



RINTASYÖPÄPOTILAIKEN KOKEMUKSIA OMAHOITAJUUDESTA

**Marjo Hulkkonen
Teija Tuderus**

**Opinnäytetyö
Toukokuu 2009**



Hyvinvointiyksikkö

Tekijä(t) Hulkkonen Marjo Tuderus Teija	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 29+4	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____saakka	
Työn nimi Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia omahoitajuudesta		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Suonpää-Lehtonen Leena Tyrväinen Hannele		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiiri		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa siitä, millaisia kokemuksia ja odotuksia rintasyöpäleikatuilla potilailla oli omahoitajuudesta ollessaan hoidettavana Keski-Suomen keskussairaalan operatiivisella osastolla. Tutkimus pohjautui työelämän tarpeisiin. Tutkimustulosten perusteella henkilökunta voi hyödyntää tuloksia kehitettäessä omahoitajuutta, sekä vastata paremmin potilaiden tarpeisiin.</p> <p>Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus ja sen aineisto kerättiin teemahaastatteluina. Tutkimustapana käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia teemoittain. Tutkimukseen osallistui kolme haastateltavaa. Yhdelle heistä oli nimetty omahoitaja.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan potilailla oli mahdollisuus keskustella hoitajan kanssa ja siihen oli riittävästi aikaa. Vuorovaikutussuhde hoitajien kanssa koettiin tasavertaiseksi. ja avoimeksi. He pystyivät esittämään mielipiteitä ja vaikuttamaan hoitoonsa. Kotiutumisvaihe koettiin kiireiseksi ja sen vuoksi kysymyksiä jäi esittämättä. Potilaat olisivat kaivanneet omahoitajaa, se olisi tuonut lisää turvallisuuden ja hyvänolon tunnetta.</p>		
Avainsanat (asiasanat) rintasyöpä, yksilövastuinen hoitotyö, omahoitajuus		
Muut tiedot		

Date _____

Author(s) Hulkkonen Marjo Tuderus Teija	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 29+4	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title The experiences of breast cancer patients related to named nursing		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) Suonpää-Lehtonen Leena Tyrväinen Hannele		
Assigned by Central Finland Central Hospital		
Abstract <p>The meaning of this research was produce information, what kind of experiences and expectations breast cancer patients had about their named nurse during their stay in Central Hospital Central Finland at surgical ward. The research based the needs of working life. With the results staff can improve their skills and respond better for patients needs.</p> <p>This research is qualitative and material was collected by interview. Method of research was material based analysis. Three persons took part to this research. One of them had a named nurse.</p> <p>Results proved that patients had possibilities and enough time to talk with nurse. Interaction with nurses felt equal and open-heartedly. They had possibility to express opinions about their treat. Discharge was busy and there wasn't time for any questions. Patients needed their named nurse, who would make they feel more secure and sense of well-being.</p>		
Keywords breast cancer, primary nursing, named nurse		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	1
2 YKSILÖVASTUINEN HOITOTYÖ.....	2
2.1 Omahoitajuus.....	2
2.2 Vuorovaikutuksellinen ohjaus	4
2.3 Tuen merkitys	6
3 RINTASYÖVÄN VAIKUTUKSET HYVINVOINTIIN	8
3.1 Kriisi.....	8
3.2 Psyykkisen ja fyysisen minän muutokset.....	9
3.3 Sosiaalisen elämän muutokset	10
4 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TEHTÄVÄT.....	11
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	12
5.1 Tutkimusmenetelmä.....	12
5.2 Kohderyhmän valinta ja aineistonkeruu	13
5.3 Aineiston analyysi	14
6 TUTKIMUSTULOKSET	16
6.1 Omahoitajalta saatu tuki	17
6.2 Vuorovaikutussuhde hoitajan kanssa.....	18
6.4 Odotukset omahoitajuudesta	20
7 POHDINTA	20
7.1 Luotettavuus ja eettiset kysymykset.....	20
7.2 Tulosten tarkastelu.....	22
7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	24
LÄHTEET	26
Liite 1. Tutkimuslupa.....	28
Liite 2. Kirje henkilökunnalle	30
Liite 3. Suostumuslomake	31
Liite 4. Teemahaastattelurunko	32
KUVIOT	
KUVIO 1. Tulokset tiivistetysti	16

1 JOHDANTO

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä. Suomessa todettiin 4079 uutta rintasyöpätapausta vuonna 2006. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella on vuonna 2006 rekisteröity 175 uutta rintasyöpätapausta. Jossakin elämänsä vaiheessa noin joka 10. nainen sairastuu rintasyöpään ja siihen sairastuminen yleistyy tuntuvasti 45. ikävuoden jälkeen. Rintasyövän ennuste on jatkuvasti parantunut taudin varhaistuneen toteamisen sekä hoitomenetelmien kehittymisen myötä. Sen ennuste on varsin hyvä moneen muuhun syöpätautiin verrattuna. Nykyään yhdeksän kymmenestä rintasyöpäpotilaasta on elossa viiden vuoden kuluttua taudin toteamisesta. Syöpärekisterin (2008) mukaan rintasyöpäpotilaiden suhteellinen elosaololuku viiden vuoden jälkeen on naisilla 89 %. Miesten rintasyöpä on harvinaisen, Suomessa niitä todetaan noin 15 uutta tapausta vuodessa. (Holli 2007; Syöpärekisteri 2008; Vehmanen 2008.)

Omahoitajuudesta on tekeillä laajempi tutkimustyö Keski-Suomen sairaanhoitopiirin operatiivisella toimialueella. Opinnäytetöissä kartoitetaan kyselytutkimuksella potilaiden ja hoitohenkilökunnan näkemyksiä omahoitajuudesta. Asiaan liittyvässä palaverissa keväällä 2008 sairaanhoitopiiriltä tuli pyyntö tehdä myös erillinen laadullinen haastattelu rintasyöpäpotilaille. Ja tästä opinnäytetyön tekeminen käynnistyi.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tehtävänä on edistää keskisuomalaisen terveyttä ja toimintakykyä tarjoamalla tasokkaita erikoissairaanhoidon palveluja. Sairaanhoitopiirin operatiivisen osaston toimintasuunnitelmassa 2009 – 2011 on kirjattu yhdeksi asiakasnäkökulman päämääräksi: ”Potilas on tyytyväinen saamaansa hoitoon ja palveluun. Potilas saa riittävästi hoitoonsa liittyvää ohjausta voidakseen osallistua oman hoitonsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin.” (Operatiivisen osaston toimintasuunnitelma 2009 – 2011.)

Opinnäytetyö pohjautuu työelämän tarpeisiin. Työn tavoitteena on tuottaa tietoa rintasyöpää sairastavien potilaiden kokemuksista ja odotuksista omahoitajuudesta. Tarkoituksena on, että henkilökunta voi hyödyntää tuloksia kehitettäessä omahoitajuutta. Työssä on lisäksi kuvattu yksilövastuista hoitotyötä, rintasyövän vaikutusta naisen hyvinvointiin ja omahoitajuutta.

Tutkimuksen aihe on hoitotyön kannalta tärkeä, koska työssä kuvataan Keski-Suomen keskussairaalan operatiivisen toimialueen erään osaston potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta. Vastaavaa tietoa ei ole ollut aiemmin saatavissa. Tutkimuksen tulokset ovat suuntaa antavia ja ne kuvaavat tutkimukseen osallistuvien naisten kokemuksia eivätkä ole yleistettävissä.

Tutkimus on ajankohtainen, koska hoitoajat lyhenevät ja tämän vuoksi potilasta kohden annettu aika lyhenee. Näin ollen sairaanhoitajan rooli tuen ja ohjauksen antajana korostuu. Omahoitajuuden etuna on se, että yksi hoitaja on vastuussa potilaan koko hoitoprosessista ja näin kokonaisuus on hallinnassa. Tämän toimivuus edellyttää koko osaston sitoutumista omahoitajuuteen.

Hoitotyössä kohdataan rintasyövän sairastaneita potilaita ja tämän tutkimuksen kautta saamme lisää ammatillisia valmiuksia heidän kohtaamiseensa. Lisäksi omahoitajan merkitys potilaan hoitotyön prosessissa on vahvistunut ja siitä on hyötyä oman ammatillisen kasvun tiellä.

2 YKSILÖVASTUINEN HOITOTYÖ

2.1 Omahoitajuus

Yksilövastuisen hoitotyön perustana on potilaan ja hoitajan välinen hoitosuhde, jossa molemmat työskentelevät potilaan sen hetkisen terveyden edistämiseksi. Hyvä hoitosuhde perustuu potilaan sekä tarvittaessa hänen läheistensä ja oma-

hoitajan väliseen tasa-arvoiseen ja luottamukselliseen vuorovaikutukseen. Potilas elää ainutlaatuista elämäntilannetta ja hoitaja tuo oman ammatillisuutensa potilaan käyttöön yhteistyösuhteessa. Tavoitteena on vuorovaikutuksellinen dialogi, jossa kumpikaan ei käytä valtaa toiseen. Lisäksi kohtaamisen tavoitteena on potilaan terveyttä edistävien tekijöiden lisääminen ja sitä uhkaavien tekijöiden vähentäminen. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2004, 13, 51; Virtanen 2002, 24 – 27.)

Yksilövastuuisen hoitotyön periaatteita ovat potilaskeskeisyys, yksilöllinen vastuullisuus, hoitotyön itsenäisyys ja jatkuvuus, kokonaisvaltaisuus, sekä hoidon ja hoitotyön koordinointi. (Virtanen 2002, 27.)

Yksilöllisyyden periaatteena on, että jokainen potilas on ainutkertainen yksilö ja arvokas olento. Tämän periaatteen mukaan jokainen hoitotilanne lähtee potilaan tarpeista. Potilaalle nimetään hänen hoitojaksonsa ajaksi omahoitaja, jonka tarkoituksena on edistää yksilöllisen hoidon toteutumista. Omahoitaja ja potilas suunnittelevat yhdessä potilaan hoitojakson, joka perustuu potilaan tarpeisiin ja lääkärin määräyksiin. Näin he sitoutuvat hoitosuunnitelman toteuttamiseen. Omahoitaja huolehtii, että potilaan hoitotyö sujuu tehdyn hoitosuunnitelman mukaisesti ja sitä muutetaan ainoastaan potilaan tilanteen muuttuessa. Näin omahoitaja on yhteistyössä myös muiden hoitoon osallistuvien henkilöiden kanssa. Omahoitajalla on suunnitteluvastuu koko hoitojakson ajan, 24 tuntia vuorokaudessa. Ja tehtävänä on vastata sovituista vastuualueista potilaan hoidossa koko potilaan hoitojakson ajan. Omahoitajan tilalle nimetään tarvittaessa korvaava hoitaja ja hoitovastuu siirtyy tällöin hänelle. Näin potilaan ei tarvitse kertoa asioistaan monille eri hoitajille. (Kassara ym. 2004, 13, 51; Åstedt-Kurki, Paavilainen & Pukuri, 2007, 31 – 33.)

Yksilövastuuisen hoitotyön toteuttamiseksi omahoitaja- ja omalääkärijärjestelmä ovat hyviä keinoja. Järjestelmä on kuitenkin haavoittuvainen, esimerkiksi henkilökunnan vaihtuminen rikkoo helposti kokemuksen hoidon jatkuvuudesta ja asia-

kaskeskeisyydestä. Näin potilas ei aina tiedä, kuka hänen hoidostaan on vastuussa ja keneen voi ottaa yhteyttä. (Raudasoja 2007, 75 - 77.)

Nymanin (2006) tutkimuksessa selvitettiin yksilövastuisen hoitotyön toteutumista potilaiden arvioimana. Tutkimuksen tulosten perusteella yksilövastuisen hoitoyön periaatteet toteutuivat hyvin. Ilman omahoitajaa oli jäänyt kolmeneljäsosaa vastaajista tai he eivät olleet tietoisia omahoitajan nimeämisestä. Tulosten perusteella omahoitajan nimeäminen lisää turvallisuuden tunnetta hoidossa. Omaisten huomioiminen hoidossa oli toteutunut heikosti. (Nyman 2006, 40 – 52.)

Åsted-Kurki ym. (2007) kertovat artikkelissaan potilaiden kokemuksista, joiden mukaan omahoitajien koetaan olevan vastuullisempia ja toimivan kokonaisvaltaisemmin kuin muut hoitajat. Tyytyväisimpiä hoitoonsa olivat ne potilaat, joilla oli ollut omahoitaja. Lisäksi potilaat kokivat että omahoitajalla oli heille aikaa ja hänellä oli asiantuntemus heidän tilanteeseen. (Åstedt-Kurki ym. 2007, 31 – 33.)

2.2 Vuorovaikutuksellinen ohjaus

Toimivan vuorovaikutuksellisen potilasohjauksen tavoitteena on, että hoitaja tukee, auttaa ja opastaa potilasta yhteistyössä potilaan kanssa. Ohjauksen lähtökohtana on huomioida potilaan aikaisemmat tiedot, elämäntilanne ja kokemukset. Onnistunut ohjaus edellyttää potilaan itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden kunnioittamista sekä potilaan omaa kykyä tehdä päätöksiä ja vastata valinnoistaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 255.)

Ohjausta annetaan usein suullisesti, koska vuorovaikutusta pidetään ohjauksen kulmakivenä. Henkilökohtainen suullinen ohjaus mahdollistaa potilaan tarpeista lähtevän ohjauksen, jatkuvan palautteen antamisen sekä motivaation tukemisen. Ohjaukseen tulee varata aikaa, jolloin potilaalle syntyy mielikuva kiireettömästä ja henkilökohtaisesta ohjaustapahtumasta. Potilasohjauksen tulee tapahtua tilassa,

joka on rauhallinen ja äänieristetty. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 211; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 28.)

Potilaalla on oikeus laadukkaaseen ohjaukseen ja se on osa asianmukaista ja hyvää hoitoa. Ohjauksen asianmukainen resursointi on tärkeää, koska se vaikuttaa potilaslähtöiseen vuorovaikutteisesti rakennettuun, aktiiviseen sekä tavoitteelliseen toimintaan. Yleisemmin puutteita potilasohjauksessa ovat riittämätön hoitohenkilöstön resursointi, välineistön saatavuus ja tilojen puutteellisuus. Ajan tasalla olevasta kirjallisesta ja audiovisuaalisesta ohjausmateriaalista on ollut myös puutetta (Kääriäinen 2008, 10 – 14.)

Kotiutumisvaiheessa riittävän ohjauksen varmistaminen on tärkeää, koska hoidon jatkuminen jää potilaan omalle ja heidän omaistensa vastuulle. Hoidon jälkeisten ongelmien tunnistaminen ja ehkäisy ovat tärkeitä kotiutusvaiheessa. Laadukas ohjaus on sidoksissa potilaan ja hoitajan yksilöllisiin taustatekijöihin kuten arvoihin, terveydentilaan, sukupuoleen ja perhetaustaan. Onnistuneella ohjauksella on vaikutusta potilaiden terveyteen ja sitä edistävään toimintaan. (Kääriäinen 2008, 10 – 14.)

Ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa sanallinen viestintä on vain pieni osa. Tämän vuoksi on kiinnitettävä huomiota viestinnän selkeyteen ja yksiselitteisyyteen. Sanattoman viestinnän osuus vuorovaikutuksessa on nykykäsityksen mukaan jopa yli puolet. Sanatonta viestintää ovat esimerkiksi eleet, ilmeet ja kehon kieli. Näillä pyritään tukemaan, täydentämään tai jopa korvaamaan sanallista viestintää. Sanattoman viestinnän kontrollointi on vaikeaa, koska niitä lähetetään paljon myös tiedostamattomasti. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 38 – 39.)

Lyhentyneiden sairaalassaoloaikojen vuoksi kirjallisen ohjausmateriaalin käyttötarve on korostunut. Potilaat kokevat hyvänä saada erilaiset hoitoon liittyvät ohjeet suullisen ohjauksen lisäksi myös kirjallisena. Näin potilas voi tukeutua niihin ja tarkastaa tietoja niistä myös itsekseen. Kirjallisesta materiaalista potilaat saavat lisää tarvitsemaansa tietoa omasta sairaudestaan ja sen hoidosta, komplikaatiois-

ta ja lääkityksestä. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Raudasoja (2007) tutkimuksessa potilaat halusivat olla ajan tasalla, tietää mitä tapahtui ja miksi, lisäksi he kaipaivat enemmän ja toistuvasti ohjausta ja tietoa. Kirjallisiin ohjeisiin perehtyminen jäi potilaiden itsensä varaan tai niitä ei annettu lainkaan. Lisäksi he odottivat perusteellisempaa ohjausta kotihoitoon. (Raudasoja 2007, 72 – 73.)

2.3 Tuen merkitys

Emotionaalinen tuki

Emotionaalinen tukeminen ei aina vaadi erityistä sanomista tai tekemistä. Usein pelkkä läsnäolo ja potilaan vieressä istuminen on riittävää. Hoitaja voi kosketuksen avulla viestiä potilaaseen kohdistuvaa ymmärrystä ja myötätuntoa, esimerkiksi kädestä pitäminen voi rauhoittaa. Syöpäpotilaan saama emotionaalinen tuki auttaa häntä ja hänen läheisiään selviytymään tunnereaktioista, joita sairastuminen aiheuttaa. Emotionaalisen tuen on todettu vähentävän potilaiden psyykkisiä ja fyysisiä oireita ja lisäävän heidän positiivista asennettaan elämään. Hoitajien on tärkeää huomioida potilaiden tunnetilat, sillä ne vaikuttavat toipumiseen, jäljellä olevaan elinaikaan ja elämänlaatuun. Emotionaalisen tuen avulla potilaat ja heidän läheisensä voivat elää henkisesti tasapainoista elämää sairaudesta huolimatta. (Kuuppelomäki 2000, 130, 139, 146.)

Tiirisen (2006) tutkimuksessa syöpää sairastavien avannepotilaiden hoitajilta saama emotionaalinen tuki jakautui toivoa rakentaviin ja toivoa uhkaaviin ulottuvuuksiin. Toivoa rakentavia ulottuvuuksia olivat muun muassa tiedollinen tuki, vuorovaikutuksellinen tuki ja turvallisuuden tunteen lisääminen. Vuorovaikutuksellinen tuki oli hoitajien antamaa kannustusta, keskustelua, ystävällistä ja kohteliasta käytöstä. Potilaat kokivat tärkeäksi mahdollisuuden kertoa asioistaan ja tulla kuulluksi. Tärkeä osa emotionaalista tukea oli ystävällinen ja kohtelias käytös. Tutkimuksessa ilmeni myös, että osa potilaista koki jääneensä ilman emotionaalista tukea ja heidät jätettiin yksin. Hoitajat eivät rohkaisseet potilaita keskuste-

luun ja aikaa tuntui olevan liian vähän potilaan kohtaamiseen. (Tiirinen 2006, 42 – 43.)

Raudasojan (2007) mukaan rintasyöpäpotilaat kokivat tärkeänä, että heidän mielipiteitään, toiveitaan ja tarpeitaan kuunneltiin ja näin heille syntyi myönteisiä kokemuksia. He arvostivat myös sitä, että heille annettiin tilaa purkaa mielipahansa sekä kertoa ja kysyä, osallistua ja vaikuttaa omaan hoitoonsa. (Raudasoja 2007, 72 – 73.)

On tärkeää, että potilaalla on hoidon alkuvaiheessa mahdollisuus puhua ongelmistaan ja häntä askarruttavista asioista. ”Sairauden alkuvaiheessa tulisi selvittää minkälaiset voimavarat potilaalla itsellään on selviytyä sairaudesta henkisesti ja tunnistaa ne potilaat jotka tarvitsevat erityistukea.” (Hietanen & Vainio 1991, 51, 55.)

Vertaistuki ja läheiset

Ruishalmen & Saariston (2007) mukaan samaa kokeneiden kohtaaminen antaa ymmärrystä ja tilaa surulle. Heidän kanssaan voi jakaa kokemuksia ja tuntemuksia keskenään. Tämä voi kantaa eteenpäin, helpottaa kun kuulee, että joku muukin on kokenut vastaavaa. Vertaisilta voi saada ideoita siitä, mikä auttaa ja helpottaa. Toisten selviytymiskeinojen ja erilaisten lohdutusten muotojen jakaminen auttavat ja tuntuvat hyvältä. (Ruishalme & Saaristo 2007, 106, 115.)

Syöpää voidaan ajatella koko perheen asiana, koska syöpädiagnoosi vaikuttaa sekä potilasiin että heidän perheisiinsä. Syöpädiagnoosi voi herättää monenlaisia tunteita potilaan läheisissä. He voivat tuntea vihaa, turhautumista, ahdistusta, hätää, eristäytyneisyyttä ja toivottomuutta. Sosiaalisen ja psyykkisen tuen tarjoaminen perheelle voi toimia tehokkaana stressin suojana sopeutuessa sairauteen. Perheiden kanssa keskustelu auttaa heitä selviytymään syöpädiagnoosista. Sosiaalinen tuki on paras tekijä ennustettaessa potilaiden, heidän puolisoitten ja

kumppaniensa sopeutumista syöpädiagnoosiin. (Duhamel & Dupuis, 2004, 68 – 69.)

3 RINTASYÖVÄN VAIKUTUKSET HYVINVOINTIIN

3.1 Kriisi

Elämän varrella ihminen kohtaa erilaisia kriisejä. Kriisi on tapa reagoida menetykseen tai uhkaan siitä, että on menettämässä jotakin tärkeää. Kriisin tullessa elämän tasapaino järkkyy. Syöpään sairastumista voidaan kutsua traumaattiseksi kriisiksi. Se on yhtäkkinen, suurta tuskaa ja murhetta aiheuttava menetys tai kokemus, johon ei ole voinut varautua. Traumaattinen kriisi rikkoo hyvinvoinnin kokemuksen ja muuttaa normaalin elämäntilanteen. (Ruishalme & Saaristo, 2007, 26 – 27, 37 – 38.)

Kriisiprosessi kulkee sokkivaiheesta selviytymiseen. Nämä vaiheet eivät aina erotu selkeästi toisistaan ja ne voivat ilmetä potilailla eri tavoin. Sokkivaiheessa käyttäytyminen ja reagointi ovat yksilöllistä. Ruishalme & Saaristo (2007) toteavat, että sokkivaiheessa mieli ikään kuin suojautuu asioilta, joita se ei pysty ottamaan vastaan ja tapahtuneen tiedostaminen todeksi tapahtuu vähitellen. Toinen vaihe on reagointivaihe, jossa tunteet tulevat esille ja ne ovat erittäin voimakkaita. Tapahtuneen merkityksen tiedostaminen alkaa. Myös fyysiset reaktiot, kuten unettomuus, pahoinvointi ja huimaus ovat tavallisia. (Ruishalme & Saaristo, 2007, 64 – 74.)

Seuraava vaihe on kriisin työstämis- ja käsittelyvaihe, jonka keskeisin tehtävä on muun muassa traumojen työstäminen ja uuteen tilanteeseen sopeutuminen. Uudelleen orientoitumisvaiheessa tunteet ja mielikuvat ilmaistaan ja käsitellään. Tapahtuneen hyväksymisen myötä sopeutuminen uuteen tilanteeseen alkaa. Kriisin

jälkeen uuden elämän aloittaminen on pitkä prosessi ja elämä rakentuu pikkuhiljaa uudelleen. (Ruishalme & Saaristo, 2007, 64 – 74.)

3.2 Psyykkisen ja fyysisen minän muutokset

Lehden (2000) mukaan ihminen on kokonaisuus, jonka hyvinvointi rakentuu monesta osatekijästä. Psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin ollessa tasapainossa voidaan terveyttä pitää normaalina ja tavoiteltavana. Ihmisen sairastuessa syöpään hänen hyvinvointinsa horjuu aina jollakin tavalla. Tämä aiheuttaa erilaisia muutoksia ja ongelmia, jotka voivat johtua sairauden diagnoosin kuulemisesta, sairaudesta itsestään tai sairauden erilaisista raskaista hoidoista. (Lehti, 2000, 68.)

Sairastuminen aiheuttaa voimakkaita tunnereaktioita kuten järkytystä, vihaa, katkeruutta, epävarmuutta, syyllisyyttä, häpeää, yksinäisyyttä, masennusta, ahdistusta ja kuolemanpelkoa. Nämä asiat laittavat ihmisen psyykkiset voimavarat koetukselle. Edellä mainittujen asioiden havaitseminen perustuu potilaan kuunteeluun, tarkkailuun ja hänelle esitettyihin kysymyksiin. Potilaat eivät aina kerro oma-aloitteisesti tunteistaan, mutta kysymysten avulla hoitaja voi saada tietoa potilaan ajatuksista ja tunnetiloista. Esimerkiksi kysymys ”Miten sinä voit?” suo potilaalle mahdollisuuden kertoa mielialastaan ja voinnistaan. (Kuuppelomäki, 2000, 130 – 136, 141 - 142.)

Psyykkisen tasapainon löytämiseksi potilaan on hyvä tietää, että hoidon loppumiseen liittyy usein psyykkistä ahdistusta, mutta vähitellen luottamus paranemiseen kasvaa ja hän saavuttaa toimintakykynsä. (Hietanen & Vainio, 1991, 56.)

Rintasyöpäleikkauksen jälkeen nainen voi tuntea itsensä rikkinäiseksi ja vaillinaiseksi ja hän voi kyseenalaistaa oman naiseutensa. Naiset kokevat eri tavoin rinnan menetyksen tai sen muuttumisen. Toisille rinta on erittäin tärkeä itsetunnon ja naisellisuuden kannalta ja toisille se ei taas ole niin merkityksellinen. Naisen

ulkoinen minäkuva muuttuu syöpähoitojen myötä ja muuttuminen voi olla ahdistusta aiheuttava kokemus. Rintasyöpäpotilas saattaa tuntea itsensä naisena huonoksi, itsetunnon lasku ja itsesääli ovatkin usein läheisiä vieraita. (Lehti 2000, 85; Rintasyöpäpotilaan opas 2005, 31 – 32, 34.)

Rosenberg (2000) mukaan syövän ja syöpähoitojen vaikutus potilaan seksuaalisuuteen voidaan jakaa psyykkisiin ja toiminnallisiin ongelmiin, jotka vaikuttavat toisiinsa. Potilaan kykyyn selviytyä tässä tilanteessa vaikuttavat ratkaisevasti suhtautuminen seksuaalisuuteen, parisuhde, elämäntilanne sekä sairauden laatu ja hoitomuodot. (Rosenberg 2000, 174.)

Rintasyöpään sairastunut joutuu sairauden ja hoitojen vuoksi usein vastakkain kipeiden, naiseuteen liittyvien kysymysten kanssa. Nämä ongelmat voivat huonontaa elämisen ja parisuhteen laatua. Seksuaalisuus voi toisaalta myös syventyä sairastumisen myötä, kun läheisyyden, yhteenkuuluvaisuuden ja jakamisen tarve korostuvat. (Selviytyjän matkaopas, 2004, 48; Rosenberg 2000, 172.)

3.3 Sosiaalisen elämän muutokset

Sairastuminen syöpään ei ole pelkästään yksilöä itseään koskeva tilanne, vaan se vaikuttaa hänen sosiaaliseen elämäänsä. Ihminen on sosiaalinen olento, jonka sosiaalisen ympäristön osa, eläen yhdessä muiden kanssa tai heidän keskuudessaan. Sairastuminen vaikuttaa väistämättä näihin vuorovaikutussuhteisiin. Vuorovaikutuksen ollessa ongelmatonta, on potilaan helpompi sopeutua sairauteen, keskustella ajatuksistaan sekä kokemuksistaan ja tunteistaan eri henkilöiden kanssa. Ikä ja vointi sekä hoidot ja sairauden ennuste vaikuttavat sairastuneen sosiaaliseen elämään. (Kuuppelomäki, 2000, 160 - 162; Kuuppelomäki, 1997, 76.)

Hietasen (1991) mukaan sairastuminen vaikuttaa suuresti myös potilaan lähiomaisiin. Perheen tai läheisten huomioiminen jo hoidon alkuvaiheessa auttaa

heidän sopeutumistaan sairauteen. Potilaan ja omaisten välisen suhteen ollessa läheinen, on heidän helpompi vastaanottaa vaikeita tietoja. Omaisten tärkeänä tehtävänä on toimia potilaan emotionaalisena tukijana. Tämän on todettu lisäävän potilaan sitoutumista hoitoonsa sekä vähentävän negatiivisia kokemuksia. (Hietanen 1991, 36; Eriksson 2000, 226.)

Perhekeskeisessä hoitotyössä otetaan perhe huomioon ja oleellista on, että huomioidaan potilaan ja hänen perheenjäsentensä tarpeet sekä vastataan niihin. Omahoitaja huolehtii yhteistyöstä potilaan läheisten kanssa ja on aktiivisessa suhteessa heihin. Hyvään hoitamiseen kuuluu perheiden tervehtiminen, kunnioittava ja avoin kohtelu, sekä ilmapiirin myönteisyys perheenjäsenten läsnäololle. Oikean tiedon ja ohjauksen antaminen ja perheen tukeminen hoitoon osallistumisessa mahdollisuuksien mukaan kuuluvat myös hyvään hoitamiseen. Perheet eivät koe aina saavansa tarvitsemaansa tietoa ja tukea terveydenhuollossa. Perheen kohtaamattomuudelle selityksenä käytetään usein ajanpuutetta. (Åstedt-Kurki, Paavilainen & Pukuri, 2007, 31 – 33.)

4 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TEHTÄVÄT

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää rintasyöpäpotilaiden kokemuksia omahoitajuudesta heidän ollessaan potilaana Keski-Suomen keskussairaalan operatiivisella osastolla. Tutkimustulosten perusteella osaston henkilökunta voi arvioida ja hyödyntää tuloksia kehitettäessä omahoitajuutta.

Tutkimustehtävät:

1. *Minkälaista tukea rintasyöpäpotilaat saivat omahoitajalta?*
2. *Miten vuorovaikutussuhde toimi omahoitajan kanssa?*

3. *Minkälaisia odotuksia rintasyöpäpotilailla oli omahoitajuuden suhteen osastohoidon aikana?*

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus ja se toteutettiin teemahaastatteluna. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Asiakaspalautetta voidaan hankkia asiakkaalta ennen palveluun tuloa, palvelun aikana tai palvelun jälkeen. Yksilöhaastattelu on laadullisista menetelmistä yleisin ja se voidaan toteuttaa teemahaastatteluna. Teemahaastatteluun on etukäteen mietitty teema-alueet, joita halutaan kysyä. Haastattelussa voidaan täydentää ja selittää kysymyksiä ja näin saadaan vastaus kaikkiin kysymyksiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157; Hirsjärvi & Hurme 2009, 34 – 35, 47.)

Haastattelun etuna on, että voidaan selventää vastauksia esittämällä lisäkysymyksiä ja haastatteluaiheiden järjestystä on mahdollista säädellä. Haastattelutilanteessa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa, joka luo mahdollisuuden suunnata tiedonhankintaa itse tilanteessa. Lisäksi on mahdollista saada esiin vastausten taustalla olevia motiiveja. Haastattelijan tehtävänä on välittää kuvaa haastateltavan ajatuksista, käsityksistä ja kokemuksista sekä tunteista. Ei- kielelliset vihjeet auttavat ymmärtämään vastauksia ja niiden merkityksiä jopa toisin, kuin alussa ajateltiin. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 34 - 35, 41.)

Teemahaastattelussa yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee keskeisten teemojen varassa. Tämä menetelmä on puolistrukturoitu menetelmä. Siltä puuttuu strukturoidulle lomakehaastattelulle oleellinen kysymysten tarkka muoto ja järjestys. Haastattelun avulla pyritään keräämään luotettava aineisto,

jonka pohjalta voidaan tehdä tutkittavaa ilmiötä koskevia päätelmiä. Teema-alueet edustavat teoreettisten pääkäsitteiden spesifioituja alakäsitteitä tai -luokkia. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 48, 66.)

Teemahaastattelussa esihaastattelut ovat välttämätön ja tärkeä osa, joiden avulla haastatteliija harjaantuu tehtäväänsä. Tarkoituksena on testata varsinaista haastattelurunkoa, jota voidaan muokata esihaastattelujen jälkeen. Esihaastattelussa selviää myös haastattelujen keskimääräinen pituus. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 72 – 73.)

Haastattelut tallennetaan, se nopeuttaa haastattelutilannetta ja tekee siitä sujuvamman. Haastattelujen nauhoittaminen säilyttää puhutut asiat alkuperäisessä muodossa ja helpottaa analyysivaihetta, lisäksi tiedot pysyvät luotettavassa muodossa. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 92).

5.2 Kohderyhmän valinta ja aineistonkeruu

Tässä tutkimuksessa haastateltavat olivat Keski-Suomen sairaanhoitopiirin potilaita, jotka ovat olleet rintasyöpäleikkauksessa ja hoidossa keskussairaalassa. Tutkimuslupa saatiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin operatiivisen toimialueen johtajalta (liite 1.) Yhteyshenkilönä toimi osastonhoitaja, joka informoi osastokokouksessa henkilökuntaa (liite 2.). Osastolla työskentelevät sairaanhoitajat jakoivat suostumuslomakkeita (liite 3.) potilaille kahden ja puolen viikon ajan. Lomakkeita tulostettiin tässä vaiheessa jaettavaksi yhteensä 30 kappaletta. Potilaat palauttivat täytetyt lomakkeet sairaanhoitajalle ja näiden perusteella tutkimukseen halukkaita oli viisi, joista kaksi perui haastattelun. Peruutuksista johtuen lomakkeiden jakoa jatkettiin vielä viikon ajan, tuolloin toimitettiin 10 lomaketta lisää jaettavaksi. Tämän perusteella yksi potilas ilmaisi halukkuutensa osallistua tutkimukseen, mutta hän perui kuitenkin osallistumisensa. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista.

Tutkimukseen osallistui lopulta kolme haastateltavaa. Ensimmäinen haastattelu toimi esihaastatteluna. Se otettiin mukaan tutkimukseen haastateltavien vähäisyyden vuoksi ja koska teemahaastattelurunko (liite 4.) todettiin hyvin toimivaksi. Kolmesta haastattelusta kaksi toteutettiin keskussairaalassa, tähän tarkoitukseen varatussa rauhallisessa huoneessa. Yksi haastattelu suoritettiin haastateltavan kotona. Haastattelut tehtiin rauhallisessa ympäristössä ilman keskeytyksiä.

Ennen haastatteluja nauhoitusvälineistön kunto tarkastettiin ja testattiin. Tutkijat osallistuivat potilaiden haastatteluihin yhdessä, jolloin heillä molemmilla oli mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä ja havainnoida haastattelutilannetta, näin varmistettiin mahdollisimman syvällisen tiedon saanti. Haastattelut nauhoitettiin käsisanelukoneella ja ne kestivät 45 – 60 minuuttia. Puhtaaksikirjoitettua tekstiä kertyi 22 sivua (kirjasinkoko 12 ja riviväli 1,5).

5.3 Aineiston analyysi

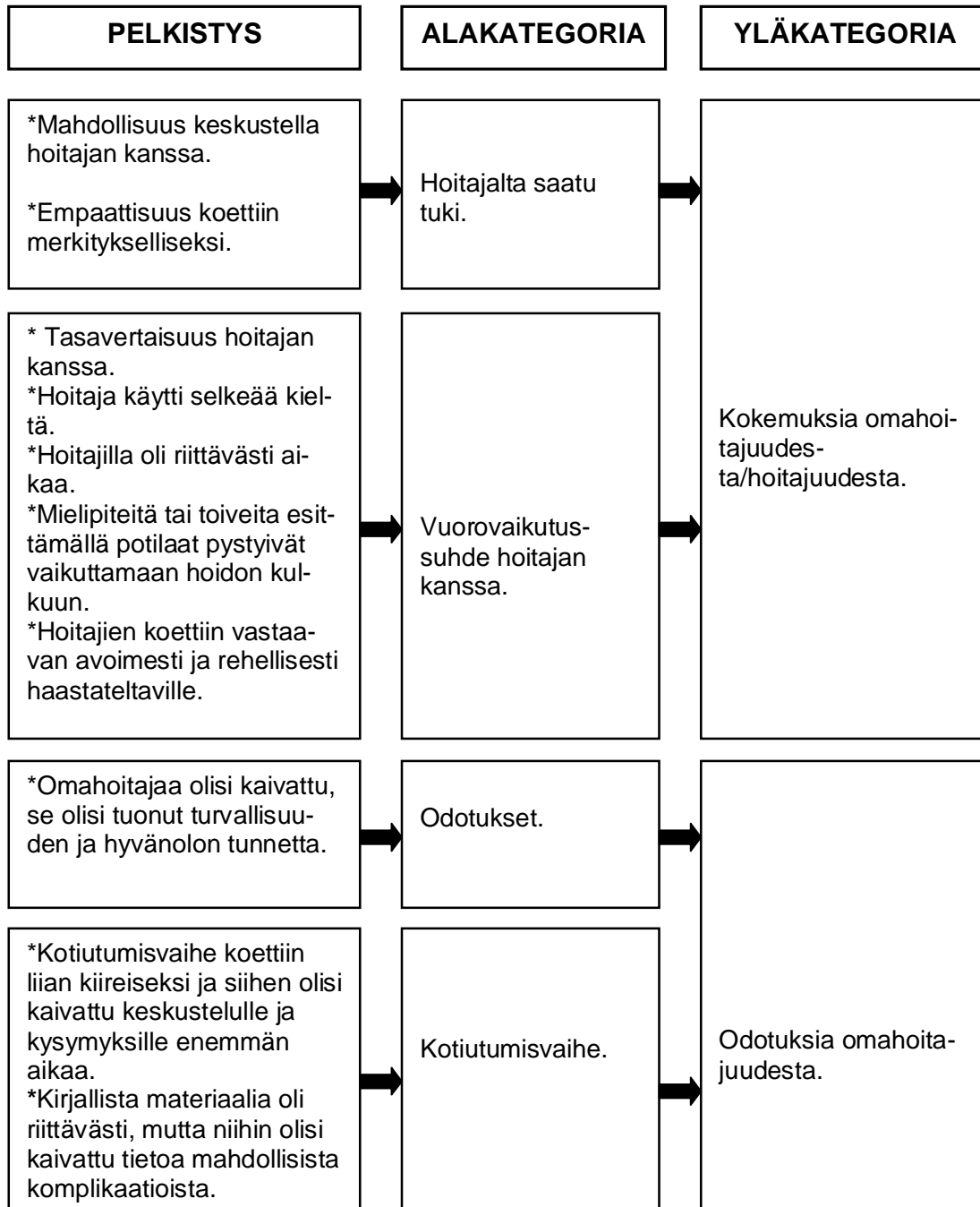
Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikatiota. Olennaista on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Tämän avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21 - 23.)

Aineiston luokittelu on olennainen osa analyysia. Tärkeät asiat kerätään yhteen ja ne luokitellaan, järjestetään eri teemojen mukaan tai tyypitellään aineisto. Luokittelulla jäsennetään tutkittavaa ilmiötä vertailemalla aineiston eri osia toisiinsa. Tämän jälkeen kirjoitetaan yhteenveto. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 147.)

Nauhoitetut haastattelut auki kirjoitettiin sanatarkasti haastattelujen jälkeen. Ylös kirjattiin myös muita huomioita, kuten haastattelun ilmapiiri ja tauot. Kun haastattelut oli auki kirjoitettu, aloitettiin sisällön analyysiprosessi lukemalla läpi haastattelut useaan kertaan. Molemmat tutkijat lukivat erikseen haastattelut lävitse ja tekivät merkintöjä esille nousseista asioista, jonka jälkeen etsittiin vastauksia tut-

kimustehtävään. Esille nousseet asiat pelkistettiin, samankaltaisuudet yhdistettiin, jonka jälkeen aineisto luokiteltiin teema-alueiden mukaisesti. Näin muodostui ylä- ja alakategoriat. Tulosten raportoinnissa käytettiin suoria lainauksia elävöittämään työtä ja lisäämään tutkimustulosten luotettavuutta.

6 TUTKIMUSTULOKSET



KUVIO 1. Tulokset tiivistetysti

6.1 Omahoitajalta saatu tuki

Keskustelu ja tunteiden käsittely

Tutkimustuloksista ilmeni, että haastateltavilla oli mahdollisuus keskustella hoitajien kanssa ja se koettiin tärkeäksi, vaikka he olivat käsitelleet sairastumistaan läheisten kanssa ennen sairaalantuloa. Haastateltavat mainitsivat myös syöpähoitajan kanssa käydyt keskustelut merkitykselliseksi ja heillä oli mahdollisuus tavata häntä useamman kerran osastohoidon aikana.

Kaikkien haastateltavien mielestä heillä oli mahdollisuus käsitellä tunteita hoitajien kanssa, ja niiden ilmaiseminen oli helppoa. Yksi haastateltavista koki, että kaikkia hoitajia ei kuitenkaan ollut helppo lähestyä.

”Koin, että äkkiä tutustui hoitajien kanssa. Pysty sanomaan mitä halus, jos tuntuu pahalta oisin pystynyt sanomaan sen.”

”Käytiin kuitenkin hoitajan kanssa koko syöpäasiaa läpi. Se oli helpompaa kun pääsi itse purkamaan sen siellä ite.”

Emotionaalinen ja konkreettinen tuki

Tutkimuksessa nousi esille kokemus hoitajien empaattisuudesta, joka koettiin erityisen merkitykselliseksi. Eräs haastateltavista koki tärkeäksi sen, että hoitaja kuunteli ja keskusteli hänen kanssaan myös muista mieltä painavista asioista, jotka hänen elämässään vaikuttivat. Yksi haastatelluista toi esille hoitajalta saamaa fyysistä tukea, hän koki sen yhtä tärkeäksi, kuin empaattisen tuen.

”Näki että nää hoitajat kehe mää tutustuin, tekee työtä sydämellä, eikä sen takia että siitä saa palkkaa.”

”Käsi hipasee ja se on jo semmonen lämmin tunne, että potilas tuntee ittensä tärkeäksi.”

Huonetovereiden merkitys

Tutkimuksen tuloksissa nousi esille vertaistuen merkitys. Potilaat kokivat tärkeäksi sen, että samassa potilashuoneessa oli muita rintasyöpäleikattuja potilaita.

”Sillä eka porukalla meillä oli oikein hyviä keskusteluja. Toinen huonetovereista oli rintasyöpäleikattu ja käytännön vaivat oli samanlaiset.”

6.2 Vuorovaikutussuhde hoitajan kanssa

Tasavertaisuus

Kaikki haastateltavat kokivat olevansa tasavertaisia hoitajien kanssa. Vuorovaikutus oli avointa ja kaikista asioista pystyttiin keskustelemaan avoimesti ja rehellisesti.

Kielellinen selkeys

Pääosin hoitajat puhuivat selkeää ja ymmärrettävää kieltä, tarvittaessa potilaat pyysivät hoitajia selventämään suomenkielelle. Kaikki haastateltavat toivat esille tyytyväisyytensä kielelliseen vuorovaikutukseen.

Aika

Haastateltavat toivat esille, että hoitajilla oli aina tarvittaessa aikaa heille. Haastateltavat kokivat merkityksellisinä hoitajien esittämät kysymykset: Kuinka voit? Onko kaikki hyvin?

”Mutta kyllä huomaa, että hoitajat on todella kiireisiä, mutta sitten kun mä tarviin apua, hoitajalla on aikaa. Kyllä tuntu, että olen ainut potilas siellä osastolla, että hoitajalla on vaan minut.”

Omaiset/läheiset

Tutkimuksessa ilmeni, että haastateltavien puolisoa tai perhettä oli huomioitu osastohoidon aikana vain vähän tai ei lainkaan. Hoitajien yhteydenpito rajoittui lähinnä tervehtimiseen. Haastateltavat toivat esille, että hoitajat olivat kuitenkin kiinnostuneita läheisten suhtautumisesta sairastumiseen ja toimenpiteen jälkeen kotona selviytymiseen.

Mielipiteet ja hoitoon vaikuttaminen

Vastauksista ilmeni, että haastateltavat olivat luottavaisia saamaansa hoitoon. Esittämällä mielipiteitä tai toiveita he pystyivät vaikuttamaan oman hoitonsa kulkuun. Yksi haastateltava koki erityisen merkityksellisenä tuoda esille omia mielipiteitään ja tarpeitaan osastohoidon aikana.

”Tuota oli omia mielipitteitä, omia ideoita, kysymyksiä. Mitä vaan pystyttiin tehtiin sen mukkaan, mikä tuntui hyvälle. Tunsin sillä lailla että mentiin minun ehdoillani, eikä hoitajan. Kyllä homma toimi todella hyvin”

Avoimuus ja rehellisyys

Hoitajien koettiin vastaavan avoimesti ja rehellisesti haastateltaville. He kokivat tärkeänä, että asioista puhuttiin suoraan. Tutkimuksessa ilmeni, että haastateltavat tarkkailivat myös hoitajien ilmeitä ja eleitä keskustelujen aikana ja myös nämä tukivat sanallista viestintää.

”Hoitaja kahtoo silimiin, niin ilme paljastaa tarkottaako jottain muuta mitä hän sannoo. Kyllä mää sain ihan suorat rehelliset vastaukset.”

6.4 Odotukset omahoitajuudesta

Odotukset

Haastateltavat olisivat kaivanneet omahoitajaa. Se olisi tuonut turvallisuuden ja hyvän olon tunnetta, lisäksi olisi joku, jolla on kokonaiskäsitys tilanteesta. Tulosten perusteella omahoitaja ei kuitenkaan ole välttämätön, koska vuorovaikutus toimi hoitajien kanssa.

”Periaatteessa olen sitä mieltä, että omahoitajuus on hyvä asia.”

Kotiutumisvaihe

Lähtötilanteet koettiin liian kiireisiksi ja niihin olisi kaivattu riittävästi keskusteluaikaa omahoitajan kanssa. Haastateltavat toivat esille, että kiireen vuoksi kysymyksiä jäi esittämättä. Kirjallista materiaalia oli riittävästi, mutta niihin olisi kaivattu tietoa mahdollisista komplikaatioista ja käytännön ongelmista. Haastateltavien mielestä sairaalaan oli helppo ottaa yhteyttä kotiuduttua, koska he olivat saaneet selkeät yhteystiedot.

”Siihen lähtötilanteeseen olisin kavainnu semmosta lähtökeskustelua justiin myöhäisempää varten. Mun kohalla kun asiat ei menny käsikirjotuksen mukaan, et siinä tuli semmosta omaa arpomista.”

7 POHDINTA

7.1 Luotettavuus ja eettiset kysymykset

Hirsjärven & Hurmeen (2009) mukaan haastatteluaineiston luotettavuus riippuu sen laadusta. Laadukkuutta voidaan tavoitella etukäteen siten, että tehdään hyvä haastattelurunko. Teemojen syventäminen ja vaihtoehtoisten lisäkysymysten

muotojen miettiminen etukäteen ovat eduksi laadukkaan aineiston keruussa. Haastattelun aikana voidaan myös vaikuttaa laatuun huolehtimalla teknisen välineistön kunnosta. Haastattelupäiväkirjaan voidaan kirjata huomioita haastateltavasta ja ympäristöstä, näiden huomioiden avulla voidaan helpottaa myöhempää tulkintaa. Aineiston käsittelyn vaiheessa laatua parantaa se, että haastattelu litteroidaan nopeasti. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 184 – 185.)

Tutkimukseen osallistuvat henkilöt ovat mukana vapaaehtoisesti, eikä haastateltavien henkilöllisyys paljastu tutkimuksen missään vaiheessa. Tärkeimpiä eettisiä periaatteita ovat muun muassa informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 20.)

Tutkimukseen suostumuksen antaneisiin potilaisiin otettiin yhteyttä ja heille kerrottiin tutkimuksen toteuttamisesta, luottamuksellisuudesta ja vapaaehtoisuudesta. Näistä asioista oli myös kerrottu suostumuskirjeessä, jonka he saivat sairaalassa. Lisäksi tutkittavilta pyydettiin vielä lupa haastattelun nauhoitukseen ennen sen aloittamista. Haasteltavilla oli mahdollisuus ottaa yhteyttä tutkijoihin tutkimukseen liittyvissä asioissa puhelimitse. Litterointi tapahtui samana päivänä haastattelujen kanssa. Tutkimusaineisto säilytettiin huolellisesti ja litteroinnin jälkeen ääninauhat ja suostumusasiakirjat tuhottiin. Tutkimuksen tuloksia käsiteltäessä huomioitiin, ettei tutkittavien henkilöllisyyttä voi tunnistaa. Hyvin yksilölliset asiat jätettiin tarkoituksella pois.

Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että haastattelijoita oli kaksi. Varsinaista haastattelua tekevä henkilö suoritti haastattelut sovitun haastattelurungon mukaisesti. Haastattelurunko suunniteltiin huolellisesti etukäteen, niin että haastateltavat antaisivat mahdollisimman kuvaavia vastauksia. Tarvittaessa toinen haastattelija esitti lisää tarkentavia kysymyksiä ja huolehti nauhoitusvälineistön toimivuudesta. Haastattelutilanteet muistuttivat enemmän keskustelua, kuin haastattelua, joka etenee kysymys kysymykseltä. Haastattelut tapahtuivat luontevasti arkikiel-

lä. Vuorovaikutus oli avointa ja tasavertaista. Litteroinnit tapahtuivat heti haastattelujen jälkeen, jolloin asiat olivat vielä tuoreessa muistissa.

Haastatteluiden alussa kerrottiin kaikille haastateltaville vaitiolovelvollisuus- ja salassapitoasiat. Kaikki haastattelut tapahtuivat rauhallisissa tiloissa, joissa paikalla oli ainoastaan haastateltava ja haastattelijat. Häiriötekijät oli pyritty minimoimaan muun muassa sulkemalla puhelimet.

7.2 Tulosten tarkastelu

Osastonhoitajan mukaan tutkimuksen aikana osastolla ei ollut käytössä huone- tai osastokohtaisia esittelykansioita, koska osaston toiminnan ja potilasrakenteen muuttumisen vuoksi käynnissä oli siirtymävaihe. Potilaille tieto omahoitajuudesta ja muista hoitokäytännöistä jäi hoitajien suullisen kertoman varaan. (Osastonhoitajan haastattelu, 2009.)

Tutkittavilla ei ollut selkeää käsitystä omahoitajuudesta, käsite omahoitajuus ei ollut heille tuttu. Yksi haastateltavista oli ymmärtänyt omahoitajuuden siten, että hän on itse itsensä omahoitaja. Myös Nymanin tutkimustulokset olivat samansuuntaisia, tutkittavista (N=109) runsas puolet arvioi tuntevansa omahoitajan työn sisältöä (Nyman 2006, 22). Osastolla meneillään oleva siirtymävaihe selittää osittain omahoitajuuden selkiytymättömyyden potilaille.

Tutkimuksessa ilmeni, että kaikille potilaille ei ollut nimetty omahoitajaa tai ainakaan sitä ei ollut selkeästi tuotu esille. Yksi haastateltava arveli hänelle nimetyn omahoitajan heti osastolle tultaessa, mutta varmuutta asiasta hänellä ei kuitenkaan ollut. Kahdelle haastateltavista ei ollut nimetty omahoitajaa. Kaikki haastateltavat olisivat kaivanneet omahoitajaa, se olisi tuonut lisää turvallisuuden tunnetta. Samansuuntaisia tuloksia saatiin tutkimuksessa Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana, jossa omahoitajaa ei ollut nimetty yli puolelle vastaajista (Nyman 2006, 40).

Lähtökeskusteluun ja kotiohjeiden läpikäymiseen olisi kaivattu enemmän aikaa hoitajan kanssa. Lyhentyneet hoitoajat sairaalassa korostavat ohjauksen merkitystä kotiutumisvaiheessa. Raudasojan tutkimuksessa rintasyöpäpotilaat myös kaipasivat perusteellisempaa ohjausta kotihoitoon ja kirjallisiin ohjeisiin perehtyminen jäi paljon potilaiden itsensä varaan (Raudasoja 2007, 72 – 73). Vakavasti sairastunut ihminen kokee kriisin ja sen eri vaiheet yksilöllisesti. Tämän vuoksi potilasohjauksen tulisi olla monimuotoista ja siihen olisi käytettävä riittävästi aikaa. Kääriäisen (2008) mukaan kotiutusvaiheessa on tärkeää kiinnittää huomiota hoidon jälkeisten ongelmien tunnistamiseen ja ehkäisyyn (Kääriäinen 2008, 11). Samansuuntaisia tuloksia tuli esille tässä tutkimuksessa. Haastateltavat toivat esille, että kirjallista materiaalia jaettiin riittävästi. Tietoa mahdollisista komplikaatioista ja käytännön ongelmista olisi kaivattu enemmän sekä suullisesti että kirjallisesti.

Syöpädiagnoosia voidaan ajatella koko perheen asiana, koska syöpädiagnoosi vaikuttaa sekä potilaisiin että heidän perheisiinsä (Duhamel & Dupuis, 2004, 68 – 69). Oikean tiedon ja ohjauksen antaminen ja perheen tukeminen hoitoon osallistumisessa mahdollisuuksien mukaan kuuluvat myös hyvään hoitamiseen. Perheet eivät koe aina saavansa tarvitsemaansa tietoa ja tukea terveydenhuollossa. Perheen kohtaamattomuudelle selityksenä käytetään usein ajanpuutetta. (Åstedt-Kurki, Paavilainen & Pukuri, 2007, 31 – 33.) Kirjallisuuden mukaan rintasyöpää sairastavan potilaan hoidon kulussa tulee huomioida omaiset. Tämä ei kuitenkaan näiden haastattelujen mukaan toteutunut, vaan perheenjäsenten huomioiminen jäi lähinnä tervehtimiseen. Toisaalta taas perheenjäseneet eivät olleet sairaalassa kuin lyhyitä vierailuaikoja, eikä tässä tutkimuksessa haastateltu perheenjäsenten kokemuksia.

Haastatteluissa tuli esille läheisten ja tuttavien tuki, joka koettiin tärkeäksi. Kaikki haastateltavat kokivat merkitykselliseksi muiden samassa potilashuoneessa olevien rintasyöpäpotilaiden kanssa käydyt keskustelut. Jatkossakin olisi hyvä kes-

kittää samaan potilashuoneeseen rintasyöpäleikatut potilaat. Ruishalmeen & Saariston (2007) mukaan samaa kokeneiden kohtaaminen antaa ymmärrystä ja tilaa surulle. Heidän kanssaan voi jakaa kokemuksia ja tunteita keskenään. Tämä voi kantaa eteenpäin, helpottaa kun kuulee, että joku muukin on kokenut vastaavaa. (Ruishalme & Saaristo 2007, 106, 115.) Vastauksista ilmenee, että vertaistuen avulla saatiin lisää tietoa sairaudesta, pystyttiin vaihtamaan kokemuksia ja käytännön neuvoja.

Kaikille potilaille ei ollut nimetty omahoitajaa, silti he kokivat saavansa riittävästi tukea kaikilta hoitajilta. Vuorovaikutussuhde rakentui avoimeksi ja luottamukselliseksi. Vastauksista ilmeni, että syöpähoitajan kanssa käydyt keskustelut ja häneltä saama tuki koettiin erittäin tärkeäksi. Lisäksi haastateltavat toivat esille, että kaikki osaston työntekijät huomioivat heidät ja näin he tunsivat että heistä välitettiin. Kyngäs ym. (2007) mukaan sanattoman viestinnän osuus vuorovaikutuksesta on jopa yli puolet ja sitä lähetetään paljon tiedostamattomasti (Kyngäs ym. 2007, 38). Haastateltavat olivat huomioineet keskustelujen aikana hoitajien ilmeitä ja eleitä. Nonverbaalinen viestintä tuki hoitajien kertomaa ja tämä lisäsi potilaiden luottamusta heihin.

Haastatteluista nousi vahvasti esille osaston koko henkilökunnan lämmin ja empaattinen käyttäytyminen potilaita kohtaan. Kolmen haastateltavan kokemus tästä on suuntaa antava. Emme usko että tutkimuksen tekeminen vaikutti hoitajien tavanomaiseen käyttäytymiseen tai toimintatapoihin. Rintasyöpää sairastavan potilaan hoitaminen ja kohtaaminen voi olla hyvinkin läheistä hoitajille ja he saatavat kokea samaistumista potilaan tilanteeseen, jonka elämäntilanne tai ikä on hyvin lähellä omaa.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Laadulliseksi tutkimukseksi kolmen haastateltavan otos oli suppea. Haastateltavia tutkimukseen ei saatu toivottua määrää peruutusten vuoksi. Tämä on ymmär-

rettävää, koska kyseessä on vakava sairaus ja jokainen heistä on kriisin eri vaiheessa sairautensa kanssa.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut monin tavoin opettava ja myös haastava prosessi. Tutkimuksen tekeminen on kehittänyt tiedonhankintataitoja sekä suhtautumaan kriittisesti eri lähteisiin. Aikataulun tekeminen ja siinä pysyminen työn eri vaiheissa on sujunut hyvin. Yhteistyö eri tahojen kanssa on ollut antoisaa. Molemmilla opinnäytetyön tekijöillä oli erilaiset työskentelytavat, jotka tukivat toisiaan. Keskinäinen yhteistyö on sujunut myös hyvin ja luottamus toiseen on vahvistunut.

Työn edetessä nousi esille erilaisia jatkotutkimusehdotuksia. Yhtenä jatkotutkimushaasteena voisi olla mielenkiintoista tehdä laadullinen tutkimus, kuinka hoitajat käsittävät ja kokevat omahoitajuuden.

LÄHTEET

- Duhamel, F. & Dupuis, F. 2004. Guaranteed Returns: Investing in Conversations With Families of Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 8,1, 68 – 71.
- Eriksson, E. 2000. Omaisten selviytymisen tukeminen. Teoksessa *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. Toim. Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. Porvoo: WSOY. 225 – 242.
- Hietanen, P. 1991. Syöpä ja Perhe. Teoksessa *Asiaa syövästä*. Toim. Hietanen, P. & Lammi, U-K. Jyväskylä: Duodecim.
- Hietanen, P. & Vainio, A. 1991. Syöpäpotilaan oireenmukainen hoito. Jyväskylä: Sairaaliitto.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Holli, K. 2007. Lääkärin käsikirja. Viitattu 21.10.2008. [Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. Hietanen, H. 2004. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.
- Kuuppelomäki, M. 1997. Kärsimys ja toivo syöpää sairastavan ihmisen elämässä. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Kuuppelomäki, M. 2000. Potilaan tunteet ja emotionaalinen tuki. Teoksessa *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. Toim. Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. . Porvoo: WSOY. 129 – 158.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* 4, 10 – 14.
- Kääriäinen, M. Kyngäs, H. 2005. Käsitemallin ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17, 5, 250 – 258.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. toim. Janhonen, S. & Nikkonen, M. Helsinki: WSOY.

- Lehti, T. 2000. Potilaan fyysinen hoitotyö. Teoksessa Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Toim. Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. Porvoo: WSOY, 67 – 92.
- Nyman, Anu. 2006. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana. Hoitotieteenlaitos. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Operatiivisen osaston toimintasuunnitelma 2009 – 2011. 2009. Jyväskylä: Keski-Suomen keskussairaala.
- Osastonhoitajan haastattelu. 2009. Keski-Suomen keskussairaala. Haastattelu 15.4.2009.
- Raudasoja, L. 2007. Rintakasvaimen/syövän hoitoketjun jatkuvuus ja asiakas-keskeisyys tapaustutkimus. Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto. Turku.
- Rintasyöpäpotilaan opas. 2005. Forssa: Suomen Syöpäpotilaat ry.
- Rosenberg, L. 2000. Syöpä, seksuaalisuus ja parisuhde. Teoksessa Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Toim. Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. Porvoo: WSOY, 171 – 188.
- Ruishalme, O. & Saaristo, L. 2007. Elämä satuttaa. Kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Tammi.
- Selviytyjän matkaopas. 2004. 3.p. Forssa: Suomen Syöpäpotilaat ry.
- Syöpäjärjestöt. Viitattu 28.10.2008.
[Http://www.cancer.fi/tietoasayovasta/syopataudit/rintasyopa/](http://www.cancer.fi/tietoasayovasta/syopataudit/rintasyopa/).
- Syöpärekisteri. Viitattu 1.11.2008. [Http://www.cancerregistry.fi](http://www.cancerregistry.fi).
- Tiirinen, S. 2006. Syöpää sairastavien avannepotilaiden kokemuksia hoitajilta saamasta emotionaalisesta tuesta. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi – Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer- Paino Oy.
- Vehmanen, L. 2008. Lääkärinkirja Duodecim. Viitattu 29.4.2009.
[Http://www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi).
- Virtanen, M. 2002. Yksilövastuisen hoitotyön ihmiskäsitys. Teoksessa Minun hoitajani näkökulmia omahoitajuuteen. Toim. Munnukka, T. & Aalto, P. Vantaa: Tammi. 9 – 30.
- Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E. & Pukuri, T. 2007. Omahoitaja mahdollistaa potilaan ja perheen hyvän hoitamisen – kannanotto hyvään perhekeskeiseen hoitotyöhön. Sairaanhoitajalehti 11, 31 – 33.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuslupa



1/2

OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

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

Opinnäytetyön aihe/nimi

Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia omahoitajuudesta

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää rintasyöpäpotilaiden kokemuksia omahoitajuudesta heidän ollessaan potilaana Keski-Suomen keskussairaalassa osastolla 4.,

Tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat: yksilövastuinen hoitotyö, omahoitajuus ja rintasyöpä.

Tutkimuksessa haemme vastausta seuraaviin teemoihin:

Omahoitajalta saatu tuki.

Vuorovaikutussuhde omahoitajan kanssa.

Omahoitajan merkitys ja odotukset omahoitajuudesta osastohoidon aikana.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

31.5.2009

Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat

Tekemään annetun työn loppuun luottamuksellisesti ja antamaan tutkimuksen tulokset Keski-Suomen keskussairaalan osaston 4 käyttöön.

Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty

Hyväksytty 16.1.2009

Ohjaava opettaja

Hannele Tyrväinen
Hannele Tyrväinen

Opinnäytetyön yhteistyötaho

- ☒ Hyväksyn opinnäytetyön tekemisen yhteisössämme ja sitoudumme
(esim. ohjaamaan opinnäytetyön tekijää, avustamaan materiaalikuluisia)

Opinnäytetyön tekijät velvoitetaan (esim. raporttoimaan yhteistyötaholle)

*Työn esittäminen osastokokouksessa, 2 kpl
opinnäytetöihin (kuten os. 7, kuten ylätutkimus)*

- ☐ En hyväksy opinnäytetyön tekemistä yhteisössämme, miksi


**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**
 Sosiaali- ja terveysala
 Opinnäytetyöryhmä


2/2

Tarvitaanko muita lupa-anomuksia


☒ ei☐ kyllä, mitä


Paikka ja aika 16.11.2009

JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEA-
 Yhteistyötaho KOULU


 Ohjaava opettaja

Paikka ja aika 16.11.2009


 Opinnäytetyön tekijä


 Opinnäytetyön tekijä

Yhteystiedot

050 050 5017071

Yhteystiedot

050 912 8787

Käsitelty JR:ssä 5/12-08

Hyväksyn
 20/1-09 
 YL Helena Sundström

Liite 2. Kirje henkilökunnalle

Arvoisa henkilökunta!

Olemme kaksi hoitotyön opiskelijaa Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä aiheesta **Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia omahoitajuudesta**. Tutkimus suoritetaan teemahaastattelulla.

Ohessa on suostumuslomake, jonka toivomme Teidän antavan jokaiselle rintasyöpäleikkaus potilaalle viikkojen xx – xx aikana. Toivomme, että potilaat jättävät täytetyt lomakkeet osastolle ennen kotiutumistaan. Tavoitteenamme on haastatella viittä potilasta.

Valitsemme haastateltaviksi viisi ensimmäistä haastatteluun suostuvaa potilasta.

Kiitos yhteistyöstä!

Ystävällisin terveisin,

Marjo Hulkkonen p. xxx

Tuderus Teija p. xxx

Liite 3. Suostumuslomake

Arvoisa asiakas!

Olemme terveydenhoitaja ja sairaanhoitaja opiskelija Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä aiheesta: **Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia omahoitajuudesta**. Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa potilaiden kokemuksia omahoitajuudesta. Saatua tietoa voidaan hyödyntää Keski-Suomen keskussairaalan xxxx osastolla x, kehitettäessä rintasyöpäpotilaiden omahoitajuutta. Tarkoituksenamme on haastatella rintasyöpäleikkauksen kokeneita potilaita.

Tiedonkeruu toteutetaan haastattelun avulla. Haastattelu tapahtuu kontrollikäyntinne yhteydessä kirurgian poliklinikalla tai myöhemmin teille parhaiten sopivassa paikassa. Haastattelun kesto on noin tunti ja se nauhoitetaan. Haastattelussa kaikki esille tulevat asiat käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, sekä nimettöminä. Henkilöllisyyttänne ei paljasteta ulkopuolisille missään vaiheessa tutkimusta. Tietoturvaanne kunnioittaen nauhat tuhotaan asianmukaisesti analyysin jälkeen. Teillä on oikeus keskeyttää haastattelu missä vaiheessa tahansa halutessanne. Tutkimukseen osallistuminen tai siitä kieltäytyminen ei tule vaikuttamaan millään lailla hoitoonne.

Laittakaa rasti teille sopivaan kohtaan

KYLLÄ, suostun haastatteluun_____

Haastattelu suoritetaan kontrollikäynnin yhteydessä _____

Haastattelu suoritetaan myöhemmin, sovitussa paikassa _____

Nimi ja puh.nro: _____

EI, en suostu haastatteluun_____

Kiitos yhteistyöstä!

Marjo Hulkkonen p. xxx ja Teija Tuderus p. xxx

Liite 4. Teemahaastattelurunko

TEEMA-ALUEET

Taustatiedot

1. Ikä
2. Koulutus
3. Perhesuhde
4. Tehty toimenpide, monesko toimenpide

Omahoitaja

- Mitä omahoitajuus mielestänne on?
 - Tiesittekö kuka omahoitaja on?
 - Kuinka pian osastolle tullessa omahoitaja nimettiin?
1. *Minkälaista tukea rintasyöpäpotilaat saivat omahoitajalta?*
 - Tarjottiinko teille mahdollisuutta keskustella omahoitajan kanssa ajatuksistanne ja tunteistanne?
 - Pystyittekö ilmaisemaan ja käsittelemään tunteitanne omahoitajan kanssa?
 - Minkälaista tukea saitte omahoitajalta?(emotionaalinen ja konkreettinen)
 2. *Miten vuorovaikutussuhde toimi omahoitajan kanssa?*
 - Käyttikö omahoitaja selkeää, ymmärrettävää kieltä? (käyttikö ammattisanastoa)
 - Koitteko että omahoitaja ymmärsi teitä?
 - Koitteko olevanne tasavertainen vuorovaikutussuhteessa omahoitajahoitajan kanssa?
 - Oliko teillä mahdollisuus esittää mielipiteitänne ja pystyittekö vaikuttamaan päätöksien tekoon hoidossanne?
 - Koitteko, että omahoitaja pystyi vastaamaan tarpeisiinne?
 - Koitteko, että omahoitaja vastasi teille avoimesti/ rehellisesti?
 3. *Minkälaisia odotuksia rintasyöpäpotilailla oli omahoitajuuden suhteen osastohoidon aikana?*
 - Minkälaisia odotuksia oli omahoitajuudesta?
 - Onko sellaisia asioita, mihin olisit halunnut tukea mutta et saanut?