poukka (2013)

Alkuarvio ja hoidon tavoitteet
<p>Arvioidaan potilaan nykyinen säännöllinen lääkitys ja karsitaan tarpeeton lääkitys pois</p> <p>Määrätään tarvittava lääkitys</p> <p>Lopetetaan tarpeettomat toimenpiteet ja tutkimukset</p> <p>Arvioidaan saattohoitopotilaan kommunikaatiokyky</p> <p>Arvioidaan saattohoitopotilaan uskonnolliset ja elämäkatsomukselliset tarpeet</p> <p>Kirjataan kenelle ja milloin ilmoitetaan potilaan heikkenevästä voinnista tai kuolemasta</p> <p>Annetaan omaiselle hoitopaikan yhteystiedot</p> <p>Selitetään hoitosuunnitelma omaisille</p> <p>Tarkistetaan, että omaiset ymmärtävät hoitosuunnitelman</p>
Säännöllisesti huolehdittavat ja tarkkailtavat asiat
<p>Vähintään 4 tunnin välein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tarkkaillaan kipuja, kiihtyneisyyttä ja levottomuutta - tarkkaillaan hengitysteiden eritteitä - pahoinvoinnin, hengenahdistuksen ja muiden oireiden tarkkailu - suun puhdistaminen ja kostuttaminen <p>Suolentoiminta, virtsaaminen, ihonhoito ja asennonmuutos</p> <p>Tarvittavan lääkityksen asianmukainen anto</p> <p>Turvallinen hoitoympäristö</p> <p>Potilaan ja omaisten mahdollisuus keskustella hoitoon liittyvistä asioista</p> <p>Hengellinen ja elämäkatsomuksellinen tuki</p> <p>Omaisten jaksaminen</p>
Potilaan kuolema
<p>Tunnistetaan lähestyvän kuoleman merkit ja kerrotaan niistä omaisille</p> <p>Turvataan yksityisyys ja luodaan rauhalliset olosuhteet</p> <p>Tarjotaan apua hienotunteisesti potilaalle ja omaisille kuoleman hetkellä</p> <p>Järjestetään omaisille mahdollisuus jättää rauhassa jäähyväiset</p>
Potilaan kuoleman jälkeen
<p>Esitetään osanotto omaisille</p> <p>Informoidaan ja tuetaan omaisia</p> <p>Huomioidaan omaisten erityistarpeet</p> <p>Vainajan käsittely</p> <p>Ohjataan omaisia jatkotoimien suhteen</p> <p>Laaditaan tarvittavat dokumentit (epikriisi, kuolintodistus, hautauslupa)</p>

Olemme yhdistäneet saattohoidon osaamisen ulottuvuudet ja tiedon lajit sekä STM:n saattohoito-osaamisen osa-alueet (kuvio 5).



Kuvio 5. Saattohoito-osaaminen

Kuvion 5 keskipisteessä kohtaavat kaikki osaamisen ulottuvuudet ja saattohoito-osaamisen osa-alueet. Kuvion keskipistettä voidaan ajatella hetkenä, jolloin hoitaja, saattohoitopotilas ja omaiset ovat vuorovaikutuksessa. Kyseessä voi olla mikä tahansa saattohoidossa esiin tullut tilanne, jonka ratkaisemiseksi hoitaja käyttää näyttöön perustuvaa tietoa eettisesti ja hoitotyön arvojen ja periaatteiden mukaisesti. Tilanteen hallinta ja havaitseminen edellyttää hiljais-tietoa, intuitiota ja vuorovaikutustaitoja. Tilanteessa toimitaan kliinisiä taitoja käyttäen soveltaen näyttöön perustuvaa tietoa käytäntöön.

Saattohoidon osaaminen pitää sisällään eri äärialueilla olevia ulottuvuuksia, jotka eivät sulje toisiaan pois vaan täydentävät kokonaisuutta. Voiko mikään olla etäämpänä toisiaan kuin laki ja hiljainen tieto? Myös kliinisten taitojen käytössä edellytetään hoitotyön eettistä näkemystä. Esimerkiksi lääkkeellisesti toteutettavan saattohoitopotilaan sedaation tarpeen voi laukaista eettiset kysymykset saattohoitopotilaan kärsimyksen lievittämisestä.

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSSONGELMA

Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa kuusamolaisten palvelukotien hoitohenkilöstön saattohoito-osaamista hoitohenkilöstölle suunnatulla kyselyllä.

Opinnäytetyömme on työelämälähtöinen ja sen tarkoituksena on kehittää kuusamolaista saattohoito-osaamista tuottamalla Kuusamon kaupungin saattohoitoa kehittävälle työryhmälle palvelukotien tämän hetkistä saattohoito-osaamista kuvaava tilannekatsaus. Palvelukotien hoitohenkilöstön saattohoito-osaamisesta laadittu raportti tuloksineen auttaa saattohoitokoulutuksesta vastaavaa tahoja määrittämään koulutuksen tarvetta ja sisältöä. Kehittämistyöstä hyötyvät Kuusamon kaupungin sosiaali- ja terveystyö, palvelukodit sekä saattohoitopotilaat. Opinnäytetyön myötä on myös mahdollisuus lisätä eri tahojen moniammatillista yhteistyötä saattohoidon toteuttamisessa Kuusamossa.

Opinnäytetyön pääongelma on selvittää kuusamolaisten palvelukotien hoitohenkilöstön saattohoito-osaaminen koulutustarpeen arvioimista varten.

Haemme vastausta pääongelmaan alaongelmien avulla. Alaongelmia ovat:

- 1) Miten saattohoitopotilaan itsemääräämisoikeutta ja saattohoitopäätöstä noudatetaan palvelukodeissa?
- 2) Miten saattohoitopotilaan kärsimystä lievitetään palvelukodeissa?
- 3) Miten saattohoitopotilaan omaisia tuetaan palvelukodeissa?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Kerromme tässä luvussa määrällisestä tutkimusotteesta, kyselylomakkeen laatimisesta, kohdejoukon valinnasta, aineiston keruun toteuttamisesta sekä aineiston analysoinnista. Sivumme tässä luvussa myös eettisyyttä ja luotettavuutta, joita olemme pitäneet mielessä koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Opinnäytetyön toteuttamistavan pohdinta alkoi saatuaamme toimeksiannon kartoittaa hoitohenkilöstön saattohoito-osaamista kuusamolaisissa palvelukodeissa. Metodologia tarkoittaa kaikkia tutkimuksessa käytettäviä menetelmiä (Kananen 2010, 11). Teorialähtöisessä tutkimuksessa keskeisiä asioita ovat aiemmat teorit, johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, käsitteiden määrittely sekä aineiston keruu ja analysointi. (Heikkilä 2005, 22, 24 - 26). Aineistonkeruumenetelmänä käytimme kyselylomaketta.

5.1 Kyselylomakkeen laadinta

Opinnäytetyön avulla saatavaa tietoa tuli kerätä suurelta henkilömäärältä, joten katsoimme parhaaksi tavaksi käyttää teorialähtöistä prosessia ja käsitellä mittauksen tuloksena saatua aineistoa tilastollisin menetelmin (Kananen 2008, 10). Kyselylomake eli mittari soveltuu aineiston keruutavaksi, kun tutkittavia on paljon eri paikoissa (Vilka 2007, 28). Tämän vuoksi valitsimme kyselyn opinnäytetyömme aineistonkeruumenetelmäksi. Aineistoa kerättiin yhdeksässä palvelukodissa, joissa oli paljon henkilöstöä. Aineisto voi olla primaariaineistoa tai sekundaariaineistoa. Primaariaineisto sisältää välitöntä tietoa tutkimuskohteesta ja aineisto kerätään juuri tiettyä tutkimusta varten. Sekundaariaineisto on muiden aiemmin keräämää aineistoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 113.) Aiheanalyysivaiheessa ilmeni, että aiheitamme koskevaa valmista aineistoa eli sekundaariaineistoa ei ollut käytettävissä. Myöskään aihetta koskevaa aiemmin laadittua mittaria ei ollut käytettävissä, joten laadimme kyselylomakkeen itse. Kyselylomakkeen laatimisessa huoletti erityisesti se, että kykenemmekö laatimaan mittarin, joka todellisuudessa mittaa saattohoito-osaamista ja antaa vastauksen tutkimusongelmaamme. Kysymyslomakkeen laatimista edelsi opinnäytetyön keskeisten käsitteiden ja teorialähtöisyyden haltuunotto. Laadimme saattohoidosta prosessin muodossa yksityiskohdallisen ja käytännönläheisen teoriaosuuden.

Opinnäytetyössä teoriat ja käsitteet tuli muuttaa arkikielen tasolle, mitattavaan muotoon eli operationaalisoida. Kyselylomakkeen kysymyksillä etsimme vastauksia hoitohenkilöstön saattohoito-osaamisesta. Operationaalisointivaiheessa käytimme apuna työelämän ohjaajia varmistaaksemme, että arkikielen tasolle muodostetut kysymykset vastaavat teorian käsitteitä. Operationaalisointivaiheessa määrittelimme käsitteet ensin yleisesti. Varsinkin aiheanalyysivaiheessa opinnäytetyömme käsitteet olivat pintapuolisia ja suppeasti esitettyjä. Opinnäytetyösuunnitelmavaiheessa ryhdyimme käsitteiden todelliseen määrittelyyn. Yleiset käsitteet purimme arkikielen tasolle osa-alueisiin, joista muodostimme kysymyksiä ja kysymykset vakioidiin väittämiksi (LIITE 4, kuvio 6). Laadimme kyselylomakkeeseen 3 osa-alueita: 1) saattohoitopäätös ja saattohoitopotilaan itsemääräämisoikeus, 2) saattohoitopotilaan kärsimyksen lieventäminen ja 3) saattohoitopotilaan omaisten tukeminen. Nämä osa-alueet on muodostettu STM:n Hyvä saattohoito suomessa -suosituksen osaamisen alueista (Pihlainen 2010, 31).

Laadimme kysymyslomakkeeseen (LIITE 5) 100 väittämää saattohoidosta. 5 kysymyksistä käsitteli vastaajien taustatietoja. 50:een saattohoitoa koskevaan väittämään vastattiin valitsemalla yksi vaihtoehto viidestä vaihtoehdoista: (1) en osaa sanoa, (2) täysin eri mieltä, (3) jonkin verran eri mieltä, (4) jonkin verran samaa mieltä, (5) täysin samaa mieltä.

Kyselylomakkeessa oli 34 oikein/väärin -väittämää. Oikean vastauksen arvo on (2) ja väärän vastauksen arvo on (1). Oikein/väärin -väittämissä oli mahdollisuus vastata myös ”en osaa”, joka on käsitelty arvona (1) vääräksi vastaukseksi. Lääkehoidon kartoittamiseksi laadimme 6 lääkehoidon kysymystä, joiden vastausvaihtoehtoina olivat: (1) en osaa, (2) osaan heikosti ja tarvitsen ohjausta, (3) osaan tyydyttävästi, (4) osaan hyvin, (5) osaan erinomaisesti ja osaan ohjata toisia.

Kyselylomakkeeseen tehtiin kolme avointa kysymystä, jotka koskivat painehaavojen ennaltaehkäisemistä, kuoleman merkkejä ja saattohoitokoulutuksen tarvetta. Lomakkeessa on myös lääkehoitoon osallistumista ja saattohoitokoulutukseen osallistumista mittaavat kysymykset, joiden vastusten arvot ovat (1) ei ja (2) kyllä. Taulukossa 2 kuvaamme, mitkä väittämät koskevat mitään saattohoito-osaamisen osa-alueita.

Taulukko 2. Kysymyslomakkeen väittämät osa-alueittain

Saattohoito-osaamisen osa-alue		Osa-aluetta käsittelevät väittämät
Vastaajien taustatiedot		1 - 5
Saattohoitopäätös ja itsemääräämisoikeus		6 - 20
Kärsimyksen lieventäminen	Psyko-sosiaalinen kärsimys	24 - 28, 33 - 35, 50 ja 82
	Fyysinen kärsimys	21 - 23, 30 - 32, 36 - 45, 49, 51 - 53, 55 - 60, 64, 67, 77 - 81,
	Lääkehoidon osaaminen	69 - 76, 83 - 84
	Henkinen, hengellinen, kulttuurinen ja eksistentiaalinen kärsimys	29, 46 - 48, 61 - 63,
	Potilaan kuolema	54, 65, 66, 68
Omaisten tukeminen		85 - 99
Saattohoitokoulutus		100a ja 100b

Saattohoito-osaaminen ilmenee kyselylomakkeessa arkikielen sanoin esitettyinä saattohoitoa koskevinä väittäminä. Väittämiin on pyydetty vastaamaan omasta näkökulmasta ja sen mukaan, mitä mieltä vastaaja on asiasta vastaushetkellä. Täysin eri mieltä - jonkin verran eri mieltä - jonkin verran samaa mieltä - täysin samaa mieltä kysyttäviin kysymyksiin vastatessa annoimme vastaajalle mahdollisuuden vastata näihin väittämiin joustavasti, koska niiden sisältö ei ole yksiselitteisesti oikein tai väärin, vaan niissä kuvastuu vastaajan arvot, asenteet ja periaatteet. Tällaisissa mielipidettä ja asennetta mittaavissa väittämissä voidaan käyttää Likert-asteikkoa. Likert-asteikkoa pidetään järjestysasteikkona, mutta nytemmin sitä voidaan käyttää myös välimatka-asteikkona, joten siitä voidaan laskea myös keskiarvoja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 130 -131; Tähtinen, Laakkonen ja Broberg 2011, 72). Väittämiä laadittaessa teimme muutaman väitteen tietoisesti käänteiseksi. Tällaisessa väitteessä eettisesti suotavin vastausvaihtoehto onkin arvoltaan 2 eikä 5. Väitteen käänteisyys on seikka, joka tuli huomioida tilastoanalyysivaiheessa (Tähtinen ym. 2011, 23). Oikein/väärin -väittämissä ky-

syttävät asiat olivat yksiselitteisesti joko väärin tai oikein ja vastaajan osaaminen ilmeni suoraan.

Hyvän kyselylomakkeen kriteerejä ovat siisti ja selkeä ulkoasu, kysymysten ymmärrettävyys ja yksiselitteisyys, kysymysten neutraalisuus eli kysymykset eivät johdattele, kysymysten validius ja vastausten jatkokäsittelyn vaivattomuus. Lomakkeen tuli olla helposti täytettävä ja siitä saatu tieto helposti siirrettävissä tilasto-ohjelmaan. Lomakkeen yhteyteen laadimme saatekirjeen, josta käy ilmi nimemme, opinnäytetyömme tavoite, opinnäytetyön taustayhteisö (KAMK ja Kuusamon kaupunki) sekä kyselyyn vastaajien yksityisyyden turvaaminen. Lisäksi saatteessamme on yleisiä vastaus- ja palauttamisohjeita. (Tähtinen ym. 2011, 24 - 25.)

Kyselylomake tuli esiteltä, koska aineiston keräämisen jälkeen virheitä ei voi enää korjata. Esitestauksen avulla selvitimme mittarin toimivuuden suhteessa tutkimusongelmaan, mittarin vastausohjeiden toimivuuden ja selkeyden, kysymysten selkeyden, täsmällisyyden ja yksiselitteisyyden, kysymysten kyvyn mitata mitattavaa asiaa (validius), lomakkeen pituuden ja vastaamiseen käytetyn ajan (Vilkkä 2007, 78 - 79). Kuusamon kaupungin terveyskeskuksen hoivaosastojen Tanelin ja Himmelin henkilökunta osallistui kyselylomakkeen esitestaukseen. Esitestaajia oli 11. Esitestauksen jälkeen selvisi, että lomakkeen täyttämiseen kului aikaa noin puoli tuntia. Testaamisen yhteydessä esiin tulleet virheet korjattiin. Muutama väittämän osalta piti selvittää mitä väittämässä käytetty käsite tarkoitti. Esimerkiksi väittämään 80 lisättiin suolenvetovaikeutta kuvaava määritelmä.

Merkittävin esitestauksesta seurannut muutos koski ”en osaa sanoa” ja ”en tiedä” vaihtoehtojen lisäämistä vastausvaihtoehdoksi. Esitestatuissa lomakkeissa oli merkittävä määrä vastauksia, jotka oli merkitty vaihtoehtojen väliin tai jätetty täysin vastaamatta. ”En osaa sanoa” ja ”en tiedä” vaihtoehdot lisäämällä annoimme vastaajille mahdollisuuden vastata rehellisesti, jos ei tiedä vastausta. Tällöin vastaajan ei tarvinnut arvata vastausta ja näin vältettiin tuloksen vääristyminen. Olemme myös sitä mieltä, että on parempi saada selvä ”en osaa sanoa” vastaus, kuin vastaamaton tyhjä rivi. Mielestämme näillä ratkaisuilla parannamme opinnäytetyömme luotettavuutta ja eettisyyttä. Vastaajien valehteleminen arvaamalla vastauksen voi johtaa systemaattiseen virheeseen, joka heikentää opinnäytetyön reliabiliteettia ja validiteettia (Vilkkä 2007, 153).

5.2 Kohdejoukon valinta

Kohdejoukoksi valitsimme yhdeksän ympärivuorokautista hoitoa antavan kuusamolaisen palvelukodin henkilökunnan. Opinnäytetyöstä tuli kokonaistutkimus, koska kaikki kohdejoukkoon kuuluvat otettiin mukaan vastaamaan. Otannaksi muodostui kokonaisotanta. Syynä kaikkien perusjoukkoon kuuluvien palvelukotien mukaan ottamiselle oli toimeksiantajamme toivomus saada tietoa saattohoito-osaamisesta kaikkien valittujen palvelukotien henkilökunnilta. (Vilka 2007, 51 - 52.)

5.2.1 Aineiston keruu Kuusamon palvelukodeissa

Tehostettua palveluasumista järjestetään paljon apua, hoivaa ja valvontaa tarvitseville asiakkaille ja sitä tuottavat kunnat, järjestöt ja yksityiset yrittäjät. Opinnäytetyömme kohteena olevat palvelukodit ovat sosiaalihuollon ympärivuorokautisia toimintayksiköitä. Ympärivuorokautiset toimintayksiköt ovat tehostetun palveluasumisen yksiköitä, joissa asukkailla on oma huone tai asunto sekä lisäksi yhteisiä tiloja. Henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Kuusamossa toimii useita palvelukoteja, joista valitsimme yhdeksän ympärivuorokautista ikäihmisille hoitoa antavaa palvelukotia. Olemme rajanneet aineiston keruun ulkopuolelle palvelukodit, jotka eivät anna ympärivuorokautista hoitoa sekä vammais-, mielenterveys- ja päihdeyksiköt. Kuusamon kaupungilla on kaksi ympärivuorokautista hoivayksikköä, jotka toimivat terveyskeskuksen tiloissa. Rajasimme nämä yksiköt opinnäytetyön ulkopuolelle, koska niissä on saattohoitotilanteessa mahdollisuus käyttää apuna terveyskeskuksen hoitohenkilöstön ja lääkäreiden osaamista. Käytimme kyseisten yksiköiden hoito- ja hoivatyöntekijöitä kyselylomakkeen esitestaamiseen. Seuraavalla sivulla olevassa taulukossa (taulukko 3) esittelemme opinnäytetyön kohteena olleet palvelukodit hoitohenkilökuntineen ja asukasmäärineen syksyllä 2013.

Taulukko 3. Opinnäytetyön kohteena olevien palvelukotien hoitohenkilöstö- ja asukasmäärät syksyllä 2013

Yritys ja palvelukodin nimi	Hoitohenkilöstön määrä	Asiakkaiden määrä
Koilliskoti Oy	10	14
Kuusamon kaupunki, Katrinkoti	12	22
Kuusamon kaupunki, Niittyvilla	12	21
Kuusamon kaupunki, Reetankoti	11	14
Mikeva Oy, Neliapila	29	45
Seviset Oy, Kuusela	8	11
Seviset Oy, Tervaskoivu	11	16
Viiankoti Oy	9	10
Vivante Oy, Kotikoivu	11	16
Yhteensä	113	169

Kuusamon kaupungin kolme kohdetta sijaitsee Porkkätörmän palvelukeskuksessa. Muut yksityiset palvelukodit sijaitsevat myös Kuusamon taajamassa. Taulukosta 3 ilmenee palvelukotien hoitohenkilöstön ja asiakkaiden määrät.

5.2.2 Palvelukotien hoitohenkilöstö

Opinnäytetyön kyselyyn osallistuvien palvelukotien hoitohenkilöstön taustatietoja kartoittavat kysymykset käsittelivät vastaajien ikää, koulutusta, työkokemusta, tehtävänimikettä ja saattohoitoon osallistumista. **Vastaajien ikä** jakautui 20 - 61 vuoden välille. Keskiarvo oli 43 vuotta. **Koulutusta koskevaan kysymykseen** vastasivat kaikki. Palvelukotien hoitohenkilöstö koostui koulutuksen mukaan kuudesta sairaanhoitajasta, 64 lähihoitajasta tai lähihoitajan koulutusta vastaavan koulutuksen saaneesta hoitajasta ja kahdesta sosionomista. Suurin osa kyselyyn vastanneista oli lähihoitajia. 5 vastaajalla ei ollut hoitoalan koulutusta.

Vastaajien työkokemus vaihteli 0 - 40 vuoteen. Keskiarvo on 12,3 vuotta. Kysymykseen vastasi 76 henkilöä. Kysyimme vastaajilta myös heidän **tehtävänimikkeistään**. Palvelukohteissa työskentelevillä oli 12 erilaista tehtävänimikettä. Tämä taustatietoa kartoittava kysymys oli tarpeeton. **Saattohoitopotilaiden hoitoon** on osallistunut 77 vastaajasta 67. Vain 10 vastaajaa ei ollut osallistunut saattohoitopotilaan hoitamiseen. Kooste taustatiedoista taulukossa 4.

Taulukko 4. Kyselyyn vastanneiden taustatiedot

Vastaajien taustatiedot	
Ikä:	vuotta
nuorin	20
vanhin	61
keskiarvo	43
Koulutus:	frekvenssi
sairaanhoitaja	6
lähihoitaja tai vastaava koulutus	64
hoiva-avustaja	0
sosionomi	2
ei hoitoalan koulutusta	5
Työkokemus:	vuotta
lyhyin työkokemus	0
pisin työkokemus	40
keskiarvo	12,3
Osallistuminen saattohoitopotilaan hoitoon:	frekvenssi
on osallistunut	67
ei ole osallistunut	10

Palvelukotien hoitohenkilöstö koostuu sairaanhoitajista, lähihoitajista tai lähihoitajan koulutusta vastaavan koulutuksen saaneista hoitajista ja hoitoapulaisista, jotka osallistuvat myös potilaiden perustarpeista huolehtimiseen. Kerromme seuraavaksi näiden ammattinimikkeiden tehtävänkuvista.

Sairaanhoitajana voi toimia vain Valviran laillistama ammattihenkilö. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu hoitotyö, lääkehoito ja tutkimuksien sekä hoitotoimenpiteiden tekeminen. Hän on hoitotyön ammattilainen, jonka työnkuvaan kuuluu terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito, toipumisen tukeminen, ohjaus ja neuvonta sekä kuntouttava työ. Sairaanhoitaja hoitaa myös kuolevia potilaita ja tukee heidän omaisiaan. Ikäihmisten ja pitkäaikais-sairaiden parissa, kuten usein palvelukodeissa, heidän työnsä on pitkäjänteistä, hoidossa korostuu kodinomaisuus ja arkielämässä selviytyminen. Sairaanhoitajan ammatti edellyttää hyvää teoreettista tietoa ja käytännön taitoja. Teoriatiedon soveltaminen, ongelmaratkaisu ja päätöksenteko ovat myös tärkeitä taitoja. Sairaanhoitajan työ vaatii hyviä vuorovaikutustaitoja, stressinsietokykyä ja jatkuvaa täydennyskoulutusta uuden tiedon ja teknologian kehittyessä jatkuvasti. Kyky toimia osana moniammatillista tiimiä on tärkeää (Sairaanhoitaja 2004.)

Palvelukodeissa sairaanhoitajalla on kokonaisvastuu lääkehoidon toteuttamisesta. Sairaanhoitaja päättää potilaan hoitoon liittyvästä tehtävänjaosta, siihen liittyvästä ohjauksesta, neuvonnasta ja valvonnasta sekä huolehtii palvelukodin lääkehuollon toimivuudesta. Sairaanhoitaja voi toteuttaa laajasti tarvitsematta siihen erillistä kirjallista lupaa, lukuun ottamatta suonensisäistä neste- ja lääkehoitoa, jota palvelukodissa ei toteuteta muutoinkaan. (Läkehoidon toteuttaminen sosiaalihuollon ympärivuorokautisissa toimintayksiköissä 2013, 4.)

Lähihoitaja on nimikesuojattu ammattihenkilö, jonka Valvira merkitsee terveydenhuollon ammattihenkilöistä pidettävään rekisteriin. Lähihoitaja osallistuu potilaan hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Työ on potilaan kokonaisvaltaista hoitamista, terveyden edistämistä, sairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitamista, sairaan tukemista, kuntoutusta sekä kuolevan potilaan ja omaisen tukemista. Hoitotyöhön kuuluu potilaan perushoito ja arjessa selviämisen tukeminen. Lähihoitaja osallistuu hoitotoimenpiteisiin, lääkehoitoon ja potilaan elintoimintojen mittaamiseen ja näytteiden ottoon. Hoitohenkilökunnasta lähihoitaja on useimmin lähimpänä potilasta, joten ihmissuhde- ja vuorovaikutustaidot ovat keskeisessä asemassa. Potilaiden ja omaisten ohjaamisessa ja tukemisessakin vuorovaikutustaidot ovat tärkeitä. Teorian soveltaminen käytäntöön ja kliiniset taidot korostuvat lähihoitajan työssä. (Lähihoitaja 2004.)

Palvelukodissa työskentelevällä lähihoitajalla on oikeus jakaa lääkkeitä potilaskohtaisiksi annoksiksi ja antaa niitä luonnollista reittiä. He voivat pistää lääkkeen lihakseen ja ihon alle, kun heidän osaamisensa on varmistettu, heidät on perehdytetty ja heille on myönnetty kirjallinen

lupa lääkehoidon suorittamiseen. (Lääkehoidon toteuttaminen sosiaalihuollon ympärivuorokautisissa toimintayksiköissä 2013, 4.)

Hoitoavustajat kuuluvat nykypäivänä palvelukotien henkilökuntaan. Heitä on hoitoapulaisina, joilla ei ole hoitoalan koulutusta, vaan heidät on usein palkattu tekemään siivous- tai keittiötöitä. He kuitenkin osallistuvat avustaviin tehtäviin palvelukodeissa. Näitä ovat potilaan perustarpeista huolehtiminen kuten syöttäminen ja henkilökohtainen arkitoimiin liittyvä avustaminen. (Hoiva-avustajan työpanos voidaan laskea mukaan hoitohenkilökunnan mitoitukseen 2012.)

Työ- ja elinkeinoministeriöllä on meneillään hanke ”Joustava työvoimakoulutus sosiaali- ja terveysalan avustaviin tehtäviin” seitsemällä ELY -keskuksen alueella. Hankkeessa valmistuu aikuiskoulutusohjelmasta hoiva-avustajia. Koulutus ei johda tutkintoon vaan se antaa valmiuksia vanhus- ja vammaispalvelujen avustaviin tehtäviin. Hoiva-avustajalla ei ole valmiuksia lääkehoitoon eikä mahdollisuutta ottaa itsenäistä vastuuta hoidosta, joten hän ei voi olla yksin työvuorossa. (Hoiva-avustajan työpanos voidaan... 2012.)

Hoitoavustajien katsotaan kuuluvan lääkehoitoon kouluttamattomaan henkilöstöön. Palvelukodissa lääkehoidon toteuttaminen ei kuulu olla henkilöllä, jonka koulutukseen ei ole sisällytynyt lääkehoidon koulutusta. Lääkehoitoon kouluttamattomalla henkilöllä on kuitenkin yksittäistapauksessa ja tilannekohtaisen harkinnan perusteella mahdollisuus antaa valmiiksi jaettuun lääkkeisiin luonnollisen reitin kautta tai antaa lääkeinjektio ihon alle. Henkilön tulee saada lisäkoulusta ja hänen on annettava näyttö osaamisesta sairaanhoitajalle. Lääkehoidosta vastaavan lääkärin tulee antaa kouluttamattomalle henkilölle asiakas-, lääke- ja tilannekohtainen lupa lääkehoidon toteuttamiseen. Valviran antamassa ohjeessa kerrotaan, miten hoitohenkilöstö voi toteuttaa lääkehoitoa sosiaalihuollon ympärivuorokautisissa toimintayksiköissä. (Lääkehoidon toteuttaminen sosiaalihuollon... 2013, 3 - 5.)

5.3 Aineiston keruun toteuttaminen

Ennen aineiston keruuta pyysimme palvelukotien esimiehiltä tai muulta organisaation edustajalta tutkimusluvut (LIITE 6). Lupahakemukset osoitettiin seuraaville henkilöille.

Kuusamon kaupunki Katrinkoti, Niittyvilla ja Reetankoti: Annikki Paloniemi, Kuusamon kaupunki, hoivan ja kuntoutuksen tulosaluevastaava.

Terveyspalvelut Vivante Oy Kotikoivu: Taina Määttä, henkilöstöjohtaja.

Viiankoti Oy: Maija-Liisa Kuusela, sosionomi/yrittäjä.

Seviset Oy Tervaskoivu ja Kuusela: Hannele Karvonen, toimitusjohtaja.

Koilliskoti Oy: Siiri Alajuuma, lähihoitaja/yrittäjä tai Miia Mustonen lähihoitaja/yrittäjä.

Mikeva Oy Neliapila: Sanna Kivelä, vt. vastaava ohjaaja.

Saatuamme tutkimusluvut veimme kyselylomakkeet palvelukoteihin. Otimme yhteyttä palvelukotien esimiehiin ja jaoimme kyselylomakkeet palvelukoteihin, joissa esimiehet jakoivat kyselylomakkeet palvelukotien henkilökunnille. Kyselylomakkeet vietiin palvelukoteihin avoimissa kirjekuorissa. Täytetyt suljettuun kirjekuoreen laitettut kyselylomakkeet noudettiin palvelukodeista tietynä päivämääränä. Aineiston keruu toteutettiin 6.-25.2.2014 välisenä aikana.

5.4 Aineiston analysointi

Tilastomenetelmää käyttäen aineisto saadaan ymmärrettävään ja selkeään muotoon (Tähtinen ym. 2011, 16). Aineiston analysointiin käytimme IBM SPSS Statistics 21.0 tilastollista tietojenkäsittelyohjelmistoa, jonka käyttöön saimme lisenssin oppilaitokseltamme Kajaanin ammattikorkeakoululta. Kysymyslomakkeita vietiin palvelukoteihin 113 kappaletta ja niitä palautui täytettynä 77 kappaletta. Vastausprosentiksi saimme 68 %. Kerättyämme kyselylomakkeet palvelukodeista, sekoitimme kirjekuoret suljettuina, avasimme kuoret ja koodasimme eli numeroimme kyselylomakkeet numeroin 1 - 77. Kyselylomakkeilla kerätyn aineiston (LIITE 5) syötimme SPSS -tilastointiohjelman havaintomatriisiin. Havaintomatriisi on taulukko, jossa havaintoaineisto muutetaan analysointia varten lukuarvoiksi (Vilka 2007, 173).

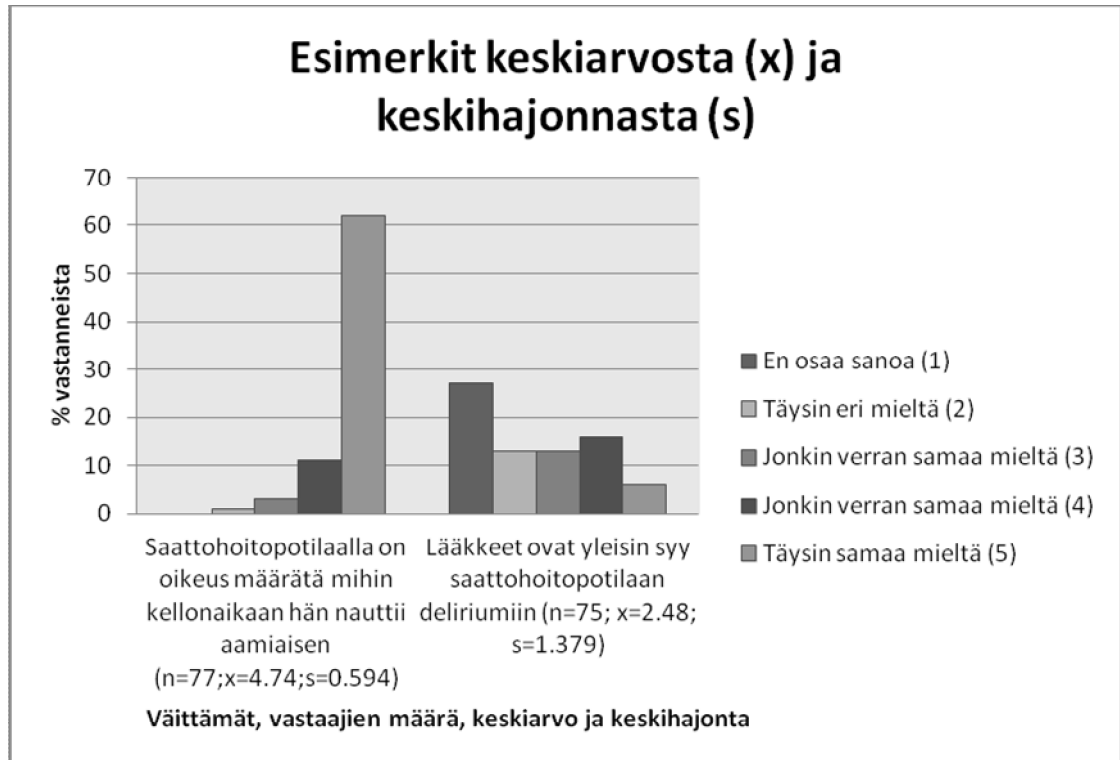
Havaintomatriisin laadintavaiheessa pohdimme, miten oikein/väärin -väittämien muuttujien arvot määritellään. Mikäli vastausvaihtoehtoina olisi ollut vain väärin tai oikein, olisivat arvot olleet 1 ja 2. Vastajille annettiin kuitenkin mahdollisuus vastata myös ”en tiedä”-vaihtoehto.

Emme kuitenkaan ole antaneet ”en tiedä” -vaihtoehdolle erillistä arvoa, vaan päätimme käsitellä sen väärää vastausta vastaavalla arvolla (1). Väärä vastaus ja ”en tiedä” -vastaus osoittavat kumpikin tiedon puutetta.

Opinnäytetyömme oli monen muun kyselyllä toteutetun opinnäytetyön tavoin kuvaileva tutkimus. Tällöin analyysimenetelmänä käytettiin aineiston rakennetta kuvaavia tunnuslukuja (Kananen 2008, 51). Muuttujia käsitelimme järjestyks-, luokittelu ja välimatka-asteikoilla, jolloin saimme tunnusluvuiksi frekvenssejä ja keskilukuja. Frekvenssi kertoo muuttujan esiintyvyydestä aineistossa kappalemäärinä (f) ja prosenttiosuuksina (fK) (Kananen 2008, 41.) Moodi (Mo) eli tyyppi-arvo on keskiluku, joka on tyypillisin havainto aineistossa. Lisäksi muuttujista voitiin laskea aritmeettinen keskiarvo (\bar{x} eli Mean) ja keskihajonta (s eli Standard Deviation), joka kertoo kuinka paljon vastaus poikkesi lasketusta keskihajonnasta. (Vilka 2007, 121 - 122, 124 - 125.) Muuttujista voidaan selvittää muuttujien pienin (minimum) ja suurin (maximum) arvo (Heikkilä 2005, 85). Käytimme minimum- ja maximum-arvoja kuvaessamme taustatietoja, kuten ikää ja työkokemusta.

Aritmeettinen keskiarvo saadaan laskemalla yhteen vastaajien valitsemien väittämän vastausten arvot yhteen ja jakamalla ne vastaajien määrällä. Keskihajonta on keskiluku, joka kuvaa vastaajien valitsemien vastausten keskimääräistä etäisyyttä vastausten lasketusta keskiarvosta. (Vilka 2007, 173 - 174.)

Esimerkiksi väitteessä 6 kysytään, että saattohoitopotilaalla on oikeus määrätä mihin kellonaikaan hän nauttii aamiaisen. Vastausten keskiarvo on 4,74 ja keskihajonta on 0,594. Yli 60 % vastaajista oli sitä mieltä, että saattohoitopotilaalla on oikeus määrätä mihin kellonaikaan hän nauttii aamiaisen, tämän vuoksi keskiarvon on suuri ja keskihajonta pieni. Väitteen 35 mukaan ”lääkkeet ovat yleisin syy saattohoitopotilaan deliriumiin”. Vastausten keskiarvo on 2,48 ja hajontaluku on 1,379. Keskiarvo jäi pieneksi, koska vastaukset hajosivat eri vastausvaihtoehtojen kesken, joten keskihajontakin on suuri. Kuvio 7 havainnollistaa erilaiset keskiarvot ja keskihajonnat.



Kuvio 7. Esimerkit kahden väittämän keskiarvoista ja keskihajonnasta

Tilastonkäsittelyohjelmaa käyttäen etsimme muuttujista yhdessä ja erikseen erilaisia tuloksia, joista teemme johtopäätöksiä. Koska kysymyslomakkeessamme oli 100 kysymystä, päätimme tehdä samaa asiaa mittaavista väittämistä tilastointiohjelmaa käyttäen summamuuttujia. Summamuuttujien avulla aineistoa tiivistettiin. Summamuuttujaksi yhdistettyjä muuttujia tarkastelimme myös erikseen, jotta emme hävittäneet alkuperäistä informaatiota. Summamuuttujan yksittäinen muuttuja voi nousta tärkeäksi lisäanalyysin kohteeksi, jos sen tilastollinen tulos poikkeaa muista summamuuttujan muodostamista tuloksista (Tähtinen ym. 2011, 48). Summamuuttujista mittasimme reliabilitettkertoimen, joka on SPSS-ohjelmassa Cronbachin alfa -kerroin (Heikkilä 2005, 187, 209 - 210.)

Tilastollisesti saaduista tuloksista teimme tulkintoja. Kyselylomakkeessa olleet kolme avointa kysymystä käsitelimme kokoamalla vastaukset taulukoihin ja laskemalla niiden esiintyvyyttä. Havainnollistimme tilastollista tietoa pylväsdiagrammeilla. Tuloksissa kerromme, miten vastaukset jakautuivat eri vastausvaihtoehtojen kesken. Vastaajien määrän, keskiarvon ja keskihajonnan ilmoitamme lukuparina (n, x;s) esim. (n=77, 4.74 ;0.594). Tulosten tulkinnan pohjana käytettiin SPSS-tilastointiohjelmalla tulostettuja tilastoja, jotka ovat liitteessä 7.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

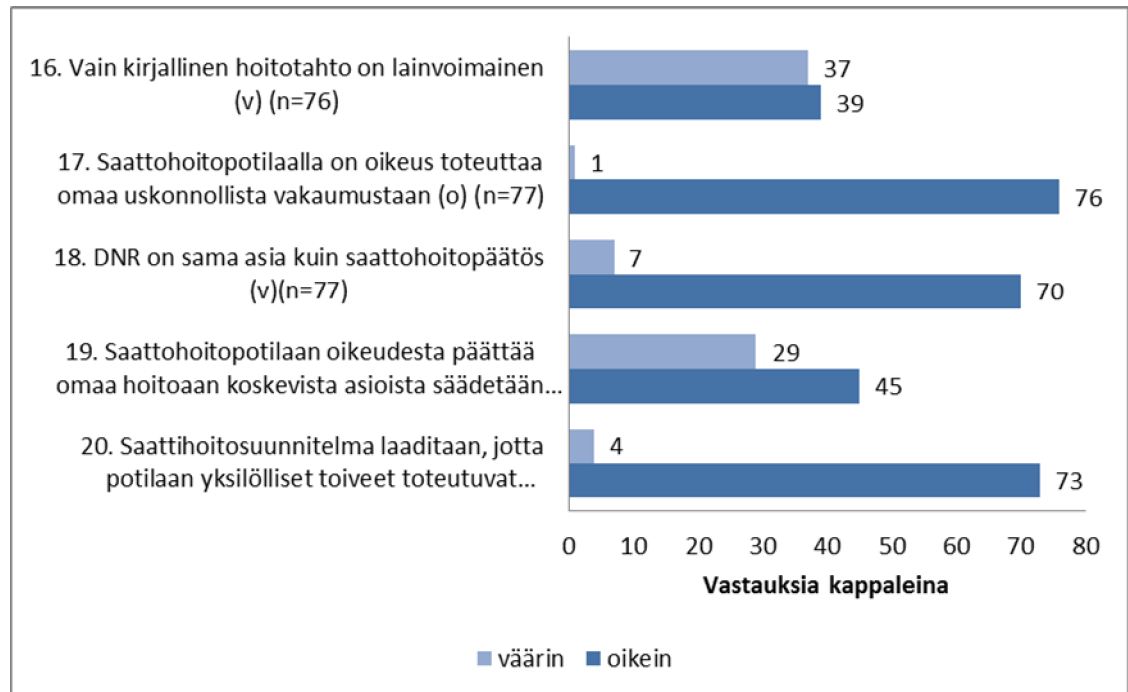
Esittelemme tässä osiossa kyselyn tuloksia opinnäytetyön alaongelmien mukaan. Tulosten havainnollistamiseksi esitämme muutamista muuttujia diagrammeina. Oikein/väärin väittämien diagrammeissa pylväävät ovat vaakatasossa ja likert -asteikolliset muuttujat on kuvattu pystysuorassa olevina pylväänä.

6.1 Itsemääräämisoikeus ja saattohoitopäätös

Väittämillä 6 - 20 tiedustelimme vastaajien mielipiteitä saattohoitopotilaan itsemääräämisoikeudesta ja saattohoitopäätöksestä.

Itsemääräämisoikeutta ja saattohoitopäätöstä koskevista väittämistä 6 - 13, 15) muodostetun summamuuttujan keskiarvo 4,47 osoittaa, että vastaajat kunnioittavat saattohoitopotilaiden itsemääräämisoikeutta ja ymmärtävät saattohoitopäätöksen merkityksen. Tarkasteltaessa summamuuttujan sisältämiä väittämiä yksitellen, havaitsimme kuitenkin poikkeaman (3,81;1,25) väittämässä 11, joka koskee laboratoriokokeiden ottamista. Lähes kolmasosa (28,6 %) vastaajista on sitä mieltä, että omaiset voivat vaatia laboratoriokokeiden ottamista saattohoitopotilaalta. (LIITE 7, taulukko 5.)

Väittämät 16 - 20 olivat saattohoitopotilaan itsemääräämisoikeutta ja saattohoitopäätöstä koskevaa tietämystä kartoittavia oikein/väärin -väittämiä. Kuviossa 8 on esitetty miten vastaajat ovat vastanneet väittämiin. Suluissa oleva v- tai o- kirjain kertoo, oliko väittäjä väärin vai oikein, n- kirjain tarkoittaa vastaajien määrää.



Kuvio 8. Saattohoitopäätöstä ja itsemääräämisoikeutta koskevat oikein/väärin-väittämät

Hoitotahtoa koskevaan lakiväittämään 16 vastasi melkein puolet (38 vastaajaa) väärin ja potilaan oikeudesta päättää omista asioistaan lakiväittämään 19 vastasi yli kolmasosa (32 vastaajaa) väärin. Lähes kaikki vastaajat tiesivät saattohoitosuunnitelman laadittavan, jotta potilaan yksilölliset toiveet toteutuisivat ja potilaan oikeudesta toteuttaa uskonnollista vakaumustaan. (LIITE 5).

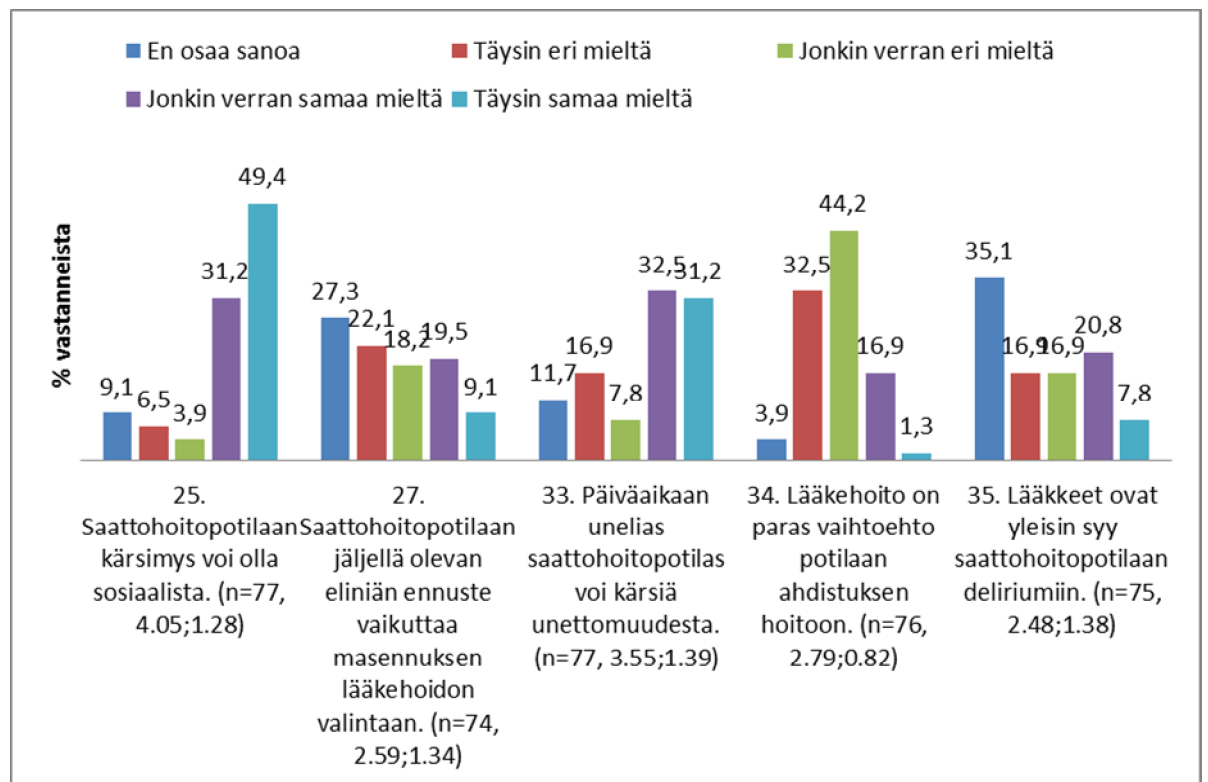
6.2 Kärsimyksen lievittäminen

Saattohoitopotilaan kärsimys on laaja ja monitahoinen kokonaisuus. Kysymyslomakkeesamme kysyimme vastaajilta mielipidettä kärsimyksen lieventämistä koskevaan 29 väittämään (21 - 49) ja lisäksi esitimme yhden avoimen kysymyksen, numero 67.

6.2.1 Psyko-sosiaalinen kärsimys

Psyko-sosiaalista kärsimystä koskevia mielipiteitä kysyttiin kahdeksalla väittämällä (LIITE 7, taulukko 8). Väittämillä 24 ja 25 selvitettiin ymmärsivätkö vastaajat kärsimyksen voivan olla

psykkistä ja sosiaalista (LIITE 7, taulukko 6). Väittämässä 26 esitettiin psyykkisen tuen tarpeen koskettavan myös saattohoitopotilaan puolisoa. Tässä osiossa kysyttiin myös mielipiteitä masennuksen (väittäjä 27) ja ahdistuksen lääkehoidosta (väittäjä 34) sekä lääkkeiden vaikutuksesta deliriumiin (väite 35). Väittämässä 28 kysyttiin saattohoitopotilaan vuorokausirytmistä ja väittämässä 33 unettomuudesta. Olemme poimineet psyko-sosiaalista kärsimystä käsittelevistä väittämistä viisi väittämää, joiden tulokset herättivät huomiota (kuvio 9).



Kuvio 9. Psyko-sosiaalista kärsimystä koskevat huomiota herättävät tulokset

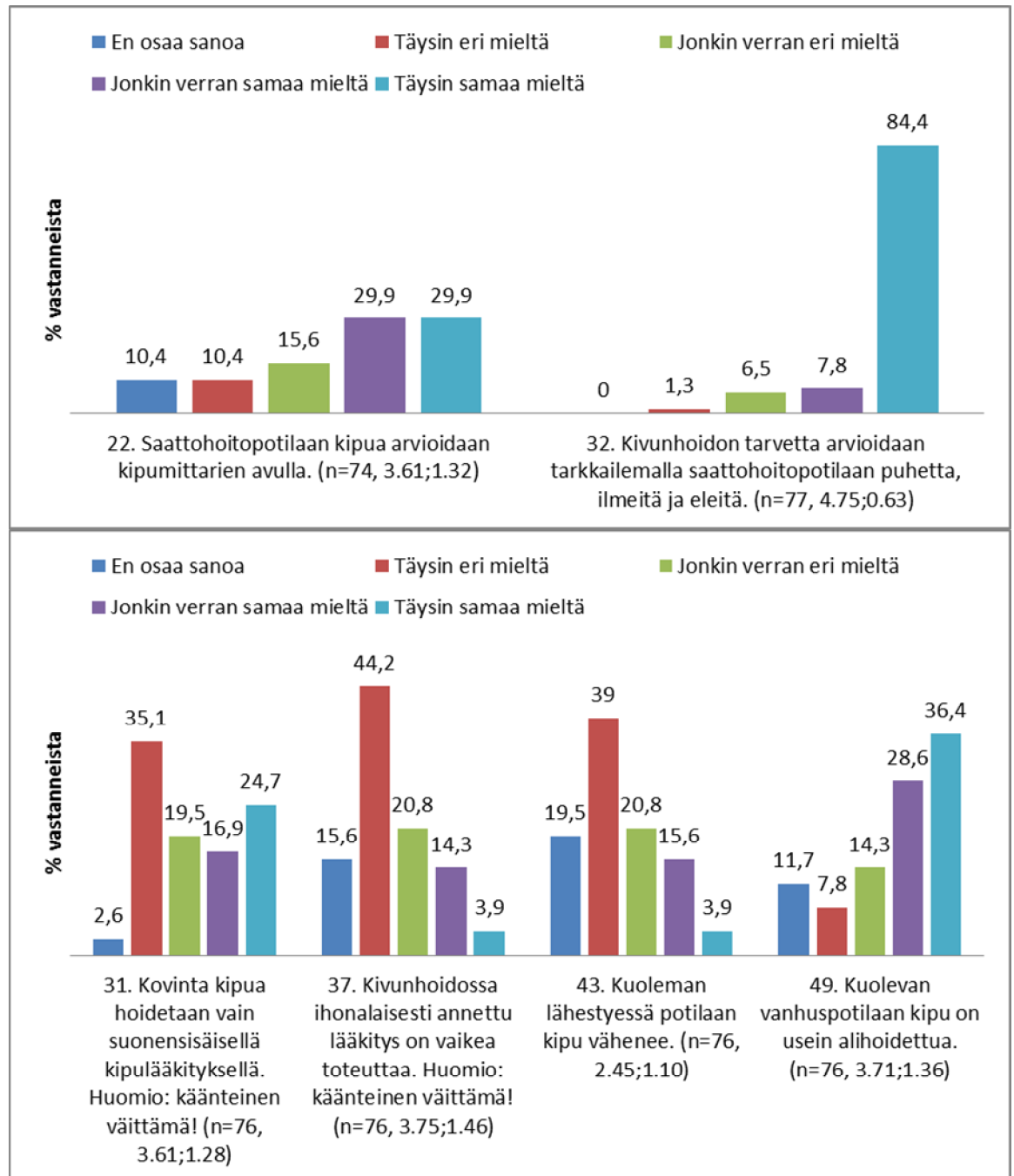
Väittämässä 25 vain puolet (49,4 %) vastaajista oli sitä mieltä, että saattohoitopotilaan kärsimys voi olla sosiaalista. Edellisellä sivulla esitetyissä väittämässä havaitaan useiden keskiarvojen jäävän alhaisiksi ja keskihajonnan kertovan vastausten jakaantuneen useiden eri vastausvaihtoehtojen kesken. Jokaisessa väittämässä käytettiin ”en osaa sanoa” -vastausvaihtoehtoa. Väittämässä 27 puolet (49,4 %) vastaajista ei osannut sanoa tai oli täysin eri mieltä, kun saattohoitopotilaan jäljellä olevan eliniän ennusteen väitettiin vaikuttavan saattohoitopotilaan masennuksen lääkehoidon valintaan. Väittämässä 34 vain 1,3 % vastaajista tiesi lääkehoidon olevan paras vaihtoehto saattohoitopotilaan ahdistuksen hoitoon. Huomiota herättää myös

väitteen 35 tulos, jossa 35,1 % vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään väitteeseen lääkkeiden olevan yleisin syy saattohoitopotilaan deliriumiin.

Psyko-sosiaalista osaamista koskevia oikein /väärin -väittämiä oli kaksi. Vastaajista 63 tiesi, etteivät kaikki saattohoitopotilaat kärsi masennuksesta (väittämä 50) ja väittämässä 82 jopa 66 vastaajista tiesi, ettei deliriumissa olevaa saattohoitopotilasta saa rauhoittaa lepositein. (LIITE 5).

6.2.2 Fyysinen kärsimys

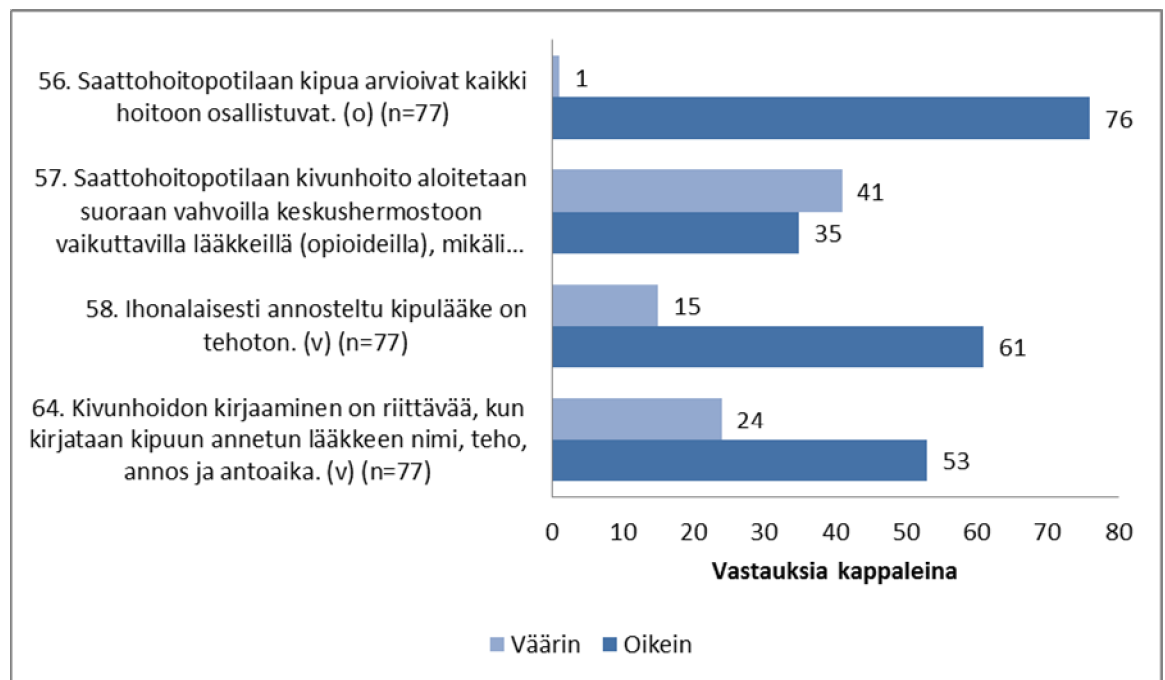
Kivunhoitoa koskevissa väittämistä (21, 22, 31, 32, 36, 37, 43 ja 49) teimme summamuuttujan, jonka keskiarvoksi tuli 3,82 ja keskihajonnaksi 0,52. Muuttujakohtaiset keskiarvot ja keskihajonnat ovat taulukossa 7 (LIITE 7). Kivunhoidon summamuuttujan muodostavien muuttujien yksityiskohtainen tarkastelu osoittaa vastausten hajaantuneen useassa väittämässä laajasti vastausvaihtoehtojen kesken, kuten seuraavalla sivulla olevassa kuviossa 10 ilmenee.



Kuvio 10. Kivunhoitoa koskevia huomiota herättäviä tulokset

Väittämässä 22 kolmannes (36,4 %) vastaajista on jonkin verran erimieltä (15,6 %), täysin eri mieltä (10,4 %) tai ei osannut sanoa (10,4 %) lainkaan mielipidettä kipumittareiden käytöstä potilaan kivun arvioinnissa. Toisaalta väittämässä 32 puolestaan 84,4 % vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että kivunhoidon tarvetta arvioidaan tarkkailemalla saattohoitopotilaan puhetta, ilmeitä ja eleitä.

Väittämässä 31 miltei joka neljäs (24,7 %) vastaajista oli sitä mieltä, että kovinta kipua voidaan hoitaa vain suonensisäisellä lääkityksellä. Yli 15 % vastaajista ei osannut sanoa mitään väittämään 37, jossa kivunhoidossa ihonalaisesti annettavaa lääkitystä pidetään vaikeasti toteutettavana. Väittämässä 43 väitetään teoriaan pohjautuen potilaan kivun vähenevän kuoleman lähestyessä, tässä käsityksessä on vain 4 % vastaajista. Vain 36 % vastaajista tietää väittämän numero 49 mukaan kuolevan vanhuspotilaan kivun olevan usein alihoidettua.



Kuvio 11. Kivunhoitoa koskevien oikein/väärin -väittämien tulokset

Kuviosta 11 ilmenee, että yli puolet eli 41 vastaajista, vastasi väärin väittämään numero 57, jossa väitetään, että kivunhoito voidaan aloittaa suoraan keskushermostoon vaikuttavilla lääkkeillä, mikäli potilaan voimakkaat kivut sitä vaativat. Väittämän 58 mukaan ihonalaisesti annosteltua kipulääkettä pitää tehottomana joka viides eli 15 vastaajista. Kivunhoidon kirjaamista koskevassa väitteessä numero 64 vastasi väärin yli 30 % vastaajista. (LIITE 5).

Hengenahdistusta koskevia väittämiä olivat 38 ja 39 (LIITE 7, taulukko 10) sekä oikein/väärin väittämä 59. Väittämässä 38 hengenahdistusta hoidetaan lievittämällä saattohoitopotilaan pelkoa ja ahdistusta, 62,4 % vastaajista oli täysin tai jonkin verran samaa mieltä väittämän kanssa. Väittämässä 39 yli puolet (51,9 %) vastaajista oli eri mieltä ja 15,6 % ei osannut sanoa mielipidettä, kun väitettiin että hengenahdistusta voidaan helpottaa suuntaa-

malla ilmavirta tai tuuletin potilaan kasvoihin. 53 vastaajista ei tiennyt, että hengenahdistusta voidaan hoitaa keskushermostoon vaikuttavilla lääkkeillä oikein/väärin väittämässä 59 (LIITE 5).

Ruoansulatusta ja ravitsemusta koskivat Likert -väittämät 30 ja 40 - 42 (LIITE 7, taulukko 11). Oikein/väärin väittämissä (LIITE 5) vastaajien tietämys vaihteli, kuten kuvio 12 osoittaa. Väittämän 55 mukaan miltei 45 vastaajista olettaa virheellisesti ravitsemushoidon lisäävän saattohoitopotilaan elinaikaa. Ummetusta käsittelivät väittämät 51, 60 ja 80. Väittämään 60 vastasi väärin miltei kolmannes (22 vastaajaa) ja väittämään 80 vastasi väärin peräti 2/3 eli 50 vastaajaa. Vain kahteen väittämään (51 ja 81) vastattiin yli 80 % oikein.



Kuvio 12. Ruoansulatusta ja ravitsemusta koskevat huomiota herättävät tulokset

Ihon ja limakalvojen hoitoa sekä turvotusta koskevia väittämiä olivat 44 ja 45 (LIITE 7, taulukko 12) sekä oikein/väärin -väittämät 52 ja 77. Väittämällä 67 kysyttiin menetelmiä paino-

haavojen ennaltaehkäisyyn. Väittämässä 44 (n=77, 3.51;1.60), jossa esitimme ruokaöljyn olevan hyvä saattohoitopotilaan suun kostutuskeino miltei joka viides (19,5 %) vastasi ”en osaa sanoa” vaihtoehdolla. Täysin samaa mieltä tämän väittämän kanssa oli 42,9 % vastaajista. Väitteeseen 45, saattohoitopotilaan turvotuksenhoitoa laiminlyödään usein, 40 % vastaajista ei kyennyt sanomaan mielipidettään ja vain 2,6 % oli väittämästä täysin samaa mieltä (n= 77, 2.58;1.42). Oikein/väärin väittämässä 52 on vastannut oikein lähes kaikki eli 73 vastaajaa, joten iho mielletään tärkeäksi aistivaksi elimeksi ja noin neljännes eli 20 vastaajista on vastannut väärin väittämään 77, joka käsittelee lääkehoidon käyttöä turvotuksen hoidossa (LIITE 5).

Avoimessa kysymyksessä 67 pyysimme vastaajia luettelemaan kolme menetelmää, joilla ennaltaehkäistään painehaavojen syntymistä. Kysymykseen vastasi 74 vastaajaa ja 3 jätti vastaamatta. Taulukosta 13 ilmenee viisi useimmin kirjoitettua vastausta.

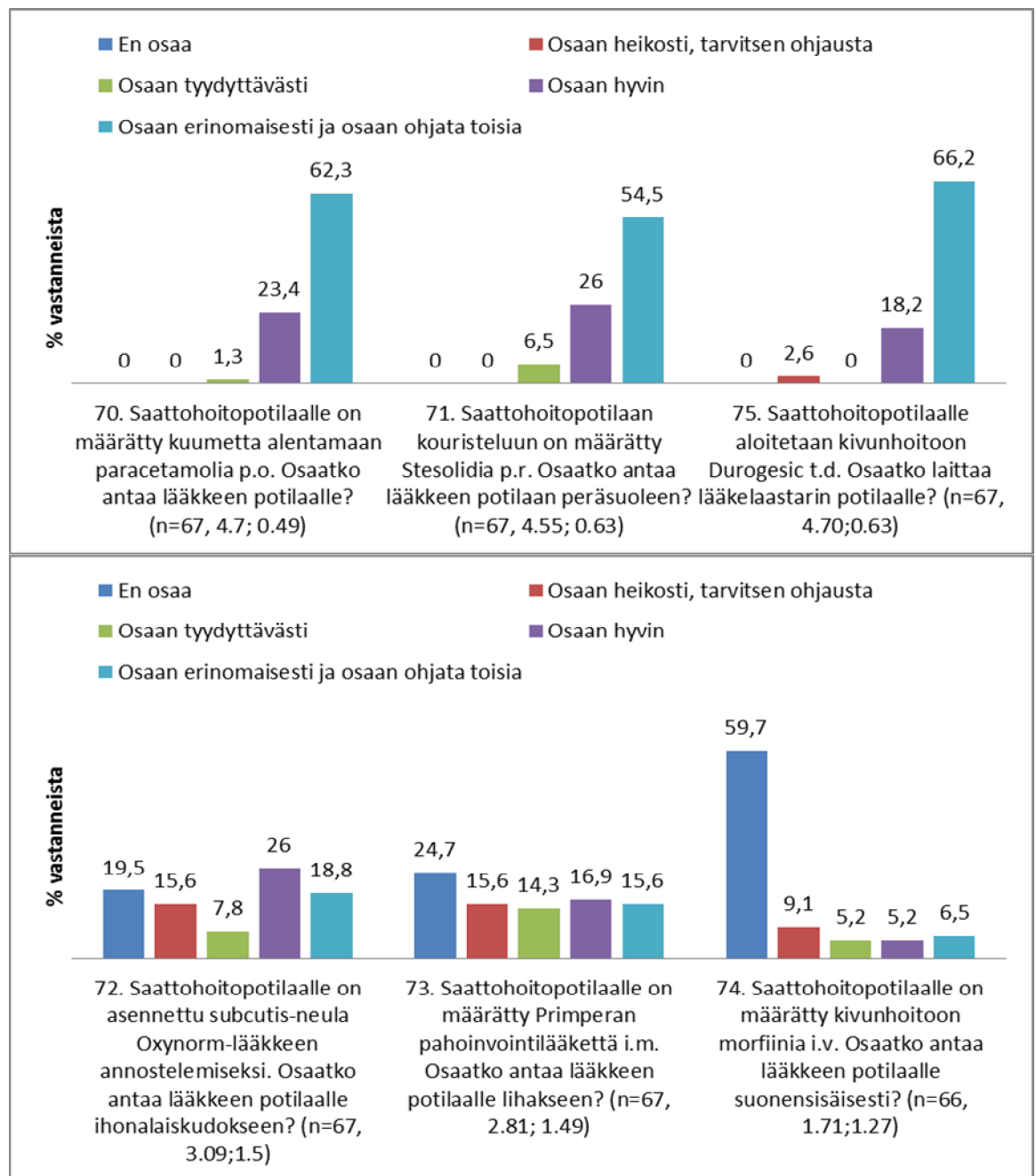
Taulukko 13. Painehaavojen ennaltaehkäisy, avoin kysymys numero 67

Painehaavojen kehittymistä ennaltaehkäisevä menetelmä	Vastauksia kappaleina (f)
Asentohoito	71
Ihohoito	34
Patja/decubituspatja	26
Ravitsemus	22
Hygienia	19

Miltei kaikki vastaajat pitivät asentohoitoa tärkeänä painehaavojen kehittymistä ennaltaehkäisevänä menetelmänä. Ihohoito, erityispatjat, ravitsemus ja hygienia olivat myös vastaajien mielestä painehaavoja ennaltaehkäiseviä menetelmiä. Kaikki vastaukset löytyvät liitteestä (LIITE 8, taulukko 14).

6.2.3 Lääkehoidon osaaminen

Lääkehoitoon osallistui 67 vastaajaa (kysymys numero 69) ja osaaminen on varmistettu 61 vastaajista (kysymys numero 76)(LIITE 5). Lääkehoitoa koskevat väittämät 70 - 75 (LIITE 7, taulukko 15). Lääkehoidon osaamista koskevat tulokset jakautuvat non-invasiivisten (p.o., p.r. ja t.d.) ja invasiivisten (s.c., i.m. ja i.v.) antotapojen osaamisen kesken merkittävästi (kuvio 13).



Kuvio 13. Lääkehoidon osaamisen tulokset

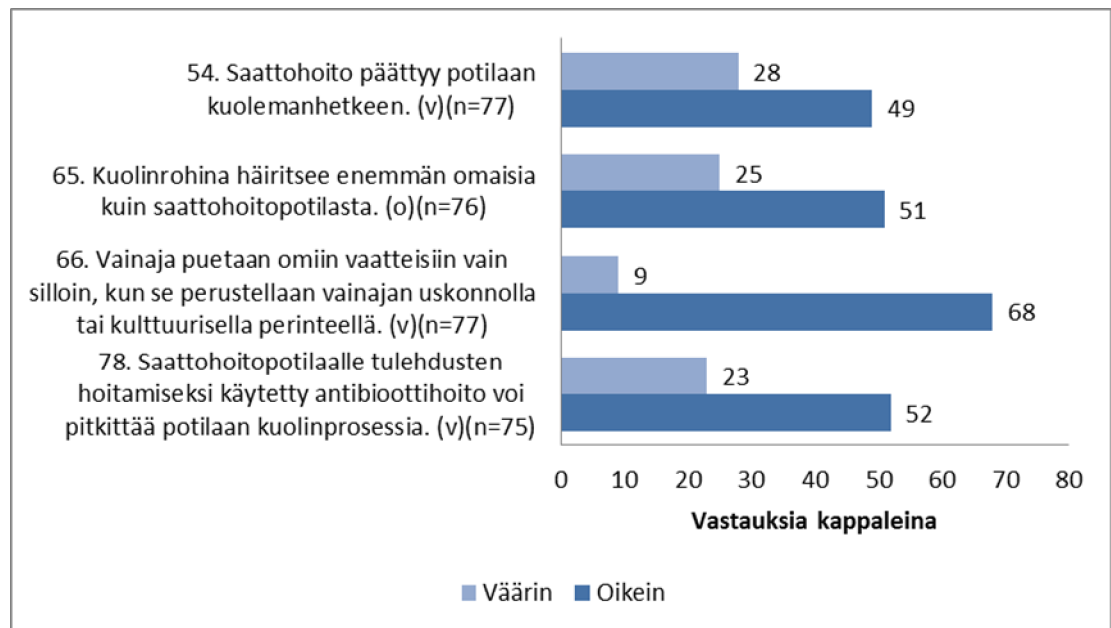
Lääkehoitoa osataan toteuttaa hyvin tai erinomaisesti suun (väittämä 70), peräsuolen (väittämä 71) ja ihon kautta (väittämä 75) yli 80 %: sti. Ihonalaiskudokseen annettavaa lääkehoitoa subcutis -neulan kautta osaa toteuttaa hyvin tai erinomaisesti 44 % vastaajista. Lihakseen annettavan injektion osaa antaa hyvin tai erinomaisesti kolmannes vastaajista (32,5 %). Suonensisäisesti annettavaa lääkehoitoa osaa toteuttaa hyvin tai erinomaisesti 12 % vastaajista ja 60 % vastaajista ilmoitti suoraan, ettei osaa antaa lääkettä suonensisäisesti. Lääkehoidon oikein/väärin -väittämään 83, joka koskee lääkehoidon kirjaamista, miltei kaikki vastasivat oikein (75 vastaajaa) ja väittämään (84), joka koskee sedaatio -käsitteen ymmärtämistä, vastasi vain puolet (39 vastaajaa) oikein (LIITE 5).

6.2.4 Hengellisyys, henkisyys, kulttuurisuus sekä eksistentiaalisuus

Hengellistä, henkistä, kulttuurista ja eksistentiaalista osaamista käsiteltiin väittämässä 29, 46 - 48 (LIITE 7, taulukko 9) sekä oikein/väärin väittämässä 61 - 63. Väittämässä 29 (n=77, 3.53;1.13) uskonnollisen vakaumuksen harjoittamisen tukemisessa ja väittämässä 48 (n=76, 3.22;1.38) kuoleman hetkeen liittyviä yliluonnollisia ilmiöitä, vastaukset jakautuivat laajasti eri vastausvaihtoehtojen välillä. Miltei kaikki (97 %) vastaajista ymmärtää potilaan päivittäisten tapojen ja perinteiden olevan henkisten tarpeiden tukemista väittämässä 61(n=76). Väittämässä 62 (n=75) miltei joka neljäs (23,4 %) oli sitä mieltä, että saattohoitopotilas, jolla ei ole uskonnollista vakausta ei tarvitse henkistä tukea. Väittämä 63 (n=76) osoittaa, että 32 % vastaajista ei tiedä eksistentiaalisen ahdistuksen johtuvan lähestyvän kuoleman tietoisuudesta.

6.2.5 Kuoleman hetki

Kuoleman hetkeen liittyvää osaamista kartoitettiin neljällä oikein/väärin -väittämällä 54, 65, 66 ja 78. (Kuvio 14).



Kuvio 14. Kuoleman hetkeen liittyvän osaamisen tulokset

Väittämässä 54 yli kolmannes eli 28 vastaajaa katsoo saattohoidon päättyvän potilaan kuoleman hetkeen. Kuolinrohinaa koskevaan väittämään 65 vastasi myös kolmannes eli 25 vastaajaa väärin. Väittämään 78, joka koskee saattohoitopotilaan antibioottihoitoa, vastasi 23 vastaajaa väärin. Vastaajista 68 vastasi oikein väittämään 66 tietäen, ettei vainajan pukemiseen omiin vaatteisiinsa tarvitse olla uskonnollista tai kulttuurista perustetta (LIITE 5).

Väittämässä 68 pyysimme avoimella kysymyksellä vastaajia luettelemaan lähestyvän kuoleman merkkejä. Kysymykseen vastasi 70 vastaajaa ja 7 jätti vastaamatta. Taulukossa 16 esitetään useimmin kuvatut vastaukset.

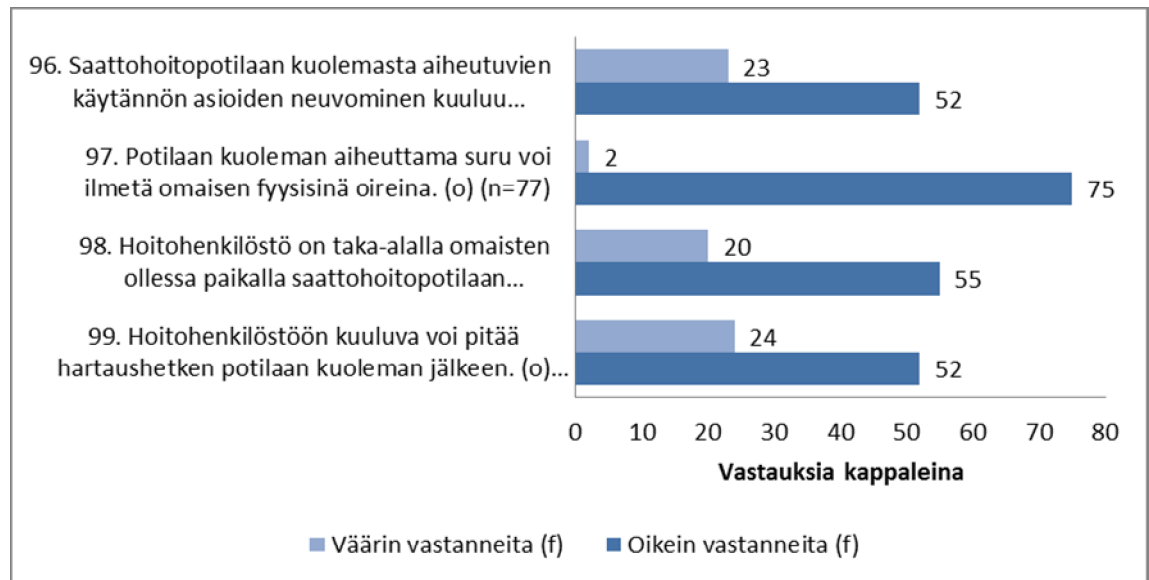
Taulukko 16. Lähestyvän kuoleman merkit

Lähestyvän kuoleman merkki	Vastauksia kappa- leena (f)
Hengityskatkokset	35
Lautumat	35
Ihon värin muutokset	24
Tajunnantason lasku	22
Pinnallinen hengitys	19
Syömisen ja juomisen väheneminen	19
Äreisverenkierron heikkeneminen	17
Kuumepiikit, lämpöily	17
Nieleminen vaikeutuu	15
Limaisuus	14
Väsymys	11
Levottomuus	7
Epäsäännöllinen hengitys	7
Korina, kuolinrohina	7
Kasvojen piirteiden muuttuminen, terävöityminen	6
Kalman tuoksu, haju	6

Yleisimpinä merkkeinä lähestyvistä kuolemista vastaajat pitivät hengityskatkoksia ja lautumia. Ihonvärin muutokset, tajunnantason lasku, pinnallinen hengitys ja syömisen sekä juomisen väheneminen oli myös useiden vastaajien huomaamia merkkejä. Kaikki esitetyt vastaukset löytyvät liitteestä 9 (taulukko 17).

6.3 Omaisten tukeminen

Potilaan omaisten tukemista koskevaa osaamista kysyttiin väittämillä 85 - 95 (LIITE 7, taulukko 18) sekä oikein/väärin väittämillä 96 - 99. Teimme väittämistä summamuuttujan. Saattohoitopotilaan omaisten tukemista (4.65; 0.26) ja osallistumista pidettiin merkityksellisenä asiana. Tulokset osittavat, että omaiset otetaan mukaan saattohoitopotilaan hoitoprosessiin. Väittämään 94 jätti vastaamatta yksi vastaaja ja muihin aiheita käsitteleviin väittämiin vastasivat kaikki 77. Korkea keskiarvo kertoo osaamisen olevan hyvä. Ainoastaan väittämässä 93, joka koskee saattohoitopotilaan puolison kokemaa syyllisyyttä, viidennes (20,8 %) vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään asiasta.



Kuvio 15. Omaisten tukemisen osaamista koskevien oikein/väärin -väittämien tulokset

Kuvion 15 mukaan, noin kolmannes vastaajista vatsasi väärin oikein/väärin väittämiin, jotka koskevat kuolemasta aiheutuvista käytännön asioiden neuvomista (väittämä 96), hoitohenkilökunnan taka-alalla pysymistä kuolinhetkellä (väittämä 98) ja hoitohenkilöstön mahdollisuudesta pitää hartaushetki (väittämä 99) (LIITE 5).

6.4 Saattohoitokoulutus

Vastaajista 52 ei ole osallistunut saattohoitokoulutukseen (100a) ja 25 saattohoitokoulutukseen osallistuneen vastaajan saama saattohoitokoulutus on ollut kestoaltaan 2 tunnista 8 opintoviikkoon. Viimeisenä kysymyksenä (100b) kysyimme avoimella kysymyksellä, mitä asioita vastaaja haluaisi oppia saattohoidosta. Kysymykseen jätti vastaamatta 26 vastaajaa. (LIITE 5).Saattohoitoa käsittelevää koulutusta toivottiin seuraavasti (taulukko 19).

Taulukko 19. Mitä vastaajat haluavat oppia lisää saattohoidosta? Avoin kysymys 100b.

Toivomuksia saattohoitokoulutuksen sisällöstä	Vastauksen esiintyminen kappaleittain (f)
Kivunhoito	26
Lääkehoito	25
Kaikkea mahdollista saattohoitoon liittyvää	17
Omaisten tukeminen ja kohtaaminen	15
Toiminta kuoleman jälkeen	5
- kuolemasta kertominen	
- käytännöt kuoleman jälkeen	
- vainajan laittaminen	
Hoitohenkilöstön ohjaus, tukeminen ja purkutilanteet	2
Oireiden hoito	2
Saattohoidon kirjaaminen	2
Ravitseminen	1
Asentohoito	1
Nykyaikaiset saattohoito-ohjeet yksiköihin	1
Ammattieettisyys	1
Läsnäolo	1
Lainopilliset asiat	1
Surun käsitteleminen	1
Saattohoitopäätöksen tekeminen	1

Monet vastanneista toivoivat koulutusta kivunhoidosta ja lääkehoidosta. Kaikki mahdollinen saattohoitoon liittyvä sekä omaisten tukeminen ja kohtaaminen koettiin myös lisäkoulutuksen tarpeeksi. Kysymykseen jätti vastaamatta 26 henkilöä.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Johtopäätöksissä kokoamme yhteen aineiston analyysillä saamista tuloksista muodostuneet pääseikat. Johtopäätöksissä peilataan tuloksia aikaisempiin tutkimuksiin sekä näyttöön perustuvaan tutkittuun tietoon. Johtopäätöksissä saadaan vastaukset tutkimusongelmiin.

Opinnäytetyömme pääongelma oli selvittää palvelukotien hoitohenkilöstön saattohoito-osaamisen koulutustarve. Haimme vastausta pääongelmaan alaongelmien avulla. Saimme kyselymittarilla keräämällämme aineistolla ja sen analysoinnilla vastauksen alaongelmiin seuraavasti.

7.1 Saattohoitopotilaan itsemääräämisoikeutta ja saattohoitopäätöstä koskeva hoitohenkilöstön osaaminen

Tuloksista kävi ilmi, että saattohoitopäätöstä koskeviin väittämiin osattiin vastata oikein. Tulosten mukaan vastaajien mielipiteet saattohoitopäätöksen sisällöstä vastasivat DNR -päätöksineen Korhosen ja Poukan (2013, 440) käsitystä asiasta. Vastaajat olivat samaa mieltä Mitchell ym. (2004, 325) kanssa siitä, että saattohoitopotilaan siirto palvelukodista sairaalaan on ylimääräinen rasite potilaalle. Saattohoitopäätöksen sisältöön kuulumattomista kontrolliluonteisista laboratoriotestien ottamisesta vastaajien mielipiteet poikkesivat Korhosen ja Poukan (2013, 440) sekä Antikaisen ym. (2013, 911) näkemyksestä.

Vastaajien mielipiteet osoittivat että, saattohoitopotilaan itsemääräämisoikeutta noudatetaan laajasti. Tuloksista havaittiin, että potilaan itsemääräämisoikeutta käsittelevissä lakia koskevissa väitteissä vastaajien mielipiteet olivat merkittävässä määrin virheellisiä. Pahlman (2013, 52 - 55) ja Hilden (2006, 30) korostavat, että kirjallinen ja suullinen hoitotahto on juridisesti päteviä. Vastaajilla oli myös lainsäädännöstä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 6§) poikkeava käsityksiä potilaan oikeudesta päättää omaa hoitoaan koskevista asioista. Lait ohjaavat toimintaa, niitä velvoitetaan noudattamaan ja niiden noudattamista valvotaan. Tulosten perusteella tulisi saattohoitoa koskevat lait opiskella palvelukotien hoitohenkilöstön keskuudessa. Esimerkiksi suullisen hoitotahdon lainvoimaisuuden ymmärtäminen tasavertaisesti kirjallisesti tehdyn hoitotahdon kanssa voisi edesauttaa hoitotahdon ilmaisujen huomaamista hoitotyön arjessa ja siten edistää suullisesti esitetyn hoitotahdon kirjaamista asianmukaisesti

potilasasiakirjoihin. Mielessämme on käynyt, vaikuttiko väittämiin sisällytetty ”laki” -käsite vastaajiin. Lakeja pidetään yleisesti vaikeaselkoisina ja etäisinä käytännön hoitotyössä.

7.2 Saattohoitopotilaan kärsimyksen lievittämisen osaaminen

Tulosten mukaan vastaajat ovat samaa mieltä Hännisen (2001, 126 -131) ja Rhenin (2013,68) kanssa kärsimyksen ilmenemisestä fyysisinä ja psyykkisinä oireina, mutta kärsimyksen sosiaalista ulottuvuutta pidetään vieraana asiana.

Ahdistus, masennus, unettomuus ja delirium tiedetään yleisesti haasteellisiksi ja vaikeasti hoidettaviksi oireiksi saattohoitopotilailla (Kuolevan potilaiden oireiden hoito 2012, 22, 23; Hänninen 2003, 212, 213; Korhonen & Poukka 2013, 443 - 444). Opinnäytetyömme tulokset osoittivat näiden psykososiaalisten oireiden lievittämisen olevan vaikeaa toteuttaa, joten saamista tarvitaan lisää.

Kivunhoidossa vastaajat ilmaisivat useammassa väittämässä selvästi, etteivät osaa kivunhoitoa. Osaamisen puutetta vaikuttaa tulosten mukaan olevan lääkkeellisestä kivunhoidosta, kivunhoidon toteuttamisesta ja kivunarvioimisesta. Useat vastaajista toivoivat juuri kivunhoidosta lisää koulutusta. Pääasiassa keskushermoston kautta vaikuttavien lääkkeiden tuntemus ja käyttötarkoitukset eivät näytä tulosten perusteella olevan hallinnassa ja niistä on olemassa virheellisiä käsityksiä. Kovinta kipua katsottiin voitavan hoitaa vain suonensisäisellä lääkityksellä tai ihonalaisesti annettavaa lääkintää pidettiin vaikeasti toteutettavana tai ihonalaisesti annosteltua kipulääkettä pidettiin tehottomana. Korhonen ja Poukka (2013, 442) kertovat kuitenkin ihonalaisen antoreitin olevan helppo ja tehokas vaihtoehto kivun hoidossa. Mielessämme olisi tärkeää, että lähihoitajat ja sairaanhoitajat ymmärtäisivät ihonalaisesti annettavan kipulääkityksen olevan ratkaisu saattohoitopotilaiden kovan kivun hoitoon palvelukodeissa. Myös lähihoitajilla on mahdollisuus ja lupa antaa pääasiassa keskushermoston kautta vaikuttavia lääkkeitä (opioideja) ihonalaiskudokseen (Valvira 2013a, 4).

Tuloksissa ilmeni huomionarvoinen seikka vastaajien kivunarvioinnin osaamisesta. Kipumittarin käyttö kivunarvioinnissa oli vierasta kolmannekselle vastaajista. Kivunhoidon tarvetta arvioitaessa suurin osa havainnoi potilaan puhetta, ilmeitä ja eleitä. Tästä voi tehdä johtopäätöksen, jonka mukaan vastaajat käyttävät kipua arvioidessaan havainnointia, johon myös PAINAD -kipumittarin käyttö perustuu (Warden ym. 2003, 9 - 15).

Fyysisen kärsimyksen osalta osaamista tulee tulosten mukaan täydentää hengenahdistuksen ja osin ruoansulatuskanavan oireiden aiheuttaman kärsimyksen lievittämisessä. Käypähoito suosituksessa (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 14 -15) on kerrottu opioidien olevan sopiva lääkehoito hengenahdistuksen hoidossa sekä ilmavirran ohjaamisen kasvoille auttavan hengenahdistukseen. Vastaajat eivät olleet asiasta samaa mieltä kummastakaan edellä mainitusta asiasta. Tuloksista nousee esiin muutamia yllättäviä käsityksiä ravitsemuksesta ja ummetuksen hoidosta. Kuolevan potilaan oireiden hoito (2012, 13) ohjeistuksen sekä Hännisen (2003, 155) mukaan ravitsemushoito ei paranna saattohoitopotilaan elämänlaatua eikä lisää elinaikaa. Kaikesta huolimatta suurin osa vastaajista olettaa ravitsemushoidon lisäävän saattohoitopotilaan elinaikaa. Huolestuttavana pidämme tulosta, jonka mukaan vastaajilla ei vaikuta olevan tietoa siitä, että ummetus voi johtua eri syistä ja että eri syyt vaikuttavat ummetuksen hoitotapaan (Hänninen 2003,165). Ummetuksen syntymekanismien ymmärtäminen ja oikeiden lääkkeiden käyttö tulisi kaikkien hoitajien hallita, koska ummetus on yleinen oire saattohoitopotilaalla (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, 3). Väärin valittu ummetuslääke aiheuttaa saattohoitopotilaalle kipua ja lisäkärsimystä (Hänninen 2003, 165).

Vastaajat ovat Idmanin (2013, 145) kanssa samaa mieltä siitä, että iho on tärkeä aistiva elin. Hännisen (2003, 191 - 192) ja vastaajien mielipiteet painehaavojen ehkäisyssä olivat samantyyppiset. Palvelukodeissa työskentelevät hoitajat osaavat painehaavojen ennaltaehkäisyä. Teoreettisen aineiston pohjalta turvotusten hoito tiedetään vaikeaksi (Hänninen 2003, 198) ja oppinnäytetyön tulokset vahvistavat myös tämän käsityksen.

Lääkehoidon osaaminen ilmentää palvelukodissa käytettävissä olevia lääkitysmahdollisuuksia. Suun, peräsuolen ja ihon kautta annettavien lääkkeiden antomuodot osataan. Siirryttäessä injektioina annettaviin lääkitysmuotoihin vastaajat katsoivat osaamisensa olevan heikompaa. Lääkehoito oli yksi toivotuimmista lisäkoulutusaiheista.

Hengellisten, henkisten ja eksistentiaalisten oireiden lievittämisen osaamisessa ilmeni jonkin verran vaihtelua. Hoitohenkilöstön osallistuminen saattohoitopotilaan uskonnonharjoittamiseen (Pajunen 2013, 21) jakoi vastaajien mielipiteitä laajasti. Kuoleman hetkeen liittyvistä yli luonnollisiin ilmiöistä keskustelemisesta omaisten kanssa ei monikaan vastaajista kyennyt sanomaan mitään. Kuvaavatko erilaiset vastaajien mielipiteet vastaajien asennetta, erilaisia arvoja ja erilaista eettistä osaamista? Päivittäisiä tapoja ja perinteiden huomioimista ymmärrettiin henkisten tarpeiden tukemisena (Grönlund & Huhtinen 2011, 125, 127).

Saattohoitopotilaan lähestyvän kuoleman merkkejä osattiin luetella monipuolisesti ja havaitut merkit vastasivat Saattohoito, potilaan ja omaisen oppaassa (Hänninen 2003, 52 - 53) kerrottuja kuoleman merkkejä. Saattohoitopotilaan kuolemaa koskevissa kysymyksissä vastaajat olettavat saattohoidon päättyvän saattohoitopotilaan kuolemaan. Saattohoito ei pääty kuoleman hetkeen, vaan se jatkuu potilaan kuoltua vainajan kunnioittavalla käsittelyllä ja omaisten tukemisella (Lindqvist 2004a, 23 - 24; Cancer 2013). Suurin osa vastaajista tiesi, että vainaja voidaan pukea omiin vaatteisiin muutoinkin kuin uskonnollisista tai kulttuurisista syistä. Nykyään on yleistymässä vainajien pukeminen omiin vaatteisiin (Karvonen 2013b).

7.3 Saattohoitopotilaan omaisten tukeminen

Tulosten perusteella vastaajat ovat osaavia omaisten tukemisessa potilaan kuoleman lähestyessä ja potilaan kuoleman jälkeen. Vastaajat pitävät tärkeänä varata aikaa omaisten tukemiselle ja vainajan hyvästelylle huomioiden vainajan ja omaisten tavat ja perinteet. Usean vastaajan mielestä kuolemasta aiheutuvien käytännön asioiden neuvominen ei kuulu hoitohenkilöstön tehtäviin, vaikka Grönlund ja Huhtinen (2011, 140, 169 - 170) kertovat näiden asioiden kuuluvan saattohoitoon.

Niin ikään, hartaushetkenkään pitämistä potilaan kuoleman jälkeen eivät läheskään kaikki pitäneet hoitohenkilöstölle kuuluvana tehtävänä. Sipola (2012, 50 - 51) ehdottaa kuitenkin, että hoitohenkilöstöön kuuluva voi yhtälailla omaisen tai seurakunnan edustajan tavoin johtaa hartaushetken potilaan kuoleman jälkeen.

7.4 Yhteenveto johtopäätöksistä

Opinnäytetyömme tulosten perusteella kuusamolaisten palvelukotien hoitohenkilöstön saattohoito-osaamista tulee täydentää koulutuksella, joka sisältää seuraavia asioita.

1. Saattohoitopotilaan itsemääräämisoikeutta ja saattohoitopäätöstä koskeva lainsäädäntö ja suositukset
2. Saattohoitopotilaan kärsimyksen sosiaalinen ulottuvuus ja psyykkisen kärsimyksen lieventäminen

3. Saattohoitopotilaan kivunhoito, kipumittarin käyttö
4. Saattohoitopotilaan lääkehoito, erityisesti injektioiden antaminen, opioidien käyttö
5. Saattohoitopotilaan Hengenahdistuksen hoito
6. Saattohoitopotilaan Ruoansulatuskanavan oireiden hoito, erityisesti ummetus
7. Saattohoitopotilaan ja omaisten henkinen, hengellinen tukeminen ja eksistentiaalisen kärsimyksen lieventäminen
8. Omaisten tukeminen potilaan kuoleman jälkeen ja kuoleman jälkeisten käytännön asioiden neuvominen. Saattohoito ei pääty potilaan kuoleman hetkeen.

Vastaajat nostivat viimeisessä kysymyksessä esille toiveita siitä, mitä he haluavat oppia lisää saattohoidosta. Koulutustoiveet ja opinnäytetyön tulokset ovat yhteneväiset seuraavissa asioissa: kivunhoito, lääkehoito, oireidenhoito, ravitsemus, ammattieettisyys, läsnäolo sekä toiminta kuoleman hetkellä ja sen jälkeen. Vastaajat toivoivat saavansa lisäkoulutusta juuri omaisten tukemisesta ja kohtaamisesta sekä surun käsittelemisestä.

Miten opinnäytetyötämme voidaan hyödyntää? Toimeksiantajamme Kuusamon kaupunki eli saattohoitokoulutuksesta vastuussa oleva taho, voi käyttää opinnäytetyötämme saattohoitokoulutusta koskevan päätöksenteon tukena. Lisäksi opinnäytetyön johtopäätökset antavat viitteitä tarvittavan saattohoitokoulutuksen sisällöstä.

Tämä opinnäytetyö on ollut mielestämme mittava projekti. Emme ole voineet ottaa mukaan monia tärkeitä saattohoitoon liittyviä asioita. Oman tutkimuksensa vaatii esimerkiksi hoitohenkilöstön työnohjaus. Myös palvelukotien hoitohenkilöstö toivoi lisäkoulutusta hoitohenkilöstön ohjaukseen, tukemiseen sekä saattohoidon purkutilanteisiin. Jatkotutkimusta voisi tehdä sairaaloiden saattohoitoympäristöistä, vaikkapa niiden kehittämisestä nykyistä viihtyisämmiksi.

Itse voimme todeta, että tällä opinnäytetyöllä on vastattu vuonna 2009 valmistuneen kuusamolaisen sairaanhoitajan Vuokko Rontin opinnäytetyön jatkotutkimus ehdotukseen osaamisen kartoituksesta saattohoidon osalta.

8 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessi huipentuu pohdintaan. Pohdinnassa käymme kriittisesti läpi opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä. Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys tulee tarkastella huolellisesti. Luotettavuutta ja eettisyyttä olemme miettineet prosessin alusta alkaen. Luotettavuuden ja eettisyyden vaaliminen oli mielestämme tärkeää, koska osa opinnäytetyön tutkimukset kohteena olevista palvelukodeista tuottaa palveluita toimeksiantajalle. Pohdinta antaa myös mahdollisuuden kertoa opinnäytetyöntekijöiden mielipiteitä opinnäytetyön tuloksista, opinnäytetyön merkityksestä ammatilliseen kehittymiseen sekä opinnäytetyön tekemisestä.

8.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Ensimmäisen opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttavan ratkaisun teimme aiheanalyysivaiheessa, jolloin valitsimme metodiksi haastattelun sijasta kyselylomakkeen. Osaamisen mittaaminen kymmeniltä henkilöiltä edellytti mittarin käyttämistä vaikkapa haastattelun sijasta.

Tutkimuksen luotettavuus voi kärsiä useasta eri syystä. Reliaabelius, validius ja kokonaisluotettavuus on pidettävä mielessä koko tutkimusprosessin ajan. Reliaabelius kuvaa tutkimuksen luotettavuutta siten, että tulokset olisivat samanlaiset jos toinen tutkija suorittaisi saman tutkimuksen. (Vilka 2007, 149 - 153.) Määrällisen tutkimuksen reliabiliteettia voidaan todentaa yksinkertaisesti uusintatutkimuksen avulla, jos tutkimuksen kaikki vaiheet on dokumentoitu riittävän tarkasti. Opinnäytetyössä uusintatutkimus ei yleensä ole järkevää, koska se on käytännössä vaikeaa ja kallista. Riittävää on, että opinnäytetyön eri vaiheet on dokumentoitu, ratkaisut on perusteltu, jotta voidaan todeta prosessin aukottomuus koko prosessin ajan. (Kananen 2010, 129 - 131.)

Opinnäytetyön luotettavuutta lisääviä tekijöitä ovat kokonaisotos ja hyvä vastausprosentti (68 %) sekä tutkimusaineiston huolellinen syöttö tilastointiohjelmaan. Tutkimusaineiston syötimme tilasto-ohjelmaan kahdestaan, toisen lukiessa vastauksia ja toisen syöttäessä niitä tilastointiohjelmaan. Reliaabeliuteen liittyy myös se, miten kattavasti mittari eli kyselylomake mittaa tutkittavia asioita (Vilka 2007, 149 - 150). Mittarimme sisälsi 100 väittämää, joten saattohoito-osaamista kartoitettiin kattavasti. Toisaalta tästä seurasi osittain pinnalliseksi jäävää aineisto, koska joitakin asioita kartoitettiin vain yhdellä tai kahdella väittämällä eli muut-

tujalla. Muutamalla muuttujalla saatu aineisto jää pintapuoliseksi tulokseksi eikä sitä voida yleistää johtopäätöksissä. Olemme kuitenkin onnistuneet laatimaan mittariin muutamia samaa asiaa mittaavia muuttujia ja luomaan näistä summamuuttujia, joiden luotettavuutta olemme mitanneet Cronbachin alfa –kertoimella, jotka esitetään taulukossa 20. Tarkemmat Cronbachin alfaa koskevat tunnusluvut löytyvät liitteestä 10.

Taulukko 20. Summamuuttujien Cronbachin alfat

Muuttujat	Cronbachin alfa
Itsemääräämisoikeus ja saattohoitopäätös 6, 7, 8., 9, 10, 11, 12, 13, 15	0.633
Lääkehoidon osaaminen 70, 71, 72, 73, 74, 75	0.736
Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kärsimyksen ilmeneminen 23, 24, 25	0.673

Summamuuttujien Cronbachin alfat ovat yli 0.60, jonka katsotaan olevan riittävä itse tehdysä mittarissa (Tähtinen ym. 2011, 53). Näiden summamuuttujien avulla saatuja tuloksia voidaan pitää suhteellisen luotettavina. Mittarissamme oli paljon tiettyä yksittäistä asiaa mittaavia muuttujia, joista ei voinut tehdä summamuuttujaa. Näistä yksittäisistä muuttujista saadun tiedon luotettavuutta ei ole voitu todentaa Cronbachin alfalla, mutta siitä huolimatta nämäkin muuttujat ovat antaneet paljon tietoa osaamisesta.

Opinnäytetyöprosessi sisältää monta eri vaihetta. Mielestämme opinnäytetyön raportistamme löytyy dokumentit kaikista vaiheista. Olemme joutuneet tekemään aiheen rajaamista ja käsitteiden esittämistä koskevia ratkaisuja, jotka olemme pyrkineet myös perustelemaan.

Lähteet olivat merkityksellisiä opinnäytetyössämme, koska opinnäytetyömme on teorialähtöinen. Olemme kiinnittäneet huomiota lähteiden valinnassa niiden ensisijaisuuteen, ajanmukaisuuteen ja luotettavuuteen. Etsinnöistä huolimatta ja oppilaitoksen kirjaston henkilökunnan avustuksellakaan emme onnistuneet löytämään saattohoito-osaamisesta tehtyjä aiempia tutkimuksia. Saattohoitoa koskevaa kirjallisuutta ja artikkeleita löytyi runsaasti. Näyttöön pe-

rustuvana tietopohjana olemme käyttäneet Kuolevan potilaan oireiden hoito -käypä hoito suosituksista. Meillä on aavistus, että Yhdysvalloissa on palvelukotien saattohoitoa koskevaa tutkimusta jonkin verran. Olemme yrittäneet saada niitä käsiimme muutaman tutkimuksesta laaditun artikkelin. Vaikeutena näyttää kuitenkin olevan, etteivät tutkimukset ole julkisesti saatavilla vaan vaativat kirjautumisen sivustojen käyttäjiksi ja vielä senkin jälkeen niistä on maksettava, esim. 30,5 \$/artikkeli.

Validiteetti tarkoittaa mittarin kykyä mitata sitä mitä ollaan mittaamassa. Teoreettiset käsitteet tulee onnistua siirtämään oikein arkikielelle, tutkimuksen asteikko tulee valita oikein, kysymysten ja vastausvaihtoehtojen tulee olla yksiselitteisesti tulkittavissa ja aineisto tulee siirtää virheettä havaintomatriisiin. Validius saattaa kärsiä erityisesti operationaalistamisvaiheessa, tätä riskiä voidaan vähentää kyselylomakkeen esitestauksella. Tutkimuksen kokonaisluotettavuuden muodostaa reliabelius ja validius. Tutkimuksen kokonaisluotettavuutta voidaan parantaa toimimalla huolellisesti ja rehellisesti tutkimuksen kaikissa vaiheissa. (Vilka 2007, 79, 149 - 153, 177.)

Olemme pohtineet validiteettia koko opinnäytetyöprosessin ajan. Kun kuulimme, ettei valmista mittaria ole, mietimme kykenisimmekö laatimaan mittarin joka mittaa tutkittavaa asiaa ja antaa tuloksia tutkimusongelmiimme. Mittarin laatimisessa auttoivat ohjaajamme sekä koulun että työelämän puolelta. Operationaalistamisen onnistumiseksi laadimme teoriaosuuden tarkasti ja määrittelimme käsitteet käytännöntasolle asti arkikielellä. Saattohoito aiheena sisältää asenteita, arvoja ja eettisyyttä. Tämän vuoksi emme halunneet lähteä yksinomaan tenttaamaan vastaajien yksityiskohtaista tietoa saattohoidosta vaan annoimme vastaajille mahdollisuuden vastata mielipiteensä mukaan saattohoitoa koskeviin väittämiin.

Kyselylomakkeen esitestaus oli mielestämme tärkeä ja opinnäytetyön luotettavuutta lisäävä vaihe. Esitestaus antoi aiheita muuttaa väittämiä vielä yksiselitteisemmiksi ja ymmärrettävimmiksi. Esitestauksen myötä pohdimme myös, annammeko vastaajille mahdollisuuden vastata ”en tiedä” tai ”en osaa sanoa”. Mielestämme oli parempi antaa vastaajille nämä vaihtoehdot, jottei heidän tarvinnut arvata tai jättää vastaamatta väitteeseen.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyömme aihe käsittelee eettisesti herkkää ja jopa vaikeaa aihetta saattohoitoa. Saattohoitoon sisältyy tunteita, pelkoja, ahdistusta ja tietämättömyyttä sekä riittämättömyyttä. Tällaisella kyselyllä, joka käsittelee kuolemaa, vaikeita oireita ja läheisestä luopumista voi herättää vastaajassa voimakkaita tuntemuksia. Jälkikäteen olemme miettineet, olisiko tämä seikka pitänyt osasta ottaa huomioon vaikkapa saatekirjeessä. Kyselylomakkeita kerätessämme saimme kuulla, miten kysely oli virittänyt palvelukodeissa keskustelua saattohoidosta.

Osaamista kartoittava tutkimus on mielestämme eettisesti vaativa. Lopputuloksena ei mielestämme saa olla palvelukoteja keskenään vertaileva tutkimus. Tämän vuoksi toimitimme kysymyslomakkeet palvelukoteihin ilman yksilöintitietoa. Työelämän tutkimusta tehdessä on vaarana, että organisaation antama tutkimuslupa mielletään velvollisuudeksi osallistua kyselyyn (Kuula 2006, 145). Tässäkin kyselyssä tutkimusluvut kysyttiin organisaation esimiehiltä, mutta siitä huolimatta kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Kysymyslomakkeet kerättiin palvelukodeista anonyymeinä ja sekoitettiin, jotta ne eivät olleet palvelukodeittain samassa nipussa ja havaintomatriisiin siirrettäessä samoissa nipuissa. Kyselylomakkeet koodattiin vasta sekoituksen jälkeen. Näin vältettiin yksikkökohtaisten vastauksien muodostumisen mahdollisuus analysointivaiheessa. Aineistoa käsittelevät vain opinnäytetyön tekijät ja vain opinnäytetyötarkoituksessa. Toimeksiantajalle ja yksiköille annetaan vain opinnäytetyö. Aineistosta saatu tieto kirjoitetaan yksilöitä kunnioittavasti ja myönteisellä tavalla raporttiin. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että muiden tutkijoiden työ ja saavutukset otetaan asianmukaisella tavalla huomioon. Tutkijoiden tekemää työtä kunnioitetaan viittaamalla heidän julkaisuihinsa asianmukaisesti ja antamalla arvo heidän saavutuksilleen. (Kuula 2006, 209; Vilka 2007, 164; Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa 2012, 6.)

Olemme tehneet opinnäytetyötä toistemme kotona ja myös perheenjäsenemme ovat saaneet kuulla saattohoidosta varsinkin teoriaosuutta työstäessämme. Aihe on tullut miltei jokapäiväiseksi keskustelunaiheeksi, joten aiheesta on tullut tutumpi ja helpompi puhua. Aihetta koskevan keskustelun myötä sekä omat, työkavereiden että perheenjäsentenkin asenteet, arvot ja periaatteet ovat myös saaneet kukin omalla tahollaan osakseen tarkastelua. Opinnäytetyötä tehdessämme olemme pohtineet ja keskustelleet saattohoitoon liittyvistä asioista ja samalla syventäneet eettistä ajatteluamme ja tarkastelleet jopa elämäkatsomuksiamme.

8.3 Tulosten pohdintaa

Kysymyslomakkeita vietiin palvelukoteihin 113 kappaletta ja niitä palautui täytettynä 77 kappaletta. Vastausprosentiksi saimme 68 %. Kyselyn aikana oli esillä Yhteisvastuukeräys ja saattohoitoa koskeva uutisointi mediassa. Arvelimme tämän herättäneen kiinnostusta kyselyymme ja vaikuttaneen vastaajien lukumäärään myönteisesti. Vastausprosentti oli korkea.

Tuloksia käsitellessämme ajatuksemme askaroivat useiden mielenkiintoisten asioiden parissa. Uskonnonharjoittamisen suhteen pohdimme uskonnonvapautta, josta säädetään Suomen perustuslaissa (731/1999). Uskonnon ja omantunnon vapautta käsittelevä pykälä takaa jokaiselle uskonnon ja omantunnon vapauden, johon sisältyy oikeus tunnustaa ja harjoittaa uskontoa, oikeus ilmaista vakaumus ja oikeus kuulua tai olla kuulumatta uskonnolliseen yhdyskuntaan. Laki ei kuitenkaan velvoita ketään osallistumaan omantuntonsa vastaisesti uskonnon harjoittamiseen. (Suomen perustuslaki 731/1999, 6§; Suomen perustuslaki 731/1999, 11 §.) Hoitohenkilöstöltä odotetaan, että he tukevat saattohoitopotilasta hänen uskonnon harjoittamisessa. Jos hoitohenkilökunta tunnustaa jotain eri uskontoa tai ei tunnusta uskontoa lainkaan, miten hänen uskonnonvapaus toteutuu. Asiaa voi pohtia eri näkökulmista. Jos potilas on luterilainen ja hoitaja muslimi, voi olla odotettavissa vaikeutta tukea potilaan uskonnonharjoittamista. Kumman uskonnonvapaus on tässä tilanteessa merkityksellisempi?

Tuloksia pohdittaessa mietityttää, olemmeko osanneet analysoida aineistoa ja tulkita tuloksia oikein. Tilastollisen analyysin tekeminen ei ole helppoa. Aineiston synnyttäminen johtopäätöksiksi oli välillä jopa ylivoimaiselta tuntuva työvaihe. Aineiston syöttäminen havaintomatriisiin ja tulosten ”ajaminen” oli helppoa. Tulosten esittäminen koettiin hankalaksi. Johtopäätöksien laatiminen oli jälleen uusi vaihe ja vaati tulosten ja teorian yhteensovittamista. Oman jännityksensä toi pelko mittarin onnistumisesta ja huoli saadaanko asetettuihin tutkimusongelmiin ylipäättään vastauksia.

8.4 Opinnäytetyön merkitys ammatilliseen kehittymiseen

Tarkastellessamme hoitotyön koulutusohjelman osaamistavoitteita eli kompetensseja olemme huomanneet, että valitsemamme saattohoitoa koskeva opinnäytetyön aihe koskee kaikkia kompetensseja.

Asiakkuusosaamisen ja ohjaus- ja opetusosaamisen kompetensseihin sisältyy eettisyys ja ho- listinen ihmiskäsitys. Saattohoito kokonaisuudessaan on hoitotyötä, jota eettiset arvot ja peri- aatteet ohjaavat vahvasti. Saattohoito koskettaa potilaan lisäksi myös potilaan lähipiiriä, joten asiakaslähtöisyys ja hyvä vuorovaikutus ohjaavat hoitotyötä ja potilaan sekä hänen lähipiirin- sä ohjaamista. (Opinto-opas 2011 - 2012 2011, 17.)

Terveyden edistämisen osaamisen ja päätöksenteko-osaamisen tavoitteissa saattohoidon osalta täyttyy potilaan ja hänen lähipiirin voimavarojen tunnistaminen ja tukeminen. Saatto- hoidon toteuttamisessa tulee tuntea potilaan hoitoketjut ja palvelujärjestelmät hyvin sekä tu- lee osata suunnitella, toteuttaa ja arvioida asiakaslähtöisesti hoitotyötä. (Opinto-opas 2011 - 2012 2011, 17.)

Kliinisen osaamisen kompetenssiin saimme saattohoitoa koskevan opinnäytetyön teon myö- tä runsaasti tietämystä saattohoidon kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä, keskeisistä tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä, lääkehoidon turvallisesta toteuttamisesta ja tutkimustulosten hyödyntä- misestä (Opinto-opas 2011 - 12 2011, 17).

Opinnäytetyön tekemisen myötä kehityimme teoreettisen tiedon ja käytännön työn yhteen liittämässä, koska määrällistä tutkimusta tehdessä teoreettiset käsitteet tulee muuttaa arki- kielelle käytännön läheisiksi mitattaviksi kysymyksiksi. Tässä prosessissa tarvitsimme kykyä hallita asioita, soveltaa tietoa ja käyttää luovia ratkaisukeinoja. Opinnäytetyöprosessissa tar- vitsimme myös taitoa oman osaamisen arvioinnissa ja valmiutta ottaa vastaan ohjausta ja apua kehittyäksemme ja oppiaksemme. Tätä kautta saimme valmiuksia tulevaan sairaanhoita- jan työhön ja jatkuvaan oppimiseen. Näitten taitojen kehittyessä lähestymme tavoitettamme, joka on ammattikorkeakoulututkinnon suorittaminen.

8.5 Opinnäytetyön tekemisen pohdintaa

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme usein tunteneet ristiriitaa opinnäytetyön aiheen ja ti- lastollisen tutkimusmenetelmän välillä. Saattohoito on herkkyyttä ja sielukkuutta korostavaa hoitotyötä – tilastollinen tutkimusmenetelmä pohjautuu numerotietoihin.

Opiskelemme työn ohessa ja teemme kolmivuorotyötä. Yhteisen ajan löytäminen on ollut ongelmallista. Opinnäytetyötä on tehty vapaapäivinä ja vapaapäivien sattuminen samaan ai-

kaan on ollut harvinaista. Yhteiset vapaapäivät olemme yli kahdeksan kuukauden ajan käyttäneet miltei kokonaan opinnäytetyön tekemiseen. Opinnäytetyön ei ole voinut antaa levätä, koska tekeminen on ollut todellista puurtamista. Tästä on seurannut, että olemme sokeutuneet omalle tekstille monet kerrat. Tällöin olisi ollut hyvä pitää opinnäytetyön teossa taukoa ja ottaa etäisyyttä asiaan, jolloin asiat ymmärtää uusin virkistynein ajatuksin. Meidän on tunnustettava, että ajankäyttöämme koskeva raportointi on puutteellista. Tällä hetkellä tuntuu, että ehkä oli parempi, etteivät kaikki tehdyt tunnit ole ylhäällä.

Tämä opinnäytetyöprosessi yllätti meidät laajuudellaan. Emme kuitenkaan vielääkään pysty sanomaan, mitä olisimme voineet rajata opinnäytetyöstä pois menettämättä jotain tärkeää kokonaisuuden kannalta. Opinnäytetyötä tehdessä olemme tehneet myös havaintoja omasta tiimityöskentelystämme. Prosessin kuluessa olemme kokeneet tiukkoja paikkoja osaamisen, jaksamisen suhteen ja jopa epäilleet työn valmistumista. Silti, aina jompikumpi meistä on vuorollaan kannustanut toista jatkamaan.

Ohjaajamme Anitta Juntunen on ollut tuki ja turvamme koko opinnäytetyöprosessin ajan. Hän on vastannut aina nopeasti ohjaustarpeeseemme ja valanut uskoa tekemiseemme. Koordinoiva opettajamme Rauni Leinonen ”astui” mukaan prosessiimme kysymyslomakkeen laatimisvaiheessa ja seminaareissa. Opinnäytetyöprosessin onnistumiseksi on ollut välttämätöntä antautua ohjattavaksi. Edelleen pohdimme onnistumistamme kysymyslomakkeen laatimisessa, mutta ainakin se on laadittu asiantuntevalla ohjauksella. Ja vaikkei kyselylomake olisi onnistunutkaan, niin ainakin kyselyyn vastaaminen on herättänyt palvelukodeissa keskustelua saattohoidosta. Tässä mielessä olemme omalta osaltamme onnistuneet edistämään saattohoitosuosittelujen toteutumista.

LÄHTEET

- Aalto, K. 2013. Kirkko saattohoidon kehittäjänä. Teoksessa J. Hänninen. & M. Luomala. (toim.) Elämän puu. Kirjoituksia saattohoidosta. Keuruu: TERHO-säätiö ja Kustannusosa-
keyhtiö Otava. 163 - 169.
- Antikainen, R., Konttila, T., Virolainen, J. & Strandberg, T. 2013. Vaikeasti dementoituneen
vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito. Suomen lääkirilehti, 2013(12), 909 - 915.
- Anttila, S. 2011. Saattohoitoon kohdistuneet kantelut. Palliatiivinen hoito 12, 10 - 12.
- Cancer .2013. Palliative care. World Health Organization. Viitattu 15.10.2013.
<http://www.who.int/cancer/palliative/en/>
- Duodecim. 2013. Porrastettu kivunhoitomalli. Lääkärin tietokanta. Terveysportti. Viitattu
5.11.2013.
[https://remote.kajak.fi/dtk/ltk/DanaInfo=www.terveysportti.fi+koti?p_artikkeli=ima0179
&p_haku=porrastettu%20kivunhoito](https://remote.kajak.fi/dtk/ltk/DanaInfo=www.terveysportti.fi+koti?p_artikkeli=ima0179
&p_haku=porrastettu%20kivunhoito)
- Eho, S., Hänninen, J., Kannel, V., Pahlman, I. & Halila, R. 2004. Saattohoito - Valtakunnalli-
sen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) muistio. Vantaa: Kirjapaino Kei-
li.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita Prima.
- Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hervonen, A. & Nienstedt, W. 1992. Hoitoalan sanasto. Tampere: Tampereen kirjapaino R.
K. Virtanen.
- Hietanen, P. 2004. Sairauden vaikutus ihmissuhteisiin - perhe, parisuhde, ystävyyssuhteet.
Teoksessa A. Vainio. & P. Hietanen. (toim.) Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Kustannus Oy
Duodecim. 227 - 230.
- Hilden, H-M. 2006. Hoitotahto. Teoksessa J. Hänninen (toim.) Elämän loppu vai kuoleman
alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 29 - 37.
- Hinkka, H. 2004a. Elämää pitkittävä hoito. Teoksessa A. Vainio. & P. Hietanen. (toim.) Pal-
liatiivinen hoito. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim. 367 - 373.
- Hinkka, H. 2004b. Saattohoito terveyskeskuksessa. Teoksessa A. Vainio. & P. Hietanen.
(toim.) Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim. 323 - 328.
- Hoiva-avustajan työpanos voidaan laskea mukaan hoitohenkilökunnan mitoitukseen. 2012.
Viitattu 16.9.2013.
[http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/sosiaalihuolto/ajankohtaista/hoiva-
avustajan_tyopanos_voidaan_laskea_mukaan_hoitohenkilokunnan_mitoitukseen](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/sosiaalihuolto/ajankohtaista/hoiva-
avustajan_tyopanos_voidaan_laskea_mukaan_hoitohenkilokunnan_mitoitukseen)

- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.
- Hänninen, J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hänninen, J. 2003. Saattohoitopotilaan oireiden hoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hänninen, J. 2004a. Oireiden hoito. Teoksessa A. Vainio. & P. Hietanen. (toim.) Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim. 58 - 140.
- Hänninen, J. 2004b. Lääketiede, kärsimys ja kuolema. Teoksessa A. Vainio. & P. Hietanen. (toim.) Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim. 247 - 252.
- Hänninen, P. 2004c. Surevien omaisten avuntarve. Teoksessa A. Vainio. & P. Hietanen. (toim.) Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim. 272 - 277.
- Hänninen, J. 2006. Hoitojen lopettaminen, nesteytys ja ravinto elämän lopulla. Teoksessa J. Hänninen (toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 48 - 68.
- Hänninen, J. 2012a. Saattohoidon lääkeopas. Sastamala: TERHO-säätiö ja Miktor/Vammalan Kirjapaino Oy.
- Hänninen, J. 2012b. Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas. Viitattu 14.9.2013. [http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/81acb90fbd3f15eca99d85ec539c172f/1379863964/application/pdf/78548733/Saattohoito-opas%202012%20.pdf](http://cancer.fi/bin.directo.fi/@Bin/81acb90fbd3f15eca99d85ec539c172f/1379863964/application/pdf/78548733/Saattohoito-opas%202012%20.pdf)
- Hänninen, J. & Anttonen, M. S. 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa E. Grönlund, M-S, Anttonen, S. Lehtomäki. & E. Agge, (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Idman, I. 2013. Kuolevan potilaan tyyntytely. Teoksessa J. Hänninen & M. Luomala (toim.) Elämän puu. Kirjoituksia saattohoidosta. Keuruu: TERHO-säätiö ja Kustannusosakeyhtiö Otava. 143 - 151.
- Joensuu, T. 2013. Onnistuneen saattohoidon pohjana hyvä keskustelu. Teoksessa J. Hänninen. & M. Luomala. (toim.) Elämän puu. Kirjoituksia saattohoidosta. Keuruu: TERHO-säätiö ja Kustannusosakeyhtiö Otava. 72 - 79.
- Kalso, E. 2013. Kivun lievittäminen parantaa elämän laatua. Teoksessa J. Hänninen. & M. Luomala. (toim.) Elämän puu. Kirjoituksia saattohoidosta. Keuruu: TERHO-säätiö ja Kustannusosakeyhtiö Otava. 96 - 104.
- Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 129 (4), 440 - 445.
- Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. 2004. Etene julkaisu 4. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2012. Käypähoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 24.3.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50063>
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kytke-hanke. 2012. Syöpää sairastavan palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon siirtymisen toimintamalli. Oulu: Oulun kaupunki. Viitattu 11.10.2013. http://oulu.ouka.fi/kytke/Saattohoitoprosessi/QPR_mallinnus_saattohoitoprosessi.pdf
- Laakkonen, M-L. & Pitkälä, K. 2006. Miten kohdata ja käsitellä iäkkäiden potilaiden elämän loppuvaiheen hoitotoiveita? Teoksessa J. Hänninen (toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 76 - 91.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. 1.3.1993.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. 1.7.1994.
- Lindqvist, M. 2004a. Etiikan näkökulma kuoleman kohtaamiseen hoidossa. Etene julkaisu 4. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy. 19 - 24.
- Lindqvist, M. 2004b. Vaikeasti sairaiden hoitaminen ja työntekijän uupumus. Teoksessa A. Vainio & P. Hietanen. (toim.) Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim. 294 - 301.
- Luotettavaa tietoa terveydestä. 2013. Terveyskirjasto. Viitattu 16.9.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01390
- Lähihoitaja. 2004. Työ- ja elinkeinotoimisto. 2004. Viitattu 6.9.2013. <http://www.mol.fi/avo/ammatit/10610.htm>
- Lääkehoidon toteuttaminen sosiaalihuollon ympärivuorokautisissa toimintayksiköissä. 2013. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston ohje 7/2013, 1 - 6.
- Matila, H. 2012. Mahdollisuus kuolla kotona. Koillissanomat 24.9.2012, 2 - 3.

- Mattila, K-P. 2006. Kuolemaan liittyvä eksistentiaalinen toivo ja ahdistus. Teoksessa J. Hänninen (toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 38 - 47.
- Medicines. **VUOSI**. Impact of Impaired Access to Controlled Medications. 2013 World Health Organization. Viitattu 6.11.2013.
http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Impaired_Access/en/
- Mitchell, S., Kiely, D. & Hamell, M.B. 2004. Dying With Advanced Dementia in the Nursing Home. Archives of Internal Medicine 2004 (164), 321 - 326.
- Mustajoki, P. 2013. Keuhkofibroosi (keuhkojen sidekudoistuminen). Viitattu 30.10.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00644
- Mårtensson, A. 2013. Tutkinnon uudistamisella parempaa hoito-osaamista. Teoksessa J. Hänninen & M. Luomala (toim.) Elämän puu. Kirjoituksia saattohoidosta. Keuruu: TERHO-säätiö ja Kustannusosakeyhtiö Otava. 204 - 212.
- Nissilä, K. 2004. Eksistentiaalinen kipu - kristillinen sielunhoito saattohoidossa. Teoksessa A. Vainio & P. Hietanen. (toim.) Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim. 253 - 262.
- Nurminen, R. 2000. Hiljainen tieto hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Nurminen, R. 2008. Intuitio ja hiljainen tieto hoitotyössä. Teoksessa A. Toom, J. Onnismaa & A. Kajanto (toim.) Hiljainen tieto: tietämistä, toimimista, taitavuutta. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy. 187 - 200.
- Opinto-opas 2011 - 2012. 2011. Kajaanin ammattikorkeakoulu. 2011. Viitattu 22.9.2013.
<http://www.kamk.fi/loader.aspx?id=f80357c7-a7fd-4953-a93b-b4382282199c>
- Pahlman, I. 2004. Lääkärin päätösvalta ja potilaan oikeudet. Teoksessa A. Vainio & P. Hietanen. (toim.) Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim. 252 - 366.
- Pahlman, I. 2013. Kuolevan potilaan itsemäärääminen ja hoitotahto. Teoksessa J. Hänninen. & M. Luomala. (toim.) Elämän puu. Kirjoituksia saattohoidosta. Keuruu: TERHO-säätiö ja Kustannusosakeyhtiö Otava. 51 - 56.
- Pajunen, T. 2013. Saattohoidon merkitys. Teoksessa K. Aalto. (toim.) Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja. 11 - 23.
- Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntija kuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6.
- Raij, K. 2003. Osaamisen tuottaminen ammattikorkeakoulun päämääränä. Teoksessa H. Kotila. (toim.) Ammattikorkeakoulupedagogiikka. Helsinki: Edita Prima Oy. 42 - 58.
- Rhen, B. 2013. Palliatiiviseen hoitoon siirtyminen on saattamista saattohoitoon. Teoksessa J. Hänninen & M. Luomala. (toim.) Elämän puu. Kirjoituksia saattohoidosta. Keuruu: TERHO-säätiö ja Kustannusosakeyhtiö Otava. 64 - 71.

- Saarto, T. 2004. Oireiden hoito. Teoksessa A. Vainio. & P. Hietanen. (toim.) Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim. 58 - 140.
- Saarto, T. 2013. Palliatiivisen hoidon opetus suomessa. Teoksessa J. Hänninen. & M. Luomala. (toim.) Elämän puu. Kirjoituksia saattohoidosta. Keuruu: TERHO-säätiö ja Kustannusosakeyhtiö Otava. 188 - 197.
- Saattohoito. 2013. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 8.11.2013. http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito
- Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelystä ja hoidosta. 2010. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä. Oulu: Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.
- Sairaanhoitaja. 2004. Työ- ja elinkeinotoimisto. Viitattu 6.9.2013. <http://www.mol.fi/avo/ammattit/10315.htm>
- Sipola, V. 2013. Kuolevan sielunhoito. Teoksessa K. Aalto. (toim.) Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja. 41 - 60.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Asumispalvelut ja asunnon muutostyöt. Viitattu 16.9.2013. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/asumispalvelut
- Suomen perustuslaki 731/1999. Helsinki. Oikeusministeriö. 1.3.2000.
- Tilvis, R. 2009. Voiko vanhuksen monisairautta ja lisäsairauksien vaikutuksia mitata? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 125(19), 2085 - 2090.
- Tähtinen, J., Laakkonen, E. & Broberg, M. 2011. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turku: Painosalama Oy.
- Vainio, A. 2004. Tukihoito, palliatiivinen hoito, saattohoito, terminaalinhoito. Teoksessa A. Vainio. & P. Hietanen. (toim.) Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim. 16 - 32.
- Vainio, A. 2004. Oireiden hoito. Teoksessa A. Vainio & P. Hietanen. (toim.) Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim. 58 - 140.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Warden, V., Hurley, AC. & Volicer, L. 2003. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia. J Am Med Dir Assoc 4 (1), 9 - 15. Viitattu 13.4.2014. <http://www.jamda.com/article/S1525-8610%2804%2970258-3/abstract>

JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET

Karvonen, H. 2013a. Toimitusjohtaja. Seviset Oy. Haastattelu 4.11.2013.

Karvonen, H. 2013b. Toimitusjohtaja. Seviset Oy. Haastattelu 8.11.2013.

Törmälä, I. 2013. Syöpähoitaja/Hygieniahoitaja. Kuusamon kaupunki. Haastattelu 4.11.2013.

LUE*TELO KUVIOISTA, TAULUKOISTA JA LIITTEISTÄ

KUVIOT

1. Saattohoitoprosessi palvelukodissa Kytke-hankkeen syöpäpotilaan saattohoitoprosessin QPR-mallinnusta (2012) mukaillen. (sivu 4).
2. Kivunhoidon portaat (Duodecim 2012). (sivu 15).
3. Saattohoito-osaamisen ulottuvuudet ja tiedot lajit Raij:n (2003, 45) osaamisen kuviota mukaillen (sivu 36).
4. Saattohoito-osaamisen osa-alueet STM saattohoitosuosituksesta mukailtuna (sivu 40).
5. Saattohoito-osaaminen (sivu 42).
6. Esimerkki operationaalistamisesta (LIITE 4).
7. Esimerkit kahden väittämän keskiarvoista ja keskihajonnoista (sivu 55).
8. Saattohoitopäätöstä ja itsemääräämisoikeutta koskevat oikein/väärin -väittämät (sivu 57).
9. Psyko-sosiaalista kärsimystä koskevat huomiota herättävät tulokset (sivu 58).
10. Kivunhoitoa koskevia huomiota herättävät tulokset (sivu 60).
11. Kivunhoitoa koskevien oikein/väärin väittämien tulokset (sivu 61).
12. Ruoansulatusta ja ravitsemusta koskevat huomiota herättävät tulokset (sivu 62).
13. Lääkehoidon osaamisen tulokset (sivu 64).
14. Kuoleman hetkeen liittyvät osaamisen tulokset (sivu 66).
15. Omaisten tukemisen osaamista koskevien oikein/väärin -väittämien tulokset (sivu 68).

TAULUKOT

1. Kuolevan hoidon tarkistuslista (sivu 41).
2. Kysymyslomakkeen väittämät osa-alueittain (sivu 46).
3. Tutkimuksen kohteena olevat palvelukodit hoitohenkilöstö- ja asukasmäärineen syksyllä 2013 (sivu 49).
4. Kyselyyn vastanneiden taustatiedot (sivu 50).
5. Itsemääräämisoikeutta ja saattohoitopäätöstä koskevat tunnusluvut (LIITE 7).
6. Saattohoitopotilaan kärsimyksen lievittämisen tunnusluvut (LIITE 7).
7. Kivunhoitoa käsittelevät tunnusluvut (LIITE 7).
8. Psyko-sosiaalisen kärsimyksen tunnusluvut (LIITE 7).
9. Hengellisten, henkisten ja eksistentiaalisten kärsimysten lieventämisen tunnusluvut (LIITE 7).
10. Hengenhahdistusta koskevien väittämien tunnusluvut (LIITE 7).
11. Ruoansulatuskanavaan ja ravitsemukseen liittyvän kärsimyksen osaamisen tunnusluvut (LIITE 7).
12. Limakalvoja ja ihoa koskevien väittämien tunnusluvut (LIITE 7).
13. Painehaavojen ennaltaehkäisy, avoimen kysymyksen 67 viisi eniten esiintynyttä vastausta vastaajamäärineen (sivu 63).
14. Vastaukset avoimeen kysymykseen 67. Luettele kolme menetelmää, joiden avulla ennaltaehkäistään painehaavojen kehittyminen saattohoitopotilaalle (LIITE 8).
15. Lääkehoidon osaamisen tunnusluvut (LIITE 7).
16. Lähestyvän kuoleman merkit, avoimen kysymyksen 68 useimmin esiintyneet vastaukset ja vastaajamäärineen (sivu 67)
17. Vastaukset avoimeen kysymykseen 68. Luettele lähestyvän kuoleman merkkejä (LIITE 9).

18. Omaisten tukemista koskevien väittämien tunnusluvut (LIITE 7).

19. Mitä vastaajat haluavat oppia lisää saattohoidosta, avoin kysymys 100b kaikki vastaukset (sivu 69).

20. Summamuuttujien Cronbachin alfat (sivu 77).

LIITTEET

LIITE 1: YK Kuolevan oikeuksien julistus

LIITE 2: PAINAD-kipumittari

LIITE 3: Saattohartauden kaava.

LIITE 4: Esimerkki operationaalistamisesta (kuvio 6).

LIITE 5: Kyselylomake saatteineen ja vastausmäärineen.

LIITE 6: Lupahakemus -lomake.

LIITE 7: SPSS-tilastointiohjelmalla saadut tilastolliset tunnusluvut (taulukot 5 - 12, 15 ja 18).

LIITE 8: Painehaavojen ennaltaehkäisy, avoin kysymys 67 vastaukset.

LIITE 9: Lähestyvän kuoleman merkit, avoin kysymys 68 vastaukset.

LIITE 10: Summamuuttujien Cronbachin alfat.

Kuolevan oikeuksien julistus (YK 1975)

- Minulla on oikeus tulla kohdelluksi elävänä ihmisenä kuolemaan asti.
- Minulla on oikeus toivon ylläpitämiseen riippumatta siitä muuttuuko sen tavoite.
- Minulla on oikeus saada hoitoa ja huolenpitoa toivoani ylläpitäviltä vaikka toivo muuttuisi.
- Minulla on oikeus ilmaista omalla tavallani tulevaa kuolemaa koskevat tunteeni.
- Minulla on oikeus osallistua hoitoani koskeviin päätöksiin.
- Minulla on oikeus jatkuvaan hoitoon, vaikka tavoitteena ei enää ole paraneminen vaan hyvä olo.
- Minulla on oikeus siihen, että kuollessani en ole yksin.
- Minulla on oikeus olla kärsimättä kipua.
- Minulla on oikeus saada rehelliset vastaukset kysymyksiini.
- Minulla on oikeus tiedonsaantiin.
- Minulla on oikeus saada apua perheeltäni ja perheelleni kuolemani hyväksymiseksi.
- Minulla on oikeus rauhalliseen ja arvokkaaseen kuolemaan.
- Minulla on oikeus säilyttää yksilöllisyyteni, eikä ratkaisujani saa tuomita vaikka ne olisivat vastoin muiden näkemyksiä.
- Minulla on oikeus keskustella ja kertoa uskonnollisista ja/tai henkisistä elämyksistäni riippumatta siitä, mitä ne merkitsevät muille.
- Minulla on oikeus ruumiini loukkaamattomuuteen kuoleman jälkeen.
- Minulla on oikeus huolehtivaisten, myötätuntoisten ja osaavien ihmisten antamaan hoitoon, jotka pyrkivät parhaansa mukaan ymmärtämään tarpeeni ja jotka auttaessaan minua kohtaamaan kuoleman kokevat oman tehtävänsä antoisaksi.

(Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa 2004)

PAINAD-kipumittari

Kivun arviointi pitkälle edenneessä dementiassa(Pain assessmen in Advanced Dementia. PAINAD
Suomennettu artikkelista Warden V. & Am Med SSOC 2003:4, 9-15)**Potilastiedot:**

Nimi: _____

Syntymäaika: _____

Huomioita: _____

Rastita sopivimmat kohdat:

	0	1	2	Tulos
Hengitys	Normaali ääntelystä riippumatta. Lyhyt hyperventilaatiojakso.	Hengitys ajoittain vaivalloista. Pitkä hyperventilaatiojakso.	Hengitys äänekästä ja vaivalloista. Cheyne-Stoke-hengitystä.	
Negatiivinen ääntely	Ei negatiivista ääntelyä.	Satunnaista vaikerointia tai voihketta. Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta.	Rauhatonta huutelua. Äänekästä vaikerointia tai voihketta. Itkua.	
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeetön.	Surullinen. Pelokas. Tuima.	Irvistää.	
Elekieli	Levollinen.	Kireä. Ahdistunutta kävelyä. Levotonta liikehdintää.	Jäykkä. Kädet nyrkissä. Polvet koukussa. Pois vetämistä tai työntämistä. Riuhtomista.	
Lohduttaminen	Ei tarvetta lohduttamiseen.	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyynnyttää.	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyynnyttäminen ei onnistu.	

YHTEENSÄ (0 Æ 10) pistettä

MÄÄRITELMÄT:**Hengitys:**

1. Normaali hengitys. Normaali hengitys on vaivatonta, äänetöntä ja rytmikästä (tasaista).
2. Ajoittain vaivalloista hengitystä. Satunnaisia pitkiä puuskia, joissa hengitys on rohisevaa, vaikeaa tai raskasta.
3. Lyhyt hyperventilaatiojakso. Ohimenevää lyhyiden, syvien hengitysten sarjoja.
4. Äänekästä vaivalloista hengitystä. Äänekästä sisään- tai uloshengitystä, jossa ääni voi olla kovaa, korahtelevaa tai vinkuvaa. Hengitys vaikuttaa raskaalta tai työläältä.
5. Pitkä hyperventilaatiojakso. Normaalia tiheämpää ja syvempää hengitystä, joka kestää huomattavan pitkään.
6. Cheyne-Stokes-hengitystä. Tasaisesti vuoroin erittäin syväksi tihenevää ja pinnalliseksi vaimenevaa hengitystä, jossa on välillä hengityskatkoksia.

Negatiivinen ääntely:

1. Ei negatiivista ääntelyä. Puhe tai ääntely on sävyllään neutraalia tai miellyttävää.
2. Satunnaista vaikerointia tai voihketta. Surumielistä tai mumisevaa ääntelyä, ulinaa tai valitusta. Voihe on normaalia äänekkäämpää, sanatonta ja tahatonta ääntelyä, joka usein alkaa ja päättyy äkillisesti.
3. Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta. Mutinaa, muminaa, uikutusta, nurinaa tai sadattelua hiljaisella äänellä valittavaan, ivalliseen tai kärkevään sävyyn.
4. Rauhatonta huutelua. Lauseita tai sanoja, joita toistetaan yhä uudestaan ahdistuneesti, levottomasti tai hätään-tyneesti.
5. Äänekästä vaikerointia tai voihketta. Tavallista huomattavasti äänekkäämpää surumielistä tai mumisevaa ääntelyä, ulinaa tai valitusta. Äänekäs voihe on normaalia äänekkäämpää, sanatonta ja tahatonta ääntelyä, joka usein alkaa ja päättyy äkillisesti.
6. Itkua. Tunteen ilmaisua, johon liittyy kyyneliä, mahdollisesti nyhkytyksiä tai hiljaista itkua.

Ilmeet:

1. Hymyilevä tai ilmeetön. Hymyssä suupielet kääntyvät ylös, silmät kirkastuvat ja ilme osoittaa mielihyvää tai tyytyväisyyttä. Ilmeettömällä tarkoitetaan neutraalia, luontevaa, levollista tai tyhjää ilmettä.
2. Surullinen. Ilme on onneton, yksinäinen, surumielinen tai alakuloinen, silmissä voi olla kyyneliä.
3. Pelästynyt. Pelkoa, hätää tai erityistä ahdistusta osoittava ilme. Silmät ovat aivan auki.
4. Tuima. Suupielet kääntyvät alas. Otsa ja suun ympärys saattavat olla tavallista enemmän rypyssä.
5. Irvistää. Vääristynyt hätäännytynyt ilme. Otsa ja suun ympärys ovat tavallista enemmän rypyssä, ja silmät saattavat olla tiukasti kiinni.

Elekieli:

1. Levollinen. Henkilö vaikuttaa rauhalliselta, tyyneeltä, hyväntuuliselta ja huolettomalta.
2. Kireä. Henkilö vaikuttaa jännittyneeltä, pelokkaalta tai huolestuneelta. Hän saattaa puristaa leukojaan yhteen (kontraktuurin mahdollisuus suljettava pois).
3. Ahdistunutta kävelyä. Levottomalta vaikuttavaa toimintaa, joka voi olla pelokasta, huolestunutta tai rauhatonta. Liikehdintä voi olla nopeaa tai hidasta.
4. Levotonta liikehdintää. Hermostunutta liikehdintää, mahdollisesti kiemurtelua tai keikkumista tuolissa. Henkilö voi liikuttaa tuolia huoneen poikki tai kosketella, nykiä tai hangata ruumiinosiaan toistuvasti.
5. Jäykkä. Vartalo on jäykistynyt. Käsivarret ja/tai jalat ovat kireät ja taipumattomat. Keskivartalo voi vaikuttaa suoralla ja kankealta (kontraktuurin mahdollisuus suljettava pois).
6. Kädet nyrkissä. Kädet ovat tiukasti kiinni, niitä kenties availaan ja suljetaan jatkuvasti, tai ne pysyvät tiukasti nyrkissä.
7. Polvet koukussa. Jalat ovat koukussa ja polvet on nostettu kohti rintakehää. Henkilö vaikuttaa pelokkaalta ((kontraktuurin mahdollisuus suljettava pois).
8. Pois työntämistä tai vetämistä. Henkilö vastustaa lähestymistä tai hoitotoimia: hän pyrkii irtautumaan tempomalla tai kiskomalla tai työntämällä lähestyvän henkilön pois.
9. Riuhtomista. Henkilö lyö, potkii, tarttuu kiinni, sohii, puree tai käyttää muunlaista väkivaltaa.

Lohduttaminen:

1. Ei tarvetta lohduttamiseen. Henkilö vaikuttaa hyvinvoivalta ja tyytyväiseltä.
2. Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tynnyttää. Käyttäytyminen keskeytyy, kun henkilölle puhutaan tai häntä kosketetaan. Se loppuu vuorovaikutuksen ajaksi ilman merkkiäkään ahdistuksesta.
3. Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tynnyttäminen ei onnistu. Henkilöä ei saada rauhoittumaan tai käyttäytymistä loppumaan sanoin tai teoin. Minkäänlainen sanallinen tai fyysinen lohduttaminen ei saa käyttäytymistä laantumaan.

Lähde: Pain assessmen in Advanced Dementia. PAINAD

Suomennettu artikkelista Warden V. & Am Med SSOC 2003:4, 9-15.

Saattohartauden kaava

Saattohartaus vietetään vainajan omaisten pyynnöstä. Se pidetään potilasbuoneessa, sairaalan kappelissa tai kodissa.

Rukoukset johtaa pappi, muu seurakunnan työntekijä, henkilökuntaan kuuluva tai joku vainajan läheisistä.

Alkuvirsi esimerkiksi 249, 383, 384, 396, 297

Alkusiunaus

Isän ja (+) Pojan ja Pyhän Hengen nimeen

Psalmi 90:1-6, 12-17

Herra, sinä olet meidän turvamme polvesta polveen.

Jo ennen kuin vuoret syntyivät,

ennen kuin maa ja maanpiiri saivat alkunsa, sinä olit.

Jumala, ajasta aikaan sinä olet.

Sinä annat ihmisten tulla maaksi jälleen

ja sanot: ”Palatkaa tomuun, Aadamin lapset.”

Tuhat vuotta on sinulle kuin yksi päivä,

kuin eilinen päivä, mailleen mennyt,

kuin öinen vartiohetki.

Me katoamme kuin uni aamun tullen,

kuin ruoho, joka hetken kukoistaa,

joka vielä aamulla viheriöi, mutta illaksi kuivuu ja kuihtuu pois.

Opetä meille, miten lyhyt on aikamme,

että saisimme viisaan sydämen.

Herra käänny jo puoleemme.

Kuinka kauan vielä viivyt?

Armahda meitä, palvelijoitasi!

Ravitse meitä armollasi joka aamu,

niin voimme iloita elämämme päivistä.

Niin kuin annoit murheen, anna meille ilo

yhtä monena vuotena kuin vaivamme kesti.

Anna palvelijoittesi nähdä suuret tekosi,

anna lastemme nähdä kunniasi loisto.

Herra, meidän Jumalamme, ole lempeä meille,

anna töillemme menestys, siunaa kättemme työt.

Rukous

Pyhä elävä Jumala.

Kiitos siitä, että saamme jättää

_____ :n sinun haltuusi.

Anna ikuisen valon loistaa hänelle.

Lahjoita rauhasi myös omaan sydämeemme.

Ole meille armollinen

rakkaan Poikasi Jeesuksen Kristuksen tähden.

Isä meidän

Isä meidän, joka ole taivaassa.
 Pyhitetty olkoon sinun nimesi.
 Tulkoon sinun valtakuntasi.
 Tapahtukoon sinun tahtosi,
 myös maan päällä niin kuin taivaassa.
 Anna meille meidän jokapäiväinen leipämme.
 Ja anna meille meidän syntimme anteeksi,
 niin kuin mekin anteeksi annamme niille,
 jotka ovat meitä vastaan rikkoneet.
 Äläkä saata meitä kiusaukseen,
 vaan päästä meidät pahasta.
 Sillä sinun on valtakunta ja voima ja kunnia iankaikkisesti.
 Amen.

Ristinmerkki ja kasvojen peittäminen

Herra antakoon sinulle iankaikkisen levon,
 ikuinen valo sinua valaiskoon.

Rukoushetken johtaja tekee ristinmerkin vainajan otsaan ja lausuu:
 Pyhät enkelit johtakoon sinut ikuisen elämään.

Rukoushetken johtaja voi peittää vainajan kasvot liinalla tai pyytää jotakuta lähiomaista tekemään sen.

Herran siunaus

Herra siunatkoon teitä ja varjelkoon teitä.
 Herra kirkastakoon kasvonsa teille
 ja olkoon teille armollinen.
 Herra kääntäköön kasvonsa teidän puoleenne
 ja antakoon teille rauhan.
 Isän ja (+) Pojan ja Pyhän Hengen nimeen.
 Amen.

Päätösmusiikki esimerkiksi virsi 63, 338, 341, 388, 555, 631

Rukoushetken toimitti _____

päiväys ja paikka allekirjoitus

Rukoushetken kaavat perustuvat Suomen evankelis-luterilaisen kirkon Kirkollisten toimitusten kirjaan, joka on hyväksytty 2003.

Lähde: Sipola, V. 2013. Kuolevan sielunhoito. Teoksessa K. Aalto. (toim.) Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja. 57 - 60.

ESIMERKKI OPERATIONAALISTAMISESTA

Teoreettinen käsite: Saattohoito

Operationaalinen käsite: Fyysinen kärsimys/kipu ja suunhoito tai psyykkinen kärsimys/masennus

Empiirinen indikaattori: Väittämät

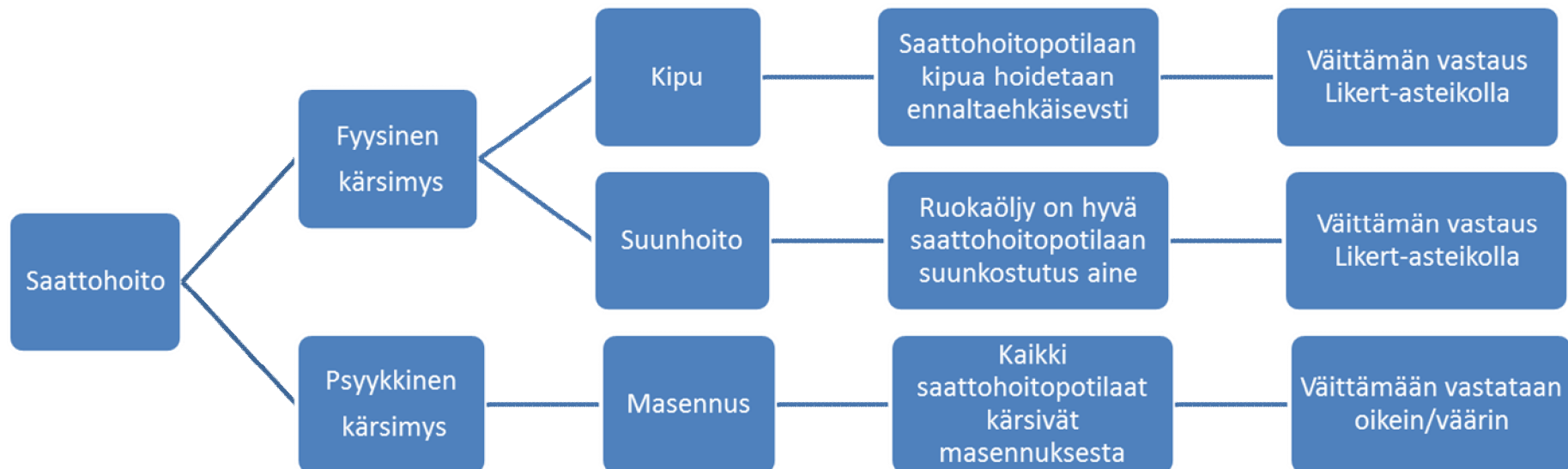
Pääkäsite

Alakäsite

Empiirinen
indikaattori

Kysymysmuoto

Operationaalistaminen →



Kuvio 6. Esimerkki operationaalistamisesta

Arvoisa vastaaja

Saattohoito lisääntyy palvelukodeissa väestön vanhetessa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen Hyvä saattohoito Suomessa saattohoitosuosituksissa todetaan, että yksi hyvän kuoleamisen laadun merkki on mahdollisuus kuolla siinä hoitopaikassa, jossa ihminen on viettänyt viimeiset aikansa.

Olemme sairaanhoitajaopiskelijat Sari Pesonen ja Taru Sova Kajaanin ammattikorkeakoulussa. Teemme opinnäytetyötä, jonka tavoitteena on kartoittaa kuusamolaisen palvelukotien hoitohenkilöstön saattohoito-osaamista. Kartoitus tehdään kyselyllä, joka osoitetaan yhdeksän Kuusamon kaupungissa toimivan palvelukodin hoitohenkilöstölle. Opinnäytetyön toimeksiantaja on Kuusamon kaupungin sairaanhoitopalvelut.

Opinnäytetyön tarkoitus on antaa selvitys Kuusamon kaupungin saattohoitoa kehittäväälle työryhmälle palvelukotien hoitohenkilöstön saattohoito-osaamisesta ja siten auttaa saattohoidon kehittämistyötä. Kehittämistyöstä hyötyvät Kuusamon kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelut, kaupungissa toimivat palvelukodit ja saattohoitopotilaat. Palvelukotien saattohoito-osaamisen kartoitus auttaa kehittämään saattohoidon toimintamallia Kuusamossa ja määrittelemään palvelukotien hoitohenkilöstön saattohoito-osaamisen koulutustarvetta. Opinnäytetyön myötä on myös mahdollisuus lisätä eri toimijoiden moniammatillista yhteistyötä saattohoidossa Kuusamossa.

Kyselyllä saadut vastaukset käsitellään luottamuksellisesti nimettömänä, eikä vastaajien henkilöllisyys paljastu missään vaiheessa. Vastauksia ei käsitellä palvelukotikohtaisesti, sillä opinnäytetyön tarkoitus ei ole vertailla eri palvelukotien henkilöstön osaamista. Haemme täytetyt ja kirjekuoriin suljetut vastauslomakkeet palvelukodeista 25.2.2014 ja säilytämme palautettuja kyselylomakkeita lukitussa kaapissa. Kyselylomakkeiden vastaukset analysoidaan tilastokäsitteilyohjelman avulla ja saadut tulokset julkaistaan kirjallisessa opinnäytetyöraportissa, joka valmistuu toukokuussa 2014. Kyselylomakkeet tuhoetaan paperisilppurissa opinnäytetyön valmistuttua. Lähetämme opinnäytetyöraportit kaikille kyselyyn osallistuville palvelukodeille.

Kyselylomakkeeseen vastaaminen kestää noin 30 minuuttia.

Voitte ottaa opinnäytetyötä koskien yhteyttä:

Sari Pesonen, p. 040xxxxxxx, shm11ssarip@kamk.fi
Taru Sova, p. 040xxxxxxx, shm11starus@kamk.fi
Anitta Juntunen, ohjaava opettaja, p. 044xxxxxxx

Taustatietoja

1. Ikäsi 20-29 vuotta **15**
30-39 vuotta **11**
40-49 vuotta **19**
50-59 vuotta **28**
60-69 vuotta **2**

75/2

2. Ympyröi ylintä koulutustasi vastaava vaihtoehto:

- 1) ei hoitoalan koulutusta **4**
 2) hoiva-avustajan koulutus **0**
 3) lähihoitajan koulutus **60**
 4) sairaanhoitajan koulutus **6**
 5) muu, mikä; **7, erillinen lista**
-

3. Hoitoalan työkokemus 0-40 vuotta

4. Tehtävänimikkeesi tällä hetkellä: erillinen lista

5. Oletko osallistunut saattohoitopotilaiden hoitoon (ympyröi sopiva vaihtoehto)?

- 1) kyllä **67**
 2) ei **10**

Osaamisalue: potilaan itsemääräämisoikeus ja saattohoitopäätös

Arvioi saattohoito-osaamiseen liittyviä väittämiä omasta näkökulmastasi. Mitä mieltä olet asiasta tällä hetkellä? Valitse jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto ja rastita se.

Väittämä	Täysin eri mieltä	Jonkin verran eri mieltä	Jonkin verran samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
6	1	3	11	62	-
7	61	11	3	2	-
8	2	3	3	66	3
9	-	5	14	58	-
10	4	3	3	67	-
11	30	18	15	7	7
12	2	2	11	60	2
13	1	1	10	64	1
14	2	2	28	44	1
15	57	7	7	3	3

Ovatko saattohoitoa koskevat väittämät mielestäsi oikein vai väärin? Valitse jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto ja rastita se.

Väittämä	oikein	väärin
16	39	38
17	76	1
18	70	7
19	45	32
20	73	4

Osaamisalue: saattohoitopotilaan kärsimyksen lieventäminen

Arvioi saattohoito-osaamiseesi liittyviä väittämiä omasta näkökulmastasi. Mitä mieltä olet asiasta tällä hetkellä? Valitse jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto ja rastita se.

Väittämä	Täysin eri mieltä	Jonkin verran eri mieltä	Jonkin verran samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
21 Saattohoitopotilaan pelko lisää hänen kipuaan.	1	1	29	42	4
22 Saattohoitopotilaan kipua arvioidaan kipumittarien avulla.	8	12	23	23	11
23 Saattohoitopotilaan kärsimys ilmenee fyysisinä oireina.	1	4	19	51	2
24 Saattohoitopotilaan kärsimys ilmenee psyykkisinä oireina.	3	1	24	49	-
25 Saattohoitopotilaan kärsimys voi olla sosiaalista.	5	3	24	38	7
26 Potilaan puoliso voi tarvita enemmän psyykkistä tukea kuin saattohoitopotilas.	1	1	18	56	1
27 Saattohoitopotilaan jäljellä olevan eliniän ennuste vaikuttaa masennuksen lääkehoidon valintaan.	17	14	15	7	24
28 Saattohoitopotilaan vuorokausirytmien muuttaminen hoitopaikan päivärytmien mukaiseksi on tarpeen.	54	11	7	2	3
29 Hoitoon osallistuvien tulee rukoilla/laulaa virsiä ja hengellisiä lauluja saattohoitopotilaan halutessa harjoittaa uskonnollista vakaumustaan.	11	18	28	16	4
30 Syömään kykenemättömän saattohoitopotilaan ravitseminen turvataan nenämahaletkulla.	45	17	8	2	5
31 Kovinta kipua hoidetaan vain suonensisäisellä kipulääkityksellä.	27	15	13	19	3
32 Kivun hoidon tarvetta arvioidaan tarkkailemalla saattohoitopotilaan puhetta, ilmeitä ja eleitä.	1	5	6	65	-
33 Päiväaikaan unelias saattohoitopotilas voi kärsiä unettomuudesta.	13	6	25	24	9
34 Lääkehoito on paras vaihtoehto potilaan ahdistuksen hoitoon.	25	34	13	1	4
35 Lääkkeet ovat yleisin syy saattohoitopotilaan deliriumiin.	13	13	16	6	29
36 Saattohoitopotilaan kipua hoidetaan ennaltaehkäisevästi.	5	8	22	40	2
37 Kivunhoidossa ihonalaisesti annettu lääkitys on vaikea toteuttaa.	34	16	11	3	13
38 Hengenahdistusta hoidetaan lievittämällä saattohoitopotilaan pelkoa ja ahdistusta.	11	13	28	20	5
39 Hengenahdistusta helpotetaan suuntaamalla ilmavirta tai tuuletin saattohoitopotilaan kasvoihin.	40	13	8	4	12
40 Saattohoitopotilaan toistuva oksentelu vaikuttaa lääkkeen antoreitin valintaan.	2	1	11	61	2

Osaamisalue: saattohoitopotilaan kärsimyksen lieventäminen

Arvioi saattohoito-osaamiseesi liittyviä väittämiä omasta näkökulmastasi. Mitä mieltä olet asiasta tällä hetkellä? Valitse jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto ja rastita se.

Väittämä	Täysin eri mieltä	Jonkin verran eri mieltä	Jonkin verran samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
41 Saattohoitopotilaan ripuloinnin syy tulee selvittää ulostetutkimusten avulla.	27	27	9	4	10
42 Saattohoitopotilaan lahtuminen johtuu osaksi elimistön kyvyttömyydestä käyttää ravintoa hyväksi.	2	8	22	43	2
43 Kuoleman lähestyessä potilaan kipu vähenee.	30	16	12	3	16
44 Ruokaöljy on hyvä saattohoitopotilaan suunkostutusaine.	9	8	12	33	15
45 Saattohoitopotilaan turvotuksen hoito laiminlyödään usein.	4	10	30	2	31
46 Keskustelu on tärkeää potilaan hengellisessä tukemisessa.	2	-	7	67	1
47 Hyvä ja hellä hoivaaminen vähentää saattohoitopotilaan lähestyvän kuoleman tietoisuudesta aiheutuvaa ahdistusta.	1	2	7	66	1
48 Saattohoitopotilaan kuoleman hetkellä kokemista ylikuonnellisista ilmiöistä keskustellaan omaisen kanssa.	11	13	25	15	13
49 Kuolevan vanhuspotilaan kipu on usein alihoidettua.	6	11	23	28	9

Ovatko saattohoitoa koskevat väittämät mielestäsi oikein vai väärin? Valitse jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto ja rastita se.

Väittämä	oikein	väärin
50 Kaikki saattohoitopotilaat kärsivät masennuksesta.	63	14
51 Syömään kykenemätön saattohoitopotilas voi kärsiä ummetuksesta.	62	15
52 Iho on tärkeä aistiva elin saattohoitopotilaalla.	73	4
53 Saattohoitopotilaan nestehukka korvataan suonensisäisellä nesteytyksellä, ellei hän pysty nauttimaan riittävästi nesteitä?	50	28
54 Saattohoito päättyy potilaan kuolemanhetkeen.	49	28
55 Ravitsemushoito lisää saattohoitopotilaan elinaikaa.	32	45
56 Saattohoitopotilaan kipua arvioivat kaikki hoitoon osallistuvat.	76	1
57 Saattohoitopotilaan kivunhoito aloitetaan suoraan vahvoilla keskushermostoon vaikuttavilla lääkkeillä (opioideilla), mikäli potilaan voimakkaat kivut sitä vaativat.	35	42
58 Ihonalaisesti annosteltu kipulääke on tehoton.	61	16

Osaamisalue: saattohoitopotilaan kärsimyksen lieventäminen

Ovatko saattohoitoa koskevat väittämät mielestäsi oikein vai väärin? Valitse jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto ja rastita se.

Väittämä	oikein	väärin
59 Saattohoitopotilaan hengenahdistusta hoidetaan keskushermostoon vaikuttavilla lääkkeillä.	23	54
60 Keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet aiheuttavat ummetusta.	55	22
61 Saattohoitopotilaan päivittäisten tapojen ja perinteiden huomioiminen on henkisten tarpeiden tukemista.	75	2
62 Saattohoitopotilaat, joilla ei ole uskonnollista vakaumusta, tarvitsevat henkistä tukea.	57	20
63 Saattohoitopotilaan eksistentiaalinen eli olemassaoloon kohdistuva ahdistus johtuu lähestyvän kuoleman tietoisuudesta.	51	26
64 Kivun hoidon kirjaaminen on riittävää, kun kirjataan kipuun annetun lääkkeen nimi, teho, annos ja antoaika.	53	24
65 Kuolinrohina häiritsee enemmän omaisia kuin saattohoitopotilasta.	51	26
66 Vainaja puetaan omiin vaatteisiin vain silloin, kun se perustellaan vainajan uskonnolla tai kulttuurisella perinteellä.	68	9

67. Luettele kolme menetelmää, joiden avulla ennaltaehkäistään painehaavojen kehittyminen saattohoitopotilaalle:

1) _____

2) _____

3) _____

68. Luettele lähestyvän kuoleman merkkejä?

Osaamisalue: kärsimyksen lieventäminen**69. Osallistutko lääkehoitoon? (ympyröi oikea vaihtoehto)**

- 1) En osallistu lainkaan. Jos vastasit tähän, voit siirtyä suoraan väittämään 77. **10**
- 2) Osallistun. Jatka vastaamalla seuraaviin lääkehoidon osaamista käsitteleviin kysymyksiin. **67**

Kärsimyksen lieventäminen. Lääkehoidon osaaminen, valitse osaamista tällä hetkellä kuvaava vaihtoehto. Valitse jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto ja rastita se.

		En osaa	Osaan heikosti tarvitsen ohjausta	Osaan tyydyttävästi	Osaan hyvin	Osaan erinomaisesti ja osaan ohjata toisia
70	Saattohoitopotilaalle on määrätty kuumetta alentamaan paracetamoliam p.o. Osaatko antaa lääkkeen potilaalle?	-	-	1	18	48
71	Saattohoitopotilaan kouristeluun on määrätty Stesolidia p.r. Osaatko antaa lääkkeen potilaan peräsuoleen?	-	-	5	20	48
72	Saattohoitopotilaalle on asennettu subcutis-neula Oxynorm-lääkkeen annostelunsa. Osaatko antaa lääkkeen potilaalle ihonalaiskudokseen?	15	12	6	20	14
73	Saattohoitopotilaalle on määrätty Primperan pahoinvointilääkettä i.m. Osaatko antaa lääkkeen potilaalle lihakseen?	19	12	11	13	12
74	Saattohoitopotilaalle on määrätty kivunhoitoon morfinia i.v. Osaatko antaa lääkkeen potilaalle suonensisäisesti?	46	7	4	4	5
75	Saattohoitopotilaalle aloitetaan kivunhoitoon Durogesic t.d. Osaatko laittaa lääkelaastarin potilaalle?	-	2	-	14	51

76. Milloin lääkehoidon osaamisesi on varmistettu? (ympyröi oikea vaihtoehto)

- 1) ei ole varmistettu **4**
- 2) on varmistettu, **61** vuonna: _____

Osaamisalue: kärsimyksen lieventäminen

Ovatko saattohoitoa koskevat väittämät mielestäsi oikein vai väärin? Valitse jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto ja rastita se.

Väittämä		oikein	väärin
77	Lääkehoito on ainoa hoitomuoto saattohoitopotilaiden turvotusten hoidossa.	57	20
78	Saattohoitopotilaalle tulehdusten hoitamiseksi käytetty antibioottihoito voi pitkittää potilaan kuolinprosessia.	52	25
79	Pahoinvointia hoidetaan peräsuoleen annettulla pahoinvointilääkkeellä.	38	39
80	Ulostemassaa lisäävä ulostuslääke sopii suolenvetovaikeuksista eli suolensisällön hitaasta etenemisestä kärsiville saattohoitopotilaille.	25	52
81	Pahoinvointilääkkeet voivat aiheuttaa suun kuivumista.	64	13
82	Deliriumissa eli sekavuustilassa olevaa saattohoitopotilasta rauhoitetaan sitomalla hänet lepositeisiin.	66	11
83	Lääkehoidon toteutuksessa kirjataan annetun lääkkeen vaikutus.	75	2
84	Sedaatio tarkoittaa potilaan rauhoittamista ja hänen tajuntansa heikentämistä lääkkeiden avulla.	39	38

Osaamisalue: saattohoitopotilaan omaisten tukeminen

Arvioi saattohoito-osaamiseesi liittyviä väittämiä omasta näkökulmastasi? Mitä mieltä olet asiasta tällä hetkellä? Valitse jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto ja rastita se.

Väittämä	Täysin eri mieltä	Jonkin verran eri mieltä	Jonkin verran samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
85 Omaisilla kuullaan potilaan saattohoitopäätöstä tehtäessä.	-	5	26	46	-
86 Omaisilla saavat olla saattohoitopotilaan luona kuoleman lähestyessä ympäri vuorokauden.	-	-	4	73	-
87 Omaisilla saavat hyvästellä vainajan omien tapojensa ja perinteidensä mukaan.	-	-	4	73	-
88 Hoitajan tulee varaa tarvittaessa keskustelu-aikaa omaisille saattohoitopotilaan kuoleman jälkeen.	-	1	8	66	2
89 Omaisten surua ja ahdistusta voidaan tukea järjestämällä heille rauhallinen hetki vainajan hyvästelyyn.	-	1	-	76	-
90 Lähestyvän kuoleman merkeistä on hyvä kertoa omaisille etukäteen.	-	2	13	62	-
91 Hoitohenkilöstön läsnäolo korvaa tarvittaessa yksinäisen saattohoitopotilaan omaisen.	2	3	16	56	-
92 Omaisille kerrotaan, miksi potilaan ravinnon saamisella ei ole merkitystä hänen kuolemansa lähestyessä.	1	4	12	60	-
93 Saattohoitopotilaan puoliso poteevot syyllisyyttä oman elämänsä jatkumisesta.	1	7	32	21	16
94 Omaisilla voivat osallistua vainajan pukemiseen.	-	1	3	70	3
95 Hoitohenkilöstö sopii etukäteen, kuka kertoo potilaan kuolemasta omaisille, elleivät he ole kuolinhetkellä paikalla.	4	8	12	48	5

Ovatko saattohoitoa koskevat väittämät mielestäsi oikein vai väärin? Valitse jokaiselta riviltä vain yksi vaihtoehto ja rastita se.

Väittämä	oikein	väärin
96 Saattohoitopotilaan kuolemasta aiheutuvien käytännön asioiden neuvominen kuuluu hoitohenkilöstölle.	52	25
97 Potilaan kuoleman aiheuttama suru voi ilmetä omaisen fyysisinä oireina.	75	2
98 Hoitohenkilöstö on taka-alalla omaisten ollessa paikalla saattohoitopotilaan kuolinhetkellä.	55	22
99 Hoitohenkilöstöön kuuluva voi pitää hartaushetken potilaan kuoleman jälkeen.	52	25

100 a) Oletko osallistunut saattohoitokoulutukseen?

1) en ole **52**

2) kyllä olen; **25** - milloin? erillinen lista

- koulutuksen laajuus? erillinen lista

100 b) Mitä asioita haluaisit oppia lisää potilaan saattohoidosta?

Erillinen lista

LIITE 6
HAKEMUS/LUPA opinnäytetyölle

Opiskelijan/opiskelijoiden nimet Sari Pesonen ja Taru Sova	Osoite	Puhelin Sari Pesonen 040xxxxxxx Taru Sova 040xxxxxxx
Oppilaitos Kajaanin ammattikorkeakoulu	Koulutusohjelma /suuntautumisvaihtoehto Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja	
Opinnäytetyön / tutkimuksen nimi Hoitohenkilöstön saattohoito-osaaminen kuusamolaisissa palvelukodeissa		
Mihin tulosalueen/ vastuualueen/ yksikön kehittämishankkeeseen opinnäytetyö liittyy Saattohoidon kehittäminen perusterveydenhuollossa Kuusamossa.		
Opinnäytetyön / tutkimuksen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa kuusamolaisten palvelukotien hoitohenkilöstön saattohoito-osaamista. Kartoitus tehdään hoitohenkilöstölle osoitetulla kyselyllä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää saattohoidon toimintamallia Kuusamossa. Tutkimuksen tarkoitus on antaa selvitys Kuusamon kaupungin saattohoitoa kehittäväälle työryhmälle palvelukotien saattohoito-osaamisesta ja siten auttaa saattohoidon kehittämistyötä.		
Opinnäytetyön aikataulu syksy 2013 . kevät 2014		
Kustannuksista vastaavat opiskelijat		
Opinnäytetyön / tutkimuksen raportointi		Raportoinnin ajankohta
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö toimitetaan tutkimuksen kohteena olevalle yksikölle		kevät 2014
<input type="checkbox"/> Opinnäytetyöstä pidetään osastokokous		
<input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä		
Työryhmä		
Oppilaitos Kamk	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin
Yksikkö	Yksikkö	Puhelin
	Yksikön esimiehen allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin
Pvm ja allekirjoitus (hakija / hakijat)		

<input type="checkbox"/> Lupa opinnäytetyöhön / tutkimukseen myönnetään hakemuksen mukaisesti
<input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan täydennettäväksi seuraavin muutoksin (lisätilaa kääntöpuolella)
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi _____
<input type="checkbox"/> Ei Johtoryhmäkäsittelyä <input type="checkbox"/> Anomus hyväksytty johtoryhmässä <input type="checkbox"/> Anomus hylätty johtoryhmässä
Pvm ja allekirjoitus

Kopio myönnetystä luvasta liitteineen lähetetään yksikön esimiehelle tai organisaation edustajalle.

TAULUKKO 5. Itsemääräämisoikeutta ja saattohoitopäätöstä koskevat tunnusluvut

Numero ja kysymys	N		Mean	Mode	Std. Deviation
	Valid	Missing			
6.Saattohoitopotilaalla on oikeus määrätä mihin kellonaikaan hän nauttii aamiaisen.	77	0	4,74	5	,594
7.Saattohoitopotilaan on noustava joka päivä vuoteesta ylös omaisten vaatimuksesta, vaikka ei itse halua.	77	0	4,70	5	,670
8.Saattohoitopäätökseen voidaan sisällyttää hoidon rajaus "ei tarpeettomia sairaalasiirtoja".	75	2	4,75	5	,773
9.Omaiset osallistuvat saattohoitopäätöksen tekemiseen, ellei potilas kykene itse ilmaisemaan omaa tahtoaan.	77	0	4,69	5	,591
10.Potilasasiakirjoihin kirjataan saattohoitopotilaan toiveet, jotka liittyvät hänen elämänsä loppuvaiheen hoitoon.	77	0	4,73	5	,772
11.Saattohoitopotilaalta otetaan laboratoriokokeita, jos omaiset niin vaativat.	75	2	3,81	5	1,249
12.Saattohoitopotilaan siirto palvelukodista sairaalaan on ylimääräinen rasite potilaalle.	76	1	4,62	5	,879
13.Saattohoitopotilas saa kieltäytyä lääkeshoidosta.	77	0	4,75	5	,672
14.Omaisia on kuultava mietittäessä, millainen hoito vastaa parhaiten saattohoitopotilaan tahtoa.	76	1	4,50	5	,683
15.Omaiset saavat muuttaa potilaan tekemää hoitoa, kun potilas ei kykene enää ilmaisemaan itseään.	77	0	4,45	5	1,070

TAULUKKO 6. Saattohoitopotilaan kärsimyksen lievittämisen tunnusluvut

Numero ja kysymys	N		Mean	Mode	Std. Deviation
	Valid	Missing			
23. Saattohoitopotilaan kärsimys ilmenee fyysisinä oireina.	76	1	4,55	5	,773
24. Saattohoitopotilaan kärsimys ilmenee psyykkisinä oireina.	77	0	4,55	5	,717
25. Saattohoitopotilaan kärsimys voi olla sosiaalista.	77	0	4,05	5	1,276

TAULUKKO 7. Kivunhoitoa käsittelevät tunnusluvut

Numero ja kysymys	N		Mean	Mode	Std. Deviation
	Valid	Missing			
21. Saattohoitopotilaan pelko lisää hänen kipuaan.	77	0	4,35	5	,984
22. Saattohoitopotilaan kipua arvioidaan kipumittarien avulla.	74	3	3,61	4 ^a	1,322
31. Kovinta kipua hoidetaan vain suonensisäisellä kipulääkityksellä.	76	1	3,61	5	1,276
32. Kivun hoidon tarvetta arvioidaan tarkkailemalla saattohoitopotilaan puhetta, ilmeitä ja eleitä.	77	0	4,75	5	,632
36. Saattohoitopotilaan kipua hoidetaan ennaltaehkäisevästi.	77	0	4,21	5	1,043
37. Kivunhoidossa ihonalaisesti annettu lääkitys on vaikea toteuttaa.	76	1	3,75	5	1,462
43. Kuoleman lähestyessä potilaan kipu vähenee.	76	1	2,45	2	1,100
49. Kuolevan vanhuspotilaan kipu on usein alihoidettua.	76	1	3,71	5	1,355

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

TAULUKKO 8. Psyko-sosiaalisen kärsimyksen tunnusluvut

Numero ja kysymys	N		Mean	Mode	Std. Deviation
	Valid	Missing			
26. Potilaan puoliso voi tarvita enemmän psyykkistä tukea kuin saattohoitopotilas.	77	0	4,65	5	,703
27. Saattohoitopotilaan jäljellä olevan eliniän ennuste vaikuttaa masennuksen lääkeshoidon valintaan.	74	3	2,59	1	1,344
28. Saattohoitopotilaan vuorokausirytmimuuuttaminen hoitopaikan päivärytmimukaiseksi on tarpeen.	77	0	4,44	5	1,032
33. Päiväaikaan unelias saattohoitopotilas voi kärsiä unettomuudesta.	77	0	3,55	4	1,391
34. Lääkehoito on paras vaihtoehto potilaan ahdistuksen hoitoon.	76	1	2,79	3	,822
35. Lääkkeet ovat yleisin syy saattohoitopotilaan deliriumiin.	75	2	2,48	1	1,379

TAULUKKO 9. Hengellisten, henkisten ja eksistentiaalisten kärsimysten lieventämisen tunnusluvut

Numero ja kysymys	N		Mean	Mode	Std. Deviation
	Valid	Missing			
29. Hoitoon osallistuvien tulee rukoilla/laulaa virsiä ja hengellisiä lauluja saattohoitopotilaan halutessa harjoittaa uskonnollista vakaumustaan.	77	0	3,53	4	1,131
46. Keskustelu on tärkeää potilaan hengellisessä tukemisessa.	77	0	4,78	5	,700
47. Hyvä ja hellä hoivaaminen vähentää saattohoitopotilaan lähestyvän kuoleman tietoisuudesta aiheutuvaa ahdistusta.	77	0	4,77	5	,686
48. Saattohoitopotilaan kuoleman hetkellä kokemista ylluonnollisista ilmiöistä keskustellaan omaisen kanssa.	76	1	3,22	4	1,382

TAULUKKO 10. Hengenahdistusta koskevien väittämien tunnusluvut

Numero ja kysymys	N		Mean	Mode	Std. Deviation
	Valid	Missing			
38. Hengenahdistusta hoidetaan lievittämällä saattohoitopotilaan pelkoa ja ahdistusta.	77	0	3,61	4	1,205
39. Hengenahdistusta helpotetaan suuntaamalla ilmapirta tai tuuletin saattohoitopotilaan kasvoihin.	77	0	2,38	2	1,039

TAULUKKO 11. Ruoansulatuskanavaan ja ravitsemukseen liittyvän kärsimyksen osaamisen tunnusluvut

Numero ja kysymys	N		Mean	Mode	Std. Deviation
	Valid	Missing			
30. Syömään kykenemättömän saattohoitopotilaan ravitsemus turvataan nenämahalletkulla.	76	1	4,28	5	1,103
40. Saattohoitopotilaan toistuva oksentelu vaikuttaa lääkkeen antoreitin valintaan.	77	0	4,65	5	,855
41. Saattohoitopotilaan ripuloinnin syy tulee selvittää ulostetutkimusten avulla.	77	0	3,74	4 ^a	1,342
42. Saattohoitopotilaan laihtuminen johtuu osaksi elimistön kyvyttömyydestä käyttää ravintoa hyväksi.	77	0	4,32	5	,952

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

TAULUKKO 12. Limakalvoja ja ihoa koskevien väittämien tunnusluvut

Numero ja kysymys	N		Mean	Mode	Std. Deviation
	Valid	Missing			
44. Ruokaöljy on hyvä saattohoitopotilaan suunkostutusaine.	77	0	3,51	5	1,595
45. Saattohoitopotilaan turvotuksen hoito laiminlyödään usein.	77	0	2,58	1	1,417

TAULUKKO 15. Lääkehoidon osaamisen tunnusluvut

Numero ja kysymys	N		Mean	Mode	Std. Deviation
	Valid	Missing			
70. Saattohoitopotilaalle on määrätty kuumetta alentamaan parasetamol p.o. Osaatko antaa lääkkeen potilaalle?	67	10	4,70	5	,493
71. Saattohoitopotilaan kouristeluun on määrätty Stesolidia p.r. Osaatko antaa lääkkeen potilaan peräsuoleen.	67	10	4,55	5	,634
72. Saattohoitopotilaalle on asennettu subcutis-neula Oxynorm -lääkkeen annostelemiseksi. Osaatko antaa lääkkeen potilaalle ihonalaiskudokseen?	67	10	3,09	4	1,495
73. Saattohoitopotilaalle on määrätty Primperan pahoinvointilääkettä i.m. Osaatko antaa lääkkeen potilaalle lihakseen?	67	10	2,81	1	1,490
74. Saattohoitopotilaalle on määrätty kivunhoitoon morfiinia i.v. Osaatko antaa lääkkeen potilaalle suonensisäisesti?	66	11	1,71	1	1,274
75. Saattohoitopotilaalle aloitetaan kivunhoitoon Durogesic t.d. Osaatko laittaa lääkelastarin potilaalle?	67	10	4,70	5	,628

TAULUKKO 18. Omaisten tukemista koskevien väittämien tunnusluvut

Numero ja kysymys	N		Mean	Mode	Std. Deviation
	Valid	Missing			
85. Omaisia kuullaan potilaan saattohoitopäätöstä tehtäessä.	77	0	4,53	5	,620
86. Omaiset saavat olla saattohoitopotilaan luona kuoleman lähestyessä ympäri vuorokauden.	77	0	4,95	5	,223
87. Omaiset saavat hyvästellä vainajan omien tapojensa ja perinteidensä mukaan.	77	0	4,95	5	,223
88. Hoitajan tulee varata tarvittaessa keskusteluaikaa omaisille saattohoitopotilaan kuoleman jälkeen.	77	0	4,77	5	,724
89. Omaisten surua ja ahdistusta voidaan tukea järjestämällä heille rauhallinen hetki vainajan hyvästelyyn.	77	0	4,99	5	,114
90. Lähestyvän kuoleman merkeistä on hyvä kertoa omaisille etukäteen.	77	0	4,78	5	,476
91. Hoitohenkilöstön läsnäolo korvaa tarvittaessa yksinäisen saattohoitopotilaan omaisen.	77	0	4,64	5	,687
92. Omaisille kerrotaan miksi potilaan ravinnonsaamisella ei ole merkitystä hänen kuolemansa lähestyessä.	77	0	4,70	5	,630
93. Saattohoitopotilaan puoliset potevat syyllisyyttä oman elämänsä jatkumisesta.	77	0	3,53	4	1,447
94. Omaiset voivat osallistua vainajan pukeamiseen.	76	1	4,83	5	,700
95. Hoitohenkilöstö sopii etukäteen kuka kertoo potilaan kuolemasta omaisille, elleivät he ole kuolinhetkellä paikalla.	77	0	4,22	5	1,221

TAULUKKO 14. Vastaukset avoimeen kysymykseen 67. Luettele kolme menetelmää, joiden avulla ennaltaehkäistään painehaavojen kehittyminen saattohoitopotilaalle

Avoin kysymys 67		
vastanneet	menetelmä	kpl
1,2,3,4,5,6,7,8,9,11,12,14,15,16,17,67,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64, 65,66,68,69,70,71,74,75,76,77,	asentohoito	71
1,2,3,4,6,7,8,11,14,18,21,22,23,24,31,32,35,38,41,45,46,47,48,49,52,53,54,57,61,64,66,70,71,77,	ihonhoito	34
1,2,11,14,16,17,23,28,29,32,41,45,47,49,56,58,59,62,66,67,68,69,	ravitsemus	22
1,3,14,32,58,64,69,	nesteensaanti	7
4,7,8,9,11,12,15,18,27,29,30,37,38,40,42,43,46,50,51,52,55,58,60,65,67,75,	patja, decubitus-patjat	26
6,15,17,22,25,27,31,37,39,46,48,54,55,58,61,62,63,68,71,	kuivitus, hygienia,	19
9,27,33,37,58,65,67,76,77,	eri tyynyt ja kohotukset	9
12	hankauksen esto	1
13	en osaa sanoa	1
16	perushoito	1
16,28,	apuvälineet	2
19	kevennykset	1
20,63,70,	ilmavat vaatteet	3
21	verensokerin seuranta	1
22,54,	sileät vaatteet, lakanat	2
25	eril. sidokset ja hoitolevyt	1
30,42,43,50,	ihomuutosten tarkkailu	4
32	paineen poistaminen	1
33	ei suuria lämmönvaihteluita	1
50	kirjaaminen	1
51	liike	1
57	vaatetus	1
58	lämpö	1
75	tarkkailu	1
10, 72, 73	eivät vastanneet kysymykseen	3

TAULUKKO 17. Vastaukset avoimeen kysymykseen 68. Luettele lähestyvän kuoleman merkkejä

Avoim kysymys 68	Vastanneita 70, ei vastanneita 7	
vastaaaja no	kuoleman merkki	kpl
1,7,11,12,16,22,25,28,29,31,34,38,43,48,50,51,55,63,69,	hengitys pinnalliseksi	19
7,32,70,	raskas hengitys	3
1,2,3,6,8,9,11,12,15,16,22,23,25,27,28,29, 30,31,32,34,37,38,40,42,43,45,55,56,60,61,63,65,68,70, 74,77,	hengityskatkokset	35
1,2,6,11,28,38,50,51,61,	korina, kuolinrohina	7
1,7,11,12,13,14,17,18,26,28,30,32,34,38,39,42,46,58,62, 65,66,67,68,77,	ihonväri muuttuu	24
1,2,11,12,27,28,37,38,41,43,44,45,50,62,70,76,77,	ääreisverenkierto heikkenee	17
1,4,8,11,12,22,38,43,45,51,55,57,61,63,77,	nieleminen vaikeutuu	15
1,4,6,8,11,12,16,17,22,23,25,27,33,37,39, 47,48,55,61,62,63,68,70,77,	tajunnantaso laskee	22
1,4,58,	lasittunut katse	3
1,11,38,46,	sekavuus, harhaisuus	4
1,4,6,8,11,12,22,25,28,29,31,45,51,55,56,63,77,	lämpöily, kuumepiikit	17
1,2,3,6,7,8,9,11,15,16,17,20,23,27,28,32,33,35,37,40,41, 45,48,50,51,52,53,60,61,63,69,70,72,74,76,	lautumat	35
4,17,45,47,66,67,76,	epäsäännöllinen hengitys	7
4,16,32,45,47,57,	kasvonpiirteiden, muuttuminen terävöityminen	6
4,7,11,30,39,43,46,51,58,64,68,71,	väsytys	11
4,6, 30,	liikkuminen vähenee	4
1,4,6,8,9,11,12,22,25,31,43,46,55,63,77,	limaisuus	14
4,13,35,	turvotukset	3
4,8,12,22,25,29,63,	levottomuus	7
5,6,12,13,14,18,29,33,34,36,45,46,57,58,61,64,68,71,74,	syönti vähenee, ei juo, ravinn. kieltäytyminen	19
5	ei ota lääkkeitä	1
6,18,67,	seesteisyys, hiljaisuus, levollisuus	4
6,7	viimehetken virkeys	1
7	suolentoiminta	1
7	tuskaisuus	1
8	pulssi hidastuu	1
8	huulten sinerrys	1
8,38,	nykiminen, kouristukset	2
9,34,50,	kipu, kivuliaisuus	3
11	voimattomuus	1
11	harhaileva katse	1
13	ei syö kahteen viikkoon	1
14,16,24,29,48,52,	kalman tuoksu, haju	6

vastaaja no	kuoleman merkki	kpl
17,45,	laihtuminen	2
17,51,62,	suunpielet, silmät	3
18,39,54,57,58,	yleistilan lasku	4
18,24,41,	hengitys rauhoittuu, hidastuu	3
18,39,	sh-potilaan oma tietoisuus kuolemasta	2
20,40,41,45,50,	kolmio kasvoilla	5
23,50,67,	verenpaineen lasku tai muutos	3
26	lämpö laskee	1
28	outoja kokemuksia	1
28	sikiöasento	1
28	käsillä haromista ylös	1
28,50,58,	ääntelyä	3
32,58,	silmien sameneminen	2
34,52,57,69,	reagoimattomuus	4
34	muutokset voinnissa	1
35,52,72,	hengityksen muutokset	3
35	kasvoista ja olemuksesta näkee	1
36	kommunikoiduttomuus	1
36,60,	ylös katsominen	2
39	lääkkeiden tehottomuus	1
40	katse kirkastuu	1
42,64,72,74,	tajuttomuus, syvä uni	4
45	virtsaneritys vähenee	1
48	vahamainen iho	1
51	hikoilu	1
53	katse	1
53	iho	1
54	paraneminen ei edisty	1
54,67,	muutokset käyttäytymisessä	2
54	pelko	1
54	eristäytyminen	1
54	masennus	1
65	kasvot ilmeettömät	1
65	lihakset rentoutuu	1
65	vaahtoa suusta	1
67	hokemat	1
10,19,21,49,59,73,75,	ei vastausta	7

CRONBACHIN ALFAT

Itsemääräämisoikeus ja saattohoitopäätös, summamuuttujan Cronbachin alfa

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,633	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
6.Saattohoitopotilaalla on oikeus määrätä mihin kelloaikaan hän nauttii aamiaisen.	36,43	13,206	,258	,618
7.Saattohoitopotilaan on noustava joka päivä vuoteesta ylös omaisten vaatimuksesta, vaikka ei itse halua.	36,46	13,548	,140	,639
8.Saattohoitopäätökseen voidaan sisällyttää hoidon rajaus "ei tarpeettomia sairaalasiirtoja".	36,42	10,838	,630	,529
9.Omaisiet osallistuvat saattohoitopäätöksen tekemiseen, ellei potilas kykene itse ilmaisemaan omaa tahtoaan.	36,46	14,167	,044	,652
10.Potilasasiakirjoihin kirjataan saattohoitopotilaan toiveet, jotka liittyvät hänen elämänsä loppuvaiheen hoitoon.	36,44	12,504	,282	,612
11.Saattohoitopotilaalta otetaan laboratoriotestejä, jos omaiset niin vaativat.	37,38	11,167	,234	,646
12.Saattohoitopotilaan siirto palvelukodista sairaalaan on ylimääräinen rasite potilaalle.	36,53	11,746	,355	,594
13.Saattohoitopotilas saa kieltäytyä lääkähoidosta.	36,42	11,768	,522	,564
15.Omaisiet saavat muuttaa potilaan tekemää hoitoa, kun potilas ei kykene enää ilmaisemaan itseään.	36,69	10,553	,442	,568

Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kärsimyksen ilmeneminen, summamuuttujan Cronbachin alfa

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,673	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
23. Saattohoitopotilaan kärsimys ilmenee fyysisinä oireina.	8,61	3,042	,510	,575
24. Saattohoitopotilaan kärsimys ilmenee psyykkisinä oireina.	8,61	2,829	,690	,411
25. Saattohoitopotilaan kärsimys voi olla sosiaalista.	9,11	1,909	,410	,832

Lääkehoidon osaaminen, summamuuttujan Cronbachin alfa

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,736	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
70. Saattohoitopotilaalle on määrätty kuumetta alentamaan parasetamol p.o. Osaatko antaa lääkkeen potilaalle?	16,91	15,930	,539	,714
71. Saattohoitopotilaan kouristeluun on määrätty Stesolidia p.r. Osaatko antaa lääkkeen potilaan peräsuoleen.	17,06	15,596	,458	,715
72. Saattohoitopotilaalle on asennettu subcutis-neula Oxynorm -lääkkeen anostelemiseksi. Osaatko antaa lääkkeen potilaalle ihonalaiskudokseen?	18,48	10,100	,637	,647
73. Saattohoitopotilaalle on määrätty Primperan pahoinvointilääkettä i.m. Osaatko antaa lääkkeen potilaalle lihakseen?	18,77	9,778	,681	,627
74. Saattohoitopotilaalle on määrätty kivunhoitoon morfiinia i.v. Osaatko antaa lääkkeen potilaalle suonensisäisesti?	19,89	12,466	,468	,703
75. Saattohoitopotilaalle aloitetaan kivunhoitoon Durogesic t.d. Osaatko laittaa lääkelaastarin potilaalle?	16,91	16,422	,290	,742