

Leena Arola & Anne-Mari Rautiainen

RINTASYÖPÄLEIKATTUJEN
NAISTEN KOKEMUKSET
SAAMASTAAN SOSIAALISESTA
TUESTA VUODEOSASTOLLA

Hoitotyön koulutusohjelma

Huhtikuu 2014



MAMK

University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MAMK University of Applied Sciences		Opinnäytetyön päivämäärä 22.4.2014	
Tekijä(t) Leena Arola & Anne-Mari Rautiainen		Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma	
Nimeke Rintasyöpäleikattujen naisten kokemukset saamastaan sosiaalisesta tuesta vuodeosastolla			
Tiivistelmä Opinnäytetyö on tehty toimeksiantona Mikkelin keskussairaalan naistentautien vuodeosastolle. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa potilastyytyväisyyttä mittaava kyselylomake rintasyöpäleikatuille naisille. Kyselylomakkeen luomisessa teimme yhteistyötä naistentautien osastonhoitaja Päivi Yrjösen kanssa ottaen huomioon osaston mielipiteet ja tarpeet. Kyselylomake jää toimeksiantajalle ja sillä mitataan potilastyytyväisyyttä jatkossa. Kyselylomake muodostui teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Kirjallisuuskatsauksessa esiin tulleiden käsitteiden pohjalta muodostuivat väittämät kyselylomakkeeseen. Kyselylomakkeessa vastausvaihtoehtoina toimii 4-portainen Likertin asteikko. Kyselylomakkeen reliabiliteettia parannettiin kyselylomakkeen esitestauksella. Kyselylomaketta arvioivat myös ohjaava opettaja, opponentit ja osastontyöntekijät. Esitestaajien kommenttien perusteella kyselylomakkeeseen tehtiin tarvittavat muutokset. Kyselyn toteuttamisen myötä osaston työntekijät saavat tärkeää tietoa potilaiden mielipiteistä ja kokemuksista. Näiden tietojen avulla työntekijät voivat kehittää työtään potilaiden toiveita vastaaviksi. Kyselylomake on kehitetty käytettäväksi rintasyöpäleikattujen naisten sosiaalisen tuen kehittämiseksi naistentautien vuodeosastolla.			
Asiasanat (avainsanat) rintasyöpä, sosiaalinen tuki, potilastyytyväisyys			
Sivumäärä 31 s. + liitteet 13	Kieli suomi	URN	
Huomautus (huomautukset liitteistä)			
Ohjaavan opettajan nimi Riitta Riikonen		Opinnäytetyön toimeksiantaja Mikkelin keskussairaala, naistentautien osasto	

DESCRIPTION

 MAMK University of Applied Sciences		Date of the bachelor's thesis 22.4.2014	
Author(s) Leena Arola & Anne-Mari Rautiainen		Degree programme and option Degree programme in nursing	
Name of the bachelor's thesis Breast cancer operated womans experiences of the social support in bed ward			
Abstract This bachelor's thesis has been made as an assignment for the Mikkeli Central Hospital, women disease bed ward. One purpose of this thesis was to produce a customer satisfaction questionnaire, for operated breast cancer patient. The other purpose of this thesis was to produce a well structured questionnaire before distribution. Together with head nurse Päivi Yrjönen we produced this questionnaire taking into account the department's needs and views. The questionnaire will be left to the client and this can be used to make another thesis. The questionnaire is formed on the basis of a theoretical framework. Key concepts were formed based on the literature view which are breasy cancer and social support. Key concepts were operationalized and so formed the statements of the questionnaire. The answer options were based on a 4-step Likert scale. The reliability of the questionnaire was improved by pilot testing. The questionnaire was also assessed by the tutor teacher, opponents and the clinic employees. Necessary changes were made on the basis of their comments. After implementation of the survey, clinic employees received important information about their customers' opinions and experiences. This information allows employees to develop their work towards their customers' wishes. The meter has been developed for use with breast cancer operated women social support in disease bed ward and based on the needs of the clinics.			
Subject headings, (keywords) Breast cancer, social support, patient satisfaction			
Pages 31 + attachments 13	Language English	URN	
Remarks, notes on appendices			
Tutor Riitta Riikonen		Bachelor's thesis assigned by Mikkeli women dicease bed ward	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	1
2	RINTASYÖPÄLEIKATUN NAISEN KOKEMUKSET SAAMASTAAN SOSIAALISESTA TUESTA VUODEOSASTOHOIDON AIKANA	2
2.1	Naisten rintasyöpä.....	2
2.2	Rintasyöpäleikatun saama tuki vuodeosastohoidon aikana	5
2.3	Sosiaalinen tuki osana rintasyöpäleikatun potilaan hoitotyötä	9
2.3.1	Tiedollinen tuki	10
2.3.2	Emotionaalinen tuki	11
2.3.3	Käytännön tukeminen	14
2.3.4	Tukihenkilö ja vertaistuki	15
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	16
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	17
4.1	Tutkimusmenetelmä.....	17
4.2	Kyselylomakkeen laadinta	17
4.3	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	19
5	POHDINTA.....	21
5.1	Opinnäytetyön prosessi.....	22
5.2	Opinnäytetyön eettisyys.....	23

LIITTEET

- 1 Alkuperäistutkimukset
- 2 Saatekirje
- 3 Kyselylomake

1 JOHDANTO

Rintasyöpä on yleisin naisten syöpämuoto (Ahonen ym. 2012, 584). Uusia rintasyöpätapauksia todettiin vuonna 2011 Suomessa 4865 kappaletta. Jossain elämänvaiheessa noin joka 8. nainen sairastuu rintasyöpään. (Syöpäjärjestöt 2013.) Vaihdevuosien lähestyessä rintasyöpä yleistyy, ja taudin toteamishetkellä naiset ovat keskimäärin 60-vuotiaita. Alle 30-vuotiainkin voi sairastua rintasyöpään, mutta sairastuminen on harvinaista tässä ikäryhmässä. (Ahonen ym. 2012, 584.) Viime vuosikymmenten aikana rintasyövän ennuste on parantunut tehokkaiden seulontojen ja kehittyneiden hoitomuotojen avulla. Nämä mahdollistavat rintasyövän toteamisen jo varhaisessa vaiheessa. (Rintasyöpä (diagnostiikka ja seulonta) 2009.)

Rintasyöpään sairastuminen vaikuttaa elämänlaatuun kokonaisvaltaisesti. Se heikentää sairastuneen psyykkistä, sosiaalista, fyysistä ja seksuaalista hyvinvointia. (McLachlan 2009, 21.) Rintasyöpään sairastuneelle tuen merkitys on erittäin suuri. Potilaan hoidossa kuuntelu, kannustaminen, tukeminen, lohduttaminen, huumori ja toivo ovat tärkeitä. (Kukkonen & Siika-Aho 2008, 10.) Sairastuneen naisen on tärkeää saada tukea ja tuntea luottamusta siihen, ettei häntä jätetä yksin missään tilanteessa (Mäkinen 2006, 15–18).

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa naistentautien vuodeosaston henkilökunnan työvälineeksi kyselylomake, jonka avulla voidaan kartoittaa rintasyöpäleikattujen naisten saamaa sosiaalista tukea vuodeosastohoidon aikana. Osana sosiaalista tukea käsitellään myös seksuaalisuutta. Lisäksi kyselyn avulla voidaan selvittää, minkälaista tukea naiset mahdollisesti tarvitsevat lisää vuodeosastolla ollessaan. Tulosten avulla voidaan kehittää rintasyöpänaisten tukemista vuodeosastohoidon aikana. Jatkossa tekemäämme kyselylomaketta käyttäen on mahdollista tehdä uusi potilastyytyväisyyttä mittaava opinnäytetyö.

Opinnäytetyössämme keskitymme leikattujen rintasyöpäpotilaiden saamaan sosiaaliseen tukeen vuodeosastolla ennen kotiutusta. Kohderyhmäämme ovat rintasyöpäpotilaat, joille on tehty syöpäleikkauksen yhteydessä rinnan tai rintojen korjausleikkaus.

Olemme rajanneet opinnäytetyömme sosiaaliseen tukeen. Sosiaalisessa tuessa käsittelemme myös tiedollisen, emotionaalisen ja käytännön tukemisen.

Hyypän (2002) mukaan sosiaalisella tuella tarkoitetaan ihmisen lähipiirin jakamaa arvostusta, hyväksyntää ja rakkautta. Sosiaalinen tuki voi olla ihmisten välistä emotionaalista empatiaa, toveruutta ja ystävyyttä. Se voi olla myös välineellistä huolenpitoa, avunantoa tai tiedon välittämistä, johon sisältyy tarpeellista huolenpitoa yksilön kannalta. (Hyypä 2002, 56.) Tässä opinnäytetyössämme tarkoitamme potilaan yksilöllisesti saamaa tukea.

Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Etelä-Savon sairaanhoitopiirin naistentautien vuodeosasto. Naistentautien vuodeosastolla hoidetaan alueen rintasyöpäleikatut naiset. Erikoissairaanhoidon vuodeosasto sijaitsee Mikkelin keskussairaalassa. Työelämän yhteyshenkilönä on opinnäytetyössämme naistentautien vuodeosaston osastonhoitaja Päivi Yrjönen ja sairaanhoitaja Else Koikkalainen. Osastolla vuodepaikkoja on 29. Näistä 20 sairaansijaa on synnyttävillä ja synnyttäneille äideille, kaksi sairaansijaa kirurgian potilaille ja seitsemän sairaansijaa naistentautien potilaille. Naistentautien osasto tekee yhteistyötä leiko-yksikön, syöpähoitajan, kirurgian poliklinikan, sosiaalityöntekijän, syöpäyhdistyksen ja onkologian poliklinikan kanssa. Rintasyöpäpotilaat ovat lähetteellä tulevia leikkauspotilaita ja myös osin päivystyspotilaita. Leikkauspotilaat tulevat pääsääntöisesti sairaalaan leiko-yksikön kautta leikkauksen aamuna, ja heidän kotiutuksensa tapahtuu mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2012.)

2 RINTASYÖPÄLEIKATUN NAISEN KOKEMUKSET SAAMASTAAN SOSIAALISESTA TUESTA VUODEOSASTOHOIDON AIKANA

2.1 Naisten rintasyöpä

Naisten yleisin syöpämuoto Suomessa on rintasyöpä. Alle 30-vuotiailla naisilla rintasyöpää todetaan, mutta se on vielä harvinainen tässä ikäryhmässä. Syövän yleistyminen alkaa tuntuvasti 45. ikävuoden jälkeen, ja 60 vuotta on potilaiden keski-ikä taudin toteamishetkellä. Suomessa naisten rintasyöpä on jatkuvasti yleistynyt ja ennusteiden mukaan yleistyy myös tulevaisuudessa. Tapauksia todettiin 1960-luvulla

noin 900 vuosittain, 1970-luvulla 1400 tapausta, 1980-luvulla 2150 tapausta ja 2010-luvulla 4865 tapausta. (Joensuu ym. 2013, 595.)

Rintasyövän syntyyn vaikuttavat samat tekijät kuin muihinkin syöpätyyppeihin. Kasvainten syntyyn vaikuttaa muun muassa ympäristö, perimä, ravinto ja erityisesti rintasyöpäriskiä suurentavat tai pienentävät hormonaaliset tekijät. (Rintasyöpä.fi 2013.) Sairastumisvaaraa lisäävät runsas alkoholinkäyttö, sekä pitkäkestoinen tupakointi. Liikalihavuus vaihdevuosi-ien jälkeen altistaa rintasyövän kehittymiselle. Tutkimusten mukaan 5 - 10 % rintasyöpätapauksista voidaan pitää perinnöllisinä. Jos kyseistä sairautta on todettu vanhemmilla, sisaruksilla tai lapsilla, tulee miettiä tarkemmin syöpäalttiutta. Rintasyövän perinnöllisyyttä voidaan selvittää BRCA1- ja BRCA2-geenitutkimuksella. Löydettyessä BRCA1-geeni naiselta voidaan rintasyöpäriskiä pitää suurena. (Syöpäjärjestöt 2013.) Synnyttämättömillä ja vanhemmalla iällä ensisynnyttäneillä naisilla on suurempi riski sairastua rintasyöpään (Joensuu ym. 2013, 595). Imetyksen on katsottu todennäköisesti suojaavan rintasyövältä. Varhaisen menarkeian ja korkean vaihdevuosi-ien on katsottu jonkin verran lisäävän riskiä sairastua rintasyöpään. (Syöpäjärjestöt 2013.)

Tavallisin oire rintasyövässä on rinnassa tuntuva kyhmy. Tämä on usein kivuton, mutta oireina voivat olla myös pistely tai kipu rinnassa, erite nännistä tai ihomuutokset. Ensimmäinen merkki voi joskus näkyä kyhmyä kainalossa tai harvemmin etäpesäkkeen aiheuttamana oireena, joka on levinnyt laajemmalle. (Terveyskirjasto 2012.) Tulehdusmainen punoitus, johon ei antibiootti auta, tai rinnan kasvu voivat olla rintasyövän oireita (Joensuu ym. 2013, 596). Etäpesäkkeiden aiheuttamien oireiden avulla rintasyöpä voidaan löytää joskus rinnan tai kainalon ulkopuolelta. Etäpesäkkeiden oireina voivat olla hengitystieoireet, vatsavaivat, tuki- ja liikuntaelinten kivut, kyhmyt, keltaisuus tai keskushermosto-oireet, esimerkiksi pahoinvointi ja päänsärky. (Rintasyöpä.fi 2013.)

Mammografiaseulontoja on järjestetty Suomessa vuodesta 1987 lähtien (Joensuu ym. 2013, 51). Mammografiaseulontatutkimuksia järjestetään oireettomille 50 - 69 vuotiaille naisille lakisääteisesti kahden vuoden välein (Terveyskirjasto.fi). Tutkimuksilla pyritään löytämään varhaisen vaiheen hyväennusteisiä syöpiä ja vähentämään rintasyöpäkuolleisuutta. Naisten rintasyövän tutkiminen tapahtuu niin sanotulla kolmoisdiagnostiikalla, johon kuuluvat rintojen kliininen tutkimus, mammografia ja kaikutut-

kimus sekä paksuneulanäyte. Yhdenkin kolmoisdiagnostiikan tuloksista ollessa positiivinen syöpädiagnoosille on rintamuutos aina poistettava. (Joensuu ym. 2013, 52, 596.)

Rintasyövän hoidossa jokaiselle potilaalle suunnitellaan yksilöllinen hoito, koska hoito, joka tehoaa yhdelle potilaalle, ei tehoa aina kaikille. (Rintasyöpä.fi 2013.) Hoidon tavoitteena on kuolleisuuden ja syövän oireiden vähentäminen sekä potilaan tukeminen sopeutumaan psyykkisten ja fyysisten muutosten kanssa itse sairauden kanssa. Hoitomuotoina rintasyövän hoidossa ovat leikkaushoito, sädehoito ja liittämislääkehoidot. (Ahonen ym. 2012, 587.) Näiden avulla syöpä pyritään hoitamaan kokonaan, vähentämään syövän oireita ja pidentämään elinikää (Rintasyöpä.fi).

Leikkaushoidolla pyritään rinnan kasvaimen poistoon sekä tutkimaan riittävästi kainalolimusolmukkeiden tilannetta (Terveyskirjasto 2012). Leikkauksen tavoitteena on myös saada hyvä kosmeettinen ja toiminnallinen tulos (Joensuu ym. 2013, 603.) Leikkausmuodon valintaan vaikuttavat syövän luonne, levinneisyys sekä potilaan toiveet. Paikallisen rintasyövän uusiutumista pyritään vähentämään sädehoidolla ja näin myös pyritään parantamaan paranemisennustetta. Sädehoito annetaan säästävän rintaleikkauksen jälkeen jäljellä olevalle rinnan alueelle. Jos rinta poistetaan kokonaan, suositellaan sädehoitoa, jos riski paikallisuusiutumiseen arvioidaan korkeaksi esimerkiksi suuren syöpäkasvaimen koon vuoksi. (Terveyskirjasto 2012.) Sytostaatit eli solunsalpaajat ovat suonensisäisesti tai suun kautta annettavia lääkeaineita, joita annetaan syöpäsolujen tuhoamiseen (Rintasyöpä.fi 2013). Solunsalpaajahoidoa harkitaan aina alle 35-vuotiaille (Ahonen ym. 2012). Solunsalpaajahoidolla voidaan tehokkaasti hoitaa levinnyttä rintasyöpää, koska solunsalpaajat kulkeutuvat verenkierron mukana kaikkialle elimistöön (Rintasyöpä.fi 2013).

Mikäli syövän vuoksi joudutaan poistamaan koko rinta, voidaan potilaan toivoessa rinta korvata välittömästi rintaleikkauksen yhteydessä. Rinnan korjausleikkauksessa eli rintakonstruktiossa voidaan käyttää useampia menetelmiä. Plastiikkakirurgin ja potilaan toiveiden pohjalta valitaan jokaiselle yksilöllisesti soveltuvin menetelmä. Rinnan korjausleikkaus voidaan tehdä potilaan omia kudoksia tai proteesia sekä näiden yhdistelmää käyttäen. Omakudossiirteeksi soveltuu tavallisimmin vatsakieleke. Tämä irrotetaan verisuonineen ja istutetaan paikalleen mikrokirurgisesti. Vaihtoehtoisesti menetelmänä voidaan käyttää selästä käännettävää latissimus dorsi -

iholiuhaskieleketä. Lisäksi voidaan käyttää joko omakudossiirteen lisäksi tai sen sijasta silikoniproteesia. (Terveyskirjasto 2012.)

Korjausleikkaus tehdään yleensä vasta kahden vuoden kuluttua rintasyövän hoidosta, mutta joskus se voidaan tehdä välittömästi rinnanpoiston yhteydessäkin. Tällä tavalla toimitaan muun muassa silloin, kun rintasyövän uusiutumisen riski arvioidaan pieneksi. Korjausleikkaus voidaan tehdä pitkänkin ajan kuluttua rinnanpoistosta. Korjausleikkausmenetelmiä on useita. Plastiikkakirurgi ja potilas valitsevat yhdessä leikkauksen menetelmän. Käytettävä tekniikka riippuu siitä, minkä kokoinen jäljellä oleva rinta on, paljonko potilaalla on kudosta jäljellä rintakehän seinämässä, onko seinämää sädehoidettu, ja minkälainen potilaan ruumiinrakenne on. Sisäinen proteesi eli endoproteesi on menetelmä, jossa potilaan rintalihaksen alle asetetaan silikonitai keittosuoläyteinen proteesi. Tämä toimenpide on pieni, mutta soveltuu käytettäväksi vain silloin, kun muotoillaan pientä rintaa ja rintakehän seinämässä on kudosta riittävästi jäljellä. LD-kieleke-toimenpiteessä leveä selkälihas käännetään pienen ihosaarekkeen kanssa rintakehän etuseinämään. Kielekkeen alle asetetaan sisäinen proteesi. Menetelmän lopputuloksena on yleensä hyvä, pehmeä rinta. LD-menetelmä on leikkauksena sisäistä proteesia suurempi, mutta TRAM-tekniikkaa pienempi. TRAM-tekniikassa vatsalta otetaan iholiuhaskieleke, ja uusi rinta muodostetaan potilaan omasta kudoksesta. Toimenpiteen yhteydessä potilas joutuu olemaan sairaalassa viidestä päivästä kahteen viikkoon. Nänni ja nänninpiha rakennetaan noin puolen vuoden kuluttua leikkauksesta. (Syöpäjärjestöt 2013.)

2.2 Rintasyöpäleikatun saama tuki vuodeosastohoidon aikana

Sairastuminen rintasyöpään vaatii sairaalahoitoa ja useita hoitokäyntejä. Rintasyöpään sairastuminen on sairausprosessina pitkä ja monivaiheinen ajanjakso, joka hoidon eri vaiheissa aiheuttaa erilaisia tuen tarpeita. Tiedollisen ja emotionaalisen tuen tarve on suuri tulosten odottamisen vuoksi, koska odottaminen ja epätietoisuus aiheuttavat psykologista stressiä ja voimakasta ahdistusta. (Kovero & Tykkä 2002, 118.) Myös leikkaushoidon vaiheessa korostuvat tiedollinen ja emotionaalinen tuki, koska rintasyöpäleikkaus tehdään lyhytoitokirurgiana. Potilaat tulevat leikkauksen aamuna leikkaukseen ja kotiutuvat leikkauksen päivän iltana tai seuraavana päivänä. (Leino 2011, 39.)

Leikkaukseen tulevat rintasyöpäpotilaat ovat lähetteellä tulevia leikkauspotilaita ja osin päivystyspotilaita. Sairaalaan leikkauspäivän aamuna tulevat leikkauspotilaat tulevat pääasiassa leiko-yksikön kautta. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2012.)

Kirurgian poliklinikalle tullaan lääkärin lähetteellä. Kiireellisyydestä ja tarvittavista lisätutkimuksista päättää erikoislääkäri lähetteen perusteella. Suoraan leikkausjonoon potilas voidaan laittaa lähetteen perusteella. Potilaalle ilmoitetaan kirjeitse lähetteen saapumisesta ja arvioidusta poliklinikka-ajasta. Potilaan diagnoosi ja hoitosuunnitelma määritellään kirurgian poliklinikalla, ja tämän jälkeen potilas joko ohjataan leikkaukseen, toiseen toimenpiteeseen tai jatkohoitoon. Kirurgian ajanvarauspoliklinikalla on myös erikoisalojen vastaanotot. Näistä yksi on onkologian eli syöpäsairauksien vastaanotto. (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2013.)

Mikkelin keskussairaalan yksi toimintamalli leikkaukseen tuleville on leiko. Tämä tarkoittaa, että potilas tulee leikkauspäivän aamuna sairaalaan, ja suurin osa potilaista menee leiko-yksikön kautta tarvitsemaansa leikkaukseen. Ennalta suunniteltuun leikkaukseen valmistautuminen tapahtuu suullisten ja kirjallisten ohjeiden avulla kotona. Jos potilaan terveydentila ja leikkaus edellyttävät, osa potilaista käy leiko-yksikössä leikkausta edeltävällä käynnillä. Leikkausaamuna potilas ilmoittautuu leiko-yksikköön. Tämän jälkeen potilas tapaa leikkaavan lääkärin, ja kun leikkausvalmistelut ovat tehty, potilas siirtyy leikkaussaliin hoitajan saattamana. Leikkaus tapahtuu päiväkirurgian tiloissa leiko-yksikön yhteydessä. Leikkauksen jälkeen osa potilaista kotiutuu saattajan kanssa leikkauspäivänä, vuodeosastohoitoa tarvitseva haetaan leikkauksen ja heräämöhoidon jälkeen jatkohoitoon vuodeosastolle. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2007.)

Jos potilas tulee osastolle edellisenä päivänä, tarvitsee hänen vartijaimusolmuketutkimuksen vuoksi käydä isotooppilaboratoriossa tutkimuksissa. Osastolle tulevat potilaat hoitaja haastattelee ennen itse leikkausta ja siinä tilanteessa hoitaja juttelee tilanteesta ja sairastumisen aiheuttamista tunteista potilaan kanssa. Tämäkin keskustelu katsotaan tilanteen ja potilaan mukaan. Jokaiselle potilaalle tarjotaan mahdollisuus saada nähdä sosiaalihoitaja tarvittaessa. Syöpähoitaja Tytti Tiusanen käy osastolla perjantaisin ja juttelee potilaiden kanssa tilanteesta ja kertoo mahdollisista jatkohoidoista. Osastolla potilaat viipyvät muutaman päivän, yleensä noin 3–6 päivää, leikkauspäivä mukaan

lukien. Viipyminen osastolla riippuu dreenerityksestä tai siitä haluaako potilas kotiutua dreenin kanssa. Osastolla käy fysioterapeutti automaattisesti ohjaamassa rintaleikkauspotilaiden liikkumisasioissa erityisesti niiden luona, joilla kainalon imusolmukkeet ovat poistettu. Potilaan leikannut lääkäri käy juttelemassa ainakin kerran potilaan kanssa leikkauksen jälkeen. Jatkossa potilaat saavat ajan onkologille eli syöpälääkärille 4–6 viikon päähän leikkauksesta. Tällä käynnillä potilas kuulee vastauksen leikattua kasvaimesta ja imusolmukkeista. Samalla he kuulevat, mitä jatkohoitoja mahdollisesti tarvitsevat, sädehoitoa, sytostaatteja tai tarvitseeko jatkossa levinneisyystutkimuksia lisää. Osastolta kotiutuessa potilas saa hoitajalta kotihoito-ohjeet, joissa on haavanhoito-ohjeita ja muita tarvittavia ohjeita. Lääkärien ja hoitajien keskustelujen lisäksi potilaat saavat sairauteen liittyviä oppaita poliklinikalla ennen leikkausta tai osastolta. Näitä ovat muun muassa Rintasyöpäpotilaan opas, Saimaan syöpäyhdistyksen esite, Selviytyjän matkaopas ja Syöpäpotilaan sosiaaliuudet. Varsinaista vertaistukea osastolla ei järjestetä, mutta joskus vertaistukea tulee osastolla sattumalta, kun samassa huoneessa on kaksi rintasyöpäleikattua vierekkäin. (Koikkalainen 2014.)

Käsitteenä tuki on monimuotoinen, eikä sen sisällöstä ja määrittelystä ole saatu yksimielisyyttä tutkijoiden parissa. Tuella kuvataan sosiaalisen ympäristön ja ihmisen välisiä vuorovaikutukseen perustuvia kiinnikkeitä. Tukea pidetään ihmiselle kohdistuvana informaationa siitä, että hänestä pidetään huolta ja häntä arvostetaan. Ihminen tarvitsee tuen välittämiä voimavaroja selviytyäkseen erilaisista tilanteista. Tukea pidetään merkittävänä terveyttä edistävänä tekijänä. Se motivoi itsehoitoon, vahvistaa ihmistä luottamaan omiin hoitotaitoihinsa sekä vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen. Tuki auttaa ihmistä työstämään ja säätelämään tunteita ja ajatuksia sekä antaa käsityksen elämän merkityksellisyydestä. Tuen avulla voidaan vähentää ahdistusta, masennusta, epävarmuuden tunteita ja uupumusta. Sillä voidaan myös nopeuttaa sairaudesta toipumista sekä kuntoutumista. Unen laatua voidaan parantaa ja kipulääkityksen tarvetta voidaan saada vähentymään tuen avulla. Puutteellisella tuella saadaan ihmiselle aikaiseksi toivottomuuden, avuttomuuden ja epätietoisuuden tunteita. (Mattila 2011, 16 - 17, 20 - 21.) Sairaus johtaa herkästi masentuneisuuden ja yksinäisyyden kokemukseen, jos syöpäpotilas ei saa tukea mistään (Muurinen 2009, 10). Sairaalahoidon aikana sairaanhoitajilla, joilla on valmiudet tuen antamiseen, on vastuu potilaan tukemisesta. Heillä on valmiudet tukea potilasta opastuksen, ymmärryksen ja emotionaalisen tuen muodossa. (Mikkola 2009, 11.)

Tukemisessa tarvitaan useita ammattiryhmiä ja erilaisia palveluita. Näihin kuuluvat sosiaalitoimen antama tuki sekä hengellisten yhteisöjen ja kirkon antama tuki. Tuke-
misessa tarvitaan myös tarpeen mukaan psykologeja, lääkäreitä, sosiaalityöntekijöitä,
hoitotyöntekijöitä, Punaisen Ristin ja kirkon työntekijöitä sekä muita koulutettuja asi-
antuntijoita että vertaistukea. (Henriksson & Laukkala 2010, 2643.)

Syöpäsairaanhoitajan tehtävänä on tukea syöpään sairastunutta sekä hänen läheisiään
selviytymään elämän haasteista ja syövän tuomasta muutoksesta. Hän antaa myös
tietoa itse syövästä, hoidosta ja sen seurannasta. Syöpähoitajan työhön kuuluu antaa
henkilökohtaista neuvontaa ja ohjausta sekä auttaa ongelmatilanteiden ratkaisuis-
sa, jotka johtuvat sairaudesta. Hän toimii yhteyshenkilönä syöpään sairastuneen sekä
muiden työntekijöiden välillä, jotka osallistuvat hoitoon ja kuntoutukseen. Tehtäviin
kuuluu tiedon antaminen kuntoutuskursseista ja niihin hakeutumisesta sekä neuvomi-
nen tukimuotojen ja palveluiden käytössä. Maksuttomaan syöpäsairaanhoitajan palve-
luun voi olla yhteydessä itse syöpään sairastunut, hänen läheisensä tai palvelujärjes-
telmien ammattihenkilöt. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013.)

Potilaan sairastuessa sairaus vaikuttaa eri tavoin perhe-elämään, tavalliseen arkeen,
työhön, harrastuksiin ja toimeentuloon. Selviytymiseen ja jaksamiseen voi auttaa sosi-
aalityöntekijän kanssa keskusteleminen. Potilas sekä hänen omaisensa voivat ottaa
yhteyttä sosiaalityöntekijään ja keskustella elämäntilanteesta, kun sairaus on todettu.
Sosiaalityöntekijän kanssa voi keskustella, miten selviytyä kotona, kuinka jatkohoito
ja kuntoutus järjestyvät sekä mitä sosiaaliturvaa ja -palveluja on saatavilla. Maksut-
toman ja luottamuksellisen yhteydenoton saa puhelimitse tai henkilökunnan kautta.
(Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2010.)

Positiiviset tuen vaikutukset ulottuvat perheenjäsenten välisiin suhteisiin ja läheisyy-
teen (Mattila 2011, 22). Tärkeimpiä tuen antajia rintasyöpäpotilaiden mielestä ovat
puoliso, lapset, ystävät ja muut läheiset (Maukonen ym. 2011, 282). Jos potilaan tieto-
ja kerrotaan puolisolalle tai läheisille, täytyy siihen olla potilaan suostumus tai hänen
läsnäolonsa tilanteessa (Muurinen 2009, 8). Sairauteen sopeutumiseen ja siitä selviy-
tymiseen sairastuneet sekä heidän perheensä kokevat saavansa tukea hoitajilta. Sairas-
tumisen alkuvaiheessa tukea kaivattaisiin kuitenkin enemmän. (Mesiäislehto-Soukka
ym. 2004, 31.) Sairauden alussa suurin tiedon tarve liittyy taudin luonteeseen, saira-
usprosessin kulkuun, kipuihin, leikkaukseen ja ennusteeseen. Se, kuinka paljon tukea

rintasyöpään sairastunut tarvitsee, on hyvin yksilöllistä ja pohjautuu henkilökohtaisiin ominaisuuksiin. Eri-ikäisillä ja eri kulttuuritaustaisilla tuen tarve on erilainen. Äitiyteen, seksuaalisuuteen, perheeseen ja hedelmällisyyteen liittyvissä asioissa alle 45-vuotias nainen tarvitsee vanhempia naisia enemmän tukea. (Leino 2011, 38.) Yksi osa hyvää hoitamista on potilaan ja perheenjäsenten tukeminen (Mattila 2011, 12).

2.3 Sosiaalinen tuki osana rintasyöpäleikatun potilaan hoitotyötä

Syöpään sairastunut tarvitsee aina tukea diagnoosin saatuaan, hoitojen aikana ja hoitojen jälkeen. Tuen tarpeeseen vaikuttavat sosiaalinen verkko, selviytymiskyky kriisistä ja ihmisen omat ominaisuudet, kuten taistelukyky, toiveikkuus ja elämänasenne. (Rissanen ym. 2008, 124–125.) Käsitteenä sosiaalinen tuki on moniulotteinen ja muodostuu useista lähestymistavoista. Kaikilla näillä on yhteinen näkemys siitä, että sosiaalisissa suhteissa annetulla tuella on positiivinen vaikutus ihmisen hyvinvointiin ja terveyteen. Sosiaalisessa tuessa korostuvat tunne tulla hyväksytyksi sekä se, että tuntee itsensä tarpeelliseksi. Sosiaalisen tuen lähteenä voidaan pitää viranomaisia, kuten esimerkiksi hoitohenkilökuntaa, sekä myös sosiaalista verkostoa, esimerkiksi lähiomaisia, ystäviä ja vertaistukea antavia ihmisiä. Hoitohenkilökunta ja vertaistukena toimivat ihmiset antavat potilaalle erityisiä voimavaroja, kun taas läheiset ihmiset antavat yleisiä luontevia voimavaroja. Potilaan vastaanottokyky ja sosiaalisten verkostojen mahdollisuus tuoda apua potilaalle vaikuttavat tuen saamiseen. (Leino 2011, 41, 43.)

Sosiaalisella tuella tarkoitamme yksilöllistä tukea, jota potilas kokee saavansa ja tarvitsevänsä hoitohenkilökunnalta (sairaanhoitajat ja lääkärit) ja myös sosiaaliselta ympäristöltä. Sosiaalisella ympäristöllä käsitämme läheiset, ystävät, sukulaiset ja työtoverit. Sosiaalinen tuki voidaan jakaa tiedolliseen tukeen eli ohjaukseen ja neuvontaan, emotionaaliseen tukeen, jolla käsitetään arvostuksen ja kiintymyksen ilmaisuja, sekä käytännön tukeen, joka on konkreettista ja aineellista apua (Ahola & Mertaniemi 2005, 13). Merkityksellisenä tukena pidetään myös mahdollisuutta saada vertaistukea (Kiiltomäki & Muma 2007, 63), joka on vastavuoroista kokemusten vaihtoa ihmisten parissa, jotka ovat käyneet elämässään läpi samankaltaisia prosesseja (Sosiaaliportti.fi 2009).

Tiedollinen ja emotionaalinen tuki on myös erityisen tärkeää leikkaushoidon vaiheessa. Rintasyöpäleikkaus tehdään lyhythoitokirurgiana, eli potilaat saapuvat leikkauk-

seen leikkauspäivän aamuna ja heidät pyritään kotiuttamaan leikkauspäivän iltana tai seuraavana päivänä. (Leino 2011, 39.) Syöpään sairastuneen elämäntilanteen selvittäminen ja sen ymmärtäminen on lähtökohtana tuen tarpeen selvittämisessä. Tukemisen tavoitteena on turvata sairastuneen elämän jatkuminen ja vahvistaa vuorovaikutusta, voimavaroja ja elämäntilannetta. (Mattila ym. 2010, 34–36.)

Mikkolan (2009) mukaan on mitattu useissa tutkimuksissa tyytyväisyyttä tukeen, ja sen on huomattu vaihtelevan emotionaalisen tuen ja tiedollisen tuen kohdalla huomattavastikin johtuen erilaisista yksilö- ja tilannetekijöistä. Potilaan kokemuksia saamastaan ja havaitsemastaan tuesta on selitetty monin eri tavoin. Hoitoympäristöllä ja hoitamisen rutiineilla on koettu olevan merkitystä tuen toteutumisessa, ja näin ne ovat vaikuttaneet tuen tarjoamiseen ja hakemiseen. Tuloksia on selitelty myös hoitajien vuorovaikutuskäytännöillä sekä heidän viestintäosaamisellaan. (Mikkola 2006, 13.)

2.3.1 Tiedollinen tuki

Sairastuneet kaipaavat tietoa itse sairaudesta, erilaisista hidoista, hoitojen haitta- ja sivuvaikutuksista, mahdollisista muutoksista, kuntoutumisesta, kivunhoidosta, tukimuodoista sekä ennusteesta (Kiiltomäki ym. 2007, 63). Hoidon edetessä potilaan ajatukset suuntautuvat tulevaisuuteen, ja silloin tietoa tarvitaan jatkohoidosta, sairauslomasta ja sosiaaliapuista (Suominen 2000, 206–208). Hoitohenkilökunnalta saatu tiedollinen tuki on tarpeen erityisesti sairauden alkuvaiheessa (Leino 2011, 38). Potilaalla on oikeus tiedon saantiin omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä sekä hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. Tiedon antamisen tulee tapahtua niin, että potilas tiedon ymmärtää. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Tiedollinen tuki muodostuu neuvoista ja tiedoista, jotka sopivat yksilölliseen tilanteeseen. Tiedon antamisen tulee tapahtua mieluummin prosessina (Mattila 2011, 18) eli tapahtumasarjana (Suomisanakirja.fi 2013) kuin yksittäisenä tapahtumana. Tietoa tulee antaa yksilöllisesti, koska jokainen ottaa vastaan ja käsittelee tietoa eri tavoin. (Mattila 2011, 18, 71.) Ahdistusta ja epävarmuutta vähentää potilaan on tärkeää saada päivämäärät ja aikataulut hoitokäynneistä. Tiedon saaminen on tärkeää myös, jotta potilas voi osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon. (Leino 2011, 38.) Terveydenhuollon ammattilaisilta rintasyöpään sairastuneet toivovat saavansa todenmu-

kaista, monipuolista ja yksilöllistä tietoa sairauden kaikissa vaiheissa (Kovero ym. 2002, 243.)

Leinon (2011) tutkimustulosten mukaan leikkaushoidon aikana ja sen jälkeen tiedollisessa tuessa on ollut puutteita. Täsmällistä tietoa leikkauspotilaat ovat tarvinneet erityistyöntekijöiltä, esimerkiksi sosiaalityöntekijältä ja fysioterapeutilta. Potilaan rajallisen vastaanottokyvyn vuoksi tietomäärä ei voinut olla liiallinen. Tutkimuksessa on käynyt ilmi, että rintasyöpäpotilaat eivät osanneet esittää hoitohenkilökunnalle kysymyksiä välittömästi leikkauksen jälkeen, vaan tiedon tarve tuli ajankohtaiseksi kotiuduttua. Tutkimuksessa on todettu myös, että hoitojen päätyttyä potilaat haluavat tietoa perheenjäsenten vaarasta sairastua rintasyöpään. Tiedon tarve rintasyöpäpotilailla on suuri koko sairausprosessin ajan, mutta sairauden eri vaiheissa tarvittava tieto vaihtelee. (Leino 2011, 39 - 41.) Koveron ja Tykän (2002) mukaan sairauden vaihe ja sairastuneen mielentila ovat yhteydessä tiedon omaksumiseen (Kovero ym. 2002, 242).

Hoitohenkilökunnalta saadun tiedon ja saatujen opaskirjojen lisäksi syöpäpotilaat hakevat tietoa internetistä ja kirjallisuudesta. Internetistä potilaat ja omaiset hakevat tietoa syövästä, sen hoidosta ja ennusteesta. Väärinkäsityksiä voi aiheuttaa internetistä saatu epäluotettava tieto. Jotta syöpäpotilaat ja omaiset löytäisivät luotettavia internet-sivustoja, hoitohenkilökunta voisi tutustua näihin etukäteen, jotta osaisivat suositella luotettavia tiedonlähteitä. (Muurinen 2009, 8.)

2.3.2 Emotionaalinen tuki

Emotionaalisella tuella tarkoitetaan sairastuneen mieltä painavien huolien ja tunnekokemusten jakamista sekä toivon ylläpitämistä (Kiiltomäki ym. 2007, 63). Hoitohenkilökunnan pitää antaa syöpään sairastuneelle mahdollisuus tunteiden ilmaisuun ja tunteista puhumiseen. Tämä helpottaa negatiivisten tunteiden käsittelyä ja niistä selviytymistä. (Mikkola 2006, 187.) Vaikka tunteista ja ahdistuksesta puhuminen on haastavaa, rintasyöpään sairastuneet toivovat mahdollisuutta tunteiden purkamiseen. Turvallinen ja luottamuksellinen hoitosuhde helpottaa tunteiden ilmaisua. (Leino 2011, 130–139). Emotionaalinen tukeminen vaatii hoitajalta taitoa tunnistaa sairastuneen kokemia tunnetiloja (Kuuppelomäki 2000, 130) ja kykyä eläytyä hänen tilanteeseensa (Mattila 2011, 68).

Emotionaalisen tuen alueista välittäminen on yksi keskeisimmistä. Siihen sisältyy sairastuneen kuunteleminen ja hyväksyminen yksilönä. (Mattila 2011, 68.) Yhtenä tärkeimmistä tukemisen keinoista sairastuneet pitävät kuuntelemista. Rintasyöpää sairastavat potilaat kokevat, että kun he tulevat kuulluiksi, heitä ymmärretään ja kunnioitetaan. Lisäävät luottamusta, toivoa ja turvallisuuden tunnetta. Kiinnostuksen osoittaminen ja läsnä oleminen ovat rintasyöpää sairastavalle tärkeää. Sairastuneet odottavat ymmärrystä, auttamishalukkuutta ja rohkaisevien sanojen kuulemista, ja näiden avulla jaksavat eteenpäin. (Leino 2011, 139–142.)

Emotionaalisen tuen tarve on siksi merkittävä, koska rintasyöpään sairastuminen johtaa poikkeukselliseen elämäntilanteeseen. Sairastuessaan potilas on riippuvainen hoitohenkilökunnasta, ja tämän vuoksi emotionaalinen tuki lääkäreiltä ja hoitajilta on erityisen oleellista potilaan selviytymisen kannalta. (Leino 2011, 33, 50.) Emotionaalisella tuella viitataan vuorovaikutukseen, jonka kautta välittyvät muun muassa huolenpidon, rohkaisun, kunnioituksen ja myötätunnon kokemukset (Mattila 2011, 18). Nainen haluaa tulla kuulluksi, ymmärretyksi ja huomioduksi sairauden aikana. Syöpähoitojen aikana emotionaalinen tuki helpottaa potilaan eristyneisyyden tunnetta ja emotionaalisella tuella on merkitystä masennuksen ja epävarmuuden lieventymisessä sekä myös elämäntilanteen hallitsemisessa (Leino 2011, 38, 50).

Potilailla tuen tarve liittyy toimintakyvyn, terveyden ja omatoimisuuden ylläpitämiseen sekä hoitajilta saatuun lohdutukseen, aikaan ja tulevaisuuden uskon vahvistamiseen. Perheenjäsenillä taas tuen tarve liittyy myötätunnon, ymmärryksen, lohdutuksen ja rohkaisun saamiseen. (Mattila 2011, 24 - 25.) Tutkimukset ovat osoittaneet, että potilaan sairastuessa rintasyöpään emotionaalinen tuki auttoi selviytymään ensimmäisestä vuodesta kohottamalla potilaan minäkuvaa ja itsetuntoa. Rintasyöpään sairastuneet naiset, jotka olivat saaneet ennen ja jälkeen syöpähoitojen emotionaalista tukea, kokivat kärsivänsä vähemmän stressiä. Heillä oli myös mielentilan häiriöt lievempiä kuin niillä, jotka olivat saaneet vähemmän emotionaalista tukea. (Leino 2011, 51.)

2.3.2.1 Seksuaalisuus ja hoitotyö

Seksuaalisuudesta ei ole yksiselitteistä määritelmää. Eheän seksuaalisuuden kokonaisuuteen kuuluu kyky olla yhteydessä itseensä ja toiseen omana ainutlaatuisena itsenään, kyky hyväksyä ja nauttia omasta kehostaan sellaisena kuin se on sekä kyky

nauttia seksuaalisuudesta ja kunnioittaa toista. Seksuaalisuus kuuluu kaikille, sitä ei tule osoittaa vain parisuhteessa eläville vaan myös yksin eläville. Käsityksen seksuaalisuudesta ei kuulu pelkistyä ainoastaan seksuaaliseen toimintakykyyn ja seksin synonymiksi. Seksuaalisuus kuuluu ihmisen perusoikeuksiin ja on osa ihmisyyttä. Seksuaalisuus on merkittävä osa ihmisen elämänlaatua, hyvinvointia, terveyttä ja elämänlaatua. Seksuaalisuus voidaan määritellä ihmisen perustarpeeksi, jolloin hellyyden, yhteenkuuluvuuden, aistillisuuden, kontaktin, lämmön, läheisyyden fyysisen tyydytyksen, avoimuuden ja turvallisuuden tunteen voidaan katsoa kuuluvaksi seksuaalisuuteen. WHO (2014) on määritellyt seksuaalisuuden jokseenkin karkeasti biologiseen sukupuoleen, sukupuoli-identiteettiin ja rooliin, seksuaali-identiteettiin, erotiikkaan, mielihyvään, lisääntymiseen ja läheisyyteen. Ryttyläinen-Korhonen (2010) on nostanut kirjassaan esille Greenbergin, Bruessin ja Haffnerin kehittämän ajatusmallin seksuaalisuudesta. Seksuaalisuus on tässä jaoteltu kolmeen osioon. Biologinen ulottuvuus sisältää muun muassa lisääntymisen, seksuaalisen kiihottumisen ja reagoinnin, fysiologisen kierron ja sen muutokset, kasvun ja kehityksen sekä fyysisen ulkonäön. Toisena osana seksuaalisuuteen kuuluu sosiokulttuurinen asema, joka kattaa yhteiskunnan määrittelemät lait, uskonnon, kulttuurin, informaatiovälineet, omaiset, naapurit ja ystävät sekä eettisyyden näkökannan. Seksuaalisuuteen kuuluu kolmantena osana psykologinen ulottuvuus eli tunteet. Tunteisiin vaikuttavat henkilön aiemmat kokemukset, tunteiden ilmaisukyky, opitut asenteet ja käyttäytyminen, minäkuva sekä henkilön kehonkuva. (Ryttyläinen-Korhonen & Valkama 2010, 203–205.)

Sairastuminen vaikuttaa aina ihmisen seksuaalisuuteen. Sairastuminen ja siitä seuraavat hoidot ja toimenpiteet saattavat aiheuttaa kehon muutoksia, joilla on vaikutusta potilaan itsetuntoon, kehonkuvaan ja seksuaaliseen haluun. Hoitotyössä tulee muistaa, että ihmisen seksuaalisuus ei häviä sairastuessa. Ihmisen sairastuessa ei ensimmäisenä kysymyksenä ole seksuaalisuus, mutta sokkivaiheen jälkeen toipumisprosessiin kuuluu seksuaalisuuteen liittyviä ajatuksia. Epätietoisuus ja ahdistus painavat potilaan mieltä. Hoitajan läsnäolo auttaa tiedostamaan potilaan olotilaa ja mahdollistaa luotettavan vuorovaikutuksen. Tässä vaiheessa potilaan on tärkeintä pystyä tuomaan esille tunteitaan, pelkojaan ja mielessään herääviä kysymyksiä. Hoitajan kyky havainnoida tilannetta auttaa oikea-aikaisen tiedon antamisessa sekä potilaan tukemisessa hänen sopeutumisprosessissaan. Hoitotyön tavoitteena on potilaan itsetunnon vahvistaminen. Itsetunto on seksuaalisuudessa tärkeä tekijä ja vaurioituttuaan seksuaalinen eheytyminen tapahtuu hitaasti. Sairastunut tarvitsee eheytymiseen tukea läheisiltään ja hoito-

henkilökunnalta. Jo pienikin muutos kehonkuvassa vaikuttaa ihmisen seksuaalisuuteen. Sairastunut ihminen tarvitsee tilanteestaan tietoa seksuaalisuuteen liittyen. (Ryttyläinen-Korhonen & Valkama 2010, 203–205.)

Rintasyöpä sekä siihen aloitettavat hoidot aiheuttavat muutoksia seksuaalisuuteen. Nämä voivat aiheuttaa ongelmia seksuaalisessa toimintakyvyssä ja seksuaali-identiteetissä. Ongelmana voi ilmetä myös lamaantuminen seksuaalisessa aktiivisuudessa, ja tästä aiheutuvat ongelmat parisuhteessa. Haluttomuuden taustalla on usein hoitoväsymys tai kuolemanpelko. Nainen tarvitsee tukea ja aikaa sopeutuakseen rintaan kohdistuneeseen leikkaukseen tai rinnattomuuteen, ja näitä puolison on vaikea usein ymmärtää. Nainen odottaa sairastuttuaan rintasyöpään mieheltä seksuaalisuuteen liittyvistä asioista avointa keskustelua. Tutkimuksissa ilmenee, että vaikka rintasyöpäpotilailla olisi tarve keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista hoitohenkilökunnan kanssa, he kuitenkin välttävät keskustelua seksuaalisuudesta hoitojen yhteydessä. Tutkimuksissa on tullut esille, että potilaat ovat olleet pettyneitä tuen ja tiedon saantiin sekä terveydenhuoltohenkilöstön valmiuksiin antaa neuvoja seksuaalisuuteen liittyen. (Leino 2011, 32–33.)

Toiminnalliset häiriöt voivat olla pysyviä tai ohimeneviä. Hoitajakson aikana ja hetken jälkeen toiminnallisia ongelmia aiheuttavat leikkauksesta toipuminen, sädehoito, kriisi, haavakipu, syöpälääkitys, pahoinvointi, haluttomuus ja muut yksilölliset seikat. Näille häiriöille on tyypillistä se, että ne menevät usein ohi hoitojen loputtua. (Syöpäjärjestöt 2013.)

2.3.3 Käytännön tukeminen

Potilaan tukemisessa keskeinen asia on myös käytännön asioista kertominen. Tuen tavoitteena on potilaan selviytyminen arjesta. Potilaan sairastuessa äkillisesti vakavaan sairauteen liittyy siihen monia käytännön haasteita. Näitä ovat taloudellinen rasite, pitkä sairausloma, lapsien hoitojärjestelyt tai joskus hoidon järjestäminen sairaalle puolisolalle. Hoidon kustannukset syövän hoidossa voivat rasittaa taloudellista tilannetta. Sairastumisen myötä esimerkiksi opinnot voivat keskeytyä ja epävarmuutta voi olla harrastusten jatkamisen suhteen. Potilaan tulee osata toteuttaa hoito-ohjeita ja tietää, miten toimia ja mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteessa, jotta hoito tuloksellisesti toteutuu. (Ahonen ym. 2012, 164.)

2.3.4 Tukihenkilö ja vertaistuki

Saman sairauden läpikäynyt henkilö voi ymmärtää, millaisia kysymyksiä vastasairastuneen mielessä pyörii. Tällaisia henkilöitä voi löytää syöpäjärjestöjen vertaistukiverkon kautta. Syöpäyhdistykset ovat kouluttaneet tukihenkilöitä auttamaan sairastuneita sekä heidän perheitään sairauden eri vaiheissa. Syöpäjärjestöjen tukihenkilöt ovat vapaaehtoistyöntekijöitä, jotka omakohtaisesti tietävät, millaista on sairastua vakavasti. Tukihenkilötoiminta on luottamuksellista, ja tukihenkilöiksi koulutetut ovat allekirjoittaneet vaitiololupauksen. (Syöpäjärjestöt 2013.)

Sairastuminen syöpään vaikuttaa sairastuneen ja hänen läheistensä arkeen. Sairastunut henkilö saa voimavaroja tukihenkilön avulla hahmottaakseen selviytymisen polun. (Syöpäjärjestöjen tukihenkilötoiminta 2010, 3.) Tukihenkilö on siis vastasairastuneen henkilön tukija ja auttaja, joka on itse sairastanut ja sairaudesta parantunut henkilö (Syöpäjärjestöt 2013). Tukihenkilö ei ole ammattilainen, mutta hänen toimintansa on ammattimaista ja hän työskentelee ammattilaisten joukossa. Hän tarjoaa sairastuneelle läheisyyttä, turvaa ja kuuntelevaa korvaa kaverimaisesti. Hän on sairastuneen kanssa läsnä sekä on valmis kuuntelemaan ja rohkaisemaan. (Tukihenkilöopas 2004, 8.)

Vertaistukiryhmissä tarkoitus on, että rintasyöpäleikatut naiset saavat tukea jakamalla kokemuksia samassa elämäntilanteessa olevien ja samankaltaisia ongelmia kohtaneiden ihmisten kanssa. Keskeisintä vertaistuessa on kokemus, ettei ole yksin elämäntilanteensa tai ongelmiansa kanssa. Jokaisen osallistujan tulee kokea itsensä hyväksytyksi ja kuulluksi tasavertaisesti. Vertaistuki tarkoittaa vastavuoroista kokemusten vaihtoa, jossa ihmiset tukevat toinen toistaan. Vertaistukiryhmiin ei yleensä kuulu ammattiapua, mutta ryhmän tarpeen mukaan on olemassa myös ammatillisesti ohjattuja vertaistukiryhmiä. (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Mikkosen (2009, 46–52) tutkimuksessa on todettu, että vertaistuki muodostuu sopeutumisvalmennuksesta, ensitiedosta, vertaistukitoiminnasta ja tukihenkilötoiminnasta. Olemassa on myös näiden lisäksi omais- ja läheistukiryhmiä. (Kansalaisareena 2012.) Rintasyöpä on tukiryhmässä yhdistävä sairaus ja luo näin pohjan vertaistuelle. Vertaistuki perustuu tarpeeseen, jolloin ihmisellä on tarve saada ja myös antaa tukea sekä vertailla omia kokemuksiaan ja omaa elämäntilannettaan. (Kukkurainen 2007.) Sosi-

aali- ja terveystieteen vertaistukiryhmien ja verkostojen määrät ovat Suomessa kasvussa. Tämä tarkoittaa sitä, että sairastuneet ihmiset kokevat saavansa tarvitsemaansa tukea ja tietoa samassa elämäntilanteessa olevilta ihmisiltä. (Nylund 2005, 195–198.)

Rintasyöpäpotilaista useat pitävät vertaistukea erittäin tärkeänä. Omien kokemusten vertailu muiden saman sairauden sairastaneiden kokemuksiin auttaa motivoitumaan ja lisää ymmärrystä vaikeassa tilanteessa. Kun toisella oli vaikeaa, muut pystyvät tukemaan toista. Vertaistuen koetaan antavan uskoa ja voimaa itsensä hyväksymiseen ja paranemiseen. Vertaistukea voidaan antaa ryhmäistunnoilla ja puhelimella. Vertaistukea voi hakea myös internetissä olevilta keskustelupalstoilta. (Mikkonen 2009, 86.)

Rintasyöpään sairastuneista jotkut eivät halunneet keskustella isossa ryhmässä asioistaan eikä kuulla muiden sairastamisesta jolloin aiemmin rintasyöpään sairastuneilta sukulaisilta ja tuttavilta oltiin valmiita ottamaan vastaan tukea. Vertaistuen löytämisen naiset kokivat vaikeana ja toivoivat, että sairaala voisi auttaa löytämään vertaisia järjestämällä esimerkiksi samaa sairautta sairastavien tukiryhmiä. Internetkeskusteluista kaikki eivät koe tukea saavansa (Leino 2011, 164.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kyselylomake Mikkelin keskussairaalan naistentautien vuodeosaston rintasyöpäpotilaita hoitavien hoitajien työvälineeksi. Jatkossa kyselylomakkeella voi selvittää rintasyöpään sairastuneiden naisten kokemuksia saamastaan sosiaalisesta tuesta vuodeosastolla. Kyselylomakkeen avulla voidaan kehittää hoitotyötä, jonka yhtenä osana on potilaiden tukeminen. Tavoitteena on, että hoitohenkilökunta hyödyntää tuloksia rintasyöpään sairastuneiden tukemisen kehittämisessä potilaslähtöisemmäksi ja näin parantaa sairastuneiden hoidon laatua.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat seuraavat:

1. Minkälaista sosiaalista tukea rintasyöpään sairastuneet toivovat saavansa vuodeosastohoidon aikana?

2. Mitä sosiaalista tukea rintasyöpään sairastuneet naiset ovat saaneet vuodeosastolla leikkauksen jälkeen?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Aineistonkeruumenetelmänä käytetään usein kyselylomaketta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 87). Kun tutkimuksessa kohteena ovat asenteet, henkilön ominaisuudet ja mielipiteet, kyselylomake on hyvä valinta. Samoin myös silloin, kun tutkittavia on paljon ja he ovat hajallaan. (Vilkkä 2007, 28.)

4.1 Tutkimusmenetelmä

Määrällisessä eli kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, käsitteiden määrittely sekä aiemmat teoriat (Hirsjärvi ym. 2006, 131). Tavanomaista määrällisessä tutkimuksessa on, että tutkijalla on tutkimusongelma, johon pyritään saamaan vastaus (Heikkilä 2005, 13; Vilkkä 2007, 24).

Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä tutkitaan tutkittavaa aineistoa numeroiden avulla. Aineisto saadaan numeroina tai vaihtoehtoisesti ryhmitellään aineisto numeeriseen muotoon. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa numerotiedot selitetään ja tulkitaan sanallisesti. (Vilkkä 2007, 14.) Määrällisessä tutkimusmenetelmässä käytetään usein survey-tutkimusta, jossa kerätään tyypillisesti tietoa kyselylomaketta tai strukturoitua haastattelua käyttäen. Tutkimusaineisto kerätään standardoidussa muodossa eli samalla tavalla jokaiselta vastaajalta. (Hirsjärvi ym. 2006, 125, 182.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään kvantitatiivista tutkimusmenetelmää, koska tällöin voidaan parhaiten selvittää tutkimusongelmaa. Tutkimustyyppiä soveltuu survey- eli kyselytutkimus. Hirsjärven ym. (2007, 130, 193–195) mukaan kyselytutkimuksessa tietoa kerätään standardoidussa ja strukturoidussa muodossa. Tällainen voi olla esimerkiksi kyselylomake, joka voi sisältää monivalintakysymyksiä, avoimia kysymyksiä ja asteikkoihin perustuvia kysymystyyppejä. Kyselytutkimuksella on tavoitteena kuvata, verrata ja selittää tutkittavaa asiaa.

4.2 Kyselylomakkeen laadinta

Kyselylomaketta käytetään mittausvälineenä, jonka välityksellä tutkija esittää kysymyksiä vastaajalle (Vehkalahti 2008, 11). Laadittaessa kyselylomaketta tarvitaan kirjallisuuteen perustuvaa teoriapohjaa. Ilman teoriapohjaa kysymysten laatiminen on lähes mahdotonta. Tutkijan täytyy miettiä tutkimusongelmaa ja sen täsmentämistä. Käsitteet on kuvattava tarkasti sekä mietittävä millaisen tutkimusasetelman valitsee. Tutkijan on oltava varma siitä, että esitetyt kysymykset vastaavat selvitettävään asiaan. (Heikkilä 2001, 47, 49.)

Kyselylomakkeissa käytetään yleisesti siis joitakin seuraavista kolmesta muodosta: monivalintakysymykset, avoimet kysymykset ja asteikkoihin perustuvat kysymykset. Asteikkokysymyksissä esitetään erityyppisiä väittämiä, ja vastaajan tulee valita niistä se asteikon arvo, joka kuvaa kuinka vahvasti hän on samaa mieltä tai eri mieltä esitetyn väittämän kanssa. (Hirsjärvi ym. 2006, 187 - 189.)

Kysymykset tulee muotoilla niin, että kaikki vastaajat ymmärtävät kysymykset samalla tavalla. Kysymykset eivät saa johdatella vastaajaa, ja niiden tulisi saada vastaaja huomaamaan, että hänellä on tietoa tutkittavasta aiheesta eli hän kuuluu tutkimuksen kohderyhmään. Kysymysten muotoilussa tulisi välttää sanoja tai, ja, sekä ja että. (Vilkka 2007, 77.)

Suljetuilla kysymyksillä tarkoitetaan strukturoituja kysymyksiä. Tällöin kysymyksissä on valmiina vastausvaihtoehdot, ja joista ympyröidään tai rastitetaan itselle sopiva tai sopivat vaihtoehdot. Suljetuissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot ei saa olla liian paljon, ja niiden tulee olla toisensa poissulkevia. Mahdollisia haittoja suljetuissa kysymyksissä voivat olla harkitsemattomasti annettu vastaus. ”En osaa sanoa” vastausvaihtoehto voi houkutella useita, ja toisaalta vaihtoehtoista voi puuttua jokin vaihtoehto. (Heikkilä 2008, 50–53.)

Opinnäytetyömme kyselylomake koostuu viidestä suljetusta eli vaihtoehto kysymyksestä ja yhdestä avoimesta kysymyksestä. Loput kysymyksistä on laadittu Likertin asteikkolisiksi. (Liite 3.) Likertin asteikolla tarkoitetaan yleensä 4 - 5 portaista vastausasteikkoa, johon vastaaja voi valita omaa mielipidettään vastaavan numeron (Taani-la 2012, 28). Tässä opinnäytetyössä käytettiin 5-tasoista vastausasteikkoa, joissa vaihtoehdot olivat ”täysin eri mieltä”, ”eri mieltä”, ”en osaa sanoa”, ”samaa mieltä” ja ”täysin samaa mieltä”.

Taustatietoina kysyttiin vastaajan ikää, koulutusta, työstä, sitä onko vastaajalta leikattu kyseistä syöpää aiemmin, kuinka kauan potilaan syöpäsairauden toteamisesta on aikaa ja onko potilaalle tehty rinnan osa- vai kokopoistoleikkaus. Vastaajan hoitohenkilökunnalta saamaa sosiaalista tukea mitattiin 42 muuttujalla. Kysymykset oli viisiluokkaisia Likert-tyyppisiä kysymyksiä, tiedollista tukea mittasi 20 kysymystä, emotionaalisen tuen kokemiseen liittyi 16 kysymystä ja käytännön tukemiseen kuusi kysymystä. Lopuksi kyselyssä oli myös tilaa vastaajan vapaille kommentteille.

Asiakkaan saamaan hoidon laatuun vaikuttaa suuresti asiakkaan tausta. Tyytymättömiä hoitoonsa ovat usein nuoret naiset. Tyytymättömyys hoitoon naisilla johtuu siitä, että naiset ovat hoidostaan tietoisempia, sanattomaan viestintään herkempiä sekä tarkempia hygieniasta. Mikäli psykososiaalinen tuki puuttuu, naiset reagoivat herkemmin. Ikä on myös yksi asiakastyytyväisyyteen vaikuttava tekijä. Tyytymättömämpiä hoitoonsa ovat nuoret. Tämä saattaa johtua siitä, että nuoret pitävät terveyspalveluita itsestäänselvyytenä sekä ovat tottuneet nopeaan palveluun. Iäkkäämmät ihmiset taas vertaavat nykyhoitoa menneisiin aikoihin. Kriittisyyttä terveyspalveluita kohtaan lisää asiakkaan koulutustausta. Kriittisesti odottamiseen suhtautuvat korkeasti koulutetut. Ihmiset, jotka ovat korkeasti koulutettuja, vaativat enemmän ja kaipaavat perusteluja toiminnalle. (Saarinen 2007, 15–16.)

4.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Teoreettiseen viitekehykseen opinnäytetyössä haettiin tutkittua tietoa rintasyövästä, rintasyöpään sairastuneista ja heidän kokemuksistaan. Tietoa etsittiin lisäksi rintasyöpäpotilaiden tukemisesta ja tukimuodoista, joita siihen on käytetty. Tietoa haettiin eri tietokannoista, joita olivat Medic, CINAHL ja Terveysportti. Theseus- julkaisuarkistoa käytettiin etsittäessä aiheeseen liittyviä opinnäytetöitä.

Etsittäessä tutkittua tietoa käytettiin useita eri hakusanoja. Näitä olivat muun muassa rintasyöpä, kasvaimet, syöpätaudit, tukeminen, tukimuodot, kokemukset, naiset, sairastuminen, sosiaalinen tuki, emotionaalinen tuki, tiedollinen tuki ja vertaistuki. Kansainvälisiä tutkimuksia haettaessa käytettiin hakusanoina muun muassa women, breast cancer ja support.

Opinnäytetyön tekemisessä parantaaksemme luotettavuutta pyrimme käyttämään tuoreinta saatavilla olevaa teorian tietoa. Emme käyttäneet sellaisia lähteitä, joiden luotettavuutta epäilimme sekä emme myöskään käyttäneet vanhoja lähteitä. Opinnäytetyötä tehdessämme jätimme joitakin lähteitä käyttämättä, koska niistä heräsi meille epäily teorian ja lähteen luotettavuudesta. Haimme teorian tietoa kirjastoista erilaisista ammattikirjoista. Internet-lähteitä käyttäessämme pyrimme tarkistamaan sivujen päivitykset, mutta kaikista päivitystietoa ei ollut saatavilla. Pyrimme lisäämään luotettavuutta tarkkailemalla ja vertailemalla lähteitä toisiinsa, jotta käyttämämme teoria on luotettavaa ja ajan tasalla olevaa. Opinnäytetyössämme käytimme myös järjestöjen internetsivuja sekä järjestöjen julkaisemia oppaita ja lehtiä. Tehdessämme työtämme olemme olleet yhteistyössä naistentautien osaston henkilökunnan kanssa. Yhdessä ohjaavan opettajan ja toimeksiantajan kanssa olemme miettineet opinnäytetyömme teorian tiedon määrää ja kyselylomakkeen laatua.

Muodostimme kattavan kirjallisuuskatsauksen pohjalta kokonaiskuvan asiakastytyväisyyteen liittyvistä tekijöistä. Näiden tekijöiden avulla operationalisoimme väittämät kyselylomakkeeseen. Kyselylomaketta arvioivat ohjaava opettaja, opponentit, läheiset ja ystävät, osaston hoitaja sekä osaston sairaanhoitaja.

Luotettavuutta paransi yhteistyö ohjaavan opettajan kanssa, koska hänellä on vahva ammatillinen osaaminen aiheesta. Toivoimme enemmän ohjausta ja mielipiteitä työelämäedustajilta, sillä välillä tuli tunne siitä, että emme tiedäneet, mitä toimeksiantaja opinnäytetyöltämme odottaa. Aikataulujen yhteensovittaminen ja tiedonkulku oli ajoittain hankalaa, mikä vaikeutti meidän omassa aikataulussamme pysymistä. Keskusteleminen yhdessä, omien näkemysten ja mielipiteiden esille tuominen ja niiden yhdessä ja erikseen tarkasteleminen lisäsivät opinnäytetyön luotettavuutta.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimuksen reliabiliteettia ja validiteettia. Reliabiliteetilla viitataan tulosten pysyvyyteen. Mittaamisessa reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Arviointi voidaan tehdä mittaamalla samalla mittarilla tutkimusilmiötä eri aineistoissa. Tulosten ollessa samansuuntaisia voidaan mittaria pitää luotettavana. Validiteetti tarkoittaa tutkimuksessa sitä, onko tutkimuksessa mitattu sitä, mitä oli tarkoitus. Käytännössä tämä tarkoittaa teoreettisten käsitteiden luotettavaa operationalisointia. (Kankkunen & Vehviläinen 2010, 152.)

Tieteellistä hyvää käytäntöä on jokaisen tutkijan noudatettava tutkimusta tehdessään. Tällä käsitetään muun muassa toisten tutkijoiden tekemien tutkimusten kunnioittamista välttämällä plagiointia ja merkitsemällä lähdeviitteet tarkoin ja oikein. Tutkijan tulee noudattaa tutkimusta tehdessään ja tutkimustuloksia esittäessään huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta. (Vilka 2005, 29 - 30.) Vastaajille tutkijan on luvattava, että tutkija on salassapitovelvollinen ja vaitiolovelvollinen sekä että tiedot ovat luotamuksellisia aineistoon nähden. Tutkimukseen vastanneiden on pysyttävä tunnistamattomina. (Vilka 2007, 164.)

Eettisiä vaatimuksia ovat tunnollisuuden vaatimus, älyllisen kiinnostuksen vaatimus, vaaran eliminoiminen, rehellisyyden vaatimus, ihmisarvon kunnioittaminen, ammatinharjoituksen edistäminen, sosiaalisen vastuun vaatimus ja kollegiaalinen arvostus (Kankkunen ym. 2009, 172).

Mittarin pilotointi eli esitestaaminen tarkoittaa toimivuuden ja luotettavuuden testaamista pienellä vastaajajoukolla eli varsinaista tutkimusotosta pienemmällä. Tämä on erityisen tärkeää, kun on kehitetty kyseistä tutkimusta varten uusi mittari. (Kankkunen ym. 2009, 154.) Kyselylomakkeen esitestauksen toteutimme lähipiirissämme olevien ihmisten avulla. Kyselyn esitestasi kymmenen ihmistä. Esitestaajat ovat eri-ikäisiä, eri ammattiryhmistä ja taustoiltaan erilaisia. Esitestaajien henkilöllisyys ei tule opinnäytetyössä esille. Esitestauksessa testaajat lukivat opinnäytetyön ja paneutuivat erityisesti saatekirjeeseen ja kyselylomakkeeseen. Testaajat kiinnittivät huomiota kyselylomakkeen ulkoasuun, väittämiin ja ohjeisiin. Pyysimme testaajia miettimään jokaista väittämää ja miettimään, onko väittämä esitetty selkeästi ja ytimekkäästi ja voiko sen ymmärtää väärin. Saimme esitestaajilta rakentavaa palautetta, joiden avulla teimme pieniä muutoksia. Muutokset koskivat väittämien rakennetta ja ymmärrettävyyttä. Pohdimme, että jos esitestaus olisi onnistunut osastolla, olisimmeko voineet saada mahdollisesti kriittisempää ja erilaista palautetta kysymyksistämme. Läheisten ja ystävien antaman palautteen koimme kuitenkin erittäin tärkeäksi. Mielestämme tämä oli luotettavuuden parantamisen kannalta tärkeä osa.

5 POHDINTA

Rintasyöpä koskettaa monen suomalaisen elämää. Kyse ei ole pelkästään rintasyöpään sairastuneesta naisesta vaan myös sairastuneen perheestä ja läheisistä. Moni nainen voi tuntea olonsa yksinäiseksi tai hänestä tuntuu, että hänet on jätetty tyhjän päälle, kun rintasyöpähoidot päättyvät. Tämän vuoksi on erittäin tärkeää, että rintasyöpään sairastuneelle naiselle ja hänen omaisilleen tarjottaisiin neuvoa ja tietoa rintasyövän jälkeisestä elämästä. (Piha ym. 2007.)

Opinnäytetyön tekeminen antoi paljon tietoa opinnäytetyöprosessin etenemisestä ja siihen kuuluvista vaiheista, esimerkiksi aiheen valinnasta, tiedonhankinnasta ja kyselylomakkeen laadinnasta. Saimme tutustua perusteellisesti etenkin määrällisiin tutkimusmenetelmiin. Saimme myös paremmat valmiudet tulevaisuudessa kehittämis- ja tutkimustöiden toteuttamiseen. Opinnäytetyötä tehdessämme haimme paljon tutkittua tietoa teoreettista viitekehystä varten, mikä kehitti myös tiedonhakutaitojamme. Molemmille opinnäytetyön tekeminen oli ensimmäinen isompi tutkimusprosessi, minkä vuoksi sen tekeminen oli haastavaa mutta opettavaista.

Opinnäytetyön toteuttaminen oli mielenkiintoista ja aiheeseen oli helppo sitoutua sen kiinnostavuuden vuoksi, vaikka toteuttaminen muun opiskelun ja harjoitteluiden ohella oli haastavaa. Projektin työstäminen eteni suunnilleen suunnitelman mukaisesti, ja säännöllisin väliajoin hyödynsimme ohjausta, josta saimme uusia näkökulmia työhömmme.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kyselylomake Mikkelin keskussairaalan naistentautien vuodeosaston rintasyöpäpotilaita hoitavien hoitajien työn apuvälineeksi. Kyselylomake koskee rintasyöpäleikattujen naisten kokemuksia saamastaan hoidosta vuodeosastojakson aikana. Prosessin alkuvaiheessa aiheen rajaaminen oli vaikeaa, koska aihetta on jo tutkittu ja materiaalia on tarjolla paljon.

5.1 Opinnäytetyöprosessi

Saimme opinnäytetyön aiheen Mikkelin keskussairaalan naistentautien vuodeosastolta, osastonhoitaja Päivi Yrjöselältä. Kevään 2012 aikana aloittelimme opinnäytetyöprosessia, palautimme opinnäytetyön ideapaperin marraskuussa 2012 ja se hyväksyttiin joulukuussa 2012. Tapasimme ensimmäistä kertaa myös tällöin ohjaavan opettajamme. Syksyn 2013 aikana teimme kirjallisuuskatsausta ja muodostimme teoreettista

viitekehystä sekä tapasimme ohjaavaa opettajaa. Kevään 2014 aikana teimme teorianpohjalta kyselylomakkeen ja esitimme opinnäytetyömme.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut mielekästä, koska toivomme kyselylomakkeesta olevan toivottavasti hyötyä työelämälle. Lisäksi naisten hoitotyö ja erityisesti rintasyöpä aiheena kiinnostaa meitä molempia. Määrällinen tutkimusmenetelmä oli meille uusi asia. Kattavan kirjallisuuskatsauksen tekeminen oli haastavaa, joten opimme prosessin aikana myös kärsivällisyyttä ja pitkäjänteisyyttä. Opinnäytetyöprosessi opetti meille myös tieteellistä tiedonhakua ja lähdekriittisyyttä. Lähdemerkinnät ja lähdeviitteet ovat tulleet prosessin aikana tutuiksi. Koemme, että ammatillista kasvua tapahtui vuorovaikutuksessa ja yhteistyössä, palautteen vastaanottamisessa sekä työelämätaidoissa. Tulevaisuudessa tehtävät tutkimukset ovat varmasti paljon helpompia käynnistää ja toteuttaa, kun olemme kokeneet tutkimusprosessin. Aiheeseen liittyvä englanninkielinen sanastomme on myös kasvanut prosessin aikana.

Kyselylomakkeella toteutettava aineiston keruu ja analysointi voidaan toteuttaa myöhemmin vaikkapa opinnäytetyönä. Toivomme, että opinnäytetyöstämme on hyötyä pidemmällä aikavälillä rintasyöpäleikatuille naisille ja heidän hoitajille.

5.2 Opinnäytetyön eettisyys

Työtä tehdessä on pyritty eettiseen toimintaan, huolellisuuteen, rehellisyyteen ja tarkkuuteen tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. Vaiheita ovat olleet tiedonhankinta sekä aineiston luotettavuuden ja laadun arviointi. Kyselylomake on tehty aiempaan teorialtietoon pohjaten eli kyselyn väittämät perustuvat tutkittuun tietoon. Opinnäytetyöhön ei ole tarvittu tutkimuslupaa, koska teemme kyselylomakkeen, minkä avulla voi myöhemmin toteuttaa itse kyselyn. Kyselylomake on hyväksytty Naistentautien vuodeosastolla sekä opinnäytetyömme ohjaavalla opettajalla. Lähdeviitteet on merkitty Mikkelin ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti.

Esitetaus osaston kautta ei onnistunut aikataulumme vuoksi, vaan jouduimme esitetauksen suorittamaan tuttavillamme, jotka suostuivat siihen. Vaikka esitetaajat ovat tuttaviamme, emme julkaise heidän henkilöllisyyttään missään vaiheessa. Olemme tiedottaneet esitetaajille suullisesti, ettei heidän henkilöllisyytensä tule ilmi työssämme.

LÄHTEET

Ahola, Eija & Mertaniemi, Kaija 2005. Terveystenhoitajan antama sosiaalinen tuki synnytyksen jälkeisen masennuksen aikana. Diakonia- ammattikorkeakoulu. Helsinki. Terveystalan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. WWW-dokumentti. http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki2005/4cc1e1_Ahola6745.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 5.12.2013.

Ahonen, Outi, Blek-Vehkaluoto, Mari, Ekola, Sirkka, Partamies, Sanna, Sulosaari, Virpi & Uski-Tallqvist, Tuija 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2012. Naistentaudit ja synnytykset osasto 22. WWW-dokumentti. http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu_id=127. Päivitetty 20.3.2012. Luettu 14.11.2013.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2007. Leiko (leikkaukseen kotoa). WWW-dokumentti. <http://www.esshp.fi/leiko>. Ei päivitystietoa. Luettu 21.11.2013.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2010. Sosiaalityön yksikkö. WWW-dokumentti. http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu_id=1022. Päivitetty 19.1.2010. Luettu 21.11.2013.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ky 2013. Syöpäsairaanhoitaja sairastavan tukena. WWW-dokumentti. http://www.esshp.fi/general/Uploads_files/Syopashesite.pdf. Päivitetty 31.5.2013. Luettu 21.11.2013.

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2013. Kirurgian ajanvarauspoliklinikka. WWW-dokumentti. http://www.esshp.fi/alltypes.asp?menu_id=109. Päivitetty 26.6.2013. Luettu 21.11.2013.

ESOK-hanke 2006-2011. Sosiaaliset suhteet. WWW-dokumentti. <http://www.esok.fi/esok-hanke/julkaisut/joutuu/koulutuspolku/5-2>. Ei päivitystietoa. Luettu 26.11.2013.

Heikkilä, Tarja 2001. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Oy Edita Ab.

Heikkilä, Tarja 2005. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkilä, Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Helenius, Timo, Pennanen, Riikka & Huttunen, Mikko 2004. Tukihenkilöopas. Forssa: Painotalo Auranen Oy.

Henriksson, Markus & Laukkala, Tanja 2010. Traumaattisten tilanteiden jälkeinen psykososiaalinen tuki on moniammatillista yhteistyötä. Duodecim 126, 2643.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkka & Sajavaara, Paula 2006. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hyypä, Markku 2002. Elinvoimaa yhteisöstä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Joensuu, Heikki, Ropbert, Peter, Kellokumpu-Lehtinen, Pirkko-Liisa, Jyrkkiö, Sirkku, Kouri, Mauri & Teppo, Lyly (toim.) 2013. Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY pro Oy.

Kansalaisareena 2010. Vertaistoiminta kannattaa. Asumispalvelusäätiö ASPA. WWW-dokumentti. http://www.kansalaisareena.fi/Vertaistoiminta_kannattaa.pdf. Päivitetty 2010. Luettu 28.2.2014.

Kiiltomäki, Aliisa & Muma, Päivi 2007. Tässä ja nyt: sairaanhoitaja tekee kriisityötä. Helsinki: Fioca.

Koikkalainen, Else. Haastattelu 25.3.2014. Sairaahoitaja. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri.

Kovero, Camilla & Tykkä, Erika 2002. Rintasyöpään sairastuminen. Duodecim 118.

Kukkonen, Anne & Siika-Aho, Piritta 2008. Hengellis-emotionaalisen tuen tarve syöpään sairastunella ihmisellä. Diakonia- ammattikorkeakoulu. Oulu. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK). Opinnäytetyö. WWW-dokumentti. http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Lisatyt/caae29_oppari_joulukuu_20081.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 6.11.2013.

Kukkurainen, Marja-Leena 2007. Vertaistuki ja tukihenkilötoiminta. Duodecim. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00322. Päivitetty 27.11.2007. Luettu 28.2.2014.

Kuuppelomäki, Merja 2000. Potilaan tunteet ja emotionaalinen tuki. Teoksessa Eriksson, Elina & Kuuppelomäki, Merja (toim.). Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Kyngäs, Helvi, Kääriäinen, Mari & Lipponen, Kaija. 2006. Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. WWW-dokumentti. https://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 28.2.2014.

Kääriäinen, Anna-Maija 2008. Rintasyöpää sairastavien naisten elämänhalintaa. Haastattelututkimus elämänhallinnan kokemuksesta. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Ei päivitystietoa. Luettu 14.2.2014.

Leino, Kaija 2011. Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä. Substantiivinen teoria rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Mattila, Elina, Kaunonen, Marja, Aalto, Pirjo & Åstedt-Kurki, Päivi 2010. Syöpäpotilaan ja perheenjäsenen tukeminen sairaalassa: tuen tarpeen tunnistaminen ja tukemisen tavoitteet. Tutkiva hoitotyö 2, 34 - 36.

Mattila, Elina 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampereen yliopisto. Tiedekunta. Väitöskirja

Maukonen, Marika, Salonen, Päivi, Rantanen, Anja, Suominen, Tarja & Kaunonen, Marja 2011. Elämänlaatu vuosi rintasyöpäleikkauksen jälkeen. Hoitotiede. 2011 nro 4, 282.

McLachlan, Kathleen 2009. Information and support needs of young women with breast cancer. Cancer Nursing Practice 8, 21 - 14.

Mesiäislehto-Soukka, Helinä, Rajamäki, Minna & Paavilainen, Eija 2004. Munasarjasyöpää sairastavan selviytyminen sekä potilaan ja hänen perheensä tukeminen sairaalassa. Tutkiva hoitotyö 3, 31.

Mikkola, Leena 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Jyväskylän yliopisto. Tiedekunta. Väitöskirja.

Mikkonen, Irja 2009. Sairastuneen vertaistuki. Peer Support in Different Illness Groups. Kuopion yliopisto. Väitöskirja. WWW-dokumentti. Päivitetty 2009. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1303-5/urn_isbn_978-951-27-1303-5.pdf. Päivitetty 2009. Luettu 28.2.2014.

Muurinen, Katja 2009. Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia elämästä syövän kanssa liitännäishoitojen aikana. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Mäkinen, Veera 2006. Rintasyöpäpotilaiden saama tuki ja ohjaus hoitohenkilökunnalta. Diakonia- ammattikorkeakoulu. Pori. Sosiaali-, terveys- ja kasvatusalan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. WWW-dokumentti. http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Pori2006/makinenveera.pdf. Luettu 6.11.2013.

Nylund, Marianne & Yeung, Anne Birgitta (toimi.). 2005. Vertaisryhmät kokemusten ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa Vapaaehtoistoiminta – anti, arvot ja osallisuus. WWW-dokumentti. <http://www.vastapaino.fi/vp/images/tekstinaytteet/951-768-167-4.pdf>. Päivitetty 2005. Luettu 28.2.2014.

Piha, Jorma, Pyrhönen, Seppo, Salminen, Eeva & Schmitt, Florence 2007. Tarvitaanko syöpätautien klinikassa perhepsykoterapeuttia? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. WWW-dokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96391.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 28.2.2014.

Punainen risti 2012-2013. Henkinen tuki. WWW-dokumentti. <http://www.punainenristi.fi/tutustu-punaiseen-ristiin/tyomme-maailmalla/avunmuodot/terveystyo/henkinen-tuki>. Päivitetty 2012-2013. Luettu 15.11.2013.

Rintasyöpä (diagnostiikka ja seulonta) 2009. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Rintasyöpäryhmä ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi25030.pdf>. Päivitetty 29.10.2009. Luettu 16.10.2013.

Rintasyövän hoito ja seuranta 2007. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Rintasyöpäryhmä ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti.

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi25001.pdf>. Päivitetty 1.11.2007. Luettu 6.11.2013.

Rintasyöpä.fi 2013. Rintasyöpä. WWW-dokumentti. <http://www.rintasyopa.fi>. Päivitetty 2013. Luettu 14.10.2013.

Rintasyöpäyhdistys 2013. Tietoa rintasyövästä. WWW-dokumentti. <http://www.europadonna.fi/rintasyopa2/>. Päivitetty 2013. Luettu 14.10.2013.

Rissanen, Petteri, Vertio, Harri & Lanning, Matti 2008. Syöpä. Teoksessa Rissanen, Paavo., Kallanranta, Tapani. & Suikkanen, Asko (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ruuth, Jaana 2012. Verkko täynnä vertaistukea. Syöpäjärjestöjen aikakauslehti. Syöpä 1/201.

Ryttyläinen-Korhonen, Katri & Valkama Sirpa 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita.

Saarinen, Sakari 2007. Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Pro-gradu tutkielma. WWW-dokumentti. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02020.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 24.3.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Psykkisen tuen tavoitteet akuutissa kriisityössä. WWW-dokumentti.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10312.pdf. Julkaistu 2009. Luettu 25.11.2013.

Sosiaaliportti.fi 2009. Vertaistuki - ”en olekaan ainut”. WWW-dokumentti. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elamantuki/vertaistuki/>. Päivitetty 3.2.2009. Luettu 28.3.2014.

Suominen, Tarja 2000. Tiedon välittäminen potilaalle. Teoksessa Eriksson, Elina & Kuuppelomäki, Merja (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Suomisanakirja.fi 2013. Prosessi. WWW-dokumentti. <http://www.suomisanakirja.fi/prosessi>. Päivitetty 2013. Luettu 28.3.2014.

Syöpäjärjestöt 2013. Rintasyöpä. WWW-dokumentti. <http://www.cancer.fi>. Päivitetty 9.10.2013. Luettu 14.10.2013.

Syöpäjärjestöjen tukihenkilötoiminta 2010. WWW-dokumentti. http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/96fc74937a8b3d15134a75cc0ba417fe/1385448850/application/pdf/54904644/Tukihlo_opas2010.pdf. Julkaistu 2010. Luettu 26.11.2013.

Taanila, Aki 2012. Määrällisen aineiston kerääminen. WWW-dokumentti.
<http://myy.haaga-helia.fi/~taaak/t/suunnittelu.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 3.4.2014.

Terveyskirjasto 2012. Rintasyöpä: toteaminen ja ennuste. WWW-dokumentti.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00618. Päivitetty 10.4.2012. Luettu 14.10.2013.

Terveyskirjasto 2013. Kyhmy rinnassa. WWW-dokumentti.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00150. Päivitetty 19.9.2013. Luettu 16.10.2013.

Terveyskirjasto 2012. Paikallisen rintasyövän hoito. WWW-dokumentti.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00468. Päivitetty 10.4.2012. Luettu 15.11.2013.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Vertaistuki. WWW-dokumentti
http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/vertaistuki. Ei päivitystietoja. Luettu 18.01.2014.

Vehkalahti, Kimmo 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Alkuperäistutkimukset

Tutkimuksen bibliografiset tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma itressi opinnäytetyön kannalta
Väitöskirja: Leena Mikkola Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa	Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus ja tuen merkitys osastohoidossa	Kvalitatiivinen tutkimus, haastatteluaineisto kerättiin kirurgisella osastolla ääninauhoitamalla aineisto 42 potilasta, 10 hoitajaa, 2 lääkärää ja fysioterapeuttia.	Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta säätelevät hoitoprosessin vaihe, hoitotoimenpide, osaston toiminnan rutinit, vuorovaikutuksen paikka, potilaan vointi sekä läsnä olevien henkilöiden määrä	
Väitöskirja: Elina Mattila Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana 2011	Aikuispotilaan ja perheenjäsenen tuen kokemuksia sairaalahoidon aikana	Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus, nämä lähestymistavat kuvaavat samantarvoisesti tutkimuksen kohteena olevaa todellisuutta. Kvalitatiivinen osuus:	Tulokset antavat viitteitä siitä, että sairaanhoitajien tulisi vahvistaa enemmän potilaan ja perheenjäsenen toivon kokemuksia. Perheenjäsenten kuvauksissa toivon	

Alkuperäistutkimukset

		Yliopistosairaala- lassa työskente- leviltä 25 sai- raanhoitajalta ja kahdella ryhmähaastatte- lulla sekä 9 potilaalta ryh- mähaastattelu- na ja 7 per- heenjäseneltä yksilö ja ryh- mähaastattelui- na Kvantitatiivi- nen osuus: Ky- selylomakkeita potilailta 755 kpl, perheen- jäsenten kyse- lylomakkeita 375 kpl	menettämisen pelko esti heitä keskus- telemasta po- tilaan tilan- teesta.	
Pro gradu- tutkielma: Arja Nevalainen Syöpäpotilaan läheisen hoito- henkilökunnalta saama tiedollinen ja emotionaali- nen tuki poliklii-	Yliopistosairaala- lan poliklinista hoitoa saavien aikuisten syöpä- potilaiden läheiset ja saa- ma tuki	Kvantitatiivi- nen tutkimus 107 kyselylo- maketta syöpä- potilaan lähei- siltä	Tutkimuksen mukaan hoi- tohenkilökun- ta antoi hyvin tietoa syöpä- potilaan lähei- sille syöpä sairaudesta, syövän hoi- tomenetelmis-	

Alkuperäistutkimukset

nisessa hoidossa 2006			tä, hoidon sivuvaikutuk- sista, hoidon tavoitteesta ja potilaalle teh- dyistä tutki- muksista.	
Pro gradu- tutkielma: Katja Muurinen Rintasyöpäpoti- laiden kokemuk- sia elämästä syö- vän kanssa lii- tännäishoitojen aikana 2009	Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata rin- tasyöpäpotilai- den kokemuk- sia syövän liitän- näishoitojen aikana.	Kvalitatiivien tutkimus aineistona rin- tasyöpäpotilai- den päiväkirjat liitännäishoito- jen aikana	Rintasyöpäpo- tilaat kokivat sytostaattihoi- don huomattavasti rasitta- vammaksi kuin sädehoi- don. Perheen koettiin merkitykselliseksi tuen antajaksi. Hoitohenkilökunnan tuki koettiin riittämättömäksi.	
Väitöskirja: Kaija Leino Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä. Substantiivinen teoria rin- tasyöpäpotilaan sosiaalisesta tu-	Väitöskirjassa kehitettiin teoria rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana. Tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa rintasyöpäpoti-	Kvantitatiivinen tutkimus Aineisto muodostui 25 rin- tasyöpäpotilaan haastatteluista, Kvalitatiivinen osuus koostui ryhmähaastattelun kuuluvista	Tulokset osoittavat, että hoitohenkilöstöltä saatu sosiaalinen tuki edistää rintasyöpäpotilaan naisena eheytymistä.	5.2.1.1.1.1

LIITE 1 (4).**Alkuperäistutkimukset**

esta hoitoproses- sin aikana 2011	laiden tukemi- seen.	hoitajista ja lääkäreistä		
---	-------------------------	------------------------------	--	--

SAATEKIRJE

Arvoisa kyselyyn vastaaja,

Olemme Mikkelin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme opin-
näytetyömme yhteistyössä Mikkelin keskussairaalan naistentautien osaston kanssa.
Aiheemme on rintasyöpäleikattujen potilaiden kokemukset saamastaan tuesta vuode-
osastolla leikkauksen jälkeen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on saada tietoa, jonka avulla voidaan kehittää naistentau-
tien osaston hoitohenkilökunnan toimintaa. Opinnäytetyömme tutkii minkälaista tukea
rintasyöpään sairastuneet naiset saavat ja minkälaista tukea he kaipaisivat leikkauksen
jälkeen vuodeosastolla.

Tämä kysely on vapaaehtoinen. Kysely tehdään nimettömänä, eikä teidän henkilölli-
syytenne selviä työmme missään vaiheessa. Kerättyä aineistoa käytetään vain opin-
näytetyöhön, johon tämä saatekirje liittyy. Osallistuminen ei vaikuta hoitoon. Vas-
tauslomakkeet hävitetään asianmukaisesti heti lomakkeiden läpikäynnin jälkeen. Ky-
selyyn vastaaminen vie noin 10 minuuttia.

Palauttakaa ystävällisesti vastauslomake saamassanne kirjekuoressa. Suljetun kirje-
kuoren voitte palauttaa osaston hoitohenkilökunnalle.

Kiitos osallistumisesta!

Leena Arola & Anne-Mari Rautiainen

Sairaanhoitajaopiskelijat

Mikkelin ammattikorkeakoulu

Mikkeli

KYSELYLOMAKE

Olette vastaamassa kyselyyn, joka käsittelee sosiaalisen tuen eri muotoja. Väittämät koskevat rintasyöpään sairastuneiden naisten kokemuksia saamastaan tuesta heti leikkauksen jälkeen vuodeosastolla ollessaan.

Pyydämme Teitä vastaamaan ystävällisesti jokaiseen kohtaan ympyröimällä mielipidettä parhaiten vastaava vaihtoehto. Kyselyn loppuun on varattu tilaa vapaamuotoiselle tekstille, johon voitte kirjoittaa esimerkiksi toiveistasi tai asioista joita kyselyssä ei käsitelty.

Ensiksi Teiltä kysytään muutamia taustatietoja.

Olkaa hyvä ja vastatkaa kysymyksiin tai ympyröikää oikea vaihtoehto.

1. Ikänne _____ vuotta

2. Koulutus

1 Ei ammatillista koulutusta
2 Ammatillinen koulutus
3 Korkeakoulu/Yliopisto koulutus

3. Olette tällä hetkellä

1 Työssä 4 Opiskelija
2 Eläkkeellä 5 Muu, Mikä? _____
3 Työtön

4. Onko Teitä leikattu aikaisemmin rintasyövän vuoksi?

1 Ei 2 Kyllä, milloin? _____

5. Tehtiinkö Teille?

1 Rinnan osapoisto
2 Rinnan kokopoisto
3 Rinnan osapoisto ja imusolmukkeiden poisto
4 Rinnan kokopoisto ja imusolmukkeiden poisto

Esitämme Teille seuraavaksi väittämiä saamastanne sosiaalisentuen erimuodoista, ympyröikää eniten kuvaavin vaihtoehto

1 = Täysin eri mieltä

2 = Eri mieltä

3 = En osaa sanoa

4 = Samaa mieltä

5 = Täysin samaa mieltä

TIEDOLLINEN TUKI

Pyydämme Teitä arvioimaan kokemuksenne perusteella hoitohenkilökunnalta saamanne tiedollisen tuen liittyviä väittämiä. Rengastakaa parhaiten mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
6. Sain riittävästi tietoa sairauteeni liittyen sairaanhoitajalta	1	2	3	4	5
7. Sain riittävästi tietoa sairauteeni liittyen lääkäriltä	1	2	3	4	5
8. Sain riittävästi tietoa sairauteeni liittyen sosiaalihoitajalta	1	2	3	4	5
9. Sain riittävästi tietoa sairauteeni liittyen fysioterapeutilta	1	2	3	4	5
10. Olen saanut tietoa sairaudestani kirjallisuudesta	1	2	3	4	5
11. Olen saanut tietoa riittävästi sairaudestani internetistä	1	2	3	4	5

LIITE 3(5).
Kyselylomake

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
12. Sain tietoa sairauteni hoitoihin liittyvistä mahdollisista sivuvaikutuksista	1	2	3	4	5
13. Sain riittävästi tietoa kivunhoitomenetelmistä	1	2	3	4	5
14. Sain riittävästi tietoa sairauteni ennusteesta	1	2	3	4	5
15. Sain riittävästi tietoa sosiaalietuuksista (mm. Sairaanhoidokustannukset, ansiotulon menetykset, kuntoutus)	1	2	3	4	5
16. Sain riittävästi tietoa jatkohoidosta	1	2	3	4	5
17. Sain osallistua hoitooni koskevaan päätöksentekoon	1	2	3	4	5
18. Olen saanut tietoa terveydentilastani	1	2	3	4	5
19. Minulle kerrottiin hoitooni liittyvästä aikataulusta	1	2	3	4	5
20. Olen saanut tietoa perheenjäsenteni mahdollisuudesta sairastua rintasyöpään	1	2	3	4	5
21. Sain selkeät ja ymmärrettävät kotihoito-ohjeet kirjallisesti	1	2	3	4	5

LIITE 3(5).
Kyselylomake

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
22. Sain selkeät ja ymmärrettävät kotihoito-ohjeet suullisesti	1	2	3	4	5
23. Kotihoito-ohjeet olivat selkeät ja ymmärrettävät	1	2	3	4	5
24. Kotihoito-ohjeet käytiin kanssani läpi useamman kerran	1	2	3	4	5
25. Olisin toivonut että kotihoito-ohjeet olisi käynty kanssani läpi useamman kerran	1	2	3	4	5

EMOTIONAALINEN TUKI

Pyydämme Teitä arvioimaan kokemuksenne perusteella hoitohenkilökunnalta saamanne emotionaalisen tuen liittyviä väittämiä. Rengastakaa parhaiten mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
26. Hoitohenkilökunta kohteli minua yksilöllisesti	1	2	3	4	5
27. Sairaanhoidajat ovat ammattitaitoisia	1	2	3	4	5
28. Lääkärit ovat ammattitaitoisia	1	2	3	4	5

LIITE 3(5).
Kyselylomake

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	En osaa sa- noa	Samaa mieltä	Täysin sa- maa mieltä
29. Sairaanhoida- jat kuuntelivat minua	1	2	3	4	5
30. Lääkärit kuuntelivat mi- nua	1	2	3	4	5
31. Hoitohenki- lökunta oli kiin- nostunut tunteis- tani	1	2	3	4	5
32. Sairaanhoida- jien antama kan- nustus auttoi minua jaksaa- maan	1	2	3	4	5
33. Olen saanut puhua mieltäni painavista pe- loista	1	2	3	4	5
34. Olen saanut puhua tarvittaes- sa ahdistukses- tani	1	2	3	4	5
35. Hoitohenki- lökunnan ja mi- nun välillä on ollut luottamuk- sellinen hoi- tosuhde	1	2	3	4	5
36. Sain hoito- henkilökunnalta tukea	1	2	3	4	5

lanteeseeni

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
37. Sain tietoa sairauteni vaikutuksesta seksuaalisuuteeni	1	2	3	4	5
38. Sain tietoa hoitojeni vaikutuksesta seksuaalisuuteeni	1	2	3	4	5
39. Sain tietoa leikkauksen vaikutuksesta seksuaalisuuteeni	1	2	3	4	5
40. Koin että hoitohenkilökunta oli aidosti läsnä	1	2	3	4	5
41. Koin että perheeni sai tukea	1	2	3	4	5

KÄYTÄNNÖN TUKEMINEN

Pyydämme Teitä arvioimaan kokemuksen perusteella hoitohenkilökunnalta saamanne käytännön tukemiseen liittyviä väittämiä. Rengastakaa parhaiten mielipidetänne vastaava vaihtoehto.

LIITE 3(5).
Kyselylomake

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
42. Minulle kerrottiin sai- rauteeni liittyy- vistä kustan- nuksista	1	2	3	4	5
	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
43. Sain tietoa sairauslomas- tani	1	2	3	4	5
44. Tiedän mihin ottaa yhteyttä, jos minulla ilme- nee kysyttävää sairauteeni liittyvissä asi- oissa	1	2	3	4	5
45. Sain tietoa tukihenkilöto- iminnasta	1	2	3	4	5
46. Sain tietoa vertaistuesta	1	2	3	4	5
47. Halutessa- ni sain keskus- tella tukihen- kilön kanssa	1	2	3	4	5

Haluatko vielä sanoa jotain:

KIITOS VASTAAMISESTA!

