

KUINKA KOHDATA SYÖPÄÄN SAIRASTUNUT JA HÄNEN LÄHEISENSÄ

Ohjeistukset hoitohenkilökunnalle

Julia Julkunen

Annukka Nurmikumpu

Krista Sillanpää

Opinnäytetyö kevät 2018

Hoitotyön koulutusohjelma sairaan-
hoitaja (AMK)

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak, Helsinki

1.5.2018

TIIVISTELMÄ

Julia Julkunen, Annukka Nurmikumpu ja Krista Sillanpää. Kuinka kohdata syöpään sairastunut ja hänen läheisensä - Ohjeistuksia hoitohenkilökunnalle. Diak, Helsinki, kevät 2018, 53 s, 1 liite.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli etsiä kansainvälisiä suosituksia siitä, kuinka hoitohenkilökuntaa ohjeistetaan kohtaamaan aikuinen syöpäpotilas ja hänen läheisensä. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Syöpäjärjestöjen kanssa, jolta opinnäytetyön aihe saatiin. Kerätyn tiedon perusteella koottiin Syöpäjärjestöille koulutusmateriaalia. Opinnäytetyön ja koulutusmateriaalin tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoa siitä, kuinka toimia haastavassa kohtaamistilanteessa.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, joka sisältää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen sekä produktin, joka on koulutusmateriaali Syöpäjärjestöille. Tähän työhön koottiin Cancer Australia:n yleisohjeistukset hoitohenkilökunnalle, miten vastata aikuisen syöpäpotilaan kärsimykseen sekä yhdysvaltalaisen Clinical Journal of Oncology Nursing sivuston artikkelin Breaking Bad News, joka käsittelee syöpäsairaanhoitajien kommunikointimenetelmiä SPIKES – ja PEWTER- kommunikointimallien avulla. Näistä malleista koottiin suomalaiseen hoitokulttuuriin sopivat ohjeistukset.

Avainsanat: kohtaaminen, kriisi, kärsimys, läheinen, syöpäpotilas

ABSTRACT

Julia Julkunen, Annukka Nurmikumpu and Krista Sillanpää. How to deal with a cancer patient and his or her loved ones - Guidelines for health care professionals. Language Finnish. Helsinki, spring 2018, 53 pages, 1 appendix. Diaconia University of Applied sciences. Degree programme in Nursing: Option in Nursing, Degree: Nurse.

The purpose of this thesis was to find international recommendations on how health care professionals are instructed to face an adult cancer patient and his or her loved ones. This thesis was carried out with Syöpäjärjestöt from which the subject of this thesis was obtained. Based on the collected data training material was gathered for Syöpäjärjestöt. The aim of this thesis and training material was to increase health care professionals' knowledge on operate in challenging encounters.

This study was implemented as a functional thesis featuring the literature review and a product that is a training material for Syöpäjärjestöt. This work utilized Cancer Australia's general guidelines for nursing staff how to respond to an adult cancer patient's suffering and the Breaking Bad News article from the US Clinical Journal of Oncology Nursing site, which deals with the methods of communicating in cancer therapies using SPIKES and PEWTER communication models. These models provided instructions for Finnish health care culture.

Keywords: encountering, crisis, suffering, loved one, cancer patient

SISÄLLYS

JOHDANTO	6
1 YHTEISTYÖKUMPPANI SYÖPÄJÄRJESTÖT	7
2 SYÖPÄPOTILAS	8
3 SYÖPÄPOTILAAN LÄHEINEN	10
4 KRIISI	12
5.1 Erilaiset kriisit	12
5.2 Kriisin eri vaiheet	13
5 KOHTAAMINEN JA VUOROVAIKUTUS	15
4.1 Puheviestintä	15
4.2 Kohtaaminen hoitosuhteessa	16
4.3 Dialogisuus hoitotyössä	17
4.4 Traumaattisen kriisin kokeneen kohtaaminen	18
6 KANSAINVÄLISET KOMMUNIKOINTIMALLIT	20
6.1 SPIKES- ja PEWTER- kommunikointimallit	21
6.2 Kommunikointimallit hoitajan tukena	23
6.3 Simulaatioharjoitukset ammattitaidon tukena	24
7 OHJEISTUS SYÖPÄPOTILAAN KÄRSIMYKSEN KOHTAAMISEEN	26
7.1 Kärsimyksen tunnistaminen	26
7.2 Kärsimyksen hoitaminen	28
7.3 Kärsimyksen hoitamisen tärkeys	32
7.4 Moniammatillinen yhteistyö kärsimyksen hoitamisen tukena	34
8 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KULKU	35
8.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	37
8.2 Koulutusmateriaali	37
8.3 Koulutusmateriaalin arviointi	38
9 POHDINTA	39

9.1 Ammatillinen kasvu ja sairaanhoitajan kompetenssit	41
9.2 Eettisyys ja luotettavuus	43
LÄHTEET	45
LIITE 1 Ohjeistuksia hoitohenkilökunnalle, koulutusmateriaali	49

JOHDANTO

Suomessa sairastuu vuosittain yli kolmekymmentätuhatta aikuista syöpään. Esimerkiksi vuonna 2015 sai 32799 aikuista kuulla sairastavansa syöpää. (Suomen syöpärekisteri 2015.) Syöpä koskettaa myös potilaan läheisiä ja se on aina kriisi kaikille osapuolille. Syöpädiagnoosin saaminen muuttaa ihmisen elämää ja kohtaamisen tärkeys tässä hetkessä korostuu. Aihe on tärkeä ja ajankohtainen, koska tulevaisuudessa yhä useampi suomalainen tulee sairastumaan syöpään.

Syöpäjärjestöjen yhteyshenkilön pyynnöstä etsimme kansainvälistä tietoa, miten hoitohenkilökuntaa ohjeistetaan kohtaamaan syöpäpotilas ja hänen läheisensä. Opinnäytetyömme keskiössä on syöpään sairastuneen sekä hänen läheisensä kohtaaminen sairastumisen alkuvaiheessa. Käsitlemme kohtaamista, vuorovaikutusta ja kriisiä opinnäytetyömme teoriapohjana. Esittelemme Yhdysvalloissa kehitetyt SPIKES- ja PEWTER-kommunikointimallit, jotka tähtäävät myötätuntoiseen viestintään ja soveltuvat hoitohenkilökunnalle huonojen uutisten kertomisen tueksi. Esittelemme myös australialaisen yleisohjeistuksen hoitohenkilökunnalle, miten vastata aikuisen syöpäpotilaan kärsimykseen. Ohjeistus sisältää klinisiä ja käytännöllisiä ohjeita kärsimyksen lievittämiseen ja läheisten tukemiseen. Mallien ja ohjeistusten pohjalta teimme opinnäytetyömme produktin, joka on tarkoitettu koulutusmateriaaliksi Syöpäjärjestöille. Koulutusmateriaalin tavoitteena on antaa hoitohenkilökunnalle tietoutta ja tukea syöpäpotilaan ja hänen läheisensä kohtaamiseen sekä auttaa hoitohenkilökuntaa tunnistamaan ja hoitamaan kärsimystä, jotta potilaiden ja heidän läheistensä hyvinvointi ja elämänlaatu paranisivat.

Katie Eriksson (2015, 95, 99) toteaa, että elämme hoito- ja lääketieteessä muutoksen aikaa, jossa faktojen ja arvojen pitää yhdistyä. Uusi paradigma eli ajattelutapa tulee muuttamaan fokuksen sairauden diagnoosista ja oireista kärsimykseen ja kärsivään ihmiseen. Tärkeintä on, että uskallamme ottaa haasteen vastaan ja uudistaa ajatuksiamme.

1 YHTEISTYÖKUMPPANI SYÖPÄJÄRJESTÖT

Opinnäytetyömme yhteistyökumppanina on Syöpäjärjestöt, jolla tarkoitetaan Suomen Syöpäyhdistyksen ja Syöpäsäätiön rakentamaa kokonaisuutta (Syöpäjärjestöt i.a/a). Suomen Syöpäyhdistys koostuu 12 alueellisesta syöpäyhdistyksestä ja kuudesta valtakunnallisesta potilasjärjestöstä ja se myös ylläpitää Suomen Syöpärekisteriä. Suomen Syöpäyhdistys on yksi suurimmista kansanterveys- ja potilasjärjestöistä Suomessa. (Syöpäjärjestöt i.a/b.) Syöpäsäätiö on Suomessa merkittävin rahoittaja syöpätutkimuksissa ja sillä on ollut merkittävä vaikutus syöväntorjunnan ja tutkimuksen kehittämisessä. Syöpäsäätiön tunnetuin varainkeruukampanja on joka vuosi järjestettävä Roosa-nauha kampanja suomalaisen rintasyöpätutkimuksen ja neuvonnan hyväksi. (Syöpäjärjestöt i.a/c.)

Syöpäjärjestöillä on yhtenen strategia, joka ohjaa niiden toimintaa vuosina 2015–2020. Strategiaan kuuluu lupaus toimia määrätietoisesti edistämään terveyttä, ehkäisemään syöpää, tukea sairastuneita ja vähentää syövästä aiheutuneita haittoja koko Suomessa (Syöpäjärjestöt i.a/d). Syöpäjärjestöillä on tietyt arvot ja tavoitteet, jotka ohjaavat toimintaa. Syöpäjärjestöjen tärkeimmät arvot ovat tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus, saavutettavuus, luotettavuus sekä yhteisöllisyys. Syöpäjärjestöjen strategian mukaan keskeisimpiä tavoitteita ovat syövän ehkäisyn ja toteamisen tehostaminen, syövänhoidon kehittämisen tukeminen, hyvän elämän edistäminen syövästä huolimatta ja syöpätutkimusten vahvistaminen. (Syöpäjärjestöt i.a/e.)

Yhteistyöprojektimme Syöpäjärjestöjen kanssa on etsiä kansainvälistä tietoa, kuinka kohdata aikuinen syöpään sairastunut ja hänen läheisensä. Kansainvälisen näyttöön perustuvan tiedon pohjalta kokoamme koulutusmateriaalin, johon keräämme suomalaiseen kulttuuriin sopivia ohjeistuksia hoitohenkilökunnalle.

2 SYÖPÄPOTILAS

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) potilas määritellään terveyden- ja sairaanhoitopalveluita käyttäväksi tai niiden kohteena olevaksi henkilöksi. Syöpä on yksi maailmanlaajuisesti yleisimmistä sairastumisen ja kuolleisuuden syistä ja vuonna 2015 syöpään kuoli 8.8 miljoonaa ihmistä. Maailmanlaajuisesti joka kuudes kuolemantapauksista johtuu syövästä. (WHO 2018.) Suomessa on yli 260 000 ihmistä, jotka ovat sairastaneet syövän jossakin vaiheessa elämänsä. Syövästä parannutaan yhä useammin, mutta paranemismahdollisuudet riippuvat monista tekijöistä, kuten syövän tyypistä ja sen levinneisyydestä. Syöpähoidot ovat kehittyneet, mikä mahdollistaa pidemmän elinajan myös niille, jotka eivät syövästä parane. (Kaikki syövästä i.a/a.)

Kasvaimilla tarkoitetaan solukon tai kudoksen epänormaalia kasvua, joka on isäntäelimistölle haitallista ja tarkoituksetonta. Kasvaimet jaetaan hyvänlaatuisiin ja pahanlaatuisiin kasvaimiin. Hyvänlaatuiset kasvaimet ovat hidaskasvuisia ja paikallisia. Pahanlaatuiset kasvaimien kasvu on yleensä nopeampaa ja niille on tyypillistä kontrolloimaton kasvu, leviäminen ympäröiviin kudoksiin sekä etäpesäkkeiden lähettäminen muihin kudoksiin. (Ahonen ym. 2014, 131; Kaikki syövästä i.a/a.) Kaikkien pahanlaatuisten kasvaimien yhteisnimitys on syöpä. Syöpä syntyy eri mekanismien kautta vaihteittain. Syövän aiheuttajat eli karsinoogenit vaurioittavat solun perimäainesta, jonka seurauksena solu muuttuu pahanlaatuiseksi. Solujen muututtua pahanlaatuiseksi ne eivät enää kykene hoitamaan alkuperäisiä tehtäviään. (Ahonen ym. 2014, 131.) Syöpätaudit on ryhmä sairauksia, joiden syyt, tyypit, taudin kulku, oireet ja hoito voivat poiketa suurestikin toisistaan. Jokaisen syöpään sairastuneen tilanne on yksilöllinen, minkä takia syövän hoito suunnitellaan aina potilaskohtaisesti. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2012, 756; Kaikki syövästä i.a/b.)

Syöpään sairastuminen aiheuttaa sairastuneelle ja hänen läheisilleen monesti kriisireaktion, jolloin sekä sairastunut että hänen läheisensä tarvitsevat paljon tukea ja neuvontaa. Potilaalle uuden tiedon omaksuminen suurina määrinä on

sairastumisen alussa usein vaikeaa. Potilaalla tulisi olla läpi hoidon mahdollisuus keskusteluun ja kysymyksiin. (Iivanainen ym. 2012, 756.) Ahosen ym. (2014, 161–162) mukaan syöpään sairastuminen on potilaalle uusi elämäntilanne, joka muuttaa tulevaisuuden epävarmaksi. Sairastumisen takia myös arkielämä muuttuu ja epävarmuutta aiheuttavat sairauden ja elinajan ennuste sekä hoitojen vaikutukset. Syöpään sairastuminen ja uuteen elämäntilanteeseen sopeutuminen ovat kriisiteorioihin pohjautuva prosessi. Jokainen potilas on yksilö, jonka takia reagointi sairastumiseen ja tapa selvitä kriisistä on yksilöllistä.

3 SYÖPÄPOTILAAN LÄHEINEN

Omainen käsitteenä tarkoittaa suppeasti määriteltynä potilaan perheen jäseniä sekä sukulaisia. Usein käytetään kuitenkin laajempaa sosiaalisen verkoston määritelmää ja puhutaan omaisista tai läheisistä, joita ovat kaikki keskeiset henkilöt potilaan ihmissuhdeverkostossa. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 154.) Potilaan läheisiksi luokitellaan kaikki ne henkilöt, jotka potilas itse kokee läheisikseen. Läheisiä ovat esimerkiksi perheen jäsenet, sukulaiset tai ystävät. (Hänninen 2015, 50.)

Syöpä vaikuttaa sairautena potilaan terveyden ja hyvinvoinnin lisäksi myös hänen läheisiinsä (Neefs 2017, 2). Syöpään sairastuminen voi muuttaa suuresti potilaan ja hänen läheistensä elämää sekä tuoda mukanaan monia muita ongelmia. (Kekäläinen, Jokinen, Rahko & Hanhiova 2017, 209.) Mila Gustavsson-Liliuksen (2010, 2) tutkimuksessa käy ilmi, että syöpään sairastuminen vaikuttaa psyykkisesti potilasta enemmän hänen puolisoonsa. Tutkimuksessa muun muassa masentuneisuus – ja ahdistuneisuusoireita havaittiin enemmän potilaiden puolisoilla kuin potilailla itsellään. Tutkimustulokset vahvistavat puolison tuen olevan merkittävä tekijä potilaiden psyykkisen selviytymisen kannalta.

Syöpäpotilaan tärkein tuki on perhe. Jokaisen perheenjäsenen hyvinvoinnilla on vaikutuksia muihin perheenjäseniin. Tämän takia potilaan perheen ja läheisten huomioon ottaminen, heidän kokemustensa ymmärtäminen sekä tukeminen ovat tärkeä osa potilaan hyvää ja kokonaisvaltaista hoitoa. Syövän hoidossa tulisi ottaa huomioon potilaan ja hänen läheistensä psykososiaalinen hyvinvointi, koska syövällä on monitasoisia ja monimutkaisia vaikutuksia sekä sairastuneeseen ihmiseen että hänen läheisiinsä. Tukeakseen potilaan lisäksi hänen läheisiään hoitotyöntekijän on ymmärrettävä läheisten tilannetta ja erilaisia näkökulmia sekä arvioitava läheisen hyvinvointia ja emotionaalisen tuen tarvetta. Toimiva kohtaaminen ja tukeminen edellyttävät hoitohenkilökunnalta erityistä tukea tarvitsevien läheisten tunnistamista, saatavilla oloa sekä helppoa lähestyttävyyttä. (Kekäläinen ym. 2017, 210–211.) Ahosen ym. (2014, 161–162) mukaan myös syöpäpo-

tilaan läheinen joutuu sopeutumaan uuteen elämäntilanteeseen ja sairaanhoitajan tulee tarjota henkistä tukea ja jakaa tietoa sekä syöpäpotilaalle että hänen läheisilleen.

Kekäläisen tekemä kirjallisuuskatsaus käsittelee puolison kokemuksia elämästä syöpään sairastuneen perheenjäsenen kanssa. Kirjallisuuskatsauksessa käy ilmi, että puoliset keskittyvät usein niin paljon sairastuneeseen potilaaseen ja tämän selviytymiseen, että eivät välttämättä edes tunnista tai puhu omista tarpeistaan ja ahdistuksestaan. Puolisot kokevat monesti tarvetta olla vahvoja sairastuneen rinnalla, mutta tarvitsevat itse tukea ja mahdollisuuden olla heikko kohdatakseen omat pelkonsa ja surunsa. Ulkopuolisella henkilöllä kuten hoitohenkilökunnalla on keskeinen rooli, jotta puoliso voi keskittyä aidosti vain itseensä. (Kekäläinen ym. 2017, 210, 212.)

Puolisot kokivat Kekäläisen kirjallisuuskatsauksessa tärkeäksi saada riittävästi tietoa ja ymmärrystä sairaudesta. Asiallisen tiedon saaminen helpottaa puolisoa jäsentämään tietoa, ymmärtämään tilannetta sekä välttymään turhilta peloilta. Läheisen keskusteluavun tarpeen tunnistaminen on ensiarvoisen tärkeää, jotta hän saa riittävästi apua ja tukea. Hoitotyöntekijällä tulee olla tietoa erilaisista palveluista ja tukitoimista, jotta läheinen voidaan ohjata esimerkiksi vertaistuen tai ammatillisen keskusteluavun piiriin. Aloite asioista keskustelemiseen pitäisi tulla hoitohenkilökunnalta, koska läheiset eivät sitä välttämättä tee. (Kekäläinen ym. 2017, 212–213.) Potilas ja hänen läheisensä tarvitsevat omasta sairaudestaan ja sen hoidosta tietoa sekä kannustusta hoitoonsa osallistumiseen. Jokaisen potilaan ja hänen läheisensä kohdalla tiedon tarve on erilainen. Sairaanhoitajan tulee vastata potilaan ja hänen läheisensä tiedontarpeeseen, rohkaista esittämään kysymyksiä sekä tukea hoitoon osallistumista. (Ahonen ym. 2014, 161, 163.)

4 KRIISI

Opinnäytetyömme aiheena on syöpään sairastuneen ja hänen läheisensä kohtaaminen. Vakavasti sairastuminen on potilaalle ja hänen läheisilleen kriisi, joka saattaa pysäyttää sen hetkisen elämän täysin. Halusimme opinnäytetyössämme avata käsitteitä kriisi ja kriisin vaiheet, koska koemme niiden tiedostamisen tukevan hoitohenkilökuntaa kohtaamisessa. Näiden tiedostaminen ja tunnistaminen vahvistavat ymmärrystä siitä, mitä sairastunut ja hänen läheisensä käyvät läpi sairauden eri vaiheissa. Kuitenkin tulee muistaa, että jokainen syöpään sairastunut ja hänen läheisensä ovat yksilöitä ja kokevat sairastumisen eri tavoin.

Kriisillä tarkoitetaan tilannetta, kun elämässä tapahtuu äkillisiä muutoksia (Saari, Kantanen, Kämäräinen, Parviainen, Valoaho & Yli-Pirilä 2009, 9). Kriisissä ihminen joutuu tilanteeseen, johon hänen ongelmanratkaisutaitonsa eivät riitä eikä hän osaa käyttää niitä äkillisen tilanteen ymmärtämiseen tai selviytymiseen. Kriisissä ihminen kokee suuren järkytyksen, jolloin sekä tiedolliset kyvyt, että tunne maailma voivat romahtaa. Kriisissä oleva ihminen on henkisesti loukkaantunut jolloin turvallisuudentunne ja usko omasta haavoittumattomuudesta särkyvät. Ihmiseltä katoaa hetkellisesti ote elämästä ja tämä hallinnan tunteen kadottaminen saattaa aiheuttaa pelkoa ja avuttomuuden tunnetta. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2010, 35.)

5.1 Erilaiset kriisit

Erilaisia kriisejä ovat kehityskriisit, elämänkriisit sekä äkilliset kriisit. Kehityskriisit kuuluvat elämän kulun siirtymävaiheisiin kuten murrosikä, itsenäistyminen, ensimmäisen lapsen saaminen, kolmenkymppin kriisi tai eläkkeelle jääminen. Näihin kriiseihin yleensä varaudutaan ja valmistaudutaan jo ennen niiden tapahtumista. Elämän kriisit taas liittyvät esimerkiksi ihmissuhteiden päättymiseen tai alkamiseen, avioeroon, työpaikan tai asuinseudun vaihtoon tai ulkomaille muuttoon. Nämä muutokset elämässä tapahtuvat vähitellen ja niihin kykenee henkisesti valmistautumaan. Äkillisellä kriisillä tarkoitetaan järkyttävän tapahtuman aiheuttamaan psyykkistä prosessia, tätä kutsutaan usein myös traumaattiseksi kriisiksi.

(Saari yms. 2009, 9-11.) Traumaattisen kriisin voi laukaista vakava sairastuminen, äkillinen invaliditeetti, lähimmäisen kuolema, onnettomuudet sekä useat elämää ravistuttavat tilanteet tai tapahtumat (Heiskanen ym. 2010, 39). Sairauden aiheuttama kriisi sekoittaa arjen, herättää pelkoa ja jakaa ajan kahtia aikaan ennen sairautta ja aikaan sairauden toteamisen jälkeen (Aalto & Gothóni 2009, 26).

5.2 Kriisin eri vaiheet

Shokkivaihe alkaa välittömästi kriisin aiheuttaman tilanteen jälkeen ja kestää muutamasta sekunnista muutamiin vuorokausiin. Shokkivaiheen aikana ihminen pyrkii pitämään todellisuutta loitolla, koska tapahtunutta ei ole vielä mahdollista omaksua. (Cullberg 1982, 23.) Sairastunut saattaa kokea shokkivaiheessa muiden sairastuneiden selviytymistarinat loukkaavina (Aalto & Gothóni 2009, 27). Joskus shokkivaiheessa ihminen lamaantuu täysin, tai käyttäytyy mekaanisesti puhuen vähäpätöisiä asioita ja sulkien tunteet pois. Myös voimakas reagoiminen, kuten huutaminen, vaatteiden repiminen tai raivokas itkeminen saattavat olla osa shokkivaihetta, ja joskus voimakas reagointi ja täysi lamaantuminen vuorottelevat. Shokkivaiheen reaktiot ovat erittäin tärkeitä, koska suurta järkytystä on vaikea kyetä hahmottamaan lyhyessä ajassa. Näin ollen shokkivaihe antaa aikaa kohdata tapahtuneen. (Cullberg 1982, 23.)

Reaktiovaihe alkaa shokkivaiheen jälkeen, jolloin kriisin kokenut alkaa pala palalta tiedostamaan tapahtuneen ja muodostaa käsityksen siitä, mitä on tapahtunut. Kriisin tässä vaiheessa käynnistyvät puolustusmekanismit, jolloin ihminen tasapainottelee tapahtuneelta suojautumisen ja sen käsitlemisen välillä. Reaktiovaiheessa tapahtuma toistuu usein mielikuvina sekä hereillä oltaessa, että unessa. (Cullberg 1982, 23-24). Tässä vaiheessa kriisiä sairastunut oppii tuntemaan vaikeat tunteet ja ymmärtää niiden kuuluvan kriisin kulkuun (Aalto & Gothóni 2009, 29). Reaktiovaiheessa ihminen haluaa käydä tapahtumaa läpi useaan otteeseen ja tällä toistamisella onkin erittäin tärkeä merkitys toipumisen kannalta. Reaktiovaiheeseen liittyy usein pelkoa, ahdistusta, itsesyytöksiä, tarvetta etsiä syyllistä, onnettomuutta, ruokahaluttomuutta, vapinaa, pahoinvointia ja muita fyysisiä oireita. (Cullberg 1982, 24.)

Kriisin käsittelyvaiheessa tapahtumaa aletaan ymmärtää ja sitä käsitellään eikä tapahtumaa enää kielletä. Tässä vaiheessa ihminen rupeaa olemaan valmis kohtaamaan oman muuttuneen tilanteensa ja kykenee suuntautumaan tulevaisuuteensa. (Cullberg 1982, 28.) Käsittelyvaiheessa ihmisellä saattaa olla muisti- ja keskittymisvaikeuksia, ärtyneisyyttä ja joskus ihminen vetäytyy sosiaalisista tilanteista. Käsittelyvaiheessa kriisin aiheuttamat muutokset tiedostetaan ja ihminen alkaa usein pohtimaan omaa identiteettiään tai uskomuksiaan. Tässä vaiheessa ihmisen ajatukset voivat ajoittain liikkua muissakin aiheissa kuin tapahtuneessa. (Suomen Mielenterveysseura i.a)

Uudelleen suuntautumisen vaiheessa tapahtuma alkaa muokkaantua osaksi elämää ja sen kanssa kyetään elämään. Ajoittain tuska saattaa nousta pinnalle, mutta se ei hallitse elämää. (Cullberg 1982, 29.) Tässä kriisin vaiheessa ihminen on saattanut löytää jopa voimavaroja tapahtuneesta. Kuitenkin kriisin kulku on ailahtelevaa ja joskus jotkin asiat arjessa saattavat palauttaa mieleen raskaita tuntemuksia tai ahdistusta. (Suomen Mielenterveysseura i.a.) Uudelleen suuntautumisen vaiheessa tarkastellaan ja suunnitellaan elämää sairauden tuoman kriisin jälkeen. Tämä voi tarkoittaa joko paluuta normaaliin arkeen tai toisaalta parantumattomasti sairaalla esimerkiksi hautajaisten suunnittelua, johon potilas saattaa tarvita hoitohenkilökunnan tukea. (Aalto & Gothóni 2009, 30.)

5 KOHTAAMINEN JA VUOROVAIKUTUS

Kanssakäymisen taidot ihmisten välillä opitaan jo varhaislapsuudessa, kuitenkin oppimista tapahtuu läpi elämän. Ihmisten välinen kohtaaminen ja vuorovaikutus ovat iso osa sosiaalisia taitoja (Haho 2014). Vuorovaikutustaitoja opitaan ja opiskellaan läpi elämän. Tästä huolimatta ei näitä taitoa tule kuitenkaan opittua koskaan täydellisesti. Usein hoitotyöntekijät kokevat olevansa vuorovaikutuksen asiantuntijoita, vaikka todellisuudessa vuorovaikutustaitoja opitaan jokaisessa potilaskohtaamisessa lisää. Tärkein oppi hoitotyöntekijälle tulee kohtaamistilanteiden onnistumisista ja epäonnistumisista. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 167–168.) Jokainen potilaskohtaaminen on ainutkertainen tilanne ja vaatii hoitohenkilökunnalta vilpitöntä läsnäoloa, kuuntelua sekä kykyä muokata omaa toimintaa tarpeen mukaan. Koulutus, elämäkokemus sekä omien vahvuuksien ja heikkouksien tunnistaminen kehittävät kohtaamistaitoja. (Latvala ym. i.a)

4.1 Puheviestintä

Puheviestintä on keskeinen ja tärkeä osa kommunikaatiota, vaikka se onkin vain murto-osa siitä. Tässä viestinnän muodossa on tärkeää tiedostaa, minkälaisia sanoja käytetään, ovatko sanat ja termit kaikkien osapuolten ymmärrettävissä ja miten sanat välittävät tietoa. Tiedon lisäksi välitetään merkityksiä, joita ovat muun muassa ideat ja ajatukset. Puheen välityksellä ilmenee myös puhujan persoonallisuus, tunteet ja tunnetilat. (Dunderfelt 2016, 18.)

Puheviestintä on sekä verbaalista eli sanallista, että nonverbaalista eli sanatonta. Verbaalisessa viestinnässä keskiössä on mitä sanotaan, kun taas nonverbaalisessa viestinnässä kyse on siitä, miten asia sanotaan. Nonverbaalinen viestintä havaitaan visuaalisesti, muun muassa ilmeistä, eleistä, fyysisestä olemuksesta sekä tilan käytöstä. (Kielijelppi i.a/a.)

Nonverbaalinen viestintä antaa vihjeitä kuinka verbaalisesti esille tuotu asia tulisi tulkita. Nonverbaalisessa viestinnässä on useita osa-alueita jotka joko tukevat tai kumoavat sanotut asiat. Käytämme puhuessamme huomaamattamme kehoa

eleiden, liikkeiden ja kehon asentojen kautta, myös kasvojemme ilmeet kertovat paljon. Voimme ilmaista näillä kaikilla tunteita ja säädellä minkälaista vuorovaikutus on. Nonverbaaliseen viestintään kuuluu vahvasti myös tilankäyttö ja koskettamalla viestiminen. Nämä molemmat liittyvät fyysiseen kontaktiin vuorovaikutustilanteissa olevien välillä. Tilankäytöllä tarkoitetaan sitä, minkälainen henkilön oma tila on ja mikä etäisyys muihin osapuoliin halutaan pitää. Koskettamalla viestimistä on esimerkiksi käteleminen, halaaminen ja koskettamalla lohduttaminen. (Kielijelppi i.a/b)

Sanaton viestintä on hyvin kulttuurisidonnaista. Monissa kulttuureissa esimerkiksi henkilökohtainen reviiiri, jolla tarkoitetaan matkaa kahden keskustelijan välillä, on pienempi kuin suomalaisilla. Keskusteluetaisyyden lisäksi myös fyysisellä koskettamisella on useita eri merkityksiä. Sokissa oleva tai akuutisti sureva ihminen tarvitsee lähelleen toisen ihmisen joka lohduttaa ja tarttuu tarvittaessa hartioista turvallisesti kiinni. Tutkimukset hoidollisesta koskettamisesta kertovat hyvän koskettamisen aktivoivan mielihyvähormoneja. Sanattomassa viestinnässä tapahtuu myös paljon peilautumisilmiötä, jossa kaksi keskenään kommunikoivaa ihmistä matkivat toistensa ilmeitä ja eleitä huomaamattaan. Peilautumisilmiö näkyy muun muassa pään nyökyttelynä, jalkojen ja käsien liikutteluna sekä puheen -ja hengitys rytmin muuttumisena samanaikaiseksi. Peilautumisilmiötä voidaan käyttää myös tietoisesti hyväksi esimerkiksi potilastilanteissa, koska sen on todettu edesauttavan keskustelua. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 29–31.)

4.2 Kohtaaminen hoitosuhteessa

Sairaanhoitajien eettisten ohjeiden (2014) mukaan sairaanhoitajan tulee kohdata jokainen potilas arvokkaana ihmisenä, huomioiden tämän henkilökohtaiset arvot, vakaumukset ja tavat. Sairaanhoitajan tulee olla empaattinen ja oikeudenmukainen sekä kuunnella potilasta ja kohdella häntä lähimmäisenä. (Sairaanhoitajaliitto 2014).

Elämää negatiivisesti muuttavien tilanteiden keskellä potilas ja hänen läheisensä tarvitsevat ammattilaisen, joka kuuntelee, kohtaa kunnioittavasti ja ystävällisesti sekä auttaa potilasta luomaan uskoa ja toivoa itseensä sekä tulevaisuuteensa

(Raatikainen 2015, 19). Hoitajan ja potilaan ensikohtaaminen on tärkeä hetki, koska se on perusta potilassuhteen rakentumiselle (Raatikainen 2015, 69). Se kuinka hoitaja suhtautuu itseensä ihmisenä vaikuttaa hänen tapaansa kohdata potilas (Haho 2014).

Ihmisten vuorovaikutuksen tarve on yksilöllinen. Jotkut viihtyvät yksin, kun taas toiset kaipaavat keskusteluja enemmän. Jokaisen ihmisen vuorovaikutuksen tarve on erilainen myös hoitosuhteessa, jolloin hoitotyöntekijöiden on tunnistettava äärimmäisen herkästi potilaan yksilöllinen vuorovaikutuksen tarve. Parhaimmillaan vuorovaikutus on dialogi, jossa kaksi ihmistä ovat tasa-arvoisia ja vuorovaikutus on kunnioittavaa. Potilaan ja hoitajan välinen dialogi pyrkii molemminpuoliseen ymmärrykseen, jolloin molempien vaatimukset otetaan huomioon. (Raatikainen 2015, 107-108.) Hoitosuhde sairaanhoitajan ja potilaan välillä tulisi perustua avoimeen vuorovaikutukseen sekä molemminpuoliseen luottamukseen. (Sairaanhoitajaliitto 2014). Ilman luottamuksellista suhdetta potilas saattaa kokea kohtaamistilanteen turvattomaksi, erityisesti silloin, jos hoitotyöntekijä tuo esille omat neuvot huomioimatta potilaan tarpeita. (Raatikainen 2015, 108).

Myötätunto on kykyä asettua toisen ihmisen asemaan ja taitoa osoittaa toiselle, että häntä ymmärretään ja huomioidaan. Myötätunto ja empatia ovat hyvin lähellä toisiaan. Jos hoitotyöntekijältä puuttuu myötätunto, on potilaan asemaan asettuminen lähes mahdotonta. On tärkeää, että hoitotyöntekijä kykenee kiireestä huolimatta huomioimaan potilaan sekä asettumaan hänen tilanteeseensa, jolloin luottamus potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä säilyy. Potilaassa luottamusta saattaa herättää pelkkä hymy tai myötätuntoinen katse. (Raatikainen 2015, 119.)

4.3 Dialogisuus hoitotyössä

Dialogisuus on vähintään kahden ihmisen välistä vuorovaikutusta, jolloin molemmat vastaavat ja huomioivat toisensa, sekä mukautuvat toistensa toimintoihin. Dialogi on aina välitöntä ja vastavuoroista. Dialogi on vuorovaikutussuhde, jossa parhaimmillaan näkyy keskinäinen kunnioitus, tasavertaisuus sekä avoimuus. (Haarakangas 2008, 25-27.) Dialogiin pääsee parhaiten mukaan odottamalla eikä suinkaan tyrkyttämällä omia mielipiteitä. Vahvat kannanotot voivat rajoittaa

hyvää dialogia. Dialogi edellyttää sitoutumista, jolloin pyritään yhteiseen päämäärään, vaikka tavoite ei välttämättä toteutuisikaan. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 21-22.)

Dialogisuudeksi hoitotyössä kutsutaan potilaan ja hoitajan välistä yhteistyösuhdetta, jossa korostuu vastavuoroisuus sekä molemminpuolisuus. Dialogisuus vaatii hoitajalta avointa kiinnostusta sekä vilpittömää eläytymistä potilaan asemaan, jotta potilaan ymmärtäminen olisi mahdollista. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2012, 153.) Hoitajan on tärkeää kuunnella potilasta ja tehdä hänelle tarkentavia kysymyksiä, jotka mahdollisesti auttavat potilasta löytämään uusia näkökulmia tilanteestaan. Hyvä dialogi mahdollistaa potilaan tasa-vertaisen osallistumisen myös hoidon suunnitteluun, toteutukseen sekä tilanteen määrittelyyn. (Kiviniemi ym. 2014, 83.)

Hoitajan ei tarvitse olla kaikkietävä dialogisessa vuorovaikutuksessa, vaikka hoitajalla onkin kokemuksellista sekä teoreettista asiantuntijuutta. On osattava luottaa siihen, että potilas on oman sairautensa asiantuntija ja näin syntyy jaettu asiantuntijuus, jossa korostuu tasa-arvoisuus. Hoitohenkilökunnan on kuitenkin myös tiedostettava, että potilas-hoitajasuhdetta ei voi koskaan pitää täysin molemminpuolisena, koska hoitajan toiminta vaikuttaa potilaaseen. Hoitajan on myös tärkeää tiedostaa oma valta-asema, jottei yhteistyösuhde muutu liian holhoavaksi. (Kuhanen ym. 2012, 153.)

4.4 Traumaattisen kriisin kokeneen kohtaaminen

Jokaisen ihmisen kriisin kulku on yksilöllinen eikä se etene saman kaavan mukaan. Traumaattisessa kriisissä eri vaiheissa voi olla päällekkäisyyksiä ja osa vaiheista saattaa edetä lomittain. Hoitotyöntekijöillä tulee olla selvillä mihin ja minkälaiseen jatkohoitoon kriisin kokenut voidaan ohjata. Myös hoitotyöntekijällä tulee itsellään olla perusvalmiudet kriisityöhön. Traumaattisen kriisin kokeneelle potilaalle tulisi antaa psyykkistä ensiapua, jota on muun muassa aktiivinen kuuntelu, läsnäolo, elämän hallinnan tunteen palauttaminen, käytännön apu sekä rauhoittelu. Potilasta ei tulisi koskaan jättää yksin ja tulisi varmistaa, että potilaalla on hänen halutessaan yhteys läheisiinsä. (Kiiltomäki & Muma 2007, 15, 45.)

Jokaisen sairastuneen kokemus sairaudesta on yksilöllinen eivätkä kaikki koe sitä kriisinä. Hoitotyöntekijät kohtaavat jatkuvasti potilaita, joiden elämä muuttuu suuresti sairauden myötä. Tuen tarve syöpään sairastuneilla korostuu sairauden alussa diagnoosin tullessa ilmi, potilaan kuullessa syövän metastasoinnista sekä silloin kun potilas kokee vointinsa ja tilanteensa huonoksi. Hoitotieteellisissä tutkimuksissa tuki jaetaan tiedolliseen ja emotionaaliseen tukeen. Tiedollista tukea annettaessa hoitajalla tulee olla herkkyyys tunnistaa sairastuneen tiedontarve. Sairastuneilla tiedon tarve voi olla hyvin yksilöllinen. Emotionaaliseen tukeen taas kuuluvat rohkaisu, voimavarojen vahvistus sekä toivon tukeminen. Läsnäolo, koskettaminen, lohduttaminen sekä myötäeläminen kuuluu emotionaaliseen tukeen. Sairastuneille on tärkeää ilmaista, että apua on saatavilla, koska tieto avun saatavuudesta auttaa jaksamaan. (Kiiltomäki & Muma 2007, 57, 62.)

6 KANSAINVÄLISET KOMMUNIKOINTIMALLIT

Yhdysvaltalaisen Oncology Nursing Society:n ylläpitämän Clinical Journal of Oncology Nursing sivuston artikkeli Breaking Bad News käsittelee syöpäsairaanhoitajien kommunikointimenetelmiä näyttöön perustuvaan tietoon pohjaten. Breaking bad news tarkoittaa huonojen uutisten kertomista ja terveydenhoitoalalla se käsittää kaiken informaation, joka jollain tavalla muuttaa potilaan tulevaisuutta huonompaan suuntaan. Artikkelissa huonojen uutisten kertomisella tarkoitetaan tapahtumaa, jolloin potilaalle kerrotaan syöpädiagnoosista. Asiaa käsitellään sekä hoitajan että potilaan näkökulmasta. Syöpädiagnoosin saaminen on potilaalle ja hänen läheisilleen vaikea, järkyttävä ja elämää muuttava asia. Tilanteena se on myös hoitajalle hankala. Näyttöön perustuvaan tietoon pohjaten on kehitetty kommunikointimallit, jotka tukevat hoitajaa kohtaamaan potilaan tilanteessa, jossa hänelle kerrotaan huonoja uutisia. Tässä artikkelissa on esitetty SPIKES- ja PEWTER- mallit. (Bumb, Keefe, Miller & Overcash 2017, 573.) Valitsimme tässä artikkelissa esitetyt kommunikointimallit opinnäytetyöhömme tarkemmin tarkasteltaviksi, koska niitä on käytetty tuloksellisesti hoitotyössä huonojen uutisten kertomisen tukena.

Huonojen uutisten vastaanottaminen on yksilöllistä, minkä takia potilaan ja hänen läheistensä reaktioiden ennakointi on vaikeaa. Lääkärin kertoessa potilaalle huonot uutiset on sairaanhoitajan tehtävä tarjota potilaalle ja hänen läheisilleen jatkuvaa tukea. Potilaan ja hänen läheisensä vastaanottaessa huonoja uutisia on tärkeä miettiä, kuinka he vastaanottavat tietoa, jotta osataan tarjota oikeanlaista tukea. Usein potilas ja läheiset kääntyvät hoitajan puoleen saadakseen lisää informaatiota saadusta diagnoosista. Potilaat haluavat usein keskustella diagnoosistaan sekä hoitopolustaan läheistensä kanssa ja tämän takia moni potilas haluaa läheisensä mukaan keskusteluun, jossa kerrotaan huonoista uutisista. Kulttuuriin katsomatta potilaat toivovat yleensä vaikeista tilanteista keskusteltaessa kokenutta työntekijää, joka on empaattinen ja rehellinen, tarjoaa toivoa ja käyttää oikeanlaisia sanoja. (Bumb ym. 2017, 573–574.)

Huonoista uutisista keskustelu vaatii hoitajalta itsevarmuutta ja kokemusta. Koulutus, harjoitus sekä valmistautuminen tilanteeseen lisäävät itsevarmuutta. Harjoittelun määrästä huolimatta kaikki henkilöt eivät koe potilaan kohtaamista ja keskustelua tässä tilanteessa yhtään sen helpompana. Kontrollin menettäminen pelko voi heikentää itsetuntoa ja luoda kömpelyyttä silloin, kun potilassuhteen tulisi olla positiivinen. Tila, jossa potilas saa kuulla huonot uutiset, on merkityksellinen elementti. Kliininen ympäristö, kiire ja yksityisyyden puute luovat negatiivisen ilmapiirin, joten oikean paikan valinta on tärkeää. Hiljaisen, yksityisen ja häiriötekijöistä vapaan paikan valitseminen viestii kunnioitusta sekä ylläpitää potilaan arvokkuutta vaikeana hetkenä. (Bumb ym. 2017, 575.)

Potilaan saadessa huonoja uutisia hoitaja voi arvioida potilaan tuen tarvetta kiinnittämällä huomiota potilaan sanalliseen, sanattomaan ja emotionaaliseen reagointiin. Hoitajat voivat kokea suurta kuormitusta ja henkistä uupumista huonoista uutisista keskusteltaessa. Näillä voi olla huolestuttavia vaikutuksia hoitajien ammatilliseen suoriutumis- ja terveydelliseen hyvinvointiin. Valmistautuminen huonoista uutisista keskusteluun, voi ehkäistä hoitajien uupumista ja kuormitusta. Huono kohtaaminen voi johtaa potilaan luottamuksen menetykseen. Potilas voi olla niin ahdistunut, ettei kykene vastaanottamaan tärkeää tietoa keskustelun aikana. Mikäli jätetään kertomatta koko totuus, voidaan luoda turhaa toivoa parannuskeinosta ja käsitystä pidemmästä elinajanodotteesta. (Bumb ym. 2017, 575–576.)

6.1 SPIKES- ja PEWTER- kommunikointimallit

Hoitotyöhön on kehitetty sopimaan useita näyttöön perustuvia malleja, jotka ovat tarkoitettu avuksi hoitajille keskusteluun tilanteessa, jossa potilaalle kerrotaan huonoja uutisia. Yleisimmät, laajasti kirjallisuudessa esiteltävät kommunikointimallit ovat SPIKES -ja PEWTER-mallit. SPIKES koostuu englanninkielen sanoista setting, perception, information, knowledge, empathy ja summarize. SPIKES malli on suunniteltu alun perin syöpäsairaanhoitajille erityisesti vaikeiden keskusteluiden avuksi, kun kyseessä oli syövän uusiutuminen tai palliatiiviin -tai saattohoitoon siirtyminen. (Bumb ym. 2017, 576.)

Settings eli puitteet sisältävät rauhallisen ja yksityisen paikan, joka viestii potilaalle ja hänen läheisilleen kunnioitusta ja myötätuntoa. Perception eli havaitseminen tarkoittaa, että hoitaja kartoittaa potilaan tiedon tilanteesta, ennen huonon uutisten ja hoitosuunnitelman läpi käymistä. Information eli informaatiolla tarkoitetaan hoitajan arviota siitä, miten potilas ja hänen läheisensä reagoivat saatuun tietoon. Tämän perusteella hoitaja määrittää, mikä tieto voisi auttaa potilasta ja hänen läheisiään. (Bumb ym. 2017, 576.)

Knowledge eli tieto on askel, jossa huonoista uutisista kerrotaan ja keskustellaan. Diagnoosista ja hoitosuunnitelmasta kerrotaan suoraan ja rehellisesti pienissä osissa, välttämällä lääketieteellistä sanastoa. Hoitajan tulisi kysyä potilaalta ja hänen läheisiltään, mitä he ymmärsivät ja tarjota mahdollisuus selventäviin kysymyksiin. Empathy eli myötätunto on potilaan ja hänen läheisensä tunteiden ja reaktioiden tunnistamista ja niihin vastaamista keskustelun aikana. Summarize eli yhteenveto tarkoittaa, että hoitaja käy kaikki asiat ja hoitosuunnitelman läpi yhdessä potilaan kanssa. (Bumb ym. 2017, 576–577.)

PEWTER malli on alun perin luotu koulun opinto-ohjaajille, mutta sitä on käytetty tuloksellisesti hoitotyössä huonon uutisten kertomisessa ja niistä keskusteltaessa. PEWTER koostuu englanninkielien sanoista prepare, evaluate, warning, telling, emotional response ja regrouping preparation. (Bumb ym. 2017, 576–577.)

Prepare eli valmistautuminen tarkoittaa, että hoitaja tietää, mitä hän kertoo potilaalle ja miten hän sen esittää. Hoitajan tulee käyttää selkeitä ja ymmärrettäviä sanoja. Valmisteluissa tulisi kiinnittää huomiota oikean paikan valintaan, jonka tulisi olla rauhallinen. Evaluate tarkoittaa hoitajan arviointia siitä, mitä potilas ja hänen läheisensä jo tietävät. Hoitajan tulisi myös osata arvioida potilaan kognitiivista ja psykologista tilaa sekä olla tietoinen omista tunteista, kehon kielestä ja kasvojen eleistä. Warning eli varoitus ohjaa hoitajaa kertomaan potilaalle, että tullaan kertomaan huonoja uutisia. Varoituksen jälkeen potilaalle tulisi antaa hetki valmistautua henkisesti, ennen huonon uutisten kertomista. (Bumb ym. 2017, 577.)

Telling eli tiedon kertominen tulisi tehdä kiertelemättä, anteeksipyytelemättä ja rauhallisella tyylillä. Huonot uutiset tulisi välittää osissa, enintään kolme asiaa kerrallaan. Hoitajan tulisi varmistaa, että potilas ymmärtää saadun tiedon ennen siirtymistä seuraavaan. Tiedon jakaminen pienempiin osiin mahdollistaa sen, että tieto saavuttaa potilaan sekä hänen läheisensä eikä aiheuta hämmennystä. Emotional response eli emotionaalinen reaktio edellyttää hoitajalta kykyä arvioida potilaan reaktioita huonoihin uutisiin. Jos potilas on häkeltynyt, voi olla tarpeen sopia enemmän kuin yksi aika huonoista uutisista keskusteluun. Regrouping preparation eli uudelleen ryhmittely tarkoittaa hoitajan ja potilaan välistä yhteistyötä huonojen uutisten saamisen yhteydessä. Tämä vaihe nähdään yleensä kaikista tärkeimmäksi, koska se käsittelee toivon antamista. Monissa tilanteissa voidaan keskustella toivosta koskien hoitoja, elämänlaadun säilymistä ja sairauden ennusteesta olematta epärealistisia. Mikäli toivoa ei ole, ei siitä pidä potilaan kanssa keskustella, jotta potilas ei saa väärää kuvaa sairautensa vakavuudesta. (Bumb ym. 2017, 577.)

6.2 Kommunikointimallit hoitajan tukena

Huonojen uutisten kertomisen mallien omaksuminen voi antaa varmuutta, jota tarvitaan vaikeista asioista keskustellessa. Yksimielisyyttä parhaan kommunikointimallin käytöstä ei ole, siksi hoitajat voivat yhdistää joko SPIKES tai PEWTER malleja välittääkseen huonoja uutisia ja tukeakseen potilasta. Tavoitteena on tuntea itsensä varmemmaksi ja perehtyneeksi huonojen uutisten kertomiseen ja niistä keskusteleminen. Mitä varmemmaksi hoitaja itsensä tuntee huonojen uutisten kertomisessa ja niistä keskustelemisessä, sitä varmemmin lopputulos on parempi. Keskittyminen, perinpohjaisuus, rauhallisuus sekä tehokkuus huonoja uutisia kerrottaessa vaativat hyvää valmistautumista tilanteeseen, perehtymistä uusimpaan näyttöön perustuvaan tietoon ja käytännön kommunikointimalleihin. (Bumb ym. 2017, 577.)

Yksittäiset tilanteet määrittävät mitä elementtejä kommunikointimalleista käytetään ja missä järjestyksessä. Informaatiota voidaan joutua myöhemmin selvittämään tai kertomaan uudelleen. Huonoja uutisia kerrottaessa hoitajan tulee vä-

littää informaatiota pieninä määrinä kerrallaan, jotta potilaalla on aikaa prosessoida sitä tarkoituksenmukaisesti. Emotionaalisen reaktion tarkastelu on tärkeää, jotta osataan arvioida, kuinka potilas ymmärtää uuden tiedon. (Bumb ym. 2017, 577–578.)

Vaikka mallit toimivat itsenäisesti, voi niiden elementtejä myös yhdistellä. Hoitaja voi valmistautua etukäteen käymällä keskustelun kulkua läpi ennen potilaan kohtaamista. Informaation määrä tulisi myös määrittää ja arvioida, kuinka paljon informaatiota potilas on valmis vastaanottamaan. Hoitajan on tärkeää ymmärtää diagnoosi itse sekä selvittää, mitä siitä on puhuttu potilaalle aiemmin ja mitä hoitoja on mahdollisesti suunniteltu. Yhdenmukaisuus on tärkeää, kun keskustellaan potilaan kanssa huonoista uutisista. Hoitajan tulisi arvioida omaa emotionaalista reaktiotaan, säilyttää ammatillinen etäisyys potilaaseen, kuitenkin tukien häntä. Hoitajan täytyy osoittaa empaattisuutta, sallia potilaan ja hänen läheistensä emotionaaliset reaktiot ja antaa heille aikaa sekä yksityisyyttä uutisten prosessointiin. Empaattinen käyttäytyminen näyttäytyy aktiivisena kuunteluna sekä yrityksenä ymmärtää tuntemuksia potilaan näkökulmasta. Tuen tarjoaminen voi parantaa potilaan jaksamista ja hoitajien tulisi myös harkita vaihtoehtoisia tapoja lieventää huonojen uutisten aiheuttamaa voimakasta emotionaalista vaikutusta. Myötätunto, herkkyyys ja ystävällisyys ovat myös oleellisia ominaisuuksia huonoja uutisia kerrottaessa ja voivat auttaa tekemällä vaikeasta tilanteesta paremman monille potilaille sekä heidän läheisilleen. (Bumb ym. 2017, 578.)

6.3 Simulaatioharjoitukset ammattitaidon tukena

Simulaatio viittaa jäljitelmään todellisuudesta tarkoituksenaan saavuttaa tietty päämäärä. Päämääränä voi olla asian parempi ymmärtäminen, työntekijöiden harjoittelu sen hallitsemiseksi tai heidän työkykynsä testaaminen. Nykyaikaisessa simulaatioharjoittelussa tärkeimpänä periaatteena on, ettei ensimmäistä kertaa tiettyä toimenpidettä harjoitella elävällä potilaalla. Tulevaisuudessa olisi-kin syytä vaatia, ettei terveydenhuollon ammattilainen saa tehdä mitään kajoavaa toimenpidettä potilaalle ennen kuin hän on osoittanut hallitsevansa sen suo-

rittamisen asiaankuuluvalla simulaatiomallilla. Simulaatiolla voidaan muun muassa esittää tiettyjä toimenpiteitä aidontuntuisissa olosuhteissa sekä oppia toimenpiteiden tekemistä ja ryhmätyöskentelyä. (Rall 2013, 9–11.)

Hoitajien näyttöön perustuva koulutus ja simulaatioharjoitukset huonojen uutisten kertomisessa voivat edistää hoitajien vuorovaikutustaitoja. Simulaatio harjoitukset ja niihin suunnitellut potilastapaukset luovat ympäristön, joilla parannetaan elämää muuttavia, herkkiä ja emotionaalisia keskusteluja. Viestinnän kurssi, joka sisältää malleja huonojen uutisten kertomisesta, on keskeinen osa potilaiden ja perheiden hoitoa. (Bumb ym. 2017, 576.)

Breaking Bad News Foundation on luonut huonojen uutisten kertomisen ohjelman, jonka on suunnitellut neonatologi huomattuaan, että lääkärit tarvitsevat harjoitusta huonojen uutisten kertomisessa. Malli koostuu kolmesta harjoittelun komponentista. Ensin harjoittelijat osallistuvat improvisoituun simulaatioharjoitukseen näyttelijöiden kanssa. Tämän jälkeen osallistujat tarkkailevat simulaatiotilannetta ohjeiden mukaan. Ohjaajat kuvaavat ja kommentoivat simulaatiotilanteita. Viimeiseksi osallistujat voivat tarkastella nauhoitettua simulaatiotilannetta ohjaajien kanssa. Tämä tarjoaa mahdollisuuden itsearviointiin sekä reflektointiin, jossa ohjaajat antavat palautetta ja toimintaehdotuksia. Vaikka tämä malli onkin alun perin kehitetty erikoistuville lääkäreille kommunikointitaitojen parantamiseksi, voi mallia soveltaa ja käyttää monipuolisesti eri aloilla. (Bumb ym. 2017, 576.)

Näyttöön perustuva opetus ja harjoitukset parantavat vuorovaikutustaitoja huonoja uutisia kerrottaessa hoitotyössä. Epäonnistuneella vuorovaikutustilanteella voi olla pysyviä negatiivisia vaikutuksia potilaille ja heidän läheisilleen, hoitajille sekä terveyspalvelujen tuottajalle. Siitä huolimatta ei ole yhtä tiettyä näyttöön perustuvaa kommunikointimallia, jota suositeltaisiin ylitse muiden vuorovaikutuksessa huonoja uutisia kerrottaessa. Esimerkiksi SPIKES ja PEWTER – mallit voivat auttaa ohjaamaan hoitajaa käytännössä ja tarjota vuorovaikutusmenetelmiä potilaskohtaamiseen. Parhaan käytännön tulisi kuvastaa elementtejä sekä SPIKES että PEWTER – mallista hankalan keskustelun ohjaamisessa. (Bumb ym. 2017, 578.)

7 OHJEISTUS SYÖPÄPOTILAAN KÄRSIMYKSEN KOHTAAMISEEN

Australian hallituksen ylläpitämän Cancer Australia:n kehittämä ”Clinical guidance for responding to suffering in adults with cancer” on yleisohjeistus hoitohenkilökunnalle, kuinka vastata aikuisen syöpäpotilaan kärsimykseen. Tämä dokumentti sisältää ohjeita, miten hoitajat pystyvät lievittämään syöpäpotilaan kärsimystä ja antamaan tukea syöpäpotilaan perheelle ja läheisille. Optimaalinen syöpähoito on moniulotteista, johon kuuluu niin hoitoalan ammattilaisia, ei ammattilaisia sekä vapaaehtoistyöntekijöitä. Potilaalla itsellään on tärkeä rooli omassa hoidossaan ja häntä tulee rohkaista ottamaan aktiivisesti kantaa omaan hoitoonsa. Kliininen syöpähoito ei yksinään riitä, vaan myös potilaan fyysiset ja psykologiset tarpeet pitää huomioida, sisältäen sosiaalisen, hengellisen ja eksistentiaalisen hyvinvoinnin. Jos potilas tai hänen läheisensä kokee painetta tai menetystä millään näillä osa-alueilla, hän kärsii. (Cancer Australia 2014.) Valitsimme tämän ohjeistuksen opinnäytetyöhömme, koska halusimme tuoda esille myös kärsimyksen näkökulman syöpäpotilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa. Tämä ohjeistus on käytössä Australiassa ja se pohjautuu tutkittuun tietoon.

Tämän ohjeistuksen tarkoituksena on auttaa hoitohenkilökuntaa tunnistamaan ja hoitamaan potilaiden ja heidän läheistensä kärsimystä, jotta heidän hyvinvointinsa ja elämänlaatunsa paranisivat. Tällä ohjeistuksella on monitieteellinen painopiste, joka ottaa huomioon myös muun henkilökunnan hoitoalalla sekä vapaaehtoistyöntekijät, koska heidänkin käyttäytymisellään voi olla positiivinen tai negatiivinen vaikutus syöpäpotilaan ja hänen läheisensä kärsimykseen. (Cancer Australia 2014.)

7.1 Kärsimyksen tunnistaminen

Terveystieteiden ammattilaisilla on tärkeä rooli tunnistaa kärsimyksen merkit ja oireet sisältäen verbaliset, tunteelliset ja käyttäytymisen vihjeet. Kärsimys on monimutkainen käsite, johon liittyy fyysisiä, psykologisia, sosiaalisia ja hengelli-

siä reaktioita. Vakavan sairauden tai kuoleman kohdatessa ihminen usein kokee henkistä kärsimystä ja kyseenalaistaa elämäntarkoituksen, vaikkei hänellä olisikaan uskonnollista vakaumusta. (Cancer Australia 2014.)

Kärsimystä voi ilmetä missä kohdassa tahansa syöpäsairauden polulla. Jopa parantumisvaiheessa olevat voivat kärsiä, vaikka testitulokset näyttäisivätkin hyviltä. Tyypillisesti laajalle levinneet syöpäsairaudet lisäävät sekä potilaan että läheisten kärsimystä. Tällöin hoitohenkilökunnan tulee löytää tasapaino suremisen ja toivon ylläpitämisen välillä. Hyvin mitättömätkin asiat voivat tuoda kärsimystä potilaalle ja saattaa hänet sietokyvyn äärirajoille esimerkiksi myöhästymiset aikatauluissa, vaikeudet löytää parkkipaikkaa tai kiireinen lääkäri. (Cancer Australia 2014.)

Ihminen ilmaisee kärsimyksen tunteitaan suullisesti, kehonkielellä tai käyttäytymisellään. Tällaisia tunteita ovat viha, ärtyisyys, tuskaisuus, shokki, epätoivo, surullisuus, haavoittuvuus, epävarmuus, pelko, suru, paniikki, turhautuneisuus, ikävöinti, epäily, tylsistyminen ja kateellisuus. Esimerkiksi potilas saattaa irvistellä tai itkeä, vetäytyä sosiaalisesti, näyttäytyä vähäpuheisena, hän ei ota neuvoja vastaan, jättää tulematta vastaanotoille eikä noudata hoitosuosituksia. Aina nämä tunteet eivät välity ulkopuoliselle, jolloin hoitohenkilökunnan tulee yrittää kaivaa esiin tietoja, jotka viittaisivat kärsimykseen. (Cancer Australia 2014.)

Se mitä potilaat sanovat, saattaa kertoa kärsimyksestä tai se auttaa heitä voittamaan vaikeuksia tai antamaan tarkoituksen sairaudelleen. Potilaat saattavat kysyä eksistentiaalisia tai hengellisiä kysymyksiä elämäntarkoituksesta, kuolemasta, omasta paikasta maailmassa tai syystä miksi sairastuin syöpään. He saattavat kyseenalaistaa uskontonsa tai etsiä hengellisiä vastauksia. He ovat huolissaan perheestään. He kysyvät: ”Mitä minä olen tehnyt ansaitakseni tämän?”. He saattavat puhua kamppailusta, menetyksestä tai toiveestaan kuolla. Joskus potilas kehittää selviytymisstrategioita, joilla hän uskottelee itselleen, ettei tilanne ole niin paha kuin miltä näyttää. Näitä ovat esimerkiksi positiivinen ajattelu ja kieltäminen. (Cancer Australia 2014.)

Fyysinen kipu ja henkinen kärsimys ovat lähellä toisiaan. Syöpäpotilas saattaa kivun lisäksi kokea pahoinvointia, kutinaa, janoa, hermosärkyä, kuumetta tai hengenahdistusta. Nämä saattavat synnyttää lisäoireita kuten uupumusta, unetomuutta, ärtyneisyyttä, turhautuneisuutta, mielialan laskua, masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta. Jos näihin somaattisiin oireisiin ei puututa, niistä syntyy potilaan ensisijainen painopiste. Kärsimys vain kasvaa, kun kipu ja epämukavuus tuntuvat kontrolloimattomilta ja loppumattomilta eikä potilas pysty näkemään tarkoitusta kokemalleen. Lannistuminen, kyvyttömyys ja avuttomuus, joita syöpäpotilas kokee, erottuu selkeästi kliinisestä masennuksesta, koska häneltä ei välttämättä puutu kykyä kokea nautintoa. (Cancer Australia 2014.)

7.2 Kärsimyksen hoitaminen

Potilaan kärsimys voidaan tunnistaa ja parantaa niin epäsuorilla eleillä kuin suorilla yrityksillä vastata huolenaiheisiin tarkkailemalla, esittämällä kysymyksiä, keskustelemalla ja kuuntelemalla. Useimmiten kärsimyksen ongelmaa ei tarvitse ratkaista. Tärkeämpää on, että potilas ja hänen läheisensä tulevat kuuluisiksi. Kaikilla henkilökunnan jäsenillä, jotka tapaavat potilaan on tärkeä rooli kärsimyksen lieventämisessä. Heihin kuuluvat niin vastaanottovirkailija, vahtimestari, siivooja, vapaaehtoistyöntekijät sekä muu tukena oleva henkilökunta. Vaikka näiden työntekijöiden ei oleteta vastaavan potilaan ja hänen läheisensä kärsimykseen kliinisesti, heidän toimintansa vaikuttaa kuitenkin potilaan kokemuksiin ja tunteisiin hyvinvoinnistaan ja arvostaan. Pienet positiiviset teot kuten kohtelias ja lämminhenkinen kommunikointi, heidän läsnäolonsa ja tilanteensa tunnustaminen sekä potilaan lohduttaminen lievittävät kärsimystä. Potilaan kehuminen, pahoittelut jos henkilökunta on myöhässä aikataulustaan sekä keskustelun kääntäminen pikaisesti johonkin ei lääketieteelliseen aiheeseen kuten perheeseen, harrastuksiin tai työhön ovat kaikki keinoja ilmaista potilaan kunnioitusta ja auttavat pääsyssä yhteisymmärrykseen. Hoitohenkilökunnalle potilaan kärsimyksen lievittäminen onkin yksi elementti holistisen hoidon antamista. Tämä vaatii priorisointia, aikaa, ymmärryksen näyttämistä, empaattisuutta, välittämistä ja ystävällisyyttä. (Cancer Australia 2014.)

Myötätuntoisilla kysymyksillä, empaattisilla kommenteilla ja huomionosoituksilla hoitohenkilökunta pystyy tunnistamaan potilaat, jotka tarvitsevat tietynlaista tukea tai intervention. Heidän apunaan on myös erilaisia kärsimyksen arviointimittareita, joita suositellaan täydennettävän avoimilla kysymyksillä sekä herkistymällä huomaamaan nonverbaalisia ja verbaalisia vihjeitä. Pari minuuttia lisääi- kaa voi tuoda esille käyttökelpoista tietoa potilaan parhaaksi. Kärsimyksen arviointi tulisi tehdä mahdollisimman pian potilaan saatua syöpädiagnoosin ja uusia hoitojen lopuksi, syövän uusiuduttua sekä saattohoitovaiheessa. Arviointi tulisi tehdä aina uudestaan, jos potilaan elämäntilanne muuttuu, esimerkiksi jos hän lopettaa työn, ihmissuhde kariutuu tai perheenjäsen kuolee. Näistä asioista pitäisi keskustella yksityisessä tilassa ja potilaalta pitäisi kysyä haluaako hän läheisiään paikalle. Joskus ei ole mahdollista saada yksityisyyttä tai potilas on liian huonokuntoinen siirtyäkseen. Tällöin täytyy kysyä potilaalta, haluaako hän puhua nyt vai jonain muuna ajankohtana. Nämä asiat saattavat painaa potilaan mieltä niin paljon, että hän haluaa puhua, vaikka tila ei olisi ideaali. On erittäin tärkeää, että potilaalla on mahdollisimman mukava olo, koska muuten hänen on vaikea keskittyä puhumaan henkisestä kärsimyksestään. Hoitajan pitää istua niin, että hänen silmänsä ovat potilaan kanssa samalla tasolla. (Cancer Australia 2014.)

Vaikka keskustelun avaus kärsimyksestä tai hengellisyydestä voi tuntua pelottavalta, voi yksinkertaisesti kysyä sopiiko potilaalle, että puhumme näistä asioista. Potilaat usein haluavat puhua eksistentiaalisista asioista hoitohenkilökunnan kanssa. Aloituskysymykset avaavat potilaan kokemusta sairaudestaan ja kertovat mitkä asiat vaikuttavat hänen lääketieteellisiin päätöksiinsä ja elämäntarkoituksensa. Avoimet kysymykset rohkaisevat potilasta ilmaisemaan itseään selkeämmin ja yksityiskohtaisemmin kuin suljetut kysymykset mihin riittää yhden tai kahden sanan vastaus. Vaikka hoitohenkilökunnalla olisikin paljon kysymyksiä kysyttävänä, antamalla potilaan itsensä johtaa keskustelua hänellä on mahdollisuus tutkiskella omia huoliaan luonnollisemmin ja auttaa häntä ymmärtämään omia murheitaan. (Cancer Australia 2014.)

Esimerkkejä keskustelunavaus kysymyksistä kohtaamisen tueksi:

Mitä minun tulisi tietää teistä ihmisenä, jotta voisin hoitaa teitä parhaalla mahdollisella tavalla?

Mikä on ollut vaikeinta teille tässä kokemuksessanne?

Keihin muihin tämä vaikuttaa, mitä terveydessänne tapahtuu nyt?

Mitkä asiat elämässänne ovat tärkeimpiä tällä hetkellä tai mitkä asiat huolestuttavat teitä eniten?

Mitä te toivotte?

Mitä henkilökohtaista ominaisuuttanne arvostatte itsessänne?

Mikä tuottaa iloa teidän elämänne juuri nyt?

Mikä oli elämänne parasta aikaa tai mikä oli paras asia mitä teille on tapahtunut?

Mitä olette oppineet elämältänne?

Mitä olette tehneet elämässänne?

Pidättekö itseänne henkisenä tai uskonnollisena?

Kuulutteko johonkin hengelliseen yhteisöön? Saatteko sieltä tukea ja miten?

Miten haluaisitte hoitohenkilökunnan huomioivan teidän uskonnollisuutta, kun he hoitavat teitä? (Cancer Australia 2014.)

Yhteydet muihin ihmisiin ja elämän aktiviteetteihin auttavat vähentämään potilaan kärsimystä ja yksinäisyyttä. Myös kommunikointi potilaan läheisten kanssa tuo lohtua potilaalle itselleen. Hoitohenkilökunnan tulee olla täysin läsnä, jotta potilas kokee tulleen kuulluksi. (Cancer Australia 2014.)

- Käytä termejä joita potilas ja hänen läheisensä ymmärtävät.
- Liitä potilaaseen inhimillisyyttä, kunnioitusta ja huolenpitoa, eikä niinkään auktoriteettia.
- Vakuuta potilas puhumalla hänelle kuin kanssaihmiselle.
- Älä ole vähättelevä, häiriinny laitteista tai vaikuta kiireiseltä.
- Kunnioita eri sosiaalisia ja kulttuurillista käytöstä ja arvoja.
- Kuuntele ja kunnioita potilaan näkemystä tai tunteita, vaikka ne olisivat erilaisia kuin omasi.
- Auta potilasta tuntemaan olonsa turvalliseksi uudessa vieraassa ympäristössä.

- *Anna toivoa potilaalle ja hänen läheisilleen.*
 - *Vakuuta heille, ettei heitä hylätä, vaikkei hoitoja olisi enää saatavillakaan.*
- (Cancer Australia 2014.)

Vastaa potilaalle empaattisesti, jotta osoitat aktiivista kuuntelua. Vaikkei sinulla olisi vastausta tai ratkaisua potilaan ongelmaan, asian tunnustaminen osoittaa, että viesti on kuultu. Potilaan huolien normalisointi saattaa myös antaa luvan potilaalle puhua ongelmistaan eteenpäin ja auttaa ylläpitämään omanarvontuntoa. (Cancer Australia 2014.)

Tuo on tärkeä, oleellinen kysymys, mutta minulla ei ole vastausta siihen.
Tuo kuulostaa tuskalliselta tilanteelta.
Joskus sen täytyy tuntua yhtä vaikealta kuin hirveä uni.
Voin kuvitella sen olevan arvoitus ilman ratkaisua. (Cancer Australia 2014.)

Kun potilaat kyseenalaistavat heidän arvonsa tai miettivät mistä heitä rangaistaan ja tuntevat häpeää, hoitohenkilökunta haluaa usein vakuuttaa, ettei näin ole. Liian varhainen vakuuttelu tuntuu kuitenkin vähättelyltä ja potilas kokee tulensa väärin ymmärretyksi. Tämä saattaa johtaa siihen, ettei potilas halua enää puhua huolistaan. Hoitohenkilökunta etäännyttää näin itsensä potilaasta. Keskustelu kärsimyksestä ei tee sitä pahemmaksi vaan sen tunnustaminen voi olla hyödyllistä ja terapeutista potilaalle. (Cancer Australia 2014.)

Potilaat ja hänen läheisensä tarvitsevat toivoa, vaikka toivoa ylläpidettäisiin pitkällä tähtäimellä tai päivä kerrallaan. Silloin tällöin heillä saattaa olla epärealistisia toiveita, jotka saattavat vaikuttaa heidän päätöksiinsä hoidon suhteen. Tällöin potilasta ja hänen läheisiään auttaa, jos hoitohenkilökunta asettuu samalle kannalle heidän kanssaan ja tätä kautta hoitohenkilökunta pääsee keskustelemaan saavutettavissa olevista ja realistisimmista tavoitteista. Myötätuntoinen hiljaisuus keskustelussa antaa myös aikaa potilaalle miettiä tuntemuksiaan. (Cancer Australia 2014.)

Hoitohenkilökunta saattaa itse kohdata pelkoja hoitotyössä, jos esimerkiksi he eivät pysty lievittämään potilaan kärsimystä. He saattavat myös pelätä, että heidän omat tunnelukkonsa aukeavat tai he vastaavat potilaan kärsimykseen omien kokemustensa kautta eivätkä objektiivisesti. Hoitajilta saatetaan kysyä myös heidän omista uskomuksistaan tai he pelkäävät, etteivät pysty käsittelemään potilaan voimakkaita tunteita kuten syyllisyyttä, vihaa tai ahdistuneisuutta. Heitä saattaa myös pelottaa, että heitä syytetään potilaan järkyttämisestä ja kärsimyksen pahentamisesta. (Cancer Australia 2014.)

Potilaat ja heidän läheiset saattavat ajatella, että kärsimys kuuluu tähän sairauteen, joten he eivät ota puheeksi sitä. Tästä huolimatta useimmat potilaat ovat avoimia keskustelulle näistä asioista, kunhan hoitohenkilökunta osoittaa kiinnostusta, empatiaa, kunnioitusta, omaa hyvät vuorovaikutustaidot ja ottaa aikaa kuunnellakseen. Joskus potilas yrittää vältellä kärsimyksestä puhumista, koska ei halua olla taakka hoitajille. Potilas saattaa havaita myös nonverbaalisia viestejä hoitajien tuomitsevista ennakkoasenteista tai välttelevästä käyttäytymisestä, jolloin potilas ei koe oloansa tarpeeksi turvalliseksi, jotta uskaltaisi puhua kärsimyksestään, tunteistaan tai hengellisyydestään. Joskus potilaat ovat yksinkertaisesti liian väsyneitä puhumaan näistä asioista. Toisinaan potilaat haluavat suojella läheisiään ikäviltä asioilta ja haluavat ylläpitää positiivista asennetta ja epärealistista toivoa naamiodakseen kärsimyksensä. Kulttuurilliset ja kielelliset taustat saattavat olla syynä potilaan keskustelun haluttomuudelle. Jos potilas ei pysty puhumaan, on hoitajien keskusteltava hänen läheistensä kanssa ja saatava tietoon mitkä ovat potilaan omia uskomuksiaan ja toiveitaan eikä läheisten. (Cancer Australia 2014.)

7.3 Kärsimyksen hoitamisen tärkeys

Olennainen osa potilaskeskeistä hoitomallia on kärsimyksen hoitaminen, joka tukee potilaan omanarvontuntoa. Syöpä aiheuttaa suurta kärsimystä myös perheenjäsenille ja läheisille. Usein sekä potilasta että hänen läheistään rauhoittaa tieto siitä, että potilaan kärsimys on tunnistettu ja hoidettavana. (Cancer Australia 2014.)

Useimmiten kärsimyksen hoitaminen ei vaadi ylimääräistä aikaa henkilökunnalta, vaan huomiointia, myötätuntoisia kysymyksiä sekä empaattisia kommentteja. Monesti nämä keinot auttavat potilasta valjastamaan omat voimavaransa. Potilasta ja hänen läheisiään auttaa myös se, että he saavat ilmaista kärsimystään ja tunteitaan eri tavoilla sekä oikea-aikaista hoitoa siihen. Tällöin he ovat myös avoimempia tekemään yhteistyötä hoitotiimin kanssa. (Cancer Australia 2014.)

Yksilötasolla potilas tuntee itsensä vähemmän toivottomaksi ja musertuneeksi sekä kokee että häntä tuetaan, kun hänen kärsimyksensä on tunnistettu ja sitä hoidetaan. Tällöin myös masennuksen ja ahdistuneisuuden riski pienenee. Kun potilas pidetään kliinisen päätöksenteon keskiössä, hän on todennäköisesti myös tyytyväisempi saamaansa hoitoon. Myös läheiset hyötyvät tietoisuudesta, että potilaan kärsimystä on lievitetty, tämä helpottaa heidän ennakoivaa suruaan ja mahdollista suruprosessiaan. (Cancer Australia 2014.)

Kun syöpäpotilaan kärsimys tunnistetaan ja hoidetaan, koituu siitä laajempia hyötyjä terveydenhoitojärjestelmälle: kustannukset pienenevät, sairaalassaoloaika lyhenee ja resursseja pystytään käyttämään tehokkaammin. Tällöin myös hoitohenkilökunnan tehokkuus ja oman työn palkitsevuus kasvavat. Jotta hoitajat pystyvät tehokkaasti keskittymään kärsimyksen hoitamiseen, tulee heidän saada riittävästi koulutusta ja tukea. Heidän pitää pystyä myös refleктоimaan omia tunteitaan ja henkisyttään, jotteivät he pala loppuun ammatillisesti tai henkilökohtaisesti. (Cancer Australia 2014.)

Kärsimyksen tunnistamatta jättäminen saattaa johtaa potilaan ja hänen läheisiensä ahdingon kasvuun, koska hän tuntee itsensä eristetyksi ja irtautuneeksi heistä, jotka pystyisivät lievittämään hänen epätoivoaan. Potilaan luottamus hoitohenkilökuntaan myös pienenee. Nämä seikat voivat potilaalla johtaa merkittävän psyykkisen sairauden puhkeamiseen, kuten masennus tai ahdistuneisuushäiriö. Kun potilaan kärsimykseen kiinnitetään jatkuvasti huomiota, vähenevät psykiatriset virhediagnoosit ja sitä kautta turhat hoidot. (Cancer Australia 2014.)

7.4 Moniammatillinen yhteistyö kärsimyksen hoitamisen tukena

Moniammatillisen hoitotiimin kesken tulee keskustella potilaan asioista ottaen huomioon myös heidän näkemyksensä, jotka eivät ole terveydenhoitoalan henkilökuntaa. Jos potilas kertoo luottamuksellista tietoa itsestään, tulee aina kysyä hänen lupa saako tiedon kertoa eteenpäin muille hoitotiimin jäsenille. Hoitotiimin kesken täytyy myös selkeästi jakaa vastuualueet potilaan hoidosta. (Cancer Australia 2014.)

Hoitolinjauksista tulee keskustella potilaan suostumuksella myös potilaan läheisten kanssa. Näissä keskusteluissa tulisi ottaa esille potilaan hoito, sivuvaikutukset, lähetteet muille terveydenhoitoalan ammattilaisille, miten kärsimystä voidaan lievittää ja miten hengelliset tarpeet sisällytetään potilaan hoitoon. On erittäin tärkeää, että potilaalle sekä heidän läheisilleen kerrotaan totuus potilaan sairaudesta ja eri hoitomahdollisuuksista. Annetaan potilaiden ja läheisten kysyä kysymyksiä ja selitetään miksi kaikki hoitomuodot eivät ole mahdollisia heille. Monesti potilas, läheiset ja omaishoitajat hyötyvät tiedoista joita heille annetaan vertaistukiryhmistä tai puhelinneuvonnasta, jota on mahdollisuus saada virka-ajan ulkopuolella. (Cancer Australia 2014.)

Riippuen potilaan tarpeista ja hoitotiimin asiantuntijuudesta, saattaa olla tarkoituksenmukaista lähettää potilas jollekin muulle asiantuntijalle. Tällaisia voivat olla fysioterapeutti, puheterapeutti, ravitsemusterapeutti, kipuhoitaja, psykologi, psykiatri, sosiaalityöntekijä, sairaalapastori tai jonkin uskonnollisen yhteisön edustaja. (Cancer Australia 2014.)

Hoitohenkilökuntaa rohkaistaan parantamaan vuorovaikutustaitojaan potilaiden ja heidän läheistensä kohtaamisessa, jotta heidän kärsimyksensä ja hengelliset asiat nostetaan esiin. Moniammatillisella tiimillä on tärkeä tehtävä antaa tukea myös henkilökunnalle. Hoitohenkilökunta myös hyötyy oman henkisyyden ja menetystensä reflektoinnista syöpähoidoissa, missä usein ammattilaiset joutuvat kohtaamaan potilaiden kärsimystä ja kuolemaa. (Cancer Australia 2014.)

8 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KULKU

Saimme opinnäytetyömme aiheen alkuvuodesta 2017 Diakin lehtoriltamme, joka oli saanut erilaisia opinnäytetyön aiheita Syöpäjärjestöiltä. Kiinnostuksemme herättänyt aihe oli koota materiaalia syöpäpotilaan kohtaamisesta, kokonaisvaltaisesta tukemisesta, tuen tarpeen tunnistamisesta sekä jatkoseurannan erityistarpeista ja koota näistä koulutusmateriaalia hoitohenkilökunnalle. Tarkoituksena oli toteuttaa opinnäytetyö kirjallisuuskatsauksena. Aloitimme tämän aiheen pohjalta opinnäytetyöprosessimme alkuvuodesta 2017. Osallistuimme myös Diakin kirjaston informaation tiedonhaun pajaan tiedonhaun ja hakusanojen käytön ohjeistukseen. Haimme materiaalia Medic, Cinahl, Melinda ja PubMed tietokannoista hakusanoilla syöpä*, syövä*, syövän*, sairaanhoi*, terveydenhoi*, hoitohenki*, neoplasms, cancer, tumor, oncology nursing, cancer survivors, nurses ja academic journal. Etsimme myös Finnan e-lehdistä haulla oncology nursing forum.

Kevään mittaa olimme yhteydessä Syöpäjärjestöjen edustajaan puhelimitse sekä sähköpostitse, jolloin saimme täsmennystä opinnäytetyöhömmme. Yhteistyökumppanimme halusi meidän etsivän kansainvälistä materiaalia vasta syöpään sairastuneen sekä hänen läheisensä kohtaamisesta ja näiden pohjalta tehdä koulutusmateriaalia, joten lähdimme työstämään opinnäytetyötämme uudella ajatuksella. Opinnäytetyön valmistumisen olimme suunnitelleet keväälle tai kesälle 2018.

Kesän 2017 alussa saimme tarkennusta Syöpäjärjestöjen aikataulusta ja he halusivat koulutusmateriaalin olevan valmis maaliskuussa 2018. Koulutusmateriaali haluttiin Power Point muodossa. Tässä vaiheessa meidän opinnäytetyömme vaihtui kirjallisuuskatsauksesta toiminnalliseksi opinnäytetyöksi. Varasimme uudelleen ajan informaatiolta tiedonhakuun kesän alussa, koska aiheemme sekä toteutustapa olivat muuttuneet ja meillä oli vaikeuksia löytää materiaalia opinnäytetyöhömmme. Haimme materiaalia Googlen tarkennetulla haulla, Cinahl, Medic, PubMed, Hotus, JBL, ICN tietokannoista hakusanoilla neoplasms, cancer, family, guidelines, family support, kasvain, syöpä, syöpähoitoprotokollat, mutta emme löytäneet oikeanlaista materiaalia.

Syksyllä 2017 koimme opinnäytetyön tekemisen haastavaksi, koska oikeanlaista materiaalia ei löytynyt tietokannoista. Sovimme ohjaavan opettajan kanssa tapaamisen, jossa meitä kehoitettiin käyttämään Googlen tarkennettua hakua sekä sopivan materiaalin etsimistä esimerkiksi eri maiden syöpäsairaaloiden ja -järjestöjen sivuilta. Lähdimme etsimään materiaalia näillä ohjeilla ja lopulta löysimme Australian hallituksen ylläpitämän Cancer Australian sivuilta ohjeet, kuinka vastata aikuisen syöpäpotilaan kärsimykseen. Teoriaviitekehyykseen käyttämämme tieto koostuu aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta sekä Googlen tarkennetulla haulla löytyvistä lähteistä.

Joulukuussa 2017 esittelimme opinnäytetyöseminaarissa opinnäytetyömme suunnitelman sekä tapasimme ohjaavat opettajamme ja syöpäjärjestön edustajat, joilta saimme kannustusta jatkaa materiaalin hakua. Löysimme myös Clinical Journal of Oncology Nursing sivuston artikkelin Breaking Bad News, joka käsittelee huonojen uutisten kertomista. Päätimme keskittyä yhteistyökumppanin sekä ohjaavan opettajan ehdotuksesta näihin kahteen lähteeseen, joiden pohjalta kokoaisimme koulutusmateriaalia. Aihetta on tutkittu vasta niin vähän, ettei lähteitä löytynyt montaa. Suunnitelman esittämisen myötä keskeisiksi käsitteiksi muodostuivat syöpäpotilas, kohtaaminen, syöpäpotilaan läheinen, vuorovaikutus ja kriisi.

Opinnäytetyön tekeminen lähti kunnolla käyntiin vasta suunnitelman esittämisen jälkeen ja alkuvuodesta 2018 saimme valtaosan opinnäytetyömme teorialiedosta koottua kasaan sekä purimme Australiasta ja Yhdysvalloista löytämämme henkilökunnalle tarkoitetut ohjeistukset sekä kommunikointimallit. Olimme yhteydessä ohjaavaan opettajaamme sekä syöpäjärjestöjen edustajaan ja saimme teorialiedon kokoamisen aikana hyviä neuvoja. Lisäsimme muun muassa dialogisuuden näkökulman kohtaamiseen sekä yhteistyökumppanin ehdotuksesta pohdimme koulutusmateriaalimme sopivuutta suomalaiseen kulttuuriin pohdinta osiossa. Koulutusmateriaalimme sisältö hahmottui vasta helmi- ja maaliskuun vaihteessa ja tämänhetkiseen koulutusmateriaaliin tuli yhteistyökumppanin pyynnöstä vain vinkkejä hoitajille.

8.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla ohje, ohjeistus, opastus esimerkiksi perehdyttämisopas tai jonkin tapahtuman suunnittelu tai toteutus. Toiminnallisen opinnäytetyön voi tehdä projektina tai siihen voi kuulua portfolio. Aina työhön kuitenkin kuuluu raportti, jossa dokumentoidaan ja arvioidaan prosessia tutkimusviestinnän keinoin sekä produkti joka on työn toiminnallinen osio. (Airaksinen 2009.) Toiminnallisessa opinnäytetyössä pyritään kehittämään toimintaa ammatillisessa kentässä. Toiminnallisen opinnäytetyön tulee aina sisältää teoreettinen viitekehysosuus, jonka pohjalta turvataan produktin teoriapohja. (Lumme, Leinonen, Leino, Falenius & Sundqvist 2006.)

Heti opinnäytetyömme alussa esittelemme teoreettisen viitekehysten, joka osaltaan tukee kansainvälisten ohjeistusten sekä mallien ymmärtämistä, sekä tukee syöpäjärjestöille tuottamamme produktin teoriaa. Produktimme tarkoituksena on tukea hoitohenkilökunnan kohtaamistapoja ja tuoda uusia kansainvälisiä vinkkejä hoitotyöhön. Pyrimme työssämme huomioimaan itse syöpään sairastuneen lisäksi myös läheisen kohtaamisen, joka jää herkästi toteutumatta. Kuten opinnäytetyömme raportistakin käy ilmi usein läheinen saattaa oireilla enemmän kuin syöpään sairastunut.

8.2 Koulutusmateriaali

Lähdimme kokoamaan produktimme eli koulutusmateriaalin sisältöä löytämämme materiaalin ja Syöpäjärjestöjen edustajan toiveiden mukaan alkuvuodesta 2018. Koottuamme opinnäytetyömme teoriapohjan, olimme yhteydessä Syöpäjärjestöjen edustajaan, jolta saimme tarkennusta, mitä he haluavat koulutusmateriaaliinsa. He halusivat, että kokoamme suosituksia hoitohenkilökunnalle Cancer Australia:n yleisohjeistusten ja Yhdysvaltojen SPIKES- ja PEWTER-kommunikointimallien pohjalta. Koulutusmateriaalin tulisi mahtua muutamalle dialle ja tekstiä olisi noin kahden A4 sivun verran.

Kokosimme alustavan koulutusmateriaalin yhteistyökumppaneiden toiveiden mukaan suosituksiksi hoitohenkilökunnalle. Koulutusmateriaalissa on ensimmäisenä alustus aiheeseen jonka jälkeen esitetään asioita, joita hoitajan tulee ottaa huomioon tilanteessa, jossa potilas on saanut huonoja uutisia. Tämän jälkeen esitellään käytännön suosituksia ranskalaisilla viivoilla hoitohenkilökunnalle. Nämä ovat konkreettisia esimerkkejä, miten toimia tilanteessa, jossa potilaalle kerrotaan syöpädiagnoosista. Tämän jälkeen käydään läpi, mitä seurauksia huonolla kohtaamisella on. Seuraavaksi koulutusmateriaalissa esitellään avoimia kysymyksiä, joita hoitohenkilökunta voi hyödyntää huonojen uutisten kertomisessa. Koulutusmateriaalin lopussa on vielä päätössanat lukijalle.

Lähetimme alustavan koulutusmateriaalin yhteistyökumppanillemme kommentoitavaksi ja saimme häneltä palautetta 19.3.2018, jonka perusteella teimme korjauksia alustavaan koulutusmateriaaliin. Lähetimme koulutusmateriaalin uudelleen yhteistyökumppanillemme ja saimme jälleen hyvää palautetta 30.3.2018 ja saimme edelleen pieniä korjausehdotuksia työhömme sekä lisäyksenä toivottiin loppuun päätesanat lukijalle. Lähetimme koulutusmateriaalin kommentoitavaksi yhteistyökumppanillemme korjausten ja opinnäytetyön julkaisuseminaarin jälkeen. Viimeisen palautteen koulutusmateriaalista saimme 24.4.2018, jolloin Syöpäjärjestöjen edustaja oli tyytyväinen kokoamaamme koulutusmateriaaliin. Hänen mielestään keskustelunavaus kysymykset ovat hyvät teitittely muodossa, joten emme muuta niitä. Tulemme sisällyttämään koulutusmateriaalin liitteeksi työhömme Word tekstinä, koska Syöpäjärjestöt pyysivät meiltä materiaalin vain tekstimuodossa.

8.3 Koulutusmateriaalin arviointi

Syöpäjärjestöt ei tule käyttämään koulutusmateriaalia ennen opinnäytetyön valmistumista, joten emme tule saamaan tietoa koulutusmateriaalin hyödyllisyydestä.

9 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessimme alussa olimme innostuneita aiheestamme sekä siitä, että keräämäämme materiaalia tulisi mahdollisesti joskus yhteistyökumppanimme käyttöön. Valitsimme omasta mielestämme opinnäytetyöaiheen hyvissä ajoin ja ajattelimme aikaa olevan runsaasti. Kohtaamisen koimme kaikki tärkeäksi aiheeksi ja meitä kiinnosti, minkälaisia tutkimuksia siihen liittyen oli tehty.

Kuitenkin melko alkuvaiheessa opinnäytetyöprosessia, tietoa ja materiaalia ha-
kiessamme olimme hieman epätoivoisia, kun täysin oikeanlaista materiaalia ei löytynyt. Aihe sai uuden suunnan pari kertaa prosessin aikana, joka taas aiheutti meille hieman hämmennystä, kun taustatyötä oli tehty aikaisemman ohjeen mukaan. Onneksi meitä oli kuitenkin kolme tekemässä, mistä oli apua tiedon keräämisessä. Aiheen vaihtuminen osaltaan hidasti opinnäytetyöprosessia ja uudelleen aloittaminen tuntui vaikealta, jonka takia opinnäytetyömme ei juuri edennyt vuoden 2017 kesän ja alkusyksyn aikana.

Vuoden 2017 järjestetyssä opinnäytetyöseminaarissa saimme uudelleen innostusta, kun olimme löytäneet sopivaa materiaalia. Saatuaamme materiaalia työhön, oli sitä mielekkäämpi jatkaa. Hyvän palautteen saaminen ohjaavalta opettajalta ja yhteistyökumppanilta oli meille tärkeää, koska olimme itse epävarmoja opinnäytetyömme sisällöstä.

Monet Breaking bad news artikkelin ohjeista hoitohenkilökunnalle ovat sovellettavissa suomalaiseen kulttuuriin. Artikkelissa kirjoitettiin joissakin kulttuureissa läheisten haluavan, ettei omaiselle kerrota syöpädiagnoosista. Jäimme miettimään, että tämä ei varmaan Suomessa menisi näin, vaan potilas on oikeutettu kuulemaan omasta diagnoosistaan eikä sitä saa häneltä salata, vaikka omaiset tahtoisivatkin. Artikkelissa mainittiin myös, että potilaalle koko totuuden kertomatta jättäminen voi herättää potilaassa turhaa toivoa. Turhan toivon antaminen on eettisesti väärin, mutta niin on myös se, ettei missään vaiheessa anneta toivoa lainkaan. Samassa artikkelissa huonojen uutisten kertomista harjoiteltiin simulaa-

tioharjoitusten avulla ja näin jokainen hoitaja pääsi myös refleктоimaan omaa toimintaansa. Emme tiedä, onko Suomessa samankaltaista simulaatioharjoitusta, mutta se olisi varmasti hyödyksi huonojen uutisten kertomiseen ja niistä puhumiseen sekä potilaan että hoitajan näkökulmasta.

SPIKES – ja PEWTER – kommunikointimallit huonojen uutisten kertomiseen ovat hoitohenkilökunnalle avuksi ja ohjeiksi. Kommunikointimallit eivät ole lomakkeita tai listoja, joita noudatetaan tarkasti potilaan saadessa syöpädiagnoosin. Tarkoitus on, että näiden mallien avulla hoitajat saavat tukea kohtaamistilanteeseen. Kommunikointimalleista voi käyttää osia, mutta pääasiallinen tarkoitus on hoitajien varmuuden tukeminen huonoista uutisista keskustelemiseen sekä potilaan kokemus kohdatuksi tulemisesta. Emme tiedä, kuinka mallit toimisivat suomalaisessa hoitokulttuurissa sellaisenaan, mutta niiden sisältö on erittäin hyvä ja hyödyllinen apu jokaiselle hoitajalle. Nimenomaan koulutusmateriaalina kommunikointimallien sisältö sopii suomalaiseen kulttuuriin, enemmän kuin lomakkeena. Ihmisiä ei voi kohdata tietyn kaavan mukaan, mutta malleista saa hyviä käytännön vinkkejä kohtaamistilanteeseen.

Yleisohjeistukset hoitohenkilökunnalle miten vastata aikuisen syöpäpotilaan kärsimykseen sisälsivät paljon hyödyllisiä ja käytännönläheisiä ohjeita, miten hoitajana pystyy lievittämään kärsimystä. Potilaan kärsimyksen lievittämisestä hyötyivät niin läheiset kuin terveydenhoitojärjestelmäkin: kustannukset pienenivät, sairaalassa oloajat lyhenivät, resursseja pystyttiin käyttämään tehokkaammin sekä potilas oli tyytyväisempi saamaansa hoitoon, kun häntä pidettiin kliinisen päätöksenteon keskiössä. Myös hoitohenkilökunnan kliininen tehokkuus ja oman työn palkitsevuus kasvoivat. Kärsimyksen tunnistamatta jättäminen puolestaan lisäsi merkittävästi potilaan psyykkisen sairauden puhkeamista esimerkiksi masennus tai ahdistuneisuushäiriö. Kun potilaan kärsimykseen kiinnitettiin jatkuvasti huomiota, vähenivät psykiatriset virhediagnoosit ja sitä kautta asiaankuulumattomat hoidot.

Ohjeet sopivat mainiosti suomalaiseen hoitokulttuuriin. Tuntui kuin Australiassa kiinnitettäisiin enemmän huomiota pieniin yksityiskohtiin ja muihin kuin tervey-

denhoitoalanhenkilökunnan jäseniin esimerkiksi vastaanottovirkailijaan, siivoajaan ja vapaaehtoistyöntekijöihin, joilla oli myös rooli potilaan kärsimyksen lievittäjinä. Suomessa se tuskin toteutuisi jo salassapitovelvollisuuden takia. Australiassa on myös käytössä mittareita potilaan kärsimyksen tason arviointiin. Olisiko niistä hyötyä myös Suomessa? Kärsimyksen arviointimittareita on tarkoitus täydentää avoimilla kysymyksillä, joita ohjeistukset sisälsivät ja herkistymällä huomaamaan potilaan nonverbaalisia ja verbaalisia vihteitä.

Suomenruotsalainen hoitotieteen emeritaprofessori Katie Eriksson kirjoittaa kirjassaan ”Den lidande människan” kuinka historiallisesta näkökulmasta katsottuna hoitaminen ja eri hoito-organisaatiot ovat syntyneet tarpeesta lievittää inhimillistä kärsimystä. Paradoksaalista on, että kehityksen myötä kärsimyksen lievittämisen sijaan hoitaminen usein aiheuttaa kärsimystä potilaalle. (Eriksson 2015, 77–78.)

Kärsimystä voi lievittää luomalla sellaisen hoitokulttuurin, jossa potilas saa kokea itsensä tervetulleeksi, kunnioitetuksi ja hoidetuksi. Tällaisessa hoitokulttuurissa ihmisellä on tilaa ja oikeus olla potilas. Potilaan kärsimyksen lievittäminen tarkoittaa, että hänen arvokkuuttaan ei loukata, häntä ei tuomita eikä häntä kohtaan väärinkäytetä valtaa, vaan annetaan hoitoa, jota potilas todella tarvitsee. Hoitotyössä voi lievittää kärsimystä usein yksinkertaisilla arkisilla asioilla. Meidän tulee pyrkiä poistamaan tarpeetonta kärsimystä, mutta on olemassa myös sellaista kärsimystä jota ei voida poistaa ja sitä pitää lievittää kaikin mahdollisin keinoin. Kärsimystä voi lievittää ystävällisellä katseella, sanalla, koskettamalla tai jollain muulla tavalla joka ilmaisee aitoa myötäelämistä. Kärsivä ihminen tarvitsee yhä uudelleen ja uudelleen rakkaudenosoituksia. Potilaat useimmiten eivät koe jäävänsä ilman lievitystä, joka liittyy sairauteen, kipuun tai toimenpiteisiin. Eniten he pelkäävät tulevansa halveksituiksi, yksinäisiksi, hylätyiksi ja jäävänsä vaille myötätuntoa. (Eriksson 2015, 90–91.)

9.1 Ammatillinen kasvu ja sairaanhoitajan kompetenssit

Hoitotyö on ihmisen kokonaisvaltaista hoitoa ja klinisten taitojen lisäksi se vaatii sairaanhoitajalta sosiaalisia– ja vuorovaikutustaitoja potilaan ja hänen läheistensä kohtaamiseen ja auttamiseen erilaisissa ongelmissa ja elämäntilanteissa.

Sairaanhoitajan kohtaa työssään useita vaikeita ja yllättäviä tilanteita, joihin ei aina ole yksiselitteisiä vastauksia. (Mäkipää & Korhonen 2011, 20–22). Akuutissa kriisissä olevan asiakkaan kohtaaminen kuuluu sairaanhoitajan osaamisvaatimukseen (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 40). Tämän opinnäytetyön tekeminen on auttanut meitä ymmärtämään, kuinka kokonaisvaltaista sairaanhoitajan työ on ja miten ihmiset voivat käsitellä surua ja huonoja uutisia eri tavalla. Huonoista uutisista keskusteltaessa potilaan lisäksi tulee ottaa huomioon myös potilaan läheinen, joka ei välttämättä ole aina helppoa ja vaatii sairaanhoitajalta erityistä herkkyyttä.

Sairaanhoitajaopintojen alussa olimme varmasti eniten huolissamme kliinisten taitojen opetteluista ja niiden osaamisesta, vaikka taito kohdata ihminen ihmisenä on aivan yhtä tärkeä taito, ellei joissakin tilanteissa jopa tärkeämpi. Ihmisten kanssa työskenneltäessä tarvitaan aina vuorovaikutustaitoja, joita ilman ei sairaanhoitajana pärjää. Eriksson ym. (2015, 19, 36.) mukaan sairaanhoitajalla tulee olla taitoja potilassuhteiden luomiseen, jotka perustuvat vastavuoroisuuteen ja kumppanuuteen sekä vahvistaa yksilön voimavaroja. Osaamisvaatimukseen kuuluu myös asiakkaan kohtaaminen aktiivisena toimijana omassa hoidossaan sekä hänen voimavarojensa arviointi ja tukeminen hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Läheisten hoitoon osallistumista tulee myös tukea kunnioittaen asiakkaan näkemyksiä ja voimavaroja. Sairaanhoitajan tulee hallita ammatillinen ja hoidollinen vuorovaikutus sekä dialogi kaiken ikäisten asiakkaiden ja heidän läheistensä kanssa, huomioiden eri kulttuurit yksilöllisesti.

Ammattikorkeakoulujen osaamisvaatimukset valmistavat sairaanhoitajaopiskelijaa sairaanhoitajana toimimiseen valmistumisen jälkeen, joihin kuuluu kliinisen osaamisen lisäksi viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen (Eriksson ym. 2015, 14–15). Olemme kaikki tehneet töitä asiakaspalvelussa aikaisemminkin, joten meillä on hyvät vuorovaikutustaidot jo entuudestaan. Vasta sairaanhoitajaopintojen edetessä ihmisten kohtaamisen tärkeys ja sen vaikutukset ovat kuitenkin vahvistuneet ja tämän opinnäytetyöprosessin kautta kiinnitämme siihen erityisesti huomiota. Olemme kasvaneet sekä ihmisinä että tulevina sairaanhoitajina.

Olemme sairaanhoitajaopintojen ajan tottuneet jatkuvasti arvioimaan omaa osaamistamme sekä kasvua tuleviksi ammattilaisiksi reflektoinnin kautta. Keijonen ja Koota (2011, 24–25, 27.) kirjoittavat reflektoinnin tarkoittavan miettimistä ja harkintaa, koetun tai opitun asian jäsentämistä ja pohdintaa. Reflektoinnin avulla voidaan oppia tunnistamaan omia ja toisten reaktioita sekä saada uusia oivalluksia. Reflektointi kehittää kykyä autonomiseen toimintaan, päätöksentekokykyä, kriittistä ja ammatillista ajattelua, empatiakykyä sekä potilaan yksilöllisyyden huomiointia koskien hänen hoitoaan. Reflektointitaitojen kehitys on aikaa ja tukea vaativa, yksilöllinen kasvuprosessi, joka pitäisi aloittaa jo opiskeluaikana. Olemme saaneet reflektoinnin kautta paljon vertaistukea sairaanhoitajaopiskelijoina sekä sellaisia näkökulmia ja ajatuksia, joita emme ole itse edes ajatelleet. Tulemme käyttämään reflektointia oman ammatillisen osaamisemme arviointiin myös työelämässä ja toivomme, että se olisi käytäntönä myös tulevaisuudessa työyhteisöissämme.

Sairaanhoitajaliiton (2014) sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitaja on ammatissaan velvollinen jatkuvasti kehittämään omaa ammattitaitoaan. Tällä tarkoitetaan myös potilaan ja hänen läheisensä kohtaamisen taitojen kehittämistä, jota jokaisen sairaanhoitajan tulisi tehdä säännöllisesti. Koemme kohtaamisen olevan suuressa roolissa hoitotyössä, koska huonoja uutisia saadessaan ihmisen mieleen jää päällimmäisenä se, miten asia hänelle sanotaan ja miten hoitaja hänet kohtasi. Jokaisen tulisi pohtia ja arvioida omia kohtaamistaitojaan, koska se voi olla ainoa asia, mitä potilas muistaa hoitokontaktista huonoja uutisia saadessaan. Sairaanhoitajan ammatista tekee ainutlaatuisen jatkuvan itsensä kehittämisen mahdollisuus ja tieto siitä, ettei kaikkea tarvitse osata heti valmistumisen jälkeen, vaan oppimista tapahtuu läpi työuran.

9.2 Eettisyys ja luotettavuus

Etiikassa tutkitaan kysymyksiä hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä. Tutkimuksenteekoon puolestaan liittyy useita eettisiä kysymyksiä mitä tekijöiden on otettava huomioon. Yleisesti hyväksytyt tutkimuseettiset periaatteet liittyvät tiedon hankintaan ja julkistamiseen. Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen

onkin edellytys eettisesti hyvälle tutkimukselle. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23–24.)

Eettisyys näkyy myös kriittisenä ajatteluna vallitsevia käytäntöjä ja tarjottuja tietoja kohtaan, jotka korostuvat Diakin oman arvopohjansa ansiosta. Rehellisyyttä ja läpinäkyvyyttä edellytetään kaikelta Diakin tutkimus- ja kehittämistyöltä. Sen kuuluu olla eettisesti oikein, tieteellisesti totta ja yhteiskunnalle hyödyllistä. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. 11–12.)

Luotettavuutta punnitaan lähdekritiikillä eli kaikkiin aineistoihin on suhtauduttava kriittisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 189). Kriittisyys sekä ajattelussa että toiminnassa on tutkivan ammattikäytännön edellytys. Perustana on eri näkökulmien arviointi sekä pohtiva, erittelevä ja kyseenalaistava suhtautuminen käytäntöön ja löydettyyn informaatioon. Lähteiden alkuperä ja luotettavuus on selvítettävä. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. 13.)

Koko opinnäytetyö prosessin ajan kiinnitimme huomiota lähteiden laatuun, tekijöiden luotettavuuteen sekä käytimme mahdollisimman tuoreita lähdemateriaaleja. Noudatimme hyvää tieteellistä käytäntöä huolehtimalla, ettemme plagioi kenkään tekstejä. Vaikka löysimme osan teorialiedosta Google-haun kautta, tarkistimme lähteiden taustat ja totesimme ne luotettaviksi. Tästä esimerkkinä Cancer Australian ”Clinical Guidance for responding to suffering in adults with cancer”, joka ei itse ole tutkimus vaan yleisohjeistus hoitohenkilökunnalle, mikä puolestaan pohjautuu tutkittuun tietoon.

LÄHTEET

- Aalto, Kirsti & Raili, Gothóni 2009. Ihmisen lähellä. Hengellisyys hoitotyössä. Helsinki: Kirjapaja.
- Ahonen, Outi; Blek-Vehkaluoto, Mari; Ekola, Sirkka; Partamies, Sanna; Sulo-saari, Virpi & Uski-Tallqvist, Tuija 2014. Kliininen hoitotyö. Sisä-tauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Airaksinen, Tiina 2009. Toiminnallinen opinnäytetyö tekstinä. Viitattu 24.1.2018. <https://www.slideshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallinen-opinnytety-tekstin>
- Bumb, Meridith; Keefe, Joanna; Miller Lindsay & Overcash, Janine 2017. Break-ing Bad News: An Evidence-Based Review of Communica-tion Models for Oncology Nurses. Clinical Journal of Oncology Nursing. Volume 21. Issue 5. Viitattu 14.1.2018. <https://cjon.ons.org/cjon/21/5/breaking-bad-news-evidence-based-review-communication-models-oncology-nurses>
- Cancer Australia 2014. Clinical guidance for responding to suffering in adults with cancer. Cancer Australia, Sydney. Viitattu 26.12.2017. <https://guidelines.canceraustralia.gov.au/guidelines/suffe-ring/ch01.php>
- Cullberg, Johan 1982. Psykykinen Trauma. Kriisiteoriasta ja kriisipsykoterapi-asta. A-klinikkasäätiön julkaisu 5. Kouvola: Lehtikanta Oy.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Dia-konia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Dunderfelt, Tony 2016. Läsäoleva kohtaaminen. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Eriksson, Elina; Korhonen, Teija; Merasto, Merja & Moisio, Eeva-Liisa 2015. Sairaahoitajan ammatillinen osaaminen – Sairaahoitajakoulutuk-sen tulevaisuus –hanke. Viitattu 4.3.2018. <https://sairaahoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaahoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Eriksson, Katie 2015. Den lidande människan. Stockholm: Liber Ab.

- Gustavsson-Lilius, Mila 2010. Psychological consequences of cancer from the salutogenic and dyadic perspective. Helsinki: University of Helsinki. Väitöskirja. Viitattu 22.2.2018. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/19773/psycholo.pdf?sequence=1>
- Haarakangas, Kauko 2008. Parantava puhe. Helsinki: Magentum.
- Haho, Annu 2014. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Näyttöön perustuva hoitotyö. Sairaanhoitaja-lehti. Viitattu 4.1.2018. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/asiakkaan-ja-potilaan-kohtaaminen/>
- Heiskanen, Tarja; Salonen, Kristiina & Sassi, Pirkko 2010. Mielenterveyden Ensiapukirja. Helsinki: StarOffeset Oy.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hänninen, Juha 2015. Saattohoito-opas. Potilaan ja omaisen opas. Viitattu 24.1.2018. <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/syopa-alueelliset/sites/171/2017/02/20143850/Saatto-2015-nettiin.pdf>
- Iivanainen, Ansa; Jauhiainen, Mari & Syväoja, Pirjo 2012. Sairauksien hoitaminen - terveyttä edistään. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kaikki syövästä i.a/a. Tietoa syövästä. Mikä on syöpä? Viitattu 5.2.2018. <https://www.kaikkisyovasta.fi/tietoa-syovasta/mika-on-syopa/>
- Kaikki syövästä i.a/b. Tietoa syövästä. Syöpätaudit. Viitattu 5.2.2018. <https://www.kaikkisyovasta.fi/tietoa-syovasta/syopataudit/>
- Keijonen, Pia & Koota, Elina 2011. Reflektointi kehittymisen edellytyksenä. Teoksessa Ranta, Iiri (toim.) 2011. Sairaanhoitajan asiantuntijuus. Hoitotyön vuosikirja 2011. Sairaanhoitajaliitto Ry. Helsinki: Fioca Oy.
- Kekäläinen, Piia; Jokinen, Silja; Rahko, Ari & Hanhiova Kristiina 2017. Syöpäpotilaan puolison ja perheen osallisuus syövän hyvässä hoidossa. Teoksessa Helminen, Jari (toim.) 2017. Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali –ja terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Kielijelppi i.a/a. Viestinnän merkkijärjestelmät. Viitattu 12.1.2018. <http://kielijelppi.virtamieli.fi/puheviestinta/viestinnaen-merkkijaerjestelmae>
- Kielijelppi i.a/b. Nonverbaalinen viestintä. Viitattu 13.1.2018. <http://kielijelppi.virtamieli.fi/puheviestinta/nonverbaalinen-viestinta>

- Kiiltomäki, Aliisa & Muma, Päivi 2007. Tässä ja nyt. Sairaanhoitaja tekee kriisi-työtä. Helsinki: Sairaanhoitajaliitto.
- Kiviniemi, Liisa; Läksy, Marja-Liisa; Matinlauri, Timo; Nevalainen, Kaija; Ruotsalainen, Kari; Seppänen, Ulla-Maija & Vuokkila-Oikkonen 2014. Minä Mielenterveystyön tekijänä. Porvoo: Bookwell Oy.
- Kuhanen, Carita; Oittinen, Pirkko; Kanerva, Anne; Seuri, Tarja & Schubert, Carla 2012. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 7.12.2017.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Latvala, Aila; Heikkinen, Seija; Lehtimäki, Marja-Leena; Nelin, Suvi; Nevala, Soili; Närkki, Aino & Pérez, Johanna i.a. Asiakkaan kohtaamisen taito. SuPer. Viitattu 12.1.2018. <https://www.superliitto.fi/viestinta/super-lehti/uusin-lehti/asiakkaan-kohtaamisen-taito/>
- Lumme, Riitta; Leinonen, Rauni; Leino, Mia; Falenius, Mia & Sundqvist, Leena 2009. Monimuotoinen/ toiminnallinen opinnäytetyö. Virtuaali ammattikorkeakoulu. Viitattu 3.3.2018.
<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>
- Mäkipää, Sanna & Korhonen Teija 2011. Mistä asiantuntijuus muodostuu? Teoksessa Ranta, Iiri (toim.) 2011. Sairaanhoitajan asiantuntijuus. Hoitotyön vuosikirja 2011. Sairaanhoitajaliitto Ry. Helsinki: Fioca Oy.
- Mäkisalo-Ropponen, Merja 2012. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Sanoma Pro.
- Neefs, Hans 2017. Guidelines for healthcare professionals. How to support and communicate with informal caregivers of persons with cancer. ECL Association of European Cancer Leagues. Viitattu 22.2.2018.
<http://www.europeancancerleagues.org/other-focus-pswg-publications/>
- Raatikainen, Eija 2015. Lujita Luottamusta. Asiakassuhteen rakentaminen sosiaali- ja terveysalalla. Jyväskylä: PS-kustannus.

- Rall, Marcus 2013. Simulaatio – mitä, miksi, milloin ja miten? Teoksessa Ranta, Iiri (toim.) 2013. Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Helsinki. Fioca Oy.
- Saari, Salli; Kantanen, Irja; Kämäräinen, Leena; Parviainen, Kaisa; Valoaho, Sari & Yli-Pirilä Pia 2009. Hädän hetkellä -psykkisen ensiavun opas. Helsinki: Duodecim.
- Sairaanhoitajaliitto 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 6.3.2018. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- Suomen mielenterveysseura i.a Shokista uuteen alkuun. Viitattu 2.1.2018. <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/kriisit/shokista-uuteen-alkuun>
- Suomen syöpärekisteri 2015. Syöpätilastot. Viitattu 8.3.2018. <https://syoparekisteri.fi/tilastot/tautitilastot/>
- Syöpäjärjestöt i.a/a Järjestö. Viitattu 2.1.2018. <https://www.syopajarjestot.fi/jarjesto/>
- Syöpäjärjestöt i.a/b Suomen Syöpäyhdistys. Viitattu 2.1.2018. <https://www.syopajarjestot.fi/jarjesto/suomen-syopayhdistys/>
- Syöpäjärjestöt i.a/c Syöpäsäätiö. Viitattu 2.1.2018. <https://www.syopajarjestot.fi/jarjesto/syopasaatio/>
- Syöpäjärjestöt i.a/d Strategia. Viitattu 2.1.2018. <https://www.syopajarjestot.fi/jarjesto/strategia/>
- Syöpäjärjestöt i.a/e Syöpäsäätiön tarkoitus, missio ja arvot. Viitattu 2.1.2018. <https://www.syopajarjestot.fi/julkaisut/raportit/syopasaation-vuosikertomus/syopasaation-tarkoitus-missio-ja-arvot/>
- WHO 2018. Media centre. Fact sheets. Cancer. Viitattu 4.2.2018 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- Vuori-Kemilä, Anne; Stengård, Eija; Saarelainen, Ritva & Annala, Tuula 2007. Mielenterveys – ja päihdetyö: Yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Väisänen, Leena; Niemelä, Mika & Suua, Pirkko 2009. Sanat työssä. Vuorovai-
kutuksen ammattitaitona. Helsinki: Kirjapaja.

LIITE 1 Ohjeistuksia hoitohenkilökunnalle, koulutusmateriaali

Koulutusmateriaalin tiedot pohjautuvat yhdysvaltalaisen Oncology Nursing Society:n ylläpitämän Clinical Journal of Oncology Nursing sivuston artikkeliin Breaking Bad News, joka käsittelee syöpäsairaanhoitajien kommunikointimenetelmiä sekä Australian hallituksen ylläpitämään Cancer Australia:n kehittämiin yleisohjeistuksiin kuinka vastata aikuisen syöpäpotilaan kärsimykseen. Breaking Bad News artikkelissa esitetyt SPIKES ja PEWTER kommunikointimallit on koottu tukemaan hoitajia tilanteissa joissa potilaalle kerrotaan syöpädiagnoosista. Näistä malleista ja Cancer Australia:n yleisohjeistuksista on tiivistetty suomalaiseseen hoitokulttuuriin sopivat vinkit hoitajille.

KUINKA KOHDATA SYÖPÄÄN SAIRASTUNUT JA HÄNEN LÄHEISENSÄ?

Syöpädiagnoosin saaminen on potilaalle ja hänen läheisilleen vaikea, järkyttävä ja elämää mullistava asia. Tilanteena se on myös hoitajalle hankala. Syöpädiagnoosin kertoo potilasta hoitava lääkäri ja tässä keskustelussa on mukana myös potilaan sairaanhoitaja. Sairaanhoitajan kanssa potilaalla on mahdollisuus keskustella saaduista huonoista uutista, sekä esittää kysymyksiä. (Bumb, Keefe, Miller & Overcash 2017, 573, 578.)

Huonojen uutisten vastaanottaminen on yksilöllistä, minkä takia potilaan ja hänen läheistensä reaktioiden ennakointi on vaikeaa. Potilaat haluavat usein keskustella diagnoosistaan sekä hoitopolustaan läheistensä kanssa ja tämän takia moni potilas haluaa läheisensä mukaan keskusteluun, jossa kerrotaan huonoista uutisista. Kulttuuriin katsomatta potilaat toivovat yleensä vaikeista tilanteista keskusteltaessa kokenutta työntekijää, joka on empaattinen ja välittävä, tarjoaa toivoa ja käyttää oikeanlaisia sanoja. Potilaan saadessa huonoja uutisia hoitaja voi arvioida potilaan tuen tarvetta kiinnittämällä huomiota potilaan sanalliseen, fyysiseen ja emotionaaliseen reagointiin. (Bumb ym. 2017, 574–575.)

Hoitajien näyttöön perustuva koulutus sekä simulaatioharjoitukset huonojen uutisten kertomisesta voivat edistää hoitajien vuorovaikutustaitoja. Ei ole olemassa yhtä tiettyä näyttöön perustuvaa kommunikointimallia, jota suositeltaisiin ylitse muiden huonojen uutisten kertomisen tueksi. (Bumb ym. 2017, 576.)

Ympäristön, jossa hoitaja keskustelee potilaan kanssa huonoista uutisista, tulisi olla rauhallinen ja yksityinen. Hoitajan on tärkeää ymmärtää diagnoosi itse sekä selvittää, mitä siitä on puhuttu potilaalle aiemmin ja mitä hoitoja on mahdollisesti suunniteltu. Yhdenmukaisuus on tärkeää, kun keskustellaan potilaan kanssa hänen saamistaan huonoista uutisista. On tärkeää tietää, mitä potilaalle kerrotaan ja miten se esitetään. Selkeiden ja ymmärrettävien sanojen käyttö on suositeltavaa ja lääketieteellistä sanastoa tulisi välttää. Hoitajan tulee arvioida, miten potilas ja hänen läheisensä reagoivat saatuun tietoon, jotta voidaan määrittää mitä potilaalle ja hänen läheisilleen kerrotaan seuraavaksi. (Bumb ym. 2017, 576–577.)

Huonoista uutisista tulisi keskustella kiertelemättä, rehellisesti ja rauhallisesti pienissä osissa, jotta potilaalla ja hänen läheisillään on aikaa prosessoida tietoa tarkoituksenmukaisesti. Potilaalta ja hänen läheisiltään tulisi kysyä, mitä he ymmärsivät ja tarjota mahdollisuus selventäviin kysymyksiin. Ennen siirtymistä seuraavaan asiaan on varmistettava, että potilas ymmärtää saadun tiedon. (Bumb ym. 2017, 576–577.)

Hoitajan tulee tunnistaa potilaan ja hänen läheisensä tunteet ja reaktiot sekä vastata niihin keskustelun aikana. Potilaan reaktioita huonoihin uutisiin tulee seurata. Emotionaalisen reaktion havainnointi on tärkeää, jotta osataan arvioida, kuinka potilas ymmärtää uuden tiedon. Jos potilas on häkeltynyt, voi olla tarpeen sopia enemmän kuin yksi aika huonoista uutisista keskusteluun. (Bumb ym. 2017, 576–578.)

Hoitajan tulee osoittaa empaattisuutta, sallia potilaan ja hänen läheistensä emotionaaliset reaktiot ja antaa heille aikaa sekä yksityisyyttä uutisten prosessointiin. Empaattinen käyttäytyminen näyttäytyy aktiivisena kuunteluna sekä yrityksenä ymmärtää tuntemuksia potilaan näkökulmasta. Myötätunto, herkkyys ja ystävällisyys ovat myös oleellisia ominaisuuksia keskusteltaessa huonoista uutisista potilaan kanssa ja voivat auttaa tekemällä vaikeasta tilanteesta paremman monille potilaille sekä heidän läheisilleen. Hoitajien tulee arvioida omaa emotionaalista reaktiotaan, säilyttää ammatillinen etäisyys potilaaseen, kuitenkin tukien häntä. On myös tärkeää olla tietoinen omista tunteistaan, kehon kielestä ja kasvojen eleistä. (Bumb ym. 2017, 577–578.)

Hoitajan ja potilaan välinen kommunikointi huonojen uutisten saamisen yhteydessä nähdään yleensä tärkeimmäksi asiaksi. Silloin voidaan keskustella toivosta koskien hoitoja, elämänlaadun säilymistä ja sairauden ennusteesta olematta epärealistisia. (Bumb ym. 2017, 577.)

VINKIT HOITOHENKILÖKUNNALLE

- Käytä käsitteitä, joita potilas ja hänen läheisensä ymmärtävät.
- Kohtaa potilas inhimillisesti, kunnioittavasti ja osoita huolenpitoa.
- Vältä auktoriteettiaseman käyttöä.
- Puhu potilaalle kuin kanssaihmiselle.
- Älä ole vähättelevä tai vaikuta kiireiseltä. Äläkä anna laitteiden viedä huomiotasi.
- Kunnioita eri sosiaalisia ja kulttuurillisia arvoja.
- Kuuntele ja kunnioita potilaan näkemystä tai tunteita, vaikka ne olisivat erilaisia kuin omasi.
- Auta potilasta tuntemaan olonsa turvalliseksi uudessa vieraassa ympäristössä.
- Anna toivoa potilaalle ja hänen läheisilleen.
- Vakuuta heille, ettei heitä hylätä, vaikkei hoitoja olisi enää saatavilla. (Cancer Australia 2014.)

KOMPASTUSKIVIÄ

Epäonnistuneella vuorovaikutustilanteella voi olla pysyviä negatiivisia vaikutuksia potilaille ja heidän läheisilleen, hoitajille sekä terveystalvelujen tuottajalle. Huono kohtaminen voi johtaa potilaan luottamuksen menetykseen. Potilas voi olla niin ahdistunut, ettei kykene vastaanottamaan tärkeää tietoa vuorovaikutuksen aikana. (Bumb ym. 2017, 576, 578.)

Keskustelu potilaan kärsimyksestä ei tee sitä pahemmaksi vaan sen tunnustaminen voi olla hyödyllistä ja terapeutista hänelle. Potilaan kärsimyksen tunnistamatta jättäminen sekä luottamuksen menettäminen puolestaan voivat johtaa merkittävän psyykkisen sairauden puhkeamiseen. (Cancer Australia 2014.)

KESKUSTELUNAVAUS kärsimyksestä tai hengellisyydestä voi tuntua pelottavalta, mutta potilaalta voi yksinkertaisesti kysyä sopiiko hänelle, että puhumme näistä asioista. Potilaat usein haluavat puhua eksistentiaalisista asioista hoitohenkilökunnan kanssa. Nämä kysymykset avaavat potilaan kokemusta sairaudestaan ja elämänskatsomuksestaan (Cancer Australia 2014.):

- Mitä minun tulisi tietää teistä ihmisenä, jotta voisin hoitaa teitä parhaalla mahdollisella tavalla?
- Keihin muihin tämä vaikuttaa, mitä terveydessänne tapahtuu nyt?
- Mitkä asiat elämässänne ovat tärkeimpiä tällä hetkellä tai mitkä asiat huolestuttavat teitä eniten?
- Mitä te toivotte?
- Mitä henkilökohtaista ominaisuuttanne arvostatte itsessänne?
- Mikä tuottaa iloa teidän elämässänne juuri nyt?
- Mikä oli elämänne parasta aikaa tai mikä oli paras asia mitä teille on tapahtunut?
- Mitä olette oppineet elämältänne?
- Mitä olette tehneet elämässänne? (Cancer Australia 2014.)

PÄÄTÖSSANAT

Koulutusmateriaalin tarkoituksena on antaa hoitajille vinkkejä ja tukea haastaviin kohtaamistilanteisiin. Hyvä kohtaaminen on ensiarvoisen tärkeää potilaan ja hoitajan välisen luottamussuhteen syntymiselle. Nämä vaikuttavat myös potilaan hoitoon sitoutumiseen. Tärkeää on kuitenkin muistaa, että potilaan ja hänen läheisensä kohtaamiseen ei ole yhtä oikeaa tapaa tai mallia.

LÄHTEET

Bumb, Meridith; Keefe, Joanna; Miller Lindsay & Overcash, Janine 2017. Breaking Bad News: An Evidence-Based Review of Communication Models for Oncology Nurses. Clinical Journal of Oncology Nursing. Volume 21. Issue 5. Viitattu 14.1.2018. <https://cjon.ons.org/cjon/21/5/breaking-bad-news-evidence-based-review-communication-models-oncology-nurses>

Cancer Australia 2014. Clinical guidance for responding to suffering in adults with cancer. Cancer Australia, Sydney. Viitattu 26.12.2017. <https://guidelines.canceraustralia.gov.au/guidelines/suffering/ch01.php>

Tekijät: Julia Julkunen, Annukka Nurmikumpu ja Krista Sillanpää