



GYNEKOLOGISEN SYÖPÄPOTILAAN PSYYKKINEN TUKEMINEN

Iina Puhakka

Elina Ryhänen

Opinnäytetyö
Joulukuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

PUHAKKA, IINA & RYHÄNEN, ELINA:
Gynekologisen syöpäpotilaan psyykinen tukeminen

Opinnäytetyö 52 sivua, joista liitteitä 3 sivua
Joulukuu 2012

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia gynekologisten syöpäpotilaiden psyykkisestä tukemisesta. Opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivisella menetelmällä haastatteleamalla sairaanhoitajia, joilla on kokemuksia gynekologisten syöpäpotilaiden hoidosta. Aineisto kerättiin haastatteleamalla kahta kolmesta sairaanhoitajasta koostuvaa ryhmää ja analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan gynekologisen syöpäpotilaan psyykkisen tukemisen tavoitteena oli potilaan voimavarojen lisääminen ja elämänlaadun parantaminen sekä kärsimyksen lievittäminen ja toivon ylläpitäminen. Sairaanhoitajat kertoivat psyykkisen tukemisen olevan käytännössä kuuntelua, keskustelua ja aitoa läsnäoloa. Psyykkisen tukemisen toteuttaminen vaatii moniammatillista yhteistyötä, johon osallistuivat hoitohenkilökunnan lisäksi esimerkiksi sosiaalityöntekijä, sairaalapastori ja syöpäjärjestön sairaanhoitaja. Sairaanhoitajien valmiuksia parantavina tekijöinä nähtiin koulutus, työkokemus sekä elämäkokemus. Hoitajien jaksamista tukevana tekijänä sairaanhoitajat pitivät erityisesti työyhteisön tukea ja mahdollisuutta keskustella kollegoiden kanssa. Syöpäpotilaiden psyykkisen tukemiseen liittyi moninaisia haasteita. Jatkuva kannustaminen ja tukeminen koettiin raskaana ja ahdistavana etenkin epävarmoissa tilanteissa, mistä seurasi riittämättömyyden kokemuksia. Erittäin raskaana sairaanhoitajat pitivät tilanteita, jolloin hoitoja jatkettiin viimeiseen asti ja hoitajien näkemykset erosivat lääkärin näkemyksistä. Monipaikkaiset potilashuoneet sekä jatkuva kiire koettiin myös estävän psyykkisen tukemisen toteutumista.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa gynekologisten syöpäpotilaiden psyykkisen tukemisen toteutumisesta sekä kehittää sairaanhoitajien ja opinnäytetyön tekijöiden valmiuksia tukea psyykkisesti gynekologista syöpäpotilasta. Opinnäytetyön perusteella voidaankin todeta, että sairaanhoitajilla on paljon tietoa gynekologisten syöpäpotilaiden hoidosta ja psyykkisestä tukemisesta. Gynekologisten syöpäpotilaiden psyykinen tukeminen on hyvin haastavaa ja raskasta, eikä jokainen gynekologinen syöpäpotilas saa tarvitsemaansa tukea. Gynekologisten syöpäpotilaiden psyykkistä tukemista voitaisiin kehittää tiiviimmällä moniammatillisella yhteistyöllä, sairaanhoitajien lisäkoulutuksella sekä lisäämällä resursseja käytännön hoitotyöhön.

Jatkotutkimuksena voisi tutkia gynekologisten syöpäpotilaiden kokemuksia saamastaan psyykkisestä tuesta aktiivisten syöpähoitojen aikana sekä syöpätautien ja kirurgisen vuodeosastojen sairaanhoitajien kokemuksia syöpäpotilaiden hoidosta.

Asiasanat: gynekologiset syövät, psyykinen tuki

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

PUHAKKA, IINA & RYHÄNEN, ELINA:
Psychological Support of Gynecological Cancer Patients

Bachelor's thesis 52 pages, appendices 3 pages
December 2012

The purpose of this study was to describe nurses' experiences of giving psychological support to gynecological cancer patients and to improve the psychological supporting abilities of nurses working with gynecological cancer patients. The data were gathered by interviewing two groups of three nurses with experience of treating gynecological cancer patients. The data were analyzed using qualitative content analysis.

The results revealed that presence, listening and discussion were important in gynecological cancer patients' psychological support. The nurses' abilities varied individually depending on age, work and life experience and additional education. Problems related to patients and relatives, nurses' feelings of inadequacy and lack of resources posed challenges in gynecological cancer patients' psychological support. The findings indicate that nurses have a lot of information about patients' psychological support. Gynecological cancer patients' psychological support is very demanding and strenuous and not every patient receives the support that she needs. Additional training of nurses, added resources and closer multi-professional co-operation might help improve gynecological cancer patients' psychological support.

A qualitative study focused on the experiences that gynecological cancer patients have of the psychological support they received during active cancer treatments is proposed here. A study describing the experiences that oncology and surgical ward nurses have of treating cancer patients might also yield interesting information.

Key words: gynecological cancer, psychological support

SISÄLLYS

| | |
|---|----|
| 1 JOHDANTO | 5 |
| 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE | 7 |
| 3 SYÖPÄ SAIRAUTENA | 8 |
| 3.1 Syöpäkasvaimet ja syövän syyt | 8 |
| 3.2 Gynekologinen syöpä | 9 |
| 3.3 Lääketieteellinen hoito | 9 |
| 4 SYÖPÄSAIRAUDEN VAIKUTUKSET NAISEEN | 12 |
| 4.1 Psykkinen hyvinvointi ja tunteet | 12 |
| 4.2 Sairastuminen kriisinä | 14 |
| 4.3 Fyysiset muutokset ja kehonkuva | 15 |
| 4.4 Naiseus ja seksuaalisuus | 17 |
| 4.5 Sosiaalinen elämä ja arkipäivän rutiinit | 18 |
| 5 GYNEKOLOGISEN SYÖPÄPOTILAAN HOITOTYÖ | 20 |
| 5.1 Ammatillisuus tuen perustana | 20 |
| 5.2 Vuorovaikutus tuen antamisen muotona | 21 |
| 5.3 Emotionaalinen tukeminen | 22 |
| 5.4 Syöpää sairastavien potilaiden odotuksia ja kokemuksia | 22 |
| 5.5 Hoitajien kokemuksia syöpää sairastavien potilaiden hoidosta | 24 |
| 6 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT | 26 |
| 6.1 Kvalitatiivinen menetelmä | 26 |
| 6.2 Aineiston hankinta | 26 |
| 6.3 Aineiston analyysi | 27 |
| 7 TULOKSET | 30 |
| 7.1 Gynekologisen syöpäpotilaan psykkinen tukemisen toteutuminen | 30 |
| 7.1.1 Tavoitteet psykkinisessä tukemisessa | 30 |
| 7.1.2 Psykkinen tukeminen toteutuminen käytännössä | 31 |
| 7.1.3 Moniammatillinen yhteistyö | 32 |
| 7.2 Sairaanhoidajan valmiudet | 33 |
| 7.2.1 Yksilölliset tekijät | 33 |
| 7.2.2 Sairaanhoidajan jaksaminen | 34 |
| 7.3 Haasteita gynekologisen syöpäpotilaan psykkinisessä tukemisessa | 34 |
| 7.3.1 Potilaisiin ja omaisiin liittyvät haasteet | 35 |
| 7.3.2 Sairaanhoidajan riittämättömyys | 36 |
| 7.3.3 Ympäristön ja muiden tekijöiden vaikutus | 38 |
| 8 POHDINTA | 40 |
| 8.1 Johtopäätökset | 40 |
| 8.2 Eettisyys ja luotettavuus | 42 |
| 8.3 Prosessin pohdinta | 44 |
| LÄHTEET | 46 |
| LIITTEET | 50 |

1 JOHDANTO

”Olis joku kysynyt edes, että kuinka jaksan. Henkistä puolta tässä sairastumisprosessissa ei kyllä paljoakaan oteta huomioon. Sanottiin kyllä, että on mahd. psykiatrin ja kriisiterapiaan, jos on oikein vaikeaa. Mutta kyllä sen jotenkin vois ottaa huomioon ihan tavallisillakin käynneilläkin. Syöpään sairastuminen on kuitenkin ihan kauhea juttu ihmiselle. Syöpä on jo sanana ihan hirveän pelottava.” (Syöpää sairastava potilas 2009.)

Suomessa todetaan vuosittain noin 27 000 uutta syöpätapausta, joista gynekologisten syöpien osuus on lähes 6 prosenttia, eli noin 1600 uutta gynekologista syöpätapausta vuosittain. Viime vuosikymmeninä ovat lisääntyneet kohdun runko-osan syöpä sekä munasarjasyöpä, jotka ovat nykyään yleisimmät gynekologiset syövätkä. Myös muiden genitaalisyöpien määrät ovat olleet kasvussa viime vuosina. (Syöpätapauksien määrät naiset 2011.)

Syöpään sairastuminen ja siihen liittyvät hoidot vaikuttavat naiseen kokonaisvaltaisesti, mutta jokainen nainen kokee yksilöllisesti sairautensa. Yksilölliset tekijät, kuten ikä, elämäkokemus ja persoona, vaikuttavat naisen selviytymiseen sairauden kanssa jokapäiväisessä elämässä. Lisäksi selviytymiseen vaikuttavat myös naisen suhteet läheisiin ja tukiverkosto, raskaat syöpähoidot ja niihin liittyvien haittavaikutusten kokeminen sekä arkielämän rutiinien jatkuvuus. (Leino 2011, 94–95; Muurinen 2009, 33.)

Kolmasosa syöpäpotilaista ja heidän läheisistään kärsivät jossain vaiheessa sairautta toimintakykyä alentavista psyykkisistä oireista. Hoitamattomina oireet lisäävät ahdistusta ja kärsimystä, voivat vaikeuttaa somaattisten hoitojen toteuttamista sekä estää hoitojen jälkeistä sosiaalista kuntoutumista. (Aalberg & Idman 2007, 787, 796.) Terveystieteiden tutkimuskeskus (2010) perusteella syöpään sairastuneilla on oikeus saada psykososiaalista tukea, sillä vakava sairaus vaarantaa heidän mielenterveytensä. Hoitohenkilökunnalla ei kuitenkaan ole riittävästi tietoa potilaan psykologisista reaktioista eikä tarpeeksi taitoa kohdata potilaan psyykkistä hätää (Aalberg 2007, 787, 796).

Opinnäytetyön tekijöitä on opiskeluaikana kiinnostanut vakavien somaattisten sairauksien vaikutukset potilaan psyykkiseen hyvinvointiin ja jaksamiseen. Kirurgisen hoito-

työn käytännön harjoittelujaksolla opinnäytetyön tekijät kohtasivat gynekologisia syöpäpotilaita, joiden hoitoon osallistuminen oli hyvin raskasta ja haastavaa sairauden vaiheesta riippumatta. Opinnäytetyön tekijöiden kiinnostuksen ja kokemusten pohjalta ideoitiin aihe gynekologisten syöpäpotilaiden psyykkisestä tukemisesta.

Opinnäytetyö on tehty haastattelemalla gynekologisten syöpäpotilaiden hoitoon osallistuvia sairaanhoitajia. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia gynekologisten syöpäpotilaiden psyykkisestä tukemisesta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa gynekologisen syöpäpotilaan psyykkisen tukemisen toteutumisesta sekä kehittää opinnäytetyön tekijöiden ja sairaanhoitajien valmiuksia tukea psyykkisesti gynekologista syöpäpotilasta.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia gynekologisten syöpäpotilaiden psyykkisestä tukemisesta.

Opinnäytetyön tehtävät

1. Millaisia haasteita sairaanhoitaja kokee gynekologisen syöpäpotilaan psyykkisessä tukemisessa?
2. Millaisia valmiuksia sairaanhoitajalla on tukea psyykkisesti gynekologista syöpäpotilasta?
3. Miten sairaanhoitajat kokevat psyykkisen tukemisen toteutuvan hoitotyössä?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa gynekologisen syöpäpotilaan psyykkisen tukemisen toteutumisesta sekä kehittää opinnäytetyön tekijöiden ja sairaanhoitajien valmiuksia tukea psyykkisesti gynekologista syöpäpotilasta.

3 SYÖPÄ SAIRAUTENA

Suomessa todetaan nykyään noin 27 000 uutta syöpätapausta vuosittain, kun 1960-luvulla uusia syöpätapauksia todettiin noin 10 000 vuosittain (Syöpätapauksien määrät miehet 2011, Syöpätapauksien määrät naiset 2011). Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan syöpätapauksien määrä on maailmanlaajuisesti kasvussa, ja syöpä onkin yleisin syy kuolemaan. Syöpään kuolevien määrän on arvioitu kasvavan 45 prosenttia vuoteen 2030 mennessä, ollen 11.5 miljoonaa, kun vuonna 2007 syöpään kuolleita oli 7.9 miljoonaa. (Are the number of cancer cases increasing or decreasing in the world? 2008.) Riski sairastua syöpään suurenee 50. ikävuoden jälkeen. Suomessa sairastuneiden keski-ikä on yli 65 vuotta. Syöpäsairaudet tulevat kuormittamaan terveydenhuoltojärjestelmäämme tulevina vuosina yhä enemmän. (Sankila, Lyly & Vainio 2007, 36.)

3.1 Syöpäkasvaimet ja syövän syyt

Kasvaimella tarkoitetaan yleisesti solukon tai kudoksen epänormaalia kasvua, jota elimistön järjestelmät eivät voi kontrolloida ja joka on elimistölle tarkoituksetonta ja haitallista. Kasvaimet jaetaan hyvän- ja pahanlaatuisiin niiden ominaisuuksien perusteella. Hyvänlaatuiset kasvaimet ovat hidaskasvuisia ja paikallisia, eivätkä ne yleensä uusiudu tai johda potilaan kuolemaan. Pahanlaatuisista kasvainta kutsutaan syöväksi. Pahanlaatuiset kasvaimet kasvavat usein nopeasti ja leviävät ympäröiviin kudoksiin. Ne voivat myös muodostaa etäpesäkkeitä ja uusiutua helpommin kirurgisen poiston jälkeen. (Isola 2007, 16.)

Kasvainten esiintyvyyteen ja syöpään sairastumiseen vaikuttavat muun muassa ihmisen ikä, sukupuoli, elintavat, sosiaalinen asema, rotu ja ympäristö (Isola 2007, 19). Tärkein syöpää aiheuttava tekijä on tupakointi, jonka on arvioitu aiheuttavan jopa kolmanneksen kaikista syöpätapauksista. Syöpäriskiä lisäävät myös epäterveellinen ruokavalio ja alkoholin käyttö. Työ- ja asuinympäristössä on monia syöväälle altistavia tekijöitä, kuten asbesti, liikenteen päästöt sekä muut ilman epäpuhtaudet. Lisäksi altistuminen säteilylle ja viruksille lisäävät syöpään sairastumisriskiä. Syöpäalttiuden periytyvyys on harvinaista ja merkitys vähäistä. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2010, 97–100.)

3.2 Gynekologinen syöpä

Gynekologisia kasvaimia esiintyy kaiken ikäisillä naisilla. Enemmän erilaisia gynekologisia kasvaimia todetaan kuitenkin vanhemmilla naisilla, jotka ovat ohittaneet vaihdevuosi-ään. (Uusien syöpätapauksien määrät 2011.) Gynekologisista kasvaimista suurin osa on hyvänlaatuisia. Pahanlaatuisten kasvainten määrä on lisääntynyt, lukuun ottamatta kohdunkaulan syöpää, jonka vähenemistä selittää osaltaan laajasti toteutettu varhainen seulonta ja hoitoon hakeutuminen. Pahanlaatuisia gynekologisia kasvaimia ovat esimerkiksi kohdunrungon syöpä, munasarjasyöpä ja ulkosynnyttimien syövät. (Eskola & Hytönen 2008, 341, 345, 349.)

Yksi merkittävä gynekologisia syöpiä aiheuttava tekijä on ihmisen papilloomavirus (HPV), jonka infektiolla on tutkittu olevan yhteys syövän esiasteiden syntyyn. Ihmisen papilloomaviruksella on keskeinen osuus erityisesti ulkosynnyttimien, emättimen ja kohdunkaulan syöpien syntyyn. (Mäenpää & Pakarinen 2011, 216, 221.)

Nykyään vuosittain todetaan lähes 1600 uutta gynekologista syöpätapausta Suomessa. Uusista syöpätapauksista noin 40 % on paikallisia, mutta jopa kolmannes on metastasoitunut eli lähettänyt etäpesäkkeitä muualle elimistöön. (Syöpätapauksien määrät ja levinneisyyden jakaumat 2011.) Gynekologisten syöpien metastaaseja löydetään useimmiten läheisistä kudoksista ja elimistä, kuten virtsarakosta ja peräsuolesta. Lisäksi myös keuhkometastaasit ja lantion syvien imusolmukkeiden metastaasit ovat yleisiä. (Salmi & Leminen 2007, 453, 475.)

3.3 Lääketieteellinen hoito

Syöpä löydetään yleensä epätavallisten oireiden ja muutosten seurauksena tai sattumalta. Syövän oireita voivat olla esimerkiksi suoliston toiminnan häiriöt, verenvuodot tai parantumattomat haavat. Ennen hoitojen valintaa ja aloittamista varmistetaan syöpädiagnoosi ja sen levinneisyys erilaisilla tutkimuksilla. Kasvaimesta voidaan ottaa erilaisia näytteitä, kuten neulabiopsiat ja solunäytteet. Nykyaikaisia kuvantamistekniikoita hyödyntämällä saadaan myös paljon arvokasta tietoa. Esimerkiksi gynekologisen syöpäpäpilyn varmentamisessa voidaan käyttää muun muassa ultraäänitekniikkaa ja ir-

tosolunäytteitä apuna. Syövän histologian ja levinneisyyden kartoittaminen ovat edellytyksenä oikean hoidon valinnalle. (Holmia 2010, 103–107.)

Diagnoosin varmistumisen ja levinneisyyden selvittämisen jälkeen valitaan kuratiivinen tai palliatiivinen hoitolinja. Kuratiivinen hoito pyrkii syövän täydelliseen poistamiseen tai tuhoamiseen ja potilaan paranemiseen. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on lievittää potilaan oireita, ehkäistä uusia haittoja sekä parantaa potilaan elämänlaatua. Eri hoitomuotoja voidaan hyödyntää sekä kuratiivisessa että palliatiivisessa hoidossa. (Holmia 2010, 107.)

Syövän hoitomuotoja ovat leikkaus, sädehoito ja erilaiset lääkehoidot kuten sytostaatti-, hormoni- ja immunologiset hoidot. Nykyään suositaan erilaisia yhdistelmähoitoja, esimerkiksi leikkauksen ja lääkehoidon yhdistelmää. Hoidon valintaan vaikuttavat syövän histologia ja levinneisyys, suunnitellun hoidon teho ja haittavaikutukset sekä potilaaseen liittyvät tekijät, esimerkiksi potilaan yleistila, muut sairaudet ja niiden lääkehoito, sisäelinten toimintakyky sekä psyykinen jaksaminen. (Joensuu 2007, 122–129.)

Syöpäkirurgia on yhä edelleen yleisin syövän hoitomuoto, joka kehittyy nopealla tahdilla. Nykyään syöpäkirurgiassa yleistyvät säästävät leikkaukset, jotka ovat mahdollistuneet kehittyneiden liitännäishoitojen myötä, sillä leikkaushoidon tuloksia pyritään parantamaan erilaisilla liitännäishoidoilla, joita annetaan sekä ennen että jälkeen leikkauksen. Yhdistelmähoitojen tulevaisuuden haasteina ovat kuitenkin eri hoitomuotojen yhdistäminen ja ajoittaminen oikein. Syöpäkirurgiassa käytetään jatkuvasti yhä enemmän laparoskooppista ja videoavusteisia menetelmiä, jotka nopeuttavat potilaiden toipumista leikkauksesta. (Roberts 2006, 39–40.) Menetelmien kehittyminen mahdollistaa yhä huonokuntoisempien ja iäkkäämpien syöpää sairastavien potilaiden hoitamisen kirurgisesti (Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020 2010, 20).

Sädehoidolla pyritään syöpäkasvaimen pienentämisen tai tuhoamiseen kokonaan. Sädehoitoa voidaan antaa elimistön ulkopuolelta tai kudoksen sisäisesti. Nykyaikaisilla tekniikoilla sädehoitoa voidaan antaa suurina annoksia ja täsmällisesti suoraan kohdekudokseen, jolloin vältetään suurimmilta haittavaikutuksilta. (Kouri & Kangasmäki 2009, 947–948.) Kirurgiseen hoitoon verrattuna sädehoidon teho on kuitenkin eteenkin suuri kokoisten kasvainten hoidossa epävarmempi sekä haittavaikutukset ovat merkittäväm-

mät. Sädehoidon tehoa lisäävät samanaikaisen lääkehoidon toteuttaminen, jota kutsutaan kemosaadehoidoksi. Nykyään yleistyvänä sädehoitomenetelmänä käytetään intensiiviteettimuokattua sädehoitoa, jossa sädehoidon kohdealueita sädetetään useasta eri suunnasta. (Joensuu 2006, 41–42.)

Sytostaattihoitojen tavoitteena on estää kasvaimen kasvu, pienentää tai tuhota kasvain. Sytostaatit voidaan annostella laskimonsisäisesti, suun kautta tai erityistekniikoin valtimonsisäisesti tai suorana elinten nestetilaan. Jokaisella potilaalla on yksilöllisesti suunniteltu sytostaattihoito-ohjelma, joka sisältää useimmiten muutaman lääkkeen yhdistelmähoitona. Sytostaattihoito yhdistetään usein osaksi leikkaus- tai sädehoitoa. Sytostaattien pääsy kaikkiin kudoksiin ja elimiin aiheuttavat paljon haittavaikutuksia, jotka riippuvat sytostaattihoitoannoksesta ja potilaan yksilöllisestä herkkyydestä lääkeaineille. (Johansson 2011.)

4 SYÖPÄSAIRAUDEN VAIKUTUKSET NAISEEN

4.1 Psykkinen hyvinvointi ja tunteet

Syöpään sairastumisen psykkiniset vaikutukset ovat aina yksilöllisiä, mutta tutkimuksen mukaan jokaisella potilaalla syöpään sairastuminen aiheuttaa jonkin asteisen kriisin sekä psykkinisiä muutoksia. Jo epäily sairaudesta herättää naisissa psykkinistä oireilua ja pahoinvointia sekä tunteiden myllerrystä. Useimmiten epäily vaiheessa naiset eivät uskalla tai halua kertoa kenellekään, edes puolisolle, mahdollisesta sairaudesta, mikä kuitenkin aiheuttaa turhaa ahdistusta, pelkoa ja huolta naiselle. (Leino 2011, 99–100.) Syöpään sairastuneet kärsivät raskaasta psykkinisestä taakasta, jonka vuoksi oireilu voi jatkua kuukausia, jopa vuosia sairastumisen ja hoitojen päättymisen jälkeen (Mehnert ym. 2012, 2).

Diagnoosin odottamisen naiset kokevat usein raskaaksi ja pelottavaksi ajaksi, sillä mistään ei ole vielä varmuutta, erityisesti ikäväksi koetaan hoitohenkilökunnan, erityisesti lääkäreiden epäsuorat ja vaikeasti ymmärrettävät vastaukset vastaanotolla ja puhelimes- sa. Puhelimitse yhteydessä oleminen hoitavaan yksikköön koetaan myös vaikeaksi, eteenkin jos naisen täytyy itse ottaa yhteyttä tai diagnoosi kerrotaan puhelimes- sa. Diagnoosin varmistuminen vavisuttaa naisen psykkinistä hyvinvointia, aiheuttaen jopa sokki- tilan ja eräänlaisen elämän käännekohdan, mutta toisaalta sen on koettu myös helpotta- van oloa epätietoisuuden hälvenemisen myötä. Iän tuoman elämäkokemuksen myötä vanhemmat naiset suhtautuvat yleensä rauhallisemmin ja myönteisemmin diagnoosiin sekä luottavaisemmin kehittyneisiin hoitomenetelmiin ja sairauden paranemiseen. (Lei- no 2011, 101–103, 105.)

Sairastumisen myötä potilaat käyvät läpi monenlaisia vaiheita, joihin liittyy erilaisia tunteita ja ajatuksia. Tunteiden ilmaisu riippuu yksilöllisistä tekijöistä, sillä toiset näyt- tävät, purkavat ja käsittelevät tunteitaan hyvinkin avoimesti, kun taas toiset eivät halua tai osaa ilmaista tunteitaan. Sairauden ja hoitojen myötä potilaat kokevat monenlaisia tunteita, kuten iloa, surua, vihaa, pelkoa, hämmästyttä, vastenmielisyyttä, mielenkiintoa, väsymystä, tyytyväisyyttä, häpeää ja syyllisyyttä. Lisäksi syöpää sairastava tuntee usein

järkytystä, leimautumista, ahdistusta, yksinäisyyttä ja masentuneisuutta. (Muurinen 2009, 30.)

Leikkaushoitoa saavat potilaat kokevat usein, ettei heidän psyykkistä hyvinvointiaan huomioida ja tueta tarpeeksi, sillä leikkauksen jälkeen hoito osastolla keskittyy niin tiiviisti fyysiseen paranemiseen (Lehto-Järnstedt, Kellokumpu-Lehtinen & Ojanen 2002, 1464). Hoitojen aikana esiintyviä tunteita ovat kärsimättömyys, ärtyneisyys, seksuaalinen haluttomuus, keskittymiskyvyttömyys, ahdistuneisuus, masentuneisuus sekä avuttomuus, voimattomuus ja toivottomuus. Sädehoitoja saavat kokivat psyykkistä ahdistusta lisäävän muun muassa hoitoon tulon, mahdollisten haittavaikutusten pelkäämisen sekä toisten huonokuntoisten potilaiden näkemisen. (Karhu-Hämäläinen 2002, 46–47.)

Sytostaattihoidoja saavat potilaat kokivat hoidot psyykkisesti erittäin raskaina, sillä niihin liittyvät fyysiset sivuvaikutukset ovat niin voimakkaita ja kokonaisvaltaisia. Potilaat kokevat psyykkistä jaksamista tukevan sen, että hoitohenkilökunta suhtautuu vakavasti potilaiden pelkoihin sekä huolehtii turvallisuudesta ja siihen liittyvän tunteen kokemisesta. Hoitojen aikana kuitenkin turvallisuuden ja luottamuksen tunnetta rikkoo hyvin paljon epävarmuus siitä, minkä hoitoyksikön puoleen voi kääntyä milloinkin. (Muurinen 2009, 31, 35.)

Monet yksilölliset tekijät vaikuttavat sairauden ja sen hoitojen tuomiin psyykkisiin muutoksiin. Elämänkokemus ja ikä ovat vahvistavia tekijöitä, joiden myötä sairastuneen on helpompi kohdata sairaus ja hyväksyä siihen liittyvät muutokset. Lisäksi myös aiemmat sairauskokemukset, vahvat stressinhallintakeinot sekä läheisten sosiaalinen tuki vahvistavat ja auttavat sairastunutta kohtaamaan sairauden ja hoitojen tuomat haasteet ja muutokset. (Leino 2011, 94–95.) Potilaiden psyykkistä hyvinvointia tukee osallistuminen sosiaalisiin tilanteisiin ja tapahtumiin, joissa potilaat tapaavat muita ihmisiä, vaikka useimmat heistä pelkäävät saavansa infektion. Huumorin avulla monissa vaikeissa tilanteissa on kevennetty tunnelmaa ja luotu uskoa tulevaisuuteen. Arkipäivän rutiineissa kiinni pysyminen tukee myös syöpäpotilaan psyykkistä hyvinvointia, esimerkiksi työelämässä pysyminen, harrastusten jatkaminen ja arkipäivän eläminen kotona sairaudenkin myötä. (Muurinen 2009, 30, 33.)

4.2 Sairastuminen kriisinä

Yksi ihmisen kohtaamia suurimpia kriisejä elämässä on syöpään sairastuminen, joka koetaan tavallisesti uhkaavana menetyksenä ja kuoleman pelkona. Kriisi on yksilöllinen reaktio, johon vaikuttavat ulkoiset kuormitustekijät, ihmisen persoonallisuus ja kyky käsitellä epävarmuutta. Vaihtelu psyykkisessä reagoinnissa kertoo myös potilaiden erilaisista sopeutumiskeinoista. Eroja psyykkisessä reagoinnissa voivat selittää myös sairauden vaikeusaste ja vaihe. Psyykkinen kriisi voi kehittyä missä vaiheessa tahansa sairautta. Syöpäsairauden ja hoitojen eri vaiheisiin liittyy tiettyjä asioita, joihin potilaiden täytyy sopeutua. Asiat ovat erilaisia riippuen onko kyseessä diagnoosivaihe, primaarihoitojen vaihe, seurantavaihe, sairauden uusiutumisasike vai saattohoitovaihe. (Aalberg 2007, 789–792.)

Kriisi on elämänvaihe, johon liittyvät sekasorto, ristiriitaisuus, elämysten ja tunteiden vaihtelevuus, ahdistus, toivottomuus ja toivo. Kriisin seurauksena voi olla joskus masennus. Kriisissä jokin ulkoinen tai sisäinen tapahtuma uhkaa ihmisen yksilöllistä ja sosiaalista identiteettiä, psyykkistä tai fyysistä turvallisuutta tai perustarpeita. Seurauksena ihmisen usko elämän hallinnan tunteeseen ja tarkoitukseen saattaa horjua. Ihmisen henkiset resurssit ja elämänotot vaikuttavat kriisikokemukseen ja sen kulkuun. Jokaisen ihmisen elämään kuuluu kehityskriisejä, jotka liittyvät ihmisen kehitykseen ja vanhemmiseen ollen normaaleja elämän luopumis- ja muutoskohtia. Traumaattiset kriisit eivät kuulu elämän luonnollisiin kriiseihin. Ne ovat äkillisiä, odottamattomia ja voimakkaita tapahtumia. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 156–159.)

Sairaanhoitajat kuvaavat tutkimuksessa kriisiteorian vaiheiden tuntemisen helpottavan potilaan tuen tarpeiden tunnistamista, koska siten heille muodostuu käsitys potilaan ja tämän perheen mahdollisesti kokemista tunteista ja ajatuksista (Mattila 2011, 65). Traumaattinen kriisi etenee vaiheittain ja yksilöllisesti. Vaiheet voivat olla päällekkäisiä tai lomittaisia. Traumaattinen kriisi alkaa sokkivaiheella kestäen sekunneista vuorokausiin. Sokkivaiheen aikana ihminen ei pysty ymmärtämään tapahtunutta eikä koe sitä todeksi. Sopeutumiskeinoja voivat olla torjunta ja kieltäminen tai itku, raivo ja levottomuus. Tärkeää sokissa olevalle on voida luottaa siihen, että muut hallitsevat tilanteen. Jälkeenpäin ihminen ei välttämättä muista sokkivaiheen tapahtumia. Sokkivaiheen jälkeen tulee viikkoja tai kuukausia kestävä reaktiovaihe, jolloin ihminen alkaa tiedostaa

tapahtuneen ja kohdata tunteitaan. Ihminen voi olla tuskainen ja jopa toimintakyvytön. Reaktiovaihetta seuraa työstämisvaihe, joka voi kestää muutamasta kuukaudesta vuosiin. Työskentelyvaiheessa ihminen alkaa hyväksyä tapahtuneen, eikä enää kiellä, torju tai sulje sitä pois mielestä. Surutyön aikana ihminen luo uutta kuvaa itsestään. Uudelleen suuntautumisen vaihe jatkuu koko elämän ajan, jolloin traumaattisesta kokemuksesta tulee osa omaa itseä. Kriisillä on yleensä alku ja loppu, mutta pitkittyessään se voi olla altistava tai laukaiseva tekijä mielenterveyden häiriölle. (Noppari 2007, 158–160.) Psykkinen reaktio voi johtaa kriisin jälkeen sopeutumishäiriöksi tai vaikeammaksi psykiatriseksi häiriöksi (Aalberg 2007, 791).

Syöpään sairastuminen koetaan hämmentävänä, sillä terveestä ihmisestä tuleekin yhtäkkiä vakavasti sairas, minkä kuuleminen saattaa aiheuttaa psyykkisiä ja fyysisiä oireita. Sairastuneet naiset suhtautuvat sairastumiseen hyvin eri tavoilla. Toiset ottavat tiedon vastaan maltillisesti ja rauhallisesti. Syöpä saattaa olla heille sairaus muiden joukossa tai heillä on jo entuudestaan tietoa syövästä ja sen ennusteesta. He ovat luottavaisia hoitomenetelmiin ja taudin parannettavuuteen. Useille syöpätiedon saamisesta seuraa sokki ja käännekohta elämään. Heille on tärkeää tarjota keskustelua, antaa aikaa ja olla läsnä, mikä auttaa myös ymmärtämään ja käsittelemään sairastumista. He kaipaavat tiedon saatuaan lohdutusta ja tarttuvat pieneenkin toivoon. Sairausprosessin nopean etenemisen vuoksi naiset kokevat, etteivät he henkisesti kykene sisäistämään kaikkea, sillä vastaanottokyky on rajallinen. Jotkut myös torjuvat ja kieltävät tosiasiat, eivätkä halua ottaa vastaan tietoa sairastumisestaan. Omia tunteita saatetaan peitellä tai niiden tunnistaminen saattaa olla vaikeaa ja niiden purkautuessa potilaat yllättyvät. Potilaat kuvaavat ääritunteiden vaihtelua, henkistä tuskaa, katkeroitumista, elämisen halua, yksinäisyyttä ja pelkoa. Naiset kokevat olevansa äärimmäisessä kriisissä. Syöpään sairastuminen sekoittaa elämän ja sairastuneet saattavat masentua tilanteestaan, eikä heillä ole uskoa selviämiseen. Tärkeää potilaille on keskustella läheisen tai hoitajan kanssa, ja he toivovatkin keskusteluaikaa ammattihenkilön kanssa. (Leino 2011, 102, 105–107, 110.)

4.3 Fyysiset muutokset ja kehonkuva

Syöpäsairauteen ja sen eri hoitomuotoihin liittyy paljon erilaisia fyysisiä muutoksia ja ongelmia, jotka vaikuttavat myös psyykkiseen hyvinvointiin ja jaksamiseen (Kuppe-

lomäki 1997, 60). Syöpäkasvaimista johtuvia fyysisiä muutoksia ja ongelmia ovat esimerkiksi kivut, verenvuodot, paineen tunne vatsalla, ruokahaluttomuus, pahoinvointi ja oksentelu, kuumeilu sekä toistuvat infektiot (Kuuppelomäki 1996, 54).

Syövän kirurgiseen hoitoon liittyy pääsääntöisesti vain vähän haittavaikutuksia, jotka johtuvat useimmiten metastaaseista ja kasvaimen epäonnistuneesta poistoista. Tällaisia haittavaikutuksia ovat esimerkiksi vaihdevuosivaivat, kipu, ulkonäön muutokset ja fyysinen rasitus. (Kuuppelomäki 1996, 56–57.)

Sädehoidon haittavaikutukset ovat pääsääntöisesti sädetetylle alueelle paikallistuvia. Nykyaikaisten tekniikoiden myötä sädehoitoon liittyvät haittavaikutukset ovat vähentyneet merkittävästi. Gynekologisten kasvaimien sädehoidon haittavaikutuksia ovat iho- ja limakalvovauriot, ripuli, tihentynyt virtsaamistarve ja kipu virtsatessa, sukupuolielinten hormonituotannon häiriöt sekä pahoinvointi ja yleistilan heikkeneminen. (Johansson 2010b.)

Sytostaattien haittavaikutukset riippuvat annoksesta ja potilaan herkkyydestä lääkeaineille. Yleensä haittavaikutukset ovat kuitenkin voimakkaita ja moninaisia ympäri kehoa. Tyypillisiä sytostaattien haittavaikutuksia ovat kuvotus, pahoinvointi ja oksentelu. Lisäksi sytostaatit häiritsevät terveiden solujen kasvua ja toimintaa, mikä aiheuttaa muun muassa luuytimen toiminnan häiriöitä, karvatupen vaurioita sekä limakalvojen ja ihon soluissa häiriöitä. Näistä johtuvia fyysisiä haittavaikutuksia ovat esimerkiksi verisolujen muutokset ja alistuminen infektioille, hiusten ja ihokarvojen lähtö, neuropatiat sekä ihomuutokset ja limakalvovauriot. (Johansson 2010a.)

Ulkonäköön liittyvät muutokset esimerkiksi laihtuminen, ihon kalpeus tai kellertyminen sekä lihasten surkastuminen ja hiusten lähtö vaikuttavat syöpää sairastavan psyykkiseen ja sosiaaliseen minäkuvaan. Lisäksi muun muassa jatkuvat kivut, väsymys ja pahoinvointi vaikuttavat myös psyykkiseen jaksamiseen. (Kuuppelomäki 1996, 54–55.)

4.4 Naiseus ja seksuaalisuus

Seksuaaliterveys on osa ihmisen hyvinvointia läpi elämän, sisältäen fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden (Nylund, Järvinen, Susi & Vihtamäki 2008, 7). Syöpäsairauksien eri hoitomuodot vaikuttavat myös seksuaalisiin toimintoihin. Tutkimuksien mukaan seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat heikentävät elämänlaatua. (Kellokumpu-Lehtinen, Väisälä & Hautamäki 2003, 237.) Potilaat kokevat seksuaalisuuteen liittyvän kumppanuuden, hellyyden, läheisyyden, sukupuoli-identiteetin, toisen vetovoimaisuuden, oman viehättävyyden ja seksuaalisen nautinnon. Syöpään sairastuminen ja hoidot vaikuttavat moninaisesti seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen. (Hautamäki-Lamminen 2012, 64, 77.)

Seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat voidaan jakaa toiminnallisiin ja psyykkisiin ongelmiin. Naisilla toiminnallisilla ongelmia ovat leikkauksesta johtuvat tuntopuutokset ja kiihottumisongelmat, emättimen limakalvon ärtyminen ja kostumisongelmat, yhdyntäkivut, emättimen limakalvon arpikuroumat, kuukautisten poisjäänti ja ennenaikaiset vaihdevuodet. Akuutissa sairauden vaiheessa sukupuolinen kiinnostuminen vähenee ja seksuaalisuuteen liittyy monenlaisia pelkoja, kuten parisuhdeongelmat, ulkonäkö ja rakastamisen kyky. (Rosenberg 2000, 174–177.)

Naiseuden särkymiseen vaikuttavat kehon muutokset, viehättävyyden menetys, hormonihoidon kiusalliset seuraukset ja seksuaalisuuden muutokset. Lääkehoitojen aiheuttama hiusten lähteminen koetaan hyvin vaikeana, sillä hiukset koetaan osaksi identiteettiä. Häpykarvojen lähteminen vaikuttaa myös minäkuvaan ja kokemukseen naisena olemisesta. Myös kulmakarvojen ja ripsien lähteminen koetaan vaikeana, sillä se kadottaa ilmeen kasvoilta ja naiset kokevat syövän näkyvän ulospäin. Sekä hormonihoidot että niiden vähentäminen aiheuttavat kiusallisia oireita. Kuumat aallot, hikoilu, punotus ja unettomuus koetaan hankalina oireina, mitkä hallitsevat elämää. Ne ovat henkisesti raskaita ja vaikuttavat elämänlaatuun, työssä käyntiin ja seksuaalisuuteen. Limakalvojen kuivuminen hankaloittaa sukupuoliyhteyttä ja naiset kuvaavat seksuaalisuuden muuttuneen enemmän lähellä ja vierellä olemiseksi. Kehon muutokset vaikuttavat minäkuvaan, omiin tunteisiin ja itsetunnon heikkenemiseen. Jotkut voivat kokea identiteetin menetystä jo ennen leikkausta tai syöpähoitoja, sillä syöpään sairastuminen heikentää itsetuntoa ja aiheuttaa sosiaalisia ongelmia. (Leino 2011, 124–127.)

Naiset kokevat minäkuvan muutokset kielteisinä ja toivovat keskustelua henkilökunnan kanssa muuttuneen minäkuvan ja ulkonäön aiheuttamista tunteista. Naiset kaipaavat tietoa naisena eheytyemisestä enemmän kuin asiantietoa seksuaalisuudesta. Potilaat odottavat myös, että heidän puolisonsa saisivat tietoa sairaudesta ja seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista, niiden yleisyydestä ja ohimenevyydestä. (Hautamäki-Lamminen, Åstedt-Kurki, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen 2010, 285–286.) Potilaat odottavat ammattilaisten ottavan puheeksi seksuaaliasiat. Kolmannes potilaista odottaa aloitetta nimenomaan sairaanhoitajalta. (Hautamäki-Lamminen 2012, 71.)

Hoitajien mukaan on yksilöllistä missä vaiheessa seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset tulevat ajankohtaisiksi. Seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset ovat monille potilaille arka aihe, eivätkä he usein ota niitä itse puheeksi. Hoitajien mielestä on tärkeää keskustella asioista potilaiden kanssa. Tärkeänä pidetään myös, että potilailla on mahdollisuus seksuaalineuvojaan. (Leino 2011, 128.) Tietoa sairastumisen vaikutuksista seksuaalisuuteen ja tuen saamista pidetään tarpeellisena jo alkuvaiheessa sairastumista, mutta hoitojen alkuvaiheessa psyykkiset voimavarat koetaan vähäiseksi keskusteluun. Henkilökunta kokee olevansa valmis keskustelemaan seksuaalisuudesta, mikäli potilas haluaa, mutta harvoin henkilökunta aloittaa keskustelua. Suurimpana esteenä pidetään koulutuksen puutetta ja aiheen arkaluontoisuutta. (Hautamäki-Lamminen 2012, 70, 75.)

4.5 Sosiaalinen elämä ja arkipäivän rutiinit

Kuuppelomäen (1996, 65) tutkimuksen mukaan huonokuntoisten, raskaita hoitoja saavien potilaiden sosiaalinen elämä muuttui ja rajoittui sairauden ja hoitojen myötä, sillä he joutuivat jäämään pois työelämästä ja luopumaan harrastuksistaan infektioiden pelon vuoksi. Toisaalta Karhu-Hämäläisen (2002, 48–50) mukaan syöpää sairastavista yli puolet koki, ettei syöpään sairastuminen ja siihen liittyvät hoidot vaikuttaneet sosiaaliin suhteisiin omaisten ja ystävien kanssa.

Lehto-Järnstedtin (2002, 1460–1461) mukaan potilaat saavat eniten tukea puolisoiltaan, mutta toisaalta tuttavilta saatu tuki on vähäisempää kuin verraten sukulaisilta, hoitohenkilökunnalta ja muilta potilailta saatuun tukeen. Syöpään sairastuneet ovat kiitollisia ja tyytyväisiä perheeltään saamaan tukeen (Muurinen 2009, 39). Sairauden myötä potilaat

kokevat pääsääntöisesti jopa lähentyvän perheenjäsenten ja läheisten ystävien kanssa entisestään. Osa sosiaalisesta verkostosta taas katoaa, sillä siitä karsiutuvat pois ne, jotka ovat haluttomia, kykenemättömiä ja pelokkaita tukemaan sairastunutta. (Kuuppelomäki 1996, 67.)

Työelämästä poisjäämisen ja harrastuksista luopumisen lisäksi syöpää sairastavien arkielämä muuttuu sairauden ja hoitojen tuomien rajoitusten ja haittavaikutusten sekä eristäytymisen myötä. Syöpään sairastunut välttelee usein tapahtumia, joissa on paljon ihmisiä sekä infektioiden pelon että voimattomuuden vuoksi, sillä monet sairastuneet kokevat, että lähteminen tuottaa enemmän kärsimystä kuin nautintoa. Lisäksi elämän pyörimisen sairauden ja hoitojen ympärillä potilaat kokevat rajoittavan sosiaalista elämää ja aiheuttavan eristäytymistä. (Kuuppelomäki 1996, 65.)

5 GYNEKOLOGISEN SYÖPÄPOTILAAN HOITOTYÖ

Syöpään sairastuminen voi olla niin järkyttävä kokemus, että ihmisen mielenterveys voi vaarantua. Terveystieteiden tutkimuskeskus (2010) velvoittaa psykososiaalisen tuen tarpeen arviointia ja tarjoamista tilanteissa, joissa yksilön tai yhteisön mielenterveys vaarantuu. Psykososiaalisella tuella pyritään vahvistamaan yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavia tekijöitä sekä vähentämään ja poistamaan mielenterveyttä vaarantavia tekijöitä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010.) Psykososiaalinen tukeminen voidaan jakaa tiedolliseen, emotionaaliseen ja käytännön tukeen. Tiedollinen tuki voi olla tietoa sairaudesta, hoidosta, sairauden tuomista muutoksista, kivun hoidosta, kuntoutuksesta, potilasjärjestöistä ja vertaistukiryhmistä. (Kiiltomäki & Muma 2007, 63.) Kuuppelomäen (2000, 138, 141) mukaan emotionaalinen tuki tarkoittaa potilaan auttamista tiedostaa, purkaa ja hallita tunteitaan sairauden eri vaiheissa sekä fyysisten oireiden hallintaa. Opinnäytetyössä keskitytään emotionaaliseen tukemiseen, jolla tarkoitetaan gynekologista syöpää sairastavan potilaan psyykkistä tukemista.

5.1 Ammatillisuus tuen perustana

Emotionaalisen tuen onnistumiseksi hoitajalta vaaditaan ammattitaitoa ja ammatillisuutta sekä taitoa ammatilliseen vuorovaikutukseen. Ammattitaito on ammatillisen toiminnan perusta. Ammattitaito on koulutuksella ja kokemuksella hankittua yksilöllistä pätevyyttä ammatissa toimimiseen. (Juujärvi, Myyry & Pessa 2007, 9.) Ammatillisuuteen kuuluu myös oman alansa asiantuntijuus, mihin liittyy motivaatio kehittyä ja kyky oppia kokemuksista. Ammatillinen kasvu on yksilön valmiuksien, ammatillisten taipumusten sekä pyrkimysten kehittymistä ja muuttumista. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2005, 57–58.)

Ammatillinen vuorovaikutus voi olla vaikuttamista, jakamista, tiedon hankkimista, tiedottamista, ohjaamista ja neuvomista, mutta myös viestimistä eleillä, ilmeillä, sanoilla tai toiminnan kautta. Se voi olla myös toisen toiminnan havainnoimista. Siinä on tilaa hiljaisuudelle, ajatuksille ja tunteille. Se on ajatusten ja tunteiden vaihtamista, yhdessä

tekemistä ja olemista, mutta myös hoitajan itsensä kehittämistä ja itsestä huolehtimista. (Vilen 2005, 21–23, 65.)

5.2 Vuorovaikutus tuen antamisen muotona

Vuorovaikutus on potilaan ja hoitajan välistä tekemistä hoitotilanteissa, mihin liittyy aloitteellisuus, turvallisuus, läheisyys ja potilaslähtöisyys. Ympäristötekijät, kuten hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö tai ihmissuhdeympäristö, voivat heikentää tai vahvistaa vuorovaikutusta. Vuorovaikutuksen tavoitteet, potilaan hyvä olo ja terveyden edistyminen, eivät edisty mikäli vuorovaikutus on etäistä, eikä vastaa potilaan esille nostamia tai hoitajan havaitsemia tarpeita. Vuorovaikutus heikentää tällöin potilaan vahvistumista, eikä tunnekokemuksen jakaminen toteudu hoitajasta tai potilaasta johtuen. (Mattila 2001, 87–88.) Hyvän vuorovaikutussuhteen kehittymistä edistävät hoitajan hyvät vuorovaikutustaidot, kyky eläytyä toisen ihmisen rooliin ja tiedot syöpäsairauksista (Kuuppelomäki & Eriksson 2000, 334–335).

Hoitaja pyrkii tukemaan potilasta vuorovaikutuksellisin keinoin kohtaamisen kestosta riippumatta. Onnistunut kohtaaminen auttaa potilasta tunnistamaan omia tarpeitaan ja löytämään voimavarojaan sekä sitä kautta saamaan tunteen elämönhallinnasta. Tavoitteena on kuunnella ja tukea potilaassa olevia voimavaroja ja saada aikaan voimaantumisen kokemus. Joskus hoitajan on perehdyttävä kunnolla potilaan sen hetkiseen tilanteeseen, mutta joskus tukeminen voi olla empaattista kuuntelua ja rohkaisun sanoja. Lyhyt kohtaaminen on haastava, mutta lyhyessäkin ajassa voi antaa potilaalle tunteen siitä, että asiat etenevät, tai viedä paljon potilaan voimavaroja. Vuorovaikutuksellista tukemista on sekin, ettei vastaa potilaan epäkohteliaaseen käyttäytymiseen. (Vilen 2005, 23–25.)

Hoitaja voi saavuttaa luottamuksen potilaaseen yrittämällä tutustua ja ymmärtää tämän maailmankatsomusta mahdollisimman ennakkoluulottomasti. Hoitajan maailmankatsomus, arvot ja minäkäsitys ovat usein niin syvälle juurtuneita, ettei täysin ennakkoluuloton kohtaaminen välttämättä ole mahdollista. Suuret erot potilaan ja hoitajan arvoissa on suuri haaste kohtaamisessa. Siksi onkin tärkeää, että hoitaja pohtii omia arvojaan ja mielipiteitään. (Vilen 2005, 34–35.)

5.3 Emotionaalinen tukeminen

Sairastumisen myötä nainen kokee koko elämänsä muuttuneen ja rikkoutuneensa ihmisenä. Hänen terveydentilansa on muuttunut, hän on huolestunut oireistaan, sairaus todellistuu ja sairastunut yrittää jäsentää tilannettaan. Sairastunut kokee voimattomuutta ja kokonaisvaltaista pahaa oloa, sillä syöpään sairastuminen voi aiheuttaa kuoleman pelkoa, mielen kuormittumista ja kehon oireilua. Sairastumisen myötä ihminen kokee voimattomuutta ja pirstaloitumista, mikä synnyttää tuen tarvetta. Hoitajan ja potilaan välinen suhde luo mahdollisuudet tai rajoitukset tuen saamiselle. (Leino 2011, 94–95.)

Potilaan tuen tarpeen tunnistamiseksi hoitajan pitää luoda ymmärrys potilaan tilanteesta, mihin kuuluu elämäntilanteen selvittäminen, henkisen hyvinvoinnin arviointi, sanojen ja hiljaisuuden merkityksen näkeminen sekä hoitosuhteen rakentaminen (Mattila 2011, 62). Emotionaalisen tuen tarpeen arviointi alkaa heti hoitosuhteen alussa, kun potilas saa tietää syöpään sairastumisesta tai kun hän aloittaa hoitajakson. Tuen tarvetta arvioidaan potilasta tarkkailemalla, kysymällä ja keskustelemalla sekä kuuntelemalla. Emotionaalisen tuen tarve on yksilöllistä, mutta arviointia tulee jatkaa koko hoitajakson ajan. (Kuuppelomäki 2000, 141–142.)

Emotionaalisen tuen saaminen edistää negatiivisista tunteista yli pääsyä, mikä edistää potilaan elämänlaatua, elämäntilanteen säilymistä, sairaudesta parantumista ja toipumista, vähentää fyysisiä ja psyykkisiä oireita sekä lisää positiivista suhtautumista elämään ja pidentää elinaikaa (Kuuppelomäki 2000, 132, 139, 141). Tuen puuttuminen heikentää potilaan itsetuntoa ja elämäntilannetta, mikä saattaa johtaa turhautumiseen ja ennen aikaiseen luovuttamiseen (Wikström & Holli 2007, 243). Emotionaalisen tuen keinoja käytännössä ovat esimerkiksi läsnäolo, koskettaminen, myötäeläminen, lohduttaminen ja potilaan huomioiminen (Kuuppelomäki 2002, 122).

5.4 Syöpää sairastavien potilaiden odotuksia ja kokemuksia

Syöpää sairastavilla potilailla on monenlaisia odotuksia hoidon ja hoitoon osallistuvan henkilökunnan suhteen. Potilaat kokevat tärkeimmäksi tuen antajaksi läheiset ja ystävät. Ammatillisista lääkäri koetaan tärkeimmäksi, mutta myös hoitohenkilökunta sekä muut

ammattilaiset koetaan auttavan sairaudesta selviytymistä. Hoitajalta potilaat toivovat myönteistä, ystävällistä ja asiallista suhtautumista sekä ammattitaitoista huolenpitoa ja tarkkailua että keskustelua, myötäelämistä ja tiedon antoa. (Kuuppelomäki 1996, 124–125.) Leinon (2011, 132) mukaan potilaat kokevat erittäin tärkeänä, että heillä on oma hoitaja, joka perehtyy heidän asioihinsa, antaa aikaa ja keskustelee heidän kanssaan. Mattilan (2011, 73) mukaan potilaat saavat paremmin tukea koko hoidon aikana, jos heillä on omahoitaja. Potilaiden turvallisuuden tunnetta lisää myös hoitavan lääkärin jatkuva osallistuminen aktiivisesti hoitoon sekä mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa (Leino 2011, 131).

Potilaat toivovat hoitohenkilökunnalta empaattista suhtautumista (Mattila 2011, 107). Potilaat arvostavat hoitohenkilökunnan aitoa kiinnostusta, avoimuutta sekä läsnäoloa hetkessä, mikä tarjoaa potilaille mahdollisuuden purkaa tunteitaan, kysyä ja keskustella. Osa potilaista kokee koskettamisen luonnollisena kireän tilanteen laukaisevana tekijänä, mutta osa potilaista kokee koskettaminen tungetteluna ja ahdistavana. Kokemusten myötä monet potilaat kokevat saavansa paljon tietoa hoitohenkilökunnalta, mutta erityisesti esimerkiksi hoitojen tuomista haittavaikutuksista ja niiden voimakkuudesta tietoa on annettu liian vähän pääsääntöisesti. Hyvien ja kattavien hoito-ohjeiden saamisen potilaat kokevat lisäävän sisäistä turvallisuuden tunnettaan. (Leino 2011, 123–124, 138–144.)

Yksityisyys ei aina toteudu monipaikkaisten potilashuoneiden vuoksi. Potilaat arvostavat, kun heidän terveydentilaansa ja hoitoaan koskevat keskustelut voidaan käydä muualla kuin potilashuoneessa ilman ylimääräisten henkilöiden läsnäoloa. Potilaat arvostavat myös hoitohenkilökunnan hienotunteisuutta potilashuoneissa keskusteltaessa. Potilaat kokevat myös yksityisyyden paranevan pienempien potilashuoneiden sekä huoneissa olevien näköesteiden myötä. (Leino 2011, 136–137.)

Hiusten ja ihokarvojen lähtö aiheuttaa potilaissa voimakkaita tunnereaktioita, sillä niiden myötä katoaa myös osa naisellisuutta ja identiteettiä sekä syöpäsairaus näkyy ulospäin kaikille ihmisille. Potilaat osaavat varautua tähän hoitohenkilökunnalta saamansa tiedon perusteella, joten asia osataan varautua jo etukäteen hankkimalla peruukki tai muu päähine. (Leino 2011, 126.)

Potilaiden kokemukset tuen saamisesta vaihtelevat hoitopaikasta riippuen. Suunnitellusti hoitoon tulevat potilaat kokevat saavansa paremmin tukea kuin yllättäen sairaalahoittoon joutuneet, sekä lisäksi poliklinikalla käyneet potilaat kokevat saavansa paremmin tukea kuin vuodeosastolla hoidossa olevat potilaat. (Mattila 2011, 72, 106.)

Mattilan (2011, 104–105) mukaan potilaat saavat paremmin ja enemmän emotionaalista kuin tiedollista tukea. Tiedollinen tuki usein painottuu toimenpiteisiin, sairauteen ja sen hoitoon sekä tarvittaviin terveystalouteihin, kun taas henkilökohtaiseen tilanteeseen ja osallistumiseen liittyvä tuki jäävät vähäiseksi, jopa puutteelliseksi. Lehto-Järnstedtin (2002, 1460) tutkimuksen mukaan potilaista 63 % on täysin tyytyväisiä hoitajilta saamaansa tukeen, kun taas lääkäreiltä saatuun tukeen 7 % potilaista on täysin tyytyväisiä.

5.5 Hoitajien kokemuksia syöpää sairastavien potilaiden hoidosta

Hoitajat luottavat paljon intuitioihinsa arvioidessaan potilaan ja hänen läheistensä tuen tarvetta. Omahoitajana toimimisen hoitajat kokevat helpottavan tuen tarpeen arviointia, sillä näin on luonnollista keskustella ja kuunnella potilasta ja läheisiä. Tukemisen pääta-voitteeksi hoitajat nimeävät potilaan ja läheisten voimavarojen lisäämisen sekä keskinäisten suhteiden vahvistumisen. (Mattila 2011, 64.)

Hoitajien mukaan emotionaalisen tuen antamisessa painottuvat välittämisen osoittaminen, luottamuksen rakentaminen, turvan antaminen ja tunteiden käsittely. Välittämistä pidetään yleisimpänä emotionaalisen tuen menetelmänä, johon sisältyvät kuuntelu, läsnäolo sekä hyväksyntä. Hoitajat kokevat myös omien tunteiden ilmaisun lisäävän potilaan välitetyksi tulemisen kokemusta, eikä tunteiden näyttämisen koettu murentavan hoitajan ammatillisuutta. (Mattila 2011, 104–105.)

Hoitajat kokevat, että seksuaalisuudesta ja siihen liittyvistä asioista keskustelu on usein haastavaa ja arka aihe potilaille, mutta siitä on tärkeää keskustella potilaiden ja myös läheisten kanssa. Potilaalle annetaan usein seksuaalisten ongelmien tukemiseen erilaisia oppaita sekä voidaan pyytää seksuaalineuvojaa keskustelemaan potilaan ja läheisten kanssa, minkä hoitajat kokevat hyväksi. (Leino 2011, 128.)

Hoitajan työkokemuksen on tutkittu edistävän myönteistä suhtautumista kuolevan potilaan hoitamisessa, sillä nuorempien ja kokemattomampien hoitajien on osoitettu välttävän ajatusta kuolemasta sekä pelkäävän kuolemaa (Lange, Thom & Kline 2008, 959). Tutkimuksen mukaan hoitajat kokevat tietämättömyytensä ja tiedon puutteellisuuden erittäin rasittavana, sillä hoitajat pelkäävät sanovansa väärin tai liian vaikeaselkoisesti, mikä voi aiheuttaa väärinkäsityksiä sekä ristiriitaisuutta moniammatillisen työryhmän keskellä (Watts, Botti & Hunter 2010, E5).

Hoitajien kokemusten mukaan työhönsä tarjotaan liian vähän tai ei lainkaan, mikä vuoksi vakavasti sairaiden potilaiden hoitaminen koetaan psyykkisesti vieläkin raskaampana. Vakavasti sairaiden potilaiden hoitaminen aiheuttaa hoitajissa turhautuneisuutta, toivottomuutta, avuttomuutta sekä kyvyttömyyden tunnetta. Hoitajien työtyytyväisyyttä lisää hyvä ja toimiva yhteistyö esimiesten ja lääkäreiden kanssa. (Watts 2010, E5-7.)

6 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

6.1 Kvalitatiivinen menetelmä

Kvalitatiivisen menetelmän lähtökohtana on kuvata todellista elämää ja tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tarkoituksena on löytää ja paljastaa tosiasioita sekä suosia ihmistä tiedonkeruun lähteenä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161, 164.) Opinnäytetyön menetelmäksi valittiin kvalitatiivinen menetelmä, koska haluttiin kokonaisvaltaista tietoa ja sairaanhoitajien kokemuksia gynekologisten syöpäpotilaiden hoidosta sekä syventää tarkentavilla kysymyksillä haastatteluissa esille tulevia asioita että hyödyntää kvalitatiivisen menetelmän tuomaa vapautta opinnäytetyön teossa.

6.2 Aineiston hankinta

Haastattelussa tutkija ja tutkittava ovat suorassa vuorovaikutuksessa, mistä on paljon etuja ja haittoja. Haastattelu on joustava tiedonkeruun muoto, siinä voidaan säädellä aiheiden ja kysymysten järjestystä sekä selventää ja syventää saatavia vastauksia. Ryhmähaastattelussa saadaan tietoa usealta henkilöltä yhtä aikaa. Ryhmän vaikutuksella voi olla hyviä ja huonoja puolia, sillä ryhmä voi auttaa väärinymmärrysten korjaamisessa tai muistinvaraisissa asioissa. (Hirsjärvi 2009, 205–206, 210–211.) Haastatteluun osallistuvien henkilöiden välinen dynamiikka voi vaikuttaa esille otettaviin aiheisiin ja vastauksiin, esimerkiksi ryhmän kannalta kielteiset asiat voidaan jättää huomioimatta (Hirsjärvi & Hurme 2009, 63).

Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin ryhmähaastattelu, koska tarkoituksena oli kerätä hoitajien subjektiivisia kokemuksia. Lisäksi opinnäytetyön aihe on vaikea ja arka, sekä haastatteluiden tulosten uskottiin olevan monitahoisia, joiden vuoksi ryhmähaastattelun arvioitiin olevan sopivin aineistonkeruumenetelmä. Kahden eri ryhmän välillä voi olla paljon eroja vastausten suhteen riippuen ryhmän jäsenistä ja heidän kokemuksistaan. Haastateltavien kokemuksissa voi myös olla paljon eroavaisuuksia riippuen persoonallisuudesta ja työurasta. Haastattelujen teemat valittiin opinnäytetyön tehtävien perusteella.

Ryhmähaastattelut toteutettiin haastatteleamalla Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä työskenteleviä sairaanhoitajia helmikuussa 2012. Työelämäyhteytenä toimivan osaston henkilökuntaa tiedotettiin etukäteen haastattelusta (liite 1). Haastateltavat saivat etukäteen tietoa haastattelun teemoista (liite 2). Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista ja jokaiselta haastateltavalta pyydettiin kirjallinen suostumus osallistumiseen (liite 3).

Haastatteluihin osallistui kaksi kolmen hengen ryhmää, ja ne toteutettiin työaikana. Molemmat haastattelut kestivät noin 50 minuuttia. Opinnäytetyöntekijät olivat molemmissa haastatteluissa läsnä ja osallistuivat aktiivisesti haastatteluiden tekemiseen. Ensimmäisessä haastattelussa tunnelma oli rento ja keskustelun aiheet vaihtuivat omalla painollaan välillä palaten takaisin aiemmin käsiteltyihin aiheisiin. Toisessa haastattelussa tunnelma oli hieman hiljaisempi ja haastattelua vietiin eteenpäin pitkälti opinnäytetyöntekijöiden toimesta. Ensimmäisen haastattelun jälkeen haluttiin varmistua, että haastatteleamalla saadaan kattavat vastaukset opinnäytetyön tehtäviin, joten ennen toista haastattelua opinnäytetyöntekijät kuuntelivat ja kertasivat ensimmäisen haastattelun kulkua ja sisältöä. Asiasisällöltään haastattelut olivat hyvin samankaltaiset, mikä vahvistaa esille tulleiden asioiden totuudenmukaisuutta ja luotettavuutta. Haastateltavat osallistuivat vaihtelevasti, mutta jokainen kuitenkin pääsi osallistumaan keskusteluun.

6.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysin tarkoituksena on järjestää aineisto tiiviiksi kokonaisuudeksi kadottamatta kuitenkaan sen sisältämää tietoa. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheet ovat aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistämisen tarkoituksena on karsia kaikki tutkimukselle epäolennainen pois, joko tiivistämällä tai pilkkomalla aineisto osiin. Ryhmittelyvaiheessa aineistosta etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä, jotka ryhmitellään ja yhdistellään luokiksi. Luokat nimetään niiden sisältöä kuvaavilla käsitteillä. Teoreettisten käsitteiden luominen ja yhdisteleminen tuottaa johtopäätöksiä ja loppujen lopuksi vastauksia tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–113.)

Nauhoitukset litteroitiin sanatarkasti viikon kuluttua haastatteluiden toteuttamisesta. Opinnäytetyöntekijät litteroivat nauhoitukset puoliksi, minkä jälkeen nauhoitukset kuunneltiin vielä kerran litteroinnin tarkkuuden varmistamiseksi. Kaikkiaan aineistoa tuli yhteensä 24 sivua. Aineiston analyysi aloitettiin noin kuukauden päästä haastatteluiden toteuttamisesta. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin aluksi aineistoon merkittiin opinnäytetyön kannalta olennaiset asiat, jotka antavat vastauksia opinnäytetyön tehtäviin. Kumpikin opinnäytetyöntekijä merkitsi olennaiset asiat yksin, koska haluttiin varmistua, että pääasioiden suhteen ollaan yksimielisiä. Olennaisiksi merkityt asiat muutettiin pelkistettyyn muotoon, jonka jälkeen varmistettiin vertailemalla, että molemmat opinnäytetyöntekijät ovat samoilla linjoilla olennaisten asioiden suhteen. Pienellä hienosäädöllä olennaiset asiat ja pelkistetyt muodot saatiin muotoiltua molempia miellyttäväksi kokonaisuudeksi.

Esimerkiksi aineistosta sairaanhoitajan kertomaa: ”Usein sekin on tosi ahdistavaa, että tulee sellanen riittämättömyyden tunne, et kun näkee kuinka toinen kärsii ja kaikkies oot tehny muttei niin kun mikään auta.”, joka pelkistettiin muotoon riittämättömyyden tunne. Näistä pelkistetyistä muodoista koottiin samankaltaiset omiin alaluokkiinsa, esimerkiksi riittämättömyyden tunne ja hoitajan kokemattomuus, joista vielä muodostettiin kolme yläluokkaa, esimerkiksi hoitajasta johtuvat haasteet (taulukko 1). Yläluokat ovat gynekologisen syöpäpotilaan psyykkisen tukemisen toteutuminen, sairaanhoitajan valmiudet sekä haasteita psyykkisessä tukemisessa, jotka muodostuvat pääosin opinnäytetyön tehtävien mukaisesti.

TAULUKKO 1. Aineiston luokittelusta esimerkki

| Alkuperäinen ilmaus | Pelkistetty muoto | Alaluokka | Yläluokka |
|--|---|--|------------------------------------|
| ”Tulee myös sitten omaisille yllätyksenä se loppuvaiheen tää tavallaan roimahdus, että he ei oo siihen niin kun valmistautunu.” | Omaisiet eivät ole valmistautunut potilaan kuolemaan. | Potilaisiin ja omaisiin | Haasteita psyykkisessä tukemisessa |
| ”Vaikeempia ne semmoset potilaat on, jotka ihan hirveen ahdistuneita ja pelokkaita siitä tilanteesta, mut ei pysty mitenkään purkaa sitä oloonsa.” | Potilaan ahdistus ja pahaolo | liittyvät haasteet | |
| ”Usein sekin on tosi ahdistavaa, että tulee sellanen riittämättömyden tunne, et kun näkee kuinka toinen kärsii ja kaikkies oot tehny muttei niin kun mikään auta.” | Riittämättömyyden tunne | Hoitajasta johtuvat haasteet | |
| ”Varmasti vanhemmilla, kokeneemmillä hoitajilla on enemmänkin valmiuksia sitten tukee sillain, et he on nähny enemmän ja heillä on kokemuksia niistä [syöpäpotilaista] enemmän.” | Hoitajan kokemattomuus | | |
| ”Tilat vaikuttaa tietysti, et jos ei oo potilaalla omaa huonetta niin on sitten tietenkin yks kynnys enemmän alkaa puhumaan niistä omista asioista, kun siellä on niitä muitakin potilaita.” | Tilat | Ympäristön ja muiden tekijöiden vaikutus | |
| ”Eikä sit niin herkästi ota sitä aihetta esille, jos on kiireinen ilta tai aamu.” | Kiire | | |

7 TULOKSET

7.1 Gynekologisen syöpäpotilaan psyykkisen tukemisen toteutuminen

Sairaanhoitajat toivat esille erilaisia tavoitteita, joihin he pyrkivät syöpää sairastavien potilaiden psyykkisessä tukemisessa. Psyykkinen tukeminen toteutuu muun hoitotyön ohessa erilaisin tavoin, esimerkiksi kuuntelemalla. Myös osaston ulkopuolisten työntekijöiden ammattitaitoa voidaan hyödyntää potilaiden psyykkisen tukemisen toteutumiseksi.

7.1.1 Tavoitteet psyykkisessä tukemisessa

Tukemisen tavoitteena on potilaan voimavarojen lisääminen ja elämänlaadun parantaminen. Potilaalle on synnyttävä turvallisuuden tunne ja hänen on voitava luottaa hoitajaan sekä siihen, että hoitaja on aina saatavilla.

Sitä turvallisuuden tunnetta, sitten on niin ku hyvissä käsissä ja välitetää.

Varmaan sitä että potilas tuntis olonsa turvalliseksi, että ei ois turvaton olo.

Tavoitteena on ottaa potilaan realistinen tilanne huomioon ja olla potilaalle rehellinen. Tärkeää on myös kärsimyksen lievittäminen ja parhaan mahdollisen hoidon toteuttaminen kokonaisvaltaisesti sekä toivon ylläpitäminen.

Kerrotaan sille potilaalle ja puhutaan totta ja asioiden oikeilla nimillä.

Saa parasta mahdollista hoitoa – – ja sitten se toivon ylläpito on tärkeä kanssa.

Hän kokee se, että hänestä välitetään ja hänestä huolehditaan ja autetaan ja helpotetaan kärsimystä ja ei tarttis kärsiä kipuja – – tulis monella tapaa huomioiduks sitten.

Sairaanhoitajat kertoivat, että olennaista tavoitteisiin pyrkiessä on keskittyä siihen hetkeen, mikä kohdalle tulee.

Se ois tosi tärkeätä, kun aina keskittyis siihen asiaan mikä kulloinkin kohdalle tulee, keskittys sit just siihen eikä ajattelis mitään muuta.

7.1.2 Psykkisen tukemisen toteutuminen käytännössä

Sairaanhoitajat toivat esille tukemisen olevan käytännössä kuuntelua ja keskustelua. Käytännössä pienillä asioilla, kuten potilaan voinnin ja kuulumisten kysymisellä sekä potilaan tarpeisiin vastaamisella, on tärkeä merkitys. Sairaanhoitajat kertoivat osoittavansa välittävänsä potilaasta ottamalla hänen sanansa todesta sekä huomioimalla hänen toiveensa ja sen mikä on potilaalle parhaaksi.

Ajattelin et se on kans sitten niin kun sen potilaan kuuntelemista ja toiveitten huomioimista.

Useinhan ihan just se pelkkä kuunteleminenkin, ettei sun tarvi esittää mitään ihan hirveen hienoja kysymyksiä.

He ilmeisesti odottaa kuitenkin, että hoitaja tulee ja pysähtyy ja kysyy, että mikä vointi ja tarttisko nyt mitään.

Tukemiseen kuuluvat myös tiedon tarjoaminen, ohjaaminen sekä omaisten huomioiminen. Sairaanhoitajat korostivat potilaan aidon kohtaamisen ja läsnäolon olevan merkittäviä. Sairaanhoitajan on tärkeää asettua jokaiseen tilanteeseen aitona itsenään. Tukeminen voi olla myös potilaan puolesta puhumista.

Mut paljonhan se on sellasta niin kun läsnäoloo nimenomaan siinä tilanteessa, kuuntelua ja miten kohtaat sen potilaan. Kyl mä uskon et he saa siitäkkin jo paljon. Saa sitä tukee siitäkkin jo kun on siinä tilanteessa läsnä ja kuuntelee.

Usein puolesta puhumistakin, koska lääkärille ne usein skarppaa kierrolle sillain et ne on ihan erilaisia sit siinä hetkessä – –.

Sairaanhoitajat kohtaavat moninaisia haasteita psyykkisessä tukemisessa, mutta pyrkivät parhaansa mukaan silti huomioimaan myös potilaan psyykkisen hyvinvoinnin.

Yleisesti varmaan niin ku jokainen yrittää sitä aikaa antaa ja kuunnella sen minkä ehtii jutella ja kysellä niitä vointeja ja kuulumisia.

7.1.3 Moniammatillinen yhteistyö

Potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan voidaan ehdottaa esimerkiksi sairaalapastorin tai psykiatrisen sairaanhoitajan tapaamista. Potilaat saavat apua eteenkin käytännön asioiden järjestämiseen sosiaalityöntekijältä, joka käy tapaamassa lähes kaikkia gynekologista syöpää sairastavia potilaita. Syöpäjärjestön sairaanhoitaja käy ajoittain tapaamassa syöpään sairastuneita potilaita hoitoyksikössä.

Saattaa tarjota psykiatrista sairaanhoitajaakin esim.

Kun ensimmäistä hoitoo [sytostaattihoito] tulee samaan niin siellä on tapana että sosiaalihoitaja tulee sit juttelee – – se kyllä niin pitkän ajan keskustelee ja kun on kuunneltu sivussa niin kyllä tosi hyvin sitä tukee antaa siinä.

Varmaan sitä pappia vois tarjota noille, joilla sit jo pitemmällä se sairaus. Sekin [pappi] on, että ihan hyvä keskusteleen vaikka ei tarvii niin uskonnollisista asioista.

Potilaat suhtautuvat keskusteluavun tarjoamiseen yksilöllisesti. Osa potilaista saattaa itsekin pyytää esimerkiksi sairaalapastoria juttelemaan, osa taas saattaa suhtautua hyvin kielteisesti kaikkeen tarjottuun keskusteluapuun.

Oon kans saanu oikein silmille kun on jotain ehdottanu, eihän mitään pappia.

Voi olla että potilaan ois helpompi puhua ihan sen hoitajan kans kuka niitä hoitaa, kun että siihen sitten ruvetaan pyytään ihan ventovierasta psykiatrista sairaanhoitajaakin.

7.2 Sairaanhoitajan valmiudet

Sairaanhoitajien valmiudet tukea syöpäpotilasta riippuvat paljon yksilöllisistä tekijöistä. Sairaanhoitajien oma koulutus, elämäkokemus ja ikä voivat vaikuttaa valmiuksiin tukea syöpää sairastavaa. Sairaanhoitajat korostivat työyhteisön antamaa tukea omassa jaksamisessa.

7.2.1 Yksilölliset tekijät

Sairaanhoitajien valmiudet kohdata syöpäpotilaita ovat vaihtelevia. Koulutus ja työkokemus koetaan tärkeinä, mutta myös oma elämäkokemus nähdään etuna. Sairaanhoitajat uskovat valmiuksien kasvavan kokemuksen myötä.

Varmaan ne valmiudet kasvaa vaan siis tätä työtä tekemällä – – sanotaan että vastavalmistunu on aika tyhjällä pohjalla. Se on varmaan semmonen ihmistuntemus, mikä kasvaa, mikä kenellekin on se paras tuki sitten.

Lisäkoulutukset koetaan hyvinä ja tarpeellisina, mutta kaikki eivät niihin ole päässeet tai niitä ei ole ollut tarjolla.

Koulutuksissakin ehkä saa sillain avaimia siihen että minkälaisilla kysymyksillä voi ruveta käsittelemään tätä asiaa.

7.2.2 Sairaanhoidajan jaksaminen

Työnohjausta ei ole järjestetty säännöllisesti, mutta sairaanhoitajat kokevat työpaikan ilmapiirin avoimeksi ja siellä voi keskustella vapaasti omista kokemuksista ja tuntemuksista.

Oon kyllä kokenu et täällä meillä on helppo puhua.

Sillon tällön on ollu näitä työnohjausryhmiä, mutta tosi harvoin tarjolla.

Kollegoiden tuki on sairaanhoitajille tärkeää päivittäisessä työssä ja tarvittaessa myös esimiehen kanssa voi käydä keskustelemassa. Sairaanhoitajat pitävät tärkeänä puhua mieltä painavista asioista.

Osastonhoitajan kanssa ja apulaisosastonhoitajan kanssa kyllä on mahdollisuus päästä jutteleen ja kollegat sitten tietenkin.

Kun alkaa käymään liian raskaaksi niin täällä saa sanoa, että ei haluais enää hoitaa sitä potilasta, että toinen jatkaa.

7.3 Haasteita gynekologisen syöpäpotilaan psyykkisessä tukemisessa

Syöpäpotilaiden psyykkisessä tukemisessa esiintyy hyvin moninaisia haasteita. Sairaanhoitajat nostivat esille sairaanhoitajien omista valmiuksista ja ominaisuuksista aiheutuvat haasteet, potilaisiin ja omaisiin liittyvät haasteet sekä ympäristön ja muiden tekijöiden vaikutukset hoitotyöhön ja erityisesti psyykkiseen tukemiseen.

7.3.1 Potilaisiin ja omaisiin liittyvät haasteet

Osa potilaista voi olla hyvin vaativia, mikä on hoitajille haastavaa ja kuormittavaa. Toisaalta sairaanhoitajat toivat esille potilaiden, jotka ovat hyvin vaiteliaita, ahdistuneita, pelokkaita tai kieltävät sairautensa, olevan myös hyvin haasteellisia.

Vaikeempia ne semmoset potilaat on, jotka ihan hirveen ahdistuneita ja pelokkaita siitä tilanteesta, mut ei pysty mitenkään purkaan sitä oloonsa.

Nää [potilaat] on kauheen seuran kipeitä monesti, että ne tulee tutuks täällä niin sit ne on semmosia aikaa vieviä potilaita.

Ne [potilaat] esittää niin vaikeita kysymyksiä, mihin ei ole mitään vastauksia.

Sairaanhoitajille on haasteellista keskustella potilaan kanssa, mikäli hän vaikuttaa olevan haluton keskustelemaan.

Helpompihan on hoitaa semmosta, et se [potilas], kertoo ja puhuu niistä tunteista, niin helpompihan semmosta on kun ei tarvi yrittää ite alottaa sitä keskustelua.

Joskus suuri ikäero sairaanhoitajan ja potilaan välillä voi aiheuttaa haasteita. Vanhemmat potilaat saattavat suhtautua nuoriin sairaanhoitajiin aluksi epäilevästi, mutta sairaanhoitajat painottivat hoidon kuitenkin sujuneen luottamuksen synnyttyä.

Ensin voi olla se asenne et noin nuori hoitaja, et mut sitten ku tutustuu siihen potilaaseen niin kyllä se siitä lähtee. Osalla voi olla se ensireaktio kaikkia kohtaan hyvin negatiivinen.

Kun nuori [hoitaja] menee, eikä oo tuttu niin, et heti on se epäluulo et osaako tuo mitään ja tietääkö mitä se tekee, että ehkä silloin pitää ansaita se luottamus.

Usein loppuvaiheen voinnin romahdus tulee yllätyksenä potilaille ja omaisille, mikä on sairaanhoitajillekin haastavaa.

Tulee myös sitten omaisille yllätyksenä se loppuvaiheen tää tavallaan romahdus, että he ei oo siihen niin kun valmistautunu.

Vielä raskaammaksi sen tekee, mikäli potilaan ja omaisten näkemys hoitolinjoista on ristiriitainen.

Sitten ne on varsinkin haastavia, jos omaisilla on eri linja kun potilaalla itellään siitä hoidosta. Ne on semmosia ristiriitatilanteita, että jos potilas ite ei enää halua aktiivisia hoitoja, koska niistä tulee pahoinvointia ja huono olo, eikä enää jaksa niitä, mutta omaiset sitten taas ois vaatimalla vaatimassa että niitä.

7.3.2 Sairaanhoitajan riittämättömyys

Syöpäpotilaiden hoitotyössä ja psyykkisessä tukemisessa on haasteellista loppuvaiheen hoito, kuolemasta puhuminen ja oikeiden sanojen löytäminen. Raskaana pidettiin jatkuvaa tukemista ja kannustamista, koska varmuutta selviytymisestä ei kuitenkaan aina voida antaa. Työ on ajoittain raskasta ja ahdistavaa. Sairaanhoitajat kuvasivat myös kokevansa riittämättömyyttä.

Ehkä vaikeinta ja haastavinta on kuolemasta puhuminen sit, kun on se niin kun loppuvaiheen aika.

Usein sekin on tosi ahdistavaa, että tulee sellanen riittämättömyyden tunne, et kun näkee kuinka toinen kärsii ja kaikkes oot tehny muttei niin kun mikään auta.

Välillä on vähän vaikee löytää niitä sanoja, mitä sitten sanois, jos tilanne on huono.

Sairaanhoitajien omat valmiudet, kokemattomuus ja koulutuksen puute voivat asettaa haasteita työhön.

Varmasti vanhemmilla, kokeneemmilla hoitajilla on enemmänkin valmiuksia sitten tukee sillain, et he on nähny enemmän ja heillä on kokemuksia niistä [syöpäpotilaista] enemmän.

Kun ei oo sitä kokemusta itellä välttämättä niin paljon, että uskaltaako sanoo sille potilaalle tai omaisille että on ite sitä mieltä, että ei ehkä tästä enää tuukaan se vointi paremmaks, että uskaltaa sen ääneen sanoa.

Myös ristiriita sairaanhoitajan omassa näkemyksessä ja lääkärin määräyksissä voi kuormittaa ja tuoda haasteita hoitotyöhön.

Se on haastavaa hoitajalle, kun lääkäri antaa toista viestiä ja me taas nähdään se toinen puoli.

Se on niin vaikee tilanne, kun sä oot ristiriidassa – – kun sä oot nähny mitä tässä tapahtuu, mut silti sä joudut toteuttaa sen lääkärin antamia ohjeita ja määräyksiä.

Fyysisen ja psyykkisen hoidon yhdistäminen voi olla haasteellista. Lisäksi haasteita voivat aiheuttaa myös henkilökemiat.

Yks hoitotyön haaste on, että siinä kun sitä potilasta fyysisesti hoidetaan, että ottas siinä sen psyykkeen niin kun siinä samalla jotenkin huomioon.

Joskus jos ei vaan henkilökemiat kohtaa hoitajalla ja potilaalla, ja siitäkin on tosi vaikee yrittää tukee sitä henkistä puolta.

Hoitajien omat murheet tai vaivat tuovat lisää haasteita työhön.

Sekin kyllä vaikuttaa, jos on niin ku kotona itellä jotakin murhetta hoitajalla.

Oot puolikuntonen, väsyne, flunssanen, – tai niin ettet oo ihan kunnossa.

7.3.3 Ympäristön ja muiden tekijöiden vaikutus

Sairaanhoitajat korostivat ajan puutetta ja kiirettä yhtenä haasteena. Osasto on hektinen ja psyykkinen tukeminen saattaa kiireessä jäädä vähemmälle huomiolle. Hoitosuhde saattaa myös jäädä katkonaiseksi, sillä sairaanhoitajien työvuorot ja työnjako eivät välttämättä asetu niin, että sama sairaanhoitaja pystyisi hoitamaan samaa potilasta useampana päivänä.

Tää osasto on niin hektinen, että tääl on melkein aina kiire, niin se just tuntuu vähän kurjalta, että se psyykkinen semmonen keskustelu ja semmonen psyykkisen puolen hoito jää usein vähän vajavaiseks, kun ei kerta kaikkiaan ole aikaa.

Kyllä jos kiire on, niin se on ihan fakta, ettet sä kerkiä kuuntelemaan. Yrittät livistää tilanteesta, että kuitenkin tietää mitkä asiat on niin sanotusti pakko hoitaa, että se tärke asia on mutta –.

Eikä sit niin herkästi ota sitä aihetta esille, jos on kiireinen ilta tai aamu.

Osaston tilat eivät anna kovin hyvää mahdollisuutta kahden keskeisiin tuokioihin, sillä useimmat potilashuoneet ovat kahden tai kolmen hengen huoneita. Sairaanhoitajat pitivät tärkeänä yhden hengen huoneen mahdollisuutta varsinkin loppuvaiheen hoidossa.

Tilat vaikuttaa tietysti, et jos ei oo potilaalla omaa huonetta niin on sitten tietenkin yks kynnys enemmän alkaa puhumaan niistä omista asioista, kun siellä on niitä muitakin potilaita.

Osastolla hoidettavien sairauksien vaikeus tuo haasteita. Gynekologiset syövät etenevät kovin eri tahtia ja potilaat voivat olla hyvin nuoriakin. Sairaanhoitajat toivat esille ristiin tunnetta, mikä syntyy lääkäreiden luodessa liian pitkään toivoa potilaille.

Ja sitten kun nää sairaudet on niin semmosia, että sitten kun ne etenee niin eri tahtia. Joku saattaa sairastaa parikytä vuotta ja joku sit menee ihan muutamassa kuukaudessa, että ne on niin eri tyyppisiä.

Ja sekin mikä niin lääkärit antaa näille hirveen pitkän aikaa toivoo ja sitten vaikka me nähtäis se tilanne toisin, että sitten saattaa lääkärit psyykatta nää et vielä annetaan hoitoo ja tällasta ja sit se voi ollakin et muutaman päivän päästä kuolee, et ei ne ookaan valmistautunu sit siihen kuolemaan. Et se on haastavaa hoitajalle kun lääkäri antaa toista viestiä ja me taas nähdään se toinen puoli.

Näitäkin tapauksia on, että potilaat tuo esille ettei heille kaikkee kerrota. Että lääkäri pimittää tietoja eikä puhuta. Eihän se hoitajankaan asia oo kertoa ja tuoda näitä asioita julki, kyl se mun mielestä on lääkärin pitää kertoo siitä realistisesta tilanteesta.

8 POHDINTA

8.1 Johtopäätökset

Monen syöpää sairastavan potilaan tavoitteet eivät ole useinkaan kovin kauaskantoisia, kuten pystyä syömään edes vähän, nähdä huomisen päivä tai selviytyä 10 sädehoitokerrasta. Näiden tavoitteiden täyttämiseksi opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajan on olennaista keskittyä sen hetkiseen tilanteeseen sekä potilaan huomioimiseen kokonaisuutena. Lisäksi opinnäytetyön tulosten mukaan tukemisen tavoitteena on turvallisuuden tunteesta huolehtiminen, kärsimyksen lievittäminen ja toivon ylläpitäminen. Karhu-Hämäläisen (2002, 55) sekä Kuuppelomäen (1996, 125) tutkimuksissa toivon ylläpitämistä on pidetty tärkeänä tavoitteena. Muurisen (2009, 35) tutkimus tukee turvallisuuden ja siihen liittyvän tunteen huolehtimisen merkitystä. Tärkeimmäksi tavoitteeksi opinnäytetyön tulosten mukaan nousi potilaan voimavarojen lisääminen sekä luottamuksen syntyminen hoitajaan, mitkä ovat myös Mattilan (2011, 64) tutkimuksen mukaan tärkeitä tavoitteita.

Opinnäytetyön tulosten mukaan psyykkinen tukeminen on käytännössä kuuntelua, keskustelua sekä voinnin ja kuulumisten kysymistä. Välittämistä opinnäytetyön tulosten mukaan osoitetaan ottamalla potilaan sanat todesta, huomioimalla potilaan toiveet sekä sen, mikä on potilaalle parhaaksi. Mattilan (2011, 104) mukaan välittäminen on yleisin emotionaalisen tuen menetelmä, johon sisältyvät kuuntelu, läsnäolo sekä hyväksyntä. Sairaanhoidajien kokemusta potilaiden aidon kohtaamisen ja läsnäolon tärkeydestä puoltaa Leinon (2011, 138–139) tutkimus, jonka mukaan potilaat arvostavat hoitohenkilökunnan aitoa kiinnostusta, avoimuutta sekä läsnäoloa hetkessä, mikä tarjoaa potilaalle mahdollisuus purkaa tunteitaan, kysyä ja keskustella.

Leinon (2011, 132) mukaan potilaalle on erittäin tärkeää, että hänellä on omahoitaja, jonka perehtyy hänen asioihinsa, antaa aikaa ja keskustelee. Mattilan (2011, 73) mukaan potilas saa paremmin tukea koko hoitoprosessin aikana, mikäli hänellä on omahoitaja. Opinnäytetyön tulosten mukaan omahoitajuus ei toteutunut käytännössä, jos sama sairaanhoitaja ei jatkanut useita päiviä samojen potilaiden hoitamista. Päivittäisessä työnsäjoissa voitaisiin huomioida paremmin hoidon jatkuvuus, jotta jatkuva hoitosuhde muo-

dostuiksi. Samojen potilaiden hoitaminen useina peräkkäisinä päivinä on opinnäytetyön tulosten mukaan ajoittain raskasta. Omahoitajuus ja yksilövastuinen hoitotyö ovat kuitenkin tänä päivänä trendejä, joihin pyritään ja joilla halutaan turvata potilaalle yksilöllisyyttä ja turvallisuutta. Onko omahoitajamalli kuitenkin liian kuormittava syöpää sairastavien hoidossa? Voitaisiinko säännöllisellä työnohjauksella antaa sairaanhoitajille mahdollisuus käsitellä vaikeita asioita ja edistää sairaanhoitajien työssä jaksamista?

Gynekologisten syöpäpotilaiden psyykkisen tukemisen toteutumista vaikeuttavat tai jopa estävät monet haasteet. Yhdeksi merkittäväksi haasteeksi sairaanhoitajat nimesivät erilaiset resursseihin liittyvät ongelmat, tilojen puute ja ahtaus, hoitajaresurssit ja siihen liittyvä kiire. Sekä Mattilan (2001, 87) että Leinon (2011, 136–137) mukaan fyysisesti ahdas ympäristö ja monipaikkaiset potilashuoneet ovat haittana ja esteenä yksityisyyden ja psyykkisen tukemisen toteutumiselle. Muurisen (2009, 45) tutkimuksessa on myös saatu samansuuntaisia tuloksia, että vähäiset hoitajaresurssit sekä kiire vaikuttavat psyykkisen tukemisen toteutumiseen. Erääksi merkittäväksi potilaasta riippuvaksi haasteeksi sairaanhoitajat kuvasivat potilaan passiivisuuden ja yksilöllisen tunteiden käsitteilyn. Muurisen (2009, 30) mukaan tunteiden ilmaisu riippuu yksilöllisistä tekijöistä, sillä toiset näyttävät, purkavat ja käsittelevät tunteitaan hyvinkin avoimesti, kun taas toiset eivät halua tai osaa ilmaista tunteitaan. Opinnäytetyön tulosten mukaan potilaita, jotka olivat passiivisia eivätkä pystyneet näyttämään tai käsittelemään tunteitaan, oli haastavampaa, jopa mahdotonta tukea psyykkisesti sairauden keskellä. Toisaalta opinnäytetyön tulosten mukaan myös seurankipeiden ja jatkuvasti vaikeita kysymyksiä esittävien potilaiden tukeminen oli hyvin haastavaa, sillä tällaiset potilaat kuormittavat sairaanhoitajaa psyykkisesti.

Yhdistelmähoitojen tulevaisuuden haasteina ovat kuitenkin eri hoitomuotojen yhdistäminen ja ajoittaminen oikein (Roberts 2006, 39). Tulosten mukaan hoitajat kokevat joskus ristiriitaisia tunteita noudattaessaan lääkärien määräyksiä. Myös hoitojen haittavaikutuksista on tulosten mukaan kerrottu joskus liian vähän potilaille, ja potilaille on luotu liikaa toivoa. Leinon (2011, 123–124) mukaan monet potilaat kokevat saavansa paljon tietoa hoitohenkilökunnalta, mutta erityisesti esimerkiksi hoitojen tuomista haittavaikutuksista ja niiden voimakkuudesta tietoa on annettu liian vähän pääsääntöisesti.

Kokemusten perusteella sairaanhoitajakoulutus ei tarjoa mahdollisuutta varsinaisesti erikoistua syöpää sairastavien potilaiden hoitoon, vaikka osana laajempia kokonaisuuksia syövän ja syöpää sairastavien hoitoa käsitelläänkin. Sairaanhoitajan työkokemuksella on suuri merkitys syöpää sairastavien kohtaamisessa ja hoidossa, mutta myöskään sairaanhoitajien kuvaamaa iän tuomaa elämäkokemusta ei sovi unohtaa osana valmiuksia. Sairaanhoitajien mukaan koulutuksia oli kohtalaisen vähän tarjolla, joten sairaanhoitajien ammattitaitoa ja osaamista syöpäpotilaiden hoidossa ja tukemisessa voisivat lisätä koulutukset, joihin osallistumista velvoittavat myös Sairaanhoitajan eettiset ohjeet (1996) ammattitaidon kehittämiseksi ja ylläpitämiseksi.

Opinnäytetyöhön haastatellut sairaanhoitajat toivat esille idean hoitajasta, joka olisi erikoistunut syöpää sairastavien tukemiseen, ja joka kävisi poikkeuksetta juttelemassa jokaiselle potilaalle. Sairaanhoitajat uskoivat sen madaltavan kynnyksiä, mikä nyt on usein liian suuri psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa keskustelulle. Siten jokaisen gynekologisen syöpäpotilaan psyykkisen tuen tarve tulisi arvioiduksi ja täytetyksi.

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden (2002) mukaan hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkimuksen tekijät toimivat rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta noudattaen sekä huolehtivat lupauksista ja oikeuksista sekä vastuista ja velvollisuuksista. Opinnäytetyöntekijät ovat noudattaneet hyvää tieteellistä käytäntöä toimimalla huolellisesti ja tarkasti sekä mukailemalla kvalitatiivisen menetelmän periaatteita. Opinnäytetyössä on lähteinä käytetty eettisesti kestäviä ja luotettavia lähteitä, joihin on viitattu asianmukaisesti ja kunnioittavasti. Ennen opinnäytetyön tekemisen aloittamista tehtiin tarkka suunnitelma, joka hyväksyttiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Opinnäytetyö on tehty noudattaen tarkasti tehtyä suunnitelmaa sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin esittämiä velvollisuuksia.

Lähteiden kriittinen arviointi on tärkeää tiedon luotettavuuden kannalta, jolloin tekijän on syytä kiinnittää huomioita lähteitä valitessaan, erityisesti lähteen aitouteen, riippumattomuuteen, alkuperäisyyteen sekä puolueettomuuteen (Mäkinen 2006, 128). Tutkimuksen tekijät käyttävät kunnioittavasti ja asianmukaisesti muiden tutkijoiden töitä ja

saavutuksia (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002), mistä kertoo lähteiden oikeaoppinen ja huolellinen merkitseminen (Mäkinen 2006, 130). Opinnäytetyötä varten tehtiin useita kertoja hakuja eri tietokantoihin ammattikorkeakoulun nelliportaalin kautta. Opinnäytetyön lähteiden hakuun pyydettiin apua kirjastonhoitajalta, mutta haut tuottivat vain jo aiemmin löydettyjä lähteitä. Opinnäytetyössä on pääsääntöisesti käytetty enintään 10 vuotta vanhoja lähteitä muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta, kun on haluttu käyttää alkuperäistä, nykyäänkin paikkansa pitävää lähdeä. Lähteistä on pyritty aina löytämään uusimmat painokset, jotta voidaan turvata lähteen luotettavuus. Internet-lähteet on valittu niin, että ne ovat varmasti luotettavia ja alkuperäisiä. Opinnäytetyössä käytetyt lähteet on pyritty merkitsemään tarkasti ja huolellisesti noudattaen kirjallisen työn ohjeita.

Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista. Osallistujat saivat sekä suullista että kirjallista tietoa opinnäytetyöstä ja haastatteluihin liittyvistä asioista. Kaikilta haastatteluihin osallistujilta pyydettiin kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön valmistuttua suostumuslomakkeet sekä haastattelujen nauhoitukset ja muut haastatteluihin liittyvät materiaalit ovat hävitetty lopullisesti. Opinnäytetyön tuloksia tukevat kommentit on pyritty valitsemaan niin, ettei opinnäytetyöhön osallistujia voi tunnistaa, jotta voidaan turvata osallistujien anonymiteetti. Lisäksi opinnäytetyöhön valitut kommentit on muokattu niin, ettei henkilöitä voida tunnistaa esimerkiksi murteiden tai puhetylin perusteella.

Tuloksien luotettavuutta kuvaa kahden eri haastattelun samankaltaisuus kulun ja keskusteluissa esiintyvien asioiden suhteen. Lisäksi haastattelutilanteissa tehtiin jatkuvasti tarkentavia kysymyksiä väärinymmärryksien välttämiseksi ja vastausten täsmentämiseksi. Haastattelujen nauhoitukset purettiin täsmällisesti ja sanatarkasti. Aineiston luokittelun tekivät ensin molemmat opinnäytetyön tekijöistä yksin. Luokittelut olivat hyvin samankaltaisia verrattaessa, joten pienellä hienosäädöllä aineisto saatiin luokiteltu molempia tekijöitä tyydyttäväksi. Kaikkiin tuloksiin liittyi useampia kommentteja, mutta valmiiseen työhön valittiin mahdollisimman kuvaavia ja selkeitä kommentteja. Tulokset lähetettiin luettavaksi tulosten luotettavuuden varmistamiseksi työelämäyhteyshenkilölle, joka vahvisti tulosten totuudenmukaisuuden.

8.3 Prosessin pohdinta

Aiheemme oli kiinnostava ja koimme sen tärkeäksi. Olimme molemmat käytännön harjoittelussa hoitaneet gynekologisia syöpäpotilaita ja nähneet käytännössä hoidon toteutumista. Koimme syöpäpotilaiden psyykkisen tukemisen olevan haasteellista ja halusimme tuoda aihetta enemmän esille, joten ehdotimme opinnäytetyön aihetta hoitoyksikölle. Syöpäpotilaiden tukemista on tutkittu melko paljon, mutta erityisesti gynekologisiin syöpäpotilaisiin liittyen tutkimustietoa on niukasti saatavilla ja tutkimustieto on puutteellista. Myöskään sairaanhoitajien kokemuksia syöpäpotilaiden hoidosta ja tukemisesta ei ole juurikaan tutkittu. Halusimme kehittää sairaanhoitajien valmiuksia tukea psyykkisesti gynekologista syöpäpotilasta sekä kehittää myös omia valmiuksiamme.

Opinnäytetyöprosessi lähti alussa hyvin käyntiin. Opinnäytetyöprosessi eteni kuitenkin välillä hitaammin, mitä olimme suunnitelleet. Koimme vaikeuksia aiheen rajauksien sekä teorian jäsentelyn kanssa. Sopivien lähteiden löytäminen ja niihin perehtyminen oli työlästä ja aikaa vievää. Myös aikataulujen yhteen sovittaminen oli välillä haasteellista. Toteutimme haastattelut kuitenkin suunnitelmien mukaisessa aikataulussa. Haastattelujen litterointi ja analysointi sujuivat myös hyvin. Tulosten ja pohdinnan kirjoittamisen suhteen etenimme suunniteltua verkkaisemmin. Lopulta meille jäi kuitenkin hyvin aikaa työn viimeistelyyn ja tarkistamiseen. Parina koimme työskentelyn sujuneen sopuisasti ja joustavasti, olimme usein samaa mieltä asioista, mutta uskalsimme myös ilmaista erimielisyydet. Olemme rahoittaneet kaikki opinnäytetyöhön liittyvät kulut.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia gynekologisten syöpäpotilaiden psyykkisestä tukemisesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa gynekologisen syöpäpotilaan psyykkisen tukemisen toteutumisesta sekä kehittää opinnäytetyön tekijöiden ja sairaanhoitajien valmiuksia tukea psyykkisesti gynekologista syöpäpotilasta. Saimme tietoa hoitajien kokemuksista gynekologisten syöpäpotilaiden kohtaamisesta sekä saimme myös vastattua kaikkiin tutkimustehtäviimme. Oma tietämyksemme aiheesta kasvoi prosessin aikana ja valmiutemme tukea ja hoitaa syöpäpotilaita on ainakin teoriassa parempi.

Jatkotutkimuksena olisi tärkeää tutkia gynekologisten syöpäpotilaiden kokemuksia saamastaan psyykkisestä tuesta aktiivisten syöpähoitojen aikana, sillä erityisesti gyne-

kologisiin syöpäpotilaisiin kohdistuvia tutkimuksia ei ole aiemmin tehty. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia syöpätautien ja kirurgisen vuodeosastojen sairaanhoitajien kokemuksia syöpäpotilaiden hoidosta. Sairaanhoitajien ja lääkäreiden väliset näkemyserot syöpäpotilaiden hoidossa herättivät paljon keskustelua, minkä vuoksi voisi olla mielenkiintoista tutkia näitä näkemyseroja sekä syitä niihin.

LÄHTEET

Aalberg, V. & Idman, I. 2007. Syöpään liittyvät psykososiaaliset näkökohdat. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit. 3. painos. Helsinki: Duodecim, 787-798.

Are the number of cancer cases increasing or decreasing in the world? 2008. World Health Organization. Julkaistu 1.4.2008. Luettu 20.1.2012.
<http://www.who.int/features/qa/15/en/index.html>

Eskola, K. & Hytönen, E. 2008. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2010. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-7. painos. Helsinki: WSOY.

Hautamäki-Lamminen, K. 2012. Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa. Tiedontarpeet ja tiedonsaanti. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja.

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

Isola, J. 2007. Syövän synty, kasvu ja leviäminen. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit. 3. painos. Helsinki: Duodecim, 16–33.

Joensuu, H. 2006. Sädehoito. Syöpä 2015. Syöpäjärjestöjen julkaisuja 2006, 41–45.

Joensuu, H. 2007. Hoidon yleiset periaatteet. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit. 3. painos. Helsinki: Duodecim, 122–129.

Johansson, R. 2010a. Solunsalpaajiin liittyvien haittojen hoito. Lääkärin käsikirja Lääkärin tietokannat. Julkaistu 9.6.2010. Luettu 15.9.2012.
http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00394&p_haku=johansson

Johansson, R. 2010b. Sädehoitoon liittyvien haittojen hoito. Lääkärin käsikirja. Lääkärin tietokannat. Julkaistu 9.6.2010. Luettu 15.9.2012.
http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00394&p_haku=johansson

Johansson, R. 2011. Solunsalpaajat eli sytostaatit. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 6.4.2011. Luettu 15.9.2012.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01077

Juujärvi, S., Myyry, L. & Pessa, K. 2007. Eettinen herkkyyys ammatillisessa toiminnassa. Helsinki: Tammi.

Karhu-Hämäläinen, A. 2002. Syöpää sairastavan potilaan odotuksia ja kokemuksia hoidosta sädehoitajakson aikana. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Kellokumpu-Lehtinen, P., Väisälä L. & Hautamäki, K. 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 119 (3), 237–246.

Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt. Sairaanhoitaja tekee kriisityötä. Sairaanhoitajaliitto.

Kouri, M. & Kangasmäki, A. 2009. Moderni sädehoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 125 (9), 947–958.

http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo98024&p_haku=s%C3%A4dehoito.

Kuuppelomäki, M. 1996. Parantumattomia syöpää sairastavien potilaiden kärsimyskokemukset ja selviytymistä tukevat toiminnot. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Kuuppelomäki, M. 1997. Kärsimys ja toivo syöpää sairastavan ihmisen elämässä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kuuppelomäki, M. 2000. Potilaan tunteet ja emotionaalinen tuki. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Helsinki: WSOY, 129–158.

Kuuppelomäki, M. 2002. Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen. Hoitotiede 14 3, 117–127.

Kuuppelomäki, M. & Eriksson, E. 2000. Syöpäpotilaan hoitotyön kehittämishaasteita. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Helsinki: WSOY, 325–352.

Lange, M., Thom, B. & Kline, NE. 2008. Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. Oncology Nursing Forum. Nov 35 (6), 955–959.

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=10&sid=30fd374c-9c53-4888-849f-ae7ae59079e%40sessionmgr13>

Lehto-Järnstedt, U-S., Kellokumpu-Lehtinen, P. & Ojanen, M. 2002. Syöpäpotilaan kokema tuki ja psyykinen stressinhallinta. Duodecim 118, 1457-1465.

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

Leino, K. 2011. Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä. Substantiivinen teoria rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja.

Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja.

Mattila, L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Mehnert A., Koch U., Schulz H., Wegscheider K., Weis J., Faller H., Keller M., Brähler E. & Härter M. 2012. Prevalence of mental disorders, psychosocial distress and need for psychosocial support in cancer patients: study protocol of an epidemiological multi-center study. *BMC Psychiatry* Jul 2;12(1):70.

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-12-70.pdf>

Muurinen, K. 2009. Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia elämästä syövän kanssa liitännäishoitojen aikana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Mäenpää, J. & Pakarinen, P. 2011. Ulkosynnyttimien, emättimen ja kohdunkaulan kasvaimet. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. 216–226.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimuseetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveys-työ perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Nylund, A-M., Järvinen, S., Susi, J. & Vihtamäki, P. 2008. Seksuaalineuvonta gynekologisen syöpäpotilaan hoitoprosessiin. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Roberts, P. J. 2006. Leikkaushoidot. Syöpä 2015. Syöpäjärjestöjen julkaisuja 2006, 39–40.

Rosenberg, L. 2000. Syöpä, seksuaalisuus ja parisuhde. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Helsinki: WSOY, 171–188.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto.

Salmi, T. & Leminen, A. 2007. Gynekologiset syövät. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit. 3. painos. Helsinki: Duodecim, 451-483.

Sankila, R., Lyly, T. & Vainio, H. 2007. Syövän yleisyys, syyt ja ehkäisy. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit. 3. painos. Helsinki: Duodecim, 34–49.

Syöpätapauksien määrät ja levinneisyyden jakaumat. Suomen Syöpärekisteri. 2011. Syöpätapauksien määrät ja levinneisyyden jakaumat (prosentteina) primaaripaikoittain keskimäärin vuosina 2005-2009, NAISSET. Päivitetty 21.10.2011. Luettu 20.1.2012. www.syoparekisteri.fi.

Syöpätapauksien määrät miehet. Suomen Syöpärekisteri. 2011. Keskimääräiset syöpätapauksien määrät vuosina 1963-2009 primaaripaikoittain ja kalenterijaksoittain, MIEHET. Päivitetty 21.10.2011. Luettu 20.1.2012. www.syoparekisteri.fi.

Syöpätapauksien määrät naiset. Suomen Syöpärekisteri. 2011. Keskimääräiset syöpätapauksien määrät vuosina 1963-2009 primaaripaikoittain ja kalenterijaksoittain, NAISSET. Päivitetty 21.10.2011. Luettu 20.1.2012. www.syoparekisteri.fi.

Syöpää sairastava potilas. 2009. Teoksessa Muurinen, K. Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia elämästä syövän kanssa liitännäishoitojen aikana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma, 47.

Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010-2020. 2010. Työryhmän raportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11085.pdf

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Luettu 24.7.2012. www.tenk.fi.

Uusien syöpätapauksien määrät. Suomen Syöpärekisteri. 2011. Uusien syöpätapauksien määrät keskimäärin vuosina 2005-2009 primaaripaikoittain ja iän mukaan, NAISSET. Päivitetty 21.10.2011. Luettu 20.1.2012. www.syoparekisteri.fi.

Vilen, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2005. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosi- aali- ja terveysalalla. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

Watts, R., Botti, M. & Hunter, M. 2010. Nurses' perspectives on the care provided to cancer patients. *Cancer Nurs* Mar-Apr;33 (2), E1-8.

Wikström, J. & Holli, K. 2007. Syöpäpotilaan kuntoutus ja seuranta. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) *Syöpätaudit*. 3. painos. Helsinki: Duodecim, 241–249.

LIITTEET

LIITE 1

TIEDOTE OSASTOLLE

Pyydämme teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia gynekologisen syöpäpotilaan psyykkisestä tukemisesta. Keräämme opinnäytetyön aineiston haastattelemalla kuutta sairaanhoitajaa. Haastattelut toteutetaan kahdessa ryhmässä osastollanne työaikana helmi-maaliskuussa 2012. Haastattelut kestävät 45-60 minuuttia.

Opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelun alussa pyydämme teiltä kirjallisen suostumuksen opinnäytetyöhön osallistumisesta. Haastattelut nauhoitetaan ja kerätty aineisto hävitetään analysoinnin jälkeen. Haastattelut ovat luottamuksellisia, eikä teitä voi tunnistaa lopullisesta opinnäytetyöstä.

Mikäli teillä on kysyttävää, voitte ottaa meihin yhteyttä.

Ystävällisin terveisin

Iina Puhakka
sairanhoitajaopiskelija
iina.puhakka@piramk.fi

Elina Ryhänen
sairanhoitajaopiskelija
elina.ryhanen@piramk.fi

HAASTATTELURUNKO

- Gynekologisen syöpäpotilaan psyykinen tukeminen
- Haasteita gynekologisen syöpäpotilaan psyykkisessä tukemisessa
- Sairaanhoidajan valmiudet tukea gynekologista syöpäpotilasta psyykkisesti
- Gynekologisen syöpäpotilaan psyykkisen tukemisen toteutuminen

SUOSTUMUS

GYNEKOLOGISEN SYÖPÄPOTILAAN PSYKKINEN TUKEMINEN

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun opinnäytetyöhön. Olen saanut kirjallista ja suullista tietoa opinnäytetyöstä, sekä mahdollisuuden esittää siitä kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen opinnäytetyöhön on vapaaehtoista ja minulla on oikeus kieltäytyä siitä ja perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön

haastateltavan allekirjoitus

nimenselvennys

Suostumuksen vastaanottaja

haastattelijan allekirjoitus

nimenselvennys