

Leskinen Jenni, Mikkonen Sanna & Mustonen Titta

**DIABETESTA SAIRASTAVAN ALARAAJA-AMPUTAATIOPOTILAAN KOKE-
MUKSIA SELVIYTYMISEN TUKEMISESTA POSTOPERATIIVISESSA VAI-
HEESSA**

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta- ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Syksy 2010



**Kajaanin
ammattikorkeakoulu**

OPINNÄYTETYÖ TIIVISTELMÄ

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta- ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Leskinen Jenni, Mikkonen Sanna & Mustonen Titta	
Työn nimi Diabetesta sairastavan alaraaja- amputaatiopotilaan kokemuksia selviytymisen tukemisesta postoperatiivissa vaiheessa	
Vaihtoehtoiset ammattipinnot Kirurginen ja perioperatiivinen hoitotyö	Ohjaaja(t) Niskanen Sirkka-Liisa & Seppänen Jukka Toimeksiantaja Kainuun maakunta- kuntayhtymä, Kainuun keskussairaala, kirurgian vuodeosasto 7.
Aika Syksy 2010	Sivumäärä ja liitteet 52+4
<p>Suomessa on yhä enenevässä määrin diabetesta sairastavia potilaita, joilla esiintyy diabetekseen liittyviä liitännäissairauksia. Nilkan yläpuolisista alaraaja-amputaatioista noin puolet tehdään diabeetikoille. Tämä on merkittävä muutos potilaan elämässä ja sopeutuminen alaraaja- amputaatioon leikkauksen jälkeen voi olla haastavaa. Se vaikuttaa ihmiseen kokonaisvaltaisesti ja sopeutuminen elämään amputaation jälkeen vaatii aikaa ja potilaalta kärsivällisyyttä, jolloin hoitajilta saatu tuki on erittäin tärkeää. Hoitajan ja potilaan välisessä yhteistyössä etsitään niitä ratkaisuja, joiden avulla potilas voi omista lähtökohdistaan löytää elämäntilanteessaan mahdollisuuden selviytyä.</p> <p>Opinnäytetyömme oli laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena oli kuvailla diabetesta sairastavan alaraaja-amputaatiopotilaan kokemuksia selviytymisen tukemisesta postoperatiivisessa vaiheessa kirurgisella vuodeosastolla. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että hoitajat voivat kehittää kokonaisvaltaista postoperatiivista hoitotyötä diabetesta sairastavan alaraaja- amputaatiopotilaan selviytymisen tukemisessa.</p> <p>Tutkimustehtävämme oli: - Mitkä tekijät ovat vaikuttaneet diabetesta sairastavan alaraaja-amputaatiopotilaan selviytymiseen amputaatiosta postoperatiivisessa vaiheessa?</p> <p>Haastattelimme kahta diabetesta sairastavaa alaraaja-amputaatiopotilasta avointa haastattelua käyttäen. Haastattelujen auki purkamiseen käytimme induktiivista sisällönanalyysia. Aineistosta nousi esille, että diabetesta sairastavien alaraaja-amputaatiopotilaiden kokemukset amputaatiosta selviytymiseen liittyivät emotionaaliseen, fyysiseen, vuorovaikutukselliseen ja tiedolliseen tukeen sekä hoitajien suhtautumiseen ja potilaan omiin voimavaroihin.</p> <p>Tulokset osoittavat, että potilaat kokevat merkityksellisinä asioina hoitajien emotionaalisen suhtautumisen heitä kohtaan sekä vuorovaikutustilanteet heidän kanssaan. Potilaat kokevat saadun informaation puutteelliseksi sen vähyyden ja huonon ymmärrettävyyden vuoksi. Yksilöllinen ja kokonaisvaltainen hoito on tärkeää amputaatiosta selviytymisen kannalta.</p> <p>Jatkotutkimusaiheina voisi olla havainnoivalla tutkimusotteella tehty tutkimus, jossa selvitettäisiin, kuinka hoitaja kohtaa potilaan ja tukee häntä selviytymisessä postoperatiivisessa vaiheessa. Jatkotutkimusaiheena voisi myös olla, kuinka hoitaja tukee alaraaja-amputaatioon tulevaa potilasta preoperatiivisesti. Opinnäytetyömme aiheita voitaisiin selvittää myös hoitajien näkökulmasta.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	Alaraaja-amputaatio, diabetes, selviytymisen tukeminen, postoperatiivinen hoitotyö
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Leskinen Jenni, Mustonen Titta and Mikkonen Sanna	
Title Support for Post-Operative Managing as Experienced by Diabetics with Lower Extremity Amputation	
Optional Professional Studies Surgical Nursing Perioperative Nursing	Instructor(s) Niskanen Sirkka-Liisa and Seppänen Jukka
	Commissioned by The Joint Authority of Kainuu Region, Kainuu Central Hospital, surgical inpatient ward 7
Date Autumn 2010	Total Number of Pages and Appendices 52+4
<p>In Finland there is an increasing number of diabetics who have complications associated to diabetes. Half of lower extremity amputations above the ankle are performed on diabetics. Amputation is a significant life change, and adaptation after lower extremity amputation can be challenging. The amputation has a comprehensive influence on patients, and adaptation to a new life situation takes time and patience. Therefore support from nurses is very important. New solutions to manage in a new life situation using patients' own resources are sought after in co- operation between patients and nurses.</p> <p>The purpose of this qualitative thesis was to describe the experiences of lower extremity amputation patients with diabetes of the post-operative care at a surgical ward. The objective of this thesis was that nurses could develop comprehensive postoperative nursing care with diabetic lower extremity amputation patients and support for managing. The research task was the following:</p> <p>- What issues had affected diabetic lower extremity amputation patients' own resources to manage in postoperative nursing care?</p> <p>The material was collected by interviewing two amputation patients and analyzed with inductive content analysis. The data showed that patients' experiences of managing with amputation were connected to emotional, physical, interactional and informative support and also to nurses' attitude and patients' own resources.</p> <p>The results showed that patients considered nurses' emotional attitude towards patients and interaction meaningful. Patients told that not enough information was given and that the information was not clear. Individual and comprehensive care was important for patients who were trying to manage with an amputation.</p> <p>In the future it would be useful to study, using an observing research method, how nurses transact with patients and how nurses implement support for managing postoperatively. Another study could focus on how nurses support lower extremity amputation patients preoperatively. This could also be analyzed from nurses' perspective.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Lower extremity amputation, diabetes, support for managing, postoperative nursing
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input checked="" type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 DIABETESTA SAIRASTAVAN ALARAAJA-AMPUTAATIO POTILAAN SELVIYTYMISEN TUKEMINEN POSTOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ	3
2.1 Diabetes sairautena	3
2.2 Alaraaja-amputaatio ja diabetes	4
2.3 Alaraaja-amputaatiopotilaan selviytymisen tukeminen postoperatiivisessa hoitotyössä	5
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE SEKÄ TUTKIMUSTEHTÄVÄ	8
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	9
4.1 Tutkimusote	9
4.2 Kohderyhmän valinta	10
4.3 Aineiston keruu	11
4.4 Aineiston analyysi ja analyysiprosessi	12
5 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	15
5.1 Selviytymisen tukeminen alaraaja-amputaatiopotilaan kokemana	15
5.1.1 Emotionaalinen tuki	15
5.1.2 Fyysinen tuki	19
5.1.3 Tiedollinen tuki	22
5.1.4 Vuorovaikutuksellinen tuki	24
5.1.5 Hoitajien suhtautuminen	27
5.1.6 Potilaan omat voimavarat	32
5.2 Johtopäätökset	36
6 POHDINTA	40
6.1 Luotettavuus	40
6.2 Eettisyys	42
6.3 Yleistä pohdintaa	44
6.4 Jatkotutkimusaiheet	47
LÄHTEET	48

LITTEET

1 JOHDANTO

Suomessa on yhä enenevässä määrin diabetesta sairastavia potilaita, joilla esiintyy diabetekseen liittyviä liitännäissairauksia (Diabetes: Käypä hoito- suositus, 2009). Suomessa tehtävistä nilkan yläpuolisista alaraaja-amputaatioista noin puolet tehdään diabeetikoille (noin 450 amputaatiota). Alaraajan amputaatoriski on 15–86 -kertainen diabeetikoilla verrattuna diabetesta sairastamattomiin. (Diabeetikon jalkaongelmat: Käypä hoito- suositus, 2009.)

Alaraaja-amputaatio on merkittävä muutos potilaan elämässä ja sopeutuminen alaraaja-amputaatioon leikkauksen jälkeen voi olla haastavaa. Amputaatio vaikuttaa ihmiseen kokonaisvaltaisesti ja sopeutuminen elämään amputaation jälkeen vaatii aikaa ja potilaalta kärsivällisyyttä, jolloin hoitajilta saatu tuki on erittäin tärkeää (Malm, Matero, Repo & Talvela 2004, 278). Hoitajan ja potilaan välisessä yhteistyössä etsitään niitä ratkaisuja, joiden avulla potilas voi löytää elämäntilanteessaan omista lähtökohdistaan mahdollisuuden selviytyä (Latvala 1998, 21).

Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena on kuvailla diabetesta sairastavan alaraaja-amputaatiopotilaan kokemuksia selviytymisen tukemisesta postoperatiivisessa vaiheessa kirurgisella vuodeosastolla. Opinnäytetyön tavoitteena on, että hoitajat voivat kehittää kokonaisvaltaista postoperatiivista hoitotyötä alaraaja-amputaatiopotilaan selviytymisen tukemisessa.

Opinnäytetyömme tilaajana on Kainuun keskussairaalan kirurgian vuodeosasto 7. Osasto on 32-paikkainen vuodeosasto, jossa hoidetaan ortopedisiä, traumatologisia sekä thorax- ja verisuonikirurgisia potilaita. (Kainuun maakunta -kuntayhtymä 2008.) Kainuun keskussairaala tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja kaikille Kainuun maakunta -kuntayhtymän alueen asukkailla. Kainuun maakunta -kuntayhtymän toiminta kattaa Hyrynsalmen, Kajaanin, Kuhmon, Paltamon, Puolangan, Ristijärven, Sotkamon ja Suomussalmen kuntien osalta sosiaali- ja terveydenhuollon. (Kainuun maakunta -kuntayhtymä 2007.)

Haluamme selvittää opinnäytetyössämme, millaisia kokemuksia diabetesta sairastavalla alaraaja- amputaatiopotilaalla on selviytymisen tukemisesta postoperatiivisessa vaiheessa, ja onko saadusta tuesta ollut merkittävää vaikutusta potilaan sopeutumisessa uuteen elämäntilanteeseen. Saadun tiedon avulla hoitajat voivat vastata paremmin potilaan tarpeisiin sekä kehittää omia valmiuksia kohdata alaraaja-amputaatiopotilaita työssään.

Opinnäytetyömme aihe tuli meiltä itseltämme, kun mietimme sopivaa aihetta, joka kiinnostaisi meitä kaikkia. Myös työelämästä ilmeni tarve aiheelle. Valitsimme aiheen, koska opinnäytetyö vahvistaa kirurgisen ja perioperatiivisen hoitotyön ammattiopintojamme ja saamme valmiuksia kohdata ja hoitaa kirurgisia potilaita. Saimme vahvistusta ehdotetulle aiheelle toimeksiantajalta ja keskusteltuamme työelämäohjaajan kanssa, päädyimme rajaamaan aiheen diabetesta sairastaviin alaraaja-amputaatiopotilaisiin, koska suurin osa Kainuun keskussairaalassa tehtävistä alaraaja-amputaatioista tehdään diabetesta sairastaville potilaille.

2 DIABETESTA SAIRASTAVAN ALARAAJA-AMPUTAATIO POTILAAN SELVIYTYMISEN TUKEMINEN POSTOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ

2.1 Diabetes sairautena

Vuonna 2008 jo yli puoli miljoonaa suomalaista sairasti diabetesta (Diabeetikon jalkaongelmat: Käypähoito- suositus 2009). Se on sairaus, jolle ominaista on kohonnut verensokeri (Lahtela 2008, 11). Diabetes jaetaan kahteen päätyyppiin; tyypin 1 eli nuoruustyyppin ja tyypin 2 eli aikuistyyppin diabetekseen (Reunanen 2005) ja siihen voi liittyä äkillisiä ja kroonisia komplikaatioita, joilla on vaikutusta potilaan elämänlaatuun, ennusteeseen ja selviytymiseen sairauden aiheuttamista ongelmista (Diabetes: Käypä hoito -suositus, 2009). Diabeteksessa insuliinin erityös tai sen vaikutus on puutteellista. (Lahtela 2008, 11). Se on ainut hormoni, joka vaikuttaa elimistössä verensokeria alentavasti ja insuliinin keskeisenä tehtävänä onkin säädellä nimenomaan sokeriaineenvaihduntaa, mutta samalla se säätelee myös valkuaisaineiden ja rasvojen aineenvaihduntaa. (Kangas & Virkamäki 2009.)

Tyypin 1 eli insuliinipuutosdiabetes puhkeaa yleensä lapsuus- ja nuoruusiässä. Taipumus sairastua siihen voi olla perinnöllistä, mutta taudin syntyyn voi vaikuttaa myös ulkoiset tekijät esimerkiksi sairastuminen johonkin infektiosairauteen. (Reunanen 2005.) Tyypin 1 diabeteksessa insuliinia tuottavat haiman beetasolut tuhoutuvat, jolloin tauti voi johtaa hoitamattomana happomyrkytykseen eli ketoasidoosiin, koomaan tai kuolemaan. Ominaista sille on selkeä insuliinin puute, mutta insuliinin vaikutus on yleensä normaali. Tyypillisiä oireita ovat virtsaamismäärän kasvaminen, jano ja väsymys. (Saraheimo 2009, 24.) Hoidossa tärkeimpiä tekijöitä ovat potilasohjaus, elämäntapa-asiat sekä lääkehoito (Lahtela 2008, 18).

Tyypin 2 diabetes on sairaus, jolta puuttuvat selkeät diagnostiset kriteerit (Diabetes: Käypä hoito -suositus, 2009). Potilaat ovat usein tietämättömiä sairaudestaan ja se todetaankin monesti terveystarkastusten yhteydessä. Ylipaino, vyötärölihavuus, vähäinen liikunta, tupakointi ja väärät ruokatottumukset lisäävät sairastumisriskiä. (Herrala & Rigoff 2010, 144, 155.) Se ilmenee yleensä 35 – 40 ikävuoden jälkeen ja siihen liittyvä insuliini erityksen väheneminen ja heikentynyt insuliinin vaikutus (insuliiniresistenssi) on jo todettavissa ennen varsinaista sairauden diagnosointia paastosokerin mittauksella. (Lahtela 2008, 11–12). Oireita ovat väsymys, jano, lisääntynyt virtsaaminen, toistuvat tulehdukset ja näköhäiriöt. Ne kehittyvät hitaasti vuosien kuluessa ja alkuun tauti on yleensä pitkään oireeton. Hoitona tyypin 2 diabe-

teksessä käytetään painonhallintaa liikunnan ja terveellisen ruokavalion avulla. Tarvittaessa myös verensokeria korjaava tabletti- ja insuliinihoito voi tulla kyseeseen. (Saraheimo 2009, 24.)

2.2 Alaraaja-amputaatio ja diabetes

Suomessa tehtävistä nilkan yläpuolisista alaraaja-amputaatioista noin puolet (noin 450 amputaatiota) tehdään diabeetikoille. Jalkaongelmille altistavaa alaraajojen neuropatiaa esiintyy 23–42 %:lla diabeetikoista ja tukkivaa ääreisvaltimotautia 9–23 %:lla, jonka esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Alaraajan amputaatoriski on 15–86-kertainen diabeetikoilla verrattuna diabetesta sairastamattomiin. (Diabeetikon jalkaongelmat: Käypä hoito- suositus, 2009.)

Diabeetikon jalkaongelmat ovat niin yksilötasolla kuin kansanterveydellisestikin merkittävä haitta ja sairaskulujen aiheuttaja. Diabeetikkojen alaraaja-amputaatioista olisi kuitenkin yli puolet ehkäistävissä moniammatillisella yhteistyöllä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa sekä hyvällä potilasohjauksella ja potilaan sitoutumisella omaan hoitoonsa. Alaraaja-amputaatiolle altistavia tekijöitä diabeetikolla on aiemmin tehty amputaatio, jalkahaava ja sen infektio, jalan tunnottomuus, ääreisverenkierron häiriö, neuropatia ja miessukupuoli. (Diabeetikon jalkaongelmat: Käypä hoito- suositus, 2009.) Jalkojen kunnosta huolehtiminen on tärkeä osa-alue erityisesti ikääntyvillä ihmisillä. Huono hoitotase-paino lisää tulehdusherkkyyttä ja verenkiertohäiriöitä. Iän myötä jalkojen iho yleensä ohenee ja kuivuu, kynnet paksuuntuvat tai ohenevat, kuivuvat ja niiden joustavuus vähenee. Lisäksi ikääntymiseen liittyy paljon sellaisia sairauksia, mitkä vaikuttavat kykyyn huolehtia itsestä. Fyysisten rajoitusten lisäksi ikääntyvillä ihmisillä voi esiintyä monenlaisia ja -asteisia muistihäiriöitä. (Lahtela 2008, 145.)

Amputaatiolla tarkoitetaan yleisellä tasolla raajan tai sen osan poistamista (Kruus- Niemelä 2004, 697). Yleisin alaraaja-amputaation syy on raajan toimintakyvyn vaarantava verisuonisairaus (Huittinen & Salonen 1992, 55), joka ilmenee leposärkynä, haavaumina tai kuoliona ja johtaa hoitamattomana usein raajan menetykseen (Kruus- Niemelä 2004, 697). Se voi olla joko krooninen tai akuutti, yleinen tai paikallinen ja se ei reagoi lääkehoitoon tai haavahoitoon (Huittinen & Salonen 1992, 55). Muita syitä amputaatioille ovat kasvaimet, tapaturmat, infektiot, synnynnäiset epämuodostumat, virheasennot sekä palo- ja paleltumavammat. Amputaatiolla pyritään estämään kuolion, kasvaimen tai infektion leviäminen kehoon. (Kruus- Niemelä 2004, 697.) Alaraajasta tulisi säästää niin paljon pinta-alaa kuin mahdollista prote-

tisointia varten ja siksi polvinivelen säästävä amputaatio on perusteltua, jos vain mahdollista. Sairas kudος on kuitenkin poistettava, mutta raajan käyttökelpoinen pituus on säilytettävä. (Huittinen & Salonen 1992, 55.)

Tässä opinnäytetyössämme alaraaja-amputaatiolla tarkoitamme reisi- tai sääriamputaatioita. Reisiamputaatiossa amputaatio tehdään katkaisemalla reisiluu ja sääriamputaatiossa katkaisemalla sekä pohje- että sääriluu (Kruus- Niemelä 2004, 701). Sandelin (2004) mukaan amputaation on aina oltava lääketieteellisesti perusteltu ja se on yleensä, peruuttamattomana viimeinen hoitovaihtoehto. Sillä pyritään parantamaan potilaan elämänlaatua.

2.3 Alaraaja-amputaatiopotilaan selviytymisen tukeminen postoperatiivisessa hoitotyössä

Postoperatiivinen hoitotyö eli leikkauksen jälkeinen hoitotyö alkaa, kun potilas on vastaanotettu valvontayksikköön, ja päättyy, kun potilas ei enää tarvitse leikkaustapahtumaan liittyvää hoitotyötä. Vuodeosastolla postoperatiiviseen hoitoon kuuluvat potilaan anestesian ja leikkauksen jälkeinen tarkkailu, kuntoutus ja ohjaus, kotiutus tai jatkohoitopaikkaan lähettäminen sekä hoito-ohjeiden antaminen. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 21 – 22.) Siinä korostuu potilaan biologis- fysiologinen näkökulma, mikä tarkoittaa hengityksen, kehonlämmön, erityksen, nestetasapainon, verenkierron, asennon, tunnon ja liikkumisen sekä kivun ja leikkausalueen tarkkailua. Huomion kohteena ovat myös potilaan tajunnan taso, mieliala, olotilan muutokset sekä orientoituneisuus aikaan ja paikkaan. Potilaat arvostavat teknisesti korkeaa hoitoa, mutta he toivovat enemmän emotionaalista tukea, yksilöllistä huolenpitoa ja turvallisuutta sekä tarvitsevat hoitohenkilökunnan tukea ja rohkaisua kivun, jännittämisen ja pelon hallintaan. (Kurki 2007, 7.)

Amputaatiosta selviytyminen ja selviytymisen keinot ovat jokaisella yksilöllisiä, sillä se vaikuttaa ihmiseen kokonaisvaltaisesti. Sopeutuminen elämään amputaation jälkeen vaatii aikaa ja potilaalta kärsivällisyyttä, jolloin hoitohenkilökunnalta saama tuki on erittäin tärkeää. Hoitajan ja potilaan välisessä yhteistyössä etsitään niitä ratkaisuja, joiden avulla potilas voi löytää elämäntilanteestaan omista lähtökohdistaan mahdollisuuden selviytyä (Latvala 1998, 21). Malmin, Materon, Revon ja Talvelan mukaan (2004, 278) ratkaisevaa on potilaan omat voimavarat, ikä, toimintakyky, elämäntilanne ja perhe. Potilaan omien voimavarojen tunteminen vaatii hoitajalta psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kartoittamista. Hoitajat huomioivat psyykkisen toimintakyvyn arvioimiseksi potilaan orientaatiota, asioiden hahmot-

tamista, muistia sekä mielialaa. Fyysistä toimintakykyä arvioitaessa kartoitetaan potilaan jäljellä olevat vahvuudet, kyvyt sekä heikkoudet, joihin voidaan hoitotyönkeinoin vaikuttaa. Näin pyritään mahdollistamaan potilaan omatoimisuus ja liikkuminen. Sosiaalinen toimintakyky on sidoksissa psyykkisen ja fyysiseen sekä potilaan sosiaaliseen verkostoon. Sosiaalinen toimintakyky koostuu sosiaalisessa kanssa käymisessä tarvittavista taidoista, mahdollisuuksista sekä asioiden hoidosta. Hoitaja tarvitsee tietoa potilaan sosiaalisista kyvyistä sekä verkosta, jotta hän pystyy arvioimaan potilaan kotona selviytymistä. (Routasalo 2003, 120, 122, 124.)

Käsitteenä tuki tarkoittaa hoitotyössä hoitajan tekoja, jotka auttavat, kannattelevat ja rohkaisevat potilasta. Se tarkoittaa potilaiden myönteisten puolten ylläpitämistä, korostamista ja tukemista. Tällä tavoin vahvistetaan potilaan tuntemusta siitä, että hän on arvokas niin itselleen kuin muillekin. (Solvoll 2006, 355.) Mikkola (2006, 44 – 46) on jaotellut tuen tutkimuksessaan emotionaaliseen, tiedolliseen, arviointiin liittyvään eli vuorovaikutukselliseen ja väliseelliseen eli fyysiseen tukeen. Tuen muotoihin viitataan erityisesti silloin, kun kuvataan havaittua tukea tai käsitystä tuen antajan tarkoituksista.

Vuorovaikutuksellinen tuki tarkoittaa viestintää, jonka perusteella tuen saaja voi tehdä päätelmiä omasta tilanteestaan ja se perustuu siis yksilön vuorovaikutussuhteistaan saamaan palautteeseen ja vahvistaviin siteisiin. Fyysisellä tuella taas tarkoitetaan yleensä materiaalista tukea ja resurssien tarjoamista sekä konkreettisen avun tarjoamista. Sairaalahoidossa varsinkin konkreettinen apu on keskeinen osa potilaan hoitoa ja hoitotyötä. (Mikkola 2006, 44–46.)

Emotionaalisen tuen käsite viittaa viestintäkäyttäytymiseen, johon liittyy kuuntelemista, rohkaisua, empatian osoittamista ja tuen tarvitsijan tunteiden oikeuttamista. Tarkoituksena on vaikuttaa emotionaaliseen kuormitukseen ja toisaalta tunnetasolla osoittaa hyväksyntää. Siihen kuuluu huolenpito ja rohkaisu sekä toivon tukeminen ja voimavarojen vahvistaminen. Emotionaalista tukea on myös läsnäolo, koskettaminen, lohduttaminen, myötäeläminen sekä potilaan toiveiden huomioon ottaminen. Etenkin sairastumisen alkuvaiheessa sairaanhoitajan tulee vahvistaa tunnetta, että apua on saatavilla. Tieto, että apua on mahdollisuus saada, auttaa jaksamaan. Tärkeä tuen ja keskustelun alue on, kuinka arkipäivässä selviytyy sairauden tuomien rajoitteiden kanssa. (Kiiltomäki & Muma 2007, 63.) Potilaan selviytymisen kannalta on ratkaisevaa, tunteeko hän saavansa riittävästi emotionaalista tukea. Jos potilas kokee toisten ihmisten välittävän hänestä, hän selviää paljon paremmin kuin potilas, josta tuntuu etteivät muut ihmiset ymmärrä hänen ahdinkoaan. (Faulkner & Maguire 1999, 15.)

Tiedollinen tuki tarkoittaa informaation välittämistä, joka on merkityksellistä tuen saajalle hänen ongelmatilanteessaan. Se on viestintäkäyttämistä, jossa pääpaino on informaation vaihdolla ja sen arvioimisella. Informaatiolla voi olla kuormitusta kasvattava vaikutus, ja liiallinen informaatio voi pikemminkin lisätä epävarmuutta kuin vähentää sitä. Hoitotyössä tiedollista tukea on usein pidetty jopa tärkeimpänä tuen muotona. (Mikkola 2006, 44 – 46.) Sairaanhoidajan tulee toimia antaen potilaalle asianmukaista hoitoa sekä tietoa ja tukea (Edwards 2009, 222). Häneltä vaaditaan herkkyyttä tunnistaa potilaan tiedon tarve ja taitoa antaa yksilöllistä tietoa ja ohjausta tilanteen mukaan. Potilas tarvitsee tietoa sairaudesta, mahdollisista sairauden mukanaan tuomista muutoksista, kivun lievityksestä, kuntoutuksesta ja vertaisryhmistä. Potilaalla on oikeus tietää sairaudestaan, mahdollisista sivuoireista ja hoitomahdollisuuksistaan ja tiedon tarve tulisi selvittää keskustelun avulla. (Kiiltomäki & Muma 2007, 63.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE SEKÄ TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tarkoituksenamme on kuvailla diabetesta sairastavan alaraaja-amputaatiopotilaan kokemuksia selviytymisen tukemisesta postoperatiivisessa hoitotyössä.

Opinnäytetyön tavoitteena on, että hoitajat voivat kehittää kokonaisvaltaista postoperatiivista hoitotyötä diabetesta sairastavan alaraaja-amputaatiopotilaan selviytymisen tukemisessa.

Tutkimustehtävämme on:

- Mitkä tekijät ovat vaikuttaneet diabetesta sairastavan alaraaja-amputaatiopotilaan selviytymiseen amputaatiosta postoperatiivisessa vaiheessa?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusote

Laadullisen opinnäytetyömme kohteena oli diabetesta sairastava alaraaja-amputaatiopotilas ja hänen selviytymisensä tukeminen postoperatiivisessa vaiheessa. Laadullisen tutkimuksen avulla halusimme selvittää, mitkä kokemukset ovat vaikuttaneet diabetesta sairastavan alaraaja-amputaatiopotilaan selviytymiseen amputaatiosta postoperatiivisessa vaiheessa. Saatujen tulosten pohjalta, hoitajat voivat kehittää kokonaisvaltaista hoitotyötä kirurgisella vuodeosastolla. Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001, 151–152).

Opinnäytetyössämme käytimme fenomenologista lähestymistapaa. Tällöin opinnäytetyön kohteena ovat ihmisten kokemukset. Fenomenologisen tutkimuksen tavoitteena on kuvata ilmiöitä ilman tieteen teoreettisia käsitteitä tai tutkijan arkiajatteluun, kulttuurin tai opitun mukanaan tuomia ennakkoluuloja. Fenomenologinen tutkimus tuottaa hoitotieteessä tietoa potilaiden arkielämään ja toimintaan liittyvistä kokemuksista ja kokemusten merkityksistä. Se tuottaa myös tietoa hoitamisesta hoitotyöntekijöiden näkökulmasta ja hoitamaan oppimisesta. Hoitamiseen liittyvä kokemuksellinen tieto vähän tutkituista tai vaikeasti määriteltävistä asioista saavutetaan parhaiten fenomenologisen lähestymistavan avulla. Fenomenologisen tutkimuksen aineiston hankinta tapahtuu harkinnanvaraisesti. Tutkimukseen valitaan henkilöitä, joilla on kokemusta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä ja, jotka suostuvat siihen vapaaehtoisesti. Siihen osallistuvat kertovat omilla ilmaisutavoillaan ilmiöön liittyvistä kokemuksistaan. Osallistujien määrä on yleensä pieni, muutamista henkilöistä muutamiin kymmeniin. Haastatteluun osallistuneiden valinta ei perustu kylläytymisen tavoitteluun eikä haastatteluun osallistuneiden koettujen merkitysten ja yhteisten kokemussisältöjen löytämiseen. Fenomenologisessa tutkimuksessa tiedonkeruu tapahtuu avointa tai puoliavointa haastattelua tai esimerkiksi esseitä käyttäen. (Janhonen & Nikkonen 2003, 116–127.)

4.2 Kohderyhmän valinta

Tarkoituksenamme oli haastatella neljää diabetesta sairastavaa alaraaja-amputoitua, koska Suomessa tehtävistä nilkan yläpuolisista alaraaja-amputaatioista noin puolet tehdään diabeetikoille. Olisi myös ollut huomattavasti vaikeampaa saada haastatteluun henkilöitä, joille on tehty alaraaja-amputaatio traumasta johtuvista syistä, sillä traumaperäiset amputaatiot tulevat yllättäen, emmekä voineet tietää saimmeko haastateltavia, jotka soveltuisivat asettamiimme valintakriteereihin. Amputaatiosta kuluneeksi ajaksi rajasimme noin vuoden, tällöin haastateltavilla oli aikaa käydä läpi amputaatiotaan sekä tunteitaan, mutta aika kirurgisella vuodeosastolla amputaation jälkeen oli vielä hyvin muistissa. Emme rajanneet ikää tai sukupuolta, koska emme kokeneet niillä olevan merkitystä haastattelujen tuloksiin, sillä jokaisen kokemukset sekä selviytymiseen vaikuttavat tekijät ovat yksilöllisiä.

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston kylläntyminen ei ole pakollista, sillä kaikki tapaukset ovat ainutlaatuisia (Hirsjärvi ym. 2001, 169; Sarajärvi & Tuomi 2009, 87). Siinä ei pyritä yleistykseen, vaan ilmiön kuvaamiseen ja tietyn toiminnan ymmärtämiseen. On tärkeää, että haastateltavat tietävät paljon tutkittavasta ilmiöstä tai heillä on omakohtaista kokemusta asiasta. Tämän takia haastateltavien valinnan tulee olla harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 88.) Käytännössä tiedonantajien määrään vaikuttavat suurelta osin myös käytettävät tutkimusresurssit, kuten aika ja raha (Sarajärvi & Tuomi 2009, 85). Kohdejoukon valinnan haasteena oli se, ette emme voineet olla varmoja saimmeko vain yhden haastateltavan vai toivomamme neljä haastateltavaa. Emme myöskään voineet etukäteen tietää, kuinka paljon tulemme saamaan tietoa haastateltavilta.

Olimme keväällä 2010 yhteydessä Kainuun keskussairaalan fysiatrian poliklinikkaan, jonne meidät ohjattiin osastolta 7. Poliklinikalla meitä neuvottiin ottamaan yhteyttä Kajaanin terveyskeskuksen fysioterapian yksikön osastohoitajaan, jonka kautta saimme paremmin haastateltavia. Kajaanin terveyskeskuksen fysioterapian yksikkö oli halukas yhteistyöhön kanssamme. Kävimme paikan päällä kertomassa osastonhoitajalle ja työntekijöille opinnäytetyömme tavoitteesta ja tarkoituksesta, haastatteluiden luonteesta sekä haastateltavien valitsemisesta ja valintakriteereistä, joita olivat: sääri- tai reisiamputaatio, diabetes, omakohtainen kokemus tutkittavasta asiasta, itsensä ilmaisemisen taito, puhekyky sekä orientaatio maailmaan. Annoimme yksikön henkilökunnalle tiedotteita jaettavaksi haastatteluun osallistuville sekä omat

sähköpostiosoitteemme, mihin fysioterapeutit pystyivät ilmoittamaan haastatteluun osallistuvista ja sopivista haastatteluajoista.

4.3 Aineiston keruu

Opinnäytetyömme aineisto kerättiin Kajaanin terveyskeskuksen, fysioterapian yksikössä. Haastattelut toteutettiin 14.7.2010 ja 9.9.2010 haastattelemalla kahta alaraaja-amputoitua diabeetikkoa. Opinnäytetyön toteuttamiselle haimme lupaa Kainuun keskussairaalan operatiiviselta ylihoitajalta. Yksiköiden henkilökunta valikoi meille haastateltavat ohjeistuksemme mukaan ja haastattelut toteutimme haastateltavien fysioterapiakäyntien yhteydessä, näin emme tarvinneet eettisen toimikunnan lausuntoa, vaan haastateltaville annettava tiedote (LIITE 1) ja heiltä saama kirjallinen suostumus (LIITE 2) riittivät haastattelujen toteuttamiseen. (Henkilökohtainen tiedonanto 2010) Haastattelut nauhoitimme koululta saaduille nauhureille. Tämä mahdollisti haastateltavan paremman huomioon, sillä meidän ei tarvinnut kirjoittaa haastatteluja paperille. Ennen haastatteluja kertosimme tavoitteemme, mitä halusimme saada selville ja miten pääsisimme tavoitteisiimme. Kävimme läpi myös haastattelun runkoa ja testasimme nauhurin toimivuuden. Molemmissa haastattelutilanteissa oli kaksi haastattelijaa. Näin saimme haastattelusta enemmän irti, sillä pystyimme keskittymään paremmin haastateltavan huomioimiseen sekä esittämään kattavammin tarvittavia lisäkysymyksiä.

Ennen haastattelujenn alkua esittelimme itsemme, kerroimme opinnäytetyöstämme, sen tarkoituksesta ja tavoitteesta, miten aineisto kerätään, luottamuksellisuudesta haastateltavia ja kerättyjä tietoja kohtaan, vapaaehtoisuudesta, anonymiteetistä ja, miten aineistoa tullaan käsittelemään sekä, mistä valmiin opinnäytetyömme voi käydä lukemassa.

Haastattelutilanteita varten meille oli järjestetty rauhallinen pieni huone, joka oli tarkoitettu fysioterapiayksikön asiakkaiden kuntoutukseen. Vaikka huone oli lähellä odotustilaa, ei taustamelua ollut ja saimme rauhassa keskittyä haastatteluun ja haastateltavaan. Istuimme kasvoistusten haastateltavan kanssa, jotta keskustelu olisi mahdollisimman luontevaa ja vuorovaikutusta tukevaa. Toinen meistä piti nauhuria kädessään koko haastattelun ajan. Annoimme haastateltavan aloittaa kertomalla amputaatiosta ja osastolla oloajastaan. Saimme haastateltavat rentoutumaan ja vapautumaan haastattelutilanteesta, mikä lisäsi heidän halukkuuttaan kertoa omista ajatuksistaan ja tunteistaan. Haastattelun edetessä, kysyimme tarvittaessa tar-

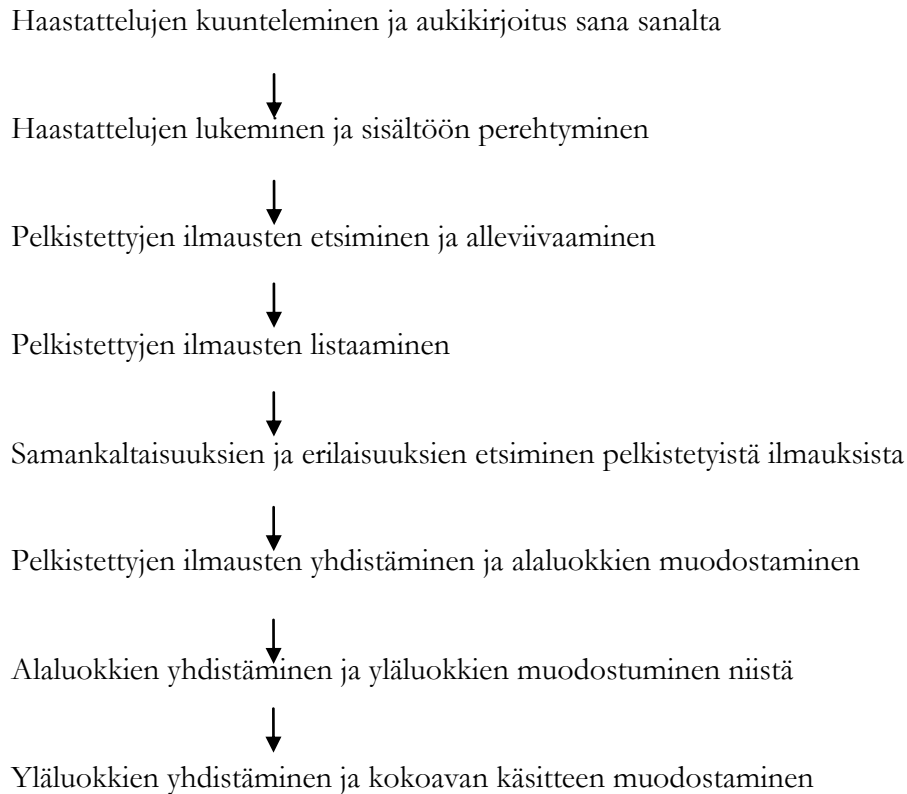
kentavia kysymyksiä kohtiin, joista halusimme saada lisää tietoa. Nämä auttoivat meitä saavuttamaan tavoitteemme haastattelujen onnistumisesta.

Opinnäytetyömme aineiston keruussa päädyimme avoimeen haastatteluun, koska näin pystyimme syventämään haastateltavalta saatavia tietoja, esimerkiksi pyytämään perusteluja sekä tekemään tarkentavia lisäkysymyksiä tarvittaessa. Avoimessa haastattelussa selvitetään keskustelun kuluessa esiin tulevia haastateltavan mielipiteitä, tunteita, ajatuksia sekä käsityksiä tutkittavasta aiheesta. (Hirsjärvi ym. 2001, 192, 196.) Haastatteluissa käytimme tarvittaessa avoimia kysymyksiä (LIITE 3) sekä lisäkysymyksiä, missä korostuu ilmiön perusteellinen avaaminen. Tällöin ei ole harvinaista, että haastateltavia on vain muutama. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 78.) Avoin haastattelu on haastattelun muodoista lähimpänä keskustelua. Sen etuna on muun muassa sopivuus menneisyyden tapahtumien käsittelyyn ja heikosti tiedostettujen asioiden esille nostaminen. Avoin haastattelu sopii myös hyvin tutkimuksen aiheen ollessa arkaluontoinen tai kun haastateltavia on vähän. (Junes 2006, 21.)

4.4 Aineiston analyysi ja analyysiprosessi

Aineistojen analysoinnissa käytimme induktiivista sisällönanalyysia. Sisällönanalyysilla saadaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa (Sarajärvi & Tuomi 2002, 105). Pyrimme luomaan teoreettisen kokonaisuuden ja valitsimme analyysiyksiköt haastatteluaineistosta opinnäytetyömme tarkoituksen mukaisesti. Koska analyysin oletetaan olevan aineistolähtöistä, ei aikaisemmillä kokemuksilla tai tiedoilla saisi olla mitään tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 97).

Päädyimme käsittelemään aineistomme Sarajärven ja Tuomen (2002, 111; 2009, 109) aineistolähtöisen sisällönanalyysin kuvaamaalla tavalla (Kuvio 1). Sisällönanalyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata haastattelujen sisältöä sanallisesti (Sarajärvi & Tuomi 2002, 107). Sisällönanalyysi on menettelytapa, jonka avulla voidaan analysoida haastatteluja systemaattisesti ja objektiivisesti. Tällä analyysimenetelmällä pyrimme saamaan kuvauksen tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa kadottamatta aineiston sisältämää informaatiota. Näin saadaan kuitenkin aineisto vain järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten. Analyysillä luodaan selkeyttä aineistoon, jotta sen perusteella voidaan tehdä luotettavia ja selkeitä johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 105, 110.)



Kuvio 1. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Sarajärvi & Tuomi 2002, 111; 2009, 109).

Sisällönanalyysissä on tärkeää, että tutkimusaineistosta erotetaan erilaisuudet ja samanlaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien täytyy olla yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.)

Saadusta haastatteluaineistosta tunnistimme asiat, joista olimme opinnäytetyössämme kiinnostuneita, ja pelkistimme lauseet yksittäisiksi ilmaisuiksi. Pelkistetyt ilmaisut ryhmitelimme yhtäläisten ilmaisujen joukoksi ja samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistimme samaan luokkaan, jolle annoimme sisältöä kuvaavan nimen. Samansisältöiset alaluokat yhdistimme toisiinsa ja näistä muodostui yläluokkia. Yläluokat nimesimme sisällön mukaisesti ja lopuksi yhdistimme yläluokat yhdeksi kaikkia kuvaavaksi pääluokiksi.

Kuuntelimme haastattelut useaan kertaan läpi ja kirjoitimme ne tietokoneella auki sana sanalta. Litteroitua eli auki purettua tekstiä saimme kahdesta haastattelusta 14 sivua, jotka luimme läpi useita kertoja tehden niihin alleviivauksia, jonka jälkeen listasimme saadut

pelkistetyt ilmaukset. Nämä ryhmittelimme erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien mukaan omiksi ryhmiksi. Abstrahoiimme eli yhdistimme samankaltaiset ilmaukset 45:ksi alaluokaksi, joista muodostuivat 17 yläluokaa. Näistä muodostimme vielä kuusi pääluokkaa, jotka ovat emotionaalinen tuki, fyysinen tuki, hoitajien suhtautuminen, potilaan omat voimavarat, tiedollinen tuki ja vuorovaikutuksellinen tuki.

5 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

5.1 Selviytymisen tukeminen alaraaja-amputaatiopotilaan kokemana

Haastatteluista tuli esille sekä myönteisiä, että kielteisiä kokemuksia. Haastattelujen kautta saimme selville potilaiden selviytymiseen vaikuttaneita kokemuksia. Pääluokiksi aineistosta muodostuivat emotionaalinen tuki, fyysinen tuki, tiedollinen tuki, vuorovaikutuksellinen tuki, hoitajien suhtautuminen sekä potilaan omat voimavarat. Esitämme tutkimustulokset pääluokkien mukaan. Yläluokat olemme lihavoineet ja suorat lainaukset olemme kursivoineet tekstin luettavuuden helpottamiseksi. Haastatteluista otetut suorat lainaukset sekä lisätyt kuvat analysoinnista lisäävät luotettavuutta sekä osoittavat aineiston ja tulosten välisen yhteyden. Teoriaa ja aikaisempia tutkimustuloksia olemme käyttäneet omien tutkimustulosten yhteydessä tukemaan niiden yhdenmukaisuutta. Tuloksia tarkasteltaessa käytämme haastateltavista termiä potilas, sillä se sopii luontevammin tekstiin, jossa kuvaamme kokemuksia sairaalassa oloajasta sekä selviytymisen tukemisesta siellä.

5.1.1 Emotionaalinen tuki

Potilaan emotionaalisella tukemisella tarkoitetaan potilaan tunnekokemusten ja mieltä painavien asioiden jakamista hänen kanssaan (Kiiltomäki & Muma 2007, 63). Se on hänen auttamistaan tiedostamaan sairauden kautta syntyviä tunteita ja mahdollisuuden antamista tunteiden purkamiseen avoimesti sekä erilaisten keinojen esille tuomista siihen, miten hän pystyy hallitsemaan niitä. Emotionaalisen tuen ei aina tarvitse olla sanomista ja tekemistä. Joskus ainoastaan läsnäolo ja istuminen potilaan vieressä voi riittää. Hoitajan läsnäolo voi rauhoittaa potilasta, kun hän tuntee turvattomuutta huolta herättävien ajatuksien ja pelon takia. Tavoitteena on saada potilaalle hyvä olo ja mahdollisimman tasapainoinen tunne-elämä. Tämä toteutuu, kun potilas kunnioittaa ja arvostaa itseään, hyväksyy itsensä ja muut, ilmaisee ja puhuu avoimesti tunteistaan, ei pelkää elää sairauden kanssa sekä on vapaa ahdistuksen, syyllisyyden, masennuksen, vihan ja yksinäisyyden tunteista. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 141, 146.)

Hoitajille empaattisuus on välttämätön potilaan emotionaalisessa auttamisessa. Empatia on samaistumista toisen asemaan ja hoitotyössä se tarkoittaa hoitajan taitoa tarkastella maailmaa potilaan näkökulmasta. Se merkitsee myös eläytyvää ymmärtämistä ja taitoa asettua hetkeksi potilaan asemaan eli olla hengessä mukana. (Ekström, Leppämäki & Vilen 2002, 62; Eriksen & Kuuppelomäki 2000, 143.)

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Hoitajien huumorintaju	Hoitajien emotionaali- nen suhtautuminen	Emotionaalinen tuki
Psyykkisten tarpeiden huomiointi		
Mahdollisuus omaan rau- haan		
Hoitajat hengessä mukana		
Henkinen apu tärkeää		
Puutteellinen tuki	Emotionaalisen tuen puute	
Ei tuen tarvetta		

Kuvio 2. Emotionaalinen tuki

Hoitajien emotionaalinen suhtautuminen

Molemmat potilaat pitivät hoitajan huumorintajua tärkeänä ominaisuutena, unohtamatta kuitenkaan tilannetajua. Varsinkin toinen potilaista koki hoitajien huumorintajun selviytymistä tukevana tekijänä. Huumori hoitajien kanssa oli hänelle helpoin tapa kohdata hoitaja ja keskustella hänen kanssaan vaikeista asioista.

*”Mitäpä se oikeestaan voi, joka ei oo mitään sukua tai muuta, ku puhua tuolleen ja vitsiä vään-
tää ja olla niinku huumorilla.”*

Huumori eli leikinlasku on kykyä huomata asioiden huvittavat puolet. Potilaat arvostavat hoitajien huumorintajua ja he pitävät huumorintajuista hoitajaa helposti lähestyttävänä. Se auttaa potilaita purkamaan kielteisiä tunteita ja helpottaa heidän kokemaansa stressiä. Se rentouttaa ja auttaa luomaan hoitosuhteeseen vapautuneen ja mielekkään ilmapiirin. Vapautunut ilmapiiri auttaa potilasta kuulemaan ja sisäistämään hoitajien antamia ohjeistuksia paremmin. Huumorin kautta potilas voi myös esittää kysymyksiä häntä painavista asioista ja kertoa toiveistaan. Huumori tukee potilaan selviytymistä ja parantaa hoitotyön laatua. Kaikille ja kaik-

kiin tilanteisiin huumori ei kuitenkaan sovi. Osa ihmisistä ei ymmärrä leikinlaskua, joten hoitajan tulee tietää potilaan suhtautuminen huumoriin ja osattava käyttää sitä oikealla tavalla, oikeassa tilanteessa, niin että siitä on hyötyä potilaalle. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 151– 152.)

Potilaat kokivat merkittäväksi, että hoitajat huomasivat mielialan muutokset ja osasivat suhteuttaa ne omaan toimintaansa. Hoitajat osasivat valita sopivan auttamismenetelmän potilaan tunnetilan mukaan ja havainnointien perusteella tukea potilasta hänen tarpeitaan vastaavasti.

”Tietenki näkkööhän ne tuota sen, että huumorintaju alkaa mennä aika alas.”

Psykkisten tarpeiden huomioiminen on tärkeää, sillä ihmiset reagoivat samanlaisiin elämäntilanteisiin hyvin eri tavoin. Joku masentuu syvästi vakavasti sairastuttuaan ja odottaa paljon tukea ympäristöltään, kun taas toinen samassa tilanteessa oleva ei näytä reagoivan tilanteeseen mitenkään. Ihmisen ulkoisesta olemuksesta ja käyttäytymisestä, ei voida tehdä päätelmiä tämän todellisista tarpeista, sillä emme voi tietää, miten hän reagoi tilanteeseen omassa sisäisessä maailmassaan. Emme myös voi tietää, miten paljon psyykkistä tai fyysistä kipua sairaus tuottaa eri ihmisille ja, millaisia voimavaroja kullakin yksilöllä on käytössään. Ainoa tapa saada näistä asioista tietoa ja arvioida kunkin potilaan tarpeita on keskustella potilaan kanssa, havainnoida hänen käytöstään, eleitä ja ilmeitä sekä eläytyä potilaan tilanteeseen. Vuorovaikutustilanteesta ja sen onnistumisesta riippuu, kuinka paljon voidaan arvioida potilaan kokonaistilannetta, tarpeita ja voimavaroja. (Ekström ym. 2002, 40.)

Toinen potilaista koki, että hoitajat eivät aina ymmärtäneet, milloin hän toivoi saavansa olla omassa rauhassa. Hän toivoi myös, että hänen omaa tilaa ja yksityisyyttä olisi kunnioitettu enemmän. Tämän vuoksi hän joutui mainitsemaan hoitajille oman rauhan tarpeesta.

” - joskus piti sanoa, että menkää jo pois että minä haluan olla yksinään rauhassa.”

Yksityisyys ja se, miten ihminen kokee sen, ovat henkilökohtaisia asioita. Samoin kuin yksityisyyden menettäminenkin ja siihen liittyvät kokemukset sekä tilanteet. Tämä vaikuttaa siihen, millaisia yksityisyyden tarpeita ihmisellä on. Joku haluaa olla rauhassa omassa huoneessaan, kun toiselle taas keskustelut kokemuksista muiden kanssa ovat tärkeitä. Hoitohenkilö-

kunnan tuleekin omata taito nähdä, milloin potilas haluaa olla yksin ja, milloin hän tarvitsee muiden seuraa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 133.)

Emotionaalisen tuen puute

Toinen potilaista koki emotionaalisen tuen olleen puutteellista, koska keskustelut jäivät vähäisiksi vuorovaikutustilanteissa. Hän toivoi, että emotionaalinen tuki olisi ollut enemmän keskustelunomaista, eikä pelkästään hoitajan läsnäoloa hoitotoimenpiteiden aikana. Tällöin potilas olisi saanut rauhassa ilmaista amputaatioon ja sairaalassaoloon liittyviä tunteitaan sekä tarvettaan hoitajan antamaan tukeen ja läsnäoloon.

”Siihen on vähän vaikee sanoo, mikä se on riittävää, että enempi sais olla.”

Toinen potilaista koki, ettei hänellä ollut tarvetta purkaa tunteitaan ja ajatuksiaan hoitajille, sillä hänellä oli läheisten tuki ympärillään. Potilaan tuen tarvetta vähensi myös se, että hänelle sairaalassa olo oli tuttua ja hänen oma asenne sekä voimavarat tukivat hänen selviytymistään.

”- Mä noidun ja mörskään ja oon silleen, että tota että minkä biton takia multa piti tämä jalka lähtee.”

”Jos kaikki pidät sisällä niin sillon tosissaan saa kohta hakee ammattiapua.”

”Van onneks siihen on jo tottunu silleen niinku porukat, että nyt saattaa yhtäkkiä tulla semmonen, että syyttä ruppee huutamaan - -”.

Haastattelussa nousi esille emotionaalisen tuen tarve läheisiltä, mikä ilmeni tunteiden purkamisena läheisille. Vaikka potilas kertoi hyväksyneensä amputaation, hänelle tuli välillä epätoivon ja vihan tunteita siksi, että juuri hänelle oli jouduttu tekemään amputaatio.

Hoitajien antama tuki on tärkeää potilaalle sekä heidän omaisilleen (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 56). Tavoitteet potilaan tuen tarpeesta tulee määritellä ja niiden toteuttamista tulee arvioida potilaan kanssa jatkuvasti, koska tuen tarve voi muuttua (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 56; Ekström ym. 2002, 31). Hoitotyötä toteuttaessa tulee kiinnittää huomiota potilaan säilyneisiin kykyihin, eikä vain puutteisiin ja rajoituksiin. Tavoitteena on ylläpitää

sekä vahvistaa potilaan omaa aktiivisuutta ja itsenäisyyttä sekä luoda hyvä alku ja perusta potilaan sopeutumiseen uuteen elämäntilanteeseen. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 56 – 57.)

Potilaat toivovat hoitajien huomioivan heidän emotionaalisen tilansa, jännityksensä, ahdistuneisuutensa ja pelkonsa. Jännitys aiheuttaa potilaalle taantumisen tunteen, minkä potilas yleensä huomaa itsekin. Tämän vuoksi potilas saattaa tuntea olonsa epämiellyttäväksi. Eri potilaat voivat kokea tuen tarpeen erilailla, sillä siihen vaikuttavat potilaiden omat voimavarat, yksilölliset kokemukset sairaalassa olostaan sekä läheisten tukiverkosto. (Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljeström & Raappana 2003, 44.)

5.1.2 Fyysinen tuki

Kirurgisen potilaan odotukset liittyvät usein fyysiseen toimintakykyyn ja hänen perustarpeisiinsa. Selviytymistä tuetaan huomioimalla fyysiset tarpeet kuten monipuolinen ravinto, hyvä kivun hoito ja riittävä lepo. (Hautakangas ym. 2003, 43.)

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Aika käynyt pitkäksi	Potilaan aktiivisuuden ylläpitäminen	Fyysinen tuki
Erilaisia ajanvietemahdollisuuksia tuotu esille, mutta niiden eteen ei ole tehty mitään		
Haavanhoito ollut hyvää		
Potilaan tyytyväisyys lääkehoitoon	Lääkehoito	
Särkylääkkeitä saatu tarvittaessa		

Kuvio 3. Fyysinen tuki.

Potilaan aktiivisuuden ylläpitäminen

Toinen potilaista koki ajan käyneen pitkäksi osastolla olo aikana, koska hän ei saanut poistua yhden hengen huoneestaan infektoituneen haavan vuoksi. Potilaalle kerrottiin, että sairaalassa voisi olla äänikirjoja kuunneltaviksi, mutta hoitaja ei ollut ottanut asiasta selvää eikä potilas saanut niitä kuunneltaviksi. Hoitajat siis toivat erilaisia ajanvietemahdollisuuksia esille, mutta niitä ei tuotu potilaan käyttöön.

”Sitten rupes tuntuu, että 3 viikkoa on siellä menny, ei sitä jaksa kattoo telkkaria eikä nukkua.

” - Sanohan ne, että siellä vois olla kuuntelulaitteita. En tiää onko. Niin ku luettua tekstiä.”

Potilaat kertoivat haavanhoidon olleen hyvää. Hoitajat olivat paneutuneet siihen ja sitä oli toteutettu yhteistyössä haavanhoitajan kanssa. Hoidossa otettiin huomioon hyvin myös haavan paranemiseen vaikuttavat perussairaudet, esimerkiksi diabetes ja niiden hyvä hoitotasapaino.

” - Sen jälkeen tuota, kun sitä ruvettiin hoitamaan ni sitä hoidettiin kans.”

”Melko hyvin se lähti silloin tota menemään kiinni tuo. Mut mulla verensokerit oli korkeet. Sitten kun saatiin ne kymmeneen pysymään ni sitten rupes paranemaan tuo haava.”

Haavanhoito on yhteistyötä monien eri ammattilaisten välillä, jossa hyödynnetään eri asiantuntijoiden taitoja ja tietoa parhaan mahdollisen hoitotuloksen saavuttamiseksi. Haavan hoidossa tulee ottaa huomioon eri tekijät, jotka vaikuttavat haavan paranemiseen, kuten potilaslähtöiset tekijät (esimerkiksi potilaan ikä, lääketieteelliset hoidot, sairaudet ja elämäntapatekijät) sekä ulkoiset, potilaasta riippumattomat tekijät (esimerkiksi hoitajien tieto ja taito haavanhoidossa, aseptiikka ja haavanhoidon toteuttaminen). (Hietanen, Iivanainen, Juutilainen & Seppänen 2005, 27.)

Lääkehoito

Potilaat olivat kokeneet, että heitä oli hoidettu kokonaisvaltaisesti ja olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamansa kivunhoitoon, kuten myös muuhun lääkehoitoon. Kuitenkin toinen po-

tilaista kertoi, että saaduista lääkkeistä ei aina ollut apua kipuun, vaikka muuten kokikin lääkehoidon olleen hyvää. Varsinkin aavesärkyyn lääkehoito ei aina tehonnut ja tämän takia hän ei saanut yöllä nukuttua. Hän kuitenkin ymmärsi, että hoitajat pystyivät antamaan hänelle vain rajallisen määrän kipulääkettä ja, ettei aavesärlyn poistamiseen lääkkeellinen kivunhoito ei aina riitä.

” Oon saanu kyllä, että... minkä ne pystyy sitä voimakasta antaa. Siinä kun ei muuta kun, että se kun aina tulee se aavesärky, siihen ei välttämättä paljon aina auta ne..”

”- aika hyvin, ei siinä ollu, ollu tuota lääkityksessä ni. ”

”- kyllä minä tuota sain. Joutu tota antamaan joka iltä kipulääkkeen ja.”

Kipu on jokaiselle tuttu, arkielämän peruskokemus, se on myös lääketieteellinen ongelma. Se on ruumiillista ja usein paikallista. Kärsimys liittyy lähes aina krooniseen kipuun ja se voi sisältää ruumiillista kipua, mutta se voi olla myös henkistä tai johtua jostakin muusta ruumiillisesta tekijästä kuin kivusta. Se uhkaa ihmisen sosiaalista ja psyykkistä eheyttä. Kipu eri muodoissaan aiheuttaa ongelmia monella tasolla, se vie voimia ja rajoittaa toimintakykyä sekä lisää avun tarvetta. Masennus ja unettomuus liittyvät usein krooniseen eli pitkäaikaiseen kipuun. (Haanpää, Kalso & Vainio 2002, 15–16, 31, 106, 259; Kalso & Vainio 2009, 12, 70, 102, 112–113.) Kivuttomuus on tärkeä kriteeri arvioitaessa laadukasta hoitoa (Hautakangas ym. 2003, 43).

Lähes kaikilla amputaatiopotilailla esiintyy aavetuntemuksia, aavesärkyä tai tynkäkipua. Potilas, jolla on aavetuntemuksia, kokee että raaja on edelleen paikallaan, sen asennon voi tuntea ja sitä voi kutittaa. 50–80 %:a potilaista tuntee kipua, jolloin puhutaan aavesärystä. Sen syntymekanismia ei tunneta. Yleensä kipu tuntuu amputoidun raajan ääriosassa ja se voi olla voimakkuudeltaan lievää tai pahimmillaan se voi pilata potilaan elämän täysin. Aavesärkyä pahentavat stressi, muut sairaudet ja raajan tyngän huono kunto. (Vainio 2004, 54.)

5.1.3 Tiedollinen tuki

Sairastuminen ja hoitoon joutuminen voi olla ihmiselle uusi ja outo tilanne. Se saattaa aiheuttaa sairastuneelle ja hänen omaisilleen avuttomuuden, epävarmuuden ja turvattomuuden tunteita. Tässä vaiheessa on tärkeää, että potilas ja hänen omaisensa saavat riittävässä määrin ymmärrettävässä muodossa olevaa tietoa sairaudesta ja eri hoitovaihtoehdoista. (Heikkinen, Tiainen & Torkkola 2002, 23–24.)

Alaluokka	Yläluokka	Päälukokka
Leikkaukseen suostuminen epäilytti jälkeinpäin	Epätietoisuus	Tiedollinen tuki
Onko tehty kaikki voitava ennen amputaatiota		
Lääketieteelliset termit aiheuttaneet pään vaivaa potilaalle		
Tiedon saanti sairaanhoitajilta riittämätöntä, vastuu siirretty lääkärille	Tiedon riittämättömyys	
Hoitaja ei käynyt potilaspareita yhdessä läpi potilaan kanssa		
Potilas kokenut jäävänsä ulkopuoliseksi omasta hoidostaan		

Kuvio 6. Tiedollinen tuki

Epätietoisuus ja tiedon riittämättömyys

Toinen potilas toi haastattelussa esille mietteet siitä, oliko kaikki voitava tehty amputaation estämiseksi ja olisiko jalkaa voinut hoitaa vielä konservatiivisin keinoin. Haastatteluissa tuli myös ilmi potilaan ajatuksia siitä, oliko amputoidun jalan haavanhoito aloitettu tarpeeksi ajoissa, jotta jalan säästäminen olisi ollut vielä mahdollista. Hän mietti myös, oliko jalan amputaatio oikea ratkaisu hänen tilanteessaan vai, olisiko siitä pitänyt kieltäytyä.

” - kattoko ne sitten tuota ettei tuo niin oo paha. Vaikka se oli kyllä jo.”

” - oisko minun pitänyt kieltäytyä siitä katkasusta.”

”- että oisko se sitten muuttunu se tilanne, jos sitä ois heti hoidettu.”

Toinen potilaista koki, että saadun tiedon ymmärrettävyyteen vaikutti heikentävästi lääketieteellisten termien käyttö ja se, että potilastietopapereita ei käyty yhdessä läpi potilaan kanssa. Hän koki jäävänsä ulkopuoliseksi omasta hoidostaan, sillä hän ei ymmärtänyt lääkäreiden ja hoitajien käyttämiä lääketieteellisiä termejä. Tiedonsaannin mahdollisuus jäi täysin lääkärien ja potilaan keskustelujen varaan, koska hoitajat siirsivät vastuun tiedonannosta lääkäreille. Potilaan mieltä jäi myös vaivaamaan hoitajien ja lääkärien väliset keskustelut hänen hoidostaan potilashuoneen oven takana. Potilasta mietitytti, olisiko hänen pitänyt tietää jotakin käytäystä keskusteluista.

”Ja sitten ku tuodaan se oma vihkonen ni mitä sinä ymmärrät niistä ni et mitään muuta kun sen oman nimen ja syntymäajan kun kaikki on sitä omaa mitä lääkäriin ja teidän käyttämää kieltä ni ei siitä ymmärrä mitään.”

”Aina vaan ku kysyt sairaanhoitajalta, kysy lääkäriltä.”

”Niin kyllä he tietää ja lääkäri puhuu aina siellä oven takana enemmän ja enemmän mitä on mitä sille potilaalle siellä sängyn päässä. Joskus se jää aina vaivaamaan, että. Mutta kai se on niille sanottu, että et saa kertoa vielä.”

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 5§) velvoittaa antamaan potilaalle tietoa omasta sairaudestaan ja sen hoidosta, sekä saadun tiedon tulee olla ymmärrettävää. On varmistettava, että potilaalla on tarpeeksi tietoa, jotta hän pystyy vaikuttamaan hoitoonsa ja tekemään päätöksiä liittyen omaan hoitoonsa. Pelkkä tiedon antaminen ei välttämättä riitä vaan on myös varmistettava, että potilas kykenee ymmärtämään saamansa tiedon sekä käsittelemään sitä. Jos potilas ei ole ymmärtänyt saamaansa tietoa, hän saattaa olla sitä mieltä, että hän ei ole saanut mitään sairauttaan koskevaa tietoa. Tiedon antamisen tulee olla mahdollisimman yksinkertaista, ilman ammattisanastoa. Hoitajien tulee osata arvioida, minkälainen tieto sopii kullekin ihmiselle. Tämän vuoksi on tärkeää osata määrittää potilaan valmiudet käsitellä saamaansa tietoa. Usein potilaiden ja hoitajien käsitykset potilaalle annetun tiedon riittävydestä ja ymmärrettävyydestä voivat erota toisistaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 129–130.)

5.1.4 Vuorovaikutuksellinen tuki

Hoitajan tulee pyrkiä työssään ammatillisten valmiuksiensa kautta tukemaan potilasta vuorovaikutuksellisin keinoin. Vuorovaikutuksellinen tukeminen tarkoittaa tapahtumaa, jossa auttaja, tässä yhteydessä hoitaja, tukee potilaan tietoista puolta sekä hänen omia voimavaroja. Vuorovaikutuksellisen tukemisen tavoitteena on kuunnella ja tukea potilaan omia voimavaroja sekä auttaa löytämään ratkaisuja potilaan ongelmiin ja näiden kautta synnyttää potilaaseen voimaantumisen kokemus. Onnistuneen auttamistilanteen vuorovaikutus auttaa potilasta löytämään voimavaroja, tunnistamaan omia tarpeitaan ja näin saamaan tunteen oman elämän hallinnasta. Kun potilas tuntee olevansa voimissaan, hän kokee elämänsä vaikeudet ja esteet helpommin kohdattavina. Ihminen, joka luottaa omaan jaksamiseensa, pystyy etsimään itse uusia tekijöitä, jotka kerryttävät hänen voimavarojaan. Hän osaa myös hakea itse tukea ja lohtua vaikeaan tilanteeseen. (Ekström ym. 2002, 23 – 24, 41.)

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Tarve saada tietoa eri keskusteluvaihtoehtojen saatavuudesta	Keskusteluavun tarjoaminen	Vuorovaikutuksellinen tuki
Luotettu henkilökunnan arviointikykyyn keskusteluavun tarpeen arvioimisessa		
Tutut hoitajat keskustelivat	Saatu keskusteluapua	
Keskusteluapua haavahoitajalta, hoitajilta ja psykologilta		
Keskusteluavun saaminen antanut toivoa	Keskustelut vaikuttaneet myönteisesti selviytymiseen	
Keskustelun suuntaaminen pois sairaudesta auttanut		
Keskustelut hoitajien kanssa jääneet vähäisiksi	Keskustelujen vähyys	
Potilas olisi tarvinnut enemmän keskusteluapu asioiden läpikäymiseen		

Kuvio 5. Vuorovaikutuksellinen tuki

Keskusteluavun tarjoaminen

Potilaat olisivat halunneet enemmän tietoa keskusteluavun mahdollisuuksista. Toisella potilaalla oli sairaalassaolo aikana tarve keskustella mielenterveystyöntekijän tai psykiatrin kanssa. Toinen potilaista halusi tietoa keskusteluavun vaihtoehtoista mahdollista tulevaa tarvetta varten.

”Oishan se hirveen kiva vaihtoehtoja saada [keskusteluavusta] - -”

”H: Oisitteko te toivonu, että tämä osasto 7:n henkilökunta ois sitten enempi vielä tarjonnu sitä keskusteluapua? P: Kyllähän sitä ois tietenkin saanu olla.”

Toinen potilaista toi esille luottamuksen hoitajien arviointikykyyn potilaan psyykkisen tilanteen arvioinnissa ja keskusteluavun tarpeen määrittelyssä. Hoitajien ja potilaan väliset keskustelut mahdollistivat luottamuksen syntymisen hoitosuhteeseen ja auttoivat myös hoitajia tekemään havaintoja potilaan psyykkisestä hyvinvoinnista.

”Ois kai ne jos ne ois huomannu että se alkaa ihan pöpiks mennä ni oishan ne jo pikku hiljaa ite hommanneet että menehän psykologi käymään tuossakin huoneessa.”

Hakeutuessaan hoitoon potilas luottaa hoitajien ammattitaitoon ja siihen, että heillä on tarvittavat tiedolliset sekä taidolliset valmiudet ja kokee että hoitajat tietävät ja osaavat potilasta enemmän (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 103).

Saatu keskusteluapu

Potilaat kertoivat saaneensa keskusteluapua eri tahoilta osastolla oloaikana. Toinen sai apua omaisiltaan sekä vuodeosaston hoitajilta päästyään heidän kanssaan tutuiksi. Potilas koki keskustelujen ilmapiirin avoimeksi ja luontevaksi, koska hoitaja-potilassuhde kehittyi luottamukselliseksi hoitojakson aikana. Toinen potilaista koki, että hän sai hoitajilta keskusteluapua, mutta hän olisi tarvinnut sitä enemmän. Omaisen kautta hankittu psykologin apu sekä keskustelut haavahoitajan kanssa loivat toivoa tulevaisuuteen ja auttoivat jaksamaan uudessa elämäntilanteessa.

”- - sairaanhoitajat on riittäny että ei oo niin pahasti menny tai ruennu ahistamaan”

”Kun tutuksi pääsee niin ne puhuu - -”

”Sitten soitti mun tyttö - - että tulee psykologi tänne - - tuota kyllähän sitä silloin sai tukea, että ei se tämän elämä lopu.”

”- - kävi tämä haavahoitaja, niin se kaikkensa teki sen eteen ja eikä tullu sitä viimeistä tekkoo tehtyä itelleen.”

Kriisin laukaisevana tekijänä voi olla ruumiinrakenteiden sekä -toimintojen vaurioituminen ja kriisiterapian tarve ilmenee yleensä vasta sokin jälkeen hoito-osastolla. Psykkisen kriisin kannalta ensisijaista kriisiterapeuttista apua on somaattisen hoidon tekeminen potilaalle ymmärrettäväksi ja hyväksyttäväksi. Tavoite on palauttaa potilaan ruumiin ja mielen välinen yhteys. Keskustelut auttavat potilasta sitomaan sietämättömältä tuntuvaa ahdistusta, kauhua ja yksinäisyyttä. Sairaanhoidajalta vaaditaan ammattitaitoa edetä vuorovaikutuksessa hienotunteisesti ja rohkeasti. Potilaan koko maailma saattaa olla kaaoksessa, ja sairaanhoidajan tulee olla valmis vastaanottamaan ja jäsentämään se omassa mielessään. (Avikainen, Kristola & Nopsanen 2010, 6-9.)

Keskustelut vaikuttaneet myönteisesti selviytymiseen

Potilaat toivat haastatteluissa ilmi, että mitä kautta tahansa keskusteluapua tulikin, siitä oli huomattavaa hyötyä selviytymisen kannalta. Keskustelu auttoi selventämään omia tunteitaan ja amputaation tuomia ajatuksia, sekä toi uusia näkökulmia asioihin.

”- - minun kans voi puhua muustakin kuin tästä jalasta - - kun mielellään yrittää ite unohtaa sen.”

Lyhyetkin positiiviset tunnetilat voimaannuttavat potilasta ja auttavat häntä kohtamaan ja taistelemaan vaikeuksia vastaan. Pienikin ilonaihe voi olla merkittävä askel toivon säilymiseen ja se voi antaa voimaa itsensä hoitamiseen. (Ekstöm ym. 2002, 56.)

Keskustelujen suuntaaminen pois sairaudesta ja jokapäiväisistä asioista olivat merkityksellisiä potilaille. Mikkolan (2006, 110–111) mukaan potilaat pitivät näitä keskusteluja tärkeinä siksi, että niiden nähtiin vaikuttavan mielialaan positiivisesti ja piristävästi. Ne auttoivat myös unohtamaan hetkeksi oman terveydentilan ja sairauden.

Keskustelujen vähyys

Potilaat kokivat keskustelut hoitajien kanssa ajoittain vähäisiksi, mutta ymmärsivät, että hoitajat eivät pystyneet keskittymään yhteen potilaaseen pitkäksi aikaa kiireen takia.

”- että ei siellä oo niitä hoitajia sitä varten että ne seurustelee. Vaikka se tuntukin joskus että se on pitkä, pitkä päivä - -”

”Kyllähän se tietenkin kun ne tuli, kyllä me joku sana vaihdettiin.”

Tutkimuksessaan Mikkola (2006, 70, 134) kertoo, että aika on yksi tärkeimmistä tekijöistä, millä potilaat arvioivat vuorovaikutustilannetta. Useat potilaat olivat kokeneet, ettei hoitajilla ollut aikaa heille tai, että hoitajat välttelivät heitä kiireeseen vedoten. Potilaan omasta tulkin-
nasta riippuu, miten hän kokee vuorovaikutustilanteet ja niiden riittävyyden. Usein potilas ja hoitaja arvioivatkin saadun tuen määrän eri tavoin. Potilas arvio monesti hänelle osoitetun tai saatavilla olleen tuen vähäisemmäksi kuin hoitaja tarjoamansa tuen.

5.1.5 Hoitajien suhtautuminen

Kun potilaan omat voimavarat vähenevät, toisten ihmisten osuus luottamuksen ja turvallisuuden tunteiden kohottamisessa ja ylläpitämisessä korostuvat. Tieto siitä, että lähellä on luotettavia ihmisiä, jotka pysyvät vierellä, kun itse tuntee olevansa kuuntelun tai avun tarpeessa, on tärkeä turvallisuutta luova tekijä. (Ekström ym. 2002, 47–48.) Usein vammautuminen tai sairastuminen aiheuttaa potilaissa pelon ja epävarmuuden tunteita. Kun potilas tietää, mistä apua voi tarvittaessa saada ja kenen puoleen saattaa kääntyä, turvallisuuden tunne kasvaa. (Kauppi, Kähtävä, Lipasti, Niemi, Tamminen & Vaaramo 2010, 90.)

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Muutamalta hoitajalta epäasiallista käytöstä	Hoitajien asiaton käytös	Hoitajien suhtautuminen
Joiltain hoitajilta epäkohteliaasta käytöstä		
Hoitajat ihan mukavia	Hoitajien suhtautuminen myönteistä	
Hoitajat hienovaraisia		
Potilas ja hoitaja tasavertaisia hoitosuhteessa	Avoin ilmapiiri	
Myönteinen tunne keskustelusta		
”Hällävälä” ilmapiiri	Välinpitämätön ilmapiiri	
Hoitohenkilökunnan suhtautuminen välinpitämättönty		
Hoitajat eivät tietoisia potilaan hoitolinjoista		
Tunne hoitajien turhautumisesta		
Tunne, että vaivaksi hoitohenkilökunnalle	Kiireinen ilmapiiri	
Hoitajien kiire näkyi		
Hoitajilta vain välttämättömmimmän tekeminen		

Kuvio 4. Hoitajien suhtautuminen

Hoitajien asiaton käytös

Toinen haastateltavista oli kokenut hoitajan käytöksen loukkaavana sekä asiattomana ja tämä oli aiheuttanut potilaalle häpeän tunteen oman vatsansa toiminnasta.

”Yhen kerran tuli uus hoitaja ja maha tahto pelata ja sitä tulloo sitä kaasua - - Se vaan tuumas vaan, että tänne tukehtuu.”

Mikkola (2006, 170) toi tutkimuksessaan esille, että potilaan riippuvuus hoitohenkilökunnasta sekä avuttomuus korostivat ilmapiirin merkitystä. Tällöin hoitajan tyyli viestiä asioista potilaalle tuli tärkeäksi ja potilaat pitivät sitä yhtenä ratkaisevana tekijänä siinä, syntyikö hoitajan ja potilaan välille vuorovaikutussuhdetta ja tuliko siitä luottamuksellinen. Tähän vaikutti keskeisesti se, miten potilas koki hoitajan suhtautuvan häneen.

Muutaman hoitajan käytös ja suhtautuminen oli toisen haastateltavan mukaan ollut välinpitämätöntä ja siitä oli potilaalle heijastunut käsitys etteivät hoitajat olleet perillä potilaan asioista, vaan luulivat hänen passuuttavan itseään. Tämä lisäsi potilaan avuttomuuden tunnetta, koska hän ei ollut saanut tarvitsemaansa apua sitä pyytäessään.

”Jos minä pystyisin niin pistäisin pari akkaa pellolle heti sieltä. Kun ottaen huomioon, että mä leikkauksesta tulín ja pyydän vettä niin sanotaan vaan, että tuossa huoneen tuossa on lavuaari, ota sieltä. Ja justíinsa on sanottu ettei saa liikkuu - -”

Hoitajien perehtyminen ja kiinnostuneisuus potilaan asioihin vaikuttaa myönteisesti siihen, miten potilaat näkevät hoitajan ja hänen ammattitaitonsa. Tämä lisää potilaissa luottamuksen ja turvallisuuden tunnetta hoitajaa kohtaan sekä tunnetta siitä, että potilas on hyväksytty ja hänen läsnäolonsa toivottua. (Mikkola 2006, 175.)

Hoitajat suhtautuivat hyvin

Potilaat kertoivat, että hoitajat olivat mukavia ja hienovaraisia, varsinkin iäkkäämmät hoitajat saivat käytöksestään ja toiminnastaan kiitosta. Tämä tuli esille hoitajien tavassa kysyä potilailta heidän voinnistaan ja muutenkin keskustellessaan heidän kanssaan. Potilaat kokivat, että heidän tunteensa ja ajatuksensa otetaan huomioon.

”Ei suoraan niinku siihen asiaan mee, niinku siihen tynkään vaan kautta rantain silleen kyselemään silleen kaivamalla kaivaa että minkälainen olotila mulla tänään on.”

”On vähän muutakin et ei suoraan kysytty, että onko sulla se jalka kippee, haluatko särkylläkettä.”

”Kuitenki ne oli loppujen lopuks niin hienovaraisia silleen - -”

”Kyllä siinä mielessä varmasti hoitohenkilökuntaa rassas aika paljon. Van ei ne sano vaan, että tuota tämä on heidän työtä.”

Avoim ilmapiiri

Toinen potilaista oli tyytyväinen siitä, että potilas ja hoitaja olivat mahdollisimman tasavertaisia hoitosuhteessa. Tämä mahdollisti molemmin puolin syntyneen kunnioituksen, keskustelut muista aihepiireistä kuin amputaatiosta sekä toi potilaalle turvallisuuden tunnetta ja tällä tavoin auttoi häntä jaksamaan osastohoidon aikana.

” - nykyään ei oo enää niin vanhaa se tyyli, että ei nyt puhuta, että ollaan just niinku tässä, että sinä oot potilas ja minä oon tuota hoitohenkilökuntaa.”

Potilaille jäi myönteinen tunne hoitajien kanssa käydyistä keskusteluista ja he kokivat hyötynensä niistä, vaikka ne jäivätkin vähäisiksi. Parhaimmillaan keskusteluista syntyi avoimia ja luottamuksellisia vuorovaikutustilanteita, joissa näkyi molemminpuolinen arvostus.

Välinpitämätön ilmapiiri

Potilaat olivat kokeneet, että osastolla oli hetkittäin ”hälläväliä” ilmapiiri. Heidän asioihinsa ja hoitoonsa ei paneuduttu kunnolla, vaan he tunsivat jääneensä sairautensa kanssa yksin. Heillä ei ollut välillä tietoa, miten seuraavaksi asiassa edetään, mitä tulee tapahtumaan vai tapahtuuko mitään. Tämä loi heihin turvattomuuden tunnetta.

”Sillon ku ensi kerran menin osastolle ni se tuntui sillon että tuota vähän semmosta hälläväliä - -”

” - se on aina vähän semmosta tuota hälläväliä joskus aina.”

Vuorovaikutustilanteissa potilaan kanssa kohtaavat hoitajan asiantuntijuus ja potilaan asiantuntijuus, joka on myös tärkeää huomioida potilaan tarpeiden ja voimavarojen lisäksi. Hoitajalla on kuitenkin ammatillinen vastuu hoitosuhteessa ja hoitajan oman asiantuntijuuden avulla ammatillinen kohtaaminen mahdollistuu. Luottamus toisen antamaan tukeen ja omiin voimavaroihin vaikuttavat potilaan turvallisuuden tunteeseen. (Ekström ym. 2002, 47, 59.)

Muutaman hoitajan käyttäytyminen ja viestintätyyli potilaan pyytäessä apua oli tyytymättömyyttä ja apu jäi saamatta. Potilas kuitenkin ymmärsi, että hoitajat ovat myös vain ihmisiä, joilla on joskus huonoja päiviä, vaikka ei hyväksynyt heidän tapaansa näyttää turhautuneisuutta.

” - - mutta ainahan meille siihen joukkoon tulee pari semmosta jotka, - - ei voi sanoo, että kiireen takia heillä on. Tietysti heilläkin tulee joskus tuo mitta täyteen - - ”

Hoitajan tapa käsitellä omaa stressiään saattaa joskus purkautua potilaaseen hänen tilanteensa ja haavoittuvuutensa takia, tämä voi johtaa hoidon laiminlyömiseen ja loukkauksiin potilasta kohtaan. Hoitajan oma itsetuntemus mahdollistaa potilaan tunteiden ja kokemusten vastaanottamisen ja niiden ymmärtämistä niin, etteivät ne ohjaa hoitajan toimintaa ja ajatuksia, vaan hän pystyy käyttämään niitä tietoisesti auttaessaan ja tukiessaan potilasta. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 19–20.)

Potilaan tarve saada apua hoitajilta vaikutti usein potilaaseen niin, että hän tunsii olleensa vai-
vaksi heille, vaikka hoitajat eivät sellaista asiaa esille tuoneetkaan. Hänelle tuli tunne, että hän on hankala potilas joka vei paljon hoitajien aikaa, vaikka avun tarve oli oikea.

”Kyllä siinä mielessä varmasti hoitohenkilökuntaa rassas aika paljon. Van ei, ne sano vaan että tuota tämä on heidän työtä.”

”H: Jäikö teillä sitten semmonen olo siitä että oisitte ollu jollain tavalla vaiaksi ite sille hoitohenkilökunnalle? P: No kyllä sitä varmasti. Van ei ne ainaskaan näyttäny sitä, että ois epätoivottu potilas - - ”

Itsensä toteuttamiseen kuuluu vahvasti myös pyrkimys toteuttaa itseään niin, ettei ole vain muista riippuvainen vaan on muille myös hyödyksi. Pitkään kestänyt tunne siitä, että on alituisesti muiden avun tarpeessa, kuormittaa ihmistä ja on monelle vaikeasti hyväksyttävä asia. Tarve olla hyödyllinen voi olla eteenpäin ohjaava voima, mutta on kuitenkin tärkeää, että pystyy hyväksymään riippuvuuden muihin ilman alemmuuden tunnetta tai itsensä syyllistämistä. (Ekstöm ym. 2002, 55.)

Hoitajien kiire

Potilaat toivat haastatteluissa esille hoitajien kiireen. He ymmärsivät, että hoitajien resurssit olivat rajalliset, jonka takia potilaan psyykkisen tuen huomioiminen jäi ajoittain vähäiseksi. Potilaat eivät halunneet syyllistää hoitajia, vaikka he kokivat hoitajien tekevän vain välttämättömimmän.

*”En minä hoitajista kyllä pysty moittimaan, voi olla että ne teki tehtävänsä--- kyllähän sitä hoito-
henkilökunnalta vaaditaan aika paljo. - - ne tuota teki mitä pysty ja voivat - - tietenki se oli resurs-
sien puute - -”*

*”Kyllä ne yritti nekin et niinku sen minkä pysty tekemään olon niinku kotosaksi vaan eihän ne-
kään älyttömiä pysty.”*

Mikkolan (2006, 146–147, 170) tutkimuksen mukaan työympäristöstä ja toimintatavoista joh-
tuva kiire vaikutti siihen, että hoitajat joutuivat tinkimään keskusteluista potilaan kanssa.
Osaston fyysisestä koosta ja potilaiden määrästä johtuen yhden hoitajan työ jakautui usealle
potilaalle ja useaan potilashuoneeseen. Potilaat tunnistivat hoitajien kiireen ja ymmärsivät sen
vaikuttavan vuorovaikutuksen vähyyteen, mutta osa potilaista tulkitsi sen myös haluttomuuu-
deksi keskustella heidän kanssaan.

5.1.6 Potilaan omat voimavarat

Potilaan voimavaraistumisessa on kyse siitä, että hän kokee hallitsevansa voimavaroja. Hän
kokee selviytyvänsä vaikeassa tilanteessa sekä hallitsevansa siinä esiintyviä tilannetekijöitä.
Siinä on kyse potilaan omasta hallinnan kokemuksesta. (Leino- Kilpi & Välimäki, 2003, 110.)

Hoitajan tulee tunnistaa, mitkä erityiset tekijät vaikuttavat potilaan selviytymiseen ja millaiset
voimavarat potilaalla on olemassa. Voimavarat ovat henkisiä, fyysisiä sekä tunne-elämään
liittyviä. Potilaan voimavaroihin vaikuttavat myös ympäristötekijät, joten selviytyminen ta-
pahtuu vuorovaikutuksessa potilaan sisäisten tekijöiden sekä ulkoisen ympäristön kanssa.
(Hautakangas ym. 2003, 47.)

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Potilaan oma persoona	Voimavaroja tukevat asiat	Potilaan omat voimavarat
Oma mieliala		
Amputaation hyväksyminen		
Epävarmuus tulevaisuudesta	Voimavarojen ehtyminen	
Alentunut mieliala		

Kuvio 7. Potilaan omat voimavarat

Voimavaroja tukevat asiat

Potilaat kokivat, että omalla luonteella ja persoonalla oli merkitystä amputaatiosta selviytymisen suhteen. Toinen potilaista kertoi, että oman vahvan ja elämänmyönteisen luonteen avulla hän selvisi ilman ammattilaisten keskusteluapua. Myös ajatukset siitä, että asiat voisivat olla huonomminkin, auttoivat potilaiden kertoman mukaan jaksamaan eteenpäin.

”- tyttö vielä sano, että jos meidän suvulla etenkin äitillä ois täällä yläpäässä kaikki matot suorassa eli ois niinku täysjärkinen ni se, että ei sitä ois kestäny. - - kun ei oo ihan matot suorassa, ni sitä kesti jotenki silleen tuota.”

”- mikä mulla on ollessa, mä vaan istun ja vaan sanon, et hei tuokaa sitä, työntäkkää ja olkaa, että mulla tuoli takapuolen alla ni ei mulla oo mitään hätää.”

”Minä oon ruvennu huumorilla pistämään - -”

”No kaippa se on itessä semmonen luonne ollu, että tuota vaan ajatellu, että mennään päivä kerrallaan.”

”Kyllähän sitä on monenlaiset mietteet käyny, mutta nyt on siinä suhteessa kuitenni, ettei tosissaan tartte sängyn pohjalla maata.”

”Ei oo ihan niin pabasti, että enköhän minä tästä eteenpäin pääse.”

Potilaat kertoivat, että amputaation hyväksyminen oli tärkeää selviytymisessä uudessa elämän tilanteessa. Sen kanssa oli vain pakko oppia elämään, vaikka joinakin päivinä ajatus siitä, että jalkaa ei enää ole, oli ylitsepääsemätön ja vaikea asia käsitellä.

”Eihän ne jalat kasva - -”

”Ei auta noituuko vai itkeekö. Se ei kasva nuo jalat.”

”Vaan eipä se tosiaan auta, ku se on tullu ja se on niinku saanu tyytyä kohtaloonsa.”

Jokaisella ihmisellä on omien persoonallisten voimavarojen ja oman elämäntilanteen takia erilaiset ja yksilölliset voimavarat sairauden suhtautumiseen ja siitä aiheutuvien muutosten läpi käymiseen. Vaikeassa elämäntilanteessa olevan voimavarojen vahvistaminen ja niiden asioiden etsiminen, jotka auttavat toipumaan ja selviytymään on tärkeää. (Kiiltomäki & Mu-
ma 2007, 48, 58–59.)

Voimavarojen ehtyminen

Epävarmuus tulevaisuuden suhteen vaikutti potilaiden mielialaa alentavasti. Epätietoisuus omasta tilanteesta ahdisti ja heikensi etenkin toisen potilaan uskoa tulevaisuuteen. Toinen potilaista toi esille oman vaatimattomuutensa tuen tarpeen suhteen, jonka vuoksi hän ei keh-
dannut vaatia sitä lisää.

”Ei se tähän elämä loppu. Van se tosissaan tuntu, että nytten, kyllä nyt on loppu.”

”Minäkin oon aika vähään tyytyväinen - - oon vähän jääpuikko enkä kaikesta kitise kyllä, en vaan kehtaa.”

”Mutta joskus on kyllä tuntunut, et ruppee ahistamaan ja sillon varsinkin ku lääkäriltä kysyny, et pääseekö kotiin ni, ei vielä, ei vielä.”

Potilaan kokemus voimattomuudesta sekä avuttomuudesta on tilanne, jossa yksilö kokee omien voimavarojensa riittämättömyyden (Hautakangas ym. 2003, 49). Sairaus voi aiheuttaa sen, että potilaan mahdollisuudet vaikuttaa omaan elämäänsä ovat vähäiset. Tämän takia hä-

nelle voi syntyä avuttomuuden tunne, joka saattaa johtaa huonoon itsetuntoon. Silloin potilas ei uskalla tuoda esille omia ajatuksiaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 217.) Voimavaroiltaan vahvojen potilaiden kohdalta turvallisuuden kokemusta ja selviytymistä edistää tiedollinen tuki, kun taas heikoille ja epävarmoille potilaille emotionaalinen tuki on tärkeämpää. (Hautakangas ym. 2003, 51–52.)

5.2 Johtopäätökset

Opinnäytetyössämme haimme vastausta kysymykseen, mitkä kokemukset ovat vaikuttaneet diabetesta sairastavan alaraaja-amputaatiopotilaan selviytymiseen amputaatiosta postoperatiivisessa vaiheessa. Tutkimustuloksien perusteella emotionaalinen, fyysinen, tiedollinen ja vuorovaikutuksellinen tuki sekä hoitajien suhtautuminen ja potilaan omat voimavarat vaikuttivat potilaan selviytymiseen postoperatiivisessa vaiheessa.

Potilaslähtöinen hoitotyö kirurgisella vuodeosastolla vaatii hoitajilta ammatillista perus- ja erikoisosaamista. Hoitajalta vaaditaan korkeaa ammattitaitoa, erinomaisia vuorovaikutustaitoja, potilaan yksilöllisyyden arvostamista, kokonaisuuksien hallintaa sekä empaattisuutta. (Hautakangas ym. 2003, 34, 37.) Hoitajien ammatti-identiteetti on osa ammatillista kasvua, jolla voidaan tarkoittaa erilaisia ominaisuuksia ilmentäen hoitajan samaistumista potilaaseen. Ammatillinen kasvu tarkoittaa yksilön valmiuksien ja erilaisten ammatillisten taipumusten ja pyrkimysten kehitystä sekä muuttumista. Ammatillisuus koostuu oman alansa asiantuntijuudesta. Asiantuntijuuteen liittyy halu itsensä kehittämiseen ja kyky oppia aiemmista kokemuksista. Hoitajilta vaaditaan ammatissaan usein laaja-alaista osaamista, johon kuuluu kyky yhdistää tietokokonaisuuksia. (Ekström ym. 2002, 57–59.)

Potilaat kokivat emotionaalisen tuen olevan merkityksellisintä. Hoitajien tulee suhtautua potilaisiin emotionaalisesti ja auttaa heitä käsittelemään ja jäsentämään omia tunteitaan ja ajatuksiaan. Heidän tulee luoda myönteistä ajattelua potilaille ja osoittaa potilaita kohtaan empaattisuutta. Molemmat potilaat pitivät huumorintajua tärkeänä hoitajan ominaisuutena. Hoitajat voivat käyttää huumoria vapautuneen hoitosuhteen luomiseen. Sen avulla potilas myös pystyy käsittelemään tunteitaan sekä kertomaan niistä helpommin hoitajalle. Näin ollen huumori on tärkeä osatekijä selviytymisen tukemisessa. Hoitajien tulee kuitenkin kunnioittaa potilaan tarvetta saada välillä olla myös yksin, sillä oma rauha auttaa potilasta käymään asioita läpi ja jäsentämään saamaansa tietoa omasta terveydentilastaan.

Potilaan tunnekokemuksien ja mieltä painavien asioiden jakaminen kuuluu emotionaaliseen tukeen. Siihen liittyy olennaisesti voimavarojen vahvistamisen, toivon tukeminen, huolenpito ja rohkaiseminen. (Kiiltomäki & Muma 2007, 63.) Hoitajan tulee tarkkailla potilaan käyttäytymistä, hänen ilmeitään ja liikkeitään, ulkoista olemusta sekä puheen sävyä. Hoitajan tulee

myös kysellä aktiivisesti, sillä näin hän voi saada tietoa potilaan tunnetiloista, sen muutoksista sekä ajatuksista. On tärkeää antaa potilaalle mahdollisuus puhua ja ilmaista tunteitaan. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 141–142.)

Keskustelujen vähäisyys vuorovaikutustilanteissa loi tunteen siitä, että emotionaalista tukea oli liian vähän. Tämä saattoi johtua potilaan etäisestä olemuksesta hoitotoimenpiteiden aikana, jonka takia hoitajille saattoi tulla tunne, että potilas oli vaikeasti lähestyttävä tai hän halusi olla yksin. Tämän takia luottamuksellisen ja avoimen hoitosuhteen syntyminen saattoi olla vaikeaa. Hoitajan tulee pystyä havainnoimaan ja arvioimaan potilaan kykyä tai halua vuorovaikutuksellisuuteen eikä jättää huomioimatta potilaan keskustelun tarvetta, jos potilas ei itse kykene aloittamaan keskustelua.

Mikkolan (2006, 168) tutkimuksen mukaan hoitajan aloitekyky keskusteluihin on tärkeää, sillä potilaan resurssit voivat olla vähäisiä aloitteelliseen ja aktiiviseen vuorovaikutukseen. Potilaan oma terveydentila ja vointi määrittävät sen, kuinka aktiivinen potilas jaksaa olla vuorovaikutustilanteissa.

Fyysisen tuen tarve ja kokemukset siitä liittyivät potilaan aktiivisuuden ylläpitämiseen ja lääkahoitoon. Aineistosta nousi esille potilaiden tarve erilaisiin ajanvietemahdollisuuksiin. Hoitajien tulee tuoda niitä heidän käyttöönsä, sillä erilaiset aktiviteettimahdollisuudet vaikuttavat potilaiden jaksamiseen sekä heidän mielialaansa kohottavasti. Haavanhoitoa toteutettiin potilaiden mielestä hyvin ja asiantuntevasti. Siinä hyviin tuloksiin pääseminen vaikutti potilaiden tulevaisuuden näkymiin myönteisesti, sillä protetisointi nähtiin mahdollisuutena selviytyä amputaatiosta ja elää normaalia elämää ilman suuria rajoitteita. Lääkehoito nähtiin osana kokonaisvaltaista hoitoa ja sen koettiin olevan riittävää. Hoitajien tulee paneutua hyvään lääkehoitoon, jotta potilaan toimintakyky ei rajoitu hallitsemattoman kivun ja väsymyksen vuoksi ja hänen psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat säilyivät. Hoitajien tulee turvata riittävä kivunhoito sekä muu tarpeellinen lääkitys, jotta potilaan toipuminen ja selviytyminen amputaatiosta olisi mahdollisimman sujuvaa.

Hoitajien suhtautuminen oli potilaiden mielestä pääosin myönteistä, mutta ajoittain myös välinpitämätöntä ja jopa asiatonta. Hoitajien myönteinen suhtautuminen näkyi hienovaraisuutena sekä hoitajien mukavuutena. Potilaan ja hoitajan tasavertaisuus hoitosuhteessa perustui hoitoon ja muista aiheista keskusteluun sekä molemminpuoliseen tiedonantoon. Tämä auttoi luottamuksellisen hoitosuhteen syntymiseen. Hoitajan ja potilaan välinen luottamus

hoitosuhteessa auttaa potilasta antamaan arvokasta tietoa, jolla voi hoidon onnistumisen ja selviytymisen kannalta olla olennaista merkitystä. Hoitajan tulee pyrkiä tutustumaan potilaaseen, jotta hän pystyy löytämään oikeat keinot auttaa potilasta parhaalla mahdollisella tavalla.

Puutteet potilaan asiallisessa kohtelussa näkyivät hoitajien asiattomana käytöksenä sekä välinpitämättömyytenä ja kiireisenä ilmapiirinä. Vaikka hoitajien välinpitämättömyys ja kiire saattoivat johtua resurssien vähyydestä ja, ettei hoitajilla ollut aikaa keskittyä riittävästi yhden potilaan huomioimiseen, heidän tulee osoittaa potilasta kohtaan kunnioitusta ja näyttää potilaalle, että hän on toivottu ja arvokas yksilö omana itsenään. Hoitajien tulee kiireestä huolimatta muistaa kaikessa toiminnassaan asiallisuus sekä potilaan inhimillinen kohtaaminen, jotta potilaalle ei tule tunne, että hän on rasitteena hoitajille.

Potilaan ja hoitajan välinen luottamuksellisuus on perusta hyvälle ja turvalliselle hoitosuhteelle. Se koostuu rehellisyydestä, tasa- arvoisuudesta, potilaan huomioimisesta sekä avoimesta vuorovaikutussuhteesta. Potilas odottaa hoitajalta myös ystävällistä, hienotunteista ja rauhallista suhtautumista. Hoitajan ammattitaito, empaattisuus ja inhimillisyys koetaan osana turvallisuutta luovista tekijöistä. (Hautakangas ym. 2003, 45.)

Vuorovaikutustilanteet ja keskustelut koettiin yhtenä tärkeimmistä tuen muodoista selviytymisen kannalta. Hoitajan ja potilaan väliset keskustelut ovat tärkeitä, koska tällä tavoin potilaat saavat tunteen, että heitä oikeasti kuunnellaan ja he pystyvät vaikuttamaan omaan hoitoonsa. Hoitajat voivat keskustelujen kautta antaa potilaille uusia näkökulmia sekä vaikuttaa heidän mielialaansa myönteisesti. Amputaation kanssa elämään oppiminen vaatii aikaa ja on haastavaa. Hoitajien tulee rohkaista ja kannustaa potilaita uudessa elämäntilanteessa. Arkisista asioista keskusteleminen auttaa potilaita unohtamaan hetkeksi oman terveydentilansa sekä sairautensa ja tämä kohottaa potilaiden mielialaa. Tämän vuoksi hoitajien ei tule unohtaa jokapäiväisistä asioista käytäviä keskusteluja, vaikka ne eivät tuntuisikaan tärkeimmiltä asioilta paranemisen kannalta. Vuorovaikutuksellisen tuen puute toisen potilaan kohdalla näkyi keskusteluavun tarpeena kotiutumisen jälkeenkin. Hoitajat eivät myöskään olleet kertoneet tarpeeksi keskusteluavun mahdollisuuksista, jotta potilaat olisivat voineet tarvittaessa hakea apua sairaalassa olon aikana tai jälkeen. Hoitajien tulee antaa informaatioita eri keskusteluavun vaihtoehdoista sekä tarvittaessa ohjata potilasta eri keskusteluavun piiriin.

Tiedollisen tuen puute aiheutti epävarmuutta ja -tietoisuutta oman hoitonsa suhteen. Lääketieteelliset termit vaikeuttivat potilaan osallistumista häntä koskeviin asioihin. Tämän vuoksi hoitajien tulee käyttää potilaalle selkeää ja ymmärrettävää kieltä, jotta potilas ei tuntisi jäävänsä ulkopuoliseksi omassa hoidossaan. Hoitajien tulee varmistaa potilaalta, ettei hänelle ole jäänyt epäselvyyksiä liittyen omaan hoitoonsa. Toisen potilaan kohdalla tiedon riittämättömyys tuli ilmi mietteinä siitä, onko häntä hoidettu oikein. Keskustelut omasta hoidosta ja hoitolinjauksista sekä niiden läpi käyminen hoitajan kanssa ilman kiirettä, ovat tärkeitä tiedollista tukea lisääviä tekijöitä.

Potilaan omat voimavarat ovat avain selviytymiseen. Oma persoona ja luonne vaikuttavat siihen, miten hyvin potilas pystyy amputaatiosta selviytymään. Potilaiden oma myönteinen ajattelutapa ja asennoituminen elämään vaikuttavat heidän elämänlaatuunsa. Usko tulevaisuuteen ja tieto siitä, että asiat voisivat olla huonomminkin, auttavat jaksamaan. Toisella potilaalla ilmeni mielialan vaihteluita amputaation jälkeisenä aikana. Tämä saattoi kertoa siitä, että hänellä oli vielä joitakin asioita käymättä läpi amputaatioon ja uuteen elämäntilanteeseen liittyen. Amputaatioon hyväksymistä ei välttämättä koskaan tapahdu, mutta sen kanssa voi oppia elämään. Tämä saattaa viedä paljonkin aikaa niin potilaalta itseltään kuin myös hänen omaisiltaan.

6 POHDINTA

6.1 Luotettavuus

Kirjallisuuden kautta olemme saaneet vahvistettua teoreettista herkkyyttä opinnäytetyöhömme sekä saaneet hyviä ja hyödyllisiä hoitotyöhön sopivia käsitteitä pääluokkia varten. Olemme olleet kriittisiä teorialietoa etsiessämme. Oli vaikeaa löytää sopivaa teorialietoa saamiimme tutkimustuloksiin, sillä monet lähteet, joissa oli tietoa, olivat monta kymmentä vuotta vanhoja, että kyseenalaistimme niiden luotettavuuden, emmekä siksi käyttäneet niitä. Suurin osa käyttämistämme lähteistä on alle kymmenen vuotta vanhaa, mutta mukaan mahtuu myös muutama vanhempi teos. Vanhemman teorialiedon käyttö ei mielestämme kuitenkaan vaikuta opinnäytetyön luotettavuuteen, sillä aihealueet, joissa olemme käyttäneet vanhempaa tuotosta, ovat sellaisia, jotka eivät ole mielestämme muuttuneet teosten julkaisun jälkeen. Toissijaisia lähteitä olemme joutuneet käyttämään jonkin verran, koska muita sopivia ja aiheeseen kuuluvia lähteitä ei löytynyt, tai ne olivat aivan liian vanhoja. Käyttämämme toissijaiset lähteet ovat kuitenkin olleet mielestämme luotettavia, esimerkiksi sosiaali- ja terveysalan oppikirjoja.

Kvalitatiivisen tutkimuksen arviointikriteerejä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Uskottavuus tarkoittaa sitä, että tutkijan tuottamat käsitteellistyksensä vastaavat tutkittavien käsityksiä (Eskola & Suoranta 1998, 212). Luotettavuuden kannalta pidetään ongelmallisena sitä, että tutkija ei pysty olemaan objektiivinen (Sarajärvi & Tuomi 2009, 136). Useamman havainnoitsijan käytöllä haastatteluissa pyrimme varmistamaan tutkimuksen mahdollisimman hyvän objektiivisuuden (Eskola & Suoranta 1998, 215) eli ymmärtämään ja kuulemaan tiedonantajia itsenään ilman, että haastateltavan kertomus suodattuu tutkijan oman kehyksen läpi (Sarajärvi & Tuomi 2009, 135–136). Opinnäytetyömme uskottavuuteen on vaikuttanut lisäävästi myös se, että olemme kuvanneet tulokset mahdollisimman selkeästi ja kuviodien avulla, niin että lukija ymmärtää, miten analysointi on tapahtunut. Uskottavuuteen sisältyy myös näkemys siitä, miten hyvin muodostetut luokitukset kattavat aineiston (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Koimme opinnäytetyön tekemisessä vaikeimmaksi juuri aineiston analysoinnin. Oli vaikeaa löytää toisensa pois sulkevia luokkia, jotka vastasivat tutkimustehtäviin. Tästä johtuen jouduimme poistamaan toisen tutkimustehtävämme, joka oli, miten diabetesta

sairastavat alaraaja-amputaatiopotilaat ovat kokeneet saamansa tuen leikkauksen postoperatiivisessa vaiheessa. Alkuvaikeuksien jälkeen pelkistetyistä ilmauksista nousi selkeästi esille yhdenmukaisuuksia, jotka oli helppo yhdistää pääluokiksi. Olimme kuitenkin tyytyväisiä lopputulokseen ottaen huomioon, että meillä ei ollut aikaisempaa kokemusta sisällön-analyysin tekemiseen.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tulokset voidaan siirtää toiseen kontekstiin. Se on mahdollista tietyin ehdoin, vaikka yleistykset eivät ole mahdollisia sosiaalisen monimuotoisuuden vuoksi. Siirrettävyys riippuu myös siitä, miten samankaltaisia tutkittu ympäristö ja sovellusympäristö ovat. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 138–139.) Opinnäytetyömme tuloksia voi olla vaikea siirtää toiseen kontekstiin, sillä haastateltavien joukko on pieni ja kuvaa vain yhdessä sairaalassa amputoitujen kokemuksia selviytymisen tukemisesta. Diabetesta sairastava alaraaja-amputaatiopotilas omaa aivan omia erityispiirteitä. Tämän takia opinnäytetyömme tuloksia voidaan siirtää vain samanlaisen potilasryhmän selviytymisen tukemisen tarkasteluun.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan, että tutkimustulokset perustuvat kerättyyn aineistoon eikä ainoastaan tutkijan omiin käsityksiin (Janhonen & Nikkonen 2001, 72). Varmistimme tulosten vahvistettavuuden käymällä haastattelut useaan otteeseen huolellisesti läpi sekä analysoimalla saatu aineisto järjestelmällisesti.

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on, että tutkija on itse tutkimukseensa keskeinen tutkimusväline. Tästä johtuen kvalitatiivisen tutkimuksen pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse. (Eskola & Suoranta 1998, 211.) Jokaisella meistä on ollut ennakko-oletuksia koskien opinnäytetyömme aihetta, sillä olemme olleet joko harjoittelussa tai töissä osastolla, jossa haastateltavat ovat olleet potilaina. Olemme olleet opinnäytetyön alusta asti tietoisia ennakko-oletuksistamme sekä keskustelleet niistä yhdessä. Tämä on auttanut meitä eteneämään niin, etteivät oletukset ole ohjanneet opinnäytetyömme etenemistä. Tätä kutsutaan laadullisen tutkimuksen yhteydessä sulkeistamiseksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 165).

Luotettavuutta parantaa se, että valitsimme tutkimuksen tiedonantajiksi vain henkilöitä, joilta oletamme saavan parhaiten tietoa tutkittavasta ilmiöstä (vrt. Sarajärvi & Tuomi 2009, 87). Tämä on todella tärkeää, koska haastattelimme vain kahta henkilöä. Haastateltavien valinnan

kriteereinä opinnäytetyössämme olivat omakohtainen kokemus tutkittavasta asiasta, itsensä ilmaisemisen taito, puhekyky sekä orientaatio maailmaan. Nämä kriteerit täyttyivät molempien haastateltavien kohdalla, sillä fysioterapeutit ilmoittivat meille haastatteluun suostuvista henkilöistä ja kertoivat heistä sekä heidän tilanteestaan amputaation suhteen. Tämän jälkeen pystyimme päättämään, sopiiko henkilö opinnäytetyöhömmme haastateltavaksi.

Teimme haastateltaville tiedotteen, jossa kerroimme: opinnäytetyömme tarkoituksen ja tavoitteen, miten aineisto kerätään, luottamuksellisuudesta haastateltavia ja kerättyjä tietoja kohtaan, vapaaehtoisuudesta, anonymiteetistä ja, miten aineistoa tullaan käsittelemään sekä mistä valmiin opinnäytetyömme voi käydä lukemassa. Varmistimme haastateltavilta kysymällä, että he olivat ymmärtäneet asiakastiedotteessa esitetyt asiat. Pyysimme kirjallisen suostumuksen opinnäytetyöhön osallistuvilta henkilöiltä ennen haastattelun alkua. Avoimet kysymykset teimme opinnäytetyöprosessimme alussa päätettyjen tutkimustehtäviemme mukaisesti. Haastattelimme potilaat ennen heidän fysioterapiakäyntiään. Kummassakin haastattelussa oli paikalla samat haastattelijat. Näin pystyimme varmistamaan, että haastatteluista tuli mahdollisimman samankaltaiset.

Saadut tulokset antavat vastauksen asetettuun tutkimustehtävään ja ovat hyötynäkökohtaa ajatellen arvokkaita. Ehkä opinnäytetyömme jatkotutkimuksien avulla pystyttäisiin saamaan aikaan vielä vakuuttavampaa tietoa perustaksi sille, että hoitajan antama tuki, potilaan voimavarojen huomiointi sekä vuorovaikutuksellinen potilaskohtaaminen ovat välttämättömät edellytykset potilaan alaraaja-amputaatiosta selviytymisessä.

6.2 Eettisyys

Eettisyys kuuluu olennaisena osana kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen arviointikriteereihin ja se on kaiken tieteellisen toiminnan keskipiste (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 164–165, 172). Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu, jonka tutkija joutuu tekemään ja siinä tulee ottaa huomioon tutkimuksen hyödyllisyys. Opinnäytetyömme hyöty ei luultavasti kohdistu enää haastateltaviin, mutta saatuja tuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää muiden potilaiden hoidossa. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 176–177.) Uskomme kuitenkin, että haastateltavat saivat myös jotain itselleen käydessään amputaatioon

liittyviä asioita läpi. Ehkä heidän tietoisuutensa omasta itsestään ja terveydentilastaan kasvoi tai he saivat käydä heille tärkeitä asioita läpi.

Koska haastattelimme potilaita ja saimme tietoomme heidän henkilökohtaisia asioitaan, tarvitsimme operatiivisen alueen ylihoitajalta tutkimusluvan työn toteuttamista varten. Hän varmisti vielä eettiseltä lautakunnalta, että hänen antamansa lupa riittää opinnäytetyömme tekemiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 180.) Opinnäytetyössämme olemme noudattaneet ihmisarvon kunnioittamisen periaatetta. Sen mukaan on väärin loukata tai vahingoittaa tutkittavaa riippumatta tutkimuksen tarkoituksista (Eskola & Suoranta 1998, 56) ja heidän hyvinvointinsa on aina etusijalla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173).

Haastateltaville teimme tiedotteen opinnäytetyöhömmme osallistumisesta, jonka fysioterapeutit antoivat haastatteluun suostuneille. Siinä kerroimme opinnäytetyöstämme, sen tarkoituksesta ja tavoitteesta, miten aineisto kerätään, luottamuksellisuudesta haastateltavia ja kerättyjä tietoja kohtaan, vapaaehtoisuudesta, anonymiteetistä ja miten aineistoa tullaan käsittelemään sekä mistä valmiin opinnäytetyömme voi käydä lukemassa. Laitoimme myös omat puhelinnumeromme ja sähköpostiosoitteemme mukaan siksi, että haastatteluun osallistuvat pystyivät ottamaan meihin yhteyttä tarvittaessa.

Haastateltavan nimeä, ikää, sukupuolta eikä asuinpaikkaa tuotu esille missään vaiheessa tutkimusta. Haastattelut kirjoitimme auki niin, ettei haastateltavia tai heidän läheisiään voitu niistä tunnistaa. Varmistimme myös lainausten kohdalla henkilön tunnistamattomuuden. Käytimme haastatteluihin yhteensä aikaa noin puolitoista tuntia. Tämä on kirjallisuuden mukaan liian lyhyt aika avoimelle haastattelulle (Hirsjärvi ym. 2001, 193, 198). Emme kuitenkaan halunneet pitkittää niitä väkisin huomattuamme haastateltavan kertoneen kaiken, mitä oli halunnut sanoa. Tämä olisi voinut jättää haastattelusta negatiivisen kuvan haastateltavalle. Saimme mielestämme kattavasti tietoa ja vastauksia kysymyksiimme. Vaikka haastattelut eivät olleet ajallisesti pitkiä, niihin mahtui paljon tärkeää tietoa ja aineisto kylläntyi osaksi. Haastatteluissa nousi esille samankaltaisia asioita, jolloin voimme puhua osittaisesta aineiston kylläntymisestä. Haastattelusta saadut aineistot säilytimme ulkopuolisten ulottumattomissa, niin etteivät he päässeet niitä kuuntelemaan tai lukemaan.

Jotta opinnäytetyömme on eettisesti mahdollisimman hyvä, on tärkeää, ettemme plagioi eli esitä toisen tekijän tekstejä ominamme (Hirsjärvi ym. 2001, 107). Meidän tulee myös kirjoittaa lähdeviitteet oikein ja asianmukaisesti.

6.3 Yleistä pohdintaa

Opinnäytetyömme tavoitteena oli, että hoitajat voivat kehittää kokonaisvaltaista postoperatiivista hoitotyötä diabetesta sairastavan alaraaja-amputaatiopotilaan selviytymisen tukemisessa. Johtopäätöksissä halusimme tuoda esille sen, miten tärkeää potilaan selviytymisen tukeminen on ja, miten tärkeässä asemassa hoitajat ovat siinä.

Potilaslähtöinen hoitotyö vaatii hoitajilta monipuolista asiantuntemusta. Ei riitä, että vain potilaan fyysinen puoli huomioidaan. Hän tarvitsee hyvää ja yksilöllistä huomiointia ja kohtelua sekä hoivaa. Potilas luottaa hoitajien ammattitaitoon ja suurimmaksi osaksi siirtää heille vastuun itsestään, terveydestään ja sairaudestaan. Odotukset hoitajia kohtaan ovat usein suuret ja heiltä edellytetään vuorovaikutustaitoja sekä potilaan huomioimista yksilönä.

Opinnäytetyöprosessimme on ollut haastava, sillä työ ei edennyt suunnitelmien mukaisesti. Jouduimme saamiemme tulosten takia muokkaamaan tutkimustehtäviämme siten, että poistimme kokonaan toisen ja muutimme toista tutkimustehtävää vastaamaan saatuja tutkimustuloksia, koska päällekkäisyyttä tuloksissa tuli aivan liikaa. Meillä oli huomattavia vaikeuksia prosessin aikana ja jouduimme vielä kyselymään viime hetkellä lisää haastateltavia opinnäytetyöhömmme, että saimme edes kaksi haastateltavaa. Tulosten ja johtopäätösten tekemisessä pidimme todella hyvänä sen, että meitä oli kolme, sillä jokainen toi esille omat ajatuksensa ja saimme niitä yhdistelemällä johtopäätöksiä useasta näkökulmasta. Opinnäytetyön tekeminen on ollut haastavaa, mutta myös todella opettavaista. Olemme kehittyneet tutkimuksen tekemisessä ymmärtämällä opinnäytetyön kokonaisprosessin. Prosessin kulku ja tutkimuksen toteutus oli aikaa vievää ja haastavaa, koska emme ole aiemmin tehneet opinnäytetyötä. Olemme myös kehittyneet tiedonhaussa, sillä jouduimme etsimään eri kirjallisuuslähteitä ja tutkimuksia kirjastoa ja Internetiä hyödyntäen.

Emme olleet suunnitelmavaiheen jälkeen kovinkaan aktiivisesti yhteydessä työelämäohjaajaan. Tähän vaikutti se, että emme tarvinneet ohjausta työelämän ohjaajalta, koska haastattelujen, aineiston analyysin, tulosten ja johtopäätösten tekemiseen hän ei olisi voinut vaikuttaa

juurikaan. Olisimme kuitenkin voineet informoida häntä enemmän opinnäytetyöprosessimme eri vaiheista ja, kuinka olimme edenneet siinä. Opinnäytetyömme vertaisten hyödyntäminen oli vähäistä, koska opinnäytetyöprosessimme olivat erilaisia ja siksi koimme, että yhteistyö heidän kanssaan ei olisi aiheen ja tutkimusotteen takia hyödyttänyt kumpaakaan. Yhteistyö ohjaavan opettajan kanssa sujui vaihtelevasti. Tiedonkulku oli ajoittain vähäistä, mutta loppuvaiheessa yhteistyö ja yhteydenpito olivat tiiviimpää.

Kirurgisen vuodeosaston hoitajat voivat hyödyntää tutkimustuloksia alaraaja-amputaatio potilaan selviytymisen tukemisessa postoperatiivisessa vaiheessa huomioimalla potilaan fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Tutkimustulosten avulla hoitajat voivat kehittää omia valmiuksia kohdata suuressa elämän muutoksessa oleva potilas ja löytää keinoja hänen tukemiseensa. Myös muiden osastojen hoitajat voivat hyödyntää tutkimustuloksia auttaessaan potilaita löytämään voimavaroja selviytymiseensä sairauden kohdatessa.

Opinnäytetyön tekeminen avarsi näkemyksiämme diabetesta sairastavien alaraaja-amputoitujen kokemuksista selviytymiseen vaikuttavista tekijöistä, tuen tarpeesta ja sen tärkeydestä. Tämä auttaa meitä tulevaisuudessa vastaamaan paremmin tämän potilasryhmän tarpeisiin. Se auttaa myös huomioimaan muiden potilaiden tarpeita tuesta ja tukemaan heidän voimavarojaan uudessa elämäntilanteessa sekä tätä kautta ehkäisemään mahdollisia mielenterveysongelmia. Haastattelujen kautta vuorovaikutustaitomme potilaiden kanssa kehittyivät ja ymmärrämme nyt paremmin, miten alaraaja-amputaatio vaikuttaa potilaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin.

Opinnäytetyöprosessin aikana ammatillinen osaamisemme ja asiantuntijuutemme ovat kehittyneet. Sairaanhoitajan ammatillinen asiantuntijuus muodostuu eri osa-alueista, muun muassa eettisestä toiminnasta, terveyden edistämisestä, hoitotyön päätöksenteosta, tutkimus- ja kehittämistyöstä sekä lääkehoidosta ja kliinisestä hoitotyöstä (Opetusministeriö 2006). Opinnäytetyömme kehittää asiakkuusosaamistamme ja terveyden edistämisen taitojamme, jotka kuuluvat kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön työskennellessämme sairaanhoitajina. Opinnäytetyömme avulla opimme tukemaan potilaan voimavaroja uudessa elämäntilanteessa ja tätä kautta ehkäisemään mahdollisia mielenterveysongelmia. Kliinistä osaamistamme opinnäytetyö kehittää siten, että voimme hyödyntää tutkimustuloksia potilaiden hoidossa ja hoidon seurannassa. Tiimityöskentelytaitomme sekä kirjalliset, että suulliset viestintätaitomme parantuivat, sillä teimme tiivistä yhteistyötä koko opinnäytetyöprosessin ajan ja jouduimme yhdessä pohtimaan ja ratkomaan esille tulleita ongelmia. Teimme myös yhteistyötä eri tahojen

kanssa etsiessämme opinnäytetyöhön haastateltavia. Opimme hakemaan oman alamme tietoa ja arvioimaan tiedon luotettavuutta kriittisesti lähteiden kirjoittajan ja kirjoitusvuoden suhteen. Opinnäytetyötämme varten tehtyjen haastattelujen, niiden analysoinnin ja tulosten myötä opimme ottamaan huomioon myös kehittävän työotteen sekä harjaannuimme suunnittelemaan ja organisoimaan toimintaamme. Tavoitteenamme oli oman ammatillisen kehittymisen kannalta lisätä valmiuksiamme potilaiden voimavarojen tukemiseen elämän muutoksissa.

6.4 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheina voisi olla havainnoivalla tutkimusotteella tehty tutkimus, jossa selvitetäisiin, kuinka hoitaja kohtaa potilaan ja tukee häntä selviytymisessä postoperatiivisessa vaiheessa. Jatkotutkimusaiheena voisi myös olla, kuinka hoitaja tukee alaraaja-amputaatioon tulevaa potilasta preoperatiivisesti. Opinnäytetyömme aihetta voitaisiin selvittää myös hoitajien näkökulmasta.

LÄHTEET

Avikainen, T., Kristola, H. & Nopsanen E. 2010. Somaattisen ja psyykkisen rajapinnalla. Sairaanhoidaja- lehti 1/2010.

Diabeetikon jalkaongelmat, käypä hoito suositus. 2009. Viitattu 11.2..2009.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50079>

Diabetes, käypä hoito. 2009 Viitattu 20.2.2010.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056>

Edwards, S., D. 2009. Nursing ethics. A principle- based approach 2nd edition. Palgrave Macmillan. Hampshire. England.

Ekström, L., Leppämäki, P., Vilen, M. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali –ja terveysalalla. Juva. WS Bookwell Oy.

Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Pöytäkirja. WSOY – Kirjapainoyksikkö.

Eskola, J. & Suoranta, S. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Faulkner, A. & Maguire, P. 1999. Vuorovaikutustaidot potilastyössä. Hämeenlinna. Kustannus Oy Duodecim.

Haanpää, M., Kalso, E. & Vainio, A. 2009. Kipu. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Hautakangas, A.-L., Horn, T., Pyhälä-Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Porvoo. WS Bookwell Oy.

Heikkinen, H., Tiainen, S. & Torkkola, S. 2002. Potilas ohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Henkilökohtainen tiedonanto 2010. Ylihoitaja. Kainuun maakunta -kuntayhtymä. Sähköpostiviesti 16.6.2010.

Herrala, J. & Rigoff, A.-M. 2010. Terveiden edistäminen erikoissairaanhoidossa. Helsinki. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos.

Hietanen, H., Iivanainen, A., Juutilainen, V. & Seppänen, S. 2005. Haava. Porvoo. WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Huittinen, V. M. & Salonen, K. A. 1992. Amputaatiot ja proteesit. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.

Junes, K. 2006. Elämä masennusta sairastavan ikääntyneen puolison rinnalla. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro-gradu -tutkielma.

Kainuun maakunta -kuntayhtymä. 2007. Viitattu 13.3.2010.

http://www.kainuu.fi/index.php?mid=2_260

Kainuun maakunta -kuntayhtymä. 2008. Viitattu 13.3.2010.

http://maakunta.kainuu.fi/osasto_7

Kalso, E. & Vainio, A. 2002. Kipu. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Kangas, T. & Virkamäki, A. 2009. Terveyskirjasto. Viitattu 20.3.2010.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia01202

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOYpro Oy.

Kauppi, I., Kähtävä, S., Lipasti, K., Niemi T., Tamminen E. & Vaaramo, P. 2010. Hoitoa ja huolenpitoa ammattitaidolla. Helsinki. Edita Publishing Oy.

Kiiltomäki, A & Muma, P. 2007. TÄSSÄ ja NYT – Sairaanhoidaja tekee kriisityötä. Sairaanhoidajaliitto. Helsinki. Gummerus kirjapaino.

Kruus-Niemelä, M. 2004. Duodecim. Jalat ja terveys. Liukkonen, I., Saarikoski, R. (toim.) Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Kurki L. 2007. ”...Väliaikaisesta majoituspaikasta turvalliseen kotipesään...” Leikkauspotilaiden kokemuksia heräämöhoidosta ja siirtymisestä heräämöstä vuodeosastolle. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu- tutkielma.

Lahtela, J. 2008. Diabeetikon hoidonohjaus. Kotisaari, S., Olli, S., Rintala, T.-M., & Simonen, R. (toim.). Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. 17.8.1992 Viitattu 15.11.2010.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäätöksessä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Viitattu 20.2.2009.

<http://herkules oulu.fi/isbn9514250680/html/x103.html>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva. WS Bookwell Oy.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki. WSOY Oppimateriaali Oy.

Malm, M., Matero, M., Repo, M., & Talvela E.-L. 2004. Esteistä mahdollisuuksiin. Vammaistyön perusteet. Porvoo. WSOY.

Mikkola, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Jyväskylän yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Väitöskirja.

Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. 2006. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 24. Koulutus- ja tiedepolitiikan osasto. Helsinki. Viitattu 7.12.2010.

http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2001/liitteet/opm_10_amksta_tervhuoltoon.pdf?lang=fi

Reunanen, A. 2005. Diabetes. Teoksessa Aromaa (toim.) Suomalaisten terveys. Viitattu 27.2.2010.

www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/diabetes

Routasalo, P. 2003. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön suositusten lähtökohdat ja edellytykset. Teoksessa Lauri, S. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva. WS Bookwell.

Sandelin, J. Amputaatio suunnitellaan huolellisesti. Orton invalidisäätiön tiedotuslehti 1/2004,. Viitattu 20.2.2010.

<http://orton.navigo.fi/html/orton/www.invalidisaatio.fi/verkkolehti/alasivu1a25.html?cd=21083&doc=21232&bigcd=21081>

Saraheimo, M. 2009. Diabeteksen oireet. Teoksessa Ilanne- Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M.-T. Sane. T. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna. Kariston Kirjapaino Oy.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki. Edita Prima.

Solvoll, B.-A. 2006. Identiteetti ja omanarvontunto. Teoksessa Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (toim.) Hoitotyön perusteet. Tanska. Narayana Press.

Vainio, A. 2004. Kivun hallinta. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Hei!

Olemme kolme Kajaanin ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelijaa. Teemme opinnäytetyötä aiheesta; Diabetesta sairastavan alaraaja- amputaatiopotilaan selviytymisen tukeminen postoperatiivisessa vaiheessa kirurgisella vuodeosastolla.

Opinnäytetyömme tilaajana toimii Kainuun maakunta- kuntayhtymä, Kainuun keskussairaalan kirurginen vuodeosasto 7, jossa on tullut esille tarve saada tietoa ja toiveita, kuinka hoitotyöntekijät voisivat parantaa diabetesta sairastavan alaraaja- amputaatiopotilaan selviytymisen tukemista. Opinnäytetyömme avulla he voivat kehittää hoitotyötä saadun informaation mukaan.

Tarkoituksenamme on avoimen haastattelun avulla saada selville tietoa oletteko olleet tyytyväinen saamaanne tukeen kirurgisella vuodeosastolla. Toimeksiantajamme on myös kiinnostunut kuulemaan, voisiko hoitotyötä selviytymisen tukemisen kohdalla tulevaisuudessa parantaa ja miten.

Haastattelu on tarkoitus tehdä haastateltavan kotona, mutta toiveistanne haastattelupaikan suhteen voidaan sopia ennen haastattelua. Haastattelu tulee olemaan keskustelun omainen, luonnollinen tilanne. Toivomme, että mietitte haastattelun aiheeseen liittyviä asioita jo alustavasti ennen haastattelua.

Haastattelusi ja vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti ja niin ettei henkilöllisyytesi tule esiin missään vaiheessa tutkimusta. Kaikki haastattelua koskevat paperit ja nauhat tulemme hävittämään tutkimuksen valmistuttua. Valmista opinnäytetyötä pääset lukemaan osoitteesta www.theseus.fi tammikuussa 2011.

Ystävällisin terveisin

Jenni Leskinen

Sanna Mikkonen

Titta Mustonen

sth7sbjennil@kajak.fi

sth7sbsannam@kajak.fi

sth7sbtittam@kajak.fi

040 582 4452

050 539 4047

044 300 6363

Kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan Jenni Leskisen, Sanna Mikkosen ja Titta Mustosen suorittamaan haastatteluun aiheesta Diabetesta sairastavan alaraaja- amputaatiopotilaan selviytymisen tukeminen postoperatiivisessa vaiheessa kirurgisella vuodeosastolla. Minulle on selvitetty, että minulta saatuja tutkimustietoja käsitellään luottamuksellisesti ja siten, että niistä ei voi tunnistaa henkilöllisyyttäni.

Voin keskeyttää osallistumiseni missä vaiheessa tahansa syytä ilmoittamatta.

Annan suostumukseni opinnäytetyön tekemiseen ja haastattelujen nauhoittamiseen.

Aika ja paikka

allekirjoitus

HAASTATTELUKYSEMYKSET

1. Kuinka olette kokeneet saamanne tuen kirurgisella vuodeosastolla amputaation jälkeen?
2. Mitä mieltä olette olleet hoitohenkilökunnan suhtautumiseen teitä ja teidän tunteuksia kohtaan?
3. Millaista tukea olette hoitohenkilökunnalta saaneet amputaation jälkeisinä päivinä ja onko se ollut riittävää?
4. Olisitteko toivoneet, että hoitohenkilökunnalta saama tuki olisi ollut erilaista - millaista?
5. Mitkä tekijät ovat vaikuttaneet selviytymiseen amputaation jälkeisinä päivinä – miten?
6. Millaisia parannusehdotuksia teillä on hoitohenkilökunnan antamaan tukeen?

Esimerkki aineiston analysoinnista

Suoralainaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
”Kyllä minä oon miettinyt, että oisko minun pitäny kärsiä sitä.”	Leikkaukseen suostuminen epäilytti jälkeen päin	Epätietoisuus	Tiedollinen tuki
”--- oisko minun pitäny kieltäytyä siitä katkasusta--- ”			
”---että oisko se sitten muuttunu se tilanne jos sitä ois heti hoidettu.”			
”---kattoko ne sitten tuota ettei tuo niin oo paha.. vaikka se oli kyllä jo.”			
”--- jos sitä ois hoidettu pyhäamuna.”			
”Ku tuodaan se oma vihkonen ni mitä sinä ymmärrät niistä ni et mitään muuta kun sen oman nimen ja syntymäajan kun kaikki on sitä omaa mitä lääkärin ja teidän käyttämää kieltä ---”	Läketieteelliset termit aiheuttaneet päänvaivaa potilaalle		
”--- lääkärinkierrolla aina sairaanhoitajakin mukana, sehän tietää, mitä lääkäri sanoo.”			
”Että enemmän sitten niinkun siltä sairaanhoitajalta vois niinku kysyä näistä että aina sanotaan että kysy lääkäriltä ---”	Tiedonsaanti sairaanhoitajilta riittämätöntä, vastuu siirretty lääkärille	Tiedon riittämättömyys	
”Aina vaan ku kysyt sairaanhoitajalta, kysy lääkäriltä.”			
”---enemmän sais sairaanhoitajalta tietää siitä.”			
”Niin kyllä he tietää ja lääkäri puhuu aina siellä oven takana enemmän---mitä sille potilaalle siellä sängyn päässä. joskus se jää aina vaivaamaan että ---”	Potilas kokenut jääneensä ulkopuoliseksi omasta hoidostaan		
”Kai se on niille sanottu, että et saa kertoa vielä.”			