



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# **SAIRAANHOITAJIEN KOKEMUKSIA KUOLEVAN POTILAAN KIVUNHOIDOSTA SAIRAALASSA**

Sanna Bärling

Johanna Haaraoja

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2016  
Sairaanhoitajakoulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja AMK

BÄRLING, SANNA & HAARAOJA, JOHANNA:  
Sairaanhoitajien kokemuksia kuolevan potilaan kivunhoidosta sairaalassa

Opinnäytetyö 72 sivua, joista liitteitä 8 sivua  
Lokakuu 2016

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien kokemuksia kuolevan potilaan kivunhoidosta sairaalassa. Työ toteutettiin Hatanpään sairaalan kolmella eri vuodeosastolla. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, millainen on hyvä kuolema, millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla oli kuolevan potilaan hoitotyöstä ja kivunhoidosta sairaalassa sekä millaisia haasteita sairaanhoitajat kokivat kuolevan potilaan kivunhoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, kuinka sairaanhoitajat kokevat kuolevan potilaan kivunhoidon osastoilla. Opinnäytetyön aineisto kerättiin kvalitatiivisella menetelmällä haastatteleamalla parihaastatteluina kuutta eri sairaanhoitajaa kolmelta eri osastolta. Teemahaastattelun kysymykset muodostuivat tutkimuskysymysten pohjalta. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella potilaan hyvä kuolema nähtiin kivuttomuutena sekä hänen omien toiveidensa kunnioituksena. Kuolevan potilaan hoitotyötä toteutettiin sairaalassa potilaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin tarpeisiin vastaamalla. Tuloksista ilmeni, että eniten kiinnitettiin huomiota potilaan fyysisiin tarpeisiin sekä haluttiin luoda potilaalle turvallinen ja rauhallinen kuolema. Omaiset olivat myös vahvasti hoitotyössä apuna ja heidän kohtaamistaan pidettiin tärkeänä. Tulokset osoittivat, että kuolevan potilaan kivunhoito koettiin sairaalassa ajoittain haastavaksi. Sairaalassa potilasta monesti saatettiin hoitaa aktiivihoidoilla, vaikka hän oli jo lähellä kuolemaa. Saattohoitopäätöksiä ei tehty tarpeeksi ajoissa, jolloin oireenmukainen hoito ja kivunhoito jäivät viime hetkeen. Lääkäreiden vaihtuvuus hankaloitti kivunhoidon toteutumista ja voimakkaita kipulääkkeitä ei uskallettu määrätä. Sairaalan resurssit ja kiire vaikuttivat myös osaltaan kuolevan potilaan hoitotyöhön. Sairaanhoitajat toivoivat enemmän koulutuksia sekä lääkäreille että itselleen kuolevan potilaan hoitotyöstä ja kivunhoidosta.

Opinnäytetyöstä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää kuolevan potilaan kivunhoidon parantamiseen sairaalassa. On tärkeää, että lähestyvä kuolema tunnistettaisiin ja osattaisiin tehdä päätöksiä oireenmukaisesta hoidosta ajoissa. Hoitohenkilökunnalla tulisi olla yhteiset toimintaohjeet ja ammattitaito niiden toteuttamiseen. Heillä täytyy myös olla rohkeutta puuttua epäkohtiin, jotta saataisiin toteutettua laadukasta kuolevan potilaan hoitoa myös sairaalassa.

---

Asiasanat: kuoleva potilas sairaalassa, hoitotyö, kivunhoito

## **ABSTRACT**

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

BÄRLING, SANNA & HAARAOJA, JOHANNA:  
Nurses' Experiences of Pain Management of a Dying Patient in the Hospital

Bachelor's thesis 72 pages, appendices 8 pages  
October 2016

---

The purpose of this thesis was to explore nurses' experiences of pain management of a dying patients' in the hospital. The aim of this thesis was to produce information about nurses' experiences of pain treatments and management on their wards. The study applied a qualitative method. The data were collected from six nurses through theme interviews as a pair interview in three different wards in Hatanpää Hospital. The data were analyzed using a qualitative content analysis method.

The results showed that care of a dying patient's requires from nurses' a good knowledge of pain management and they must be able to respond to a patient's physical, mental and social needs. Nurses felt that pain management is sometimes challenging in hospital. Nurses have a significant role to recognize and react to the pain of a dying patient. Nurses felt that challenging in pain management was sometimes the cooperation with doctors as they had different opinions about the patient's condition. A high turnover of doctors and the lack of decisions making to start hospice care decreased the quality of pain management. According to the nurses, financial recourses and rush also had an influence on nursing of a dying patient.

It is important to recognize the forthcoming death in order to provide high quality care for dying patients and start hospice care on time. Doctors and nurses should have a common directive and enough professional skills. According to the results, there should be more training to nurses and doctors so they could provide better pain management for dying patients. With enough knowledge, a well-planned medical treatment for a dying patient can be carried out.

---

Key words: dying patient in the hospital, caring, pain management

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	8
3.1	Kuolevan potilaan hoitotyö.....	9
3.2	Kuolevan potilaan hoitotyö sairaalassa.....	11
3.2.1	Fyysisten oireiden hoito .....	13
3.2.2	Psyykkisten, hengellisten ja sosiaalisten tarpeiden huomiointi .....	15
3.2.3	Omaisten huomiointi ja tukeminen hoitotyössä.....	17
3.3	Kuolevan potilaan kipu .....	19
3.4	Kuolevan potilaan kivunhoito sairaalassa.....	21
3.4.1	Lääkkeellinen kivunhoito.....	22
3.4.2	Lääkkeetön kivunhoito.....	26
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	28
4.1	Laadullinen tutkimusmenetelmä.....	28
4.2	Aineiston keruu.....	28
4.3	Aineiston analysointi .....	30
5	TULOKSET .....	34
5.1	Hyvä kuolema .....	34
5.2	Kuolevan potilaan hoitotyö.....	36
5.3	Kuolevan potilaan kivunhoito.....	40
5.4	Haasteet kuolevan potilaan kivunhoidossa .....	44
6	POHDINTA.....	47
6.1	Tulosten tarkastelua .....	47
6.2	Eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelua.....	55
6.3	Kehittämisehdotukset.....	57
6.4	Pohdintaa opinnäytetyöprosessista .....	58
	LÄHTEET.....	60
	LIITTEET .....	65
	Liite 1: Tietoinen suostumuslomake .....	65
	Liite 2: Teemahaastattelurunko .....	67
	Liite 3. Sisällönanalyysi .....	68

## 1 JOHDANTO

Kaikkia sairauksia ei voida parantaa, eikä kaikkea kärsimystä voida poistaa, vaikka lääketiede ja hoitotyö ovat kehittyneet (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 16). Hoitojen kehittyminen on johtanut siihen, että nykypäivänä potilaan hyvä elämänlaatu voidaan taata pidempään kuin aikaisemmin (Hänninen 2013, 35). Nykypäivänä saattohoito on myös mahdollistettu kotona, koska monet ihmiset haluavat viettää viime hetkensä siellä. Kuitenkin kaikista kuoleman tapauksista noin puolet tapahtuu sairaaloissa tai terveyskeskuksien vuodeosastoilla. (Linna 2011.)

Kuoleman lähestyessä näyttäytyy vahvasti ihmisen laadukas ja eettinen hoitotyö. Siksi valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) on tarkastellut saattohoitokäytäntöjen kokonaistilannetta sairaanhoitopiireissä sekä suurissa kaupungeissa. Vuosina 2001-2012 selvitysten perusteella saattohoidon tilanne on muuttunut parempaan suuntaan ja sitä on jatkuvasti kehitetty. Aikaisemmin potilaan hoito on keskittynyt pääsääntöisesti vain kuolevan potilaan perushoitoon ja kivunlievitykseen. Nykypäivänä pääpaino on kivunhoidossa sekä potilaan oireenmukaisessa hoidossa. (ETENE 2012, 6, 16, 18.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on koonnut saattohoitoa koskevat suositukset vuonna 2010 julkaisussaan Hyvä saattohoito Suomessa. Suosituksessa korostetaan hoitotyön inhimillisyyttä sekä sellaisten hoitotoimenpiteiden välttämistä, joilla ei ole oleellista vaikutusta sairauden ennusteeseen. Elämän loppuvaiheessa potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet otetaan huomioon sekä oireenmukainen hoito tulee olla ihmisarvoa kunnioittavaa sekä oikeudenmukaista. Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012 ohjaa myös lääketieteellistä kuolevan potilaan hoitoa. Suosituksessa tuodaan ilmi kuolevan potilaan lähestyvän lähdön oireiden ja kärsimysten lievittämiskeinoja. Yleisenä periaatteena on, että potilas voisi saattohoitovaiheessa elää ilman vaikeita oireita ja kipuja, hänen toiveensa otetaan huomioon sekä annetaan mahdollisuus olla omaistensa seurassa. (Pihlajainen 2010, 7, 11, 13–14.)

Kipu on yksi kuolevan potilaan elämänlaatua heikentävistä tekijöistä. Kivunhoidon toteutuminen on edellytys ihmisarvon kunnioitukselle ja oikeudenmukaisuudelle. (Grönlund & Huhtinen 2011, 113.) Potilaalla esiintyy useimmiten monia oireita samanaikai-

sesti ja ne aiheuttavat potilaalle kärsimystä (Hänninen 2003, 29). Kuoleva potilas usein ilmaisee kärsimyksen kivun muodossa ja se on myös yhteydessä henkisten, hengellisten ja sosiaalisten ongelmien kanssa (Grönlund & Huhtinen 2011, 58–59).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia kuolevan potilaan kivunhoidosta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, kuinka sairaanhoitajat kokevat kivunhoidon toteutumisen kuolevalle potilaalle sairaalaympäristössä. Työmme painottuu kuolevan potilaan viimehetkien hoitotyöhön sekä kivunhoitoon sairaalassa. Työssämme teoria koostuu kuolevan potilaan kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä, jossa potilas ja hänen omaisensa huomioidaan yksilöllisesti. Opinnäytetyön toteutettiin yhteistyössä Tampereen kaupungin Hatanpään sairaalan eri vuodeosastojen kanssa.

## **2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE**

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitajien kokemuksia kuolevan potilaan hoitotyöstä ja kivunhoidosta Hatanpään sairaalassa kolmella eri vuodeosastolla.

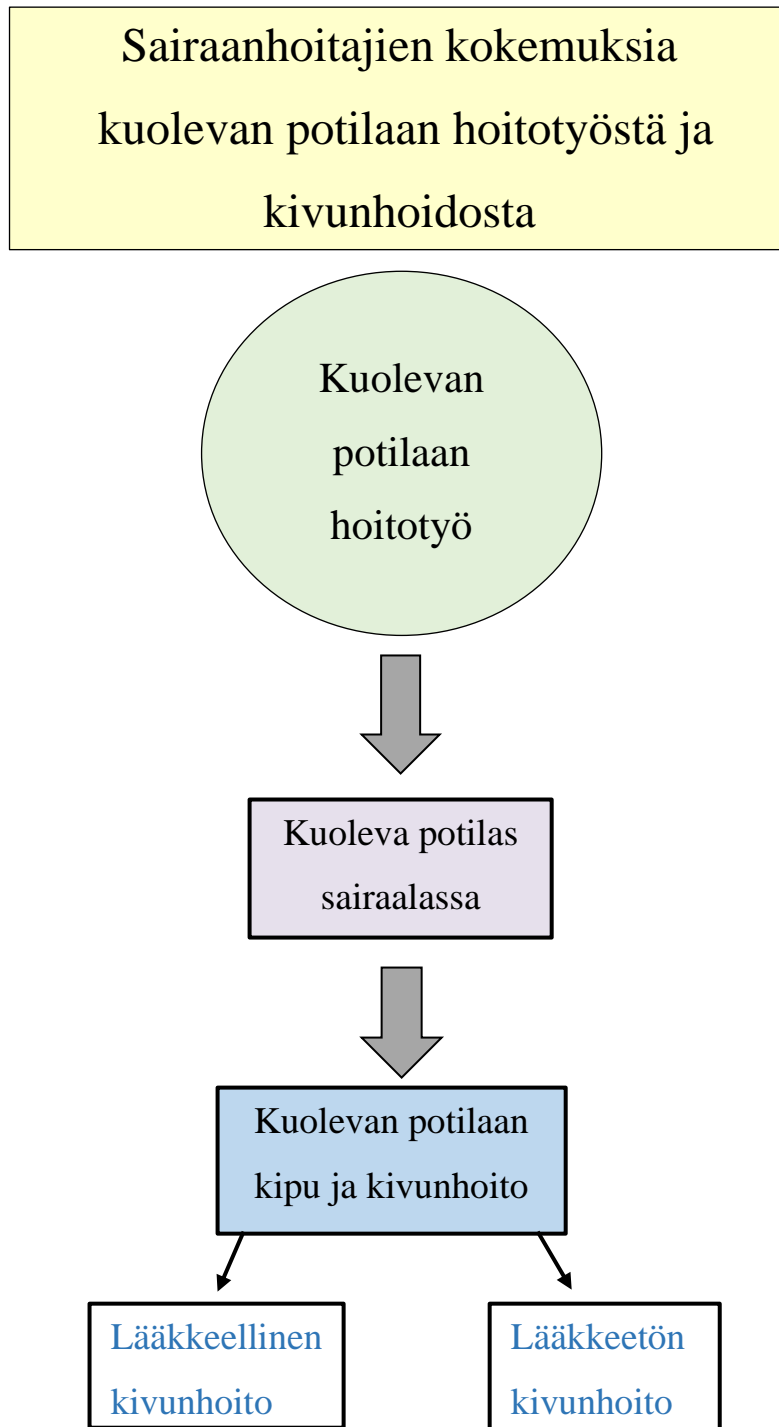
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Millainen on hyvä kuolema?
2. Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on kuolevan potilaan hoitotyöstä sairaalassa?
3. Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on kuolevan potilaan kivunhoidosta?
4. Millaisia haasteita sairaanhoitajat kokevat kuolevan potilaan kivunhoidossa?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, kuinka sairaanhoitajat kokevat kuolevan potilaan kivunhoidon sairaalassa. Saadun tiedon pohjalta voidaan kehittää kuolevan potilaan hoitotyötä ja kivunhoitoa sairaalassa.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat muodostuvat keskeisistä käsitteistä: Kuolevan potilaan hoitotyö, kuoleva potilas sairaalassa, kuolevan potilaan kipu ja kivunhoito. Teoriaosuus muodostuu kyseisen kuvion käsitteistä.



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet



### 3.1 Kuolevan potilaan hoitotyö

Palliatiivinen hoito on potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa, jonka tarkoituksena on oireiden lievittäminen, kipujen hallinta, elämänlaadun parantaminen sekä psyykkisen ja henkisen tuen tarjoaminen silloin kun sairaus ei ole enää parannettavissa (ETENE 2012, 4; Hänninen 2003, 14-15; Grönlund & Huhtinen 2011, 77). Käypä hoito -suosituksen mukaan oireenmukaista hoitoa on tarjottava kaikille vakavasti sairaille ja kuoleville laadukkaan loppuelämän turvaamiseksi (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012).

Saattohoito nähdään palliatiivisen hoidon viimeisenä vaiheena, jolloin keskeistä on potilaan oireiden ja kärsimyksen lievitys tämän viimeisten elinkuukausien ja päivien ajan (ETENE 2012, 4). Saattohoidossa otetaan huomioon potilaan toiveet sekä tarpeet. Hoitoon kuuluu hyvä oireiden hoito, lähestyvään kuolemaan valmistaminen sekä potilaan omaisten tukeminen. Kärsimyksen lievittäminen on saattohoidon päämäärä, kaikkea kipua ja kärsimystä ei voida aina poistaa, mutta niitä voidaan lievittää eri keinoin. (ETENE 2003, 5.)

Kuolevan potilaan hoitotyö on suunniteltua ja organisoitua sekä siinä on selkeä vastuu ja työnjako (Pihlajainen 2010, 32). Päätös saattohoidosta on tehtävä ennen hoidon aloittamista (Hänninen 2003, 16). Päävastuun potilaan hoidosta ottaa lääkäri, joka vastaa sisällöstä ja päätöksistä, jotka hän tekee yhteisymmärryksessä yhdessä potilaan kanssa (Pihlajainen 2010, 14). Lääkärin tulee selkeästi määritellä sairaskertomukseen potilaan hoidon tavoitteet, kuten hyvä yleishoito, tehokas kivunlievitys, ei tehohoitoja, ei antibiootteja tai suonensisäistä nesteytystä tai ei enää siirtoa keskussairaalaan. Nämä tiedot tulee olla henkilökunnalla sekä päivystävällä lääkäriellä, jotta ristiriitatilanteilta välttyttäisiin ja hoitolinja pysyisi selkeänä. (ETENE 2004, 42.)

Potilaalla on myös oikeus ilmaista tahto omasta hoidostaan. Hoitotahto on potilaan suullinen tai kirjallinen tahdonilmaisu, jota voidaan hyödyntää, kun potilas ei enää kykene ottamaan kantaa omaan hoitoonsa. (Pihlajainen 2010, 14.) Potilas tekee tietoisien päätöksen hoitonsa perusteista ja seuraamuksista. Hoitotahto vähentää omaisten epätietoisuutta ja ahdistusta sekä helpottaa lääkäreiden päätöksentekoa. (Halila & Mustajoki 2016.) Hoitopäätökset kirjataan potilastietojärjestelmään (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012). Hoidonlinjauksista ja periaatteista olisi hyvä kes-

kustella mahdollisimman ajoissa. Ennakointi tukee ja säästää kaikkia osapuolia, kun kaikilla on käsitys tilanteesta ja mahdollisuus valmistautua siihen (Sarivaara 2016, 45.) Epäselvyys hoitolinjauksissa haittaa potilaan oireiden hoitoa ja jopa parantavaa hoitoa saatetaan antaa potilaalle, vaikka paranemisen mahdollisuuksia ei enää ole. (Lehto, Mustonen, Vinkanharju & Pessa 2011, 3047). DNR-päätöksen eli Do Not Resuscitate= älkää elvyttäkö, voi tehdä potilas itse ja kirjata hoitotahtoonsa. Päätöksen voi tehdä myös hoitava lääkäri lääketieteellisin perustein. Tällöin päätös perustuu potilaan yksilöllisen tilanteen arviointiin. DNR-päätös ei tarkoita kaikesta hoidoista luopumista, vaan pelkästään elvyttämisen rajaamisen hoidosta pois. Potilaille voidaan antaa edelleen tehohoitotasosta tai operatiivista hoitoa. Hoivasta ja kivunhoidosta huolehtiminen kuuluu jokaisen potilaan perusoikeuksiin hoidonrajauksista riippumatta. (Laine 2015.)

Saattohoitoa voidaan antaa kotona, vanhainkodeissa, terveyskeskuksien ja sairaaloiden vuodeosastoilla sekä saattohoitokodeissa (Surakka ym. 2015, 145). Tutkimusten mukaan suurin osa ihmisistä haluaa kuolla kotona, mutta silti suurin osa esimerkiksi syöpää sairastavista kuolee sairaalassa. Potilaat toivoivat voivansa kuolla kotona, kun taas omaiset pitivät sairaalaa turvallisempana paikkana kuolla. Sairaala tuo turvallisuutta, koska hoitovastuu on ammattilaisella ja apu lähettyvillä. (Vainio & Hietanen 2004, 330; Ridanpää 2006, 24–25.) Ihmisten kokonaisvaltainen hyvinvointi on havaittu olevan parempaa kotona kuolevilla, mutta kivun ja surun oireita mitattaessa on saatu ristiriitaisia tuloksia, joten ei voida sanoa kummassa niitä koettaisiin vähemmän, sairaalassa vai kotona. Tärkeintä olisikin huomioida potilaan ja perheen edellytykset ja toivomukset sekä sen avulla varmistaa paras mahdollinen saattohoito elämän loppuvaiheissa. (Higginson ym. 2013; BMC Medicine 2015.)

Potilaan lähestyvät kuoleman merkit ja niiden huomiointi sekä toiminta kuoleman jälkeen kuuluvat osaltaan hoitohenkilökunnan osaamisalueisiin (Pihlajainen 2010, 17). Lähestyvän kuoleman merkit näkyvät potilaan olemuksessa. Hän on väsynyt ja heikko, eikä jaksakaan enää nousta vuoteesta. Potilas on kyvytön syömään tai juomaan. Lähestyvä kuolema näkyy myös pintaverenkierron heikentymisellä ja perifeeristen osien viilenemisellä, ja tämä viileys leviää vähitellen koko vartaloon. Lisäksi hengitys voi muuttua epäsäännölliseksi ja saattaa lisääntyneen limanerityksen vuoksi muuttua äänekkääksi. (Korhonen & Poukka 2013, 441; Hänninen & Pajunen 2006, 116.)

Potilaan ja omaisten kuoleman pelon ja ahdistuksen kohtaaminen voi olla sairaanhoitajalle haastavaa (Surakka ym. 2015, 98). Kuolemaan suhtautumiseen vaikuttavat omat kokemukset menetyksistä ja surusta sekä vastavuoroisesti suhteemme kuolemaan vaikuttaa tapaamme kokea surua. Hoitohenkilökunnan sairaalassa olisi hyvä pystyä käsittelemään heidän omia kuolemanpelkoja ja kuolemankäsityksiä, sekä asennoitumista kuolemaa kohtaan. Siksi on tärkeää, että työyhteisössä on selkeä kuoleman kohtaamisen hoitokulttuuri. Työnohjausta voidaan hyödyntää asioiden läpikäymisessä. Siellä pystytään käsittelemään tilanteita rauhassa ja keskustella kuolevan potilaan tunteista, kuten kärsimyksestä, hädästä ja yksinäisyydestä. Työnohjauksessa sairaanhoitaja voi ymmärtää vaikeutensa kohdata kuolemaa. Se voi ilmetä välinpitämättömyytenä, väistämisenä tai kivettyneisyytenä. Tunteiden reflektointi auttaa saamaan ymmärrystä ja sitä kautta enemmän taitoa tukea kuolevaa. (Grönlund & Huhtinen 2011, 55, 200.)

### **3.2 Kuolevan potilaan hoitotyö sairaalassa**

Sairaalan toiminta sekä ympäristö on luotu tarjoamaan parantavaa hoitoa akuutisti sairastuneille potilaille. Kuitenkin myös sairaalassa kuolee esimerkiksi kroonisten pitkäaikaissairauksien loppuvaiheessa olevia potilaita akuuttivuodeosastoilla. Kuolevan potilaan siirtäminen saattohoitoyksikköön ei ole aina käytännössä mahdollista. (Lehto ym. 2011, 3046–2047.) Siksi myös sairaalassa tulee pystyä toteuttamaan laadukasta kuolevan potilaan hoitotyötä. Potilaalle turvataan hyvä yleishoito sekä hänen fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin tarpeisiin vastataan ja oireita lievitetään parhain mahdollisin keinoin. Kuolevan potilaan hoito koskettaa myös vahvasti hänen läheisiään, joten heidät tulee myös huomioida hoitotyössä. (Pihlajainen 2010, 11–12.) Hoitotyön tavoitteena on luoda mahdollisimman hyvä elämän loppuvaihe kuolevalle potilaalle sekä turvaamaan kivuton ja arvokas kuolema. Kuoleman lähestyessä hoito ei lopu, vaan muuttuu parantavasta hoidosta huolenpitoon. (ETENE 2004, 33–34; Kuittinen ym. 2015, 13.)

Kuolevan potilaan hoitoympäristö jakautuu käsitteenä fyysiseen ja psyykkiseen ympäristöön, joilla molemmilla on oma merkitys hoitotyössä (Saastamoinen 2012, 10). Sairaaloissa kuolevan potilaan on hankalaa ja jopa mahdotonta viettää yksityiselämää. Sairaalan tilat ja toimintamallit rajoittavat myös omaisten osallistumista kuolevan läheisen hoitoon. (Ridanpää 2006, 24.) Kuolevalle potilaalle tulisi mahdollistaa oma huone,

jossa tilanne saataisiin rauhoitettua ja omaisetkin voisivat vierailla potilaan luona ilman häiriötekijöitä (Pihlajainen 2010, 17; Sarivaara 2016, 50). Aina yhden hengen huoneen järjestäminen ei onnistu ja keinot monen hengen huoneessa ovat rajalliset. Silloin voidaan käyttää verhokangasta suojana ja minimoida ihmisten liikkumista huoneessa. Suljetut verhot luovat ja antavat oikeuden potilaalle yksityiseen tilaan. (Sarivaara 2016, 57.) Sairaaloiden tulisi huolehtia myös osastojen esteettisyydestä, joka näkyy väreinä, kasveissa sekä taideteoksina. Esteettisyys ja kaunis ympäristö myös tukevat kuolevan potilaan hoitoa. Psykkinen hoitoympäristö näyttäytyy kuolevalle potilaalle hoitoyksikön ilmapiirinä, jossa voi tunteitaan ilmaista vapaasti. (Saastamoinen 2012, 10.)

Sairaanhoitajille potilaiden saattaminen on ainutlaatuinen ja arvokas tehtävä. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan vahvaa ammattitaitoa ja kokemusta, jotta he pystyvät kohtaamaan kuolevan potilaan inhimillisenä ihmisenä. (Pihlajainen 2010, 34.) Sairaalassa yllättäen eteen tulevat ja nopeasti tapahtuvat kuolemat vaativat hoitohenkilökunnalta paljon. Potilas saattaa olla sairaanhoitajalle tuntematon ja omaisetkin vieraita. Tärkeintä on saada potilaalle päätös oireenmukaisesta hoidosta ja huolehtia potilaan hyvinvoinnista kokonaisvaltaisesti huomioiden hänen yksilölliset tarpeet. Sairaanhoitajalla on usein tärkein rooli sekä velvollisuus olla potilaan vierellä ja toimia hänen ”asianajajana”. Hoitajalla on usein myös ammatillista silmää nähdä kuolevan potilaan tarpeet, koska hän on päivittäin mukana hoitotyössä. Usein kuitenkin kiire ja riittämättömyyden tunne sairaalassa rajoittavat kuolevan potilaan hyvää hoitoa. (Sarivaara 2016, 30, 41–42, 55.)

Sairaanhoitajan tehtävä on välittää tietoa potilaalle sekä omaisille yhteistyössä hoitavan lääkärin ja moniammatillisen hoitotiimin kanssa. Moniammatillinen hoitotiimi koostuu sosiaalityöntekijästä, psykologista, sairaalapsykologista sekä sairaalapastorista, joita voidaan hyödyntää hoitotyössä tarpeen mukaan. (Kuittinen ym. 2015, 13.) Hoidon toteuttaminen vaatii yhteistyötä ja riittävää ammattitaitoa koko henkilökunnalta (Pihlajainen 2010, 17). Sairaanhoitaja toimii yhteyshenkilönä hoitoon osallistuvien eri tahojen välillä ja koko hoitosuhteen ajan huomioi kuolevan potilaan sekä omaisten tarpeita. Hoitosuhde on potilaan, sairaanhoitajan ja lääkärin välinen yhteistyösuhde, jossa toiminta perustuu potilaan parhaaksi. (Ridanpää 2006, 54; Saastamoinen 2012, 13.)

### 3.2.1 Fyysisten oireiden hoito

Kuolevan potilaan hoitotyössä on keskeistä lievittää sairauden ja lähestyvän kuoleman aiheuttamia oireita sekä niistä johtuvaa kärsimystä ja kipua. Potilaalle luodaan sellaiset olosuhteet, että hän voi elää mahdollisimman hyvää elämää loppuun saakka. (Kuparinen 2014; Pihlajainen 2010, 11.) Hoitotyön tulee olla turvallista sekä jatkuvaa oireiden hoitoa. Kuolevalle potilaalle tulee välittyä tunne siitä, että hänestä välitetään ja häntä hoidetaan mahdollisimman hyvin kuoleman lähestyessä sekä sen jälkeenkin. (Kamppari 2014, 28.) Erilaisten mittausarvojen, kuten nestelistan, verenpaineen, happikylläisyyden ja lämmön mittauksen tarkastelu lopetetaan. Kliinisiä oireita tulee säännöllisesti arvioida vähintään neljän tunnin välein. Mittausarvojen sijaan hoitaja arvioi kuolevan potilaan kipua, levottomuutta, hengitysteiden eritteitä, pahoinvointia sekä hengenahdistusta. Potilaan hoito muuttuu läsnäoloksi sekä kuuntelemiseksi. (Korhonen & Poukka 2013, 441.)

Viimeisten elinpäivien aikana potilaan kiinnostus ruokaa ja juomaa kohtaan häviää sekä nieleminen vaikeutuu (Korhonen & Poukka 2013, 440). Lähes kolmasosalla esiintyy myös oksentelua ja jopa 60 % on huonovointisuutta. Pahoinvointia voidaan lievittää hoitamalla sen taustalla olevaa mahdollista syytä, kuten muun muassa kipua, ummetusta sekä huomioida lääkkeiden vaikutukset, koska esimerkiksi opioidin sivuvaikutuksena esiintyy usein pahoinvointia. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012.)

Sairaalassa voidaan kuolevalle potilaalle kokeilla suonensisäistä nesteytystä, mutta siitä on harvoin hyötyä, koska useimmiten neste retentoituu elimistöön (Korhonen & Poukka 2013, 441). Omaiset tai potilas voivat kuitenkin vaatia nestehoitokokeilua ja tällöin lääkäri sopii heidän kanssaan nestehoidon tavoitteista. Nestehoidon selkeät tavoitteet ovat potilaan elämänlaadun kohentuminen ja oireiden lievittyminen (Pöyhiä 2012, 457). Suonensisäistä nesteytystä voidaan kokeilla 1000ml/vrk annoksella muutaman vuorokauden ajan. Jos kokeilu ei kohenna potilaan vointia se lopetetaan. Kuitenkaan potilaan janon tunteeseen tai suunkuivumiseen suonensisäinen nesteytys ei auta. Janon tunteeseen ja suun kuivuuteen on yleensä syynä autonominen neuropatia eli autonomisen hermoston hiipumisesta aiheuttama suun limakalvojen kuivuminen. (Korhonen & Poukka 2013, 441.) Kuivaa suuta sekä janon tunnetta voidaan hoitaa muun muassa jää-

palojen imeskelyllä sekä huulia rasvaamalla ja kostuttamalla (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012).

Ummetus on myös yleinen vaiva kuolevalla potilaalla ja jopa 80% opioideja käyttävistä kuolevista potilaista kärsii vatsantoimimattomuudesta. Vaikka potilas ei söisikään paljoa, hän voi silti kärsiä ummetusvaivoista. Ulostetta muodostuu jatkuvasti mahasuolikanavan eritteestä, suolen epiteelisoluista sekä bakteerimassasta. Potilaan ummetusta tulee ehkäistä ja hoitaa vatsanpehmickeillä. Ripuli on saattohoitopotilailla huomattavasti harvinaisempi oire kuin ummetus, mutta sitäkin voi esiintyä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012.)

Väsymys todetaan hyvin monilla edennyttä syöpää sairastavilla elämänlaatua merkittävästi alentavaksi oireeksi. Väsymysoireyhtymällä tarkoitetaan yleistynyttä heikkoutta, joka näkyy voiman puutteena, lihasten nopeana väsymisenä sekä alentuneena tiedollisena toimintana. Kliinisiä oireita ovat yleinen väsymyksen tunne ja tarve hidastaa tahtia, sekä lisääntynyt levon ja unen tarve. Väsymys koetaan usein ahdistavana ja masentavana, eikä vain rasituksen jälkeisenä fyysisenä oireena. Väsymyksen hoidossa on otettava myös aina huomioon potilaan subjektiivinen kokemus oireista. Vuorokausirytmien ylläpito ja kevyt liikunta voi auttaa sekä lääkehoito on hyvä tarkistaa ja välttää väsyttäviä lääkkeitä, mikäli mahdollista. (Hänninen 2003, 60, 64–65.)

Saattohoidossa olevilla potilailla on usein hengitykseen liittyviä oireita, kuten hengenahdistusta, yskää ja lisääntynyttä limaneritystä. Hengenahdistus lisääntyy taudin edetessä ja kuoleman lähestyessä. Hengenahdistusta kuolevilla potilailla aiheuttaa nesteiden kertyminen keuhkopussiin tai vatsaonteloon, hengityslihasten heikkous ja vaikea anemisoituminen. Myös väsymysoireyhtymä, ahdistuneisuus ja rintakehän kivut lisäävät hengenahdistusta. Varsinkin kuoleman lähestyessä hengenahdistuksen hoidossa tärkeintä on oireiden hoito, ei niinkään syyn selvittäminen. Hengitystekniikoiden opettelu, rentoutus sekä asentohoito helpottavat hengittämistä. Jotkut kokevan hapen antamisen helpottavan oireita. (Hänninen 2003, 137–139.) Usein oireita helpottavat jo huoneilman tuuletus ja puoli-istuvaan asentoon auttaminen (Surakka ym. 2015, 25).

Iho-ongelmia esiintyy erilaisten haavojen muodossa. Vuodepotilaille painehaavat ovat suuri riski ja lisäksi ongelmia aiheuttaa verisuoniperäiset sekä trauman aiheuttamat haavat. Haavat paranevat kuolevilla potilailla huonosti ja ne aiheuttavat usein kipua, eritys-

tä, pahaa hajua sekä kutinaa. Hyvä ihon perushoito, eli pesuista, suihkutuksesta ja rasvauksesta huolehtiminen sekä asentohoito auttavat ennaltaehkäisemään haavoja. (Surakka ym. 2015, 38–39.)

Potilaiden tila saattaa huonota nopeasti ja odottamattomasti, jolloin kuoleville potilaille tehdään tarpeettomia tutkimuksia ja hoitoja. Sairaalassa hoitoon sisältyy useimmiten diagnostisia laboratorio- ja röntgentutkimuksia. (Vainio & Hietanen 2004, 229.) Laboratoriotutkimuksista ei ole haittaa potilaalle, mutta niiden tulkinta vie päähuomion usein pois kuolevasta potilaasta ja hänen oireidensa havainnoinnista (Lehto ym. 2011, 3047). Huomioiden kuitenkin, että kuolevan potilaan hoidossa tavoitteena on hänen oireidensa hallitseminen mahdollisimman vähän potilasta kuormittavin toimenpitein (Kuittinen ym. 2015, 8). Antibioottihoito ei paranna kuolevan potilaan ennustetta, mutta se voi helpottaa oireita. Lyhytaikaisesti antibioottihoitoa voidaan kokeilla, mutta se on syytä lopettaa, ellei saada vastetta hoidolle. Elinaikaennusteen ollessa vain muutamia päiviä antibiootihoidosta ei ole tutkittua hyötyä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012.) Jos kuolevalla potilaalla on rytmihäiriötahdistin, tulee kardiologin tulla kytkemään sen iskutoiminnot pois päältä (Korhonen & Poukka 2013, 441).

### **3.2.2 Psyykkisten, hengellisten ja sosiaalisten tarpeiden huomiointi**

Kuolevan potilaan hoitosuhde perustuu empatiaan ja luottamukseen. Hoitosuhteeseen kuuluu huolenpito, hoitajan aito läsnäolo ja ymmärrys, joka perustuu molemminpuoliseen vuorovaikutukseen sekä yhteistyöhön. Vuorovaikutus potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä tulee olla avointa ja ennakkoluulotonta (Hänninen & Pajunen 2006, 51). Hoitajan ammattitaito, kokemukset sekä intuitio toimivat hoitotyön taustalla. Jokainen kuolema on ainutlaatuinen ja persoonakohtainen, jolloin potilaan yksilöllinen huomiointi vaatii hoitohenkilökunnalta paljon. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 42–43.)

Rauhallisella ja levollisella ilmapiirillä voidaan lisätä potilaan turvallisuutta (Rantala 2014, 51). Hoitohenkilökunnan käyttäytyminen kuten ystävällisyys sekä asiallisuus vaikuttavat potilaaseen sekä hänen omaisiinsa. Siksi sanojen, ilmeiden ja eleiden merkitys korostuu hoitotyössä. (Anttonen 2008, 53.) Potilaan turvallisuutta lisää useimmiten tieto siitä, että apua on saatavilla (Hänninen & Pajunen 2006, 58). Hoitaja on henkisesti läsnä ja myös fyysisesti lähettyvillä, mutta ei välttämättä koko ajan potilashuoneessa (Sand

2003, 82, 102). Turvallisuuden tunteen luominen kuoleman lähestyessä näyttäytyy potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisena sekä herkkyytenä aistia potilaan erilaisia tunnetiloja ja ääneen lausumattomia tarpeita (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 52).

Yksityisyyden turvaaminen potilaalle on erityisen tärkeää. Hän ei välttämättä halua joutua toisten ihmisen katseiden alle, kun kokee olevansa kärsivä ja heikkoa, joten hoitoympäristössä yhden hengen huoneen mahdollistaminen olisi suotavaa. (Anttonen 2008, 53–54.) Sairaaloiden tekninen ympäristö voi kuitenkin aiheuttaa potilaalle sekä hänen omaisilleen ahdistusta sekä pelkoa. Sairaalan toimintakulttuuri saattaa lisätä kuolevan potilaan eristäytymistä sekä hankaloittaa omaisten mahdollisuutta osallistua läheisensä hoitoon. (Ridanpää 2006, 24–25.)

Hoitajien antamaan tukeen liittyvässä tutkimuksessa käy ilmi, että suurin osa sairaanhoitajista arvioi omassa työssään antavansa emotionaalista tukea kuolevalle potilaalle. Tukea oli annettu eniten kuuntelemalla, kosketuksen avulla, huomioimalla potilaiden tarpeita, lohduttamalla sekä läsnäololla. Hoitajat olivat kokeneet ajan puutteen ja kiireen vaikuttavan eniten negatiivisesti tuen antamiseen. Muita tuen antoon vaikuttavia tekijöitä oli potilaan kielteinen suhtautuminen tilanteeseensa, ristiriidat potilaan ja omaisten välillä sekä negatiivinen suhtautuminen henkilökuntaan. (Kuuppelomäki 2002, 117, 122–123.) Potilaalle voidaan antaa aikaa perushoidon aikana, mutta se ei välttämättä ole kovin luonteva hetki kuolemasta puhumiselle. Myös Sarivaaran (2016, 52) tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat kiireen ja tekemättömien töiden verottavan aikaa kuolevilta potilailta. Kiireiset tilanteet myös hankaloittavat luottamussuhteen rakentumista ja keskustelut saattavat jäädä lyhyiksi.

Saattohoidossa tulee huomioida potilaan kirkollisuus, uskonnollisuus ja erilaisten etnisten ryhmien tottumukset hoitaa kuolevaa potilasta (Pihlajainen 2010, 18). Kaikille uskonnollisuus ja hengellisyys eivät merkitse samoja asioita. Hengellisyys pitää sisällään uskonnollisuuden, mutta se on paljon muutakin. Hengellisistä asioista puhuminen on usein hoitohenkilökunnalle vaikeata ja tähän voi olla usein syynä esimerkiksi kulttuuriset tekijät. Potilaan vakaumusta tulee kuitenkin kunnioittaa ja arvostaa, vaikka se eroisi omaisten ja hoitohenkilökunnan omasta mielenkiinnosta. Potilaan hengelliset tarpeet näyttäytyvät elämäntarkoituksena ja sen löytämisenä, anteeksiantona itselle ja toisille. Hengelliseen tukeen ja apuun liittyy toive ahdistuksen lievittymisestä sekä mielenrauhasta, joka löytyy sisäisen sovun ja anteeksiannon kautta. Näiden tarpeiden etsimiseen



ei tarvita aina pappia, vaan voidaan käyttää potilaan halutessa virsikirjaa. Virsikirjassa on monille tuttuja virsiä, joihin liittyy merkittäviä muistoja. Virsikirjojen takaa myös löytyy valmiita rukouksia. (Hänninen & Pajunen 2006, 70–74.)

Kuolevan potilaan sosiaaliset tarpeet näyttäytyvät potilaan kokemuksena rakkaudesta sekä läheisyydestä. Ihmissuhteet ovat suuressa roolissa ja potilaan oma merkitys sosiaalisessa elämässä korostuu. Roolit perheessä saattavat muuttua ja potilas voi kokea siitä voimakasta avuttomuuden ja elämänhallinnan menettämisen tunnetta. Myös kuoleva potilas murehtii yleensä läheisiään sekä heidän selviytymistään elämässä. Sosiaalisissa tarpeissa korostuu myös omaisten toiminta kuolevan potilaan ympärillä sekä hoitohenkilökunnan antama tuki. Sosiaaliseen tuen antoon ei tarvita sanoja. Sanatonkin läsnäolo sekä kädestä pito viestittää lämpöä potilaalle. (Hänninen & Pajunen 2006, 66–68.)

### **3.2.3 Omaisten huomiointi ja tukeminen hoitotyössä**

Kuolevan potilaan omaisten fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen tukeminen on myös tärkeässä roolissa kuolevan potilaan hoitotyössä. Omaiset ovat usein läsnä potilaan vierellä ja sairaanhoitaja on päivittäin kontaktissa heidän kanssaan. Monesti kuoleva potilas menettää myös kykynsä tehdä päätöksiä elämänsä loppuvaiheissa ja siksi on erityisen merkityksellistä ottaa omaiset hoitotyöhön ja päätöksentekoon mukaan. (Sudore ym. 2014, 1112-1113.)

Omaisten rooli kuolevan potilaan vierellä on monimutkainen ja tarpeet näyttäytyvät välillä jopa haastavina. Omaisten täytyy käsitellä läheisensä kuolemaa ja surua sekä hoitaa useita käytännön asioita. Heillä on selkeä tarve saada läheisensä tuntemaan olonsa turvalliseksi ja mahdollisimman hyväksi. (Hakala 2015, 4.) Heidän toivomukset sekä päivittäinen jaksaminen tulee ottaa huomioon sekä heidän tiedontarvetta tulee arvioida sekä antaa silloin, kuin he ovat valmiita ottamaan sitä vastaan (Saastamoinen 2012, 13, 15). Omaisten tärkeämmäksi voimavaraksi koetaan ammattihenkilön osaaminen ja luottamus. Heille on erittäin tärkeää, että heidän läheisensä saa kuolla kivuttomasti ja ilman elämää pidentäviä toimenpiteitä. (Hakala 2015, 4.) Omaisille vierailuajat tulee olla joustavia ja heille tulee tarjota mahdollisuutta yöpyä sairaalassa kuolevan potilaan luona (Ridanpää 2006, 78).

Omaiset pitävät usein tärkeänä asiana, että he saavat hoitohenkilökunnalta tietoa oireista ja näiden lievityskeinosta, joita kuolevalle potilaalle voisi antaa. Omaiset haluavat tietoa siitä, kuinka he voivat osallistua potilaan hoitoon ja toivovat hoitohenkilökunnan antavan sitä oma-aloitteisesti. (Nevalainen 2006, 26.) Omaiset ovat lähimmäisensä parhaimpia tukijoita, joten heidän kannustamista sekä rohkaisua hoitotyöhön tulisi lisätä (Kuuppelomäki 2002, 126). Monet omaiset ovat sanoneet, että esimerkiksi oman puolison tai vanhemman viimeisten hetkien hoitoon osallistuminen on ollut heidän elämänsä merkittävimpiä kokemuksia. Erityisen tärkeäksi koetaan, että hoitohenkilökunta myös voi antaa ja tarjota vastuuta heille. Omaisille voidaan neuvoa esimerkiksi kivunhoitoon liittyviä konkreettisia asioita, joita he voivat toteuttaa. Heille on merkityksellistä ja kokemuksena hienoa, että saa auttaa ja hoitaa lähimmäistään, joka on saattanut aikaisemmin huolehtia hänestä. (Hänninen & Pajunen 2006, 66.)

Omaisten tukemisen koettiin kuormittavan hoitotyötä. Heidän tukemiseen menee paljon aikaa, jota ei huomioida hoitajamitoituksessa. Jotkut sairaanhoitaja toivat esille, että omaisten kohtaaminen oli haastavaa, koska omaiset eivät pystyneet hyväksymään läheisensä kuolemaa. Omaiset saattavat suhtautua hoitohenkilökuntaan ristiriitaisesti ja vaatia tarpeettomia tutkimuksia ja hoitoja. (Kuuppelomäki 2002, 123.) Sairaanhoitajan tulee tukea potilaan ja omaisen välistä suhdetta, mutta kuolevan potilaan tarpeet ovat etusijalla ristiriitatilanteissa. Ammatillisuus näyttäytyy tilanteissa rauhallisuudella ja neutraalilla suhtautumisella myös kärtyysiin ja syytteleviin omaisiin. Hoitohenkilökunnan tulee olla tietoisia siitä, että syytökset eivät yleensä ole henkilökohtaisia, vaan liittyvät herkästi kuolevan potilaan sekä hänen omaisten välisiin selvittämättömiin asioihin. (Laakkonen, Hänninen & Pitkälä 2010.)

Sairaanhoitajat olivat kuvanneet keskustelewansa omaisten kanssa jaksamisesta sekä tunteista ja sen avulla arvioineet heidän ahdistusta ja uupumusta. Tuen tarpeen tunnistamisessa koettiin myös oleelliseksi osaksi hiljaisuuden merkitys sekä kuolevan potilaan ja läheisten toiminnan tarkkailu sekä sanaton ja sanallinen viestintä. Sairaanhoitajat kuvasivat tärkeimpänä osana omaan intuitiotaan luottamista sekä herkkyyttä kohdata potilaan ja läheisten tarpeet. Tuen tarpeen helpottamista sairaanhoitajat kuvasivat kriisiteorian vaiheiden osaamista, jonka kautta heillä oli käsitys mahdollisista potilaan ja omaisten tuntemuksista. Lisäksi kollegoiden kanssa yhdessä keskustelu potilaan tilanteesta auttoivat tuen tarpeen tunnistamisessa sekä antamisessa. Tuen menetelminä kuvattiin muun muassa tunteissa mukana eläminen, turvana oleminen, välittäminen, rohkaisu ja

mahdollisuus omaisten ja potilaan keskinäiseen läheisyyteen. (Mattila 2011, 64–65, 68–71.)

Omaisten kanssa tulisi keskustella myös kuoleman hetkestä ja miten toimia hengityksen pysähdyttyä. Tämä lieventää omaisten pelkoa sekä ehkäisee ylimääräisiä toimenpiteitä. Sairaanhoidaja huomioi hienovaraisesti kellonajan ja on läsnä. Vaikka kuoleman toteamisen tekee lääkäri niin tilanteessa ei ole kiire, kuolevan potilaan ja omaisten intiimille hetkelle annetaan tilaisuus sekä perheenjäsenten jäähyväisille annetaan aikaa. (Korhonen & Poukka 2013, 440, 445.) Aina läheiset eivät ole mukana kuolinhetkellä, mutta silloin ilmoitus kuolemasta tapahtuu omaisten toivomalla tavalla. Tärkeintä on rauhallisuus ja arvokkuus sekä omaisten lempeä ohjaus. Omaiselle ei ole tärkeintä tieto vaan hetkessä välittyvä tunne ja tunnelma. (Surakka ym. 2015, 80–81.)

### **3.3 Kuolevan potilaan kipu**

Kipu on yleinen oire useissa kuolemaan johtavissa sairauksissa (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012). Kivun syynä on useasti elimellinen vamma, vaurio tai sairaus. Kivun tuntemus muodostuu, kun kudoksissa olevat hermopäätteet alkavat vaurion sattuessa lähettää viestiä ääreiskipuhermostoista selkäyttimeen ja sieltä edelleen kipuratoja pitkin aivoihin. Aivoissa tieto välittyy eri alueille, joissa käsitellään muun muassa aistimuksen voimakkuutta, kestoa ja kivun sijaintia. (Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2015.)

Kipua voidaan luokitella monilla erilaisella tavoilla, yleisesti käytetään jakoa akuuttiin ja krooniseen kipuun. Kipu voidaan luokitella myös sen syntymekanismin perusteella. (Vainio 2009.) Kudosvauriokipu eli nosiseptiivinen kipu aiheutuu yleisesti tulehduksesta, iskemiasta tai tuumorista. Tällöin nosiseptorit reagoivat kudosvauriota aiheuttamaan ärsykkeeseen, mutta itse kipua välittävä ja aistiva järjestelmä on terve. Kipua kuvataan pistäväksi, teräväksi tai repiväksi ja se pystytään usein paikantamaan kudosvaurion alueelle. Viskeraalinen eli sisäelinperäinen kipu on usein vaikeasti paikannettavissa. Kipu voi tuntua laajalla alueella ja sille on tyypillistä aaltomaisuus, kivun heijastuminen sekä autonomiset oireet, kuten kalpeus, hikoilu, verenpaineen ja pulssin muutokset sekä pahoinvointi. Neuropaattisessa kivussa syy on hermojärjestelmässä. Kipu on yleensä voimakasta ja epämiellyttävää, jonka tyypillisinä oireina esiintyy tuntohäiriöitä kuten piste-

lyä, polttava tunnetta tai puutuneisuutta sekä siihen voi liittyä myös sähköiskun kaltaisia tuntemuksia. (Vainio 2009; Salanterä ym. 2006, 79–81.) Saattohoitopotilailla esiintyy usein myös läpilyöntikipuja. Ne ilmaantuvat äkisti ja ennustamattomasti, vaikka kivut olisivat muuten kurissa. Kivut alkavat nopeasti, kestävät suhteellisen lyhyen aikaa ja ovat melko vaikeita (VAS >7). (Hänninen 2003, 101.)

Potilaan kokema kipu voi näyttäytyä fyysisinä sekä henkisinä oireina, kuten sydämen, verenkierron ja ihon lämmön muutoksina sekä levottomuutena ja ahdistuksena. Potilaan iho saattaa tuntua hikieltä ja silmäterät voivat laajentua. Kipu voi ilmentyä matalana mielialana, masentuneisuutena sekä vetäytyneisyytenä. (Ridanpää 2006, 52.) Myös epämiellyttävät tunteet, kuten ahdistus, pelko, tuska ja kärsimys ovat usein osa kipua. Kipu onkin aina yksilöllinen aistimus sekä kokemus. (Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2015.) Potilaan sekä hänen läheistensä puhe kivusta merkitsee samalla myös puhetta pelosta, avuttomuudesta, huolesta sekä hädästä (Hänninen & Pajunen 2006, 43).

Kipu voidaan jaotella fyysiseen, psyykkiseen, hengelliseen ja sosiaaliseen osa-alueeseen. Potilaan fyysinen osa-alue näyttäytyy muun muassa sairauden aiheuttamista kivuista sekä pahoinvoinnista. Psyykkiseen kipuun liittyy levottomuus, ahdistus sekä suru lähestyvistä kuolemasta. Potilaan psyykkinen kärsimys nousee siitä tietoisuudesta, että hänen itsensä täytyy kuolla, pelko tuntemattoman kohtaamisesta yksin sekä haikeus rakkaiden hyvästijättämisestä. (Surakka ym. 2015, 90.) Hengellinen kipu koskee potilaan elämänkatsomusta ja uskontoa. Kipu voi myös olla sosiaalista, joka käsittää huolen perheestä, ystäivistä, mahdollisesti työstä sekä muista elämän sosiaalisista suhteista. (ETENE 2004, 34; Surakka ym. 2015, 89–90.) Kuolevilla potilailla voi olla siis ei-fyysistä kipua, johon kipulääkkeetkään eivät auta (Tasmuth 2014, 183). Myös Suvanen (2013, 46) toteaa tutkimuksessaan, että potilaat kokevat kokonaisvaltaista kipua, joka ilmenee muun muassa särkyinä, joihin lääkkeellisellä hoidolla ei ole vastetta.

Potilas kokee kuoleman hetkellä eksistentiaalista kipua, joka ilmenee merkityksettömyyden tai arvottomuuden tunteena, toisista riippuvaisena olemisena sekä eristäytyneisyytenä (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012). Myös Hänninen (2006, 39–40) kokoaa eksistentiaalisen ahdistuksen ja kärsimyksen ihmisen luonnolliseksi reaktioksi, jossa kuoleva potilas kokee itsestä haavoittuvaiseksi, avuttomaksi sekä neuvottomaksi. Ahdistus ilmenee huolena olemassa olevasta tilanteesta, johon potilaalla ei ole keinoja vaikuttaa. Potilaan kysymykset kuolemasta ja kuoleman jälkeises-

tä elämästä voivat ilmetä sanallisesti tai sanattomasti. Hoitohenkilökunnan tulee olla herkkä kuulemaan potilaan tarpeita. Kuoleva potilas ei välttämättä itke tai vaikuta alakuloiselta. Hän voi pienin viestein ilmoittaa kaipaavansa läheisyyttä, kuten valojen jättäminen yöksi päälle tai potilas kertoo olonsa vaikeaksi. Eksistentiaalisen ahdistuksen hoitona on ahdistuksesta tulleen oireen esillä pitäminen ja sen kohtaaminen. Asiat täytyy käydä läpi ja potilaan on löydettävä vastaukset huoliinsa, jonka jälkeen hän voi jatkaa eteenpäin (Hänninen & Pajunen 2006, 51).

### **3.4 Kuolevan potilaan kivunhoito sairaalassa**

Sairaanhoitajalla on keskeinen rooli kuolevan potilaan kipujen tunnistamisessa, kivun ja sen vaikutuksen arvioinnissa, kivunhoidossa ja potilaan tukemisessa. Jotta sairaanhoitaja pystyy täyttämään kaikki nämä kriteerit, täytyy hänen hallita kivun mekanismit, syyseuraus -suhteet sekä kivun hallintaa estävät ja mahdollistavat tekijät. Kivun tunnistaminen, ennaltaehkäisy, hallinta ja arviointimenetelmät kuuluvat osaltaan kivun hoitoon. (Kamppari 2014, 34.) Kuolevan kivun taustalla voi olla sairauden aiheuttamat muutokset kehossa, hoitotoimien rasittavuus tai kuolevan kokema henkinen ahdistus ja pelot. Kuolevan kivunhoitoa suunniteltaessa ja toteuttaessa onkin tärkeä kuunnella potilaan henkilökohtaista kipukokemusta. (Ridanpää 2006, 51.)

Tehokas ja johdonmukainen kivun mittaaminen on osa kivunhoitoa, jossa potilas huomioidaan kokonaisuutena. Potilaan kokonaisvaltainen voinnin arvioiminen ja huomiointi luo pohjan hyvälle lääkehoidolle ja hoitosuhteelle. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013, 385.) Kuolevan kipua arvioidaan yleisimmin keskustelemalla, ilman erillisten kipumittareiden- ja asteikkojen käyttöä (Kuuppelomäki 2002, 247). Kuoleva potilas on paras arvioimaan omaa kipukokemustaan, mutta tilanteessa, jossa potilas ei itse pysty tai osaa kertoa kivustaan on hoitohenkilökunnalla suuri merkitys kivun arvioijana. Kivun arvioinnissa tärkeimpänä osana on huomioida potilaan itse kertoma kivun määrä, kuin myös non-verbaalisen ja käytöksen kertoma viesti kivun voimakkuudesta. (Pesonen 2011, 17.) Sairaanhoitaja voi tunnistaa kipua mittaamalla fyysisiä oireita, kuten verenpainetta ja pulssia sekä seuraamalla ihon lämmön muutoksia (Ridanpää 2006, 52).

Kipulääkkeen antaminen tehdään kuolevalle potilaalle mahdollisimman helpoksi ja antoreittejä tulee myös vaihdella potilaan kokonaisvoinnin mukaan. Suurin osa potilaista

kykenee ottamaan lääkkeensä suun kautta ainakin liuosmuotoisena vielä hyvin lähellä kuolemaansa. (Korhonen & Poukka 2013, 442.) Kipulääkitys voidaan myös annostella lisäksi iholle kiinnitettävällä laastarilla, pistoksena ihon alle tai lihakseen ja suonensisäisesti kanyylin kautta. Kipupumpuilla voidaan lääke annostella ihon alle säännöllisesti ja antaa tarvittaessa lisälääkettä boluksina. (Surakka ym. 2015, 66.)

Kivunhoidon arviointi lääkehoidossa on erityisen tärkeää. Lääkkeitä ei tule antaa ilman arvioita, koska muutoin lääkkeenannosta ei ole hyötyä. Kivunhoito ei perustu kellon-aikoihin vaan siinä huomioidaan potilaan oma kokemus. Tästä syystä kuoleva potilas on paras arvioimaan kivunhoidon riittävyyttä itse. Kipua ei saa koskaan evätä, vaikka kuolevan potilas olisi juuri saanut lääkettä siihen esimerkiksi tunti sitten. Kipua tulee aina hoitaa ja lääkettä antaa aina riittävästi. Esimerkiksi sairaanhoitajan tehtävänä on seurata potilaan läpilyöntikipulääkkeen kulutusta vuorokauden aikana, koska se merkitsee usein peruskipulääkkeen riittämättömyyttä. (Surakka ym. 2015, 65–66.)

### **3.4.1 Lääkkeellinen kivunhoito**

Kivun lääkehoitoon vaikuttaa kipudiagnoosi, sillä kivulla on sekä aistimukseen ja tunteisiin vaikuttava puoli. Toiset kipulääkkeet vaikuttavat enemmän kivun kokemuksen intensiteettiin ja toiset taas epämiellyttävyyden tunteeseen. (Hänninen 2003, 87.) Kivun lääkehoidon tavoitteena on ehkäistä kipua riittävän tehokkaalla annostelulla tarpeeksi usein, sillä ehkäisy on helpompaa kuin voimistuneen kivun taltuttaminen. Potilaan yksilöllisyyden mukaan valitaan oikea lääke ja sopiva annostus. Jos yksi lääke ei auta riittävästi, yhdistetään eri mekanismein vaikuttavia lääkkeitä. (Kotovainio & Lehtonen 2015.) Jos potilaalla on jo käytössään säännöllinen kipulääkitys ja kivut ovat hallinnassa, voidaan lääkitystä jatkaa entisellä annoksella (Korhonen & Poukka 2013, 442).

Kuolevan potilaan lääkehoidossa haasteita aiheuttavat hiipuvien elintoimintojen aiheuttamat muutokset lääkeainemetaboliassa sekä vaikeutunut oireiden arviointi, jos potilas ei enää pysty ilmaisemaan tarpeitaan. Hoidon tavoitteena on tämänhetkisten oireiden helpottaminen, eikä lääkkeiden mahdollisilla pitkäaikaisilla haittavaikutuksilla ole enää merkitystä. Potilaan ja omaisten informointi on tärkeä osa saattohoitoa, joten siksi kaikki lääke muutokset on hyvä perustella ymmärrettävästi ja painottaa hyvää oireiden hoi-

toa. Oireiden hyvä lääkehoito vaatii säännöllistä kliinistä vasteen arviointia ja potilaan omat arviot sekä toiveet ovat lähtökohtana lääkehoidolle. (Poukka & Korhonen 2015.)

### **Kipulääkitys**

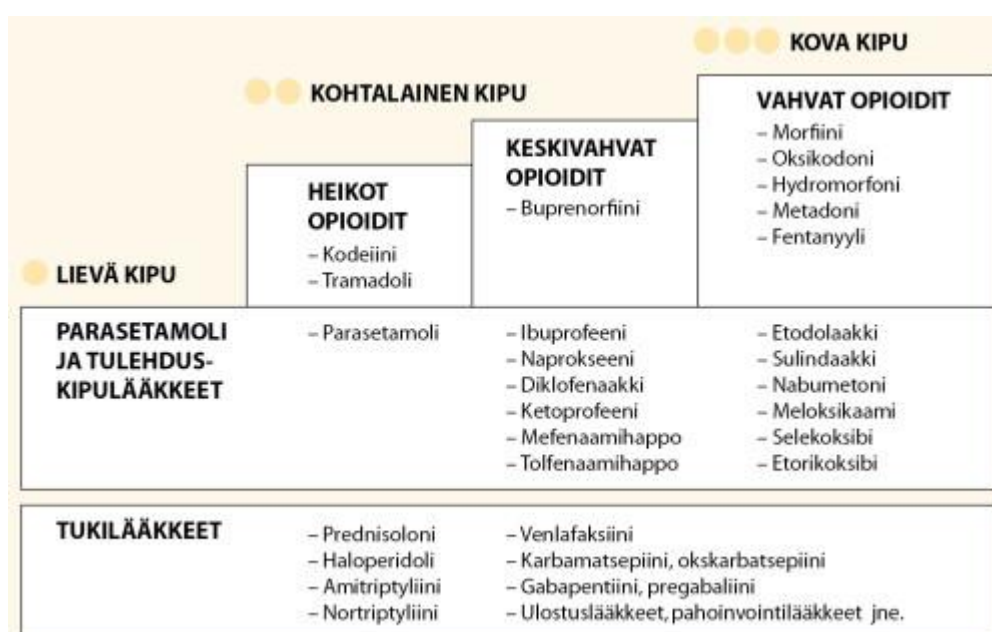
WHO:n suositus kivun porrastetusta hoidosta toimii kuolevan potilaan kivunhoidon pohjana (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012). Kivunhoitomallia sovelletaan kuolevalla potilaalla yksilöllisesti ja lääkitys valitaan kivun voimakkuuden mukaan (Kotovainio & Lehtonen 2015). Kipuportaiden avulla tuodaan ilmi kipulääkityksen vaiheittainen eteneminen miedoista lääkkeistä vahvempaan (Kalso 2009b). WHO:n porrastettu kivunhoitomalli on havainnollistettu kuviossa 2.

Ensimmäisellä tasolla on tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli, joilla hoidetaan lievää kipua (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012). Tulehduskipulääkkeitä ovat muun muassa ibuprofeeni, naprokseeni, diflofenaakki sekä koksibit (Friman 2013). Tulehduskipulääkkeet sekä parasetamoli ovat tehokkaita kivun ja tulehduksen lievittäjiä ja niitä voidaan käyttää lievän tai keskivaikean kudosvaurion hoitoon. Tulehduskipulääkkeitä käytettäessä on huomioitava niiden haittavaikutukset ruuansulatuskanavaan, joita ovat muun muassa ärsytys ja verenvuodot. Erityisesti vanhuksat ovat riskialttiita näille haittavaikutuksille. Parasetamoli ei aiheuta ruuansulatuskanavan ärsytystä eikä lisää verenvuodon riskiä, mutta sillä on heikompi teho kipuun ja se on maksatoksinen suurilla annostuksilla. (Salanterä ym. 2006, 110–111, 115; Groninger & Vijayan 2014, 30.)

Portaiden toisella tasolla edellisiin lääkkeisiin lisätään heikot opioidit kodeiini ja tramadoli. Opioidit vaikuttavat kipua estävästi selkäytimessä, aivorungossa, keskiaivoissa sekä aivokuorella olevien opioidireseptorien välityksellä. (Kalso 2009a.) Heikkojen opioidien merkitys palliatiivisessa hoidossa on vähäinen ja teholtaan vaatimattoman heikon opioidin käyttäminen voi turhaan hidastuttaa vahvemman opioidin annon aloittamista ja tehokkaamman kivunlievityksen saavuttamista (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013, 386).

Kolmannella tasolla kovan kivun hoidossa tulehduskipulääkkeiden tai parasetamolin lisäksi hoitoon otetaan vahvat opioidit. Vahvoja opioideja ovat morfiini, oksikodoni, metadoni ja fentanyl. (Friman 2013.) Tulehduskipulääkkeen ja opioidin yhdistäminen parantaa kivunlievitystä ja todennäköisesti myös haittavaikutukset vähenevät. (Heiska-

nen, Hamunen & Hirvonen 2013, 386.) Opioidiannos titrataan potilaskohtaisesti. Vahva opioidi aloitetaan pienellä annoksella pitkävaikutteista valmistetta ja rinnalle voidaan ottaa lyhytvaikutteinen läpilyöntikipulääke. Varsinkin iäkkäiden potilaiden hoidossa on noudatettava varovaisuutta käyttämällä pienempiä aloitusannoksia. Kivunhoitoa suositetaan aloitettavan suun kautta otettavilla valmisteilla, mikäli siihen ei ole vasta-aiheita. (Groninger & Vijayan 2014, 27–29.) Opioidien haittavaikutuksista tulee kertoa potilaille ja niitä tulee lievittää (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013, 387; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012). Yleisin haittavaikutus on ummetus, mutta lisäksi voi ilmetä pahoinvointia, oksentelua sekä suun kuivumista (Salanterä ym. 2006, 118).



KUVIO 2. Porrastettu kivunhoitomalli: Käypä hoito -suositus 2013

### Tukilääkkeet

Kivunhoitoon liittyy myös osaltaan tukilääkkeet, joita ovat muun muassa prednisoloni, haloperidoli, amitriptyliini/nortriptyliini, gabapentiini/pregabaliini sekä laksatiivit (Friman 2013). Neurolepteistä levomepromatsiinia käytetään syöpäpotilaiden kipuun opioidien lisälääkkeenä, ja se soveltuu erityisesti yölääkkeeksi sedatiivisten ominaisuuksiensa vuoksi. Se vähentää opioidien aiheuttamaa pahoinvointia ja se soveltuu myös terminaalivaiheessa olevan potilaan sekavuuden hoitoon. Haloperidolia käytetään opioidien ja muiden lääkkeiden aiheuttamaan pahoinvointiin. (Kalso 2009a.) Prednisolonia voidaan käyttää suolitukoksen helpottamiseen sekä metastaasien tai aivokasvaimen kallonsisäisen paineen nousun akuutteihin oireisiin, kuten päänsärkyyn ja pahoinvointiin (Kuo-



levan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012). Neuropaattiseen kipuun voi saada apua trisyklisistä masennuslääkkeistä kuten amitriptyliineistä tai nortriptyliineistä. Epilepsialääkkeistä gabapentiinillä ja pregabaliinilla on opioidianalgesiaa tehostava sekä ahdistusta lievittävä vaikutus. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013, 385.) Laksatiiveista ei voi tutkimustulosten perusteella suosia mitään tiettyä valmistetta, vaan potilaan oma kokemus sopivasta lääkityksestä on hyvä ohjaava tekijä. Ainoastaan suolen sisältöä lisääviä bulkkilaksatiiveja ei suositella, vaan ne voivat jopa pahentaa oireita vähän liikumisen ja nesteiden saannin vuoksi. Suositeltavinta on käyttää pehmittävän ja suolta stimuloivan laksatiivin yhdistelmää. (Hänninen & Rahko 2013, 434.)

### **Palliativinen sedaatio**

Kuolevan potilaan hoitotyöhön liittyy myös tilanteita, jossa potilaan oireita ei saada hallintaan tavanomaisilla keinoilla. Kuoleman kokemukseen liittyvä sietämätön kärsimys voidaan hoitaa sairaalassa tarvittaessa potilaan sedatoinnilla. (Hänninen 2007, 2207.) Palliativinen sedaatio tarkoittaa kuolevan potilaan rauhoittamista alentamalla lääkkeellisesti ja tarkoituksenmukaisesti hänen tajunnantasoaan. Sen avulla ei pyritä nopeuttamaan kuolemaa vaan helpottamaan sietämätöntä ja hallitsematonta fyysistä ja psyykkistä tuskaa. Hengenahdistustilanteissa tai delirium potilaiden hoidossa voidaan hyödyntää sedaatiota. (Hänninen & Rahko 2013, 438.) Päätös sedatoimisesta tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa sekä myös kuulla potilaan omaisia (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012; Palliativisen lääketieteen yhdistyksen hallituksen koolle kutsuma moniammatillinen työryhmä 2007, 929).

Kuoleva potilas voidaan sedatoida väliaikaisesti, jaksoittaisesti tai loppuvaiheen viimeiseksi päivikseen (Palliativisen lääketieteen yhdistyksen hallituksen koolle kutsuma moniammatillinen työryhmä 2007, 929). Kansainvälisessä tutkimuksessa todetaan, että yleisimmin käytetty sedatoiva lääke oli midatsolaami ja usein käytettiin myös haloperidolia ja loratsepaamia (Fainsinger ym. 2000, 258). Käypä hoito –suositus (2012) käyttää esimerkkinä sedaatioon käytettävistä lääkkeistä midatsolaamia ja propofolia. Palliativisen sedaation aikana potilaan kliinisiä oireita seurataan, mutta hänen ei tarvitse olla kytkettynä monitoreihin. (Palliativisen lääketieteen yhdistyksen hallituksen koolle kutsuma moniammatillinen työryhmä 2007, 929.)

### 3.4.2 Lääkkeetön kivunhoito

Hyvän yleishoidon avulla pyritään lääkkeettömin keinoin takaamaan optimaalinen hyvinvointi kuolevalle potilaalle. Hengitysoireita helpotetaan, asentoa vaihdetaan, huolehditaan levosta, läsnäolosta sekä hengellisestä ja henkisestä tukemisesta. Potilaan tietoisuus siitä, että häntä kunnioitetaan ja yritetään auttaa monin tavoin tuo turvaa hädän keskellä. (Kamppari 2014, 28.)

Kuoleva potilas kärsii usein hengenahdistuksesta sekä limanrohinasta. Potilas voidaan asettaa puoli-istuvaan asentoon, rentouttaa sekä antaa lisähappea. Myös raikas ilmanvirtaus tai tuuletin voivat helpottaa potilaan oireita. Hengitysteiden irtonainen lima ja sylki aiheuttavat potilaalle rohisevaa hengitystä. Kuolevaa potilasta harvoin tämä häiritsee, koska tajunta on yleensä jo tässä vaiheessa heikentynyt. Sairaanhoidaja voi kuitenkin tarvittaessa imeä limaa suun ja ylänielun alueelta. (Korhonen & Poukka 2013, 443.)

Asentohoidon avulla pyritään saamaan potilaalle mahdollisimman mukava ja rento asento, joka vaikuttaa myös kipua lievittävästi. Potilasta voidaan kehottaa itse vaihtelevaan asentoon ja hoitohenkilökunta voi avustaa asennon vaihtamisessa. (Kamppari 2014, 28.) Perinteisenä ohjeena voidaan käyttää, että liikuntakyvyttömän potilaan asentoa tulisi vaihtaa vähintään kahden tunnin välein. Tavoitteena on välttää suoran paineen kohdistumista potilaan luu-ulokkeisiin tai kehon luisiin kohtiin. (JBI-suositus 2008, 3.)

Lämpö, kylmä ja mekaaniset hoidot sopivat myös lääkkeettömiksi kivunhoidon menetelmiksi. Lämpöä käytetään sen fysiologisten vaikutusten vuoksi, sillä lämmön avulla lisätään kudosten verenkierron vilkastumista, hiussuonten aukeamista, kudosten verenkierron ja kudosten aineenvaihdunnan lisääntymistä sekä lihasten rentoutumista. Kylmähoidon avulla taas saadaan kipua lievittävä vaikutus, kun hermojen johtumisnopeus alenee. Kylmäkäsittely hidastaa lihasten kudosten aineenvaihduntaa, vähentää hypoksiasta eli hapenpuutteesta johtuvaa kudosten vauriota ja rajoittaa turvotuksen muodostumista. Kylmähoitoa toteutetaan kylmäpakkauksien avulla tai hyödyksi voidaan käyttää myös iholle siveltävää kylmää tuottavaa geeliä. Mekaanisia hoitoja kuten hierontaa käytetään sen rentouttavan ja kipua poistavan vaikutuksen vuoksi sekä sillä pyritään usein vaikuttamaan jännittyneiden ja kireiden kudosten pehmittämiseen. Hierontamenetelminä voidaan hyödyntää erilaisia sively-, hankaus-, pusertelu- sekä taputustekniikoita. Hieron-

nassa tärkeässä roolissa on myös toisen ihmisen antama kosketus sekä hieronnassa tapahtuva vuorovaikutus. (Pohjolainen 2009.)

Kosketuksen merkitys kivunhoidossa on suuressa roolissa, se välittyy potilaalle yhdenlaisena välittämisenä sekä huolehtimisena (Pätäri 2014, 31). Kosketus on eräänlaista ihmistenvälistä vuorovaikutusta. Läheisyys potilaan ja sairaanhoitajan välillä on ammatillista tai inhimillistä. Ammatillinen kosketus näkyy hoitotyössä hoitotoimenpiteiden tekemisellä, mutta inhimillinen kosketus voi lohduttaa, antaa ymmärrystä sekä myötätuntoa kuolevalle potilaalle. (Hänninen & Pajunen 2006, 100–101.)

Rentoutuminen rauhoittaa mieltä ja kehoa. Rentoutumisen tunnetta voi lisätä esimerkiksi musiikin kuuntelulla, television katselulla tai kirjan lukemisella. (Kamppari 2014, 35.) Rentoutumista voi edistää myös aktiivisilla keinoilla, kuten hengitysharjoittelulla. Hengitysharjoittelun avulla voidaan rentouttaa lihaksia, vähentää stressiä ja näin ollen vaikuttaa myös kivun voimakkuuteen. Rauhallisella syvään hengittämällä lisätään myös elimistön hapensaantia. Yhdistämällä syvähengitys vielä esimerkiksi musiikkiin tai lihasten rentoutusharjoituksiin sen rentouttavat vaikutukset tehostuvat. (Salanterä ym. 2006, 154.)

Sairaanhoitajien rauhallisuus sekä asiantunteva työskentely kuolevan potilaan vierellä luo turvaa sekä luottamusta, ja siten vaikuttaa osaltaan potilaan kipukokemukseen. Läsnaölo, tiedonjakaminen sekä kivusta puhuminen voi lievittää potilaan ahdistusta ja samalla luoda turvallisuuden tunnetta. Kuuntelun ja keskustelun merkitys korostuu ja joillekin jo pelkkä kuuntelu saattaa riittää kivun lievityksessä. (Pätäri 2014, 29–31.) Aina hoitohenkilökunnalla ei ole aikaa eikä resursseja tarpeeksi potilaan vierellä oloon sekä kuuntelemiseen (Aho 2009, 49). Tällöin saatetaan pyytää avuksi seurakunnan työntekijää, potilaan ystävää tai sukulaista, vapaaehtoistyöntekijää, jolla on enemmän aikaa kuunnella potilasta. Myös potilaan henkiseen kipuun liittyvät sielunhoidolliset keskustelut tai uskonnolliset asiat voivat vaatia syvempää erityisosaamista, jotka edellyttävät sairaalapapin pyytämistä paikalle. (Hanhirova & Aalto 2009, 22–23.)

## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedonhankintaa, jossa aineisto kootaan luonnollisissa tilanteissa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164). Tutkimuksessa tarkastellaan ihmisten merkityksmaailmaa ja yksilöllisiä kokemuksia. Merkitykset ilmenevät ihmisistä lähtöisin olevista tekijöistä, jotka näyttäytyvät yksilön toimintana, ajatuksina ja päämäärinä. Tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää ihmisten omia kuvauksia heidän koetusta todellisuudesta. Näiden kuvausten oletetaan sisältävän yksilön oman elämän merkityksellisiä ja tärkeitä pidettyjä asioita. (Vilka 2015, 118.)

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on kuvata yksilön todellista elämää mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Pyrkimyksenä on löytää yksilön henkilökohtaiset kokemukset, enemmän kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.) Metsämuuronen (2006, 88) korostaa, että tutkimuksessa halutaan saada tietoa tiettyihin tapauksiin liittyvistä syy-seuraussuhteista, joita ei voi tutkia kokeellisin menetelmin. Sen vuoksi lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesin testaaminen vaan aineiston monipuolinen ja syvälinen tarkastelu (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164). Yleisen käsityksen ja ihmisen henkilökohtaisen kokemuksen suhde on ongelmallinen, koska näiden välillä ei ole välttämättä yhteyttä. Kokemus on aina henkilökohtainen ja tämä korostuu laadullista tutkimusta tehtäessä. (Vilka 2015, 118.)

Valitsimme opinnäytetyöhömmme laadullisen tutkimusmenetelmän, koska sen avulla saamme selville sairaanhoitajien yksilölliset kokemukset. Yksilön kokemukset ovat ainutlaatuisia ja mielenkiintoisia. Haluamme saada sairaanhoitajilta kokemuksiin perustuvaa tietoa luonnollisessa ympäristössä.

### 4.2 Aineiston keruu

Laadullisen aineiston hankinnassa suositetaan sellaisia metodeja, jossa tutkittavien näkökulmat ja oma ”ääni” pääsevät esille (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164). Tutkimuksen yleisimmät aineistokeruumenetelmät ovat haastattelu, havainnointi, kysely sekä

aikaisemmin ilmestyneiden dokumenttien käsittely. Opinnäytetyössämme aiomme käyttää aineistonkeruumenetelmänä haastattelua ja valitsimme aineistonkeruumuodoksi teemahaastattelun. Haastattelussa edetään keskeisten ennalta valittujen aihealueiden eli teemojen kautta aiheeseen ja esitetään tarkentavia kysymyksiä. Tavoitteena on pyrkiä löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävän mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71, 75.) Muodostimme opinnäytetyön tehtävistä keskeiset teemat, joita tutkimushaastattelussa käsitelimme tutkimusongelmaan vastaamiseksi. Haastattelumme runko (liite 2), sekä apukysymykset laadimme kirjallisuuden ja aiempien tutkimusten pohjalta.

Hirsjärvi, Remes & Sajavaara (2009, 164) toteavat laadullisen tutkimuksen haastattelun olevan avointen kysymysten esittämistä valituille yksilöille tai ryhmille. Joukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksella. Parihaastattelu on ryhmähaastattelun alalaji, jonka tarkoituksena on saada myös vuorovaikutusta haastateltavien kesken. Haastattelussa jäljitellään ihmisen todellista elämää. Ihminen elää muutenkin aina arkeaan toisten ihmisten kanssa, joissa myös toisen ihmisen käsitykset vaikuttavat omiin sekä yhteinen näkemys asiasta kehittyy vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 61–62.) Hoitotyössä korostuu myös mielestämme vuorovaikutus toisen kollegan kanssa ja työtä tehdään moniammatillisessa tiimissä.

Toteutimme haastattelut parihaastatteluna kuudelle sairaanhoitajalle, jotka olivat kolmelta eri osastolta. Osastonhoitajat valitsivat vapaaehtoiset sairaanhoitajat, joilla on erimittainen työkokemus kuolevan sairaalapotilaan hoitotyöstä, jotta saisimme mahdollisimman monipuolisen aineiston haastattelussa. Haastattelutilanteen tulee olla rauhallinen, koska tilanne edellyttää hyvää kontaktia haastateltaviin (Hirsjärvi & Hurme 2011, 74). Sovimme haastatteluajankohdat haastateltaville sopiviksi, heidän työaikanaan osaston tiloissa häiriöttömässä ympäristössä. Haastatteluiden kesto vaihteli reilusta 30 minuutista melkein tuntiin. Tavoitteena oli saada haastatteluun osallistujilta mahdollisimman omakohtaiset ja luontevat vastaukset aiheisiimme. Tutkimukseen osallistujat täyttivät tietoinen suostumus -lomakkeen (liite 1.) opinnäytetyöhömmme osallistumisesta. Sen avulla varmistimme, että he olivat vapaaehtoisesti halukkaita osallistumaan opinnäytetyöhömmme sekä olivat tietoisia työmme toteutuksesta. Opinnäytetyömme tekijöinä kerroimme haastateltaville opinnäytetyöstämme suullisesti, kerroimme haastattelun etenemisestä ja annoimme mahdollisuuden lisäkysymyksille.

Teemahaastatteluun kuuluu haastattelujen tallentaminen. Pyrkimyksenä on saada mahdollisimman vapaa ja luonteva keskustelu, jotka saadaan tallennettua sanatarkasti nauhurille. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 92.) Nauhoitimme haastattelut sanelimelle ja sen toimivuus tarkastettiin ennen haastattelutilanannetta. Nauhoittaminen turvasi huolellisen dokumentoinnin haastattelutilanteesta ja sanelimen materiaali tallennettiin työntekijöiden omille koneille, jonka jälkeen materiaali hävitettiin sanelimesta.

### 4.3 Aineiston analysointi

Analyysimenetelmänä käytimme aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tässä metodissa yhdistellään käsitteitä ja sen pohjalta saadaan vastaus tutkimustehtävään. Analyysi on kolmivaiheinen prosessi, jossa ensin aineisto redusoidaan eli pelkistetään, toisena vaiheena klusteroidaan eli ryhmitellään ja lopulta abstrahoidaan eli luodaan teoreettiset käsitteet. Analyysi perustuu työntekijöiden päättelyyn ja tulkintaan, jossa edetään yksilön kokemuksista kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108, 112.) Usein analyysillä tarkoitetaan koko aineistonkäsittelyn prosessia alkuvaiheesta tulkinnallisiin lopputuloksiin saakka (Hirsjärvi & Hurme 2011, 143).

Sisällönanalyysi aloitetaan muuttamalla haastatteluaineisto tekstimuotoon eli litteroidaan. Kirjoitimme auki aineiston sanasta sanaan tekstimuotoon tietokoneelle. Tekstimuodossa tutkimusaineisto on helpompi analysoida ja järjestelmällisesti käydä läpi. Haastattelut luetaan huolellisesti ja pelkistetään osallistujien vastaukset. Auki kirjoitusta aineistosta etsitään tutkimustehtäviin vastaavia ilmaisuja, jotka voidaan alleviivata kaikki erivärisillä kynillä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Litteroinnin jälkeen aloitimme analyysimme perehtymällä useamman kerran alkuperäisaineistoon. Alleviivasimme tutkimustehtäviin vastaavia lainauksia tekstistä. Jokaiselle tutkimustehtävälle oli valittu oma väri, jonka avulla hahmotimme kokonaisuudet. Sen jälkeen lähdimme pelkistämään alkuperäisilmauksia (taulukko 1).

<i>et lähtö olis semmonen mahdollisimman kivuton, siinä pystyis oleen mahdollisesti omaisia ympärillä niinku semmoset elämän perusedellytykset turvattais loppuun asti potilaalle</i>	Hyvän kuoleman perusedellytykset
<i>kyllä me asentohoidostakin huolehditaan et on hyvä mukava asento et ei enää sen takia ettei tuu enää painumia vaan ihan sen hyvän olon takia</i>	Hyvän olon turvaaminen asentohoidolla
<i>ne meidän saattohoitopäätökset täällä on just vähän semmosia et no kuuluuko siihen se iv nesteytys vai ei ja et ei kauheen semmosia selkeitä ohjeita kyllä lääkäreiltä saa</i>	Epäselvyys hoidonlinjauksissa

TAULUKKO 1. Esimerkkejä pelkistettyjen ilmausten muodostamisesta

Seuraavaksi aineisto ryhmitellään. Pelkistetyt ilmaukset käydään huolellisesti läpi ja niistä etsitään samankaltaisuuksia. Lopulta ne ryhmitellään omiksi kokonaisuuksiksi eli luokiksi, jotka nimetään luokan sisältöä vastaavalla käsitteellä. Ryhmitellyistä ilmauksista muodostuu alaluokkia, jotka nimetään aina niitä yhdistävällä tekijällä. Luokittelussa aineisto tiivistyy, koska yksittäiset tekijät sisällytetään ylempiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Ryhmittelimme pelkistetyt ilmaukset omiksi kokonaisuuksiksi. Niistä löytyi paljon yhtäläisyyksiä ja saimme luotua 22 alaluokkaa. Havainnollistettu alaluokkien muodostus (taulukko 2). Kaikki niiden alla olevat pelkistetyt ilmaukset sisältyvät alaluokkaa kuvaavaan käsitteeseen.

elämän perusedellytykset turvataan loppuun asti	Hyvän kuoleman edellytykset
potilaan omien voimavarojen huomiointi	
ihmisen kokonaisuuden huomioiminen	
omaisten läsnäolon merkitys	
ihmisen kohtaaminen ja kivun huomiointi	
ihmisen kunnioittaminen	
ahdistuksen lievittäminen läsnäololla ja lääkityksellä	Psyykkiset tarpeet
sekavuus henkisen ahdistuksen merkinä	
henkisesti mahdollisimman helppo	
kuoleman pelon huomiointi	
hoitohenkilökunnan kiire ja siitä aiheutuva huono omatunto	Resurssien vaikutus
resurssien vaikutus kuolevan potilaan hoitoon	
ajan ja resurssien puute	

## TAULUKKO 2. Esimerkkejä alaluokkien muodostamisesta

Aineiston ryhmittelyn jälkeen aloitetaan aineiston teoreettisten käsitteiden muodostaminen. Osaltaan myös ryhmittely on osa teoreettisten käsitteiden luomista. Luokittelujen yhdistämistä jatketaan niin kauan kuin se on aineiston sisällön puolesta mahdollista. Se on prosessi, jossa työntekijä muodostaa yleiskäsitteiden avulla kuvauksen tutkimuskohdesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111–112.) Alaluokista alkoi muodostua kokonaisuuksia, jotka hahmottuivat vastaamaan opinnäytetyömme tutkimustehtäviin (taulukko 3). Yläluokat muodostuivat loogisesti ja saimme luotua yhtenevän kokonaisuuden.



Saattohoitopäätös	Hyvä kuolema
Hyvän kuoleman edellytykset	
Lähestyvän kuoleman tunnistaminen	
Sairaalaympäristön puitteet	Kuolevan potilaan hoitotyö sairaalassa
Ammatillinen rooli	
Fyysiset tarpeet	
Psyykkiset tarpeet	
Hengelliset tarpeet	
Sosiaaliset tarpeet	
Omaisten merkitys	
Yhteistyö omaisten kanssa	
Potilaan esille tuoma kipu	Kuolevan potilaan kivunhoito
Kivun arviointi	
Lääkevalikoiman hyödyntäminen	
Kivunhoidon toteuttaminen	
Riittävyys arviointi	
Yhteistyö potilaan hyväksi	
kuoleman ennustamattomuus	Haasteet kivunhoidossa
Haasteet kivun lääkehoidossa	
Hoitohenkilökunnan vaihtuvuus	
Resurssien vaikutus	
Saattohoitokoulutusten puute	

### TAULUKKO 3. Yläluokkien muodostuminen

Lopullinen sisällönanalyysiprosessi kuvattu taulukkona liitteissä (liite 3).

## 5 TULOKSET

Tässä luvussa esittelemme opinnäytetyömme keskeisimmät tulokset analyysin pohjalta. Tuloksissa tullaan kuvaamaan luokittelujen pohjalta muodostetut yläkäsitteet ja niiden sisällöt. Haastatteluihin oli valikoituneet kokemattomampia sekä kokeneempia sairaanhoitajia. Suurimmalla osalla oli pidempi tausta hoitotyöstä, mutta muutama oli työskennellyt alalla lyhyemmän aikaa. Sairaanhoitajilla ei pääsääntöisesti ollut aikaisempaa lisäkoulutusta kuolevan potilaan hoitotyöhön, mutta yhdellä haastateltavalla löytyi joskus kauemman aikaa sitten käyty saattohoitokoulutus, jonka tiedon epäili jo olevan vanhentunutta.

### 5.1 Hyvä kuolema

Kaikissa haastatteluissa tuotiin esille, että hyvä kuolema on potilaalle kivuton ja rauhallinen. Tärkeänä pidettiin ihmisen kunnioittavaa kohtaamista sekä potilaan omien toiveiden kuuntelua. Myös omaisten läsnäolon tärkeys tuotiin ilmi kaikissa haastatteluissa.

*ihminen saa kuolla rauhassa kivuttomana omien toiveidensa mukaisesti*

*et se hoito ei olis semmosta liukuhihnaduunia – – varsinkin kuolevien kohdalla se täytyis pitää mielessä ihmisten hyvä kohtaaminen ja hyvä kivunhoito ja semmoset perusedellytykset turvataan loppuun asti*

*Ja mielellään läheisien läsnä ollessa jos sellanen vaan mahdollista*

Lähestyvän kuoleman merkit nähtiin potilaasta fyysisinä oireita, kuten peruselintoimintojen heikkenemisenä sekä yleiskunnon laskuna. Suurin osa sairaanhoitajista toi esille, että taustalla olevan perussairauden oireet pahenevat kuoleman lähestyessä, mutta tilanne saattaa muuttua myös nopeastikin.

*Peruselintoiminnot alkaa vähän heikkeneen ja nimenomaan hengitys on monesti ainakin täällä semmonen et huomaa et se alkaa meneen tämmöseks ihan haukkovaksi ja yleisesti yleiskunto laskee*

*siinä ihan loppuvaiheessa, lautumat – – raajat kylmenee, tajunnan taso heikkenee, hengitys muuttuu usein semmoseks pinnalliseksi ja pääosin monilla kyllä ne kivutkin lisääntyy*

*päivittäisistä toiminnoista monesti huomaa alkaa heikkeneen ja sairauden oireet monesti siinä pahenee, mikä nyt perussairautena sattuu olemaan*

*sit se tuleekin niinkun äkisti se tilanne että ollaankin jo ihan siinä viimeisillä hetkillä*

Sairaanhoitajat kertoivat saattohoitovaiheeseen siirtymisen olevan kynnykskysymys. Kahdessa haastattelussa tuli ilmi, että saattohoitovaiheeseen siirtyminen tai saattohoitopäätöksen tekeminen ovat haastavia sairaalassa. Kaikissa haastatteluissa todettiin, että potilasta yritetään hoitaa vielä viimeisillä päivillä aktiivihoidoilla, vaikka mitään ei olisi enää tehtävissä.

*Mä koen sen saattohoitovaiheeseen siirtymisen kun sitä vastuuta ei uskalleta ottaa*

*Tää on erikoissairaanhoidon puolta niin täällä niinku viime tinkaan asti yritetään sitä että sitä potilasta niinkun hoidetaan aika loppuun asti*

*turhan pitkään menee se että tulee niinkun mitään semmosta kunnollista päätöstä, että tämmösellä tehohoito linjalla monesti silleen niin pidemmälle kun tarvis*

Kaikki sairaanhoitajat totesivat, että kun aktiivihoidojen päättämistä mietitään, lopetetaan usein suonensisäinen nesteytys ja vitaalielintoimintojen seuranta.

*Kyllä täällä puntaroidaan aika usein sitä että kuinka pitkään vaikka i.v.-nesteytyksiä jatketaan*

*Jossain vaiheessa ei enää sitten mitata [vitaalit] kun on ihan että et on ollut vaikka ilman nesteitä jo ja se ei sillain sit nää mitään merkitystä*

Sairaanhoitajat kertoivat, että hoidonlinjausten tekeminen on hankala tilanne lääkärille. Hoidonlinjauksissa on epäselvyyksiä ja aktiivihoidoja on saatettu jatkaa, vaikka päätös oireenmukaiseen hoitoon siirtymisestä olisi jo tehty.

*sehän on potilaalle ja omaisillekin hirveen epäjohdonmukaista jos tänään päätetäänkin että kaikki hoidot lopetetaan ja nesteytys lopetetaan ja huomenna alotetaan suonensisäinen antibiootti*

*Ne meidän saattohoitopäätökset täällä on just vähän semmosia et no kuuluuko siihen se iv nesteytys vai ei ja et ei kauheen semmosia selkeitä ohjeita kyllä lääkäreiltä saa*

*Joskus kun lääkäri vaan jatkaa ja jatkaa ja on niinkun sitä mieltä että edelleen jatketaan ravitsemusta i.v-tiputuksia ja lääkityksiä – – lääkäri vaihtuu niin sitä ei niinkun ei tehdä sitä päätöstä – – niin lääkäri ei uskalla ottaa tavallaan sitä vastuuta*

Hoitotahtojen hyödyntämiseen toivottiin myös parannusta. Saattohoitokotiin lähettämisen ajoissa nousi myös puheenaiheeksi haastatteluissa.

*Ja paljohan potilailla on niitä hoitotahtoja tänä päivänä ja vielä varmaan koko ajan lisääntyy mut nekin on monesti niin epämääräisiä että lääkärin on vaikea tukeutua niihin hoitotahtoihinkaan*

*Pirkanmaan hoitokoti missä on potilaille saattohoitoa niin sitä toivois että lääkärit tekis aikasemmin sinne läheteitä*

## 5.2 Kuolevan potilaan hoitotyö

Sairaala ympäristönä nähtiin sekä positiivisena että negatiivisena kuolevalle potilaalle. Positiivisena pidettiin sitä, että kaikki tarvittava välineistö ja hoitohenkilökunta olivat sairaalassa lähellä. Kaikissa haastatteluissa mainittiin myös, että rauhallinen ympäristö pystytään tarjoamaan yhden hengen huoneella.

*apu ja turva lähellä että tietää ettei oo niinkun esimerkiksi niiden kipujen kanssa yksin että aina on niinkun saatavilla lisää sitä kipulääkettä*

*täällä on se kaikki välineistö jota tarvitaan*

*pitäis taata semmonen rauhallinen niinkun paikka kuolevalle potilaalle että meilläkin sit pyritään esimerkiksi noita yhden hengen huoneita järjestämään – – ja et hoitajat on tietysti riittävästi läsnä*

Sairaalan haasteina nostettiin esiin laitospainaisuus. Lisäksi nostettiin esille hoitohenkilökunnan kiire ja sairaalan rauhattomuus. Osa haastateltavista kertoi, että pitävät kotia parempana paikkana kuolla.

*tietty laitospainaisuus sairaaloissa on aina vaikka ne kuinka niinkun viihtyisäks pyrittäis tekemään*

*kiire rauhaton ympäristö etenkin jos ei pystytä järjestämään sitä yhden hengen huonetta*

*Se kiire on niillä hoitajilla koko ajan siinä mutta siinä silti pystytään luomaan semmonen rauhallinen ilmapiiri*

*lähtökohtaisesti mun mielestä ihmisen olis parempi kuolla kotona – – turvallisessa ympäristössä*

Haastatteluissa tuotiin ilmi sairaanhoitajan ammatillisen roolin säilyttämisen tärkeys. Sairaanhoitajat kertoivat, että kuoleman kohtaaminen on aina tunteita herättävä tilanne. Osa haastateltavista koki, että työkokemus helpottaa heitä ja auttaa suhtautumaan kuolemaan. Kärsvän potilaan kuoleminen saatetaan kokea jopa helpottavana.

*Kyllä siihen vähän turtuu siihen kuolemaan että sen osaa ottaa sillai ammatillisesti*

*Jos sä oot hoitanut potilasta paljon ja sulla on tullut häneen sellanen hoitosuhde ja omaisiin niin ehkä ne sillon on vähän koskettavampia*

*Joskushan se kuolema on niin helpottava asia että tavallaan sitähan jo joidenkin potilaiden kohdalla toivoo ja odottaa että voi kun hän pääsis niinkun pois*

Sairaanhoitajat kertoivat omaisten surutyön koskettavan heitäkin, mutta osaavat säilyttää tietyn ammatillisuuden tilanteissa. Yhdessä haastattelussa tuotiin esiin, että työporukan kesken ei erikseen reflektoida yksittäisiä potilaita, vaan tapahtumista keskustelu jää lähinnä ”kahvihuoneessa” tapahtuvaksi.

*kun omaisten surua kohtaa niin onhan se sitten aina vähän sellanen surullinen hetki itsellekin*

*Monesti ei päästä itteensä esim myötäsurremaan omaisten puolesta koska siinä täytyy säilyttää semmonen tietty ammattimaisuus*

*Mitään erillistä aikaa anneta sille mutta tietysti tässä meillä on aika hyvä työporukka täällä niin pystytään kyllä keskenämme sitten*

Hoitotyöllä turvataan potilaan hyvä olo viimeisinä päivinä. Elämän perusedellytykset turvataan huolehtimalla puhtaudesta ja asentohoidoista sekä säilyttämällä tutut rutiinit. Kaikissa haastatteluissa tuli ilmi, että asentohoito on yksi tärkeimmistä keinoista ylläpitää kuolevan potilaan mahdollisimman hyvää oloa.

*ja rauhallinen tila siitä potilashuoneesta ja sie olis niinku ne saman rutiinit toistuis*

*Kyllä me asentohoidostakin huolehdistaan et on hyvä mukava asunto et ei enää sen takia ettei tuu enää painumia vaan ihan sen hyvänolon takia, puhtaudesta*

Ahdistus tuotiin ilmi monilla kuolevilla potilailla psyykkisenä tarpeena. Sairaanhoitajat toivat esille, että se saattaa ilmetä sekavuutena ja levottomuutena sekä lisätä kipuja. Myös kuoleman pelkoa kerrottiin esiintyvän. Sairaanhoitajat kertoivat hoitavansa ahdistusta läsnäololla sekä lääkityksellä.

*Ihan se läsnäolo ja totta kai tässä tulee sit lääkkeelliset keinot että kyllä-hän me niinkun tarjotaan sitäkin ihan ehdottomasti tommoselle kuolevalle potilaalle et ahdistusta lievittävää lääkitystä ja rauhottavaa*

*Voihan se ilmetä esim semmosena sekavuutena se semmonen ahdistus*

*Usein se on aika ahdistava ja siihen voi liittyä kuoleman pelkoa ja kaikkia muitakin pelkoja kipua usein pelätään – – ettei tarttis niitten pelkojen kanssa painiskella.*

Haastatteluissa sairaanhoitajat toivat ilmi, että hengellisten tarpeiden huomiointi on melko vierasta ja herkästi pyydetään sairaalapastori paikalle, mikäli potilas sitä toivoo.

*Mä ainakin koen, että mulla ei hirveesti ole työkaluja sellaseen – – Sit jos potilas ite aktiivisesti haluaa niinkun keskustella vaikka uskon asioista niin kyllä sitten tarjotaan sitä pastoria – – mutta tietysti kuunnella voi aina*

Kaikissa haastatteluissa tuli ilmi, että sairaalassa kuolevalle potilaalle luodaan mahdollisimman rauhalliset puitteet ja hänelle järjestetään yhden hengen huone. Yhden hengen huoneessa kuolevan potilaan on mahdollista olla rauhassa ja omaiset pystyvät olemaan paremmin läsnä ja potilaan luona.

*Pääsee noihin yhden hengen huoneisiin – – sit kun tila heikkenee niin tavallaan pystytään aika hyvin järjestämään se rauha ihmiselle ennen poismenon ja sitten niille omaisille olla siinä läsnä*

*pyritään järjestämään omaiselle paikka olla osastolla joko sänkypaikka tai sitten keinutuoli tai joku missä voi sitten viettää aikaa halutessaan ja olla siinä lähellä*

Turvallisuudentunteen luomista ja läsnäoloa painotettiin kaikissa haastatteluissa. Osa haastateltavista nosti esille, että rutiinit lisäävät turvallisuuden tunnetta. Sairaanhoitajan roolissa läsnäololla on suuri merkitys, varsinkin jos omaisia ei ole.

*et just haluais enemminkin et pystyis oleen siinä juttelemassa ja ihan vaan et pitäis olla siinä vierellä*

*tarpeista et semmonen turvallisuuden tunne – – tyyni ja rauhallinen tila siitä potilashuoneesta ja sie olis niinku ne saman rutiinit toistuis*

*kuoleman hetki on tulossa lähelle ja ketään omaisia ei oo paikalla niin mä ainakin yritän itte että mä oon siellä paikalla ja pidän vaikka kädestä kiinni tai silittelen*

Omaisten merkitys nostettiin tärkeäksi osaksi kuolevan potilaan hoitotyötä kaikissa haastatteluissa. Haastatteluissa tuotiin esille tärkeänä piirteenä omaisten mahdollisuutta olla läsnä mahdollisimman paljon. Osa haastateltavista kertoi, että omaisille tarjotaan myös tilaisuus osallistua potilaan hoitoon, jos he haluavat. Haastatteluissa kerrottiin, että lähes kaikilla potilailla on omainen johon turvautua.

*[omainen] saa tulla lääkärin kierrolle mukaan*

*Omaisia otetaan mukaan potilaan perushoitoon tosin he aika harvoin kylä mun mielestä haluaa tulla*

*Mutta se on positiivista että yleensä aina on joku omainen sitten siinä mukana loppuvaiheessa*

Omaisten rooli korostuu kuolevan potilaan hoidossa, sillä he tuntevat potilaat paremmin ja voivat tuoda ilmi potilaan toiveita, mikäli hän ei niitä itse pysty kertomaan. Yhdessä haastattelussa tuli esille, että välillä omaisia on haastava kohdata, koska he saattavat olla kovin tunteikkaita. Tärkeänä pidettiin, että tilanteisiin kuitenkin tartuttiin, eikä jätetty omaista huomioimatta.

*Omaisten kohtaaminen nousee sit semmoseks aika tärkeeks asiaks, että, että, ehkä sen potilaan tilan kanssa ei enää niinkään pysty kommunikoi-  
maan, mutta omaiset sitten*

*Ja sitten on omaiset jotka siinä on pitkiä aikoja läsnä – – omaiset tulee sanoo että nyt mä oon sitä mieltä että toi on kipee*

*se on vaikeeta kohdata semmoset omaiset jotka on kovasti tunteidensa val-  
lassa niin voi olla vaikeeta mutta ni ettei niinkun lähe pakoon sitä tilannet-  
ta...että niille tulee semmonen olo että ne niinkun että niitä halutaan  
kuunnella ja se on niinkun tärkeetä että heidän tunteensa huomioidaan*

Sairaanhoitajan rooli on usein toimia viestinviejänä omaisten ja lääkärin välillä, ja tarkentaa tietoja potilaan voinnista omaisille.

*Ilmotetaan omaisille kaikki tosiasiat ja kerrotaan missä mennään ja tietys-  
ti sitten jos heillä on jotain toiveita niin niitä sitten välitellään lääkärille ja*

*yritetään sitten heidän toiveittensa mukaisesti mennä eteenpäin että pidetään ajan tasalla*

### 5.3 Kuolevan potilaan kivunhoito

Kuolevan potilaan hoitotyötä tehdessä potilaan fyysiset eleet näkyivät merkkeinä kivusta. Kaikissa haastatteluissa nämä tulivat ilmi. Myös yhdessä haastattelussa sairaanhoitajat kertoivat, ettei potilas aina osaa kertoa mistä kipu johtuu.

*sekavuus voi olla merkki kivusta*

*ihan tajutonkin potilas kipristelee, vääntelelee ja on tuskainen ja voi hikoilla ja hengitys tosiaan kiihtyy*

*aika harvoin on kyllä täysin kivuttomia et kyllä niillä yleensä jotain on, mutta tietenkin siinä on vaikea sanoa onks se kipu niinkun millasta et onko se jotain ahdistusta vai mitä se on – potilas ei välttämättä osaa niinkun nimetä sitä olotilaansa miksikään*

Kaikissa haastatteluissa tuli ilmi, että kivun arvioinnissa sairaanhoitajat luottivat omaan intuitioonsa. Yhdessä haastattelussa sairaanhoitajat kuvasivat omaisten roolin merkitystä ja heidän arviotaan potilaan kipuun. Jos potilas oli tuttu sairaanhoitajalle, hän pystyi myös paremmin arvioimaan potilaan kipua.

*meillä tosiaan potilaat ei harvoin pysty itte ilmaseen sitä että sattuu, niin silloin on pelkästään niinkun hoitajien ja omaisesten niinkun arvioinnin mukaan – kuitenkin potilaat on aika pitkään täällä että tavallaan tunnetaan ne potilaat*

*jos pystyy puhuun niin tottakai me sitä kysytään – et harva osaa sitä enää kertoo että missä se kipu esimerkiksi on tai kuinka voimakasta että melkein se jää sitten hoitajan arvioitavaks että ilmeet, eleet ja liikkeet*

Kaikissa haastatteluissa tuli esille, että kipumittareista harvoin oli hyötyä, koska kuolevan potilaan kipu ei ollut mitattavissa asteikon avulla.

*täällä vähemmän käytetään VAS:ia – et pitää enemmän luottaa niihin omiin aisteihin ja se ei oo ihan niin numeroilla mitattavaa*

*On meillä joskus kipumittari – mutta eihän [potilas] sitten välttämättä pysty niinkun sanoon tai näyttämään sieltä mittarista että mikä se kivun aste on*



Kahdessa haastattelussa sairaanhoitajat kertoivat kuolevan potilaan kipuun käytettävän pääsääntöisesti lääkelaastareita sekä voimakasta kipulääkettä morfiinia. Pari sairaanhoitajaa toisessa haastattelussa kuitenkin toivat ilmi, ettei kipulaastareita oikeastaan enää loppuvaiheessa käytetä. Peruskipulääkkeistä Panadol tuotiin esille kahdessa haastattelussa.

*Kipulaastari on joillakin käytössä – ja sitten saattaa olla ihan joku panadol joka menee siellä listalla tavallaan sellasena säännöllisenä*

*No morfiinia sitten käytetään noita no oksanestia, oxynormia, oxycodone – – sitten joskus on panadolia ihan niinkun pelkästäänkin mutta joskus se kyllä riittää aika pitkälle*

*Laastareita on jonkin verran, mutta ei niitäkään enää sit loppuvaiheessa*

Kahdessa haastattelussa sairaanhoitajien puheesta nousi kuolevan potilaan hengitykseen ja sen helpottamiseen käytettäviä hengiteltäviä lääkkeitä. Yksi sairaanhoitaja nosti esille myös morfiinin, jota he käyttävät potilaan hengenahdistuksen helpottamiseen. Kaikissa haastatteluissa sairaanhoitajat kertoivat antavan potilaalle happea hengityksen helpottamiseen.

*jos potilas on limainen niin sitten voi olla just tollasia hengitettäviä lääkkeitä – – tai pistoksena jotain et saada limantuloo vähenemään – – tavallaan mitkä vaikuttaa semmoseen tuskasuuteen*

*morfiinia täälläkin käytetään jos on just semmonen hengenahdistuksen tunne*

*kyllä sitä [happea] annetaan*

Kipulääkkeiden rinnalla käytettiin myös psyykkiseen ahdistukseen rauhoittavaa lääkitystä sekä pahoinvointi huomiointiin tarvittaessa. Yhdessä haastattelussa sairaanhoitajat kokivat, että potilaan henkiseen ahdistukseen ei lääkehoitoa lääkäreiltä saanut.

*pahoinvointiin scopodermiä tonne korvantaakse on joskus laitettu ja primperania*

*No aika usein menee joku rauhoittava lääke siinä kipulääkkeen rinnalla*

*se henkinen ahdistus alkaa tulla niin siihenkin kyllä auttais lääkitys mutta sekin tuntuu olevan niinkun kiven alla*

Pari sairaanhoitajaa myös toivoivat sairaalassa käytettävän monipuolisemmin kipulääkkeitä ja eri menetelmiä.

*toivois että käytettäis vielä laajemmin kipulääkkeitä ja erilaisia kivunhoitomenetelmiä, niitä lääkkeellisiäkin on kaikenlaisia kipupumput ja muuta että niitä aika vähän käytetään*

Kivunhoitoa toteutettiin pääsääntöisesti suun kautta, ihonalaiskudokseen ja suonensisäisesti. Yhdessä haastattelussa sairaanhoitajat kertoivat antavansa kipulääkettä myös peg-tai nenämahaletkun kautta. Morfiinin käyttö tuotiin esille jokaisessa haastattelussa. Pari sairaanhoitajaa koki, ettei lihakseen annettavista kipulääkkeistä ollut enää hyötyä, koska kuolevalla potilaalla lihakset ovat kuihtuneet ja siellä verenkierto on heikentynyt.

*paljon menee voimakkaita kivunhoitoon opiaattipohjaisia lääkkeitä joko niin sanotusti suun kautta tai sitten jos ei pysty niin suoneen, lihakseen, ihonalaiskudokseen*

*joskus lihakseenkin mutta harvemmin ja sit siinä kohtaa on lihakset jo niin surkastuneet ja verenkierto huonoo että se on oikeastaan yks tyhjän kanssa kun ei se sieltä niin imeydy*

*jos nyt on esimerkiksi peg-letku tai nenämahaletku mitä kautta*

*kaikki peruslääkkeet käytössä mutta ne on voinut olla potilaalla jo ennestään mutta kyllä sitten loppuvaiheessa lopetetaan ne jos päädytään morfiiniin niin se on sitten melkein se vaihtoehto siinä loppuvaiheessa*

Kipulääke oli pääsääntöisesti alkuun tarvittavana, jolloin hoitaja itse arvioi koska potilas sitä tarvitsi. Oli vaihtelevaa, kuinka kipulääke listalla oli merkittynä.

*Sithän se on aika useesti sillain että lääkäri saattaa määrätäkin sen niin että vaikka se menis listalla niin sanotaan 1-10 kertaa et sä saat sit vähän tavallaan sen mukaan laittaa että mikä se sun tuntuma siitä*

*Sekin on ihan hirveen vaihtelevaa että joskus se on ihan pelkästään tarvittavissa lääkkeissä että se on tosiaan sen hoitajan tulkinnan varassa että koska se potilas sitä tarvii. Toisinaan se menee ihan listalla säännöllisesti*

Yhdessä haastattelussa tuli sairaanhoitajilta osoitus, ettei kipulääkkeen antokattoa periaatteessa ole. Lääkkeelliset keinot sairaalassa koettiin ratkaisuksi kipuihin.

*siinä ei oo enää merkitystä että annetaanko me paljon kipulääkkeitä vai ei – – että aika vähän käytetään mitään lääkkeettömiä keinoja että kyllä se lääkehoito on*

*kuoleville yleensä saadaan sit antaa ilman mitään ylärajaa että se on tunnin jopa puolenkin tunnin välein joskus jollekin annettu*

*kun potilas ei osaa sitä ilmaista että onko kipua vai onko se jotain muuta niin miettii sitäkin että onko sillä tavallaan merkitystä mistä se potilaan semmonen levottomuus ja paha olo johtuu vaan siihen haluaisi niinkun antaa jotakin apua – – sitten meillä usein se on se lääkkeellinen ratkaisu se avunanto siinä kohtaa*

Lääkkeettömistä keinoista ilmi tuli kaikissa haastatteluissa asentohoito sekä yksi hoitaja kertoi antavansa hierontaa, mutta sitäkin enemmän niille potilaille, joilla on toivoa vielä jäljellä. Kaikissa haastatteluissa sairaanhoitajat mainitsivat, että musiikkia voitiin käyttää myös potilaan rauhoittamiseen.

*jos on joku vaikka hemipuoli on turvonnut niin ihan niinkun hieronnalla tukee sitä palautumista – – oon tehnyt sitä sit enemmän niille joilla on enemmän sitä toivoo*

*asentohoito sillä pystyy jonkin verran jonkinlaisiin kipuihin auttamaan*

*saattaa radio olla päällä hiljaisella sillai että niinku kuulee jotain jos siellä ei muuten oo ketää – – jos omainen sanoo että tykkää kuunnella musiikkia niin voidaanhan sitä sitten käyttää sen potilaan hoidossa niinkun rauhoittamiseen ihan kaikissa vaiheissa*

Sairanhoitajat kuvasivat arvioivansa potilaan kivunhoidon riittävyyttä seuraamalla potilaan vointia ja luottamalla omaan intuitioon. Yhdessä haastattelussa sairaanhoitaja toi myös ilmi, että esimerkiksi perushoitoa toteutettaessa potilaan kivut saattavat näyttäytyä.

*intuitio – – sit kun se potilas on sellanen levollinen ja rauhallinen ja sillä ei oo mitään semmosia merkkejä että olis jotain tuskaa niin sillon se on hyvä*

*kun jotain lääkettä aletaan antaa niin sit sitä vaikutusta seurataan ja pohditaan oliko se hyvä tai oliko se riittävä*

*Tarkkailemalla sitä potilasta, täällä ei tehdä sillain hirveesti mitään monitoriseurontoja*

*No ihan niistä reaktioista että et kääntämisissä se tulee niinkun selvimmin yleensä esille et jos kauheesti heti siihen reagoi siihen kääntämiseen*

Kipulääkityksen huolehtiminen ja yhteistyö potilaan hyväksi nähtiin yhteistyönä omaisten, lääkärin ja sairaanhoitajan välillä. Kipulääkkeistä keskustellaan ja yritetään hoitaa potilasta yhdessä jokainen omalla vastuualueellaan.

*joskus voi olla niin että lääkemääräykset on pikkusen alakanttiin potilaan kivun suhteen mutta sitten niinkun hoitajat kyllä kun ne vaan raportoi siitä lääkärille niin kyl sitä monesti sit nostetaan*

*sitten on omaiset jotka on siinä pitkiä aikoja läsnä ja tuntee ennestäänkin jo potilaan — ja joskus se on pelkästään niin että omaiset tulee sanoon että nyt mä oon sitä mieltä että toi on kipee*

*koko ajan käydään keskustelua että olisko sitä sitten parempi laittaa niinkun jatkuvaksi ettei tarvis odottaa sitä että vaikuttaa kivuliaalta että monesti ne omaiset tuo ilmi ja vaatii sitä*

#### **5.4 Haasteet kuolevan potilaan kivunhoidossa**

Kuoleman kivunhoidon toteutumiseen koettiin haasteeksi potilaan kuoleman ennustamattomuus. Tilanteet sairaalassa tapahtuvat nopeasti ja potilasta kuntoutetaan viimeiseen asti.

*tavallaan tiedetään että hän on vähän niinkun kuoleva potilas — joskus ajatellaan että tässähän vielä mennään niinkun eteenpäin paljonkin ja sit se tuleekin niinkun äkisti se tilanne et ollaankin jo ihan siinä viimesillä hetkillä*

*tääl niinkun viimeiseen asti yritetään sitä että ihmistä kuntoutettas ja saatas parantumaan*

Yhdessä haastattelussa tuli esille, että sairaanhoitajat toivoivat potilaiden tilanteisiin paneutumista ja kuolevan kipuun osattaisiin vastata.

*sitten niinkun rohkeemmin tartuttais niinkun siihen kuolevan potilaan kipuun ja kokonaistilanteeseen*

*aikasemmin siihen kipuun reagoitais eikä vasta sit kun oikeesti on ne viimeiset tunnrit menossa että miks se täytyy päästää niin pitkälle – – siinä on just se että lääkärit ei ehkä nää sitä tilannetta aikasemmin että hän nyt kuolee*

Sairaanhoitajat kokivat että kuolevan potilaan kivun lääkehoito oli välillä haastavaa. Hoitajat joutuivat ajoittain todistelemaan potilaan kipuja sekä potilaan ilmi tuoma kipu vaikutti osaltaan kipulääkkeen saantiin. Kipulääkkeen saanti säännölliseksi koettiin myös ajoittain riippuvaiseksi siitä kuka lääkäri oli asialla.

*joskus tuntuu että se on niinkun hoitajalta hirveen työn takana että saa lääkärit määrään sitä kipulääkettä – – joutuu jotenkin niinkun todisteteleen että se potilas on oikeesti kipee*

*lääkärit näkee potilaita aina niin sen pienen hetken et heidän on kyllä vaikee ite tehdä päätelmiä siitä kivusta että kyllä heidän täytyis luottaa niinkun hoitajan arvioon siitä*

*kuinka se toteutuu niin sekin on kauheen vaihtelevasti, että vähän riippuu lääkäristä ja siitä että kuinka se potilas tuo ilmi sitä kipuansa ja kuinka hoitaja tulkitsee sitä*

*potilaat on sellasia että ne ei monesti – – lääkärielle niinkun uskalla tavallaan välttämättä sanoa tai tuoda esille niitä kipuja että ne vähän niinkun hammasta purren niitä kipujaan koittaa kestää mutta siten hoitaja kuitenkin näkee sen*

Sairaanhoitajat kokivat että eri lääkkeitä sekä antomuotoja oli mahdollisuus käyttää nykypäivänä.

*tavallaan aina on mahdollista saada se lääke perille siihen potilaaseen että sekään ei nykypäivänä oo niinkun ongelma ja just lääkeaineita on niin paljon erilaisia – – että siitä se ei kyllä oo kiinni*

Kahdessa haastattelussa sairaanhoitajat kokivat resurssien vaikuttavan suurelta osin kuolevan potilaan kivunhoitoon. He kokivat että heiltä löytyy ammattitaitoa, mutta aikaa ei vain ollut riittävästi. Yhdellä osastolla näkyi työjärjestelyjen huomioon ottaminen, joka heidän mielestään paransi potilaan hoitoa. Koettiin, että kun kuolevalle potilaalle tutut hoitajat olivat vierellä niin hoito oli tasalaatuisempaa.

*jos ei olis niin kiirettä ja sillain niin tiukoilla resurssien kanssa – – Et en nää et ihmisten ammattitaidossa tassä kohtaa mitään puitteita et se on ajasta ja resursseista kiinni*

*sitä monesti aina pikkusen paremmin haluais hoitaa – – sit kun kuitenkin ne muut potilaat siinä ettei siinä ikinä oo niinku omahoitaja tavallaan suhteessa pelkästään siihen tiettyyn potilaaseen*

*työjärjestelyillä on pyritty siihen että niinkun samat ihmiset hoitais aina mahdollisimman paljon – – se on niinkun tasalaatuista se hoito niin siihen pyritään*

Hoitohenkilökunnan vaihtuvuus lisäsi hankaluutta kivunhoidon toteutumisessa. Lääkäreiden vaihtuvuus koettiin suureksi tekijäksi, joka tuli ilmi kahdessa haastattelussa.

*jatkuvasti vaihtuu lääkärit – – lääkäri ei uskalla ottaa tavallaan sitä vastuuta*

*koko se kivunhoito paranis jos meillä olis yks lääkäri joka olis koko ajan täällä – – mikä olis edes vuoden täällä putkeen, puoli vuottakin olis jo tosi paljon*

*kun olis se lääkäri joka keskustelee omaisten kanssa rauhassa asiat – – vaan nekin hyväksyisi sen että hei tän ihmisen on aika lähteä*

Kaikissa haastatteluissa tuli ilmi, että sairaanhoitajat kokivat ettei lääkäreillä ollut tarpeeksi tietämystä kuolevan potilaan hoitotyöstä sekä kivunhoidosta. He toivoivat enemmän koulutuksia sekä yhteistilaisuuksia lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle.

*lääkäreiden kokemattomuus on yks et ei heillä välttämättä oo kokemusta kuolevan potilaan hoitotyöstä*

*koulutuksia saisi olla enemmänkin tästä aiheesta sekä lääkärille että sitten meille tota niinkun hoitajille – – ja ehkä vois olla jotain semmosia yhteisiäkin koulutuksia missä vähän niinkun mietittäisiin näitä asioita*

*saattohoitovaiheeseen siirtymisen kun sitä vastuuta ei uskalleta ottaa – – niin sillon just se kivunhoitokin jää tosi viime tippaan*

*jos tota lääkärit ei pelkäis sitä morfiinin aloitusta et jos se ihminen sitten ei kuolekaan sen jälkeen kun nää morfiinit on aloitettu niin voihan ne sitten ottaa pois jos ei ole tarvetta enää. Ei se ole kuoleman tuomio että ne alottaa – – eikä se morfiini ei ole sama kuin saattohoito*

## 6 POHDINTA

Tässä osiossa pohdimme saamiamme tuloksia sekä opinnäytetyömme luotettavuutta ja eettisyyttä. Loppuun olemme myös koonneet omia kehittämis- ja jatkotutkimusehdotuksia sekä pohdintaamme opinnäytetyön prosessista.

### 6.1 Tulosten tarkastelua

Tulosten perusteella hyvä kuolema nähtiin potilaan kivuttomuutena ja rauhallisuutena. Potilaan omia toiveita kunnioitettiin ja omaisten läsnäoloa pidettiin tärkeänä. Sairaanhoidajat tunnistivat lähestyvän kuoleman fyysiset merkit potilaasta. Potilaan yleiskunto laskee ja perussairauden oireet yleensä pahenevat. Vaikka merkit tiedostettiin, tilanteet saattoivat muuttua nopeasti. Saattohoitopäätösten teko oli lääkäreille haastavaa ja vastuunottoa väistettiin. Myös potilaan hoidonlinjauksissa oli ajoittain epäselvyyksiä ja aktiivihoidoja saatettiin jatkaa, vaikka päätös oireenmukaisesta hoidosta olisi tehty. Hoitotahojen hyödyntämiseen toivottiin myös parannusta.

Viimeisten elinpäivien aikana keskeisintä on potilaan oireiden ja kärsimyksen lievittäminen. Potilaan toiveet ja tarpeet huomioidaan sekä häntä tuetaan kokonaisvaltaisesti. (ETENE 2012, 4; ETENE 2003, 5.) Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat toivat kaikissa haastatteluissa ilmi, että hyvään kuolemaan kuuluu kivunhoidon lisäksi myös potilaan huomiointi yksilöllisesti. Saastamoisen (2012, 28) tutkimuksessa sairaanhoitajat korostivat myös perushoidon tärkeyttä sekä peruselintoiminnoista huolehtimista ja pitivät tärkeimpänä tehtävänään huolehtia kuolevan potilaan kokonaisvaltaisista tarpeista. Sairaanhoitajat korostivat myös turhien hoitojen ja hoitotoimenpiteiden lopettamisen tärkeyttä, eli ylimääräisistä laitteista ja välineiden käytöstä luovuttaisiin.

Kuolevan potilaan hoitotyön pitää olla suunniteltua ja organisoitua. Päävastuu hoidosta on lääkärillä, jonka tehtävä on määrittää selkeästi hoidon tavoitteet ja linjaukset. Nämä tiedot tulee olla selkeästi määriteltynä potilaan hoitokertomukseen, josta ne ovat helposti nähtävillä ja ristiriitatilanteilta välttyttäisiin. Potilaan mahdollisesti tekemät hoitotahdot otetaan myös huomioon hoidonlinjauksissa. (Pihlajainen 2010, 14, 32; ETENE 2004, 42.) Haastatteluissa sairaanhoitajat toivat ilmi, että saattohoitopäätösten tekemi-

nen sairaalassa on haastavaa, sillä lääkärit vaihtuvat usein ja erikoissairaanhoidon puolella keskitytään antamaan useimmiten parantavaa hoitoa. Vaikka päätös saattohoidosta olisikin tehty, ei potilaan hoitosuunnitelmaan aina oltu tehty selkeitä raameja. Lääkärin vaihtuvuus myös lisäsi tunnetta, ettei kukaan ottanut asiakseen hoitaa ja perehtyä kunnon potilaan kokonaistilanteeseen. Kuolevan potilaan hoito kärsii huomattavasti, kun hoidossa ei keskitytä selkeästi oireenmukaiseen hoitoon. Vaihtuvat määräykset ja hoidonlinjaukset luovat epävarmuutta potilaalle ja omaisille.

Sairaanhoitajat kokivat, että hoitotahtojen hyödyntäminen oli sairaalassa ajoittain hankalaa. Lääkärin oli vaikea tukeutua niihin, koska niissä ei aina ollut selkeitä toiveita hoidon kulkuun. Aina potilaan kirjallinen tahdonilmaisu ei tule tietoon sairaalaan, jos potilaan tilanne huonontuu äkillisesti. Erityisesti päivystystilanteissa sairaaloissa potilaita saatetaan hoitaa aktiivisemmin kuin hän olisi hoitotahdossaan toivonut. (Sariola 2008, 1481.) Mikään järjestelmä ei takaa, että hoitava lääkäri saisi hoitotahdon tietoonsa tai miten yksittäinen lääkäri tulkitsee sitä. Myös omaisten mielipiteet vaikuttavat osaltaan hoidon toteutumiseen. Syksyllä 2013 otettiin käyttöön Suomessa terveydenhuollon valtakunnallinen sähköinen tietojärjestelmä, jonne saadaan tallennettua muun muassa potilaan hoitotahto. (Komi 2014.) Lääkäreiden ja sairaanhoitajien tulisi enemmän ehtiä keskustelemaan potilaan ja omaisen kanssa sekä ottaa selville mikä on heidän näkemys tilanteesta. Hoitotahto tulee tulkita myös oikein ja sen jälkeen se tulee muuttaa suunnitelmaksi, joka ohjaa loppuhetken hoitoa. Näin vältetään kriisitilanteissa muuttamasta suunnitelmaa ja kaikki ovat tietoisia, miten loppuhetken hoito toteutetaan. (Sariola 2008, 1481–1483.)

Tulosten perusteella kuolevan potilaan hoitotyössä sairaalassa tärkeänä nähtiin rauhallisen ympäristön luominen esimerkiksi yhden hengen huoneilla ja läsnäololla. Yhden hengen huoneen mahdollistaminen toteutui haastattelujen mukaan ja siihen pyrittiin aina. Hoitohenkilökunnan kiire nostettiin hoitotyötä huonontavaksi tekijäksi. Sairaanhoitajien ammattitaito ja työkokemus auttavat kohtaamaan kuolevan potilaan ja käsittelemään kuoleman herättämiä tunteita. Ammatillisuuden säilyttäminen tunteita herättävissä tilanteissa ja omaisia kohdattaessa pidettiin tärkeänä. Kuolevan potilaan tarpeisiin vastattiin mahdollistamalla potilaan hyvä olo asentohoidolla ja tutuilla rutiineilla. Ahdistusta lievitettiin läsnäololla sekä lääkityksellä. Turvallisuudentunteen ja rauhallisuuden nähtiin helpottavan ahdistuksen tunteita. Omaisten roolia korostettiin, sillä he luovat kuolevalle potilaalle parhaiten turvaa läsnäolollaan.



Sairaala on luotu tarjoamaan parantavaa hoitoa, joten ympäristönä se on haastava kuolevan potilaan hoidossa. Koska sairaalassa kuitenkin kuolee ihmisiä, on heille tarjottava laadukas hoito ympäristötekijöistä huolimatta. (Pihlajainen 2010, 11–12.) Olosuhteiltaan sairaala rajoittaa yksityiselämän mahdollisuutta ja voi heikentää omaisten osallistumista hoitoon (Sarivaara 2016, 50). Haastatteluissa nostettiin esiin sairaalan laitospainaus sekä rauhattomuus, jota lisää myös hoitohenkilökunnan kiire. Kiireettömyyden tunteen luominen on ajoittain hankalaa sairaanhoitajille, mutta siihen pyritään. Sairaalassa on kuitenkin positiivista se, että siellä on apu ja turva helposti saatavilla, sekä tarvittavat välineet ja lääkkeet.

Kuoleman kohtaaminen vaatii hoitohenkilökunnalta paljon, sillä potilaan kuolema voi tulla eteen yllättäen (Sarivaara 2016, 30). Sairaanhoitajalla on oltava vahva ammattitaito ja kokemus, jotta kohtaaminen olisi arvokasta ja luontevaa (Pihlajainen 2010, 34). Haastatteluissa sairaanhoitajat kertoivat työkokemuksen helpottavan kuolemaan suhtautumista. Kuolema on aina tunteita herättävä, varsinkin jos hoitosuhde on ollut pidempi. Vahvaa ammattitaitoa tarvitaan myös omaisten surun kohtaamiseen. Tilanne koettiin koskettavaksi, mutta sairaanhoitajat kertoivat pitävänsä tärkeänä ammatillisen roolin säilyttämisen, jotta he pystyvät tukemaan omaisia surun keskellä. Ei kuitenkaan ole väärin hoitohenkilökunnaltakaan näyttää tunteitaan ja osoittaa inhimillisyyttään tällaisen tapahtuman äärellä. Haastatteluissa ei tullut ilmi, että kuolemantapauksia käytäisiin erityisemmin läpi työpaikoilla, vaan reflektointi jää useimmiten työntekijöiden ”kahvihuoonekeskusteluksi”. Tässä korostuu työpaikan hyvän yhteishengen ja kollegiaalisuuden merkitys.

Kuolevan potilaan hoitotyön tulee olla turvallista ja jatkuvaa oireiden mukaista hoitoa (Kamppari 2014, 28). Erilaisten mittausarvojen tärkeys häviää, joten säännölliset peruselintoimintojen mittaukset voidaan lopettaa. Tärkeämpään rooliin nousee kivun, levottomuuden, hengitysteiden eritteiden, suun limakalvojen, pahoinvoinnin ja hengenahdistuksen tarkkailu. Läsnaolo ja kuuntelu nousevat kliinisiä mittauksia tärkeämpään rooliin. (Korhonen & Poukka 2013, 441.) Kuolevan potilaan hyvän olon turvaamisen tärkeimmäksi tekijäksi nousi asentohoito haastatteluissamme sekä perustarpeista kuten puhtaudesta huolehtiminen. Tuttujen rutiinien toteuttaminen loi turvallisuutta kuolevalla potilaalle.

Rauhallisella, levollisella ja turvallisella ilmapiirillä vaikutetaan potilaan vointiin (Rantala 2014, 51). Hoitohenkilökunnan sanattoman viestinnän merkitys korostuu. Ystävällisellä ja asiallisella käytöksellä osoitetaan ammatillisuutta. (Anttonen 2008, 53.) Läsnaolon merkitys tuotiin esille haastatteluissa. Rauhalliset puitteet mahdollistettiin yhden hengen huoneilla. Sekavuus ja levottomuus tuotiin esille ahdistuksen merkkeinä. Jos potilaalla on tieto siitä, että apua on koko ajan lähettyvillä ja helposti saatavilla, on hänen helpompi rauhoittua. Ahdistusta kerrottiin lievitettävän myös lääkkein. Myös potilaan hengellisiä tarpeita ja vakaumuksia tulee kunnioittaa, vaikka se eroaisi hoitohenkilökunnan vakaumuksesta tai omasta mielenkiinnosta (Hänninen & Pajunen 2006, 70–74). Hengellisten tarpeiden huomioinnissa otettiin mieluusti yhteys sairaalapastoriin, sillä sairaanhoitajat kokivat heillä olevan vähän työkaluja hengellisten asioiden tukemiseen. Kuunteleminen mainittiin voimavarana, jota hyödynnetään, vaikkei muita keinoja olisikaan. Koska kuolevalla potilaalla on yksilöllisiä tarpeita, tulee hoitohenkilökunnan vastata niihin tarpeisiin niin hyvin kuin mahdollista, taatakseen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista (Ridanpää 2006, 47). Kuoleva potilas on hauras ja herkkä aistimaan ympäristöä ja siksi hetkessä välittyvä tunne on tärkeä, vaikka aikaa olla potilaan vierellä ei olisikaan. Pienikin hetki ja aito läsnäolo ovat merkityksellisen.

Sosiaalisista tarpeista tärkeäksi muodostuu omaisten toiminta kuolevan potilaan ympärillä sekä hoitohenkilökunnalta saama tuki (Hänninen & Pajunen 2006, 66–68). Kuolevan potilaan omaisten vierailuaikojen tulee olla joustavia ja heille tarjotaan mahdollisuutta yöpyä sairaalassa potilaan luona (Ridanpää 2006, 78). Omaiset haluavat hoitohenkilökunnalta tietoa oireista ja niiden lievityskeinoista ja heille tärkeää on hoitohenkilökunnan osaaminen ja luottamus (Nevalainen 2006, 26; Hakala 2015, 4). Omaiset osaavat monesti tukea läheistään parhaiten, joten heitä tulisi rohkaista osallistumaan hoitotyöhön (Kuuppelomäki 2002, 126). Sairaanhoitajat kertoivat, että omaiset saavat yöpyä osastolla ja heitä otetaan potilaan hoitoon mukaan niin paljon kuin he haluavat. Osa mainitsi kokeneensa omaisten vetäytyvän perushoidosta ja toivovan hoitajien huolehtivan siitä. Sairaanhoitajat pitivät tärkeänä kertoa omaisille tosiasiat kuolevan potilaan tilasta. He myös välittivät omaisten toiveita lääkäreille.

Omaisten kohtaaminen ja heidän kuunteleminen nostettiin tärkeäksi asiaksi, varsinkin jos potilas ei enää pysty puhumaan. Omaiset näkevät usein heidän läheisestään helpommin esimerkiksi kivun merkit. Tunteidensa vallassa olevat omaiset koettiin välillä haastavaksi ja työtä kuormittavaksi, mutta silloinkin sairaanhoitajat korostivat kuunte-

lemisen tärkeyttä ja omaisten inhimillistä kohtaamista. Omaisten tukemiseen saattaa mennä paljon aikaa, varsinkin jos he eivät pysty hyväksymään läheisensä kuolemaa (Kuuppelomäki 2002, 123). Ammatillisuus näkyy tilanteessa rauhallisuutena ja neutraalina suhtautumisena omaisiin, vaikka he purkaisivat tunteensa sairaanhoitajaan. Tieto siitä, että syytökset eivät ole henkilökohtaisia vaan liittyvät kuoleman herättämiin tunteisiin auttavat. (Laakkonen, Hänninen & Pitkälä 2010.)

Tulosten perusteella kuolevan potilaan kivunhoito vastasi paljolti tavallisen kipupotilaan hoitotyötä. Kivunhoito painottui paljolti akuuttiin kipuun vastaamiseen ja potilaan voinnin arviointiin fyysisten oireiden perusteella. Potilaan fyysiset merkit kivuista tunnistettiin ja häntä hoidettiin paljolti niiden perusteella. Sairaanhoitaja luotti omaan intuition ja omaisten arvioon potilaan kivusta. Potilaan reaktioita seurattiin hoitotyötä tehdessä sekä luotiin potilaalle mahdollisimman levollinen ja rauhallinen yleisvointi. Potilas sai kipulääkettä tarvittaessa tai säännöllisesti riippuen potilaan kipukokemuksesta. Aina potilas ei itse osannut kertoa mistä kipu johtui ja silloin lääkkeellinen apu koettiin parhaimmaksi. Kipulääkkeissä ei koettu olevan antokattoa vaan annostelu tapahtui potilaan tarpeen mukaan. Voimakkaista kipulääkkeistä morfiini oli yleisimmin käytetty lääke ja myös kipulaastareita saatettiin käyttää niiden rinnalla. Potilaan hengitystä helpotettiin hapella, avaavilla lääkkeillä tai kipulääkkeellä. Tukilääkkeinä saattoi mennä rauhoittavaa tai pahoinvointilääkettä. Lääkkeelliset keinot koettiin kuolevan potilaan kipuun tärkeimpänä vaihtoehtona, mutta lääkkeettömiäkin keinoja käytettiin. Asentohoito nousi jokaisessa haastattelussa, jonka avulla voitiin helpottaa lääkkeettömästi potilaan oloa. Musiikkia saatettiin käyttää potilaan rauhoittamiseen.

Kivunhoidon tulee olla suunniteltua kuolevan potilaan kohdalla, joka toteutuu WHO:n porrastettua kivunhoitomallia hyödyntäen (Porrastettu kivunhoitomalli: Käypä hoito -suositus 2013). Potilaan kivut tulee huomioida yksilöllisesti ja valita sen perusteella riittävän tehokas annostus. Portaittainen eteneminen kipulääkkeen valinnassa takaa tasaisen kivunhallinnan. Kivunhoidon tulisi olla tavoitteellista ja annostelu tarpeeksi useasti, etteivät potilaan kivut voimistuisi. Kuolevan potilaan kivunhoito ei saa vastata akuutin kivun hoitoa vaan kivut tulee saada hallintaan jatkuvalla kipulääkityksellä. Ennaltaehkäisy kivunhoidossa on myös helpompaa kuin voimakkaan yltyvän kivun taltuttaminen. (Kotovainio & Lehtonen 2015.)

Morfiini oli käytettyin kipulääke osastoilla kuolevan potilaan kipuun. Kipulääkkeen anto perustui paljolti siihen, kuinka hoitaja tulkitsi potilaan kipua. Lääke oli pääsääntöisesti säännöllisesti listalla, mutta annostukset vaihtelivat. Sairaanhoitaja sai itse intuitionsa avulla annostella lääkettä potilaalle. Sairaanhoitajat toivat ilmi, että antokattoa kipulääkkeen annolle ei ollut, vaan tärkeintä oli potilaan levollinen ja rauhallinen olo. Myös Surakka ym. (2015, 65–66) painottaa, että kuolevan potilaan kipua ei saa koskaan evätä, vaikka potilas olisi saanut kipulääkettä juuri tunti sitten. Tärkeintä on huolehtia yksilöllisesti lääkkeen vasteesta ja potilaan yleisvoinnista. Hoidon tulee keskittyä tämän hetkiin vointiin ja oireiden helpottamiseen (Poukka & Korhonen 2015).

Muutama sairaanhoitaja koki, ettei kipulaastareista ollut hyötyä enää viime hetkellä, koska lihakset ovat jo surkastuneet ja imeytyminen niiden kautta on heikentynyt. Käypä hoito -suosituksen mukaan imeytyminen on heikentynyt kakektisella potilaalla ja silloin kipulääke on annosteltava muita reittejä käyttäen. Lääkelaastarilla annosteltava kipu sopii stabiiliin kipuun, mutta kuitenkin läpilyöntikipu tulee hoitaa lyhytvaikutteisilla opioideilla säännöllisesti. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012.)

Pari sairaanhoitajaa toi esille, että toivoisi kivunhoitoon käytettävän erilaisia menetelmiä, kuten kipupumppuja. Kipupumput eivät ole ehkä ensisijainen vaihtoehto kuolevalle potilaalle sairaalassa, koska yleensä potilaalla on suonensisäinen reitti annosteluun tai sitten potilas saa ihonalaisesti lääkkeen hoitajan toimesta. Kipupumpuissa olisi kuitenkin mahdollisuus, että lääkettä ei tarvitsisi jatkuvasti annostella potilaalle vaan lääke menisi jatkuvana infuusiona. Ihonalaisesti kipulääkkeen imeytyminen on yhtä hyvää kuin suoneen annosteltaessa. Kuitenkin laajasti metastasoituneen syöpäkipuun hoitoon suonensisäinen annostelu on tehokkain keino saavuttaa kivuttomuus potilaalle. (Keinänen & Järvinen 2004, 330–331.) Jos taas potilas saa jatkuvan kipulääkityksen infuusiona niin silloin potilaan ei myöskään tarvitsisi erikseen pyytää lääkettä tai kipulääkkeen saanti ei jäisi vain hoitajan tulkinnan varaan.

Tulosten perusteella potilaan kipua hoidettiin paljolti lääkkeellisin keinoin. Lääkkeellinen ratkaisu koettiin avunannoksi, koska jotakin apua potilaan tilaan haluttiin antaa. Läsnäolo ja kuuntelu tuli ilmi myös osassa haastatteluissa, joita käytettiin keinoina kuolevan potilaan kipuun. Omaisten apuun luotettiin paljon, koska vierellä istumiseen sairaanhoitajilta harvoin löytyi aikaa. Hyvä yleishoito toteutui ja potilaan voinnista halut-

tiin aidosti pitää huolta. Lääkkeetön kivunhoito helpottaa usein potilaan kipua jo yksinäänkin, mutta se on tehokkainta liitettynä lääkkeelliseen kivunhoitoon (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010).

Kuolevan potilaan kivunhoidon haasteeksi nousivat tulosten perusteella kuoleman enustamattomuus sairaalassa. Saattohoitopäätösten ja hoitolinjausten teko viivästyttivät oireenmukaista hoitoa, kun ei osattu ajoissa tunnistaa kuolevaa potilasta. Sairaalassa kuolevan potilaan kokonaistilanteeseen ja kivunhoitoon paneutuminen oli puutteellista. Yhteistyö osastoilla ei aina toiminut ja lääkärit arastelivat voimakkaiden kipulääkitysten aloittamista. Lääkäreiden vaihtuvuuden koettiin heikentävän potilaiden saamaa kivunhoitoa. Heillä ei ollut tarpeeksi ammattitaitoa sekä koulutusta saattohoidon toteuttamiseen.

Sairaanhoitajat toivat ilmi, että erikoissairaanhoidossa potilasta yritetään hoitaa aktiivisesti mahdollisimman pitkälle eikä nähdä, että potilas olisi jo kuolemassa. Tilanteet tulevat silloin nopeasti ja kivunhoitokin saattaa jäädä heikoksi. Kivunhoidon mahdollisuudet ja käytäntö eivät aina kohtaa kuolevan potilaan hoitotyössä. Monesti osaamista ja välineitä on, mutta useasti tulee ilmi, että niitä ei osata käyttää riittävästi tai oikea-aikaisesti. (Hänninen 2013, 31.) Lääkäreillä ja sairaanhoitajilla oli tietoa kipulääkkeistä, mutta niitä ei osattu ottaa hoitotyöhön mukaan aina riittävän ajoissa.

Kivun alihoitoon liittyy usein hoitajan ja lääkärin välinen yhteistyö ja puutteellinen vuorovaikutus (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 58). Sairaanhoitajat toivat haastatteluisia ilmi, että saavat äänensä kuulumaan osastolla, mutta aina riittävän kipulääkityksen saaminen ei onnistunut. Sairaanhoitajat kertoivat, että voivat joutua useamman kerran pyytämään määräystä vahvempaan kipulääkitykseen. Ongelmaksi muodostui lääkäreiden vaihtuvuus ja se, että kokemattomat lääkärit eivät uskaltaneet määrätä voimakkaita lääkkeitä potilaille. Fyysisten ja psyykkisten oireiden heikko tuntemus saattaa johtaa kuolevan potilaan oireiden alihoitoon. Myöhäinen päätös oireenmukaisesta hoidosta voi myös lisätä potilaan kärsimystä ja saattaa aiheuttaa ennen aikaista kuolemaa. Kaikkien lääkäreiden tulisikin hallita oireita lievittävät hoitotyön perusteet ja tarvittaessa osata konsultoida kokeneempaa kollegaa. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012.) Lääkäri ei välttämättä näe potilaan kipuja niin herkästi kuin sairaanhoitaja, sillä kivut saattavat tulla esille esimerkiksi asentohoidon aikana tai perushoitoa tehdessä. Tällöin yhteistyön ja keskinäisen luottamuksen merkitys korostuu, jotta poti-

laalle saataisiin taattua mahdollisimman kivuttomat viimeiset elonpäivät. Hoitajan velvollisuus on olla ”potilaan asianajaja” ja tuoda esille näkemyksensä, sillä hoitaja näkee yleensä paremmin hoitojen ylimääräisen rasituksen potilaalle (Sarivaara 2016, 41–42).

Kuolevan potilaan oireenmukaista hoitoa voidaan kehittää nykyisilläkin resursseilla, kun huolehditaan koulutuksista ja toiminta on organisoitua (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus 2012). Osa haastateltavista toi ilmi resurssien ja henkilökunnan puutteen heikentävän kuolevan potilaan hoitotyötä, sillä kiireessä ei ehdi tarpeeksi huomioimaan kuolevan tarpeita. Myös kansainvälisessä tutkimuksessa työntekijöiden oli hankala sovittaa kuolevan potilaan tarpeet osaksi muuta työtaakkaa. Haastateltavien mukaan riittävän ajan antaminen muiden potilaiden hoidon lisäksi nähtiin suurena haasteena. Liian paljon potilaita yhdellä hoitajalla vaikeutti kuolevan potilaan tarpeiden huomiointia. (Casey ym. 2011, 1828.) Tuloksissa ilmi, että yhdellä osastolla yritetään työjärjestelyiden avulla huomioida kuolevien potilaiden hoitoa kiinnittämällä huonejakoihin huomioita. Työjärjestelyiden avulla kuolevalle potilaalle saattaa jäädä enemmän aikaa ja sairaanhoitaja ehtii paremmin huomioimaan hänen tarpeitaan.

Potilaan tilanteen kokonaisvaltainen huomiointi vaatii ensin todellisuuden näkemistä sekä sen toteuttamista. Sen jälkeen tulee järjestää henkilökunnalle riittävä osaaminen kuolevan potilaan hoidosta. Tämä tulee maksamaan yhteiskunnalle vähemmän kuin potilaiden siirtely hoitopaikkojen välillä. (Hänninen 2013, 34.) Saattohoitokoulutusten avulla lisättäisiin tietoisuutta ja helpotettaisiin lääkärien päätöksentekoa hoidon rajauksista tai saattohoitoon siirtymisestä. Myös Sarivaaran (2016, 40–41) tutkimuksessa haastateltavien mukaan elvytyskieltopäätöksistä keskustellaan, mutta ei oireenmukaiseen hoitoon tai saattohoitoon siirtymisestä. Hoitajat arvelivat tutkimuksessa, että lääkäreiden ammatillinen eetos parantavaan ja elämää ylläpitävään hoitoon vaikeuttaa kuolevaisuuden hyväksymistä. Erityisesti nuorille lääkäreille kuoleman hyväksyminen voi olla vaikeaa, jos päätöstä ei ole aikaisemminkaan tehty edeltävistä sairaalahoidoista huolimatta. Siksi hoitolinjapäätökset ovat usein keskitetty seniorilääkäreillä, joille on kertynyt tietotaitoa ja ammatillista varmuutta tehdä ratkaisuja.

## 6.2 Eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelua

Tutkimuksen eettisyys on keskeinen aihe hoitotieteellisessä tutkimuksessa, koska tutkimuksen kohteena on pääasiassa ihmisiä. Tutkimukselle voidaan määritellä kahdeksan eettistä vaatimusta, joita ovat: Älyllisen kiinnostuksen ja tunnollisuuden vaatimus, rehellisyyden vaatimus, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoituksen edistäminen sekä kollegiaalinen arvostus. Tutkijan on oltava aidosti kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta sekä tunnollisesta paneuduttava alansa, jotta hänen hankkimansa informaatio olisi mahdollisimman luotettavaa. Rehellisyys ja vaaran eliminoiminen tarkoittavat, että tutkija ei saa syyllistyä huijaukseen sekä sellaisesta tutkimuksesta tulee pidättäytyä, joka voi tuottaa vahinkoa tutkimuskohteelle. Kenenkään ihmisen ihmisarvoja tai moraalista arvoa ei saa loukata. Tutkijalle kuuluu sosiaalisen vastuun ottaminen, eli hänen tulee vaikuttaa siihen, että saatua informaatiota käytetään eettisten vaatimusten mukaisesti. Ammatinharjoituksen edistäminen sekä kollegiaalinen arvostus tarkoittavat, että tutkija edistää alallaan tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia sekä hän suhtautuu toisiin tutkijoihin arvostavasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.)

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimuksessa noudatetaan tieteellisiä toimintatapoja: huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta. Tiedon hankintaan käytetään tieteellisesti ja eettisesti soveltuvia menetelmiä. Tulosten julkaisussa käytetään avoimuutta. Muiden tutkijoiden työt ja saavutukset otetaan huomioon asianmukaisesti ja arvostavasti. Tutkimusprosessi raportoidaan ja siitä syntyneet aineistot tallennetaan asetettujen vaatimusten mukaisesti. Tarvittavat tutkimusluvut hankitaan asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6; Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 365.) Haastateltavien anonymiteetistä huolehditaan eli tutkimustietoja ei luovuteta tutkimusprosessin ulkopuolisille. Tutkimusaineistot säilytetään lukitussa tilassa tai salasanalla suojattuna. Osallistujien aineiston ollessa pieni, taustatietoja ei kuvata tarkasti ja esimerkiksi murrekielistä alkuperäisilmauksista pidättäydytään. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.)

Opinnäytetyömme aihe valittiin oman kiinnostuksemme myötä. Teoreettisen tiedon haussa käytimme mahdollisimman laajasti apuna luotettavia tietokantoja sekä kansainvälisiä lähteitä, jotta opinnäytetyön aihe-alueesta saataisiin mahdollisimman kattavasti tietoa. Teoriatietoon on tarkasti merkattu lähdeviitteet ja myös sivunumerot on huomioi-

tu. Näin alkuperäinen aineisto on vaivatonta etsiä. Valmis opinnäytetyö lähetettiin plagiaatintunnistusjärjestelmään, joka varmistaa, ettei plagiointia ole käytetty työssämme.

Ennen haastatteluiden tekemistä haimme tutkimuslupaa Tampereen kaupungilta. Tutkimuslupahakemuksen mukana lähetimme suunnitelman opinnäytetyöstämme sekä tietoisien suostumuslomakkeen (liite 1), jonka tutkimukseen osallistuneet allekirjoittivat ennen haastatteluita. Lähetimme tietoisien suostumuslomakkeen sekä informaatiota tutkimuksesta osastoille ennen haastatteluja. Haastattelut olivat niihin osallistuville vapaaehtoisia ja heillä oli oikeus vetäytyä tutkimuksesta, ilman perusteluja. Haastattelut toteutettiin sairaanhoitajien työaikana. Haastatteluista syntynyt materiaali säilytettiin salasanalla suojattuna sähköisessä arkistossa, josta ulkopuoliset eivät saaneet niitä haltuunsa. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen tutkimusaineisto hävitettiin asianmukaisesti. Huolehdimme haastateltavien anonymiteetistä, eikä tulosten tarkastelussa tai autenttisuudesta lainauksista voi tunnistaa yksittäistä haastateltavaa. Myöskään osastot eivät tule ilmi työssä, mikä lisää anonymiteettiä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerejä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus sekä vahvistettavuus. Uskottavuus edellyttää, että tulokset ovat kuvattu selkeästi, että lukija ymmärtää miten analyysi on tehty. Siirrettävyydellä viitataan siihen, kuinka paljon tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä toiseen tutkimusympäristöön. Tämä edellyttää huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, osallistujien valintaa sekä aineiston keruun ja analyysin perusteellista kuvausta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Riippuvuus tarkoittaa, että tutkimus on toteutettu tieteellisen tutkimuksen yleisten periaatteiden mukaan ja on siten toistettavissa. Vahvistettavuudella viitataan siihen, että ratkaisuihin pääseminen esitetään niin tarkasti, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä ja arvioimaan sitä. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 139.)

Opinnäytetyömme luotettavuuteen vaikuttaa se, että olemme raportoineet tutkimuksen kulun vaihe vaiheelta. Työssämme tulee ilmi teoreettiset lähtökohdat ja pohjaamme työmme niihin. Aineiston keruu ja analyysivaihe on kirjattu auki työhömmme, joten lukija pystyy seuraamaan prosessin eri vaiheita. Tutkija vaikuttaa työn tuloksiin omilla lähtöoletuksillaan ja ennakkokäsityksillään, joten kaksi opinnäytetyöntekijää lisää työn luotettavuutta, sillä he tuovat kumpikin omaa näkemystään analyysiin (Tuomi & Sarajarvi 2009, 136). Vaikutimme osaltaan haastateltavien sairaanhoitajien valintaa, sillä pyysimme osastonhoitajia valitsemaan haastatteluihin kokeneempia sekä työelämässä vä-



hemmän aikaa työssä olleita, ja tämä toteutui hyvin. Emme kuitenkaan tiedä tarkasti työhön osallistuneiden valitsemisprosessia, sillä se perustui vapaaehtoisuuteen. Tämä saattaa vaikuttaa työn luotettavuuteen. Luotettavuuteen on voinut vaikuttaa haastattelussa tutkijoiden oma jännitys, varsinkin ensimmäisessä haastattelussa, mikä on voinut johtaa puutteellisten tulosten saamiseen. Luotettavuutta olisi lisännyt myös pidempi ajanjakso tutkimustulosten analysointiin ja tulkintoihin.

### 6.3 Kehittämisehdotukset

Opinnäytetyötä tehdessä tuli ilmi, että lääkäreillä ei ollut tarpeeksi osaamista kuolevan potilaan hoitotyöhön liittyvien saattohoitopäätösten tekoon sekä kipulääkityksen oikea-aikaisuuteen. Vastuunottoa väistettiin ja tilanteet tulivat eteen äkillisesti. Koulutuksilla niin lääkäreille kuin sairaanhoitajille tuotaisiin lisää informaatiota saattohoidosta ja saattohoitovaiheeseen siirtymisestä. Sairaanhoitajienkin voisi olla helpompaa perustella lääkärille, miksi saattohoitovaiheeseen siirtyminen voisi tietyissä tilanteissa olla parempi ratkaisu, jos lääkäri ei sitä itse näe. Sairaanhoitajilla on vastuu potilaan arvokkaasta hoitotyöstä. He usein näkevät potilaan tilan huononemisen helpommin, joten heidän vastuullaan on välittää tietoa tästä lääkärille. Tietenkin riippuu miten lääkäri vastaanottaa tietoa sairaanhoitajilta. Asenteet sekä ennakkoluulot voivat myös vaikuttaa osaltaan lääkärin päätösten tekoon.

Kun potilaalle on saatu päätös oireenmukaisesta hoidosta, voitaisiin keskittyä tarkemmin kivunhoitoon. Kuolevan potilaan kivunhoitoa tulisi toteuttaa WHO:n antaman kivunhoitomallin mukaan, jolloin saataisiin portaittainen eteneminen aina vahvempaan lääkkeeseen suunnitellusti potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Ammattitaitoinen henkilökunta ja osaaminen kivunhoidossa myös luo turvaa potilaalle. Vain tarvittavan kipulääkkeen anto ei tuo turvaa potilaalle, koska kivut esiintyvät monessa muodossa eivätkä ne häviä kuolevalta potilaalta mihinkään. Tarvitaan kokonaisvaltaista suunnitelmallista arviointia, toteuttamista ja seuraamista, jolloin saadaan turvattua potilaalle rauhallinen ja levollinen lähtö.

Sairaanhoitajat toivat ilmi, että lääkäreiden vaihtuvuus olisi syynä heikompaan kivunhoidon toteutumiseen. Lääkäreiden vaihtuvuus osastoilla ei tue yhteistyötä potilaan hyväksi, koska suhde hoitohenkilökunnan välillä voi olla rakoileva. Ymmärrettävää on,

että kun ei tunne toista, niin ei ehkä täysin luota hänen arvioonsa. Yhteiset rutiinit hoitohenkilökunnan välillä sekä toimiva vuorovaikutus uupuu herkästi, jos yhteistä säveltä ei löydy. Myös nykyajan vaihtuvat henkilöstä ja yksilövastuinen hoitotyö tuovat omalta osaltaan haastetta kuolevan potilaan hoitotyöhön sekä kivunhoidon toteutumiseen.

#### **6.4 Pohdintaa opinnäytetyöprosessista**

Opinnäytetyöprosessi käynnistyi syyskuussa 2015 aihevalinta-seminaarilla. Seminaarissa valitsimme opinnäytetyön aiheen lähtökohdaksi kivunhoito saattohoidossa. Aihe tarkentui työelämäpalaverissa ja opettajan kanssa käydyissä keskusteluissa kuolevan potilaan kivunhoitoon sairaalassa. Lupa opinnäytetyöntekoon tuli joulukuussa 2015. Sen jälkeen kevään 2016 aikana kokosimme teorial tietoa opinnäytetyöhömmä. Toukuu- kuussa 2016 kävimme haastattelemassa sairaanhoitajia osastoilla ja syksyn aikana olemme työstäneet analyysiä sekä viimeistelleet työn valmiiksi.

Jaoin teoriaosuutta ja tiedonhakua opinnäytetyötä tehdessämme, jotta saimme prosessin edistymään. Teorial tietoa haimme käyttäen erilaisia tietokantoja sekä koulun kirjaston valikoimia. Käytimme ajankohtaisia ja luotettavia lähteitä työssämme sekä luimme paljon oheismateriaalia aiheeseen liittyen. Kansainvälisiä lähteitä löytyi myös, joita hyödynsimme mahdollisimman paljon.

Opinnäytetyön tekijöiden yhteistyö oli sujuvaa ja yhdessä pohdimme askarruttavia asioita. Emme olleet aikaisemmin tehneet kouluvuosien aikana yhdessä töitä, joten toisen tapa työskennellä ei ollut ennestään tuttu. Molemmat työskentelivät aktiivisesti ja saimme soviteltua aikataulumme yhteen. Haastavimmaksi osaksi koimme sisällönanalyysin teon. Olimme lukeneet teorial tietoa kuinka analyysi tulisi tehdä, mutta kuitenkin tekovaiheessa ymmärsimme ohjeet hieman väärin. Onneksi saimme ohjausta opettajaltamme ja muokkasimme sen avulla analyysiamme. Analyysinteko oli kuitenkin mielenkiintoista ja opettavaista. Koimme, että yhteistyön avulla selvisimme prosessin ylä- ja alamäistä sekä saimme jatkuvasti tukea toisiltamme.

Opinnäytetyöprosessi on kehittänyt meitä ammatillisesti. Saimme paljon uutta tietoa ja perehdyimme tarkemmin kuolevan potilaan hoitotyöhön. Kivunhoito on hoitotyössä suuressa osassa ja pidämme tulevana sairaanhoitajana tärkeänä tiedostaa mahdollisuudet

lääkkeelliseen ja lääkkeettömään hoitoon sairaalassakin. Kuolevia potilaita voi tulla vastaan työuramme aikana eri työpaikoissa ja silloin ammattitaitoa sekä tietoa tulee sairaanhoitajalta löytyä. Toivomme työelämässä ollessamme osaavamme nyt kiinnittää huomiota kivunhoitoon ja sen toteutumiseen erityisesti kuolevilla potilailla. Jatkossa sairaalassa tullaan hoitamaan varmasti vielä enemmän kuolevia potilaita ja silloin hyvän hoitotyön sekä kivunhoidon tulee toteutua laadukkaasti.

## LÄHTEET

- Aho, M. 2009. Hengellisen hoidon välineet. Teoksessa Aalto, K & Gothoni, R. (toim.) Ihmisen lähellä – Hengellisyys hoitotyössä. Helsinki: Kirjapaja.
- Anttonen, M.S. 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M.S., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- BMC Medicine. 2015. Is dying in hospital better than home in incurable cancer and what factors influence this? A population-based study. 2015. BMC Medicine 13 (1), 1–14.
- Casey, D., Murphy, K., Leime, A. N., Larkin, P., Payne, S., A Froggatt, K. & O’Shea, E. 2011. Dying well: factors that influence the provision of good end-of-life care for older people in acute and long-stay care settings in Ireland. Journal of Clinical Nursing 20, 1824–1833.
- ETENE. 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti.  
<http://etene.fi/documents/1429646/1559090/Työryhmän+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>
- ETENE. 2004. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Uudistettu 2. Painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- ETENE. 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 -Suunnitelmat ja toteutus. <http://etene.fi/documents/1429646/1559054/ETENE-julkaisu+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001%2C+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+toteutus.pdf/58ee136a-919b-4e32-8b18-f131143747a7>
- Fainsinger, R-L., Waller, A., Bercovici, M., Bengtson, K., Landman, W., Hosking, M., Nunez-Orlate, J-M. & deMoissac, D. 2000. A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. Palliat Med 14 (4), 257–265.
- Friman, P. 2013. Porrastettu kivunhoitomalli. Sairaanhoidajan käsikirja. Luettu 20.1.2016. Päivitetty 10.4.2013.
- Groninger, H. & Vijayan, J. 2014. Pharmacologic management of pain at the end of life. Am Fam Physician 90 (1), 26–32.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita Prima.
- Hakala, T. 2015. Eettiset näkökohdat saattohoitopotilaita ja heidän perheitään tutkittaessa. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden hoitoyksikkö. Pro gradu -tutkielma.
- Halila, R. & Mustajoki, P. 2016. Hoitotahto –käytännön ohjeita. Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 19.4.2016. Luettu 5.9.2016.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00809](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809)

- Hanhirova, M. & Aalto, K. 2009. Ihmisen hengelliset tarpeet. Teoksessa Aalto, K. & Gothoni, R. (toim.) Ihmisen lähellä – Hengellisyys hoitotyössä. Helsinki: Kirjapaja.
- Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito - Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. *Duodecim* 129 (4), 385–392.
- Higginson, I., Sarmiento, V., Calanzani, N., Benalia, H. & Gomes, B. 2013. Dying at home – is it better: A narrative appraisal of the state of the science. *Palliative Medicine* 27 (10), 918-924.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu –teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Porvoo: Kirjayhtymä Oy
- Hänninen, J. 2003. Saattohoito: Saattopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, J. (toim.) 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, J. 2007. Palliatiivinen sedaatio – viimeinen keino kärsimyksen hoidossa. *Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim* 123, 2207–2213.
- Hänninen, J. 2013. Saattohoito tänään. Teoksessa Aalto, K. (toim.) Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja Oy.
- Hänninen, J. & Pajunen, T. 2006. Kuoleman kaari –sairastumisesta, luopumisesta, elämästä. Helsinki: Kirjapaja Oy.
- Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 129 (4), 433-439.
- JB1-suositus. 2008. Painehaavat - paineesta aiheutuvien kudonvaurioiden ehkäisy. *Best Practice* 12 (2), 1–7.
- Kalso, E. 2009a. Opioidit. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim.
- Kalso, E. 2009b. Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim.
- Kamppari, J. (toim.) 2014. Saattohoidon arki ja pyhä. Lahti: Diakonian instituutti.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Keinänen, N. & Järvimäki, V. 2004. Syöpä kivun erikoishoidot. *Finnanest* 37 (4), 330-335.

Komi, K. 2014. Kirjallinen kysymys 1216/2013 hoitotahdon toteutumisen varmistaminen. Eduskunnan puhemiehelle. Luettu 25.9.2016.

[https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Kysymys/Documents/kk\\_1216+2013.pdf](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Kysymys/Documents/kk_1216+2013.pdf)

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 149 (4), 440–445.

Kotovainio, T & Lehtonen, A. 2015. Kivun lääkehoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Päivitetty 20.2.2015. Luettu 8.11. 2015.

Kuittinen, O., Seppänen, M-L., Heikkinen, M., Karjalainen, T., Järvinen, V., Ala-Kokko, T., Moisio, T., Kemppainen, M., Majamaa-Voltti, K., Juustila, H., Remes, M. & Juntunen, A. 2015. Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenetelmästä ja hoidosta. 3. Painos. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2012. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Luettu 4.11.2015.

<http://www.kaypahoito.fi>

Kuparinen, M. 2014. Saattohoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Päivitetty 3.9.2014. Luettu 24.11.2015.

Kuuppelomäki, M. 2002. Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen – sairaanhoidajan näkökulma. Hoitotiede 14 (3), 117–128.

Kuuppelomäki, M. 2002. Kuolevan potilaan kivun hoito terveyskeskuksissa sairaanhoidajan arvioimana. Hoitotiede 14 (5), 244–253.

Laakkonen, M-L., Hänninen, J. & Pitkälä, K. 2010. Eräitä saattohoitoon liittyviä ratkaisuja. Geriatria. Duodecim. Päivitetty 1.4.2010. Luettu 6.3.2016.

Laine, H. 2015. DNR-päätös. Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 5.8.2015. Luettu 5.9.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_osio=&p\\_artikkeli=dlk01180&p\\_haku=](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk01180&p_haku=)

Lehto, J., Mustonen, L., Vinkanharju, A. & Pesso, K. 2011. Tarvitaanko akuuttisairaalassa saattohoitopäätöksiä. Suomen Lääkärilehti 66 (41), 3046–3047.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Linna, M. 2011. Sairaalakuolleisuus on kiistanalainen hoidon laadun indikaattori. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 10.1.2011. Luettu 3.8.2016.

<https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteke-talous-ja-palvelujarjestelma/talous/optimi-terveys-ja-sosiaalitalouden-uutiskirje/2010/sairaalakuolleisuus-on-kiistanalainen-hoidon-laadun-indikaattori>

Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampereen Yliopisto. Akateeminen väitöskirja.

- Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp.
- Nevalainen, A. 2006. Syöpäpotilaan läheisten henkilökunnalta saama tiedollinen ja emotionaalinen tuki polikliinisessa hoidossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Palliativisen lääketieteen yhdistyksen hallituksen koolle kutsuma moniammatillinen työryhmä. 2007. Asiantuntijalausuma määrittelee palliativisen sedaation. Suomen lääkärilehti 62, 929.
- Pesonen, A. 2011. Pain measurement and management in elderly patients. Clinical studies in long term hospital care and after cardiac surgery. University of Helsinki. Academic Dissertation.
- Pihlajainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6/2010. Helsinki.
- Pohjolainen, T. 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim.
- Porrastettu kivunhoitomalli. 2013. Käypä hoito -suositus. Päivitetty 14.8.2013. Luettu 21.1.2016.
- Poukka, P. & Korhonen, T. 2015. Lääkehoito saattohoidossa. Duodecim. Päivitetty 30.11.2015. Luettu 27.1.2016.
- Pudas-Tähkä, S. & Kangasmäki, E. 2010. Kivunhoitomenetelmät. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Päivitetty 30.8.2010. Luettu 23.8.2016.
- Pätäri, J. 2014. Sairaanhoitajien käsityksiä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikalla. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Pöyhiä, R. 2012. Nesteytys ja ravitseminen saattohoidossa. Finnanest 45 (5), 456–458.
- Rantala, M. 2014. Nurses' Evaluations of Postoperative Pain Management in Patients with Dementia. University of Eastern Finland. Health Sciences. Academic Dissertation.
- Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Saastamoinen, T. 2012. Sairaanhoitajien kuvauksia kuoleman kohtaamisesta tehohoitotyössä. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa – tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.
- Sariola, S. 2008. Asenteissa on vielä muokattavaa, että hoitotahto toteutuu. Lääkärilehti 63 (16), 1481–1483.

Sarivaara, S. 2016. Kuoleman rajoilla sairaalassa. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.

Sudore, RL., Casarett D., Smith, D., Richardson, DM. & Ersek, M. 2014. Family involvement at the end-of-life and receipt of quality care. *Journal of Pain and Symptom Management* 48 (6), 1108-1116.

Suomen kivuntutkimusyhdistys ry. 2015. Mitä kipu on? Perustietoa kivusta kaikille. Ohjeet ja hoito-oppaat. Luettu 8.11.2015.

<http://skty.org/system/files/Mitä%20kipu%20on.%20Perustietoa%20kivusta%20kaikille.pdf#overlay-context=node/329>

Surakka, T., Mattila, K-P., Åsted-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. 2015. Palliatii-vinen hoitotyö. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Helsinki: Fioca Oy.

Suwanen, T. 2013. Merkityksellinen kuolema hoitotyössä. Helsingin yliopisto. Uskonto-tieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Tasmuth, T. (toim.) 2014. Lääkäri saattajana. Pohdintoja kärsimyksestä, kuolemasta ja eutanasiasta. Helsinki: Duodecim

Tutkimuseettinen Neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-epäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettu 19.9.2016.

[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vainio, A. 2009. Kiputilojen mekanismiin perustuva luokitus. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim.

Vainio, A. & Hietanen, P. 2004. Palliatii-vinen hoito. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.



## LIITTEET

### Liite 1: Tietoinen suostumuslomake



1(2)

TIEDOTE 18.11.2015

### Hyvä sairaanhoitaja!

Pyydämme Sinua osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitajien kokemuksia kuolevan potilaan kivunhoidosta sairaalassa.

Osallistuminen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisen syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Tampereen kaupungilta sairaala- ja kuntoutushoidon tuotantoalueelta, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla kuutta eri sairaanhoitajaa kolmelta eri Hatanpään sairaalan osastolta. Haastattelu toteutetaan parihaastatteluna. Osastonhoitajat valitsevat vapaaehtoiset sairaanhoitajat, joilla on erilainen työkokemus kuolevan sairaalapotilaan hoitotyöstä. Haastattelut on tarkoitus toteuttaa huhti-toukokuussa 2016 ja arvioimme haastatteluiden kestoksi noin tuntia. Ajankohta sovitaan lähempänä osaston henkilökunnan toiveiden mukaisesti. Haastattelut nauhoitetaan. Työssämme ei tule ilmi hoitajien henkilöllisyyksiä ja vastaukset jäävät anonyymeiksi.

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

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

Mikäli sinulla herää kysyttävää tai haluat lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

#### Opinnäytetyön tekijät

Johanna Haaraoja  
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)  
Tampereen ammattikorkeakoulu  
johanna.haaraoja@health.tamk.fi

Sanna Bärling  
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)  
Tampereen ammattikorkeakoulu  
sanna.barling@health.tamk.fi

**SUOSTUMUS****SAIRAANHOITAJIEN KOKEMUKSIA KUOLEVAN POTILAAN KIVUNHOIDOSTA SAIRAALASSA**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kerätoittaa sairaanhoitajien kokemuksia kuolevan sairaalapotilaan kivunhoidosta.

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

Paikka ja aika

\_\_\_\_\_

Suostun osallistumaan  
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen vastaanottaja:

\_\_\_\_\_  
Haastateltavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Nimen selvennys

\_\_\_\_\_  
Nimen selvennys

## Liite 2: Teemahaastattelurunko

### Taustatiedot

- Ikä
- Koulutus: AMK/opistotaso
- Työkokemus (sairaanhoitaja) vuosina
- Mahdolliset lisäkoulutukset

### Hyvä kuolema

- Millainen on hyvä kuolema?

### Kokemukset kuolevan potilaan hoitotyöstä sairaalassa

- Mistä tunnistat kuolevan potilaan?
- Miten kohtaat kuolevan potilaan?
- Minkälainen paikka sairaala on kuolevalle potilaalle?
  - o Mitä positiivista sairaala antaa kuolevalle?
  - o Millaisia haasteita olette kokeneet?
- Mitä otat omaiset huomioon hoitotyössä?

### Kokemukset kuolevan potilaan kivunhoidosta

- Miten kivunhoito toteutuu osastolla?
- Miten arvioitte kuolevan potilaan kipua?
- Millaisia lääkkeellisiä hoitomenetelmiä käytätte?
- Millaisia lääkkeettömiä hoitomenetelmiä käytätte?
- Miten arvioitte kivunhoidon riittävyyttä?

### Haasteet kuolevan potilaan kivunhoidossa

- Millaisia ongelmia olette havainneet?
- Kuinka kehittäisitte kuolevan potilaan kivunhoitoa?

## Liite 3. Sisällönanalyysi

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
saattohoitopäätösten teko ja linjassa pysyminen	Saattohoitopäätös	Hyvä kuolema
vaikeus ottaa puheeksi ja tehdä päätöksiä		
rajojen veto nesteytyksen lopettamisesta		
epäselvyys hoidon linjauksissa		
lähettäminen saattohoitokotiin ajoissa		
halu auttaa viimeiseen asti		
vaikeus hyödyntää hoitotahtoja		
elämän perusedellytykset turvataan loppuun asti	Hyvän kuoleman edellytykset	
potilaan omien voimavarojen huomiointi		
ihmisen kokonaisuuden huomiointi		
omaisten läsnäolon merkitys		
ihmisen kohtaaminen ja kivun huomiointi		
ihmisen kunnioittaminen		
peruselintoiminnot heikkenee ja yleiskunto laskee	Lähestyvän kuoleman tunnistaminen	
potilaan nopea yleiskunnon heikkeneminen		
lautumat, raajojen kylmeneminen, tajunnantason heikkeneminen, pinnallinen hengitys ja kipujen lisääntyminen		
perussairausten oireiden paheneminen		
tarvittavat välineet		

kiire ja rauhattomuus monen hengen huoneissa	Sairaalaympäristön puitteet	Kuolevan potilaan hoito- työ sairaalassa
turvallisen ympäristön haasteet		
rauhallisen ympäristön huomiointi tilan huonotessa		
sairaalan laitosmaisuus		
rauhallisen ympäristön turvaaminen		
koti verrattuna sairaalaan		
hoitajan ammatillinen rooli surun keskellä	Ammatillinen rooli	
ammatillinen suhtautuminen kuolemaan		
ammatillisuuden säilyttäminen		
omaisten suru ja sen herättämät tunteet		
työporukan kanssa yhdessä reflektointi		
kuoleman kosketus ja hoitosuhde potilaaseen		
hyvän olon turvaaminen asento- hoidolla	Fyysiset tarpeet	
huoneilman tuuletus		
yleishoidon turvaaminen		
nesteytyksen ja vitaalien seurannan loppuminen		
ahdistuksen lievittäminen läsnäololla ja lääkityksellä	Psyykkiset tarpeet	
sekavuus henkisen ahdistuksen merkinä		
henkisesti mahdollisimman helpo		
kuoleman pelon huomiointi		
ei ole merkitystä mistä paha olo/levottomuus johtuu, kun siihen vain reagoi	Hengelliset tarpeet	
sairaalapastorin rooli		
uskonnollisuuden mahdollistaminen		
tuttujen rutiinien säilyttäminen	Sosiaaliset tarpeet	
tukeminen läsnäolon avulla kuoleman hetkellä		
hetkeen pysähtyminen		
järjestetään aikaa olla läsnä		
turvallisuuden luominen		
rauhallisuuden ja läsnäolon mahdollistaminen		
levollisen hetken luominen		
turva lähellä ettei ole yksin kipujen kanssa		

monilla on omainen johon turvautua	Omaisten merkitys	
omaisten ottaminen mukaan hoitotyöhön		
omaiset haluavat jatkettavan hoitoa viimeiseen asti		
omaisen suhtautuminen läheisensä kuolemaan		
asioiden käsittely omaisen kanssa	Yhteistyö omaisten kanssa	
omaisten tunteiden huomiointi		
omaisten tietämättömyys lääkeshoidosta		
omaisten kanssa yhteistyö potilaan hyväksi		
avoimen yhteistyön merkitys omaisen kanssa		
ruumiinkielen tulkitseminen		
hengityksen vaikeutuminen ja levoton liikehdintä		
potilaan eleiden huomiointi		
levottomuus merkinä kivusta		
kivun eri muodot kuolevalla potilaalla		
potilaan ilmi tuoma kipu vaikuttaa osaltaan kipulääkkeen saantiin		
vanhemmat ihmiset eivät uskalla tuoda esille kipujaan lääkärille		
kivusta kysyminen sekä ilmeiden ja eleiden tulkinta		
kivun sanaton viestintä		
intuitioon luottaminen	Kivun arviointi	
kivunhoidon arvioinnin haastavuus		
hoitajan tulkinta kivusta		
vastuullisuus kivunhoidon arvioinnissa		
hoitajan intuitio kivun arvioinnissa, kun potilas ei voi kommunikoida		
suun kautta otettava lääkitys	Lääkevalikoiman hyödyn-	
eri lääkemuotojen käyttö		
peruskipulääkityksen turvaami-		

nen ja akuuttiin kipuun vastaa- minen lääkkeillä	täminen	Kuolevan potilaan ki- vunhoito
nykypäivän kattavat lääkevali- koimat ja niiden hyödyntäminen		
potilaan olon helpottaminen lääkehoidon avulla	Toteuttaminen	
kivun lääkehoidon toteuttaminen		
lääkkeettömien keinojen käytön vähäisyys		
fyysisten oireiden lääkkeellinen helpottaminen		
lääkehoidon toteuttaminen kuo- leman lähestyessä		
kipulääkkeen kattoa ei ole		
voimakas kipulääke viimeisessä vaiheessa		
ei ole merkitystä jääkö kipulääk- keeseen koukkuun		
erilaiset lääkereittivaihtoehdot nykypäivänä		
kivunhoidon riittävyyden arvi- ointi potilaan olemuksesta		
lääkehoidon riittävyyden arvioin- ti		
seurataan lääkehoidon hyötyjä ja haittoja		
hoitajan omatunto tehdystä työstä		
kivunhoidon vasteen seuraami- nen ja siitä raportointi lääkärille	Yhteistyö	
saumattoman yhteistyön merki- tys		
kivun lääkehoidon vastuunotta- minen		
ajantasaisen tiedon välittäminen		
vastuunotto ja perehtyminen		
hoitaja voi joutua todistelemaan potilaan kipua lääkärille		
sairaanhoitajan ja lääkärin yhteis- työ lääkehoidossa		

sairaanhoitajan arvioon perustu- va lääkehoidon toteuttaminen		
kuoleman ennakkoinnin vaikeus	Kuoleman ennustamatto- muus	Haasteet kivunhoidossa
vaikeus tunnistaa koska potilas on kuolemassa		
rohkeus tarttua potilaan koko- naistilanteeseen		
lääkehoidon haasteet	Haasteet kivun lääkehoidos- sa	
kipuun reagointi aikaisemmassa vaiheessa		
uskomuksia ja pelkoja vahvoista kipulääkkeistä		
erilaisten kivunhoitomenetelmien ja lääkkeiden parempi hyödyn- täminen		
lääkärin vaihtuvuus ja vastuun- oton väistäminen	Hoitohenkilökunnan vaihtu- vuus	
hoitohenkilökunnan vastuulli- suuden vaikeus		
hoitohenkilökunnan vaihtuvuus		
lääkärin roolin vaikeus		
hoitohenkilökunnan kiire ja siitä aiheutuva huono omatunto	Resurssien vaikutus	
resurssien vaikutus kuolevan potilaan hoitoon		
ajan ja resurssien puute		
koulutusten puute	Saattohoitokoulutusten puu- te	
tiedon lisääminen saattohoitopää- töksistä lääkärille		
yritetään väistää väistämätöntä		