



Essi Lahti, Karita Mäntylä & Emma Peltonen

# SAIRAANHOITAJOPISKELIJOIDEN VALMIU- DET HOITAA KUOLEVAA POTILASTA

Opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysala  
2022

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyö

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Essi Lahti, Karita Mäntylä ja Emma Peltonen
Opinnäytetyön nimi	Sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiudet hoitaa kuolevaa potilasta
Vuosi	2022
Kieli	Suomi
Sivumäärä	71 + 2 liitettä
Ohjaaja	Virpi Välimaa

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla Vaasan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksia hoitaa kuolevaa potilasta osa-alueilla, joita olivat psyykkisten ja fyysisten oireiden hoito, vuorovaikutus osaaminen ja hengellinen tukeminen. Lisäksi työn tarkoituksena oli avointa kysymystä käyttäen saada sairaanhoitajaopiskelijoilta kehitysideoita heidän valmiuksiensa edelleen lisäämiseksi koulutuksen avulla.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys koostuu sairaanhoitajaopiskelijoiden kokeamista valmiuksista ja sen mittaamisesta kuolevan potilaan hoidossa. Aineisto kerättiin kvantitatiivisesti sähköisellä kyselylomakkeella. Kyselyyn vastasi yhteensä 50 Vaasan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijaa. Aineiston analyysi on tehty käyttäen frekvenssijakaumia, ristiintaulukointia ja khiin neliötestiä.

Tutkimuksessa selvisi, että lähihoitajataustaisilla sairaanhoitajaopiskelijoilla oli paremmat valmiudet hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä ja psyykkisiä oireita kuin muun koulutuksen omaavilla opiskelijoilla. Myös työkokemuksella voidaan todeta olevan merkitystä, sillä yli kahdeksan vuoden työkokemuksen omaavat kokivat valmiutensa hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita paremmiksi, kuin vähemmän työkokemusta omaavat.

---

Avainsanat kuolevan potilaan hoito, valmiudet, sairaanhoitajaopiskelijat, lähihoitaja

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hoitotyö

## ABSTRACT

Author	Essi Lahti, Karita Mäntylä and Emma Peltonen
Title	The Abilities and Skills of Student Nurses to Treat a Dying Patient
Year	2022
Language	Finnish
Pages	71 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Virpi Välimaa

---

The purpose of this bachelor's thesis was to describe the abilities and skills of Vaasa University of Applied Sciences nurse students to treat a dying patient. The different areas of treatment include the treatment of mental and physical symptoms, interaction and spiritual support. A further aim was to interview the nurse students with an open-ended question to get their development ideas to improve the learning of these skills in nurse education.

The theoretical framework of the study considers the self-evaluation of student nurses and their professional abilities to take care of dying patients and how to measure these skills. The data was collected quantitatively with an e-questionnaire. The questionnaire was responded by 50 Vaasa UAS nurse students. The data was analyzed by using frequency distribution, cross-tabulation, and chi-squared test.

The results of this study indicate that students with prior studies as practical nurses considered their ability to care for a dying patient both physically and mentally better than their peers with different educational backgrounds. Moreover, working experience also played a role in their level of skills, since students with more than eight years of working experience rated their professional abilities to treat various physical symptoms of dying patients higher than the students with fewer years of working experience.

---

Keywords treatment of a dying patient, abilities, experiences, student nurses, practical nurse

## TIIVISTELMÄ

### ABSTRACT

1	JOHDANTO .....	10
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	11
3	KUOLEVAN POTILAAN HOITO .....	12
3.1	Fyysiset oireet.....	13
3.1.1	Kipu .....	13
3.1.2	Hengenahdistus .....	15
3.1.3	Pahoinvointi .....	16
3.1.4	Suun kuivuminen .....	16
3.1.5	Kuivuminen .....	17
3.1.6	Kuivuminen ja ruokahaluttomuus (kakeksia-anoreksia) .....	17
3.1.7	Ummetus .....	18
3.2	Psyykkiset oireet.....	18
3.2.1	Masennus ja ahdistus .....	19
3.2.2	Eksistentiaalinen kärsimys.....	20
3.2.3	Delirium .....	21
3.2.4	Palliatiivinen sedaatio.....	22
3.3	Sosiaalinen tuki.....	22
3.4	Hengellinen tuki.....	24
4	PALLIATIIVINEN HOITO.....	26
4.1	Varhainen palliatiivinen hoito .....	26
4.2	Palliatiivinen hoitolinja .....	26
4.3	WHO ja palliatiivinen hoito .....	27
5	SAATTOHOITO .....	29
6	KUOLEMAN TOTEAMINEN .....	30
7	PALLIATIIVINEN OPETUS AMMATTIKORKEAKOULUISSA .....	31
8	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	34
9	TUTKIMUSTULOKSET.....	37

9.1 Teemoittelu .....	58
10 POHDINTA .....	59
10.1 Tutkimustulosten tarkastelu .....	60
10.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	62
10.3 Tutkimuksen eettisyys.....	63
10.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset .....	64
LÄHTEET .....	65

## TAULUKKOLUETTELO

<b>Taulukko 1.</b> Ammattikorkeakoulujen palliatiivisen hoitotyön opintopisteet .....	33
<b>Taulukko 2.</b> Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot .....	38
<b>Taulukko 3.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita - ikä .....	39
<b>Taulukko 4.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita – opiskelutausta .....	40
<b>Taulukko 5.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita – työkokemus vuosina .....	40
<b>Taulukko 6.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita – menneiden työharjoitteluiden määrä .....	41
<b>Taulukko 7.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita - mikä lukuvuosi opiskeluissa menossa .....	42
<b>Taulukko 8.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita - mikä lukuvuosi opiskeluissa menossa .....	42
<b>Taulukko 9.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita- opiskelutausta.....	43
<b>Taulukko 10.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita- työkokemus vuosina .....	43
<b>Taulukko 11.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita- menneiden työharjoitteluiden määrä .....	44
<b>Taulukko 12.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita-mikä lukuvuosi opiskeluissa menossa .....	45
<b>Taulukko 13.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa vuorovaikutusosaamisen kuolevan potilaan hoidossa - ikä.....	45
<b>Taulukko 14.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa vuorovaikutusosaamisen kuolevan potilaan hoidossa – opiskelutausta .....	46
<b>Taulukko 15.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa vuorovaikutusosaamisen kuolevan potilaan hoidossa - työkokemus vuosina .....	46

<b>Taulukko 16.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa vuorovaikutusosaamisen kuolevan potilaan hoidossa- menneiden työharjoitteluiden määrä .....	47
<b>Taulukko 17.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa vuorovaikutusosaamisen kuolevan potilaan hoidossa - mikä lukuvuosi opiskeluissa menossa .....	48
<b>Taulukko 18.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa - ikä .....	48
<b>Taulukko 19.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa- opiskelutausta .....	49
<b>Taulukko 20.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa - työkokemus vuosina.....	50
<b>Taulukko 21.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa - menneiden työharjoitteluiden määrä.....	51
<b>Taulukko 22.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa - mikä lukuvuosi opiskeluissa menossa.....	52
<b>Taulukko 23.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa tukea kuolevaa potilasta hengellisesti - ikä .....	52
<b>Taulukko 24.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa tukea kuolevaa potilasta hengellisesti – opiskelutausta.....	53
<b>Taulukko 25.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa tukea kuolevaa potilasta hengellisesti - työkokemus vuosina.....	53
<b>Taulukko 26.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa tukea kuolevaa potilasta hengellisesti- menneiden työharjoitteluiden määrä.....	54
<b>Taulukko 27.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa tukea kuolevaa potilasta hengellisesti- mikä lukuvuosi opiskeluissa menossa .....	55
<b>Taulukko 28.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa huomioida kuolevan potilaan kulttuurin- ikä .....	55
<b>Taulukko 29.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa huomioida kuolevaa potilaan kulttuurin – opiskelutausta.....	56

<b>Taulukko 30.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa huomioida kuolevan potilaan kulttuurin- työkokemus vuosina.....	56
<b>Taulukko 31.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa huomioida kuolevan potilaan kulttuurin – menneiden työharjoitteluiden määrä .....	57
<b>Taulukko 32.</b> Miten vastaajat arvioivat omat valmiutensa tukea kuolevaa potilasta hengellisesti - mikä lukuvuosi opiskelussa menossa.....	58

**LIITELUETTELO****LIITE 1.** Saatekirje**LIITE 2.** Kyselylomake

## 1 JOHDANTO

Hoitotyössä yksi keskeinen ja luonnollinen asia on kuolevan potilaan kohtaaminen. Aihe voi tuntua vaikealta, koska siihen liittyy paljon suuria tunteita, kuten surua, pelkoa ja vihaa. Aihetta on kuitenkin tärkeä käsitellä ja olla tietoinen siitä, kuinka kuoleva potilas ja tämän läheiset tulisi kohdata. Suomessa palliatiivista hoitoa tarvitsee elämänsä loppuvaiheessa vuosittain noin 30 000 ihmistä maailman terveysjärjestön mukaan. Hyvällä hoidolla pyritään takaamaan kuolevan potilaan elämän arvokkuus loppuun asti. Kaikilla potilailla, myös kuolevalla potilaalla on monia hoitotyön tarpeita. Koko hoitopolun ajan palliatiivisessa hoidossa kuolema ja elämän rajallisuus ovat läsnä. On muistettava huomioida jokainen potilas yksilöllisesti, sillä jokainen potilas kokee ja tuntee omalla tavallaan, esimerkiksi uskonnosta, kulttuurista tai elämänkatsomuksesta johtuen. (Korhonen ym. 2021.)

Opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen aiheena on sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiudet hoitaa kuolevaa potilasta. Opinnäytetyön teoriaosiossa käsitellään kuolevan potilaan hoitoa, miten potilaan vointi muuttuu merkittävästi fyysisesti, psyykkisesti, emotionaalisesti sekä sosiaalisesti ja mitä asioita hoidossa tulisi erityisesti huomioida. Kuolevan potilaan hoitoon liittyviä keskeisiä käsitteitä ovat muun muassa eksistentiaalinen kärsimys, delirium ja palliatiivinen sedaatio. Työssä nostetaan esille eri hoitovaiheita, joita ovat palliatiivinen hoito, saattohoito ja kuoleman toteaminen. Lopuksi aiheeseen on liitetty Suomen ammattikorkeakoulujen opetuksen laajuus koskien kuolevan potilaan hoitotyötä ja vertailtu eri korkeakoulujen välisiä opintojaksojen eroja.

Aiheen valinta perustuu sen tärkeyteen hoitotyössä sekä henkilökohtaisiin kokemuksiin ja mielenkiintoon aihetta kohtaan. Aihe on tärkeä myös ammatillisen kehittymisen kannalta, sillä tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää opiskelijoiden koulutuksen kehittämisessä sekä oppilaitoksissa, että työpaikoilla. Koulutuksen kehittämisellä voidaan edelleen lisätä opiskelijoiden valmiuksia kohdata kuoleva potilas ja hänen omaisensa.

## 2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksia hoitaa kuolevaa potilasta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää opiskelijoiden koulutuksen kehittämisessä sekä oppilaitoksissa, että työpaikoilla. Koulutuksen kehittämisellä voidaan edelleen lisätä opiskelijoiden valmiuksia kohdata kuoleva potilas ja hänen omaisensa.

Tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Millaisia valmiuksia sairaanhoitajaopiskelijoilla on hoitaa kuolevaa ihmistä?
2. Miten valmiuksia voitaisiin lisätä?

### 3 KUOLEVAN POTILAAN HOITO

Elämän loppuvaiheessa, kun elinvuorokausia on enää vain vähän jäljellä ja potilas on saattohoidossa, hänen liikuntakykynsä ja vointinsa heikkenevät. Potilaan mielenkiinto juomaa ja ruokaa kohtaan yleensä huononee, nieleminen hankaloituu, uneliaisuus on huomattavasti lisääntynyt ja tajunnantaso laskee. Potilaan perussairaudet tulevat vähemmän tärkeiksi ja tilalle tulee oireenmukainen hoito sekä omaisten ja läheisten tukeminen. Hoitohenkilökunnan tulee huomata potilaan ja omaisten stressi sekä ahdistus tulevasta ja tukea heitä siinä. Samalla tulee tarkastella potilaan oireita ja hoitaa niitä tasaisesti sekä tiedottaa omaisille potilaan voinnissa tapahtuvista muutoksista. Henkilökunnan on tärkeää kertoa, mitä seuraavaksi tapahtuu ja mitä on tiedossa tulevaisuudessa. (Korhonen & Poukka 2013.)

Kuolevan potilaan oireita arvioidaan pelkästään kliinisten löydösten ja potilaan subjektiivisten tuntemusten perusteella, eikä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia enää tarvita. Potilaan verenpainetta, lämpöä ja happikylläisyyttä ei seurata, koska niiden seuraaminen on hoidon kannalta saattohoidossa merkityksentöntä. Myöskään nestelistaseuranta ei enää tarvita. Hoidon tavoitteena on tilanteen rauhoittaminen ja kaiken ylimääräisen kärsimystä lisäävän hoidon välttäminen. Rutiinitoimenpiteitä tulee myös harkita tarkkaan. (Korhonen & Poukka 2013.)

Potilaalta tulee arvioida kipua, hengenahdistusta, levottomuutta, hengitysteiden eritteitä, pahoinvointia ja oksentelua. Näitä oireita tulee havainnoida säännöllisesti ainakin neljän tunnin välein. Samalla pystytään myös tarkkailemaan omaisten tuen tarvetta ja jaksamista. Tuen tarvetta tulee tarjota omaisille, jos he sitä haluavat. Hoitaminen siis muuttuu toimenpiteiden sijasta kuunteluksi, läsnäoloksi ja keskusteluksi potilaan kanssa. (Korhonen & Poukka 2013.)

Saattohoidossa tavoitteena on pystyä takaamaan potilaalle mahdollisimman oireeton ja arvokas loppuelämä. Sekä potilaan että hänen läheistensä kokonaisvaltainen ja yksilöllinen kohtaaminen sekä tukeminen on tärkeää. Osana hyvää saattohoitoa on potilaan läheisten tukeminen kuoleman jälkeen. Potilaan sosiaaliset,

psykkiset, hengelliset, henkiset sekä vakaumukselliset tarpeet tulee ottaa huomioon saattohoidossa. Myös potilaan oma mielipide ja toivomus saattohoidon ympäristöstä tulee huomioida. (Terveyskylä 2021.)

### **3.1 Fyysiset oireet**

Kuolevan potilaan fyysisiä oireita ovat tavallisimmin kipua, maha- ja suolisto-oireet (pahoinvointi, ummetus) ja hengitystieoireet (hengenahdistus, yskä). Oireina on vahvasti läsnä myös ruokahaluttomuus ja kuivuminen, äkillinen sekavuustila, poikkeava uupumus eli fatiikki, joka saattaa olla todella voimakasta, kokonaisvaltaista ja heikentää toimintakykyä. Yleisiä psyykkisiä oireita ovat ahdistuneisuus ja masennus. Etenkin elämän loppuvaiheessa on erityisen tärkeää pitää huolta niin fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista kuin hengellisistäkin tarpeista. (Käypähoito 2022; Aivoliitto 2022.)

#### **3.1.1 Kipua**

Kuolemaan johtavissa sairauksissa kipua on yleisin oire. Kipua esiintyy esimerkiksi seuraavissa: 35–96 %:lla loppuvaiheen syövässä, 41–77 %:lla sydänsairauksissa, 34–77 %:lla keuhkohtaumataudissa sekä 47–50 %:lla munuaissairauksissa. Edennyttä syöpää sairastavilla esiintyy läpilyöntikipua 70–80 %:lla. Läpilyöntikipulla tarkoitetaan syöpäkipujen voimistumista akuutisti, ne ovat kestoltaan lyhyitä. Läpilyöntikipua voi esiintyä liikkuesssa, ponnistellessa, yskiessä tai se voi ilmaantua ilman syytä. Läpilyöntikipua on yleistä myös muilla loppuvaiheen potilailla eikä pelkästään syöpää sairastavilla. Läpilyöntikipun hoitona tarvitaan useimmiten läpilyöntikipulääke, joka yleensä on morfiinin kaltainen lääkevalmiste. Eri lääkkeiden tarkoituksenmukaisuus tulee arvioida säännöllisesti sekä palliatiivisessa hoidossa että saattohoidossa. Potilas voi saada palliatiivisen hoidon aikaisista lääkkeistä voimakkaita haittavaikutuksia ja näiden haittavaikutusten seuraukset voivat pahimmillaan lisätä potilaan oiretaakkaa ja vaarantaa potilaan tilaa. Lääkkeitä, joiden käyttöön liittyy merkittäviä yhteisvaikutuksia, ovat flukonatsoli, deksametasoni,

prednisoloni sekä eri kipulääkkeet. Vahvoja opioideja käytetään ensisijaisesti saattohoidon kivunlievityksessä ja niitä voidaan käyttää myös lievittämään hengenhädistystä. Opioidiannoksen tarve vaihtelee paljon potilaiden välillä. Muun muassa kivun voimakkuus, potilaan ikä, muut lääkitykset sekä geenit vaikuttavat annoksen määrään. Pitkävaikutteisia opiaatteja käytetään potilailla säännöllisinä lääkkeinä kivun hoidossa ja lyhytvaikutteiset opiaatit on tarkoitettu läpilyöntikivun hoitoon. (Käypä hoito 2019.)

Potilaat ja heidän läheiset tarvitsevat ohjausta lääkehoitoon sitoutumisesta. He tarvitsevat tietoa oirehoidon tavoitteista, käytännön toteutuksesta, lääkkeiden lopettamisesta, haittavaikutuksista sekä niiden hoidosta. Palliatiivisen hoidon perusedellytys on se, että kipua arvioidaan säännöllisesti sekä kirjataan kaikki ylös potilastietojärjestelmään. Kivusta tulee kirjata sen voimakkuus, kivun vaikutus mielialaan, liikkumiseen sekä nukkumiseen. Myös kivun luonne, sijainti ja mahdolliset tuntohäiriöt ovat kartoituksessa. Lisäksi potilaan muiden perussairauksien hoito on tärkeää, jotta ne eivät aiheuta lisähaittaa ja tuskaa potilaalle. Päivittäin on hyvä tarkkailla kipulääkkeiden riittävyyttä, kulutusta sekä haittavaikutuksia. (Käypä hoito 2019.)

Palliatiivisessa hoidossa antibioottilääkityksen tulee perustua selkeään epäilyyn infektiosta tai näyttöön bakteri-infektiosta. CRP-arvon nousu elämän loppuvaiheessa voi johtua etenevästä sairaudesta tai huonosta ennusteesta. CRP-arvolla tarkoitetaan tulehdustilaa kartoittavaa tutkimusta verestä. Maksan tuottama valkuaisaine elimistössä nousee nopeasti, jos kehossa on tulehdustila. CRP:n viitearvo on alle 4 mg/l. P-CRP eli kiireellisesti otettu pika CRP ilmoitetaan normaaliksi tulokseksi, jos se on alle 10. (Terveyskirjasto 2021.) Kuolevan potilaan antibioottilääkityksen tehosta on puutteellista näyttöä, eikä antibiootteja saavien potilaiden elinajassa ei ole yleensä merkittävää eroa verrattuna muihin saattohoitopotilaisiin. Antibioottilääkityksiä suositellaan käyttämään ainoastaan sellaisten infektioiden aiheuttamien oireiden lievittämiseksi, joita ei muuten saada rauhoittumaan, kuten esimerkiksi

virtsatieinfektion kirvelyyn. Lyhytaikaisesti voidaan antibioottihoitoja kokeilla, mutta jos vastetta ei saada niin se olisi syytä lopettaa. (Käypä hoito 2019.)

### 3.1.2 Hengenahdistus

Hengenahdistus on yleinen oire pitkälle edenneissä sairauksissa ja sitä esiintyy keuhkohtaumataudissa noin 90–95 %:lla, sydämen vajaatoiminnassa 60 %:lla, keuhkosityövissä 45–90 %:lla sekä muissa syövässä 30–70 %:lla potilaista. Hengenahdistukseen on monia syitä, esimerkiksi hengenahdistus, verenkierron ongelma ja psyykkiset syyt. Pleuraneste eli keuhkoja ympäröivään pussiin kertyvä neste aiheuttaa hengenahdistusta ja neste suositellaan poistettavan punktoimalla tai dreeniillä. Pleuranesteen synnyn syynä voi olla korkeasta paineesta johtuva nesteen valuminen vähitellen esimerkiksi sydämen vajaatoiminnassa tai syöpä on voinut laajentua keuhkopussiin. Tästä seurauksena nestettä alkaa kertyä vähän kerrallaan keuhkopussiin. Pahanlaatuinen pleuranesteily uusiutuu yleensä kuukauden sisällä ja jos punktion tarve uusiutuu nopeasti, niin silloin tulee harkita pleuradreenin asettamista. Sädehoidolla voidaan lievittää kasvaimesta tullutta hengenahdistusta ja sen lisäksi on käytetty lääkehoitona kortisonia. Lääkkeettömästi hengenahdistusta voidaan lievittää seuraavilla menetelmillä: hengitysfysioterapialla, lihasvoimia ylläpitävällä harjoittelulla ja asentohoidolla. (Käypä hoito 2019.)

Morfiinista on saatu eniten tutkimusnäyttöä hengenahdistuksen hoidossa. Morfiiniannos on potilaskohtainen ja annoksen määrään vaikuttaa potilaan ikä, yleiskunto, maksan ja munuaisten toiminta. Selvää näyttöä ei ole bentsodiatsepiinien hyödyistä palliatiivisessa hoidossa hengenahdistukseen, mutta kliinisen kokemuksen perusteella niiden käyttöä voidaan harkita yksin tai yhdessä opioidien kanssa, jos muut keinot eivät tuo riittävää apua. Annoksena on käytetty 1–3 kertaa vuorokaudessa loratsepaamia 0,5–1 mg. (Käypä hoito 2019.)

### 3.1.3 Pahoinvointi

Pahoinvointi on yleinen oire palliatiivisen hoidon vaiheessa olevalla potilaalla. 30 %:lla parantumattomasti sairaista esiintyy oksentelua loppuvaiheessa ja jopa 60 %:lla pahoinvointia. Pahoinvointilääkityksellä voidaan lievittää pahoinvointia. Eri tavoin vaikuttavia lääkkeitä käytetään samanaikaisesti, mutta saman vaikutusmekanismin lääkkeitä ei tule yhdistää. Syöpäpotilaan krooniseen pahoinvointiin ja oksenteluun voidaan käyttää metoklopramidia. Metoklopramidi lisää mahan motiiviteettia eli liikkuvuutta aina ohutsuoleen asti. Myös serotoniiniantagonisteista saattaa olla hyötyä syöpäpotilaan pahoinvointiin. (Käypä hoito 2019.)

Serotoniiniantagonistit tehoavat hyvin solunsalpaajien ja sädehoidon aiheuttamaan akuuttiin pahoinvointiin. Suolitukospotilaille ja munuaisten vajaatoimintaa sairastaville nämä voivat olla suotuisia. Vaikeahoitoisessa pahoinvoinnissa serotoniiniantagonisteilla on kuvattu olevan synergistisiä vaikutuksia haloperidolin ja deksametasonin kanssa. Näissä haittavaikutuksina ovat päänsärky, ummetus ja huimaus. Luotettava näyttö puuttuu haloperidolin ja olantsapiinin käytöstä, mutta molemmat saattavat olla hyödyllisiä parantumattomasti sairaiden pahoinvoinnin hoidossa. (Käypä hoito 2019.)

Kuolevan potilaan hoidossa on hyvä muistaa, että ruokahaluttomuus on potilaalle luonnollista, eikä ravitseminen määritä potilaan vointia tai elinaikaa, vaan sairaus. Potilaan syöminen vasten tahtoa voi huonontaa vointia lisäämällä pahoinvointia. Yleensä kuolevalle potilaalle on sopivaa nauttia omaan tahtiin pieniä viileitä aterioidia esimerkiksi viilit, kiisselit ja hedelmäpalat. Merkitys ruoalla on tuoda iloa päivään, ja siihen riittää usein pieni suupala silloin tällöin nautittuna. (Terveyskylä 2021.)

### 3.1.4 Suun kuivuminen

Kun syljen erityis vähenee tai syljen koostumus muuttuu, suun kipuun voi auttaa kylmät juomat sekä jääpalojen imeskely. Puudutusgeelillä voidaan myös lievittää

suun kipua. Puudutusgeeliä (lidokaiini) laitetaan suun limakalvolle. Lidokaiinia sisältävää suuvettä tai ei-nieltävää morfiinisuvettä tai geeliä voidaan käyttää suun paikalliseen kipuun. Jos suun limakalvot rikkoutuvat tai potilaalle tulee aftoja, voidaan niihin käyttää paikallisantiseptejä eli puhdistusaineita kuten esimerkiksi 1-prosenttista klooriheksidiinigeeliä, kortisonisuspensiota tai nelosgeeliä, jota käytetään vaikean tulehduksen hoidossa. Geeli sisältää kortikosteroidin ja lidokaiinin lisäksi klooriheksidiiniä ja nystatiinia, jonka hyötynä se paikallistaa kivun ja vähentää myös samalla limakalvojen bakteeriärsytystä ja hoitaa mahdollista sieni-infektiota. (Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019.)

### **3.1.5 Kuivuminen**

Kuivumisen syynä on yleensä nesteiden menetys tai niiden liian vähäinen saanti. Tällöin nesteytys saattaa olla aiheellista potilaan oireiden lievittämiseksi. Saattohoitopotilaiden nesteytyksestä on kuitenkin saatavilla niukasti tutkimustietoa. Saattohoidossa voidaan antaa nesteytystä maksimissaan 1000–1500 ml/vrk joko ihon alle tai laskimoon. Tämä helpottaa jonkin verran sedaatiota ja janon tunnetta sekä kosteuttaa myös limakalvoja. Nesteytyksen haittavaikutukset ovat merkittäviä ja niillä ei ole vaikutusta ennusteeseen. Haittavaikutuksia ovat muun muassa turvotusten, hengenahdistuksen, pleuranesteen ja askitekseen muodostumisen lisääntyminen. Potilaan liikkuminen rajoittuu liiallisen nesteytyksen seurauksena. Suun kautta otettujen nesteiden tulisi yleensä riittää saattohoitovaiheessa olevalle potilaalle. Potilaan janontunnetta voidaan helpottaa suun kostutuksella. (Käypä hoito 2019.)

### **3.1.6 Kuihtuminen ja ruokahaluttomuus (kakeksia-anoreksia)**

Kakeksia-anoreksia kuvastaa etenevää tahatonta laihtumista ja ravinnon vähyydestä johtuvaa laihtumista. Elämän loppuvaiheessa kakeksiasta kärsii yli 80 % potilaista. Tehostetulla ravitsemushoidolla ei ole vaikutusta potilaan vointiin elämän loppuvaiheessa. Pyrkimyksenä on syödä pieniä annoksia useita kertoja päivässä ja

sellaista ruokaa, mikä on potilaalle mieleistä. Lyhytaikaiseen ruokahaluttomuuteen voidaan käyttää deksametasonia tai prednisolonia. Näyttö kyseisten lääkkeiden tehosta puuttuu. Kakeksiaan voi vaikuttaa positiivisesti lihastoimintaa ylläpitävät harjoitukset, joita tehdään säännöllisesti. Vitamiinien, hivenaineiden ja ravinnelisien tehosta kakeksia-anoreksian hoitoon ei ole näyttöä ja tämän vuoksi niitä ei suositella käytettäväksi. (Käypä hoito 2019.)

### **3.1.7 Ummetus**

Ummetuksesta puhutaan, kun ulostaminen on harventunut alle kolmeen kertaan viikossa. Kyseessä on ummetus, jos uloste on kovaa ja ulostaminen on työlästä ja vaatii ponnistelua. Ummetus voi johtua monesta syystä, mutta kuolevalla potilaalla syynä voi olla muun muassa jotkin lääkeaineet esimerkiksi opioidit, sydänlääkkeet ja diureetit eli nesteidenpoistolääkkeet. Muita syitä ovat esimerkiksi rakenteelliset tekijät, sairaudet, riittämätön nesteiden ja ravintokuitujen saanti sekä liikumattomuus. Jatkuva ulosteen pidättäminenkin saattaa laukaista ummetuksen, sillä suoli on totutettu tyhjentymään harvemmin. Ummetuksen syy on hyvä selvittää ja hoitaa, jotta potilas ei joudu kärsimään tämän tuomista haitoista. Jos ummetuksen lisäksi esiintyy esimerkiksi mustia ulosteita, laihtumista, veriulosteita, pitempään kestänyttä väsymystä tai outoja vatsakipuja voi syynä olla jotakin vakavampaa. Krooniseen ummetukseen auttavat pehmittävät laksatiiviummetuslääkkeet. Näitä ovat esimerkiksi makrogoli ja laktuloosi ja tarvittaessa tähän voidaan lisätä suolen supistustoimintaa lisäävä laksatiivi. (Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019.)

## **3.2 Psykkiset oireet**

Kuolevilla potilailla 1/3–2/3:lla on depressio-oireita ja 1/3:lla ahdistuneisuutta. Psykkiset oireet heikentävät merkittävästi elämänlaatua, joten niiden huomiointi ja tunnistaminen on oleellinen osa kuolevan potilaan hoitoa. Psykkisen tilan arviointi vaikeutuu pitkälle edenneessä sairaudessa somaattisten oireiden vuoksi. Lähtökohta kuolevan potilaan psykkisen tilan arvioinnissa on potilaan,

omaisten ja hoitoryhmän jäsenten tietoisuus siitä, että potilas on lähestymässä kuolemaa. (Käypä hoito 2019.)

Kuolevalla potilaalla ovat voimat vähissä ja potilas voi olla syrjään vetäytyvä. Kuoleman lähestyessä potilas ei välttämättä jaksa enää kommunikoida ja olla vuorovaikutuksessa läheistensä kanssa. On kuitenkin tärkeää, että kuolevalla potilaalla on läheistensä tuki, sillä toisen ihmisen kosketus ja vuorovaikutus on tärkeää, esimerkiksi kädestä kiinni pitäminen voi auttaa rauhoittumaan. Myös esimerkiksi lukeminen ja musiikin kuuntelu voivat helpottaa psyykkisiä oireita. Elämän loppuvaiheessa kuolevalla potilaalla on voimat niin vähissä, ettei hän enää jaksa välttämättä ilmaista itseään keskustelemalla ääneen, tällöin onkin tärkeää osata lukea potilaan ilmaisemia eleitä, ilmeitä, ääntelyä ja liikkeitä. (Terveyskylä 2021.)

### **3.2.1 Masennus ja ahdistus**

Kuolevan potilaan masentuneisuus voi ilmetä sulkeutuneisuutena, sosiaalisena vetäytymisenä, itkuisuutena tai potilas voi ilmaista asian itse. Elämän loppuvaiheessa todettu masennus on yleensä syntynyt jo varhaisemmassa vaiheessa. Mikäli masennus todetaan varhain, on siihen mahdollista aloittaa masennuslääkehoito, kun taas saattohoitovaiheessa todettuun masennukseen lääkehoidolla ei välttämättä ehditä saada vastetta. Elinajan ennusteen tulisi olla vähintään useita viikkoja, että masennuslääkitys voidaan aloittaa. (Käypä hoito 2019.)

Eksentiaalisella ahdistuksella tarkoitetaan olemassaoloon liittyvää ahdistusta. Ahdistus on moninaista ja ihminen käy monia tunteita läpi. Ahdistukseen liittyviä ajatuksia voi olla elämän rajallisuudesta, sen päättymisestä, olemassaolon mielekkyydestä sekä elämän turhuudesta ja merkittömyydestä. Ahdistuksen taustalla on epävarmuus tulevasta, miten oleminen tulee jatkumaan. Potilaalla voi esiintyä tämän seurauksena voimakasta kuolemanpelkoa ja syyllisyyden tunteita. Nämä kaikki tunteet perustuvat pääosin elämänilon ja mielekkyyden kriittisyyteen ja kyseenalaistamiseen sekä epätietoisuuteen näiden olemassaolosta. (Haho 2017.)

Ahdistus perustuu pohjimmiltaan itseen kohdistuneesta epävarmuudesta. Ihminen kokee myös pelkoa, johon vaikuttaa ulkopuolella olevat tekijät. Ahdistuksen syntyyn vaikuttaa suuresti minän tietoisuuden rakentuminen ja jokainen ihminen luo itse pohjan omalle minuudelle. (Haho 2017.) Joistain lääkkeitä, kuten bentso-diatsepiinista, loratsepaamista tai oksatsepaamista saattaa olla apua ahdistuksen hoidossa. (Käypä hoito 2019.)

Potilaan ahdistus- ja masennusoireita voi helpottaa lääkkeettömillä hoidoilla sekä psykososiaalisin keinoin. (Käypä hoito 2019; Valvira 2020.) Kuolevan potilaan lääkkeetöntä hoitoa voi olla esimerkiksi tukea antava ja ratkaisukeskeinen terapia, kognitiivinen terapia sekä dignity-interventio. Dignity-interventio on lyhytpsykoterapiaan pohjautuva terapeuttinen interventio, joka on kehitetty erityisesti elämän loppuvaiheeseen. Siinä keskitytään eletyn elämän ihmissuhteisiin ja hyviin muistoihin, ja sille luonteenomaista on säilyttää elämän merkityksellisyys ja arvokkuus. Varsinaisten terapioiden lisäksi potilaan tukeminen, kuuleminen ja hoitosuhteen jatkuvuus ovat oleellinen osa psyykkistä hoitoa. Psyykkisen tuen järjestämisessä tulee arvioida somaattiseen hoitoon kuuluvan psyykkisen tuen riittävyys ja tarvittaessa konsultoida psykiatrian erikoisalaa. Hyvä vuorovaikutus ja asianmukainen hoito vähentävät tarvetta erilliselle psykososiaaliselle tuelle. Tuen tarpeen kohtaaminen vaatii työntekijältä valmiutta olla läsnä. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

### **3.2.2 Eksistentialinen kärsimys**

Eksistentialiseen kärsimykseen liittyvät sairas keho, voimattomuus sekä raihnaisuus. Tähän liittyvät myös tulevaisuuden puuttuminen, hyvästien jättäminen ja itsensä liittäminen laajempaan universaaliin yhteyteen. Eksistentialisessa kärsimyksessä korostuu potilaan oivallus kaiken loppumisesta, mutta silti potilailla esiintyy näkemyksiä olemisen jatkumisena jossain muodossa. Kuoleman läheisyys tuottaa surua ja aloittaa luopumisprosessin. Eksistentialista kärsimystä tuottaa se, että ihminen aistii katoavansa sekä olemisen lakkaa ja sielu ei olekaan kuole-

maton. Kuolevalla on usein tarve pohtia kuolemanjälkeistä olemista sekä senhetkistä olemistaan. Tämän vuoksi on tärkeää, että ammattilaiset antavat kuuntelu- ja keskusteluapua löytämään itsestään voimavaroja ja keinoja kärsimyksen sietämiseen. Näitä keinoja ovat sensitiivisyys ja myötäelävä vuorovaikutus. Saattohoidon suunnittelu on tärkeää, kuten varmistamalla hoito- ja kuolinpaikka etukäteen potilaan tahtoa kunnioittaen. Kuolevalla potilaalla on tärkeää se, että arvokkuuden tunne säilyy loppuun saakka. Loukkaavaksi koetaan se, että itse ei pysty omaan hoitoonsa vaikuttaa. Loukkaavaksi tilanteeksi koetaan myös sellaiset, joissa hoitohenkilökunta puhuu potilaan läsnä ollessa omia asioitaan tai se, että hoitotoimenpiteet tehdään kiireellä eikä huomioida potilasta tilanteessa. (Haho 2017.)

Lääkärilehden toteuttaman tutkimuksen ”Palliativisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys” tuloksista ilmeni, että haastateltavat toivoivat pystyvänsä vaikuttamaan elämänsä lopun vaiheisiin. Haastateltavien mukaan eniten kärsimystä tuotti se ajatus, että menettää kipujen tai oman tahdon sivuuttamisen vuoksi mahdollisuuden vaikuttaa oman elämänsä hallintaan. Silti vain kahdelta kahdeksasta haastateltavalta löytyi hoitotahto. Hoitotahdolla potilas pystyy vaikuttamaan oman elämänsä loppuvaiheen hoitoon. Haastateltavia kuoleminen pelotti ja heidän pelkonsa kohdistuivat kahteen asiaan: fyysisen kivun määrään ja siitä aiheutuvaan kärsimykseen. Lisäksi haastateltavia pelotti se, etteivät he tule kuulluksi. Haastateltavat halusivat luottaa ammattilaisten arvioon ja kivun hoidon osaamiseen, mutta silti he olivat epävarmoja hoitonsa kulusta. He olivat epävarmoja siitä, menettävätkö he elämänsä hallinnan ja itsemääräämisen. (Haho 2017.)

### **3.2.3 Delirium**

Delirium tarkoittaa akuuttia, voimakasta sekavuustilaa ja aivotoiminnan häiriötä, jossa tapahtuu samanaikaisesti tietoisuuden heikkeneminen, ajattelun ja muistin häiriöt, tarkkaavaisuushäiriö, emotionaaliset ja psykomotoriset muutokset sekä uni-valverytmin muutokset. Delirium on hoitamattomana hengenvaarallinen tila. (Huttunen 2018.)

Deliriumissa on hyperaktiivinen ja hypoaktiivinen muoto. Molemmissa sisäinen sekavuus on yhtä suuri, mutta hypoaktiivisessa deliriumissa ulkoiset deliriumin merkit puuttuvat. Potilaan viimeisinä elinpäivinä deliriumin esiintyvyys on jopa 88 %. Deliriumpotilaalle tulee järjestää turvallinen, valvottu ja rauhallinen ympäristö. (Käypä hoito 2019.)

Ensisijaisesti deliriumin hoitoon suositellaan lääkkeetöntä hoitoa. Yleisesti psykoottisten oireiden hoitoon on käytetty risperidonia, haloperidolia ja olantsapiinia, mutta saattohoidossa olevan potilaan deliriumin lääkehoito antipsykoteilla voi lisätä deliriumoireita ja aiheuttaa haittavaikutuksia, joten heidän kohdallaan psykoosilääkkeisiin tulee suhtautua varauksella. (Käypä hoito 2019.)

#### **3.2.4 Palliatiivinen sedaatio**

Palliatiivinen sedaatio tarkoittaa kuolevan potilaan rauhoittamista ja tajunnan alentamista lääkkeellisesti oireiden lieventämiseksi. Sen on tarkoitus lievittää loppuelämän oireita silloin, kun oireet ovat sietämättömiä eikä niihin ole muuta lievitystä. Tällaisia oireita voivat olla esimerkiksi sietämätön, hallitsematon kipua, delirium ja ahdistuneisuus. Potilaan, tämän läheisten ja hoitohenkilökunnan tulee ymmärtää hoidon tavoitteet ja toteutuksen ennen sedaation aloittamista. Jatkuvaa, syvää sedaatiota tulee käyttää vain sellaisilla potilailla, joiden elinajan odote on vuorokausista tunteihin. (Käypä hoito 2019.)

### **3.3 Sosiaalinen tuki**

Potilaan tuen lisäksi on tärkeää osata huomioida myös omaisten jaksaminen vahvojen tunteiden ja kuormittavan tilanteen keskellä. (Terveyskylä 2021.)

Lääkärin tehtävänä on koota potilaan ja läheisten tueksi moniammatillinen tiimi, jonka tarkoituksena on edistää potilaan ja läheisten psyykkistä hyvinvointia. Lisäksi tukea voivat tarjota sosiaalityöntekijä, sairaalapastori, psykiatrinen sairaanhoitaja, kuntoutusohjaaja ja erilaisten järjestöjen tukihenkilöt. (Rahko & Rajala 2020.)

Sosiaalityö käsittelee potilaan ja läheisten tarpeita muun muassa kotona selviytymisessä ja taloudellisessa toimeentulossa. Oman asuinkunnan tai hoitopaikan sosiaalityöntekijältä voi hakea apua ja tukea sosiaalisia tarpeita koskevissa asioissa. Palliatiivisen hoidon potilaat ovat yleensä oikeutettuja erilaisiin tukiin, joita hoitavat Kela, kunnat, sairaus- ja työttömyyskassat sekä vakuutusyhtiöt. Näiden etuuksien tarkoituksena on auttaa sairaudesta ja sen hoidosta aiheutuvien kustannusten hoidossa. Haettavia tukia ja etuuksia ovat muun muassa sairauspäiväraha, hoitotuki, lääkkeiden korvattavuus ja lääkekatto, matkakorvaukset ja matkakatto, maksukatto, kuljetustuki, toimeentulotuki, omaishoito, hautausavustus ja perheen etuudet kuoleman jälkeen. (Terveyskylä 2021.)

Vertaistuellalla tarkoitetaan kokemusten jakamista toisen saman kokeneen ihmisen kanssa ja se on kokemustietoon perustuvaa tukea ja sen tärkeimmät tekijät ovat kertominen ja kuunteleminen. Tämän taustalla on se ajatus, että saman kokenut voi ymmärtää mitä sairastanut ja hänen läheisensä kohtaa. Vertaistukea tarjoavat potilasjärjestöt ja -liitot sekä seurakunnat ja sitä voidaan toteuttaa joko ryhmässä tai kahdenkeskisenä. Palliatiivisessa hoidossa potilas sekä läheinen voivat kaivata vertaistukea. Läheinen saattaa tarvita vertaistukea myös läheisen kuoleman jälkeen. (Terveyskylä 2021.)

Läheisiä ja potilasta varten toimivat potilasjärjestöt ja ne mahdollistavat muun muassa tietoa, tukea, koulutusta, edunvalvontaa sekä virkistystoimintaa. Järjestöt toimivat myös yhteiskunnallisina vaikuttajina ja ne rakentuvat yleensä määritetyn sairauden tai tautiryhmän ympärille. Palliatiivisilla tai saattohoitopotilailla ei ole omaa potilasjärjestöä, mutta muiden sairausryhmien järjestöt ovat huomioineet nämä potilaat ja ottaneet ne osaksi omaa toimintaansa. Vertaistalo kerää yhteen eri potilasjärjestöjen tarjotut vertaistuet. Tämä myös auttaa sairastuneita ja heidän läheisiään löytämään oikeanlaista vertaistukea ja luotettavaa tietoa siitä. (Terveyskylä 2021.)

Vapaaehtoistoiminta on osapuolten vapaaseen tahtoon pohjautuvaa suunniteltua ja palkatonta toimintaa. Ohjelmaa hallitsevat hoitoyksiköt ja -organisaatiot, seurakunnat, kunnat sekä järjestöt. Vapaaehtoistoiminta perustuu asiantuntevaan lääketieteelliseen hoitoon. Ammattihenkilökunta on päävastuussa potilaan oikeaoppisesta hoidosta ja vapaaehtoistyö on tämän hoidon tukena ja jatkumona. Hoidon tavoitteena on tuoda turvaa, välittämistä sekä läsnäoloa potilaalle, sekä mahdollistaa hoidossa potilaan ja läheisten toiveiden huomioiminen. Palliatiivisessa ja saattohoidossa vapaaehtoistyö pohjautuu potilaan ja läheisten tukemiseen. Sen tavoitteena on tukea ja täydentää ihmisen kokonaisvaltaista hoitoa. Vapaaehtoistyö ei perustu ammattityöhön, eikä korvaa sitä. Potilaan ja läheisten tarpeet, vapaaehtoistyötä tekevän toiveet ja hallinnoivan tahon päätökset toiminnassa määrittävät pitkälti vapaaehtoisen tehtävät ja roolin toiminnassa. Tarkoituksena on vaikuttaa positiivisesti ihmisen loppuelämään tekemällä siitä mahdollisimman arvokas ja kelvollinen. Toiminnassa keskeistä on kokonaisvaltainen, hyvántahtoinen ja erinomainen hoito. Tärkeää on huomioida potilaan psyykinen, sosiaalinen, fyysinen sekä henkinen puoli. Omaiset ja läheiset ovat merkittävänä osana hoitoa. (Terveyskylä 2021.)

Vapaaehtoistyöntekijän tulisi olla käytettävissä kiireettömänä, luotettavana ja tehtävään koulutettuna tukena. Potilaalle ja läheiselle vapaaehtoinen voi olla tukena muun muassa kuuntelijana, seurana, pienten toiveiden toteuttajana, sekä auttajana arjessa. (Terveyskylä 2021.)

### **3.4 Hengellinen tuki**

Hengelliset kysymykset liittyvät yleensä olemassaoloon eli eksistentiaalisuuteen, ja hengellisellä tuella tarkoitetaan näiden kysymysten äärelle pysähtymistä. Tuen keskiössä on entuudestaan olemassa olevien hengellisten voimavarojen käyttöönoton lisäksi uusien voimavarojen etsiminen. Luterilaiselle kristinuskolle kuuluu myös uskontoon liittyvät toimitukset, jotka vahvistavat hengellistä tukea. Tällaisia toimituksia ovat muun muassa Raamatun luku, virret, rukous, puolesta rukoileminen, ehtoollinen ja Herran siunaus. Sielunhoidolliset keskustelut ovat keskeisin

osa hengellistä tukea. Kristillistä hengellistä tukea tarjoavat seurakunnat. Sairaaloissa ja hoitolaitoksissa toimii sairaalapappeja, jotka ovat saaneet erikoistumiskoulutuksen sairaalatyöhön ja kunnioittavat jokaisen vakaumusta. Muihin uskonnollisiin yhteisöihin kuuluville potilaille on tarjolla tukea myös omasta uskontokunnasta. Näiden yhteystietoja voi tiedustella esimerkiksi sairaalapappien kautta tai yhteisöjen internetsivuilta. (Terveyskylä 2021.)

## 4 PALLIATIIVINEN HOITO

Palliatiivinen hoito on laaja hoitomuoto ja se voi kestää vuosia. Palliatiivisella hoidolla viitataan parantumatonta sairautta sairastavan henkilön oireenmukaiseen hoitoon. Kroonisten sairauksien kirjo on laaja ja palliatiivista hoitoa tarvitsevan sairaus voi olla esimerkiksi edennyt sydämen, maksan tai munuaisten vajaatoiminta, etenevä neurologinen sairaus, krooninen keuhkosairaus, levinnyt syöpä tai krooninen keuhkosairaus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Hoidon tarkoituksena on taata paras mahdollinen elämänlaatu helpottamalla ja ennaltaehkäisemällä sairaudesta johtuen aiheutuvia oireita. Tuki on tärkeää sairautta sairastavalla, sen kanssa selviytyminen on raskasta ja tavoitteena olisi tukea potilasta hänen toiveidensa ja tarpeidensa mukaisesti. Sairastuneen hoitaminen vaikuttaa myös läheisten jaksamiseen ja hoidossa tulee kiinnittää huomiota läheisten aktiivinen, moniammatillinen ja kokonaisvaltainen hoito. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Palliatiivisen hoidon rinnalla on mahdollista olla edelleen muitakin hoitoja, eli se ei poissulje niitä. Kroonista sairautta tukeva hoito on hyvä aloittaa välittömästi, sairauden diagnoosin jälkeen, sillä se helpottaa oireita ja tukee elämänlaatua sairastuneella. Henkinen ja psyykinen tuki on todella tärkeässä roolissa sairastuneella ja asioista on hyvä keskustella, sillä sairaus on itsessään suuri elämänmuutos ja raskas taakka. (Terveyskylä 2022.)

### 4.1 Palliatiivinen hoitolinja

Palliatiivisella hoitolinjalla eli oireiden perusteella tehdyn hoitosuunnitelman perusteella osataan antaa oikeaa hoitoa sairastuneelle riippuen tämän sairaudesta. Hoitoa ei lopeteta, vaan hoito suunnataan potilaalle parhaaseen mahdolliseen hoitomuotoon. Oireidenmukaiseen hoitoon siirrytään, silloin kun sairautteen tarkoitettulla hoidosta ei ole enää apua sairauden hoidossa ja sairaus aiheuttaa poti-

laalle häiritseviä oireita. Kun sairaus on edennyt niin pitkälle, että siirrytään hoito-  
linjaukseen, hoidon tavoitteena on taata hyvä loppuelämä sairauden kanssa eli  
turvata potilaan hyvä vointi ja lievittää oireita, sekä toteuttaa sairauden hoidossa  
potilaan omat toiveet ja määräykset hoidon suhteen. (Terveyskylä 2022.)

#### **4.2 WHO ja palliatiivinen hoito**

Palliatiivisen hoidon tarkoituksena on parantaa elämänlaatua ja lievittää kärsi-  
mystä varhaisen tunnistamisen ja hoidon kohdentamisen avulla niillä potilailla ja  
heidän omaisillaan, jotka kohtaavat hengenvaaralliseen sairauteen liittyviä fyysi-  
siä, psyykkisiä, sosiaalisia tai henkisiä ongelmia. Varhaisessa vaiheessa aloitettu  
palliatiivinen hoito parantaa elämänlaatua ja säästää terveydenhuollon resursseja.  
(WHO 2020.)

Koko väestöllä tulee tuloista, sairauden laadusta ja iästä riippumatta olla mahdol-  
lisuus palliatiiviseen hoitoon. Talous- ja sosiaaliturvajärjestelmissä tulee huomi-  
oida syrjäytyneiden ja köyhien väestöryhmien oikeus lievittävään hoitoon. Erityi-  
sesti vakavista sairauksista kärsiviä potilaita hoitavien sairaanhoitajien tulisi saada  
koulutusta liittyen palliatiiviseen hoitoon. Palliatiivisen hoidon tarjoamista tulisi  
pitää terveydenhuollon ammattilaisten eettisenä velvollisuutena. (WHO 2020.)

WHO:n mukaan palliatiivista hoitoa tarvitsee 56.8 miljoonaa ihmistä vuosittain.  
Maailmanlaajuisesti palliatiivista hoitoa saa tällä hetkellä vain 14 % sitä tarvitse-  
vista. Ikääntyvän väestön ja lisääntyvien tautien vuoksi palliatiivisen hoidon tarve  
kasvaa jatkuvasti. Maailmanlaajuisia ongelmia palliatiivisen hoidon toteutumiselle  
ovat esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisten olematon tai rajallinen palliatii-  
viseen hoitoon liittyvä koulutus, puutteet kansallisessa terveystaloudessa ja ter-  
veysjärjestelmissä palliatiivisen hoitotyön osalta, sekä riittämätön opioidikipulää-  
kityksen saatavuus. Lisäksi haasteita tuo yleinen tiedonpuute ja väärinkäsitykset  
palliatiivista hoitoa koskien, kulttuuriset ja sosiaaliset esteet sekä uskomukset  
siitä, että opioidikipulääkityksen saatavuuden parantaminen johtaisi lisääntynee-  
seen päihteiden väärinkäyttöön. (WHO 2020.)

Kansallisten terveydenhuoltojärjestelmien vastuulla on palliatiivisen hoidon sisällyttäminen kroonisista ja hengenvaarallisista sairauksista kärsivien ihmisten hoitoon. Palliatiivinen hoito on sidoksissa ennaltaehkäisyyn, varhaiseen havaitsemiseen sekä hoito-ohjelmiin ja se sisältää vähintään seuraavat osat: terveydenhuoltojärjestelmäpolitiikka, joka yhdistää palliatiiviset hoitopalvelut kansallisten terveydenhuoltojärjestelmien rakenteeseen ja rahoitukseen kaikilla hoidon tasoilla; käytännöt henkilöstöressurssien vahvistamiseksi ja laajentamiseksi, nykyisten terveydenhuollon ammattilaisten kouluttaminen mukaan lukien, palliatiivisen hoidon sisällyttäminen kaikkiin uusiin terveydenhuollon perusopetusohjelmiin sekä vapaaehtoisten ja yleinen valistus, sekä lääkepolitiikka, jolla varmistetaan oireiden hallintaan tarvittavien välttämättömien lääkkeiden, erityisesti kipua ja hengitysvaikeuksia lievittävien opioidien saatavuus. (WHO 2020.)

WHO tekee työtä palliatiivisen hoitotyön vahvistamiseksi, ja siihen kuuluu muun muassa palliatiivisen hoidon saatavuuden maailmanlaajuinen seuranta, palliatiivisen hoitotyön sisällyttäminen kaikkiin maailmanlaajuisiin taudinhallinta- ja terveydenhuoltosuunnitelmiin, palliatiivisen hoidon palveluiden kehityksen arviointi, yhteisten suuntaviivojen kehittäminen eri sairausryhmien ja hoitotasojen välille, jäsenvaltioiden tukeminen ja palliatiivisten lääkkeiden saatavuuden parantaminen, indikaattoreiden kehittäminen koskien palliatiivisten hoitopalvelujen arviointia, sekä lasten palliatiivisen hoidon saatavuuden edistäminen yhdessä UNICEFin kanssa. (WHO 2020.)

## 5 SAATTOHOITO

Saattohoito on osana palliatiivista hoitoa, ja molemmissa vaiheissa on sama diagnoosinumero Z51.5. Käypähoitosuosituksen mukaan saattohoitopäätöksellä tarkoitetaan hoitolinjan vaihetta, jossa kuolevaa potilasta hoidetaan. Saattohoitopäätös tehdään, kun kuolemaan on päiviä tai viikkoja. Saattohoitoa voidaan toteuttaa seuraavissa paikoissa: potilaan oma koti, jossa kotisairaanhoido/kotisairaala käy, saattohoito-osasto, sairaala tai palveluyksikkö esimerkiksi palvelutalo, jossa potilas asuu. Elvytyskielto kuuluu saattohoitopäätökseen, mutta elvytyskielto ei tarkoita saattohoitoa tai palliatiivista hoitolinjaa. Lääkäri tekee saattohoitopäätöksen yhdessä potilaan kanssa. Jos potilas ei ole enää kykenevä päättämään hoidostaan itse silloin päätöksen tekevät omaiset/läheiset lääkärin kanssa. DNR-päätös voidaan kirjata myös erillisenä ilman saattohoitopäätöstä. DNR:stä käytetään myös muita kirjainyhdisteitä kuten DNAR ja AND. Hoitosuunnitelman potilasasiakirjoihin tulisi tehdä merkinnät, joista käy ilmi päätöksen tehnyt lääkäri, lääketieteelliset perusteet päätökselle, potilaan ja/tai läheisen kanssa käyty keskustelu sekä potilaan/läheisen oma kannanotto päätökseen. Aktiivinen kuolemaan auttaminen ei kuulu saattohoitoon. (Käypä hoito 2021; Suomen Lääkäriliitto 2021.)

## 6 KUOLEMAN TOTEAMINEN

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta on säädetty laissa. Ihminen voidaan todeta kuolleeksi, kun hänen kaikki aivotoiminta on loppunut pysyvästi, eli hän on aivokuollut. (Finlex 1.3.2004/27.) Kuoleman voi todeta laillistettu lääkäri, luvan saanut lääkäri, tai laillistetun lääkärin tehtävää hoitava lääketieteen opiskelija. Kuolemasta ilmoitetaan lääkärille, joka päättää missä ja milloin kuoleman toteaminen suoritetaan, sekä kauanko vainajaa pidetään kuolinpaikalla ennen säilytystiloihin siirtoa. Vainajaa ei saa siirtää vainajien säilytystiloihin ennen kuin lääkäri on todennut tämän kuolleeksi. Saatuaan ilmoituksen kuolemasta, on lääkärin viipymättä suoritettava ulkoinen ruumiintarkastus kuoleman toteamiseksi. Potilasta tulisi seurata mahdollisen Lasarus-ilmiön eli yllättävän elintointojen palautumisen varalta 10 minuutin ajan. (Valvira 2022.)

Kuoleman toteamisesta ja ajankohdasta tulee tehdä merkintä potilasasiakirjoihin, ja merkinnät tulee allekirjoittaa kuoleman todenneen lääkärin toimesta. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä myös kuoleman toteamiseksi tehdyt tutkimukset sekä tutkimuksen ajankohta, tulokset ja tieto tutkimuksen tekijästä. (Finlex 2004.)

## 7 PALLIATIIVINEN OPETUS AMMATTIKORKEAKOULUISSA

Opetussuunnitelmalla tarkoitetaan Opetushallituksen laatimaa valtakunnallista määräystä, jonka perusteella paikalliset opetussuunnitelmat tulee laatia. Sairaanhoidajan opetussuunnitelman laajuus on 210 opintopistettä ja se on kestoltaan 3,5 vuotta. (Vaasan ammattikorkeakoulu 2022).

Vaasan ammattikorkeakoulussa opintojaksot on jaettu perus- ja ammattiopintoihin. Nämä opinnot on jaettu kymmeneen eri osioon. Näitä osioita ovat kieli- ja viestintäosaaminen, ammatillisuuden kehittyminen, työ -ja asiakas/potilasturvallisuus, perheen hoitotyö ja terveyden edistäminen, hoitotyön teoreettiset lähtökohdat ja hoitotyön kehittäminen, kliininen hoitotyö, sairaanhoitajan syventävät opinnot, harjoittelu, vapaasti valittavat opinnot sekä opinnäytetyön osio. (Vaasan ammattikorkeakoulu 2022).

VAMK:n opinnoissa kliinisen hoitotyön jaksoon sisältyy palliatiivisen hoitotyön opintojakso, joka antaa valmiuksia ja tietoa kuolevan potilaan hoitotyöstä. VAMK:ssa palliatiivisesta hoitotyöstä saa kolme opintopistettä uusimman opintosuunnitelman mukaan. Lisäksi sairaanhoitajan syventävissä opinnoissa opiskelijalla on mahdollisuus valita viiden opintopisteen laajuinen opintojakso Palliatiivisen hoitotyön osaamisen syventäminen. (Vaasan ammattikorkeakoulu 2022.) Muissa Suomen ammattikorkeakouluissa sairaanhoitajakoulutuksissa palliatiivista hoitotyötä on 2–6 opintopisteen välillä. Yrkeshögskolan Noviassa on sama kolme opintopistettä. (Yrkeshögskolan Novia 2022). Palliatiivista hoitotyötä opiskellaan kaksi opintopistettä Centria ammattikorkeakoulussa. (Centria ammattikorkeakoulu 2022), Kajaanin (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2022), Karelial (Karelia-ammattikorkeakoulu 2022), Seinäjoen (Seinäjoen ammattikorkeakoulu 2022) sekä Turun (Turun ammattikorkeakoulu 2022) ammattikorkeakouluissa. Viisi opintopistettä opiskellaan seuraavissa oppilaitoksissa: Diakonia (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2022), Hämeen (Hämeen ammattikorkeakoulu 2022), Kaakkois-Suomen

(Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu 2022), Laurea (Laurea-ammattikorkeakoulu 2022) sekä Oulun (Oulun ammattikorkeakoulu 2022) ammattikorkeakouluissa. Tampereen ammattikorkeakoulussa palliatiivisia opintoja on kuusi opintopistettä (Tampereen ammattikorkeakoulu 2022). Savonian ammattikorkeakoulussa palliatiivisia opintoja on pakollisissa opinnoissa palliatiivista hoitotyötä, mutta syventävissä opinnoissa palliatiivista hoitoa opiskellaan yhteensä 15 opintopistettä. Heillä saa viisi opintopistettä ”Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan oire- ja kivunhoito” sekä viisi opintopistettä ”Potilaan ja läheisten kokonaisvaltainen tuki ja vuorovaikutus palliatiivisessa hoidossa” -opintojaksosta. Savoniassa on myös viiden opintopisteen harjoittelu ”Palliatiivinen hoitotyö eri toimintaympäristöissä”. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2022). Satakunnan ammattikorkeakoulussa opiskellaan yhteensä kymmenen opintopistettä palliatiivista hoitotyötä. Nämä ovat täydentäviä ammattiopintoja. Siellä on kaksi viiden opintopisteen opintojaksoa aiheesta: ”Sairaanhoitaja palliatiivisen hoidon asiantuntijana ja kehittäjänä, palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan oire- ja kivunhoito” sekä ”Sairaanhoitaja palliatiivisen hoidon asiantuntijana ja kehittäjänä, potilaan ja läheisten kokonaisvaltainen tuki ja vuorovaikutus palliatiivisessa hoidossa”. (Satakunnan ammattikorkeakoulu 2022).

Lapin ammattikorkeakoulusta ei löytynyt palliatiiviselle hoitotyölle omaa opintojaksoa, mutta se on sisällytetty toiseen opintojaksoon, josta kertyy yhteensä kymmenen opintopistettä (Lapin ammattikorkeakoulu 2022). Myöskään Jyväskylän (Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2022) tai Metropolian (Metropolia ammattikorkeakoulu 2022) ammattikorkeakouluista, Yrkeshögskolan Arcadasta (Yrkeshögskolan Arcada 2022) tai Lab ammattikorkeakoulusta (Lab ammattikorkeakoulu 2022) ei löytynyt tietoja palliatiivisesta hoitotyöstä. Syventäviä opintoja oli saatavilla Hämeen, Kaakkois-Suomen, Oulun ja Turun ammattikorkeakouluissa. Turun ammattikorkeakoulussa oli kolme viiden opintopisteen opintojaksoa valittavana ja ne ovat: ”Ihmislähtöinen palliatiivinen hoito”, ”Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan oire- ja kivunhoito” sekä ”Potilaan ja läheisten kokonaisvaltainen tuki ja vuorovaikutus palliatiivisessa hoidossa”. Muissa edellä mainituissa korkeakouluissa on

mahdollisuus opiskella viiden opintopisteen edestä syventäviä palliatiivisia opintoja.

**Taulukko 1.** Ammattikorkeakoulujen palliatiivisen hoitotyön opintopisteet.

Vaasan ammattikorkeakoulu	3 op, Syventävät opinnot 5 op
Centria ammattikorkeakoulu	2 op
Diakonia ammattikorkeakoulu	5 op
Haaga-Helia ammattikorkeakoulu	Sairaanhoitajakoulutusta ei ole
Humanistinen ammattikorkeakoulu	Sairaanhoitajakoulutusta ei ole
Hämeen ammattikorkeakoulu	Syventävät opinnot 5 op
Jyväskylän ammattikorkeakoulu	Tietoja ei löytynyt
Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu	Syventävät opinnot 5 op
Kajaanin ammattikorkeakoulu	2 op
Karelia ammattikorkeakoulu	2 op
Lab ammattikorkeakoulu	Tietoja ei löytynyt
Lapin ammattikorkeakoulu	Palliatiivinen hoito on toisen opintojakson sisällä, joka sisälsi yhteensä 10 op
Laurea-ammattikorkeakoulu	5 op
Metropolia ammattikorkeakoulu	Tietoja ei löytynyt
Oulun ammattikorkeakoulu	Syventävät opinnot 5 op
Satakunnan ammattikorkeakoulu	Syventävät opinnot 5 + 5 op
Savonia-ammattikorkeakoulu	Syventävät 15 op, palliatiivinen harjoittelu 10 op
Seinäjoen ammattikorkeakoulu	2 op
Tampereen ammattikorkeakoulu	6 op
Turun ammattikorkeakoulu	2 op, syventävät opinnot 5 + 5 + 5 op
Yrkeshögskolan Arcada	Tietoja ei löytynyt
Yrkeshögskolan Novia	3 op

## 8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tämä opinnäytetyönä tehtävä tutkimus toteutettiin määrällisesti eli kvantitatiivisesti. Määrällisessä tutkimusmenetelmässä tietoa tarkastellaan numeerisesti. Tutkittava tieto saadaan numeroina, tai tutkija ryhmittelee laadullisen aineiston numeeriseen muotoon, jonka jälkeen numerot tulkitaan ja selitetään sanallisesti. (Vilkkä 2007.)

Kohderyhmänä tässä tutkimuksessa oli Vaasan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat.

### 8.2 Tutkimuksen aineistonkeruu

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta (Liite 2.), jossa kyselyyn vastaajat vastasivat kysymyksiin liittyen valmiuksiin kuolevan potilaan kohtaamisessa ja hoidossa. Lomake laadittiin tätä tutkimusta varten ja se lähetettiin kohderyhmälle sähköpostissa ohjaavan opettajan toimesta. Sähköpostin yhteydessä lähetettiin myös saatekirje (Liite 1.), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteesta ja kyselyyn vastaamisesta. Tutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin syyskuussa 2022.

### 8.3 Tutkimuksen aineiston analyysi

Opinnäytetyön tutkimusaineisto on kerätty kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä, eli se perustuu kohteen tulkitsemiseen ja kuvaamiseen tilastojen ja numeroiden avulla. Määrällisessä tutkimusmenetelmässä tärkeää on luokittelu, vertailu, syy- ja seuraussuhteet ja numeerisiin tuloksiin pohjautuva ilmiön selittäminen. Määrälliseen tutkimusmenetelmään kuuluu erilaisia tilastollisia ja laskennallisia analyysimenetelmiä. (Jyväskylän yliopisto 2015.)

Määrällisessä eli kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä tutkimusaineiston kerääminen, sen käsittely, ja tulkinta ja analysointi ovat jokainen omia vaiheita. Kyselylomakkeen kysymykset mietitään valmiiksi ennen aineiston keräämistä.

Kun kyselylomakkeen kysymykset on saatu kerättyä, voidaan tutkimusaineiston käsittely aloittaa. Tutkimusaineiston käsittelyllä viitataan lomakkeilla saadun aineiston läpi käymistä, tietojen laittamista järjestyksessä ja tallentamista tietokoneelle oikeaan muotoon niin, että aineistoa voidaan analysoida numeraalisesti tilasto- tai taulukko-ohjelmia apuna käyttäen. (Parkkari 2022.)

Aineisto analysoitiin käyttäen SPSS taulukko-ohjelmaa. Opinnäytetyön tutkimuksen aineiston kuvailussa on käytetty frekvenssijakaumia. Pearsonin khiin neliötestiä ja ristiintaulukointia hyödynnettiin luokitteluasteikollisten muuttujien yhteyksien selvittämisessä. (Parkkari 2022.)

Opinnäytetyöhön laaditun kyselylomakkeen taustamuuttujia olivat ikä, sukupuoli, aikaisempi koulutus, työkokemus vuosina, menneiden työharjoitteluiden määrä sairaanhoitajakoulutuksessa ja mikä lukuvuosi opiskeluissa on nyt menossa. Opinnäytetyön kyselylomakkeen vastausvaihtoehdot olivat ”täysin samaa mieltä”, ”samaa mieltä”, ”ei samaa eikä eri mieltä”, ”eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Analyysivaiheessa nämä vaihtoehdot on muutettu tulosten raportointiin sopivampaan muotoon kyselyssä. Täysin eri mieltä ja eri mieltä on muutettu muotoon ”Tyydyttävät valmiudet”, ja ei samaa eikä eri mieltä ja samaa mieltä muotoon ”hyvät valmiudet” ja täysin samaa mieltä muotoon ”kiitettävät valmiudet”.

Opinnäytetyön kyselylomakkeesta muodostetut summamuuttujat kertoivat sairaanhoitajaopiskelijoiden eri valmiuksista hoitaa kuolevaa potilasta. Valmiuksia olivat: valmiudet hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä ja psyykkisiä oireita, valmiudet vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan hoidossa sekä potilaan omaisten kohtaamisessa, valmiudet tukea kuolevaa potilasta hengellisesti ja valmiudet huomioida potilaan kulttuuritausta.

Opinnäytetyön tutkimuksessamme Cronbachin Alphan tarkoituksena oli mitata summamuuttujien sisäisiä johdonmukaisuuksia. Tutkimuksessamme ei havaittu muuttujia, jotka olisivat olleet alle Cronbachin Alphan, joten kaikki summamuut-

tujat olivat johdonmukaisia. (Parkkari 2022.) Khiin neliötesti toteutui neljässä taulukossa, eli tilastollisesti merkittäviä summamuuttujia olivat tutkimuksessamme työkokemuksen yhteys valmiuksiin hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita ( $p = 0,027$ ). (Taulukko 5.) Työkokemuksen yhteys valmiuksiin hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita ( $p = 0,027$ ). (Taulukko 10.) Menneiden työharjoitteluiden määrän yhteys valmiuksiin vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa ( $p = 0,009$ ). (Taulukko 21.) Menneiden työharjoitteluiden määrän yhteys valmiuksiin tukea kuolevaa potilasta hengellisesti ( $p = 0,009$ ). (Taulukko 26.) Ristiintaulukoinnilla kuvataan muuttujien jakautumista ja niiden välisiä riippuvuuksia. (Tietoarkisto.) Opinnäytetyön tutkimuksen lopullisiin taulukoihin tilastolliset vastaukset esitettiin prosentteina ja lukuina, mikä selkeyttää tuloksien lukemista. (Parkkari 2022.)

Analysoidessa tuloksia, tutkija kävi huolellisesti läpi vastauslomakkeet ja huomioi mahdolliset virheet poistamalla ne kokonaan lopullisista vastauksista. Käsittelyvaiheen aikana esille nousi muutamia epäjohdonmukaisia vastauksia, joka voi viitata huonosti muotoiltuun kysymykseen kyselylomakkeessa. (Parkkari 2022.)

## 9 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä kappaleessa esitetään opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin vastaten tutkittavien taustatiedot ja tutkimuksen tulokset. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Vaasan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksia hoitaa kuolevaa potilasta. Tutkimuksen pääaiheina ovat fyysisten oireiden hoito, psyykkisten oireiden hoito, vuorovaikutusosaaminen potilaan ja potilaan omaisten kohtaamisessa, hengellinen tukeminen ja potilaan kulttuuritaustan huomioiminen. Tutkimustulosten vastaukset esitellään taulukoina, joissa ilmenevät vastausvaihtoehdot ja jokaisen osa-alueen vastausmäärät prosentuaalisesti sekä lukuina. Kyselyn lopussa oli avoin kysymys koskien kehitysideoita opiskelijoiden valmiuksien lisäämiseksi.

Tutkimukseen osallistui yhteensä 50 henkilöä. Vastaajista 56 % oli 22-vuotiaita tai nuorempia ja 44 % vastaajista oli 23-vuotiaita tai vanhempia. Tutkimukseen vastanneista enemmistö oli naisia. Vastaajista neljä oli miehiä, muunsukupuolisia ei ollut yksikään vastaajista. Ylioppilaita oli vastaajista eniten, lähihoitajia oli 15 ja muun ammattitutkinnon käyneitä oli neljä.

Enemmistöllä kyselyyn vastanneista eli 90 %:lla työkokemusta oli 0–7 vuotta. Vastaajista 6 %:lla työkokemusta oli 8–14 vuotta ja 2 %:lla työkokemusta oli 15–20 vuotta. Opiskeluaika lukuvuosina jakautui 1–4 vuoteen, viidennen vuoden opiskelijoita ei ollut vastaajissa yhtäkään. Kolmannen vuoden opiskelijoita oli vastaajista eniten. (Taulukko 2.)

**Taulukko 2.** Kyselyyn vastanneiden taustatiedot (n = 50)

Taustamuuttujat	n	%
<b>Ikä</b>		
22 ja nuoremmat	28	56
23 ja vanhemmat	22	44
<b>Sukupuoli</b>		
Mies	4	8
Nainen	46	92
Muu	0	0
<b>Aikaisempi koulutus</b>		
Lähihoitaja	15	30
Ylioppilas	31	62
Muu ammattitutkinto	4	8
<b>Työkokemus vuosina</b>		
0–7 vuotta	45	90
8–14 vuotta	3	6
15–20 vuotta	1	2
<b>Menneiden työharjoitteluiden määrä sairaanhoitajakoulutuksessa (esim. kliininen, sisätaudit)</b>		
0–2	17	34
3–5	23	46
6–8	8	16
<b>Mikä lukuvuosi opiskelussasi on nyt menossa?</b>		
Ensimmäinen lukuvuosi	8	16
Toinen lukuvuosi	10	20
Kolmas lukuvuosi	18	36
Neljäs lukuvuosi	14	28
Viides lukuvuosi	0	0

22-vuotiaista ja nuoremista vastaajista 7,1 % (n = 2) koki valmiutensa hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita tyydyttävänä. 53,6 % (n = 15) koki valmiutensa hyväksi ja 39,3 % (n = 11) vastaajista koki valmiutensa kiitettäväksi.

23-vuotiaista ja vanhemmista vastaajista 4,5 % (n = 1) koki taitonsa tyydyttäväksi, 59,1 % (n = 13) vastaajista koki valmiutensa hyväksi ja 36,4 % (n = 8) vastaajista koki valmiutensa kiitettäväksi. Khiin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 3.)

**Taulukko 3.** Iän yhteys vastaajien valmiuksiin hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita

	% (n)	
	22 ja nuoremmat	23 ja vanhemmat
Tyydyttävät valmiudet	7,1 (2)	4,5 (1)
Hyvät valmiudet	53,6 (15)	59,1 (13)
Kiitettävät valmiudet	39,3 (11)	36,4 (8)

Ylioppilastutkinnon käyneistä vastaajista 51,6 % (n = 16) koki valmiutensa hyväksi ja 32,3 % (n = 10) koki valmiutensa tyydyttäväksi. Muun ammattitutkinnon suorittaneista 35 % (n = 3) koki valmiutensa hyväksi ja tyydyttäväksi 25 % (n = 1). Lähihoitajatutkinnon käyneistä arvioivat valmiutensa kiitettäväksi 40 % (n = 6). Khiin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 4.)

**Taulukko 4.** Aikaisemman koulutuksen yhteys valmiuksiin hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita

Valmiudet hoitaa fyysisiä oireita	Aikaisempi koulutus		
	Lähihoitaja	Ylioppilas	Muu ammattitutkinto
Tyydyttävät valmiudet	20,0 (3)	32,3 (10)	25,0 (1)
Hyvät valmiudet	40,0 (6)	51,6 (16)	35,0 (3)
Kiitettävät valmiudet	40,0 (6)	16,1 (5)	0 (0)

0–3 vuoden työkokemuksen omanneista 51,4 %:lla (n = 19) oli hyvät valmiudet hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita. Opiskelijoista 4–8 vuoden työkokemuksen omanneista 25 %:lla (n = 2) oli hyvät valmiudet ja 62,5 %:lla (n = 5) kiitettävät valmiudet hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita. Yli kahdeksan vuoden työkokemuksen omanneista 75 %:lla (n = 3) oli hyvät valmiudet ja 25 %:lla (n = 1) kiitettävät valmiudet hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita. Työkokemuksella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksiin hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita (p = 0,027.) (Taulukko 5.)

**Taulukko 5.** Työkokemuksen yhteys valmiuksiin hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita

Valmiudet hoitaa fyysisiä oireita	Työkokemus vuosina		
	0–3 vuotta	4–8 vuotta	yli 8 vuotta
Tyydyttävät valmiudet	35,1 (13)	12,5 (1)	0 (0)
Hyvät valmiudet	51,4 (19)	25,0 (2)	75,0 (3)
Kiitettävät valmiudet	13,5 (5)	62,5 (5)	25,0 (1)

$\chi^2=11,003$      $df=4$      $p=0,027$

Niistä sairaanhoitajaopiskelijoista, joilla oli suoritettuna 6–8 työharjoittelua, 75 % (n = 6) arvioi valmiutensa hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita hyväksi ja 12,5 % (n = 1) arvioi valmiutensa kiitettäväksi. Niistä opiskelijoista, joilla oli takanaan 3–5 työharjoittelua, 47,8 % (n = 11) arvioi valmiutensa hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita hyväksi ja opiskelijoista ne, joilla oli takana 0–2 työharjoittelua, 47,1 % (n =

8) arvioi valmiutensa hyväksi. Khiin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 6.)

**Taulukko 6.** Menneiden työharjoitteluiden määrän yhteys valmiuksiin hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita

**Valmiudet hoitaa fyysisiä oireita**      **Menneiden työharjoitteluiden määrä sairaanhoitajakoulutuksessa**

	0–2	3–5	6–8
Tyydyttävät valmiudet	41,2 (7)	21,7 (5)	12,5 (1)
Hyvät valmiudet	47,1 (8)	47,8 (11)	75,0 (6)
Kiitettävät valmiudet	11,8 (2)	11,8 (2)	12,5 (1)

Tutkimukseen vastanneista sairaanhoitajaopiskelijoista yksikään ei ollut viidennen vuosikurssin opiskelija. Opiskelijoista, jotka opiskelevat neljättä vuotta, 50 % (n = 7) arvioi valmiutensa hyväksi hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita. Kolmannen vuosikurssin opiskelijoista 66,7 % (n= 12) arvioi valmiutensa hyväksi. Toisen vuosikurssin opiskelijoista, 40 % (n = 4) arvioi valmiutensa kiitettäväksi. Ensimmäisen vuosikurssin opiskelijoista, 50 % (4) koki valmiutensa hyväksi tai tyydyttäväksi hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita. Ensimmäisen vuosikurssin opiskelijat eivät kokeneet valmiuksiaan kiitettäväksi. Khiin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 7.)

**Taulukko 7.** Opiskeluissa lukuvuoden yhteys valmiuksiin hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita

	<b>Valmiudet hoitaa fyysisiä oireita</b>					<b>Mikä lukuvuosi opiskeluissasi on menossa?</b>				
	1 vuosi	2 vuosi	3 vuosi	4. vuosi	5 vuosi					
Tyydyttävät valmiudet	50,0 (4)	40,0 (4)	22,2 (4)	14,3 (2)	0 (0)					
Hyvät valmiudet	50,0 (4)	20,0 (2)	66,7 (12)	50,0 (7)	0 (0)					
Kiitettävät Valmiudet.	0 (0)	40,0 (4)	11,1 (2)	35,7 (5)	0 (0)					

Enemmistö 22-vuotiaista ja nuoremmista vastaajista, 53,6 % (n = 15), koki valmiutensa hyväksi hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita. 22-vuotiaista ja sitä nuoremmista vastaajista 14,3 % (n = 4) koki taitonsa kiitettäväksi ja 32,1 % (n = 9) tyydyttäväksi.

Vastaajista toinen ikäluokka 23-vuotiaat ja sitä vanhemmat 45,5 % (n = 10) koki valmiutensa hyväksi ja 31,8 % (n = 7) koki valmiutensa kiitettäväksi hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita. Kiihin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 8.)

**Taulukko 8.** Iän yhteys valmiuksiin hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita  
% (n)

	<b>Valmiudet hoitaa psyykkisiä oireita</b>		<b>Ikä</b>
	22 ja nuoremmat	23 ja vanhemmat	
Tyydyttävät valmiudet	32,1 (9)	22,7 (5)	
Hyvät valmiudet	53,6 (15)	45,5 (10)	
Kiitettävät valmiudet	14,3 (4)	31,8 (7)	

Lähihoitajista 40 %:lla (n = 6) oli hyvät tai kiitettävät valmiudet hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita. Ylioppilaista 16,1 %:lla (n = 5) oli kiitettävät valmiudet

hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita. Muun ammattitutkinnon käyneistä 75 % (n = 3) oli vastannut valmiutensa hyväksi. Muun ammattitutkinnon käyneistä kennelläkään ei ollut kiitettäviä valmiuksia hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita. Kiihiin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 9.)

**Taulukko 9.** Aikaisemman koulutuksen yhteys valmiuksiin hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita

<b>Valmiudet hoitaa psyykkisiä oireita Aikaisempi koulutus</b>			
	Lähihoitaja	Ylioppilas	Muu ammattitutkinto
Tyydyttävät valmiudet	20,0 (3)	32,3 (10)	25,0 (1)
Hyvät valmiudet	40,0 (6)	51,6 (16)	75,0 (3)
Kiitettävät valmiudet	40,0 (6)	16,1 (5)	0 (0)

Yli kahdeksan vuotta työkokemusta omaavista 75 %:lla (n = 3) oli hyvät valmiudet hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita. Opiskelijoista 4–7 vuotta työkokemusta omaavilla 62,5 %:lla (n = 5) oli kiitettävät valmiudet ja 25 %:lla (n = 2) oli hyvät valmiudet hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita. 0–3 vuotta työkokemusta omaavilla, 51,4 %:lla (n = 19) oli hyvät valmiudet hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita. Työkokemuksella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys sairaanhoidajaopiskelijoiden valmiuksiin hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita (p = 0,027.) (Taulukko 10.)

**Taulukko 10.** Työkokemuksen yhteys valmiuksiin hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita

<b>Valmiudet hoitaa psyykkisiä oireita Työkokemus vuosina</b>			
	0–3 vuotta	4–7 vuotta	yli 8 vuotta
Tyydyttävät valmiudet	35,1 (13)	12,5 (1)	0 (0)
Hyvät valmiudet	51,4 (19)	25,0 (2)	75,0 (3)
Kiitettävät valmiudet	13,5 (5)	62,5 (5)	25,0 (1)

$\chi^2=11,003$      $df=4$      $p=0,027$

Näistä opiskelijoista, joilla oli 6–8 työharjoittelua suoritettuna, 75 %:lla (n = 6) oli hyvät valmiudet ja 12,5 %:lla (n = 1) oli kiitettävät valmiudet hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita. Näistä opiskelijoista, joilla oli 3–5 työharjoittelua suoritettuna 47,8 %:lla (n = 11) oli hyvät valmiudet hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita. Opiskelijoista, joilla oli 0–2 työharjoittelua suoritettuna, 47,1 %:lla (n = 8) oli hyvät valmiudet ja 11,8 %:lla (n = 2) oli kiitettävät valmiudet hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita. Khiin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 11.)

**Taulukko 11.** Menneiden työharjoitteluiden määrän yhteys valmiuksiin hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita

Valmiudet hoitaa psyykkisiä oireita	Menneiden työharjoitteluiden määrä sairaanhoitajakoulutuksessa		
	0–2	3–5	6–8
Tyydyttävät valmiudet	41,2 (7)	21,7 (5)	12,5 (1)
Hyvät valmiudet	47,1 (8)	47,8 (11)	75,0 (6)
Kiitettävät valmiudet	11,8 (2)	30,4 (7)	12,5 (1)

Ensimmäisen vuoden opiskelijoista 50 %:lla (n = 4) oli hyvät valmiudet hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita. Kiitettäviä valmiuksia ei ollut ensimmäisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoilla. Toisen vuoden opiskelijoista 40 %:lla (n = 4) oli kiitettävät valmiudet hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita. Kolmannen vuoden opiskelijoista 66,7 %:lla (n = 12) oli hyvät valmiudet ja 11,1 %:lla (n = 2) oli kiitettävät valmiudet hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita. Neljännen vuoden opiskelijoista 50 %:lla (n = 7) oli hyvät valmiudet. Yksikään kyselyyn vastanneista ei ollut viidennen vuosiluokan opiskelija. Khiin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 12.)

**Taulukko 12.** Opiskelun lukuvuoden yhteys valmiuksiin hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita

<b>Valmiudet hoitaa psyykkisiä oireita Mikä lukuvuosi opiskeluissasi on menossa?</b>					
	1 vuosi	2 vuosi	3 vuosi	4. vuosi	5 vuosi
Tyydyttävät valmiudet	50,0 (4)	40,0 (4)	22,2 (4)	14,3 (2)	0 (0)
Hyvät valmiudet	50,0 (4)	20,0 (2)	66,7 (12)	50,0 (7)	0 (0)
Kiitettävät Valmiudet	0 (0)	40,0 (4)	11,1 (2)	35,7 (5)	0 (0)

22-vuotiaista ja sitä nuoremista vastaajista 56,8 %:lla (n = 21) oli hyvät valmiudet ja 75 % (n = 3) oli tyydyttävät valmiudet vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan hoitotyössä. 23-vuotiaista ja sitä vanhemmista vastaajista 43,2 %:lla (n = 16) oli hyvät valmiudet ja 55,6 %:lla (n = 5) oli kiitettävät valmiudet vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan hoitotyössä. Kiihin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 13.)

**Taulukko 13.** Iän yhteys valmiuksiin vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan hoidossa

Vuorovaikutusosaaminen	Ikä	
	22 ja nuoremmat	23 ja vanhemmat
Tyydyttävät valmiudet	75,0 (3)	25,0 (1)
Hyvät valmiudet	56,8 (21)	43,2 (16)
Kiitettävät valmiudet	44,4 (4)	55,6 (5)

Ylioppilastutkinnon suorittaneista 59,5 %:lla (n = 22) oli hyvät ja 66,7 %:lla (n = 6) oli kiitettävät valmiudet vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan hoidossa. Muun ammattitutkinnon suorittaneista 10,8 %:lla (n = 4) oli hyvät valmiudet.

Kenelläkään muun tutkinnon suorittaneista ei ollut kiitettäviä valmiuksia vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan hoidossa. Lähihoitajan tutkinnon suorittaneista 29,7 %:lla (n = 11) oli hyvät valmiudet ja 33,3 %:lla (n = 3) oli kiitettävät valmiudet. Khiin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 14.)

**Taulukko 14.** Aikaisemman koulutuksen yhteys valmiuksiin vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan hoidossa

Vuorovaikutusosaaminen	Aikaisempi koulutus		
	Lähihoitaja	Ylioppilas	Muu ammattitutkinto
Tyydyttävät valmiudet	25,0 (1)	75,0 (3)	0 (0)
Hyvät valmiudet	29,7 (11)	59,5 (22)	10,8 (4)
Kiitettävät valmiudet	33,3 (3)	66,7 (6)	0 (0)

Niillä sairaanhoitajaopiskelijoilla, joilla oli 0–3 vuotta työkokemusta, 73 %:lla (n = 27) oli hyvät valmiudet ja 75 %:lla (n = 6) kiitettävät valmiudet vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan hoidossa. Opiskelijoista niillä, joilla oli 4–7 vuotta työkokemusta, 16,2 %:lla (n = 6) oli hyvät valmiudet ja 25 %:lla (n = 2) oli kiitettävät valmiudet. Yli kahdeksan vuotta työkokemusta omaavilla 10,8 %:lla (n = 4) oli hyvät valmiudet vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan hoidossa. Khiin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 15.)

**Taulukko 15.** Työkokemuksen yhteys valmiuksiin vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan hoidossa

Vuorovaikutusosaaminen	Työkokemus vuosina		
	0–3 vuotta	4–7 vuotta	yli 8 vuotta
Tyydyttävät valmiudet	100 (4)	0 (0)	0 (0)
Hyvät valmiudet	73,0 (27)	16,2 (6)	10,8 (4)
Kiitettävät valmiudet	75,0 (6)	25,0 (2)	0 (0)

Niistä sairaanhoitajaopiskelijoista, joilla oli suoritettuna 0-2 työharjoittelua, 41,7 % (n = 15) arvioi valmiutensa hyväksi vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan

hoitotyössä. Yksikään 0–2 työharjoittelua käyneistä ei ollut vastannut valmiuksiin kiitettäväksi. Niistä opiskelijoista, joilla oli takanaan 3–5 työharjoittelua, 38,9 % (n = 14) arvioi valmiutensa hyväksi vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan hoidossa. Opiskelijoista ne, joilla oli takana 6–8 työharjoittelua, 19,4 % (n = 7) arvioi valmiutensa hyväksi ja 12,5 % (n = 1) valmiutensa kiitettäväksi. Khiin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 16.)

**Taulukko 16.** Menneiden työharjoitteluiden määrän yhteys valmiuksiin vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan hoidossa

Vuorovaikutusosaaminen	Menneiden työharjoitteluiden määrä sairaanhoitajakoulutuksessa		
	0–2	3–5	6–8
Tyydyttävät valmiudet	50,0 (2)	50,0 (2)	0 (0)
Hyvät valmiudet	41,7 (15)	38,9 (14)	19,4 (7)
Kiitettävät valmiudet	0 (0)	87,5 (7)	12,5 (1)

Ensimmäisen vuoden opiskelijoista 16,2 %:lla (n = 6) oli hyvät valmiudet vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan hoitotyössä. Ensimmäisen vuoden opiskelijoista kukaan ei kokenut valmiuksiaan hoitaa kuolevaa potilasta kiitettäväksi. Toisen vuoden opiskelijoista 22,2 %:lla (n = 2) oli kiitettävät valmiudet vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan hoitotyössä. Kolmannen vuoden opiskelijoista 40,5 %:lla (n = 15) oli hyvät valmiudet ja 22,2 %:lla (n = 2) oli kiitettävät valmiudet vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan hoidossa. Neljännen vuoden opiskelijoista 55,6 %:lla (n = 5) oli kiitettävät valmiudet. Tutkimuksessa ei ollut mukana viidennen vuoden opiskelijoita. Khiin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 17.)

**Taulukko 17.** Opiskelulukuvuoden yhteys valmiuksiin vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan hoidossa

Vuorovaikutusosaaminen	Mikä lukuvuosi opiskeluissasi on menossa?				
	1 vuosi	2 vuosi	3 vuosi	4. vuosi	5 vuosi
Tyydyttävät valmiudet	50,0 (2)	25,0 (1)	25,0 (1)	0 (0)	0 (0)
Hyvät valmiudet	16,2 (6)	18,9 (7)	40,5 (15)	24,3 (9)	0 (0)
Kiitettävät valmiudet	0 (0)	22,2 (2)	22,2 (2)	55,6 (5)	0 (0)

22-vuotiaista ja sitä nuoremista vastaajista 64,3 %:lla (n = 18) oli hyvät valmiudet ja 30 %:lla (n = 3) oli kiitettävät valmiudet vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa. 23-vuotiaista ja sitä vanhemmista vastaajista 35,7 %:lla (n = 10) oli hyvät valmiudet ja 70 %:lla (n = 7) oli kiitettävät valmiudet vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa. Khiin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 18.)

**Taulukko 18.** Iän yhteys valmiuksiin vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa

Vuorovaikutusosaaminen potilaan omaisten kohtaamisessa	Ikä	
	22 ja nuoremmat	23 ja vanhemmat
Tyydyttävät valmiudet	58,3 (7)	41,7 (5)
Hyvät valmiudet	64,3 (18)	35,7 (10)
Kiitettävät valmiudet	30,0 (3)	70,0 (7)

Ylioppilastutkinnon suorittaneista 64,3 %:lla (n = 18) oli hyvät ja 62 %:lla (n = 31) oli kiitettävät valmiudet vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa. Muun ammattitutkinnon suorittaneista 10,7 % (n = 3) valmiudet.

Muun ammattitutkinnon suorittaneista kukaan ei kokenut valmiuksiaan kiitettäväksi vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa. Lähihoitajatutkinnon suorittaneista 25 %:lla (n = 7) oli hyvät valmiudet ja 40,0 %:lla (n = 15) oli kiitettävät valmiudet vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa. Khiin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 19.)

**Taulukko 19.** Aikaisemman koulutuksen yhteys valmiuksiin vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa

**Vuorovaikutusosaaminen potilaan omaisten kohtaamisessa**

	Aikaisempi koulutus		
	Lähihoitaja	Ylioppilas	Muu ammattitutkinto
Tyydyttävät valmiudet	33,3 (4)	58,3 (7)	8,3 (1)
Hyvät valmiudet	25,0 (7)	64,3 (18)	10,7 (3)
Kiitettävät valmiudet	40,0 (15)	62,0 (31)	0 (0)

Niistä opiskelijoista, joilla oli työkokemusta 0–3 vuotta, 75 %:lla (n = 21) oli hyvät valmiudet kohdata kuolevan potilaan omaiset. Opiskelijoista 4–7 vuotta työkokemusta omaavilla 10,7 %:lla (n = 3) oli hyvät valmiudet ja 33,3 %:lla (n = 3) oli kiitettävät valmiudet vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa. Yli kahdeksan vuotta työkokemusta omaavista 14,3 % (n = 4) oli hyvät valmiudet vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa. Khiin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 20.)

**Taulukko 20.** Työkokemuksen yhteys valmiuksiin vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa

Vuorovaikutusosaaminen potilaan omaisten kohtaamisessa vuosina	Työkokemus		
	0–3 vuotta	4–7 vuotta	yli 8 vuotta
Tyydyttävät valmiudet	83,3 (10)	16,7 (2)	0 (0)
Hyvät valmiudet	75,0 (21)	10,7 (3)	14,3 (4)
Kiitettävät valmiudet	66,7 (6)	33,3 (3)	0 (0)

Niistä sairaanhoitajaopiskelijoista, joilla oli suoritettuna 0–2 työharjoittelua, 34,6 % (n = 9) arvioi valmiutensa hyviksi vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa. Yksikään 0–3 työharjoittelun käyneistä ei ollut vastannut valmiuksiaan kiitettäväksi vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa. Niistä opiskelijoista, joilla oli takanaan 3–5 työharjoittelua, 42,3 % (n = 11) arvioi valmiutensa hyväksi. Opiskelijoista ne, joilla oli takana 6–8 työharjoittelua, 23,1 % (n = 6) arvioi valmiutensa hyviksi ja 10 % (n = 1) valmiutensa kiitettäväksi vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa. Työharjoitteluiden määrällä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksiin vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa. (p = 0,009). (Taulukko 21.)

**Taulukko 21.** Menneiden työharjoitteluiden määrän yhteys valmiuksiin vuorovai-  
kutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa

Vuorovaikutusosaaminen potilaan omaisten kohtaamisessa	Menneiden työharjoitteluiden määrä sairaanhoita- jakoulutuksessa		
	0–2	3–5	6–8
Tyydyttävät valmiudet	66,7 (8)	25,0 (3)	8,3 (1)
Hyvät valmiudet	34,6 (9)	42,3 (11)	23,1 (6)
Kiitettävät valmiudet	0 (0)	90,0 (9)	10,0 (1)

$\chi^2=13,445$      $df=4$      $p=0,009$

Ensimmäisen vuoden opiskelijoista 16,2 %:lla (n = 6) oli hyvät valmiudet vuorovai-  
kutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa. Yksikään ensim-  
mäisen vuoden opiskelija ei kokenut valmiuksiaan kiitettäväksi. Toisen vuoden  
opiskelijoista 18,9 %:lla (n = 7) oli hyvät valmiudet vuorovaikutusosaamisessa kuo-  
levan potilaan omaisten kohtaamisessa. Kolmannen vuoden opiskelijoista 40,5  
%:lla (n = 15) oli hyvät valmiudet ja 22,2 %:lla (n = 2) oli kiitettävät valmiudet vuo-  
rovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa. Neljännen  
vuoden opiskelijoista 24,3 %:lla (n = 9) oli hyvät valmiudet. Viimeisen vuoden opis-  
kelijoita ei ollut vastaajista yksikään. Khiin neliötestin ehdot eivät toteutuneet.  
(Taulukko 22.)

**Taulukko 22.** Opiskelun lukuvuoden yhteys valmiuksiin vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa

<b>Vuorovaikutusosaaminen potilaan omaisten kohtaamisessa</b>					
	<b>Mikä lukuvuosi opiskeluissasi on menossa?</b>				
	1 vuosi	2 vuosi	3 vuosi	4. vuosi	5 vuosi
Tyydyttävät valmiudet	50,0 (2)	25,0 (1)	25,0 (1)	0 (0)	0 (0)
Hyvät valmiudet	16,2 (6)	18,9 (7)	40,5 (15)	24,3 (9)	0 (0)
Kiitettävä valmiudet	0 (0)	22,2 (2)	22,2 (2)	55,6 (5)	0 (0)

22- vuotiaista ja sitä nuoremista vastaajista 30 % (n = 3) koki valmiutensa kiitettäväksi ja 64,3 % (n = 18) koki valmiutensa hyväksi tukea potilasta hengellisesti.

23-vuotiaista ja sitä vanhemmista vastaajista 35,7 % (n = 10) koki taitonsa hyväksi ja 70 % (n= 7), kokivat valmiutensa kiitettäväksi kuolevan potilaan hengellisessä tukemisessa. Kiihin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 23.)

**Taulukko 23.** Iän yhteys valmiuksiin tukea kuolevaa potilasta hengellisesti.

<b>Valmiudet tukea potilasta hengellisesti</b>	<b>Ikä</b>	
	22 ja nuoremmat	23 ja vanhemmat
Tyydyttävät valmiudet	58,3 (7)	41,7 (5)
Hyvät valmiudet	64,3 (18)	35,7 (10)
Kiitettävät valmiudet	30,0 (3)	70,0 (7)

Ylioppilastutkinnon suorittaneista 60 %:lla (n = 6) oli kiitettävät ja 64,3 %:lla (n = 18) oli hyvät valmiudet kuolevan potilaan hengellisessä tukemisessa. Yksikään muun ammattitutkinnon suorittaneista opiskelijoista ei kokenut valmiuksiaan kiitettäväksi. Muun ammattitutkinnon suorittaneista 10,7 %:lla (n = 3), oli hyvät val-

miudet. Lähihoitajatutkinnon suorittaneista 40 %:lla (n = 4) oli kiitettävät valmiudet ja 25 %:lla (n = 7) oli hyvät valmiudet kuolevan potilaan hengellisessä tukemisessa. Kiihin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 24.)

**Taulukko 24.** Aikaisemman koulutuksen yhteys valmiuksiin tukea kuolevaa potilasta hengellisesti

Valmiudet tukea potilasta hengellisesti	Aikaisempi koulutus		
	Lähihoitaja	Ylioppilas	Muu ammattitutkinto
Tyydyttävät valmiudet	33,3 (4)	58,3 (7)	8,3 (1)
Hyvät valmiudet	25,0 (7)	64,3 (18)	10,7 (3)
Kiitettävät valmiudet	40,0 (4)	60,0 (6)	0 (0)

Niistä sairaanhoitajaopiskelijoista, joilla on 0–7 vuotta työkokemusta, 75%:lla (n = 21) koki valmiutensa hyväksi ja 83,3 % (n = 10) koki valmiutensa kiitettäväksi tukea kuolevaa potilasta hengellisesti. Opiskelijoista 8–14 vuotta työkokemusta omaavista 10,7 %:lla (n = 3) oli hyvät valmiudet ja 33,3 %:lla (n = 3) oli kiitettävät valmiudet tukea kuolevaa potilasta hengellisesti. 15–20 vuotta työkokemusta olleista, 14,3 %:lla (n = 4) oli hyvät valmiudet tukea kuolevaa potilasta hengellisesti. Yksikään 15–20 vuotta työkokemusta omanneista ei vastannut kiitettäväksi valmiuksiin tukea kuolevaa potilasta hengellisesti. Kiihin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 25.)

**Taulukko 25.** Työkokemuksen yhteys valmiuksiin tukea kuolevaa potilasta hengellisesti

Valmiudet tukea potilasta hengellisesti	Työkokemus vuosina		
	0–7 vuotta	8–14 vuotta	15–20 vuotta
Tyydyttävät valmiudet	83,3 (10)	16,7 (2)	0 (0)
Hyvät valmiudet	75,0 (21)	10,7 (3)	14,3 (4)
Kiitettävät valmiudet	66,7 (6)	33,3 (3)	0 (0)

Niistä sairaanhoitajaopiskelijoista, joilla oli suoritettuna 0-2 työharjoittelua, 34,6 % (n = 9) arvioi valmiutensa hyväksi. Yksikään 0-2 työharjoittelua käyneistä ei kokenut valmiuksiaan kiitettäväksi tukea kuolevaa potilasta hengellisesti. Niistä opiskelijoista, joilla oli takanaan 3-5 työharjoittelua, 42,3 % (n = 11) arvioi valmiutensa hyväksi ja 90 % (n = 9) kiitettäväksi tukea kuolevaa potilasta hengellisesti. Opiskelijoista ne, joilla oli takana 6-8 työharjoittelua, 23,1 % (n = 6) arvioi valmiutensa hyväksi ja 10 % (n = 1) arvioi valmiutensa kiitettäväksi tukea kuolevaa potilasta hengellisesti. Menneiden työharjoitteluiden määrällä oli tilastollisesti merkittävä vaikutus kuolevan potilaan hengellisessä tukemisessa (p = 0,009). (Taulukko 26.)

**Taulukko 26.** Menneiden työharjoitteluiden määrän yhteys valmiuksiin tukea kuolevaa potilasta hengellisesti

	Valmiudet tukea potilasta hengellisesti Menneiden työharjoitteluiden määrä sairaanhoitajakoulutuksessa		
	0-2	3-5	6-8
Tyydyttävät valmiudet	66,7 (8)	25,0 (3)	8,3 (1)
Hyvät valmiudet	34,6 (9)	42,3 (11)	23,1 (6)
Kiitettävät valmiudet	0 (0)	90,0 (9)	10,0 (1)

$\chi^2=13,445$      $df=4$      $p=0,009$

Ensimmäisen vuoden opiskelijoista 19,4 %:lla (n = 7) oli hyvät valmiudet ja 11,1 %:lla (n = 1) oli kiitettävät valmiudet tukea kuolevaa potilasta hengellisesti. Toisen vuoden opiskelijoista 22,2 %:lla (n = 2) oli kiitettävät valmiudet. Kolmannen vuoden opiskelijoista 38,9 %:lla (n = 14) oli hyvät valmiudet ja 22,2 %:lla (n = 2) oli kiitettävät valmiudet tukea kuolevaa potilasta hengellisesti. Neljännen vuoden opiskelijoista 22,2 %:lla (n = 8) oli hyvät valmiudet tukea kuolevaa potilasta hengellisesti. Viidennen vuoden opiskelijoista yksikään ei vastannut kyselyyn. Khiin neljöstestien ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 27.)

**Taulukko 27.** Opiskelun lukuvuoden yhteys valmiuksiin tukea kuolevaa potilasta hengellisesti

	<b>Valmiudet tukea potilasta hengellisesti</b>					<b>Mikä lukuvuosi opiskeluissasi on menossa?</b>				
	1 vuosi	2 vuosi	3 vuosi	4. vuosi	5 vuosi	1 vuosi	2 vuosi	3 vuosi	4. vuosi	5 vuosi
Tyydyttävät valmiudet	0 (0)	20,0 (1)	40,0 (2)	40,0 (2)	0 (0)					
Hyvät valmiudet	19,4 (7)	19,4 (7)	38,9 (14)	22,2 (8)	0 (0)					
Kiitettävät valmiudet	11,1 (1)	22,2 (2)	22,2 (2)	44,4 (4)	0 (0)					

22-vuotiaista ja sitä nuoremista vastaajista, 70 % (n = 7) koki valmiutensa kiitettäväksi ja 52,9 % (n = 18) koki valmiutensa hyväksi huomioida kuolevan potilaan kulttuuritausta. Vastaajista 23-vuotiaista ja sitä vanhemmista 47,1 % (n = 16) koki valmiutensa hyväksi ja 30 % (n = 3) kiitettäväksi huomioida kuolevan potilaan kulttuuritausta. Kiihin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 28.)

**Taulukko 28.** Iän yhteys valmiuksiin huomioida kuolevan potilaan kulttuuritausta

	%	(n)
<b>Valmiudet huomioida potilaan kulttuuritausta</b>	<b>Ikä</b>	
	22 ja nuoremmat	23 ja vanhemmat
Tyydyttävät valmiudet	50,0 (3)	50,0 (3)
Hyvät valmiudet	52,9 (18)	47,1 (16)
Kiitettävät valmiudet	70,0 (7)	30,0 (3)

Ylioppilastutkinnon suorittaneista 61,8 %:lla (n = 21) oli hyvät ja 70 %:lla (n = 7) oli kiitettävät valmiudet huomioida kuoleva potilaan kulttuuritausta. Muun ammattitutkinnon suorittaneista 8,8 %:lla (n = 3) oli hyvät valmiudet huomioida kuoleva potilaan kulttuuritausta. Yksikään muun ammattitutkinnon suorittaneista ei ollut

vastannut valmiuksiaan tyydyttäväksi. Lähihoitajatutkinnon suorittaneista 29,4 %:lla (n = 10) oli hyvät valmiudet ja 20 %:lla (n = 2) oli kiitettävät valmiudet huomioida kuolevan potilaan kulttuuritausta. Khiin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 29.)

**Taulukko 29.** Aikaisemman koulutuksen yhteys valmiuksiin huomioida kuolevaa potilaan kulttuuritausta

	Aikaisempi koulutus		
	Lähihoitaja	Ylioppilas	Muu ammattitutkinto
Tyydyttävät valmiudet	50,0 (3)	50,0 (3)	0 (0)
Hyvät valmiudet	29,4 (10)	61,8 (21)	8,8 (3)
Kiitettävät valmiudet	20,0 (2)	70,0 (7)	10,0 (1)

Niistä sairaanhoitajaopiskelijoista, jolla oli 0–7 vuotta työkokemusta, 80 %:lla (n = 8) oli kiitettävät valmiudet huomioida kuolevan potilaan kulttuuritausta. Niistä sairaanhoitajaopiskelijoista, joilla oli 8-14 vuotta työkokemusta, 10 %:lla (n = 1) oli kiitettävät valmiudet ja 18,2 %:lla (n = 6) hyvät valmiudet huomioida kuolevan potilaan kulttuuritausta. 15–20 vuotta työkokemusta omanneista 10 %:lla (n = 1) oli kiitettävät valmiudet huomioida kuolevan potilaan kulttuuritausta. Khiin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 30.)

**Taulukko 30.** Työkokemuksen yhteys valmiuksiin huomioida kuolevan potilaan kulttuuritausta

	Työkokemus vuosina		
	0–7 vuotta	8–14 vuotta	15–20 vuotta
Tyydyttävät valmiudet	83,3 (5)	16,7 (1)	0 (0)
Hyvät valmiudet	72,7 (24)	18,2 (6)	9,1 (3)
Kiitettävät valmiudet	80,0 (8)	10,0 (1)	10,0 (1)

Niistä sairaanhoitajaopiskelijoista, joilla oli suoritettuna 0–2 työharjoittelua, 39,4 % (n = 13) arvioi valmiutensa hyväksi ja 33,3 % (n = 3) kiitettäväksi huomioida kuolevan potilaan kulttuuritausta. Niistä opiskelijoista, joilla oli takanaan 3–5 työharjoittelua, 42,4 % (n = 14) arvioi valmiutensa hyväksi. Opiskelijoista ne, joilla oli takanaan 6–8 työharjoittelua, 18,2 % (n = 6) arvioi valmiutensa hyväksi ja 11,1 % (n = 1) kiitettäväksi huomioida kuolevan potilaan kulttuuritausta. Khiin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 31.)

**Taulukko 31.** Menneiden työharjoitteluiden määrän yhteys valmiuksiin huomioida kuolevan potilaan kulttuuritausta

Valmiudet huomioida potilaan kulttuuritausta	Menneiden työharjoitteluiden määrä sairaanhoitajakoulutuksessa		
	0–2	3–5	6–8
Tyydyttävät valmiudet	16,7 (1)	66,7 (4)	16,7 (1)
Hyvät valmiudet	39,4 (13)	42,4 (14)	18,2 (6)
Kiitettävät valmiudet	33,3 (3)	55,6 (5)	11,1 (1)

Ensimmäisen vuoden opiskelijoista 14,7 %:lla (n = 5) oli hyvät valmiudet ja 20 %:lla (n = 2) oli kiitettävät valmiudet huomioida kuolevan potilaan kulttuuritausta. Toisen vuoden opiskelijoista 17,6 %:lla (n = 6) oli hyvät valmiudet huomioida kuolevan potilaan kulttuuritausta. Kolmannen vuoden opiskelijoista 38,2 %:lla (n = 13) oli hyvät valmiudet ja 30 %:lla (n = 3) oli kiitettävät valmiudet. Neljännen vuoden opiskelijoista 29,4 %:lla (n = 10) oli hyvät valmiudet huomioida kuolevan potilaan kulttuuritausta. Viidennen vuoden opiskelijoista yksikään ei ollut vastannut kyselyyn. Khiin neliötestin ehdot eivät toteutuneet. (Taulukko 32.)

**Taulukko 32.** Opiskelu lukuvuoden yhteys valmiuksiin huomioida kuolevan potilaan kulttuuritausta

<b>Valmiudet huomioida potilaan kulttuuritausta sasi on menossa?</b>	<b>Mikä</b>	<b>lukuvuosi</b>	<b>opiskeluis-</b>		
	1 vuosi	2 vuosi	3 vuosi	4. vuosi	5 vuosi
Tyydyttävät valmiudet	16,7 (1)	16,7 (1)	33,3 (2)	33,3 (2)	0 (0)
Hyvät valmiudet	14,7 (5)	17,6 (6)	38,2 (13)	29,4 (10)	0 (0)
Kiitettävät valmiudet	20,0 (2)	30,0 (3)	30,0 (3)	20,0 (2)	0 (0)

### 9.1 Teemoittelu

Opinnäytetyön kyselylomakkeen avoimeen kysymykseen vastasi 21 vastaajaa. Avoimella kysymyksellä selvitettiin opiskelijoiden kehitysideoita siihen, miten sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksia hoitaa kuolevaa potilasta voitaisiin lisätä koulussa tai/ja työpaikalla.

Vastaajista 12 toivoi, että koulussa lisättäisiin luentoja ja opintojaksoja aiheeseen liittyen, esimerkiksi kuolevan potilaan lääkehoidon perusosaamisen lisääminen. Vastaajista kolme toivoi, että harjoitteluiden suunnittelussa koulu huomioisi paremmin kokemuksen kuolevan potilaan hoitamisesta, esimerkiksi palliatiivinen harjoittelu voisi olla oma harjoittelunsa. Vastaajista kolme ideoi, että työpaikoilla voitaisiin pitää enemmän osastotunteja ja koulutuksia aiheesta. Ehdotuksena kolmella vastaajalla oli, että työpaikalla oltaisiin enemmän läsnä ja kiinnostuneempia uuden oppimisesta. Tutkimukseen osallistujat kokivat tärkeäksi työkavereiden tukemisen, tapahtuneesta yhdessä keskustelun ja omaisten huomioinnin. Vastaajista ne, jotka toivoivat kouluun lisää opintojaksoja aiheeseen liittyen, toivoivat myös työpaikoille lisää koulutuksia ja opintojaksoja.

## 10 POHDINTA

Tämän opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksia hoitaa kuolevaa potilasta. Halusimme tuoda ai-  
hetta enemmän näkyville, jotta kuolevan potilaan hoitotyötä ja kohtaamista käsi-  
teltäisiin nykyistä enemmän niin kouluissa kuin työpaikoillakin.

Opinnäytetyön sähköisen kyselylomakkeen avulla havainnoitiin millaisiksi Vaasan  
ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat 1–5 vuosikurssilta arvioivat val-  
miutensa kuolevan potilaan hoidossa. Kyselylomakkeen vastausvaihtoehdot oli-  
vat: täysin eri mieltä, eri mieltä, ei eri eikä samaa mieltä, samaa mieltä ja täysin  
samaa mieltä. Tutkimuksen tarkoituksena oli myös selvittää, onko valmiuksien vä-  
lillä eroa eri vuosikurssien välillä ja mikä voisi selittää nämä eroavaisuudet vastaa-  
jien välillä. Tutkimuksessa oli myös otettu huomioon vastaajien ikä, aikaisempi  
koulutus, työkokemus ja menneiden harjoitteluiden määrä. Näistä saatiin tausta-  
muuttujien yhteys vastaajien valmiuksiin hoitaa kuolevaa potilasta.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli saada selville uutta tietoa aiheesta, jota voi-  
daan hyödyntää tulevaisuudessa esimerkiksi lisäämällä sairaanhoitajaopiskelijo-  
iden opintojaksoja kuolevan potilaan hoitotyöhön liittyen. Tutkimuksen avulla saa-  
daan tietoa siitä, millaisiksi he kokevat valmiutensa hoitaa kuolevaa potilasta.  
Avoimella kysymyksellä vastaajat saivat kertoa kehitysehdotuksia siitä, miten val-  
miuksia pystyttäisiin edelleen lisäämään tulevaisuudessa. Tutkimustuloksia tarkas-  
tellessa, voidaankin todeta, että lähihoitajataustaisista opiskelijoista enemmistö  
koki valmiutensa kiitettäväksi, kun taas lukion ja muun ammattitutkinnon suoritta-  
neista enemmistö koki valmiutensa hyväksi ja tyydyttäväksi. Niistä opiskelijoista,  
joilla oli työkokemusta 4–6 vuotta, enemmistö koki valmiutensa kiitettäväksi, kun  
taas yli kahdeksan vuotta työkokemusta omaavista enemmistö arvioi valmiutensa  
hyväksi.

## 10.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimukseen osallistui 50 Vaasan ammattikorkeakoulun 1–5 vuosikurssin sairaanhoitajaopiskelijaa. Tutkimus toteutettiin sähköisellä kyselylomakkeella, johon vastaaminen oli täysin vapaaehtoista. Nuorin vastaajista oli 19 ja vanhin vastaajista oli 39 vuotta. Tutkimukseen vastanneista neljä oli miehiä, loput vastaajista olivat naisia. Tämän vuoksi aineiston analyysissä ei huomioitu sukupuolta lainkaan.

Tutkimustulosten perusteella tutkimukseen vastanneista 23-vuotiaat ja vanhemmat ( $n = 22$ ) kokivat valmiutensa hoitaa kuolevaa potilasta paremmiksi kuin 22-vuotiaat ja nuoremmat vastaajista ( $n = 28$ ). (Taulukko 13.) Voidaan siis pohtia, voisiko iällä olla merkitystä vastaajien kokemuksiin vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan hoidossa.

Lähihoitajatutkinnon suorittaneista vastaajista enemmistö koki, että heillä oli kiitettävät valmiudet hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita, kun taas lukion ja muun ammattitutkinnon suorittaneista enemmistö koki valmiutensa hyväksi tai tyydyttäväksi. (Taulukko 4) Tähän voisi vaikuttaa lähihoitajatutkinnon tuoma tieto ja kokemus, kun taas muun tutkinnon käyneillä ei välttämättä ole vielä tietoa ja kokemusta alaan liittyen.

Yli 8 vuotta työkokemusta omaavista vastaajista enemmistö, 75 % ( $n = 3$ ), arvioi valmiutensa hyväksi hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita. Yksikään ei arvioinut valmiuksiaan tyydyttäväksi. 0–3 vuotta työkokemusta omanneista 51,4 % ( $n = 19$ ) arvioi valmiutensa hyväksi ja 35,1 % ( $n = 13$ ) tyydyttäväksi. 4–8 vuotta työkokemusta omaavista 25 % ( $n = 2$ ) arvioi valmiutensa hyväksi ja 12,5 % ( $n = 1$ ) tyydyttäväksi hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita. Johtopäätöksenä voisi ajatella, että pitkä työura vaikuttaisi näkemykseen valmiuksista. Pitkän työkokemuksen kautta yli 8 vuotta työkokemusta omaavilla on jo enemmän kokemusta, tietoa ja taitoa kuolevan potilaan fyysisten oireiden hoidosta, kun taas lyhyemmän työkokemuksen omaavilla kokemusta on vähemmän. (Taulukko 5.)

Tutkimuksessa oli yksi avoin kysymys, jonka tarkoituksena oli selvittää, miten sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksia hoitaa kuolevaa potilasta voitaisiin lisätä koulussa ja työpaikoilla. Vastauksissa teemoiksi nousivat koulun luentojen ja opintojaksojen lisääminen sekä palliatiivinen harjoittelun lisääminen opetussuunnitelmaan. Työpaikoille toivottiin enemmän osastotunteja ja koulutuksia aiheesta. Osa toivoi myös lisää tietoa tai tukea asian suhteen. Vastauksiin vaikuttaa varmasti vastaajien omat kokemukset, esimerkiksi osa on saattanut harjoittelun aikana kohdata kuolevan potilaan, osa ei.

Zulfatul A'la, Setioputro & Kurniawan (2018) tutkimuksessa todetaan, että sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteisiin kuolevan potilaan hoidossa vaikutusta oli koulutuksen tuomalla kokemuksella sekä opiskelijan akateemisella tasolla. Myös meidän tutkimuksessamme työkokemuksella oli tilastollisesti merkitsevä vaikutus opiskelijan kokemiin valmiuksiin hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita, eli khiin neliötesti toteutui ( $p = 0,027$ ) (Taulukko 5.) Työkokemuksella oli myös tilastollisesti merkitsevä yhteys sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksiin hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita eli khiin neliötesti toteutui ( $p = 0,0027$ ) (Taulukko 10.) Myös työharjoitteluiden määrällä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys valmiuksiin tukea kuolevaa potilasta hengellisesti eli khiin neliötesti toteutui ( $p = 0,009$ ) (taulukko 26.) 6-8 työharjoittelua omaavista 8,3 % ( $n = 1$ ) koki valmiutensa tyydyttäväksi ja 10 % ( $n = 1$ ) kiitettäväksi tukea kuolevaa potilasta hengellisesti. 0-2 työharjoittelua käyneistä 66,7 % ( $n = 8$ ) vastasi valmiutensa tyydyttäväksi. Yksikään ei kokenut taitojaan kiitettäväksi. Voisi pohtia, että 6–8 työharjoittelua käyneillä voi olla jo paremmat taidot arvioida valmiuksiaan realistisemmin harjoittelujen tuoman kokemuksen kautta, verraten 0–2 työharjoittelua käyneisiin vastaajiin, joilla ei välttämättä ole vielä niin hyvää kokonaiskuvaa siitä, kuinka paljon heillä on vielä opittavaa omasta alastaan. (Taulukko 26.)

Zulfatul A'la, Setioputro & Kurniawan (2018) tutkimuksessa todettiin, että Indonesian sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteet olivat heikolla tasolla omaisten tukemi-

sessä. Syynä tähän oli Indonesiassa elämän loppuvaiheen hoitoa koskevan kattavan opetussuunnitelman puuttuminen. Myös meidän tutkimuksessamme oli tilastollisesti merkitsevä yhteys opiskelijoiden kokemuksiin valmiuksiin vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa, verraten menneiden harjoitteluiden määrään, eli khiin neliötesti toteutui ( $p = 0,009$ ) (Taulukko 21.) 0–2 työharjoittelua suorittaneista kukaan ei arvioinut valmiuksiaan kiitettäväksi. 0–2 työharjoittelua suorittaneista 66,7 % ( $n = 8$ ) koki valmiutensa tyydyttäväksi. 3–5 harjoittelua suorittaneista 90 % ( $n = 9$ ) arvioi taitonsa kiitettäväksi ja 25 % ( $n = 3$ ) valmiutensa tyydyttäväksi vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa. 6–8 työharjoittelua suorittaneista 10 % ( $n = 1$ ) arvioi valmiutensa kiitettäväksi ja 8,3 % ( $n = 1$ ) tyydyttäväksi vuorovaikutusosaamisessa kuolevan potilaan omaisten kohtaamisessa. (Taulukko 21.)

Voisi pohtia, olisiko Vaasan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoista 0–2 työharjoittelua käyneillä samanlaisia tuntemuksia omissa valmiuksissaan vuorovaikutusosaamisessa potilaan omaisten kanssa, kuin Zulfatul A'la, Setioputro & Kurniawan tutkimuksessa Indonesian sairaanhoitajaopiskelijoilla omaisten tukemisessa. Syynä tähän voi olla se, että Vaasan sairaanhoitajaopiskelijat eivät opin-tojen alussa ole käyneet vielä palliatiivisen hoitotyön opintojaksoa, eivätkä välttämättä ole kohdanneet kuolevan potilaan hoitoa näissä ensimmäisissä sairaanhoitajakoulun työharjoitteluissa. 3–5 ja 6–8 työharjoittelua käyneet Vaasan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat kokivat valmiutensa huomattavasti paremmaksi kuin ne, jotka olivat opinnoissaan alkuvaiheessa. 0–2 työharjoittelua käyneiden arvioihin omista valmiuksistaan voi vaikuttaa riittämätön tietämys vuorovaikutusosaamisesta kuolevan potilaan omaisen kohtaamisessa, johon voivat heijastua väärät uskomukset sekä epäluulo omista taidoista ja tiedoista.

## 10.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin koko tutkimusprosessin ajan suhteessa analyysitapaan, tutkimiseen, tutkimusaineiston luokitteluun, teoriaan, tulkintaan ja johtopäätöksiin. (Parkkari 2022, 46.) Tutkimuksen luotettavuutta parannettiin

poistamalla epäluotettavat vastaukset, raportoimalla tarkasti eri vaiheet sekä ottamalla huomioon vastaajien taustan ja sen vaikutuksen vastauksiin, esimerkiksi onko vastaaja ensimmäisellä vai neljännellä vuosikurssilla. Lisäksi luotettavuutta lisäsi se, että tutkimuksen tekijöitä oli kolme.

Poistimme vastaukset, jotka olivat epäloogisia. Lomakkeeseen vastanneilla on saattanut tulla väärinkäsityksiä kysymyksiin liittyen tai näppäilyvirheitä, sillä nämä vastaukset eivät olleet mahdollisia vastaajan taustamuuttujiin verraten.

Kyselylomakkeen lähetimme sähköisesti kaikille Vaasan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoille, joista vastasi 50 opiskelijaa. Kyselylomakkeen kysymyksiä olisi voinut vielä tarkentaa, sillä osa vastauksista jäi tulkinnanvaraisiksi ja ne jouduttiin jättää huomioimatta. Kysymyksiä olisi voinut tarkentaa esimerkiksi kertomalla, että harjoitteluilla tarkoitettiin Vaasan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajatutkinnon harjoitteluiden määrää, sillä vastaajat ovat voineet ymmärtää, että muun ammattitutkinnon harjoittelutkin lasketaan mukaan, esimerkiksi lähihoitajatutkinto.

Tutkimuksen validiteettia pyrittiin parantamaan kattavalla perehtymisellä aiheeseemme ja laajalla tiedonkeräyksellä ennen kyselylomakkeen laatimista. Vertasimme myös työssämme eri ammattikorkeakoulujen välillä kuolevan potilaan hoitoon liittyviä opintojaksoja ja näiden opintojaksojen opintopisteitä, jotta pystyimme vertaamaan, onko eri korkeakoulujen välillä opintojaksoissa suuria eroavaisuuksia. Kiinnostusta herätti Savonian ammattikorkeakoulun 15 opintopisteen palliatiivinen harjoittelu. Tätä harjoittelua ei ollut muissa ammattikorkeakouluissa lainkaan.

### **10.3 Tutkimuksen eettisyys**

Tutkimuksessa noudatettiin koko tutkimusprosessin ajan tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2019) ohjeita. Tutkimusluvut anottiin asianmukaisesti Vaasan ammattikorkeakoululta ja tutkimus aloitettiin vasta, kun luvat oli virallisesti saatu.

Tutkijoiden yhteystiedot, tutkimuksen aihe, arvioitu ajankulu, aineistonkeruun toteutustapa ja käyttötarkoitus, säilytys ja jatkokäyttö kerrottiin tutkimukseen osallistujille. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistumisen pystyi keskeyttää niin halutessaan. Tutkimustulokset julkaistiin tuloksia vääristelemättä ja tutkittavien anonymiteettiä kunnioitettiin. Tutkittavien anonymiteetin säilyttämisestä tiedotettiin tutkittaville saatekirjeessä. Aineiston analysoinnin ja raportoinnin jälkeen tutkimuksesta kerätty aineisto hävitettiin asianmukaisesti.

#### **10.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset**

Tutkimuksen taustamuuttujia olivat ikä, aikaisempi koulutus, työkokemus vuosina, menneiden työharjoitteluiden määrä sekä lukuvuosi opiskeluissa. Voidaan todeta, että merkittäviä taustamuuttujia tutkimuksessa olivat työkokemuksen vaikutus valmiuksiin hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä oireita, työkokemuksen vaikutus hoitaa kuolevan potilaan psyykkisiä oireita, menneiden työharjoitteluiden määrä sairaanhoitajakoulutuksessa kuolevan potilaan hoidon vuorovaikutusosaamisessa sekä menneiden työharjoitteluiden määrän vaikutus valmiuksiin tukea potilasta hengellisesti.

Jatkotutkimusehdotuksena olisi mielenkiintoista selvittää, onko ammattikorkeakoulujen välillä merkittävää eroa sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemien valmiuksien kesken. Tutkimuksesta voisi tehdä vielä laajemman ottamalla useampi ammattikorkeakoulu mukaan. Tällöin tietoa pystyttäisiin vertailemaan eri ammattikorkeakoulujen välillä. Kuitenkin eri ammattikorkeakouluilla on eri opetussuunnitelmat, joten vertailua voisi olla vaikeaa tehdä. Olisi huomioitava opintopisteiden erot eri oppilaitosten välillä.

Kehitysideana voisi myös miettiä, voisiko Vaasan ammattikorkeakoulussa palliativisen hoitotyön opintojakson siirtää opintojen alkuvaiheeseen, esimerkiksi pidettäväksi yhdessä kliinisen hoitotyön opintojakson kanssa.

## LÄHTEET

Aivoliitto. 2022. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Viitattu 28.5.2022  
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>

Aivoliitto. 2022. Muut toimintakyvyn neurologiset häiriöt. Viitattu 15.9.2022  
[Muut toimintakyvyn neuropsykologiset häiriöt | Aivoliitto](#)

Centria ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma. 2022. Viitattu 12.4.2022  
<https://centria.opinto-opas.fi/curricula/degreeprogrammes/groups/plan?groupId=40550&planId=40651>

Diakonia-ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma. 2022. Viitattu 12.4.2022  
<https://opinto-opas.diak.fi/fi/43204/fi/14548/2020SH/311/year/2022>

Haaga-Helia ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma. 2022. Viitattu 12.4.2022  
<https://www.haaga-helia.fi/fi/koulutushaku>

Haho, A. 2017. Palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys. Lääkärilehti 33, 72, 1704–1709. Viitattu 12.4.2022 <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/palliatiivisen-vaiheen-syopapotilaiden-eksistentiaalinen-karsimys/>

Humanistinen ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma. 2022. Viitattu 12.4.2022  
<https://www.humak.fi/koulutus/hakuohjeet-amk-tutkinto/#>

Huttunen, M. 2018. Sekavuustila (delirium). Lääkärikirja duodecim. Viitattu 8.4.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00357>

Hämeen ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma. 2022. Viitattu 12.4.2022  
<https://hamk.opinto-opas.fi/curricula/degreeprogrammes/groups/plan?groupId=77707&planId=85455>

Jyväskylän ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma. 2022. Viitattu 12.4.2022

<https://opetussuunnitelmat.peppi.jamk.fi/fi/48/fi/5237/SAR2022SS/year/2022/plan/775/0>

Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. 2022. Viitattu 12.4.2022 [https://opinto-](https://opinto-opas.xamk.fi/index.php/fi/28/fi/127614/SHMI21SP/year/2021)

[opas.xamk.fi/index.php/fi/28/fi/127614/SHMI21SP/year/2021](https://opinto-opas.xamk.fi/index.php/fi/28/fi/127614/SHMI21SP/year/2021)

Kajaanin ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma. 2022. Viitattu 12.4.2022

<http://opinto-opas.kamk.fi/index.php/fi/68146/fi/68088/SHS22S/year/2022>

Karelia ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma. 2022. Viitattu 12.4.2022

<https://opinto-opas.karelia.fi/fi/48/fi/122/SHAS22/plan/348/year/2022>

Korhonen, A., Lappi-Hynninen, M., Oinonen, H., Mertala, A., Rantula, H., & Laukkonen, K. 2021. Dialogi. Viitattu 13.11.2022

[Kuolevan potilaan kohtaaminen – haaste hoitotyön ammattilaiselle? – Dialogi \(diak.fi\)](#)

Korhonen, T., Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Duodecim 129; 4, 440–

445. Viitattu 24.3.2022 <https://www.duodecimlehti.fi/duo10821>

Terveyskylä. 2021. Kuoleman lähestyminen Viitattu 11.9.2022. [https://www.ter-](https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/saattohoidossa/kuoleman-)

[veyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/saattohoidossa/kuoleman-l%C3%A4hestyminen](https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/saattohoidossa/kuoleman-l%C3%A4hestyminen)

Käypä hoito. 2019. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliativinen hoito ja saatto-

hoito) Viitattu 8.4.2022. <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>

Käypä hoito. 2019. Palliativinen hoito ja saattohoito. Viitattu

8.4.2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>

Lab-ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma. 2022. Viitattu 12.4.2022

<https://opinto-opas.lab.fi/fi/68177/fi/68147/HLTISH22S/year/2022>

Lapin ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma. 2022. Viitattu 12.4.2022  
<https://opinto-opas-amk.peppi.la-pit.csc.fi/fi/709/fi/4084/KA72H22S/857/year/2022>

Laurea ammattikorkeakoulu. 2022. Viitattu 12.4.2022 <https://ops.laurea.fi/index.php/fi/212701/fi/209697/SHY222SY/301/year/2022>

Metropolia ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma. 2022. Viitattu 12.4.2022  
<https://opinto-opas.metropolia.fi/fi/88094/fi/70320/SXO20S1/year/2020>

Terveyskylä. 2021. Viitattu 20.9.2022.

[Nesteytys ja ravitseminen saattohoidossa | Palliatiivinen talo | Terveyskylä.fi \(terveyskyla.fi\)](https://www.terveyskyla.fi/terveyskyla/fi)

Oulun ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma. 2022. Viitattu 12.4.2022  
<https://www.oamk.fi/opinto-opas/opintojen-sisalto/opetussuunnitelmat?koulutus=sai2022sp&lk=s2022>

Rahko, E. & Rajala, K. 2020. Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. Duodecim 136, 13, 1605–1613. Viitattu 12.4.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15685>

Satakunnan ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma. 2022. Viitattu 13.4.2022  
<https://samk.opinto-opas.fi/curricula/degreeprogrammes/groups/plan?groupId=205004522&planId=205003557>

Savonia ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma. 2022. Viitattu 12.4.2022  
<https://www.savonia.fi/opiskele-tutkinto/tutkinnot-ja-hakeminen/opetussuunnitelmat/?yks=KS&krtid=1533>

Seinäjoen ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma. 2022. Viitattu 12.4.2022  
<https://opinto-opas.seamk.fi/21/fi/50/77/875>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta. Viitattu 21.1.2022. <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040027>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Viitattu 19.3.2022 <https://www.palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi/sample-page/>

Suomen Lääkäriliitto. 2021. Saattohoito. Viitattu 23.3.2022. <https://www.laakariliitto.fi/laakarin-etiikka/elaman-loppu/saattohoito/>

Tampereen ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma. 2022. Viitattu 12.4.2022 <https://opinto-opas-ops.tamk.fi/index.php/fi/167/fi/49595/21SH/year/2022>

Tarnanen, K., Saarto, T. & Laukkala, T. 2019. Käypä hoito suositus. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliatiivinen hoito ja saattohoito). Viitattu 8.4.2022 <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>

Terveyskirjasto. 2021. C-reaktiivinen proteiini (P-CRP). Viitattu 25.9.2022 <https://www.terveyskirjasto.fi/snk03052>

Terveyskirjasto. 18.2.2022. Ummetus. Viitattu 28.9.2022 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00092>

Terveyskirjasto. 2021. C-reaktiivinen proteiini (P-CRP). Viitattu 24.9.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/snk03052>

Terveyskylä. 1.11.2022. Kuoleman lähestyminen. Viitattu 25.10.2022. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/saattohoi-dossa/kuoleman-l%C3%A4hestyminen>

Terveyskylä. 2017. Lämpilyöntikipu. Viitattu 24.9.2022. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/perustietoa-kivusta/usein-kysytty%C3%A4>

Terveyskylä. 2017. Kivunhoidon sanastoa. Viitattu 20.9.2022.

<https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/perustietoa-kivusta/kivunhoidon-sanastoa>

Terveyskylä. 2021. Henkinen ja hengellinen tuki. Viitattu 12.4.2022.

<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/tukea/henkinen-ja-hengellinen-tuki>

Terveyskylä. 2021. Mitä saattohoito on? Viitattu 18.3.2022 <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/saattohoidossa/mita-saattohoito-on>

<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/saattohoidossa/mita-saattohoito-on>

Terveyskylä. 2021. Sosiaalinen tuki. Viitattu 12.4.2022. <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/tukea/sosiaalinen-tuki>

<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/tukea/sosiaalinen-tuki>

Terveyskylä. 2021. Vapaaehtoistoiminta. Viitattu 12.4.2022 <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/tukea/vapaaehtoistoiminta>

<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/tukea/vapaaehtoistoiminta>

Terveyskylä. 2022. Mitä palliativinen hoito on? Viitattu 22.3.2022

<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/mit%C3%A4-palliativinen-hoito-on>

Theseus. 2022. Vaasan kaupungin kehitysvamma-asumispalveluyksiköiden henkilökunnan arviointi omasta ammatillisesta osaamisesta. Viitattu 8.11.2022.

<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/749994/Parkkari%20Marit%20Opinn%c3%a4ytety%c3%b6%20Theseus.pdf?sequence=2&isAllowed=y>  
[ni.fi](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/749994/Parkkari%20Marit%20Opinn%c3%a4ytety%c3%b6%20Theseus.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Tietoarkisto. Ristiintaulukointi. Viitattu 8.4.2022. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/ristiintaulukointi/ristiintaulukointi/>

<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/ristiintaulukointi/ristiintaulukointi/>

Tilastokeskus. Frekvenssijakauma. Viitattu 8.4.2022

<https://www.stat.fi/meta/kas/frekvenssi.html>

Tilastokeskus. Johdatus tilastotieteeseen. Viitattu 8.4.2022. [https://tilastokoulu.stat.fi/verkkokoulu\\_v2.xql?page\\_type=sisalto&course\\_id=tkoulu\\_tilaj&lesson\\_id=4&subject\\_id=8](https://tilastokoulu.stat.fi/verkkokoulu_v2.xql?page_type=sisalto&course_id=tkoulu_tilaj&lesson_id=4&subject_id=8)

Tilastokeskus. 2022. Khiin neliö- testi. Viitattu 18.11.2022. [Khiin neliö –testi | Käsitteet | Tilastokeskus \(stat.fi\)](#)

Turun ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma. 2022. Viitattu 12.4.2022 <https://opinto-opas.turkuamk.fi/index.php/fi/21632/fi/21706/PSHTS22A/year/2022>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Ohje Tutkimuseettisen neuvottelukunnan sivuilla. Viitattu 21.1.2022. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Vaasan ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma. 2022. Viitattu 12.4.2022 <https://ops.vamk.fi/fi/SH/2022/>

Valvira. 2020. Elämän loppuvaiheen hoito. Viitattu 23.3.2022 [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito)

Valvira. 2022. Kuoleman toteaminen. Viitattu 23.3.2022. [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/kuoleman\\_toteaminen](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/kuoleman_toteaminen)

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi. Viitattu 10.3.2022. <http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

World Health Organization. 2020. Palliative care. Viitattu 10.11.2022 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Yrkeshögskolan Arcadan opetussuunnitelma. 2022. Viitattu 12.4.2022 <https://start.arcada.fi/en/curricula/531000/2021-2022/667>

Yrksehögskolan Novian opetussuunnitelma. 2022. Viitattu 12.4.2022 <https://studieguide.novia.fi/index.php/en/13622/en/101270/DAG22H-V-NUI/173/year/2022>

Zulfatul A'la, M., Setioputro, S., & Kurniawan, D. 2018. Nursing Students' Attitudes towards Caring for Dying Patients. Nurse Media Journal of Nursing. Viitattu 8.11.2022 <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/medianers/article/view/17270>

**LIITE 1. Saatekirje 2.9.2022.**

Arvoisa kyselytutkimukseen vastaaja

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Vaasan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksiköstä. Teemme opinnäytetyönä tutkimusta, jonka tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksia hoitaa kuolevaa potilasta. Tutkimuksessa tuotettua tietoa voidaan käyttää opiskelijoiden koulutuksen kehittämisessä sekä oppilaitoksissa, että työpaikoilla. Koulutuksen kehittämisellä voidaan edelleen lisätä opiskelijoiden valmiuksia kohdata kuoleva potilas ja hänen omaisensa.

Tutkimuksen kohderyhmänä toimii Vaasan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat. Tutkimus toteutetaan kyselylomakkeella, joka sisältää strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Kysely on avoinna 19.9. asti ja vastaamiseen kuluu noin viisi minuuttia. Pääset kyselylomakkeeseen klikkaamalla linkkiä: <https://e-lomake.puv.fi/elomake/lomakkeet/10682/lomake.html>

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja kerättyä tietoa käsitellään tutkittavien anonymiteettiä kunnioittaen. Tutkimusaineisto tullaan hävittämään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä. Tutkimukselle on saatu tutkimuslupa. Työtämme ohjaa lehtori Virpi Välimaa.

Kiitos vastauksestanne!

Ystävällisin terveisin

Karita Mäntylä

[e1900606@edu.vamk.fi](mailto:e1900606@edu.vamk.fi)

0449997562

Essi Lahti

[e1900603@edu.vamk.fi](mailto:e1900603@edu.vamk.fi)

0440970440

Emma Peltonen

[e1900614@edu.vamk.fi](mailto:e1900614@edu.vamk.fi)

0400974110

## LIITE 2. Kyselylomake

<https://e-lomake.puv.fi/elomake/lomakkeet/10682/lomake.html>

### Kyselylomake

#### Taustamuuttajat

Ikä vuosina

Sukupuoli

- Sukupuoli
- Mies
- Nainen
- Muu

Aikaisempi koulutus

- Aikaisempi koulutus
- Lähihoitaja
- Ylioppilas
- Muu ammattitukinto

Työkokemus vuosina

Menneiden työharjoitteluiden määrä sairaanhoitajakoulutuksessa? (esim. kliininen, sisätaudit)

Mikä lukuvuosi opiskeluissasi on nyt menossa?

- Mikä lukuvuosi opiskeluissasi on nyt menossa?
- Ensimmäinen lukuvuosi
- Toinen lukuvuosi
- Kolmas lukuvuosi
- Neljäs lukuvuosi
- Viides lukuvuosi

#### Fyysiset oireet

Valitse se vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten osaamistasi.

1 = Täysin eri mieltä

2 = Eri mieltä

3 = Ei eri eikä samaa mieltä

4 = Samaa mieltä

5 = Täysin samaa mieltä

Hallitsen kuolevan ihmisen kivunhoidon

1 2 3 4 5

Hallitsen kuolevan ihmisen kivunhoidon

Hallitsen kuolevan ihmisen hengenahdistuksen hoidon

1 2 3 4 5

Hallitsen kuolevan ihmisen hengenahdistuksen hoidon

Hallitsen kuolevan ihmisen pahoinvoinnin hoidon

1 2 3 4 5

Hallitsen kuolevan ihmisen pahoinvoinnin hoidon

Hallitsen kuolevan ihmisen ummetuksen hoidon

1 2 3 4 5

Hallitsen kuolevan ihmisen ummetuksen hoidon

Hallitsen kuolevan ihmisen suun hoidon

1 2 3 4 5

Hallitsen kuolevan ihmisen suun hoidon

Hallitsen kuolevan ihmisen kuivumisen hoidon

1 2 3 4 5

Hallitsen kuolevan ihmisen kuivumisen hoidon

Hallitsen kuolevan ihmisen fyysisen perushoidon

1 2 3 4 5

Hallitsen kuolevan ihmisen fyysisen perushoidon

### Psyykkisten oireiden hoito

Minulla on osaamista tukea kuolevaa ihmistä eksistentiaalisessa eli olemassaoloon liittyvässä kärsimyksessä

1 2 3 4 5

Minulla on osaamista tukea kuolevaa ihmistä eksistentiaalisessa eli olemassaoloon liittyvässä kärsimyksessä

Hallitsen kuolevan ihmisen ahdistuksen hoidon

1 2 3 4 5

Hallitsen kuolevan ihmisen ahdistuksen hoidon

Hallitsen kuolevan ihmisen masennuksen hoidon

1 2 3 4 5

Hallitsen kuolevan ihmisen masennuksen hoidon

Hallitsen kuolevan ihmisen deliriumin hoidon

1 2 3 4 5

Hallitsen kuolevan ihmisen deliriumin hoidon

### Vuorovaikutusosaaminen

Minulla on osaamista kohdata kuoleva potilas

1 2 3 4 5

Minulla on osaamista kohdata kuoleva potilas

Minulla on osaamista kohdata kuolevan potilaan omaiset

1 2 3 4 5

Minulla on osaamista kohdata kuolevan potilaan omaiset

### Hengellinen tukeminen

Osaan huomioida kuolevan potilaan hengellisen taustan

1 2 3 4 5

Osaan huomioida kuolevan potilaan hengellisen taustan

Osaan huomioida kuolevan potilaan kulttuurin

1 2 3 4 5

Osaan huomioida kuolevan potilaan kulttuurin

### Kehitysehdotuksia

Miten mielestäsi valmiuksia hoitaa kuolevaa potilasta voitaisiin lisätä koulussa ja/tai työpaikalla?

### Tietojen lähetykset

Tallenna