



Paula Aalto, Eija Nykänen

Potilaan kokemukset rinnan stereotaktisessa näytteenotossa

Opinnäytetyö

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Röntgenhoitaja AMK

Radiografian ja sädehoidon tutkinto-ohjelma SXM21S1, SXM21K2

Opinnäytetyö

13.11.2023

Tiivistelmä

Tekijät	Paula Aalto, Eija Nykänen
Otsikko	Potilaan kokemukset rinnan stereotaktisessa näytteenotossa
Sivumäärä	31 sivua + 1 liite
Aika	13.11.2023
Tutkinto	Röntgenhoitaja AMK
Tutkinto-ohjelma	Radiografia ja sädehoito
Ohjaajat	Lehtori Heli Patanen Lehtori Ulla Nikupaavo
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia potilaiden kokemuksia rinnan stereotaktisessa näytteenotossa. Tavoitteena on saada tietoa röntgenhoitajille, miten tällä hetkellä ennakkoon annettu tieto toimenpiteestä vastaa potilaan kokemusta näytteenotosta ja pitääkö näin ollen ohjeistusta muuttaa tai kehittää.</p> <p>Potilaan kokemukset rinnan stereotaktisessa näytteenotossa ovat tärkeä osa hoitoprosessia. Stereotaktinen näytteenotto on diagnostinen toimenpide, jota käytetään epäilyttävien rintakudoksen muutosten tutkimiseen. Potilaat voivat kokea monenlaisia tunteita näytteenottoon liittyen, se voi aiheuttaa huolta ja ahdistusta, mutta toisaalta se tarjoaa mahdollisuuden varhaiseen diagnoosiin ja oikeaan hoitopolkuun. Potilaan kokemukset voivat vaihdella kivun, epämukavuuden ja jännityksen tunteista helpotukseen, etenkin jos muutos saadaan mahdollisesti näytteenoton yhteydessä kokonaan poistettua eikä invasiivista leikkaushoitoa tarvita.</p> <p>Kommunikaatio, informaation saanti ja hoitohenkilökunnan empatia ovat keskeisiä tekijöitä potilaskokemuksen parantamisessa tässä diagnostisessa prosessissa. Potilaiden kokemusten ymmärtäminen ja huomioiminen on olennaista, jotta heille voidaan tarjota parasta mahdollista hoitoa ja tukea.</p> <p>Opinnäytetyössämme keskitymme nimenomaan psykososiaaliseen tukeen; miten potilasohjauksella voidaan vaikuttaa potilaan kokemukseen rinnan stereotaktisessa näytteenotossa. Kyselyn avulla pyydämme potilailta kehitysehdotuksia, mitä informaatiota he toivoisivat näytteenottoon liittyen, jotta mahdollinen pelko ja ahdistus lieventyisi.</p>	
Avainsanat	Potilaskokemus, rintasyöpä, diagnostinen radiografia, mammografia, stereotaktinen, biopsia.

Authors	Paula Aalto, Eija Nykänen
Title	Patient experience in stereotactic breast biopsy
Number of Pages	31 pages + 1 appendice
Date	13. November 2023
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Radiography and Radiotherapy
Instructors	Heli Patanen, Senior Lecturer Ulla Nikupaavo, Senior Lecturer
<p>The purpose of this thesis is to investigate patients' experiences in stereotactic sampling of the breast. The goal is to get information to the radiographers, how the information given in advance about the procedure currently corresponds to the patient's experience with sampling and whether the instructions should therefore be changed or developed in some way.</p> <p>The patient's experiences in stereotactic breast biopsy are an important part of the treatment process. Stereotactic breast biopsy is a diagnostic procedure used to investigate suspicious breast tissue changes. Patients can experience a wide range of emotions related to the biopsy process, it can cause worry and anxiety, but on the other hand, it offers an opportunity for early diagnosis and the right treatment path. The patient's experiences can vary from feelings of pain, discomfort, and tension to relief, especially if the change can possibly be completely removed during biopsy and no invasive surgery is needed.</p> <p>Communication, access to information and empathy of the nursing staff are key factors in improving the patient experience in this diagnostic process. Understanding and considering patients' experiences is essential in order to offer them the best possible care and support.</p> <p>In our thesis, we focus specifically on psychosocial support, how patient guidance can influence the patient's experience in stereotactic sampling of the breast. With the help of the survey, we ask the patients for development suggestions, what information they would like regarding the sampling, in order to alleviate possible fear and anxiety.</p>	
Keywords	Patient experience, breast cancer, diagnostic radiography, mammogram, stereotactic, biopsy

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Rintasyövän yleisyys	2
3	Mammografia	2
4	Rintasyövän diagnostiikka	3
4.1	Biopsia	4
4.2	Stereotaktinen biopsia	4
4.3	Stereotaktinen näytteenotto verrattuna perinteisellä tavalla otettuun paksuneulanäytteeseen	5
4.4	Potilaan näkökulma	5
5	Psykososiaalinen tuki	6
5.1	Emotionaalinen tuki	7
5.2	Informatiivinen tuki	8
5.3	Konkreettinen tuki	9
5.4	Vuorovaikutus toimenpiteen aikana	9
6	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	10
7	Laadullinen tutkimus opinnäytetyön menetelmänä	11
7.1	Tiedonhaun kuvaus	12
7.2	Tutkimusmenetelmät	12
7.2.1	Kyselyn laatiminen	12
7.2.2	Aineiston keruu	13
7.2.3	Aineiston analysointimenetelmä	14
8	Tulokset	15
8.1	Kaipaavatko potilaat nykyistä enemmän tietoa ennen toimenpidettä?	15
8.1.1	Kysymys 1: Tiedonsaanti ennen tutkimusta	15
8.1.2	Kysymys 2: Tiedon lähde	16
8.1.3	Kysymys 6: Informaation tarve	17
8.1.4	Kysymys 7: Informaation tarve avoimena kysymyksenä	17
8.2	Millaisia tunteita potilaat kokevat toimenpiteen aikana?	18

8.2.1	Kysymys 4: Toimenpiteeseen liittyvät tunteet (suljetut kysymykset)	18
8.2.2	Kysymys 4: Toimenpiteeseen liittyvät tunteet (avoin kysymys)	19
8.3	Huomioitiinko potilasta toimenpiteen aikana riittävästi?	19
8.3.1	Kysymys 3: Toimenpiteen eteneminen	19
8.3.2	Kysymys 5: Huomion kokeminen	20
8.4	Taustatiedot	21
8.4.1	Ikäjakauma	21
8.4.2	Koulutus	22
9	Pohdinta	22
9.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	23
9.2	Luotettavuus ja eettisyys	24
9.3	Kehittämissuhteet	25
9.4	Ammatillinen kasvu	26
	Lähteet	28
	Liitteet	
	Liite 1 Kyselylomake ja tiedonanto	

1 Johdanto

Hyvä hoitosuhde, luottamus ja somaattisten oireiden hoito auttavat potilaan psyykkistä jaksamista ja potilas tarvitseekin ammattilaisen ohjausta säilyttääkseen psyykkisen tasapainoisuutensa. Toimenpiteissä edellytetään hyvään potilasohjaukseen ja vuorovaiikutukseen perustuvaa toimintaa, eikä erityisiä psykoterapeuttisia valmiuksia kaivata. (Idman 2015.)

Opinnäytetyössämme kuvaamme potilaan kokemuksia rinnan stereotaktisessa näytteenotossa. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys keskittyy potilaskokemukseen kliinisessä mammografiassa suoritettavaan epäilyttävän kudosuutoksen analysointiin stereotaktisella biopsialla. Tätä selvittääksemme lähestyimme potilaita anonyymillä kyselykaavakkeella, jonka avulla saimme tietoa, miten potilaan kokemus kohtaa ennakkoon annetun informaation kanssa. Opinnäytetyö auttaa tulevaisuudessa mahdollisesti potilasohjeen tekemisessä mutta erityisesti sen avulla voidaan kehittää röntgenhoitajien toimintaa potilaan ohjauksessa stereotaktisessa näytteenotossa.

Opinnäytetyössämme käsittelemme stereotaktisen näytteenoton prosessia verraten sitä muihin vastaaviin näytteenottotapoihin. Tuomme esille potilaskokemuksen näkökulman sekä röntgenhoitajan toiminnan vaikutusta potilaan kokemukseen prosessin aikana. Stereotaktinen näytteenotto kuulostaa jo pelkästään sanana pelottavalta ja voi aiheuttaa potilaassa ennakkoon erilaisia jännityksen ja ahdistuksen tunteita. Halusimmekin kyselyllämme selvittää, millainen merkitys röntgenhoitajalla on potilaan tunteiden säätelyssä ja voiko ennakkoon annetulla tiedolla lievittää potilaan negatiivisia tunteita.

Koska toimenpide toteutetaan paikallispuudutuksessa ja lievinäkin komplikaatioina tulee mustelmia ja jonkinasteista kivun tuntemusta myös toimenpiteen jälkeen, on potilaan informoiminen ja huomioiminen tutkimuksen eri vaiheissa ensiarvoisen tärkeää. Röntgenhoitajan vastuulla on potilaan ohjeistaminen, asettelu ja voinnin seuranta toimenpiteen ajan. Myös radiologin kokemuksella näytteenotosta on merkitystä potilaan kokemiin tuntemuksiin. (Seely & Hill & Peddle & Lau 2017: 4804–4811.)

Opinnäytetyömme antaa röntgenhoitajille uskallusta kohdata potilas näytteenoton lisäksi myös muissa kuvantamisen tilanteissa yksilönä vähättelemättä tai liioittelematta potilaan

kokemia tunteita. Haluamme opinnäytetyöllämme herättää ammattilaisissa halua kehittää omaa psykososiaalista kohtaamistaan potilastyössä yhä paremmaksi.

2 Rintasyövän yleisyys

Maailmanlaajuisesti rintasyöpä on eniten kuolemantapauksia aiheuttava syöpä. Viimeisimpien globaalien syöpätilastojen mukaan (2020) 2,3 miljoonalla naisella diagnosoitiin rintasyöpä ja heistä 685 000 kuoli. Vuoden 2020 lopussa elossa oli 7,8 miljoonaa naista, joilla oli diagnosoitu rintasyöpä viimeisen viiden vuoden aikana, mikä tekee rintasyövästä maailman yleisimmän syövän. Naisilla rintasyöpää esiintyy kaikissa maailman maissa missä tahansa iässä murrosiän jälkeen, ja esiintyvyys lisääntyy ikääntymisen myötä. Rintojen itsetarkkailun lisäksi joukkoseulonnat ja varhainen diagnoosi ovat työkaluja rintasyövän mahdollisimman varhaiseen havainnointiin ja hoitamiseen. (WHO 2023.)

Suomessa viimeisimpien tilastojen (2020) mukaan uusia rintasyöpätapauksia todettiin vuoden aikana 4 885 kappaletta. Myös Suomessa naisten syöpäkuolemia aiheutti eniten rintasyöpä (kuolleisuus 28.6 per 100 000 henkilövuotta, 968 kuolemaa). Uusimmissa luvuissa näkyy koronapandemian myötä se, ettei tutkimuksiin ole lähdetty yhtä useasti kuin ennen pandemiaa. Uusien rintasyöpien vaje oli noin 330 syöpää (6,4 %) verrattuna ennusteeseen. Rintasyövän ilmaantuvuus on kasvanut koko havaintojakson ajan (vuodesta 1953 lähtien). Kuolleisuus on kääntynyt laskuun 1990-luvulla ja rintasyövän osalta viiden vuoden suhteellinen elossaoloprosentti on nykyisin yli 90 (vuosien 2018–2020 seurantajaksoilla 91 %). (Pitkaniemi ym. 2022.)

3 Mammografia

Mammografia on rintasyöpädiagnostiikan perustutkimus. Sen avulla pyritään varmistamaan, ettei rinnoissa ole oireettomia hoitoa vaativia muutoksia. Mammografiatutkimukseen päädytään joko potilaan itse havaitessa rinnoissa muutoksia tai löydöksistä seurantamammografioissa (Rintasyövän diagnostiikka 2023). Alle 35-vuotiaat, raskaana olevat tai imettävät naiset tutkitaan ensisijaisesti ultraäänitutkimuksella (Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus 2023: 11).

Mammografiatutkimuksiin kuuluvat sekä laissa määritellyt seulontamammografiat, joihin kutsutaan kaikki 50–69-vuotiaat naiset 20–26 kuukauden välein, että kliiniset mammografiatutkimukset, joissa tutkitaan jo oireisia potilaita. Kliiniseen tutkimukseen liitetään täydentävä ultraäänitutkimus, mikäli radiologi havaitsee mammografiakuvassa mitään epäilyttävää. (Dean & Rissanen 2017: 320–343.)

Rintasyövän seulontaohjelma aloitettiin Suomessa vuonna 1987, ensimmäisenä maailmassa. Seulontaan kutsuttiin 50–59-vuotiaat naiset. Valtioneuvoston asetuksella seulontaohjelman ikärajausta laajennettiin 50–69-vuotiaisiin naisiin vuoden 2016 loppuun mennessä. (Anttila & Heinävaara & Sarkeala 2016.)

Syöpähoidot, kuten kirurgia, sädehoito ja syöpälääkkeet, ovat kehittyneet huomattavasti 1990-luvulta lähtien. Uusien hoitomenetelmien käyttöönotto ja yksilöllisempi lähestymistapa hoitoihin ovat parantaneet potilaiden eloonjäämisennusteita. Varhaisempi diagnoosi, yleisön tietoisuuden lisääntyminen ja valtakunnallinen syöpäseulonta ovat omiltaan vähentäneet seulottavien syöpien aiheuttamia kuolemia. (Kerr ym. 2022; Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus 2023.)

Vuonna 2020 kaikki kunnat kutsuivat 50–69-vuotiaat naiset rintasyövän seulontaan kahden vuoden aikana, eli kutsujen kattavuus oli 100 %. Seulontakutsuja lähetettiin 362 000 kpl, ja seulontaan osallistui 292 000 naista (81 %). Seulotuista 97 % sai normaalin tuloksen ja 3 % sai kutsun jatkotutkimuksiin. Läheteitä kirurgiseen toimenpiteeseen sekä muihin erikoissairaanhoidon jatkotutkimuksiin tehtiin noin 2 400 kappaletta (0,8 % seulotuista). Seulonnasta todettiin 1 945 rintasyöpää tai rinnan in situ -kasvainta (n. 7 / 1000 seulontaa). Lisäksi seulonnan yhteydessä löydettiin 8 muuta syöpää. (Rintasyövän seulontaohjelma vuosikatsaus 2022.) Tilastotietoa siitä, kuinka moni seulontapotilas kutsutaan stereotaktiseen näytteenottoon, ei ole kerätty.

4 Rintasyövän diagnostiikka

Rinnoissa havaittujen muutosten kolmoisdiagnostiikka sisältää seuraavat periaatteet:

- inspektio ja palpaatio (tutkimus ja tunnusteleminen)
- kuvantamistutkimukset (mammografia ja tarvittaessa täydentävät tutkimukset)
- neulanäytteiden histopatologiset tutkimukset (biopsiat).

Kolmoisdiagnostiikka on tärkeä sekä rintasyövän diagnosoinnissa että hoitopolun suunnittelussa. Nämä vaiheet yhdistämällä saadaan kattava kuva tilanteesta, mikä auttaa lääkäreitä hoidon ja seurannan suunnittelussa. Potilaalle kolmoisdiagnostiikka tarjoaa tietoa tilanteesta ja prosessin etenemisestä. (Rintasyövän diagnostiikka 2023.)

Koska opinnäytetyömme keskittyy potilaan kokemuksiin rinnan stereotaktisessa näytteenotossa, emme kuvaile kolmoisdiagnostiikan kahta ensimmäistä vaihetta työsämme.

4.1 Biopsia

Biopsia on koepalan tai solunäytteen ottaminen elävästä kudoksesta ja sen (mikroskooppinen) tarkastelu (Saano ym. 2016: 71). Mikäli rintasyövän mahdollisuutta ei voida sulkea pois muulla tavalla, otetaan kudoksenäyte. Rintasyöpädiagnostiikassa kudoksenäytteet eli biopsiat otetaan neulanäytteinä. Käytössä on karkeaneula- tai paksuneulanäytteet, joilla saadaan isompi kudoksenäyte ja joissain tilanteissa mikrokalkkeista suuri osa poistettua. Paksuneulanäytteitä otetaan yleensä useita (vähintään 3), ja näytteenoton yhteydessä varmistetaan, että neula läpäisee oikean kohteen. Ohutneulanäytettä ei juuri käytetä väärin negatiivisten tulosten välttämiseksi. (Soimakallio ym. 2005: 247; Rintasyövän diagnostiikka 2023.)

4.2 Stereotaktinen biopsia

Kun rinnan epäilyttävä löydös ei näy ultraäänitutkimuksessa, tulee näytteenotto toteuttaa stereotaktisen biopsialaitteen avulla. Näin toimitaan silloin, kun kalkkeumat ovat alle millimetrin kokoisia. Näin pieniä kalkkeumia kutsutaan mikrokalkkeumiksi. (Soimakallio ym. 2005:246.) Kun tulkitaan mikrokalkkeumia, on haasteena se, että etenkin kalkkirykelmät voivat liittyä sekä hyvän- että pahanlaatuisiin kudoksenmuutoksiin ja myös ns. atyyppiseen hyperplasiaan, josta voi myöhemmin kehittyä rintasyöpä. Näiden erottaminen toisistaan kuvauslöydöksen perusteella on usein mahdotonta, jonka seurauksena päädytään neulanäytteenottoon stereotaktisella menetelmällä. Stereotaktisessa biopsiassa otetaan useampi mammografiakuva eri kulmista ja käytetään tietokoneohjelmaa sekä tyhjiöavusteista näytteenottolaitetta, jolla saadaan useampia kudoksenäytteitä pienistä muutoksista. (Dean & Rissanen 2017: 320–343.)

4.3 Stereotaktinen näytteenotto verrattuna perinteisellä tavalla otettuun paksuneulanäytteeseen

Rintamuutoksia tutkitaan ensisijaisesti paksuneulanäytteistä. Radiologi puuduttaa alueen ja etsii kohteen ultraääniohjatuksi. Paksuneulanäytteen ottoon käytetään 14–18 gaugen (2 mm tai ohuempi) neuloja ja näytepala ohjautuu kaksiosaisen neulan sisäosassa olevaan uraan, kun näytteenottolaite laukaistaan. Näytteitä otetaan yhdestä viiteen kappaletta, riippuen kohteen tyypistä ja koosta. Edellytyksenä paksuneulanäytteenotolle on kohteen selvä erottuminen ultraäänikuvasta. (Dean & Rissanen 2017.)

Vakuumi- eli tyhjiöavusteinen biopsianäyte otetaan 11 gaugen (3 mm:n) neulalla, joka on yhdistetty sähkökäyttöiseen imulaitteeseen. Tarkkaa diagnoosia varten mikrokalkkeista halutaan mahdollisimman suuret ja runsaslukuiset näytteet. Stereotaktinen lisälaitte mahdollistaa kalkkien kolmiulotteisen paikantamisen. Yleensä otetaan 6–12 näytettä. Potilas on tutkimuksen ajan mammografialaitteessa rinta kompressoituna ja laitteeseen on kiinnitetty stereotaktinen lisälaitte neulanohjaimen kanssa. (Rintasyövän diagnostiikka 2023; Dean & Rissanen 2017: 320–343.)

4.4 Potilaan näkökulma

Koska stereotaktisella näytteenottotavalla voidaan ottaa paljon näytteitä usein hajallaan sijaitsevista mikrokalkkeista yhden viillon kautta, päästään potilaan nopeaan toipumiseen suhteellisen lyhyen toimenpiteen jälkeen verrattuna muihin invasiivisiin näytteenottotoimenpiteisiin. Mikäli löydös on maligni, ovat potilaskokemukset negatiivisempia. (Agacayak ym. 2014: 5171–5174; Eller ym. 2014: 3831–3837.) Parhaimmillaan menetelmä mahdollistaa epäilyttävän muutoksen täydellisen poiston, mutta ei tietenkään kaikissa tapauksissa. Tutkimukset osoittavat stereotaktisen näytteenoton olevan turvallinen ja tarkka menetelmä varhaisen syövän diagnosoinnissa (Gül ym. 2016: 326–333; Safioleas ym. 2017: 340–346.) Yleisiä kipukokemuksia on todettu potilailla erilaisten invasiivisten kuvantamistutkimusten yhteydessä. Potilas voi tuntea epämiellyttäviä tunteuksia ja kipua myös kuvantamistilanteen aikaisen pitkän paikallaanolon vuoksi. (Walta 2012.)

5 Psykososiaalinen tuki

Potilaan kohtaaminen ammattilaisen kanssa on usein hyvin emotionaalinen. Potilas voi olla peloissaan, väsynyt tai ahdistunut sairauden tai muun elämäntilanteen vuoksi. Hänen mieltään voi painaa suru tai huoli tai hän on jostain syystä vihainen. Myös itse toimenpide, johon potilas on tullut, herättää moninaisia tunteita ja tilanne on potilaalle ainutlaatuinen ja erityinen. Hoitohenkilökuntaan kuuluvat ovat vieraita, toimintakäytänteet outoja ja tilanteeseen voi liittyä useita yksityisyyttä uhkaavia asioita. Potilaan odotetaan riisuuntuvan ja hänen tulee antaa vieraiden ihmisten koskea kehoonsa. Myös potilas voi yllätyä oman kehon reagoinnista. Hoitotilanteissa esiintyy useita erilaisia vahvoja tunteita, jotka voivat olla lievistä epämiellyttävydestä aina häpeään asti. (Kettunen & Gerlander 2014.) Potilaat odottavat lähtökohtaisesti heitä kunnioitettavan ja otettavan huomioon kuvantamistilanteissa. Potilaiden tyytyväisyyttä sekä turvallisuuden tunnetta lisäävät kokemukset ystävällisestä kohtelusta sekä potilaslähtöisestä toiminnasta. Tutkimusten valossa potilaat ovat pääasiassa tyytyväisiä kuvantamistutkimuksissa saamaansa palveluun ja hoitoon. Osa potilaista on kuitenkin tyytymättömiä tiedon saantiin sekä kuvaukseen pääsemisen odottamiseen. On myös todettu, että potilaat tietävät suhteellisen vähän heille tehtävistä kuvantamistutkimuksista sekä niiden riskeistä. Kuvantamistutkimuksiin liittyviä väärinkäsityksiä on ilmennyt puutteellisen etukäteisohjeistuksen vuoksi. Potilasohjauksen tulisi olla kuvantamistilanteissa vastavuoroista, potilaan omiin tarpeisiin perustuvaa toimintaa eikä asiantuntijalähtöistä toimintaa. (Walta 2012.)

Potilas ei erilaisien syiden vuoksi välttämättä tuo kaikkia olennaisia asioita esiin ja tämän oletetaan usein johtuvan potilaan haluttomuudesta osallistua hoitotilanteeseen. Kuitenkin potilaan voi olla vaikea pukea asiaansa sanoiksi tai huoli omasta tilanteesta voi olla niin voimakas, ettei hän muista kysyä mieltä painavaa asiaa. Potilas voi myös pelätä, että hänen hoitonsa huonontuu tai tulevansa jollain tapaa "rangaistuksi", jos hän puhuu. Aiemmin terveydenhoitohenkilökunnan puolelta koettu tönkeys, potilaan oma tunnetila tai vireys voivat heikentää potilaan osallistumishalukkuutta. Terveydenhoitohenkilökunnan sen hetkinen käyttäytyminen voi myös heikentää potilaan osallistumista etenkin, jos ammattilainen pitäytyy vain fyysisissä seikoissa, neuvoo pääongelmien tunnistamisessa, kertoo ahdistuksen ja huolen olevan normaalia, vaihtaa aihetta tai yrittää pitää potilaan hyvällä tuulella. Potilaalla ei myöskään ole tilaisuutta puhua mieltään askarruttavista asioista, jos ammattilainen antaa kiireen näkyä tavassaan käsitellä asioita, sillä potilas

säästää helposti ammattilaisen aikaa muille potilaille pysymällä vaii. (Kettunen & Gerlander 2014.)

Psykososiaalinen tuki saatetaan jakaa psyykkiseen ja sosiaaliseen tukemiseen. Sosiaalinen tuki voidaan jakaa edelleen emotionaaliseen, konkreettiseen sekä tiedolliseen tukeen. (Syöpätautien asiantuntijaryhmä 2014: 77.) Tyypillisiä psykososiaalisia tuen tarpeita ovat psyykkisen kuormittuneisuuden helpottaminen, ahdistuksen, pelon ja kriisireaktion käsitteleminen. Terveystuon tarjoama psykososiaalinen tuki parantaa potilaan elämänlaatua, helpottaa potilaan psyykkistä kuormitusta ja vähentää terveydentuon kustannuksia. Tästä huolimatta psykososiaalinen tuki ei ole vakiintunut osaksi potilaan hoitoa, sillä henkilökunta kokee kiireen ja työn kuormittavuuden olevan esteenä tuen antamiselle ja koulutuksen puutetta tunnistaa tuen tarvetta tai antaa tukea. Myös organisaatioon, työkuultuuriin ja muita yksilöiden valmiuksiin liittyviä esteitä koetaan psykososiaalisen tukitarpeiden huomioimista hankaloittavina asioina. (Harju ym. 2019:192–203.)

5.1 Emotionaalinen tuki

Potilaita kohtaavan hoitohenkilökunnan tehtävänä on fyysisen hoidon ja diagnosoinnin lisäksi myös emotionaalinen tuki. Tämän edellytyksenä on, että röntgenhoitajalla on tietoa tunteiden syntyyn vaikuttavista tekijöistä ja kykyä tunnistaa potilaiden erilaisia tunnetiloja. (Kuuppelomäki 2000: 130.) Emotionaalisella tuella tarkoitetaan ihmisen tietoisuutta siitä, että hänestä välitetään ja häntä arvostetaan ja rakastetaan. Häntä rohkaistaan ilmaisemaan tunteitaan niin, että hän kokee tunteensa olevan hyväksytyt. Myötäelävä kuunteleminen, hiljaisuus, non-verbaalinen viestintä, myönteisten asioiden löytäminen, voimavarojen vahvistaminen, huolenpito, luottamus, empatia ja rakkaus muodostavat omilta osiltaan empaattisen tuen. Empaattisen tuen auttamismenetelminä ovat tärkeimpinä potilaan arvostaminen ja huolenpito, jota voi osoittaa kuuntelemalla häntä. Potilas tulee hyväksyä sellaisena kuin hän on ja häntä kohtaan tulee osoittaa kiinnostusta ja kunnioitusta. Luomalla ystävällisen ja turvallisen ilmapiirin, vastaamalla potilaan kysymyksiin, rohkaisemalla ilmaisemaan tunteita ja tarkkailemalla mahdollisia ongelmia ja keskustelemalla niistä, tuet potilasta emotionaalisesti. (Kääriäinen 2006: 34.)

Kuten kaikessa ohjeistuksessa, myös stereotaktisen näytteenoton prosessissa, tulisi hyödyntää psykososiaalisia malleja. Metsälän ym. mukaan aiemmat tutkimukset ovat

osoittaneet alhaisempien koulutustasojen omaavien naisten kaipaavan erityisesti potilasohjausta ja tukea. Muita syitä tarkempaan potilasohjaukseen ovat ensimmäinen epänormaali mammografiatulos, yleinen kokemattomuus rintatutkimuksista sekä suositus tiiviimmästä seurannasta. (Metsälä & Pajukari & Aro 2012: 773.) Potilaat kaipaavat hoitohenkilökunnan antamaa emotionaalista tukea epävarmuuksien ja pelkojen käsittelyyn. Koska potilas ei voi itse kontrolloida tapahtumia tilanteessa, voivat stressi ja ahdistuneisuus lisääntyä. Hoitajan tuleekin arvioida pelon sekä ahdistuneisuuden voimakkuutta ja suunnitella ohjaus sen mukaisesti. Yksilöllinen kohtaaminen, turvallisuuden tunteen ja luottamuksen lisääminen sekä ahdistuneisuuden vähentäminen ovatkin emotionaalisen tuen kulmakiviä. Vähemmän pelokkaat potilaat kaipaavat enemmän tietoa toimenpiteestä ja hoidosta, kun taas pelokkaammat tarvitsevat enemmän psyykkistä tukemista. (Lipponen ym. 2006: 34.)

Huumori voi myös olla osana emotionaalista tukea edistämällä myönteisten tunteiden esiintymistä. Huumorin avulla voidaan lievittää sekä potilaan että hoitajan kokemaa stressiä ja purkaa negatiivisia tunteita, kuten ahdistusta ja suuttumusta. Potilas voi rentoutua huumorin avulla, ja se saa ilmapiirin vapautuneemmaksi. Huumori auttaa myös myönteisen mielialan ylläpidossa. Potilaan voi olla helpompi kysyä kysymyksiä ja esittää toiveitaan huumorin avulla. Kuitenkin huumoria käytettäessä tulee tuntee potilas ja tämän suhtautuminen siihen, sillä on myös ihmisiä, jotka eivät ymmärrä huumorin käyttöä lainkaan ja tämä tulee huomioida herkästi huumoria käytettäessä. (Kuuppelomäki 2000: 151–152.)

5.2 Informatiivinen tuki

Informatiivinen eli tiedollinen tuki sisältää tietojen antamisen, tuen antamisen päätöksenteossa sekä tilanteen selvittämisen potilaalle. Se auttaa ongelman ratkaisemisessa. Tietoa voidaan välittää monella eri tavalla, sitä voidaan saada monista eri lähteistä ja se voi olla monisisältöistä. Potilaat kaipaavat asiallista ja rauhallista otetta sekä luotettavaa tietoa. Myös kahdenkeskiset tilanteet hoitohenkilökunnan kanssa ovat tärkeitä, jotta potilas voi kysyä epäselviä asioita ja tarkentaa hoito-ohjeita. Hoitajan tuleekin osata kartoittaa potilaan tiedon tarve ja hänelle sopiva tiedonvälitystapa. Potilaat haluavat ymmärrettävää, oikea-aikaista ja tarkkaa tietoa sekä kirjallisesti että suullisesti annettuna ja usein toistettuna, mutta vähän kerrallaan. Potilaalle voi aiheutua aiempaa enemmän pelkoja epäasiallisesta suhtautumisesta, joka johtuu kiireestä. Potilaat odottavatkin empatiaa,

yksilöllisyyttä sekä kiireettömyyttä tiedonantajalta. Hoitajan tulee myös tarkistaa, että potilas on ymmärtänyt annetun tiedon. (Lipponen ym. 2006: 35–36.)

5.3 Konkreettinen tuki

Koskettaminen on yksi konkreettisen eli aineellisen tuen muoto. Hoidon jatkuvuus ja tavoitettavuus ovat myös konkreettisen tuen muotoja ja sen auttamismenetelmiä ovat konkreettisen avun antaminen esimerkiksi käytännön asioiden hoitamisena potilaan puolesta, lähiympäristön antaman tuen mahdollisuuksista keskusteleminen ja ihmissuhteiden tukeminen. Käytännöllinen ja tunnetuki ovatkin vaikeasti eroteltavissa. Konkreettisen tuen keinoja ovat mm. kirjallisen tiedon antaminen, ajan varaaminen tarvittaessa, hoitotarvikkeiden tai apuvälineiden hankkimisessa auttaminen tai lääkityksen selvittäminen. (Lipponen ym. 2006: 36–37.) Näytteenotossa koskettaminen korostuu konkreettisen tuen muotona.

5.4 Vuorovaikutus toimenpiteen aikana

Potilaan ja hoitajan kohtaamisessa korostuu kaksinäkökulmaisuus, eli molemmilla on samasta kohtaamisen tilanteesta oma, erilainen kokemuksensa. Kohtaamista voi tarkastella joko hoitajan tai potilaan perspektiivistä. Potilaan näkökulmasta katsottuna korostuu tunne, kun taas hoitajan näkökulma on tavoitteellinen. Koko hoitotyön kohtaamisen ilmiö koostuu kaksinäkökulmaisuudesta sekä ajan ja tilan kokemisesta. Hoitajan onkin nopeasti osattava arvioida potilaan kyky sisäistää asioita ja arvion perusteella valittava tapa, jolla parhaiten viestii hänen kanssaan. Vuorovaikutustilanteet sisältävät myös riskin tulla väärinymmärretyksi. (Lipponen ym. 2006: 24.) Viestintä on terveydenhoidon ammattilaisten yksi työn tekemisen väline, joka vaikuttaa työn tavoitteiden saavuttamiseen sekä laatuun. Arkiset vuorovaikutussuhteet niin työtovereiden kuin potilaiden kanssa ovat keskeinen osa työtä ja viestinnän avulla mm. ohjataan potilasta, neuvotaan ja neuvotellaan niin potilasta kuin työpäriäkin, tuetaan, päätetään ja annetaan palautetta. Tämä kaikki vaikuttaa potilasturvallisuuden toteutumiseen. Uhkana potilasturvallisuudelle on ongelmat, jotka esiintyvät kielellisessä yhteisymmärryksessä sekä vuorovaikutussuhteissa. (Kettunen & Gerlander 2014.)

Usein mammografiatutkimukseen tulevat liittävät kokemuksen tunteisiin kivun. Röntgenhoitajan vuorovaikutustaidoilla sekä käytöksellä on kuitenkin suuri merkitys siihen, kuinka potilas kokee mammografiatutkimuksen. Röntgenhoitajan puhumattomuus tai miten hän asettelee potilaan tutkimukseen, vaikuttavat potilaan kokemukseen merkittävästi. Kokemukseen vaikuttaa myös se, ettei potilaalle anneta mahdollisuutta kysyä tutkimuksesta. Hoitotyössä tarvitaan osaamista potilaan tukemiseen ja kannustamiseen sekä vuorovaikutustaitojen lisäksi kommunikointi- ja kuuntelutaitoja. (Sukanen 2023.) On todettua, että potilaat ovat usein ennen kuvantamistutkimuksia jännittyneitä, jonka vuoksi röntgenhoitajan keskeisenä tavoitteena on potilaan pelon vähentäminen. Huolen ja pelon aiheita voivat olla sairauden mahdollisuuden lisäksi itse kuvantamistutkimus tai siihen liittyvä toimenpide. Erityisesti mammografiakuvauksen ja siihen liittyvien toimenpiteiden aiheuttaman kivun pelko sekä tutkimuksissa käytettävät laitteet aiheuttavat pelkoa ja huolestumista potilaassa. Potilaat voivat myös kokea yksinolon epämiellyttävänä kuvantamisen aikana. Potilaat kokevat negatiivisena asiana yksinjäämisen ja kaipaavatkin henkilökunnan läsnäoloa tilanteissa, joissa kuvantamistutkimuksella ei ole saatu hänen oireisiinsa selvyyttä. (Walta 2012.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia rinnan stereotaktisessa näytteenotossa. Tavoitteena on saada tietoa röntgenhoitajille, miten tällä hetkellä ennakkoon annettu tieto toimenpiteestä vastaa potilaan kokemusta näytteenotosta ja pitääkö näin ollen ohjeistusta muuttaa tai kehittää jollain tavalla. Tietoa voidaan mahdollisesti käyttää myös potilasohjeen tekemisen apuna, mutta opinnäytetyön tavoitteena ei ole tuottaa potilasohjetta.

Keskeiset tutkimuskysymykset ovat:

Kaipaavatko potilaat nykyistä enemmän tietoa ennen toimenpidettä?

Millaisia tunteita potilaat kokevat toimenpiteen aikana?

Huomioitiinko potilasta toimenpiteen aikana riittävästi?

7 Laadullinen tutkimus opinnäytetyön menetelmänä

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena, joka on yksi tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntauksista. Valitsimme opinnäytetyömme toteutettavaksi laadullisen menetelmän, koska laadullisen tutkimuksen ominaispiirre on, että se perustuu ihmisten näkemysten ja subjektiivisten kokemusten tarkasteluun (Puusa & Juuti 2020). Laadullisen tutkimuksen toteutukseen voi käyttää useita eri menetelmiä ja siihen sisältyy useita eri suuntauksia sekä tiedonhankinta- ja analyysimenetelmiä, joten se mahdollistaa erilaiset ratkaisut (Pitkäranta 2014: 20–21).

Tutkimus toteutettiin kyselynä, jonka avulla saimme tietoa suoraan stereotaktisessa näytteenotossa olleilta potilailta, sen sijaan että olisimme tutkineet aihetta vain kirjallisuuden avulla. Kvalitatiivisen tutkimuksen tutkimustapa on aineistolähtöistä, jolloin teoriaa käytetään tutkimuksen apuvälineenä eikä lähtökohtana tutkimuksessa. Laadullinen tutkimus etenee usein joustavasti ja tutkimuksen eri vaiheissa on päällekkäisyyksiä. Tutkimuksen kulkiessa eteenpäin tutkija saa lisää tietoa aiheesta ja laadullisessa tutkimuksessa hän voi melko jouhevasti palata aiempiin valintoihin ja jopa muuttaa niitä. (Puusa & Juuti 2020) Näin tapahtui myös työmme edetessä ja jopa tutkimuskysymyksemme vaihtuivat vielä kyselyn ollessa jo jaossa potilaille.

Laadullisen tutkimusmenetelmän erityispiirteenä voidaan pitää sitä, että tutkittavan kokemuksia ei voida koskaan tyhjentävästi ymmärtää tai esittää, vaikka tavoitteena onkin pyrkiä selvittämään tutkittavan omat kokemukset koetusta todellisuudestaan. Tutkijan on myös täsmennettävä, tutkitaanko kokemuksiin vai käsityksiin liittyviä merkityksiä ja on muistettava, että kokemus on aina henkilökohtainen. Käsitykset puolestaan muodostuvat yhteisön yleisistä tavoista ajatella. Tämän vuoksi on tärkeää erottaa käsitys ja kokemus toisistaan ja näiden perusteella muodostaa kyselyn kysymykset. Tutkija myös muodostaa omat tulkinnat ja ymmärtää vastaukset omalla tavallaan, omien käsitystensä valossa. (Vilkkä 2021a: Luku 5.)

Laadullisessa tutkimuksessa näkökulmina korostuvat konteksti, ilmiön intentio ja prosessi. Opinnäytetyössämme kontekstin näkökulmassa tuleekin huomioida, millaisessa esiintymis- ja toimintaympäristössä kysely tapahtuu sekä millaisessa tilanteessa kysely on toteutettu. Intention huomioon ottamisella tarkoitetaan sitä, että tutkija tarkkailee tutkittavan mahdollisia tiedostamattomia ja tiedostettuja eleitä ja toimintatapoja, joilla hän

mahdollisesti vääristelee omaa vastaustaan. (Vilka 2021a: Luku 5.) Koska opinnäytetyömme kysely toteutettiin anonyymisti jakamalla kyselylomakkeet toimenpiteen jälkeen, emme päässeet tarkkailemaan kyselyyn vastanneita vastaustilanteessa.

7.1 Tiedonhaun kuvaus

Aloimme tutkimaan ja kartoittamaan aihetta teorian kautta. Stereotaktisen näytteenoton potilaskokemusta ja prosessia selvitimme hakemalla tietoa eri tietokannoista. Hakusanoina on käytetty muun muassa seuraavia: potilaskokemus, rintasyöpä, diagnostinen radiografia, mammografia, stereotaktinen, biopsia sekä näiden sanojen yhdistelmiä. Englanninkielistä tietoa haettaessa on käytetty tieteellisiä tietokantoja ScienceDirect, PubMed ja CINAHL. Hakusanoina on ollut "patient experience", "breast cancer", "diagnostic radiography", "mammogram", "stereotactic, biopsy" ja näiden eri yhdistelmiä. Lähdemateriaalia on saatu myös tuoreita opinnäytetöitä tarkastellessa sekä lainaamalla fyysisiä kirjoja sekä e-kirjoja. Olemme myös haastatelleet stereotaktiseen näytteenottoon osallistuvaa röntgenhoitajaa sekä radiologia laajentaaksemme omaa ymmärrystämme prosessista.

7.2 Tutkimusmenetelmät

Haimme vastauksia tutkimuskysymyksiimme kyselylomakkeella. Kyselyn kysymyksiin pystyi vastaamaan annetulla asteikolla tai ainakin valitsemalla lähinnä vastaajan kokemusta vastaavan vaihtoehdon. Kyselyssä käytimme pääasiassa monivalintakysymyksiä, mutta kyselyn lopussa pyysimme kehitysehdotusta potilasohjaukseen avoimella kysymyksellä. Nykykäytännön mukaisesti taustakysymykset (ikä ja koulutusaste) kysyttiin vasta kyselyn lopussa. (Vilka 2021a: Luku 5.)

7.2.1 Kyselyn laatiminen

Kyselyn haasteena on, että vastaamattomuus voi nousta merkittäväksi ongelmaksi ja avoimet kysymykset voivat jäädä turhan niukkasanisiksi. Kuitenkaan laadullisessa tutkimuksessa vastaamattomuus ei nouse ongelmaksi yleistettävyyden kannalta, sillä siinä ei edes ole tarkoitus yleistää vastauksia. Jos kyselyyn tulee vain vähän vastauksia ja sitä

myötä aineisto jää niukaksi, ongelmana voikin olla se, että tutkimus ei kerro ylipäätään mitään tutkittavasta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 262–263.) Kyselylomakkeen kysymykset hioutuivat useammista tieteellisistä artikkeleista tutkittuihin vastaaviin haastattelututkimuksiin peilaten sekä saadun ohjauspalautteen perusteella.

7.2.2 Aineiston keruu

Keräsimme aineiston strukturoidulla lomakehaastattelulla, joka on toimiva tapa saada tietoa rajatusta aiheesta ja jolla pyritään saamaan tietoon tutkittavan mielipide, näkemys, käsitys tai kokemus tietystä asiasta. Tälle metodille on ominaista, että tutkija pohtii ja päättää kysymysten järjestyksen ja muodon, mutta tämä ei takaa sitä, että vastaaja vastaa kysymykseen siinä järjestyksessä, missä tutkija on kysymykset asetellut. (Vilkkä 2021a: Luku 5.)

Aineiston keruu toteutettiin kysely- ja tiedonantolomakkeella (Liite 1). Kyselylomake annettiin kaikille rinnan stereotaktiseen näytteenottoon tuleville suomenkielisille naisille. Vastauksia ei voi yhdistää tutkittavaan. Kyselyssä ei pyydetä muita taustatietoja tutkittavasta kuin ikä, joka oli haarukoitu ikäryhmittäin, sekä koulutustaso.

Kyselyssä oli pääasiassa suljettuja kysymyksiä, joiden vastausvaihtoehdot annettiin ennalta. Kyselyn lopussa kysyimme avoimessa kysymyksessä myös tutkittavan mielipidettä, jossa hän saattoi kertoa oman kokemuksensa perusteella kehittämisehdotuksia ennakkoinformaation antamiseen.

Tiedostimme jo kyselyä suunnitellessamme, että vastauksia kyselyyn voi tulla vähän, sillä itse stereotaktinen näytteenotto on toimenpiteenä ikävä ja siihen osallistuvien potilaiden ajatukset ovat keskittyneet tilanteeseen. Näiden syiden vuoksi ajattelimme kyselyn olevan useimmille potilaille liian raskas heti toimenpiteen jälkeen ja pyrimme siksi pitämään kyselyn tiiviinä ja helposti vastattavana. Odotettua pienempään vastauksien määrään vaikutti osaltaan myös se, että tutkimuspaikan stereotaktinen näytteenottolaite oli kyselyn jakamisen aikana poissa käytössä rikkoutumisen vuoksi.

7.2.3 Aineiston analysointimenetelmä

Sisällön analyysissä käytimme induktiivista eli aineistolähtöistä lähestymistapaa (Vilka 2021b: Luku 6). Pyysimme tutkimusluvan kohdeorganisaatiolta heidän ohjeidensa mukaisesti. Toimitimme hakemuksen liitteinä kysely- ja tiedonantolomakkeen, opinnäytetyön suunnitelman tiivistelmineen, molempien tutkijoiden tietoturva- ja salassapitositoumukset, kustannus- ja rahoitussuunnitelman sekä tietosuojaselosteen, joiden hyväksymisen jälkeen tutkimuslupa myönnettiin. Tämän jälkeen voimme aloittaa aineiston keruun. (Kuula-Luumi 2021.) Koska kohdeorganisaatio on suuri, meni tutkimusluvan saamiseen odotettua pidempi aika ja pääsimme aloittamaan kyselyn jakamisen 6 viikkoa alkuperäistä suunnitelmaa myöhemmin. Tämän vuoksi kyselyaikaa myös lyhennettiin alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen kahdella viikolla, jotta kyselyn analysointiin jäisi riittävästi aikaa.

Kysely toteutettiin perinteisellä paperikyselyllä, joka jaettiin osaston sihteerin toimesta stereotaktiseen näytteenottoon tuleville suomenkielisille naisille. Kyselyssä olleessa saatikirjeessä esittelimme itsemme ja tutkimuksemme sekä vakuutimme kyselyyn osallistumisen olevan vapaaehtoista sekä vastauksien olevan täysin anonyymejä tietosuojalainsäädännön velvoituksen mukaisesti (Kuula-Luumi 2021). Tiedonanto-osiossa kerroimme, että vastaaminen vie vain muutaman minuutin ja tiedotimme, että vastaamalla kyselyyn saamme kallisarvoista tutkimustietoa käytettäväksi opinnäytetyöhömmme. Lyhyen ja napakan tiedonannon toivoimme lisäävän vastausinnokkuutta ja luotettavuutta. Vastauksien määrä ei ole olennainen osa opinnäytetyötä, sillä kyseistä tutkimusta voidaan pitää tekijöidensä harjoitustyönä, jonka tarkoituksena on osoittaa oppineisuutta omalta alalta. Tämän vuoksi aineiston kokoa ei tule pitää opinnäytteen merkittävimpana kriteerinä. 6–8 vastaajaa on opinnäytetyöhön sopiva määrä, jonka avulla työmäärä pysyy kohtuullisena. (Tuomi & Sarajärvi 2018a: 301–306.) Kyselyyn vastasikin odotuksiamme pienempi määrä ja tämän vuoksi päätimme muuttaa analysoinnin sanalliseksi opinnäytetyösuunnitelmassa esitetyn kvantitatiivisen menetelmän sijaan.

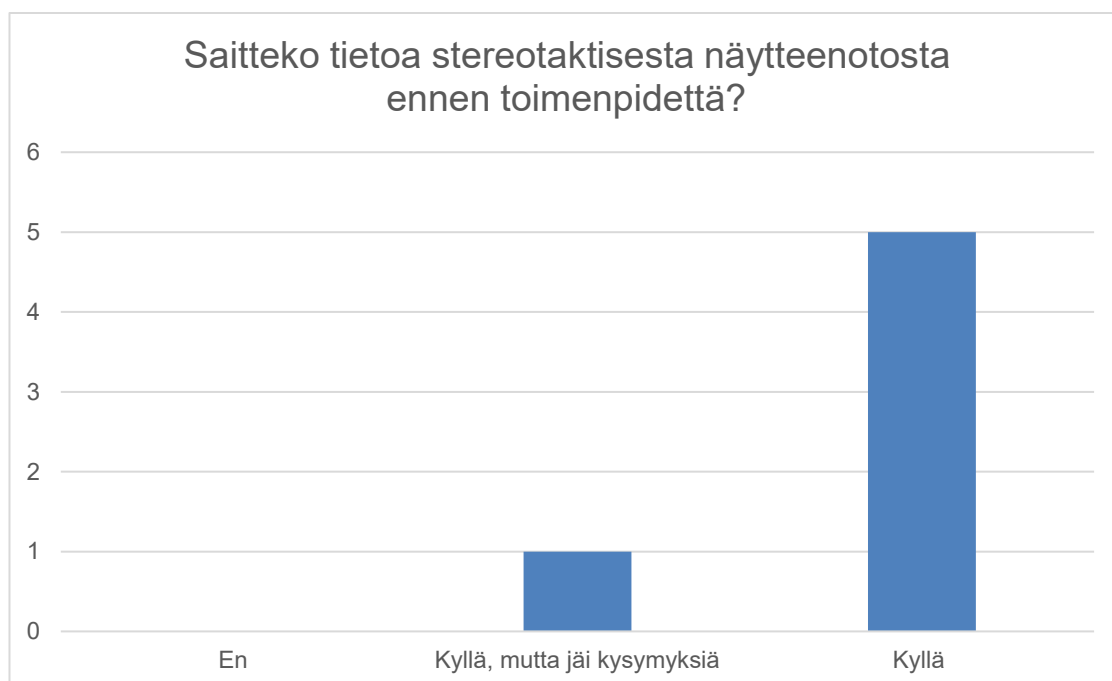
Tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus käytettäessä aineistolähtöistä analyysiä. Analyysin lopputulos tai edes toteuttaminen ei perustu etukäteen soveltuihin tai harkittuihin analyysiyksiköihin, vaan aikaisemmillä havainnoilla, teorioilla tai tiedoilla ei ole merkitystä, sillä analyysin oletetaan olevan aineistolähtöistä. (Tuomi & Sarajärvi 2018b: 333–334.)

8 Tulokset

Kysely jaettiin valitussa yksikössä stereotaktiseen näytteenottoon tuleville suomenkielille naisille. Yksi näytteenottoon tuleva ei osannut riittävästi suomea vastatakseen ja toinen kieltäytyi. Loput näytteenottoon tulleista vastasivat ja vastauksia saatiin yhteensä 6 kpl.

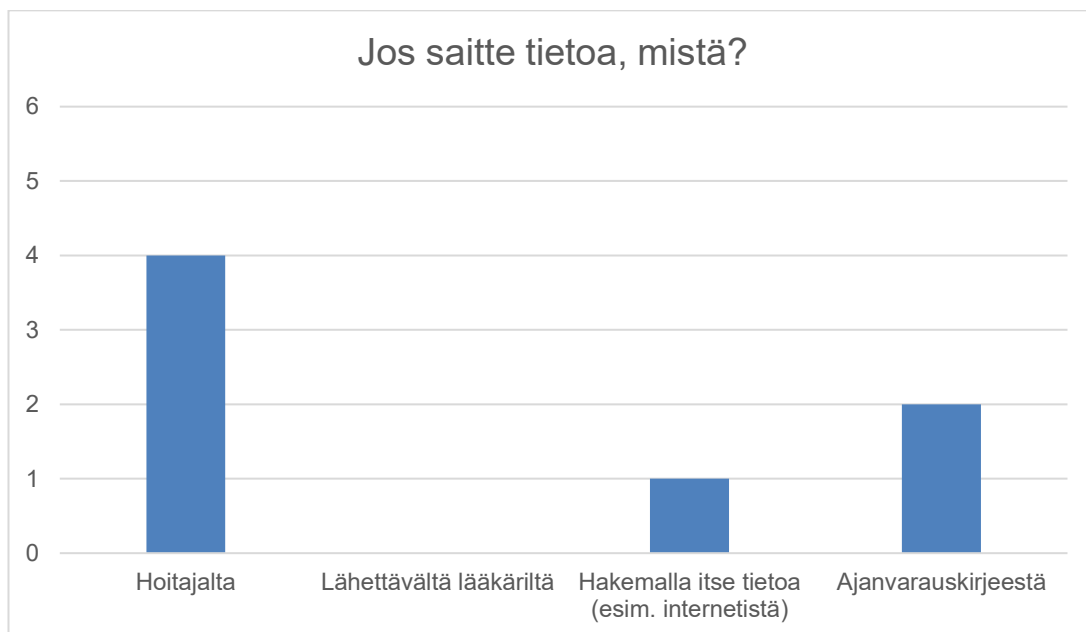
8.1 Kaipaavatko potilaat nykyistä enemmän tietoa ennen toimenpidettä?

8.1.1 Kysymys 1: Tiedonsaanti ennen tutkimusta



Kysymykseen "Saitteko tietoa stereotaktisesta näytteenotosta ennen toimenpidettä?" neljä (4) vastasi kyllä, yksi (1) vastasi ei ja kyllä ja lisäsi hankkineensa tietoa internetistä. Yksi (1) vastasi kyllä, mutta jäi kysymyksiä ja oli lisännyt tekstin monivalintakysymyksen viereen "mutta olisi ollut parempi olla tietämättä liikaa".

8.1.2 Kysymys 2: Tiedon lähde



Kysymyksessä olivat seuraavat valmiit vastausvaihtoehdot: hoitajalta, lähettävältä lääkäriltä, hakemalla tietoa itse (esim. internetistä) tai ajanvarauskirjeestä. Lisäksi oli avoin vaihtoehto muualta, mistä.

Neljä (4) vastaajaa oli vastannut saaneensa tietoa hoitajalta. Kaksi (2) vastaajista oli saanut tietoa ajanvarauskirjeestä ja yksi (1) hakemalla itse tietoa internetistä. Yksi (1) hoitajalta tietoa saaneista oli lisännyt vaihtoehdon viereen tekstin ”toimenpiteen aikana”. Avoimeen kysymykseen ei yksikään vastaajista ollut vastannut.

Näin ollen kaikki kuusi (6) vastaajaa saivat tietoa stereotaktisesta näytteenotosta ennen toimenpidettä.

8.1.3 Kysymys 6: Informaation tarve



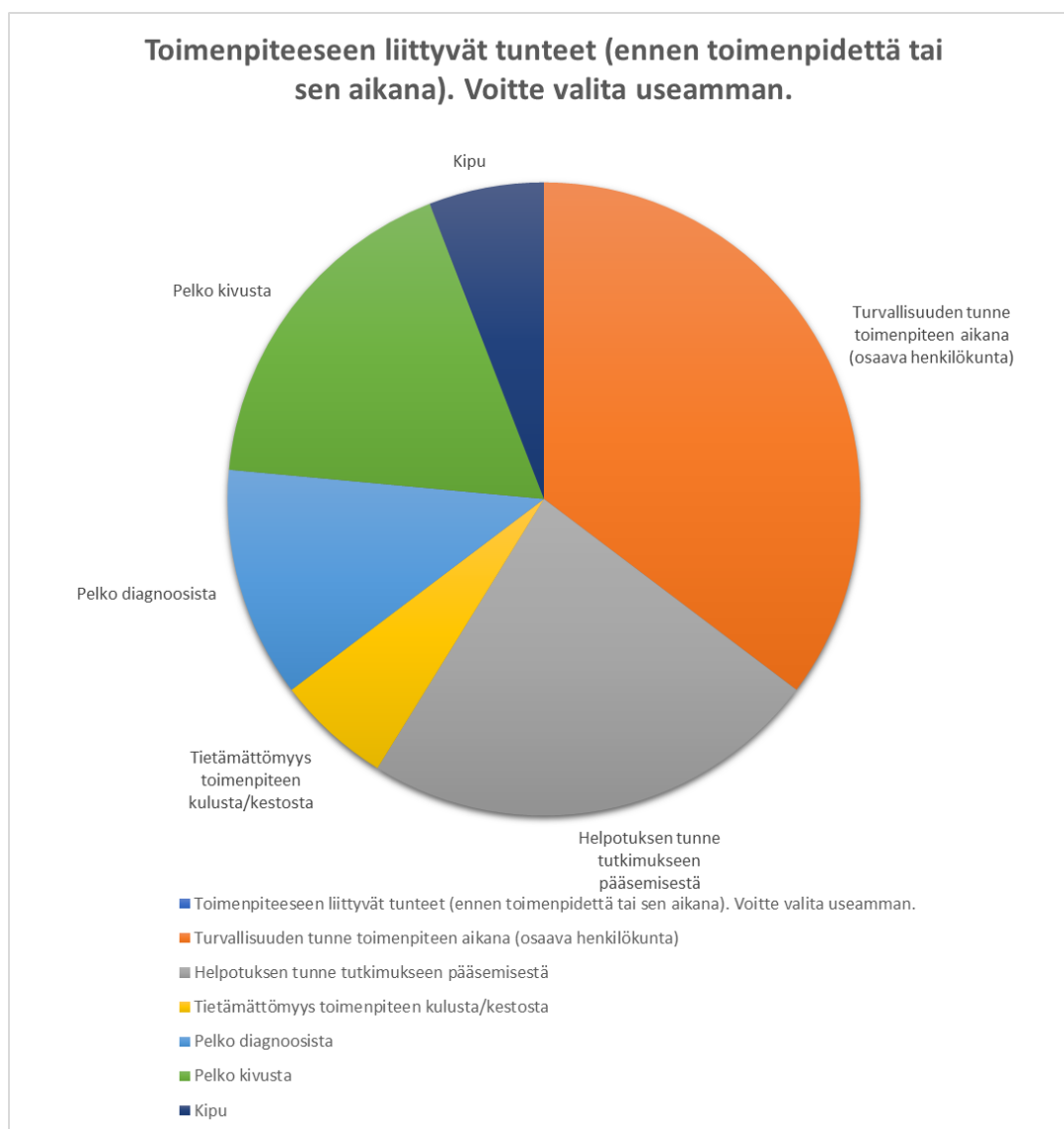
Neljä (4) vastaajista ei olisi toivonut enempää tietoa stereotaktisesta näytteenotosta ennen toimenpidettä, kaksi (2) kyllä vastannutta olivat lisänneet oman tekstin, joista toinen oli “ennen varatulle ajalle tuloa” ja toinen “että olisi tullut kutsun kanssa”.

8.1.4 Kysymys 7: Informaation tarve avoimena kysymyksenä

Viimeisenä kysymyksenä oli avoin kysymys, millaista tietoa vastaaja olisi toivonut, jos hän vastasi edelliseen vastaukseen kyllä. “Kyllä” vastanneita oli kaksi, joista toinen “kyllä” vastanneista vastasi “miten toimenpide tehdään” ja toinen oli jättänyt vastamatta kysymykseen.

8.2 Millaisia tunteita potilaat kokevat toimenpiteen aikana?

8.2.1 Kysymys 4: Toimenpiteeseen liittyvät tunteet (suljetut kysymykset)



Toimenpiteeseen liittyvistä tunteista vastaajat saivat valita useamman vaihtoehdon sekä lisätä sanallisesti omia tunteita.

Turvallisuuden tunteita toimenpiteen aikana osaavan henkilökunnan vuoksi koki jokainen kuusi (6) vastaajaa. Helpotusta tutkimukseen pääsemisestä tunsivat neljä (4) vastaajaa. Tietämättömyyttä toimenpiteen kulusta/kestosta koki yksi (1) vastaaja. Pelkoa

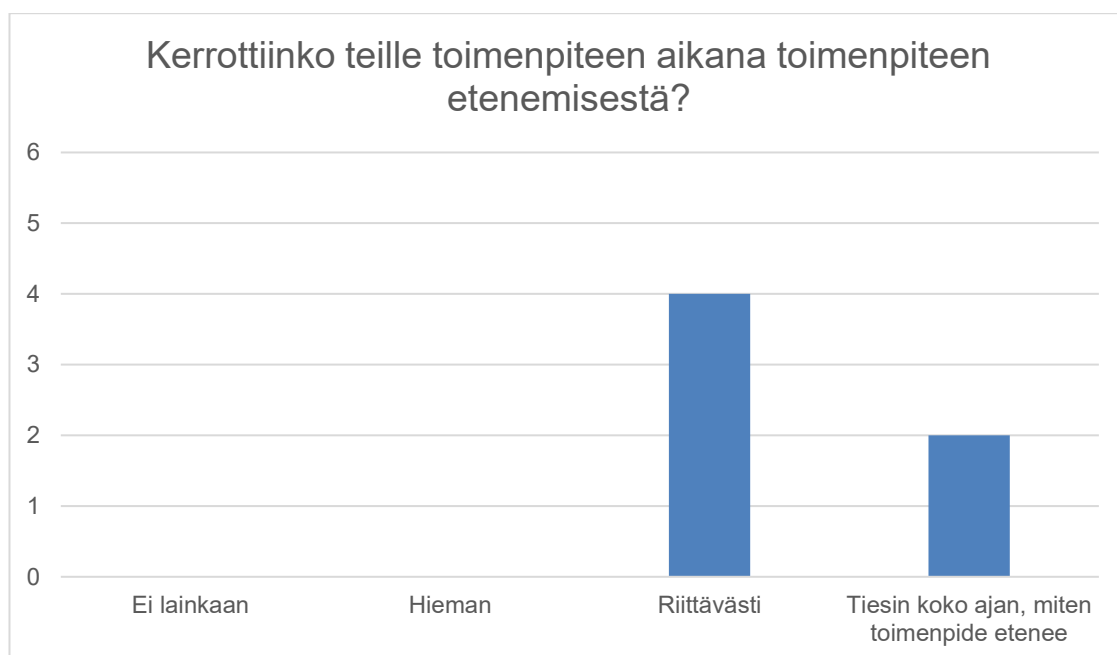
diagnoosista tunsi kaksi (2) vastaajaa ja pelkoa kivusta kolme (3) vastaajaa. Toimenpiteen aikaista kipua tunsi yksi (1) vastaaja.

8.2.2 Kysymys 4: Toimenpiteeseen liittyvät tunteet (avoin kysymys)

Avoimeen kysymykseen oli kaksi (2) vastaajaa kirjoittanut oman vastauksensa. Toinen vastasi "jännitys, ahdistusta mitä tästä seuraa" ja toinen "odotettua heikompi olo tutkimuksen jälkeen".

8.3 Huomioitiinko potilasta toimenpiteen aikana riittävästi?

8.3.1 Kysymys 3: Toimenpiteen eteneminen



Neljä (4) vastaajista koki, että heille kerrottiin riittävästi toimenpiteen aikana toimenpiteen etenemisestä ja kaksi (2) koki tietävänsä koko ajan, miten toimenpide etenee.

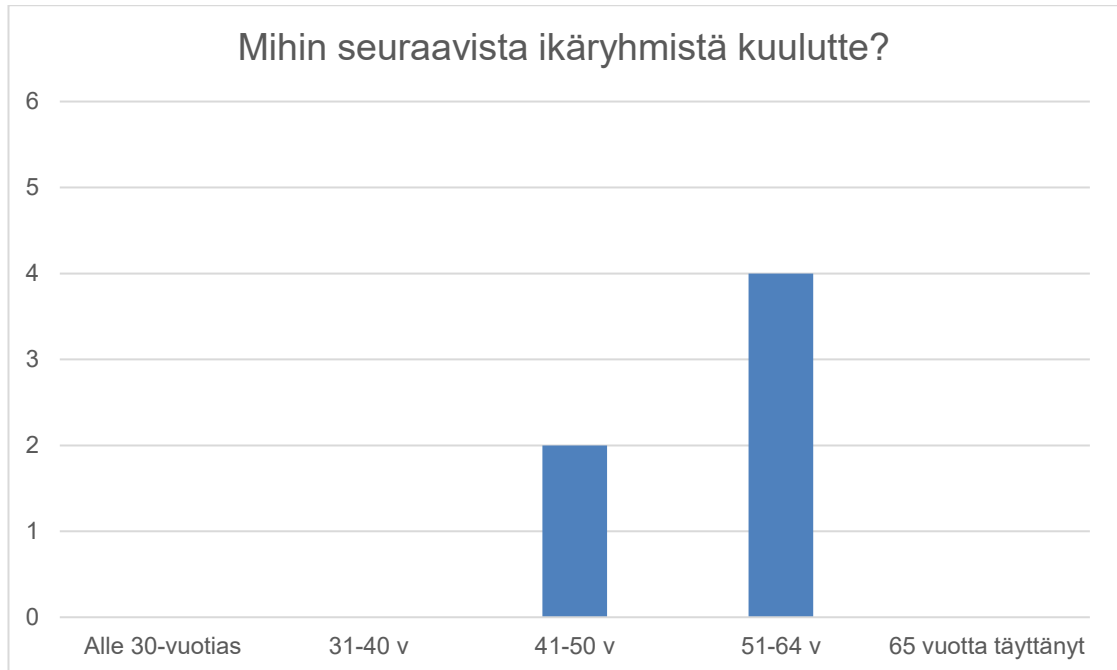
8.3.2 Kysymys 5: Huomion kokeminen



Viisi (5) vastaajista koki, että häntä huomioitiin yksilönä hyvin toimenpiteen aikana, yksi (1) jätti kokonaan vastaamatta kysymykseen.

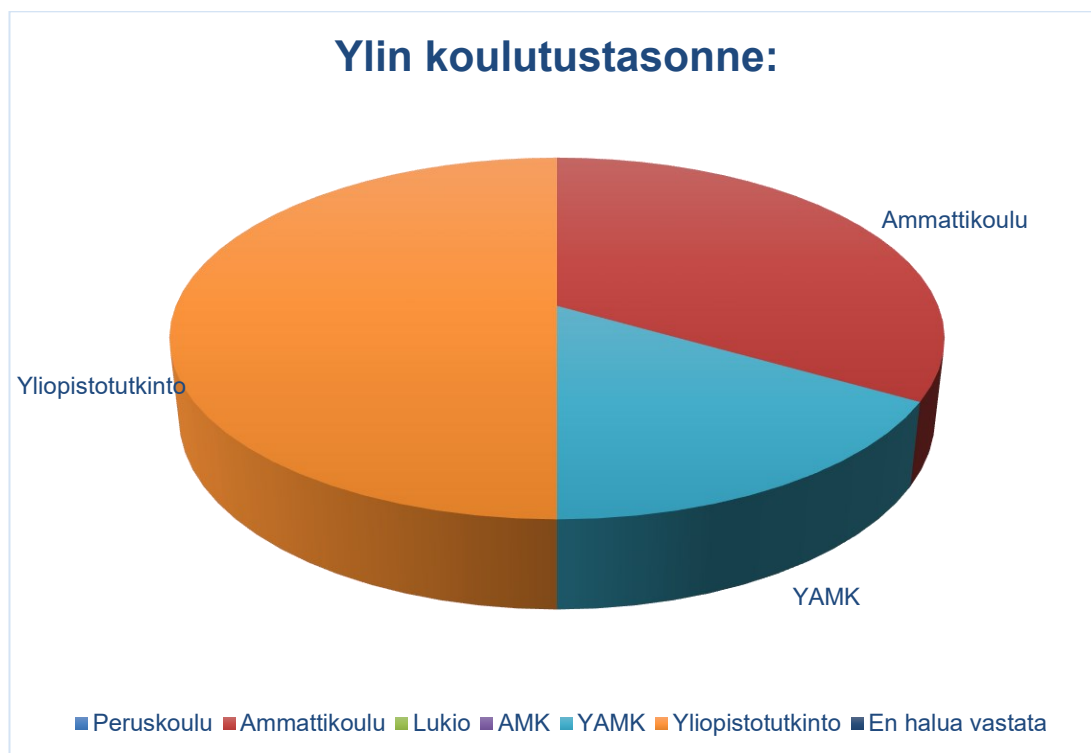
8.4 Taustatiedot

8.4.1 Ikäjakama



Ikäryhmään 41–50 v. kuului kaksi (2) vastaajaa ja ikäryhmään 51–64 v. kuului neljä (4) vastaajaa.

8.4.2 Koulutus



Vastaajista yhden (1) ylin koulutustaso oli ylempi ammattikorkeakoulututkinto (YAMK), kolmella (3) yliopistotutkinto ja kahdella (2) ammattikoulu.

9 Pohdinta

Käyttämämme lähteiden, oman kokemuksemme sekä kyselyn perusteella voimme todeta, että antamalla potilashoitajan roolissa stereotaktisessa näytteenotossa potilaalle tunteen, että olemme läsnä häntä varten, annamme parasta mahdollista psykososiaalista tukea, jota näytteenotossa oleva potilas sillä hetkellä kaipaa. Tunne, että meillä on aikaa kuunnella ja vastata potilaan kysymyksiin näytteenotossa, auttaa häntä rauhoittumaan ja vaikuttaa siten koko toimenpiteen sujuvuuteen. Röntgenhoitajana annamme potilaalle hänen tarvitsemansa tuen ja tiedon samalla kun näytteenotto etenee konehoitajan ja radiologin toimesta. Röntgenhoitajan rooli tiedon antajana ilmeni myös kyselyssä, jossa vastaajat kokivat saaneensa tiedon nimenomaan hoitajalta.

9.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Ensimmäisen tutkimuskysymyksemme ”kaipaavatko potilaat nykyistä enemmän tietoa ennen toimenpidettä?” pohjimmaisena ajatuksena oli se, että odottavatko potilaat varsinaista kirjallista potilasohjetta nimenomaan stereotaktisesta näytteenotosta. Kyselyn perusteella potilaat kuitenkin kokivat pääsääntöisesti saavansa riittävästi tietoa toimenpiteestä ennen toimenpidettä ja tässä hoitajat olivat tärkeimmässä roolissa. Kyselyssä emme eritelleet sitä, missä kohtaa tietoa annettiin, annettiinko sitä silloin, kun päätös toimenpiteestä on tehty, silloin kun aika on varattu vai toimenpiteen alkaessa tai sen aikana. Vain tiedon lähde oli erikseen valittavissa. Myös toimenpiteen aikainen tiedottaminen näytteenoton etenemisestä oli potilaiden mielestä riittävää ja osaava henkilökunta toi turvallisuuden tunnetta. Kyselyyn vastanneet kokivat, että heitä huomioitiin riittävästi toimenpiteen aikana eikä suurin osa olisi kaivannut enempää tietoa ennen näytteenottoa. Toisaalta kaksi vastaajista toivoi lisätietoa ennen varatulle ajalle tulemistä, joka puoltaisi potilasohjeen tekemisen harkitsemista.

Tutkimuskysymykseemme ”Millaisia tunteita potilaat kokevat toimenpiteen aikana?” saimme odotustemme mukaisesti useita vastauksia, sillä tähän kysymykseen sai valita useamman vaihtoehdon valmiiksi annetuista ehdotuksista ja lisäksi sai sanallisesti kertoa omista tunteistaan. Annetuista vaihtoehdoista jokainen kyselyyn vastanneista tunsi turvallisuuden tunteita osaavan henkilökunnan vuoksi ja helpotusta tutkimukseen pääsemisestä tunsi neljä vastaajaa. Nämä voidaan lukea ns. positiivisiksi tunteiksi. Negatiivisiksi tunteiksi voidaan laskea pelko diagnoosista, jota tunsi kolme vastaajaa, sekä pelko kivusta ja tietämättömyys toimenpiteen kestosta, joita tunsi alle puolet vastaajista. Yksi vastaajista tunsi toimenpiteen aikaista kipua. Avoimeen kysymykseen oli vastattu lisäksi jännitys, ahdistus mitä tästä seuraa sekä toinen vastaaja oli tuntenut olonsa heikommaksi, mitä hän oli odottanut tuntevansa toimenpiteen jälkeen. Kuitenkin nimenomaan ns. positiiviset tunteet olivat kyselyymme vastanneiden keskuudessa vallalla. Kuten Sukanen on todennut, on röntgenhoitajan vuorovaikutustaidoilla suuri merkitys siihen, kuinka potilas kokee tilanteen. Walta puolestaan on todennut, että röntgenhoitajan keskeisenä tavoitteena on jännittyneen ja pelokkaan potilaan pelon vähentäminen. (Sukanen 2023; Walta 2012.) Kyselyn perusteella juuri näissä asioissa on onnistuttu paikassa, jossa kysely tehtiin ja potilaat nimesivät juuri turvallisuuden tunteen henkilökunnan osaamisen ansiosta tärkeimmäksi tunteeksi.

Tutkimuskysymykseemme “Huomioitiinko potilasta toimenpiteen aikana riittävästi?” saimme tuloksen, jossa yhtä lukuun ottamatta jokainen vastaajista koki, että häntä huomioitiin yksilönä hyvin toimenpiteen aikana. Yksi kyselyyn vastanneista jätti kokonaan vastaamatta tähän kysymykseen. Tämän perusteella voimme todeta, että röntgenhoitajan potilaalle antama tuki stereotaktisessa näytteenotossa on merkittävä sekä yksilöllisesti huomioonottava ja kiireetön kohtelu ovat avainasemassa potilaan kohtaamisessa, kuten Sukanen sekä Walta ovat molemmat tutkimuksissaan todenneet, ja tässä on kyselyn paikassa erinomaisesti myös onnistuttu. (Sukanen 2023; Walta 2012.)

Itsellämme oli ennako-odotuksia kyselyn vastauksia odottaessamme, että potilaat ovat pelokkaita ja tämän vuoksi kaipaavat paljon lisätietoa. Kysely kuitenkin osoitti toisin, sillä vastauksien perusteella potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa tukeen ja tietoon.

9.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on taho, joka antaa linjaukset eettiselle tutkimustoiminnalle. Ennakoarviointi tarvitaan muissa kuin lääketieteellisessä tutkimuksessa TENKin ohjeistuksen mukaan silloin, jos (TENK 2023.)

- ”1. Tutkimukseen osallistumisessa poiketaan tietoon perustuvan suostumuksen periaatteesta
2. Tutkimuksessa puututaan tutkittavien fyysiseen koskemattomuuteen
3. Tutkimus kohdistuu alle 15-vuotiaisiin ilman huoltajan erillistä suostumusta tai informointia, jonka perusteella huoltajalla olisi mahdollisuus kieltää lasta osallistumasta tutkimukseen
4. Tutkimuksessa tutkittaville esitetään poikkeuksellisen voimakkaita ärsykeitä
5. Tutkimuksessa on riski aiheuttaa tutkittaville tai heidän läheisilleen normaalin arkielämän rajat ylittävää henkistä haittaa, tai
6. Tutkimuksen toteuttaminen voi merkitä turvallisuushukkaa tutkittaville tai tutkijalle tai heidän läheisilleen.” (TENK 2023.)

Pääkaupunkiseudun ammattikorkeakoulujen ihmistieteiden eettisen toimikunnan ohjeistuksen mukaan emme tarvinneet opinnäytetyöhöme TENKin ennakoarviointia, sillä mikään vaadituista ehdoista ei täytynyt. Tiedotimme tutkittavia opinnäytetyömme tarkoituksesta, kerättävistä tiedoista, aineistohallinnasta sekä vapaaehtoisuudesta

suostumus- ja tietosuojaselosteessa. Eettisen toimikunnan vastaus perustuu seuraaviin tietoihin: “Tutkimusluvan saamisen jälkeen aineisto kerätään anonymisti kyselylomakkeella. Potilas saa itse päättää osallistumisestaan. Kyselylomakkeella kysytään potilaan biopsiakokemuksista sekä kehitysehdotuksista. Lomakkeella ei kerätä tietoja potilaan biopsiatiedoista eikä hoitotiedoista. Opiskelijat eivät ole yksikössä tuolloin harjoittelussa. Opinnäytetyön aineistoa hyödynnetään yksikön toiminnan kehittämiseksi.”

Olemme opinnäytetyössämme noudattaneet hyvän tieteellisen käytännön mukaisia ohjeita, jonka mukaisesti olemme tutkimuksessa noudattaneet toimintatapoja, joita tiedeyhteisö tunnustaa. Näitä ovat rehellisyyden lisäksi yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä sekä tulosten tallentamisessa että esittämisessä ja opinnäytetyön ja sen tulosten arvioinnissa. Opinnäytetyössämme olemme soveltaneet tieteellisen tutkimuksen eettisesti kestäviä sekä kriteerien mukaisia tiedonhankinnan, tutkimuksen sekä arvioinnin menetelmiä. Olemme toteuttaneet tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta. Olemme kunnioittaneet muiden tutkijoiden tekemään työtä viittaamalla heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. Opinnäytetyö on suunniteltu, toteutettu sekä raportoitu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Olemme hankkineet opinnäytetyölle tarvittavat tutkimusluvut sekä kysyneet arvioinnin eettisestä ennakoarvioinnin tarpeesta, josta vastaus tuli kielteisenä. (TENK 2023.)

9.3 Kehittämisehdotukset

Analysointivaiheessa huomasimme, että kyselylomakkeen olisi voinut toteuttaa toisinkin. Suljetut kysymykset jättävät vastaukset osittain vaillinaisiksi. Avoimet kysymykset olisivat toisaalta luoneet lisätyötä analysointivaiheessa, vaikka olisivatkin täydentäneet kyselyä laadullisesti paremmaksi. Myös kysymysten järjestys olisi voinut olla toinen; nyt tulosten tarkastelussa looginen järjestys ei ole enää sama kuin kysymysten järjestys. Toisaalta laadullisen tutkimuksen luonteeseen kuuluvat myös muutokset tutkimuksen edetessä ja tämän huomaa nyt opinnäytetyössämme kysymyslomakkeen ja tulosten tarkastelun kohdalla.

Kyselyn perusteella potilaat ovat tyytyväisiä toimenpiteen aikaiseen potilasohjaukseen. Selkeä potilasohje voisi olla lisäparannus ennakkoon annettavasta informaatiosta.

Jatkotutkimuksena voisi olla kiinnostavaa selvittää, miten erilaisilla laitteilla tehtävät tutkimukset koetaan. Kyselymme toteutettiin toimipisteessä, jossa stereotaktinen näytteenotto tehdään tutkimuspöydällä kyljellään maaten. Kirjallisuudesta löytämämme tavat toteuttaa stereotaktinen näytteenotto ovat joko tuolissa istuen tai tutkimuspöydällä vatsamakuulla, jossa rinta asetetaan pöydässä olevasta aukosta. Viimeisessä vaihtoehdossa potilaan ei tarvitse nähdä tutkimusvälineistöä lainkaan.

9.4 Ammatillinen kasvu

Meillä ei ollut aiempaa kokemusta opinnäytetyön kirjoittamisesta tai laadullisen tutkimuksen ja sisällönanalyysin suorittamisesta, joten prosessi on ollut mielenkiintoinen ja koemme kehittyneemme ammatillisesti tutkimuksen myötä. Opinnäytetyön tekeminen on tuonut uutta perspektiiviä röntgenhoitajan työhön ja ennestäänkin suuri kiinnostuksemme mammografiaan modaaliteettina on kasvanut huomattavasti. Tekemämme kyselyn myötä olemme huomanneet potilasohjauksen merkityksen ja koemme, että pystymme käyttämään opinnäytetyömme tuloksia myös muissa modaaliteeteissa hyväksemme.

Yhteistyömme on sujunut koko prosessin ajan hyvin ja olemme pystyneet jakamaan työtehtävät tasaisesti huomioiden molempien työn aiheuttamat aikataulut. Olemme yhdistäneet tutkimustietoa ja teoriaa ja yhdessä analysoineet kyselyn tuloksia. Vaikka olemme työskennelleet itsenäisesti, olemme kaikki osiot käyneet yhdessä läpi. Olemme pysyneet suunnitellussa aikataulussa hyvin, lukuun ottamatta tutkimuslupaprosessin aiheuttamaa viivästystä. Tutkimuslupaprosessin hankaluus yllätti meidät ja päädyimme pyytämään ohjausta luvan hyväksyjältä. Saimme meidän opinnäytetyöhömme soveltuvat ohjeet saatuamme lopulta laadittua tutkimusluvan siten, että se voitiin katsoa hyväksytyksi. Tämän seurauksena ehdimme saamaan kyselylomakkeet kohteeseen jaettavaksi siten, ettei opinnäytetyön toteutus- ja analysointivaihe viivästynyt kohtuuttomasti.

Suunnitelmavaiheessa saimme tehtyä teoriaosuutta hyvin toteutusvaiheen pohjaksi, sekä löysimme paljon hyviä käytettäviä lähteitä jo tässä vaiheessa, joka helpotti työmäärää toteutus- ja raportointivaiheessa. Kyselyn vastauksia saimme odotettua vä-

hemmän, jonka vuoksi tutkimuksen tulososio jäi lyhyeksi. Olemme kuitenkin mielestämme oppineet hyvin laadullisen tutkimuksen prosessin sekä sisällönanalyysin tekemisen.

Alkuperäinen ajatuksemme oli, että opinnäytetyömme perusteella saataisiin kehitettyä potilasohje, mutta kyselyn vastausten perusteella potilaat eivät tätä välttämättä kaipaa. Meille heräsikin ajatus jatkotutkimusaiheesta, jossa vertailtaisiin potilaiden kokemuksia erilaisilla laitteilla tehtyjen stereotaktisten näytteenottojen välillä: onko kokemuksessa merkitystä sillä, näkeekö potilas näytteenoton ja missä asennossa hän on?

Pyrimme kyselyä muodostaessa täyteen anonymiteettiin, joka takaa luotettavuuden. Kumpikaan meistä ei ollut töissä eikä työharjoittelussa kyselyä tehtäessä kyseisessä yksikössä. Meitä sitoi vaitiolo- ja salassapitovelvollisuus tutkimuksen aikana sekä sen jälkeen ja olemme toimineet sen mukaisesti. Opinnäytetyömme julkaistaan kaikkien luottavaksi Theseus-tietokannassa.

Lähteet

Agacayak, Filiz & Ozturk, Alper & Bozdogan, Atilla & Selamoglu, Derya & Alco, Gul & Ordu, Cetin & Pilanci, Kezban Nur & Killi, Refik & Ozmen, Vahit 2014. Stereotactic vacuum-assisted core biopsy results for non-palpable breast lesions. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 15 (13). 5171-5174. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25040970>>. Viitattu 20.9.2023.

Anttila, Ahti & Heinävaara, Sirpa & Sarkeala, Tytti 2016. Syöpäseulonnat. Syöpä Suomessa. Raportit. Syöpäjärjestöt. <<https://www.syopajarjestot.fi/julkaisut/raportit/syopa-suomessa-2016/syopaseulonnat/>>. Viitattu 28.10.2023.

Dean, Peter & Rissanen, Tarja 2017. Rinnat ja gynekologinen kuvantaminen. Teoksessa Blanco Sequeiros – Koskinen – Aronen – Lundblom – Vanninen – Tervonen (toim.). *Kliininen radiologia*. E-kirja. Helsinki: Duodecim. 320–343.

Eller, Achim & Janka, Rolf & Lux, Michael & Saake, Marc & Schulz-Wendtland, Rüdiger & Uder, Michael & Wenkel, Evelyn 2014. Stereotactic vacuum-assisted breast biopsy (VABB)- a patients' survey. *Anticancer Research* 34(7). 3831–3837. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24982410>>. Viitattu 20.9.2023.

Gül, Esen & Burçin, Tutar & Cihan, Uras & Zerrin, Calay & Ümit, Ince & Onur, Tutar. 2016. Vacuum-assisted stereotactic breast biopsy in the diagnosis and management of suspicious microcalcifications. *Turkish Society of Radiology* 22(4). 326–333. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4956017/>>. Viitattu 15.2.2023.

Harju, Eeva & Hakulinen, Annastiina & Jones, Marjaana & Ojala, Hanna & Pietilä, Ilkka 2019. Syöpäpotilaiden psykososiaalinen tuki ja terveydenhuollon yhteistyö järjestöjen kanssa - erikoissairaanhoidon henkilöstön näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen Aikauslehti* 56(3). 192–203. <<https://journal.fi/sla/article/view/76164>>. Viitattu 8.8.2023.

Idman, Irja 2015. Psykososiaalinen tuki ja psyykkisten oireiden hoito syöpäpotilailla. Palliatiivinen hoito. E-kirja. Helsinki: Duodecim.

Kettunen, Tarja & Gerlander, Maija 2014. Viestintä terveydenhuollon vuorovaikutussuhteissa. Potilasturvallisuuden perusteet. E-kirja. Helsinki: Duodecim.

Kerr, Amanda J. & Dodwell, David & McGale, Paul & Holt, Francesca & Duane, Fran & Mannu, Gurdeep & Darby, Sarah C. & Taylor, Carolyn W. 2022. Adjuvant and neoadjuvant breast cancer treatments: A systematic review of their effects on mortality. *Cancer Treatment Reviews* 105 (2022). <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9096622/>>. Viitattu 28.10.2023

Kuula-Luumi, Arja 2021. Tutkimuslupa, suostumus, informointi ja tietosuoja. Teoksessa Vuori, Jaana (toim.). *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatiete-

teellinen tietoarkisto. <<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimusetiikka/tutkimuslupa-suostumus-informointi-ja-tietosuoja/#gsc.tab=0%3E>>. Viitattu 1.10.2023.

Kuuppelomäki, Merja 2000. Potilailla esiintyvät tunteet ja niiden hallinta. Teoksessa Eriksson, Elina & Kuuppelomäki, Merja (toim.). Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY. 130–152.

Lipponen, Kaija & Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet-käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4. <<https://docplayer.fi/842430-Potilasohjauksen-haasteet-kaytannon-hoitotyohon-soveltuvat-ohjausmallit.html>>. Viitattu 8.10.2023.

Metsälä, Eija & Pajukari, Arja & Aro, Arja 2012. Breast cancer worry in further examination of mammography screening – a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26: 773–786.

Pitkäniemi, Janne & Malila, Nea & Tanskanen, Tomas & Degerlund, Henna & Heikkinen, Sanna & Seppä, Karri 2022. Syöpä 2020. Tilastoraportti Suomen syöpätalanteesta. Helsinki: Suomen Syöpäyhdistys. <https://syoparekisteri.fi/assets/files/2022/06/Syopa-2020-raportti_fin.pdf>. Viitattu 27.8.2023.

Pitkäranta, Ari 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Työkirja ammattikorkeakouluun. E-kirja. Jokioinen: E-Oppi Oy. 20–21.

Puusa, Anu & Juuti, Pauli 2020. Mitä laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan? Teoksessa Puusa, Anu & Juuti, Pauli (toim.). Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. E-kirja. Helsinki: Gaudeamus Oy.

Rintasyövän diagnostiikka 2023. Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus 2023. Suomen Rintasyöpäryhmä Ry. <<https://rintasyoparyhma.yhdistysavain.fi/?x118281=178858>>. Viitattu 8.10.2023.

Rintasyövän seulontaohjelma vuosikatsaus 2022. Syöpärekisteri. <https://syoparekisteri.fi/assets/files/2022/06/Rintasyovan_seulontaohjelma_vuosikatsaus_2022.pdf>. Viitattu 27.8.2023.

Saano, Veijo & Kivelä, Tero & Jansson, Marianne & Klemettinen, Riina & Kontula, Kimmo & Laukkanen, Suvi & Maamies, Sari & Saarela, Lauri & Sariola, Hannu & Sovijärvi, Anssi 2016. *Lääketieteen termit*. Porvoo: Bookwell. 71.

Safioleas, M. Panagiotis & Koulocheri, Dimitra & Michalopoulos, Nikolaos & Liacou, Paraskevi & Flessas, Ioannis & Nonni, Afroditi & Kontzoglou, Konstantinos & Zografos, George C. 2017. The value of stereotactic vacuum assisted breast biopsy in the investigation of microcalcifications. A six-year experience with 853 patients. Open access

journal (JBUON) 22(2). 340-346. < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28534354>>. Viitattu 15.2.2023.

Seely, Jean & Hill, Fraser & Peddle, Susan & Lau, Jackie 2017. An evaluation of patient experience during percutaneous breast biopsy. *European Radiology* 27(11).4804–4811. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28534164/>> Viitattu 15.2.2023.

Soimakallio, Seppo & Kivisaari, Leena & Manninen, Hannu & Svedström, Erkki 2005. Rintojen kuvantaminen. Teoksessa Tervonen Osmo (toim.). *Radiologia*. Helsinki: WSOY. 247.

Sukanen, Laura 2023: Seulontamammografiapätevyyden omaavien röntgenhoitajien lisäkoulutuksen tarve - Strukturoitu kysely lisäkoulutustarpeista. Opinnäytetyö. Kuopio: Savonia ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/794869/Sukanen_Laura.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Viitattu 7.10.2023.

Syöpätautien asiantuntijaryhmä 2014. Syövän ehkäisyn, varhaisen toteamisen ja kuntoutumisen tuen kehittäminen vuosina 2014–2025. Kansallisen syöpäsuunnitelman II osa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy. 77. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116179/URN_ISBN_978-952-302-185-3.pdf?sequence=1>. Viitattu 8.10.2023.

TENK = Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

TENK 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Päivitetty 6.9.2023. <<https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>>. Viitattu 7.10.2023.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi Anneli 2018a. Aineiston hankinta ja määrä laadullisessa tutkimuksessa. Teoksessa Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (toim.). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. E-kirja. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 301–306.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018b. Laadullisen aineiston analyysi: sisällönanalyysi. Teoksessa Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (toim.). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. E-kirja. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 333–334.

Vilka, Hanna 2021a. Laadullinen tutkimusmenetelmä käytännössä. Teoksessa Vilka, Hanna (toim.) *Tutki ja Kehitä*. E-kirja. Jyväskylä: PS-kustannus. Luku 5.

Vilka, Hanna 2021b. Merkityksiä tutkimassa ja kehittämässä. Teoksessa Vilka, Hanna (toim.) *Tutki ja Kehitä*. E-kirja. Jyväskylä: PS-kustannus. Luku 6.

Walta, Leena 2012. Potilaan hoitaminen diagnostisessa radiografiassa ja sen kuormittavuus röntgenhoitajan arvioimana – tavoitteena inhimillinen ja turvallinen kuvantamistapahtuma. Turku: Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. <<https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/76839/AnnalesC337Walta.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Viitattu 7.10.2023.

WHO = World Health Organization.

WHO 2023. Global Breast Cancer Initiative Implementation Framework: assessing, strengthening and scaling-up of services for the early detection and management of breast cancer. Geneva: World Health Organization. <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240065987>>. Viitattu 27.8.2023.

Liitteet

Kyselylomake ja tiedonanto



Potilaan kokemukset rinnan stereotaktisessa näytteenotossa

Opinnäytetyössämme selvitämme potilaiden kokemuksia rinnan stereotaktisessa näytteenotossa. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja vastaukset täysin anonyymejä. Kyselyssä ei kerätä eikä tallenneta mitään henkilötietoja. Vastaaminen kestää vain muutaman minuutin. Annetut vastaukset tulevat käyttöön opinnäytetyöhömmme, ja niiden analysoinnin jälkeen vastaukset tuhoataan. Vastaamalla kyselyymme saamme kallisarvoista tutkimustietoa käytettäväksi opinnäytetyöhömmme.

Radiografia ja sädehoito AMK
Paula Aalto, Eija Nykänen

Lisätietoja tutkimuksesta:
Lehtori Heli Patanen
Radiografian ja sädehoidon tutkinto
Metropolia AMK
heli.patanen@metropolia.fi

1. Saitteko tietoa stereotaktisesta näytteenotosta ennen toimenpidettä?

- o En
- o Kyllä, mutta jäi kysymyksiä
- o Kyllä

2. Jos saitte tietoa, mistä?

- o Hoitajalta
- o Lähettävältä lääkäriltä
- o Hakemalla itse tietoa (esim. internetistä)
- o Ajanvarauskirjeestä
- o Muualta, mistä

3. Kerrottiinko teille toimenpiteen aikana toimenpiteen etenemisestä?

- o Ei lainkaan
- o Hieman
- o Riittävästi
- o Tiesin koko ajan, miten toimenpide etenee

4. Toimenpiteeseen liittyvät tunteet, (ennen toimenpidettä tai sen aikana). Voitte valita useamman.

- Turvallisuuden tunne toimenpiteen aikana (osaava henkilökunta)
- Helpotuksen tunne tutkimukseen pääsemisestä
- Tietämättömyys toimenpiteen kulusta/kestosta
- Pelko diagnoosista
- Pelko kivusta
- Kipu
- Muu tunne, mikä:

5. Huomioitiinko teitä yksilönä toimenpiteen aikana?
(Oma toive koskettamisesta, katsekontakti, puhuttelu toimenpiteen aikana jne.)

- Ei lainkaan
- Hieman
- Riittävästi
- Koin, että minua huomioitiin hyvin

6. Olisitteko toivoneet enemmän tietoa stereotaktisesta näytteenotosta ennen toimenpidettä?

- En
- Kyllä

7. Jos vastasitte viimeiseen kysymykseen kyllä, millaista tietoa olisitte toivoneet?

8. Mihin seuraavista ikäryhmistä kuulutte?

- 1 Alle 30-vuotias
- 2 31–40 v.
- 3 41–50 v.
- 4 51–64 v.
- 5 65 vuotta täyttänyt

9. Ylin koulutustasonne:

- Peruskoulu
- Ammattikoulu
- Lukio
- AMK
- YAMK
- Yliopistotutkinto
- En halua vastata

Kiitos osallistumisestanne!