

Johanna Humaloja, Liisa Mustonen-Marcál ja Maija Paloranta

# Röntgenhoitajien kokemuksia lapsipotilaiden ohjauksesta HYKS Syöpätautien klinikan sädehoito-osastolla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Röntgenhoitaja

Radiografia ja sädehoito

Opinnäytetyö

28.11.2012

Tekijät Otsikko  Sivumäärä Aika	Johanna Humaloja, Liisa Mustonen-Marcal ja Maija Paloranta Röntgenhoitajien kokemuksia lapsipotilaiden ohjauksesta HYKS syöpätautien klinikan sädehoito-osastolla 32 sivua + 2 liitettä 28.11.2012
Tutkinto	Röntgenhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Radiografia ja sädehoito
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaajat	Lehtori Marjo Mannila Lehtori Antti Niemi
<p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää sädehoitotyötä tekevän röntgenhoitajan kokemuksia lapsipotilaiden ohjauksesta. Lisäksi halusimme kartoittaa röntgenhoitajien käyttämiä keinoja lapsipotilaan ja perheen tukemiseen. Halusimme myös saada tietoa siitä, kuinka kuormittavaksi röntgenhoitajat kokevat lapsipotilaiden ohjauksen sädehoitotyössä.</p> <p>Tutkimus toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineisto kerättiin teemahaastatteluin. Haastattelimme neljää röntgenhoitajaa, joilla oli vähintään viisi vuotta työkokemusta sekä kokemusta lapsipotilaiden ohjauksesta sädehoitotyössä. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Tuloksissa ilmenee muun muassa, että lapsipotilaan ohjaus sädehoidossa vaatii aikaa. Haastavimmaksi ryhmäksi röntgenhoitajat kokevat murrosikäiset, koska heihin voi olla vaikea saada kontaktia. Kuormittavina tekijöinä koetaan lapsipotilaan huono ennuste sekä vanhempien huomioiminen ohjaustilanteissa. Haastateltavien mielestä lapset tulee kohdatta yksilöinä ja luottamuksen luominen lapseen ja hänen vanhempiinsa heti hoitosuhteen alussa on tärkeää. Lisäksi lasten ohjauksen tulee olla selkeää ja ikätason mukaista. Yksi tärkeimmistä tukemisen keinoista on röntgenhoitajien mielestä vanhempien kanssa keskustelu.</p> <p>Opinnäytetyömme tuloksia on mahdollista hyödyntää siten, että röntgenhoitajaopiskelijat ja sädehoito-osaston uudet työntekijät saavat tietoa lasten ohjauksesta sädehoitotyössä. Työmme tuo myös konkreettista tietoa sädehoito-osaston hoitohenkilökunnalle siitä, mitä erityispiirteitä lasten ohjaukseen sädehoitotyössä sisältyy ja mitkä asiat kuormittavat työssä.</p>	
Avainsanat	röntgenhoitaja, sädehoito, ohjaus, lapsi, hoitotyö

Authors Title	Johanna Humaloja, Liisa Mustonen-Marcäl and Maija Paloranta Radiotherapists' Experiences in Guiding Pediatric Patient at the Department of Radiotherapy in the Department of Oncology of HUS
Number of Pages	32 pages + 2 appendices
Date	28 November 2012
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Radiography and Radiotherapy
Specialisation option	
Instructors	Marjo Mannila, Lecturer Antti Niemi, Lecturer
<p>The purpose of this final project was to determine the experiences of radiotherapists in guiding pediatric patients at the department of radiotherapy. Our objective was to clarify the challenges concerning pediatric radiotherapy and means to support pediatric patients and their families. Also, we were interested in gathering information on the emotional strain that the radiotherapists might experience when guiding pediatric patients at the department of radiotherapy.</p> <p>This study was conducted in a qualitative study method and the data were collected with theme interviews. The interviews were made with four radiotherapists who had at least five years of work experience and experience in working with children at the department of radiotherapy. The data were analyzed with inductive content analysis.</p> <p>The results showed that it takes time to guide a pediatric patient. The radiotherapists experienced that the most challenging group was adolescents because it could be difficult to reach out to them. Unfavorable prognosis of the pediatric patient and paying attention to the parents while taking care of the pediatric patient were seen as emotionally straining factors. The interviewees' opinion was that pediatric patients should be encountered as individuals and that it is essential to start building trust with the patients and their parents immediately. The guidance of pediatric patient must be distinct as well and correlate with the patient's maturity level. One of the most important means to support the family was to converse with the parents.</p> <p>The results of our final project could benefit the students of radiography and radiotherapy and new employees at the department of radiotherapy, as they could get information about guiding pediatric patient in radiotherapy. Our final project introduces concrete knowledge to the radiotherapists working at the department of radiotherapy about the special features that the guidance of pediatric patient includes and about the emotionally straining factors.</p>	
Keywords	radiotherapist, radiotherapy, guiding, child, nursing

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	1
3	Syöpä lasten sairautena	2
3.1	Lasten leukemiat	2
3.2	Lasten lymfoomat	3
3.2.1	Non-Hodgkin-lymfoomat	3
3.2.2	Hodgkinin lymfooma	4
3.3	Lasten aivokasvaimet	5
4	Syöpää sairastavan lapsen ja perheen ohjaus	6
4.1	Yksilöllisyyden huomioiminen ohjauksessa	7
4.2	Perhekeskeisyyden huomioiminen ohjauksessa	8
4.3	Kasvun, kehityksen ja omatoimisuuden tukeminen ohjauksessa	8
4.4	Hoidon jatkuvuuden huomioiminen ohjauksessa	8
5	Lapsipotilas sädehoidossa	9
5.1	Sädehoito	9
5.2	Sädehoidon tavoitteet	11
5.3	Sädehoidon suunnittelu	11
5.3.1	Päätös hoitoasennosta sekä hoitoasennon varmistaminen	12
5.3.2	Hoitoannos ja annosuunnitelma	12
5.4	Sädehoidon toteutus	13
5.5	Sädehoidon haittavaikutukset	14
5.5.1	Akuutit haittavaikutukset	14
5.5.2	Myöhäiset haittavaikutukset	14
6	Aineiston keruu ja analyysi	15
6.1	Laadullinen tutkimus	15
6.2	Teemahaastattelu	16
6.3	Induktiivinen sisällönanalyysi	17
7	Tulokset	19

7.1	Röntgenhoitajan kokemuksia lapsipotilaan ja perheen ohjauksesta sädehoitotyössä	19
7.2	Röntgenhoitajan keinot lapsipotilaan ja perheen tukemiseen sädehoitotyössä	21
7.3	Röntgenhoitajaa kuormittavat asiat lapsipotilaan ohjauksessa sädehoitotyössä	22
8	Pohdinta	23
8.1	Tulosten vertailu aikaisempiin tutkimuksiin	23
8.2	Tulosten tarkastelu	24
8.3	Eettisyys	26
8.4	Luotettavuus ja laadukkuus	27
8.5	Tulosten hyödyntäminen ja kehittämissuositukset	28
8.6	Oma oppimisprosessi	29
	Lähteet	31
	Liitteet	
	Liite 1. Suostumuslomake	
	Liite 2. Teemahaastattelun runko	

## **1 Johdanto**

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää sädehoitotyötä tekevän röntgenhoitajan kokemuksia lapsipotilaan ohjauksesta sekä röntgenhoitajan keinoja tukea lasta ja hänen perhettään. Lisäksi halusimme saada tietoa siitä, kuinka kuormittavaksi röntgenhoitajat kokevat lapsipotilaiden ohjauksen sädehoitotyössä.

Ajatus työhömmme lähti kiinnostuksesta sädehoitotyötä kohtaan. Sädehoito on oleellinen osa koulutusohjelmaamme ja röntgenhoitajan työtä. Syöpäsairaudet ovat lapsilla harvinaisia, joten lapsia käy sädehoidossa harvemmin. Lapset ovat siis erityisryhmä sädehoitotyössä ja sen vuoksi meitä kiinnosti selvittää röntgenhoitajien käyttämiä ohjauskeinoja. Tarkoitamme tässä työssä lapsella alle 16-vuotiasta potilasta.

Tutkimusmenetelmäksi valitsimme laadullisen tutkimuksen, koska sen avulla voidaan ymmärtää tiettyä toimintaa ja antaa teoreettinen tulkinta jollekin ilmiölle. Haastattelimme HYKS:n Syöpätautien klinikan sädehoito-osaston neljää röntgenhoitajaa. Haastattelumenetelmänä käytimme teemahaastattelua, haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteiluina. Analysoimme aineiston induktiivista sisällönanalyysiä käyttäen.

Teoreettinen viitekehysemme koostuu yleisimmistä lasten syöpäsairauksista, lapsen ja perheen ohjauksesta sekä sädehoidon tavoitteista, toteutuksesta ja haittavaikutuksista. Pohdintaosiossa vertaamme tuloksiamme Heini Savolaisen, Niina Sirviön ja Nora Tarvaisen vuonna 2008 tekemään opinnäytetyöhön Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus sairaanhoitajan kokemana. Opinnäytetyö on tehty Helsingin Ammattikorkeakoulu Stadiassa hoitotyön koulutusohjelmassa. Lisäksi peilaamme saamiamme tuloksia teoreettiseen viitekehykseen.

## **2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset**

Tarkoituksenamme on selvittää sädehoitotyötä tekevän röntgenhoitajan kokemuksia lapsen ja perheen ohjauksesta. Haluamme myös kartoittaa röntgenhoitajan keinoja lasten ja perheen tukemisessa sekä röntgenhoitajaa kuormittavia asioita.

Tavoitteenamme on saada tietoa seuraaviin tutkimuskysymyksiin teemahaastattelua käyttämällä:

1. Millaiseksi röntgenhoitaja kokee lapsipotilaan ja perheen ohjauksen sädehoitotyössä?
2. Millaisia keinoja röntgenhoitaja käyttää tukeakseen lapsipotilasta ja hänen perhettään sädehoitotyössä?
3. Mitkä asiat kuormittavat röntgenhoitajaa lapsipotilaiden ohjauksessa sädehoitotyössä?

### **3 Syöpä lasten sairautena**

Syöpäsairaudet ovat harvinaisia lapsilla. Suomessa noin 150:llä lapsella vuodessa todetaan syöpä. Yleisimpiä lasten syöpätauteja ovat akuutit leukemiat ja lymfoomat, sekä malignit aivokasvaimet. Lasten syöpäkasvainten havaitseminen on haastavaa, sillä ne sijaitsevat usein syvemmissä kudoksissa. Näin ollen diagnoosi voi viivästyä ja kun tauti todetaan, kasvaimet ovat jo suuria. Etäispesäkkeitä esiintyy noin 80 %:lla lapsista diagnoosin hetkellä. Solunsalpaajahoidot kuitenkin tehoavat varsin hyvin lasten syöpiin ja jopa kolme neljäsosaa lapsista paranee pysyvästi. (Pihkala 2010: 383–384.)

#### **3.1 Lasten leukemiat**

Suomessa noin 40–50 lasta sairastuu vuosittain leukemiaan. Suurin osa sairastuneista on alle kouluikäisiä. Noin 85 % lasten leukemioista on akuuttia lymfoblastileukemiaa (ALL) ja yli 10 % akuuttia myelooista leukemiaa (AML). Lapsilla esiintyy toisinaan myös kroonista myelooista leukemiaa (KML), mutta se on hyvin harvinainen. (Vettenranta 2012a.) Leukemian kliiniset oireet ovat vaihtelevia ja epätarkkoja, kuten yleensä esiintyvä väsymys, lämpöily ja infektio-oireet. Joillakin potilailla voi esiintyä luu- ja nivelkipuja, esimerkiksi jalka- ja selkäsärkyjä. Pikkulapsilla se monesti näyttäytyy kävelemättömyytenä tai ontumisena. Petekiat, kalpeus tai mustelmat puolestaan viittaavat anemi-

aan ja vähäiseen trombosyyttien määrään. Diagnoosin tekeminen kuitenkin vaatii aina luuydintutkimuksen. (Pihkala 2006: 682.)

Hoidon intensiteetti ALL:ssa porrastetaan ennusteeseen vaikuttavien riskitekijöiden mukaan vakiohoitoon, keskivahvaan ja vahvaan hoitoon. Hoito toteutetaan muun muassa yhdistelmällä solunsalpaajia ja sen kokonaiskesto on 2,5 vuotta. Taudin uusiutuksessa tai korkean riskin potilaille tehdään yleensä kantasolujen siirto, jolloin potilaalle annetaan niin voimakas solunsalpaajahoito ja koko kehon sädehoito, että myös potilaan oma luuydin tuhoutuu pysyvästi. (Pihkala 2010: 391–393.) AML:ssa yhdistelmäsytostaattihoido sisältää hyvin rankkoja lyhyitä kuureja. Konservatiivisen hoidon kesto on yhteensä 7–10 kuukautta. Kantasolusiirron tarve ja luovuttajan valinta harkitaan tapauskohtaisesti. (Pihkala 2006: 689.)

ALL:aan sairastuneista potilaista kolme neljästä pystytään nykyisin parantamaan pysyvästi (Pihkala 2006: 680). Ennusteeseen vaikuttavat kuitenkin monet eri tekijät. Ennuste on paras 2–9-vuotiailla lapsilla, vauvoilla se on erityisen huono. (Pihkala 2006: 684–685.) AML:ssa vain noin puolet lapsipotilaista paranee, johtuen hoitoon liittyvästä kuolleisuudesta ja pahanlaatuisten solujen lääkeresistenssistä (Pihkala 2006: 689).

## 3.2 Lasten lymfoomat

Lymfoomat jaotellaan kahteen ryhmään: non-Hodgkin-lymfoomaan (NHL) ja Hodgkinin lymfoomaan. NHL:aa tavataan koko lapsuusiän, lukuun ottamatta imeväisikäisiä. Hodgkinin lymfoomaan sairastuneista melkein kaikki ovat kouluikäisiä, suuri osa yli kymmenvuotiaita. (Vettenranta 2012b.)

### 3.2.1 Non-Hodgkin-lymfoomat

Non-Hodgkin-lymfoomaan sairastuu noin yhdeksän lasta vuosittain. Lasten NHL:n leviämispaiikat ovat keskushermosto ja luuydin. Luuytimeen levinnyt NHL on verrattavissa akuuttiin leukemiaan. Lasten ja aikuisten NHL eroavat toisistaan patologialtaan, kliiniseltä kuvaltaan ja hoidoltaan. (Pihkala 2006: 689.) Lapsilla tavataan pääosin kolmea lymfoomatyyppeä, jotka oireilevat eri tavoin primaarituumorin paikasta riippuen. Ylämediastinumien NHL voi aiheuttaa yskää, hengenahdistusta ja laskimopaluun tukoksen, jolloin kasvot ja kaula turpoaa sekä hengitys vaikeutuu. Vatsan alueen lymfooma



puolestaan voi aiheuttaa esimerkiksi vatsakipua, oksentelua, ripulia ja ruuansulatuskanavan verenvuodon. Taudin toteamiseksi otetaan muun muassa thorax-kuva ylämediastinumien tuumoria epäiltäessä, kartoitetaan verenkuva sekä tehdään luuydin- ja likvoritutkimus. (Pihkala 2006: 690–691.)

Tärkeää hoidon ja ennusteen kannalta on lymfoomatyyppi sekä se, onko NHL paikallinen vai levinnyt. Luuytimeen ja likvoriin levinneessä NHL:ssa ennuste on huonompi ja hoito intensiivinen akuutin leukemian kaltainen hoito. Paikallisessa NHL:ssa primaarituumori pystytään usein poistamaan kirurgisesti ja yhdistelmäsytostaatteja annetaan noin 2-3 kuukautta. Ennuste on hyvä: melkein 100 % potilaista paranee. (Pihkala 2006: 691–692.)

### 3.2.2 Hodgkinin lymfooma

Hodgkinin lymfoomaan sairastuu keskimäärin neljä lasta vuodessa. Hodgkinin lymfooman yleisin ensioire on suurentuneet, kiinteät ja aritamattomat imusolmukkeet, joita esiintyy noin 90 %:lla potilaista. Toisinaan potilailla voi olla yskää, käheyttä ja nielemisvaikeuksia. Noin kolmanneksella potilaista tavataan yleisoireita, muun muassa kuumeilua, yöhikoilua, ruokahaluttomuutta, laihtumista ja väsymystä. Potilaat jaetaan kliinisten oireiden perusteella ryhmään A, joilla ei ole yleisoireita sekä ryhmään B, joilla esiintyy yleisoireita. (Pihkala 2006: 693.)

Taudin levinneisyys jaotellaan neljään luokkaan, jossa luokassa I tautia on vain yhdellä alueella ja luokka IV puolestaan tarkoittaa disseminoitunutta tautia, joka on levinnyt esimerkiksi maksaan tai luuytimeen. Ennusteeseen ja hoitoon vaikuttavat taudin levinneisyysluokitus sekä potilaan oireiden mukainen luokitus. Histologisen diagnoosin selvittämiseksi tehdään esimerkiksi imusolmukebiopsia ja sen jälkeen selvitetään taudin levinneisyyttä radiologisen kuvantamisen avulla sekä taudin aktiivisuutta laboratoriotutkimuksilla. (Pihkala 2006: 693–694.)

Ennuste Hodgkinin lymfoomassa on useimmiten hyvä, laajallekin levinneessä taudissa 70–90 % potilaista paranee. Paikallinen tauti voidaan hoitaa pelkällä sädehoidolla. Kasvavilla lapsilla tosin pyritään suosimaan ensisijaisesti solunsalpaajahoitoa. Levinneimmät tapaukset hoidetaan solunsalpaajilla, johon voidaan tarvittaessa liittää paikallinen sädehoito. Jos tauti uusiutuu, hoitona on tapauskohtaisesti uusi konservatiivinen hoito tai jättisolunsalpaajahoito ja kantasolutuki. (Pihkala 2010: 394–395.)

### 3.3 Lasten aivokasvaimet

Lasten ja nuorten kasvaimet poikkeavat huomattavasti kasvaintyyppiltään ja sijainniltaan aikuisten kasvaimista (Jääskeläinen – Mäenpää – Kouri – Ilveskoski – Paetau 2006: 571). Yli 50 % lasten aivokasvaimista sijaitsee takakuopan alueella, noin 25 % aivopuoliskossa sekä 25 % kolmannen aivokammion ympäristössä. Suomessa noin 40 lasta vuosittain sairastuu aivokasvaimeen. (Ilveskoski.) Aivokasvainten aiheuttamia oireita ovat muun muassa yleisoireet, aivopaineoireet tai paikalliset neurologiset puutosoireet. Öinen voimistuva päänsärky, aamuinen oksentelu, näköoireet ja karsastus voivat indikoida paineoireisiin. (Ilveskoski.) Aivokasvain on helppo diagnosoida pään TT- tai magneettikuvista (Pihkala 2010: 386).

Hoidon ja ennusteen kannalta on erittäin tärkeää tehdä kliinispatologinen jako aivokudoksen ulkopuolisiin ja aivokudosta infiltroiiviin kasvaimiin. Aivokudoksen ulkopuolisissa kasvaimissa kokonaispoisto on yleensä parantava hoito. Neuropatologi luokittelee kasvaimen histologisen pahanlaatuisuuden asteikolla I–IV, joka antaa viitteitä ennusteesta. Gradus I:llä tarkoitetaan hyvänlaatuisia ja hitaasti kasvavia tuumoreita, jotka malignistuvat harvoin. Graduksiin II–IV kuuluvat kasvaimet, joiden poisto ei ole yleensä parantava hoito infiltratiivisen kasvun ja uusiutumistaipumuksen vuoksi. Ensisijaiset keskushermoston kasvaimet lähettävät harvoin etäpesäkkeitä muualle elimistöön, tosin pahanlaatuiset kasvaimet voivat toisinaan metastasoida kallon sisällä ja selkäydinkanavassa. (Jääskeläinen ym. 2006: 570–572.)

Lasten aivokasvainten hoidon lähtökohtana on tuumorin mikrokirurginen poisto. Suurimmassa osassa kasvaimia ennuste on suoraan verrannollinen radikaalipoiston onnistumiseen. Leikkauksen jälkeen annetaan tarvittaessa stereotaktinen sädehoito pelkkään kasvaimeen tai taudin laadun ja levinneisyyden mukaan koko kallon ja spinaalikanavan alueelle. Sytostaattihoito muiden hoitojen rinnalla parantaa joidenkin aivokasvainten ennustetta. Aivorungon ja aivosillan kasvaimet ovat harmillisia, koska sijaintinsa takia leikkaus on harvoin mahdollinen ja solunsalpaajahoidotkaan eivät ole tuottaneet tulosta. Noin puolelle potilaista sädehoidosta on palliatiivista apua. (Pihkala 2010: 399; Jääskeläinen ym. 2006: 570; Ilveskoski.)

Maligneissa kasvaimissa säde- ja sytostaattihoito pidentävät potilaiden elinaikaa ja johtavat myös pysyviin paranemisiin, mutta varsinkin suuriannoksinen kokoaivosäde-

hoito yhdistettynä sytostaattihoitoon, etenkin hyvin nuorilla lapsilla huonontaa henkistä suorituskykyä peruuttamattomasti. Sen vuoksi sädehoitoa pienillä lapsilla on koetettu välttää tai lykätä myöhempään vaiheeseen. Alle kolmevuotiaiden lasten ennuste onkin usein muita huonompi ja heillä esiintyy myös enemmän myöhäishaittavaikutuksia. (Jämskeläinen ym. 2006: 589.)

#### **4 Syöpää sairastavan lapsen ja perheen ohjaus**

Ohjaus hoitotyössä on oleellinen osa potilaan hoitoa. Kaikkien hoitotyössä toimivien hoitajien tehtäviin kuuluu potilaiden ohjaus. Ohjauksen toteutus tapahtuu suunnitelmallisesti erilaisissa hoitotilanteissa ja se kuuluu osaltaan potilaan muuhun hoitoon ja hoitotoimenpiteisiin. Hoitoaikojen lyhenemisen myötä, ohjauksen merkitys terveydenhuollossa korostuu. Ohjauksella tarkoitetaan potilaan neuvontaa, opetusta ja informointia. (Kyngäs ym. 2007: 5.)

Potilaan oikeuksiin kuuluu, että hän saa tietoa terveydentilastaan, hoitonsa merkityksestä ja hoitovaihtoehdoista sekä muista hänen hoitoonsa vaikuttavista asioista, jotta hän pystyy osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Lapsen on vaikea ymmärtää mitä syöpä sairautena tarkoittaa. Lapsi saattaa kuvitella että on itse aiheuttanut sairastumisensa. Lapselle pitää kertoa sairaudesta ja tutkimuksista sekä toimenpiteistä iän mukaisella tavalla. Lapselle kerrotaan miksi jokin toimenpide pitää tehdä, myös leikin avulla lasta voi valmistaa toimenpiteeseen tai tutkimukseen. (Lähteenoja ym. 2008: 7–9.)

Lapsen sairastuminen syöpään vie koko perheen sairaalamaailmaan. Lapsi joutuu tottumaan moniin uusiin asioihin, jotka voivat ahdistaa ja pelottaa. Varsinkin erossa olevien vanhemmista on pelottavaa. On tärkeää, että vanhemmat ovat lapsen tukena ja osallistuvat lapsen hoitoon yhteistyössä sairaalan henkilökunnan kanssa. Näin saadaan lisättyä lapsen turvallisuuden tunnetta ja autetaan henkilökuntaa tutustumaan lapseen. Myös vanhemmat tuntevat erilaisia tunteita lapsen sairastuessa vakavasti: esimerkiksi surua, huolta, pelkoa ja syyllisyyttä. Lapsen hyvinvointi on riippuvainen perheen hyvin-

voinnista. Lapsen tullessa sairaalahoitoon voidaan ajatella, että koko perhe tulee hoidettavaksi. (Lähteenoja ym. 2008: 7–9; Lindén 2004: 31.)

Murrosikäinen kohtaa suurempia haasteita sairastuessaan syöpään kuin muun ikäisenä sairastuneet. Sairaus ja siihen liittyvät hoidot tuovat murrosikäisen elämään suuria muutoksia ja nuoren itsenäistymisvaihe häiriintyy. Sairastuminen luo haasteita kaverisuhteiden säilymiseen, koulunkäyntiin, seksuaaliseen identiteettiin ja tulevaisuuden suunnitteluun. Syöpää sairastavat murrosikäiset toivovat että heitä kohdellaan samalla tavalla kuin terveitä ikätovereitaan. Heitä tulisi kohdella yksilöllisesti, ymmärtäväisesti ja rohkaisevasti. On tärkeää että sairaalan henkilökunta ottaa huomioon murrosikäisen mielipiteet ja arvot, riippumattomuuden tarpeen sekä itsemääräämisoikeuden. Murrosikäisen hyvinvoinnille on tärkeää, että perhe ja muut läheiset osallistuvat hoitoon. (Lähteenoja ym. 2008:10.)

#### 4.1 Yksilöllisyyden huomioiminen ohjauksessa

Lapsi tulisi kohdata arvostaen häntä omana ainutlaatuisena yksilönään. Lapsen persoonallisuus, kehitysvaihe, äidinkieli ja kulttuuritausta otetaan huomioon hoitoa suunniteltaessa ja toteuttaessa. Hoitohenkilökunnan pitää tuntea ikään kuuluva normaali kehitys, jotta yksilöllinen hoito toteutuisi. Kun lasta oikeasti kuullaan, eikä puhuta hänen päänsä yli, toteutuu yksilöllisyyden periaate. (Lindén 2004: 32.)

Imeväisikäinen ei vielä kykene ilmaisemaan sairauden oireita tai helpottamaan omaa oloaan. Vanhempien, hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden tehtävä on tulkita lapsen ilmaisuja. Leikki-ikäinen puolestaan kokee sairaalahoidon erittäin tunnepitoisesti, lapsi saattaa tuntea pelkoa ja ahdistusta tai jopa taantua. On tärkeää että lapsi saa tutustua uusiin tilanteisiin rauhassa vanhemman tai esimerkiksi hoitajan sylissä. (Lindén 2004: 32.)

Kouluikäinen voi vaikuttaa reippaalta, mutta hän saattaa pelätä ja sairauden tuomien rajoitusten kohtaaminen voi tuntua vaikealta. Kouluikäiselle annetaan asiallista tietoa sekä tukea ja hänen kanssaan toimitaan yhteistyössä. Murrosikäinen taas kokee sairastumisensa poikkeavuutena ja uhkana identiteetilleen. Murrosikäisen elämään kuuluu monia kehityksellisiä muutoksia, joiden vuoksi hän tarvitsee paljon ymmärrystä ja hienotunteisuutta. Hoidon aikana vältetään turhia rajoituksia ja hyväksytään nuoren kapiointi. (Lindén 2004: 32.)

#### 4.2 Perhekeskeisyyden huomioiminen ohjauksessa

Lapsen täytyy saada ylläpitää hänelle tärkeitä ihmissuhteita sairaalahoidon aikana ja henkilökunnan on kunnioitettava vanhempien asiantuntijuutta lapsensa suhteen. Kun lapsen hoitotyö suunnitellaan ja toteutetaan yhteistyössä vanhempien kanssa, toteutetaan perhekeskeistä hoitotyötä. Hoitotyöntekijä tukee ja ylläpitää perheen oikeuksia hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Vanhemmat tarvitsevat tukea sekä omaan jaksamiseensa että tukeakseen sairasta lastaan ja hänen sisarusiaan. (Lindén 2004: 32.)

Kun vanhemmat otetaan osaksi lapsen hoidon suunnittelua ja toteutusta, lapsi voi kokea olonsa turvalliseksi sairaalassa. Hoitoyhteisössä tulisi olla lasta ja perhettä kunnioittava ilmapiiri. Hoitajien ja koko perheen välillä täytyy olla luottamuksellinen vuorovaikutussuhde ja hoitoympäristön tulisi olla turvallinen. Turvallisuuden kokemus koostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta turvallisuudesta. Henkilökunnan tulee huomioida lapsen ja perheen mahdolliset tunteet pelosta ja ahdistuksesta ja pyrkiä lievittämään niitä. (Lindén 2004: 32–33.)

#### 4.3 Kasvun, kehityksen ja omatoimisuuden tukeminen ohjauksessa

Lapsen kasvu ja kehitys eivät pysähdy hänen sairastuttuaan. Hoitohenkilökunnan on tärkeää tutustua lapseen ja hänen kasvuun, kehitykseen sekä aikaisempiin vaiheisiin, jotta lapsi kohdataan kokonaisvaltaisena yksilönä. (Lindén 2004: 33.)

Kun lapsi ja hänen perheensä otetaan mukaan hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen, toteutuu hoitotyössä omatoimisuuden tukemisen periaate. Hoitohenkilökunta tukee lapsen iänmukaista omatoimisuutta, antaa vastuuta sairauden hoitamiseen sekä toimintakyvyn ylläpitämiseen. (Lindén 2004: 33.)

#### 4.4 Hoidon jatkuvuuden huomioiminen ohjauksessa

Lapsi käy sädehoidossa kotoa tai sairaalasta käsin. Sädehoidon aikana lapsi viettää mahdollisimman tavallista elämää, riippuen hänen voinnistaan. Lapsen koulunkäynnistä sovitaan tapauskohtaisesti. (Lähteenoja ym. 2008: 30.)

Lapsen hoito tulisi suunnitella siten, että potilas ja hänen perheensä voivat sitoutua hoitoon voimavarojensa mukaan. Hoito toteutuu moniammatillisena yhteistyönä, joten on tärkeää että tiedottaminen hoitolinjan sisällä sekä tarvittaviin hoitoketjun organisaatioihin on sujuvaa. Sairaalahoidon jälkeen on turvattava lapsen siirtyminen takaisin normaaliin ympäristöön, sairaalan ulkopuolinen yhteistyö on järjestettävä siten että sairaalasta kotiutuminen mahdollistuu. (Lindén 2004: 33–34.)

Syöpähoitojen jälkeen alkaa lapsen polikliininen jälkiseuranta. Jälkiseurantaa jatkuu vuosia hoidon lopettamisen jälkeen. Jälkiseurannassa kiinnitetään huomiota lapsen terveydentilaan kokonaisuudessaan ja seurataan lapsen kasvua ja yleistä kehitystä. Kun jälkiseuranta toteutuu hyvin, sillä tuetaan lapsen tervettä kehitystä, eikä keskitytä vain ongelmien kartoittamiseen. (Lähteenoja ym. 2008: 72.)

## **5 Lapsipotilas sädehoidossa**

Lasten sädehoidon tarve tulee arvioida tarkasti, koska kaikki kasvavat kudokset vaurioituvat huomattavasti herkemmin kuin jo kasvunsa päättäneet kudokset ja koska kymmenien vuosien kuluttua ilmenevillä myöhäishaitoilla on runsaasti aikaa kehittyä. Sädehoitoa käytetäänkin lapsen syövän hoidossa vain harvoin, mutta esimerkiksi aivokasvainten hoidossa sädehoito on tarpeellista, koska solunsalpaajien teho ei yksistään riitä. (Jussila – Kangas – Haltamo 2010: 73–74.) Myös taudin leviämiseen ja uusimiseen liittyvät riskitekijät sekä hyödyn ja haitan välinen suhde tulee olla huomioitu tarkasti (Minn 1996: 16). Sädehoidon suunnitteluun tarvitaan aina lääkärin määräys. (Jussila ym. 2010: 78).

### **5.1 Sädehoito**

Sädehoito on suurienergistä, ionisoivaa säteilyä, jonka avulla tuhotaan syöpäsoluja sekä pienennetään kasvaimia. Kun solu saa riittävästi sädevaurioita, se ei pysty korjaamaan niitä ja solu kuolee. Sädehoito vaikuttaa etenkin jakautumisvaiheessa oleviin soluihin ja syöpäsolut ovatkin usein herkempiä säteilyn aiheuttamille vaurioille kuin normaalisolukko. Etenkin lasten syövä ovat yleensä hyvin herkkiä sekä sädehoidolle että solunsalpaajille. (Johansson 2012, Jussila ym. 2010: 22, 73–74.)

Sädehoitoa saa noin puolet kaikista syöpäpotilaista. Se on osa monien kiinteiden kasvainten hoitoa ja lisäksi sitä käytetään kantasolusiirtojen esihoidoissa sekä leukemian hoidossa. (Lähteenoja ym. 2008: 30.) Syöpäpotilaan hoitoihin sisältyy tavallisesti sädehoidon lisäksi leikkaus- ja lääkehoitoja. Tavallisesti sädehoito annetaan lineaarikiihdyttimellä, jonka korkeaenerginen, syvälle tunkeutuva säteily keskitetään kasvaimen elimistön ulkopuolelta eri suunnista. Hoito pitää suunnitella ja toteuttaa hyvin tarkasti. Tarkkuutta vaatii muun muassa kohteeseen tuotetun annoksen koko sekä sädekeilan muotoilu ja kohdistus. (Johansson 2012, Jussila ym. 2010: 51.)

Sädehoito voidaan jakaa ulkoiseen ja sisäiseen hoitoon. Jos säteilylähde laitetaan suoraan kosketukseen hoitokohteen kanssa, puhutaan tykösädehoidosta eli brakyterapiasta. Sädehoito annetaan yleensä tarkasti rajatulle alueelle, mutta joskus käytetään myös niin sanottua laajakenttähoitoa. Tällöin hoidon kohteena voi olla jopa koko potilas, jolloin kyseessä on koko kehon sädehoito. (Jussila ym. 2010: 24–25.)

Sädehoitoa voidaan antaa usealla eri hoitotekniikalla ja joskus hoito voidaan toteuttaa myös usean hoitotekniikan yhdistelmällä. Konformaalinen eli kohdealueen mukainen sädehoito on hoidon perustekniikkaa, jossa sädekeilat muotoillaan moniliuskarajaimilla kohdealueen muotoisiksi. Kun eri suunnista tulevien hoitokenttien määrä kasvaa, kasvaimen saaman säteilyannoksen ja sitä ympäröivän terveen kudoksen välinen annosero kasvaa. Sädeherkät elimet rajataan mahdollisuuksien mukaan pois säteilyn tulosuuntaa sekä säteilykeilaa muuttamalla. (Jussila ym. 2010: 93.)

Intensiteettimuokatussa sädehoidossa (IMRT) hoitokohteen eri osiin tuotetaan eri annos staattisilla tai dynaamisilla moniliuskarajaimilla. Säteilyn intensiteettiä vähennetään suojeltavan kudoksen kohdilla niistä suunnista, joissa itse hoitokohde ja terve kudos ovat päällekkäin. Syntyvä aliannos korvataan niistä suunnista, joissa suojeltava terve kudos ja kasvain ovat erillään. Kuvantaohjaus on oleellinen osa intensiteettimuokattua sädehoitoa. (Jussila ym. 2010: 94.)

Stereotaktisella sädehoidolla voidaan hoitaa pieniä hoitokohteita, joiden sädettäminen vaatii erityistä tarkkuutta. Esimerkiksi kallon alueella stereotaktisesti hoidetaan yksittäisiä etäpesäkkeitä ja vartalon kohdealueita ovat muun muassa keuhkot, maksa ja selkäydin. (Jussila ym. 2010: 95.) Stereotaktisessa sädehoidossa kohteeseen annetaan

säteilyä tarkasti useasta eri suunnasta. Hoito toteutetaan kuvantamisen sekä yleensä potilaan päähän kiinnitetyn koordinaattikehikon avulla. (Seppälä ym. 2008.)

## 5.2 Sädehoidon tavoitteet

Kuratiivisen sädehoidon tavoitteena on syöpäpotilaan pysyvä paraneminen, jolloin kaikki syöpäsolut pyritään tuhoamaan. (Jussila ym. 2010: 20). Tavoitteena voi olla myös kasvaimen pienentäminen ennen leikkausta tai niiden syöpäsolujen kasvamisen estäminen, joita mahdollisesti on vielä elimistössä leikkauksen jälkeen. (Lähteenoja ym. 2008: 30). Jos syöpä ei ole enää parannettavissa, on sädehoidon avulla mahdollista pienentää kasvainpesäkkeitä tilapäisesti tai hidastaa niiden kasvua, jolloin hoidettavan oireita saadaan lievitettyä ja elämänlaatua parannettua. Tällaista ei-parantavaa hoitoa kutsutaan palliatiiviseksi hoidoksi. (Jussila ym. 2010: 20–21.)

## 5.3 Sädehoidon suunnittelu

Monet lasten sädehoidon perusasiat vastaavat aikuisten sädehoitoa (Minn 1996:17). Koko sädehoitoprosessin kesto vaihtelee muutamasta päivästä useaan viikkoon (Lähteenoja ym. 2008: 30). Sädehoito toteutetaan siten, että jokaiselle potilaalle tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma. Ulkoisen sädehoidon toteuttaminen on monivaiheinen prosessi, joka etenee hoitopäätöksen tekemisestä hoidon toteutukseen ja sen jälkeiseen potilaan seurantaan. Sädehoidon suunnitteluun ja toteutukseen kuuluvat seuraavat vaiheet: päätös hoitoasennosta, kohdealueen määrittäminen, päätökset kokonaisannoksesta, fraktioinnista ja kenttäjärjestelyistä sekä annoslaskenta, kenttien paikantaminen potilaaseen ja hoidon toteutus. (Tenhunen – Ojala – Kouri 2002: 24.)

Sädehoidon suunnittelu ja toteuttaminen tehdään moniammatillisena yhteistyönä. Lääkärillä on kokonaisvastuu hoitamisesta, kun taas sairaalafyysikko vastaa siitä, että hoito toteutuu suunnitellun mukaisesti siten, että potilas saa oikean hoitoannoksen hoidettavalle alueelle. Röntgenhoitajat vastaavat suunnittelukuvantamisesta sekä hoidon käytännön toteutuksesta hoitokoneella. (Tenhunen ym. 2002: 24.) Myös sairaanhoitajat, ravitsemusterapeutit, fysioterapeutit, sosiaalityöntekijät sekä psykologit osallistuvat potilaan ohjaukseen. (Jussila ym. 2010: 182–183).



### 5.3.1 Päätös hoitoasennosta sekä hoitoasennon varmistaminen

Lääkäri tutkii hoidettavan potilaan ennen sädehoidon aloittamista ja kertoo sädehoidon tavoitteista sekä hyödyistä ja haitoista. Vastaanotolla lääkäri tekee myös päätöksen siitä, missä asennossa hoito toteutetaan sekä tarvitaanko fiksaatiovälineitä. (Jussila ym. 2010: 78–79.) Potilaan oikea hoitoasento ja hoitoasennon varmistaminen on tärkeää, koska mukavassa ja hyvässä asennossa potilas jaksaa olla paikallaan suunnittelu-kuvausten ja hoidon ajan. Oikeaa hoitoasentoa voidaan tukea erilaisten apuvälineiden avulla. Apuvälineiden avulla hoidon tarkkuutta saadaan parannettua, ja esimerkiksi pään alueen hoidoissa maskin käytön avulla saadaan asettelutarkkuudeksi kolme millimetriä. Erikoishoitoja varten voidaan käyttää vielä tarkempaa laitteistoa, jolloin esimerkiksi aivokasvainten stereotaktisessa sädehoidossa kallon luuhun kiinnitetyn kehyksen avulla päästään jopa yhden millimetrin tarkkuuteen. (Tenhunen ym. 2002: 25–26.)

Lapsen ja hänen perheensä ensivierailuun sädehoito-osastolla tulee varata riittävästi aikaa, jotta vierailun aikana voitaisiin keskustella käytännön hoitotapahtumasta sekä tutustua sädehoitolaitteeseen. Sädehoitoon tulevan potilaan ensikäyntiin sisältyy myös röntgen- tai sairaanhoitajan toteuttama haastattelu. (Jussila ym. 2010: 78–79.) Lapsen mahdollinen tarve nukutukseen sädehoidon aikana selvitetään jo ennakkoon. Ensimmäisen hoitokäynnin tarkoitus on myös selvittää, miten lapsi kokee hoitotilanteen, jolloin hänen tulee yksin maata hoitopöydällä paikallaan. Jos lapsen paikallaan olo tuntuu mahdottomalta, lapsi nukutetaan kevyesti hoidon ajaksi. (Minn 1996: 18.)

### 5.3.2 Hoitoannos ja annossuunnitelma

Hoitoannoksen määrittelee potilaan sädehoidosta vastaava lääkäri. Määriteltäessä kerta- ja kokonaisannoksia sekä hoidettavaa aluetta normaalikudosten osalta tulee erityistä huomiota kiinnittää lapsen kehitys- ja kasvuvaiheen aiheuttamiin rajoituksiin. (Minn 1996: 17.) Kohdealueen määrittely on hoitoannoksen määrittämisen lisäksi yksi suunnittelevan lääkärin keskeisistä tehtävistä. Siinä tulee huomioida itse kasvain sekä syövän mikroskooppinen kasvu ja hoidon kohdistamiseen liittyvä epävarmuusmarginaali. (Tenhunen ym. 2002: 28.)

Optimaalisen annossuunnitelman tavoite on saada kohdealueelle lääkärin määräämä annos mahdollisimman tasaisella annosjakaumalla. Kriittisten elinten saaman annok-

sen tulisi olla niin alhainen kuin mahdollista ja potilaaseen absorboituneen kokonaisenergian tulisi olla niin pieni kuin mahdollista. Myös hoidon teknisen toteuttamisen ja hoidon tulisi olla mahdollisimman yksinkertaista. (Tenhunen ym. 2008: 30.)

Annossuunnittelutilanteessa potilaasta luodaan kolmiulotteinen malli, johon kohdealue, kriittiset kudokset ja rakenteet sekä säteilykenttien annosjakaumat sijoitetaan. Kuvaus suoritetaan magneetti- tai tietokonetomografiakuvantamislaitteen avulla ja on tärkeää, että potilas on samassa asennossa, jossa potilas on tarkoitus hoitaa. (Tenhunen ym. 2002: 26) Sädehoidon simuloinnissa potilaalle määritellään hoitokenttien paikat siten, että niitä voidaan hyödyntää hoitoon asettelussa. Potilaan huolellinen asettelu on avainasemassa onnistuneessa simuloinnissa. (Tenhunen ym. 2002: 31,34.)

#### 5.4 Sädehoidon toteutus

Kun simulointi on tehty huolellisesti, on potilas helppo asetella hoitotilanteessa. Tällöin potilaan asettelu tapahtuu nopeasti, varmasti ja useimmiten ongelmitta. (Tenhunen ym. 2002: 35.) Potilaalle suunniteltu hoidon kokonaisannos jaetaan kerta-annoksiin eli fraktioihin ja yleensä hoito toteutetaan siten, että potilas saa yhden fraktion päivässä, viitenä päivänä viikossa. (Lähteenoja ym. 2008: 30). Hoidon kuluessa hoitajat tarkkailevat sädehoitoalueen ihon kuntoa sekä potilaan yleisvointia. Jos potilaalla ilmenee hoidon aikana terveysongelmia, voidaan lääkärille järjestää tapaaminen. Hoitajakson loputtua kaikki sädehoitopotilaat käyvät hoitavan lääkärin vastaanotolla. (Tenhunen ym. 2002: 36.)

Sädehoitopotilaan ohjaus pyritään toteuttamaan siten, että se edistää potilaslähtöisesti lapsen ja hänen läheistensä saamaa tukea sädehoitoprosessin aikana. Ohjaustilanteiden tulisi olla rauhallisia ja ilmapiiriltään luottamuksellisia ja turvallisia. Ohjauksen avulla pyritään sitouttamaan ja motivoimaan lasta sekä hänen vanhempiaan pitkiinkin hoitajaksoihin. (Jussila ym. 2010: 182–183.)

Varsinainen sädetys kestää vain noin pari minuuttia kerrallaan, mutta alkuvalmisteluineen yhteen hoitokertaan menee noin 15 minuuttia. Lapsi voi käydä sädehoidossa kotona tai sairaalasta. Lapsen veriarvoja seurataan hoidon aikana ja tarvittaessa annetaan punasolusiirtoja. (Lähteenoja ym. 2008: 30.)

## 5.5 Sädehoidon haittavaikutukset

Erityisesti ulkoista sädehoitoa annettaessa myös tervettä kudosta altistuu sädehoidolle. Tämän seurauksena sädehoitopotilailla voi ilmetä monenlaisia haittavaikutuksia. Voidaan puhua akuuteista reaktioista sekä myöhäisreaktioista. Akuutit reaktiot ilmenevät jo sädehoidon aikana tai pian sädehoidon loppumisen jälkeen, kun taas myöhäisreaktiot ilmenevät kuukausia tai vuosia sädehoidon jälkeen. Sädereaktiot rajoittuvat yleensä sille alueelle, johon suuri sädehoitoannos kohdistetaan. Säteilylle poikkeuksellisen herkkiä elimiä ovat luuydin, silmän linssi ja sukurauhaset. (Jussila ym. 2010: 30.)

Sädehoidon haittavaikutukset vaihtelevat paljon sen mukaan, kuinka suuresta sädeannoksesta on kyse, kuinka pitkä hoito on ja mitä kehon osaa sädetetään. Sivuvaikutusten esiintymisessä on suuria yksilöllisiä eroja ja joku saattaa välttyä niiltä jopa kokonaan. (Lähteenoja ym. 2008: 30–31.)

### 5.5.1 Akuutit haittavaikutukset

Akuutteja sivuvaikutuksia ovat iho-ongelmat. Iho saattaa muuttua sädetettävällä alueella punoittavaksi ja araksi. Myös hiukset saattavat lähteä pari viikkoa hoidon aloittamisen jälkeen ja potilaalle voi ilmaantua myös suolistovaivoja sekä suun ja nielun kipeytymistä. (Lähteenoja ym. 2008: 36.) Muita välittömiä sivuvaikutuksia, kuten pahoinvointia sekä limakalvoärsytystä voi myös esiintyä. Näitä voidaan kuitenkin hallita oheislääkitysten avulla (Minn 1996: 18). Lasta ja hänen vanhempiaan tulee ohjata sivuvaikutusten hoidossa. Sivuvaikutusten hoitoon on olemassa selkeitä hoito-ohjeita, joiden avulla oireita voidaan helpottaa.

### 5.5.2 Myöhäiset haittavaikutukset

Lasten syövänhoidon myöhäiset haittavaikutukset voivat tulla esiin vasta vuosien kuluessa hoitojen loppumisen jälkeen. Sisäeritysrauhasten sädetys voi aiheuttaa hormonituotannon häiriöitä. (Saarinen 1996: 8.) Lapsena saatu aivojen sädehoito sekä solunsalpaajahoidot voivat vaikuttaa lapsen aivojen ja keskushermoston kehitykseen. Myös pituuskasvun loppuminen saattaa aikaistua tai pituuskasvu voi hidastua. Aivojen sädehoito voi myös heikentää aivotoimintoja ja oppimiskykyä, etenkin jos lapsi on ollut hoitoja saadessaan nuori. Aivotoiminnan sekä oppimisen heikentymistä on havaittu erityi-

sesti alle neljävuotiailla lapsilla ja heistä vielä erityisesti alle yksivuotiailla. Sädehoidon käyttöä pään alueen syövissä onkin koko ajan pyritty vähentämään lapsilla. Pään alueen sädehoito voi aiheuttaa lapsille myös hampaiston vakavia kehityshäiriöitä. Lapsena annettu sädehoito lisää kroonisten sairauksien, kuten luustosairauksien sekä sydän- ja verisuonisairauksien riskiä. (Jussila ym. 2010: 224–225.)

Sädehoito voi vaikuttaa myös hedelmällisyyteen. Varsinkin lapsena ja nuorena saatuun uusineen ja levinneen pehmytkudossarkooman, Hodgkinin taudin ja leukemian hoitoon liittyy suuri riski saada sukusoluvaurioita. Munasarjojen ja kivesten kudokset ovat erittäin herkkiä sädehoidolle. Kivesten alueelle annettu sädehoito voi vähentää hedelmöitymiskykyä sekä hidastaa puberteetin kehitystä tai jopa estää sen. Koko kehon sädehoidon saaneiden tyttöjen murrosiän alkaminen vaihtelee ja osa tytöistä tarvitsee hormonitukihoitoa kuukautisten alkamiseen. (Jussila ym. 2010: 225.)

Sädehoitoa saaneiden riski saada uusi syöpä saattaa olla suurempi kuin normaaliväestön. Joidenkin tutkimuksen perusteella on voitu todeta, että keskimäärin yhdellä 180 eloonjääneestä keskushermoston syöpää sairastaneesta lapsesta todetaan kasvain jossain muualla 15 vuoden sisällä. Suhteellinen riski on suurempi, jos lapsi on sairastanut kilpirauhassyövän, leukemian tai lymfooman. (Jussila ym. 2010: 226.)

Monet myöhäiset sivuvaikutukset osataan välttää tai korjata, mutta silti lasten ja nuorten sädehoitoa pyritään välttämään tai siirtämään myöhemmäksi sekä hoitamaan syövätkäs leikkauksella ja lääkehoidolla. (Johansson 2012). Jotta sädehoidon aiheuttamiin myöhäisvaikutuksiin voidaan puuttua ajoissa, jokaista lasta pidetään lääketieteellisessä seurannassa syövän hoitojen jälkeen (Minn 1996: 18).

## **6 Aineiston keruu ja analyysi**

### **6.1 Laadullinen tutkimus**

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää sädehoitotyötä tekevän röntgenhoitajan kokemuksia lapsipotilaiden ohjauksesta. Valitsimme tutkimusmenetelmäksi laadullisen tutkimuksen, koska sen pyrkimyksenä on kuvata tiettyä ilmiötä, ymmärtää tiettyä toi-

mintaa tai antaa teoreettinen tulkinta jollekin ilmiölle. (Tuomi – Sarajärvi 2004: 87). Laadullisessa tutkimuksessa käytetään harkinnanvaraista otantaa ja usein tapausten määrä on pieni verrattuna kvantitatiivisiin tutkimuksiin. Aineistoa pyritään analysoimaan mahdollisimman perusteellisesti ja sen tieteellisyyden kriteerinä on laatu eikä määrä. Laadullisen tutkimusten tiedonantajien tulisi tietää tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai omata kokemusta asiasta, näin ollen on perusteltua käyttää harkinnanvaraista otantaa. Tutkijan on kuitenkin tarpeen perustella miten on päätyttyä valitsemaansa aineistoon. (Eskola – Suoranta 1998: 18; Tuomi – Sarajärvi 2004: 87–88.)

## 6.2 Teemahaastattelu

Valitsimme aineistonkeräysmenetelmäksi teemahaastattelun, koska teemahaastattelussa menetelmänä korostuvat ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset sekä merkitysten syntyminen vuorovaikutuksesta. Teemahaastattelu etenee keskeisten, ennalta valittujen teemojen mukaan jotka ovat kaikille haastateltaville samat. Kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa ja järjestystä kuten strukturoidussa lomakehaastattelussa, mutta se ei ole kuitenkaan niin vapaamuotoinen kuin syvähaastattelu. (Hirsjärvi – Hurme 2004: 48.) Teemahaastattelun tavoitteena on löytää merkityksellisiä vastauksia, jotka ovat tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimusongelman tai tutkimustehtävän mukaisia. (Tuomi – Sarajärvi 2004: 77).

Suunnittelimme puolistrukturoidun teemahaastattelurungon (liite 2), jonka pääteemat ovat lasten sädehoitotyön kuormittavuus ja haasteet, röntgenhoitajien kokemukset potilaskohtaamisista sekä keinot miten lasta ja perhettä tuetaan. Toteutimme haastattelut syyskuussa 2012 HYKS Syöpätautien Klinikin sädehoito-osastolla. Ennen haastattelujen tekemistä haimme opinnäytetyöllemme tutkimuslupaa koululta ja sen saatuaamme otimme yhteyttä sädehoito-osaston osastonhoitajaan Heli Seppälään. Hänen avustuksellaan hyväksytimme tutkimusluvan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirillä sekä keskustelimme hänen kanssaan kriteereistä joiden avulla valitsimme haastateltavat. Tulimme siihen tulokseen, että tavoitteenamme olisi saada viisi haastateltavaa. Päätimme että haastateltavilla röntgenhoitajilla tulisi olla vähintään viisi vuotta työkokemusta sekä kokemusta lapsipotilaiden ohjauksesta sädehoidossa. Lähestyimme mahdollisia haastateltavia aluksi sähköpostitse ja myöhemmin kävimme vielä henkilökohtaisesti pyytämässä kriteerit täyttäviä henkilöitä osallistumaan haastatteluun. Tämän jälkeen sovimme osastonhoitajan kanssa haastatteluiden ajankohdista.

Haastatteluihin osallistui neljä röntgenhoitajaa ja päätimme tiiviin aikataulumme vuoksi, että se on riittävä määrä tutkimuksemme suorittamiseksi. Haastattelut ajoittuivat kolmelle eri päivälle syyskuun puolivälissä. Haastattelut toteutettiin yksilohaastatteluina niille varatussa huoneessa sädehoito-osastolla, haastattelihoita oli aina kaksi läsnä haastattelutilanteissa. Ennen haastattelua haastattelun osapuolet allekirjoittivat suostumuslomakkeen (liite 1). Haastattelut etenivät suunnittelemamme teemahaastattelurungon mukaan (liite 2). Haastattelut nauhoitettiin sanelukoneen avulla. Haastattelujen kesto vaihteli puolesta tunnista tuntiin.

### 6.3 Induktiivinen sisällönanalyysi

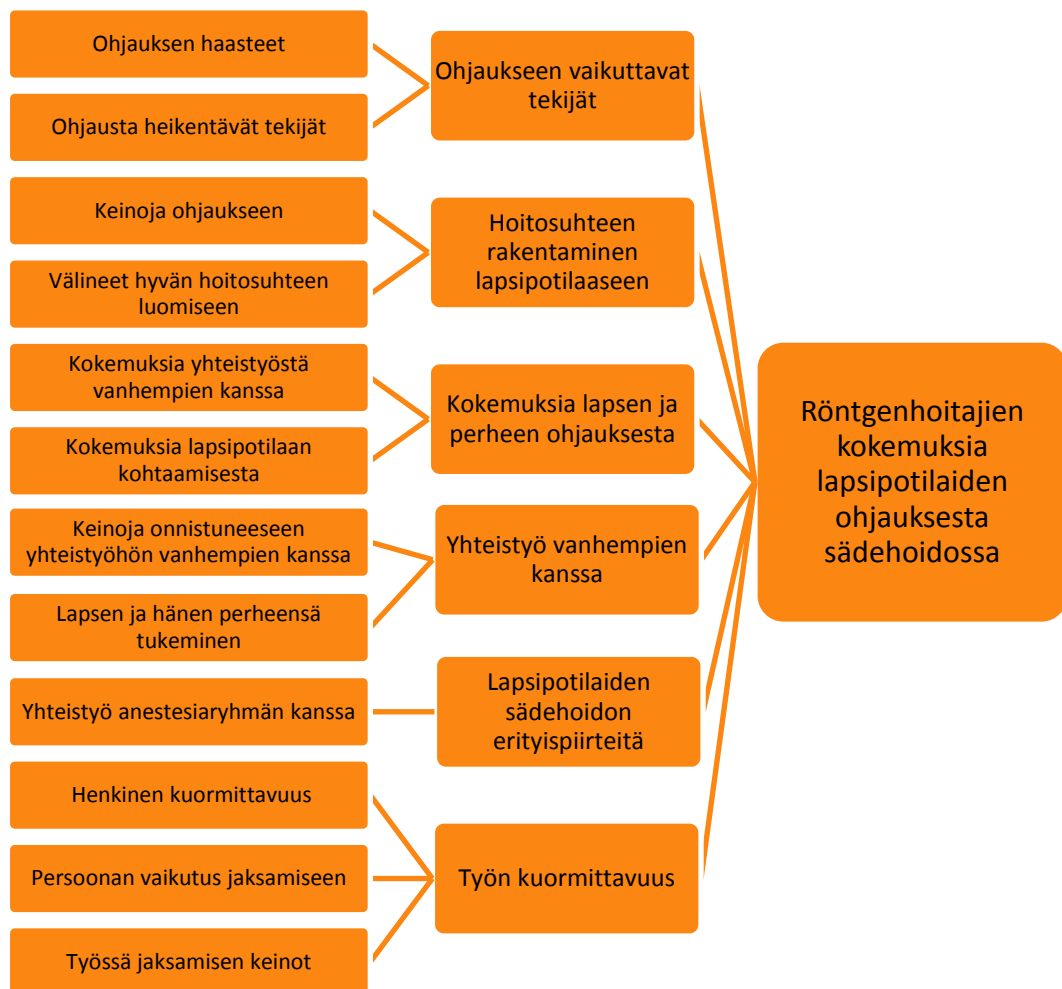
Valitsimme tutkimuksemme analyysimenetelmäksi aineistolähtöisen eli induktiivisen sisällönanalyysin. Sisällönanalyysia voidaan pitää yksittäisenä analyysimenetelmänä, mutta myös väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikonaisuuksiin. (Tuomi – Sarajärvi 2004: 93.) Sisällönanalyysi pohjautuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa yhdistelemällä käsitteitä saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi – Sarajärvi 2004: 115.) Induktiivisessa sisällönanalyysissa on tavoitteena luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. (Tuomi – Sarajärvi 2004: 97).

Tutkija aloittaa usein analyysin tekemisen jo haastattelutilanteissa. Hän tekee havaintoja ilmiöistä muun muassa niiden toistuvuuden, jakautumisen ja erityistapausten perusteella. (Hirsjärvi – Hurme 2004: 136.) Haastattelujen tallennettu aineisto kuunnellaan ja auki kirjoitetaan sana sanalta eli litteroidaan. Tämän jälkeen aineistoon perehdytään lukemalla haastatteluja useaan kertaan. Varsinainen analyysi alkaa informaation pelkistämällä eli auki kirjoitetusta aineistosta etsitään tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset. Seuraavassa vaiheessa nämä pelkistetyt ilmaukset listataan ja niistä etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Analyysi etenee pelkistettyjen ilmausten yhdistämällä ja muodostamalla niistä alaluokkia. Edelleen alaluokat yhdistetään ja yläluokat muodostetaan niistä, lopulta yläluokat yhdistetään pääluokiksi joista muodostetaan kokoava käsite. (Tuomi – Sarajärvi 2004: 111–115.)

Haastattelut purettiin puhtaaksikirjoittamalla eli litteroimalla koko haastatteludialogi sanelukoneelta tekstiksi. Säilytimme alkuperäisen nauhoitetun materiaalin opinnäytetyömme valmistumiseen saakka. Puhtaaksikirjoituksen jälkeen luimme ja perehdyimme haastatteluaineistoon moneen otteeseen. Tämän jälkeen jaoin aineiston teemahaastattelurungon mukaisiin teema-alueisiin sekä erottelimme väri- sekä numerokoo-

dein eri tiedonantajien vastaukset toisistaan. Seuraavassa vaiheessa tutkimuskysymyksiä refleктоimalla poistimme tutkimuksen kannalta epäoleellisen materiaalin aineistosta. Seuraavaksi kävimme aineistoa läpi ja alleviivasimme tutkimuskysymyksiimme sopivaa informaatiota. Sitten pelkistimme alleviivatuista tekstinosista tiiviitä asiakokonaisuuksia ja virkkeitä. Nämä asiakokonaisuudet ryhmittelimme asiasisältöjen mukaisesti ja sen jälkeen muotoilimme niistä entistä tiiviimpiä lauseita. Lopuksi muotoilimme lauseista pelkistettyjä ja yksinkertaisia asiasisältöä kuvaavia ilmaisuja, jotka listasimme asiasisältöjen mukaan välittämättä teemoista.

Pelkistettyjä ilmauksia yhdistämällä muodostimme alaluokat, joita tuli yhteensä kaksitoista. Näistä alaluokista yhdistimme yläluokat, yläluokkia muodostui kuusi. Yläluokkia yhdistävä luokka on röntgenhoitajien kokemuksia lapsipotilaiden ohjauksesta sädehoidossa. Luokitteluprosessi ilmenee alla olevassa kaaviossa (kuvio 1).



Kuvio 1. Luokitteluprosessi. Alaluokat, yläluokat sekä yhdistävä luokka.

## 7 Tulokset

Tarkoituksenamme oli selvittää sädehoitotyötä tekevän röntgenhoitajan kokemuksia lasten ohjauksesta sädehoidossa. Halusimme myös saada tietoa röntgenhoitajan keinoista tukea lasta ja perhettä sekä työn kuormittavuudesta. Käsittelemme tulokset tutkimuskysymyksittäin.

### 7.1 Röntgenhoitajan kokemuksia lapsipotilaan ja perheen ohjauksesta sädehoitotyössä

Kaikki haastateltavat kokivat, että lapsen ja perheen ohjaukselle ei ole aina riittävästi aikaa, koska potilasmäärät ovat niin suuria. Hoitokoneella ei myöskään ole rauhallista tilaa keskustelulle lapsen ja perheen kanssa.

Haastatteluissa korostui murrosikäisten ohjauksen haastavuus. Haastateltavat totesivat, että murrosikäiset voivat usein olla vetäytyviä, joten heihin voi olla vaikea saada kontaktia. Röntgenhoitajat myös kokivat, että he joutuvat toimimaan yhteyshenkilöinä murrosikäisen ja vanhempien välillä.

Kyllä mielestäni murrosikäiset...on kaikkein rankin ryhmä, koska siinä on (hoitaja) enemmän puun ja kuoren välissä, kun ne (murrosikäiset) haluaisivat itse hoitaa kaiken...Lapsilla kuitenkin kaikki menee niiden vanhempien kautta...

...semmoiset viisitoistavuotiaat, jos vaikka pojasta puhutaan, nekin on sellaisia aika vetäytyviä, että niihin ei saa semmoista kontaktia kuin näihin lapsiin.

Lasten motivoiminen paikallaan pysymiseen hoidon aikana koettiin myös haasteena.

Haastatteluissa ilmeni, että lapset pitää kohdata yksilöllisesti ja heitä ohjataan ikätason mukaisesti.

Kyllä siinä eri tavalla varmaan puhuu sitten kuitenkin. Täytyy miettiä miten paljon viisivuotias ymmärtää, että hyvin yksinkertaisesti sanoo, taas viisitoistavuotias osaa itsekin kysellä näitä asioita.

Luottamuksellisen suhteen luominen on erittäin tärkeää. Ensimmäinen hoitokerta määrittää hoitosuhteen perustat. Lapsi tulee huomioida ensimmäisenä, esimerkiksi puhutellaan lasta hänen etunimellään, sekä annetaan lapselle tilaa tutustua ympäristöön rauhassa. On tärkeää myös saavuttaa vanhempien luottamus, koska se vahvistaa myös lapsen luottamusta hoitajaan.



...sellaiset lapset, jotka käyvät kotoa...niin niihin pitää saada se luottamus heti. Se on sanottava just se mitä tehdään, eikä yhtään vierestä. Se minusta on niin kuin kaikkein tärkeintä, että ne lapset luottaa siihen mitä niille sanotaan.

Ohjattaessa lasta tulee antaa selkeät, konkreettiset ohjeet sekä puhuteltaessa lasta olisi hyvä olla lapsen katseen tasolla. Haastatteluissa painotettiin, että ohjaukseen täytyy varata riittävästi aikaa ja lapsipotilaat menevät yleensä muiden potilaiden edelle esimerkiksi ajanvarauksessa. Omat tavarat tuovat lapsille turvaa sekä heitä motivoidaan palkitsemalla, esimerkiksi leluilla. Tietoisuus vanhempien läsnäolosta rauhoittaa lasta hoidon aikana.

Ainakin se että täytyy selvittää kaikki, ohjaus täytyy olla paljon sellaista tarkempaa...mut ehkä siihen varataan enemmän aikaa, ettei tule sellainen kiireen tuntu siihen ohjaukseen sitten.

Haastateltavien mukaan lapset useimmiten kiintyvät tiettyyn hoitajaan. Hoitajat pyrkivät hyödyntämään sitä ohjaustilanteissa suunnittelemalla ne etukäteen. Lapsen ohjauksesta ottaa enemmän vastuuta se hoitaja, johon lapsi on kiintynyt. Hoitajat luovat kontaktia lapseen keskustelemalla lapsen kanssa hänen kiinnostuksenkohteistaan.

Haastateltavat kokivat yhteistyön vanhempien kanssa sujuvaksi ja että vanhemmat ovat yleensä tyytyväisiä ja luottavat hoitajien ammattitaitoon. Vanhempien aikaisemmat huonot kokemukset hankaloittavat yhteistyötä. Röntgenhoitajien mielestä kohtaamiset lasten ja perheiden kanssa ovat kuitenkin myönteisiä. Hoitajat myös kiintyvät tiettyihin potilaisiin enemmän kuin toisiin.

Haastateltavien mukaan lapsipotilaat noudattavat ohjeita hyvin, eivätkä yleensä pelkää etukäteen hoitoja, koska ovat usein jo tottuneita tutkimuksiin. Pelot laantuvat viimeistään ensimmäisten käyntikertojen jälkeen. Hoitajien mielestä hyvä potilaskohtaaminen on sellainen, että se etenee ongelmitta lapsen kannalta. Ohjauksessa voi olla myös haasteita toisinaan. Röntgenhoitajat kokivat hoidon onnistumisen ja lapsen tilan kohe-  
nemisen palkitsevana.

Myös yhteistyö anestesiaryhmän kanssa koettiin sujuvaksi ja helpoksi, koska anestesiatiimi on jo tuttu lapselle ja sädehoito-osaston henkilökunnalle. Lapset luottavat anestesiatiimin hoitajiin ja lääkäriin. Lapsen kehityksen taso ja persoona vaikuttavat anestesian tarpeellisuuteen. Anestesiaalasten kanssa röntgenhoitajan rooli on pienempi,

koska anestesiatiimi jakaa vastuun hoitotilanteesta. Röntgenhoitajat kokivat toisinaan haasteelliseksi aikataulujen yhteensovittamisen anestesiaryhmän kanssa.

No tietysti silloin jos on anestesia lapsi, sehän on helppo lapsi kun sieltä tulee lasten klinikalta ryhmä...niin siinä ei oo muuta kuin suunnilleen tekninen avustaja, lapsetkin luottaa niihin lastenklinikan hoitajiin...

No tietysti aikataulujen yhteensovittaminen on se haasteellisin, että heillä on oma aikataulu ja meillä on omat tiukat aikataulut...

## 7.2 Röntgenhoitajan keinot lapsipotilaan ja perheen tukemiseen sädehoitotyössä

Haastateltavista oli tärkeää huomioida vanhemmat ohjaustilanteissa. Röntgenhoitajien mielestä vanhempien mukaan ottaminen ohjaustilanteisiin lisäsi vanhempien luottamusta ja rauhoitti heitä. Rauhallinen ilmapiiri luo hoitotilanteesta miellyttävän. Vanhemmilla voi olla huonoja kokemuksia aikaisemmista hoitotilanteista. Näissä tilanteissa hoitajan on oltava ammattitaitoinen ja tarvittaessa hän saa tukea työyhteisöltä, jos yhteistyö vanhempien kanssa ei suju saumattomasti. Hoitajan tulee myötäelää vanhempien kriisissä, säilyttäen kuitenkin ammattitaitoisen työtteen. Puheenaiheet vaihtelevat vanhempien tarpeiden mukaan. Palliatiivisessa hoidossa vanhempien tukeminen on haastavampaa.

Niin onhan se, että erilailla täytyy käsitellä, jos vanhemmatkin ovat paikalla. Vähän pitää miettiä sitten aina miten käsittelee vanhempia ja mitä puhelee. Vähän erilailla ehkä, mutta ei ryhdy muistuttumaan asiasta, että ei ole mitään parantavaa hoitoa antamassa. Mutta ihan normaalisti pitää edelleen olla ja kohdella. Heikin ovat varmasti jo käsitelleet asian hyvin siinä vaiheessa. Että sitten ei voi muuta kuin olla tukena, yrittää taas parhaansa...

Haastattelussa tuli selville, että yksi tärkeimmistä vanhempien ja lapsen tukemisen keinoista on keskustelu. Keskustelun avulla luodaan uskoa hoitojen hyödyllisyyteen. Tämä pätee myös ohjatessa murrosikäisiä: hoitaja tukee murrosikäistä kuuntelemalla ja kannustamalla sekä tukee vanhempien ja murrosikäisen keskinäistä suhdetta.

...Se vaan sitten, että kuunnella niitä (murrosikäiset) niiden ongelmia ja saada siinä sitä positiivista henkeä kuitenkin.

Tarvittaessa perhettä voi tukea myös sädehoito-osaston moniammatillisin keinoin, jos röntgenhoitaja itse tai perhe kokee sellaiseen tarvetta. Perhettä ohjataan myös osallistumaan syöpäjärjestöjen toimintaan.

### 7.3 Röntgenhoitajaa kuormittavat asiat lapsipotilaan ohjauksessa sädehoitotyössä

Haastatteluissa ilmeni, että lapsisyöpäpotilaiden ohjaaminen kuormittaa henkisesti enemmän, jos itsellä on lapsia.

Ei fyysisesti varmaankaan, enemmän sitten henkisesti, kun on itsellä lapsia, niin aina siihen suhtautuu eri tavalla...

Varmaan eri elämäntilanteissa voi tuntua erilaiselta...jos itsellä ei ole lapsia voi olla ettei koe niin henkilökohtaisesti. Varmaan eri hoitajat eri tilanteissa kokee eri-lailla lapsipotilaan hoitamisen...

Myös lapsipotilaan huono ennuste sekä pitkät hoitajaksot lisäävät kuormittavuutta.

Näissä tapauksissa hoitajat pyrkivät ajattelemaan asiaa hoidon kannalta tiedostaen että hoitohenkilökunta tekee parhaansa lasten hoidon vuoksi. Paineet hoitotilanteen onnistumisesta sekä vanhempien huomioiminen koetaan kuormittavina tekijöinä.

Voin sanoa, että henkisesti kuormittaa todella paljon, että jos on viisi viikkoa hoidossa...siltoin on jo vähän liikaa...

Kyllä se on (kuormittavaa), mutta ei se ole välttämättä se lapsi, mikä siinä eniten kuormittaa...jos se tulee vanhempien kanssa, niin sitten se onkin ne vanhemmat, mitä pitää huomioida ihan hirveästi.

Haastatteluissa tuli myös ilmi, että henkilökohtaisen elämän ongelmat voivat heijastua potilaskohtaamisen laatuun. Oma persoona vaikuttaa jaksamiseen: jotkut pystyvät sulkemaan työasiat vapaa-ajan ulkopuolelle kun taas toiset miettivät raskaita tapahtumia vapaa-ajallakin. Työn aiheuttamaa stressiä pystytään poistamaan työajan ulkopuolella, esimerkiksi harrastusten avulla. Kuormittavia tilanteita käydään läpi hoitokoneella työkavereiden kanssa keskustelemalla.

Ei tietenkään mennä mihinkään huoneeseen purkamaan tunteita, että se on ainoastaan siinä hoitokoneella hoitajat juttelee vaan keskenään. Kuitenkin siinä päivä ollaan yhdessä niin varmaan tulee enemmänkin juteltua keskenään...

## 8 Pohdinta

### 8.1 Tulosten vertailu aikaisempiin tutkimuksiin

Vertaamme saamiamme tuloksia Heini Savolaisen, Niina Sirviön ja Nora Tarvaisen vuonna 2008 tekemään opinnäytetyöhön Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus sairaanhoitajan kokemana. Opinnäytetyö on tehty Helsingin Ammattikorkeakoulu Stadiassa hoitotyön koulutusohjelmassa. Opinnäytetyön tarkoituksena on ollut selvittää sairaanhoitajien kokemuksia lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjauksesta. Haastatteluaineisto kerättiin HUS:n Lasten ja nuorten sairaalan lastentautien ajanvarauspoliikkiloita haastattelemalla 15 sairaanhoitajaa. Haastattelussa sairaanhoitajaa pyydettiin kuvaamaan mahdollisimman tarkasti ja laajasti hänen toteuttamansa merkityksellinen lapsen, nuoren ja perheen ohjaustilanne.

Savolaisen, Sirviön ja Tarvaisen (2008: 19–34) opinnäytetyössä keskeisimpinä tuloksina kaikki ohjaustilanteet koettiin positiivisesti merkityksellisiksi. Ohjaustilanteita häiritseviksi tekijöiksi koettiin sopivan ja rauhallisen tilan puuttuminen, mutta useimmiten sairaanhoitajilla oli käytössään erillinen ohjaustila. Ohjaukselle oli yleensä riittävästi aikaa. Sairaanhoitajat kokivat sairaanhoitajan ammattitaidon, kokemuksen ja tiedot ohjattavasta asiasta ohjauksen kannalta merkityksellisiksi. Lapsen ikä ja kehitystaso sekä perheen tapa oppia huomioitiin ohjauksessa. Kun keskustelu oli sujuvaa ja avointa sekä perhe oli vastaanottavainen, kokivat sairaanhoitajat vuorovaikutuksen hyväksi. Pääasiassa yhteistyö koettiin onnistuneeksi ja sopuisaksi. Pitkä hoitosuhde oli merkityksellinen yhteistyön ja vuorovaikutuksen kannalta. Perheen tunteminen entuudestaan poisti jännittyneisyyttä osapuolten väliltä. Sairaanhoitajat tukivat lapsen, nuoren ja perheen aktiivisuutta esimerkiksi positiivisen kannustuksen avulla. Erityisen merkitykselliseksi koettiin asiakkaan tarpeista ja odotuksista lähtevän ohjauksen toteuttamisen.

Saimme opinnäytetyössämme paljon samankaltaisia lasten ohjaukseen liittyviä tuloksia kuin Savolaisen ym. (2008) tekemässä opinnäytetyössä. Tuloksissamme tuli ilmi, että yhteistyö vanhempien kanssa koettiin sujuvaksi ja että vanhemmat olivat yleensä tyytyväisiä ja luottivat hoitajien ammattitaitoon. Röntgenhoitajien mielestä potilaskohtaamiset olivat myönteisiä. Näin myös Savolaisen ym. (2008: 27–29) tuloksissa yhteistyö vanhempien kanssa koettiin onnistuneeksi ja sopuisaksi sekä ohjaustilanteet positiivisesti merkityksellisiksi.

Haastatteluissamme tuli selville, että lapsen ja perheen ohjaukselle ei ollut aina riittävästi aikaa, koska potilasmäärät olivat niin suuria. Hoitokoneella ei myöskään ollut rauhallista tilaa keskustelulle lapsen ja perheen kanssa. Savolaisen ym. (2008: 20–21) työssä puolestaan haastateltavien mukaan ohjaukselle oli yleensä riittävästi aikaa. Toisin sopivan ja rauhallisen tilan puuttuminen koettiin myös Savolaisen ym. (2008: 20–21) työssä häiritseväksi tekijänä.

Työssämme ilmeni, että lapset pitää kohdata yksilöllisesti ja heitä ohjataan ikätason mukaisesti. Ohjattaessa lasta tulee antaa selkeät, konkreettiset ohjeet sekä puhuteltaessa lasta olisi hyvä olla lapsen katseen tasolla. Myös Savolaisen ym. (2008: 21–25) opinnäytetyössä lapsen ikä ja kehitystaso sekä perheen tapa oppia huomioitiin ohjauksessa. Vuorovaikutustaidot, kuten keskustelu koettiin kummankin opinnäytetyön tuloksissa tärkeäksi keinoksi hyvän yhteistyösuhteen rakentamiseen. Kannustaminen myös koettiin keinona lapsen ja perheen tukemiseen kummassakin opinnäytetyössä.

## 8.2 Tulosten tarkastelu

Mielestämme saimme hyvin vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Löysimme Ammattikorkeakoulujen verkkokirjasto Theseuksesta hoitotyön opiskelijoiden Savolainen ym. (2008) tekemän opinnäytetyön lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjauksesta sairaanhoitajan kokemana, jonka tulokset korreloivat hyvin omien tutkimustulostemme kanssa. Savolaisen ym. (2008) tutkimustuloksissa käsiteltiin samanlaisia ohjauksen liittyviä asioita kuin opinnäytetyömme tuloksissa, vaikka tutkimukset ovat kuitenkin suunnattu eri ammattiryhmille.

Tutkimustuloksissamme tuli ilmi vanhempien kanssa tehtävän yhteistyön tärkeys. Yhteistyön tulisi olla sujuvaa ja luottamuksella on suuri merkitys ohjauksessa sekä vanhempien ja röntgenhoitajan että lapsen ja röntgenhoitajan välillä. Hyvä hoitosuhde perustuu luottamukseen ja toimivaan vuorovaikutukseen osapuolten välillä. Myös teoriaosuudessamme Lähteenojan ym. ja Lindénin mukaan on tärkeää, että vanhemmat ovat lapsen tukena ja osallistuvat lapsen hoitoon yhteistyössä sairaalan henkilökunnan kanssa. Näin saadaan lisättyä lapsen turvallisuuden tunnetta ja autetaan henkilökuntaa tutustumaan lapseen. Lapsen hyvinvointi on riippuvainen perheen hyvinvoinnista. Lap-

sen tullessa sairaalahoitoon voidaan ajatella, että koko perhe tulee hoidettavaksi. (Lähteenoja ym. 2008: 7–9; Lindén 2004: 31.)

Myös lapsen yksilöllinen ja ikätason mukainen kohtaaminen tulee ottaa huomioon lasta ohjatessa. Lindénin artikkelissa puhutaan myös lapsen yksilöllisen kohtaamisen merkityksestä. Lapsi tulisi kohdata arvostaen häntä omana ainutlaatuisena yksilönään. Lapsen ja nuoren persoonallisuus ja kehitysvaihe otetaan huomioon hoitoa suunniteltaessa ja toteuttaessa. Hoitohenkilökunnan pitää tuntea ikään kuuluva normaali kehitys, jotta yksilöllinen hoito toteutuisi. (Lindén 2004: 32.)

Murrosikäiset koettiin erityisen haasteelliseksi lapsia ohjatessa. Vuorovaikutus voi olla haastavaa ja röntgenhoitaja joutuu usein toimimaan yhdyshenkilönä murrosikäisen ja vanhempien välillä. Myös Lähteenoja ym. käsittelee samoja asioita teoksessaan siitä, miten sairaus ja siihen liittyvät hoidot tuovat murrosikäisen elämään suuria muutoksia ja nuoren itsenäistymisvaihe häiriintyy. Syöpää sairastavat murrosikäiset toivovat, että heitä kohdellaan samalla tavalla kuin terveitä ikätovereitaan. Heitä tulisi kohdella yksilöllisesti, ymmärtäväisesti ja rohkaisevasti. On tärkeää, että sairaalan henkilökunta ottaa huomioon murrosikäisen mielipiteet, riippumattomuuden tarpeen sekä itsemääräämisoikeuden. Murrosikäisen hyvinvoinnille on tärkeää, että perhe ja muut läheiset osallistuvat hoitoon. (Lähteenoja ym. 2008:10.)

Vanhempien huomioiminen ja tukeminen ovat oleellisia asioita lapsen ja perheen ohjauksessa sädehoitotyössä. Keskustelu on tärkein lapsipotilaan ja hänen perheensä tukemisen keino. Keskustelun aiheet vaihtelevat lapsen ja vanhempien tarpeiden mukaan. Lindén myös toteaa, että vanhemmat tarvitsevat tukea sekä omaan jaksamiensa että tukeakseen sairasta lastaan ja hänen sisarusiaan. Vanhempien mukaanottaminen hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja hoidon toteutukseen on tärkeää. Lindénin mukaan vanhempien ottaminen osaksi lapsen hoidon suunnitteluun ja toteutukseen edesauttaa sitä, että lapsi kokee olonsa turvalliseksi sairaalassa. Hoitoyhteisössä tulisi olla lasta ja perhettä kunnioittava ilmapiiri. Turvallisuuden kokemus koostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta turvallisuudesta. (Lindén 2004: 32–33.)

Lasta voi jännittää ja pelottaa sädehoito aluksi, mutta ensimmäisten hoitokertojen jälkeen lapsen pelot helpottuvat. Lindén toteaa, että henkilökunnan tulee huomioida lapsen ja perheen mahdolliset tunteet pelosta ja ahdistuksesta ja pyrkiä lievittämään niitä. (Lindén 2004: 32–33.)

### 8.3 Eettisyys

Tutkimusprosessin aikana tutkija joutuu tekemään lukuisia päätöksiä ja näin ollen tutkija joutuu pohtimaan ratkaisujensa eettisyyttä. Näiden ratkaisujen tekeminen vaikuttaa tutkimuksen uskottavuuteen. Tutkijan tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, jotta uskottavuus saavutetaan. (Eskola – Suoranta 1998: 53; Tuomi – Sarajärvi 2004: 129.) Kun tutkija noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä hän merkitsee viite- ja lähdetiedot asianmukaisesti ja näin ollen kunnioittaa muiden tutkijoiden työtä. Tutkijan tulee olla työssään rehellinen, huolellinen ja tarkka tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimustulosten arvioinnissa. Hyvä tutkija tekee työtään kriittisesti huomioiden lähteiden laadun ja noudattaa tieteelliselle tiedolle asetettuja vaatimuksia suunnittelussa, toteutuksessa ja raportoinnissa. (Suomen Akatemia 2003: 5–6.)

Ennen haastattelujen toteutusta haimme tutkimusluvan koululta sekä Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiriltä. Ennen haastattelua kerroimme haastateltaville työn tarkoituksesta ja siitä, miten käsittelemme haastatteluista saatua aineistoa. Haastateltavat olivat tietoisia haastattelutilanteiden nauhoituksesta ja allekirjoittivat suostumuslomakkeen (liite 1). Suostumuslomakkeessa tuli ilmi muun muassa, että haastateltava voisi keskeyttää haastattelun niin halutessaan sekä kieltää materiaalin käytön myös jälkikäteen. Halutessaan he saivat myös lukea opinnäytetyömme ennen sen virallista julkaisua. Haastatteluaineiston käsittelemme anonymisti siten, että tutkimustuloksistamme ei pysty jäljittämään tiedonantajaa. Tuloksissamme käytettyjen suorien lainausten asiasisältöä ei ole muutettu, mutta olemme poistaneet kaikki murteelliset ilmaukset ja sanonnat, jotta haastateltavien anonymiteetti säilyisi. Säilytämme nauhoitetun aineiston vain työn valmistumiseen saakka, jonka jälkeen materiaali hävitetään.

Olemme merkinneet viite- ja lähdetiedot oikeaoppisesti ja tarkasti emmekä ole esittäneet muiden tekstejä omanamme. Olemme pyrkineet olemaan kriittisiä lähteiden suhteen. Olisimme voineet löytää monipuolisemmin lähteitä, jos emme olisi luoneet itsellemme liian kiireistä aikataulua.

#### 8.4 Luotettavuus ja laadukkuus

Laadullista tutkimusta tehdessään tutkija joutuu jatkuvasti arvioimaan tekemiään ratkaisuja ja ottamaan kantaa analyysin kattavuuteen sekä työnsä luotettavuuteen. (Eskola – Suoranta 1998: 209). Tutkija itse on luotettavuuden pääasiallinen kriteeri, tästä syystä luotettavuuden arviointi kulkee koko tutkimusprosessin ajan sen mukana. ”Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiviteetti ja sen myöntäminen, että tutkija on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline.” (Eskola – Suoranta 1998: 211).

Laadullisen tutkimuksen objektiivisuutta tarkasteltaessa on syytä erottaa toisistaan havaintojen luotettavuus ja niiden puolueettomuus. Puolueettomuutta täytyy pohtia esimerkiksi siitä näkökulmasta, että pyrkiikö tutkija ymmärtämään ja kuulemaan tiedonantajaa itseään vai tulkitseeko tutkija tiedonantajan kertomusta oman taustansa läpi. Laadullisessa tutkimuksessa periaatteessa myönnetään olevan näin, koska tutkija on tehnyt tutkimusasetelman ja tulkitsee tutkimustuloksia. Tämän vuoksi pitäisi pohtia myös tutkijan puolueettomuutta. (Tuomi – Sarajärvi 2004: 133.) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa mitään yksitulkintaisia ohjeita, tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena ja sen tulee olla johdonmukainen kokonaisuus. (Tuomi – Sarajärvi 2004: 135.)

Laadukkuuteen voidaan jo etukäteen pyrkiä tekemällä hyvä haastattelurunko, myös teemojen syventämistä ja vaihtoehtoisten lisäkysymysten tekemistä kannattaa miettiä ennen haastattelujen toteutusta. Jos tutkimuksessa on useita haastattelijaita, on syytä kiinnittää huomiota haastattelukoulutukseen. On tärkeää, että haastattelijat ovat sisäistäneet haastattelurungon ja ymmärtävät sen samalla tavalla. (Hirsjärvi – Hurme 2004: 184.) Haastatteluvaiheessa laatua voi parantaa huolehtimalla teknisen välineistön kunnosta ja toiminnasta. Haastattelun päättyessä kannattaa vielä tarkastella haastattelurunkoa ja miettiä tuleeko jotain lisäkysymyksiä. Haastattelun laatua parantaa se, että haastatteluaineisto litteroidaan mahdollisimman pian haastattelujen toteuttamisen jälkeen. Laatua parantaa varsinkin se, jos tutkija itse sekä haastattelee että litteroi. (Hirsjärvi – Hurme 2004: 184–185.)

Jotta haastatteluaineisto olisi luotettavaa, tulee sen olla laadukasta. Haastatteluja pitää olla riittävä määrä ja tallenteiden tulee olla laadukkaita, lisäksi litteroinnin pitää tapah-



tua samojen periaatteiden mukaan koko prosessin ajan sekä luokittelun tulee olla säännönmukaista. (Hirsjärvi – Hurme 2004: 185.)

Tarkoituksenamme oli rakentaa teoriaosuus tukemaan tutkimusprosessiamme. Halusimme käsitellä teoriaosuudessamme lasten yleisimpiä syöpiä, sädehoitoa sekä lapsen ja perheen ohjausta sädehoidossa. Valitsimme haastateltavat tiettyjen kriteerien perusteella. Kriteereitä olivat vähintään viiden vuoden työkokemus sekä kokemusta lasten ohjaamisesta sädehoidossa. Nämä kriteerit täyttävät haastateltavat koimme parhaiksi tiedonantajiksi, koska oletimme heillä olevan paljon kokemusta ja tietoa opin- näytetyömme aihepiiristä.

Työmme luotettavuuteen saattoi vaikuttaa se, että tämä oli ensimmäinen tekemämme teemahaastattelu. Testasimme haastattelurungon toimivuutta opiskelijatovereillamme ja saimme sen kautta käsitystä haastattelun kestosta sekä kysymysten käytettävyydestä. Teimme haastattelun neljälle henkilölle. Jos tiedonantajia olisi ollut enemmän, olisi aineistomme ollut kattavampi. Haastattelutilanteissa oli paikalla aina kaksi tutkimuksen- tekijää ja toimimme kaikki haastattelijan roolissa vuorotellen. Kaikki haastattelut pyrittiin toteuttamaan haastattelurungon mukaisesti samasta näkökulmasta.

Aloitimme litteroinnin heti haastattelujen jälkeen, jolloin materiaali oli vielä tuoreena mielessämme. Koska teimme laadullista tutkimusta induktiivista sisällönanalyysiä käyttäen ensimmäistä kertaa, voi olla mahdollista, että analyysimenetelmän toteutus ei ole täysin oikeaoppinen. Perehdyimme kuitenkin tutkimusmenetelmäkirjallisuuteen ja käytimme kirjallisuutta apuna analyysin tekemisessä. Luokittelu tapahtui johdonmukaisesti ja luokista pyrittiin muodostamaan keskenään samanarvoisia.

Tutkimusta tehdessämme huomioimme koko ajan luotettavaan lopputulokseen pyrkimisen muun muassa lähdekritiikin keinoin sekä olemalla mahdollisimman objektiivisia tutkimusaineistoa analysoidessamme. Tavoitteenamme on ollut käsitellä aineistoa puolueettomasti ja olemme myös tiedostaneet mahdollisuuden siitä, että tutkija saattaa tulkita tiedonantajan kertomusta oman kokemuksensa kautta.

## 8.5 Tulosten hyödyntäminen ja kehittämissuhteet

Opinnäytetyömme tulokset ovat hyödynnettävissä siten, että röntgenhoitajaopiskelijat ja sädehoito-osaston uudet työntekijät saavat tietoa lasten ohjauksesta sädehoidossa.

Sädehoito-osaston työntekijät saavat konkreettista tietoa siitä, mitä erityispiirteitä lasten ohjaamiseen sädehoidossa sisältyy ja mitkä asiat kuormittavat työssä. Haastateltavat kertoivat, että henkisesti kuormittavia hoitotilanteita puretaan keskustelemalla työtövereiden kanssa. Meille heräsi kysymys siitä, olisiko tarvetta työnohjaukselle tai muuta tapaa, jonka kautta röntgenhoitajat voisivat käydä näitä asioita läpi.

Tutkimuksessamme tuli ilmi, että optimaalinen hoitotilanne on rauhallinen ja siihen on riittävästi aikaa. Tiedostamme kyllä, että resurssit sädehoito-osastolla ovat rajalliset, mutta lapsipotilaiden ohjaamiseen pitäisi varata aikaa ja aloituskeskustelujen olisi hyvä tapahtua rauhallisessa tilassa. Näin röntgenhoitajilla ja perheellä olisi enemmän aikaa tutustua toisiinsa ja luottamuksellisen suhteen rakentuminen lapseen helpottuisi.

Nykyisessä radiografian ja sädehoidon koulutusohjelmassamme ei käsitellä erikseen lasten sädehoitoa, joka on kuitenkin oleellinen osa sädehoitotyötä. Mielestämme sitä voisi tuoda enemmän esiin sädehoidon opintokokonaisuudessa.

## 8.6 Oma oppimisprosessi

Meillä ei ollut aikaisempaa kokemusta laadullisen tutkimuksen tekemistä. Opinnäytetyötä tehdessämme saimme siitä hyvää kokemusta. Laadullisen tutkimuksen tekeminen oli aikaa vievää. Litteroinnin jälkeen tapahtuva aineiston luokittelu ja asiakokonaisuuksien muodostaminen oli yllättävän haasteellista, koska samoja aihepiirejä käsiteltiin useassa teemassa. Analysoinnissa piti useaan otteeseen palata tutkimuskysymyksiin, jotta meillä säilyi selkeä kuva siitä, mitä haimme vastauksilta. Saimme myös mielenkiintoista tietoa lapsen ohjaamisesta sädehoito-osastolla.

Osa tutkimustuloksistamme oli niitä asioita, joita oletimme tulevan ilmi tutkimuksen valmistuttua. Saimme kuitenkin selville myös sellaisia asioita, joita emme olisi itse osanneet ajatella esiintyvän tuloksissamme. Emme esimerkiksi ajatelleet, että murrosikäisten ohjaamisesta löytyisi niin monenlaisia haasteita. Sen sijaan ajattelimme, että alle kouluikäiset olisivat niitä haasteellisimpia esimerkiksi paikallaan pysymisen suhteen. Yllättävää oli myös, että anestesia lapsia ei koettu tuskin lainkaan haasteellisiksi.

Opinnäytetyötä tehdessämme tiimityöskentelytaitomme kehittyivät. Olemme oppineet huomioimaan toistemme näkökulmia ja yhteistyöstämme on tullut joustavaa. Aikataulujen yhteensovittaminen ja tiimityöskentely ovat opettaneet meille kärsivällisyyttä. Kiirei-

sen työtahtimme vuoksi, aikataulujen sovittaminen työelämän kanssa yhteen oli välillä haastavaa. Saimme myös kokemusta tutkimushaastatteluiden tekemisestä sekä siitä, millaista on tehdä yhteistyötä työelämän kanssa. Olemme oppineet paljon uutta sädehoitotyön erityispiirteistä.

## Lähteet

Eskola, Jari – Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Ilveskoski, Ismo. Aivokasvaimet. Sylva ry. Verkkodokumentti.  
<[http://www.sylva.fi/fi/lapset\\_ja\\_syopa/aivokasvaimet.html](http://www.sylva.fi/fi/lapset_ja_syopa/aivokasvaimet.html)>. Luettu 20.10.2012.

Johansson, Risto 2012. Tietoa potilaalle: Sädehoito. Lääkärikirja Duodecim.  
<[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=dlk01078&p\\_haku=sadehoito](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk01078&p_haku=sadehoito)>. Luettu 14.10.2012.

Jussila, Aino-Liisa – Kangas, Anne – Haltamo, Mikko 2010. Sädehoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Jääskeläinen, Juha E. – Mäenpää, Hanna – Kouri, Mauri – Ilveskoski, Ismo – Paetau, Anders 2006. Keskushermoston kasvaimet. Teoksessa: Joensuu, Heikki – Roberts, Peter J. – Teppo, Lyly – Tenhunen, Mikko (toim.): Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 570–606.

Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Poskiparta, Marita – Johansson, Kirsi – Hirvonen, Eila – Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Lindén, Leena 2004. Lasten sairaalahoito. Teoksessa Koistinen, Paula – Ruuskanen, Susanna – Surakka, Tuula (toim.): Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 31–34.

Lähteenoja, Kirsi-Marja – Kääriä, Eeva – Löyttyniemi, Marja-Leena – Nissinen, Eila – Syrjäpalo, Kyllikki – Tuomarila, Tuula – Öhman, Anne 2008. Syöpää sairastavan lapsen hoito. Sylva ry.

Minn, Heikki 1996. Lasten sädehoidon erityispiirteet. Syöpä - Cancer 3/96. Syöpäjärjestöjen aikakauslehti. 16–18.

Pihkala, Ulla M. 2006. Lasten leukemiat ja lymfoomat. Teoksessa: Joensuu, Heikki – Roberts, Peter J. – Teppo, Lyly – Tenhunen, Mikko (toim.): Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 680–695.

Pihkala, Ulla M. 2012. Syöpäsairaudet. Teoksessa: Rajantie, Jukka – Mertsola, Jussi – Heikinheimo, Markku (toim.): Lastentaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 383–401.

Saarinen, Ulla 1996. Lasten leukemiat. Syöpä – Cancer 3/96. Syöpäjärjestöjen aikakauslehti. 8–9.

Savolainen, Heini – Sirviö, Niina – Tarvainen, Nora 2008. Lapsen, nuoren ja lapsiperheen ohjaus sairaanhoitajan kokemana. Opinnäytetyö. Helsinki: Helsingin Ammattikor-

keakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma. Verkkodokumentti.  
<<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/38411/stadia-1211442426-8.pdf?sequence=1>>. Luettu 5.11.2012.

Seppälä, Matti – Kouri, Matti – Minn, Heikki – Tenhunen, Mikko – Sandell, Pär-Johan – Heikkinen, Esa – Jääskeläinen, Juha E. Stereotaktinen sädehoito kallon alueelle. Duodecim 2008;124: 2349–59. Verkkodokumentti.  
<<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97581.pdf>>. Luettu 18.10.2012.

Suomen Akatemia 2003. Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet. Verkkodokumentti.  
<<http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%20ohjeet%202003.pdf>>. Luettu 25.10.2012.

Tenhunen, Mikko – Ojala, Antti – Kouri, Mauri 2002. Ulkoisen sädehoidon suunnittelu ja tekninen toteuttaminen. Teoksessa Kliininen sädehoito. Kustannus Oy Duodecim 2002. 24–36.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vettenranta, Kim 2012a. Lapsuusiän leukemiat. Sylva ry. Verkkodokumentti.  
<[http://www.sylva.fi/fi/lapset\\_ja\\_syopa/lapsuusian%20leukemiat.html](http://www.sylva.fi/fi/lapset_ja_syopa/lapsuusian%20leukemiat.html)>. Luettu 12.10.2012.

Vettenranta, Kim 2012b. Lapsuusiän lymfoomat. Sylva ry. Verkkodokumentti.  
<[http://www.sylva.fi/fi/lapset\\_ja\\_syopa/lapsuusian-lymfoomat.html](http://www.sylva.fi/fi/lapset_ja_syopa/lapsuusian-lymfoomat.html)>. Luettu 24.10.2012.

## Suostumuslomake

Olemme Metropolia Ammattikorkeakoulussa opiskelevia röntgenhoitajaopiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä röntgenhoitajien kokemuksista lapsisyöpöpotilaiden ohjaamisesta sädehoidossa.

Haluaisimme haastatella Teitä kokemuksistanne liittyen lapsipotilaiden ohjaamiseen sekä lapsen ja perheen kohtaamiseen ja tukemiseen sädehoitojakson aikana. Työssämme määrittellemme lapsen alle kuusitoistavuotiaaksi.

Materiaali kerätään nauhoitettavien haastattelujen muodossa. Haastattelusta saatu aineisto käsitellään anonyymisti ja luottamuksellisesti. Aineisto jää vain haastattelijoiden käyttöön ja hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Opinnäytetyöstä ei voi tunnistaa yksittäistä haastateltavaa. Halutessanne voitte keskeyttää haastattelun ja kieltää käyttämästä materiaalia. Päätöksen voi tehdä myös jälkikäteen. Teillä on halutessanne oikeus lukea valmis teksti ennen opinnäytetyön julkaisemista ja vaatia tekstiin muutoksia.

Valmis opinnäytetyö on saatavilla osoitteesta [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi)

Tarvittaessa vastaamme kysymyksiinne mielellämme.

Sähköposti: [johanna.humaloja@metropolia.fi](mailto:johanna.humaloja@metropolia.fi) / [liisa.mustonen-marcas@metropolia.fi](mailto:liisa.mustonen-marcas@metropolia.fi) /  
[majja.paloranta@metropolia.fi](mailto:majja.paloranta@metropolia.fi)

Opinnäytetyön ohjaaja: Antti Niemi, [antti.niemi@metropolia.fi](mailto:antti.niemi@metropolia.fi)

Aika ja paikka

Haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennös

Aika ja paikka

Johanna Humaloja, Liisa Mustonen-Marcas, Maija Paloranta

## Teemahaastattelun runko

### Taustatiedot

- Ikä
- Työhistoria
- Koulutus

### TEEMAT JA ALATEEMAT

#### Haasteet

- Lasten sädehoidon vaatimat erityispiirteet (anestesia, vuorovaikutustaidot, kokemus)
- Lapsipotilas (ikä, kehitystaso, persoonallisuus, paikallaan olo, pelot ja motivointi)
- Kipu
- Moniammatillinen yhteistyö (anestesia)

#### Kuormittavuus

- Työn kuormittavuus (henkinen)
- Henkilökunnan resurssit (aika, riittävästi henkilökuntaa, työyhteisö)
- Palliatiivinen hoito
- Kommunikointi (tiedon kulku, keskustelu ja tilanteiden purku)
- Oma jaksaminen (persoona, elämän tilanne, työn heijastuminen vapaa-aikaan)

#### Potilaskohtaaminen

- Hyvä potilaskohtaaminen (teoriassa ja käytännössä, toteutuuko?)
- Kokemuksia
- Oman jaksamisen vaikuttaminen lapsipotilaan kohtaamisen laatuun
- Perheen huomioonottaminen ja yhteistyö

#### Tukeminen

- Lapsen ja perheen tukeminen (keinoja/välineitä)
- Erilaiset perheet ja perhetilanteet