



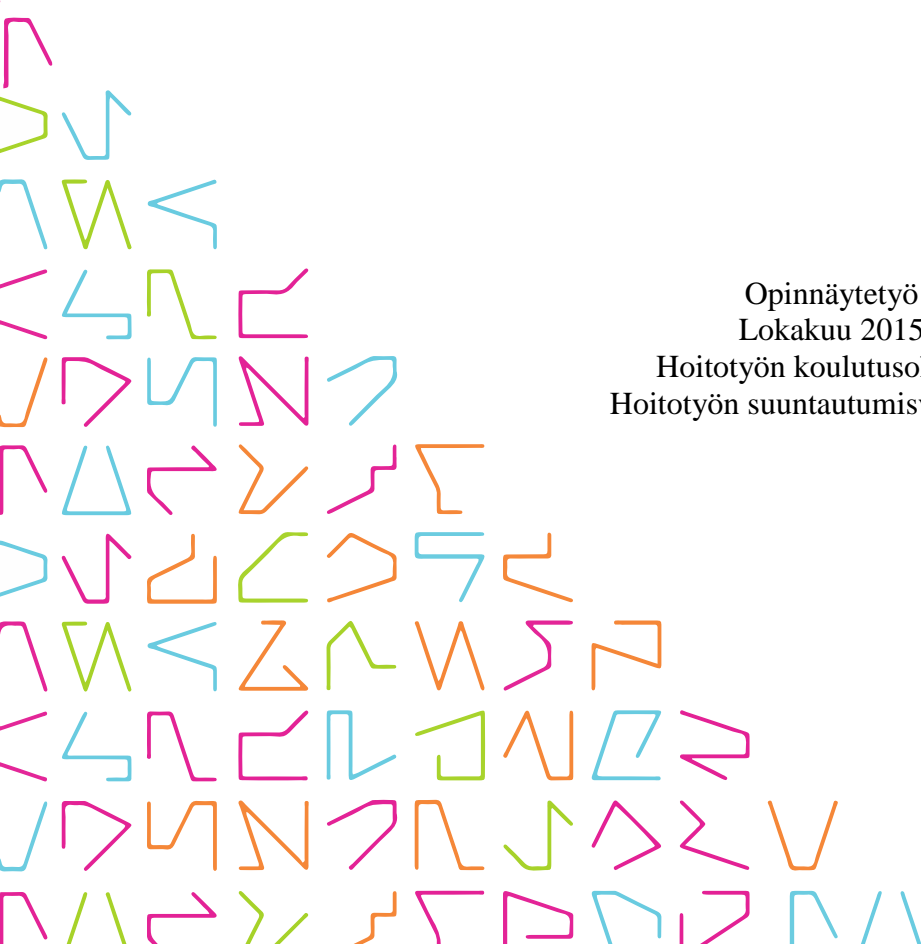
TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# SYÖPÄPOTILAAN HYVÄ SAATTOHOITO

## Kirjallisuuskatsaus

Hanna Kaakko

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2015  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HANNA KAAKKO:  
Syöpäpotilaan hyvä saattohoito  
Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 63 sivua, joista liitteitä 4 sivua  
Lokakuu 2015

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa aiemmin tuotetun tiedon avulla syöpäpotilaiden kokemuksia ja odotuksia hyvästä saattohoidosta sekä selvittää potilaslähtöisyyden toteutumista saattohoidossa. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, mitä on syöpäsairaalan potilaan hyvä ja potilaslähtöinen saattohoito sekä mitkä ovat gynekologista syöpää sairastavan potilaan toiveet saattohoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena oli aiemmin tuotetun tiedon avulla lisätä hoitajien tietoutta hyvästä ja potilaslähtöisestä syöpäpotilaan saattohoidosta. Opinnäytetyön menetelmänä oli kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Aineiston haku tapahtui syksyn 2014 sekä kevään 2015 välisenä aikana. Tiedonhaussa apuna käytettiin Medic-, CINAHL-, Medline- sekä Melinda-tietokantoja. Lisäksi opinnäytetyön aineiston haussa tehtiin manuaalinen haku Hoitotiede-, Tutkiva hoitotiede- sekä International Journal of Palliative Nursing -lehtien arkistoihin. Lopullinen aineisto koostui kahdeksasta tutkimuksesta, jotka ajoittuivat vuosien 2003–2013 väliselle ajalle. Aineiston analyysissä käytettiin apuna aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Opinnäytetyön aihe oli lähtöisin erään Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yksikön tarpeista.

Potilaan kokonaisvaltainen hoito koostuu potilaan fyysisten, psyykkisten, hengellisten sekä sosiaalisten tarpeiden huomioimisesta sekä hoidosta. Sisällönanalyysin avulla ensimmäiseksi pääluokaksi muodostui hyvä ja potilaslähtöinen saattohoito, joka piti sisällään pääluokat fyysiset tarpeet, psyykkiset ja hengelliset tarpeet sekä sosiaaliset tarpeet. Toiseksi pääluokaksi muodostui syöpäpotilaan toiveet saattohoidosta. Tämä pääluokka sisälsi hoidon toteuttamisen, joka koostuu potilaan toiveista päätöksenteon, saattohoitopaikan, kumppanuuden sekä tiedonannon näkökulmasta. Hyvä ja potilaslähtöinen syöpäpotilaan saattohoito pitää sisällään muun muassa omatoimisuuden tukemisen, kärsimyksen lieventämisen, hyvän oire- ja perushoidon, potilaan kunnioittamisen ja arvostamisen, kuoleman hyväksymisen sekä omaisten huomioimisen. Saattohoito on potilaan toiveista sekä tarpeista lähtevää hoitoa.

Opinnäytetyö tarjoaa sairaanhoitajille tietoa syöpäpotilaan hyvästä saattohoidosta. Opinnäytetyön tulosten avulla hoitajat voivat kiinnittää huomiota saattohoitopotilaille tärkeisiin asioihin, ja näin kehittää syöpäpotilaan saattohoitoa. Aiemmin tehtyjen tuoreiden tutkimusten vähyden vuoksi olisi hyödyllistä tutkia lisää saattohoitoa. Gynekologista syöpää sairastavien potilaiden kokemusten tutkiminen, esimerkiksi laadullisella menetelmällä, täydentäisi opinnäytetyön tuloksia. Näin saataisiin esiin myös gynekologista syöpää sairastavien naisten tarpeet saattohoidossa. Hyvästä saattohoidosta ja siihen liittyvistä asioista olisi tarpeellista tehdä myös esimerkiksi pieni ohjeellinen hoitajien käyttöön.

---

Asiasanat: syöpäpotilas, saattohoito, potilaslähtöisyys

## **ABSTRACT**

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

HANNA KAAKKO:  
Good Hospice Care for Cancer Patients  
Literature review

Bachelor's thesis 63 pages, appendices 4 pages  
October 2015

---

The purpose of this study was to collect information on cancer patients' experiences and expectations of hospice care and to find out how patient-centred care was realised in hospice care. The aim was to increase nurses' knowledge of patients' good and patient-centred hospice care. The approach of this study was a literature review. The data of this study consisted of eight studies from years 2003 to 2013 and the data were analyzed by means of a qualitative content analysis.

The starting points of the analysis were good and patient-centred care and patient's wishes towards hospice care. The main points of the good and patient-centred care were that the care consisted of supporting independent initiative, reducing suffering, good symptom and basic care, respecting and appreciating patients, accepting the death and taking patients' relatives into account. Patient's wishes consisted of making decisions, the place of hospice care, the partnership and information.

The results of this study showed that the overall care of a patient consisted of patient's physical, psychical, spiritual and social needs and their noticing and care. The good and patient-centred hospice care is based on patient's needs and wishes.

This study helps nurses to get more information about good hospice care. They can pay attention to important aspects and in that way develop cancer patients' hospice care. It would be useful to for example compile a leaflet on good hospice care. It would also be important to conduct more studies on hospice care considering gynecological cancer because at the moment there are so few studies concerning this subject.

---

Key words: cancer patient, hospice care, patient-centred care

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	6
3	OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
	3.1 Syöpä sairautena .....	8
	3.2 Gynekologinen syöpä .....	8
	3.2.1 Kohdunrunгон syöpä .....	9
	3.2.2 Munasarjasyöpä.....	9
	3.2.3 Kohdunkaulan syöpä.....	10
	3.3 Potilaslähtöinen hoitotyö .....	10
	3.4 Saattohoito .....	12
	3.4.1 Saattohoitopäätös .....	15
	3.4.2 Saattohoito erilaisissa ympäristöissä.....	17
	3.5 Syöpäpotilaan potilaslähtöinen saattohoito .....	19
	3.5.1 Fyysiset tarpeet.....	19
	3.5.2 Psykkiset ja hengelliset tarpeet .....	20
	3.5.3 Sosiaaliset tarpeet.....	21
4	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	23
	4.1 Kirjallisuuskatsaus .....	23
	4.2 Aineiston valinta .....	25
	4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi .....	27
5	TULOKSET .....	30
	5.1 Syöpäpotilaan hyvä ja potilaslähtöinen saattohoito.....	30
	5.1.1 Fyysiset tarpeet.....	31
	5.1.2 Psykkiset ja hengelliset tarpeet .....	34
	5.1.3 Sosiaaliset tarpeet.....	37
	5.2 Syöpää sairastavan potilaan toiveet saattohoidosta .....	39
6	POHDINTA.....	46
	6.1 Tulosten tarkastelua .....	46
	6.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet.....	50
	6.3 Opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelua.....	51
	6.4 Opinnäytetyön prosessin pohdintaa .....	55
	LÄHTEET.....	56
	LIITTEET .....	60
	Liite 1. Valitut tutkimukset .....	60
	Liite 2. Ohjeita syöpäpotilaan hyvälle saattohoidolle .....	63

## 1 JOHDANTO

Suomen syöpärekisterin ylläpitämästä tilastosta käy ilmi, että vuonna 2012 syöpään sairastui keskimäärin 14 960 naista ja 15 550 miestä. Naisten syöpädiagnooseista noin 1400 olivat gynekologisia syöpiä. (Suomen syöpärekisteri 2014b; Suomen syöpärekisteri 2014c.)

Syöpätapausten lukumäärät ovat viime vuosien aikana lisääntyneet. Syövän ilmaantuvuuteen vaikuttaa muun muassa väestön vanheneminen ja syöpätapausten varhaiseen toteamiseen puolestaan vaikuttaa diagnostiikan jatkuva kehittyminen. Diagnostiikan kehittymisen lisäksi myös syöpien hoitomenetelmät ovat kehittyneet vuosien varrella ja näin hoitotulokset ja sairauden ennusteetkin ovat parantuneet. (Javanainen 2006, 10–13.) Vaikka diagnoosien ja hoitojen kehitys on jatkuvaa, kaikki potilaat eivät parane, vaan siirtyvät hoidoissaan aikanaan saattohoitoon.

Opinnäytetyössä selvitetään aiemmin tuotetun tiedon avulla potilaiden kokemuksia ja toiveita hyvästä saattohoidosta sekä siitä, kuinka sitä voisi parantaa. Opinnäytetyön aihe on peräisin erään Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yksikön tarpeista saada lisätietoa siitä, millä tavalla on hyvä saattohoito potilaan näkökulmasta. Työelämän toiveiden mukaan aiemmin tuotetun tiedon avulla lähdetään kartoittamaan inhimillistä kuolemaa naisten yleisimpiä gynekologisia syöpiä sairastavien potilaiden näkökulmasta. Näitä syöpiä ovat muun muassa kohdunrungon syöpä, munasarjasyöpä sekä kohdunkaulan syöpä.

Mielenkiintoni on aina kohdistunut syöpätauteihin ja syöpäpotilaiden hyvään ja potilaslähtöiseen hoitoon. Aihe syöpäpotilaan hyvästä kuolemasta on ajankohtainen ja myös työelämässä aihe on jatkuvasti esillä. Kuinka me hoitajina voimme auttaa kuolevaa potilasta?

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa aiemmin tuotetun tiedon avulla syöpäpotilaiden kokemuksia ja odotuksia hyvästä saattohoidosta sekä selvittää potilaslähtöisyyden toteutumista saattohoidossa.

Opinnäytetyön tehtävät:

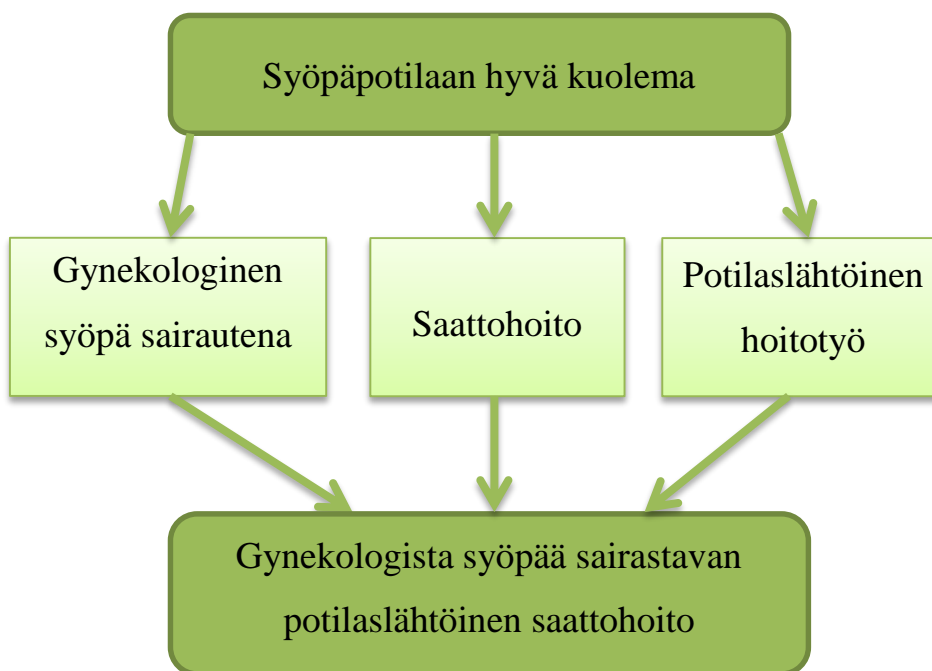
1. Mitä on syöpäsairaalan potilaan hyvä ja potilaslähtöinen saattohoito?
2. Mitkä ovat gynekologista syöpää sairastavan potilaan toiveet saattohoidosta?

Opinnäytetyön tavoitteena on aiemmin tuotetun tiedon avulla lisätä hoitajien tietoutta hyvästä ja potilaslähtöisestä syöpäpotilaan saattohoidosta. Kirjallisuuskatsauksen tulosten avulla hoitajat voivat kiinnittää huomiota saattohoitopotilaalle tärkeisiin asioihin, ja näin kehittää syöpäpotilaan saattohoitoa.

### 3 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyössä tärkeimmät käsitteet ovat syöpä sairautena, saattohoito sekä potilaslähtöinen hoitotyö. Opinnäytetyössä näitä käsitteitä lähdetään selvittämään kirjallisuuskatsauksen avulla. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat on kuvattuna kuviossa 1.

Kirjallisuuskatsauksessa syöpää sairautena tutkitaan gynekologisten syöpien näkökulmasta. Kirjallisuuskatsauksen avulla selvitetään myös, mitä hyvä saattohoito pitää sisällään ja mitkä ovat potilaiden omat kokemukset sekä toiveet saattohoidosta. Lisäksi pyritään selvittämään potilaslähtöisen hoitotyön toteutumista gynekologista syöpää sairastavan potilaan saattohoidossa.



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

### 3.1 Syöpä sairautena

Syöpä on yleisnimitys pahanlaatuisille kasvaimille. Syöpä ei ole yhtenäinen sairaus, vaan syöpätauteja on monenlaisia. Tutkimusten avulla syövän synnylle on löydetty erilaisia tekijöitä. Syöpään sairastumiseen vaikuttavat muun muassa ikä, sukupuoli, elintavat, sosiaalinen asema sekä rotu. (Isola & Kallioniemi 2013, 11.) Merkittävin syöpää aiheuttava tekijä on tupakointi. Muita syöpäriskiä lisääviä tekijöitä ovat muun muassa alkoholin käyttö, epäterveellinen ruokavalio ja ympäristötekijät, kuten esimerkiksi asbesti ja ilman epäpuhtaudet. Myös säteily, virukset, bakteerit sekä loiset lisäävät syöpäriskiä. Periytyvyyden merkitys on vähäistä. Kuitenkaan aina ei ole selvillä varmoja syitä syövän synnylle. (Sankila 2013, 40–47.)

Syövän tärkeimmät hoitomuodot ovat leikkaushoito, sädehoito sekä erilaiset lääkehoidot kuten sytostaatti-, hormoni- ja immunologiset hoidot. Nykyään syövän hoidoissa käytetään hoitomuotojen erilaisia yhdistelmiä. Hoitomuodon valintaan vaikuttavat syövän histologia ja levinneisyys, hoidon teho ja haittavaikutukset sekä muun muassa potilaan yleis-tila, muut sairaudet, sisäelinten toimintakyky sekä psyykkinen jaksaminen. (Joensuu 2013, 132–136.)

Vuonna 2012 syöpään sairastui noin 30 500 ihmistä (Suomen syöpärekisteri 2014b; Suomen syöpärekisteri 2014c). On arvioitu, että vuonna 2020 yli 33 000 ihmistä tulee sairastumaan syöpään (Hermanson, Vertio & Mattson 2010, 14). Syöpädiagnoosien lukumäärät ovat kasvaneet ja tulevat myös tulevien vuosien aikana lisääntymään. Diagnostiikka, hoito ja seuranta perustuvat syövän hoidossa aina kansainvälisiin tai valtakunnallisiin hoitosuosituksiin. (Ahonen ym. 2012, 130.)

### 3.2 Gynekologinen syöpä

Suomessa diagnosoidaan vuosittain noin 1400 uutta gynekologista syöpätapausta. Yleisimpiä gynekologisia syöpiä ovat kohdunrungon syöpä, munasarjasyöpä sekä kohdunkaulan syöpä. (Grénman & Leminen 2013, 623; Suomen syöpärekisteri 2014a.) Merkittävimmät riskitekijät gynekologisille syöville ovat korkea ikä sekä sukurasite. On arvioitu, että noin 10 % gynekologisista syöivistä on perinnöllisiä. (Leminen 2009.)



### 3.2.1 Kohdunrunгон syöpä

Vuonna 2012 kohdunrunгон syöpiä diagnosoitiin 782 tapausta (Suomen syöpärekisteri 2014a). Kohdunrunгон syöpä on yleisintä yli 50-vuotiailla. Yli 90 %:lla potilaista esiintyy poikkeavaa verenvuotoa. Tämä on kohdunrunгон syövän ensimmäinen oire. Fertiiliikäiselle naiselle yleisimpiä oireita voivat olla kuukautisten selvä runsastuminen tai väli-  
vuodot ja postmenopausaalisilla naisilla verisen vuodon esiintyminen. Kyseiselle syöväälle ei ole käytettävissä seulontamenetelmää, vaan suurin osa potilaista hakeutuu itse tutkimuksiin omien oireidensa takia. Tutkimuksissa tehdään vaginaalinen kaikukuvaus sekä kohdusta otetaan limakalvonäyte. (Grénman & Auranen 2011, 235.)

Kohdunrunгон syövän ensisijaisena hoitona on kohdun sekä sivuelinten poisto. Leikkauksen lisäksi potilaalta otetaan vatsaontelosta sytologinen näyte levinneisyystutkimuksia varten. (Grénman & Leminen 2013, 634–637.) Levinneisyyden ja histologisten teki-  
jöiden perusteella arvioidaan taudin uusiutumiskäsi sekä uusiutumista ehkäisevän liitännäishoidon tarve. Liitännäishoitona käytetään sädehoitoa, solunsalpaajahoitoa sekä niiden yhdistelmää. (Grénman & Auranen 2011, 236.)

### 3.2.2 Munasarjasyöpä

Suomen syöpärekisterin mukaan (2014a) Suomessa todettiin 471 munasarjasyöpätapausta vuonna 2012. Munasarjasyöpä onkin toiseksi yleisin gynekologinen syöpä. Munasarjasyöväällä ei ole tiettyä oiretta. Syöpä voi olla täysin oireeton ja myöhemminkin vähäoireinen. Ensioireina on yleisoreita, jotka ovat epämääräisiä. Näitä oireita ovat esimerkiksi lievät vatsavaivat, ruokahaluttomuus, yleinen väsymys ja haluttomuus. Tuumorin kasvaessa myös oirekuvat muuttuvat. Oireet voivat ilmetä naapurielimistä. Vatsan turpoaminen ja siihen liittyvä askites on yksi oire. Juuri vatsan turpoamiseen potilas kiinnittää huomioita ensimmäisenä. (Grénman & Leminen 2013, 645.)

Munasarjasyöväälle tyypillistä on leviäminen vatsaonteloon. Hoidon perustana munasarjasyövässä on primaarileikkaus. Tämän leikkauksen tavoitteena on diagnoosin histologisen varmistus, levinneisyyden määritys sekä kasvainkudoksen poisto tai sen maksimaalinen vähentäminen. Munasarjasyövän leikkaushoitoa täydennetään ensivaiheen solunsalpaajahoidolla. (Leminen & Loukovaara 2011, 248–249.)

### 3.2.3 Kohdunkaulan syöpä

Suomessa diagnosoidaan vuosittain noin 145–160 uutta kohdunkaulan syöpätapausta (Suomen syöpärekisteri 2014a; Suomen syöpärekisteri 2014b). Suurimman osan kohdunkaulakanavan syövästä aiheuttaa papilloomavirus (human papilloma virus, HPV) (Niemi 2011, 267).

Yleensä kohdunkaulan syövän esiaste on oireeton. Yleisimpiä invasiivisen taudin oireita ovat ylimääräinen verenvuoto, toistuvat epäsäännölliset vuodot tai muu emätinerite ja yhdynnän jälkeinen verenvuoto. Kohdunkaulan syövän diagnostiikassa käytetään irtosolunäytettä (Papa) sekä kolposkopiaa. Kohdunkaulan syöpien määrät on saatu laskuun valtakunnallisen seulontamenetelmän avulla. (Grénman & Leminen 2013, 629–633.)

Kohdunkaulan syövän hoito perustuu syövän levinneisyyteen. Kohdunkaulan syöpää hoidetaan kohdunpoistolla sekä syövän uusiutumisriskin vuoksi antamalla leikkauksen jälkeen ulkoista sädehoitoa. Leikattavuuden parantamiseksi ja kasvaimen pienentämiseksi potilaalle voidaan antaa solunsalpaajahoidoa sekä kudoksensisäistä tai ontelonsisäistä sädehoitoa. (Mäenpää & Pakarinen 2011, 10.)

### 3.3 Potilaslähtöinen hoitotyö

Lain potilaan asemasta ja oikeudesta (1992/785) mukaan jokaisella potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, jossa potilaan hoito järjestetään ja häntä kohdellaan ihmisarvoa kunnioittavasti. Lain (1992/785) mukaan potilaan vakaumusta ja yksityisyyttä tulee kunnioittaa.

Potilaslähtöisessä hoidossa on kyse potilaan omasta prosessista, jota terveydenhuollon ammattilaiset voivat omilla tiedoilla ja taidoilla tukea (Koikkalainen & Rauhala 2013, 44). Hoitohenkilökunnan tulee tarjota tarpeeksi tietoa ja ohjausta potilaan sairaudesta, hoidoista sekä potilaan terveydentilasta ymmärrettävällä kielellä (Kvåle & Bondevik 2008, 583; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Tällaisella jaetulla tiedolla mahdollistetaan potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa ja sen päätöksentekoon. Potilaslähtöisyys yksinkertaisimmillaan tarkoittaa potilaan osallisuuden mahdollistamista ja hoidon yksilöllisyyttä. (Koikkalainen & Rauhala 2013, 44–45.) Hoidon yksilöllisyys on

tärkeä lähtökohta laadukkaassa potilaskontaktissa. Tutkimuksissa on todettu, että yksilöllinen hoito edistää potilastyytyväisyyttä, potilaan hoitotuloksia sekä hoitoon sitoutumista. (Gustafsson, Leino-Kilpi & Suhonen 2009, 4.)

Yksilöllistä hoitoa edistävät tekijät voidaan jakaa hoitajalähtöisiin sekä potilaslähtöisiin tekijöihin. Yksi tärkein hoitajalähtöinen yksilöllisyyttä edistävä tekijä on hoitajan kyky kuunnella potilasta ja hänen mielipiteitään. Tämä tarkoittaa siis potilaan kanssa ajan viettämistä, jossa hoitaja on kannustava, aloitteellinen sekä potilaan osallistumisen mahdollistava. Myös hoitajan ominaisuudet, kuten esimerkiksi rauhallisuus, empaattisuus, ystävällisyys, aloitteellisuus sekä luotettavuus edistävät yksilöllistä hoitoa. Yksilöllisen hoidon edistämässä korostuu myös hoitajan motivaatio ja sitoutuminen yhteistyöhön muiden kanssa. Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, tasa-arvoinen suhtautuminen potilaaseen sekä hoitajan eettisten toimintatapojen noudattaminen ovat tärkeitä potilaan yksilöllisyyden edistämässä. Yksilöllisessä hoitotyössä korostuu periaate, jossa potilasta tulisi hoitaa niin kuin toivoisi itseään hoidettavan. (Gustafsson ym. 2009, 6–8.)

Potilaslähtöisissä yksilöllistä hoitoa edistävissä tekijöissä korostuu potilaan yhteistyökyky, motivoituneisuus sekä aktiivisuus hoitoon liittyvissä toiminnoissa ja päätöksenteossa. Potilaan avoimuus kertoa omista tunteistaan ja omatoiminen hoitoon liittyvien asioiden esiintuominen edistävät yksilöllistä hoitoa. (Gustafsson ym. 2009, 9.) Potilaslähtöisen hoitotyön perustana on potilaan oman kokemuksen, näkemyksen, voimavarojen sekä toimintakyvyn arvostaminen. Potilaslähtöisyyden perustana toimivat myös potilaan omat tarpeet ja odotukset sekä potilaalta saatu tieto. (Koikkalainen & Rauhala 2013, 44.) Etenkin saattohoidossa potilaan omien toiveiden kuuleminen on ensiarvoisen tärkeää. Potilaan omat ilmaisut tahdostaan sekä toiveistaan hoitoa kohtaan edistävät myös yksilöllisen hoidon toteutumista. Mikäli potilas ei itse voi ilmaista toiveitaan, on omaisilta saatu tieto tärkeää hoitotyön päätöksenteossa. (Gustafsson ym. 2009, 9.)

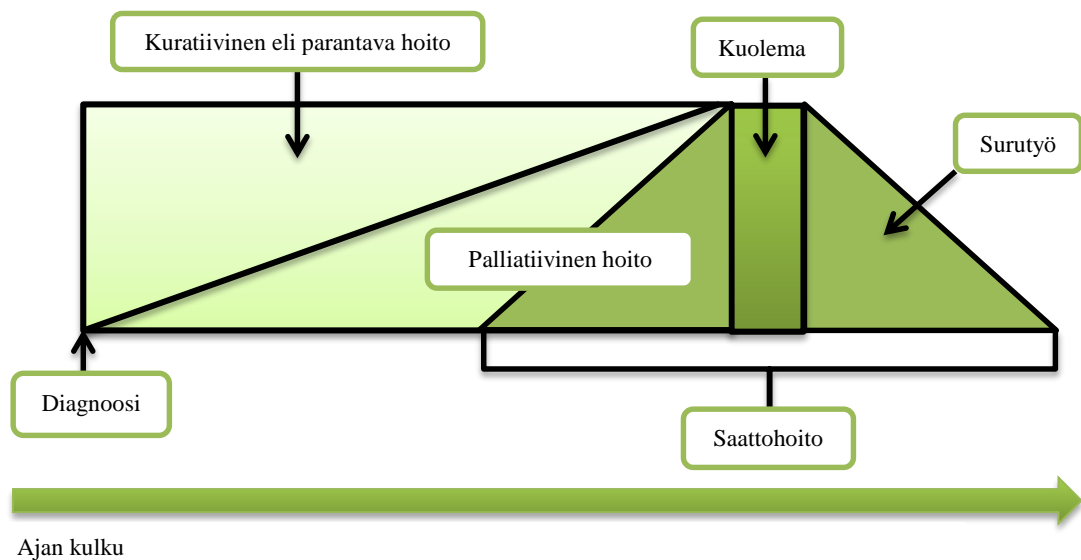
Potilaslähtöisessä hoitotyössä pääperiaatteita ovat kunnioitus, kuunteleminen ja kuulluksi tuleminen, molemmin puolinen arvostus sekä kumppanuus ja jaettu päätöksenteko. Nämä periaatteet ohjaavat toimintaa potilaslähtöisessä hoitotyössä. (Kvåle & Bondevik 2008, 586.) Potilaan empaattinen ymmärtäminen ja lohduttaminen kuuluvat myös yksilölliseen ja potilaslähtöiseen hoitotyöhön. Potilaan läheisten huomiointi, kuolevan oman tahdon huomioon ottaminen sekä hyvä tiedottaminen kuuluvat myös hyvään potilaslähtöiseen

hoitotyöhön. (Herlevi, Oikemus-Määttä, Rissanen & Heikka 2011, 23.) Potilaslähtöisyys on ihmisen kohtaamista korostava arvoperusta. Asiakas tulisi aina kohdata omana yksilönään tarpeineen, ominaisuuksineen ja elämäntilanteet huomioon ottaen stereotyyppisen luokittelun sijaan. Potilas on kuitenkin itse oman elämänsä ja terveydentilansa paras asiantuntija. (Koikkalainen & Rauhala 2013, 44–45.)

### 3.4 Saattohoito

Vaikka lääketiede ja siihen liittyvä teknologia kehittyvät jatkuvasti, ei kaikkia sairauksia voida parantaa. Kuolemaa ennen olevaa hoitoa kutsutaan erilaisilla käsitteillä. Käytössä olevia käsitteitä ovat muun muassa palliatiivinen hoito sekä saattohoito. Nämä käsitteet ovat osittain päällekkäisiä, mutta niillä kuitenkin tarkoitetaan jonkin verran toisistaan poikkeavia asioita. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 16.)

Nykyisin kuratiivisen ja palliatiivisen hoidon raja voidaan käsittää liukuvana (kuvio 2). Oireiden lievitys kuuluu aina kuratiiviseen hoitoon, ja sen osuus kasvaa parantavan hoidon keinojen vähentyessä. Siirryttäessä saattohoitoon raja palliatiivisen ja saattohoidon välillä on samalla tavoin liukuva. Saattohoitoon kuuluvat tärkeänä osana kuolemaan valmistautuminen ja omaisten tukeminen. (Tasmuth, Poukka, & Pöyhä 2012, 450–451.)



KUVIO 2. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suhde kuratiiviseen hoitoon (mukaan Tasmuth ym. 2012, 451).

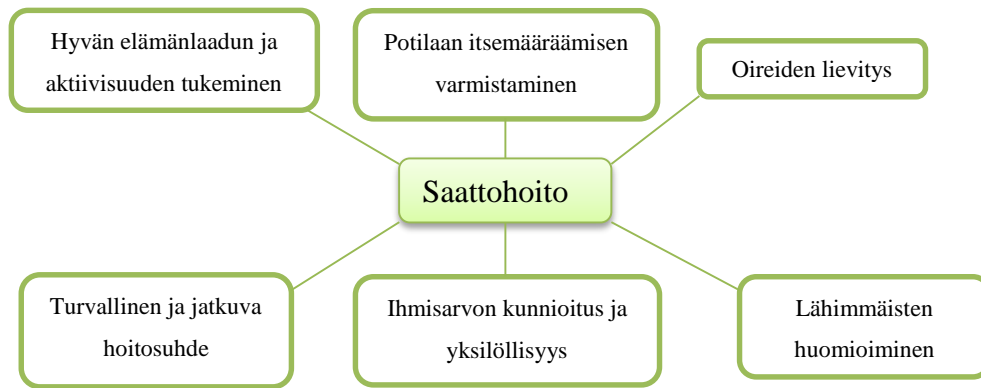
Palliatiivinen hoito on määritelty olevan parantumattomasti sairaiden potilaiden aktiivista, kokonaisvaltaista ja oireidenmukaista hoitoa. Palliatiivinen hoito perustuu potilaan kärsimyksen ehkäisemiseen ja oireiden lievittämiseen. (Herlevi ym. 2011, 23; Eho, Hänninen, Kannel & Halila 2003, 5–6.) Myös kivun ja muiden fyysisten, eksistentiaalisten eli olemassa oloon liittyvien ja psykososiaalisten ongelmien varhainen tunnistaminen ja ennaltaehkäisy ovat merkittävä osa palliatiivista hoitoa. Palliatiivisella hoidolla pyritään parantamaan potilaan ja hänen perheensä elämänlaatua. (Vainio, Hietanen, Pitkälä & Moilanen 2004, 17.) Palliatiivinen hoito ei ole ajallisesti sidoksissa kuoleman läheisyyteen, vaan palliatiivinen vaihe hoidossa voi sairaudesta riippuen kestää jopa vuosia (Eho ym. 2003, 6; Tasmuth ym. 2012, 450). Suomessa palliatiivista hoitoa tarvitsee vuosittain noin 200 000–300 000 potilasta (Tasmuth ym. 2012, 452).

Saattohoito määritellään yleensä kuolemaa lähestyvän potilaan aktiivisena hoitona ja hänen läheistensä tukemisena (Heikkinen ym. 2004, 19; Eho ym. 2003, 6). Saattohoidon lähtökohdaksi on, että potilaalla on etenevä ja parantumaton sairaus, johon ei ole parantavaa hoitoa. Saattohoitoon siirryttäessä potilaan elinikä arvioidaan olevan lyhyt. (Heikkinen ym. 2004, 21; Leino 2008, 17; Hänninen 2012, 5.) Saattohoidossa kuolema on odotettavissa muutaman viikon tai kuukauden sisällä (Tasmuth ym. 2012, 450). Suomessa saattohoitoa tarvitsevia potilaita on vuosittain noin 15 000 (Pihlainen 2010, 11). Saattohoito on monialaista ja kokonaisvaltaista ihmisen yksilöllisyyden huomioonottavaa hoitoa (Pajunen 2013, 11). Saattohoito on hoitoa ja tukea sairauden viime vaiheessa, kuolemisprosessin aikana ja sen jälkeen (Heikkinen ym. 2004, 19–20; Eho ym. 2003, 6).

Potilas ja hänen elämänsä ovat saattohoidon keskipisteessä (Pajunen 2013, 12). Saattohoidon päämäärinä ovatkin potilaan kärsimyksen lievittäminen, potilaan toiveiden huomioon ottaminen, hyvä perus- ja oirehoito, kuolemaan valmistautuminen sekä potilaan läheisten huomioiminen ja tukeminen. (Heikkinen ym. 2004, 20; Pihlainen 2010, 17.) Saattohoitopotilasta kohdellaan ja hoidetaan parhaalla mahdollisella tavalla elämänsä loppussa. Kärsimyksen lievitys on yksi saattohoidon päämääristä. Vaikka kaikkea kipua ja kärsimystä ei voida poistaa, voidaan niitä erilaisten keinojen avulla lievittää. (Eho ym. 2003, 5.) Oireiden lievityksen rinnalla saattohoidon kulmakiviä ovat myös moniammatillinen yhteistyö sekä toimiva viestintä (Leino 2008, 18). Viimeistään saattohoitovaiheessa täytyy arvioida huolellisesti potilaan tila. Arvioinnissa tulee huomioida, mistä potilas hyötyy ja mitkä aiheuttavat potilaalle vain lisää kärsimystä. (Tasmuth ym. 2012, 452.)

Saattohoidossa pyritäänkin luopumaan tarpeettomista hoidoista, tutkimuksista ja toimenpiteistä, eikä näillä pitkitetä kuoleman prosessia (Herlevi ym. 2011, 23). Saattohoitovaiheessa tehdään vain sellaisia tutkimuksia ja toimenpiteitä, joilla voidaan kohentaa potilaan elämänlaatua (Tasmuth ym. 2012, 452). Heikkinen, Kannel & Latvala kertovat kirjassaan (2004, 48), että kuolemaan liittyvien kysymysten aiheuttaman ahdistuksen kohtaaminen ja sen sietäminen on olennainen osa saattohoitoa. Saattohoidon tavoitteena ei siis ole kuolema, vaan mahdollisimman hyvän elämän tarjoaminen elämän loppuun saakka (Pajunen 2013, 12). Saattohoito on siis kaikkea sellaista hoitoa, jonka päämääränä on potilaan turvallisuuden, hyvinvoinnin sekä aktiivisuuden lisääminen. Lisäksi saattohoitoon kuuluu tärkeänä osana hoidon jatkuvuus. Tällöin saattohoitopotilasta hoitaa jokin tietty taho, esimerkiksi saattohoitokoti tai kotisairaanhoido sekä hoidossa on mukana sama työryhmä, joka jatkaa potilaan hoitoa loppuun asti. (Hänninen 2012, 7.)

Saattohoito perustuu arvoperustaiseen toimintaan. Saattohoidon eettisiä arvoja ovat hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus sekä oikeudenmukaisuus. (Pihlainen 2010, 13; Pajunen 2013, 12.) Muita keskeisiä periaatteita saattohoidossa ovat potilaan valintojen kunnioittaminen, erilaisista tarpeista huolehtiminen sekä potilaan arvokkuuden kunnioittaminen (Hänninen & Pajunen 2006, 104). Nykäsen (2014, 19) mukaan hyvässä saattohoidossa tulisi huomioida potilaiden fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset sekä eksistentiaaliset tarpeet. Saattohoidolla pyritään luomaan potilaalle sellaiset olosuhteet, että hän voi elää mahdollisimman hyvän loppuelämän. Kuolevalle potilaalle mahdollistetaan mahdollisimman arvokas ja aktiivinen elämä loppuun saakka. (Hänninen 2004, 311.) Potilasta tulisi siis rohkaista elämään ja tekemään asioita, joista hän pitää. Tavoitteena on, että potilas voi kohdata kuolemansa turvallisesti, arvokkaasti, kivuttomasti sekä rakkautta saaden. (Heikkinen ym. 2004, 19–20.) Hyvään saattohoitoon kuuluu lisäksi valmius tarvittaessa linjata hoitoa uudelleen (Hänninen & Pajunen 2006, 105). Saattohoidon periaatteita on kuvattu kuviossa 3.



KUVIO 3. Saattohoidon periaatteet (Mukaillen Hänninen 2012, 7)

Hyvän saattohoidon toteuttamista hankaloittaa kuitenkin kiireinen työtahti, asianmukaisien tilojen puute sekä vääränlainen asenne saattohoitopotilaita kohtaan (Herlevi ym. 2011, 23). Saattohoitopotilaan tulisi tuntea olonsa turvalliseksi, osallistua itseänsä koskeviin hoitoratkaisuihin sekä saada säilyttää oma elämäntapansa ja arvonsa ihmisenä. Näin saattohoitopotilaalle muodostuu hyvä elämänlaatu. (Pihlainen 2010, 17.) ”Hyvän kuoleman pitäisi olla jokaisen ihmisen perusoikeus” (Nykänen 2014, 20).

### 3.4.1 Saattohoitopäätös

Saattohoidon aloittaminen vaatii aina kuolevan potilaan tunnistamista ja saattohoitopäätöksen tekoa. Kuolevan potilaan tunnistamisen jälkeen selvitetään potilaan mahdollinen hoitotahto. Hoitotahdolla tarkoitetaan potilaan ennalta laatimaa ja allekirjoittamaa elämän loppuvaiheen hoitoa koskevaa ohjetta, johon sisältyy vaatimus hyvästä kivun ja muiden oireiden hoidosta. (Herlevi ym. 2011, 23.)

Saattohoitopäätöksessä päätetään siirtyä parantavasta hoidosta oireiden mukaiseen hoitoon (Eho ym. 2003, 10). Saattohoitoon siirtyminen on lääketieteellinen päätös, joka tehdään, kun parantavaa hoitoa ei ole enää saatavissa. Päätöksenteko tulisi tapahtua yhteistyössä potilaan, lääkärin, omaisten ja hoitohenkilökunnan kanssa. (Vainio ym. 2004, 19.) Yleensä lääkäri tekee päätöksen saattohoitoon siirtymisestä, mutta aloitteen saattohoidosta keskustelemiseen voi tehdä myös hoitaja, koska hän tuntee potilaansa ja on hänen kanssaan päivittäin. Päätös saattohoitoon siirtymisestä ei yleensä synny hetkessä, vaan päätökseen päädytään yleensä sairauden etenemisen myötä. Päätös tehdään, kun vaka-

vasti sairaan potilaan sairaus on edennyt siihen vaiheeseen, ettei tarjolla ole enää parantavaa hoitoa ja kuolema on väistämättä lähestymässä. (Heikkinen ym. 2004, 24.) Suunnitelmallisella saattohoidolla mahdollistetaan kuolevan potilaan elämänlaatu, turvallisuuden tunne, hoidon inhimillisyys sekä jatkuvuus (Herlevi ym. 2011, 25).

Ennen saattohoitopäätöstä pidetään yhdessä hoitavan lääkärin, potilaan ja hänen omaisten sekä hoitoon osallistuvien hoitajien kanssa hoitoneuvottelu. Neuvottelussa keskustellaan potilaan sairaudesta ja sen tilanteesta, eri hoitovaihtoehtoista ja tulevaisuuden näkymistä. (Heikkinen ym. 2004, 23–25.) Hoitoneuvottelun tarkoituksena on luoda yhtenäisiä hoitolinjoja sekä tehdä saattohoitopäätös ja hoitosuunnitelma (Herlevi ym. 2011, 23). Hoitoneuvottelussa tehdään hoidon linjauksiin liittyvät päätökset taudin kulun, ennusteen ja hoitojen mahdollisuuksien mukaisesti (Eho ym. 2003, 10). Neuvottelun aikana sovitaan tuloksettomien hoitojen, tutkimuksien ja toimenpiteiden luopumisesta sekä potilaalle käydään läpi toimenpiteet kivun ja muiden oireiden pahentuessa (Herlevi ym. 2011, 23).

Hoitoneuvottelussa tehdyt hoitolinjaukset tehdään aina yksilöllisesti potilaan tarpeet huomioiden. Hoitoneuvottelussa käydään lisäksi läpi neste- ja ravitsemushoidon, muiden tutkimusten ja hoitojen hyödyllisyys ja tarve. Hoitoneuvottelun aikana on tärkeää kuunnella potilaan ajatuksia ja tunteita esimerkiksi sairauden kokemuksista, arjen järjestelyistä, peloista ja hoidon toiveista. Päätökset potilaan hoitoa koskien tekee hoidosta vastaava lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. (Eho ym. 2003, 10.) Parhaimmassa tapauksessa kaikki hoitoneuvotteluun osallistuvat ovat yhtä mieltä saattohoitopäätöksestä (Heikkinen ym. 2004, 23–25).

Saattohoitopäätös on tärkeää kirjata potilaan potilaskertomuksiin. Tällöin päätös antaa tukea hoitajalle tilanteissa, joissa potilaan omainen on eri mieltä tilanteesta ja vaatii erikoissairaanhoidon palveluja. Monen potilaan omaiset ovat aktiivisesti mukana saattohoidossa. Tämän vuoksi onkin tärkeää huomioida myös omaisten mielipiteet. Potilaan kanssa tulee sopia siitä, mitä hänen sairaudestaan ja hoidoistaan kerrotaan omaisille. Saattohoidossa omaisten etu ei saa koskaan mennä potilaan edun edelle. (Heikkinen ym. 2004, 26.)

Saattohoidossa on tärkeää avoin ja rehellinen puhuminen kuolemasta. Asioista tulee puhua niiden omilla nimillä, eikä käyttää asioista kiertoilmaisuja, kuten ”mennä pois” tai ”nukkua ikuisen uneen”. Rehellinen asioista puhuminen tekee elämän päätösvaiheesta

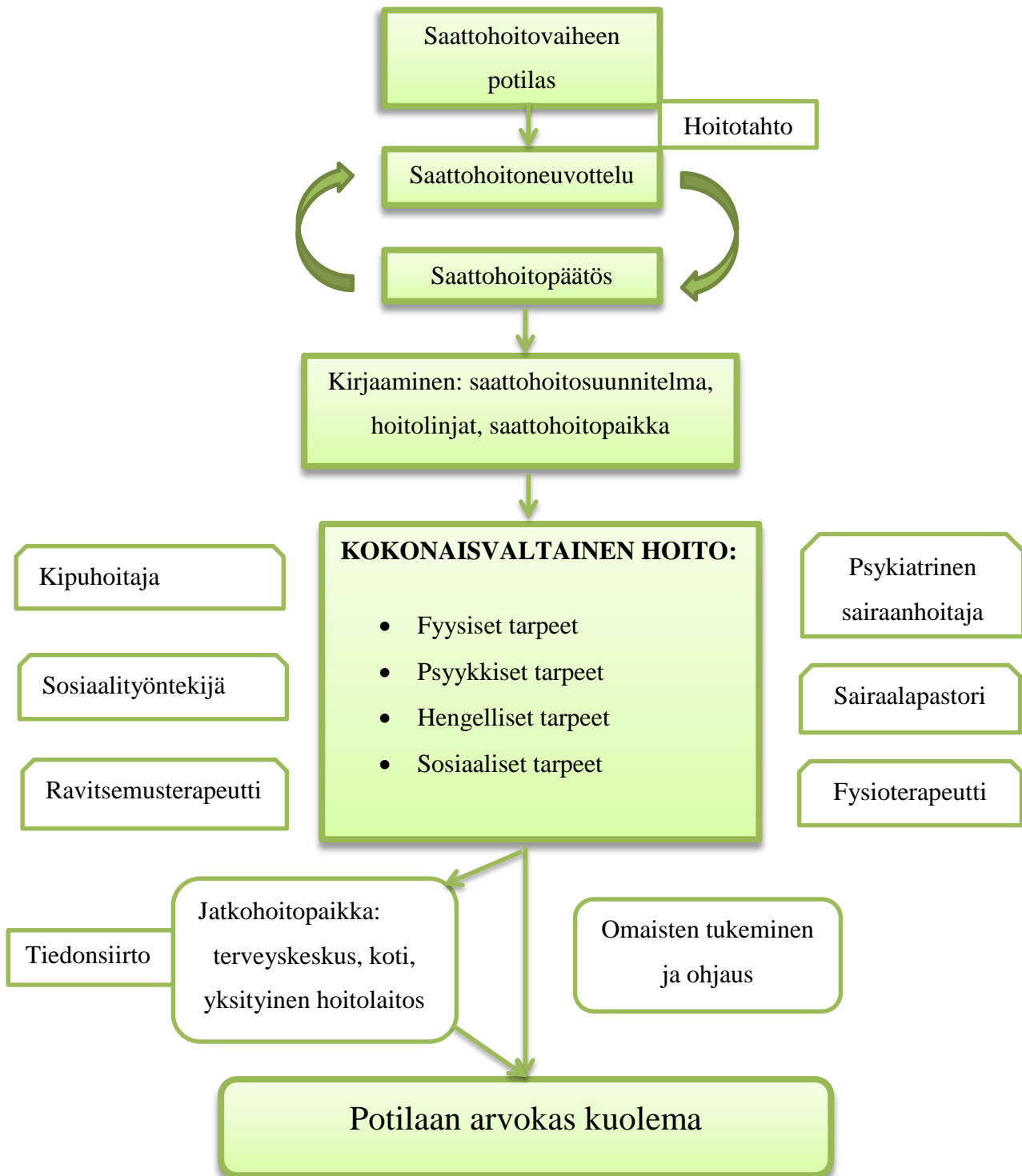


paljon helpompaa niin potilaalle, hänen läheisilleen kuin hoitohenkilökunnallekin. (Pajunen 2013, 13.) Ajoissa tehty saattohoitopäätös mahdollistaa potilaalle omaisten hyvästelemisen ja valmistautumisen tulevaan kuolemaan. Riittävän ajoissa tehty päätös saattohoidosta voi myös parhaimmillaan tarkoittaa potilaalle eletyn elämän merkityksellisyyden ymmärtämistä. (Herlevi ym. 2011, 23.) Yhdessä potilaan, mahdollisesti hänen omaisten ja hoitohenkilökunnan kanssa laaditaan hoitosuunnitelma, kun saattohoitopäätös on valmis. Hoitosuunnitelmaan sisältyvät hoidon toteuttamisedellytykset kaikkien osapuolten voimavarat huomioiden. On tärkeää, että hoitoa seurataan ja arvioidaan säännöllisesti. (Eho ym. 2003, 11.) Saattohoitopotilaan polku saattohoitopäätöksestä kokonaisvaltaiseen hoitoon voidaan esittää kuvion avulla (kuvio 4).

### **3.4.2 Saattohoito erilaisissa ympäristöissä**

Saattohoitopäätöksen jälkeen potilas siirtyy hoitoneuvottelussa sovittuun jatkohoitopaikkaan. Jatkohoitopaikan henkilökuntaa on tärkeä informoida potilaan saattohoitopäätöksestä sekä sen hoitolinjoista. (Herlevi ym. 2011, 25.) Jatkohoitopaikassa onkin tärkeää käydä selkeästi uudelleen läpi potilaan hoitoon liittyvät asiat. Saattohoitopotilaan jatkohoito sijoittuu yleensä terveyskeskuksen vuodeosastolle tai kotiin. Joillekin potilaille on mahdollista päästä myös saattohoitokoteihin. Saattohoitopaikka on pyrittävä järjestämään saattohoitopotilaan toivomuksien mukaan. (Heikkinen ym. 2004, 102.) Tarvittaessa saattohoitopotilaan on saatava apua ja neuvoja ympäri vuorokauden (Eho ym. 2003, 11). Saattohoito voidaan toteuttaa vuorotellen laitoshoidon ja kotihoidon kesken saattohoitopotilaan voinnin ja hänen läheistensä voimavarojen mukaan. Hoitopaikan valintaan vaikuttavat potilaan vointi, hoidon tarve ja sen vaativuus sekä hoitavien henkilöiden mahdollisuus selviytyä hoidoista. Myös palvelujen saatavuus potilaan paikkakunnalla vaikuttaa hoitopaikan valintaan. (Heikkinen ym. 2004, 102.)

Suurin osa saattohoitopotilaista haluaisi sairastaa ja kuolla kotonaan. Kuitenkin suurin osa kuolevista potilaista kuolee sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. (Hänninen & Pajunen 2006, 124.) Potilaiden toive kuolla kotona ei aina toteudu, koska kotihoito edellyttää yhden tai useamman omaisen halua ja mahdollisuutta osallistua kiinteästi saattohoitopotilaan hoidon toteuttamiseen kotona (Heikkinen ym. 2004, 103).



KUVIO 4. Saattohoitopotilaan polku (mukaiillen Herlevi ym. 2011, 24.)

### 3.5 Syöpäpotilaan potilaslähtöinen saattohoito

Saattohoidossa olevaa potilasta tulee hoitaa kokonaisvaltaisesti fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta sekä hengellisestä näkökulmasta (Pihlainen 2010, 17). Kuoleman lähestyessä potilaan hoidossa suurin paino on kärsimyksen lievittämisessä (Hänninen 2003, 6). Tavallisimpia oireita kuolevilla syöpäpotilailla ovat uupumus, heikkous, laihtuminen, kipu, hengenahdistus, yskä, ummetus, ahdistuneisuus sekä masennus. Potilaita hoidettaessa on kuitenkin muistettava, että oireet muuttuvat ajan mittaan, eivätkä oireet diagnoosin hetkellä välttämättä vaivaa potilasta kuoleman lähestyessä. Oireiden arvioinnissa ja hoidossa tulee muistaa myös oireiden subjektiivisuus. Potilaan kokemukset oireista ovat hoidon lähtökohta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus 2008.) Kun potilas sairastaa vakavaa sairautta, on ihmisen elimistön toiminta muuttunut niin, ettei kaikista hoidoista ole enää apua. Hoidoista voi olla jopa haittaa. Tärkeintä on potilaan olon mukavuus sekä oireettomuus. Hoidoissa voidaan käyttää yksilöllisesti harkiten kaikkia niitä hoitomuotoja, joilla päästään potilaan oireettomuuteen ja olon mukavuuteen. Saattohoitoon kuuluvat aina oireenmukainen lääkehoito, miellyttävän ympäristön tekeminen, potilaan ja perheen tukeminen sekä arvokas ja inhimillinen kohtelu. (Hänninen 2012, 14–15.)

#### 3.5.1 Fyysiset tarpeet

Saattohoitopotilaat kärsivät usein monista oireista samanaikaisesti. Oireiden esiintyvyyteen ja niiden moninaisuuteen vaikuttavat muun muassa potilaskohtaiset tekijät, ympäristö, taudin luonne sekä annetut hoidot. Yleisimpiä oireita ovat kipu, erityisesti neuroopaattinen kipu, ja hengenahdistus. (Hänninen 2003, 29.) Muita oireita ovat maha-suolikanavan oireet, esimerkiksi pahoinvointi, ummetus, sekä nielemisvaikeudet, suun erilaiset oireet, askites, kuivuminen, ruokahaluttomuus, erilaiset iho-oireet sekä väsymysoireyhtymä (fatigue) (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus 2008).

Kuolevan potilaan fyysisen hoidon tavoitteina voidaan pitää ravitsemuksen yksilöllistä toteuttamista, hengitysoireiden helpottamista, riittävän unen turvaamista, hygieniasta huolehtimista sekä asento- ja liikehoidon toteuttamista. Usein fyysisten oireiden taustalla voivat olla fyysisten muutosten lisäksi myös henkiset tarpeet, kuten ahdistus, masennus

sekä pelot kuolemasta. Saattohoitopotilaan kivun ja kärsimyksen lievittäminen onkin sekä fyysistä että henkistä hoitoa. (Ridanpää 2006, 48.)

Oireita helpottavia menetelmiä ovat muun muassa erilaiset lääkehoidot, liikehoito, mahdollisimman normaalit ja säännölliset wc-käynnit, ruokailutilanteen järjestäminen miellyttäväksi, ruoka-aikojen joustavuus, raikas ilma ja hyvä asento ruokailutilanteessa sekä mieliruokien tarjoaminen potilaalle (Ridanpää 2006, 49). Kaikkein tärkeintä hoidossa potilaan kannalta on hyvä perushoito, joka tarkoittaa ravinnon saantia, puhtaudesta huolehtimista, lääkkeiden antoa, eritystoiminnasta huolehtimista sekä potilaan tarpeiden kuumemista (Hänninen 2012, 45).

### **3.5.2 Psyykkiset ja hengelliset tarpeet**

Saattohoitopotilaan psyykkisiä oireita ovat esimerkiksi masennus, ahdistuneisuus sekä unettomuus. Potilaan psyykkisen tilan arvioinnissa lähtökohtana toimii potilaan, hänen omaisten sekä hoitoon osallistuvien jäsenten yhteinen tietoisuus potilaan lähestyvistä kuolemasta. Potilaan elämää arvostava muistelu ja surutyö suojaavat potilasta vaikeilta psyykkisiltä häiriöiltä sekä auttavat suhtautumaan hyväksyvämmin lähestyvään kuolemaan. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus 2008.)

Saattohoitopotilaan henkinen hoito ilmenee yksilöllisyyden arvostamisena, potilaan toiveiden huomioimisena sekä läheisyyden ja turvallisuuden tarpeiden tukemisena. Turvallisuuden ja läheisyyden huomioimista hoidossa kuvaavat esimerkiksi saattohoitopotilaan käteen tarttuminen, ystävällinen sana tai katse, tutun hoitajan läsnäolo, kiireetön hetki potilaan luona sekä aidon välittämisen osoittaminen. (Ridanpää 2006, 46.) Hoitosuhteen jatkuvuus ja turvallisuus ovat oleellinen osa potilaan psyykkistä hoitoa (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus 2008).

Tietoisuus lähestyvistä kuolemasta herättää potilaissa usein pelkoa ja ahdistusta. Näistä aiheutuvaa kärsimystä voidaan lievittää hyvällä hoivalla, keskusteluilla ja joissain tapauksissa myös lääkkeillä. Potilaalle on myös hyvä tarjota terveydenhuollon ammattihenkilön antamaa psykososiaalista, hengellistä ja henkistä tukea. Keskustelujen ei ole kuitenkaan syytä yksinomaan suuntautua kuolemaan. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus 2008.) Saattohoitopotilaan tulee voida tuntea, että hänestä välitetään ja häntä

hoidetaan parhaalla mahdollisella tavalla jäljellä olevan elämän kaikissa eri vaiheissa (Riitanpää 2006, 47).

Eksistentiaalista kärsimystä aiheuttavat usein oman kuoleman kohtaaminen. Eksistentiaalisen kärsimyksen piirteitä ovat muun muassa merkityksettömyyden tai arvottomuuden tunne, kokemus taakkana ja toisista riippuvaisena olemisesta, kuolemanpelko, toive kuoleman jouduttamisesta sekä eristäytyneisyys. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus 2008.)

Saattohoitopotilaan hengelliset tarpeet voidaan jakaa neljään ryhmään. Näitä ryhmiä ovat tarve suojautua, kun kaikki uhkaa hajota ja tuhoutua, tarve kokea sovinto itsensä, läheistensä ja Jumalan kanssa, tarve löytää elämän eheys sekä tarve saavuttaa elämän täyttyminen. (Pihlainen 2010, 18.) Saattohoitopotilaan hengellisistä tarpeista keskeisimpiä ovat muun muassa elämän tarkoituksen löytäminen, anteeksianto itselle ja toisille, anteeksianton vastaanottaminen, kauneuden ja esteettisten kokemusten tarve sekä hengellisen eheyden tarve. Keskeistä on myös oman elämän mielekkyyden arviointi. (Hänninen & Pajunen 2006, 70–71.) Saattohoitopotilaan hoidon alussa on tärkeää selvittää potilaan hengelliset tarpeet. Saattohoidossa on myös tärkeää, että pappi voidaan kutsua tarpeen mukaan paikalle vuorokaudenajasta riippumatta. (Pihlainen 2010, 17.)

### **3.5.3 Sosiaaliset tarpeet**

Yleisesti sosiaalinen tuki määritellään sosiaalisten suhteiden olemassaolon tai määrän avulla. Sosiaaliset tarpeet ilmenevät ihmisten välisissä suhteissa. Potilas voi saada tukea perheenjäseniltä, ystäviltä, hoitohenkilökunnalta ja myös vapaaehtoistyöntekijöiltä. Läheisille sosiaalinen tuki tarkoittaa mahdollisuutta olla potilaan läheisyydessä. Ammattilaisen empaattinen läsnä oleminen ja surevasta omaisesta välittäminen auttavat omaisen selviytymistä eniten. (Karjalainen & Ponkilainen 2008, 11.)

Saattohoitopotilaan sosiaaliset kärsimykset johtuvat usein vuorovaikutussuhteiden muutoksista sekä eristäytymisestä (Pihlainen 2010, 17). Saattohoitopotilas kokee haavoittuvuutta, yksinäisyyttä, avuttomuutta, epäuskoa, luopumisen vaikeutta ja näistä tunteista tuleva suru täyttää kuolevan potilaan mielen. Saattohoitopotilas voi lisäksi tuntea kaipausta, kiintymystä, rakkautta sekä vihaa. Usein potilas pohtii kysymystä, mitä kuoleman

jälkeen. (Heikkinen ym. 2004, 37.) Näiden potilaan tuntemien tunteiden kohtaamiseen tarvitaan riittävän turvallista vuorovaikutussuhdetta sekä omaisiin että hoitohenkilökuntaan (Siltala 2013, 172).

Myös kuolevan potilaan läheiset voivat kokea pelkoa, ahdistusta ja väsymystä kuolevan kohtaamisesta ja hoitamisesta johtuen. Potilaan läheisten kanssa voidaan keskustella näistä asioista ja tarvittaessa heidät voi ohjata erilaisten tukipalveluiden käyttöön. Erilaisia tukipalveluita ovat muun muassa kotiapu ja ammattiauttajat, kuten sairaalapastori, psykologi, sosiaalityöntekijä, kuntoutusohjaaja ja fysioterapeutti (kuvio 4). (Ridanpää 2006, 53.)

## 4 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on yksi monista tutkimusmenetelmistä. Tämän tutkimusmenetelmän avulla pystytään hahmottamaan aikaisemmin tehtyjen tutkimuksien kokonaisuuksia. Kirjallisuuskatsaukset ovat hyödyllisiä kuvailtaessa esimerkiksi jonkin ongelmatilanteen kehitystä tai taustaa sekä yhdisteltäessä eri tutkimusalueita. (Johansson 2007, 3–4.) Kirjallisuuskatsauksen avulla pystytään yhdistämään tietoa eri lähteistä ja kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä laaja-alaisesti (Kangasniemi ym. 2013, 295).

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on kehittää, rakentaa uutta sekä arvioida olemassa olevaa teoriaa. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan rakentaa tietystä asiakokonaisuudesta kokonaiskuva, tunnistaa ongelmia sekä tarjota mahdollisuus kuvata teorian kehitystä historiallisesti. Kirjallisuuskatsauksessa kerätään yhteen tutkimusten tuloksia, jotka luovat perustan uusille tutkimustuloksille. (Salminen 2011, 3.)

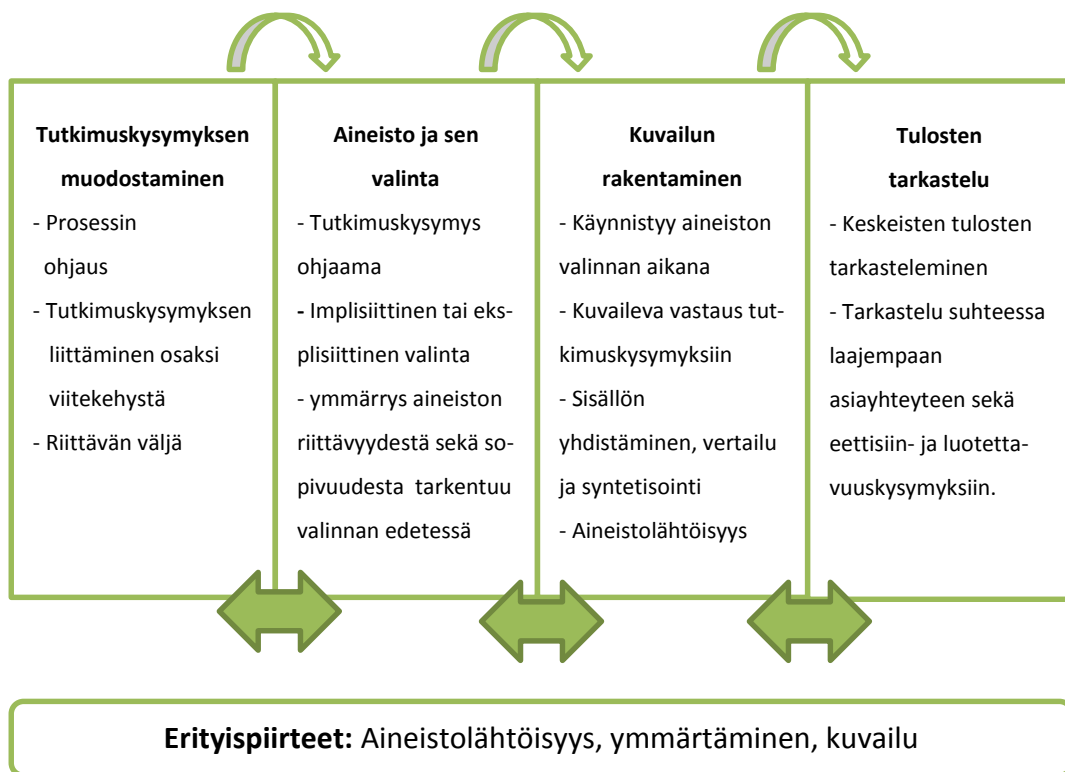
Kirjallisuuskatsauksen eri tyyppejä ovat muun muassa systemaattinen kirjallisuuskatsaus, kuvaileva kirjallisuuskatsaus sekä meta-analyysi (Salminen 2011, 6; Johansson 2007, 4). Opinnäytetyön menetelmäksi on valittu kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joka on kirjallisuuskatsauksen tyypeistä yleisimmin käytetty.

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan pitää aiheen yleiskatsauksena ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Tässä kirjallisuuskatsauksen tyypissä tutkija kuvailee käsiteltävää aihetta ja pyrkii helppolukuiseen lopputulokseen. (Salminen 2011, 6.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus perustuu tutkimuskysymysten laadintaan ja valitun tiedon perusteella rakennettuun kuvailevaan ja laadulliseen vastaukseen. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus soveltuu hyvin esimerkiksi pirstaleisiin ja hajanaisiin aiheisiin. (Kangasniemi ym. 2013, 291, 295.)

Kirjallisuuskatsauksen vaiheiksi voidaan määritellä tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen sekä tuotetun tuloksen tarkastelu (kuvio 5). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöistä ja ymmärtämiseen pyrkivää ilmiön tai ongelman kuvaamista. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on etsiä vastauksia siihen, mitä ilmiöstä jo tiedetään, mitkä ovat ilmiön keskeiset käsitteet sekä

niiden väliset suhteet. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan löytää uusi tai erilainen näkökulma ilmiön tarkastelemiseen. (Kangasniemi ym. 2013, 294.)

Kirjallisuuskatsauksen ensimmäisenä vaiheena voidaan pitää katsauksen suunnittelua, jossa tehdään tutkimussuunnitelma ja määritellään tutkimuskysymykset (Johansson 2007, 5–6). Koko tutkimusprosessia kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa ohjaa tutkimuskysymys. Hyvän tutkimuskysymyksen edellytyksenä on se, että kysymys on tarpeeksi täsmällinen ja rajattu, mutta kuitenkin riittävän väljä. Näin ilmiötä on mahdollista tarkastella syvällisesti ja useammasta näkökulmasta. (Kangasniemi ym. 2013, 294–295.)



KUVIO 5. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet (Mukaillen Kangasniemi ym. 2013, 294).



## 4.2 Aineiston valinta

Kirjallisuuskatsauksen toisena vaiheena voidaan pitää aineiston valintaa (kuvio 5). Aineiston valintaa ohjaavat sovitut tutkimuskysymykset. Aineiston valinta onkin jatkuvaa ja vastavuoroista reflektointia tutkimuskysymyksen kanssa. Tarkoituksena aineiston valinnalla on löytää kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen sellaista tietoa, jotta kysymyksiin löydetäisiin mahdollisimman asianmukainen vastaus. Tutkimuskysymyksen laajuus määrää aineiston riittävyyden. (Kangasniemi ym. 2013, 295–296.) Aineiston valintaan käytettyjen hakutermien huolellisella valinnalla pyritään rajaamaan hakutuloksia niin, että jäljelle jäävä materiaali vastaisi mahdollisimman hyvin tutkimuskysymyksiä. Aineiston valinnan päämääränä on ottaa kirjallisuuskatsaukseen mukaan mahdollisimman laadukas materiaali artikkeleiden ja tutkimusten tieteellistä laatua arvioimalla. (Salminen 2007, 10.)

Aineiston valinta voidaan kuvata kahtena toisistaan poikkeavana prosessina, aineiston implisiittinen ja eksplisiittinen valinta (kuvio 5). Implisiittisellä aineiston valinnalla tarkoitetaan aineiston valintaa, jossa ei erikseen raportoida aineiston hankintaan valittuja tietokantoja tai mahdollisesti tutkimuksessa käytettyjä sisäänotto- ja arviointikriteereitä. Näiden sijaan lähteiden valinta ja lähdekritiikki sisällytetään aineiston kuvaukseen ja käsittelyyn esimerkiksi esittelemällä valinnan perusteita suhteessa tutkimuskysymykseen. Eksplisiittisessä aineiston valinnassa kirjallisuuden valinnan eri vaiheita kuvataan tarkasti. (Kangasniemi ym. 2013, 295–296.) Opinnäytetyössä aineiston valinta on tehty eksplisiittisesti raportoiden tarkasti sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

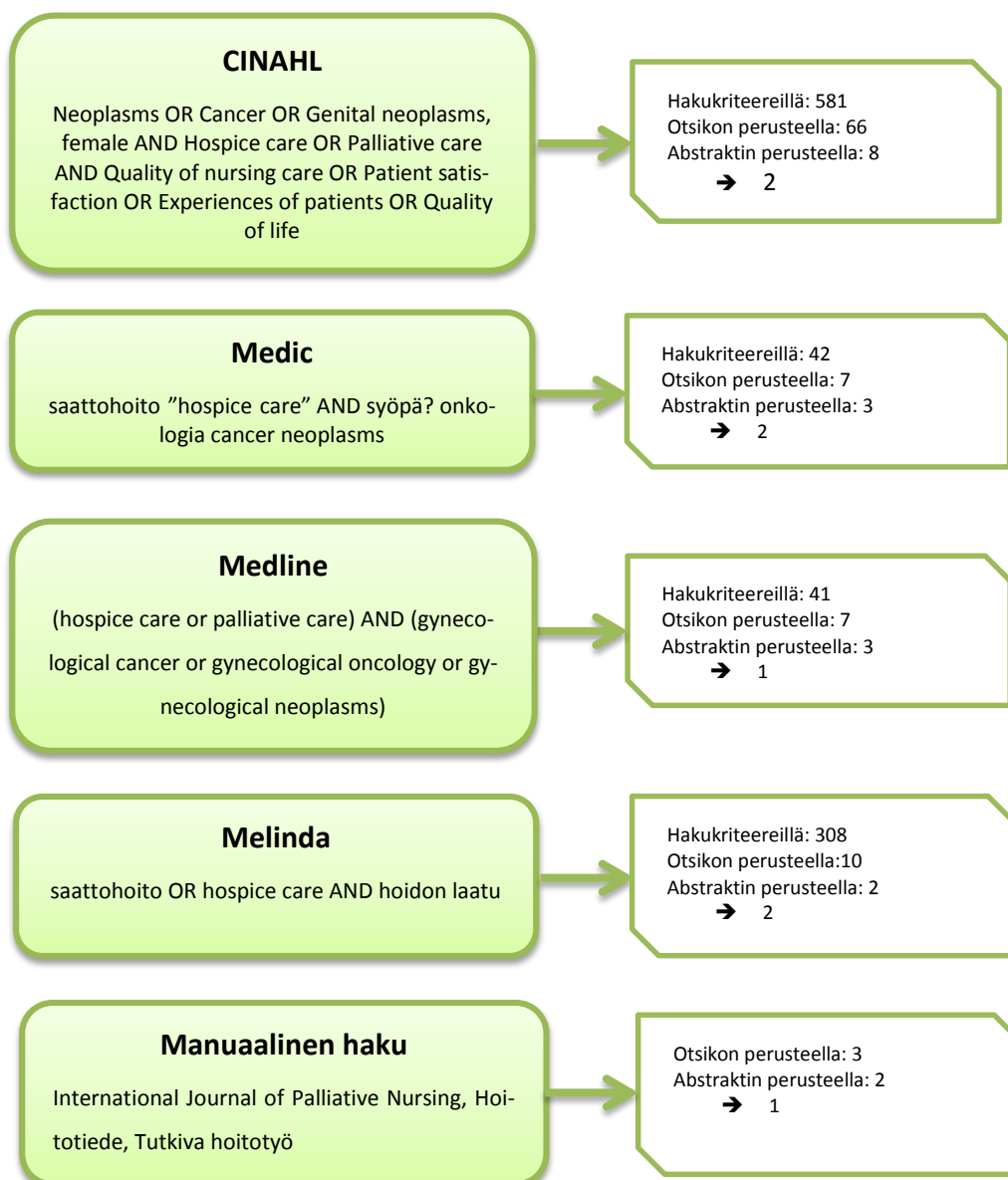
Katsaukseen tulevien tutkimusten valintaa varten laaditaan tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit (Johansson 2007, 6; kuvio 6). Tämän käytännön seulan avulla hakutuloksia karsitaan esimerkiksi sillä perusteella, mitkä kielet ja vuodet halutaan mukaan katsaukseen (Salminen 2007, 10). Valittava aineisto haetaan yleensä elektronisista tieteellisistä tietokannoista tai manuaalisesti tieteellisistä julkaisuista (Kangasniemi ym. 2013, 295).

Opinnäytetyön tiedonhaku toteutettiin syksyn 2014 ja kevään 2015 välisenä aikana ja aineiston valinnassa käytettiin apuna Melinda-kirjastotietokantaa sekä CINAHL-, Medice- sekä Medline-tietokantoja. Lisäksi aineiston valinnassa tehtiin manuaalinen haku International Journal of Palliative Nursing-, Hoitotiede- sekä Tutkiva hoitotyö -lehtien arkis-

toihin. Aineisto valittiin laadittujen sisäänotto- ja poissulkukriteereitä apuna käyttäen. Otsikon perusteella hakutuloksista valittiin 93 tutkimusta ja näistä tutkimuksista abstraktien perusteella valikoitui mukaan 18 tutkimusta. Tutkimusten läpilukemisen jälkeen opinnäytetyöhön otettiin mukaan lopulta 8 tutkimusta (liite 1), joita lähdettiin analysoimaan. Aineiston valinnassa käytetyt hakutermit ja suoritettut haut on esitetty kuviossa 7.



KUVIO 6. Aineiston haku- ja valintakriteerit.



KUVIO 7. Suoritetut haut

### 4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on yksi perusanalyysimenetelmistä laadullisissa tutkimuksissa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Sisällönanalyysi voidaan jakaa kahteen eri analyysin muotoon, jotka ovat induktiivinen ja deduktiivinen analyysi. Induktiivisessa analyysissä tulkinta tapahtuu yksittäisestä yleiseen, kun taas deduktiivisessä tulkinta tapahtuu yleisestä yksittäiseen. Analyysi voidaan jakaa myös aineistolähtöiseen, teoriaohjaavaan sekä teorialäh-

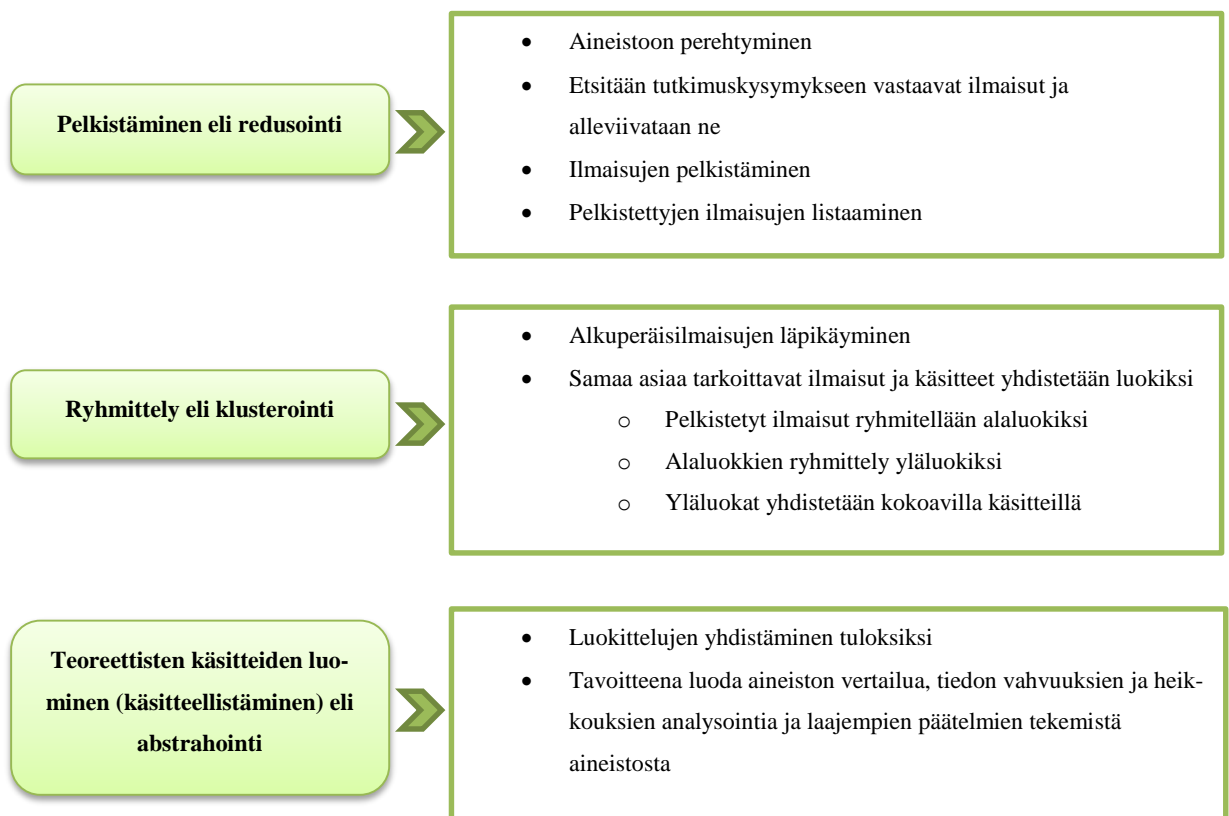
töiseen analyysiin, jolloin analyysissä otetaan paremmin huomioon analyysin tekoa ohjaavat tekijät. Aineistolähtöisessä analyysissä aineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Teoriaohjaavassa analyysissä on taas teoreettisia kytkeitä, mutta ne eivät pohjautu suoraan mihinkään teoriaan. Teorialähtöinen analyysi sen sijaan nojaa johonkin tiettyyn malliin tai teoriaan. Sisällönanalyysin avulla tutkittavasta ilmiöstä pyritään saamaan kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–98, 103.)

Kirjallisuuskatsauksessa valittujen tutkimusten kokoamisessa ja tiivistämisessä käytetään usein apuna aineistolähtöistä sisällönanalyysiä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123). Tavoitteena on tehdä käsittelyosasta sellainen, jossa tulee esiin aineiston sisäinen vertailu, olemassa olevan tiedon vahvuuksien ja heikkouksien analysointi sekä laajempien päätelmien tekeminen aineistosta (Kangasniemi ym. 2013, 296). Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen aineiston pelkistämiseen, aineiston ryhmittelyyn sekä teoreettisten käsitteiden luomiseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108).

Aineiston pelkistämisessä eli redusoinnissa valitusta aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennaiset asiat pois. Redusointi voi olla valitun tiedon tiivistämistä tai sen pilkkomista osiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Aineistosta pyritään löytämään tutkimuksen kannalta tärkeimmät asiat (Kangasniemi ym. 2007, 297). Aineiston pelkistämistä ohjaavat tutkimustehtävät. Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa aineistosta otetut alkuperäiset ilmaisut käydään tarkasti läpi ja niistä pyritään löytämään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samankaltaiset käsitteet ryhmitellään ja sen jälkeen yhdistetään luokiksi. Yhdistetyt luokat nimetään sisältöä kuvaavilla käsitteillä. Käsitteiden ryhmittelystä käytetään nimeä alaluokka, alaluokkien ryhmittelystä yläluokka ja edelleen yläluokkien yhdistämistä kutsutaan nimellä pääluokka. Klusterointi on katsottu olevan osa käsitteellistämistä. Käsitteellistämistä jatketaan yhdistelemällä luokituksia, niin kauan kuin se on sisällön kannalta mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–111.)

Aineiston ryhmittelyä seuraa aineistolähtöisen sisällön analyysin kolmas vaihe eli teoreettisten käsitteiden luominen. Teoreettisessa käsitteiden luomisessa eli abstrahoinnissa valitaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja tämän valikoidun tiedon mukaan muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Analyysiä tehdessä on huomioitava, että saadut luokat eivät ole katsauksen tulos, vaan ainoastaan apukeino tarkastella tutkimuksissa esiin tullutta tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–111, 124.) Aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheet on kuvattu tiivistetysti kuviossa 8.

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymyksen ohjaama kuvailun rakentaminen sisältää usein osia eri aineiston analysointimenetelmistä. Synteesin luominen on kuitenkin johtavana tekijänä. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa kuvailun rakentamisessa yhdistetään ja analysoidaan aineiston sisältöä kriittisesti sekä yhdistetään tietoa eri tutkimuksista. Aineistosta pyritään luomaan jäsentynyt kokonaisuus. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus ei siis analysissään referoi, tiivistä, siteeraa tai raportoi alkuperäisaineistoa. Analyysin tavoitteena on luoda valitun aineiston sisäistä vertailua, tiedon vahvuuksien ja heikkouksien analysointia sekä laajempien päätelmien tekemistä aineistosta. (Kangasniemi ym. 2007, 296–297.) Opinnäytetyössä sovellettiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaihteita.



KUVIO 8. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheet (Mukaiillen Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-111, 123; Kangasniemi ym. 2013, 296–297)

## 5 TULOKSET

### 5.1 Syöpäpotilaan hyvä ja potilaslähtöinen saattohoito

Potilaslähtöisyys on tärkeä osa potilaan hoitoa (Kvåle & Bondevik 2008, 582). Potilaslähtöinen hoito voidaan määrittää olevan kunnioittavaa ja potilaan näkökulmaa, tarpeita ja arvoja huomioivaa hoitoa. Potilaslähtöisessä hoidossa potilaiden arvot johtavat kaikkia hoitoja. Yksi tärkein hoitotyön pyrkimys onkin tunnistaa potilaiden tarpeet ja ongelmat. Tämän vuoksi on myös tarpeellista ymmärtää potilaiden käsityksiä hoidosta ja hoitamisesta. Hoitajien tulee varmistaa, että hoidot perustuvat potilaiden toiveille, ei hoitajien. (Azimzadeh, Valizadeh, Zamanzadeh & Rahmani 2013, 321–322.) Saattohoidossa hoitajien tärkein tehtävä on turvata saattohoitopotilaiden elämänlaatu heidän elämänsä loppuvaiheessa (Johansson, Axelsson & Danielson 2006, 391). Saattohoidossa potilas nähdään tarvitsevana ihmisenä ja nämä potilaan tarvealueet, joihin saattohoidossa keskitytään, ovat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen sekä hengellinen alue (Sand 2003, 110).

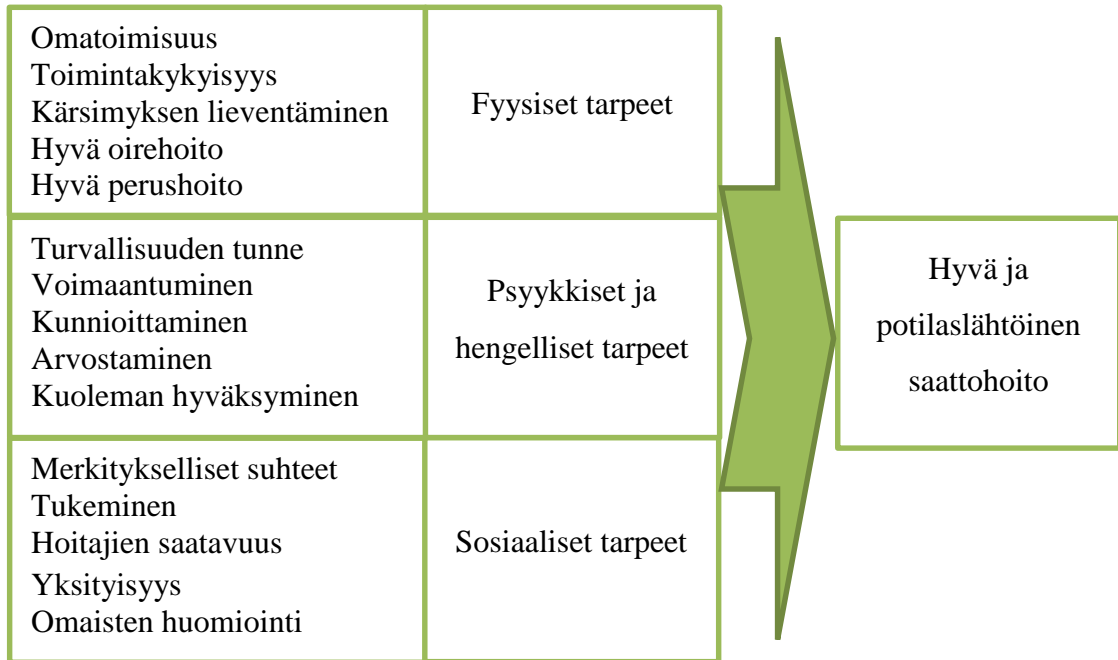
Kuolevan hyvässä hoidossa lähtökohtina ovat potilaan yksilölliset tarpeet, potilaan kunnioittaminen, arvostaminen, yksityisyys sekä oikeus rauhalliseen kuolemaan. Kuolevan potilaan hoito on hoitoa, jossa keskipisteenä ovat potilaan fyysinen hoito, psykososiaalinen tuki sekä hengellinen hoitaminen. Saattohoidon keskeisenä kulmakivenä on myös kuolevan kipu ja sen ymmärtäminen. Kipu nähdään potilasta suuresti rasittavana tekijänä ja tämän vuoksi kivun lievittäminen on tärkeää kuolevan potilaan hoidossa. (Sand 2003, 167–168.)

Potilaalle saattohoitoaika ei ole ainoastaan hyvää hoitoa ja perheen kanssa ajan viettämistä. Saattohoidossa potilaat pohtivat omaa tilannettaan sekä elämän kokonaisuutta. Saattohoitoaika on usein potilaalle kuolemaan liittyvää voimainmittelyä ja jaksamisen määrittelyä. (Sand 2003, 167–168.) Syöpä voikin osaltaan helpottaa uusien näkökulmien saamista elämässä (Johansson ym. 2006, 292) ja potilaiden tulisi nähdä itsensä oman elämänsä asiantuntijoina (Kvåle & Bondevik 2008, 583).

Valituista tutkimuksista (liite 1) lähdettiin muodostamaan opinnäytetyön tehtävien sekä aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla pääluokkaa. Pääluokaksi muodostui potilaan

hyvä ja potilaslähtöinen saattohoito. Yläluokiksi muodostuivat sisällönanalyysin avulla potilaan fyysiset, psyykkiset ja hengelliset tarpeet sekä sosiaaliset tarpeet (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Hyvä ja potilaslähtöinen saattohoito



### 5.1.1 Fyysiset tarpeet

Saattohoidon näkökulmasta on tärkeää, että yhdessä potilaan kanssa arvioidaan hänen fyysiset tarpeensa. Fyysisten tarpeiden arvioinnissa puhutaan usein omatoimisuudesta sekä sen tukemisesta. Omatoimisuus on potilaan itsearvostukselle tärkeää. Monille potilaille toisten armoilla oleminen on vaikeaa ja se konkretisoituu nimenomaan fyysisen avuntarpeen lisääntyessä. Saattohoitopotilaille yksi vaikeimmista asioista on autonomian menetys, joka sisältää esimerkiksi kävelystä luopumisen, vaippojen käytön sekä vuodepotilaaksi joutumisen hyväksymisen. (Mikkonen 2007, 67, 42.) Myös totaalinen energianpuute vaikuttaa potilaisiin. Eräs potilas kuvaili Carterin ym. tutkimuksessa (2004, 615), miten potilas ei enää jaksanut tehdä 90 % asioista, joita piti itsestäänselvyytenä. Tämä turhautti potilasta. Potilaat halusivat, että heillä olisi voimaa tehdä asioita, joita he aikaisemmin pystyivät tekemään. Potilaista tuntui, että he pystyivät tekemään joka päivä aina vain vähemmän. (Carter, MacLeod, Brander & McPherson 2004, 615.) Saattohoitopotilaat olisivat iloisia siitä, että he pystyisivät tekemään ihan tavallisia päivittäisiä

asioita, kuten esimerkiksi kotitöitä (Johansson ym. 2006, 394). Saattohoidossa tulee lopulta myös se hetki, jolloin tämä konkreettinen tekeminen pikkuhiljaa vähenee. Tällöin oireiden lievittäminen, perushoito, asentohoidot, suun hoitaminen sekä omaisten huomiointi jäävät tärkeimmiksi asioiksi potilaan hoidossa. (Mikkonen 2007, 67.)

Saattohoitopotilas haluaa tuntea olonsa toimintakykyiseksi. He haluavat olla mahdollisimman vapaita kivusta, pahoinvoinnista sekä muista fyysisistä oireista, kuten esimerkiksi hengenahdistuksesta. Saattohoitopotilaat ovat tyytyväisiä, kun heillä on voimia tehdä ihan tavallisia päivittäisiä asioita ja asioita, joista he pitävät. Toimintakykyisyys ilmaistiin myös potilaiden kykynä tasapainoilla levon ja fyysisen aktiivisuuden kanssa. Potilaan on helpompi tehdä niitä asioita, joita hän haluaa vielä tehdä, kun hän on saanut riittävästi unta ja tarpeeksi hyvää kivun lievitystä. (Johansson ym. 2006, 394.) Mikkosen tekemässä tutkimuksessa (2007, 45) käy ilmi, että suurin osa saattohoitopotilaan omaisista koki, että hoidossa huomioitiin riittävä levon tarve. Laitoskulttuuri ei ollut muodostunut ongelmaksi levon tarpeen tyydyttämisessä, vaan ongelmana oli lähinnä kahden hengen huoneessa olevan toisen potilaan ”verhontakainen elämä ja kuolema”. Tämä saattoi lisätä potilaan psyykkistä kärsimystä ja levottomuutta varsinkin silloin, kun potilas ei enää itse pystynyt kuvaamaan tuntemuksiaan eikä liikkumaan. (Mikkonen 2007, 45; Kvåle & Bondevik 2008, 586.)

Saattohoitopotilaan omaiset kokivat, että saattohoidossa potilaan fyysisistä tarpeista, kuten levosta, ravitsemuksesta, nesteen saamisesta, puhtaudesta ja eritystoiminnasta, huolehdittiin erittäin hyvin (Mikkonen 2007, 45–46). Sandin tekemässä tutkimuksessa (2003, 112) tuli esiin käsite kuntouttava saattohoito. Tällä tarkoitetaan saattohoitopotilaan auttamista erilaisin hoidollisin menetelmin siten, että potilas voi elää loppuvaiheensa mahdollisimman kivuttomana ja kuolla hyväkuntoisena. Tätä kuntouttavaa saattohoitoa voidaan toteuttaa esimerkiksi fysioterapian avulla. Fysioterapian tavoitteena on auttaa potilasta kuntoutumaan ja voimistumaan niin, että saattohoitopotilas pystyy toteuttamaan itseään jollakin tavalla, esimerkiksi potilas pääsee istumaan tai pystyy ottamaan askeleita. (Sand 2003, 112.)

Hyvä oireiden hoito kuuluu myös saattohoidon periaatteisiin. Potilaan kärsimyksen todettiin usein suurimmalta osaltaan olevan nimenomaan fyysisistä kärsimystä. Hyvän oirehoidon hallinnalla pyritään vähentämään näitä saattohoitopotilaan kärsimyskokemuksia. Fyysiset oireet saattohoitopotilailla määräytyvät yleensä taudin levinneisyyden sekä sen



sijainnin mukaisesti. Fyysisten oireiden esiintyvyyteen vaikuttavat myös potilaan pitkä sairastamisaika ja siihen liittyneet hoidot. Saattohoitopotilaiden on todettu olevan monioireisia. (Mikkonen 2007, 11–12, 67.) Sairauden loppuvaiheessa potilailla on esimerkiksi kipuja, väsymystä, ruokahaluttomuutta, pahoinvointia, suolentoiminnan ongelmia, hengenahdistusta sekä psyykkisiä oireita (Tasmuth, Saarto & Kalso 2004, 1809). Saattohoitopotilaista 55 %:lla oli kipua levossa ja liikkuesssa sitä esiintyi 60 %:lla. Väsymystä ilmeni jokaisella potilaalla, mutta vaikeasta uupumisesta kärsi 82 %. Vaikeaa hengenahdistusta ilmeni 33 %:lla, vaikeaa ruokahaluttomuutta 57 %:lla ja ummetusta 87 %:lla tutkimukseen osallistuneista potilaista. (Mikkonen 2007, 46–48.)

Vaikka kaikkia potilaan oireita ei voida kokonaan poistaa, voidaan niitä lievittää siedettäväksi. Tämä oireiden lievittäminen asetettiin saattohoidossa ensisijaiseksi tehtäväksi. Oireiden lievittämisen avulla potilas pystyy käsittelemään myös muita elämän loppuvaiheeseen liittyviä tunteitaan. (Mikkonen 2007, 48, 67.) Keskeistä saattohoitopotilaan hoidossa onkin mahdollisuus kipujen hallitsemiseen sekä oireiden kurissa pitämiseen. Hoidoilla pyritään siihen, että saattohoitopotilailla olisi mahdollisimman normaali elämä ilman, että sairaus on koko ajan mielessä. Mikäli potilas on jatkuvasti kipuileva ja pahoinvoiva, ei potilas pysty ajattelemaan muuta kuin omaa sairauttaan. Kipujen saaminen hallintaan sekä niiden ennakoiminen ennaltaehkäisevästi ovatkin kotona toteutettavan saattohoidon keskeisiä tavoitteita. (Sand 2003, 85.) Potilaan hyvä fyysisistä tarpeista huolehtiminen välittää lisäksi huolenpitoa sekä osoittaa sairaanhoidollista osaamista (Mikkonen 2007, 16).

Kivun lievittämisessä on tärkeää muistaa myös lääkkeetön kivunhoito. Kivun lievittäminen ei aina tarkoita ylimääräisten lääkkeiden ottamista, vaan myös potilaan omia keinoja lievittää kipua. Tällöin potilaan huomio kiinnittyy muuhun kuin kipuun ja näin auttaa lievittämään sitä. Tällaisia keinoja, jotka auttavat potilasta olemaan piittaamatta kivusta ovat esimerkiksi ajan kuluttaminen erilaisten tehtävien parissa sisällä tai ulkona, tärkeäksi tunteminen sekä tunne siitä, että voi tehdä toisen iloiseksi. (Johansson ym. 2006, 395.)

Potilaan tuen tarve saattohoidossa on yleensä suuri ja tarve tulee lisääntymään sairauden ja hoidon edetessä. Hoitajilla tulee olla siis hyvä tilannetaju, missä määrin sekä miten fyysistä hoitoa toteutetaan. Tällöin hoito palvelisi potilaan kokonaisvaltaista kärsimyksen lievittämistä parhaiten. Yksi hoidon laadun kulmakivi onkin huolehtia hyvin potilaan fyysisistä tarpeista. Avun saaminen ruokailemisessa ja nesteen saamisessa, henkilökohtaisen

hygienian ylläpitäminen, eritystoiminnasta huolehtiminen sekä potilaan mahdollisuus riittävään lepoon, ovat hyviä mittareita, kun huolehditaan fyysisistä tarpeista. (Mikkonen 2006, 16–17.) Potilaan tulisi elää elämänsä täydesti ja rohkeasti omien tunteiden, henkilökohtaisten mahdollisuuksien sekä omien voimavarojensa mukaan. Kaikki tämä kuuluu kuntouttavan saattohoidon hoitoajatteluun. (Sand 2003, 159.)

### **5.1.2 Psykkiset ja hengelliset tarpeet**

Saattohoitopotilaan psyykinen kärsimys ilmenee usein pelkoina, univaikeuksina, sekavuutena, ahdistuneisuutena sekä masentuneisuutena. Saattohoitopotilaat kärsivät usein myös kontrollin menettämisen peloista sekä harhoista. (Mikkonen 2007, 12, 44.) Psykkiseen hyvinvoinnin ylläpitämiseen ja hoitoon liittyvät masennuksen ja ahdistuksen lieventäminen (Johansson ym. 2006, 394). Eksistentiaalinen kärsimys puolestaan liittyy usein potilaan kysymyksiin sairastumisen epäoikeudenmukaisuudesta, sen syistä, oman olemassaolon päättymisestä sekä tilanteesta kuoleman jälkeen. Saattohoitopotilaan tilanteen ymmärtämiseksi potilaan kuuntelun merkitys korostuu. Potilaalle tilanteen tekevät siedettävämmäksi se, että hänen kysymyksiään kuunnellaan ymmärtäväisesti ja asioita käydään uudelleen läpi kertaamalla. Potilasta auttavat elämän päättymiseen liittyvien kysymysten pohdinnassa muuttuneen elämäntilanteen tarkastelu sekä ennakoiva suruun liittyvä keskustelu. (Mikkonen, 2007, 12.) Psykkisten oireiden hoito on yhtä tärkeää kuin fyysisten oireiden hoito (Johansson ym. 2006, 394). Hoito ei siis ole ainoastaan lääkkeellistä kivun hoitoa sekä perustarpeista huolehtimista (Sand 2003, 176).

Saattohoitokotiin siirtymisellä voi olla psyykkisiä vaikutuksia saattohoitopotilaaseen ja nämä vaikutukset voivat vaihdella paljon. Saattohoitopotilaan mielessä voivat olla lopullisuuden tajuaminen, kuolemaan ja oireisiin liittyvät pelot, avuttomuus, hajoamisen tunteet, häätä sekä viha enemmän kuin koettu harmonia elämän päättyessä. Henkilökunta onkin tärkeässä roolissa potilaan psyykkisen tilan havainnoimisessa. (Mikkonen 2007, 66.)

Osa potilaan elämänlaatua on turvallisuuden tunne. Tunne turvallisuudesta voi riippua siitä, kuinka hyvin potilaat saavat esimerkiksi neuvoja ja apua hoitajilta ja sukulaisilta. (Johansson ym. 2006, 392.) Kotona hoidettavilla saattohoitopotilailla turvallisuutta li-

säävä tekijä on se, että heillä on mahdollisuus ottaa yhteyttä heitä hoitavaan saattohoitokotiin milloin tahansa. Jo pelkkä tietoisuus mahdollisuudesta tähän yhteydenottoon lisää saattohoitopotilaiden turvallisuuden tunnetta. (Sand 2003, 85.)

Kvåle & Bondevik käyttävät tutkimuksessaan (2008, 582–583) sanaa voimaantumisen. Tutkimuksessa voimaantuminen määritellään olevan dynaaminen prosessi, jossa voima on otettu haltuun, annettu pois ja jaettu. Potilaat voivat olla asiantuntijoita omassa hoidossaan, mikäli he ovat voimaantuneet. Hoitohenkilöstö voi lisätä potilaiden voimaantumista kohtelemalla heitä kunnioittavasti, ottamalla aikaa kuunnellakseen potilasta sekä tekemällä potilaalle arvostetun olon. Myös rehellisen tiedon antaminen nosti potilaan voimaantumisen tunnetta. Potilaat eivät halunneet tulla petetyiksi, olla turhautuneita ja hämmentyneitä. Hoitajat voivat ehkäistä näitä antamalla potilaalle sellaista tietoa kuin potilaat haluavat, ja näin lisätä voimaantumista. (Kvåle & Bondevik 2008, 582–583, 586.) On välttämätöntä, että saattohoitopotilaan minuus säilyy loppuun asti. On mahdotonta elää kohti kuolemaa ilman omaa identiteettiä. Minuuden säilymistä voi kuitenkin uhata laitospäiväjärjestykset sekä rutiininomainen toiminta. (Mikkonen 2007, 13.) Oman elämän hallitseminen parantumattomasta sairaudesta huolimatta antaa saattohoitopotilaille itsenäisyyden tunteen ja tunteen siitä, että he selviytyvät tilanteesta (Johansson ym. 2006, 396).

Kvålen ja Bondevikin tutkimuksessa (2008, 586) tulee lisäksi esiin se, että hoitajat ottivat potilaat tosissaan ja kohtelivat heitä kuin aikuista. Hoitajat myös rohkaisivat potilaita kertomaan toiveita, kuuntelivat kysymyksiä ja antoivat aina vastauksen. Nämä asiat lisäsivät saattohoitopotilaiden arvostetuksi tulemisen tunnetta. Myös potilaan nimen muistaminen hoidon aikana lisäsi arvostuksen tunnetta. (Kvåle & Bondevik 2008, 586.) Puutteellisuus henkilökunnan kielitaidossa sekä ne hoitotilanteet, joissa potilas esineellistettiin, koettiin arvostuksen puutteena. Myös potilaan kokemus siitä, ettei hänen huumoriaan ymmärretty nähtiin arvostuksen puuttumisena. Suurin osa saattohoitopotilaiden omaisista koki kuitenkin, että potilas hyväksyttiin omana itsenään ja häntä arvostettiin. (Mikkonen 2007, 39–41.)

Saattohoitokodissa tapahtuvassa toiminnassa korostetaan uskonnollista neutraaliutta sekä sitoutumattomuutta. Saattohoitokodin toiminnassa korostuu myös potilaan oman henkilökohtaisen ajattelun kunnioittaminen ja vapaus, mutta hoidoissa on kuitenkin esillä myös

hengellinen ulottuvuus ja siihen liittyvät sairaalapastorin toiminta sekä hartaudet. On tärkeää, että saattohoitopotilaaseen ja hänen uskonnolliseen vakaumukseensa suhtaudutaan kunnioittavasti. Papin kanssa keskusteleminen lähtee aina potilaan tarpeista, hänen omasta tahdostaan sekä halustaan. Ne kysymykset, joita keskustelun aikana lähestytään ja otetaan esille, tulee potilaan itse määrittellä. (Sand 2003, 158.)

Potilaat pohtivat tunteidensa kautta elämän tarkoitusta sekä elämänlaatua kuitenkin tietoisena lähestyvistä elämän päättymisestä. Potilaat pohtivat lisäksi hengellisiä kysymyksiä, jotka eivät rajoitu ainoastaan uskontoon. Omaisten mielestä saattohoitopotilaan tunteet otettiin hyvin huomioon. Potilas tunsi olonsa tervetulleeksi ja myös turvalliseksi saattohoidossa. Potilasta kohdeltiin ystävällisesti, asiallisesti sekä kärsivällisesti hengelliset tarpeet huomioon ottaen. Tärkeä osa saattohoitoa on myös kuoleman hyväksyminen ja potilaan tukeminen tässä prosessissa. (Mikkonen 2007, 43, 66.)

Saattohoitopotilaan hengellisistä tarpeista huolehdittiin sen mukaan, mitä kaikkea potilas oli kertonut omaisilleen. Omaisat kuitenkin kokivat toisen puolesta hengellisten tarpeiden arvioimisen hankalaksi. Usein hengelliset tarpeet yhdistettiin papin kanssa keskusteleseen. Suurin osa saattohoitopotilaan omaisista koki, että kuoleman läheisyys otettiin hyvin huomioon potilaan hoidossa. (Mikkonen 2007, 44.)

Myös saattohoitopotilaan tunne tarpeellisuudesta on tärkeää. Tarpeelliseksi tunteminen auttoi potilaita pitämään yllä kiinnostusta siitä, mitä tällä hetkellä heidän ympärillään on meneillään sekä auttoi löytämään motivaatioita jatkaa vielä elämistä. Myös potilaan hyvät muistot ja niiden ylläpitäminen auttoivat potilasta pitämään positiivisuutta yllä. Saattohoitopotilaan tunne tarpeellisuudesta kasvaa esimerkiksi silloin, kun sukulaiset ja ystävät näyttävät, että he luottavat edelleen potilaaseen ja tarvitsevat hänen tukeaan ja neuvojaan. Potilaat kokivat tämän niin, että heidät nähtiin ihmisinä, kuten he ovat, eikä vain sairaina. (Johansson ym. 2006, 395.)

On välttämätöntä, että potilas tuntee olonsa psyykkisesti vakaaksi. Tämän takia on tärkeää, että potilasta tuetaan hyvän mielen ylläpitämisessä ja ehkäistään potilaan ahdistuneisuutta. Potilaille on tärkeää, että he voivat elää elämäänsä enemmän tai vähemmän kuten he elivät ennen kuin sairastuivat. Tutkimuksissa on todettu, että saattohoidossa olevat potilaat arvostavat enemmän merkityksellisyyden näkökulmia elämässä kuin fyysisten oireiden lievittämistä ja kehon toimimista. (Johansson ym. 2006, 392–394.) Kuulluksi

tuleminen ja se, että potilasta oli uskottu ja hoidettu kunnioittavasti kuten aikuista, näytti vaikuttaneen potilaaseen. Potilas tunsi olonsa arvostetuksi, potilaan itsetunto sekä hallinnantunne lisääntyivät. (Kvåle & Bondevik 2008, 586.)

### 5.1.3 Sosiaaliset tarpeet

Saattohoitopotilaan tuen tarve ilmenee yleensä elämän päättymisen hyväksymisessä, omaisten luopumisen tukemisessa, kuoleman kohtaamisessa sekä pelkojen voittamisessa. Jo ainoastaan toisen ihmisen läsnäolo saattohoitopotilaan vierellä lievittää turvattomuuden kokemusta. (Mikkonen 2007, 16.)

Saattohoitokodissa pidettiin tärkeänä, että siellä työskentelevä hoitaja tuntee potilaan elämänvaiheet, kiinnostuksen kohteet, tarpeet sekä hänelle tärkeät henkilöt sekä perheen sisäiset suhteet (Sand 2003, 93; Amizadeh ym. 2013, 326). Näin hoitajan on helpompi antaa tukea potilaalle oikealla tavalla. Nykyään saattohoitoajat ovat kuitenkin niin lyhyet, että tähän saattohoitopotilaan perheeseen tutustumiseen ja henkilökohtaiseen keskusteluun jää yleensä hyvin vähän aikaa. Saattohoitopotilaan omaiset eivät pitäneet hyvänä kovin yksityiskohtaisten tietojen kirjaamista perhesuhteista. (Sand 2003, 93.) Saattohoitopotiilaat arvostavat kuitenkin hoidossaan hoitajien huolehtivaa käyttäytymistä sekä sitä, että he ovat saatavilla. Hoitajien saatavuus potilaan sitä tarvitessa, vaikuttaa potilaan tunteeseen siitä, että hoitajat ovat aidosti läsnä ja hoitavat heitä parhaalla mahdollisella tavalla. (Amizadeh ym. 2013, 325–326.)

Potilaalle tärkeitä verkostoja ovat perhe, ystävät, ammattilaiset ja uskonnolliset verkostot (Johansson ym. 2006, 395). Tutkimuksilla on osoitettu, että nimenomaan perheellä, ystävillä, naapureilla, yhteisön jäsenillä sekä hoitohenkilökunnalla on suurempi vaikutus potilaan elämään ja hyvinvointiin kuin yhteiskunnallisilla tekijöillä ja ympäristötekijöillä (Carter ym. 2004, 615). Potilaille on tärkeää, että he saavat keskustella esimerkiksi puolison kanssa sairaudestaan sekä olla päivittäin yhteydessä lasten ja sisarusten kanssa saadaakseen tunnetasolla tukea (Johansson ym. 2006, 396).

Saattohoitokodissa kommunikaatio ja viestintä on perhekeskeistä. Perhekeskeisyys tulee esiin esimerkiksi siinä, kun potilasta puhutellaan etunimellä. (Sand 2003, 167; Kvåle & Bondevik 2008, 586.) Hoitajien positiivinen asenne sai myös potilaat tuntemaan olonsa

positiiviseksi. Keskustelu hoitajien ja potilaiden välillä onkin tärkeää hoidon aikana, koska se tarjoaa kannustavan ja positiivisen ilmapiirin. (Johansson ym. 2006, 396–397.) Noin puolet saattohoitopotilaiden omaisista koki, että hoitajilla oli riittävästi aikaa potilaalle (Mikkonen 2007, 43).

Saattohoidossa yksityisyyden toteutuminen tarkoittaa arvostusta, perheyhteyden säilymistä sekä hyväksytyksi tulemisen kokemusta. Potilaan yksityisyyden kokemukseen vaikuttavat hoitajien kanssa jaettu aika, mahdollisuus puhua luottamuksellisesti asioistaan, asioihin paneutuminen, sekä oman rauhan takaaminen, jos potilas sitä itse haluaa. Luottamuksellisesti puhumista vaikeutti potilaan kyvyttömyys puhua, kulttuuriset ja yksilölliset erot perheen sisäisistä asioista puhumisesta sekä henkilökunnan kielitaidon puute. Saattohoidossa olevan potilaan tarvetta olla yksin, omassa rauhassaan, on kunnioitettava yhtä paljon kuin läheisyyden tarvetta kuoleman lähestyessä. (Mikkonen 2007, 65.)

Saattohoitopotilailla on mahdollisuus saattohoitokodeissa päiväkeskuksen muodossa toteutuvaan sosiaaliseen toimintaan. Tämä sosiaalinen toiminta tarjoaa vertaistukea sekä virkistäviä lepoetkiä niin potilaille kuin omaisillekin. Saattohoitokodeissa järjestetään myös erilaisia yhteisiä tapahtumia ja siellä on runsas ohjelmatarjonta. Nämä yhteiset tekemiset olivat iloisia yllätyksiä omaisille. (Sand 2003, 96, 168.) Saattohoidon aikana potilaan ihmissuhteiden säilyminen rajoittuu kuitenkin yleensä vain läheisiin ihmisiin. Uusia ihmissuhteita ei juurikaan solmita esimerkiksi potilastovereihin fyysisen väsymyksen sekä sisäiseen maailmaan vetäytymisen vuoksi. (Mikkonen 2007, 65.)

Saattohoitopotilaan vaikea ja parantumaton sairaus koettelee myös hänen omaisiaan. Omaiset ovat tärkeä tuki potilaalle, mutta käyvät myös itse samalla läpi omia tunteitaan liittyen sairauden aiheuttamaan elämänmuutokseen sekä lähestyvään omaisesta luopumiseen. Arvostava ja ymmärtävä asenne omaista kohtaan auttavat heitä jaksamaan. Hoitajilta edellytetäänkin kokonaisvaltaista lähestymistapaa, jossa hoitajilla on hyvät vuorovaikutustaidot ja ymmärrystä erilaisten omaisten ja perheiden kohtaamiseen. On tärkeää tiedostaa, että potilaan ja omaisen välit vaikuttavat kuitenkin potilaan elämänlaatuun ja sairauteen sopeutumiseen. (Mikkonen 2007, 13.) Lohdutuksen, tuen ja keskustelun saaminen sekä hoidon joustavuus huumorin sekä empatian avulla auttavat niin potilasta kuin omaistakin (Sand 2003, 176).

Lähimmäisestä luopumiseen kuuluu yleensä ahdistuneisuutta, yksinäisyyden tunnetta, yleistä alavireisyyttä sekä surua. Tämän vuoksi myös omaisten vaihteleville tunteille tulisi olla tilaa hoitotyössä. Omainen voi tuntea epävarmuutta, syyllisyyttä ja halua tehdä kaikkensa, ettei kuolema tule. On tärkeää, että saattohoidon aikana omaisille kerrotaan tulevista tapahtumista hienovaraisesti ja heitä rohkaistaan myös tuomaan omia tunteitaan esiin. (Mikkonen 2007, 13.) Saattohoidossa omaisten tukeminen tapahtuu antamalla heille mahdollisimman hyvää tietoa, tukea, turvallisuutta sekä toivoa (Sand 2003, 94).

Omaisille on tärkeää, että he saavat olla läsnä kuoleman hetkellä sekä antaa kuolevalle omaiselle luvan kuolla. Näihin sanoihin tiivistyy yhteisen eletyn elämän merkityksellisyys. Luopumisen hyväksymisessä kuoleman hetken jakaminen on tärkeä kokemus. Tätä omaisten halua olla läsnä kuoleman hetkellä tulee kunnioittaa ja sille on luotava myös mahdollisuus. Perheille on myös annettava mahdollisuus luoda kuoleman hetkestä heidän näköisensä. Kuoleman hetkellä ollaan läsnä perheessä sovitulla tavalla ja potilaan mielityksiä tulisi myös kunnioittaa. (Mikkonen 2007, 53–54, 69.)

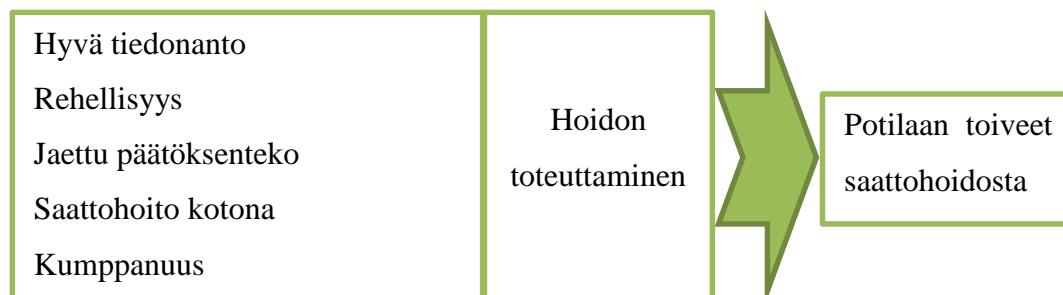
Aina ei ole helppo puhua kuolemasta ääneen edes saattohoitokodissa. Kun sanat kuolemasta puhumiseen loppuvat, tulee toisenlaisen viestinnän sekä symbolien vuoro. Ympäristö ja kuoleman läheisyys saattohoitokodeissa vahvistavat viestintää lähestyvistä kuolemasta. Nämä ympäristön merkit ja erilaiset symbolit pakottavat saattohoitopotilasta miettimään kuolemaan liittyviä kysymyksiä. Tällainen kuolemaa symboloiva asia on esimerkiksi sytytetty kynttilä. Saattohoitokodissa on tapana sytyttää kynttilä aina, kun joku potilaista on kuollut. (Sand 2003, 168.)

## **5.2 Syöpää sairastavan potilaan toiveet saattohoidosta**

Saattohoidon tavoitteena on, että potilaan saattohoidossa oleva aika koettaisiin kokonaisuudessaan hyvänä. Hoidon tulisi vastata potilaan ja hänen omaistensa odotuksia ja olla laadukasta sekä niin täydellistä kuin se potilaan elämän kokonaistilanteen huomioon ottaen olisi mahdollista. Hyvän hoidon kriteereinä ovat kuolevan potilaan kunnioittaminen, loukkaamattomuus, arvokkuus, potilaan oikeudet sekä potilaan oman tahdon toteutuminen. (Sand 2003, 107.)

Potilaan toiveet saattohoidosta muodostui aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla pääluokaksi (taulukko 2). Yläluokaksi muodostui hoidon toteuttaminen, joka pitää sisällään potilaan toiveita hyvästä tiedonannosta, rehellisyydestä, jaetusta päätöksenteosta, kotona tapahtuvasta saattohoidosta sekä kumppanuudesta.

TAULUKKO 2. Syöpää sairastavan potilaan toiveet saattohoidosta



Hyvä hoito potilaan näkökulmasta pitää sisällään muun muassa sen, että potilaalle tulee kertoa asiat ymmärrettävällä kielellä, jotta potilaat ymmärtävät tautinsa merkityksen sekä sen hoitomuotoja. Potilaille tulee olla rehellisiä heidän voinnistaan, kuunnella heitä, tarkistaa heidän käsitykset ennen hoitoa sekä auttamalla potilaita työstämään heidän ajatuksiaan. (Kvåle & Bondevik 2008, 583.)

Yleisesti ottaen potilaat halusivat saada lisää tietoa sairaudestaan ja sen hoitomuodoista (Kvåle & Bondevik 2008, 583; Tasmuth ym. 2004, 1812). Potilaille oli myös tärkeää, että heidän mielipiteitään kysytään sekä heillä on mahdollisuus keskustella hoitomuodoista lääkärin kanssa (Kvåle & Bondevik 2008, 583). On tärkeää, että potilaat saavat itse päättää, kuinka paljon tietoa he haluavat saada sairaudestaan ja omasta tilastaan (Holdsworth & King 2011, 251). Lisäksi potilaat ja omaiset kokivat kaipaavansa enemmän tietoa ja tukea nimenomaan syövän edetessä ja sen hoitovaihtoehtojen vähetessä. Hyvän hoidon edellytyksenä on, että potilaat ja heidän omaisensa ovat tietoisia potilaan hoitolinjasta. (Tasmuth ym. 2004, 1813.)

Kuolemasta puhuminen ei ole aina helppoa potilaalle, joten jokaista potilasta tulisi lähestyä yksilöllisesti. Kuolemasta puhumisesta nousi potilaan näkökulmasta esiin erilaisia näkökulmia. Osa potilaista koki, että kuoleman esiin nostaminen tulisi olla potilaan päätös. ”Potilaat kyllä tietävät, koska ovat siihen valmiita.” Se, miten hoitajat puhuvat potilaan



kanssa kuolemasta, riippuu potilaasta itsestään. Hoitajien täytyy osata lukea potilaan antamia merkkejä. Hoitajien tulisi nostaa esiin ainoastaan sellaisia asioita, joista puhuminen potilaan kanssa on miellyttävää. (Holdsworth & King 2011, 252–253.) Se, että potilas ei ole halukas puhumaan elämän tarkoituksesta ja kuolemasta voi olla sidoksissa siihen, että potilaat yrittävät näin välttää surulliseksi ja ahdistuneeksi tulemistä (Johansson ym. 2006, 397). Avoin keskustelu potilaan ja hänen omaistensa kanssa auttaisi ymmärtämään valitsevaa tilannetta ja näin sopeutumaan siihen (Tasmuth ym. 2004, 1813).

Osa saattohoitopotilaista toivoi lisäksi saavansa parempaa tiedottamista jatkohoitopaikasta. Keskimäärin potilailla oli yhdestä viiteen jatkohoitopaikkaa. Näin ollen moni potilas ei tiennyt, minne hänen tulisi tarvittaessa hakeutua hoitoon esimerkiksi virka- tai päivystysaikaan. Potilaat kaipasivat lisäksi parempaa tiedottamista sosiaalietuuksista, kuten esimerkiksi B-todistuksen tekemisestä. (Tasmuth ym. 2004, 1810–1812.)

Tiedonpuutteita esiintyi niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin. Informaatio näiden kahden organisaation välillä ei kulkenut toivotulla tavalla. Potilaat siirtyivät usein perusterveydenhuoltoon jatkohoittoa varten melko myöhään ja huonokuntoisina. Näyttäisi siltä, että organisaatioilta puuttuu selkeä kuva siitä, kenelle jatkohoitovastuu tulisi siirtyä tai siihen ei ole kiinnitetty riittävästi huomioita. Tämä näkyy muun muassa siinä, että noin kolmasosa kotiutuneista potilaista ei tiennyt kenelle hoitovastuu kuuluu. (Tasmuth ym. 2004, 1812- 1813.)

Kotona pärjääminen ja siellä oleminen mahdollisimman pitkään on monen kuolevan potilaan ensimmäisiä toiveita (Sand 2003, 82). Saattohoitopotilaat valitsisivatkin kodin jatkohoitopaikaksi useammin kuin laitoksen. Potilaiden halukkuus kotihoitoon lisääntyi, mitä enemmän hoidoissa kului aikaa. Vaikka suurin osa parantumattomasti sairaista potilaista toivoi kotona tapahtuvaa saattohoitoa, onnistui se vain alle puolessa tapauksista. (Tasmuth ym. 2004, 1810–1812.) Näin ollen yhä edelleen suurin osa suomalaisista kuolee laitoksessa, sairaalassa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla (Sand 2003, 37). Osaltaan tähän voi vaikuttaa se, että potilaat ovat siirtovaiheessa huonompikuntoisia sen takia, että suurin osa potilaista siirtyy jatkohoittoon vuodeosastolta. Vuodeosastolle potilaat ovat yleensä joutuneet nimenomaan huonontuneen yleistilan tai hoitokomplikaatioiden takia. Osasyynä siihen, että saattohoitoa ei voida toteuttaa kotona voi olla myös se, että perusterveydenhuollossa on puutteelliset hoitoresurssit. (Tasmuth ym. 2004, 1812.)

Riittävä oireenmukainen hoito ennen siirtoa erikoissairaanhoidosta parantaa saattohoitopotilaan mahdollisuutta saada saattohoitoa kotona (Tasmuth ym. 2004, 1809). Kotona tapahtuvan saattohoidon keskeisiä tavoitteita ovat kipujen ennakoiminen sekä niiden saaminen hallintaan ennaltaehkäisevästi. Pääasiallisia syitä saattohoitokotiin siirtymiselle ovat lisääntynyt avun tarve, kotona pärjäämättömyys sekä heikentyneet voimat. (Sand 2003, 85, 87.)

Potilaat siirtyvät jatkohoitoon yleensä ilman riittävää oireenmukaista hoitoa (Tasmuth ym. 2004, 1813). Muualla kuin saattohoitokodeissa hoidettujen potilaiden omaiset kokivatkin esimerkiksi kivunlievityksen olleen osalla potilaista riittämätöntä ja potilaille tehtiin myös turhia tutkimuksia (Sand 2003, 176). Tämän takia erikoissairaanhoidossa tulisi olla palliatiiviseen hoitoon keskittyneitä yksiköitä, jotka turvaisivat potilaan riittävän ja hyvän oireenmukaisen hoidon. Näin potilaat olisivat jatkohoitoon siirrettäessä vähäoireisia sekä parempikuntoisia. Tämä voisi mahdollistaa kotihoidon useammalle potilaalle. (Tasmuth ym. 2004, 1813.) Kun jatkohoitopaikka on tiedossa ja valmiina, ei potilaalla ole suuremman avuntarpeen tullessa pelkoa tai epä tietoisuutta siitä, mihin hänen tulisi lähteä. Tämä tuo potilaille suurta turvaa. Tieto hoitopaikasta vapauttaa potilaan sekä hänen omaisensa hoitopaikkaan liittyvistä huolista ja heille annetaan mahdollisuus rauhoittua ja paremmin keskittyä omaan elämäntilanteeseensa. (Sand 2003, 85.)

Perusterveydenhuollon tasolla tapahtuvasta saattohoidosta noin 40 % potilaista koki hoidossa puutteita. Näitä puutteita koettiin muun muassa perushoidossa, kivunhoidossa sekä psykososiaalisessa tuessa. (Tasmuth ym. 2004, 1812.) On tärkeää, että potilaalla on hoitotahto heidän omista toiveistaan elämän loppuvaiheen hoitoa varten. Potilaat kokivat, että silloin, kun he ovat pystyneet tekemään hoitotahdon, he ovat pystyneet myös hyväksymään tilanteensa. Silloin, kun kuolema on lähellä, keskustelu omista mieltymyksistä ja toiveista on oleellista ja potilaat pitävät tätä keskustelua tärkeänä. Suurin osa potilaista koki, että tämänkaltainen keskusteleminen omista kuolemaan liittyvistä toiveista tulisi aloittaa mahdollisimman nopeasti. Hoitajat kokivat tämän kuitenkin haastavaksi, koska osa potilaista voi vielä ensimmäisellä tapaamiskerralla saada palliatiivista elämää pidentävää hoitoa, eivätkä potilaat ole siinä pisteessä heidän sairautessaan tai hoidoissaan, että he ovat hyväksyneet kuoleman mahdollisuuden. (Holdsworth & King 2011, 253.)

Mikäli potilailla ei ole ollut kirjoitettua hoitotahtoa tai selkeää suunnitelmaa tulevasta kuolemasta, aiheutti se esimerkiksi omaisille usein epävarmuutta tekemistään valinnoista.

Potilaat kokivat myös useammin aggressiivisia hoitoja elämän loppuvaiheessa, mikäli eivät olleet käyneet läpi keskustelua elämän loppumisesta. Tämä vaikutti omalta osaltaan potilaan elämänlaatuun negatiivisesti. (Holdsworth & King 2011, 254.)

Omaisiet kokivat, että he eivät olleet saaneet riittävästi tietoa kuoleman prosessista. Tieto siitä, mitä viimeisten viikkojen, päivien ja tuntien aikana tapahtuu, auttaisi omaisia selviytymään ja suunnittelemaan asioita paremmin. Asioiden ja hoidon suunnitteleminen etukäteen auttaa omaisia selviytymään surusta. On tärkeää, että saattohoidossa olevat hoitajat rakentavat suhteen potilaisiin ja heidän omaisiinsa, koska hyvä suhde tekee kuolemasta puhumisen helpommaksi. Kuolemasta keskustelemisen ajoittaminen saattohoitoon ja taudin etenemiseen koettiin tärkeänä. (Holdsworth & King 2011, 253–254.)

Vaikka potilaat haluavat useimmiten tietää enemmän heidän sairaudestaan ja sen hoitomuodoista, antavat he kuitenkin lopullisen päätöksenteon vastuun lääkäreille. Tämä vei vastuuta pois potilaalta itseltään ja potilaat myös luottivat lääkärin antamiin neuvoihin. Potilaiden halu olla mukana päätöksenteossa riippuu potilaasta itsestään. Fyysiset muutokset, intensiiviset lääketieteelliset väliintulot, tunteellinen ahdinko ja kivut voivat vaikuttaa potilaiden kapasiteettiin olla mukana hoidon päätöksenteossa. Yhtenä syynä voi olla myös se, että potilaat haluavat välttää negatiivista tietoa heidän ennusteestaan. (Kvåle & Bondevik 2008, 583, 586.)

Potilaat halusivat, että heitä kohdeltaisiin kumppaneina. Kumppanuus näkyi erityisesti päätöksenteossa. Potilaat painottavat tärkeyttä, jossa hoitajat kertovat potilaalle, mitä tekevät ja miksi. Kaikki potilaat halusivat olla mukana päätöksenteossa koskien omaa päivittäistä elämää ja hoitoa osastolla. (Kvåle & Bondevik 2008, 586, 588.)

Potilaat toivovat, että he olisivat mahdollisimman vapaita niin fyysisistä kuin psyykkisistäkin oireista. Näin he voisivat vielä tehdä niin paljon asioita kuin he haluavat elämänsä loppuvaiheessa. (Johansson 2006, 397.) Eräässä tutkimuksessa tuli myös esiin, että potilaan mahdollisuus kuolla arvokkaasti sekä kontrolloida omaa kuolemaansa voi olla merkityksellisempää kuin itse kivuttomuus (Mikkonen 2006, 16; Sand 2003, 103).

Potilaat odottavat hoitajalta verenpaineen mittaamisen ja muiden normaaleiden hoitotoimenpiteiden sijaan keskustelemista, kuuntelemista ja varsinkin henkilökohtaista, vain potilaille ja hänen perheelleen varattua aikaa. Saattohoitopotilas odottaa pysähtymistä sekä

aikaa hänelle. (Sand 2003, 84–85.) Hoitajilla tulisi siis olla enemmän aikaa istua potilaan vieressä ja keskustella tämän kanssa sekä selvittää potilaan tarpeet. Esimerkkinä eräs potilas oli joutunut kuusi kuukautta olemaan riittämättömällä kivunhoidolla, koska hoitohenkilökunnalla ei ollut potilaan tarpeet selvillä, eikä potilaalta ollut kysytty hänen mielipidettään. Hoitajat eivät olleet kuunnelleet potilasta riittävästi. Vasta sitten, kun he istahtivat potilaan viereen ja keskustelivat asiasta, he ymmärsivät tilanteen ja osasivat ottaa potilaan asian vakavasti. Jaettu päätöksenteko on merkityksetöntä ilman kunnollista tietoa. Ei kuitenkaan saa olettaa, että kaikki potilaat haluaisivat osallistua heidän hoidon päätöksentekoon. Lääkärin tulisi ottaa aikaa selvittääkseen potilaan luonteen ja osallistumisen laajuuden ja sitten vasta antaa potilaan tarvitsemaa tietoa. (Kvåle & Bondevik 2008, 585, 588.)

Potilaat arvostavat hoidossa hoitajan huolehtivaa käyttäytymistä, valvomista ja seurantaa sekä sitä, että hoitajat ovat lähellä, saatavilla. Valvonnan ja seurannan avulla hoitajat osoittavat heidän ammatillisen kykynsä ja pätevyytensä ja näin takaavat potilaalle tarjoavansa kaiken hoidon. Jos hoitajat olivat välittömästi ja nopeasti saatavissa, vaikutti tämä todennäköisesti siihen, että potilaat uskoivat hoitajien olevan läsnä ja aidosti hoitavan heitä. Jotta hoitaja voisi tarjota potilaalle hänen tarvitsemaa terapeutista hoitoa, tulee hoitajan tietää potilaan arvot, uskomukset ja toimintatavat. (Amizadeh ym. 2013, 325–326.)

Henkilökunnan osaaminen on edellytys hyvälle saattohoidolle. Tämän osaamisen tulee olla turvallista, ammattitaitoista sekä kollegiaalista toimintaa. Toiminnassa tulee tunnustaa saattohoidon erityisyys. (Mikkonen 2007, 68.) Terveystieteiden ammattilaisilla ja potilailla on usein erilaiset näkemykset siitä, mitkä asiat sairaudesta ja hoidoista ovat tärkeitä itse potilaalle. Tämän takia potilaan näkökulman ymmärtäminen on tärkeää, koska se auttaa terveydenhuollon ammattilaisia kehittämään hoitoja siten, että ne sopivat potilaan tarpeisiin. (Carter ym. 2004, 611–612.) Saattohoitopotilaan hoitoon osallistuva on tukea tarjoava ja antava, vahvistava, hoitava, suojeleva, rohkaiseva, aktivoiva, lohduttava ja vapauttava. Suhteessa hoitajan ja potilaan välillä pyritään läheisyyteen, turvallisuuteen, intiimiyteen sekä luottamuksellisuuteen. (Sand 2003, 110–111.)

Siihen, minkälaiseksi potilaan saattohoitoaika ja saattohoidossa oleminen muodostuu, vaikuttavat itse potilaan sairaus ja sen tuomat elämän rajoitteet sekä vaikeudet. Saattohoitoaika muovaavat muun muassa potilaan omat käsitykset itsestään sekä se, millaisena ja miten potilas ymmärtää oman tilanteensa, pystyykö hän itse vaikuttamaan siihen sekä

miten elämä on kokonaisuudessaan jäsentynyt. Potilaan saattohoitoaikaan vaikuttaa myös se, miten lähipiirin ihmiset sekä hoitoympäristö suhtautuvat kuolemaan ja mitä he potilaalta odottavat. Lisäksi saattohoitoajan muodostumiseen vaikuttavat sairauden vaikeus ja luonne. Pystyykö potilaan kipuja lievittämään lääkityksen lisäksi jollakin muulla tavalla esimerkiksi fysioterapian avulla? Kuinka väsynyt ja voimaton potilas on hoitoon tullessa? Mikä on potilaan sairauden tilanne kaiken kaikkiaan? (Sand 2003, 91.)

Saattohoitopotilaiden on todettu olevan vähään tyytyväisiä ja he ovat kiitollisia pienestäkin avusta ja huomion osoittamisesta. Saattohoitopotilaiden pyynnötkään eivät ole suuria. Saattohoito merkitsee potilaalle elämän yhteenvedon tekemistä, kuoleman odottamista sekä taistelua sairauden ja mahdollisten kipujen kanssa. Saattohoitoaika kuvataan usein ”päivä kerrallaan elämiseksi”. (Sand 2003, 90.)

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa aiemmin tuotetun tiedon avulla syöpäpotilaiden kokemuksia ja odotuksia hyvästä saattohoidosta sekä selvittää potilaslähtöisyyden toteutumista saattohoidossa. Valituista tutkimuksista (liite 1) lähes kaikki oli tehty haastattelujen avulla. Uskoin tämän olevan tärkeä asia opinnäytetyön tehtäviin vastaamisen kannalta. Näin saisin aitoa tietoa potilaan ja hänen omaistensa näkökulmasta. Pääosin valitut tutkimukset käsitelivät potilaan näkökulmaa sekä sitä, mitkä asiat ovat potilaan mielestä tärkeitä saattohoidossa sekä hyvän elämänlaadun ylläpitämisessä. Valitettavasti tiedonhaussa ei löytynyt tutkimuksia gynekologisista saattohoitopotilaista. Näin ollen valituista tutkimuksista pyrin kuitenkin löytämään yleisesti tietoa siitä, mitä syöpäpotilaan hyvä ja potilaslähtöinen saattohoito on.

Tutkimusten mukaan hyvällä kuolemalla on monia laajoja merkityksiä. Hyvään ja ihan-teelliseen kuolemaan yhdistetään arvokkuus, rauhallisuus, valmistautuminen, avoimuus, kuoleman hyväksyminen sekä sopeutuminen. (Carter ym. 2004, 617; Sand 2003, 102.) Saattohoidossa esiin tulleita keskeisiä arvoja ovatkin yksilöllisyys, inhimillisyys, ainutkertaisuus, arvokkuus, ihmisyyden kunnioittaminen, läheisyys, lähimmäisyys sekä tuen antaminen ja sen saaminen (Sand 2003, 111). Laki potilaan asemasta ja oikeudesta (1992/785) mukaan jokaisen potilaan hoito tulisi järjestää ja häntä tulisi kohdella ihmisarvoa, vakaumusta sekä yksityisyyttä kunnioittavasti.

Saattohoito on moniammatillista potilaan tarpeista ja toiveista lähtevää hoitoa. Hoito ei ole ainoastaan potilaan fyysisten oireiden hoitoa (Tasmuth ym. 2004, 1813), vaan hoidossa tulee huomioida niin fyysinen, sosiaalinen, hengellinen kuin psyykinenkin näkökulma (Mikkonen 2007, 11; Sand 2003, 110; Johansson ym. 2006, 392, Nykänen 2014, 19; Pihlainen 2010, 17). Lisäksi hoitoon kuuluu olennaisesti potilaan psykososiaalinen apu, omaisten tukeminen (Tasmuth ym. 2004, 1813) sekä potilaan neuvonta ja käytännön asioiden ohjaaminen (Pihlainen 2010, 17). Kokonaisvaltaisuus korostuukin kuolevan potilaan hoidossa (Sand 2003, 84; Mikkonen 2007, 11; Tasmuth ym. 2004, 1813; Pihlainen 2010, 17) ja hoidon toteuttamisessa tarvitaan eri asiantuntijoiden moniammatillista yhteistyötä. Saattohoitopotilaan hoidossa auttavat hoitajien ja lääkärien lisäksi esimerkiksi

sosiaalityöntekijät, sielunhoitajat, psykologian asiantuntijat sekä erilaiset terapeutit. (Mikkonen 2007, 11; Ridanpää 2006, 53.) Saattohoito kuvattiin olevan tehtävä ihmistä varten (Sand 2003, 84).

Jotta saattohoitopotilaalle muodostuisi hyvä elämänlaatu, tulee potilaasta huolehtia hyvin. Potilaan tulee tuntea olonsa turvalliseksi, pystyä osallistumaan itseään koskevaan päätöksentekoon sekä kokea säilyttävänsä arvonsa ihmisenä sekä oman elämäntapansa. (Pihlainen 2010, 17.) Potilaat arvostavat siis kuulluksi tulemista, yksilöllisesti oleellisen tiedon antamista, arvostetuksi tulemista ja sitä, että heillä on vapaus ja oikeus tehdä päätöksiä (Kvåle & Bondevik 2008, 587). Saattohoidon tavoitteena on ehkäistä ja lieventää potilaan kärsimystä, tunnistaa sekä hoitaa potilaan kipua ja muita fyysisiä, sosiaalisia, psyykkisiä sekä eksistentiaalisia ongelmia (Tasmuth ym. 2012, 452).

Saattohoidossa tehtävänä on antaa saattohoitovaiheen aikana kuolevalle potilaalle sekä hänen omaisilleen kaikki mahdollinen käytettävissä oleva hoidollinen apu, lievitys sekä tuki (Sand 2003, 107). Saattohoidossa työskentelevien ei tulisi vain keskittyä saattohoitopotilaan ongelmiin. On tärkeää, että hoitajat sen sijaan keskittyisivät positiivisiin elämänlaatua kasvattaviin asioihin ja rohkaisisivat sekä auttaisivat potilaita löytämään positiivisia näkökulmia heidän yksilöllisessä elämässään. (Johansson ym. 398.) Täytyy ymmärtää, että potilaat ovat oman elämänsä asiantuntijoita ja hoitohenkilökunnan tehtävänä on tarjota tietoa ja tukea potilaalle (Kvåle & Bondevik 2008, 587).

Saattohoidon tavoitteena on luoda kuolevalle potilaalle mahdollisuus yksilöllisestä, arvokkaasta sekä rauhallisesta kuolemasta. Tämä ajatus on kaiken hoidon taustalla. (Sand 2003, 102; Tasmuth ym. 2012, 452.) Jokainen kuolee omalla tavallaan ja tämä hyväksytään saattohoidossa. Kuoleman tulisi tapahtua mahdollisuuksien mukaan omaisten ja potilaan lähimmäisten läsnä ollessa. Kuoleman hetkellä hoitajienkin tulee olla henkisesti läsnä ja myös fyysisesti ”kädenmitan päässä”. Tämä ei välttämättä tarkoita potilashuoneessa olemista koko aikaa, jos paikalla on myös omaisia. (Sand 2003, 102–103.)

Jokaisella potilaalla on oikeus ihmisarvoiseen elämään riippumatta sairaudestaan ja siihen liittyvistä oireista (Mikkonen 2007, 11). Kuolevilla potilailla on runsaasti erilaisia perushoidollisesti hoidettavia oireita sekä heidän liikunta- ja toimintakykynsä on usein heikentynyt. Pahimpia fyysistä kärsimystä aiheuttavia tekijöitä ovat muun muassa kipu, väsymys, uupumus sekä syöpähoitojen sivuvaikutukset. (Pihlainen 2010, 17; Hänninen

2003, 29.) Masennus on taas yleisintä henkisessä kärsimyksessä. Vuorovaikutussuhteiden muutokset ja eristäytyminen aiheuttavat sosiaalista kärsimystä. (Pihlainen 2010, 17.) Potilaan oireidenmukainen hoito, potilaan ja hänen omaistensa tukeminen, miellyttävän ympäristön luominen sekä potilaan inhimillinen ja arvokas kohtelu ovat aina osa saattohoitoa (Hänninen 2012, 14–15). Hyvän ja yksilöllisen perushoidon järjestämisellä yritetään lievittää potilaan oireita, kipua sekä kärsimyksiä mahdollisimman tehokkaasti. Saattohoidon tavoitteena on hoitaa potilasta hänen ihmisarvoaan ja toiveitaan kunnioittaen. (Sand 2003, 39.)

Jotta potilaan yksilöllinen hoito toteutuisi, edellyttää se yksilöllisen hoidon suunnittelua ja paneutumista potilaan asioihin (Mikkonen 2007, 65). Suunnitelmallisella saattohoidolla mahdollistetaan kuolevan potilaan elämänlaatu, turvallisuuden tunne, hoidon inhimillisyys sekä hoidon jatkuvuus (Herlevi ym. 2011, 25). Tavoitteena on saattohoidon aikana tarjota potilaalle mahdollisimman täydesti eletty, tapahtumista rikas sekä kivuton elämän loppuvaihe. Saattohoidon luonne edellyttääkin siihen osallistuvilta henkilöiltä antaumuksellisuutta, epävarmuuteen suostumista, luotettavuutta ja kestävästä sitoutumista. (Sand 2003, 176.) On tärkeää, että saattohoitopotilas pystyy elämään elämänsä niin täytenä kuin mahdollista ja ottaa kaiken irti jokaisesta päivästä (Johansson 2006, 396).

Kuolemasta tulee puhua potilaalle rehellisesti, avoimesti sekä kiertelemättä (Kvåle & Bondevik 2008, 583; Pajunen 2013, 13; Pihlainen 2010, 17), mutta keskusteluun potilasta ei kuitenkaan pakoteta. Usein kuoleva potilas tuntee turvattomuutta, levottomuutta, alakuloisuutta, surua, masentuneisuutta sekä avuttomuutta. (Sand 2003, 94; Mikkonen 2007, 66.) Kuolevan potilaan kanssa keskustelu tulevista tapahtumista voi valmistaa häntä henkisesti kohtaamaan kuolemansa. Lisäksi keskustelu auttaa tukemaan omaisia heidän surussa sekä luopumisen prosessissa. (Pihlainen 2010, 17.)

Potilaalle tulee antaa riittävästi omaa rauhaa sekä tilaa (Mikkonen 2007, 65; Pihlainen 2010, 17). Potilaalla tulisi mahdollisuuksien mukaan olla oma huone, jossa hän voi viettää rauhassa aikaa omaistensa kanssa (Pihlainen 2010, 17). Kahden hengen huoneessa toisen potilaan ”verhontakainen kuolema” saattoi lisätä potilaan psyykkistä kärsimystä sekä levottomuutta (Mikkonen 2007, 45; Kvåle & Bondevik 2008, 586).



Saattohoitoon kuuluu myös tärkeänä osana potilaan omaisten huomiointi sekä tukeminen (Eho ym. 2003, 6; Pihlainen 2010, 17; Heikkinen ym. 2004, 70). Kuolevan hyvä hoitaminen on niin potilaan fyysistä perushoitoa kuin potilaan ja hänen omaistensa huomioivaa yhteistyötä, yhteisyyttä ja läheisyyttä (Sand 2003, 176). Saattohoidon aikana omaisille tulisi kertoa tulevat tapahtumat hienovaraisesti sekä heitä tulisi rohkaista myös ilmaisemaan tunteitaan (Mikkonen 2007, 13). Omaisille tulisi antaa mahdollisimman hyvää tietoa, tukea, toivoa sekä turvallisuutta (Sand 2003, 94). Omaisille oli myös tärkeää olla läsnä kuoleman hetkellä. Tätä toivetta tulisi kunnioittaa ja siihen tulisi luoda myös mahdollisuus. (Mikkonen 2007, 69.) Potilaan omaiset arvostavat avointa ja myönteistä ilmapiiriä sekä sellaista hoitoympäristöä, jossa he voivat ilmaista tunteitaan vapaasti (Pihlainen 2010, 17).

Henkilökunnan osaaminen on tärkeää onnistuneelle saattohoidolle. Henkilökunnan työssä painottuvat saattohoitoon sitoutuminen ja siihen kiinnostus, neuvotteleva, ihmisistä välittävä työskentelytapa sekä myös saattohoitopotilaiden erilaisten tapojen ja arvojen kunnioittaminen sekä ymmärrys heidän tavoistaan elää viimeiset viikkonsa. Tilanteiden ennakoiminen ja tiedon antaminen ovat tärkeitä saattohoidossa. Hyvä saattohoito edellyttää hoitajalta aloitteellisuutta. (Mikkonen 2006, 14.) Yksi edellytys onnistuneelle saattohoidolle on myös hyvä ja pysyvä hoitosuhde (Tasmuth ym. 2004, 1813).

Hyvän saattohoidon toteuttamista voivat kuitenkin hankaloittaa hoitajien kiireinen työtahti, asianmukaisten tilojen puute sekä vääränlainen asenne saattohoitopotilaita kohtaan (Herlevi ym. 2011, 23). Tasmuthin ym. tekemässä tutkimuksessa (2004, 1812) tulee ilmi, että tiedonpuutteita saattohoidosta esiintyi niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoitossakin. Näiden kahden organisaation välillä muun muassa tiedonkulku ei toiminut toivotulla tavalla. Organisaatioilta näyttäisi puuttuvan selkeä kuva siitä, kenelle jatkohoitovastuu tulisi siirtyä tai siihen ei ole kiinnitetty huomiota riittävästi. Näin ollen potilaat siirtyivät yleensä perusterveydenhuoltoon jatkohoittoa varten melko myöhään, huonokuntoisina sekä ilman riittävää oireenmukaista hoitoa. (Tasmuth ym. 2004, 1812–1813.) Potilaiden omaiset kokivatkin esimerkiksi kivunlievityksen olleen osalla potilaista riittämätöntä ja potilaille tehtiin myös turhia tutkimuksia (Sand 2003, 176). Potilaat kokivat puutteita myös perushoidossa, kivunhoidossa sekä psykososiaalisessa tuessa (Tasmuth ym. 2004, 1812). Hoitajilla tulisi siis olla enemmän aikaa istua potilaan vieressä ja keskustella tämän kanssa sekä selvittää potilaan yksilölliset tarpeet (Kvåle & Bondevik 2008, 585).

## 6.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Hyvä saattohoito perustuu potilaan arvokkuuden säilymiseen sekä kunnioittamiseen elämän loppuun asti. Tähän hoidon tavoitteeseen päästään korostamalla hyvää oirehoitoa, hoidon ihmiskeskeisyyttä sekä perheen läsnäoloa, mikäli potilas ja hänen omaisensa niin haluavat. (Mikkonen 2006, 14.) Lisäksi on ymmärrettävä, että jos potilaalla on ongelmia jollakin elämän osa-alueilla, vaikuttavat nämä ongelmat todennäköisesti myös muihin osa-alueisiin (Carter ym. 2004, 617).

Opinnäytetyön tutkimusten mukaan saattohoitopotilaan hoidossa on huomioitava potilaan tarpeet sekä toiveet fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta sekä hengellisestä näkökulmasta (Mikkonen 2007, 11; Sand 2003, 110; Johansson ym. 2006, 392). Saattohoito on potilaan tarpeista ja toiveista lähtevää hoitoa. Aina tämä ei kuitenkaan onnistu. Tutkimuksista kävi ilmi, etteivät kaikki saattohoitopotilaat olleet saaneet riittävästi tietoa esimerkiksi jatkohoitopaikasta tai heidän toiveitaan ei oltu kuultu. Tärkein ja ensimmäinen kuolevan potilaan toiveista on yleensä kotona tapahtuva saattohoito. Kuitenkin tutkimuksista käy ilmi, että vain alle puolessa tapauksista tämä on toteutunut. On todettu, että osaltaan tähän voi vaikuttaa se, että potilaat ovat siirtovaiheessa huonompikuntoisia, eikä perusterveydenhuollossa ole riittäviä hoitoresursseja. (Tasmuth ym. 2004, 1810–1813.)

Mikkosen tekemässä tutkimuksessa (2006, 14) tulee esiin, että henkilökunnan osaaminen on yksi edellytys hyvälle saattohoidolle. Tällä hetkellä kaikilla hoitajilla ei kuitenkaan ole riittävästi tietoa saattohoidosta ja sen toteuttamisesta. Näin ollen hyvää saattohoitoa ei pystytä turvaamaan. Hoitajille voitaisiin tehdä pieni ohjeellinen hyvästä saattohoidosta ja siihen liittyvistä tärkeistä asioista helpottamaan saattohoitopotilaan hoitoa. Tällä hetkellä saattohoitoa ei myöskään käydä tarpeeksi läpi esimerkiksi sairaanhoitaja-koulutuksessa. Opiskelijoilla ei ole valmiuksia tämänhetkiselällä opetuksella saattohoitopotilaan kohtaamiseen tai hänen hoitamiseensa. Olisi tärkeää ottaa saattohoito osaksi syventävän vaiheen opintoja.

Yleensä potilaan saattohoito alkaa tilanteessa, jossa potilas siirtyy erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Saattohoitopäätös voi olla potilaalle hyvin vaikea ja tämän takia potilasta hoitavien hoitoyksiköiden yhteistyön tulisi sujua saumattomasti. (Pihlainen 2010, 17.) Jotta potilaan hyvä saattohoito voitaisiin turvata, tulisi näiden kahden organisaation tehdä parempaa yhteistyötä toistensa kanssa. Jokaisella potilaalla on kuitenkin

oikeus asuin- sekä hoitopaikasta riippumatta hyvään sekä kokonaisvaltaiseen oireenmukaiseen hoitoon. (Tasmuth ym. 2004, 1813; Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 1992/785.)

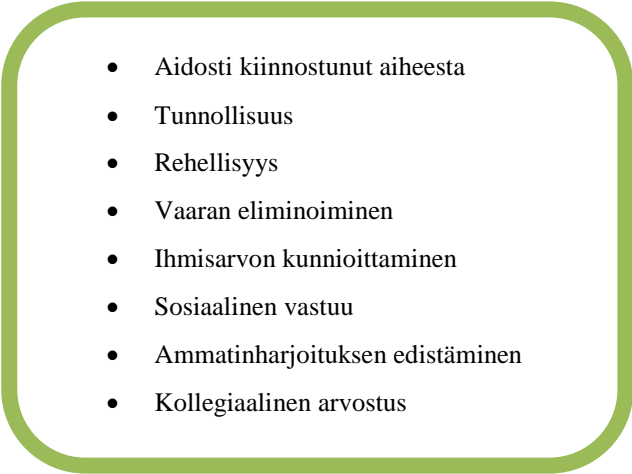
Gynekologista syöpää sairastavan potilaan saattohoidosta ei löytynyt sopivaa tutkittua tietoa opinnäytetyötä varten. Tämän takia tässä opinnäytetyössä keskityttiin yleisesti syöpäpotilaan hyvään ja potilaslähtöiseen saattohoitoon sekä siihen, mitkä tekijät potilaan näkökulmasta ovat tärkeitä saattohoidossa ja hyvän elämänlaadun ylläpitämisessä elämän loppuun asti. Opinnäytetyön kannalta olisi kuitenkin oleellista saada tietää myös gynekologista syöpää sairastavien naisten tarpeita elämän loppuvaiheessa. Jatkotutkimuksena voitaisiinkin tutkia esimerkiksi laadullisen tutkimuksen avulla haastattelemalla gynekologista syöpää sairastavien potilaiden toiveita ja tarpeita saattohoidossa.

Opinnäytetyön tekeminen oli antoisaa, mutta omalla tavallaan myös haastavaa. Haastavinta opinnäytetyössä oli aiheen eettisyys sekä tehtyjen tuoreiden tutkimusten vähyys. Vaikka potilaan tarpeet eivät oletettavasti juurikaan kuoleman lähestyessä muutu, olisi niiden tutkiminen kuitenkin tarpeellista. Kaikkia potilaan tarpeita ei ole tutkimusten avulla saatu vielä esiin. Tämä opinnäytetyö on todella ajankohtainen ja mielestäni myös arvokas. Opinnäytetyön avulla hoitajat kuten myös opiskelijat voivat hyödyntää esiin tulutta tietoa. Näillä tiedoilla he voivat parantaa saattohoitopotilaiden hoitoa ja keskittyä yksilöllisesti nimenomaan potilaiden tarpeisiin sekä toiveisiin. Opinnäytetyön tärkeimmät huomiot syöpäpotilaan hyvästä saattohoidosta on yhdistetty ohjeina hoitajille huoneentaulun muotoon liitteessä 2.

### **6.3 Opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelua**

Tutkimuksen eettisyys on tärkeä osa tutkimusta ja sitä voidaankin kutsua tieteellisen toiminnan ytimeksi. Eettiselle tutkimukselle on määritelty kahdeksan eettistä vaatimusta (kuvio 8). Näihin vaatimukseen kuuluu muun muassa se, että tutkija on aidosti kiinnostunut uudesta tiedosta sekä on tunnollisesti paneutunut omaan aiheeseensa, jotta voisi oman tietonsa avulla välittää mahdollisimman luotettavaa uutta tietoa. Eettisiin vaatimuksiin kuuluvat myös rehellisyys, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalinen vastuu, ammatinharjoituksen edistäminen sekä kollegiaalinen arvostus, missä tutki-

joiden tulee suhtautua toisiinsa arvostavasti vähättelyn sijaan. Vaaran eliminoimisella tarkoitetaan sitä, että sellainen tutkimus, joka voi tuottaa kohtuutonta vahinkoa, tulee jättää pois omasta tutkimuksestaan. Sosiaalisella vastuulla tuodaan esiin se, miten tutkija voi omalta osaltaan vaikuttaa tieteellisen informaation käyttämiseen eettisten vaatimusten mukaisesti. Ammatinharjoituksen edistämisen tarkoitetaan puolestaan sitä, miten tutkijan tulee toimia tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia edistäen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.)

- 
- Aidosti kiinnostunut aiheesta
  - Tunnollisuus
  - Rehellisyys
  - Vaaran eliminoiminen
  - Ihmisarvon kunnioittaminen
  - Sosiaalinen vastuu
  - Ammatinharjoituksen edistäminen
  - Kollegiaalinen arvostus

KUVIO 8. Tutkijan eettisen vaatimukset (Mukaiillen Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212).

Tutkimuksen etiikka voidaan jakaa tieteen sisäiseen sekä ulkopuoliseen tutkimusetiikkaan. Sisäisellä tutkimusetiikalla tarkoitetaan yleensä tieteenalan luotettavuutta sekä totuudenmukaisuutta. Sisäisessä tutkimusetiikassa tarkastellaan suhdetta tutkimuskohteeseen, sen tavoitteisiin sekä koko tutkimusprosessiin. Tieteen ulkopuolinen tutkimusetiikka käsittelee sitä, miten ulkopuoliset asiat vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan ja miten asioita tutkitaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212.)

Tutkijan tekemää tutkimusaiheen valintaa voidaan pitää eettisenä ratkaisuna. On tärkeää, että tutkija pohtii aiheensa merkitystä yhteiskunnallisesti. Hyödyllisyys on tutkimusetiikan periaate ja tutkimuksen oikeutuksen lähtökohta. (Kankkunen & Vehviläinen Julkunen 2013, 218.) Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineisto haetaan yleensä eri elektronisista tieteellisistä tietokannoista sekä manuaalisilla hauilla tieteellisistä julkaisuista. Kir-

jallisuuskatsauksen aineisto muodostuu siis aiemmin julkaistuista tutkimuksista. Kirjallisuuskatsauksessa tärkeintä on kuitenkin, että aineisto sopii yhteen laaditun tutkimuskysymyksen kanssa. (Kangasniemi ym. 2013, 295.)

Opinnäytetyön aihe valittiin aidosti oman kiinnostuksen myötä ja asiasta haettiin laajasti tietoa eri tietokantoja käyttäen. Tiedonhaussa käytettiin apuna Medic-, CINAHL-, Medline- sekä Melinda-tietokantoja. Lisäksi opinnäytetyön aineiston haussa tehtiin manuaalinen haku Hoitotiede-, Tutkiva hoitotiede- sekä International Journal of Palliative Nursing -lehtien arkistoihin. Näin opinnäytetyön aiheesta pyrittiin saamaan mahdollisimman hyvä ja kattava kuva sekä luotettavaa tietoa. Aineiston haussa vaikeudeksi osoittautui oikeiden hakusanojen löytäminen sekä vähän tutkittu opinnäytetyön aihe. Tiedonhaussa apuna käytettiin kirjaston informaattikkoa, mutta hänen avustaan huolimatta opinnäytetyön aiheesta ei löytynyt kovinkaan paljoa tuoretta tietoa. Aineistoa hyvästä saattohoidosta löytyi jonkin verran, mutta saattohoitoa gynekologisten syöpien näkökulmasta ei juuri ole tutkittu. Tämän takia opinnäytetyössä saattohoitoa tarkastellaan yleisesti syöpää sairastavien potilaiden näkökulmasta. Lopulta opinnäytetyöhön valikoitui mukaan kahdeksan tutkimusta (liite 1). Näistä valituista tutkimuksista viisi oli ulkomaalaista ja kolme suomalaista.

Opinnäytetyön tarpeellisuus lähti työelämäkumppanin tarpeista ja tavoitteena oli kirjallisuuskatsauksen avulla lisätä hoitajien tietoutta hyvästä ja potilaslähtöisestä syöpäpotilaan saattohoidosta. Tulosten avulla hoitajat voivat kiinnittää huomiota saattohoitopotilaalle tärkeisiin asioihin, ja näin kehittää syöpäpotilaan saattohoitoa. Tutkimuskäytänteistä riippuen tutkimukseen tulee yleensä hakea lupa, ja samalla varmistaa, saako kohdeorganisaation nimeä mainita tutkimuksessa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222). Opinnäytetyölle myönnettiin tutkimuslupa tammikuussa 2015 ja opinnäytetyössä työelämäkumppanin nimenä käytetään sovitusti Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä tarkemman osaston sijaan.

Tutkimustyössä tärkeä osa tutkimusta on anonymiteetti. Tällä tarkoitetaan sitä, ettei tutkimustietoja luovuteta prosessin aikana ulkopuolisille. Myös oikeudenmukaisuus, jolla tarkoitetaan tutkittavaksi valittujen tasa-arvoisuutta, kuuluu tutkimustyöhön. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.) Tutkimustyön eettisiä kysymyksiä ovat muun muassa tulosten sepittäminen, plagiointi, puutteellinen raportointi sekä muiden tutkijoiden

vähättely. Plagioinnilla tarkoitetaan toisen henkilön tekstin suoraa lainaamista ilman lähdemerkintöjä ja tulosten sepittämisellä tekaistuja tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224–225.) Tutkimusetiikan yhtenä perusvaatimuksena toimii se, ettei tutkimusaineistoa väärennetä tai luoda tyhjästä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212). Mikäli kuitenkin epäillään vilppiä, tulee tutkijan kyetä tarvittaessa näyttämään hänen alkuperäinen aineistonsa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 226). Opinnäytetyössä ei ole käytetty plagiointia. Opinnäytetyössä tutkimusaineisto on asianmukaisesti luetteloitu ja kirjoitettu lähdemerkintöineen. Lähdeviitteet on kirjoitettu tarkasti ja myös sivunumerot on huomioitu raportoinnissa. Näin alkuperäinen aineisto on helposti nähtävillä. Valmis opinnäytetyö on lisäksi lähetetty Urkund-plagiaatintunnistusjärjestelmään, jossa varmistetaan, ettei työssä ole käytetty plagiointia.

Tutkimuskysymyksen selkeä esittäminen on osa tutkimuksen luotettavuutta ja aineiston perusteiden kuvaus on tärkeää luotettavuuden selvittämisessä (Kangasniemi ym. 2013, 297–298). On tärkeää katsauksen onnistumisen sekä tulosten relevanttiuden osoittamiseksi, että kirjallisuuskatsauksen kaikki vaiheet kuvataan (Johansson 2007, 6). Menetelmäosien selkeä kuvaus ja läpinäkyvyys lisäävät kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta (Kangasniemi ym. 2013, 297–298). Mikäli kirjallisuuskatsauksessa ei ole tarkasti kuvattu tehtyjen tutkimusten haku-, valinta- ja käsittelyprosessia, lukijalla ei ole mahdollisuutta prosessin onnistumisen tai etenemisen arvioimiseen (Johansson 2007, 4–6). Opinnäytetyössä on selkeästi esitetty katsauksen kaikki vaiheet erilaisten kuvioiden avulla. Kuvioiden avulla nähdään muun muassa opinnäytetyöhön asetetut sisäänotto- ja poissulkukriteerit (kuvio 6) sekä suoritettavat haut (kuvio 7). Valitun aineiston jäsentämistä sekä sen luotettavuuden arviointia auttaa kirjallisuuskatsauksen prosessin tarkka kuvaaminen (Kangasniemi ym. 2013, 296). Aineiston, analyysin sekä tulosten tarkka kuvaus lisää siis tutkimuksen luotettavuutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198).

Opinnäytetyön luotettavuuden näkökulmasta on huomioitava, että käytetyistä tutkimuksista viisi oli englanninkielisiä. Käännösvirheen mahdollisuus on siis olemassa, koska opinnäytetyön tekijän äidinkielenä ei ole englanti. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset rajattiin suomen ja englannin kieleen. Lisäksi kaikki valitut tutkimukset eivät vastanneet jokaiseen opinnäytetyön laadittuihin kysymyksiin. Tämän vuoksi opinnäytetyön tuloso- osassa jouduttiin valitettavasti käyttämään paikka paikoin vain paria tutkimusta hyödyksi.

## 6.4 Opinnäytetyön prosessin pohdintaa

Opinnäytetyön prosessi käynnistyi syyskuussa 2014 aihevalinta-seminaarilla. Seminaarissa valitsin opinnäytetyön lähtökohdaksi inhimillisen kuoleman. Aihe täsmentyi prosessin alussa syöpäpotilaan hyvään saattohoitoon työelämäpalaverin ja opettajan kanssa käytyjen ohjausten avulla. Aihe oli mielenkiintoinen ja heti minulle tärkeä. Koin, että asiasta on tärkeää saada lisää tietoa. Aikataulullisesti opinnäytetyön tekeminen yksin oli toimivin ratkaisu.

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Tiedonhaussa apuna käytettiin erilaisia tietokantoja, kirjaston järjestämiä tiedonhakupajoja sekä kirjaston informaattikkoa. Apuvoimista huolimatta saadut tutkimukset jäivät mielestäni suppeiksi. Opinnäytetyön aiheesta ei löytynyt tuoreita tutkimuksia. Erityisesti gynekologisten syöpien näkökulmasta tehtyjä tutkimuksia ei ollut käytettävissä lainkaan. Tämän takia opinnäytetyössä jouduttiin käymään saattohoitoa läpi yleisesti syöpäpotilaan näkökulmasta. Mitä pitemmälle prosessissa edettiin, sitä tärkeämmäksi koin opinnäytetyön aiheen. Mielenkiintoni aiheita kohtaan säilyi koko opinnäytetyön prosessin ajan.

Minulle selkiintyi opinnäytetyötä tehdessä saattohoitopotilaan hoitopolku sekä se, kuinka kohdata ja hoitaa saattohoidossa olevaa potilasta. Saattohoito on paljon muutakin kuin pelkkää perushoitoa. Opin sen, kuinka tärkeänä potilaat pitävät hoitajilta saamaa tukea sekä sen, kuinka merkittävää on, että hoitajat ovat aidosti läsnä. Saattohoitopotilaille tulisi antaa aikaa. Kuitenkin olen huomannut, ettei tämä aina toteudu. Saattohoitopotilaat yleensä niin sanotusti unohdetaan ja heidän hoidon laatu elämän loppuvaiheessa saattaa kärsiä. Tähän vaikuttavat esimerkiksi hoitoresurssit ja ainainen kiire. Saattohoitoa tulisi käydä enemmän läpi erilaisten koulutusten avulla, jotta hoitajat osaisivat kiinnittää huomiota potilaille tärkeisiin asioihin.

Opinnäytetyön tekemisessä oli omat haasteensa. Haastavinta opinnäytetyössä olivat aiheen eettisyys sekä tiedonhaku. Opinnäytetyötä tehdessä pohti myös omia arvojaan kuolemaan ja saattohoitoon liittyen. Välillä oli haastavaa jättää omat mielipiteet pois opinnäytetyöstä. Joskus kaipasinkin myös kaveria, joka olisi ollut mukana tiedonhaussa sekä tutkimusten läpikäymisessä. Kaikesta huolimatta opinnäytetyön tekeminen oli antoisaa ja erittäin opettavainen kokemus.

## LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Azimzadeh, R., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V. & Rahmani A. 2013. What are important for patient centered care? A quantitative study based on perceptions of patients' with cancer. *Journal of Caring Sciences*. 2013. 2 (4): 321-327.

Carter, H., MacLeod, R., Brander, P. & McPherson, K. 2003. Living with a terminal illness: patients' priorities. *Journal of advanced nursing*. 2004. 45(6): 611-620.

Eho, S., Hänninen, J., Kannel, V. & Halila, R. 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. ETENE. Työryhmäraportti. Luettu 19.5.2015.

<http://www.etene.fi>

Grénman, S. & Leminen, A. 2013. Gynekologiset syövät. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P.J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) *Syöpätaudit*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Grénman, S. & Auranen, A. 2011. Kohdunrunkon syöpä. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen J. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Gustafsson, M., Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. 2009. Yksilöllistä hoitoa edistävät tekijät – hoitohenkilöstön näkökulma. *Tutkiva Hoitotyö*. 2009. 7 (4): 4-11.

Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito: Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Herlevi, H., Oikemus-Määttä, J., Rissanen, L. & Heikka, H. 2011. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito. *Sairaanhoitaja*. 2011. 84 (10): 23–25.

Hermanson, T., Vertio, H. & Mattson, J. 2010. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010-2020: Työryhmän raportti. Syövän hoitoa kehittävä työryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6. Helsinki.

Holdsworth, L. & King, A. 2011. Preferences for end of life: views of hospice patients, family carers, and community nurse specialists. *International Journal of Palliative Nursing*. 2011, 17 (5): 251–255.

Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Hänninen, J. 2004. Saattohoito. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen P. (toim.) *Palliativinen hoito*. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J. 2012. Saattohoito-opas. Potilaan ja omaisen opas. 3. painos. Etelä-Suomen syöpäyhdistys ry. Helsinki: T. A. Sahalan Kirjapaino Oy.



Hänninen, J. & Pajunen, T. 2006. Kuoleman kaari – Sairastumisesta, luopumisesta, elämästä. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Isola, J. & Kallioniemi, A. 2013. Syövän synty, kasvu ja leviäminen. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P.J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Javanainen, M. (toim.) 2006. Syöpä 2015. Syöpäjärjestöjen julkaisuja 2006. Kuopio.

Johansson, C., Axelsson, B. & Danielson, E. 2006. Living with incurable cancer at the end of life – Patients' perception on quality of life. *Cancer Nursing*. 2006. 29 (5): 391-399.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51. 3-7.

Joensuu, H. 2013. Syövän hoidon yleiset periaatteet. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P.J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikainen, E. 2013. Kuvailtava kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede*. 2013, 25 (4): 291–301.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karjalainen, T. & Ponkilainen, S. 2008. Hoitotyöntekijöiden tuki kuolevan potilaan omaisille –kyselytutkimus hoitohenkilökunnalle. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Koikkalainen, P. & Rauhala, L. 2013. Potilaslähtöisyys – Uhka vai mahdollisuus? *Tutkiva Hoitotyö*. 2013, 11 (2): 44–46.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2008. Käypä hoito – suositus. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 27.11.2014  
<http://www.kaypahoito.fi>

Kvåle, K. & Bondevik, M. 2008. What is important for patient centered care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of caring sciences*. 2008, 22 (4): 582–589.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Leino, T. 2008. Elämän tukemista elämän lopussa. Teoksessa Minkkinen, A. (toim.) Saat-tohoito – elämää ennen kuolemaa. Pirkanmaan hoitokodin 20-vuotisjuhlakirja. Tampere: Kirjapaino Öhrling Oy. 17

Leminen, A. 2009. Gynekologiset syövät. Terveyskirjasto Duodecim. Luettu 27.11.2014.  
<http://www.terveyskirjasto.fi>

Leminen, A. & Loukovaara, M. 2011. Munasarja- ja munanjohdinkasvaimet. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mikkonen, M. 2007. Saattohoidon laatu Terhokodissa omaisten arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Mäenpää, J. & Pakarinen, P. 2011. Ulkosynnyttimien, emättimen ja kohdunkaulan kasvaimet. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Nieminen, P. 2011. Gynekologinen irtosolunäyte. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Nykänen, M. 2014. Oikeus hyvään kuolemaan. Noste 3/2014, 18–23.

Pajunen, T. 2013. Saattohoidon merkitys. Teoksessa Aalto, K. (toim.) Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja.

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa: Asiantuntija kuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Helsinki.

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

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasa. Luettu 5.11.2014.  
<http://www.uva.fi/>

Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Sankila, R. 2013. Syövän ehkäisy ja syöväälle altistavat tekijät. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P.J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Siltala, P. 2013. Työnohjaus auttaa saattohoitajaa jaksamaan. Teoksessa Hänninen, J & Luomala, M. (toim.) Elämän puu. Helsinki: Otava.

Suomen syöpärekisteri. 2014a. Yleisimmät syövät vuonna 2012, naiset. Päivitetty 8.10.2014. Luettu 3.11.2014.  
<http://www.cancer.fi/syoparekisteri/>

Suomen syöpärekisteri. 2014b. Vuosittaiset keskimääräiset syöpätapauksien määrät vuosina 1966–2012 primaaripaikoittain ja kalenterijaksoittain, naiset. Päivitetty 08.10.2014. Luettu 3.11.2014.  
<http://www.cancer.fi/syoparekisteri/>

Suomen syöpärekisteri. 2014c. Vuosittaiset keskimääräiset syöpätapauksien määrät vuosina 1966–2012 primaaripaikoittain ja kalenterijaksoittain, miehet. Päivitetty 8.10.2014. Luettu 9.12.2014.

<http://www.cancer.fi/syoparekisteri/>

Tasmuth, T., Poukka, P. & Pöyhä, R. 2012. Milloin saattohoito alkaa? *Finnanest* 45 (5): 450–454. Luettu 19.5.2015.

<http://www.finnanest.fi/>

Tasmuth, T., Saarto, T. & Kalso, E. 2004. Onnistuuko syöpäpotilaiden palliativinen hoito Husin alueella? *Suomen lääkirilehti*. 2004. 59(17): 1809–1814.

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

Vainio, A., Hietanen, P., Pitkälä, K. & Moilanen K. 2004. Palliativisen hoidon asema lääketieteessä. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen P. (toim.) *Palliativinen hoito*. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim.

## LIITTEET

### Liite 1. Valitut tutkimukset

Tutkimus, tekijät ja julkaisupaikka	Tarkoitus	Aineisto ja metodi	Keskeiset tulokset
<p>Azimzadeh, R., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V. &amp; Rahmani A. 2013. What are important for patient centered care? A quantitative study based on perceptions of patients' with cancer. Journal of Caring Sciences. 2013. 2 (4) 321–327.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on määritellä, mitkä asiat ovat tärkeitä potilaslähtöisyydessä syöpäpotilaiden hoidossa.</p>	<p>Kuvaileva tutkimus Kyselylomake (n=200)  Kyselylomakkeen tulokset analysoitiin käyttämällä SPSS 13.0 tilasto-ohjelmalla.</p>	<p>Syöpäpotilaiden mielestä hoitajien huolehtivalla käyttäytymisellä (aina saatavilla, valvominen ja seuranta) on suuri merkitys potilaslähtöisessä hoitotyössä.</p>
<p>Carter, H., MacLeod, R., Brander, P. &amp; McPherson, K. 2003. Living with a terminal illness: patients' priorities. Journal of advanced nursing. 2004. 45(6), 611-620.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kertoa mitkä ovat parantumattomasti sairaiden potilaiden prioriteetit elämässä.</p>	<p>Potilashaastattelut (n=10)  Narratiivinen analyysi ja aineistopohjainen teoria (grounded theory)</p>	<p>Potilaalle tärkeitä tekijöitä: -Henkilökohtaiset tekijät (mm. osallistuminen päivittäisiin toimiin, henkinen hyvinvointi -perheellä, ystävillä ja hoitotyöntekijöillä on suurempi vaikutus elämään ja hyvinvointiin kuin yhteiskunnallisilla tekijöillä tai ympäristötekijöillä. - Normaalius - Oman elämän hallitseminen ja päätöksenteko Potilaiden näkökulman ymmärtäminen voi auttaa hoitotyöntekijöitä kehittämään sopivia strategioita auttamaan potilaan tarpeita.</p>

<p>Holdsworth, L. &amp; King, A. 2011. Preferences for end of life: views of hospice patients, family carers, and community nurse specialists. <i>International Journal of Palliative Nursing</i>. 2011, 17 (5): 251-255.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on tunnistaa asioita keskustelluista ja tallennetuista potilaan toiveista kuoleman paikalle saattohoitopotilaiden, omaishoitajien ja saattohoidon terveydenhoitajien näkökulmasta.</p>	<p>Haastattelut (n=21)</p> <p>Haastattelut kirjoitettu puhtaaksi ja jaettu teemoihin.</p>	<p>Saattohoidon henkilökunnan on tärkeää luoda suhde potilaaseen ja omaishoitajaan. Tämä helpottaisi kuolemasta puhumista.</p> <p>Kuolemasta puhuminen tulisi ajoittaa saattohoitoon saapumiseen.</p>
<p>Johansson, C., Axelsson, B. &amp; Danielson, E. 2006. Living with incurable cancer at the end of life – Patients’ perception on quality of life. <i>Cancer Nursing</i>. 2006. 29 (5). 391-399.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata parantamatonta syöpää sairastavien potilaiden käsityksiä elämänlaadusta elämän loppuvaiheessa.</p>	<p>Potilashaastattelut (n=5)</p> <p>Sisällönanalyysi (Krippendorff)</p>	<p>-tavallisuuden arvostaminen elämässä</p> <p>-positiivisen elämän ylläpitäminen, esimerkiksi muistojen avulla</p> <p>-kärsimyksen lieventäminen</p> <p>-elämän hallitseminen sairaudesta huolimatta</p> <p>-merkitykselliset suhteet</p>
<p>Kvåle, K &amp; Bondevik, M. 2008. What is important for patient centered care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. <i>Scandinavian Journal of caring sciences</i>. 2008, 22 (4): 582–589</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa syöpäpotilaiden käsityksistä kumppanuudesta hoidossa, terveysongelmien hoidon jaetusta päätöksenteosta sekä syistä heidän toiveidensa takana.</p>	<p>Potilashaastattelut (n=20)</p> <p>Fenomenologinen analyysi</p>	<p>Tutkimuksen tulokset potilaslähtöisyyden tärkeydestä potilaan näkökulmasta voidaan jakaa kolmeen ryhmään:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Voimaantumisen (kunnioitus, kuunteleminen, rehellinen tiedonanto)</li> <li>2. Jaettu päätöksenteko sairauden hoitamisesta</li> <li>3. Kumppanuus</li> </ol>

<p>Mikkonen, M. 2007. Saattohoidon laatu Terhokodissa omaisten arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata saattohoidon laatua Terhokodissa ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä omaisten arvioimana.</p>	<p>Kyselylomake (n=94) Haastattelu (n=58)  Kyselylomakkeen tulokset analysoitiin SPSS tilasto-ohjelmalla. Haastattelut analysoitiin sisällön analyysin avulla.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan hoito oli ihmisläheistä, ja oireita lievittävää. Ajantasainen tiedon saanti ja huolenpito potilaasta ja omaisen osallistumismahdollisuudet paransivat hoidon laatua. Henkilökunnan riittämättömyys, ruotsinkielen osaamattomuus ja tiedolliset puutteet heikensivät hoidon laatua.</p>
<p>Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja tuoda esille saattohoidon toimintaa saattohoitokodeissa ja siten lisätä ymmärrystä kuolevan potilaan hoitamisesta. Tutkimuskysymykset liittyvät siihen, mikä tekee hoidon hyväksi ja mitä hyvään olemukseen suomalaisessa saattohoidossa sisältyy.</p>	<p>Potilashaastattelut (n=35)  Aikaisemmin kerätyt haastattelut vuodelta 1996 (n=6)  Sisällönanalyysi</p>	<p>Saattohoito on potilaan yksilöllisesti huomioon ottavaa sekä perhekeskeistä. Hoidon lähtökohtana ovat kuolevan potilaan tarpeet. Yksilöllinen kivunlievitys ja hyvä perushoito ovat oleellinen osa kuolevan hyvää hoitamista.</p>
<p>Tasmuth, T., Saarto, T. &amp; Kalso, E. 2004. Onnistuuko syöpäpotilaiden palliatiivinen hoito Huisin alueella?. Suomen lääkärilehti. 2004. 59(17). 1809–1814.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää oireenmukaisen hoidon porrastusta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä, potilailla esiintyviä oireita ja hoidon laatua.</p>	<p>Potilashaastattelut puhelimitse (n=102)  Kyselylomake lääkäreille (n=43)  Sisällönanalyysi</p>	<p>Potilaat siirtyivät jatkohoitoon keskimäärin 1,5kk ennen kuolemaansa. Joka kolmas kotihoitoon siirtynyt potilas oli siirtovaiheessa epätietoinen jatkohoitopaikastaan. Enemmistö olisi toivonut kotihoitoa, joka järjestyi vain alle puolessa tapauksista.</p>

Liite 2. Ohjeita syöpäpotilaan hyvälle saattohoidolle

## *Syöpäpotilaan hyvä saattohoito*

### *- ohjeita hoitajille*

- Muista potilaan yksilölliset fyysiset, psyykkiset, hengelliset sekä sosiaaliset tarpeet.
- Tue potilaan omatoimisuutta ja toimintakykyä.
- Huolehdi potilaan hyvästä oire- sekä perushoidosta.
- Lievennä potilaan kärsimystä parhaimpasi mukaan.
- Pyri toiminnassasi potilaan turvallisuuden tunteeseen.
- Kunnioita ja arvosta potilasta sekä hänen toiveitaan ja tarpeitaan.
- Anna aikaa potilaan kanssa keskustelemiseen ja rohkaise potilasta tuomaan esille hänen toiveitaan sekä tunteitaan.
- Kuuntele potilasta.
- Muista potilaan hoidon ohella myös omaisten huomioiminen.
- Ole läsnä!

**Tavoitteena luoda potilaalle mahdollisimman yksilöllinen, arvokas sekä rauhallinen kuolema.**