



**RÖNTGENHOITAJIEN KOKEMUKSET
VUOROVAIKUTUKSESTA RINTASYÖPÄÄ
SAIRASTAVAN POTILAAN KANSSA SÄDEHOIDON
AIKANA**

Opinnäytetyö

Annina Lyytikäinen

Sanna Tenhunen

Radiografian ja sädehoidon koulutusohjelma

SAVONIA- AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala, Kuopio

OPINNÄYTETYÖ

Tiivistelmä

Koulutusohjelma: Radiografian ja sädehoidon koulutusohjelma	
Työn tekijä(t): Annina Lyytikäinen ja Sanna Tenhunen	
Työn nimi: Röntgenhoitajien kokemukset vuorovaikutuksesta rintasyöpää sairastavan potilaan kanssa sädehoidon aikana	
Päiväys: 28.11.2010	Sivumäärä / liitteet: 50/2
Ohjaajat: Yliopettaja Sirkka-Liisa Halimaa	
Työyksikkö / projekti: Kuopion yliopistollisen sairaalan sädehoitoyksikkö, Päivi Huuskonen	
Tiivistelmä: <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa siitä, millaisia kokemuksia röntgenhoitajilla on vuorovaikutuksesta rintasyöpää sairastavien potilaiden kanssa sädehoitajakson aikana Kuopion yliopistollisen sairaalan sädehoitoyksikössä. Tutkimuksessa selvitettiin, millaiseksi röntgenhoitajat kuvaavat hyvän vuorovaikutuksen potilaan ja hoitajan välillä, millaiseksi röntgenhoitajat kuvaavat vuorovaikutuksen hoitajakson eri vaiheissa ja millaisia haasteita röntgenhoitajat kokevat vuorovaikutuksessa rintasyöpää sairastavien potilaiden kanssa. Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsiteltiin rintasyöpää ja sen eri hoitomuotoja, hoidon laatua sekä potilaiden ja henkilökunnan välistä vuorovaikutusta hoitotyössä.</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella, jotka jaettiin 12:lle sädehoitoyksikössä työskentelevälle röntgenhoitajalle syyskuussa 2010. Kyselyyn vastasi 8 hoitajaa. Aineisto on analysoitu sisällön analyysillä ja luokiteltu tutkimuskysymysten mukaan. Tulokset kerrottiin sanallisesti ja lisäksi tulosten kuvaamiseen käytettiin hoitajien autenttisia ilmaisuja.</p> <p>Tulosten mukaan röntgenhoitajien työmotivaatio on hyvä ja he viihtyvät työssään. Välillä työ koettiin raskaaksi niin fyysisesti kuin henkisesti. Röntgenhoitajat kokevat potilaan aidon ja yksilöllisen kohtaamisen tärkeänä hyvässä vuorovaikutuksessa. Hyvän vuorovaikutuksen haasteena pidettiin kiirettä, joka hankaloittaa riittävän henkisen tuen tarjoamista rintasyöpää sairastavalle potilaalle.</p> <p>Saatuja tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä vuorovaikutusta potilaiden hoidossa. Jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää tarkemmin hoitajien kokemuksia vuorovaikutuksesta haastatteluin.</p>	
Avainsanat: (1-5) Vuorovaikutus, rintasyöpä, hoitaja-potilassuhde, sädehoito	
Julkinen <input checked="" type="checkbox"/>	Salainen <input type="checkbox"/>

SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Professions Kuopio

THESIS

Abstract

Degree Programme:	
Degree programme in Radiography and Therapeutic radiography	
Authors:	
Annina Lyytikäinen and Sanna Tenhunen	
Title of Thesis:	
Radiographers experiences of interaction with breast cancer patient during radiation therapy	
Date: 28.11.2010	Pages / appendices: 50/2
Supervisor:	
Principal lecturer Sirkka-Liisa Halimaa	
Contact persons:	
Radiation therapy unit in Kuopio University Hospital, Päivi Huuskonen	
<p>The purpose of this study was to obtain information on radiographers' experiences of interaction with breast cancer patients in radiation therapy in the radiation therapy unit of Kuopio University Hospital. This study attempted to find out how radiographers describe interaction between nurse and patients and what kind of challenges radiographers experience in interaction with breast cancer patients.</p> <p>The material was gathered up with questionnaires in September 2010. The questionnaires were given to twelve radiographers who work in radiation therapy unit. Eight radiographers returned the questionnaire. The material was analyzed by using classification and patterns.</p> <p>According to the results of this study radiographers enjoy working in radiation therapy unit. According to radiographers it is important to contact patients unique in good interaction. A challenge of good interaction is hurry. It makes difficult to offer enough emotional support to patients.</p> <p>The results can be obtained in developing good interaction with patients. A follow-up questionnaire could find out more about radiographers' experiences of interaction using interviews.</p>	
Keywords: (1-5) Interaction, breast cancer, nurse-patient relations, radiation therapy	
Public <input checked="" type="checkbox"/>	Secure <input type="checkbox"/>

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 SYÖPÄ SAIRAUTENA	8
2.1. Syöpäkasvainten synty ja syövän yleisyys.....	9
2.2. Syöpäkasvainten luokitukset.....	10
3 RINTASYÖPÄ	12
3.1. Rintasyövän yleisyys ja riskitekijät.....	12
3.2. Rintasyövän oireet ja hoitomuodot	13
3.3. Sädehoito rintasyövän hoidossa	16
3.4. Sädehoidon sivuvaikutukset rintasyöpäpotilaalla	19
4 POTILAIDEN JA HENKILÖKUNNAN VÄLINEN VUOROVAIKUTUS SÄDEHOIDON AIKANA.....	20
4.1. Hoidon laatu ja asiakkaan kohtaaminen.....	20
4.2. Vuorovaikutus hoitotyössä.....	22
4.3. Vuorovaikutus sädehoidossa.....	24
5 TUTKIMUSMENETELMÄT.....	28
5.1. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	28
5.2. Tutkimuksen toteutus	29
5.3. Aineiston analysointi.....	29
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	31
6.1. Hyvä vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä.....	31
6.2. Vuorovaikutus rintasyöpää sairastavan potilaan kanssa sädehoitojakson eri vaiheissa	33
6.3. Vuorovaikutuksen haasteet rintasyöpää sairastavan potilaan kanssa sädehoidossa	36
7 POHDINTA	38
7.1. Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	38
7.2. Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	39

7.3.	Tutkimuksen merkitys ja jatkotutkimusehdotukset	42
7.4.	Opinnäytetyöprosessin pohdinta	43
LÄHTEET.....		46
LIITTEET		
Liite 1.....		51
Liite 2.....		55

1 JOHDANTO

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaiseksi Kuopion yliopistollisen sairaalan sädehoitoyksikön röntgenhoitajat kokevat vuorovaikutuksen rintasyöpää sairastavien potilaiden kanssa sädehoidossa. Opinnäytetyömme aihe liittyy röntgenhoitajan ammatin viestintä- ja vuorovaikutusosaamisalueisiin.

Syöpäsairaus on vakava kriisi sairastuneelle ja hänen omaisilleen. Hoito on potilaalle pitkä ja vaativa, joten vuorovaikutuksella on suuri merkitys potilaan kokemukselle sädehoidosta. Hoitohenkilökunnan jaksamisen tukeminen ja asennoituminen työhön voivat auttaa potilasta selviytymään paremmin hoitojaksosta ja antavat voimia kohdata jokapäiväinen sädehoito. Potilaan ja hoitajan välisen hyvän vuorovaikutussuhteen perustana on keskustelu luottavaisesti, avoimesti ja toinen toistaan kunnioittaen (Dowling 2008).

Suomen laissa on määritelty potilaan asema ja oikeudet, joita jokaisen terveydenhuollossa toimivan tulee noudattaa. Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ilman syrjintää. Potilaan hoito tulee järjestää siten, ettei hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan tai yksityisyyttään loukata. Hoidossa ja kohtelussa tulisi mahdollisuuksien mukaan huomioida potilaan äidinkieli, kulttuuri ja yksilölliset tarpeet. Potilaalla on itsemääräämisoikeus, joten hoito tulee toteuttaa yhteisymmärryksessä potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Karhu-Hämäläisen (2002, 57) väitöskirjan mukaan eniten psykososiaalista tukea tarvitsivat alle 56-vuotiaat rintasyöpää sairastavat ja leikkauksen läpikäyneet naiset, erityisesti jos sairauden toteamisesta oli kulunut vähän aikaa. Hoitajat sädehoidossa ovat merkittävässä roolissa emotionaalisen ja psykologisen tuen antamisessa syöpäpotilaille (Dowling 2008). Tutkimuksen mukaan mitä enemmän potilas saa hoidollista tukea, sitä aktiivisemmin hän osallistuu hoitoonsa. Tästä syystä on tärkeää selvittää hoitajien näkemyksiä vuorovaikutuksen toteutumisesta rintasyöpää sairastavien potilaiden kanssa Kysin sädehoitoyksikössä.

Tämä opinnäytetyö on tilaustyö sädehoitoyksikölle. Tutkimuksen taustalla on sädehoitoyksikön tarve kehittää hoitotyötä ja vuorovaikutusta potilaiden kanssa. Tutkimuksen avulla on tarkoitus saada tietoa siitä, millaisia kokemuksia rintasyöpää sairastavien poti-

laiden hoitoon osallistuvilla röntgenhoitajilla on vuorovaikutuksesta sädehoitojakson aikana. Tutkimuksesta saamme arvokasta tietoa vuorovaikutuksen tärkeydestä hoitajan ammatissa.

2 SYÖPÄ SAIRAUTENA

Syöpä on yleisnimitys kaikille pahanlaatuisille kasvaimille. Syöpäkasvaimet tunkeutuvat ympäröivään kudokseen ja leviävät usein imu- ja verisuoniston kautta muualle elimistöön muodostaen etäpesäkkeitä eli metastaaseja. Syöpäkasvain muodostuu soluista, jotka ovat peräisin yhdestä pahanlaatuiseksi muuttuneesta syöpäsolusta. Hyvänlaatuinen kasvain muistuttaa normaalia lähtökudostaan ja se kasvaa pyöreähköksi ympäröivän kudoksen muodostaessa vallimaisen kehän sen ympärille. Pahanlaatuinen kasvain muodostuu usein erilaistumattomista soluista, jotka tunkeutuvat muun kudoksen sisään, jolloin sen lähtöpaikkaa on vaikeampi erottaa. Pahanlaatuiseksi muuttuessaan solut menettävät kykynsä hoitaa alkuperäisiä tehtäviään ja ne voivat muuttua ulkonäöltään ja ominaisuuksiltaan. Ne saattavat saada myös uusia ominaisuuksia, kuten alkavat tuottaa hormoneja tai muita aineita, jotka aiheuttavat erilaisia oireita. Syöpäsolut eivät aina muodosta tiivistä kasvainta, esimerkiksi leukemiassa syöpä on verta muodostavissa soluissa ja syöpäsolut kiertävät elimistössä verenkierrossa. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 93.)

Syöpädiagnoosista potilaalle kertominen on lääkärille vaikeaa. Lääkärin kyvyllä asettua potilaan asemaan on suuri merkitys sille, kuinka potilas ottaa saamansa tiedon vastaan ja kuinka paljon hän siitä ymmärtää ja muistaa. Kertomistilanne on tärkeä myös siksi, että se on alku hoitosuhteelle. Tilanne vaikuttaa myös siihen, kuinka potilas suhtautuu sairauteensa ja tilanteeseensa. Diagnoosin kertominen on parhaimmillaan vuorovaikutusta, jossa potilas voi palata uudestaan häntä askarruttaviin seikkoihin. Myös hoitajalla on tässä vaiheessa tärkeä asema. Jos potilas lähetetään kotiin suoraan diagnoosin kuulemisen jälkeen, tulisi varmistua siitä, että potilaalla on mahdollisuus puhua jonkun kanssa ja että hän saa tarvittaessa yhteyden hoitohenkilökuntaan. Luottamuksellinen ja rehellinen yhteistyö on ensiarvoisen tärkeää potilaalle ja hänen läheisilleen. (Holmia ym. 2004, 106.)

2.1. Syöpäkasvainten synty ja syövän yleisyys

Syövän synty on tapahtumasarja, jossa solun perimäaineen vaurioituminen aiheuttaa solun muuttumisen pahanlaatuisiksi. Tätä kutsutaan karsinogeneesiksi. Tämä tapahtumasarja voi kestää vuosia ja vuosikymmeniä. Syövän syntymekanismiina ovat häiriöt ja vauriot solun perimässä. Syöpä voi syntyä, kun mutaatioita sattuu useissa sellaisissa geeneissä, joilla on tärkeä asema solujen kasvun ja erilaistumisen säätelyssä. Solumuutosten kertymistä ja muutosnopeutta lisäävänä tekijänä on perimän korjauskoneiston toiminnan pettäminen ja mutaatioiden synty, jolloin pahanlaatuinen kasvutapa saa val- lan. Syövän syntyyn vaikuttaa perimään liittyvä ominaisuus sekä yleensä myös ulkoisia tekijöitä eli karsinogeneenejä. (Holmia ym. 2004, 96.)

Yksittäinen syöpävaaraa eniten lisäävä tekijä on tupakointi. Jopa kolmasosan kaikista syöpätapauksista on arvioitu johtuvan tupakasta. Tupakoinnilla on suuri merkitys var- sinkin keuhkosyövän synnyssä. Sitä todennäköisempää on sairastua, mitä aikaisemmin on aloittanut tupakoinnin, mitä enemmän tupakoi päivittäin ja mitä pidempään tupa- kointi jatkuu. Tupakointi aiheuttaa syöpää myös suun alueella, nielussa ja kurkunpäässä, ruokatorvessa sekä munuais-, haima- ja virtsarakon alueella. Tupakka ja alkoholi yhdes- sä lisäävät syövän vaaraa ruoansulatuskanavan yläosissa, ja alkoholilla ajatellaan olevan suuri vaikutus maksa- ja rintasyöpään. (Holmia ym. 2004, 97.)

Ravinnolla katsotaan olevan vaikutus ruoansulatuskanavan, virtsarakon, keuhko-, rinta-, eturauhas- ja kohdunrunгон syöpiin. Nämä ovat yleisimmät syöpätyypit Suomessa ja muissa kehittyneissä maissa, joissa ruokavalio on samantyyppinen. Yksittäisten ruoka- aineiden vaikutus syövän syntyyn on vähäinen, tärkeämpää on kiinnittää huomiota ruo- kavalioon kokonaisuutena sekä yli- ja alipainoon. Rintasyövillä ja naisten sukupuoli- elinten syöville on todettu olevan yhteys lisääntymiseen ja sukupuolikäyttäytymiseen. Kohdunkaulan syövän synnyssä viruksilla on suuri vaikutus, joten useat sukupuoli- kumppanit voivat lisätä riskiä sairastua syöpään. Lasten saaminen varhaisessa iässä sekä runsaslapsisuus voivat suojata jossain määrin rintasyövältä, munasarjasyövältä ja koh- dun runko-osan syövältä. (Holmia ym. 2004, 97—98.)

Työympäristön tärkeimpänä syöpävaaraa aiheuttavana tekijänä pidetään asbestia. Ultra- violettisäteilylle altistuminen lisää vaaraa sairastua melanoomaan, ja voimakkaan radio- aktiivisen säteilyn tiedetään aiheuttavan syöpää. Periytyvyyden merkitys syövän syn-

kema on lähtöelimen ulkopuolelle tunkeutuva kasvain. T0 tarkoittaa, että alkuperäistä kasvainta ei ole löydetty. N tarkoittaa nodusta eli imusolmukkeita. Tässä on kolme luokkaa, jossa 1 tarkoittaa lähimpiä liikkuvia pieniä imusolmukkeita, 2 tarkoittaa suurempia liikkuvia imusolmukkeita ja 3 kiinnittyneitä imusolmukkeita. M tarkoittaa metastaaseja eli etäpesäkkeitä. Tämä ilmoitetaan joko numerolla 0 eli ei todettuja metastaseja tai 1, joka tarkoittaa, että metastaaseja on löydetty. (Holmia ym. 2004, 94.)

TNM-luokittelun lisäksi syöpämuodot voidaan jakaa neljään eri luokkaan (stage). Luokka st. I on pieni kasvain, joka ei ole lähettänyt lainkaan etäpesäkkeitä. St. IV on elimistöön laajalle levinnyt syöpä. Stage-luokitus perustuu kliinisiin tutkimuksiin, kuten ultraääni- ja röntgentutkimuksiin. Syöpäkudoksen erilaistumisaste voidaan jakaa neljään eri ryhmään eli gradukseen. G1 -ryhmän kasvain on lähtökudoksesta hyvin erottuva korkealle erilaistunut kasvain ja G4 -ryhmän kasvain on erilaistumaton. Syövän hoitomuodon valinta riippuu taudin levinneisyydestä potilaan tullessa hoitoon, sillä pieni rajoittunut kasvain on usein paikallinen ja siten helpommin poistettavissa ja hoidettavissa. Suuri kasvain taas on usein levinnyt ja lähettänyt etäpesäkkeitä, joten kuratiivinen eli parantava hoito voi olla vaikeaa tai jopa mahdotonta. (Holmia ym. 2004, 95.)

3 RINTASYÖPÄ

3.1. Rintasyövän yleisyys ja riskitekijät

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä, ja noin joka kymmenes nainen sairastuu jossain elämänsä vaiheessa siihen (Syöpäjärjestöt 2009; Sankila ym. 2006, 39). Rintasyöpien määrä lisääntyy huomattavasti 45. ikävuoden jälkeen, alle 30-vuotiailla se on harvinaisen. Rintasyöpään sairastuneiden keski-ikä on taudin toteamishetkellä noin 60 vuotta. Viime vuosikymmenien aikana naisten rintasyöpä on jatkuvasti lisääntynyt ja ennusteiden mukaan tulee lisääntymään tulevaisuudessakin. (Joensuu, Leidenius, Huovinen, von Smitten & Blomqvist 2006, 484.) Miehillä rintasyöpä on harvinaisen: uusia tautitapauksia on noin 15 vuodessa (Holli, Blomqvist & Valavaara 2002, 213).

Rintasyövän syntymiseen ei ole löydetty yksiselitteistä syytä. Syövän kehittymisen vaaraa lisäävät tai vähentävät tekijät liittyvät usein hormonaalisiin tekijöihin. Riskiä sairastua rintasyöpään lisäävät varhain alkaneet kuukautiset, myöhään alkaneet vaihdevuodet, lapsettomuus tai ensimmäinen synnytys yli 30-vuotiaana, pitkäaikainen estrogeeni- tai progestiinihormonikorvaushoito sekä ionisoiva säteily. Noin 5 prosenttia rintasyövästä selittyy perinnöllisillä syillä. (Joensuu ym. 2006, 484—485.)

Yleisin rintasyövän muoto on duktaalinen eli maitotiehytperäinen karsinooma, joita on 75—80 prosenttia kaikista kasvaimista. Toiseksi yleisin muoto on lobulaarinen karsinooma eli maitorauhasesta alkava, joita on noin 10—15 prosenttia. Molemmista syöpätyypeistä on olemassa vieruskudoksiin infiltroiva ja infiltroimaton muoto. Muita erikoismuotoja, esimerkiksi tubulaarisia eli tiehytperäisiä karsinoomia on yhteensä noin 10 prosenttia. (Terveyskirjasto 2010; Joensuu ym. 2006, 490—491; Holli ym. 2002, 213;.)

Rintasyövän ennuste on parantunut varhaisen toteamisen ja hoitomenetelmien kehittymisen ansiosta. Mammografiaseulonnan on havaittu vähentävän yli 50-vuotiaiden naisten rintasyöpäkuolleisuutta. Rintojen röntgenkuvauksen avulla voidaan havaita pieniä rintasyöpiä, jotka eivät löydy käsin palpoimalla eli tunnustelemalla. Rintasyöpätapausten määrän suurenemiseen onkin vaikuttanut taudin yleistymisen lisäksi mammografiaseulontojen aloittaminen 1987. (Syöpäjärjestöt 2009; Sankila ym. 2006, 39; Holmia

ym. 2004, 103.) Rintasyövän hoitona käytetään leikkausta, sädehoitoa, sytostaatteja tai hormonihoitoa (Holmia ym. 2004, 103).

3.2. Rintasyövän oireet ja hoitomuodot

Tavallisin rintasyövän oire on kyhmy rinnassa. Oireina voi olla myös kipua tai jokin muu tuntemus, ihon vetäytyminen, ihomuutos, nännierite, kainalokyhmy tai muut yleisoireet. (Holli ym. 2002, 214.) Joskus ensimmäiset oireet voivat johtua metastaseista, jolloin oireina voi olla esimerkiksi kyhmy kainalossa, yskää tai hengenahdistusta, tuki- ja liikuntaelinperäistä kipua, keltaisuutta, vatsaoireita tai hermostollisia oireita (Joensuu ym. 2006, 485).

Rintasyövän hoito valitaan yksilöllisesti kasvaintyyppin mukaisesti. Hoidon tavoitteena on yleensä kasvaimen poisto ja sen uusiutumisen tai leviämisen ehkäisy. Rintasyövän hoito on monivaiheinen ja usean erikoisalan yhteistyöhön perustuva prosessi. Hoitoketjun pituus kasvaimen toteamisesta hoitojen päättymiseen riippuu kasvaimen laadusta ja sen mukaan valituista hoitomenetelmistä. Rinnasta löytyneen kasvaimen diagnosointi alkaa usein perusterveydenhuollosta ja täydentyy erikoissairaanhoidossa. Syöpädiagnosi varmistetaan ennen hoidon aloittamista mikroskooppisella tutkimuksella, kuten biopsialla, koska syövän tarkka histologinen tyyppi on tiedettävä ennen hoitolinjojen valitsemista, samoin selvitetään syövän mahdollinen leviäminen. (Holmia ym. 2004, 104–105.) Erikoissairaanhoidossa kasvain poistetaan kirurgian klinikassa ja sairauteen liittyvät liitännäishoidot toteutetaan syöpätautien klinikassa. Rintasyövän jälkiseuranta toteutetaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken. Hoitoon kuuluu oleellisena osana myös potilaiden fyysinen ja psykososiaalinen kuntoutus. (Raudasoja & Tuominen 2007.)

Leikkauksella hoidetaan ensisijaisesti paikallinen rintasyöpä, ja sillä tavoitellaan kasvaimen ja imusolmukemetastaasien poistoa (Joensuu ym. 2006, 492). Kirurginen hoito on rintasyövän primaarivaiheen hoito, joka voi olla rinnan poisto tai rinnan osapoisto, ja siihen voi liittyä myös kainaloevakuaatio, jossa kainalon imusolmukkeet poistetaan. (Holli ym. 2002, 216). Kainalon imusolmukkeidentyhjennyksen takia voi potilaalle kehittyä yläraajan turvotusta tai kiputiloja (Vehmanen 2008). Tämän vuoksi on kehitetty eräänlainen vartijaimusolmuketekniikka, jonka avulla voidaan leikkauksessa tunnistaa

ne imusolmukkeet, johon imuneste kulkeutuu ensimmäisenä rinnasta ja jos nämä imusolmukkeet ovat puhtaat, ei kaikkia imusolmukkeita tarvitse poistaa (Syöpäjärjestöt 2008).

Modifioitu radikaalinen mastektomia eli ablaatio on rintasyövän kirurginen perusleikkaus, johon muita uudempia ja säästävempiä leikkausmenetelmiä verrataan. Ablatiossa koko rinta ja kainalon imusolmukkeet poistetaan. Kainalon tyhjennyksen avulla saadaan poistetuksi koko kasvainkudos ja määritettyä taudin levinneisyys. Säästävä leikkaus on nykyään vakiintunut hoitomuoto rintasyövässä. Siinä rinnasta poistetaan kasvainkudoksen ympäriltä lisäksi tervettä kudosta riittävästi, kainalon imusolmukkeet voidaan poistaa ja rinnan muoto pyritään palauttamaan leikkauksella mahdollisimman normaaliksi. Säästävä leikkaus on mahdollinen jos tuumori on riittävän pieni, korkeintaan 4 cm läpimitaltaan eivätkä kasvainpesäkkeet ole etäällä toisistaan. (Blomqvist ym. 1999, 416—418.) Säästävään rintasyöpäleikkaukseen liittyy paikallisen uusiutumisen riski ja sen takia siihen yhdistetään yleensä aina sädehoito. (Joensuu ym. 2006, 493).

Rintaleikkaus uhkaa naisen ruumiillista ja psyykkistä eheyden tunnetta. Useimmille naisille rinnan menetys tai muodon muuttuminen leikkauksessa on asia, johon sopeutuminen vaatii suremista ja aikaa. (Syöpäjärjestöt 2009.) Tutkimusten mukaan rintasyöpä koetaan usein naisellisuutta heikentävänä. Länsimaisessa kulttuurissa rinnat liittyvät olennaisesti naiseuden kokemiseen, ne ovat tärkeä osa naisen kehoa. Fyysinen muutos (rinnan poisto) vaikuttaa naisten henkiseen kokemukseen itsestään. (Ericksen 2008; Sliden & Tuunainen 1999, 34.)

Rekonstruktiiivisella kirurgialla voidaankin parantaa potilaan elämänlaatua, kun rinnan poiston yhteydessä potilaalle ”rakennetaan” uusi rinta. Rinnan korjausleikkaus tehdään yleensä käyttäen potilaan omia kudoksia. Poistetun rinnan tilalle voidaan asettaa myös proteesi. (Vehmanen 2008; Roberts 1999, 116.)

Liitännäishoitoina voidaan käyttää hormonaalisia hoitoja, solunsalpaajia ja vasta-ainehoitoja (Syöpäjärjestöt 2008). Lääkehoitoa annetaan leikkauksen jälkeen ennaltaehkäisemään rintasyövän uusiutumista sekä pidentämään elinaikaa, koska elimistöön on saattanut levitä syöpäsoluja ennen leikkausta joko imuteitse tai verenkierron mukana (Holmia ym. 2004, 625). Solunsalpaaja- tai hormonihoidoa käytetään niissä tapauksissa, joissa rintasyövän uusiutumisen riskin arvellaan olevan suuri tai kohtalainen. Sellaisia ovat

imusolmukkeisiin levinnyt rintasyöpä, suuri paikallinen syöpä tai jos kasvain on huonosti erilaistunut. (Holli ym. 2002, 216.)

Adjuvanttihoidot liitetään leikkauksen tai sädehoidon yhteyteen. Neoadjuvanttihoidolla eli ennen leikkausta annetulla lääkehoidolla voidaan pienentää kasvaimen kokoa, mikä voi mahdollistaa säästävän leikkausmenetelmän. (Blomqvist ym. 1999, 423—424.) Preoperatiivista eli ennen leikkausta annettavaa sytostaattihoidoa voidaan antaa myös sellaisessa tilanteessa, jossa kasvainta ei suuren koon tai ympäristöön kiinnittymisen vuoksi voida leikata (Holmia ym. 2004, 626).

Jos hoidon päämääränä on pysyvä paraneminen, pyritään mahdollisimman tehokkaiseen hoitoon suurin lääkeannoksien ja tihein annosvälein. Silloin joudutaan hyväksymään lääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset, jotta haluttuun tulokseen päästään. (Elonen & Wiklund 1999, 139, 146.)

Sytostaatit ovat suoneen tiputettavia tai tabletteina otettavia lääkkeitä, jotka tuhoavat syöpäsoluja. Sytostaatteja voidaan antaa ennen sädehoitoa tai sädehoidon aikana riippuen sytostaateista. Sytostaatteja annetaan kuurina kolmen tai neljän viikon välein 4—6 kertaa. (Syöpäjärjestöt 2008.) Pahoinvointi ja kaljuuntuminen ovat yleisiä solunsalpaajien haittavaikutuksia (Elonen & Wiklund 1999, 139, 146). Sytostaattien aiheuttamiin sivuvaikutuksiin voivat kuulua myös väsymys, limakalvojen tulehtuminen ja silmien ärsytys. Sivuvaikutusten voimakkuus on yksilöllistä ja ne voivat vaihdella hoitokerrasta toiseen ja kestää vuorokaudesta viikkoon. (Holmia ym. 2004, 625—626)

Adjuvanttihormonihoito sopii erityisesti postmenopausaalisille potilaille (Blomqvist ym. 1999, 423). Osa rintasyövistä tarvitsee kasvuunsa elimistön omia hormoneja, joten hormonihoitoon vaikutus perustuu näiden hormonien estämiseen. Niihin kasvaimiin, jotka sisältävät hormonivastaanottimia eli ovat reseptoripositiivisia, suositellaan sytostaattien lisäksi hormonihoitoa viiden vuoden ajaksi. (Syöpäjärjestöt 2008.) Hormonihoitojen sivuvaikutuksina voi olla muun muassa lievää pahoinvointia, kuumia aaltoja, hikoilua, väsymystä ja masennusta (Holmia ym. 2004, 629).

Aikaisemmin rintasyöpäpotilailla esiintyi usein radikaalileikkauksen jälkeen eriasteista yläraajan turvotusta. Siirryttäessä yhä enemmän rintaa säästäviin leikkauksiin, potilaita haittaava turvotus ja liikerajoitukset ovat vähentyneet, osittain johtuen myös varhaisen kuntouttamisen ja fysikaalisen hoidon merkityksen oivaltamisesta. Yläraajan ja ol-

kanivelen kuntoutus tulee aloittaa kuitenkin heti operaation jälkeen ja sitä tulee jatkaa jokapäiväisenä rutiinina läpi elämän. (Blomqvist ym. 1999, 427.)

Slidenin & Tuunaisen (1999, 28, 35, 49) tekemän tutkimuksen mukaan sytostaattihoidot aiheuttivat suurimmalle osalle tutkimuksessa mukana olleista rintasyöpäpotilaista negatiivisia fyysisiä kokemuksia. Hoidot kestivät yhteensä noin 5 kuukautta ja hoitojen sivuvaikutuksena oli pahoinvointia, heikotusta ja väsymystä. Hiustenlähtö oli tutkimuksessa mukana olleiden mielestä ahdistavinta. Kaljuuntumisen tuomaa ahdistusta ei helpottanut edes tieto siitä, että hiukset kasvavat hoitojen jälkeen takaisin. Myös sytostaattihoidojen fyysinen rasitus oli henkisesti uuvuttavaa ja potilaat pelkäsivät psyykkisen jaksamisensa romahtamista. Henkinen jaksaminen kärsii, kun fyysinen vointi heikkenee.

3.3. Sädehoito rintasyövän hoidossa

Sädehoito on syövän paikallinen hoito, kuten kirurgiakin (Blomqvist ym. 1999, 422). Sädehoitoa annetaan noin puolelle syöpäpotilaista ja se on kirurgian sekä lääkehoidon ohella yksi syöpäsairauksien perushoitomuodoista. Yli puolella sädehoitoa saavista potilaista hoidon tavoite on kuratiivinen. (Sipilä 2004, 184—185.) Sädehoito on suurienergistä ionisoivaa säteilyä, joka vaikuttaa erityisesti jakautumisvaiheessa oleviin soluihin. Sädehoito tuhoaa syöpäsoluja ja kutistaa kasvaimia. Se vaikuttaa myös normaaleihin soluihin sädetettävällä alueella. (Syöpäjärjestöt 2009; Blomqvist ym. 1999, 422.)

Syövän parantamiseen tähtäävässä hoidossa sädehoidon suunnittelu alkaa sillä, että onkologi eli syöpätauteihin erikoistunut lääkäri arvioi potilaan saaman hyödyn sädehoidosta. Tämä edellyttää sitä, että syöpätauti on sädeherkkä ja, että kasvainkudos rajoittuu alueelle, jolle voidaan antaa riittävän suuri sädeannos niin, että se ei aiheuta terveille kudoksille kohtuuttoman suurta vauriota. Potilaan tulee myös olla riittävän hyvässä kunnossa kestääkseen mahdolliset sivuvaikutukset. (Holmia ym. 2004, 111.)

Sädehoidon suunnittelu ja toteuttaminen on ryhmätyötä, johon osallistuu lääkäreitä, fyysikoita ja röntgenhoitajia. Röntgenhoitajat toteuttavat hoidon eri hoitokoneilla ja osallistuvat usein myös annossuunnitteluun yhteistyössä lääkäreiden ja fyysikoiden kanssa. (Tenhunen, Ojala & Kouri 2002, 24—25.) Syöpäpotilaan hoito ja sädehoidon

suunnittelu käynnistyy lähetteen saapumisesta syöpätautien poliklinikalle. Lähetteen perusteella tehdään päätös ulkoisen sädehoidon toteuttamisesta. (KYS 2004.) Taudin edellyttäessä sädehoitoa, tehdään hoidon suunnittelu ja toteutus yksilöllisesti (Ruotsalainen 1999).

Hoidon suunnittelu aloitetaan kuvaamalla tietokonetomografialaitteella suunnittelukuvaus potilaalle hoitoasennossa, minkä pohjalta tehdään yksilöllinen annossuunnitelma (Kys 2004). Suunnittelu voidaan tehdä myös määrittelemällä potilaan hoitoasento sädehoitosimulaattorilla. Simulaattorilla voidaan ottaa ns. kenttäkuvat, joista näkyy potilaan anatomia samassa geometrisessä muodossa kuin hoidossakin. (Holli ym. 2002, 216; Pitkänen, Hyödynmaa & Tenhunen 2002, 19.) Rinnan alueen sädehoidossa sopiva isosentri ja asettelumerkit määritellään ja ne merkitään potilaan iholle asennon toistettavuuden takaamiseksi (Buchholz & Haffty 2008; Holli ym. 2002, 216; Pitkänen ym. 2002, 19). Isosentri on hoidossa se kohta, jonka kautta säteilykeilan akseli aina kulkee (STUK 1997). Hyvän hoitoasennon valinta on tärkeää, että potilas jaksaa olla asennossa koko hoidon ajan ja sillä voidaan myös parantaa kohdealueen annosjakaumaa sekä pienentää terveen kudoksen säderasitusta. Käytössä on erilaisia tukityynyjä ja -telineitä henkilökohtaisten vartalofiksaatioiden lisäksi. (Tenhunen ym. 2002, 25.)

Annossuunnittelulla pyritään eri sädehoitokenttien avulla saamaan kohdealueelle haluttu annos tasaisesti, rasittamatta ympäröivää tervettä kudosta (Tenhunen ym. 2002, 25). Annossuunnitelman laatimisen jälkeen tehty suunnitelma tarkastetaan ennen hoidon aloittamista (Kys 2004). Tietokoneella tehdyt toteutustiedot tulee siirtää annossuunnittelusta hoitokoneelle. Hoitoja annetaan arkipäivisin ja hoitoa ei suositella aloitettavaksi perjantaina. (Ruotsalainen 1999.)

Syöpäkasvainta hoidettaessa säteily kohdistetaan siten, että kasvaimen annos on huomattavasti suurempi kuin potilaan terveeseen kudokseen kohdistuva säteily. Syöpäsolut ovat yleensä myös herkempiä säteilylle kuin terveen kudoksen solut. Sädehoitoannosten kasvaessa myös sivuvaikutusten todennäköisyys kasvaa. Hoidon suunnittelu on siten hyvin tarkkaa ja säteilykentät asetellaan useasta eri suunnasta, jotta saadaan haluttu annos kasvainkudokseen, tervettä kudosta säästäen. (Sipilä 2004, 184—185.)

Sädehoitoa voidaan käyttää myös palliatiivisena hoitomuotona, jolloin hoidon tavoitteena on syövän aiheuttamien oireiden lievittäminen. Hoito annetaan silloin joko kerta-

annoksena tai jaettuna muutamalle viikolle. Kerta-annokset ovat silloin suurempia kuin kuratiivisessa hoidossa. (Kouri ym. 1999, 133.)

Rintasyövän hoidossa ennen leikkausta kasvainta voidaan pienentää sädehoidolla ja leikkauksen jälkeen sillä pyritään tuhoamaan elimistöön mahdollisesti jääneet syöpäsolut. Preoperatiivisen sädehoidon käyttö on vähäistä. Postoperatiivisen sädehoidon käyttö on yleisempää ja sen tarpeeseen vaikuttaa kasvaimen koko, sen kiinnittyminen ihoon tai pektoraalifaskiaan sekä kainaloimusolmukkeiden metastasointi. (Syöpäjärjestöt 2009; Blomqvist ym. 1999, 422.)

Jos rintasyöpä on leikattu säästävällä leikkauksella, annetaan sädehoito syövän uusiutumisvaaran vuoksi. Mastektomian jälkeen annetaan sädehoitoa vain potilaille, joiden syövän paikallisen uusiutuman riski on suuri. Rinnan sädehoito annetaan viistokentin ja vältetään sydämen ja keuhkon sädetystä. Myös osa kainalon imusolmukkeista tulee mukaan kohdealueeseen. Sädehoidon antaminen voidaan aloittaa, kun leikkausarpi on parantunut. Rintasyövän sädehoidossa kokonaisannos on noin 50 Gy viiden viikon aikana. Kasvaimen kohtaan voidaan antaa vielä tehosteannos ulkoista sädehoitoa tai kudoksen sisäistä sädehoitoa käyttäen, jos kasvaimen uusiutumisriskin arvioidaan olevan suuri. (Joensuu ym. 2006, 499—500.)

Ensimmäiselle hoitokerralle tullessaan potilas on saanut aikaisemmin kirjallista materiaalia sädehoidosta ja niitä asioita käydään läpi röntgenhoitajan kanssa. Hoitajan kanssa keskustellaan myös käytännön järjestelyistä, kuten hoitoajoista ja lääkärintodistuksista. Samalla annetaan tietoa myös hoitoon liittyvistä asioista, kuten ravitsemuksesta ja ihon hoidosta. Hoidon aikana potilas kuulee hoitolaitteen surinan, mutta ei tunne mitään. Potilas on yksin hoituhuoneessa hoidon aikana ja hänet nähdään koko ajan monitoreista. (Ruotsalainen 1999.) Hoitolaitteissa on myös mahdollista kuvata sädehoitoa saanut alue hoidon aikana (ns. konekuvaus), jolla voidaan varmistaa hoidon osuvuus. (Sipilä 2004, 194.) Tiedot kirjautuvat hoidonvarmistusjärjestelmään, jonka avulla valvotaan hoidon toteutumista suunnitellulla tavalla (Ruotsalainen 1999). Sädehoidon lopuksi potilaalla on lääkärin loppuvastaanotto sekä hän saa mukaansa jatkohoito-ohjeet (Kys 2004; Ruotsalainen 1999).

Kekäläisen (2002, 28, 39, 40—42, 54) tekemän tutkimuksen mukaan sädehoidon alkaminen aiheuttaa usein potilaissa pelon ja jännityksen tunteita, kun hoitomuodosta ei ole vielä tietoa tai pelätään hoidon mahdollisesti aiheuttamia sivuvaikutuksia. Ahdistavat

tuntemukset kuitenkin helpottavat, kun hoito lähtee käyntiin ja tulee tutummaksi eikä aiheuta kipua. Ahdistavana sädehoito koetaan, jos sen aloitus tulee yllätyksenä. Osa potilaista koki hoidon antavan ohjelmaa päivittäiseen arkeen ja hoidon loputtua, jäivät kaipaamaan säännöllisiä käyntejä sädehoidossa. Potilaat, jotka joutuivat käymään töissä hoitojen aikana tai joilla oli pitkä matka hoitoyksikköön, kokivat sädehoitojakson ras- kaana sen sitovuuden vuoksi.

3.4. Sädehoidon sivuvaikutukset rintasyöpäpotilaalla

Sädehoidon ollessa paikallinen hoitomuoto, sen aiheuttamat sivuvaikutuksetkin ovat paikallisia (Blomqvist ym. 1999, 422). Rinnan alueen sädehoidon sivuvaikutuksina voi tulla eriasteista ihon punoitusta, turvotusta, rikkoutumista ja myöhemmin pigmentaatio- ta (Holli ym. 2002, 220). Iho voi olla myös arka (Syöpäjärjestöt 2008). Yläraajan turvo- tusta voi tulla kainalon ja soliskuoppien alueelle annetusta sädehoidosta (Joensuu ym. 2006, 500). Myös ruokatorviärsytystä ja palan tunnetta niellessä saattaa ilmaantua (Kys 2005).

Oireet ilmaantuvat yleensä hoitojakson puolivälin jälkeen. Harvinainen, vakava sivu- vaikutus on esimerkiksi sädepneumoniitti, jos sädehoidon kohdealueeseen jää huomati- tava määrä keuhkoa. Sädepneumoniitin oireena esiintyy yskää, kuumetta ja hengenah- distusta ja se ilmaantuu muutaman viikon tai jopa kuukausien jälkeen sädehoidosta. Sädehoitoon voi liittyä myös, joskin se on harvinaista, sekundaarisyöpiä, yleensä sar- koomia, vuosien tai vuosikymmenten kuluttua sädehoidon antamisesta. (Syöpäjärjestöt 2009; Joensuu ym. 2006, 499—500; Kys 2005; Holli ym. 2002, 220.)

Kekäläisen (2002, 53—54) tekemän tutkimuksen mukaan potilailla ilmeni viiden viikon sädehoitojakson aikana hyvin vähän tai ei ollenkaan sivuvaikutuksia. Vähäisinä koettiin rinnan iholle tulleet muutokset, punoitus tai kosketusarkuus. Jotkut sädehoitoa saaneista kokivat hoitojakson lisänneen väsymystä, jolloin ärtymys ja stressikin lisääntyivät. Syy väsymykseen oli osittain pitkissä hoitomatkoissa.

4 POTILAIEN JA HENKILÖKUNNAN VÄLINEN VUOROVAIKUTUS SÄDEHOIDON AIKANA

4.1. Hoidon laatu ja asiakkaan kohtaaminen

Laatu voidaan määritellä organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyvyksi täyttää sille asetetut vaatimukset ja odotukset. Sosiaali- ja terveydenhuollon laatuvaatimuksia voivat olla kyky täyttää asiakkaiden palvelujen tarve ammattitaidolla, matalin kustannuksin ja eri lakien sekä asetusten mukaisesti. Laatua voidaan osin mitata, mutta siihen liittyy myös vaikeasti määriteltäviä tai mitattavia piirteitä. Laatu voidaan jakaa asiakkaan kokemaksi laaduksi, ammatilliseksi ja johtamisen laaduksi. Asiakkaan koettu laatu antaa tietoa siitä, saako asiakas palvelulta sitä, mitä tarvitsee tai haluaa. Ammatillinen laatu antaa tietoa siitä, täyttääkö palvelu potilaan tarpeet asiantuntijoiden näkökulmasta. Johtamisen laatu taas kertoo sen, toteutuuko palvelu sujuvasti, virheettömästi, kustannustehokkaasti ja kaikkia lakeja noudattaen. (Idänpää-Heikkilä, Outinen, Nordblad, Päivärinta & Mäkelä 2000, 11—12.)

Hoitotyön laadun kehittäminen liittyy kaikkeen toimintaan, ja sen edellytyksenä on tutkiva ja kriittinen asennoituminen itseä ja omaa toimintaa kohtaan. Laadunhallintaan kuuluu hyvä oman alan käytännön asiantuntemus, tutkimustiedon asianmukainen käyttö ja järjestelmällinen laadunhallinta. Hoitotyön laatupolitiikka on osa organisaatioiden laatupolitiikkaa. (Hoitotyön projektiryhmä 1992, 48—49.)

Potilaspalautteen hankkiminen on tärkeää kehitettäessä sairaanhoitoa ja saadussa palautteessa potilaat ovat arvioineet hoidon laatua usein hyväksi. Toisaalta potilaat arastelevat kritiikin antamista hoitajakson aikana, jolloin palautteen keräämisen ajankohtaa tulee miettiä. (Töyry, Julkunen-Vehviläinen, Roine, Mattila & Rissanen 1999.) Hoidon laadun arviointiin tarvitaan potilaiden kokemuksia hoidosta, miten juuri heidän tarpeisiinsa on vastattu. Säännölliset tyytyväisyyskyselyt antavat tärkeää tietoa palvelun laadusta sen tuottajille. (Pulkkinen 1999, 128.)

Tutkimusten mukaan potilaat arvostavat hoidossa saamaansa asiallista kohtelua, joka herättää heissä luottamusta hoitojärjestelmää kohtaan. Potilaat nostavat hoidon laatua edistäviksi tekijöiksi hoidon periaatteiden (yksilöllisyys, turvallisuus, jatkuvuus, itse-

määräämisoikeus) toteutumisen, hyvän hoidon, hoidon tehokkuuden ja kivun lievityksen. Hoitohenkilökunnan hyvät ja huonot työpanokset jäävät potilaiden mieleen. Potilaat pitävät tärkeänä hyviä käytöstapoja, henkilökunnan ammattitaitoa, pysyvyyttä ja huumorintajua. Tärkeänä potilaat kokevat myös sen, että heidät otetaan vakavasti ja heidän asioitaan hoidetaan viivytyksettä. (Miettinen & Toivanen 2007, 25—27; Raudasoja & Tuominen 2007; Kvist 2004, 104.)

Hoidon laadun toteutumisen ongelmaksi nousee potilaiden tyytymättömyys liian vähäiseen tiedon saantiin, riittämätön vuorovaikutus hoitohenkilökunnan kanssa, hoitoyksiköissä ilmenevä kiireinen ilmapiiri ja henkilökunnan riittämättömyys. (Miettinen & Toivanen 2007, 37; Kvist 2004, 105, 158, 164.) Potilaan tyytymättömyys, vähäinenkin, heijastuu usein kaikille hoidon alueille. Tärkeät kokemukset muistetaan ja vastaamattomuus johonkin potilaan odotukseen heijastuu kielteisesti koko palveluprosessin ajan heikentäen yleistä tyytyväisyyttä. (Töyry ym. 1999.)

Potilaiden erilaiset odotukset palveluista pohjautuvat heidän yksilölliseen elämäntilanteeseensa (Töyry ym. 1999). Terveystieteiden ammattihenkilöstön kokemus antamastaan hoidon laadusta on erilainen kuin potilaiden kokemus saamastaan hoidosta. Jokainen arvioi hoidon laatua omasta näkökulmastaan ja oman arvoperustansa pohjalta. (Raudasoja & Tuominen 2007; Kvist 2004, 104, 157.) Hoidon asiantuntijoilla on enemmän tietoa kuin potilailla eikä kaikkia hoitoja voida suunnitella täysin asiakkaiden toiveiden mukaisesti tai asiakkaita miellyttäen. Potilas on kuitenkin oman sairautensa paras asiantuntija, jonka kokemusta terveydenhuollon ammattilaisen tulee hyödyntää hoitoa suunnitellessa. (Pulkkinen 1999, 125.)

Laatu nähdään usein asiakasnäkökulmaan perustuvaksi, mutta laadukkaan työn muodostumiseen liittyy myös työympäristö, viihtyvyys, työturvallisuus sekä luottamukselliset henkilösuhteet. (Lumijärvi & Jylhäsaari 2000, 51.) Hoidon laadun toteutumista voivat estää myös riittämättömät henkilöstöresurssit, henkilökunnan riittämätön ammattitaito tai puutteelliset voimavarat (Huuskonen 2006, 63; Kvist 2004, 164).

Laadukkaalle toiminnalle tavoitteeksi asetetaan usein potilaiden tarpeiden tyydyttämisen lisäksi kustannustehokkuus. Potilaiden odottamat asiat hoitotyöstä eivät kuitenkaan välttämättä vaadi rahaa. Potilaille inhimillisten tarpeiden täyttyminen, inhimillinen kohtaaminen ja kohtelu merkitsevät hyvää laatua. (Töyry ym. 1999).

4.2. Vuorovaikutus hoitotyössä

Hyvä vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä on osa laadukasta hoitotyötä. Potilas-hoitaja-suhde pitää sisällään paljon muutakin kuin vain tiedon välittämistä. Potilaiden ja hoitajien välinen kommunikaatio sisältää myös tilanteisiin liittyvien tunteiden huomiointia ja siirtoa sekä potilaiden tekemistä tietoisiksi siitä, että heidän tunteensa on huomioitu. Joskus hoitajien kommunikaatio jää kuitenkin vajaaksi, jos potilaita lähestytään tehtäväkeskeisesti. Joskus huono vuorovaikutus voi johtua organisaatiossa vallitsevasta ilmapiiristä tai hoitajat voivat myös suojella itseään voimakkaita tunteita herättäviltä tilanteilta käyttäytymällä tehtäväkeskeisesti. (Remmers, Holtgräve & Pinkert 2009; McCabe 2004.)

Vuorovaikutustaidot ovat osa hoitotyötä tekevän ammattitaitoa. Vuorovaikutustaitojen kehittäminen on siten tärkeä osa ammatillista osaamista. Vuorovaikutus on viestintää, jonka avulla voidaan mielikuvat ja asioiden merkitykset jakaa sekä tehdä yhteiseksi. (Silvennoinen 2004, 15, 17—18.) Viestintä voi olla myös yksisuuntaista, jos viestin vastaanottajalla ei ole mahdollisuutta vaikuttaa viestin sisältöön (Vilèn, Leppämäki & Ekström 2002, 18).

Viestiä voidaan eri tavoilla, sanattomasti ja sanallisesti. Sanallinen viestintä on ihmisen luonnollinen kommunikaatiomuoto, jota sanaton viestintä täydentää. Sanattomia viestejä lähetetään myös tiedostamattomasti ja niiden kontrollointi voi olla vaikeaa. Sanattoman viestinnän pohjalta saadaan nopeasti ensivaikutelma ihmisestä, kuten ilmeistä, eleistä, äänensävyä ja ulkoisista seikoista. Näköaisti on ihmiselle kuuloaistia tärkeämpi, koska suurimman osan kommunikaatiosta vastaanotamme silmillä. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2004, 28—31.)

Sanattomalla viestinnällä voidaan tukea, korvata, painottaa tai kumota sanallista viestintää. Nonverbaalisella ilmaisulla voimme viestiä esimerkiksi kiireestä tai mielenkiinnosta erilaisin elein ja äänenpainoin. Kielellinen viestintä vetoaa enemmän järkeen, kun taas sanaton viestintä kohdistuu tunteisiin. Sanalliseen viestintään kuuluvat puheen ja kuulemisen lisäksi kirjoitettava ja luettava teksti. Jos viesti ei mene perille sellaisena kuin se on tarkoitettu, voi syy olla viestin lähettäjä, vastaanottaja tai viestintäväline. Viestin vastaanottaja tulkitsee viestin omalla tavallaan, johon vaikuttavat aiemmat elämänteko-

kemukset. Esimerkiksi murre- ja slangisanat voivat aiheuttaa epätietoisuutta. (Anttila ym. 2004, 28—31.)

Hoitotyössä toiminta asiakkaiden ja hoitajien välillä perustuu tasavertaiseen ja avoimeen vuorovaikutukseen. Tasavertainen yhteistyösuhde huomioi ihmisen vapauden ja itsenäisyyden sekä vastavuoroisuuden. Tämä mahdollistaa inhimillisen hoitosuhteen, jossa asiakasta kuullaan ja hänen osallistumisensa hoitoon on aitoa sekä hän pystyy ottamaan vastuuta omasta terveydestään. (Hoitotyön projektiryhmä 1992, 34.) Vuorovaikutuksellinen tukeminen on asiakkaan kuuntelua, kysymistä, selvittämistä, yhdessä toimimista ja tiedon jakamista eli kaikkea, mikä auttaa asiakasta löytämään omia voimavaroja vointinsa mukaisesti. (Vilèn ym. 2002, 11.)

McCaben (2004) tekemän tutkimuksen mukaan potilaat arvostavat hoitajia, jotka kohtaavat potilaat yksilöinä ja ottavat heidän toiveensa huomioon. Potilaiden mielestä osa hoitajista keskittyi enemmän tehtäviensä suorittamiseen kuin potilaiden kohtaamiseen. Hoitajat myös tekivät ennalta oletuksia potilaiden voinnista ja tarpeista, vaivautumatta kohtaamaan potilasta yksilönä. Hyvä hoitaja-potilassuhde sisältää avointa vuorovaikutusta ja edellyttää hoitajalta taitoa kohdata potilaat yksilöinä. Hoitosuhteen avoimuus ja rehellinen kohtaaminen antavat potilaille voimavaroja käsitellä sairauttaan.

Myös Remmersin ym. (2009) tutkimuksen mukaan rintasyöpään sairastuneet potilaat toivoivat välittävää ja arvokasta suhdetta heidän hoitoonsa osallistuneiden hoitajien kanssa. Potilaat toivoivat hoitajilla olevan kykyä huomata heidän yksilölliset tarpeensa ja selviytymiskeinonsa vaikeassa tilanteessa. Potilaan saaman hyvän tuen perustana on, että hoitaja tietää potilaan tilanteen ja tarpeet.

Potilaan tunteiden huomioiminen hänen saatuaan tiedon vakavasta sairaudesta on tärkeää. Tämä huomioiminen ilmenee sanattomien viestien ymmärtämisenä sekä oikeanlaisien kysymysten esittämisenä oikeaan aikaan. Hyvän intuition omaava hoitaja tietää; miten lähestyä potilasta ensimmäisen kerran, tekee havaintoja potilaasta ja toimii niiden ja oman ammatillisen kokemuksensa pohjalta. Intuutiolla tarkoitetaan työkokemuksen tuomaa herkkyyttä aistia ja havaita potilaan oloa. (Mattila 2001, 76.) Osa potilaista voi kokea tiedon lisäävän pelkoa ja ahdistusta sairautta kohtaan, osalle täsmällinen tieto sairaudesta luo turvallisuuden tunnetta (Sliden & Tuunainen 1999, 46).

Mattilan (2001, 60) väitöskirjassa potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus jaetaan seitsemään osa-alueeseen: kohtaamisen myönteisyyteen ja turvallisuuteen, aloitteelli-

suuteen ja luottamukseen yhteistyössä, potilaan ja hoitajan läheisyyteen, välittämisen kokemiseen, vahvistumiseen, tunnekokemuksen jakamiseen sekä vuorovaikutuksen ympäristöön. Potilaan ja hoitajan kohtaaminen on vuorovaikutuksen alkamista, josta potilaalle tulee myönteinen kokemus hänen tuntiessaan itsensä tervetulleeksi ja hyväksytyksi. Potilaat arvostavat sitä, että hoitajalla on aikaa keskittyä potilaaseen, vuorovaikutus on vapautunutta ja potilaalla on mahdollisuus ilmaista tunteitaan.

Myönteinen vuorovaikutussuhde perustuu empaattiseen ymmärtämiseen ja luottamuksellisuuteen (Holmia ym. 2004, 27). Vaikeasti sairasta potilasta hoitaessa henkilökunta joutuu pohtimaan, kuinka tukea potilaan fyysistä ja psyykkistä kuntoutumista sairauden ja hoitojen aiheuttamissa haittavaikutuksissa (Rankinen 2008). Hoitaja motivoi potilasta hoitoonsa kunnioittaen hänen arvojansa ja näkemyksiänsä. Vuorovaikutus ja kohtelu vaikuttavat eniten potilaan tyytyväisyyteen tai tyytymättömyyteen hoidosta. Vuorovaikutuksella autetaan potilasta sisäiseen eheyteen ja elämään itsenäistä ja hyvää elämää sairaudesta huolimatta. Hoitajan oma arvopohja ja potilaan odotukset vaikuttavat yhteistyösuhteen luomiseen. Hyvässä vuorovaikutussuhteessa potilas voi olla toiveikas ja luottavainen sekä löytää uusia selviytymisen mahdollisuuksia. (Holmia ym. 2004, 25-30.) Turvallinen työskentely vahvistaa potilaan kokemusta hoitajan välittämisestä (Matti 2001, 69).

Potilailla on myös suuri rooli vuorovaikutussuhteen syntymisessä hoitajan ja potilaan välille. Dowlingin (2008) tekemän tutkimuksen mukaan henkilökohtaisten tietojen jakaminen potilaan ja hoitajan välillä on auttanut hyvän ja luottavaisen vuorovaikutussuhteen syntyyn, samoin kuin jokapäiväinen keskustelu. Hoitajien tunteminen ja heihin luottaminen luo potilaalle mukavuuden tunteen ja luottavaisen suhtautumisen hoitoaan kohtaan. Hoitajan tuntiessa potilaansa hän voi auttaa potilasta käsittelemään sairauttaan ja pystyy suunnittelemaan tehokkaan hoidon. Myös hoitajat korostavat työssään läheisen suhteen luomisen potilaaseen olevan tärkeää (Jones, Leach, Chambers & Occhipinti 2010).

4.3. Vuorovaikutus sädehoidossa

Rintasyöpä on esimerkki sairaudesta, joka asettaa haasteita hoidon laadulle, koska hoito jakautuu usealle erikoisalalle (Raudasoja & Tuominen 2007). Ensimmäisellä tapaamis-

kerralla on suuri merkitys hoitosuhteen luomisessa. Röntgenhoitaja on sädehoitojakson aikana usein ainoa hoitava henkilö, ja siksi hänen tulisi luoda hyvä hoitoilmapiiri. Hyvän vuorovaikutussuhteen ja ilmapiirin luomisella on suuri merkitys syöpäpotilaan selviytymiseen elämässä. Hoitajien mielestä hyvän hoitoilmapiirin luomiseen tarvitaan myönteiset työolosuhteet ja hoitajan itse tulee voida hyvin. Hoitajan tulee tunnistaa hoitotyön arvot, ja he toivovat hoitavansa potilaita niin kuin haluaisivat itseään tai läheisiään hoidettavan. Sädehoitopotilaan hoitosuhde alkaa potilaan papereihin tutustumisella ja ensimmäisellä tapaamiskerralla täytyisi potilas saada orientoitumaan hoitoonsa potilaan psyykinen tila huomioiden. (Matila 1999.)

Sädehoidossa olevan potilaan hoitamisen ydin on vuorovaikutus, jolle ominaista on läsnäolo. Röntgenhoitajien mukaan hyvä hoito lähtee potilaan tarpeista ja hänet otetaan mukaan hoidon suunnitteluun niin paljon kuin mahdollista. (Matila 1999.) Hoitajan toimiessa potilaslähtöisesti hän huomioi potilaan kokonaistilanteen, kiinnittää huomion potilaaseen, kuuntelee potilasta ja muuttaa toimintatapojansa potilaan tarpeiden mukaisesti. Potilaan kokemusten ohittaminen tai vähätteleminen heikentää potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta. (Mattila 2001, 73—75.) Hoitajien kanssa käydyt keskustelut kannustavat potilaita ja auttavat jaksamaan raskaat hoitajakset (Sliden & Tuunainen 1999, 39).

Röntgenhoitajan ja potilaan välillä voi olla välitöntä tai välillistä sädehoitotyötä. Välittömässä sädehoitotyössä hoitaja on välittömässä kosketuksessa potilaaseen tai hänen läheiseensä. Tällöin röntgenhoitajan tulee luoda luottamuksellinen ja potilasta kunnioitava vuorovaikutussuhde jo sädehoitojakson alussa. Välillisessä sädehoitotyössä röntgenhoitajan työ voi olla potilaan näkökulmasta näkymätöntä hänen asioidensa hoitamisesta, kuten annossuunnittelu, sädehoitojakson suunnittelu sekä eri ammattiryhmien, kuten lääkäri ja fyysikko, väliset neuvottelut. (Jussila, Kangas & Haltamo 2010, 10—12.)

Sädehoitojakson alussa omahoitajan tulisi kartoittaa sairauden ja hoitojen haittavaikutukset sekä hoidollisen tuen tarpeet ja siten laatia potilaan yksilölliset tarpeet huomioiva kirjallinen hoitotyön suunnitelma (Karhu-Hämäläinen 2002, 91). Vuorovaikutus saman hoitajan kanssa toistuvasti auttaa potilasta avautumaan ja helpottamaan oloa, koska ongelmat ovat yleensä arkaluontoisia eikä niistä keskustella helposti hoitajan kanssa (Matila 2001, 64).

Tietämättömyys sairauden alussa aiheuttaa jännitystä ja pelkoa. Hoidon alkuvaiheessa potilas voi olla vielä sokissa eikä pysty vastaanottamaan tietoa. (Sliden & Tuunainen 1999, 48.) Hyvin annettu ja oikein ajoitettu informaatio vähentää stressiä ja huolta tulevista hoidoista (Kekäläinen 2002, 35; Matila 1999). Potilaalle oikeaan aikaan annettu luotettava tieto edesauttaa potilaan kykyä hallita paremmin sairauden ja hoitojen aiheuttamia tunnetiloja ja stressiä (Rankinen 2008). Potilas kokee hallitsevansa asian paremmin, jos hänelle on etukäteen kerrottu kuinka toimia ja helpottaa omaa oloaan, samoin palautteen antaminen hoidon edistymisestä on tärkeää (Mattila 2001, 71).

Karhu-Hämäläisen (2002) tekemän väitöskirjan mukaan potilaat pitivät sädehoitojakson alussa tärkeänä psykososiaalisen tuen saamista, sekä toiminnallista ja tiedollista tukea. Heistä oli tärkeää, että heitä kuunnellaan, ymmärretään ja välitetään, sekä heidän kanssaan keskustellaan. He haluavat tulla kohdelluksi ihmisinä ja tuntea olonsa turvalliseksi hoitotilanteessa. Vuorovaikutuksessa läheinen hoitaja on helposti lähestyttävä, hoitaja ja potilas kohtaavat ensisijaisesti ihmisinä (eikä vain potilaana ja hoitajana) ja toiminta lähtee potilaan tarpeista (Mattila 2001, 66). Vuorovaikutus röntgenhoitajien kanssa edistää potilaan jaksamista. Vuorovaikutukseen liittyy päivittäinen keskustelu, hoitajien ystävällisyys ja kannustus. (Kekäläinen 2002, 45, 47.) Jones ym. (2010) ovat tehneet tutkimuksen, jonka mukaan hoitajat kokevat yhdeksi tärkeäksi potilastyön alueeksi tiedon ja tuen tarjoamisen rintasyöpöpotilaille ja heidän omaisilleen.

Sädehoitoon liittyvän tiedon saamista pidettiin tärkeänä ja potilaat arvostivat tiedonvälityksessä rehellisyyttä, välitöntä ongelmista kertomista ja tiedon ymmärrettävyyttä. (Karhu-Hämäläinen 2004.) Hoitojakson alussa tiedonvälitystavalla oli erityisesti merkitystä heille, joilla sairauden toteamisesta oli vähemmän kuin 3,6 kuukautta sekä leikkauksen läpikäyneille ja naisille (Karhu-Hämäläinen 2002, 68). Potilaat kokivat saaneensa hoitojakson aikana toiminnallista tukea hyvin, mutta eivät kuitenkaan niin paljon, kuin hoitojakson aikana pidettiin tärkeänä. Potilaiden mielestä heitä kuunneltiin ja elämäntilanteita ymmärrettiin, mutta heiltä ei kysytty halukkuutta keskustella mieltä painavista asioista eikä heitä ohjattu asiantuntijoiden luokse. (Karhu-Hämäläinen 2004.) Hoitojakson loputtua vain yksi kolmasosa oli puhunut osastolla mieltä painaneista asioista sädehoitojakson aikana (Karhu-Hämäläinen 2002, 68). Miettisen & Toivasen (2007, 39) tekemässä tutkimuksessa Kysin sädehoitoyksikön laadusta potilaiden kokemana nousi esiin sama ongelma. Osa potilaista koki saaneensa liian vähän tietoa sairaudestaan tai

jääneen huomiotta hoidon suunnittelussa. Potilaiden kokemuksen mukaan hoitavalla lääkäriellä ei ollut ajantasaista tietoa potilaiden voinnista.

Hoitajien kiire ja työpaine voivat hankaloittaa potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta, koska potilasta vaivaavat asiat saattavat jäädä keskustelematta, jos potilas jää odottamaan parempaa hetkeä kysymyksilleen, ongelmilleen ja avun pyytämislle. Tällöin hoitaja ei tiedä potilaan ongelmista. (Mattila 2001, 65.) Hoitajien suuri työmäärä vaikuttaa siihen, että hoitajat kokevat myös ongelmaksi kiireen ja sitä kautta liian vähäisen ajan potilaiden kanssa keskusteluun (Jones ym. 2010). Myös Siekkisen (2006) tutkimuksen mukaan kiire on vaikuttanut potilaiden kokemuksiin sädehoidosta. Kiireestä huolimatta potilaat ovat kokeneet olonsa sädehoidossa turvallisiksi

Hoitajien vaihtuvuus voi lisätä potilaiden turvattomuuden tunteita, kun tuttu hoitaja vaihtuu kesken hoitajakson. Potilaat voivat huolehtia myös hoitajien jaksamisesta, huomatessaan osastolla työn kiireisyyden ja raskauden. (Kvist 2004, 105; Kekäläinen 2002, 37—38.) Karhu-Hämäläisen (2002, 53) tutkimuksessa kävi ilmi, että yli puolelle tutkimukseen osallistuneelle oli hoitajakson alussa tärkeää, että heillä oli sädehoito-osastolla omalääkäri ja puolet tutkimukseen osallistuneista piti tärkeänä omahoitajaa. Vaikka potilaat toivovat pysyvämpiä hoitosuhteita, he myös ymmärtävät henkilökunnan vaihtuvuuden suuren määrän. Potilaiden kohtaaminen yksilöinä, persoonallisella otteella jää hoidettavien mieleen. (Raudasoja & Tuominen 2007.)

Potilaat kokevat ainakin jonkinasteista psyykkistä ahdistusta rintasyövän hoitoketjun aikana. Sairauden aikana voi tulla fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia ongelmia, esimerkiksi toimintakyvyn, kehonkuvan tai perhesuhteiden muuttuessa. Hoitohenkilökunta on ensiarvoisen tärkeässä asemassa havainnoidessaan potilaan tarvitseman psykososiaalisen tuen tarvetta. Osan potilaista voi olla vaikeaa myöntää avun tarvettaan, esimerkiksi psyykkiselle tuelle, jolloin hoitajan on pyrittävä auttamaan potilasta ohjaamalla hänet tarvittavan avun äärelle. (Hewitt, Herdman & Holland 2004.) Hoitavien henkilöiden ja läheisten huolenpito auttavat potilasta selviytymään sairauden tuomista kriiseistä. Omaan kehoon kohdistuvat muutokset voivat masentaa ja ihminen joutuu vähitellen etsimään uuden tasapainon muutosten jälkeen. (Syöpäjärjestöt 2009.)

5 TUTKIMUSMENETELMÄT

Tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen. Laadullisessa tutkimuksessa on lähtökohtana todellisen elämän kuvaaminen ja pyrkimys tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 152).

5.1. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, millaiseksi röntgenhoitajat kokevat vuorovaikutuksen rintasyöpää sairastavien potilaiden kanssa sädehoidossa Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimuksesta saadaan tietoa röntgenhoitajien kokemuksista vuorovaikutuksesta ja millaisena he kokevat hyvän vuorovaikutussuhteen.

Röntgenhoitajien vuorovaikutusta potilaiden kanssa sädehoidossa on tutkittu niukasti (Jones ym. 2010; Dowling 2008; Matila 1999). Tutkimuksia rintasyöpää sairastavien potilaiden kokemuksista vuorovaikutuksesta on tehty aikaisemmin ja nyt perehdyimme Kysin sädehoitoyksikön röntgenhoitajien näkemyksiin vuorovaikutuksesta rintasyöpää sairastavien potilaiden kanssa.

Tutkimuksessa haetaan vastausta seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaiseksi röntgenhoitajat kuvaavat hyvän vuorovaikutuksen potilaan ja hoitajan välillä?
2. Millaiseksi röntgenhoitajat kuvaavat vuorovaikutuksen rintasyöpää sairastavan potilaan kanssa sädehoitojakson eri vaiheissa?
3. Millaisia haasteita röntgenhoitajat kokevat vuorovaikutuksessa rintasyöpää sairastavan potilaan kanssa?

5.2. Tutkimuksen toteutus

Aineiston hankintaan laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää kyselyä, jossa kysymykset ovat kaikille samat, eikä vastauksia ole sidottu valmiisiin vastausvaihtoehtoihin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74—75.) Haastateltavat voivat vastata tällöin omin sanoin. Menetelmälle on ominaista, että jokin haastattelun näkökulma on ennalta määrätty. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 47.)

Tutkimuksen aineiston muodostavat Kysin sädehoitoyksikön potilastyössä työskentelevät röntgenhoitajat. Olemme luoneet avoimen haastattelulomakkeen opinnäytetyön ohjaajien avulla. Haastattelulomakkeessa kysyttiin vastaajien taustatietoja sekä tarkempia kysymyksiä heidän kokemuksistaan vuorovaikutuksesta rintasyöpää sairastavan potilaan kanssa sädehoitajakson aikana. Kyselylomakkeen mukana jaettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksesta ja sen vapaaehtoisuudesta.

Kyselylomakkeet jaettiin syyskuussa 2010 henkilökunnalle sädehoitoyksikössä, sädehoitokoneilla työskennelleille, henkilökohtaisesti. Vastausaikaa vastaajilla oli kaksi viikkoa. Vastauslomakkeet röntgenhoitajat palauttivat suljetuissa kirjekuorissa sädehoitoyksikön toimistoon. Näin vastaajille varmistettiin lomakkeiden säilyminen anonyymeina.

Laadullisen tutkimuksen perusjoukko on pieni ja tutkimukseen tulisi saada mahdollisimman kattavia vastauksia. Aineiston riittävyttä voidaan määritellä saturaation avulla, jolloin aineistosta ei saada enää tutkimusongelman kannalta uutta tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87.) Tavoitteena on saada aineisto sisällöllisesti laajaksi (Vilka 2005, 109).

5.3. Aineiston analysointi

Laadullisen tutkimuksen avulla ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan pyritään ymmärtämään tai tulkitsemaan jotakin ilmiötä tai toimintaa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Tutkimuksen koskiessa vain muutamia röntgenhoitajia, tulokset eivät ole yleistettävissä kaikkiin sädehoitoyksiköihin. Koska perehdymme tarkemmin tutkimukseen osallistuvien röntgenhoitajien kokemuksiin, saamme yksityiskohtaisempaa tietoa vuorovaikutuk-

sesta ilmenneihin hyviin ja huonoihin puoliin. Sädehoito-osaston henkilökunta saa käyttöönsä tutkimustulokset ja he saavat siitä suuntaviivoja oman toimintansa kehittämiseen vuorovaikutuksen osalta.

Kyselylomakkeessa röntgenhoitajilta kysyttiin taustatietoina työkokemusvuosia, aikaisempaa työkokemusta terveydenhuoltoalalla ja työyksikön ilmapiiriä. Vuorovaikutusta koskevilla kysymyksillä röntgenhoitajia pyydettiin kertomaan, millaisia asioita heidän mielestään kuuluu hyvään vuorovaikutukseen hoitajan ja potilaan välillä sekä kuvailemaan vuorovaikutustaan rintasyöpää sairastavan potilaan kanssa sädehoitojakson alussa, aikana ja lopussa. Olemme tutkimuksessamme jakaneet sädehoitojakson eri vaiheet kolmeen jaksoon: alkuun, hoitojakson toteutukseen ja loppuun. Hoitojakson alulla tarkoitetaan ensimmäisiä hoitokertoja. Sädehoitojakson toteutus on suurin osa sädehoitojaksoa. Hoitojakson lopulla tarkoitetaan viimeisiä hoitokertoja. Vastaajia pyydettiin kuvaamaan myös haasteita, joita he kokevat vuorovaikutuksessa rintasyöpää sairastavien potilaiden kanssa.

Analysoimme keräämämme tutkimusaineiston deduktiivisella sisällön analyysillä. Sisällön analyysi on perusmenetelmä laadullisessa tutkimuksessa, jossa aineisto pelkistetään, pelkistetyt ilmaisut luokitellaan ja luokitukset abstrahoidaan eli luodaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93, 110—114). Kyselylomakkeiden vastauksista poimimme hoitajien kokemuksia sanoina ja lauseina tutkimusongelman mukaisesti. Aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia, jotka luokiteltiin tutkimuskysymysten mukaan. Tuloksia havainnollistettiin kuvioilla. Lisäksi tuloksia kuvattiin sanallisesti. Aineiston ryhmittelyä ei edetty abstrahointiin, koska tutkimus tehtiin käytännön hoitotyötä varten. Tutkimustulokset haluttiin tarkoituksella jättää käytännön tasolle eikä luoda tuloksista teoreettisia käsitteitä, jotka eivät palvele käytännön työtä.

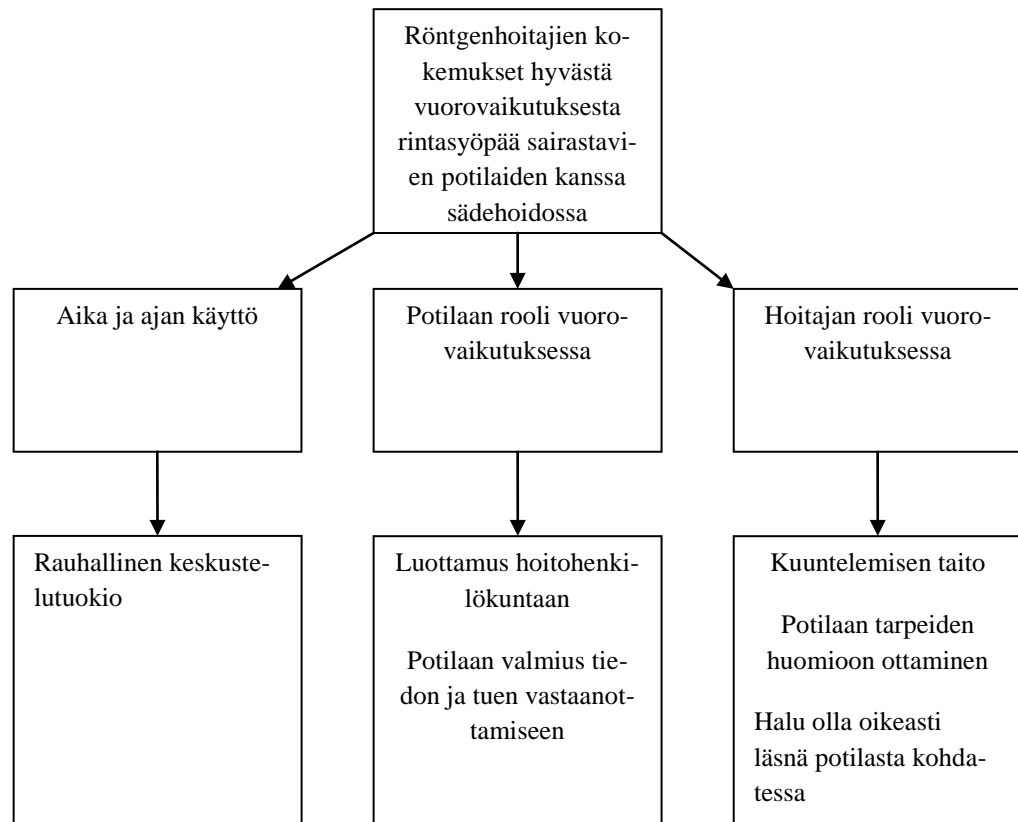
Hyvää vuorovaikutusta kuvaavan aineiston olemme jaotelleet tutkimuskysymysten mukaan kategorioiksi, joita ovat aika ja ajan käyttö, potilaan rooli vuorovaikutuksessa ja hoitajan rooli vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutus rintasyöpää sairastavan potilaan kanssa sädehoitojakson eri vaiheissa jaottelimme ajan käyttöön sekä hoitajan ja potilaan rooliin vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutuksen haasteet rintasyöpää sairastavan potilaan kanssa sädehoidossa jaottelimme ajan käyttöön, hoitajan ja potilaan rooliin vuorovaikutuksessa sekä viestintään.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kyselylomakkeita (Liite 1) jaettiin syyskuussa 2010 12 kappaletta. Vastattuja lomakkeita palautettiin kahdeksan kappaletta. Vastaajien työkokemus vaihteli 2,5 vuoden ja 25 vuoden välillä. Kaikissa vastauksissa kävi ilmi, että röntgenhoitajien työmotivaatio on hyvä ja he viihtyvät työssään. Työssä viihtymistä on lisännyt työn vaihtelevuus ja haastavuus. Toisaalta kaikki kokivat työn välillä raskaaksi niin fyysisesti kuin henkisesti. Työssä jaksamista vähensi työn samana toistuvat rutiinit sekä työpaikan sisäilmaongelmat.

6.1. Hyvä vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä

Hyvää vuorovaikutusta hoitajan ja potilaan välillä röntgenhoitajat kuvasivat ajan käyttöön sekä potilaan ja hoitajan rooliin vuorovaikutuksessa liittyvin termein (kuvio 1).



Kuvio 1. Hyvää vuorovaikutusta kuvaavan aineiston analysointi.

Ajan käytössä tärkeäksi koettiin mahdollisuus rauhalliseen keskustelutuokioon niin tilan kuin ajan kannalta. Hoitajat kuvasivat työtahtiaan kiireiseksi. Liian kiireisen työtahdin vuoksi aikaa potilaiden kanssa keskusteluun jäi liian vähän.

”Riittävästi pitäisi olla sitä aikaa...”

Potilaiden rooliin vuorovaikutuksessa röntgenhoitajat kuvailivat asioita, jotka olivat potilaiden valmius tiedon ja tuen vastaanottoon sekä potilaiden kokema luottamus hoitohenkilökuntaan. Röntgenhoitajat pitivät tärkeänä potilaiden tunteiden ja yksityiselämän huomioimista hyvässä vuorovaikutussuhteessa, jota kuvataan seuraavilla ilmaisuilla:

”Perustuu luottamukseen puolin ja toisin.”

”Pitää aistia tarkkaan mitä potilas haluaa.”

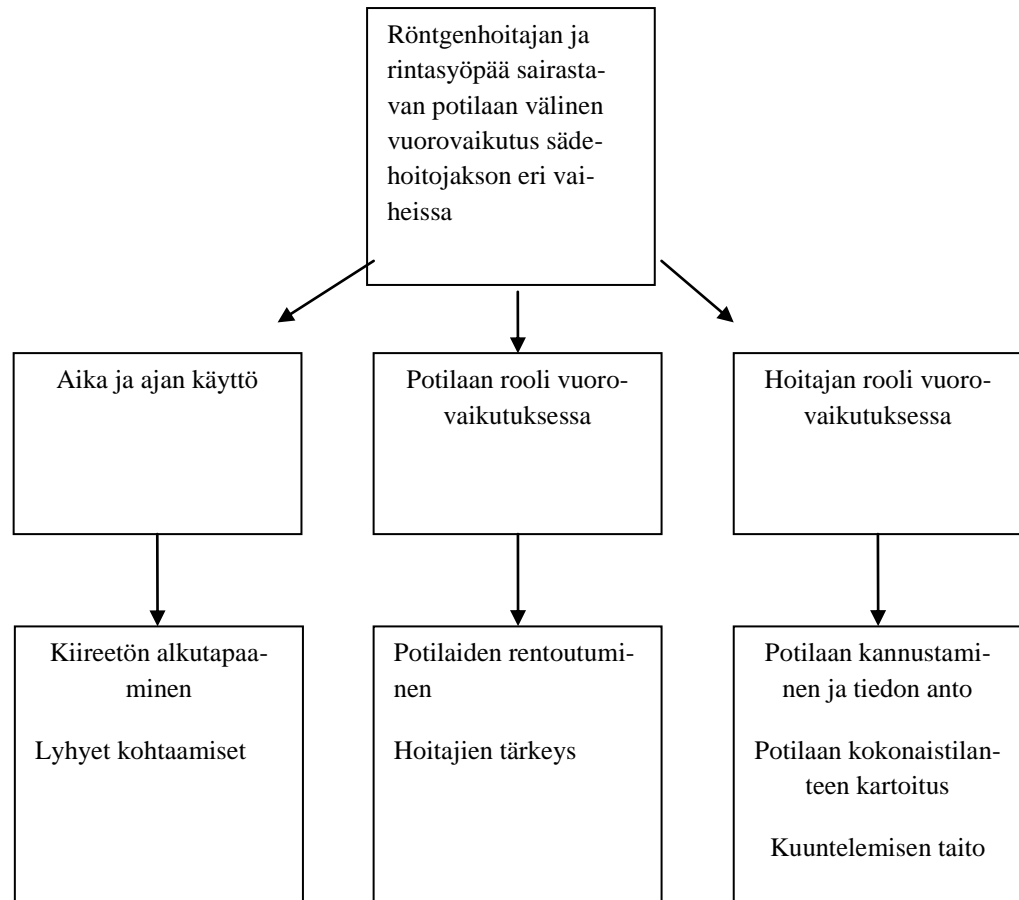
”Saada vaikutelma, että potilaan mielipide on tärkeä, ja että häntä kuunnellaan.”

Hoitajan rooliin vuorovaikutuksessa kuuluivat tulosten mukaan avoimuus, kuuntelemisen taito, luottamuksen rakentaminen, vuoropuhelun mahdollistaminen, potilaiden tarpeiden huomioon ottaminen sekä halu olla oikeasti läsnä potilasta kohdatessa. Edellytyksenä hyvään vuorovaikutukseen kuuluu hoitajien mielestä myös seuraavia asioita:

”Hoitajan ammattitaito, omassa työssä viihtyminen, oman työn arvostaminen.”

6.2. Vuorovaikutus rintasyöpää sairastavan potilaan kanssa sädehoitojakson eri vaiheissa

Vuorovaikutuksesta röntgenhoitajan ja potilaan välillä sädehoitojakson aikana nousi esiin asioita, jotka liittyivät ajan käyttöön sekä hoitajan ja potilaan rooliin vuorovaikutuksessa (kuvio 2).



Kuvio 2. Vuorovaikutusta rintasyöpää sairastavan potilaan kanssa sädehoitojakson eri vaiheissa kuvaavan aineiston analysointi.

Ajan käytöstä tärkeänä pidettiin kiireetöntä ja rauhallista alkutapaamista, koska silloin kartoitetaan potilaan tilannetta ja tarpeita sekä kerrotaan sädehoitoon liittyvistä asioista. Alkuohjauksen aikana myös keskustellaan potilasta askarruttavista asioista. Sädehoitojakson aikana päivittäiset kohtaamiset hoitajan ja potilaan välillä ovat lyhyitä, mutta tarvittaessa järjestetään aikaa pidemmille keskusteluille. Röntgenhoitajat kuvaavat vuorovaikutustaan hoitojakson alussa seuraavin sanoin:

”Haluan panostaa tähän alkuohjaukseen, koska siinä potilaalle pitää luoda luottavainen mieli.”

”Ei (toivon mukaan) kiirettä.”

”Kerrotaan mitä tuleman pitää...”

Röntgenhoitajat kokevat hoitajan rooliin vuorovaikutuksessa kuuluvan potilaan kannustamisen hoidossa jaksamiseen sekä kuuntelemisen taidon. Hoitajan rooliin kuuluu potilaan kokonaistilanteen kartoitus, potilaan tarpeiden kuulostelu ja pyrkimys vastata näihin tarpeisiin. Sädehoitojakson aikaiseen vuorovaikutukseen liittyy hoitajalla potilaan kannustaminen, jotta hän jaksaa käydä läpi pitkän sädehoitojakson. Hoitaja antaa potilaalle lisää tietoa sädehoitoon liittyvistä asioista hoitojakson aikana, koska potilaiden tiedon vastaanottokyky voi olla parempi hoitojakson kuluessa. Hoitajan tulee myös tarkkailla potilaan vointia, ja antaa tarvittavia hoito-ohjeita. Hoitojakson lopussa röntgenhoitaja keskustelee potilaan kanssa tulevaisuudesta ja kannustaa potilasta normaaliin elämään hoitojakson jälkeen. Jatkohoito-ohjeista keskusteleminen koettiin tutkimuksessa tärkeänä osana sädehoitojakson lopun vuorovaikutusta. Röntgenhoitajat kuvaavat kokemuksiaan näin:

”Kuulostellaan potilaan tarpeita...”

”Kannustetaan potilasta kyselemään.”

”Hoitojakson lopussa käydään läpi miten hoitajakso on mennyt.”

Tuloksista ilmeni sädehoitojakson edetessä hoitajan ja potilaan vuorovaikutussuhteen muodostuminen ja muuttuminen. Sädehoitojakson alkua pidettiin tärkeänä hoitajan ja potilaan väliselle vuorovaikutukselle ja luottamuksen muodostumiselle. Hoitojaksolla lyhyiden tapaamisten aikana käydään läpi kuulumisia ja vointia sekä mahdollisia sivuoireita. Hoitojakson aikana potilaat rentoutuvat, joten hoitajat tutustuvat potilaisiin paremmin. Tällöin potilaat pystyvät paremmin juttelemaan myös muista kuin hoitoon liittyvistä asioista. Hoitojakson lopussa potilaat ovat usein vapautuneita ja he kokevat hoitajat tärkeinä oman jaksamisensa kannalta. Tutkimukseen osallistuneet röntgenhoitajat kuvaavat kokemuksiaan seuraavasti:

”Luottamus rakennetaan heti alussa.”

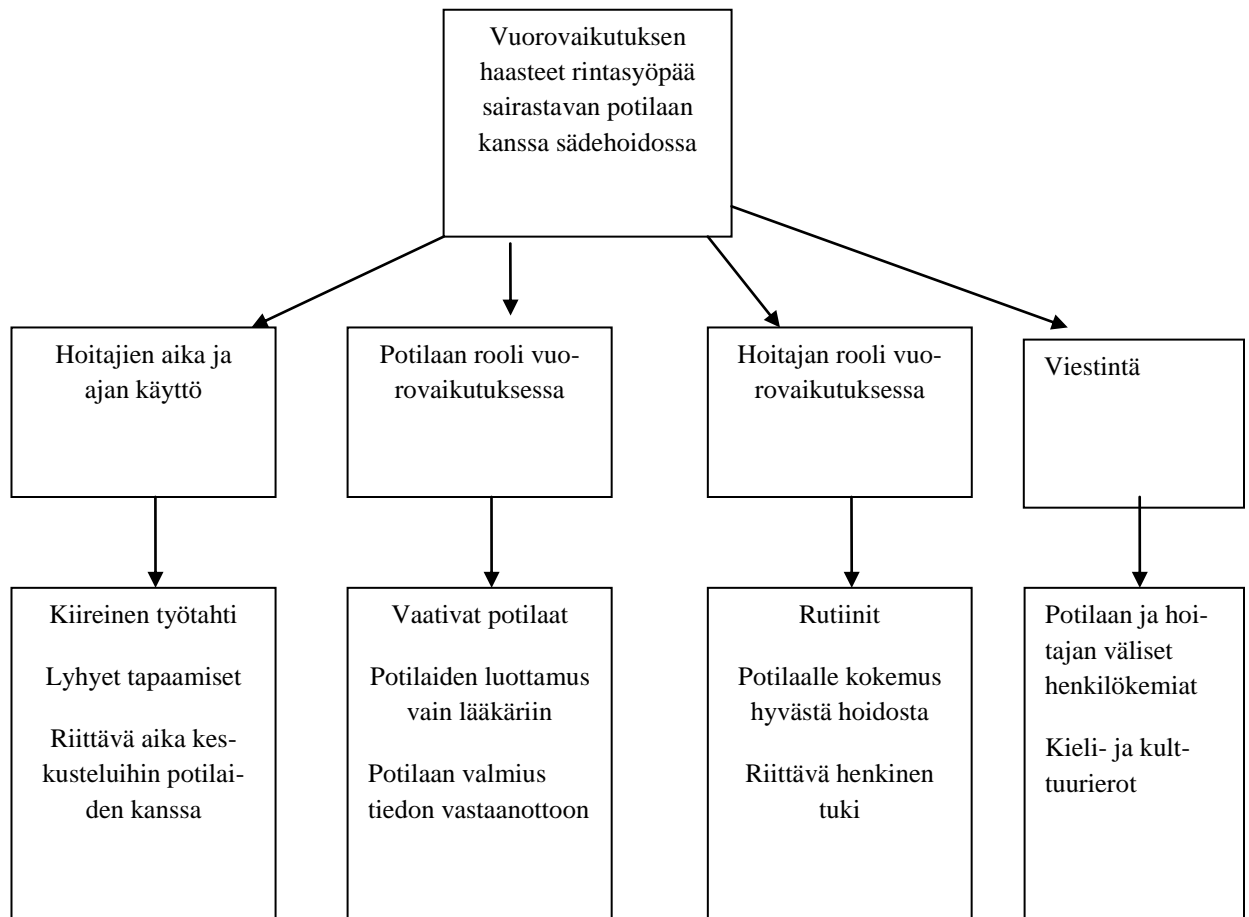
”... Potilaisiin tutustuminen ja vuorovaikutus on tämän työn suola...”

”... Alkujännitys häviää ja tiedon vastaanottokyky kasvaa...”

”Etenkin” omat hoitajat” ovat tärkeitä.”

6.3. Vuorovaikutuksen haasteet rintasyöpää sairastavan potilaan kanssa sädehoidossa

Vuorovaikutuksen haasteeksi kuvattiin ajan käyttö, potilaan ja hoitajan rooli vuorovaikutuksessa sekä viestintä (kuvio 3).



Kuvio 3. Vuorovaikutuksen haasteita kuvaavan aineiston analysointi.

Ajan käyttöön liittyvistä haasteista nousi esiin hoitajien kokema kiireinen työtahti, pitkä hoitajakso sekä lyhyet tapaamiset potilaiden kanssa hoitokäynneillä. Vaativana koettiin ajan käytön mahdollisuus suhteessa potilaan keskustelutarpeeseen. Hoitajien kokemista haasteista ilmeni potilaiden hoitoihin liittyvät rutiinit, jotka toistuvat samanlaisina. Haasteellisena pidettiin myös sitä, että potilaalle pitäisi jäädä kokemus hyvästä hoidosta. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat haastavana riittävän henkisen tuen tarjoamisen rintasyöpää sairastavalle potilaalle.

”Potilaalle pitäisi jäädä sellainen olo että on saanut hyvää hoitoa.”

Vuorovaikutukselle haasteellisina pidettiin vaativia potilaita, hoidon aiheuttamia oireita ja niiden hoitoa sekä potilaiden sosiaalisia asioita. Vastaajien mielestä vaativat potilaat saattavat rasittaa hoitajia jatkuvilla vaatimuksillaan ja toiveillaan esimerkiksi hoitoajoista. Haasteena pidettiin myös sitä, että osa potilaista luottaa vain lääkäriin. Sädehoidon aiheuttamien sivuoireiden hoito koettiin myös haasteelliseksi, varsinkin jos potilas ei ole vastaanottavainen saamalleen tiedolle eikä halua noudattaa hänelle annettuja ohjeita. Potilaiden sosiaaliset asiat, kuten perhe- ja taloudelliset asiat, tuovat oman haasteensa hoitajan ja potilaan väliselle vuorovaikutukselle. Vuorovaikutuksen haasteita hoitajat kuvailivat seuraavasti:

”Jotkut potilaat saattavat olla tosi vaativia ja tämä saattaa ärsyttää ja rasittaa hoitajia..”

”Jotkut potilaat luottavat vain lääkäriin.”

Viestinnän osa-alueelta vastaajat pitivät haastavina asioina potilaan kykyä tiedon vastaanottoon sekä hoitajan ja potilaan välisten henkilökemioiden kohtaavuutta. Vaativina asioina pidettiin keskusteluyhteyden ja avoimen ilmapiirin luomista. Myös kieli ja kulttuurierot koettiin haasteina vuorovaikutussuhteessa. Röntgenhoitajat kuvaavat viestinnän osa-alueen haasteita seuraavasti:

”Henkilökemiat hoitaja-potilas”

”Kieli- ja kulttuurierot vaikeuttavat kommunikointia.”

7 POHDINTA

7.1. Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusaineiston ollessa pieni, on eettiset näkökulmat otettava huomioon tarkasti. Osallistujien tulee tietää, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimusluvassa täytyy käydä ilmi, kenen käytössä tutkimusaineisto on kuinka se säilytetään ja hävitetään. Tutkimukseen osallistuvien tunnistamattomuus tulee säilyä koko prosessin ajan. (Vuokila-Oikkonen, Janhonen & Nikkonen 2001, 93.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta ei ole yhtä selkeää ohjetta. Tutkimusta arvioitaessa painottuu sen sisäinen johdonmukaisuus. Luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi aineiston keruun, analysoinnin ja raportoinnin yhteneväisyyden suhteen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135—138.)

Anoimme tutkimuslupaa tutkimukselle ohjaavan opettajan ja sädehoitoyksikön ohjaajan luvalla. Tutkimuslupa (Liite 2) haettiin Kuopion yliopistollisesta sairaalasta sädehoitoyksikön ylihoitajalta ja henkilöstöpäälliköltä.

Kävimme kertomassa sädehoitoyksikössä tutkimuksesta ja röntgenhoitajien roolista siinä. Kerroimme hoitajille tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista sekä toteutuksesta elokuussa 2010. Kerroimme vastaamisen olevan vapaaehtoista ja vastaajien säilyvän tunnistamattomina.

Jaoin kyselylomakkeet ja palautuskuoret sädehoitoyksikön röntgenhoitajille. He palauttivat kyselylomakkeet suljetuissa kirjekuorissa yksikön toimistoon. Me tutkimuksen tekijöinä emme tiedä kyselyyn vastanneita hoitajia eivätkä hoitajat näe muiden vastattuja kyselylomakkeita. Kyselylomakkeita säilytettiin asianmukaisesti ja hävitettiin tutkimuksen valmistumisen jälkeen.

Kyselylomakkeen mukana jaettiin saatekirje, jossa korostettiin tutkimukseen osallistumisen olevan vapaaehtoista. Saatekirjeessä kerrottiin myös vastauksia käsiteltävän luotamuksellisesti ja anonymisti. Vastaajia ei pystytä tunnistamaan vastausten perusteella ja vastauksia käytetään vain tähän tutkimukseen.

Tämän tutkimuksen luotettavuuteen saattaa vaikuttaa kokemattomuutemme tutkijoina. Olemme itse laatineet kyselylomakkeen eikä meillä ollut käytössä valmista lomakepohjaa. Emme esitestanneet lomaketta etukäteen. Emme ole aikaisemmin tehneet tutkimusta ja sisällön analyysia, joten tulosten tulkitseminen luotettavasti on haasteellista. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa se, miten olemme osanneet laatia kyselyn, kuinka olemme ymmärtäneet annetut vastaukset ja kuinka hyvin olemme osanneet luokitella aineiston.

7.2. Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Vuorovaikutus ja kohtelu vaikuttavat eniten potilaan kokemuksiin hoidosta (Holmia ym. 2004, 25—30). Tutkimuksen mukaan sädehoitoyksikön röntgenhoitajat haluavat olla potilaalle aidosti läsnä. Hoitajan ja potilaan välinen luottamus rakennetaan heti hoitojakson alussa. He kokevat tärkeänä potilaiden yksilöllisten tarpeiden huomioimisen ja vuoropuhelun sekä avoimen ilmapiirin mahdollistamisen. Vuorovaikutuksessa hoitajan tulisi huomioida, että hänen sanansa, ilmeensä ja eleensä ovat yhteneväisiä. Hoitajat pyrkivät huomioimaan potilaiden yksilölliset elämäntilanteet hoitoa suunniteltaessa. Hoitajan hyvä ammattitaito ja tietämys asioista auttavat luottamuksellisen suhteen luomisessa.

Tuloksia tukevat aikaisemmissa tutkimuksissa potilaiden esiin nostamat asiat. He arvostavat hyvässä vuorovaikutussuhteessa yksilöllistä ja aitoa kohtaamista sekä yksilöllisten tarpeiden huomioimista. Hoitajan tulisi olla helposti lähestyttävä ja toiminnan tulisi lähteä potilaan tarpeista. (Remmers 2009; McCabe 2004; Karhu-Hämäläinen 2002; Mattila 2001.) Potilaat haluavat hoitajien myös olevan aidosti läsnä hoitotilanteissa (Matila 1999; Töyry ym. 1999). On hyvä huomata tutkimustulosten yhteneväisyys. Hoitajat ja potilaat kokevat samojen asioiden olevan tärkeitä hoitajan ja potilaan väliselle hyvälle vuorovaikutukselle. Näiden tulosten perusteella on tärkeää, että hoitotyössä huomioidaan potilas yksilöllisesti ja ainutlaatuisena ihmisenä.

Tutkimuksessa ilmeni, että hoitajan tulisi osata aistia se, kuinka paljon tietoa potilas kykenee vastaanottamaan. Potilaan tiedon vastaanottokyvyn aistiminen koettiin haastavaksi. Tietoa jaetaan koko hoitojakson ajan, alkaen alkuohjauksesta ja päättyen hoidon lopussa annettuihin jatkohoito-ohjeisiin. Hoitajat pitivät tärkeänä hoitojakson aloitusta,

koska silloin potilaalle kerrotaan mitä hoitajakson aikana tapahtuu, mahdollisista sivuoireista ja niiden hoidosta. Hoitajakson alussa hoitajat kartoittavat potilaan kokonaistilanteen ja huomioivat potilaiden toiveita.

Alkujännityksen laannuttua potilaat ovat usein vastaanottavaisempia tiedolle, joten tiedon jakaminen koko hoitajakson ajan on tärkeää. Hoitajakson edetessä potilaalle annetaan lisää tietoa sädehoidosta ja mahdollisten sivuoireiden hoidosta. Potilaan rentoutuessa hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus syvenee. Hoitokäynneillä keskusteluja voidaan käydä esimerkiksi päivittäisistä kuulumisista, harrastuksista ja elämäntilanteesta. Ilmapiirin vapautuessa myös huumori voi liittyä hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Hoitajan ja potilaan välisistä kemioista riippuen vuorovaikutus voi olla avointa ja molemminpuolista. Vuorovaikutussuhde voi jäädä myös hyvin pinnalliseksi ja etäiseksi. Aikaisemmissa tutkimuksissa potilaat ovat kokeneet ongelmana liian vähäisen tiedon saannin (Miettinen & Toivanen 2007; Kvist 2004). Oikeaan aikaan annettu tieto auttaa potilasta hallitsemaan sairauden ja hoitojen aiheuttamia tunnetiloja (Rankinen 2008; Kekäläinen 2002; Matila 1999). Mattilan (2001) tekemän tutkimuksen mukaan potilaat arvostavat avointa ilmapiiriä ja sitä, että hoitajat pystyvät keskittymään potilaaseen yksilönä. Hyvän intuition omaavalla hoitajalla on herkkyys aistia ja havaita potilaan oloa.

Tiedon vastaanottavuuden aistiminen on hyvää ammattitaitoa. Potilaalle annetaan silloin vain sen verran tietoa, kuin hän pystyy käsittelemään. On hyvä, että tutkimukseen vastanneet hoitajat pitivät tätä tärkeänä. Tällöin tietoa annetaan potilaalle hänen vastaanotokykynsä verran, eikä kerralla anneta kaikkea sädehoitoon liittyvää informaatiota. Tutkimuksesta kävi ilmi, että kaikkien potilaiden kanssa vuorovaikutus ei ole täydellistä ja vastavuoroista. Mielestämme tämä on ymmärrettävää, koska kaikkien ihmisten henkilökiemiat eivät aina käy yksiin. Potilaille tulisi silti jäädä tunne hyvästä hoidosta. Aina vuorovaikutus ei ole hyvää, mutta hoitajan tulee osata toimia ammatillisesti vaikeissakin vuorovaikutustilanteissa.

Hoitajakson loppupuolella hoitajat kannustavat toiveikkuuteen ja suuntamaan katseensa tulevaisuuteen. Hoitajat ohjeistavat potilaita palaamaan normaaliin elämään hoitajakson jälkeen. Hoitajista on tärkeää tehdä potilas tietoiseksi jatkohoito-ohjeista, sädehoidon myöhäisvaikutuksista ja siitä, mihin ottaa yhteyttä jos jotain kysyttävää ilmenee. Tutkimuksessa ilmeni, että potilaat voivat olla hoitajakson lopussa kiintyneitä hoitajiin, varsinkin niihin, jotka ovat hoitaneet heitä koko hoitajakson ajan. Potilaille siirtyminen

normaaliin elämään voi olla henkisesti raskasta, koska he jäävät ilman hoitopaikan tukea. Tätä tukee aikaisemmissa tutkimuksissa ilmennyt potilaiden tarve omahoitajalle ja hoitajien vaihtuvuuden aiheuttama turvattomuus. (Kvist 2004; Karhu-Hämäläinen 2002; Kekäläinen 2002.) Mielestämme sädehoitoyksikössä on hyvä jatkossakin panostaa omahoitajuuteen, koska tutkimuksissa on selvinnyt sen olevan tärkeää potilaille.

Tutkimuksen mukaan röntgenhoitajat kokevat kiireen haasteeksi hoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa. He toivoivat mahdollisuutta rauhalliseen keskustelutuokioon niin ajan käytön kuin tilankin suhteen. Heidän mielestään keskusteluille ja mahdollisten pelkojen käsittelyyn tulisi varata riittävästi aikaa. Hoitajien mukaan haasteelliseksi vuorovaikutuksen hoitajan ja potilaan välillä tekee lyhyet päivittäiset kohtaamiset keskustelumahdollisuuksien vähyyden vuoksi. Myös aikaisempien tutkimusten mukaan potilaiden kokemuksiin hoidon laadusta vaikuttavat kiireinen ilmapiiri, koska se voi hankaloittaa vuorovaikutusta (Jones ym. 2010; Miettinen & Toivanen 2007; Siekkinen 2006; Kvist 2004; Mattila 2001).

Niin hoitajat kuin potilaat nimeävät kiireen yhdeksi ongelmaksi hyvän hoitosuhteen luomisessa. Olisi hyvä, jos potilaille saataisiin tietoa siitä, että kiire on harmillista myös hoitajien mielestä ja, että hoitajat haluaisivat käyttää enemmän aikaa yhteiseen keskusteluun ja potilaiden tukemiseen. Tällöin potilaat ymmärtäisivät ehkä paremmin kiireen eivätkä kokisi sitä niin kokemuksi huonontavana. Potilaille voisi tarjota mahdollisuutta keskustella syöpäsairaanhoitajan kanssa. Jos työn puitteissa on mahdollista, niin potilaan seuraavalle hoitokerralle voisi varata keskusteluaikaa omahoitajan kanssa. Potilaalla saattaa kuitenkin olla spontaani tarve keskustella heti eikä potilas välttämättä halua kertoa asioistaan seuraavana päivänä tai vieraammille hoitohenkilöille.

Tutkimuksen mukaan haasteelliseksi koettiin motivoituminen työhön, kun työssä toistuu samat rutiinit päivästä toiseen. Potilaalle tilanne on ainutkertainen, joten hoitajan tulisi käyttää ammattitaitoaan siihen, että saa potilaan tuntemaan itsensä ainutlaatuiseksi. Vaativat potilaat tuovat myös omat haasteensa hoitajien työhön. Vaativina koettiin sellaiset potilaat, jotka väheksyvät hoitajien ammattitaitoa ja luottavat vain lääkäriin sekä sellaiset, jotka esittävät vaatimuksia jatkuvasti. Syynä potilaiden runsaisiin vaatimuksiin voi olla sairauden aiheuttama pelko. Tutkimustulos epäluottamuksesta hoitajia kohtaan oli yllättävää, koska emme olleet ajatelleetkaan potilaiden omaavan ennakoasenteita hoitajien ammattitaitoa kohtaan. Hoitajien ammattitaitoa koettelee vaativien potilaiden kohtaaminen ja heidän tarpeisiinsa vastaaminen. Hoitajan tulisikin osata tunnistaa poti-

laan pelot, luoda luottavainen ilmapiiri ja siten mahdollistaa potilaan jännityksen lieventymisen.

7.3. Tutkimuksen merkitys ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimustiedon merkitystä nykypäivänä ei voida turhaan korostaa. Tutkimuksen avulla saatu tieto rikastuttaa ja monipuolistaa arkitietoa ja antaa uutta tietoa oman toiminnan kehittämiseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 20.) Laissa määritellään ammattikorkeakoulujen tehtäväksi antaa korkeakouluopetusta koskien mm. työelämää ja sen kehittämistä tukevaa tutkimus- ja kehitystyötä (Ammattikorkeakoululaki 2003). Työelämän tutkimus keskittyy työelämän käytäntöihin, joihin tarvitaan muutosta, ylläpitämistä tai halutaan luoda kokonaan uusia käytänteitä. Tutkimus painottuu siten enemmän käytännölliseen ja soveltavaan tutkimukseen kuin teoreettiseen tutkimukseen. (Vilka 2005, 13.)

Suurin hyöty tutkimuksesta on Kysin sädehoitoyksikölle sekä meille tutkimuksen tekijöille. Sädehoitoyksikkö sai tietoa hoitajien kokemuksista vuorovaikutuksesta rintasyöpää sairastavien potilaiden kanssa. Tutkimustuloksista ilmeni, että röntgenhoitajien ja potilaiden ajatukset hyvästä vuorovaikutuksesta ovat samansuuntaisia (Siekkinen ym. 2006; McCabe 2004; Karhu-Hämäläinen 2002; Kekäläinen 2002; Sliden & Tuunainen 1999). Tässäkin tutkimuksessa selvisi, että hoitajat kokevat omahoitajat tärkeiksi potilastyössä, samoin kuin potilaille tehdyissä tutkimuksissa on todettu. Omahoitajuutta hoitotyössä on hyvä kehittää myös jatkossa, koska se koetaan tärkeäksi.

Potilastutkimuksissa on käynyt ilmi, että potilaat ovat kokeneet saaneensa liian vähän tietoa. Tekemässämme tutkimuksessa selvisi, että hoitajat pyrkivät aistimaan potilaan tiedon vastaanottokykyä ja jakamaan tietoa koko hoitajakson ajan. On hienoa, että hoitajat kiinnittävät huomiota tiedon antamiseen. Tämä osa-alue tulisi myös jatkossa huomioida erityisen hyvin, jotta potilaiden tyytyväisyys olisi parempi.

Tutkimuksen tekijöinä olemme saaneet arvokasta tietoa rintasyövästä ja sen hoitomuodoista. Olemme saaneet kokemusta tutkimuksen tekemisestä sekä pitkän prosessin läpi viemisestä. Varsinkin vuorovaikutuksen merkityksestä potilaan hoidossa olemme oppi-

neet paljon uutta. Tätä saamaamme tietoa voimme hyödyntää tulevaisuudessa erilaisissa vuorovaikutustilanteissa työskennellessämme terveydenhuoltoalan ammattilaisina.

Jatkossa tutkimuksen hoitajan ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta voisi toteuttaa yksilöhaastatteluna, jolloin vastaukset olisivat syvempiä ja kattavampia sekä kertoisivat enemmän hoitajan kokemuksista. Lomakkeista kävi ilmi, että hoitajilla on tietoa vuorovaikutuksesta, joita saisi monipuolisemmin esille haastattelulla. Hoitajilla ei välttämättä ole aikaa vastata lomakekyselyihin, joten rauhallinen haastattelutilanne voisi antaa tietoa enemmän.

Tutkimus vuorovaikutuksesta voitaisiin toteuttaa myös määrällisenä, jolloin se voitaisiin laajentaa koskemaan useampaa sädehoitoyksikköä Suomessa. Tuloksia voisi vertailla yksiköittäin, jolloin saataisiin tietoa esimerkiksi hoidon laadusta ja työntekijöitten jaksamisesta.

7.4. Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Aihe tuli koululle sädehoitoyksiköstä, ja se koski alun perin syöpäpotilaiden kokemaa vuorovaikutusta röntgenhoitajien kanssa sädehoidon aikana. Valitsimme aiheen, koska olimme kiinnostuneita sädehoidosta ja halusimme tehdä laadullisen potilastutkimuksen. Aiheen rajasimme koskemaan rintasyöpäpotilaita, koska rintasyöpä on naisten yleisin syöpä ja koimme sitä sairastavien potilaiden kokemusten tutkimisen mielenkiintoiseksi. Aloitimme teorian etsimisen ja aiheen työstämisen vuoden 2009 alussa. Teoriatietoa löytyi suhteellisen helposti, sillä syöpäpotilaiden kokemuksia hoidosta on tutkittu paljon. Käytimme lähteinä pääosin 2000-luvulla tehtyjä tutkimuksia ja teoksia, muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta. Tutkimuksen aineiston keruun päätimme aloittaa molempien sädehoitotyön käytännön harjoittelujakson jälkeen, jolloin molemmilla olisi henkilökohtaista kokemusta sädehoidosta. Aineiston keräämiseen suunnitelimme kyselylomakkeen, koska ensin suunnittelemissamme potilashaastatteluja ei saanut tehdä. Aikataulutimme opinnäytetyön teon väljäksi, jotta saimme tehdä työn rauhassa valmiiksi.

Tutkimussuunnitelman ja kyselylomakkeen hiomiseen meillä meni paljon aikaa, mikä johtui molempien kokemattomuudesta tutkijoina. Tutkimusluvan saamisessa meillä oli ongelmia keväällä 2010 ja jouduimme kesällä 2010 vaihtamaan opinnäytetyön aiheen

näkökulmaa. Tunsimme alkuun pettymystä, kun aihetta ei hyväksytty ja olimme tehneet kovasti töitä teoriaosuuden ja kyselylomakkeiden eteen. Pelkäsimme myös aikataulun pettämistä, vaikka olimme alun perin suunnitelleet sen väljäksi.

Syksyllä 2010 muokkasimme uuden aiheen ja päädyimme käsittelemään aihetta röntgenhoitajien näkökulmasta. Saimme hyödynnettyä edelliseen aiheeseen työstettyä teoriaosuutta ja aloitimme uuden kyselylomakkeen työstämisen. Opinnäytetyömme aiheen vaihtumisen myötä tarvitsimme myös uusia lähteitä teoriaosuuteen, jotka koskisivat röntgenhoitajien kokemuksia vuorovaikutuksesta. Tutkimustietoa hoitajien kokemuksista löytyi vähän, mikä motivoi meitä jatkamaan tutkimusta ja antoi työlle uuden merkityksen. Hoitajille suunnatun kyselylomakkeen työstämiseen käytimme apuna edelliseen aiheeseen suunniteltua lomaketta. Kyselylomakkeen tarpeellista esitestausta emme ehtineet tehdä ennen kyselyn aloittamista, aikataulun kireydestä johtuen. Lomakkeen esitetauksella ja tarkemmalla muokkauksella olisimme voineet saada yksilöidympiä vastauksia kuin nyt saimme.

Aineiston analysoimme sisällön analyysillä, luokittelemalla ja kategorioimalla aineiston. Koimme haasteellisimmaksi osa-alueeksi aineiston luokittelun ja sen luotettavan analysoinnin. Kokemattomalle tutkijalle laadullisen aineiston analyysi on haastavaa. Tutkimuksen luotettavuus on riippuvainen tutkijan tekemistä valinnoista ja aineiston auki kirjoittamisesta. Tutkimuksen tekemistä vaikeutti se, ettei laadulliseen tutkimukseen ole mitään valmista kaavaa, vaan meidän tuli itse löytää aineistosta tärkeimmät asiat ja esitellä ne kattavasti. Kokemattomuutemme tutkijoina näkyi myös vastaajien taustatietojen hyödyntämisessä. Emme osanneet hyödyntää taustatietoja tutkimuksen analysoinnissa ja ne jäivät irralliseksi muusta aineistosta. Muiden tutkimuksiin tutustuminen auttoi meitä työstämään työn runkoa ja suunnittelemaan luokittelua.

Yhteistyö välillämme sujui hyvin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Käytännön harjoittelut eri paikkakunnilla hidastivat työn etenemistä, vaikka olimme pyrkineet jakamaan työn kirjoittamista etukäteen. Työskentelytapamme olivat samankaltaiset ja yhteisen tekstin tuottaminen oli helppoa. Tavoitteemme työn suhteen olivat samanlaiset ja halusimme molemmat saada opinnäytetyön ajoissa valmiiksi. Saimme työn edistymään jouhevasti vaikka aikataulu meistä johtumattomista syistä muuttuikin. Yhteistyö myös koulun ja sädehoitoyksikön kanssa oli sujuvaa vaikka aikataulujen yhteensovittaminen oli toisinaan ongelmallista.

Opinnäytetyö syvensi tietojamme rintasyövästä, sen hoidosta ja hoitajien sekä potilaiden kokemuksista vuorovaikutuksesta hoidon aikana. Tietoja voimme hyödyntää omassa työssämme röntgenhoitajina, kun osaamme paremmin asettua potilaan rooliin hoidossa. Opinnäytetyöprosessi antoi meille arvokasta kokemusta tutkijoina ja tutkimustyön monista vaiheista sekä ongelmista, joita tutkimusprosessin aikana saattaa kohdata.

LÄHTEET

Ammattikorkeakoululaki. 9.5.2003/351. Finlex. Viitattu 12.10.2010.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030351>

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2004. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: WSOY.

Blomqvist, C., von Smitten, K. & Asko- Seljavaara, S. 1999. Rintasyöpä. Teoksessa H. Joensuu, P. J. Roberts & L. Teppo (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Duodecim, 409—428.

Buchholz, T.A. & Haffty, B.G. 2008. Breast Cancer: Locally Advanced And Recurrent Disease, Post mastectomy Radiation, and Systemic Therapies. Teoksessa Halperin, E.C, Perez C.A & Brady L.W. (toim.) Principles and Practise of Radiation Onkology. Lippincott Williams & Willings, a Wolters Kluver Business, 1312.

Dowling, M. 2008. The meaning of nurse-patient intimacy in oncology care settings: From the nurse and patient perspective. *European Journal of Oncology Nursing* 12, 319—328.

Elonen, E. & Wiklund, T. 1999. Solunsalpaajahoito. Teoksessa H. Joensuu, P. J. Roberts & L. Teppo (toim.) Syöpätaudit. Vammala: Duodecim, 135—164.

Ericksen, J. A. 2008. Taking charge of breast cancer. Itä-Suomen yliopiston Ebrary-palvelu. Elektroninen aineisto. E-kirja.

Hewitt, M., Herdman, R. & Holland, J. 2004. Meeting psychosocial needs of women with breast cancer. Itä-Suomen yliopiston Ebrary-palvelu. Elektroninen aineisto. E-kirja.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

- Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P.** 2004. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Hoitotyön Projektiryhmä.** 1997. Hoitotyö osana hyvinvointipalveluja. Teoksessa M-L Perälä (toim.) Hoitotyön suunta. Strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Stakes. Helsinki: Stakes, 27—74.
- Holli, K., Blomqvist, C. & Valavaara, R.** 2002. Rintasyöpä. Teoksessa H. Joensuu, M. Kouri, A. Ojala, M. Tenhunen & L. Teppo (toim.) Kliininen sädehoito. Helsinki: Duodecim, 213—229.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K.** 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Huuskonen, P.** 2006. Hoitotyön toiminnot ja vaativuus sädehoitoyksikön henkilökunnan kuvaamina. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Idänpää-Heikkilä, U., Outinen, M., Nordblad, A., Päivärinta, E. & Mäkelä, M.** 2000. Laatuksiteerit. Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Aiheita-monistesarja 20/2000 Stakes. Helsinki: Stakes.
- Joensuu, H., Leidenius, M., Huovinen, R., von Smitten, K. & Blomqvist, C.** 2006. Rintasyöpä. Teoksessa H. Joensuu, P. J. Roberts, L. Teppo & M. Tenhunen (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Duodecim, 484—508.
- Jones L., Leach L., Chambers S. & Occhipinti S.** 2010. Scope of practice of the breast care nurse: A comparison of health professional perspectives. *European Journal of Oncology Nursing* 30, 1—6.
- Jussila A.-L., Kangas A. & Haltamo M.** 2010. Sädehoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Karhu-Hämäläinen, A.** 2002. Syöpää sairastavan potilaan odotuksia ja kokemuksia hoidosta sädehoitajakson aikana. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Karhu-Hämäläinen, A.** 2004. Sädehoitopotilaiden odotukset ja kokemukset hoidosta. Väitöskirja. Artikkelit. *Radiografia* 2, 20—21.

- Kekäläinen, U.** 2002. Rintasyöpään sairastuneiden naisten hoitokokemuksia sädehoitojakson aikana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkielma.
- Kouri, M. Ojala, A. & Valavaara, R.** 1999. Sädehoito. Teoksessa H. Joensuu, P. J. Roberts & L. Teppo (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Duodecim, 117—134.
- Kvist, T.** 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- KYS.** 2004. Ulkoisen sädehoidon vuokaavio. Työohje.
- KYS.** 2005. Rinnan alueen sädehoitoa saavalle potilaalle. Potilasohje 4251.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.** 17.8.1992/785. Finlex. Viitattu 3.9.2009.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lumijärvi, I. & Jylhäsaari, J.** 2000. Laatujohtaminen ja julkinen sektori. Helsinki: Gaudamus.
- Matila, K.** 1999. Niin kuin toivoisi itseään hoidettavan: potilaan hyvä hoito sädehoito-osastolla röntgenhoitajien kuvailemana. Opinnäytetyö. Artikkelit. Radiografia 2 , 20—25.
- Mattila, L-R.** 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.
- McCabe, C.** 2004. Nurse-patient communication: an exploration of patients` experiences. Journal of Clinical Nursing 13, 41—49.
- Miettinen, S & Toivanen, S.** 2007. Hoidon laatu Kuopion yliopistollisen sairaalan sädehoitoyksikössä potilaiden kokemana. Savonia-ammattikorkeakoulu. Radiografian ja sädehoidon koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Pitkänen, M., Hyödynmaa, S. & Tenhunen, M.** 2002. Säteilylajit ja sädehoitolaitteet. Teoksessa H. Joensuu, M. Kouri, A. Ojala, M. Tenhunen & L. Teppo (toim.) Kliininen sädehoito. Helsinki: Duodecim, 10—23.

- Pulkkinen, S.** 1999. Laadun kehittäminen terveydenhuollossa – analyysi laadun käsitteestä ja sisällöstä. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja –talouden laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Pukkala, E., Sankila, R. & Rautalahti M.** 2006. Syöpä Suomessa 2006. Suomen syöpäjärjestöjen julkaisuja. Viitattu 8.1.2010.
http://www.cancerregistry.fi/tutkimus/image_46.pdf
- Rankinen, S.** 2008. Syöpäpotilaita voimavaraistavan potilasohjauksen kehittäminen. *Syöpäsairaanhoitaja* 16 (1), 6—7.
- Raudasoja, L & Tuominen, T.** 2007. Rintasyövän hoitoketjun asiakaskeskeisyys: sekä myönteisiä että kielteisiä ulottuvuuksia. *Syöpäsairaanhoitaja* 15 (4), 13—15.
- Remmers, H., Holtgräve, M. & Pinkert, C.** 2009. Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing* 14 (2010), 11—16.
- Roberts, P. J.** 1999. Kirurginen hoito. Teoksessa H. Joensuu, P. J. Roberts & L. Teppo (toim.) *Syöpätaudit*. Helsinki: Duodecim, 111—116.
- Ruotsalainen, E.** 1999. Sädehoidon toteutus. *Syöpä-Cancer* 1, 10—12.
- Sankila, R., Teppo, L. & Vainio, H.** 2006. Syövän yleisyys, syyt ja ehkäisy. Teoksessa H. Joensuu, P. J. Roberts, L. Teppo & M. Tenhunen (toim.) *Syöpätaudit*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 34—49.
- Siekinen M., Laiho R., Ruotsalainen E. & Leino-Kilpi H.** 2006. Potilaslähtöinen hyvä hoito sädehoito-osastolla. *Syöpäsairaanhoitaja* 1, 11—12.
- Sipilä, P.** 2004. Sädehoito. Teoksessa O. Pukkila (toim.) *Säteilyn käyttö. Säteily- ja ydinturvallisuus* 3. Helsinki: Säteilyturvakeskus, 184—216.
- Silvennoinen, M.** 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Helsinki: Talentum.

- Sliden, M. & Tuunainen, S.** 1999. Rintasyöpään sairastuneiden kokemuksia sairastumisestaan ja selviytymisestään. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Opinnäytetyötutkielma.
- STUK.** 1997. Sädehoitofysiikan sanasto. Viitattu 8.1.2010.
http://www.stuk.fi/proinfo/muuta_tietoa/julkaisuja/fi_FI/sateilyturvakeskuksen_julkaisuja/_files/81692030269391661/default/FYSSAN.PDF
- Syöpäjärjestöt.** 2008. Rintasyövän hoito. Päivitetty 30.9.2008. Viitattu 20.12.2009.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/hoito/>
- Syöpäjärjestöt.** 2009. Rintasyöpä. Viitattu 8.4.2009.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/>
- Terveyskirjasto.** 2010. Tubulaarinen. Duodecim. Viitattu 6.11.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03545&p_haku=tubulaarinen%20kasvain
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A.** 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Töyry, E., Julkunen-Vehviläinen, K., Roine, E., Mattila, M. & Rissanen, V.** 1999. Ihmisläheisen hoidon kehittäminen – mitä potilaspalaute kertoo? Suomen lääkärilehti 54 (5), 525—530.
- Vehmanen, L.** 2008. Rintasyövän hoito. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 11.10.2009.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=dlk&p_artikkeli=dlk00468
- Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L.** 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Vilka, H.** 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Vuokila-Oikkonen, P., Janhonen, S. & Nikkonen, M.** 2001. Kertomukset hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa: Narratiivinen lähestymistapa. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 81—115.

Liite 1

Kyselylomake ja saatekirje

Arvoisa Röntgenhoitaja

Olemme Savonia- ammattikorkeakoulun kaksi röntgenhoitajaopiskelijaa ja teemme opintoihimme liittyvää opinnäytetyötä. Opinnäytetyössä haluamme selvittää röntgenhoitajien kokemuksia vuorovaikutuksesta sädehoidossa rintasyöpäpotilaiden kanssa.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastatut lomakkeet palautetaan suljetussa kirjekuoressa. Kyselylomakkeet käsitellään luottamuksellisesti eikä vastaajien henkilöllisyyttä voida selvittää. Vastauksia käytetään vain tämän tutkimuksen tekemisessä ja vastauslomakkeet hävitetään tutkimuksen valmistumisen jälkeen.

Toivomme teidän vastaavan huolellisesti ja kertovan rehellisesti kokemuksistanne ja haasteistanne vuorovaikutuksesta rintasyöpäpotilaiden kanssa sädehoidossa, sillä juuri teidän kokemuksenne ja ajatuksenne vuorovaikutuksesta ovat tärkeitä tutkimuksessa. Toivomme teidän vastaavan viikon kuluessa kyselylomakkeen saatuanne. Suljetun kirjekuoren voitte palauttaa sädehoitoyksikön toimistoon. Jos teillä on jotain kysyttävää kyselyyn liittyen, voitte olla yhteydessä vs.osastonhoitajaan Päivi Huuskoseen.

Kiitos vastauksistanne!

Annina Lyytikäinen
röntgenhoitajaopiskelija
Savonia-
ammattikorkeakoulu
Kuopio

Sanna Tenhunen
röntgenhoitajaopiskelija
Savonia-
ammattikorkeakoulu
Kuopio

Päivi Huuskonen
vs. osastonhoitaja
Sädehoitoyksikkö
KYS
p. 044-7172909
paivi.huuskonen
@kuh.fi

6. Kuvaile vuorovaikutustanne sädehoitoa saavan rintasyöpäpotilaan kanssa sädehoidon aikana?

a) sädehoitojakson alussa

b) sädehoitojakson aikana

c) sädehoitojakson lopussa

7. Kuvailkaa millaisia haasteita rintasyöpää sairastavan ja sädehoitoa saavan rintasyöpäpotilaan vuorovaikutukseen liittyy sädehoidon eri vaiheissa?

Liite 2

Tutkimuslupa



Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
KUOPION YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA

HOITOTIETEEN JA MUIDEN TERVEYS-
TIETEIDEN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Nro _____ / 20 10

Hakemuksen käsittely on kuvattu hallinnollisessa ohjeessa "Hoitotieteen ja muiden terveystieteiden tutkimuksen ohjeet Kuopion yliopistollisessa sairaalassa". Hakemukseen liitetään tutkimussuunnitelma aineiston keruulomakkeineen ja saatteineen, rahoitusuunnitelma.

HAKIJA

Vastuullinen tutkija

Annina Lyytikäinen

Nimi

Muut tutkijat

Sanna Tenhunen

Koiravedenkatu 13 B 10, 70800 Kuopio

p.040 7099053 amina.lyytikainen@

Osoite, puh, s-posti student.savonia.fi

Työ- tai opiskelupaikka

Savonia amk, terveysala Kuopio

Virka/roini (ei koske opiskelijoita)

Opiskelupaikka

 AMK mikä

Savonia

 yliopisto mikä muu mikä

Suoritettava tutkinto

Radiografian ja sädehoitojen koulutusohjelma, röntgenhoitaja

TUTKIMUS

Tutkimuksen nimi

Röntgenhoitajien kokemukset vuorovaihtuksesta
rintasyöpäpotilaan kanssa sädehoidon aikana

Tutkimuksen lyhyt kuvaus (mm. tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmä) sekä julkaisu-uunnitelma (maksimissaan 300 sanaa)

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää miten Kuopion yliopistollisen sairaalan sädehoitoyksikön röntgenhoitajat kokevat vuorovaihtuksen onnistumisen rintasyöpäpotilaiden kanssa sädehoidossa.

Tutkimuksen kohderyhmänä on Kysin sädehoitoyksikön röntgenhoitajat.

Tutkimus toteutetaan avoimella kyselylomakkeella ja saatujen vastauksia vertaillaan aikaisemmissa tutkimuksissa ilmenneisiin potilaiden näkökulmiin.

Tutkimus julkaistaan ammattikorkeakoulun käytännön mukaisesti.

Tutkimus on

 amk-tutkinto ylempi amk-tutkinto pro gradu lisensiaattityö väitöskirja muu, mikä

Monikeskustutkimus

 ei kyllä kansallinen kansainvälinen

Tutkimuksen kokonaisaikataulu

04/2009 - 12/2010

Aikataulu KYSissä

30.9 - 30.9. 2010

Kustannukset

 Arvio KYSille koituvista kustannuksista

_____ €

Tarkempi kustannuserittely esitettävä erillisellä liitteellä.

 Ei aiheuta kustannuksia KYSille

Tutkimuseettisen toimikunnan lausunto <input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu	
Toimikunta _____	Lausunto nro _____ pvm _____
Johtajaylläkäkirin lupa rekisteritutkimuksia varten <input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu	
_____	pvm _____
STM:n lupa rekisteritutkimuksia varten <input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu	
_____	pvm _____
Henkilöstöpääsiikön lupa henkilökuntaa koskevia tutkimuksia varten <input checked="" type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä <input type="checkbox"/> ei ole haettu	
_____	pvm <u>1.9.10</u> <i>Paivi H</i>
Muu lupa (mikä) <input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsittelyssä	
_____	pvm _____
Opinnäytetyön tuotoksen käyttöoikeus luovutetaan KYSille <input checked="" type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
ALLEKIRJOITUS JA SITOUMUS	
Allekirjoittaneet tutkijat sitoutuvat noudattamaan tulosyksikön esimiesten antamia ohjeita, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä salassapito- ja vastuvelvollisuutta ja lähettämään tutkimusraportin yksikköön jossa tutkimus on tehty sekä luvan myöntäjälle.	
<u>20/8/2010</u>	
<i>Annina Lyytikäinen</i>	<i>Sanna Tahvanainen</i>
Tutkijan allekirjoitus	Tutkijan allekirjoitus
<i>Annina Lyytikäinen</i>	<i>Sanna Tahvanainen</i>
Nimen selvitys	Nimen selvitys
_____	_____
Tutkijan allekirjoitus	Tutkijan allekirjoitus
_____	_____
Nimen selvitys	Nimen selvitys
_____	_____
OPINNÄYTETYÖN OHJAAJAT	
<i>Sirkka-Liisa Hainanen</i>	<i>Paivi Huuskonen</i>
Ohjaajan allekirjoitus	Ohjaajan allekirjoitus
<i>SIRKKA-LIISA HAINANEN</i>	<i>PÄIVI HUUSKONEN</i>
Nimen selvitys	Nimen selvitys
_____	_____
Osoite, puhelin, e-posti <i>Sankariakati 6-8, 70100 Kuopio</i>	Osoite, puhelin, e-posti <i>Sädehoitoosasto KYS</i>
<i>014-7856558 Sirkka-Liisa.Hainanen@kuopio.fi</i>	<i>0400 772909, paivi.huuskonen@kuopio.fi</i>
PUOLTO Potilastutkimuksissa puolto tarvitaan joko tulosyksikön ylläkäkiriltä (yksi tulosyksikkö), tulosaluejohtajalta (useita tulosyksiköitä) tai johtajaylläkäkiriltä (useita tulosalueita).	
<input type="checkbox"/> Puoltoa hakemusta <input type="checkbox"/> En puolta, perustelut _____	
_____ Aikajänne _____ _____ Aikajänne _____ _____ Nimen selvitys, virka-asema _____	

PÄÄTÖS	
<input checked="" type="checkbox"/>	Myönnän tutkimusluvan
<input type="checkbox"/>	Myönnän tutkimusluvan, mutta ennen tutkimuksen aloittamista tutkimukselle tulee hakea tutkimuseettisen toimikunnan lausunto / johtajayhteistyön lupa rekisteritutkimuksia varten / STM:n lupa rekisteritutkimuksia varten / KYS:n henkilöstöpolitiikan lupa henkilökuntaa koskavia tutkimuksia varten / muu lupa, mikä

<input checked="" type="checkbox"/>	Tulosyksikön / -alueen ylläpitäjän / hallintoylläpitäjän päätös nro _____
19 1 20 10	<i>Raja</i>
	Aleksi Joutsen
	Nimen selvennys _____
YHTEYSHENKIÖ KYSISSÄ (Tulosyksikön /-alueen ylläpitäjä tai hallintoylläpitäjä nimeä)	
Nimi _____	Työyksikkö _____
S-posti _____	Puhelin _____

LIITTEET

- Tutkimussuunnitelma _____ sivua
 Rahoitussuunnitelma _____ sivua
 Muuta liitteitä _____ sivua