

Tanja Arnkil, Sari Kuronen

Syöpäsairaahan potilaan saattohoito läheisten näkökulmasta

Katsaus kirjallisuuteen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

27.1.2017

Tekijä(t) Otsikko	Tanja Arnkil, Sari Kuronen Syöpäsairaalan potilaan saattohoito läheisten näkökulmasta
Sivumäärä Aika	33 sivua + 4 liitettä 27.1.2017
Tutkinto	Sairaanhoitaja
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja (AMK)
Ohjaaja(t)	TtT, yliopettaja Reetta Saarnio
<p>Syöpäpotilaat ovat suurin yksittäinen potilasryhmä saattohoidossa. Noin 50 000 ihmistä kuolee vuosittain Suomessa. Syöpään kuolee näistä noin 12 000 ihmistä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata miten henkilökunta voi tukea läheistä syöpäsairaalan saattohoitoprosessin aikana. Työn tavoitteena on, että työtä hyödynnetään saattohoidon koulutuksessa, jolloin läheisten tuki saattohoidon prosessissa paranee. Työ toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Aineisto koostui kansainvälisistä tieteellisistä tutkimuksesta (n = 8), jotka analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin menetelmin.</p> <p>Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että kokemattoman ja vain vähän saattohoidossa työskennelleen henkilökunnan koulutusta on lisättävä saattohoidon parantamiseksi läheisten näkökulmasta. Kokeneiden hoitajien ammattitaitoa saattohoitoprosessissa on hyödynnettävä ja työn ohjausta on tarjottava henkilökunnalle omien voimavarojen lisäämiseksi saattohoitotyön kuormittavuuden vuoksi. Hoitotyön laatu vaihtelee riippuen henkilökunnan tiedoista, kokemuksista ja henkilökohtaisista uskomuksista. Henkilökunnalla on suuri rooli läheisen surussa tukemisessa. Läheisten yksilöllinen tapa käsitellä surua on huomioitava, ja on tärkeää, että henkilökunnalla on aikaa ja kykyä auttaa läheisiä surun keskellä. Vertaistuki on tärkeää kuoleman jälkeisessä suruprosessissa, ja tukiverkosto on otettava huomioon saattohoitoprosessissa. Vuorovaikutuksellinen keskustelu tukee läheisten selviytymistä läheisen kuoleman jälkeen. Surua ja luopumista on käsiteltävä avoimissa rehellisissä keskusteluissa. Saattohoitoprosessi ei lopu kuoleman tapahduttua. Läheisiä tulee tukea myös kuoleman jälkeen. Tulostemme mukaan läheisistä voi pitää huolta ottamalla heihin yhteyttä useasti kuoleman jälkeen. Fyysiseen hoitoympäristöön ja kivun hoitoon on kiinnitettävä enemmän huomiota saattohoitoprosessissa.</p> <p>Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että syöpäsairaalan läheisiä hoidetaan hyvin saattohoitoprosessin aikana, mutta kuoleman jälkeinen tuki on jäänyt liian vähälle. Organisaatiossa ei ole riittävästi resursseja kuolemanjälkeiseen tukemiseen. Näitä resursseja tulisi lisätä, että saattohoidon laatu paranee. Opinnäytetyömme osoittaa, että tarvitaan lisää tutkimuksia saattohoidon laadun parantamiseksi, sekä lisää koulutusta henkilökunnalle siitä, kuinka läheisiä voidaan tukea saattohoidon prosessin aikana ja sen jälkeen. On selvítettävä, onko olemassa olevista ohjeista apua, ja miten ohjeita voisi kehittää.</p>	
Avainsanat	Saattohoito, palliatiivinen hoito, läheinen, kuolema, suru, henkilökunta, syöpäpotilas, tukeminen

Author(s) Title	Tanja Arnkil, Sari Kuronen Cancer patient palliative care from family's point of view
Number of Pages Date	33 pages + 4 appendice 27 January 2017
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Degree Programme in Nursing
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Reetta Saarnio, PhD, Principal Lecturer
<p>Cancer patients are the largest group of patients on hospice. Approximately 50 000 people die each year in Finland. From these proximately 12 000 people dies from cancer. The aim was that this study could be utilised in education on palliative care, which will improve the support for loved ones in the palliative care process. The study was carried out as a literature review. The data consisted of international scientific articles (n = 8), which were analysed using the methods of inductive content analysis.</p> <p>The results of this thesis suggested that there is need for increasing training of inexperienced staff with little work experience in palliative care in order to enhance palliative care from the viewpoint of loved ones. Professional competence of experienced nurses in the palliative care process must be utilised and staff must be provided with guidance at work to increase their resources, due to the stressful nature of nursing in palliative care. The quality of nursing varies depending on the knowledge, experience and personal beliefs of staff. The staff play a major role in supporting loved ones to cope with their grief. The individual way the loved ones deal with their grief must be taken into account, and it is important that staff have time and ability to help the loved ones in dealing with their grief. Peer support plays an important role in the process of grief after the death of a person, and, indeed, support networks must be taken into account in the palliative care process. Interactive discussion supports the coping of family members after the death of their loved one. Processing grief and loss in open and honest discussions is vital. The palliative care process does not end with the death of the patient. The patient's loved ones must also be supported after the death. According to our studies, frequently contacting the loved ones of the deceased patient is a way to take care of them after the death. More attention must be paid to the physical care environment and pain management in the palliative care process.</p> <p>The results of this thesis indicate that while the loved ones of patients in palliative care are taken care of well during the palliative care process, they do not receive enough support after the death of the patient. There are not enough resources at the organisational level for providing support after the death of the patient. There is need for more resources in order to improve the quality of palliative care. Our thesis indicates that more research is required for improving the quality of palliative care and there is need to increase training for staff regarding how they can support loved ones during and after the palliative care process. It must also be determined whether the available instructions are helpful and how they could be developed.</p>	

Keywords	End of life care, palliative care, closest relative, death, grief, personnel, cancer patient, supporting
----------	--

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Työikäisten yleisimmät syövät Suomessa	2
3	Syöpäpotilaan saattohoitoprosessi	3
3.1	Saattohoitoprosessi	3
3.1.1	Saattohoitopäätös	4
3.1.2	Saattohoitosuosituksia	5
3.1.3	Hoitotahto	6
3.1.4	Kotisaattohoito	6
3.1.5	Saattohoitokoti	7
3.1.6	Osastosaattohoito	8
4	Suru sekä henkilökunnan tuki läheisille	8
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	9
6	Opinnäytetyön toteuttaminen	10
6.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	10
6.2	Aineistonkeruu	10
6.3	Aineiston analyysi	12
7	Tulokset	15
7.1	Henkilökunnan pyrkimys tukea läheisiä kokonaisvaltaisesti saattohoidon aikana	17
7.1.1	Pyrkimys hoitotyön toiminnoissa tukemiseen	18
7.1.2	Pyrkimys läheisen riittävän tiedon saannin tukemiseen	19
7.1.3	Pyrkimys läheisen emotionaaliseen tukemiseen	19
7.1.4	Pyrkimys henkilökunnan osaamisen tukemiseen	20
7.1.5	Pyrkimys läheisen yksilöllisen tuen tarpeen huomioimiseen	21
7.2	Henkilökunnan pyrkimys tukea läheisiä kokonaisvaltaisesti kuoleman jälkeen	22
7.2.1	Pyrkimys hoitotyön toiminnoissa tukemiseen	22
7.2.2	Pyrkimys läheisen vuorovaikutukselliseen tukemiseen	23
7.2.3	Pyrkimys läheisen emotionaaliseen tukemiseen	24
7.2.4	Henkilökunnan osaamisen tukeminen	24
7.2.5	Pyrkimys läheisen psyykkiseen tukemiseen	25

8	Pohdinta	26
8.1	Tulosten tarkastelu	26
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	28
8.3	Opinnäytetyö oppimisprosessina	30
8.4	Päätelmät ja suositukset saattohoitotyön kehittämiseksi sekä jatkotutkimukset	30
	Lähteet	33

Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tieteelliset tutkimukset

Liitteet

Liite 1. Tiedonhakutaulukko

Liite 2. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tieteelliset tutkimukset

Liite 3. Aineiston analyysiprosessi saattohoidon aikana

Liite 4. Aineiston analyysiprosessi kuoleman jälkeen

1 Johdanto

Syöpäpotilaat ovat suurin yksittäinen potilasryhmä saattohoidossa. Noin 50 000 ihmistä kuolee vuosittain Suomessa. Syöpään kuolee näistä noin 12 000 ihmistä (Hänninen 2015: 256.) Ihmisellä on oikeus saada hyvää ja laadukasta saattohoitoa, ja kuolla arvokkaasti tahtomassaan paikassa ilman kipua. Henkilökunta kokee usein, että eivät pysty tekemään tarpeeksi lieventääkseen omaisten ja läheisten kärsimystä (Saarto - Hänninen - Antikainen - Vainio 2015: 256.) Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata miten henkilökunta voi tukea läheistä syöpäsairaana saattohoitoprosessin aikana. Toteutimme työmme kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jossa aineisto analysoidaan käyttäen sisällön analyysiä. Työssämme käsittelemme sitä, että miten henkilökunta pystyy tukemaan syöpään sairastuneen läheisiä saattohoidon prosessissa. Käsittelemme sekä saattohoidon aikana, että sen jälkeen tapahtuvaa läheisten tukemista. Koemme opinnäytetyömme aiheen tärkeäksi. Mielestämme aihetta ei käsitellä sairaanhoidon opinnoissa riittävästi, terveydenhuoltolaki (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 §8) määrittelee, että jokaisella on oikeus hyvään, näyttöön perustuvaan hoitoon. Läheiset tarvitsevat paljon tukea saattohoidon prosessin aikana, tämä näkökanta jää monissa tutkimuksissa vähäiselle huomiolle, erityisesti potilaan kuoleman jälkeen. Aiheeseen perehdyttyämme huomasimme, ettei aiheesta ole saatavilla paljoa suomenkielisiä tutkimustuloksia ja suomenkielisiä tieteellisiä tutkimuksia. Tutustuessamme aihetta käsittelevään materiaaliin huomasimme, ettei henkilökunnalle ole helposti saatavaa ja käsiteltävää materiaalia saattohoitoprosessin tueksi. Aihe kiinnostaa meitä koska olemme työssämme kohdanneet saattohoitovaiheessa olevia potilaita ja heidän läheisiään. Huomasimme tässä yhteydessä, että henkilökunta teki työtä usein intuition pohjalta, ja läheiset jäivät vähälle huomiolle saattohoidon prosessissa.

Palliatiivisen ja saattohoidon edistämiseksi nykytilanteessa ja tulevaisuudessa ovat henkilöstön osaamisen lisääminen henkilöstön koulutuksen avulla, ja henkilöstön mahdollisuus osallistua näihin. Lääkäriltä ja sairaanhoitajilta katsottiin puuttuvan pätevyys saattohoidon toteuttamiseen. Katsottiin että hoidon laadun kehittämisen kannalta olennaista on koulutuksen jatkuvuus (Erjanti - Anttonen - Grönlund - Kiuru 2014: 41.)

Henkilökunnalla tarkoitamme sairaanhoitajia, lähihoitajia ja lääkäreitä. Läheisellä tarkoitamme saattohoitoprosessiin osallistuvia ihmisiä, jotka tukevat syöpään sairastunutta ja saattohoitopäätöksen saanutta potilasta. Saattohoitoprosessilla tarkoitamme ajanjaksoa

siitä, kun lääkäri tekee saattohoitopäätöksen, siihen asti, kun läheinen kokee pärjäävänsä ilman tukea kuoleman jälkeen. Useiden tutkimusten mukaan saattohoitoon osallistuvien potilaan läheisiä ei tueta riittävästi saattohoidon prosessissa, eikä erityisesti sen jälkeen (Lundberg – Olsson - Fürst 2013.) Työmme tavoitteena on tuottaa syöpäpotilaan saattohoidossa toimivalle henkilökunnalle tietoa, minkä avulla voidaan parantaa saattohoidon laatua läheisten suhteen.

Työssämme avaamme käsitteet palliatiivinen hoito, ja mitä on saattohoito. Koska käyimme kansainvälisiä tieteellisiä tutkimuksia, sisällytimme teorian tietoon WHO:n määritelmän saattohoidosta, sekä Suomen Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen saattohoidosta. Teoriatietomme sisältää käypähoitosuosituksen saattohoidon osalta, sekä kerromme mitä tarkoittaa kotisaattohoito ja mitä osastosaattohoito. Käsittelemme surua, mitä se on, miten se ilmenee, ja miten läheisiä voidaan tukea suruprosessissa. Lisäksi tuomme esille myös jonkin verran aikaisempaa tutkimusta työikäisen syöpäpotilaan saattohoidosta ja kerromme työikäisten yleisimmistä syövästä, niiden yleisyydestä ja kuolleisuudesta. Rajasimme työmme koskemaan työikäisiä 19 - 65, koska koemme, että tälle ikäluokalle olisi työstämme suurin hyöty.

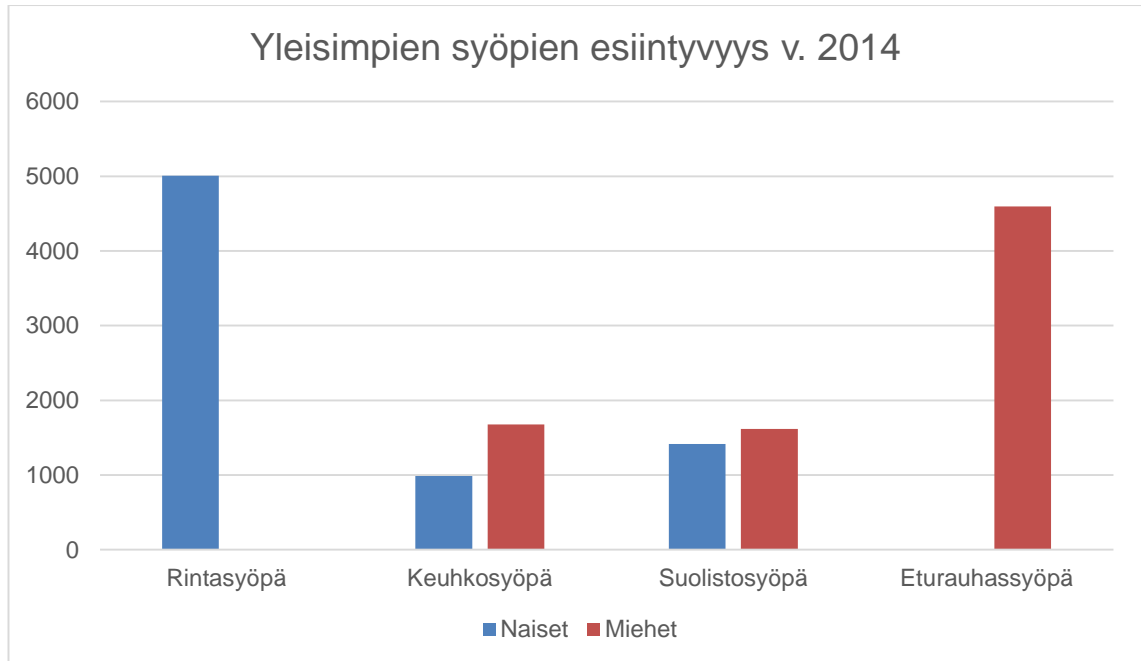
Tuotimme tieteellisistä tutkimuksista suomenkielistä, helposti hoitotyössä hyödynnettävää materiaalia sekä sairaalassa, että kodissa tapahtuvaa saattohoitoa varten. Kirjallisuuskatsauksessa etsimme vastauksia siihen, millä menetelmillä henkilökunta voi toteuttaa parempaa saattohoitoa läheisten näkökulmasta. Työn tavoitteena on, että työtä hyödynnetään saattohoidon koulutuksessa, jolloin läheisten tuki saattohoidon prosessissa paranee.

2 Työikäisten yleisimmät syövät Suomessa

Syöpäpotilaat ovat suurin yksittäinen potilasryhmä saattohoidossa. Noin 50 000 ihmistä kuolee vuosittain Suomessa. Näistä syöpään kuolee 12 000 ihmistä. Eniten saattohoitoa ovatkin saaneet syöpäpotilaat, mutta myös muut ryhmät tarvitsevat saattohoitoa. (Hänninen 2015: 256.)

Yleisin syöpä naisilla on rintasyöpä, johon vuonna 2014 sairastui 5008 naista. Muut naisten yleisimmät syövät ovat suolistosyöpä, johon vuonna 2014 sairastui 1417 naista ja keuhko- ja henkitorven syöpä, johon vuonna 2014 sairastui 937 naista. Miesten yleisin syöpä on eturauhassyöpä. Vuonna 2014 eturauhassyöpään sairastui 4596 miestä. Muut

miesten yleisimmät syövät ovat keuhko- ja henkitorven syöpä, johon vuonna 2014 sairastui 1679 miestä. Paksu- ja peräsuolisyöpään sairastui 1634 miestä (Suomen Syöpärekisteri, Syöpäjärjestöt.) Taulukossa 1. kuvataan naisten ja miesten yleisimpien syöpien esiintyvyys Suomessa vuonna 2014.



Taulukko 1. Naisten ja miesten yleisimmät syövät Suomessa

3 Syöpäpotilaan saattohoitoprosessi

3.1 Saattohoitoprosessi

Käypä hoitosuosituksen (2012) mukaan palliatiivinen hoito määritellään seuraavasti:

”Palliatiivinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa siinä vaiheessa, kun parantavan hoidon mahdollisuuksia ei enää ole. Parantumattomasti sairas saattaa tarvita pitkäaikaista, jopa vuosia kestävää oireita lievittävää hoitoa. Palliatiivisen hoidon päämääränä on kuolevan ja hänen läheistensä mahdollisimman hyvä elämänlaatu muistaen, että kuolema on elämään kuuluva tapahtuma.”

Käypä hoitosuosituksen (2012) mukaan saattohoito ajoittuu kuoleman lähelle viikkojen, tai enintään kuukausien ajalla.

”Saattohoidolla tarkoitetaan kaikkea sellaista hoitoa joka tähtää potilaan hyvinvoinnin turvallisuuden ja aktiivisuuden lisäämiseen. Siihen liittyy lisäksi hoidon jatkuvuus, eli vastuun potilaan hoidosta ottaa jokin tietty taho (saattohoitokoti, kotisairaanhoido, oma lääkäri jne.) ja sama työryhmä jatkaa hoitoa loppuun saakka” (Hänninen 2015: 7.) ”Saattohoidolla tarkoitetaan vaikeasti sairaan ihmisen hoitoa sellaisessa tilanteessa, jossa parantuvasta hoidosta on luovuttu ja taudin etenemiseenkään ei enää kyetä vaikuttamaan” (Hänninen 2015: 5).

Lähtökohtana saattohoidolle on potilaan etenevä sairaus, jonka hoidosta potilas on kieltäytynyt tai johon parantavaa hoitoa ei ole ja odotettu elinaika arvioidaan lyhyeksi (Saattohoito 2008; Surakka - Mattila – Åstredt - Kurki – Kylmä - Kaunonen 2015: 18 - 19). Saattohoidossa pyritään lievittämään potilaan oireita: kipua (elinvauriokipu, hermokipu, luustokipu, läpilyöntikipu, muu kipu), hengenahdistusta, pahoinvointia, ummetusta, ripulia, masennusta, ahdistuneisuutta, sekavuutta, unettomuutta, uneliaisuutta, yskää, väsymystä, laihtumista, nesteiden kertymistä. Lisäksi huolehditaan sosiaalisesta, hengellisestä ja psykologisesta tuesta (Hänninen 2015:5, Käypä hoito 2012.)

Lähestyvän kuoleman oireet ovat kehon lämpötilan nousu, pinnallinen hengitys ja hengityskatkokset, limaisuus, levottomuus, ympäristön tietoisuuden väheneminen ja nielemisen heikkeneminen (Valvira 2008.)

3.1.1 Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätöstä ei sidota tiettyihin sairauksiin tai diagnooseihin (Hänninen - Pajunen 2006: 103). Saattohoidossa pyritään tukemaan yksilöllisesti kuolevaa potilasta ja hänen läheisiään (Valvira 2008). Kun sairaus on edennyt vaiheeseen missä ei ole enää parnemismahdollisuutta, erikoissairaanhoidon lääkäri tekee päätöksen saattohoitoon siirtymisestä. Tästä keskustellaan yleensä useita kertoja läheisten ja potilaan kanssa (Hänninen 2015: 11.) On tärkeää, että potilasta hoidetaan mahdollisimman hyvin tekemättä turhia toimenpiteitä (Korhonen - Poukka 2013). Saattohoidon päätös pitää sisällään DNR (do not resuscitate) päätöksen, mikä tarkoittaa, ettei potilasta painelu puhallus elvytetä tai tehdä sydämen sähköistä rytminsiirtoa. DNR-päätöstä tehdessä punnitaan, että kummasta on enemmän hyötyä potilaalle, elvytyksestä, vai elvyttämättä jättämisestä. Päätös

perustuu siihen, että potilaan vakavien sairauksien vuoksi tila ei palaudu ennalleen elvyttämisen jälkeen. Lääkäri tekee päätöksen perustuen siihen, mitä hän tietää potilaan sairaudesta, sen ennusteesta, sekä elimistön toimimismahdollisuuksista. Päätöksestä tehdään merkintä potilas-asiakirjoihin. DNR-päätös voidaan purkaa tarvittaessa. DNR päätöksessä ei ole kyse muusta potilaan hoitoon liittyvistä asioista, vaan muut hoitolinjaukset tehdään aina erikseen (Valvira 2008.) Saattohoidon päätöksissä potilaan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista Finlex 785/1992).

3.1.2 Saattohoitosuosituksia

Sosiaali- ja terveysministeriön (jatkossa STM) saattohoitosuosituksen mukaan hyvän saattohoidon toteutumisen edellytykset ovat potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, potilas voi myös antaa luvan, että hänen läheisensä saa osallistua hoitolinjausten tekemiseen. Potilaalle tehdään hoitosuunnitelma, johon hoitopäätökset kirjataan. Lääkäri on vastuussa hoitopäätösten tekemisestä. Potilaan hoidosta vastaavat henkilöt nimitään. Hoitoa tulee arvioida säännöllisesti, ja hoidon jatkuvuus on taattava. Hoito-päätökset tehdään aina näyttöön perustuvan tiedon, potilaan oman ja hänen läheisten toiveisiin perustuen. Potilaan niin halutessa, voi hoitoon osallistua myös vapaaehtoiset työntekijät. Hoito tapahtuu aina moniammatillisessa työryhmässä. Heille on järjestettävä saattohoitoon liittyvää koulutusta (STM 2010: 30 – 31.)

STM saattohoitosuosituksessa käsitellään kärsimystä aiheuttavien oireiden hoitoa. Potilaan hoidossa on otettava huomioon psykososiaaliset oireet, henkiset oireet, hengelliset tarpeet ja toiveet, eksistentiaaliset ja kulttuurilliset tarpeet ja toiveet, lähestyvän kuoleman merkit, sekä läheisten tukeminen, kun potilas on kuollut. STM saattohoitosuositukset sitouttavat henkilökunnan noudattamaan käypä hoito -suosituksia. Potilaan tulee voida itse vaikuttaa saattohoitopaikkaan. Erilaisten sairaaloiden vuodeosastojen, palvelutalojen, vanhainkotien ja asumisyksikköjen lisäksi saattohoitoa voidaan toteuttaa potilaan kotona tai saattohoitokodeissa. Saattohoidossa olevalle on taattava hyvä hoito ja saattohoitopalvelut sinne missä hän asuu ja elää. On taattava, että läheiset saavat olla mukana saattohoidon prosessissa, jos potilas näin toivoo. Hyvän saattohoidon toteutumisen edellytys on se, että käydään keskustelua potilaan ja läheisen kanssa siitä, mikä merkitys sillä on, kun kuolema lähestyy. (STM 2010: 30 – 31.)

WHO (World Health Organization) palliativiset suositukset annettiin vuonna 2002 ja ne allekirjoitti 45 Euroopan maata (Länsimies-Antikainen - Tyynelä-Korhonen - Penttinen 2014: 2). Näissä kivun ja oireiden mukainen hoito korostuu. Potilaan kuolemaa pidetään normaalina prosessina, jossa kuolemaa ei tule pitkittää. Hoitoa on tarjottava potilaan valitsemassa ympäristössä (World Health Organization 2004: 14).

3.1.3 Hoitotahto

Tekemällä hoitotahdon kuoleva potilas voi vaikuttaa omiin hoitolinjauksiinsa (Käypä hoitosuositus 2012). Kirjallisesti laadittu hoitotahto auttaa tiedon välittymistä läheisille ja henkilökunnalle kuolevan potilaan tekemistä hoidon linjauksista. Hoitotahto voidaan tehdä valmiiseen lomakepohjaan, tai vapaamuotoisesti. Siihen voi kirjoittaa täsmällisiä toiveita omaa hoitoa koskien (Valvira 2008.) Hoitotahdossa voidaan tuoda myös esille se, kuka voi tehdä hoitopäätöksiä potilaan puolesta. Hoitotahto helpottaa lääkäreiden päätöstä, sekä vähentää läheisten henkistä kuormitusta. (Duodecim terveyskirjasto 2016.)

Hoitotahdon voi sisällyttää Kelan hallinnoimaan kansalliseen terveydenhuollon sairauskertomusarkistoon (Kansallinen terveysarkisto, Kanta). Kirjallinen hoitotahto on hyvä allekirjoittaa kahden todistajan läsnä ollessa. Hoitotahto on voimassa vain aikana, jolloin potilas on kykenemätön tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä, ja potilas voi aina purkaa sen halutessaan (Valvira 2008.) Käypä hoitosuosituksen verkkosivuilta löytyy malli hoitotahdosta (Käypä hoitosuositus 2007).

3.1.4 Kotisaattohoito

Ihmisellä on oikeus kuolla tahtomassaan paikassa. Potilaan oma toive, ja läheisten suostumus on perusedellytys saattohoidon toteutumiselle kotona. Edellytys on myös se, että saattohoitoa saavan oireenmukainen hoito on toteutettavissa kotona, sillä lisälääkitystä voi olla vaikea saada nopeasti, ja oireiden pahetessa potilas kokee helposti turvattomuuden tunnetta. Ennen kotisaattohoitoon siirtymistä on kartoitettava kodin fyysisten puitteiden soveltuminen saattohoidon toteuttamiseen. Kotisaattohoidon alussa potilaalle tehdään hoitosuunnitelma, jota muutetaan tarvittaessa. Hoidossa ennakoinnilla voi ehkäistä vakavien komplikaatioiden syntyä. Kotisaattohoito vaatii henkilökunnalta moniammatil-

lista osaamista (Saarto ym. 2015: 577-579.) Munck - Frilund - Mårtensson (2008) tutkimuksen mukaan läheisten voimien loppumista saattohoitoprosessissa voidaan ehkäistä kiinnittämällä huomiota potilaan oireiden mukaiseen hoitoon.

Henkilökunnan taito ennakoida ongelmia, ja kyky havainnoida läheisten ja potilaan tarpeita kokonaisvaltaisesti, on keskeinen osa kotisaattohoidon prosessia. Turvallisen kotisaattohoidon toteutuminen edellyttää myös hyvää tiedonkulkua kaikkien välillä. Myös kotona tapahtuvan saattohoidon tulee olla yksilöllistä, ja joustaa tarpeiden mukaisesti. On tärkeää, että myös kotona saatu saattohoito on turvallista ja sitä toteutetaan tehokkaasti. On varmistettava, että kuoleva potilas saa säilyttää ihmisarvon ja oman persoonansa elämän loppuun asti. Tämä toteutuu parhaiten niin, että saattohoito toteutetaan kotona, jolloin ollaan omien läheisten seurassa (Saarto 2015: 577 - 579.)

Kotisaattohoito on läheisille psyykkisesti ja fyysisesti raskasta ja aiheuttaa usein stressiä. Huonot kokemukset saattohoidosta voivat johtua läheisen huonosta kohtelusta, sekä siitä, että läheiset kokevat, etteivät tule kuulluksi, sekä siitä, että kivun hoitoon ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010: 12.)

Kotona on mahdollista toteuttaa totuttuja rutiineja, sekä siellä on helpompaa osallistua omaan hoitoonsa kuin esimerkiksi laitoksessa tapahtuvassa saattohoidossa. Kotona myös oman kulttuurin toteuttaminen on helpompaa. Tämä on tärkeää erityisesti maahanmuuttajien kohdalla, sillä joissain kulttuureissa perhekeskeisyys korostuu, ja läheiset ovat valmiita sitoutumaan läheisensä hoitoon. Kotona tapahtuvaa saattohoitoa johtaa lääkäri, ja se korvaa sairaalahoidon. Saattohoito on ympärivuorokautista myös kotona, ja läheisillä on oltava mahdollisuus tarvittaessa ottaa yhteyttä saattohoidossa toimiviin tahoihin kaikkina vuorokauden aikoina. Kotisaattohoidossa pitää potilaan voinnin huonontuessa olla mahdollisuus siirtyä sairaalasaattohoitoon (Saarto 2015: 577 - 579.)

3.1.5 Saattohoitokoti

Saattohoitokoti on välimaasto kotona olemiseen ja sairaalassa olemisen välillä. Saattohoitokodin henkilökunta on erikoistunut saattohoitoon. Saattohoitokodit ovat yleensä yksityisiä hoitokoteja, joista kunnat ostavat palveluja maksusitoumuksella ja potilaalle jää maksettavaksi saman suuruinen omavastuu osuus kuin sairaaloissa. Saattohoitokodeissa ei jouduteta kuolemaa, mutta sitä ei myöskään pitkitetä (Hänninen 2015: 12 - 13.) Suomessa syöpäjärjestöjen perustamia saattohoitokoteja on Hämeenlinnassa, Turussa,

Tampereella ja Helsingissä. Terhokoti on Helsingissä sijaitseva saattohoitokoti, mikä on tarkoitettu potilaille, joiden sairaus on edennyt elämän loppuvaiheeseen. Saattohoidon tavoitteena on taata potilaalle ja hänen läheisilleen mahdollisimman laadukas ja hyvä loppuelämä, sekä läheisten ja potilaan tukeminen surussa. Terhokodissa hoidossa pyritään tukemaan potilasta aktiiviseen elämään, lievittämään oireita, sekä antamaan potilaalle ja heidän läheisille psyykkistä ja henkistä tukea. Läheisiä tuetaan myös kuoleman jälkeen (Terhokoti.)

3.1.6 Osastosaattohoito

Muu kuin kotona tapahtuva saattohoito onnistuu parhaiten, kun se tapahtuu mahdollisimman lähellä kotia. Saattohoitoa voidaan toteuttaa kodin ja saattohoitokodin lisäksi terveyskeskusten vuodeosastoilla, kaupungin sairaaloissa ja erikoissairaanhoidossa. Terveyskeskusten vuodeosastoille voi olla järjestetty erillinen huone saattohoitoa varten (Saarto ym. 2015: 582.)

Syy osastosaattohoitoon siirtymiselle on muun muassa se, että potilas tai hänen läheinen kokee kotona tapahtuvan saattohoidon hankalaksi. Syitä voivat olla fyysisen kunnon heikkeneminen sekä oireiden lisääntyminen. Myös henkilökohtaisen hygienian toteuttaminen kotona voidaan kokea liian hankalaksi. Osastosaattohoidossa henkilökunnan jatkuva läsnäolo koetaan turvalliseksi, mikä mahdollistaa myös lääkemuutosten tekemisen helposti (Hänninen 2015: 10.)

4 Suru sekä henkilökunnan tuki läheisille

Suru ja luopuminen tapahtuvat usein jo ennen potilaan kuolemaa. Surutyössä läheisiltä vaaditaan paljon psyykkisiä voimavaroja. Läheiset ja potilaat hakevat usein sairauteen liittyvää tietoa internetistä ja kirjallisuudesta. Hoitoneuvotteluissa voidaan antaa läheisille oikeaa tutkittua tietoa sairaudesta, ja siihen liittyvistä asioista. Henkilökunnan tehtävä on myös lohduttaa surevia, sekä auttaa kuoleman jälkeisten asioiden järjestämisessä. Oikean tiedon saannin on koettu parantavan läheisten kykyä suhtautua kuolemaan. Oleellista tiedon antamisessa on, että omahoitajalla on aikaa keskustella läheisten ja potilaan kanssa ja että potilaat ymmärtävät puhumisen tärkeyden. Perheen oma tapa käsitellä

asioita on kuitenkin otettava huomioon keskustelutilanteita suunniteltaessa. Aikaisemmat surukokemukset ovat usein vaikuttava tekijä siihen, miten suru koetaan (Grönlund, Huhtanen 2011: 140 – 143.)

Suru voi komplisoitua. Tällöin puhutaan surusta, jota ei ole käsitelty ja haittaavat oireet sekä mielikuvat jatkuvat jopa vuosia läheisen kuoleman jälkeen. Aina komplisoituneeseen suruun ei kuitenkaan liity vakavan masennuksen kriteereitä (Huttunen 2009: 1769.) Kuoleman tapahduttua läheiset saattavat tuntea helpotusta siitä, ettei kuolleelle tarvitse enää olla tukena, sekä siitä, että kuolleen kivut ja kärsimykset ovat ohi. Suru saa aikaan erilaisia tunteita, kuten masentuneisuutta, ahdistusta, syyllisyyttä, pelkoa, vihaa, syvää kaipausta, sekä fyysisiä oireita, kuten päänsärkyä, uupumusta, väsymystä, ruokahaluttomuutta. On tärkeää, että sureva annetaan surra niin kauan, kuin se on hänelle tarpeen. Kuoleman jälkeen sosiaalinen tuki on tärkeää (Grönlund 2011: 144 – 145.) Kübler - Rossin (2006: 22) mukaan olennaisia menetyksen jälkeisiä surun eri vaiheita ovat: kieltäminen, viha, kaupankäynti, masennus ja hyväksyminen. Ihmiset käyvät näitä läpi yksilöllisesti, eikä järjestys ole välttämättä aina sama. On tärkeää, että henkilökunnalla on tietoa suruun liittyvistä asioista, sekä kykyä kuunnella ja auttaa läheisiä surun keskellä. Mitä paremmin henkilökunta tuntee potilaan läheisiä, sitä helpompaa on heidän tukeminen. Vertaistuki on tärkeää kuolemanjälkeisessä suruprosessissa (Grönlund 2011: 158 - 159.)

Hostlanderin ja McMillan (2011) tutkimuksessa kävi ilmi, että kolme kuukautta läheisen kuoleman jälkeen merkittävä osa kärsi masennuksen kaltaisista oireista, ja monimuotoisesta surusta. Tutkimus paljasti myös, että monimuotoinen suru ja masennus tulkittiin usein normaaliksi suruksi. Väärien tulkintojen ehkäisemiseksi tarvitaan enemmän tutkimuksia ja siihen tulee kiinnittää enemmän huomiota jatkossa. Syöpäsairaanhoitajilla on velvollisuus tarjota huolenpitoa ja tukea läheisille surun käsittelyyn. (Holtslander, McMillan 2011: 64.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, miten henkilökunta voi tukea työikäisen syöpäpotilaan läheisiä saattohoitoprosessissa.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten henkilökunta voi tukea syöpäpotilaan läheisiä saattohoidon aikana?

2. Miten henkilökunta voi tukea syöpäpotilaan läheisiä kuoleman jälkeen?

Tavoitteena on, että kirjallisuuskatsauksena tuotettua tietoa voidaan hyödyntää saattohoidon koulutuksessa, jolloin läheisten saama tuki saattohoidon prosessissa paranee.

6 Opinnäytetyön toteuttaminen

Työmme kostuu aiheeseen liittyvästä teoriapohjasta. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaus koostui kahdeksasta tieteellisestä tutkimuksesta, jotka käsittelivät syöpäpotilaan saattohoitoa läheisten näkökulmasta. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Toteutimme opinnäytetyön kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, jolla kootaan aikaisempaa tietoa aiheesta, kuvailua ja jäsentynyttä tarkastelua varten. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on luonteeltaan aineistolähtöistä ja ymmärtämiseen tähtäävää ilmiön kuvausta. Luotettavan tiedon tuottaminen vaatii sitä, että aineistoon perehdytään syvällisesti. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmällä haetaan vastaus esitettyyn tutkimuskysymykseen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen erityispiirteitä muihin kirjallisuuskatsauksiin verrattuna on, että vaiheet etenevät prosessin ajan osin päällekkäin tutkimuskysymyksestä tuotetun kuvailun tarkasteluun (Kangasniemi - Utriainen - Ahonen - Pietilä - Jääskeläinen - Liikanen 2013: 298 - 299.) Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan hoitotyössä hyödyntää klinisen tiedon koostamiseen (Kangasniemi ym. 2013: 292). Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat aiheeseen perehtyminen, tutkimuskysymysten muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen (Kangasniemi ym. 2013: 292).

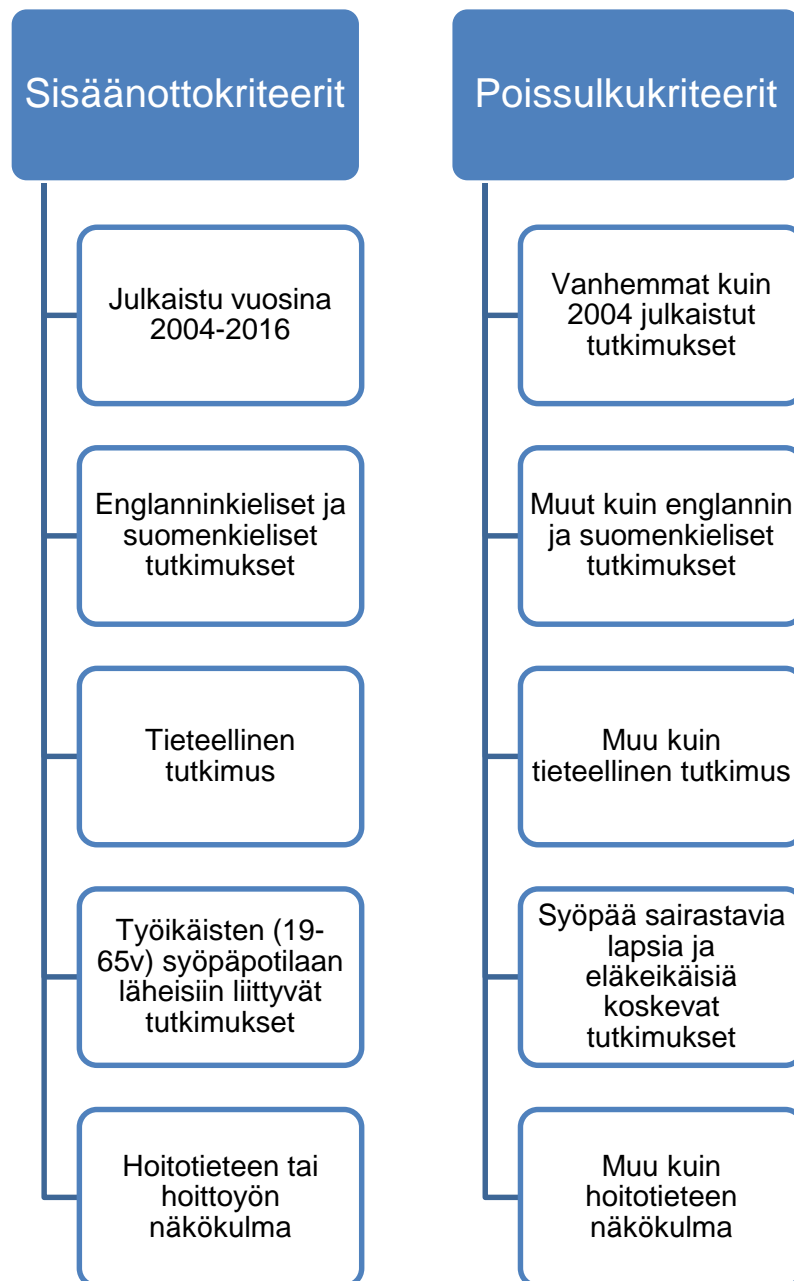
6.2 Aineistonkeruu

Osallistuimme ammattikorkeakoulun tarjoamaan tiedonhaun työpajaan, missä opimme etsimään opinnäytetyöhön tarvittavaa materiaalia. Toteutimme systemaattisen tiedonhaun, etsien tieteellisiä tutkimuksia syöpäpotilaan saattohoitoon liittyviä tieteellisiä tutki-

muksia läheisten näkökulmasta. Aineistohakuja tehtiin tietokannasta Medic, jossa hakusanoina olivat saattohoito AND syöpä, hakutuloksia tästä tuli seitsemän, sekä Cinahl jossa hakusanoina oli palliative and care and cancer. Hakutuloksia tästä tuli 171. Lisäksi teimme aineistohakuja tietokannasta Medline, Nursing database, jossa hakusanoina oli palliative care and cancer. Hakutuloksia tuli 804. Ikähaarukaksi rajasimme kaikkiin hakuihin 19 - 65-vuotiaat, koska koemme, että tälle ikäluokalle olisi työstämme suurin hyöty.

Luettuamme Cinahl-tietokannasta tieteellisten tutkimusten otsikot, tiivistelmän lukuun valikoitui 19 tieteellistä tutkimusta. Näistä tiivistelmän luettuamme työhömmä valikoitui kuusi englanninkielistä tieteellistä tutkimusta. Näistä viisi jää työmme materiaaliksi, koska yksi tieteellisistä tutkimuksista oli sama kuin valitsemamme suomenkielinen tieteellinen tutkimus. Medicissä hakusanat olivat saattohoito AND perhe, hakutuloksia tuli seitsemän. Luettuamme tieteellisten tutkimusten otsikot, valikoitui työhömmä kolme tieteellistä tutkimusta. Tiivistelmät ja koko tekstit luettuamme kaikki kolme tieteellistä tutkimusta valikoituivat työmme aineistoon. Haimme aineistoa myös manuaalisesti kirjastosta Hoitotiede- lehtien ja Tutkiva hoitotyölehtien vuosikertoja lukemalla, mutta näillä hauilla ei materiaaliksemme valikoitunut yhtään tieteellistä tutkimusta. Taulukossa 2 esittelemme sisäänotto- ja pois sulkukriteerit tieteellisten tutkimusten valintaprosessissa.

Aineistoksi valikoitui yksi suomenkielinen väitöskirja, yksi suomenkielinen tieteellinen artikkeli Lääkärilehdestä, yksi lääketieteellinen artikkeli Hoitotiede lehdestä, sekä viisi englanninkielistä aihetta käsittelevää tutkimusartikkelia. Teoriapohjaksi materiaaliksi olemme valinneet useita teoriapohjaa tukevia kirjoja. Opinnäytetyöhömmä valikoitunut aineisto on vuosien 2004 - 2016 aikaväliltä. Käsitelimme aineistoa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällön analyysillä. Käsitelimme sekä kotona, että sairaalassa tapahtuvaa saattohoitoa. Olemme koonneet tiedonhausta taulukon (Liite 1).



Taulukko 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit tieteellisten tutkimusten valintaprosessissa

6.3 Aineiston analyysi

Aloitimme analyysin lukemalla tutkimukset. Liitteestä 2 näkee opinnäytetyöhömmme valikoimamme tutkimukset. Analysoimme kirjallisuuskatsaukseen valitut tieteelliset tutkimukset induktiivisella sisällön analyysillä, jossa aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja tuodaan ymmärrettävään muotoon. Olennaista tässä on, arvioida että kuinka totuudenmukaista tuotettu tieto on. Aineiston abstrahoinnissa tuotetaan aineistosta alakategoriat,

joista tuotetaan yläkategoriat, ja näistä löydetään sitten yhdistävä tekijä. Luokkien syntymistä ohjaa sisältö, ei teoria. Aineiston analyysiä ohjaa tutkimustarkoitus ja tutkimuskysymykset. Kaikkea saatua tietoa ei analysoida, vaan pyritään vastaamaan vain tutkimuskysymyksiin. Analysointiprosessin aikana tutkimuskysymykset voivat tarkentua. Aineiston analyysissä on oleellista, että aineisto on tutkijalle kokonaisuutena selvää (Kyngäs, Vanhanen 1999: 3 - 7.) Taulukossa 3 esittelemme aineiston analyysiprosessin etene- mistä saattohoidon aikana ja kuoleman jälkeen. Liitteessä 3 löytyy lisää esimerkkejä aineiston analyysiprosessista saattohoidon aikana, ja liitteessä 4 löytyy lisää esimerkkejä aineiston analyysiprosessista kuoleman jälkeen.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä tekijä
Omaisets olivat erityisen tyytyväisiä mahdollisuudesta osallistua saattohoitoon	Läheiset tyytyväisiä mahdollisuudesta osallistua saattohoitoon	potilaan fyysisten tarpeiden huomioiminen läheisten kokemana	Pyrkimys hoitotyön toiminoissa tukemiseen	Henkilökunnan pyrkimys tukea läheisiä kokonaisvaltaisesti saattohoitoprosessin aikana.
Yksi parannus, minkä perheenjäsenet huomasivat, oli se, miten tiheästi tietoa annettiin	Tiedonannon tiheys on merkittävää.	Onnistunut tiedon saanti läheisille	Pyrkimys läheisen vuorovaikutukselliseen tukemiseen	
Tiedon anto ja kuolemasta keskustelu tärkeää	Tiedon anto ja kuolemasta keskustelu tärkeää	Tiedon saannin mahdollistaminen järjestettyjen tapaamisten avulla	Pyrkimys riittävään tiedonsaannin tukemiseen Pyrkimys läheisen yksilöllisen tarpeen huomiointiin	
Lisäksi hoito- henkilökunta	Perhettä autetaan tukemalla			

auttoi perhettä konkreettisesti tukemalla heidän jaksamistaan ja hoitamalla potilasta mahdollisimman hyvin.	heidän jaksamistaan	Läheisten voimavaroja vahvistavia tekijöitä		
Perheen on saatava olla rauhassa läsnä kuoleman tapahtuttua ja myös osallistua halutesaan vainajan hoitamiseen.	Perheen on saatava olla rauhassa läsnä kuoleman tapahtuttua Perheen on saatava osallistua halutesaan vainajan hoitamiseen	Läheisten tukiselviytymisessä kuoleman jälkeen	Pyrkimys läheisen psyykkiseen tukemiseen	Henkilökunnan pyrkimys tukea läheisiä kokonaisvaltaisesti kuoleman jälkeen
Valta osa omaisista ei osallistunut vainajan pukemiseen. Omaiset eivät ehkä tienneet, että heillä oli tähän mahdollisuus	Omaiset eivät tienneet, että olisivat saaneet osallistua omaisten pukemiseen	Läheisten tarpeiden huomiotta jättäminen kuolleen potilaan hoitotyössä	Pyrkimys hoitotyön toiminoissa tukemiseen	
Lisäkoulutus vähemmän kokeneille hoitajille paransi hoidon tasoa kaikilla osa-	Lisäkoulutus kokemattomammille hoitajille paransi saattohoidon tasoa.	henkilökunnan koulutuksen lisääminen	Henkilökunnan osaamisen tukeminen	

<p>alueilla, ja paransi myös saattohoidon tasoa.</p> <p>Vaikka erillistä kuoleman jälkeistä seuranta ei järjestetty, suurin osa koki, että heille tarjottiin rehellisiä ja avoimia keskusteluja, oikeaa tietoa, ja läheisten henkistä tukeamista, tukeantava ilmapiiri</p>	<p>Kuoleman jälkeän läheisille tarjottiin rehellisiä ja avoimia keskusteluja</p>	<p>Läheisen selviytymisessä tukeminen vuorovaikutuksen avulla</p>	<p>Pyrkimys läheisen vuorovaikutukselliseen tukemiseen</p>	
--	--	---	--	--

Taulukko 3. Esimerkki analyysin etenemisestä ja analyysiprosessista

7 Tulokset

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata, miten henkilökunta tukee syöpäsairaana läheisiä saattohoidon aikana ja kuoleman jälkeen. Tulokset esitellään tutkimuskysymysten mukaan jaoteltuina. Kuvioissa 1 esitetään yläluokkien muodostuminen alaluokista, miten henkilökunta voi tukea läheisiä saattohoidon aikana ja kuviossa 2 esitetään yläluokkien muodostuminen alaluokista, miten henkilökunta voi tukea läheisiä kuoleman jälkeen.



Kuva 1 Miten henkilökunta voi tukea läheisiä saattohoidon aikana



Kuva 2 Miten henkilökunta voi tukea läheisiä kuoleman jälkeen

7.1 Henkilökunnan pyrkimys tukea läheisiä kokonaisvaltaisesti saattohoidon aikana

Yläluokka muodostui viidestä alaluokasta (kuva 1) joita ovat: pyrkimys hoitotyön toiminnoissa tukemiseen, pyrkimys läheisen riittävän tiedonsaannin tukemiseen, pyrkimys läheisen emotionaaliseen tukemiseen, pyrkimys henkilökunnan osaamisen tukemiseen, pyrkimys läheisen yksilöllisen tuen tarpeen huomioimiseen. Käsittelemme yläluokkia tar-

kemmin omina kappaleina. Tulosten mukaan henkilökunta pyrkii tukemaan läheisiä saattohoidon aikana. Käsitlemme yläluokkien muodostumista tarkemmin myöhemmissä kappaleissa.

7.1.1 Pyrkimys hoitotyön toiminnoissa tukemiseen

Saattohoitoprosessissa pyritään tukemaan läheisiä yksilöllisesti hoitotyön toiminnoissa. Tämän onnistuminen vaatii sen, että tarpeet kartoitetaan läheisten ja potilaan kanssa yhteistyössä ja näistä tehdään kirjaus hoitosuunnitelmaan. Yksilöllisyyttä lisää myös se, että potilasta hoitaa mahdollisimman paljon sama hoitaja. Olisi hyvä, että potilaalle nimettäisi oma hoitaja. Saattohoidon laatuun vaikuttavia tekijöitä ovat, kuinka kauan on kestänyt sairauden alusta siihen, kun saattohoitopäätös on tehty, ja kuinka kauan saattohoito kestää. Muita saattohoidon laatuun vaikuttavia tekijöitä ovat läheisen koulutus ja ikä, sekä se, kuinka kauan läheinen on osallistunut saattohoitoprosessiin. Hoitoympäristöllä on suuri merkitys saattohoitoprosessissa. Läheiset kokivat, että yhden hengen huone parantaa saattohoidon laatua, koska kahden hengen huoneissa muiden potilaiden ja läheisten äänet toivat ylimääräisiä häiriötekijöitä (Anttonen 2009.)

”Hankalinta oli elämä ja kuolema kahden hengen huoneessa, se altisti potilaan ja omaisen osalliseksi jopa usean tuntemattoman ihmisen kuolin prosessiin ” (Anttonen - Kvist – Nikkonen 2009).

Emotionaalista arvokkuutta ja mukavuutta lisää, että hoitoympäristö on mahdollisimman paljon kodin omainen (Moir - Roberts - Martz - Perry -Tivis 2015) tai että saattohoito tapahtuu kotona (Anttonen ym. 2009).

Läheiset kokivat, että potilaan fyysisten tarpeiden huomioimisessa oli onnistuttu, ja potilaiden fyysiset tarpeet otettiin hyvin huomioon (Anttonen ym. 2009). Kivun hoito näytettyi tärkeänä osa-alueena, (Lundberg ym. 2013). Erityisesti kotona hoidetut potilaat kokivat usein kipua ja masennusta (Mandel - Savoy 2011). Osittain kivun hoitoa kritisoitiin, ja osa läheisistä koki, että kivun hoito on ollut riittämätöntä (Lundberg ym. 2013). Myös kuolinhetken hoitoa kritisoitiin (Anttonen ym. 2009). Läheisen näkökannalta hoidon laatua parantaa se, että potilaan hoitotahto selvitetään (Seuna - Ansas - Vuorinen 2004). Läheisiä autetaan sillä, että hoidetaan potilasta mahdollisimman hyvin ja läheiset saavat olla osallisena potilaan hoitoon omalla tavallaan. Henkilökunta voi tukea läheisiä antamalla tietoa kuinka kuolevaa potilasta hoidetaan (Anttonen ym. 2009).

7.1.2 Pyrkimys läheisen riittävän tiedon saannin tukemiseen

Läheisen tiedon saannin tukemisessa tiedon tulee olla yksilöllistä, ja perheille henkilökohtaisesti räätälöityä. On otettava huomioon perheen kyky ja valmius vastaanottaa tietoa (Lundberg ym. 2013.) Tärkeäksi asiaksi koetaan mahdollisuus järjestää kiireettömiä keskusteluaikoja, ja että henkilökunta on tavoitettavissa (Enquidanos - Housen – Penido - Miller 2014). Kotisaattohoidossa sairaanhoitajan tulisi olla tavoitettavissa vuorokauden ympäri (Seuna ym. 2004). Tiedon anto, päätöksenteko hoitolinjauksista ja keskustelu kuolemasta on tärkeää (Anttonen ym. 2009; Lundberg ym. 2013). Annetun tiedon tulisi olla oikeata ja oikea-aikaisesti annettua, sillä oikean tiedon saaminen auttaa läheisiä valmistautumaan henkisesti potilaankuolemaan ja vähentää pelkoa, epävarmuutta ja yksinäisyyttä, sekä tuo realistista toivoa (Seuna ym. 2004; Anttonen ym. 2009; Lundberg ym. 2013). Tiedon puute sairauden tilasta heikentää läheisen tunnetta oman elämän hallinnasta (Anttonen 2016). Tiedon puute, ja se, että hoitoon liittyviin kysymyksiin ei saa vastausta, saattaa johtaa pitkäaikaiseen epävarmuuteen (Lundberg ym. 2013; Anttonen 2016).

” Vuorovaikutusprosessissa jaettu ymmärrys, tieto ja lohdutus voivat helpottaa potilasta ja perhettä kohtaamaan kuoleman läheisyyden ja potilaan kuoleman” (Anttonen 2016).

7.1.3 Pyrkimys läheisen emotionaaliseen tukemiseen

Henkilökunnalla on tärkeä rooli läheisten emotionaalisisessa tukemisessa (Anttonen 2016). Yksilöllinen tapa käsitellä surua on huomioitava (Seuna ym.2004). Suru on läsnä koko saattohoidon ajan. Surun käsitteleminen on jatkumoa perheiden keskinäiselle tuelle. Hyvä kuolema on uskoa, ettei hylätä ja jätetä yksin. On vaikeaa tunnistaa surua, jos ei ymmärrä omia tunteitaan. Surun esteenä voi olla vaikeus sopeutua elämään läheisen kuoleman jälkeen. Perheenjäsen toive kuolemasta voi aiheuttaa syyllisyyttä. Saattohoitoon on hyvä sisällyttää surun ja luopumisen käsittelyä jo hoitosuhteen aikana. On hyvä huomioida läheisten oma tukiverkosto saattohoitoprosessin aikana, koska perheellä ja ystävillä on suuri merkitys tuen antamisessa elämän vaikeina aikoina (Anttonen 2016.)

”Potilaan ja häntä hoitavan omaisen yksilöllisiin emotionaalisiin tarpeisiin vastaaminen on haaste hoitohenkilöstölle” (Seuna ym. 2004).

7.1.4 Pyrkimys henkilökunnan osaamisen tukemiseen

Kokemattomat, alle vuoden sairaanhoitajana toimineet, ja hoitajat, jotka eivät ole työskennelleet syöpäosastolla saattohoidossa, tarvitsevat lisäkoulutusta, millä voidaan parantaa saattohoidon tasoa (Moir ym. 2015; Mandel ym. 2011). Erityisesti nuoret hoitajat ja hoitajat, joilla on vain vähän työkokemusta saattohoidosta, voivat ahdistua kuoleman läheisyydestä (Anttonen 2016).

Hoitajat, jotka olivat tehneet pitkään saattohoitotyötä, arvostivat sitä, että tietoa annettiin perhekohtaisesti ja perheiden tausta otettiin huomioon. Pitkään saattohoitoa tehnyt henkilökunta oli motivoitunut työhönsä (Anttonen 2016.) Ammattitaidon laatuvaatimuksia ovat läheisten huomiointi ja potilaan hyvä hoito (Anttonen ym. 2009). Hoitotyön laatu vaihtelee riippuen tiedoista, kokemuksista, ja hoitohenkilökunnan henkilökohtaisista uskomuksista (Mandel ym. 2011). Henkilökunta tarvitsee lisää koulutusta ja ohjausta saattohoidon tekemiseen. Hoitohenkilökunnan luottamus omiin taitoihin on olennaista saattohoidon toteutumisessa (Anttonen 2016.)

Hyvän kuoleman toteutuminen mahdollistuu, kun henkilökunta on koulutettu ja motivoitunut saattohoitoon sekä tiedostaa miten läheinen oirehtii saattohoitoprosessin aikana (Anttonen 2016; Guldin ym. 2011). On tärkeää, että henkilökunta auttaa perhettä käsittelemään luopumiseen liittyviä tunteita, vaikka kuolemaa on vaikea hyväksyä (Anttonen 2016).

”Tässä vuorovaikutusprosessissa on merkittävää millaisen näkemyksen ja osaamisen kautta hoitohenkilökunta kohtaa potilaan ja perheen kysymykset, näkemykset ja tunteet suhteessa omaan ammattitaitoonsa” (Anttonen 2016).

Henkilökunnan kehittyvät taidot mahdollistavat auttamaan potilaita ja heidän läheisiä (Moir ym. 2015). Tarvitaan täsmällisemmin kohdistettuja menetelmiä avun tarpeessa olevien tunnistamiseksi (Guldin ym. 2011). Henkilökunnan ammatillinen kehittyminen kasvatti ja vahvisti saattohoitotyössä (Anttonen 2016). Moniammatillinen yhteistyö lääkäreiden ja hoitotyöntekijöiden välillä parantaa saattohoidon tasoa. Ristiriitaiset ja puutteelliset tiedot moniammatillisen tiimin välillä vähensivät hoitotiimin luotettavuutta

(Equidanos ym. 2014.) Henkilökunnan tuen helpottamiseksi riskien arvioimiseksi tehtyjä standardoituja mittareita ja motivoivia haastattelutekniikoita on hyvä hyödyntää saattohoitotyössä (Guldin ym. 2011; Enquidanos ym. 2014).

Saattohoitotyötä tekeillä tulee olla mahdollisuus kokemusten purkamiseen päivittäisten kohtaamisten yhteydessä. Yhteisen työnohjauksen avulla voidaan auttaa henkilökuntaa vastaamaan potilaan ja läheisten tuen tarpeeseen (Seuna ym. 2004). Saattohoitotyötä tekeillä tulee olla mahdollisuus kokemusten purkamiseen työnohjauksessa (Anttonen 2016). Riittävä henkilökunnan määrä on edellytys hyvän saattohoidon toteutumiselle (Anttonen ym. 2009). Kuolemaan saattaminen vaatii henkilökunnalta aikaa (Anttonen 2016), ja se mahdollistetaan sillä, että henkilökuntaa koulutetaan jatkuvasti, perehdytetään, tarjotaan työn ohjausta sekä rekrytoidaan henkilökuntaa (Anttonen ym. 2009).

7.1.5 Pyrkimys läheisen yksilöllisen tuen tarpeen huomioimiseen

Läheisen yksilöllisen tukemisen tarpeen huomioimisessa saattohoidon aikana on otettava huomioon, että saattohoito on ainutkertainen ja herkkä prosessi, jossa käsitellään kuoleman läheisyyttä. Läheisiä autetaan tukemalla heidän jaksamistaan. Saattohoidon kokonaisvaltaisen tuen tarpeen saa osittain selville potilaiden ja läheisten tarinoita kuuntelemalla (Anttonen ym. 2009.) Perheenjäseniä rohkaistaan keskinäiseen keskusteluun (Seuna ym. 2004).

”Kaikki eivät halua puhua kuolemasta ja keskusteluissa edetään perheen valmiuksien ja toiveiden mukaan” (Seuna ym. 2004).

Hyvän kuoleman toteutuminen mahdollistuu perhelähtöisessä hoitotyössä, ja tukemalla läheisiä pitämään huolta myös omista tarpeistaan. Läheisen voimavaroja voidaan vahvistaa kannustamalla ja mahdollistamalla vapaapäivien ja vapaatuntien pitämiseen, sekä läsnäololla, oikea-aikaisella puheen ajoittamisella ja hiljaisuudella. Myös läheisen taloudellinen tuki on huomioitava (Anttonen 2016.)

Saattohoito on läheisille raskasta, ja se saattaa näyttäytyä fyysisenä oireiluna. Joskus läheisille hoitovastuun ottaminen voi tuntua velvollisuudelta. Läheiset jotka olivat kantaneet hoitamisen taakkaa pidempään, kokivat ahdistuneisuutta ja uupumista. Kyky tulkita tilanteita keskustelun aikana auttaa siirtämään keskustelua sopivampaan kohtaan. Hen-

kilökunnan on osattava ja uskallettava keskustella saattohoitoon liittyvistä asioista ja tulkita milloin läheisillä on kyky vastaanottaa tietoa. Henkilökunnan on osattava tulkita viestintää potilaan ja perheen välillä, jotta heidän ei tarvitse keskustella kuolemasta silloin, kun he eivät ole siihen valmiita. Potilaan kuolemaan liittyvien asioiden järjestämisestä oli tärkeä keskustella. Kuolemaa voi olla vaikea hyväksyä, silloin henkilökunnan on osattava auttaa perhettä käsittelemään vaikeita kuolemaan liittyviä tunteita (Anttonen 2016.) Kuolemaan ajautumista voidaan ehkäistä, kun hoitolinjaukset ja päätökset tehdään yhdessä läheisten kanssa ja saattohoitoon siirytään oikea-aikaisesti. Asioihin, joista perhe ei ole valmis keskustelemaan, ei tule painostaa, sillä se voi rikkoa perheen yhtenäisyyden, jos keskusteluun painostetaan, vaikka perhe ei ole siihen valmis. Yhteisymmärryksessä sovitut hoitolinjat lisäävät elämänhallinnan tunnetta. Kun siirytään saattohoitoon oikea-aikaisesti, mahdollistuu kriisin ja kuolemaan ajautumisen ehkäiseminen. Vanhempia tulee rohkaista puhumaan lastensa kanssa vaikeista asioista, ja henkilökunnan tulee tukea tässä vanhempia. Elämän jatkuminen on myös lasten hyvinvoinnin tukemista (Anttonen 2016.)

7.2 Henkilökunnan pyrkimys tukea läheisiä kokonaisvaltaisesti kuoleman jälkeen

Saimme vastauksen tutkimuskysymykseen, miten henkilökunta voi tukea läheistä kuoleman jälkeen. Analyysin tulokseksi tuli, että henkilökunta pyrkii tukemaan kokonaisvaltaisesti läheisiä kuoleman jälkeen. Analyysi muodostui viidestä yläluokasta (kuva 2) joita ovat pyrkimys hoitotyön toiminnoissa tukemiseen, pyrkimys läheisen vuorovaikutukselliseen tukemiseen, pyrkimys läheisen emotionaaliseen tukemiseen, henkilökunnan osaamisen tukeminen, pyrkimys läheisen psyykkiseen tukemiseen. Käsittelemme yläluokkia tarkemmin omina kappaleina. Työikäisten syöpäsairaiden saattohoitoprosessissa läheisten tukeminen on yksi tärkeä osa-alue (Anttonen 2016.)

7.2.1 Pyrkimys hoitotyön toiminnoissa tukemiseen

Potilaan kuoleman jälkeen on tärkeää, että kuoleman toteaminen tehdään arvokkaasti (Seuna ym. 2004). Tutkimuksesta Anttonen (2016) kävi ilmi, että läheisten on saatava halutessaan olla osallisena vainajan hoitamisessa. Vainajaa on käsiteltävä kunnioittavasti (Seuna ym. 2004). Tutkimuksen Anttonen ym. (2009) mukaan osa läheisistä eivät tienneet, että olisivat saaneet osallistua vainajan pukemiseen.

”Valta osa omaisista ei osallistunut vainajan pukemiseen. Omaiset eivät ehkä tienneet, että heillä oli tähän mahdollisuus.” (Anttonen 2016).

Kun kuolema tapahtuu kotona, on tärkeää, että, kotona vietetään kauniit jäähyväiset ja vainaja laitetaan arkkuun (Seuna ym. 2004). Tutkimuksesta Anttonen ym. (2009) kävi ilmi, että kuoleman jälkeistä hoitoa kritisoitiin. Kuoleman jälkeen läheiset kokivat, että tiettyjen oireiden merkitys hoidossa vähenee. Läheiset kokivat, että kipua olisi pitänyt hoitaa paremmin, sillä saattohoitoprosessin aikana koettiin, että kivun hoidon merkitys on suurempi joihinkin muihin oireisiin nähden (Seuna ym. 2004.)

7.2.2 Pyrkimys läheisen vuorovaikutukselliseen tukemiseen

Läheisten selviytymistä kuoleman jälkeen auttaa vuorovaikutuksellinen keskustelu läheisen kanssa saattohoitoajasta (Seuna ym. 2004). Artikkelin Lundberg ym. (2013) mukaan on tärkeää, että läheisille tarjotaan kuoleman jälkeen rehellisiä ja avoimia keskusteluja saattohoitoajasta. Saattohoitokodeissa käsitellään surua ja luopumista läheisten kanssa myös hoitosuhteen jälkeen (Anttonen 2016). Vapaaehtoiset antavat tukea läheisille vielä kuoleman jälkeenkin (Seuna ym. 2004).

Henkilökunnan antama vuorovaikutuksellinen tuki läheisen kuoleman jälkeen on tärkeää (Guldin ym. 2011). Läheisistä pidetään huolta siten, että vastuuhoidajat ottavat yhteyttä läheisiin useita kertoja kuoleman jälkeen. Syöpäyhdistykset järjestävät sururyhmiä, joihin kutsutaan läheisiä kaksi kertaa vuodessa (Seuna ym. 2004.) Terhokodissa järjestetään ensimmäinen tapaaminen puolen vuoden päästä kuolemasta. Jatkossa tapaamisia järjestetään kerran vuodessa joulujuhlan yhteydessä, tieto tapaamisista ei välittynyt kaikille läheisille (Anttonen ym. 2009.)

”Tiedon antamista ja kuolemasta keskustelua pidetään tärkeänä” (Anttonen ym. 2009).

Tutkimuksen Anttonen (2016) mukaan myös hautajaisten järjestelyyn ja asioiden hoitamiseen ei oltu saatu riittävästi tietoa.

7.2.3 Pyrkimys läheisen emotionaaliseen tukemiseen

On huomioitava, että jokaisella on yksilöllinen tapa käsitellä kuolemaa ja siitä aiheutuvaa surua (Anttonen 2016). Läheisille järjestetyissä tapaamisissa henkilökunta auttaa tunnistamaan tunteita, jotka liittyvät suruun, sekä auttaa etsimään tapoja, joilla läheinen voi vahvistua surun kokemuksissa (Anttonen ym. 2009).

”Surun kanssa eläminen potilaan kuoleman jälkeen on samanaikaista jokapäiväisen elämän jatkumista ja surun käsittelyä” (Anttonen 2016).

Henkilökunnan tuki läheisen surussa estää surun komplisoitumista (Guldin ym. 2011). Artikkelin Seuna ym. (2004) mukaan komplisoituneesta surusta kärsiviä pitää auttaa saamaan apua. Monimuotoisesta surusta kärsivälle on hyötyä riskien aikaisesta tunnistamisesta (Guldin ym. 2011).

Henkilökunta kohtaa potilaan kuolemaan liittyvät tunteet läheisien tukijana. Suru on läsnä koko saattohoidon ajan. Läheisen menettäminen aiheuttaa vaikeita ja kestäättömiä tunteita. Ellei tunteita käsittele, niihin voi jäädä kiinni. Surua on vaikea tunnistaa, ellei ymmärrä omia tunteitaan. Tämä voi näyttäytyä siten, että läheinen etsii syyllistä ja alkaa syyttää itseään. Surun tuntemista voi estää myös perheen sisällä tapahtuvat ristiriidat, ja kielteinen suhtautuminen siihen, miten on elämää aiemmin elänyt (Anttonen 2016.)

7.2.4 Henkilökunnan osaamisen tukeminen

Henkilökunnan ammatillinen kehittyminen kasvattaa ja vahvistaa saattohoitotyössä. Kokemuksen myötä perheitä ja kuolevia potilaita kyettiin hoitamaan paremmin (Anttonen 2016.) Henkilökunnan kehittyvät tiedot ja taidot mahdollistavat auttamaan potilaita ja heidän läheisiä (Moir ym. 2015). Henkilökunta tarvitsee koulutusmahdollisuuksia ja ammatillista tukea työhönsä (Anttonen 2016). Erityisesti lisäkoulutus kokemattomille hoitajille paransi saattohoidon tasoa. Kokemattomat, alle vuoden sairaanhoitajana toimineet, ja hoitajat, jotka eivät työskentele syöpäosastolla, tarvitsevat lisäkoulutusta. Henkilökunnan kehittyvät taidot mahdollistavat auttamaan potilaita ja heidän läheisiä (Moir ym. 2015.) Hoitotyön laatu vaihtelee riippuen tiedoista, kokemuksista, ja henkilökunnan henkilökohtaisista uskomuksista (Mandel ym. 2011). Rakentava palaute on henkilökunnalle tärkeää saattohoidossa ja palaute antaa kehittämisajatuksia työhön (Seuna ym. 2004).

”Palaute toimii omaiselle väylänä kertoa hyvät ja huonot asiat ja antaa kehittämisajatuksia työhön” (Seuna ym. 2004).

Palaute on läheisille keino kertoa hyvät, ja huonot asiat. Palautteen avulla voidaan selvittää läheisiltä minkälaista tukea he toivovat saavansa. Kotisaattohoidossa palautelomake on jatkuvassa käytössä (Seuna ym. 2004.)

Työnohjaus saattohoitoa tekeväälle henkilökunnalle mahdollistaa kokemuksen purkamisen päivittäisten kohtaamisten yhteydessä. Saattohoitotyötä tekeville tulee olla mahdollisuus kokemusten purkamiseen työnohjauksessa. Kokemuksen käsitteleminen saattohoidon osallisille on omakohtaisen kasvuprosessin tunnistamista ja ammatillista kehittymistä. Joskus saattohoitotyössä henkilökunnan kuorma kasvaa liian suureksi, mikä voi johtaa työtehtävien vaihtamiseen. Tämän ehkäisemiseksi henkilökunnalle on tarjottava riittävästi työnohjausta. Henkilökunta tarvitsee tukea henkilökohtaiseen kasvuunsa saattohoitajaksi pystyäkseen tukemaan läheisiä paremmin saattohoitoprosessin aikana ja sen jälkeen (Anttonen 2016.)

7.2.5 Pyrkimys läheisen psyykkiseen tukemiseen

Läheisten selviytyminen potilaan kuoleman jälkeen on ongelmakohta. Läheisten psyykkistä tukemista tulisi jatkaa potilaan kuoleman jälkeenkin (Seuna ym. 2004). Kuoleman jälkeisellä tuella on merkitys erityisesti nuorille perheille. Kuoleman jälkeen läheisille on tarjottava henkistä tukea sekä tukea antava ilmapiiri (Lundberg ym. 2013.) Oikein kohdistettu kuoleman jälkeisen avun saanti auttaa läheisiä pitämään omat voimavarat paremmin (Guldin ym. 2011). On selvítettävä läheisten aiemmat kokemukset kuolemasta. Aiemmin saattohoitoprosessin läpi käyneet pystyvät tukemaan toisiaan paremmin kuin ensimmäistä kertaa kuoleman kanssa tekemisissä olevat. Perheellä ja ystävillä on suuri merkitys surun kanssa elämisessä ja tuen saamisessa (Anttonen 2016.)

Vasta kuoleman jälkeen pystytään näkemään, kuinka paljon keskeneräisyyttä koetaan kuoleman jälkeen (Anttonen 2016). Läheisten yksilöllisen tuen tarpeen huomioiminen kuoleman jälkeisessä selviytymisessä, vaatii täsmällisemmin kohdistettuja menetelmiä avun tarpeessa olevien tunnistamiseksi (Anttonen 2016; Guldin ym. 2011).

”Osa Terhokodissa saattohoidettujen potilaiden omaisista tarvitsee ja haluaa keskustelua saattohoitoajasta potilaan kuoleman jälkeen. Se on tärkeää heidän oman selviytymisensä vuoksi” (Anttonen ym. 2009.)

Perheelle on annettava tilaa olla rauhassa, kun kuolema on tapahtunut (Anttonen 2016). Läheinen ohjataan tarvittaessa hakemaan apua mielenterveyspalveluista (Seuna ym. 2004). On tärkeää, että läheisille aiottu tuki kuoleman jälkeen toteutetaan. Kuoleman jälkeisen luvattun tuen saamattomuus voi näyttäytyä ylitsepääsemättömänä emotionaalisenä reaktiona (Lundberg ym. 2013.) Kuoleman jälkeen hoitosuhteesta irtautuminen voi olla hankalaa, mutta hoitosuhteesta irtautumien on tärkeää ja välttämätöntä psyykkisen selviytymisen kannalta (Anttonen 2016).

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että henkilökunta tarvitsee lisää koulutusta. Tutkimusemme mukaan henkilökunnan luottamus omiin taitoihin on tärkeää saattohoitoprosessin onnistumiseksi (Anttonen 2016.) STM saattohoitosuosituksen (2010) mukaan potilaan hoitopäätökset on tehtävä näyttöön perustuen, ja potilaan ja läheisen toiveet on otettava huomioon. Potilasta hoidetaan moniammatillisesti, ja saattohoitoon on järjestettävä koulutusta. Opinnäytetyön tulosten mukaan saattohoidon laadun parantaminen vaatii, että kokeneiden hoitajien kokemukset otetaan huomioon hoitotyössä. Uusille, ja vain vähän saattohoitokokemusta omaaville on tarjottava lisää koulutusta (Moir ym. 2015; Mandel ym. 2011.) Hoitotyön laatu vaihtelee riippuen tiedoista, kokemuksista, ja henkilökunnan henkilökohtaisista uskomuksista (Mandel ym. 2011).

Omat kokemuksemme ovat osoittaneet, että saattohoitotyötä tehdään usein intuition perusteella, eikä koulutusmahdollisuuksia ole riittävästi tarjolla. Suomenkielistä materiaalia saattohoidon tueksi on saatavissa vähän. Koulutuksen lisäämien, ja sen kohdistaminen oikeille hoitajille oikeaan aikaan parantaa saattohoidon laatua. Työskenneltyämme saattohoidossa olemme tehneet havaintoja, ettei saattohoidoin taso ole riittävän hyvää. Tarvitsemme lisää Terhokodin kaltaisia saattohoitokoteja, joissa otetaan läheisetkin huomioon sekä saattohoidon aikana, että sen jälkeen. Mielestämme jokaisella on oikeus kuolla

arvokkaasti, kivuttomasti, ja saada laadukasta hoitoa saattohoidon aikana. Henkilökunnan koulutusta lisäämällä läheisen tukeminen saattohoidossa paranee ja saattohoidosta tulee laadukkaampaa. Tietämys saattohoidossa vaadittavista asioista tulisi olla jokaisen saattohoitoprosessiin osallisen tavoitettavissa.

Läheisten surun tukemista tutkiessamme tulokset opinnäytetyössämme tukevat teoriaa, että henkilökunnalla on suuri rooli läheisten surussa tukemisessa, eikä läheistä tule jättää yksin (Anttonen 2016). Läheisten yksilöllinen tapa käsitellä surua on huomioitava (Seuna ym. 2004). Aiemmin tehtyjen tutkimustulosten Grönlund ym. (2011) mukaan on tärkeää, että henkilökunnalla on tietoa ja kykyä kuunnella ja auttaa läheisiä surun keskellä ja kuolleen potilaan läheisen tunteminen auttaa hoitotyössä heidän tukemista. Opinnäytetyömme tutkimustuloksissa kävi myös ilmi, että henkilökunnan tuki läheisen surussa estää surun komplisoitumista (Guldin ym. 2011). Aiempi tutkimus osoittaa, että komplisoituneen surun kohdalla tarkoitetaan surua, jota ei ole käsitelty, ja haittaavat oireet sekä mielikuvat jatkuvat jopa vuosia läheisen kuoleman jälkeen. Aina komplisoituneeseen suruun ei kuitenkaan liity vakavan masennuksen kriteereitä (Huttunen 2009.) Aiemmat tutkimustulokset myös osoittivat, että surukokemukset ovat usein vaikuttava tekijä siihen, miten suru koetaan ja perheen oma tapa käsitellä asioita on otettava huomioon keskustelutilanteita suunniteltaessa (Grönlund ym. 2011).

Aiempien tutkimusten mukaan vertaistuki on tärkeää kuolemanjälkeisessä suruprosessissa (Grönlund 2011). Omat tutkimustulokset tukevat tätä teoriaa. Läheisten tukiverkosto saattohoitoprosessin aikana pitää huomioida. Perheellä ja ystävillä on suuri merkitys läheisen tukemisessa saattohoidossa. Surua tulevasta kuolemasta käsitellään jo saattohoidon aikana (Anttonen 2016.)

Tutkimustemme mukaan läheisten selviytymistä tukee potilaan kuoleman jälkeinen vuorovaikutuksellinen keskustelu. On tärkeää, että läheisille tarjotaan vuorovaikutuksellisia keskusteluja saattohoitoajasta (Seuna ym. 2004.) Tutkimuksessa selvisi, että on tärkeää, että läheisille tarjotaan rehellisiä ja avoimia keskusteluja (Lundberg ym. 2013). Tutkimuksemme mukaan saattohoitokodeissa käsitellään luopumista sekä surua myös hoitosuhteen jälkeenkin (Anttonen 2016). Läheisistä voi pitää huolta siten, että vastuuhoitajat ottavat useasti yhteyttä läheisiin kuoleman jälkeen. Syöpäyhdistykset järjestävät sururyhmiä, joihin kutsutaan läheisiä kaksi kertaa vuodessa (Seuna ym. 2004.) Terhokodissa järjestetään puolen vuoden päästä kuolemasta ensimmäinen tapaaminen, ja jat-

kossa kerran vuodessa joulujuhlan yhteydessä (Anttonen ym. 2009). Tutkimuksetamme selviää, että tiedon antoon on kiinnitettävä erityistä huomiota (Anttonen ym. 2009).

Opinnäytetyömme prosessin aikana huomasimme, että saattohoidosta läheisten näkökannalta on olemassa vain vähän suomenkielistä kirjallista tietoa. Näkemystemme mukaan tämä on saattohoidon laatua heikentävä tekijä, sillä muilla kielellä tuotettu tieto on osalle henkilökunnasta vaikeasti ymmärrettävää, ja saattaa olla kynnyskysymys uuden tiedon etsimiseen.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Päämääränä tieteellisissä tutkimuksissa on tuottaa tutkimuksesta mahdollisimman luotettavaa tietoa. Tiedon luotettavuutta tulee arvioida tutkimustoiminnan sekä tieteellisen tiedon hyödyntämisen kannalta. Laadullisessa tutkimuksessa tieteellisen tutkimuksen luotettavuutta mitataan uskottavuuden, vahvistettavuuden, siirrettävyyden ja refleksiivisyyden kriteerien perusteella. (Kylmä, Juvakka 2007: 127.) Tutkimusmenetelmien luotettavuutta voidaan arvioida sen mukaan, että onko tutkittu sitä, mitä ollaan luvattu, ja onko tutkimustulokset toistettavissa, sekä sillä, että onko tutkimus johdonmukainen (Tuomi, Sarajärvi 2009: 133 - 136). Tässä opinnäytetyössä toteutui kaikki vaaditut elementit.

Olemme noudattaneet työssämme hyvää tieteellistä käytäntöä. Emme ole plagioineet, ja tarkastimme työmme Turnit- plagiointiohjelman kautta. Olemme tehneet työmme tarkasti ja huolellisesti, sekä rehellisyyteen pyrkien. Raportoinnissa kunnioitimme alkuperäisiä tutkimuksia (Hirsjärvi, Remes, Sarjavara 2007:23 - 26.)

Työmme luotettavuutta lisää se, että valitsemamme tieteelliset tutkimukset ovat sisääntokriteerien mukaiset. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että teimme työtä yhdessä työparina, ja teimme työtä aina yhdessä. Yhteistyömme oli sujuvaa ja mielenkiintoista, eriävät mielipiteet saimme ratkottua nopeasti hyväksi ja luotettavaksi kokonaisuudeksi. Luotettavuutta lisää myös se, että teimme aineiston analyysivaiheen erittäin huolella. Opinnäytetyöprosessissa hankalalta tuntuneet asiat jätimme hautumaan ja palasimme niihin, vasta kun olimme käsitelleet niitä mielissä, kunnes ne selkeytyivät. Pidimme tutkijan päiväkirjaa koko prosessimme ajan, (Hirsjärvi ym. 2007:23 - 26) minkä avulla saimme rakennettua opinnäytetyöhömmme loogisesti kaikki matkan varrella tulleet

tärkeät näkökulmat. Olemme valinneet opinnäytetyömme aiheen itse. Koemme aiheen tärkeäksi, ja se on motivoinut meitä työskentelemään ahkerasti ja totuudenmukaisesti.

Työtämme ohjaa myös sairaanhoitajan eettiset ohjeet (Suomen sairaanhoitajaliitto 1996). Työmme aikana olemme säännöllisesti kysyneet apua eri osaamistahoilta, kuten ohjaavalta opettajalta, olemme käyneet eri opinnäytetyön pajoissa, sekä pyytäneet ohjausta kirjaston informaatikolta. Olemme ottaneet saamamme palautteen vastaan, hyödyntäneet sitä, sekä noudattaneet annettuja ohjeita (Hirsjärvi ym. 2007: 226.)

Työssämme käytimme luotettavia lähteitä teoria osuuteen. Käytimme työssämme vain mahdollisimman uutta tutkittua tietoa. Aineiston keruun teimme luotettavista tietokannoista, ja valikoimme työhömme tutkimuksia jotka vastaavat tutkimuskysymyksiimme. Työmme luotettavuutta vahvistaa se, että toisella opinnäytetyön tekijöistä on vahva englanninkielen taito, mikä edesauttoi englanninkielisten tieteellisten tutkimusten lukemista ja ymmärtämistä. Tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä lisäävä tekijä on se, että tutkimusaineistomme on runsas. Aineistomme koostui kahdeksasta tieteellisestä tutkimuksesta, tutkimuskysymyksiimme vahvasti liittyvistä tieteellisistä tutkimuksista joista saimme runsaasti aineistoa analyysiimme. Aineiston analyysi on kirjattu tarkasti. Olemme kirjanneet alkuperäiset ilmaukset tarkasti ja pelkistyksissä olemme säilyttäneet asian ytimen. Olemme vahvasti pidättäytyneet omien mielipiteiden esille tuomisessa analyysivaiheessa. Analyysivaihetta on ohjannut tutkimuskysymykset.

Opinnäytetyömme luotettavuutta ja eettisyyttä lisää se, että työmme kulkua pystyy helposti seuraamaan tekemiemme taulukoiden avulla, sekä se, että aineiston analyysin ja haun voi toteuttaa helposti uudelleen. Kaikki työmme vaiheet on raportoitu opinnäytetyössämme. (Kankkunen Vehviläinen - Julkunen 2009:172 - 173; Kylmä - Juvakka 2007: 127 – 129.)

Kummallakin meistä on aiempaa kokemusta saattohoidosta, mikä on saattanut vaikuttaa työn luotettavuuteen. Opinnäytetyön luotettavuutta heikentää myös se, että kumpikaan meistä ei ole aiemmin tehnyt opinnäytetyötä, ja tutkijoina olemme kokemattomia. Opinnäytetyön luotettavuuteen on saattanut vaikuttaa myös se, että toisella opinnäytetyön tekijöistä on meneillään läheisen ihmisen saattohoitoprosessi.

8.3 Opinnäytetyö oppimisprosessina

Opinnäytetyö oli prosessina haastava, mutta mielenkiintoinen ja antoisa. Työstimme opinnäytetyötä kolmena päivänä viikossa, 5 - 6 tuntia päivässä. Teimme tiedonhakuun ja kirjoittamiseen liittyvää työtä aina yhdessä. Aineistoon tutustumista teimme myös omilla tahoillamme. Kummankin työpanos on ollut sama. Kumpikin on ollut motivoitunut ja sitoutunut opinnäytetyön tekemiseen. Olemme laittaneet opinnäytetyön tekemisen etusijalle, ja varanneet siihen runsaasti aikaa. Opinnäytetyömme on edennyt sujuvasti ja ripeästi koko prosessin ajan.

Olemme vaatineet itseltämme paljon, ja samalla olemme oppineet hyödyntämään opintojen aikana saamaamme tietoa ja olemme oppineet soveltamaan sitä opinnäytetyöprosessissamme. Tavoitteemme on suoriutua opinnäytetyöstämme kiittävästi. Olemme hakeneet tietoa aktiivisesti, ja kehittyneet siinä. Olemme hyödyntäneet ohjaavan opettajan ja muiden asiantuntijoiden ammattitaitoa, ja ottaneet vastaan rakentavaa palautetta, joiden avulla olemme saaneet työstettyä opinnäytetyötämme tavoitteisiimme. Olemme kehittyneet kirjoitustaidoissa, sekä monipuolisesti tiedonhaun ja tiedon jäsentelytaidoissa. Olemme oppineet hyödyntämään lähteitä ja kehittyneet tieteellisessä kirjoittamisessa.

8.4 Päätelmät ja suositukset saattohoitotyön kehittämiseksi sekä jatkotutkimukset

Opinnäytetyö syventyy käsittelemään sitä, miten henkilökunta voi tukea läheistä syöpäsairaana saattohoitoprosessissa. Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että syöpäsairaana läheisiä hoidetaan hyvin saattohoitoprosessin aikana, mutta kuoleman jälkeinen tuki on jäänyt liian vähälle. Suomalaisessa hoitokulttuurissa usein kuoleman jälkeen läheiset jätetään pitkälti yksin, ja hoito loppuu siihen, kun potilas on kuollut. Organisaatiossa ei ole riittävästi resursseja kuoleman jälkeiseen tukemiseen siellä hoitoyhteisössä, missä saattohoitoprosessi on tapahtunut.

Henkilökunta tarvitsee enemmän ohjausta saattohoidossa toimimiseen. On selvítettävä, onko olemassa olevista ohjeista apua henkilökunnalle, ja miten ohjeita voisi kehittää. Saattohoidossa toimiva henkilökunta tarvitsee lisää koulutusta, erityisesti vastavalmistuneet hoitajat ja vain vähän saattohoitotyöstä kokemusta omaavat. Kokeneiden hoitajien hiljaista tietoa on tärkeää hyödyntää saattohoidon hyvän laadun takaamiseksi. On tärkeää tehdä lisää tutkimuksia, että ymmärretään, kuinka koulutusta tulee kehittää tule-

vaisuudessa, ja on selvitettävä, minkälaista koulutusta henkilökunta tarvitsee. On kehitettävä selkeitä toimintatapoja ja ohjeita henkilökunnalle läheisen tukemiseksi saattohoitoprosessin aikana. Saattohoitoprosessi on aina yksilöllinen niin henkilökunnan kuin läheisenkin kannalta. On osattava mukautua jokaiseen tilanteeseen yksilöllisesti. Henkilökunnan on huomioitava työssään se, että jokainen saattohoitoprosessi on erillinen ja erillinen kokonaisuus.

Fyysiseen hoitoympäristöön on kiinnitettävä enemmän huomiota saattohoitoprosessissa. Koettiin, että yhden hengen huoneet olisivat onnistuneen saattohoidon edellytys. Ellei kotisaattohoito onnistu, olisi tärkeää mahdollistaa kodinomainen hoitoympäristö, missä voisi toteuttaa jokapäiväiseen arkeen liittyviä asioita.

Läheiset kokivat, että muut potilaan oireet kuoleman jälkeen oli toissijaisia kivun hoitoon verrattuna. Jos kivun hoito oli ollut huonoa, koettiin että saattohoidossa oli epäonnistuttu. Alaikäisten lasten tukemiseen saattohoitoprosessissa tulee kiinnittää enemmän huomiota. On kartoitettava avun tarve, ja se, kuinka apua tulisi antaa. Henkilökunnan ammattitaitoa on ymmärtää, että tapa tuntea ja käsitellä surua on yksilöllistä. Hoitoprosessissa on annettava läheiselle tilaa ja aikaa käsitellä surua, ja surun käsittelyssä on tuettava läheistä, jotta ehkäistään masentuminen ja surun komplisoitumien.

Annetun hoidon jatkuva arviointi on tärkeää saattohoidon laadun kehittämisen kannalta. On tärkeää, että saattohoitoprosessin aikana noudatetaan tarkkaa ja yhtenäistä kirjausta. Saattohoitoprosessin kaikki vaiheet tulee olla täsmällisesti dokumentoitu, jotta löydetään kehittämistarpeet ja pystytään jäljittämään saattohoidon kriittiset kohdat. Myös oikean dokumentointi tukee läheistä saattohoitoprosessissa.

Tavoitteenamme on ollut tuottaa suomenkielistä, helposti hoitotyössä hyödynnettävää materiaalia läheisen tukemiseen henkilökunnan osalta saattohoitoprosessissa. Tavoitteenamme on, että opinnäytetyötämme voidaan hyödyntää saattohoidon koulutuksessa, ja työyhteisössä, jolloin läheisten tuki saattohoidon prosessissa paranee. Tarkoituksenamme on ollut kuvata, millä menetelmillä henkilökunta voi tukea työikäisen syöpäpotilaan läheistä saattohoitoprosessissa. Tuloksia voidaan hyödyntää sekä sairaalassa, että kodissa tapahtuvassa saattohoidossa.

Tämän opinnäytetyön perusteella voidaan esittää seuraavat suositukset saattohoidon kehittämiseksi läheisten tukemisessa hoitohenkilökunnan osalta

1. Henkilökunnan koulutusta on parannettava ja lisättävä
2. Fyysiseen hoitoympäristöön on kiinnitettävä enemmän huomiota
3. Kokeneiden hoitajien osaamista on hyödynnettävä
4. Hoitajien ohjausta on parannettava
5. Hoitoa on arvioitava jatkuvasti ja se on dokumentoitava oikein
6. Läheisen surua on tuettava yksilöllisesti
7. Läheisen tukemista tulee jatkaa kuoleman jälkeenkin

Jatkotutkimusehdotus on miten henkilökuntaa voi tukea saattohoitoprosessin aikana. Olisi hyvä tutkia myös henkilökunnan jaksamista ja tukemista saattohoitoprosessin aikana, koska saattohoitoprosessi on myös henkilökunnalle raskas tapahtuma. Olisi tärkeää selvittää miten henkilökunnan jaksamista voisi tukea saattohoidon laadun parantamiseksi.

Lähteet

Duodecim Terveyskirjasto 2016. Hoitotahto- käytännön ohjeita. > http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809<. Luettu 19.9.2016.

Grönlund, Elina - Huhtinen, Aili 2011. Kuolevan hyvä hoito. Edita: 139-159.

Erjanti, Helena - Anttonen, Mirja-Sisko - Grönlund, Arja - Kiuru, Susanna. 2014. Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki: Fioca Oy. 41.

Hirsjärvi, Sirkka - Remes, Pirkko - Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi. 23-26.

Holtslander, Lorraine F - McMillan, Susan C 2011. Depressive Symptoms, Grief, and Complicated Grief Among Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer Three Months Into Bereavement. *Oncology Nursing* 38 (1). Forum: 64.

Huttunen, Matti O 2009. Suru ja masennus. *Duodecim*. 125 (16). 1769.

Hyvä saattohoito Suomessa 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. ><https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/111887/URN%3aNBN%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1><. Luettu 13.9.2016.

Hänninen Juha 2015. Saattohoito-opas. Etelä-Suomen syöpäyhdistys. 10-13.

Hänninen, Juha – Anttonen, Mirja Sisko 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa Grönlund, Elina - Anttonen, Marja Sisko - Lehtomäki, susanna - Agge, Eva (toim.): Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Sipoo: Silverprint Oy. 23–36.

Hänninen, Juha - Pajunen, Tapio 2006. Kuoleman kaari. Sairastumisesta, luopumisesta, elämästä. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Kankkunen, Päivi - Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro. 133-137.

Kübler-Ross, Elisabeth - Kessler David 2006. Suru ja surutyö. Helsinki. Basam Books Oy. 22.

Kylmä, Jari - Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy. 127- 129.

Kyngäs, Helvi - Liisa, Vanhanen 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1). 3-12.

Käypä hoitosuositus 2007. Hoitotahto. Verkkodokumentti. > <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01055><. *Duodecim*. Luettu 19.9.2016.

Käypä hoitosuositus 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Verkkodokumentti. ><http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063><. *Duodecim*. Luettu 13.9.2016.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Lundberg, Tina - Mari Ann, Olsson - Carl Johan, Fürst 2013. The perspectives of bereaved family members on their experiences of support in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing* 19 (6). 282-288.

Länsimies-Antikainen, Helena - Tyynelä-Korhonen, Kristiina - Penttinen, Jorma 2014. Saattohoitohanke 2012 - 2013. Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala. Sairaanhoidon hallinto. 2.

Mari, Kangasniemi - Kati, Utriainen - Sanna-Mari, Ahonen - Anna-Maija, Pietilä - Petri, Jääskeläinen - Eeva, Liikanen 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4). 291-301.

Munck, Berit - Fridlund, Bengt - Mårtensson, Jan 2008. Next-of-kin caregivers in palliative home care - from control to loss of control. *Journal of Advanced Nursing* 64(6). 578-586.

Pihlainen Aira 2010.6. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. ><https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/111887/URN%3aNBN%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1><. Luettu 19.9.2016.

Poukka- Paula, Korhonen, Tarja. Duodecim Terveyskirjasto 2013. Kuolevan potilaan hoito. Verkkodokumentti > <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10821><. Luettu 25.1.2016.

Saarto, Tiina - Hänninen, Juha - Antikainen, Riitta - Vainio, Anneli 2015. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim. 256, 577- 580.

Sairaanhoidajaliitto 2014. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. Verkkodokumentti. ><https://sairaanhoidajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoidajan-eettiset-ohjeet/><. Luettu 1.10.2016.

STM= Sosiaali- ja terveysministeriö.

Suomen Syöpärekisteri. Päivitetty 5.3.2016. Verkkodokumentti. ><http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0021i0.html><. Luettu 6.10.2016.

Surakka, Tiina - Mattila, Kati-Pupita - Åstredt-Kurki, Päivi - Kylmä, Jari - Kaunonen, Marja 2015. Palliatiivinen hoitotyö. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Syöpäjärjestöt. 2015. Verkkodokumentti. ><https://www.kaikkisyovasta.fi/tietoa-syovasta/syopataudit/><. Luettu 6.10.2016.

Terhokoti. Verkkodokumentti. > <http://www.terho.fi/Terhokoti/> <. Luettu 25.1.2016.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Valvira. Päivitetty 8.12.2008. Hoitotahto. >http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitotahto<. Luettu 19.9.2016.

Valvira 2008. Saattohoito. Verkkodokumentti. >http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito<. Luettu 13.9.2016.

Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tieteelliset tutkimukset

Lundberg, Tina - Mari Ann, Olsson - Carl Johan, Fürst 2013. The perspectives of bereaved family members on their experiences of support in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing* 19 (6). 282-288.

Moir, Cheryl - Roberts, Renee - Martz, Kim - Perry, Judith - Tivis, Laura J. 2015. Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses. *International Journal of Palliative Nursing*. 21(3). 109-112.

Seuna, Leila - Ansas, Kirsi - Vuorinen, Eero 2004. Omaispalaute Kotkan terveystieteiden keskuksen kotisaattohoidosta. *Suomen Lääkärilehti* 4 (59). 259-264.

Anttonen, Merja-Sisko - Kvist, Tarja - Nikkonen, Merja 2009. Omaisten arvioima saattohoidon laatu Terhokodissa. *Hoitotiede* 21 (1). 45-53.

Mandel, Mollie - Savoy, Elyse 2011. Research on Supporting Patients and Family Caregivers With Palliative and End-of-Life Care. *Home Healthcare Nurse*. 148-154.

Anttonen, Mirja-Sisko 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotiede. Terveystieteiden yksikkö.

Enquidanos, Susan - Housen, Patricia - Penido, Marcia - Meja, - Miller, Julie Anne 2014. Family member's perceptions of inpatient palliative care consult services: A qualitative study. *Palliative Medicine*. Vol 28 (1). 42-48.

Guldin, Mai-Britt - Vedsted, Peter - Zachariae, Robert - Olesen, Frede - Jensen Anders Bonde 2011. Complicated grief and need for professional support in family caregivers of cancer patients in palliative care: a longitudinal cohort study 2012. *Support Care Cancer*. 20. 1679-1685.

Tiedonhaun taulukko

Kuvaus tiedonhausta

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Valittu	Hyväksytyt
Medic	Saattohoito AND omai- set	Ikä 19 – 65 Vuosiluku: 2004 – 2016 Syöpäpoti- las	7	3	3
Cinahl	Palliative care AND family	Ikä 19 – 65 Vuosiluku: 2004 – 2016 Cancer pa- tient Language: English	171	19	5
Mediline, Nursing da- tabase	Paliative care AND family	Ikä 19 – 65 Vuosiluku: 2004 – 2016 Cancer pa- tient, Past five years, Journal Ar- ticle,	804	8	0

Kirjallisuuskatsaukseen valitut tieteelliset tutkimukset

Tekijä(t), julkaisuvuosi, maa	Otsikko	Tarkoitus/tavoite	Tutkimusmenetelmät ja otos	Keskeiset tulokset
Anttonen ym. 2009, Suomi	Omaisten arviointi saattohoidon laatu Terhokodissa	Kuvata saattohoidon laatua Terhokodissa ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä omaisten arvioimana.	Ihmisläheinen hoitomittarista kehitetyllä ihmisläheinen saattohoitomittarilla. n = 91 omaista (puoli vuotta kuolemasta)	Omaiset arvioivat, että heidän läheisensä ovat saaneet hyvää hoitoa ja myös omaisista oli huolehdittu hyvin.
Seuna ym. 2004, Suomi	Omais palaute Kotkan terveyskeskuksen kotisaattohoidosta	Kartoittaa kuinka kuolevan potilaan saattohoidossa oli onnistuttu	Kyselytutkimus palautelomakkeella (2 kk kuultua kuolemasta). n = 79 omaista	Kivunhoitoa pidettiin hyvänä, läheinen sai kuolla arvokkaasti. Tuen antamisessa kuoleman jälkeen oli onnistuttu kohtalaisesti tai huonosti.
Guldin ym. 2011, Tanska	Complicated grief and need for professional support in family caregivers of cancer patients in palliative care:	Selvittää monimuotoisen surun merkitys saattohoidossa läheisten näkökannalta	Poikkileikkauksena toteutettu kyselytutkimus n = 114 läheistä	40% läheisen menettäneistä saattohoitoon osallistuneista omaisista kärsi monimuotoisesta surusta ja 15% kärsi 6kk kuoleman

	longitudinal cohort study			jälkeen masennuksesta. Tarvitaan enemmän ja parempaa tukea läheisille omaisen kuoleman jälkeen.
Lundberg 2013 ym. Ruotsi.	The perspectives of bereaved family members on their experiences of support in palliative care	Selvittää kuinka läheisiä tuetaan saattohoitoprosessin aikana ja heidän tuntemuksia näistä menetelmistä	Määrällinen tutkimus kyselytutkimus (2kk kuoleman jälkeen) n = 60 läheistä	Läheiset hyöttyivät heille annetusta tuesta, se toi vahvuutta selviytyä läheisen kuolemasta sekä lisäsi turvallisuuden tunnetta. Hoitoympäristön huomioiminen lisäsi arvokkuuden tunnetta saattohoitoprosessissa.
Moir ym. 2015, Yhdysvallat	Communicating with patients and their families about palliative and end-of life care: comfort and educational deeds of nurses	Selvittää kuinka henkilökunnan tulisi kommunikoida läheisten kanssa saattohoidosta ja kuolemasta.	Ei kokeellinen tutkimus Kyselytutkimus n = 60 saattohoidon henkilökuntaa	Henkilökunta tarvitsee tietoa palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta. Vain vähän saattohoitokokemusta omaavat tai

				vastavalmistuneet hoitajat tarvitsevat lisää koulutusta. Henkilökunta kokivat, että koulutus parantaa kykyä ja osaamista kommunikoida läheisten kanssa.
Enquidanos ym. 2014, Yhdysvallat	Family member's perceptions of inpatient palliative care consult services: A qualitative study	Selvittää kuinka palliativisessa hoidossa tapahtuva tiedon anto vaikutti läheisen ymmärrykseen potilaan tilasta ja hoitovaihtoehdoista, sekä mahdollisuuksista vaikuttaa ja osallistua hoitoon.	Kokeellinen laadullinen tutkimus n = 23 läheistä	Suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä tiedon antoon, ja koki sen hyödylliseksi. Osa vastaajista kokivat, ettei annettu tieto ollut riittävää. Koettiin että palliativisessa hoitotyössä tapahtuvaa keskustelua voisi kehittää parantamalla ohjeistusta ja osallistuttamalla myös lääkäreitä prosessiin. Tällä este-

				tään vääriä tul- kintoja ja vää- riä johtopää- töksiä.
Mandel ym. 2011, Yhdys- vallat	Research on Supporting Pa- tients and Family Care- givers With Palliative and End-of-Life Care	Selvittää kivun lievityksen merkitystä saattohoidossa ja kuinka lähei- nen voi tukea omaisia kivun hoidossa.	Verrokkitutki- mus. Kliininen tutki- mus potilaille, kahdelle eri ryhmälle. (Tut- kimus tehtiin 12 viikon ai- kana) n = 123, n = 127 (verrokki- ryhmä)	Hoitamalla ki- pua ja masen- nusta paranne- taan saattohoi- don laatua. Eri- tyisesti koti- saattohoitajat olivat motivoi- tuneet kehittä- mään kivun- ja masennuksen hoitoa mikä li- säsi potilaiden itsenäisyyttä.
Anttonen 2016, Suomi	Kuoleman vai- keuden lievittä- minen kuole- man todellisuus- den kohtaa- vassa ja ohitta- vassa saatto- hoidossa. Sub- stanttiivinen teoria saatto- hoidosta poti- laan, perheen- jäsenen ja hoi- tohenkilökun- nan näkökul- masta	Tuottaa tietoa jonka avulla voidaan paran- taa saattohoi- don laatua vas- tamaan poti- laan ja per- heen tarpeita	Grounded theory -mene- telmä 45 osallistujaa n = 16 (poti- laat) n = 14 (perheenjäse- net) n = 15 (hoitohenkilö- kunta) (N=15).	Saattohoitoa tulee kehittää huomioimalla potilaan, per- heenjäsenen ja hoitohenkilö- kunnan muo- dostama koko- naisuus, jossa yksilöllinen saattohoito voi toteutua.

Aineiston analyysiprosessi saattohoidon aikana

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä tekijä
<p>Omaiset olivat erityisen tyytyväisiä Terhokodin ilmapiiriin</p> <p>Yli kaksi kuukautta saattohoidossa olleet olivat kaikkein tyytyväisimpiä annettuun hoitoon.</p> <p>Tulokseen voi vaikuttaa eniten se, että sekä potilas että hänen läheisensä tustuivat Terhokodin toimintaan ja henkilökuntaan ja toiminta alkaa saada ns. normaalielämän piirteitä.</p>	<p>Omaiset tyytyväisiä Terhokodin ilmapiiriin</p> <p>Annettuun saattohoitoon oli tyytyväisimpiä yli kaksi kuukautta saattohoidossa olleet.</p> <p>Terhokodin toimintaan ja henkilökuntaan tustuminen teki saattohoitopaikasta normaalin elämän kaltaiseksi.</p> <p>Yhden hengen huoneet tärkeitä saattohoidossa.</p>	<p>Tyytyväisyys hoitoympäristöön</p>	<p>Pyrkimys hoitotyön toiminoissa tukemiseen</p>	<p>Henkilökunnan pyrkimys tukea läheisiä kokonaisvaltaisesti saattohoitoprosessin aikana</p>

Omaiset olivat erityisen tyytyväisiä potilaiden fyysisistä tarpeista huolehtimiseen	Omaiset tyytyväisiä potilaiden fyysisten tarpeiden huomioimiseen	Potilaan fyysisten tarpeiden huomioiminen läheisen kokemana		
---	--	---	--	--

Aineiston analyysiprosessi kuoleman jälkeen

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä tekijä
Selkein ongelmakohta on omaisen selviytyminen potilaan kuoleman jälkeen	Omaisten selviytyminen potilaan kuoleman jälkeen on ongelmakohta.			
Hoito ei lopu potilaan kuoltua.	Hoito ei lopu potilaan kuoltua.	Henkilökunnan tuki läheisen kuoleman jälkeen		
Tarvittaessa omaisen ohjataan ottamaan yhteys mielen-terveystoimistoon.	Omainen ohjataan tarvittaessa ottamaan yhteys mielen-terveystoimistoon.		Pyrkimys läheisen psyykkiseen tukemiseen	Henkilökunnan pyrkimys tukea läheisiä kokonaisvaltaisesti kuoleman jälkeen.
	Kuoleman jälkeen läheisille	Läheisten yksilöllisen tuen tarpeen huomiointi kuole-		

<p>Vaikka erillistä kuoleman jälkeistä seuranta ei järjestetty, suurin osa koki, että heille tarjottiin rehellisiä ja avoimia keskusteluja, oikeaa tietoa, ja läheisten henkistä tukeamista, tukea antava ilmapiiri,</p>	<p>tarjottiin henkistä tukeamista ja tukea antava ilmapiiri.</p>	<p>man jälkeisessä selviytymisessä</p>		
--	--	--	--	--