

Anu Kuusenoksa ja Riikka Leinonen

**SAATTOHOITOASIAKKAAN JA HÄNEN
OMAISENSA KOHTAAMINEN**
kotihoitohenkilöstön kokemana

Opinnäytetyö
Geronomikoulutus

2017



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Anu Kuusenoksa ja Riikka Leinonen	Geronomi (AMK)	Marraskuu 2017
Opinnäytetyön nimi		52 sivua
Saattohoitoasiakkaan ja hänen omaisensa kohtaaminen kotihoitohenkilöstön kokemana		12 liitesivua
Toimeksiantaja		
Kouvolan kaupunki		
Ohjaaja		
Lehtori Anna-Kaarina Anttolainen, hoitotyön vastaava Anne Heikkilä		
Tiivistelmä		
<p>Tämä opinnäytetyö tarkastelee Kouvolan kaupungin kotihoitossa työskentelevien henkilöiden kokemuksia kotona hoidettavan saattohoitopotilaan kohtaamisesta. Toimeksianto opinnäytetyölle tuli kotihoiton hoitotyönvastaavalta. Opinnäytetyön keskeisimmät tehtävät ovat selvittää, mitkä asiat hoitajat kokevat tärkeiksi saattohoitopotilaan ja hänen läheisensä kohtaamisessa, miten hoitajat kokevat saattohoitopotilaan ja hänen läheistensä kohtaamisen sekä mikä on kotihoiton henkilöstö tuen tarve tilaajataholta, kun henkilöstö kohtaa saattohoitopotilaan ja hänen omaisensa.</p> <p>Tutkimus on kvantitatiivinen ja siinä käytetään tilastollisia menetelmiä. Aineistonkeruumenetelmänä käytetään Survey-tutkimusta, Webropol-pohjaisena lomakekyselyä. Kysymykset ovat pääasiallisesti Likertin-asteikolla. Lisäksi on kaksi avointa kysymystä. Aineisto analysoidaan tarkastelemalla kyselyn antamia vastauksia, niiden hajontaa vastaajien kesken ja sitten tarkastella tekijöitä, jotka vaikuttavat hajontaan.</p> <p>Tutkimuksen kyselyn vastausprosentti on matala, joten tutkimuksen tulos kertoo kapealaisesti kyselyn kohteena olevan ryhmän kokemukset aiheesta. Tutkimustulokset osoittavat, että henkilöstö kokee kohtaamisen ja vuorovaikutuksen tärkeinä hoitotyössä. Tutkimuksen tuloksena tuli ilmi, että henkilöstö arvostaa saattohoitotyötä ja on halukasta osallistumaan siihen ja saamaan siitä lisää koulutusta. Henkilöstö myös kokee tarvitsevansa monipuolista koulutusta saattohoidosta.</p> <p>Tämän tutkimuksen tulosten avulla kotihoitossa voidaan tarjota henkilöstölle saattohoitoon liittyvää koulutusta aiheista, jotka henkilöstö kokee itsensä tärkeiksi sekä tarpeelliseksi.</p>		
Asiasanat		
saattohoito, kotisaattohoito, kohtaaminen, kokemuksellisuus, kotihoito, hoitohenkilöstö, tutkimus		

Author (authors)	Degree	Time
Anu Kuusenoksa and Riikka Leinonen	Bachelor of elderly care	November 2017
Thesis Title		52 pages
Encountering the patient and family in home hospice care		12 pages of appendices
Commissioned by		
City of Kouvola		
Supervisor		
Anna-Kaarina Anttolainen, Lecturer and Anne Heikkilä, Care work supervisor		
Abstract		
<p>This thesis examines the experiences that the Kouvola home care personnel have of hospice care given to people living in their own homes. The commission to the thesis came from the care work supervisor in Kouvola home care. The main objective of the thesis was to examine what nurses experience as important in interaction with hospice care patients and their loved ones. A further objective was to find out what kind of support the personnel need from the commissioner for interaction with the hospice care patients and their loved ones.</p> <p>The examination was quantitative and statistical methods were employed. The method of collecting data was a survey as a Webropol based questionnaire. The questions were mainly on the Likert scale along with two open questions. The material was analysed by examining the responses to the questionnaire, their dispersion between the respondents and by examining the elements that influenced the dispersion.</p> <p>The response rate of the survey was low, so the result reflect the experiences of a narrow target group. The results also revealed that the personnel appreciate hospice care and are willing to participate in it. The personnel are also willing to educate themselves in hospice care.</p> <p>Based on the results of this study it is possible to offer education on hospice care and themes that the personnel think are important for them in Kouvola home care.</p>		
Keywords		
hospice, hospice care at home, meeting, experientialism, homecare, care personnel, examination		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	KOTIHOITO.....	7
3	SAATTOHOITO.....	10
3.1	Saattohoitopäätös.....	13
3.2	Kotisaattohoito.....	14
3.3	Kotisaattohoito Kouvolassa.....	15
4	KOHTAAMINEN.....	16
4.1	Kohtaamisen merkityksellisyys saattohoidossa.....	16
4.2	Kuolevan ja tämän omaisen kohtaamisen erityispiirteitä.....	18
5	KOKEMUKSELLISUUS.....	20
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	22
6.1	Tutkimusprosessi.....	22
6.2	Aineiston keruu.....	23
6.3	Analyysimenetelmä.....	24
7	TULOKSET.....	25
7.1	Taustatiedot.....	25
7.2	Vastaajien tärkeiksi kokemat asiat saattohoitopotilaan ja hänen läheistensä kohtaamisessa.....	26
7.3	Vastaajien kokemuksia saattohoitopotilaan ja hänen läheistensä kohtaamisesta.....	28
7.4	Kotihoidon henkilöstön tuen tarve tilaajataholta henkilöstön kohdatessa saattohoitopotilaan ja hänen omaisensa.....	34
8	POHDINTA.....	38
8.1	Tulosten tarkastelu.....	38
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	41
8.3	Opinnäytetyöprosessin pohdinta.....	44
8.3.1	Anun pohdinta.....	44
8.3.2	Riikan pohdinta.....	46

8.4	Jatkotutkimusaiheet.....	47
LÄHTEET.....		49

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje henkilöstölle jaettuun sähköpostiin

Liite 2. Kysely kotihoitohenkilöstölle

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysala on tällä hetkellä suuressa muutoksessa, ja muutos vaatii valtakunnallisesti määriteltävien toimintatapojen ja rakenteiden lisäksi myös muutosta yleisessä asenne- ja ajatusmaailmassa (STM 2016). Kotihoito on yksi keskeisimpiä muutoksen kohteita. Laitoshoitoa puretaan ja pyrkimys on siihen, että ihmiset voisivat asua kodeissaan aina kuolemaansa saakka. Tämä on myös tutkimusten mukaan ihmisten oma halu – kuolla kotonaan. Hyvän kuoleamisen laatua tarkasteltaessa yksi indikaattoreista on mahdollisuus kuolla yksikössä, jossa on viimeiset ajat ollut hoidettavana. (Pihlainen 2010, 13, 23–25; STM 2017.)

Saattohoito on moniulotteista hoitotyötä ja yksi sen raskaimmista muodoista (Grönlund & Huhtinen 2011, 200). Kuolema on etäännyntynyt tavallisesta elämästä ja edelleen tänäkin päivänä suurin osa ihmisistä kuolee sairaaloissa tai muissa laitoksissa. Näissä paikoissa työskennelleet hoitajat ovatkin todennäköisesti nähneet paljon kuolemaa ja kuolevia. Kotihoidossa sen sijaan työskentelee hoitajia, jotka eivät ole kohdanneet saattohoitopotilasta eivätkä nähneet vainajaa. (Jänikselä 2014, 17–19.)

Osalle kotihoidon henkilöstöstä saattohoito on tuttua. Silti harvoille se on helppoa. Kohtaamistilanteissa kaikkien osapuolten persoonallisuudet ja kokemusmaailmat nousevat suureen rooliin. (Dunderfelt 2016, 37–40). Nämä ominaisuudet voivat luoda joko hyviä kohtaamistilanteita tai sitten sellaisia, joihin kaivataan tukea. Saattohoidon perustana voidaan nähdä hoidettavan ihmisarvo, itsemääräämisoikeus ja inhimillinen hoito. Omaisten rooli on merkittävä saattohoidon onnistumisessa, joten tässäkin opinnäytetyössä omaista ja hänen kohtaamistaan korostetaan. Saattohoitotilanteen erityisyys verrattuna moneen muuhun hoitotilanteeseen johtuu juuri kuoleman lähestymisestä sekä siihen liittyvistä, henkistä kärsimystä aiheuttavista seikoista. Niiden vuoksi saattohoitoa toteuttavilta henkilöiltä vaaditaan vahvaa ammattitaitoa sekä kykyä vuorovaikutustilanteisiin saattohoidettavan ja hänen omaisensa kanssa. (Pihlainen 2010, 7, 17.)

2 KOTIHOITO

Kotihoidolla autetaan kotona asuvia, eri ikäisiä avun tarvitsijoita. Se on kotipalvelujen, tukipalvelujen sekä sairaanhoitopalvelujen palvelukokonaisuus. Kotihoidon yleiseksi tavoitteeksi voidaan mainita asiakkaan toimintakyvyn ja elämänhallinnan tukeminen niin, että asiakas voi asua turvallisesti kotonaan mahdollisimman pitkään. (Ikonen 2015, 15–18.) Kouvolan kaupungin (2016) sivuilla kotihoitoa kuvaillaan seuraavasti: kotihoitoon kuuluu saattohoidon lisäksi kotipalvelu ja kotisairaanhoito. Kotihoidon tarkoituksena on auttaa kotona asuvaa ihmistä silloin, kun hän ei sairauden tai alentuneen toimintakyvyn takia enää pärjää omin tai omaisten avuin. Ikonen (2015, 23.) määrittelee kotihoidon asiakkaan asianajamiseksi erilaisissa arkeen liittyvissä asioissa, kun asiakas ei kykene siihen itse.

Keskeisimmät kotihoitoa ohjaavista laeista ja säädöksistä ovat sosiaalihuoltolaki (1301/2014), kansanterveyslaki (66/72) ja terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326). Sosiaalihuoltoasetus (607/83) määrittelee niin kotipalvelun tukipalvelut kuin kotipalvelun muodotkin, jotka ovat satunnainen, tuettu, valvottu ja tehostettu. 2013 astui voimaan laki, joka tukee valtakunnallista tavoitetta siitä, että mahdollisimman moni ikääntynyt kykenisi asumaan kotonaan mahdollisimman pitkään. Laki on nimeltään Laki iäkkään väestön toimintakyvyn tukemiseksi ja ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalouksista (28.12.2012/980). Arkisesti lakia kutsutaan vanhuspalvelulaiksi.

Kotihoidon saaminen perustuu kuntien laatimiin saantikriteereihin. Niiden perusteet tulevat lainsäädännöstä, joten ne ovat melko yhteneviä eri kuntien välillä. (Ikonen 2015, 28.) Kunnat voivat yhdistää kotipalvelun ja terveydenhuoltolakiin perustuvan kotisairaanhoidon kotihoidoksi. Näitä kotiin annettavia palveluita voivat saada ikäihmiset, vammaiset ja sairaat tai jonkin muun syyn vuoksi alentuneesta toimintakyvystä kärsivät henkilöt. (STM.) Yhdistetyn kotihoidon tavoite on hoito- ja palvelukokonaisuuksien saumattomuus, taloudellinen hyöty, tehokkuus, resurssien joustavuus sekä yhtenäinen johto (Ikonen 2015, 21).

Vuoden 2016 marraskuussa kotihoidon säännöllisiä palveluita Suomessa sai 73 500 henkilöä (THL 2017). Kotihoidon asiakasrakennetta voidaan kuvata

muun muassa seuraavan kolmen tekijän kautta: hoidon intensiteetin eli käyntikertojen määrä kuukaudessa mukaan, hoidon tarpeen mukaan sekä hoidon tarpeen syyn mukaan (Kattainen & Luoma 2007, 18). Haasteita kotihoidolle tuovat kasvavat asiakasmäärät, uudenlaiset asiakasryhmät, asiakkaiden hoitoisuuden lisääntyminen sekä asiakkaiden odotukset saamastaan hoidosta (Ikonen 2015, 56). Ongelmana voi myös olla työntekijöiden ja asiakkaiden riskitietoiset näkemykset työskentelyn kohteista. Työntekijän näkökulmasta voi olla keskeisiä asioita lääkkeiden jakaminen, suihkutuspaineen mittaaminen ja verenpaineen mittaaminen. Asiakkaalle taas voi olla tärkeintä ihmisten seura ja ulos pääseminen. (Engeström ym. 2009, 21.)

Kotihoidon laadun arviointiin liittyy erityispiirteitä, kuten eri osapuolten erilaiset odotukset hoidolta ja epäyhtenäiset asiakasryhmät. Yhtenäisen laatuvaatimuksen tarpeeseen kotihoidossa on tullut vastaamaan Resident Assessment Instrument (RAI) -tietojärjestelmä, joka auttaa säännöllisessä laadun tarkastelussa. Lisäksi laadun arvioinnin erityispiirteisiin lasketaan vuorovaikutuksellisten tekijöiden korostuminen kotihoidon asiakkaiden ja työntekijöiden välillä. (Voutilainen 2007, 13–14.)

Kotihoitotyö on moniammatillista. Kotihoidossa voi työskennellä mm. kodinhoitajia, perushoitajia, sosionomeja, fysioterapeutteja, terveydenhoitajia sekä geronomeja. Lähihoitaja ja sairaanhoitaja ovat yleisimmät ammattiryhmät, jotka kotihoitotyötä toteuttavat. Kotihoidossa hoitajilta vaaditaan laaja-alaista ja kokonaisvaltaista osaamista niin hoito- kuin huolenpitotyössä. Hyvät vuorovaikutustaidot ovat yksi kotihoitotyön keskeinen taito. (Ikonen 2015, 172, 175.)

Ikonen (2015, 177) kuvaa kotihoitotyön olevan terveyttä ja hyvinvointia edistävää, sairautta ehkäisevää ja parantavaa, kuntouttavaa ja kärsimystä lievittävää hoitoa. Kotihoitotyön piirteisiin kuuluu myös kokonaisuuksien hahmottaminen sekä päivittäisten ja pidempikestoisten prosessien tunteminen.

Kouvolan kaupungin kotihoitoon kuuluvat kotipalvelu, kotisairaanhoito, saattohoito sekä tukipalvelut, kuten ateriapalvelu ja turvapuhelinpalvelu. Asiakkaan avun tarve kartoitetaan sopivan palvelukokonaisuuden tekemiseksi. Palvelutarpeen arvioinnissa käytetään kahden viikon arviointijaksoa sekä toimintakykymittareita, joista Kouvolassa on käytössä RAI-mittari. (Heikkilä 2017.)

Kouvolan kotihoito jakautuu kolmeen alueeseen kaupungin maantieteellisten alueiden mukaan, eteläiseen, keskiseen ja pohjoiseen alueeseen. Jokaisella alueella toimii pienempinä yksiköinä tiimejä, jotka hoitavat asiakastyön. Yhteensä näillä kolmella alueella on 17 perustiimiä. Lisäksi jokaisella alueella on resurssitiimi, tehko eli tehostetun kotiutuksen tiimi, päihde- ja mielenterveys-tiimi, yöpartio, asiakasvastaavat sairaanhoitajat, tilapäisten asiakkuuksien sairaanhoitajat ja Marevan-hoitaja. Lisäksi on lennonjohto eli työnjako, jossa työskentelevät eivät tee hoitotyötä. (Heikkilä 2017.)

Kouvolan kotihoidossa työskentelevä henkilöstö jakautuu esimiehiin, joiden koulutustaustoina on geronomi, sairaanhoitaja ja sosionomi sekä ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita. Hoitotyötä tekevään henkilökuntaan kuuluu sairaanhoitajia, lähihoitajia, lähihoitajataustaisia geronomeja, perushoitajia, kodinhoitajia ja muutama kotiavustaja. Kotiavustajien määrä on hyvin pieni, alle kymmenen henkilöä. Yhteensä hoitohenkilöstöä on 347, joista 50 sairaanhoitajia. Tässä luvussa ovat mukana myös päiväkeskuksissa työskentelevät. (Heikkilä 2017.)

Asiakasmäärät Kouvolan kotihoidossa vaihtelevat, keskimäärin asiakkaita on kuukausitasolla noin 2000 tai hieman alle. Tähän lukuun sisältyvät sekä säännölliset että tilapäiset asiakkaat. Asiakkaista suurin osa on yli 75-vuotiaita. (Heikkilä 2017.)

Kouvolan kotihoidossa käytetään potilastietojärjestelmänä Efficaa. Hoitohenkilöstö kirjaa asiakaskäynnit mobiililaitteella asiakkaan luona suoraan potilastietojärjestelmään. Asiakastyöt jaetaan hoitohenkilöstölle lennonjohdossa Hilkan ohjelman avulla. Hilkan avulla on mahdollista saada esimerkiksi kuolevan asiakkaan hoitoon lisää aikaa siten, että hoitaja soittaa työnjakajille lennonjohtoon. Hilkan avulla lennonjohto voi ohjata töitä toisille hoitajille. Siten kyseinen hoitaja voi jäädä kuolevan vierelle. Potilastietojärjestelmässä saattohoito eroaa vain tilastoinnin osalta. (Heikkilä 2017.)

RAI-toimintakykyarviointi tehdään uusista asiakkaista kuukauden sisällä palveluiden aloittamisesta. Arviointi tehdään jatkossa asiakkaista kuuden kuukauden välein sekä tarvittaessa, esimerkiksi asiakkaan tilanteen muututtua. RAI-

ohjelmiston avulla selviää asiakkaiden avun tarve. Saattohoidettaville ei RAI:ta saattohoitopäätöksen jälkeen tehdä, mutta palliatiivisille asiakkaille kyllä. Tämäkin on kuitenkin hyvin tilannekohtaista, sillä asiakkuus voi joskus olla hyvin lyhyt. Asiakas voi tulla kotiin ja kuolla tunnin päästä. (Heikkilä 2017.)

3 SAATTOHOITO

Saattohoito on parantumattomasti sairaan potilaan hoitoa ja hänen läheistensä tukemista. Saattohoito on viimeisen vaiheen hoitoa ja tukea kuoleman prosessissa. Saattohoito on viimeinen jakso palliatiivisessa hoidossa. Saattohoidossa olevan potilaan tautiin ei ole tarjolla ennustetta parantavaa hoitoa tai potilas on itse kieltäytynyt tällaisesta hoidosta. Saattohoidossa olevan potilaan jäljellä oleva elinaika arvioidaan lyhyeksi. (Valvira 2008.)

Saattohoitoa säätelevät monet lait, asetukset ja ohjeet. Tärkeimpänä näistä perustuslaki (1999/731), joka määrittelee ihmisoikeudet. Perustuslain mukaan jokaisen ihmisarvoa on kunnioitettava ja jokaisella on oltava oikeus elämään, koskemattomuuteen, turvallisuuteen ja omaan kulttuuriin sekä kieleen. Iän, uskonnon tai terveydentilan perusteella ei ketään saa syrjiä.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrää potilaan oikeudesta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaan ihmisarvoa, vakautta ja yksityisyyttä tulee kunnioittaa. Potilas on oikeutettu saamaan tietoa omasta terveydestään, hoidon merkityksestä sekä eri hoitovaihtoehtoista.

Käypä hoito -suositukset (2012) määrittävät kuolevan potilaan hoidosta, että oireenmukainen hoito on osa kuolevan potilaan hoitoa. Samoin oireita lievittävä hoito kuuluu osaksi kuolevan potilaan hoitoa. Käypä hoito -suositusten mukaisesti kuolevalla potilaalla on oltava mahdollisuus osallistua hänen hoitoaan koskevien päätösten tekemiseen.

Saattohoidon tarjoaminen on Suomessa jaoteltu kolmeen portaaseen. A-portaan mukaista perustason saattohoitoa tarjotaan kaikissa terveydenhuollon yksiköissä. Kaikissa yksiköissä on oltava saattohoitoa koordinoiva hoitaja. B-portaan mukaista hoitoa tarjotaan keskikokoisissa terveyskeskuksissa kotihoidon, kotisairaalan tai vuodeosaston kautta. Isommilla paikkakunnilla on oltava

koko- tai osa-aikainen lääkäri ja useampi hoitaja, joilla on laajempi saattohoidon koulutus. C-portaan hoitoa toteutetaan yliopisto- ja keskussairaaloissa sekä saattohoitokodeissa. (Hänninen 2013/2, 27–28.)

Saattohoito ei kosketa pelkästään syöpäpotilaita, vaan myös muita kroonisia, kuolemaan johtavia sairauksia sairastavia. Tällaisia tauteja ovat esimerkiksi keuhkohtaumatauti ja monet sydänsairaudet. Saattohoidon päämäärä on lievittää potilaan kärsimyksiä. Saattohoitoon sisältyy potilaan toiveiden huomioiminen, mahdollisimman hyvä perus- ja oirehoito, valmistaminen lähestyvään kuolemaan sekä läheisten huomioiminen ja tukeminen. (Käypä hoito -suositus 2012.)

Saattohoidolla pyritään luomaan kuolevalle aktiivinen ja arvokas loppuelämä, jotta hän voi elää mahdollisimman hyvää elämää loppuun asti. Kuolevalle ja hänen läheisilleen luodaan mahdollisuus valmistautua kuolemaan ja kohdata se kivuttomasti, turvallisesti ja rakkautta saaden. Hoitavan henkilöstön tulee antaa kuolevalle ja tämän läheisille kaikki saatavilla oleva hoito ja tuki. Näin pyritään toteuttamaan kuolevan toive saada olla oma itsensä loppuun asti. (Sirviö 2015.)

Saattohoidosta tehdään hoitolinjaus, joka kirjataan potilaan hoitokertomukseen. Hoitolinjaus tehdään yhteistyössä. Useimmiten sitä varten järjestetään hoitoneuvottelu. Hoitoneuvottelussa ovat paikalla hoitava taho, lääkäri, saattohoidettava itse ja myös läheisillä on mahdollisuus osallistua. Saattohoidon aloitusta kuvaamaan ei saa käyttää DNR-lyhennettä (do not resuscitate) tai DNaR-lyhennettä (do not attempt to resuscitate), sillä kyseessä ei ole saattohoitoa kuvaava termi, vaan ainoastaan elvytyksen kieltävä termi. (Käypä hoito -suositus 2012.)

Saattohoidossa on usein kiinteästi mukana joku tai jotkut potilaan läheiset. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on tukea läheisiä sekä potilaan luvalla antaa läheisille tietoja sairauden etenemisestä. Henkilökunta saattaa joutua hoitamaan enemmän läheisiä kuin itse potilasta, läheisten paha olo voi ilmetä hoitohenkilökunnan arvosteluna. (Anttonen 2016, 105.)

Saattohoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä vallitsee toimiva vuorovaikutus. Hoitajan on oltava läsnä hoitotilanteessa muutenkin kuin fyysisesti, jotta hän herättää potilaassa luottamusta. Saattohoidon toteutumisessa ovat merkittävässä roolissa myös hoitajan ja hoitotiimin ammatillinen osaaminen. Hoitajana saattohoitotilanteessa on oltava kärsivällinen ja ymmärtäväinen. Tottumaton hoitaja voi sotkeutua tunteiden kanssa eikä osaa erottaa potilaan tai tämän läheisten tunteita omista tunteistaan. (Anttonen 2016, 75–76.)

Saattohoidon onnistumiseen vaikuttaa myös saattohoidettavan mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa sekä kuolinpaikkaansa. Saattohoidettavat haluavat useimmiten kuolla kotonaan. Tämän mahdollistaa hyvä kivun hoito kotona sekä saattohoidettavan ja omaisen saama riittävä tuki hoitohenkilöstöltä. (Anttonen 2016, 24.)

Hyvä saattohoito on erilaista riippuen siitä, katsotaanko hoidettavan, läheisten vai hoitohenkilöstön näkökulmasta. Hoidettavan näkökulmasta saattohoidon ensisijainen tavoite on luoda mahdollisimman hyvä elämänlaatu kuolevalle. Elämänlaatu on subjektiivinen käsite, joten sen mittaaminen on hankalaa. Elämänlaatu voi pysyä hyvänä, vaikka kuoleva joutuisikin luopumaan monista aiemmin elämäänsä kuuluneista asioista kuten harrastuksista. Elämänlaadun saattohoidettavat kokevat heikkenevän silloin, kun oireet ovat hankalia, kivun hoito ei ole kunnossa tai heidän omia mielipiteitään hoidosta ei kuunnella. (Anttonen 2016, 22.)

Läheisten näkökulmasta hyvässä saattohoidossa on keskeistä heidän saamansa tuki hoitohenkilökunnalta. Läheisellä on suuri riski sairastua myös itse fyysisen tai psyykkisen stressin vuoksi. Läheinen voi sairastua esimerkiksi ahdistukseen tai masennukseen riittävän tuen puuttuessa. On tärkeää antaa läheisille tietoa saattohoidettavan tilanteesta sen muuttuessa sekä antaa henkistä tukea, jotta he voivat kokea olevansa ajan tasalla tilanteesta. (Anttonen 2016, 24–26.)

Hoitohenkilöstön kannalta hyvässä saattohoidossa on tärkeää, että henkilöstöllä on riittävä koulutus tehtävään työhön. Henkilöstön on kyettävä avoimeen vuorovaikutukseen kuolevan ja tämän läheisten kanssa ilman stressiä. Stressi

vähentää henkilöstön hyvinvointia. Henkilöstön kannalta on myös tärkeää saada riittävästi aikaa kohdata saattohoidettava ja tämän läheiset, jotta he saavat annettua mielestään hyvää saattohoitoa. (Anttonen 2016, 26–27.)

3.1 Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätös on päätös parantavasta hoidosta luopumisesta. Kun päätös tehdään, se selkeyttää tilannetta kaikkien osapuolien kannalta. Potilas saa mahdollisuuden valmistella kuolemaansa ja läheiset valmistautua menetykseen. Hoidon tavoitteet on määriteltävä uudestaan. Hoitohenkilöstön on myös kuunneltava, oltava läsnä ja vastattava kuolevan tarpeisiin ja odotuksiin. Tarkoituksena on taata hyvä oireiden mukainen hoito ilman turhia toimenpiteitä. Myös läheisiä on tuettava menetykseen valmistautumisessa. (Korhonen & Poukka 2013, 440–445.)

Saattohoitoon siirtyminen on lääketieteellinen päätös, jonka tekee hoitava lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Saattohoitopäätös tehdään, kun potilaan sairaus on edennyt vaiheeseen, jossa parantavaa hoitoa ei ole ja kuolema lähestyy. Saattohoitopäätös ei yleensä synny hetkessä, vaan sairauden edetessä päädytään siihen. Saattohoitopäätös voidaan tehdä joko erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa. (Korhonen & Poukka 2013, 440–445.)

Saattohoitopäätöksen tekijä on perehtynyt potilaan sairaushistoriaan, usein päätöksen tekeekin potilasta pitkään hoitanut lääkäri. Aloitteen saattohoitopäätöksestä keskusteluun voi tehdä myös hoitaja, joka yleensä tuntee potilaan lääkäriä paremmin. Saattohoitopäätöstä valmisteltaessa käydään ensin hoitoneuvottelu, jossa keskustellaan hoitovaihtoehdoista ja tulevaisuuden näkymistä. Lääkäri neuvottelee potilaan kanssa lääkityksestä, neste- ja ravitsemushoidosta sekä tutkimusten tarpeellisuudesta. Lääkäri tekee päätökset hoitolinjoista kuunneltuaan potilaan mielipiteet. Päätös saattohoidosta kirjataan potilaskertomukseen, jossa sen on oltava heti nähtävillä. (Valvira 2008.)

3.2 Kotisaattohoito

Kotisaattohoito ja kotikuolema ovat potilaan omia toivomuksia. Kotisaattohoidon edellytyksenä pidetään, että potilaan joku läheinen on valmis olemaan potilaan kanssa ja hoitamaan tätä. Läheisellä on oltava selkeä rooli hoitoryhmässä, eikä hänellä saa olla liikaa vastuuta hoidosta. Vastuu potilaan kokonahoidosta on hoitohenkilökunnalla. Hoitoryhmässä potilas on päättäjä ja läheinen huolehtii ja on läsnä ympäri vuorokauden. (Hänninen 2013/1.)

Kotona tapahtuva saattohoito antaa potilaalle mahdollisuuden elää elämäänsä kotonaan kuolemaansa asti. Koti on tuttu ympäristö, ja siellä saa olla itse se, joka päättää eikä tarvitse olla hoitohenkilökunnan tai osaston sääntöjen alaisena. Kotona myös tärkeät ihmiset, ja mahdollisesti myös eläimet, ovat lähellä. (Anttonen 2016, 95.)

Kotisaattohoidon onnistumisen edellytyksenä on, että potilas ja tämän läheiset luottavat hoitohenkilökuntaan. Hyvän ja turvallisen hoitosuhteen luomiseen onkin kiinnitettävä huomiota. Samalla varmistetaan, että hoito on mahdollista toteuttaa kotona. Hoitohenkilökunnan on huomioitava läheisten voimavarat. Tarvittaessa saattohoito voidaan viedä loppuun saattohoitokodissa tai -osastolla. (Anttonen 2016, 96–98.)

Kotisaattohoitoa varten potilaalle tehdään kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma ja muodostetaan hoitorenkas sekä sovitaan, mitä kenenkin tehtäviin kuuluu. Läheisen lisäksi hoitoa voidaan antaa kunnallisen tai yksityisen kotihoidon kautta. Saattohoidettavalla ja läheisellä on mahdollisuus saada yhteys hoitavaan henkilökuntaan 24 tuntia vuorokaudessa. Läheistä tuetaan ras-kaassa saattohoitotyössä, ja hänen panostaan arvostetaan. (Pihlainen 2010, 24–25.)

Saattohoito voi olla myös osittain kotona toteutettavaa, jolloin potilaan ja läheisen voinnin mukaan potilas on joko kotona tai laitoksessa. Potilas voi myös siirtyä laitokseen kotoa kuoleman lähestyessä tai elää viimeisetkin hetkensä kotona. Viimeisten hetkien paikka valitaan sen mukaan, että sekä potilas että läheiset tuntevat sen suhteen olonsa turvalliseksi. (Pihlainen 2010, 25.)

3.3 Kotisaattohoito Kouvolassa

Kotisaattohoitoprosessi Kouvolassa sisältää potilaan, läheiset, lääkärin, palliatiivisen poliklinikan, kotiutustiimin, saattohoidon tukiosaston sekä tarvittaessa erikoissairaanhoidon ja psykososiaalista tukea tarjoavat tahot. Uusi saattohoitoasiakas voi tulla sairaalasta, kotiutusosastolta, terveyskeskuksen vuodeosastolta, terveyskeskuslääkärin vastaanotolta, keskussairaalasta tai periaatteessa mistä vaan. Kouvolassa on saattohoidosta tehty prosessikuvaus, jota henkilöstö voi hyödyntää työssään. Prosessikuvauksesta löytyy esimerkiksi ohjeet vainajan kuljetukseen saattohoitoasiakkaan kuollessa. Prosessikuvaus löytyy potilastietojärjestelmästä hoitohenkilöstön helposti saatavilta. (Heikkilä 2017.)

Kotisaattohoidossa olevien asiakkaiden taustaosastona toimii terveyskeskuksen osasto 6. Kun asiakkaalle on tehty saattohoitopäätös, voi kotoa siirtyä osastolle koska tahansa. Kotisaattohoitoa hoitavat Kouvolassa kotiutustiimi sekä perustiimin sairaanhoitaja ja tiimin hoitajista koottu hoitorinki. Tavoitteena on, että saattohoitoasiakkaan luona kävisi mahdollisimman vähän ihmisiä. Kotiutustiimi on aina mukana saattohoidossa, koska lääkäripalvelut tulevat kotiutustiimin kautta. (Heikkilä 2017.)

Kotisaattohoidossa on paljon yhteistyökumppaneita, jotka auttavat kotona saattohoidettavaa sekä tämän omaisia. Näitä ovat esimerkiksi seurakunta, syöpäyhdistys ja palliatiivinen poliklinikka. Omaisia ohjataan myös matalan kynnyksen palveluihin ja sururyhmiin tarpeen mukaan. Syöpäyhdistykseltä voi saada tukihenkilön sekä saattohoidettavalle että omaiselle. (Heikkilä 2017.)

Kotihoidon henkilöstöä on myös koulutettu saattohoitoon. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun (aikaisemmin Kymenlaakson ammattikorkeakoulu) kanssa on ajoittain toteutettu kymmenen opintopisteen opintokokonaisuuksia saattohoidosta. Kotihoidon tiimeillä on myös saattohoitovastaavat, jotka tapaavat saattohoitotapaamisissa 4–5 kertaa vuodessa, yhdessä kotihoitoa tukevien palveluiden ja hoiva-asumisen saattohoitovastaavien kanssa. Näissä tapaamisissa voi olla paikalla myös ulkopuolisia luennoitsijoita tuomassa lisäop-
pia. (Heikkilä 2017.)

4 KOHTAAMINEN

Tässä työssä kohtaamisella tarkoitetaan hoitohenkilökunnan ja saattohoidossa olevan asiakkaan ja tämän omaisen kanssa käytävää päivittäistä, kotikäynteihin liittyvää tilannetta, jossa osapuolet ovat sosiaalisessa kontaktissa keskenään. Kohtaamisen aikana asiakasta ja tämän omaisia tuetaan, neuvotaan, kuunnellaan ja autetaan. Tämänkaltaisen työskentely jatkuu useimmiten omaisten kanssa vielä saattohoitoasiakkaan menehdyttyä.

4.1 Kohtaamisen merkityksellisyys saattohoidossa

Kotona toteutettavan saattohoidon suurin kompastuskivi Terhokodin ylilääkärin Hännisen (2013) mukaan on kuolevaa kotona hoitavien omaisten tuen puute hoitohenkilökunnalta. Saattohoito kotona vaatiikin turvallista hoitosuhdetta. Turvallisuuden tunnetta omaisille luo hoitohenkilökunnan kiireettömyys ja ammattitaitoinen ote. Omaisilla tulisi olla tunne siitä, että heitä kuunnellaan aidosti ja että hoitajat ovat heidän käytettävissään. (Kaakkois-Suomen saattohoitoyhdistys 2010.) Usein saattohoitotilanne on omaisille suurempi kriisi kuin hoidettavalle itselleen. Omaisilla tarvitsevatkin runsaasti yksilöllistä tukea, rohkeutta ja huolenpitoa, joskus jopa enemmän kuin saattohoidossa oleva. (Muistiliitto 2016, 16.)

Kohtaamisessa ensivaikutelma on tärkeä. Sen avulla nähdään, koetaan, ollaan tarpeen mukaan varuillaan tai rohkeita. Se myös määrittelee, ollaanko ystävällisiä vai ikäviä. Ensivaikutelmaa ei helposti muuteta. Kohtaamiseen vaikuttaa henkilön omat taustat, niin ikävät kuin positiiviset. Kohtaaminen on kuuntelua, puhumista, tilannetajua. (Keskinen ym. 2012, 5–21.)

Kuolevan hoitaminen voidaan nähdä yhdeksi vaikeimmista hoitotyön alueiksi. Kokemus tuo siihen niin syvyyttä kuin ymmärrystäkin. Tutkimuksen mukaan hoitajat kohtaavat monia ongelmia saattohoitotyössä, näihin kuuluu muun muassa kommunikointi- ja tiedonvälittämisongelmat. Hoitajien itsenäisen päätöksenteon lisääminen on havaittu positiiviseksi vaikuttajaksi heidän ja kuolevan kohtaamistilanteissa. (Leino-Kilpi 2014, 310.) Ammatillisuus voi toimia väliinään vuorovaikutuksen toteuttamisessa, koska se antaa varmuutta ja luottamusta tehtävien ja toisten ihmisten hoitamisessa. Se myös toimii valtuutuksena joidenkin asioiden suhteen. (Mattila 2007, 12.)

Hirvonen (2014, 75–76) on tutkinut väitöskirjassaan hyvinvointityön kulttuurista muutosta työntekijöiden toimijuuden näkökulmasta. Hän esittää väitöskirjassaan, että erityisesti naispuolisilta hoiva- ja hoito-alan ammattilaisilta odotetaan vuorovaikutus- ja ihmissuhdetaitoja ikään kuin automaattisena osana ammattilaisuutta. Saarenheimo (2011) tuo Memo-lehdessä julkaistussa artikkelissa esille keinoja, joilla tietoista läsnäoloa vuorovaikutustilanteissa voi harjoittaa. Vuorovaikutustaitoja vaaditaan kaikessa hoitotyössä, kuten hoitotoimenpiteissä, syöttämisessä jne. Vuorovaikutustaitojen ja aidon läsnäolon taito vähentää myös hoitajan omaa kuormitusta ja stressiä.

Hoitosuhteessa kohtaaminen pitää sisällään toisen ihmisen kunnioittamisen sekä tasa-arvoisuuden periaatteen. Kohdattavan henkilön sukupuoli, kansallisuus, kieli, vakaumukset tai elämänkatsomukset eivät vaikuta kanssakäymisen laatuun. Mahdollisuus luoda yhteys tajuttomaan henkilöön, syvästi dementoituneeseen vanhukseen tai aggressiivisesti käyttäytyvään asiakkaaseen pitäisi nähdä etuoikeutena. Mahdollisuuden näiden kontaktien luomiseen antaa ammatillisuus, tiedot ja taidot. (Haho 2014.)

Tärkein elementti kohtaamisessa on ihmisyyys. Kahden ihmisen tulee lähestyä toisiaan. Suorittaminen, valmiit vastaukset ja alituinen annettavien neuvojen miettiminen toimivat esteenä aidolle kohtaamiselle. Näiden seikkojen sijaan tulisi opetella olemista, asioiden jakamista ja välittämistä. Lisäksi jatkuva ymmärtämisen yrittäminen vie harhaan. Siinä unohdetaan toisen kokemus ja keskitytään vain omaan kokemukseen. Vakavasti ottaminen ja läsnäolo ovat tie parempaan kohtaamiseen. (Mattila 2007, 12–13.) Tilanteessa, jossa saattohoidettava ei enää kykene puhumaan, saavat katsekontakti, kosketus, läheisyys ja äänensävy entistä suuremman merkityksen (Muistiliitto 2016, 15).

Hoidettaessa saattohoitovaiheessa olevaa asiakasta/potilasta korostuu kohtaamistilanteissa hoitoon osallistuvien ammattilaisten oma persoona. Tärkeäksi tekijäksi näissä kohtaamistilanteissa nousee henkilöstön oma suhtautuminen kuolemaan. Valmius kohdata kuoleva kehittyä kokemuksen myötä, mutta myös sitä voi harjoitella. Tätä edesauttaa keskustelu työyhteisön sisällä kuin myös työnohjaus ja koulutuskin. (Ala-kokko ym. 2015, 13.)

Mattila (2007, 74) tarjoaa teoksessaan keinoja kuolevan kohtaamiseen. Hänen näkemyksensä mukaan kuolevan kohtaamisessa ei tarvita vastauksia kuolemisen tematiikasta. Riittää, kun kuolevan annetaan kysyä kysymyksiä, pysytään hänen rinnallaan ja ollaan rehellisiä omasta ihmisyydestään. On hyvä ymmärtää, että niin elämän kuin kuolemisenkin vaikeat kysymykset koskettavat kaikkia ihmisiä, eikä niihin kaikkiin löydy vastauksia.

4.2 Kuolevan ja tämän omaisen kohtaamisen erityispiirteitä

Omaisilla ja muilla kuolevan läheisillä on suuri merkitys saattohoidossa, joten heidän tukemisensa ja ohjaamisensa on tärkeää onnistuneessa saattohoidossa (Muistiliitto 2016, 16). Asiakkaan ja hänen omaistensa saama kokonaisvaltainen tuki voi parantaa hoitomyöntyvyyttä ja yhteistyötä (Niemelä ym. 2009, 117). Kohtaamistilanteilla on suuri merkitys kaikenlaisessa hoitotyössä. Suurin osa Valviralle tehdyistä valituksista koskee hoidettavan huonoa kohtelua tai sitä, ettei omaisille ole annettu riittävästi tietoa (Penttinen 2014).

Hoitotyöntekijät kokevat kuolevan potilaan hoidossa monia eettisesti ongelmallisia asioita. Yhtenä keskeisimpänä ongelmana esiin nousee kuolevan läheisten kohtaaminen. Eettisiä ongelmia näissä kohtaamisissa ovat muun muassa läheisten epärealistiset odotukset hoitoa kohtaan, läheisten ja kuolevan poikkeavat käsitykset hoidosta sekä läheisille välitettävän tiedon määrittäminen. (Leino-Kilpi 2014, 317.)

Hoitotyöhön hakeutuvien ihmisten ajatellaan luonnostaan eläytyvän toisten ihmisten tunteisiin ja tarpeisiin. Osalla työntekijöistä se tuleekin luonnostaan osana muuta hoitotyötä. Mutta on myös hoitajia, joilta tällainen työskentelytapa ei tule luonnostaan, vaan se vaatii uhrautumista, tuskaa sekä suurta tahdonvoimaa. (Hirvonen 2014, 30.) Hoitaja voi hoitaa työnsä kohtaamatta yhtäkään ihmistä, vaikka hän olisikin monen henkilön kanssa tekemisissä työnsä aikana (Haho 2014).

Saattohoito pitää sisällään runsaasti tunteita herättäviä asioita. Tony Dunderfelt (2016, 69–71) tuo esiin sen, että on tärkeä oppia tuntemaan omia tunteitaan, jotta voi kohdata toisten tunteet. Tunteet synnyttävät käyttäytymistä, ku-

ten sanoja, ilmeitä, eleitä sekä muuta sanatonta viestintää. Vaikka voimakkaiden tunteiden ilmenemismuotoja on opittava kontrolloimaan, on toisaalta kaikkien tunteiden tunteminen sallittua. Tunteet eivät itsessään aiheuta ongelmia, vaan sen tekee yritys muuttaa niitä. Joitain tunteita, kuten vihaa ja pelkoa pidetään tavallisesti negatiivisina, kiellettyinä tunteina, mutta Dunderfeltin mukaan siinä sekoitetaan tunne ja tunteesta johtuva käyttäytyminen keskenään.

Kohtaamisessa tulee myös muistaa toisen elintila ja kunnioittaa sitä. Vaikka tarkoitus olisikin hyvä, voidaan kohtaamisessa mestarointia, neuvomista ja holhoamista pitää loukkaavana. Myöskään näytelty kohtaaminen ei ole aitoa, toimivaa kohtaamista. Näytelty kohtaaminen voi olla ennalta suunniteltujen vuorosanojen toistoa. Esimerkiksi kohdattaessa surullinen ihminen näytellään osaaottavaa. Tällainen suorituspakko hukuttaa aidot tunteet. Myös ammatillisuus voi pilata kohtaamisen, jos siihen ei sisälly ihmisyyttä. Ammatillisuus voi tarjota myös piiloutumiskeinon hankalissa tilanteissa. Se tarjoaa suojan ihmiselle, mutta kohtaaminen jää tapahtumatta. (Mattila 2007, 11–14.)

Psykologi Tony Dunderfelt (2016, 37–40) käsittelee kirjassaan Läsnäoleva kohtaaminen henkilöiden persoonallisuuden, taustojen ja asenteiden vaikutuksia kohtaamistilanteisiin. Hän tuo esille sen, että vaikka nämä seikat, joita ainutlaatuisuudeksi voi kutsua, ovatkin juurtuneet meihin syväälle, voi niitä silti harjoittaa. Ne aiheuttavat ongelmia kohtaamisessa silloin, kun kohtaavien henkilöiden ominaisuudet poikkeavat voimakkaasti toisistaan. Tällöin kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa voi tulla ongelmia.

Saattohoitotyössä ammattilainen joutuu kasvatusten vaikeiden asioiden kanssa, kun hän kohtaa kuolevia ja heidän omaisiaan. Empatiaa tarvitaan hoitotyössä, ja empatia on osa ihmisen arkielämää. Ongelmaksi se voi muodostua silloin, jos henkilö kohtaa jatkuvasti kärsimystä ja tragedioita. Tällöin henkilö voi kuormittua ja pahimmillaan sairastua työuupumukseen. Tällaisesta tilanteesta käytetään nimitystä myötätuntouupumus. Tällöin ammattilainen tai omainen eivät kykene vastaanottamaan toisen vaikeita tunteita tai kokemuksia. Tämä johtaa siihen, että auttaja ohjaa keskustelua pois vaikeista ja ahdistavista aiheista. (Nissinen 2012, 25–29.)

Kuolema ja elämä liittyvät vahvasti yhteen, sillä kuolemaan valmistautumiseen sisältyy elämän hyvästely. Hoitotyöntekijän tulee omata hyvä käsitys ihmisen kuoleman prosessista, sen kulmakivistä sekä ihmisiä kuolemassa askarruttavista asioista. Uskonnolliset ja kulttuuriset seikat vaikuttavat ihmisen käsitykseen niin elämän arvostamisesta kuin kuolemankuvastakin. Näistä syistä hoitajan tulisi myös ymmärtää näitä erilaisia taustoja. (Leino-Kilpi 2014, 312.)

Kun hoitaja tietää, miten asiat etenevät, mitä valtuuksia hänellä on ja mistä hän saa tarvittaessa tukea ja lisäapua, myös kohtaamistilanteet helpottuvat. Hoitajan ei tarvitse jännittää, osaako hän vastata kysymyksiin tai reagoida asioihin oikein. Epävarmuuden ja -mukavuuden tunne voi saada hoitajan käyttäytymään asiakaskäynnin aikana rauhattomasti, kiireisesti tai jopa välinpitämättömästi. (Isokorpi 2006, 133.)

5 KOKEMUKSELLISUUS

Kokemuksellisuus on kokemuksesta alkava prosessi, joka vaatii myös oppimisen reflektointia. Vaikka kaikki kokemus ei ole opetuksellista, ihmiset kasvavat kokemuksen kautta. Kokemus on yhteinen muiden siihen osallisten kanssa ja muodostuu yksilön omasta kokemuksellisesta maailmankuvasta. (Henriksson ym. 2014, 5.)

Kokemuksellisuuden tutkimisen kohdalla mietitään usein sen luotettavuutta. Kuinka toisen ihmisen kokemuksia voidaan tutkia niin, että saadaan luotettavia tuloksia. Kokemuksen saaminen yleisesti ymmärrettäväksi, sanoilla ilmais tavaksi tiedoksi onkin hankalaa. Kokemusta voidaankin tutkia monista eri näkökulmista, kuten esimerkiksi taiteen, kirjallisuuden tai filosofian näkökulmat. (Hyypä ym. 2015.)

Kokemuksellisuutta on viime vuosina tutkittu aiempaa enemmän ja sen tutkimiseen on luotu oma verkostonsa. Tämä verkosto järjestää seminaareja ja konferensseja aiheesta. Kokemuksen ja sen tutkimuksen merkitystä voidaan arvioida filosofian, empiirisen tutkimuksen ja käytännön näkökulmista. Kokemuksellisuuden tutkimuksessa voidaan myös huomioida eri tieteenalojen erilaiset sisällöt ja niiden aiheeseen tuomat vivahteet. (Hyypä ym. 2015.)

Nykyisenä sosiaalisen median aikakautena myös kokemuksellisuus on muuttunut. Ihmiset jakavat kokemuksiaan sosiaalisessa mediassa eri tavalla kuin ennen sosiaalisen median aikaa. Monet kokemukset eivät enää jääkään vain ihmisen henkilökohtaisiksi kokemuksiksi, vaan niistä tehdään julkisia. Ihmiset myös muodostavat itsestään sosiaalisessa mediassa mielikuvia, jollaisena haluavat toisten heidät kokevan. Kokemuksellisuus onkin viestintäteknologian kehittymisen myötä tullut aiempaa kaupallisemmaksi. (Hyyppä ym. 2015.)

Eri tieteissä kokemukseen sisällytetään eri asioita, ja sitä tutkitaan tämän vuoksi eri tavoin. Erityisesti sosiaalitieteissä kokemus on keskeinen näkökulma. Yleisimmin kokemusta tutkitaan kasvatuksessa, jossa kokemukset ja elämä kietoutuvat toisiinsa. Myös esimerkiksi elämänhistoriallista tutkimusta tehtäessä narratiivinen menetelmä voi olla käytössä. Tällöin tutkitaan enemmän nimenomaan kertojan kokemaa elämää kuin muuta aineistoa. (Erkkilä 2005, 196–197.)

Narratiivisessa tutkimuksessa pidetään tärkeämpänä yksilön näkökulman eli kokemuksen ymmärtämistä omassa kontekstissaan kuin asioiden paikkansa-pitävyyden tarkistamista. Narratiivinen ajattelu liittyy erityisesti jokapäiväisen arjen tapahtumiin sekä sosiaalisiin suhteisiin. Narratiivisessa tutkimuksessa on tärkeää, että ihmiset kertovat vapaasti elämänsä kulusta, sen eri vaiheista ja alueista. Kerrottujen tarinoiden ajatellaan kuvaavan kokemusmaailmaa. Narratiivisessa tutkimuksessa ihmisten kertomuksiin suhtaudutaan tosina ja pyritään kuvaamaan kokemuksen eri ulottuvuuksia. (Erkkilä 2005, 198–202.)

Vaikka ihmisen kuolevaisuus koskettaa kaikkia, ovat kuoleman herättämät tunteet ja kokemukset henkilökohtaisia. Kuolemasta on vaikea puhua julkisesti, vaikka kokisi sen tarpeelliseksi. Kuoleman pohtiminen ja siitä puhuminen voivat auttaa tuomalla levollisuutta, jolloin kuolemaan liittyvät prosessit eivät enää tunnu niin kaukaisilta. Tämän vuoksi olisikin tärkeää keskustella kuolemasta ja näin saada kuulla muiden kokemuksista. (Hakola 2014, 65–83.)

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Toteutimme opinnäytetyömme yhteistyössä Kouvolan kaupungin kotihoidon kanssa. Opinnäytetyön aihe valikoitu keskustelussa kotihoidon hoitotyön vastaavan Anne Heikkilän kanssa. Saattohoitopotilaan ja hänen omaisensa kohtaamisen ja siihen liittyvien taitojen ja koulutustarpeen kartoittaminen henkilöstön keskuudessa on osoittautunut tarpeelliseksi Heikkilän kokemuksen perusteella.

6.1 Tutkimusprosessi

Tutkimusotteemme on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Kvantitatiivista tutkimusta voidaan nimittää myös tilastolliseksi tutkimukseksi. Kvantitatiivisella menetelmällä saadaan lukumääriä ja prosenttiosuuksia. Menetelmällä voidaan selvittää sen hetkinen tilanne, mikä tutkimuskohteessa sillä hetkellä vallitsee, mutta sillä ei voida selvittää asioiden syitä. (Heikkilä 2014, 15.)

Meidän tutkimuksemme on kausaalinen, selittävä tutkimus. Kausaalisella tutkimuksella pyritään etsimään syy-seuraussuhteita. Sillä etsitään vastauksia erilaisiin kysymyksiin. (Heikkilä 2014, 14.). Meidän tutkimuksessamme nämä kysymykset kulkevat nimellä tutkimustehtävät, jotka ovat seuraavat:

- Mitkä asiat hoitajat kokevat tärkeiksi saattohoitopotilaan ja hänen läheistensä kohtaamisessa?
- Miten hoitajat kokevat saattohoitopotilaan ja hänen läheistensä kohtaamisen?
- Mikä on kotihoidon henkilöstö tuen tarve tilaajataholta, kun henkilöstö kohtaa saattohoitopotilaan ja hänen omaisensa?

Aikaprospektiivin kautta katseltuna opinnäytetyömme on poikkileikkaus senhetkisestä tilanteesta Kouvolan kaupungin kotihoitohenkilöstön kohdalla. Poikkileikkaustutkimus tehdään kertaluontoisesti, sillä hetkellä vallitsevan henkilöstön kesken. (Heikkilä 2014, 14.) Meidän tutkimuksessamme tämä tarkoittaa sitä, että kyselyyn vastaajina ovat ne hoitajat, jotka sillä hetkellä ovat työssä. Sairauslomat sekä vuosilomat rajaavat osan henkilöstöstä kyselyn ulkopuolelle.

Opinnäytetyötämme prosessoidessamme pohdimme sen luotettavuutta ja eettisyyttä. Halusimme saada mahdollisimman kattavan kuvan koko henkilöstön näkemyksistä aiheeseen, ja siksi suunnittelimme kyselyn, joka voitaisiin jakaa koko henkilöstölle. Halusimme myös varmistaa vastaajien anonyymiuden ja harkitsimme taustakysymykset siten, ettei niiden kautta voinut tunnistaa yksilöitä. Mikäli olisimme käyttäneet esimerkiksi sukupuolta taustatekijänä, olisi se joissain ammattiryhmissä rajannut vastaajat niin pieneksi joukkioksi, että tunnistaminen olisi mahdollistunut. (Tietoarkisto 2017.)

Jokin muu aineistonkeruumenetelmä olisi myös voinut vaikuttaa vastaajien vastauksiin. Esimerkiksi ryhmähaastattelussa muiden osallistujien läsnäolo olisi voinut tuoda paineita vastata samalla tavalla muiden kanssa. Kyselysämme käsiteltiin aiheita, jotka voivat aiheuttaa sosiaalisen paineen alla epävarmuutta vastaajissa. Koska kysely suoritettiin täysin anonyymisti, niin kerätyt vastaukset heijastavat vastaajien todellisia ajatuksia sekä heidän työssään kokemia asioita. Kysely oli myös vapaaehtoinen vastaajille, ja saimme heidän suostumuksensa vastausten käyttöön sillä, että he vastasivat kyselyyn. Tällainen vapaaehtoisuus on tärkeä tutkimuseettinen ja lainsäädännöllinen vaatimus. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Ennen kyselyn lähettämistä henkilöstölle, hankimme tarvittavan tutkimusluvan Kouvolan kaupungilta (Liite 3).

6.2 Aineiston keruu

Aineiston keruun teimme Survey-tutkimuksena, Webropol-pohjaisena lomakekyselynä (Liite 2). Menetelmä on tehokas ja kätevästi henkilöstölle jaettava, sekä heille helppo vastata. Pyrimme ottamaan huomioon kyselyä suunnitellessamme sen, että se innostaisi mahdollisimman monia työntekijöitä vastaamaan kyselyyn. Halusimme kertoa saatekirjeessämme (Liite 1) sen, miten tärkeä tutkimuksemme on vastaajien työn kannalta. Halusimme, että työntekijät kokevat, että he pääsevät kyselyyn vastaamalla vaikuttamaan omaan työhönsä, sekä siihen, millaista koulutusta heille tullaan tarjoamaan. Kotihoidon esimiehet huolehtivat kyselyn jakamisesta työntekijöille työ sähköpostin välityksellä.

Ennen varsinaisten tutkimuskysymysten asettamista olimme määritelleet Anne Heikkilän kanssa käydyin keskustelun pohjalta tutkimustehtävät. Näitä tutkimustehtäviä silmällä pitäen kirjoitimme tutkimuskysymykset, joista varsinainen kysely muodostettiin. Kysymykset nostimme opinnäytetyömme teoriaosuudesta.

Rakensimme kysymyspatteriston niin, että se testasi vastaajien asenteita, kokemuksia, ymmärrystä, tietoa kohtaamisesta ja vuorovaikutustaidoista, toiveita sekä työntekijöiden näkemystä asiakkaiden perheistä ja omaisista. Osa kysymyksistä oli tarkoitettu suoraan tietojen testaamiseen ja sitä kautta myös lisäkoulutustarpeen määrittelyyn. Osa taas oli tarkoitettu kuvaamaan työntekijöiden arvoja ja asenteita. Kahdella avoimella kysymyksellä halusimme saada syvyyttä vastauksiin.

6.3 Analyysimenetelmä

Tutkimustamme suunniteltaessa ja teoriaosuutta kirjoitettaessa syntyi oletuksia siitä, mikä senhetkinen tilanne tutkimuksen kohteessa on. Tutkimuskysymyksillä testaamme näitä hypoteeseja. Taustoja kartoittavilla kysymyksillä pyrimme saamaan vastauksia syy-seuraussuhteisiin. Esimerkiksi ajattelimme, että kyselyyn vastaavan koulutus- ja työkokemustausta voi vaikuttaa tuloksiin. Myös iän eli elämäkokemuksen merkitys voi näkyä vastaajien kokemuksissa.

Nummenmaa (2004, 31) on tuonut teoksessaan Käyttäytymistieteiden tutkimusmenetelmät esiin sen, että aineistoa analysoidessa saattaa törmätä ilmiöihin, jotka eivät vastaakaan suunnitteluvaiheessa olemassa olevaa oletusta. Pääasiallisesti analyysivaiheessa Nummenmaan mukaan tulee kuitenkin pidättäytyä testaamaan suunnitteluvaiheessa asetettuja hypoteeseja.

Vastausten eli ns. havaintoarvojen jakautuminen on yksi asia, mihin analyysissä kiinnitämme huomiota. Pieni hajonta tarkoittaa sitä, että vastaajat ovat vastauksista samaa mieltä muiden vastaajien kanssa. Mikäli vastauksissa tulee suurta hajontaa, on tarpeen tarkastella muuttujia, jotka vaikuttavat vastausten hajontalukuihin. Hajontalukujen tarkastelu auttaa kuvaamaan vastaajien homogeenisuutta tai heterogeenisuutta. (Holopainen & Pulkkinen 2013, 88.)

Kirjoittaessamme auki vastauksia, käytimme kaikkien kyselyyn vastanneiden lukumäärästä suuretta N-kirjain. Aineiston osajoukkoa eli tässä tapauksessa henkilöitä, jotka ovat vastanneet kysymykseen samalla tavalla, kuvataan kirjaimella n. (Nummenmaa 2004, 51.)

7 TULOKSET

Tässä luvussa esitellään auki selitettyinä Webropol-kyselystä saatu raportti. Osa vastauksista on ollut niin yksimielisiä tai selkeitä, ettei vastausten erittelyyn ole ollut tarvetta. Sellaisissa kyselyn kohdissa, missä on tullut esille runsasta hajontaa, on lukuja eritelty tarkemmin ja esitetty vastauksia kaavioiden avulla.

7.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastanneista suurin osa oli lähihoitajia. Sairaanhoitajista vastasi alle 10, ja se oli seuraavaksi suurin ryhmä. Yksittäisiä vastauksia tuli geronomilta, kodinhoitajalta, muulta sosiaali- ja terveysalan ammattilaiselta sekä alan opiskelijalta. Vastaajien ikähaarukka sen sijaan oli laajempi. Eniten vastaajia oli ikäryhmissä 21–30 vuotta ja 41–50 vuotta, eli 18 vastaajaa kummassakin (n=18). Lähes yhtä monta vastaajaa oli näiden väliin jäävässä ikäryhmässä 31–40 vuotta eli 17 vastaajaa (n=17). Ikäryhmässä 51–60 vuotta oli vielä runsaammin vastaajia eli 13 kappaletta (n=13). Kyselyn pienimpään ja suurimpaan ikäryhmään, alle 20 vuotta tai yli 60 vuotta, kuului vastaajista noin seitsemän prosenttia.

Sosiaali- ja terveysalan työkokemuksen määrä vastaajien keskuudessa vaihteli runsaasti. Vastauksia tuli tasaisesti kaikista työkokemusvuosia kuvaavista ryhmistä. Työkokemusta sosiaali- ja terveysalalta vastaajilla oli Kouvolan kotihoidon lisäksi eniten laitoshoidosta (n=32). Moni vastaaja oli työskennellyt myös tehostetussa palveluasumisessa (n=18), muun kaupungin kotihoidossa (n=13), vammaisten tai lasten parissa (n=13) tai muussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä (n=12). Myös erikoissairaanhoidon, päivystystyön, muun asumispalveluyksikön ja saattohoidon kokemusta oli taustalla. Toisaalta monella vastaajalla (n=14) ei ollut muuta sosiaali- ja terveysalan työkokemusta.

Vastaajista suurin osa oli osallistunut saattohoitotyöhön. Ainoastaan viisi (n=5) vastaajaa ei ollut osallistunut saattohoitoon lainkaan. Suurimmalla osalla vastaajista (n=28) oli kokemusta yli seitsemästä saattohoitotilanteesta. Yksitoista vastaajaa (n=11) oli osallistunut omaisen tai läheisen roolissa saattohoitoon.

7.2 Vastaajien tärkeiksi kokemat asiat saattohoitopotilaan ja hänen läheistensä kohtaamisessa

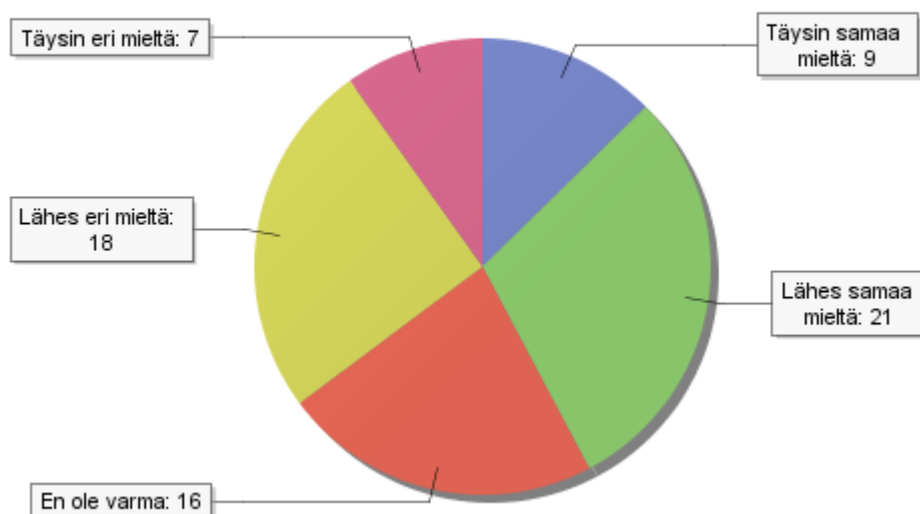
Lähes kaikki vastaajat kiinnittivät tavallista enemmän huomiota siihen, miten kohtaavat saattohoitotilanteessa asiakkaan. Kaksi vastaajaa oli eri mieltä asiasta ja neljä ei ollut varmoja mielipiteestään. Kun saattohoitotilanteessa kohdattavana on omainen, niin vastaajat ilmoittivat kiinnittävänsä kohtaamiseen tavallista enemmän huomiota. Luvut olivat miltei samat kuin kysyttäessä samaa asiaa asiakkaan ollessa kohdattavana.

Suurin osa vastaajista (n=64) oli sitä mieltä, että he ymmärtävät asiakkaan kuulemisen ja kuuntelemisen tarkoittavan eri asioita. Eri mieltä näiden termien samaa tarkoittamisesta oli viisi (n=5) vastaajaa.

Vastaajista valtaosa (n=66) koki, että heiltä odotetaan luontaisia vuorovaikutustaitoja työssään. Sen sijaan näkemys siitä, että hiljaiset hoitajat pärjäävät hyvin asiakastyössä, jakoi vastaajia kahteen leiriin. Kolmekymmentä (n=30) vastaajaa näki, että hiljaiset hoitajat pärjäävät hoitotyössä hyvin. Eri mieltä hiljaisten hoitajien pärjäämisestä oli kaksikymmentäviisi (n=25) vastaajaa. Melko paljon (n=16) oli myös vastaajia, jotka eivät olleet varmoja asiasta.

Vastaajien määrä: 71

Olen:



Kuva 1. Hiljaisten hoitajien pärjääminen hoitotyössä jakoi näkemyksiä

Vastaajat olivat lähes yksimielisiä siitä, ettei heillä tarvitse olla kaikkia vastauksia saattohoidettavan ja hänen omaistensa kysymyksiin. Suurin osa vastaajista ($n=49$) oli sitä mieltä, että hoitaja saa itkeä asiakkaan nähden. Viisitoista ($n=15$) vastaajaa koki, ettei asiakkaan nähden itkeminen ollut soveliasta hoitajalle. Seitsemän ($n=7$) vastaajaa ei ollut varma, miten asia on. Hyvin yksimielisiä vastaajat olivat myös siitä, että hoitajan on säilytettävä ammatillisuutensa.

Ammatillisuuden ei pääasiallisesti katsottu tarkoittavan sitä, että vastaaja kykenee suojaamaan itseään ikäviltä tunteilta. Neljäkymmentäkahdeksan ($n=48$) vastaajaa koki, ettei ammatillisuus suojannut heitä ikäviltä tunteilta. Kaksikymmentäyksi ($n=21$) oli sitä mieltä, että ammatillisuus tarkoitti sitä, että he kykenivät suojaamaan itsensä ikäviltä tunteilta. Kaksi ($n=2$) oli epävarmoja siitä, miten asia on.

Suurin osa vastaajista ($n=41$) koki, ettei saattohoidettava kaivannut häneltä pääasiallisesti neuvoja ja ohjeita. Seitsemäntoista ($n=17$) vastaajaa oli sitä mieltä, että saattohoidettava kaipasi häneltä pääasiallisesti neuvoja ja ohjeita. Kolmetoista ($n=13$) vastaajaa vastasi, ettei ollut varma, miten asia on.

Vastaajien määrä: 71



Kuva 2. Saattohoidettavan tarve neuvoille ja ohjeille nähtiin eri tavalla vastaajien keskuudessa

Vastaajat olivat yhtä mieltä siitä, että asiakas itse määrittelee läheisensä ja omaisensa. Pitkälti eri mieltä vastaajat (n=45) olivat väittämän, saattohoidettavan omaiset kaipaavat minulta päätöksiä heidän puolestaan, kanssa. Kymmenen (n=10) vastaajaa koki saattohoidettavan omaisten kaipaavan päätöksiä puolestaan. Peräti kuusitoista (n=16) vastaajaa oli epävarmoja siitä, miten asia on.

Lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että omaiselle annettulla tuen määrällä ja laadulla on merkitystä saattohoidon onnistumisessa. Kuitenkin moni vastaaja ei ollut varma siitä, onko saattohoitoasiakkaan päätyminen sairaalahoitoon todennäköisempää, mikäli omainen ei saa riittävästä tukea hoitohenkilökunnalta. Epävarmoja vastaajia oli kaksikymmentä (n=20). Väittämän todenperäisyydestä oli varmoja viisikymmentäkolme (n=53) vastaajaa. Eri mieltä asiasta oli kahdeksan (n=8) vastaajaa.

7.3 Vastaajien kokemuksia saattohoitopotilaan ja hänen läheistensä kohtaamisesta

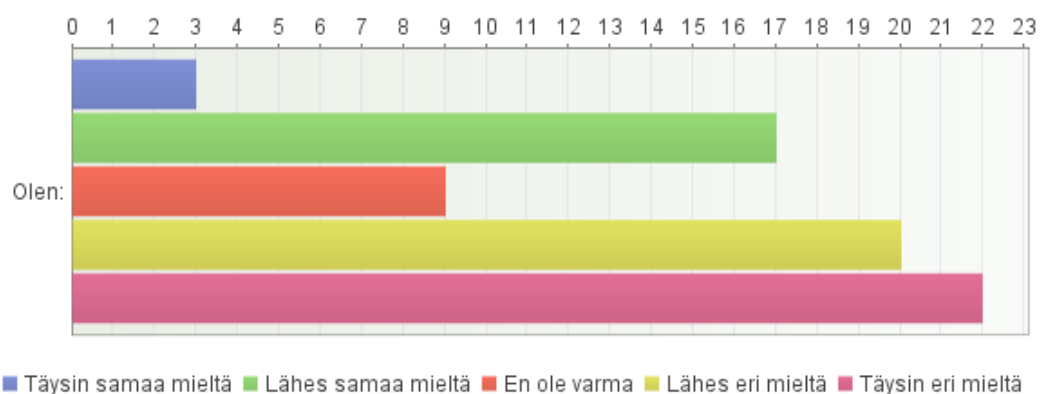
Kaikki kyselyyn vastanneet olivat sitä mieltä, että asiakkaan kohtaaminen on hoitajan tärkein taito, ja he kokivat myös olevansa aidosti läsnä kohtaamisessa. Kysyttäessä, onko kohtaaminen saattohoitotilanteissa vaikeampaa kuin monissa muissa hoitotilanteissa, suurin osa vastaajista (n=51) oli samaa mieltä. Eri mieltä asiassa oli pieni määrä vastaajista (n=15). Viisi (n=5) vastaajaa oli sitä mieltä, etteivät ole varmoja vastauksesta. Kun väittämässä kysyttiin saattohoitotilanteessa kohtaamista siitä näkökulmasta, että kohdattavana on

omainen, niin kohtaaminen koettiin jonkin verran vaikeammaksi kuin saattohoitopotilaan kohdalla. Omaisten kohtaamisen vaikeudesta oli samaa mieltä kuusikymmentä (n=60) vastaajaa. Epävarmoja kannastaan oli kuusi (n=6) henkilöä. Eri mieltä väittämän kanssa oli viisi (n=5) henkilöä.

Vastaajat kokivat saattohoitotyön raskaampana silloin, kun hoidettavana on nuori ihminen. Kukaan vastaajista ei ollut eri mieltä tästä. Epävarmoja kannastaan oli kuusi. Niin ikään yhtä vastaajaa lukuun ottamatta vastaajat olivat samaa mieltä siitä, että iäkkään ihmisen kuolema on helpompi ymmärtää kuin nuoren. Vastaajista kaksi ei ollut kannastaan varmoja. Vastaajat olivat lähes yksimielisiä siitä, että hyvä saattohoito kuuluu kaikille kuoleville asiakkaille, eikä esimerkiksi sairauden aiheuttajalla ole merkitystä. Yksi vastaaja ei ollut varma vastauksesta. Yksi vastaaja oli eri mieltä hyvän saattohoidon kuulumisesta kaikille kuoleville asiakkaille.

Vastaajista suurin osa oli sitä mieltä, että saattohoitotyö ei ole muuta hoitotyötä arvokkaampaa. Lähes eri mieltä oli kaksikymmentä (n=20) ja täysin eri mieltä kaksikymmentäkaksi (n=22) vastaajaa. Yhdeksän vastaajaa ilmoitti, ettei ole varma mielipiteestään. Lähes samaa mieltä väittämän kanssa oli seit-

Vastaajien määrä: 71



semäntoista (n=17) vastaajaa. Kolme (n=3) henkilöä oli sitä mieltä, että saattohoitotyö on arvokkaampaa kuin muu hoitotyö.

Kuva 3. Saattohoitoa ei koeta arvokkaammaksi kuin muuta hoitotyötä

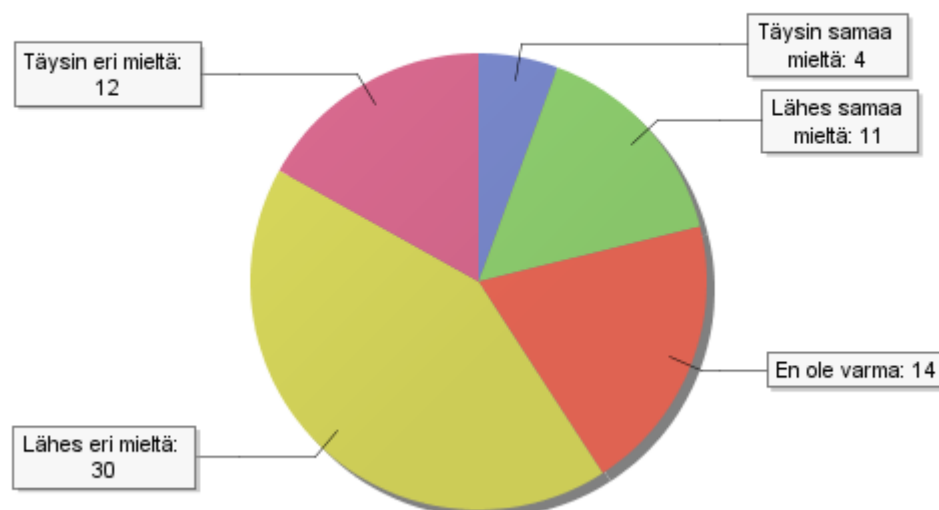
Saattohoitotyön kokivat palkitsevaksi lähes kaikki vastaajat. Seitsemäntoista (n=17) ei ollut varma, onko saattohoitotyö palkitsevaa. Yksi (n=1) vastaaja ei kokenut saattohoitotyötä palkitsevaksi, vaan vastasi olevansa eri mieltä väittämän kanssa. Suurin osa vastaajista (n=49) oli sitä mieltä, että heidän on

helppo ymmärtää saattohoitopotilaan ja hänen läheisensä tilannetta. Vaikeaksi tilanteen ymmärtämisen koki yhdeksän ($n=9$) henkilöä. Vastaajat olivat pitkälti sitä mieltä, että he osaavat tunnistaa tilanteen, mikäli asiakkaan tilanne tulee liian läheiseksi omaan elämään nähden. Vain kolme ($n=3$) vastaajaa oli sitä mieltä, ettei osannut tunnistaa tilanteita, jossa asiakkaan tilanne tuli liian läheiseksi omaan elämään nähden.

Vastaajat olivat lähes yksimielisiä siitä, että saattohoidossa on tärkeä auttaa kuolevaa valmistautumaan kuolemaansa. Yhdeksän vastaajaa oli epävarmoja asiasta. Lähes eri mieltä asiasta oli viisi vastaajaa. Suurin osa vastaajista koki, että heidän tulee olla saattohoitotyössä valmis vastaamaan asiakkaalle kuolemaan liittyvissä kysymyksissä. Kaksi vastaajaa ei ollut varma kannastaan. Eri mieltä oli neljä vastaajaa. Yli puolet ($n=42$) vastaajista oli sitä mieltä, ettei kuolema tuntunut heille vaikealle asialle käsitellä. Kuoleman tunsivat vaikealle asialle käsitellä viisitoista ($n=15$) vastaajaa. Epävarmoja tunteestaan oli neljätoista ($n=14$) vastaajaa.

Vastaajien määrä: 71

Olen:



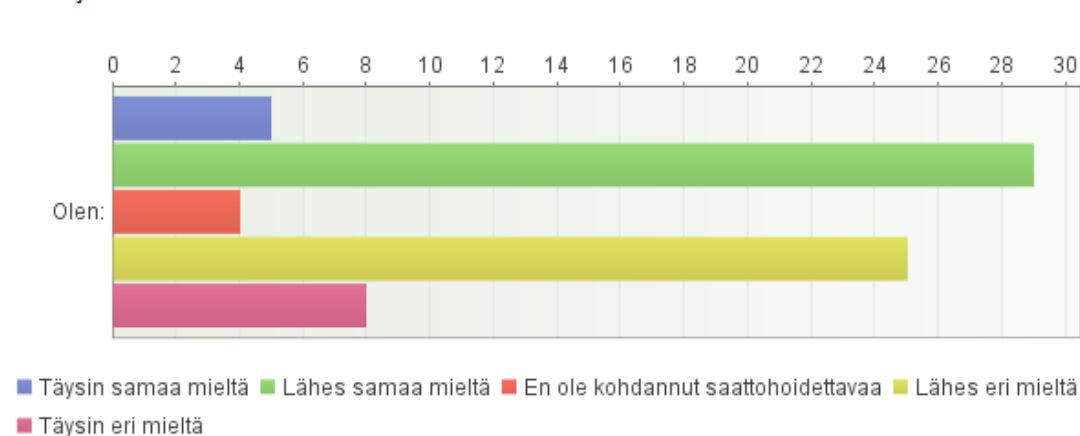
Kuva 4. Vastausten jakauma kysyttäessä kokevatko vastaajat kuoleman vaikeaksi asiaksi käsitellä

Jokseenkin kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että he antoivat saattohoidettavalle yhteistyötahojen tietoja, mikäli eivät itse voineet auttaa jossain asiassa. Täysin samaa mieltä oli valtaosa vastaajista. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, etteivät olleet varmoja asiasta. Yksi vastaaja oli lähes eri mieltä asiasta.

Positiivisia kokemuksia saattohoidettavan kohtaamisesta oli lähes kaikilla vastaajilla. Kolme vastaajaa ei ollut kohdannut saattohoidettavaa. Neljä vastaajaa koki, etteivät heidän kohtaamisensa olleet positiivisia. Kun vastaajille esitettiin väittämä, että minulla on positiivisia kokemuksia saattohoidettavan omaisen kohtaamisesta, oli suurin osa samaa mieltä väittämän kanssa. Neljä vastaajaa kertoi, ettei ollut kohdannut saattohoidettavan omaista. Yksi vastaaja ei kokenut kohtaamisia positiivisiksi.

Saattohoidossa asiakkaan kohtaamista jännittävien määrä oli melko sama kuin niiden, jotka eivät jännittäneet sen enempää kuin muissakaan asiakastilanteissa. Kolmekymmentäneljä (n=34) vastaajaa kertoi jännittävänsä saattohoidettavan kohtaamista. Kolmekymmentäkolme (n=33) vastaajaa oli sitä mieltä, ettei saattohoidettavan kohtaaminen jännittänyt heitä sen enempää kuin muidenkaan asiakkaisen kohtaaminen. Neljä (n=4) vastaajaa ei ollut kohdannut saattohoidettavaa.

Vastaajien määrä: 71



Kuva 5. Saattohoitoasiakkaan kohtaamisen jännittäminen jakaa vastauksia

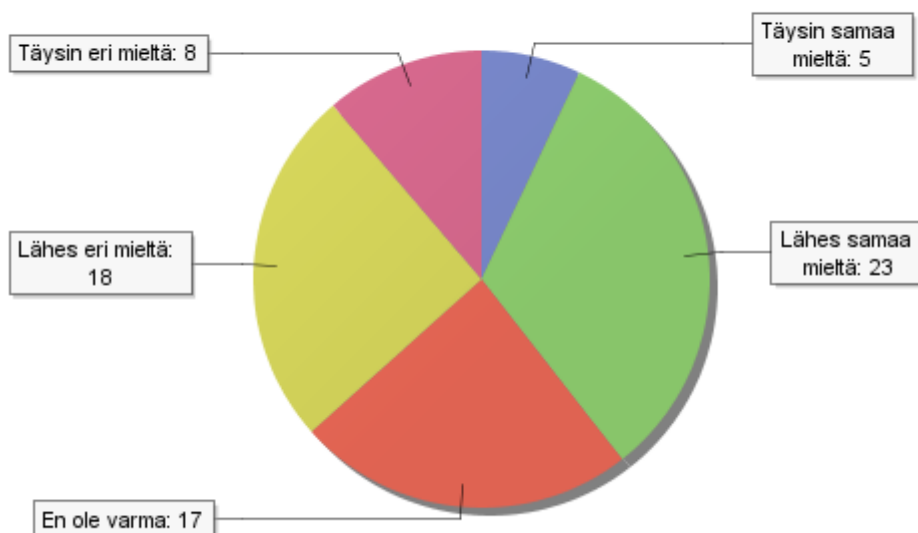
Vastaajista suurin osa koki, ettei heillä ollut negatiivisia kokemuksia saattohoitotilanteesta työssään. Kaksitoista vastaajaa oli saanut negatiivisia kokemuksia. Viisi vastaajaa ei voinut kertoa kantaansa, koska heillä ei ollut kokemusta saattohoidosta. Vastaajien keskuudessa oltiin erittäin halukkaita osallistumaan saattohoidettavan hoitoon. Tästä ei ollut kukaan epävarma. Yksi vastaaja vastasi, ettei halunnut osallistua saattohoidettavan hoitoon.

Osa vastaajista koki, että heillä ei ollut tarpeeksi aikaa saattohoitoasiakkaan tai hänen omaisensa kohtaamiseen. Toisaalta osa vastaajista oli päinvastaista

mieltä. Kaksikymmentäkahdeksan (n=28) vastaajaa koki, ettei aika riittänyt, ja kaksikymmentäkuusi (n=26) vastaajaa koki ajan riittävän. Seitsemäntoista (n=17) vastaajaa oli sitä mieltä, etteivät he olleet varmoja kannastaan.

Vastaajien määrä: 71

Olen:

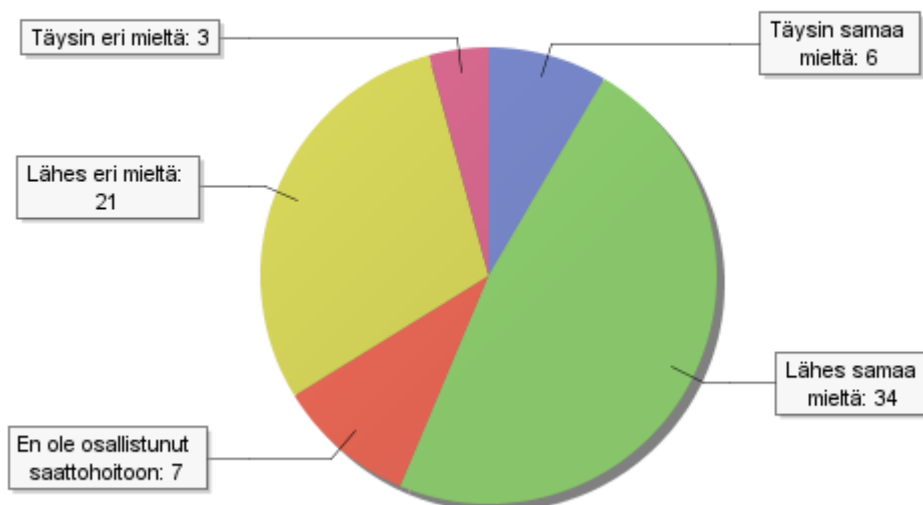


Kuva 6. Näin vastaajat kokivat aikansa riittämisen saattohoitotyössä kohtaamiseen

Vastaajista yli puolet (n=40) oli kuitenkin sitä mieltä, että heillä on riittävästi aikaa kotikäynneillä saattohoidettavan omaisille. Kaksikymmentäneljä (n=24) vastaajaa oli eri mieltä siitä, että heillä on tarpeeksi aikaa kotikäynneillä saattohoidettavan omaisille. Seitsemän (n=7) vastaajaa vastasi tähän kysymykseen, etteivät he ole osallistuneet saattohoitoon.

Vastaajien määrä: 71

Olen:



Kuva 7. Vastaajien keskuudessa koettiin ajan riittävän saattohoidettavan omaisille

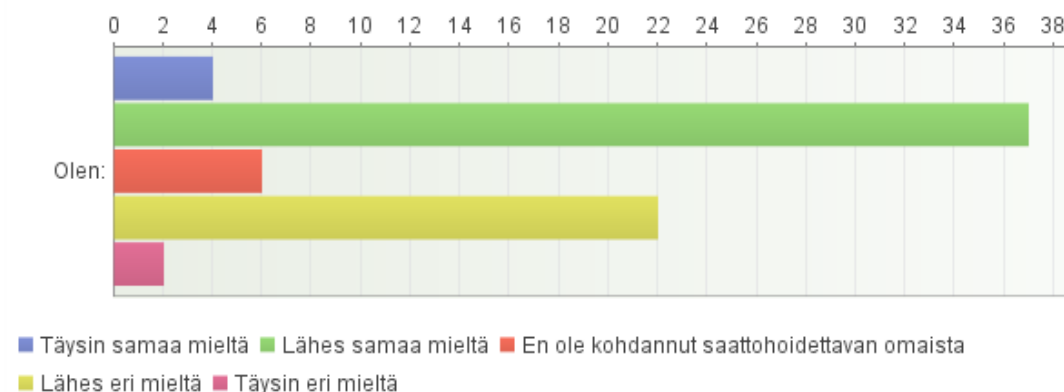
Suurin osa vastaajista ($n=50$) koki, että he pystyivät toteuttamaan saattohoitotyötä eettisesti ja omien arvojensa mukaisesti niillä resursseilla, mitä työnantaja heille tarjoaa. Kolmetoista ($n=13$) vastaaja koki, etteivät he pystyneet toteuttamaan saattohoitotyötä eettisesti ja omien arvojensa mukaisesti niillä resursseilla, mitä työnantaja heille tarjoaa. Vastaajista kahdeksan ($n=8$) ei ollut varma näkemyksestään.

Kokemus siitä, jääkö saattohoito mietityttämään jälkeensä vai ei, jakoi vastaajia kahteen eri mieltä olevaan ryhmään. Suurempi ryhmä ($n=38$) koki, että saattohoito jäi mietityttämään heitä jälkeensä. Kaksikymmentähdeksän vastaajaa ($n=29$) oli sitä mieltä, ettei saattohoito jäänyt mietityttämään heitä jälkeensä. Neljä ($n=4$) vastasi tähän väittämään, etteivät he olleet osallistuneet saattohoitoon.

Vastaajilta kysyttiin kokemusta siitä, miten saattohoidon haastavuuteen vaikuttaa se, jos saattohoidettavalla on pieniä lapsia tai hän itse on hyvin nuori. Suurin osa ($n=66$) oli sitä mieltä, että saattohoito on haastavampaa kyseisessä tilanteessa kuin muissa tapauksissa. Kaksi ($n=2$) vastaajaa ei kokenut tätä haastavammaksi. Kolme ($n=3$) vastaajaa oli epävarmoja kokemuksesta.

Yli puolet vastaajista (n=41) oli sitä mieltä, että hankalia asioita on vaikea ottaa esille saattohoidettavan omaisten kanssa. Kaksikymmentäneljä (n=24) vastaajaa kertoi, että hankalien asioiden puheeksi ottaminen ei ollut heille ongelma. Kuusi (n=6) vastaajaa ilmoitti, ettei ollut kohdannut saattohoidettavan omaista.

Vastaajien määrä: 71



Kuva 8. Hankalien asioiden puheeksi otto koettiin pääasiallisesti vaikeaksi

Suurin osa (n=40) vastaajista oli samaa mieltä siitä, että saattohoidettavan omainen on vaikeampi kohdata kuin muiden asiakkaiden omaiset. Kaksitoista (n=12) vastaajaa tunsu epävarmuutta kokemuksestaan. Yhdeksätoista (n=19) vastaajaa oli eri mieltä asiasta. Vastaajat kokivat tunnistavansa hyvin tilanteet, joissa otetaan saattohoidettavan lähestyvä kuolema puheeksi omaisten kanssa. Kahdeksan (n=8) vastaajaa ilmoitti, ettei ollut kohdannut saattohoidettavan omaista. Kymmenen (n=10) vastaajaa oli eri mieltä asiasta.

7.4 Kotihoidon henkilöstön tuen tarve tilaajataholta henkilöstön kohdassa saattohoitopotilaan ja hänen omaisensa

Vastaajista lähes kaikki tiesivät yhteistyötahoja, joista saattohoidettava voi saada apua hengellisiin kysymyksiinsä. Viisi vastaajaa ei ollut varmoja, tietävätkö näitä yhteistyötahoja. Neljä vastaajaa oli sitä mieltä, ettei tiennyt yhteistyötahoja.

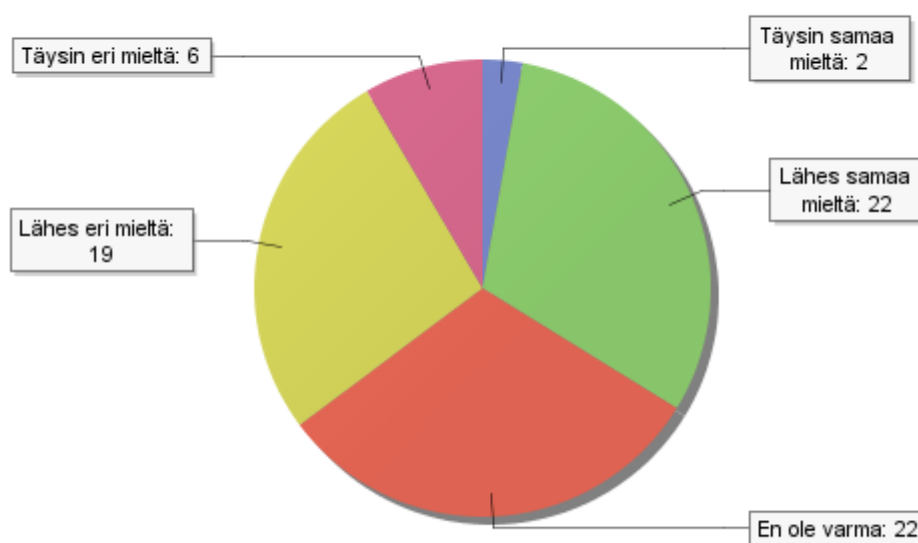
Suurin osa vastaajista (n=55) koki, että omalta tiimiltä saatu tuki saattohoidon toteuttamisessa oli heille riittävää. Yhdeksän vastaajaa (n=9) koki, ettei omalta tiimiltä saatu tuki riittänyt saattohoidon toteuttamisessa saaduksi tueksi. Seitsemän (n=7) vastaajaa vastasi tähän väittämään, etteivät he ole osallistuneet

saattohoitoon. Kuitenkin työnohjaus nähtiin vastaajien keskuudessa tarpeellisenä asiana.

Lähes kaikki vastaajat (n=64) näkivät vuorovaikutustaidot ominaisuutena, jota voi kehittää. Seitsemän (n=7) vastaajaa oli eri mieltä asiasta. Osa vastaajista (n=24) koki, että heillä oli riittävästi tietoa saattohoitopotilaan kohtaamisesta. Kaksikymmentäkaksi (n=22) vastaajaa ei ollut varmoja olivatko heidän tietonsa riittäviä. Yhdeksäntoista (n=25) vastaaja vastasi olevansa eri mieltä.

Vastaajien määrä: 71

Olen:



Kuva 9. Kysymys siitä, onko vastaajilla riittävästi tietoa saattohoidettavan kohtaamisesta, jakoi vastaajat kolmeen lähes yhtä suureen ryhmään

Suurin osa vastaajista (n=52) oli sitä mieltä, että he tarvitsevat lisää koulutusta saattohoidosta. Tarpeestaan lisäkoulutukselle ei ollut varma kolmetoista vastaajaa (n=13). Kolme (n=3) vastaajaa ei juuri kokenut tarvitsevansa lisäkoulutusta ja kolme (n=3) vastaajaa oli täysin eri mieltä väittämän kanssa eivätkä mielestään tarvitse lainkaan lisäkoulutusta saattohoidosta.

Avoimeen kysymykseen siitä, mihin saattohoidon osa-alueisiin koulutusta erityisesti kokee tarvitsevansa, vastasi kaksikymmentäyksi (N=21) kyselyyn vastannutta. Vaikka vastaukset olivatkin vapaasti kirjoitettuja, oli niistä helposti luettavissa, että kohtaaminen oli se saattohoidon osa-alue, jolla koettiin olevan runsaasti tarvetta lisäkoulutukselle. Näitä selvästi kohtaamisen ilmi tuoneita vastauksia oli yhteensä neljä (n=4). Saman verran tarvetta koulutukselle koettiin olevan kivunhoidon osa-alueella, sen ilmoitti koulutustarpeekseen myös

neljä (n=4) vastaajaa. Osittain kivunhoitoa sivusi myös toive yleisesti lääkehoiton koulutuksesta saattohoitopotilaan kohdalla. Kohtaamista sivusi myös kaksi vastausta, joissa ei kuitenkaan suoraan mainittu koulutustarpeeksi kohtaamista. Näissä oli toiveena omaisten tukeminen ja haastavat omaiset, joiden toiveet ja tahto ovat ristiriidassa kuolevan asiakkaan kanssa.

Yksittäisiä koulutustarpeita olivat henkisen puolen hoitaminen ja huomioiminen, kuoleman lähestyminen, kokonaisvaltainen hoito ja yhteistyötahot. Vastauksissa pohdittiin myös sitä, mitä vastata, kun asiakas kyselee kuolemasta ja tuntee elämänsä olevan arvotonta. Koulutusta koettiin tarvittavan myös saattohoidettavan hoidon erityispiirteistä sekä taloudellisista etuuksista. Kaksi vastaajaa koki kaiken kertaamisen olevan paikallaan, koska saattohoitopotilaita ei niin usein ole ja koska toisten esimerkeistä voi saada uusia näkemyksiä. Yksi vastaaja koki tarvitsevänsä koulutusta kaikkiin osa-alueisiin, ei kertausmielessä. Yksi vastaaja koki tietojensa olevan suhteellisen ohuet, koska ei ole osallistunut mihinkään saattohoitokoulutukseen. Yksi vastaajista kiteytti hienosti loppuun, että hoitajana ei ole ikinä valmis, vaan tämä työ kuin myös saattohoitotyö opettaa koko ajan tekemään töitä aina vaan paremmin ja paremmin.

Vaikka avoimessa kysymyksessä koettiin tarvetta koulutukselle kohtaamisesta, niin Likertin asteikolla koulutusta vuorovaikutustaitojensa kehittämiseen ei kaivannut kuin neljätoista (n=14) vastaajaa. Kolmetoista (n=13) vastaajaa ei ollut varmoja, tarvitsevatko ko. koulutusta. Neljäkymmentäneljä vastaajaa (n=44) ei kokenut ko. koulutusta tarpeelliseksi.

Viimeisenä kysymyksenä kysyttiin avoin kysymys, ja siinä selvitettiin vastaajien omia toivomuksia siitä, miten he toivoisivat tulevansa kohdelluksi saattohoidettavana (Liite 2). Kysymykseen vastasivat kaikki 71 kyselyyn vastannutta, mutta osa vastauksista oli pelkkä x, viiva tai en osaa sanoa. Vastauksista selkeästi eniten tuli ilmi toive kunnioittavasta ja arvokkaasta hoidosta, joita oli toivonut kaksikymmentäkuusi (n=26) vastaajaa. Myös pelottomuus (n=3), kunnollinen kivunlievitys (n=9) ja ilman sääliä hoitaminen (n=4) tulivat esille useammassa vastauksessa.

Monet vastaajat huomioivat vastauksessaan myös omaiset. He toivoivat, että myös omaiset otettaisiin huomioon saattohoidossa ymmärtäen ja arvostaen sekä auttaen ja olemalla läsnä. Myös omalle kohdalle läsnäoloa toivottiin, sekä toisin sanoin ilmaisten, esimerkiksi toivomalla kuuntelua ja tilan antamista. Yksi vastaajista kirjoitti: *Ole läsnä minulle älä tule vain sen takia kun sinun on pakko tulla*. Asioiden puhumisesta suoraan, niiden oikeilla nimillä, oli maininta myös useammassa (n=8) vastauksessa. Useampi vastaaja toivoi myös tuttuja hoitajia ja pientä hoitorinkiä (n=3).

Selkeästi näkyi myös halu siitä, että omat toiveet huomioitaisiin myös saattohoitovaiheessa. Vastauksissa toivottiin myös huomiointia aikuisena ihmisenä ja että toiveita toteutettaisiin niin pitkälle kuin mahdollista. Yksi vastaaja kirjoitti: *Kunnioitettavasti, kuunneltaisiin, oltaisiin läsnä, KOSKETETTAISIIN ilman pyyntöäni ja jos pyydän kuuta taivaalta ja voit toteuttaa toiveeni, niin teet sen!!* Tähän kiteytyi hienosti monet useammassa vastauksessa mainitut toiveet kohtaamisesta, kunnioituksesta ja läsnäolosta. Hoitajaan toivottiin voitavan luottaa 110-prosenttisesti, minkä vuoksi odotettiin totuuden mukaista puhetta, luontevuutta ja keskustelua muistakin aiheista kuin voinnista, sairaudesta tai kuolemasta. Huumoria toivottiin saattohoitotilanteisiin silloin, kun se on hetkeen sopivaa.

Vastauksissa näkyi myös se, että hoitajille toivottiin kokemusta saattohoidosta kotona. Myös aikaa toivottiin olevan riittävästi, ja perhe ja lapset haluttiin otettavan huomioon. Hengellisten tarpeiden huomioimisen mainitsi vain yksi (n=1) vastaaja. Joskin inhimillisyyttä ja elävänä ihmisenä kohtelua toivottiin myös runsaasti (n=18).

Kaksi (n=2) vastaajaa pohti asiaa myös puhetyylin kannalta ja vastasi toivovansa, että hänelle puhuttaisiin normaalisti kuin aikuiselle eikä kuten pikkulapselle. Sairauden tai lähestyvän kuoleman ei haluttu taannuttavan itseään toisten silmissä takaisin lapsen tasolle.

Toiveiden kuuntelua pidettiin myös tärkeänä. Sen vastaukseensa sisällytti tavalla tai toisella kuusitoista (n=16) vastaajaa. Vastauksissa huomioitiin, että

toiveita ei välttämättä ole mahdollista toteuttaa, mutta niiden kuuntelua ja huomioimista pidettiin silti tärkeinä. Viimeisen toiveen toteuttamista toivoi yksi vastaajista.

Lyhyesti koottuna avoimen kysymyksen vastauksista saa kokonaisuuden, että saattohoidettavaa tulisi kohdella inhimillisesti, aikuisena, jos kyseessä on aikuinen ihminen. Häntä toivottiin kohdeltavan kunnioittavasti ja kuunnellen sekä kivunlievityksestä huolehtien. Omat toiveet ja tunteet haluttiin huomioida ja asioista puhuttavan rehellisesti. Raskaisiin saattohoitotilanteisiin haluttiin tilanteen salliessa myös huumoria. Kuoleman lähestyessä ei haluttu jäädä kaiken ulkopuolelle, vaan puheenaiheiden toivottiin käsittelevän muutakin kuin pelkästään sairautta ja kuolemaa. Läsnäoloa ja kosketusta pidettiin myös tärkeinä osa-alueina saattohoidossa.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Vastaajien keskuudessa oltiin hyvin sisäistetty saattohoidettavan ja hänen omaisensa tuen tarpeen merkitys. Suurin osa vastaajista käsitti sen, että omaiselle annetulla tuen määrällä oli suuri vaikutus saattohoidon onnistumisessa. Vastaajat olivat myös hyvin yksimielisiä siitä, että asiakas voi itse määrittellä omat läheisensä. Vastauksissa näkyi selkeästi se, että vastaajilla oli korkeat vaatimukset kohtaamistilanteiden suhteen. Suurin osa vastaajista koki, että heillä tuli olla valmius vastata saattohoitopotilaan kysymyksiin liittyen kuolemaan. Vastaajat kokivat myös tehtäväkseen valmistaa saattohoitopotilasta tämän lähestyvään kuolemaan.

Hoitajat kokivat, että heiltä odotettiin työssään luontaisia vuorovaikutustaitoja, mutta kuitenkin suurin osa oli myös sitä mieltä, että vuorovaikutustaidot eivät ole luontaisia, vaan niitä voi kehittää. Voikin siis olettaa, että hoitajat hyötyisivät vuorovaikutustaitojen kehittämiseen tähtäävästä koulutuksesta. Vastauksen perusteella voi ajatella, että hoitajat kokevat heiltä odotettavan luontaisesti sellaisia taitoja, joihin he kuitenkin itse kokevat tarvitsevänsä tukea.

Kaikki hoitajat kokivat, että he olivat aitoja kohtaamistilanteissa. Seikka, mikä jakoi runsaasti mielipiteitä, oli se pärjäävätkö hiljaiset hoitajat hyvin asiakastyössä. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että pärjäävät, osa sitä mieltä, että eivät pärjää. Tässä ei näyttänyt olevan yhdistävää tekijää vastaajien kesken, vaan vastaukset jakaantuivat tasaisesti eri ryhmien välillä.

Vastaajat olivat yksimielisiä siitä, että hyvä saattohoito kuului kaikille yhtäläisesti, eikä sairauden aiheuttajalla ollut merkitystä. Voidaan siis olettaa, että kuolevan henkilön hoidossa ei nähdä esimerkiksi alkoholin aiheuttaman sairauden olevan merkityksellinen. Saattohoitoa pidettiin palkitsevana työnä, mutta sen ei kuitenkaan katsottu olevan sen arvokkaampaa kuin muukaan hoitotyö.

Vastaajilta kysyttiin sitä, jääkö saattohoito mietityttämään heitä jälkeensä. Tässä kysymyksessä vastaukset jakoutuivat kahteen eri ryhmään. Kolmekymmentäkahdeksan vastaajaa oli sitä mieltä, että saattohoito jäi tavalla tai toisella mietityttämään heitä jälkeensä. Kaksikymmentäyhdeksän vastaajaa taas vastasi, ettei saattohoito mietityttänyt heitä. Vastauksia vertailtaessa tuli esiin, että sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat jäivät miettimään saattohoitotilanteita hieman enemmän suhteessa muihin ammattiryhmiin. Sairaanhoitajilla on usein suurempi vastuu esimerkiksi saattohoidettavan lääkehoidosta.

Suurin osa vastaajista oli työskennellyt kotihoidon lisäksi muissakin sosiaali- ja terveysalan yksiköissä. Laitoshoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa työskennelleitä oli yhteensä 50, mikä on 70,42 prosenttia vastaajista. Tämä voi olla yksi syy siihen, miksi vastaajilla oli paljon kokemusta saattohoidosta. Vain kotihoidossa työskennelleillä oli hieman enemmän positiivisia kokemuksia saattohoitotilanteista kuin esimerkiksi laitoshoidossa tai tehostetussa palveluasumisessa työskennelleillä. Laitoshoidossa työskennelleillä oli suhteessa eniten negatiivisia kokemuksia saattohoitotyöstä.

Vastaajien iällä näytti olevan merkitystä muutamissa vastauksissa. Vastauksissa myöntävien vastausten määrä nousi ryhmän sisällä, kun väitettiin, minun on helppo ymmärtää saattohoitopotilaan ja hänen läheisensä tilannetta. Mitä korkeampi ikä vastaajalla oli, niin sitä todennäköisemmin tilannetta oli helppo

ymmärtää. Vastausten perusteella näytti myös siltä, että vanhemmissa ikäryhmissä kaivattiin hieman enemmän muutakin tukea saattohoitotyössä kuin pelkästään omalta tiimiltä saatua tukea.

Nuoren ihmisen kuoleman vastaajat kokivat vaikeammin ymmärrettäväksi kuin vanhemman. Jos saattohoidettavalla oli pieniä lapsia, koettiin saattohoito muita tilanteita raskaammaksi. Mielenkiintoinen ero tämän kysymyksen kohdalla oli vastaajien ikäryhmissä. Kun kysyimme, että mikäli saattohoidettavalla on pieniä lapsia tai hän itse on hyvin nuori, niin onko saattohoito haastavampaa kuin muissa tapauksissa. Nuoremmassa ikäryhmissä tämä tilanne koettiin vähemmän haastavaksi kuin vanhemmissa.

Kysymyksiä asetellessamme arvelimme, että kotihoitohenkilöstö kokisi, ettei heillä ollut riittävästi aikaa saattohoitotyöhön, koska kyselyn ajankohtana kotihoidon resurssit olivat olleet runsaasti esillä. Kuitenkin lähes puolet oli sitä mieltä, että heillä on riittävästi aikaa saattohoitopotilaan kohtaamiseen. Vanhemmissa ikäryhmissä toivottiin myös enemmän aikaa saattohoidettavan kohtaamiseen.

Esittämäämme väittämään, pystyn toteuttamaan saattohoitotyötä eettisesti ja omien arvojeni mukaisesti niillä resursseilla, mitä työnantajani minulle tarjoaa, saimme enemmän myöntäviä vastauksia. Resurssit pitävät sisällään aikakokemuksen sekä muut resurssit, kuten koulutuksen mukaan lukien. Tämän tutkimuksen ja tutkimuksen otannan perusteella voidaan nähdä, että Kouvolan kotihoidossa on henkilöstön mielestä hyvät resurssit toteuttaa saattohoitotyötä.

Väittäjä, kuolema tuntuu vaikealta asialta käsitellä, tuotti hajontaa vastauksissa. Melko suuri ryhmä (n=14) koki, etteivät olleet varmoja asiasta. Viisitoista (n=15) vastaajaa oli sitä mieltä, että kuolema oli heille vaikea asia käsitellä. Loput olivat täysin tai lähes eri mieltä väittämän kanssa. Kun vastauksia tähän väittämään vertailtiin muiden vastausten kanssa, tuli selkeästi esille se, että kuoleman vaikeaksi asiaksi käsitellä kokevat kokivat myös saattohoitopotilaan kohtaamisen vaikeammaksi tai jännittävämmäksi kuin vastakkaisesti vastanneet. Väittämiin, saattohoidossa asiakkaan kohtaaminen jännittää miina enemmän kuin muissa asiakastilanteissa, saattohoitotilanteessa omaisen

kohtaaminen on vaikeampaa kuin monissa muissa hoitotilanteissa sekä saattohoitotilanteessa asiakkaan kohtaaminen on vaikeampaa kuin monissa muissa hoitotilanteissa, myöntävästi vastanneet olivat vastanneet useammin myönteisesti myös väittämään, kuolema tuntuu vaikealta asialta käsitellä.

Koulutustarpeita koskeva kysely antoi vastauksia odottamiltamme osa-alueilta, mutta osittain myös yllättäviä koulutustarpeita tuli ilmi. Kohtaaminen oli osa-alue, jolle odotimmekin koulutustoiveita asettuvan, sillä kohtaaminen voi olla vaikeaa jo muutenkin hoitotyössä, eikä asiakkaan lähestyvä kuolema sitä ainakaan helpota. Myös kivun hoitoon toivottu koulutus oli meillä odotuksissa jo ennen vastausten analysointia. Toisaalta oli yllättävää, että haastavista omaisista tahdottiin koulutusta, sillä olimme itse ajatelleet, että kotihoidossa työskentelevät ovat tällaisia niin sanottuja haastavia omaisia kyllä kohdanneet työssään ja osaavat heitä kohdata myös saattohoitoasiakkaan omaisina. Myös se yllätti, että ainoastaan yksi vastaaja vastasi avoimeen kysymykseen saattohoitotietojensa olevan ohuet, koska ei ole mihinkään aihetta käsittelevään koulutukseen osallistunut.

Meitä ei yllättänyt lisäkoulutusta kaipaavien määrä. Jo kyselyä tehdessämme ajattelimme, että monet kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta. Toisaalta kuitenkin yllätti, että niin moni koki koulutusta tarvitsevansa, kun olimme teoriaosuutta tehdessämme saaneet kuulla Kouvolan kotihoidossa olevan useita hoitajia, jotka ovat käyneet kymmenen opintopisteen koulutuksen saattohoidosta.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyömme validiteettia tarkasteltaessa tulimme johtopäätökseen, että onnistuimme asettamaan kysymykset pääasiallisesti hyvin. Saimme vastauksia tutkimustehtäviimme. Löysimme paljon johdonmukaisuutta vastausten suhteen. Kysymyspatteristossa oli kysymyksiä, joissa vastaajat olivat selkeästi samaa mieltä ja toisaalta niitä, joissa hajontaa syntyi. Vastaajat olivat mielestämme pohtineet vastauksiaan, ja vastauksista tuntui löytyvän loogisia yhtymäkohtia. Esimerkkinä voisi mainita sen, että tiettyyn ikäkohorttiin kuuluvat oli-

vat vastanneet samantapaisesti kysymyksiin. Tämä todistaa sitä, ettei vastauksia oltu valittu mielivaltaisesti, vaan kyselyn reliabiliteetti toteutui näiltä osin.

Kuitenkin kyselyn sisältövaliditeetti ei toteudu täysin, vaikka kysely onkin mitannut sitä mitä odotimme. Tämä vinouma johtuu siitä, että vastaajia oli suhteellisen vähän. Kysymys lähetettiin koko henkilöstölle, joka oli kyselyn ajankohtana 347, kyselyyn kuitenkin vastasi vain 71 henkilöä. Vastausprosentti oli siten 20,46 prosenttia. Vastaajien pienilukuisuus vähentää kyselyn tulosten reliabiliteettia.

Vastauksia läpikäydessämme kiinnitimme huomiota siihen, että vastanneilla oli suhteellisen runsaasti kokemusta saattohoidosta. Myös omaisensa saattohoitoon oli osa vastaajista osallistunut. Koska vastaajaprocentti jäi melko pieneksi, voi olla mahdollista, että erityisesti saattohoidosta kiinnostuneet tai runsaasti omakohtaista kokemusta omaavat henkilöt olivat aktiivisempia vastaajia kuin ne, joilla ei saattohoidosta ole paljon kokemusta. Mikäli näin on, niin vähäisen kokemuksen saattohoidosta omaavat jäivät pienelle osuudelle vastaajista. Tällöin on vaikea saada kuvaa siitä, millaisia kokemuksia tai ajatuksia saattohoidon osalta kokemattomilla vastaajilla on.

Myös sisäisessä reliabiliteetissa esiintyy jonkin verran epästabiliteettia. Esimerkiksi vastaukseen, en ole kohdannut saattohoidettavaa, oli vastannut myönteisesti eri kysymysten kohdalla eri lukumäärä vastaajia. Tässä kohdassa on mahdollista, että vastaajat ovat vahingossa laittaneet vastauksen väärään kohtaan. Mutta on myös mahdollista, että kaikki vastaajat eivät ole harkinneet vastauksiaan loppuun saakka.

Aineiston validiteetti sen sijaan on hyvin todistettavissa ja esitettävissä. Aineistoa analysoidessamme loimme koko aineistosta tiedoston, jossa näkyvät kaikki vastaukset taulukoineen ja erittelimme jokaisen vastauksen erikseen. Luvut ja johtopäätökset, jotka tässä työssämme esitämme, perustuvat kyselyllä hankittuun aineistoon ja on täysin tarkastettavissa olemassa olevista tiedostoista. Näiden seikkojen pohjalta työmme täyttää myös tutkimuseettisestä näkökulmasta vaadittavan tarkkuuden ja rehellisyyden.

Koska tarkastelemme työssämme tilannetta, joka kyseisellä hetkellä kotihoito- henkilöstön keskuudessa vallitsee, ei työmme perusteella pysty täysin luotettavasti ennustamaan sitä, mitä se tulevaisuudessa on tai antaisiko toisena ajankohtana suoritettu kysely saman tuloksen. Työmme siis kuvaa vain kyselyn ajankohtana työssä olleiden ja kyselyyn vastanneiden näkemystä. Tämä vaikuttaa myös kyselyn reliabiliteettiin, sen toistettavuuteen. Esimerkkinä voidaan sanoa, että mikäli toisena ajankohtana olisi enemmän määräaikaista henkilökuntaa vastaamassa, voisi tulos olla erilainen.

Myös resurssit vaikuttavat kyselyyn vastanneisiin. Mikäli kyselyn ajankohtana on ollut henkilöstövajautta, voi se vaikuttaa niin vastaajien määrään kuin siihen, kuinka huolellisesti kyselyyn on vastattu. Kysely oli laaja ja siinä oli paljon kohtia. Mikäli vastaaja on kokenut, ettei hän muiden töidensä ohessa ehdi vastaamaan kyselyyn, on hän voinut joko jättää vastaamisen kesken tai vastata asioita tarkemmin pohtimatta.

Kysymys, jossa vastaajilta tiedusteltiin tarvetta vuorovaikutustaitoja käsittelevälle koulutukselle, oli mielenkiintoinen. Avoimen kysymyksen analyysissa havaittiin, että vastaajien keskuudessa koettiin tarvetta koulutukselle kohtaamisesta, mutta Likertin asteikolla mitattuna ei koulutusta niinkään kaivattu. Mahdollisesti haastattelumuotoinen tai muu, vapaamman sanavalinnan mahdollistava kysely olisi voinut joissain kohdissa tuottaa erilaisen tuloksen. Toisaalta valitsemamme aineistonkeruumetodi antoi enemmän informaatiota kuin haastattelemalla olisimme saaneet. Haastattelu olisi rajoittanut kysymysten määrää, ja nyt saimme kattavasti informaatiota monelta osa-alueelta.

Käytimme Likertin asteikkoa kyselymme vastausasteikkona. Siinä meillä oli viisiportainen asteikko käytössä. Analyysia tehdessämme havaitsimme, että *täysin eri mieltä/lähes eri mieltä* - ja *täysin samaa mieltä/lähes samaa mieltä* -vastausten vivahde-erot eivät olleet analyysissa merkityksellisiä. Tässä tapauksessa jonkinlainen muu ns. asenneväittämiä kuvaava asteikko olisi toiminut ehkä paremmin. Tästä syystä jätimme analyysista lähes- ja täysin -vastausvaihtoehdot pois.

Opinnäytetyömme on edellä mainitsemattomista seikoista huolimatta reliabeli. Se antaa luotettavan kuvan siitä, mitä saattohoitotyöhön ja kohtaamislanteisiin liittyviä seikkoja kotihoitohenkilöstön keskuudessa arvostetaan ja mitkä koetaan tärkeiksi ja mielekkäiksi. Työmme antaa myös kuvan siitä, mitä heikkouksia henkilöstö kokee heillä olevan työmme aiheeseen liittyen. Kuten toivoimmekin, tarjoaa työ myös pienen kuvan siitä, ketkä ovat niitä, jotka tarvitsevat enemmän tukea saattohoitoasiakkaan ja hänen omaisensa kohtaamisessa.

8.3 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

8.3.1 Anun pohdinta

Olin alun perin suunnitellut tekeväni ikääntyneiden ihmisten kivunhoitoon liittyvän opinnäytetyön. Pikkuhiljaa se alkoi muotoutua kivunhoidosta saattohoidoksi ja sitten Anne Heikkilän toiveesta saattohoidettavan kohtaamiseksi. Aluksi olin epävarma siitä, miten voisimme tutkia kohtaamista ja henkilöstön kokemuksia siitä. Alun epävarmuuden jälkeen alkoi selkeä visio rakentua.

Vaikka muutamassa kohdassa opinnäytetyön prosessointia saimme osaksemme epäilyä, ettei valitsemaamme aihetta voi tutkia lomakekyselynä, niin silti halusin pitää kiinni suunnitelmasta. Koin, ettei oikein mikään muu tutkimusmenetelmä toisi niitä vastauksia, joita lähdimme hakemaan. Mielestäni haastatteluihin olisi liittynyt tekijöitä, jotka eivät olisi tuoneet kaikkia etsimiämme vastauksia. Kun aloimme rakentaa kyselyä, oli alun perin tarkoituksena, että kyselyssä olisi mahdollisimman vähän kysymyksiä. Meillä oli tunne, ettei kotihoidon henkilöstö ollut valmis vastaamaan pitkiin kyselyihin. Kuitenkin keskusteluiden jälkeen ymmärsin, että meillä on ainutlaatuinen tilaisuus tutkia juuri tätä aihetta, ja silloin vastaajia kannatti lähestyä eri näkökulmista tarkasteltujen, monipuolisten kysymysten kanssa.

Kun saimme kyselyn näiden prosessien jälkeen julkaistavaan muotoon ja ensimmäisiä vastauksia alkoi tulla, koin meidän onnistuneen kyselyn rakentamisessa. Vastaukset antoivat mielenkiintoista aineistoa analysoitavaksi, ja hetimitäin toivoin, että itseltäni löytyisi vielä laaja-alaisemmin taitoa ja tietoa entistä

monipuolisempaan analyysiin. Olisin halunnut päästä entistä syvemmälle vastauksissa ja löytää niistä ne pienimmätkin nyanssit. Mutta tässä kohtaa oma rajallisuutemme tuli vastaan, ja päädyimme käsittelemään aineistoa pääpiirteittäin ja keskittymään merkittävimpiin löydöksiin.

Oikeastaan olin hieman pettynyt siihen, että saimme niin vähän vastauksia. Toki se oli pettymys tutkimuksen validiteetin ja reliabiliteetin kannalta, mutta myös siksi, etten kokenut meidän saaneen kovin kattavaa aineistoa henkilöstön kokemuksista. Mikäli entistä laajempi vastaajajoukko olisi innostunut vastaamaan, olisi kenties vastauksissa ollut entistä enemmän hajontaa ja siten mahdollisuutta vielä kattavampaan analyysiin. Saamamme vastausaineisto oli kuitenkin melko yksimielistä. Minun on vaikea uskoa, että mikäli olisimme saaneet vielä useamman henkilön vastaamaan, olisiko yksimielisyys ollut niin selkeää.

Minua jäi vaivaamaan se, että jälkeempään ajateltuna taustatietoihin olisi voinut hieman enemmän lisätä tekijöitä, esimerkiksi kotihoitoalueen. Olisi ollut mielenkiintoista vastausten perusteella tutkia, olisiko esimerkiksi ajan riittävydessä ollut näkemuseroja alueitten välillä. Muutenkin näkemykseni mukaan Kouvolan kaupungin kuntaliitoksesta on kulunut vielä niin vähän aikaa, että vanhojen kuntien aikaisemmat käytännöt ja työkuulttuuri olisivat voineet näkyä vastauksissa.

Mielestäni kyselymme ja myös työmme muu aineisto oli oikein onnistunutta. On ollut hieno kokemus, miten ne pään sisällä ajatellut asiat ja tavoitteet ovat pikkuhiljaa rakentuneet paperille. Silti minulle jäi tunne siitä, olisiko kysymysten asettelulla voinut saada vielä syvällisemmän näkemyksen siihen, miten henkilöstö kokee ja näkee saattohoitoasiakkaan ja hänen omaisensa kohtaamisen? Olisiko esimerkiksi vastaajien kuolemanpelkoa tai taustalta löytyviä kokemuksia ja mahdollisia traumoja voinut jollain lailla nostaa enemmän esiin ja sen jälkeen verrata niiden vaikutusta vastauksiin? Tosin tällainen tutkimus olisi vaatinut melko pikkutarkkaa tulosten tarkastelua. Lisäksi minulle olisi mahdollisesti tullut tunne, että tutkimus menee liian henkilökohtaisten asioiden pariin.

Erityisenä asiana tutkimusprosessista minulle jäi mieleen ensimmäisessä seminaarissa käyty keskustelu, jossa esitin hoitajien erilaisten tunteiden kartoittamista kyselyn avulla. Seminaarin vetäjä oli sitä mieltä, ettei ammattitaitoisilta, koulutetuilta hoitajilta voi kysyä, tuntevatko he kohdatessaan saattohoitopotilaan esimerkiksi vihaa, surua, epäoikeudenmukaisuutta. Itse olen edelleen, vielä tämän opinnäytetyön loppuvaiheessakin sitä mieltä, että niin pitäisi-kin kysyä. Vielä tänäkin päivänä näyttäisi olevan vallalla ajatus siitä, että hoitaja on viileän ammattimainen, temppeja suorittava henkilö, joka ei tunne eikä varsinkaan näytä tunteita. Tämänkaltainen ammattilaisuus voi kuitenkin sulkea pois monia merkittäviä kohtaamistilanteita, joita erityisesti saattohoidossa kaivataan.

8.3.2 Riikan pohdinta

Saattohoito kiinnosti minua aiheena jo alusta alkaen, olinhan sitä työn puolesta jo opiskellut Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa kymmenen opintopisteen verran. Se, kuinka aihe sitten meille valikoitui, onkin toinen asia. On mielenkiintoista, kuinka se lähti muotoutumaan tilaajan pyynnöstä tiettyyn suuntaan ja kuinka itsekin innostuimme siitä enemmän. Ehkä eniten jännitin sitä, kuinka pystymme tutkimaan kokemusta, saammeko siitä sellaista tietoa, jonka pystyy lukemaan kokemuserustaiseksi ja kuinka pystymme avaamaan sanalliseksi tuotokseksi toisten ihmisten kokemuksia.

Kotihoito kohteena oli tavallaan helppo ja tavallaan vaikea asia. Oli helppoa tehdä kyselyä, kun itse tiesi, millaisten asioiden kanssa kotihoidossa työskennellään. Mutta toisaalta oli myös todella vaikeaa ajatella, että omat työkaverit vastaavat kyselyyn, mitä jos vastauksia tulee todella vähän tai mitä ne työkaverit sanovat kyselystä, kun sen saavat sähköposteihinsa.

Työn alkuvaiheen seminaarissa saamamme palaute siitä, ettei tätä aihetta voisi haluamallamme tavalla tutkia, sai alkuun epäilemään, saammeko työtä ikinä valmiiksi. Onneksi kuitenkin päätimme toimia oman suunnitelmamme mukaan ja edelleen tehdä kyselytutkimuksen, sillä se onnistui lopulta varsin hyvin, vaikka vastauksia saimmekin paljon vähemmän kuin olisimme halunneet. Olimme itse varmoja siitä, ettei kotihoidon työntekijöille voi muunlaista

kyselyä tehdä, koska siellä työskentelevinä tiesimme, ettei aika riitä pitkien kyselyiden täyttämiseen, mikäli vastauksia pitää miettiä enemmän tai kirjoittaa itse sanallisia vastauksia. Nytkin kyselyssä olevien kahden avoimen kysymyksen kanssa mietin, karsivatko ne vastaajia eli lopettavatko ihmiset vastaamisen kesken tullessaan kohtaan, jossa on avoin kysymys.

Kyselyyn tulleiden vastausten pieni määrä oli pettymys. Itsekin työpaikalla muistuttelin työkavereita vastaamisen tärkeydestä, aika tuloksetta kylläkin. Jatkoimme vastausaikaakin kerran, mutta se ei juuri tuonut uusia vastauksia. Olimme ajatelleet saavamme enemmän vastauksia, ja ehkä senkin takia saatu vastausten määrä oli pettymys. Vastausten määrän takia mietitytti paljon, saimmeko sellaista tietoa, jota me ja tilaajataho halusimme tutkimuksella saada. Mutta toisaalta saatu tieto oli kuitenkin mielenkiintoista, ja ainakin osittain saadut vastaukset olivat sen kaltaisia kuin olin ajatellutkin niiden olevan. Vastaukset olivat monissa kysymyksissä kovin yksimielisiä, mikä oli kyllä yllätys, olin ajatellut hajontaa olevan paljon enemmän. Sekin mietityttää, mitä olisimme voineet tehdä toisin, jotta vastausten määrä olisi ollut suurempi ja olisiko se suurempi vastausten määrä sitten lisännyt hajontaa eri vastausvaihtoehtojen kesken. Avointen vastausten lukeminen oli erityisen palkitsevaa ja niitä olisin mielelläni lukenut paljon enemmänkin.

Itse prosessi eteni mielestäni hyvin siitä lähtien, kun sen ensimmäisen seminarivaiheen jälkeen teimme päätökset siitä, kuinka etenemme ja lähdimme viemään työtä haluamaamme suuntaan. Olen myös tyytyväinen tilaajataholta ja ohjaavalta opettajalta saamaamme tukeen ja vinkkeihin, joiden avulla työtä oli helppo viedä eteenpäin. Vinkkien avulla kyselylomakekin muotoutui lopulliseen muotoonsa. Edelleen kuitenkin mietin sitä, olisimmeko saaneet enemmän vastauksia, jos avoimia kysymyksiä ei olisi ollut, vaikka niiden lukeminen olikin sitä parasta antia tutkimuksen osalta.

8.4 Jatkotutkimusaiheet

Ryhmä- tai yksilöhaastattelu aiheesta tarjoaisi syvempää näkemystä aiheeseen. Se mahdollistaisi tarkentavien lisäkysymysten esittämisen. Esimerkiksi mielenkiintoinen ja tarpeellinen aihe jatkotutkimukselle olisi se, miten paljon hoitajan omat elämäkokemukset ja pelot vaikuttavat heidän suhtautumiseensa

asiakkaisiin. Opinnäytetyömme tuotti tuloksen, jossa tuli ilmi se, että kuoleman vaikeana asiana pitäminen heijastui siihen, jännitettiinkö kuoleman kohtaamista vai ei. Myös hoitajien asenteisiin ja käytökseen voivat heijastua tapahtumat ja kokemukset heidän omasta elämästään. Mielenkiintoista olisi tutkia, kuinka hyvin hoitotyötä toteuttavat hoitajat itse tunnistavat tällaisia seikkoja.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla myös se, miten asiakkaat kokevat hoitohenkilöstön kohtaavan heidät. Tätä työtä tukevaa tietoa voisi löytää tehtäessä kysely saattohoidettavana olevalle asiakkaalle. Tässä työssä tuli hyvin esiin se, että hoitajat kokevat omat kohtaamis- ja vuorovaikutustaitonsa hyväksi, vaikka niissä kehittämistä onkin. Esimerkiksi vastaajat kokivat olevansa aitoja kohtaamistilanteissa. Olisi hyödyllistä tietää, näkeekö kohtaamistilanteiden toinen osapuoli asiat samalla tavalla. Aikaisempien saattohoitoasiakkaille tehtyjen tutkimusten, kuten Marja Lehmusmetsän (2015, 34, 36) opinnäytetyön kohdalla on kuitenkin tultu huomaamaan, että saattohoitotilanteessa olevien asiakkaiden kohdalla on sairauden luonteen vuoksi vaikea löytää haastateltavia tai tutkittavia.

Aiheesta voisi myös tehdä jatkotutkimusta siten, että nyt kyselyyn vastanneille järjestettäisiin koulutusta saattohoidosta ja koulutuksen jälkeen ehkä parin vuoden kuluttua kysely toistettaisiin. Olisi mielenkiintoista nähdä, saako koulutus ihmisten mielipiteet ja kokemukset muuttumaan. Toisaalta tietysti tuossa ajassa myös vastaajien työkokemus ja mahdolliset saattohoitokokemukset lisääntyisivät, mutta se toisi vain oman lisänsä tutkimustulosten vertailuun.

LÄHTEET

Ala-kokko, T., Juntunen, A., Juustila, H., Kemppainen, M., Majamaa-Voltti, K., Moisio, T. & Remes, M. 2015. Saattohoito-ohjeistus ja Suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelystä ja hoidosta. 3. painos. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.ppsshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/em-beds/21119_saattohoitonetti_uusi.pdf [viitattu 18.5.2016].

Anttonen, S. M. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Dunderfelt, T. 2016. Läsnaoleva kohtaaminen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. 2009. Kotihoito murroksessa. Teoksessa: Lupaava kotihoito – uusia toimintamalleja vanhustyöhön., 21.

Erkkilä, R. 2005. Narratiivinen kokemuksen tutkimus: koettu paikka, tarina ja kuvaus. Teoksessa: Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen, toim. Perttula, J. & Latomaa, T., 195–226.

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita Prima.

Haho, A. 2014. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Sairaanhoitaja-lehti. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/asiakkaan-ja-potilaan-kohtaaminen/> [viitattu 14.12.2016].

Hakola, O. 2014. Kuoleman kokemus. Teoksessa: Kuoleman kulttuurit Suomessa, toim. Hakola, O., Kivistö, S. & Mäkinen, V., 65–83.

Heikkilä, A. 2017. Hoitotyön vastaava. Kouvolan kotihoito. Haastattelu 8.3.2017.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Henriksson, K., Mantere, P. & Mänty, I. 2014. LbD4All-käyttöopas. Kokemuksellisuus. Laurea-julkaisut. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.laurea.fi/dokumentit/Documents/Henriksson%20et%20a%20LbD4All%20Kokemuksellisuus.pdf> [viitattu 22.12.2016].

Hirvonen, H. 2014. Habitus and Care Investigating Welfare Service Workers' Agency. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2013. Tilastolliset menetelmät. 5. – 8. painos. Helsinki: Sanoma Pro oy.

Hyyppä, H., Kiviniemi, L., Kukkola, J., Latomaa, T. & Sandelin, P. 2015. Kokemuksen tutkimuksen ulottuvuudet. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 9. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe201503252008> [viitattu 24.9.2017].

Hänninen, J. 2013/1. Saattohoito kotona vaatii monenlaista tukea. Potilaan lääkärilehti. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.potilaanlaakari-lehti.fi/kommentit/saattohoito-kotona-vaatii-monenlaista-tukea/#.Vz6SFuQnKng> [viitattu 20.5.2016].

Hänninen, J. 2013/2. Saattohoito tänään. Teoksessa: Saattohoito kuolevan tukena, toim. Aalto, K., 24–40.

Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4. painos. Keuruu: Otava Oy.

Isokorpi, T. 2006. Napit vastakkain – ristiriidat, rajat ja ratkaisut. Juva: WS Bookwell.

Jänikselä, T. 2014. Työntekijöiden kokemuksia kuolevan potilaan kotihoidossa esiintyneistä ongelmista. Pro gradu -tutkielman lisäosa. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kaakkois-Suomen saattohoitoyhdistys Muuttolintu ry. Hyvä elämä loppuun asti, laadukas saattohoito. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.muuttolintu.fi/laadukas_saattohoitocc8a.pdf [viitattu 20.5.2016].

Kansanterveyslaki 66/72.

Kattainen, E. & Luoma, M-L. 2007. Kotihoidon asiakkaat. Teoksessa: Asiakaslähtöinen kotihoito – Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun, toim. Heinola R., 18.

Keskinen, J., Kääriäinen, A., Oravisto, J., Pitkänen, R. & Tukiala, A-K. 2012. Asiakastyö kohtaamisena -reseptejä vastavuoroisuuteen. Sosiaalisen raportoinnin hanke 2009 - 2011. Socca - Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus ja Heikki Waris -instituutti.

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 4/2013, 440–445.

Kouvola. 2016. Kotihoito. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kouvola.fi/index/sosiaali-jaterveyspalvelut/ikaantyyvalle/kotihoito.html> [viitattu 13.4.2016].

Käypä hoito -suositus. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063> [viitattu 25.9.2017].

Laki iäkkään väestön toimintakyvyn tukemiseksi ja ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lehmusmetsä, M. 2015. Kotihoidon asiakkaiden kokemuksia palliatiivisesta hoidosta. Opinnäytetyö. Kouvola: Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.

Leino-Kilpi, H. 2013. Etiikka hoitotyössä. 8. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Mattila, K-P. 2007. Arvostava kohtaaminen arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. Juva: WS Bookwell Oy.

Muistiliitto ry. 2016. Muistisairaahan ihmisen hyvä saattohoito – opas saattohoitoon osallistuville. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.muistiliitto.fi/files/3314/7921/5925/Muistisairaahan_ihmisen_hyva_saattohoito_sivuittain.pdf [viitattu 13.12.2016].

Niemelä, N., Suua, P. & Väisänen, L. 2009. Sanat työssä – vuorovaikutus ammattitaitona. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Nissinen, L. 2012. Rajansa kaikella. Miten estää myötätuntouupuminen? Helsinki: Edita Publishing Oy.

Nummenmaa, L. 2004. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi.

Penttinen, H. 2014. Kuolevan potilaan kohtaaminen. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kotonakokonainenelama.files.wordpress.com/2014/06/kuolevan-potilaan-kohtaaminen-heidi-penttinen.pdf> [viitattu 12.12.2016].

Perustuslaki 11.6.1999/731.

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa, asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/71949> [viitattu 13.9.2017].

Saarenheimo, M. 2011. Tietoinen läsnäolo – hoitamisen syvä pohjavirta ja hoitoyöntekijän hyvinvoinnin avain. Memo-lehti (1). WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=93&issue=2011-01&lang=fi> [viitattu 14.12.2016].

Sirviö, A-P. 2015. Moni haluaisi kuolla kotonaan – se on myös oikeus. Yle uutiset. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://yle.fi/uutiset/3-8467966> [viitattu 30.9.2017].

Sosiaalihuoltoasetus 607/83.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.

STM. Kotihoito ja kotipalvelut. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut> [viitattu 20.5.2016].

STM. 2016. Vuodenvaihteen muutokset sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/vuodenvaihteen-muutokset-sosiaali-ja-terveysministerion-hallinnonalal-7 [viitattu 13.9.2017].

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

THL. 2017. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2016. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta> [viitattu 13.9.2017].

Tietoarkisto. 2017. Tunnisteellisuus ja anonymisointi. Aineistonhallinnan käsikirja. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/tunnisteellisuus-ja-anonymisointi.html> [viitattu 13.9.2017].

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 13.9.2017].

Valvira. 2008. Saattohoito. Päivitetty 20.6.2017. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito [viitattu: 30.9.2017].

Voutilainen, P. 2009. Laadun arviointi. Teoksessa: Asiakslähtöinen kotihoito – opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun, toim. Heinola R., 13–14.

Arvoisa Kouvolan kotihoidon työntekijä.

Opiskelemme Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa geronomin tutkintoa. Opintoihimme kuuluu opinnäytetyö, jonka aiheena meillä on tutkia kotihoidon työntekijöiden kokemuksia asiakkaiden ja heidän omaistensa kohtaamisesta kotisaattohoidosta. Opinnäytetyömme avulla pyrimme kehittämään saattohoitotyötä.

Tarvitsemme apuasi aineiston keruuseen, ja välineenä on tämä kysely. Kyselyyn vastaaminen vie noin puoli tuntia. Kysymyksiä on kattavasti kyseessä olevalta aihealueelta. Tämän kyselyn avulla saat mahdollisuuden osallistua työsi kehittämiseen. Kyselyn tulokset tulevat sinun työnantajasi käyttöön. Vastaaminen tapahtuu nimettömästi.

Tästä linkistä pääset vastaamaan kyselyyn: <https://www.webropolsurveys.com/S/BA26C42F26A06116.par>

Mikäli haluat lisätietoa kyselystä tai sinulla on ongelmia siihen vastaamisessa, otathan ystävällisesti yhteyttä meihin.

Ystävällisin terveisin,

geronomiopiskelijat Anu Kuusenoksa ja Riikka Leinonen

yhteystiedot:

riikka.leinonen@edu.xamk.fi

anu.kuusenoksa@edu.xamk.fi

työnantajasi yhteyshenkilö:

hoitotyön vastaava Anne Heikkilä

Taustatiedot

1. Olen koulutukseltani: *

- Lähihoitaja/Perushoitaja
- Sairaanhoitaja/Terveystenhoitaja
- Kodinhoitaja
- Kotiavustaja
- Geronomi
- Sosionomi
- Muu sosiaali- ja/tai terveysalan ammattilainen
- Sosiaali- ja terveysalan opiskelija
- Minulla ei ole sosiaali- ja terveysalan koulutusta

2. Ikäni: *

- alle 20 vuotta
- 21 – 30
- 31– 40
- 41 – 50
- 51 – 60
- yli 60

3. Työkokemukseni sosiaali- ja terveysalan työtehtävistä: *

- 0 – 4 vuotta
- 5 – 10 vuotta
- 11 – 15 vuotta
- 16 – 20 vuotta
- yli 21 vuotta

4. Olen työskennellyt Kouvolan kotihoidon lisäksi:

- En muualla
- Muun kaupungin tai kunnan kotihoidossa kuin nykyisen Kouvolan alueella
- Laitoshoidossa
- Tehostetussa palveluasumisessa
- Muussa asumispalveluyksikössä
- Päivystysluonteisessa sairaanhoidossa
- Erikoissairanhoidossa
- Saattohoitoon erikoistuneessa yksikössä
- Vammaisten tai lasten parissa
- Jossain muussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä

5. Kuinka monen eri saattohoidettavan henkilön hoitoon olen osallistunut työni puolesta? *

- en ole osallistunut
- 1-3
- 4-7
- yli seitsemän

6. Olen osallistunut omaiseni tai läheiseni saattohoitoon: *

- En ole osallistunut
- Olen osallistunut

Asenteet**7. Asiakkaan kohtaaminen on hoitajan tärkein taito. ***

- | | Täysin samaa mieltä | Lähes samaa mieltä | En ole varma | Lähes eri mieltä | Täysin eri mieltä |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Olen: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

8. Saattohoitotilanteessa asiakkaan kohtaaminen on vaikeampaa kuin monissa muissa hoitotilanteissa. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Saattohoitotilanteessa omaisen kohtaaminen on vaikeampaa kuin monissa muissa hoitotilanteissa. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Saattohoitotyö on raskaampaa silloin, kun hoidettavana on nuori ihminen. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Iäkkään ihmisen kuolema on helpompi ymmärtää kuin nuoren. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Hyvä saattohoito kuuluu kaikille kuoleville asiakkaille, esimerkiksi sairauden aiheuttajalla ei ole merkitystä. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Saattohoitotyö on arvokkaampaa kuin muu hoitotyö. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Saattohoitotyö on palkitsevaa. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Saattohoitotilanteessa kiinnitän tavallista enemmän huomiota siihen, miten kohtaan asiakkaan. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Saattohoitotilanteessa kiinnitän tavallista enemmän huomiota siihen, miten kohtaan omaisen. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Minun on helppo ymmärtää saattohoitopotilaan ja hänen läheisensä tilannetta. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Osaan tunnistaa tilanteen, mikäli asiakkaan tilanne tulee liian läheiseksi omaan elämäni nähdessä. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Saattohoidossa on tärkeä auttaa kuolevaa valmistautumaan kuolemaansa. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Saattohoitoa toteuttavan hoitajan tulee olla valmis vastaamaan asiakkaalle kuolemaan liittyvissä kysymyksissä. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Kuolema tuntuu minusta vaikealle asialle käsitellä. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Jos saattohoidettava tarvitsee tukea, jossa en voi auttaa, annan yhteistyötahojen tietoja. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. En tiedä yhteistyötahoja, joilta saattohoidettava voi saada apua hengellisiin kysymyksiinsä. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kokemuksellisuus

24. Minulla on positiivisia kokemuksia saattohoidettavan kohtaamisesta. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole kohdannut saattohoidettavaa	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Minulla on positiivisia kokemuksia saattohoidettavan omaisen kohtaamisesta. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole kohdannut saattohoidettavan omaista	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Saattohoidossa asiakkaan kohtaaminen jännittää minua enemmän kuin muissa asiakastilanteissa *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole kohdannut saattohoidettavaa	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Minulla on negatiivisia kokemuksia saattohoitotilanteesta työssäni. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole osallistunut saattohoitoon	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. Minulla on negatiivisia kokemuksia saattohoitotilanteesta työni ulkopuolelta (esim. omaisen kohdalla). *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole osallistunut saattohoitoon	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Minulla ei ole tarpeeksi aikaa saattohoitoasiakkaan ja hänen omaisensa kohtaamiseen. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. Pystyn toteuttamaan saattohoitotyötä eettisesti ja omien arvojeni mukaisesti niillä resursseilla, mitä työnantajani minulle tarjoaa. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. Saattohoito jää mietityttämään minua jälkeenpäin. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole osallistunut saattohoitoon	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. Omalta tiimiltä saatu tuki saattohoidon toteuttamisessa on minulle riittävää. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole osallistunut saattohoitoon	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vuorovaikutustaidot

33. Vuorovaikutustaidot ovat luontaisia, niitä ei voi kehittää. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. Ymmärrän, että asiakkaan kuuleminen ja kuunteleminen tarkoittavat eri asioita. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. Koen olevani aidosti läsnä kohtaamisessa. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. Koen, että minulta odotetaan luontaisia vuorovaikutustaitoja. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. Hiljaiset hoitajat pärjäävät hyvin asiakastyössä. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38. Minulla ei tarvitse olla kaikkia vastauksia saattohoidettavan ja hänen omaisensa kysymyksiin. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. Hoitaja ei saa itkeä asiakkaan nähden. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. Hoitajan on säilytettävä ammatillisuus. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. Ammatillisuus tarkoittaa sitä, että kykenen suojaamaan itseäni ikäviltä tunteilta. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42. Saattohoidettava kaipaa minulta pääasiallisesti neuvoja ja ohjeita. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

43. Saattohoidettavan omaiset kaipaavat minulta päätöksiä heidän puolestaan. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

44. Asiakas itse määrittelee läheisensä ja omaisensa. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

45. Omaiselle annetulla tuen määrällä ja laadulla on merkitystä saattohoidon onnistumisessa. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

46. Mikäli omainen ei saa riittävästä tukea hoitohenkilökunnalta, on saattohoitoasiakkaan päätyminen sairaalahoitoon todennäköisempää kuin riittävällä tuella. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47. Jos saattohoidettavalla on pieniä lapsia tai hän itse on hyvin nuori, on saattohoito haastavampaa kuin muissa tapauksissa. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

48. Minulla on riittävästi aikaa kotikäynneillä saattohoidettavan omaisille. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole osallistunut saattohoitoon	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

49. Hankalia asioita on vaikea ottaa esille saattohoidettavan omaisten kanssa. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole kohdannut saattohoidettavan omaista	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

50. Saattohoidettavan omainen on vaikeampi kohdata kuin muiden asiakkaiden omaiset. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

51. Tunnistan tilanteet, joissa otan saattohoidettavan lähestyvän kuoleman puheeksi omaisten kanssa. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole kohdannut saattohoidettavan omaista	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Toiveet

52. Tietoni saattohoitopotilaan kohtaamisesta ovat riittävät. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

53. Tarvitsen lisäkoulutusta saattohoidosta. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

54. Mikäli koet tarvitsevasi lisäkoulutusta saattohoidosta, niin voit kertoa, mihin osa-alueisiin sitä erityisesti tarvitsisit.

55. Työnohjauksen tulisi kuulua automaattisesti saattohoitotyöhön. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

56. Tarvitsen koulutusta vuorovaikutustaitojeni kehittämiseen. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

57. En halua osallistua saattohoitoasiakkaan hoitoon. *

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En ole varma	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

58. Miten toivoisin, että minua kohdeltaisiin, jos olisin saattohoidettavana? *