

SURUN ÄÄRELLÄ

Hoitajien kokemuksia surusta ja surevien hoitotyöstä
psykiatrisella avo-osastolla

Hannu Valtoaho

Opinnäytetyö
Marraskuu 2010

Hoitotyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





| | | |
|--|----------------------------------|---|
| Tekijä(t) VALTOAHO, Hannu | Julkaisun laji Opinnäytetyö | Päivämäärä 15.11.2010 |
| | Sivumäärä 30 | Julkaisun kieli Suomi |
| | Luottamuksellisuus () saakka | Verkojulkaisulupa myönnetty (X) |
| Työn nimi SURUN ÄÄRELLÄ – HOITAJIEN KOKEMUKSIA SURUSTA JA SUREVIEN HOITOTYÖSTÄ PSYKIATRISELLA AVO-OSASTOLLA | | |
| Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma | | |
| Työn ohjaaja(t) JAKOBSSON, Maarit | | |
| Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Kangasvuoren sairaala, osasto 39 | | |
| Tiivistelmä <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella hoitotyön tekijöiden kokemuksia surusta ja surevien hoitotyöstä psykiarisella avo-osastolla. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voitaisiin hyödyntää surevien hoitotyön kehittämisessä osastolla.</p> <p>Tutkimus toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineisto kerättiin lähi-, mielenterveys- ja sairaanhoitajien ryhmämuotoisilla teemahaastatteluilla, jotka toteutettiin helmi-maaliskuussa 2010. Teemahaastatteluilla kerättiin tietoa siitä, minkälaisia ovat hoitajien ja työyhteisön valmiudet surevien hoitotyöhön. Lisäksi kartoitettiin keinoja surevien auttamiseen ja surevien hoitotyön kehittämisen tarvetta osastolla. Aineisto analysoitiin käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan surua kohdattiin hoitotyössä usein. Surun voimakkuus vaihteli suuresti yksilöiden välillä. Surevien kohtaamista pidettiin yleisesti haastavana, kuormittavana ja ainutkertaisena tapahtumana, joka vaati ammatillisuutta. Myös hoitotyön tekijät kokivat itse surua. Hoitajilla oli käytössä lukuisia surevien hoitotyön keinoja, jolla surevan toipumista voitiin tukea. Vaikka omat ja työyhteisön valmiudet surevien auttamiseen nähtiin pääosin hyvinä, koettiin lisäkoulutus tarpeelliseksi.</p> <p>Tutkimus vahvisti aikaisempaa tutkimustietoa surevien hoitotyöstä. Lisäksi se tuotti uutta tietoa hoitajien surukokemuksista, surevien kohtaamisesta ja surevien hoitotyöstä psykiarisella avo-osastolla. Surevien hoitotyö psykiarisella avo-osastolla sisälsi erityispiirteitä, joiden pohjalta tulokset eivät ole täysin yleistettävissä. Voidaan kuitenkin todeta, että havainnot hoitajien surukokemuksista ja surevien kohtaamisesta ovat yleistettävissä.</p> | | |
| Avainsanat (asiasanat) Suru, surutyö, surevien hoitotyö, mielenterveyshoitotyö | | |
| Muut tiedot | | |



| | | |
|--|--|--|
| Author(s) VALTOAHO, Hannu | Type of publication Bachelor's Thesis | Date 15.11.2010 |
| | Pages 30 | Language Finnish |
| | Confidential () Until | Permission for web publication (X) |
| Title CLOSE TO SORROW - NURSES' EXPERIENCES OF GRIEF AND BEREAVEMENT CARE AT A PSYCHIATRIC OPEN WARD | | |
| Degree Programme in Nursing | | |
| Tutor(s) JAKOBSSON, Maarit | | |
| Assigned by The psychiatric open ward 39 of Kangasvuori Hospital, Central Finland Health Care District | | |
| Abstract <p>The purpose of this Bachelor's thesis was to examine nurses' experiences of grief and bereavement care at a psychiatric open ward. The aim of the study was to produce useful information about bereavement care that could be applied to practice at the ward.</p> <p>The study had a qualitative research method. The data about nurses' and their work community's experiences and readiness of bereavement care was collected via group theme interviews of the ward's nurses, practical nurses and mental health nurses. It was also examined what the means to help the mourning were whether the ward needed to develop its bereavement care. The interviews were conducted from February to March 2010. The data was analyzed by using content analysis.</p> <p>Based on the results of the analysis, grief was often encountered on the ward. However, the magnitude of grief varied greatly between individual nurses. Confronting the mourning was seen as challenging, emotionally burdensome and a unique event that required professional competence. The nurses also experienced grief personally and used a variety of bereavement care methods to support the recovery of the mourning. Even though the nurses' and their work community's readiness of bereavement care were generally seen as being good, it was suggested that training regarding bereavement care could be useful.</p> <p>The study supported earlier findings concerning bereavement care. In addition, the study produced some new insights into nurses' experiences of grief, confronting the grieving and bereavement care on a psychiatric open ward. The bereavement care on the psychiatric open ward in this study included some distinctive features. Because of those features, all of the results cannot be generalized. The observations about nurses' experiences of grief and confronting the grieving can, however, be generalized.</p> | | |
| Keywords Grief, bereavement, bereavement care, mental health nursing | | |
| Miscellaneous | | |

SISÄLTÖ

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 1 |
| 2 | MIELENTERVEYSHOITOTYÖ | 2 |
| 3 | SURU JA SUREVIEN HOITOTYÖ | 3 |
| 3.1 | Suru ja traumaattinen kriisi | 3 |
| 4 | HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN | 6 |
| 5 | TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET..... | 7 |
| 6 | TUTKIMUKSEN TOTEUTUS..... | 8 |
| 6.1 | Tutkimusmenetelmä | 8 |
| 6.2 | Aineiston hankinta ja analyysi | 10 |
| 7 | TUTKIMUSTULOKSET..... | 13 |
| 7.1 | Surun olemus ja ilmeneminen hoitotyössä..... | 13 |
| 7.2 | Surevan tunnistaminen ja kohtaaminen | 15 |
| 7.3 | Surevien hoitotyön keinot | 17 |
| 7.4 | Hoitajan ja työyhteisön valmiudet surevien hoitotyöhön | 19 |
| 7.5 | Osaston surevien hoitotyön kehittämistarve | 22 |
| 8 | POHDINTA..... | 23 |
| 8.1 | Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys | 23 |
| 8.2 | Tutkimustulosten tarkastelua..... | 25 |
| 8.3 | Jatkotutkimusaiheita..... | 26 |
| | LÄHTEET..... | 27 |
| | LIITTEET..... | 29 |
| | Liite 1. Teemahaastattelulomake..... | 29 |
| | Liite 2. Saatekirje osastolle | 30 |

1 JOHDANTO

Suru kuuluu erottamattomana osana ihmisen elämään. Surun kohtaaminen ja surevan tukeminen kuuluu hoitotyön vaativimpiin alueisiin. Mielenterveystyössä hoitotyön tekijät kohtaavat päivittäin ihmisiä, jotka ovat kokeneet tai tulevat kokemaan merkittävän menetyksen. Kyse voi olla kuolleesta läheisestä ihmisestä, terveydestä, aviopuolisosta, perheestä, työstä tai ihmissuhteesta. Jatkuva menetysten äärellä työskentely altistaa hoitotyön tekijän voimakkaalle emotionaaliselle rasitukselle.

Laakson, Kaunosen ja Paunosen tutkimuksen perusteella (Laakso, Kaunonen & Paunonen 2001, 279–280) surua on suomalaisissa hoitotieteellisissä tutkimuksissa tutkittu perheen, henkilöstön, nuoren, lähiomaisen, aviopuolison ja äidin näkökulmasta. Näistä suurin osa on tehty surevan näkökulmasta. Henkilöstön kokemuksia on Laakson, Kaunosen ja Paunosen mukaan (emt. 279–280) analysoitu neljässä tutkimuksessa:

1. Potilaan kuolema hoitajien kokemana (Koistinen 1996)
2. Parantumatonta syöpää sairastavien potilaiden kärsimyskokemukset ja selviytymistä tukevat toiminnot (Kuuppelomäki 1996)
3. Lapsiperheiden saama tuki lapsen kuoleman jälkeen (Hautamäki 1997)
4. Hoitajien läsnäolon kuvauksia saattohoidosta (Sundström & Toivanen 1998)

Lisäksi on tutkittu psykiatriseen avohoitoon lähiomaisen kuoleman vuoksi hoitoon hakeutuneiden asiakkaiden surun ilmenemistä ja elämäntilannetta (Nieminen, Pänkäläinen & Luoma-Veikkola 1998). Hoitajien kokemaa ammatillista surutyötä on myös tutkittu yksittäisessä tutkimuksessa (Koistinen 1993).

Helena Erjannin väitöskirja (Erjanti 1999, 199) avasi uuden hoitotyön alueen: surevien hoitotyön, joka on osaltaan antanut sysäyksen tämän opinnäytetyön tekemiseen. Tarkoituksena on tutkia hoitotyön tekijöiden - sairaanhoitajien, lähi- ja mielenterveyshoitajien - kokemuksia surusta ja surevien hoitotyöstä Kangasvuoren sairaalan psykiatrisella avo-osastolla 39.

2 MIELENTERVEYSHOITOTYÖ

Psykiatriselle hoitotyölle (engl. psychiatric nursing) on alan kirjallisuudessa olemassa kaksi usein käytettyä synonyymiä, mielenterveystyö (engl. mental health care) ja mielenterveyshoitotyö (engl. mental health nursing). Mielenterveyslaissa mielenterveys määritellään ihmisen psyykkiseksi hyvinvoinniksi, toimintakyvyksi ja kyvyksi persoonalliseen kasvuun (Mielenterveyslaki 1116/90).

Mielenterveyslaissa määritellään myös mielenterveystyö. Se on toimintaa, joka tähtää yksilön psyykkiseen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveyspalvelut puolestaan ovat mielenterveystyöhön kuuluvia sosiaali- ja terveyshuollon palveluja, joita annetaan lääketieteellisin perustein arvioitavan sairauden tai häiriön vuoksi. (Mielenterveyslaki 1116/90.)

Tässä opinnäytetyössä käytän käsitettä mielenterveyshoitotyö samassa merkityksessä kuin Mielenterveyslain kuvaamaa mielenterveystyötä, kuitenkin tietyin rajauksin. Mielenterveystyö voidaan ymmärtää laajemmassa, yhteiskunnallisessa mittakaavassa. Opinnäytetyössäni tarkoitan mielenterveyshoitotyöllä lähinnä sitä hoitotyötä, joka tapahtuu ammattilaisen (sairaanhoitajan, lähi- ja mielenterveyshoitajan) ja potilaan välillä.

3 SURU JA SUREVIEN HOITOTYÖ

Surun käsitettä on viime vuosina tutkittu jonkin verran. Suomen kielen perussanakirjan (1990–1994) mukaan suru on ”jonkin menetyksen tai muun ikävän tapahtuman aiheuttama voimakas ja pitkäkestoinen mielihahan tunne, murhe”. Kansainvälisessä kirjallisuudessa käytetään surutyön synonyymina ensisijaisesti termiä bereavement, kun taas surun terminä on grief. Kotimaisessa kirjallisuudessa käytetään sekä surun että surutyön käsitettä. Surun synonyymeiksi mainitaan apeus, alakuloisuus, haikeus, masennus, surullisuus ja surullinen mieli.

Kotimainen surevien hoitotyön (bereavement care) käsite on peräisin Helena Erjantin väitöstutkimuksesta, joka keskittyi surevan aviopuolison omaan surukokemukseen (Erjanti 1999). Tutkimuksessa suru nähtiin omana itsenäisenä kokonaisuutena, joka avasi uuden hoitotyön alueen: surevien hoitotyön. Tutkimuksen tuloksena syntyi uusi suruteoria, jonka mukaan surun ydinprosessi on luopuminen (Erjanti 1999, 178).

Uutta suruteoriaa käytettiin myöhemmin perustana surevien hoitotyön oppikirjalle ”Suru ja surevat. Surevien hoitotyön perusteet” (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004). Surevan auttamisen todetaan olevan tunnetyötä, inhimillistä auttamista, johon vaikuttavat niin auttajan kuin surevan persoona (emt. 129).

3.1 Suru ja traumaattinen kriisi

Poijulan mukaan (Poijula 2002, 74) surun taustalla voi olla traumatisoiva tapahtuma, joka on mikä tahansa yksilön kokema uhkaava tilanne, joka aiheuttaa epätavallisen voimakkaita, normaalia elämää häiritseviä reaktioita. Tilanteen uhkaavuus voi syntyä itsen tai läheisen kuolemasta tai kuolemanvaarasta, mutta myös ruumiillisesta vahingoittumisesta tai sen vaarasta. Tilanne voi sattua yhdelle tai useammalle ihmiselle (perheelle, ryhmälle tai yhteisölle), ja se voi aiheuttaa traumaattisen kriisin (emt. 70.)

Kriisiin johtavan traumaattisen tapahtuman tunnusmerkkeinä on Saaren (Saari 2003, 22–24) mukaan pidetty tapahtuman tai tilanteen ennustamattomuutta, kontrolloimattomuutta ja vaikutusmahdollisuuksien vähäisyyttä. Arkielämän traumaattisia tapahtumia ovat muun muassa väkivaltaiset tai tapaturmaiset kuolemat, itsemurhat, itsemurhayritykset, liikenneonnettomuuskuolemat ja loukkaantumiset, tapot ja murhat, tapon yritykset, pahoinpitelyt ja äkilliset luonnolliset kuolemat (emt. 24–25).

Traumaattinen kriisi on Cullbergin (1982) mukaan tila, jossa sisäisten ja ulkoisten ärsykkeiden määrä ylittää potilaan kyvyn hallita niitä. Traumaattinen kriisi sisältää neljä vaihetta:

- 1) sokki, jossa tapahtumaa ei ymmärretä
- 2) välttämisen vaihe, jossa vältetään tapahtumasta muistoja herättäviä tilanteita
- 3) heilahtelujen vaihe, jossa traumasta nousevien muistojen tunkeutuminen mielikuviin ja välttämiskäyttäytyminen vuorottelevat hallitsemattomasti
- 4) uudelleen suuntautumisen vaihe, jossa posttraumaattiset stressioireet ja mielikuvat traumasta kestetään ja hallitaan. (Cullberg 1982.)

Surutyön ja traumatyön psyykkiset prosessit ovat Poijulan mielestä (Poijula 2002, 74) melko samanlaiset. Traumatyöhön liittyy aina menetys, ja jos se liittyy koettuun traumaattiseen tapahtumaan, voivat traumaperäiset stressioireet estää ja häiritä surutyötä. Periaatteena on, että traumatyö on tehtävä ensin, jotta surutyölle jää tilaa. (Poijula 2002, 74.) Surutyön ja traumatyön psyykkisissä prosesseista löytyy kuitenkin joitakin olennaisia eroja, jotka on lueteltu taulukossa 1. On huomattava, että surun ja traumaattisen kriisin tarkka erottaminen toisistaan on vaikeaa.

TAULUKKO 1. Surun ja traumaattisen kriisin olennaiset erot (Dyregrov 1994)

| Suru | Traumaattinen kriisi |
|---------------------------------------|---|
| Muistikuvat menetetyistä henkilöistä. | Jatkuvasti mieleen tulevat muistikuvat traumaattisesta tilanteesta. |
| Etsitään lohduttavia muistoja. | Vältetään traumasta muistuttavia tilanteita ja asioita. |

| | |
|--|---|
| Halutaan puhua menetetyistä henkilöistä. | Vaikea puhua tapahtumasta. |
| Suru, kaipaus, masennus. | Ahdistus, pelko, masennus. |
| Lohduttavia unia menetetyistä henkilöistä. | Painajaiset, kauhun hetket koetaan uudelleen. |

4 HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN

Käsitteelle ”hoitotyön kehittäminen” ei Renlundin mukaan (Renlund 2006, 10) ole yhtenäistä määritelmää. Käsitteenä se on erittäin laaja-alaisesti käytetty ja monimerkityksellinen, ja tutkimuksen perusteella se voidaan ymmärtää ainakin kolmella tavalla. Näistä rajatuimmassa näkökulmassa hoitotyön kehittämisellä tarkoitetaan toimia, joilla pyritään edistämään hoitotyön ytimen eli ihmisen, asiakkaan, potilaan hyvää, hyvinvointia, terveyttä erilaisin hoitotyön auttamiskeinoin.

Laajemmassa näkökulmassa hoitotyön kehittämisellä voidaan tarkoittaa hoitotyön yleisempää kehittämistä lähiympäristössä, joka voi tarkoittaa omaa organisaatiota, kuntaa, kuntayhtymää, sairaanhoitopiiriä yms. Laajimmin nähtynä hoitotyön kehittäminen voi Renlundin mukaan (Renlund 2006, 1) olla kaikkien kolmen hoitotyön keskeisen dimension - ihmisen, terveyden ja ympäristön - toiminnan edistämistä ja parantamista, muuttamista paremmaksi.

Tässä opinnäytetyössä hoitotyön kehittämisellä tarkoitetaan sekä surevien hoitotyön että psykiatrisella avo-osastolla tapahtuvan hoitotyön kehittämistä. Kehittämisellä tähdätään hoitotyön laadun ja vaikuttavuuden lisäämiseen eli potilaiden parempaan toipumiseen ja hyvinvointiin.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKY- SYMUKSET

Lähi-, mielenterveys- ja sairaanhoitajat ovat harvoin olleet suomalaisen hoitotieteellisen surututkimuksen ensisijaisena kohteena. Hoitajien näkökulmasta on tutkittu lähinnä hoitajien kokemuksia potilaan kuolemasta ja läsnäolosta saattohoidossa. (Laakso, Kaunonen & Paunonen-Ilmonen 2001, 280—281.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella surua ja surevien hoitotyötä hoitohenkilökunnan kokemana ilmiönä psykiatrisella avo-osastolla. Tavoitteena on tuottaa sellaista tietoa, jota voidaan käyttää surevien hoitotyön kehittämiseen. Tutkimuksesta saatava hoitohenkilökunnan kokemuksellinen tieto auttaa heitä vastaamaan paremmin surevien tarpeisiin.

Tutkimuksen lähtökohtana on työelämälähtöisyys. Olen toiminut Kangasvuoren sairaalan osastolla 39 sairaanhoitajan sijaisena marraskuusta 2009 lähtien. Osasto 39 on psykiatrinen avo-osasto, jossa hoidetaan keskisuomalaisia, psykiatrista hoitoa vaativia aikuisia. Pääsääntöisesti hoitajakset ovat lyhyitä kriisihoitoja, jonka jälkeen potilaat ohjataan avohoitoon.

Työelämässä syntyi ajatus opinnäytetyöstä, jota voitaisiin käyttää osastolla surevien hoitotyön kehittämiseen. Osana opinnäytetyötä lupauduin esittämään tutkimukseni tulokset ja järjestämään osaston henkilökunnalle koulutusluonteisen osastotunnin surevien hoitotyöstä.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Mitä on suru ja miten se näkyy hoitotyössä?
- 2) Minkälaisia valmiuksia itselläsi on surevien kohtaamiseen?
- 3) Minkälaisia hoitotyön auttamismenetelmiä työyksikössäsi käytetään suruun liittyen?
- 4) Onko työyksikössä tarvetta surevien hoitotyön kehittämiseksi?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyöni tutkimusote on kvalitatiivinen eli laadullinen. Nykyään laadullista tutkimusta voidaan pitää moninaisena joukkona tutkimuksia, joilla kuitenkin on yhteisiä piirteitä. Tärkeimpiä piirteitä ovat ihmisten suosiminen tiedon keruun instrumenttina, induktiivisen analyysin käyttäminen, laadullisten metodien käyttö aineiston hankinnassa, kohdejoukon tarkoituksenmukainen valinta, tutkimussuunnitelman muotoutuminen tutkimuksen edetessä ja tapauksien käsitteleminen ainutlaatuisina. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 158—160.)

Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Aineistonkeruumenetelmä valitaan tutkittavan ongelman ja tutkimusresurssien mukaan. Havainnointi, keskustelu ja omaelämäkerrat soveltuvat parhaiten käytettäväksi silloin, kun tutkimusasetelma on vapaa. Mikäli tutkimusasetelma on formaali ja strukturoitu, edellytetään silloin kokeellisia menetelmiä ja strukturoituja kyselyjä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 73.)

Haastattelun muotoja ovat lomakehaastattelu, teemahaastattelu ja strukturoimaton haastattelu (Hirsjärvi & Hurme 2000, 44). Strukturoimatonta haastattelua voidaan sanoa myös syvähaastatteluksi. Teemahaastattelussa edetään tiettyjen, etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten avulla. Teemahaastattelussa korostuu ihmisten tulkinnat asioista, heidän asioille antamia merkityksiä sekä sitä, että miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 76—78.) Käytännössä teemahaastattelu voidaan toteuttaa monella tavalla, joista tavallisin on yksilöhaastattelu. Ryhmähaastattelussa puolestaan haastattelijä voi tarpeen mukaan puhua joko useammalle tai yhdelle haastateltavalle kerrallaan (emt. 61).

Valitsin tutkimukseni aineistonkeruumenetelmäksi teemapohjaisen ryhmähaastattelun. Teemahaastattelulla on sekä etuja että haittoja. Tuomen ja Sarajärven mukaan

(Tuomi & Sarajärvi 2002, 75) haastattelun merkittävin etu on joustavuus; haastattelijalla voi tarvittaessa toistaa kysymyksen tai muuttaa kysymysten järjestystä, oikaista väärinkäsityksen, selventää ilmausten sanamuotoja ja käydä keskustelua tiedonantajan kanssa. Mielestäni joustavuus on myös riski, joka tutkijan tulee tiedostaa – haastattelijalla on paljon valtaa suhteessa keskusteluun. Hirsjärven ja Hurmeen mielestä (Hirsjärvi & Hurme 2000, 35) haastattelua kannattaa käyttää esimerkiksi silloin, kun kysymyksessä on vähän kartoitettu, tuntematon alue, halutaan syventää saatavia tietoja tai halutaan tutkia arkoja tai vaikeita aiheita.

Joustavuuden lisäksi teemahaastattelun valintaan vaikutti tutkimuskohteen luonne. Suru on lähtökohtaisesti hyvin subjektiivinen aihe, ja toisaalta hoitajien kokemuksia surusta ei ole aikaisemmin tutkittu. Oli jo ennalta odotettavissa, että tutkimusongelmat tuottaisivat pitkiä, monitahoisia vastauksia, joita olisi hankalaa ja epävarmaa tavoittaa esimerkiksi kyselylomakkeiden avoimilla kysymyksillä. Lisäksi haastattelun käyttöä puolsi aiheen arkaluontoisuus – tosin Hirsjärven ja Hurmeen mukaan (Hirsjärvi & Hurme 2000, 37) joidenkin tutkijoiden mielestä lomake olisi tällöin parempi anonymiteetin ja etäisyyden kannalta.

Ryhmähaastattelun valintaa yksilöhaastattelun sijasta puolsivat tutkimusongelmat. Ne oli asetettu siten, että ne tuottaisivat sekä henkilökohtaista että kollektiivista näkemystä asiasta. Ryhmähaastattelu mahdollistaa haastateltavien välisen keskustelun, mikä on tärkeää kollektiivisen näkökulman muodostamiseksi. Tarkoitus oli myös saada nopeasti tietoa mahdollisimman monelta vastaajalta. Hirsjärvi ja Hurme mainitsivatkin (emt. 63) nopeuden yhdeksi ryhmähaastattelun eduksi, kun taas haittoina he pitivät mm. ryhmädynamiikan vaikutusta keskusteluun ja ryhmäkeskustelujen purkamista ja analyysin tekoa tallenteista.

Teemahaastattelujen kohdejoukoksi valitsin osaston lähi-, mielenterveys- ja sairaanhoitajat. Haastateltavia ei rajattu työkokemuksen tai muun seikan perusteella. Teemahaastattelujen pohjana käytettiin teemahaastattelurunkoa (Liite 1).

6.2 Aineiston hankinta ja analyysi

Tutkimus toteutettiin helmi-maaliskuussa 2010 kolmena eri päivänä järjestetyllä ryhmähaastattelulla. Tutkimuksen saatekirje lähetettiin etukäteen osaston henkilökunnalle sähköpostitse, lisäksi tutkimuksesta tiedotettiin aikaisemmin pidetyssä henkilökuntakokouksessa. Haastatteluajat oli sovittu etukäteen alkavaksi tiettyinä päivinä aina osaston päiväraportin jälkeen, jotta mahdollisimman moni voisi osallistua (aamu- ja iltavuoron vaihdon aikana osastolla on eniten henkilökuntaa). Koska työskentelin osastolla samaan aikaan, osaston rutiinien tunteminen helpotti ja vauhditti tutkimukseen liittyviä käytännön järjestelyjä.

Haastatteluihin osallistui yhteensä 13 henkilöä (4-5 haastattelua kohden) ja ne pidettiin fyysisesti samassa tilassa kuin osaston päiväraportti. Haastattelut olivat tunnin mittaisia, ja niiden alussa totesin olevani hoitotyön opiskelijan ja tutkijan, en osaston työntekijän roolissa. Mainitsin haastattelun kestosta ja äänittämisestä sekä aineiston nimettömästä, luottamuksellisesta käsittelystä ja äänitteiden hävittämisestä tulosten käsittelyn jälkeen. Nämä seikat kerrottiin myös saatekirjeessä. Haastateltaville jaettiin aluksi kopiot teemahaastattelurungosta aiheeseen orientoitumisen helpottamiseksi.

Käytin haastattelujen äänittämiseen nauhureiden sijaan kannettavaa tietokonetta, johon oli liitetty ulkoinen usb-äänikortti, mikrofoni vahvistin ja mikrofoni. Testasin laitteiston toiminnan ennen jokaista haastattelua. Sijoitin mikrofonin haastatteluhuoneen keskellä olevalle pöydälle siten, että keskustelijat sijaitsivat mahdollisimman symmetrisesti ja yhtä kaukana suhteessa mikrofoniin. Teknisesti äänitys onnistui hyvin, mutta yhtä haastattelua litteroidessa paljastui muutama kohta, josta oli mahdollonta saada selvää useamman äänen puhuessa päällekkäin. Koska haastateltavat olivat työtovereita, tunnistin hyvin heidän äänensä, mutta yksittäisestä mikrofonista johtuen ääni ”puuroutui” tunnistamattomaksi. Tämä ongelma olisi ollut ainakin osittain vältettävissä videoimalla keskustelu tai sopimalla etukäteen, että vain yksi keskustelija saa olla äänessä kerrallaan. Litteraatioon sisällytettiin kaikki puhe, mukaan lukien täytesanat ja toistot.

Koska olin haastateltavien työtoveri, oli tärkeää pysytellä haastattelijan roolissa. Tämä tarkoitti sitä, että pyrin olemaan haastatteluissa mahdollisimman puolueeton ja neutraali, enkä esittänyt mielipiteitä tai hämmästellyt mitään. Puhuin luontevalla mutta värittömällä äänensävyllä ja vain silloin kun oli tarpeen. Työtovereiden haastattelussa on etuna se, että edes kokemattomana haastattelijana ei tarvitse jännittää tilannetta. Toisaalta sama asia voi olla myös haitta, sillä työtoverit eivät välttämättä halua kertoa syvästi henkilökohtaisia asioita työtoverille. Haastateltavista ja haastattelujen ilmapiireistä jäi itselleni kuitenkin vaikutelma, ettei estettä ollut, sillä moni toi esille syvästi henkilökohtaisia kokemuksia. Keskustelu sujui pääpiirteissään luontevasti ja välillä jopa hämmästyttävän itseohjautuvasti; haastattelijana minun ei tarvinnut puuttua keskusteluun ohjailemalla muutoin kuin siirtymällä aikataulun puitteissa pääteemasta toiseen. Silloin tällöin pyysin tarkennusta tai esitin selventäviä lisäksymyksiä.

Tutkimuksen analyysitavaksi valitsin aineistolähtöisen sisällönanalyysin. Sisällönanalyysi on Tuomen ja Sarajärven mukaan (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93) perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Se on sekä yksittäinen metodi että väljä teoreettinen viitekehys, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin.

Eskolan mukaan (Eskola 2001, 110) sisällönanalyysi voidaan tehdä kolmella tavalla: aineistolähtöisesti, teoriasidonnaisesti ja teorialähtöisesti. Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus, ja analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Aikaisemmilla havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla ei siis pitäisi olla mitään tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa. (Eskola 2001, 110—111.)

Sisällönanalyysi prosessina voidaan karkeasti jakaa seuraaviin vaiheisiin: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi (Janhonen & Nikkonen 2001, 24).

Analyysiyksiköksi valitsin lausuman, jolla tarkoitetaan ajatuksellista kokonaisuutta. Lausuma voi olla yksittäinen lause, virke tai se voi myös muodostua useammasta

virkkeestä (emt. 24). Lausuman valinta analyysiyksiköksi oli perusteltua, kun oli tiedossa aiheen moniulotteisuus. Ennen aineiston pelkistämistä tutustuin aineistoon lukemalla sen aluksi kerran läpi.

Aineiston pelkistäminen ja luokittelu voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Aineiston pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä, jonka jälkeen ”vastaukset” eli pelkistetyt ilmaisut kirjataan aineiston termein. Pelkistämisen jälkeen on vuorossa aineiston ryhmittely, jolloin etsitään pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Kolmas ja viimeinen vaihe on abstrahointi, jossa yhdistetään samansisältöisiä luokkia. Tällöin saadaan yläluokkia. (Emt. 28—29.)

Aloitin pelkistämisen lukemalla aineiston pohdiskellen läpi, peilaten aineistoa tutkimusongelmiin. Samalla kirjasin aineistoon pelkistetyt ilmaukset sopivin termein. Jatkoin pelkistämistä käymällä aineiston uudelleen lävitse, tällä kertaa koodaten kunkin vastauksen teeman mukaan erivärisellä ylivivaustussilla. Esimerkiksi surun olemukseen ja sen ilmenemiseen hoitotyössä liittyvät lausumat koodasin keltaisella. Koodauksen tarkoitus nostaa aineistosta esiin pelkistetyt ilmaisut ja karsia turha aines.

Pelkistämisen jälkeen oli vuorossa aineiston ryhmittely. Aineistossa toistui samaa tarkoittavia ilmaisuja, jotka yhdistin samaksi luokaksi. Kullekin luokalle annoin sen sisältöä kuvaavan nimen. Viimeinen vaihe oli aineiston abstrahointi, joka osoittautui sisällönanalyysin vaativimmaksi osaksi.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tärkeimmät kysymykset liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky vaikuttavat aineiston analysointiin. Aineiston laatuun vaikuttavat puolestaan aineiston keruu, toisin sanoen se kuinka hyvin tutkija on onnistunut tavoittamaan tutkittavan ilmiön. (Emt. 36.)

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Surun olemus ja ilmeneminen hoitotyössä

Surun ominaispiirteet

Se, mitä potilas surussaan koki, ei välttämättä ilmennyt ulospäin hoitajien tavoitettavaksi. Lisäksi herkkyys tunnistaa toisen surua vaihteli yksilöittäin. Aineistosta ilmeni, että hoitajalle suru näyttäytyi vaihtelevassa muodossa. Surun ominaispiirteitä olivat luopuminen, ajattomuus, mittaamattomuus ja muutos. Kokemukseen potilaan surusta vaikuttivat erityisesti kohtaamistilanne, omat asenteet surua ja surevia kohtaan ja henkilökohtaiset surukokemukset.

Suru on luopumista ja kokemus menetyksestä. Surun koettiin alkavan siitä hetkestä, kun ihminen tiedostaa menettäneensä elämästään jotakin tärkeää ja olennaista. Haastatellut mielsivät surun luonnolliseksi reaktioksi menetykseen.

”Suru on kokemus menetyksestä. Tunnereaktio, joka ei itsessään ole millään lailla indikaatio sairaalahoidolle, vaan ihan normaali kuvio.”

Surun ajattomuus tarkoittaa sitä, ettei suru noudata mitään ennakoitavaa ajallista kaavaa. Sen sijaan se näytti haastatelluiden mielestä noudattavan yksilöllistä, syklistä rytmiä, jossa hyvät ja huonot päivät vuorottelivat. Surun ei nähty etenevän ajallisesti loogisesti, vaan se saattoi pysähdellä ja ottaa askelia niin taakse kuin eteenpäin. Vaikka surun nähtiin usein alkaneen menetyksen tiedostamisesta, sillä ei välttämättä ollut selkeää alkua tai loppua.

”Mä kauheesti surussa vierastan aikarajoja.”

”Se voi tulla ihan yllättävissä tilanteissa eteen. Löytyy sen puolison tavaroita jostain. Ei se sen kummempaa syytä tarvii.”

”Ei kukaan voi kattoa allakasta että tuli neljä kuukautta täyteen, nyt sun surun pitää muuttua.”

Surun mittaamattomuus kertoi siitä, että surua oli vaikea tai mahdoton mitata. Eräs haastatelluista totesi, että tunteita ylipäättään on vaikea mitata. Eräs keino oli pyytää potilasta arvioimaan oman surunsa voimakkuutta. Haastatelluiden kokemus oli, että mitä paremmassa psyykkisessä kunnossa potilas oli, sitä luotettavampi oli hänen oma arvionsa surunsa voimakkuudesta. Jos potilas ei tahtonut keskustella surustaan, oli surun arviointi kuitenkin vaikeaa. Haastatellut kokivat, että psyykkisen voinnin arviointi kuului joka tapauksessa jokapäiväiseen työn ytimeen ja että suru oli vain yksi osa tätä arviointia.

Surun muutos. Suru muuttaa ajan kuluessa muotoaan; tunteet vaihtuvat ja muuttuvat, suru kokonaisuudessaan kulkee ennakoimattomin askelin. Suuri suru ei välttämättä koskaan katoa kokonaan, vaikka sen aiheuttama tuska lievittyykin.

Surun aiheuttajat

Surun aiheuttajiksi mainittiin elämässä kohdattavat menetykset, jotka saattoivat olla sekä äkillisiä että ennakoitavissa olevia. Luonteeltaan menetykset saattoivat olla konkreettisia, kuten läheisen kuolema, tai abstrakteja kuten ”elämätön elämä”. Joskus menetys saattoi myös tarkoittaa tunnetta siitä, että on jäänyt jostain paitsi. Surun tunnistaminen hoidon aikana ei aina osoittautunut helpoksi.

”Jotenkin me puhutaan hirveen paljon tästä, että jos on kuolemantapauksia ja menetyksiä, mutta sitten muutkin surut. Että vaikka nuori on joutunut sairauden takia hoitoon.”

Surun tunnereaktiot

Suru nähtiin kokonaisvaltaisena mielentilana, joka sisälsi lukuisia voimakkaita tunteita. Erityisesti surun alkuvaiheessa tunteet aaltoilivat rajusti, ja niiden kestäminen saattoi osoittautua vaikeaksi. Erityisen hankaliksi tunteiksi mainittiin viha, syyllisyys ja häpeä. Voimakkaan surun keskellä olevan ihmisen koettiin olevan alavireinen ja hauras.

”Mielen sisältö ei ole semmonen normaali, iloinen, jaksava. Vaan sen mielen tasapaino on alakantissa.”

Tunnemyrskyyn kuului myös tunteita, jotka yleensä mielletään positiivisiksi: iloa, helpotusta ja toivoa. Eräs suruun vahvasti kuuluva tunne oli kävä, joka ei välttämättä häviä koskaan.

”Eihän kaikki suru sitten ole semmoista että sitä pitäisi työstää. Niin kuin kuolema. Eihän se varmaan koskaan poistu se kipu ja se tunne lopullisesti. Eikä sitä voikaan käsitellä pois.”

Surun vaarat

Haastateltavat mainitsivat tärkeimmiksi surun vaaroiksi masennuksen ja itsensä vahingoittamisen, jonka vakavin muoto oli itsemurha. Joidenkin haastateltavien mielestä käsittelemätön, kohtaamaton suru saattoi johtaa masennukseen. Surussa nähtiin myös olevan läsnä katkeroitumisen riski, mikäli potilas ei ollut vuosiin päässyt surusaan eteenpäin. Esiin nostettiin myös surun välineellistämisen vaara.

”Surun taakse voi mennä piiloon. Pidetään surua semmosena, että mulla on suru siitä ja mulla on oikeus tehdä sitä ja tätä. Se on väärin, että sitä surua pidetään välineenä.”

7.2 Surevan tunnistaminen ja kohtaaminen

Surevan tunnistaminen

Surevan tunnistamiseen liittyi monia haasteita. Haastateltavat kokivat, että lähtökohteisesti osastolle saapuvilla oli tapahtunut elämässä surua tuottavia asioita, vaikkei suru sinänsä ollutkaan hoidon syy. Tieto potilaan kokemuksista helpotti surun tunnistamista ja ottamista puheeksi.

”Ihmiset tulee psykiatriseen sairaalaan, niin kyllähän tässä elämä on ajautunut siihen pisteeseen että aika lailla siinä on menetyksiä. Kyllähän tää surullista on koko ajan tää meidän homma täällä.”

Surun ei nähty sinänsä olevan psykiatrisen hoidon kriteeri. Haastateltavilla oli eri käsityksiä siitä, voiko suru olla patologista. Erään haastateltavan mielestä oli olemassa riski, että suru herkästi patologisoidaan, jos potilaalla on aikaisempaa psyykkistä sairaushistoriaa. Toisaalta haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että yleensä potilasta arvioidaan kokonaisvaltaisemmin kuin pelkästään surun näkökulmasta. Suru otettiin huomioon, mutta surua enemmän arvioitiin potilaan toimintakykyä.

”Kyllähän tuloarviossa voidaan kyseenalaistaa että siis, sä olet surullinen, mikä siinä on. Eikä siinä välttämättä ole mitään semmoista mikä tarviis tukea.”

”Mutta harvoinhan se on itse se suru, että pikemmin suru on aiheuttanut toimintakyvyn laskua. Ei kykene huolehtimaan arkipäiväisistä asioista.”

Surevan kohtaamisen haasteet

Surevan kohtaamisessa haasteiksi koettiin läsnäolo, surun yksilöllisyyden ja herkkä-tunteisuuden huomiointi ja surun salliminen, josta eräs haastateltava käytti ilmausta ”surun äärelle saattaminen”.

”Miten kohtaat esimerkiksi lapsensa menettäneen vanhemman. Ehkä siitä jää sitten toiselle se minkä toinen tuo mukanaan. Eihän sitä surua voi kokea sellaisena mikä on se vanhemman suru.”

”Aika paljon se surevan kohtaaminen lähtee surevasta. Mistä hän haluaa jutella, muistella jotain ihmistä, puhua kuolemasta.”

7.3 Surevien hoitotyön keinot

Hoidolliset keskustelut

Keskustelua pidettiin tärkeänä hoitokeinona surevan auttamisessa, sillä keskustelussa yhdistyivät kaksi toipumista edistävää asiaa: mielen purkaminen ja turvallisuuden vahvistaminen. Keskustelussa tärkeintä olivat kuuntelu ja kysymysten esittäminen. Kysymyksillä pyrittiin realisoimaan ja normalisoimaan potilaan ajatuksia ja tunteita. Jotkut haastateltavista olivat kokeneet kädestä kiinni pitämisen hyväksi, toiset taas välttivät fyysistä kontaktia.

Useimmat hoitajista kokivat hoidolliset keskustelut surevan kanssa emotionaalisesti kuormittavina. Taustalla saattoi olla oletus, että on vältettävä potilaan turhaa kuormittamista, mikä johti korostuneeseen hienovarovaisuuteen. Joskus keskustelussa oli myös rajattava potilaan puhetta hänen psyykkisen vointinsa suojelemiseksi. Fraasien välttäminen koettiin tärkeäksi, samoin kuin se, että annettiin tilaa hiljaisuudelle.

”Mä aina sanon että ei tarvii sanoa yhtään mitään. Parempi vaan ettei sano mitään fraaseja, koska ne voi kuulostaa sellasilta että tuokin sanoo kun on sanottava jotakin.”

Arjen toiminnan tukeminen

Mikäli surevan potilaan toimintakyky oli laskenut, autettiin häntä huolehtimaan säännöllisistä arkitoiminnoista: aterioinnista, nukkumisesta, peseytymisestä. Elämää oli surusta huolimatta jatkettava eteenpäin. Mikäli surevalla oli erityisen vaikea hetki, käytettiin vierihoitoa. Tällä tarkoitettiin sitä, että hoitaja on fyysisesti läsnä potilaan lähellä (samassa huoneessa tai vieressä istuen, mikäli tarpeen) ja käytettävissä tarvittavan ajan.

Konkreettisen toiminnan - oli se sitten ulkoilua, lukemista tai television katselua – järjestäminen potilaalle koettiin tärkeäksi, erityisesti toipumisen alkuvaiheessa. Tavoitteena oli suunnitelmallisesti lisätä toimintaa potilaan toipumisen myötä kasvavien voimavarojen mukaan.

Perhehoitotyö ja verkostot

Surevan auttamisessa hyödynnettiin perheen ja verkoston osallistumista hoitoon, mikäli sureva niin tahtoi. Tällä oli usein positiivisia vaikutuksia surevan toipumiselle. Läheisten huomiointi ammattilaisten taholta rohkaisi myös surevaa ottamaan paremmin kontaktia läheisiinsä. Yksi tärkeä tavoite läheisten tapaamisessa oli surun vallan murtaminen; sureva ei voinut täysin eristäytyä osastolle ja sulkeutua suruunsa. Jotkut haastatelluista olivat sitä mieltä, että on myös oltava harkitseva otettaessa läheisiä mukaan – joskus sureva tarvitsee surulleen omaa tilaa ja aikaa. Viime kädessä tarvittiin arviointia, hyötyykö sureva perhe- ja verkostotyöstä.

”Sitten se jatku ja jatku, ja muu perhe kävi katsomassa täällä sairaalassa, ja surullisia nekin oli. Että murtaako tää ympäristö surua. Jääkö se tänne vai lähteekö. Pitäis perheenä surra, puhua yhdessä siitä tapahtumasta.”

”Sanotaan, että kaikki asiat pitäis tehdä perheenä. Ja sitten hyvin henkilökohtaiset asiat pitäis aikuisten olla valmiina työstämään perheen kanssa. Vähän semmosta hymähtelyä ja painostusta kyllä tulee, että pitäis perhetapaaminen järjestää.”

Luovat toiminnot

Surevan auttamisessa oli havaittu toipumiselle suotuisaksi luovat toiminnot: muistelu, valokuvien katselu, musiikki, kirjoittaminen, käsityöt. Konkreettiset toiminnot auttoivat surevaa jäsentämään tapahtunutta. Usein ne myös johtivat hahmottomien asioiden, kuten tunteiden, nimeämiseen, joka vahvisti toipumista. Erään haastateltavan mielestä luovat toiminnot auttoivat tunne-elämän toipumiseen erityisesti surevilla, joiden oli vaikea keskustella kahden kesken.

Konkreettisuus saattoi esiintyä esimerkiksi siten, että hoitaja oli käynyt hautausmaalla yhdessä surevan kanssa. Joskus hoitaja auttoi surevaa kirjoittamaan asian paperil-

le. Luovuus miellettiin myös henkilökunnan jäsenen yksilölliseksi ominaisuudeksi, voimavaraksi ja työvälineeksi.

*”Kohtaamisessa joutuu laajaa repertuaaria vetämään, mikä istuu mi-
hinkin. Se on sitä ammatillisuutta, että osaa mennä suhteessa potilaa-
seen.”*

*”Kun on ihan kädetön ja suree vaan, niin jotain konkreettista eikä mi-
tään lässytystä. Tekeminen vie ainakin sitä kärkeä pois surulta.”*

Moniammatillinen yhteistyö

Osastolla hyödynnettiin säännöllisesti moniammatillista yhteistyötä surevien autta-
misessa. Hoitoon osallistuivat lääkärin ja hoitajien lisäksi usein myös sosiaalityönteki-
jä ja psykologi. Tarvittaessa oli tavattavissa sairaalateologi. Moniammatillinen yhteis-
työ sisälsi myös yhteistyötahot sairaalan ulkopuolella, suru- ja vertaistukiryhmät,
hengellisten tarpeiden huomiointia ja jatkohoidon järjestämistä.

*”Potilaat on kiitelly sairaalateologin täällä osastolla vetämää sururyh-
mää. Tiedon antaminen siitä prosessista on ollut hyvin tykättyä.”*

*”Pitää hengelliset tarpeet myös ottaa huomioon. Jos siitä on apua poti-
laalle, ja hän itse sitä kaipaa, niin sitten ohjataan sairaalapastorin pu-
heille. Surutilanne toki voi olla sellainen, että tämä ei ole ajankohtais-
ta.”*

7.4 Hoitajan ja työyhteisön valmiudet surevien hoitotyöhön

Hoitajan surevien hoitotyön valmiuksiin vaikuttivat tunnereaktiot, henkilökohtaiset
ominaisuudet, ammattitaito ja työyhteisön valmiudet. Hoitaja ei toiminut hoitosuh-
teessa yksin, vaan osana sekä lähityöryhmää että laajempaa moniammatillista työ-
ryhmää.

Tunnereaktiot

Yleisiä surevien kohtaamisessa haastatelluilla heränneitä, hoitosuhteessa yleisesti esiintyneitä ja vaikeaksi koettuja tunteita olivat avuttomuus, riittämättömyys, keinottomuus, oma suru ja kohtaamisen pelko. Vastapainoksi tunnettiin myös iloa, helpotusta ja onnistumisen tunnetta surevan toipumisen myötä. Heränneet tunteet saattoivat olla niin voimakkaita, että ne aiheuttivat ruumiillisia reaktioita. Hoitajat pyrkivät yleensä ottaen suojaamaan itseään liian voimakkailta tunteilta, jotta ammatillisuus hoitosuhteessa säilyisi. Itkemiseen potilaan nähden tai potilaan kanssa suhtauduttiin eri tavoin; useimmat pyrkivät välttämään sitä, toiset kokivat sen luonnollisena.

”Jos itsestä tuntuu, ettei voi olla avuksi tai kokee riittämättömyyttä, niin sen kokee joskus suruna.”

”Surua ja ahdistusta. Keinottomuutta. Ja siinä tilanteessa vaan pitää kyetä olemaan läsnä. Ei siinä paljon sanoilla oo merkitystä.”

Henkilökohtaiset ominaisuudet

Surevien auttamiseen vaikuttavia ominaisuuksia olivat elämäkokemus, omat jäsenyneet luopumiskokemukset, työkokemus sekä asenne ja ennakko-oletukset suruun. Hoitajan omilla kokemuksilla saattoi olla sekä positiivinen että negatiivinen vaikutus, riippuen siitä, miten tuore ja jäsenneilty kokemus oli kyseessä. Eräs haastatelluista piti hoitajalle erityisen kuormittavana sitä, että yrittää tehdä kaiken virheettömästi; surevan surun liiallinen kunnioittaminen voi estää surun läpikäymistä.

”Oman elämäkokemuksen ja työkokemuksen kautta tullut. Kohtaamisista sitä kuitenkin oppii.”

”Ehkä se, että ollaan hoitotyön tekijöinä itse kohdattu menetyksiä, tekee kohtaamisen vähän helpommaksi. Jos ei ois koskaan kokenut mitään itse, ei olis kokemusta siitä miten paha olla sillä ihmisellä on.”

Ammattitaito

Surevien hoitamiseen liittyviä ammattitaidollisia ominaisuuksia olivat eettinen pohdinta ja toiminta, teoreettinen osaaminen, tilanteen arviointiherkkyys, emotionaalinen vastaanottokyky, neutraalius hengellisyydessä ja ammatillisuuden säilyttäminen. Ammattitaitoa oli myös osata ottaa huomioon oma tilanne; jos hoitajalla oli elämässään meneillään merkittävä oma suru, oli tällöin tärkeää säilyttää riittävä etäisyys ja pitää huolta itsestään.

”Onko asia vanha, onko sitä käsitelty, kuinka paljon se vaikuttaa nykyvointiin. Se on ammattitaitoa, että osaa arvioida, minkä verran käy sitä läpi, antaa tilaa ja ottaa vastaan.”

”Kriisin vaiheet pitäisi olla siinä mielessä.”

”Yleensäkin hoitosuhteeseen, joka liippaa läheltä omaa elämäntilannetta, pitäisi osata välttää. Siinä voi paukut itseltä loppua hyvin äkkiä.”

Työyhteisön valmiudet

Työyhteisön tarjoaman tuen muotoja olivat yhteinen ja potilastyönohjaus, surua murtava ilmapiiri, keskustelun salliminen, toisen kokemuksen mitätöinnin välttäminen ja työtoverien sekä työpaikan tapahtumien huomiointi. Työyhteisön tukea pidettiin tärkeänä työssä jaksamisen kannalta. Yleisesti koettiin, että tukea on ollut hyvin saatavilla.

”Suru on semmoinen tunne, että ei ole ollut semmoista työryhmää missä ei olisi voinut ottaa asiaa esiin. Sitä on voinut purkaa porukalla, on purettukin ja saatu työnohjausta.”

”Jollakin saattaa olla kauhea möykky vielä. Että sen takia istuminen ja kuunteleminen että jokainen saa puhua. Ei mitätöidä eikä määrätä, että me ollaan jo tää asia puhuttu.”

7.5 Osaston surevien hoitotyön kehittämistarve

Haastatelluista moni toi esiin tarpeen koulutukselle liittyen surevien hoitotyöhön. Yleinen kokemus oli, ettei peruskoulutus – lähi-, mielenterveys- tai sairaanhoitajan – ollut antanut tarpeeksi työkaluja käytännön työelämään. Eräs haastatelluista oli sitä mieltä, etteivät koulutukset välttämättä anna valmiuksia surevien kohtaamiseen, vaan oppi tulee työ- ja elämäkokemuksen kautta. Yleisesti ottaen surevien hoitotyön koulutusta ja kehittämistä pidettiin kuitenkin tärkeänä, sillä jo pelkän tiedon katsottiin muodostavan pohjaa surevan auttamiselle.

”Kohtaamisesta voisi varmaan ammentaa paljon asioita. Ei hirveästi ainakaan koulun aikana käsitelty surua.”

”Surukoulutuksia on, mutta ne on aika erityistapauksiin, somaattisiin tai saattohoitoon liittyviä, mikä ei ole ihan meidän kentässä.”

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Perinteisesti tutkimuksen luotettavuutta (kredibiliteetti) arvioitaessa on käytetty käsitteitä reliabiliteettiä (toistettavuus) ja validiteettiä (pätevyys). Toistettavuudella tarkoitetaan tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia, pätevyydellä puolestaan tutkimusmenetelmän kykyä tutkia täsmälleen sitä, mitä on tarkoituskin tutkia. Koska käsitteet ovat syntyneet kvantitatiivisen tutkimuksen piirissä, on epäselvää kuinka hyvin ne sellaisenaan soveltuvat kvalitatiiviseen tutkimukseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 213-214.)

Epäselvästä terminologiasta huolimatta tulee tutkimuksen luotettavuutta arvioida. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat tutkija ja tutkijan taidot, aineiston laatu, aineiston analyysi ja tutkimustulosten esittäminen. Sisällönanalyysissä vaikuttaa lisäksi aineiston pelkistäminen niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä – tutkijan on myös pystyttävä osoittamaan yhteys tuloksen ja aineiston välillä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 36–37.) Luotettavuutta kohentaa myös tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta, alkaen aineiston tuottamisesta ja aineiston analyysistä tulosten tulkintaan (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 214-215).

Tässä tutkimuksessa tutkija oli kokematon, jonka oli opiskeltava tutkijan taitoja varsinaisen tutkimustyön ohessa. Tutkimustyön perusteiden opiskelu vei runsaasti aikaa ja voimavaroja. Tiuhaan oli palattava tutkimuskirjallisuuden äärelle tarkastamaan, ”kuinka se asia oikein menikään”. Tämä oli aluksi turhauttavaa, mutta ajan myötä tutkimuksen teko sai tutkijan mielessä selkeämmän hahmon. On silti mahdollista, että tutkijan kokemattomuus on aiheuttanut tutkimukseen vinoutumia.

Aineiston laatu oli mielestäni hyvää ja uskottavaa, sillä kaikilla haastateltavilla oli runsaasti kokemusta surevan kohtaamisesta ja auttamisesta. Haastateltavia oli tarpeeksi kattava joukko, jotta aineistoa kertyi riittävästi. Tutkimuskirjallisuus tuntee termin saturaatio, jolla tarkoitetaan aineiston kylläntymistä – toisin sanoen pistettä, jossa

lisäaineiston kerääminen ei enää tuota uutta informaatiota kohteesta. Aineistoa kerätyi haastattelujen pohjalta runsaasti; toistoa oli aineistossa havaittavissa huomattava määrä, samoin karsittavaa ainesta. Tämä yhdistettynä laajaan alkuperäisilmausten joukkoon saa epäilemään, olisiko lisäaineisto tuonut enää uutta informaatiota. Aineiston keruussa tapahtui joitakin virheitä, jotka eivät mielestäni juurikaan vaikuttaneet aineiston laatuun.

Analyysiprosessin olen yrittänyt kuvata riittävän tarkasti, jotta yhteys aineiston ja tulosten välillä voidaan katsoa luotettavaksi. Pyrin analyysissä objektiivisuuteen ja johdonmukaisuuteen, käyttäen usein tutkimuskirjallisuutta tienviittana. Koska valitsin aineistolähtöisen sisällönanalyysin, oli objektiivisuus tärkeässä roolissa. Aluksi tuntui, että laajasta aineistosta on mahdotonta saada irti mitään yleispätevää.

Eräs tapa, jolla pyrin analyysivaiheessa sekä helpottamaan työmäärän aiheuttamaa ahdistusta että lisäämään päätelmiäni objektiivisuutta, oli jättää jo kirjoittamani teksti silloin tällöin ”hautumaan”. Tällöin teksti oli kokonaan koskematta ja lukematta jonkin aikaa, jonka jälkeen kykenin paremmin tarkastelemaan tekstiä ”tuorein silmin”. Huomasin virheitä omassa päättelyssäni, mikä toisaalta lannisti, toisaalta kannusti jatkamaan. Sisällönanalyysi oli prosessina hankala hahmottaa, ei vähiten sen joustavuuden takia. Aina ei ollut mahdollista edetä suoraviivaisesti vaihe vaiheelta. Kokemattoman tutkijan oli myös etukäteen vaikea arvioida menetelmän soveltuvuutta suhteessa aineistoon.

Tutkimustulosten esittämisen luotettavuutta paransi mielestäni se, että lupauduin alusta alkaen esittämään tutkimustulokset tutkimuksen yhteistyökumppanille. Tämä menettelytapa tunnetaan tutkimusmetodologiakirjallisuudessa ns. face-validiteettina: tulos siis esitetään henkilöille, joita dokumentit koskevat tai jotka ovat muuten tuttuja tukittavan ilmiön kanssa (Janhonen & Nikkonen 2001, 37). Todettakoon, että olisi ollut korkea kynnyks esittää epäluotettavia eli hatarasti perusteltuja tuloksia ihmisille, joiden kanssa on henkilökohtaisesti päivittäin työskennellyt.

Laadullisen tutkimuksen tärkeisiin eettisiin periaatteisiin lukeutuvat tiedonantajan vapaaehtoisuus ja henkilöllisyyden suojaaminen sekä luottamuksellisuus. Tärkeää on myös se, ettei tutkija tutkimuksellaan vahingoita tiedonantajaa. Lisäksi on perusteltua pohtia kysymystä, mikä on tutkijan rooli suhteessa tiedonantajiin. (Emt. 39.)

Haastateltavia informoitiin - sekä saatekirjeessä että haastattelujen alussa - osallistumisen vapaaehtoisuudesta, luottamuksellisuudesta ja anonymiteetista. Voidaan perustellusti kysyä, vaikuttiko tutkijan ”kaksoisrooli” (tutkija oli haastateltavien työtoveri) tutkimuksen kulkuun. On mahdollista, joskin mielestäni epätodennäköistä, että haastateltavat olisivat kokeneet painetta osallistumiseen.

8.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Surun olemus. Tutkimustulosten mukaan suru on hoitajien kokemana ilmiönä moniulotteinen ja syvästi yksilöllinen kokemus. Tutkimuksessa esiin nousseissa surun ominaispiirteissä on paljon yhtäläisyyksiä Erjannin (Erjanti 1999, 200) väitöskirjassaan hahmottelemaan suruteoriaan, jonka mukaan surun ydinprosessi on luopuminen. Erjannin ja Paunonen-Ilmosen mukaan (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 75) luopumisen osat ovat luopumisen kärsimys, luopumisen kamppailu, luopumisen areenat ja luopumisen metamorfoosi. Nämä osat todentuivat myös tässä tutkimuksessa, joskin karkeammassa ja vähemmän yksityiskohtaisessa muodossa. Voidaan todeta, että tutkimus vahvistaa Erjannin hahmottelemaa suruteoriaa.

Surevien hoitotyön erityispiirteet mielenterveystyössä. Tutkimuksessa ilmeni, että mielenterveystyö sisältää surun kannalta erityispiirteitä, jotka on huomioitava sovellettaessa Erjannin suruteoriaa ja surevien hoitotyön käytäntöjä mielenterveystyön käytäntöihin. Tärkein erityispiirre on psyykkisen voinnin arvioinnin vaatimus, sillä mielenterveyden järkkyessä kyky surutyöhön on usein olennaisesti heikentynyt. Tällöin on hoidollisesti lähdettävä liikkeelle mielenterveyden haasteista, joissa suru kulkee yhtenä haasteena mukana. Erjannin suruteoria sinänsä on mielestäni pätevä mielenterveyspotilaidenkin surua kohdatessa.

Työyhteisön tuki. Potilaan kuolemaa hoitajan kokemana koskenut tutkimus (Koistinen 1996, 1) nosti esille työyhteisön tuen merkityksen ja työnohjauksen tarpeen. Vaikka tutkimukseni ei kohdistunut pelkästään kokemuksiin kuoleman aiheuttamasta surusta, voidaan tutkimuksissa nähdä samankaltaisuuksia hoitajien emotionaalisten kokemusten suhteen. Työyhteisön tuki ja työnohjaus nousivat esiin myös omassa tut-

kimuksessani, mikä vahvistaa näkemystä, että surevien auttaminen on ammatillisesti erittäin vaativaa työtä.

Surevan kohtaaminen. Tutkimustulosten mukaan kohtaaminen sai hoitajissa aikaan emotionaalista kuormitusta, johon liittyi tunteiden kirjo vaihdellen ahdistuksesta ja surusta helpotukseen ja iloon. Surevan kohtaamisessa tärkeäksi osoittautui läsnäolo, sillä aina ei ollut löydettävissä sanoja. Sundströmin ja Toivasen mukaan (Sunström & Toivanen 1998, 10) onnistunut läsnäoleminen on hoitajan, potilaan ja läheisten yhdessä olemista, jossa jokaisen yksilöllinen elämänsä maailma hyväksytään. Erjanti ja Paunonen-Ilmonen esittävät surevien hoitotyön kirjassaan (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 130–133) aikuisen surun kohtaamiselle ja helpottamiselle ohjeita, joista löytyi samoja teemoja (kohtaaminen, vuorovaikutus, auttaminen ja rohkaisu) kuin omassa tutkimuksessani.

Surevien hoitotyön keinoja psykiatrisella avo-osastolla ei ole tietääkseni aikaisemmin tutkittu. Näiltä osin tutkimus tuotti uutta tietoa käytännön keinoista, joilla surevan toipumista voidaan tukea. Nämä keinot eivät ole sellaisenaan suoraan yleistettävissä toisille erikoisaloille, sillä keinot ovat osin riippuvaisia resursseista ja erikoisalan tuomasta ammattitaidosta, joita on vaikea korvata. Mielestäni tulokset ovat kuitenkin suurelta osin yleistettävissä koskien pelkästään psykiatrisia osastoja.

8.3 Jatkotutkimusaiheita

Suru, masennus ja traumaattinen kriisi jakavat keskenään yhteisiä piirteitä. Käytännössä niiden tarkka erottaminen toisistaan voi olla vaikeaa. Koska psykiatrisella avo-osastolla ilmenee kaikkia edellä mainittuja, olisi niiden erojen ja yhtäläisyyksien selvittäminen lisätutkimuksella hyödyllistä tietopohjan kasvattamiseksi.

Eräs surevien hoitotyön kannalta hyödyllinen tutkimus voisi myös olla sellainen, jossa verrattaisiin osaston hoidon laatua sekä surevien hoitotyön aktiivisella toteutuksella että ilman. Tämä tosin vaatisi (psykiatriselle avo-osastolle soveltuvan) surevien hoitomallin kehittämistä, joka taas muodostaisi oman kehittämisprojektin.

LÄHTEET

- Cullberg, J. 1982. Psykkinen trauma. Kriisiteoriasta ja kriisipsykoterapiasta. Kouvola: A-klinikkasäätiön julkaisu n:o 5.
- Erjanti, H. 1999. From emotional turmoil to tranquility : grief as a process of giving in a study on spousal bereavement. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos.
- Erjanti, H. & Paunonen-Ilmonen, M. 2004. Suru ja surevat: surevien hoitotyön perusteet. Helsinki: WSOY.
- Erjanti, H. 2005. Uusi suruteoria – surevien auttamisen perusta hoitotyössä. Sairaanhoidaja 78, 6-7, 41–43.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.
- Hautamäki, K. 1997. Lapsensa menettäneen perheen tukeminen yliopistollisessa sairaalassa. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. p., osin uud. laitos. Helsinki: Tammi.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. p. Helsinki: WSOY.
- Koistinen, P. 1993. Ammatillinen surutyö. Lapsipotilaan kuolema sairaanhoitajan kokemana. Helsingin sairaanhoito-opiston julkaisusarja A nro 33/94.
- Koistinen, P. 1996. Potilaan kuolema sairaanhoitajan kokemana. Hoitotiede 8, 11-19.
- Kuuppelomäki, M. 1996. Parantumattomasta syöpästä sairastavien potilaiden kärsimyskokemukset ja selviytymistä tukevat toiminnot. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C osa 124. Turun yliopisto, Turku.
- Laakso, H., Kaunonen, M. & Paunonen-Ilmonen, M. 2001. Hoitotieteellinen surututkimus Suomessa: vuosina 1989–2000 tehtyjen tutkimusten analyysi. Hoitotiede 13, 5, 277–286.
- Luoma-Veikkola, M. & Pänkäläinen, S. 1998. Mistä tukea surevalle: Tutkimus psykiatriseen avohoitoon lähiomaisen kuoleman vuoksi hoitoon hakeutuneiden asiakkaiden surun ilmenemisestä ja elämäntilanteesta. Hoitotiede 10, 2, 97–105.
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 14.11.2010. <http://www.finlex.fi>
- Nieminen, H., Luoma-Veikkola, M. & Pänkäläinen, S. 1998. Mistä tukea surevalle. Tutkimus psykiatriseen avohoitoon lähiomaisen kuoleman vuoksi hoitoon hakeutuneiden asiakkaiden surun ilmenemisestä ja elämäntilanteesta. Hoitotiede 10, 2, 97–105.
- Pojjula, S. 2002. Surutyö. Jyväskylä: Gummerus.

Renlund, Hanna S. 2006. Hoitotyön kehittäminen -käsitteen tarkastelua hybridisen käsiteanalyysin avulla. Pro gradu –tutkielma. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Saari, S. 2008. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. 5. p. Helsinki: Tammi.

Sundström, A. & Toivanen, M-L. 1998. Hoitajien läsnäolon kuvauksia saattohoitokodissa. Pro gradu –tutkielma.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelulomake

| | |
|---|---|
| <p>1. Mitä on suru ja miten se näkyy hoitotyössä?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Miten suru mielestäsi ilmenee ihmisessä? - Mistä suru voi johtua? - Kohtaatko surua työyksikköne hoitotyössä? - Koetko hoitotyön tekijänä itse surua? |
| <p>2. Minkälaisia valmiuksia itselläsi on surevien kohtaamiseen?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Millaisia tunteita ja ajatuksia suru sinussa herättää? - Mitä teet, jos potilas tuo esille suremisen tarpeensa? - Entä jos potilas ei puhu, mutta on selvästi surun vallassa? - Onko työyksikössäsi mahdollisuutta työnohjaukseen esimerkiksi haastavassa potilastapauksessa? - Jos ei ole, pitäisikö olla ja kuinka usein? - Mitä ajattelet itsestäsi surevien hoitajana? |
| <p>3. Minkälaisia hoitotyön keinoja työyksikössäsi käytetään suruun liittyen?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Onko surevien hoito tarpeellista – kuuluuko surevien hoito ylipäättään työyksiköllesi? - Mikä mielestäsi auttaa surevaa parhaiten? - Ovatko nykyiset keinot riittäviä – saako potilas ja läheinen tarpeeksi tukea suruunsa? |
| <p>4. Onko työyksikössä tarvetta surevien hoitotyön kehittämiseksi?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Oletko saanut työyksikössäsi koulutusta surevien hoitotyöhön? - Jos et, pitäisikö työnantajan järjestää koulutusta? - Minkälaisesta koulutuksesta olisi mielestäsi eniten hyötyä? - Onko työyksikössäsi tarvetta surevien hoitotyön kehittämiseksi? - Miten surevien hoitotyötä tulisi kehittää? - Tehdäänkö työyksikössäsi yhteistyötä muiden sureville kohdennettujen palvelujen kanssa? Jos |

| | |
|--|--|
| | <p>tehdään, niin minkä tahon kanssa ja minkälaisesta yhteistyöstä on kyse? Jos ei, pitäisikö yhteistyötä kehittää tulevaisuudessa?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tehdäänkö työyksikössäsi moniammatillista yhteistyötä? - Mitä muuta haluaisit sanoa? |
|--|--|

Liite 2. Saatekirje osastolle

Surevien hoitotyö aikuispsykiatrisella avo-osastolla- teemahaastattelu

Teen hoitotyön opintoihini kuuluvan opinnäytetyöni Kangasvuoren sairaalan os. 39:lle aiheesta "Surevien hoitotyö aikuispsykiatrisella avo-osastolla".

Tutkimustyön tarkoituksena on

- 1) kuvata hoitotyön tekijöiden kokemuksia ja käsityksiä surusta ja surevien hoidosta,
- 2) kuvata hoitotyön tekijöiden käsityksiä omista ja työyhteisön valmiuksista ja mahdollisuuksista tunnistaa ja hoitaa surevia. Lisäksi tarkoitus on selvittää työyksikön kehittämistarpeita liittyen surevien hoitotyöhön.

Tutkimuksen käytännön toteutus ja aikataulu:

Tutkimus toteutetaan teemahaastattelumenetelmällä. Haastattelun tutkimukseen osallistujia kolmessa ryhmässä, joihin hoitohenkilökunnasta osallistuu neljästä kuu-teen osallistujaa per haastattelu, (vähintään kuitenkin kolme henkilöä).

Tutkimus keskittyy hoitotyöhön. Teemahaastatteluihin osallistuvat sairaanhoitajat, lähihoitajat ja mielenterveyshoitajat. Haastattelut järjestetään osaston neuvotteluti-lassa heti päiväraportin jälkeen seuraavina päivinä: x.x., y.y., z.z. (päivät varmentuvat myöhemmin).

Kukin haastattelu kestää n. 60min ja se nauhoitetaan. Tutkimustulokset käsitellään anonyymisti (nimettömästi) ja luottamuksellisesti. Nauhoitukset ovat vain tutkijan eli allekirjoittaneen käytössä ja nauhoitetut haastattelut hävitetään tulosten käsittelyn jälkeen.

Toivon, että mahdollisimman moni osallistuisi haastatteluihin.

Hannu Valtoaho

Hoitotyön opiskelija

JAMK, HYVI