

”SE TUNTUU SILTÄ, ETTÄ SE ELÄMÄ LOPPUU SIIHEN,
KUOLEMAHAN SE TULLEE, JOKA KORJAA.”

Syöpää sairastavien kokemuksia emotionaalisesta tuesta sekä sairauden herättämistä tunteista

Miia Virkkunen

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

2015

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma

Tekijä	Miia Virkkunen	Vuosi	2015
Ohjaaja	Leena Välimaa		
Toimeksiantaja	Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys ry.		
Työn nimi	”SE TUNTOO SILTÄ, ETTÄ SE ELÄMÄ LOPPUU SIIHEN, KUOLEMAHAN SE TULLEE, JOKA KORJAA.” Syöpää sairastavien kokemuksia emotionaalisesta tuesta sekä sairauden herättämistä tunteista		
Sivu- ja liitemäärä	56 + 4		

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on syöpään sairastuneiden ihmisten hoitohenkilökunnalta saamien kokemusten ja heidän tarvitsemansa emotionaalisen tuen sekä sairauden mukanaan tuomien tunne-elämän muutosten kuvailu. Tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, miten syöpää sairastavat kokevat saamansa ja tarvitsemansa emotionaalisen tuen. Tutkimustehtäviä oli kolme, ja niiden avulla selvitin, millaisia tunne-elämän muutoksia syöpään sairastuminen on aiheuttanut, millaista emotionaalista tukea syöpää sairastavat kokivat saaneensa hoitohenkilökunnalta ja millaista emotionaalista tukea he kokevat tarvitsevänsä.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään syöpää sairautena, sairastumisen aiheuttamia psyykkisiä reaktioita, tunteiden fysiologiaa ja tehtäviä sekä kerrotaan emotionaalisesta tuesta sekä sen eri muodoista. Tutkimuksen toteutusosiossa kuvaillaan laadullista tutkimusta, tutkimuksen etenemistä, tutkimukseen osallistujia, aineiston keruuta sekä sisällönanalyysiä.

Tutkimusmenetelmänä opinnäytetyössäni on laadullinen tutkimus ja aineiston keruumenetelmänä olivat teemahaastattelut, jotka toteutettiin kolmen ihmisen kanssa eri ajankohtina. Tutkimukseen valitut tutkittavat valittiin Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys ry:n Rautarouvat-vertaisryhmästä, johon tutkija itse osallistui kertoakseen opinnäytetyöstään ja sen toteutuksesta. Aineiston analyysi tapahtui induktiivisella sisällön analyysillä.

Pääasiallisesti tutkimustuloksista voidaan huomata, että tunne-elämä muuttui huomattavasti ja syöpään sairastumisella oli kokonaisvaltainen ja henkilökohtainen vaikutus tutkittavien tunne-elämään. Vaikutus oli havaittavissa vielä sairaudesta selviytymisen jälkeenkkin. Emotionaalinen tuki koettiin paikoitellen riittäväksi, mutta joissain tapauksissa tukea ei saatu ollenkaan, koska hoitotyössä keskityttiin vain fyysiseen puoleen. Lisäksi alkuvaiheen tuki saatettiin kokea puutteelliseksi. Erityisesti keskustelua, juttelua ja kannustamista pidettiin tarvittavina emotionaalisen tuen muotoina tutkittavien keskuudessa.

Asiasanat syöpätaudit, sairastuminen, tunne-elämä, psykososiaalinen tuki

School of Social Services, Health
and Sports
Degree Programme in Nursing

Author	Miia Virkkunen	Year	2015
Supervisor(s)	Leena Välimaa		
Commissioned by	Cancer Association of Northern Finland r.a.		
Subject of thesis	"IT FEELS LIKE LIFE WILL END RIGHT THERE, DEATH WILL COME AND GET ME." Cancer Patients' Experiences of Emotional Support and Emotions Caused by the Disease		
Number of pages	56 + 4		

The purpose of this thesis was to describe cancer patients' experiences of emotional support given by health care professionals. This thesis also discusses the emotional changes brought by the disease. The aim was to produce information about how the cancer patients experience the emotional support they receive and what they feel they need. There were three research problems to examine: what kind of emotional changes cancer has caused, what kind of emotional support the patients felt they had received from the nursing staff and what kind of emotional support they feel they would need.

The theory part of the thesis discusses cancer as a disease, the psychic reactions caused by the disease, the physiology and functions of emotions and what emotional support is and what are its different forms. The implementation part of the thesis describes qualitative research, the progression of the study, the participants of the study, the data gathering and the content analysis. Qualitative research is the research method in this thesis and theme interviews were used to gather data. Those were done with three different people on different dates. The people chosen for the research were chosen from Rautarouvat support group from Cancer Association of Northern Finland r.a. in which the researcher herself participated in order to tell of the thesis and how it will be executed. The analysis of the data was done using inductive content analysis.

The research results show that the emotional life changed noticeably and being diagnosed with cancer had a comprehensive and personal effect on the examinees' lives. The effect was noticeable even after surviving the disease. The examinees felt that the emotional support was partially adequate, but in some cases no support was received at all because the care work focused only on the physical side. Additionally, the early support was in some cases inadequate. Especially discussions, chatting and encouraging were considered as needed forms of emotional support among the examinees.

Key words: cancer diseases, falling ill, emotional life, psycho-social support

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	8
3	SYÖPÄÄN SAIRASTUMISEN AIHEUTTAMAT MUUTOKSET TUNNE- ELÄMÄSSÄ.....	9
3.1	Syöpä ja syöpään sairastuminen	9
3.2	Tunteiden fysiologia ja niiden tehtäviä	10
3.3	Sairastumisen aiheuttamat psyykkiset reaktiot	12
4	EMOTIONAALINEN TUKE JA SEN MENETELMÄT.....	14
4.1	Emotionaalinen tuki	14
4.2	Kuunteleminen ja keskustelu	17
4.3	Kosketus	18
4.4	Empatia eli myötäeläminen ja lohduttaminen.....	21
4.5	Läsnäolo	23
4.6	Huumori	24
4.7	Toivon ylläpitäminen ja vahvistaminen.....	26
4.8	Rohkaiseminen ja kannustaminen	28
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	29
5.1	Laadullinen tutkimus	29
5.2	Tutkimuksen eteneminen.....	31
5.3	Tutkimukseen osallistujien kuvaus.....	32
5.4	Aineiston keruu	32
5.5	Laadullisen aineiston analyysi eli sisällönanalyysi	36
6	TUTKIMUSTULOKSET	40
6.1	Syöpään sairastumisen aiheuttamat tunne-elämän muutokset sairastaneiden kokemana	40
6.1.1	Sairastaneiden kokemat tunteet heti sairastuttua.....	40
6.1.2	Sairastaneiden kokemat tunteet hoitojen aikana	41
6.1.3	Sairastaneiden kokemat tunteet hoitojen loputtua.....	42
6.2	Syöpää sairastavien kokemukset saadusta emotionaalisesta tuesta ..	43
6.3	Syöpää sairastavien kokemukset tarvitusta emotionaalisesta tuesta ..	45
7	EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	47
8	POHDINTA	49

LÄHTEET	53
LIITTEET	56

1 JOHDANTO

Syöpään sairastuminen aiheuttaa väistämättä tunnejärjestelmän aktivoitumisen ihmisessä. Jokainen ihminen reagoi diagnoosiinsa omalla tavallaan, mutta käsitykset ja uskomukset syöpään liittyen kuin myös käsitykset mahdollisista seurauksista tulevaisuudessa vaikuttavat syöpädiagnoosin vastaanottoon sekä ihmisessä herääviin tunteisiin. Syöpädiagnoosista aiheutuvat tunteet ovat kuitenkin aivan normaaleja siinä missä kaikki muutkin eri tilanteiden herättämät tunteet. Mutta kun tunteet alkavat häiritä elämää, niihin on puututtava, koska tällöin ne voivat hankaloittaa parantumista ja jopa vaikuttaa elinajan määrään. Täten hoitohenkilökunnan tehtävä onkin huomata erilaiset psyykkiset muutokset potilaassa ja tarvittaessa järjestää apua sitä tarvitsevalle, jotta ongelmia ei tarvitse kantaa yksinään. Syöpää sairastavien tunnekokemuksia voivat olla esimerkiksi viha, häpeä, yksinäisyys, syyllisyys, järkytys ja pelko. (Kuuppelomäki 2000, 131–136.)

Syöpää sairastavien kokemukset emotionaalisesta tuesta ovat tärkeitä toiminnan kehittämiseksi. Hoitohenkilökunta voi helposti ajatella asiakkaiden kokevan saamansa tuen riittäväksi, mutta aina ei välttämättä muisteta kiinnittää huomiota tuen riittävyteen nimenomaan autettavan näkökulmasta. Henkilökunnasta voi tuntua, että asiakkaat kokevat heidän luonaan käynnit merkityksellisiksi, mutta todelliset mielipiteet voivat jäädä tavoittamatta. Kysymys kuuluukin, minkälaisia kokemuksia asiakkailla ja potilailla on, negatiivisia vai positiivisia, ja kaipaisiko asiakas jotakin enemmän?

Nykypäivänä joka kolmas ihminen sairastuu syöpään jossakin elämänsä vaiheessa. Tämä tarkoittaa, että noin 30 000 ihmistä saa syöpädiagnoosin vuodessa. Kuitenkin lohduttavaa asiassa on se, että puolet näistä sairastuneista paranee taudista. Syövän sairastaneita ihmisiä elää joukossamme juuri tällä hetkelläkin noin 230 000. (Syöpäjärjestöt – Tietoa syövästä.) Tästä johtuen on tärkeää, että myös syövän aiheuttamat tunteet otetaan huomioon ja niihin kiinnitetään huomiota jo varhaisessa vaiheessa. Kun tauti on selätetty, elämän jat-

kaminen on miellyttävämpää, kun tunteetkin ovat hallinnassa ja ne eivät häiritse arkielämää.

Opinnäytetyöni aiheen valintaa ohjasi oma huoleni ja kiinnostukseni syöpää sairastavien kokemuksista emotionaalisesta tuesta. Alkuperäinen huoleni liittyi syöpää sairastavien pärjäämiseen heidän omien tunteidensa kanssa ja se syntyi potilaiden hoitamistilanteissa. Täten oli loogista yhdistää kokemus tunne-elämästä ja kokemukset emotionaalisesta tuesta, koska ne kulkevat käsi kädessä eli emotionaalinen tuki tähtää tunteiden käsittelyssä auttamiseen.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tarkoituksena on kuvailla syöpään sairastuneiden ihmisten kokemuksia hoitohenkilökunnalta saamasta ja tarvitsemasta emotionaalisesta tuesta heidän hoitonsa aikana, kuin myös syöpään sairastumisen aiheuttamista tunne-elämän muutoksista sairauden eri vaiheissa.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa syöpää sairastavien kokemuksista mitä tulee hoitohenkilökunnalta saatuun ja tarvittuun emotionaaliseen tukeen, joita voidaan hyödyntää riippuen tutkimuksesta saaduista tuloksista. Tulokset voivat kertoa hoitohenkilökunnan toiminnasta; mitä hyvää tai mitä kehitettävää mahdollisesti löytyy. Aihe on ajankohtainen, koska syöpätaudit ovat nyt kasvussa ja ne tulevat lisääntymään tulevaisuudessa. Opinnäytetyö tuottaa siis tietoa hoitohenkilökunnalle ja muille henkilöille sekä tuloksia voi hyödyntää esim. tuki- ja palveluiden tms. kehittämisessä.

Tutkimustehtävät

1. Millaisia tunne-elämän muutoksia syöpään sairastuminen on aiheuttanut?
2. Millaista emotionaalista tukea syöpää sairastavat kokivat saaneensa hoitohenkilökunnalta syöpähoitojen ja osastohoidon aikana?
3. Millaista emotionaalista tukea syöpää sairastavat kokevat tarvitsevansa?

3 SYÖPÄÄN SAIRASTUMISEN AIHEUTTAMAT MUUTOKSET TUNNE- ELÄMÄSSÄ

3.1 Syöpä ja syöpään sairastuminen

Syöpä on pahanlaatuinen kasvain, joka leviää ympäristöönsä, tuhoaa tervettä kudosta, koostuu lähinnä pahanlaatuisista soluista, voi lähettää etäpesäkkeitä ja on yleensä kiinteä muodostuma. (Terveysportti.fi – Terminologian tietokannat.) Isäntäelimistölle tarkoituksetonta ja haitallista solukon tai kudoksen epänormaalista kasvua, joka on pääasiallisesti riippumaton mistään ulkoisista kasvuärsykeistä, kutsutaan kasvaimeksi eli neoplastiksi. Ei-neoplastisen solukon liikkakasvu päättyy sen aiheuttaman ärsykkeen poistuessa eli siis neoplastinen solukko kasvaa vaikka ei ole ärsykettä, ei-neoplastinen taas lakkaa kasvamasta, kun ärsyke katoaa. Kasvaimet jaetaan hyvän- ja pahanlaatuisiin. (Isola & Kallioniemi 2013, 10.)

Syöpätaudilla tarkoitetaan pahanlaatuisen kasvaimen aiheuttamaa sairautta, joka johtaa hoitamattomana kuolemaan. Taudille on ominaista kasvaimen alkukohtaelimen paikallisoireet, etäpesäkkeiden ilmaantuminen muihin mahdollisiin elimiin sekä myöhäisvaiheen yleisoireina esimerkiksi väsymys, laihtuminen ja kuume. (Terveysportti.fi – Terminologian tietokannat.)

Syövän hoidossa tärkeimmät hoitomuodot ovat leikkaus, erilaiset lääkehoidot sekä sädehoito. Käytännössä kuitenkin nykyään yhä enenemissä määrin näitä kaikkia hoitomuotoja voidaan käyttää ja käytetään yhtäaikaista erilaisina yhdistelminä eritoten suurikokoisten syöpäkasvainten hoidossa. Pienet kasvaimet voidaan hoitaa yleensä pelkällä leikkauksella, jossa kasvain poistetaan. Toisaalta kuitenkin etenkin isojen kasvainten hoidossa saatetaan tarvita sädehoitoa tai lääkehoitoa myös. Ensihoitona syöpään on useimmiten leikkaus. Kuitenkin etäpesäkkeiden mahdollisuus kasvaimen ympäristössä sekä muualla elimistössä on todennäköinen, joten hoitoa on täydennettävä muilla hoitomuodoilla. Leikkauksista sekä sädehoitoa voidaan pitää syövän paikallishoitoina, mutta sädehoitoa voidaan antaa myös systeemisenä hoitona. (Joensuu 2013, 132.)

Jokaisella syöpään sairastuvalla on oma henkilökohtainen taustansa ja tapansa selvitä elämässä kohtaamistaan kriiseistä. Syöpätautiin sairastuminen vaikuttaa monella tapaa ihmisen koko elämään. Diagnoosin saaminen pysäyttää, ja ihminen joutuu sopeutumaan uudenlaiseen elämäntilanteeseen. Epävarmuus tulevaisuudesta sekä arkielämän muuttuminen ovat väistämättömiä tilanteita, mitä syöpätauti tuo mukanaan. Sairauden ja elinajan ennuste sekä tulevien hoitojaksojen vaikutus jokapäiväiseen elämään ovat läsnä syöpää sairastavan elämässä. Syöpätauti ei vaikuta ja kosketa ainoastaan sairastunutta itseään, vaan myös sairastuneen läheisiä ja ystäviä yhtä lailla. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 161–162.)

3.2 Tunteiden fysiologia ja niiden tehtäviä

Ihmisille syntyy erilaisia emootioita eli tunnereaktioita esimerkiksi erilaisissa pal-kitsevissa tai uhkaavissa tilanteissa. Emootioita syntyy siis usein juuri ihmisten hyvinvoinnin kannalta tarpeellisissa tilanteissa. Emootioiden avulla ihmisen on mahdollista tunnistaa oman hyvinvointinsa kannalta merkitykselliset tilanteet ja ärsykkeet, joihin on mahdollista reagoida syntyvien emootioiden pohjalta. Ihminen on ajan kuluessa löytänyt tapansa ja oppinut selviytymään emootioiden avulla tietyistä tilanteista, jotta hän pääsee eteenpäin. Emootiot motivoivat toimimaan ja niillä on lyhytaikaisia vaikutuksia ihmisen elimistöön, esimerkiksi ilmeisiin, motorisiin toimintoihin sekä tiedonkäsittelyjärjestelmiin. (Leppänen 2006, 311.)

Tunteen yksinkertaisimman määritelmän mukaan se on tila, jossa käännetään jotakin kohti tai siitä pois. Perustunteita ovat ne tunteet, jotka tunnistetaan useimmissa kulttuureissa, esimerkiksi viha, suru sekä ilo. Tunteet ovat henkilökohtaisia kokemuksia, joiden aiheuttamat kokemukset voivat olla joko positiivisia tai negatiivisia. Yleisesti pyritään positiivisiin tunteisiin, jotka voivat olla luovuuden sekä energian lähteitä. Negatiivisia tunteita pyritään taas välttämään, koska niiden seurauksena ihminen joutuu erittelemään ja arvioimaan erilaisia negatiivisia tunteita herättäviä tilanteita. (Vilkko-Riihelä 2001, 476–477.)

Tunteet ovat melko lyhytaikaisia kokemuksia. Niiden perusominaisuuksiin kuuluvat tunteen voimakkuus, sävy eli negatiivinen tai positiivinen tunne ja kesto eli kuinka pitkäkestoinen tunne on. Mieliala on kauempikestoisempi kuin tunne, koska se voi kestää jopa päiviä. Tunnetilojen keston on mahdollista vaikuttaa itse esimerkiksi mielikuvien ja ajattelun avulla. Erilaiset sairaudet aiheuttavat eri kestoisia ja eri sävyisiä tunteita, kuten syvää masennusta tai ahdistusta. (Vilkko-Riihelä 2001, 477.)

Tunteiden ilmenemiseen liittyy useampia tekijöitä: fyysinen tuntemus, kognitiivinen puoli sekä sosiaalinen ympäristö. Ensimmäinen tekijä on fysiologinen elimistössä tapahtuva muutos eli fyysinen tuntemus, joka voi ilmetä esimerkiksi ahdistuneessa henkilössä hikoiluna. Tunteen kokemiseen liittyy aina myös kognitiivinen tekijä, joka tarkoittaa omaa käsitystämme ja tulkintaamme jostakin asiasta. Tästä hyvä esimerkki on reagointi esimerkiksi toisen ihmisen ilmeisiin oman tulkintamme mukaan. Kolmas tunteisiin liittyvä tekijä on sosiaalinen ympäristö, joka muokkaa tunnetta; esimerkiksi oudossa tilanteessa pyritään tarkkailemaan ympäristön reaktioita ja toimimaan sen mukaan. Nämä kolme tekijää toimivat kuitenkin aina yhdessä tunteen aktivoituessa. Tunne on hyvin kokonaisvaltainen tapahtuma ja siihen liittyy aina paljon tiedostamatonta ainesta. Tunteiden peittäminen ei ole aina mahdollista, vaikka ihminen sitä kuinka paljon yrittäisi. (Vilkko-Riihelä 2001, 477–478.)

Tunteilla katsotaan olevan kolme erilaista keskeistä tehtävää. Ensinnäkin ne auttavat ihmisiä säilymään hengissä. Havainto toisen henkilön tunnetilasta auttaa reagoimaan siihen siten, että havainnon kohde tulee autetuksi. Toisekseen tunne motivoi toimimaan. Motivoiva vaikutus näkyy henkilön suorituskyvyssä sekä kiihdyttävästi että kohottavasti – tästä esimerkkinä voi olla esimerkiksi pelon aiheuttama pakenemisreaktio. Kolmanneksi tunteet ovat sosiaalisia signaaleja, joita ihmiset käyttävät viestiäkseen. Toinen lähettää viestin, johon toinen sitten vastaa. Tietoinen ja tiedostamaton tunteiden ilmaisu ovat läsnä silloinkin, kun tunteita ilmaistaan viestintätarkoituksessa. (Vilkko-Riihelä 2001, 479.)

3.3 Sairastumisen aiheuttamat psyykkiset reaktiot

Sairastuminen syöpään laukaisee yleensä aina jonkinlaisen psyykkisen reaktion. Tällöin yleisenä kokemuksena voi olla oman elämän menetyksen uhka. Tämä laukaisee kehossa, aivoissa ja mielessä psykofyysisen pelkoreaktion. Uhka ilmenee alkuvaiheessa epämääräisenä paineisena olona eli ahdistuksena. Mielessä tuntemukset ja olotila jäsentyvät tarkemmin erilaisiksi tunteiksi, joita saatetaan voida kuvata sanallisestikin. Kuolemanpelko sekä sen johdokset aiheuttavat eniten psyykkistä työstämistä syöpään sairastuneiden joukossa. (Aalberg & Idman 2013, 862.)

Syöpätauti voi laukaista erilaisia tunnereaktioita sekä identiteetti- ja elämänmuutoksia, joita on oltava mahdollisuus käsitellä. Erilaisia mahdollisia sairauden aiheuttamia tunnereaktioita ovat esimerkiksi epävarmuus, ahdistus, pelko, syyllisyys, häpeä sekä viha. Yksinäisyys voi olla läsnä myös omien omaisten ja läheisten kanssa. (Ahonen ym. 2012, 164) Omaisten ajatellaan olevan potilaan parhaita tukijoita, mutta on myös olemassa mahdollisuus, että syöpätautiin sairastuminen voi karkottaa läheisiä ympäriltä, jolloin hoitohenkilöstön rooli korostuu syöpää sairastavan tukijana. Potilaita rohkaistaan avun pyytämiseen. Jos potilas reagoi sairauteensa tunnepitoisesti, tiedon antaminen on tarpeen. Toisaalta, jos potilaalla on jo suuri määrä tietoa, täytyy tunteista keskustelu huomioida, vaikkakin sen on tärkeää joka tapauksessa. (Tiirinen 2010, 296.)

Elimistön puolustusmekanismit pyrkivät automaattisesti suojaamaan mieltä psyykkiseltä ahdistukselta eli pahanolon tunteelta. Tällöin ne suojaavat ihmistä psyykkiseltä kivulta ja toiminta- ja harkintakyky säilyvät paremmin ennallaan. Nämä puolustusmekanismit toimivat samantapaisesti kuin mikä tahansa motorinen suojarahrefleksi vaaran uhatessa, ja ne ovat toiminnassa esitietoisien sekä tiedostamattoman mielen kerroksissa. Niiden tarkoituksena on hillitä pelkoreaktion aiheuttamaa tunnemyrskyä jo ennen kuin tietoinen mieli on ehtinyt prosessoida tapahtunutta ja muodostaa tilanteesta käsitystä. Kun puolustusmekanismit ovat häivyttäneet ahdistuksen, uhkatapahtuman tietoinen käsittely ja psyykinen työstäminen voi alkaa. Tällöin pelosta on muodostunut jonkinlainen käsi-

tys, eikä se ole enää fysiologisena stressinä elimistössä sekä ahdistus on hallittavissa psyykkisin keinoin. Psyykkinen tunnesäätely auttaa hillitsemään fyysisiä pelko- ja stressireaktioita. Kun hallitsemattomasta uhkasta ja menetyksestä tulee hallittavia, voi myös tietoinen sopeutuminen käynnistyä. (Aalberg & Idman 2013, 862.)

Ihmisen tiedostamattomia puolustusmekanismeja syöpään sairastuessa voivat olla esimerkiksi kieltäminen, tapahtuneen merkityksen vähättely, torjunta sekä tunteiden eristäminen. Jotkin henkilöt voivat puolestaan kieltää sairauden kokonaan, tai tutkimustulosten voidaan ajatella olevan virheellisiä tai kuuluvan jollekin aivan toiselle. Henkilön oman hyvinvoinnin kannalta hankalia ovat tilanteet, joissa potilas lykkää hoitoon hakeutumista, vaikka oireet olisivatkin vaikeita. Kun potilas miettii omaa sairastumista, voi syyttely kohdistua itseen tai ulkopuoliset voivat olla myös syyllistämisen kohteena. Myös hoitosuhteissa voi näkyä potilaan vihamielinen epäluuloisuus hoitajaa kohtaan. (Aalberg & Idman 2013, 862.)

Aina ei kuitenkaan ole mahdollista selviytyä syöpäsairauden aiheuttamasta psyykkisestä paineesta kunnialla, varsinkin jos psyykkinen paine kehittyy liian suureksi. Paineen kasvaessa liian suureksi hyvin toimivat puolustusmekanismit eivät enää riitä ahdistuksesta selviämiseen. Tällöin niin sanotusti ”säiliö vuotaa yli”. Ihmisessä tämä näkyy tuskaisuuden, levottomuuden tai lamaannuksen tunteiden ilmentymisenä. Elämänhallinta sekä mielen tasapaino voivat järkkäytyä, jolloin ihminen joutuu kriisiin. Syöpään sairastumisen laukaisemat hankalimmat psyykkiset kuormitustilat jäsenellään yleisesti kolmivaiheiseksi prosessiksi. Ongelmien alkuna voidaan pitää normaalin sopeutumisen häiriötä, joka aiheuttaa psyykkisen kriisin. Psyykkinen kriisi voi kehittyä sopeutumishäiriöksi ja siitä edelleen vaikeammaksi psykiatriseksi häiriöksi. Kriisi voi iskeä missä syöpäsairauden vaiheessa tahansa, eli se ei ole mihinkään tiettyyn vaiheeseen sidonnainen reaktio. (Aalberg & Idman 2013, 862, 864.)

4 EMOTIONAALINEN TUKE JA SEN MENETELMÄT

4.1 Emotionaalinen tuki

Emotionaalinen tuki on osa psykososiaalista tukea. Psykososiaalinen tuki voidaan jakaa informatiiviseen, emotionaaliseen ja käytännön tukeen. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että ennen kaikkea potilaat toivovat informatiivista tukea sekä rohkaisua ja kannustusta terveydenhuollon ammattilaisilta. Käytännön tukea sekä apua esimerkiksi arkielämän käytännön järjestelyissä kaivataan eritoten omaisilta, mutta myös hoitoyksiköltä ja nimenomaan sosiaalityöntekijöiltä. Emotionaalista tukea, kuten esimerkiksi myötäelämistä ja apua vaikeiden tunteiden kanssa elämisessä, kaivataan ja odotetaan omaisilta. (Aalberg & Idman 2013, 860.) Emotionaalisen tuen on tutkimuksissa todettu olevan kaikista tuen eri osa-alueista tärkein. Syy tähän on se, että emotionaalisen tuen vaikutukset suhteessa terveyteen on pystytty osoittamaan selvimmin. Tutkimuksissa on selvinnyt myös, että myös potilaat arvostavat ja kokevat emotionaalisen tuen tärkeimmäksi eri tukimuodoista. (Mattila 2011, 18.)

Syöpää sairastavan potilaan ja hänen perheensä psykososiaalisen hoidon tavoitteena voidaan pitää syöpäsairauden kanssa selviytymisessä tukemista, kun kohdataan uudenlainen elämäntilanne, johon kuuluvat syöpäsairauden tutkimukset, hoidot ja seurannat. Jotta tuettaisi potilaan selviytymistä omin avuin ja omaisten tukemana, edellytyksinä on, että hoitojärjestelyt koetaan turvallisiksi, potilasohjaus sekä hoitoon perehdytys on huolellista ja rauhallista ja yleisestikin kohtelu on kunnioittavaa ja ystävällistä. Potilaiden tuen tarve on aina yksilöllistä ja osa voi tarvita tukea jo esimerkiksi syöpähoitoihin suostumiseen. (Aalberg & Idman 2013, 860.)

Tutkimuksissa on todettu, että suurin piirtein kolmasosa syöpää sairastavista ja heidän lähiomaisistaan kärsii toimintakykyä heikentävistä psyykkisistä oireista. Nämä oireet voivat lisätä kärsimystä, hankaloittaa somaattisten hoitojen toteuttamista sekä ne voivat jopa muodostaa esteen hoitojen jälkeiseen sosiaaliseen kuntoutukseen. Sairautta ja hoitoa koskevan tiedon jakaminen, sairauden aihe-

uttamien tunnereaktioiden sekä identiteetti- ja elämänmuutosten käsittely, sosiaaliturvaan liittyvien asioiden hoitaminen sekä asumiseen ja vanhemmuuteen liittyvien mahdollisten ongelmien jäsentely kuuluvat psykososiaalisiin tukitoimiin syöpätauteihin sairastuneilla. (Aalberg & Idman 2013, 860–861.)

Emotionaaliseen tukemiseen voidaan ajatella kuuluvan kolme osa-aluetta: autetaan tiedostamaan erilaisia ja eri aikoina syntyviä tunteita, tehdään mahdolliseksi tunteiden purkaminen sekä autetaan tunteiden hallinnassa. Emotionaalisen tuen avulla pyritään siihen, että ihmisellä on mahdollisimman hyvä olla ja tunne-elämä on tasapainossa. Ihmisessä tämä näkyy esimerkiksi masennuksen, ahdistuksen, yksinäisyyden ja vihan tunteiden puuttumisena. Suhde sairauteen ei myöskään aiheuta pelkoa, eli sairauteen suhtaudutaan rehellisesti ja arvostus ja kunnioitus itseä kohtaan ovat tallella sairaudesta huolimatta. Itsensä hyväksyminen, tunteiden spontaani ilmaisu ja niistä puhuminen kertovat myös hyvästä sisäisestä tasapainosta. Hyvään oloon liittyvät myös ihmissuhteet sekä sosiaalinen tuki ympäristöltä. (Kuuppelomäki 2000, 141.)

Emotionaalisen tuen tarvetta ja erilaisten hankalien tunteiden ilmentymistä arvioidaan pääsääntöisesti tarkkailemalla, kuuntelemalla ja kysymällä. Arviointi aloitetaan yleisesti heti hoitosuhteen alussa, ja se jatkuu niin kauan kuin hoitosuhde kestää. Tarpeet ovat aina yksilöllisiä, joten yleisten sääntöjen tekeminen tarpeeseen vastaamiseksi on erittäin haasteellista. Emotionaalinen tukeminen ei välttämättä vaadi sanoja tai tekoja. Jo läsnäolo ja vierellä oleminen voi auttaa huomattavasti. Emotionaaliseen hyvään oloon voi vaikuttaa myös esimerkiksi huolehtimalla fyysisestä olotilasta. (Kuuppelomäki 2000, 141, 146.)

Potilaiden tunnekokemusten ja mieltä painavien huolien jakaminen yhdessä potilaan kanssa on emotionaalista tukea. Huolenpito ja rohkaisu ovat menetelmiä siinä missä ihmisen voimavarojen vahvistaminen ja toivon tukeminen. On erityisen tärkeää huomioida sairastumisen alkuvaiheessa avun saatavuudesta viestittäminen, sillä avun saatavuus voi luoda turvallisuuden tunnetta. Jo tieto siitä, että apua on mahdollisuus saada, voi helpottaa oloa ja olla jaksamisessa voimavarana. (Kiiltomäki & Muma 2007, 63.)

Kokonaisuudessaan emotionaalisella tuella on myönteinen vaikutus ihmisen psyykkiseen hyvinvointiin. Mielialan sekä sairastumisen ja parantumisen välillä on merkittävä yhteys. Kommunikointikyky ja toimiva vuorovaikutussuhde potilaan sekä häntä auttavien tahojen välillä ovat emotionaalisen tuen antamisen edellytyksiä ja tarpeellisia siinä. (Liponkoski & Routasalo 2001, 259.)

Erilaisia emotionaalisen tuen muotoja ovat kuunteleminen, koskettaminen, myötäeläminen, potilaan toivomusten huomioon ottaminen, lohduttaminen, rohkaiseminen ja läsnä oleminen. Nämä tulivat ilmi tavallisimpina Kuuppelomäen (2002) tutkimuksissa. Potilaiden näkökulmasta emotionaalista tukea ovat välittämisen sekä rakkauden ilmaisut, tunteiden hyväksyminen ja rohkaisu niiden avoimeen ilmaisuun, kuunteleminen, puhuminen, toivon ylläpitäminen, huumori, kannustaminen sekä realistinen, ymmärtävä ja kunnioittava suhtautuminen. Tuen avulla tähdätään siihen, että potilas olisi tunne-elämältään mahdollisimman tasapainoinen, eli potilasta autetaan tunteisiin liittyvissä kysymyksissä. Potilaan tuntemista sekä hoitosuhteeseen antautumista voidaan pitää edellytyksinä emotionaaliseen tukemiseen. (Kuuppelomäki 2002, 117–118.)

Usein hoitajat tiedostavat emotionaalisen tuen tarpeen, mutta syystä tai toisesta heidän toiminnassaan korostuu sen sijaan esimerkiksi syöpäsairauden hoitamisen tiedollinen hallinta. Oikeanlaatuisella tuella voi olla stressiä vähentävä sekä terveyttä edistävä vaikutus, kun sopivat ja oikeat henkilöt antavat tukea. Tuki voidaan kokea voimavarana, jolloin sillä on vaikutusta hyvän olon kokemukseen, ja se taas lisää lisää omatoimisuutta. Sairaudesta johtuvista vastoin käymisistä selviytyminen, itsenäisen toiminnan vahvistaminen ja säilyminen sekä aloitekyvyn edistäminen voivat olla osa saadun tuen edistäviä vaikutuksia. (Liponkoski & Routasalo 2001, 259–260.)

Emotionaalisen tuen haasteena on yleensäkin lähiverkoston vähäisyys, jolloin vastuu tuen antamisesta jää hoitohenkilöstön harteille. Tunne-elämä vaikuttaa ihmiseen kokonaisvaltaisesti: sen vaikutukset näkyvät olemuksessa, tekemisissä sekä hyvinvoinnissa. Paranemisprosessin aikana emotionaalinen tuki voi olla

merkittävä apu ja auttaa mahdollisen sairaudesta aiheutuvan elämänmuutoksen edessä. (Liponkoski & Routasalo 2001, 260.)

4.2 Kuunteleminen ja keskustelu

Kuunteleminen on erittäin tärkeä emotionaalisen tuen menetelmä, koska sen avulla voidaan havainnoida, ymmärtää ja huomata ihmisen todellisia tunteita. Kuuleminen ja kuunteleminen liitetään usein yhteen, ja niiden ajatellaan olevan sama asia, mutta niiden ero on se, että kuuleminen ei vaadi erityistä paneutumista asiaan. Kun todella kuunnellaan, tilanteeseen sekä asiaan on paneuduttava. Empaattinen kuuntelu, kuuleminen ilman kuuntelemista ja puuskittainen kuuntelu voivat olla kuuntelemisen eri tasoja. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2014, 89–90.)

Empaattisessa kuuntelussa ei ole tarkoituksena arvioida potilaan sanoja tai puhetta. Sen avulla pyritään ymmärtämään käsityksiä sekä näkökantoja erilaisista asioista. Kuunnellessa pyritään löytämään ja tunnistamaan potilaan kertomasta pääkohdat, joihin vastataan. Empaattisen kuuntelun aikana on tärkeää huomioida myös sanaton viestintä. Yleensä sanaton viestintä kertoo sanojen takana olevat todelliset tunteet. On mahdollista ilmaista kuuntelua sekä sanallisesti että sanattomasti. Empaattisuuden osoittaminen potilaan tunteita sekä ajatuksia kohtaan on osa empaattista kuuntelua. (Kiviniemi ym. 2014, 90.)

Vuorovaikutussuhteen perustana kuuleminen ei ole riittävää. Kun kuullaan, mutta ei kuunnella, puheen todellinen syvin olemus jää tavoittamatta. Tällöin kyllä kuullaan kertoma, mutta keskeinen sanoma jää ymmärtämättä. Kun hoitaja keskittyy pelkästään puheen sisältöön, potilaan emotionaalinen tila sekä tunteet jäävät tavoittamatta. (Kiviniemi ym. 2014, 90.)

Puuskittainen kuuntelu tarkoittaa sitä, että hoitajan omassa elämässä on niin paljon mietittävää, että keskittyminen kuuntelemiseen ei onnistu. Kuuntelemiseen syvennytään ajoittain ja välillä herpaannutaan. Hoitaja välittää vaikutelman, että hän kuuntelee, mutta hänen ajatuksensa liikkuvat omaan elämään

liittyvissä kysymyksissä. Hoitaja pystyy kuitenkin kommentoimaan potilaan pu-
hetta ja esittämään mielipiteitä ja auttamaan potilasta näkemään vaihtoehtoja ja
laajentamaan näkemystään kyseisestä tilanteesta. Tämä niin sanottu puuskit-
tainen kuuntelu ei ole riittävää kuuntelemista. (Kiviniemi ym. 2014, 90.)

Keskeisenä osana emotionaaliseen tukeen kuuluu sairaalahoidon aikana tun-
teista keskustelu. Se tapahtuu potilaiden, omaisten ja hoitohenkilökunnan välil-
lä. Erilaisten tunteiden ilmaisu ja tunteista kertominen voivat auttaa potilasta
paljonkin. Selviytyminen helpottuu, ja potilaan voimavaroja voi vapautua, jos
potilas saa ilmaistua tunteitaan tai rohkenee kertomaan niistä. (Liponkoski &
Routasalo 2001, 259.)

4.3 Kosketus

Tässä yhteydessä kosketuksella tarkoitetaan nimenomaan emotionaalisen tuen
menetelmänäkin käytettävää hoitavaa kosketusta. Kosketus kuuluu ihon aistei-
hin, joita ovat tuntoaisti, termiset aistit eli lämpimän- ja kylmäaistit sekä kipu-
aisti. Tuntoaisti kattaa sekä kosketusaistin että paineaistin. Aistien reseptoreita
sijaitsee eniten ihossa, mutta niitä on ympäri elimistöä. Reseptoreita on ole-
massa hyvin monenlaisia, joista yleisimpiä ovat vapaat hermopäätteet, jotka
toimivat kaikkien ihon eri aistien palveluksessa. Erikoistuneet hermopäätteet
toimivat mahdollisesti vain kosketus- ja paineaistin yhteydessä. Ihon muodon-
muutos kosketettaessa aiheuttaa kosketusreseptoreissa reagointia. Ihosta sekä
muista paikoista tulevat tunto- ja paineimpulssit kuin myös muunlaisetkin im-
pulssit välittyvät somatosensorista eli tuntorataa pitkin keskushermostoon.
(Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist 2009, 480–482.)

Kosketuksen avulla voidaan viestiä monista asioista. Sen avulla hoitohenkilöstö
sekä potilaat voivat lähentyä toisiinsa. Kosketusta pidetään vahvana sekä tun-
nepitoisena kommunikoinnin tapana. Kosketuksen ja kehocontactin avulla voi
vahvistaa ja viestittää tunnustusta esimerkiksi potilaan kehonkuvan ollessa
muuttunut. Tällöin kosketuksen merkityksenä voi olla menetyksen kokemuksen

eli kehonkuvan muuttumisen aiheuttaman kokemuksen liittyvän kivun ehkäisy. (Solvoll 2006, 351.)

Käsitys ympäröivästä maailmasta piirtyy ihon kautta, ja käsityksen muodostuttua meillä on mahdollisuus sopeutua siihen erilaisilla tavoilla. Tutkimuksissa on viime aikoina havaittu, että nopeiden refleksinomaisten vaikutusten lisäksi kosketus aiheuttaa pitempiaikaisia, hitaammin ilmeneviä vaikutuksia. Nämä havaitut vaikutukset voivat ilmetä ihmisessä rauhoittumisena sekä mahdollisesti hyvinvoinnin tunteena. Vaikutukset aiheutuvat stressihormonien määrän vähene-
misen tai kohoamisen seurauksena. Ihoärsykkeet vaikuttavat fysiologiaan sekä käyttäytymiseen. (Uvnäs Moberg 2007, 113–115.)

Kosketuksen merkitys ihmiselle on keskeinen. Kosketusta tarvitaan myös kehitykseen, koska sillä on merkittävä osa lapsen fyysisessä ja psyykkisessä kehityksessä. Kosketuksella voidaan osoittaa huolenpitoa ja sitä pidetäänkin hyvin-
kin keskeisenä huolenpidon osatekijänä. Hoitotyön lomassa hoitajat käyttävät kosketusta erilaisissa yhteyksissä, ja voidaan puhua kosketuksen eri muodois-
ta. Potilasta kosketetaan erilaisissa kehonhoitotilanteissa esimerkiksi jalkoihin tai käsivarsiin, käännellään ja tuetaan hoitotyötä tehdessä. Pesun sekä kuiva-
uksen yhteydessä potilaita taputellaan ja sivellään. Näissä tilanteissa voidaan puhua välineellisestä, toimenpidesuuntautuneesta tai ammatillisesta kosketuk-
sesta. Kosketusta käytetään myös muulloin kuin vain välttämätöntä työtä suorit-
taessa esimerkiksi silloin, kun potilasta halutaan lohduttaa, orientoida tilantee-
seen, rauhoittaa tai tunnustuksen tai tuen osoittamiseksi. Kosketuksen avulla voidaan osoittaa tukea, kun sanat eivät riitä kyseiseen tilanteeseen. (Bjørk & Breievne 2006, 132–133.)

Hoitotyössä kosketus on kaikista tärkein sanattoman viestinnän muoto. Tunto-
aistin voidaan ajatella olevan aisteista henkilökohtaisin, koska sen avulla kaksi ihmistä tulevat lähelle toisiaan. Tapa koskettaa potilasta osoittaa hoitajan tuntei-
ta potilasta sekä tämän sairautta kohtaan. Kosketusta voidaan ajatella olevan kolmenlaista: tehtäväsuuntautunutta, hoivaavaa sekä suojelevaa kosketusta. Tehtäväsuuntautuneesta kosketuksesta puhutaan silloin, kun esimerkiksi jotakin

hoitotoimenpidettä tehtäessä käytetään vain neutraaleja ja pakollisia kosketuksia. Itse emotionaalisen tarkoituksen kattaa hoivaava kosketus. Se vaatii myös potilaalta vastausta kosketukseen, koska hoivaava kosketus on molemminpuolista. Hoivaavaan kosketukseen sisältyvät lohdutus ja rohkaisu. Suojaavaa kosketusta ovat fyysinen tai emotionaalinen suojaaminen. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 58–59.)

Koskettajan sekä kosketettavan kosketukselle antamat merkitykset voivat poiketa suurestikin toisistaan. Kosketus voi aiheuttaa jollekin esimerkiksi ahdistusta tai mielipahaa, tai kosketus voidaan kokea yrityksenä kontrollointiin. Jokaisella – niin hoitajalla kuin potilaallakin – on oma kulttuurisidonnainen tulkintansa kosketuksesta sekä sen myötä omalaatuinen reaktio siihen. Myös tilanne, jossa kosketus tapahtuu, vaikuttaa tulkintaan. Ihmisen ruumis kyllä muistaa, kuinka sitä on kosketettu elämän varrella, oli se sitten ollut väkivaltaista tai ystävällistä. Hoitajan on hyvä tiedostaa ja ymmärtää tämä, koska se helpottaa ymmärtämään myös sitä, että kosketus ei tarkoita kaikille samaa. (Björk & Breievne 2006, 133.)

Kosketuksen merkitys eri ihmisille on erilainen, sillä merkitykseen vaikuttavat kunkin yksilön henkilökohtaiset kokemukset. Tästä johtuen kosketukseen voi liittyä väärinymmärryksiä; se voidaan esimerkiksi ymmärtää väärin aloitteena ei-toivottuun intiimiyteen. Kehokontakti ei ole kaikille miellyttävä tai hyvä asia, eikä kaikenlainen kontakti tunnu hyvältä. Kosketus on vahva ilmaisumenetelmä, jolloin myös siihen kuuluva valta voidaan kokea minän loukkauksena. Kun hoitaja esimerkiksi halaa tai tarttuu käteen taka-ajatuksitta, voi se aiheuttaa epämiellyttäviä tunteita jollekulle. Tärkeintä on tiedostaa, että jokaisella ihmisellä on menneisyyden kokemuksia, jotka voivat vaikuttaa kosketuksen vastaanottamiseen. Epävarmuuden vaivatessa hoitajan mieltä (”pitäisikö koskettaa vai ei”) tilannetta voi myös lähestyä kysymällä potilaalta suoraan, haluaako hän häntä kosketettavan vai ei. Kuitenkaan läheskään kaikki hoitajatkään eivät koe koskettamista luonnolliseksi osaksi potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Hyvänä sääntönä ruumiillisessa koskettamisessa on se, että sitä ei tule koskaan käyttää, mikäli se ei tunnu hoitajasta luontevalta. (Solvoll 2006, 351.)

Kosketuksella on merkitystä myös hoitosuhteen aloitusvaiheessa. Ensimmäinen kosketuskontakti on tärkeä, koska se luo heti viestiä luottamuksellisuudesta. Yleensä ensimmäinen kontakti on juuri kättely nähtäessä ensimmäistä kertaa. Potilaan tunne siitä, että hän on yksilö ja hänen turvallisuudentunteensa voimistuu käteletessä, jolloin uhkaavien ja uusien tilanteiden kokeminen on helpompaa. Hoitaja välittää kosketuksen avulla huolenpitoa ja tunnetta yksilön välittämisestä. (Iivanainen ym. 2001, 59.)

Kun puhutaan kosketuksesta, on huomioitava, että hoitotyössä kosketus voi olla myös kipua tuottavaa. Työn fyysinen luonne kertoo siitä, että kipua aiheutuu välttämättömästi tietyissä tilanteissa. Kivuliaan toimenpiteen voi ymmärtää, jos se on välttämätön auttamisen kannalta. (Gothóni 2012, 87–88.) Kun hoitotyön aikana on kipua tuottava tilanne, olisi aina hyvä jäädä hetkeksi potilaan luokse tilanteen jälkeen. Tällöin voi koskettaa, esimerkiksi silittelä potilasta, koska se voi auttaa. Keskustelun avulla pyritään siirtämään ajatus kivusta muualle sekä helpottamaan kivun tunnetta. (Iivanainen ym. 2001, 59.)

4.4 Empatia eli myötäeläminen ja lohduttaminen

Empatialla eli myötäelämisellä tarkoitetaan kykyä eläytyä toisen ihmisen tunnemaailmaan, ja sitä voidaan hyödyntää siis myös emotionaalisen tukemisen menetelmänä. Empatia on herkkyyttä toisen ihmisen tunteille, joka ilmenee esimerkiksi sairaalaloissa hoitajan taitona potilaan tarkastella potilaan maailmaa hänen näkökulmastaan. (Eriksson & Kuuppelomäki (toim.) 2000, 143.) Empatia tarkoittaa toisen tunteiden tuntemista eli toisen tilanteeseen paneutumista emotionaalisesti. Empatian kohteen kokemusmaailmaan eläydytään niin, että eläytyjä tuntee ja kokee samoin kuin kohde. Kun johonkin tilanteeseen suhtautuminen on yhdentekevää, ei voi myöskään olla empatiaa. (Kiviniemi ym. 2014, 111.)

Empaattinen ihminen ymmärtää, miltä toisesta tuntuu ja millaisena hän kokee jonkin tietyn tilanteen. Empatian kautta samaistutaan toiseen ihmiseen ja hänen

eri puoliinsa. Tunteiden jakamisella toisen kanssa osoitetaan myös välittämistä. Kun hoitaja samaistuu potilaaseensa hetkittäisesti, tarkoittaa se, että hoitaja käväisee potilaan kokemusmaailmassa, jonka jälkeen hänen on taas mahdollista tarkkailla tilannetta ulkopuolelta objektiivisesti. (Kuuppelomäki 2000, 143.)

Itsetuntemus on empatian perusta. Omien tunteiden tiedostaminen sekä ymmärtäminen auttavat ja helpottavat myös havaitsemaan autettavien mielialoja. Tasapainoinen mieliala ja terve itsetunto ovat aidon empatian edellytyksiä, koska oman mielialan ollessa esimerkiksi ahdistunut, toisen tunteiden havaitseminen on erittäin haastavaa sekä eläytyminen hankaloituu. Empatiaa kokeakseen on oltava täten aidosti läsnä. Empaattisuutta on mahdollista kehittää tietoisesti, jos kokee sen tarpeelliseksi. (Kuuppelomäki 2000, 143.)

Sairaanhoitajalle empatia on välttämätöntä potilaan emotionaalisessa tukemisessa ja auttamisessa. Hyväksyvä, positiivinen, lämmin ja ystävällinen asenne on yksi niistä piirteistä, joita auttaminen vaatii. (Kuuppelomäki 2000, 143.) Empaattinen potilas-hoitajasuhde pohjautuu välittämiseen, siihen, että hoitaja antaa potilaalle kokemuksen välittämisestä. Kaiken kaikkiaan empatia vaatii hoitajan työskentelyssä hyväksyvää, tuomitsematonta sekä kritiikitöntä asennetta. (Kiviniemi ym. 2014, 112.)

Empatian tarkastelu on mahdollista kaksiulotteisena prosessina. Tässä prosessissa on kaksi osaa ja ne eroavat toisistaan. Asiakkaan sisäinen ymmärtämisprosessi on toinen, ja toinen sisältää puolestaan ulospäin suuntautuvan toiminnan. Ymmärtämisprosessissa ovat mukana tunteet ja järki, eli ymmärtäminen tapahtuu emotionaalisesti sekä rationaalisesti. Molemmilla on oma roolinsa. Jos työskentely tapahtuu pelkästään tunteilla, ammatillinen suhtautuminen ei ole niin läsnä. Järki sumentaa ymmärtämistä siten, että potilaan kaipaama lohtu jää saamatta. Kun empatia suuntautuu ulospäin, hoitaja viestii potilaalle ymmärryksestä sekä empatiasta häntä kohtaan. Hoitajan kuuluukin osata käyttää omia tunteitaan potilaan ymmärtämisessä. Tällöin potilaankin on mahdollista saada yhteys hoitajaan, mutta myös omaan itseensä. Empatian avulla luodaan siten ikään kuin silta hoitajan ja potilaan välille. (Kiviniemi ym. 2014, 111–112.)

Emotionaalisen tuen menetelmänä lohduttaminen tarkoittaa hoitajan antamaa tukea sekä potilaan voimaannuttamista. Hoitajan aitoa empatiakykyä voidaan pitää potilaan lohduttamisen edellytyksenä. Hyvän perustan lohduttamiseen luo vuorovaikutussuhde, koska tällöin voidaan ajatella, että lohduttaminen mahdollistuu. Potilaan maailmassa lohdutus merkitsee kokemusta hyväksytyksi tulemisestä, eikä hoitaja ota kantaa tekojen hyvyyteen tai pahuuteen. Lohdutusta on kahta muotoa: fyysistä ja psyykkistä, joiden käyttö riippuu esimerkiksi potilaan tilasta ja iästä. (Iivanainen & Syväoja 2012, 607.)

4.5 Läsnäolo

Läsnäolon voi määritellä myös emotionaalisen tuen menetelmäksi. Se tarkoittaa yhteyden olemassaoloa kahden ihmisen välillä sellaisessa kohtaamisessa, jossa toinen ihminen tulee läsnä olevaksi. Tällainen kohtaaminen on riippumaton ajasta ja paikasta. Ilman yhteyttä ei voi myöskään olla aitoa läsnäoloa. Läsnäolo voi ilmetä vuorovaikutuksen avulla, mutta vuorovaikutuksen olemassaolo ei välttämättä tarkoita läsnä olemista. Yhteyteen tarjoutuminen on läsnäolon edellytys ja siihen täytyy osata heittäytyä. Hoitotyössä tarjoutuu mahdollisuus läsnäolon luomiseen hoitajan ja potilaan välille, mutta itsestänselvyys sekään ei ole. Hoitotyöstä suoriutuminen onnistuu kohtaamatta yhtään ihmistä, vaikka heidän kanssaan oltaisiinkin tekemisissä lähes kokoajan, mutta tämä ei ole hoitotyön päämäärä. (Haho 2009, 33.)

Läsnäolo tarkoittaa hoitajan asettumista aidosti juuri potilaan käyttöön pieneksi hetkeksi. Tällöin hoitajan tarkoituksena ja tehtävänä on kuunnella sekä potilaan sanallista että sanatonta viestintää. Hoitajan pyrkimyksenä on myös samaistuminen potilaan tunteisiin ja kokemuksiin. Aito läsnäolo on keskittyntä, levollista, kiireetöntä mahdollisesta kiireestä huolimatta ja kohtaamista leimaa molemminpuolinen tasa-arvoisuus. Sairauden, kriisin tai vamman seurauksena ihmisen turvallisuuden ja eheyden kokemus järkkyy tai muuttuu. Tämän eheyden säilyttämiseen ja uudelleen kokoamiseen ihmiset tarvitsevat läheisyyttä yksilöllisesti. Joku voi haluta olla yksin ja säädellä muiden ihmisten läsnäoloa, toinen

tarvitsee tiivistä läsnäoloa päästäkseen eteenpäin. (Iivanainen & Syväoja 2012, 607.)

Tietoinen läsnäolo eli mindfulness on läsnäolon muoto, jossa tarkkaavaisuus kiinnittyy juuri meneillään olevaan hetkeen. Tässä hetkessä kuuluu tarkkailla ja havainnoida omia ruumiintuntemuksia, tunteita ja ajatuksia ilman niiden arvottamista ja pyrkimystä niiden muuttamiseen. Tietoinen läsnäolo on siis täten hyväksyvää avoimuutta ja uteliaisuutta omille henkilökohtaisille kokemuksille. ”Tässä ja nyt” -tapahtuva läsnäolo auttaa havaitsemaan ja tunnistamaan tunteita ja ajatuksia. Myös erottelukyky ulkoisten tapahtumien ja omien sisäisten ajatusten välillä voi parantua tietoisien läsnäolon johdosta. Se siis luo pohjaa ihmisen itsehavainnointi- ja itsesäätelykyvylle. Tietoista läsnäoloa käytetään erityisesti psykiatristen sairaustilojen hoidossa, kuten epävakaan persoonallisuuden hoitotyössä. (Terveyskirjasto 2008.)

4.6 Huumori

Huumoria voidaan käyttää välineenä emotionaalisessa tukemisessa. Sillä tarkoitetaan taitoa asioiden huvittavan puolen oivaltamiseen. Leikinlasku ja myönteinen pilailu ovat huumoria, ja se voi olla tahatonta tai tahallista eli tarkoituksellista. Huumorintajuista hoitajaa pidetään helposti lähestyttävänä ja huumorintajua odotetaan hoitajilta, koska huumori on arvostettua potilaiden mielestä. Monien tutkimusten mukaan esimerkiksi sairaalahoidon aikana huumorilla on tärkeä asema syöpää sairastaville. Potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen aikana huumori voi näkyä esimerkiksi keskinäisenä vitsailuna, tilannekomiikkana, liioitteluna, vertauskuvina, leikillisinä ilmauksina sekä kujeiluna. Parhaimmassa tapauksessa huumori aiheuttaa mielihyvää. (Kuuppelomäki 2000, 151.)

Emotionaalisen tuen menetelmänä huumorin merkitys perustuu esimerkiksi myönteisten tunteiden esiintymisen edistämiseen sekä tunteiden purkamiseen hyväksyttävällä tavalla. Huumorin avulla on helpompi purkaa negatiivisia tunteita, kuten ahdistusta ja suuttumusta, sekä tuskallisten tunteiden torjunta ja hallin-

takin helpottuu. Sillä on myös stressiä lievittävä vaikutus sekä potilaisiin että hoitajiin. Myönteinen ja vapautunut hoitoyhteisön ilmapiiri voidaan luoda huumorin avulla. Tällainen ilmapiiri on erityisen tärkeä syöpää sairastaville, sillä se auttaa tukemaan sairastavien omaa myönteisen mielialan ylläpitämistä sekä sairastavien ymmärrys ohjeita kohtaan paranee ja toiveiden viestittäminen ja kysymysten esittäminen helpottuu. Kun huumorin yhteydessä on mukana nauru, naurulla on itsessään suotuisia vaikutuksia ihmisen mielialaan sekä elintoimintoihin. Nauru vaikuttaa ihmisen hengitystoimintaan tehostaen sitä, parantaen verenkiertoa sekä rentouttaen lihaksistoa. (Kuuppelomäki 2000, 151–152.)

Kun hoitaja haluaa käyttää huumoria välineenä emotionaalisessa tukemisessa, sen kanssa on oltava varovainen, koska huumori on niin henkilökohtainen asia. Huumorin käyttäminen edellyttää, että hoitaja tuntee potilaan sekä hänen suhtautumisensa leikinlaskuun. Potilaan mielialaan on hyvä vaikuttaa huumorilla, mutta se edellyttää hoitajalta tilannelukutaitoa, jotta hän osaa käyttää sitä oikein ja oikeaan aikaan. Huumoria käytetään potilaan hyväksi, koska se tukee potilaan selviytymistä, mutta se yhtä lailla vaikuttaa myös hoitajan jaksamiseen sekä yleisesti hoitotyöhön. Myös potilas voi loukata huumorillaan tai se voi olla kiusallista hoitajalle, joten hoitajan on kyettävä luomaan rajat sekä pyrittävä palauttamaan tilanne asialliseksi potilas huomioon ottaen. Huumorin käyttämisessä on mahdollista kehittyä, jos se ei ole synnynnäinen taito. Tutkimuksissa on todettu, että sukupuolten välisiä eroja huumorin käyttämisessä on; miehet käyttävät sitä enemmän kuin naiset. (Kuuppelomäki 2000, 152.)

Tutkijat ovat havainneet, että niin valmiit hoitajat kuin hoitajaopiskelijatkin voivat käyttää huumoria apuvälineenä vaikeiden tilanteiden käsittelyssä. Huumori voi olla apuna tunteiden välittämisessä, rentoutumisen edistämässä, ahdistuksen lievittämisessä sekä se voi luoda yhteyksiä ja läheisyyttä. Nauraminen tuo ihmiselle hyvää mieltä ja elämänrohkeutta elää omaa elämäänsä sekä käynnistää immuunipuolustusta vahvistavia fysiologisia prosesseja. (Bjørk & Breievne 2006, 133–134.)

Huumorin avulla voi ilmaista itseään, mutta toisaalta sitä voi käyttää myös esimerkiksi etäisyydenottoon tai todellisten mielipiteiden tai olotilan peittämiseen. Potilaan kanssa yhdessä tapahtuva nauraminen voi kehittää yhteistyötä, jolloin se voi sujua miellyttävämmiin sekä helpommin. Huumorin käyttäminen vaatii hienotunteisuutta, mutta parhaimmillaan se edesauttaa kontaktin syntymistä, sillä hymy tai kunnan nauru voi helposti tarttua ihmisestä toiseen. Vaarana voi olla, että huumori muuttuu liiaksi pelleilyksi ja edelleen pahimmassa tapauksessa se voi viestiä, että potilaita ei oteta vakavasti. Tällöin huumori toimii tarkoitustaan vastaan. Potilaiden näkökulmasta huumorin käyttäminen auttaa tarkastelemaan omaa tilannetta etäisyydeltä, jolloin vaikeasta tilanteesta selviytyminen helpottuu. (Björk & Breievne 2006, 134; Solvoll 2006, 352–353.)

4.7 Toivon ylläpitäminen ja vahvistaminen

Toivon ylläpitäminen on tärkeä elementti potilaan emotionaalisessa tukemisessa. Toivosta ei ole olemassa yhtä selkeää määritelmää, ja sitä on aikojen kuluessa määritelty eri tavoin. Joidenkin määritelmien mukaan toivo on ajassa elävä sekä monimutkainen elämänvoima. Tälle elämänvoimalle on ominaista jonkin tietyn realistisen tavoitteen toteutumisen odotus, joka on yleisesti turvallista mutta kuitenkin epävarmaa. Elämänvoimalla on toivojalle aina suuri henkilökohtainen merkitys. Toivo kohdistuu aina johonkin konkreettisesti. Se, mihin se kohdistuu, riippuu pitkälti yksilöstä sekä hänen elämäntilanteestaan. (Kristoffersen & Breievne 2006, 380.)

Toivoa voidaan kuvata henkilökohtaiseksi mahdollisuudeksi, paremmaksi huomiseksi sekä henkilökohtaisen tulevaisuuden odotukseksi. Elämän tarkoitus ja arvo sekä odotus päämäärien toteutumisesta liittyvät toivoon. Toivon prosessina sisältyy tunteita, toimintaa sekä ajatuksia. Elämän muutosvaiheessa sekä selviytymisprosesseissa sillä on valtava merkitys, nimenomaan myönteinen, koska se saa ihmisen tuntemaan olevansa elossa sekä tuntemaan sisäisen voiman olemassaolon. Elämän erilaisissa vaikeissa prosesseissa toivon merkitys korostuu entisestään, kun sitä nimitetään motivoivaksi yllykkeeksi, joka auttaa selviytymään esteistä, voittamaan vaikeat prosessiin liittyvät haasteet sekä

tarjoaa sairastavalle energiaa. Toivon vahvistaminen on yksi terveyttä edistävästä hoitotyön auttamismenetelmistä. Näissä auttamismenetelmissä keskeisintä on niiden moniulotteisuus eli niiden kohdentuminen ihmisen olemassaolon eri puoliin. (Kristoffersen & Breievne 2006, 380; Kohonen, Kylmä, Juvakka & Pietilä 2007, 63–64.)

Toivolla on merkitystä kärsiville ihmisille, ja hoitajien rooli toivon kokemuksen edistämässä ja ylläpitämisessä on merkittävä. Toivo on yleensä normaalitilanteissa poissa ihmisen tietoisesta ajattelusta, ja tällöin se näkyy yleensä taustalla uskona ja luottamuksena elämään. Toivo voimavarana elämässä tulee ajankohitaiseksi vasta elämäntilanteissa, joissa jokin uhkaa ihmisen elämää tai terveyttä, kuten esimerkiksi syöpä. Tällaisissa tilanteissa hoitaja voi vain auttaa sairasta ihmistä pitämään kiinni toivon kokemuksesta ja auttaa välttämään toivottomuutta. Eräs hoitajan tehtävistä on myös luoda ihmiseen toivoa silloin, kun toivottomuus on läsnä ihmisen elämässä. (Kristoffersen & Breievne 2006, 380.)

Toivoa voidaan pitää potilaan emotionaalisen ja henkisen hyvinvoinnin edellytyksenä. Elämän tarkoitus syntyy toivosta, ja juuri tästä syystä toivossa piilee elämänhalun ydin. Elimistön fysiologisten ja immunologisten toimintojen sekä toiveikkuuden on havaittu olevan yhteydessä toisiinsa, joten toiveikkuus vaikuttaa täten myös potilaan fyysiseen hyvinvointiin, paranemiseen ja elämän pituuteen. Potilaat hyötyvät hoitoympäristöstä, jonka pääasiallinen vallitseva ilmapiiri on positiivinen ja toivoa ylläpitävä. Epävarmuuden, kärsimyksen ja menetysten sävyttämässä elämässä toivon kokemus on suuressa roolissa siinä, miten ihminen käsittelee elämäänsä sekä elämäntilannettaan. Erityisesti syöpää sairastavien ihmisten elämässä toivon on todettu olevan yksi tärkeimmistä tekijöistä mitä tulee selviytymiseen. (Kuuppelomäki 2000, 147; Kristoffersen & Breievne 2006, 380.)

Hoitaja voi konkreettisesti auttaa potilasta toivon löytämisessä sekä löydetyn toivon ylläpitämisessä erilaisten vastoinkäymisten aikana. Toimiessaan näin hoitaja on sijaistoivo potilaalle, jonka elämässä on kärsimystä. Hoitajan on tärkeää myös auttaa ja tukea potilasta luomaan uusia sisältöjä toivolle tukemalla

potilaan yrityksiä toivon luomisessa. Erityisesti hoitajan on kiinnitettävä toiminnassaan huomiota siihen, että ei aiheuta potilaan toivon menetystä. Hoitajan nöyryys tunnustaakseen, että toisen ihmisen elämän todellisuutta ei voi tietää kuin ihminen itse sekä kunnioitus toivon merkitystä kohtaan, täytyy hoitajan sisäistää itsessään. (Kristoffersen & Breievne 2006, 382.)

”Sanotaan, että ihminen voi elää 40 päivää ilman ruokaa, muutaman päivän ilman vettä, muutaman minuutin hengittämättä mutta ei hetkeäkään ilman toivoa.” (Iivanainen & Syväoja 2012, 607.)

4.8 Rohkaiseminen ja kannustaminen

Kannustaminen sisältyy olennaisena osana emotionaalisen tuen menetelmiin sekä täten myös potilaan ja hoitajan väliseen suhteeseen. Ystävälliset ja kannustavat sanat voivat hoitajan käyttämänä saada potilaan toimimaan kuten hoitaja oli ajatellutkin. Kannustus kuuluu peruskanssakäymiseen potilaan ja hoitajan välillä, ja samalla se on myös osa emotionaalista tukea. Jos yksinäisyys vaijaa autettavaa, syvälliset keskustelut, ohjaaminen sekä kannustaminen voivat auttaa tähän yksinäisyyteen, joka voi johtua tuen vähyydestä tai sen puutteesta. (Liponkoski & Routasalo 2001, 259.)

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Laadullinen tutkimus

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus keskittyy ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten tai esimerkiksi motivaatioiden tutkimiseen, ja siinä korostuu myös ihmisten näkemysten kuvaus. Uskomukset, asenteet ja käyttäytymisen muutokset ovat siis laadullisen tutkimuksen osa-alueita, ja juuri niihin tutkimus pääsääntöisesti liittyy. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–66.)

Merkitysten maailma on keskiössä, kun ollaan tekemässä laadullista tutkimusta. Tämä merkitysten maailma on ihmisten välinen ja sosiaalinen. Siinä merkitykset näkyvät suhteina, joista muodostuu erilaisia merkityskokonaisuuksia, jotka taas näkyvät maailmassa ihmisestä lähtevinä sekä ihmiseen päättyvinä tapahtumina. Näitä tapahtumia voivat olla esimerkiksi toiminta, ajatukset sekä erilaiset asetetut päämäärät. Laadullisella tutkimuksella tavoitellaan ihmisten omia kuvauksia koetusta todellisuudesta, ja näiden kuvausten ajatellaan sisältävän kunkin ihmisen merkityksellisenä ja tärkeänä pitämiä asioita elämässään. Myös elämän merkitykselliseksi koettuja tapahtumaketjuja on mahdollista selvittää ja tavoittaa tämänkaltaista tutkimusta tehdessä. (Vilkkä 2007, 97.)

Kaiken lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on nimenomaan todellisen elämän kuvaaminen. Todellisuuden ajatellaan olevan moninainen, mutta tutkimuksen kannalta on huomioitava, että sitä ei kuitenkaan voida eritellä noin vain. Laadullista tutkimusta luonnehtii kokonaisvaltaisuus, koska tutkimuksen kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkijan omat arvot ohjaavat tutkimusta siten, että ne vaikuttavat tutkimuksen ilmiöiden ymmärtämiseen, siihen, miten näitä ilmiöitä tutkija pyrkii ymmärtämään. Objektivisuuteen vaikuttavat sekä tutkija että tiedettävä tieto, jotka liittyvät puolestaan saumattomasti toisiinsa. Tutkimuksessa tulokset ovat vain ehdollisia selityksiä, jotka rajoittuvat johonkin tiettyyn aikaan ja paikkaan. Yleisesti ottaen laadullisen tutkimuksen tavoitteena on löytää tai paljastaa tosiasioita eikä todistella olemassa olevia totuuksia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.)

Laadullisen tutkimuksen tunnuspiirteitä on olemassa monia erilaisia, kuten naturalistisuus, persoonakohtaisuus sekä yksilöllisyys, dynaamisuus, kontekstispesifisyys, induktiivisuus ja tutkimusasetelmien joustavuus. Naturalistisuudella tarkoitetaan asioiden tarkastelua esimerkiksi luonnollisissa olosuhteissa tutkimustilanteessa, sekä tilanteiden aitoutta ja alkuperäisyyttä. Yksilön toiveiden ja tuntemusten kuuntelu sekä kyseisen tutkimuksen induktiivinen eli ennalta odottamattomuus kuvaavat hyvin laadullisen tutkimuksen persoonakohtaisuutta sekä yksilöllisyyttä. Dynaamisuus kuvaa tutkimuksen muuttuvaa ja tutkimusprosessin aikana muotoutuvaa luonnetta, kun taas kontekstispesifisyydellä tarkoitetaan tutkimuksen liittymistä tiettyihin tilanteisiin. Tämä tutkimustyyppi on hyvin vapaa teoriaohjautuvuudesta, ja tällöin puhutaan induktiivisuudesta. Kun tutkimusasetelmat ovat joustavia, tarkoitetaan, että tietoa haetaan useammista eri paikoista ja aineistojen keruu yms. saattaa muuttua prosessin eri vaiheissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66–67.)

Laadullisen tutkimuksen tuloksilla ei yleensä pyritä yleistettävyyteen, ja tässä tapauksessa myös otos on harkinnanvarainen. Otokseen valittavat henkilöt pyritään valitsemaan siten, että tutkittava ilmiö on edustettuna mahdollisimman monipuolisesti, kattavasti sekä erilaisista näkökulmista. Keskeisimpänä pohdintana liittyen aineiston keruuseen on se, kuinka suuri otos tarvitaan, jotta se riittää tutkimuksen kannalta toteutukseen. Pinnallisista sekä yleisluontoisista tuloksista voidaan huomata, että aineisto on ollut melko pieni. Aineiston määrää tärkeämpää laadullisessa tutkimuksessa on sen sijaan laatu. Tutkimuksen tarkoituksellisesti eivät tavoittele tilastollista yleistettävyyttä, vaan tutkimuksella voidaan tavoitella esimerkiksi teoreettista yleistettävyyttä. Tutkittavien yksilöiden lukumäärä ei ole siis määräävä tekijä, vaan niitä ovat sen sijaan kokemukset, tapahtumat sekä yksittäiset tapaukset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67, 110.)

5.2 Tutkimuksen eteneminen

Keväällä 2014 alkoi opinnäytetyön aiheen alustava pohdinta sekä tällöin myös tutustuttiin erilaisiin tutkimusmenetelmiin. Elokuussa samana vuonna olivat ideaseminaaripäivät, jolloin aiheeni hyväksyttiin. Syyskuussa aloitin mahdollisen toimeksiantajani pohdinnan sekä lopulta sovimme toimeksiannosta Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys ry:n kanssa. Kirjoitimme Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys ry:n yhteyshenkilöni Anneli Selkälän kanssa toimeksiantosopimuksen 8.12.2014. Haastateltavat hankin toimeksiantajani kautta osallistumalla Syöpäyhdistyksen vertaisryhmään 8.12.2014. Kyseinen vertaisryhmä oli syöpään sairastuneiden naisten keskusteluryhmä, Rautarouvat, joiden kokoontumisen aikana kerroin opinnäytetyöni aiheesta ja toteutustavasta. Ryhmän vetäjän avustuksella sovimme yhteistyöstä kolmen sopivan ryhmäläisen kanssa. Haastateltavat oli tarkoitus valita niin, että syöpädiagnoosin saamisesta on kulunut noin yhdestä kolmeen vuotta, mutta ryhmän pienen osanoton vuoksi tämä ei ollut aivan mahdollista. Kun diagnoosista on 1-3 vuotta, akuutti vaihe voi olla ohi, mutta kuitenkin kokemukset ovat vielä tuoreessa muistissa. Olin myös valmistautunut osallistumaan muihin Rovaniemen toimistolla pidettäviin ryhmiin, mutta sitä minun ei tarvinnut tehdä.

Otin uudelleen yhteyttä yhteyshenkilöihini ja soitin heille 12.3.2015, jolloin sovimme haastatteluajankohdat. Haastattelut etenivät lähes suunnitelmien mukaisesti. Jouduimme muuttamaan yhtä haastatteluajankohtaa tutkijasta riippumattomasta syystä. Haastattelumenetelmänä olivat yksilöhaastattelut, jotka toteutettiin teemahaastattelurunkoa apuna käyttäen (Liite 1). Haastattelut toteutuivat päivinä 20.3., 25.3. ja 1.4.2015 haastateltavien kotona tai Pohjois-Suomen Syöpäyhdistyksen toimiston tiloissa Rovaniemellä. Haastattelut nauhoitettiin ja niiden pituus vaihtelee noin tunnista yhteen ja puoleen tuntiin. Yhteensä haastattelunauhoitusta kertyi noin neljä tuntia, ja kirjoitettuna monia kymmeniä A4-sivuja. Nauhoitukset kirjoitettiin puheesta kirjalliseen muotoon eli litteroitiin.

5.3 Tutkimukseen osallistujien kuvaus

Tutkimukseeni osallistui kolme naishenkilöä, jotka kaikki olivat saaneet syöpädiagnoosinsa viiden vuoden sisällä tutkimushaastatteluiden toteuttamisesta. Taustatietoina tutkimuksessa olivat sairastumisajankohta, hoitomuodot sekä hoitoyksiköt. Halusin tietää, missä ja miten pääasiallinen syövän hoito tutkittavillani oli tapahtunut. Kahdella haastatelluista ainoana hoitomuotona oli leikkaus, kolmas tutkittava oli leikkauksen lisäksi saanut sytostaattihoitoja sekä sädehoitoa. En kokenut tietoa haastateltavien syöpämuodosta oleelliseksi tutkimuksen suhteen, koska se ei ollut oleellinen tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen kannalta, vaikkakin se tuli pääsääntöisesti ilmi haastatteluiden lomassa. Tutkittavat olivat saaneet syöpäänsä liittyvän hoidon pääasiallisesti Rovaniemellä Lapin keskussairaalassa kirurgisilla vuodeosastoilla sekä syöpäpoliklinikalla erinäisistä muualla, esimerkiksi Oulussa, tapahtuvista hoidon eri osa-alueista huolimatta.

5.4 Aineiston keruu

Yksilöhaastattelu on aineistonkeruumenetelmä, jossa kukin tutkittava haastatellaan yksin. Kun tutkimuksen aihe on sensitiivinen, tutkittavan on hankala puhua siitä ryhmässä tai hän ei halua keskustella aiheesta isommassa joukossa, yksilöhaastattelu sopii tällöin hyvin aineistonkeruumenetelmäksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 123.)

Kun tutkimusaineisto on kerättyä, se täytyy muuttaa tutkittavaan muotoon. Laadullisen tutkimusmenetelmän ollessa toteutustapana tutkimuksessa on analysoitavan aineiston oltava aina teksti- tai kuvamuodossa. Haastatteluaineistojen kohdalla kyseessä on siis nauhoitusten muuttaminen tekstimuotoon eli litterointi, joka helpottaa myös aineiston analyysiä, johon kuuluvat esimerkiksi tutkimusaineiston luokittelu ja ryhmittely. Litterointi on työläs prosessi, mutta sen seurauksena tutkijan ja aineiston välille syntyy vuoropuhelua, joka auttaa esimerkiksi määriteltäessä riittävää tulkintaa tutkimusongelmasta. (Vilkkä 2007, 115.)

Haastattelu on yksi suosituimmista tiedonkeruumenetelmistä. Yksi sen eduista on joustavuus, joka mahdollistaa tilannesidonnaisen tiedonhankinnan. Näin ollen haastattelijan on helpompi suunnata tiedonhankintaa haluamaansa suuntaan sekä sitä voi vielä suunnata itse haastattelutilanteessa. Haastattelu perustuu suoraan kielelliseen vuorovaikutukseen tutkittavien kanssa. Haastattelutilanteessa on mahdollista myös havainnoida ei-kielellisiä viestejä, jotka voivat paljastaa erilaisia merkityksiä. Haastattelun aikana on myös mahdollista saada selville vastausten takana olevia motiiveja. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 34.)

Tutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä haastattelulla tarkoitetaan yksinkertaisesti sitä, että henkilöltä kysytään heidän omia mielipiteitään tutkimuksen kohteesta, ja vastaus tuotetaan ja saadaan puhutussa muodossa. Haastattelu on aina sosiaalinen vuorovaikutustilanne, jossa kaksi ihmistä kohtaavat ja aiemmat kokemukset ovat läsnä. Haastattelijan roolissa oleva tutkija välittää tietoa haastateltavasta. Ajatukset, käsitykset, tunteet ja kokemukset ovat välitettävissä haastattelun avulla. Haastattelu on osa tutkimusprosessia, jossa se on vain väline lopulliseen lopputulokseen pääsemiseksi. Haastattelun tavoitteena on tällöin tuleminen johonkin tietynlaiseen ennalta määriteltyyn päämäärään ja saada tarvittava informaatio. Tutkimushaastattelu eroaa tavallisesta arkipäivän haastattelusta siinä, että saatu informaatio on ensin varmennettava ja tiivistettävä tieteellisesti. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 41–42.)

Kaikissa tutkimushaastatteluissa ja niiden eri muodoissa on aina valittu tutkimuksen mukaan jokin tarkoitus. Tällöin voidaan olettaa, että eri tutkimushaastatteluissa on aina kyse järjestelmällisestä tiedonkeruun muodosta. Yleisesti ottaen ajateltuna kyseessä olevat haastattelut tehdään yksilöhaastatteluina, joka sopii parhaiten esimerkiksi yksilön omakohtaisten kokemusten tutkimiseen. (Vilkkä 2007, 101.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Puolistrukturoidusta haastattelumuodosta ei ole olemassa kaiken kattavaa täsmällistä määritelmää, mutta sille on ominaista, että ainakin yksi näkökohta haastattelussa on

sama. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 47.) Tätä haastattelumenetelmää voidaankin pitää strukturoidun ja avoimen haastattelun välimuotona, koska siinä tiedetään haastattelun teemat ja aihepiirit, mutta kysymysten tarkka muoto puuttuu ja niiden järjestys voi muuttua kussakin haastattelussa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125).

Teemahaastattelun ominaispiirteet ovat yleensä seuraavantyyppiset: tutkittavien kokema tilanne on ennalta tunnettu, tutkija on tietoinen tutkittavan ilmiön osista, prosesseista, rakenteista ja kokonaisuudesta, ja tutkijalle on muodostunut oletuksia kyseessä olevan tilanteen aiheuttamista erilaisista seurauksista. Näiden omien oletustensa perusteella tutkija kehittää kyseiseen tilanteeseen sopivan haastattelurungon. Haastattelussa tutkija suuntautuu kohti tutkittavien henkilökohtaisia kokemuksia mahdollisista tilanteista, jotka tutkija on määritellyt ja analysoinut aiemmin. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 47.)

Tässä opinnäytetyössä käytetty haastattelumenetelmä on teemahaastattelu, jota varten tein teemahaastattelurungon (Liite 1). Kyseisen rungon pyrin laatimaan siten, että se olisi mahdollisimman yksinkertainen, mutta kuitenkin toimisi tutkijan apuna haastatteluita tehdessä. Eri teema-alueiksi, jonka mukaan haastattelut etenivät, valitsin taustatiedot, tunne-elämän ja emotionaalinen tukemisen hoitohenkilökunnalta. Taustatiedoiksi valikoituivat sairastumisajankohdan, hoitomuodot ja hoitoyksiköt. Koin nämä tarpeellisimmaksi tutkimuksen kannalta enkä kysynyt esimerkiksi ikää, koska sillä ei olisi ollut minkäänlaista merkitystä tutkimustulosten kannalta. Tämän jälkeen haastattelurungossa on nähtävissä teema-alueet tutkimustehtävien mukaan. Tunne-elämän teema-alueena halusin jakaa kolmeen eri osaan eli sairastumisen herättämiin tunteisiin heti sairastuttua, aktiivisten hoitojen aikana sekä tunteisiin haastattelun ajankohtana. Käytin myös tätä jakoa helpottamaan sisällönanalyysiprosessia eli tein näistä kolmesta osasta kustakin oman yhteenvedon. Tämä siksi, että se helpotti tunne-elämän hahmottamista, koska syöpään sairastuminen aiheuttaa luonnollisesti monenlaisia tunteita. Viimeinen teema-alue pyöri emotionaalisen tuen ympärillä eli saadun ja tarvitun emotionaalisen tuen tutkimusongelmien kaksi ja kolme mu-

kaisesti. Pyrin etenemään teema-alueiden mukaisesti jokaisessa haastattelussa.

Teemahaastattelu pyörii tiettyjen ennalta määriteltyjen teemojen ympärillä koko keskustelutilanteen ajan. Kyseisen haastattelumenetelmän avulla voidaan tutkia monipuolisesti esimerkiksi ihmisen kokemuksia, ajatuksia sekä tunteita. Kaikkein keskeisintä on se, että haastattelussa ei käytetä tarkkoja kysymyksiä, vaan haastattelu etenee teemoittain. Tällöin tutkittavien ääni pääsee kuuluviin. Yksi näkökohta pysyy teemahaastattelussa samana, jolloin voidaan puhua puoli-strukturoidusta menetelmästä. Näkökohta, joka pysyy samana, on haastattelun erilaiset teema-alueet, jotka ovat kaikilla tutkittavilla samat. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 47–48.)

Teemahaastattelun etuna on, että ihmisten asioille antamat merkitykset korostuvat tässä haastattelumuodossa. Tutkijan täytyy kuitenkin huomioida ja ymmärtää, että loppujen lopuksi myös teemahaastattelussa etsitään vastauksia tutkimuksen ongelmanasettelun tai tutkimustehtävien mukaan. Niistä tutkijan tehtävänä on poimia keskeiset aiheet tai teema-alueet teemahaastatteluun. Keskeisin tavoite on, että haastateltava pystyisi antamaan oman ainutlaatuisen kuvuksensa kaikista ennalta määritellyistä teema-alueista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125–126.) (Vilka 2007, 101–102.)

Teemahaastattelua laatiessa on tärkeää suunnitella erilaiset haastatteluteemat. Teoriaan perehdyttyään tutkija on selvillä tutkittavan aiheen peruskäsitteistä, mutta hänen on vielä tarpeen perehtyä peruskäsitteiden tarkempiin määritelmiin. Haastattelurunkoa laadittaessa ei ole tarpeen luoda kysymysluetteloa, vaan teemahaastatteluun kuuluu nimenomaan se, että rungoksi luodaan teema-alueuuttelo. Luettelossa on näin ollen käytetty yksityiskohtaisia peruskäsitteiden alakäsitteitä, jotka ohjaavat haastattelua. Luettelo on yksinkertainen ja pelkistetty, ja asiasisältö on juurikin sitä, mihin haastattelussa halutaan keskittyä ja mitä siinä halutaan kysyä. Rungon tehtävänä on toimia haastattelijan apuvälineenä, muistilistana sekä haastattelua ohjaavana luettelona. Teema-alueet mahdollistavat tutkijan jatkaa keskustelua niin pitkään kuin mahdollista tutkitta-

van edellytysten rajoissa sekä tutkijan oman kiinnostuksen mukaan. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 66–67.)

5.5 Laadullinen aineiston analyysi eli sisällönanalyysi

Laadullisessa eli kvalitatiivisessa analyysissä tarkastellaan yleensä aineistoa kokonaisuutena, jonka rakennetta halutaan selittää. Kyseistä rakennetta voidaan kuvailla epäsäännölliseksi, mutta kuitenkin sisällöltään loogiseksi. Analyysissä tarvitaan riippumattomuutta, koska tulkinta ja siihen liittyvät seikat eivät saa olla ristiriidassa keskenään. Laadullinen analyysi ei pohjautu tilastollisten todennäköisyyksien etsintään, koska harvoin on järkevää tai mahdollista toteuttaa niin mittavia ja monia tutkimushaastatteluita, että voitaisiin havaita tilastollisesti merkitseviä eroja yksilöiden välillä. Jo yksikin tutkimushaastattelu voi tuottaa litteroituna monta kymmentä sivua tekstiä. Laadulliseen tutkimukseen ei sovellu eikä aina ole tarpeen tutkimusyksilöiden suuri joukko tai tilastollinen analyysi. Laadullisessa analyysissä on kaksi vaihetta: havaintojen pelkistäminen ja arvoituksen ratkaiseminen. Käytännössä nämä kaksi liittyvät aina toisiinsa. (Alasuutari 2007, 38–39.)

Sisällön analyysia voidaan kuvata menetelmäksi, jonka tavoitteena on tutkimusaineiston tiivistäminen ja tutkittavien ilmiöiden laaja yleinen kuvaaminen. Sisällönanalyysin vahvuutena voidaan pitää sisällöllistä sensitiivisyyttä sekä tutkimusasetelmien joustavuutta. Sisällönanalyysin joustavuus ja säännöttömyys haastaa tutkijan ajattelemaan itse. Sisällönanalyysiä on induktiivista sekä deduktiivista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166–167.) Omassa opinnäytetyössäni olen käyttänyt analyysimenetelmänä induktiivista eli aineistolähtöistä analyysiä, jossa olen käyttänyt lainauksia tutkimusaineistosta elävöittämään tekstiä. Nämä kyseiset lainaukset olen muuttanut yleiskielisiksi ilmauksiksi tutkittavien yksityisyyden suojaamiseksi, ja lisäksi aiheen sensitiivinen luonne puolsi vielä asiaa.

Induktiivinen sisällönanalyysi pohjautuu induktiiviseen päättelyyn, joka tarkoittaa yksittäisestä havaintojoukosta siirtymistä yleiseen teoriaan tai yleistyksen. In-

duktiivinen analyysi pyrkii teoreettiseen kokonaisuuteen ilman aikaisempien tietojen, havaintojen ja teorioiden vaikutusta ohjautuvuuteen analyysissä. Tutkimusaineiston analyysiyksikkönä toimii tällöin esimerkiksi joko yksittäinen sana tai lause. Aineiston analyysissä voidaan havaita kolme vaihetta: aineiston pelkistäminen eli redusointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi ja teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. Tällöin myös raportoidaan aineistolähtöisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.)

Havaintojen tai aineiston pelkistämässä kiinnitetään ensiksi huomio siihen, mikä on tutkimusongelmien ja teoreettisen viitekehyksen kannalta olennaisinta huolimatta monista aineiston tarkastelunäkökuilista. Näin ollen analysoitava kohde, esimerkiksi tekstimassa, saa helpommin hallittavamman muodon pelkistetyistä raakahavainnoista. Tätä voidaan kutsua havaintojen pelkistämisen ensimmäiseksi vaiheeksi. Toisessa vaiheessa havaintoja pelkistetään edelleen yhdistämällä tai ryhmittelemällä raakahavainnot yhdeksi tai useammaksi havaintojen joukoksi etsimällä jokin yhteinen nimittäjä eri raakahavainnoille. Tällaisen yhdistämisen taustalla on ajatus aineiston esimerkkien samankaltaisuudesta suhteessa ilmiöön. Havaintoja pelkistettäessä laadullisessa analyysissä ei ole kuitenkaan missään nimessä tavoitteena määritellä jonkinlaisia tyyppiesimerkkejä. Laadullista analyysiä ohjaa sääntö, jonka mukaan yksikin poikkeus kumoaa säännön. Tämä tarkoittaa sitä, että yhdistettyjen havaintojen tuottaman havainnon täytyy olla yksiselitteinen sekä näin ollen päteä poikkeuksetta kaikkiin mahdollisiin raakahavaintoihin. Tästä johtuva teoreettisen viitekehyksen tai näkökulman jonkinasteinen muuttuminen ei ole ollenkaan epätavanomaista. Laadullisessa analyysissä ovat tärkeitä eri ihmisten tai yksiköiden väliset erot. Tärkeätä on myös pyrkiä pelkistämään raakahavainnot mahdollisimman ytimekkääksi havaintojen joukoksi. (Alasuutari 2007, 40, 42–43.)

Arvoituksen ratkaiseminen tai tulosten tulkinta tarkoittaa tuotettujen havaintojen ja vihjeiden perusteella tehtävää lopullista merkitystulkintaa tutkittavasta ilmiöstä. Tätä voidaan kutsua myös abstrahoinniksi. Loppujen lopuksi aineistolähtöisen sisällönanalyysin seurauksena saatavan vastauksen tulisi vastata tutkimusongelmiin. Johtopäätöksissä tutkijan tavoitteena on asioiden merkityksen ym-

märtäminen tutkittavien näkökulmasta. Analyysin jokainen vaihe pyrkii juuri siihen, että saadaan selville tutkittavien asioille antamia merkityksiä. (Alasuutari 2007, 44; Tuomi & Sarajärvi 2009, 112–113.)

Aineiston analyysini jatkui litteroinnin jälkeen analyysiyksikön määrittämisellä. Valitsin opinnäytetyöhöni analyysiyksiköksi ajatuskokonaisuuden, koska tämä tuntui loogisimmalta vaihtoehdolta ottaen huomioon aineistonkeruumenetelmän. Tämän jälkeen analyysiprosessi jatkui haastattelujen lukemisella läpi useaan otteeseen. Lukiessani aineistoa merkitsin siihen eri värikoodeilla kokemukset tunne-elämän muutoksista, kokemukset saadusta emotionaalisesta tuesta, kokemukset tarvitusta emotionaalisesta tuesta sekä taustatiedot, eli esimerkiksi sairastumisajankohdan ja hoitopaikan. Tein myös huomioita marginaaliin. Tämän jälkeen analyysi jatkui haastateltavien alkuperäisilmauksien kokoamisella Word-tiedostoon, ja tässä vaiheessa mietin vielä kunkin alkuperäisilmauksen kohdalla kuuluuko se esimerkiksi kokemuksiin saadusta emotionaalisesta tuesta vai johonkin muuhun kategoriaan. Tähän samaiseen Word-tiedostoon pelkistetin alkuperäisilmaukset mahdollisimman samoin sanoin kuin alkuperäisilmaukset. Tämän jälkeen avasin uuden Word-tiedoston, johon kopioin pelkistetyt ilmaukset aiemmin luomastani tiedostosta. Loin tähän uuteen Word-tiedostoon neljä palstaa, joille annoin seuraavat otsikot: pelkistetyt ilmaukset, alakategoria, yläkategoria ja yhdistävä kategoria, tässä järjestyksessä.

Analyysiprosessi eteni tästä aineiston ryhmittelyyn. Pelkistetyistä ilmauksista ryhmittelin samaa tarkoittavat asiat Word-tiedostossa allekkain ja annoin kullekin luomalleni ryhmälle sitä kuvaavan nimen, jolloin muodostuivat alakategoriat. Jokaisesta haastattelusta keräämäni ilmaukset merkitsin eri väreillä tutkimustulosten kirjaamista helpottamaan. Alakategorioiden muodostamisen jälkeen analyysi jatkui yhdistämällä samansisältöiset alakategoriat yläkategorioiksi ja annoin yläkategorioille niitä kuvaavat nimet. Yläkategoriat yhdistin vielä yhdeksi yhdistäväksi kategoriaksi, jonka nimesin erikseen. Näitä muodostettuja kategorioita käytin apuna tutkimustulosten esittämisessä. Näitä vaiheita havainnollistamaan ovat liitteet 2, 3 ja 4, yksi kustakin tutkimusongelmasta. Liitteessä 2 on nähtävillä sisällönanalyysiprosessi pelkistetyistä ilmauksista yhdistävän katego-

rian luomiseen syöpää sairastavien kokemuksista tunne-elämästä tällä hetkellä sekä liitteet 2 ja 4 kuvaavat samaa asiaa saadusta ja tarvitusta emotionaalises- ta tuesta, mutta niissä ei ole koottuna kaikkia pelkistettyjä ilmauksia kyseisestä aihe-alueesta.

Opinnäytetyöni kohdalla aineiston analyysiä helpotti tutkimushaastatteluissakin jo läpikäytyt emotionaalisen tuen menetelmät, jotka olivat jo tavallaan alkupe- räisilmauksista pelkistettyjä muotoja. Kysyin siis haastatteluissa, miten hoitajat ovat käyttäneet näitä kyseisiä menetelmiä tutkittavien kohdalla. Tarkoitin emo- tionaalisen tuen menetelmillä tässäkin opinnäytetyössä käsittelemiäni eri mene- telmiä, jotka olen erotellut, täsmentänyt ja valinnut itse työhöni eri tutkimustieto- jen perusteella. Näin ollen minun ei tarvinnut alkaa erikseen luomaan eri kate- gorioita emotionaalisesta tuesta, koska olin tehnyt tämän ikään kuin etukäteen. Tutkimusaineiston analyysivaiheessa minun oli helppo poimia alkuperäisilma- ukset ja liittää ne jo jonkin valmiiksi määrittelemäni kategorian alle tai keksiä jokin muu kategoria, jos tuntui siltä, että ilmaus ei sopinut kyseiseen kategori- aan.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Syöpään sairastumisen aiheuttamat tunne-elämän muutokset sairastaneiden kokemana

6.1.1 Sairastaneiden kokemat tunteet heti sairastuttua

Tutkimustuloksista huomataan, että syöpään sairastuminen koettiin henkilökohtaisena ja kokonaisvaltaisena tunnekokemuksena. Sairastuminen laukaisi monenlaisia yleisiäkin syöpäsairauden kohtaamiseen liittyviä tunnekokemuksia. Sairauden kieltäminen ja epäusko sairautta kohtaan oli yleistä kaikilla tutkittavilla. Sairaus haluttiin kieltää viimeiseen asti. Kuolemanpelkoa kokivat kaikki tutkittavat heti diagnoosin kuulemiseen jälkeen. Diagnoosin kuuleminen oli kaikille tutkittaville shokki ja järkytys, joka säikäytti. Se koettiin kamalana, kauheana ja pahimpana asiana.

”Kyllä minusta tuntui vähän ensin, että onko tuo tosikaan.”

”Vaikka lääkäri sen sitten suoraan soitti ja kertoi, että sinulla on syöpä, niin silloinkin vielä sen kielsin.”

”Kauhealta, se tuntui aivan järkyttävältä...”

Syöpäsairaudesta kuuleminen sai aikaan myös omaan olemiseen vaikuttavia tunteita. Sairastuminen aiheutti yhdellä tutkittavista masentuneisuutta, mutta myös luottamusta ja uskoa selviämisestä jo heti alkumetreillä. Kaksi tutkittavista koki syyllisyyttä sairastumisesta, jolloin he syyttivät sairastumisesta itseään ja omia tekemisiään. Ahdistus liittyi sairastumiseen kahdella tutkittavista ja ajatusten ja tunteiden koettiin myllertävän kovasti. Huolet tulevaisuudesta ja epä tietoisuus vaivasi kahta tutkittavaa. Huolia aiheuttivat muun muassa tietämättömyys hoitojen vaikutuksesta ulkonäköön sekä tietämättömyys tulevista hoidoista ja niiden etenemisestä.

”Minulla oli tunteita laidasta laitaan ihan kaikki mahdolliset.”

”Hermost riekaleina menin kotiin lääkärin töksäytettyä, että sinulla on syöpä.”

”Että mitä minulle tulee nyt, että miten tässä niin kuin edetään...”

6.1.2 Sairastaneiden kokemat tunteet hoitojen aikana

Sairastamisen ja hoitojen aikana tunne-elämä muuttui kokonaisvaltaisesti. Toimintakykyä lamaannuttavat tunteet olivat yleisiä hoitojen aikana. Masentuneisuus oli tuttu tunne kaikille tutkittaville ja kaksi tutkittavista koki myös elämänilon kadonneen hoitojen aikana. Pelosta erityisesti kuolemanpelko oli kaikilla tutkitavalla vahvana vaikuttamassa hoitojen aikana mielialaan. Myös tuleva pärjääminen koettiin pelottava. Surua koki kaksi tutkittavista ja hoitojen aikaan itkeminen saattoi olla päivittäistä. Hoitojen vaikutuksesta yksi tutkittavista koki myös menetyksen tunteita.

”Ei minua naurattanut tietenkään mitkään vitsihommat.”

”...Kuolenko minä tässä nyt sitten huomenna.”

”Ei päivääkään mennyt niin, etten olisi itkenyt.”

Mieltä kuormittavat tunteista ahdistus oli kokemuksena kaikilla tutkittavista, jolloin ajatukset pyörivät kovasti ja esimerkiksi kaikki jännittävä sai aikaan ahdistuksen tunteita. Hoitojen aikana epävarmuutta aiheuttivat esimerkiksi oman ulkonäön muuttuminen ja tiedon puute. Sitä koki kaksi tutkittavista. Pettymys ja turvattomuuden tunne hoitojen aikana oli kokemuksena yhdellä tutkittavista. Henkistä rikkiäisyyttä koki yksi tutkittavista, jolloin oloa kuvattiin hakatuksi ja lyödyksi.

”Ajatukset olivat niin sekaisin, että...”

”Siellä jonotetaan ja istutaan vaatteet päällä ja kaikki omaisuus vietään pois...”

Voimaa antavista tunteista koettiin luottamusta, vihaa, jännitystä ja järkytystä. Yksi tutkittavista koki luottamusta asioiden hyvin menemistä kohtaan. Vihan tunteet nousivat yhdellä tutkittavista pintaan herkästi. Jännitys alkavista hoidoista oli luonnollinen reaktio tulevaan yhdellä tutkittavista sekä järkytys kohtelemisesta sai antamaan palautetta.

”Siinä oli se usko niin kuin siihen, että ei tässä nyt huonosti käy.”

”Se yö meni tietenkin ihan valvoessa.”

6.1.3 Sairastaneiden kokemat tunteet hoitojen loputtua

Tutkimustulosten perusteella syöpään sairastumisella on vaikutusta myös syöpäsairauden selättämisen jälkeen esiintyviin tunteisiin. Joiltakin osin tunne-elämä koettiin normalisoituneen seurantavaiheen alettua. Kaksi tutkittavista koki, että syöpään liittyneet pelot olivat väistyneet. Helpotus sairauden selättämisestä ja hoitojen jäämisestä tältä erää taakse huokui eräästä tutkittavasta. Kaksi tutkittavaa kokivat myös kaiken olevan hyvin ja olon olevan hyvä juuri tässä hetkessä. Tulevaisuuden suhteen koettiin olevan toivoa jäljellä ja suhtautuminen tulevaan oli avointa. Tulevaisuus tuntui mahdollisuudelta ja valoisalta kahden tutkittavan mielestä. Syöpäsairauden miettimisen ja pohtimisen sanottiin jääneen taka-alalle, sillä asiaan on jo niin tottunut. Tällaista tottumusta koki kaksi tutkittavaa.

”Tästä syövästä ei ole tullut pelkoja enää.”

”Tällä hetkellä minulla on tosi hyvä olla, siis todella hyvä olla.”

”Avoimin mielin suhtaudun tulevaisuuteen.”

Syöpäsairauden kokeminen ja siitä selviäminen jätti kuitenkin joitakin jälkiä tunte-elämään. Eräs tutkittavista koki henkistä kasvua, koska sairaus oli silmiä avaava kokemus sen rankkuuden takia. Kaksi tutkittavista mainitsi olevansa edelleen ajoittain huolissaan tulevaisuudesta eli siitä, uusiiko sairaus tulevaisuudessa. Yksi kertoi nykyäänkin kokevansa voimattomuutta osallistuakseen yhteiskuntaan täysipainoisesti.

”Minua vaivaa se, että uusiiko se (syöpä)...”

6.2 Syöpää sairastavien kokemukset saadusta emotionaalisesta tuesta

Kokemus emotionaalisen tuen riittävydestä vaihteli. Emotionaalista hyvinvointia rajoittavana toimintana yksi tutkittavista koki kiireen. Hyvinvointia tukevana toimintana kerrottiin esimerkki vertaistuen piiriin ohjaamisesta. Eräs kertoi myös, että kun asioista vaadittiin tietää, se tuki hänen hoitoaan ja hänen hyvinvointiaan.

”Se on kyllä hyvä, että he siellä sitten heti neuvoivat näitä, että mistä saa vertaistukea.”

Kahden tutkittavan pääasiallinen kokemus emotionaalisesta tuesta oli, että se oli riittävää. Näistä kahdesta toinen koki kuitenkin emotionaalisen tuen olleen riittämätöntä jossakin hoidon vaiheessa. Kokemus, että hoitajille pystyi puhumaan, oli kahdella tutkittavalla. Keskustelulle koettiin järjestettävän tarpeeksi aikaa hoitojen lomassa. Välillä myös saatettiin järjestää keskustelutuokio hoitojen lomassa. Myös toivomuksia huomiointiin ja toivoa ylläpidettiin kahden tutkittavan mielestä. Yksi tutkittavista kertoi hoitajan tulleen mukaan huumorin käyttämiseen huomattuaan hänen ja vierustoverin sitä käyttäneen. Kahdella tutkittavista oli kokemus, että heitä kuunneltiin. Hoitajien kerrottiin lohduttaneen ja kannustaneen yhtä tutkittavaa. Läsnäolon tunnelmaa pyrittiin luomaan esimerkiksi turvallisuuden tunteen antamisena sekä rauhallisuudella. Kaksi tutkittavista kokivat hoitajien olleen empaattisia ja eläytyvän heidän maailmaansa riittävästi.

”No, hyvin ne (toivomukset) on huomioitu kyllä.”

”Kyllä hoitajat kannustivat.”

”Se oli sellaista, että voi voi sinua raasua.”

Yksi tutkittavista koki, että hän jäi kokonaan ilman emotionaalista tukea sairaaloiden henkilökunnalta sekä toinen tutkittava oli jäänyt vailla emotionaalista tukea ajoittain hoidon aikana. Kahden tutkittavan kokemana emotionaalinen tuki jäi saamatta, kun hoitotyössä korostui vain työn fyysinen puoli. Tunteista ei puhuttu hoitojen lomassa sekä keskityttiin vain tekemiseen. Näin ollen myöskään läsnäoloa ei koettu, koska hoitajien keskittyminen suuntautui vain tekemiseen. Tukea ei annettu eikä kysytty voinnista. Hoitajien ei koettu käyttävän huumoria kahden tutkittavan mielestä. Yksi tutkittava kertoi, että hänen kohdallaan ei käytetty kosketusta, mutta se ei ollutkaan hänelle tarpeen. Yksi tutkittava kertoi myös, että pieniäkään toiveita ei otettu huomioon ja toivoa ei annettu. Kysymyksiin jätettiin välillä vastaamatta sekä pää tuntuma oli, että hoitajat eivät kuunnelleet, kannustaneet, lohduttaneet tai rohkaisseet yhtäkään kertaa hoidon aikana.

”No oikeastaan siellä ei ollut emotionaalista tukea.”

”Ei kukaan huomionut mitään.”

”Siellä hoidettiin vain sitä haavaa.”

”Minä en kyllä muista, että kukaan olisi kysynyt, että miten sinä jaksat...”

”No sen verran kuunneltiin, että vastattiin siihen, mitä minä kysyin, mutta ei muuta.”

6.3 Syöpää sairastavien kokemukset tarvitusta emotionaalisesta tuesta

Syöpää sairastavat kokivat tarvitsevansa monipuolista emotionaalista tukea selvitäkseen sairauden aiheuttamista tunteista. Tunteiden hallinta, tiedostaminen ja purkaminen yhdessä jonkun kanssa koettiin tarpeelliseksi. Yksi mainitsi tarvinneen ulkopuolista ammattiapua, toinen kertoi itkeneensä kaverin kanssa tilannettaan. Kaikki tutkittavat kokivat tarpeelliseksi mielessä olevien asioiden purkamisen esimerkiksi puhumalla. Yksi tutkittavista nosti erityisesti esille, kuinka tärkeää oli saada muuta ajateltavaa, että asioista murehtiminen loppui ainakin hetkeksi.

”Romahtaessani kävin muutaman kerran terapeutilla.”

”Mitähän me nyt vähän kaulakkain itkimme niitä omia murheita.”

”Ystävillehän sitä tuli soiteltua ja vaivattua heitä asioilla.”

Emotionaalisen tuen merkitystä yksi tutkittava kuvaili korvaamattomaksi. Sen koettiin vaikuttavan omaan jaksamiseen selviytyä sairaudesta sekä tukevan asioiden käsittelemistä. Kaksi tutkittavaa koki alkuvaiheen emotionaalisen tuen jääneen riittämättömäksi, koska diagnoosin kuuleminen tuntui niin pahalta, että välitön keskustelun tarve olisi ollut suuri.

”Niin se toinen ihminen toi sitä (turvaa).”

”Olisihan sillä (emotionaalisella tuella) ollut isokin merkitys minun mielestäni... ..Sitä olisi mahdollisesti jaksanutkin paremmin.”

”Minun mielestä silloin, kun kerrottiin, että sinulla on se (syöpä), niin silloin olisi jonkun, jos lääkäri ei itse ehtinyt, niin terveydenhoitajan olisi pitänyt jotakin tukea antaa siinä, mutta ei, kun heitettiin vaan, että mene kotiin.”

Erilaisia emotionaalisen tuen muotoja tarvittiin selviytyäkseen sairauden aiheuttamasta taakasta. Kannustaminen oli kaikilla tutkittavalla eteenpäin vievä voima. He kaikki kokivat sen erittäin tarpeelliseksi. Ilman sitä olisi ollut helppo jäädä paikalleen. Myös keskustelua esimerkiksi ystävän tai hoitajan kanssa tarvittiin tukena kaikkien kokemana. Kaksi tutkittavista kokivat läsnäolon tarvittavaksi, koska sen koettiin esimerkiksi tuovan turvaa tai helpottavan itsensä hoitamista, kun taas yksi koki tottuneensa selviämään yksin. Yksittäisinä havaintoina tutkittavat mainitsivat tarvitsevansa huumoria, myötäelämistä, kuuntelua ja lohduttamista. Yksi tutkittavista ei kokenut tarvitsevansa kosketusta emotionaalisena tukena, koska se ahdisti.

"Hänhän sitten aina minua komensi, että nyt lähdemme sinne ja nyt lähetään kauppaan..."

"Niin se toinen ihminen toi sitä (turvaa)."

"Me siinä vähän yritimme toisiamme lohduttaa."

7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Kun tutkimukseen osallistujat valittiin tutkimukseen, heiltä kysyttiin vielä suostumus ja he antoivat ikään kuin itse luvan tutkia itseään. Tämä ajatus myös kerrottiin heille ennen tutkimushaastatteluiden aloittamista. Kerroin lisäksi tarkasti, että valmiista tutkimuksesta ketään ei tulla tunnistamaan ja että haastatteluita ei tule kuuntelemaan kukaan muu kuin tutkija itse.

Tutkimuksen luotettavuutta olisi lisännyt teemahaastattelurungon kokeileminen käytännössä ennen ensimmäistä varsinaista tutkimushaastattelua, koska se olisi lisännyt varmuuttani tehdä ensimmäistä haastattelua ensimmäinen haastattelu. Huomasin tämän kyllä tutkimushaastattelua tehdessä, kun ei ollut aikaisempaa kokemusta, mutta sain kuitenkin varmuutta seuraavaan haastatteluun ja tunsin onnistuneeni paremmin kuin ensimmäisellä kerralla. Esitestaamisen katsotaankin olevan yksi laadullisen tutkimuksen keskeinen luotettavuutta lisäävä tekijä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198).

Pyrin tietoisesti valitsemaan opinnäytetyöhöni mahdollisimman tuoreita lähteitä. Käytännössä kaikki lähteet, jotka olivat yli 15 vuotta vanhoja, jätin heti kättelyssä pois. En edes vaivautunut tutkimaan niitä, koska koin, että opinnäytetyöni luotettavuutta lisää se, että käytetyt lähteet ovat mahdollisimman tuoreita. Suurin osa lähteistäni onkin enintään kymmenen vuotta vanhoja.

Tutkimushaastatteluita käsittelin huolellisesti ja eettisesti hyväksyttävällä tavalla siten, että kukaan muu kuin tutkija ei missään vaiheessa päässyt käsiksi niihin. Kukaan muu ei lukenut tai nähnyt tutkimusaineistoa missään tutkimuksen vaiheessa. Nämä aineistot hävitettiin opinnäytetyön valmistuttua.

Luotettavuutta lisää tutkimuksen eri vaiheiden kirjoittaminen ja tarkkojen päivämäärien antaminen sekä analyysiprosessin tarkka yksityiskohtainen kuvaaminen vaihe vaiheelta ja liitteiden osoittaminen analyysin etenemisestä. Olen kuvaillut tarkasti, missä järjestyksessä ja aikataulussa opinnäytetyöni on edennyt. Eettisyyden nimissä myös muutin ja muokkasin haastatteluteksteistä poimitut

alkuperäisilmaukset yleiskielelle tutkittavien tunnistettavuuden vähentämiseksi. Laadullisen tutkimuksen uskottavuutta lisää tulosten esittäminen selkeästi sekä analyysiprosessin tarkka kuvaaminen, joissa on hyvä käyttää esimerkiksi taulukoita ja liitteitä. Tutkijan tehtäviin kuuluukin varmistaa, että tutkittavat eivät ole tunnistettavissa esimerkiksi murreilmausten perusteella, ja tällöin yleiskieli on perusteltua. Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen siirtämistä johonkin toiseen tutkimusympäristöön, jonka varmistaminen edellyttää tutkimuskontekstin kuvausta, osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä sekä myöskin aineistojen keruun ja analyysin konkreettista kuvaamista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Tutkijan omat käsitykset tutkittavasta aiheesta vaikuttavat väistämättä laadullisesta tutkimuksesta saatuihin tuloksiin. Pysin perustamaan omat henkilökohtaiset käsitykseni tutkittavasta aiheesta, eli emotionaalisesta tuesta, tutkittuun tietoon, ja tarkastelemaan aihetta monista erilaisista lähteistä ja tutkimuksista käsin. Monen eri emotionaalisen tuen muodon ottaminen mukaan lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Opinnäytetyö käsittelee aiheeltaan todella sensitiivisiä asioita. Joku voisi kysyä, että onko eettisesti hyväksyttävää käsitellä tällaisia asioita. Itse ajattelisin asian niin, että myös tällaiset asiat ovat erityisen tärkeitä käsitellä ja erityisesti sensitiivisyyden vuoksi vielä erityisen olennaisia.

8 POHDINTA

Kiinnostuin aiheesta harjoittelukokemukseni aikana, jolloin huolekseni nousi juurikin syöpää sairastavien selviäminen omien tunteidensa kanssa. Jossakin vaiheessa meinasin jo hylätä aiheeni ja suunnitelmissani oli tehdä opinnäytetyöni aivan eri aiheesta, mutta eräs tärkeä henkilö elämässäni sai minut ratkaisevilla hetkillä palaamaan juuri siihen aiheeseen, mistä olen opinnäytetyöni tehnyt. En vaihtaisi aihetta enää tänäkään päivänä siihen toiseen aiheeseen, minä olin aikeissa esittää ideaseminaarissa. Tunnen ylpeyttä valitessani ja kehitellessäni itselleni mieluisaa aihetta. Kun aihe on mieluisa, sitä on mielenkiintoista ja helppoa tehdä. Se ikään kuin veti minut mukaansa ilman, että minun tarvitsi hirveästi itseäni kannustamalla ryhtyä toimeen. Olen kokenut opinnäytetyön tekemisen mielekkäänä, vaikkakin välillä se on voinut tuntua turhauttavalta puurtamiselta. Erityisesti pidin tutkimushaastatteluiden tekemisestä, koska oli hienoa päästä haastattelemaan ihmisiä niinkin sensitiivisen aiheen puitteissa. Olin etuoikeutettu siihen.

Tutkimuksen lomassa haastavaksi meinasi nousta tutkittavien ehkä perisuomalainenkin piirre, eli hankaluus puhua tunteista. Monesti huomasin, että ihmiset alkoivat selittää jotakin kokemusta sen sijaan, että olisivat puhuneet varsinaisista tunteistaan. Tunnen kuitenkin saaneeni tutkittavien tunteita selville ainakin sisällönanalyysin avulla. Myös sairastumisaika olisi varmaan noussut esteeksi, jos tutkittavieni sairastumisajankohta olisi noussut yhtään yli viiden vuoden, koska jo viisi vuotta sairastumisesta saattoi vaikuttaa kullanneen muistot kokemuksista. Tämä perustelee sitä, että halusinkin tutkittavien olevan niin sanotusti suhteelliseen vasta sairastuneita, eli yhden ja viiden vuoden välillä diagnoosin saaneita. Toisaalta myös huomasin, että kyllä ainakin ne ikävät ja ei välttämättä niin mukavat kokemukset muistetaan parhaiten, koska niiden aikanahan sitä tuntee kaikista ikävimpiä tunteita, jotka myös muistetaan paremmin jälkikäteen, mutta myöskin nekin alkavat unohtua, kun sairaus ei ole enää mielessä joka päivä.

Opinnäytetyöni käsittelee juurikin hoitotyön perusmenetelmiä eli niin sanotusti hoitotyön ydintä. Tämä on vaikuttanut myös minun omaan henkilökohtaiseen ammatilliseen kasvuuni johtuen aiheen perustasta. Olen oppinut paljon potilaan tai asiakkaan huomioonottamisesta, ja luulen, että se on auttanut minua kasvamaan kokonaisvaltaiseksi, tunteet huomioivaksi hoitajaksi. Emotionaalisen tuen menetelmien käsittely on auttanut minua tiedostamaan erilaisia hoitotyön perusmenetelmiä, joita voi käyttää ensin omassa työssään tietoisesti, ja jonka jälkeen ne väistämättä tulevat osaksi tiedostamatonta työntekoa.

Oli myös hienoa saada tutustua syöpää sairastavien tunne- ja kokemusmaailmaan heidän kertomustensa ja tarinoidensa kautta. Arvostan todella paljon sitä, että minulla oli mahdollisuus tutustua syöpää sairastavien elämään opinnäytetyöni yhteydessä. Haluan vielä edelleenkin jatkaa tutustumista heidän kokemusmaailmaansa, koska haluan vilpittömästi ymmärtää tai ainakin yrittää ymmärtää mitä se tarkoittaa, kun elämältä viedään kerralla pohja – ainakin joidenkin sairastuvien kohdalla.

Kokonaisuudessaan tunnen onnistuneeni opinnäytetyöprosessissani, joka on saanut minut myös huomaamaan uusia puolia itsestäni. Aiheeseen syventyminen ja sen työstämisessä kasvava tiedonjano yllätti minut itsenikin. Koin suurta mielenkiintoa tiedonhaun aikana tutkimiani aiheita kohtaan, ja osallistuin vapaaehtoisesti aiheeseeni liittyville luennoille ymmärtääkseni vielä paremmin syöpää sairastavien kokemaa tunnemaailmaa sekä heidän kokemusmaailmaansa yleensäkin. Työn tehtyäni en voi varmasti sivuuttaa tunteita osana kokonaisvaltaista hoitotyötä. Helppoahan opinnäytetyön tekeminen ei ole aina ollut, mutta voin tuntea suurta tyytyväisyyttä selvittyäni opinnäytetyöprosessista suunnittelemani aikataulun mukaisesti.

Emotionaalinen tuki käsitteenä on laaja ja moniulotteinen. Tutkijan on määriteltävä se itse omalla tavallaan, koska eri lähteet antavat siitä erilaisen kuvan. Emotionaalinen tuki kattaa laajan verkoston lähtien sen antamisesta vastaanottamiseen, joten sen tutkiminen ei ole yksiselitteistä. Opinnäytetyössäni yritin määritellä emotionaalisen tuen monen eri muodon avulla, jotta saisin siitä tutki-

muksessani mahdollisimman kattavan kuvan. Tutkimustuloksista huomataan, että saadun emotionaalisen tuen kokeminen vaihteli riittävästä tuesta aina tukea vaille jäämiseen, kun hoitotyössä keskityttiin työn fyysiseen puoleen. Kokonaan ilman emotionaalista tukea jääminen vaikeuttaa arkielämään pääsemistä, koska tällöin kaikki taakka on käsiteltävä itse eikä voimavaroja avun etsimiseen ja löytämiseen jää välttämättä käytettäviksi. Emotionaalista tukea tarvittiin tunteiden käsittelyn apuna sekä tuen muodoista erityisesti kannustaminen ja keskustelu auttoivat selviytymään syöpään sairastumisen aiheuttamasta tunnetaakasta ja pääsemään kiinni takaisin elämään. Tunne-elämän muuttuminen oli paikoitellen erittäin suurta ja kuolema tuntui tulevan seuraavana päivänä, mutta kaikista koetuista tunteista tulevaisuus koettiin kuitenkin valoisana ja olo hyvänä syövän seurantavaiheen alettua.

Muissakin tutkimuksissa on havaittu samansuuntaisia tuloksia. Esimerkiksi Liponkosken ja Routasalon (2001) tutkimuksessa havaittiin myös kannustamisen olevan tärkeä elementti, koska sen avulla eteenpäin jaksaminen oli helpompaa. Kyseisestä tutkimuksesta huomataan myös, että emotionaalisen tuen koettiin antavan lisää voimia, joka on nähtävissä tämän opinnäytetyön tutkimustuloksista myös, kun emotionaalisen tuen koettiin vaikuttavan omaan jaksamiseen selviytyä sairaudesta.

Heiskasen (2005) tutkimuksessa potilaat eivät pitäneet fyysistä koskettamista tarvittavana emotionaalisen tuen muotona ja se koettiin epämukavana. Tulos on samansuuntainen tämän tutkimuksen tuloksiin verratessa, kun eräs tutkittava koki kosketuksen ahdistavana ja kaksi tutkittavaa koki, etteivät he tarvitse kosketusta emotionaalisena tukena. Heiskasenkin tutkimuksessa havaittiin myös, että emotionaalisen tuen tarve ja sen toteutuminen suhde eivät ole tasapainossa keskenään MS-potilaiden hoidossa. Myös syöpää sairastavien potilaiden emotionaaliseen tukeen on hyvä kiinnittää jatkossa huomioita vielä enemmän ja paremmin.

Opinnäytetyötä tehdessäni mieleeni heräsi muutamia jatkotutkimushaasteita seuraavasti:

- Syöpää sairastavien kokemuksia emotionaalisesta tuesta diagnoosin kuulemisen hetkellä ennen hoitojen alkua
- Olisiko syöpään sairastuneiden alkuvaiheen emotionaalisesta tuesta kehitettävää?
- Miten hoitohenkilökunta kokee emotionaalisen tuen antamisen Lapin sairaanhoitopiirin kirurgisilla vuodeosastoilla?

LÄHTEET

- Aalberg, V. & Idman, I. 2013. Syöpään liittyvät psykososiaaliset näkökohdat. – Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. 5., uudistettu painos. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim, 859–872.
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö – Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Sanoma Pro Oy.
- Alasuutari, P. 2007. Laadullinen tutkimus. 3., uudistettu painos. Vaajakoski: Vastapaino.
- Bjørk, I. T. & Breievne, G. 2006. Keho ja hyvinvointi. – Teoksessa Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug E-A. (toim.) Hoitotyön perusteet. Tanska: Edita, 107–138.
- Gothóni, R. 2012. Kosketuksia arjessa, hoidossa ja pyhässä. Hämeenlinna: Kirjapaja.
- Haho, A. 2009. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Sairaanhoidtaja 8/2009, 32–33.
- Heiskanen, S. 2005. MS-potilaiden tarvitsema ja saama emotionaalinen tuki sairastumisen alkuvaiheessa. Hoitotiede 2/2005, 59–68.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Tammi.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Hoitamisen taito. Keuruu: Tammi.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. 7., uudistettu painos. Sanoma Pro Oy.
- Isola, J. & Kallioniemi, A. 2013. Syövän synty, kasvu ja leviäminen – Määritelmä, jaottelu ja näkemykset syntymekanismeista. – Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. 5., uudistettu painos. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim, 10–12.

- Joensuu, H. 2013. Syövän hoidon yleiset periaatteet. – Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. 5., uudistettu painos. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim, 131–138.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Sanoma Pro Oy.
- Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt – Sairaanhoidaja tekee kriisityötä. Sairaanhoidajaliitto.
- Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2014. Minä mielenterveystyön tekijänä. Porvoo: Bookwell Oy.
- Kohonen, M., Kylmä, J., Juvakka, T. & Pietilä, A-M. 2007. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät – metasynteesi. *Hoitotiede* 2/2007, 63–75.
- Kristoffersen, N. J. & Breivne, G. 2006. Kärsimys, toivo ja elämänrohkeus. – Teoksessa Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug E-A. (toim.) *Hoitotyön perusteet*. Tanska: Edita, 360–410.
- Kuuppelomäki, M. 2000. Psykososiaalinen selviytyminen – Potilaan tunteet ja emotionaalinen tuki. – Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. Porvoo: WSOY, 129–157.
- Kuuppelomäki, M. 2002. Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen – sairaanhoidajan näkökulma. *Hoitotiede* 3/2002, 117–128.
- Leppänen, J. M. 2006. Emootiot – Emootiokategoriat ja niiden tutkiminen. – Teoksessa Hämäläinen, H., Laine, M., Aaltonen, O. & Revonsuo, A. (toim.) *Mieli ja aivot – Kognitiivisen neurotieteen oppikirja*. Kognitiivisen neurotieteen tutkimuskeskus, Turun yliopisto, 311–317.
- Liponkoski, R. & Routasalo, P. 2001. Iäkkään kuntoutuspotilaan saama emotionaalinen tuki sairaalahoitajakson aikana. *Hoitotiede* 5/2001, 258–265.
- Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja. Viitattu 13.3.2015
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66790/978-951-44-8541-1.pdf?sequence=1>
- Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S-E. 2009. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 18., uudistettu painos. WSOY.
- Solvoll, B-A. 2006. Identiteetti ja omanarvontunto. – Teoksessa Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug E-A. (toim.) *Hoitotyön perusteet*. Tanska: Edita, 322–359.

Syöpäjärjestöt – Tietoa syövästä. Viitattu 27.2.2015.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/>.

Terveyskirjasto 2008. Tietoinen läsnäolo. Viitattu 12.5.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01057.

Terveysportti.fi – Terminologian tietokannat.

Tiirinen, S. 2010. Syöpäpotilaan hoito – Syöpäpotilaan päätöksenteon tukeminen. – Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 5., uudistettu painos. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim, 296–297.

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

Uvnäs Moberg, K. 2007. Rauhoittava kosketus – Oksitosiinin parantava vaikutus kehossa. Helsinki: Edita.

Vilka, H. 2007. Tutki ja kehitä. 1.-2. painos. Vaajakoski: Tammi.

Vilko-Riihelä, A. 2001. Psykye – Psykologian käsikirja. 1.-2. painos. Porvoo: WSOY

LIITTEET

- Liite 1. Teemahaastattelurunko
- Liite 2. Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä sairauden herättämistä tunteista
- Liite 3. Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä saadusta emotionaalises-ta tuesta
- Liite 4. Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä tarvitusta emotionaalises-ta tuesta

Teemahaastattelurunko tutkittaessa syöpää sairastavien kokemuksia emotionaalista tuesta sekä syöpään sairastumisen aiheuttamia tunne-elämän muutoksia

Taustatiedot

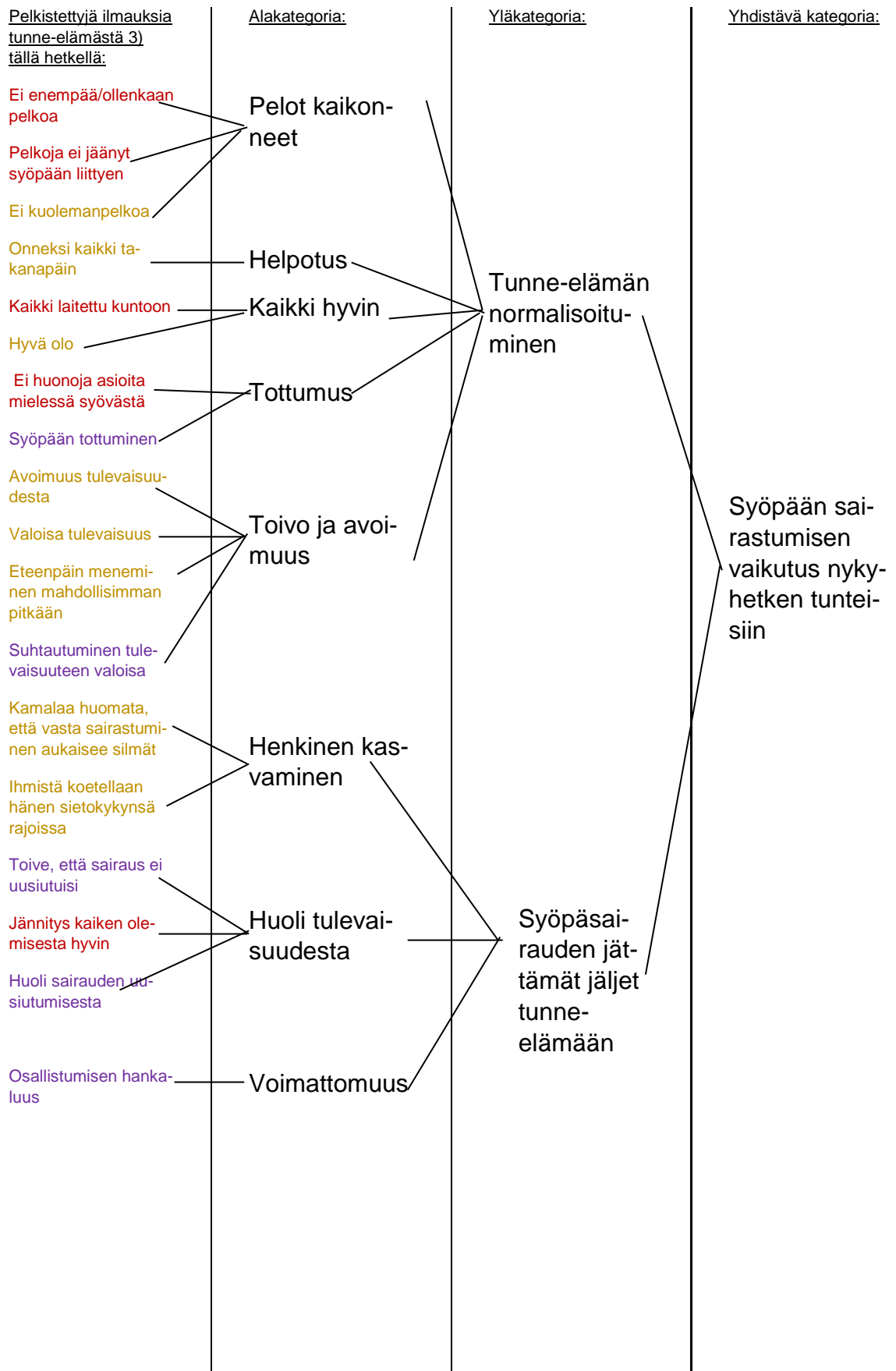
- Sairastumisajankohta
- Hoitomuodot
- Hoitoyksiköt

Tunne-elämä

- Sairastumisen herättämät tunteet
 1. Diagnoosin kuulemisen jälkeen heti sairastuttua
 2. Sairastamisen ja aktiivisten hoitojen aikana
 3. Tällä hetkellä

Emotionaalinen tukeminen hoitohenkilökunnalta

- Kokemukset emotionaalisen tuen saamisesta hoitohenkilökunnalta
- Kokemukset tarvitusta emotionaalisesta tuesta



Liite 3.

Pelkistettyjä ilmauksia saadusta emotionaalisesta tuesta:

Ei kysytty asioita, hommat suoritettiin vain

Haavan hoitoon keskittyminen

Tukea ei saanut, vain sairaslomaa

Kukaan ei kysynyt omasta jaksamisesta

Tukea ei saanut, fyysinen hoito vain riittävä

Ei huumoria hoitajilta

Huumoria ei muista olleen

Hoitajat eivät käyttäneet huumoria

Kosketus ahdisti

Hoitajat eivät huomioineet

Kokemus, että hoitajat eivät olleet läsnä, hoitivat vain fyysisesti

Ei kannustusta

Ei lohdutusta

Ei rohkaisua

Toivomuksia ei huomioitu

Potilaalle ei vastattu kysymykseen

Kuunneltiin ja vastattiin vain kysymyksiin eikä muuten kuunneltu

Alakategoria:

Yläkategoria:

Yhdistävä kategoria:

Hoitotyön fyysisyys

Ei tukea

Ei huumoria

Kosketus ahdisti

Ei läsnäoloa

Ei kannustusta

Ei lohdutusta

Ei rohkaisua

Ei toivomusten huomiointia

Ei kuuntelua

Emotionaalinen tuki riittämätöntä tai sitä ei ollut

Kokemus emotionaalisen tuen riittävydestä

Pelkistettyjä ilmauksia
tarvitusta emotionaa-
lisesta tuesta:

Siskot kuuntelivat
tarvittaessa

Sisko komensi lähte-
mään tekemisiin

Lähtemään kome-
ntaminen

Tsemppaaminen

Patistaminen ihmisten
ilmoille tarpeellista

Lohduttaminen

Tukeminen ja toiselle
soittaminen

Ei tarvetta pajaami-
selle, huolehtimiselle,
halaamiselle ja tapu-
telemiselle

Tottumus itsenäiseen
selviämiseen

Nauraminen yhdessä

Seuraa tarvitsi koko-
ajan

Lähellä oleva apu
tarpeen

Toisen läsnäolo toi
turvaa

Apu olisi kaivannut
hoitamisessa

Toisten ymmärtämi-
nen omasta tilantees-
ta tärkeää

Asioista juttelu

Huonon olon tullessa
soittaminen

Keskustelu oli tärkeää

Terapeutille juttelemi-
nen oli kivaa

Huoneeseen ohjaa-
minen ja siellä jutte-
leminen kahden
kesken

Alakategoria:

Kuuntelemi-
nen

Kannustus

Lohduttami-
nen

Ei tarvinnut
kosketusta

Tottunut sel-
viämään yksin

Huumori

Läsnäolo tur-
vana

Myötäelämi-
nen

Keskustelu

Yläkategoria:

Emotionaali-
sen tuen muo-
tojen tarvitse-
minen

Yhdistävä kategoria:

Syöpää sai-
rastavien ko-
kemus tarvi-
tusta emotio-
naalisesta tu-
esta tunteiden
käsittelyn
apuna

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Pohjois-Suomen syöpäyhdistys ry Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Anneli Selkälä, puh. 0400 944 267, anneli.selkala@pssy.org		
Tekijä	Nimi Mia Virkkunen	Opiskelijanumero A1301087	Työn aihe Syöpää sairastavien kokemuksia emotionaalista tuesta
	Katuosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite mia.virkkunen@edu.lapinamk.fi	
	Suoritettava tutkinto Sairaanhoitaja (AMK)	Ryhmätunnus 702H12	
Lapin AMK	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja) Leena Valmaa	Tehtävänimike lehtori	
	Toimipaikka ja osoite Lapin amk, Jokiväylä 11 C, 96300 ROVANIEMI		
	Puhelin 0400539680	Sähköpostiosoite leena.valmaa@lapinamk.fi	
	Toimeksiantosopimuksen ehdot		
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.		
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.		
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohdan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeuden säilyvät voimassa.		
Keksinnöt	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.		
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.		
Lisäksi sovitaan			
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.		
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.		
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus	
Toimeksiantaja	Rovaniemi 8.12.2014	Anneli Selkälä	
Tekijä	Rovaniemi 8.12.2014	Mia Virkkunen	
Lapin AMK	Rovaniemi 8.12.2014	Leena Valmaa	