



**SUOLISTOSYÖPÄPOTILAJEN JA HEIDÄN
OMAISTENSA KOKEMUKSIA
EMOTIONAALISESTA TUESTA KIRURGISELLA
VUODEOSASTOLLA**

Tiia Lyytikäinen
Sonja Makkonen

Opinnäytetyö
Joulukuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LYYTIKÄINEN TIIA & MAKKONEN SONJA:

Suolistosyöpäpotilaiden ja heidän omaistensa kokemuksia emotionaalisesta tuesta kirurgisella vuodeosastolla

Opinnäytetyö 56 sivua, joista liitteitä 10 sivua
Joulukuu 2012

Opinnäytetyömme aihe nousi työelämän toiveesta selvittää hoitajien antaman emotionaalisen tuen riittävyttä potilaille ja omaisille. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa suolistosyöpään sairastuneiden potilaiden ja heidän omaistensa kokemuksista suolistosyöpään sairastumisesta ja saamastaan emotionaalisesta tuesta leikkaushoidon aikana. Tavoitteena oli tuottaa tietoa osaston hoitohenkilökunnalle suolistosyöpää sairastavien potilaiden ja heidän omaistensa kokemuksista saamastaan emotionaalisesta tuesta sairaalahoidon aikana ja sitä kautta parantaa emotionaalisen tuen laatua kirurgisella vuodeosastolla. Tehtävänämmä oli selvittää miten potilas ja hänen omaisensa kokevat suolistosyöpään sairastumisen, miten potilas ja hänen omaisensa kokevat saaneensa emotionaalista tukea hoitohenkilökunnalta sairaalassaoloaikana sekä millaista emotionaalista tukea suolistosyöpäpotilas ja hänen omaisensa toivovat saavansa hoitajilta.

Tutkimusmenetelmänä käytimme laadullista tutkimusta ja aineiston keräämiseen käytimme avointa kyselylomaketta. Kyselyn kohdistimme suolistosyöpäpotilaille ja heidän omaisilleen. Teimme potilaille ja omaisille erilliset kyselylomakkeet. Kyselyymme vastasi 3 potilasta ja 2 omaista. Analysoimme vastaukset aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Pidimme vastaajien identiteetin salassa ja tutkimusaineisto käsiteltiin niin, ettei vastaajia pysty tunnistamaan.

Tutkimuksestamme ilmenee että syöpään sairastuminen aiheuttaa potilaissa ja omaisissa monenlaisia tunne-elämän muutoksia. Tuloksista ilmenee, että keskustelu potilaiden kanssa jäi hoitajilla yleiselle tasolle. Omaiset kokivat, ettei heidän kanssaan keskusteltu ollenkaan. Toisaalta potilaat ja omaiset kokivat, etteivät he välttämättä olisivatkaan halunneet keskustella tässä vaiheessa syvällisemmin tunne-asioista hoitajien kanssa.

Tutkimusaineistomme jäi niukaksi, jonka takia tutkimustulokset ovat hyödynnettävissä vain vastaajien osalta. Kuitenkin tutkimustulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten kanssa. Uskomme että työelämäyhteistyökumppani pystyy halutessaan hyödyntämään tutkimustuloksia hoitotyönsä kehittämiseen. Jatkotutkimusaiheena voisi selvittää kuinka hoitajat kokevat pystyvänsä vastaamaan potilaiden ja omaisten emotionaalisen tuen tarpeisiin ja millaiset asiat vaikuttavat siihen että emotionaalista tukea on vaikea antaa sekä millaisilla keinoilla hoitajien mielestä sitä voisi lisätä.

Asiasanat: suolistosyöpä, kriisi, emotionaalinen tuki, perhelähtöinen hoitotyö

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme of Nursing
Option of Nursing

LYYTIKÄINEN TIIA & MAKKONEN SONJA:

Colon Cancer Patients and their Relatives' Experiences about Emotional Support in the Surgical Ward

Bachelor's thesis 56 pages, appendices 10 pages
December 2012

The purpose of this study was to gather information about patients who have been diagnosed with colon cancer and their relatives' experiences of the disease and the emotional support during the hospitalization. The aim of this study was to produce information for the nurses of the surgical ward at a certain Finnish hospital on how cancer patients and their relatives feel about the emotional support giving to them during the patients' hospitalization, and how to improve the quality of emotional support in the surgical ward. Moreover, the objective of this study was to clarify how the patients' and their relatives' experience the cancer diagnosis, how they get emotional support from nurses during the hospitalization, and what kind of emotional support they wish to get.

The research method used in this study was qualitative. The data for the study were collected with an open questionnaire. The material was analyzed using data-driven content analysis.

The results reveal that the cancer diagnosis causes all sorts of emotional changes in patients. Conversations between the patients and the nurses remained on a general level. The relatives experienced that the nurses didn't have conversations with them at all. On the other hand, patients and their relatives felt that they would not even have wanted to discuss emotional things with nurses at this point.

The research material was left scarce. Because of that, the results can only be applied to the respondents. Still, the results are consistent with earlier studies. It is likely that they can be utilized to develop nursing in the surgical ward. Further research could be done to find out how nurses feel about their ability to respond to patients' and relatives' need of emotional support, what kind of factors make it so difficult for nurses to give emotional support to patients and relatives, and what kind of suggestions nurses have for increasing the amount of support.

Key words: colon cancer, crisis, emotional support, family-oriented nursing

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1 Suolistosyöpä	9
3.1.1 Leikkaushoito	10
3.1.2 Sädehoito	14
3.1.3 Solunsalpaajahoito	15
3.2 Kriisi	16
3.3 Emotionaalinen tuki	18
3.4 Perhelähtöinen hoitotyö	20
3.5 Suolistosyöpää sairastavan potilaan ja hänen omaisensa emotionaalinen tukeminen	22
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	29
5 TUTKIMUSTULOKSET	31
5.1 Potilaan ja hänen omaisensa kokemuksia suolistosyöpään sairastumisesta	31
5.2 Potilaan ja hänen omaisensa kokemuksia saamastaan emotionaalisesta tuesta hoitohenkilökunnalta sairaalassaoloaikana	32
5.3 Potilaan ja hänen omaisensa hoitajilta toivoma emotionaalinen tuki	33
6 POHDINTA	35
6.1 Tulosten tarkastelu	35
6.2 Luotettavuus ja eettisyys	37
6.3 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	38
LÄHTEET	40
LIITTEET	44
Liite 1. Saatekirje ja kysely	44
Liite 2. Tutkimusluettelo	54

1 JOHDANTO

Syöpä on vaikea sairaus, johon sairastuttuaan ihminen tarvitsee tukea. Syöpäpotilaan hoito koostuu yleensä yhdistelmähoidoista kuten leikkaus-, lääke- ja sädehoidoista potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan. (STM 2010.) Raskaat hoidot ja itse sairaus vaikuttavat ihmiseen ja hänen läheisiin monella tavalla. Tieto syöpään sairastumisesta on usein järkytys potilaalle ja omaisille (Vertio 1994.)

Opinnäytetyömme aihe on koettu tarpeelliseksi, koska kirurgisten syöpäpotilaiden sairaalassaoloaika on huomattavasti lyhentynyt lääketieteellisten hoitomuotojen kehityksen myötä ja aikaa potilaan ja hoitajan väliselle vuorovaikutukselle jää vähemmän (STM 2010). Syöpä sairautena vaikuttaa yksilöön ja hänen perheensä kaikkiin elämän osaluoihin. Keräämällä tietoa potilailta ja heidän omaisiltaan saadaan arvokasta tietoa osastohoidon onnistumisesta potilaan ja omaisten näkökulmasta (Vertio 1994; Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 44.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 sanoo että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoa loukata sekä että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Hoitajan tulee pyrkiä tukemaan ja lisäämään potilaiden omia voimavaroja ja parantaa heidän elämänlaatuaan. (Qvick 2010, 764).

Hoitohenkilökunnan tehtävänä on fyysisen hoidon ja oireiden lievityksen lisäksi myös potilaan ja hänen perheensä emotionaalinen tukeminen. Tuen tarkoituksena on auttaa potilasta ja hänen perhettään selviytymään sairauden aiheuttamista tunnereaktioista ja elämään henkisesti tasapainoista elämää sairaudesta huolimatta. Hoitotyössä potilaiden tunnetilojen huomioon ottaminen on tärkeää, sillä tunteet vaikuttavat sairastumistodennäköisyyteen, toipumismahdollisuuksiin sekä potilaiden jäljellä olevaan elinaikaan ja heidän elämänlaatuun. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 130.)

Opinnäytetyömme aihe muotoutui työelämän toiveesta. Työelämästä tuli toive kartoittaa syöpäpotilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta ja tuesta osastolla. Aiheen rajasimme koskemaan suolistosyöpäpotilaita ja heidän omaisiaan. Työssä selvitämme hoidollisen

tuen tarvetta ja toteutumista syöpäpotilaan hoitotyössä. Kiinnostuimme aiheesta, koska syöpäpotilaiden hoitotyö on vaativaa. Halusimme perehtyä aiheeseen, jotta meillä sairaanhoitajina tulevaisuudessa olisi paremmat valmiudet ottaa huomioon potilaiden ja heidän omaistensa emotionaaliset tarpeet.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on saada tietoa suolistosyöpään sairastuneiden potilaiden ja heidän omaistensa kokemuksista suolistosyöpään sairastumisesta ja saamastaan emotionaalisesta tuesta leikkaushoidon aikana.

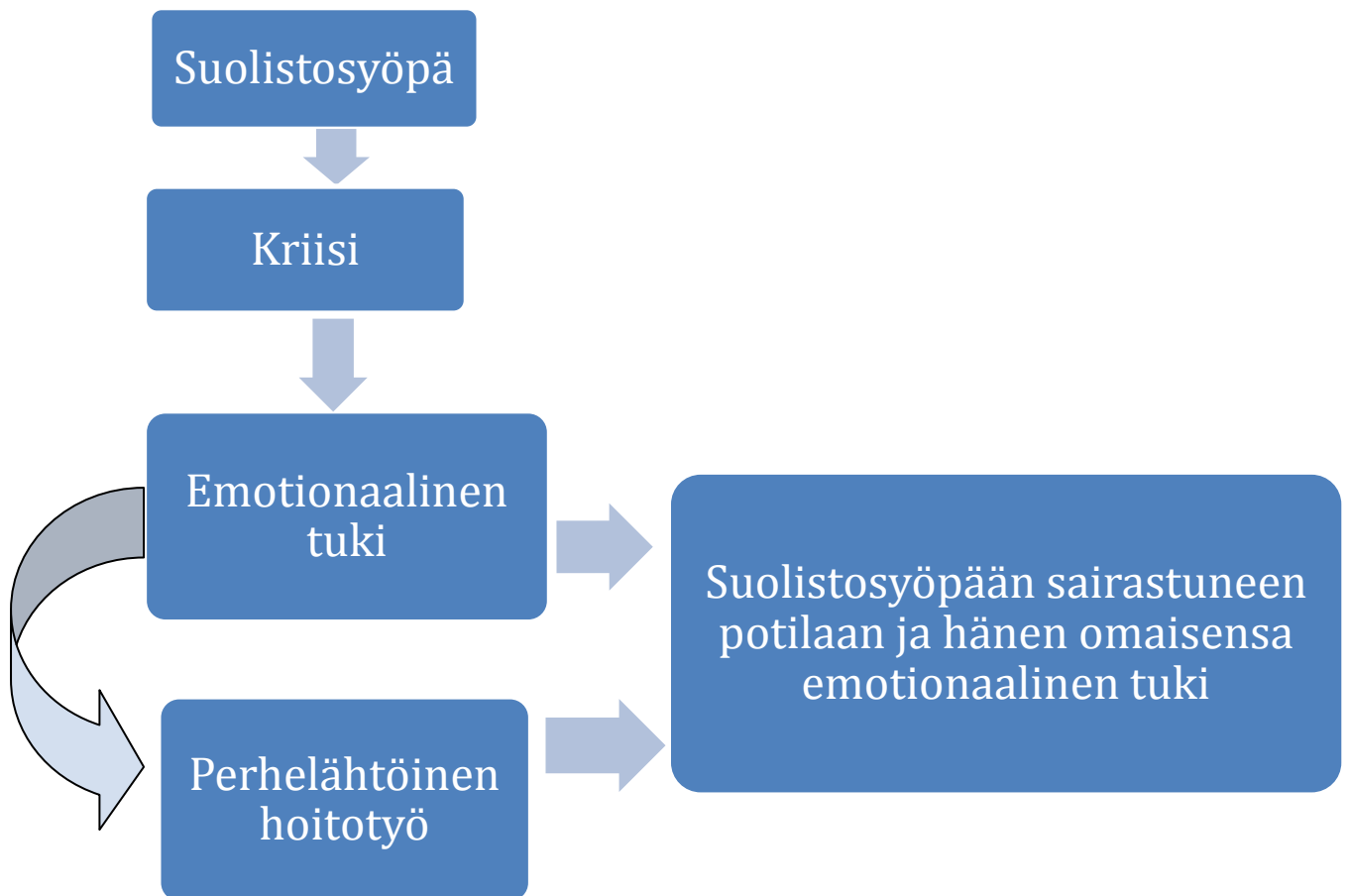
Tehtävänä on selvittää:

1. Miten potilas ja hänen omaisensa kokevat suolistosyöpään sairastumisen?
2. Miten potilas ja hänen omaisensa kokevat saaneensa emotionaalista tukea hoitohenkilökunnalta sairaalassaoloaikana?
3. Millaista emotionaalista tukea suolistosyöpäpotilas ja hänen omaisensa toivovat saavansa hoitajilta?

Tavoitteena on tuottaa tietoa osaston hoitohenkilökunnalle suolistosyöpää sairastavien potilaiden ja heidän omaistensa kokemuksista saamastaan emotionaalisesta tuesta sairaalahoidon aikana ja sitä kautta parantaa emotionaalisen tuen laatua kirurgisella vuodeosastolla.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän opinnäytetyön aiheena on suolistosyöpäpotilaiden ja heidän omaisten kokemuksia saamastaan emotionaalisesta tuesta, joten keskeisiksi teoreettisiksi lähtökohdiksi nousevat suolistosyöpä, kriisi, perhelähtöinen hoitotyö ja emotionaalinen tuki.



3.1 Suolistosyöpä

Suolistosyövällä tarkoitetaan ohut-, paksu- ja peräsuolen sisäpinnan rauhasista alkuunsa saavia syöpiä. Suolistosyöpä on kolmanneksi yleisin syöpä Suomessa. Paksusuolensyöpä on miehillä ja naisilla lähes yhtä yleinen ja hieman yli puolet suoliston kasvaimista esiintyy paksusuoleessa. Paksusuolensyövästä 2-3 % ilmenee alle 40-vuotiailla ja lähes 10% alle 50-vuotiailla. Potilaiden keski-ikä on n. 65 vuotta. (Järvinen, Kouri & Österlund 2007, 367.) Syöpärekisterin tilastojen mukaan Suomessa todetaan runsaat 2000 tapausta vuodessa. (Syöpäjärjestöt 2010.) Suhteellinen elossaolo-osuus vuosina 1999-2003 diagnosoiduilla potilailla oli 1. vuoden jälkeen naisilla 80% ja miehillä 77%. Viiden vuoden jälkeen diagnoosista elossaolo-osuus oli naisilla 63% ja miehillä 57%. (Nordican 2011.)

Suolistosyövän ilmaantuvuus on kasvanut elintason nousun myötä. Vaikka paksu- ja peräsuolen syöpien syytekijöitä ei tunneta tarkoin, sekä ympäristötekijöillä että perinnöllisyydellä katsotaan olevan osuutta kasvainten syntyyn. Erityisesti runsaiden eläinrasvojen käyttö näyttää lisäävän syövän riskiä kun taas kuitupitoisen ruokavalion vaikutus on päinvastainen. Tietyissä suolistosairauksissa, kuten haavaisessa paksusuolentulehduksessa ja crohnin taudissa, alttius sairastua suolistosyöpiin kasvaa. Periytyvä syöpäpäättius löytyy n. 5 %:lla suolistosyöpätapauksista. Tällöin suvussa esiintyy suolistosyöpää selvästi enemmän kuin muussa väestössä keskimäärin. (Järvinen ym. 2007, 368.)

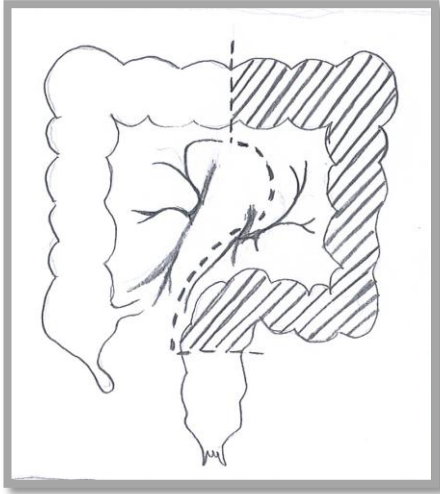
Varhaisvaiheessa suolistosyöpä on lähes oireeton. Tyypillisiä oireita ovat suolen toiminnan erilaiset muutokset kuten, ripuli tai ummetus, veriulosteet, tunne ettei suoli tyhjene kunnolla, vatsan kurniminen tai suolitukos. Raudanpuuteanemia on myös tyypillinen paksusuolen oikeanpuoleisen kasvaimen oire. Kasvaimen pinta on myös usein röpelöinen, jolloin se vuotaa verta. (Österlund 2011.) Koska vaivat saattavat olla epäselviä ja ne ilmenevät vähitellen, potilaat eivät pidä oireita vakavina, vaan viivyttelevät tutkimuksiin hakeutumista. Lääkäreiden tulisi aloittaa oireiden selvittely viipymättä ja muistettava suolistosyövän mahdollisuus. Paksusuoleessa oikealla puolella sijaitsevat kasvaimet eivät aiheuta tukosoireita nopeasti, koska suoli on siellä luonnostaan laajempi. Vasemmalla puolella sijaitsevissa kasvaimissa tukosoireet ovat selvempiä ja myös veriulosteisuutta esiintyy niissä selvemmin. (Järvinen ym. 2007, 376-377.)

Suolistosyövän toteamisessa ja diagnoosin varmistamiseksi käytetään erilaisia tutkimuksia. Paksusuolensyöpä diagnosoidaan yleisimmin suolentähystyksen eli kolonoskopian avulla. Kolonoskopian etuna on se, että silloin suolistosta voidaan ottaa biopsiä näytteet ja tehdä polypektomia eli hyvänlaatuisten limakalvokasvainten poisto välittömästi. (Järvinen ym. 2007, 377.)

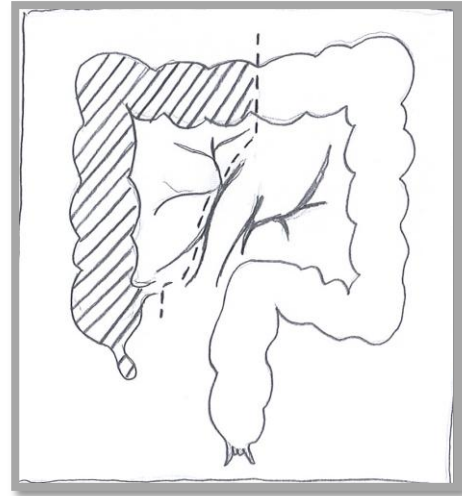
Paksusuolensyöpä leviää ensisijaisesti paikallisesti ja ensimmäiset etäpesäkkeet ilmestyvät suoliliepeen imusolmukkeisiin. Yleisimmin kaukometastaasit ilmenevät maksassa, keuhkoissa, etäimusolmukkeissa, munasarjoissa, aivoissa ja luustossa. Levinneisyyden määrittäminen on keskeistä suunniteltaessa hoitoa, hoitomuotojen valintaa, arvioitaessa hoidon tuloksia, uusien leikkausmenetelmien kehittämistä ja liitännäishoitojen merkitystä. Leikkaushetkellä kasvaimen levinneisyys on tärkein yksittäinen ennustetekijä. (Järvinen ym. 2007, 375.)

3.1.1 Leikkaushoito

Hoitomuodot suolistosyövässä vaihtelevat syövän sijainnin ja levinneisyyden mukaan. Leikkaushoito on ensisijainen, johon pyritään. Radikaalileikkauksissa pyritään poistamaan kaikki makroskooppinen syöpäkudos. Näillä leikkauksilla käsitetään voivan parantaa potilaan syöpätauti ilman muita hoitotoimia. Leikkauksen onnistuminen selviää vasta riittävän pitkän seulonnan jälkeen, jolloin nähdään onko kaikki syöpäkudos saatu poistettua perin pohjin. Tyypilleikkaukset paksusuolensyövissä ovat oikean- ja vasemmanpuoleinen paksusuolen osapoisto hemikolektomia, joka tehdään vatsaontelon alueen tähystyskirurgiaa apuna käyttäen. (Ovaska 2000, 564; Roberts 2006, 134; Järvinen ym. 2007, 379.)



Kuva 1. Vasemman puoleinen hemikolektomia



Kuva 2. Oikean puoleinen hemikolektomia

Nämä leikkaukset ovat kuratiivisia eli paranemiseen tähtäviä, jossa tavoitteena on poistaa kasvaimen sisältävä suolen osa verisuonialueineen ja imusolmukkeineen niin että kasvaimen molemmille puolille jää tervettä kudosta. (Järvinen ym. 2007, 379.) Leikkauksen perusteella voidaan arvioida myös taudin ennustetta ja lisähoitojen tarvetta. Paranemismahdollisuudet ovat yleisesti ottaen paremmat, mitä varhaisimmassa vaiheessa leikkaus on päästy tekemään. Hoitotulokset ovat parhaimpia silloin, kun kasvain ei ole levinnyt lähtöelimen ulkopuolelle. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen. 2006, 108.)

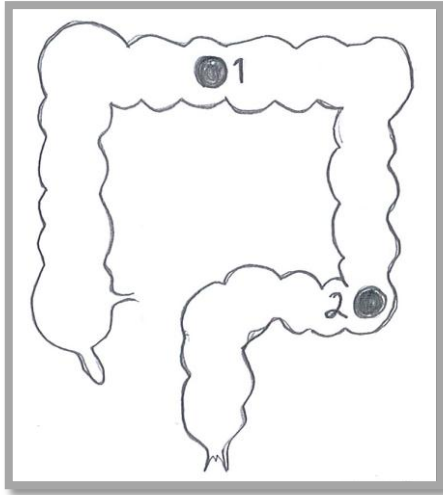
Mikäli syöpä on päässyt leviämään lähtöelimen ulkopuolelle, voidaan palliatiivisessa mielessä suorittaa leikkaus, jonka tarkoituksena ei ole syöpäkasvaimen radikaalinen poisto, vaan potilaan oireiden lievittäminen. Palliatiivisessa leikkauksessa voidaan avata tai ohittaa syövän aiheuttama suolitukos, hillitä kasvaimesta aiheutuvaa verenvuotoa tai lievittää kipua. Pyrkimyksenä palliatiivisessa leikkauksessa on parantaa potilaan elämänlaatua. (Roberts 2010, 93-94.)

Hemikolektomia leikkaukset suoritetaan yleensä avointa leikkausta käyttäen tai tähystämällä. Tähystyskirurgisissa leikkauksissa vatsapeitteiden läpi viedään tähystin ja leikkauksessa tarvittavat instrumentit. Potilaaseen jää leikkauksesta ainoastaan 1-5 pientä arpea, yhden ison arven sijaan. (Ovaska 2000, 559-561.) Viime vuosina tähystämällä

tehdyn kirurgian kehitys on kulkenut vähemmän kajoavaan suuntaan, eli usean pienen viillon toimenpiteistä vain yhden viillon ja monikanavaportin leikkauksiin. Näiden tekniikoiden tarkoituksena on vähentää entisestään kirurgista traumaa ja stressireaktioita sekä vatsanpeitteiden avaukseen liittyviä pitkäaikaiskomplikaatioita. (Kellokumpu 2011, 24-34.)

Pitkäjänteisen tutkimustyön seurauksena tähystyksellisestä suolistokirurgiasta on vuosien myötä kehittynyt näyttöön perustuva hoitomuoto suolistosyövän hoidossa. Pitkäaikaistulokset osoittavat, että syövän uusiutumisessa ei ole todettu olevan eroja avoimen ja tähystyksellisen tekniikan välillä. Vaikka tähystyksellä tehtyyn leikkaukseen kuluva aika on 30-80 minuuttia pidempi ja leikkauskustannukset suurempia, kompensoivana asiana voidaan pitää potilaiden 1-3 vuorokautta lyhyempiä hoitoaikoja. Myös potilaiden välitön toipuminen nopeutuu ja leikkauksen kosmeettinen tulos on parempi. Avoleikkaukseen verrattuna kipua ja kipulääkityksen tarvetta esiintyy potilailla vähemmän, suolen toiminta käynnistyy 1-2 vuorokautta aikaisemmin ja hengitys normalisoituu nopeammin. (Kellokumpu 2002, 805-811; Järvinen ym. 2007, 381.)

Hemikolektomian yhteydessä potilaille asennetaan yleensä väliaikainen - tai kestoavanne. Tavallisimpia paksusuoliavannetyyppejä hemikolektomiassa ovat sigmoideostooma ja transversostooma. Sigmoideostooma on yleensä yksipiippuinen, joka sijoitetaan vasemmalle alavatsalle navan alapuolelle, laskevaan paksusuoleen. Sigmoideostooma on pysyvä paksusuoliavanne. Transversostooma on yleensä kaksipiippuinen ja se tehdään poikittaiseen paksusuoleen. Transversostooma on väliaikainen. Avanne sijoitetaan oikealle tai vasemmalle puolelle keskilinjaa navan yläpuolelle yleensä lievittäväenä keinona saada uloste tulemaan pois kasvaimen tukkimasta suolesta. (Hulten, Palselius & Berndtsson. 2000, 32; Järvinen 2000, 411; Liukkonen & Hokkanen. 2003, 31; Partio 2010, 209.)



Kuva 3. Avanteiden paikat 1. Transversustomia, 2. Sigmoidostomia

Leikkauksen jälkeinen hoitoaika vuodeosastolla on keskimäärin 3-10 vuorokautta riippuen leikkaustavasta. Potilaiden seurantaan kuuluu vitaalielintoimintojen, nestetasapainon ja haavan tarkkailu. Hoitajan kuuluu myös tarkkailla potilaan suoliääniä ja vatsanpeitteiden jännittyneisyyttä. Suoliänet ja ilman ulostulo ovat merkkejä suolen peristaltiikan normalisoitumisesta. Yleensä suolen toiminta alkaa muutaman päivän jälkeen leikkauksesta. Hoitajan tulee tarkkailla ulosteen väriä, koostumusta ja määrää. Potilaan kipulääkityksestä tulee huolehtia sekä tarkkailla kivun voimakkuutta. Potilas on leikkauksen jälkeisinä päivinä parenteraalisella ravinnolla. Suun kautta alkava ravitsemus aloitetaan varoen, jolloin ruokamäärien tulee olla pieniä ja mieluiten nestemäisiä. Vähitellen siirrytään kohti normaalia ravitsemusta. Mikäli potilaalle on jouduttu tekemään avanne leikkauksen yhteydessä, häntä ohjataan osastolla sen hoitoon ja toimintaan sekä annetaan tukea muuttuneen minäkuvan hyväksymisessä. Potilasta kannustetaan liikkumaan mahdollisimman nopeasti, jotta palautuminen leikkauksesta nopeutuisi. Ensin kokeillaan istumista ja vähitellen potilasta kannustetaan nousemaan vuoteesta ja liikkumaan enemmän omien voimavarojen rajoissa. Raskaiden esineiden nostamista tulisi välttää kuukauden ajan leikkauksen jälkeen. (Holmia ym. 2006, 504-506.)

Säännöllistä seuranta tehdään potilaille leikkauksen jälkeen, jotta mahdollinen uusiutumisen voidaan todeta ja hoitaa ajoissa. Suoliliitos on hyvä tarkistaa tähytämällä 3-6 kuukauden kuluttua leikkauksen jälkeen. Syöpätyypistä riippuu myös seuranta tutkimusten tiheys ja seuranta-ajan pituus. Seuranta kestää yleensä kokonaisuudessaan 5-10

vuotta ja tutkimuksia tehdään muutaman viikon tai kuukausien välein. Poliklinikkäkäynneillä pyritään seuraamaan potilaan jaksamista ja antamaan hänelle tukea. (Holmia ym. 2006, 110, 504.)

Pienten kasvainten hoidoksi riittää yleensä leikkaushoito, mutta erityisesti suurten kasvainten hoidossa käytetään nykyisin leikkauksen, sädehoidon ja solunsalpaajahoidon yhdistelmiä. Kasvaimen ympäristöön tai muualle elimistöön levinneiden etäpesäkkeiden hoidossa sädehoito ja solunsalpaajalääkitys toimivat täydentävänä hoitona potilaan parantamiseksi. (Joensuu, Roberts, Teppo & Tenhunen 2007, 122.)

3.1.2 Sädehoito

Sädehoito on kirurgian ohella kehittynyt yhdeksi tärkeimmistä syövän paikallisista hoitomuodoista. Hoitomuodoltaan sädehoito on ionisoivaa säteilyä käyttävä paikallinen hoitomuoto, jossa tuhotaan säteilyenergian avulla syöpäsoluja ja estetään niiden jakaantuminen ja kasvaminen. Sädehoidossa tavoitteena pidetään alkuperäiskasvaimen ja alueellisten imusolmukepesäkkeiden tuhoaminen. Syöpäpotilaista noin puolet saa jossain sairautensa vaiheessa paranemiseen tähtäävää kuratiivista tai oireita lievittävää palliativista sädehoitoa. Kuratiivisessa sädehoidossa pyritään tuhoamaan kaikki syöpäsolut ilman, että terveet kudokset vaurioituvat. Mikäli potilaan syöpää ei voida enää parantaa, palliativisen sädehoidon avulla pyritään oireita lievittävään hoitoon. (Holmia ym. 2006, 110-111.)

Ulkoinen sädehoito, joka on tarkoitettu syövän parantamiseen, jaksotetaan useimmiten 2-8 viikon ajalle niin että potilas saa pienen kerta-annoksen päivittäin viidesti viikossa. Yksi käyntikerta sädehoidossa kestää n. 5-15 min. Hoitolaitteiden ja kuvantamistekniikoiden ansiosta sädehoito voidaan kohdentaa tarkemmin kasvaimeen ja sen leviämisteihin, jolloin terveiden kudosten säderasitus vähenee. (Holmia ym. 2006, 115-116: Kouri, Ojala & Tenhunen. 2006, 137-138.)

Sädehoitoon liittyy usein aina jonkinlaisia haittavaikutuksia hoitojakson aikana ja muutama viikko sen jälkeen. Yleisimpiä ohimeneviä haittavaikutuksia ovat ihoärsytys, ruokahaluttomuus, makuuain heikkeneminen, pahoinvointi, päänsärky ja väsymys. Vat-

sanalueelle annettavan sädehoidon haittavaikutuksina esiintyy myös ilmavaivoja ja ripulia. Sädehoidettavan alueen ihon perushoito, rasvaus, puhtaus sekä ilmakylvyt ovat tärkeitä. Sädehoitajakson aikana on sädetettävä alue suojattava auringossa, saunassa ja pakkasella. Usein myös sädehoito yhdistetään solunsalpaajahoitoon, joka on parantanut hoitotuloksia monissa syöpätyypeissä. (Holmia ym. 2006, 115-116; Kouri ym. 2006, 137-138.)

3.1.3 Solunsalpaajahoito

Monissa syöpätaudeissa käytetään tukihoitona solunsalpaajalääkitystä. Solunsalpaajat ovat aineita, jotka hidastavat tai estävät solujen kasvua ja lisääntymistä. Monissa tapauksissa kasvain pienenee solunsalpaajien avulla, jolloin kipu muut syövän oireet lieviytyvät. Hoito saattaa pidentää elinaikaa tai vähentää syövän aiheuttamia oireita, jolloin potilaan elämänlaatu paranee. Solunsalpaajahoidon tehoon vaikuttavat kasvaimen ominaisuudet, lääkkeen pitoisuus, kasvaimen altistumisaika lääkkeelle sekä hoitajaksojen väliaika. (Elonen & Elomaa. 2007, 164-165; Nurminen 2007, 249.)

Mikäli hoidon päämääränä on pysyvä paraneminen tai remissio eli tilapäinen paraneminen, pyritään hoidossa suuriin lääkeannoksiin tihein antovälein, jolloin hoito on mahdollisimman tehokasta. Antamalla eri solunsalpaajia samanaikaisesti tai sopivasti ajoitettuna, pyritään tuhoamaan eri jakautumisvaiheessa olevat syöpäsolut, pienentämään niiden kehittymistä sekä vähentämään tiettyihin elimiin kohdistuvia haittavaikutuksia. (Elonen & Elomaa. 2007, 164-165; Nurminen 2007, 251-252.)

Tavallisimpia haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, oksentelu ja ripuli. Monissa solunsalpaajahoidoissa melko tavallista on myös osittainen tai täydellinen hiustenlähtö. Iho-oireita esiintyy myös usein, jolloin tärkeää on huolehtia perusrasvauksesta. Suun kuivumisen takia hyvä suuhygienia on tärkeää, jotta suun infektoita ei pääse syntymään. (Elonen & Elomaa. 2007, 164-165; Nurminen 2007, 251-252.)

Kapean terapeuttisen leveyden takia tehokkaalla hoidolla on myös monia haittavaikutuksia. Palliatiivisessa mielessä annettavassa hoidossa tärkeämpää on kuitenkin sivuvaikutusten minimoiminen kuin maksimaalisen hoitotehon saavuttaminen. Jos kasvaimen

eteneminen saadaan pysähtymään ja sen aiheuttamia oireita lievitettyä, yleensä myös saadaan parannettua potilaan elämänlaatua. (Elonen & Elomaa 2007, 164-165.)

3.2 Kriisi

Sana kriisi tulee kreikan kielestä ja tarkoittaa äkillistä pysähtymistä, tilannetta elämässä jossa ihmisen selviytymiskeinot ja aiemmat kokemukset eivät enää riitä ratkaisemaan vallalla olevaa ongelmaa. (Palosaari. 2008, 22-23) Kriisiteoriassa traumaattisen kokemuksen käsittelyprosessi jaetaan neljään eri vaiheeseen: psyykkiseen sokkiin, reaktiovaiheeseen, korjaamisvaiheeseen ja uudelleen suuntautumisen vaiheeseen. (Cullberg 1993, 23.)

Psyykkisellä sokilla tarkoitetaan sitä, että mielemme pyrkii suojaamaan meitä sellaiselta tiedolta, jota mielemme ei kestä. Kuulemamme tai kokemamme ei tunnu todelliselta ja sitä on vaikea uskoa. (Saari 2008, 42) Sokkivaiheessa sietämättömät tunteet työnnetään pois mielestä, jolloin henkilö pystyy toimimaan tarkoituksen mukaisesti. (Palosaari. 2008, 54) Ihminen saattaa vaikuttaa päällepäin tyyneltä ja rauhalliselta, mutta sisällä vallitsee täyskaos. Myöhemmin on vaikea palauttaa mieleen mitä oikeastaan tapahtui tai sanottiin. Sokkivaihe kestää yleensä muutamasta sekunnista pariin vuorokauteen (Cullberg 1993, 23). Sokin aiheuttama psyykinen kaaos pyrkii hiljalleen pintaan, jolloin alkaa reaktiovaihe. (Saari 2008, 52)

Reaktiovaiheessa tulemme tietoisiksi tapahtuneesta ja sen merkityksestä elämällemme. Tietoisuuden mukana myös tunteet pyrkivät pintaan. Reaktiovaiheessa ihminen on voimakkaiden vaihtelevien tunteiden vallassa eikä pysty hallitsemaan niitä. Tyypillisiä tunteita ovat suru, epätoivo, tyhjyys, ahdistus, viha, aggressio, syyllisyys ja itsesyytökset. Reaktiovaiheeseen liittyy myös fyysisiä reaktioita kuten vapinaa, sydämen tykytystä ja pahoinvointia. (Saari 2008, 53-56) Muita reaktiovaiheen oireita ovat väsymys, ärtyvyys, yliherkkyys ja unihäiriöt sekä ahdistus, depressiiviset vaivat, kuten itkuisuus, hypokondria ja syyllisyydentunteet. Myös aggressiivisuutta ja psykosomaattisia sairauksia saattaa esiintyä. Reaktiovaiheen kesto vaihtelee usein yhdestä kuukaudesta useampaan kuukauteen. Reaktiovaihetta monimutkaistavat mielen puolustusmekanismit eli defenssit. (Cullberg 1993, 23-27.)

Freudin psykoanalyysin mukaan minän puolustusmekanismeja ovat torjunta, projektio, fiksaatio, sublimaatio ja regressio. Torjuntaa käyttäessä ihminen kieltää tapahtuneen ja pyrkii työntämään sitä pois mielestään. Projektiossa ihminen heijastaa piirteet joita ei itsessään hyväksy toisten ominaisuuksiksi. Fiksaatiossa ihminen turvautuu tuttuihin ja turvallisiin toimintatapoihin, koska hänellä on pelko, ettei hän selviä uusista vaatimuksista. Regressiosta eli taantumisesta puhutaan silloin kuin henkilö palaa aikaisemmalle kehitysvaiheelle tyypilliseen käyttäytymismalliin. Sublimaatio on kehittynein puolustusmekanismi. Sublimaatiota käyttäessään ihminen muokkaa omat sisäiset halunsa ja kanavoi ne ulospäin sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla kuten urheilemalla. (Hakanen 1992, 57-59.)

Coping- eli selviytymiskeinot edustavat psykologian kognitiivista näkökulmaa. Defensien ja selviytymiskeinojen välille on vaikea vetää selkeää rajaa. Selviytymiskeinojen avulla pyritään joko tekemään ratkaisuja tai työstämään vallalla olevia tunteita. Coping-keinoja ovat mm. vaihtoehtojen punnitseminen, suunnittelu ja tavoitteiden asettaminen. Toiminnallinen selviytymiskeino on kokeilu, jolloin ihminen kokeilee eri vaihtoehtoja ja valitsee näistä parhaan. Myös odottaminen ja malttaminen ja toisen ihmisen kanssa puhuminen ovat coping-keinoja. Tunteita työstäviä hallintakeinoja ovat mm. vihan purkaminen, pakeneminen ja itsekontrolli. (Heikkonen & Välikangas 2011, 62-64.)

Reaktiovaihe on psyykkisesti erittäin raskas. Mikäli reaktiovaihetta ei pysty käymään läpi tunnereaktiot estyvät ja ihmisestä tulee kyyninen. Tukahdutetut tunteet vaikuttavat myös korjaamisvaiheeseen. Reaktiovaiheessa mieli avautuu tapahtuneelle ja tapahtuman merkitykset nousevat esiin. (Palosaari 2008, 65.)

Reaktiovaiheen jälkeen alkaa korjaamisvaihe. Korjaamisvaiheessa ihminen sopeutuu ja hyväksyy tilanteensa. Ihminen alkaa myös suuntautua tulevaisuuteen. Toisin kuin aikaisemmissa vaiheissa, jolloin henkilö on keskittynyt vain traumaan ja menneeseen. Tässä vaiheessa käsittelyprosessi myös hidastuu ja kääntyy sisäänpäin. Korjaamisvaiheen pääasiallinen tarkoitus on pelkojen ja traumojen työstäminen omassa mielessä joko tietoisesti tai tiedostamattomasti. Korjaamisvaihe kestää yleensä yhdestä kuukaudesta vuoteen. (Cullberg 1993, 27; Saari 2008, 60, 62-63.)

Korjaamisvaiheen jälkeen alkaa uudelleen suuntautumisen vaihe. Menneisyyden tapahtumat säilyvät mielessä, mutta eivät enää häiritse elämää. Korjaantumisvaiheessa yksilö kokee selvinneensä pettymyksistä ja horjunut itsetunto on taas tasapainossa. ”Kriisistä tulee osa elämää”. Tapahtuma voidaan joskus kokea hetkellisesti kestäväksi tuskana. Monien kokemuksen mukaan tapahtumat ymmärretään uudella tavalla elämän eri vaiheissa. (Cullberg 1993, 29)

Kun tieto sairaudesta on tullut käy ihminen läpi tapahtunutta ja siihen liittyviä asioita, jotta psyykinen sopeutumisprosessi pääsee käynnistymään edellyttää se riittävää tiedonsaantia. Tosiasiat tulee kertoa heti mitään kaunistelematta. Potilaan hallinnan tunnetta voidaan lisätä kertomalla mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan, kuten millaisia fyysisiä ja psyykkisiä reaktioita tulevat toimenpiteet ja tapahtumat aiheuttavat. Myös omaiset ja heidän tarpeensa tulee huomioida. Tieto tulevasta helpottaa kohdatun kriisin läpikäyntiä. (Saari ym. 2009, 27-29.)

Eriyisesti sokkivaiheen tukeminen on aktiivista kuuntelua ja läsnäoloa. Järkyttävän tiedon saanutta on hyvin haastavaa hoitaa. Auttajalta odotetaan avoimuutta ja empatiakykyä kuitenkin säilyttäen oman levollisuutensa. Kannanottoja ei kannata tehdä. Myös lohduttaminen ja esimerkkien kertominen saattaa antaa sellaisen vaikutelman, ettei auttajakaan kestä tilannetta. Myös tavanomaiset sanonnat saatetaan kokea loukkaaviksi. Auttajan täytyy hallita omat tunteensa, jolloin ne eivät häiritse onnistunutta hoitoa. (Saari ym. 2009, 27-29.)

Hoitajan on kuitenkin hyvä muistaa, ettei ole olemassa mitään oikeita ensimmäisiä sanoja. Usein läsnäolo riittää. Hiljaista hetkeä ei tarvitse väkisin täyttää puheella, jokin johdattelleva kysymys voi sen sijaan viedä keskustelua eteenpäin. Myös kosketus voi lisätä potilaan turvallisuuden tunnetta. Hoitajan on hyvä myös varmistaa että potilaalla on mahdollista nähdä pian joku läheisistään. (Saari ym. 2009, 27-29.)

3.3 Emotionaalinen tuki

Emotionaalisella tuella tarkoitetaan sitä, että potilaan kanssa jaetaan tunnekokemuksia ja mieltä painavia huolia. (Kiiltomäki & Muma 2007, 63) Kuuppelomäen (H/2002) tut-

kimuksen mukaan emotionaalisen tuen tavallisimpia muotoja ovat kuunteleminen, koskettaminen, myötäeläminen, potilaan toivomusten huomioonottaminen, lohduttaminen, rohkaiseminen ja läsnäolo. Kahn ja Antonuccin teorian mukaan emotionaalinen tuki on sosiaalisen tuen osa-alue ja sillä tarkoitetaan toisen ihmisen välittämistä ja rakastamista, luottamista, arvostusta ja kannustamista. (Harju 2009, 9-10) Nevalaisen (2006) tutkielman mukaan läheisten mielestä tärkeimmät emotionaalisen tuen muodot olivat hyväksyntä, myötätunto ja välittäminen sekä se, että hoitajalla oli riittävästi aikaa keskusteluun.

Emotionaalisella tukemisella autetaan potilasta tiedostamaan eri sairauden vaiheissa heräviä tunteita, mahdollisuuteen niiden purkamiselle sekä apua hallitsemaan niitä. Emotionaalisen tuen tavoite on potilaan mahdollisimman tasapainoinen tunne-elämä ja hyvä olo. Emotionaalinen tasapaino voidaan saavuttaa kun potilas hyväksyy itsensä ja muut. Hän pystyy ilmaisemaan avoimesti tunteitaan ja uskaltaa puhua niistä, arvostaa ja kunnioittaa itseään ja on vapaa negatiivisista tunteista eikä pelkää sairaana elämistä. (Eriksson & Kuuppelomäki, 2000, 141)

Kuuntelu on tärkeä osa emotionaalista tukea. On tärkeää kuunnella sitä mitä potilas todella sanoo, eikä suunnata huomiota samanaikaisesti muualle. Hoitajan tulisi olla oikeasti kiinnostunut potilaan asioista ja halukas auttamaan häntä. Olisi hyvä, että hoitajalla ja potilaalla olisi rauhallinen tila missä he voisivat keskustella, sillä meluisassa ja rauhattomassa ympäristössä keskittyminen on vaikeaa. On tärkeää reagoida kuulemaansa sekä viedä keskustelua eteenpäin. Tällöin potilas kokee että häntä on kuunneltu ja hänestä ollaan kiinnostuneita. Kuuntelulla on tärkeä osa potilaan emotionaalisen tilan arvioinnissa. Keskustelun edetessä hoitaja saa käsityksen potilaan emotionaalisesta tilasta jolloin voidaan arvioida kuinka paljon tukea kyseinen potilas tarvitsee. (Eriksson & Kuuppelomäki, 2000, 145-146)

Muita emotionaalisen hyvinvoinnin tukemisen muotoja ovat hoitajan läsnäolo, kosketus ja kädestä kiinnipitäminen. Myös tehokas kivunhoito, rohkaisu ulkoiluun ja liikkumiseen, ympäristön viihtyisyys ja rauhallisuus, potilaan yksityisyyden säilyminen sekä hoitajan ystävällinen ja rauhallinen käyttäytyminen edesauttavat emotionaalista tasapainoa. Halukkaille olisi myös hyvä järjestää keskustelumahdollisuus vertaistukiryhmän kanssa. (Eriksson & Kuuppelomäki, 2000, 146)

3.4 Perhelähtöinen hoitotyö

Perhe voidaan määritellä järjestäytyneeksi yksiköksi, joka on yhteydessä ympäristöönsä. Tavallisimmin perheen ideaalityyppi käsittää isän, äidin ja yhden tai useamman lapsen, vaikka tämä ei ole ainoa tai edes vallitsevin perhetyyppi. Perheeseen voi ydinperheen sijasta tai lisäksi kuulua sukulaisia, ystäviä ja muita läheisiä, jotka yksilö haluaa perheeseensä liittää. Nykyään perhettä voidaan pitää ihmisten omien valintojen ja tietoisien ratkaisujen tuloksena, joka ei seuraa yhteiskunnallisia normeja. Tärkeimpänä ovat yksilöiden kokemukset siitä, mikä on heidän oma käsityksensä perheestä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 53-54; Rantanen, Heikkilä, Asikainen, Paavilainen & Åstedt-Kurki, 2010, 142.)

Potilaan omaisella tarkoitetaan yleensä oman perheen jäsentä tai lähisukulaista. Omaisella voidaan tarkoittaa myös läheistä ihmistä, kuten ystäviä, naapuria työkaveria. Sukulaissuhdetta ei siis voida nykyään pitää ainoana omaiskäsitteen kriteerinä. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 45.)

Perhelähtöisellä hoitotyöllä tarkoitetaan perheen ottamista mukaan hoitoprosessiin ja päätöksentekoon. Käytännön hoitotyössä perhekeskeisyys voi tarkoittaa kahta asiaa, joko perhe otetaan mukaan taustatueksi ja yksilö on hoidossa keskeisin tai perhe on keskeisin ja yksilö toissijainen. Perhelähtöiseen hoitotyöhön kannattaa panostaa seuraavista syistä. Yhden perheenjäsenen sairaus vaikuttaa yleensä muihin perheenjäseniin, perheen toiminnalla on keskeinen vaikutus paranemiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn sekä potilaasta saadaan laajemmin tietoa kun perheenjäsenten näkökulmat otetaan huomioon. (Paunonen ym. 1999, 16-17.) Perheiden ja perheenjäsenten terveys ja hyvinvointi voi vaihdella silloin, jos perheessä tapahtuu odotettavia tai odottamattomia muutoksia. Muutoksilla on myönteisiä tai kielteisiä vaikutuksia sen mukaan, millaisia voimavaroja perheellä on. Jokainen perheenjäsen pyrkii selviytymään muutoksista omalla tavallaan. Perheenjäsenen sairastuminen herättää perheenjäsenissä fyysisiä ja emotionaalisia tunteita sekä tiedon tarvetta. (Rantanen ym. 2010, 142.)

Kaikkein oleellista on, että hoidossa otetaan huomioon sekä potilaan että hänen perheenjäsentensä tarpeet ja vastataan niihin. Hoidossa on myös muistettava että potilas on oman perheensä määrittelijä, jolloin hänen tehtävänsä on kertoa, ketkä hänelle läheiset

ihmiset ovat. Hoidossa tulisi myös huomioida potilaan elämäntilanne ja olosuhteet kotona. Erityisesti kotihoito-ohjeiden kohdalla rutiininomaiset ohjeet eivät välttämättä sovi kaikille potilaille vaan ne tulisi yksilöllisesti muokata vastaamaan potilaan tarpeita ja voimavaroja. (Åstedt-Kurki, Paavilainen & Pukuri. 2011.) Potilaan omaiset odottavat hoitohenkilökunnalta monenlaista tukea. Omaiset tarvitsevat erityisesti yksilöllisesti annettua tiedollista, emotionaalista sekä konkreettista tukea läheisen ollessa hoidossa sairaalassa. (Lipponen ym. 2006, 45.)

Tiedollisella tuella tarkoitetaan tietojen antamista, joka auttaa yksilöä ongelmien ratkaisemisessa. Omaiset tarvitsevat jatkuvasti tietoa pystyäkseen käsittelemään läheisensä sairauden aiheuttamaa stressiä. Hoitajien tulisi kartoittaa omaisen aikaisemmat tiedot, kyky vastaanottaa tietoa, tulkita ja suhteuttaa sitä uuteen tilanteeseen. Perheen kokemaa ahdistusta ja avuttomuutta vähentää henkilökunnalta saatu yksilöllinen tieto ja tuki läheisen tilanteesta. Tämä myös lisää asiakkaan ja perheen hyvinvointia. Yleensä tiedon saanti sisältää tietoja läheisen voinnista sekä hänelle suunnitelluista ja toteutetuista hoidoista. Tiedolliseen tukeen kuuluvat myös neuvot ja ohjeet, jotka auttavat ongelmallisen tilanteen uudelleen arvioinnissa ja siitä selviytymisessä. (Lipponen ym. 2006, 36; Rantanen ym. 2010, 141.)

Tiedollisen tuen sisällön lisäksi, tärkeää on myös tapa miten tietoja omaisille välitetään. Olennaisinta on silloin se, että tiedonvälitys toteutetaan omaisia tyydyttävällä tavalla. Henkilökunnan tulisi välittää tietoa omaisille rehellisesti ja ymmärrettävästi. Omaisille tulisi järjestää kiireettömiä tapaamisia ja antaa heille mahdollisuus esittää kysymyksiä hoitohenkilökunnalle. Kysymykset liittyvät yleensä aikaisemmin esille tulleisiin asioihin tai uusiin ongelmatilanteisiin. Tiedon välittäminen samanaikaisesti potilaalle ja omaiselle saattaa auttaa muistamaan ja jakamaan saadun tiedon sekä ehkäisee väärän tiedon leviämistä potilaan ja omaisen välillä myöhemmässä vaiheessa. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 230.)

Erityisesti perheenjäsenen sairastumisen alkuvaiheessa perheet odottavat henkilökunnalta emotionaalista tukea. Perheet odottavat että hoitajat ovat aktiivisesti läsnä keskustelutilanteissa ja kuuntelevat perheenjäseniä. Omaisen puhuessa vaikeuksistaan hän myös jäsentää omaa tilannettaan, jolloin ongelmiin saattaa löytyä helpommin ratkaisuja. Kai-

killä ei myöskään välttämättä ole tukevaa sosiaalista verkostoa, jonka puoleen kääntyä. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 230-232; Rantanen ym. 2010, 143.)

Omaisien saama konkreettinen tuki hoitajalta voi olla läheisen sairautteen liittyvien erilaisten hoito-ohjeiden antamista sekä liikkumiseen ja hygieniaan liittyviä asioita. Omaisille tulisi myös tarpeen tullen järjestää mahdollisuus keskusteluun sairaalan erityistyöntekijöiden, kuten sosiaalityöntekijän tai psykologin kanssa. Omaiset toivoisivat myös tapaavansa läheisensä hoitoon osallistuvat asiantuntijat. Perheille on myös tärkeää tавata samassa elämäntilanteessa olevia henkilöitä jossain vaiheessa läheisen hoitoprosessia. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 229; Rantanen ym. 2010, 143.)

Konkreettinen tuki voi olla omaisten mahdollisuus osallistua erilaiseen toimintaan, joka tyydyttää potilaan perustarpeita. Potilaan ollessa sairaalassa omaiset auttavat vieden hänelle lempiruokia tai -juomia, kuljettamalla potilasta tai auttamalla peseytymisessä. Kotioloissa he voivat auttaa kotitöissä, lääkityksessä, apuvälineissä, avanteen hoidossa tai taloudellisissa asioissa. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 235; Lipponen ym. 2006, 37.)

3.5 Suolistosyöpää sairastavan potilaan ja hänen omaisensa emotionaalinen tukeminen

Syöpä sairautena on uhka fyysiselle ja psyykkiselle terveydentalle. Ihminen reagoi siihen samoin kuin mihin tahansa äkilliseen vaaratilanteeseen, kuten onnettomuuteen. (Achte, Lindfors, Salokari & Vauhkonen. 1985, 41) Sairastuminen syöpään herättää voimakkaita tunteita. Syöpään liittyvien uskomuksien mukaan se aiheuttaa kipua kärsimystä ja mahdollisesti kuoleman. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 130) Syöpädiagnoosin kuuleminen on valtaosalle sokki ja epäuskoa herättävä tilanne. Sokki on ensimmäinen kriisin vaihe, johon turvaututaan kunnes pystytään kohtaamaan todellisuus. Syöpään sairastuminen muuttaa elämän epävarmaksi. Jotta potilas voisi elää emotionaalisisessa tasapainossa, hänen on opittava elämään epävarmuuden kanssa. (Saari 2008, 133-136.) Sairastuminen on äkillinen ja odottamaton stressitilanne, jossa ihmisen psyykkinen tasapaino on järkkynyt. Ihmiset reagoivat yksilöllisesti sairauden aiheutta-

miin muutoksiin. Ihmisen lähipiirillä ja ympäristöllä on myös merkittävä rooli sairastuneen elämässä. (Achte ym. 1985, 15).

Syöpä sairautena järkyttää elämän jatkuvuutta oli ennuste hyvä tai huono. Sopeutuminen sairauteen on yhteydessä läheisesti potilaan yksilölliseen tapaan käsitellä asioita sekä perheeltä saamaan tukeen. Sairauden toteamisvaiheeseen kuuluu usein epätoivoa, levottomuutta ja ahdistusta. (Elomaa 2009, 52.)

Syövän aiheuttama kriisi johtaa henkiseen loukkaantumiseen. Henkisellä loukkaantumisella tarkoitetaan sitä, että ihmisen on mietittävä elämän arvojaan uudelleen, kontrolli menetetään, ihminen kokee pelkoa ja turvattomuutta ja hänen haavoittumattomuutensa on murtunut. Monesti ihmiset uskovat, että ikäviä elämäntapahtumia tapahtuu vain muille. Ihminen suojelee näin itseään. Siksi on vaikeaa uskoa traumaattista tapahtumaa kun se sattuu omalle kohdalle. Ihminen menettää kontrollin tunteen omasta elämästään. Tällöin tyypillisiä tunteita ovat häpeä, pelko ja avuttomuus. Syöpään sairastuessaan ihminen joutuu myös vastakkain kuoleman kanssa, jolloin järkytys voi olla suuri. Varsinkin jos ei ole joutunut aikaisemmin ajattelemaan kuolemaan liittyviä asioita. Hänen täytyy miettiä omia uskomuksiaan, asenteitaan ja elämänarvojaan. Ihmisen perusluottamus elämäänsä on murtunut täysin, jolloin elämä muuttuu vaaralliseksi ja arvaamattomaksi. (Heiskanen 1994, 26-27.)

Alkusokin lisäksi syöpäsairauden kohdatessaan ihminen joutuu monien muiden vaikeuksien eteen. Sairauden kulkuun liittyy paljon askarruttavia ja pelottavia asioita. Näitä ovat mm. syövän eteneminen, kuoleman mahdollisuus ja uusiutumiskriisi. Syöpäsairausten hoitoon kuuluu paljon tutkimuksia ja toimenpiteitä. Myös itse leikkaushoito voi olla potilaasta hyvin pelottava. Leikkauksen lisäksi hoitoon kuuluu useimmiten raskaita lääkityksiä, kuten solunsalpaaja ja sädehoito. Myös potilaan henkilökohtaisen elämän on uhattuna. Potilaita voi mietityttää työkykyisyyden pysyminen, ihmissuhteiden ennallaan säilyminen ja mahdollisuus harrastaa rakkaita harrastuksia sairaudesta huolimatta. (Vauhkonen ym. 1985, 18-19.)

Monista tutkimuksista on ilmennyt, että hoitohenkilökunta kysyy vain harvoin potilaiden tunteista ja huolista. Vuorovaikutus on jäänyt pinnalliseksi toimenpiteen yhteydessä tapahtuvaksi keskusteluksi. Potilaat olisivat toivoneet enemmän aikaa potilaan ja hoita-

jan väliselle keskustelulle. Tiedon saaminen on hyvin tärkeää potilaan emotionaalisen hyvinvoinnin kannalta. (Saari 2008, 144-145.)

Leinon (2011) väitöskirjan mukaan potilaille oli tärkeää että heitä ei päästetty heti kotiin ja jätetty yksin. He halusivat päästä heti keskustelemaan paranemismahdollisuuksista ja toivoivat että ammattihenkilöt antavat heille aikaa, ovat vierellä, lohduttavat ja auttoivat asian käsittelemisessä. Potilaat kokivat että sairauden aiheuttaman järkytyksen johdosta he eivät pysyneet ripeän hoitosuunnitelman etenemisessä mukana, koska järkyttävän tiedon johdosta vastaanottokyky oli rajallinen. Potilaita helpotti tulevan tietäminen ja konkreettiset tulevaisuuden tapahtumat koettiin mieltä rauhoittavina. Jotkut käyttivät puolustusmekanismeja, sillä eivät halunneet uskoa sairastuneensa syöpään. Käytettyjä puolustusmekanismeja olivat kieltäminen ja torjuminen, sillä todellisuuden ajatteleminen oli liian tuskallista. Muita tapoja olivat tunteiden peittäminen, toiset taas eivät pysyneet tunnistamaan tai hillitsemään tunteitaan lainkaan.

Harjun (2009) tutkielman mukaan suurin osa potilaista koki, ettei saanut riittävästi tukea ja hoitajat olivat vain kohtalaisesti kiinnostuneita perheen selviytymisestä jatkohoidossa. Samasta tutkimuksesta ilmenee myös, että sosiaalisen tuen osa-alueista potilaat kokivat saavansa vähiten emotionaalista tukea. Myös Nevalaisen (2006) tutkielmasta ilmenee että n 50% potilaista oli sitä mieltä, ettei hoitohenkilökunta kysynyt haluaisivatko he keskustella sairauteen liittyvistä kokemuksista. Tutkimuksen mukaan myös läheiset kokivat, että henkilökunta keskusteli vain vähän omaisten kokemista tunteista.

Nevalaisen (2006) väitöskirjan mukaan potilaat kokivat, että he olisivat halunneet keskustella asiantuntijan kanssa syöpädiagnoosin aiheuttamasta ahdistuksesta. Tunteista keskusteleminen auttaa potilasta ymmärtämään mistä tietynlaiset tunteet johtuvat. Tärkeintä olisi keskustella negatiivisista tunteista, jotka häiritsevät potilaan elämää. Läheiset jäivät eniten kaipaamaan keskustelua tunteista ja sairauden herättämistä kokemuksista hoitohenkilökunnan kanssa. Potilasta tulisi rohkaista tietoisesti välttämään masennusta aiheuttavia tunteita ja pyrkiä ajattelemaan tilannetta erilaisista näkökulmista. Keskustelun ajallisella kestolla ei ole merkitystä terapeutiksiin vaikutuksiin. Useinkin potilasta voidaan auttaa ihan muutamalla sanalla. Potilaan oloa voidaan helpottaa myös keskustelemalla tunteiden lisäksi myös muista asioista, kuten arkipäivän asioista, jolloin potilaan ajatukset saadaan sairaudesta muualle. Tutkimuksesta ilmenee myös, että omaiset jäivät

kaipaamaan rohkaisua hoitohenkilökunnalta ja tietoa sairauden aiheuttamista arkielämän vaikeuksista.

Emotionaalisen tuen tarve tulisi arvioida heti tulohaastattelun yhteydessä. Hoitotyön suunnitelmaa laadittaessa tulee ottaa huomioon että tuen tarvetta tulisi arvioida koko hoitoprosessin ajan. Tunteita voidaan havainnoida potilasta tarkkailemalla, esittämällä kysymyksiä ja kuuntelemalla. Emotionaaliset tarpeet ovat yksilöllisiä, joten ei ole olemassa sääntöjä tai yleistyksiä tarpeen vastaamiseksi. (Eriksson & Kuuppelomäki, 2000, 141-142). Tuen tarpeen arviointiin liittyy vastavuoroisen hoitosuhteen luominen, yksilöllisen elämäntilanteen selvittäminen, henkisen hyvinvoinnin arviointi ja sanojen ja hiljaisuuden taakse näkeminen. Muita tärkeitä tekijöitä tuen tarpeen tunnistamisessa ovat omahoitajana toimiminen, kollegoiden välinen vuorovaikutus ja tutkimustiedon hyödyntäminen. (Mattila 2011, 64)

Mattilan (2011) tutkimuksen mukaan syöpäpotilaan tukemisen tavoitteita ovat tasapainoisen elämän jatkuminen, potilaan ja omaisen voimavarojen ja keskinäisen suhteen vahventaminen, henkisten voimavarojen edistäminen, tilanteen haltuun ottaminen, tasapainoisen arkielämän jatkuminen ja potilaan ja omaisen luottamuksen vahvistaminen elämän kantamiseen. Yhteiseksi yläkäsitteeksi tutkimuksessa saatiin perheenjäsenten välisten suhteiden, hoitotaitojen ja voimavarojen hallinta ja terveyttä uhkaavien oireiden hallinta. (Mattila 2011, 66-67.)

Kyky eläytyä potilaan ja omaisen tilanteeseen on tärkeä emotionaalisen tuen muoto. Empatia on edellytys emotionaalisen tuen antamiselle. Empatiakyvyllä tarkoitetaan sitä, että yksilö kykenee asettumaan toisen asemaan ja tarkastelemaan maailmaa myös hänen näkökulmasta. Empatia rakentuu itsetuntemuksen ymmärtämiselle. Mitä paremmin ihminen ymmärtää omia tunteitaan sitä taitavammin hän pystyy tulkitsemaan myös muiden ihmisten mielialoja ja tunteita. Hoitajat käyttivät omia tunteitaan emotionaalisen tuen muotona, koska kokivat sen tehokkaaksi tuen antamisen muodoksi. Aidon empatian edellytyksenä on myös terve itsetunto ja tasapainoinen mieliala. Empatiakyky alkaa kehittyä jo lapsuudessa ja se on osa tervettä persoonallisuutta. (Mattila 2011, 68, 143.)

Mattilan väitöskirjassa (2011) yksi emotionaalisen tuen muodoista on turvana oleminen. Tällä tarkoitetaan sitä, että kun potilas ja omainen eivät kykene tekemään päätöksiä tai

toimimaan hoitajan tehtävänä on tukea ja toimia potilaan ja perheenjäsenen puolesta, jolloin heillä jää enemmän aikaa oman tilanteen läpikäymiseen. Tällä tarkoitetaan myös sitä, että potilaan voimaannuttua sairaanhoitaja vetäytyy takaisin taka-alalle ja arvioi potilaan toimintakykyä ja itsenäisyyttä.

Yksi emotionaalisen tuen muodoista on henkisen tilanteen käsittely. Tällä tarkoitetaan potilaan ja perheenjäsenen jaksamista ja tunteiden käsittelyä. Potilasta rohkaistiin antamaan itselleen vapaus sairauskriisin läpikäyntiin ja vapauttamaan hänet perheen hyvinvoinnin kannattelusta. Muita henkisen tilanteen käsittelyyn liittyviä asioita ovat omaisen jaksamisen huomioiminen ja hänen omien tarpeiden tunnistaminen. Potilasta ja perheenjäsentä rohkaistiin keskinäiseen läheisyyteen ja molemminpuolisen luottamuksen synnyttämiseen (Mattila 2011, 69-70.)

Tunteista ja ajatuksista puhuminen on monille vaikeaa. Kaikki syöpäpotilaat eivät edes halua puhua tunteuksistaan. Tunteista puhuminen on kuitenkin tärkeä osa potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta. Tunteet aiheuttavat sisäistä painetta, jolloin olisi tärkeää että potilaalla on mahdollisuus puhua hoitajan kanssa halutessaan. Hoitajan tulisi aina tehdä aloite keskustelun suhteen ja hyväksyä myös se, ettei potilas välttämättä halua keskustella. (Eriksson & Kuuppelomäki. 2000, 144.)

Hoitohenkilökunnan tehtävänä on fyysisen hoidon ja oireiden lievittämisen lisäksi myös potilaan ja hänen läheisten emotionaalinen tukeminen. Emotionaalisen tuen tehtävänä on auttaa potilasta ja hänen perhettä selviytymään tunnereaktioista ja elämään mahdollisimman tasapainoista elämää sairaudesta huolimatta. Hoitajilla tulisi olla tietoa tunteiden syntyyn vaikuttavista tekijöistä ja kyky tunnistaa erilaisia tunteita. Hoitajalla tulisi myös olla taitoa tukea ja auttaa potilasta ja hänen perhettään saavuttamaan emotionaalisen tasapainon. (Eriksson & Kuuppelomäki, 2000, 130.)

Syöpäpotilaan emotionaalisen hyvinvoinnin edellytyksenä on toivo. Toivo antaa elämälle tarkoituksen ja se on elämänhalun ydin. Toiveikas mieliala on yhteydessä elimistön fysiologisiin toimintoihin, jolloin se vaikuttaa myös fyysiseen paranemiseen ja sitä kautta elämän pituuteen. Paranemisen kannalta olisi hyvin tärkeää, että hoitoympäristö olisi toivoa ylläpitävä. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 147) Toivolla on kuvattu olevan myönteinen merkitys ihmisen elämän selviytymisprosesseissa. Toivon vahvistaminen

on auttamismenetelmä, joka edistää terveyttä. Henkilö tuntee että hänellä on sisäistä voimaa ja hän on elossa. Toivoa vahvistavia hoitotyön auttamismenetelmiä ovat mm. luottamuksellisen hoitosuhteen rakentaminen, potilaskeskeinen työskenteleminen, keskusteleminen potilaan kanssa, potilaan läheisen toivon tukeminen ja tiedonsaannin turvaaminen, potilaan omien voimavarojen vahvistaminen, pelkojen vähentäminen, läheisten tukeminen hoitoon osallistumisessa, sairauteen sopeutumisen tukeminen ja auttaminen tulevaisuuteen suuntaamisessa. Toivottomuus ja masentuneisuus voivat vaikuttaa kielteisesti sairauden kulkuun. (Achte, Lindfors, Salokari & Vauhkonen. 1985, 136; Korhonen, Kylmä, Juvakka & Pietilä. 2006, 64-71.)

Myös huumorilla on tärkeä merkitys syöpäpotilaan hoitotyössä sairaalahoidon aikana. Huumorilla tarkoitetaan asioiden huvittavien puolien löytämistä ja leikinlaskua. Huumori ilmenee esimerkiksi tilannekomiikkana, vitsailuna, kujeiluna ja liioitteluna. Potilaat arvostavat huumoria ja huumorintajuinen hoitaja on helposti lähestyttävä. Huumori on oikopolku mielihyvän lähteille. Huumorin käyttäminen emotionaalisen tuen muotona perustuu siihen, että sen käyttö edistää myönteisten tunteiden syntyä. Huumori lievittää stressiä ja se on hyväksyttävä tapa purkaa ja hallita negatiivisia tunteita, suuttumusta, ahdistusta ja vapauttaa ilmapiiriä. Huumorin avulla voi myös rentoutua ja piristyä. Huumori ei kuitenkaan sovi kaikkiin tilanteisiin. Hoitajan täytyy tietää milloin ja millä tavalla huumoria tulisi käyttää. (Eriksson & Kuuppelomäki, 2000,152)

Syöpään sairastumisen aiheuttama kriisi ei yleensä vaikuta vain yksilöön itseensä vaan myös hänen ympäristöön ja perheeseen. Kriisi voi olla yksilöllinen mutta on usein myös sosiaalinen tapahtuma. Vaikea sairaus herättää huolta ja pelkoa myös lähipiirissä ja perheenjäsenissä. Joskus sairaus voi myös vähentää ihmissuhteita, sillä läheisten ja ystävien pelko on niin suuri, etteivät he pysty kohtaamaan sitä. Se millä tavoin ihminen ja hänen läheisensä käyvät läpi sairautta on merkityksellistä, sillä luottavainen toiveikas ja realistinen asenne auttavat sairaudesta paranemiseen. Syöpäpotilaan hoidossa on hyvin oleellista huomioida myös potilaan perhe. Perheen tuki on hyvin merkityksellistä potilaan selviytymisen ja toipumisen kannalta. (Achte ym.1985, 19-21, 97.)

Käytännön hoitotyön kannalta on ongelmallista, että perheenjäsenet eivät välttämättä tunnista tai puhu omista tuen tarpeistaan, vaan päällimmäisenä ovat sairastuneen potilaan tarpeet ja huoli hänen selviytymisestään. Keskustellakseen asioista hoitohenkilö-

kunnan kanssa perheenjäsenet eivät välttämättä tee aloitetta. Perhelähtöisen hoitotyön toteutumiseksi on huolestuttavaa, että osa hoitajista välttelee perheenjäsenten kohtamista piiloutumalla tekosyiden, kuten kiireen taakse, vaikka todellisuudessa heiltä puuttuu riittävä tietotaito kohdata tukea tarvitsevat läheiset. Keskeistä perheen voimavarojen tukemisessa on se, miten hoitohenkilöstö pystyy tukemaan perhettä ja varhaisessa vaiheessa tunnistamaan erityistä tukea tarvitsevat perheenjäsenet. (Halme ym. 2007, 18.)

Usein kiire ja ajanpuute ovat hoitotyössä selityksenä potilaan ja hänen omaistensa kohtaamattomuudelle. Yhden perheenjäsenen sairaus kuitenkin vaikuttaa koko perheeseen, joten myös perheenjäsenten huomioiminen ja hoitoon mukaan ottaminen on ensiarvoisen tärkeää. Hyvään hoitamiseen kuuluu perheiden kunnioittava kohtelu, tervehtiminen, avoin kohtaaminen, ilmapiirin myönteisyys perheenjäsenten läsnäololle, oikean tiedon ja ohjauksen antaminen sekä mahdollisuuksien mukaan perheen osallistumisen tukeminen. (Åstedt-Kurki, Paavilainen & Pukuri 2011.)

Postoperatiivisessa vaiheessa on tärkeää että sairaanhoitaja kuuntelee, keskustelee, on ymmärtävä ja toiminnassaan rauhallinen. Potilasta voi ahdistaa uusi muuttunut ruumiinkuva avanteen takia ja hän voi tuntea itsensä erilaiseksi ja jopa luotaantyyntäväksi. Potilas ei välttämättä pysty keskustelemaan asiasta ahdistuneena. Hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta hyväksymään itsensä ja muuttunut ruumiinkuva, jotta hän kokee avanteen konkreettisesti osaksi itseään. (Holmia ym. 2006, 506.)

Jotta potilas sopeutuu uuteen elämäntilanteeseen leikkauksen jälkeen, hoitajan työtä on seurata potilaan käyttäytymistä ja reaktioita sekä olla yhteydessä potilaan läheisiin. Hoitajan tulisi kiinnittää huomiota potilaan mielialaan ja tunnetiloihin. Kotiutumisvaiheessa potilaalle on hyvä selvittää millaiset sairauden aiheuttamat oireet ovat normaaleja ja milloin on syytä ottaa yhteyttä hoitopaikkaan. Potilaat on hyvä ohjata syöpäjärjestöjen järjestämille sopeutumisvalmennuskursseille, jotka on koettu tärkeiksi kuntoutumisvaiheessa oleville syöpäpotilaille. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 57-58.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Valitsimme menetelmäksi kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on ihminen ja hänen elinympäristönsä ja niihin liittyvät merkitykset (Kylmä & Juvakka 2007, 16). Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä käyttää induktiivista teorianmuodostusta eli yksittäisistä havainnoista muodostetaan yleisiä lainalaisuuksia (Lauri & Kyngäs 2005, 61). Laadulliselle tutkimukselle on myös tyypillistä sen kontekstuaalisuus eli tutkimustulokset ovat ainutlaatuisia ja niitä ei voida irrottaa asiayhteydestään eli niitä ei voida yleistää (Tuomi, J. 2007, 97). Koska haluamme selvittää potilaiden ja omaisten kokemuksia, laadullinen tutkimus antaa mahdollisuuksia yksilöllisempään ja vapaampaan vastausmuotoon. Laadullisen tutkimukselle on myös tyypillistä, että aihepiirit ovat hyvin henkilökohtaisia, jolloin tutkimuksen aihe voi olla inhimillisesti koskettava (Kylmä & Juvakka 2007, 20.)

Laadullisen tutkimuksen suunnittelun tulisi olla väljää ja joustavaa, koska kaikkia tutkimusprosessin tapahtumia ei voida ennakoida. Aineiston kokoaminen ja käsittely laadullisessa tutkimuksessa muodostaa niin monimuotoisen prosessin että sitä ei voida etukäteen suunnitella. Tutkimussuunnitelma kehittyy tutkimuksen edetessä. Yleisenä periaatteena laadullisessa tutkimuksessa pidetään sitä että suunnitelmasta käy ilmi mitä, missä ja miten tutkitaan. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 45.)

Kerättyä aineistoa voidaan analysoida esimerkiksi induktiivisella sisällön analyysillä. (Kylmä & Juvakka 2007, 113). Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota käytetään usein kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmissä. Sisällön analyysin prosessista erotetaan seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta ja luotettavuuden arviointi. Sisällön analyysin tavoitteena on asiasisällön laaja, mutta tiivis esittäminen. Sisällön analyysissä aineistosta muodostetaan esimerkiksi malleja, käsittekarttoja tai käsiteluokituksia, joiden avulla voidaan kuvata aineistosta ilmeneviä asioita selkeästi. Analysointi etenee vaiheittain, joita ovat pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Analyysiä ohjaavat tutkimustehtävät joiden pohjalta muodostetaan kategorioita. Analyysiyksiköt voivat olla sanoja tai lauseita. Näin pyritään muodostamaan teoria, joka antaa kuvan aineiston sisällöstä ja

jota ei ohjaa ennakkokäsitykset tai yleistyksen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134-135.)

Omassa työssämme keskitymme suolistosyöpäpotilaisiin ja heidän omaisiin, jolloin esiin voi nousta hyvin henkilökohtaisia ja kipeitä kokemuksia sairaudesta ja sen hoidosta. Laadullisen tutkimuksen otos on usein pieni, jotta ilmiöstä saataisiin kerättyä mahdollisimman rikas aineisto (Kylmä & Juvakka 2007, 27).

Aloitimme opinnäytetyömme tekemisen syksyllä 2011, jolloin teimme tutkimussuunnitelman. Kevään 2012 aikana kirjoitimme teoriaa ja suunnittelimme avoimen kyselylomakkeen. Aloitimme aineiston keruun toukokuussa 2012 yhdessä työelämäyhteistyökumppanin kanssa. Lähetimme kyselylomakkeet potilaille ja omaisille kesän ja alkusyksyn aikana. Syys-lokakuun aikana analysoimme aineiston ja viimeistelimme työn.

Aineistonkeruumenetelmänä käytimme avointa kirjallista kyselyä. Lähetimme kyselyn viidelle potilaalle ja viidelle omaiselle. Vastauksia saimme viisi, joista kolme saimme potilailta ja kaksi omaisilta. Tutkimukseen osallistuvat henkilöt valittiin osastonhoitajan toimesta. Kirjallinen kysely lähetettiin postitse tutkimukseen osallistuville henkilöille viikon kuluttua kotiutumisesta. Tutkimuksesta aiheutuvat kustannukset maksoimme itse. Aineiston analysoinnissa etenimme tutkimustehtävien pohjalta sisällönanalyysia mukailen. Aineiston ollessa niukka, kolmivaiheinen sisällönanalyysi menetelmä olisi ollut vaikeaa.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksemme vastasi viisi henkilöä, joista kolme oli potilaita ja kaksi omaista. Potilaat olivat iältään 62- ja 68-vuotiaita. Yksi vastaajista ei ilmoittanut ikäänsä. Kaksi heistä oli naisia ja yksi mies. Omaiset olivat iältään 56- ja 62-vuotiaita. Omaiset olivat miehiä, toinen oli potilaan lapsi ja toinen puoliso. Tutkimustuloksemme esitetään tutkimustehtävien mukaisesti. Tutkimustulosten yhteyteen on liitetty suoria lainauksia vastaajien tutkimusaineistosta lisäämään tutkimustulosten luotettavuutta.

5.1 Potilaan ja hänen omaisensa kokemuksia suolistosyöpään sairastumisesta

Tutkimustuloksista ilmenee että osalla potilaista syöpään sairastuminen herätti erilaisia tunteita kuten pelkoa ja heille nousi ajatuksia myös kuoleman mahdollisuudesta. He pohtivat myös tulevaisuutta ja alkoivat elää hetkessä. Vastauksista nousi esiin myös erään potilaan huoli omaisensa pärjäämisestä. Kaikki potilaat kokivat nopean hoidon alkamisen ja hoitoon ohjaamisen turvallisuutta ja luottamusta herättäväksi tekijäksi.

”Koin oloni turvalliseksi, kun kokeet oli otettu ja leikkaus järjestettiin mahdollisimman nopeasti. Pelkoa en tuntenut.”

”Suhtauduin luottavaisesti siihen, että kasvain saataisiin leikattua pois, enkä jäänyt sitä murehtimaan”

Tuloksista ilmenee että molemmat omaisista kokivat omaisensa syöpädiagnoosin kuulemisen aiheuttaneen erilaisia tunteita kuten ahdistusta ja kuoleman mahdollisuutta. Toinen omaisista kertoi kärsineensä unettomuudesta ja miettineensä tulevaisuutta. Nopea hoidon alkaminen, hoitoon ohjaaminen sekä hyvä hoitoennuste toivat turvallisuuden tunnetta ja helpotti omaisen huolta läheisestään. Hoidon alun pitkittyminen olisi yhden omaisen mukaan aiheuttanut hänelle ahdistusta.

”Tämä myllersi tietenkin mielessä ja ajatteli, että tässäkö tämä oli.”

”Asiaan nopeasti tarttuminen, hoitoonohjaus välittömästi, sekä hyvä hoitoennuste johtivat siihen, etten tuntenut sairaudesta suurta huolta.”

Vastauksista kävi ilmi, että keskustelu potilaan ja hoitajan välillä liittyi enimmäkseen yleisiin asioihin. Potilaat saivat hyvin tietoa syövän sijainnista, hoidosta ja jälkihoidosta. Sairauden herättämistä tunteista ei potilaiden vastausten mukaan keskusteltu ollenkaan.

”Minulle asiallisesti selostettiin syövän paikka, hoito ja jälkihoito.”

Toisen omaisen antamista vastauksista ilmenee hoitajien välinpitämätön asenne ja toimenpidekeskeinen suorittaminen. Toinen omaisista kuitenkin koki hoitajien huomioivan potilaita läsnäolollaan ja asiallisuudellaan.

”Osastolla hoitajat olivat suorittamassa heille ohjeistettuja tehtäviä. En huomannut mitään syvempää otetta potilaan tunteisiin tai vielä vähemmän omaisten tunteisiin.”

”Hoitajien välitön ja asiallinen asenne välittyi isästäni rauhallisuutena.”

5.2 Potilaan ja hänen omaisensa kokemuksia saamastaan emotionaalisesta tuesta hoitohenkilökunnalta sairaalassaoloaikana

Suurin osa potilaista koki että hoitajat olivat saatavilla aina tarvittaessa. Yhden vastajan mielestä hoitajien toiminnassa löytyi hoitajakohtaisia eroavaisuuksia, jotkut olivat hyvin saatavilla, toisia joutui odottamaan. Eräs potilaista koki etteivät hoitajat osoittaneet mielenkiintoa hänen yksilöllistä elämäntilannettaan kohtaan. Toinen potilas kuitenkin tunsi hoitajien olevan aktiivisia ja kiinnostuneita hänen elämäntilanteestaan.

”He olivat aktiivisia tietämään olotilani.”

”Aluksi erittäin hyvin, kunnon kohentuessa ehkä vähän huonommin.”

Erään potilaan mukaan hoitajan työskentelyssä turvallisuutta ja luottamusta lisääviä tekijöitä olivat, hoitajien asenne ja käyttäytyminen, hoitajan ja potilaan välinen vuoro-vaikutus sekä hoitajan ammattitaito ja läsnäolo. Yksi potilaista koki että hänen omaisinaan ei huomioitu hoitajien toimesta osastohoidon aikana. Huomiointi oli lähinnä vain omaisten tervehtimistä. Kahdella potilaista heräsi turvattomuuden ja pelon tunnetta hoitajien työskentelystä johtuen.

”Keskustelut liittyivät vain hoitotoimenpiteisiin ja yleisiin asioihin.”

”Parina yönä tunsin oloni turvattomaksi, illalla jo pelkäsi tulevaa yötä.”

Tutkimuksesta ilmenee, ettei omaisten kanssa keskusteltu tunteisiin liittyvistä asioista. Vastauksista ilmenee että hoitajan työskentelyssä turvallisuutta ja luottamusta lisääviksi tekijöiksi nousivat samat asiat kuin potilaiden vastauksissa sekä lisäksi empaattisuus ja huolenpito.

”Tervehtivät, jos sattuivat samaan aikaan paikalle tai vaihtoivat pari sanaa. Ei muuta.”

”Hoitajia aina paikalla, kun kävin osastolla.”

5.3 Potilaan ja hänen omaisensa hoitajilta toivoma emotionaalinen tuki

Valtaosa potilaista kokivat saaneensa tietoa ja keskustelumahdollisuuksia riittävästi. Kenellekään potilaista ei herännyt kysymyksiä, joista olisivat halunneet tietää enemmän.

”Riitti yleisen tason keskustelu eikä itsellenikään ollut vielä tullut mieleen mitään erikoista kysyttävää.”

”Kaikista haluamistani asioista keskusteltiin riittävästi.”

Molemmat omaisista eivät kokeneet halua tai tarvetta keskustella enempää hoitajien kanssa. Toinen omaisista toivoi että hoitajat olisivat ystävällisiä ja huomioisivat omaiset paremmin osastohoidon aikana.

”Nopeassa prosessissa en kokenut tarvetta keskusteluun.”

Kaksi potilaista kokivat että heille oli kerrottu riittävästi sairaalan ulkopuolisista tuen saannin mahdollisuuksista. Kaikki potilaat kertoivat selviytyneensä kotona sairaalahoidon jälkeen hyvin, eikä heille noussut mitään lisätiedon tarvetta.

”Syöpäyhdistyksen henkilö kävi kertomassa heidän toiminnastaan.”

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tutkia suolistosyöpäpotilaiden ja heidän omaistensa kokemuksia suolistosyöpään sairastumisesta ja saamastaan emotionaalisesta tuesta leikkaushoidon aikana. Tarkastelimme tutkimusaihetta potilaan ja hänen omaisensa näkökulmasta. Opinnäytetyössämme pyrimme selvittämään suolistosyövän aiheuttamia tunteita, emotionaalisen tuen saantia ja tarvetta osastolla. Tavoitteenamme on tutkimustulosten avulla kehittää osaston toimintaa potilaiden ja omaisten tarpeita vastaaviksi.

Syöpään sairastuminen herätti potilaissa tunteiden myllerrystä. Tulevaisuus ja mahdollinen kuolema myös mietityttivät vastaajia. Nopea hoitoon pääsy kuitenkin helpotti negatiivisten tunteiden syntymistä. Tutkimustuloksista ilmeni että potilaat luottivat saamaansa hoitoon ja nopea hoitoon pääsy lisäsi heidän turvallisuuden tunnettaan. Samankaltaisia tutkimustuloksia on myös Leinon (2011) väitöskirjassa, jonka mukaan potilaat halusivat päästä heti keskustelemaan paranemismahdollisuuksista ja toivoivat että ammattihenkilöt antavat heille aikaa, ovat vierellä, lohduttavat ja auttavat asian käsittelemisessä. Potilaita helpotti tulevan tietäminen ja konkreettiset tulevaisuuden tapahtumat koettiin mieltä rauhoittavina.

Potilaat kokivat että keskustelu hoitajien kanssa jäi yleiselle tasolle. Hoitajat selvittivät potilaille syövän hoidon pääpiirteet, mutta syöpäsairaudesta aiheuttamista tunteista ei keskusteltu. Omaiset kokivat hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen toimenpiteiden yhteyteen jääväksi. Hoitajista välittyi välinpitämätön asenne. Osa vastaajista koki hoitajan huomioivan potilasta läsnäolollaan ja asiallisuudellaan. Tutkimuksesta ilmenee että omaisten kanssa ei keskusteltu tunteisiin liittyvistä asioista. Erään tutkimuksen kiire rajoitti hoitajan työmotivaatiota ja sitä kautta potilaan hyvää hoitoa. (Mäkinen & Routasalo 2003, 18.) Myös Nevalaisen (2006) tutkielmasta ilmenee että n 50 % potilaista oli sitä mieltä, ettei hoitohenkilökunta kysynyt haluaisivatko he keskustella sairauteen liittyvistä kokemuksista. Tutkimuksen mukaan myös läheiset kokivat, että henkilökunta keskusteli vain vähän omaisten kokemista tunteista.

Osa potilaista koki hoitajien olevan saatavilla aina tarvittaessa, yhden vastaajan mukaan hoitajien välillä oli eroavaisuuksia. Jotkut vastaajista kokivat että hoitajat eivät olleet kiinnostuneita heidän yksilöllisestä elämäntilanteestaan. Osa kuitenkin koki hoitajien olleen aktiivisia kysellessään heidän vointiaan. Potilaiden ja omaisten mielestä hoitajan työskentelyssä turvallisuutta ja luottamusta lisäsivät hoitajan asenne, käyttäytyminen, vuorovaikutus, ammattitaito, läsnäolo, empaattisuus ja huolenpito. Mattilan (2011) tutkimuksen mukaan tuen tarpeen arviointiin liittyy vastavuoroisen hoitosuhteen luominen, yksilöllisen elämäntilanteen selvittäminen, henkisen hyvinvoinnin arviointi ja sanojen ja hiljaisuuden taakse näkeminen.

Kaikki potilaat kokivat, ettei heidän omaisiaan huomioitu hoitajien toimesta. Hoitajien ja omaisten vuorovaikutus jäi tervehtimisen asteelle. Lipposen (2006) tutkimuksesta ilmenee että potilaan omaiset odottavat hoitohenkilökunnalta monenlaista tukea. Omaiset tarvitsevat erityisesti yksilöllisesti annettua tiedollista, emotionaalista sekä konkreettista tukea läheisen ollessa hoidossa sairaalassa.

Vastauksista ilmenee että potilaat ja omaiset kokivat saaneensa riittävästi tietoa ja keskustelumahdollisuuksia. Erään tutkimuksen mukaan käytännön hoitotyön kannalta on ongelmallista, että perheenjäsenet eivät välttämättä tunnista tai puhu omista tuen tarpeistaan, vaan päällimmäisenä ovat sairastuneen potilaan tarpeet ja huoli hänen selviytymisestään. Keskustellakseen asioista hoitohenkilökunnan kanssa perheenjäsenet eivät välttämättä tee aloitetta. Keskeistä perheen voimavarojen tukemisessa on se, miten hoitohenkilöstö pystyy tukemaan perhettä ja varhaisessa vaiheessa tunnistamaan erityistä tukea tarvitsevat perheenjäsenet. (Halme ym. 2007, 18.)

Postoperatiivisessa hoidossa on hoitajan tärkeä arvioida potilaan fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä sekä potilaan ja omaisen tarvetta saada tietoa ja tukea. Lyhentyneet hoitojaksot ja huonokuntoisemmat vanhemmat potilaat ovat aiheuttaneet sen että heikkokuntoiset vanhukset lähetetään kotiin omaisten kanssa. (Mäkinen & Routasalo 2003, 16.) Tässä tutkimuksessa potilaat kokivat saaneensa riittävästi tukea sairaalan ulkopuolisista tuen saannin mahdollisuuksista ja kokivat selviytyneensä hyvin kotona leikkauksen jälkeen. Heille ei noussut esiin asioita, joista olisivat kaivanneet lisätietoa.

Tuloksista selviää että omaiset haluavat hoitajien olevan ystävällisiä ja huomioivan muutkin läsnäolijat potilaan seurassa. Aikaisemmasta tutkimuksesta ilmenee että kii-reellä ja ajanpuutteella selitetään usein hoitotyössä potilaan ja hänen omaistensa koh-taamattomuutta. Perheenjäsenen sairaus vaikuttaa koko perheeseen, joten myös per-heenjäsenten huomioiminen ja hoitoon mukaan ottaminen on tärkeää. Tutkimuksesta nousee esille myös että hyvään hoitamiseen kuuluu perheiden kunnioittava kohtelu, tervehtiminen, avoin kohtaaminen, ilmapiirin myönteisyys perheenjäsenten läsnäololle, oikean tiedon ja ohjauksen antaminen sekä mahdollisuuksien mukaan perheen osallis-tumisen tukeminen. (Åstedt-Kurki, Paavilainen & Pukuri 2011.)

Opinnäytetyömme tutkimusaineiston jäädessä niukaksi, tutkimustuloksia ei voi irrottaa asiayhteydestään ja yleistää. Tämän tutkimuksen tulokset ovat ainutlaatuisia ja vastaaji-en henkilökohtaisia kokemuksia asioista.

6.2 Luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointia on pidetty haasteellisena sillä tutkijat toimivat usein yksin, joten on helppo tulla sokeaksi omalle työlleen ja tehdä virhepäätelmiä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin on tehty erilaisia luotetta-vuuden kriteereitä ja suosituksia. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteerejä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuudel-la tarkoitetaan sitä, että tulokset on kuvattu niin että lukija ymmärtää miten analyysi on tehty ja mitkä ovat kyseisen tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Tutkimuksen siirret-tävyys tarkoittaa sitä, kuinka hyvin tulokset ovat siirrettävissä toiseen asiayhteyteen. Riippuvuudella tarkoitetaan sitä, jos tutkimus toistetaan ja siitä saadaan samanlaisia tuloksia. Vahvistettavuudella pyritään siihen että lukija pystyy seuraamaan tutkijan pää-telmiä aineistosta johtopäätöksiin. (Kananen 2008, 26; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus on läheisesti yhteyksissä tutkijaan, kerätyn aineis-ton laatuun, analyysiin ja siihen kuinka tutkimuksen tulokset on esitetty. Aineiston laa-tuun vaikuttaa merkittävästi se kuinka hyvin tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. Tällä tarkoitetaan tutkijan taitoa oivalluskykyä ja arvostuksia. Sisällönanalyysin haas-

teena on myös se kuinka aineiston pelkistäminen tapahtuu niin että se kuvaa luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Aineiston ja tulosten väliltä on löydyttävä selkeä yhteys. Pattonin ja Weberin mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä ja neutraaliutta eli tulosten todeksi vahvistamista. Sisällönanalyysin luokittelun olisi hyvä tehdä useampi henkilö jolloin voidaan varmistaa tulosten samansuuntaisuudesta. (Janhonen & Nikkonen 2003, 36-37, 161-165.)

Opinnäytetyömme luotettavuutta pyrimme varmentamaan lähettämällä kyselylomakkeet potilaille ja omaisille henkilökohtaisesti. Kysymysten sisällön määrittelimme sen mukaan onko kysymyslomake kohdennettu potilaille vai omaisille. Pyysimme osallistujia täyttämään kyselylomakkeen itsenäisesti, jotta vastaukset olisivat yksilöllisiä ja ulkoiset häiriötekijät olisi minimoitu. Tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys pidettiin salassa ja asiakirjat on tuhottu tutkimuksen päätyttyä.

Opinnäytetyömme eettisyyttä lisää se että vastaajia ei pysty tunnistamaan. Kyselykaavakkeen kysymykset on muotoiltu niin, etteivät ne loukkaa vastaajia tai työelämäyhteistyökumppania.

6.3 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyömme aiheena olivat suolistosyöpäpotilaiden ja heidän omaistensa kokemukset emotionaalisesti tuesta kirurgisella vuodeosastolla. Tutkimuksen osallistujien määrä jäi pienemmäksi kuin suunnittelimme ja vastaukset olivat niukkoja sekä osa vastaajista ei vastannut kaikkiin kysymyksiin tai vastasi asian vierestä.

Tutkimuksemme tulokset antavat samansuuntaisia tuloksia kuin aikaisemmatkin samasta aiheesta tehdyt tutkimukset, kuitenkin näin pienen vastaajaryhmän ja niukkojen vastausten pohjalta tutkimustuloksia ei voida yleistää. Tämän tutkimuksen tulokset ovat hyödynnettävissä ainoastaan tutkimukseen vastanneiden osalta. Kuitenkin uskomme, että työelämäyhteistyökumppanimme pystyy käytännössä hyödyntämään tutkimuksesta saatuja tuloksia ja kehittämään omaa toimintaansa.

Tutkimustuloksistamme ilmenee että potilaiden ja omaisten kanssa ei keskustella syöpäsairauden herättämistä tunteista. Monet tekijät, kuten kiire, henkilökunnan vähyys sekä asian arkaluonteisuus saattavat omalta osaltaan vaikuttaa siihen, että hoitajien on vaikea ottaa asiaa puheeksi potilaiden ja omaisten kanssa. Kuitenkin emotionaalinen tuki on tärkeä osa syöpäpotilaan hoitotyötä, ja sen kuuluisi sisältyä omana osanaan potilaan hoitosuunnitelmaan.

Tutkimuksesta ilmenee etteivät potilaat tai omaiset kokeneet tarvitsevansa lisää tietoa sairaudesta. Syöpäsairaus aiheuttaa muutoksia kaikilla elämänosa-alueilla, jolloin ei voi voida olettaa yksilön heti omaksuvan kaikkea. Syöpädiagnoosi on aina suuri järkytys, jolloin hoitajan täytyisi huomioida mahdollisen sokkireaktion yksilöön aiheuttamat vaikutukset, kuten sairauden kieltäminen tai vähättely. Vaikka potilaat kokivat nopean hoitoonohjauksen helpottavaksi tekijäksi, aikaa asian läpikäymiseen jää vähemmän, jolloin olisi äärimmäisen tärkeää huomioida potilaan ja omaisen emotionaaliset tarpeet. Siksi olisi entistä tärkeämpää hoitajaksojen lyhentyessä varmistua siitä, että potilaiden ja omaisten saama emotionaalinen tuki on riittävää.

Tärkeä rooli on myös hoitajan ja potilaan sekä omaisen välisellä vuorovaikutuksella. Koska tulkitsemme vuorovaikutuksellisia tilanteita eri tavalla, voi syntyä väärinkäsityksiä sekä huonoja kokemuksia, jotka vaikuttavat osaltaan luottamuksellisen hoitosuhteen syntyyn. Perhelähtöisen hoitotyön näkökulmasta olisi myös tärkeää ottaa omaisen huomioon potilaan hoidossa. Tervehtimisen tasolle jäävä omaisten huomiointi ei ole riittävää. Omaisella tulisi olla oikeus osallistua omaisensa hoitoon ja saada tietoa sairaudesta ammattihenkilöltä. Omaisen ottaminen mukaan potilaan hoitoon tukee sekä potilaan ja omaisen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista selviytymistä sairauden tuomista haasteista.

Opinnäyteyömmä tutkimustulosten perusteella jatkotutkimusaiheena olisi kiinnostavaa selvittää kuinka hoitajat kokevat pystyvänsä vastaamaan potilaiden ja omaisten emotionaalisen tuen tarpeisiin ja millaiset asiat vaikuttavat siihen että emotionaalista tukea on vaikea antaa sekä millaisilla keinoilla hoitajien mielestä sitä voisi lisätä.

LÄHTEET

- Achte, K., Lindfors, O., Salokari M., Vauhkonen M-L. 1985. Syöpä elämän kriisinä. Otava: Keuruu.
- Cullberg, J. 1993. Psykkinen trauma: kriisiteoriasta ja kriisipsykoterapiasta. A-klinikkasäätiö: Helsinki.
- Elonen, E. & Elomaa, I. 2007. Solunsalpaajahoito. Teoksessa Joensuu, H. ym. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Duodecim.
- Elomaa, I. 2009. Tartu toivoon. Saarijärvi. Recallmed Oy.
- Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. 1. painos. Porvoo: WSOY.
- Harju, E. 2009. Eturauhassyöpöpotilaiden ja heidän läheistensä perheen terveys, toimivuus ja koettu tuki sairaalassa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Hakanen, A. 1992. Perustietoa persoonallisuuden psykologiasta. Turun yliopisto. Täydennyskoulutuskeskus. Turku: Painosalama Oy.
- Halme, N., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2007. Aikuisen perheenjäsenen kohtaaminen sairaalassa -kirjallisuuskatsaus. Tutkiva Hoitotyö 1/2007, 18-23.
- Heikkonen, K. & Välikangas, H. 2011. Elämänhallinta yksilön kokemuksena. Pulinapa- ja -projektin merkitys nuorten elämänhallinnan kokemukselle. Oulun yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Heiskanen, T. (toim). 1994. Takaisin elämään. Helsinki. SMS- Tuotanto Oy.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-5. uudistettu painos. Porvoo: WSOY.
- Hulten, L., Palselius, I. & Berndtsson, I. 2000. Avanteenhoito, teoria ja käytäntö. Suom. Kaattari, E. ConvaTec. Alkuperäinen teos 2000.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) 2007. Syöpätaudit. 3.painos. Helsinki: Duodecim.
- Järvinen, H. 2000. Paksusuolen ja peräsuolen syöpä. Teoksessa Höckerstedt, K., Färkkilä, M., Kivilaakso, E. & Pikkarainen, P.(toim.) Gastroenterologia. Helsinki: Duodecim.
- Järvinen, H., Kouri, M. & Österlund, P. 2007. Suoliston syöpä. Teoksessa Joensuu, H. ym. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Duodecim.

Partio, M-L. 2010. Erilaiset suoliavanteet ja niiden käyttöperiaatteet. Teoksessa Kaarlo-la, A., Larmila, M., Lundgren-Laine, H., Pyykkö, A. Rantalainen, T. & Ritmala-Castren, M. (toim.) Teho- ja valvontahoitotyön opas. Duodecim.

Kananen, J. 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä.

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

Kellokumpu, I. 2002. Laparoskooppinen suolistokirurgia. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim.

Kellokumpu, I. 2011. Laparoskooppinen kirurgia tulevaisuudessa - missä rajat? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim.

Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt sairaanhoitaja tekee kriisityötä. Gummerus kirjapaino oy.

Korhonen, M., Kylmä, J., Juvakka, T. & Pietilä, A-M. 2006. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät -metasynthese. Hoitotiede 2/2007, 64-71.

Kouri, M., Ojala, A. & Tenhunen, M. 2007. Sädehoito. Teoksessa Joensuu, H. ym. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Duodecim.

Kuuppelomäki, M. 2002. Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen - Sairaanhoitajien näkökulma. Hoitotiede/3.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki; Edita.

Lauri, S. & Kyngäs, H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. Vantaa; WSOY.

Leino, K. 2011. Pirstaloitumisesta kohti naisen eheytymistä. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Kehittämishankkeen loppuraportti.

Liukkonen, K. & Hokkanen, U. 2003. Avanne. Mikkeli; AO-paino.

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

Mäkinen, B. & Routasalo, P. 2003. Sairaanhoitaja ja iäkkään potilaan kohtaaminen. Tutkiva Hoitotyö 1/2003, 16-21.

Nevalainen, A. 2006. Syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saama tiedollinen ja emotionaalinen tuki polikliinisessä hoidossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

- Nordcan. 2011. Tärkeimpiä tilastotietoja lyhyesti Suomi-Paksusuoli. Luettu: 23.1.2012. <http://www-dep.iarc.fr/nordcan/FI/frame.asp>
- Nurmi, J-E, Ahonen, T. Lyytinen, H. Lyytinen, P. Pulkkinen, L. Ruoppila, I. 2007. Ihmisen psykologinen kehitys. Porvoo: WSOY.
- Nurminen, M-L. 2007. Lääkehoidon ABC. 7.-8.painos. Helsinki: WSOY.
- Ovaska, J. 2010. Videoavusteinen kirurgia. Teoksessa Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) Kirurgia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Palosaari, E. 2008. Lupa särkyä. Helsinki. Edita.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä. Porvoo: WSOY.
- Qvick, L. 2010. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. Porvoo: Duodecim.
- Rantanen, A., Heikkilä, A., Asikainen, P., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa-pilottitutkimus. Hoitotiede 22(2)/2010, 141-152.
- Roberts, P. 2007. Kirurginen hoito. Teoksessa Joensuu, H. ym. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Duodecim.
- Roberts, P. 2010. Kirurginen onkologia. Teoksessa Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) Kirurgia. Helsinki: Duodecim.
- Saari, S. 2008. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Keuruu: Otava.
- Saari, S. Kantanen, I. Kämäräinen, L. Parviainen, K. Valoaho, S. Yli-Pirilä, P. (toim) 2009. Hädän hetkellä-psykkisen ensiavun opas. Helsinki: Duodecim.
- Sairaanhoidajaliitto. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. Päivitetty: 2012. Luettu: 15.11.2011. www.sairaanhoidajaliitto.fi.
- STM. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Syövänhoidon kehittäminen vuosina 2010-2020. 2010. Helsinki. Luettu: 15.11.2011.
- Syöpäjärjestöt. Paksu- ja peräsuolen syövät. Päivitetty 2010. Luettu: 12.1.2012. <http://www.cancer.fi>
- Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Jyväskylä: Tammi.
- Vertio, H. Syöpäpotilaan kuntoutuminen. 15/1994. Lääketieteen Aikakauslehti Duodecim. Helsinki. Luettu: 15.11.2011.

Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E. & Pukuri, T. 2011. Sairaanhoidaja mahdollistaa potilaan ja perheen hyvän hoitamisen-kannanotto hyvään perhekeskeiseen hoitamiseen. Sairaanhoidajaliitto.

Österlund, P. 2011. Suolistosyöpä (ohutsuolen, paksusuolen ja peräsuolen syöpä). Luetu: 15.3.2012. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01087

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje ja kysely

SAATEKIRJE

Arvoisa kyselyyn vastaaja,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Tampereen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyönämme tutkimuksen yhteistyössä Hatanpään sairaalan kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa suolistosyöpään sairastuneiden potilaiden ja heidän omaistensa kokemuksista suolistosyöpään sairastumisesta ja saamastaan emotionaalisesta tuesta leikkaushoidon aikana. Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa osaston hoitohenkilökunnalle potilaiden ja heidän omaistensa kokemuksista saamastaan tuesta sairaalahoidon aikana ja sitä kautta parantaa tuen laatua kirurgisella osastolla.

Jokainen kyselyyn osallistuja on valittu yhdessä yksikön osastonhoitajan kanssa. Kysely toteutetaan kesä-elokuun 2012 aikana. Toivomme että vastaatte kyselyyn itsenäisesti. Tutkimus toteutetaan avoimella kyselylomakkeella. Avoimessa kyselyssä meidän on tarkoituksena saada selville Teidän omia tuntemuksianne ja kokemuksianne. Toivomme että pyritte vastaamaan kysymyksiimme mahdollisimman laajasti ja omien kokemuksienne pohjalta. Pyrkikää hyödyntämään vastauksiinne kaikki paperilla oleva tila, jotta saisimme tutkimuksesta mahdollisimman kattavan ja luotettavan. Kyselylomake sisältää 6-9 kysymystä. Pyydämme Teitä lähettämään kyselylomakkeen suostumusosineen (allekirjoitettuna) valmiiksi maksetussa kirjekuoressa.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja siitä kieltäytyminen ei vaikuta hoitoon. Kaikki tutkimusmateriaali käsitellään luottamuksellisesti ja ne ovat ainoastaan tutkimuksen tekijöiden nähtävissä. Henkilöllisyytenne ei tule missään vaiheessa julki ja tutkimusmateriaalit tuhoaan opinnäytetyön valmistuttua.

Mikäli Teille herää kysymyksiä, ottakaa yhteyttä puhelimitse tai sähköpostitse osoitteeseen: sonja.makkonen@health.tamk.fi puh: 050-591 1389 tai tia.lyytikainen@health.tamk.fi puh: 044-258 4133.

Ymmärrän tutkimuksen tarkoituksen ja suostun osallistumaan tutkimukseen:

Päiväys ja allekirjoitus: _____

Tiia Lyytikäinen
Sairaanhoitajaopiskelija

Sonja Makkonen
Sairaanhoitajaopiskelija

KYSELYLOMAKE

Ikä:

Sukupuoli:

Syöpädiagnoosi:

Sairastumisajankohta:

1. Kuvaile millaisia tunteita tieto syöpään sairastumisesta Teissä herätti?

2. Millä tavoin hoitajat keskustelivat kanssanne syövästä ja sen herättämistä tunteista?

3. Millä tavoin hoitajat olivat saatavillanne osastohoidon aikana?

4. Millä tavoin hoitajat osoittivat mielenkiintoa Teidän yksilöllistä elämäntilannettanne kohtaan?

7. Millaisista asioista olisitte halunneet keskustella hoitohenkilökunnan kanssa osastolla?

8. Millaisista sairaalan ulkopuolisista tuen saannin mahdollisuuksista teille kerrottiin?

9. Miten koitte selviytyneenne kotona sairaalahoidon jälkeen ja mistä asioista olisitte kaivanneet lisää tietoa?

Kiitos kyselyymme osallistumisesta!

Ystävällisin terveisin:

Sonja Makkonen & Tiia Lyytikäinen

KYSELYLOMAKE

Ikä:

Sukupuoli:

Oletteko potilaan (puoliso, sisar, lapsi yms.) :

1. Kuvailkaa millaisia tunteita lähiesenne syöpään sairastuminen Teissä herätti?

2. Millä tavoin hoitajat huomioivat potilaana olevaa läheistänne ja hänen tunteitaan sairaalahoidon aikana?

3. Millaisista tunteisiin liittyvistä asioista hoitajat keskustelivat kanssanne?

4. Millaiset asiat hoitajan työskentelyssä saivat Teidät tuntemaan olonne turvallisiksi ja luottamaan potilaana olevan läheisenne hoitoon?

5. Millaisista tunteisiin liittyvistä asioista olisitte halunnut keskustella hoitajien kanssa?

6. Millaisia asioita hoitajien tulisi huomioida kohdatessaan omaisia osastohoidon aikana?

Kiitos kyselyymme osallistumisesta!

Ystävällisin terveisin:

Sonja Makkonen & Tiia Lyytikäinen

Liite 2. Tutkimusluettelo

Tutkija, vuosi, työn nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Harju 2009 Eturauhassyöpöpotilaiden ja heidän läheistensä perheen terveys, toimivuus ja koettu tuki sairaalassa.	Kuvata millainen on eturauhassyöpöpotilaiden ja heidän perheen terveys, toimivuus ja sairaalassa-oloaikana hoitavilta henkilöiltä saatu tuki potilaiden ja läheisten tukemana.	Kvantitatiivinen tutkimus. FAFHES-mittari. N=200.	Syöpöpotilaat ja heidän läheisensä kokivat hoitavilta henkilöiltä saadun tuen heikoimmaksi osa-alueista.
Heikkonen Välakangas 2011 Elämönhallinta yksilön kokemuksena. Pulinapaja-projektin merkitys nuorten elämönhallinnan kokemukselle.	Tutkimuksessa selvitetiin Pulinapajan merkitystä nuorten elämönhallinnan kokemukselle.	Fenomenologinen haastattelututkimus. N=11.	Pulinapajan toiminta näyttäytyi nuorten elämönhallintaa tukeväksi ja elämönhallintaa lisääväksi tekijäksi. Tutkimus auttoi hahmottamaan elämönhallinnan kokemuksen ja ylläpitämisen keinojen toisistaan erottamisen tärkeyttä.
Kuuppelomäki 2002 Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen – Sairaanhoidtajien näkökulma.	Kuvata kuolevan potilaan emotionaalista tukemista ja selvittää tuen antamiseen yhteydessä olevia tekijöitä.	Kvantitatiivinen tutkimus. Puolistrukturoitu kyselylomake N = 328.	Hoitajien kokema avuttomuuden tunne, tietojen ja taitojen puute, ajan riittämättömyys ja potilaan kohtaamisen vaikeus hankaloitti emotionaalisen tuen antamista.
Leino 2011 Pirstaloitumisesta kohti naisen eheytymistä.	Kehittää substantiivinen teoria rintasyöpöpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana erikoissairaanhoidossa.	Laadullinen pitkitäistutkimus. Grounded-teoria. N=25.	Tuloksista muodostui kolmiosainen teoria ja sitä jäsentävät ulottuvuudet ovat: tuen tarve, tuki hoitoprosessin aikana ja itsessä tapahtuva prosessin läpikäyminen.

<p>Mattila 2011 Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana.</p>	<p>Muodostaa teoreettinen malli potilaan ja perheenjäsenen emotionaalisesta ja tiedollisesta tuesta sairaalahoidon aikana.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus. Ryhmähaastattelut (2 kpl sairaanhoitajille, 3 kpl potilaille, 1 kpl omaisille). Yksilöhaastattelut. Kyselylomake. N=1167.</p>	<p>Sairaanhoitajat käyttivät vuorovai- kutukseen perustu- via tuen tarpeen tunnistamismene- telmiä, kuten yksi- löllisen elämänti- lanteen selvittämistä, sekä henkisen hyvinvoinnin arvi- ointia. Muita tuke- via tekijöitä olivat: omahoitajuus, tut- kimustiedon hyö- dyntäminen sekä kollegoiden välinen yhteistyö.</p>
<p>Nevalainen 2006 Syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saama tiedollinen ja emotionaalinen tuki polikliinisessä hoidossa.</p>	<p>Kuvata aikuisen syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saamaa tiedollista ja emotionaalista tukea polikliinisessä hoidossa ja selvittää miten taustatekijät ovat yhteydessä hoitohenkilökunnalta saamaan tiedolliseen ja emotionaaliseen tukeen.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus. N=108.</p>	<p>Hoitohenkilökunta antoi läheisille hyvin tietoa sairauksista, hoitomenetelmistä, sivuvaikutuksista, hoidon tavoitteesta ja potilaille tehdyistä tutkimuksista. Läheiset jäivät kaipaamaan tietoa yhteiskunnan tarjoamista tuesta, sairauden ennusteesta ja siitä miten he voivat osallistua potilaan hoitoon.</p>

<p>Rantanen ym. 2010 Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa-pilottitutkimus.</p>	<p>Kuvata perheenjäsenten arvioimana perheiden hoitohenkilökunnalta saamaa tukea sekä kuvata perheiden tukemiseen yhteydessä olevia taustatekijöitä.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus. Strukturoitu kyselykaavake N=192.</p>	<p>Parhaiten toteutui kohtaaminen hoitohenkilöstön kanssa ja heikoimmin perheenjäsenten osallistuminen asiakkaan hoitoon. Perheen tukemisen eri muotoihin oli yhteydessä se asuiko perheenjäsen asiakkaan kanssa samassa taloudessa ja ikä oli myös yhteydessä tuen muotoihin.</p>
--	--	---	--