

Minna Oksa ja Nina Ruokonen

Ohjauksen ja vuorovaikutuksen merkitys  
syöpää sairastavan potilaan hoitoprosessissa  
yhdessä HUS-Röntgenin yksikössä  
röntgenhoitajan näkökulmasta

Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Röntgenhoitaja  
Radiografia ja sädehoito  
Opinnäytetyö  
24.11.2011

Tekijät Otsikko  Sivumäärä Aika	Minna Oksa ja Nina Ruukonen Ohjauksen ja vuorovaikutuksen merkitys syöpää sairastavan potilaan hoitoprosessissa yhdessä HUS-Röntgenin yksikössä röntgenhoitajan näkökulmasta 51 sivua + 2 liitettä 24.11.2011
Tutkinto	Röntgenhoitaja
Koulutusohjelma	Radiografian ja sädehoidon koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Radiografia ja sädehoito
Ohjaajat	TtT, Lehtori Antti Niemi TtM, Rh Tiina Koivunen TtM, Lehtori Marjo Mannila
<p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, kuinka yhden HUS-Röntgenin yksikön röntgenhoitajat kokevat syöpäpotilaan ohjaamisen ja vuorovaikutuksen heidän kanssaan erikoispotilasryhmänä, koska kyseiseen yksikköön on keskitetty traumakuvantamiset. Tarkoituksenamme oli selvittää, kuinka kyseisen yksikön röntgenhoitajat ohjaavat syöpäpotilaita ja kuinka syöpäpotilaat eroavat muista potilasryhmistä röntgenhoitajien näkökulmasta. Selvitimme röntgenhoitajien mielipiteitä ja toimintatapoja eri potilasryhmien välillä. Tavoitteenamme oli parantaa röntgenhoitajien ja syöpäpotilaiden välistä kohtaamista, mikäli mahdollista ja saada selvitys syöpäpotilaiden hoitoprosessista kyseisessä kuvantamisyksikössä. Tavoitteenamme oli antaa kyseisen kuvantamisyksikön röntgenhoitajille lisätietoa syöpäpotilaista erikoispotilasryhmänä.</p> <p>Tutkimustapoinamme tässä työssä käytimme temahaastattelua ja osallistuvaa havainnointia. Haastattelimme viittä röntgenhoitajaa yksitellen. Haastatteluiden tekemisen jälkeen menimme kuvantamisyksikköön tekemään osallistuvaa havainnointia, johon olimme laatineet havainnointilomakkeen. Havainnoimme röntgenhoitajien toimintaa ja sitä, miten potilaat heidän toimintaansa reagoivat. Haastatteluista ja havainnoinnista saadut materiaalit analysoitiin sisällönanalysimenetelmää käyttäen.</p> <p>Työmme tärkeimpiä tuloksia on se, että kyseisen kuvantamisyksikön röntgenhoitajat pitivät potilaan ohjaamista erittäin tärkeänä ja osaavat ohjata syöpäpotilaita yhtä hyvin kuin muitakin erikoispotilasryhmiä ja huomioivat näiden erot toteuttaessaan hoitotyötä. Yksikön röntgenhoitajat osaavat ratkaista syöpäpotilaiden kanssa tulevia haasteita potilastyössä. Röntgenhoitajat tuntevat hahmottavansa syöpäpotilaan hoitopolun pääpiirteittäin. Yksikön röntgenhoitajien toiminta syöpäpotilaiden kanssa on siis selvityksemme mukaan ammattitaitoista.</p>	
Avainsanat	syöpäpotilas, traumapotilas, potilaan hoitopolku, laadullinen tutkimus

Authors Title	Minna Oksa ja Nina Ruukonen Cancer Patient Management and Therapeutic Significance of the Interaction Process with One of the HUS Radiological Unit–Radiographer's Perspective
Number of Pages Date	51 pages + 2 appendices 24 Nov 2011
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Radiography and Radiotherapy
Specialisation option	Radiography and Radiotherapy
Instructors	TtT, Lecturer Antti Niemi TtM, Radiographer Tiina Koivunen TtM, Lecturer Marjo Mannila
<p>The purpose of our study was to find out how radiographers in one of the HUS radiological units see the nursing of cancer patients and how they experience the interaction with them as a special group of patients. Our goal was also to find out how the radiographers in the hospital in question guide cancer patients and how cancer patients are a different patientgroup than other patients in radiographers' books. Our aim was to improve the interaction between the patients and the radiographers and, if possible, to get a report on the cancer patients' careprocess in the hospital in question. Our purpose was also to give more information on cancer patients to the hospitals radiographers.</p> <p>Our study was carried out with the qualitative way of research. First, we interviewed five radiographers in the hospital about cancer patients. After the interviews, we observed in the x-ray unit. We observed the radiographers' actions and how the patients reacted. We analyzed the materials with content analysis.</p> <p>The most important results of our study were that the radiographers of the hospital see the importance of guidance and know well how to guide cancer patients and how the radiographers consider the differences between different patient groups. The radiographers can also resolve different kind of challenges with the cancer patients. The radiographers knew the main points of the cancer patients care cycle. According our study, the radiographers in the hospital act very professionally with the cancer patients.</p>	
Keywords	cancer patient, trauma patient, patients careprocess, qualitative research

## Sisällys

<b>1</b>	<b>Johdanto</b>	1
<b>2</b>	<b>Potilaan ohjaus</b>	2
2.1	Ohjauksen merkitys	3
2.2	Ohjaus hoitotyössä	4
2.3	Taustatekijät potilaan ja hoitajan välillä ohjaustilanteissa	4
2.4	Sosiaalinen tuki syöpäpotilaan ohjauksessa	6
2.5	Ohjaus radiografia- ja sädehoitotyössä	6
<b>3</b>	<b>Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus</b>	8
3.1	Vuorovaikutus hoitotyössä	8
3.2	Vuorovaikutuksen tutkiminen ja tulokset	9
<b>4</b>	<b>Potilaan hoitoketju</b>	11
4.1	Syöpäpotilaan hoitoprosessi	12
4.2	Potilas röntgenissä	14
4.2.1	Potilas röntgentutkimuksessa	14
4.2.2	Röntgenhoitajan saamat esitiedot	14
4.2.3	Tietokonetomografiatutkimuksen kulku	15
4.2.4	Syövän levinneisyyskuvauksissa käytettävä varjoaine	16
4.2.5	Syöpää sairastavan potilaan levinneisyys kontrollitutkimus	17
4.3	Päivystyspotilaan hoitaminen	17
<b>5</b>	<b>Työn tarkoitus ja tavoite</b>	18
<b>6</b>	<b>Aineiston keruu ja analyysi</b>	19
6.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä	19
6.2	Teemahaastattelu	22
6.3	Osallistuva havainnointi	23
6.4	Aineiston analyysi	25
6.5	Eettiset kysymykset	26
<b>7</b>	<b>Tulokset</b>	27
7.1	Röntgenhoitajien kokemuksia potilashoidosta	28

7.2	Potilasryhmien eroja	32
7.3	Syöpäpotilaan hoitopolku	34
7.4	Havainnoinnin tulokset	35
<b>8</b>	<b>Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset</b>	<b>36</b>
<b>9</b>	<b>Pohdinta</b>	<b>39</b>
9.1	Luotettavuuden pohdinta	41
9.2	Selvityksen hyöty	43
9.3	Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu opinnäytetyöprosessin aikana	43
9.4	Jatkotutkimusaiheet	45
	<b>Lähteet</b>	<b>46</b>
	<b>Liitteet</b>	
	Liite 1. Teemahaastattelurunko	
	Liite 2. Havainnointilomake	

## 1 Johdanto

Potilaan ohjaaminen on tärkeä asia jokaisen potilaan kohdalla. On olemassa erilaisia potilasryhmiä, joiden kohdalla tulee ajatelleeksi, tarvitsevatko he jollain tapaa erilaista tai tarkempaa ohjausta. Jokaisella röntgenhoitajalla on oma tapansa lähestyä potilaita ja auttaa heitä.

Opinnäytetyössämme selvitimme, miten yhden HUS-Röntgenin yksikön röntgenhoitajat kokevat syöpäpotilaan hoitamisen, ohjaamisen ja vuorovaikutuksen heidän kanssaan erikoispotilasryhmänä. Emme löytäneet aiheesta aiempia tutkimuksia, joten opinnäytetyömme aihe oli haastava. Työllä pyrimme parantamaan röntgenhoitajan ja syöpäpotilaan kohtaamista. Tavoitteenamme oli selvittää, minkälaista ohjausta syöpäpotilaat saavat röntgenhoitajilta sekä onko potilaiden ohjauksessa jotakin kehitettävää. Selvitimme myös potilasryhmien eroja ja syöpäpotilaan hoitopolkua. Tarve selvityksen tekemiseen nousi röntgenyksikön saamasta potilaspalautteesta, jossa potilas koki röntgenhoitajan toimineen tönkeästi häntä kohtaan. Tilanteessa röntgenhoitaja ilmoitti levinneisyyskuvaukseen tulleen potilaan ajan siirtyvän vakavasti loukkaantuneen traumapotilaan vuoksi. Tarkoituksenamme on osoittaa, että kaikki potilaat ovat samanarvoisia.

Lähdimme tekemään selvitystä haastatteleamalla yhden HUS-Röntgenin yksikön röntgenhoitajia. Haastattelun tarkoituksena oli saada kokemuksia syöpäpotilaan ohjauksesta ja sen merkityksestä hoitoprosessissa heidän yksikössään sekä samalla selvittää heidän tietämystään syöpäpotilaan hoitopolusta. Lisäksi suoritimme osallistuvaa havainnointia siten, että havainnoimme kyseisen röntgenin hoitajien toimintaa levinneisyyskontrollikuvauksissa käyvien syöpäpotilaiden kanssa.

Vaikka ohjaus ja vuorovaikutus kulkevatkin yleensä käsi kädessä, olemme tietoisesti erottaneet ne toisistaan ja käsitelleet ne teoriassa omina kappaleinaan. Olemme teoriaosuudessamme myös käsitelleet syöpäpotilaan hoitopolkua ennen kontrollikuvauksiin tulemistä. Tutkimuksia syöpäpotilaan hoitamisesta, esimerkiksi osastoilla syöpähoitojen aikana, on tehty useita, kuten teoriaosuudessamme käyttämämme Kaukon ja Rossin (2010) sekä Linsen ja Maunukselan (2009) opinnäytetöissä. Kääriäisen (2007: 40) mukaan potilaan ohjaus on paljon tutkittu aihe hoitotieteessä. Tutkimuksessa esille

tullut tieto on usein hajanaista, eikä sen vuoksi anna selkeää kuvaa ohjauksen laadusta.

## **2 Potilaan ohjaus**

Keskeinen osa potilaan hoitoa on ohjaus. Jokaisen hoitotyössä toimivan hoitajan tehtävänä on ohjata potilaita. Yleensä ohjaus toteutetaan suunnitelmallisesti erilaisissa ohjaustilanteissa ja osana potilaan muuta hoitoa ja hoitotoimenpiteitä. Varsinkin hoitajat pitävät potilaiden ja heidän omaistensa ohjausta erittäin tärkeänä ja olennaisena osana omaa työtään. Ohjauksella autetaan potilasta etsimään ja löytämään omia voimavarojaan, kannustetaan häntä hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin ja ottamaan enemmän vastuuta omasta terveydestään. (Kyngäs – Kääriäinen – Poskiparta – Johansson – Hirvonen – Renfos 2007: 5.) Potilaskohtainen hoitotyön toimintamalli on vanhin hoitotyön organisointitavoista (Voutilainen – Laaksonen 1994). Potilaslähtöisyys on laadukkaalle ohjaamiselle tavanomaista. Tähän sisältyvät muun muassa potilaan tarpeiden ja omaisten huomioiminen (Kääriäinen 2007: 33). Kääriäisen (2008: 4) mukaan laadukas ohjaus on osa potilaan asianmukaista ja hyvää hoitoa. Lisähaasteensa potilasohjauksen laadukkaaseen toteuttamiseen tuo erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen hoitoketju.

Nykyään ohjauksen merkitys terveydenhuollossa korostuu, koska hoitoajat lyhenevät, jolloin ohjaukselle jää yhä vähemmän aikaa (Kyngäs ym. 2007: 5). Kaukon ja Rossin opinnäytetyössä (2010) on selvinnyt, että potilaat kokivat hoitajien kiireen töykeytenä. Kiireetön ja riittävä keskustelu ja läsnäolo herättävät luottamusta hoitajia kohtaan. Kääriäisen (2007: 25) mukaan vastuu ohjauksen arvostuksesta hoitotyössä on hoitotyöntekijöillä sekä organisaatiolla (Marcum ym. 2002). Sen lisäksi Kääriäinen (2007: 25) mainitsee, että edellä mainituilla on vastuu myös siitä, miten resurssit riittävät ohjauksen antamiseen (Bond 2000).

## 2.1 Ohjauksen merkitys

Hoitotyössä kohtaavat aina potilas ja hoitaja, potilaan omat odotukset ja toiveet, kuten myös hoitajan persoonallisuus ja hänen ammattikäytäntönsä. Ohjaukseen liittyvät kysymykset ovat muuttuneet tärkeiksi useasta syystä. Nykyään muun muassa hoitoajat ovat lyhentyneet eli potilaille ei ole nyky-yhteiskunnassa enää niin paljoa aikaa kuin ennen, ja toisaalta nykyään asiakkaat ymmärtävät vaatia itselleen yhä laadukkaampaa hoitoa. Väestön koulutustason nousu ja informaatiotekniikan lisääntyminen ovat johtaneet siihen, että potilaat etsivät tietoa ja osaavat käyttää sitä hyväksi paremmin. Tämä vahvistaa heidän asemaansa oman hoitonsa tekijänä, toimijana sekä vastuunkantajana. Potilaalle tarjotaan ja annetaan tietoa, mahdollisuuksia sekä haasteita, mutta lopulta hän kuitenkin rakentaa itse omaa elämäänsä omilla valinnoillaan. Potilaalla on oikeus ohjaukseen ja ammattihenkilöillä on velvollisuus toteuttaa sitä. (Kyngäs ym. 2007: 11–12.) Ohjauksella on positiivisia vaikutuksia potilaiden hoitoon ja heidän sairauteensa liittyvän tiedon omaksumiseen, itsehoitoon ja arkielämässä selviytymiseen sekä hoitoon sitoutumiseen. Potilasohjauksella on suuri vaikutus hoidon laatuun ja potilastyytyväisyyteen. Potilasohjausta pitää kehittää ja arvioida suunnitellusti. (Tanskanen – Seppälä 2006.) Kääriäisen (2007) mukaan laadukkaan ohjauksen toteuttaminen vaatii hoitohenkilökunnalta ammatillisen vastuun ja ohjausvalmiuksien lisäksi vuorovaikutteisuutta ja potilaslähtöisyyttä (Poskiparta 1997; Reutter – Ford 1997; Turner ym. 1999; Rycroft-Malone ym. 2000; Kettunen 2001).

Potilaan tunteiden tunnistaminen ja kohtaaminen ovat tärkeitä asioita hoitotyössä. Kuitenkaan ei ole toivottavaa kokea potilaiden tilannetta liian syvällisesti. Terveystieteiden koulutuksessa kuten myös käytännön työelämässä on yleensä pyritty tuomaan esille tällainen näkemys. Tämä on kuitenkin voinut vaikuttaa siihen, että hoitotyöntekijät ehkä liikaakin pyrkivät suojelemaan itseään ja se tekee hoitamisesta kovin persoonatonta. (Voutilainen – Laaksonen (toim.) 1994: 41.)

Hoitotyössä ohjaaminen on yhteydessä useisiin eri lakeihin, ammattikäytänteisiin sekä suositus-, opas- ja ohjelmaluonteisten asiakirjojen verkostoon (Kyngäs ym. 2007: 12). Erikoissairaanhoidossa on tavanomaisesti katsottu terveyttä edistävän toiminnan kuuluvan perusterveydenhuollolle. Jatkossa koko potilaan läpikäymälle palveluketjulle tulee siitä enemmän vastuuta. Tämä auttaa julkista terveydenhuoltoa onnistumaan tehtäväs-



sään pitkäaikaissairauksia sairastavien ihmisten lisääntyessä. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009.)

## 2.2 Ohjaus hoitotyössä

Ongelmalliseksi ohjauksen tunnistamisen ja tiedostamisen tekee hoitotyössä ohjauksesta käytettävät moninaiset käsitteet. Suomen kielen sanakirjassa (1996) ohjaus määritellään muun muassa käytännöllisen opastuksen antamiseksi tai hoitajan ohjauksen alaisena toimimiseksi. Asiakkaan passiivinen rooli, hoitajan asiantuntemus ja yksilöohjaus korostuvat ohjauksen määritelmässä. (Kynäs ym. 2007: 25.) Käsitettä ohjaus on verrattu muun muassa käsitteisiin *tiedon antaminen, neuvonta, opetus, opastus* ja *informointi*. Kun käsitteitä käytetään epäselvästi, on vaikeaa tunnistaa, mitä ohjaaminen potilastyössä on. (Kääriäinen 2007: 27.)

Kääriäisen (2007) mukaan ohjausta toteutetaan yleensä suullisesti, koska vuorovaikutus on ohjauksen perusta. Suullisella ohjauksella, kirjallisella ohjausmateriaalilla ja audiovisuaalisen ohjauksen avulla kuvataan ohjauksen toteutumista. (Mills – Sullivan 1999.) Ohjaustilanteessa potilas etsii ratkaisuja omiin ongelmiinsa. Hoitajan työ on tukea potilasta päätöksenteossa eikä hän saisi ehdottaa valmiita ratkaisuja tilanteeseen. Ohjauskeskustelun on oltava rakenteeltaan suunnitelmallisempaa kuin yleisesti keskustelut ovat. Ohjaamiseen kuuluu myös tiedon antamista, jos potilas ei itse pysty ratkaisemaan tilannettaan. Ohjaussuhde on tasa-arvoinen. Tutkimuksessa ”Ohjaaminen hoitotyössä” ohjaus-käsite on määritelty asiakkaan ja hoitajan taustatekijöihin sidoksissa oleviin aktiivisiin ja tavoitteellisiin toimintoihin. (Kynäs ym. 2007: 25.)

Kaukon ja Rossin (2010) tutkimuksen mukaan potilaat kokivat erityisesti hoidon jatkuvuuden tärkeäksi tekijäksi hoitoprosessissa. Tuttu henkilökunta luo turvallisuuden tunnetta.

## 2.3 Taustatekijät potilaan ja hoitajan välillä ohjaustilanteissa

Hyvä potilasohjaaja tarvitsee muun muassa ammattitaitoa, vuorovaikutustaitoja, kokemusta, intuitiota ja motivaatiota. Ohjattavaan potilaaseen vaikuttavat monet asiat

kuten esimerkiksi aikaisemmat kokemukset terveydenhuollosta ja siihen liittyvästä ohjauksesta, sopeutumisen vaihe, elämäntilanne ja tietenkin itse sairaus. (Leino 2007.)

Periaatteessa ohjaus rakentuu niille asioille, joita potilas tuo esiin ja jotka ovat tärkeitä hänelle, hänen terveydelleen, hyvinvoinnilleen ja sairaudelleen. Hoitajan pitää tunnistaa ja arvioida yhdessä potilaansa kanssa, mikä on hänen ohjauksensa tarpeen määrä. (Kyngäs ym. 2007: 26.) Esteitä syvällisemmän vuorovaikutuksen syntymiselle ovat muun muassa hoitohenkilökunnan epäsäännöllinen kolmivuorotyö, työtehtävien erilainen luonne, hoitajan ja potilaan persoonasta johtuvat tekijät, potilaan haluttomuus puhua asioistaan hoitajille, hoitajan jaksaminen ja hänen elämäntilanteensa sekä hoitopaikan huonot tilat. (Eriksson –Kuuppelomäki 2000: 166.)

Todellisuus, jossa potilas elää ja toteuttaa hoitoaan, muodostuu hänen taustatekijöistään ja siitä, mitkä ovat hänen käsityksensä ja tulkintansa niistä. Potilaana voi esimerkiksi olla yksilö, perhe tai yhteisö. Hoitajalle suuria haasteita luovat potilaiden erilaisuus ja siitä johtuvat erilaiset tietoon ja tukeen liittyvät tarpeet. Hoitajan pitää tunnistaa omaan ohjaamiseen vaikuttavat taustatekijänsä sekä potilaansa taustatekijät. Kun nämä on tunnistettu, on ohjaustavoitteet mahdollista saavuttaa. Potilaan taustatekijät pitäisi huomioida, muuten hoito ei perustu potilaan yksilöllisyyden kunnioittamiseen. Jos näin ei tapahdu, käy niin, että kaikkia samassa tilanteessa olevia potilaita ohjataan aivan samalla tavalla. (Kyngäs ym. 2007: 26–28.) Silloin potilaan ohjaus ei olisi lainkaan potilaslähtöistä, kuten sen kuuluisi olla.

Erilaisia taustatekijöitä voi olla useanlaisia. Fyysisiä taustatekijöitä ovat muun muassa ikä, sukupuoli, terveydentila ja sairaus. Nämä vaikuttavat potilaan ohjaustarpeisiin sillä fyysiset taustatekijät liittyvät siihen, kuinka potilas pystyy ottamaan ohjausta vastaan. Psykkisiin taustatekijöihin kuuluvat muun muassa käsitys omasta terveydentilasta, terveystuskomukset, kokemukset, mieltymykset, odotuksen ja tarpeet. Sosiaaliset taustatekijät taas koostuvat muun muassa sosiaalisista, kulttuuriperustaisista, eettisistä, etnisistä ja uskonnollisista tekijöistä, jotka vaikuttavat potilaan toimintaan. Muita hoitoympäristöön liittyviä taustatekijöitä voivat olla muun muassa hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö ja ihmissuhdeympäristö. (Kyngäs ym. 2007: 29–30, 32, 35–36.)

## 2.4 Sosiaalinen tuki syöpäpotilaan ohjauksessa

Sosiaalinen tuki on tärkeää potilaalle, joka on sairastunut vakavasti. Varsinkin syöpäpotilaalle sosiaalinen tuki on todella tärkeää. Lipponen, Kyngäs ja Kääriäinen (2006: 32) mainitsevat, että sosiaalinen tuki antaa positiivisen vaikutuksen pitkäaikaiseen sairautteen sopeutumisessa. Potilasta voidaan auttaa sopeutumaan uuteen elämäntilanteeseen ohjauksen tuella. Riittävä sosiaalisen tuen saanti helpottaa potilasta sopeutumaan sairauteensa ja sairauden jälkeen työelämään palaamisessa. (Wortman C. 1990: 720–725.) Lipponen ja muiden (2006: 33) mukaan sosiaalinen tuki määritellään muun muassa tiedoksi, jonka seurauksena ihminen uskoo, että hänestä välitetään, häntä rakastetaan, arvostetaan ja hän on osallinen kahdenväliseen sitoumukseen. Sosiaalinen tuki auttaa kriisitilanteissa ja muutokseen sopeutumisessa. (Casell J. 1995: 104, 107–123; Gothoni R. 1990.)

Psykososiaalinen tuki on arvostettua syöpäpotilaiden joukossa. He kokevat kuuntelemisen ja keskustelun tärkeäksi. He arvostivat keskusteluhalukkuuden kysymistä ja ohjausta asiantuntijoiden luokse, joiden luona he pystyivät keskustelemaan kokemuksistaan ja tunteistaan. Syöpäpotilaat olivat saaneet hoitajaksonsa aikana vähemmän psykososiaalista tukea, kuin olivat odottaneet. Kuitenkin suurin osa heistä koki, että heidän elämäntilanteensa ymmärrettiin, heitä kuunneltiin ja heistä välitettiin. Samaisessa tutkimuksessa osoitettiin myös, että kun potilaat olivat saaneet psykososiaalista tukea, he olivat saaneet myös tiedollista ja toiminnallista tukea. (Karhu-Hämäläinen 2002.)

## 2.5 Ohjaus radiografia- ja sädehoitotyössä

Kuukkeenmäen ja Perämäen mukaan (2009) röntgenhoitajan ammatissa yhdistyvät ihmisläheinen työskentely ja tekninen osaaminen. Röntgenhoitajan on luotava lyhyessä ajassa hoitosuhde potilaan kanssa, koska potilaskontaktit ovat röntgenhoitajan työssä lyhyitä. (Niemi 2006: 58–60.) Kuukkeenmäki ja Perämäki (2009) ovat kertoneet, että potilaan ohjaus ja kohtelu, potilaan turvallisuudesta huolehtiminen ja potilaan valmistelu kuuluvat röntgenhoitajan ammattiin samoin kuin muihinkin terveydenalan potilaskontakteihin. Jokainen potilas on yksilö ja tätä on kunnioitettava. Röntgenhoitajan ammattiin kuuluu myös hankkia potilaasta kaikki tarvittava tieto, jotta röntgenhoitaja pystyy toteuttamaan tutkimuksen, toimenpiteen tai sädehoidon potilaalle turvallisella

tavalla. Röntgenhoitajan pitää informoida potilasta riittävästi tutkimuksen, toimenpiteen tai sädehoidon kulusta ja auttaa sellaista potilasta, joka ei ole yhteistyökykyinen tai ei pysty toimimaan pelkkien röntgenhoitajan antamien ohjeiden mukaan. Kuukkeenmäki ja Perämäki (2009) kertovat, että onnistuneeseen tutkimukseen tai toimenpiteeseen on monta osatekijää: potilaan tarkka ohjaaminen, röntgenhoitajan ammattitaito, riittävät tiedot potilaasta ja varatut resurssit. (Valtonen 2000: 88.)

Myös säteilyturvallisuus on yksi tärkeistä vastuista, joita röntgenhoitajan tulee huomioida potilaan ohjaamisessa kaikissa radiologisissa tutkimuksissa, joissa käytetään röntgensäteitä. Röntgenhoitajan ja potilaan välisellä hoitosuhteella ja vuorovaikutuksella on suuri merkitys siihen, tuntee potilas olevansa varmoissa käsissä. Röntgenhoitajan on omalta osaltaan huolehdittava omastaan, potilaan sekä muiden tutkimuksessa mukana olevien henkilöiden säteilyturvallisuudesta. (Sorppanen 2006: 97–98.)

Sädehoidossa hoitosuhde on pidempiaikainen, kuin muussa radiografiatyössä, ja sen takia hoitosuhdekin on erilainen. Ohjaus on tärkeää syöpää sairastavan potilaan tullessa kontrollikuvaukseen, mutta varsinkin pitkään sairastaneille potilaille tärkeää on heidän henkinen tukemisensa. Sädehoidossa ohjaustilanteessa käydään läpi sädehoitoon liittyviä käytännön asioita. Suullisen ohjauksen lisäksi potilas saa kotiin mukaan vietäväksi myös kirjallista materiaalia. Hoitaja vastaa potilaan esittämiin kysymyksiin ja varmistaa, että potilas ymmärtää, mitä tulevaisuudessa tapahtuu. Ohjaustilanteessa hoitaja kartoittaa potilaan fyysistä tilaa ja ottaa myös huomioon potilaan henkisen tilan. (Hellsten – Kuokkanen 2011: 6.)

Hellstenin ja Kuokkasen (2011: 6) mukaan sädehoidossa on tärkeää informoida potilasta, sillä potilaan on pysyttävä samassa asennossa koko hoidon ajan jokaisella hoitokerralla (Mills – Sullivan 1999: 634). Jussilan ja muiden (2010: 182) mukaan potilaan ohjausta kuvataan myös tiedon antamisena, informointina, ohjauksena, neuvontana ja opetuksena. (Kynäs – Kääriäinen 2005: 251–253). Hellsten ja Kuokkanen (2011: 7) mainitsevat, että potilaan ja läheisen ohjaus on tärkeää koko hoitojakson ajan (Halkoaho – Kavilo – Pietilä 2009: 22). Kaikissa hoitotilanteissa on tärkeää varmistaa, että potilas tietää, mistä tutkimuksen vastaukset saa.

Hellstenin ja Kuokkasen (2011: 8) mukaan hoitajan on osattava vastata potilaan kysymyksiin ja kuunnella potilasta. Näin luodaan potilaaseen luottamussuhde ja silloin potilas uskaltaa puhua arkaluontoisemmistakin asioista. (Herve – Lukin 2010: 29.) Hellsten ja Kuokkanen (2011: 8) mainitsevat, että jos hoitaja ei saa tai osaa vastata kysymyksiin, on potilas ohjattava ottamaan yhteyttä hoitavaan lääkäriin, joka kertoo hoitoon liittyvistä asioista. Vuorovaikutus on yksi syöpäpotilaan ohjauksen tärkeimpiä lähtökoh-  
tia. (Halkoaho ym. 2009: 23–24).

### **3 Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus**

#### **3.1 Vuorovaikutus hoitotyössä**

Vuorovaikutus on tärkeä osa ohjaamista potilastyössä. Mäkisalo-Ropposen (2011: 167–168) mukaan hoitotyöntekijät kokevat usein olevansa vuorovaikutuksen ammattilaisia ja asiantuntijoita siinä. Toisaalta hoitotyössä tulisi kuitenkin muistaa se, että vuorovai-  
kutustaidoissa ei kukaan voi koskaan olla täysin osaava. Vuorovaikutus on taito, jota voi opiskella ja oppia vaikka koko elämänsä, ja silti siinä olisi vielä jotain uutta opitta-  
vaa. Parhaiten vuorovaikutustaitoja oppii kohtaamalla ihmisiä ja ottamalla opikseen omista onnistumisistaan ja epäonnistumisistaan. Hoitotyöntekijöiden olisi hyvä tietää, että potilailta ja asiakkailta tulee valituksia sosiaali- ja terveysalan valvontavirastolle eniten juuri hoitotyöntekijöiden vuorovaikutustaitojen puutteellisuudesta. Monesti huo-  
no käytös kiistetään tai sitä selitetään muun muassa kiireellä. (Markkanen K. 2009; Toivanen K. 2009; Väisänen L. – Niemelä M. – Suua P. 2009.)

Hoitotyössä on pyrittävä tavoitteelliseen vuorovaikutukseen. Se merkitsee sitä, että hoitotyöntekijä kuulee, näkee ja havaitsee sekä sanallista että ei-sanallista viestintää. Hoitajan täytyy oikeasti olla läsnä hoitotilanteessa huomatakseen näitä asioita. Tavoit-  
teena ei saisi olla jonkin työn suorittaminen vaan ihmisen auttaminen. (Mäkisalo-Ropponen 2011: 168.) Sanaton viestintä on kaikkien yhteinen kieli. Eleiden, ilmeiden, äänenpainon, hiljaisuuden, kosketuksen ja läheisyyden avulla on mahdollista kommuni-  
koida sanattomasti. (Mäkisalo-Ropponen 2011: 178.) Mäkisalo-Ropposen (2011: 168) mukaan yksi potilaan ja hoitajan kohtaamisen perusedellytys on hoitotyöntekijän ja poti-

laan tasavertaisuuden kunnioittaminen. On asioita, jotka potilas tietää paremmin, kuten asiat hänen omasta elämästään ja on asioita, jotka hoitaja tietää paremmin kuin potilas. (Falk B. 2003; Väisänen L. – Niemelä M. – Suua P. 2009.)

Syöpäpotilaiden hoitamisesta on tehty tutkimuksia ja opinnäytetöitä paljon, mutta yleensä ne on tehty potilaiden näkökulmasta kuten esimerkiksi Kaukon ja Rossin (2010) tekemä ”Syöpäpotilaan hoidetuksi tulemisen kokeminen – kirjallisuuskatsaus syöpäpotilaan hoitotyöstä” ja Linsenin ja Maunukselan (2009) tekemä opinnäytetyö ”Syöpää sairastavien potilaiden kokemuksia hoitotyöstä”.

Molemmat opinnäytetyöt on tehty yhteistyössä eri sairaaloiden syöpätautien osastojen kanssa eli kiinnostusta syöpäpotilaiden hoitoon ja hoidon laadun parantamiseen selvästikin on syöpäpotilaita hoitavilla osastoilla. Tämä onkin hyvä asia potilaiden ja hoidon kannalta. Hoitohenkilökunnan hyvät vuorovaikutustaidot ovat suuressa roolissa laadukkaassa hoitotyössä. Hoitajan tulisi tietää, milloin, mitä ja miten asiat kannattaa sanoa, ja huomata potilaasta niin sanottuja merkkejä potilaan ongelmista, esimerkiksi psykososiaalisista. Jo yhdestä huonosta hoitokokemuksesta potilas voi saada huonot muistot seuraavia hoitokertoja ajatellen.

Kaukon ja Rossin (2010: 14) kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää, miten syöpäpotilas kokee saadun hoidon ja tavoitteena heillä oli, että katsauksen perusteella hoitoa voidaan kehittää. Tutkimuskysymyksiä heillä oli vain yksi. He siis käyttivät työnsä pohjana teorian tietoa, jonka he hankkivat erilaisista tutkimuksista ja artikkeleista. Pääasiassa työ on yhteenveto syöpäpotilaiden hoitamisen laatuun liittyvästä tiedosta. Linsenin ja Maunukselan (2009: 20) työssä taas haastateltiin yhden Syöpätautien klinikan osaston potilaita. Se tarkoituksena oli kuvata syöpää sairastavien potilaiden kokemuksia hoitotyöstä. Tavoitteena heillä oli käyttää tutkimuksesta saatuja tuloksia hyödyksi hoitotyön laadun kehittämiseksi.

### 3.2 Vuorovaikutuksen tutkiminen ja tulokset

Kaukon ja Rossin (2010) ja Linsenin ja Maunukselan (2009) tekemät tutkimukset ovat hyvin samankaltaiset. Molemmissa tutkimuksissa oli otettu esille potilaiden tiedonsaanti ja potilaiden saama tuki. Linsenin ja Maunukselan (2009) tutkimuksessa potilaat koki-

vat saavansa tarpeeksi tietoa voinnistaan ja hoidostaan suullisesti, mutta kirjallisessa tiedottamisessa olisi parantamisen varaa. Heidän tutkimuksessaan esille nousi myös tiedon vastaanottamisen vaikeus. Osa potilaista ei välttämättä pystynyt hyväksymään saamaansa tietoa tai jokin muu asia vaikutti siihen, ettei saamiaan tietoja enää muistanut. Kaukon ja Rossin (2010: 19–21) kirjallisuuskatsauksessa taas useimmissa tutkimuksissa potilaat kokivat saaneensa riittävästi tukea ja tietoa henkilökunnalta. Kuitenkin he kokivat, että tiedonsaannissa oli myös puutteita. Ratkaisevaa tiedonsaannissa oli ajoitus. Katsauksessa selvisi, että hoito koettiin asiallisena ja ystävällisenä. Potilaat kuitenkin kokivat hoitajien kiireen työkeytenä ja ajattelivat hoitajakutsun soittamisen häiritseväenä. Kiireetön, riittävä ja aito keskustelu sekä läsnäolo herättävät luottamusta hoitajia kohtaan.

Linsen ja Maunuksela (2009: 29–31) puolestaan saivat selville, että suurin osa potilaisista oli erittäin tyytyväisiä potilaan ja hoitajan vuorovaikutukseen. Vuorovaikutukseen tyytyväiset potilaat kokivat myös, että hoitajien kanssa oli luontevaa keskustella. Potilaat kokivat hyvän vuorovaikutuksen hoitajien kanssa tärkeänä tekijänä laadukkaassa hoitotyössä. Hoitajien antama aika potilaalle sekä yhteiset keskustelut hoitajien kanssa koettiin merkityksellisiksi. Hoitajien asenteita pidettiin merkityksellisinä hyvässä hoitotyössä. Potilaiden vastaukset hoitajien antamasta ajasta jakaantuivat: osa oli kokenut hoitajien ajan riittämättömäksi ja osa taas riittäväksi hyvän hoitotyön toteuttamiselle. Syöpäpotilaat kokevat hoitajien ajan olevan hyvin tärkeää hoitotyössä ja suurimmilta osin vastaajat kokivat saaneensa tarpeeksi aikaa ja tukea. Kaukon ja Rossin (2010: 23) mukaan tutkimuksista selvisi, että potilaat kokivat hoidon jatkuvuuden erittäin tärkeäksi tekijäksi hoitoprosessissa. Tuttu henkilökunta ja lääkärit luovat turvallisuuden tunnetta.

Molempien tutkimusten tulokset olivat hyvin samansuuntaisia. Potilaat arvostavat hoitajien aikaa sekä hyvää ja selkeää tiedonsaantia. He haluavat myös hoitojen tapahtuvan tutussa ympäristössä, ja että hoitajat ovat heille jo ennestään tuttuja. Hoitajien vuorovaikutustaitoja pidettiin myös tärkeinä erilaisissa hoitotilanteissa.

#### 4 Potilaan hoitoketju

Potilaan hoitoketjusta käytetään monia eri nimityksiä eri paikoissa. Joissain lähteissä sitä kutsutaan hoitopoluksi, palveluketjuksi tai hoitoprosessiksi. Tässä työssä käytämme siitä ainakin kahta eri nimitystä. Hoitoketjulla tarkoitetaan jokaisen potilaan tarpeisiin vastaavaa yksilöllistä hoitokokonaisuutta. Ihmisellä voi olla monia erilaisia hoitoketjuja elämänsä aikana. Hoitoketjuksi käsitetään potilaan tiettyyn ongelmaan keskittyvää ja suunnitelmallista potilaan ja eri organisaatioiden välistä palvelujen kokonaisuutta sosi- ja terveydenhuollossa. (Iivari – Ruotsalainen – Hämäläinen 2002: 163.) Antamaniemi, Paavilainen ja Vesterinen (2009) mainitsevat, että hoitoketju on ryhmä toisiinsa liittyviä terveydenhuollossa tapahtuvia toimintoja. Hoitoketjuun kuuluvat myös toimiin tarvittavat moniammatilliset resurssit, joiden avulla päästään haluttuihin tuloksiin. (Laamanen 2003.)

Antamaniemi ja muut (2009) kertovat, että päätavoitteeksi hoitoketjulle on asetettu, että potilas on osaavissa käsissä, asiantuntevassa hoidossa, ja että potilas pääsee mahdollisimman nopeasti hoitopaikkaan, joka on hänelle paras vaihtoehto (Silvennoinen-Nuora 2005: 8–9). Antamaniemi ja muut (2009) kertovat myös, että hoitoketju saattaa koostua monien erikoisalojen keskinäisestä yhteistyöstä ja moniammatillisesta yhteistyöstä eri ammattiryhmien kesken. Hoitoketjun asianmukainen ja tavoitteellinen eteneminen vaatii saumatonta tiedonkulkua monien eri ammattiryhmien ja eri hoitoyksiköiden välillä. (Iivanainen – Jauhiainen – Korkiakoski 1996: 10.) Vuonna 1997 Sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämällä teknologian hyödyntämisprojektilla on useiden eri palveluntuottajien sujuvaa yhteistyötä potilaan ongelmia hoidettaessa onnistuttu tehostamaan entisestään (Iivari ym. 2002: 160–161).

Antamaniemen ja muiden (2009) mukaan tietoteknologian hyödyntäminen nopeuttaa tiedonkulkua hoitoketjun eri yksiköiden välillä. Teknologian hyödyntämisessäkin on vaaransa: silloin potilaslähtöisyys hoidossa saattaa kärsiä ja unohtua. (Silvennoinen-Nuora 2005: 8–9).

Tavallisesti potilaan hoitoketju etenee potilaan hoidon tarpeiden mukaisesti. Hoitoketju muodostuu yksinomaan sen mukaan, minkälainen sairaus on kyseessä ja minkälaista hoitoa se vaatii. Hoito etenee yksilöllisesti sairauden tai ongelman mukaan. Sairaanhoidopiirien sisällä on sovittu eri sairauksien hoidon tyyppillisistä kuluista sekä hoitokäytän-



nöistä. Kuitenkin ne ovat hyvin samanlaisia monissa sairaanhoitopiireissä. Hoitoketjun eri vaiheissa saattaa olla mukana sairaanhoitopiirien eri osa-alueita. (Antamaniemi ym. 2009: 12.) Antamaniemi ja muut (2009) kertovat, että hoidon jatkuvuuden toteuttamiseen pyritään jakamalla vastuuta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken (Silvennoinen-Nuora 2005: 8–9). Antamaniemen ja muiden (2009: 13) mukaan hoitoketjulla pyritään ratkaisemaan potilaan ongelmat. Hoitoketjussa on eri vaiheita: kartoitus, suunnittelu, toteutus ja arviointi. Hoitoketju perustuu vuorovaikutuspohjaiseen ongelmanratkaisuun ja päätöksen tekoon tiettyjen tavoitteiden saavuttamiseksi. (Iivanainen ym. 1996: 15.)

Antamaniemen ja muiden (2009: 13) mukaan hoitoketjun katsotaan loppuvan sitten, kun potilaan sairaus ei vaadi enää jatkotutkimuksia tai kontrollikäyntejä. Jotta hoitoketju olisi onnistunut, sille tärkeitä ominaisuuksia ovat hoidon jatkuvuus, potilaan palvelu sekä yhteistyö hoitoon osallistuvien organisaatioiden ja ammattiryhmien välillä. (Tarvainen 2001: 26.)

#### 4.1 Syöpäpotilaan hoitoprosessi

Tässä teoriaosuudessa olemme kuvanneet tiivistetysti potilaan hoitopolun sädehoidon suunnittelusta hoidon alkuun, hoitojen jälkeen potilas alkaa käydä levinneisyyskontrollikuvauksissa.

Syöpää sairastavan potilaan hoito vaatii hoitohenkilökunnalta kykyä arvioida ja ymmärtää potilaan käyttäytymisen perusteella, missä selviytymisprosessin vaiheessa tämä on sairauden käsittelyssä. Kun hoitojaksot ovat pitkiä, omaksuu potilas usein sairaan roolin ja hänen elämänsä keskittyy hoidon ympärille. Potilaiden tunteet näkyvät heidän kasvoistaan, olemuksestaan ja käyttäytymisestään, sekä heidän valitsemista sanoista ja äänensävyistä. (Eriksson – Kuuppelomäki 2000: 54, 56, 132.)

Sädehoitajakson suunnittelun tavoitteena on, että röntgenhoitaja varmistaa, että sädehoitajakso toteutuu yhteistyössä potilaan ja hänen läheisensä kanssa sekä muiden potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien ja tahojen kanssa niin, että sädehoitajakson kokonaistavoite saavutetaan. Tällöin röntgenhoitaja huomioi potilaan tavoitteita. Tällai-

nen työskentely tukee potilaan sitoutumista pitkäänkin jatkuvaan sädehoitoon. (Jussila – Kangas – Haltamo 2010: 81.)

Ensimmäiseksi potilas saapuu syöpäklinalle ja menee uusien potilaiden vastaanotolle lähetteellä, jossa lääkäri ottaa potilaan vastaan. Lääkäri kertoo potilaalle hoidon merkityksestä sairauden hoidossa ja sen mahdollisista hyödyistä. Tämän jälkeen lääkäri kertoo potilaalle mahdollisesti esiintyvistä sivuvaikutuksista sekä tutkii alueen ja päättää tarvitaanko hoidon aikana mahdollisesti tukimuuttia. Sitten lääkäri lähettää potilaan röntgenhoitajan luo, joka opastaa potilasta seuraavaan hoitovaiheeseen. Hoitaja varaa potilaalle tietokonetomografia-simulaattori ajan annossuunnitelmaa varten ja tarvittaessa ajan tukimuotin tekemiseen sekä ensimmäisen sädehoitoajan. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2010.) Jussilan, Kankaan ja Haltamon (2010) mukaan tulohaastattelua varten röntgenhoitajan tai sairaanhoitajan tulee tutustua tarvittaviin potilasasiakirjoihin, joita ovat potilaan sairaskertomus, radiologisten tutkimusten lausunnot ja paksuneulanäytevastaukset. Näiden tietojen perusteella hän suunnittelee varsinaisen tulohaastattelun. Tulohaastattelun tavoitteena on selkeyttää potilaan terveydentilaan ja sädehoitoon liittyviä seikkoja sekä luoda auttava vuorovaikutussuhde, joka varmistaa hyvän hoitamisen.

Seuraavaksi potilas saapuu tietokonetomografiasimulointiin. Potilas on tarkoitus asetella hoitokoneeseen joka kerta samalla tavalla, kun sädehoitoa annetaan. Tässä auttavat mahdolliset ennalta tehdyt tuet ja muotit. Potilaan kehoa kuvataan ja kuvista määritetään sädehoidon kohdealue. Kaikki hoitokohteet on hyvä määrittää kuvaamalla. Kuvausten ja hoitokohteen määrittämisen jälkeen potilaan ihoon tatuoidaan pienet mustat pisteet sädehoitoalueen merkeiksi, näitä pisteitä kutsutaan ulkoisiksi referenssipisteiksi. Ulkoisten referenssipisteiden lisäksi potilaan iholle ja fiksaatiovälineisiin tehdään myös merkintöjä, mikäli ne ovat tarpeen. Näin varmistetaan hoitoasennon toistettavuus. (Jussila ym. 2010: 85–86, 88.)

Annossuunnitelmaa yleensä tekevät lääkäri, fyysikko ja röntgenhoitaja. Lääkäri määrittää potilaan kuvista hoidon kohdealueen ja päättää potilaan kokonaisannoksen. Sen jälkeen fyysikko ja röntgenhoitaja tekevät suunnitelman niin, että kuviin merkataan kriittiset elimet hoitoalueelta eli näin ollen saadaan tervettä kudosta säästettyä ja mahdollisimman suuri annos hoidettavaan kohteeseen. Lopuksi lääkäri hyväksyy annos-

suunnitelman. Kaikilla potilailla on mahdollisuus saada omahoitaja hoitokoneella, jolta voi kysellä askarruttavia asioita halutessaan. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2010.) Tietenkin potilas voi kysellä asioita kaikilta hoitokoneen röntgenhoitajilta, mutta joillekin potilaille voi olla helpompi kysyä asioita omahoitajalta, joka on ottanut potilaaseen ensikontaktin jo ottaessaan potilaan vastaan ensimmäisellä hoitokerralla ja joka on tutustunut potilaan tietoihin, kun potilaan annossuunnitelma on lähetetty hoitokoneelle.

## 4.2 Potilas röntgenissä

### 4.2.1 Potilas röntgentutkimuksessa

Sorppasen (2006) mukaan röntgenhoitajan työn keskeisin tavoite on kuvantamistutkimuksen suorittaminen potilaalle. Tutkimuksen avulla pyritään selvittämään potilaan fyysistä tilaa. Tutkimus itsessään on lyhytkestoinen ja näin ollen röntgenhoitajalla on vähän aikaa tutustua potilaaseen, tämän vuoksi röntgenhoitajan on luettava tarkkaan potilaan lähete, tarkkailtava tilannetta jatkuvasti ja tarvittaessa tehdä jotakin toisin. (Valtonen 2000; Walta 2001.) Sorppanen (2006) kertoo myös, että röntgenhoitaja joutuu työssään tekemään monenlaisia päätöksiä koskien potilaan hoitoa. Hänen mukaansa potilas, laitteet ja tilat ovat röntgenhoitajan konkreettisia kohteita. Niihin liittyvä tieto ja toiminta ovat abstrakteja kohteita. (Walta 2001.)

Sorppanen (2006) kertoo, että röntgenhoitajan työssä hoitotyötä on potilaan fyysinen hoitaminen. Tämä edellyttää röntgenhoitajalta myös sairaanhoidollista osaamista. (Valtonen 2000.) Sorppanen (2006) sanoo myös, että potilaan ohjaus, kohtelu ja valmistelu tulisi toteuttaa tietyllä tavalla niin, että kuvantamistutkimus otetaan huomioon. Nämä vaikuttavat kuvauksen onnistumiseen. (Valtonen 2000; Luotolinna-Lybeck 2003.) Sorppasen (2006) mukaan tutkimus vaikuttaa potilaana olevan ihmisen elämään (Heikkilä 1998; Karhu-Hämäläinen 2002).

### 4.2.2 Röntgenhoitajan saamat esitiedot

Ahmed Idris, Malmi ja Piilonen (2008) kertovat, että kun potilas saapuu röntgenosastolle kuvaukseen, tarvitsee röntgenhoitaja potilaasta esitietoja ennen kuvausta. Tähän

tarvitaan lähete, koska ilman lähetettä potilasta ei voida kuvata. Lähete on potilasta hoitavan lääkärin kirjoittama osoitus, jossa pyydetään suorittamaan jokin kuvantamistutkimus. Lähettävä lääkäri laatii lähetteen Sosiaali- ja terveysministeriön mukaisen asetuksen säteilyn lääketieteellisestä käytöstä (STM 423/2000) mukaan. Lähetteessä tulee olla päivämäärä, potilaan henkilötiedot, tiedot lähettävästä yksiköstä, hoidon kiireellisyyden tarve, lyhyt selvitys potilaan aikaisemmista sairauksista ja tutkimuksista sekä lyhyt teksti potilaan nykyisestä tilasta. Lähetteessä pitäisi mainita myös, jos potilaalle on aikaisemmissa tutkimuksissa tullut komplikaatioita tai allergioita. Siinä pitää lukea myös tutkimusindikaatio, potilaan ongelma sekä tieto pyydettävästä tutkimuksesta. Myös lähettävän lääkärin nimi tulee olla lähetteessä. (Halavaara 2001; STM 423/2000.)

#### 4.2.3 Tietokonetomografiatutkimuksen kulku

Haapala ja Leppäaho (2010) kertovat, että tietokonetomografiatutkimus on kerroskuvausmenetelmä, jossa käytetään röntgensäteilyä. Kuvauslaitteeseen kuuluu gantry, röntgenputki, detektorit, potilaspöytä ja tietokone. Gantryn sisällä oleva röntgenlähde ja vastakkaisella puolella olevat detektorit kiertävät potilaan ympäri. Ensimmäiseksi potilaasta otetaan suunnittelukuvat tietyistä suunnasta ja näihin kuviin asetetaan kuvausalue. (Suramo 1998: 37–38; Jurvelin 2005a: 13; Jurvelin 2005b:39–40; Järvenpää 2005: 103.) Haapala ja Leppäaho (2010) kertovat myös, että tutkimuslaitteita on joko yksi- tai monileikelaitteita. Monileikelaitteissa tutkimuspöytä liikkuu gantryn aukon sisällä kuvausalueella. (Suramo 1998: 39, 73; Lampinen – Savolainen 2000: 10; Jurvelin 2005b: 40; Järvenpää 2005: 103.)

Röntgenhoitaja on vastuussa potilaan vastaanottamisesta, esivalmisteluista, ohjauksesta ja potilaan hoidon jatkuvuudesta. Yleensä röntgenhoitaja tekee tutkimuksen työparinsa kanssa. Röntgenhoitaja on vastuussa myös tutkimuksen tekemisestä oikeaan aikaan. (Haapala – Leppäaho 2010.)

Haapalan ja Leppäahon (2010) mukaan potilas saa ottaa kaikki aamulääkkeensä tutkimusaamuna, paitsi mahdolliset metformiinilääkkeet tulisi jättää ottamatta, mikäli tutkimuksessa käytetään varjoainetta. Röntgenhoitaja kysyy potilasta vastaanottaessaan potilaalta jodivarjoaineherkkyyden, allergiat sekä metformiinilääkityksen käytöstä juuri-

kin varjoaineen käytön takia. Potilaan pitää ottaa kuvausalueelta pois kaikki vaatteet, jotka sisältävät metallia. Tutkimushuoneessa röntgenhoitaja laittaa potilaalle kanyylin yleensä kyynärtaipeen laskimoon. Sitä kautta verenkiertoon saadaan ruiskutettua varjoainetta. Potilas asetetaan makuulle tutkimuspöydälle ja pöytä liikkuu hitaasti laitteessa olevan aukon läpi edestakaisin. Mikäli kuvauksen kannalta on mahdollista, potilasta suojataan vismutti-suojilla. Potilas asetetaan pöydällä koneeseen nähden niin, että kuvattava kohde on kuvauslaitteen aukon keskikohdassa. Koko valmistelu- ja kuvausprosessi kestävät 15–30 minuuttia, itse kuvaus on vain muutaman minuutin mittainen. Kuvauksen aikana potilaan pitää olla paikallaan ja noudattaa hengitysohjeita. (Suramo 1998: 38; Mustajoki – Kaukua 2002: 98; Jurvelin 2005b:40; Tervahartiala 2005: 72, 74; Lehikoinen 2006: 20; Seinäjoen keskussairaala 2009: 106.)

Haapalan ja Leppäahon (2010) mukaan potilaan tulee huolehtia riittävästä nesteytyksestä kuvauksen jälkeen, jos kuvauksessa käytetään jodivarjoainetta. Jos potilas käyttää metformiinilääkettä, tulee sen olla tauolla tutkimuksen jälkeen kaksi päivää. Muutaman päivän päästä potilaan kreatiniini-arvo olisi hyvä tarkastaa. (Sipola 2003: 18; Ryhänen 2005: 51; Seinäjoen keskussairaala 2009: 107.) Yleensä kaikissa syövän levinneisyyskontrollitutkimuksissa käytetään jodipitoista varjoainetta.

#### 4.2.4 Syövän levinneisyyskuvauksissa käytettävä varjoaine

Haapalan ja Leppäahon (2010) mukaan yleensä tietokonetomografiatutkimuksissa kontrastiaineena toimii jodivarjoaine. Se ruiskutetaan yleensä potilaan verenkiertoon kyynärtaipeessa olevan laskimokanyylin kautta. Verenkierron mukana se menee ympäri elimistöä. Jodivarjoaineen käytön idea on siinä, että sitä kulkeutuu runsassuonisiin kudoksiin kuten esimerkiksi kasvaimiin. Jodivarjoaine aiheuttaa useimmiten nopeita tuntemuksia kehossa. Lämmöntunne ja metallin maku suussa ovat yleisimpiä. Jos potilas on yliherkkä jollekin varjoaineen ainesosalle, yleensä jodille, voi potilaalle tulla sivuvaikutuksia. Lieviä sivuvaikutuksia ovat urtikaria ja pahoinvointi. Pahimmassa tapauksessa potilaalle saattaa tulla hengenahdistusta tai anafylaktinen shokki. (Suramo 1998: 30; Sipola 2003: 17; Tervahartiala 2005: 72, 74–75.)

Haapala ja Leppäaho kertovat myös, että jos potilaalla on jodiyliherkkyys, vaikea maksan tai munuaisten vajaatoiminta tai kilpirauhasen liikatoiminta, ei jodipitoista varjo-

ainetta voida käyttää. Varjoainetta käytettäessä potilaan nesteytyksen tulee olla kunnossa, koska varjoaine poistuu munuaisten kautta ja tarvitsee nestettä, jotta se ei jää vahingoittamaan munuaisia. He kertovat myös, että jos potilaan munuaisten toiminta on heikentynyt, on jodivarjoaineen käyttöä syytä harkita. Tämän takia kaikilta potilailta tulee ottaa verestä kreatiniini-arvo, joka kertoo potilaan munuaisten toiminnan tason. (Suramo 1998: 30; Tervahartiala 2005: 72, 74–75.)

#### 4.2.5 Syöpää sairastavan potilaan levinneisyys kontrollitutkimus

Potilas saa ennen syövän levinneisyyskontrollitutkimukseen tulemista potilasohjeen, jonka mukaan hänen tulee toimia tukimusta edeltävänä päivänä ja sen aikana. Tutkimukseen potilaan tulee valmistautua siten, että potilas juo edellisenä iltana kotonaan suolistovarjoainetta veteen tai mehuun sekoitettuna. Juuri ennen tutkimusta potilas saa vielä varjoainetta juotavaksi, jotta suolisto erottuu kuvissa paremmin. Potilaan tulee olla syömättä kaksi tuntia ennen tutkimusta. Potilasohjeessa kerrotaan lyhyesti potilaalle tutkimuksen kulusta. Potilaalle laitetaan kanyyli kyynärtaipeeseen, jotta verenkiertoon saadaan varjoainetta. Potilaan tulee juoda tutkimuksen jälkeen runsaasti vettä, jotta varjoaine pääsee poistumaan munuaisista vahingoittamatta niitä. Potilasohjeessa kehoitetaan ottamaan yhteyttä lähettävään yksikköön, mikäli potilaalle ei ole selvää mistä hän saa tietää oman tutkimuksensa tulokset. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009.)

#### 4.3 Päivystyspotilaan hoitaminen

Iivanaisen, Jauhaisen ja Syväojan (2010: 512) mukaan päivystyspotilaat ovat kiireellisiä, ja koska he voivat olla hengenvaarassa, menevät he ajanvarauspotilaiden sekä muiden potilaiden edelle. Päivystyksessä hoidon tavoitteena on potilaan tilan vaatiman hoidontarpeen määrittäminen, nopea diagnosointi ja hoidon aloittaminen. (Antama-niemi ym. 2009: 9.) Esimerkiksi potilas, jolla epäillään aivoinfarktia, kuvataan tietokonetomografiassa, ja jos siinä aivoinfarkti varmistuu, on liuotushoito aloitettava tunnin kuluessa oireiden alusta (Iivanainen ym. 2010: 90–91). Päivystyspoliklinikan palvelut on ensisijaisesti tarkoitettu vakavasti loukkaantuneille tai äkillisesti vakavasti sairastuneille potilaille. Päivystyspoliklinikalta edellytetään täysitehoista, ympärivuorokautista valmiutta ja hoitohenkilökunnalta ammattitaitoista toimintaa vaikeiden tapaturmien

takia. Toiminnan on oltava nopeaa, ennakoivaa ja hyvin suunniteltua sekä jatkuva toimintavalmius edellyttää hoitohenkilökunnalta stressinsietokykyä, tilanteiden hallintakykyä ja hoitotilojen kunnossapitoa, jotta päivystyspoliklinikka olisi valmis ympäri vuorokauden vastaanottamaan vaikeasti loukkaantuneita potilaita. Lisäksi päivystyspotilaiden määrä vaihtelee paljon viikon eri päivinä ja vuorokauden aikoina, joka vaatii hoitohenkilökunnalta hyvin suurta joustavuutta ja mukautumiskykyä. (Hietanen – Pitkänen – Vilmi 1995: 7, 189, 270.)

Päivystyspotilaat ovat ensimmäisten tuntien aikana yleensä sokkivaiheessa ja he joutuvat kohtaamaan useita hoitotyöntekijöitä ja lääkäreitä sairaalassa olemisen aikana sekä kommunikoimaan heidän kanssaan (Hietanen ym. 1995: 41, 265).

## **5 Työn tarkoitus ja tavoite**

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, miten yhden HUS-Röntgenin yksikön röntgenhoitajat kokevat syöpäpotilaan hoitamisen, ohjaamisen ja vuorovaikutuksen heidän kanssaan erikoispotilasryhmänä. Tarkoitus oli myös selvittää, miten röntgenhoitajat ohjaavat syöpäpotilaita erityisryhmänä, ja miten heidän mielestään hoito eroaa traumapotilaiden hoitoon verrattuna. Tarkoituksena oli myös selvittää, kuinka hyvin röntgenhoitajat tuntevat syöpäpotilaan hoitopolun. Aiheesta ei varsinaisesti ole tehty aiempia tutkimuksia.

Tavoitteenamme oli parantaa röntgenhoitajan ja syöpäpotilaan kohtaamista sekä selvittää, minkälaista ohjausta syöpäpotilaat saavat röntgenhoitajilta. Selvitimme myös voiko potilaiden ohjausta kehittää ja millä tavoin. Tavoitteenamme oli myös antaa kyseisen kuvantamisyksikön röntgenhoitajille lisätietoa syöpäpotilaista erikoispotilasryhmänä. Työstä saatavaa tietoa voidaan käyttää myös muissa HUS-Röntgenin yksiköissä. Röntgenhoitajat, jotka ovat kiinnostuneita syöpäpotilaista, voivat saada työstämme lisätietoa heistä potilasryhmänä. Nykyään monessa HUS-Röntgenin yksikössä tehdään levinneisyyskontrollikuvauksia ja kaikissa näissä paikoissa voitaisiin ohjauksen merkitystä korostaa, mikäli siihen on tarvetta.

Tutkimustehtäviämme ovat:

- Kuinka yhden HUS-Röntgenin yksikön röntgenhoitajat kokevat syöpäpotilaan hoitamisen ja ohjaamisen sekä vuorovaikutuksen heidän kanssaan?
- Kuinka syöpäpotilaiden hoitaminen eroaa traumapotilaiden hoitamisesta röntgenhoitajien mielestä?
- Kuinka hyvin röntgenhoitajat tuntevat syöpäpotilaan hoitopolun?

## **6 Aineiston keruu ja analyysi**

Aineiston keruu tapahtui laadullista tutkimusmenetelmää hyödyntäen. Rajasimme teoriaosuuden tarkasti. Haastattelimme erään HUS-Röntgenin yksikön viittä röntgenhoitajaa, jotka työskentelevät tietokonetomografia-tiimissä ja tekevät levinneisyyskontrollikuvauksia syöpäpotilaille. Kysymyksillä selvitimme tietynlaiseen potilasryhmään erikoistuneilta hoitajilta heidän tietämystään aivan erilaisen potilasryhmän kohtaamisesta työssään. Haastattelut toteutettiin anonymisti kyseisessä sairaalassa yksilöhaastatteiluina eli jokaista röntgenhoitajaa haastateltiin yksitellen ja kaikilta kysyttiin samat kysymykset. Haastattelut nauhoitettiin ja niistä tehtiin muistiinpanoja. Aineiston analyysin jälkeen äänitemateriaali hävitettiin.

Haastattelut tehtiin loppukesän aikana ja vastausten analysointi sekä tulosten avaaminen ja analysointi tapahtui syksyn aikana. Pohdinta kirjoitettiin syksyllä ja työn oli valmis marraskuussa 2011. Tiimimme molemmat jäsenet osallistuivat aineiston keräämiseen. Jaoimme teoriakirjallisuuden aihealueittain, joista kokosimme tietoperustan työlemme. Varsinaisen haastattelulomakkeen kokosimme yhdessä ja myös itse haastattelut ja vastausten analysoinnin suoritimme yhdessä. Suoritimme osallistuvaa havainnointia, jonka toteutimme yhdessä.

### **6.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä**

Tutkimustavaksemme valitsimme kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska tutkimusaiheemme luonne on sen kaltainen, että laadullisella tutkimusmenetelmällä saamme



tutkittavasta ilmiöstä haluamamme informaation. Työssämme tutkimme röntgenhoitajien kokemuksia liittyen täysin erilaisten potilasryhmien hoidon eroihin. Laadullisen tutkimusmenetelmän lähtökohtana on ihminen ja hänen elämänpiirinsä sekä niihin liittyvät merkitykset. Kvalitatiivinen tutkimus on käsitetty monella eri tavalla. Laadullisen tutkimuksen alueella on käytössä runsaasti erilaisia aineistonkeruumenetelmiä, kuten esimerkiksi haastattelu, videointi ja havainnointi. Koska tietoa kerätään kertomuksien, tarinoiden ja merkityksien avulla, tilastollisesti yleistettävää tietoa ei ole mahdollista saada määrällisen tutkimuksen tapaan. (Kylmä – Juvakka 2007: 16.) Kylmän ja Juvakan (2007: 17) mukaan kvalitatiivisten ja kvantitatiivisten tutkimusmenetelmien eroista huolimatta tavoite näillä menetelmillä on samankaltainen eli tutkimuksen avulla pyritään selvittämään totuutta tutkimuskohteina olevista ilmiöistä ja jäsentämään todellisuutta aiempaa paremmin hallittavaan muotoon. (Leino-Kilpi 1997.) Laadulliseen tutkimukseen liittyy eräs tärkeä kysymys, joka liittyy tutkittaviin merkityksiin. Eli tutkimuksen tekijän tulee selvittää työssään, mitä merkityksiä tutkitaan, kokemuksiin vai käsitteisiin liittyviä. Eikä tutkittavien kokemuksia koskaan ymmärretä täysin. (Vilka 2005: 97–98.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on induktiivisuus, jonka tavoitteena on ymmärtää tutkimukseen osallistujien näkökulma. Tutkimusta ohjaavat mitä-, miksi- ja miten-kysymykset. Tutkimustehtävät tarkentuvat työn edetessä ja osallistujia valitaan vähän. Aineiston keruu suoritetaan avoimin menetelmin ja tutkijoilla on läheinen kontakti tutkimukseen osallistujiin. Tutkimuksen tekijä on aktiivisessa roolissa ja haastattelussa painotetaan luonnollisia olosuhteita. Tutkimusaiheesta on usein vähän tietoa ja aineiston analyysi on lähtökohdiltaan induktiivinen. (Kylmä – Juvakka 2007: 31.) Miksi-kysymys on tärkeä osa tutkimusta, koska se vastaa asiaan syvällisemmin. Sen avulla tutkimuksesta saadaan moniulotteisempi ja parempi tulos, koska merkitysten ja laatu- jen maailmassa asiat ja ilmiöt eivät ole vain yhdellä tavalla. (Vilka 2006: 98.) Työssämme tämä näkyy selvästi muun muassa haastateltavien pienenä määränä, teema- haastatteluiden avoimuutena, tutkimuksen tekijöiden aktiivisuutena, teemahaastattelujen järjestämisessä luonnollisessa ympäristössä, tutkimusaiheeseen liittyvän aiemman tiedon suppeana määränä sekä siinä, että analysoimme keräämämme tiedot induktiivisella sisällönanalyysillä.

Vilkan (2006: 99) mukaan laadullisessa tutkimusmenetelmässä korostuvat kolme näkökulmaa tutkimuskohteeseen: konteksti, ilmiön intentio ja prosessi. Kontekstilla tarkoitetaan sitä, että tutkimusraportissa kuvataan millaisiin esimerkiksi sosiaalisiin, kulttuuriin tai ammatillisiin yhteyksiin tutkittava asia liittyy. Kuvauksessa tulisi kuvata tutkittavan asian esiintymisympäristöä eli esimerkiksi aikaa, paikkaa ja sosiaalista verkostoa. Sen jälkeen tulisi kuvata tutkimustilannetta, jossa tutkimusaineisto on kerätty. Intentio tarkoittaa, että tutkija tarkkailee tutkimustilanteessa, millaisia motiiveja tai tarkoitusperiä tutkittavan tekemiseen tai ilmaisuun liittyy. Tarkkaillaan esimerkiksi peitteleeko, suojeleeko, liioitteleeko tai muunteleeko tutkittava tosiasioita. Tutkittavalla on omat motiivinsa tehdä näitä asioita. (Anttila 1996: 184–185.) Tutkimuksessamme tulee esille, että tutkittava ilmiö esiintyy röntgenhoitajien työpaikalla, olemme kuvailleet myös tutkimustilannetta jonkin verran. Haastattelutilanteessa tarkkailimme haastateltavien eleitä ja ilmeitä.

Vilka (2006: 98) kertoo, että laadullisen tutkimusmenetelmän tutkimuksella ei ole tarkoitus löytää tutkittavaan asiaan absoluuttista totuutta. Sen tavoitteena on, tutkimisen aikana muodostuneita tulkintoja hyväksi käyttäen, näyttää esimerkiksi ihmisen toiminnasta jotakin, joka on välittömän havainnon saavuttamattomissa. Nämä asiat ovat kuin kysymyksiä ja tutkimuksen tavoitteena onkin saada niihin vastaukset tutkimuksessa. Tulkintoja tehdään asioista, joita saadaan selville ihmisen kuvaamista kokemuksista ja käsityksistä. (Alasuutari 1994: 34.) Vilka (2006: 98) sanoo myös, että nämä tulkinnat ovat merkityssuhteiden avaamista. Merkityssuhteita avaamalla luodaan tutkimuksessa esimerkiksi malleja, ohjeita ja toimintaperiaatteita tutkittavasta asiasta. (Varto 1992: 64.)

Kylmän ja Juvakan (2007) mukaan tiedonkeruumenetelmistä haastattelu on käytetyin menetelmä. Koska haastattelu on hyvin joustava menetelmä, se sopii moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin. Haastattelutilanteessa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa, ja tämä tilanne luo mahdollisuuden suunnata tiedonhankintaa itse tilanteessa. (Munhall 2001.) Samalla on mahdollista saada esiin myös motiiveja, jotka ovat vastausten taustalla. Haastattelua tekevän tutkijan tehtävänä on välittää kuvaa haastateltavan ajatuksista, käsityksistä, kokemuksista ja tunteista. (Kylmä – Juvakka 2007.) Haastattelun suunnitteluvaiheessa tutkijan on päätettävä, mitä välineitä hän tarvitsee haastattelun aikana. Haastattelun tallentaminen muodossa tai toisessa on

välttämätöntä. Jo tallennustapaa valittaessa on mietittävä, miten aineisto tullaan käsittelemään. Helpoin tapa tallentaa haastattelu on videonauhurin tai kasettinauhurin avulla. (Hirsjärvi – Hurme 2000.) Tallensimme teemahaastattelumme nauhurilla, jonka jälkeen haastattelut litteroitiin ja sen jälkeen ne analysoitiin. Haastatteluiden aikana toinen meistä tarkkaili haastateltavaa koko ajan, kun toinen keskittyi haastattelun kulkuun.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan tutkimuksen totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä ja neutraaliutta. Tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Aineistoa analysoitaessa korostuvat tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymysten lisäksi sisällönanalyysin haasteena on, miten tutkija pystyy pelkistämään aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tutkijan tulee osoittaa luotettavasti yhteys aineistonsa ja tulostensa välillä. (Janhonen – Nikkonen 2001.) Tärkeintä on, että tutkimus tehdään huolellisesti, eettisiä periaatteita ja menetelmällistä tarkkuutta noudattaen. (Kylmä – Juvakka 2007: 16.)

## 6.2 Teemahaastattelu

On olemassa yksilö, pari- tai ryhmähaastatteluita, riippuen haastateltavien henkilöiden lukumäärästä. Haastatteluissa voidaan käyttää eri haastattelutekniikoita riippuen siitä, millaiseen suhteeseen ja puhetapaan haastateltavien kanssa halutaan päästä. Erilaisia haastattelutekniikoita ovat muun muassa syvähaastattelu ja teemahaastattelu. (Ronkanen – Pehkonen – Lindblom-Ylänne – Paavilainen 2011: 116.)

Hirsjärven ja Hurmeen (2000: 47) mukaan teemahaastattelu on kohdennettu haastattelu ja eroaa muista tutkimushaastattelun lajeista. Teemahaastattelun muutamia ominaispiirteitä ovat muun muassa se, että haastateltavat ovat kokeneet tietyn tilanteen sekä alustavasti on selvitetty tutkittavan ilmiön luultavimmin tärkeitä osia, rakenteita, prosesseja ja kokonaisuutta. Eli tutkija on tehnyt sisällön- ja tilanneanalyysin, jonka avulla hän on päätenyt joihinkin oletuksiin koskien tutkittavaa asiaa. Haastattelurunko kehitetään analyysin perusteella. Sitten haastattelu suunnataan tutkittavien henkilöiden kokemuksiin tilanteista, jotka on jo ennalta analysoitu. (Merton R.K. – Friske M. – Ken-

dall P.M. 1956.) Teemahaastattelussa ei voi kuitenkaan kysellä mitä tahansa, ideana on kysellä haastateltavilta kysymyksiä, joilla yritetään löytää merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaan. Kysymykset perustuvat etukäteen tiedetyistä asioista koskien tutkittavaa asiaa. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 78.) Tutkimusongelmasta pyritään valitsemaan tärkeimmät aihe-alueet teemahaastattelun teemoiksi. Nämä teemat ovat välttämättömiä, jotta tutkimusongelmaan saataisiin vastauksia. Kuten on aikaisemmin jo todettu, haastattelussa teemojen käsittelyjärjestyksellä ei ole väliä. Teemahaastattelun tavoitteena on saada haastateltavan oma kuvaus koskien kaikkia aihe-alueita. (Vilka 2005: 101–102.)

Teemahaastattelu on lähempänä strukturoimatonta haastattelua kuin strukturoitua. Se on puolistrukturoitu haastattelu siksi, että yksi haastattelun näkökanta on kaikille samanlainen eli haastattelun aihepiiri. Teemahaastattelusta puuttuu strukturoidulle loma-kehaastattelulle olennainen kysymysten tarkka muotoilu ja järjestys. (Hirsjärvi – Hurme 2000: 48.)

Teemahaastattelu ei sitoudu tiettyyn tutkimusmenetelmään. Sen voi tehdä, oli tutkimustapa sitten kvalitatiivinen tai kvantitatiivinen. Teemahaastattelun nimi ei myöskään kerro sitä kuinka monta kertaa haastatteluja suoritetaan tai kuinka syvälle aiheeseen haastatteluissa mennään. Nimi kertoo haastattelutavasta kaikkein oleellisimman tiedon eli sen, että teemahaastattelussa ei käytetä yksityiskohtaisia kysymyksiä vaan haastattelun etenee ennalta päätettyjen teemojen tiimoilta. Haastattelun eteneminen teemoitain ei pakota haastattelijaa ottamaan mitään tiettyä näkökulmaa tutkimaansa ilmiöön. Haastateltavien yksilöiden äänet tulevat paremmin esille teemahaastattelussa. Teemahaastattelu huomioi sen, että ihmisillä on omat tulkintansa asioista. Keskeisellä paikalla ovat ihmisten antamat omat merkitykset tulkitsemilleen asioille. Teemahaastattelu ottaa huomioon senkin, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksesta. (Hirsjärvi – Hurme 2000: 48.)

### 6.3 Osallistuva havainnointi

Havainnointitapoja on monenlaisia. Niistä pitää valita juuri omaan tutkimustarkoitukseen sopiva tapa. Vilka (2006: 8) on jaotellut havainnointitavat seuraavasti: 1. tarkkaileva havainnointi, 2. osallistuva havainnointi, 3. aktivoiva havainnointi, 4. kokemalla

oppiminen ja 5. piilohavainnointi. Havainnoinnista käytetään myös ilmaisua observointi. Observointi on sallittujen tapojen mukaan toteutettua huolellista ja tarkkaa havainnointia tutkittavasta ilmiöstä. (Silverman 2001: 57, 193.) Tutkimushavainnoinnissa havainnoidaan ihmisen kokonaisvaltaista ja tietoista ilmiöiden, asioiden ja tapahtumien aistimista (Vilka 2006: 9). Meidän työhömmä sopivimmaksi havainnointitavaksi valittiin osallistuva havainnointi.

Vilkan (2006: 44) mukaan osallistuva havainnointi on havainnointitapa, jossa tutkija itse osallistuu tutkimuskohteensa toimintaan tutkimuskohteen ehdoilla ja yhdessä sen jäsenten kanssa aiemmin sovitun ajanjakson ajan. Osallistuvaa havainnointia varten valitaan usein teoreettinen näkökulma ennen havainnoinnin toteuttamista. Lisäksi havainnointi on jollakin tavalla ennalta suunniteltu valitun näkökulman avulla. (Alasuutari 1994: 75; Eskola – Suoranta 2000: 98, 108; Hirsjärvi – Hurme 2001: 37–38; Hirsjärvi ym. 2005: 205–206; Anttila 1996: 220.) Vilka (2006: 45) mainitsee myös, että osallistuvassa havainnoinnissa tutkija vaikuttaa läsnäolollaan tutkittavaan ilmiöön. Osallistuvalla havainnoinnilla yritetään kerätä tietoa siitä, millä tavalla havainnoitavat henkilöt noudattavat kertomaansa ja kuvailemaansa normia. Edellytyksenä osallistuvalla havainnoinnille on, että tutkija pääsee sisään tutkittavaan yhteisöön. (Grönfors 1985: 90.)

Vilka (2005: 120) sanoo, että osallistuva havainnointi on hyvä tapa hankkia tietoa tutkittavista henkilöistä yksilönä tai yhteisönä jäsenenä. Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija on vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa ja tekee siihen perustuen havaintoja tutkittavasta ilmiöstä. (Grönfors 2001.) Osallistuva havainnointi on hyvä, kun tutkitaan ja kehitetään ajattelu- ja toimintatapoja sekä vuorovaikutusta työntekijöiden kesken että heidän toimintaansa liittyviä asioita ja ilmiöitä. (Vilka 2005: 120.) Vilkan (2005: 121) mukaan osallistuvan havainnoinnin toteuttaminen on varsin työlästä ja siihen kuluu paljon aikaa. Siksi olisi hyvä miettiä jo aivan alku vaiheessa onko osallistuva havainnointi oikea tutkimusmetodi omaan tutkimukseen. (Grönfors 2001: 129.)

Molemmat ryhmämme jäsenistä menivät kyseiseen HUS-Röntgenin yksikköön havainnoimaan sitä, kuinka siellä työskentelevät röntgenhoitajat toimivat levinneisyyskuvauksiin tulleiden syöpäpotilaiden kanssa. Tätä verrattiin myös muiden potilaiden kanssa kohtaamiseen. Havainnoijat kiinnittivät huomiota erityisesti siihen, kuinka vuorovaikutus potilaan kanssa toimii, ja miten potilasta ohjataan kuvausta ennen, sen aikana ja

sen jälkeen. Havainnointia varten teimme listan asioista, joihin havainnoijat erityisesti kiinnittivät huomiota. Havainnointia varten teimme myös havainnointilomakkeen, johon merkitsimme havaintomme. Havainnoinnin ajankohdasta sovimme osaston kanssa ja se tehtiin yhden päivän aikana. Havainnointi suoritettiin siten, että henkilökunta tiesi sen tapahtuvan. Pyrkimyksenämme oli havainnoida juuri haastatteluihin osallistuvia henkilöitä, jotta olisimme voimme verrata heidän vastauksiaan ja toimintaansa, mutta se ei ollut mahdollista. Näin olisimme saaneet parempaa informaatiota ilmiöstä yleensä. Havainnoinnin luotettavuuteen vaikuttaa paljolti se, että havainnoitavat tiesivät, että heitä tarkkailtiin, eivätkä he välttämättä näin lyhyellä havainnointiajalla käyttäytyneet samalla tavalla kuin normaalisti.

#### 6.4 Aineiston analyysi

Teemahaastatteluilla saamamme vastaukset analysoimme sisällönanalyysillä. Linsen ja Maunukselan (2009: 23) mukaan tätä menetelmää voidaan käyttää esimerkiksi dialogien, raporttien, kirjojen, artikkeleiden ja muun kirjallisen materiaalin analyysiin. Sisällön analyysiä käytetään erityisesti hoitotieteellisenä tutkimusmenetelmänä. Tutkittavat dokumentit voidaan analysoida objektiivisesti ja systemaattisesti kyseisen menetelmän avulla. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 3–10.) Sisällön analyysin tekemiseen on kaksi tapaa: aineistolähtöinen sisällönanalyysi ja teorialähtöinen sisällönanalyysi. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta esimerkiksi jonkinlainen toiminnan logiikka. Aineiston keräämisen jälkeen tutkijat päättävät, mikä on se toiminnan logiikka, jota he aineistosta lähtevät etsimään. Sitten aloitetaan aineiston pelkistäminen eli materiaalista poistetaan kaikki epäolennainen tieto, joka ei liity tutkimusongelmaan. Aineisto siis pilkkotaan osiin tai tiivistetään. Tätä prosessia ohjaavat tutkimuskysymykset ja tutkimusongelma. Sitten tutkimusaineisto ryhmitellään jälleen uudeksi kokonaisuudeksi. Ryhmittely tehdään sen mukaan, mitä aineistosta ollaan etsimässä esimerkiksi niiden ominaisuuksien, piirteiden mukaan tai käsitysten mukaan, jotka löytyvät analyysin kohteena olevasta analyysiyksiköstä. Se voi olla esimerkiksi lause tai sana. Sitten jokainen ryhmä nimetään jollakin pääkäsitteellä. Tuloksena ryhmittelyistä syntyy käsitteitä, luokitteluja tai teoreettinen malli. Sen avulla pyritään ymmärtämään tutkittavana olevan kuvaamaa merkityskokonaisuutta. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 110–115.)

Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä on jo valmiiksi jonkinlainen teoria tai malli. Aluksi tutkija kuvailee tutkimusta ohjaavan teorian tai mallin. Teorialähtöistä sisällönanalyysiä ohjaavat aiemmat tutkimukset aiheesta ja valmiina oleva teoria itse. Teorialähtöisen sisällönanalyysin tavoitteena on uudistaa teoreettista käsitystä tutkittavasta asiasta tutkittavien antamien merkitysten avulla. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 116.)

Työhömme valitsimme aineistolähtöisen sisällönanalyysin, koska varsinaisesti meidän tutkimusaiheestamme ei ole tehty aikaisempia tutkimuksia, eikä meillä ole näin ollen tutkittavasta asiasta teoriaa tai mallia.

### 6.5 Eettiset kysymykset

Janhosen ja Nikkosen (2001) mukaan laadullisen tutkimuksen tärkeitä eettisiä periaatteita ovat tiedonantajan vapaaehtoisuus ja henkilöllisyyden suojaaminen sekä luottamuksellisuus (Nieswiadony 1987; Munhall 1988; Ramos 1989). Tärkeää on myös, ettei tutkija tutkimuksellaan vahingoita tiedonantajaa. Tiedonantajat eivät välttämättä hyödy tutkimuksesta, mutta parhaimmillaan tutkimus voi olla edistämässä heidän tietoisuuttaan tutkittavasta asiasta. (Janhonen – Nikkonen 2001.) On tärkeää, että haastateltavat pysyvät anonyymeinä. Teemahaastattelut tallensimme nauhurilla. Tallennetut haastattelut poistettiin aineiston analyysin jälkeen eikä kellekään muulla ollut mahdollisuutta saada haastatteluaineistoa haltuunsa. Missään vaiheessa tutkimustamme ei käy ilmi haastateltavien röntgenhoitajien henkilöllisyys.

Leino-Kilpi (2003) kertoo, että tutkimusetiikalla tarkoitetaan yleensä hyviä tieteellisiä käytäntöjä, tiedeyhteisön sisäistä ohjausta, jolla ei ole yhtä pakottavia seuraamuksia kuin lain rikkomisella (Kuula 2001). Tutkimuksen pohdinnassa on kyse siitä, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta (Leino-Kilpi 2003). Kylmän ja Juvakan (2007: 134) mukaan tutkimuksen ja opinnäytetöiden tekemisessä eettiset seikat ovat tärkeitä (Steinke 2004). Eettisten kysymysten toteutuksen epäonnistuminen saattaa viedä pohjan koko tutkimukselta. Tutkimusetiikassa on kyse lukuisista valinta- ja päätöksentekotilanteista, joita tutkimuksen tekijän on ratkaistava tutkimusprosessin eri vaiheissa. (Kylmä – Juvakka 2007.)

Tutkimuksen tekijällä on laaja-alainen vastuu, koska tutkimuksen vaikutukset voivat ulottua hyvinkin kauas tulevaisuuteen tai koskettaa lukuisia ihmisiä. Alkuvaiheessa on hyvä pohtia tutkimuksen seurauksia. Laadullisessa tutkimuksessa haasteet syntyvät esimerkiksi vaikutuksista, joita tutkimuksella voi olla siihen osallistuvien henkilöiden elämään. Jo aiheen valinta ja tutkimuskysymysten muodostaminen ovat merkittäviä eettisiä ratkaisuja. (Kylmä – Juvakka 2007.) Aiheemme on muotoutunut tekemisen aikana. Tutkimuskysymykset on mietitty huolella ja nekin ovat muuttuneet matkan varrella. Haastattelut pyrimme tekemään niin, että niiden ei olisi pitänyt vaikuttaa haastateltaviin juurikaan, koska haastattelut tehtiin heidän työpaikallaan ja heille luonnollisessa ympäristössä. Kerroimme myös haastatteluiden alussa haastateltavillemme millaisesta selvityksestä on kyse ja mihin sitä käytetään. Yhtenä eettisenä ongelmana haastateltaviin liittyen oli myös se uskalsivatko haastateltavana olleet röntgenhoitajat vastata juuri niin kuin ajattelevatkin asioista vai peittelivätkö he aitoja mielipiteitään jostakin syystä.

Tärkeä osa eettisyyttä on lupien osuus. Työmme tekeminen keskeytyi ennen opinnäytetyösuunnitelmamme hyväksymistä ja tutkimuslupien saamista. Työn tekemiseen tarvittavat luvat hoidettiin keväällä 2011 ja sopimus allekirjoitettiin HUS-organisaation edustajien kanssa. Meidän työssämme eettisyyteen liittyi myös haastattelutilanne. Teimme haastattelumme niin, että toinen oli vastuussa haastattelun tekemisestä ja toinen tarkkaili haastateltavaa. Olemme käsitelleet haastattelutilannetta enemmän luotettavuuden pohdinnassa. Selvityksessämme aineiston analyysi liittyy eettisyyteen siten, olemmeko tutkijoina varmasti tulkinneet oikein haastateltavien kertomia asioita tai olemmeko tehneet analyysin täysin oikein. Ainakin olemme saaneet tutkimuskysymyksiimme vastaavia vastauksia analysoinnin tuloksena, joten voimme uskoa tehneemme materiaalin analyysin oikealla tavalla.

## **7 Tulokset**

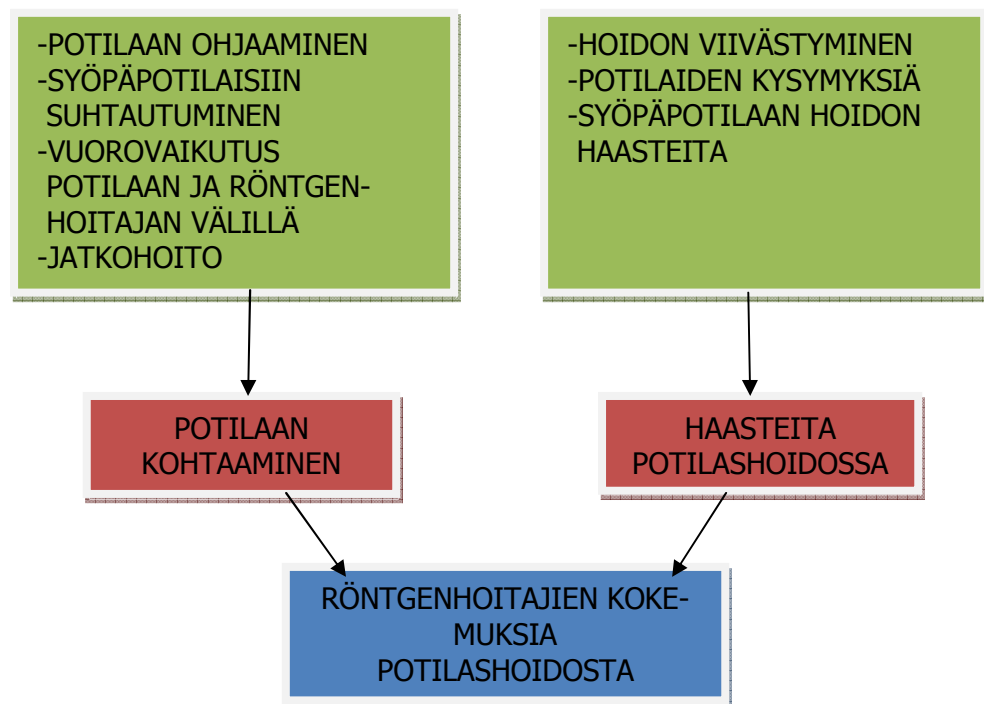
Tässä kappaleessa käsittelemme analysoimamme teemahaastattelun tulokset. Ne on jaettu kolmeen eri kappaleeseen tutkimuskysymysten mukaisesti. Ensin käsittelemme röntgenhoitajien kokemuksia potilashoidosta, sitten potilasryhmien eroja röntgenhoita-



jan näkökulmasta. Lopuksi käsittelemme vielä syöpäpotilaan hoitopolkua. Olemme käsitelleet myös osallistuvan havainnoinnin tulokset, jotka on analysoitu sisällön analyysin induktiivisella otteella, aivan kuten teemahaastattelunkin vastaukset.

### 7.1 Röntgenhoitajien kokemuksia potilashoidosta

*Röntgenhoitajien kokemuksia potilashoidosta* teeman alle muodostui kaksi yläkategoriaa, *potilaan kohtaaminen* ja *haasteita potilashoidossa*. *Potilaan kohtaaminen* kategorian alle muodostui neljä alakategoriaa, *potilaan ohjaaminen*, *syöpäpotilaisiin suhtautuminen*, *vuorovaikutus potilaan ja röntgenhoitajan välillä* sekä *jatkohoito*. *Haasteita potilashoidossa* kategorian alle muodostui kolme alakategoriaa, *hoidon viivästyminen*, *potilaiden kysymyksiä* ja *syöpäpotilaan hoidon haasteita*. Ensimmäiseksi käsittelemme *potilaan kohtaaminen* kategorian (Kaavio 1).



Kaavio 1. Röntgenhoitajien kokemuksia potilashoidosta.

*Potilaan ohjaaminen* koettiin haastatteluissa erittäin tärkeänä asiana, varsinkin jos potilas tulee ensimmäistä kertaa kontrollikuvaukseen. Ohjauksen tarve riippuu suurimmilta osin potilaasta ja siitä, kuinka kauan hän on käynyt syövän levinneisyyden kontrollikuvauksissa. Haastatteluissa tuli ilmi myös se, että potilaiden ohjaus ennen kontrollikuvauksia.

usta oli jonkin verran puutteellista, koska he eivät esimerkiksi tienneet joutuvansa vielä odottamaan odotustilassa ennen kuvaukseen pääsyä.

Haastateltavat kokivat, että kiireellisenä päivänä ei pysty antamaan potilaalle välttämättä tarpeeksi ohjausta vaikka itse kokisikin sen tarpeelliseksi. Tähän röntgenhoitajien mielestä oli syynä esimerkiksi liian suuret potilasmäärät sekä liian vähäinen työntekijöiden määrä työpisteessä. Kuitenkin, jos potilaasta näkee, että hän tarvitsee lisäohjausta, pyritään siihen käyttämään enemmän aikaa. Osa röntgenhoitajista koki, että jos potilaan kanyloimiseen kuluu aikaa, siinä ehtii antamaan potilaalle enemmän ohjausta sekä vastata potilasta askarruttaviin asioihin.

Toisaalta röntgenhoitajat eivät ole saaneet potilailta palautetta liian vajavaisesta ohjauksesta. Osa haastateltavista oli sitä mieltä, että syöpäpotilaat tarvitsevat ohjausta enemmän kuin muut potilasryhmät, mutta jotkin röntgenhoitajat kohtelevat kaikkia potilaita samalla tavalla. Myös hyvän kontaktin koettiin helpottavan hoitotilannetta.

*“...siis onhan se tärkeätä ja varsinkin jos ne tulee ensimmäistä kertaa nii se on erittäin tärkeätä...”*

*“...ei kiireisenä päivänä hirveesti aikaa jäädä jaarittelemaan...”*

*“...jos yhtä potilasta vigottaa tunnin niin siinä nyt tietysti ehtii antaa sitä ohjausta...”*

*“...ehkä ne tarvis sen tiedon, ku osa olettaa sitä, että ne tulee tänne niin ne pääsee heti kuvaukseen ja sen jälkeen pois...”*

*Syöpäpotilaisiin suhtautuminen* kategoriassa oli paljon ristiriitaisia näkemyksiä, jopa samalta haastateltavalta löytyi eriäviä mielipiteitä. Joidenkin mielestä syöpäpotilaisiin suhtaudutaan samalla tavalla kuin muihinkin potilaisiin. Toiset taas suhtautuvat syöpäpotilaisiin eritavalla. Yhden haastateltavan mielestä suhtautuminen riippuu potilaan kunnosta: huonokuntoiselle pyrkii olemaan empaattisempi kuin muille. Vastauksesta ei kuitenkaan käynyt ilmi, päteekö tämä kaikkiin potilaisiin vai ainoastaan syöpäpotilaisiin.

Kysyimme röntgenhoitajilta, tunsivatko he tarvetta erilliselle ohjeelle syöpäpotilaan hoitamiseen, mutta kukaan ei kokenut sitä tarpeelliseksi, koska röntgenhoitajat olivat työskennelleet syöpäpotilaiden parissa jo niin kauan. Toisaalta he olisivat halunneet saada lisätietoa silloin, kun syöpäpotilaita alkoi tulla heille kuvauksiin. Yleisenä mielipiteenä haastateltavien keskuudessa oli, että syöpäpotilaan hoitamiseen ei valmistauduta mitenkään erikoisella tavalla. Kuitenkin röntgenhoitajat kertoivat valmistautuvansa kuuntelemaan syöpäpotilaita. Haastatteluissa kävi ilmi, että röntgenhoitajien välillä ei ole huomattavia eroja syöpäpotilaan kohtelussa.

*“...kyllä mä varmaa itekki suhtaudun heihin erilailla...”*

*“...mä kohtelen kaikkia potilaita hyvin ja ystävällisesti...”*

*Vuorovaikutus potilaan ja röntgenhoitajan välillä* riippuu päivän kiireellisyydestä. Haastateltavat kokivat, että osa potilaista haluaa jutella. Tällaisissa tilanteissa röntgenhoitajia itseäänkin harmittaa se, jos ei ole aikaa keskinäiseen keskusteluun. Jotkut röntgenhoitajat kokivat syöpäpotilaiden kanssa keskustelun raskaaksi, koska siihen ei ole totunut.

*“...no näillä potilasmäärillä ei oo mitenkään mahdollista vaikka oiski välillä ihan kiva jutella, mut ei vaan kerkee...”*

*Jatkohoidon* suhteen kaikilta haastateltavilta saimme samantyyppisiä vastauksia. Heidän mielestään ne potilaat, jotka ovat käyneet kuvauksessa ennenkin tietävät, miten jatkohoito etenee. Lähes kaikki potilaat sanovat, että tutkimus on jo entuudestaan tuttu heille ja he tietävät, että kuvauksen jälkeen on hoitavan lääkärin vastaanotto, jossa voi kysellä hoitoon liittyvistä asioista enemmän.

*“...moni on käyny niin paljon, nii heille on niinku selvä, ett käydään kuvauksessa ja sit sen jälkeen on se lääkärin vastaanotto ja siellä voi niinku enemmän kysellä...”*

Haastateltavien mukaan osa potilaista ei ole varautunut *hoidon viivästymiseen*. Kaikki potilaat eivät ole varautuneet siihen, että kuvaukseen pääsy ja kuvaus itsessään voi

kestää kauemmin kuin he ovat odottaneet. Haastatteluissa kaikki olivat yhtä mieltä siitä, että jos potilaan kuvaukseen pääsy viivästyy traumapotilaan takia, niin potilaalle ilmoitetaan asiasta saman tien ystävällisesti sekä pahoitellaan tilannetta. Potilas pyritään myös pitämään ajan tasalla tilanteesta ja vaihdetaan kuvauskonetta tarvittaessa. Suurin osa heistä ymmärtää päivystyspotilaan edelle menemisen, mutta varsinkin sairautensa suhteen pelokkaat ja epävarmat potilaat suhtautuvat asiaan huonommin. Kaikki röntgenhoitajat kertovat potilaalle kuvantamisyksikön keskittymisen päivystystoimintaan. Röntgenhoitaja kertoivat myös, että jos syöpäpotilaan tutkimus keskeytyy kiireellisen traumapotilaan takia, yritetään saada syöpäpotilas mahdollisimman huomaavaisesti siirrettyä pois kuvaushuoneesta.

*“...alakerras meil ei oo valmisteluhuonetta ollenkaan... joudutaan potilas ottaa pöydältä pois, kun tulee traumahälytys...”*

*“...osa ymmärtää erittäin hyvin, osa ei ymmärrä yhtään... yleensä mä vaan sanon, että tää on päivystävä paikka... ett on joku henkee uhkaava tilanne, että ne luonnollisestikki menee...”*

*Potilaiden kysymät kysymykset* liittyvät haastateltavien mukaan pääosin lausuntojen ja laboratoriotulosten saamiseen sekä lääkärikäynteihin. Osa röntgenhoitajista kertoi kysyttäessä tarkistavansa koneelta, onko potilaalle varattu lääkäriaikaa. Lausunnoissa, laboratoriotuloksissa sekä muissa potilasta askarruttavissa kysymyksissä röntgenhoitajat neuvovat ottamaan yhteyttä hoitavaan lääkäriin.

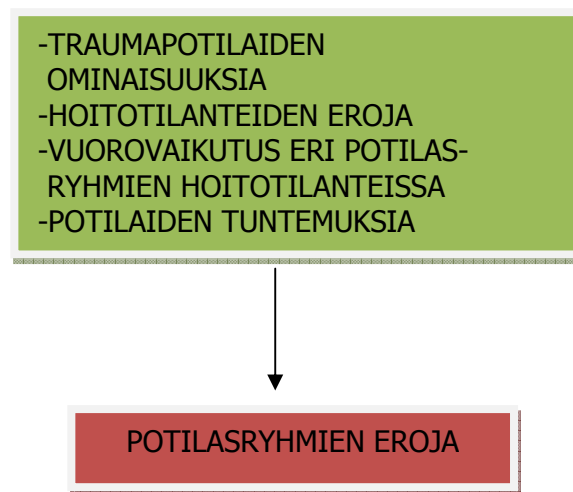
*“...ku ne kysyy täällä, että mites on jatkot, tietysti mä voin koneelta kattoo, että onko varattu...”*

Alakategoriassa *syöpäpotilaan hoidon haasteita* tuli ilmi seuraavia asioita. Syöpäpotilaiden hoitamisen koettiin vaativan enemmän esivalmisteluja verrattuna muihin potilasryhmiin. Välillä syöpäpotilaita on hankalampi kanyloida ja sen kestäminen saattaa vaikuttaa aikatauluun ja näin ollen myös muihin potilaisiin. Osa röntgenhoitajista oli huolissaan valmistelutilojen riittämättömyydestä.

*“...no siis jossain määrinhän ne vaatii useesti paljon enemmän esivalmisteluita, just viggon laitto ja muuta...”*

## 7.2 Potilasryhmien eroja

*Potilasryhmien eroja* pääkategorian alle muodostui neljä alakategoriaa, *traumapotilaiden ominaisuuksia, hoitotilanteiden eroja, vuorovaikutus eri potilasryhmien hoitotilanteissa ja potilaiden tuntemuksia* (Kaavio 2).



Kaavio 2. Potilasryhmien eroja.

Haastateltavat kertoivat hieman epäselvästi *traumapotilaiden ominaisuuksista*. Yksi tärkeimmistä löytämistämme seikoista haastateltavien vastauksissa oli se, että traumapotilaan tilanne on tullut eteen nopeasti ja ennalta arvaamatta. Yhden haastateltavan mielestä traumapotilaat ovat shokissa ja kyselevät kaikenlaisia kysymyksiä, mikäli ovat tajuissaan. Traumapotilaat ovat heidän mielestään myös kivuliaampia potilaita. Yksi haastateltava sanoi traumapotilailla olevan vammoja ja syöpäpotilaalla ei.

Haastateltavat kuvailivat traumapotilaiden ominaisuuksia näin:

*“...no traumapotilaat nyt useesti on niinku kunnol vammautuneita, nehän on kivuliaampia...”*

*“...onhan traumapotilas tavallaan semmonen, ett se niinku yht`äkkiä tapahtunu joku, ett useimmiten ne on shokissa, ett sillä tavalla niinku pitää niitten kanssa keskustella eri tavalla, kun taas sitten, en sano sitä ettäkö syöpäpotilaan, etteikö nekin vois olla shokissa siitä tilanteesta, mut suurin osa on kuitenkin meille niitä, jotka on niinku tavallaan jo käyny kontrolleissa ja näin, ett tavallaan ne on niinku, käy prosessia...”*

*Hoitotilanteiden eroja* alakategoriassa ilmeni, että traumatilanteissa on enemmän henkilökuntaa mukana. Syöpäpotilaiden kanssa hoitotilanteessa on mukana yleensä vain yksi potilas ja yksi röntgenhoitaja. Lisäksi haastateltavat kertoivat, että traumakuvaus on kova kiire ja kuvaus on suoritettava nopeasti ja että traumapotilaille tilanne on äkillisesti tapahtunut, kun taas syöpäpotilaat ovat usein sairastaneet pitkään.

*“...se on niin kun ihan eri, että siinä on niinkun se kiire ja mahdollisimman nopeesti kuvaukset...”*

*“...niille useesti se tilanne on niin uus...”*

*Vuorovaikutus eri potilasryhmien hoitotilanteissa* vaihtelee trauman vakavuuden sekä syöpäpotilaan yleisen voinnin mukaan. Haastattelussa ilmeni, että traumapotilaiden kohdalla ei välttämättä tule keskusteltua ollenkaan potilaan kanssa. Haastateltavat kertoivat myös, että hoitaja on kahdestaan syöpäpotilaan kanssa hoitotilanteessa, jolloin keskustelua syntyy enemmän.

*“...näitten syöpäpotilaitten kaa on yks potilas siinä ja yks hoitaja siinä keskenään, ni sitte siin tulee tosiaan juteltua enemmän...”*

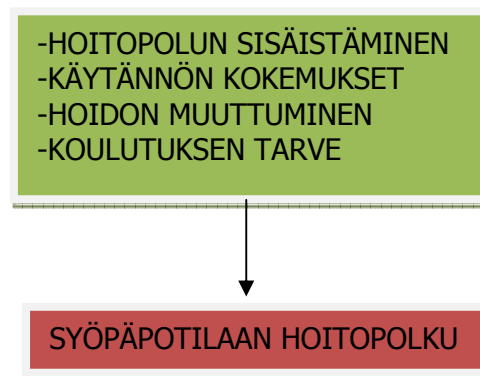
Haastateltavat kertoivat *potilaiden tuntemuksista* eri potilasryhmissä. Syöpään suhtaudutaan usein kielteisesti ja pelokkaasti. Yksi röntgenhoitajista sanoi, että hänen mielestään syöpäpotilaat ajattelevat jotenkin syvällisemmin asioista, kun taas traumapotilaat pelkäävät ja kyselevät jatkuvasti esimerkiksi kuolemaan ja leikkaukseen liittyviä kysymyksiä.

”...ne pelkää koko ajan sitä, että mitä tässä seuraa ja kuolenks mä ja lei-kataanko mut...”

”...suhtautuminen syöpään on vaan monilla niin pelonsekainen...”

### 7.3 Syöpäpotilaan hoitopolku

Selvitimme myös sitä, mitä ja kuinka hyvin röntgenhoitajat ovat sisäistäneet potilaan hoitopolun. *Syöpäpotilaan hoitopolku* yläkategorian alla muodostui neljä alakategoriaa, *hoitopolun sisäistäminen, käytännön kokemukset, hoidon muuttuminen ja koulutuksen tarve* (Kaavio 3).



Kaavio 3. Syöpäpotilaan hoitopolku.

Syöpäpotilaan hoitopolun hahmottaminen oli osalle helpompaa. Haastateltavien vastaukset asiasta olivat jälleen hieman ristiriitaisia. Jotkut sanoivat tuntevansa syöpäpotilaan hoitopolun melko hyvin ja sitten taas samassa lauseessa kumosivat sanansa, että eivät sitä tunnekaan. Toiset taas kertoivat tietävänsä periaatteen hoitopolusta, mutta ei niin kauhean tarkkaan.

Haastatteluissa tuli ilmi, että kaikki röntgenhoitajat hahmottivat potilaan hoitopolun vanhojen *käytännön kokemusten* perusteella. Kaikki olivat olleet opiskeluaikoina syöpäpotilaiden kanssa tekemisissä jossakin harjoittelupaikassa. Yksi röntgenhoitaja kertoi, että omista opiskeluaajoista oli kulunut vuosia ja syöpäpotilaiden *hoito on muuttunut* vuosien varrella, joten hoitopolun sisäistäminen oli hänen mielestään vaikeampaa. Kävi ilmi, että alussa olisi ollut *tarvetta koulutukselle*. Moni olisi toivonut saavansa jonkinäköistä lisätietoa, kun syöpäpotilaita alkoi tulla heille kontrollikuvauksiin.

*"...no en... sen verran tiedän, mitä oon ite ollu harjottelussa siel... periaatteen joo, mutta en voi sanoa tuntevani mitenkään järkyttävän hyvin sitä, mut tiedän käytännössä kuinka se hoitopolku etenee..."*

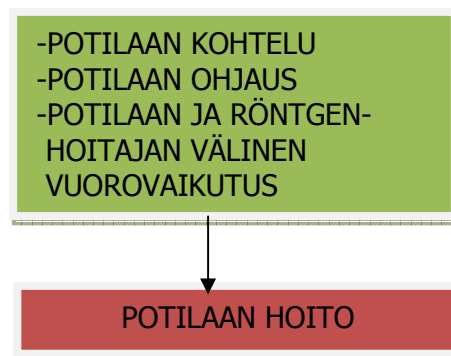
*"...en nyt voi mitenkään ihan älyttömän hyvin sitä sanoo tuntevani, mutta sillain, että kun tääl on kuitenkin opiskellu ja sit on käyny noita työharjotte-  
luita ja muun muassa sädehoidossa ja siellä on sit samalla päässy tutus-  
tumaan sinne... ett varmaan jotain puuttuu vähä pätkee väliltä, mut ett sil-  
lain suurin piirtein tietää kyl, ett mistä tulevat..."*

*"...no sanotaanko, että aika huonosti..."*

*"...kyl nyt silleen kohtuu hyvin, tietysti ku olin harjottelussa Syöpätautikli-  
nikalla, niin siellä oli pakko perehtyä siihen, ett miten se menee ja kylmä  
nyt väitän, että vielä jotaki muistan sieltä, että miten se eteni..."*

#### 7.4 Havainnoinnin tulokset

Suoritimme osallistuvaa havainnointia opinnäytetyössämme haastatteluiden tueksi. Erityisesti havainnoimme *potilaan kohtelua, potilaan ohjausta sekä potilaan ja röntgenhoitajan välistä vuorovaikutusta* (Kaavio 4). Havainnointia tukemassa meillä oli havainnointilomake, johon kirjoitimme havaintojamme röntgenhoitajien toiminnasta.



Kaavio 4. Havainnoinnin tulokset.



*Potilaiden kohtelu* yksikössä oli yleisesti hyvää. Huomioimme, että röntgenhoitajat kohtelivat syöpäpotilaita luontevasti ja osa röntgenhoitajista erittäin empaattisesti. Potilaiden oloa tarkkailtiin ja heidän kuntonsa otettiin huomioon. Lisäksi potilaille tehtiin mahdollisimman mukava olo kuvauksen ajaksi. *Potilaiden ohjaus* oli kattavaa. Potilaille kerrottiin hyvin tutkimuksen kulku sekä siihen liittyvät asiat. Osa röntgenhoitajista selitti asiat potilaille tarkemmin kuin toiset, kaikki kuitenkin kertoivat tärkeimmät asiat. Potilaille kerrottiin tarkasti varjoaineen tuntemuksista vaikka potilas olisikin käynyt aikaisemmin kuvauksessa. Potilaiden kysymiin kysymyksiin osattiin vastata, ja jos vastausta ei heti tiedetty, heitä neuvottiin ottamaan yhteyttä lähettävään lääkäriin. Potilailta varmistettiin, että he tietävät mitä seuraavaksi tapahtuu eli jatkohoito varmistettiin.

Koimme *potilaiden ja röntgenhoitajan välisen vuorovaikutuksen* toimivaksi röntgenhoitajasta riippumatta. Potilaiden kanssa juteltiin myös sellaisista asioista, jotka eivät liittyneet tutkimukseen. Röntgenhoitajat yrittivät luoda toimivaa vuorovaikutussuhdetta kaikkien potilaiden kanssa, tosin jotkut potilaat eivät olleet halukkaita keskustelemaan mitään ylimääräistä. Jos potilas joutui päivystystapauksen vuoksi odottamaan omaa vuoroaan, potilaalle kerrottiin ystävällisesti asiasta heti ja hänelle kerrottiin minkä vuoksi tämä viivytys tuli. Potilaat pidettiin myös ajan tasalla. Tutkimuksen aikana röntgenhoitaja kertoi potilaalle koko ajan, mitä oli tekemässä ja kyseli potilaan tuntemuksia. Kokonaisuudessaan potilaskohtaukset olivat näkemämme mukaan toimivia ja onnistuneita.

## **8 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset**

Työmme yksi tärkeimmistä tuloksista oli se, että röntgenhoitajat kokivat ohjaamisen olevan erittäin tärkeä osa potilaan hoitamista. Saimme selville myös, että kyseisen kuvantamisyksikön röntgenhoitajat osaavat ohjata syöpäpotilaita yhtä hyvin kuin muitakin erikoispotilasryhmiä ja potilaat huomioidaan kaikissa tilanteissa. Röntgenhoitajat myös korostivat vastauksissaan sitä, että ohjaaminen on tärkeää varsinkin silloin, kun potilas tulee levinneisyyskuvauksiin ensimmäistä kertaa. Tämä on tärkeä seikka potilaan hoitamisessa ja siksi on hyvä tarkistaa ennen potilaan kohtaamista, onko potilas aikaisemmin käynyt levinneisyyskuvauksessa. Röntgenhoitajien mielestä kiireellisyys vai-

kuttaa ohjauksen laatuun, eikä sen vuoksi pysty kunnolla keskittymään potilaan ja röntgenhoitajan väliseen vuorovaikutussuhteeseen. Kiire saattaa joissain tilanteissa vaikuttaa potilaan mielipiteeseen hoidon laadusta. Potilaalle voi tulla sellainen olo, että häntä ei huomioida tarpeeksi, tai että hän ei ole röntgenhoitajan mielestä tärkeä potilas. Siksi olisikin tärkeää, että potilaan kohtaaminen olisi rauhallinen tilanne kiireestä riippumatta, eikä kiirettä näytettäisi potilaalle. Kuitenkin röntgenhoitajat olivat sitä mieltä, että mikäli he kokivat potilaan tarvitsevan lisäohjausta, he pyrkivät sitä antamaan vaikka aikataulu olisikin tiukka.

Saamamme ristiriitaiset vastaukset liittyen syöpäpotilaiden kohtaaminen kategoriaan saattavat johtua osin vain haastattelutilanteesta. Haastateltavat ehkä huomaamattaan kiersivät lopuksi koko vastauksensa. Näiden vastauksien analysoiminen oli hankalaa. Osa röntgenhoitajista ei sanomansa mukaan valmistaudu mitenkään erityisesti kohtaamaan syöpäpotilaita. Osa röntgenhoitajista kuitenkin valmistautui enemmän kuuntelemaan syöpäpotilaiden tuntemuksia ja ovat valmiina ohjaamaan heitä tarvittaessa. Osa ei valmistautunut mitenkään eritavalla. Useimmat röntgenhoitajat olisivat halunneet enemmän aikaa potilaan kanssa keskusteluun. Röntgenhoitajat ajattelevat syöpäpotilaiden tarvitsevan enemmän aikaa, ja että he haluavat useammin keskustella enemmän verrattuna muihin potilasryhmiin.

Röntgenhoitajat eivät kokeneet tarvitsevansa minkäänlaisia erillisiä ohjeita syöpäpotilaiden hoitamiseen tällä hetkellä. Osa kuitenkin oli sitä mieltä, että ohjeista tai lisäinfosta olisi ollut paljon hyötyä silloin, kun syöpäpotilaita alkoi tulla heille levinneisyyskuvauksiin. Röntgenhoitajat eivät olleet tottuneet syöpäpotilaan levinneisyyskuvauksiin, koska yksikkö on erikoistunut traumapotilaisiin. Varsinkin sellaiset röntgenhoitajat, joiden valmistumisesta on kulunut pitkä aika, olisivat tarvinneet mielenvirkistystä syöpäpotilaista. Etenkin sen, mistä he tulevat ja minkä takia.

Röntgenhoitajien mielestä vuorovaikutus potilaan ja röntgenhoitajien välillä riippuu päivä kiireellisyydestä. Heidän mielestään kiire on syynä sille, jos vuorovaikutus potilaan ja röntgenhoitajan välillä ei toimi sujuvasti. Hyvää oli se asia, että lähes kaikille potilaille oli selvillä heidän jatkohoitonsa. Röntgenhoitajat kuitenkin aina tarkistivat asian potilailta, vaikka olisi voinut vain olettaa kaikkien tietävän sen. Tähänkin asiaan kiire voi vaikuttaa huonolla tavalla. Röntgenhoitajien mukaan osa potilaista ei ollut varautu-

nut odottelemaan kuvaukseen pääsyä lainkaan. Kaikki haastatellut röntgenhoitajat toimivat samalla tavalla tilanteessa, jossa traumapotilas menee syöpäpotilaan edelle. Asiasta ilmoitetaan potilaille mahdollisimman nopeasti ja ystävällisesti. Lisäksi havainnoinnissamme havaitsimme, että röntgenhoitajat kävivät kertomassa tilanneraportteja odottavalle syöpäpotilaalle. Potilas siirretään mahdollisuuksien mukaan toiselle kuvauskoneelle, mikä osoittaa potilaalle kuvausyksikön valmiuden sopeutua yllättäviin tilanteisiin. Haastateltavien mielestä syöpäpotilaita on välillä hankalaa kanyloida. Jos kanyloiminen ei onnistu, myöhästyvät seuraavien potilaiden ajanvaraukset. Kuitenkin ajan voi käyttää hyväksi sillä tavalla, että potilaan kanssa on mahdollista keskustella enemmän ja antaa tarvittaessa ohjausta.

Röntgenhoitajien täytyy muistaa huomioida omat velvollisuutensa potilaan informoinnissa. Jos potilas kysyy jotakin kuvauksen vastauksista, on hänet ohjattava ottamaan yhteyttä lähettävään yksikköön, josta hän saa tarvitsemansa tiedon. Röntgenhoitajat kokivat syöpäpotilaiden vaativan enemmän aikaa valmisteluihin. Varsinkin tilojen riittämättömyys vaikeuttaa tätä asiaa, koska potilasta ei voi alkaa valmistelemaan ennen kuin hän on kuvauspöydällä. Silloin, kun potilaan voi ottaa jo etukäteen kanyloitavaksi, hänet voi suoraan laittaa tutkimushuoneen vapautuessa kuvauspöydälle ja aloittaa kuvauksen.

Päällimmäinen johtopäätös ensimmäisen tutkimuskysymyksen osalta oli se, että hoitajat ohjaavat potilaita hyvin ja ammattitaitoisesti. Ohjaamiseen ja vuorovaikuttamiseen vaikuttaa negatiivisesti päivän kiireellisyys ja positiivisesti se, jos potilaan esivalmistelut kestivät odotettua kauemmin, jolloin ohjausta on mahdollista antaa enemmän.

Saamissamme vastauksissa röntgenhoitajat eivät osanneet kovin hyvin määritellä syöpäpotilaan ja päivystyspotilaan eroja. Alueeseen tuli aika samankaltaisia vastauksia kaikilta haastateltavilta. Suurin osa vastauksista koski traumapotilaita. Röntgenhoitajien mukaan vuorovaikutus potilaiden ja röntgenhoitajan välillä riippuu potilaan voinnin tilasta. Jotenkin emme osanneet muotoilla kysymyksiä tarpeeksi ymmärrettävästi, tai emme kysyneet tarkentavia lisäkysymyksiä, jotta olisimme saaneet haluamamme vastaukset. Tähän saattaa vaikuttaa myös se, että röntgenhoitajat korostivat potilaiden tasa-arvoisuutta.

Kaikki haastateltavat kertoivat hoitopolun hahmottamisen liittyvän jotenkin käytännön kokemuksiin. Koska nykyään sädehoidon harjoittelujakso on pakollinen koulutusohjelmassamme, ovat nuoremmat röntgenhoitajat perehtyneet syöpäpotilaan hoitopolkuun pakostakin. Tämä on hyvä asia tulevaisuuden työn kannalta, koska näin tuntemus eri potilasryhmiä kohtaan on parempi ja heitä osataan ohjata ammattitaitoisemmin. Toivomme, että työstämme on hyötyä tulevaisuudessa röntgenhoitajille, jotka haluavat syventää tietämystään syöpäpotilaisiin liittyen. Myös kokeneemmat röntgenhoitajat, jotka ovat valmistuneet koulutusohjelmasta, jossa ei vielä ollut pakollisena sädehoidon harjoittelujaksoa, saavat tietoa työstämme.

## 9 Pohdinta

Potilaan ohjaaminen ja vuorovaikutus potilaan kanssa ovat tärkeimpiä asioita potilastyössä. Varsinkin röntgenhoitajan ammatissa ohjaaminen on suuri osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Ohjeet tulee antaa selvästi sen takia, että jos potilas tulee ensikeräta levinneisyyskontrolliin voi hänen ajatuksensa olla sekavat ja potilas saattaa jännittää kovasti. Potilas ei välttämättä pysty keskittymään ohjeiden kuunteluun vaan hän voi jatkuvasti esittää esimerkiksi kysymyksiä juuri kerrotuista asioista. Tällaisessa tilanteessa ohjaaminen on ensiarvoisen tärkeää.

Selvityksessämme meillä oli kolme tutkimuskysymystä. Vastaukset tutkimuskysymyksiin nähden jakoutuivat selkeästi. Eniten saimme haastateltavien röntgenhoitajien vastauksia pääkysymykseemme, joka koski potilaan ja röntgenhoitajan välistä vuorovaikutusta sekä ohjausta. Saamissamme tuloksissa röntgenhoitajien mielestä ohjaaminen oli erittäin tärkeä asia potilaan kohtaamisessa. Kyngäs ja muut (2007) ovat maininneet, että ohjaus on keskeinen osa potilaan hoitoa. Haastateltavat olivat myös kokeneet, että kiire vaikuttaa ohjauksen määrään ja laatuun. Nykyään potilaiden hoitoajat ovat lyhentyneet. Näin ollen voi olla mahdollista, että potilaiden ohjaus helposti jääkin vajavaiseksi. Kiireellä on siis suuri vaikutus potilaan hoidossa. Kaukon ja Rossin (2010) opinnäytetyössä tuli ilmi, että syöpäpotilaat olivat kokeneet hoitajan kiireen tönkeytenä heitä kohtaan.

Röntgenhoitajat olivat vastauksissaan yhtä mieltä siitä, että jos potilas heidän mielestään näyttää tarvitsevan enemmän ohjausta, he sitä pyrkivät antamaan. He olivat myös sitä mieltä, että potilaan ja röntgenhoitajan välinen vuorovaikutus oli riippuvainen päivän kiireellisyydestä. Mäkisalo-Ropponen (2011) on sanonut, että hoitotyöntekijän tulisi kuulla, nähdä ja havaita sekä sanallista että ei-sanallista viestintää. Eli hoitajan täytyy olla läsnä hoitotilanteessa. Vuorovaikutus potilaan ja röntgenhoitajan välillä on riippuvainen päivän kiireellisyydestä. Kaukon ja Rossin (2010) opinnäytetyössäänkin painotetaan, että kiireetön, riittävä ja aito keskustelu sekä läsnäolo herättävät luottamusta hoitajia kohtaan.

Hoidon jatkuvuus on varmasti tärkeää potilaille levinneisyyskontrolleja ajatellen. Näin ollen olisikin tärkeää, että potilas voisi käydä aina samassa paikassa levinneisyyskontrolleissaan, koska tuttu henkilökunta ja ympäristö luovat potilaalle turvallisemman ilmapiirin. Kaukon ja Rossin (2010) tutkimuksessa tuli ilmi, että potilaat kokivat hoidon jatkuvuuden tärkeäksi osaksi hoitoaan.

Pääosin röntgenhoitajat kokivat osaavansa vastata potilaiden esittämiin kysymyksiin. Kuitenkin tietyissä asioissa he kehottivat potilasta ottamaan yhteyttä lähettävään yksikköön. Hellstenin ja Kuokkasen (2011) mukaan hoitajan tulisi osata vastata potilaan esittämiin kysymyksiin ja kuunnella potilasta. Tällöin potilaaseen saa helpoiten luotua luottamussuhteen. Varsinkin, jos sama potilas tulee useamman kerran samaan yksikköön kuvattavaksi ja vieläpä samojen hoitajien ohjaamaksi. Kyngäs ym. (2007) kertovat ohjaamisen hoitotyössä olevan sidoksissa lakeihin, ammattikäytänteisiin sekä suositus-, opas- ja ohjelmaluonteisiin asiakirjoihin.

Toisessa tutkimuskysymyksessämme keskityimme eri potilasryhmien eroihin. Kysyimme röntgenhoitajilta eroja päivystyspotilaan ja syöpää sairastavan potilaan välillä. Tähän kysymykseen saimme melko niukasti vastauksia ja röntgenhoitajat osasivat oikeastaan kuvailla vain päivystyspotilaita. Tämän päättelimme johtuvan siitä, että kyseinen yksikkö on erikoistunut traumapotilaisiin. Vastanneista röntgenhoitajista osa olisi halunnutkin jotain infoa levinneisyyskuvauksiin tulevista potilaista alussa, eli koska heillä ei aikaisemmin ollut käynyt syöpäpotilaita levinneisyyskuvauksissa, oli heidän vaikea alkaa hoitamaan täysin erilaista potilasryhmää. Yksi tärkeä ero näiden potilaiden hoitotilanteissa oli se, että päivystyspotilaan hoitotilanteessa on paljon eri ammattiryhmien edus-

tajia, kun taas syöpäpotilaan kanssa hoitotilanteessa on yleensä vain yksi hoitaja. Röntgenhoitajien mukaan myös vuorovaikutus riippuu trauman vakavuudesta, esimerkiksi siitä, onko potilas tajuissaan. Teoriaosuudessamme Hietasen ym. (1995) mukaan päivystyspotilas on aluksi shokissa ja joutuu kohtaamaan useita eri hoitotyöntekijöitä ja lääkäreitä sekä kommunikoidaan heidän kanssaan. Tämä näkyi röntgenhoitajien mielestä myös niin, että päivystyspotilaat usein kyselevät kysymyksiä ja ovat rauhattomia.

Kolmannesta kysymyksestä emme saaneet paljoa vastauksia. Osalle röntgenhoitajista syöpäpotilaan hoitopolku oli melko selkeä. Kaikki röntgenhoitajat sanoivat vain tietävänsä syöpäpotilaan hoitopolun suurin piirtein. Huomasimme, että eniten syöpäpotilaan hoitopolun hahmottamisessa auttoi käytännön kokemus eli opiskeluaikana käyty harjoittelu. Tässä näkyy se, kuinka tärkeää nykyisessä koulutuksessa on sädehoidon pakollinen harjoittelu. On tärkeää, että koulutuksessa huomioidaan kaikki potilasryhmät samalla tavalla.

Suorittamamme havainnointi tuki saamiamme tuloksia. Röntgenhoitajat ottivat ohjaamisen huomioon jokaisen potilaan kohdalla. Kaikki röntgenhoitajat kertoivat potilaalle kaiken tarvittavan ja potilaat tuntuivat olleen tyytyväisiä. Vuorovaikutus potilaiden ja röntgenhoitajien välillä oli toimivaa. Syöpäpotilaiden saama ohjaus oli heille suunnattua.

### 9.1 Luotettavuuden pohdinta

Työssämme luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi haastateltavien vastaukset, opinnäytetyön tekijöiden tulkinnat ja tarkkuus sekä havainnoitavien käytöksen todenmukaisuus. Alun perin havainnointi oli tarkoitus suorittaa siten, että yksi ryhmämme jäsenistä olisi havainnoinut kuuden viikon harjoittelujaksonsa aikana. Tällöin havainnoinnin luotettavuus olisi ollut parempi. Tätä ei kuitenkaan pystytty järjestämään vaan olimme kuvantamisyksikössä havainnoimassa ainoastaan yhden päivän ajan. Havainnoinnin luotettavuuteen vaikutti siis se, että havainnoitavat tiesivät, että heitä havainnoitiin. Tämä saattoi vaikuttaa heidän luonnolliseen käyttäytymiseensä. Varsinkin, kun havainnointi tapahtui niin pienellä aikavälillä, röntgenhoitajien käytös ei välttämättä ollut normaalinomaista. Pidemmän aikavälin sisällä olisi ollut myös mahdollista havainnoida samoja henkilöitä kuin haastattelimme. Sillä tavalla olisimme voineet yhdistää haastattelujen vastauksien ja havainnoinnin tuloksia paremmin ja luotettavammin.

Luotettavuuteen vaikuttavat haastateltavien röntgenhoitajien totuudenmukaiset vastaukset. Osa haastattelemiemme röntgenhoitajien vastauksista oli hieman ristiriitaisia monessakin suhteessa. Tuntui kuin he eivät uskaltaneet tuoda oikeita näkökulmiaan esille. Haastateltavat kertoivat usein vastauksissaan esimerkiksi syöpäpotilaiden kohtelemisesta, että kuinka he kohtelevat heitä jotenkin eri tavalla, mutta lopuksi kuitenkin korostivat, että kaikki potilaat ovat tasa-arvoisia ja että he kohtelevat kaikkia samalla tavalla. Tätä emme hakeneet kysymyksillämme vaan tarkoituksena oli saada heidän omat mielipiteensä puhtaasti syöpäpotilaan hoitamisesta ja sen erilaisuudesta. Yleisesti ottaen kaikkia potilaita kohdellaan lähtökohtaisesti samalla tavalla, oli vastassa minkälainen potilas tahansa. Ainakin saimme selville sen, että kyseisessä yksikössä kaikkia potilaita kohdellaan samalla tavalla. Olisimme toivoneet saavamme suurempia vastauksia vain syöpäpotilaisiin liittyen emmekä niin sanottuja hyvän hoitamisen perusteita. Olimme ajatelleet, että haastateltavat kertoisivat omin sanoin syöpäpotilaan hoitopolusta ja sen kulusta. Kuitenkin he kertoivat vain tietävänsä suurin piirtein kuinka syöpäpotilaan hoitopolku etenee. Meidän olisi pitänyt haastattelutilanteessa pyytää haastateltavia kertomaan siitä tarkemmin. Haastateltavat eivät saaneet muodostettua sellaisia eroja potilasryhmien väliin kuin olimme ajatelleet. Toisaalta myös haastattelutilanteessa on haastetta yrittää vastata mahdollisimman hyvin ja selkeästi, jolloin ehkä ajattelee liikaa vastauksia ja niistä ei loppujen lopuksi tulekaan niin selkeitä kuin on aiemmin ajatellut.

Huolenaiheenamme oli myös se, osasimmeko tulkitä haastateltaviemme vastauksista asioista, joita haastateltavat olisivat voineet tarkoittaa sanomallaan. Analysoimme haastateltavien vastauksia sisällönanalyysillä, jossa haastateltavien sanomia asioita tiivistetään ja jaetaan merkityksensä mukaan ryhmiin. Analyysissa saimme siis olla tarkkana, kun tiivistimme vastaajien sanomisia, ettemme muuttaneet niiden merkityksiä. Mielestämme onnistuimme tässä asiassa hyvin.

Luotettavuuteen vaikuttavat myös teoriaosuuden lähteet. Olemme käyttäneet työsämme paljon erilaisia lähteitä, ulkomaalaisia ja kotimaisia. Olemme käyneet lähteemme uudestaan läpi eli niiden pitäisi olla oikein ja kaikkien lähteiden pitäisi löytyä lähde-luettelossa. Lisäksi suuri osa lähteistämme on melko tuoreita.

## 9.2 Selvityksen hyöty

Röntgenhoitajat voivat lukea syöpäpotilaiden hoitoprosessista sädehoidossa. Varsinkin sellaiset, jotka työskentelevät muualla kuin sädehoidossa. Työstämme hyötyvät sellaiset röntgenhoitajat, joiden koulutukseen sädehoitotyönharjoittelu ei vielä kuulunut. Myös ne röntgenhoitajat, jotka ovat olleet työelämässä jo pitkään ja haluavat virkistää muistiaan syöpäpotilaan hoitoprosessista sädehoidossa, saavat lisätietoa syöpää sairastavan potilaan ohjauksesta. Työmme teoriaosuudessa on kattavasti tietoa potilaan ohjaamisesta sekä potilaan ja hoitajan välisestä vuorovaikutuksesta eli muutkin kuin röntgenhoitajat voivat sitä hyödyntää. Työssämme on tiiviissä ja informatiivisessa paketissa kerrottu kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän etenemisestä ja teemahaastatteluista sekä osallistuvasta havainnoinnista. Näistä tiedoista hyötyvät kaikki omaa opinnäytetyötä tai tutkimusta laadullisella otteella tekevät.

HUS-organisaatio voi käyttää työtämme eri toimipisteissä jakamassa tietoa syöpäpotilaista tiiviinä pakettina. Meille selvityksestä oli hyötyä monessakin asiassa. Opimme ison, pitkään kestävä projektintekoprosessin. Opimme soveltamaan omia ajatuksiamme, teoriaa ja saamiamme tutkimustuloksia yhteen. Yhteistyötaitomme kasvoivat sekä meidän että työelämän välillä. Prosessin aikana opimme varmasti myös paljon itseltämme ja näitä tietoja ja taitoja voimme hyödyntää tulevassa työelämässä.

## 9.3 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu opinnäytetyöprosessin aikana

Aloitimme opinnäytetyöprosessimme syksyllä 2010. Halusimme tehdä työelämäkeskeisen opinnäytetyön ja kyselimme aiheista ensin opettajiltamme ja pohdimme niitä myös itse. Yksi opettajistamme kysyi aihe-ehdotusta eräältä röntgenhoitajalta, joka on töissä Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirissä. Hänellä oli idea, josta sitten muokkasimme meille sopivan aiheen.

Sovimme tapaamisajan aiheen ehdottajan sekä ohjaavan opettajan kanssa ja päätimme ryhtyä opinnäytetyön suunnitelman tekoon. Tietoa etsiessämme melkein luovutimme, koska aiheesta oli vaikea löytää tietoa, jota voisimme käyttää työssämme. Sitten päätimme yrittää etsiä tietoa uudelleen ja rajasimme aihetta työllemme sopivammaksi, jolloin oli helpompi löytää osuvampaa aineistoa. Halusimme tehdä työn, joka liittyy



jollain tapaa syöpää sairastaviin potilaisiin, koska olimme kiinnostuneita syöpäpotilaista potilasryhmänä ja halusimme perehtyä tähän potilasryhmään tarkemmin. Mielestämme potilaan ohjaaminen ja vuorovaikutus potilaan kanssa on tärkeä osa hoitoa. Halusimme erottaa ohjaamisen ja vuorovaikutuksen toisistaan vaikkakaan ilman vuorovaikutusta ei ole kunnollista ohjaamista. Lähdimme etsimään aineistoa opinnäytetyöhömme eri kirjastoista ja internetin tarjoamasta Google-hakuohjelmasta sekä erinäisistä tiedonhakuportaaleista kuten Terveysportti ja Nelli. Löysimme aiheeseen liittyviä kirjoja sekä opinnäytetöitä. Aineiston etsiminen oli todella haasteellista, koska suoraan tähän aiheeseen liittyen emme löytäneet aiemmin tehtyjä opinnäytetöitä tai tutkimuksia. Saimme kaasan jonkin verran aineistoa, josta pystyimme kokoamaan suunnitelman teoriaosan.

Helmikuussa 2011 menimme suunnitelmavaiheen työpajaan, josta saimme hyviä neuvoja, joilla saimme suunnitelman tehtyä loppuun. Keväällä 2011 saimme luvat tutkimuksen tekemiseen HUS-organisaatiolta. Tarkoituksemme oli tehdä haastattelut kesän alussa, mutta päätimme siirtää ne loppukesään tutkimamme kuvantamisyksikön kesälomien ja omien kesätöidemme vuoksi. Jouduimme siirtämään sovittua haastattelupäivää, koska yksi ryhmämme jäsenistä vetäytyi pois opinnäytetyömme tekemisestä. Hänen kirjoittamansa tekstit kirjoitettiin uudestaan. Viimein saimme haastattelut tehtyä elokuun lopussa. Tällöin meillä oli teoriakin jo melkein kasassa. Kuitenkin jotain pientä vielä tunsimme teoriastamme puuttuvan ja jatkoimme vielä tiedon etsimistä.

Syyskuun puolessa välissä olimme havainnoimassa kyseisessä kuvantamisyksikössä. Syyskuun lopulla kävimme laadullisen aineiston sisällönanalyysi-työpajassa, jonka jälkeen saimme haastatteluiden analysoimiseen vauhtia. Tässä vaiheessa meillä oli kaikki teoria kirjoitettuna, ja jäljellä oli enää tuloksien ja pohdintojen kirjoitus.

Saimme työn täysin valmiiksi lokakuun puolessa välissä, ja palautimme työn marraskuussa viimeistelyiden jälkeen arvioitavaksi. Yhteistyötämme hankaloitti viimeisen harjoittelumme ajankohta sekä välimatka ryhmänjäsenten kesken.

Prosessin aikana opimme ainakin kärsivällisyyttä ja sitä, että kaikkea ei saa valmiiksi heti, eivätkä kaikki asiat mene aina kuten on ennalta suunniteltu. Jouduimme myös tekemään tärkeitä päätöksiä liittyen yhden ryhmäläisen poistamiseen ryhmästäme. Me jäljelle jääneet saimme onneksi selvitettyä ajatuksemme asian suhteen ja pystyim-

me jatkamaan opinnäytetyön tekoa entistä kovemalla tahdilla ja loppujen lopuksi opinnäytetyömme lopullinen versio syntyiikin melko nopealla aikataululla. Opimme myös laadullisen tutkimustavan ja aineiston sisällönanalyysin tekemisestä paljon. Laadullinen tutkimusmenetelmä jäi paremmin mieleen kuin jos siitä olisi lukenut pelkästään kirjoista. Aivan samaan tapaan kuten työtämmekään ei voi oppia pelkän teorian perusteella vaan tarvitsemme paljon käytännön kokemusta.

#### 9.4 Jatkotutkimusaiheet

Mahdollisia jatkotutkimusaiheita mielestämme voisi olla samasta aiheesta tehty työ, mutta potilaiden näkökulmasta. Potilaille voisi tehdä asiakaskyselyn ja analysoida nämä vastaukset. Itsekin tätä aluksi harkitsimme, mutta jouduimme luopumaan siitä ajatuksesta, koska opinnäytetyön tekemiseen varaamamme aika ei olisi siihen riittänyt.

Tutkimuksen voisi tehdä myös siitä, että mitä esitietoja röntgenhoitaja saa syövän levinneisyyden kontrollikuvaukseen tulevasta syöpäpotilaasta ja tukevatko nämä tiedot röntgenhoitaja ja syöpäpotilaan kohtaamista.

## Lähteet

- Ahmed Idris, Tiina – Malmi, Mirva – Piilonen, Sanni 2008. Röntgenläheteiden laatu terveysaseman röntgenissä. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Radiografian ja sädehoidon koulutusohjelma.
- Alasuutari, P. 1994. Laadullinen tutkimus. 2. uudistettu painos. Tampere.
- Antamaniemi, Arto – Paavilainen, Anna – Vesterinen, Elina 2009. Päivystyspotilaan hoitopolku. Opinnäytetyö. Lahden Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Anttila, P. 1996. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Taito-, taide ja muotoilualojen tutkimuksen työvälineet. Helsinki.
- Bond, T. 2000. Standards and Ethics for Counselling In Action. Sage, London.
- Cassell, J 1995. The Contribution of the Social Environment to Host Resistance. American Journal of Epidemiology 1995; 104: 107–123.
- Eriksson, Elina – Kuuppelomäki, Merja 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Eskola, J. – Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Tampere.
- Falk, B. 2003. Auttajan peili: hyviä kysymyksiä ja yllättäviä vastauksia auttamistyötä tekeville. Tampere: Resurssi.
- Gothoni, R 1990. Tutkimus kalliolaisten ja kiteeläisten vanhusten elämäntilanteesta, sosiaalisista verkostoista ja tuesta. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö suunnitteluosasto.
- Grönfors, M. 1985. Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. 2. painos. Helsinki: WSOY.
- Grönfors, M. 2001. "Havaintojen teko aineiston keräämisen menetelmänä." Teoksessa: Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Toimittaneet Juhani Aaltonen ja Raine Valli. Jyväskylä: PS-kustannus. 124–141.
- Haapala, Anu – Leppäaho, Marjo 2010. Ohjekansio tietokonetomografiatutkimukseen tulevalle aikuiselle potilaalle. Seinäjoen keskussairaalan radiologian toimintayksikköön. Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Radiografian ja sädehoidon koulutusohjelma.
- Halavaara, J. 2001. Radiologin ja klinikon yhteistyö hyödyttää myös potilasta. Duodecim 2001; 117(3): 292.

- Halkoaho, Arja – Kavilo, Marja – Pietilä, Anna-Maija 2009. Voimavaroja tukeva hoidonohjaus. *Sairaanhoitaja* 82 (10). 22–25.
- Heikkilä, J. 1998. Patient Fears and the Assessment of Fears Related to Coronary Arteriography. *Acta Universitatis Tamperensis* 618. Tampere: University of Tampere.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009. Potilaan ohjaus. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,13120,25369,28770,27986,27991,27989>> Luettu 20.10.2011.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009. Potilasohje. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,824,2050,20215,20216,28613>> Luettu 20.11.2011.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2010. Mitä sädehoito on? – Potilaan hoitopolku. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,969,991,998,30629>>.
- Hellsten, Minna – Kuokkanen, Maiju 2011. Ohjausvideo sädehoitoon tulevalle potilaalle ja hänen läheisilleen. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Radiografian ja sädehoidon koulutusohjelma.
- Herve, Ritva – Lukin, Tiina 2010. Kuopiossa kehitetään rintasyöpäpotilaan potilasohjausta. *Fysioterapia* 2. 29–32.
- Hietanen, Kirsi – Pitkänen, Maija-Riitta – Vilmi, Silja 1995. Hoitotyö päivystyspoliklinikalla. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. 11. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Iivanainen, A. – Jauhiainen, M. – Korkiakoski, L. 1996. Hoitotyön käsikirja. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Iivanainen, Anja – Jauhiainen, Mari – Syväoja, Pirjo 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu: Tammi.
- Iivari, Annakaisa – Ruotsalainen, Pekka – Hämäläinen, Hannu 2002. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologia palvelujärjestelmän muutosten tukena. Teoksessa M. Heikkilä & A.Parpo (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Stakes. Gummerus. Saarijärvi.
- Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Jurvelin, J.S. 2005a. Radiologiset kuvantamismenetelmät. Teoksessa Soima-kallio, S., Kivisaari, L., Manninen, H., Svedström, E. & Tervonen, O. (toim.) Radiologia. Helsinki: WSOY. 11–15.

- Jurvelin, J.S. 2005b. Röntgenkuvaus. Teoksessa Soimakallio, S., Kivisaari, L., Manninen, H., Svedström, E. & Tervonen, O. (toim.) Radiologia. Helsinki: WSOY. 32–43.
- Jussila, Aino-Liisa – Kangas, Anne – Haltamo, Mikko 2010. Sädehoitotyö. Helsinki: WSOYpro.
- Järvenpää, R. 2005. Tutkimusmenetelmät. Teoksessa Soimakallio, S., Kivisaari, L., Manninen, H., Svedström, E. & Tervonen, O. (toim.) Radiologia. Helsinki: WSOY, 93–105.
- Karhu-Hämäläinen, Anita 2002. Syöpää sairastavan potilaan odotuksia ja kokemuksia sädehoidosta sädehoitojakson aikana. Väitöskirja. Turun yliopisto.
- Kauko, Jessika – Rossi, Maija 2010. Syöpäpotilaan hoidetuksi tulemisen kokeminen: Kirjallisuuskatsaus syöpäpotilaan hoitotyöstä. Opinnäytetyö. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala.
- Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Studies in Sport, Physical Education and Health 75. Jyväskylä.
- Kuukkeenmäki, Sari – Perämäki, Päivi 2009. Röntgenhoitajan koulutus, ammatti ja asiantuntijuus terveydenhuollossa. Esite ammattikorkeakouluopintoja suunnitteleville. Opinnäytetyö. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Radiografian ja sädehoidon koulutusohjelma.
- Kuula, Arja 2001. Henkilötietolain soveltaminen tieteelliseen tutkimukseen. Tietoarkisto. <<http://www.fsd.uta.fi/tietoarkistolehti>>.
- Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria 2005. Käsitemaalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 17 (5).
- Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Poskiparta, Marita – Johansson, Kirsi – Hirvonen, Eila – Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kyngäs, H. – Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11, nro 1/99: 3–12.
- Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun Yliopisto. Oulun Yliopistollinen Sairaala.
- Kääriäinen, Maria 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 6 (4).
- Laamanen, K. 2003. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona ideasta käytäntöön. Laatu keskus. Helsinki.
- Lampinen, J. – Savolainen, S. 2000. Monileike-TT. Radiografia 2: 10–12.

- Lehikoinen, N. 2006. Sädesuojainten käyttö TT-tutkimuksissa vaihtelee. *Radiografia* 2: 20–21.
- Leino, Katriina 2007. Potilaan ohjauksen ihannemalli- esitys. <www.hus.fi>. Luettu 15.4.2011.
- Leino-Kilpi, H. 1997. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen. Teoksessa Paunonen, M. – Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.). *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY. 222–223.
- Leino-Kilpi, H. 2003. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. – Välimäki, M. *Etiikka hoitotyössä*. Juva: WSOY. 284–298.
- Linsen, Eveliina – Maunuksela, Heidi 2009. Syöpää sairastavien potilaiden kokemuksia hoitotyöstä. *Opinnäytetyö*. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet – Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja.
- Luotolinna-Lybeck, H. 2003. Lapsipotilas teknisessä hoitoympäristössä. Esimerkkinä virtsan refluksen gammakuvaustutkimus. *Annales Universitatis Turkuensis, sarja C* osa 193. Turun yliopisto. Turku.
- Marcum, J. – Ridenour, M. – Shaff, G. – Hammons, M. – Taylor, M. 2002. A Study of Professional Nurses' Perceptions of Patient Education. *Journal of Continuing Education In Nursing* 33: 112–118.
- Markkanen, K. 2009. Sadat omaiset valittavat vuosittain henkilökunnan käytöksestä. *Helsingin Sanomat* 7.7.2009, A5.
- Merton, R.K. – Fiske, M. – Kendall, P.L. 1956. *The Focused Interview: A Manual of Problems and Procedures*, Report of the Bureau of Applied Social Research. Columbia University, Free Press. Glencoe, IL.
- Mills, ME. – Sullivan, K. 1999. The Importance of Information Giving for Patients Newly Diagnosed with Cancer: A Review of The Literature. *Journal of Clinical Nursing* 8 (6): 631–642.
- Munhall, P. L. 1988. Ethical Considerations in Qualitative Research. *Western Journal of Nursing Research* 10 (2): 150–162.
- Munhall, P.L. 2001. *Nursing Research. A Qualitative Perspective*. National League for Nursing.
- Mustajoki, P. – Kaukua, J. 2002. *Senkka ja 100 muuta tutkimusta*. Helsinki: Duodecim.
- Mäkisalo-Ropponen, Merja 2011. *Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla*. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

- Niemi, A. 2006. Röntgenhoitajien turvallisuuskulttuuri säteilyn lääketieteellisessä käytössä – kulttuurien näkökulma. Oulun yliopisto, Väitöskirja. Hoitotieteen terveyshallinnon laitos.
- Nieswiadony, R. M. 1987. Foundations of Nursing Research. Appleton & Lange. Perin- tice Hall. USA.
- Poskiparta, M 1997. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. Studies on Sport, Physical Education and Health No 46. Jyväskylä.
- Ramos, M.C. 1989. Some Ethical Implications of Qualitative Research. Research in Nursing and Health 12: 57–63.
- Reutter, L. – Ford, J. 1997. Enhancing Client Competence: Melding Professional and Client Knowledge in Public Health Nursing Practice. Public Health Nursing 14 (3): 143–150.
- Ronkanen, Suvi – Pehkonen, Leila – Lindholm- Yläne, Sari – Paavilainen, Eija 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOY.
- Rycroft-Malone, J. – Latter, S. – Yerrel, P. – Shaw, D. 2000. Nursing and Medication Education. Nursing Standard 14 (50): 35–39.
- Ryhänen, A. 2005. Potilaan ohjauksessa käytettävien kirjallisten potilasohjeiden arviointi diagnostisessa radiografiassa. Turun yliopisto. Pro gradu. Hoitotieteen laitos.
- Seinäjoen keskussairaala 2009. Radiologian yksikön laatukäsikirja. Versio 2.0.
- Silvennoinen-Nuora, L. 2005. Hoitoketjujen kehittämisessä tarvitaan vaikuttavuuden arviointia. Sairaanhoitaja 4/2005: 8–9.
- Silverman, D. 2001. Interpreting Qualitative Research. A Practical Handbook. Lontoo: Sage Publications.
- Sipola, P. 2003. Jodipohjaisten varjoaineiden aiheuttama munuaisten vajaatoiminta. Radiografia 4: 16–18.
- Sorppanen, Sanna 2006. Kliinisen radiografiatieteen tutkimuskohde. Käsitemaalyttinen tutkimus kliinisen radiografiatieteen tutkimuskohdetta määrittävistä käsitteistä ja käsitteiden välisistä yhteyksistä. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Steinke, E.E. 2004. Research ethics, informed consent and participant recruitment. Clinical Nurse Specialist 18 (2): 88–95.
- STM 2000. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus säteilyn lääketieteellisestä käytöstä. STM. Helsinki.

- Suramo, I. 1998. Erilaisia röntgentutkimusmenetelmiä. Teoksessa Standertskjöld-Nordenstam, C.-G., Kormano, M., Laasonen, E.M., Soimakallio, S. & Suramo, I. (toim.) *Kliininen radiologia*. Helsinki: Duodecim, 29–43.
- Tanskanen – Seppälä 2006. Potilasohjaus hoitotyössä.  
<[http://www.unihoitajat.fi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12&Itemid=51](http://www.unihoitajat.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=51)>.
- Tarvainen, S. 2001. Polviproteesipotilaan fysioterapia: Miten palveluketju toteutuu. *Fysioterapia* 8/2001: 25–26.
- Tervahartiala, P. 2005. Varjoaineet. Teoksessa Soimakallio, S., Kivisaari, L., Manninen, H., Svedström, E. & Tervonen, O. (toim.) *Radiologia*. Helsinki: WSOY, 72–76.
- Toivanen, Kaija 2009. Käsite- ja argumentaatioanalyysi Katie Erikssonin kärsimystä koskevasta ajattelusta. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteet. Kuopion yliopiston julkaisu E.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.
- Turner, S. – Wellard, S. – Bethune, E. 1999. Registered Nurses' Perceptions of Teaching: Constraints to the Teaching Moment. *International Journal of Nursing Practice* 5: 14–20.
- Valtonen, M. 2000. Radiografian asiantuntijuus – Röntgenhoitajan työ ja siinä tarvittava osaaminen. *Acta Universitatis Ouluensis E* 41. Oulu.
- Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki.
- Vilkkä, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Tammi.
- Vilkkä, Hanna 2006. Tutki ja havainnoi. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Voutilainen, Päivi – Laaksonen, Katriina (toim.) 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö – Askel eteenpäin. Kirjayhtymä Oy.
- Väisänen, L. – Niemelä, M. – Suua, P. 2009. Sanat työssä. Vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki.
- Walta, L. 2001. Mitä röntgenhoitajat tekevät? Kliinisen radiografian toiminnallinen sisältö ja rakenne yhdessä suomalaisessa yliopistosairaalassa. Lisensiaatintutkimus. Turun yliopisto, Hoitotieteenlaitos. Turku.
- Wortman, C 1990. Social Support and the Cancer Patients II. Changes over time in immunological measures. *Archive General Psychiatry*. 720–725.



## Teemahaastattelurunko

Teemahaastattelussa käytetty kysymyspohja.

Teemahaastattelu

Syöpäpotilaan hoitopolku

1. Kuinka paljon teillä käy syöpäpotilaita levinneisyyskontrollikuvauksissa?
2. Kuinka hyvin tunnette syöpäpotilaan hoitopolun?
3. Teidän yksikkönne on keskittynyt traumapotilaiden kuvantamiseen, kuinka selvää teille on, miksi syöpäpotilaita tulee kuvattavaksi tänne?

Potilaan ohjaus

1. Millaisia ohjaustilanteita teillä on ollut syöpäpotilaiden kanssa?
2. Tarvitsevatko syöpäpotilaat mielestänne ohjausta teillä käydessään?
3. Ovatko syöpäpotilaat ilmaisseet tarvitsevansa ohjausta?

Syöpäpotilaat erityisryhmänä

1. Kohteletteko syöpäpotilaita eri tavalla kuin muita potilaita?
2. Miten selität tilanteen syöpäpotilaalle traumapotilaan tullessa tietokonetomografiakuvaukseen ja mennessä syöpäpotilaan edelle?
3. Oletko huomannut muiden hoitajien kohtelevan syöpäpotilaita huomaavaisemmin kuin muita potilaita?
4. Käytetäänkö syöpäpotilaiden kanssa jutusteluun enemmän aikaa kuin muiden potilaiden?

## Havainnointilomake

Osallistuvassa havainnoinnissa käytetty havainnointilomake.

Kysymys	kuvaus	asteikolla 1-5, 5 todella hyvin	muuta
Miten röntgenhoitajat toimivat syöpäpotilaiden kanssa?			
Miten vuorovai- kutukset toimii röntgenhoitajan ja syöpäpoti- laan välillä?			
Miten syöpäpo- tilaita ohjataan?			
Osaavatko röntgenhoitajat auttaa, jos syö- pöpotilaat kysy- vät jotain?			