



MURHA VAI VIIMEINEN PALVELUS

arvokeskustelua eutanasiasta
sairaanhoitajien näkökulmasta

Timo Ellilä

Elina Haikara

Opinnäytetyö
Lokakuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIMO ELLILÄ & ELINA HAIKARA:

Murha vai viimeinen palvelus
arvokeskustelua eutanasiasta sairaanhoitajien näkökulmasta

Opinnäytetyö 76 sivua, joista liitteitä 12 sivua
Lokakuu 2013

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää saattohoitopotilaita hoitavien sairaanhoitajien käsityksiä eutanasiasta. Opinnäytetyön tavoitteena oli uusien näkökulmien tuottaminen arvokeskusteluun eutanasiasta sekä tiedon lisääminen kuolevan potilaan hoidosta sairaanhoitajaopiskelijoiden keskuudessa.

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Pirkanmaan Hoitokodin kanssa. Teoreettiset lähtökohdat opinnäytetyössämme olivat kuoleva potilas, saattohoito, eutanasia sekä eettinen hoitotyö. Tarkastelimme eutanasiaa suhteessa saattohoitoon sekä punnitsimme eutanasian roolia eettisessä hoitotyössä sekä kuolevan potilaan hoidossa.

Opinnäytetyössämme käytimme kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto työhön kerättiin teemahaastatteluiden avulla ja haastatteluihin osallistui viisi (n=5) erilaisen työkokemuksen omaavaa sairaanhoitajaa. Haastatteluista saatu materiaali analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tuloksista nousi esille kolme pääluokkaa; eutanasian määritelmä, kuolevan potilaan eettinen hoitotyö sekä ajatuksia eutanasiasta ja sen laillistamisesta. Haastatteluissa sairaanhoitajat painottivat saattohoidon tärkeyttä. Kivun ja kärsimyksen lievittäminen nähtiin kuuluvaksi hyvään kuolemaan sekä ammattitaitoisen henkilökunnan taitovaatimukseen. Kaikki haastateltavat ymmärsivät potilaan kärsimyksen sekä siitä mahdollisesti nousevan kuolinaputoiveen. Hoitajat kuvailivat eutanasiaa erilaisin termein, joissa kaikissa oli kuitenkin ajatuksena, että kuolema ei tapahdu luonnollisesti, vaan ihmisen toimesta. Eutanasian hyväksyttävyyttä jakoi sairaanhoitajien mielipiteet. Osa piti sitä joissakin tapauksissa perusteltuna, osa taas ei hyväksynyt eutanasiaa missään tilanteessa.

Jatkotutkimusehdotuksia ovat tutkimus kuolevan potilaan hoitosuosituksen tuntemisesta ja toteutumisesta sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla. Tutkimuksella saataisiin tärkeää tietoa kuolevan potilaan hoidon laadusta saattohoitokotien ulkopuolella.

Asiasanat: saattohoito, kuoleva potilas, eutanasia, eettinen hoitotyö

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

Timo Ellilä & Elina Haikara:
Murder or last favour
A Discussion on Euthanasia from the Perspective of Nurses

Bachelor's thesis 76 pages, appendices 12 pages
October 2013

The purpose of this study was to examine what palliative care nurses think about euthanasia. The objective of this study was to add new perspectives in the value discussion on euthanasia and to increase knowledge about palliative care among nursing students.

The study was conducted in co-operation with Pirkanmaan Hoitokoti hospice. The theoretical starting points of this thesis were a dying patient, terminal care, euthanasia and ethical nursing. We viewed euthanasia in relation to palliative care and we weighed the role of euthanasia in ethical nursing and in care of a dying patient.

The method of this study was qualitative. The data were collected by theme-centered interview and five (n=5) nurses with different work experience participated in the interviews. The data were analyzed by using content analysis.

The results consisted of three main categories: the definition of euthanasia, ethical nursing of a dying patient and thoughts about euthanasia and the legalization of euthanasia. In the interviews the nurses emphasized the importance of palliative care. Pain relief and suffering were seen as part of good death as well as part of the skills required of the staff. All of the interviewees understood the suffering of a patient and also the wish for assisted death which might come from that. The nurses described euthanasia with different terms which all contained the thought of unnatural death carried out by another human being. The acceptance of euthanasia was a topic which divided the nurses' opinions. Some of the nurses thought that euthanasia could be accepted in some occasions, while some of the nurses did not accept euthanasia in any occasion.

Further studies on this subject could be about how well the recommendations of the care for a dying patient is known in hospitals and health care centers. The study could generate important information about the quality of palliative care outside hospice care.

Key words: palliative care, dying patient, euthanasia, ethical nursing

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	6
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	8
3.1 Kuoleva potilas.....	9
3.1.1 Kuolema	9
3.1.2 Kuolevan potilaan fyysiset oireet.....	10
3.1.3 Kuolevan potilaan psyykkiset oireet	13
3.2 Eettinen hoitotyö	15
3.2.1 Sairaanhoidajan eettiset velvollisuudet.....	16
3.2.2 Kuolevan potilaan oikeudet.....	17
3.3 Saattohoito	18
3.3.1 Hyvän saattohoidon kriteerit Suomessa.....	19
3.3.2 Hoitotahto.....	20
3.3.3 Saattohoitopotilaan fyysisten oireiden hoito.....	21
3.3.4 Saattohoitopotilaan psyykkisten oireiden hoito	26
3.3.5 Palliatiivinen sedaatio	28
3.3.6 Saattohoito ja omaiset	29
3.4 Eutanasia	30
3.4.1 Argumentit eutanasian puolesta	32
3.4.2 Argumentit eutanasiaa vastaan.....	33
3.4.3 Eutanasia ulkomailla	35
3.4.4 Eutanasia ja eettinen hoitotyö	36
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	38
4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä	38
4.2 Aineiston keruu	38
4.3 Aineistoanalyysi.....	39
5 TULOKSET	41
5.1 Eutanasian määritelmä	41
5.2 Kuolevan potilaan eettinen hoitotyö	42
5.3 Ajatuksia eutanasiasta ja sen oikeutuksesta	46
6 POHDINTA	52

6.1 Tulosten tarkastelu	52
6.2 Opinnäytetyön eettisyys	55
6.3 Opinnäytetyön luotettavuus	57
6.4 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset	58
LÄHTEET	60
LIITTEET	65
Liite 1. Tulosten kategoriointi	65
Liite 2. Taulukko aikaisemmista tutkimuksista	69
Liite 3. Opinnäytetyön suostumuslomake	75

1 JOHDANTO

Eutanasia on ollut kiistelty asia julkisessa keskustelussa jo pitkän aikaa. Eutanasian puolesta ja sitä vastaan on esitetty paljon argumentteja riippuen henkilön omasta vakaumuksesta ja ajatuksista kuolemaan liittyen. Lisäksi eutanasian tarpeellisuudesta Suomessa on keskusteltu runsaasti. Eutanasiakäytännöt vaihtelevat maittain. Useimmissa maissa eutanasia on edelleen kielletty, mutta esimerkiksi Hollanti ja Belgia ovat sallineet eutanasian tiukkojen säännösten puitteissa. Suomen laissa eutanasiaa ei ole määritelty ja aktiivinen kuolinapu arvioidaankin aina rikosoikeudellisen sääntelyn kautta. Eutanasiakeskustelu puolesta ja vastaan käy silti Suomessa kiivaana, ja esimerkiksi Exitus ry on jo vuodesta 1993 lähtien yrittänyt ajaa läpi lakia eutanasian sallimiseksi.

Hoitotyön ammattilaiset joutuvat usein työskentelemään kuolevien ihmisten parissa. Sairaanhoidajalla on työssään apuna eettiset ohjeet, jotka toimivat ohjenuorana potilaan hyvään hoitoon. Kuitenkaan kärsimyksen lievittäminen ei aina onnistu ja varsinkin kuoleman lähestyessä potilas voi itsekkin toivoa ennen aikaista poispääsyä. Yksi tärkeimmistä eutanasiakeskusteluista nousseista kysymyksistä onkin se, ovatko eettisesti hyvä hoito ja eutanasia toisensa poissulkevia asioita.

Tässä opinnäytetyössä perehdymme eutanasiaan sekä kuolevan potilaan hoitoon ja oikeuksiin sekä tutkimme, mitä mieltä jatkuvasti kuolevien potilaiden kanssa työskentelevät sairaanhoitajat ajattelevat eutanasiasta ja sen tarpeellisuudesta Suomessa. Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa uusia näkökulmia eutanasiaa koskevaan arvokeskusteluun sairaanhoitajien ajatuksiin perustuen.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää saattohoitopotilaita hoitavien sairaanhoitajien käsityksiä eutanasiasta.

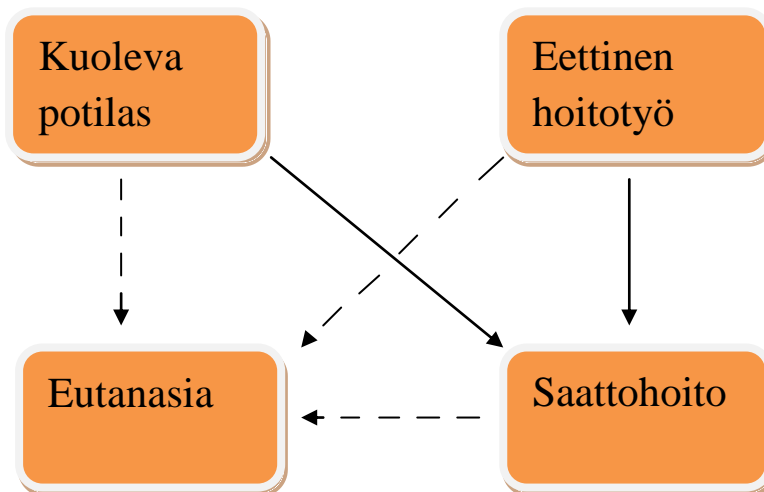
Opinnäytetyön tehtävät ovat:

- Miten sairaanhoitajat ymmärtävät käsitteen eutanasia?
- Kokevatko sairaanhoitajat, että saattohoito mahdollistaa kuolevan potilaan eettisesti hyvän hoitotyön?
- Kokevatko sairaanhoitajat, että eutanasia on joskus perusteltua kuolevan potilaan hoidossa?

Opinnäytetyön tavoitteena on uusien näkökulmien tuominen arvokeskusteluun eutanasiasta. Lisäksi tarkoituksena on lisätä omaa tietoutta saattohoidosta.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän opinnäytetyön teoreettisina lähtökohtina ovat kuoleva potilas, saattohoito, eutanasia sekä eettinen hoitotyö. Nämä pääkäsitteet sisältävät työmme kannalta oleellisen teoreettisen tiedon. Eutanasiaa ja sitä puoltavia ja vastustavia argumentteja ymmärtääkseen on tärkeää tietää, millaisin saattohoidon keinoin kuolevan potilaan elämänlaatua voidaan parantaa. Eettinen hoitotyö puolestaan liittyy olennaisesti saattohoitoon, sillä sairaanhoitajan työn tulisi aina noudattaa sairaanhoitajan eettisiä periaatteita. Eettinen hoitotyö on lähtökohtana tärkeä myös siksi, että eutanasiaa olisi mahdoton tarkastella ilman eettisiä näkökulmia.



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

3.1 Kuoleva potilas

3.1.1 Kuolema

Kuolemalla tarkoitetaan tilaa, jossa kaikki ihmisen aivotoiminta on pysyvästi loppunut. Ensimmäisiä merkkejä kuolemasta ovat sydämentoiminnan ja hengityksen pysähtyminen, ärsykkeisiin reagoimattomuus, lihasten veltostuminen sekä kudossjälteen pieneminen. Myöhemmin seuraavat toissijaiset kuoleman merkit, joita ovat esimerkiksi lataumat. (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist, 2001, 598–599.)

Kun sydän lakkaa sykkimästä, ihminen voidaan todeta kuolleeksi, jos toissijaiset kuoleman merkit ovat ilmaantuneet, elimistö on murskautunut tai silpoutunut elinkelvottomaksi tai verenkierto ja hengitys ovat pysähtyneet, eivätkä ne hoitotoimenpiteistä huolimatta käynnisty tai toimenpiteisiin ei ole ryhdytty. Kuoleman voi todeta laillistettu tai luvan saanut lääkäri. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuolleeksi toteamisesta 2004.)

Ihminen voidaan todeta kuolleeksi myös silloin, kun kaikki aivotoiminnot ovat pysyvästi loppuneet. Edellytyksenä tällöin on, että aivoperäiset vasteet puuttuvat ja hengityskeskuksen toiminta on loppunut. Lisäksi aivotoiminnan loppumisen syy tai patofysiologinen mekanismi tulee olla selvitetty (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuolleeksi toteamisesta 2004.)

Kuolevasta potilaasta on kyse silloin, kun potilaan edenneeseen sairauteen ei enää ole olemassa hoitokeinoja. Yhteisenä tekijänä kuolevilla potilailla on erilaisten oireiden lisääntyminen. Oireiden lisäksi potilaan elämänlaatuun vaikuttavat ikä, suorituskyky, jäljellä oleva elinaika sekä tarjolla oleva hoito. Hyvällä saattohoidolla pyritään vastaamaan kuolevan potilaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin, hengellisiin sekä eksistentiaalisiin tarpeisiin (Hyvä saattohoito Suomessa 2010.)

3.1.2 Kuolevan potilaan fyysiset oireet

Kuoleva potilas voi kärsiä monenlaisista fyysisistä oireista. Yksi yleisimpiä elämän loppuvaiheen oireita on kipu. Arvioiden mukaan esimerkiksi levinnyttä syöpää sairastavista potilaista 64-80 % kärsii kivusta (Hänninen, 2003, 72.) Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistyksen on määritellyt kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy tapahtunut tai mahdollinen kudosaivurio tai jota kuvataan kudosaivurion käsittein. Kipu on sekä aistikokemus että fysiologinen ilmiö, jonka voi kokea ja aistia, vaikkei kudosaivuriota olisikaan. Kipu on aina subjektiivinen kokemus. Potilaan kivun kokemukseen vaikuttavat monet asiat, kuten perimä, sukupuoli, ikä, kulttuuri, tunteet, tavat sekä aiemmat kokemukset kivusta. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi, 2006, 7-9.)

Potilaan kivut voivat olla kroonisia tai akuutteja. Akuutti kipu on äkillisesti alkanutta kipua, jonka voimakkuus voi vaihdella ja joka on yleensä helppo tunnistaa. Krooninen kipu taas eroaa selkeästi akuutista kivusta. Sitä voi olla vaikea tunnistaa, ja kipua arvioitaessa tulee ottaa huomioon sekä fyysiset että psyykkiset tekijät. Kroonisesta kivusta puhutaan silloin, kun kipu on kestänyt yli 6 kuukautta. (Hallenbeck, 2003, 37.) Potilas saattaa kärsiä myös läpilyöntikivusta, jolla tarkoitetaan kovaa, äkillistä kipua, vaikka krooninen kipu olisikin hallinnassa. Tyypillisesti noin 30-52 minuuttia kestäviä kipujaksoja on päivittäin 1-14 ja niitä esiintyy enemmän päiväsaikaan. (Hänninen, 2003, 100-101.) Kipuun voi liittyä myös autonomisia oireita, kuten hikoilua, kalpeutta, pahoinvointia ja oksentelua sekä pulssin ja verenpaineen muutoksia (Salanterä ym., 2006, 81).

Kipu voidaan jakaa myös nosiseptiiviseen kipuun ja neuropaattiseen kipuun. Nosiseptiivinen kipu aiheutuu kudostuhon aiheuttamasta ärsytyksestä, kuten esimerkiksi syövän aiheuttamista luustometastaaseista. Nosiseptiivinen kipu voidaan eritellä edelleen viskeraaliseen ja somaattiseen kipuun, jolloin somaattisen kivun aiheuttaa kudoksen vaurio. Viskeraalisella kivulla taas tarkoitetaan vaikeammin paikannettavaa, yleensä sisäelinten venytyksestä tai kiertymisestä aiheutuvaa kipua. Neuropaattinen kipu on hermokipua, jota ilmenee hermovaurioiden ja hermojen toimintahäiriöiden yhteydessä. Esimerkiksi syöpäkasvain voi aiheuttaa neuropaattista kipua, jos kasvain painaa hermoa. (Hallenbeck, 2003, 39.)

Hengenahdistus on yleinen oire monien sairauksien loppuvaiheessa. Tutkimusten mukaan hengenahdistuksesta kärsii 90-95 % keuhkohtaumatautia, 45-90 % keuhkosyöpää ja 60 % sydämen vajaatoimintaa sairastavista potilaista (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Hengenahdistuksella tarkoitetaan potilaan subjektiivista tunnetta siitä, ettei hän saa tarpeeksi ilmaa. Hengenahdistuksen määrä ei riipu pelkästään mitattavista olevista suureista, kuten verikaasuanalyysin tuloksesta, vaan siihen vaikuttavat myös esimerkiksi potilaan tunnetila, ympäristö sekä keuhkomuutosten kehittymisnopeus. (Vainio & Hietanen, 2004, 98-100.) Hengenahdistuksen syntyyn vaikuttavia fyysisiä tekijöitä ovat hengitystoiminnan kohtaama vastus, kuten esimerkiksi nestekertymä, hengityslihasten käytön lisääntynyt vaatimus kuten vaikkapa ventilaatioeste, sekä hapen käyttöön liittyvät tekijät kuten anemia. Saattohoitopotilaat saattavat kärsiä esimerkiksi kakeksiasta johtuvasta hengityslihaskheikkoudesta tai vaikeasta anemisoitumisesta. Saattohoitopotilailla voi olla myös muita hengitystieoireita, kuten yskää ja lisääntynyttä limaneritystä. Yskä johtuu usein hengitysteiden sairaudesta tai ärsytyksestä. Limanerityksen lisääntymisen syynä on usein liman kertyminen hengitysteihin esimerkiksi potilaan tajuttomuuden takia. (Hänninen, 2003, 132.)

Jopa 60 % parantumattomasti sairaista kärsii elämänsä loppuvaiheessa pahoinvoinnista. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Pahoinvointi voi ilmetä oksenteluna tai potilaan ilmaisevana pahanolon tunteena. Pahoinvointiin voi liittyä myös ruokahaluttomuutta tai suolen toiminnan muutoksia. Pahoinvointia voivat aiheuttaa erilaiset lääkkeet, kuten opioidit tai solunsalpaajat, ummetus, suolitukos, limanerityksen lisääntyminen ja erilaiset psyykkiset syyt. Myös hyperkalsemia on yleinen pahoinvoinnin aiheuttaja. (Hänninen, 2003, 158-159.)

Yleinen oire parantumattomasti sairailta potilailla on ummetus. Ummetuksella tarkoitetaan tilannetta, jossa potilas ulostaa vain alle kolme kertaa viikossa. Tällöin ulostemassa on kovaa ja ulostaminen vaikeutunutta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Ummetus voi johtua useista fysiologisista, psykologisista ja sosiaalisista tekijöistä, kuten esimerkiksi lääkkeistä, liikkumattomuudesta, metabolisista tekijöistä sekä ravitsemuksellisista muutoksista. Ummetus aiheuttaa potilaalle kipua, laihtumista, pahoinvointia, ruokahaluttomuutta sekä yleisen epämukavuuden tunnetta. (Hänninen, 2003, 163-164.) Ummetuksesta kärsii arviolta puolet saattohoitopotilaista, kun taas

ripulista huomattavasti vähäisempi määrä, vain 5-10 % (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Kakeksia-anoreksiolla tarkoitetaan oireyhtymää, jossa potilas laihtuu joko tahattomasti tai ravinnon vähydestä johtuen. Ruokahaluttomuus on yksi kakeksian eli kuihtumisen oire. (Vainio & Hietanen, 2004, 109.) Muita kakeksian oireita ovat fyysisen suorituskyvyn aleneminen ja pahoinvointi (Hänninen, 2003, 153). Kakeksiasta kärsii jopa yli 80 % loppuvaiheen potilaista, ja se on yksi yleisimpiä loppuvaiheen oireita (Vainio & Hietanen, 2004, 109). Kuolevat potilaat voivat kärsiä myös nesteiden menetyksestä johtuvasta kuivuudesta, joka saattaa johtua esimerkiksi oksentelusta, ripulista, kuumeesta, diureeteista tai nesteiden riittämättömästä saannista. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Kuolevilla potilailla voi olla myös erilaisia suun ongelmia, kuten limakalvorikkoja, kipua, makumuutoksia ja suun kuivumista. Tunne suun kuivuudesta johtuu usein lääkkeiden aiheuttamasta syljen tuotannon vähenemisestä. Limakalvorikot puolestaan saattavat johtua esimerkiksi solusalpaaja- tai sädehoidosta. Näiden hoitojen seurauksena suun limakalvoilla saattaa esiintyä eryteemaa ja haavaumia, jotka saattavat infektoitua. Makumuutoksia esiintyy etenkin solunsalpaajahoidoa saavilla syöpäpotilailla. (Vainio & Hietanen, 2004, 103-105.) Potilailla voi myös olla nielemisvaikeuksia liittyen suun limakalvovaurioihin, kakeksiaan tai neurologisiin häiriöihin (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Monet potilaat kärsivät myös erilaisista haavoista. Tyypillisimpiä ovat etäpesäkkeeseen liittyvä haavauma, arteriaperäinen haavauma, trauman jälkeinen haavauma sekä painehaavauma, joka on yleinen etenkin pitkään sairaalahoitossa olleilla vanhuspotilailla (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Iho- oireiden esiintyvyys ja häiritsevyys vaihtelevat aiheuttajasta riippuen. Pahimmillaan oireet saattavat invalidisoida potilaan täysin. Haavoihin liittyy myös psykologisia ongelmia, jotka johtuvat haavojen hajusta ja erityksestä sekä ruumiinkuvan muutoksesta. (Hänninen, 2003, 188.)

3.1.3 Kuolevan potilaan psyykkiset oireet

Yleisimpiä kuolevan potilaan psyykkisiä oireita ovat masennus, suru, pelkotilat, unettomuus, sekavuustilat eli delirium sekä ahdistus. Edennyt tauti tai siihen liittyvät oireet ovat usein syitä psyykkisten oireiden esiintymiselle. Fyysisiä oireitakin suurempaa kärsimystä voi aiheuttaa kuolemanpelko. (Hänninen, 2003, 206-207.)

Arvioiden mukaan 25-75 % kuolevista potilaista kärsii masennuksesta. Potilaan masennus voi johtua hyvin erilaisista syistä, mikä tekee sen hoitamisesta vaikeaa. Masennusta ei kuitenkaan tulisi vain hyväksyä normaalina oireena kuolevalla potilaalla, vaan sitä tulisi pyrkiä helpottamaan aktiivisesti (Hallenbeck, 2003, 130). Masennukseen saattaa kuulua erilaisia kykenemättömyyden tunteita, toivottomuutta, avuttomuutta ja itsetunnon heikkenemistä, joita lähestyvä kuolema ja toimintakyvyn lasku nostavat esiin (Hållfast ym., 2009, 19). Potilasta saattaa vaivata kuoleman lähestyessä selvittämättä jääneet asiat, huoli omaisista sekä pelko kuoleman jälkeisestä elämästä. Myös fyysiset tekijät, kuten esimerkiksi hoitamaton kipu, voivat aiheuttaa masennusta. (Hallenbeck, 2003, 131-132.)

Kuolevat potilaat kokevat elämänsä loppuvaiheessa ahdistusta, joka voi pahimmillaan aiheuttaa potilaalle täydellisen toimintakyvyttömyyden. Ahdistus voi johtua fyysisistä tekijöistä, kuten hypoksiasta tai alkavasta deliriumista, mutta usein ahdistuksen syy on psyykinen. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Potilas voi pelätä kuolemaa ja sen hetkeä. Potilas saattaa pohtia, kuinka kivulias kuolema on ja pelätä kuoleman tuntemattomuutta. Usein kuoleman aiheuttama ahdistus kasvaa silloin, kun potilas katu menneisyyttään tai tuntee surua tulevaisuuden menettämisen vuoksi. Myös pelko omaisten jaksamisesta kuoleman jälkeen saattaa pelottaa kuolevaa. (Grönlund & Huhtinen, 2011, 53-54.) Potilaan ahdistus saattaa ilmetä ääneen valittamisena, rauhattomuutena sekä hoitajan jatkuvana hälyttämisenä paikalle (Hallenbeck, 2003, 133).

Kuoleva potilas joutuu elämänsä loppuvaiheessa luopumaan useista tärkeistä asioista, kuten itsenäisyydestä, erilaisista tavoitteista ja toiveista, harrastuksista ja liikuntavapaudesta. Tämä aiheuttaa potilaalle monitasoista surua, johon voi liittyä katkeruutta tapahtuneista ja tapahtumattomista asioista. (Hållfast ym., 2009, 18.) Jokainen saattohoitopotilas käy läpi omaa kuolemaansa koskevan surutyön.

Ensimmäinen surutyön vaihe on kieltäminen, jossa potilas käsittelee uutta asiaa. Toisessa vaiheessa potilas tuntee vihaa ja masennusta. Kolmannessa vaiheessa potilas punnitsee elettyä elämäänsä ja saattaa yrittää tinkiä terveystensä takaisin. Neljättä vaihetta kutsutaan kuoleman tunnistamisen vaiheeksi, ja potilas saattaa tällöin muuttua ilmeettömäksi ja eleettömäksi. Viidennessä surutyön vaiheessa potilas on hyväksynyt tulevan kuoleman väistämättömänä asiana. Kuudennessa ja viimeisessä vaiheessa pelko lakkaa, potilas on hyväksynyt kuoleman täysin ja alistuu siihen. (Heikkinen ym., 2004, 33-34.)

Unettomuus on yleinen oire kuolevilla potilailla. Unettomuudella tarkoitetaan potilaan subjektiivista tunnetta siitä, että hän on nukkunut huonosti. Unettomuus voi aiheuttaa toimintakyvyn heikkenemistä päiväsaikaan, mielialan laskua, ärtyvyyttä, keskittymiskyvyn puutetta sekä päiväaikaista unettomuutta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Potilaan uniryhtiin haittaavasti vaikuttavia asioita ovat esimerkiksi kipu, virtsaamistarpeen lisääntyminen, ahdistuneisuus tai masennus. Jotkut potilaan saattavat tuntea ajan olevan niin vähissä, etteivät he halua nukkua. Toisia taas saattaa pelottaa nukkumaanmeno, sillä he pelkäävät kuolevansa uneen. (Hänninen, 2003, 215.)

Delirium eli akuutti sekavuustila on hyvin yleinen kuolevilla potilailla. Kuolevista jopa 88 prosenttia kärsii jonkinasteisesta sekavuudesta. Deliriumin oireita ovat uni-valverytmin muutokset, emotionaaliset ja psykomotoriset muutokset, tarkkaavaisuushäiriö, ajattelun ja muistin häiriöt sekä tietoisuuden heikkeneminen. Delirium jaetaan hypo- ja hyperaktiiviseen muotoon. Hypoaktiivisessa deliriumissa psyykkiset oireet ovat samoja kuin hyperaktiivisessa, mutta ulkoiset merkit puuttuvat. Sekavuutta voivat aiheuttaa esimerkiksi elektrolyyttihäiriöt, infektiot sekä lääkehoito. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Potilaan kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön kuuluu hengellisten ja uskonnollisten seikkojen huomiointi. Kuolevan potilaan pelko kuolemasta, kysymykset kuolemanjälkeisestä elämästä ja oman elämän kertaaminen saavat usein potilaan miettimään omaa uskoaan. (Grönlund & Huhtinen, 2011, 123-129.) Myös niillä henkilöillä, jotka eivät tunnusta mitään uskontoa, on samanlaisia tarpeita kuoleman lähestyessä. Myös he pohtivat ja käsittelevät kysymyksiä ja ajatuksia kärsimyksestä, lohdusta ja elämän tarkoituksesta. (Hallenbeck, 2003, 151.)

Yksi yleisimpiä oireita kuolevalla potilaalla on kärsimys. Erään määritelmän mukaan kärsimys liittyy uhkaan persoonan hajoamisesta ja aiheuttaa siten potilaalle vaikeaa epämukavuutta. Kärsimys voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen ja eksistentialiseen kärsimykseen. Fyysinen kärsimys liittyy potilaan kipuun ja sairauden aiheuttamiin oireisiin. Psyykkinen kärsimys puolestaan syntyy surusta ja ahdistuksesta. Potilas voi kärsiä siitä, että joutuu luopumaan perheestä ja muista läheisistään kuoleman lähestyessä. Potilas voi myös kärsiä omaisten puolesta sitä, kuinka he selviytyvät surusta. (Heikkinen ym., 2004, 59.) Eksistentialinen kärsimys puolestaan kehittyy potilaalle oman kuoleman kohtaamisesta. Kuoleva potilas voi tuntea itsensä arvottomaksi tai merkityksettömäksi. Fyysisen kyvykkyyden vähentyessä voi ilmetä tunteita taakkana olemisesta ja liiallisesta riippuvuudesta toisiin ihmisiin. Eksistentialiseen kärsimykseen voi kuulua masennusta ja turhautumisen kokemuksia. Eksistentialinen kärsimyksen piirteinä voi tulla esiin myös toive kuoleman nopeuttamisesta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Kuolevan potilaan kärsimys on henkilökohtaista ja siihen vaikuttaa olennaisesti myös potilaan kulttuurillinen tausta, sillä kulttuuri määrittelee sen, miten potilas puhuu ja käsittelee kuolemaa (Heikkinen ym., 2004, 59).

3.2 Eettinen hoitotyö

Terveydenhuollon ammattihenkilöitä ohjaavat niin lait kuin erilaiset eettiset ohjeet ja suosituksetkin. Terveydenhuollon perustehtävänä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimyksen lievittäminen (Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet, 2001, 4). Hoitotyön ammattilaisten tulee tukea ihmisiä heidän terveyshyvänsä saavuttamisessa ja edistämisessä. Ihmisen kokemus omasta terveyshyvästä koostuu hänen omista arvoistaan sekä henkilökohtaisista tiedoista ja kokemuksista. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2006, 20-21.) Terveydenhuollon ammattihenkilöt joutuvat jatkuvasti tekemisiin ihmiselämän peruskysymysten kanssa ja sitä kautta eettiset ongelmat nousevat konkreettisiksi. Ihmisen elämänkaaren eri vaiheisiin kuuluu erilaisia eettisiä ongelmia, kuten milloin ihminen on kykenevä päättämään omista asioistaan tai milloin elämä alkaa. Elämän päättämiseen liittyviä

eettisiä kysymyksiä ovat esimerkiksi se, milloin elämän katsotaan päättyvän sekä milloin sen päättymistä olisi sallittua edistää. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2006, 76-77.)

Potilaan sairastaessa parannettavissa olevaa sairautta eettisten ohjeiden noudattaminen on yleensä ongelmattonta. Yleensä ongelmia syntyy silloin, kun tilanne on jotenkin edellisestä poikkeava. Ongelmat saattavat koskea hoidon päämääriä, käytettäviä menetelmiä tai menetelmiin liittyviä riskejä. Jos potilas ei ole kykenevä päättämään asioistaan, tilanne on eettisesti vielä hankalampi. Usein potilasta koskevia päätöksiä tehtäessä nojaututaan ammattihenkilöiden henkilökohtaisiin näkemyksiin, vaikkei tätä usein lausuta julki tai tiedosteta. Piilevät asenteet ohjaavat usein päätöksentekoa monin tavoin. (Grönlund ym. 2008, 13.)

3.2.1 Sairaanhoidajan eettiset velvollisuudet

Sairaanhoidajan tulee työssään noudattaa sairaanhoidajan eettisiä ohjeita. Näihin kuuluu ihmiselämän suojeleminen ja potilaan hyvän olon edistäminen. Sairaanhoidajan tulee aina ottaa työssään huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat ja kohdata tämä arvokkaana ihmisenä (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet, 1996). Hoitajan tulee pyrkiä työssään totuuden, rehellisyyden ja aitouden kunnioittamiseen sekä hoidettavan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Sairaanhoidajan työhön kuuluu hyvän tekemisen ja pahan välttämisen periaate. Se tarkoittaa sitä, että hoitotyöntekijöiden tulee pyrkiä kaikessa toiminnassaan edistämään ihmisen hyvää ja välttämään pahaa. Tähän sisältyy hoidettavan asioiden ajaminen hänen parhaakseen, potilaan oikeuksien puolustaminen sekä potilaan suojeleminen ja huolenpito. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2006, 25.)

Sairaanhoidajan tulee hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin. Hänen tulee ottaa huomioon jokaisen potilaan yksilöllisen hoidon tarve, riippumatta potilaan sairaudesta tai ongelmasta, kulttuurista, äidinkielestä, iästä, uskonnosta, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, yhteiskunnallisesta asemasta tai poliittisesta mielipiteestä (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet, 1996). Tähän oikeudenmukaisuuden periaatteeseen kuuluu myös potilaan oikeus saada perusteltua hoitoa terveysongelmaansa (Leino-Kilpi & Välimäki, 2006, 25).

Autonomia ja potilaan itsemääräämisoikeus ovat keskeisiä asioita eettisessä hoitotyössä (Kemp, 1995, 90). Sairaanhoidajan tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Potilaalle tulee järjestää mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon. Sairaanhoidajan tulee pitää potilaan hoitoon liittyvät asiat ja luottamukselliset tiedot salassa, ja keskustella niistä muiden hoitoon osallistuvien kanssa harkiten. (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet, 1996.)

Sairaanhoidajan tulee huolehtia siitä, etteivät muut ammattikunnan jäsenet tai potilaan hoitoon osallistuvat toimi epäeettisesti potilasta kohtaan. Sairaanhoidajien ammattikunnan tulee tukea jäsentensä eettistä ja moraalista kehitystä sekä varmistaa, että sairaanhoidajan tehtävä säilyy ihmisläheisenä. Sairaanhoidaja itse on velvollinen pitämään ammattitaitonsa ajan tasalla. (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet, 1996.) Tähän liittyy myös perusteltavuuden periaate, jolla tarkoitetaan sitä, että hoitotyössä käytettävien menetelmien, auttamiskeinojen ja ratkaisujen tulisi aina olla perusteltuja ja luotettavia. Tämä edistää hoitotyön laadun pysymistä hyvänä. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2006, 25.)

3.2.2 Kuolevan potilaan oikeudet

Kuolevan potilaan oikeuksia säätelevät niin laki kuin erilaiset suosituksetkin. American Medical Associationin kriteereistä mukailtujen perusteiden mukaan kuolevalla potilaalla on oikeus autonomiaan ja kivunlievitykseen. Hänellä on oikeus odottaa lääkäriltä oireenmukaisen hoidon osaamista sekä saada tietoa omasta tilastaan ja lääketieteen mahdollisuuksista vaikuttaa siihen. Potilaalla on halutessaan oikeus välttyä raskailta ja hyödyttömiltä hoidoilta sekä tulla kohdelluksi yksilönä. (Pitkälä & Hänninen 1999, 1634.) Myös monet muut viralliset tahot ovat julkaisseet suosituksia kuolevien potilaiden oikeuksista. Esimerkiksi YK on vuonna 1975 julkaissut kuolevan oikeuksien julistuksen, joka edelleen on pohjana saattohoitopotilaiden hoidossa ja siitä keskusteltaessa (Kuolevan oikeuksien julistus, 1975).

Kuoleman lähestyminen ei vähennä ihmisarvoa tai -oikeuksia, vaan ne säilyvät kuolemaan saakka. Kuolevien potilaiden kohdalla itsemääräämisoikeus on eettisen hoitotyön tärkeimpiä kulmakiviä. Potilaan tulee saada tieto tilastaan ja sen hoitomahdollisuuksista itselleen ymmärrettävässä muodossa, jotta hän kykenee tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä. Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta silloin kun hän itse sitä haluaa. Mikäli potilas ei kykene tekemään päätöksiä itse esimerkiksi tajuttomuuden tai mielenterveydellisten häiriöiden takia, hoidosta keskustellaan omaisten tai potilaan laillisen edustajan kanssa. (Heikkinen, Kannel & Latvala, 2004, 21-23.)

3.3 Saattohoito

WHO:n mukaan saattohoidolla tarkoitetaan potilaan aktiivista kokonaisuhoitoa silloin, kun sairaus ei enää ole parannettavissa (Grönlund & Huhtinen, 2011, 76-77). Saattohoito on osa palliatiivista eli oireita lievittävää hoitoa. Saattohoitoon siirtymisestä päättää aina hoitava lääkäri, mutta päätöstä tulisi edeltää hoitoneuvottelu potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Hoitopäätökset tulee tehdä yhdessä potilaan kanssa, minkä jälkeen ne kirjataan selkeästi potilastietoihin. (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008.) Arvioiden mukaan saattohoitoa tarvitsee Suomessa noin 15 000 ihmistä vuosittain. Heistä puolet voidaan hoitaa kotona, tarvittaessa kotisairaanhoidon avulla (Saattohoito 2013).

Saattohoidossa potilaiden hoito on yksilöllistä ja jokaisen potilaan kohdalla erilaista. Hyvän saattohoidon taustalla ovat eettiset arvot, joita ovat esimerkiksi hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. WHO antoi palliatiivisen hoidon suositukset vuonna 2002. Niiden mukaan saattohoidossa tulisi huomioida kivun ja oireiden mukainen hoito, elämä ja kuolema luonnollisena prosessina, ihmisen hengelliset ja psyko-sosiaaliset tarpeet sekä omaisten tuki. Euroopan Parlamentin ympäristöä, kansanterveyttä ja elintarvikkeiden turvallisuutta käsittelevän ENVI-valiokunnan raportissa suositellaan, että saattohoitopalveluita tulee olla tarjolla sairaaloissa, saattohoitokodeissa ja kodeissa. Saattohoitopalveluita tulee järjestää avo- ja päivähoitopalveluna, lasten palliatiivisen hoidon palveluna ja kivunhoitopalveluna. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010.)

3.3.1 Hyvän saattohoidon kriteerit Suomessa

Kuolevan potilaan hoito perustuu suomalaiseen lainsäädäntöön. Suomen perustuslaissa on määritelty jokaista kansalaista koskevat perusoikeudet. Lain mukaan kaikki ovat yhdenvertaisia, eikä ketään saa syrjiä iän, sukupuolen, vammaisuuden, kielen, terveydentilan tai muun henkilöön liittyvän asian takia. Jokaisen ihmisarvoa tulee kunnioittaa ja kaikilla tulee olla oikeus vaikuttaa itseään koskeviin asioihin. (Suomen perustuslaki 1999.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista puolestaan määrittelee, että jokaisella potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun. Potilaan kansalaisuutta, uskontoa, vakaumusta, kulttuuria, äidinkieltä ja yksilöllisiä tarpeita tulee kunnioittaa hoitotyössä. Potilaalla on oikeus saada tietoa omasta hoidostaan ja hän voi myös kieltäytyä tarjotuista hoidosta näin halutessaan (1992/785.) Myös laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidon laki ja laki yksityisestä terveydenhuollosta pyrkivät turvaamaan potilaalle ammattitaitoisen henkilökunnan ja parhaan mahdollisen hoidon.

Valtioneuvoston asetuksessa valtakunnallisesta terveydenhuollon eettisestä neuvottelukunnasta määritellään, että neuvottelukunnan tehtävänä on terveydenhuollon eettisiin kysymyksiin liittyvien aloitteiden, lausuntojen ja suositusten antaminen. Sekä sosiaali- ja terveysministeriö että terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ovat julkaisseet useita raportteja saattohoidosta ja eettisestä hoitotyöstä. Vuonna 2010 julkaistu suositus hyvästä saattohoidosta Suomessa antaa linjan hyvän saattohoidon toteuttamiselle. Suosituksen mukaan hyvä saattohoito edellyttää sitä, että saattohoidon perustana on potilaan itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittaminen. Hoitolinjauksista tulisi keskustella potilaan sekä potilaan salliessa myös omaisten kanssa ja kaikki hoitoon liittyvät päätökset tulisi kirjata potilaan hoitosuunnitelmaan. Hoitopäätöksistä vastaa hoitava lääkäri, ja saattohoidosta vuorokauden eri aikoina vastaavat henkilöt nimetään. Hoitopäätösten tulee perustua lääke- ja hoitotieteelliseen näyttöön sekä potilaan tarpeisiin ja toiveisiin. Hoidon tasoa arvioidaan toistuvasti. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010.)

Saattohoitoa toteuttavien hoitajien ja lääkärien tulisi olla koulutettuja saattohoitoon. Vapaaehtoiset työntekijät ja muu henkilökunta ovat osa moniammatillista työryhmää. Potilaan hoidosta vastaavalla työryhmällä tulisi olla tarjolla säännöllistä

täydennyskoulutusta sekä tarvittaessa jälkikäteen keskustelua saattohoitotilanteista. Saattohoitoa järjestävän hoitolaitoksen tulee sitoutua vastaamaan potilaan toiveisiin ja tarpeisiin, toiminnan hyvään laatuun ja Käypä hoito-suositusten noudattamiseen. Saattohoitoa voidaan toteuttaa kotona, palvelutaloissa, vanhainkodeissa sekä muissa asumisyksiköissä, sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla sekä saattohoitokodeissa. Sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset ovat vastuussa siitä, että saattohoitopotilaiden hoito on yhdenvertaista. Palvelut tulisi tarjota saattohoitopotilaalle mahdollisuuksien mukaan siellä, missä hän asuu ja elää. Omaisilla ja läheisillä tulisi olla mahdollisuus osallistua potilaan loppuvaiheen hoitoon potilaan sallimalla tavalla. Myös hoitohenkilökunnan työhyvinvointia tulisi tukea, sillä se on edellytys potilaan hyvälle saattohoidolle. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010.)

Saattohoidossa työskentelevien terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulisi osata arvioida, hoitaa ja soveltaa tietoa systemaattisesti ja riittävällä tasolla. Heillä tulisi olla tarpeeksi tietoa kärsimyksestä sekä siitä aiheutuvien oireiden hoitamisesta, kuten myös fyysisistä, psyykkisistä, hengellisistä ja eksistentiaalisista tarpeista ja toiveista sekä niihin vastaamista ja huomioimisesta hoidon suunnittelussa ja toteutuksesta. Lisäksi heillä tulisi olla tietoa lähestyvän kuoleman merkeistä ja kuoleman hetkestä sekä omaisten tukemisesta kuoleman jälkeen. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010.)

3.3.2 Hoitotahto

Hoitotahdolla tarkoitetaan potilaan tahdonilmaisua hoidon tai hoitolinjan suhteen silloin, kun hän ei itse ole kelpoinen tai kykenevä sairauden, onnettomuuden tai muun syyn vuoksi ilmaisemaan omaa tahtoaan hoitavalle lääkärille tai henkilökunnalle. (Pahlman, 2003, 243.) Hoitotahto tehdään yleensä kirjallisena, ja siinä tulee olla päiväys sekä tekijän omakätinen allekirjoitus. Hoitotahtoa kirjoitettaessa suositellaan kahden lähisukuun tai perheeseen kuulumattoman todistajan käyttämistä, vaikka hoitotahto on pätevä myös ilman todistajia. Potilas voi kuljettaa hoitotahtoa mukanaan tai se voidaan tallettaa sairauskertomuksen liitteeksi. Hoitotahdon voi ilmaista myös suullisesti, jolloin se tulisi kirjata sairauskertomukseen ja todentaa sen oikeellisuus esimerkiksi pyytämällä potilaalta allekirjoitus. (Halila & Mustajoki 2012.) Valviran mukaan tilanteissa, joissa

potilas ilmaisee vakaasti tahtonsa, mutta ei kykene itse varmentamaan sitä koskevaa merkintää, voi kaksi terveydenhuollon ammattihenkilöä allekirjoituksellaan varmentaa merkinnän, jos he ovat voineet luotettavasti todeta potilaan tahdonilmaisun (Saattohoito 2013).

Hoitotahto on voimassa vain, jos potilas ei itse kykene tekemään omaa hoitoaan koskevia päätöksiä ja hänen ei enää odoteta paranevan sairaudestaan. Hoitotahdon tekijä voi koska vaan peruuttaa tai muuttaa hoitotahdon sisältöä, jolloin muutokset tulee kirjata huolellisesti potilastietoihin. Hoitotahto on terveydenhuollon ammattihenkilöstöä sitova, ellei ole syytä epäillä, että potilaan tahto olisi hoitotahdon laatimisen jälkeen muuttunut. (Halila & Mustajoki 2012.)

Potilas voi oikeuttaa jonkun läheisistään tekemään hoitopäätökset puolestaan, jos hän ei kykene siihen itse. Sijaispäättäjä tulkitsee potilaan tahtoa silloin, kun potilas ei itse siihen pysty. Sijaisvalvojan voi nimetä hoitotahdossa (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008).

Potilas voi määrätä valitsemansa ihmisen päättämään terveyttään koskevista asioista myös edunvalvontavaltuutuksen avulla. Edunvalvontavaltuutus on kahden todistajan läsnäollessa kirjoitettu valtakirja, johon on nimetty tehtävään suostuva valtuutettu, sekä määriteltäviä asioita, jotka valtuutus kattaa. Jos potilas ei kykene enää itse hoitamaan asioitaan, valtuutettu voi pyytää maistraattia vahvistamaan valtuutuksen. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2011.)

3.3.3 Saattohoitopotilaan fyysisten oireiden hoito

Yksi hyvän saattohoidon edellytyksistä on potilaan oireenmukainen hoito sekä kivun ja kärsimyksen lievittäminen. Yksi tärkeimpiä asioita on hyvä kivun hoito. Kivun voimakkuus tulisi arvioida säännöllisesti ja tieto tulisi kirjata potilastietoihin, sillä kivun asianmukainen arviointi on hyvän hoidon edellytys. Kipua arvioidessa tulisi huomioida kivun voimakkuus, haittaavuus, laatu, sijainti, esiintymisaika sekä se, onko potilaalla läpilyöntikipua. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Sairaanhoidajana potilaan kivun tunnistaminen voi joskus olla haasteellista. Kivun arviointiin on kuitenkin kehitetty useita mitta-asteikkoja, kuten visual analogue scale eli VAS. VAS-asteikko on

kymmenen senttiä pitkä jana, jonka vasemmassa päässä oleva numero 0 tarkoittaa, ettei kipua ole, kun taas oikeassa päässä oleva numero kymmenen tarkoittaa pahinta mahdollista kipua. Potilas voi valita janalta kohdan, joka määrittelee hänen sen hetkisen kipunsa voimakkuuden. Tämän lisäksi voidaan käyttää esimerkiksi numeerista tai sanallista kipumittaria. Tärkeimpänä kivun määrän mittarina pidetään kuitenkin potilaan omaa kuvausta kivusta ja sen laadusta. (Salanterä ym. 2006, 83.)

Sairaanhoitaja voi arvioida kivun määrää myös potilaan käyttäytymisestä ja kehon liikkeistä. Levoton liikehdintä, liikkumattomuus, jännittynyt vartalo sekä hitaat liikkeet voivat olla merkkejä kivusta. Potilaan ilme voi olla tuskainen tai hän saattaa kurtistaa kulmiaan. Kipu voi aiheuttaa potilaalle ahdistusta ja hermostuneisuutta, ja hän saattaa kiivastua helpommin. Hän saattaa myös suojata kädellään kivuliasta paikkaa. Pitkään jatkunut kiputila saattaa johtaa täyteen reagoimattomuuteen, jolloin potilas voi olla niin voimaton, ettei jaksaa reagoida kipuun millään tavalla. (Salanterä ym. 2006, 77-78.)

Kivun hoidon peruslääkkeenä käytetään parasetamolia. Kovemman kivun lievityksessä auttavat yleensä opioidit, joiden annostus titrataan potilaskohtaisesti. Kuolevan potilaan kivun hoidossa opioidit ovat ensisijaisesti käytettävä kipulääkitys. Stabiiliin kipuun auttaa usein fentanyyli, joka voidaan annostella laastarilla. Lääkkeen antoreitti tulee tarvittaessa vaihtaa. Opiioideja ja muita kipulääkkeitä määrätään tavallista vähemmän yli 85-vuotiaille sekä dementiasta kärsiville syöpäpotilaille, minkä johdosta vanhuspotilaiden kipu onkin usein alihoidettua. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Myös akuutin kivun kohdalla lääkitseminen voi olla vaikeaa, sillä kivun voimakkuus voi muuttua paljonkin lyhyen ajan sisällä. Tämä johtaa usein yli- ja alilääkitsemiseen. Krooninen kipu voi puolestaan esiintyä yhdessä masennuksen kanssa, jolloin selkeän rajan vetäminen näiden kahden välille voi olla haastavaa. (Hallenbeck, 2003, 37.) Kivun huolellinen ja asianmukainen hoito on tärkeää, sillä hoitamaton kipu voi lisätä muita fyysisiä oireita. Tämän lisäksi fyysiset ongelmat, kuten pahoinvointi, ummetus ja hengenahdistus, voivat voimistaa potilaan kivuntunnetta. (Grönlund & Huhtinen, 2011, 58.)

Sairaanhoitaja voi lievittää potilaan oloa myös psyykkisin keinoin. Potilaan kipukokemukseen vaikuttavia psyykkisiä tekijöitä ovat pelko, ahdistus sekä kipuun liittyvät uskomukset, tunteet ja käyttäytyminen. Myös vuorovaikutussuhteet fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön ovat merkityksellisiä potilaan kivun kannalta. On todettu, että

alakuloisuus ja masennus lisäävät kipukokemusta, kun taas hyvä olo ja positiivisuus vähentävät kipua. Terveysthuollon ammattihenkilö voi asiantuntevalla ja ammatillisella käytöksellä vähentää potilaan pelkoa ja sitä kautta kipua. Sairaanhoidaja voi pyrkiä lievittämään potilaan pelkoa ja kipua myös kuuntelemalla, antamalla tietoa, olemalla läsnä, koskettamalla ja tekemällä potilaan fyysisestä ympäristöstä mahdollisimman mukavan. (Salanterä ym. 2006, 21.)

Hengenahdistus on sekä potilaalle että omaisille pelottava oire, joka voi olla joissain tapauksissa vaikea hoitaa. Lääkkeistä opioidit näyttäisivät vähentävän parantumattomasti sairaiden hengenahdistusta ja yskää. Yskäoiretta voidaan hoitaa parhaiten, jos yskän aiheuttaja tiedetään ja voidaan hoitaa suoraan yskän syytä. Saattohoitopotilaan yskän aiheuttajia voivat olla esimerkiksi hengitystieinfektio, keuhkoödeema tai aspiraatio. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012) Lisääntyntä limaneritystä voidaan hoitaa imemällä limaa suusta ja ylänielun alueelta. Alempien hengitysteiden imemistä ei suositella, sillä se on usein potilaille epämiellyttävää. (Hänninen, 2003, 147.) Hengenahdistusta voidaan hoitaa myös antamalla potilaalle lisähappea happimaskilla tai -viiksillä. On kuitenkin todettu, että happi ei lievitä hengenahdistusta sen paremmin kuin ilmavirtauskaan, ellei potilaalla esiinny hypoksiaa (Vainio & Hietanen, 2004, 98-100).

Sairaanhoidaja voi auttaa hengenahdistuksesta kärsivää potilasta erilaisilla hoitotyön keinoilla. Potilaan oloa voi helpottaa esimerkiksi ohjaamalla potilasta olemaan hengitystä helpottavassa asennossa. Jos potilas vain jaksaa, häntä tulisi kehottaa olemaan pystyasennossa ja liikkeellä, sillä se tehostaa keuhkotuuletusta ja liman irtoamista hengitysteistä. Selinmakuu puolestaan vaikeuttaa potilaan hengitystä, sillä tällöin vatsan alue painaa palleaa ja keuhkoja. Vuodepotilaan hengitys tehostuu, kun potilaan asentoa vuoteessa vaihdetaan säännöllisiin väliajoin ja häntä kehoitetaan hengittämään syvään 5-10 kertaa peräkkäin kerran tunnissa. (Iivanainen & Syväoja, 2008, 342-343.) Muita hoitotyön keinoja hengenahdistuksen lievittämiseen ovat rauhallisen ja turvallisen hoitoympäristön luominen, potilaan rauhoittaminen ja ohjaus, hengitysilman kostutus, positiiviseen paineeseen puhalluttaminen sekä hengitysharjoitusten toteuttaminen. (Rautava-Nurmi ym., 2012, 323.)

Saattohoitopotilaiden pahoinvointi pyritään poistamaan selvittämällä sen syy ja vaikuttamalla suoraan sen synnyttävään ärsykkeeseen. Hoitona voidaan käyttää

esimerkiksi pahoinvointia aiheuttavan lääkkeen vaihtamista toiseen, infektion hoitamista antibiooteilla tai ummetuksen hoitamista laksatiiveilla. Jos pahoinvointi johtuu korkeasta aivopaineesta, voidaan hoitona käyttää kortikosteroideja ja syklitsiiniä. Mahaärtsytyksestä johtuvan pahoinvoinnin hoitoon voidaan käyttää omepratsolia. Muita saattohoitopotilailla käytettäviä pahoinvointilääkkeitä ovat esimerkiksi metoklopramidi ja haloperidoli. (Vainio & Hietanen, 2004, 111-114.)

Sairaanhoitajan on tärkeää kuunnella potilaan ruokaan liittyviä mielitekoja ja tuntemuksia sekä pyrkiä toteuttamaan niitä parhaansa mukaan. Potilasta tulisi kehottaa nauttimaan hyvin sulavaa ja kevyttä ruokaa sekä välttämään kiinteää ruokaa pahoinvoinnin aikana. Potilasta voi kannustaa juomaan pahoinvoinnin aikana teetä, mehuja, marjakeittoja sekä esimerkiksi keittolientä. Vettä tulisi nauttia pieniä määriä suhteellisen usein. Hoitajan tulisi pitää huoneilma raikkaana ja hajuttomana sekä huolehtia tarvittaessa potilaan hygieniasta ja hyvästä suun hoidosta. Ympäristön rauhallisuuteen ja puhtauteen tulisi kiinnittää erityisesti huomiota. (Rautava-Nurmi, 2012, 300-301.)

Ummetusta voidaan hoitaa laksatiiveilla, kuten sennalla, natriumpikosulfaatilla, laktuloosilla ja makrogolilla. Hoito tulee aina valita potilaan ummetuksen piirteiden mukaisesti. Laksatiivien käytössä tulee huomioida se, että laksatiiveilla on 1-2 vuorokauden latenssiaika ennen kuin ne alkavat varsinaisesti vaikuttaa. Jos potilaan ummetus on hankalaa, vatsa tulee toimittaa esimerkiksi peräruiskeella ennen laksatiivin aloitusta. (Hänninen, 2003, 165.) Ummetuksen hoidossa voidaan käyttää myös pehmentävän laksatiivin sekä suolta stimuloivan laksatiivin yhdistelmää. Ripulin hoidossa käytetään yleisimmin loperamidia. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Ummetusta voi helpottaa myös ruokailemalla ja käymällä WC:ssä säännöllisesti. Liikunta helpottaa ummetusoiretta, jos potilas vain jaksaa sitä harrastaa. Lisäksi tulisi suosia vatsaystävällistä ruokavaliota, joka sisältää riittävästi kuitua, kuten täysjyvätuotteita, kasviksia, marjoja tai hedelmiä. Ummetusta voi helpottaa myös nauttimalla runsaasti nesteitä. Sokeri- ja rasvapitoisia tuotteita, valkoista viljaa, suklaata, voimakkaita mausteita ja sitrushedelmiä tulisi puolestaan välttää. Herneet, pavut, kaali ja banaani voivat aiheuttaa vatsan turvotusta, joten myöskään ne eivät ole ummetuspotilaalle suositeltavia. (Iivanainen & Syväoja, 2008, 45.)

Saattohoitopotilaiden ruokahaluttomuuteen puuttuminen tai puuttumatta jättäminen ei muuta taudin kulkua tai lisää potilaan elämänlaatua tai elinaikaa (Vainio & Hietanen, 2004, 109). Jos potilas on menettänyt nesteitä ja elimistö on kuivunut, nesteytys saattaa lievittää potilaan oloa ja oireita. Usein saattohoitopotilaan kuivuminen kuitenkin johtuu kiertävän nestetilavuuden siirtymisestä interstitiaalitilaan, jolloin nesteytys ei paranna potilaan tilaa ja saattaa jopa pahentaa oireita. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Tällöin omaisille tulisi perustella huolella, miksi nesteytystä ei aloiteta, sillä usein omaiset käsittävät nesteytyksen aloittamatta jättämisen hoidon laiminlyöntinä (Anttila 2011).

Saattohoitopotilaan suun hygieniasta ja kostutuksesta tulee huolehtia asianmukaisesti. Suun kipua voidaan helpottaa kipulääkkeillä, kylmillä juomilla tai jääpalojen imeskelyllä. Suun limakalvo voidaan myös paikallispuuduttaa 2-prosenttisella lidokaiinigeelillä. Suun infektiot tulee hoitaa aiheuttajan mukaan näiden hoitoon käytettävillä lääkkeillä. Yksi yleisimpiä suun infektiota aiheuttajia on candida albicans, jota voidaan hoitaa paikallisilla sienilääkkeillä. Viruksista yleisin on 1 tyypin herpes simplex-virus, jonka hoidossa käytetään systeemistä asikloviiriä. (Vainio & Hietanen, 2004, 103-105.) Jos potilas kärsii makumuutoksista, ruokavaliota tulisi muuttaa miedompaan suuntaan. Usein potilaalle maistuvat parhaiten erilaiset viilit ja vellit, kun taas mausteiset ruuat aiheuttavat pahoinvointia ja närästystä. (Hänninen, 2003, 168-169.) Nielemisvaikeuksien hoidossa pyritään syynmukaiseen hoitoon (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Haavat tulisi hoitaa asiallisesti haavatyypin vaatimalla tavalla (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Esimerkiksi ihometastosoinnin aiheuttamat haavaumat pyritään usein hoitamaan paikallislääkityksellä sekä riittävällä kipulääkityksellä. Ihohaavaumat tulee suojata hyvin sekä pyrkiä ehkäisemään haavaeritteiden vuotoa. Painehaavaumien suhteen ennaltaehkäisy on tärkeää. Painumiselle alttiita alueita tulisi tarkkailla päivittäin. Painehaavan synnyttyä hoidossa tulisi pyrkiä haavan umpeutumiseen. Esimerkiksi paikallinen fenytoiini saattaa nopeuttaa haavan paranemista. Painehaavojen sidokset valitaan haavan asteen mukaan ja kaikissa haavanhoidoissa noudatetaan huolellista aseptiikkaa. (Hänninen, 2003, 188-193.)

3.3.4 Saattohoitopotilaan psyykkisten oireiden hoito

Potilaan elinajanodote määrittää pitkälti keinot, joilla potilaan masennusta voidaan lievittää. Hoitomuotoina voidaan käyttää ongelmanratkaisua, rentoutusta, supportiivista psykoterapiaa sekä mielialalääkitystä. Psykoterapian käyttäminen voi kuitenkin olla haasteellista potilaan kognitiivisten kykyjen ja tilan takia. (Hänninen, 2003, 208-210.) Sairaanhoidaja voi tukea masentunutta potilasta olemalla läsnä ja rohkaisemalla potilasta kertomaan tunteistaan. On myös tärkeää kunnioittaa potilaan tapoja ja toiveita sekä pyrkiä selvittämään potilaan mieltä painavat asiat. (Hällfast ym., 2009, 19.) Masennukseen käytetään joissain tilanteissa myös lääkkeellistä hoitoa. Jos potilaan elinajanennuste on 2-3 viikkoa, mielialalääkityksen aloittamista ei kuitenkaan nähdä hyödyllisenä lääkkeen pitkän vasteajan takia. Potilailla, joilla ennuste on useista viikoista kuukausiin, voidaan aloittaa masennuksen hoito esimerkiksi SSRI-lääkkeillä. (Hänninen, 2003, 208-210.)

Saattohoitopotilaan ahdistuksen ja surun hoito saattaa usein olla haastavaa, sillä näiden tunteiden syy voi olla hankala päätellä. Vaikka ahdistusta voidaan hoitaa myös lääkehoidolla, ahdistuksen syvemmät syyt olisi hyvä selvittää. Terapiasta saattaa olla apua potilaan ahdistuneisuuden helpottamisessa (Hallenbeck, 2003, 134.) Sairaanhoidajalla on tärkeä rooli ahdistuneen potilaan kuuntelijana ja vierellä kulkijana. Usein ahdistusta helpottaa kuuntelija, joka kestää itsekin ahdistusta eikä lähde karkuun potilaan tunteita. Ahdistuksen helpottamisessa tärkeää on, että sairaanhoidaja ottaa vastaan potilaan tunteet ja kysyy niistä tarkemmin, jolloin potilas pääsee purkamaan mieltään painavia asioita. (Grönlund ym., 2008, 111.) Lääkehoitona ahdistukseen voidaan käyttää bentsodiatsepiineja, depressiolääkkeitä tai neuroleptejä (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Suru on kuoleman lähestyessä normaali reaktio, mutta joskus voi olla vaikeaa erottaa surua masennuksesta. Surevalle potilaalle tulisi tarjota ammattihenkilön antamaa psykososiaalista tukea. Myös vertaistuesta saattaa olla hyötyä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Kuolevan potilaan suru on aina hyvin henkilökohtaista, kulttuurisidonnaista ja siihen vaikuttaa surevan henkilön lähtökohdat ja ihmissuhteet. Kuoleman hyväksyminen on potilaalle hankala prosessi, ja kukin etenee suruprosessissa omien voimavarojensa mukaan. (Aalto, 2000, 153.)

Unettomuutta voidaan hoitaa sekä lääkkeellisesti että yksinkertaisemmilla ei-lääkkeellisillä keinoilla. Hyvään hoitoon kuuluu, että saattohoitopotilas saa nukkua silloin kuin haluaa, eikä osasto säätele potilaiden unirytmiiä (Hänninen, 2003, 215). Sairaanhoitaja voi helpottaa potilaan unettomuutta huolehtimalla huoneen sopivasta lämpötilasta ja tuuletuksesta sekä tarjoamalla potilaalle korvatulppia. Myös hyvä kivunhoito on tärkeää. Joskus potilaan unettomuuden taustalla on ahdistus. Tällöin on tärkeää, että sairaanhoitaja on läsnä ja lisää potilaan turvallisuudentunnetta esimerkiksi juttelemalla hänen kanssa tai pitämällä häntä kädestä. Hoitajan turvallinen käyttäytyminen on tärkeää, jotta potilas tietää kuka häntä hoitaa ja voi alkaa nukkumaan rauhallisin mielin. (Iivanainen & Syväoja, 2008, 31-32.) Unihäiriöiden lääkkeelliseen hoitoon voidaan käyttää neuroleptejä, kuten haloperidolia tai ketiapiinia sekä masennuslääkkeistä mirtatsapiinia, amitriptyyliä sekä doksepiinia (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Deliriumia hoidetaan tapauskohtaisesti sekä lääkkein että lääkkeettömällä hoidolla. Tärkeää on keskittyä erityisesti ei-lääkkeelliseen hoitoon. Eritystoiminnan, nesteytyksen, hapettumisen sekä ravitsemuksen puutteet korjataan ja potilaalle turvataan rauhallinen hoitoympäristö. Sairaanhoitaja voi auttaa potilasta orientaation säilyttämisessä sijoittamalla vuoteen läheisyyteen kellon, kalenterin tai vaikkapa omaisen valokuvan. Pienen yövalon jättäminen huoneeseen yöksi saattaa rauhoittaa heräilevää potilasta. Sairaanhoitajan tulee kohdata deliriumpotilas rauhallisesti ja kiireettömästi sekä auttaa häntä kaikissa päivittäisissä toiminnoissa mobilisaatiota kuitenkin unohtamatta. (Laurila 2012.) Lääkehoitona deliriumiin voidaan käyttää haloperidolia, risperidonia ja olantsapiinia (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Hengellisiin ongelmiin kuoleva potilas voi saada apua esimerkiksi papilta, sielunhoitoon erikoistuneelta sairaanhoitajalta ja läheisiltään. Myös hoitohenkilökunnan tuki on tärkeää. Usein kuitenkinhoitajien omat näkemykset uskonnosta voivat johtaa siihen, että potilas ei saa tarvitsemaansa hengellistä apua. Jokaisella potilaalla on oikeus harjoittaa uskontoaan, ja hoitohenkilökunnalta vaatiikin ammattitaitoa kyetä auttamaan henkilöä uskonnosta riippumatta. (Grönlund & Huhtinen, 2011, 123-129.) Potilaalta tulisi myös tiedustella, haluaisiko hän mahdollisuuden jutella sairaalapastorin tai oman uskontonsa edustajan kanssa. Sairaalapastori tai potilaan pyytäessä myös sairaanhoitaja voivat pitää potilaan kanssa esimerkiksi rukoushetken (Hällfast ym., 2009, 22-23).

Potilaan fyysistä kärsimystä voidaan helpottaa hoitamalla kivun ja oireiden aiheuttajaa. Eksistentiaalinen kärsimys taas on usein vaativampi hoitaa (Hallenbeck, 2003, 127-128). On epäilty, että monien psykosomaattisten oireiden takana saattaa olla eksistentiaalinen ahdistus. Tällaisen kärsimyksen ja ahdistuksen lievittämisessä korostuu potilaan ja henkilökunnan avoin kommunikaatio ja vuorovaikutus. Hoidon ensimmäisenä tavoitteena ei ole ahdistuksen poistaminen kokonaan, sillä asioiden läpikäyminen vaatii aikaa. Eksistentiaalinen ahdistus ei katoa tunteita piilottamalla, vaan antamalla sen tulla näkyväksi ja käsitellyksi. Tällaisen prosessin aikana sairaanhoitaja voi tukea potilasta huolehtimalla, tuskia lievittämällä ja hoivaamalla. Sairaanhoitajan tulisi olla avoin keskustelemaan potilaan kanssa elämän rajallisuudesta, kuolemasta sekä muista olemassaoloon liittyvistä asioista. (Mattila, 2002, 166-167.) Eksistentiaalisen kärsimyksen hoidossa lääkehoito on joskus perusteltua, mutta se ei saisi olla ensisijainen vaihtoehto. Tarvittaessa kärsimyksen helpottamiseen voidaan kuitenkin käyttää esimerkiksi bentodiatsepiinia. (Hallenbeck, 2003, 127-128.)

3.3.5 Palliatiivinen sedaatio

Palliatiivisella sedaatiolla tarkoitetaan potilaan tietoisuudentilan alentamista lääkehoidon avulla potilaan elämän loppuvaiheessa, kun hänen kärsimystään ei enää pystytä muuten lievittämään (Grönlund & Huhtinen, 2011, 119). Sedaation tarkoituksena on sietämättömien ja hallitsemattomien oireiden, kuten kivun, hengenahdistuksen tai deliriumin lievitys, eikä sillä ole tarkoitus jouduttaa potilaan kuolemaa (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Palliatiivisen sedaation termiin liittyy käsitteenä hieman epätarkkuutta. Jotkut puhuvat palliatiivisesta sedaatiosta, jotkut lääkeunesta, ja toisten mielestä palliatiivinen sedaatio on suoraan rinnastettavissa eutanasiaan eli armomurhaan. Menetelmän eettisyys on aiheuttanut kannanottoja ja pohdintoja puolesta ja vastaan. On myös pelätty, että palliatiivista sedaatiota aletaan väärinkäyttää potilaan kuoleman jouduttamiseksi. (Grönlund & Huhtinen, 2011, 119.) Tutkimusten mukaan palliatiivinen sedaatio

onkuitenkin hoitomuotona turvallinen, vaikka siihen ei olekaan vielä laadittu yhdenmukaista ohjeistusta. Sedaatio saattaa olla vain kevyttä rauhoittamista tai hätätilanteessa nopeasti syvään uneen vaivuttamista. Sedatoivina aineina käytetään midatsolaamia, haloperidolia, loratsepaamia, propofolia ja deksmedetomidiniä. Keskimääräinen sedaatioaika on 1,9 – 3,2 vuorokautta. (Hänninen, 2007, 2207.)

3.3.6 Saattohoito ja omaiset

Saattohoitopotilaan hoidossa omaisten merkitys on suuri. Kuolemaa ei joudu kohtamaan vain potilas itse, vaan myös läheiset joutuvat käsittelemään kuoleman aiheuttaman surun ja ahdistuksen. Saattohoidossa tulisikin huomioida myös potilaan lähipiirin tarpeet ennen ja jälkeen kuoleman (Pitkälä & Hänninen 1999, 1634). Omaisille on tärkeää antaa runsaasti tietoa heidän läheisensä hoidosta, mikäli potilas sallii tietojen luovutuksen. Omaisten tulisi saada tietoa lähestyvistä kuolemasta ja sen oireista, kuten pinnallisesta hengityksestä ja hengityskatkoksista, limaisuudesta, levottomuudesta ja lämpöilystä. Omaisten asianmukaisella informoinnilla voidaan vähentää niin omaisten levottomuutta kuin tiedon puutteesta johtuvia hoitovirhe-epäilyjäkin. (Saattohoito 2013.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja Valviran mukaan lähes kaikissa saattohoitoon liittyneissä kanteluissa keskeinen asia on omaisten tiedon puute potilaan hoidosta ja tavoitteista. Lääkäri on esimerkiksi saattanut tehdä saattohoitopäätöksen, mutta ei ole keskustellut asiasta lainkaan potilaan tai omaisten kanssa. Tiedonkulussa korostuukin omahoitajan vastuu tiedon kuljettajana potilaan, omaisten ja lääkärin välillä. Potilaalla ja hänen omaisillaan on oikeus kuulla hoitoon liittyvistä päätöksistä, saattohoitoon siirtymisestä sekä saattohoitopäätöksen seuraamuksista, ja heillä tulee olla myös mahdollisuus vaikuttaa hoitopäätöksiin. (Anttila 2011.)

Omaisten psyykinen tukeminen ja hoitoon mukaan ottaminen tukevat hyvän saattohoidon toteutusta (Hyvä saattohoito Suomessa 2010). Omaisilla on suuri ja tärkeä rooli kuolevan potilaan hoidossa. Omaiset tarjoavat potilaalle tukea, osoittavat myötätuntoa, kannustavat, rohkaisevat ja keskustelevat hänen kanssaan. Jos potilas sallii, omaisia tulisi rohkaista osallistumaan hoitoon mahdollisimman paljon. (Heikkinen ym., 2004, 70-71.) Joskus kuitenkin hoitoon osallistuvien perheenjäsenten

hätäily tai huolehtiminen voi lisätä potilaan ahdistusta. Tällöin omaisia tulisi tukea potilaan hoitotyössä. Omaiset eivät saisi tuntea jäävänsä ulkopuoliseksi, vaan heidän tulisi saada tuntea pääsevänsä vaikuttamaan potilaan hoitoon. (Grönlund & Huhtinen, 2011, 122.)

Joskus potilaan sairauden kestäessä pitkään omaiset saattavat väsyä henkisesti. Tällöin hoitohenkilökunnan apu ja tuki ovat omaisille tärkeitä. Omaisten psyykkisessä tukemisessa, lohduttamisessa sekä oikeanlaisen informaation antamisessa sairaanhoitajan ammattitaito korostuu. Omaisten kohtaaminen ja lohduttaminen voi olla haastavaa, sillä hoitaja joutuu tulkitsemaan ihmisten herkkyyttä ottaa vastaan tietoja eri vaiheissa. (Virkkumaa & Myllymäki, 2012, 55-58.) Usein omainen kaipaa lähelleen ihmistä, joka ei sure niinkuin hän. Tällöin sairaanhoitajan tulee tarjota omaiselle tukea sekä selventää tilanteen kulkua. Omaiselle tulee tehdä selväksi, että hänen tunteensa ovat oikeutettuja. Omaisten tapa ottaa henkilökunnan tarjoamaa tukea vastaan vaihtelee. Usein omainen kuitenkin kaipaa kuulijaa ja torjuvan asenteen takana saattaakin olla pelkoja, jotka on osoittautuvat keskustelun myötä aiheettomiksi. (Vainio ja Hietanen, 2004, 269-270.)

3.4 Eutanasia

Termi eutanasia tulee kreikan kielen sanoista eu (hyvä) ja thanatos (kuolema) tarkoittaen hyvää kuolemaa (Vainio & Hietanen, 2004, 375). Nykyään käytävässä eutanasiakeskustelussa termillä on nähty tarkoitettavan armokuolemaa tai –murhaa. Eutanasia on herättänyt julkisuudessa paljon keskustelua, ja argumentteja on noussut niin eutanasian puolesta kuin sitä vastaan. Erityisesti väestön keskuudessa on esitetty vaatimuksia eutanasian laillistamisesta, ja myös Exitus ry on painostanut jo vuodesta 1993 poliitikkoja eutanasia sallimiseksi Suomessa (Ryynänen & Myllykangas, 2003, 4331). Useat julkiset tahot kuitenkin vastustavat eutanasiaa. Esimerkiksi Maailman lääkäriliitto (WMA) sekä Suomen lääkäriliitto ovat ilmoittaneet kielteisen kantansa eutanasiaan vedoten siihen, että lääkärin osallistuminen potilaan aktiiviseen surmaamiseen olisi lääkärin etiikan vastaista, vaikka pyyntö olisikin tullut potilaalta itseltään (Lääkärin etiikka, 2013, 159). Myös Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys (EAPC) on julkaissut kielteisen kannan eutanasiaan ja korostanut palliatiivisen hoidon

laatuun panostamista ja yhteisön velvollisuutta huolehtia iäkkäistä, kuolevista ja haavoittuvista kansalaisistaan (Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys, 2003, 30).

Sekä eutanasian vastustajien että puolustajien ratkaiseva motiivi on ollut kysymys elämän laadusta ja arvosta. Keskustelun perustana ovat erilaiset ihmiskäsitykset, uskonnolliset vakaumukset sekä eettisten teorioiden arvopohjat. (Pöysti, 2009, 103.) Julkisessa keskustelussa eutanasia on jaettu aktiiviseen ja passiiviseen eutanasiaan, mutta käsitteissä on esiintynyt jonkin verran epätarkkuutta. Virallisen määritelmän mukaan eutanasialla tarkoitetaan lääkärin tarkoituksellisesti suorittamaa potilaan surmaamista silloin, potilas on sitä oikeustoimikelpoisena toistuvasti ja vapaaehtoisesti pyytänyt (Pöysti, 2009, 7).

Eutanasia voidaan jakaa tahdonalaiseen, tahdonvastaiseen ja tahdottomaan eutanasiaan (Pahlman, 2003, 308). Tahdonalaisella eutanasialla tarkoitetaan tilannetta, jossa pysyvästi avuttomaan tilaan joutunut potilas esittää harkitun ja vapaaehtoisen toiveen kuolla. Tahdoton eutanasia puolestaan tarkoittaa sellaisten potilaiden surmaamista, jotka eivät itse kykene esittämään pyyntöä eivätkä ole tuoneet julki tahtoaan kuoleman suhteen hoitotestamentissaan. (Pöysti, 2009, 7-8.) Tällöin lääkäri päättää, milloin ihmisen elämän jatkuminen on pahempaa kuin kuolema. Tällaisessa tilanteessa saattaisi olla mahdollista, että tahdotonta eutanasiaa alettaisiin kohdentaa väärin perustein esimerkiksi dementoituneisiin vanhuksiin tai vaikeasti kehitysvammaisiin. (Pahlman, 2003, 308-309.) Tahdonvastainen eutanasia puolestaan tarkoittaa tilannetta, jossa potilas surmataan tämän tahdon vastaisesti. Käytännössä tämä vastaa murhaa tai tappoa. (Hänninen, 2012, 17.)

Passiivisella eutanasialla on yleensä viitattu hoidon antamatta jättämiseen tai siitä luopumiseen. Kuitenkin esimerkiksi Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen mukaan eutanasia on aktiivinen toimenpide ja siksi ”passiivinen” eutanasia on terminä ristiriitainen, eikä sitä siksi voi olla olemassa. (Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys, 2003, 29.) Hännisen (2012, 120) mukaan eutanasian päämäärä ja tarkoitus on potilaan kuolema, kun taas hyödyttömien hoitojen lopettamisessa on kyseessä kuoleman sijaan epämukavuuden ja kuolinprosessin pitkittymisen välttäminen.

Usein eutanasian yhteydessä saatetaan puhua myös lääkäriavusteisesta itsemurhasta, jolla tarkoitetaan lääkärin antamaa apua potilaalle tämän vakaasta ja vapaaehtoisesta pyynnöstä itsemurhan suorittamiseksi. Tällöin lääkäri esimerkiksi antaa potilaalle

käyttöön kuolettavan annoksen lääkkeitä, jotta tämä voi ottaa ne itse. (Euroopan palliativisen hoidon yhdistys, 2003, 29.)

3.4.1 Argumentit eutanasian puolesta

Yksi eutanasian puolustajien yleisimpiä argumentteja on potilaan kärsimys. Lääketiede tunnustaa, että on tilanteita, joissa potilaan tuskaa ja kärsimystä ei pystytä tarpeeksi lievittämään. (Hänninen, 2011; Pahlman, 2003, 353.) Eutanasian puolustajien mielestä on väärin olla kunnioittamatta potilaan pyyntöä nopeasta ja kivuttomasta kuolemasta, kun pyynnön taustalla on kiistaton ja kohtuuton kärsimys (Vainio & Hietanen, 2004, 379). On myös esitetty, että eutanasiaa tulisi arvioida julman ja epäinhimillisen kohtelun kiellon kanssa. YK:n ihmisoikeuksien julistuksen 5 artikla kieltää julman, epäinhimillisen sekä alentavan kohtelun. Tällöin eutanasia saattaisi olla oikeutettua tiettyjen kriteereiden täytyessä. (Pahlman, 2003, 310-311.)

Potilaalla on lain mukaan oikeus päättää omista asioistaan ja hoidostaan. Eutanasian puolustajat näkevät oikeuden eutanasiaan kansalaisvapautena. Heidän mukaansa ne kiellot ja lait, jotka rajoittavat vapautta, tulee perustella, sillä moniarvoisessa yhteiskunnassa minkään lainsäädännöllisen rajoituksen ei tulisi perustua vain tiettyjen ryhmien moraaliseen ja uskonnolliseen vakaumukseen, kun lakeja edelleen sovelletaan myös ihmisiin, joiden vakaumus on erilainen. (Vainio ja Hietanen, 2004, 379.)

Eutanasian puolustajat vetoavat myötätuntoon kärsivää potilasta kohtaan. Elämän kivuton päättäminen on humanimpi vaihtoehto kuin antaa ihmisen kärsiä sietämättömästi (Pahlman, 2003, 352.) Lisäksi on suuri määrä ihmisiä, jotka eivät halua elää vuosikausia pitkäaikaisen sairauden riuduttamana. Vaikka hyvää hoitoa olisikin olemassa, on vielä pitkä matka siihen, että palliativista hoitoa voidaan tarjota kaikille kuoleville, eikä äärimmäistä kärsimystä pystytä välttämättä koskaan poistamaan kokonaan. (Vainio & Hietanen, 2004, 379-380.) Lääkäreillä ja muulla hoitohenkilökunnalla on juridinen ja eettinen velvollisuus tehdä hyvää sekä lievittää kuolevan potilaan kipua ja kärsimystä (Pahlman, 2003, 352, 365).

On myös esitetty, että eutanasialla ja toivottomista hoidosta pidättäytymisellä ei ole oikeudellista tai moraalista eroa. Jos hoidoista pidättäytyminen nähdään eettisenä, myös eutanasian tulisi olla sitä (Ryynänen & Myllykangas, 2003). Oikeustieteissä katsotaan, että rangaistava teko voi olla joko tekemisrikos tai laiminlyöntirikos, jolloin potilaan surmaamisen ja hoidoista pidättäytymisen välisen eron uskotaan vastaavan teon ja tekemättä jättämisen eli laiminlyönnin eroa. Moraaliselta kannalta aktiivisella tekemisellä ja laiminlyönnillä ei ole aina ole eroa. (Pahlman, 2003, 354, 358.) Vaikka aktiivisen eutanasian ja hoidosta pidättäytymisen välillä on nähty ratkaiseva moraalinen ero, on tätä oppia arvosteltu siitä, että aktiivinen eutanasia on usein humanimpi vaihtoehto (Pahlman, 2003, 310).

On esitetty, että eutanasian laillistaminen estäisi väärinkäytökset, sillä tällöin sen harjoittamisesta tulee avointa ja kontrolloitua. Lain pitäisi kuitenkin olla tiukka ja estää väärinkäytökset. (Vainio & Hietanen, 2004, 380.) Ajatuksia kaltevalla pinnalle joutumisesta ja eutanasian laajenemisesta yleisempään käyttöön pidetään liian spekulatiivisina ja abstrakteina, jotta niitä voitaisiin pitää esimerkkeinä aktiivisesta eutanasian harjoittamisesta tulevaisuudessa (Ryynänen & Myllykangas, 2003).

3.4.2 Argumentit eutanasiaa vastaan

Eutanasian vastustajat vetoavat siihen, että jos eutanasia laillistettaisiin, ihmisiä saatettaisiin alkaa painostamaan eutanasiaan. Vapaaehtoisuus tarkoittaa vapautta psykologisesta ja emotionaalista painostuksesta sekä provokaatiosta. Mikään laki ei kuitenkaan voi suojella arkoja, jo muutenkin taakaksi itsensä tuntevia ihmisiä manipulaatiolta, joka vetoaa esimerkiksi terveydenhuollon voimavarojen rajallisuuteen. Tällöin yleinen mielipide saattaisi painostaa myös niitä potilaita, jotka haluaisivat elää, kysymään kuolinapua. (Vainio & Hietanen, 2004, 380.)

Yleisesti käytetty argumentti eutanasian vastustajien keskuudessa on slippery slope eli kaltevan pinnan argumentti. Kaltevan pinnan argumentilla halutaan osoittaa, että jokin toiminta, joka voi olla itsessään hyväksyttävää, johtaa toiseen, moraalittomaan tai ei-hyväksyttävään tekoon tai toimintaan. (Pahlman, 2003, 347.) Eutanasian tapauksessa tällä tarkoitetaan sitä, että jos eutanasia laillistettaisiin, se johtaisi väistämättä myös

tahdottomaan eutanasiaan, jonka kohteeksi saattaisivat joutua esimerkiksi henkisesti vajaakykyiset tai koomassa olevat potilaat (Ryynänen & Myllykangas, 2003).

Kivunhoito ja palliatiivinen hoito ovat kehittyneet koko ajan, ja sitä mukaan yhä useampi potilas on saanut oireisiinsa lievityksen. Eutanasian vastustajien mielestä on väärin olettaa, että potilaan kipu ja kärsimys voidaan hoitaa vain surmaamalla potilas. (Vainio & Hietanen, 2004, 382.) Eutanasiaa saatetaan vastustaa myös uskonnollisin perustein. Eutanasiaa koskeva ehdoton kielto on ilmaistu kymmenen käskyn lain viidennessä käskyssä, ”älä tapa”. Tämä sisältää elämän suojelemisen ja kunnioittamisen periaatteen. (Pöysti, 2009, 110.)

Lääketiede on esittänyt eutanasian vasta-argumentiksi sen, että eutanasia on lääkärin etiikan vastaista. Lääkärit pelkäävät, että potilaiden luottamus heihin häviää, jos eutanasia sallitaan. (Pahlman, 2003, 352.) Haasteena on nähty myös se, että lääkäreiden ja muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden arvot saattaisivat olla ristiriitaisia lain vaatimusten kanssa, mikäli heidän työhönsä sisältyisi eutanasian suorittamista (Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys, 2003, 30).

On epäilty, että jos eutanasia laillistettaisiin, päättäjät saattaisivat tulkita lainsäädäntöä eettisesti kyseenalaisesti. Lainsäädännön tulkintaa muokataan tuomioistuinten ja ennakkoratkaisujen kautta, minkä johdosta eutanasian päättäjiksi saattaisivat nousta laintulkitsijat, eivätkä potilastaan lähellä olevat terveydenhuollon asiantuntijat. (Surakka, 2013, 33.) Eutanasian sallimisen myötä myös henkirikoksen oikeudellinen moitittavuus saattaisi hävitä ja yhteisö alkaisi hyväksyä surmaamisen (Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys 2003, 30).

On myös pelätty, että eutanasian laillistamisen myötä palliatiivisen hoidon arvostus saattaisi laskea eikä yhteiskunta kiinnittäisi enää samalla tavoin huomiota saattohoidon järjestämiseen (Pahlman, 2003, 352). Laillistamisen myötä myös eutanasian kliiniset kriteerit saattaisivat väljetä ja eutanasian piiriin tulla lisää ihmisiä (Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys, 2003, 30).

3.4.3 Eutanasia ulkomailla

Eutanasiaa toteutetaan Alankomaissa, Belgiassa, Luxemburgissa sekä kahdessa yhdysvaltain osavaltiossa; Oregonissa ja Washingtonissa (Surakka, 2013, 32). Sveitsissä eutanasia ei ole sallittua, mutta lääkäri voi avustaa kärsivää potilasta tekemään itsemurhan määräämällä hänelle kuolettavan annoksen lääkettä (Hänninen, 2012). Vuonna 1996 Australian Pohjoisessa Territoriossa tuli voimaan laki, joka salli tietyin edellytyksin eutanasian ja lääkäriavusteisen itsemurhan. Vain yhdeksän kuukauden kuluttua tästä Australian eduskunta kuitenkin teki lainmuutoksen, jonka johdosta eutanasiasta tuli jälleen laitonta. (Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys, 2003, 28.)

Alankomaissa eutanasia ja avustettu itsemurha ovat kiellettyjä rikoslaissa. Vuonna 2002 lakiin kuitenkin lisättiin lisämääritteitä, joiden mukaan lääkäri ei syyllisty rikokseen eutanasiaa suorittaessaan, mikäli eutanasia tehdään hyvän hoidon vaatimukset täyttäen. Eutanasiaa on toteutettu Alankomaissa tästä lähtien ja se herättää edelleen julkisesti paljon keskustelua. Eutanasian puolustajat ovat esittäneet kritiikkiä siitä, ettei eutanasiaan edelleenkään ole välttämättä oikeutta, sillä lääkäri voi kieltäytyä sen suorittamisesta. (Hänninen, 2006, 169-176.)

Belgiassa eutanasia on lisääntynyt huomattavasti sen jälkeen, kun se sallittiin tietyin edellytyksin 2002. Vuonna 2002 raportoituja eutanasiatapauksia oli 24, kun vain kuusi vuotta myöhemmin 2008 niitä oli jo 705. (Smets, 2010, 57.) Lisääntymisen syyksi on arvioitu eutanasian hyväksyttävyyden kasvaminen yleisenä mielipiteenä sekä lääkärin hyväksyvämpi asenne eutanasiaa kohtaan. Lääkärin asennemuutosta eutanasiaa kohtaan on arvioitu edistävän myös se, ettei raportoiduista eutanasiatapauksista yksikään ole edennyt oikeusviranomaisten käsittelyyn. (Smets, 2010, 59.)

Eutanasiaprosessi Alankomaissa on monisyinen ja vaatii lääkäriltä vahvaa ammattitaitoa. Kun potilas ilmaisee tahtonsa kuolla, on lääkärin ensimmäisenä varmistuttava, että kyseessä on potilaan oma toivomus, johon ulkopuoliset eivät ole vaikuttaneet. Eutanasiapyynnön tulee olla selkeä ja harkittu. Eräs eutanasiaan vaadittava seikka on, että potilas kärsii kohtuuttomasti eikä hänen sairauteensa ole parantavaa hoitoa. Lääkärin tulee selvittää, onko potilaan tilanteen parantamiseen vaihtoehtoisia hoitomuotoja sekä käydä yhdessä potilaan kanssa läpi sairauden ennuste, hoitomuotojen mahdollisuudet, elinajan ennuste sekä potilaan yleinen tila. Lääkärin tulee tarjota

potilaalle tarvittavat tiedot, jotta hän voi rakentaa päätöksensä selkeän tiedon pohjalle. Hoitava lääkäri ei voi yksin päättää eutanasian toimeenpanosta, vaan hänen tulee konsultoida toista lääkäriä. Alankomaissa konsultoitava lääkäri on usein SCEN-asiiantuntija (Support and Consultation of Euthanasia in the Netherlands), joka on erikoistunut eutanasiamahdollisuuden kriteerien arviointiin sekä hoitavan lääkärin tukemiseen. (Hänninen, 2006, 177-179.)

Eutanasian suorittaminen tapahtuu paikallisen farmasiayhdistyksen sekä maan lääkäriiliiton antamisen standardien mukaan. Potilaan kuoltua kuolinsyytutkija arvioi hoitavan lääkärin toiminnan sekä raportoi asiasta eteenpäin alueelliselle eettiselle arviointikomitealle. Komitea arvioi eutanasian ja sen, onko se tapahtunut ohjeiden, kriteerien ja sääntöjen mukaan. Mikäli komitea arvioi, että eutanasia on tapahtunut lain määräämien toimien vastaisesti, se toimittaa tiedon edelleen terveydenhuollon tutkimuslaitokselle ja/tai yleiselle syyttäjälle, jolloin kyseiset tahot päättävät mahdollisista jatkotoimista. (Hänninen, 2006, 177-179.)

3.4.4 Eutanasia ja eettinen hoitotyö

Lääketiede on myöntänyt, että saattohoidon ja kivunhoidon kehittymisestä huolimatta moniin kuolemaan johtaviin sairauksiin liittyviä kipuja ja kärsimystä ei aina voida poistaa (Ryynänen & Myllykangas, 2000, 268). Eutanasiaa onkin perusteltu usein potilaan sietämättömällä kärsimyksellä, johon kuitenkin liittyy monia eettisiä kysymyksiä. Keskustelua on herättänyt esimerkiksi se, kuinka paljon potilaan tulee kärsiä, jotta hän saa kuolla? Alankomaissa on esiintynyt tapauksia, joissa lääkärit eivät ole suostuneet suorittamaan eutanasiaa, sillä heidän mielestään potilaan kärsimys on ollut liian vähäistä. Kysymyksiä on herättänyt myös kärsimyksen laatu. Riittääkö syyksi eutanasialle potilaan psyykkinen kärsimys, vai tuleeko hänen kärsiä myös fyysisesti? Entä kuinka kaukana tai lähellä kuoleman tulisi olla, jotta potilasta voitaisiin auttaa kuolemaan? (Hänninen, 2012, 22-23.)

Potilaan vapauttamista kärsimyksestä eutanasian avulla on perusteltu sillä, että siinä toimitaan potilaan hyväksi. Lääkärillä on kuitenkin velvollisuus suojella elämää ja

välttää vahingontekoa potilaalle. Potilaan esittäessä pyynnön eutanasiasta lääkäri saa ratkaistavakseen arvoristiriidan, jossa on vastakkain lääkärin ammattiin kuuluvat eettiset velvollisuudet ja potilaan pyyntö. Tällöin potilaan pyyntö voidaan tulkita jopa eettisesti epäoikeudenmukaiseksi, jos lääkärin ammatilliset arvot ja henkilökohtainen vakaumus syrjäytettäisiin. Toisaalta hyvän tekemisen velvoitteeseen kuuluu myös se, ettei potilaan elämää pitkitetä hoidoilla, jotka lisäävät hänen fyysistä ja henkistä kärsimystään. On selvää, että kuolevan potilaan hoitoon liittyvät kysymykset aiheuttavat usein ristiriitoja hoitotyössä. (Pöysti, 2009, 167-168.)

Kun tarkastellaan kuolemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä, olisi tärkeää tarkastella asioita kahdesta eri näkökulmasta. Toisaalta terveydenhuollon velvollisuuksiin kuuluu sairauksien ehkäisy ja parantaminen sekä kuolemanriskin poistaminen, toisaalta taas terveydenhuollon toimintaympäristöt muodostavat tavallisimmin puitteet kuoleman kohtaamiselle ja siihen valmistautumiselle. Tämän vuoksi myös kuolema tulisi hyväksyä terveydenhuollossa. Terveydenhuollossa tulisikin aina pyrkiä turvaamaan arvokas ja kivuton kuolema. (Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa, 2004, 21.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiiviselle eli laadulliselle tutkimukselle on tutkijoiden mukaan löydettävissä monia erilaisia määritelmiä. Tuomen (2007, 96) mukaan laadullinen tutkimus voidaan karkeasti määritellä kaikeksi empiiriseksi tutkimukseksi, joka ei ole määrällistä. Hän vertaa laadullista tutkimusta sateenvarjoon, joka kokoo alleen erilaisia laadullisessa tutkimuksessa käytettäviä tutkimusmuotoja. Laadullinen tutkimus on ihmistieteellistä tutkimusta, jossa ollaan kiinnostuneita ihmisten luomista merkityksistä ja kokemuksista (Tuomi, 2007, 97).

Tyypillistä laadulliselle tutkimukselle on, että tutkimuksen tiedonhankinta on kokonaisvaltaista, kerättävä tieto perustuu ihmisten tuottamiin merkityksiin ja tiedonantajat valitaan tarkoituksenmukaisesti (Tuomi, 2007, 97). Aineisto voidaan hankkia esimerkiksi haastattelemalla tai havainnoimalla. Laadullisessa tutkimuksessa on usein pieni määrä tapauksia, jotka analysoidaan mahdollisimman tarkasti. Kriteerinä aineistossa on määrän sijaan laatu. (Eskola ja Suoranta, 1998, 15-18.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Valitsimme kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska se auttoi meitä saamaan kattavan selvityksen tutkittavasta aiheesta. Pyrimme työssämme saamaan esille eri uravaiheissa olevien sairaanhoitajien mielipiteitä eutanasiasta sekä hahmottamaan heidän tietämystään aiheesta. Laadullisella tutkimuksella saimme monipuolisen kuvan haastateltavien mielipiteistä ja tiedosta tutkittavaan asiaan liittyen.

4.2 Aineiston keruu

Laadullisessa tutkimuksessa aineisto kerätään usein havainnoimalla. Havaintoaineistoa voidaan kerätä esimerkiksi kyselyllä, haastattelulla, havainnoimalla tai dokumentoimalla. (Tuomi, 2007, 137.) Aineiston keräämiseksi haastattelemalla on

useita erilaisia lähestymistapoja. Kaikkia kuitenkin yhdistää tutkijan tavoite saada keskustelemalla selville mitä tutkittava ajattelee. Aineiston saamiseksi yksinkertaisinta on kysyä tutkittavalta itseltään. Haastattelu on vuorovaikutustilanne, jossa haastatteli ja kuitenkin voi tarvittaessa motivoida haastateltavaa ja edistää keskustelun kulkua. Haastattelut voidaan tietyin kriteerein jakaa neljään tyyppiin: strukturoitu haastattelu, puolistrukturoitu haastattelu, teemahaastattelu ja avoin haastattelu. Teemahaastattelussa aihepiiri on etukäteen määrätty. Haastatteli pitää huolen, että ennalta määritetyt aiheet käydään haastattelussa läpi. Aiheiden laajuus ja järjestys ovat kuitenkin riippuvaisia haastateltavasta ja voivat vaihdella suurestikin. (Eskola & Suoranta, 1998, 86-87.)

Teemahaastattelu oli sopiva tähän opinnäytetyöhön, koska haastattelumalli salli haastateltavan varsin vapaamuotoisen puheen ja siten puhutun asian voi ajatella edustavan tutkittavaa itseään. Teemahaastattelun avulla voidaan selvittää tutkittavan kokemuksia ja tietoa tutkittavasta aiheesta, joten koimme sen parhaaksi tutkimusmenetelmäksi työtämme varten. Tässä opinnäytetyössä teemoina olivat tutkimuskysymykset. Ennalta määritellyt teemat takasivat sen, että jokaisen haastateltavan kanssa on puhuttu samoista teemoista. Toisaalta teemojen kehys on antanut mahdollisuuden käydä pitkiä litterointeja läpi jäsentyneesti.

Haastattelimme työtämme varten viittä sairaanhoitajaa. Hoitokodin johtaja ja osastonhoitaja valitsivat haastateltavaksi sairaanhoitajia, joiden työuran pituus saattohoidon parissa vaihteli viidestä vuodesta yli 25 vuoteen. Haastattelut toteutettiin Pirkanmaan Hoitokodin tiloissa ja jokaiselle haastattelulle oli varattu tunti aikaa. Molemmat tutkijat osallistuivat kaikkiin haastatteluihin tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi. Haastattelut nauhoitettiin tutkittavien luvalla ja audiomateriaalia kertyi n. 245 min. Materiaali litteroitiin tekstimuotoon, josta kertyi 35 sivua.

4.3 Aineistoanalyysi

Aineiston analyysi voidaan jakaa kolmeen osaan, joista ensimmäinen on aineiston redusointi eli pelkistäminen, toinen aineistoin klusterointi eli ryhmittely ja kolmas abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 108). Kun aineisto on saatu käsiteltävään muotoon tekstiksi, voidaan aloittaa aineiston

järjestäminen. Aineistosta nostetaan esille tutkimusongelmaa valaisevia teemoja. Tekstistä pyritään löytämään ja erottelemaan tutkimusongelman kannalta keskeiset tiedot. (Eskola & Suoranta, 1998, 176.) Aineiston ryhmittelyssä käydään läpi koodatut alkuperäisilmaukset, minkä jälkeen aineistosta etsitään eroavaisuuksia ja samankaltaisuuksia. Samankaltaiset käsitteet ryhmitellään ja yhdistellään, jolloin aineisto tiivistyy, koska tekijät on sisällytetty ylempiin käsitteisiin. Ryhmittelyn jälkeen tekstistä pyritään erottamaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto ja valikoidusta tiedosta muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahointia jatketaan niin kauan kuin käsitteiden yhdistely ja ryhmittely on mahdollista. (Tuomi & Sarajarvi, 2009, 110-111.)

Päädyimme käyttämään aineistoanalyysia, koska se tarjosi tehokkaan ja selkeän tavan käsitellä suurta määrää teemahaastattelumateriaalia. Koodasimme litteroidusta haastattelumateriaalista opinnäytetyön tutkimustehtävien avulla tärkeät asiat, minkä jälkeen pelkistimme koodatut kohdat yläkäsitteiksi. Näitä käsitteitä lähdimme ryhmittelemään ja yhdistelemään (Liite 1). Asioiden ryhmittely nosti esille tärkeitä asioita työstämme sekä auttoi vastausten löytämistä tutkimuskysymyksiimme.

5 TULOKSET

Tätä tutkimusta varten haastateltujen sairaanhoitajien työuran pituus ja kokemus saattohoitopotilaiden parissa työskentelystä vaihteli. Lyhin työkokemus saattohoitopotilaiden parissa oli 4,5 vuotta ja pisin 25 vuotta. Muiden vastaajien työuran pituus Pirkanmaan hoitokodilla vaihteli kahdeksan ja yhdentoista vuoden välillä. Kaksi vastaajista oli työskennellyt muissa terveydenhuollon yksiköissä sairaanhoitajana ennen työtä saattohoitopotilaiden parissa. Lisäksi yksi vastaajista oli toiminut Pirkanmaan hoitokodilla vapaaehtoistyössä ennen kouluttautumistaan hoitoalalle.

5.1 Eutanasian määritelmä

Sairaanhoitajat kuvailivat eutanasiaa erilaisin termein, jotka kaikki kuitenkin olivat samansuuntaisia. Eutanasia nähtiin potilaan kuoleman edesauttamisena, elämän lopettamisena, armomurhana sekä potilaan aktiivisena surmaamisena. Yhteistä kuvauksille oli, että kuolema ei tapahdu luonnollisesti vaan ihmisen toimesta. Haastatteluissa nousivat esille Hollanti ja Sveitsi eutanasiamyönteisinä maina sekä Suomen kielteinen laki eutanasiakysymykseen.

--(Eutanasia) on ihmisen aktiivista surmaamista jollakin lääkkeellä. Se ei mun mielestä ole eutanasiaa, että lopetetaan hyödyttömät hoidot.

--Hollannissa ja Sveitsissä voi saada apua. Mutta Suomessahan se on lailla kiellettyä.

Sairaanhoitajat määrittivät avustetun itsemurhan eri tavoin. Osa haastateltavista näki avustetun itsemurhan ja eutanasian täysin tai lähes samana asiana. Yhden haastateltavan mielestä jo pelkän neuvon antaminen kuolemaan johtavasta lääkeannoksesta olisi avustettua itsemurhaa. Sairaanhoitajien mielestä avustetussa itsemurhassa potilaan oma toiminta ja vastuu ovat keskiössä. Vastauksissa korostui myös avustavan henkilön rooli

ja tämän mahdolliset syyllisyyden tunteet tapahtuman jälkeen. Haastateltavat pohtivat myös potilaan avustetun itsemurhan vaikutusta hänen läheisiinsä. Läheiset saattavat jäädä pohtimaan, tekivätkö he potilaan eteen kaiken mahdollisen ja olisiko ollut mahdollista, että potilas olisikin päässyt ahdistuksensa yli jollain keinolla.

--tavallaan se toinenkin joutuu siihen osallistumaan ja kantamaan kenties sitä ikuista syyllisyyttä tapahtuneesta.

Avustettu itsemurha ja eutanasia on samasta asiasta kaksi eri nimeä vaan.

--aina, kun joku itsemurhan tekee, siinä joutuu läheiset koko loppuelämänsä miettimään, että mitä muita ratkaisuja olisi vielä voinut olla.

5.2 Kuolevan potilaan eettinen hoitotyö

Sairaanhoitajien mielestä hyvä kuolema on yksilöllinen ja jokaisella omanlainen. Kuoleman tulisi sujua rauhallisesti potilaan omilla ehdoilla ja sen tulisi olla tasa-arvoinen kaikille hoitopaikasta riippumatta. Haastateltavat näkivät, että potilaan arvostaminen ja kunnioittaminen on tärkeää paitsi koko saattohoidon ajan, myös kuoleman jälkeenkin. Potilaille tulisi olla oikeus valita paikka, jossa haluaa saattohoidon tapahtuvan. Myös mahdollisuus kuolla kotona tulisi pyrkiä mahdollistamaan. Oireiden hoito, riittävä kivunlievitys ja kärsimyksen minimoiminen nähtiin olevan keskeinen osa kuolevan potilaan hyvää hoitoa. Myös ammattitaitoista hoitohenkilökuntaa pidettiin tärkeänä osana hyvää kuolemaa.

Siinä ollaan hiljaa. Potilaan, sen ihmisen ehdoilla.

--hyvä kuolema sisältää sellaisen kokonaisvaltaisuuden, että se ihminen huomioidaan kokonaisuutena, myös hänen historiansa.

--hänen oireitaan lievitetään, autetaan, tehdään kaikki mahdollinen, että se elämän loppuaika olisi siedettävää.

Omaisten huomioinnin koettiin olevan oleellinen osa kuolevan potilaan hyvää hoitotyötä. Omaisten tuki ja läsnäolo nähtiin merkittäväksi asiaksi potilaalle ja omaiset tulisikin aina pyrkiä ottamaan osaksi potilaan hoitoa. Omaisten tukemista pidettiin tärkeänä sekä potilaan sairauden loppuvaiheen aikana että kuoleman jälkeen.

--sille jälkeen jäävälle omaiselle tulisi jäädä sellainen tunne, että on kuunneltu ja oltu siinä, että he saavat kaiken sen avun mitä siinä tarvii.

Haastatteluissa nousi esille kuolevien potilaiden kokema eksistentiaalinen kärsimys, joka aiheutuu elämästä luopumisesta sekä omaan olemassaoloon liittyvistä kysymyksistä. Sairaanhoitajat näkivät tärkeänä, että tällaisille tunteille annetaan lupa. Kärsimyksen ja vanhojen asioiden käsittelyn nähtiin olevan välttämätön osa kuolinprosessia, sillä usein eksistentiaalisen ahdistuksen taustalla uskottiin olevan selvittämättömät asiat sosiaalisissa suhteissa. Hyvänä hoitona eksistentiaaliseen kärsimykseen koettiin läsnäolo, keskustelu sekä tarvittaessa lääkkeellinen hoito. Myös omaisten rooli potilaan ahdistuksen helpottajana oli suuri. Omaiset saattoivat läsnäolollaan, tuellaan ja kosketuksella parantaa potilaan vointia. Toisaalta eräs haastateltava oli nähnyt myös tapauksen, joissa omaisten suuri hätäännys tilanteesta oli lisännyt potilaan ahdistusta ja kärsimystä.

--suurin kärsimys johtuu siitä omasta elämästä luopumisesta, perheestä ja työstä luopumisesta.

--(eksistentiaalinen kärsimys) onkin sellaista mille pitää antaa lupa ja sitä pitää tukea ja antaa sen ihmisen miettiä sitä.

Usein on, että potilaat ovat valmiita ja ihan levollisia, mutta omaiset saattavat olla hirveän hädissään ja huolissaan siitä kuolevasta omaisesta. Kyllähän se äkkiä tarttuu potilaaseenkin.

Sairaanhoitajat kokivat joskus vaikeaksi erottaa fyysisen ja psyykkisen kivun. Haastatteluissa nousi esille se, että kärsimys on ihmiskohtaista. Hoitajat kokivat, että potilaan kärsimystä voidaan pääasiassa lievittää saattohoidon keinoin erittäin hyvin. Kuitenkin jokainen haastateltava koki työssään olleen tilanteita, joissa kuolevan potilaan kaikkea kärsimystä ei ole voitu lievittää oireidenmukaisesta hoidosta huolimatta. Usein tällaisen ahdistuksen nähtiin nousevan eksistentiaalisesta kärsimyksestä ja elämästä luopumisesta.

On vain joitain potilaita, jotka ovat psyykkisesti äärimmäisen ahdistuneita, levottomia, tuskaisia ja tuntuu, ettei mikään läsnäolo tai vierelläolo tai mikään lääkitys tai mikään keskustelu välttämättä sitä lievitä.

--kyllä joskus tuntuu, ettei mikään auta. Tai sitten esimerkiksi hirveätä avuttomuutta tuntee siinä, jos on vaikkapa ALS-potilas, josta tietää, että hän on tässä ja nyt ihan joka hetki. Se oma keho rapistuu siitä.

--ne ihmiset jotka ei oo jotenkin asioitaan käynyt lävitse. On sellaisia selvittämättömiä asioita. Aika usein heille tuntuu, ettei ne lääkkeetkään aina auta.

Mä uskon, että fyysisiä oireita voidaan lievittää paljon, mutta just niitä psyykkisiä oireita – levottomuutta, ahdistuneisuutta – ei aina pysty.

Palliatiivinen sedaatio-termin käytössä nousi esille hieman ristiriitaisuuksia. Joidenkin haastateltavien mukaan Pirkanmaan Hoitokodissa ei käytetä ollenkaan termiä palliatiivinen sedaatio, vaikka kaikkien vastaajien mukaan potilaan vaikeita oireita voidaan kuitenkin hoitaa alentamalla lääkkeellisesti heidän tajunnantasoan. Sairaanhoitajat kokivat potilaan tajunnantason alentamisen enemminkin oireiden hoitamisena kuin sedaationa. Hoitajien mukaan pitkäaikainen sedatointi voisi haitata potilaan kuoleman käsittelyä ja omaisten kanssa kommunikointia elämän loppuvaiheessa.

Mun mielestä ihmisen pitäisi saada käsitellä sitä lähestyvää kuolemaa, mutta jos sedatoidaan niin eihän ihminen sitten pysty sitä käsittelemään.

Esimerkiksi joku hengenahdistustilanne on sellainen, että me lähdetään pikkuisen sedatoimaan, pikkuisen viemään sitä tietoisuutta sinne alaspäin. Mutta me ei täällä käytetä sellaista, että me nukutetaan potilas vuorokausiksi.

Haastatteluissa nousi esille ajatus, että saattohoito ei välttämättä toteudu suositusten mukaan kaikissa Suomen hoitoyksiköissä. Isona ongelmana nähtiin kivunhoidon riittämättömyys sekä se, ettei kaikkia lääkehoidon mahdollisuuksia välttämättä hyödynnetä kuolevan potilaan kohdalla. Myös perushoidon ja omaisten huomioinnin epäiltiin olevan välillä puutteellista. Eräs haastateltavista toi esille sen, että potilas ei välttämättä saa aina tarpeellista tietoa omasta tilastaan ja saattohoitopäätös voi näin ollen tulla hänelle yllätyksenä. Syynä siihen, että saattohoitosuositukset eivät toteudu kaikissa paikoissa arveltiin olevan koulutuksen puute, henkilökunnan kiire ja asenteet.

Kipuja ei hoideta oikealla lailla. Ei osata hoitaa kipulääkitystä. Sitten hoitajilla on asenteita, että sä olet saanut lääkettä puoli tuntia sitten tai yksi tunti sitten. Että et sä vielä voi saada lisää, kun sä olet saanut sen lääkkeen just.

Jokaisella on oikeus kuoleman lähestyessä keskittyä siihen (kuolemaan), mutta jos sulla on kipuja, niin et sä pysty miettimään yhtään mitään muuta kuin sitä kipua. Ja omaisillehan jää ihan hirveät muistot siitä, jos niiden omainen on kipeä eikä siihen kipuun saa apua.

Sairaanhoitajien mukaan kuolevan potilaan eettisesti hyvä hoito toteutuu erilaisissa saattohoitoon erikoistuneissa yksiköissä, joissa on paljon tietoa saattohoitosuosituksista ja potilaan hyvästä oirenmukaisesta hoidosta. Hoitajat uskoivat, että vaikka saattohoito olisikin joissain yksiköissä puutteellista, toisissa se kuitenkin saattaa toteutua hyvin.

Haastateltavat näkivät tärkeänä saattohoitotietoisuuden lisäämisen koulutuksen avulla eri terveydenhuollon yksiköissä.

5.3 Ajatuksia eutanasiasta ja sen oikeutuksesta

Neljä viidestä haastateltavasta kertoo, että heille on esitetty toiveita kuolinavusta. Usein pyynnöissä esiintyi toive viimeisestä piikistä tai pilleristä. Yksi haastateltavista muistaa tilanteen, jossa erään television keskusteluohjelman haastateltava toi esiin, että ihmisillä tulisi olla mahdollisuus kuolemaa jouduttavaan pilleriin. Muutaman kuukauden sisällä monet hoitokodin potilaan olivat kysyneet, onko tällaista pilleriä saatavilla.

Sairaanhoitajien mukaan pyyntö kuolinavusta kumpuaa potilaan kärsimyksestä ja väsymyksestä sekä siitä pelosta, ettei saa tarvittavaa hoitoa silloin, kun sitä kaipaisi. Joskus taustalla saattoi olla myös viimeisten hetkien tuskaisuus sekä väsymys sairauden pitkittyessä tai voinnin huonontuessa. Hoitajien mukaan joidenkin potilaiden elämänhalu lisääntyi voinnin parantuessa ja oireiden ollessa hallinnassa, kun taas joidenkin potilaiden toive ei muuttunut viimeisinä hetkinäkään.

--meillä on täällä säännöllisesti potilaita, jotka toivoo, kun he ovat saaneet viimeisen diagnoosin parantumattomasta sairaudesta, niin kyllä heillä on tällainen toive, että anna mulle se viimeinen piikki.

Mä oon nähnyt senkin tilanteen, että toivoisi kaikenlaista apua ja toivoisi elämän päättymistä. Sit mä oon nähnyt kuitenkin senkin puolen, että sitä elämänhalua onkin sitten kun se potilaan vointi ja tilanne on saatu tasaiseksi.

Enemmänkin mä koen, että se vaan kertoo siitä väsymyksestä ja siitä, että on vaan väsynyt odottamaan sitä kuolemaa ja se oma voimattomuus tuntuu niin pahalta.

Kysymys siitä, tulisiko eutanasian olla joissain tilanteissa hyväksyttyä jakoi vastaajien mielipiteet. Kaksi vastaajista oli sitä mieltä, että eutanasia ei olisi hyväksyttyä missään tilanteessa.

--meillä on kaikilla se oma syntymähetki ja kuolinhetki. Ihmisen ei kuulu mennä sitä päättämään.

--mä oon aikaisemmin ollut eutanasian kannattaja, mutta mitä enemmän on tullut tietoa ihmisen oireiden hoitamisesta ja tästä saattohoidosta ylipäättään, niin mä olen kääntänyt takkini toiseen suuntaan.

Yksi haastateltavista kertoo olleensa ennen eutanasiavastainen, mutta nyt tähän ajatukseen on tullut pieni lovi aikaisempien hoitosuhteiden jälkeen.

--mä voin jollain tavalla sen ymmärtää. Toisaalta mä ajattelen, että elämä on niin arvokas, että se on hyvä katsoa loppuun asti.

Kaksi vastaajista ymmärsi, miksi eutanasia saattaisi joskus tuntua kuolevasta potilaasta perustellulle. Hoitajat tarkastelivat eutanasiatoivetta inhimillisten näkökulmien kautta sekä asettivat itsensä potilaan asemaan. Haastatteluissa nousi esiin se, että toiveen tulisi olla aina lähtöisin potilaalta itseltään. Lisäksi molemmat haastateltavat painottivat, että ketään ei voida velvoittaa suorittamaan eutanasiaa.

Minä voin ymmärtää sen potilaan toiveen ja jos mä olisin itse jossain ihan mahdottomassa tilanteessa niin, että mun ruumis olisi jo suurinpiirtein haudassa, mutta henki pihisee enkä pystyisi tekemään yhtään mitään, niin kyllä mä haluaisin jo kuolla ja voin hyvin kuvitella, että mä voisin kokea sen erittäin perusteltuna.

--se pitäisi olla se oma päätös. Kyllä mä ajattelen, että meillä jokaisella on kuitenkin oikeus omasta kehosta päättää. Toisaalta, terveenä on helppo monesti siunailla toisen ratkaisua. Mutta jos sä olet pitkään sairastanut, tai ei tarvi olla pitkäänkään, vaan sä koet ettet sä enää pääätä omasta itsestäsi niin kyllä mä ajattelen, että jokaisella pitäisi se oikeus sitten olla kuitenkin.

Haastatteluissa nousi esille ymmärrys potilaan kokemia tunteita kohtaan, vaikka mielipide eutanasiaan olisikin ollut kielteinen. Kuitenkin sairaanhoitajat korostivat hyvän saattohoidon lievittävää vaikutusta potilaan kärsimykseen. Lisäksi yksi haastateltavista pohti, millainen kuva kuolemasta välittyy seuraaville sukupolville, jos joku perheestä on hakenut eutanasian. Hän tuo myös esille, että perheen sisäisessä dynamiikassa voi tapahtua isoja asioita myös aivan elämän loppuvaiheessa. Näin ollen voidaan ajatella, että jokainen minuutti on arvokas.

--sitä mä jäin miettimään, että mikä on sitten se viesti seuraavalle sukupolvelle, jos perheessä on joku hakenut eutanasian? Jääkö niille sellainen viesti, että kuoleminen on niin kamalaa, niin kauhistuttavaa, niin täynnä kärsimystä, että sitä pitää jouduttaa tällä tavalla.

--se on mun mielestä ihan ymmärrettävää, että tulee sellainen ajatus, että päätänkö päiväni. Vaikka mä sitä en itse hyväksy niin kyllä mä sen ymmärrän, että tällainen tulee.

Haastateltavista sairaanhoitajista kolme oli sitä mieltä, ettei kuitenkaan pystyisi osallistumaan eutanasian suorittamiseen potilaalle. Kaksi hoitajista koki kysymyksen vaikeaksi eivätkä osanneet vastata, pystyisivätkö he osallistumaan eutanasian suorittamiseen. Tilanteeseen osallistumisen koettiin sotivan omaa arvomaailmaa vastaan.

En mä ainakaan pystyisi omaa ajatusmaailmaani vastaan toimimaan.

Sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että eutanasiasta tulisi keskustella laajasti, eikä siitä saisi tulla tabu. Keskustelut tulisi käydä avoimin mielin muistaen kuitenkin ammatillinen suhtautuminen asiaan.

--kun meissä ihmisissä on yllättävän paljon tällaisia jotka on jotenkin, että tämä on ainoa oikea kanta, eikä ymmärrä sitä toista mielipidettä. Musta se on aina jotenkin kauhean pelottavaa. Ainakin jos ammatti-ihmiset rupee kauheen voimakkaasti, että tämä on ainoa oikea tapa eikä mitään muuta ole.

--jos mä olisin eutanasian kannattaja, niin enhän mä voi potilaalle sanoa, että mä oon samaa mieltä, kyllä sun kuuluisi saada sellaiset dropit. Sittenhän mä meen ammattimaisuuden rajan toiselle puolelle--

Ajatus eutanasian oikeutuksesta nostaa esille kysymyksiä sen toteuttamisesta. Isoksi asiaksi nousi pohdinta siitä, kuka eutanasian joutuisi toteuttamaan, jos eutanasia laillistettaisiin. Lisäksi esiin nousi kysymys siitä, kuka eutanasian suorittamisesta päättäisi ja missä se tehtäisiin. Hoitajat näkivät, että jos eutanasia laillistettaisiin, se tulisi olla määritelty tarkasti laissa. Erään haastateltavan mielestä vastuuta eutanasiasta ei voida sysätä lääkäreille, vaan eutanasian toteuttajan tulisi olla ulkopuolinen henkilö.

--ne on niin isoja asioita kannettavaksi jollekin yhdelle ihmiselle tai työryhmälle.

Onko se vaan jotkut erikoispaikat (jotka sitä toteuttaisi), joku yksikkö koko maassa? Vai onko ne yksiköt ympäri maata? Aika haastavia, hankalia tilanteita. Että mitä kaikkea siinä pitäisi oikeasti olla, että se palvelisi sitä ajatusta.

Pohdittaessa kysymystä eutanasian oikeutuksesta nousi esiin ajatus siitä, että eutanasiatoiveen tulisi aina olla lähtöisin potilaasta itsestään. Pyynnön tulisi olla ajankohtainen ja se tulisi olla peruttavissa milloin vain.

--jos se joskus tulee lakiin, niin kyllähän sen täytyy aina olla lähteny potilaasta itsestään. Ettei käykin niin, että se onkin ollut omaisten toive olla tavallaan viivytämättä sitä sairautta.

Osa sairaanhoitajista näki, että eutanasian salliminen yhteiskunnassa avaisi mahdollisuuden moniin erilaisiin väärinkäytöksiin, kuten vastentahtoisen eutanasian toteuttamiseen sekä taloudellisten seikkojen menemiseen ihmishengen edelle. Lisäksi haastateltavat näkivät, että on olemassa riski, että joku ottaisi oikeuden omiin käsiinsä ja suorittaisi eutanasiaa valtuuksiensa ulkopuolella.

--jossain ilmeisesti Euroopan maassa vanhuksat pelkää, että heille annetaan viimeinen piikki. Että he yrittää lappua laittaa rinnalle, että älkää nyt mua tappako. Kyllä siitä on ollut mun mielestä jo ihan lehdissä yleisönosastollakin, että vanhat ihmiset pelkää, että heidät hävitetään.

Sitten jos ajatellaan, että potilas on kymmenenkin vuotta hoidettavana terveyskeskuksen vuodeosastolla, niin se kuluttaa näin rankasti ajatellen yhteiskunnan varoja. Tuleeko siinä lääkärille kiusaus sitten määrätä vähän liian iso annos sitä opiaattia mitä voidaan antaa?

Herää kysymys, että onko helpompaa tappaa hyödyttömät potilaat kuin yrittää lievittää heidän kärsimyksiään kehittämällä saattohoitoa?

Valelääkäreitä on, on hoitajat tehneet hyvin monenlaista, niin jotenkin on tullut enemmän epäileväiseksi sen suhteen, että käytettäisiinkö sitä ainoastaan oikein.

Osa haastateltavista oli puolestaan sitä mieltä, että esimerkiksi ajatus kaltevan pinnan argumentista on liian kaukaa haettu eikä siitä olisi riskiä Suomessa, jos eutanasian suorittamiseen olisi asetettu tarkat rajat lain avulla. Eräs haastateltavista uskoi, että eutanasian sallimisen jälkeen eutanasiatoiveissa tulisi ns. piikki, minkä jälkeen toiveet vähenisivät.

En usko, että pelkoa tuollaisesta (kaltevan pinnan argumentti) olisi. Sen täytyisi kuitenkin olla potilaan omasta toiveesta ja omasta pyynnöstä ja sitten monen asiantuntijalääkärin lausunto siihen.

Useimmissa haastatteluissa painotettiin saattohoidon osaamisen kehittämistä ja sen tärkeyttä, että saattohoitosuosituksot toteutuisivat tasapuolisesti kaikissa maan hoitoyksiköissä. Hoitajat näkivät, että tasa-arvoiseen kuolemaan kuului se, että potilaalla on oikeus saada hyvää ja suositusten mukaista saattohoitoa hoitopaikasta riippumatta. Haastateltavien mukaan eutanasian sijaan pitäisi keskittyä enemmän saattohoidon parantamiseen ja saattohoitoon erikoistuneiden yksiköiden lisäämiseen.

--nyt pohditaan eutanasiaa, kun pitäisi pohtia mitä on hyvä saattohoito. Millä me voidaan lievittää kärsimyksiä, että potilaalla ei tulisi niitä toiveita. Että (julkinen) keskustelu on mennyt ehkä vähän väärään suuntaan.

--enemminkin lähdetäisiin saattohoidossa siitä, että nämä suositukset toteutuisi joka paikkakunnalla ja joka yksikössä.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Sandin (2003, 167) mukaan kuolevan potilaan hoitamisessa tärkeiksi asioiksi nousevat potilaan fyysinen hoito, psykososiaalinen tuki ja hengellinen hoitaminen. Hoidon keskeisenä kulmakivenä tulisi pitää kivun lievittämistä ja vähentämistä. Yksilöllisen lääkityksen lisäksi potilaan tulisi saada mahdollisimman hyvä perushoito. Tässä opinnäytetyössä haastateltavat näkivät hyvään kuolemaan kuuluvan keskeisenä oireiden hoidon, riittävän kivunlievityksen ja kärsimyksen minimoimisen. Hoitajien mukaan kuolema oli yksilöllinen ja jokaisella potilaalla omannäköinen. Hoitajat näkivät tärkeänä sen, että potilas huomioidaan kokonaisuutena kiinnittäen huomiota myös hänen historiansa ja elämänvaiheisiinsa. Myös Sandin (2003, 93) mukaan on tärkeää tuntea potilaan elämänvaiheet sekä hänelle tärkeät henkilöt, jotta hoitajat voisivat tukea potilasta oikealla tavalla.

Ridanpään (2006, 47) mukaan tärkeää kuolevan potilaan hoidossa on se, että potilas kokee että hänestä välitetään ja hän saa parasta mahdollista hoivaa saattohoidon kaikissa vaiheissa kuoleman hetki mukaan lukien. Potilasta voi huomioida vaikkapa tarttumalla häntä kädestä, olemalla läsnä potilaan luona kiireettömästi ja osoittamalla hänelle aitoa välittämistä. Haastattelemamme sairaanhoitajat näkivät erityisen tärkeänä osana saattohoitoa ammattitaitoisen henkilökunnan, joka osaa parhaalla mahdollisella tavalla lievittää potilaan kärsimystä ja kipua. Haastateltavien mukaan läsnäolo kuolevan potilaan luona oli tärkeä osa hoitoa.

Tähän opinnäytetyöhön haastatellut sairaanhoitajat kokivat, että vaikka fyysisten oireiden lievitys saattohoidon keinoin onnistuu hyvin, on joitain psyykkisiä oireita, joita on joskus mahdoton lievittää. Parhaana keinona tällaisen psyykkisen kärsimyksen lievittämiseen nähtiin läsnäolon lisäksi keskustelu potilaan kanssa. Joissain tapauksissa voidaan myös harkita lääkkeellistä hoitoa eksistentiaaliseen ahdistukseen. Ridanpää (2006, 52) toteaa tutkimuksessaan, että kuolevan potilaan henkistä pahaa oloa ja yksinäisyyttä voi parhaiten helpottaa kuuntelulla ja läsnäololla. Hänen mukaansa on

myös olennaista, että henkilökunta arvioi potilaan kipua ja kärsimystä hänen puolestaan, sillä aina potilas ei itse pysty tai osaa itse kertoa kivuistaan.

Haastattelemamme sairaanhoitajat kokivat, että omaiset ovat erityisen tärkeä osa kuolevan potilaan hoitoa. Omaisten antama tuki ja läsnäolo koettiin kuolevalle potilaalle merkittäväksi ja henkilökunnan tulisikin huomioida omaiset osana kuolevan potilaan hoitokokonaisuutta. Hoitajat näkivät tärkeäksi kuolevan potilaan lisäksi myös omaisten tukemisen. Ridanpää (2006, 53) toteaa tutkimuksessaan, että läheiset voivat osallistua kuolevan potilaan hoitoon esimerkiksi olemalla läsnä, koskettamalla potilasta ja osallistumalla hoitotoimiin. Sandin (2003, 102) mukaan taas on tärkeää, että potilaan kuollessa hoitajat pystyvät heti kuoleman tapahduttua ottamaan vastuullisen asenteen potilaan läheisiä kohtaan, olemaan heille tukena ja auttamaan heitä kuolemaan liittyvissä käytännön toimissa.

Haastattelemamme sairaanhoitajat uskoivat, että monissa saattohoidon ulkopuolisissa yksiköissä kuolevien potilaiden oireiden hoito on puutteellista. Puutteita epäiltiin olevan paitsi kivunhoidossa, myös perushoidossa ja omaisten huomioinnissa. Karjalaisen ja Ponkilaisen (2008, 22-23) tutkimuksen mukaan työnohjaus kuolevan potilaan hoidossa mukana oleville työntekijöille olisi välttämätöntä. Heidän mukaansa vain pieni määrä tutkituista hoitajista oli saanut koulutusta aiheeseen liittyen. Hoitajat kaipaavat tietoa kuolevan potilaan erilaisista kivunhoitomuodoista, kipulääkityksestä, palliatiivisesta sedaatiosta sekä oireenmukaisesta hoidosta. Lisäksi esiin nousi koulutustarpeena myös potilaan ja omaisen hengellinen ja henkinen tukeminen, kuuntelemisen taito sekä toivon näkökulma.

Tähän opinnäytetyöhön haastatelluista sairaanhoitajista neljältä oli pyydetty kuolinapua. Haastateltavat uskoivat, että pyyntö johtui potilaan väsymyksestä ja avuttomuuden tunteesta sekä siitä pelosta, etteivät he saa hyvää hoitoa silloin, kun sitä tarvitsisivat. Hoitajat myös huomauttivat, että joidenkin potilaiden toive muuttuu voinnin parantuessa. Peltomaa (1998, 52) toteaa tutkimuksessaan, että eutanasian tarve ja elämänlaatu ovat läheisessä kytköksessä toisiinsa. Hänen mukaansa elämänlaadun heikkeneminen lisää eutanasian tarvetta varsinkin silloin, kun potilasta ei voida lääketieteen keinoin enää auttaa.

Tässä opinnäytetyössä kysymys eutanasian hyväksyttävyydestä jakoi vastaajien mielipiteet. Osa vastaajista ei hyväksynyt eutanasiaa missään tilanteessa, osa taas oli sitä mieltä, että asiassa tulisi huomioida potilaan itsemääräämisoikeus sekä kärsimys,

jota ei välttämättä voida poistaa. Hoitajat kuitenkin ilmaisivat pystyvänsä ymmärtämään potilaan tuskan, josta eutanasiatoive nousee. Vaittisen (1996, 21) mukaan suhtautuminen eutanasiaan on jaettavissa myönteiseen, kielteiseen sekä pohtivaan suhtautumiseen. Myönteisesti suhtautuvat hoitajat hyväksyivät eutanasian tietyissä tapauksissa ja tilanteissa, kielteisesti suhtautuvat taas eivät hyväksyneet eutanasiaa missään tilanteessa.

Vaittisen (1996, 21-26) tutkimuksessa eutanasiaan myönteisesti suhtautuvat kokivat, että potilas voitaisiin armahtaa hänen omasta toivomuksestaan, jos hänen sairauteensa ei olisi parantavaa hoitoa. Lisäksi hoitajat korostivat itsemääräämisoikeutta päätöksenteossa. Pohtivasti suhtautuneet hoitajat pitivät eutanasiakeskustelua hyvänä asiana, sillä asiassa on sekä hyvät että huonot puolensa. Heidän mielestään kipuja ei ollut tarkoituksenmukaista pitkittää, mutta toisaalta ajatus elämän lopettamisestakin tuntui raskaalta. Peltomaan (1998, 52) mukaan eutanasian puolustajat vetoavat usein potilaan elämänlaatuun sekä itsemääräämisoikeuteen. Puolustajien mielestä potilaan tulisi itse saada tehdä päätös elämän lopettamisesta, sillä vain hän voi tietää oman tuskansa määrän. Tämän vuoksi muut eivät voi päättää toisen elämästä hänen puolestaan. Tässä opinnäytetyössä eutanasiaan myönteisesti suhtautuvat hoitajat vetosivat potilaan itsemääräämisoikeuteen sekä inhimilliseen näkökulmaan. He kokivat, että joissain tilanteissa, kuten sairauden jatkuessa pitkään, eutanasia saattaisi olla perusteltua. He kuitenkin korostivat, ettei ketään voi velvoittaa suorittamaan eutanasiaa.

Vaittisen (1996, 21-26) tutkimuksessa kielteisesti eutanasiaan suhtautuvat hoitajat vetosivat sekä Jumalan päätökseen että väärinkäytösten mahdollisuuteen. Heidän mukaansa riskinä eutanasian suorittamisessa olisi myös se, että eutanasiaa suorittamassa olleet ihmiset saattaisivat saada asiasta psyykkisiä ongelmia. Peltomaan (1998, 52) mukaan eutanasian vastustajat tulkitsevat potilaan itsemääräämisoikeutta eri tavalla kuin eutanasian puolustajat. Vastustajien mielestä eutanasia ei ole potilaan yksityisasia, sillä kuolema koskettaa muitakin ihmisiä kuin itse kuolevaa. Siinä missä eutanasian puolustajat näkevät ratkaisun lähtevän aina potilaasta itsestään, vastustajat näkevät tärkeimpänä ratkaisun tekijänä lääkärin. Tässä opinnäytetyössä kielteisesti eutanasiaan suhtautuvat sairaanhoitajat vetosivat ihmisen ennaltamäärättyyn kuolinhetkeen sekä saattohoidon laajoihin mahdollisuuksiin kuolevan potilaan hoidossa.

Haastattelemamme sairaanhoitajat kokivat, että eutanasian salliminen Suomessa loisi monenlaisia ongelmia. He pohtivat, kuka eutanasiaa suorittaisi ja missä. Lisäksi

eutanasian suorittaminen saattaisi luoda väylän väärinkäytöksille, kuten tahdonvastaisen eutanasian käyttämiseen vanhoille ja pitkäaikaissairaille potilaille. Vastaajat korostivat, että jos eutanasia laillistettaisiin, asiasta tulisi olla tiukka laki. Lisäksi eutanasiapyynnön tulisi aina lähteä potilaasta itsestään. Terkamo-Moision (2013, 42) mukaan suurimpana riskinä eutanasian laillistamisessa on se, että se laajentuisi koskemaan itsenäiseen päätöksentekoon kykenemättömiä ihmisryhmiä. Lääkkeiden hallinnointi ja potilaan valmisteleminen koettiin aktiivisena osallistumisena eutanasiaan, mikä teki asiasta vaikean. Eutanasian laillistamisen kannattajat puolestaan korostivat selkeitä sääntöjä ja kriteereitä eutanasiakysymyksissä. Heidän mukaansa näiden avulla voidaan vaikeuttaa mahdollista väärinkäyttöä. (Terkamo-Moisio, 2013, 33.)

Terkamo-Moision (2013, 33) mukaan saattohoidon ja kivunhoidon kehittäminen on eutanasialakia tärkeämpää, vaikka nämä toimet eivät eutanasian tarvetta täysin poistakaan. Haastattelemamme sairaanhoitajat korostivat saattohoidon kehittämistä ja saattohoitoyksiköiden lisäämistä eutanasiakeskustelun sijaan. Heidän mielestään tärkeämpää on, että tietoisuutta saattohoidosta lisätään hoitohenkilökunnan parissa ja heille annetaan riittävästi koulutusta kuolevan potilaan hoidosta (Liite 2).

6.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen eettisiin periaatteisiin kuuluu se, että osallistumisen tulee aina perustua osallistujien vapaaehtoisuuteen ja riittävään informoimiseen. Haastatteluihin osallistuvalla tulee aina kertoa mikä on tutkimuksen aihe, mitä osallistuminen siihen käytännössä tarkoittaa ja kauanko tutkimukseen osallistuminen kestää. Lisäksi tutkimukseen osallistujan tulisi saada tietää tutkijan yhteystiedot, aineistonkeruun toteutustapa sekä arvioitu ajankulu, kerättävän aineiston käyttötarkoitus, jatkokäyttö ja säilytys sekä osallistumisen vapaaehtoisuus. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2009, 6-7.)

Osallistujille tulee tehdä selväksi, että heillä on oikeus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen. Lisäksi he voivat keskeyttää mukanaolonsa tutkimuksessa missä vain prosessin vaiheessa sekä kieltää itseään koskevan aineiston käytön aineistona

jälkikäteen. Tutkijan tulee pitää huolta siitä, että tutkimuksen osallistuja tietää oikeutensa näihin asioihin. (Tuomi, 2007, 145.)

Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu läheisesti myös tutkimukseen osallistujien yksityisyydensuoja. Tutkijoiden tulee pitää huolta siitä, että aineisto säilytetään suojattuna niin, etteivät ulkopuoliset pääse siihen käsiksi. On erityisen tärkeää, ettei tutkittavien yksityisyydensuojaa vaaranneta säilyttämällä aineistoa väärin tai huolimattomasti. Tutkimusaineiston analysoinnin jälkeen kaikki tutkimusaineisto tulee hävittää osallistujien anonymiteetin turvaamiseksi. Tutkimuksessa pyrkimyksenä on aina sovittaa yhteen luottamuksellisuus ja tiedon avoimuuden periaate. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2009, 9-10.) Tutkimukseen osallistujilla tulisi olla oikeus odottaa tutkijalta sopimusten noudattamista, vastuuntuntoa sekä sitä, ettei tutkimuksen rehellisyyttä vaaranneta (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 131).

Annoimme tähän opinnäytetyöhön osallistuville kirjallisen suostumuslomakkeen (Liite 3), jonka tutkittavat allekirjoittivat. Lomakkeesta kävi ilmi tutkimuksen nimi, tarkoitus ja aineistonkeruumenetelmä sekä haastatteluun varattu aika. Tiedotteesta käy ilmi, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja siitä voi kieltäytyä milloin vain. Korostimme myös työn luottamuksellisuutta sekä aineistonkäsittelyä, johon kuuluu paitsi aineiston turvallinen säilyttäminen lukituissa tiloissa ja suojattuina tiedostoina, myös sen asianmukainen hävittäminen tutkimuksen valmistuttua. Ennen jokaisen haastattelun alkua kävimme osallistujan kanssa tiedotteen läpi ja annoimme tilaa mahdollisille kysymyksille. Suostumuslomakkeeseen oli merkitty tutkijoiden yhteystiedot, joihin osallistajat saivat ottaa yhteyttä tarvittaessa.

Olemme pyrkineet noudattamaan eettisiä periaatteita työssämme mahdollisimman hyvin. Aineisto on kerätty ja säilytetty asianmukaisesti suojattuna. Olemme pitäneet huolta osallistujien yksityisyydestä sekä antaneet heille tarvittavat tiedot tutkimuksesta. Yksittäistä osallistujaa ei pysty tunnistamaan opinnäytetyön perusteella, sillä tulososion sitaattien puhekieltä on yhdenmukaistettu osallistujien anonymiteetin turvaamiseksi. Emme ole myöskään numeroineet haastatteluja valmiiseen opinnäytetyöhön, jottei yksittäistä vastaajaa pystyisi selvittämään. Työn valmistuttua kaikki haastatteluihin liittyvä lähdeaineisto tuhotaan.

6.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointiin ei ole yksiselitteisiä ohjeita. Tutkimusta tulisi kuitenkin arvioida kokonaisuutena, sillä tällöin tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus eli koherenssi painottuu. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 140.) Pääasiallinen luotettavuuden kriteeri laadullisessa tutkimuksessa on tutkija itse, minkä johdosta koko tutkimusprosessin tarkastelu luotettavuuden arvioinnissa nousee tärkeäksi. Tutkimustekstissä tulisi pyrkiä tuomaan mahdollisimman tarkasti esille se, mitä aineistonkeräyksessä ja sen jälkeen on tapahtunut. (Eskola & Suoranta, 1998, 211, 214.)

Tarkastelemme työmme luotettavuutta Tuomen (2007) määrittelemien kriteereiden mukaan. Tällöin luotettavuuden arvioinnissa tulisi ottaa huomioon aineiston keruu, tutkimuksen tiedonantajat, tutkija-tiedonantajasuhde, tutkimuksen kesto, aineiston analyysi sekä tutkimuksen luotettavuus ja raportointi. Aineiston keruuta tulisi arvioida sekä menetelmän että tekniikan kautta. Lisäksi tulisi huomioida tiedonkeruun erityispiirteet, kuten haastattelijoiden määrä, sekä tutkimuksen mahdolliset ongelmat. Tiedonantajilla tarkoitetaan tutkimukseen osallistuvien henkilöiden määrää, heidän valintaperusteitaan sekä sitä, kuinka heihin otettiin yhteyttä. Tutkija-tiedonantajasuhdetta arvioidaan sen perusteella, miten suhde osallistujiin toimi sekä lukivatko he tutkimuksen tuloksia ennen julkaisua. (Tuomi, 2007, 151.)

Lisäksi luotettavuuden arvioinnissa tulee pohtia tutkimuksen kestoa, eli sitä millaisella aikataululla tutkimus on tehty ja kuinka se on vaikuttanut tuloksiin. Myös aineiston analyysin arviointi on olennainen. Tällöin arvioidaan sitä, miten aineisto on analysoitu sekä kuinka tuloksiin ja johtopäätöksiin päädyttiin. Lisäksi tulee pohtia sitä, onko raportointi luotettavaa. Luotettavalla raportoinnilla tarkoitetaan sitä, että tutkijan tulee antaa lukijoille riittävästi tietoa siitä, miten tutkimus on tehty, jotta lukijat voisivat arvioida tutkimuksen tuloksia. (Tuomi, 2007, 152.)

Keräsimme aineistomme haastattelemalla Pirkanmaan Hoitokodin sairaanhoitajia. Haastattelut nauhoitettiin, minkä lisäksi molemmat tutkijat olivat läsnä kaikissa haastatteluissa. Tämä salli toisen tutkijan tehdä haastatteluiden aikana muistiinpanoja huomionarvoisista seikoista. Lisäksi kahden tutkijan läsnäolo lisää tutkimuksen luotettavuutta. Haastattelut tehtiin Pirkanmaan Hoitokodin tiloissa rauhallisessa paikassa, eikä haastatteluihin tullut keskeytyksiä ulkopuolisten taholta.

Tutkimuksen osanottajat valitsivat saattohoitokodin johtaja ja osastonhoitaja noudattaen tutkijoiden toivetta siitä, että haastateltavien työkokemuksen pituus vaihtelisi. Näin saimme läpileikkauksen saattohoitokodin työntekijöistä ja heidän kokemuksistaan. Haastattelimme tutkimusta varten viittä sairaanhoitajaa. Suhteet tutkittavien ja haastateltavien välillä toimivat hyvin ja haastattelut etenivät sujuvasti viitekehystä noudattaen. Tutkimustuloksia ei ole lähetetty yksittäisille vastaajille ennen julkaisua, sillä tutkimustulokset on yleistetty teoreettisten käsitteiden alle, eikä haastatteluista pysty identifioimaan yksittäistä vastaajaa.

Opinnäytetyöprojekti alkoi syksyllä 2012, jolloin aloitimme aiheen valinnalla sekä teorian etsimisellä ja lukemisella. Keväällä 2013 kirjoitimme teoreettiset lähtökohdat sekä teimme haastattelut työtämme varten. Opinnäytetyö valmistui lokakuussa 2013, eli koko prosessi kesti arviolta vuoden verran. Määrittelimme itsellemme prosessin alussa aikataulun, jossa olemme pysyneet.

Haastattelut analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Laaja perehtyminen teoriaan ennen haastatteluja helpotti kysymysten esittämistä haastattelussa sekä auttoi tutkijoita aineiston analyysissa. Myös tutkimustehtävät auttoivat aineiston koodausta. Noudatimme työtavoissamme aiemmin mainittuja eettisiä periaatteita. Sitaattien käyttö tutkimustuloksissa tukee tulosten luotettavuutta. Tutkimuksemme luotettavuutta heikensi se, että tämän tutkimuksen teko oli molemmille tutkijoille ensimmäinen tutkimusprojekti eikä aiempaa kokemusta tutkimusten teosta ollut.

6.4 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Tutkimuksesta voi päätellä, että eutanasia on ajatuksia herättävä ja mielipiteitä jakava asia. Huomasimme työtä tehdessämme, että sairaanhoitajien työkokemuksen pituudella ei ollut vaikutusta mielipiteeseen eutanasiasta ja sen oikeutuksesta, vaan mielipiteet nousivat ennemminkin henkilöiden omasta arvomaailmasta ja henkilökohtaisista kokemuksista. Selvää on, että erityisesti kuolevien potilaiden parissa työskentelevät ihmiset joutuvat punnitsemaan suhtautumistaan kärsimykseen, kuolemaan ja sitä kautta myös eutanasiaan ja sen oikeutukseen.

Pohdittaessa eutanasiaa voi todeta, että sekä eutanasian puolustajilla että vastustajilla on päteviä argumentteja oman kantansa puolesta, mikä tekee eutanasiasta vaikeasti ratkaistavan eettisen, moraalisen, juridisen ja uskonnollisen dilemman. Julkisuudessa eutanasia-termin käyttöön liittyy paljon epätarkkuuksia. Monissa mielipidekirjoituksissa eutanasia on liitetty hoidosta pidättäytymiseen, avustettuun itsemurhaan ja jopa palliatiiviseen sedaatioon. Tässä tutkimuksessa käy ilmi, että myös haastateltujen sairaanhoitajien käsitys eutanasian määritelmästä vaihtelee. Olisikin tärkeää, että eutanasiakeskustelua käytäisiin julkisuudessa laajasti yhdenmukaisilla termeillä eri näkökantoja huomioiden.

Kuolema on asia, joka tulee suurimmalle osalle sairaanhoitajista toistuvasti vastaan. Tutkimuksestamme kävi ilmi, että saattohoitokodissa työskentelevät sairaanhoitajat uskoivat, ettei suositusten mukainen kuolevan potilaan hoito toteudu kaikissa yksiköissä. Siksi olisikin tärkeää, että hoitajat tuntisivat saattohoitosuositukset ja sen, kuinka kuolevan potilaan oireita voidaan hoitotyön keinoilla lievittää. Tällä työllä pyrimme tuottamaan tietoa eettisesti hyvästä saattohoidosta sekä tuomaan lisänäkökulmaa eutanasiaan liittyvään arvokeskusteluun niiltä ihmisiltä, jotka työskentelevät kuolevien potilaiden parissa päivittäin.

Kehittämisehdotuksena esitämme tutkimusta kuolevan potilaan hoitosuositusten tuntemisesta ja toteutumisesta tavallisilla vuodeosastoilla. Tutkimus toisi esille osaamisen tason saattohoitopotilaiden suhteen muissa kuin saattohoitoon erikoistuneissa yksiköissä ja antaisi sitä kautta tärkeää tietoa kehittämiskohteista. Opinnäytetyönä voisi myös toteuttaa lyhyen tietopaketin tai opaslehtisen hoitajille kuolevan potilaan hoitoperiaatteista.

LÄHTEET

- Aalto, K. (toim.). 2000. Saattohoito. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.
- Alasuutari, P. 2001. Laadullinen tutkimus. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.
- Anttila, S. 2011. Saattohoitoon kohdistuneet kantelut. Valvira. Luettu 17.1.2013.
http://www.valvira.fi/files/tiedostot/s/a/Saattohoitoon_kohdistetut_kantelut.pdf
- Baird, R & Rosenbaum, S. 2002. Caring for the dying – critical issues at the edge of life. New York: Prometheus Books.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. Juva: WS Bookwell Oy.
- Euroopan palliativisen hoidon yhdistys. 2003. Eutanasia ja lääkäriavusteinen itsemurha – EAPC:n eettisten kysymysten työryhmän näkemys. Suomen lääkärilehti 40/2005: 28-31.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita.
- Grönlund, E., Anttonen, M-S., Lehtomäki, S. & Agge, E. 2008. Sairaanhoidtaja ja kuolevan hoito. Sipoo: Silverprint Oy.
- Halila, R. & Mustajoki, P. 2012. Hoitotahto – käytännön ohjeita. Luettu 24.2.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=hoitotahto&p_artikkeli=dlk00809
- Hallenbeck, J. 2003. Palliative care perspectives. New York: Oxford University Press.
- Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito – haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Hoitotahto. 2013. Valvira. Luettu 26.4.2013.
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitotahto
- Hyvä saattohoito Suomessa – asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010:6. Luettu 15.4.2013.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf
- Hällfast, M., Kivinen, M., Sipola, V., Hammari, V-M., Wright, V. & Staines, A. 2009. Minä kuolen, apua – kuinka kohdata kuoleva potilas ja hänen omaisensa. Helsingin seurakuntayhtymä. Luettu 25.2.2013.
[http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/D9D1164E7920B6EDC225773D0029FA41/\\$FILE/Mina_kuolen_apua-opas.pdf](http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/D9D1164E7920B6EDC225773D0029FA41/$FILE/Mina_kuolen_apua-opas.pdf)

- Hänninen, J. 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku – hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Duodecim. Keuruu: Otava.
- Hänninen, J. 2011. Eutanasia. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 127(8):793-799.
- Hänninen, J. 2012. Eutanasia – hyvä kuolema. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, J. 2012. Laki eutanasiasta – onko nyt sen aika? Lääkärilehti 14-15/2012. Pääkirjoitus.
- Hänninen, J. 2007. Palliatiivinen sedaatio – viimeinen keino kärsimyksen hoidossa. Duodecim 123:2207-2213.
- Hänninen, J. 2003. Saattohoitopotilaan oireiden hoito. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy.
- Ivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Karjalainen, T & Ponkilainen, S. 2008. Hoitotyöntekijöiden tuki kuolevan potilaan omaisille – kyselytutkimus hoitohenkilökunnalle. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Pro gradu.
- Kemp, C. 1995. Terminal illness – a guide to nursing care. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. 2004. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Luettu 14.2.2013.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-545.pdf
- Kuolevan oikeuksien julistus. 1975. YK.
- Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2012. Käypä hoito. Luettu 13.2.2013.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50063>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laurila, J. 2012. Delirium. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Luettu 29.5.2013.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10163
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2006. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Lyytikäinen, M. 2012. Hoitajien kokemuksia saattohoidosta vanhainkodissa. Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Lääkärin etiikka. 2013. Suomen lääkäriliitto. Lahti: Esa Print Oy.

Mattila, K-P. 2013. Ihmisen arvokkuus ja sen kokemisen vahvistaminen. *Duodecim* 129:778-779.

Mattila, K-P. 2002. Syöpäpotilaan palliatiivisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Molander, G. 1999. Työnä kuolemaan hoitaminen. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2011. Edunvalvontavaltuutus. Luettu 24.2.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00891

Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkvist, S. 2001. Ihmisen anatomia ja fysiologia. Helsinki: WSOY.

Pahlman, I. 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita.

Peltomaa, J. 1998. Hyväksytyt ja torjuttu eutanasia. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Jyväskylän yliopisto. Tutkielma.

Pitkälä, K. & Hänninen, J. 1999. Kun kuolema lähestyy. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 115(15): 1634.

Pöysti, S. 2009. Eutanasia ja etiikka – suomalainen eutanasiakeskustelu kansainvälisen eutanasiakeskustelun osana 1970-luvulta nykypäivään. Helsinki: Kirjapaino G. A. Mäkinen.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Ryynänen, O-P. & Myllykangas M. 2003. Lääkäreiden, hoitajien ja väestön asenteet eutanasiaan Suomessa. *Suomen lääkärilehti* 58(43):4431-4437.

Ryynänen, O-P. & Myllykangas, M. 2000. Terveystieteiden etiikka – arvot monimutkaisuuden maailmassa. Juva: WS Bookwell Oy.

Saarelma, K. 2005. Palliatiivinen hoito kotisairaalassa. *Duodecim* 121:203-209.

Saarelma, K. 2011. Pitäisikö eutanasiainvälistä muuttua Suomessakin? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 127(8):750-751.

Saattohoito. 2013. Valvira. Luettu 15.4.2013.

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

Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelystä ja hoidosta. 2010. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä. Luettu 23.1.2013.

http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/21119_saattohoitonetty_uusi.pdf

Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 - Suunnitelmat ja toteutus. 2012. ETENE-julkaisuja 32. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto. Luettu 9.2.2013.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Salokangas, R. 2003. Miksi terminaalivaiheessa oleva potilas haluaa kuolla? Suomen lääkäri-lehti 58(25-26):2867.

Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa – tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus kuolleeksi toteamisesta 27/2004.

Smets, T. 2010. The euthanasia practice in Belgium – behavior and attitudes regarding reporting and adherence to legal safeguards. Brussels: Brussels University Press.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Surakka, T. 2013. Hyvä elämä eli eubiosia – haaste meille kaikille. Gerontologia 1/2013:31-38.

Terkamo-Moisio, A. 2013. Kärsimyksen ja kuoleman välissä – sairaanhoitajien näkemyksiä eutanasiasta. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu.

Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. 2001.

Terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan julkaisuja. Luettu 16.5.2013.

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf

Thomas, K. 2003. Caring for the dying at home. Oxford: Radcliffe Publishing.

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

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue – johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Luettu 22.8.2013.

<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Vainio, A. & Hietanen, P (toim.). 2004. Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Saarijärven Offset oy.

Vaittinen, M. 1996. Kuka voisi, kuka haluaisi, kenellä olisi oikeus? Hoitajien kuvauksia eutanasiasta. Hoitotieteen laitos. Oulun yliopisto. Pro gradu.

Valtioneuvoston asetus valtakunnallisesta sosiaali- ja terveysalan eettisestä neuvottelukunnasta 667/2009.

Vanhuus ja hoidon etiikka. 2008. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan raportti. Vantaa: Kirjapaino Keili Oy.

Van Mesemael, Y. 2011. The euthanasia practice in Belgium – Evaluation of the mandatory consultation procedure between physicians. Brussels: Brussels University Press.

Virkkumaa, S. & Myllymäki, T. 2012. Kuolevan potilaan hoito akuuttihoitotyössä työskentelevän sairaanhoitajan näkökulmasta. Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

LIITTEET

Liite 1. Tulosten kategoriointi

Kuolemantuottamus	Eutanasiaa kuvaavia termejä	Eutanasian määritelmä
Kuolemaan avustaminen		
Armokuolema		
Elämän lopettaminen		
Aktiivinen surmaaminen		
Toisen ihmisen osallisuus	Ajatuksia avustetun itsemurhan suhteesta eutanasiaan	
Tekijän syyllisyys		
Potilaan oma vastuu kuolemasta		
Samankaltaisuus eutanasian kanssa		

Kivunhoito	Hyvään kuolemaan liittyvät tekijät
Oireiden hoito	
Kärsimyksen lievitys	
Potilaan yksilöllisyyden huomiointi	
Omaisten huomiointi	
Läheisten tuki	
Vierellä olo	
Ammattitaitoinen henkilökunta	
Eksistentiaalinen ahdistus	

Henkisellemä ahdistukselle annettava lupa	Kuolevan potilaan kärsimys ja sen lievittäminen	
Kärsimyksen lievittyminen potilaskohtaista		
Luopumisen aiheuttama tuska		
Omaan olemassaoloon liittyvät kysymykset		
Psyykkisten oireiden helpotus ei aina mahdollista		
Elämästä luopumiseen kuuluu tietty ahdistus		
Fyysisen ja psyykkisen kivun erottaminen		
Lääkkeellinen ja lääkkeetön hoito		
Omaisten tuki merkittävä		
Hankalien oireiden ja ahdistuksen lievitys	Palliativisen sedaation käyttö	Kuolevan potilaan eettinen hoitotyö
Tietoisuuden vieminen alaspäin		
Potilas heräteltävissä		
Tehdään lääkkeellisesti		
Huomioidaan muut auttamismenetelmät		
Eettisesti monitahoinen kysymys		
Lyhytaikaisessa käytössä		
Kivunhoito puutteellista		
Saattohoitosuosituksot eivät toteudu		

Omaisten huomiointi vajavaista	Saattohoidon toteutuminen muissa yksiköissä	
Lääkehoidon mahdollisuuksien käyttämättömyys		
Hoitajien asenteet		
Perushoito puutteellista		
Hoito voi olla myös hyvää		

Toive viimeisestä piikistä	Potilaan pyyntö kuolinavusta		
Pelko hoidon saatavuudesta			
Kärsimyksen ja väsymyksen seuraus			
Avuttomuuden tunne			
Elämänhalun lisääntyminen voinnin parantuessa			
Perusteltua joissain tilanteissa	Eutanasian hyväksyttävyys	Ajatuksia eutanasiasta ja oikeutuksesta	
Oikeus päättää omasta kehosta			
Kuoleman jouduttaminen ei hyväksyttävää			
Saattohoitotiedon lisääntyminen muutti mielipiteen kielteiseksi			
Eutanasiakielteisyys hieman lievittynyt			
Potilaan kuolintoiveen ymmärtäminen			
Viesti jälkipolville			
Keskustelu eutanasiasta tärkeää			

Negatiiviset seuraamukset yhteiskunnassa	Pohdintoja eutanasian oikeutuksen seurauksista	
Tarkan lakimääritelmän tärkeys		
Väärinkäytösten estäminen		
Mahdollisuus perua toive		
Ajankohtainen tahdonilmaus		
Vastentahtoisen eutanasian mahdollisuus		
Taloudelliset seikat vs. ihmishenki		
Oikeuden ottaminen omiin käsiin		
Ammattiroolien tärkeys		
Asiantuntijatyöryhmän lausunnot		
Omaisten pelko potilaan puolesta		
Kenellä oikeus päättää eutanasian suorittamisesta?		
Ei voida velvoittaa eutanasian suorittamiseen	Ajatuksia osallistumisesta eutanasian suorittamiseen	
Osallistuminen eutanasian suorittamiseen mahdotonta		
Ei osaa sanoa pystyisikö osallistumaan eutanasian suorittamiseen		

Liite 2. Taulukko aikaisemmista tutkimuksista

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Vaittinen, M. 1996</p> <p>”Kuka voisi, kuka haluaisi, kenellä olisi oikeus?” – Hoitajien kuvauksia eutanasiasta</p> <p>Pro gradu-tutkielma</p>	<p>Kuvailla eutanasiaa hoitajien Hyvä kuolema-kirjoituskilpailun kirjoitusten perusteella</p> <p>Tehtävät:</p> <p>1.Miten hoitajat kuvaavat eutanasiaan suhtautumistaan?</p> <p>2.Miten hoitajat kuvaavat kuoleman kohtaamista?</p> <p>3.Miten hoitajat kuvaavat kuolemaa?</p> <p>Tavoite:</p> <p>Hyödyntää tuotettua tietoa herättämään keskustelua eutanasiasta ja hyvästä kuolemasta potilaiden, hoitohenkilökunnan sekä omaisten kesken</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Aineisto kerätty hoitolaitoksissa työskentelevien hoitajien Hyvä kuolema-kirjoituskilpailun kirjoituksista (n=56)</p> <p>Laadullisen sisällön erittely</p>	<p>- Kuvauksissa ilmeni kolmenlaisia asioita:</p> <p>1. Osa hoitajista hyväksyi eutanasian, osa otti pohtivan kannan ja osa vastusti eutanasiaa</p> <p>2. Aineistosta oli tunnistettavissa kuoleman kohtaamista omaisen, hoitajan, lääkärin, potilaan ja hoitoryhmä näkökulmista</p> <p>3. Eutanasia kuvauksissa oli tunnistettavissa erilaisia kuolema-käsityksiä. Hoitajien kirjoituksissa kuolema oli joko hyväksytty tai torjuttu</p>

<p>Karjalainen, T. & Ponkinen, S. 2008</p> <p>Hoitotyöntekijöiden tuki kuolevan potilaan omaisille – kyselytutkimus hoitohenkilökunnalle</p> <p>Pro gradu-tutkielma</p>	<p>Tarkoitus: Selvittää millaista tukea hoitotyöntekijät arvioivat antavansa kuolevan potilaan omaisille vuodeosastolla, kotisairaanhoidossa ja yksityisessä hoitokodissa</p> <p>Tehtävät: 1. Millaista tukea (tiedollinen, emotionaalinen, sosiaalinen, hengellinen ja henkinen) hoitotyöntekijät arvioivat antavansa kuolevan potilaan omaisille?</p> <p>2. Onko hoitotyöntekijöiden taustatekijöillä (ikä, sukupuoli, koulutus, työkokemus) yhteyttä siihen, millaista tukea he antavat kuolevan potilaan omaisille?</p> <p>3. Miten hoitotyöntekijät määrittelevät palliativisen hoidon?</p> <p>Tavoite: Selvittää hoitotyöntekijöiden taustatekijöiden yhteyttä kuolevan potilaan omaisten tukeen</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Aineisto on kerätty kolmen erikoissairaanhoidon osaston ja viiden eri terveystieteiden kymmenen vuodeosaston, kolmen kunnan viiden kotisairaanhoidon toimipaikan ja kahden yksityisen hoitokodin työntekijöiltä (n=213) strukturoidulla kyselykaavakkeella.</p> <p>SPSS for Windows 14.0 tilasto-ohjelma</p>	<p>-Hoitotyöntekijät kokivat antavansa hyvin emotionaalista (70%), tiedollista (52%), sosiaalista (61%), hengellistä ja henkistä (62%) tukea kuolevan potilaan omaisille</p> <p>-Hoitotyöntekijöiden mielestä hengellinen koulutus koettiin vaikeaksi ja siihen haluttiin lisäkoulutusta</p> <p>-Vastaajat tiesivät hyvin palliativisen hoidon sisällön, mutta eettisiä ohjeita ja periaatteita ei tiedetty yhtä hyvin</p> <p>-Moniammatillinen verkostoituminen ajankohtaista parantamaan palliativisen hoitotyön asiantuntemusta</p> <p>-Työnohjauksen laadullinen kehittäminen ja tutkiminen olisi tarpeellista sekä omaisten paremman tukemisen, että kuolevan potilaan hyvän hoidon kannalta</p>
---	--	---	---

<p>Terkamo-Moisio, A. 2013</p> <p>Kärsimyksen ja kuoleman välissä – Sairaanhoitajien näkemyksiä eutanasiasta</p> <p>Pro gradu-tutkielma</p>	<p>Tarkoitus:</p> <p>Kuvata sairaanhoitajien näkemyksiä eutanasiasta</p> <p>Tehtävät:</p> <p>Kuvata sairaanhoitajien näkemyksiä eutanasiasta, eutanasian laillistamisesta, lääkäriavusteisesta itsemurhasta, hoitohenkilöstön roolista eutanasiaprosessissa</p> <p>Tavoite:</p> <p>Tuottaa uutta tietoa vähän tutkitusta aiheesta ja tuoda hoitohenkilöstön näkemyksiä yhteiskunnassa käytävään keskusteluun</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Haastateltiin seitsemäätoista sairaanhoitajaa (n=17). Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluilla</p> <p>Induktiivinen sisällön analyysi</p>	<p>-Kuolevan potilaan hoitoon ei ole kohdennettu tarpeeksi hoitohenkilökuntaa</p> <p>-Sairaanhoitajien näkemykset eutanasiasta olivat ristiriitaisia</p> <p>-Ammatti-identiteetti sekä työkokemus liittyivät sairaanhoitajien eutanasiasta kohdistuviin näkemyksiin</p> <p>-Sairaanhoitajat pitivät tärkeänä eutanasian laillistamisen edellytysten selvittämistä sekä toisten maiden lainsäädäntöön ja käytäntöihin tutustumista</p> <p>-Suurimpana riskinä eutanasiassa pidettiin kaltevan pinnan periaatetta ja siihen ajautumista</p> <p>-Lääkäriavusteinen itsemurha oli tutkituille käytäntönä vieras</p> <p>-Lääkkeiden anto oli tutkittavien mielestä lääkärin tehtävä</p>
---	--	---	--

<p>Sand, H. 2003</p> <p>Sateenkaaren päästä löytyy kultaa – tutkimus suomalaisesta saattohoidosta</p> <p>Akateeminen väitöskirja</p>	<p>Tarkoitus: Kuvata ja tuoda esille saattohoidon toimintaa saattohoitokodeissa ja sitä kautta lisätä kuolevan potilaan hoitamisen ymmärtämistä</p> <p>Tehtävät:</p> <p>1.Mitä/millaista hoitaminen suomalaisissa saattohoitokodeissa on?</p> <p>2.Millaista hoitoajattelua suomalainen saattohoito edustaa?</p> <p>3.Mitä saattohoitokoti hoitoympäristönä ilmentää?</p> <p>4.Mitä erityispiirteitä, traditioita tai rituaaleja kuolevan potilaan hoitoon (mahdollisesti) kuuluu?</p> <p>Tavoite: Pyrkii lisäämään tietoa ja ymmärrystä kuolevasta ihmisestä, hänen perheestään ja hoidoista suomalaisesta saattohoidosta</p>	<p>Etnografinen tutkimus</p> <p>Haastattelut tehtiin Tampereen, Helsingin sekä Turun saattohoitokodeissa (n=35) + saattohoitopotilaita (n=6)</p> <p>Sisällön analyysi</p>	<p>-Saattokodit ovat ulkoisilta puitteiltaan hyvin varusteltuja toimivia ympäristöjä ja potilas saa niissä hyvää hoitoa viimeisinä hetkinään</p> <p>-Toiminta on uskonnollisesti neutraalia, mutta myös hengelliset sekä henkiset asiat huomioidaan</p> <p>-Potilas ja perhe keskeisessä asemassa. Potilaan ja hänen perheensä vuorovaikutus ja dynamiikka hyvin merkityksellisiä</p> <p>-Kuolevan potilaan hoito on moniammatillista työtä ja vapaaehtoistyöntekijät ovat tärkeä osa sitä</p> <p>-Saattohoidon tarkoitus on tarjota kuolevalle potilaalle turvallinen ja hyvä hoitopaikka, jossa hän saa hyvää kivunhoitoa sekä perushoitoa</p> <p>-Saattohoidon arkeen kuuluu juhlan tuntu ja saattohoitokodit ovat yhteistyössä monien ulkopuolisten tahojen kanssa</p>
--	--	---	--

<p>Ridanpää, S. 2006</p> <p>Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet</p> <p>Pro Gradu-tutkielma</p>	<p>Tarkoitus:</p> <p>Kuvailla kuolevan potilaan hoitotyössä käytettäviä kirjallisia ohjeita, joita on käytössä erilaisissa hoitopaikoissa</p> <p>Tehtävät:</p> <p>1.Kuvata erilaisten hoito-ohjeiden keskeinen sisältö</p> <p>2.Muodostaa kuolevan hoitotyön sisältöä kuvaava malli, jota voidaan hyödyntää kuolevan hoitotyötä koskevien ohjeiden suunnittelussa ja kuolevan hoitotyön toteutuksessa</p> <p>Tavoite:</p> <p>Lisätä tietoa kuolevan hoitotyön sisällöstä suomalaisessa kulttuurissa</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Aineisto on kerätty 11 (yhteensä 296 sivua) erilaisesta ohjeistosta, jotka käsittelevät kuolevan potilaan hoitoa.</p> <p>Laadullinen sisällön analyysi</p>	<p>-Henkinen ja fyysinen huolenpito korostui kuolevan kohtaamisessa</p> <p>-Hoidon perhekeskeisyyttä kuvasi läheisten mahdollisuus osallistua hoitoon, asiallinen hoitoympäristö sekä omahoitajan positiivinen asenne omaisia kohtaan</p> <p>-Hoitohenkilökunnan jaksamista ja koulutusta tulisi tukea</p> <p>-Osa omaisten surutyöstä on vainajan hyvästely</p> <p>-Surevien läheisten tuen tarve tulisi arvioida potilaan kuoleman jälkeen</p> <p>-Kuolevan potilaan hoidon osaamisen säilyminen korkeana vaatii inhimillisen perustan ymmärtämisen</p> <p>-Osa oikeudenmukaista kohtelua on elämäkatsomuksen ja uskonnon huomioiminen</p>
--	---	---	--

<p>Peltomaa, J. 1998</p> <p>Hyväksytty ja torjuttu eutanasia</p> <p>Tutkielma</p>	<p>Tarkoitus:</p> <p>Selvittää miten suomalaiset suhtautuvat eutanasiaan</p> <p>Tehtävät:</p> <p>1.Miten suomalaiset määrittelevät eutanasian?</p> <p>2.Mitkä ovat ne argumentit, joilla eutanasiaa yleisesti vastustetaan ja puolustetaan?</p> <p>Tavoite:</p> <p>Löytää ne argumentit, joilla eutanasiaa puolustetaan ja vastustetaan sekä jakaa ne kategorioihin</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Aineisto koostuu sanomalehdistä kerätyistä mielipidekirjoituksista ja artikkeleista, eutanasiakirjallisuudesta sekä 1996 tehdystä gallututkimuksesta suomalaisten suhtautumisesta eutanasiaan</p> <p>Argumentaatioanalyysi</p>	<p>-Eutanasia-sanana luokittelu ja määrittely on vaikeaa</p> <p>-Eutanasia ja avustettu itsemurha termeinä sekoittuvat helposti</p> <p>-Keskustelua käydään pitkälti vastustajien argumenttien pohjalta</p> <p>-Argumenteissa on kolme selvää luokittelua; väärinkäytöksiä pelkäävät, itsemääräämisoikeutta korostavat ja uskonnollisista syistä eutanasiaa vastustavat</p> <p>-Elämä ja kuolema nähdään toistensa vastakohtina</p> <p>-Eutanasia nähdään sekä luonnollisena että luonnonvastaisena</p> <p>-Potilaan itsemääräämisoikeus on yksi merkittävimpiä argumentteja</p> <p>-Moniin kysymyksiin on mahdotonta antaa yksiselitteistä vastausta</p>
---	---	---	---

Liite 3. Opinnäytetyön suostumuslomake

1(2)



TIEDOTE

27.5.2013

Hyvä sairaanhoitaja !

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on tutkia sairaanhoitajien mielipiteitä eutanasiasta Pirkanmaan Hoitokodissa.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan Hoitokodista, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla viittä (5) sairaanhoitajaa Pirkanmaan Hoitokodista. Haastattelut tehdään Pirkanmaan Hoitokodin tiloissa. Aikaa on varattu n. 1 tunti jokaista haastateltavaa kohti. Kaikki haastattelut nauhoitetaan.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa, ellei Pirkanmaan Hoitokodin kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstä, vastaamme mielellämme.

Timo Ellilä

Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

Tampereen ammattikorkeakoulu

timo.ellila@health.tamk.fi

Elina Haikara

Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

Tampereen ammattikorkeakoulu

elina.haikara@health.tamk.fi



SUOSTUMUS

Opinnäytetyön alustava nimi: Sairaanhoitajien mielipiteitä eutanasiasta

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on tutkia sairaanhoitajien mielipiteitä eutanasiasta, sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijöille kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan

Suostumuksen vastaanottaja:

opinnäytetyöhön:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

