

Rintasyöpäpotilaan omaisen tukeminen hoitohenkilökunnan näkökulmasta

Anna-Leena Koivisto & Janette Nyroos

Sosiaali- ja terveysalan opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

KEMI 2013

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU, Sosiaali- ja terveysala

Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyön tekijät:	ANNA-LEENA KOIVISTO & JANETTE NYROOS
Opinnäytetyön nimi:	RINTASYÖPÄPOTILAAN OMAISEN TUKEMINEN HOITOHENKILÖKUNNAN NÄKÖKULMASTA
Sivuja:	71 (10)
Päiväys:	26.4.2013
Opinnäytetyön ohjaajat:	Birgit Mylläri & Anne Puro
<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia rintasyöpää sairastavan potilaan omaisten tukemista hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimukseen osallistui kolmen sairaanhoitopiirin hoitajia, jotka ovat tekemisissä rintasyöpäpotilaiden kanssa. Tutkimusongelmat olivat: Millä tavoin hoitohenkilökunta tukee rintasyöpäpotilaan omaisia sekä millaiset valmiudet hoitohenkilökunta kokee omaavansa rintasyöpäpotilaan omaisten tukemiseen. Tutkimuksen tavoitteena oli tutkimustulosten hyödyntäminen rintasyöpäpotilaan kokonaisvaltaisen hoitotyön kehittämisessä.</p> <p>Rintasyöpä on yleisin naisten sairastama syöpä. Sairastuminen koskettaa potilaan lisäksi myös potilaan omaisia. Tämän tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä käsiteltiin rintasyöpää sairautena, rintasyöpää potilaan omaisten kokemana sekä hoitohenkilökunnan ja omaisten kohtaamista.</p> <p>Tutkimus toteutettiin määrällisenä eli kvantitatiivisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin 17.12.2012 - 18.2.2013 kyselylomakkeella, jossa oli strukturoituja eli suljettuja kysymyksiä ja yksi avoin kysymys. Vastausprosentiksi tuli 65%. Aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics 21 ohjelman avulla.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan hoitohenkilökunta tukee rintasyöpäpotilaiden omaisia hyvin tiedollisen tuen muodoilla. Emotionaalisen tuen muotoja hoitohenkilökunta antoi enimmäkseen vain harvoin. Hoitohenkilökunta koki omaavansa melko hyvät taidot ja osaamisen tukea rintasyöpäpotilaan omaisia tiedollisilla osa-alueilla. Eri osa-alueilla oli kuitenkin eroavaisuuksia. Emotionaalisen tuen muodoista kaikkia koettiin osattavan antaa melko hyvin.</p>	
Asiasanat: Rintasyöpä, omainen, tuki	

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES, Social services and health
care

Degree programme:	Nursing
Authors:	ANNA-LEENA KOIVISTO & JANETTE NY-ROOS
Thesis title:	THE SUPPORT OF A BREAST CANCER PATIENTS CLOSE RELATIVE FROM THE TREATMENT STAFF'S POINT OF VIEW
Pages:	71 (10)
Date:	26.4.2013
Thesis instructors:	Birgit Mylläri & Anne Puro
<p>The purpose of the study was to examine the support of a breast cancer patients close relative from the treatment staff's point of view. The study contained nurses who were in contact with breast cancer patients. The nurses were from three different health care hospital districts. The research problems were: How do the treatment staff support breast cancer patient's close relatives and how prepared do the treatment staff feel to support a breast cancer patient's close relative. The goal of the study was to use the results to improve the nursing of a breast cancer patient.</p> <p>Breast cancer is the most common cancer for a woman to have. The cancer affects the patient's close relatives in addition to the actual patient. The study's theoretical framework addressed breast cancer as an illness, breast cancer experienced by a patient's close relative and the encounter between the treatment staff and the patient's close relatives.</p> <p>The study was done as a quantitative research. The material was gathered between December 17th of 2012 and February 18th of 2013 with a questionnaire that had structured questions and one open question. Response rate was 65%. The material was analyzed with a program called IBM SPSS Statistics 21.</p> <p>The results indicate that the treatment staff support the close relatives of a breast cancer patient well with forms of intellectual support. Forms of emotional support were mainly given only on rare occasions. The treatment staff felt like they had pretty good skills and knowledge on supporting a breast cancer patient's close relative in the intellectual sectors. Different sectors did have differences though. The treatment staff felt like they were able to give all forms of emotional support pretty well.</p>	
<p>Keywords: Breast cancer, close relative, support</p>	

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
SISÄLLYS	4
1 JOHDANTO	6
2 RINTASYÖPÄ	7
2.1 Rintasyöpäkasvaimen synty	8
2.2 Rintasyövän oireet ja tutkimukset	9
2.3 Rintasyöpää sairastavan hoito	10
2.4 Rintasyövän ennuste ja uusiutumiskermit	13
3 RINTASYÖPÄ POTILAAN OMAISEN KOKEMANA	14
4 HOITOHENKILÖKUNTA JA POTILAAN OMAISEN KOHTAAMINEN	16
4.1 Tiedollinen tuki	17
4.2 Emotionaalinen tuki	18
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	20
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	21
6.1 Tutkimuksen kohdejoukko	22
6.2 Tutkimusaineiston keruu	22
6.3 Tutkimusaineiston analysointi	24
7 TUTKIMUSTULOKSET	26
7.1 Taustamuuttajat	26
7.2 Hoitohenkilökunnan omaamat resurssit rintasyöpäpotilaan omaisen tukemiseen	29
7.3 Emotionaalisen ja tiedollisen tuen antamisen muodot	33
7.4 Hoitohenkilökunnan valmiudet antaa tiedollista ja emotionaalista tukea	37
7.5 Avoimen kysymyksen tulokset	40
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	42
8.1 Hoitohenkilökunnan tavat tukea rintasyöpäpotilaiden omaisia	43
8.1.1 Tiedollisen tuen antaminen	43
8.1.2 Emotionaalisen tuen antaminen	45
8.2 Hoitohenkilökunnan kokemat valmiudet rintasyöpäpotilaan omaisen tukemisessa	46
8.2.1 Valmiudet antaa tiedollista tukea	48
8.2.2 Valmiudet antaa emotionaalista tukea	49
9 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	50

10 EETTISET NÄKÖKOHDAT	53
POHDINTA	56
LÄHTEET	60
LIITTEET	62

1 JOHDANTO

Rintasyöpä on yleistynyt Suomessa nopeasti ja on yleisin naisten sairastama syöpä. Pääasiassa sairastuneet ovat 24-60-vuotiaita naisia. Rintasyövän hoitomenetelmät ovat kehittyneet ja sen kuolleisuus pienentynyt vuosikymmenten aikana, mutta sairautena sillä voi olla suuri vaikutus potilaaseen ja potilaan läheisiin. (Rintasyöpä 2010, hakupäivä 3.7.2012; Huovinen 2010, hakupäivä 3.7.2012) Tutkimuksen aiheena on rintasyöpäpotilaan omaisten tukeminen hoitotyössä. Aihetta on tutkittu aiemmin omaisten ja potilaiden näkökulmasta, joten tutkimukseen päädyttiin valitsemaan hoitohenkilökunnan näkökulma. Tässä työssä käytetään sanaa omainen, jolla tarkoitetaan potilaan puolisoa, vanhempia, lapsia tai muita läheisiä ihmisiä. Työssä käytetään myös sanaa läheinen, jota voidaan pitää sanan omainen synonyymina.

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia rintasyöpää sairastavan potilaan omaisten tukemista. Tavoitteena tutkimuksella oli tutkimustulosten hyödyntäminen rintasyöpäpotilaan kokonaisvaltaisen hoitotyön eteenpäin kehittämisessä. Tutkimusongelmia olivat: Millä tavoin hoitohenkilökunta tukee rintasyöpäpotilaiden omaisia sekä millaiset valmiudet hoitohenkilökunta kokee omaavansa rintasyöpäpotilaan omaisten tukemiseen. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena kyselylomakkeen avulla. Tutkimukseen osallistui kolmen eri sairaanhoitopiirin hoitajia, jotka ovat tekemisissä rintasyöpää sairastavien potilaiden kanssa.

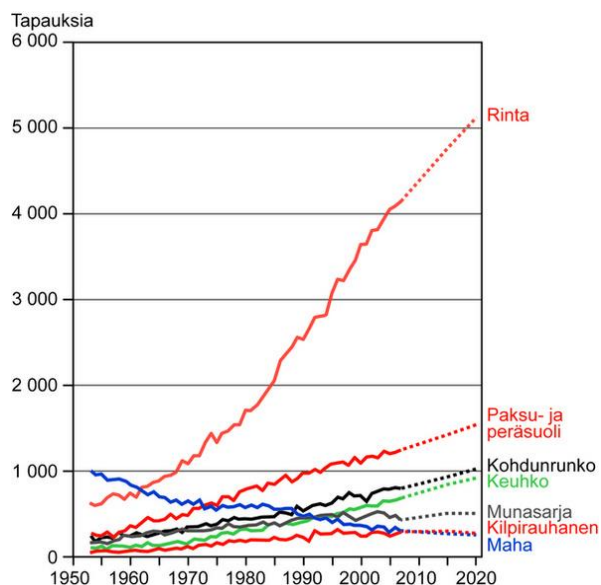
Valitsimme tämän aiheen, koska tulemme sairaanhoitajina kohtaamaan työssämme rintasyöpäpotilaita ja heidän omaisiaan, joten tutkimuksesta on meille paljon hyötyä ammatillisessa kasvussamme. Lisäksi olemme kiinnostuneita syöpäsairauksista. Rajasimme aihetta juuri rintasyöpään, koska se on naisten yleisin syöpä ja se vaikuttaa monin tavoin koko perheeseen. Halusimme saada tietää kokemuksia potilaan omaisen tukemisesta ihmisiltä, jotka työskentelevät päivittäin rintasyöpäpotilaiden ja heidän omaistensa parissa. Aiheen rajauksen jälkeen otimme yhteyttä rintasyöpäpotilaiden hoitoon osallistuviin yksiköihin, joista saimme yhteistyökumppaneita tutkimuksen toteutukseen.

2 RINTASYÖPÄ

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpätyyppi Suomessa (Taulukko 1.). Noin joka kymmenes nainen sairastuu jossain vaiheessa elämäänsä rintasyöpään. Miesten rintasyöpä taas on harvinaista. Rintasyöpää todetaan 24-60-vuotiailla naisilla, mutta sairastuminen alle 30-vuotiailla on harvinaista. (Rintasyöpä 2010, hakupäivä 3.7.2012; Huovinen 2010, hakupäivä 3.7.2012.)

Vaikka rintasyöpä on yleistynyt viimeisten vuosikymmenten aikana, on sen ennuste parantunut ja kuolleisuusmäärä pienentynyt. Hyviin paranemistuloksiin vaikuttaa taudin varhainen toteaminen sekä kehittyneet hoitomuodot. Tietoisuus rintasyövästä on lisääntynyt ja naiset osaavat itse tutkia itseään, mikä taas on apuna rintasyövän varhaiseen toteamiseen. Myös toteamismenetelmien parantuminen sekä säännölliset mammografiaseulonnat lisäävät rintasyövän varhaista toteamista. Väestön ikääntymisen uskotaan lisäävän rintasyöpää. (Bernard Jr, Vallow, DePeri, McNeil, Feigel, Amar, Buskirk & Perez 2010; Rintasyöpä 2010, hakupäivä 3.7.2012; Huovinen 2010, hakupäivä 3.7.2012; Iturbe, Zwenger, Leone, Verderera, Vallejo, Romero, Perez, Machiavelli & Leone 2011; Puistola 2011, hakupäivä 3.7.3012; Breast cancer facts 2013, hakupäivä 20.2.2013.)

Taulukko 1. Uusien tapausten lukumäärät, yleisimpien syöpien mennyt ja ennustettu trendi, naiset. (Uusien tapausten lukumäärät, yleisimpien syöpien mennyt ja ennustettu trendi, naiset 2009, hakupäivä 5.8.2012.)



2.1 Rintasyöpäkasvaimen synty

Syitä rintasyöpään ei tiedetä. Tiedetään osasyitä, jotka voivat lisätä sairastumisen riskiä, mutta taudin arvellaan olevan monisyinen ja kehittyvän vuosien varrella. Pääosa syistä on hormonaalisia, kuten mm. varhainen kuukautisten alkamisikä, myöhäiset vaihdevuodet sekä lapsettomuus, mutta myös ionisoivalle säteilylle altistuminen lisää sairastumisen riskiä. Perimä voi vaikuttaa sairastumiseen, sillä joissakin suvuissa on olemassa rintasyövälle altistava geenivirhe. (Rintasyöpä 2010, hakupäivä 3.7.2012; Huovinen 2010, hakupäivä 3.7.2012; Pellinen & Rosenberg-Ryhänen 2011, 6–7.)

Ehkäisymahdollisuuksia rintasyöpään ei tiedetä. Painonhallintaa sekä liikuntaa pidetään kuitenkin hyödyllisinä keinoina välttää rintasyöpää. Alkoholin on myös todettu olevan riski rintasyöpään sairastumiseen. Myös imetyksen uskotaan ehkäisevän rintasyövän syntyä. Yli puolet sairastuneista naisista ei kuitenkaan ole altistunut millekään em. rintasyöpää aiheuttavalle tekijälle. (Rintasyöpä 2010, hakupäivä 3.7.2012; Pellinen & Rosenberg-Ryhänen 2011, 6–7.)

Rintasyöpätyypeistä tavallisin on tiehytperäinen eli duktaalinen syöpä. Rinnassa on noin 15-20 rauhasliuskaa, joita sidekudos erottaa toisistaan. Niitä yhdistävät pienet tiehyet, joiden soluista kyseinen rintasyöpätyyppi alkaa. Toiseksi yleisin syöpätyyppi on rauhasliuskkoissa eli lobuluksissa esiintyvä syöpä, ja sitä kutsutaan lobulaariseksi. Sillä on taipumusta esiintyä molemmissa rinnoissa. (Huovinen 2009. Rintasyöpä 2010, hakupäivä 3.7.2012; Huovinen 2010, hakupäivä 3.7.2012; Pellinen & Rosenberg-Ryhänen 2011, 6-7.)

Duktaalisisessa rintasyövässä on olemassa varhainen vaihe nimeltään duktaalinen karsinooma in situ (DCIS). Se on ns. in situ -muoto, jossa pahanlaatuiset solut esiintyvät tiehyen sisällä eivätkä ole menneet syvemmälle rintakudokseen. Syöpä ei myöskään tuolloin lähetä etäpesäkkeitä. On myös olemassa lobulaarinen in situ, joka viittaa suurentuneeseen riskiin sairastua syöpään. Se ei siis itsessään ole syövän esiaste. (Huovinen 2009; Rintasyöpä 2010, hakupäivä 3.7.2012; Pellinen & Rosenberg-Ryhänen 2011, 6-7.)

Rintasyövällä on olemassa duktaalisen ja lobulaarisen tyypin lisäksi harvinaisempiakin muotoja (mm. tubulaarinen, musinoosi, medullaarinen). Nämä syöpätyypit uusiutuvat harvemmin (lukuun ottamatta medullaarista). On myös olemassa sellainen harvinainen syöpätyyppi, jossa maitorauhastiehyissä on syöpäsoluja. Tämän tyypin nimi on Pagetin tauti. Duktaalisen tai lobulaarisen rintasyövän yhteydessä voi esiintyä inflammatorista eli tulehduksellista rintasyöpää, jolloin rinnassa esiintyy tulehtumisen oireita. Tämäkin on kuitenkin harvinaista. (Rintasyöpä 2010, hakupäivä 3.7.2012; Pellinen & Rosenberg-Ryhänen 2011. 6–7.)

2.2 Rintasyövän oireet ja tutkimukset

Tunnetuin oire rintasyövälle on kyhmy rinnassa. Potilas itse voi tuntea kyhmyä tunnustelemalla. Tämän vuoksi naisten säännöllinen rintojen itsetutkiskelu on tärkeää. Lääkäri tutkii rintaa ensin tunnustelemalla. Myös kainaloiden imusolmukkeet ja soliskuopat tunnustellaan mahdollisten muutosten varalta. Tämän jälkeen potilas saa lähetteen röntgenkuvaan eli mammografiaan. Mammografiaa voidaan täydentää vielä ultraäänitutkimuksella ja joskus myös lisäksi magneettikuvauksella. Kyhmystä otetaan usein ohut- tai karkeaneulanäyte, jonka ottamisessa voidaan käyttää ultraääntä apuna. Siinä saadaan tutkittavaksi joko soluja tai kudospala, jotka patologi tutkii mikroskooppisesti. Patologi määrittelee syövän tyypin, erilaistumisasteen, paikallisen leviämisen arvioinnin kainalon imusolmukkeen mukaan sekä kasvainsolukon hormoniherkkyuden ja HER-2-tekijän. Löydösten viitatessa hyvänlaatuiseen solumuutokseen, ohjataan potilasta käymään uudessa tutkimuksessa ja kuvassa 1-2 vuoden kuluttua. Jos jokin tutkimusmenetelmä osoittaa muutoksen olevan pahanlaatuinen, ohjataan potilas kirurgiseen jatkohoittoon operoitavaksi. Rintasyövän toteamiseen käytetään lähes aina tätä kolmoisdiagnostiikkaa; rintojen kliinistä tutkimusta, mammografiaa ja kaikututkimusta sekä neulanäytettä. (Huovinen 2010, hakupäivä 3.7.2012; Rintasyöpä 2010, hakupäivä 3.7.2010; Puistola 2011, hakupäivä 3.7.2012.)

Nännistä voi erittyä kirkasta tai verenväristä nestettä. Tämä voi olla rintasyövän oire, joten rinta on tutkittava. Rintarauhasen turvotus ja punoitus on myös mahdollinen oire. Nämä merkit viittaavat usein tulehdukseen. Inflammatorisen eli tulehduksellisen rintasyövän mahdollisuus on kuitenkin olemassa, jolloin tulehduksen oireet eivät katoa

antibiooteilla. Nänninpihassa oleva ihottuma voi taas olla oire Pagetin taudista. (Rintasyöpä 2010, hakupäivä 3.7.2010; Puistola 2011, hakupäivä 3.7.2012.)

Kystien eli nesterakkuloiden esiintyminen rinnoissa on yleistä. Kystat kuitenkin tuntuvat samoilta kuin kyhmyt, joten ne tulee tutkia ultraäänellä. Mammografia on myös syytä ottaa, sillä kystan yhteydessä voi esiintyä myös syöpää. Kystanestettä voidaan myös tutkia. Kystan oireillessa se voidaan tyhjentää neulalla. (Rintasyöpä 2010, hakupäivä 3.7.2010; Puistola 2011, hakupäivä 3.7.2012.)

Rintasyöpä todetaan usein naisille järjestettävissä säännöllisissä mammografiaseulonnoissa, sillä se on usein oireeton. Seulontoja tarjotaan Suomessa kahden vuoden välein 50-69 -vuotiaille naisille. (Rintasyöpä 2010, hakupäivä 3.7.2012.)

Levinneisyystutkimuksia tehdään toteamisen alkuvaiheessa sellaisille potilaille, joilla levinneisyysriski on korkealla. Levinneisyystutkimuksiin kuuluvat luuston isotooppikartoitus, vatsan alueen ultraäänitutkimus ja keuhkokuva tai vaihtoehtoisesti voidaan tehdä koko vartalon tietokonekerroskuvaus. Joissakin harvinaisissa tapauksissa syöpä on levinnyt laajalle elimistöön jo toteamisvaiheessa. Tällöin oireet voivat olla monimuotoisia. (Rintasyöpä 2010, hakupäivä 3.7.2012; Puistola 2011, hakupäivä 3.7.2012.)

2.3 Rintasyöpää sairastavan hoito

Rintasyövän hoidossa käytetään kolmea menetelmää; kirurgista hoitoa, sädehoitoa sekä lääkehoitoa eli solunsalpaajia, hormoneita ja vasta-ainehoitoa. Hoito valitaan potilaalle yksilöllisesti sen mukaan, millainen syöpä on kyseessä ja millaisessa fyysisessä kunnossa potilas on. Hoidon aloittamista ennen on huomioitava myös potilaan muut sairaudet sekä potilaan omat toiveet. Useimmiten rintasyöpää hoidettaessa yhdistellään useampia hoitomuotoja. (Rintasyövän hoito 2008, hakupäivä 3.7.2012; Huovinen 2010, hakupäivä 3.7.2012; Puistola 2011, hakupäivä 3.7.2012.)

Leikkaushoito on se hoitomuoto, jolla rintasyöpää aletaan yleensä ensin hoitaa. Rintasyöpä voidaan leikata joko rinnan säästävällä tavalla (rinnan osapoisto) tai mastektomialla (koko rinnan poisto). Leikkaukseen vaikuttavat kasvaimen sijainti ja koko sekä rinnan koko. Jos koko rinta poistetaan, voidaan leikkauksen yhteyteen harkita tehtäväksi

rinnan korjausleikkausta. Sen voi kuitenkin tehdä myös myöhemmin, jos syöpä ei ole uusunut. (Rintasyövän hoito 2008, hakupäivä 3.7.2012; Huovinen 2010, hakupäivä 3.7.2012; Puistola 2011, hakupäivä 3.7.2012; Surgery 2012, hakupäivä 20.2.2013.)

Leikkauksen tavoitteena on poistaa syöpäsolut rinnan sekä kainalon alueelta. Rintasyöpä leviää usein kasvaimen puoleisen kainalon imusolmukkeisiin, joten tämän vuoksi kainalon tutkiminen on tärkeää. Kasvaimesta tuleva imuneste menee yleensä ensin suoraan kainaloimusolmukkeisiin. Näitä kutsutaan vartijaimusolmukkeiksi. Jos syöpäsoluja ei näy vartijaimusolmukkeissa, niitä ei ole muissakaan kainalon imusolmukkeissa. Leikkauksen yhteydessä tehdään vartijaimusolmuketutkimus, joka perustuu tähän tietoon. Jos tutkimuksessa löydetään etäpesäkkeitä kainalon imusolmukkeista, on tehtävä kainaloimusolmukkeiden poisto. Sen seurauksena imunestekierto häiriintyy ja tuolloin käsi voi myöhemmin turvota. Vartijaimusolmuketutkimus estääkin turhat kainaloimusolmukkeiden poistot. (Rintasyövän hoito 2008, hakupäivä 3.7.2012; Huovinen 2010, hakupäivä 3.7.2012; Puistola 2011, hakupäivä 3.7.2012.)

Kun leikkauksessa rinnasta poistetaan näkyvä kasvain, saattaa syöpäsoluja silti jäädä leikkausalueelle tai sitä ympäröivään kudokseen/imuteihin. Tällöin rintasyöpäpotilaat saavat usein sädehoitoa. Sädehoidossa potilaalle annetaan suurienergistä ionisoivaa säteilyä joko ulkoisesti sädehoitolaitteesta tai kudoksen sisään asennettavasta sädelähteestä (tämän lisäksi annetaan yleensä myös ulkoista sädetystä). Ionisoiva säteily tehoaa erityisesti sellaisiin syöpäsoluihin, jotka ovat jakautumisvaiheessa. Säteilyllä pyritään tuhoamaan syöpäsolut. (Rintasyövän hoito 2008, hakupäivä 3.7.2012; Huovinen 2010, hakupäivä 3.7.2012.)

Yleensä sädehoitoa annetaan silloin, kun on tehty rinnan osapoisto. Sädehoitoa annetaan silti myös mastektomioissa, joissa syöpäsoluja on löytynyt kainalon imusolmukkeista. Sädehoitoa voidaan antaa myös pienten kasvainten poiston jälkeen, jos syöpäsolut ovat olleet aggressiivista laatua. Sädetystä annetaan viisi kertaa viikossa ja yleensä noin viiden viikon ajan. Sädetystä voidaan sekä rinnan että kainalon alueelle tarpeen mukaan. Sekä sädetyksen aloittaminen että sädetyksen määrä ja kohdistaminen määräytyy yksilöllisesti. Sädehoidossa ei ole juurikaan sivuvaikutuksia. Potilaat ovat usein työkykyisiä hoidon aikana. Joillekin sädetys voi aiheuttaa väsymystä ja harvinaisempana oireena voi olla mahdollinen keuhkotulehdus. Rinnan iho saattaa punoittaa, kuumottaa ja aristaa. (Rintasyövän hoito 2008, hakupäivä 3.7.2012; Huovinen 2010, hakupäivä 3.7.2012.)

Lääkehoitoa leikkauksen jälkeen suositellaan sellaisille potilaille, joilla uusiutumiseriski on suurempi. Vaikka näkyvä kasvain saadaan pois, on syöpäsoluja voinut levitä jo muualle elimistöön. Adjuvanttihoitoa eli liitännäislääkehoitoa annetaan lähes aina, kun kasvainkudosta on löytynyt kinalon imusolmukkeista. Mahdollisia hoitoja ovat solunsalpaajat, hormonaaliset hoidot ja vasta-ainehoidot. (Rintasyövän hoito 2008, hakupäivä 3.7.2012; Huovinen 2010, hakupäivä 3.7.2012.)

Solunsalpaajat eli sytostaatit annetaan yleensä suoraan suoneen tai tabletteina. Sieltä ne pääsevät elimistöön ja tuhoavat syöpäsoluja. Solunsalpaajahoitoja voidaan antaa erilaisina yhdistelminä. Ongelmana niissä on, että ne tuhoavat myös kehon muita soluja. Tämän vuoksi sivuvaikutukset sytostaattihoidossa voivat olla vahvoja; pahoinvointia, oksentelua, väsymystä, hiustenlähtöä, limakalvojen ärtymistä jne. Sivuoireet tulevat yksilöllisesti ja riippuvat sytostaattiannosten koosta. Niiden kesto myös vaihtelee. Jos potilaalla on tarve saada solunsalpaajahoitoa, annetaan mahdollinen sädehoito vasta, kun solunsalpaajahoito on saatu loppuun. Poikkeuksena on CMF-hoito, jonka aikana potilasta voidaan myös sädetä. (Rintasyövän hoito 2008, hakupäivä 3.7.2012; Huovinen 2010, hakupäivä 3.7.2012.)

Jotkut rintasyöpätyypit kasvavat elimistön omien hormonien avulla, jolloin lääkityksenä käytetään usein hormonilääkitystä. Jos syöpäkasvaimessa on hormonivastaanottimia, aloitetaan potilaalle usein hoitojen jälkeen viideksi vuodeksi hormonilääkitys. Lääkitykseen vaikuttaa potilaan ikä; onko potilas jo ylittänyt vaihdevuosi-ikä. Tämän perusteella katsotaan, millainen hormonivalmiste on potilaalle hyvä. Oireina hoidolle onkin tyypilliset vaihdevuosivaivat kuten mm. hikoilu, kuumat aallot ja univaikeudet. Myös tämä hoitomuoto on yksilöllinen riippuen potilaasta ja syövästä. (Rintasyövän hoito 2008, hakupäivä 3.7.2012.)

Joskus potilas voi saada sytostaattihoitoa jo ennen leikkausta. Tätä kutsutaan neoadjuvantiksi lääkehoidoksi. Kasvainta ei voida leikata esim. sen kiinnittymisen takia, joten ennen leikkausta annettavan sytostaattihoidon avulla pyritään tuhoamaan syöpäsoluja. (Rintasyövän hoito 2008, hakupäivä 3.7.2012.)

2.4 Rintasyövän ennuste ja uusiutumiseriskit

Rintasyövän varhainen toteaminen antaa hyvän ennusteen sairaudelle. Ennusteeseen vaikuttaa mm. kainaloimusolmukkeet, kasvaimen koko, syövän kudostyyppi, kasvainkudoksen erikoistumisaste, hormonireseptorit, syöpäsolujen jakautumisnopeus, HER-2 (syöpägeeni) ja potilaan ikä. (Rintasyövän ennuste 2008, hakupäivä 5.7.2012; Heikkilä 2012, hakupäivä 5.7.2012.)

Uusiutumiseriski kasvaa aina silloin, kun kainalon imusolmukkeissa on syöpäkudosta ja varsinkin silloin, kun tätä kudosta on paljon. Myös itse kasvaimen koko vaikuttaa uusiutumiseen, sillä jos kasvain on yli 5 cm halkaisijaltaan, on uusiutumiseriski suurempi. Muuten uusiutumiserisktiin vaikuttavat samat seikat, kun rintasyövän ennusteeseenkin; riskiä pienentävät mm. suotuista kudostyyppi, in situ -kasvain, hyvä erilaistumisaste, hormonivastaanottimet syöpäsoluissa sekä syöpäsolujen hidas jakautumisnopeus. (Rintasyövän ennuste 2008, hakupäivä 5.7.2012; Heikkilä 2012, hakupäivä 5.7.2012.)

3 RINTASYÖPÄ POTILAAN OMAISEN KOKEMANA

Potilaan omainen on ihminen, joka on potilaalle läheinen. Potilas itse määrittelee läheisensä joko tunnesiteen, sukulaisuussuhteiden tai juridisten asioiden avulla. Onkin potilaan tehtävä kertoa hoitohenkilökunnalle, keitä hänen läheisensä ovat. (Åstedt-Kurki, Paavilainen & Pukuri 2007.)

Kun nainen sairastuu rintasyöpään, vaikuttaa se myös hänen omaisiinsa. Sairastunut potilas ja hänen omaisensa voivat tuntea henkistä hätää, etenkin sairauden alussa. Syöpään sairastuminen voi aiheuttaa kriisin potilaan lisäksi myös omaisille. He voivat miettiä, miten sairaus vaikuttaa heidän perheeseensä ja tulevaisuuteensa. Yhden perheenjäsenen jouduttua sairaalaan, koko perheen arki muuttuu. Jokainen perheenjäsen kokee tilanteen omalla tavallaan. Joskus sairaan potilaan kohtaaminen on vaikeaa omaiselle. Voi olla, että sairaus aiheuttaa pelkoa sairastuneen menettämisestä ja muuttumisesta niin paljon, että omainen alkaa vältellä sairastunutta. Omainen ei välttämättä keksi mitä puhua sairastuneen kanssa. (Salminen, Knifund, Vire, Poussa & Soinio 2003; Hopia, Rantanen, Mattila, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2004; Arhovaara, Rosenberg, Vertio & Karesluoto 2011, 5–20.)

Joskus rintasyöpällä voi olla myös perinnöllisiä taipumuksia. Vuonna 2003 Chalmers, Marles, Tataryn, Scott-Findlay ja Serfas tutkivat rintasyöpäpotilaiden naispuolisten omaisten tiedon ja tuen tarpeita. Heidän tutkimukseensa haastateltiin rintasyöpään sairastuneiden tyttäriä ja siskoja. Tuloksista kävi ilmi, että omaiset halusivat saada tietoa heidän omasta riskistään sairastua rintasyöpään, sen muista riskitekijöistä sekä tekijöistä, joilla he voisivat itse pienentää todennäköisyyttä sairastua rintasyöpään. He myös halusivat neuvoja, miten tutkia rintojaan itse. Tulokset kertoivat myös sen, että omaiset eivät mielestään saaneet tarpeeksi tietoa ja tukea hoitohenkilökunnalta. (Chalmers, Marles, Tataryn, Scott-Findlay & Serfas 2003.)

Rintasyöpäpotilaan omaisilla on suuri merkitys potilaan tukijana sairauden aikana. Tutkimusten mukaan rintasyöpään sairastuneen potilaan omaiset ovat paljon sairaalassa ja antavat potilaalle apua käytännön asioissa ja psyykkisessä jaksamisessa. He myös tukevat potilasta sosiaalisesti ja emotionaalisesti. Lisäksi omaiset antoivat voimia kestää raskaat hoidot sekä pitivät potilaan kiinni arjessa. Myös ystävien tuki koettiin tärkeäksi. Tutkimuksen mukaan ystävät kannustivat sairastunutta lähtemään ulos ja auttoivat häntä

saamaan ajatukset pois syövästä. (Duhamel & Dupuis 2004; Hopia ym. 2004; Muurinen 2009, 39–40.)

Rintasyöpäpotilaan puoliso voi olla potilaan tärkein tuki sairastumisen aikana. Jotta hän voi tukea potilasta, on hänen omakin jaksamisensa huomioitava. Jos perheessä puhutaan kaikista asioista avoimesti, auttaa se perheenjäseniä toistensa tukemisessa. (Salminen ym. 2003; Duhamel & Dupuis 2004; Arhovaara ym. 2011, 13.)

Rintasyöpään sairastumisella on vaikutuksia myös parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen. Potilaan minäkuva voi muuttua ja hän voi tuntea itsensä vähemmän naiseksi. Puoliso voi auttaa potilasta olemalla kärsivällinen ja ymmärtäväinen ja kertomalla hänelle, että hän on sairaudesta huolimatta rakastettu ja haluttava. Puolison suhtautuminen seksuaalisuuteen liittyviin ongelmiin vaikuttaa potilaan tilanteeseen sopeutumiseen ja itsetunnon palautumiseen. (Hautamäki-Lamminen, Åstedt-Kurki, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen 2010; Arhovaara ym. 2011, 14–15.)

4 HOITOHENKILÖKUNTA JA POTILAAN OMAISEN KOHTAAMINEN

Perhekeskeinen hoitotyö tarkoittaa sitä, että hoitaja pyrkii edistämään myös potilaan omaisten hyvää vointia. Hyvä perhekeskeinen hoitaminen sisältää omaisten tervehtimisen, avoimen kohtaamisen, tiedon ja ohjauksen antamisen sekä hoitoon osallistumisen tukemisen. Hoitajat tarjoutuvat tekemään yhteistyötä omaisten kanssa. Omaisille annetaan tiedollista ja emotionaalista tukea. Hoitohenkilökunnan on tärkeää osata tunnistaa erityistä tukea tarvitsevat läheiset ja tukea heidän sopeutumista sairauteen. Hoitohenkilökunnan huomioidessa hyvin omaisen, kokee hän itsensä tervetulleeksi katsomaan potilasta niin usein kuin haluaa. Hoitohenkilökunnan ystävällinen suhtautuminen omaisiin edistää myös omaisen ja hoitohenkilökunnan välistä vuorovaikutusta. (Salminen ym. 2003; Hopia ym. 2004; Potinkara 2004, 48; Åstedt-Kurki ym. 2007.)

Potinkaran tekemän tutkimuksen mukaan lääkäreistä potilaan omaisten kohtaaminen tuntuu vaikealta, kun taas sairaanhoitajat kokevat kohtaamisen omaisten kanssa luonnolliseksi. Myös omaiset kokevat sairaanhoitajan helpommin lähestyttävämmäksi kuin lääkärin. Hopian, Rantasen, Mattilan, Paavilaisen ja Åstedt-Kurjen tekemän tutkimuksen mukaan omaiset olivatkin eniten sairaanhoitajan kanssa tekemisissä. (Hopia ym. 2004; Potinkara 2004, 55.)

Omaisten ja hoitohenkilökunnan välinen vuorovaikutus toteutuu henkilökohtaisten tapaamisten ja puhelinkeskustelujen avulla. Henkilökohtaisesti omaiset tapaavat hoitohenkilökuntaa samalla, kun ovat potilasta katsomassa. Yleensä kohtaamispaikkana on potilaan huone tai osaston käytävä. Hopian ym. tutkimuksen mukaan omaiset pitivät näitä paikkoja sopivana keskustelulle, mutta osa toivoi myös rauhallisempaa paikkaa. Samasta tutkimuksesta selviää, että hoitohenkilökunnan kiire vaikeutti omaisten ja hoitohenkilökunnan välistä vuorovaikutusta. Kiire aiheuttaa sen, etteivät omaiset uskalla lähestyä hoitohenkilökuntaa. Muita vuorovaikutusta heikentäviä asioita ovat henkilökunnan vaihtuminen, epäystävällisyys, vaikea lähestyttävyys, haluttomuus yhteistyöhön sekä yhteistyön arvostamisen puute. Omaiset toivovat vuorovaikutustilanteiden olevan myönteisiä, avoimia ja rakentavia ja hoitohenkilökunnalta he odottavat empatiaa sekä kohteliasta ja asiallista käytöstä. Auran ym. tekemän tutkimuksen mukaan omaiset olivatkin tyytyväisiä hoitohenkilökunnalta saamaansa asialliseen ja ammattitaitoiseen tukeen, hoitoon ja apuun. Tutkimuksesta kävi myös ilmi, että he olivat saaneet erinomais-

ta kohtelua hoitohenkilökunnalta. (Hopia ym. 2004; Aura, Paavilainen, Asikainen, Heikkilä, Lipponen & Åstedt-Kurki 2010.)

4.1 Tiedollinen tuki

Rintasyöpään sairastunut ja hänen puolisonsa odottavat molemmat saavansa sairauteen liittyvät tiedot lääkäriltä. Epätietoisuus voi aiheuttaa omaisille ahdistusta, kun taas tieto poistaa epävarmuutta. Syövän yleisyydestä huolimatta ihmisillä on vain vähän tietoa siitä. Syöpään sairastumisen mielikuva merkitsee edelleen useille ihmisille pitkiä ja tuskallisia hoitoja sekä kuolemaa. Hoitohenkilökunta puolestaan on työnsä puolesta paljon syövän kanssa tekemisissä ja tietävät siitä ja sen kehittyneistä hoitomuodoista enemmän. Siksi voikin syntyä tilanne, jossa hoitohenkilökunnalta jää huomaamatta omaisten pelot. Joskus voi käydä myös niin, että omaisten hädän vuoksi hoitohenkilökunta ei kykene kohtaamaan heitä. Omaisat haluavat saada tietoa sairaudesta, potilaan sairauden tilasta, osastosiirroista, hoidosta (mm. lääkehoito) ja sen vaikutuksista sekä sivuvaikutuksista, sekä sairauden ennusteesta. Kaikki tieto kerrotaan rehellisesti ja realistisesti, toiveikkuutta unohtamatta. Omaisat odottavat, että annettu tieto on ymmärrettävää ja että heille selitetään lääketieteelliset käsitteet. Omaisat haluavat myös tietää, että potilas on saanut parasta mahdollista hoitoa. Hoitohenkilökunnan tehtävänä onkin antaa heille laadukasta tietoa. Tietoa omaisat haluavat saada sekä kirjallisena että suullisena. (Nikoletti, Kristjanson, Tataryn, McPhee & Burt 2003; Salminen ym. 2003; Soothill, Morris, Harman, Francis & McIlmurray 2003; Aura ym. 2010; Arhovaara ym. 2011, 8–9.)

Tutkimusten mukaan syöpäpotilaiden omaisat saivat hyvin tietoa hoitohenkilökunnalta sairaudesta, sen hoitomenetelmistä, hoitojen sivuvaikutuksista, hoidon tavoitteesta, potilaan hoitamisesta sekä potilaan tutkimuksista. Enemmän tietoa he olisivat halunneet sairauden ennusteesta, syövän aiheuttamista oireista ja niiden auttamiskeinoista. Omaisat olisivat halunneet hoitohenkilökunnalta oma-aloitteisuutta tiedon antamiseen sekä lisää tietoa siitä, miten he itse voisivat osallistua potilaan hoitoon ja kuinka heidän tulisi kommunikoida potilaan kanssa. Tutkimuksen mukaan aloitteentekijänä keskustelulle oli yleensä omainen itse. (Nikoletti ym. 2003; Hopia ym. 2004; Nevalainen 2006, 26; Aura ym. 2010.)

Rintasyövällä ja sen hoidolla on vaikutusta naisen seksuaalisuuteen. Kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluukin myös seksuaalisuuden huomioiminen. Potilaat toivovat, että hoitohenkilökunta tekee aloitteen puheeksi ottamisessa. Vuonna 2010 tehdyn tutkimuksen mukaan rintasyöpään sairastuneet naiset toivovat, että hoitohenkilökunta antaisi ohjausta heidän puolisoilleen seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Naiset haluavat puolisoiden ymmärtävän heidän tunteitaan paremmin. He toivovat ohjausta seksuaalisuuteen liittyvien ongelmien yleisyydestä, niiden kestosta ja ohimenevyydestä sekä siitä, millainen puolison suhtautuminen auttaa naisen tilanteeseen sopeutumista. (Hautamäki-Lamminen, Åstedt-Kurki, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen 2010; Väisälä 2009.)

Omaisiet toivovat tietoa potilaan hoitamiseen liittyvistä sosiaalipalveluista ja he myös pitävät todella tärkeänä niistä tukimuodoista kertomisen, joita järjestetään potilaan lisäksi myös omaisille. He kuitenkin kokevat, etteivät saa niistä tarpeeksi tietoa. Kirjallista ohjemateriaalia omaiset eivät pidä kovin tärkeänä. Nevalaisen tekemän tutkimuksen mukaan omaiset eivät saaneet tietoakaan niistä hyvin. (Nevalainen 2006, 25–27; Aura ym. 2010.)

4.2 Emotionaalinen tuki

Syöpään sairastuneen potilaan omaisten olisi hyvä saada keskustella ulkopuolisen syövästä ymmärtävän ihmisen kanssa tuntemuksistaan ja mahdollisista peloista. Omaiset toivovat hoitohenkilökunnalta huomioimista, tukemista, kuulemista, huolenpitoa, välittämistä, uskon vahvistamista ja keskustelemista. (Potinkara 2004, 72–74; Aura ym. 2010; Arhovaara ym. 2011, 13.)

Emotionaalista tukea hoitohenkilökunta voi antaa potilaan omaisille antamalla aikaa keskusteluun. Keskusteluista omaiset saavat toivoa. Omaiset toivovat myös, että hoitohenkilökunta hyväksyy heidät sekä osoittaa heille myötätuntoa ja näyttää, että välittää heistä. Auran ym. (2010) sekä Nevalaisen (2006) tekemien tutkimuksien mukaan omaisten mielestä kohtaaminen hoitohenkilökunnan kanssa on myönteistä, turvallista, kunnioittavaa sekä luottamuksellista, mutta he jäivät vielä kaipaamaan keskustelua tunteistaan, apua niiden ymmärtämiseen, tukea selviytymiseensä sekä mahdollisuutta keskustella sairauteen liittyvistä kokemuksista. Hopian ym. (2004) tekemästä tutkimuksesta selvisi, että omaisten ja hoitohenkilökunnan välisissä keskusteluissa käsiteltiin enim-

mäkseen potilaan senhetkistä tilaa ja omaisen vointi jäi käsittelemättä. Omaiset toivoisivat, että heidänkin hyvinvointinsa huomioitaisiin. Myös hoitohenkilökunnan rohkaisua omaiset kaipasivat. (Hopia ym. 2004; Nevalainen 2006, 29; Aura ym. 2010.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia rintasyöpää sairastavan potilaan omaisten tukemista. Tavoitteena oli, että tutkimustuloksia voitaisiin hyödyntää rintasyöpäpotilaiden kokonaisvaltaisen hoitotyön kehittämisessä.

Tutkimusongelmat:

1. Millä tavoin hoitohenkilökunta tukee rintasyöpäpotilaan omaisia?
2. Millaiset valmiudet hoitohenkilökunta kokee omaavansa rintasyöpäpotilaan omaisten tukemiseen?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta käytetään erityisesti sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä. Siinä keskeisiä asioita ovat aikaisempien tutkimuksien johtopäätökset, aikaisemmat teoriat, hypoteesien esittäminen ja se, että havaintoaineisto sopii numeeriseen mittaamiseen. Muita kvantitatiivisen tutkimuksen piirteitä ovat perusjoukon ja otoksen määrittely, tilastollisten menetelmien käyttö, objektiivisuus ja strukturoitu tutkimusasetelma. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään muuttujia, joita voivat olla selittävät eli riippumattomat muuttujat sekä selitettävät eli riippuvat muuttujat. Selittäviä muuttujia ovat esimerkiksi tutkimukseen osallistuvien taustatiedot, kuten sukupuoli, ikä ja ammatti. Selitettävät muuttujat kertovat tutkimukseen osallistuvien henkilöiden tunteuksia tiettyihin asioihin. Muuttujien välisten yhteyksien tarkastelu onkin yksi määrällisen tutkimuksen ominaispiirre. (Hirsjärvi ym. 1997, 136; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41–46.)

Määrällinen tutkimus antaa hyvin tietoa silloin, kun tutkimusongelmat kohdistuvat suuriin ihmisjoukkoihin. Se ei selitä ilmiöitä vaan sillä tutkitaan esiintyvyyttä, syyseuraussuhteita tai interventioden tehoa (esim. toimenpiteen vaikutusta yksilön terveydentilaan). (Aira & Seppä 2010, 805.)

Tässä tutkimuksessa tutkittiin rintasyöpäpotilaiden omaisten tukemista hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuksessa haluttiin kartoittaa, kuinka hoitohenkilökunta tukee rintasyöpäpotilaiden omaisia sekä minkälaiset valmiudet he kokevat omaavansa tukemiseen. Tutkimus toteutettiin määrällisen tutkimuksen keinoin, koska siihen haluttiin suuri vastaajamäärä.

Tutkimusprosessi aloitettiin keväällä 2012 aiheen valinnalla sekä aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin tutustumalla. Kesällä 2012 otettiin yhteyttä mahdollisiin yhteistyökumppaneihin ja alettiin työstään opinnäytetyön suunnitelmaa. Tutkimukseen osallistuvien sairaanhoitopiirien opiskelijakoordinaattorit ja tutkimukseen osallistuvien osastojen osastonhoitajat olivat hyvin mukana suunnitelman tekovaiheessa kommentoimalla sitä sekä antamalla siihen parannusehdotuksia. Kyselylomakkeet esitettiin syksyllä 2012 Länsi-Pohjan keskussairaalan syöpätautien poliklinikan henkilökunnalla. Esitestauksen palautteen mukaan kyselylomake oli ymmärrettävä ja helppoluokinen. Tämän jälkeen tehtiin viralliset tutkimuslupasopimukset yhteistyökump-

paneiden kanssa (LIITTEET 2-4). Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin marraskuussa 2012. Tutkimuksen aineisto kerättiin 17.12.2012 - 18.2.2013.

6.1 Tutkimuksen kohdejoukko

Perusjoukko kvantitatiivisessa tutkimuksessa tarkoittaa sitä väestöryhmää, johon kyseisestä tutkimuksesta saadut tulokset halutaan yleistää. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 79). Tutkimuksen aiheena oli rintasyöpäpotilaan omaisen tukeminen hoitohenkilökunnan näkökulmasta, joten perusjoukkona oli rintasyöpäpotilaita hoitava hoitohenkilökunta.

Kyselylomake vietiin Oulun yliopistollisen sairaalan, Länsi-Pohjan keskussairaalan sekä Lapin keskussairaalan hoitajille, jotka työskentelevät rintasyöpäpotilaiden parissa. OYS:sta tutkimuksen kohdejoukkoon kuului sädehoidon yksikkö (30 hoitajaa), kirurginen osasto 5 (34 hoitajaa), vuodeosasto 19 (26 hoitajaa) sekä syöpätautien ja hematologian poliklinikka (21 hoitajaa). LPKS:sta tutkimuksen kohdejoukkoon kuului syöpätautien ja infuusiopoliklinikka (4 hoitajaa) sekä kirurgian osasto 4B (20 hoitajaa). Lisäksi mukana oli vielä Lapin keskussairaalaan kirurginen osasto 4B (36 hoitajaa). Tutkimuksemme kohdejoukkoon kuului siis yhteensä 171 hoitajaa. Vastauksia saatiin yhteensä 111. Vastausprosentiksi tuli siis 65% ja katoprosentiksi 35%. Kato tarkoittaa poistumaa eli niiden määrää, jotka jättivät lomakkeen palauttamatta. Vastaamattomuus tuo tutkimuksen tuloksiin harhaa, koska henkilöt, jotka ovat jättäneet vastaamatta, ovat ominaisuuksiltaan erilaisia kuin he, jotka ovat kyselyyn vastanneet. (Heikkilä 2005, 31, 43.)

6.2 Tutkimusaineiston keruu

Kvantitatiivista tutkimusta voidaan tehdä monella eri tavalla; pitkittäis- tai poikittaistutkimuksena, prospektiivisena tai retrospektiivisena tutkimuksena, kausaalisenä, kartoitettavana tai kuvailevana tutkimuksena. Pitkittäistutkimuksessa aineistoa kerätään useamman kerran tutkimusilmiön pysyessä samana, poikittaistutkimuksessa puolestaan aineisto kerätään vain kerran. Prospektiivisen ja retrospektiivisen tutkimuksen erona on se, että ensin mainitussa tutkimusilmiötä tarkastellaan tulevaisuudessa pitkällä aikavälillä, kun taas jälkimmäisessä tutkitaan ilmiötä takautuvasti. Kausaalisen tutkimuksessa

tarkastellaan muuttujien välisiä suhteita. Tähän tutkimusmuotoon liittyvät kartoittava ja kuvaileva tutkimustapa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan käyttää myös kokeellista tai kvasikokeellista asetelmaa sekä interventiotutkimusta. Silloin tutkitaan jonkun ilmiön vaikutusta toiseen ilmiöön. (Kankkunen ym. 2009, 42–43.)

Tutkittaessa hoitohenkilökunnan antamaa tukea rintasyöpäpotilaan omaisille ja heidän omaamiaan valmiuksia siihen, tutkimuksessa käytettiin kartoittavaa tutkimustapaa. Aineisto kerättiin valmiiksi tulostetuilla kyselylomakkeilla (LIITE 1), jotka vietiin henkilökohtaisesti yksiköihin. Samalla kerrottiin kyselystä jokaisesta yksiköstä yhdelle tai useammalle hoitajalle, jotta kyselylomakkeet huomattaisiin. Yksiköiden osastonhoitajia pyydettiin tiedottamaan asiasta, jotta tietoisuus tutkimuksesta kasvaisi ja vastausprosentti saataisiin mahdollisimman suureksi, mikä taas palvelee tutkimustuloksien luotettavuutta. Kyselylomakkeet laitettiin vastaamisen jälkeen suljettuihin laatikoihin, jotka toimitettiin yksiköihin samaan aikaan lomakkeiden kanssa. Lomakkeet olivat kullakin osastolla noin kuukauden ajan, jonka jälkeen ne haettiin analysoitavaksi.

Kvantitatiivista tutkimusta tehdään kokonaistutkimuksena tai otantatutkimuksena. Kokonaistutkimuksessa kyselyyn vastaavat kaikki perusjoukon (tutkittava kohdejoukko) jäsenet ja se sopii käytettäväksi silloin, kun perusjoukko on pieni. Otantatutkimusta puolestaan käytetään silloin, kun perusjoukko on todella suuri tai tutkittavat tiedot halutaan saada nopeasti. Otos tarkoittaa perusjoukon pienoiskuvaa. Otantatutkimuksessa pitää huomioida, että valittu otos vastaa tutkittavilta ominaisuuksiltaan perusjoukkoa. (Heikkilä 2004, 33–34.) Tässä tutkimuksessa perusjoukko koostuu kaikista niistä hoitajista, jotka hoitavat rintasyöpää sairastavia Suomessa. Perusjoukko on siis suuri, joten tutkimus toteutettiin otantatutkimuksena.

Otantamenetelmiä on useita; yksinkertainen satunnaisotanta, systemaattinen otanta, ositettu otanta sekä ryväotanta. Yksinkertainen satunnaisotanta tarkoittaa sitä, että yksiköt valitaan esimerkiksi arpomalla. Näin jokaisella perusjoukon jäsenellä on mahdollisuus tulla valituksi tutkimukseen. Systemaattisessa otannassa otokseen valitaan yksiköitä tasaisin välein, esimerkiksi joka toinen perusjoukon jäsen. Ositetussa otannassa perusjoukko jaetaan ensin ryhmiin, esimerkiksi jonkin ominaisuutensa perusteella, sitten valitaan näistä ryhmistä yksiköitä otantaan huomioimalla samalla ryhmien suhteellinen koko perusjoukkoon nähden. Ryväotannassa jaetaan myös perusjoukko ensin ryhmiin jonkin ominaisuutensa perusteella, mutta toisin kuin ositetussa otannassa, ryväotan-

nassa valitaan otantaan satunnaisesti kokonaisia ryhmiä. Harkinnanvarainen otanta on ei- todennäköisyyteen perustuva otantamuoto, jossa yksiköiden valintaa ei tehdä tilastollisin menetelmin. Otosta, jota ei ole tehty otantamenetelmien mukaan, kutsutaan näytteeksi. (Nummenmaa 2009, 26–28; Kananen 2011, 65-69.) Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin kolmesta eri sairaanhoitopiiristä harkinnanvaraisesti, joten otos on näyte kaikista rintasyöpää hoitavista hoitohenkilökunnista Suomessa.

6.3 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimusaineiston analyysi perustuu aineiston kuvaamiseen ja tulkitsemiseen tilastojen ja numeroiden avulla, kun kyseessä on kvantitatiivinen tutkimus. Kaikki tulokset on saatava ensin, ennen kuin aineistoa voidaan alkaa analysoida. Tutkimustulosten analyysiin käytetään tietokoneohjelmia, koska laskeminen käsin on aikaa vievää. Yleisimmin käytetty tietokoneohjelma kvantitatiivisten tutkimusten analysointiin on SPSS-ohjelma. Analyysitavan valinta perustuu siihen millaisia tutkimusongelmat ovat. Tutkimus voi olla kuvaileva, selittävä, muuttujien välisiä yhteyksiä kuvaava tai ennustava. Analyysimenetelmät valitaan siis tutkimusongelmien pohjalta. (Nummenmaa 2009, 50; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 100–101.) Tässä tutkimuksessa käytettiin IBM SPSS Statistics 21 -ohjelmaa tulosten analysointiin. Aineisto syötettiin SPSS-ohjelmaan, jonka jälkeen tutkimustulokset havainnollistettiin havaintomatriiseina graafisesti.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa havaintoyksikkö tarkoittaa usein kyselyn vastaajaa. Muuttuja taas tarkoittaa ominaisuuksia, joita havaintoyksiköstä mitataan ja arvo tarkoittaa muuttujien luokkia (esim. 1-5, 1 = täysin eri mieltä, 5= täysin samaa mieltä jne.). Kaikki nämä kolme ovat aina tutkimuksen keskeisiä käsitteitä. Tutkimuksessa voidaan käyttää myös erilaisia mitta-asteikkoja, mikä myös omalta osaltaan vaikuttaa analyysimenetelmän valintaan. (Nummenmaa 2009, 50; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 100–101.) Tutkimuksessa käytettiin aineiston analyysiin mitta-asteikkoina nominaaliasteikkoa eli laatueroasteikkoa sekä ordinaaliasteikkoa eli järjestysasteikkoa.

Ristiintaulukoinnilla voidaan selvittää kahden muuttujan välistä yhteyttä. Siinä muuttujat asetetaan samaan taulukkoon, riippumaton muuttuja sarakkeelle ja riippuva muuttuja riville. Ristiintaulukointia voidaan tehdä SPSS-ohjelman avulla. (Heikkilä 2005, 210.)

Tässä tutkimuksessa ristiintaulukointia käytettiin vertaamaan taustamuuttujien vaikutuksia tutkimusongelmien vastauksiin.

Kyselylomakkeessa oli yksi avoin kysymys (kysymys 10), joka analysoitiin tekemällä kooste vastauksista. Kohdan vastauksissa oli samankaltaisuuksia, joten koosteen kirjoittaminen oli sopivin valinta analysointiin. Kohdan 10 vastaukset kirjoitettiin ylös niin, että samankaltaiset vastaukset luokiteltiin omaan ryhmäänsä. Tämän jälkeen niistä kirjoitettiin kooste, josta tulee esiin kohdan 10 sisältö.

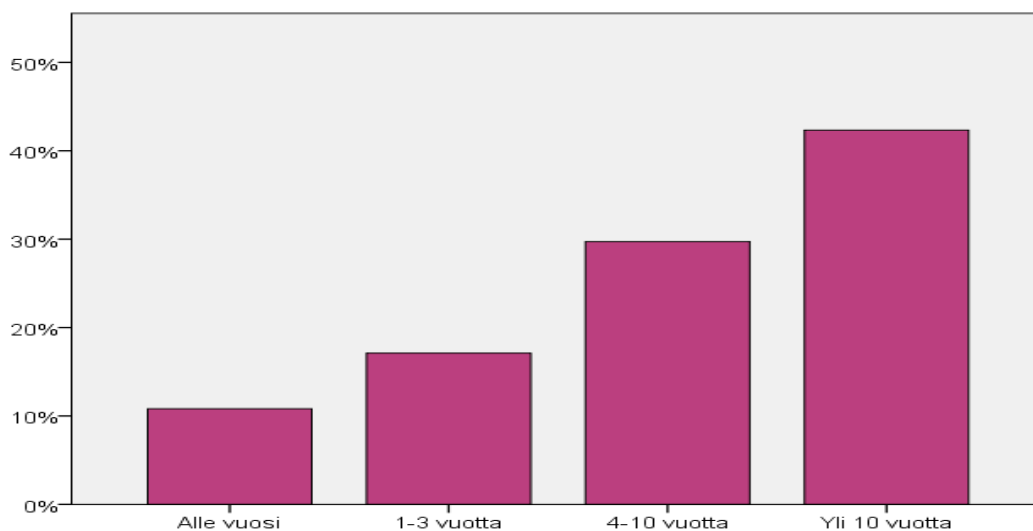
7 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksessa käytetty kyselylomake sisälsi 10 kysymystä, joista yksi oli avoin kysymys. Kysymykset 1-4 olivat taustakysymyksiä, joilla haluttiin selvittää kuinka kauan vastaaja on työskennellyt rintasyöpäpotilaiden parissa, mikä on vastaajan ammattinimike, kuinka usein vastaaja kohtaa rintasyöpäpotilaiden omaisia työssään sekä millaisessa työyksikössä vastaaja työskentelee. Kysymyksellä 5 (5.1-5.3) selvitettiin vastaajien näkemystä käytettävissä olevista resursseista, jotka voivat vaikuttaa rintasyöpäpotilaan omaisen kohtaamiseen. Kysymyksessä 6 (6.1-6.8) kartoitettiin kuinka usein rintasyöpäpotilaiden omaiset haluavat saada tietoa erilaisista rintasyöpään liittyvistä asioista. Kysymys 7 (7.1-7.6) puolestaan kartoitti, kuinka usein rintasyöpäpotilaiden omaiset haluavat saada erilaista emotionaalista tukea. Kysymyksellä 8 (8.1-8.8) haluttiin saada tietää, millaiset taidot vastaaja kokee omaavansa liittyen erilaisiin tietoihin rintasyövästä. Kysymyksellä 9 (9.1-9.6) haluttiin selvittää millaisena vastaaja näkee taitonsa antaa rintasyöpäpotilaan omaiselle erilaista emotionaalista tukea. Kysymys 10 oli avoin kysymys, johon vastaaja pystyi kirjoittamaan vapaamuotoisesti jotain, mikä hänen mielestään on myös tärkeää tutkimuksen kannalta.

Tutkimuksen tulokset on esitetty kysymysten 1-9 osalta pylväsdiagrammeina ja taulukoina. Tulokset esitetään prosentteina niin tekstissä kuin taulukoissa ja pylväsdiagrammeissakin.

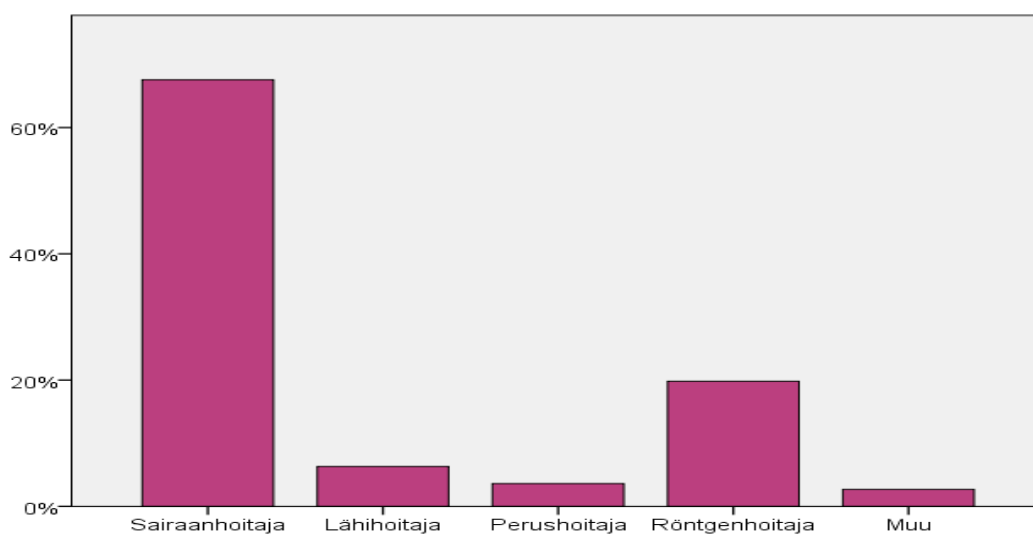
7.1 Taustamuuttujat

Tutkimukseen osallistuvissa osastoissa oli yhteensä 171 hoitajaa, joista kyselylomakkeeseen vastasi 111 hoitajaa. Vastausprosentiksi tuli 65 ja katoprocentiksi jäi 35. Taustamuuttujia olivat hoitajien työkokemus rintasyöpäpotilaiden parissa, ammattinimike, työskentely-yksikkö sekä hoitajien ja rintasyöpäpotilaiden omaisten tapaamistiheys.



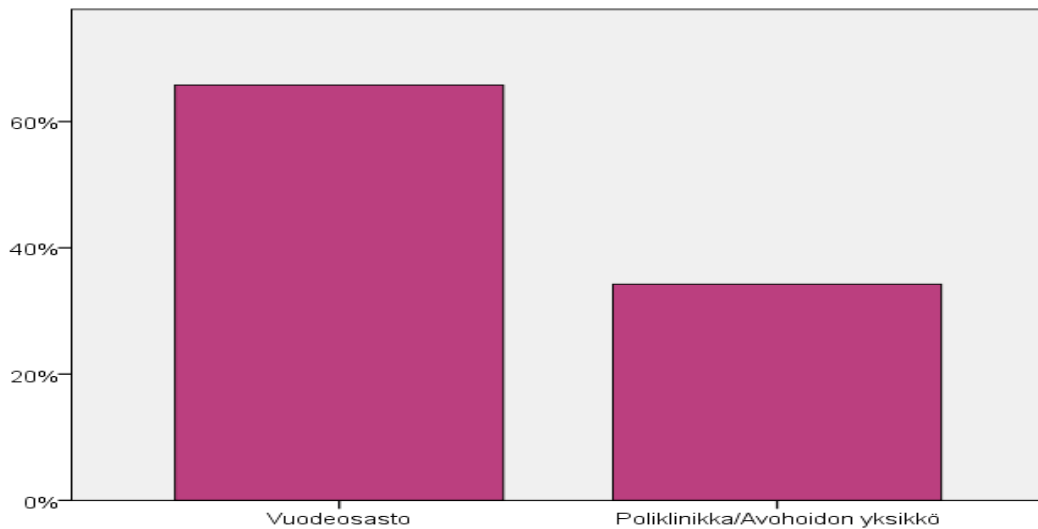
Kuvio 1. Vastaajien työkokemus rintasyöpäpotilaiden parissa.

Kyselyyn vastanneista hoitajista 42 % oli työskennellyt rintasyöpäpotilaiden parissa yli 10 vuotta. 30% vastaajista oli työskennellyt 4-10 vuotta, 17 % 1-3 vuotta ja 11 % alle vuoden. (Kuvio 1.)



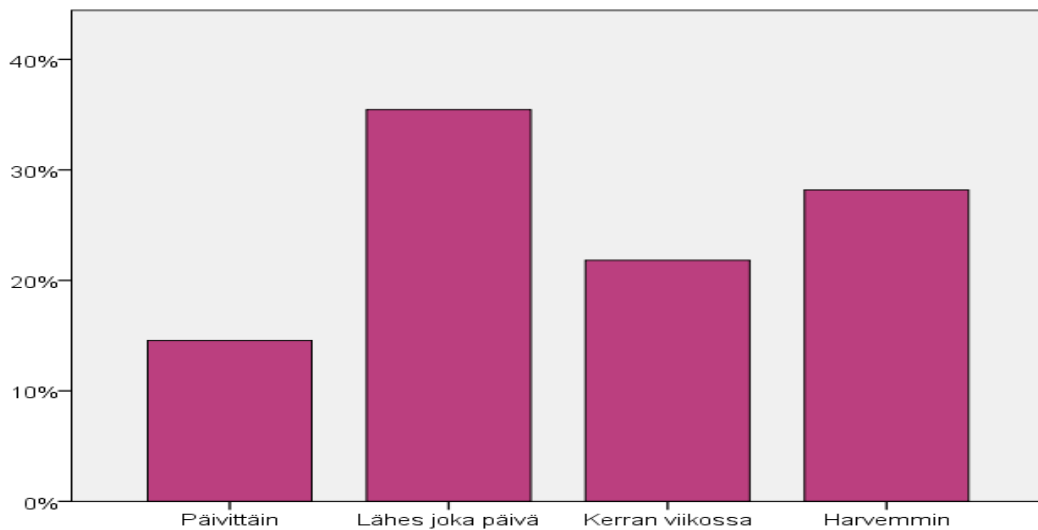
Kuvio 2. Vastaajien ammattinimike.

Vastaajista 68 % oli sairaanhoitajia, 20 % röntgenhoitajia, 6 % lähihoitajia, 4 % perushoitajia ja 3 % muuta henkilökuntaa (2 apulaisosastonhoitajaa ja 1 osastonhoitaja). (Kuvio 2.)



Kuvio 3. Vastaajien työskentely-yksikkö.

Tutkimukseen osallistuneista hoitajista 66 % työskenteli vuodeosastolla ja 34 % poliklinikalla tai avohoidon yksikössä. (Kuvio 3.)

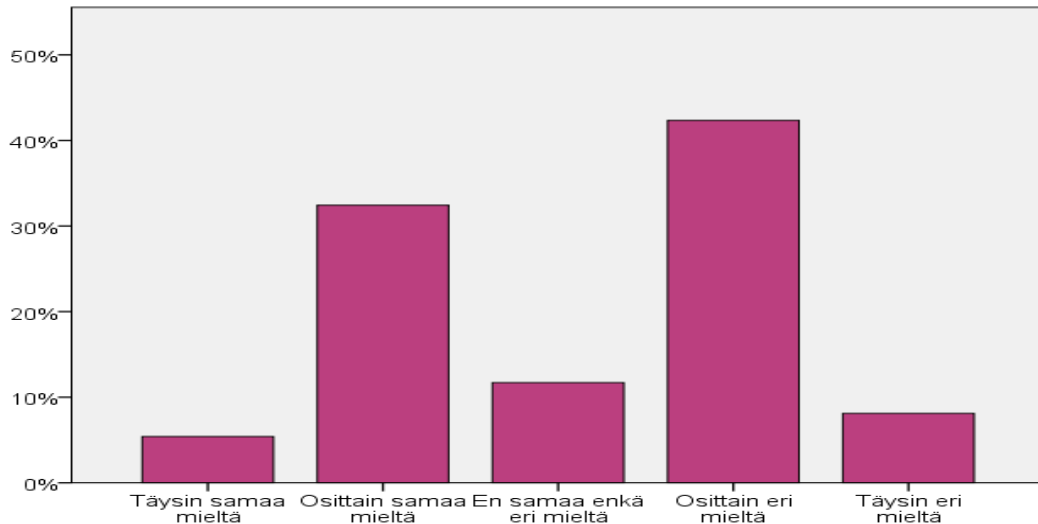


Kuvio 4. Vastaajien ja rintasyöpäpotilaiden omaisten tapaamistiheys.

Tutkimukseen osallistuneista hoitajista 35 % kohtasi työssään rintasyöpäpotilaiden omaisia lähes joka päivä. 28 % vastaajista kohtasi työssään rintasyöpäpotilaan omaisia harvemmin kuin kerran viikossa ja 22 % kerran viikossa. Päivittäin omaisia tapasi 14 % vastanneista hoitajista. 1 % jätti vastaamatta kysymykseen. (Kuvio 4.)

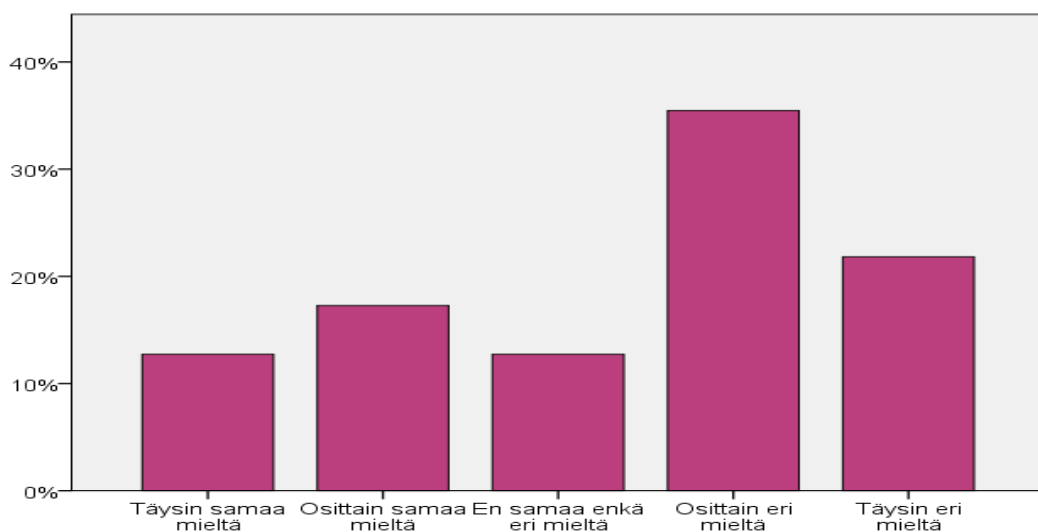
7.2 Hoitohenkilökunnan omaamat resurssit rintasyöpöpotilaan omaisen tukemiseen

Kysymys 5 käsitteli hoitohenkilökunnan omaamia resursseja ja se jaettiin ajan riittävyyteen, tilojen sopivuuteen ja peruskoulutuksen riittävyyteen. Tällä kysymyksellä haluttiin selvittää resurssien riittävyyttä ja sopivuutta rintasyöpöpotilaiden omaisten kohtaamiseen.



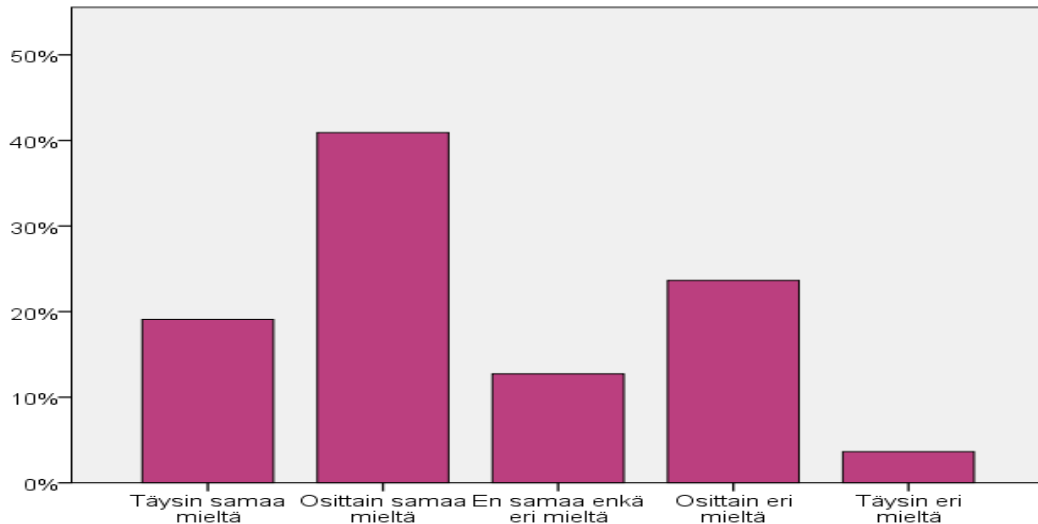
Kuvio 5. Vastaajien kokemukset ajan riittävyydestä.

Ensimmäisessä kohdassa käsiteltiin ajan riittävyyttä rintasyöpöpotilaan omaisen tukemiseen väittämällä ”Minulla on riittävästi aikaa käytettävissäni rintasyöpöpotilaan omaisen tukemiseen”. Vastaajista 42 % oli väittämän kanssa ”osittain eri mieltä” ja 32 % ”osittain samaa mieltä”. ”En samaa enkä eri mieltä” oli 12 % vastaajista, kun taas ”täysin eri mieltä” 8 % ja ”täysin samaa mieltä” 5 %. (Kuvio 5.)



Kuvio 6. Vastaajien kokemukset tilojen sopivuudesta.

Kyselylomakkeen kohdassa 5 oli myös väittämä ”Minulla on käytettävissä mielestäni hyvät tilat, joissa on mahdollista keskustella rintasyöpäpotilaan omaisen kanssa”. 35 % vastaajista oli ”osittain eri mieltä”, 22 % ”täysin eri mieltä” ja 17 % ”osittain samaa mieltä”. 13 % vastaajista oli väittämän kanssa ”täysin samaa mieltä” ja toiset 13 % ”ei samaa eikä eri mieltä”. 1 % jätti vastaamatta kysymykseen. (Kuvio 6.)



Kuvio 7. Vastaajien kokemukset peruskoulutuksen riittävydestä.

Tutkimuksen kyselylomakkeen kohdan 5 kolmas väittämä oli: ”Peruskoulutukseni on riittävä rintasyöpäpotilaan omaisen tukemiseen”. Kyseisestä väittämästä 41 % oli ”osittain samaa mieltä”. ”Osittain eri mieltä” väittämästä oli 23 % ja ”täysin samaa mieltä” 19 %. 13 % vastaajista oli ”ei samaa eikä eri mieltä” ja 4 % ”täysin eri mieltä”. 1 % jätti vastaamatta väittämään. (Kuvio 7.)

Tutkimuksessa resurssien ristiintaulukointi taustamuuttujien (kysymykset 1-4) kanssa näytti tietyiltä osin selittäviä tekijöitä. Taustamuuttujista ammattinimikettä ei voitu ristiintaulukoinnissa pitää luotettavana sen tiettyjen ammattiryhmien jäsenten vähäisen osallistumisprosentin vuoksi. Resursseista ajan riittävyttä rintasyöpäpotilaiden omaisten tukemiseen voitiin selittää taustamuuttujista työskentely-yksiköllä sekä potilaiden omaisten kohtaamisen määrällä. Selittävyksiä ei ristiintaulukoinnissa löytynyt taustamuuttujista työvuosien määrällä.

Taulukko 2. Ristiintaulukointi työyksikön merkityksestä kokemukseen ajan riittävyydestä rintasyöpäpotilaan omaisten tukemiseen.

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Vuodeosasto	7%	33%	12%	41%	7%
Poliklinikka/ Avohoidon yksikkö	3%	32%	11%	45%	11%

Vuodeosastolla työskentelevästä hoitohenkilökunnasta 40% kokee, että he ovat väittämän ”Minulla on riittävästi aikaa käytettävissäni rintasyöpäpotilaan omaisen tukemiseen” kanssa ”täysin samaa” tai ”samaa mieltä”. Poliklinikalla/avohoidon yksikössä työskentelevistä hoitajista tätä mieltä on 35%. ”Osittain eri mieltä” tai ”täysin eri mieltä” tästä väittämästä oli poliklinikalla/avohoidon yksiköllä työskentelevistä hoitajista 56%, kun taas vuodeosastolla työskentelevistä hoitajista tätä mieltä oli 48%. (Taulukko 2.)

Kuten em. myös rintasyöpäpotilaiden omaisten kohtaamisen määrällä oli merkitystä sille, kuinka koettiin ajan käytön riittävän omaisten tukemiseen. Tässä suhteessa ajankäytöstä väittämän ”Minulla on riittävästi aikaa käytettävissäni rintasyöpäpotilaan omaisen tukemiseen” kanssa ”täysin samaa mieltä” tai ”samaa mieltä” oli 32% hoitajista, jotka kohtaavat rintasyöpäpotilaan omaisia päivittäin, 29% hoitajista jotka kohtaavat rintasyöpäpotilaan omaisia lähes joka päivä, 46% hoitajista jotka kohtaavat rintasyöpäpotilaan omaisia kerran viikossa sekä 48% hoitajista jotka kohtaavat rintasyöpäpotilaan omaisia harvemmin kuin em. ajat. ”Osittain eri mieltä” tai ”täysin eri mieltä” väittämästä päivittäin rintasyöpäpotilaan omaisia kohtaavista hoitajista oli 69% ja harvemmin kuin kerran viikossa kohtaavista hoitajista 41%.

Taulukko 3. Ristiintaulukointi työyksikön merkityksestä kokemukseen tilojen sopivuudesta keskustella rintasyöpäpotilaiden omaisten kanssa.

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Vuodeosasto	6%	17%	17%	40%	21%
Poliklinikka/ Avohoidon yksikkö	26%	18%	5%	26%	24%

Väittämän ”Minulla on käytettävissä mielestäni hyvät tilat, joissa on mahdollista keskustella rintasyöpäpotilaan omaisen kanssa” vastausten ristiintaulukointi taustamuuttujien suhteen ei antanut selittävyksiä muilta osin kuin hoitohenkilökunnan työskentely-yksikön suhteen. Vuodeosastolla työskentelevistä ”täysin samaa mieltä” tai ”samaa mieltä” väittämän kanssa oli 23% hoitajista, kun taas poliklinikalla/avohoidon yksikössä työskentelevistä tätä mieltä oli 34%. ”Eri mieltä” tai ”täysin eri mieltä” väittämän kanssa vuodeosastolla työskentelevistä hoitajista oli 61% ja poliklinikalla/avohoidon yksikössä työskentelevistä 50%. (Taulukko 3.)

Resursseista kolmantena tarkasteltiin koulutuksen riittävyyttä rintasyöpäpotilaiden omaisten tukemiseen. Väittämän ”Peruskoulutukseni on riittävä rintasyöpäpotilaan omaisen tukemiseen” ristiintaulukoinnissa taustamuuttujien kanssa tuotti tuloksia hoitohenkilökunnan työvuosien määrä rintasyöpäpotilaiden parissa sekä työskentely-yksikkö.

Taulukko 4. Ristiintaulukointi työkokemuksen merkityksestä kokemukseen peruskoulutuksen riittävyydestä rintasyöpäpotilaan omaisen tukemiseen.

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Alle vuosi	8%	33%	17%	42%	0%
1-3 vuotta	0%	47%	21%	21%	11%
4-10 vuotta	15%	42%	12%	27%	3%
Yli 10 vuotta	33%	39%	9%	17%	2%

Rintasyöpäpotilaiden parissa alle vuoden työskennelleistä hoitajista väittämän ”peruskoulutukseni on riittävä rintasyöpäpotilaan omaisen tukemiseen” kanssa ”täysin samaa” tai ”samaa mieltä” oli 41%. Yli 10 vuotta työskennelleistä hoitajista tätä mieltä oli 72% ja 4-10 vuotta työskennelleistä 57%. (Taulukko 4.)

Työyksiköllä oli pieni merkitys peruskoulutuksen riittävyyteen ristiintaulukoinnissa, sillä ”peruskoulutukseni on riittävä rintasyöpäpotilaan omaisen tukemiseen”-väittämän ”täysin eri mieltä” ja ”eri mieltä” vastauksia vuodeosaston hoitohenkilökunnalta oli 32% ja poliklinikan/avohoidon yksikön hoitohenkilökunnalta 18% (0% ”täysin eri mieltä” -vastauksia). Täysin samaa tai samaa mieltä poliklinikan/avohoidon yksiköiden hoitajista väittämän kanssa oli 63% ja vuodeosaston hoitajista 58%.

7.3 Emotionaalisen ja tiedollisen tuen antamisen muodot

Kysymyksissä 6-7 kysyttiin hoitohenkilökunnan näkemyksiä siitä, millaista tukea rintasyöpäpotilaan omaiset haluavat. Näiden kysymysten avulla haluttiin saada selville yleisimmät emotionaalisen ja tiedollisen tukemisen muodot käytännön hoitotyössä. Emotionaalisen ja tiedollisen tuen antamisen vaihtoehdot perustuvat tieteelliseen teoriaan. Kysymysten 6-7 tuloksia ristiintaulukoitiin taustamuuttujien kanssa, jotta saataisiin selville mahdollisia selittäviä tekijöitä emotionaalisen ja tiedollisen tuen muotoihin.

Taulukko 5. Vastaajien antama emotionaalinen tuki rintasyöpäpotilaiden omaisille.

	Ei koskaan	Harvoin	Joskus	Melko usein	Usein
Keskusteleminen tunteista	15%	45%	29%	8%	3%
Keskusteleminen peloista	13%	45%	28%	13%	2%
Keskusteleminen sairauteen liittyvistä kokemuksista	8%	44%	32%	14%	3%
Huolenpidon ja välittämisen osoittaminen	12%	41%	29%	13%	5%
Rohkaiseminen	10%	34%	31%	19%	6%
Toivon antaminen	10%	27%	31%	21%	11%

Eniten ”harvoin” vastauksia oli kohdissa keskusteleminen tunteista (45%), keskusteleminen peloista (45%) ja keskusteleminen sairauteen liittyvistä kokemuksista (44%). ”Harvoin” vastauksia paljon sai myös kohta huolenpidon ja välittämisen osoittaminen (41%). Rohkaiseminen ja toivon antaminen saivat lähes saman verran ”harvoin” ja ”joskus” vastauksia. (Taulukko 5.)

Ristiintaulukoinnin avulla huomattiin, että työkokemus-jakaumalla oli merkitystä emotionaalisen tuen antamiseen. Kauemmin työtä rintasyöpäpotilaiden kanssa tehneet antoivat useammin omaiselle emotionaalista tukea. Muut taustamuuttajat eivät antaneet selittävyksiä emotionaalisen tuen antamiseen.

Taulukko 6. Ristiintaulukointi työkokemuksen merkityksestä tunteista keskustelemisen yleisyyteen.

	Ei koskaan	Harvoin	Joskus	Melko usein	Usein
Työvuodet					
Alle vuosi	17%	50%	33%	0%	0%
1-3 vuotta	28%	50%	17%	0%	6%
4-10 vuotta	12%	52%	30%	3%	3%
Yli 10 vuotta	13%	36%	32%	17%	2%

Emotionaalisen tuen muodoista mm. tunteista keskustelemisessä oli nähtävillä työkokemuksen merkitys. Yli 10 vuotta työskennelleiden mielestä 19% omaiset halusivat keskustella tunteistaan ”melko usein” tai ”usein”. 4-10 vuotta sekä 1-3 vuotta työskennelleistä hoitajista tätä mieltä oli 6%, kun taas alle vuoden työskennelleistä näin ei ajatellut kukaan (0%). Alle vuoden työskennelleistä vastasi ”ei koskaan” tai ”harvoin” 67%, kun taas 1-3 vuotta työskennelleistä tätä mieltä oli 78%. Tässä suhteessa työvuosien eli työkokemuksen tuoma emotionaalisen tuen antamisen kehitys ei toteutunut. Kuitenkin taas yli 10 vuotta työskennelleistä enää 49% oli tätä mieltä. (Taulukko 6.)

Taulukko 7. Ristiintaulukointi työkokemuksen merkityksestä omaisten rohkaisemisen yleisyyteen.

	Ei koskaan	Harvoin	Joskus	Melko usein	Usein
Työvuodet					
Alle vuosi	17%	42%	42%	0%	0%
1-3 vuotta	28%	44%	17%	6%	6%
4-10 vuotta	9%	36%	27%	24%	3%
Yli 10 vuotta	2%	26%	36%	26%	11%

Rintasyöpäpotilaiden kanssa yli 10 vuotta työskennelleistä 37% oli sitä mieltä, että rintasyöpäpotilaan omaiset haluavat rohkaisua ”usein” tai ”melko usein”. Samaa mieltä 4-10 vuotta työskennelleistä oli 27%, 1-3 vuotta työskennelleistä 12% ja alle vuoden työskennelleistä 0%. Työkokemuksen kasvaessa kasvaa omaisten rohkaisun määrä. Toisaalta taas alle vuoden työskennelleistä hoitajista 59% oli sitä mieltä, että omaiset ha-

luavat rohkaisua ”harvoin” tai ”ei koskaan”, kun taas tätä mieltä 1-3 vuotta työskennelleistä oli 72%. 4-10 vuotta työskennelleistä näin ajatteli 45% ja yli 10 vuotta työskennelleistä 28%. Tässä suhteessa omaisten rohkaisu tekee samankaltaisen poikkeuksen työkokemuksen vaikutuksessa emotionaalisen tuen kehittymiseen kuin tunteista keskustelmissa omaisten kanssa. (Taulukko 7.)

Taulukko 8. Vastaajien antama tiedollinen tuki rintasyöpöpotilaiden omaisille

	Ei koskaan	Harvoin	Joskus	Melko usein	Usein
Rintasyövän aiheuttamat oireet	9%	44%	35%	9%	3%
Rintasyövän hoitomenetelmät	2%	21%	34%	33%	11%
Hoitojen menetelmien mahdolliset sivuvaikutukset	3%	31%	26%	29%	11%
Hoidon tavoitteet	5%	36%	33%	23%	3%
Potilaalle tehdyt tutkimukset	5%	23%	32%	31%	10%
Rintasyövän perinnöllisyys	8%	45%	28%	16%	3%
Rintasyövän vaikutus seksuaalisuuteen	35%	49%	14%	2%	1%

Tiedollisen tuen osiosta eniten ”harvoin” vastauksia saivat rintasyövän aiheuttamat oireet (44%), hoitomenetelmien mahdolliset sivuvaikutukset (31%), hoidon tavoitteet (36%), rintasyövän perinnöllisyys (45%) ja rintasyövän vaikutus seksuaalisuuteen (49%). Rintasyövän ennusteesta ”harvoin” ja ”joskus” kohdat saivat yhtä paljon vastauksia (32%). Rintasyövän hoitomenetelmistä ”joskus” vastauksia oli 34% ja ”melko usein” vastauksia 33%. Potilaalle tehdyistä tutkimuksista ”joskus” vastauksia oli 32% ja ”melko usein” vastauksia 31%. Rintasyövän vaikutus seksuaaliseen - kohtaan 35% vastasi ”ei koskaan” ja 49 % vastaajista vastasivat ”harvoin”. (Taulukko 8.)

Taulukko 9. Ristiintaulukointi työkokemuksen merkityksestä rintasyövän oireista kertomisen yleisyyteen.

	Ei koskaan	Harvoin	Joskus	Melko usein	Usein
Alle vuosi	17%	50%	33%	0%	0%
1-3 vuotta	16%	58%	21%	0%	5%
4-10 vuotta	6%	36%	52%	3%	3%
Yli 10 vuotta	6%	43%	30%	19%	2%

Rintasyöpäpotilaiden omaisten saamaan tiedolliseen tukemiseen ei saatu ristiintaulukoinnin avulla selittäviä tekijöitä muiden taustamuuttujien (kysymykset 1-4) kuin hoitajien työkokemuksen mukaan. Rintasyöpäpotilaiden omaisten saama tiedollinen tuki rintasyövän aiheuttamista oireista jakaantui rintasyöpäpotilaiden parissa työskentelevien hoitajien työskentelyajan mukaan: 4-10 vuotta työskennelleistä hoitajista 6% ja yli 10 vuotta työskennelleistä 6% oli sitä mieltä, että rintasyöpäpotilaan omaiset eivät halua saada tietoa rintasyövän aiheuttamista oireista koskaan, kun taas 1-3 vuotta työskennelleistä hoitajista 16% ja alle vuoden työskennelleistä hoitajista 17% oli tätä mieltä. Yli 10 vuotta työskennelleistä hoitajista 21% oli sitä mieltä, että tietoa oireista halutaan saada ”melko usein” tai ”usein” ja 1-3 vuotta työskennelleistä hoitajista tätä mieltä oli 5%. Alle vuoden työkokemuksen omaavista hoitajista ei kukaan (0%) ollut tätä mieltä. Eroavaisuuksia tässä suhteessa oli nähtävissä myös 4-10 vuotta työskennelleiden ja yli 10 vuotta työskennelleiden välillä, sillä 4-10 vuotta työskennelleistä oli tätä mieltä 6%. (Taulukko 9.)

Taulukko 10. Ristiintaulukointi työkokemuksen merkityksestä rintasyövän ennusteesta kertomisen yleisyyteen.

	Ei koskaan	Harvoin	Joskus	Melko usein	Usein
Alle vuosi	17%	33%	17%	25%	8%
Työvuodet					
1-3 vuotta	11%	58%	21%	5%	5%
4-10 vuotta	3%	24%	36%	24%	12%
Yli 10 vuotta	0%	26%	36%	30%	9%

Samankaltaisia eroavaisuuksia oli nähtävissä myös työskentelyajan vaikutuksesta potilaan omaisten saamaan tietoon rintasyövän ennusteesta. Yli 10 vuotta työskennelleistä ei kukaan (0%) ollut sitä mieltä, että omaiset eivät halua tietoa ennusteesta koskaan, kun taas alle vuoden työskennelleistä tätä mieltä oli 17%. 1-3 vuotta työskennelleistä näin ajatteli 11% ja 4-10 vuotta työskennelleistä 3%. ”Ei koskaan” -vastauksessa oli nähtävissä selvä jakauma, kuinka työskentelyajan kasvaessa vastausten määrä kyseiseen kohtaan väheni. (Taulukko 10.)

Hoitomenetelmiä koskevassa tiedollisen tuen muodossa oli myös nähtävillä samankaltaisia eroavaisuuksia työvuosien vaikutuksesta omaisten haluamaan tuen muotoon. Kyseisessä kohdassa prosenttilukema ”ei koskaan” -vastauksessa pieneni työvuosien noustessa. Omaisten haluama tiedon määrä rintasyövän hoitomenetelmistä kasvoi työkokemuksen myötä.

7.4 Hoitohenkilökunnan valmiudet antaa tiedollista ja emotionaalista tukea

Kysymyksissä 8-9 haluttiin saada selville millaiset taidot ja osaamisen hoitohenkilökunta kokee omaavansa emotionaalisen ja tiedollisen tukemisen osalta.

Taulukko 11. Vastaajien kokemat taidot antaa emotionaalista tukea rintasyöpäpotilaiden omaisille.

	Erittäin hyvänä	Hyvänä	Melko hy- vänä	Melko heik- kona	Erittäin heikkona
Keskusteleminen tunteista	10%	41%	43%	5%	1%
Keskusteleminen peloista	7%	43%	43%	5%	3%
Keskusteleminen sairauteen liittyvistä kokemuksista	6%	44%	41%	9%	0%
Huolenpidon ja välittämisen osoittaminen	8%	54%	35%	4%	0%
Rohkaiseminen	6%	56%	35%	2%	1%
Toivon antaminen	7%	54%	35%	4%	1%

Lähes kaikki vastaajat valitsivat ”hyvänä”- tai ”melko hyvänä” - vastauksen kaikissa emotionaalisen tuen muodoissa. Eniten ”hyvänä”- vastauksia oli huolenpidon ja välittämisen osoittamisessa (54%), rohkaisemisessa (56%) sekä toivon antamisessa (54%). (Taulukko 11.)

Ristiintaulukoinnin avulla ei taustamuuttujien (kysymykset 1-4) ja emotionaalisen tukemisen osa-alueiden väliltä löytynyt selittävää muilta osin kuin hoitohenkilökunnan taidoista keskustella rintasyöpäpotilaan omaisten kanssa sairauden aiheuttamista kokemuksista. Taidot/osaaminen keskustella tunteista ja peloista, huolenpidon ja välittämisen osoittaminen, rohkaiseminen sekä toivon antaminen ei siis osoittanut selittäviä tekijöitä ristiintaulukoinnin avulla.

Taulukko 12. Ristiintaulukointi työkokemuksen merkityksestä vastaajien kokemaan taitoon keskustella omaisten kanssa sairauteen liittyvistä kokemuksista.

	Erittäin hyvänä	Hyvänä	Melko hyvänä	Melko heikkona
Työvuodet				
Alle vuosi	0%	33%	33%	33%
1-3 vuotta	0%	33%	50%	17%
4-10 vuotta	3%	33%	55%	9%
Yli 10 vuotta	13%	57%	30%	0%

Rintasyöpää sairastavien omaisten kanssa keskustelemisen sairauteen liittyvistä kokemuksista osasi mielestään ”erittäin hyvin” tai ”hyvin” alle vuoden sekä 1-3 vuotta rintasyöpäpotilaiden parissa työskennelleistä hoitajista 33%. Samaa mieltä 4-10 vuotta työskennelleistä hoitajista oli 36% ja yli 10 vuotta työskennelleistä hoitajista 70%. ”Melko heikkona” tätä taitoa piti alle vuoden työskennelleistä 33%, kun taas yli 10 vuotta työskennelleistä kukaan ei ollut (0%) omista taidoistaan sitä mieltä. (Taulukko 12.)

Taulukko 13. Vastaajien kokemat taidot antaa tiedollista tukea rintasyöpäpotilaiden omaisille.

	Erittäin hyvänä	Hyvänä	Melko hyvänä	Melko heikkona	Erittäin heikkona
Rintasyövän aiheuttamat oireet	9%	41%	35%	14%	2%
Rintasyövän ennuste	4%	18%	41%	33%	5%
Rintasyövän hoitomenetelmät	11%	40%	39%	8%	1%
Hoitomenetelmien mahdolliset sivuvaikutukset	17%	33%	33%	15%	2%
Hoidon tavoitteet	13%	40%	37%	8%	2%
Potilaalle tehdyt tutkimukset	12%	41%	36%	10%	1%
Rintasyövän perinnöllisyys	1%	9%	33%	48%	9%
Rintasyövän vaikutus seksuaalisuuteen	1%	21%	40%	30%	7%

Myös tiedollisen tukemisen aiheista lähes kaikki vastaajat pitivät taitojaan hyvänä tai melko hyvänä. Eniten ”hyvänä” vastauksia saivat rintasyövän aiheuttamat oireet (41%), rintasyövän hoitomenetelmät (40%), hoidon tavoitteet (40%) sekä potilaalle tehdyt tutkimukset (41%). Rintasyövän ennuste –kohta sai 41% ”melko hyvänä” vastauksia ja 33% ”melko heikkona” vastauksia. Hoitomenetelmien mahdolliset sivuvaikutukset keräsivät eniten vastauksia ”hyvänä” ja ”melko hyvänä”, molempiin vaihtoehtoihin vastasi 33% vastaajista. Rintasyövän perinnöllisyys sai eniten vastauksia ”melko heikkona”,

näin vastasi 48% vastaajista. Taidot keskustella rintasyövän vaikutuksesta seksuaalisuuteen kokivat melko hyvänä 40% ja melko heikkona 30% vastaajista. (Taulukko 13.)

Taulukko 14. Ristiintaulukointi työyksikön merkityksestä vastaajien kokemaan taitoon keskustella hoitomenetelmien mahdollisista sivuvaikutuksista.

		Erittäin hyvänä	Hyvänä	Melko hyvänä	Melko heikkona	Erittäin heikkona
	Vuodeosasto	3%	28%	43%	24%	3%
Työyksikkö	Poliklinikka/ Avohoidon yksikkö	45%	42%	13%	0%	0%

Tiedollisen tuen osa-alueiden ristiintaulukoimisella taustamuuttujien (kysymykset 1-4) kanssa osoittivat, että työyksiköllä sekä työkokemuksella on merkitystä omiin keskustelutaitoihin/-osaamiseen koskien tiedollisen tuen muotoja. Vuodeosastolla työskentelevistä 3% koki osaavansa keskustella rintasyövän hoitomenetelmien mahdollisesti aiheuttamista oireista ”erittäin hyvin”, kun taas poliklinikalla/avohoidon yksikössä tätä mieltä oli jopa 45%. ”Melko heikkona” tai ”erittäin heikkona” näitä taitoja piti 27% vuodeosastoilla työskentelevistä, kun taas poliklinikalla/avohoidon yksiköissä työskentelevistä ei kukaan (0%) ollut tätä mieltä. (Taulukko 14.)

Taulukko 15. Ristiintaulukointi työyksikön merkityksestä vastaajien kokemaan taitoon keskustella rintasyövän ennusteesta.

		Erittäin hyvänä	Hyvänä	Melko hyvänä	Melko heikkona	Erittäin heikkona
	Vuodeosasto	3%	10%	49%	35%	4%
Työyksikkö	Poliklinikka/Avohoidon yksikkö	5%	34%	26%	29%	5%

Työyksiköiden väliset erot näkyivät myös tiedollisessa tuessa hoitohenkilökunnan taitona/osaamisena kertoa rintasyöpäpotilaan omaisille rintasyövän ennusteesta. ”Erittäin hyvänä” tai ”hyvänä” näitä taitoja piti 39% poliklinikalla/avohoidon yksikössä työskentelevistä, kun taas vuodeosastolla työskentelevistä tätä mieltä oli 13%. (Taulukko 15.)

Ristiintaulukoinnissa samankaltaiset tulokset olivat nähtävillä myös hoitohenkilökunnan taidoissa kertoa rintasyövän oireista, hoitomenetelmistä, hoidon tavoitteista ja potilaalle tehdyistä tutkimuksista. Taidoista/osaamisesta kertoa rintasyövän perinnöllisyydestä sekä rintasyövän vaikutuksesta seksuaalisuuteen ei ollut nähtävissä merkittäviä eroja työyksiköiden välillä.

Taulukko 16. Ristiintaulukointi työkokemuksen merkityksestä vastaajien kokemaan taitoon keskustella rintasyövän hoidon tavoitteista.

	Erittäin hyvänä	Hyvänä	Melko hyvänä	Melko heikkona	Erittäin heikkona
Alle vuosi	8%	25%	42%	25%	0%
1-3 vuotta	6%	22%	56%	11%	6%
4-10 vuotta	9%	45%	39%	6%	0%
Yli 10 vuotta	19%	47%	28%	4%	2%

Rintasyöpäpotilaiden parissa työskentelevien hoitajien taito/osaaminen kertoa rintasyövän hoidon tavoitteista vaihteli hoitohenkilökunnan työkokemuksen mukaan. Yli 10 vuotta työskennelleistä 66% piti taitoaan kertoa hoidon tavoitteista ”hyvänä” tai ”erittäin hyvänä”. 4-10 vuotta työskennelleistä tätä mieltä puolestaan oli 54%, 1-3 vuotta työskennelleistä 28% sekä alle vuoden työskennelleistä 33%. ”Melko heikkona” tai ”erittäin heikkona” tätä taitoa alle vuoden työskennelleistä piti 25%, 1-3 vuotta työskennelleistä 17%, 4-10 vuotta työskennelleistä 6% ja yli 10 vuotta työskennelleistä 6%. (Taulukko 16.)

7.5 Avoimen kysymyksen tulokset

Kyselylomakkeessa oli yksi avoin kysymys, joka analysoitiin tekemällä kooste vastauksista. Kyselylomakkeen kohdassa 10 kysyttiin: ”Mitä muuta haluaisit sanoa?” Kysymykseen oli vastannut 30% tutkimukseen osallistuneista.

Avoimessa kohdassa nousi esiin hoitohenkilökunnan halu kuulla lisää omaisten mielipiteitä ja tuntemuksia. Vastausten mukaan omaiset itse ottavat oman tuen tarpeensa harvoin puheeksi. Vastauksissa kerrottiin myös omaisten haluttomuudesta/kyvyttömyydestä vastaanottaa tietoa akuuttitilanteessa, jolloin potilas on vasta saanut tiedon rintasyövästä. Akuuttitilanteessa tiedollisen tuen antaminen on hankalaa, sillä tietoa mm. hoidon

toteutuksesta ei vielä ole. Kun tukea akuutissa tilanteessa kuitenkin haetaan, on se yleensä tiedollista tukea. Vastauksista nousi esiin kommentti, jonka mukaan rintasyövän vaikutuksista seksuaalisuuteen ei ole olennaista kertoa, sillä rintasyöväällä ei ole vaikutuksia itse seksuaaliseen aktiin (vrt. eturauhassyöpä).

Avoimen kysymyksen vastauksissa oli korostettu ajan riittämättömyyttä antaa tukea omaisille. Kerrottiin, että aika itse potilaan tukemiseenkin on rajallista, joten omaisille sitä ei riitä. Osalla vastanneista oli myös omakohtaisia kokemuksia rintasyövästä. Tällaisissa tilanteissa oli huomattu omaisten huomioimisen vähäisyys. Koettiin myös, että työkokemus ja koulutukset tuovat varmuutta tuen antamiseen omaisille.

Noin viidesosa kohtaan vastanneista mainitsi, että potilaat ovat heidän työskentelyyksikössään lyhyen ajan, mikä vaikuttaa omaisten kohtaamisen vähäisyyteen. Kysymykseen vastanneista yli puolet kertoi, ettei omaisia tapaa usein. Tämä vastaus kuitenkin painotti kyselylomakkeen kohtaa 3. ("Kuinka usein kohtaat rintasyöpäpotilaan omaisia työssäsi?"), sillä he olivat vastanneet myös kyseiseen kohtaan vastaavalla tavalla.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tulokset analysoidaan numeraalisten keinojen lisäksi myös sanallisesti. Johtopäätöksissä tutkijan tulee hahmottaa ja esittää tulokset sekä niiden merkitys tutkimusongelmansa pohjalta. Tutkija kokoaa tulosten tärkeimmät ja olennaisimmat johtopäätökset ja pohtii niitä verraten samalla teoriaa sekä aiempia tutkimustuloksia. (Vilka 2007, 147.)

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli tutkia rintasyöpää sairastavan potilaan omaisten tukemista. Johtopäätökset tehtiin tutkimusongelmien mukaan. Tämän tutkimuksen tutkimusongelmat olivat: Millä tavoin hoitohenkilökunta tukee rintasyöpäpotilaiden omaisia? Millaiset valmiudet hoitohenkilökunta kokee omaavansa rintasyöpäpotilaan omaisten tukemiseen?

Johtopäätöksistä selviää, että hoitohenkilökunta antaa rintasyöpäpotilaan omaisille usein tietoa potilaalle tehdyistä tutkimuksista, hoitomenetelmistä ja niiden mahdollisista sivuvaikutuksista. Harvoin tietoa annetaan rintasyövän oireista, perinnöllisyydestä sekä rintasyövän vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Emotionaalisen tuen muodoista yleisimmin annettavia olivat rohkaiseminen ja toivon antaminen. Harvemmin annettavia muotoja olivat tunteista, peloista ja sairauteen liittyvistä kokemuksista keskusteleminen sekä huolenpidon ja välittämisen osoittaminen. Työkokemuksella huomattiin olevan vaikutusta sekä tiedollisen että emotionaalisen tuen antamisen muotoihin.

Noin puolet hoitohenkilökunnasta koki, ettei aika ja tilat ole riittävät rintasyöpäpotilaan omaisten tukemiseen. Suurin osa piti kuitenkin peruskoulutusta riittävänä. Tiedollisen tuen muodoista hoitohenkilökunta koki osaavansa antaa tietoa hyvin rintasyövän aiheuttamista oireista, hoitomenetelmistä sekä niiden mahdollisista sivuvaikutuksista, hoidon tavoitteista ja potilaalle tehdyistä tutkimuksista. Puolestaan heikompana pidettiin taitoa keskustella rintasyövän ennusteesta, perinnöllisyydestä ja sen vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Emotionaalista tukea hoitohenkilökunta koki osaavansa antaa hyvin. Vastaajien kokemiin taitoihin vaikutti tietyillä osa-alueilla heidän työkokemuksensa ja työskentely-yksikkönsä.

8.1 Hoitohenkilökunnan tavat tukea rintasyöpäpotilaiden omaisia

Ensimmäiseen tutkimusongelmaan etsittiin vastauksia kyselylomakkeen kysymyksillä 6-7. Kysymys 6 oli ”Kuinka usein rintasyöpäpotilaan omaiset haluavat saada tietoa seuraavista asioista?”. Tiedollinen tukeminen jaettiin rintasyövän aiheuttamiin oireisiin, ennusteeseen, hoitomenetelmiin, hoitomenetelmien mahdollisiin sivuvaikutuksiin, hoidon tavoitteisiin, potilaalle tehtyihin tutkimuksiin, perinnöllisyyteen sekä seksuaalisuuteen vaikuttamiseen. Kysymys 7 oli ”Kuinka usein rintasyöpäpotilaan omaiset haluavat saada tietoa seuraavanlaista emotionaalista tukea?”. Tämä kysymys jaettiin keskustelemaan tunteista, peloista ja sairauten liittyvistä kokemuksista, huolenpidon ja välittämisen osoittamiseen, rohkaisemiseen sekä toivon antamiseen. Oletuksena oli, että hoitohenkilökunta tukee rintasyöpäpotilaiden omaisia heidän haluamallaan tavalla.

8.1.1 Tiedollisen tuen antaminen

Tutkimuksen tulokset kertovat, että rintasyöpäpotilaan omaiset haluavat saada eniten tietoa potilaalle tehdyistä tutkimuksista, hoitomenetelmistä sekä niiden mahdollisista sivuvaikutuksista. Rintasyövän ennusteesta ja hoidon tavoitteista omaiset halusivat saada hoitohenkilökunnan mukaan melko usein tietoa. Nevalaisen (2006) tekemän Progradu tutkielman mukaan omaiset pitivät tärkeänä tietää hoitomenetelmistä sekä niihin liittyvistä sivuvaikutuksista, potilaalle tehdyistä tutkimuksista ja hoidon tavoitteista. Tieto auttaa heitä ymmärtämään tilannetta paremmin sekä lieventää pelkoja omaisen mielestä. Nevalaisen tutkimuksesta myös selviää, että omaiset saivat hyvin tietoa kaikista edellä mainituista asioista. Sairauden ennusteesta ja syövän aiheuttamista oireista omaiset olivat saaneet tietoa heikosti, vaikka pitivätkin tätä tietoa erittäin tärkeänä. Ennusteesta kertominen voi olla vaikeaa, koska kukaan ei voi tietää sitä tarkasti vaan siitä voi kertoa vain arvioita. (Nevalainen 2006, 43.) Myös Salmisen ym. (2003) tekemän tutkimuksen mukaan omaiset toivoivat enemmän tietoa sairauden ennusteesta. Ennusteen kertomisen vähyyteen voi vaikuttaa se, että yleensä siitä kertoo lääkäri. Tulee myös huomioida, että aina potilaat eivät edes halua heidän omaisilleen kerrottavan ennusteesta.

Tämän tutkimuksen mukaan rintasyövän perinnöllisyydestä ja sen aiheuttamista oireista ei annettu paljon tietoa. Chalmersin ym. (2003) tekemän tutkimuksen tulokset kertoivat myös, että omaiset eivät mielestään saaneet tarpeeksi tietoa ja tukea rintasyövän perinnöllisyydestä hoitohenkilökunnalta. Tämän tutkimuksen tulokset kertovatkin, että perinnöllisyydestä ei osata kertoa tarpeeksi hyvin.

Tiedollisen tuen muodoista vähiten tietoa omaiset haluavat saada rintasyövän vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Tämä voi johtua sen arkaluontoisuudesta. Seksuaalisuudesta voi olla hankala alkaa keskustelemaan niin hoitohenkilökunnan kuin omaistenkin. Päävastuu seksuaalisuuden puheeksi ottamisesta kuuluu kuitenkin hoitohenkilökunnalle. Hautamäki-Lammisen ym. (2010) tutkimuksen mukaankin seksuaalisuudesta ei anneta tietoa tarpeeksi. Sen mukaan rintasyöpää sairastavat naiset haluaisivat, että heidän puolisoilleen kerrottaisiin sairauden ja hoitojen aiheuttamista seksuaalisuuteen liittyvistä muutoksista ja muutosten kestosta. Hoitajia tulisi kannustaa ja mahdollisesti kouluttaa seksuaalisuuden puheeksiottoon potilaan puolison kanssa. Avoimen kysymyksen (10.) tuloksista käy ilmi, että kaikki hoitajat eivät pidä seksuaalisuutta tärkeänä tiedollisen tuen osana. Tämä saattaa kertoa puutteellisesta tiedon hallinnasta.

Ristiintaulukoinnin avulla voidaan päätellä, että tiedollisen tuen antamiseen vaikuttaa hoitajan työkokemus. Tulosten mukaan pidempään rintasyöpäpotilaiden kanssa työskennelleet antoivat enemmän tietoa omaisille rintasyöpään ja sen hoitoon liittyvistä asioista. Tiedollisen tuen muodoista rintasyövän oireista, ennusteesta ja hoitomenetelmistä antoivat eniten tietoa sellaiset hoitajat, jotka olivat työskennelleet rintasyöpäpotilaiden kanssa yli 10 vuotta. Voidaan siis olettaa, että tiedon määrä kasvaa työkokemuksen myötä, mutta tämän lisäksi myös taito antaa sitä omaisille kehittyy. Taustamuuttujista työskentely-yksiköllä ja hoitajan ja omaisen tapaamistiheydellä ei löytynyt selittäviä tekijöitä tiedollisen tuen antamiseen. Ammattinimikettä ei käytetty ristiintaulukoinnissa, sillä määrälliset erot eri ammattiryhmien jäsenten välillä olivat niin suuria, että vastaukset eivät olisi olleet luotettavia.

8.1.2 Emotionaalisen tuen antaminen

Tuloksista kävi ilmi, että hoitohenkilökunta antoi vain joskus tai harvoin suurimmasta osasta emotionaalisen tuen muotoja. Yli puolet vastaajista oli vastannut, että tunteista, peloista ja sairauteen liittyvistä kokemuksista keskustelemista tapahtui harvoin tai ei koskaan. Auran ym. (2010), Potinkaran (2004) sekä Nevalaisen (2006) tutkimukset tukevat tätä tulosta tunteista ja sairauteen liittyvistä kokemuksista keskustelemisen osalta. Auran ym. (2010) tutkimuksesta käy ilmi, että omaiset halusivat tietoa ja tukea erityisesti omien tunteidensa ymmärtämiseen. Nevalaisen (2006) tutkimuksen tulokset kertovat, että omaiset pitivät tärkeinä tunteista ja kokemuksista keskustelemista. Myös Hopinan ym. (2004) tutkimuksen mukaan omaiset toivoivat, että hoitohenkilökunta kyselisi heidän vointiaan ja antaisi heille mahdollisuuden keskustella tunteistaan. Tämän tutkimuksen avoimen kysymyksen tuloksissa puolestaan tuli ilmi, että hoitohenkilökunta toivoo omaisilta enemmän omien tunteiden ja mielipiteiden ilmaisua.

Tämän tutkimuksen mukaan myös huolenpidon ja välittämisen osoittaminen oli puolten vastaajista mielestä harvinaista. Omaisten rohkaisemista tapahtui hieman useammin ja toivon antamista puolestaan huomattavasti useammin. Koska vastausjakaumat kuitenkin jakautuivat kaikkien vaihtoehtojen välille (ei koskaan - usein), voidaan pohtia, miksi osan hoitohenkilökunnan mielestä omaiset tahtovat emotionaalisen tuen muotoja usein ja osan mielestä ei koskaan. Johtuuko tämä hoitajan persoonasta ja kyvystä olla empaattinen. Nevalaisen (2006) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta antoi omaisille hyvin toivoa ja välittämistä, mutta rohkaisua omaiset eivät olleet kokeneet saavansa yhtä hyvin. Tutkimusten tulokset eivät siis ole täysin yhtenäiset. Potinkaran (2004) akateemisen väitöskirjan mukaan omaisen rohkaisemista ja välittämistä voi olla lepäämään ja ulkoilemaan kehottaminen tai hänen ravitsemuksestaan huolehtiminen. Omaiset kokevat hoitohenkilökunnan huolenpidon tärkeäksi oman jaksamisensa kannalta. Soothillin ym. (2003) tutkimuksen tulokset tukevat tämän tutkimuksen tuloksia toivon antamisen kohdalla.

Ristiintaulukoinnin avulla huomattiin työkokemuksella olevan merkitystä myös emotionaalisen tuen antamiseen rintasyöpäpotilaiden omaisille. Kauemmin rintasyöpäpotilaiden kanssa työtä tehneet antoivat useammin omaiselle emotionaalista tukea. Työkokemuksen merkitys näkyi kaikissa emotionaalisen tuen muodoissa, mutta erityisesti sillä oli merkitystä tunteista keskustelemiseen ja omaisten rohkaisemiseen. Tämä johtunee

siitä, että pitkään työskennelleet hoitajat ovat kohdanneet työuransa aikana paljon omaisia ja ovat sitä myötä saaneet kokemusta erilaisista vuorovaikutussuhteista ja näin itsevarmuutta antaa emotionaalista tukea. Empatian osoittaminen ja emotionaalisen tuen antaminen voi olla lyhyen työkokemuksen omaavalla hoitajalla haastavaa.

8.2 Hoitohenkilökunnan kokemat valmiudet rintasyöpäpotilaan omaisen tukemisessa

Toiseen tutkimusongelmaan etsittiin vastauksia kysymyksillä 5, 8 ja 9. Kysymyksellä 5 haluttiin selvittää millaisena hoitohenkilökunta pitää resurssejaan, joilla on tutkimusten mukaan vaikutusta rintasyöpäpotilaan omaisen tukemiseen. Kysymyksessä resurssit jaettiin tiloihin, aikaan ja peruskoulutukseen. Kysymys 8 oli ”Millaisena koet taitosi/osaamisesi keskustella rintasyöpäpotilaan omaisen kanssa seuraavista tiedolliseen tukemiseen liittyvistä asioista?”. Kysymys jaoteltiin samoihin osa-alueisiin kuin kysymys 6. Kysymys 9 puolestaan oli ”Millaisena koet taitosi/osaamisesi antaa rintasyöpäpotilaan omaiselle seuraavanlaista emotionaalista tukea?”. Tämä kysymys jaoteltiin emotionaalisen tuen osa-alueisiin samoin kuin kysymys 7.

Kysymyksen 5 tuloksen mukaan puolet hoitohenkilökunnasta olivat sitä mieltä, ettei heillä ollut tarpeeksi aikaa eikä riittävän hyviä tiloja käytettävänä rintasyöpäpotilaan omaisten tukemiseen. Myös avoimen kysymyksen tuloksissa korostettiin ajan riittämättömyyttä. Nevalaisen (2006) tutkimuksen mukaan omaiset pitivät erittäin tärkeänä sitä, että hoitohenkilökunnalla oli tarpeeksi aikaa keskusteluun. Omaisten mielestä hoitohenkilökunnalla myös oli riittävästi aikaa keskustella heidän kanssaan. Åstedt-Kurki ym. (2007) kirjoittavat artikkelissaan, että ajanpuutetta pidetään usein syynä sille, ettei hoitohenkilökunnalla ole aikaa kohdata omaisia. Omaisten huomioimisella voidaan kuitenkin säästää aikaa myöhemmin. Hopian ym. (2004) tutkimuksessa tutkittiin omaisten ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutukseen vaikuttavia asioita. Siinä omaiset olivat vastanneet, että vuorovaikutusta vaikeutti eniten hoitajien kiire. Suurin osa omaisista oli sitä mieltä, ettei keskustelupaikan sijainti vaikeuttanut vuorovaikutuksen tapahtumista, mutta pieni osa toivoi rauhallista keskustelupaikkaa. (Hopia ym. 2004.) Pohdittiin, että hoitajan tulisi osata olla näyttämättä kiirettään, jotta omaiset uskaltaisivat hakea tukea. Myös Potinkaran tekemästä tutkimuksesta ilmenee, että joskus omaiset haluavat keskustella muuallakin kuin potilaan sängyn vierellä. Omaisille tulisikin ehdottaa sopivampaa

paikkaa keskustelulle. Osastoilla voitaisiin miettiä järjestelyjä, joiden avulla saataisiin rauhallinen ympäristö keskustella.

Resursseja ristiintaulukoimalla taustamuuttujiin huomattiin, että työyksiköllä oli merkitystä ajan riittävyyteen ja tilojen sopivuuteen. Vuodeosastolla työskentelevillä oli enemmän aikaa rintasyöpäpotilaan omaisen tukemiseen kuin poliklinikalla tai avohoidon yksiköllä työskentelevillä. Poliklinikan/avohoidon yksiköissä työskentelevät puolestaan kokivat tilansa sopivammaksi kuin vuodeosastoilla työskentelevät. Poliklinikoilla/avohoidon yksiköissä hoitajan ja omaisen kohtaaminen tapahtuu useimmiten tilanteissa, joissa on heidän lisäksi vain itse potilas. Vuodeosastoilla puolestaan kohtaaminen voi tapahtua potilashuoneessa (jossa voi olla myös muita potilaita), kansliassa tai käytävällä.

Hoitajien ja omaisten tapaamistiheydellä löydettiin yllättävä merkitys ajan riittävyyteen; hoitajat, jotka tapasivat rintasyöpäpotilaiden omaisia harvemmin, kokivat ajan riittävän paremmin kuin ne hoitajat, jotka tapasivat omaisia päivittäin. Voidaan pohtia, johtuuko tämä siitä, että päivittäin rintasyöpäpotilaan omaisia tapaavat hoitajat kokevat omaisten tuen tarpeen olevan suurempi kuin taas niiden hoitajien mielestä, jotka tapaavat potilaita harvemmin. Tämä tarkoittaisi siis sitä, että tiheämmin omaisia tapaavat hoitajat hahmottavat paremmin, kuinka suuri tuen tarve rintasyöpäpotilaan omaisilla on.

Peruskoulutustansa suurin osa vastaajista piti puolestaan riittävänä. Peruskoulutuksen riittävyyteen löytyi selittävä tekijä työkokemuksesta. Yli 10 vuotta työskennelleet olivat tyytyväisempi koulutukseensa kuin vähemmän aikaa työskennelleet. Tarkoittaako tämä sitä, että koulutus oli ennen parempaa vai sitä, että koulutus sisäistetään paremmin työkokemuksen myötä. Mahdollista on myös, että vähemmän työkokemusta omaavat hoitajat kokevat itsensä vielä epävarmoiksi. Ristiintaulukoinnilla selvisi myös, että poliklinikalla/avohoidon yksiköissä työskentelevät hoitajat kokevat peruskoulutuksensa riittävämmäksi omaisten tukemiseen kuin vuodeosastojen hoitajat. Peruskoulutus ylipäänsä voisi sisältää enemmän omaisnäkökulmaa.

8.2.1 Valmiudet antaa tiedollista tukea

Tuloksista kävi ilmi, että hieman yli puolet vastaajista koki taitonsa/osaamisensa keskustella rintasyöpäpotilaan omaisen kanssa erittäin hyväksi tai hyväksi seuraavista asioista; rintasyövän aiheuttamat oireet, hoitomenetelmät ja niiden mahdolliset sivuvaikutukset, hoidon tavoitteet ja potilaalle tehty tutkimukset. Selvästi heikompana pidettiin taitoa/osaamista keskustella rintasyövän perinnöllisyydestä. Rintasyövän ennuste ja rintasyövän vaikutus seksuaalisuuteen olivat myös hieman heikommin osattuja keskustelun aiheita. Nämä osa-alueet voivat olla arkaluontoista puhuttavaa, millä voi olla vaikutus tutkimustuloksiin. Näitä heikompina pidettyjä osa-alueita tulisi kehittää. Hoitohenkilökunnan tulisi saada lisää koulutusta tietouteen rintasyövän perinnöllisyydestä, sen vaikutuksesta seksuaalisuuteen ja rintasyövän ennusteesta.

Ristiintaulukoinnin avulla nähtiin yhteyksiä työyksikön ja työkokemuksen vaikutuksesta vastaajien valmiuksiin antaa tiedollista tukea. Poliklinikalla tai avohoidon yksikössä työskentelevät kokivat taitonsa antaa rintasyöpäpotilaan omaiselle tiedollista tukea paremmaksi kuin vuodeosastolla työskentelevät. Tiedollisen tuen muodoista erityisesti kertomisen hoitomenetelmien mahdollisista sivuvaikutuksista ja rintasyövän ennusteesta poliklinikoilla/avohoidon yksiköissä työskentelevät kokivat hallitsevansa paremmin. Tätä selittänee se, että poliklinikoilla/avohoidon yksiköissä käsitellään usein enemmän rintasyövän tiedollisia asioita kuin osastoilla. Osastoilla työ painottuu muillekin osa-alueille kuin pelkästään itse sairauden hoitoon (potilaan perustarpeista vastaaminen). Myös Auran ym. (2010) tekemästä tutkimuksesta käy ilmi, että avoterveydenhuollossa annetaan enemmän tiedollista tukea.

Työvuosien vaikutuksesta hoitohenkilökunnan antamaan tiedollisen tuen antamisen taitoihin/osaamiseen voidaan nähdä, että työkokemus lisää tiedollisen tuen antamisen taitoa. Taito kertoa rintasyövän oireista, ennusteesta, hoitomenetelmistä sekä niiden sivuvaikutuksista, hoidon tavoitteista ja tehdyistä tutkimuksista kasvaa työkokemuksen myötä. Onkin luonnollista, että hoitajien tiedon määrä ja taita antaa tiedollista tukea kasvaa työkokemuksen myötä. Taito/osaaminen kertoa rintasyövän perinnöllisyydestä tai vaikutuksesta seksuaalisuuteen ei ristiintaulukoinnin mukaan kehity työvuosien myötä. Seksuaalisuuden kohdalla voidaan jälleen kerran pohtia johtuuko tämä siitä, että aihe on arkaluontoinen vai siitä, että tietoisuus rintasyövän vaikutuksesta seksuaalisuu-

teen ei ole riittävä. Perinnöllisyydestä puhuminen omaisten kanssa voi myös olla arka-luontoinen aihe silloin, kun omaiset ovat potilaan lapsia (tai lastenlapsia jne.).

8.2.2 Valmiudet antaa emotionaalista tukea

Emotionaalisen tuen osalta tulokset kertoivat, että hoitohenkilökunta koki osaavansa antaa hyvin tai melko hyvin kaikkia tuen muotoja. Mikään emotionaalisen tuen osa-alueista ei korostunut vaan vastausprosentit jakautuvat tasaisesti.

Ristiintaulukoimalla taustamuuttujia emotionaalisen tuen valmiuksiin, ei löydetty selittävää tekijää muuhun kuin taitoon keskustella sairauteen liittyvistä kokemuksista. Tuloksista näkyi selvästi, että kauemmin rintasyöpäpotilaita hoitaneet kokivat paremmiksi taitonsa keskustella omaisten kanssa sairauteen liittyvistä kokemuksista. Avoimen kysymyksen tulokset korostavat myös työkokemuksen merkitystä tuen antamiseen. Työkokemus antaa rohkeutta rintasyöpäpotilaan omaisten kohtaamiseen.

Emotionaalisen tuen kohdalla voidaan pohtia sitä, miksi hoitohenkilökunta kokee valmiudet antaa emotionaalista tukea suurimmalta osin hyväksi tai melko hyväksi, mutta tuloksista tulee kuitenkin esiin, että emotionaalista tukea annetaan suurimmilta osin vain joskus tai harvoin. Vaikuttaako tähän tukea tarvitsevien omaisten vaikea tunnistaminen. Emotionaalisen tuen antamiseen voi vaikuttaa sen haasteellisuus, sillä omainen on usein hoitajalle vieras ihminen, jolloin empatian osoittaminen voi olla vaikeaa.

9 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkijan tulee arvioida tutkimuksen luotettavuutta käytettävissä olevien tietojen avulla. Tutkimuksen luotettavuutta alentavia virheitä voi sattua jokaisessa tutkimuksen vaiheessa. Tutkimuksen luotettavuutta voi alentaa aineistoa hankittaessa käsittelyvirheet, mittausvirheet, peitto- ja katovirheet sekä otantavirheet. Mittaus- ja käsittelyvirhettä voi tulla silloin, kun mittausväline on epätarkka, mittaukseen vaikuttaa häiriötekijä, mitattavat käsitteet ovat hankalia tai mittausmenetelmä tai mittari on heikko. Peittovirhettä voi syntyä, jos tutkittavan perusjoukon määrä ei ole ajan tasalla ja kadosta aiheutuu vääristymää tuloksiin. Luotettavuutta nostaa edustava ja suuri otosjoukko sekä korkea vastausprosentti. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden edellytyksenä on se, että tutkimus on tehty tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisesti. (Heikkilä 2005, 185-188.)

Tutkimuksen mittarin luotettavuutta voidaan arvioida validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetti voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Sisäinen validiteetti tarkoittaa sitä, onko tutkimuksessa mitattu oikeaa asiaa, eli sitä, mitä sillä oli tarkoituskin mitata. Sisäistä validiteettia voidaan tutkia tarkastamalla onko teoreettiset käsitteet pystytyt operationalisoimaan luotettavasti. Sisäistä validiteettia tulee tarkastella jo etukäteen. Ulkoisessa validiteetissa puolestaan tarkastellaan sitä, voiko tulokset yleistää ulkopuoliseen perusjoukkoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152-153.)

Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten tarkkuutta, pysyvyyttä ja luotettavuutta. Sitä voidaan tarkistaa käyttämällä samaa mittaria eri aineistoissa. Jos tulokset ovat samankaltaisia, voi mittaria pitää reliaabelina. Tutkimuksen tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia, jota ne ovat silloin, jos otoskoko on liian pieni. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että valittu otos edustaa koko perusjoukkoa, johon tulokset halutaan yleistää. Yksi mahdollinen reliabiliteettia alentava tekijä on muistivirhe tai valehtelu. Valehtelu voi olla asioiden kaunistelua tai toivottavaa suhtautumista asiaan. (Heikkilä 2005, 186; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 30, 152-153.)

Mittarin luotettavuutta voidaan esitellä ennen varsinaista tutkimusta pienellä vastaajajoukolla, joka vastaa perusjoukkoa. Tämä vaihe on tärkeää erityisesti uutta mittaria käytettäessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 154)

Tämän tutkimuksen mittari eli kyselylomake on laadittu juuri tätä tutkimusta varten, joten mittausväline on tarkka. Kyselylomake esitettiin Länsi-Pohjan keskussairaalan syöpätautienpoliklinikan hoitajilla, joilta haluttiin saada palautetta lomakkeen selkeydestä ja ymmärrettävyydestä. Esitustukseen osallistuneiden hoitajien mukaan kyselylomake oli ymmärrettävä ja selkeä. Kyselylomakkeesta haluttiin tehdä selkeä ja lyhyt, jotta aktiivisuus vastaamiseen olisi mahdollisimman suurta. Tutkimukseen osallistuvien hoitajien määrä tarkistettiin osastonhoitajilta, jotka antoivat tarkat hoitajamäärät. Tutkimukseen vastasi 177 hoitajasta 111 hoitajaa. Tämän tutkimuksen vastausprosentti on 65. Katoprosentiksi jäi 35, joten se heikentää hieman tutkimuksen luotettavuutta.

Tässä tutkimuksessa käytetyn mittarin kysymykset on pyritty laatimaan siten, että ne vastaavat tutkimusongelmiin. Kysymykset on laadittu aiemmin tehtyjen tutkimusten tulosten sekä muun teorian tiedon perusteella. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys on laaja ja lähteitä on käytetty monipuolisesti. Omaisten saaman tuen mittarina käytettiin kysymyksiä 6-7. Kysymyksillä haluttiin saada vastauksia siihen, kuinka hoitohenkilökunta tukee rintasyöpäpotilaan omaisia. Tätä selvitettiin kysymällä, kuinka hoitohenkilökunta tukee omaisia. Aiemman tutkimuksen mukaan (Hopia ym. 2004) aloite keskusteluun hoitohenkilökunnan ja omaisen välillä tulee omaiselta itseltään. Tämän mukaan hoitohenkilökunta antaa omaisille sitä tukea ja tietoa mitä he pyytävät, joten mittaria voitaisiin pitää luotettavana. Lisäksi Åstedt-Kurki ym. (2007) pohtivat artikkelissaan, että hoitohenkilökunta kokee antavansa enemmän tukea suhteessa siihen kuinka paljon omaiset kokevat sitä saavansa. Myös tämä vahvistaa mittarin luotettavuutta.

Kyselylomakkeet ja valmiit suljetut laatikot, johon vastaukset voi laittaa, vietiin kaikkiin osallistuviin yksiköihin henkilökohtaisesti. Samalla kerrottiin osastonhoitajille tutkimuksen tarkoituksesta ja pyydettiin heitä motivoimaan henkilökuntaa vastaamaan kyselyihin. Kyselylomakkeet olivat yksiköissä noin kuukauden ajan, joten kaikilla oli tarpeeksi aikaa vastata siihen.

Huomioitava näkökulma tutkimustulosten luotettavuuden pohdinnassa on sekä potilaiden, heidän omaistensa ja hoitohenkilökunnan omat henkilökohtaiset asenteet sekä eettiset näkemykset. Tulee ottaa huomioon, että potilaan oma tahto on etusijalla, eikä hän välttämättä halua, että hänen asioitaan puhutaan omaisille. Tämä vaikuttaa siihen, millaiset mahdollisuudet hoitohenkilökunnalla on tukea potilaan omaista. Myös omaisten kynnys vastaanottaa ja toivoa emotionaalista tukea voi olla suuri. Toisaalta taas hoitajan

oma eettinen näkemys vaikuttaa siihen, kuinka kyselylomakkeeseen vastattiin. Nämä eettiset asiat tulee huomioida tutkimustulosten luotettavuuden mittaamisessa.

10 EETTISET NÄKÖKOHDAT

Eettisyyden huomioiminen jokaisessa vaiheessa tutkimusta on yksi tieteellisen tutkimuksen onnistumisen pääperiaatteista. Eettinen toiminta perustuu siihen, että tutkija on aidosti kiinnostunut saamaan uutta tietoa, hankkii rehellisin keinoin luotettavaa tietoa, kehittää tutkimusta toiminnallaan, kunnioittaa ihmisarvoa eikä käytä vilpillisiä keinoja. Lisäksi tutkimuksen lähteet on merkittävä asiaan kuuluvalla tavalla, jotta tiedetään, mistä tieto on peräisin. Suomessa tehdyn kansainvälisesti hyväksytyyn tutkimusetiikan ohjeistuksen Helsingin julistuksen (1964) avulla on sitouduttu turvaamaan tutkimuksen eettisyyttä. Helsingin julistus koskee lääketiedettä, mutta on myös sovellettavissa hoitotieteen etiikkaan. American Nurses Association (ANA) on julkaissut hoitotieteelliseen tutkimukseen omat eettiset ohjeet vuonna 1995. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 173–176.) Tämän hoitotieteellisen tutkimuksen toteuttamisessa on noudatettu eettisiä sääntöjä ja ohjeita sekä tutkimussuunnitelman laadinnassa että myös itse tutkimuksessa. Tutkimuksen teorian tiedollisesti pätevistä lähteistä eettisin keinoin käyttäen rehellisiä tiedonhankintakeinoja, mikä tekee teoria-aineistosta eettisesti oikein keinoin toteutetun. Näin myös itse kyselylomaketta (LIITE 1), jonka avulla tutkimus toteutettiin, voidaan pitää eettisesti oikeana, sillä se on toteutettu teorian tiedon pohjalta.

Anonymiteetti on olennainen osa tutkimuksen eettisiä periaatteita. Kyseinen tutkittavien henkilöiden yksityisyysuoja on mainittu myös Helsingin julistuksessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009. 174, 179.) Kohderyhmänä tutkimuksessa oli hoitohenkilökunta, joten tärkeimpinä asioina tutkimuksen toteuttamisessa tulee muistaa yksityisyys. Kyselylomakkeista ei käynyt selville tutkimukseen osallistuvien hoitajien henkilöllisyys, sillä kyselylomakkeessa kysyttiin työskentelyaikaa ja työskentely-yksikköä (vuodeosasto tai poliklinikka/avoterveydenhuollon yksikkö), mutta henkilöllisyys ei käynyt näistä selville.

Helsingin julistuksessa on myös ohje siitä, kuinka tutkittaville tulee kertoa tutkimuksen tavoite ja tutkimuksen vapaaehtoisuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 174.) Tutkimuksen kyselylomakkeiden mukana oli saatekirje, jossa kerrottiin tavoitteista. Jokaisen yksikön osastonhoitajien kanssa on myös keskusteltu itse tutkimuksesta ja sen toteutuksesta. Osastonhoitajia on myös pyydetty informoimaan yksiköidensä hoi-

tohenkilökuntaa näistä asioista ennen kyselylomakkeiden jakamista. Kyselylomakkeisiin vastaaminen oli vapaaehtoista, mikä käy esille saatekirjeestä.

Eettisyys vaikuttaa jo tutkimusaiheen valintaan. Tutkimuksen merkitys yhteiskuntaan ja sen merkitykset tutkittaviin on huomioitava valinnassa. Myös tutkimuksen hyödyllisyys on eettinen periaate. Saatavan hyödyn on oltava suurempi kuin tutkimuksesta aiheutuvan haitan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009. 176-177.) Tutkimuksen tavoitteena on tutkimustulosten hyödyntäminen kokonaisvaltaisen hoitotyön kehittämisessä, mikä tekee tutkimuksesta tarpeellisen ja hyödyllisen alan kehityksen näkökulmasta. Jo aiheen valinnassa otettiin tämä eettinen kanta huomioon.

Yleensä tutkimuksen teossa tulee saada lupa tutkittavalta organisaatiolta tutkimusta varten. Luvan myöntää usein joko ylihoitaja tai johtava lääkäri. Yleensä silloin, kun tutkimuksen kohdejoukkona on hoitohenkilökunta, ei eettisen toimikunnan lupaa tarvita. Jos tutkimus kohdistuu potilaisiin tai asiakkaisiin, ei tarvita lupaa organisaatiolta, mutta eettisen toimikunnan lupa tulee olla. Sekä hoitohenkilökuntaan että potilaisiin tai asiakkaisiin kohdistuvissa tutkimuksissa tulee olla kohdehenkilön oma suostumus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009. 180-181.) Hyväksytyt tutkimussuunnitelman jälkeen tutkimuksessa tehtiin kirjalliset tutkimuslupasopimukset jokaisen osallistuvan yksikön ylihoitajien kanssa. Tutkimuksen saatekirjeestä tulee ilmi, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tämän vuoksi voi olettaa, että tutkimukseen osallistuneet ovat kyselylomakkeen täyttämällä antaneet suostumuksensa osallistua tutkimukseen. Lomakkeen täytön olisi halutessaan voinut keskeyttää.

Tutkimuksessa sen aineiston säilyttäminen oikein on tärkeää. Arkaluontoinen aineisto tulee säilyttää oikeilla tietosuojamenetelmillä salasanojen takana. Aineistosta tulisi olla varmuuskopio, ja niiden säilytys tulisi huolehtia siten, että esim. tulipalon tai murron tullessa aineisto olisi suojassa. Myöskään itse tutkimusaineistoa ei tarvitse säilyttää enää tutkimuksen jälkeen, elleivät ne sisällä sellaista tietoa, jota ei muualta ole saatavissa. Jos aineisto kuitenkin hävitetään, kuten yleensä, on se tehtävä suunnitelmallisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009. 184.) Tutkimusaineisto oli paperimuodossa, ja sen keruun jälkeen aineisto säilytettiin asianmukaisesti tutkijoiden hallussa. Aineisto syötettiin myös sähköisesti SPSS-ohjelmaan, jonka jälkeen aineisto oli myös sähköisenä tutkijoiden salasanojen takana. Varmuuskopiot aineistosta oli muistitikuilla. Tutkimus-

aineiston käsittelyyn osallistui ainoastaan tutkijat. Tutkimuksen aineisto tullaan hävittämään puoli vuotta tutkimustulosten julkaisun jälkeen.

Tutkimustulosten rehellinen raportointi kuuluu hyviin tieteellisiin käytäntöihin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009. 176-177.) Pääperiaatteina tutkimuksen teossa on ollut rehellisyys. Tutkimus on toteutettu rehellisesti ilman tutkimusten vääristelyä.

Osana hyvään eettiseen sairaanhoitoon kuuluu asenteet, pohdinta, arviointi ja toiminta. Se, millainen sairaanhoitaja on persoonana, on edellytys eettiseen hoitotyöhön. Eettiseen hoitotyöhön vaikuttaa hoitajan velvollisuuden tunne, omatunto, herkkyys sekä luonne. Nämä kaikki ovat osa persoonan henkilökohtaista kehitystä. (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2009. 85.) Tutkimustulosten analysoinnissa otettiin huomioon hoitajan oma eettinen asenne.

POHDINTA

Tutkimuksen aiheeksi valittiin rintasyöpä, sillä aiheena rintasyöpä koskettaa monia ihmisiä sen yleisyyden vuoksi. Aihe kiinnosti myös tutkijoita. Itse rintasyöpää sairastavan tukemista on tutkittu jo aiemmin, joten tutkijat halusivat tutkia omaisen saamaa tukea. Kohderyhmäksi tutkimukseen valittiin hoitohenkilökunta, jotta voitaisiin kartoittaa, miten hoitotyössä omaisen tukeminen toteutuu. Tutkimuksen aihe rajattiin selvittämään millaista tukea hoitohenkilökunta antaa ja millaiset valmiudet he kokevat tähän omaavansa. Omaisten hyvinvoinnin edistäminen vaikuttaa potilaan jaksamiseen, joten aihe koettiin tärkeäksi hoitotyön kehittämisen kannalta. Tulevina sairaanhoitajina tutkijat kokivat, että tämän päivän hoitotyössä potilasta hoidetaan kokonaisuutena, joten myös omaisten hyvinvointi heijastuu potilaan hyvinvoinnissa. Tutkimuksiin osallistuvissa yksiköissä aihe todettiin myös hyväksi, ja tutkijat kokivat, että se vastaanotettiin hyvin.

Tutkimusta suunniteltiin jo keväällä 2012, sillä sen tiedettiin olevan aikaa vievä prosessi. Kesällä 2012 tutkimus aloitettiin keräämällä teoriatietoa ja päättämällä tutkimusongelmat. Syksyllä tutkimussuunnitelma saatiin etenemään teoriatiedon pohjalta muodostetulla kyselylomakkeella, johon hoitohenkilökunta pääsi vastaamaan alkuvuodesta 2013. Kyselylomake päädyttiin tekemään paperiversioksi, sillä tässä muodossa uskottiin vastausprosentin olevan paras mahdollinen, sillä näkyvällä paikalla oleviin kyselylomakkeisiin vastaaminen tuntui todennäköisemmältä kuin esim. internetissä olevaan sähköiseen lomakkeeseen. Tutkimuksen suunnitelmaan pääsi osallistumaan myös tutkimukseen osallistuvien yksiköiden jäseniä. He antoivatkin parannusehdotuksia, jotka otettiin mahdollisuuksien mukaan huomioon. Yksiköistä tuli parannusehdotuksia koskien mm. kyselylomakkeen kysymysten asetelua siten, että siihen vastaaminen ei olisi kovin aikaa vievää ja että kysymykset saataisiin sijoitettua mahdollisimman pieneen tilaan, jotta tulostuspaperien määrä saataisiin minimoitua. Muita parannusehdotuksia tuli koskien tutkimustulosten analyysimenetelmien sekä tutkimuksen konkreettisen toteutuksen yksityiskohtaiseen kerrontaan liittyen suunnitelmassa. Yksiköistä toivottiin myös tutkimustulosten esittämistä esimerkiksi osastotunneilla. Yksiköistä kehoitettiin myös ottamaan selville tarkat lukumäärät yksiköissä työskentelevästä hoitohenkilökunnasta, jotta vastausprosentin laskenta olisi tarkempaa. Kaikki mahdolliset korjaukset tehtiin tutkimussuunnitelmaan. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin ohjaajien toimesta marraskuussa 2012. Tutkimuksen aikataulu viivästyi hieman, sillä kyselylomakkeet oli

tarkoitus saada toimitettua yksiköihin jo joulukuussa 2012. Tämä johtui tutkimuslupien viivästymisestä.

Tutkimuksen mittarina toimi kyselylomake. Se laadittiin tutkimusta varten, jotta tutkimusongelmiin saataisiin sen avulla vastauksia. Tutkimuksen suunnittelu vaiheessa kyselylomakkeen rakenne muuttui useaan otteeseen, mutta lopputulokseen oltiin tyytyväisiä. Tutkijat kokivat, että kyselylomakkeen avulla pystyttiin mittaamaan juuri tutkimusongelman selittäviä asioita. Tutkimuslomakkeen laadinnassa eniten vaikeuksia tuotti vastausten saaminen 1. tutkimusongelmaan eli selvittää, millä tavoin hoitohenkilökunta tukee omaisia. Tutkijat päätyivät mittaamaan tätä asiaa omaisten näkökulmasta. Ajateltiin, että omaisten pyytämä tuki on sitä, mitä omaisille hoitotyön käytännössä tarjotaan. Näin saatiin mittari mittaamaan myös tätä tutkimusongelmaa. Mittariin eli kyselylomakkeeseen oltiin tyytyväisiä. Sen käyttöä esiteltiin hoitoyksikössä, jossa työskennellään rintasyöpöpotilaiden parissa. Esitelmä lisäsi mittarin luotettavuuteen ja toimintaan uskomista.

Analysointivaihe sujui hyvin, sillä kaikki tutkimustulokset saatiin analysoidua IBM SPSS Statistics V21.0-ohjelman avulla. Alkuun pääseminen oli hankalaa, sillä ohjelma oli vieras tutkijoille. Ohjelman käyttöön saatiin apua, jonka jälkeen tutkimusaineiston analysointi sujui lähes ongelmitta.

Tämän tutkimuksen tulokset tukivat aiempia tutkimuksia ja aiheeseen liittyvää teoriaa melko hyvin. Joitakin poikkeuksia löytyi, jotka voivat johtua tutkimusmenetelmistä ja aineiston koosta. Tämän tutkimuksen tulokset poikkesivat muiden tutkimusten tuloksista rintasyöpöpotilaiden omaisten rohkaisemisen yleisyydessä. Poikkeukset saattoivat myös johtua aiempien tutkimuksien erilaisista kohdejoukoista. Tutkimuksen tuloksissa tulee ottaa huomioon moniammatillinen yhteistyö. Esimerkiksi tuen antamiseen osallistuu myös lääkäri. Tukea saadaan nykyään muistakin lähteistä kuin potilasta hoitavalta henkilökunnalta, esim. nettilähteet, vertaisryhmät jne.

Kuten jo em. tutkimuksen aihe otettiin osallistuvissa yksiköissä hyvin vastaan. Yksiköissä koettiin, että aihe on tärkeä ja toivottiin, että tutkimustuloksia tulotaisiin esittämään osastotunneille. Useasta yksiköstä kerrottiin rintasyöpöpotilaan hoitopolun olevan nykyään sellainen, että potilas ei vietä samassa yksikössä useita päiviä. Yksiköistä kerrottiin myös, että sytostaatti- ja sädehoidoissa potilaat käyvät useampia kertoja. Tutki-

muksen avoimen kohdan tulokset kertoivat, että osa hoitajista koki, ettei kysely sovellu heidän osastolleen, sillä potilaat ovat osastolla niin lyhyen ajan. Juuri tämän vuoksi hoitajien tulisi omata hyvät taidot potilaan omaisen tukemiseen, sillä missä vaiheessa potilaan omainen saa tuen, jos useammassa paikassa hoitoaika on lyhyt. Vaikka hoitoaika on lyhyt, tulisi hoidon olla kokonaisvaltaisesti laadukasta. Juuri silloin laatuun tulisi panostaa.

Jatkotutkimuksena voitaisiin käsitellä tätä samaa aihetta laadullisella tutkimusmenetelmällä, jolloin saataisiin selittävämpää tutkimustietoa. Myös hoitohenkilökunnan asenteita omaisten tukemista kohtaan voitaisiin tutkia. Lisäksi jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää missä sairauden vaiheessa potilas/potilaan omainen tarvitsee eniten tiedollista ja emotionaalista tukea.

Tutkimuksen alkumetrit sujuivat hyvin, sillä teoreettisen viitekehyksen kasaaminen oli hyvien lähteiden ansiosta sujuvaa. Teoriatieto opetti paljon uutta tutkijoille ja antoi lisää näkökulmaa omaan tulevaan ammattiin sairaanhoitajina. Tutkimuksen tilastollisen tiedon kerääminen olikin paljon haastavampaa, sillä molemmat tutkijat tekivät ensimmäisen kerran tutkimusta. Tutkimusaineiston keruun sekä aineiston analyysin eri vaiheissa tuli vastaan tilanteita, joissa tutkijoiden piti tarkastella asioita useampaan kertaan. Tutkimuksen teko olikin opettava kokemus, ja seuraavaa tutkimusta tehdessä tutkijat osaisivat ottaa paremmin huomioon seikkoja, jotka vaikuttavat tutkimukseen tekoon ja sen onnistumiseen.

Työnjako tutkimuksen toteutuksessa toimi alusta asti hyvin. Jaot olivat selkeät ja molemmat tutkijat tekivät sovitut tehtävät aikataulun mukaan. Asioista käytiin keskustelua ja niitä pohdittiin yhdessä. Tutkimuksen eteenpäin viemiselle oli etua siitä, että tutkimuksen sisältöön saatiin molempien tutkijoiden näkökulmaa. Pohdittuja asioita kirjattiin ylös, jotta ne eivät unohtuisi. Etenkin tulosten analysointivaiheessa tämä toimintatapa todettiin erinomaiseksi. Tutkimuksen tekoa helpotti sen joka vaiheessa tiheä yhteydenpito tutkijoiden välillä. Tutkimuksen tekeminen oli kuitenkin prosessi, joka vaati paljon ajattelua ja päähkäilyä. Tämän vuoksi sen toteutuksesta teki helpompaa, että kynnys kysyä apua ja tukea tutkijoiden kesken oli pieni.

Tutkimuksen toteuttaminen vaati paljon aikaa ja ajatuksia tutkijoilta. Mm. IBM SPSS Statistics V21.0-ohjelman käytön harjoitteluun kului aikaa. Tutkimuksesta selviytymi-

nen toikin tutkijoille onnistumisen tunteen. Tutkimuksen tekeminen ensikertalaisena ei ole helppoa, joten onnistuminen toi mukanaan itseluottamusta.

LÄHTEET

- Aira, Marja & Seppä, Kaija 2010. Laadullinen ja määrällinen tutkimus lääketieteessä. *Lääkärilehti* 9/2010 vsk 65, 805-810.
- Arhovaara, Sinikka & Rosenberg, Leena & Vertio, Harri & Karesluoto, Hilikka 2011. *Opas syöpäpotilaan läheiselle*. Suomen Syöpäpotilaat ry, Suomen Mielenterveysseura ry, Helsinki.
- Aura, Minna & Paavilainen, Eija & Asikainen, Paula & Heikkilä, Asta & Lipponen, Varpu & Åstedt-Kurki, Päivi 2010. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. *Tutkiva hoitotyö* Vol.8 (2), 2010, 14-21.
- Bernard Jr, Johnny Ray & Vallow, Laura A. & DePeri, Elizabeth R. & McNeil, Rebecca B. & Feigel, Deborah G. & Amar, Surabhi & Buskirk, Steven J. & Perez, Edith A 2010. In Newly Diagnosed Breast Cancer, Screening MRI of the Contralateral Breast Detects Mammographically Occult Cancer, Even in Elderly Women: The Mayo Clinic in Florida Experience. *The Breast Journal*, Volume 16, (2), 2010, 118–126.
- Breast cancer facts 2013. Breast cancer care. Hakupäivä 20.2.2013.
<<http://www.breastcancercare.org.uk/breast-cancer-information/about-breast-cancer/breast-cancer-facts>>
- Chalmers, Karen & Marles, Sandra & Tataryn, Douglas & Scott-Findlay, Shannon & Serfas, Kim 2003. Reports of information and support needs of daughters and sisters of women with breast cancer. *European Journal of Cancer Care* 12, 81-90.
- Duhamel, Fabie & Dupuis, France 2004. Guaranteed Returns: Investing in Conversations With Families of Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing* Vol 8, (1), 68-71.
- Hautamäki-Lamminen, Katja & Åstedt-Kurki, Päivi & Lehto, Juhani & Kellokumpu-Lehtinen, Pirkko 2010. Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta? *Hoitotiede* 2010, 22 (4), 282-290.
- Heikkilä, Päivi 2012. Rintasyövän ennusteelliset tekijät. Hakupäivä 5.7.2012.
<http://www.terveysportti.fi.ez.tokem.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=njs02304&p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4>
- Heikkilä, Tarja 2005. Tilastollinen tutkimus. 5.-6., painos. Edita Publishing Oy, Helsinki.
- Heikkilä, Tarja 2004. Tilastollinen tutkimus. 5., uudistettu painos. Edita Publishing Oy, Helsinki.
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 1997. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Hopia, Hanna & Rantanen, Anja & Mattila, Elina & Paavilainen, Eija & Åstedt-Kurki, Päivi 2004. Kirurgisen potilaan omaisen ja henkilökunnan vuorovaikutus sairaalassa. *Tutkiva hoitotyö* Vol.2 (4), 2004, 24-29.
- Huovinen, Riikka 2010. Rintasyöpä. Hakupäivä 3.7.2012.
<http://www.terveysportti.fi.ez.tokem.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00620&p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4>
- Huovinen, Riikka 2009. Rintasyöpä. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim*. 125(24):2745-8.
- Iturbe, Julia'n & Zwenger, Ariel & Leone, Jose' Pablo & Verdera, Palmira Perez & Vallejo, Carlos & Romero, Alberto & Perez, Juan & Machiavelli, Mario & Leone, Bernardo 2011. Treatment of Early Breast Cancer, a Long-term Follow-up Study: The GOCS Experience. *The Breast Journal*, Volume 17, (6), 2011, 630–637.
- Kananen, Jorma 2011. *Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas*. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Jyväskylä.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2. painos, 2010. WSOYpro Oy, Helsinki.

- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. Painos, 2009. WSOYpro Oy, Helsinki.
- Muurinen, Katja 2009. Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia elämästä syövän kanssa liitännäishoitojen aikana. Pro gradu-tutkielma, Tampereen yliopisto.
- Nevalainen, Arja 2006. Syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saama tiedollinen ja emotionaalinen tuki polikliinisessä hoidossa. Pro gradu-tutkielma, Tampereen yliopisto.
- Nikoletti, Suzanne & Kristjanson, Linda J. & Tataryn, Douglas & McPhee, Irene & Burt, Lorraine 2003. Information Needs and Coping Styles of Primary Family Caregivers of Women Following Breast Cancer Surgery. *Oncology Nursing forum* Vol 30, (6), 2003, 987-996.
- Nummenmaa, Lauri 2009. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Pellinen, Sulevi & Rosenberg-Ryhänen, Leena 2011. Rintasyöpäpotilaan opas.
- Potinkara, Heli 2004. Auttava kanssakäyminen, Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto.
- Puistola, Ulla 2011. Rintasyöpä. Hakupäivä 3.7.2012.
<http://www.terveysportti.fi.ez.tokem.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=njs02304&p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4>
- Rintasyöpä 2010. Syöpäjärjestöt. Hakupäivä 3.7.2012.
<<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/>>
- Rintasyövän ennuste 2008. Syöpäjärjestöt. Hakupäivä 5.7.2012.
<<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/ennuste/>>
- Rintasyövän hoito 2008. Syöpäjärjestöt. Hakupäivä 3.7.2012.
<<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/rintasyovan-hoito/>>
- Salminen, Eeva & Knifund, Sanna & Vire, Jenni & Poussa, Tuija & Soinio, Johanna 2003. Rintasyöpäpotilaan ja puolison odotukset sairauteen liittyvästä tiedonsaannista. *Suomen lääkirilehti* 58 (44), 4451-4455.
- Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina 2009. Hoitotyön etiikka. Edita Prima, Helsinki.
- Soothill, K. & Morris, S.M. & Thomas, C. & Harman, J.C. & Francis, B. & McIlmurray, M.B. 2003. The universal, situational, and personal needs of cancer patients and their main carers. *European Journal of Oncology Nursing* 7 (1), 5-13. Surgery 2012. Breast cancer care. Hakupäivä 20.2.2013.
<<http://www.breastcancercare.org.uk/breast-cancer-information/treating-breast-cancer/surgery>>
- Vilkka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Tammi, Helsinki.
- Väisälä, Leena 2011. Miten lääkäri voi tukea potilaan seksuaalisuutta? *Suomen lääkirilehti* 35/2011 vsk 66, 2505-2512.
- Uusien tapausten lukumäärät, yleisimpien syöpien mennyt ja ennustettu trendi, naiset 2009. Suomen syöpärekisteri. Hakupäivä 5.8.2012.
<<http://www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/grafiikkaa-syovan-yleisyydesta/tapausmaarat-naiset/>>
- Åstedt-Kurki, Päivi & Paavilainen, Eija & Pukuri, Tarja 2007. Omahoitaja mahdollistaa potilaan ja perheen hyvän hoitamisen – kannanotto hyvään perhekeskeiseen hoitotyöhön. *Sairaanhoitaja* 11, 31-33.

LIITTEET

- Liite 1. Kyselylomake
- Liite 2. Länsi-Pohjan keskussairaalan tutkimuslupa
- Liite 3. Lapin sairaanhoitopiirin tutkimuslupa
- Liite 4. Pohjois-Pohjanmaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tutkimuslupa

Hyvä terveydenhuollon ammattilainen,

Olemme kaksi sairaanhoidon opiskelijaa Kemi-Tornion ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötämme yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan, Länsi-Pohjan keskussairaalan sekä Lapin keskussairaalan rintasyöpäpotilaiden hoitoon osallistuvien osastojen ja poliklinikoiden kanssa. Tutkimuksemme tarkoituksena on tutkia rintasyöpää sairastavan omaisten tukemista. Selvitämme tutkimuksessamme, millä tavoin hoitohenkilökunta tukee rintasyöpäpotilaiden omaisia ja millaiset valmiudet hoitohenkilökunta kokee omaavansa rintasyöpäpotilaan omaisen tukemiseen. Työn tavoitteena on, että tutkimustuloksia voitaisiin hyödyntää hoitotyön kehittämisessä.

Tutkimuksemme tiedonkeruu toteutetaan kyselylomakkeiden avulla. Pyydämmekin teitä kohteliaimmin vastaamaan kyselylomakkeen kysymyksiin. Vastaaminen tapahtuu ympäröimällä yksi tai useampi vastausvaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus viivalle. Kysely on luottamuksellinen. Vastaajien henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa ilmi eikä yksittäisten henkilöiden vastauksia voida tunnistaa. Opinnäytetyötä tehdessämme noudattamme sairaanhoitajan vaitiolovelvollisuutta ja yleisesti hyväksytyjä hoitotieteellisen tutkimuksen eettisiä periaatteita.

Vastauksestanne kiittäen,

Anna-Leena Koivisto
anna-leena.koivisto@edu.tokem.fi

Janette Nyroos
janette.nyroos@edu.tokem.fi

1. Kuinka kauan olet työskennellyt rintasyöpäpotilaiden parissa?

- 1= Alle vuosi
- 2= 1-3 vuotta
- 3= 4-10 vuotta
- 4= Yli 10 vuotta

2. Ammattinimike

- 1= Sairaanhoitaja
- 2= Lähihoitaja
- 3= Perushoitaja
- 4= Röntgenhoitaja
- 5= Muu, mikä? _____

3. Kuinka usein kohtaat rintasyöpäpotilaiden omaisia työssäsi?

- 1= Päivittäin
- 2= Lähes joka päivä
- 3= Kerran viikossa
- 4= Harvemmin

4. Millaisessa yksikössä työskentelet?

- 1= Vuodeosastolla
- 2= Poliklinikalla/Avohoidon yksikössä

5. Seuraavassa väittämiä liittyen resursseihin jotka vaikuttavat rintasyöpöpotilaan omaisen tukemiseen. Ympyröi jokaiselta riviltä näkemystänne parhaiten vastaava vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain erimieltä	Täysin erimieltä
Minulla on riittävästi aikaa käytettävissäni rintasyöpöpotilaan omaisen tukemiseen.	1	2	3	4	5
Minulla on käytettävissä mielestäni hyvät tilat, joissa on mahdollista keskustella rintasyöpöpotilaan omaisen kanssa.	1	2	3	4	5
Peruskoulutukseni on riittävä rintasyöpöpotilaan omaisen tukemiseen.	1	2	3	4	5

6. Kuinka usein rintasyöpöpotilaan omaiset haluavat saada tietoa seuraavista asioista?

	Ei koskaan	Harvoin	Joskus	Melko usein	Usein
Rintasyövän aiheuttamat oireet	1	2	3	4	5
Rintasyövän ennuste	1	2	3	4	5
Rintasyövän hoitomenetelmät	1	2	3	4	5
Hoitomenetelmien mahdolliset sivuvaikutukset	1	2	3	4	5
Hoidon tavoitteet	1	2	3	4	5
Potilaalle tehtyt tutkimukset	1	2	3	4	5
Rintasyövän perinnöllisyys	1	2	3	4	5
Rintasyövän vaikutus seksuaalisuuteen	1	2	3	4	5

7. Kuinka usein rintasyöpäpotilaan omaiset haluavat saada seuraavanlaista emotionaalista tukea?

	Ei koskaan	Harvoin	Joskus	Melko usein	Usein
Keskusteleminen tunteis- ta	1	2	3	4	5
Keskusteleminen pelois- ta	1	2	3	4	5
Keskusteleminen sairau- teen liittyvistä kokemuk- sista	1	2	3	4	5
Huolenpidon ja välittä- misen osoittaminen	1	2	3	4	5
Rohkaiseminen	1	2	3	4	5
Toivon antaminen	1	2	3	4	5

8. Millaisena koet taitosi/osaamisesi keskustella rintasyöpäpotilaan omaisen kanssa seuraavista tiedolliseen tukemiseen liittyvistä asioista?

	Erittäin hyvänä	Hyvänä	Melko hyvänä	Melko heikkona	Erittäin heikkona
Rintasyövän aiheuttamat oireet	1	2	3	4	5
Rintasyövän ennuste	1	2	3	4	5
Rintasyövän hoitomenetelmät	1	2	3	4	5
Hoitomenetelmien mahdolliset sivuvaikutukset	1	2	3	4	5
Hoidon tavoitteet	1	2	3	4	5
Potilaalle tehdyt tutkimukset	1	2	3	4	5
Rintasyövän perinnöllisyys	1	2	3	4	5
Rintasyövän vaikutus seksuaalisuu- teen	1	2	3	4	5

9. Millaisena koet taitosi/osaamisesi antaa rintasyöpöpotilaan omaiselle seuraavanlaista emotionaalista tukea?

	Erittäin hyvänä	Hyvänä	Melko hyvänä	Melko heikkona	Erittäin heikkona
Keskusteleminen tunteis- ta	1	2	3	4	5
Keskusteleminen pelois- ta	1	2	3	4	5
Keskusteleminen sairau- teen liittyvistä kokemuk- sista	1	2	3	4	5
Huolenpidon ja välittä- misen osoittaminen	1	2	3	4	5
Rohkaiseminen	1	2	3	4	5
Toivon antaminen	1	2	3	4	5

10. Mitä muuta haluaisit sanoa?

Kiitos vastauksestasi!

TUTKIMUSLUVAN HAKIJA(T) OPINNÄYTETYÖN TEKE- MISTÄ VARTEN	Nimi/nimet 1. tekijä Koivisto Anna-Leena 2. tekijä Nyroos Janette Isabella	
	Osoite 1. tekijä Sauvosaarenkatu 21 B 15, 94100 Kemi 2. tekijä Sofiankatu 24, 94600 Kemi	Puhelin 1. tekijä 0407517280 2. tekijä 0408311591
	Sähköpostiosoite 1. tekijä anna-leena.koivisto@edu.tokem.fi 2. tekijä janette.nyroos@edu.tokem.fi	
	Oppilaitos Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu	
OPINNÄYTETYÖN OHJAAJAT	Nimi 1. ohjaaja Anne Puro 2. Ohjaaja Birgit Mylläri	
	Toimipaikka ja osoite Terveysalan toimipiste, Meripuistokatu 26 94100 Kemi	Puhelin 1. ohjaaja 010 383 5586 2. ohjaaja 010 383 5247
	Sähköpostiosoite 1. ohjaaja anne.puro@tokem.fi 2. ohjaaja birgit.myllari@tokem.fi	
	Oppiarvo ja ammatti 1. ohjaaja Lehtori, PsM 2. ohjaaja Lehtori, KM	
OPINNÄYTETYÖ	Opinnäytetyön (alustava) nimi Rintasyöpäpotilaan omaisen tukeminen hoito- henkilökunnan näkökulmasta	
	Opinnäytetyön tutkintotaso	
	AMK	<input checked="" type="checkbox"/>
	ylempi AMK	<input type="checkbox"/>
	Erikoistumisopinnot	<input type="checkbox"/>
	Ideapaperin/tutkimussuunnitelman hyväksymispäivämäärä oppilaitoksessa	
Lyhyt yhteenveto ideapaperista/tutkimussuunnitelmasta Rintasyöpä on yleisin naisten sairastama syöpä. Sairaus ei kosketa pelkästään potilasta vaan myös potilaan läheisiä. Aiheenamme on rintasyöpäpotilaan omaisen tukeminen hoitotyössä. Haluamme saada tietää kokemuksia potilaan omaisen tukemisesta ihmisiltä, jotka työskentelevät päivittäin rintasyöpäpotilaiden ja heidän omaistensa parissa. Tutkimus tehdään kvantitatiivisella menetelmällä.		
Aineistonkeruumenetelmä(t)		
Kysely	<input checked="" type="checkbox"/>	
Haastattelu	<input type="checkbox"/>	
Asiakirja-analyysi	<input type="checkbox"/>	
Tilastoanalyysi	<input checked="" type="checkbox"/>	
Havainnointi	<input type="checkbox"/> , miten havainnoidaan	

Valmiin opinnäytetyön pyydämme
saada käyttöömme.

	Muu <input type="checkbox"/> , mikä
	Käsitelläänkö opinnäytetyössä henkilötietoja? Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input checked="" type="checkbox"/>
	Opinnäytetyön kohdeorganisaatio (esim. xx päiväkoti) Länsi-Pohjan keskussairaala, kirurginen osasto 5B ja syöpätautien ja infuusiopoli- klinikka
	Onko opinnäytetyöhön liittyvästä tutkimusyhteistyöstä neuvoteltu etukäteen kohdeorganisaation kanssa Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> 26.9.2012 Eija Vilmi, 10.8.2012 Maaret Rask Ei <input type="checkbox"/>
	Aineiston keruu-aika Alkaa 1.12.2012 Päättyy 31.1.2013
	Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika 5/2013
SITOUKSET JA ALLEKIRJOITUKSET	Sitoudun siihen, etten käytä saamiani tietoja tutkittavan tai hänen läheistensä vahingoksi tai halventamiseksi, taikka sellaisten muiden etujen loukkaamiseksi, joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus, eikä luovuta saamiani henkilötietoja sivullisille. Noudatan opinnäytetyössäni vallitsevaa tietosuojalainsäädäntöä ja tutkimuseettisiä toimintaperiaatteita. Luovutan valmiin opinnäytetyön korvauksetta pdf-tiedostona tutkimusluvan antaneelle organisaatiolle.
HUOM! Sitoumuksen allekirjoittavat kaikki ne henkilöt, jotka tutkimusta tehtäessä käsittelevät salassa pidettäviä tietoja	Paikka ja päivämäärä Kemi 10.12.2012
	Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus 1. tekijä <i>Henri K.</i> 2. tekijä <i>Janelle Nyroos</i>
	Paikka ja päivämäärä
	Muiden salassa pidettäviä tietoja käsittelevien henkilöiden allekirjoitukset
Mahdollinen PUOL-TOLAUSUNTO	Puollan tutkimuslupahakemusta. <input type="checkbox"/> En puolla tutkimuslupahakemusta. <input type="checkbox"/> Paikka ja päivämäärä _____ Allekirjoitus _____ Nimen selvennys _____ Virka-asema _____
PÄÄTÖS	Paikka ja päätöspäivämäärä <i>Kemi 30.11.12</i> Päätäjän allekirjoitus <i>Maritta Rissanen</i> Nimen selvennys <i>Maritta Rissanen</i> Virka-asema <i>Ylihoitaja</i> Päätös antaa mahdollisuuden tutkimusaineiston keräämiselle ajalla: <i>12/12 - 5/13</i>
Tutkimusluvan hakijan/tutkimusluvan myöntäjän LIITTEET	Liite 1. Liite 2. Liite 3.

Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

LUPA TUTKIMUKSELLE / OPINNÄYTETYÖLLE

klinikka / tulosyksikkö		tulosyksikkönumero	DIAARINRO: <i>TUT 35/2012</i>	
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet Koivisto Anna-Leena, Nyroos Janette Isabella		Henkilötunnus 140289-186L, 151281-194H	
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu		Nykyinen virka / toimi / opiskelija Opiskelija	
	Kotiosoite Sauvosaarenkatu 21 B 15, Sofiankatu 24		Postinro ja -paikka 94100 Kemi, 94600 Kemi	
	Puhelin toimeen 0407517280, 0408311591	Puhelin kotiin 0407517280, 0408311591	Sähköpostiosoite anna-leena.koivisto@edu.tokem.fi, janette.nyroos@edu.tokem.fi	
	Suoritettu tutkinto		Suoritusvuosi	Suorituspaikka
2. Tutkimusprojektiä tai tutkimusta koskevat tiedot	Tutkimusprojektin lyhyt nimi Rintasyöpäpotilaan omaisen tukeminen hoitohenkilökunnan näkökulmasta			
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> julkinen <input type="checkbox"/> ei-julkinen, sisältää salassapidettäviä osioita		Tutkimusaika 1.11.2012-31.1.2013	
	Kaavanumerot 902		Alihakuksena Terveyspalvelujärjestelmän toimintaa, kehittämistä ja vaikuttavuutta koskevat tutkimukset	
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu) <input type="checkbox"/> gradu <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede) <input type="checkbox"/> väitöskirja <input type="checkbox"/> rekisteritutkimus			
	Anoja on <input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> muu tutkija		Anoja osallistuu potilastyöhön <input type="checkbox"/> kyllä <input checked="" type="checkbox"/> ei	
	Tutkimuksen vastuuhenkilö (Laki lääk. tutk. 488/1999 § 5) / ohjaaja / päättökijä Anne Puro, Birgit Mylläri			
	Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät Kirurginen osasto 4B <input type="checkbox"/> Apteekki <input type="checkbox"/> Laboratorio			
	Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), joille anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteenä)			
	Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ► Erillinen liite			
	Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuvista vuosittaisista suoranaista kustannuksista <input type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys mitä <input checked="" type="checkbox"/> Ei aiheuta, koska on ulkopuolinen rahoittaja			
Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain		rahoittaja	Sopimuksen nro (kirjaamosta)	
Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> muu, mikä		Projektin numero: (EVO: JYL-päätös §)		
Päivämäärä <i>4.12.2012</i>		Anojen allekirjoitus ja nimen selvennys <i>Janette Nyroos, Anna-Leena Koivisto</i>		
3. Lausunnot	Tarvittavat lausunnot ja luvat			
	<input type="checkbox"/> Ei tarvetta	lähetyispäivä		vastaus saatu
Luvat	<input type="checkbox"/> Alueellinen eettinen toimikunta			
	<input checked="" type="checkbox"/> ¹⁾ ETENE - ²⁾ TUKIJA			
<input type="checkbox"/> Fimea ³⁾		<input type="checkbox"/> Johtajayhli./laitoksen joht./ STM/THL ⁴⁾		<input type="checkbox"/> VALVIRA ⁵⁾
4. PÄÄTÖS Luvan myöntäjä täyttää!	Tutkimustulosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta <input type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta			
	Päätös X Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti ehdolla, että saamme valmiin työn käyttöömmee <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi <input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä			
	Päätöksentekijä <input type="checkbox"/> tulosyksikön joht. / tulosalueen joht. / ylihoitaja <input checked="" type="checkbox"/> joht.yliääkäri / hall.ylihoitaja <input type="checkbox"/> shp:n joht. / hallitus			
	Päivämäärä <i>15.10.2012</i>	Allekirjoitus <i>Janette Nyroos</i>		LOMAKKEEN SÄILYTYS - Tutkija (tutkimuksen ajan) - Päättäjät (arkistointi)

¹⁾ ETENE= Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta²⁾ TUKIJA= Valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta³⁾ Fimealta ilmoitetaan 60 pv:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa. Apteekin tiedote 7.8.1.⁴⁾ Rekisteritutkimukset⁵⁾ Kudoslaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote (luvat).Liitteet: Tutkimussuunnitelma
Rahoitussuunnitelma

LSHP (päivitetty 29.10.2010)

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin
kuntayhtymä

LUPA TUTKIMUKSELLE/OPINNÄYTETYÖLLE
(täytettävä koneella)

medisiininen tulosalue, <i>operatiivinen miesalainne</i> klinikka / laitos		vastuuyksikkönro		DIAARINRO: <i>25/2013</i>	
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet Koivisto Anna-Leena, Nyroos Janette Isabella		Henkilötunnus 140289-186L, 151281-194H		
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu		Nykyinen virka / toimi / opiskelija Opiskelija		
	Kotiosoite Sauvosaarenkatu 21 B 15, Sofiankatu 24		Postinro ja -paikka 94100 Kemi, 94600 Kemi		
	Puhelin toimeen 0407517280, 0408311591	Puhelin kotiin 0407517280, 0408311591	Sähköpostiosoite anna-leena.koivisto@edu.tokem.fi, janette.nyroos@edu.tokem.fi		
	Suoritettu tutkinto		Suoritusvuosi	Suorituspaikka	
2. Tutkimusprojektiä tai tutkimusta koskevat tiedot (Diaarinro) Katso hallinto-keskuksen tiedote 15/2009)	Tutkimusprojektin lyhyt nimi Rintasyöpäpotilaan omaisen tukeminen hoitohenkilökunnan näkökulmasta				
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> julkinen <input type="checkbox"/> salainen		Tutkimusaika 1.11.2012- 31.1.2013 <i>18.2.2013</i>		
	Pääkaavanumero 902		Tutkimuksen luonteen määrittely Terveyspalvelujärjestelmän toimintaa, kehittämistä ja vaikuttavuutta koskevat tutkimukset		
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu) <input type="checkbox"/> gradu <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede) <input type="checkbox"/> väitöskirja				
	Anoja on <input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> muu tutkija		Anoja osallistuu potilastyöhön <input type="checkbox"/> kyllä <input checked="" type="checkbox"/> ei		
	<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija				
	Tutkimuksen vastuuhenkilö (Laki lääk. tutk. 488/1999 § 5) / ohjaaja / päättökija Anne Puro, Birgit Mylläri				
	Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät OYS: Kirurginen osasto 5, Säteihoidon yksikkö, Syöpätautien ja hematologian poliklinikka, Vuodeosasto 19; L-PKS: Kirurginen osasto 4B, Syöpätautien ja infuusiopoliklinikka; LKS: Kirurginen osasto 4B				
	Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), joille anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteestä)				
	Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ► Erillinen liite				
Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuvista vuosittaisista suoranaيسista kustannuksista <input type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys mitä <input checked="" type="checkbox"/> Ei aiheuta sairaalalle kustannuksia					
Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain		Rahoittaja	Sopimuksen nro		
Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> KEVO		Projektin numero (EVO, KEVO, TUKE)			
Päivämäärä <i>4.12.2012</i> Anojen allekirjoitus ja nimen selvennys <i>Janette Nyroos</i> <i>An - ne pu</i> <i>Janette Nyroos</i> <i>Anna-Leena Koivisto</i>					
3. Lausunnot	Tarvittavat lausunnot ja luvat				
	<input type="checkbox"/> Ei tarvetta		lähetyispäivä	vastaus saatu	
	<input type="checkbox"/> Shp:n eettinen toimikunta				
	<input type="checkbox"/> ¹⁾ ETENE - ²⁾ TUKIJA				
Luvat	<input type="checkbox"/> Lääkelaitos ³⁾ <input type="checkbox"/> STM ⁴⁾ <input type="checkbox"/> VALVIRA ⁵⁾				
4. PÄÄTÖS	Tutkimustulosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta <input type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta				
	Päätös <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi <input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä				
	Päätöksentekijä <input type="checkbox"/> tulosyksikön johtaja / vastualueen johtaja / ylihoitaja <input checked="" type="checkbox"/> johtajayliääkäri / hallintoylihoitaja <input type="checkbox"/> hallitus				
	Päivämäärä <i>16.1.2013</i>		Allekirjoitus <i>mp Korpunen Lyh</i>		LOMAKKEEN SÄILYTYS - Tutkija (tutkimuksen ajan) - Päättäjät (arkistointi)

¹⁾ ETENE= Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta

²⁾ TUKIJA= Valtakunnallinen tutkimuseettinen jaosto

³⁾ Lääkelaitokselta ilmoitetaan 60 pv:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa.

⁴⁾ Rekisteritutkimukset

⁵⁾ Kudoslaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote 5/2009 (luvat).

Liitteet: Tutkimussuunnitelma