
**HOITAJIEN KOKEMUKSET SYÖPÄÄN
SAIRASTUNEELLE POTILAALLE ANTAMASTAAN
TIEDOLLISESTA JA EMOTIONAALISESTA TUESTA**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, syksy 2014

Elina Mäntylä & Riikka Mäkinen

Elina Mäntylä & Riikka Mäkinen

FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

| | | |
|------------------|--|-------------------|
| Tekijä | Elina Mäntylä ja Riikka Mäkinen | Vuosi 2014 |
| Työn nimi | Hoitajien kokemukset syöpään sairastuneelle potilaalle antamastaan tiedollisesta ja emotionaalisesta tuesta | |

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia syöpään sairastuneille potilaille antamastaan tiedollisesta ja emotionaalisesta tuesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tutkimustulosten avulla tietoa hoitajien antamasta tuen laadusta ja määrästä siten, että jatkossa tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehittämistyössä.

Työ toteutettiin yhteistyössä erään sairaalan kanssa. Vastaajaryhmä koostui sairaalan kahden eri osaston ja kolmen poliklinikan hoitohenkilökunnasta. Vastaajina oli lähi-, perus- ja sairaanhoitajia.

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka kehitettiin tätä opinnäytetyötä varten. Mittari laadittiin kirjallisuuskatsauksen perusteella. Tutkimusmenetelmä oli kvantitatiivinen.

Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat kokivat antaneensa potilaille enemmän emotionaalista kuin tiedollista tukea. Aikaisemmissa tutkimuksissa on selvinnyt, että potilaat toivovat saavansa hoitajilta tiedollista tukea myös dokumentoidussa muodossa, kuitenkin tämän tutkimuksen perusteella kirjallista tietoa annetaan vain vähän potilaille.

Tiedollisen tuen antamista haittasi eniten potilaan hoidon keskittyminen toiselle osastolle, potilaan saama aikaisempi ohjaus sekä potilaan huono kunto. Emotionaalisen tuen antamista haittasi hoitajien mukaan eniten hoitajien ajanpuute, muiden potilaiden läsnäolo huoneessa, hoitajan tiedon puute sekä lyhyet hoitajaksot.

Jatkotoimenpiteenä tästä opinnäytetyöstä voisi tehdä tutkimuksen miten potilaat kokevat saavansa tiedollista ja emotionaalista tukea hoitajilta. Sen tutkimuksen perusteella saisi tiedon, kohtaako tuen antaminen ja tuen tarve.

Avainsanat Syöpään sairastunut potilas, hoitaja, tiedollinen tuki, emotionaalinen tuki
Sivut 30 s. + liitteet 6 s.

ABSTRACT



Author Elina Mäntylä and Riikka Mäkinen **Year** 2014

Subject of Bachelor's thesis **How nurses experience the emotional and cognitive support they are giving to the cancer patients**

ABSTRACT

This thesis is done in order to find out how nurses experience the emotional and cognitive support they are able to give to the cancer patients. The goal of this thesis is to collect research information of the amount and quality of support so that in future it would help development.

The research was done in cooperation with one hospital. The survey respondents were working in two different wards and three different outpatients departments. They were nurses and practical nurses.

A questionnaire was made to this thesis and basis was a literature review. The research method was quantitative.

According to this survey nurses felt that they were giving more emotional than cognitive support. Earlier surveys showed that the patients felt more need to cognitive than emotional support. Patients needed information in written form, but according to our survey it was rarely given to them.

The patient's care is focused on another ward, information given to the patient earlier and the bad condition of a patient were the most common reasons that made cognitive support hard to give. Nurses felt that a lack of time and information, the presence of another patient in the same room and short course of treatment made the emotional support hard to give.

Another survey could be made about how the patients feel the cognitive and emotional support they are receiving from nurses. With this information we could be able to see how well giving support and receiving it compare.

Keywords a cancer patient, nurse, emotional support, cognitive support

Pages 30 p. + appendices 6 p.

SISÄLLYS

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 1 |
| 2 | SYÖPÄ SAIRAUTENA | 2 |
| 2.1 | Syövän yleisyys ja aiheuttajat | 2 |
| 2.2 | Syövän hoitomuodot | 3 |
| 2.2.1 | Sädehoito | 3 |
| 2.2.2 | Kirurginen hoito | 4 |
| 2.2.3 | Syövän lääkehoito ja lääkkeellinen kivunhoito | 4 |
| 2.3 | Syövän ennuste..... | 5 |
| 3 | SYÖPÄÄN SAIRASTUNEEN POTILAAN TUKEMINEN HOITOTYÖSSÄ | 6 |
| 3.1 | Syöpään sairastuneen potilaan tuen tarve..... | 6 |
| 3.2 | Hoitajan tuen antajana..... | 6 |
| 3.3 | Tiedollinen tuki | 7 |
| 3.4 | Emotionaalinen tuki | 9 |
| 3.5 | Tuen antamisen haasteet..... | 10 |
| 4 | OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET | 10 |
| 5 | OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS..... | 11 |
| 5.1 | Aineiston kerääminen..... | 11 |
| 5.2 | Aineiston analysointi..... | 12 |
| 5.3 | Luotettavuus | 13 |
| 5.4 | Eettisyys | 14 |
| 6 | OPINNÄYTETYÖN TULOKSET..... | 14 |
| 6.1 | Taustatiedot vastaajista | 15 |
| 6.2 | Tiedollinen tuki | 15 |
| 6.3 | Emotionaalinen tuki | 19 |
| 6.4 | Tiedollisen ja emotionaalisen tuen antamista haittaavat tekijät..... | 22 |
| 7 | TULOSTEN TARKASTELUA | 24 |
| 7.1 | Tiedollinen tuki | 24 |
| 7.2 | Emotionaalinen tuki | 24 |
| 7.3 | Tuen antamista haittaavat ja estävät tekijät..... | 25 |
| 7.4 | Tuen määrä ja laatu | 26 |
| 8 | POHDINTA..... | 27 |
| 8.1 | Keinoja tuen laadun parantamiseksi..... | 28 |
| 8.2 | Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset..... | 28 |
| | LÄHTEET | 30 |

- Liite 1 Saatekirje
Liite 2 Kyselylomake

1 JOHDANTO

Syöpäsairaus koskettaa useita henkilöitä Suomessa, sillä siihen sairastuu noin neljännes suomalaisista jossain vaiheessa elämäänsä. Syöpään kehitetyt hoitomuodot ovat kehittyneet ja ennuste syöpään sairastuneella on jatkuvasti parempi. Syöpään sairastuminen on ihmiselle aina elämänmuutos-tilanne, joka aiheuttaa kriisin potilaan elämässä. Tässä elämänmuutostilanteessa potilas tarvitsee tietoa ja tukea hoitavilta tahoilta. Kuitenkaan aina tuen tarve sekä tuen saanti eivät kohtaa, ja potilas kokee jäävänsä vaille riittävää tukea. Vähäinen tuen saanti syöpään sairastuneelle voi haitata potilaan kuntoutumista. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 100; Pukkala, Tadeusz, Hakulinen & Sankila, n.d. 12; Mattila, Kaunonen, Aalto, Ollikainen & Ästedt-Kurki 2009, 294 – 303.)

Koska syöpäsairaudet ovat maassamme niin yleisiä, tulee myös hoitohenkilökunnan pystyä antamaan riittävästi laadukasta tukea potilaille. Saatu tuki edesauttaa potilaiden selviytymistä elämässä eteenpäin. Jokainen potilas on oma yksilönsä, joten jokaisen tulisi saada myös yksilöllistä tukea juuri niillä osa-alueilla, joilla sitä eniten tarvitsee. Kuitenkin jokainen syöpään sairastunut henkilö tarvitsee tukea tavalla tai toisella. (Verio 1994.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia syöpään sairastuneille potilaille antamastaan tiedollisesta ja emotionaalaisesta tuesta. Lisäksi tarkoituksena oli saada tietoa siitä, millaista tukea ja miten paljon hoitajat ovat syöpäpotilaille antaneet, sekä tietoa tuen antamiseen liittyvistä haastatekijöistä. Tavoitteena oli tuottaa tutkimustulosten avulla tietoa tuen antamisesta niin, että tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää kehittämistyössä.

Valitsimme aiheen, koska syöpä on yleinen sairaus Suomessa ja sitä myötä hoitohenkilökunnalta vaaditaan enemmän tietoa ja taitoa toteuttaa kokonaisvaltaista hoitotyötä syöpään sairastuneen potilaan hoidossa. Tiedollinen sekä emotionaalinen tuki ovat tuen muotoja, joita tarvitaan läpi syöpään sairastuneen potilaan hoitoprosessin. Toivomme, että tämän opinnäytetyön avulla hoitohenkilökunta saisi lisää tietoutta potilaiden tuen tarpeista emotionaalisen ja tiedollisen tuen saralla. Lisäksi oma tietoutemme tulevaisuuden sairaanhoitajina lisääntyy, jonka toivomme puolestaan lisäävän syöpään sairastuneiden potilaiden saamaa laadukasta hoitoa.

2 SYÖPÄ SAIRAUTENA

Syövän syntyminen on vuosia kestävä prosessi, jossa terveen solun perimä-aines vaurioituu ja muuttuu usean vaiheen kautta terveen solun pahanlaatuiseksi solukoksi. Kun pahanlaatuiset solukot kasvavat, ne alkavat aiheuttaa oireita ihmiselle. Syöväksi kutsutaan kaikkia elimistön pahanlaatuisia kasvaimia. Syöväälle on tyypillistä tunkeutuva sekä tuhoava kasvutapa, sekä kyky lähettää etäpesäkkeitä, metastaaseja, muualle elimistöön veri – tai imusuonien kautta. Syöpäsairaus nimetään sen mukaan, missä se on syntynyt. Esimerkiksi rintasyöpä, joka on lähettänyt etäpesäkkeitä keuhkoihin ja on aiheuttanut keuhkosityövän, on silti edelleen rintasyöpä. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 756; Syöpäinfo 2010.)

Syövän hoito ja tutkimukset ovat jakautuneet usean eri erikoisalan, esimerkiksi kirurgien, patologioiden ja syöpäsairauksien erikoislääkäreiden yhteistyöksi. Syöpään sairastunutta potilasta hoidetaan moniammatillisen tiimin saumattomalla yhteistyöllä, johon osallistuu oman alansa ammattilaiset. Syöpään sairastuminen aiheuttaa potilaassa sekä omaisissa usein kriisireaktion, jonka läpikäymiseksi potilas tarvitsee paljon tukea ja neuvontaa. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 665.)

2.1 Syövän yleisyys ja aiheuttajat

Suomessa diagnosoitiin vuonna 2011 yli 30 000 uutta syöpätapausta. Yleisin syöpä naisilla on rintasyöpä, vuonna 2011 siihen sairastui 4 865 naista. Miehillä yleisin syöpä on eturauhassyöpä, vuonna 2011 siihen sairastui 4 719 miestä. Seuraavaksi yleisimpiä syöpiä miehillä ovat keuhko-, paksusuoli- ja ihosyöpä eli melanooma. Naisilla rintasyövän jälkeen yleisimmät syövät ovat paksusuoli-, kohdunrunko- ja keuhkosityöpä. (Pukkala, Sankila & Rautalahti 2011.)

Syöpään kuolee Suomessa vuosittain noin 11 000 henkilöä. Kuolemien määrä on pysynyt tasaisena jo pidemmän ajan, mutta syöpä on silti toiseksi yleisin kuolinsyy maassamme. Suomessa yleisin kuolemaan johtava syöpä on keuhkosityöpä, vuonna 2011 siihen kuoli 2 100 ihmistä. Syövän yleistyessä on huomioitava se, että suuret ikäluokat kasvavat ja syövät yleistyvät iän myötä. (Pukkala ym. 2011.)

Syövän aiheuttajat voidaan jaotella kolmeen kategoriaan: sisäiset tekijät, ympäristöön liittyvät sekä elintapoihin liittyvät tekijät. Sisäisiä tekijöitä ovat ikä, sukupuoli ja periytyvyys. Ympäristön osalta syövän syntymiseen voivat vaikuttaa saasteet sekä työperäiset altisteet, kuten esimerkiksi kemikaalit ja säteily. Elintavoista merkittävimpiä tekijöitä syövän syntymiselle ovat tupakointi, ravitsemus, liikunta, lisääntyminen ja infektiot. Syövän ennaltaehkäisyn kannalta on tärkeää myös välttää ihon palamista, käyttää alkoholia kohtuullisesti sekä osallistua seulontatutkimuksiin. (Pukkala ym. 2011, 28–30; Holmia ym. 2006, 103.)

Vain harvoissa syöpätapauksissa pystytään toteamaan selvä syy-seuraussuhde, koska syöpään sairastuminen on pitkä ja monimutkainen prosessi. Tämän takia syöpään sairastunutta potilasta ei tulisi ikinä syyllistää sairastumisestaan. Vaikka tiedetään, että tupakointi on merkittävin tekijä keuhkasyöpään sairastumiselle, on sairastuneiden joukossa myös niitä ihmisiä, jotka eivät ole ikinä tupakoineet. (Iivanainen ym. 2010, 757.)

2.2 Syövän hoitomuodot

Syöpä on yksilöllinen sairaus, siten myös sen hoitomuodot vaihtelevat yksilöittäin. Hoitomuodon valintaan vaikuttavat kasvaimen patologinen tyyppi, kasvaimen sijainti ja sen levinneisyys. Lisäksi hoitomuotoa valittaessa tulee ottaa huomioon potilaan yleiskunto sekä muut sairaudet. Ennen kuin valinta hoitolinjauksesta tehdään, tulee potilaalle kertoa eri hoitomuotojen vaikutuksista ja haittavaikutuksista, sekä ottaa potilas mukaan hoidon suunnitteluun. Sairauden alkuvaiheessa potilaan on vaikeaa omaksua runsaasti uutta tietoa kerralla, joten potilaalle tulisikin antaa mahdollisuus keskustella asiantuntijoiden kanssa useamman kerran sekä mahdollisuus esittää kysymyksiä tarpeen tullen. (Iivanainen ym. 2010, 757.)

Usein syövän hoidossa käytetään toisiaan tukevien hoitomuotojen yhdistelmiä. Hoitomuodot voidaan jakaa paikallisesti vaikuttaviin sekä verenkierron kautta kaikkialle kehoon vaikuttaviin hoitomuotoihin. Paikallisesti vaikuttavia hoitomuotoja ovat sädehoito ja leikkaus. Kaikkialle kehoon vaikuttavia hoitomuotoja ovat solunsalpaajat, hormonaaliset lääkehoidot ja erilaiset niin sanotut täsmälääkkeet. (Syöpäinfo 2010.)

2.2.1 Sädehoito

Sädehoitoa on käytetty hyvällä menestyksellä syövän hoitoon jo yli sata vuotta. Lähes joka toiselle syöpään sairastuneelle potilaalle käytetään sädehoitoa syöpäkasvaimen tai etäpesäkkeiden pienentämiseen sekä oireiden lievittämiseen. Sädehoidon säteilyllä vaurioitetaan syöpäsoluja. Kun soluun on kohdistunut tarpeeksi säteilyä ja se on vahingoittunut tarpeeksi, lopulta syöpäsolu kuolee. Sädehoitoa annetaan yleensä peräkkäisinä päivinä, viisi kertaa viikossa, 2–7 viikon ajan. Itse hoito kestää kerralla pari minuuttia. Hoidon määrä ja kesto määräytyy kuitenkin aina yksilöllisesti. (Johansson 2012.)

Sädehoito vaikuttaa paikallisesti ja säteily kohdistetaan syöpäkasvaimeen, eikä hoidosta ole haittaa laaja-alaisesti. Ainoastaan aivan syöpäkasvaimen läheiset solut voivat vahingoittua hoidon aikana. Sädehoito ei myöskään aiheuta kipua potilaalle ja sen haittavaikutukset ovat nykyisillä laitteilla vähäisiä. Osa syöpään sairastuneista potilasta paranee sädehoidon avulla. (Johansson 2012.)

2.2.2 Kirurginen hoito

Kirurgisessa hoidossa, eli leikkauksessa, pyritään poistamaan syöpäkasvain kokonaisuudessaan. Lisäksi toimenpiteessä yleensä poistetaan syöpäkasvaimen ympäriltä tervettä kudosta, jolla pyritään minimoimaan syövän leviäminen. Leikkauksen aikana selvitetään myös, onko syöpä mahdollisesti levinnyt läheisiin kudoksiin tai imusolmukkeisiin. Tarvittaessa leikkauksen aikana poistetaan myös imusolmukkeita tai imutiehityitä. Joissakin tapauksissa leikkaushoito saattaa olla ainoa mahdollinen hoitomuoto. Useimmiten potilaalle annetaan leikkauksen lisäksi myös muita hoitomuotoja, joiden avulla voidaan saavuttaa paras lopputulos. (Syöpäjärjestöt 2010.)

Ennen kirurgista toimenpidettä on selvittävä mahdollisimman tarkasti, mihin syöpä on mahdollisesti levinnyt. Siten voidaan etukäteen tietää, onko leikkaus kuratiivinen, eli parantava, vai palliatiivinen eli oireita lievittävä. Syövän hoidossa kirurgiset toimenpiteet voidaan jakaa eri tyypeiksi. Radikaalileikkauksella tarkoitetaan toimenpidettä, jossa syöpäkudos poistetaan mahdollisimman tarkasti, samalla poistaen myös tervettä kudosta riittävästi ympäriltä. Radikaalileikkauksella pyritään saavuttamaan aina kuratiivinen eli parantava lopputulos. Palliatiivisella leikkauksella tarkoitetaan leikkausta, jolla pyritään lievittämään potilaan oireita, parantamaan elämänlaatua sekä lisäämään elinaikaa. Palliatiivisella leikkauksella voidaan esimerkiksi ohittaa suolessa oleva tukos ja siten helpottaa potilaan oloa. Syto-reduktiivisella leikkauksella tarkoitetaan toimenpidettä, jossa kasvainta pienennetään siten, että muilla syövän hoitomuodoilla saadaan parempi vaste. Rekonstruktiiivinen leikkaus tarkoittaa korjaavaa kirurgiaa. Tällöin leikkauksessa syntynyt kudospuutos korvataan muualta kehosta otetulla kudossiirteellä. (Iivanainen ym. 2010, 758.)

2.2.3 Syövän lääkehoito ja lääkkeellinen kivunhoito

Solunsalpaajiksi eli sytostaateiksi kutsutaan lääkeainetta, joka vahingoittaa nopeasti solujen DNA:ta, jolloin solut kuolevat. Solunsalpaajahoitoa annetaan usein leikkaushoidon jälkeen, jolloin pyritään tuhoamaan pienet syöpäsolut ja soluryhmät. Hematologisissa syövissä solunsalpaajahoidot riittävät usein yksinään hoitomuodoksi tuhoamaan syöpäsolut. Levinneen syövän hoidossa solunsalpaajat ovat merkittäviä, koska ne lievittävät potilaan oireita ja pidentävät potilaan elinaikaa. Potilaan vointia, veriarvoja sekä hoidon vastetta tulee seurata säännöllisesti. Mikäli hoitovaste menetetään, on solunsalpaajahoito lopetettava. Solunsalpaajahoito valitaan aina yksilöllisesti jokaisen potilaan kohdalla. (Iivanainen ym. 2010, 760.)

Solunsalpaajahoito annetaan useimmiten suonensisäisenä, noin kolmen – neljän viikon välein. Joitakin solunsalpaajia käytetään suun kautta päivittäin. Solunsalpaajat leviävät verenkierron kautta elimistöön, jolloin ne aiheuttavat myös melko paljon haittavaikutuksia. Solunsalpaajat vaikuttavat nopeasti uusiutuviin soluihin eli myös ihmisen terveisiin soluihin, esimerkiksi luuytimen kantasoluihin, jotka tuottavat valko- ja punasoluja sekä verihiihtaleita. Tämän seurauksena solunsalpaajahoidojen haittavaikutuksena

esiintyykin usein anemiaa, valkosolujen vähenemistä sekä verihiutaleiden vähenemistä. Nämä haittavaikutukset puolestaan aiheuttavat väsymystä, tulehduksia sekä verenvuodon riskiä. Koska karvatuppisolut vahingoittuvat hoidossa, saattaa tämä aiheuttaa hiustenlähtöä potilaalta. Tyypillinen haittavaikutus solunsalpaajahoidolla on pahoinvointi. (Syöpäinfo 2010.)

Immuunivasteen tehostajat parantavat kehon omaa puolustusjärjestelmää, jonka seurauksena puolustusjärjestelmää aktivoimalla pyritään saamaan oma keho tuhoamaan syöpäsolut. Interferonit ovat elimistön omien solujen tuottamia valkuaisaineita. Näitä interferoneja käytetään muun muassa ihosyövän, munuaissyövän sekä karvasoluleukemian hoidossa. Interferoni pistetään ihonalaiseen rasvakudokseen, usein potilas voi pistää lääkkeen itse. Interferoni aiheuttaa haittavaikutuksena esimerkiksi flunssankaltaisia oireita ja kuumeilua, jotka liittyvät oman immuunijärjestelmän aktivoitumiseen. Lisäksi yleisinä haittavaikutuksina ovat väsymys, ruokahaluttomuus sekä mielialan laskua. (Syöpäinfo 2010.)

Hormonaaliset hoidot soveltuvat hormoniriippuvaisten kasvaimien hoitoon. Tällaisia hormoniriippuvaisia kasvaimia ovat muun muassa kilpirauhas- syöpä, rintasyöpä, kohtusyöpä, munasarjasyöpä ja eturauhassyöpä. Hormonaalisen hoidon tarkoituksena on estää kasvainta saamasta elintärkeää hormonia ja lakkauttaa hormonin tuotanto elimistössä. (Syöpäinfo 2010.)

Kipu määritellään epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosvaurio. Syöpäpotilaan kipu voi johtua perussairaudesta tai muusta sairaudesta. Lisäksi syöpähoi- dot voivat aiheuttaa kipua potilaille. Yli puolet syöpäpotilasta kokee vaikeita kipuja. Riittävällä kivunhoidolla pystytään parantamaan potilaan elämänlaatua merkittävästi. (Iivanainen ym. 2010.)

Lääkehoidon tavoitteena on mahdollisimman hyvä kivunlievitys mahdollisimman yksinkertaisin menetelmin. Syöpäkivun hoito perustuu WHO:n porrasteiseen hoitokaavioon. Porrasteisen hoitokaavion mukaan kivunhoito aloitetaan tulehduskipulääkkeillä, johon liitetään tarvittaessa heikko opioidi. Tämän vaiheen jälkeen siirrytään keskivahvoihin opioideihin tai vastaavasti voidaan siirtyä suoraan vahvoihin opioideihin. Usein tulehduskipulääke kulkee opioidien rinnalla kivunhoidossa. Lääkehoidon tavoitteena on pitää kiputuntemus poissa koko vuorokauden, mutta lääkehoidossa on varauduttava myös läpilyöntikipuihin. Niitä tulee hoitaa siten, ettei potilas kärsi kivuista. Potilaan saamaa kipulääkitystä ja potilaan kipuja tulee seurata jatkuvasti ja tarvittaessa lääkitykseen tehdään muutoksia. Kivun mittaamiseen on kehitelty erilaisia mittareita, joilla potilaan kokemaa kipua voidaan arvioida. (Iivanainen ym. 2010, 763–765.)

2.3 Syövän ennuste

Syövän hoitomuodot ovat kehittyneet huomasti kolmen viime vuosikymmenen aikana. Aikaisemmin syöpää pidettiin tappavana sairautena, nykyään valtaosa syöpään sairastuneista paranee ja voi jatkaa normaalia elämää. Usein syöpään sairastuneen potilaan kuolinsyy, on muu kuin syöpä. Maha-

ja keuhkosityövän ennuste on edelleen huono. Syöpäsairauksien kuolin tapauksen laskuun vaikuttaa se, että maha- ja keuhkosityöpätapaukset vähenevät, hoitomuodot kehittyvät koko ajan ja se, että syöpä pystytään toteamaan entistä aikaisemmin. Tulevaisuudessa syöpään sairastuu edelleen keskimäärin joka kolmas ihminen, mutta syövän ennuste tulee jatkuvasti paranemaan. (Pukkala ym. n.d. 12–13.)

3 SYÖPÄÄN SAIRASTUNEEN POTILAAN TUKEMINEN HOITOTYÖSSÄ

Syöpään sairastuneen potilaan tuki voidaan jakaa tiedolliseen ja emotionaaliseen osaan. Tiedollinen tuki koostuu keskusteluyhteyden avaamisesta ja sen ylläpitämisestä sekä kirjallisen ja suullisen tiedon antamisesta. Emotionaaliseen tukeen sisältyy muun muassa tunteissa mukana eläminen, potilaan turvana oleminen, välittäminen sekä luottamuksellisen hoitosuhteen luominen. (Mattila 2011.)

3.1 Syöpään sairastuneen potilaan tuen tarve

Syöpään sairastuminen on elämänmuutostilanne, jolloin potilas ja perheenjäsenet tarvitsevat paljon tukea. Tuen tarve ja tarjonta eivät kuitenkaan aina kohtaa. Tuki syntyy ja kehittyy potilaan, perheenjäsenten ja hoitajien välisessä yhteistyössä, jossa annetaan ja vastaanotetaan niin emotionaalista kuin tiedollistakin tukea. (Mattila, Kaunonen, Aalto, Ollikainen & Åstedt-Kurki 2009, 294 - 303.)

Syöpään sairastunut potilas tarvitsee tukea eri tahoilta sairauden eri vaiheissa. Moni sairastunut saa tukea omaisiltaan, ja yleensä omaiset ovatkin potilaan parhaita tukijoita. Syöpä voi kuitenkin joskus karkottaa läheisiä, jolloin hoitajan rooli tuen antajana korostuu. Tutkimusten mukaan potilaat toivovat saavansa hoitohenkilökunnalta etenkin tiedollista tukea sekä rohkaisua ja kannustusta. Omaisilta potilaat toivoisivat saavansa ennen kaikkea emotionaalista tukea. Hoitajien kokemusten mukaan tuen tarpeen tunnistamista tukee etenkin omahoitajasuhde. (Mustajoki, Alila, Matilainen & Räsänen 2010, 296; Joensuu, Roberts, Kellokumpu-Lehtinen, Jyrkkiö, Kouri & Teppo, 2013; Mattila 2011).

3.2 Hoitaja tuen antajana

Hoitohenkilökunta saa parhaan käsityksen potilaan tuen tarpeista tutustumalla potilaan ja hänen perheensä elämäntilanteeseen. Tuen tarpeen tunnistamisessa tärkeää on nähdä sanojen taakse eli hoitohenkilökunta huomioi sekä sanallisia että sanattomia viestejä sekä niin sanotusti lukee asioita rivien välistä. Myös ilmeet, eleet ja äänenpaino antavat hoitohenkilökunnalle lisätietoa potilaan tuen tarpeesta. (Mattila, Kaunonen, Aalto & Åstedt-Kurki 2010.)

Syöpään sairastuneet potilaat toivovat hoitajien olevan ystävällisiä, huumorintajuisia, asiallisia sekä aitoja potilasta kohtaan. Lisäksi hoitajan toivotaan keskustelevan, myötäelävän, rohkaisevan, kuuntelevan ja lohduttavan potilasta. Hoitajilta odotetaan myös asiantuntemusta. Asiantuntemuksen odotetaan ilmenevän muun muassa auttamisena, hoitamisena, huolehtimisena ja parhaansa tekemisenä. Konkreettisimmin asiantuntemuksen odotetaan ilmenevän ammattitaitoisena toimenpiteiden tekemisenä sekä lääkkeiden antamisena. (Holmia ym. 2006.)

Potilaan auttamisen ja tukemisen lisäksi hoitajan tulee myös välittää tietoa koskien potilaan sairautta ja hoitoa. Yksi hoitotyön tavoitteista on, että potilas kokee hoitajan ymmärtäneen sekä kuunnelleen häntä. Hoitotyössä pyritään myös siihen, että potilas on tyytyväinen hoitajilta saamaansa kohteluun sekä hoitoonsa. Tämä edellyttää koko henkilökunnalta ammatillisia tietoja ja taitoja syöpäpotilaan hoidosta. (Holmia ym. 2006.)

Mesiäislehto-Soukka, Rajamäki & Paavilainen (2004) tutkivat hoitajien kokemuksia munasarjasyöpäpotilaille annetusta tuesta. Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että potilasta tuettiin yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti ja tukemista pidettiin hoitajan työhön kuuluvana. Hoitohenkilökunta piti potilaan tukemista tärkeänä ja kiireestä huolimatta hoitajat yrittivät antaa aikaa potilaalle. Tukea annettiin muun muassa kuuntelemalla, keskustelemalla, lohduttamalla, toivoa antamalla sekä läsnäololla. Tutkimuksen mukaan hoitajat kokevat tiedollisen tuen antamisen tärkeäksi tehtäväksi, mutta potilaiden tukemista haittaa hoitajien ajanpuute. Hoitajat toivovat enemmän resursseja hoitotyöhön sekä työnohjausta. Hoitajien kokemusten mukaan potilaita kuitenkin tuetaan kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti.

Jo vähäiselläkin tuella ja ohjauksella pystytään vaikuttamaan syöpäpotilaan elämänlaatuun positiivisesti. Tutkimuksessa rintasyöpäpotilaille annettiin puhelimitse tukea ja ohjausta viikon päästä leikkauksesta. Tämä lyhyt, kertaluonteinen ohjaus auttoi potilaita sopeutumaan leikkauksesta aiheutuneisiin sivuvaikutuksiin ja kehon muutoksiin. Potilaiden saama ohjaus ja tuki auttoivat heitä suhtautumaan tulevaisuuteen positiivisesti. Puolen vuoden päästä potilaille annettiin kasvokkain henkilökohtaista tukea ja ohjausta, jolla todettiin olevan positiivista vaikutusta käden toimintakykyyn sekä erilaisiin leikkauksesta johtuviin oireisiin, kuten kipuun ja turvotukseen. (Salonen, 2011.)

3.3 Tiedollinen tuki

Tiedollisella tuella tarkoitetaan potilaiden saamaa kirjallista ja suullista tietoa sairaudesta, hoidoista, lääkkeistä ja ennusteesta eli kattavaa teoreettista tietoa koskien sairautta ja siihen liittyviä asioita. Tiedollisen tuen kannalta oleellista on yksilölliseen tilanteeseen sopivat tiedot ja neuvot, turvallinen ja ystävällinen ilmapiiri sekä luottamus hoitohenkilökuntaan. Hoitajat ovat keskeisessä asemassa tiedonantajina. Hoitajat antavat tietoa potilaille, tarvittaessa hankkivat lisää tietoa tai ohjaavat potilaat sen henkilön luo, joka

osaa vastata heidän kysymyksiinsä. (Mattila ym. 2009, 294–303; Eriksson & Kuuppelomäki 1999.)

Tiedollisen tuen antamista varten hoitohenkilökunnan tulisi kartoittaa potilaan tuen tarve sekä potilaalle sopivin tiedonvälitystapa. Tärkeintä tiedollisen tuen antamisessa on, että tieto on ymmärrettävää ja ajanmukaista. Potilaille tulisi antaa sekä suullista että kirjallista tietoa, annettua tietoa olisi hyvä myös kerrata yhdessä potilaan kanssa. Hoitohenkilökunnan tulisi olla potilaan tukena päätöksenteko tilanteissa, ja potilaalle tulisi antaa yhteystiedot, joihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. Myös tieto vertaistuesta on tärkeää. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006).

Syöpää sairastavilla henkilöillä on tarve saada tietoa hoitohenkilökunnalta. Etenkin ne potilaat, joiden sairastumisesta on vasta vähän aikaa, tarvitsevat paljon tiedollista tukea. Tutkimuksen mukaan potilaat kaipaavat tietoa enemmän kuin he saavat. Potilaat toivoisivat saavansa enemmän kirjallista tietoa etenkin hoidosta, sivuvaikutuksista, syövän levinneisyydestä, ennusteesta ja taudin uusiutumisen ehkäisemisestä. Potilaat haluaisivat saada tietoa, joka on suunniteltu heidän tarpeisiinsa. (Syri 2012.)

Harjun (2009) tutkimuksessa selvitettiin eturauhassyöpäpotilaiden ja heidän läheistensä kokemuksia perheen terveydestä, toimivuudesta ja sairaalassa saadusta tuesta. Kaksi kolmasosaa vastaajista oli sitä mieltä, että heille kerrottiin riittävästi hoidon vaiheista ja yli puolet vastaajista koki, että heidän kanssaan keskusteltiin riittävästi sairauden kulusta. Hieman yli puolet vastaajista oli saanut riittävästi tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista. Tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat sairaalassa saadun tuen melko hyväksi. Potilaat kokivat saaneensa vähiten emotionaalista ja eniten päätöksenteon tukea hoitajilta.

Potilaat kokevat tiedollisen tuen tärkeäksi. Tutkimuksen mukaan potilaat kokevat hoitohenkilökunnan antaneen rehellisiä vastauksia kysymyksiin, ja rehellisyyden koettiin lisäävän potilaiden luottamusta hoitoihin sekä hoitohenkilökuntaan. Myös asioiden kertaaminen koettiin tärkeäksi, sillä se vähensi epäselvyyksiä. Tutkimustuloksista ilmeni, että potilaat kokivat sairauden alussa saamansa tuen erityisen tärkeäksi. Potilaiden kokemusten mukaan he saivat hoitohenkilökunnalta tukea pyytämättä sitä. (Mesiäislehto-Soukka ym. 2004.)

Nevalaisen (2006) tutkimuksessa selvitettiin syöpäpotilaan läheisten hoitohenkilökunnalta saamaa tiedollista ja emotionaalista tukea. Tutkimuksessa todettiin, että tiedontarve on yksi tärkeimmistä tuen tarpeista syöpäpotilaiden läheisillä. Potilaiden läheisten mukaan tärkeimpiä tarpeita oli saada kysymyksiin rehellisiä vastauksia ymmärrettävässä muodossa sekä varmuus siitä, että potilaalle annetaan parasta mahdollista hoitoa. Yhtä tärkeää oli myös saada tietää sairauden ennusteesta ja potilaan tilan muutoksista.

3.4 Emotionaalinen tuki

Fyysisen hoidon lisäksi hoitajan tulee tukea potilasta ja hänen omaisiaan myös emotionaalisesti. Emotionaalisen tuen avulla potilas selviää sairauden aiheuttamista tunnereaktioista. Emotionaalinen tuki on yhteydessä potilaan elämänlaatuun. Tutkimusten mukaan emotionaalisen tuen avulla voidaan vähentää potilaan fyysisiä ja psyykkisiä oireita. Emotionaalinen tuki käsittää kuuntelemisen, keskustelemisen, läsnäolon tilanteissa, rohkaisun sekä kunnioituksen. Emotionaaliseen tukeen sisältyy myös ystävällinen ja turvallinen ilmapiiri sekä toisen ihmisen hyväksyminen sellaisena kuin hän on. Hoitohenkilökunnan tulee vastata potilaan kysymyksiin rehellisesti, rohkaista potilasta ilmaisemaan tunteitaan, auttaa potilasta löytämään myönteisiä asioita sekä vahvistaa potilaan voimavaroja. Lisäksi hoitohenkilökunnan tulisi tarkkailla mahdollisia ongelmia ja keskustella niistä potilaan kanssa. (Eriksson & Kuuppelomäki 1999; Lipponen ym. 2006; Mattila ym. 2009, 294–303.)

Emotionaalisen tuen antaminen edellyttää hoitajalta empatiaa potilasta kohtaan. Hoitajan tulee kyetä asettumaan potilaan asemaan, eli myötäelää. Empaattinen hoitaja ymmärtää miltä potilaasta tuntuu ja kykenee hetkeksi samaistumaan potilaan tilanteeseen, mutta osaa samalla myös katsoa asioita etäältä. (Eriksson & Kuuppelomäki 1999.)

Sairastuneelle henkilölle sanaton viestintä voi olla merkittävämpää kuin sanallinen. Syöpään sairastunut henkilö haluaa saada tietoa sairaudestaan, mutta joskus ahdistunut ihminen voi ymmärtää paremmin katsetta ja kosketusta kuin puhetta. Usein potilaat kertovat jälkepäin, etteivät muista mitään juuri saamastaan sanallisesta tiedosta. Potilaat arvostavat hoitohenkilökuntaa, joka vastaa heidän kysymyksiinsä. Tällöin tieto jää potilaille parhaiten muistiin, koska se on heille merkityksellistä tietoa. (Holmia ym. 2006, 108.)

Tutkimuksen mukaan yli neljännes syöpäpotilaista toivoisi henkilökunnan kohtelevan heitä ihmisenä eikä vain yhtenä potilastapauksena. Lähes yhtä suuri osa potilaista toivoisi henkilökunnan osoittavan herkkyyttä heidän tunteitaan ja henkisiä tarpeitaan kohtaan. Eniten potilaat kuitenkin toivoisivat saavansa tukea pelkoihin syövän uusiutumisesta, tiedonsaantiin tutkimuksista, kirjallisen tiedon saamiseen sekä tiedon saamiseen keinoista, joilla voi itse edistää paranemista. (Syri 2012.)

Potilaat kokevat tärkeäksi, että hoitohenkilökunta ottaa heidät mukaan hoidon suunnitteluun, mutta tutkimusten mukaan tämä ei aina toteudu. Potilaat myös toivoisivat enemmän tunteiden ymmärtämistä. Tutkimusten mukaan potilaat kuitenkin kokevat saaneensa enemmän emotionaalista kuin tiedollista tukea. Potilaiden kokemusten mukaan emotionaalisen tuen osalta parhaiten on toteutunut hoitajien ystävällisyys, kunnioitus, hyväksyntä sekä potilaiden kuunteleminen. (Mattila 2011.)

Tutkimuksen mukaan potilaat kokevat kuuntelun ja keskustelun tärkeäksi. Erityisen tärkeäksi potilaat kokevat sen, että hoitohenkilökunta kysyy heiltä

keskusteluhaluudesta ja tarvittaessa ohjaa potilaan asiantuntijan luo puhumaan kokemuksistaan. Potilaiden kokemusten mukaan heidän elämäntilannettaan ymmärrettiin, heitä kuunneltiin ja heistä välitettiin. (Lipponen ym. 2006.)

3.5 Tuen antamisen haasteet

Tietotekniikan kehittyminen ja sen myötä potilaiden lisääntynyt tietämys asettaa jatkuvasti suurempia vaatimuksia hoitohenkilökunnalle. Koska syöpäpotilaiden hoidosta saadaan jatkuvasti uutta tietoa ja samalla sairaalassa-oloajat lyhenevät, hoitohenkilökunnan tulee miettiä mitä tietoa, ja missä vaiheessa potilaille annetaan. Tiedon antamisessa tulee myös ottaa huomioon, että ihmiset voivat ymmärtää asiat eri tavoin ja tällöin väärinkäsityksiä pääsee syntymään. Hoitohenkilökunnan tulisikin selvittää miten potilas on saamansa tiedon ymmärtänyt. Tietoa annetaan usein kiireessä, jolloin ei huomioida tiedon perillemenoaa. (Eriksson & Kuuppelomäki 1999.)

Hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää huomiota myös erilaisiin ulkoisiin ja sisäisiin häiriöihin tietoa annettaessa. Ulkoisia häiriöitä voivat olla esimerkiksi melu ja toisten läsnäolo tilanteessa. Sisäisiä häiriöitä voivat aiheuttaa potilaan pelko ja ahdistuneisuus. Kun tietoa annetaan, näiden häiriöiden takia potilas ei välttämättä kykene ottamaan vastaan saamaansa tietoa. Siksi onkin erittäin tärkeää, että hoitaja tunnistaa potilaan yksilöllisen tilanteen. Tällöin myös kirjallisen tiedon tärkeys korostuu. Kirjallisen tiedon avulla potilas voi syventyä asiaan rauhassa ja kerrata sitä. Tiedollisessa kuten myös suullisessakin tiedossa tulisi kiinnittää huomiota käytettyyn sanastoon, koska potilaiden voi olla vaikeaa ymmärtää lääketieteellisiä termejä. (Eriksson & Kuuppelomäki 1999.)

Tiedollista tukea annettaessa hoitohenkilökunnan tulisi huomioida potilaan sairauden vaihe sekä potilaan tarpeet. Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunta olettaa antaneensa potilaan tarvitsemaa tietoa. Lisäksi hoitajien ja potilaiden näkemykset eroavat annetun tiedon määrässä, sillä tutkimuksen mukaan hoitajat kokevat antaneensa tietoa sairaudesta ja sen hoidosta enemmän kuin potilaat kokivat saaneensa. (Eriksson & Kuuppelomäki 1999.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia syöpäpotilaille antamastaan tiedollisesta ja emotionaalaisesta tuesta. Tarkoituksena oli myös saada tietoa siitä, millaista tukea ja miten paljon hoitajat ovat syöpäpotilaille antaneet sekä tietoa tuen antamiseen liittyvistä haittatekijöistä. Tavoitteena oli tuottaa tutkimustulosten avulla tietoa tuen antamisesta niin, että tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää kehittämistyössä. Tutkimustulosten avulla hoitajat ja hoitotyön opiskelijat voivat tarkastella omaa rooliaan

tuen antajina. Tutkimustulosten perusteella pystytään selvittämään mahdollisia tuen antamista haittaavia tai estäviä tekijöitä, jolloin niihin pystytään kiinnittämään huomiota hoitotyössä. Näihin haittatekijöihin huomiota kiinnittämällä pystytään parantamaan tuen laatua ja määrää.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaista tiedollista tukea hoitajat antavat syöpään sairastuneille potilaille?
2. Millaista emotionaalista tukea hoitajat antavat syöpään sairastuneille potilaille?
3. Mitkä seikat ovat haitanneet tai estäneet tiedollisen ja emotionaalisen tuen antamista syöpäpotilaille?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Tämä koettiin hyväksi vaihtoehdoksi, koska vastauksia haluttiin saada paljon, jotta saataisiin mahdollisimman laaja näkemys aiheesta. Lisäksi aiheen ajateltiin olevan sen verran arkaluontoinen, että kyselylomake koettiin paremmaksi vaihtoehdoksi kuin haastattelu. Kyselylomake laadittiin tutustumalla aiempiin tutkimuksiin ja etsimällä niistä tärkeimpiä seikkoja omaa kyselylomakettamme varten. Kyselylomakkeemme oli pääosin strukturoitu kyselylomake, mutta joukossa oli myös muutama avoin kysymys tarkentamaan aihetta.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aiemmat teoriat ja johtopäätökset aikaisemmista tutkimuksista ovat avainasemassa. Usein aiheesta on jo tietoa ennen tutkimuksen suorittamista. Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä tuodaan esille yleispäteviä syyn ja seurauksen lakeja ja sen mukaan todellisuus rakentuu objektiivisesti todettavista tosiasioista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 139–142.)

5.1 Aineiston kerääminen

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä erään sairaalan kanssa. Vastaajaryhmä koostui sairaalan kahden eri osaston ja kolmen eri poliklinikan hoitajista, joilla on kokemusta syöpäsairaiden potilaiden kohtaamisesta. Käsitteellä hoitaja, tarkoitetaan tässä työssä, kaikkia sekä vakinaisia että sijaisina työskenteleviä lähi-, perus – ja sairaanhoitajia, joilla on vähintään vuoden työkokemus työstään. Vuoden työkokemusta vaadittiin, jotta vastaajalle on jo ehtinyt kertyä tietoa ja kokemusta potilaan tukemisesta. Aineisto kerättiin vuoden 2013 joulukuussa ja sitä analysoitiin seuraavan kevään aikana.

Opinnäytetyön lähtökohtana olivat tutkimuskysymykset, joihin lähdettiin etsimään vastauksia kyselylomakkeen avulla (Vilkka 2005). Aihe jaettiin osioihin, jotka olivat tiedollinen tuki, emotionaalinen tuki, tuen laatu ja

määrä sekä tiedollista ja emotionaalista tukea haittaaviin tekijöihin. Emotionaalisen ja tiedollisen tuen kappaleiden lopussa oli yksi avoin kysymys, lisäksi jokaisen osion lopussa vastaajalle oli jätetty tilaa, jos hänellä oli jotakin lisättävää tai tarkennettavaa. Lisäksi kyselylomake sisälsi taustatiedot vastaajasta.

Kyselylomakkeissa käytettiin viisiportaista Likert-asteikkoa, sekä avoimia kysymyksiä. Likert-asteikot ovat nousevia ja laskevia skaaloja, joista vastaaja valitsee sen vaihtoehdon, joka kuvastaa parhaiten hänen mielipidettään. Asteikon ääripäinä käytetään esimerkiksi vaihtoehtoja ”täysin samaa mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Avoimien kysymysten avulla kerätään lisätietoa aiheesta. (Hirsjärvi ym. 2007, 194–195). Mittari on kehitetty kirjallisuuskatsauksen perusteella.

Kun kyselylomake saatiin valmiiksi, tutkimus aloitettiin pilottikyselyllä, johon pyydettiin kolmea hoitajaa, samoista yksiköistä joissa varsinainen kysely suoritettiin, vastaajiksi. Pilottikyselyn tarkoituksena on, että siitä saatujen vastausten perusteella lomaketta voidaan vielä kehittää ja muuttaa tarpeen mukaan ennen varsinaista tutkimusta (Hirsjärvi ym. 2007, 199). Pilottikyselyssä nousi esille yksi asia, joka lisättiin lopulliseen kyselyyn. Pilottikyselyssä hoitajat kokivat tärkeäksi kysyä vastaajilta, antoivatko he potilaalle yhteystiedot, johon potilas voi ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. Pilotoinnista saatua aineistoa ei käytetty varsinaiseen opinnäytetyöhön, koska kyselylomaketta muutettiin vastausten perusteella. Pilottikyselyn jälkeen kyselylomakkeet toimitettiin osastojen yhteyshenkilöille. Yhteyshenkilöinä toimivat osastonhoitajat, jotka toimittivat lomakkeet vastaajille eli osastolla työskenteleville hoitajille.

Jokaiseen kyselylomakkeeseen liitettiin saatekirje, joka sisälsi tietoa tutkimuksen taustoista sekä opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot. Vastaajien anonymiteetin parantamiseksi vastauslomakkeet annettiin kirjekuorissa, jotka vastaajat saivat sulkea täytettyään lomakkeen. Suljetut kuoret palautettiin joko osastonhoitajalle tai osastolla yhdessä sovittuun paikkaan, esimerkiksi tarkoitusta varten tuotuun laatikkoon, joka sijoitettiin henkilökunnan tiloihin. Ainoastaan opinnäytetyön tekijät lukivat vastaukset. Vastaajille annettiin kaksi viikkoa aikaa vastata kyselyyn, ja tämä vastausaika riitti kaikilla osastoilla.

5.2 Aineiston analysointi

Aineiston analysointi aloitettiin pian aineiston keruun jälkeen, tarkistamalla aluksi kaikki lomakkeet. Lomakkeet käytiin läpi yksitellen, jolloin havaittiin mahdolliset virheet tai puutteet vastauksissa. Puutteelliset tai väärin täytetyt vastauslomakkeet hylättiin. (Vilkkä 2005.) Aineistossa oli vain yksi hylättävä vastauslomake. Tutkimusaineiston tiedot syötettiin tietokoneelle sellaiseen muotoon, että niitä voitiin tutkia numeraalisesti. Aineisto analysoitiin käyttämällä tilastollisia analyysimenetelmiä, jossa käytettiin apuna Excel-taulukkolaskentaohjelmaa. Ohjelmaan kirjattiin ylös vastaajamäärät jokaista väittämää kohden. Vastaajamääristä laadittiin frekvenssitaulukko,

jonka jälkeen vastaajamäärät muutettiin prosenttiosuuksiksi. Prosenttiosuuksiksi laskemisen jälkeen, osasta tehtiin ympyrädiagrammit sekä pylväskaaviot kuvaamaan tuloksia. Tietojen syöttämisessä, tarkkuus on erittäin tärkeää, koska tallennusvirheet vaikuttavat tulosten luotettavuuteen. (Vilka 2005.)

Sekä vastaajamäärät että prosenttilukemat laskettiin useampaan kertaan virheiden ehkäisemiseksi. Taustatietoja, eli ikä, koulutus ja työkokemus, luokiteltiin uudelleen siten, että niistä saatiin tehtyä esimerkiksi ympyrädiagrammi, josta on helppo katsoa vastaajien taustatietoja (Saaranen-Kauppinen, Puusniekka, Eskola, Kuula, Rissanen & Karvinen, 2013). Tutkimustulokset on esitetty prosentteina, sanallisesti sekä osittain myös taulukoiden avulla.

Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysillä, eli saatu tieto tiivistettiin yksinkertaiseen muotoon, kuitenkin kadottamatta vastausten arvokasta sisältöä. Sisällön analyysillä on tarkoitus etsiä eroavaisuuksia ja yhdenmukaisuuksia analysoitavasta aineistosta. (Saaranen-Kauppinen ym, 2013.) Avoimissa kysymyksissä oli helppo nostaa tietyt asiat esille, koska vastaajat olivat vastanneet niihin vähäsanaisesti, jopa yhdellä sanalla. Aineistosta poimittiin ne sanat ja ilmaukset, jotka kuuluivat samaan luokkaan, ja laskettiin kuinka monta ihmistä on vastannut samalla tavalla kysymykseen.

5.3 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voi kvantitatiivisessa tutkimuksessa arvioida validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Tutkimuksen luotettavuus eli reliabiliteetti tarkoittaa tulosten tarkkuutta. Käytännössä tämä tarkoittaa, että toistettaessa mittaus uudestaan samalle henkilölle, saadaan täsmälleen sama tulos riippumatta tutkijasta. Validiteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoituskin mitata. Käytännössä kysymys on siis siitä, miten hyvin tutkija on onnistunut siirtämään tutkimuksessa käytetyn teorian käsitteet ja ajatuskokonaisuuden kyselylomakkeeseen. Tutkimuksen luotettavuuteen voi vaikuttaa se, jos vastaaja ymmärtää asian väärin tai eri tavalla kuin tutkija on ajatellut tai jos hän vahingossa merkitsee vastauksensa väärin lomakkeeseen. Tutkimuksen luotettavuus on suoraan verrannollinen mittarin luotettavuuteen. (Vilka 2005, 161; Metsämuuronen 2007, 21).

Ennen varsinaista tutkimusta tehdyn pilottikyselyn avulla pystyttiin vielä parantamaan kyselylomakkeen luotettavuutta. Pilotti-kyselyn avulla varmistettiin, että kyselylomakkeella saadaan vastaukset tutkimuskysymyksiin. Kyselylomakkeeseen jätettiin tilaa vastaajien kommenteille ja ehdotuksille, lisäksi pilottikyselyn lopussa vastaajia pyydettiin kommentoimaan, miten kyselyä voisi vielä parantaa. Kyselylomakkeen väitteet pyrittiin jäsentelemään riittävän tarkasti, jotta riski väärinymmärryksille olisi mahdollisimman pieni. Jokaisen kysymyssarjan eteen kirjoitimme, mitä Likert-asteikon väittämää mikäkin numero kuvaa. Tämän ajattelimme myös lisäävän vastausten luotettavuutta. Lisäksi jokaisen väitteen perään tarkennettiin

mitä tekijät tarkoittavat kyseisellä asialla. Kyselylomakkeet käytiin jakamassa osastoille ja poliklinikoille. Samalla henkilökunnalle annettiin tarvittaessa vielä lisäohjeistusta kyselylomakkeen täyttämistä, ja täten pyrittiin lisäämään tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta parantaa myös se, että tekijöitä oli kaksi. Tuloksia analysoi kaksi henkilöä, jolloin luotettavuus parani.

5.4 Eettisyys

Tutkijoille on esitetty eettisiä vaatimuksia tutkimusta tehdessä. Tutkijan on oltava kiinnostunut sekä tutkittavasta aiheesta että lisäinformaation hankkimisesta. Tutkijan on paneuduttava tunnollisesti aiheeseen, jotta tutkimustieto olisi mahdollisimman luotettavaa. Tutkimuksessa tulee pyrkiä rehellisyyteen aineiston analysoinnissa sekä tulosten raportoinnissa. Tutkimus tulee toteuttaa ihmisarvoa kunnioittaen sekä eettisiä ohjeita noudattaen. Hoitotieteellisiä tutkimuksia ohjaa myös kansallinen lainsäädäntö ja erilaiset ohjeet. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 172.)

Tutkimussuunnitelman valmistuttua opinnäytetyötä varten haettiin tarvittavat luvat kuntayhtymän yhtymäjohtajalta. Tutkimukseen osallistumishalukkuutta tiedusteltiin osastojen ja poliklinikoiden osastonhoitajilta. Aineiston kerääminen toteutettiin yhteistyössä henkilökunnan kanssa, ja jokainen työntekijä sai itse päättää haluaako vastata kyselyyn. Henkilökunnalla oli mahdollisuus tutustua kyselylomakkeeseen sekä kysyä lisätietoa tekijöiltä ennen kyselyyn vastaamista. Kyselylomakkeen liitteeksi tuli saatekirje, jossa vastaajille kerrottiin tutkimuksesta sekä tutkimuksen tekemisestä eettisten ohjeiden mukaisesti. Saatekirjeessä oli myös tekijöiden yhteystiedot, joihin vastaajien oli mahdollista ottaa yhteyttä epäselvissä tilanteissa.

Vastaajien anonymiteetti säilyi koko tutkimuksen ajan, sillä kyselyyn vastattiin nimettömänä. Tutkimukseen osallistuminen oli kaikille osallistujille täysin vapaaehtoista ja osallistumisen sai keskeyttää milloin tahansa. Saatua aineistoa käytettiin ainoastaan tähän opinnäytetyöhön. Tutkimusta varten kerättyä aineistoa käsiteltiin luottamuksellisesti ja se hävitettiin asianmukaisesti heti kun tutkimus oli saatettu loppuun ja sen oikeellisuus tarkistettu.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyön kyselylomakkeen alussa kysyttiin taustatietoja vastaajista. Kyselylomake jaettiin taustatietojen lisäksi eri osioihin, joita olivat; tiedollinen tuki, emotionaalinen tuki, tuen määrä ja laatu sekä tiedollisen ja emotionaalisen tuen antamista haittaaviin tekijöihin. Tutkimustulokset käsitellään näiden osioiden mukaisesti.

6.1 Taustatiedot vastaajista

Vastaajien taustatiedoista kysyttiin ikää, koulutusta ja työkokemusta terveydenhuolto-alalta. Kyselyyn vastasi yhteensä 42 hoitajaa. Yksi vastauslomake jouduttiin hylkäämään puutteellisten vastausten takia. Vastaajat olivat vastanneet kaikkiin väittämiin (N= 41), joten kuvioissa ei ole erikseen mainittu, kuinka monta vastausta kysymykseen saatiin. Vastaajien keski-ikä oli 47,9 vuotta. Koulutuksen osalta toisen asteen tutkinnon suorittaneita oli 32 % ja 68 % sairaanhoitajia (taulukko 1.) Työkokemusta terveydenhuolto-alalta vastaajilla oli keskimäärin 24,3 vuotta.

Taulukko 1. Vastaajien koulutus

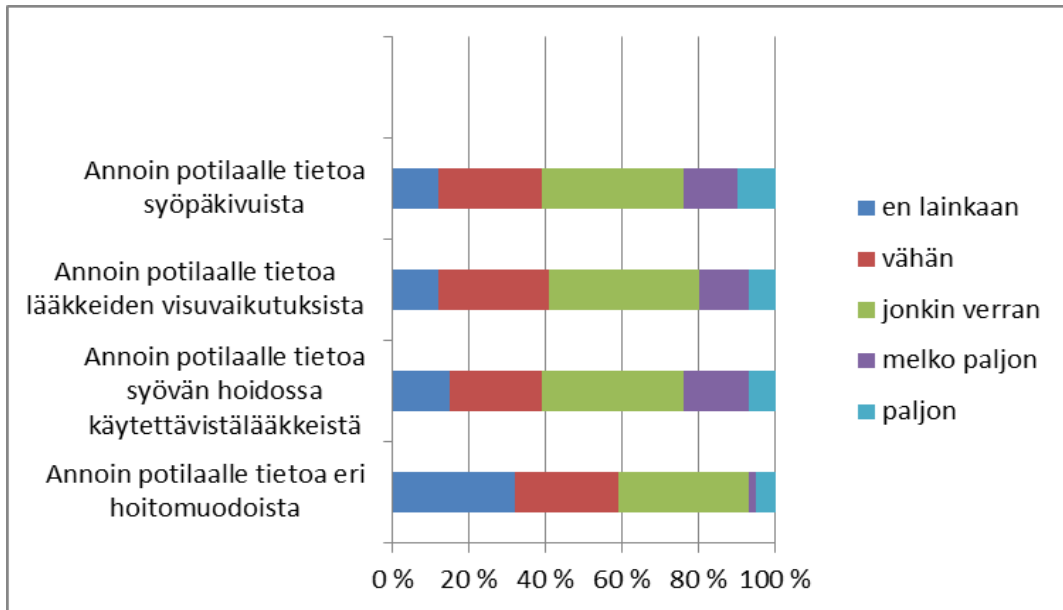
| Lähihoitaja | Perushoitaja | Sairanhoitaja | Muu |
|-------------|--------------|---------------|-----|
| 6 | 7 | 28 | 0 |
| 15 % | 17 % | 68 % | 0 % |

6.2 Tiedollinen tuki

Tiedollinen tuki osuus koostui kahdestatoista väittämästä sekä yhdestä avoimesta kysymyksestä. Väittämiin vastattiin sen mukaisesti minkä verran tiedollista tukea oli annettu. Väittämille oli viisi vastausvaihtoehtoa, välillä ”ei lainkaan” ja ”paljon”.

Vastaajat työskentelivät useilla eri osastoilla ja poliklinikoilla, joten he olivat tekemisissä potilaiden kanssa, joilla syöpäsairaus ja hoidot olivat hyvin eri vaiheissa. 7 % vastanneista ei ollut antanut potilaalle lainkaan tietoa syövästä. Enemmistö vastaajista (39 %) oli antanut vain vähän tietoa syövästä. Lähes yhtä moni (37 %) oli kuitenkin antanut tietoa jonkin verran. Alle viidesosa vastaajista oli antanut tietoa syövästä joko melko paljon (12 %) tai paljon (5 %).

Erilaisista sairauteen liittyvistä tutkimuksista vastaajat olivat antaneet hieman enemmän tietoa potilaille. Yhteensä viidesosa vastaajista ei ollut antanut tutkimuksista lainkaan tietoa (10 %), tai tietoa oli annettu vain vähän (10 %). Hieman alle kolmasosa vastaajista (29 %) oli antanut tietoa jonkin verran. Kaiken kaikkiaan hoitajat olivat antaneet melko hyvin tietoa tutkimuksista, sillä suurin osa (44 %), koki antaneensa niistä tietoa melko paljon. Lisäksi 7 % vastaajista oli kokemuksensa mukaan antanut tietoa paljon.



Kuvio 1. Tiedollinen tuki

Syöpäkivuista tietoa oli annettu vaihtelevasti. Lähes 40 % vastaajista ei ollut antanut syöpäkivuista tietoa lainkaan, tai tietoa oli annettu vain vähän. Lähes yhtä suuri määrä (37 %) oli kuitenkin antanut tietoa jonkin verran. (Kuvio 1.)

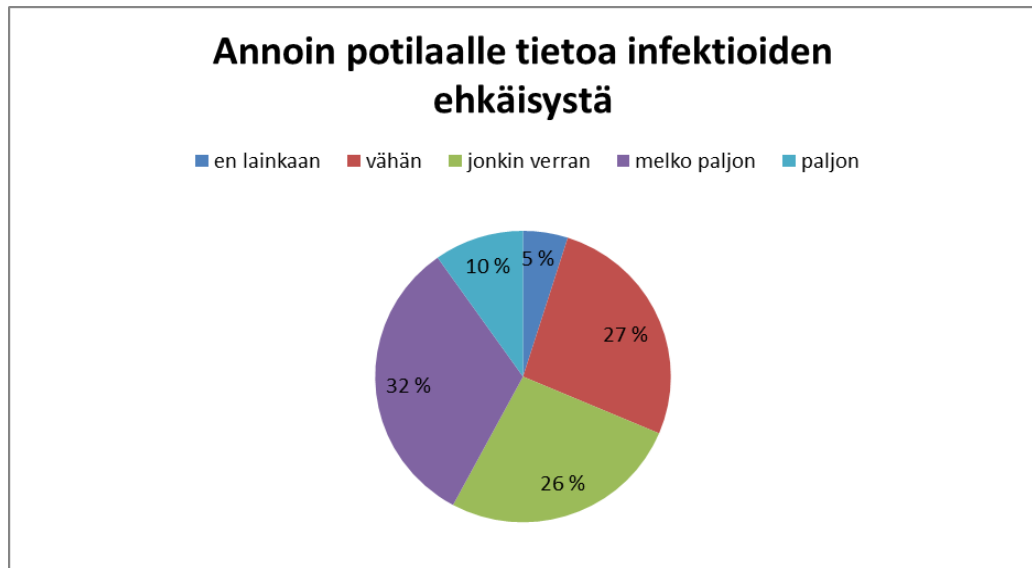
Lääkkeiden sivuvaikutuksista suurin osa (39 %), oli antanut tietoa jonkin verran. Kuitenkin lähes kolmannes vastaajista (29 %) koki antaneensa tietoa vain vähän. (Kuvio 1.)

Syövän hoidossa käytettävistä lääkkeistä tietoa oli annettu melko hyvin, sillä vastaajista (37 %) oli antanut tietoa jonkin verran ja hieman alle viidennes (17 %) oli antanut tietoa paljon. (Kuvio 1.)

Erilaisista hoitomuodoista tietoa oli annettu vähän, sillä 59 % vastaajista ei ollut antanut tietoa lainkaan tai tietoa oli annettu vain vähän. Kuitenkin kolmannes (34 %) vastaajista oli antanut hoitomuodoista tietoa edes jonkin verran. (Kuvio 1.)

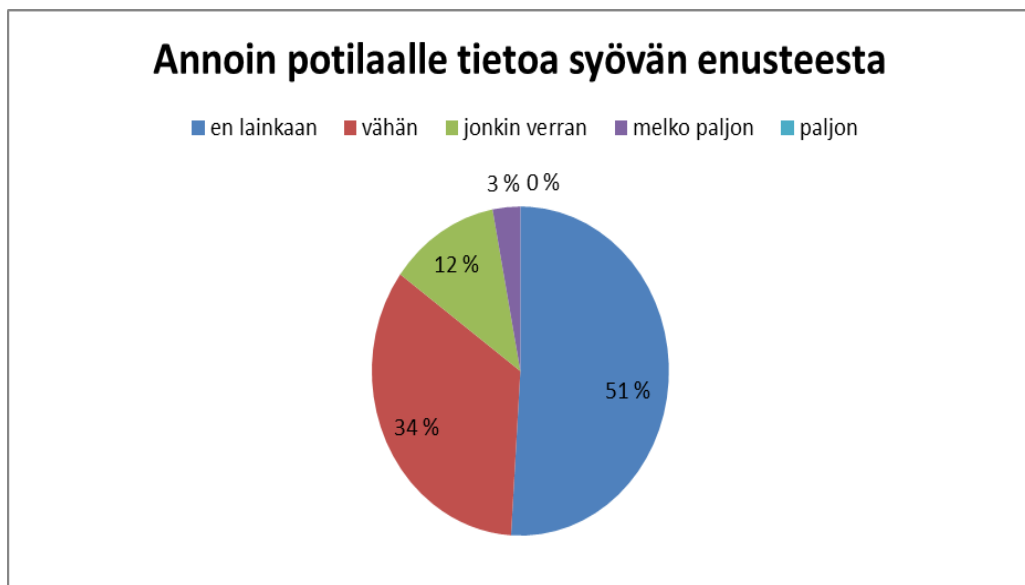
Ravitsemuksesta hoitajat olivat antaneet hyvin tietoa, sillä vain 2 % vastaajista ei ollut antanut tietoa lainkaan. 17 % oli antanut tietoa vähän, ja 42 % oli antanut tietoa ravitsemuksesta jonkin verran. Loput, noin 40 % vastaajista, olivat antaneet ravitsemuksesta tietoa melko paljon tai paljon.

Sairauteen liittyvistä infektioista tietoa oli annettu vaihtelevasti. 16 % vastaajista ei ollut antanut lainkaan tietoa infektioista. 25 % vastaajista oli antanut tietoa vähän. Noin kolmasosa (32 %) oli antanut infektioista tietoa jonkin verran. Samoin 32 % vastaajista oli antanut tietoa melko paljon tai paljon. Infektioiden ehkäisystä (kuviokuva 2) tietoa oli annettu enemmän. 26 % vastaajista oli antanut tietoa infektioiden ehkäisystä jonkin verran, ja kolmasosa vastaajista oli antanut tietoa melko paljon.



Kuvio 2. Infektioiden ehkäisystä annettu tieto (%)

Syövän ennusteesta tietoa oli annettu kaikista vähiten. Hieman yli puolet hoitajista ei ollut antanut ennusteesta lainkaan tietoa potilaille. Kolmasosa oli antanut tietoa vähän. Ainoastaan 3 % oli antanut tietoa ennusteesta melko paljon, mutta yksikään vastaajista ei ollut antanut tietoa paljon. (Kuvio 3.)



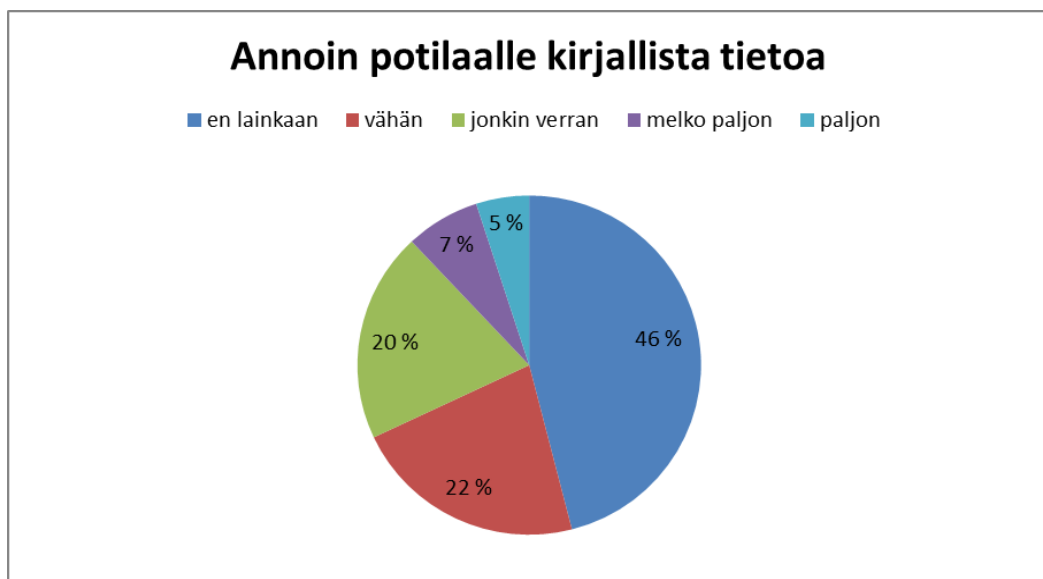
Kuvio 3. Syövän ennusteesta annettu tieto (%)

Vertaistukiryhmistä ja syöpäjärjestöistä oli annettu vähän tietoa, sillä yli kolmasosa vastaajista ei ollut antanut niistä tietoa lainkaan. Neljäsosa vastaajista oli antanut järjestöistä ja vertaistukiryhmistä tietoa jonkin verran. Vain 2 % oli antanut ryhmistä ja järjestöistä paljon tietoa. (Kuvio 4.)



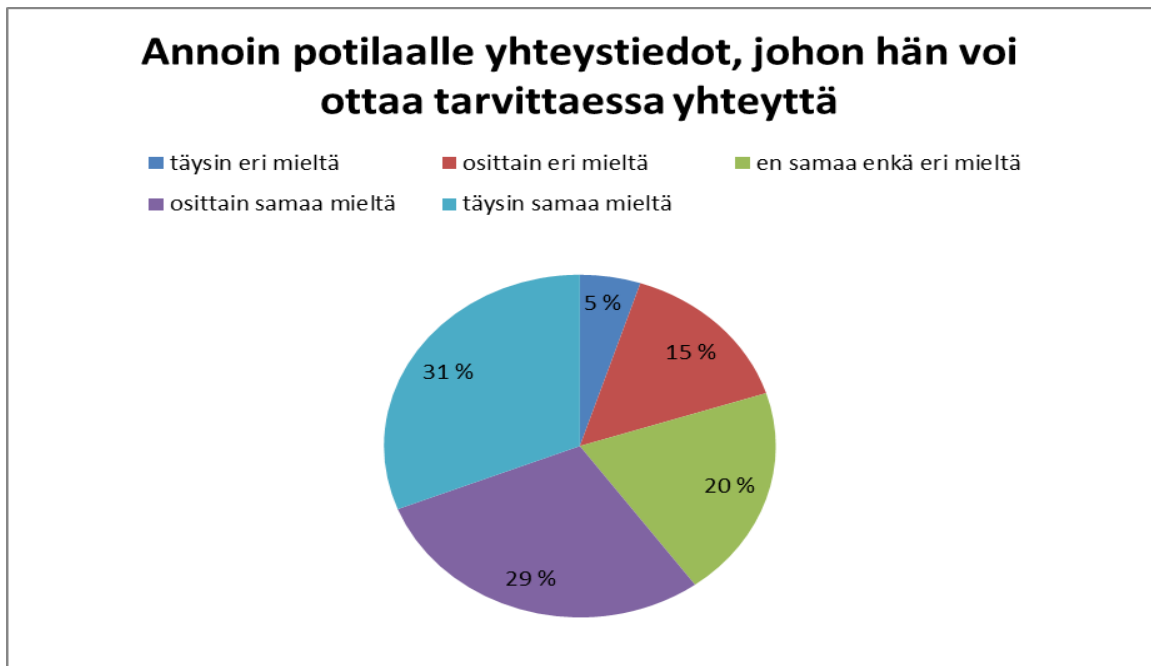
Kuvio 4. Vertaistukiryhmistä ja syöpäjärjestöistä annettu tieto (%)

Kirjallista tietoa potilaille oli annettu vaihtelevasti. Lähes puolet vastaajista ei ollut antanut lainkaan kirjallista tietoa potilaille. Noin viidesosa vastaajista oli antanut kirjallista tietoa vähän. Vain 5 % oli antanut kirjallista tietoa paljon. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Potilaille annettu kirjallinen tieto (%)

Vajaa kolmasosa vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että he antoivat potilaalle yhteystiedot, johon potilas voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. 29 % vastaajista oli asiasta osittain samaa mieltä. 15 % vastaajista oli asiasta osittain eri mieltä. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Potilaalle annettu yhteystiedot (%)

17 % vastaajista koki, että heidän antamansa tieto oli ymmärrettävää. Yli puolet vastaajista (54 %) olivat asiasta osittain samaa mieltä. 27 % ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, että annettu tieto oli ymmärrettävää. 2 % vastaajista olivat asiasta osittain eri mieltä.

Ainoastaan 2 % vastaajista oli tyytyväisiä antamansa tiedollisen tuen määrään. Suurin osa (34 %) oli väitteestä osittain samaa mieltä. 27 % ei ollut samaa eikä eri mieltä, yhtä suuri määrä oli osittain eri mieltä. 10 % vastaajista eivät olleet tyytyväisiä antamansa tiedollisen tuen määrään.

Vain 5 % vastaajista oli tyytyväisiä antamansa tiedollisen tuen laatuun. Kolmasosa vastaajista oli osittain samaa mieltä siitä, että he olivat tyytyväisiä antamansa tiedollisen tuen laatuun. Suurin osa (42 %), ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, että olisivat tyytyväisiä tiedollisen tuen laatuun. Loput 19 % vastaajista oli osittain tai täysin eri mieltä asiasta.

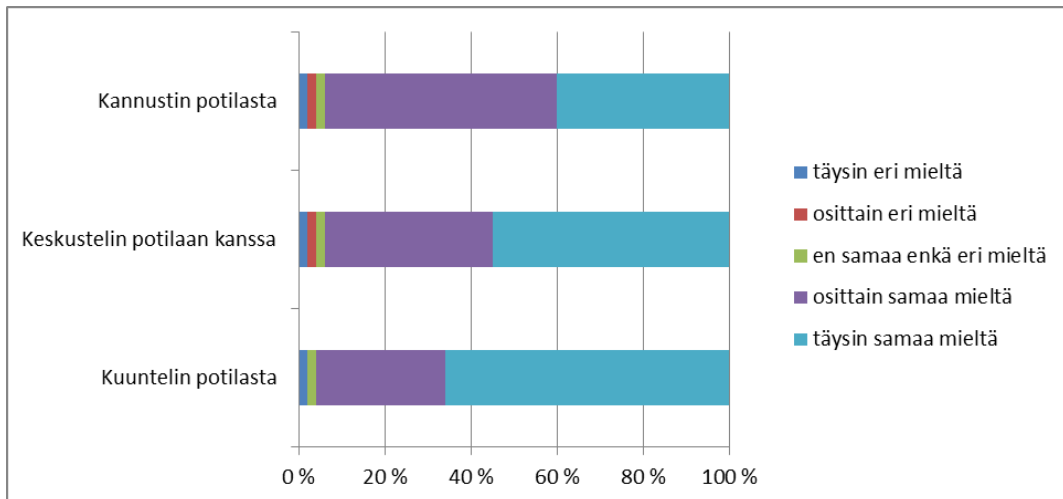
6.3 Emotionaalinen tuki

”Emotionaalinen tuki”- osuus koostui neljästätoista väittämästä sekä yhdestä avoimesta kysymyksestä. Väittämiin vastattiin sen mukaisesti, oliko samaa vai eri mieltä väittämästä. Vastausvaihtoehdot olivat välillä ”täysin eri mieltä” ja ”täysin samaa mieltä”. Vastausten perusteella hoitajat olivat antaneet enemmän emotionaalista kuin tiedollista tukea.

40 % vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että he kannustivat potilasta. Yli puolet vastaajista olivat asiasta osittain samaa mieltä. Kaiken kaikkiaan potilaat olivat siis saaneet paljon kannustusta hoitajilta. (Kuvio 7.)

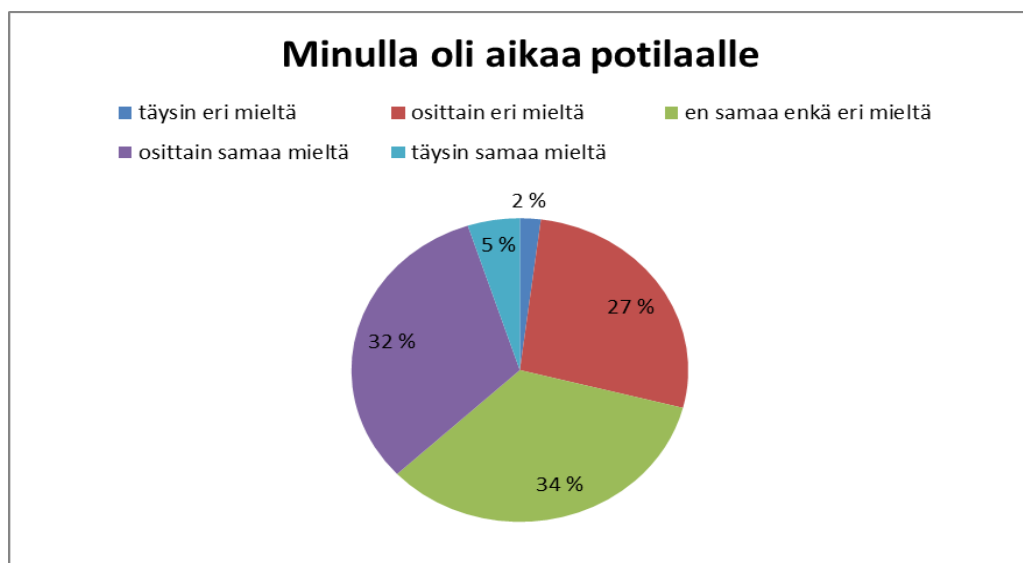
Vastausten perusteella potilaiden kanssa oli myös keskusteltu, sillä yli puolet vastaajista olivat täysin samaa mieltä siitä, että he keskustelivat potilaan kanssa. Lähes 40 % oli osittain samaa mieltä. (Kuvio 7.)

Emotionaalisen tuen osalta kaikista suurin vastaajamäärä oli täysin samaa mieltä siitä, että he kuuntelivat potilasta. Asiasta samaa mieltä olevia oli jopa 66 % vastaajista. Kolmasosa vastaajista oli asiasta osittain samaa mieltä. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Kannustaminen, keskustelu ja kuuntelu (%)

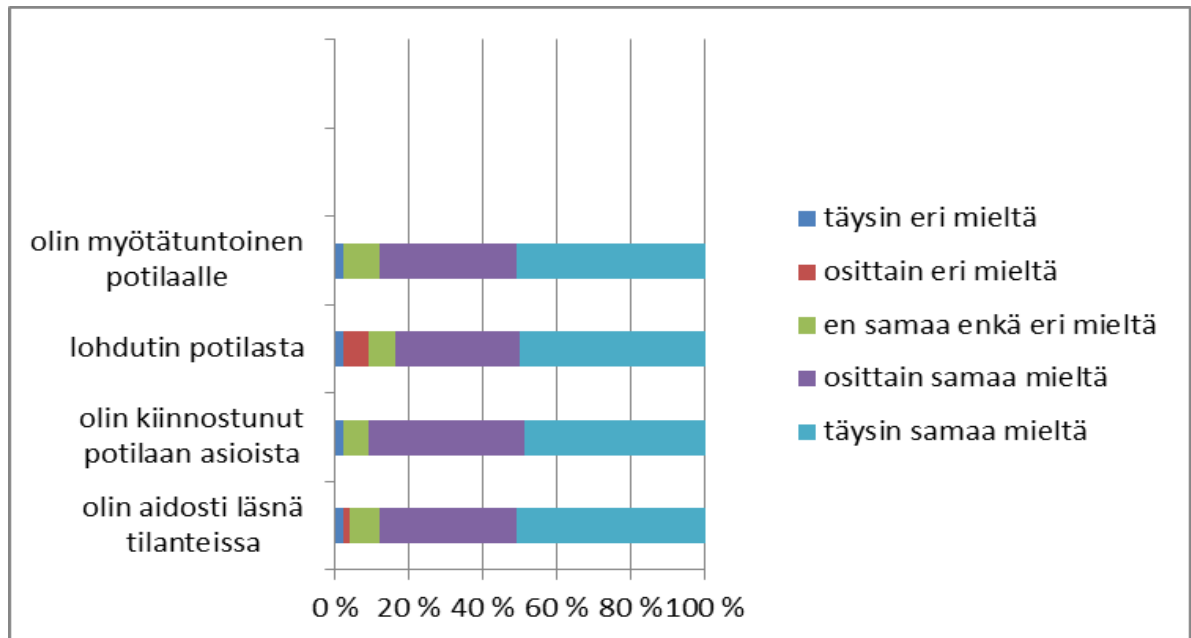
Vastaustensa perusteella hoitajilla oli aikaa hyvin vaihtelevasti potilaille. Ainoastaan 5 % vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että heillä oli aikaa potilaalle. Noin kolmasosa vastaajista oli asiasta osittain samaa mieltä. Suurin osa (34 %), ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, että heillä oli aikaa potilaalle. (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Hoitajien ajan riittävyys (%)

15 % vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että he olivat helposti tavoitettavissa. Noin 40 % oli asiasta osittain samaa mieltä, ja 28 % vastaajista ei ollut asiasta samaa mutta ei myöskään eri mieltä. Yhteensä 17 % vastaajista oli täysin tai osittain eri mieltä siitä, että he olivat helposti tavoitettavissa.

Jopa 88 % vastaajista olivat täysin tai ainakin osittain samaa mieltä siitä, että he olivat myötätuntoisia potilaalle. Lähes yhtä moni, 84 %, oli myös täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että he olivat lohduttaneet potilasta. 91 % vastaajista oli kertomansa mukaan täysin tai osittain samaa mieltä siitäkin, että he olivat kiinnostuneita potilaan asioista. 88 % vastaajista kokivat olevansa täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että he olivat aidosta läsnä tilanteissa, joissa he olivat potilaiden kanssa. (Kuvio 9.)

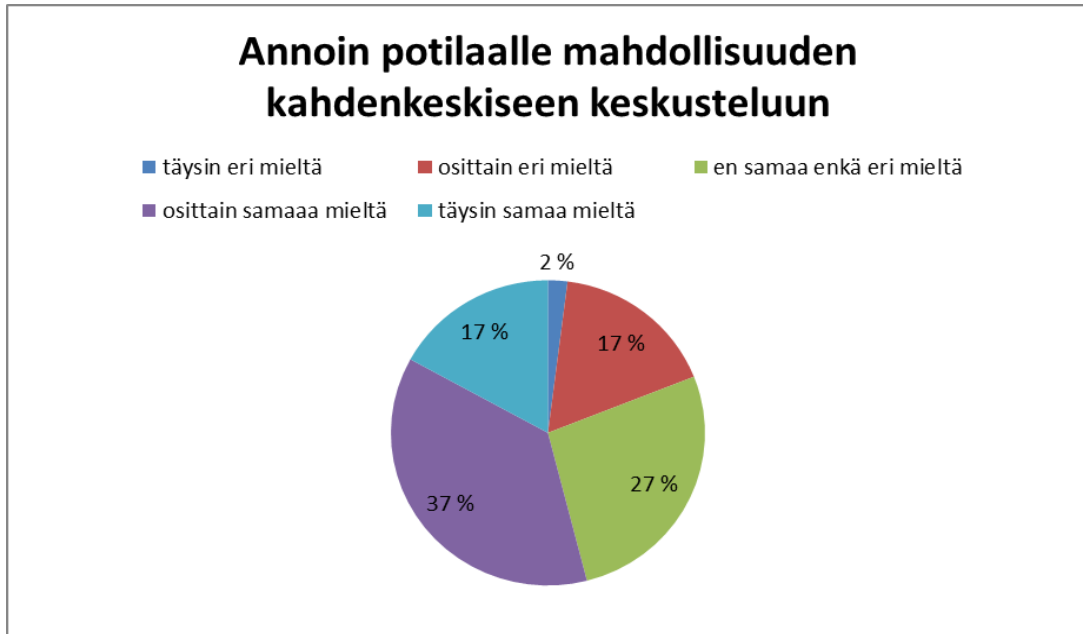


Kuvio 9. Annettu emotionaalinen tuki (%)

25 % vastaajista koki antaneensa toivoa potilaalle. 44 % vastaajista olivat asiasta osittain samaa mieltä. 27 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. Yhteensä 4 % olivat joko osittain tai täysin eri mieltä siitä, että olisivat antaneet potilaalle toivoa.

15 % vastaajista oli puhunut potilaalle erilaisista tunteista, joita tämä saattaa kokea sairauteen liittyen. Kolmasosa vastaajista oli asiasta osittain samaa mieltä. 29 % ei ollut samaa eikä eri mieltä asiasta. Yhteensä 22 % vastaajista oli osittain tai täysin eri mieltä siitä, että olisi puhunut potilaille tunteista.

17 % vastaajista olivat täysin samaa mieltä siitä, että he olivat antaneet potilaalle mahdollisuuden kahdenkeskiseen keskusteluun. Suurin osa vastaajista (37 %) olivat asiasta osittain samaa mieltä. Jopa 27 % vastaajista ei ollut asiasta samaa eikä eri mieltä. (Kuvio 10.)



Kuvio 10. Potilaalle annettu mahdollisuus kahdenkeskiseen keskusteluun (%)

Emotionaalisen tuen osalta 12 % vastaajista oli tyytyväisiä antamansa emotionaalisen tuen määrään, ja suurin osa (46 %), oli asiasta osittain samaa mieltä. Lähes neljäsosa (24 %), vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä. 18 % oli osittain tai täysin eri mieltä siitä, että olisivat tyytyväisiä emotionaalisen tuen määrään.

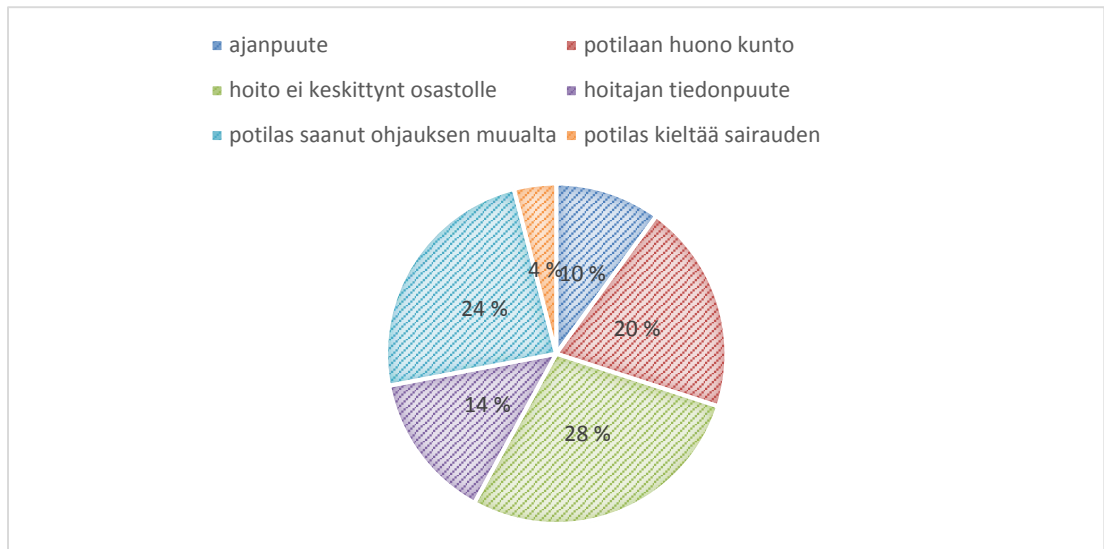
Vain 7 % vastaajista oli tyytyväisiä antamansa emotionaalisen tuen laatuun. Suurin osa vastaajista (57 %) olivat osittain samaa mieltä väitteestä. Neljäsosa ei ollut samaa eikä eri mieltä. 12 % oli eri mieltä siitä, että olisivat tyytyväisiä emotionaalisen tuen laatuun.

6.4 Tiedollisen ja emotionaalisen tuen antamista haittaavat tekijät

Tiedollista tukea käsittelevien strukturoitujen kysymysten perässä oli avoin kysymys; ”Mikä häyttasi tai esti tiedollisen tuen antamista?” Kysymykseen annettiin vastauksia yhteensä kolmessakymmenessäyhdeksässä (31) lomakkeessa ja vastauksia saatiin yhteensä viisikymmentäyksi (51). Jotkut vastaajista olivat kirjoittaneet useamman kuin yhden tuen antamista haittavan tekijän.

Tiedollisen tuen antamista häyttasi hoitajien kokemusten mukaan kuusi erilaista asiaa. 10 % hoitajista koki ajanpuutteen olevan este tiedollisen tuen antamiselle. Suurin osa ilmoitti esteeksi tuen antamiselle sen, että potilaan hoito ei keskittynyt kyseiselle osastolle. Yllättävän moni koki esteeksi myös sen, että potilas oli saanut ohjauksen jo toisaalta. 20 % koki esteeksi potilaan huonon kunnon. Ehkä yllättävin tuen antamista haittaava tekijä oli hoitajan

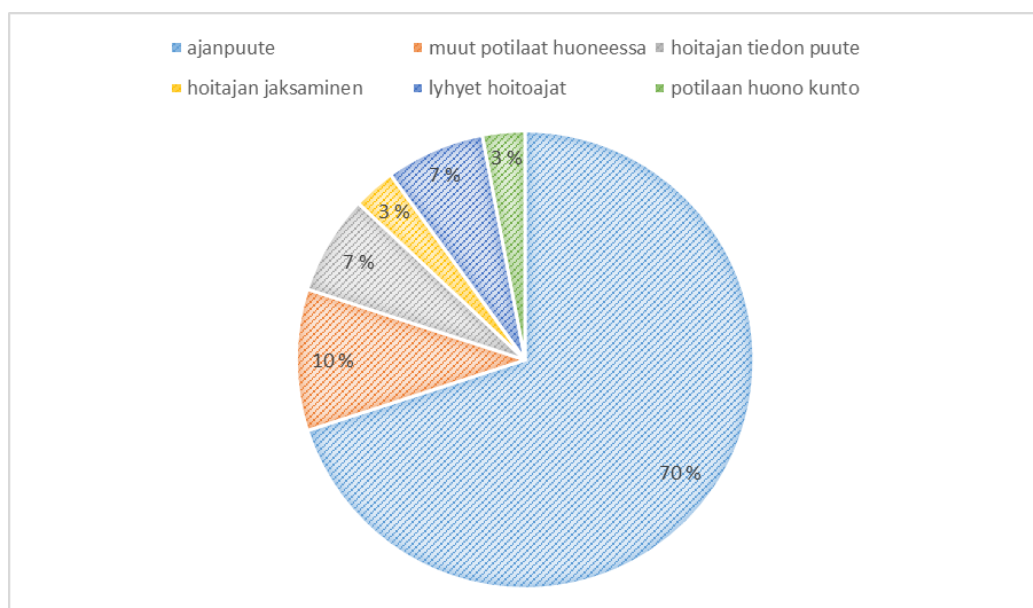
tiedon puute, ja jopa 14 % vastaajista kokikin oman tiedonpuutteen estäneen tuen antamisen. Muutamien vastaajan mukaan tiedollisen tuen antaminen ei onnistunut, koska potilas kieltää sairautensa. (Kuvio 11.)



Kuvio 11. Mikä häiritsi tai esti tiedollisen tuen antamisen (n 51)

Emotionaalista tukea käsittelevien strukturoitujen kysymysten lopussa oli avoin kysymys; ”Mikä häiritsi tai esti emotionaalisen tuen antamista potilaalle?” Kysymykseen annettiin vastauksia yhteensä kahdessakymmenessäkolmessa (23) lomakkeessa ja vastauksia oli kolmekymmentä (30).

Suurin syy emotionaalisen tuen antamisen esteeksi oli hoitajien ajanpuute. Toinen hyvinkin ymmärrettävä tuen antamista häiritsevä tekijä oli muut potilaat samassa huoneessa. Myös emotionaalisen tuen antamista häiritseväksi tekijäksi koettiin hoitajien tiedonpuute. Hoitajien oma jaksaminen koettiin myöskin tuen antamisen esteeksi. Emotionaalisen tuen antamista häiritsevät lisäksi lyhyet hoitajaksot sekä potilaan huono kunto. (Kuvio 12).



Kuvio 12. Emotionaalisen tuen antamista häiritsevät tai estävät tekijät (n 30)

7 TULOSTEN TARKASTELUA

Sekä tiedollista että emotionaalista tukea oli annettu hyvinkin vaihtelevasti. Tässä kappaleessa tarkastelemme tutkimuksen tuloksia osa-alueittain.

7.1 Tiedollinen tuki

Tiedollisessa tuessa vastaukset väittämiin painoutuivat pääosin vastausvaihtoehtoihin, joiden mukaan tukea oli annettu vähän, jonkin verran tai melko paljon. Kuitenkin lähes jokaisessa väittämässä oli myös vastaajia, jotka olivat antaneet tukea paljon tai eivät ollenkaan. Joidenkin väittämien kohdalla vastaukset olivat melko yllättäviä.

Nevalaisen (2006) tekemässä tutkimuksessa kävi ilmi, että syöpään sairastuneille sekä heidän omaisilleen on merkittävää saada tietoa syövän ennusteesta. Ennusteen osalta mietimme kyselylomaketta tehdessämme, kokevatko hoitajat siitä puhumisen ennemminkin lääkärin tehtäväksi. Sinänsä ei siis ollut suuri yllätys, että enemmistö vastaajista ei ollut antanut ennusteesta lainkaan tietoa. Yllättävämpää olikin se, että osa vastaajista koki antaneensa tietoa ennusteesta paljon. Tämä kumoaa ajatuksen siitä, että syövän ennusteesta puhuminen olisi vain lääkärin tehtävä.

Toinen esille noussut asia oli se, että suurin osa vastaajista ei ollut antanut lainkaan kirjallista tietoa potilaille. Vain pieni osa vastaajista koki antaneensa kirjallista tietoa paljon. Tämä on hieman huolestuttavaa tietoa, sillä tutkimusten mukaan kirjallinen tieto on erityisen tärkeää syöpään sairastuneille potilaille. Syrin (2012) tutkimuksessa kävi ilmi, että syöpään sairastuneet potilaat olisivat kaivanneet enemmän tietoa kuin he saivat. Lisäksi tutkimuksen mukaan potilaat olisivat toivoneet saavansa enemmän kirjallista tietoa erityisesti taudin hoidosta, sivuvaikutuksista, syövän levinneisyydestä, ennusteesta sekä taudin uusiutumisen ehkäisystä. Tutkimus vahvistaa myös meidän tutkimuksessamme saatua tietoa siitä, että hoitajat antavan kirjallista tietoa kohtalaisen vähän potilaille.

Kolmas huomiota herättävä seikka oli se, kuinka vähän hoitajat olivat antaneet potilaille tietoa syöpäjärjestöistä ja vertaistukiryhmistä. Vain pieni määrä vastaajista koki antaneensa niistä tietoa paljon. Mielestämme syöpäjärjestöistä ja vertaistukiryhmistä puhuminen olisi erittäin tärkeää, jotta potilailla olisi mahdollisuus hakea ja saada vertaistukea uudenlaisessa elämäntilanteessaan. Muurinen (2009) toteaa tutkimuksessaan, että vertaistuki on syöpään sairastuneille potilaille erittäin merkityksellistä. Vertaistuen kuvattiin antavan voimia sekä uskoa tulevaisuuteen. Lisäksi vertaistukiryhmissä kannustetaan toinen toistaan.

7.2 Emotionaalinen tuki

Mattilan (2011) tutkimuksen mukaan potilaat kokevat saaneensa enemmän emotionaalista tukea kuin tiedollista tukea. Samaan tutkimustulokseen pää-

dyttiin myös meidän työssämme. Holmian ym. (2006) mukaan syöpään sairastuneet potilaat toivovat hoitajien keskustelevan, myötäelävän, rohkaisevan, kuuntelevan ja lohduttavan potilasta. Tämän opinnäytetyön tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että hoitajat ovat huomioineet hyvin nämä osa-alueet potilaiden hoidossa. Kuitenkin myös emotionaalisen tuen osalta muutamien väittämien kohdalla saimme hieman yllättäviäkin tuloksia.

Hoitajien tavoitettavuudessa olisi parannettavan varaa. Noin puolet vastaajista kokivat olleensa helposti tavoitettavissa, mutta puolet olivat asiasta eri mieltä. Toinen sekä potilaiden että hoitajien kannalta ikävä seikka on, että vastaajien kokemusten mukaan heillä ei ollut riittävästi aikaa potilaille. Tämä käy ilmi myös aiemmasta tutkimuksesta. Mesiäislehto-Soukan, Rajamäen ja Paavilaisen (2004) tutkimuksesta käy nimittäin ilmi, että hoitajien ajanpuute häiritsee potilaiden tukemista. Hoitajat toivoivat resursseja, työnohjausta, koulutusta ja aikaa lisää.

Ajanpuute saattaa osittain selittää myös sen, että lähes puolet vastaajista eivät olleet pystyneet antamaan potilaalle mahdollisuutta kahdenkeskiseen keskusteluun. Valitettavasti vastauksista ei kuitenkaan saada tietää johtuiko tämä kiireestä vai muista syistä, sillä olisi mielenkiintoista tietää, mikseivät kaikki hoitajat ole antaneet potilaalle tätä mahdollisuutta.

Yllättävä tulos oli myös väittämällä ”annoin potilaalle yhteystiedot, joihin voi ottaa tarvittaessa yhteyttä”. Viidesosa vastaajista oli nimittäin täysin tai osittain eri mieltä väittämästä. Voisi kuvitella olevan itsestään selvää, että potilas saa osaston tai poliklinikan yhteystiedot siellä asioidessaan.

7.3 Tuen antamista haittaavat ja estävät tekijät

Avoimien kysymysten osalta vastaukset olivat jokseenkin sellaisia, kuin olimme odottaneetkin, mutta myös melko odottamattomia vastauksia nousi esille. Hoitajien vastausten perusteella sekä emotionaalisen että tiedollisen tuen antamista häiritsee ajanpuute. Tämä vastaus oli odotettavissakin aiempien tutkimusten perusteella. Myös Mesiäislehto-Soukan ym. (2004) tutkimuksesta käy ilmi, että hoitajat pitävät tiedollisen tuen antamista tärkeänä tehtävänä hoitajille, mutta ajanpuute häiritsee tiedollisen tuen antamista. Tutkimuksen mukaan hoitajat toivoivat enemmän resursseja hoitotyöhön, jotta aikaa jäisi enemmän tuen antamiseen. Tämän opinnäytetyön tutkimuksessa käy kuitenkin ilmi, että hoitajien kokemusten mukaan ajanpuute häiritsee huomattavasti enemmän emotionaalisen kuin tiedollisen tuen antamista. Vastauksissa tälle ei löydy selittävää tekijää.

Vastauksista tuli esille myös sellaisia syitä, joita emme itse olleet ajatelleet. Tällaisia syitä oli useampikin; potilaan huono kunto, hoito ei keskittynyt kyseiselle osastolle, potilas oli jo saanut ohjauksen muualta tai huoneessa oli useampi kuin yksi potilas. Tosin tilanteessa, jossa huoneessa on enemmän kuin yksi potilas, olisi kuitenkin suotavaa, että hoitaja ohjaa potilaan rauhallisempaan tilaan, jotta tuen antaminen ei tämän takia jäisi kokonaan. Hankalaksi tuen antamisen tekee myös se, jos potilas kieltää sairauden eikä suostu puhumaan. Tässä tilanteessa hoitaja voisi kuitenkin edes yrittää antaa

tukea. Potilas ehkä suostuisi kuuntelemaan hoitajaa, vaikkei itse haluaisikaan puhua. Tällöin etenkin emotionaalisen tuen antaminen voisi olla erityisen tärkeää potilaalle. Myös osa vastaajista koki esteeksi tuen antamiselle oman jaksamisen. Tämäkin on ymmärrettävä syy, mutta toisaalta työntekijöille tulisi järjestää riittävästi työhönohjausta ja mahdollisuuksia keskustella työstään, jotta heidän oma jaksamisensa ei haittaisi tai estäisi potilastyötä.

Muutama yllättävämpikin este tuen antamiselle nousi vastauksissa esille. Ehkä yllättävintä oli, että esteeksi tuen antamiselle koettiin hoitajien tiedonpuute. On ymmärrettävää, ettei kukaan tiedä kaikesta kaikkea, mutta toisaalta kuvittelisi hoitajien ottavan asioista selvää, jotta he voisivat olla tukena potilaille ja antaa vastauksia heidän kysymyksiinsä. Tiedonpuute nimittäin haittasi tai esti sekä emotionaalisen että tiedollisen tuen antamista. Eriksson ja Kuuppelomäki (1999) toteavat tutkimuksessaan, että hoitajat ovat keskeisessä asemassa tiedon välittäjinä potilaille. Hoitajat antavat tarvittavan tiedon potilaille ja tarvittaessa hankkivat lisää tietoa tai ohjaavat potilaan sellaisen ihmisen luo, joka osaa antaa tarvittavan tiedon potilaalle. Lisäksi lyhyet hoitajakset koettiin esteeksi tuen antamiselle. Olisi kumminakin suotavaa, että hoitajakson pituudesta huolimatta potilaalla olisi mahdollisuus saada sekä emotionaalista että tiedollista tukea hoitohenkilökunnalta.

7.4 Tuen määrä ja laatu

Erikssonin ja Kuuppelomäen (1999) tekemässä tutkimuksessa on saatu selville, että usein hoitajat kokevat antaneensa potilaille enemmän tietoa sairaudesta kuin potilaat kokevat saavansa. Tiedollista tukea annettaessa hoitajien tulisi huomioida potilaan sairauden vaihe, ja antaa sen mukaista tietoa potilaille. Tämän opinnäytetyön avoimissa kysymyksissä nousi esille potilaan huono kunto, sekä ohjauksen saaminen toisaalta, eli tämän mukaan hoitajat ovat huomioineet potilaan sairauden vaiheen ja antaneet sen mukaista tukea potilaalle.

Tuen määrän ja laadun osalta hoitajilla oli hyvinkin erilaisia kokemuksia. Lähestulkoon yhtä suuri vastaajamäärä oli tyytyväisiä ja tyytymättömiä antamansa tiedollisen tuen määrään. Suurin osa vastaajista oli myös tyytyväisiä antamansa tiedollisen tuen laatuun. Yhteenvedona todettakoon, että hoitajat olivat hieman tyytyväisempiä antamansa tiedollisen tuen laatuun kuin määrään.

Emotionaalisen tuen laatuun ja määrään oltiin selkeästi tyytyväisempiä kuin tiedollisen tuen laatuun ja määrään. Suurin-osa vastaajista oli tyytyväisiä antamansa emotionaalisen tuen määrään. Tätäkin suurempi vastaajamäärä (64 %), olivat tyytyväisiä antamansa emotionaalisen tuen laatuun.

Lopuksi yhteenvedona todettakoon, että tämän opinnäytetyön tutkimuksesta saadut tulokset ovat yhtenäisiä aiemmin tehtyjen tutkimusten kanssa, joita tarkastelimme.

8 POHDINTA

Valitsimme opinnäytetyömme aiheen sen ajankohtaisuuden ja tärkeyden vuoksi. Aihe on juuri nyt, ja tulevaisuudessakin ajankohtainen, joten tällainen tutkimus on mielestämme erittäin antoisa, koska sen hyödynnettävyys ei ajoitu ainoastaan tähän hetkeen. Lisäksi olemme kiinnostuneita potilaiden saamasta tuesta. Toisaalta tämä työ antaa meille itsellemme tulevina sairaanhoitajina mahdollisuuden pohtia rooliamme hoitajina, ja miten meidän tulisi tulevaisuudessa antaa tätä tukea syöpään sairastuneille potilaille. Lisäksi opinnäytetyömme kautta jokainen hoitaja, joka lukee sitä, voi omalla kohdallaan miettiä omia kykyjään tiedollisen ja emotionaalisen tuenantajina. Olemme molemmat törmänneet työharjoitteluiden kautta siihen, että potilaiden hoidossa kiinnitetään eniten huomioita koneisiin ja laitteisiin. Toki sekin on tärkeää, mutta samalla itse potilas saattaa jäädä huomiomatta riittävän kokonaisvaltaisesti.

Vaikka itsellemme on tullut toisinaan tuntemus, että potilasta ei huomioida kokonaisuutena eikä tukea anneta aina riittävästi, lähdimme tutkimaan tätä kiinnostavaa aihetta avoimin mielin. Käsitelimme tunteitamme aihetta kohtaan, ja täten pystyimme lähestymään aihetta ilman ennakko-oletuksia. Kuten on todettukin, omat ennakko-oletukset voivat vääristää tutkimuksen tuloksia.

Aloitimme opinnäytetyön tekemisen tutustumalla aiempiin tutkimuksiin, joita olikin vuosien aikana tehty runsaasti. Tutkimuksia lukemalla rupesimme pikkuhiljaa hahmottamaan millainen meidän opinnäytetyöstämme lopulta tulisi. Aluksi oli todella vaikeaa karsia riittävästi tekstiä pois ja valita saatavilla olevasta aineistosta se tärkein tieto. Alkuun työskentely olikin erittäin haastavaa, koska oli vaikeaa hahmottaa mitä tietoa juuri me voimme hyödyntää. Lopulta saimme tehtyä riittävän laajan, mutta samalla rajatun kirjallisuuskatsauksen.

Halusimme luoda opinnäytetyötämme varten oman mittarin, jolla saisimme vastaukset juuri niihin tutkimuskysymyksiin, jotka työollemme asetimme. Mittarin laatiminen oli pitkä prosessi, jonka kulkua piti miettiä jokaisen kysymyksen kohdalla erikseen. Vasta mittaria laatiessamme huomasimme kuinka haastavaa on luoda toimiva kokonaisuus. Mitään turhaa tietoa ei kannata kysyä, mutta kysymysten pitää myös olla mahdollisimman selkeitä ja laajoja, jotta niillä saa vastauksen siihen kysymykseen mihin tarve vaatiikin. Alun perin kehitimme mittarin, joka oli paljon lopullista pidempi. Totesimme kuitenkin melko pian, että liian suuren kysymysmäärän kanssa vastaajalla voi loppua mielenkiinto loppua kohden, mikä puolestaan vääristää tuloksia. Lopulta päädyimme yhdistämään kysymyksiä, jotta kyselylomakkeesta ei tulisi suhteettoman laajaa. Teimme pilottikyselyn ja testasimme mittarin toimivuuden kolmella vastaajalla. Pilottikyselyn perusteella lisäsimme yhden kysymyksen lomakkeeseen. Jälkikäteen mittaria tarkastellessamme, olisimme muokanneet likert – asteikon vaihtoehdot yhtenäisiksi läpi lomakkeen, tämä olisi osaltaan helpottanut myös tulosten analysointia ja ymmärrettävyyttä.

Koko opinnäytetyön teon ajan vastaan tuli uusia asioita, joista emme olleet aiemmin kuulleet ja kiinnostus tutkimusta kohtaan kasvoi jatkuvasti. Tämä koko opinnäytetyö prosessi oli todella haastava, mutta samalla erittäin antoisa ja opettavainen. Oma tietoisuus asioista kasvoi jatkuvasti. Toivomme myös, että tämä opinnäytetyö herättää lukijansakin etsimään lisää tietoutta aiheesta ja pohtimaan näitä asioita entisestään työssään tai opiskeluissaan.

8.1 Keinoja tuen laadun parantamiseksi

Tuen antamiseen potilaille kohdistuu jatkuvasti uusia paineita. Tuen antamisen puutetta perusteltiin sillä, että aikaa ei ollut tai hoitajat näkivät, että tarvittava tieto ja tuki on annettu toisaalla. Mielestämme kuitenkin tuen antamisen pitäisi jatkua läpi hoitopolun. Tietenkin potilaan kuullessa diagnnoisin, hän saa vastauksia kysymyksiin ja muutenkin tietoutta sairaudesta. Kuitenkin potilas voi olla tilanteesta johtuen tilassa, jossa hän ei pysty vastaanottamaan kaikkea annettua tietoa. Siksi hoitajien olisi hyvä muistaa kerrata jo annettua tietoa ja varmistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa tiedon. Lisäksi hoitajat olivat vastanneet että kiire estää tai haittaa tuen antamista potilaille. Tässä kohtaa ei voi sanoa, että hoitajien tuli priorisoida työnsä niin, että tukea pystyttäisiin antamaan. Muutoksen tulisi tapahtua ylemmältä taholta, jolloin pystyttäisiin antamaan resursseja hoitotyöhän enemmän. Jokainen hoitoalalla työskentelevä tietää, että perushoito tulee taata ennen kaikkea muuta, mutta perushoidon ohella tulisi potilaalle antaa niin tiedollista kuin emotionaalistakin tukea. Jokainen hoitaja voi omalla kohdallaan pysähtyä miettimään, kuinka minä toteutan kokonaisvaltaista ja laadukasta hoitotyötä.

Omasta kokemuksesta tulee mieleen myös, että hoitajat eivät välttämättä huomaa antaneensa tukea potilaalle, koska he tekevät sen niin luontevasti ja muun hoitotyön ohella. Tuen antaminen ei aina tarvitse varsinaisia keskusteluhetkiä, vaan se voi tapahtua päivittäisten askareiden lomassa. Mikäli tukea annetaan ns. huomaamatta, ei hoitaja osaa sitä myöskään kuvata anetuksi tueksi, joka taas saattoi vääristää vastauksia. Lisäksi tutkimuksessa nousi esille, että hoitajien tiedon puute estää tai haittaa antamasta potilaille tiedollista tukea. Tällöin korostuu hoitajien itseopiskelun tarve. Hoitajalla on velvollisuus kehittää itseään ja kehittyä hoitajana koko työuransa ajan. Kuten aiemmissakin tutkimuksissa mainittiin, hoitajan tulisi etsiä vastaukset kysymyksiin, joihin hän ei tiedä vastausta. Myös työnantaja voisi edesauttaa hoitajien tiedonsaantia, esimerkiksi hankkimalla työpisteeseen alan kirjallisuutta tai tutkimuksia helposti saataville.

8.2 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Tätä opinnäytetyötä voidaan hyödyntää työyhteisöissä ja sairaanhoitajiksi opiskelevien keskuudessa, lisäämään tietoa hoitajien kokemuksista annetusta tuen määrästä ja laadusta. Tämän opinnäytetyön tulokset voivat herät-

tää keskustelua tuen antamisesta ja täten työyhteisössä voidaan miettiä keinoja, kuinka tuen antamista voidaan vielä entisestään parantaa. Hoitotyön opiskelijat voivat miettiä kuinka paljon tukea syöpään sairastunut potilas tarvitsee ja kuinka itse opiskelijana voi hyödyntää tätä tietoa harjoittelujaksoilla, ja kiinnittää huomiota tuen antamiseen jo opiskelujakson aikana.

Jatkotutkimusehdotuksemme olisi tutkimus, jossa samankaltaiset kysymykset esitettäisiin syöpään sairastuneille potilaille ja verrattaisiin vastauksia hoitajien antamiin vastauksiin. Tällöin pystyttäisiin näkemään eroavaisuudet hoitajien ja potilaiden näkökulmissa annetusta ja saadusta tuesta. Hoitajat saattavat kokea, että ovat antaneet runsaasti tukea jollakin osa-alueella, kun taas potilaalla saattaa olla täysin päinvastainen näkemys asiasta. Olisikin siis mielenkiintoista saada tietää kohtaako tuen tarve ja saataavuus. Jokainen potilas tietenkin kokee tuen tarpeensa erilaisena, mutta tutkimuksen avulla nähtäisiin mikä tuen muoto on potilaille kaikista merkityksellisintä, jolloin hoitajatkin osaisivat kiinnittää siihen huomiota.

LÄHTEET

- Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. 1999. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Harju, E. 2009. Eturauhassyöpäpotilaiden ja heidän läheistensä perheen terveys, toimivuus ja koettu tuki sairaalassa. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu –tutkielma.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Otavan kirjapaino oy.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Iivanainen A., Jauhiainen M. & Pikkarainen P. 2001. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Iivanainen A., Jauhiainen M. & Syväoja P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.
- Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkö, S., Kouri, M. & Teppo, L. 2013. Syöpätaudit. Helsinki: Duodecim.
- Johansson R. 2012. Sädehoito. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 22.1.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01078
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet –Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopisto.
- Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja.
- Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Syöpäpotilaan ja perheen tukeminen sairaalassa: tuen tarpeen tunnistaminen ja tukemisen tavoitteet. Tutkiva Hoitotyö 2/2010.
- Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P., Ollikainen, J. & Åstedt-Kurki, P. 2009. Sairaalapotilaiden läheisten tuki ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Hoitotiede 21 (4).
- Mesiäislehto-Soukka, H., Rajamäki, M. & Paavilainen, E. 2004. Munasarjasyöpää sairastavan selviytyminen sekä potilaan että hänen perheensä tukeminen sairaalassa. Tutkiva hoitotyö 2 (3).
- Metsämuuronen, J. 2000. Mittarin rakentaminen ja testiteorian perusteet. Metodologia-sarja 6. Helsinki: Methelp Ky.

Mustajoki M., Alila A., Matilainen E. & Rasimus M. 2010. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Duodecim.

Muurinen K. 2009. Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia elämästä syövän kanssa liitännäishoitojen aikana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Nevalainen, A. 2006. Syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saama tiedollinen ja emotionaalinen tuki polikliinisessa hoidossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Pukkala E., Tadeusz D., Hakulinen T. & Sankila R. n.d. Syöpä sairautena. Syövän ilmaantuvuus, syöpäpotilaiden ennuste ja syöpäkuolleisuus. Viitattu 4.2.2014. http://www.cancer.fi/@Bin/52456271/image_61_2.pdf.

Pukkala, E., Sankila, R. & Rautalahti, M. 2011. Syöpä Suomessa 2011. Helsinki: Suomen syöpäyhdistys.

Saaranen-Kauppinen, A., Puusniekka, A., Eskola, J., Kuula, A., Rissanen, R. & Karvinen, I. 2013. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 8.9.2014. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/index.html>

Salonen, P. 2011. Quality of life in patients with breast cancer - A prospective intervention study. Tampere University Press. Väitöskirja.

Syri, R. 2012. Suolistosyöpäpotilaan tuen tarpeet – kyselytutkimus leikatuille potilaille. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Syöpäinfo. 2010. Viitattu 22.1.2014 <http://www.syopainfo.fi/>
Syöpäjärjestöt. 2010. Tietoa syövästä. Viitattu 22.1.2014. <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/oireet/>

Vertio, H. 1994. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Syöpäpotilaan kuntoutuminen. Päivitetty 2014. Viitattu 16.10.2014. <http://duodecimlehti.fi/>

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Tammi.

SAATEKIRJE

Arvoisa vastaanottaja,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Hämeen ammattikorkeakoulusta, Forssan yksiköstä. Opintoihimme kuuluu opinnäytetyö, johon teemme tutkimuksen aiheesta ”Hoitajien kokemukset syöpään sairastuneille potilaille antamastaan tiedollisesta ja emotionaalisesta tuesta”. Tarkoituksenamme on selvittää, millaisia kokemuksia Teillä on antamastanne tuesta ja miten tuen laatua voisi mahdollisesti jatkossa kehittää.

Pyytäisimme Teitä ystävällisesti täyttämään kyselylomakkeen annettujen ohjeiden mukaan. Antamanne tiedot tulevat käyttöön ainoastaan tässä opinnäytetyössä, jonka jälkeen ne hävitetään asianmukaisesti. Kaikki saamamme vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Vastaaminen on täysin vapaaehtoista, mutta jokainen vastaus on tärkeä tutkimuksemme onnistumiseksi. Kyselylomakkeeseen vastataan nimettömänä, eli henkilöllisyytenne ei tule esiin missään vaiheessa.

Vastattuanne kyselyyn, sulkekaa vastauslomakkeenne kirjekuoreen ja palauttakaa kuori osastonhoitajallenne.

Pyydämme Teitä vastaamaan _____mennessä. Mikäli Teillä on kysyttävää koskien tutkimustamme, voitte olla meihin yhteydessä:

Elina Mäntylä sähköposti osoite
puh.

Riikka Mäkinen sähköposti osoite
puh.

Ohjaava opettaja:

Eeva-Liisa Breilin sähköposti osoite
puh.

Ystävällisesti kiittäen,

Elina Mäntylä

Riikka Mäkinen

Vastatkaa seuraaviin väittämiin ympyröimällä yksi viidestä vaihtoehdosta. Jokaisen kappaleen alle on varattu erikseen tilaa, jossa Teitä pyydetään vastaamaan yhteen avoimeen kysymykseen. Lisäksi jokaisen kappaleen loppuun on varattu tilaa, jos Teillä on lisättävää tai tarkennettavaa vastauksiinne. Vastaustenne avulla selvitämme kokemuksianne potilaalle antamastanne tuesta.

TIEDOLLINEN TUKI

| | En kaan | lain- Vähän | Jonkin verran | Melko pal- jon | Paljon |
|--|------------|----------------|------------------|----------------------|--------|
| 1. Annoin potilaalle tietoa syövästä. (Esim. syöpään sairastumisen syy, syövästä johtuvat oireet ja muutokset potilaassa.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Annoin potilaalle tietoa erilaisista tutkimuksista. (Esim. näytteidenotto virtsasta, nielusta ja/tai ulosteesta, selkäydin- ja luuydinnäytteet, magneetti-, tietokonetomografia-, röntgen- ja/tai ultraäänikuvaukset.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Annoin potilaalle tietoa syövän eri hoitomuodoista. (Esim. kantasolusiirot, solunsalpaajahoido, sädehoito.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Annoin potilaalle tietoa syövän hoidossa käytettävistä lääkkeistä. (Esim. sytostaatit, kipulääkkeet.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Annoin potilaalle tietoa lääkkeiden sivuvaikutuksista. (Esim. hiustenlähtö, pahoinvointi.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Annoin potilaalle tietoa syöpäkipuista. (Esim. taudin aiheuttamista kivuista, hoitojen aiheuttamista kivuista, toimenpiteen aiheuttamista kivuista.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Annoin potilaalle tietoa infektiosta. (Esim. infektioherkkyyden syynä leukosyyttien alhaisuus, vitaalitoimintojen päivittäisen tarkkailun syynä mahdollisten infektioiden aikainen toteaminen, infektiot voivat olla bakteerien, sienien tai virusten aiheuttamia.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Annoin potilaalle tietoa infektioiden ehkäisemisestä. (Esim. hyvä käsihygienia, aseptiikka, hygieniasta huolehtiminen, | | | | | |

Hoitajien kokemukset syöpään sairastuneelle potilaalle antamastaan tiedollisesta ja emotionaalisesta tuesta

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|------------------|-------|--------------------|-------------------|--------|
| suojavaatteiden käyttö, vierailijoiden terveydentila.) | | | | | |
| 9. Annoin potilaalle tietoa ravitsemuksesta. (Esim. syöpäsairaus lisää ravinnontarvetta, ruokahalu saattaa heikentyä hoitojen vuoksi, tulisi syödä ja juoda pieniä annoksia kerrallaan, energiapitoisten ruokien syöminen.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | En lain- kaan | Vähän | Jonkin ver- ran | Melko pal- jon | Paljon |
| 10. Annoin potilaalle tietoa syövän ennusteesta. (Esim. syövän leviämisen vaikutus ennusteeseen, syövän uusiutumismahdollisuus.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Annoin potilaalle tietoa vertaistukiryhmistä ja syöpäjärjestöistä. (Esim. maakunnalliset syöpäyhdistykset Suomessa, Suomen Syöpäpotilaat.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Annoin potilaalle kirjallista tietoa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

13. Mikä häiritsi/esti tiedollisen tuen antamista?

14. Lisättävää/ tarkennettavaa:



Hoitajien kokemukset syöpään sairastuneelle potilaalle antamastaan tiedollisesta ja emotionaalisesta tuesta

EMOTIONAALINEN TUKI

| | Täysin eri mieltä | Osittain eri mieltä | En samaa eri mieltä | enkä | Osittain sama mieltä | Täysin samaa mieltä |
|--|-------------------|---------------------|---------------------|------|----------------------|---------------------|
| 15. Kuuntelin potilasta. | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 |
| 16. Keskustelin potilaan kanssa. | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 |
| 17. Kannustin potilasta. | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 |
| 18. Olin helposti tavoitettavissa. | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 |
| 19. Minulla oli aikaa potilaalle. | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 |
| 20. Olin aidosti läsnä tilanteissa. | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 |
| 21. Olin kiinnostunut potilaan asioista. | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 |
| 22. Lohdutin potilasta. | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 |
| 23. Annoin potilaalle toivoa. | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 |
| 24. Olin myötätuntonen potilaalle. | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 |
| 25. Annoin potilaalle mahdollisuuden kahdenkeskiseen keskusteluun. | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 |

Hoitajien kokemukset syöpään sairastuneelle potilaalle antamastaan tiedollisesta ja emotionaalisesta tuesta

26. Puhuin potilaalle erilaisista tunteista, joita hän saattaa kokea. **1 2 3 4 5**

27. Antamani tieto oli ymmärrettävää. **1 2 3 4 5**

28. Annoin potilaalle yhteystiedot mihin hän voi tarvittaessa ottaa yhteyttä esimerkiksi ongelmatilanteessa. **1 2 3 4 5**

29. Mikä häikäsi/ esti emotionaalisen tuen antamista?

30. Lisättävää/ tarkennettavaa:



TUEN MÄÄRÄ & LAATU

| | Täysin eri mieltä | Osittain eri mieltä | En samaa enkä eri mieltä | Osittain sama mieltä | Täysin sama mieltä |
|--|-------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|--------------------|
| 31. Olen tyytyväinen antamani tiedollisen tuen määrään. (Esim. tieto tutkimuksista, eri hoitomuodoista, lääkkeistä, kivuista.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Olen tyytyväinen antamani emotionaalisen tuen määrään. (Esim. kuuntelu, keskustelu, kannustaminen.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Olen tyytyväinen antamani tiedollisen tuen laatuun. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Olen tyytyväinen antamani emotionaalisen tuen laatuun. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Lisättävää/ tarkennettavaa: | | | | | |

Kiitos vastauksistanne!



Hoitajien kokemukset syöpään sairastuneelle potilaalle antamastaan tiedollisesta ja emotionaalisesta tuesta

