

Rintasyöpäpotilaan ohjaus sairaanhoidtajien kokemana

Riikka Brandt & Saana Bruun

Opinnäytetyö

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Riikka Brandt, Saana Bruun	
Työn nimi Rintasyöpöpotilaan ohjaus sairaanhoitajien kokemana	
Päiväys 24.9.2012	Sivumäärä/Liitteet 44/2
Ohjaaja(t) Yliopettaja Pirkko Jokinen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Rintasyöpään sairastuu Suomessa vuosittain noin 4000 naista ja rintasyöpä onkin naisten yleisin syöpäsairaus Suomessa. Rintasyöpöpotilaan hoitopolussa hoitojen lisäksi ohjauksen merkitys korostuu, jonka vuoksi sairaanhoitajien on tärkeää hallita ohjaamisen taidot. Suurimmalta osin rintasyöpöpotilaat ovat tyytyväisiä hoitohenkilökunnan antamaan ohjaukseen. Epäkohdiksi koetaan kuitenkin seksuaaliohjaus ja oman osallistumisen vähäisyys hoitopäätöksiä tehtäessä.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata rintasyöpöpotilaan ohjausta sairaanhoitajien kokemana. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää rintasyöpöpotilaan ohjausta kirurgian poliklinikalla ja plastiikkakirurgian vuodeosastolla.</p> <p>Tutkimus tehtiin laadullisella tutkimusmenetelmällä haastatteleamalla Kuopion yliopistollisen sairaalan kirurgian poliklinikan ja plastiikkakirurgian vuodeosaston sairaanhoitajia. Haastatteluun osallistui neljä sairaanhoitajaa. Aineisto saatiin yksilöhaastatteleamalla sairaanhoitajia. Haastattelut toteutettiin maaliskuussa 2012. Tutkimuksen analyysimenetelmänä on sisällönanalyysi. Opinnäytetyön tulokset kirjoitettiin touko-heinäkuussa 2012.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan rintasyöpöpotilaan ohjauksen sisältöön vaikuttavat rintasyöpöpotilaan ikä ja elämäntilanne. Ohjauksessa hyödynnetään monipuolisesti kirjallista materiaalia. Sairaanhoitajat kokevat rintasyöpöpotilaan läheisten merkityksen ohjauksessa suureksi ja läheisiä toivotaan mukaan ohjaustilanteeseen. Rintasyöpöpotilaan hoito toteutuu moniammatillisena yhteistyönä, jossa tiimin jäsenenä on myös eri alojen lääkäreitä ja muita alan ammattilaisia. Heidän kanssaan yhteistyö toimii hyvin. Ohjausta heikentävä asia on hoitajien ja osastolla toimivien lääkäreiden kiire. Myös potilaan ja sairaanhoitajan välinen kommunikaatio vaikuttaa ohjauksen laatuun. Erityisesti seksuaaliohjauksen ajankohta koettiin epäselväksi.</p> <p>Sairaanhoitajat voivat käyttää tutkimustuloksia hyödyksi ohjatessaan rintasyöpöpotilaita. Työyhteisö saa tutkimuksen pohjalta tietoa siitä mitkä asiat ohjauksessa koetaan hyväksi ja mitä asioita voisi kehittää. Jatkotutkimussuosituksen perusteella sairaanhoitajat voivat tarjota tutkimusaiheen jatkossa opinnäytetyötä tekeville.</p>	
Avainsanat rintasyöpä, potilasohjaus, sairaanhoitaja,	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Riikka Brandt, Saana Bruun			
Title of Thesis Breast cancer patient's guidance from nurses' point of view			
Date	24.9.2012	Pages/Appendices	44/2
Supervisor(s) Principal lecturer Pirkko Jokinen			
Client Organisation /Partners Kuopio University Hospital			
<p>Abstract</p> <p>Approximately 4000 women contract annually breast cancer in Finland and breast cancer is one of the most common cancer disease in Finland. It is important that nurses have good guidance skills because among the cancer treatments in the treatment plan guiding has an important role. Breast cancer patients have been mostly satisfied with given guidance. In patients opinion sexual guidance and own involvement in treatments have been the flaws.</p> <p>This research was supposed to represent the guidance of breast cancer patients from nurses' point of view. The target of the research was to develop breast cancer patient's guidance in surgery polyclinic and in plastic surgery's ward.</p> <p>The research was made with qualitative research method by interviewing nurses from surgery polyclinic and plastic surgery's ward from Kuopio's university hospital. Four nurses took part in the interview. Research results were made by interviewing the nurses individually. Interviews were hold in March 2012. The research's method of analysis is content analysis. The results of the thesis were written between May and August 2012.</p> <p>According to the research results age and life situation are affect the content of breast cancer patient's guidance. Written material has been diversified exploited in the guidance. From nurses' opinion family has a significant role in the guidance of breast cancer patient and is wished to be involved in the guidance. Treatment of breast cancer patient happens with multiply skilled collaboration where team members include also doctors from different fields and other experts in the field. With them collaboration works well. Enervating thing in the guidance of nurses and doctors is rush. Also communication between the patient and nurse has an impact to the quality of treatment. Especially the moment of sexual guidance has felt been unclear.</p> <p>To direct breast cancer patients, nurses can make of the research results. Based on the research results the working community will get information of which things have gone well and which should be developed. On the grounds of further research result recommendations nurses can offer this theme of research to other ones working with a thesis.</p>			
Keywords breast cancer, patient guidance, nurse			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	7
2	RINTASYÖPÄ.....	8
2.1	Rintasyöpä sairautena	8
2.1.1	Rintasyöpätyypit	9
2.1.2	Rintasyövän riskitekijät	9
2.2	Rintasyövän seulonta	10
2.3	Rintasyöpäpotilaan hoitoprosessi Kuopion yliopistollisessa sairaalassa.....	11
3	RINTASYÖPÄPOTILAAN OHJAUS.....	13
3.1	Ohjaus yleisesti.....	13
3.2	Hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden osallistuminen ohjaukseen	13
3.3	Läheisten läsnäolo ja ohjaus	15
3.4	Seksuaaliohjaus.....	15
3.5	Potilaan päätöksenteko ohjaustilanteessa	16
3.6	Ohjaus hoitojen jälkeen.....	17
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	18
5	TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUSAINEISTO	19
5.1	Laadullinen tutkimus.....	19
5.2	Teemahaastattelu	19
5.3	Tiedonkeruu yksilöhaastatteluiden avulla.....	20
5.4	Sisällönanalyysi aineiston analysointi menetelmänä	21
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	23
6.1	Ohjauksen sisältöalueet.....	23
6.2	Ohjauskeinot.....	25
6.3	Ohjaukseen vaikuttavat tekijät	27
6.4	Ohjaus hoitaja-potilassuhteena.....	29
6.5	Omaiset ja perhe ohjauksessa.....	31
6.6	Moniammatillinen yhteistyö ohjauksessa	32
7	POHDINTA	33
7.1	Opinnäytetyöprosessin kuvaus	33
7.2	Tutkimustulosten tarkastelu.....	34
7.3	Tutkimuksen luotettavuus.....	35
7.4	Tutkimuksen eettisyys	37
7.5	Jatkotutkimussuosituksset	38

7.6 Oma ammatillinen kasvu	38
LÄHTEET	41

LIITTEET

Liite 1 Saatekirje

Liite 2 Teemahaastattelurunko

1 JOHDANTO

Rintasyöpään sairastuu Suomessa vuosittain yli 4000 naista. Rintasyöpäpotilaita kuolee vuosittain noin 850. Hoitomuotojen kehittyminen, rintasyöpäseulontojen säännöllinen järjestäminen sekä aiheesta lisääntynyt valistaminen ovat kuitenkin vähentäneet kuolleisuutta viimeisen 20 vuoden aikana. (Sankila 2010, 1191–1192.)

Opinnäytetyön aiheena on rintasyöpäpotilaan ohjaus sairaanhoitajien kokeamana. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää rintasyöpäpotilaan ohjausta kirurgian poliklinikalla ja plastiikkakirurgian vuodeosastolla. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata rintasyöpäpotilaan ohjausta sairaanhoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Kuopion yliopistollinen sairaala. Sairaanhoitajia yksilöhaastateltiin Kuopion yliopistollisen sairaalan kirurgian poliklinikalta sekä plastiikkakirurgian vuodeosastolta.

Rintasyöpäpotilaan ohjausta on tutkittu paljon potilaiden näkökulmasta (Leino 2011; Maukonen, Salonen, Rantanen, Suominen & Kaunonen 2011; Palonen & Puura 2007.) Sairaanhoitajien kokemuksia rintasyöpäpotilaan ohjauksesta on tutkittu vähän. Tämän vuoksi tarve tutkia aihetta koettiin tärkeäksi. Sairaanhoitajia haastateltiin seuraavista teemoista: potilasohjaus, ohjauskeinot, läheisten rooli ja tukeminen, seksuaaliohjaus, lääkehoito sekä rintasyöpäpotilaan hoitopolku Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Opinnäytetyön teoriaosassa käsittelemme näitä aiheita.

2 RINTASYÖPÄ

2.1 Rintasyöpä sairautena

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpäsairaus Suomessa. Uusien rintasyöpätapausten vuosittainen määrä Suomessa oli 1960-luvulla noin 1000 ja 2010-luvulla noin 4500. (Gästrin 2012, 79.) Rintasyöpätapausten määrän nousuun vaikuttavat muun muassa rintasyövän diagnosoinnin paraneminen, aiheesta lisääntynyt valistaminen sekä väestön ikääntyminen (Duodecim Terveyskirjasto 2012, Käypä hoito 2009). Hoitomuotojen kehittyminen, rintasyöpäseulontojen säännöllinen järjestäminen sekä aiheesta lisääntynyt valistaminen ovat kuitenkin vähentäneet kuolleisuutta viimeisen 20 vuoden aikana (Sankila 2010, 1191–1192).

Rintasyöpään sairastutaan yleensä yli 45-vuotiaana. Yleisimmin rintasyöpä todetaankin 50-60-vuotiailla naisilla. Rintasyöpä on monen tekijän yhteissattuma. Taustalla on joko perinnöllinen alttius rintasyöpään tai jokin geenivirhe. Epäterveellisten elintapojen yhdistyessä geenivirheeseen syöpäkasvain voi saada alkunsa. Sairauden näkyminen voi kestää vuosia ennen kuin ensimmäiset oireet näkyvät. (Jyrkkiö 2002, 12.)

Rintasyöpä on varhaisvaiheessa usein oireeton. Ensimmäisenä tavallisin löydös rinnasta on kyhmy. Alkuvaiheessa kyhmy on yleensä kivuton. Lisäksi oireena voivat olla kirkas tai verinen erite nännistä, ihon tai nännin vetäytyminen tai ihomuutos. Rinta voi kasvaa tai punoittaa tulehdusmaisesti. Tulehduksen merkit eivät helpotu antibiootilla. Ensimmäinen oire rintasyövästä voi esiintyä myös jossakin muualla elimistössä. Tällöin oireet voivat olla monenlaisia, riippuen siitä missä elimistössä etäpesäke sijaitsee. (Joensuu, Leidenius, Huovinen, Von Smitten, Blomqvist 2007, 484 – 485.)

Rintasyövässä rintakudoksen solujen toiminta häiriintyy. Normaalisti kaikki solut uusiutuvat tietyllä tavalla, mutta syöpäsairaudessa yksi tai useampi solu jakautuu ja kasvaa vieden elintilan terveiltä soluilta. Lopputuloksena on syöpäkasvain. (Jyrkkiö 2002, 11; Käypä hoito 2009.)

2.1.1 Rintasyöpätyypit

Rintasyöpätyypit jaetaan kahteen luokkaan sen perusteella mistä rinnan osasta syöpäsolut ovat peräisin: duktaaliseen, eli tiehytperäiseen rintasyöpään, joka alkaa maitotiehyistä sekä lobulaariseen, eli rauhasperäiseen rintasyöpään, joka alkaa maitorauhasista. Kaikista rintasyövistä noin 80 prosenttia on duktaalista ja noin 10 prosenttia lobulaarista. Loput 10 prosenttia rintasyövistä kuuluvat harvinaisempiin rintasyöpätyyppeihin. Harvinaisempien rintasyöpätyyppien ennuste on pääsääntöisesti parempi kuin duktaalisen tai lobulaarisen. (Joensuu ym. 2007, 490-492; Roche Oy 2008.)

Duktaalisisessa eli tiehytperäisessä rintasyövässä syöpäsolut eivät ole tunkeutuneet syväälle rintakudokseen, vaan esiintyvät tiehyen sisällä. Levitessään syöpäsolut tunkeutuvat rintatiehyen sisältä ympäröivään kudokseen. Tiehytperäistä rintasyöpää esiintyy yleensä vain toisessa rinnassa. (Joensuu ym. 2007, 49; Käypä hoito 2010.)

Lobulaarisessa eli rauhasperäisessä rintasyövässä syöpäsolut ovat rinnan rauhasissa. Sitä esiintyy tiehytperäistä syöpää useimmin molemmissa rinnoissa. Lobulaarisen rintasyöpätyypin ennuste on yleensä parempi kuin duktaalisen. (Joensuu ym. 2007, 491.)

2.1.2 Rintasyövän riskitekijät

Rintasyövän sairastumisriskiä lisäävät pääosin hormonaaliset tekijät. Näitä ovat naishormonit, synnyttämättömyys, kuukautisten varhainen alkamisikä sekä myöhäinen vaihdevuosi-ikä. Vaihdevuosien yhteydessä annettu yli viisi vuotta kestävä estrogeeniä sekä progestiiniä sisältävä hormonivalmiste lisää riskiä sairastua rintasyöpään. Myös pitkäkestoisesti käytettynä ehkäisyvalmisteiden käyttö voi lisätä riskiä sairastua rintasyöpään. Synnyttämättömien naisten riski sairastua rintasyöpään on suurempi kuin niiden, jotka ovat synnyttäneet. Ensisynnytys nuorella iällä pienentää riskiä sairastua rintasyöpään. (Joensuu ym. 2007, 484 – 485; Käypä hoito 2012.)

Perinnöllisyys vaikuttaa rintasyövän syntyyn 5-10 prosenttia. Periytyvään rintasyöpäalttiututeen viittaavat lähisukulaisella todetut rinta- tai munasarjasyöpä sekä lisäksi sairastuminen alle 30-vuotiaana. (Käypä hoito 2012.) Naisella ylipaino erityisesti vaihdevuosi-ien jälkeen lisää syöpäriskiä, koska rasvakudos lisää elimistön estrogeenihormonin tuotantoa. Tämän vuoksi liikunnalla ja oikealla ruokavaliolla voi olla merkitystä rintasyövän ehkäisyssä. (Jyrkkiö 2002, 13–15; Käypä hoito 2009.)

Imettäminen suojaa rintasyövältä, koska rauhaskudos muokkautuu lopulliseen muotoonsa vasta imetyksessä. Rinta, jolla ei ole imetetty on alttiimpi solumuutoksille. Tupakoinnin ja rintasyövän yhteydestä ei ole tarkkaa tutkimustietoa, mutta tupakoinnin voidaan olettaa vaikuttavan erilaisten syöpien syntyyn. (Jyrkkiö 2002, 13–15.)

Rintasyöpään voi sairastua myös ilman edellä mainittuja riskitekijöitä. Suurimpaan osaan rintasyövän riskitekijöistä ei voida vaikuttaa, joten rintasyövän varhainen diagnosointi on tärkeää, jotta taudin ennuste paranisi. (Jyrkkiö 2002, 13-15; Käypä hoito 2009).

2.2 Rintasyövän seulonta

Rintasyöpäseulontojen avulla syöpä voidaan todeta varhaisessa vaiheessa. Rintasyövän diagnostiikassa käytetään ns. kolmoisdiagnostiikkaa, johon kuuluvat inspektio ja palpaatio, kuvantamistutkimukset ja neulanäytteen histologinen tutkimus. (Joensuu ym. 2007, 485; Käypä hoito 2009.)

Ensimmäisenä rinnat inspektoidaan eli tarkastetaan ja palpoidaan eli tunnustellaan. Näin tarkistetaan rintojen ihoreaktiot, värimuutokset sekä nännin muutokset, kuten sisäänvetäytymät, vuodot tai ihottumat. Rintojen lisäksi palpoidaan myös kainalot sekä soliskuopat. Molemmat rinnat tutkitaan potilaan ollessa selinmakuulla, istuen sekä käsien ollessa eri asennoissa. (Joensuu ym. 2007, 486; Käypä hoito 2009.) Kainalot ja soliskuopat palpoidaan, koska ylimääräistä rintarauhaskudosta voi esiintyä myös kainaloiden ja soliskuoppien alueella (Tiitinen 2011).

Mammografia on ensisijainen ja tarkka tutkimusmenetelmä, jonka avulla voidaan löytää pienetkin kasvaimen alut. Mammografialla tarkoitetaan rinnan röntgentutkimusta. Mammografian luotettavuutta heikentävät rintaproteesit ja leikkausten tai sädehoidon aiheuttamat arpimuutokset. (Joensuu ym. 2007, 486; Käypä hoito 2009.) Kansanterveyslaki ja asetus velvoittavat jokaista kuntaa järjestämään yli 50-vuotiaille naisille mammografiaseulonnat. Alle 40-vuotiaille naisille mammografiaseulonnoista ei koeta olevan hyötyä, koska tämän ikäisten naisten rintakudos on niin tiivistä, että syöpäkasvainta on vaikea havaita. (Jyrkkiö 2002, 19–21.)

Neulanäytteen histologisessa tutkimuksessa otetaan neulanäyte rintakudoksesta. Neulanäyte otetaan vasta kuvantamistutkimusten jälkeen ja saatujen tulosten perusteella tehdään jatkohoitosuunnitelma. Näyte suositellaan otettavan paksuneulalla, jolloin näyte on riittävän suuri. Ohutneulalla otettava näyte on usein liian pieni, jolloin vaaditaan uusintanäytteitä. Tällöin lopullinen diagnoosin varmistuminen viivästyy. Paksuneulanäytteen avulla voidaan välttyä turhilta leikkauksilta. (Käypä hoito 2009.)

2.3 Rintasyöpäpotilaan hoitoprosessi Kuopion yliopistollisessa sairaalassa

Rintasyöpäpotilaan hoitoprosessi Kuopion yliopistollisessa sairaalassa alkaa, kun lähete saapuu kirurgian poliklinikalle. Lähete voi tulla terveyskeskuksesta, yksityislääkärin vastaanotolta, seulonnasta tai sairaalan sisäisesti, jolloin toisen tutkimuksen yhteydessä potilaalta on löytynyt sivulöydöksenä rinnasta muutoksia. (Föhr 2012.)

Poliklinikalla rintasyöpähoitaja tai kirurgi hyväksyy lähetteen. Radiologi tekee lisätutkimussuunnitelman ja potilaan mammografia ja/tai ultraäänikuvien perusteella. Potilaalta otetaan neulanäyte rinnan muutoksesta. Neulanäyte voidaan ottaa ultraääniohjauksessa, stereotaktisesti, magneettitutkimuksen avulla tai palpaatio-ohjauksessa. Kun tutkimustulokset ovat valmiit, potilaan asiat käsitellään rintasyöpämeetingissä.

Rintasyöpämeetinkiin osallistuvat kirurgi, röntgenlääkäri, syöpätautien lääkäri, patologi sekä rintasyöpähoitaja. Meetingissä arvioidaan vielä lisätutkimuksien tarve ja tehdään alustava hoitosuunnitelma. Samalla tehdään päätös, onko ensisijainen hoito kirurginen vai aloitetaanko hoito esimerkiksi neoadjuvantti-hoidoilla. Jos hoitona on leikkaus, potilas tulee kirurgian poliklinikalle hoidon-suunnittelukäynnille, johon kuuluu lääkärin vastaanotto sekä rintasyöpähoitajan ohjaus. Neoadjuvanttihoitot toteutetaan syöpätautien klinikassa. Neoadjuvanttihoitonsuunnittelua varten potilaalle järjestetään aika syöpätautien poliklinikalle. (Föhr 2012.)

Kirurgian poliklinikalla käynnin jälkeen potilas saa kutsun plastiikkakirurgian vuodeosastolle. Potilaat tulevat osastolle joko leikkausta edeltävänä päivänä tai leikkauspäivän aamuna. Tavoitteena on edistää LEIKO-toimintaa, leikkaukseen-kotoa periaatteella, jolloin rintasyöpäpotilaat tulevat sairaalaan leikkauuspäivän aamuna. Jos tarvitaan rinnan merkkausta / vartijaimusolmuketutkimusta, ne tehdään leikkausta edeltävänä päivänä tai leikkauuspäivän aamuna. Potilaat kotiutuvat tavallisimmin ensimmäisenä tai toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä. (Ritanen 2012.)

3-4 viikon kuluttua leikkauksesta potilaan asiat käsitellään rintasyöpämeetin-gissä, jossa nähdään mikroskooppitutkimusvastaukset leikkauksesta saaduis-ta kudoksista. Näiden perusteella suunnitellaan potilaan jatkohoito. (Föhr 2012.)

3 RINTASYÖPÄPOTILAAN OHJAUS

3.1 Ohjaus yleisesti

Ohjauksella voidaan tarkoittaa ohjauksen antamista tai hoitajan ohjauksen alaisena toimimista. Ohjaus voi tarkoittaa myös potilaan johtamista tai hänen toimintaansa vaikuttamista. Ohjauksessa halutaan edistää potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa omaa elämäänsä. Potilaan tulisi itse olla aktiivinen asian ratkaisemisessa. Hoitajan rooli on tukea potilasta päätöksenteossa sekä toimia tiedonantajana. Ohjassuhteen tulisi olla tasa-arvoinen. Potilas tietää parhaiten oman elämänsä ja hoitaja toimii ohjauksen asiantuntijana sekä tuen antajana. Potilaiden erilaisuus tuo haasteita ohjaajalle. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25.)

Potilaiden tiedot ja taidot ovat hyvin erilaisia, joten he voivat vaatia erilaista ohjausta. Myös saman potilasryhmän alle kuuluvien tiedot voivat olla hyvin erilaisia. (Kyngäs ym. 2007, 25 - 26.) Hoitajan tulisi potilaan kanssa yhdessä arvioida sitä, kuinka tavoitteet ovat saavutettavissa. Ohjauksen tavoitteena on, että ohjaaja ja potilas ymmärtävät ohjauksen sisällön samalla tavalla. Näin päästään potilaan kannalta parhaaseen tulokseen. (Kyngäs ym. 2007, 38 – 42.)

Lyhyelläkin leikkauksen jälkeisellä ohjauksella on vaikutusta rintasyöpäpotilaan elämänlaatuun. Ohjauksen tulee olla osa rintasyöpäpotilaan hoitotyötä. Ohjauksen tulee perustua tutkittuun tietoon. Enemmän ohjausta tarvitsevat rintasyöpäpotilaat, joiden elämän laatu on huono tai se voi oleellisesti huonontua hoitoprosessin aikana. (Salonen 2011, 8.)

3.2 Hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden osallistuminen ohjaukseen

Lääkärin koetaan kertovan rintasyöpädiagnoosista ajattelemattomasti. Syöpäpotilaat toivovat, että lääkäri kertoo potilaalle diagnoosista kahden kesken, ei puhelimitse tai kirjeitse. Lääkärin tulee kertoa syöpädiagnoosista potilaalle niin, että asia tulee ymmärretyksi. Näin vältetään mahdollisilta väärinkäsityksil-

tä. Tilaa tulee antaa myös mahdollisille kysymyksille ja tunteille. Potilaan on tärkeää saada tietää kuinka tilanteessa edetään. (Aromaa, Helander & Lehto 2010, 3967; Sariola 2007, 4610 – 4612; Leino 2011, 52.) Lääkärin empaattinen suhtautuminen rintasyöpään vähensi potilaiden kokemaa ahdistusta sairaudesta. Usein lääkäreiden vuorovaikutus ei vastannut potilaiden tarpeita. Rintasyövän sairastumisvaiheessa luottamuksen syntyyn vaikuttavat lääkärin tiedollinen, emotionaalinen ja päätöksentekoon vaikuttavat taidot. (Leino 2011, 29).

Tutkimuksen mukaan (Sariola 2007, 4610 – 4612) hoitohenkilökunnan toimintaan ollaan yleisesti tyytyväisiä. Osa potilaista kokee, että syöpähoitojen aikana tietoa tulee liikaa ja liian nopealla tahdilla. Esimerkiksi eturauhassyöpäpotilaat arvioivat, että vuorovaikutus ja ohjauksen sisältö lääkärin kanssa syöpähoitojen alkuvaiheessa ei ollut onnistunut riittävän hyvin. He eivät ole saaneet kaikkiin kysymyksiinsä riittävän laajaa vastausta, haittavaikutuksista on kerrottu vähän eikä henkistä hyvinvointia ole huomioitu tarpeeksi. (Aromaa ym. 2010, 3967; Muurinen 2009, 44.) Rintasyöpäpotilaat odottavat hoitohenkilökunnalta fyysisen ja psyykkisen tilan arviointia sekä niiden epäselväksi jääneiden ohjeiden selventämistä, jotka ovat usein jääneet lääkäreiltä kertomatta tai ne on kerrottu epäselvästi (Leino 2011, 49).

Rintasyöpäpotilaat kokevat helpommaksi puhua hoitohenkilökunnalle kuin lääkäreille. Potilaiden mielestä lääkärit ovat kiireisiä. Rintasyöpäpotilaat ymmärtävät hoitohenkilöstön käyttämiä termejä ja heidän ohjeitaan. Osa rintasyöpäpotilaista ei halua puhua tuntemuksistaan hoitohenkilökunnan kanssa, josta he kokevat ahdistusta. Hoitohenkilökunnan kanssa keskustelut arkipäiväisistä asioista voivat helpottaa ahdistunutta oloa. (Leino 2011, 54.) Palosen ja Puuran (2007) mukaan potilaat pitivät hoitajia hyvinä kuuntelijoina. Potilaat myös pystyivät luottamaan hoitajaan ja heidän antamaansa tietoon. (Palonen & Puura 2007, 28 – 30.)

3.3 Läheisten läsnäolo ja ohjaus

Läheisten läsnäolo ja ohjaus koetaan tärkeäksi. Yli puolet syöpäpotilaiden läheisistä kokee, että he ovat saaneet hyvää tai erittäin hyvää tietoa syövän hoitomenetelmistä ja potilaalle tehdyistä tutkimuksista. Läheisille on kerrottu syöpäpotilaan hoidon tavoitteista, syöpäsairaudesta ja hoitojen mahdollisista sivuvaikutuksista. Syöpäpotilaiden läheiset kokevat saavansa vähiten tietoa syöpäsairauden ennusteesta, kirjallisesta materiaalista sekä siitä, mistä he voivat tarvittaessa saada lisätietoa. Läheiset toivovat enemmän tietoa henkilökunnalta siitä, kuinka he voivat itse osallistua syöpäpotilaan hoitoon. (Muuri-nen 2009, 44; Nevalainen 2006, 24; Nevalainen, Kaunonen & Åstedt-Kurki 2007, 196.)

Syöpään sairastuneet naiset toivovat, että heidän puolisonsa ymmärtäisivät paremmin sairastuneen tunteita. Lisäksi toivotaan, että puoliset saisivat ohjausta siitä, kuinka syöpään tulisi suhtautua. Puolison oikeanlainen suhtautuminen auttaa syöpään sairastuneen sopeutumista sairauteen. (Hautamäki-Lamminen, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen & Åstedt-Kurki 2010, 286.)

Hoitohenkilöstöltä saatu tuki vähentää potilaan ahdistusta sairastumisen alkuvaiheessa paremmin kuin läheisiltä saatu tuki (Leino 2011, 51). Kaikkiaan syöpäpotilaat ovat pitäneet perheenjäseniltä saatua tukea merkittävimpana, hoitajien ja lääkäreiden antama tuki oli lähes yhtä merkittävää (Kellokumpu-Lehtinen, Lehti-Järnstedt & Ojanen 2002, 1460; Salonen 2011, 78). Myös ystäviltä leikkauksen jälkeen saatua tukea pidetään tärkeänä (Salonen 2011, 78).

3.4 Seksuaaliohjaus

Seksuaaliohjaus on tärkeä osa syöpäpotilaan ohjausta. Potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta potilaslähtöisyyttä ja ammatillisuutta. Ohjaajan ammattia tai sukupuolta ei pidetä tärkeänä. Seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa koettiin, että hoitajan kanssa voi keskustella tunteisiin liittyvissä asioissa. Lääkäriltä odotettiin faktatietoa, esimerkiksi syöpähoitoihin liittyvistä sivuvaikutuksista. (Hautamäki-Lamminen, Kellokumpu-Lehtinen, Lehto & Lipiäinen 2010, 285.)

Syöpäpotilaat kaipaavat tietoa siitä, kuinka syöpähoidot vaikuttavat mielialaan, minäkuvaan ja ulkonäköön. Potilaat ja heidän läheiset tarvitsevat tietoa siitä, kuinka heidän tulisi elää intiimien muutosten kanssa. Lisäksi he tarvitsevat tukea, tietoa ja käytännön neuvoja. Syöpäsairaudella ja sukupuolella on merkitystä ohjauksen sisältöön. (Hautamäki-Lamminen ym. 2011, 15.)

On huomattu, että iällä on suuri merkitys seksuaaliohjauksen sisältöön. Usein vain nuorille potilaille kerrotaan mahdollisuudesta esimerkiksi rinnan korjausleikkaukseen. Seksuaalisuus koetaan usein araksi aiheeksi, mutta siitä keskustelu koetaan helpoksi ryhmässä. Syöpäpotilaat toivovat, että seksuaaliohjauksessa keskustellaan surutyön sallimisesta, myönteisen minäkuvan vahvistamisesta, puolison ohjaamisesta sekä vertaistuesta. Useat kokevat, että seksuaaliohjauksen oikea ajankohta on jälkitarkastuksen yhteydessä. Usein aloite keskustelulle halutaan tulevan henkilökunnalta. Pieni osa haluaa tehdä itse aloitteen seksuaalikeskustelulle. Seksuaaliohjausta pidetään erityisen tärkeänä parisuhteessa elävien ja nuorten potilaiden keskuudessa. (Hautamäki-Lamminen ym. 2010, 283–289; Hautamäki-Lamminen ym. 2011, 17–19; Hautamäki, Kellokumpu-Lehtinen & Väisälä 2003, 244.) Maukonen ym. (2011) tutkimuksen mukaan noin viidesosa rintasyöpään sairastuneista naisista on tyytymättömiä seksuaalielämäänsä vuoden päästä rintasyöpäleikkauksesta (Maukonen ym. 2011, 277-280).

3.5 Potilaan päätöksenteko ohjaustilanteessa

Rintasyöpäpotilaat kokevat, että he eivät voi juuri vaikuttaa hoitoaan koskeviin päätöksiin. Osa tuntee, että lääkäri on jo suunnitellut kaiken valmiiksi. He myös kokevat, että omille kysymyksille ei aina ollut aikaa. (Muurinen 2009, 44.) Luottamuksen on katsottu lisääntyvän, jos potilas saa osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Potilaan luottamusta lisää tunne siitä, että hoitohenkilöstöä voi lähestyä helposti. Luottamus syntyy helpommin omahoitajasuhteessa, kun potilasta hoitaa yksi hoitaja. Huumorin käyttäminen voi nostaa mielialaa ja irtaannuttaa sairaalan rutiineista. (Leino 2011, 47 – 48.) Syöpäpotilaat ovat mielestään hyvin selvillä käyttämistään lääkkeistä. Lähes kaikki potilaat osaavat nimetä käyttämiään lääkevalmisteita. Osa potilaista

osaa myös kertoa valintaperusteita käytössä oleville lääkkeille, esimerkiksi lääkkeen hyödyistä ja haitoista. Yli puolet kokee, että he saavat aktiivisesti vaikuttaa hoitoonsa. Loput tuntevat oman tietämyksen heikoksi, joten antavat asiantuntijoiden päättää hoidostaan. (Airaksinen, Lehtomäki & Kanerva 2010, 110–125.)

3.6 Ohjaus hoitojen jälkeen

Rintasyöpäpotilaat kokevat hoidon päättymisen jälkeen tarvitsevansa vielä tietoa ja tukea, koska tällöin tuen tarve on suuri. Hoidon päätyttyä sairaalassa tieto puhelinkontakteista voi lievittää ahdistusta. Puhelinkontakti lisää varmuutta myös siitä, että hoito jatkuu vielä varsinaisen sairaalassaolon jälkeenkin. On myös rintasyöpäpotilaita, jotka eivät koe hoidon loppumisen jälkeen tarvitsevansa tukea hoitohenkilökunnalta tai lääkäriltä. (Leino 2011, 50.)

Maukonen ym. (2011, 277-280) tutkimuksen mukaan rintasyöpään sairastuneet naiset kertoivat vuoden jälkeen pitävänsä tärkeänä omaa sen hetkistä terveyttään sekä terveydenhuoltoa. Hoitojen jälkeen tärkeimmiksi tuen antajiksi potilaat kertoivat avio- tai avopuolison sekä ystävät. Terveydenhuollosta tukea sai vain noin kymmenesosa tutkimukseen osallistuneista naisista. (Maukonen ym. 2011, 277-280.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata rintasyöpäpotilaan ohjausta sairaanhoitajien kokemana. Tutkimuksessa haastateltiin yksitellen yhteensä neljää sairaanhoitajaa kirurgian poliklinikan ja plastiikkakirurgian vuodeosastolta. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää rintasyöpäpotilaan ohjausta kirurgian poliklinikalla ja plastiikkakirurgian vuodeosastolla.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaista on hyvä rintasyöpäpotilaan ohjaus sairaanhoitajien näkökulmasta?
2. Millaiset asiat tekevät ohjauksesta vaikeaa sairaanhoitajien näkökulmasta?
3. Millaisia menetelmiä sairaanhoitajat käyttävät ohjatessaan rintasyöpään sairastuneita?
4. Mitä osa-alueita sairaanhoitajat huomioivat ohjauksessaan?
5. Kuinka moniammatillinen yhteistyö toimii ohjauksessa?

5 TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUSAINEISTO

5.1 Laadullinen tutkimus

Tutkimuksemme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Laadullisen tutkimuksen yhtenä tavoitteena on löytää uusia toimintatapoja, joita tutkimusaineisto tukee (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50). Tämä on perusteluna laadullisen tutkimusmenetelmän valinnalle. Tutkimustulosten pohjalta Kuopion yliopistollisen sairaalan kirurgian poliklinikan ja kirurgian vuodeosaston sairaanhoitajat voivat löytää uusia toimintatapoja ohjata rintasyöpäpotilaita. Tutkimustuloksista toivotaan tulevan esille sellaisia asioita, jotka koetaan tällä hetkellä vaikeaksi sekä asioita, jotka tulisi säilyttää ennallaan.

Syöpäpotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta on tutkittu paljon (Aromaa ym. 2010, 3967; Sariola 2007, 4610 – 4612; Muurinen 2009, 44). Tässä tutkimuksessa halusimme saada näkökulman Kuopion yliopistollisen sairaalan kirurgian poliklinikan sekä plastiikkakirurgian vuodeosaston sairaanhoitajilta. Yksi kvalitatiivisen tutkimuksen tunnuspiirteistä on naturalistisuus. Tämä tarkoittaa sitä, että asioita tarkastellaan niiden luonnollisissa olosuhteissa (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 50). Haastateltavat neljä sairaanhoitajaa olivat tutkimuksemme asiantuntijoita, koska he työskentelevät päivittäin rintasyöpäpotilaiden kanssa ja näin tietävät aiheesta. Käyttämällä laadullista tutkimusmenetelmää pääsimme lähelle tutkittavaa ilmiötä ja sairaanhoitajien jokapäiväistä käytännön työtä.

5.2 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on aineistonkeruumenetelmä, jonka avulla voidaan tutkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita jostakin aiheesta. Teemahaastattelua tehdessä tiedetään, että haastateltava on kokenut jonkun tietyn tilanteen tai asian, josta häntä haastatellaan. Tulokset syntyvät hyvästä haastattelijan ja haastateltavan välisestä vuorovaikutuksesta. Teemahaastattelussa on tietyt teemat, jotka ovat kaikille haastateltaville samat. Haastateltavien lukumäärällä ei ole suurta merkitystä. Kaikkien haastateltavien kanssa ei

välttämättä tarvitse puhua kaikista teemoista yhtä laajasti. Tärkeää ei myöskään ole kysymysten tarkka muoto ja järjestys. (Hirsjärvi & Hurme, 47- 48; Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Tutkijan tulee selvittää etukäteen tarvitsemiaan tietoja tutkittavasta ilmiöstä, joiden avulla tutkija päätyy joihinkin oletuksiin aiheesta. Oletusten perusteella tutkija kehittää teemahaastattelurungon, jonka mukaan hän etenee haastattelutilanteessa. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47 – 48; Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Aineiston laadukkuutta voidaan tavoitella tekemällä ennen haastatteluja hyvä teemahaastattelurunko (Tuomi & Sarajärvi 2009, 184).

Valitsimme teemahaastattelun tutkimusmenetelmäksi, koska se tuntui helpoimmalta tavalta haastatella. Tuntui selkeältä, että haastattelutilanteessa on apuna tietyt valmiit aiheet, joista keskustellaan. Koska meillä tekijöillä ei ollut aikaisempaa kokemusta haastatteluista, olisi tuntunut vaikealta keksiä kysymykset haastattelutilanteessa.

5.3 Tiedonkeruu yksilöhaastatteluiden avulla

Haastattelutilanne on ennalta suunniteltu vuorovaikutteinen keskustelutilanne haastattelijan ja haastateltavan välillä. Haastattelun avulla on helpompaa motivoida haastateltavaa verrattuna kyselylomakkeeseen. Haastattelemalla on helppo esittää myös tarkentavia kysymyksiä, jolloin väärinymmärrysten määrä jää pienemmäksi. (Vuorela 2005, 37, 40.)

Yksilöhaastattelu on käytetyin haastattelumuoto. Yksilöhaastattelussa haastatellaan vain yhtä henkilöä kerrallaan, jolloin tilanteessa ei ole muita henkilöitä vaikuttamassa haastattelijan vastauksiin. Kasvokkain haastattelun lisäksi yksilöhaastattelu voidaan toteuttaa puhelimitse, jos haastattelijan ja haastateltavan on mahdotonta löytää yhteistä aikaa haastattelutilanteelle. (Vuorela 2005, 40.)

Aluksi ajattelimme toteuttaa tiedonkeruun ryhmähaastatteluina. Ryhmähaastattelun ongelmaksi ilmeni yhteisen ajan löytyminen kaikkien sairaanhoitajien kesken. Tutkimukseen olisi pitänyt osallistua myös enemmän sairaanhoitajia,

jotta ryhmähaastattelut olisivat onnistuneet. Tämän vuoksi valitsimme yksilöhaastattelun, johon suunnittelimme haastattelurungon teemahaastattelun mukaisesti.

Yksilöhaastattelut järjestettiin Kuopion yliopistollisen sairaalan kirurgian poliklinikalla ja plastiikkakirurgian vuodeosastolla. Yhden haastattelun kesto oli 20 minuutista 40 minuuttiin. Haastatteluja oli yhteensä neljä, jolloin molemmat haastattelivat kahta sairaanhoitajaa. Haastatteliija myös aukikirjoitti omat haastattelunsa.

Haastattelupaikkoina toimivat potilashuoneet ja kirurgian poliklinikan vastaanottotila. Haastateltavat kertoivat kokemuksistaan mielellään. Tutkimuksen teon kannalta saimme riittävästi oleellista tietoa. Tunnelma oli haastatteluissa pääosin vapautunut ja rento. Toisaalta haastattelutilanteessa häiritseviä tekijöitä olivat osastolla kuuluvat yleiset kuulutukset ja hoitajien omat työkiireet.

5.4 Sisällönanalyysi aineiston analysointi menetelmänä

Haastatteluista saaduista vastauksista tehtiin sisällönanalyysi. Tuomi ja Sarajärvi (2009) mukaan sisällönanalyysi jakautuu kolmivaiheiseksi prosessiksi. Ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen, seuraavana aineiston ryhmittely sekä viimeisenä teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108 - 109.)

Aineiston pelkistämisessä haastatteluiden kuuntelun ja aukikirjoittamisen jälkeen perehdytään haastatteluaineistoon. Tämän jälkeen haastatteluaineisto pelkistetään karsimalla tutkimuksen kannalta epäolennainen tieto pois. Aineiston pelkistämistä ohjaavat tutkimuskysymykset. Aineiston ryhmittelyssä aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia pelkistetyistä ilmauksista, jotka ryhmitellään eri alaluokiksi. Seuraavaksi alaluokat yhdistetään yläluokiksi, joista muodostuu pääluokat. Viimeisenä luodaan yhdistävä ja kokoava käsite. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

Tuomen ja Sarajärven (2009, 109) mukaan sisällönanalyysi jakautuu kahdeksaan vaiheeseen. Opinnäytetyössä teimme sisällönanalyysin kuitenkin neljäs-

sä vaiheessa: pelkistäminen, ala- ja pääluokka sekä viimeisenä yhdistävä luokka. Valitsimme neljän vaiheen sisällönanalyysin, koska meillä ei ole aikaisempaa kokemusta analyysin teosta. Analyysin teko oli näin meille selkeämpää. Esimerkki sisällönanalyysin vaiheista kuvataan kuviossa 1.

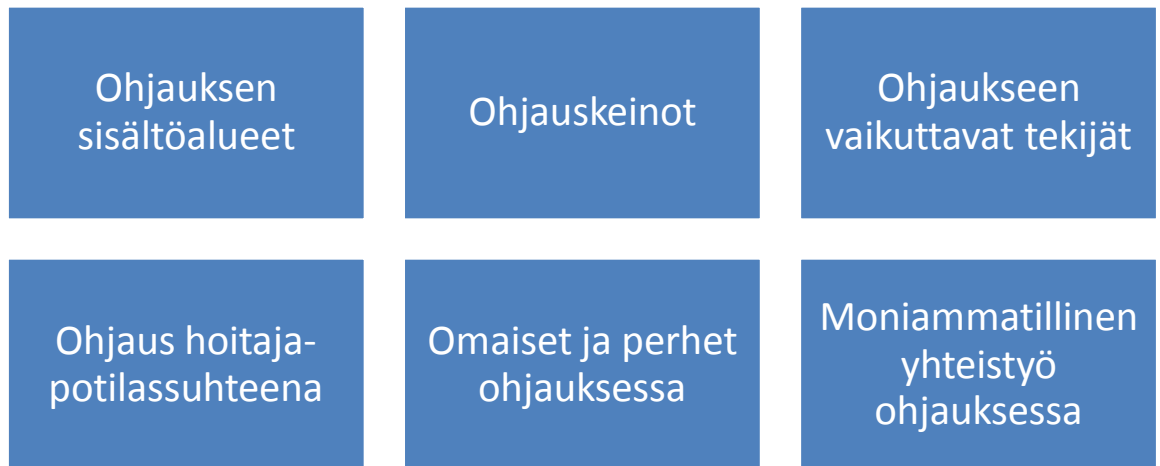
Alaluokka	Pääluokka	Yläluokka
Lääkeohjaus	Ohjauksen sisältöalueet	Rintasyöpäpotilaan ohjaus
Seksuaaliohjaus		
Voimaannuttaminen	Ohjauskeinot	
Tiedon saanti		
Keskustelu		
Ohjaajan ominaisuudet	Ohjaus hoitaja-potilassuhteena	
Ohjattavan ominaisuudet		

Kuvio 1. Esimerkki sisällönanalyysistä

Tutkimuksen tulokset kuvataan kuuden pääluokan mukaan: ohjauksen sisältöalueet, ohjauskeinot, ohjaukseen vaikuttavat tekijät, ohjaus hoitaja-potilassuhteena omaiset ja perhe ohjauksessa sekä moniammatillinen yhteistyö ohjauksessa.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Hoitajien kokemuksia ja näkemyksiä rintasyöpäpotilaan ohjauksesta on kuvattu seuraavassa sisällönanalyysistä saatujen yläluokkien avulla. Tulosten tukena on esitetty alkuperäisilmauksia haastatteluista.



Kuvio 2. Rintasyöpäpotilaan ohjauksen pääluokat

6.1 Ohjauksen sisältöalueet

Rintasyöpäpotilaan ohjauksessa sairaanhoitajat käyvät läpi erilaisia sisältöalueita. Sairaanhoitajien haastatteluista nousivat esiin lääkeohjaus sekä seksuaaliohjaus. Lääkeohjausta sairaanhoitajat antavat potilaalle pääasiassa vain kipulääkkeistä sekä potilaalla käytössä olevista lääkkeistä ja siitä, kuinka lääkkeitä tulee käyttää hoidon jatkuessa. Syöpälääkehoidoista hoitajat eivät juuri osaa kertoa potilaalle. Varsinkin kirurgian poliklinikalla potilaan hoidon suunnittelu on vielä keskeneräinen, ettei tarkkoja hoitomuotoja vielä tiedetä. Syöpähoidoista on kuitenkin olemassa esitteitä, joita voi antaa pyydettyäessä. Lääkehoidon ohjausta hoitajat kuvasivat seuraavasti:

”Ei oo erikseen, muuta kun niistä kipulääkkeistä,.. Kipulääkkeistä minä käyn läpi kipulääkkeen säännöllisyyden ja että pitää ottaa myös tarvittaessa. ”

”..et lähinnä niinku se lääkehoito on tässä vaiheessa niinku kipu lääkkitykseen liittyvää ja sitten niinku potilaan peruslääkkityksiin, niitten tauotuksiin liittyvää mut ei niinku niihin syöpälääkkeisiin liittyvää sitten. Tarvittaessa annan semmosen syöpäoppaan poti laalle syöpälääkehoidosta, jossa niinku yleisellä tasolla niinku ker rotaan, jotkut haluaa semmosen mutta sekään ei oo niinku auto maattinen et se on poikkeustapauksissa että jos jo sitten alkuvai heessa jo tulee se tiedon tarve niihin, että..”

Seksuaaliohjauksen oikea ajankohta koettiin rintasyöpäpotilaan hoidossa epäselväksi. Erityisesti hoidon alussa, kun potilas on vasta kuullut diagnoosin rintasyövästä, seksuaaliohjauksen sisällyttäminen muuhun ohjaukseen koetaan vaikeaksi. Diagnoosin kuulemisen jälkeen potilaalla on mielessään varmasti päällimmäisenä sairaudesta selviytyminen ja tulevaisuus, joten seksuaaliohjaus ei ole välttämättä tärkein asia alkuvaiheen ohjauksessa. Sairaanhoidajat kertovat, että seksuaaliohjaus on usein potilaslähtöistä, koska hoitajat kokevat vaikeaksi tehdä ohjaukseen aloitetta. Seksuaaliohjauksesta hoitajat kertoivat seuraavasti:

”..itekki oon kovasti tätä seksuaaliohjausta miettinyt ja niinku koitanu, että mihin kohti sen ujuttas ja...”

” Nii, minä en tiä, että onko se tässä ensikäynnillä vai mutta siis tärkeätä ois enemmän tuua sitä asiaa esille..”

Sairaanhoidajat eivät ole täysin varmoja siitä, mitä seksuaaliohjauksen tulisi sisältää. Yhdeksi yhteiseksi aiheeksi hoitajat kokevat kuitenkin naisellisuuden ja minäkuvan tukemisen. Rintasyöpä muuttaa usein naisen minäkuvaa erityisesti rinnan poisto- tai korjausleikkauksen jälkeen. Tällöin sairaanhoidajan on tärkeää tukea potilasta ja muistuttaa, että hän on edelleen arvokas ja naisellinen, vaikka kehonkuva muuttuu:

”...minä oon silti arvokas, naisellinen nainen vaikka minulta on rinta leikattu pois tai rakennettu uusi rinta tilalle, että se on ehkä semmosta tukemista se seksuaaliohjaus tässä rintasyöpäpotilaan kohdalla,...

6.2 Ohjauskeinot

Sairaanhoitajat käyttävät erilaisia keinoja ohjata rintasyöpäpotilaita. Ohjauskeinot, jotka tulivat haastatteluissa esille, ovat voimaannuttaminen, tiedon antaminen esimerkiksi kirjallisen materiaalin avulla sekä keskustelu potilaan kanssa. Erilaisia voimaannuttamisen keinoja ovat huumori, aito läsnäolo ja kuuntelu. Myös potilaan elämäkokemusten avulla voidaan käsitellä sairautta. Sairaanhoitajat kokevat huumorin yhdeksi tärkeäksi apuvälineeksi, jonka avulla sairautta voidaan käsitellä. Rintasyöpäpotilaiden vertaistuki plastiikkakirurgian vuodeosastolla koettiin tärkeäksi, jolloin samassa tilanteessa olevat potilaat voivat keskustella asioista yhdessä. Esimerkiksi huumorista hoitajat kuvasivat seuraavasti:

” Ja huumori on semmonen asia jolla pystyy aika paljon pelamaan. Tosin se ei siinä alkuvaiheessa oo niin tärkeä asia. Se on vapauttava tekijä.”

” Meillä on ollu tuolla ykköshuoneessa semmonen naurun remakka kun sattuu oikein hyviä tyyppejä. Esimerkiksi jos potilas jännittää siinä alkuvaiheessa paljon, niin se on vaikeeta, mutta jos se on vapautunu niin se ottaa sen sairautena vaan, että se on sairaus muiden joukossa niin silloin on helpompaa ohjata.”

Potilaan kuuntelua, läsnäoloa ja keskustelua pidetään tärkeänä ohjauksessa. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu vastata potilasta askarruttaviin kysymyksiin ja keskustella potilaan kanssa. Aina potilaat eivät välttämättä osaa käsitellä tai puhua sairaudestaan, jolloin pelkkä hoitajan läsnäolo tai kosketus voi riittää rauhoittamaan potilasta:

”Ja sitten tietysti se keskustelu mahdollisimman paljon, jos vaan joutaa. Ja minusta niinkun tärkeintä on että puhutaan muustakin asiasta, kuin pelkästään siitä sairaudesta. Sairaudesta voidaan jutella siinä välissä. Ja sitten puhutaan joistakin kivoista asioista. Poistetaan se jännitys sillä. Esim. naisten kanssa lapsenlapsen on hyvä asia, eläimet on hyvä asia.. kaikkee tämmösiä voi käyttää.”

”Että mieluummin kuuntelee potilasta ja istuu vaikka siinä ja usein pelkkä kosketus riittää.”

Sairaanhoitajat antavat potilaalle paljon erilaista tietoa hoidon aikana. Potilaan tiedon tarve ja tiedon vastaanottokyky ovat yksilöllisiä, joka sairaanhoitajan tulee huomioida ohjauksessa. Potilaalle on olemassa kirjallista materiaalia muun muassa leikkaushaavan hoidosta, korjausleikkauksista, syöpälääke- ja sytostaattihoidoista sekä kuntoutusohjeita. Ensikäynnillä kirurgian poliklinikalla potilaat saavat kotiin luettavakseen niin sanotun ensitietokansion, jossa kerrotaan tärkeitä asioita hoidon alussa: miten potilaan tulee toimia saapuessaan sairaalaan, miten ensimmäinen päivä osastolla etenee ja mitä tapahtuu ensimmäisenä postoperatiivisena, eli leikkauksen jälkeisenä päivänä. Plastiikka-kirurgian vuodeosaston potilashuoneissa on myös olemassa tietokansioita ja esitteitä, joita potilaat voivat halutessaan lukea. Kirjallisesta materiaalista hoitajat kertoivat seuraavasti:

”..sitten heille annetaan kotiin tosiaan niitä kuntoutusohjeita ja tuolta saa niinkun kirjallisia ohjeita, kaikista korjausleikkauksista ja sytostaattihoidoista.”

”Nyt rintasyöpähoitaja on alkanut antamaan potilaalle kansion, jossa kerrotaan esimerkiksi kuinka pitää toimia kun hän tulee tänne sairaalaan niin hänelle on jo polilla annettu se kansio. Siitä hän näkee mitä pittää tehdä kun hän tulee sairaalaan, tai miten ensimmäinen päivä etenee osastolla ja mitä tapahtuu ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Eli siinä kansiossa on hyvää tietoa.”

Potilaan on mahdollista saada apua myös Syöpäyhdistyksen tukihenkilötoiminnan tai sopeutumisryhmien kautta. Jos potilaalla on tarve keskustella sosiaalityöntekijän kanssa, se järjestetään sairaalan kautta. Potilaalle annetaan aina myös puhelinnumeroita, joihin he voivat aina tarvittaessa soittaa ja saada keskusteluapua. Keskusteluiden tulee aina edetä potilaan tarpeista ja kysymyksistä. Sairaanhoidajien on tärkeää painottaa potilaalle, ettei hän ole yksin sairautensa kanssa ja apua on aina tarjolla:

”On olemassa sitten tukihenkilötoiminta, joka on syöpäyhdistyksen akutta... Yhdistyksen akutta oleva hoitaja voi tulla vaikka käymään kotona ja sitten tuota.. heihin voi ottaa yhteyttä. Ja sitten on näitä sopeutumisryhmiä sieltä syöpäyhdistyksen kautta. Ja sitten tietysti vielä puhutaan sosiaalihoitajan kanssa täällä sairaalassa ollessa, että jos on tarvis semmoselle tullelle.”

”..mitä hän nyt ajattelee sairastumisesta ja sitten sitä kautta tulis niitä kysymyksiä, johonka lähen vastaamaan..”

”Ja tietysti heille annetaan puhelinnumerot jo tuolla poliklinikalla, että jos tulis niinkun viikonloppu että saa soittaa jos tulee jotain kysymyksiä.”

6.3 Ohjaukseen vaikuttavat tekijät

On olemassa tekijöitä, jotka vaikuttavat sairaanhoitajan antamaan ohjaukseen. Sairaanhoidajat pitävät muun muassa helppona ohjata potilasta, joka kyselee paljon ja osallistuu keskusteluun. Tällöinkin on tärkeää huomioida yksilöllinen ohjaus ja potilaan kyky vastaanottaa tietoa. Myös valmiin tiedon välittäminen ohjauksessa koetaan helpoksi. Olennaista on myös sairaanhoitajan ja potilaan välinen kommunikaatio. Jos ei löydetä niin sanottua ”yhteistä kieltä”, keskustelut voivat jäädä hyvinkin suppeiksi eikä potilas välttämättä uskalla

puhua hoitajan kanssa kysymyksiä herättävistä ajatuksista. Usein myös se helpottaa ohjausta, jos potilas on käsitellyt mielessään sairauttaan ja mieltänyt sen osaksi elämäänsä. Usein erityisesti nuorilla rintasyöpäpotilailla on ennestään jo paljon tietoa rintasyövästä, joka koetaan usein ohjausta helpottavaksi tekijäksi. Ohjausta helpottavia tekijöitä hoitajat kuvasivat seuraavasti:

”..helppoa on ohjata sellasta potilasta, joka juttelee ja kyselee..”

” On semmonen vapautunu ihminen ja sinut ittersä ja sen sairauden kanssa. Että on pystynyt sen mieltämään sen sairauden siinä vaiheessa. Sillon se on helpompaa. Ja että potilas mieltää, että se on sairaus eikä mikään rangaistus. Että jotkuthan mieltää, että syöpä on kuolemaks että se ei parane millään. Että jos potilaalla on tämmönen asenne niin sillon se on vaikeeta.”

”..nuorilla on paljon tietoo ja he pystyvät hyvin nettiä käyttämään.”

Sairaanhoitajat kokevat, että kiire vaikeuttaa ohjausta. Useimmiten kiireen pääsyyinä on henkilökunnan vähyys. Jos työvuorossa yhdellä sairaanhoitajalla on useampi rintasyöpäpotilas hoidettavanaan, ei yhdelle potilaalle jää kovin paljon aikaa tavata hoitajaa. Myös ohjaustilanteen kiireinen ilmapiiri vaikeuttaa ohjausta. Joskus ohjaustilanne joudutaan keskeyttämään jonkin muun kiireellisen asian vuoksi. Tällöin ohjauksen laatu selvästi kärsii. Potilaan kannalta olisi erityisen tärkeää, että ohjaustilanne on rauhallinen ja avoin, eikä ylimääräisiä keskeytyksiä tulisi. Kiireestä hoitajat mainitsivat seuraavasti:

”..kokoajan vähän kiireinen, ettei ole oikealla hetkellä puhumassa niistä asioista.”

”Se yksinkertasesi tekkee, että meillä on liian vähän henkilökuntaa. Täällä osastolla minun vastuulla saattaa olla kahdeksan potilasta. Välillä on lepposta ja välillä on kiirettä. Meillä on plastiikka puolella yksi hoitaja vuorossaan. Siinä on kiirettä, jos osa menee leikkaussaliin ja osa on edellisen päivän leikattuja ja osa lähtee kottiin niin siinä on kiirettä. Se on just se läsnäolo joka kärsii.”

Varsinaista omahoitajajärjestelmää plastiikkakirurgian vuodeosastolla ei ole. Potilaat vaihtuvat osastolla usein, jolloin hoitoajat jäävät lyhyeksi. Tästä johtuen yhden potilaan asioita saattaa hoitaa useampi sairaanhoitaja. Juuri lyhyiden hoitoaikojen takia omahoitajajärjestelmä on vuodeosastolla mahdotonta toteuttaa. Plastiikkakirurgian vuodeosastolla on kuitenkin pyritty järjestämään sairaanhoitajien työvuorot siten, että he pääsisivät mahdollisimman paljon keskittymään vain tiettyihin potilaisiin osastolla. Kirurgian poliklinikalla rintahoitaja tapaa hoidon alkuvaiheessa kaikki rintasyöpäpotilaat ainakin yhden kerran, jolloin rintahoitaja toimii tavallaan kaikkien tapaamiensa potilaiden omahoitajana tietyn ajan. Hoitajat kertoivat seuraavasti hoitoajoista ja työvuorojen sovittelusta:

”Hoitoajat on niin lyhyet. Se ei toteudu täällä millään.”

”..olis mahdollisimman monta vuoroa, että ei aina hoitaja vaihtuis.”

6.4 Ohjaus hoitaja-potilassuhteena

Rintasyöpäpotilaan ohjaukseen vaikuttavat ohjaajan sekä ohjattavat ominaisuudet. Sairaanhoitajat kokivat tärkeäksi, että ohjaustilanteissa hoitajan ja potilaan ajatukset ja näkemykset kohtaavat. Ohjaajan tulee myös huomioiden ohjauksen sisältö potilaan tilanteen mukaan. Rintasyöpään sairastuneet potilaat ovat useimmiten ikääntyneitä, mutta myös pienten lasten äidit voivat sairastua. Tällöin myös ohjaustarve on erilainen. Ohjaustarpeen sisällön miettiminen koettiin melko helpoksi. On tärkeää osata, kuinka esimerkiksi perheen arki muuttuu ja kuinka lasten hoito järjestetään, kun äiti sairastuu syöpään ja joutuu viettämään aikaa sairaalassa. Ohjaajan olisi tärkeää osata puhua myös muista asioista kuin sairaudesta. Hoitajat kuvasivat tilannetta seuraavasti:

”Joutuu tarkkaan miettimään, et mikä on niinku nyt sille potilaalle sitä tärkeätä tietoo..”

”Semmoset tuntosarvet kasvaa kun on ollu pitkään tässä työssä, että kenelle voipi puhua mitenkin.”

Ohjaajan sukupuoli voi vaikuttaa ohjattavan haluun kertoa rintasyöpään ja sen hoitoon liittyvistä asioista. Ohjausta antavat sairaanhoitajat ovat useimmiten naisia, mutta osastolla on työskennellyt myös miehiä:

”Meillä oli yks mieshoitaja täällä.. että se on kuitenkin niin intiimi-alue se rinta, että ei välttämättä mieshoitajille puhuta”

Sairaanhoitajat kokivat, että ohjaajan ominaisuuksien lisäksi myös ohjattavan ominaisuudet ovat tärkeässä osassa ohjauksen onnistumisessa. Rintasyöpäpotilaille annetaan ohjausta sairauden monissa eri vaiheissa ja potilaan lähtökohdat ovat hyvinkin erilaisia. Potilailla oleva valmiin tiedon määrä vaihtelee paljon. Joidenkin potilaiden kanssa on käytävä läpi asioita tarkemmin. Osalla potilaista ei ole esimerkiksi läheisiä ihmisiä ollenkaan, joille olisi helppo purkaa mahdollista vihaa sairastumisen alkuvaiheessa.

”...mitä potilas pystyy ottamaan vastaan, että toisen kanssa käyn paljon enemmän asioita läpi, kun toisen..”

Rintasyöpäpotilaan ikä vaikuttaa ohjaukseen. Keski-ikäiset ja sitä vanhemmat potilaat osaavat käsitellä rintasyövän nuorempia paremmin. Sairaanhoitajien mukaan vanhukset voivat jopa olettaa rintasyövän kuuluvan osaan vanhenevista. Sairaanhoitajat korostivat kuitenkin, että kaikenikäiset tarvitsevat ohjausta:

”Jonkun verran minusta vaikuttaa, jos on semmonen nuori potilas.”

”Ja se ikä vaikuttaa siihen sisältöön... kaiken ikäiset tarvitsee sitä ohjausta.”

6.5 Omaiset ja perhe ohjauksessa

Sairaanhoitajat kokevat hoitajan ja omaisten välisen yhteistyön tärkeäksi. Omaisten roolia pidetään tärkeänä rintasyöpäpotilaan hoidossa. Sairaanhoitaja on usein henkilö, joka on kartoittamassa potilaan tukiverkostoa. Tukiverkoston kartoittamista pidetään tärkeänä, jotta saadaan tietoa, onko potilaalla itsellään ketään, jolle hän voisi purkaa tunteja sairaudesta ja sairastumisesta sekä kaikkeen siihen liittyvästä. Hoitajat mainitsevat tukiverkostosta seuraavasti:

”..kartoitetaan hänen tukiverkosto jo siinä vaiheessa kun aletaan ohjaamaan ja kysytään häneltä miten hän on pystynyt tuomaan julki niitä ajatuksia. Onko pystynyt kertomaan ystävilleen, läheisilleen tästä...”

Usein hoidon kannalta tärkeää tietoa saadaan omaisilta. Ikääntyneiden ihmisten puoliset voivat muistaa esimerkiksi rintasyöpään viittaavien oireiden alkamisajan tai kotilääkityksen paremmin kuin potilas itse. Hoitajat eivät kohdistu erikseen ohjausta vain omaiselle, mutta he pitävät kuitenkin tärkeänä, että joku omainen on kuuntelemassa, kun ohjausta annetaan. Sairaanhoitajan kertoessa esimerkiksi jatkohoito-ohjeita potilaan tila voi olla sellainen, ettei hän pysty itse stressin ja shokin vuoksi kuuntelemaan. Kun omainen on paikalla, voidaan ajatella, että ohjeet on kuullut myös joku toinen ihminen. Sairaanhoitajat korostavat myös ohjauksessaan, että osastolle ja poliklinikalle voi aina soittaa ja kysyä asioita, jos jotain on jäänyt epäselväksi tai se on unohtunut:

”..mutta en kyllä erikseen tavallaan kohdistu mitään ohjausta näille läheisille, vaan niinku yhdessä käydään siinä niitä asioita läpi..”

”..sinne polille tulis joku omainen mukaan, se olis semmonen toivottava asia.”

6.6 Moniammatillinen yhteistyö ohjauksessa

Sairaanhoitajien ja lääkärin välinen yhteistyö toimii rintasyöpäpotilaan hoidossa pääosin hyvin. Sairaanhoitajat kokevat, että ilmapiiri on avoin, tarvittaessa lääkäreiltä voi kysyä neuvoja ja apua missä vain tilanteessa. Hankalaksi asiaksi koettiin lääkäreiden kiire. Osaston lääkärit työskentelevät eri puolilla sairaalaa, jonka vuoksi heidän aikansa osastolla on hyvin rajallinen. Seuraavassa hoitajien kertomaa hoitajien ja lääkäreiden yhteistyöstä:

”Ei mulla oo millonkaan ollu mitään ongelmia heidän kanssaan.”

”.. meidän lääkärit toimii kuudessa eri leikkaussalissa ja poliklinikalla.. se on semmonen rajallinen aika, minkä he täällä osastolla viettävät.”

Potilaalla on mahdollisuus hakea myös muiden terveydenhuollon ammattilaisten apua. Rintasyöpäpotilailla on mahdollisuus saada keskusteluapua psykiatrilta ollessaan osastohoidossa. Lisäksi potilas voi itse ottaa yhteyttä Pohjois-Savon Syöpäyhdistykseen, josta on mahdollista saada vertaistukihenkilö, jonka kanssa hän voi käydä sairastumiseen liittyviä asioita läpi jonkun sellaisen ihmisen kanssa, joka on kokenut vastaavanlaisen tilanteen. Potilaalla on käytettävissä myös seksuaaliterapeutin palvelut. Hoitajat kertoivat aiheesta seuraavasti:

”..ja sitten kaikille pyrin kertomaan psykiatrin konsultaatiomahdollisuudesta, jonka kanssa voipi myös käydä niitä asioita läpi.”

”Tarvittaessa järjestetään sitä keskusteluapua hänelle.”

”Mehän voidaan ottaa aikaa seksuaaliterapeutilta.”

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyöprosessin kuvaus

Valitsimme opinnäytetyön aiheen helmikuussa 2011 Kuopion yliopistollisen sairaalan tarjoamasta aiheuettelosta. Aihe tuntui kiinnostavalta ja ajankohtaiselta. Tämän jälkeen olimme yhteydessä toimeksiantajaan kirurgian poliklinikalta. Ideatyöpajassa kävimme helmikuussa 2011, jossa ideoimme opinnäytetyötä. Sovimme alkutapaamisen Kuopion yliopistolliseen sairaalaan huhtikuulle 2011, jolloin keskustelimme opinnäytetyön tavoitteista ja toteutuksesta yhdessä opettajan ja toimeksiantajan kanssa.

Tavoitekeskustelun jälkeen aloimme etsiä tutkimustietoa rintasyöpäpotilaiden ohjauksesta tutkimussuunnitelmaa varten. Samalla ajatukset opinnäytetyöstä tarkentuivat, esimerkiksi haastatteluiden toteutuksen osalta. Menetelmätyöpaja I:een osallistuimme toukokuussa 2011. Menetelmätyöpajassa tarkensimme opinnäytetyön tarkoitusta ja tavoitteita. Tämän jälkeen pidimme suunnitelmaseminaarin lokakuussa 2011. Opponenteilta saimme hyviä kehitysideoita esimerkiksi tekstin ulkoasusta ja sisällöstä.

Yksilöhaastattelut toteutuivat maaliskuussa 2012. Toukokuussa 2012 osallistuimme ABC-työpajaan, jossa muokkasimme erityisesti johdantoa ja tiivistelmää. Osallistuimme toukokuussa 2012 myös menetelmätyöpaja II:een, jossa työstimme sisällönanalyysia sekä käsittelimme opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä. Kesä-heinä 2012 työstimme opinnäytetyötä omilla tahoillamme eri paikkakunnilla. Toinen meistä työskenteli Lappeenrannassa ja toinen Kuopiossa, mikä toi haasteita opinnäytetyön viimeistelylle.

Opinnäytetyö palautettiin tarkistettavaksi elokuussa 2012. Valmiin opinnäytetyön seminaari oli 17.9.2012.

7.2 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa rintasyöpäpotilaan ohjauksesta sairaanhoitajien kokemana. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää rintasyöpäpotilaan ohjausta kirurgian poliklinikalla ja plastiikkakirurgian vuodeosastolla. Tavoitteeseen voidaan päästä, jos kirurgian poliklinikan ja plastiikkakirurgian vuodeosaston sairaanhoitajat lukevat tutkimustulokset ja haluavat itse kehittää ohjaustapojaan. Jatkotutkimussuositusten perusteella sairaanhoitajat voivat tarjota tutkimusaiheen jatkossa opinnäytetyötä tekeville. Tutkimuksesta saadut tulokset vastaavat tutkimuskysymyksiin, jotka on esitelty tarkemmin luvussa neljä.

Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat toivat esille mielenkiintoisia näkemyksiä ja kokemuksia rintasyöpäpotilaan ohjauksesta. Voimme hyödyntää kokemuksia ohjauksesta hoitotyössä ohjatessamme muitakin potilasryhmiä rintasyöpäpotilaiden lisäksi. Hoitajat voivat käyttää tutkimustietoa hyödyksi ohjatessaan rintasyöpäpotilaita työssään. Sairaanhoitajat voivat verrata omaa työskentelyään myös muihin tutkimuksiin, joissa potilaat kertovat millaista ohjausta he toivoisivat saavansa.

Rintasyöpäpotilaisiin kohdistuneita tutkimuksia on tehty paljon (Palonen & Puura 2007; Leino 2011; Maukonen ym. 2011). Vertaamme omasta tutkimuksesta saatuja tuloksia rintasyöpäpotilaisiin kohdistuneisiin tutkimustuloksiin. Sairaanhoitajat kertoivat haastatteluissa, että he ovat usein henkilöitä, jotka selventävät potilaille lääkärin puhetta. Myös Leinon (2011, 49, 54) mukaan rintasyöpäpotilaat odottavat saavansa hoitohenkilökunnalta apua epäselväksi jääneiden asioiden selventämisessä, jotka hoitava lääkäri on kertonut epäselvästi.

Sairaanhoitajat kertovat haastatteluissa, että lääkärit ovat kiireisiä ja heillä ei ole varsinaista osastonlääkäreitä ollenkaan. Leinon (2011, 54) tekemässä tutkimuksessa tuli esille, että myös rintasyöpäpotilaat aistivat lääkäreiden kiireen. Haastatteluista nousi esiin ajatus, että lääkärit ovat usein tehneet potilaan hoitoa koskevat päätökset valmiiksi. Myös Muurisen (2009, 44) tutkimuksessa on huomattu tämä asia sekä se, ettei lääkäreillä ole aina aikaa potilaan omille

kysymyksille. Se, ettei potilas koe voivansa vaikuttaa hoitoansa koskevaan päätöksentekoon vaikuttaa oleellisesti potilaan ja hoitohenkilökunnan väliseen luotettavuuteen.

Leinon (2011, 54) mukaan hoitohenkilökunnan kanssa käydyt keskustelut arkipäivän asioista voivat helpottaa ahdistunutta oloa. Haastatteluista ilmeni, että sairaanhoitajat kokevat samoin. Ohjauksaan sairaanhoitajat eivät ole varsinaisesti suunnanneet rintasyöpäpotilaan läheisille, mutta tutkimusten mukaan (Muurinen 2009, 44; Nevalainen 2006, 24; Nevalainen ym. 2007, 196) läheiset kokevat, että he ovat saaneet hyvää tietoa syövän hoitomenetelmistä ja potilaalle tehdyistä tutkimuksista. Haastatteluista selvisi myös, että ohjauksen sisältö vaihtelee potilaan iän, elämäntilanteen sekä sukupuolen mukaan.

Seksuaaliohjauksen antajan sukupuolta ei pidetä tärkeänä (Hautamäki-Lamminen ym. 2011, 285). Sairaanhoitajat kokivat kuitenkin, että rintasyöpäpotilaat eivät halua kertoa asioistaan mieshoitajalle. Hautamäki-Lamminen (2011, 285) tutkimus on tehty yleisesti syöpäpotilaille, kun meidän tutkimus kohdistui erityisesti rintasyöpää ohjaaville sairaanhoitajille, jotka ohjaavat naisia. Rinta koetaan usein hyvin intiimiksi alueeksi, jolloin potilaalta voi tuntua vaikealta keskustella siitä mieshoitajan kanssa. Sairaanhoitajat kokivat vaikeaksi oikean ajankohdan seksuaaliohjauksen antamiselle. Nyt seksuaalisuuteen liittyvistä asioista oli keskusteltu silloin, kun potilas itse teki keskustelulle aloitteen. Hautamäki-Lammisen ym. (2010, 283-289) mukaan syöpäpotilaat kokevat, että oikea ajankohta seksuaaliohjaukselle olisi jälkitarkastuksen yhteydessä. Syöpäpotilaista olisi tärkeää, että aloite seksuaaliohjaukselle tulisi hoitohenkilökunnalta. (Hautamäki-Lamminen ym. 2010, 283-289.)

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta on määritelty kirjallisuudessa monella tavalla. Hirsjärven ja Hurmeen (2011, 184-185) mukaan haastatteluaineiston on tärkeää olla laadukasta, jotta se olisi luotettavaa. Laadukkuutta lisää se, että ennen haastatteluja on suunniteltu hyvä haastattelurunko. Tutkijan olisi hyvä miettiä myös ennalta teemoihin liittyviä lisäkysymyksiä, koska teema-haastattelu ei ole vain pääteemojen esittämistä. Haastatteluaineistoa ei voida

pitää luotettavana, jos haastatteluiden tallennus on epäonnistunut. Tämä vuoksi on tärkeää huolehtia teknisen välineistön toimivuudesta haastattelun aikana. Jos litterointi ei noudata samoja sääntöjä alusta loppuun ja luokittelu on sattumanvaraista, luotettavuus kärsii. Litteroinnilla tarkoitetaan haastattelujen aukikirjoittamista. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 184-185.) Meidän tutkimuksessa teemahaastattelurunko oli tehty annettuja ohjeita mukaillen, mutta kysymysten muoto olisi voinut olla toisenlainen. Kysymykset olivat jälkeinpäin ajateltuna liian tarkkoja ja kysymyksiä oli liian vähän. Olisimme voineet kysyä tarkemmin esimerkiksi naiseuden tukemisesta, joka on tärkeä osa rintasyöpäpotilaan ohjausta. Haastattelutilanteessa olisimme voineet esittää enemmän lisäkysymyksiä esille tulleista aiheista. Näiden asioiden vuoksi tutkimusaineisto jäi suppeammaksi.

Tutkija itse toimii tutkimuksen luotettavuuden arvioijana. Tutkija tekee koko tutkimuksen teon ajan luotettavuuden arviointia omasta työskentelystään. Tutkijan rehellisyys tekemiään tekojaan, valintojaan ja ratkaisujaan kohtaan ovat luotettavuuden arvioinnin kohteena. Tutkijan on pystyttävä kuvaamaan tutkimuksen teon vaiheet, perustelemaan ratkaisujaan sekä lopuksi arvioimaan lopputulosta. Tekstissä päättelyä ja tulkintaa tukevat havainnollistavat aineistokatkelmat. (Vilkkä 2005, 159-160.) Olemme käyttäneet tutkimuksen raportoinnissa alkuperäisilmauksia, jotka lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen teon vaiheet on kuvattu tarkasti ja rehellisesti.

Laadullista tutkimusta ei voi toistaa täysin samanlaisena, koska jokainen tutkimus on ainutlaatuinen. Muut tutkijat voivat päätyä erilaisiin tuloksiin ja päätelmiin, koska muiden tutkijoiden perehtyneisyys ja ymmärrys tutkittavaan aiheeseen ovat erilaisia kuin alkuperäisellä tutkimuksen tekijällä. Teoreettisen toistettavuuden periaate edellyttää, että tutkimusprosessi on tarkoin kuvattu. (Vilkkä 2005, 159-160.)

Luotettavuuteen vaikuttaa myös puolueettomuusnäkökulma. Tutkijoiden omat arvot, rooli tutkimusympäristössä, sukupuoli, ikä, uskomukset ja näkemykset asioista voivat vaikuttaa tutkimuksessa tehtyihin tulkintoihin. (Vilkkä 2005, 160.)

7.4 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksessamme yhtenä tärkeimpänä eettisenä asiana voidaan pitää haastatteluihin osallistuneiden sairaanhoitajien henkilöllisyyden salassa pysyminen. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimustietoja ei luovuteta kenellekään ulkopuoliselle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179–180.) Tutkimuksessamme käytimme haastatteluista alkuperäisilmauksia, joilla todennamme saatuja tutkimustuloksia. Tällöin on tärkeää huomioida esimerkiksi puhemurteen vaikutus anonymiteettiin. Noudatimme kaikissa tutkimuksen vaiheissa salassapitovelvollisuutta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785).

Haastateltaville on kerrottava, että haastatteluihin osallistuminen on aina vapaaehtoista ja tutkimuksesta on mahdollisuus kieltäytyä. Tällöin kunnioitetaan haastateltavien itsemääräämisoikeutta. Haastateltavalta on tärkeää saada suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Ennen suostumusta haastateltavalle tulee aina kertoa riittävän selkeästi tutkimuksen tavoite, menetelmät, mahdolliset ristiriidat, tutkimuksesta saatava hyöty sekä tutkittavalle mahdollisesti aiheutuvat riskit ja rasitus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 174–177; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 153.) Haastateltavalle tulee myös antaa mahdollisuus esittää kysymyksiä ja kieltäytyä luovuttamasta tietojaan. Osallistumattomuudesta ei saa aiheutua uhkia, eikä osallistumista saa palkita. Tästä syystä tutkimuksen saatekirjeen on oltava mahdollisimman neutraali ja asiallinen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 174–177.) Tämän tutkimuksen saatekirjeestä (Liite 1) pyrimme tekemään mahdollisimman selkeän ja ytimekkään. Lähetimme saatekirjeen sähköpostitse poliklinikalle sekä osastolle ennen haastatteluja. Oletimme, että tutkimukseen osallistuvat sairaanhoitajat lukevat kirjeen ja tietävät näin mihin ovat osallistumassa. Kuitenkin ainakin yhdelle haastatteluiden tarkoitus oli epäselvä, joten jouduimme kertomaan sairaanhoitajalle haastattelun tarkoituksen.

Oleellisesti tutkimuksen eettisyyteen vaikuttavat muun muassa plagiointi, tulosten virheellinen ilmoittaminen sekä puutteellinen raportointi. Plagioinnissa käytetään suoraan toisen henkilön kirjoittamaa tekstiä ilman asianmukaista lähdeviitettä. Tulosten virheellinen ilmoittaminen tarkoittaa, että tulokset on

itse keksittyjä. Tutkija saattaa esimerkiksi muutella tuloksia tai hänellä ei ole ollenkaan tutkimusaineistoa. Tästä syystä on erittäin tärkeää, että kaikki tutkimuksen vaiheet kuvataan raportissa tarkasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182.)

7.5 Jatkotutkimussuositukset

Haastatteluissa tuli ilmi rintasyöpäpotilaiden seksuaaliohjauksen puutteellisuus. Puutteita ohjauksessa oli kirurgian poliklinikalla sekä plastiikkakirurgian vuodeosastolla. Suurimmaksi ongelmaksi koettiin seksuaaliohjauksen oikea ajankohta. Hoitajille oli epäselvää, missä tilanteessa ja miten potilaalle annetaan seksuaaliohjausta. Yhtenä jatkotutkimusaiheena olisi selvittää rintasyöpäpotilaiden seksuaaliohjauksen sisältöä, tarvetta ja oikeaa ajankohtaa.

Toinen jatkotutkimusaihe voisi olla kirjallisen tietopaketin kokoaminen plastiikkakirurgian vuodeosaston käyttöön. Kirurgian poliklinikalla rintasyöpäpotilaat saavat luettavaksi kotiin ensitietokansion, jossa on tietoa leikkaukseen tulosta, osastovaiheen hoidosta, jatkohoidon etenemisestä sekä Suomen syöpäpotilaat ry:n rintasyöpäpotilaan opas sekä syöpäyhdistyksen yhteystiedot. Ensitietokansioon lisätään potilaan tarpeen mukaan oppaita, esimerkiksi vanhemmuudesta ja syövästä. Kansion avulla potilaat saavat tarvittavan tiedon tiivistetysti. Mielestämme tämänkaltainen kansio voisi toimia hyvin eri sisällöllä myös plastiikkakirurgian vuodeosastolla. Vuodeosastolla rintasyöpäpotilaille oli tarjolla yksittäisiä opaslehtisiä – ja esitteitä jatkohoidosta. Jatkotutkimusaiheena olisi koota yhtenäinen tietokansio osastolla ja kotona tapahtuvasta jatkohoidosta. Sisältönä olisi esimerkiksi haavanhoito ja kipulääkkeet.

7.6 Oma ammatillinen kasvu

Opetusministeriön (2006, 63) mukaan sairaanhoitaja toteuttaa ja kehittää hoitotyötä, joka on terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia ehkäisevää sekä parantavaa. Sairaanhoitajan toimintaa ohjaavat hoitotyön arvot, eettiset periaatteet, säädökset ja ohjeet. (Opetusministeriö 2006, 63.) Opinnäytetyöprosessissa olemme päässeet kehittämään rintasyöpäpotilaan ohjausta. Uskomme, että tutkimustuloksista on hyötyä sairaanhoitajille heidän työssään. Hoita-

jia haastateltaessa olemme huomioineet salassapitovelvollisuuden. Sairaanhoidtajien haastatteluista nousi esille myös asioita, jotka kohdistuivat osastolla ja poliklinikalla hoidettuihin potilaisiin. Tämän vuoksi olemme tutustuneet lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista.

Sairaanhoitaja käyttää hoitotyössä näyttöön perustuvia tutkimuksia, hoitosuosituksia sekä tutkimustietoa. Hyvät tiedonhakuaidot sekä lähdekriittisyys ovat tärkeitä sairaanhoitajan ammatissa ja ammattitaidon ylläpidossa. (Opetusministeriö 2006, 63.) Oli opettavaista huomata ymmärtävänsä tutkimustyön merkityksen hoitotyön kehittämisessä. Rintasyöpäpotilaisiin kohdistuvia tutkimuksia tuli koko ajan opinnäytetyöprosessin ajan. Näin omankin tutkimuksen tekeminen tuntui koko ajan ajankohtaiselta. Kun tutkimuksia tehdään, myös potilaiden hoito on parempaa. Opinnäytetyötä tehdessä meidän tuli tutustua rintasyöpäpotilaan käypähoito-suositukseen, erilaisiin rintasyöpäpotilaita koskeviin tutkimuksiin sekä hoitosuosituksiin. Aineistoa etsittäessä oli tärkeää valikoida sellaista kirjallisuutta, joka on luotettavaa ja ajankohtaista.

Opinnäytetyö on laaja ja haastava projekti, jossa vaaditaan yhteistyötä monien eri tahojen kanssa. Ohjaavan opettajan kanssa yhteistyö oli onnistunut ja tapaamisissa saimme paljon eväitä työhömmme liittyen. Yhteistyö opinnäytetyön yhteyshenkilön kanssa Kuopion yliopistollisesta sairaalasta oli avointa ja keskustelevaa. Opinnäytetyön tekijöiden välinen yhteistyö oli sujuvaa, kun molemmilla olivat samat tavoitteet ja yhtenäinen halu toteuttaa projekti parhaalla mahdollisella tavalla. Työnjako pyrittiin jakamaan mahdollisimman tasapuolisesti ja yhteistä aikaa opinnäytetyön työstämiseen löytyi hyvin. Aloitimme opinnäytetyön suunnittelun ja teoriaosan kirjoittamisen yhdessä, jolloin meidän oli helppo keskustella kysymyksiä herättävistä ajatuksista. Olemme kirjoittaneet opinnäytetyömme pääasiassa yhdessä lukuun ottamatta kesälomia, jolloin olemme työskennelleet molemmat eri puolilla Suomea. Opinnäytetyön alustava aikataulu suunniteltiin heti työn alkuvaiheessa, jolloin se oli pääasiassa vain suuntaa antava. Aikataulu oli kuitenkin realistinen ja työ pystyttiin toteuttamaan sen mukaan.

Erilaisia haasteita ilmeni työn edetessä. Sairaanhoitajien haastatteluista olisi voinut saada kattavamman aineiston esittämällä lisäkysymyksiä haastatteluti-

lanteessa. Tehdessämme sisällönanalyysiä esille tuli monta lisäkysymystä, joihin olisi ollut mielenkiintoista saada vastauksia. Suunnittelemamme teema-haastattelurungon aiheet olivat hieman liian laajoja. Teemahaastattelun idea on antaa aiheita, joista haastateltava kertoo (Hirsjärvi & Hurme, 47- 48), mutta meidän olisi haastattelijoina pitänyt osata tarttua yksityiskohtiin paremmin. Pohdimme esimerkiksi millaiseksi sairaanhoitajat kokevat lääkeosaamisensa, osaavatko he vastata potilaiden esittämiin kysymyksiin ja miksi seksuaaliohjauksen antaminen tuntuu hankalalta. Kaikissa haastatteluissa tuli esille kirjallisen materiaalin monipuolisuus. Olisi ollut tutkimuksen teon kannalta mielenkiintoista nähdä millaista kirjallista materiaalia potilaat saavat.

Kummallakaan meistä opinnäytetyön tekijöistä ei ollut aikaisempaa kokemusta laadullisesta tutkimuksesta eikä rintasyöpäpotilaiden hoidosta. Tästä huolimatta suhtauduimme tutkittavaan aiheeseen ennakkoluulottomasti ja mielenkiinnolla. Pientä huolta herätti juuri se, että osaammeko tuottaa tutkimuksen oikein niin, että se olisi mahdollisimman luotettava. Myös se aiheutti huolta, osaammeko huomioida työssämme kaikki oleelliset asiat rintasyöpäpotilaiden hoidosta. Mielestämme saavutimme kuitenkin hyvin opinnäytetyöprosessille asettamamme tavoitteet ja olemme tyytyväisiä tuottamaamme raporttiin. Opinnäytetyö lisäsi ammatillisia vahvuuksia erityisesti haastattelutaitoihimme, josta on hyötyä tulevaisuuden ammatissamme.

LÄHTEET

Airaksinen, M., Lehtomäki, J. & Kanerva, S. 2010. Syöpäpotilaan lääkeneuvonta – potilaskokemuksia sairaalasta ja avohuollon apteekista. *Dosis: Farmaseuttinen aikakauskirja* 2, 110–126.

Aromaa, A., Helander, S. & Lehto, U. 2010. Eturauhassyöpään sairastunut tarvitsee tietoa ja tukea. *Suomen lääkärilehti* 48, 3961-3968.

Duodecim Terveyskirjasto. 2012. *Rintasyöpä: toteaminen ja ennuste* [verkkosivu.] Leena Vehmanen. [viitattu 14.5.2012]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00618.

Föhr, Tiina 2012. Sairaanhoidtaja. Kuopion yliopistollinen sairaala. Kuopio 19.3.2012. Haastattelu.

Gästrin, G. 2012. Rintasyövän toteaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki: Recallmed

Hautamäki, K., Kellokumpu-Lehtinen P. & Väisälä, L. 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. *Duodecim* 3, 237-246.

Hautamäki-Lamminen, K., Kellokumpu-Lehtinen, P., Lehto, J., Lipiäinen, L. & Åstedt-Kurki, P. 2011. Syöpäpotilaat ja seksuaalisuuteen liittyvät tiedontarpeet. *Tutkiva hoitotyö* 3, 14–22.

Hautamäki-Lamminen, K., Lehto, J., Kellokumpu-Lehtinen, P. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta? *Hoitotiede* 4, 282–290.

Hirsjärvi, S & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Joensuu, H., Leudenius, M., Huovinen, R., Von Smitten, K. & Blomqvist, C. 2007. Syöpätaudit. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.). Duodecim. *Rintasyöpä*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 484-486, 490-492.

Jyrkkiö, S. 2002. Rintasyöpä. Teoksessa Sironen, L. (toim.). Duodecim. *Mitä rintasyöpä on?* Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 11-15, 44.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kellokumpu-Lehtinen, P., Lehto-Järnstedt, U. & Ojanen, M. 2002. *Syöpäpotilaan kokema tuki ja psyykkinen stressinhallinta* [verkkojulkaisu]. Terveysportti [viitattu 18.3.2012]. Saatavissa:

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93054.pdf>.

Käypä hoito 2009. *Rintasyöpä (diagnostiikka ja seulonta)* [verkkosivu]. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Rintasyöpäryhmä ry [viitattu 6.2.2012]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi25030?hakuakusana=rintasy%C3%B6p%C3%A4>.

Käypä hoito 2010. Rintasyövän toteaminen [verkkosivu.] Teija Riikola ja Riikka Huovinen. [viitattu 10.5.2012]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00026>.

Käypä hoito 2012. Rintasyöpä: toteaminen ja ennuste [verkkosivu.] Leena Vehmanen. [viitattu 10.5.2012]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00618

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L 1992/785. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 18.4.2012].

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

Leino, K. 2011. *Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä. Substantiivinen teoria rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana* [verkkopublication]. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikkö [viitattu 18.3.2012]. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8555-8.pdf>.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. *Etiikka hoitotyössä*. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Maukonen, M., Salonen, P., Rantanen, A., Suominen, T. & Kaunonen, M. 2011. Elämänlaatu vuosi rintasyöpäleikkauksen jälkeen. *Hoitotiede* 23, 277 – 280.

Muurinen, K. 2009. *Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia elämästä syövän kanssa liitännäishoitojen aikana* [verkkopublication]. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma [viitattu 2.5.2011]. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03519.pdf>.

Nevalainen, A. 2006. *Syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saama tiedollinen ja emotionaalinen tuki polikliinisessä hoidossa* [verkkopublication]. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma [viitattu 7.9.2011]. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00809.pdf>.

Nevalainen, A., Kaunonen M. & Åstedt-Kurki, P. 2007. *Syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saama tiedollinen tuki polikliinisessä hoidossa*. *Hoitotiede* 19, 192–201.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet [verkkopublication]. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. [Viitattu 7.6.2012.] Saatavissa: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>

Palonen, K.-M. & Puura, H.-K. 2007. *Rintasyöpäpotilaan kokemuksia saamastaan ohjauksesta erikoissairaanhoidossa* [verkkojulkaisu]. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö [viitattu 2.4.2012]. Saatavissa: <https://publications.theseus.fi/handle/10024/19041>.

Ritanen, Anja. 2012. Sairaanhoidtaja. Kuopion yliopistollinen sairaala. Kuopio 28.3.2012. Haastattelu.

Roche Oy. 2008. Tietoa rintasyövästä [verkkosivu.] Rintasyövän kudostyypit. [viitattu 14.8.2012]. Saatavissa: http://www.rintasyopa.fi/ensitietoa_sairastuneelle/rintasyovan_kudostyypit

Salonen, P. 2011. *Quality of Life in Patients with Breast Cancer. A prospective intervention study* [verkkojulkaisu]. University of Tampere. Academic dissertation [viitattu 2.4.2012]. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8549-7.pdf>.

Sankila, R. 2010. Kuka sairastuu syöpään? *Duodecim* 126, 1191-1193.

Sariola, S. 2007. Syöpäpotilas toivoo, että jokaiselle annettaisiin oljenkorsi. *Suomen lääkärilehti* 62, 4610–4612.

Tiitinen, A. 2011. *Kyhmy rinnassa* [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto. *Duodecim* [viitattu 6.2.2012]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00150.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 6. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2005. *Tutki ja kehitä*. Helsinki: Tammi.

Vuorela, S. 2005. Haastattelumenetelmät [verkkojulkaisu]. Teoksessa Ovaska, S., Aula, A. & Majaranta, P. (toim.) Käytettävyytutkimuksen menetelmät. Tampereen yliopisto [viitattu 6.7.2012]. Saatavissa: <http://www.cs.uta.fi/usabsem/luvut/3-Vuorela.pdf>

Liite 1
Saatekirje

Hei!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Savonia – ammattikorkeakoulun Kuopion yksiköstä. Teemme opinnäytetyötä aiheesta Rintasyöpäpotilaan ohjaus sairaanhoitajien kokemana.

Keräämme tutkimustietoa haastattelemalla sairaanhoitajia kirurgian poliklinikalta sekä plastiikkakirurgian vuodeosastolta. Keskustelut nauhoitetaan, jotta voimme käyttää niitä apuna tutkimuksen teossa.

Osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista. Henkilöllisyytenne pysyy salassa koko tutkimuksen ajan. Tutkimuksen teon jälkeen ääninauhat hävitetään. Vastamme mielellämme kysymyksiinne.

Ystävällisin terveisin

Saana Bruun

050 516 9513

Saana.M.Bruun@edu.savonia.fi

Riikka Brandt

050 327 3547

Riikka.H.Brandt@edu.savonia.fi

Työtämme ohjaa yliopettaja Pirkko Jokinen

044 785 6466

Pirkko.Jokinen@savonia.fi

Liite 2**Teemahaastattelurunko****Potilasohjaus**

- hyvä rintasyöpäpotilaan ohjaus
- asiat, jotka tekevät ohjauksesta vaikeaa/helppoa
- yksilöllisyyden huomioiminen ohjauksessa
- rintasyöpäpotilaan iän merkitys ohjauksen sisältöön
- omahoitajajärjestelmä

Ohjauskeinot

- ohjauskeinot osastolla/poliklinikalla
- kotiin annettava materiaali

Läheisten rooli ja tukeminen

- läheisten mahdollisuus olla mukana ohjaustilanteessa
- läheisten ohjaus

Seksuaaliohjaus

- ajankohta
- seksuaaliohjauksen sisältö
- parisuhteen toisen osapuolen läsnäolo

Lääkehoito

- lääkehoidon ohjaus
- kotiin annettava materiaali

Hoitopolku

- rintasyöpäpotilaan hoitopolku KYS:ssä
- moniammatillinen yhteistyö

