

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Hoitotyön koulutusohjelma

2013

Jenna Jalonen & Eeva Liikala

SAATTOHOITOPOTILAAN HENKINEN KIPU HOITAJAN SILMIN



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Hoitotyö

Kevät 2013 | 51 sivua + 7 liitesivua

Halonen Satu & Nousianen Anu

Jenna Jalonen & Eeva Liikala

SAATTOHOITOPOTILAAN HENKINEN KIPU HOITAJAN SILMIN

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista on saattohoitopotilaan henkinen kipu hoitajan näkökulmasta ja miten sitä voidaan hoitaa. Tavoitteena on kehittää saattohoitopotilaan henkisen kivun huomioimista ja hoitamista. Tutkimus on laadullinen ja sen aineisto kerättiin avoimella kyselylomakkeella Salon terveyskeskussairaalan vuodeosasto 2:n saattohoitosolun hoitajilta (n=9) alkuvuodesta 2013. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä ja tulokset raportoitiin tekstinä ja taulukoina.

Tulosten mukaan saattohoitopotilaan henkinen kipu ilmenee erilaisina kuolemaan liittyvinä pelkoina, mielialan muutoksina, negatiivisina tunteina, korostuneena aktiivisuutena sekä somaattisina oireina. Henkisen kivun lievittämisen keinot liittyvät hyvään hoitosuhteeseen, moniammatilliseen tiimityöhön, vaihtoehtoihin hoitokeinoihin sekä omaisilta saatuun tietoon. Henkisen kivun hoidon kehittämisen osa-alueet ovat henkilökunnan riittävyyden turvaaminen, moniammatillisuuteen panostaminen, koulutuksen lisääminen, hoidon kehittäminen, omaisten ottaminen mukaan hoitoon ja osastojärjestelyt.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että Salon terveyskeskussairaalan vuodeosasto 2:lla saattohoitoon on jo perehdytty ja henkilökunta on osaavaa. Kuitenkin henkistä kipua voitaisiin huomioida enemmän koulutusten muodossa. Resursseja saattohoitoon olisi tarpeellista saada lisää ainakin hoitajamäärän kasvattamiseksi, jolloin on antaa enemmän aikaa saattohoitopotilaille. Opinnäytetyön tuloksista on hyötyä paitsi saattohoidon parissa työskenteleville myös asiasta kiinnostuneille. Jatkotutkimusaiheena voitaisiin tutkia lisää henkisen kivun hoidon kehittämistä.

ASIASANAT:

Saattohoito, henkinen kipu, hoitotyö, saattohoitopotilas, omaiset

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing

Spring 2013 | 51 pages + 7 attachments

Halonen Satu & Nousiainen Anu

Jenna Jalonen & Eeva Liikala

TERMINALLY ILL PATIENT'S MENTAL PAIN ON NURSE'S PERSPECTIVE

The purpose of this thesis was to find out how terminally ill patient's mental pain appears and how to treat it. The aim is to develop recognition and caring of mental pain in terminal care.

The research is qualitative and it is based on material that was collected by an open questionnaire at Salo health care hospital ward 2 in the spring of 2013. Research group consisted of nine nurses that regularly work with terminally ill patients. The material was examined with material based on content analysis and the results were presented in textual and tabular form.

Terminally ill patient's mental pain appears in different kind of modes, for example fears related to death or negative feelings. Ways to relieve mental pain are good relationship between the patient and the nurse, multi-professional team work, alternative treatments and information given by the next of kin. Improving the care of mental pain consists of enough nurses in each shift, increasing training for nurses, next of kin taking more part in patient's treatment and hospital ward's arrangements.

The conclusion based on the results is that Salo health care hospital ward 2 has competent staff and the ward has acquainted in terminal care. Still terminally ill patient's mental pain needs more attention and nurses need more education about mental pain. There should be more resources for terminally ill patient's care. More resources mean more nurses and that way the nurses have more time to give to terminally ill patients. In the future there should be more research on terminally ill patients' mental pain.

KEYWORDS:

Terminal care, mental pain, nursing, terminally ill patient, next of kin

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 SAATTOHOITO SUOMESSA	7
3 SAATTOHOITOPOTILAAN HENKINEN KIPU	10
3.1 Kuolevan kärsimys ja moninaiset tunteet	10
3.2 Masennus ja ahdistus	13
3.3 Kuolemanpelko ja unettomuus	14
3.4 Hengelliset tarpeet	15
3.5 Omaisten huomiointi saattohoidon aikana	16
4 SAATTOHOITOPOTILAAN HENKISEN KIVUN HOITOMUODOT	20
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	24
6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	25
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	30
7.1 Saattohoitopotilaan henkisen kivun ilmeneminen hoitajan näkökulmasta	30
7.2 Hoitajan keinot saattohoitopotilaan henkisen kivun lievittämiseen	33
7.2.1 Hoitajan tiedonsaantikeinot saattohoitopotilaan henkisestä kivun hoidosta	33
7.2.2 Hoitajan keinot saattohoitopotilaan henkisen kivun hoitoon	34
7.2.3 Työyhteisön resurssit saattohoitopotilaan hoitamiseen	36
7.3 Saattohoitopotilaan henkisen kivun hoidon kehittäminen	38
7.3.1 Esteet saattohoitopotilaan henkisen kivun hyvälle hoidolle	39
7.3.2 Saattohoitopotilaan henkisen kivun hoidon kehittäminen	41
8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	44
9 POHDINTA	47
LÄHTEET	50

LIITTEET

Liite 1. Toimeksiantosopimus

Liite 2. Tutkimuslupa
Liite 3. Kyselylomake
Liite 4. Saatekirje

1 JOHDANTO

Vuosittain saattohoitoa tarvitsee Suomessa arviolta 15 000 potilasta. Noin puolet heistä voidaan hoitaa kotona mahdollisesti kotisairaalaa tai kotihoitoa apuna käyttäen, loput tarvitsevat paikan sairaalasta tai saattohoitoon erikoistuneista hoitokodeista. (Valvira 2012.) Saattohoitoa annetaan vaikeasti sairaalle potilaalle, jolla jäljellä olevaa elinaikaa on arviolta enää viikkoja, tai enintään kuukausia. Keskeistä saattohoidossa on luoda potilaalle sellaiset olosuhteet, joissa potilas voi elää mahdollisimman hyvää elämää loppuun saakka. Tähän sisältyy sairauden ja lähestyvän kuoleman aiheuttamien oireiden ja niistä johtuvien kipujen ja kärsimyksen lievittäminen, potilaan maailmankatsomuksellisten ja hengellisten ongelmien huomioiminen, sekä potilaan läheisten tukeminen. (Lindström 2012.)

Keskeinen osa saattohoitopotilaan hoitoa on henkisen ja fyysisen kivun hoito. Henkiseen kivun hoitoon kuuluu psyykkis-emotionaalisten, hengellisten sekä sosiaalisten ongelmien aiheuttamien oireiden tunnistaminen ja huomioiminen. Näiden osa-alueiden avulla voidaan arvioida potilaan elämänlaatua ja hyvinvointia kokonaisuutena. (Grönlund & Huhtinen 2011, 57.) On todettu, että sairautta on mahdotonta hoitaa pelkästään fyysisenä tapahtumana unohtaen sairauden tuomat vaikutukset potilaan persoonaan (Vainio & Hietanen 2004, 248–249).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista on saattohoitopotilaan henkinenkipu hoitajan näkökulmasta ja miten sitä voidaan hoitaa. Tavoitteena on kehittää saattohoitopotilaan henkisen kivun huomioimista ja hoitamista. Tutkimusaineisto kerättiin avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella, ja vastausten avaamiseen käytettiin sisällönanalyysia. Eräs vastaaja kiteyttää hienosti sen, mistä saattohoidossa on kyse:

”Minusta on hoitajan hyvä ajatella näin: Me hoitajat kohtaamme kuoleman useita kertoja, aina uudelleen ja uudelleen. Potilas kohtaa sen vain kerran. Siksi meidän on tehtävä niin kuin mekin kohtaisimme sen vain kerran. Jokaisen elämä on ainutkertainen ja niin on jokaisen kuolemakin.”

2 SAATTOHOITO SUOMESSA

Saattohoidolla on ollut monia termejä ennen sen nykyistä muotoa. Terminaalihoito on ensimmäinen suomenkielinen termi saattohoidosta, joka ilmenee lääkintöhallituksen julkaisusta vuodelta 1982 koskien terminaalihoiton ohjeita. Saattohoito ja saattaminen termejä on käytetty kuitenkin jo samaisella vuosikymmenellä. Hieman myöhemmin tulivat käyttöön myös termit kuolevan potilaan hoito sekä hyvä kuolema. Nykyisin käytetään termejä saattohoito, terminaalihoito ja palliatiivinen hoito, jotka kaikki ovat osaltaan päällekkäisiä käsitteitä, mutta eroavat kuitenkin hieman tarkoitukseltaan. (Heikkinen yms. 2004, 16, 200.)

Saattohoito sai alkunsa vuonna 1967 Englannista, jolloin Lontooseen perustettiin ensimmäinen hoitokoti kuoleville. Englannista nykyinen hospice – liike on lähtenyt leviämään myös muihin maihin. Hospice – sanalla tarkoitetaan saattohoitoa. Tällä hetkellä Suomessa on neljä saattohoitokotia, jotka sijaitsevat Helsingissä, Tampereella, Hämeenlinnassa ja Turussa. (Heikkinen yms. 2004, 19.) Helsingissä sijaitseva Terhokoti (Hänninen 2008) ja Pirkanmaan hoitokoti on perustettu vuonna 1988 (Pirkanmaan hoitokoti 2013).

Kuolevan potilaan hoitoa kutsuttiin Suomessa 1980-luvulla terminaalihoidoksi, joka tarkoitti lääkintöhallituksen ohjeen mukaan kuolevan potilaan riittävää oireenmukaista perushoitoa sekä kaikkea muuta ihmisarvoa kunnioittavaa huolenpitoa. Ohjeet sisälsivät myös kuolevan potilaan läheiset, joita tuli tukea kuoleman lähestyessä. Nykyisin terminaalihoidolla tarkoitetaan välittömästi kuolemaa edeltävää hoitoa kun taas saattohoidolla tarkoitetaan kuolevan potilaan hoitoa. Palliatiivinen hoito eroaa saattohoidosta siten, että sillä tarkoitetaan parantumattomasti sairaiden potilaiden aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa. (Heikkinen yms. 2004, 16–17.)

Kuolevan kohdalla on tehtävä päätöksiä potilaan hoitolinjoista yhdessä lääkärin, hoitajan, potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Kuolevan potilaan kohdalla tehtäviä hoitolinjoja ovat DNR – päätös (do not resuscitate) sekä saattohoitopää-

tös. DNR – päätös eli päätös elvyttämättä jättämisestä on lääkärin tekemä lääketieteellinen päätös, jolloin sydämen toiminnan pysähdyttyä pidättäydytään potilaan paineluelvytyksestä sekä sydämen sähköisestä tahdistuksesta. AND – päätöksellä (allow natural death) eli ”salli luonnollinen kuolema” tarkoitetaan samaa kuin DNR – päätöksellä. Päätös elvyttämättä jättämisestä perustuu arviointiin siitä, että potilaan perussairaudet ovat niin vaikeat, ettei hänen tilansa todennäköisesti palautuisi elvyttämisen jälkeen. Niin lääkärin kuin hoitajien tulee keskustella DNR – päätöksestä potilaan kanssa ja mahdollisesti potilaan omaisten kanssa, jos potilas antaa siihen luvan. Tilanteessa, jossa potilas ei enää ymmärrä häntä koskevia päätöksiä, tulee asiasta keskustella hänen omaistensa kanssa. Potilas tai omainen ei voi kuitenkaan edellyttää DNR – päätöksen purkamista, mikäli se on lääketieteellisesti asianmukainen ja perusteltu. (Valvira 2013.) DNR merkintää ei tule käyttää saattohoidon aloitusta ilmaisevana merkintänä, sillä se ei tarkoita vielä päätöstä saattohoidon aloittamisesta (Sairaanhoitajan käsikirja 2012).

Saattohoitoa koskevan päätöksen tekee yleensä hoitava lääkäri tai useampi lääkäri yhdessä (Suomen lääkäriliitto 2005). Kun kuolevan potilaan kohdalle tulee kysymykseen saattohoito, on hyvä pitää hoitoneuvottelu. Hoitoneuvotteluun osallistuu lääkäri, hoitohenkilökuntaa, potilas sekä potilaan luvalla hänen omaisiaan. Jokaisen potilaan kohdalla on erikseen ratkaistava päätös saattohoitoon siirtymisestä. Perusteet saattohoitopäätökseen sekä sen seuraamuksille on kerrottava niin potilaalle kuin hänen omaisilleen. On myös kuultava heidän kantansa asiaan. Saattohoitoa koskeva päätös on potilaslakiin kuuluva hoitopäätös, josta tulee neuvotella ja päättää yhteistyössä potilaan sekä tarvittaessa hänen omaistensa kanssa. (Valvira 2013.) Kun saattohoitoa koskeva päätös tehdään oikeaan aikaan, niin kuolevalla ja hänen läheisillään on aikaa valmistautua kuoleman kohtaamiseen sekä elämän päättymiseen. Tällöin ei myöskään rasiteta potilasta turhilla hoitotoimenpiteillä tai tutkimuksilla. (Sairaanhoitajan käsikirja 2012.)

Kuolevan potilaan hoidossa tulee ottaa myös huomioon mahdollinen hoitotahto, joka ilmaisee kuoleman läheisyyteen liittyviä hoitotoimenpiteitä, silloin kun poti-

las ei enää kykene ilmaisemaan itse omaa mielipidettään. Jos potilaalla ei ole hoitotahtoa, niin potilaan hoitolinjoista on keskusteltava omaisten kanssa. Hoitotahto voidaan sivuuttaa vain, jos lääkäri toteaa, ettei tahdonilmaisu ole vakaa tai pätevä. (Sairaanhoitajan käsikirja 2012.)

Yksi osa saattohoidosta on paneutua potilaan elämän loppuvaiheen hoidossa niin psykologisiin, sosiaalisiin, hengellisiin kuin maailmankatsomuksellisiin tarpeisiin. Olennaista on, että saattohoitopotilaan hoitoon liittyy kysymyksiä niin oikeudenmukaisuudesta kuin ihmisarvostakin. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus, 2012.) Itsemääräämisoikeus, oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä hyvään kohteluun koskee myös saattohoitoa, joka on osa potilaan asemaa ja oikeuksia koskevasta laista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 1992). Tämän mukaan potilaalle on aina annettava riittävä ja ymmärrettävä tieto koskien potilaaseen liittyviä tutkimuksia tai hoitoja ennen niiden aloittamista. Terveystieteiden ammattihenkilöillä on myös velvollisuus hoitaa potilasta hyvin kokemuksensa ja koulutuksen perusteella sekä lievittää potilaan kärsimyksiä. Jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön tulee myös täydentää jatkuvasti ammattitaitoaan. Ihmisarvon kunnioittaminen saattohoidossa merkitsee potilaan kunnioittamista, hyvän hoidon antamista, potilaan toiveiden sekä mielipiteiden arvostusta. Ihmisarvon kunnioittaminen ei myöskään lopu potilaan kuolemaan. (ETENE 2003, 7.)

3 SAATTOHOITOPOTILAAN HENKINEN KIPU

Kuoleman kohtaaminen voi usein aiheuttaa eksistentiaalista kärsimystä, joka ilmenee merkityksettömyyden tai arvottomuuden tunteena, toisista riippuvaisuutena ja kokemuksesta taakkana olemisesta. Se voi ilmetä myös paniikkina tai kuolemanpelkona, eristäytyneisyytenä sekä toiveena kuoleman jouduttamisesta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus, 2012.) Kuoleman lähestyessä kuolevan maailma pienenee ja tarpeet vähenevät. Samalla oireet ja keinot vaikuttaa niihin muuttuvat, mutta jonkinlainen kärsimys liittyy kaikkiin kuoleman vaiheisiin. Sairauden lisäksi kärsimyksen määrään ja laatuun vaikuttavat taudin toteaminen, hoidon ja oireiden aiheuttamat moninaiset psykologiset, fysiologiset, sosiaaliset ja taloudelliset tekijät. Hyvinvointia psykologisesta näkökulmasta tarkasteltuna arvokkuuden tunne, itsetunto ja tunne tilanteen kontrolloinnista ovat potilaalle merkittäviä. Kärsimyksen kannalta näkyviä oireita (kipua) merkittävimpiä seikkoja voivat olla turvattomuus, pelko tai muu psykologinen tai sosiaalinen hätä. (Hänninen 2001, 75–76.)

3.1 Kuolevan kärsimys ja moninaiset tunteet

Kärsimys on henkilökohtainen asia, johon liittyy keskeisesti elämän sattumanvaraisuuden, katkelmallisuuden ja haurauden havaitseminen ja kokeminen. Kuolevan potilaan fyysistä kipua ja sen hoitoa on tutkittu paljon, mutta muiden potilaan elämänlaatuun vaikuttavien oireiden selvittäminen on jäänyt vähemmälle. Vaikka potilaan kivunhoito olisi monialaista, voivat potilaan kärsimyksen muut ulottuvuudet jäädä huomioimatta tai hoitamatta. (Hänninen 2001, 76, 131.) Hoitajana tärkeää on huomioida potilaan psyykkisen hyvinvoinnin perustana olevat tarpeet, kuten turvallisuus ja tarve suojautua pelolta ja ahdistukselta (Hänninen & Pajunen 2006, 57–58). Saattohoitopotilaiden parissa työskentely ei aina ole helppoa henkilökunnallekaan. Ahdistusta ja masennusta hoitajille aiheuttavat etenkin liiallinen samaistuminen kuolevaan, jatkuva kuoleman kohtaaminen ja työkeskeinen elämä. Erityisesti nuoret hoitajat, joilla on omia selvittämättömiä

menetyksiä, heikko itsetunto tai pääosin työlle rakentuva identiteetti, ovat riskiryhmässä. Lääkäreiden tehtävänä kuolevan hoidossa on luotettavan tiedon antaminen, potilaan itseään koskevien päätösten tekemisen parantaminen, ja potilaan halujen ja kykyjen välisten ristiriitojen selkiyttäminen. (Hänninen 2001, 49.)

Kun ihminen on saanut tietää, ettei hänellä ole paljoa elinaikaa jäljellä, vellovat tunteet voimakkaana sekamelskana. Viha ja katkeruus kuuluvat vähemmän toivottuihin tunteisiin, joiden taustalla saattaa olla pelkoa ja luopumisen synnyttämää surua. Tulevaisuus on hämärän peitossa, eikä sitä voi ennakoida. Kiukun kohteeksi voi käsittämättömin perustein joutua kuka tahansa läheinen tai lähellä oleva ihminen, esimerkiksi diagnoosin tehnyt ja huonot uutiset välittänyt lääkäri. Viha voi purkautua syyttelyä esimerkiksi lääkäriä kohtaan, joka ei ole havainnut asiaa aikaisemmin, tai itsesyyttöksinä, koska potilas ei aiemmin hakeutunut tutkimuksiin. Vihan lähteenä on pääsääntöisesti yksilön voimattomuuden tunne ja kokemus siitä, ettei kykene hallitsemaan edes omaa kehoansa ja elämäänsä. Läheisille perusteettoman ja selittämättömän kiukun ymmärtäminen voi olla vaikeaa, mutta on tärkeää muistaa, missä kontrolloimattomassa tilanteessa potilas elää. Kiukku ei yleensä ole henkilökohtaista, vaan lähellä olevat ihmiset saavat olla turvallisena kohteena voimakkaille tunteiden ilmaisuille. (Hänninen & Pajunen 2006, 83–84.)

Epätietoisuus, toivottomuus ja hämmennys synnyttävät potilaalla miksi-kysymyksiä, koska elämän rajallisuus on realisoitunut ja potilas on oivaltanut jotain elämän merkityksestä ja arvokkuudesta. Potilas esittää näitä kysymyksiä esimerkiksi hoitajille tai omaisilleen, joiden tehtävänä ei ole antaa oikeita vastauksia, vaan antaa tilaa kaikenlaisille kysymyksille, olla läsnä ja kuunnella. Näissä tilanteissa vääriä ja tyhmiä kysymyksiä ei ole. Kuoleva voi tuntea myös syyllisyyttä ja häpeää pohtiessaan, mitä väärää hän on tehnyt. Sairaus voidaan helposti nähdä rangaistuksena omiin tekoihin ja niihin asioihin, jotka on jättänyt tekemättä. Syyllisyyden pohjalta kumpuaviin miksi-kysymyksiin liittyy melkein aina voimakkaita vihan, häpeän, katkeruuden tai pelon tunteita. Itsensä syyllistäminen voi pahimmillaan olla tuhoisaa, ja se ei yleensä vie ihmisen tilannetta eteenpäin. (Hänninen & Pajunen 2006, 84–90.)

Yksi sairastumisen jälkeen ilmenevä tunne voi olla voimakas avuttomuus, sillä sairastunut voi hyvinkin menettää kokonaan elämänsä hallinnan yhteiskunnassa, jossa tämän päivän vaatimukset edellyttävät hyvin itsenäistä suoriutumista ja useiden asioiden hallitsemista samaan aikaan. Joskus vakava sairaus voi löytyä rutiinikontrollissa ilman, että ihminen on tuntenut itseään sairaaksi. Tällöin yleinen reaktio on tosiasioiden kieltäminen, ja potilas saattaa esimerkiksi ajatella näytteiden menneen sekaisin. Kieltäminen antaa psyykelle aikaa sopeutua yllättävän uuden tilanteen edessä, ja on näin luonnollinen tapa ihmiselle puolustautua. Kieltämiselle tulee antaa tilaa, vaikka se on todellisuuden vastainen reaktio. Sairastunut ei kuitenkaan saa kieltää tosiasioita liian pitkään, yleensä useiden päivien ajan, vaan kieltämisprosessin tehtyä ensiapuluonteisen tehtävänsä, täytyy sairastuneen kohdata todellisuus ja ryhtyä muuttuneen tilanteen edellyttämiin toimenpiteisiin. (Hänninen & Pajunen 2006, 84–90.)

Kuuppelomäen (2002) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuolevan potilaan emotionaalisen tuen antamiseen yhteydessä olevia tekijöitä, ja kuvata emotionaalista tukemista. Aineisto koottiin strukturoidulla kyselylomakkeella sairaanhoitajilta (n=328) ja analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS-tilasto – ohjelmalla. Tuloksista ilmeni, että tavallisimmat emotionaalisen tuen muodot olivat koskettaminen, kuunteleminen, myötäeläminen, lohduttaminen, potilaan toivomusten huomioonottaminen, läsnä oleminen ja rohkaiseminen. Suurin osa tuesta annettiin perushoidon yhteydessä. Sairaanhoitajien kokemuksen mukaan potilaat saivat emotionaalista tukea lähinnä lähiomaisilta ja hoitajilta. Ongelmakohdat emotionaalisen tuen kannalta koskivat hoitajaa, organisaation resursseja, omaisia ja potilasta itseään. Yleisin ongelma oli ajan puute. Emotionaaliseen tuen antamiseen olivat yhteydessä terveyskeskuksen väestöpohja, kuolemaa käsittelevän kirjallisuuden lukeminen ja kuolevan potilaan hoitotyötä käsittelevään koulutukseen osallistuminen. (Kuuppelomäki 2002, 117.)

3.2 Masennus ja ahdistus

Masennusta esiintyy noin 25 %:lla palliatiivisessa hoidossa olevista potilaista (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus, 2012). Saattohoitopotilailla masennuksen itsensä aiheuttaman kärsimyksen lisäksi se lisää muiden oireiden vaikeutta. Oireita, joiden perusteella saattohoidossa olevaa potilasta voidaan pitää masentuneena, ovat sulkeutuneisuus, kontakteista vetäytyminen ja se, että potilas kysyttäessä ilmaisee olevansa suuren osan ajasta masentunut. Potilaan ilmaisemaa halua kuolla ei kuitenkaan automaattisesti tule pitää merkinä masennuksesta, vaan se voi olla vaikeassa tilanteessa olosuhteiden perusteella toive silloin, kun potilas toivoo tilanteen päättyvän. Masennuksen diagnosointi yleensäkin on vaikeaa, ja siihen kehitetyistä mittareista valtaosa on saattohoitopotilaalle tämän yleistilan kannalta sopimattomia tai liian työläitä. Yksinkertaisena mittarina saattohoitopotilaan masennuksen mittaamiseen voidaan käyttää VAS-asteikkoa ääripäinä huonoin mahdollinen ja paras mahdollinen mieliala. Masennuksen hoidossa saattohoitopotilailla yhdistetään supportiivista psykoterapiaa, rentoutusta, ongelmanratkaisua ja mielialalääkitystä. Psykoterapeuttiselle lähestymiselle omat haasteensa asettaa potilaan elinajan lyhyys, mutta tässäkin tilanteessa varsinaisen terapian sijaan jo supportiivinen ja eläytyvä kuuntelu voi auttaa. Keskustelunaiheita täytyy olla kuitenkin muitakin kuin lähestyvä kuolema. Hoidon oleellinen osa on jatkuva ja turvallinen hoitosuhde. (Hänninen 2003, 208–209.)

Tieto omasta lähestyvästä kuolemasta herättää luonnollisesti ahdistusta, ja tätä tunnetta lisäävät monet oireet ja vaivat, sekä arkipäivän muuttuminen hankalammaksi. Alkuun ilmapiiri perheessä on ahdistuneen latautunut, ja kuolevan lisäksi hänen läheisensä ovat surullisia ja ahdistuneita tietäessään lähestyvästä luopumisesta. Osa potilaan kohtaamista oireista on väliaikaisia kriisireaktioita, ja osa pitkäaikaisempaa psyykkistä kärsimystä aiheuttavista oireista. (Hänninen & Pajunen 2006, 58–59.) Ahdistus voi aiheuttaa saattohoitopotilaalle voimavarojen ehtymistä, pelkoa ja pahimmillaan täydellisen toimintakyvyttömyyden. Myös somaattiset oireet, kuten hengenahdistus, sydämentykytys ja pahoinvointi voivat liittyä kokemukseen ahdistuksesta, samoin kuin unettomuus ja ruokahalut-

tomuus. Ahdistuksen aiheuttajia saattohoidossa ovat pelko kuolemasta ja oireista. Myös oireet, joihin potilas ei itse pysty vaikuttamaan, voivat aiheuttaa ahdistusta. Ahdistuksen hoitoa mietittäessä kognitiivinen, psykoterapeuttinen tai supportiivinen lähestymistapa on potilaalle hyödyksi, mutta näitä hoitomuotoja voi rajoittaa se, etteivät saattohoitopotilaat jaksa käydä pitkiä keskusteluja tai heidän kognitiiviset kykynsä eivät enää riitä pohtimaan asioita. Myös ahdistuksen hoidossa voidaan käyttää lääkehoitoa. (Hänninen 2003, 212–213.)

3.3 Kuolemanpelko ja unettomuus

Asia, jota monet kuolemassa pelkäävät on sen tuntemattomuus. Tuskin ketään pelottaisi niin paljoa, jos se minne on menossa, olisi tuttua. Kukaan ei ole voinut palata kertomaan kokemuksiaan tuonpuoleisesta, joten kaikki siinä on tuntematonta. Toisilla pelko saattaa liittyä esimerkiksi kuoleman hetkeen: Aiheuttaako keuhkojen toiminnan lakkaaminen kipua? Millaista on tuska tai kipu, joka aiheutuu sydämen pysähtymisestä? Kuoleva pelkää usein myös omaistensa ja heidän surukokemuksensa raskauden puolesta. Kuolemanpelkoon liittyy monenlaisia tunteita, kuten ihmisen omaa menneisyyttään kohtaan tuntema katumus: enää ei voi tehdä mitään uudelleen tai korjata erehdyksiään. Tulevaisuutta kohtaan tunnetaan kaipausta ja surua: koskaan enää ei voi kokea mieluisaa toistuvaa tapahtumaa, jota on tavallisesti odottanut innolla. Suurinta kuolemanpelko ja kuolemaa kohtaan tunnettu ahdistus ovat silloin, kun kuoleva suree ja katuu menneisyyttään, suree tulevaisuuden menettämistä ja pitää kuolemaa järjettömänä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 53–54.) Suurimmaksi avuksi kuolemanpelkoa tuntevalle voivat usein olla kuunteleminen, läsnäolo ja turvallinen hoitosuhde. Hoitosuhteen osapuolten välillä tulee vallita avoimuus eli heidän välillään ei saa olla salaisuuksia. Hoitaja ei saa jättää kertomatta potilaalle hänen todellista tilaansa, eikä potilaan tule peitellä elämäänsä tai mahdollista kuolemanpelkoaan. Toisin kuin voisi luulla, rehellinen tieto elämän ennusteesta ja sairaudesta ei vie potilaalta toivoa jäljellä olevasta elämästä. (Iivanainen ym. 2004, 569.)

Toteutetaan saattohoitoa sitten kotona tai sairaalassa, tulisi potilaan voida nukkua silloin, kun hän haluaa. Osastolla potilaan oman vuorokausirytmien tulisi säädellä osaston toimintaa eikä päinvastoin. Tämä on kuitenkin käytännössä mahdotonta ainakin silloin, kun potilashuoneissa on useampi henkilö. Saattohoitopotilaiden nukkuminen on hyvin yksilöllistä: jotkut potilaista eivät halua käyttää jäljellä olevaa vähäistä aikaansa nukkumiseen, toiset kokevat nukkumaan menemisen pelottavaksi, koska pelkäävät kuolevansa nukkuessaan. Oireet, kuten pahoinvointi, kipu, yskä tai hengenahdistus voi tehdä nukkumisen mahdottomaksi. Unettomuutta voidaan hoitaa unilääkkein, mutta unen helpottamiseksi saattaa riittää esimerkiksi unirytmien säätely, rentoutus, häiritsevien oireiden hoito tai korvatulpat. (Hänninen 2003, 214–215.)

3.4 Hengelliset tarpeet

Parhaimmillaan uskonto ja hengellisyys tuovat potilaalle rauhaa, lohtua ja helpotusta saattohoidon keskellä. Hengelliset odotukset voivat myös lievittää kärsimyksen kokemusta ja auttaa pitämään yllä toivoa. (Hänninen & Pajunen 2006, 69, 72.) Tärkeä saattohoidon osa on potilaan sielunhoito eli hengellisten tarpeiden huomiointi. Sielunhoito on pitkän aikavälin asia, joka alkaa silloin, kun osaksi arkea ilmaantuu kuoleman todennäköisyys. Tässä kohtaa kyse on ihmisen kuolemaan saattamisesta. Sielunhoito kattaa hautajaisten ajan, ja jatkuu edelleen surun tultua jopa useiden vuosien ajan, jolloin voidaan puhua surevien takaisin elämään saattamisesta. Aina potilas ei valitse sielunhoitajakseen sairaalapastoria, vaan voi haluta tähän tehtävään ystävänsä, vapaaehtoisen, läheiseksi kokemansa hoitajan tai lääkärin. Tärkeää on ottaa huomioon potilaan kulttuurinen ja uskonnollinen tausta, sillä eri kulttuurien käsitykset elämästä ja kuolemasta, sukupolvien välisistä suhteista ja miehen ja naisen roolista poikkeavat suuresti. Jos hoitajalla ei asiasta omaa tietoa ole, hän voi aina kysyä kulttuurisista ja uskonnollisista tavoista potilaalta itseltään. Saattohoidossa olevaan potilaan hengelliset tarpeet voidaan jakaa neljään ryhmään: tarve tulla sovitetuksi itsensä, läheisten ja Jumalan kanssa, tarve suojautua kaiken uha-

nessa tuhoutua, tarve löytää elämän eheys, sekä kiitollisuuden ja täyttymyksen saavuttaminen. (Vainio & Hietanen 2004, 263–264.)

Tulohaastattelun yhteydessä potilaalta tulee aina kysyä tämän uskonnollisista toiveista, ja siitä haluaako hän sairaalapapin vierailevan luonaan. Potilaan sairaus etenee toisinaan niin nopeasti, että joskus on mahdollisuus vain yhteen keskusteluun. Toisinaan taas potilas ehtii saada sielunhoitoa useiden kuukausien ajan. Terveyskeskuksen vuodeosastolla, saattohoitokodeissa ja sairaaloissa sielunhoitotyöstä vastaa useimmiten sairaalapastori. Yhteyden sairaalapastoriin saa henkilökunnan välityksellä, ja henkilökunnan tulisikin tästä mahdollisuudesta muistuttaa myös tulohaastattelun jälkeen. Tarvittaessa päivystävä pappi saadaan paikalle, mihin vuorokauden aikaan tahansa. (Vainio & Hietanen 2004, 263–264.) Aina saattohoitopotilaan hengellisten tarpeiden täyttämiseen ei tarvita pappia, vaan etenkin vanhemmalle ikäpolvelle esimerkiksi tuttu ja turvallinen virsikirja voi olla tärkeä lohdun tuoja. Vanhat kauniit ja tutut virret tuovat mieleen paljon muistoja, ja soveltuvat sellaisinaan jopa rukouksiksi. Lisäksi virsikirjan lopussa olevasta liiteosasta löytyy kirkollisten toimitusten kaavoja ja valmiita rukouksia, kuten rukous kuolevan puolesta tai rukouksia surussa. (Hänninen & Pajunen 2006, 73.) Perheellä voi olla perintönä sukupolvelta toiselle kulkeneita hengellisiä ja uskonnollisia tapoja ja riittejä, joilla saattaa olla merkitystä turvallisuudentunteen lisäämisessä. Hoitajan tulee aina ajatella asiaa potilaan kannalta ja muistaa, että omaisten näkemys saattaa poiketa potilaan käsityksistä ja toiveista. Vaikka nykyajan uskontokielteisyyden vuoksi hoitotyössä uskontoon liittyville asioille saatetaan antaa vain vähän, jos lainkaan merkitystä, tulisi muistaa hengellisen hoidon olevan osa hoidon kokonaisvaltaisuutta. Hengelliset kysymykset ovat kuolevan potilaan hoitotyössä mahdollisesti tärkeämpiä kuin muussa hoitotyössä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 123–124.)

3.5 Omaisten huomiointi saattohoidon aikana

Kun ihminen lähestyy kuolemaa, yltää kärsimys usein moneen henkilöön. Usein potilas saattaa kärsiä eniten omaistensa puolesta, tai potilaan kokemien vaivo-

jen läheisille aiheuttamasta tuskasta. Sairastamisen kokemiseen vaikuttavat suuresti suhteet perheeseen, ja toisaalta sairastaminen vaikuttaa perhesuhteisiin. Hoitajana ei voi odottaa kykenevänsä lievittämään potilaan kärsimyksiä jos jättää huomioimatta ympäröivien ihmisten merkityksen sairastamisessa. Usein perheessä kaikille jäsenille on selvää mitä tulee tapahtumaan, mutta kukaan ei puhu siitä ääneen. Tämä aiheuttaa sen, että kaikki luulevat, ettei kukaan muu tiedä. Yhteinen salaisuus olisi hyvä saattaa julki, sillä mikäli asia jää puhumatta, perheen kärsimys voi jatkua potilaan kuoltua. (Hänninen 2001, 131, 134.)

Omaisten merkitys kuolevan potilaan hoidossa on merkittävä, ja hoidon onnistumiseen vaikuttaa paljolti se, millainen suhde ammatti-ihmisillä ja omaisilla on keskenään. Hoitajan tulisi kuolevan potilaan perhettä tukiessaan olla samanlaisesti vahva ammatti-ihminen sekä lämmin persoona. Tunnemyrskyn keskellä ollessaan omainen kaipaa tuekseen läsnäolijaa, joka ei sure samalla tavalla. Hoitajana tärkeä tehtävä on selventää omaiselle tilanteen kulkua ja tarjota hänelle ymmärrystä, mikä auttaa omaista ymmärtämään tunteidensa olevan oikeutettuja. Hoitajan tulee osata säilyttää riittävä etäisyys tilanteeseen, jotta auttaminen ja tunteiden vastaanottaminen olisi mahdollista. Liika holhous tulee osata jättää sivuun, sillä vaikka ammattilaisen tulee tarjota apuaan, taitojaan ja tukeaan, hän ei saa ottaa omaisen paikkaa. Jokainen saattohoidossa oleva potilas sekä hänen omaisensa on yksilö: toiset kaipaavat halaamista tai muuta fyysistä kosketusta, kun taas toiset voivat kokea sellaisen loukkaavana. Hoitajan, joka on avoin sille, että suru voi myös kohdata häntä itseään on helpompi tukea omaista. Saattohoidossa on tärkeää pyrkiä säilyttämään perheen omia toivomuksia ja tottumuksia. Saattohoitovaiheesta tulee pyrkiä tekemään mahdollisimman pitkälti jatkoa entiselle elämälle, eikä pitää sitä erillisenä osana elämää. Tätä tukee kodikkaan ja vapaan ilmapiirin säilyttäminen. (Vainio & Hietanen 2004, 269–270.)

Lobchuk ja Degner (2002) tutkivat kotona asuvien syöpäpotilaiden lähiomaisten roolia potilaan oireiden hoidossa. Usein pitkälle edennyttä syöpää sairastavat potilaat eivät enää kykene riittävästi kommunikoimaan sairaudestaan, siihen liittyvistä oireistaan ja tarpeistaan. Tällöin terveydenhuollon ammattilaiset kää-

tyvät potilaan lähiomaisten puoleen hankkiakseen järkeviä arvioita potilaan oirekokemuksista. Tutkimus tehtiin kirjallisuuskatsauksena, joka pohjautui 37:ään vuosien 1987 ja 2002 välillä tehtyyn tutkimukseen. Tulosten mukaan lähiomaisilla on kiinteä rooli kotona pitkälle edennyttä syöpää sairastavan oireellisen potilaan optimaalisen elämänlaadun edistämässä. On välttämätöntä, että terveydenhuollon ammattilaiset ymmärtävät kuinka lähiomainen näkee ja kokee potilaan oireet. Kuitenkin terveydenhuollon ammattilaisten mielipiteet lähiomaisien luotettavuudesta ja pätevyydestä vastata potilaan sairauteen liittyviin tapahtumiin, kuten oirekokemuksiin, perustuvat laajalti olettamuksiin, stereotyyppioihin tai hatariin kokemuksiin pohjautuvista yleistyksistä. (Lobchuk & Degner 2002.)

Hoitajan olisi hyvä rohkaista omaista kysymään potilaalta, mistä tämä pitää ja mitä hän jaksaa. Toisille huumorista voi olla apua loppuvaiheessa. Läheisensä saattohoitoon osallistuvalla omaisella voi olla pelkoja väärin tekemisestä. Nämä pelot on hoitajan tärkeää kuunnella, etteivät ne pääse estämään omaista ja potilasta elämästä täyttä elämää myös loppuvaiheessa. Usein omaiset ovat erittäin sitoutuneita ja motivoituneita potilaan auttamisessa. Kuoleman pitkittyessä he voivat kuitenkin väsyä tilanteeseen ja alkaa toivoa potilaan kuolemaa, mikä herättää heissä syyllisyyden tunteita ja pelkoa siitä, että he omilla ajatuksillaan voivat nopeuttaa kuolemaa. Vihan, häpeän ja syyllisyyden tunteet voivat myös kuulua omaisen tuntemuksiin, ja niiden ilmaantumisen he voivat kokea olevan väärin, koska uskovat vain itse potilaalla olevan oikeuden olla suuttunut ja voida pahoin. Hoitaja ei saa vähätellä omaisen erilaisia tunteita, vaan hänen tulee korostaa, etteivät ne ole väärää vaan niitä on oikeus tuntea. Perhettä rohkaistaan avoimeen suremiseen ja tunteiden ilmaisemiseen. (Vainio & Hietanen 2004, 269–270.)

Anttonen ym. (2008) tutkimuksessa tutkittiin saattohoidon laatua eräässä suomalaisessa saattohoitokodissa. Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja vastaukset analysoitiin tutkimukseen kehitetyllä Ihmisläheinen saattohoito – mittarilla. Tutkimusjoukkona oli puoli vuotta aiemmin läheisensä menettäneitä omaisia (n=91), joista 66 % arvioi saattohoidon kiitettäväksi. Laatua saattohoidossa oli perheen yhdessäolon ja yksityisyyden mahdollistaminen, ja osaksi

hyvää saattohoitoa koettiin myös potilaan vierellä vietetty aika ja läsnäolo kuoleman hetkellä. Kokemuksen turvallisesta ja välittävästä hoidosta loivat huolenpito potilaasta, ajantasaisen tiedon saanti ja omaisen osallistumismahdollisuudet. Ilmapiiri koettiin myönteiseksi. Laatu heikentäviksi tekijöiksi koettiin välillä riittämätön ilmanvaihto, sekä kahden hengen huoneessa toisen potilaan saattohoidosta johtuvat tekijät. Muita heikentäviä tekijöitä olivat henkilökunnan riittämättömyys, tiedolliset puutteet ja heikko ruotsin kielen taito. Saattohoitoa voitaisiin omaisten mukaan parantaa mahdollisuudella kiireettömiin jäähyväisiin. Sekä omaiset että hoitajat kaipasivat selventämistä vainajan laittoon osallistumiseen. (Anttonen ym. 2008, 45.)

4 SAATTOHOITOPOTILAAN HENKISEN KIVUN HOITOMUODOT

Turvallisuudentunnetta lisää useimmiten jo pelkkä tieto avun saatavuudesta. Saattohoitopotilaan kohdalla vanha sananlasku siitä, että tieto lisää tuskaa, ei usein pidä paikkaansa. Potilaalla on oikeus saada tietää kaikki hoitoonsa ja tilaansa liittyvä, eikä omaistenkaan ole hyvä salata potilaalta tämän elämään liittyviä asioita. Totuudenmukainen riittävä tieto ja tietoisuus omasta tilasta tekevät potilaan levollisemmaksi kuin epätietoisuus. (Hänninen 2006, 58.) Keskeistä saattohoitopotilaan psyykkisen tilan arvioimisessa on, että niin potilas, omaiset kuin hoitoryhmän jäsenet ovat tietoisia potilaan lähestyvästä kuolemasta. Joskus voi olla vaikeaa erottaa saattohoitopotilaan masennus ja suru toisistaan. Tärkeää on tarjota kuolevalle potilaalle tarvittaessa terveydenhuollon ammattihenkilön antamaa psykososiaalista tukea sekä henkistä ja hengellistä tukea. Myös vertaistuki ja tukihenkilö voivat olla avuksi joidenkin saattohoitopotilaiden kohdalla. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus, 2012.)

Kuolevia ihmisiä ammattinaan hoitaville sekä maallikoille on todettu olevan hyötyä **mielikuvaharjoituksista**. Eräs mielikuvaharjoitus on Terry M. Perlinin esittelemä visuaalinen harjoitus. Visuaalisessa harjoituksessa tarkoituksena on rentouttava ja miellyttävä tilanne, jossa ajatellaan mielikuvina tilanne, jolloin lääkäri kertoo potilaalle sairaudestaan ja sen parantumattomuudesta. Tämän vaiheen jälkeen kuvitellaan, miten omaiset kokevat sairastuneen tilanteen ennen ja jälkeen kuoleman. Visuaaliseen harjoitukseen kuuluu myös omien hautajaisiensa suunnittelu. Viimeinen vaihe sisältää kuolemisen hetken, jossa mietitään ketkä omaisista ovat paikalla ja miten he surevat kuollutta. Visuaalinen mielikuvaharjoitus kestää noin 20 minuuttia. (Grönlund & Huhtinen 1998, 78–79.)

Reinhart Tausch on käyttänyt mielikuvaharjoituksia, joissa pyritään kuvittelemaan kuolemaa rentoutuneessa ja rauhallisessa olotilassa neljän eri vaiheen kautta. Ensimmäisessä vaiheessa on ohjattu ihmiskeskeinen ryhmäkeskustelu ja toisena rentoutuminen. Kolmannessa kuvitellaan oma kuolema, jonka jälkeen

on toinen ohjattu ryhmäkeskustelu. Näihin harjoituksiin on osallistunut niin lääkäreitä, sairaanhoitajia kuin potilaiden omaisiakin. Syöpää sairastavia on ollut mukana muutamia, mutta ei loppuvaiheen syöpäpotilaita. (Grönlund & Huhtinen 1998, 79.)

Mielikuvaharjoitukset kuolemasta auttavat ymmärtämään paremmin potilasta ja hänen läheisiään. Niiden avulla käsitys kuolemasta ja kuolemisesta muuttuu. Mielikuvaharjoitukset auttavat esimerkiksi hoitajaa ymmärtämään paremmin kuolevan potilaan ja hänen omaistensa kokemaa vihaa. Myös ajatusmaailma avartuu väistämättömän kuoleman lähestyessä, ymmärtämään potilaan henkistä mielentilaa. Mielikuvaharjoituksen onnistumiseen vaikuttaa kuitenkin osaava ohjaaja. (Grönlund & Huhtinen 1998, 80.)

Psykoterapia ei ole kovinkaan suuressa osassa kuolevan hoidossa, sillä siihen on usein liian vähän aikaa. Kuolevaa potilasta tulisi kuitenkin tukea siten, että potilas työskentelee psyykkisesti valmistautuakseen omaan kuolemaansa. Olennaista on keskittyä kuoleman lähestyessä keskeisimpiin potilaaseen vaikuttaviin tekijöihin jäljellä olevan ajan puitteissa, sillä kuolevan potilaan psykoterapiassa ei ehditä käymään yksitellen läpi potilaan aikaisempaan elämään liittyviä ongelmia. Potilaan olosuhteet sekä persoonallisuus vaikuttavat terapiaan. Olennaista on kiireettömyys sekä turvallisuuden luominen potilaalle. Terapeutin ja potilaan välisen suhteen kestävyys on niin ikään tärkeää. (Grönlund & Huhtinen 1998, 80.)

Myös potilaan ja lääkärin välinen keskustelu on tärkeää. Avoimesti annettu tieto sairaudesta ja sen parantumattomuudesta voi auttaa potilasta käymään läpi kuolemaan liittyvää vihaa, surua, yksinäisyyden tunnetta ja avuttomuutta. Mikäli potilas ei saa riittävästi mahdollisuuksia keskustella lääkärin kanssa ja kokee saavansa tietoa niukasti, voi potilaan vastustus lisääntyä, yhteistyökyky vähentyä eikä hän pysty tarkastelemaan tunteitaan ja kokemuksiaan. Myös hylätyksi tulemisen tunne voi aiheutua potilaalle, mikäli hän ei saa riittävästi tietoa sairauden aiheuttamista muutoksista elämäntapoihinsa sekä elämäänsä. Henkilökunnan kanssa keskustelu sairaudesta voi auttaa potilasta selviytymään kuolemanpelon mukanaan tuomista tunteista. (Grönlund & Huhtinen 1998, 81–82.)

Kuolemissen prosessiin kuuluvat yleensä lapsuuteen liittyvät ajatukset sekä muistot, jotka turvaavat elämästä lähtemistä. Potilaalla saattaa olla tärkeitä esineitä muistoinen, jotka hän haluaa pitää lähelläään. Musiikki voi olla tärkeä keino päästä pois ahdistavista ajatuksista ja saada levollisuutta sekä rauhaa. On tärkeää luoda olosuhteet niin, että potilas saa lähelleen ne asiat ja esineet, jotka hän kokee tärkeiksi. Myös unet voivat olla tärkeitä, sillä niissä potilaan kokemus itsestä säilyy. (Grönlund & Huhtinen 1998, 83–84.)

Kroutin (2001) tutkimus kuvaa prosessia ja tuloksia kolmen kuukauden mittaisesta tutkimuksesta, jossa käytettiin musiikkiterapiaa parantumattomasti sairaiden potilaiden (n=80) hoidossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli määrittää ja arvioida musiikkiterapian tehokkuutta saattohoitopotilailla. Tietoja tutkimusta varten saatiin yhteensä 90 musiikkiterapiasessiota, joissa oli mukana 80 saattohoitopotilasta. Musiikkiterapiaa antoivat ammatti-ihmiset. Tutkittavat saivat säännöllisiä musiikkiterapiapalveluita saattohoito-organisaatiolta. Tietojen keräämisessä metodeina käytettiin käyttäytymisen havainnointia ja tutkittavien omaa raportointia. Musiikkiterapiaa tutkittavat saivat kotona, sairaalassa, vanhainkodissa, akuutissa hoitoyksikössä tai saattohoitoyksikössä. Molempien tiedonkeruutapojen kautta saadut tulokset viittaavat siihen, että musiikkiterapiasessiot lisäävät potilaiden fyysistä mukavuutta ja rentoutumista sekä kivunhallintaa. (Krout 2001.)

Kuoleman lähestyessä potilaalle voi olla tärkeää löytää jokin tarkoitus elämälle ja kuolemalle. Boerstler havaitsi kaikkein tehokkaimman tavan lieventää stressiä ja kipua olevan yhteinen hengitys, jota hän kutsuu **meditoinniksi**. Kuolevan hoidossa kivut ja pelot voivat vallata hänen mielensä. Kyseinen meditointitapa rentouttaa, jonka seurauksena stressi ja kipu vähenevät. Tärkeää kuitenkin on, että harjoitus tehdään sen osaavan ohjaajan kanssa. Keskeistä tässä meditaatiomuodossa on kuolevan potilaan hengityksen rytmin jakaminen yhdessä ohjaajan kanssa. Rentouttava vaikutus perustuu siihen, että yhdessä hengittäminen mahdollistaa toisen ihmisen läsnäolon aidosti sekä läheisesti. Tarkoituksena on, että harjoituksen aikana paikalla olisi myös kolmas henkilö, joka voisi

opittuaan jatkaa näitä hengitysharjoituksia kuolevan potilaan kanssa aina kuoleman hetkeen asti. (Grönlund & Huhtinen 1998, 89, 93.)

Sandin (2003) tutkimuksessa tarkastellaan saattohoitopotilaan hoitamista suomalaisissa saattohoitokodeissa (n=3) haastatteleamalla kolmeakymmentäviittä hoitoyhteisöön kuuluvaa henkilöä (n=35). Myös tutkijan aiemmin tekemiä haastatteluja saattohoitopotilaille (n=6) käytettiin. Tarkoituksena oli kuvata saattohoitokotien toimintaa ja lisätä ymmärrystä saattohoitopotilaan hoitamiseen. Tutkimusaineisto kerättiin kolmessa suomalaisessa saattohoitokodissa, joissa tutkimustuloksista ilmeni hyvin saattohoitokotien visuaalisen viestinnän ja symboliikan tärkeys. Saattohoitokodeissa sisustukseen ja estetiikkaan kiinnitetäänkin paljon huomiota. Tulokset kertovat myös, että saattohoito on yksilöllistä ja perhekeskeistä. Hyvä kivunlievitys ja perushoito ovat keskeinen osa hyvää kuolevan hoitamista. Saattohoidon viestintä pyrkii olemaan rauhoittavaa ja se sisältää paljon sanattomia viestejä, joiden tarkoituksena on ottaa huomioon jo läsnä oleva kuolema. Perhettä pyritään tukemaan myös kuoleman jälkeen. (Sand 2003.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista on saattohoitopotilaan henkinen kipu hoitajan näkökulmasta ja miten sitä voidaan hoitaa. Tavoitteena on kehittää saattohoitopotilaan henkisen kivun huomioimista ja hoitamista.

Tutkimusongelmat:

1. Miten saattohoitopotilaan henkinen kipu ilmenee hoitajien näkökulmasta?
2. Mitä keinoja hoitajilla on henkisen kivun lievittämiseen?
3. Miten henkisen kivun lievittämistä voitaisiin kehittää?

6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksen aiheeksi valikoitui saattohoito, sillä siitä on tullut Suomen terveydenhuollossa viimeisten vuosikymmenten aikana yksi tärkeä osa-alue. Saattohoidon tarkoitus on pitää huolta kuolevan potilaan elämän kaikista viimevaiheen tarpeista. (Grönlund ym. 2011, 9.) Kuolevan ihmisen hoito on vaativaa ja se muodostuu kuolevan kärsimyksen sekä sairauden oireiden lievittämisestä. Se on kuolevan rinnalla kulkemista. (Heikkinen ym. 2004.) Työskentely kesällä 2012 saattohoitopotilaiden parissa lisäsi kiinnostusta aihetta kohtaan. Ammatillista kehittymistä tukevan aiheen valikoiduttua, otettiin yhteyttä Salon terveyskeskussairaalaan, jossa hyväksyttiin aihe. Saattohoitosolun sairaanhoitajan avulla aihe rajautui lopulliseen muotoonsa, jonka jälkeen ylihoitaja allekirjoitti toimeksiantosopimuksen (Liite 1) lokakuussa 2012. Tutkimuslupa (Liite 2) allekirjoitettiin niin ikään ylihoitajan toimesta saman vuoden joulukuussa.

Aiheeseen perehdyttiin käyttämällä tietokantoja Medic, Medline ja Cinahl. Käytettyjä hakusanoja olivat hospice, mental pain, saattohoito ja henkinen kipu. Tiedonhaussa löytyi paljon tutkimuksia, jotka eivät olleet suoraan henkisestä kivusta, mutta ne sivusivat sitä osittain. Tietoa haettiin myös Terveysportista sekä Käypä hoitosuosituksia apuna käyttäen. Aiempaan tutkittuun tietoon perehtymisen kautta koottiin kirjallisuuskatsaus, joka kertoo saattohoitopotilaan henkisestä kivusta, ja jonka pohjalta muotoutuivat tutkimusongelmat.

Tutkimuksen tekemisessä metodeista suosituimpia ovat kyselylomakkeisiin perustuva menetelmä, erilaiset havainnoinnin muodot sekä haastattelut. Tutkimusmenetelmää valitessa on tarpeellista miettiä milloin kohdehenkilöiden tulee saada toimia vapaasti ja missä tilanteessa on järkevää sekä taloudellista käyttää strukturoidumpia muotoja kerätä aineistoa. (Hirsjärvi ym. 2004, 174, 183.) Tutkimus päädyttiin toteuttamaan pelkästään avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella. Etuna avoimilla kysymyksillä on niiden vastaajalle antama mahdollisuus sanoa, mitä hänellä todella on mielessään ehdottamatta valmiita vastauksia (Hirsjärvi ym. 2004, 190). Tärkeää oli keskittyä kyselylomakkeen

kysymysten muotoiluun, sillä vääränlaiset sanavalinnat tai sanamuodot voisivat johdatella vastaajia tietynlaisiin vastauksiin. Tämän vuoksi kysymysten jokainen sana ja sanamuoto tuli pohtia tarkkaan mieltien samalla, miltä kysymys vaikuttaa vastaajan kannalta. Vastaajajoukoksi valikoituivat vakituisesti saattohoitosolussa työskentelevät hoitajat (n=9), koska he omaavat vankan kokemuksen saattohoitopotilaiden hoidosta. Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen yksi tyypillinen piirre onkin se, että siinä valitaan kohdejoukko tarkoituksenmukaisesti (Hirsjärvi ym. 2004, 155).

Lopulliseen kyselylomakkeeseen (Liite 3) avoimia kysymyksiä tuli kuusi. Esitietoina kysyttiin vastaajilta heidän työkokemuksensa pituutta ja pohjakoulutusta. Kyselylomakkeen kysymykset laadittiin kirjallisuuskatsauksen ja tutkimusongelmien pohjalta. Ensimmäiseen tutkimusongelmaan saattohoitopotilaan henkisen kivun ilmenemisestä vastaa kyselylomakkeen ensimmäinen kysymys. Toiseen tutkimusongelmaan henkisen kivun lievittämisestä vastaavat kysymykset kaksi, kolme ja neljä. Viimeiseen tutkimusongelmaan henkisen kivun lievittämisen kehittämistä vastaavat kysymykset viisi ja kuusi. Tavoitteena kysymyksiä laadittaessa oli, etteivät ne johdattele vastaajaa. Kyselylomakkeen ulkomuodossa pyrittiin selkeyteen ja kullekin vastaukselle jätettiin tilaa noin puolen sivun verran, johon vastaajat saivat vapaasti kirjoittaa. Halutessaan vastaajat olisivat voineet jatkaa vastauksiaan paperin toiselle puolelle. Keskimäärin vastaukset täyttivät annetun tilan kokonaan, mutta eivät jatkuneet paperin toiselle puolelle.

Kyselylomakkeiden esitestaus toteutettiin yhdellä saattohoitopotilaiden hoidosta runsaasti kokemusta omaavalla sairaanhoitajalla ja yhdellä perushoitajalla Salon terveyskeskussairaalan vuodeosasto 1:llä joulukuussa 2012. Esitestauksessa ei ilmennyt korjausehdotuksia. Kun lomake oli saatu lopulliseen muotoonsa, laadittiin saatekirje (Liite 4), jossa esiteltiin kyselyn tarkoitus ja annettiin selkeät vastausohjeet sekä kiitettiin vastaamisesta.

Varsinaiset kyselylomakkeet vietiin Salon terveyskeskussairaalan vuodeosasto 2:lle tammikuun alussa 2013. Yhdyshenkilönä toimi yksi saattohoitosolun vakituisista hoitajista, jonka kanssa sovittiin kysymyslomakkeiden vastausaikataulusta. Yhdyshenkilö jakoi kyselylomakkeet ja huolehti, että vastaajat muistivat

vastata kyselyyn. Yhteyttä pidettiin sähköpostin välityksellä, jonka kautta saatiin myös tieto siitä, milloin kaikki vastaajat olivat vastanneet kyselyyn. Vastausten yksityisyydestä huolehdittiin niin, että vastaaja laittoi täytetyn kyselylomakkeen kirjekuoreen, jonka jälkeen vastaaja sai itse sulkea sen. Suljetut kuoret säilytettiin osastosihteerin huoneessa. Kyselyyn annettiin vastausaikaa kolme viikkoa. Alun perin vastausaikaa oli tarkoitus antaa kaksi viikkoa, mutta lomakaudelle sijoittuvan ajankohdan vuoksi vastausaikaa pidennettiin. Myös vastaajien määrä kasvoi yhdellä alkuperäisestä kahdeksasta hoitajasta. Täytetyt kyselylomakkeet haettiin takaisin osastolta määräajan kuluttua.

Koska tutkimus on kvalitatiivinen, sen tulokset analysoitiin sisällönanalyysilla. Sisällönanalyysin ideaa käytetään useissa erilaisissa kvalitatiivisen tutkimuksen lähestymistavoissa ja menetelmissä, sillä se on laadullisten aineistojen perusanalyysimenetelmä. Sisällönanalyysin avulla on mahdollista analysoida ja samalla kuvata erilaisia aineistoja. Sisällönanalyysia on kahta erilaista, on aineistolähtöistä eli induktiivista ja teorialähtöistä eli deduktiivista. (Kankkunen ym. 2009, 133–135.) Tämä tutkimus tehtiin induktiivista sisällönanalyysia käyttäen, jolloin tulosten lähtökohtana olivat kyselylomakkeiden vastaukset eli tutkimuksen aineisto. Induktiivisessa sisällönanalyysissa sanoja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella, ja kategoriat johdetaan aineistosta sekä tutkimusongelmien ohjaamana. Induktiivinen sisällönanalyysi etenee vaiheittain pelkistämisen, ryhmittelyn sekä abstrahoinnin mukaan. (Kankkunen ym. 2009, 135.)

Sisällönanalyysi jaotellaan viiteen eri vaiheeseen: aineistoon tutustuminen, analyysiyksikön valinta, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. Tavoitteena sisällönanalyysissä on ilmiön laaja, mutta tiivis esittäminen käsitekarttoja, käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä ja malleja käyttäen. Redusoinnissa eli aineiston pelkistämässä aineistosta karsitaan tutkimukselle tarpeeton pois tiivistämällä informaatiota tai pilkkomalla sitä osiin. Klusteroinnissa eli ryhmittelyssä on kyse tarkasta alkuperäisilmausten läpikäymisestä samalla etsien käsitteitä, jotka kuvaavat samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia. Luokat kootaan ryhmittelemällä ja yhdistelemällä samaa tarkoit-

tavat käsitteet, ja ne nimetään niiden sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Abstrahoinnin eli käsitteellistämisen tavoitteena on edetä alkuperäisinformaatiosta johdtopäätöksiin sekä teoreettisiin käsitteisiin. Yhdistelemällä luokituksia jatketaan abstrahointia niin kauan, kuin se on mahdollista aineiston sisällön näkökulmasta. (Kankkunen ym. 2009, 134; Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–111.)

Ensin tutustuttiin aineistoon eli kyselylomakkeista saatuihin vastauksiin. Molemmille tutkijoille otettiin kopiot vastauksista, jonka jälkeen vastaukset luettiin läpi ja alleviivattiin samaa tarkoittavat sanaparit eri väreillä kukin tahollaan. Alleviivatuista sanapareista muodostettiin pelkistetyt ilmaisut, ja ne kirjoitettiin paperille tekemällä samalla alustavaa ryhmittelyä. Kumpikin kokosi pelkistetyt ilmaisut paperille ryhmittelemällä samankaltaiset ilmaisut omiin ryhmiinsä. Vasemmalle palstalle kerättiin ensin kaikki vastaukset eli pelkistetyt ilmaisut, jotka ryhmiteltiin omiin luokkiinsa. Tämän jälkeen ne ryhmiteltiin isompiin ryhmiin eli ala- ja yläluokkiin (keskimmäinen palkki). Viimeisimmälle palstalle muodostui pääluokka eli tutkimuskysymys.

Taulukoita muodostui kuusi eli yksi taulukko jokaisesta kysymyksestä. Taulukot muodostettiin alla olevan esimerkin mukaan (Taulukko 1). Kun taulukot olivat valmiissa muodossaan, raportoitiin tulokset vielä tekstinä, johon liitettiin suoria lainauksia kyselylomakkeiden vastauksista. Taulukoita koottaessa voitiin todeta, että ryhmittelyt olivat lähes yhteneväiset, eroavaisuuksia tuli ainoastaan ilmaisujen pelkistettyjen muotojen hieman erilaisissa kirjoitusasuissa.

Taulukko 1. Esimerkkitaulukko.

PELKISTETYT ILMAISUT	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Huoli ja pelko tulevasta Kuolemanpelko, kuolinhetki Mitä kuoleman jälkeen Pelko omaisten pärjäämisestä Pelokkuus Pelko itsemääräämisoikeuden menettämisestä Fyysisen kivun pelko Yksin olemisen pelko	Kuolemaan liittyvät pelot	Psyykkinen oireilu	Saattohoitopotilaan henkisen kivun ilmeneminen hoitajan näkökulmasta

Opinnäytetyö valmistui keväällä 2013. Se esitettiin Turun ammattikorkeakoulun Salon toimipisteessä sekä toimeksiantajan kanssa erikseen sovittuna ajankohdaksi Salon Terveyskeskussairaalaan. Valmis opinnäytetyö arkistoitettiin verkkokirjasto Theseukseen, ja opinnäytetyö toimitettiin paperiversiona myös Salon terveyskeskussairaalan vuodeosasto 2:lle.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimus tehtiin avoimia kysymyksiä sisältäneellä kyselylomakkeella Salon terveyskeskussairaalan vuodeosasto 2:lla. Kyselyyn vastasi saattohoitosolun yhdeksän vakituista hoitajaa, jotka koostuivat neljästä sairaanhoitajasta, yhdestä terveydenhoitajasta, yhdestä lähihoitajasta sekä kolmesta perushoitajasta. Haastateltavien työkokemus oli 2-34 vuotta. Lisäkoulutusta saattohoitoon oli yhdellä sairaanhoitajalla.

7.1 Saattohoitopotilaan henkisen kivun ilmeneminen hoitajan näkökulmasta

Hoitajilta selvitettiin, millä tavoin saattohoitopotilaan henkinen kipu ilmenee heidän näkökulmastaan. Vastausten perusteella henkinen kipu ilmenee psyykkisenä oireiluna ja fyysisenä oireiluna. Psykkinen oireilu muodostui saattohoitopotilailla kuolemaan liittyvistä peloista, mielialan muutoksista sekä negatiivisista tunteista. Fyysinen oireilu muodostui korostuneesta aktiivisuudesta ja somaattisista oireista. Taulukossa 1. on esiteltynä saattohoitopotilaan henkisen kivun ilmeneminen hoitajan näkökulmasta.

Taulukko 1. Saattohoitopotilaan henkisen kivun ilmeneminen.

PELKISTETYT ILMAISUT	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Kuolemanpelko, kuolinhetki Huoli ja pelko tulevasta Mitä kuoleman jälkeen Pelko omaisten pärjäämisestä Pelokkuus Pelko itsemääräämiskeuden menettämisestä Fyysisen kivun pelko Yksin olemisen pelko	Kuolemaan liittyvät pelot		Saattohoitopotilaan henkisen kivun ilmeneminen hoitajan näkökulmasta
Sulkeutuneisuus Sisäänpäin kääntyminen Avun torjuminen Sairauden kieltäminen Masennus, masentuneisuus Apaattisuus Lamaantuminen Puhumattomuus, hiljaisuus Hermostuneisuus, jännittyneisyys Ailahtelevaisuus Ahdistuneisuus Tuskaisuus Itkuisuus	Mielialan muutokset	Psyykkinen oireilu	
Viha Aggressiivisuus, äreys Katkeruus Turhautuminen Turvattomuuden tunne	Negatiiviset tunteet		
Ylenpalttinen puhuminen Ylivilkkaus, yliaktiivisuus Levottomuus Yli-iloisuus Sijaistoiminta esim. kysymysten välttely Asioiden sivuuttaminen Huomionhaku (kellonsoitto, pienet jatkuvat pyynnöt, kipulääkkeen pyytäminen)	Korostunut aktiivisuus	Fyysinen oireilu	
Unettomuus Sekavuus Ruokahaluttomuus Päänsärky Lihaskäynnitys	Somaattiset oireet		

Henkisen kivun ilmenemisessä kuolemaan liittyvät pelot voivat olla kuolemanpelkoa, liittyä kuolinhetkeen tai siihen, mitä kuoleman jälkeen tapahtuu. Huoli omaisten pärjäämisestä potilaan kuoleman jälkeen on myös yksi saattohoitopotilailla ilmenevä pelon aihe. Kuoleman läheisyys aiheuttaa pelokkuutta ja pelkoa itsemääräämisoikeuden menettämisestä. Myös fyysisen kivun pelkoa sekä pelkoa yksin olemisesta esiintyy.

”Huoli ja pelko tulevasta; kuoleman pelko, kuolinhetki ja mitä tapahtuu kuoleman jälkeen.”

”Pelko tulevaisuudesta, kuolema, tulevat kivut, omaisten tuskat.”

Mielialan muutokset ilmenevät saattohoitopotilailla sulkeutuneisuutena, sisäänpäin kääntymisenä ja avun torjumisena. Sairauden olemassaolo voidaan kieltää ja potilas saattaa olla masentunut, apaattinen, lamaantunut sekä puhumaton. Toisaalta voi ilmetä myös hermostuneisuutta, jännittyneisyyttä ja ailahtelevaisuutta. Ahdistuneisuus, tuskaisuus ja itkuisuus ovat niin ikään osoitus henkisestä kivusta.

”Toisaalta potilas voi kääntyä sisäänpäin, olla apaattinen, hiljainen, sulkea ulkomaailman kokonaan pois.”

Negatiivisiin tunteisiin saattohoitopotilailla kuuluvat viha, aggressiivisuus, äreys ja katkeruus oman tilanteen vuoksi. Myös turhautuneisuutta ja turvattomuuden tunnetta ilmenee. Saattohoidossa olevilla potilailla tavataan niin ikään korostunutta aktiivisuutta. Se ilmenee ylenpalttisena puhumisena, yliaktiivisuutena, levottomuutena ja yli-iloisuutena. Tähän liittyy sijaistoimintoja kuten omaa tilannetta koskevien kysymysten välttelyä ja asioiden sivuuttamista. Saattohoitopotilas voi myös hakea huomiota hoitajilta soittamalla kelloa ja esittämällä jatkuvasti pieniä pyyntöjä. Potilas voi pyytää kipulääkettä, vaikka syynä olisi henkinen kipu fyysisen sijaan.

”Potilas saattaa käydä ”ylikierroksilla” ja olla ”yli-iloinen”.”

Saattohoitopotilailla henkisen kivun aiheuttamiin somaattisiin oireisiin kuuluvat unettomuus, sekavuus, ruokahaluttomuus, päänsärky ja lihasjännitys.

7.2 Hoitajan keinot saattohoitopotilaan henkisen kivun lievittämiseen

Hoitajalla on käytettävissään monia keinoja saattohoitopotilaan henkisen kivun lievittämisessä ja hoitamisessa sekä useita tiedonsaantikeinoja henkisen kivun hoitoon liittyen.

7.2.1 Hoitajan tiedonsaantikeinot saattohoitopotilaan henkisestä kivun hoidosta

Saattohoitopotilaiden kanssa työskentelevät hoitajat saavat tietoa jokapäiväisen työnsä tueksi erilaisin keinoin. Tiedonsaantikeinoja ilmeni tiedotusvälineiden ja kirjallisuuden hyödyntämiseen, hoitajan elämäkokemukseen, työyhteisön mahdollistamaan koulutukseen ja moniammatilliseen työyhteisöön liittyen (Taulukko 2).

Taulukko 2. Hoitajan tiedonsaantikeinot saattohoitopotilaanhenkisestä kivun hoidosta.

PELKISTETYT ILMAISUT	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Internet Televisio-ohjelmat Kirjallisuus Lehtien artikkelit	Tiedotusvälineiden ja kirjallisuuden hyödyntäminen	Hoitajan tiedonsaantikeinot saattohoitopotilaan henkisen kivun hoitamisesta
Oman läheisen kuolema	Hoitajan elämäkokemus	
Koulutukset Työnohjaus	Työyhteisön mahdollistama koulutus	
Osaston lääkäri Pappi Työtoverit Työkokemus Omaiset Potilas	Moniammatillinen työyhteisö	

Tiedotusvälineiden ja kirjallisuuden kautta saadun tiedon lähteitä olivat Internet, televisio-ohjelmat, kirjallisuus ja lehtien artikkelit. Hoitajan elämäkokemuksen myötä oman läheisen kuolema oli tuonut tietoa henkisestä kivusta.

”Omatoimisesti hakenut tietoa oppikirjoista, Internetistä jne.”

”Seurannut läheisen ystävän henkistä kipua (ja omaisten) hänen taistellessaan syöpää ja kuolemaa vastaan.”

Työyhteisön mahdollistamaa koulutusta hoitajat olivat saaneet erilaisten koulutusten ja työnohjauksen kautta. Usein saattohoitoon liittyvät koulutukset olivat kuitenkin vain sivunneet henkistä kipua. Moniammatillisen työyhteisön kautta tietoa henkisestä kivusta oli saatu osaston lääkäriltä ja papilta. Myös työtovereilta saatu tieto ja työkokemus olivat isossa osassa henkisestä kivusta oppimista. Eikä pidä unohtaa tärkeänä tiedonlähteenä toimivia erilaisia potilaita ja heidän omaisiaan.

”Työtovereiden kanssa keskustelemalla ja vanhemmat hoitajat ovat neuvoneet mm. ahdistusta helpottavassa lääkehoidossa.”

”Hoitaessa erilaisia potilaita ja kulkiessa heidän kanssaan oppii aina jotain uutta.”

7.2.2 Hoitajan keinot saattohoitopotilaan henkisen kivun hoitoon

Hoitajilla on erilaisia keinoja saattohoitopotilaiden hoitamisessa. Keinot henkisen kivun hoitamiseen liittyivät hyvän hoitosuhteen luomiseen, hoitajan omaan toimintaan, moniammatilliseen tiimityöhön, vaihtoehtoisiin hoitokeinoihin ja omaisten osallistumiseen hoitoon (Taulukko 3).

Taulukko 3. Hoitajan keinot saattohoitopotilaan henkisen kivun hoitoon.

PELKISTETYT ILMAISUT	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Läsnäolo Keskustelu (potilaan ehdoilla) Kuuntelu Riittävästi aikaa Tuen tarjoaminen Tutustuminen potilaaseen Avoimuus hoitosuhteessa Luottamuksellinen hoitosuhde Toiveiden kuuleminen	Hyvän hoitosuhteen luominen	Hoitajan keinot saattohoitopotilaan henkisen kivun hoitoon
Rehellisyys Rauhallisuus Kiireettömyys	Hoitajan oma toiminta	
Ammattiavun tarjoaminen; sairaalapastori, diakonissa, sielunhoitaja, psykiatrinen sh Osaston lääkäri Hoitosuunnitelma Hoitokokoukset Lääkehoito	Moniammatillinen tiimityö	
Musiikki Rentoutumisharjoitukset Hieronta	Vaihtoehtoiset hoitokeinot	
Omaisilla mahdollisuus olla paikalla ympäri vuorokauden	Omaisten osallistuminen hoitoon	

Hyvän hoitosuhteen luomiseen kuuluvat luonnollisesti läsnäolo, potilaan ehdoilla tapahtuva keskustelu, kuuntelu, riittävän ajan antaminen potilaalle ja tuen tarjoaminen. Kaikki lähtee tutustumisesta potilaaseen. Hoitosuhteen tulee olla avoin ja luottamuksellinen, ja siihen kuuluu myös potilaan toiveiden kuuleminen. Saattohoitopotilaan henkisen kivun hoidossa hoitajan oman toiminnan kannalta tärkeitä asioita ovat rehellisyys, rauhallisuus ja kiireettömyys.

”Keskustelu ja potilaaseen tutustuminen on varmaankin tärkeintä. Se on myöskin vaikeinta ja haastavinta tässä työssä. On tärkeää löytää juuri se oikea kanava ko. henkilöön, että yhteys löytyisi.”

”Joskus riittää, että on vain läsnä, sanoja ei tarvita.”

Moniammatillinen tiimityö saattohoitopotilaan henkisen kivun hoitokeinona pitää sisällään tarvittaessa ammattiavun kuten sairaalapastorin, diakonissan, sielunhoitajan tai psykiatrisen sairaanhoitajan palveluiden tarjoamista potilaalle. Osaston saattohoitoon perehtynyt lääkäri on tärkeä osa henkisen kivun hoidossa,

samoin kuin hyvin tehty hoitosuunnitelma ja säännölliset hoitokokoukset. Henkistä kipua voidaan hoitaa myös lääkehoidolla.

”Tarjoan myös ammattiauttajan apua, esim. sairaalapastori tai psykiatrinen sairaanhoitaja. Usein myös osaston lääkäri voi auttaa potilasta henkisen kivun hoidossa – > keskustelu, lääkitys.”

Vaihtoehtoisia hoitokeinojakaan, kuten musiikin käyttöä, rentoutumisharjoituksia tai hierontaa ei pidä unohtaa keinoina henkisen kivun hoidossa.

”Tarjota tukea, musiikin kuuntelua, rentoutumismenetelmiä, ehkä hierontaa, jostain mitä ja mistä potilas tykkää.”

Omaisten osallistuminen hoitoon on tärkeää, kun halutaan hoitaa saattohoitopotilaan henkistä kipua. Hieno asia on, että omaisille on suotu mahdollisuus olla paikalla potilaan luona ympäri vuorokauden.

”Tukea omaisia jaksamaan olla läsnä kuolevan viimeisinä päivinä.”

7.2.3 Työyhteisön resurssit saattohoitopotilaan hoitamiseen

Hoitajilta selvitettiin millaiset resurssit heidän työpaikallaan on saattohoitopotilaiden hoitamiseen. Saattohoidon toteutumiseen omalta osaltaan vaikuttavat työyhteisön resurssien puutteet, toimiva hoitoympäristö, osaava henkilökunta sekä potilaslähtöisyys. Tulokset on koottu alla olevaan taulukkoon (Taulukko 4).

Taulukko 4. Työyhteisön resurssit saattohoitopotilaan hoitamiseen.

PELKISTETYT ILMAISUT	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Saattohoitosolu osa suurempaa osastoa Liian vähäinen hoitajamäärä Kiire Ajanpuute	Työyhteisön resurssien puutteet	Työyhteisön resurssit saattohoitopotilaan hoitamisessa
Toimivat tilat Kodikkaat huoneet Suurin osa yhden hengen huoneita Osassa huoneissa keittomahdollisuus ja jääkaappi ”Ei niin sairaalamaisia” vaatteita ja vuodevaatteita Uudenaikaiset laitteet, välineet, kipupumput, sähköpatjat, sängyt	Toimiva hoitoympäristö	
Tieto & taito hyvät Saattohoitoon erikoistunut osaston lääkäri tavoitettavissa ympäri vuorokauden Yksi saattohoitoon erikoiskoulutuksen suorittanut sh Sairaalapastori tai srk-pappi saatavilla tarvittaessa Psykiatrinen sh saatavilla tarvittaessa Samat hoitajat Hoidon jatkuvuus Työilmapiiri hyvä Motivoituneet & sitoutuneet hoitajat Henkilökunnalla yhtenevät hoitolinjat	Osaava henkilökunta	
Potilas saa olla loppuun asti osastolla Kotilomat mahdollisia Omaisilla mahdollisuus olla paikalla ympäri vuorokauden	Potilaslähtöisyys	

Työyhteisön resursseissa ilmeni puutteita, joista yhden koettiin olevan se, että saattohoitosolu on osa muuta osastoa. Puutteiksi koettiin myös liian vähäinen hoitajamäärä, ja sen myötä kiire ja ajanpuute.

”Koska saattohoito on osa suurempaa osastoa, ei saattohoito aina toteudu ihan täydellisesti.”

Saattohoitosolussa on toimiva hoitoympäristö. Tilat ovat toimivat ja huoneet kookkaita. Huoneista suuri osa on yhden hengen huoneita, joissa osassa on keittomahdollisuus sekä jääkaappi. Saattohoitosolussa on keskitytty siihen, etteivät vaatteet ja vuodevaatteet ole niin sairaalamaisia. Hyväksi koettiin myös uuden aikaiset laitteet ja välineet, kuten kipupumput, sähköpatjat ja sängyt.

”Saattohoituhuoneista on tehty mahdollisimman viihtyisät, jotta potilas ei tuntisi niin kovin olevansa ”sairaalassa”.”

Osaava henkilökunta on keskeinen asia saattohoidossa. Hoitajat kokivat henkilökunnan tietojen ja taitojen olevan hyvät. Osaston lääkäri on erikoistunut saattohoitoon ja on tavoitettavissa ympäri vuorokauden. Osastolla on yksi saattohoitoon erikoistunut sairaanhoitaja. Osastolle on myös mahdollista saada ulkopuolista ammattiapua, kuten sairaalapappi, seurakuntapappi tai psykiatrinen sairaanhoitaja. Hoidon jatkuvuutta tukee se, että osastolla on samat vakituisesti saattohoitosolussa työskentelevät hoitajat. Työilmapiiri on saattohoitosolussa hyvä, ja hoitajat ovat motivoituneita sekä sitoutuneita työhönsä. Henkilökunnalla koetaan olevan yhtenevät hoitolinjat.

”Saattohoitosolun henkilökunta on hyvin ammattitaitoista; potilaasta halutaan pitää hyvää huolta. Kiireestä huolimatta potilaalle pyritään järjestämään aikaa keskusteluille ja läsnäololle, jos hän sitä haluaa.”

Työyhteisön koettiin toimivan potilaslähtöisesti. Potilas saa olla osastolla loppuun asti ja hänellä on mahdollisuus pitää kotilomia. Omaisilla on myös mahdollisuus olla potilaan luona osastolla ympäri vuorokauden.

7.3 Saattohoitopotilaan henkisen kivun hoidon kehittäminen

Saattohoitopotilaan henkisen kivun hoidon kehittämisen osa-alueiksi muodostuivat henkilökunnan riittävyyden turvaaminen, moniammatillisuuteen panostaminen, koulutuksen lisääminen, hoidon kehittäminen, omaisten ottaminen mukaan hoitoon ja osastojärjestelyt. Myös esteitä saattohoitopotilaan henkisen kivun hyvälle hoidolle tuli esiin.

7.3.1 Esteet saattohoitopotilaan henkisen kivun hyvälle hoidolle

Hoitajien näkökulmasta esteenä saattohoitopotilaan hyvään henkiseen kivun hoitoon olivat henkilökunnasta ja osastotoiminnasta lähtöisin olevat esteet, läheisistä ja omaisista lähtöisin olevat esteet sekä potilaasta lähtöisin olevat esteet (Taulukko 5).

Taulukko 5. Esteet saattohoitopotilaan henkisen kivun hyvälle hoidolle.

PELKISTETYT ILMAISUT	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Kiire Ajanpuute Henkilökunnan puute Osaston rutiinit Hoitajien vaihtuminen Henkilökunnan omat asenteet Hoitajat/lääkäri ei erota henkistä kipua fyysisestä Somaattisten oireiden hoitoon keskittyminen Hoitohenkilökunnan osaamattomuus Vuorovaikutuksen puute Hoitajien arkuus puuttua asiaan	Henkilökunnasta ja osaston toiminnasta lähtöisin olevat esteet	Esteet hyvälle saattohoitopotilaan henkisen kivun hoidolle
Potilaan yksinäisyys, läheisten ja omaisten puute Omaisten puuttuminen esim. lääkehoitoon	Läheisistä ja omaisista lähtöisin olevat esteet	
Potilaan psyykkinen epätasapaino Sairauden tai lähestyvän kuoleman kieltäminen Potilaan oma persoonallisuus Haluttomuus ottaa apua vastaan Haluttomuus keskustella Kieltää henkisen kivun olemassaolon Lääkkeistä kieltäytyminen Kommunikaatio-ongelmat, esim. halvaantuminen, tajuttomuus Selvittämättömät asiat elämässä Potilaan halu suojella omaisiaan	Potilaasta lähtöisin olevat esteet	

Henkilökunnasta ja osaston toiminnasta lähtöisin olevia esteitä olivat kiire, ajanpuute sekä henkilökunnan puute. Osaston rutiinien, henkilökunnan vaihtumisen ja henkilökunnan omien asenteiden koettiin niin ikään olevan esteenä hyvälle saattohoidolle. Hoitaja tai lääkäri ei välttämättä erota henkistä kipua fyysisestä tai keskittyy liikaa somaattisten oireiden hoitoon. Hoitohenkilökunnan osaamattomuus, vuorovaikutuksen puute sekä hoitajien arkuus puuttua asiaan koettiin myös mahdollisiksi esteiksi.

”Ensimmäisenä mieleen tulee aika. Ja aika ei voi olla sidottu mihinkään kellonaikaan, vaan sitä on oltava antaa silloin kun potilaalla on tarve sitä saada.”

”Potilas voi ”naamioida” henkisen kivun näyttämään fyysiseltä kivulta.”

”Henkisen puolen huomioimatta jättäminen. On helppo huolehtia perushoitoon kuuluvista toimista, mutta monesti henkisen puolen huomioiminen vaatii hoitajan omaa aktiivisuutta, aloitteellisuutta ja keskustelutaitoa.”

Hyvän saattohoidon esteenä voivat olla omaiset ja läheiset. Potilaan yksinäisyys sekä omaisten ja läheisten puute voivat hankaloittaa saattohoitopotilaan henkisen kivun hoitoa. Joskus omaiset voivat myös puuttua potilaan lääkehoitoon.

”Omaiset voivat joskus ”vastustaa” potilaan henkisen kivun hoitoa. Henkistä ahdistusta voidaan lievittää hyvin myös lääkkeillä. Omaiset saattavat kieltää esim. rauhoittavien lääkkeiden annon. Potilas voi myös itse kieltäytyä lääkkeistä.”

”Joskus henkisesti ahdistuneen potilaan vointia voisi helpottaa lääkkeillä, mutta useasti on tullut vastaan omaisia, jotka eivät tätä hyväksy/salli, vaan haluavat, että heidän sairassaan omaisensa pysyisi ”täysjärkisenä” ja hereillä loppuun asti!”

Potilas voi joskus itse olla este omaan saattohoitoonsa kuuluvan hyvän henkisen kivun hoidon toteutumiseksi. Tällöin potilas saattaa olla psyykkisesti epätaapainossa ja voi kieltää kokonaan oman sairautensa tai lähestyvän kuoleman.

”Sairaus on löytynyt niin myöhään, ettei potilas ehdi käsittelemään asioita.”

Vaikuttavia tekijöitä ovat myös potilaan oma persoonallisuus, haluttomuus ottaa apua vastaan, haluttomuus keskustella, oman henkisen kivun olemassaolon kieltäminen tai lääkkeitä kieltäytyminen. Esteenä voivat olla niin ikään kommunikaatio-ongelmat esimerkiksi halvaantumisen tai tajuttomuuden vuoksi.

”Huonossa kunnossa oleva potilas voi olla siinä kunnossa, ettei välttämättä pysty keskustelemaan, mutta kyöneleitä voi valua silmäkulmasta!”

Potilaalla voi olla selvittämättömiä asioita elämässä, jotka hankaloittavat hänen henkisen kipunsa hoitamista. Potilas voi myös suojella omaisiaan ohittamalla henkisen kipunsa.

”Joskus potilasta saattaa rasittaa henkisesti se, että haluavat suojella omaisiaan eivätkä halua rasittaa/pahoittaa heidän mieltään puhumalla heille vakavasta sairaudesta tai tulevasta kuolemasta. Samanaikaisesti oven ulkopuolella saattavat omaiset sanoa ajattelevansa samalla lailla -> eli kehoitetaan avoimeen, rehelliseen keskusteluun.”

7.3.2 Saattohoitopotilaan henkisen kivun hoidon kehittäminen

Saattohoitopotilaan henkisen kivun hoidossa on kehittämistä. Kehittämisehdotukset koskivat henkilökunnan riittävyden turvaamista, moniammatillisuuteen panostamista, koulutuksen lisäämistä, hoidon kehittämistä, omaisten ottamista enemmän mukaan hoitoon sekä osastojärjestelyjä (Taulukko 6).

Taulukko 6. Saattohoitopotilaan henkisen kivun hoidon kehittäminen.

PELKISTETYT ILMAISUT	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Aikaa läsnäoloon ja keskusteluun Lisää henkilökuntaa Osaava ja havainnoiva henkilökunta Tutut hoitajat	Henkilökunnan riittävyyden turvaaminen	Henkisen kivun hoidon kehittäminen
Omahoitaja – systeemi Ammattitaitoinen lääkäri Yhteiset palaverit hoitajien kesken Tiiviimpi yhteistyö psykiatrisen sh:n kanssa Vapaaehtoisen käyttäminen potilaiden tukena	Moniammatillisuuteen panostaminen	
Koulutuksien ja työnohjauksen lisääminen Terapiatyypistä koulutusta	Koulutuksen lisääminen	
Lääkehoito Hyvä oirehoito	Hoidon kehittäminen	
Omaisten rohkaisu osallistumaan enemmän hoitoon Potilaan ja omaisen palaute (kyselylomake) Aikaa keskustella omaisten kanssa	Omaisten ottaminen mukaan hoitoon	
Pienempi yksikkö tai oma osasto saattohoidolle	Osastojärjestelyt	

Henkilökunnan riittävyyden turvaaminen on keskeinen asia. Saattohoitopotilaiden hoidossa tarvitaan aikaa läsnäoloon ja keskusteluun sekä lisää henkilökuntaa. Henkilökunnan tulee olla osaavaa ja havainnoivaa. Tärkeäksi koettiin tutut hoitajat.

”Lisää henkilökuntaa saattohoitosoluun, tällöin olisi aikaa potilaalle vielä enemmän ja näin voisi meidän osastolla pyörittää saattohoitoa samalla henkilökunnalla. Nyt mm. iltavuoroissa hoidetaan koko puolikasta osastoa ja yövuoroissa koko osastoa.”

Moniammatillisuuteen panostaminen kehittäisi saattohoitoa ja omahoitaja – systeemi voisi parantaa saattohoidon laatua. Kehittämisen kannalta tärkeiksi osoitautuivat ammattitaitoinen lääkäri, yhteiset palaverit hoitajien kesken, tiiviimpi yhteistyö psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa sekä mahdollisuus käyttää vapaaehtoisia potilaiden tukena.

”Olisi hyvä, jos osastolla olisi käytettävissä suoraan psykiatrinen sairaanhoitaja, joka keskustelisi asiakkaiden kanssa heidän tultua osastolle.”

Koulutusten ja työnohjauksen lisääminen on tärkeää henkisen kivun hoidon kehittämisen kannalta. Koulutus voisi olla myös terapiatyylisiä. Henkisen kivun hoitoa voitaisiin kehittää lääkehoitoa kehittämällä ja hyvällä oirehoidolla. Tärkeää olisi huomioida omaisten ottaminen mukaan hoitoon entistä enemmän rohkaisemalla heitä osallistumaan enemmän saattohoitopotilaan hoitoon. Omaiselta ja potilaalta voitaisiin pyytää palautetta hoidosta kyselylomakkeiden avulla. Olisi tärkeää, että aikaa keskustella potilaan lisäksi omaisten kanssa olisi riittävästi. Osastojärjestelyjen osalta pienempi yksikkö tai kokonaan oma osasto saattohoitopotilaille voisi kehittää saattohoitopotilaan hoitoa.

Tiivistettynä saattohoitopotilaan hyvä hoito voitaisiin ilmaista kuten seuraavassa erään hoitajan mietteessä:

”Minusta on hoitajan hyvä ajatella näin: Me hoitajat kohtaamme kuoleman useita kertoja, aina uudelleen ja uudelleen. Potilas kohtaa sen vain kerran. Siksi meidän on tehtävä niin kuin mekin kohtaisimme sen vain kerran. Jokaisen elämä on ainutkertainen ja niin on jokaisen kuolemakin.”

8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Ensimmäinen tutkijan tekemä eettinen ratkaisu on tutkimusaiheen valinta. Hyödyllisyyden tulisi aina olla tutkimuksen oikeutuksen lähtökohtana. (Kankkunen ym. 2009, 176–177.) Opinnäytetyön aiheen koetaan olevan hyödyllinen Salon terveyskeskussairaalan hoitajille sekä muille asiasta kiinnostuneille. Tärkeää tutkimuksen teossa on tutkimukseen osallistuvien vapaaehtoisuus ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen (Kankkunen ym. 2009, 177). Tähän tutkimukseen osallistuneet saattohoitosolun hoitajat vastasivat kysymyksiin vapaaehtoisesti, ja heidän henkilöllisyytensä pidettiin salassa. Yksityisyyden varmistamiseksi vastausvaiheen jälkeen vastaaja sai laittaa täytetyn kyselylomakkeen kirjekuoreen ja sulkea sen itse. Tutkimusaineisto säilytettiin huolellisesti niin, että ulkopuoliset eivät päässeet aineistoon käsiksi. Tutkimuksen jälkeen aineisto tuhottiin asianmukaisesti. Keskeinen huomioitava asia tutkimustyössä onkin anonymiteetin säilyttäminen sekä tutkimusaineiston huolellinen säilyttäminen (Kankkunen ym. 2009, 179).

Kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta, sillä tulosten pätevyys ja luotettavuus vaihtelevat, vaikka virheiden syntymistä tutkimuksessa on pyritty välttämään (Hirsjärvi ym. 2004, 216). Tutkimusjoukko-
na tässä tutkimuksessa oli Salon terveyskeskussairaalan vuodeosasto 2:lla saattohoitosolussa vakituisesti työskentelevät sairaanhoitajat (n=9). Tulosten luotettavuutta vähentää tutkimusjoukon pieni koko. Vastaajille annettiin kuitenkin kyselylomakkeen avointen kysymysten kautta mahdollisuus avoimeen ja laajaan vastaamiseen, ja omien näkemysten rehelliseen esille tuomiseen. Kysymyksiä ei lähdetty rajaamaan vastausvaihtoehtoja antamalla. Tässä työssä kyselylomakkeiden kuuden avoimen kysymyksen työstämiseen käytettiin aikaa, ja pyrkimyksenä oli saada muodostettua selkeät kysymykset, jotka vastaajat ymmärtäisivät samalla tavalla tutkijoiden kanssa.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereinä pidetään uskottavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta sekä vahvistettavuutta. Uskottavuudella tarkoitetaan

lukijan näkökulmasta sitä, että tutkimuksen tulokset on kuvattu niin selkeästi, että siitä ymmärtää, miten tutkimuksen analyysi on tehty ja mitkä ovat sen rajoitukset ja vahvuudet. Uskottavuutta kuvaa myös se, kuinka hyvin tutkijan muodostamat kategoriat tai luokitukset kattavat aineiston. (Kankkunen ym. 2009, 160.) Tässäkin tutkimuksessa on pyritty kertomaan tarkalleen tutkimusprosessin eri vaiheet sekä miten tutkimustulosten eri kategoriat eli luokat ovat muodostuneet.

Luotettavuudessa on tärkeää aineiston ja tulosten kuvaus, joka vaatii tutkijaa kuvaamaan analyysinsä mahdollisimman tarkkaan. Onkin hyvä käyttää taulukointeja sekä liitteitä, joissa kuvataan analyysin etenemistä alkuperäistekstistä alkaen. (Kankkunen ym. 2009, 160.) Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää mahdollisimman tarkka selostus tutkimuksen etenemisestä kappaleessa empiirisestä toteuttamisesta. Tutkimuksessa käytettiin taulukoita, joihin kerättiin ensin pelkistetyt ilmaisut, jonka jälkeen niitä lähdettiin ryhmittelemään ala-, ylä- ja pääluokkiin. Tällä tavoin lukija pystyy hahmottamaan tulosten kokonaisuuden. Lisäksi taulukot kirjoitettiin tekstiksi, joka tukee taulukon ymmärtämistä.

Tutkimuksen siirrettävyyden vuoksi on tärkeää kuvailla huolellisesti tutkimustekstiä, selvittää osallistujien valintaa ja taustoja sekä kuvata aineistojen keruu ja analyysi tarkasti. Usein tutkimuksessa esitetään suoria lainauksia esimerkiksi haastatteluteksteistä, jolla pyritään varmistamaan tutkimuksen luotettavuus. (Kankkunen ym. 2009, 160.) Tässä tutkimuksessa onkin käytetty saatujen tulosten rinnalla kyselylomakkeista vastaajien omia kommentteja, jotka tukevat tutkimustulosten luotettavuutta.

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on suositeltavaa käyttää kuvauksia tutkimusmateriaalista. Aina tulee kuitenkin pohtia jokaisen tutkimuksen kohdalla käytettävien lainausten määrä sekä laajuus. (Kankkunen ym. 2009, 160.) Työstettäessä tutkimuksen tuloksia, jouduttiin pohtimaan, kuinka paljon ja minkä pituisia lainauksia tutkimusaineistosta käytetään. Tuloksia kootessa pyrittiin siihen, että lainaukset sopivat tekstin sisältöön ja ovat tukena sellaisten tulosten kohdalla, joiden koettiin tarvitsevan lainauksen tuekseen.

Laadullisessa tutkimuksessa on mahdollista laskea yksimielisyyskerroin, joka tarkoittaa sitä, että kaksi tutkijaa luokittelee saman aineiston. Ongelmaksi voi muodostua tämän menetelmän aikaa vievyys. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 142.) Tämän tutkimuksen tulosten luotettavuuden parantamiseksi tehtiin kysymyslomakkeiden vastauksista rinnakkaisluokittelu. Kumpikin tutkija luokitteli saadut tulokset tahollaan ensin yksin, minkä jälkeen voitiin todeta kummankin luokittelien tulosten olevan samat, ja ne voitiin koota taulukoihin. Tulosten analysointi oli tässä tutkimuksessa näin ollen monivaiheinen, ja vastaajien näkemysten tulkitsemiseen käytettiin reilusti aikaa. Tavoitteena analysointivaiheessa oli, että tulokset voitaisiin esittää mahdollisimman selkeinä ja totuudenmukaisina mitään saadusta informaatiosta hukkaamatta.

9 POHDINTA

Vuosittain 200 syöpäpotilasta ja 40 muita sairauksia sairastavaa potilasta 100 000 asukasta kohden tarvitsee saattohoitoa Suomessa. EU:n ja Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys (EAPC) on antanut suosituksen saattohoidon henkilökuntamitoituksesta. Sen mukaan saattohoitoa antavissa toimipaikoissa henkilökuntamitoituksen tulisi olla tavanomaista vuodeosastotoimintaa korkeampi. Suosituksen mukaan henkilökunnan tulisi olla myös saattohoitoon erityiskoulutuksen saanutta, ja vuodepaikkojen sopivia saattohoitoon. (Suomen Kuntaliitto 2013.)

Tavallisimpia fyysisiä oireita joita kuolevalla ilmenee, ovat kipu, yskä, hengenahdistus, heikkous, uupumus, ummetus ja laihtuminen. Loppuvaiheessa elämää on kuitenkin tärkeää muistaa myös psykologisista, hengellisistä ja sosiaalisista ongelmista huolehtiminen. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito – suositus, 2012.) Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaista on saattohoitopotilaan henkinen kipu hoitajan näkökulmasta, ja miten sitä voidaan hoitaa. Tavoitteena on kehittää saattohoitopotilaan henkisen kivun huomioimista ja hoitamista. Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti molempien työkokemus saattohoitopotilaiden parissa Salon terveystieteiden keskeisen sairaalan eri osastojen saattohoitosoluissa kesällä 2012. Kokemuksen myötä kiinnostus elämän loppuvaiheen mahdollisimman hyvää hoitoa kohtaan heräsi, ja sitä kautta halu perehtyä aiheeseen tarkemmin opinnäytetyön kautta. Aiheesta olemassa olevia tutkimuksia ja kirjallisuutta etsittäessä, sekä saattohoitotyössä olevan sairaanhoitajan kanssa käydyn keskustelun myötä kävi ilmi, että saattohoitopotilaan henkisestä kivusta on olemassa vähemmän tutkittua tietoa kuin fyysisestä puolesta.

Kyselylomakkeisiin saaduista vastauksista ilmeni paljon sellaista, mitä kokemuksen myötä oli jo tullut vastaan. Kuitenkin vastaukset antoivat myös uusia näkökulmia siitä, millaiset kaikki asiat voivat henkisestä kivusta viestiä, ja uusia keinoja henkisestä kivusta kärsivän auttamiseen. Tämän opinnäytetyön kautta saa melko hyvän kuvan siitä, miten moninaisin tavoin saattohoitopotilaan henki-

nen kipu voi ilmetä, ja keinoista sen hoitamiseen. Tutkimuksen aiheen pohjalta saattohoitopotilaan henkisen kivun hoidon kehittämisessä voisi olla tarvetta jatkokutkimukselle.

Kuuppelomäen (2002) tutkimuksen tuloksista ilmeni tavallisimpien emotionaalisten tuen muotojen olevan koskettaminen, kuunteleminen, myötäeläminen, lohduttaminen, potilaan toivomusten huomioon ottaminen, läsnä oleminen ja rohkaiseminen. Yleisin ongelma oli ajanpuute. (Kuuppelomäki 2002, 117.) Tähän tutkimukseen verrattaessa tutkimustulokset olivat melko yhteneväisiä. Lähes kaikki emotionaalisen tuen muodot mainittiin molempien tutkimusten tuloksissa. Samat ongelmakohdat, etenkin ajanpuute, tulivat myös esille. Molemmissa tutkimuksissa koettiin koulutuksen olevan tärkeää ja olevan yhteydessä kuolevan potilaan hyvään hoitoon.

Sandin (2003) tutkimuksessa kävi ilmi, että saattohoitokodeissa sisustukseen ja estetiikkaan kiinnitetään paljon huomiota (Sand 2003). Myös tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että sisustukseen ja kodinomaisuuteen panostetaan osastolla. Tärkeäksi koettiin yhden hengen huoneet sekä ei niin sairaalamaiset vaatteet ja vuodevaatteet.

Lobchukin ja Degnerin (2002) tutkimuksen tulosten mukaan lähiomaisilla on kiinteä rooli kotona pitkällä edennyttä syöpää sairastavan oireellisen potilaan optimaalisen elämänlaadun edistämässä. Terveystieteiden ammattilaisten mielipiteet lähiomaisten luotettavuudesta ja pätevyydestä potilaan hoidossa perustuvat laajalti oletuksiin stereotypioihin tai hatariin kokemuksiin pohjautuvista yleistyksistä. (Lobchuk & Degner 2002.) Tämän tutkimuksen tulosten mukaan omaiset ovat yksi tiedonsaantikeino saattohoitopotilaan henkisen kivun hoidossa. Osastolla on myös annettu omaisille mahdollisuus olla paikalla vuorokauden ympäri ja viedä saattohoitopotilas kotilomille. Kuitenkin tuloksista käy ilmi, että omaiset voivat olla este saattohoitopotilaan henkisen kivun hyvälle hoidolle esimerkiksi puuttamalla lääkehoitoon. Kaikilla saattohoitopotilailla ei myöskään ole omaisia, jolloin he voivat olla yksinäisiä. Kehittämissuunnitelmaksi omaisia haluttiin saada enemmän mukaan saattohoitopotilaiden hoitoon. Toivottiin lisää aikaa omaisten kanssa keskustelemiseen, omaisten rohkaisemista

osallistumaan enemmän hoitoon sekä palautteen pyytämistä potilaalta ja omaisilta kyselylomakkeen muodossa.

Aikaisempia tutkimustuloksia vertailemalla voidaan todeta tämän tutkimuksen tulosten olevan samankaltaisia aiempiin verrattuna. Samoin kehittämiskohteita kuolevan potilaan hoidossa vielä löytyy esimerkiksi saattohoitoon käytössä olevien resurssien lisäämisessä ja oikeassa kohdistamisessa. Myös vaihtoehtoisia hoitomuotoja kuten musiikin käyttöä, hierontaa ja rentoutumisharjoituksia voisi hyödyntää enemmän henkisen kivun hoidossa. Tässä tutkimuksessa kuitenkin saa vastausten perusteella kuvan, että Salon terveystieteiden keskuksen vuodeosasto 2:lla hyvään saattohoitoon on hoitajien mielestä panostettu. Koulutusta etenkin saattohoitopotilaan henkiseen kipuun liittyen kaivataan lisää. Jatkotutkimus siitä, miten saattohoitopotilaan henkisen kivun hoitoa voitaisiin kehittää, saattaisi olla tulevaisuudessa hyödyllinen.

LÄHTEET

Anttonen, MS.; Kvist, T. & Nikkonen, M. 2008. Omaisten arvioima saattohoidon laatu Terhokodissa. *Hoitotiede* 21/2011, 45–53.

ETENE 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Viitattu 20.12.2012. Saatavilla Internetissä: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. *Kuolevan hyvä hoito*. 1. painos. Helsinki: Edita.

Grönlund E. & Huhtinen A. 1998. *Lähemmäs kuolevaa*. Tammer-Paino Oy, Tampere.

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

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Huttunen, M. 2011. Tietoa potilaalle: Sekavuustila (delirium). *Lääkärikirja Duodecim*. Artikkelin tunnus: dlk00357 (019.200).

Hänninen, J. 2001. *Kuolevan kipu ja kärsimys*. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. 2003. *Saattopotilaan oireiden hoito*. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. & Pajunen, T. 2006. *Kuoleman kaari*. Helsinki: Kirjapaja.

Hänninen J. 2008. Terhokoti täyttää 20 vuotta. Viitattu 12.12.2012. Saatavilla Internetissä: <http://www.cancer.fi/?x27306=20808956>

Iivanainen, A.; Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2004. *Hoitamisen taito*. 1. – 4. painos. Helsinki: Tammi.

Kankkunen, P. & Vehviäinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Porvoo: WSOY.

Krout, R. 2001. The effects of single-session music therapy interventions on the observed and self-reported levels of pain control, physical comfort, and relaxation of hospice patients. *Hospice of Palm Beach Country*.

Kuolevan potilaan oireiden hoito (online). 2012. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2012 (viitattu 3.1.2013). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Kuuppelomäki, M. 2002. Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen – sairaanhoitajien näkökulma. Hoitotiede vol. 14, no 3/-02. Sivut 117-128

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 1992. Finlex. Viitattu 13.2.2013. Saatavilla Internetissä: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lindström, R-L. 2012. Saattohoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Artikkelin tunnus: shk01690 (018.094)

Lobchuk, M. & Degner, L. 2002. Patients With Cancer and Next-of-Kin Response Comparability on Physical and Psychological Symptom Well-being: Trends and Measurement Issues. University of Manitoba.

Pirkanmaan hoitokoti. 2012. Viitattu 12.12.2012 Saatavilla Internetissä: <http://www.pirkanmaanhoitokoti.fi>

Sairaanhoitajan käsikirja 2012. Saattohoito. Viitattu 14.1.2013. Saatavilla Internetissä: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=saattohoito

Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa: Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 2.10.2012. Saatavilla Internetissä: <http://tampub.uta.fi/handle/10024/67272>

Suomen Kuntaliitto. 2013. Saattohoidon järjestäminen kunnissa. Saatavilla Internetissä: <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/terveyspalvelut/terveyskeskus/tk-vastaanotto/saattohoito/Sivut/default.aspx>

Suomen Lääkäriliitto 2005. Saattohoito. Viitattu 14.1.2013. Saatavilla Internetissä: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=saattohoito


Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu painos. Tammi.

Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) 2004. Palliatiivinen hoito. 2., uudistettu painos. Saarijärvi: Duodecim.

Valvira. 2013. Päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR – päätös) Viitattu 14.1.2013. Saatavilla Internetissä: http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/paatos_elvyttamatta_jattamisesta

Valvira. 2012. Saattohoito. Viitattu 10.10.2012 Saatavilla Internetissä: http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito

Liite 1. Toimeksiantosopimus

	OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS	1
<small>TURUN AMMATTIKORKEAKOULU TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES</small>		
<hr/>		
OPISKELIJAN TIEDOT		
Nimi	Eeva Liikala & Jenna Jalonen	
Osoite	Puistokuja 4 A 13, 24800 Halikko	
Puhelin koti	044 0911 344	Puhelin työ
Sähköposti	eeva.liikala@studen5.turkuamk.fi	
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja AMK	
<hr/>		
OPINNÄYTETYÖ		
aihe/työnimi	Säe, tahoi, oputtiin herkinen kipu hoitajan silmiin	
Aikataulu	Valmis keväällä 2013	
<hr/>		
TOIMEKSIANTAJA		
Organisaatio	Salon terveyskeskus/Sairaala vuodeosasto 2	
Työn ohjaaja / yhteyshenkilö	Maija Järvinen/Tuula Suurpää	
Osoite	Sairaalantie 9, 24130 Sala	
Puhelin	Sähköposti: maija.jarvinen@salc.fi	
<hr/>		
OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT		
Ohjaava opettaja	Satu Halonen & Anu Nousiainen	
Puhelin	Sähköposti: satu.halonen@turkuamk.fi, anu.nousiainen@turkuamk.fi	
<hr/>		
<small>Turun ammattikorkeakoulu Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku puh. 02 263 1500 faxi 02 263 5797 posti: etunimi.sukunimi@turkuamk.fi</small>		



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

2

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksesta on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja välineet sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajayhteistyöryhmän näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muuten immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Määrällisistä työsuhteista, työstä maksettavasta palkkiosta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Kirje-linen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja senään kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkosivustossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, että se sisältää ki- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (aki väitöstenäisten toiminnan julkaisuudesta) salassa pidettäviksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn lausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa osittuneet luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljästä (4) päivän kuluessa ennen julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohdan lousunnon, jossa voidaan mainitella opinnäytetyöraportin mahdollisesti sisältävät ki- tai ammattisalaisuudet, jolla ei julkaista.

Mitä ki- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä tietoja ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETTYLLÄ TAVALLA

22.10.2012

Eeva Liikala Jenna Jalonen

Opiskelija

22.10.2012

Jukka Leppänen

Toimeksiantaja

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA

Hilja Kumpulainen

Turun ammattikorkeakoulu
Laukahälsäkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
posti: eunini@turkuamk.fi

Liite 2. Tutkimuslupa

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
Terveystie a, Salo
Yhäistentie 2
24130 SALO
Puh. (02) 263 350
Fax. (02) 2633 6179

ANOMUS OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KOKOAMISEKSI

Tutkimuksen nimi	Saattohoitopotilaan henkinen kipu hoitajan silmin
Tutkimusongelma	1. Miten saattohoitopotilaan henkinen kipu ilmenee hoitajien näkökulmasta? 2. Mitä keinoja hoitajilla on henkisen kivun lievittämiseen? 3. Miten henkisen kivun lievittämistä voitaisiin kehittää?
Tutkimuksen kohde ja aineiston keruumenetelmä	Salon terveyskeskussairaalan vuodeosasto 2:n saattohoitosolun vaki-tuisilla hoitajilla suoritettava kyselytutkimus.
Aineiston ko-koamisajankohta	Alkuvuosi 2013
Tutkimuksen arvioitu valmistusajankohta	Toukokuu 2013
Tutkimussuunnitelma hyväksytty	/ 20
Tutkimuksen ohjaajat	Satu Halonen satu.halonen@turkuamk.fi puh _____ Anu Nousiainen anu.nousiainen@turkuamk.fi puh _____
Sitoudumme käyttämään kokoamaamme aineistoa tutkimusongelman puoleissa ja siten, että tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden anonymiteetti säilyy.	
Tutkimuksen tekijät	Sairaanhoitaja AMK NUSKALIO (suurtautumisvaihtoehdot) (yhtymä) Jenna Jalonen Eeva Liikala (nimi) Sairaanhoitaja 31,24240 Salo Puistokujan 4 A 13, 24500 Haukko (osite) 044 337 1345 044 0911 344 (puhelinnumero)

Anomus käsitelty

14.12.2012
(X) lupa myönnetty
() lupa eväyty, peruste _____

Allekirjotus

Jenna Jalonen Eeva Liikala

Liite 3. Kyselylomake

Esitiedot

Työkokemus/vuotta:

Pohjakoulutus:

1. Millä tavoin saattohoitopotilaan henkinen kipu mielestäsi ilmenee?

2. Mitä kautta olet saanut tietoa saattohoitopotilaan henkisen kivun hoitamisesta?

3. Mitä keinoja Sinulla on saattohoitopotilaan henkisen kivun hoitoon?

4. Millaiset resurssit työpaikallasi on saattohoitopotilaiden hoitamiseen?

5. Millaiset asiat voisivat estää saattohoitopotilaan hyvää henkisen kivun hoitoa?

6. Miten mielestäsi saattohoitopotilaan henkisen kivun hoitoa voitaisiin kehittää?

Kiitos ajastasi! 😊

Liite 4. Saatekirje

Olemme viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Turun Ammattikorkeakoulun Salon toimipisteestä, ja saattohoitopotilaan henkiseen kipuun liittyvä kysely on osa opinnäytetyötämme.

Ohessa on saattohoitosolussa vakituisesti työskenteleville hoitajille suunnattu kyselylomake, joka sisältää kuusi avointa kysymystä. Toivomme Sinun vastaavan kysymyksiin avoimesti omien kokemustesi perusteella. Mikäli vastaustila loppuu kesken, voit jatkaa vastauksiasi paperin toiselle puolelle. Vastausaikaa on kaksi viikkoa, jonka jälkeen noudamme lomakkeet. Vastattuaasi voit laittaa kyselylomakkeen mukana olevaan A4-kokoiseen kirjekuoreen ja sulkea sen, jolloin vastauksesi saadaan käsiteltyä luottamuksellisesti. Opinnäytetyön on tarkoitus valmistua viimeistään toukokuussa 2013.

Vastauksesi on meille tärkeä!

Kiittäen,

Jenna Jalonen

jenna.jalonen@students.turkuamk.fi

Eeva Liikala

eeva.liikala@students.turkuamk.fi