



RINTASYÖPÄPOTILAAN KOKEMUKSIA SAAMASTAAN OHJAUKSESTA ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

**Kirsi-Marja Palonen
Hanna-Kaisa Puura**

**Opinnäytetyö
Toukokuu 2007**



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Sosiaali- ja terveysala

Tekijä(t) PALONEN, Kirsi-Marja PUURA, Hanna-Kaisa	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 41+10	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus Salainen <input type="checkbox"/> saakka	
Työn nimi RINTASYÖPÄPOTILAAN KOKEMUKSIA SAAMASTAAN OHJAUKSESTA ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) SUONPÄÄ-LEHTONEN, Leena & TYRVÄINEN, Hannele		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen keskussairaala		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Keski-Suomen keskussairaalan rintasyöpäpotilaiden tyytyväisyyttä saamaansa ohjaukseen. Ehdotus tälle tutkimukselle tuli Keski-Suomen keskussairaalan osastolta, jossa rintasyöpäpotilaita hoidettiin pre- ja postoperatiivisesti. Henkilökunta toivoi osastolle kyselykaavaketta, jonka avulla parannettaisiin rintasyöpäpotilaiden ohjausta.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeiden avulla, jotka osaston hoitajat jakoivat rintasyöpäpotilaille hoitajakson aikana. Tutkimustulokset esitettiin kuviodien ja vapaan selittämisen avulla. Tutkimustuloksissa on esitetty myös vapaamuotoisia lauseita, joita rintasyöpäpotilaat olivat kirjoittaneet vastauslomakkeelle.</p> <p>Tutkimustuloksia tuli huomattavasti vähemmän kuin niitä oli alun alkaen odotettu tulevan. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että vastanneet olivat tyytyväisiä suurimmalta osin saamaansa ohjaukseen. Muutamilla ohjausalueilla esiintyi hieman tyytymättömyyttä saatuun ohjaukseen, kuten fysioterapian ja sosiaalihoitajan ohjausalueilla.</p> <p>Vähäisen vastausmäärän perusteella on vaikea todeta, ovatko rintasyöpäpotilaat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tuloksia tulisi olla kattavasti, jotta tulokset olisivat luotettavia. Tässä tutkimuksessa luotettavuus kärsi vähäisistä vastauksista johtuen.</p> <p>Jatkotutkimuksissa voisi selvittää tarkemmin rintasyöpäpotilaiden tyytyväisyyttä saamaansa ohjaukseen ja hoitajien motivaatioita hyvään ohjauksen antamiseen osastolla.</p>		
Avainsanat (asiasanat) rintasyöpä, potilasohjaus		
Muut tiedot		

<p>Author(s)</p> <p>PALONEN, Kirsi-Marja</p> <p>PUURA, Hanna-Kaisa</p>	<p>Type of Publication Bachelor´s Thesis</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="936 389 1182 517"> <p>Pages 41+10</p> </td> <td data-bbox="1182 389 1501 517"> <p>Language Finnish</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="936 517 1501 595"> <p>Confidential</p> <p>Until <input type="checkbox"/></p> </td> </tr> </table>	<p>Pages 41+10</p>	<p>Language Finnish</p>	<p>Confidential</p> <p>Until <input type="checkbox"/></p>	
<p>Pages 41+10</p>	<p>Language Finnish</p>				
<p>Confidential</p> <p>Until <input type="checkbox"/></p>					
<p>Title</p> <p>THE EXPERIENCES AMONG BREASTCANCER PATIENTS ABOUT COUNSELLING IN SPECIAL HEALTH CARE</p>					
<p>Degree Programme</p> <p>Degree Programme in Nursing</p>					
<p>Tutor(s)</p> <p>SUONPÄÄ-LEHTONEN, Leena & TYRVÄINEN, Hannele</p>					
<p>Assigned by</p> <p>Central hospital of Central Finland</p>					
<p>Abstract</p> <p>The aim of this dissertation was to clarify the contentment about the counselling that breast cancer patients have been given in the ward. The grounds for this thesis came from the ward where the breast cancer patients are being treated.</p> <p>The examination material was collected with a questionnaire which was distributed to the breast cancer patients by the nurses on the ward. The examination results were presented with figures and explaining with free words.</p> <p>The number of examination results was much less than was expected in the first place. With these results we got from this questionnaire, we can state that the breast cancer patients were mostly satisfied with the counselling they received in the ward.</p> <p>With these results it is hard to say whether the patients are satisfied with the counselling due to the small number of material. Our suggestion for further studies is to study more the contentment for the counselling. We also suggest examining the motivation for a good counselling among the nurses.</p>					
<p>Keywords</p> <p>breast cancer, patient counselling</p>					
<p>Miscellaneous</p>					

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 RINTASYÖPÄ SAIRAUTENA.....	4
2.1 Syöpätyypit ja syyt	4
2.2 Oireet ja tutkimukset	5
3 RINTASYÖVÄN VAIKUTUS NAISEN ELÄMÄÄN	6
3.1 Fyysinen minä	7
3.2 Psykkinen minä	7
3.3 Sosiaalinen minä	8
4 RINTASYÖPÄPOTILAAN OHJAUS	9
4.1 Ohjausprosessi.....	9
4.2 Ohjaus osana hoitotyötä.....	10
4.2.1 Vuorovaikutus ohjaussuhteessa	11
4.2.2 Potilaan ja hoitajan kaksisuuntainen vuorovaikutus	15
4.2.3 Hyvä ja riittävä ohjaus	15
4.2.4 Ohjauksen haasteet	17
4.2.5 Voimavarakeskeinen ohjaus	18
4.3 Ohjaukäytännöt Keski-Suomen keskussairaalassa	21
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	23
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	24
7. TUTKIMUSTULOKSET	25
7.1 Hoitajien antama ohjaus	28
7.2 Kokonaihoidon ohjaus	30
7.3 Moniammatillinen ohjaus	31
8 POHDINTA.....	34
8.1 Tutkimustyön tavoitteet.....	34
8.2 Tutkimuksen eteneminen.....	34
8.3 Tutkimustuloksien analysointi ja luotettavuus.....	35
8.4 Kyselylomakkeen toimivuus.....	36
8.5 Opinnäytetyö prosessina.....	37
8.6 Jatkotutkimusaiheet	38
LÄHTEET	39
LIITTEET.....	42
Liite 1. Yhteistyösopimus.....	42
Liite 2. Saatekirje	45
Liite 3. Kyselylomake	46

Liite 4. Muokattu kyselylomake osaston käyttöön	49
---	----

KUVIOT

KUVIO 1. Ohjausprosessimalli	10
KUVIO 2. Vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä.	13
KUVIO 3. Hyvän vuorovaikutuksen kriteerit	14
KUVIO 4. Vastaajien koulutustaso	26
KUVIO 5. Nykyisen rintasyövän toteamisajankohta.	27
KUVIO 6. Leikkausmuoto.	28
KUVIO 7. Hoitajat kuuntelijoina.	29
KUVIO 8. Empaattinen ja luottamuksellinen hoitosuhde.	29
KUVIO 9. Tyytyväisyys ohjaukseen.	30
KUVIO 10. Mielipiteiden esittämisen mahdollisuus osasto-aikana.	31
KUVIO 11. Fysioterapeutin ohjaus.	32
KUVIO 12. Sosiaalihoitajan ohjaus.	32
KUVIO 13. Tieto tukihenkilötoiminnasta.	33

1 JOHDANTO

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä. Joka kymmenes nainen sairastuu siihen jossain vaiheessa elämäänsä. Vuosina 1983–1987 Suomessa todettiin keskimäärin 2103 uutta rintasyöpätapausta vuodessa, kun taas vuonna 2004 uusia rintasyöpätapauksia todettiin 3903. Vuonna 2006 ennustettiin uusia rintasyöpätapauksia todettavan 4060. Miehillä rintasyöpä on harvinainen, sitä todetaan vuosittain keskimäärin noin 10 tapausta. (Syöpärekisteri 2006) Vuonna 2005 työikäisiä naisia kuoli rintasyöpään 355, mikä oli 10,7 % kaikista sen vuoden työikäisten naisten kuolemantapauksista. (Tilastokeskus 2006)

Tarkkaan ei tiedetä mikä johtaa rintasyöpään. Se tiedetään, että kaikista rintasyöpätapauksista perinnöllisinä pidetään 5-10 %. Rintasyövän synnyssä hormonaalisilla tekijöillä on merkitystä. Varhainen kuukautisten alkamisikä lisää jonkin verran riskiä sairastua rintasyöpään kuten myös myöhään alkavat vaihdevuodet. (Syöpäjärjestöt 2007.)

Rintasyövän ennuste on kuitenkin parantunut varhaisemman toteamisen ja parantuneiden hoitomenetelmien ansiosta. Tänä päivänä noin 80 % potilaista on elossa viiden vuoden kuluttua sairauden toteamisen jälkeen. Oleellinen asia taudin paranemisen kannalta on, että se todetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Mammografiaseulontojen avulla on pystytty vähentämään varsinkin yli 50-vuotiaiden naisten rintasyöpäkuolleisuutta. (Syöpäjärjestöt 2007.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää pilotti tutkimuksena rintasyöpäpotilaiden ohjauksen tyytyväisyyttä kirurgisella vuodeosastolla sekä laatia kyselykaavake rintasyöpäpotilaita hoitavalle henkilökunnalle Keski-Suomen keskussairaalaan. Rintasyöpä sairautena koskettaa kaikkia naisia, jopa meitä, jonka vuoksi koemme aiheen tärkeäksi. Opinnäytetyötä toivotaan hyödynnettävän osana käytännön hoitotyötä.

Kirjallisuuskatsauksesta käy muun muassa ilmi, minkälaista on hyvä ohjaus ja mitä potilaat toivovat ohjaukselta. Hoitoajat lyhenevät, joten on tärkeää, että

potilaat kokevat saavansa riittävästi ohjausta ja ohjaus on heidän tarpeidensa mukaista. Hoitoaikojen lyhenemisen vuoksi potilaan vastuu omasta hoidostaan lisääntyy, jolloin laadukkaan ohjauksen tarjoaminen potilaalle korostuu. Tästä johtuen potilaan toipuminen nopeutuu ja motivaatio itsehoitoon parantuu.

Potilailla on oikeus saada laadukasta ohjausta, koska ohjaus on tärkeä osa hoitotyötä. Jatkotutkimusaiheita ohjaukselle on esimerkiksi minkälaista ohjausta potilaat kaipaavat ja missä he kokevat olevan puutteita.

Tutkimusaihe on ajankohtainen, koska rintasyövän ennustetaan lisääntyvän. Nykypäivänä hyvään ohjaukseen halutaan kiinnittää entistä enemmän huomiota. Sen kehittämiseksi tehdään tutkimuksia, koska siitä on hyötyä esimerkiksi hoitajien ammattitaidon ylläpitämiselle.

2 RINTASYÖPÄ SAIRAUTENA

Rintasyöpä todetaan, kun sairastuneesta rintakudoksesta löydetään syöpäsoluja. Rintasyöpä alkaa ilmentyä 25. ikävuoden jälkeen ja lisääntyy iän myötä. (Syöpäjärjestöt 2007.)

Rintasyövän syyt ovat suurilta osin tuntemattomat. Sairauden arvellaan olevan monisyinen ja muutamia sairastumisriskiä lisääviä tekijöitä tunnetaan. Ehkäisymahdollisuuksia rintasyöpään ei toistaiseksi tunneta, mutta tiedetään, että esimerkiksi ylipainon välttäminen ja liikunta ovat hyödyllisiä rintasyöpävaaran vähentämisessä. (Syöpäjärjestöt 2007.)

2.1 Syöpätyypit ja syyt

Rinnassa on 15–20 rauhasliuskaa, joita erottaa toisistaan sidekudos. Rauhasliuskoja yhdistävät pienet tiehyet. Valtaosa rintasyöivistä on tiehytperäisiä eli duktaalisia. Lobuluksissa (liuskissa) esiintyvää rintasyöpää kutsutaan lobulaa-

riseksi. Tällä tyyppillä on hieman suurempi taipumus esiintyä molemmissa rinoissa. (Syöpäjärjestöt 2007.)

Harvinaisempia rintasyövän kudostyyppejä ovat tubulaarinen, kribriforminen, medullaarinen ja papillaarinen. Rintasyöpädiagnooseista harvinaiset tyytit muodostavat 10 % kaikista rintasyöpädiagnooseista. (Duodecim 2005a.)

Muita harvinaisia rintasyöpiä ovat Pagetin tauti (taudin merkinä on nännissä vetistävä ihottuma) ja inflammatorinen rintasyöpä (taudin yhteydessä esiintyy rintarauhasen tulehdusoireisto). (Syöpäjärjestöt 2007.)

Rintasyövän synnylle syytä ei tarkkaan tiedetä, mutta estrogeenilla uskotaan olevan suuri vaikutus tähän asiaan. Tätä tietoa vahvistaa se, että rintasyöpää esiintyy pääsääntöisesti naisilla ja miehillä se on hyvin harvinainen. On tutkittu pitkäaikaisen estrogeenin vaikutusta rintasyöpään. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että pitkäaikainen estrogeenin käyttö voi lisätä riskiä rintasyöpään. Riski kasvaa jos estrogeenia käytetään yhdessä keltarauhashormonin kanssa. Tästä johtuen yhdistelmävalmistetta ei ole suositeltu käytettäväksi naisille, joilla vaihdevuodet ovat alkaneet ja joilla on jo taustalla mahdollisesti rintasyöpädiagnoosi. (Metsä-Heikkilä 2001,9.)

Altistavia tekijöitä rintasyövälle on monenlaisia, kuten lapsettomuus tai ensimmäinen synnytys yli 30-vuotiaana, pitkäaikainen hormonikorvaushoito vaihdevuosi-ien jälkeen, ylipaino, runsas alkoholinkäyttö tai altistuminen erilaisille säteilyille (Syöpäjärjestöt 2007).

2.2 Oireet ja tutkimukset

Yleisin oire on, että nainen itse tuntee kyhmyn rinnassaan. Lääkäri tutkii rinnan ja lähettää potilaan röntgenkuvaan (mammografia). Tarvittaessa rintaa voidaan tutkia myös kaiku- eli ultraäänitutkimuksella. Useasti näiden tutkimusten yhteydessä otetaan kyhmystä ohut- tai paksuneulanäyte, jolloin saadaan solu- ja/tai kudospala tutkittavaksi. Potilas ohjataan leikkaushoitoon silloin, jos

edellä mainituista tutkimuksista jokin osoittaa kyseessä olevan syövän tai herättää epäilyn siitä. (Syöpäjärjestöt 2007.)

Vartijaimusolmukkeilla tarkoitetaan niitä imusolmukkeita, joihin kasvaimesta tuleva imuneste ensimmäiseksi kulkeutuu. Tutkimusta tehdään vain alle 3 cm:n kokoiisiin rintasyöpiin, joissa ei ennen leikkausta ole havaittu etäpesäkkeitä. (Duodecim 2005b.)

Vartijaimusolmuke tai vartijaimusolmukkeet voidaan tunnistaa kasvainalueelle ruiskutetulla sinivärillä ja radioaktiivisella merkkiaineella. Todettaessa vartijaimusolmukkeen olevan puhdas, ei muita imusolmukkeita tarvitse poistaa. Vartijaimusolmuketutkimuksen ansiosta imusolmukkeiden poistaminen ei aina ole välttämätöntä. (Duodecim 2005b.)

Rintasyövän oireena voi olla myös nännistä erittyvä kirkas tai verinen neste. Tämän oireen vuoksi rintasyöpää löydetään joka kymmenenneltä naiselta. Eritteen syytä selvitetään galaktografia- tai duktografiatutkimuksen avulla, jolloin maitotiehyeseen ruiskutetaan varjoainetta. Varjoaineen antamisen jälkeen otetaan välittömästi mammografia, koska tämä voi paljastaa tiehyen sisäisen kasvaimen. (Syöpäjärjestöt 2007.)

Nänninpihan ihottuma voi olla oire Pagetin taudista. Tämä todetaan ottamalla ihosta kudoksenäyte, joka tutkitaan mikroskoopissa. Harvinaisissa tapauksissa syöpä on levinnyt laajalle elimistöön jo toteamisvaiheessa, jolloin oireet voivat olla monimuotoiset. Joskus syöpä voi olla myös oireeton. (Syöpäjärjestöt 2007.)

3 RINTASYÖVÄN VAIKUTUS NAISEN ELÄMÄÄN

Rintasyöpä ja sen mukanaan tuomat hoidot heikentävät naisten elämänlaatua monella eri tapaa. Fyysinen toimintakyky heikentyy ja moni nainen kokee kehonkuvansa muutokset melko kielteisesti. (Huovinen & Riikonen 2002, 11.)

3.1 Fyysinen minä

Rinnan poistolla on suuri vaikutus naisen ulkoiseen minäkuvaan. Ulkoisen minäkuvan muuttuminen aiheuttaa naiselle herkästi ahdistusta ja ahdistuksella voi olla vaikutusta naisen itsetuntoon. Rinnan poistoon liittyy useita eri tekijöitä. Rinnan poisto aiheuttaa muun muassa monelle potilaalle ryhti ongelmia. Imusolmukkeiden poistamisen jälkeen turvotus usein lisääntyy leikattuun yläraajaan. Yläraajan turvotus voi aiheuttaa kipua, kömpelyyttä ja vaikeuttaa monin tavoin jokapäiväistä elämää. Solunsalpaajien vaikutukset näkyvät hiuksissa, jotka pikkuhiljaa harvenevat tai lähtevät kokonaan. (Kuntola & Raukola 2003, 12.)

Sairastuminen rintasyöpään ja siihen liittyvät hoidot vaikuttavat naisten kokemukseen omasta naiseudestaan. Rinnan menetys naiselle vaikeuttaa suhtautumista omaan kehoon ja alastomuuteen. Rintaproteesin käyttö lisää henkilökohtaista eheyden ja normaaliuden tunnetta. Tutkimustulosten mukaan naiset kokevat sairauden tuoneen oman vaikeutensa myös seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen. (Glad, Juutilainen & Jääskeläinen 1999.)

Rinnat symboloivat naista. Ne ovat osa naisen seksuaalisuutta. Rinnanpoistolla voi olla merkitystä siihen, miten nainen kokee olevansa haluttava ja naisellinen. Nainen usein jopa torjuu kumppaninsa, josta voi aiheutua erilaisia ongelmia parisuhteeseen. Kumppanin voi olla joskus vaikea ymmärtää, että nainen tarvitsee todella paljon tukea ja aikaa sopeutumiseen. Naisen sairaus voi vahvistaa parisuhdetta, mutta myös aiheuttaa siihen kriisin. (Kuntola & Raukola 2003,13.)

3.2 Psyykinen minä

Gladin ja muiden (1999) tekemän tutkimuksen mukaan rintasyöpään sairastuminen muuttaa naisten elämää monella tavalla. Naisella rintasyöpään sairastuminen synnyttää voimakkaita tunteita; kuten järkytystä, katkeruutta, kuolemanpelkoa sekä alemmuuden tunteita. (Glad, ym. 1999.)

Nainen kokee monenlaisia ristiriitaisia tunteita sairautensa aikana ja rinnanpoiston jälkeen. Tunteet ovat usein ristiriitaisia, joista yleisimpiä ovat pelko huomisesta, masennus ja viha. Moni miettii, että miksi minä. Rintasyöpään sairastunut henkilö voi ajatella kehonsa aiheuttaneen hänelle pettymyksen ja elämän jatkumisen tunne ei olekaan enää niin selvää. (Kuntola & Raukola 2003,13.)

Nainen useasti luulee, ettei syöpä kohtaa häntä. Tämän vuoksi syöpädiagnoosin kuuleminen on suuri järkytys. Sokki vaikuttaa elämään monin tavoin. Siinä voi tapahtua itsesyytöksiä vääränlaisten elämäntapojen hakemisesta ja mietteitä, mitä olisin voinut tehdä toisin. (Kuntola & Raukola 2003,14.)

Rintasyöväällä on todettu olevan myös myönteisiä vaikutuksia naisten elämään. Naiset kokevat saaneensa sairauden myötä myös henkistä vahvuutta, eivätkä välttämättä koe elämänlaatunsa huonontuneen. Omaiset, läheiset sekä saman sairauden kokeneet ovat naisille merkittäviä tuen antajia. (Glad, ym.1999.)

3.3 Sosiaalinen minä

Sosiaalisen tuen on todettu olevan ensisijaisen tärkeä asia naisille sairauden aikana. Se on yksi tärkeimmistä selviytymiskeinoista. Sairastuminen ei vaikuta pelkästään vaan naiseen itseensä, myös muihin, ystäviin ja perheen jäseniin. Monesti myös osa sosiaalisesta verkostosta karsiutuu pois. Osa tuttavista ei tiedä miten sairauteen pitäisi suhtautua ja he jättävät sen vuoksi yhteydenpidon vähemmälle tai mahdollisesti lopettavat sen kokonaan. Usein vakavan sairauden kohdatessa nähdään se, ketkä ovat tosi ystäviä. (Kuntola & Raukola 2003,15.)

Sairastumisen myötä myös naisen rooli perheessä muuttuu. Ennen niin aktiivinen ja reipas äiti ei jaksakaan enää tehdä kotitöitä niin kuin ennen. Tällöin roolit vaihtuvat ja kotityöt siirtyvät kokonaan tai ainakin osittain muille perheen jäsenille. Roolien vaihtuminen perheessä voi olla hämmentävä kokemus kaikille osapuolille. Perheessä onkin tärkeää, että asioista pystytään puhumaan avoimesti. Yksin elävät naiset sen sijaan voivat kokea vaikeutta tutustua uu-

siin ihmisiin ja perustaa uusia suhteita. He voivat kokea ulkopuolisuuden tunnetta herkemmin kuin vakituksessa parisuhteessa elävät. (Kuntola & Raukola 2003, 15.)

Sairastuminen vaikuttaa myös muuhun sosiaaliseen elämään monella tapaa. Sillä on vaikutusta harrastuksiin, työssä käymiseen ja jokapäiväiseen elämään. Osa harrastuksista voi jäädä pois hiustenlähdön ja rinnanpoiston myötä, työkaverit eivät välttämättä enää suhtaudu samalla tavoin työkaveriinsa kuin ennen. Osa jokapäiväisistä asioista voi jäädä vähemmälle tai loppua kokonaan. Elämä muuttuu yleensä aina vakavan sairauden myötä. (Kuntola & Raukola 2003, 15–17.)

4 RINTASYÖPÄPOTILAAN OHJAUS

4.1 Ohjausprosessi

Ohjausprosessin luonne voidaan määritellä ottamalla huomioon ohjauksen tarpeellisuus, ohjauksen kulku, ohjauksen toteutus ja lopuksi arvioidaan ohjauksen onnistuminen ja vaikuttavuus. Edellä mainittua ohjausprosessimallia voidaan toteuttaa potilaan hoidon kaikissa vaiheissa, kuten pre- ja postoperatiivisen hoidon vaiheissa. (Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo, Pohjola, Väänänen 2006.)



KUVIO 1. Ohjausprosessimalli

(Iso-Kivijärvi ym. 2006.)

Yksilön ja yhteisön voimavarat vaikuttavat ohjauksen tarpeen määrittelyyn ja toteutukseen. Sairastuminen aiheuttaa sairastuneelle ja hänen omaisilleen epävarmuuden, avuttomuuden ja turvattomuuden tunteita. (Iso-Kivijärvi ym. 2006.)

Iso-Kivijärven ja muiden (2006) tekemän tutkimuksen mukaan tiedon saaminen mahdollistaa ja rohkaisee potilasta osallistumaan päätöksentekoon ja edistää valmiuksia itsensä hoitamiseen. Potilaan opetus ja ohjaus vähentävät ahdistusta ja pelkoa. (Iso-Kivijärvi ym. 2006.)

Potilasohjauksessa tulisi korostua potilaan tarpeiden määrittely, koska se on ohjauksen lähtökohta. Ohjausta tulisi kuvata tavoitteellisena ongelmanratkaisuna sekä potilaan omien kokemusten erittelynä ja oppimisena. (Iso-Kivijärvi ym. 2006.)

Hoitavan henkilökunnan on huomioitava se, kuinka kauan potilas on sairastanut ja mitä hän jo tietää sairaudestaan. Tärkeää on myös huomioida se, että vastasairastunut potilas voi olla kriisivaiheessa, jolloin hänen vastaanottokykynsä ohjauksen suhteen ei ole paras mahdollinen. (Iso-Kivijärvi ym. 2006.)

4.2 Ohjaus osana hoitotyötä

Ohjaus on olennainen osa hoitotyötä. Ohjaus kuvataan usein osana ammatillista toimintaa, hoito- tai opetusprosessina. Ammatillisen toiminnan kannalta ohjaus tarkoittaa tilannetta, jossa keskustellaan tavoitteellisesti potilaan tilanteeseen liittyvistä asioista. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Potilaskeskeisen hoitotyön auttamisen tuloksena potilas voi oppia hahmottamaan omaa elämäänsä uudella tavalla ja ikään kuin katsomaan sitä uudesta näkökulmasta. Potilas tulee mieltää ihmisenä, joka on jatkuvassa vuorovaikutuksessa oman elämäntilanteensa ja historiansa sekä itsensä ja ympäristönsä

kanssa. (Hankonen, Kaarlela, Palosaari, Pinola, Säkkinen, Tolonen & Virola. 2006.)

Potilaslähtöisen ohjauksen toteutuminen edellyttää hoitohenkilökunnalta ammatillisia valmiuksia, resursseja ja toimintaympäristön otollisia olosuhteita. Potilaan huomioiva ohjaus lisää potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon sekä edistää ohjauksen positiivista vaikutusta, kuten tiedonsaantia, itsehoitoa ja hoitoon sitoutumista sekä vähentää lääkityksen tarvetta. (Kääriäinen & Kyngäs 2005.) Potilasohjaus on sidoksissa potilaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristöön liittyviin tekijöihin (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2006).

Hyvä tavoitteiden asettelu lähtee siitä, mitä potilas tietää ennalta, mitä hänen tulisi tietää ja mitä hän haluaa tietää sekä mikä ohjausmenetelmä hänelle on paras omaksua tietoa. Tavoitteet, jotka sisältävät potilaan näkemyksen hoidosta, edistävät hänen tyytyväisyyttään ja hoitoonsa sitoutumistaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttaa hoitajan kyky aistia asiakkaan tilanne, rakentaa luottamuksellinen ohjaussuhde ja valita yhteistyötä tukevia ohjausmenetelmiä. Ohjauksen onnistumiseksi on myös tärkeää, että tavoitteet arvioidaan ja kirjataan hoitajakson eri vaiheiden aikana. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Timosen ja Sihvosen (1998) tutkimuksen mukaan rintaleikkaukseen valmistautuvat potilaat pääasiallisesti lukivat kirjallista materiaalia rintasyövästä, keskustelivat rintasyöpään sairastuneen tai hoitohenkilökunnan kanssa. Osa potilaista olisi halunnut lisätietoja vuodeosaston toiminnasta, hoidon etenemisestä tai leikkausvaihtoehdoista. (Timonen & Sihvonen 1998, 302.)

4.2.1 Vuorovaikutus ohjaussuhteessa

Vuorovaikutus on hoitotyön lähtökohta ja keino, jonka avulla pyritään potilasta auttamaan ja ohjaamaan (Hankonen ym. 2006). Se on keskeinen tekijä, jonka perusteella potilas arvioi saamansa hoidon laatua (Mattila 2001). Itse asiassa koko ihmisen elämä on suuri vuorovaikutustapahtuma (Hankonen ym. 2006).

Vuorovaikutuksen tavoitteena on ohjaussuhteen muodostuminen. Ohjaussuhteessa vuorovaikutuksella pyritään edistämään ohjattavan hoitoon sitoutumista. Hoitaja auttaa potilasta saavuttamaan terveydentilan kohentumiseen tähtäävät tavoitteet. (Hankonen ym. 2006.)

Hoitajan ja potilaan kohtaaminen tapahtuu nykyhetkessä, jossa on aina läsnä menneisyys ja tulevaisuus. Kohtaamista voidaan tarkastella joko hoitajan tai potilaan perspektiivistä. Hoitajan näkökulmasta kohtaaminen on tavoitteellista, kun taas potilaan kokemuksena korostuu tunne. (Hankonen ym. 2006.)

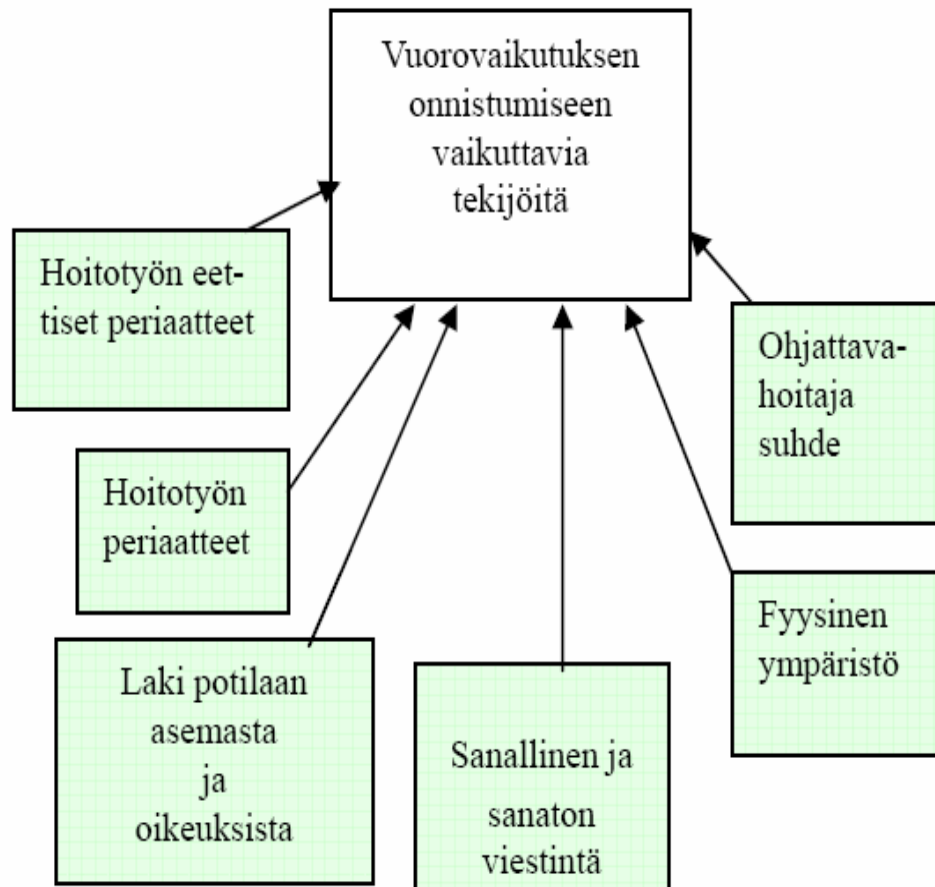
Onnistuneelle vuorovaikutukselle tärkeää ovat tilanteeseen osallistuvien keskinäinen kunnioitus, vilpitön kiinnostus toista ihmistä kohtaan, asiallisuus, taito ilmaista ajatuksensa selkeästi sekä kyky tehdä kysymyksiä. Havainnointikyky ja kuuntelutaito ovat myös edistäviä tekijöitä vuorovaikutuksen onnistumiselle. (Hankonen ym. 2006.)

Vuorovaikutussuhteen onnistumisen yhtenä edellytyksenä on sujuva viestintä. Siinä potilas ja hoitaja ymmärtävät käymänsä ohjauksen samalla tavalla, puhuvat samaa kieltä ja saavuttavat yhteisymmärryksen myös tunteen tasolla. (Hankonen ym. 2006.)

Mikkolan (2006) väitöstutkimuksen mukaan monet potilaat ja hoitajat kuvaavat potilas-hoitajasuhdetta samalla tavalla kuin sosiaalista tukea. Vuorovaikutussuhdetta ja siinä välittyvää tukea ei siis välttämättä eroteta toisistaan. (Mikkola 2006.)

Hoitajan ammatillista vuorovaikutusta voi oppia harjoittelemalla, tiedostamalla asenteitaan ja tarvittaessa muuttamalla niitä. Vuorovaikutustaitoja tarvitaan useilla elämän aloilla ja tärkeitä ne ovat hoitotyötä tekeville. (Hankonen ym. 2006.)

Ilman vuorovaikutustaitoja ihmisten on vaikeaa vaikuttaa toisiinsa myönteisellä ja tuloksellisella tavalla. Sen takia vuorovaikutustaitojen kehittäminen on myös osa ihmisenä kasvamista. (Hankonen ym. 2006.)

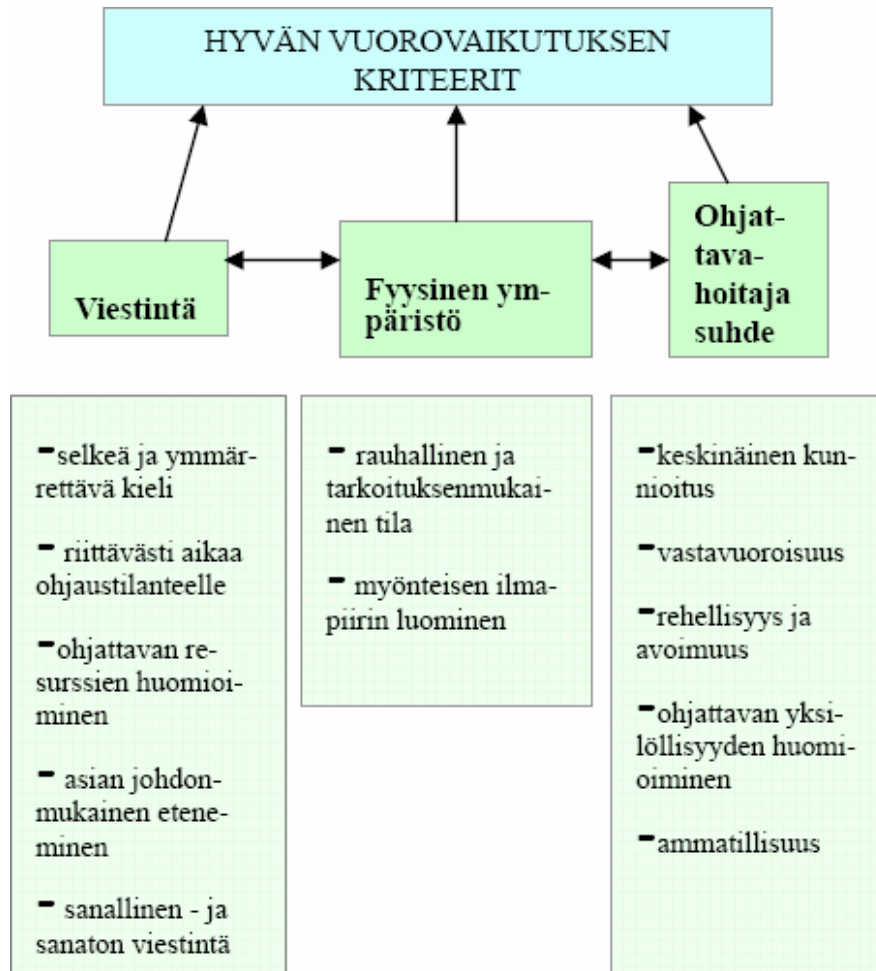


KUVIO 2. Vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä.
(Hankonen ym. 2006).

Hankonen ja muut (2006) ovat kuvanneet hyvän vuorovaikutuksen kriteerien merkityksen ohjaustapahtumissa. Siinä pääpiirteinä ovat hoitotyön eettiset periaatteet ja hoitotyön periaatteet, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, sanallinen ja sanaton viestintä. Lisäksi onnistuneeseen vuorovaikutukseen kuuluu fyysinen ympäristö ja ohjattava-hoitaja suhde. (Hankonen ym. 2006.)

Hoitotyön eettiset periaatteet käsittävät huolenpidon, itsemääräämisoikeuden ja oikeudenmukaisuuden. Hoitotyön periaatteina ovat esimerkiksi yksilöllisyys, jatkuvuus, turvallisuus, kulttuurilähtöisyys, omatoimisuus ja vastuullisuus. (Hankonen ym. 2006.)

Fyysisessä ympäristössä olevat tekijät voivat vaikuttaa vuorovaikutussuhteessa joko tukien tai heikentäen sitä. Tällaisia tekijöitä hoitoympäristössä ovat muun muassa hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö ja ihmissuhdeympäristö. (Hankonen ym. 2006.)



KUVIO 3. Hyvän vuorovaikutuksen kriteerit (Hankonen ym. 2006).

Hankonen ja muut (2006) ovat laatineet kriteerit viestinnän, fyysisen ympäristön ja ohjattava-hoitaja suhde osioille ja havainnoivat siinä, miten hyvän vuorovaikutuksen osa-alueet näkyivät hoitajien toiminnassa. (Hankonen ym. 2006.)

4.2.2 Potilaan ja hoitajan kaksisuuntainen vuorovaikutus

Potilaan taustatekijöiden huomioiminen on tärkeää. Hoitosuhteen tavoitteena on kaksisuuntaisen vuorovaikutuksen syntyminen ja molempien osapuolten aktiivinen ohjaustilanne. Tällöin potilas ja hoitaja voivat yhdessä suunnitella ja rakentaa tavoitteellista ohjausprosessia sekä edistää potilaan tietoisuutta omasta toiminnastaan. Hoitajan tehtävänä on ohjaussuhteessa selvittää potilaan taustatekijät ja asettaa hänelle sopivia tavoitteita elämäntilanteeseen liittyen. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Tasa-arvoinen ja taustatekijät huomioiva vuorovaikutus on perusta, jolle ohjaussuhde rakennetaan. Potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta ei voi olla, mikäli he eivät ole kumpikin aktiivisia ohjaussuhteessa. Aktiivisuus edellyttää myös potilaalta aktiivisuutta omassa toiminnassaan (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Potilaita on rohkaistava, koska heillä on erilaiset valmiudet ottaa vastuuta omasta hoidostaan. Ne potilaat, jotka ovat riippuvaisia hoitajasta ja uskovat, että heillä on vain vähän vaikutusta oman terveyteensä liittyviin asioihin, eivät toimi vastuullisesti. Aktiivisuutta voivat estää myös vanhat kokemukset, uskomukset ja tarpeet. Jos kaksisuuntaista vuorovaikutusta ei synny, hoitajan on otettava vastuu ja käytävä potilaan kanssa läpi tärkeimmiksi katsomansa asiat, koska hoitajalla on ammatillinen vastuu ohjauksesta. Tämän jälkeen potilas voi vastata omasta hoidostaan itse. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

4.2.3 Hyvä ja riittävä ohjaus

Hyvä ohjaustilanne antaa sairaanhoitajallekin onnistumisen tunteen. Onnistuneella ohjaustilanteella on myös kansantaloudellinen ja kansanterveydellinen merkitys terveyden edistämisen kannalta katsottuna. (Ohtonen 2006.)

”Potilasohjaus on sairaanhoitajien omaa ja vahvaa aluetta. Ohjaus kulkee asiakassuhteessa punaisena lankana koko hoitoprosessin ajan.” (Ohtonen 2006). Hyvässä ohjauksessa hoitaja käyttää apunaan omaa persoonallisuuttaan, sen sisältämän luovuuden ja taidon. Tilanteet ovat potilaalle ainutkertaisia ja usein jopa jännittäviäkin, eivätkä toistu enää uudelleen, jonka vuoksi tulee muistaa, että ohjaus ei saa mennä rutiinilla vaan yksilön tarpeet huomioidaan ottaen. (Ohtonen 2006.)

Ohjaussuhteessa vaikuttavat potilaan ja hoitajan ajatukset, tunteet ja toiminnot. Ohjaussuhteessa potilaan omat näkemykset itsestään ja elämästään ovat aina avainasemassa, kuten myös hänen toiveensa asioista, joiden hän haluaisi muuttuvan. (Hankonen ym. 2006.)

Hoitajan tulisi auttaa potilasta löytämään voimavaransa ja näkemään uusia mahdollisuuksiaan erilaisissa tilanteissa sekä lisäämään potilaan itsetuntemustaan. Hoitajan on tärkeää antaa informaatiota tiedollisissa ja taidollisissa ongelmissa. (Hankonen ym. 2006.)

Kääriäisen ja Kynkään (2005) tutkiessa potilasohjausta yleisesti, potilaat ovat olleet tyytyväisiä ohjaukseen, kun he ovat saaneet tarpeeksi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Keskimäärin potilaiden ohjaustarpeet keskittyivät sairautteen ja sen hoitoon sekä näistä selviytymiseen. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Timosen ja Sihvosen (1998) tutkimuksen mukaan rintasyöpään sairastuneista rinnanpoistopotilaista suurin osa koki saavansa tietoa kiitettävästi tai hyvin leikkauksesta, sairaudesta, käden liikehoidoista, nukutuksesta, haavahoidoista, syöpäyhdistyksestä sekä rintaproteesista että tutkimustuloksista. (Timonen & Sihvonen 1998, 302–303.)

Välimäki, Leino-Kilpi, Antila, Myllylä, Dassen, Gasull, Lemonidou, Scott, Arndt ja Kaurila (2001) ovat tutkineet kirurgisen potilaan lääkehoidon ja päivittäisissä toiminnoissa auttamisen riittävyyttä. Sen mukaan yli 80 % vastanneista (N = 190) sai tietoa lääkityksensä nimestä ja annostuksesta, puhtauden ajankohdasta tai kirurgisen ongelman vaikutuksesta puhtaudenhoitoon. (Välimäki,

Leino-Kilpi, Antila, Myllylä, Dassen, Gasull, Lemonidou, Scott, Arndt & Kaurila 2001, 159–160.)

Kääriäisen ja Kynkään (2005) mukaan suullista ohjausta pidetään useimmiten tärkeämpänä, koska vuorovaikutus on ohjauksen kulmakivi. Suullinen ohjaus mahdollistaa potilaiden kysymysten esittämisen. Hoitajat pystyvät keskustelun lomassa oikaisemaan väärinymmärryksiä ja potilaat saavat henkilökohtaista tukea hoitohenkilökunnalta. Potilaat arvostivat tutkimuksessa yksilöohjausta, koska ohjaus lähti potilaan omista tarpeista. (Kääriäinen & Kyngäs 2005.)

Kontron, Rantalaisen ja Ryhäsen (2001) tekemän tutkimuksen mukaan rintasyöpäpotilaan ja vertaistukijan ensimmäinen kontakti loi pohjan yhteistyösuhteelle. Yhdistävänä tekijänä pidettiin syöpää, joka auttoi ymmärtämään varsinkin toisilleen vieraita ihmisiä. Vieras tukihenkilö koettiin hyvänä, koska silloin pystyi keskittymään sairauteen. Tärkeää oli nähdä joku, joka oli selvinnyt samasta sairaudesta. Pääsääntöisesti rintasyöpäpotilaat kokivat ensitaapaamisen positiivisena. (Kontro, Rantalainen & Ryhänen. 2001, 38.)

4.2.4 Ohjauksen haasteet

Lipposen, Kynkään ja Kääriäisen (2006) mukaan potilasohjauksen kehityshaasteita ovat ohjaustapahtuma prosessina, ohjauksen organisointi, vuorovaikutus ohjaussuhteessa, sosiaalinen tuki, omaisten ohjaus, kirjallinen ohjaus, puhelinohjaus, demonstrointi ja ryhmäohjaus. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006.)

Stenmanin ja Toljamon (2002, 19–20) tutkimuksen mukaan potilaat eivät saa aina rohkaisua eikä heillä ole mahdollisuutta keskustella ohjauksen aikana omista tunteistaan. Usein ohjaus etenee tietyn prosessin mukaisesti ja näin potilailla ei ole välttämättä mahdollisuutta osallistua tavoitteiden määrittelyyn, vaikka ohjauksen tulisi olla aktiivista ja tavoitteellista. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2006.)

Gladin ym. (1999) tekemän tutkimuksen perusteella rintasyöpäpotilaat kokivat saamansa psyykkisen tuen puutteellisena, johon yhtenä syynä on hoitohenkilökunnan kiireisyys (Glad ym.1999).

Timosen ja Sihvosen (1998) mukaan rintasyöpäpotilaat kotiutetaan liian aikaisin. Potilaat olivat keskimäärin 3,9 vrk osastolla (vaihteluväli 2-8 vrk). He perustelivat kokemuksiaan sillä, ettei potilaita tulisi kotiuttaa haavadreenin kanssa, koska olo kotona tuntui epävarmalta, kotimatka oli pitkä tai ohjaukseen oli liian vähän aikaa lääkärin kanssa. Hoitoaikaa liian lyhyenä pitäneistä puolet oli akateemisesti koulutettuja, kun kaikkiaan heitä tutkimukseen osallistui 21 %. (Timonen ja Sihvonen 1998, 302.)

Ongelmana rintasyöpäpotilaat kokevat joskus myös sairaanhoitajien kiireen ja ajan puutteen. Ohjaustilanteessa ympäristöön tulisi myös kiinnittää huomiota. Informaation tulvaa pitäisi miettiä, ettei tule asioiden päällekkäisyyksiä. Joskus tarkkaankin suunniteltu ohjaus ja tieto voi jäädä puutteelliseksi kun rintasyöpäpotilas ei kykene vastaanottamaan kaikkea tietoa kerrallaan. (Sliden & Tuunainen 1999, 15.)

Kirurgisilla potilailla on paljon hoitoon liittyviä odotuksia, mutta niiden ilmaiseminen on osalle potilaista vaikeaa. Päivittäisistä sairaanhoidollisista toimenpiteistä potilaiden on tärkeää saada tietoa. Kansakoulun käyneet potilaat odottivat enemmän omahoitoa koskevaa tietoa, kuin ylioppilas- tai ammattitutkinnon käyneet. Preoperatiiviseen ohjaukseen potilaat toivovat enemmän aikaa ja kirjallista materiaalia. (Välimäki ym. 2001, 156–159.)

Rintasyöpään sairastuminen aiheutti vaihtelevia negatiivisia tunteita kuten kuolemanpelkoa, ahdistusta, epätoivoa, vihaa itseään kohtaan, epäluuloa ja tietoisuutta sekä masentuneisuutta (Kontro ym. 2001, 28).

4.2.5 Voimavarakeskeinen ohjaus

Voimavarakeskeisyys perustuu potilaan elintoimintojen ja –tapojen kartoittamiseen sekä hänen psyykkisten ja sosioemotionaalisten voimavarojensa tunnistamiseen (Luoto, Viisainen ja Kulmala 2003).

Voimavarakeskeisessä hoitotyössä tunteiden huomioiminen on yksi merkittävä osa-alue (Kaurala & Pasanen 2003). Leinosen ja Turpeisen (2006) opin- näytetyössä korostui potilaan läheisten tukiverkko, osaston hyvä ilmapiiri, ta- savertaisuus, osallistuminen päätöksentekoon, kuuntelu ja keskustelun mah- dollistuminen sekä voimavarojen huomioiminen ohjauksessa (Leinonen ja Turpeinen 2006).

Voimavarakeskeisyys (empowerment) potilaan terveyden edistämässä tar- koittaa prosessia, jonka kautta potilailla on aikaisempaa suurempi mahdolli- suus vaikuttaa ja osallistua terveytensä liittyvään päätöksentekoon ja toimin- taan. (Liimatainen, Hautala & Perko 2005, 12.) Hoitaja auttaa tarvittaessa poti- lasta löytämään hänen omia voimavarojaan sekä etsimään keinoja, miten elää sairauden tai vamman ja niiden aiheuttamien rajoitusten kanssa (Luoto ym. 2003).

Voimavarakeskeisyys ja voimaantuminen on tänä päivänä opittu ymmärtä- mään osaksi hyvää ohjausta ja keskeiseksi tavoitteeksi. Tavoitteena voimava- rakeskeisessä hoitotyössä on potilaan sisäisen voimaantumisen tunteen saa- vuttaminen. Se syntyy, kun potilaalla on mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa itseään koskevien asioiden päätöksen tekemiseen ja niiden käsittelyyn. (Lii- matainen ym. 2005, 12.)

Voimavarakeskeisessä ohjauksessa pyritään potilaan tietoisuuden lisääntymi- seen, tuen ja harjoittelun tarjoamiseen niin, että potilaalla on välineet tehdä itsenäisiä päätöksiä omasta hoidostaan. Kriteerinä tällaiselle terveysneuvon- nalle on potilaan täysivaltainen osallistuminen ohjaukseen. (Kettunen 2001, 89).

Onnistuneen voimavarakeskeisen ohjauksen ytimenä on hoitajan ja potilaan hyvä yhteistyösuhde. Tämä edellyttää, että hoitaja luopuu vallasta niin, että potilas – hoitaja suhde on tasavertainen. Ohjausta tasapainottavat potilaan tyyppilliset vallankäytön muodot, kuten kysymykset, keskeytykset, kokemukset ja/tai asiantuntemusta osoittava puheen määrä. (Kettunen 2001, 89).

Kettusen (2001) väitöstutkimus osoittaa, että potilaat pyrkivät säilyttämään oman määräysvaltansa keskustelun rakentajana. Tällöin voidaan puhua jaetusta vallasta. Tutkimuksen mukaan potilaan valta ei kyseenalaista hoitajan asiantuntijavaltaa. ”Mikäli potilas havaitsee, että hänellä on valtaa hallita/kontrolloida neuvontakeskustelua ja siinä tapahtuvaa omaa terveyttään koskevaa päätöksentekoa, voi hän itse vahvistua.” (Kettunen 2001, 89).

Potilaan voimavarojen löytäminen puheen tasolla edellyttää hoitajalta tietoisuutta siitä, että jo kysymyksenasettelu, muotoilu ja tekotapa sekä ääneen lausutut kommentit ja tulkinnat vaikuttavat siihen, miten potilas jatkossa toimii (Kettunen 2001, 90).

Voimavarakeskeinen yhteistyö ei ole välttämättä kitkatonta, sopuisaa ja harmoniaan pyrkivää vuorovaikutusta vaan mukana on ohjauksen elementti. Se voi johtaa uuden syntymiseen, kuten tiedon, taidon, ymmärryksen tai jopa käyttäytymisen oppimiseen. (Kettunen 2001, 90.)

Kettunen (2001) on todennut, että hoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa on tyypillistä, että hoitaja aloittaa lähes poikkeuksetta vuorovaikutuksen (Kettunen 2001, 87). Kettusen, Poskiparran ja Karhilan (2002) tutkimustulosten perusteella hoitajilla on taitoa toimia vahvistavana tekijänä potilaiden voimavarojen saavuttamisessa. Se tapahtuu siten, että hoitajat kiinnittävät huomiota puhekäytäntöön, kun potilas osallistuu voimavarakeskeiseen ohjaukseen. Hoitajat voivat näin edistää potilaan henkilökohtaisten ratkaisujen löytymistä. (Kettunen, Poskiparta & Karhila 2002, 220.)

Kettusen ym. (2002) tutkimuksen mukaan tärkeää voimavarakeskeisessä ohjauksessa on hoitajan ennakkoluulottomuus, esimerkiksi vaihtoehtoisten hoitojen suhteen. Hoitajan tulee esitellä ne tasavertaisina mahdollisuuksina, koska näin potilas tuntee itse voivansa paremmin vaikuttaa päätöksentekoon. Parhaiten tämä onnistuu, kun potilaalla on riittävästi tietoa tai kokemusta päätöksensä tueksi. Hoitajan tulee varmistaa asia potilaalta, ennen vaihtoehtojen tarjoamisesta. (Kettunen ym. 2002, 220.)

Van Rynin ja Heaneyn (1997) mukaan voimavarakeskeisyys on vuorovaikutusstrategioiden saavuttamista, kuten ”osoita ehdotonta hyväksyntää ja asiakkaan positiivista kunnioitusta” sekä ”helpota asiakkaan osallistumista”. (Kettunen ym. 2002, 215.)

4.3 Ohjauskäytännöt Keski-Suomen keskussairaalassa

Potilaan ohjaukseen kuuluu hoidon alkuvaiheessa kartoitus hänen voinnistaan. Se tehdään jokaiselle potilaalle yksilöllisesti, ottaen huomioon potilaan voimavarat. Potilaalta tarkastetaan aikaisemmat lääkitykset, sairaudet, allergiat ja ruokavalio sekä selvitetään fyysinen ja psyykinen kunto. (Helminen & Tuomainen 1999.)

Potilaalle annetaan tulohaastattelutilanteessa kolme kirjallista opasta, joista puhutaan ”peruspakettina”. Ne annetaan kaikille rintasyöpäpotilaille heidän tullessaan osastolle ja sisältö käydään yhdessä läpi. Näitä ovat potilasohje rintasyövästä, rintasyöpäpotilaan opas ja selviytyjän matkaopas. Potilaan toiveet huomioidaan hoidossa ja mahdollisuuksien mukaan omaiset otetaan tulohaastattelutilanteeseen. (Helminen & Tuomainen 1999.)

Potilaille selvitetään, minkä niminen lääkäri hänet leikkaa ja mihin aikaan sekä kerrotaan anestesiasta, postoperatiivisesta seurannasta, haavakivulääkityksestä ja tyynyn käytöstä leikkauksen jälkeen. Hoitaja huolehtii leikkausaamuna esilääkityksen potilaalle ja kertoo ymmärrettävästi esilääkkeen merkityksestä ja vaikutuksista. (Helminen & Tuomainen 1999.)

Hoitajan antama henkinen tuki ja ohjaus on syöpäpotilaille tärkeää. Tällöin hänen henkinen hyvinvointinsa on tasapainossa. Potilaalle annetaan tukihenkilö-esite ja kerrotaan tämän toiminnasta, kuten vertaistuesta. (Helminen & Tuomainen 1999). Lehto-Järnstedtin, Kellokumpu-Lehtisen ja Ojasen (2002) tutkimuksen mukaan stressiä aiheuttavia tekijöitä ovat sairaus ja sen hoito. Potilaassa sairauden aikana stressiä laukaisevat elämäntapahtumat ja elämän krooniset rasitteet, kuten aviolliset vaikeudet, taloudelliset ongelmat ja päihderiippuvuus. (Lehto-Järnstedt, Kellokumpu-Lehtinen & Ojanen 2002, 1457–1465.)

Hoitaja rohkaisee leikkauksen jälkeen potilasta kutsumaan hoitajaa paikalle, mikäli hänelle tulee kysymyksiä tai ongelmia. Potilaalle kerrotaan, että häntä käydään usein katsomassa, jottei hänen tarvitse pelätä, että hän jäisi yksin. Hoitaja kertoo potilaalle nukutuslääkkeiden vaikutuksen häviämisestä ja liikkumisen merkityksestä leikkauksen jälkeen. (Helminen & Tuomainen 1999.)

Ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä hoitaja ohjaa potilasta liikkumisessa ja peseytymisessä. Tämän lisäksi potilasta ohjataan muun muassa haavan hoidossa ja dreerien kanssa liikkumisessa. Potilasta ohjataan sairauden hoidosta, ennusteesta ja merkityksestä arkielämään. (Forsström 2006.)

Rinnan poiston (ablaation) jälkeen potilaalle annetaan ensiproteesi, jota hän sovittaa osastolla ja kotiutuu sen kanssa. (Forsström 2006). Hoitaja kertoo maksuttomasta silikoniproteesista, jonka potilas saa maksusitoumuksella Syöpäyhdistykseltä (Helminen & Tuomainen 1999). Rinnan osapoiston jälkeen tukirintaliivejä suositellaan käytettäväksi yötä päivää kahden viikon ajan, koska se vähentää kipua, tukee rintaa ja estää mustelmien muodostumista. (Forsström 2006.)

Hoitaja kotiuttaa potilaan rauhallisessa ympäristössä ja käy potilaan kanssa lävitse kirjalliset kotihoito-ohjeet. Hoitaja tarkistaa haavan ja antaa ohjeita sen jatkohoidosta sekä ihon hoidosta muun muassa rasvauksesta. Tarvittaessa hoitaja antaa kirjallista ja suullista ohjausta myös omaisille. Potilaalle annetaan osaston tiedot ja ohjataan tarvittaessa ottamaan yhteyttä. Potilaalla on mahdollisuus antaa palautetta saamastaan hoidosta kirjallisesti palautelaatikkoon. (Helminen & Tuomainen 1999.)

Moniammatillinen yhteistyö

Osastolla on mahdollista tavata syöpähoitaja, jonka kanssa käydään läpi elämäntilannetta ja sairauteen liittyviä asioita. Omaiset saavat osallistua syöpähoitajan vastaanotolle potilaan niin halutessa. (Niskanen 2003).

Osaston fysioterapeutti ohjaa hyvästä ryhdistä, liikkumisesta, olkanivelen liikkuvuudesta sekä antaa kotivoimistelu-ohjeita. Hän informoi potilaalle kotikunnan järjestämistä rintasyöpäpotilaiden liikuntapalveluista. (Helminen & Tuomainen 1999.)

Hakasen ja Keräsen (2005) tekemän opinnäytetyön mukaan Keski-Suomen keskussairaalan rintasyöpäpotilaista lähes jokainen sai fysioterapeuttista postoperatiivista ohjausta sekä kirjallisesti että suullisesti (Hakaniemi & Keränen 2005).

Sosiaalityöntekijän kanssa potilas käy läpi hänen tämän hetkisen elämäntilanteensa ja toipilasaikaisen avun tarpeensa. Sosiaalityöntekijä antaa yleistietoa sosiaaliturvasta ja sosiaalipalveluista potilaan tarpeiden mukaisesti. (Helminen ja Tuomainen 1999.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten potilaat kokevat kirurgisen vuodeosastohoidon yhteydessä saamansa ohjauksen. Keski-Suomen keskussairaalan osasto 15 toivoi opinnäytetyönä tyytyväisyyskyselylomaketta, jonka avulla he voisivat selvittää rintasyöpäpotilaidensa tyytyväisyyttä saamaansa ohjaukseen. Opinnäytetyön tavoitteena on testata laadittu tyytyväisyyskysely rintasyöpäpotilailla.

Tutkimuksen tutkimusongelmat:

1. Kokevatko rintasyöpäpotilaat saavansa luottamuksellisen ohjaussuhteen hoitajaan?
2. Ovatko rintasyöpäpotilaat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen?
3. Mistä asioista rintasyöpäpotilaat toivovat enemmän ohjausta?

4. Kokevatko rintasyöpäpotilaat saavansa riittävää ja yksilöllistä ohjausta?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin rintasyöpäpotilaille kyselyn avulla helmi- ja maaliskuussa 2007, viikoilla 7-12. Kahdella ensimmäisellä viikolla rintasyöpäpotilaat hoidettiin osastolla 15. Viikosta yhdeksän alkaen rintasyöpäpotilaat ja osa rintasyöpähoitajista muutti osastolle 4 Keski-Suomen keskussairaalan organisaatiomuutoksen vuoksi. Tyytyväisyyskysely oli kuuden viikon ajan osastolla ja pyrittiin jakamaan kaikille osastolla oleville rintasyöpäpotilaille. Vastausten vähäisyyden vuoksi vastausaikaa jatkettiin osastolla viikoille 9-12. Vastauksien analysointi aloitettiin viikon 12 alussa.

Tutkimukseen valittiin kaikki rintasyöpäpotilaat, joita hoidettiin kirurgisella vuodeosastolla pre- ja postoperatiivisesti viikoilla 7-12. Potilaita pyydettiin täyttämään kyselylomake osastolla ennen heidän kotiutumistaan. Kyselylomakkeen vastaamisen jälkeen he jättivät kyselyn osastolle suljetussa kirjekuoressa.

Tutkimus suoritettiin kvantitatiivisesti, koska tutkittiin määriä ja pyrittiin nopeaan esikyselyyn. Potilaat täyttivät kyselylomakkeen, joka on tehty luokitteluasteikolla ja järjestysasteikolla. Luokitteluasteikolla tarkoitetaan sitä, että tilastoyksiköt jaetaan tietyn ominaisuuden mukaisiin ryhmiin tai luokkiin, kuten ikä, ammatti ja sukupuoli. Järjestysasteikolla tarkoitetaan sitä, että muuttujan arvot laitetaan ominaisuuden mukaiseen järjestykseen, esimerkiksi Likert-asteikko, jota tutkimuksessa käytetään. Likert-asteikko on muodossa täysin eri mieltä – jokseenkin eri mieltä – en osaa sanoa – jokseenkin samaa mieltä – täysin samaa mieltä. (SPSS-oppimisympäristö 2007.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen keskeisiä periaatteita ovat aiemmat teoriat ja tietopohja tutkimukselle. Teorioihin ja tieteellisyyteen pyritään, koska teorioilla on omat perustehtävät määrällisessä tutkimuksessa. Teoria tarjoaa oikotien kommunikoinnille ja järjestää ideoita sekä voi paljastaa piilossa olevia oletuksia että luoda uusia ideoita. Määrällinen tutkimus tuo esille ongelman moni-

muotoisuuden ja luo ennusteita ja selityksiä. Saattaa näennäisesti osoittaa erilaisten ongelmien yhteenkuuluvuuden. Havaintoaineiston tulee soveltua määrälliseen, numeeriseen mittaamiseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 131–133.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa esitetään hypoteeseja eli olettamusta, joka on ehdotus jonkin ilmiön selittämiseksi. Niitä voidaan esittää kahdella tavalla, suuntaa osoittavina (positiivisen ja negatiivisen riippuvuuden tutkimuksen kohteena olevien ilmiöiden välillä) tai tilastollisina (eli nolla-hypoteesina, joka tarkoittaa, ettei tutkittavien ilmiöiden välillä esiinny suhdetta tai ettei kokeellisessa käsittelyssä löydy eroja tutkittavien välillä) hypoteeseina. (Hirsjärvi ym. 2004, 131, 150.)

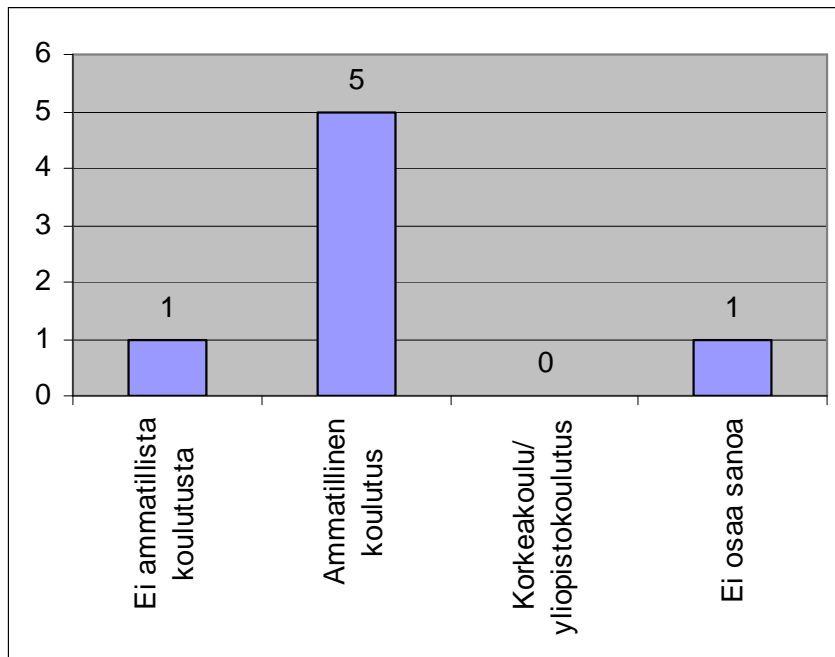
Kohdejoukko

Kohdejoukko muodostuu rintasyöpään sairastuneista naisista, joille on tehty joko rinnan osapoisto (resektio) tai rinnan kokopoisto (ablaatio). Vastausajan jatkamisen vuoksikin vastauksia tuli vähän, mikä hankaloitti tulosten luotettavuutta. Vastauslomakkeita saatiin yhteensä seitsemän kappaletta.

7. TUTKIMUSTULOKSET

Vastaajaryhmä muodostui seitsemästä rintasyöpään sairastuneesta henkilöstä. Vastaajien keski-ikä oli 59,42 vuotta. Nuorin vastaajista oli 36-vuotias ja vanhin 80-vuotias.

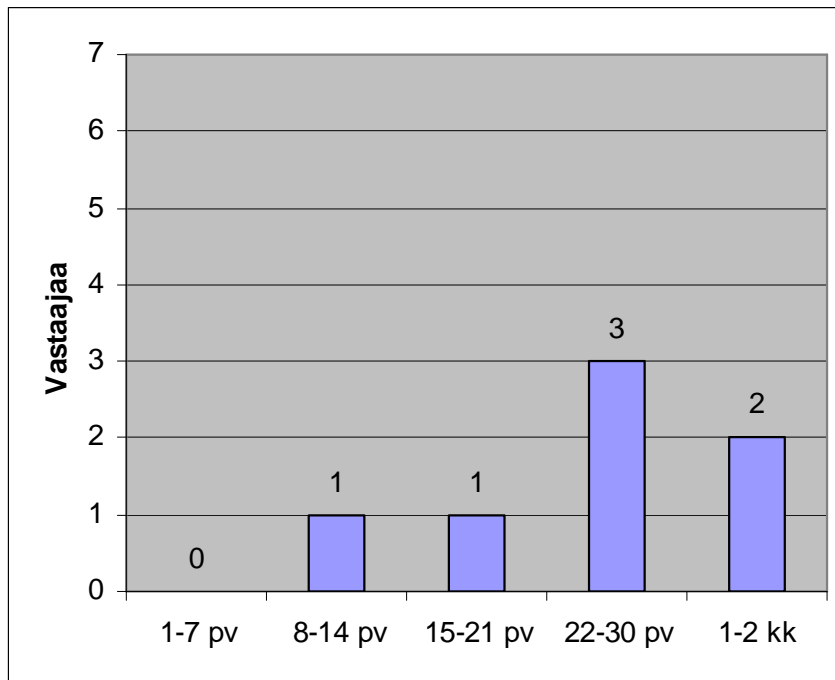
Mitä vanhempi vastaaja oli, sitä tyytyväisempi hän oli hoitoonsa sekä potilasohjaukseen. Vastaajat eivät jaottuneet ikäryhmittäin osastoilla, vaan kummaltakin osastolta tuli niin vanhempia kuin nuorempiakin vastaajia, jolloin ikä ei vaikuttanut osasto siirrossa, vaikka tyytymättömyyttä esiintyi enemmän neulosastolla moniammatillisessa ohjauksessa.



KUVIO 4. Vastaajien koulutustaso

Suurimmalla osalla vastaajista oli jonkin ammatillinen koulutus, yhdellä heistä ei ollut ammatillista koulutusta ja yksi vastaajista ei halunnut vastata. Vastaajista kukaan ei ole saanut korkea-/yliopistokoulutusta. Suurin osa vastaajista ei ollut mukana työelämässä, vain kaksi vastaajista (N=7) työskenteli.

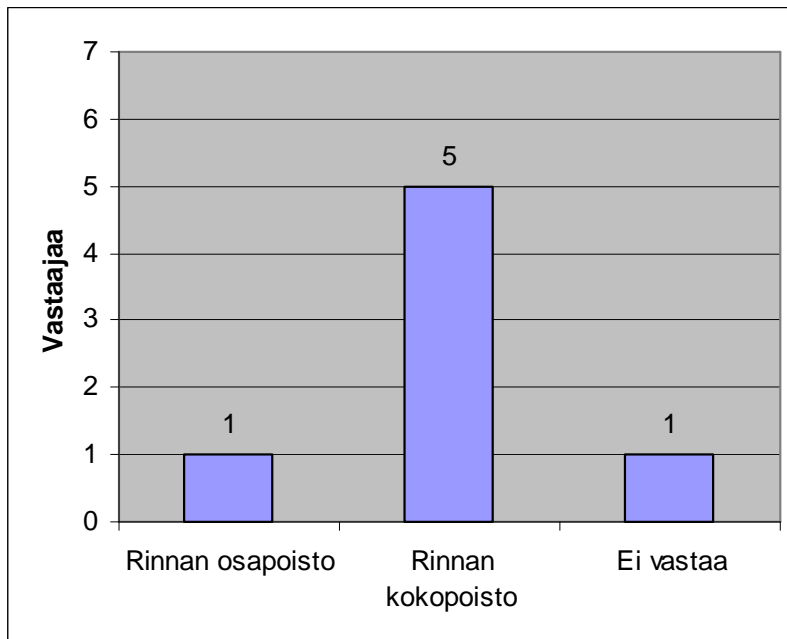
Vastaajista yhdellä (N=7) oli aikaisemmin todettu rintasyöpä, joka oli myös silloin leikattu. Muilla vastaajilla rintasyöpä oli ensimmäistä kertaa. Aikaisemmin sairastunut rintasyöpäpotilas ei saanut moniammatillista ohjausta tällä kertaa, niin kuin vastasairastunut oli saanut.



KUVIO 5. Nykyisen rintasyövän toteamisajankohta.

Yhdellä vastaajista rintasyöpä oli todettu 8-14 päivää ennen vastauksen antamista, samoin myös yksi vastaajista oli sairastunut 15–21 päivää ennen kyselyyn osallistumisesta. Vastaajista kolmella (N=7) rintasyöpä oli todettu 22–30 päivän sitten ja kahdella vastaajalla se oli todettu 1-2 kuukautta sitten ennen kyselyyn vastaamista.

Nykyisen rintasyövän diagnosointi ja sairaalaan leikkaukseen pääsyaika vaihteli vastaajilla. Pääasiallisesti ne potilaat, jotka olivat sairastuneet 22–30 päivää- tai 1-2 kuukautta sitten tai rintasyövän uusiutumisen vuoksi, olivat erittäin tyytyväisiä ohjaukseen.

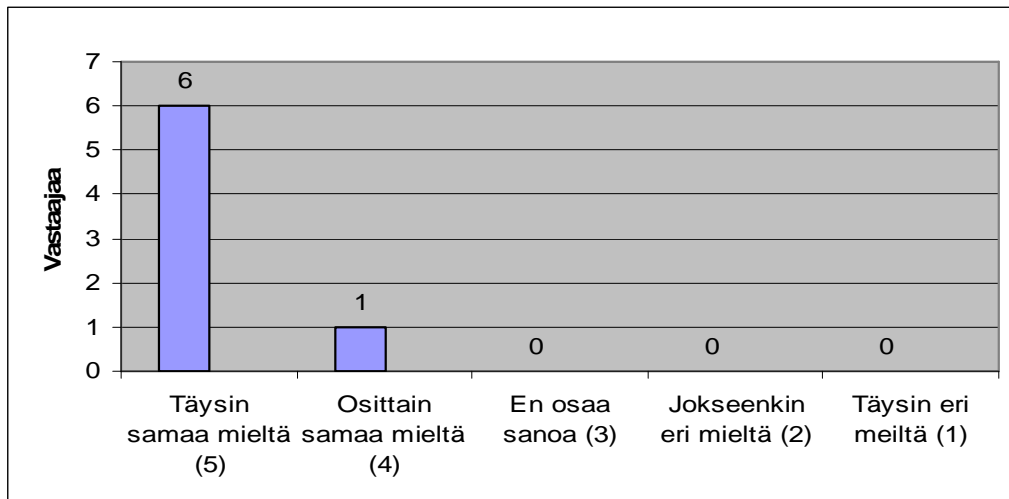


KUVIO 6. Leikkausmuoto.

Suurimmalle osalle vastanneista oli tehty rinnan kokopoisto. Yhdelle vastanneelle oli tehty osapoisto. Yksi vastanneista ei vastannut, hän oli kirjoittanut tyytyväisyyskyselyyn ”leikattu uusiutumisen johdosta”.

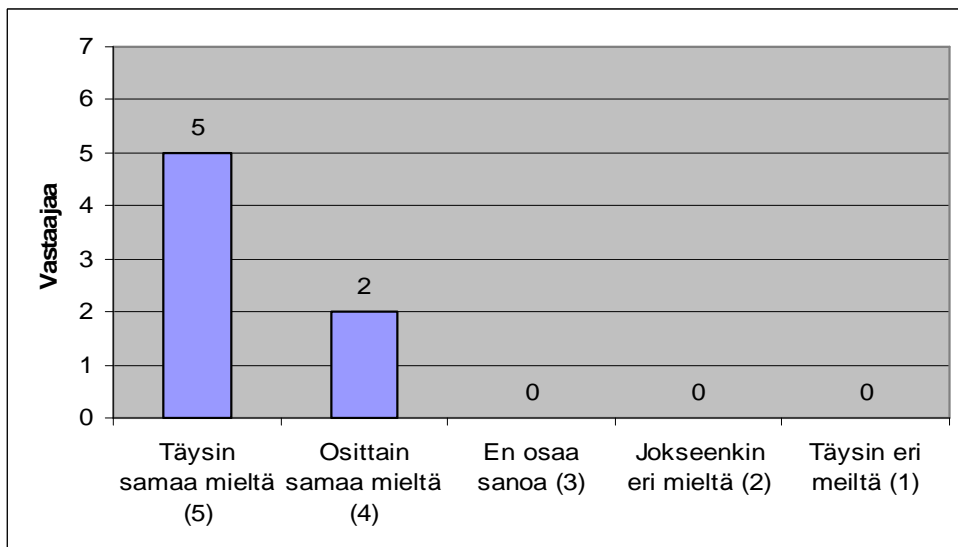
7.1 Hoitajien antama ohjaus

Pääsääntöisesti potilaat olivat tyytyväisiä hoitajien antamaan ohjaukseen. Potilaiden mielestä hoitajat paneutuivat heidän hoitoonsa, joka on yksi tärkeä osa-alue onnistuneelle vuorovaikutukselle. Potilaat pystyivät myös luottamaan hoitajien antamaan tietoon, joka on tärkeä osa ohjauksen ja hoitotyön onnistumista.



KUVIO 7. Hoitajat kuuntelijoina.

Yksi (N=7) vastaajista oli osittain samaa mieltä siitä, että hoitajat olivat hyviä kuuntelijoita. Kuusi vastannutta piti hoitajia hyvinä kuuntelijoina. Pääsääntöisesti hoitajat osasivat kuunnella potilasta, kun hänellä oli jotain kerrottavaa.

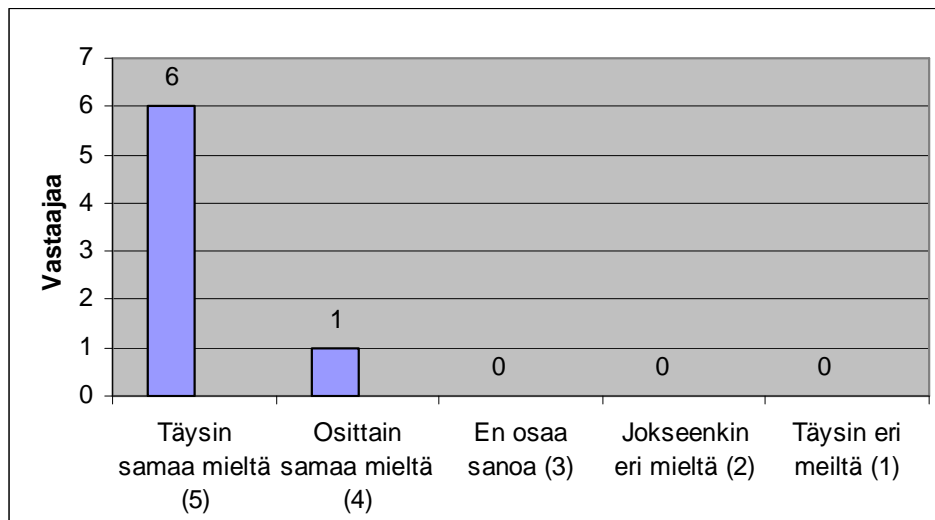


KUVIO 8. Empaattinen ja luottamuksellinen hoitosuhde.

Viisi (N=7) vastanneista koki saavansa empaattisen ja luottamuksellisen suhteen hoitajaan. Empaattinen ja luottamuksellinen hoitosuhde on tärkeää laa-

dukkaan ohjauksen antamiselle. Potilaista kaksi (N=7) oli osittain samaa mieltä. Vastaajista osittain samaa mieltä olivat 36-vuotias ja 60-vuotias

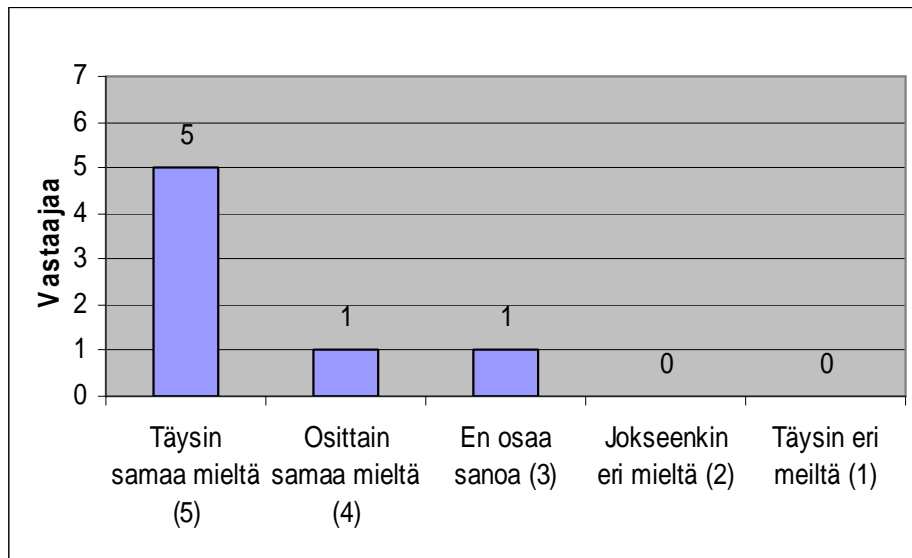
7.2 Kokonaishoidon ohjaus



KUVIO 9. Tyytyväisyys ohjaukseen.

Kuusi vastannutta oli tyytyväisiä kokonaishoidon ohjaukseen. Osittain samaa mieltä oli yksi vastanneista. Pääsääntöisesti potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen. Kaikki vastanneet olivat saaneet yksilöllistä ohjausta hoitohenkilökunnalta.

Kaikki seitsemän vastaajaa olivat täysin samaa mieltä ohjauksen selkeydestä ja ymmärrettävyydestä. Rintaproteesin käytöstä viisi potilasta oli täysin samaa mieltä, että sai ohjausta. Kaksi vastaajaa ei vastannut lainkaan.



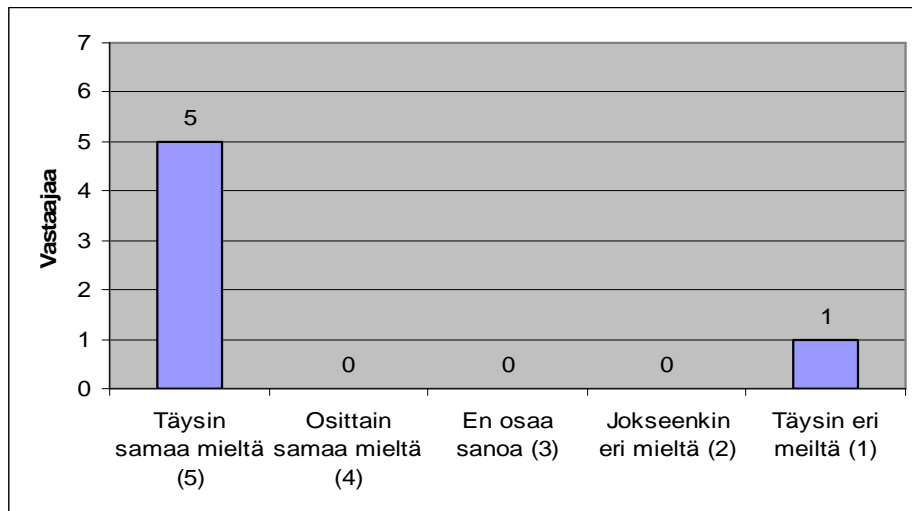
KUVIO 10. Mielipiteiden esittämisen mahdollisuus osasto-aikana.

Vastanneista viisi oli sitä mieltä, että heillä oli mahdollisuus esittää mielipiteitä hoidostaan. Yksi vastanneista oli osittain sitä mieltä. Nuorin kyselyyn vastanneesta ei osannut sanoa, oliko hänellä mahdollisuus esittää mielipiteitä. On vaikeaa arvioida, onko nuorin vastaajista pystynyt esittämään lainkaan mielipiteitä hoidostaan. Tutkimuksemme osoitti, että hoitajat osaavat pääsääntöisesti kuunnella potilaita, mutta muutamat vastanneista eivät pystyneet niin hyvin esittämään mielipiteitä hoidostaan kuin olisivat ehkä toivoneet.

Kuusi vastanneista oli sitä mieltä, että ohjaus haavadreenien tarkoituksesta ja hoidosta oli riittävää. Yksi (N=7) vastanneista ei vastannut mitään. Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että saivat riittävästi ohjausta haavahoidosta. Yleisesti ottaen kaikki vastanneet olivat tyytyväisiä saamaansa suulliseen ja kirjalliseen ohjaukseen.

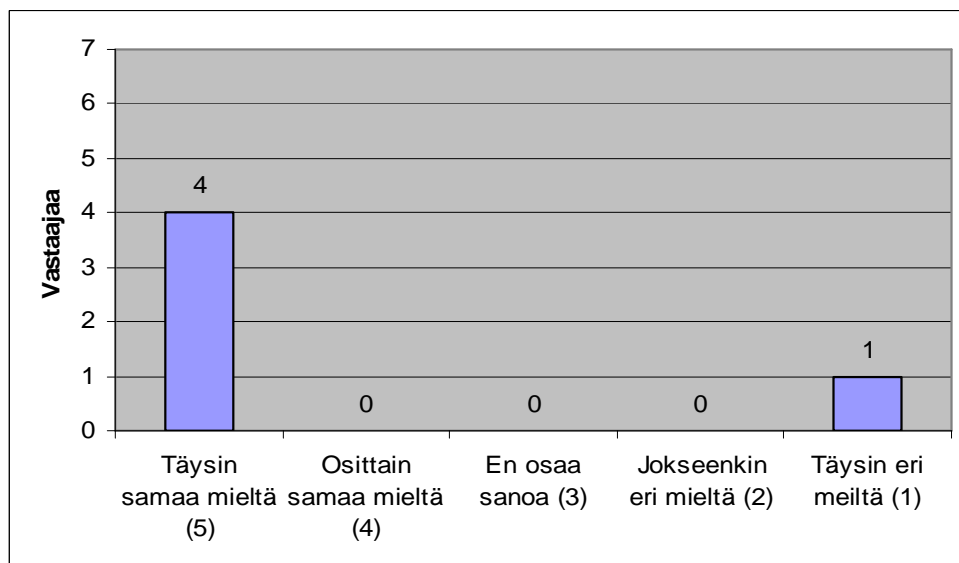
7.3 Moniammatillinen ohjaus

Kuusi vastaajaa sai hyvää ja riittävää ohjausta syöpähoitajalta. Eräs vastanneista oli kirjoittanut ”muuta, mitä?” kohtaan ”Kiitokset syöpäsairaanhoidajalle!” Yksi vastanneista ei vastannut ollenkaan.



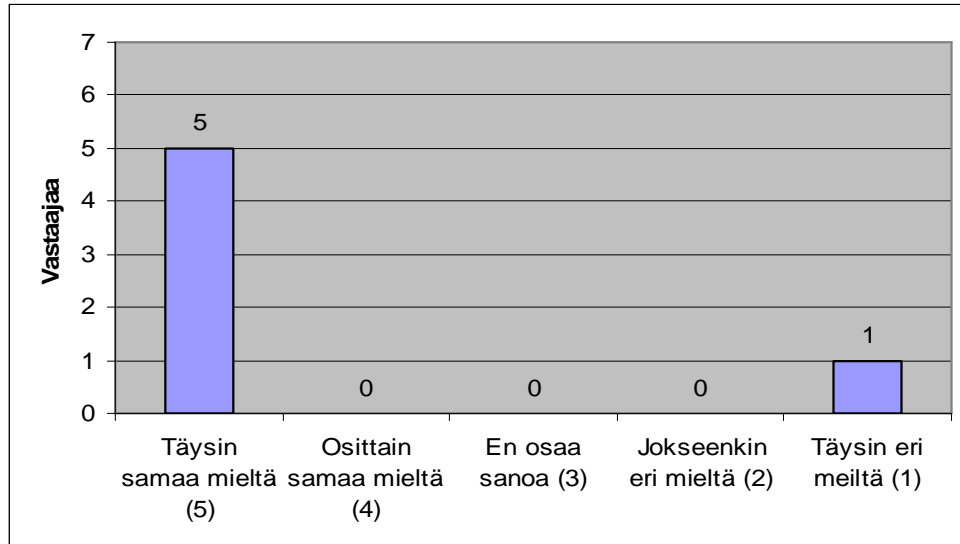
KUVIO 11. Fysioterapeutin ohjaus.

Kysyttäessä fysioterapeutilta saatua ohjausta, viisi vastanneista oli täysin samaa mieltä, että sai ohjausta. Yksi vastanneista ei saanut lainkaan ohjausta fysioterapeutilta. Yksi tutkimukseen osallistuja ei vastannut.



KUVIO 12. Sosiaalihoitajan ohjaus.

Ohjausta sosiaalihoitajalta sai neljä kyselyyn osallistujaa. Yksi vastaaja ei ollut saanut lainkaan ohjausta. Kaksi kyselyyn osallistunutta ei vastannut.



KUVIO 13. Tieto tukihenkilötoiminnasta.

Viisi vastaajaa oli saanut tietoa tukihenkilötoiminnasta, yksi ei ollut saanut tukihenkilötoiminnasta lainkaan tietoa. Vastaajista yksi ei vastannut. Eräs vastaaja oli kirjoittanut ”Muuta, mitä?” kohtaan:

”Olen ollut uskossa parikymmentä vuotta, ja koen, että niin Jumala kuin uskova hoitohenkilökunta ja tukihenkilöt olivat niitä, jotka auttoivat minua kaikkein eniten”.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimustyön tavoitteet

Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää ovatko rintasyöpäpotilaat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen kirurgisella vuodeosastolla. Tutkimus lähti liikkeelle Keski-Suomen keskussairaalan osasto 15 toimesta. He toivovat, että tekisimme osastolle kyselykaavakkeen ja pilotti tutkimuksena selvittäisimme ohjauksen tyytyväisyyttä kirurgisella vuodeosastolla. Osaston henkilökunta käyttäisi jatkossa laatimaamme kyselykaavaketta potilasohjauksensa kehittämisessä.

Rintasyöpä potilaiden määrän arvellaan nousevan ja nykyiset hoitajaksot lyhenevät. Ohjaus korostuu tässä vaiheessa ja sen laatua on syytä tutkia. Riittävä ja laadukas ohjaus on oleellinen osa hoitotyötä. Kun rintasyöpään sairastunut saa potilaslähtöistä ohjausta, tällöin hän on tyytyväinen hoitoonsa, joka edistää ohjauksen positiivista vaikutusta. Hyvä ohjaus lisää potilaille kotona selviytymisen varmuutta ja toipumisaika lyhenee.

8.2 Tutkimuksen eteneminen

Saimme aiheen toukokuussa 2006, jolloin Keski-Suomen keskussairaala osasto 15, toivoi kyselylomaketta, jolla he voisivat tutkia jatkossa potilaiden tyytyväisyyttä henkilökunnan antamaan ohjaukseen.

Kävimme syksyllä osasto 15 osastotunneilla kuuntelemassa heidän toiveitaan, kyselylomakkeen tekemiselle. He halusivat lyhyehkön ja määrällisellä tutkimusmenetelmällä tehdyn kyselylomakkeen sekä toivoivat myös pientä pilotti tutkimusta, jolla ohjauksen tyytyväisyyden arviointi voidaan aloittaa.

Meidän tutkimusprosessimme käynnistyi siten, että aloimme hakea tietoa rintasyövästä sairautena ja hyvän ohjauksen sisällöistä kirjallisuuskatsausta varten. Tavoitteena oli saada mahdollisimman paljon tietoa ja tutkimustuloksia ohjauksesta, tulevaa tutkimustamme varten.

Kyselylomake tehtiin käyttäen Likertin asteikkoa. Kyselylomake muodostui alkukysymyksistä ja väittämistä. Kyselylomakkeet vietiin osastolle viikolla 7 ja ne olivat siellä kuusi viikkoa. Hoitajien oli tarkoitus jakaa ne osastolla hoidettaville rintasyöpäpotilaille hoitajakson aikana. Kyselyn oli tarkoitus olla osastolla kolme viikkoa, mutta vastauksien vähäisyyden vuoksi, vastausaikaa jatkettiin kolmella viikolla. Ensimmäiset kaksi viikkoa rintasyöpäpotilaat vastasivat kyselyyn osastolla 15, jonka jälkeen rintasyöpäpotilaat siirrettiin osastolle 4, jossa tutkimus jatkui.

Ensimmäisen kolmen viikon aikana kyselylomakkeisiin oli vastannut vain kolme potilasta. Seuraavan kolmen viikon aikana vastauksia tuli neljä kappaletta lisää. Vastauksia oli huomattavasti vähäisempi määrä kuin mitä oli odotettu, koska rintasyöpäpotilaita hoidetaan enemmän osastolla viikkoa kohti kuin mitä vastauksia tuli. Olimme tuossa vaiheessa pettyneitä vastauksien määrään, koska tiesimme, ettei työstämme ei tullut niin luotettava, kuin olisimme odottaneet.

Nyt jälkeenpäin kun pohdimme opinnäytetyötämme, meidän olisi pitänyt käydä enemmän osastolla muistuttelemassa hoitajia ja viemässä itse kyselylomakkeita. Ajatus tuntui tutkimusta tehdessä vieraalta, koska ajattelimme, että hoitajat olisivat voineet ärtyä meidän monista käynneistä, koska osasto itse toivoi kyselylomaketta ja tutkimusta.

Ymmärsimme tutkimustulosten saatua, ettei tutkimus ole kovin luotettava, koska vastauksia oli vähän. Se tuntui meistä todella surulliselta, koska olimme panostaneet tutkimukseen paljon aikaa ja olimme innostuneet tutkimuksesta koko ajan enemmän.

8.3 Tutkimustuloksien analysointi ja luotettavuus

Saadut tutkimustulokset analysoitiin vapaamuotoisesti selittämällä ja kuvioiden avulla. Saatujen tulosten perusteella voidaan todeta rintasyöpäpotilaiden olleen pääsääntöisesti tyytyväisiä saatuun ohjaukseen. Tutkimus oli alun perin

tarkoitus toteuttaa pääsääntöisesti osastolla 15, jonka vuoksi emme kyselyssä kysyneet potilailta, millä osastolla heitä hoidettiin.

Tiesimme kuitenkin millä osastolla potilaat olivat olleet vastatessaan kyselyyn, koska noudimme tutkimustulokset kolmen viikon jälkeen itsellemme. Tutkimustuloksista voidaan hienovaraisesti päätellä, että vähäistä tyytymättömyyttä esiintyy enemmän tutkimuksen loppupuolella vastanneiden potilaiden keskuudessa. Pohtiessamme syytä asialle, voitaisiin päätellä, että rintasyöpäpotilaiden ohjaus käytänteet eivät ole vielä välttämättä vakiintuneet uudella osastolla.

Tutkimustuloksia tulisi olla paljon enemmän, jotta voitaisiin todeta tutkimuksen olleen täysin luotettava. Aikaisemmin tehtyjen tutkimusten perusteella voidaan päätellä, että rintasyöpäpotilaat ovat olleet pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Olisimme kuitenkin toivoneet saavamme omassa tutkimuksessamme enemmän vastauksia, jotta olisimme voineet verrata niitä aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin.

Hakasen ja Keräsen (2005) tutkimuksessa saatiin samansuuntaisia tuloksia kuin meidän tutkimustuloksissamme. Siinä kävi myös ilmi, että lähes jokainen rintasyöpäpotilas oli saanut fysioterapeutista ohjausta.

8.4 Kyselylomakkeen toimivuus

Miettiessämme kyselylomakkeen toimivuutta pohdimme, että sitä voisi hieman tiivistää, mutta kuitenkin säilyttäen tärkeät ja oleelliset asiat, jotta kokonaisuus ei olisi hajanainen. Muutamat väittämät olisi voinut olla ”kyllä/ei” muodossa, kuten niissä missä potilaat olivat samaa mieltä ohjauksen tyytyväisyyteen ja missä aikaisemmat tutkimukset osoittivat tyytyväisyyttä ohjaukseen. Näin voidaan laatia luotettavampi kyselylomake.

Muokkasimme kyselylomaketta, jonka luovutamme osaston käyttöön. Poisimme muutaman kysymyksen, jonka koimme olevan siellä turhaan. Lisäsimme myös kyselylomakkeeseen kaksi väittämää, jotka koskivat vuorovaikutusta

ja leikkausvaihtoehtoja. Muutaman väittämän muutimme ”kyllä/ei” muotoon, koska koimme, että se ei olisi antanut väittämämuodossa sitä, mitä odotettiin.

Vastatuissa lomakkeissa oli lähes kaikkiin kysymyksiin vastattu. Tästä voidaan päätellä, että potilaat ovat kuitenkin kokeneet kyselyn helposti ymmärrettäväksi. Yhteensä seitsemän rintasyöpäpotilasta oli vastannut kyselyyn. Neljässä kyselylomakkeessa oli vastattu kaikki kysymyksiin. Kahdessa lomakkeessa oli jätetty vastaamatta yhteen kysymykseen, mutta eri kohtiin. Yhdessä kyselylomakkeessa oli jätetty vastaamatta moniammattilliseen ohjaukseen liittyviin kysymyksiin.

8.5 Opinnäytetyö prosessina

Opinnäytetyö prosessina oli haastava. Opinnäytetyön aloitus oli vaikeaa, emmekä kokeneet koulun tutkimusopinnoista olleen opinnäytetyöhömmä juuri mitään apua. Suurena tukena meille olivat ohjaavat opettajamme, jotka auttoivat meitä kovasti kirjoitusprosessin työstämisessä. Ajankohtaisen teorian tiedon löytäminen oli välillä vaikeaa ja mielestämme olemme kehittyneet tiedonhaussa paljon tämän työn myötä. Opinnäytetyön myötä olemme oppineet etsimään tietoa, referoimaan ja hyödyntämään sitä käytännössä.

Opinnäytetyö on myös opettanut vuorovaikutustaitoja, parityöskentelyä ja kärsivällisyyttä. Opinnäytetyöprosessi on opettanut myös katselemaan kriittisesti eri lähteitä ja poimimaan niistä ne oleelliset asiat. Kehitettävää kuitenkin aina löytyy.

Koemme työstämisen olleen aika rankkaa välillä ja olemme kovin harmisamme, kun tuloksia tuli todella vähän, vaikka olimme tehneet ison työn tutkimusta varten. Epäilemme vähäisen vastausmäärän johtuvan osalta hoitajien motivaation puuttumisena organisaatiomuutoksen aikana, koska tällöin hoitajilta ei löydy niin paljoa ylimääräistä energiaa, kuin löytyisi jos tilanne olisi ollut ennallaan.

8.6 Jatkotutkimusaiheet

Mielestämme hyviä jatkotutkimusaiheita olisi tutkia lisää rintasyöpäpotilaiden tyytyväisyyttä Keski-Suomen keskussairaalassa laatimamme kyselylomakkeen avulla. Lisäksi voisi tutkia, mitä potilaat kaipaavat ohjaukselta ja missä he kokevat olevan puutteita. Hoitajien motivaatiota ohjauksen antamiseen olisi myös mielenkiintoista tutkia.

LÄHTEET

- Duodecim. 2005a. Harvinaisia rintasyöpätyyppejä. Viitattu 26.3.2007.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ars00035
- Duodecim. 2005b. Imusolmukkeita ei aina tarvitse poistaa. Viitattu 16.4.2007.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ars00043
- Forsström, S. 2006. Rintasyöpäpotilaanhoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 18.2.2007.
http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=shk&p_haku=rintaproteesit
- Glad, M., Juutilainen, S. & Jääskeläinen, J. 1999. Asian kanssa pitänyt oppia elämään... Rintasyöpää sairastavien naisten kokemuksia naisena elämisestä ja psyykkisestä tuesta. Opinnäytetyö. Pohjois-Savon ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala. Viitattu 18.2.2007. http://www.savonia-amk.fi/kirjasto/opinnayt/abstrakti/Abstrakti_soteku99_GladMarika_fin.pdf
- Hakanen, M. & Keränen, M. 2005. Rintasyöpäpotilaan fysioterapia - Haaste fysioterapeutille. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala.
- Hankonen, A., Kaarlela, E., Palosaari, T., Pinola, K., Säkkinen, M., Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Toim. Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Publication Series of the Northern Ostrobothnia Hospital District. 4/2006. Viitattu 21.4.2007.
<http://www.ppsHP.fi/attachment.asp?Section=4448&Item=30988>
- Helminen, E. & Tuomainen, S. 1999. Rintasyöpäpotilaan hoitotyön kehittäminen Keski-Suomen keskussairaalassa osastolla 15. Liite 3. Rintasyöpää sairastavan potilaan hoitoketju, hoitotyön toiminnan kuvaukset ja laatukriteerit. Täydennetty 2000. Rintasyöpäkansio. Osasto 15.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.
- Huovinen, S. & Riikonen, R. 2002. Rintasyöpä sairastaneiden naisten elämänlaatu ja sitä edistävät tekijät rinnan korjausleikkauksen jälkeen. Pro gradu. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Toim. Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Publication Series of the Northern Ostrobothnia Hospital District. 4/2006. Viitattu 21.4.2007.
<http://www.ppsHP.fi/attachment.asp?Section=4448&Item=30988>
- Kaurala, M. & Pasanen, E. 2003. Hemodialyysipotilaan voimavaralähtöinen ohjaus. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala.

- Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu – Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.
- Kettunen, T., Poskiparta, M. & Karhila P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede*, 14, 5, 215–220.
- Kontro, K., Rantalainen, A. & Ryhänen, M. 2001. Vertaistuki yhteistyösuhteessa rintasyöpäpotilaan kokemana ”...ollaan niin kuin samassa veneessä...” Opinnäytetyö. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Terveysala.
- Kuntola, H. & Raukola, H. 2003. Naisen kokemuksia minäkuvan muuttumisesta rinnanpoistoleikkauksen jälkeen. Opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Julkaisusarja D: Opinnäytteitä 8.
- Kääriäinen, M & Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. *Hoitotiede* 17, 4, 208.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja*, 10, 8-9.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö*, 3, 1, 10–11.
- Lehto-Järnstedt, U-S., Kellokumpu-Lehtinen, P. & Ojanen, M. 2002. Syöpäpotilaan kokema tuki ja psyykinen stressinhallinta. *Duodecim* 118, 14, 1457–1465.
- Leinonen, H. & Turpeinen, H. 2006. Ikääntyneen potilaan voimavaralähtöinen ohjaus - potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala.
- Liimatainen, L., Hautala, P. & Perko, U. (toim.) 2005. Potilasohjausta kehittämässä innostusta ja innovaatioita. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala.
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja, no 4/2006. Viitattu 5.1.2007.
<http://www.ppsHP.fi/attachment.asp?Section=4448&Item=30986>
- Luoto R., Viisainen K. & Kulmala I. (toim.). 2003. Sukupuoli ja terveys. Vastapaino, Jyväskylä.
- Mattila L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista- potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 24.4.2007.
<http://acta.uta.fi/teos.phtml?5160>
- Metsä-Heikkilä, M. 2001. Estrogen replacement therapy and antiestrogen treatment in postmenopausal breast cancer patients – effects on recurrence ,

gynaecological organs, vascular endothelium and bone. Academic dissertation. University of Helsinki. Department of Obstetrics and Gynecology. Viitattu 21.4.2007. <https://oa.doria.fi/dspace/bitstream/10024/2315/1/estrogen.pdf>

Mikkola, L. 2006. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa tuelle syntyy monia merkityksiä. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Puheviestintä.

Niskanen, A. 2003. Syöpäsairaanhoitajan tiedote. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Keskussairaala. Kirurgian poliklinikka. Rintasyöpäkansio. Osasto 15.

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus, hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitaja lehden verkkojulkaisun artikkeli, 5.10.2006. Viitattu 6.1.2007. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/julkaisut/sairaanhoitajalehti/artikkeli/?ARTIKKELI_NUM=46838

Sliden, M. & Tuunainen, S. 1999. Rintasyöpään sairastuneiden kokemuksia sairastumisestaan ja selviytymisestään. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos, terveystieteiden opettajan koulutus.

SPSS-oppimisympäristö. 2007. Mittaaminen: muuttujien ominaisuudet. Tampereen yliopisto. Viitattu 18.2.2007. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/ominaisuudet.html>

Stenman, P. & Toljamo, M. 2002. Astmapotilaiden ohjaus ja hoitoon sitoutuminen astmaa sairastavien arvioimana. Hoitotiede 14,1, 19-20.

Syöpäjärjestöt. 2007. Rintasyöpä. Viitattu 28.1.2007 ja 25.3.2007. <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/>

Syöpärekisteri. 2006. Keskimääräiset syöpätapauksien määrät vuosina 1958-2004 primaaripaikoittain ja kalenterijaksoittain, NAISSET. Viitattu 28.1.2007. <http://www.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0004i0.html>

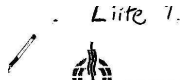
Tilastokeskus. 2006. Kuolemansyyt 2005. Viitattu 15.2.2007. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2005/ksyyt_2005_2006-10-31_tie_001.html

Timonen, L. & Sihvonen, M. 1998. Rintasyöpäpotilaan ohjaus yliopistollisen keskussairaalan kirurgisella vuodeosastolla ja poliklinikalla. Hoitotiede 10, 5, 132-133.

Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Antila, M-L., Myllylä, B-M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, P., Arndt, M. & Kaurila T. 2001. Potilaan autonomia kirurgisessa hoitotyössä. Hoitotiede 13, 3, 156-160

LIITTEET

Liite 1. Yhteistyösopimus



JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Opinnäytetyöryhmä
Lukuvuosi 2006-2007

1/3

OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita. Pyydämme lupaa toteuttaa opinnäytetyötämme yhteisössänne.

Opinnäytetyön aihe/nimi

Rintasyöpöpotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta erikoissairaanhoidossa

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Laatia potilastyytyväisyyskysely rintasyöpöpotilaiden ohjauksen laadusta ja riittävydestä Keski-Suomen keskussairaalassa, joka esitestataan kolmen viikon (12.2-4.3.2007) aikana. Henkilökunta saa esitestatun tyytyväisyyskyselyn, jonka avulla jatkossa voidaan tutkia ohjausta laatua ja riittävyttä rintasyöpöpotilailla. Saatujen vastauksien perusteella tutkitaan, miten tyytyväisiä rintasyöpöpotilaat ovat ohjaukseen.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaikajankohta

Helmi- maaliskuussa rintasyöpöpotilaille annetaan hoitajakson päätyttyä tyytyväisyyskysely, jonka he täyttävät ennen kotiin lähtöä ja palauttavat suljetussa kirjekuoressa osastolle. Maalis-huhtikuussa kokoamme vastaukset yhteen. Huhti- tai toukokuussa esittelemme työn, jossa luovutamme esitestatun tyytyväisyyskyselyn rintasyöpöpotilaiden hoitohenkilökunnalle.

Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat

Tekemään annetun työn loppuun luottamuksellisesti.

Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty

Ohjaava opettaja

Leena Suorpanen-Lehtonen
Hannele Tyrväinen

Opinnäytetyön yhteistyötaho

Hyväksyn opinnäytetyön tekemisen yhteisössämme ja sitoudumme
(esim. ohjaamaan opinnäytetyön tekijää, avustamaan materiaalikuluissa)

Opinnäytetyön tekijät veloitetaan (esim. raportoimaan yhteistyötaholle)

En hyväksy opinnäytetyön tekemistä yhteisössämme, miksi

Tarvitaanko muita lupa-anomuksia ei kyllä, mitä

Paikka ja aika JKL 16.2.07

[Handwritten signature]

Yhteistyötaho

[Handwritten signature]

Ohjaava opettajat

Paikka ja aika JKL 12.2.07

[Handwritten signature]

Opinnäytetyön tekijä

Maarit-Kaisa Puroja, sh@jamk.fi
 Yhteystiedot

[Handwritten signature]

Opinnäytetyön tekijä

Kirsi-Maria Palonen, sh@jamk.fi
 Yhteystiedot

Liite 2. Saatekirje

Hyvä kyselyymme vastaaja,

Opiskelemme Jyväskylän ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi ja teemme opinnäytetyötä rintasyöpäpotilaan ohjauksen kokemuksista ja tyytyväisyydestä. Tutkimustulosten perusteella kehitetään rintasyöpäpotilaiden ohjausta, sen riittävyyttä ja laatua. Työtämme ohjaavat hoitotyön lehtorit Hannele Tyrväinen ja Leena Suonpää-Lehtonen.

Tutkimuksessa Teidän henkilöllisyytenne ei tule missään vaiheessa julkiseksi ja tutkimuksen päätyttyä hävitämme kyselykaavakkeet. Osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista ja voitte missä vaiheessa vain lopettaa kyselyyn vastaamisen ilman, että se vaikuttaisi teidän hoitoon.

Pyydämme Teitä ystävällisesti täyttämään tyytyväisyyskyselyn ja antamaan sen hoitohenkilökunnalle suljetussa kirjekuoressa hoitojakson päätyttyä.

Kiitos etukäteen vastauksistanne!

Mikäli tarvitsette lisätietoja, voitte ottaa meihin yhteyttä. Vastaamme mielellämme. Ystävällisesti

Kirsi-Marja Palonen

kirsi-marja.palonen.sho@jamk.fi

040-753 1071

SH04SS

Hanna-Kaisa Puura

hanna-kaisa.puura.sho@jamk.fi

044-556 7660

SH04SS

Ympäröikää mielestänne eniten kuvaavin vaihtoehto

	täysin eri mieltä	vähän eri mieltä	en osaa sanoa	osittain samaa mieltä	täysin samaa mieltä
1. Olen ollut tyytyväinen saamaani ohjaukseen	1	2	3	4	5
2. Sain yksilöllistä ohjausta	1	2	3	4	5
3. Hoitajat paneutuivat ohjaukseeni	1	2	3	4	5
4. Minulla oli mahdollisuus esittää mielipiteitä hoidostani	1	2	3	4	5
5. Hoitajat olivat hyviä kuuntelijoita	1	2	3	4	5
6. Pystyin luottamaan hoitajien antamaan tietoon	1	2	3	4	5
7. Koin ohjauksen selkeäksi ja helposti ymmärrettäväksi	1	2	3	4	5
8. Koin saavani empaattisen ja luottamuksellisen hoitosuhteen hoitajaan	1	2	3	4	5
9. Sain ohjausta rintaproteesin käytöstä	1	2	3	4	5
10. sain ohjausta haavanhoidosta	1	2	3	4	5

11. Sain ohjausta haava- dreenin tarkoituksesta ja hoidosta	1	2	3	4	5
12. Sain ohjausta syöpähoitajalta	1	2	3	4	5
13. Sain ohjausta fysioterapeutilta	1	2	3	4	5
14. Sain ohjausta sosiaalihoitajalta	1	2	3	4	5
15. Sain tietoa tukihenkilötoiminnasta	1	2	3	4	5
16. Sain suullista ohjausta	1	2	3	4	5
17. Sain kirjallisia ohjeita	1	2	3	4	5

Muuta, mitä?

Kiitos yhteistyöstä!



Palonen K-M & Puura H-K

Liite 4. Muokattu kyselylomake osaston käyttöön

Ikäni _____ vuotta

Ympyröikää mielestänne oikea vaihtoehto

1. Onko teillä aikaisemmin todettu rintasyöpää?

Kyllä Ei

Vastatkaa seuraavaan kysymykseen, jos vastasitte edelliseen kysymykseen kyllä, muuten siirtykää suoraan kysymykseen 4.

2. Onko teiltä leikattu aikaisemmin rintasyövän vuoksi?

Kyllä Ei

3. Milloin teillä todettiin tällä hetkellä oleva rintasyöpä?

1-7 pv 8-14 pv 15-21 pv 22-30 pv 1-2kk sitten

4. Tehtiinkö teille?

1. Rinnan osapoisto
2. Rinnan kokopoisto

5. Sain ohjausta:

A) Rintaproteesin käytöstä Kyllä Ei

B) Haavanhoidosta Kyllä Ei

C) Haavadreenin tarkoituksesta ja hoidosta Kyllä Ei

Ympäriökää mielestänne kuvaavin vaihtoehto

	täysin eri mieltä	vähän eri mieltä	en osaa sanoa	osittain samaa mieltä	täysin samaa mieltä
1. Olen ollut tyytyväinen saamaani ohjaukseen	1	2	3	4	5
2. Sain yksilöllistä ohjausta	1	2	3	4	5
3. Minulla ja hoitajallani oli hyvä vuorovaikutus-suhde	1	2	3	4	5
4. Minulla oli mahdollisuus esittää mielipiteitä hoidostani	1	2	3	4	5
5. Koin ohjauksen selkeäksi ja helposti ymmärrettäväksi	1	2	3	4	5
6. Sain ohjausta syöpähoitajalta ja ymmärsin sen	1	2	3	4	5
7. Sain ohjausta fysioterapeutilta ja ymmärsin sen	1	2	3	4	5
8. Sain ohjausta sosiaalihoitajalta ja ymmärsin sen	1	2	3	4	5
9. Sain tietoa tukihenkilötoiminnasta	1	2	3	4	5
10. Sain tietoa leikkausvaihtoehtoista	1	2	3	4	5

11. Sain suullista ohjausta ja ymmärsin sen	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

12. Sain kirjallisia ohjeita ja ymmärsin sen	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Muuta, mitä?

Kiitos vastaamisesta!