

**Tauriainen Henna**  
**GYNEKOLOGISEEN SYÖPÄÄN**  
**SAIRASTUNEEN PSYYKKINEN TUKI**  
**- Opas hoitajille**

Sairaanhoitaja

Hoitotyönkoulutus-  
ohjelma

Syky 2017



## TIIVISTELMÄ

Tekijä: Tauriainen Henna

Työn nimi: Gynekologiseen syöpään sairastuneen psyykinen tuki – opas hoitajille

Tutkintonimike: Sairaanhoidaja (AMK), Hoitotyön koulutusohjelma

Asiasanat: Psyykinen tuki, gynekologiset syövät, naiseus, kriisi, ohjaus, vuorovaikutus

Gynekologiseen syöpään sairastuu yhä useampi nainen. Hoitajien tärkeänä tehtävänä on potilaan sekä hänen läheistensä psyykinen tukeminen. Tuen antaminen on elämäntilanteessa selviytymisen tukemista, johon sairauden hoito tutkimuksineen, hoitoineen ja seurantoineen liittyy.

Kuopion yliopistollisen sairaalan naistenosasto toimi opinnäytetyöni toimeksiantajana. Tarkoituksena oli suunnitella Kuopion yliopistollisen sairaalan naistenosaston hoitajille opas gynekologiseen syöpään sairastuneen psyykkisestä tuesta. Tavoitteena on tukea hoitajia psyykkisen tuen antamisessa gynekologiseen syöpään sairastuneelle.

Opinnäytetyöni toteutin tuotteistamisprosessina. Teoriaosuudessa käsitelin gynekologisia syöpiä, psyykkisen tuen antamista, naiseutta, potilasohjaamista, vuorovaikutusta sekä ammatillisuutta hoitotyössä. Tutkimustehtäviä olivat: millaista psyykkistä tukea gynekologiseen syöpään sairastunut tarvitsee ja millainen opas tukee hoitohenkilökuntaa psyykkisen tuen antamisessa gynekologiseen syöpään sairastuneelle?

Opinnäytetyöni tuotoksena syntyi opas hoitajille gynekologiseen syöpään sairastuneen psyykkisen tuen antamisesta. Oppaan sisältö muodostui kirjallisuuden ja tutkimustiedon pohjalta. Opas oli kuukauden koekäytössä johon liittyen toteutin hoitajille suunnatun arviointikyselyn.

Gynekologiseen syöpään sairastuneiden välillä on yksilöllistä vaihtelua tuen tarpeen määrässä, muodossa ja ajankohdassa. Hoitajan valmiudella olla vuorovaikutuksessa psyykkistä tukea tarjoten, on potilaan voimaantumisen ja selviytymisen suuri merkitys. Opas toimii tässä tarkoituksessa muistuttajana ja ohjaajana hoitajan työssä. Hoitajan kokemus ja persoonalliset tekijät vaikuttivat kokemukseen oppaan hyödyllisyydestä psyykkisen tuen antamisessa.

## ABSTRACT

**Author:** Tauriainen Henna

**Title of the Publication:** Psychological Support for Gynaecological Cancer Patients – a guide for nurses

**Degree Title:** Bachelor of Health Care, Nursing

**Keywords:** psychological support, gynaecological cancers, womanhood, crisis, counselling, interaction

The number of women with gynecological cancers is increasing. Nurses have an important role in supporting patients and their close-ones psychologically. They support patients to cope in a life situation that includes treatment, examinations and follow-ups.

The commissioner of this thesis was the Gynaecological Department at Kuopio University Hospital. The purpose of this thesis was to create a guide on psychological support for gynaecological cancer patients in the Gynaecological Department at Kuopio University Hospital. The objective was to support to nurses in giving psychological support to gynaecological cancer patients.

This thesis was conducted as a productisation process. The theoretical part contains information about gynaecological cancers, giving psychological support, womanhood, counselling, interaction and professionalism in nursing. The research tasks were the following: what kind of psychological support gynaecologicals cancer patients needed and what kind of guide could give nurses the best support and help them support gynaecological patients psychologically.

The results of this thesis is a guide for nurses on psychological support for gynaecological cancer patients. The contents of the guide is based on literature and research-based information. The guide was tested for one month and evaluated by nurses.

There is a great individual variation in how much and kind of support gynaecological cancer patients need and when they need the support. It is very important for patients' empowerment and coping that nurses have the skills to interact and support them psychologically. The guide directs nurses in their work. Nurses' experiences and personality traits had an impact on the perceived usefulness of the guide.

## Sisällys

1 JOHDANTO.....	1
2 GYNEKOLOGISET SYÖVÄT .....	3
2.1 Kohdun runko-osan syöpä .....	3
2.2 Munasarjasyöpä .....	4
2.3 Kohdunkaulan syöpä.....	5
2.4 Ulkosynnytinsyöpä ja emätinsyöpä .....	5
2.5 Muut gynekologiset kasvaimet .....	6
3 PSYKKINEN TUKI KRIISEISSÄ .....	8
3.1 Traumaattisen kriisin käsittelyvaiheet.....	9
3.2 Sairaudesta aiheutuva kriisi .....	12
3.3 Naiseuden näkökulma .....	16
3.4 Ammatillisuus, vuorovaikutus ja potilasohjaus hoitotyössä .....	17
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	21
5 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ - OPAS HOITAJILLE .....	22
5.1 Oppaan kehittämistarve ja ideavaihe .....	23
5.2 Oppaan suunnittelu- ja kehittämisyksikkö.....	24
5.3 Oppaan viimeistely ja valmis tuote .....	27
6 POHDINTA.....	29
6.1 Luotettavuus.....	30
6.2 Eettisyys .....	32
6.3 Ammatillinen kehittyminen.....	33
6.4 Tulokset ja johtopäätökset.....	35
LÄHTEET .....	38
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Naisilla todetaan Suomessa vuosittain noin 13 000 uutta syöpätapausta, joista gynekologisia syöpiä on noin 1 500. Gynekologisia syöpiä ovat esimerkiksi kohdunkaulan ja kohdunrungon syövät, munasarjasyöpä, ulkosynnyttimien syövät sekä istukkasyöpä. (Pelo 2016.)

Syöpäpotilaita hoidettaessa hoitohenkilökunnan tehtävänä on fyysisen hoidon ja oireiden lievityksen lisäksi tukea potilasta ja hänen läheisiään psyykkisesti. On hallittava keinoja, joiden avulla hoitajat voivat tukea ja auttaa potilastaan emotionaalisen tasapainon löytämiseen silloin kun tunteet järkyttävät. Tunnetilojen huomioiminen on tärkeää, sillä ne vaikuttavat sairastumisen todennäköisyyteen, toipumismahdollisuuksiin sekä potilaiden jäljellä olevaan elinaikaan ja elämän laatuun. (Kuuppelomäki 2000, 129-157.)

Psyykkisen tuen antaminen on potilaan ja hänen perheensä elämäntilanteessa selviytymisen tukemista, johon syöpäsairaus tutkimuksineen, hoitoineen ja seurantoineen liittyy. Tutkimusten mukaan noin kolmasosa syöpään sairastuneista ja heidän lähiomaisistaan kärsii psyykkisistä oireista, jotka hankaloittavat somaattisten hoitojen toteuttamista ja voivat olla esteenä sosiaaliselle kuntoutumiselle hoitojen jälkeen. (Alberg & Idman 2010, 787.)

Toimeksiantajani on Kuopion yliopistollisen sairaalan naistentautien osasto 2304. Sekä poliklinikalla että osastolla hoidetaan gynekologiset syövät, sen esiasteet ja seuranta, vuoto- ja hormonihäiriöt, virtsankarkailuhäiriöt, gynekologiset laskeumat, raskauden keskeytykset, keskenmenot sekä lapsettomuus. Osastolla olevat potilaat saavat solunsalpaaja- ja sädehoitoa leikkaushoidon lisäksi. (Naistentaudit 2013.)

Naistenosaston hoitajat ovat kokeneet, että he tarvitsisivat jotakin konkreettista esimerkiksi kirjallisen oppaan työnsä tueksi ja psyykkisen avun antamiseksi syöpään sairastuneelle. Opas sisältää tietoa psyykkisen tuen merkityksestä, keinoista ja antamisesta fyysisten hoitojen yhteydessä. Hoitajaksot esimerkiksi munasarjasyöpään sairastuneilla voivat kestää kuukausia. Hoitajat ovat nähneet

tärkeäksi kyetä auttamaan kokonaisvaltaisemmin potilasta sekä huomioimaan psyykkisen avun ja tuen tarpeet.

Saan lisätietoa asiakkaan voimavarojen tukemisesta, gynekologisista syöivistä ja hoitomuodoista sekä psyykkiseen avun tarpeeseen vastaamisesta. Saan ratkaista opinnäytetyössä eteen tulevia haasteita, jotka osaltaan kehittävät ongelmanratkaisutaitojani. Kriittistä arviointia tarvitaan sekä oman työn arvioinnissa että opinnäytetyön teoretiedon kokoamisessa. Opinnäytetyöni tukee minun asiakkuusosaamistani auttamalla ymmärtämään hoitotyössä merkityksellistä käsitystä ihmisen kokonaisuudesta. Palautteen antaminen ja sen saaminen opinnäytetyössäni auttavat kehittämään vuorovaikutustaitojani sekä itseni ammatillista kehittämistä. Tarvitsen sekä opinnäytetyön tekemisessä että työelämässä asiantuntijuutta ja taitoa perustella valintojani, joita opinnäytetyön tekeminen osaltaan tukee. Sairaanhoidajan kliininen hoitotyö ja potilaan kokonaisuhoiton hallinta perustuu teoreettiseen tietoon. Oppaan kokoamisessa opin lisää uusimman teoretiedon tärkeydestä ja sen miten sitä hyödynnetään.

Olin yhteydessä sähköpostien välityksellä naistenosaston henkilökuntaan, jolloin heillä oli mahdollisuus kertoa mielipiteensä sekä muutosehdotuksensa. Maaliskuussa 2016 apulaisosastonhoitaja oli tyytyväinen suunnitelmaan eikä tässä vaiheessa nähnyt muutosehdotuksia tarpeellisiksi. Suunnitelman hyväksymisen jälkeen marraskuussa 2016 sain työlleni toimeksiantosopimuksen sekä tutkimusluvan.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat: " Millaista psyykkistä tukea gynekologiseen syöpään sairastunut tarvitsee?" ja "Millainen opas tukee hoitohenkilökuntaa psyykkisen tuen antamisessa gynekologiseen syöpään sairastuneelle?"

## 2 GYNEKOLOGISET SYÖVÄT

Kohdun runko-osan syöpä ja munasarjasyöpä ovat lisääntyneet ja ovat nykyisin gynekologisista syövästä yleisimmät. Genitaalisyöpien lukumäärät ovat myös lisääntyneet. (Salmi & Leminen 2010, 451-483.) Genitaalisyöviksi luetaan syövät, jotka esiintyvät häpyhuulten, klitoriksen tai välilihan ihon alueella. (Ihme & Rainto 2014, 224.)

Gynekologisia syöpiä ovat ulkosynnyttimien syöpä, emättimen syöpä, kohdunkaulan syöpä, kohdunrunгон syöpä, kohtusyövän harvinainen muoto eli sarkooma, munanjohtiminen syöpä, munasarjasyöpä, munasarjan karsinoomat, munasarjan sukupienakasvaimet ja munasarjan itusolukasvaimet ja trofoblastisairaudet. (Salmi & Leminen 2010, 451-483.) Istukka- eli trofoblastisairauksiin katsotaan kuuluviksi istukkasyöpä, istukkapedin syöpä ja rypäleraskaudet. (Loukovaara & Lehtovirta 2014).

### 2.1 Kohdun runko-osan syöpä

Kohdunrunгон syöpään sairastuu noin 600 naista vuosittain. Ikä, ylipaino, diabetes, verenpainetauti, myöhäinen menopaussi, rintasyöpä, synnyttämättömyys sekä perimä ovat riskitekijöitä. Ensioireina yli 90%:lla sairastuneista on vaginaalinen verenvuoto. Myös pitkittyneet, epäsäännölliset ja runsastuneet vuodot emättimestä voivat olla oireita syövästä. Vain noin 50% kohdun runko-osan syövästä löydetään Papa-kokeella. (Ihme & Rainto 2014, 222.)

Hoidon tärkein osuus muodostuu leikkauksesta, jossa kohtu, sivuelimet sekä mahdollisuuksien mukaan lantion imusolmukkeet poistetaan. Leikkauksen jälkeistä lantion ulkoista sädehoitoa saavat potilaat, joiden kasvainten erilaistumisaste on huono. Tai kun on kyse aggressiivisesta histologiasta, kasvain on levinnyt ympäröiviin kudoksiin kuten yli kohtulihaksen puolivälin tai kun kasvaimet ovat levinneet kohdunkaulakanavaan. (Salmi & Leminen 2010, 451-483.) Pidemmälle levinneiden syöpien hoitoon käytetään

solunsalpaajahoitoa, tai sädehoitoa etäpesäkkeiden ehkäisemiseksi. (Ihme & Rainto 2014, 222).

Syöpä uusiutuu 75% sairastuneista kolmen vuoden kuluessa primaarihoidosta. Seuranta tulisi olla viiden vuoden ajan hoitojen päättymisen jälkeen. (Salmi & Leminen 2010, 451-483.) Ennusteen kertoman mukaan viiden vuoden elossaololuku on noin 71% levinneisyyden mukaan laskettaessa. (Ihme & Rainto 2014, 222).

## 2.2 Munasarjasyöpä

Gynekologisista syöivistä munasarjasyöpä on toiseksi yleisin, johon sairastuu vuosittain 500-600 naista. Eniten sairastuvat 50-60-vuotiaat. Pahanlaatuisia munasarjasyöpiä todetaan eniten naisilla, joiden kuukautiset ovat jo päättyneet. Munasarjasyövän oireet ilmaantuvat myöhäisessä vaiheessa. Usein syöpä on ehtinyt levitä jo muualle vatsaonteloon, koska ilman oireita nainen ei ole hakeutunut hoitoon. Oireita voivat olla vuoto, lämpöily, vatsa- ja selkäkipu, ummetus, ulostamisen pakko, täyttymisen tunne, virtsaamisvaivat, tihentynyt virtsaamisen tarve, pahoinvointi sekä alaraajojen turvotus. (Ihme & Rainto 2014, 222.) Ensimmäinen ja yleinen oire on vatsan turpoaminen. Hengenahdistus, yskä tai rintakipu voivat olla myös ensimmäisiä oireita. Elimissä, joihin syöpä on jo levinnyt, voi esiintyä kipua. Tämä on usein jo myöhäinen oire. (Salmi & Leminen 2010, 451-483.)

Diagnoosi munasarjasyövästä tehdään esitietojen, kliinisen tutkimuksen, kuvantamistutkimusten ja kasvainmerkkiaineiden määrittämiseen perustuen. (Salmi & Leminen 2010, 451-483). Hoitomuotoja ovat myös leikkaukset sekä solunsalpaajahoidot. (Ihme & Rainto 2014, 223). Jatkohoidon suunnittelu on yksilöllistä ja tehdään levinneisyyden perusteella. Viiden vuoden kuluttua elossaololuku on 42%. Riskitekijöitä ovat synnyttämättömyys, myöhäinen ensisynnytysikä, lihavuus ja korkea elintaso. Lähisukulaisen rinta- tai kohtusyöpä lisäävät riskiä. (Salmi & Leminen 2010, 451-483.)



### 2.3 Kohdunkaulan syöpä

Gynekologisista syöivistä noin 10 % on kohdunkaulansyöpiä ja siihen sairastuu vuosittain 170 naista. Riskitekijöitä ovat HPV-virus eli papilloomavirus sekä varhainen yhdyntöjen aloittamis-ikä, tilapäiset sukupuoliyhteiset suhteet sekä partnereiden lukumäärä. (Ihme & Rainto 2014, 223-224.) Yleisimpiä taudin oireita ovat ylimääräiset vuodot, toistuvat epäsäännölliset vuodot ja yhdynnän jälkeinen verenvuoto. (Salmi & Leminen 2010, 451-483).

Papa- tutkimuksella on merkityksensä gynekologisen syövän, sen esiasteiden varhaisen toteamisen, tulehdusten sekä hormonihäiriöiden diagnostiikassa. Papa-näytteen lisäksi kohdun suun tähytys sekä kliininen tutkimus ovat tärkeitä kohdunkaulan syöpää epäiltäessä. (Salmi & Leminen 2010, 451-483.) Kohdun suun tähytyksessä otetaan näytteitä kohdunsuulta diagnoosin varmistamiseksi. Hoitona esiasteissa ovat kohdunkaulan amputaatio tai kohdun kaulankanavan suun höyläys. Hoito suunnitellaan syövän levinneisyyden perusteella. (Ihme & Rainto 2014, 224.)

Leikkaushoitoa pyritään käyttämään kaikissa tapauksissa. Radikaalileikkauksessa poistetaan kohtu, sen sivuelimet, kohdun ja emättimen vieruskudos sekä lantion alueen imusolmukkeet. Säte- ja solunsalpaajahoitoa käytetään harkinnan mukaan liittäen hoitona tai löydettyä etäpesäkkeitä. (Salmi & Leminen 2010, 451-483.)

Kohdunkaulan syövän viisivuotisennuste on 60%. (Ihme & Rainto 2014, 224.) Taudin ennustetta ovat parantaneet 1990-luvun puolivälissä aloitetut kemosädehoidot pelkän lantion sädehoidon sijaan. Seurannan pituus on kolmesta viiteen vuotta. (Salmi & Leminen 2010, 451-483.)

### 2.4 Ulkosynnytinsyöpä ja emätinsyöpä

Ulkosynnyttimien alueella esiintyvä syöpä on harvinainen ja sitä on noin 5 % kaikista gynekologisista syöivistä. Yleensä syöpä sijaitsee isoissa häpyhuulissa,

mutta myös pienissä häpyhuulissa, klitoriksessa tai välilihan ihon alueella. (Ihme & Rainto 2014, 224.)

Emätinsyöpä on harvinainen ja siihen sairastuu yleensä 50-60 vuotta täyttäneet. Syöpä saa alkunsa emättimessä sijaitsevassa pintasolukossa. HPV-viruksella on osuutensa syövän synnyssä. (Ihme & Rainto 2014, 225-226.)

Leikkauksessa muutoksen laajuuden mukaan ulkosynnyttimistä poistetaan osa tai koko vulva eli ulkosynnyttimien alue. Usein poistetaan myös nivusalueiden imusolmukkeita. (Ihme & Rainto 2014, 225.)

Ennusteeseen vaikuttavia tekijöitä ulkosynnyttimien levyepiteelisyövässä ovat potilaan ikä, kasvaimen koko ja imusolmukematastasointi. Ensimmäisen asteen elossaololuku viidessä vuodessa on 86%, toisessa asteessa 67%, kolmannessa asteessa 40% ja neljännessä asteessa 21%. (Salmi & Leminen 2010, 451-483.)

Genitaalialueen kaikista pahanlaatuisista kasvaimista 1% on primaarista vaginasyöpää, joka on erittäin harvinainen. Kasvain on sen toteamishetkellä jo usein lähettänyt etäpesäkkeitä. HPV-infektioilla on todennäköisesti merkitystä vaginasyövän esiasteiden synnyssä. Yleisin oire on verinen vuoto, infektoituessa myös valkovuoto lisääntyy. Syövän hoidossa käytetään primaarisesti ulkoista ja emättimensisäistä sädehoitoa. Syövän uusiutuessa voidaan harkita operatiivista hoitoa. (Salmi & Leminen 2010, 451-483.)

## 2.5 Muut gynekologiset kasvaimet

Trofoblastisairauksia ovat rypäleraskaus, rypäleraskaus, istukkasyöpä ja istukkapedin kasvain. Keskenmenot lisäävät näiden kasvainten riskiä, samoin edeltävät rypäleraskaudet sekä tupakointi. Oireina ovat verinen vuoto raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana sekä raskausoireiden ja verisen vuodon jatkuminen vielä raskauden päätyttyä. Etäpesäkkeet voivat aiheuttaa oireita jo alkuvaiheessa ja niitä ovat esimerkiksi verenvuoto emättimestä tai suolesta, alavatsakivut ja keuhko-oireet. Lääkeyliherkyyksiensä ja hyvän merkkiaineensa

vuoksi trofoblastisairudet ovat tehokkaimmin parannettavissa olevia pahanlaatuisia gynekologisia kasvaimia. (Salmi & Leminen 2010, 451-483.)

Vuosittain Suomessa todetaan alle kymmenen harvinaista istukkasyöpätapausta. Syöpä kehittyy normaalin raskauden, rypäleraskauden, keskenmenon tai kohdunulkoisen raskauden jälkeen. Oireita voivat olla pitkittynyt verinen vuoto, mutta usein syöpä löydetään etäpesäkkeiden aiheuttamien oirein vuoksi. (Ihme & Rainto 2014, 226.)

Kaikista gynekologista syöivistä noin 1-2% on kohdun kasvaimia ja ne ovat harvinaisia. Kohtusyöivistä sarkoomat ovat pahanlaatuisin ryhmä. Sairastuneista kolmasosalla on verenpainetauti ja he ovat merkittävästi ylipainoisia. Oireina ovat verinen vuoto, lantion alueen kipu, kohdun nopea kasvaminen sekä polypoottisen kudoksen kohdun kaulakanavaan syntyminen. Diagnoosi tehdään kaavintänäytteestä tai kohdun limakalvolta otettavasta näytteestä. Hoitona käytetään kohdun ja sivuelinten poistoa. Leikkauksen jälkeen yleensä annetaan solunsalpaajahoitoa. (Salmi & Leminen 2010, 451-483.)

Harvinainen munanjohtimen primaarinen karsinooma on syöpä, jonka osuus kaikista gynekologisista syöivistä on vain 0,1-1%. Yleisimpiä oireita ovat kohtuverenvuoto, valkovuoto sekä munanjohtimen venymisestä johtuva painontunne sekä kipu lantion seudulla. Taipumus lähettää etäpesäkkeitä on munasarjasyöpää suurempi. Diagnoosi perustuu leikkauksessa tehtäviin löydöksiin sekä histologisiin näytteisiin. (Salmi & Leminen 2010, 451-483.)

### 3 PSYKKINEN TUKI KRIISEISSÄ

Ihmisen elämässä voidaan sanoa olevan reunaehtoja, joita ovat esimerkiksi sairaus, vammautuminen ja kuolema. Tapaa reagoida reunaehtoihin, menetykseen tai menetyksen uhkaan kutsutaan kriisiksi. Menettävä asia voi olla ulkopuolinen, konkreettinen, sisäinen, psyykinen tai hengellinen. Kehitys- ja elämänkriisien lisäksi voidaan joutua kasvokkain myös traumaattisten kriisien kanssa. Kriisiin liittyvien tunteiden ja niiden käsittelemisen merkitys tulee olla ymmärrettynä aina hoitotyötä tehdessä. Myös käsittelemättömien kriisien heijastuminen ihmisen käyttäytymiseen tulee huomioida. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 191-192, 195.)

Suomen Mielenterveysseuran työssä mielenterveys nähdään laajana käsitteenä. Siihen liittyviä tekijöitä ovat yksilölliset tekijät ja kokemukset, sosiaalinen tuki ja vuorovaikutussuhteet, yhteiskunnan rakenteet ja resurssit sekä kulttuurissa vallitsevat arvot. Keskiössä ovat yksilön voimavarat. Erilaiset kriisit omassa tai lähiympäristön elämässä kuluttavat voimavaroja. Tätä vajetta voidaan täyttää erilaisen sosiaalisen ja psykososiaalisen tuen avulla. Ihminen mielellään sulkisi pois elämästään ahdistuksen, kärsimyksen ja kuoleman. Asiat olisi hyvä oppia käsittelemään, sillä niiden käsittelemättä jättäminen voi syrjäyttää ja sairastuttaa ihmisen. (Ruishalme & Saaristo 2007, 7, 85.)

Kriisi on tilanne, jossa opitut keinot ratkaisujen tekemiseksi eivät toimi. Elämään sisältyy muutoksia, mutta kriisin aikaansaava muutos on usein äkillinen. Kriisi voidaan luokitella kehityskriisiksi tai traumaattiseksi kriisiksi. Kehityskriisin tausta on ihmisen omasta kasvusta johtuvaa, mikä auttaa näkemään asioita eri tavalla kuin aiemmin. Samoin se haastaa uusien ratkaisujen ja perustan etsimiseen. Tilanne voidaan kokea hyvin ahdistavana ja ylivoimaisena. Kriisin voi aiheuttaa lapsen syntymä, muutto pois lapsuuden kodista tai eläkkeelle jääminen. Myös työttömyys, sairaudet tai avioero voivat järkyttää elämän perustaa. (Ruishalme & Saaristo 2007, 26.)

Traumaattinen kriisi syntyy tapahtumasta, johon ei ole voitu varautua etukäteen. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi onnettomuus, vakava sairaus, läheisen

äkillinen kuolema, väkivallan kohteeksi joutuminen tai itsemurha. Tapahtuma aiheuttaa järkytystä, pelkoa, vihaa, syyllisyyttä ja turvattomuutta. Nukkuminen ja keskittyminen vaikeutuvat. Keho voi reagoida esimerkiksi kipuina ja särkyinä. (Ruishalme & Saaristo 2007, 26-27.)

Ihmisellä on luontainen taipumus hakea asioille selitystä. Monet kokevat kriisin rangaistuksena, jolloin syntyy syyllisyyden ja häpeän tunteita. Kriisiä elävän ihmisen syyllisyys vahvistaa arvottomuuden kokemusta ja estää kriisistä selviytymistä. Jos syyllisyydentunteet koetaan niin raskaiksi, ettei niitä pystytä kantamaan, ihminen siirtää kuvitellut syyt toisten niskoille. (Ruishalme & Saaristo 2007, 78-79.)

Kriisin aiheuttanut asia johtuu yksilöstä ja hänen elämäntilanteestaan. Yksilö ei reagoi samalla tavalla stressioirein esimerkiksi työelämässä tapahtuneeseen muutokseen kuin silloin jos yhtä aikaa perheessä tai muissa olosuhteissa tapahtuu muutoksia. Tällöin tapahtuma voi johtaa kriisiin. Kriisissä hallinnan tunne menetetään. Koetaan ettei ole kykyä toimia tilanteessa ja ymmärtää tapahtunutta. Ratkaisuyritysten epäonnistuessa seuraa lannistumista, pelokkuutta, uupumista ja toimintakyky voi äkillisesti heikentyä. Toimintakyvyn heikkeneminen näkyy siten, ettei normaaliin elämään liittyvistä toimista enää selviydytä kuten aiemmin. Vaarana voi olla tilanteeseen impulsiivisesti tai jopa väkivaltaisesti reagoiminen. On aina olemassa riski, että toimintakyky heikkenee pysyvästi. Tällöin ihminen katkeroituu ja jää puolustusasemiin suhteissa muihin ihmisiin. Jos kriisissä saatu apu ja tuki auttaa niin tämän jälkeen voimme käsitellä ongelmia luovasti. Kriisin jälkeen ihminen voin näin olla vahvempi, kypsempi ja entistäkin toimintakykyisempi. (Ruishalme & Saaristo 2007, 27-28.)

### 3.1 Traumaattisen kriisin käsittelyvaiheet

Cullbergin (1991) on käyttänyt neljää kriisin käsittelyvaihetta akuuttien traumaattisten kokemusten käsittelemisestä. Tämän avulla saadaan kuva psyykkisestä prosessista, sen eri vaiheista ja prosessin kulusta. Ensimmäinen reaktiovaihe on psyykkinen sokki. Psyykkisessä shokissa mieli suojaa tiedolta ja

kokemukselta, jota se ei pysty vastaanottamaan. Mieli tavallaan ottaa aikalisän. Sokkitila voi synnyttää ”flashbackejä”, jotka ovat voimakkaita aistihavaintoja, joita esiintyy traumaattisen tilanteen jälkeen. Yleisimpiä ovat näköhavainnot, mutta myös kuulo-, haju-, maku- ja kosketushavaintoja esiintyy. Näitä ovat esimerkiksi kuva hukkuvan lapsen ilmeestä, vastaantulevasta autosta tai veren maku suussa elvytystilanteessa. Sokissa olevaan ihmiseen on voimakas vaikutus ihmisillä, joita hän kohtaa ja mitä he sanovat. Nämä kohtaamiset ihmiset muistavat loppuelämänsä. Yleensä sokissa tehdyt havainnot ovat tarkkoja ja totuudenmukaisia, käsitys ajasta muuttuu. Tällöin puhutaan subjektiivisesta ajasta, joka tarkoittaa sitä miten pitkältä aika tuolloin tuntuu. Hengissä säilymistä ja toimintakyvyn säilyttämistä palvelee sokissa olevan ihmisen tunteettomuus. Mitä järkyttävämmästä tilanteesta on kysymys, sitä todennäköisemmin tunteet puuttuvat, samoin kivun tuntemukset. Sokkivaihe kestää yleensä muutamasta tunnista vuorokauteen. Hyvin järkyttävissä tapauksissa sokki voi kestää kauemminkin. Psykkiseen sokkiin voi liittyä psykologinen ilmiö, dissosiaatio. Itselle tapahtuvaa asiaa ikään kuin tarkastelee itsensä ulkopuolelta. (Saari 2003, 41-49, 51.)

Reaktiovaiheessa on nähtävissä ristiriita ulkoisen käyttäytymisen ja toimintakyvyn sekä pohjalla tai taustalla olevan psyykkisen kaaoksen välillä. Reaktiovaiheeseen siirtymisen edellytyksenä on, että vaaran ja uhan koetaan olevan ohi. Ihmisen täytyy kokea olevansa turvassa. Tässä vaiheessa tapahtuneesta tullaan tietoiseksi ja sen merkityksestä omalle elämälle. Tämän tietoisuuden myötä tulevat tunteet. Tyypillisiä ovat suru, epätoivo, tyhjyyden tunne, ahdistus, itsesyytökset ja syyllisyydentunnot. Syyttämisen ja syyllisten etsiminen suojaavat kaikelta omassa itsessä tapahtuvalta käsittelyltä. Tämä on eräänlainen suojamekanismi, joka suojaaa ihmistä hänen omilta vaikeilta tunteiltaan. Reaktiovaiheelle on ominaisia myös somaattiset reaktiot. Fyysinen reaktio alkaa usein vapinalla, joka alussa on selvästi ulkoista ja saattaa jatkua myöhemmin sisäisenä vapinana. Tunne on jatkuvaa, vaikka se ei näy ulkoisesti. Muita yleisiä somaattisia vaivoja ovat pahoinvointi, kuvotus, sydänvaivat (painon tunne rinnassa, rytmihäiriöt, nopeutunut pulssi) sekä lihassäryt, jotka aiheutuvat lihasten jännityksestä, huimaus ja väsymys. Suurimmalla osalla on

univaikeuksia. Reaktiovaiheen kesto on yleensä kahdesta neljään päivään. Siinä koettuja tunteita on usein vaikea kestää. (Saari 2003, 52-53, 55-56, 59.)

Reaktiovaiheen jälkeen tulee työstämis- ja käsittelyvaihe. Yleensä sokki- ja reaktiovaiheessa halutaan tapahtuneesta puhua, työstämis- ja käsittelyvaiheessa ei enää ole halua puhumiseen. Usein sanotaan, etteivät he jaksa enää puhua. Kokemuksen käsittely jatkuu kääntyen sisäänpäin ja käsittelyprosessi hidastuu. Menetykset ja siihen liittyvät tapahtumat ovat mielessä aluksi jatkuvasti, kunnes jossakin vaiheessa mielen täyttävät hetkeksi muut asiat. Seuraamalla näiden hetkien määrää voi seurata oman suruprosessinsa etenemistä. Tämän vaiheen tärkein tavoite on käsitellä pelkoja ja työstää traumoja. Työstämis- ja käsittelyvaiheessa on tyypillistä että ihmisellä on muisti- ja keskittymisvaikeuksia. Erilaiset raivokohtaukset ja ärtyvyys voivat kestää useita viikkoja. Ominaista on halu olla yksin. Monet tehostavat työstämistä musiikin kuuntelulla, lukemalla tai kirjoittamalla runoja. Ihmisen halu olla yksin ja sitoutumatta mihinkään voi olla myös lyhyt tie masennukseen. Tässä vaiheessa vielä päivittäisistä työpäivän tehtävistä voi tulla jopa ylivoimaisia. Mahdollisimman nopea työhön palaaminen on kuitenkin suositeltavaa vaikka työaikaa vähentämällä. (Saari 2003, 60-61, 63-65.)

Seuraavaksi on uudelleen orientoitumisen vaihe. Traumaattiset tapahtumat aiheuttavat elämään paljon muutoksia. Luopuminen on vaikeaa ja usein ihmisillä on tarvetta jäädä kiinni suruun eikä elämän jatkamiseen ole haluakaan. Vähitellen kiinnostus oman elämän jatkamiseen kuitenkin lisääntyy. Orientoitumisen vaihe alkaa tuntua ajankohtaiselta vasta työstämis- ja käsittelyvaiheen lopulla. (Saari 2003, 67.)

Edellä kuvattujen vaiheiden läpi käyminen on yksilöllistä. Kaikilla ei ole kaikkia reaktioita tai osa vaiheista voi jäädä pois kokonaan. Prosessi on kuitenkin niin säännönmukainen, että ne voidaan tunnistaa. Haluttu lopputulos on sellainen jossa kokemuksesta tulee tietoinen ja levollinen osa omaa itseä. (Saari 2003, 68.)

### 3.2 Sairaudesta aiheutuva kriisi

Sairastuminen on aina koko perheen kriisi. Siihen liittyy tiedontarve ja epävarmuus. Eri vaiheiden aikana sairaanhoitajan tehtävänä on kuunnella perheen huolia, tukea voimavaroja ja olla toivon tuojana. Tiedon välittäjänä tulee olla hienovarainen. Perhe otetaan auttamisorientaatiossa hoitoon mukaan. Jos perhettä ei ole, tulee ottaa selville muu sosiaalinen verkosto ja löytää sairastuneelle tärkeitä ihmisiä. (Kiiltomäki & Muma 2007, 60-61.)

Sairastumisesta voidaan täysin toipua, tai se voi jäädä rajoittamaan ja muuttamaan elämää pysyvästi. Rajoitusten hyväksymisen jälkeen ihminen voi ymmärtää että elämän muuttaminen on välttämätöntä. Näihin muutoksiin liittyvät tietoisten valintojen tekeminen työssä, vapaa-ajalla ja sosiaalisessa elämässä. Muutoksiin voi liittyä apuvälineiden käytön opettelu, työmäärän vähentäminen, yhteydenpidon vähentäminen vain läheisimpiin ihmisiin ja käytännön avun järjestäminen. Muutosten tekeminen vaatii tietoista päätöksentekoa ja luovuutta. Muutosprosessi kysyy voimavaroja ja hoitohenkilökunta voi siinä auttaa antamalla hyvää hoitoa. Hyvään hoitoon katsotaan kuuluvaksi psykososiaalisten voimavarojen tukeminen vastaamalla potilaan emotionaalisiin, tiedollisiin ja kognitiivisiin tarpeisiin. (Kiiltomäki & Muma 2007, 58-59.)

Sairastuneen voimaantumista voidaan tukea, joka edesauttaa ihmisen itseluottamuksen ja itsearvostuksen lisäämistä. Tätä kautta ihmisen on mahdollisuus löytää omat vahvuutensa. Voimavaroja ammattilaiset voivat aktivoida vaikka sosiaalisten tukiverkostojen ja tukiryhmien hyödyntämisen kautta. Sitä kautta saatu vertaistuki on tärkeää. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa tuki jaetaan usein tiedolliseen, emotionaaliseen ja instrumentaaliseen tukeen. Psykologisessa kriisi- ja traumakirjallisuudessa käytetään termiä psykososiaalinen tuki. Tiedollinen tuki sisältää ammattilaisen ohjaamisen oikean tiedon luo, oikeaan aikaan. Potilaan tulee saada esimerkiksi tietoa itse sairaudesta, hoidoista, mahdollisista sairauden aiheuttamista muutoksista, kivun hoidosta, kuntoutuksesta, potilasjärjestöistä, vertaisryhmistä ja auttamistahoista. Myös kuoleman mahdollisuudesta, asioista, jotka tekevät olosta helpomman, jos kyseessä on parantumaton sairaus. Emotionaaliseen tukeen liitetään huolenpito,



rohkaisu ja voimavarojen sekä toivon vahvistaminen. Samoin läsnäolo, koskettaminen, myötäeläminen, lohduttaminen ja sairastuneen toivomusten huomioiminen ovat osa emotionaalista tukea. Hoitotyössä ei tule pelätä toivon esillä pitämistä, sillä se auttaa kohtamaan myös asioita, joita ei voi muuttaa. Toivon luomisen kannalta on tärkeää läheiset ihmissuhteet sekä auttajan välittävä ja hyväksyvä suhtautuminen. (Kiiltomäki & Muma 2007, 62-64.)

Syöpäpotilaiden ja heidän läheistensä tarvitsemaa psyykkistä tukea ei aina tunnisteta. Potilaat voivat ajatella psyykkisten oireiden kuuluvan sairauteen, eikä niitä välttämättä kerrota. He voivat myös vältellä hankalan tai tyhmän leimaa, eivätkä halua rasittaa hoitohenkilökuntaa. Samalla tavalla potilailla on taipumusta suojella läheisiään. Potilas voi myös avautua psyykkisistä ongelmistaan psykologille tai psykiatrille, jolloin potilaan ongelmista voi olla vaikea saada kokonaiskuvaa. Hoitohenkilökunta ei esitä kysymyksiä koskien psyykkistä ja sosiaalista tilannetta, tai he ottavat etäisyyttä potilaan antamiin vihjeisiin, tai eivät selvitä niitä. Hoitohenkilökunta voi myös ajatella potilaiden itsensä kertovan psyykkisistä ja sosiaalisista ongelmista. Taustalla voi olla myös pelkoa hoitaa sosiaalisia ja psyykkisiä seikkoja potilaiden voimakkaiden tunteiden kuten vihan ja epätoivon ilmaisemisen vuoksi. Pelon takana on ollut koulutuksen puutetta, joka mahdollistaisi hoitohenkilökunnan avun annon tunteiden käsittelyssä. On olemassa myös ajatuksia siitä, että heidän tulee keskittyä itse sairauden hoitamiseen, eikä käyttää liikaa aikaa tunteiden käsittelyyn. Henkilökunta voi kokea myös epävarmuutta siitä, millaisissa tilanteissa potilas kuuluu lähettää esimerkiksi psykiatrille tai psykologille. (Faulkener & Maguire 1999, 23.)

Syöpädiagnoosin näyttäessä todennäköiseltä, tulee lääkärin tai sairaanhoitajan miettiä, mitä potilas haluaa saada tietoonsa diagnoosista, tutkimuksista ja hoidoista. Selvityksen tulee tapahtua potilaan psyykkisen sopeutumisen ja neuvojen vastaa ottamisen helpottamiseksi. Haasteellisinta on potilaiden kohdalla, joiden mieleen syöpädiagnoosi ei ole tullut millään tavalla. Potilas, joka on jo ehtinyt ajatella parantuneensa tai elävänsä vielä vuosia kokee syövän uusimisen hyvin raskaaksi. Uusimisesta kerrottaessa samat periaatteet pätevät kuin siitä kerrottaessa ensimmäistä kertaa. Selvittää täytyy mitä potilas jo asiasta

tietää ja mihin hän on valmistautunut. Haasteena on potilaan auttaminen selviytymään epävarmuuden kanssa.(Faulkner & Maguire 1999, 71 ja 77.)

Psyykkisen tuen ensiavulla tarkoitetaan psyykkisen sokin psykososiaalista tukimuotoa. Psyykkisen ensiavun antamisessa tärkeintä on pysyä rauhallisena ja olla läsnä. Oikeanlaisia, lohdutusta tuovia sanoja ei ole olemassakaan. Rauhoittava ja turvallisuutta luova ilmapiiri on tärkeää. Tähän liittyy myös myötäeläminen ja huolenpito. Ammattihenkilön tulee antaa uhrille kaikki tila siten, ettei hän reagoi omilla kokemuksillaan, ei anna neuvoja eikä pyri lohduttamaan, niin että reagointimahdollisuudet rajattaisiin. (Saari 2003, 142-143.)

Psykososiaalinen häiriö kuten sopeutumishäiriö hoidetaan usein lyhytkestoisella kriisiterapialla. Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä, jossa potilas ei kykene selviytymään jokapäiväisestä elämästään ja ei noudata syövän hoito-ohjeita, tulee miettiä lääkehoidon tarvetta. Lisäksi käytännölliset neuvot ja ahdistusta hallitsevat harjoitukset auttavat. Harjoituksissa potilas oppii mielikuvaharjoittelua ja lihasrentoutusta. Oppimisterapia auttaa monia ruumiinkuvaongelmien käsittelyssä. Näissä tilanteissa rentoutuksen oppimisen jälkeen altistetaan potilas asteittain ongelmana olevan ruumiinosan katsomiselle. Irrationaaliset käsitykset ruumiinkuvasta voivat helpottua kognitiivisella terapialla. Syyt seksuaalisiin ongelmiin voivat olla elimellisiä, psyykkisiä tai molempia. Jos syyt ovat enemmän psyykkisiä, voi parhaan avun tuoda pariterapia. (Faulkner & Maguire 1999, 25-27.)

Saadessaan tiedon syövästä potilas joutuu käsittelemään monenlaisia tunteita ja kysymyksiä, kuten sen miksi hän sairastui, voiko hän tehdä jotain paranemisensä edistämiseksi ja miten hän elää ennusteen tuovan epävarmuuden kanssa. Potilaan täytyy päättää kenelle haluaa asioista kertoa ja miten saada emotionaalista ja käytännön tukea. Hänelle voi tulla pelkoa ja häpeää leimatuksi tulemisesta. Muutamia viikkoja syöpädiagnoosin saamisen jälkeen onkin tärkeää että hoitohenkilökunta esittää seuraavanlaisia kysymyksiä kuten miten sairautenne näyttää omasta mielestänne kehittyvän, minkälaisia ajatuksia syöpä herättää, oletteko kyenneet kertomaan sairastumisestanne läheisille, kuinka paljon koette saaneenne apua läheisiltänne, kuinka sairaus on

vaikuttanut teidän kuvaan itsestänne ja miten koette saaneenne tukea hoitohenkilökunnalta? (Faulkner & Maguire 1999, 76-77.)

Potilaalta voidaan kysyä hänen halustaan tietää minkälaisia oireita mahdollinen taudin uusiminen saa aikaan, vaikka nykytilanne olisikin hallinnassa. Oireista voidaan tällöin kertoa. Monelle riittää oireiden puuttuminen, jolloin he kokevat olonsa hyväksi. Seuranta suunniteltaessa kannattaa potilaalta kysyä, minkälainen aikaväli hänelle on hyväksi ja riittääkö käynnit tyydyttämään hänen psyykkiset ja fyysiset tarpeensa. (Faulkner & Maguire 1999, 78.)

Syöpähoitoihin kuten sädehoitoon liittyy sivuvaikutuksia. Sädehoidon ja ahdistuneisuuden välillä on yhteys. Hoidon jälkeinen ahdistuneisuus voi johtua myös potilaan kokemasta pelosta, ettei esimerkiksi leikkauksessa kaikki syöpäsolut tuhoutuneet. Solunsalpaajahoito voi myös lisätä ahdistuneisuutta ja masennusta etenkin jos käytetään samaan aikaan lääkeyhdistelmiä. Ehdollista eli psykogeenista pahoinvointia voi esiintyä, joita seuraa usein masennus ja ahdistuneisuus. Tällöin potilas oksentaa jo ensimmäisen hoitojakson aikana ja seuraavalla jaksolla hän voi jo pahoin äänistä, näkymästä tai hajusta johtuen. Nämä tuovat hoidot mieleen ja sitä kautta saavat aikaan refleksinomaiset samat sivuvaikutukset. Huonoimmassa tapauksessa nämä saavat aikaan pelko reaktion, joka voi johtaa hoidosta luopumiseen. Solunsalpaajahoito vaikuttaa seksuaalisuuteen ja vähentää sukupuolihormonien määrää hedelmällisyyttä heikentävästi. (Faulkner & Maguire 1999, 19.)

On aina potilaita, joiden kohdalla syövänhoito ei enää mahdollistu. Tässäkin tilanteessa tulee selvittää, mitä asioita potilas jo tietää. Asian jo ymmärtäneelle potilaalle tulee vahvistaa tieto, ettei syöpää voida enää parantaa. Tämän jälkeen on aika käydä läpi asioita ja mahdollisia huolia, mitä tämä uusi tilanne aiheuttaa. Osa potilaista on vähemmän tietoisia tilansa vakavuudesta ja voivat kieltää sen. Tätä tulee kunnioittaa. Osa potilaista elää tiedostamisen ja kieltämisen välimaastossa, jolloin on tärkeää taas selvittää mitä he haluavat tietää. Psykkisen vahingon tuottamista vältetään kohtaamalla sairautensa kieltävä potilas antamalla hänelle mahdollisuudet tosiasioiden tiedostamiseen. Ennusteet esimerkiksi odotetusta elinajasta voivat pettää. Tällöin potilas voi kokea vihaa,

jolloin työntekijän on selvitettävä tunteet ja niiden syyt, jonka pohjalta rakentavaa hoitosuhdetta taas luodaan. (Faulkner & Maguire 1999, 78-79, 82.)

Esimerkiksi munasarjasyöpään sairastuminen voi aiheuttaa vaikean psyykkisen kriisin, joka vaikuttaa muutoksena moneen elämän osa-alueeseen. Taudin luonne, kulku, ennuste, potilaan ikä, elämäntilanne ja aiemmat psyykkiset voimavarat vaikuttavat sopeutumiseen. Potilaan tukena voivat olla hoitohenkilökunta, perhe, syöpäjärjestöjen neuvontapalvelut (puhelinpalvelut, vastaanotot), ensitietokurssit, sopeutumisvalmennuskurssit ja kuntoutuspalvelut. (Suositus - Käypä hoito - Munsarjasyöpä 2012.) Syöpäjärjestöt antavat tietoa syövän synnystä, useista tunneituista syöpätaudeista ja hoidoista. Järjestöt tarjoavat monenlaisia palveluja kuten poliklinikan, neuvontaa, tukihenkilöitä, kuntoutusta ja saattohoitokoteja. (Syöpäjärjestöt 2013.)

### 3.3 Naiseuden näkökulma

Naiseus on sisäistä ja samalla yksilöllinen kokemus itsestä ja naisena elämisestä. Naiseus on suurimmaksi osaksi käsitystä siitä kuka ja millainen ihmisenä olen ja miten elämäni elän. Naiseus sisältää koko minuuden, persoonallisuuden piirteitä, fyysisiä ominaisuuksia sekä reagointi- ja toimintatapoja. Naiseus kokemuksineen muuttuu elämäkokemuksen ja kriisien myötä. (Promama 2015.)

Syöpä saa naisessa erilaiset tunnereaktiot heräämään. Osa masentuu, osa ei näytä pelkoaan ja hätäänsä, osa menettää elämänhalunsa ja toisissa se herättää vahvan halun jatkaa elämää. Syöpään sairastuneilla naisilla on etuna se, että heillä on usein perheensä ja lastensa saatavalla oleva tuki. (Eskola & Hytönen 2002, 354.)

Sukupuolielinten syöpä voi tuoda ongelmia parisuhteeseen. Yhdyntä ei ole aina mahdollista pitkään jatkuvien hoitojen aikana. Lisäksi syövän hoitaminen voi vaikuttaa hormonitoimintaan, mikä vaikuttaa mieleen ja sitä kautta vuorovaikutussuhteisiin. Gynekologinen leikkaus intiimialueella voi vaikuttaa sairastuneen kokemukseen naisena olemisesta ja sen miten hän itsensä kokee.

(Eskola & Hytönen 2002, 354, 331.) Gynekologisten leikkausten yhteydessä voidaan joutua kohtu tai munasarjat poistamaan, jonka vuoksi nainen voi joutua kohtaamaan hedelmällisyyden menetyksen. Tämä voi aiheuttaa itsensä hallitsemattomuuden tunteita. (Faulkner & Maguire 1999, 18-19.)

Ristiriitaa aiheuttavat tilanteet, joissa syövän hoitamisen pitää tapahtua nopeasti, jolloin luopumisen käsittelemiselle ei jää tarpeeksi aikaa. Naisen kiinnostuksen ja voimavarojen sallimissa rajoissa tulee käydä avointa keskustelua seksuaalisuudesta ja sukupuolisesta kanssakäymisestä sekä hoitojen aikana että seurantakäyntien yhteydessä. Parisuhteen kumppanuus sekä erilaiset yhdessä olemisen muodot saavat lisämerkityksen sairauden ja toipumisen aikana. (Eskola & Hytönen 2002, 354.)

### 3.4 Ammatillisuus, vuorovaikutus ja potilasohjaus hoitotyössä

Ihmiset kokevat sairastumisen hyvin yksilöllisesti, eivätkä kaikki koe sairastumista kriisinä. Osa heistä näkee tilanteen psyykkiselle, fyysiselle ja sosiaaliselle hyvinvoinnilleen uhkana. Ammatillisesti annetulla avun interventiolla tulee olla oikea aika ja sopiva avun luonne. Pelkoa ja kielteisiä asenteita kyetään muuttamaan jakamalla tietoa sairauksista, hoidoista ja selviytymisestä. (Kiiltomäki & Muma 2007, 57-58.)

Kuntoutuksen tavoitteena on työ- ja toimintakyvyn palauttaminen tai parantuminen. Sairastuneelle tarjotaan tietoa, psykososiaalista apua, vertaistukea sekä tuetaan yksilön psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia voimavaroja. Näin voidaan vaikuttaa myös terveellisten elämäntapojen omaksumiseen, arjessa ja työelämässä selviytymiseen sekä osallistumismahdollisuuksien lisääntymiseen. Sairauden ja hoitojen luonne sekä niistä aiheutuvat psyykkiset sekä fyysiset ongelmat, sairastuneen persoonallisuus, henkilökohtaiset valmiudet kriisistä selviytymiseen, oma ja läheisten elämäntilanne sekä työelämään liittyvät asiat vaikuttavat tuen tarpeeseen. Vain osa sairaanhoitopiireistä järjestää kuntoutustoimintaa ja harvat syöpäpotilaat saavat kuntoutumiseensa tukea tai sopeutumisvalmennusta. Ainakin osittain syynä

tähän voi olla ettei potilaat tiedä kuntoutumisen tuen mahdollisuuksista. (Syövän hoito-Kansantaudit-THL 2016.)

Ammatti-identiteetin ja hoitotyön asiantuntijuuden kehittäminen sekä kollegiaalisuus ovat ammatillisuutta. Hoitajan tulee olla tietoinen naisen kehityskaareen kuuluvista ilmiöistä kuten seksuaalisuudesta, lisääntymisestä, normaaleista fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista tekijöistä sekä muutoksista, jotka niihin liittyvät. (Ihme & Rainto 2008, 19.)

Sairaanhoitaja kohtaa työssään ihmisiä, joiden elämän sairastuminen muuttaa. Hoitaja toimii tällöin oman intuitionsa, persoonallisen kokemustietonsa, hoitoyhteisöstä nousevien kulttuuristen käytänteiden ja teoriatietonsa varassa. Herkkyys potilaan tilanteen aistimiseksi on tärkeää. (Kiiltomäki & Muma 2007, 57.) Sairaanhoitajan tulee olla tietoinen työskentelytavastaan. Omat kriisit ja asenteet eivät saa vaikuttaa itse auttamistyöhön. Jos sairaanhoitaja kokee oman kriisinsä tulevan liian lähelle autettavan kriisiä, on syytä etsiä auttajaksi toinen työntekijä. (Kiiltomäki & Muma 2007, 46.)

Hoitaja joutuu syöpäpotilasta hoitaessaan kohtaamaan jatkuvasti sairastuneen pelkoja ja epätoivoa. Jatkuva kasvu ja kehittyminen sekä ihmisenä että ammattilaisena on kohtaamisen ja myötäelämisen edellytyksiä. (Eskola & Hytönen 2002, 357.)

Hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen taustalla on humanistinen ihmiskäsitys, jolloin yhteistyöhön osallistuvat nähdään ainutlaatuisina ihmisinä ja subjekteina. Ihmisen vapautta ja itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Yhteinen kieli on tärkeää sekä hoitajan ymmärtämys monikulttuurisuutta kohtaan. (Kassara ym. 2004, 49.)

Vuorovaikutus sisältää toimintaa ja vaikuttamista, joka kohdistetaan toisen käyttäytymiseen, ajatuksiin, asenteisiin tai tunteisiin. Viestintä tapahtuu puhuen, kuunnellen ja katsellen. (Silvennoinen 2004, 15.) Avoimessa ja tasavertaisessa vuorovaikutuksessa ovat läsnä tunne yhteisyydestä, kunnioittamisesta, rohkaisusta ja tuesta. Hoitajan ja potilaan kohtaaminen on kulttuurisidonnainen ja eettinen tapahtuma. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2004, 49.)

Tärkeää olisi oppia tavoitteellinen vuorovaikutus, jossa hoitotyöntekijä näkee, kuulee ja havaitsee sanallista ja ei-sanallista viestintää, joita ovat liikkeet, eleet, äänensävy, reviiiri, hiljaisuus ja esimerkiksi kosketus. Tällöin hoitaja näkee näkyvän käyttäytymisen takana olevan tarpeen, viestin tai tunteen. Terapeuttisessa viestinnässä hoitaja lievittää potilaan pahaa oloa ja hätää. Samalla potilas itse voi selkeyttää tilannettaan ja mahdollistaa miellyttävien kokemusten syntymistä. (Mäkisalo & Ropponen 2011, 168.)

Auttavassa vuorovaikutuksessa on tärkeää rakentava tietämättömyys. Tällöin voidaan esittää tyhmäksikin koettuja kysymyksiä, joiden avulla potilas näkee itsestäänselvyytenä pitamiään asioita uudessa valossa. Hoitaja voi perehtyä potilaan tietoihin etukäteen, mutta se ei saa vaikuttaa ennakoasenteiden syntymiseen. (Mäkisalo & Ropponen 2011, 168-169.)

Syöpäpotilas on usein lukuisten hoitajaksojen ja jälkiseurannan vuoksi sairaalan pitkäaikainen asiakas. Sairaus voi myös uusia. (Eskola & Hytönen 2002, 354.) Pitkäaikaiselle potilaan ja hoitajan väliselle vuorovaikutussuhteelle luo parhaan edellytykset yksilövastuinen hoitotyö ja luottamusta herättävä hoitosuhde. Hoitajan ammattitaito kohdata ja hoitaa gynekologista syöpäpotilasta vaatii erityisiä tietoja ja taitoja, joihin työssä saatu kokemus tuo tärkeän osansa teoretiedon lisäksi. (Eskola & Hytönen 2002, 354-355, 357.)

Sairaanhoitajan on hyvä varmistaa, että potilaalla on tietoa saatavilla olevasta avusta. Tietoisuus siitä, että apua saa sitä tarvitessa, auttaa jaksamaan. Vaikeitakaan aihealueita ei tule ohittaa. Arkipäiväisten asioiden läpi käymisen lisäksi usein myös eksistentiaaliset ja hengelliset pohdinnat voivat olla tärkeitä ja potilaalle jopa ensisijaisia. (Kiiltomäki & Muma 2007, 63.)

Tärkeää on luoda turvallinen ympäristö ja auttamisilmapiiri. Ihmisen itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa, samoin kulttuuriin kuuluvia arvoja ja tapoja tulee huomioida. Hienotunteisuus ja rohkeus kysyä asioita kulkevat käsi kädessä. Oma persoona on auttamisen työkaluna ja persoonallinen suhtautuminen näkyy aitona kanssakäymisenä. Sairaanhoitajan on pyrittävä vahvistamaan uhrin omia voimavaroja, tuettava ja pystyttävä tekemään päätöksiä. Tehtävänä on myös ohjata avun tarvitsijaa löytämään omat

selviytymiskeinonsa. Sairaanhoidajalla tulee olla kyky kohdata kuolemaa ja olla lähellä surevia. (Kiiltomäki & Muma 2007, 29, 46-51.)

Sairaanhoitaja on usein konkreettisimman tuen ja avun antaja, jonka tehtävänä on arvioida yksilön, perheen tai ryhmän tilanne sekä ohjata tästä eteenpäin eri palvelujen tarjoajien luo. Sairaanhoidajan tulee tietää, mihin ja millaiseen jatkohoitoon tai terapiaan hän voi ohjata kriisin kohdanneen ihmisen. (Kiiltomäki & Muma 2007, 40, 109.)

Hoitohenkilökunnan on hyvä tiedostaa potilaan mahdollinen lähestyvä kuolema, joka toimii lähtökohtana psyykkisen tilan arvioinnissa. Muistelu ja surutyö voivat auttaa potilasta suhtautumaan hyväksyvämmiin ja rauhallisempiin elettyyn elämään ja lähestyvään kuolemaan. Mahdollisten uhkakuvien ja luopumisen käsittely on tärkeää, ettei potilas ajaudu paniikkiin tai vaivu masennukseen. Hyvä hoiva, keskustelut ja toisinaan myös lääkkeet voivat auttaa lähestyvän kuoleman herättämien pelkojen ja ahdistuksen käsittelemisessä. Suruun on oikeus, mutta sen erottaminen masennuksesta voi olla vaikeaa. (Suositus - Käypä hoito- Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Jos potilas haluaa luopua hoidoistaan, on työntekijän arvioitava tilanne ja selvittää potilaan tietoisuus tekemänsä valinnan seurauksista. (Faulkner & Maguire 1999, 110).



#### 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyöni tarkoituksena on tuottaa opas hoitajille syöpään sairastuneen psyykkisestä tukemisesta. Opinnäytetyössä tavoitteena on tukea hoitajia psyykkisen tuen antamisessa oppaan avulla.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät:

1. Millaista psyykkistä tukea gynekologiseen syöpään sairastunut tarvitsee?
2. Millainen opas tukee hoitohenkilökuntaa psyykkisen tuen antamisessa gynekologiseen syöpään sairastuneelle?

## 5 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ - OPAS HOITAJILLE

Idea toiminnallisessa opinnäytetyössä perustuu reflektioon eli itseymmärrykseen, jossa yhdistyvät akateemisen tutkimuksen piirteet, ammattiteorian sekä ammattikäytännön kriteereihin. Kehittämishanke voi olla uusia ratkaisuja etsivää toimintaa, muutosta testaavaa eli erilaisia ratkaisumalleja kokeilevaa tutkivaa toimintaa tai hypoteesia testaavaa eli ennakolta oletetun ratkaisun toimivuutta kokeilevaa toimintaa tai kokeilevan toiminnan tuloksia käytäntöön suuntaavaa arviointia. (Anttila 2008, 5.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on ammatillisesta näkökulmasta esimerkiksi käytännön toiminnan ohjeistaminen tai opastaminen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen tutkimusviestinnän avulla tapahtuva raportointi. On suositeltavaa löytää toiminnalliseen opinnäytetyöhön toimeksiantaja. Työelämästä saatu opinnäytetyön aihe tukee ammatillista kasvua ja sen avulla työntekijä pääsee peilaamaan tietoja ja taitoja työelämän tarpeisiin. Työ voi myös antaa suuntaa ammatilliseen kasvuun, urasuunnitelmiin ja työllistymiseen. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9,16-17.)

Toiminnallisiin opinnäytetöihin kuuluvat tutkimuksellinen selvitys ideasta tai tuotteen toteutustavasta. Toteutustavalla tarkoitetaan keinoja, joilla esimerkiksi oppaan sisältö on haettu. Tapa, jolla opinnäytetyö lopulta toteutetaan, on kompromissi omien resurssien, toimeksiantajan toiveiden, kohderyhmän tarpeiden ja oppilaitoksen ohjeistusten välillä. Toiminnallisiin opinnäytetöihin kuuluu raportti ja produkti eli tuotos, joka yleensä on kirjallinen. Uutena tietona pidetään myös tuotteen persoonallista muotoa, vaikka itse tieto olisikin jo olemassa. Tämä voi avartaa ammattilaisen näkemyksiä erilaisista mahdollisuuksista, jotka auttavat kyseisten asioiden toteuttamisessa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 56-57, 65, 69.)

## 5.1 Oppaan kehittämistarve ja ideavaihe

Nykykäsityksen mukaan tuote voi olla tavara, palvelu tai näiden yhdistelmä. Sosiaali- ja terveysalan tuotteessa nähdään tärkeänä sen terveyden, hyvinvoinnin ja elämänhallinnan edistäminen. Tuotteistamisprosessin läpikäymisen edellytyksenä on, että asiakasnäkökulma selvitetään, jolloin tuotteesta tulee asiakkaan tarpeita vastaava. Ongelmien ja kehittämistarpeiden määrittely nähdään tuotteistamisprosessin ensimmäisenä vaiheena. (Jämsä & Manninen 2000, 13-14, 20-29.)

Keväällä 2015 tuli ajankohtaiseksi pohtia mistä saan sopivan aiheen opinnäytetyöhön. Kävin Kuopion yliopistollisen sairaalan nettisivuilla katsomassa mitä aiheita siellä olisi. Löysin itseäni kiinnostavan aihealueen eli naistentaudit. Olin yhteydessä naistenosaston osastonhoitajaan, jonka kanssa sovimme tapaamisen. Kävimme läpi muutamia aiheita, joista työkseni valikoitui tuotteistettu opinnäytetyö gynekologiseen syöpään sairastuneen psyykkisestä tuesta. Aiheen tarkempi sisältö varmistui apulaisosastonhoitajan kanssa käytyjen sähköpostien avulla. Ideavaiheessa tein aiheanalyysin, jonka naistenosaston hoitajat kävivät läpi tehden samalla muutaman korjausehdotuksen sisältöön. Heidän hyväksyntänsä jälkeen aiheanalyysi sai lopullisen muotonsa.

Kehittämistarve opinnäytetyöhöni tuli naistenosaston hoitajien kokemuksesta saada jotakin konkreettista työnsä tueksi esimerkiksi kirjallisen oppaan muodossa. Gynekologista syöpää sairastavan hoitoon ja ohjaamiseen haluttiin saada psyykkisen tuen näkökulma. Hoitajaksot esimerkiksi munasarjasyöpään sairastuneilla voivat kestää kuukausia, jolloin he kokivat että olisi tärkeää kyetä auttamaan kokonaisvaltaisemmin ja ottaa huomioon psyykkisenkin avun ja tuen tarpeet. Kehittämistarpeen varmistuttua alkaa ideointiprosessi ratkaisukeinojen ja erilaisten vaihtoehtojen löytämiseksi. (Jämsä & Manninen 2000, 35).

## 5.2 Oppaan suunnittelu- ja kehittämisvaihe

Suunnitelmavaiheen tarkoituksena on harkita, tiedostaa ja perustella työn idea ja tavoitteet sekä rajata aihe. Suunnitelmassa osoitetaan kyky johdonmukaiseen päättelyyn idean ja tavoitteiden suhteen sekä suunnitellaan työn alustava aikataulu, kuvataan työn teoreettista viitekehystä, työn toteuttamista ja etenemistä. (Vilkka & Airaksinen 2003, 26-27, 29-31.)

Tuotteen laatua määrittävät ja laatua ohjaavat tuotteen sisältö, palvelujen tuottaja, rahoitusvaihtoehdot, asiantuntijatieto, arvot ja periaatteet, toimintaympäristö, säädökset ja ohjeet, sidosryhmät ja asiakasprofiili. (Jämsä & Manninen 2000, 43.) Suunnitteluvaiheessa pohdin esimerkiksi tuotteen tarkempaa asiasisältöä ja etsin teorian tietoa aiheesta, pohdin työhön sisältyviä arvoja, kustannuksia, työn tilaajalta tulevia mahdollisia ohjeita ja asiakasprofiilia.

Valitut ratkaisuvaihtoehdot, periaatteet, rajaukset ja asiantuntijayhteistyö määrittävät tuotteen kehittämisvaihetta. Ohjeelliset ja esitteet ovat yksi esimerkki painotuotteista, joiden suunnittelu noudattaa myös tuotekehityksen vaiheita. Tuotteen lopullinen sisältö sekä ulkoasu tehdään kuitenkin vasta tekovaiheessa. Tuotteen sisältöön vaikuttaa onko potilasopas henkilökunnan suullisen ohjauksen tukena hoitotyössä vai käyttääkö potilas sitä itsenäisesti ilman henkilökunnalta saamaa ohjausta. (Jämsä & Manninen 2000, 54, 56.) Tässä opinnäytetyössä opas tulee olemaan hoitohenkilökunnan suullisen ohjauksen tukena.

Tuotteen tärkeitä kriteereitä ovat tuotteen uusi muoto, käytettävyys, asiasisällön sopivuus kohderyhmälle, informatiivisuus, selkeys ja johdonmukaisuus. Lähdekritiikki on tärkeässä asemassa, samoin esimerkiksi oppaassa käytetty tieto. (Vilkka & Airaksinen 2003, 51, 53.)

Kokosin oppaan teoriatiedon pohjalta mahdollisimman selkeäksi, tiivistetyksi sekä käytännönläheiseksi. Ajatuksenani oli tarjota oppaan muodossa eräänlainen muistilista hoitajille kiireisen työn keskelle. Tarkoituksena ei ollut niinkään tuoda esille psykiatrisen tuen ja avun antamisen näkökulmasta jotakin,

mitä hoitajat jo eivät tietäisi ja taitaisi. Tätä näkökulmaa korostin myös osastokokouksessa, jossa kerroin oppaan käyttöön ottamisesta ja tarkoituksesta.

Tuotteena syntyvä opas on tutkimuksen tarkoitukseen sopiva. Opas voi tulevaisuudessa luoda uusia näkökulmia ja ajatuksia potilaan psyykkisen tuen antamisesta. Kerätty tieto on yleistettävissä olevaa, sillä syöpään sairastuneen psyykkisen tuen tarve on samankaltainen sairaalasta tai sen sijainnista huolimatta. Oppaan sisältö tarkentui prosessin aikana. Tässä vaiheessa pohdin voisiko eräänlainen check in –lista olla osa opasta.

Painotuote on oheisviestinnän osa ja nykyinen tekniikka antaa monenlaisia mahdollisuuksia tuotteen kuvitukseen, kokoon ja kirjaintyyppeihin sekä palstoitukseen. Ulkoasu on osa organisaation imagoa ja eri organisaatioilla voi olla omia linjauksia visuaalisuuden ja tyylin suhteen, jonka tarkoituksena on painotuotevalikoiman yhtenäistämisen. (Jämsä & Manninen 2000, 54, 56-57.)

Oppaan ulkoasun tuli olla selkeä ja kohtuullisen nopeasti luettavissa oleva. Oppaassa sai käyttää Kuopion yliopistollisen sairaalan logoa. Oppalle ei naistenosastolta esitetty ulkoasutoiveita. Osastonhoitajan mukaan opas tarkastetaan ja hyväksytään sairaalan taholta ennen sen käyttöönottoa.

Suunnittelin oppaan olevan sivun tai kahden pituinen, jossa luettelomaisesti näkyvät tekstit ja hoitajia ohjaavat lauseet. Oppaassa ei ole sisällysluetteloa sen nopean ja helpon käytettävyyden lisäämiseksi. Teksti käsiteltiin word-tekstin käsittelyohjelmalla, selkeällä fontilla, kappalejaolla ja fonttikoolla.

Arviointiin on hyvä saada kohderyhmän palaute esimerkiksi oppaan käytettävyydestä, toimivuudesta, visuaalisesta ilmeestä ja luettavuudesta. (Vilka & Airaksinen 2003, 157). Arviointia ja palautetta tarvitaan kaikissa kehittelyn vaiheissa. Tuotteen testaaja voi kertoa muutosehdotuksensa ja ratkaisuvaihtoehtonsa. Tuotteen valmistuessa saatujen palautteiden kautta aloitetaan tuotteen viimeistely. (Jämsä & Manninen 2000, 80-81.)

Ennen oppaan viimeistelyvaihetta ja lopullista painamista pyysin opasta käyttäviltä hoitajilta kirjallista palautetta avointen kysymysten lomakkeella mahdollisten korjausehdotusten saamiseksi. Kävin kesäkuussa 2017

osastokokouksen yhteydessä kertomassa oppaasta henkilökunnalle sekä sopimassa oppaan neljän viikon koekäytöstä, joka aloitettiin 26.6.17. Henkilökunnan toiveesta sovittiin, että oppaan rinnalle jätän arviointilomakkeet, jolloin niiden käyttöön ottaminen toteutuisi varmimmin. Arviointiin liittyvät kysymykset ovat tämän työn liitteenä (Liite 2).

Opas oli koekäytössä neljä viikkoa. Arviointilomakkeita palautui täytettynä viisi kappaletta, joista yhteen palautteen olivat laatineet neljä hoitajaa yhdessä. Yhteenvetona saadusta palautteesta voisi sanoa seuraavaa. Kysymykseen miten oppaassa olevat auttamisen ja tukemisen keinot ovat olleet avuksi, vastattiin asioiden olevan tuttuja sekä tiedostettuja, joita etenkin kokeneet hoitajat työssään jo paljon toteuttavatkin. Keinot ovat hyviä, vaikea sanoa oliko oppaasta suoranaisesti apua. Monesti potilas on leikkauksen jälkeen heti vielä siinä vaiheessa, että yrittää toipua fyysisesti, jolloin sairaus on vielä käsittelemättä ja shokkivaihe päällä. Vähän myöhemmin kyllä enemmän halukkuutta keskusteluun, mutta sitten on jo kotiinlähdön aika.

Oppaan kehittämissuhteet sisältöön liittyen koskivat uuden tiedon tarvetta, lähteiden näkymistä ja luettelomaisuutta. Tässäkin kohtaa mainittiin oppaan sisällön olevan etenkin aloittelevalla työntekijällä tärkeitä asioita. Napakkuutta ja tiivistämistä myös toivottiin. Uudemman tiedon tarve mainittiin parissa lomakkeessa. Koska käytetyt lähteet eivät olleet oppaassa, jäi hieman epäselväksi tarkoitettiinko sillä tuoreempaa tietoa ylipäätään vai hoitajille jotakin uutta tietoa psyykkisen tuen antamisesta.

Siihen, miten opas on auttanut huomioimaan potilaan psyykkisen tuen tarpeen aiempaa paremmin, vastattiin asioiden olevan tuttuja, joten opas ei tuonut erityistä näkökulmaa. Asioita toteutetaan jo pitkälti. Toisaalta oppaan kerrottiin tuovan asioita enemmän ajatuksiin sekä huomioitavaksi potilaan kohtaamistilanteessa entistä paremmin.

Seuraavissa lauseissa ilmenee hoitajien erilaiset kokemukset siitä, missä vaiheessa potilaat saavat tiedon sairaudestaan ja missä vaiheessa he mahdollisesti kriisissään ovat. Ja kuinka heidän valmiutensa ja tarpeensa psyykkisestä tuesta eroavat toisistaan. Tämä vahvisti myös ajatusta siitä, että

kuinka tärkeää hoitajana on tunnistaa potilaan kriisin vaiheet ja edetä asioissa potilaan ehdoilla. "Potilaat ovat saaneet tiedon sairaudesta jo aiemmin ja nämä alkutilanteet tulevat vastaan jo poliklinikalla. Täällä itse leikkauksesta toipuminen korostuu ja syövästä puhuminen usein vasta sytostaattien alkaessa ja myöhemmässä vaiheessa. Osastolla aika on melko lyhyt. Sosiaalityöntekijä käy monia asioita läpi." "Potilaat osastolla melko lyhyen aikaa leikkauksen jälkeen ja usein ovat saaneet tiedon vasta äskettäin, eli shokkivaihe monella menossa ja uusia asioita vaikea hahmottaa ja vastaanottaa. Monesti ajattelevat vain leikkauksesta toipumista. Ovat vastaanottavaisempia tiedolle ja eri asioiden ja tunteiden käsittelylle vasta myöhemmässä vaiheessa sairastumisen jälkeen. Potilas tapaa aina sosiaalityöntekijän ja psykiatrisia palveluja tarjotaan herkästi".

Kehittämissuhteita oppaan ulkoasun suhteen olivat toiveet mielenkiintoisemmasta, napakammasta ja intensiivisemmästä ulkoasusta. Opasta joku luonnehti monisteeksi, joka voisi olla pienempi ja mahdollisesti värillisempi. Myös yhtenäistämistä toivottiin, koska osa vastaajista koki kaikkien sivujen olevan erilaisia.

### 5.3 Oppaan viimeistely ja valmis tuote

Opas alkaa lyhyellä runolla, jonka jälkeen kerroin yleisesti kriisin tärkeimmät vaiheet sekä keskimääräisen ajallisen keston. Eri kriisivaiheiden kohdalla kuvaan muutamalla sanalla psyykkisen tuen kannalta asioita, joita hoitajan on hyvä huomioida. Tämän perustelin sillä, että hoitajan on hyvä tiedostaa missä vaiheessa mahdollisen kriisin käsittelyä potilas sillä hetkellä on. Tämä vaikuttaa siihen, millaista tietoa ja tukea hän on valmis vastaan ottamaan sekä minkälaiset tarpeet hänellä psyykkisen tuen näkökulmasta sillä hetkellä on.

Seuraavana oppaassa on ydinajatuksia ja jopa itsestäänselvyyksiltäkin tuntuvia asioita muistuttamassa potilaan kohtaamiseen ja psyykkisen tuen antamiseen liittyvistä näkökohdista. Potilaan kohtaamisessa läsnäolon, kuuntelemisen, hyvän vuorovaikutusten, tilannetajun sekä toivon ylläpitämistä ei voi korostaa liikaa. Näiden esitettyjen ajatusten välissä sekä oppaan lopussa on kysymyksiä, joita

potilaalle voi esittää. Monet kysymykset ja potilaan kohtaamiseen liittyvät asiat tulevat kokeneelta hoitajalta varmasti spontaanistikin esitettyä. Mutta kiire, uudet opeteltavat asiat ja työn monenlainen kuormittavuus voivat vaikuttaa siihen, ettei kaikkea psyykkisen tuen antamisesta tule välttämättä huomioiduksi. Oppaaseen jätin tilaa myös hoitajan omille huomioille, ajatuksille ja lisäkysymyksille, jotka voi kiireen keskellä kirjata ylös. Näin tarvittaessa aiheeseen voi potilaan kanssa palata myöhemminkin.

Kyselyistä saadun palautteen pohjalta selkeytin opasta muuttamalla kirjaintyylin fonttikoon sekä luettelomerkit yhtenäisiksi. Näin oppaan ulkonäkö on yhtenäisempi. Oppaan toivottiin olevan mahdollisimman tiivis, mistä johtuen siinä on vain yksi kuva eikä lähteitä ole esillä. Lähteet löytyvät tarvittaessa opinnäytetyön lähdeluettelosta. Tiivistystä toteutin myös kysymyksiä yksinkertaistamalla ja välttämällä kysymysten asettelussa päällekkäisyyttä. Sekä kysymyksissä että lauseissa pyrin siihen, että tärkeitä ja huomioitavia asiasisältöjä olisi yhdestä kolmeen. Näin luettava teksti on nopeampaa sisäistää.

Oppaan alussa näkyvät Kuopion yliopistollisen sairaalan logo, oppaan tekijän nimi, kenelle opas tarkoitettu ja mihin tarkoitukseen sitä käytetään. Oppaaseen sisältyy yksi kuva. Valmiin oppaan ensimmäisellä sivulla on runo, joka fonttikoon pienentämisen jälkeen vie vähemmän tilaa. Tämän jälkeen käydään läpi luettelomaisesti kriisin tärkeimmät vaiheet, kesto sekä psyykkisen tuen antamisen näkökulmasta huomioitavat asiat. Jätin kriisivaiheet oppaaseen, koska hoitajan on hyvä olla tietoinen potilaan sairauden aiheuttaman kriisin käsittelyvaiheesta. Toisella sivulla on lauseita psyykkisen tuen antamiseen ja muistettaviin näkökulmiin liittyen ja neljä kysymystä sairastumisen herättämiin ajatuksiin, läheisille kertomiseen sekä hoitohenkilökunnalta saatuun tukeen liittyen. Kolmannella sivulla on esitetty kuusi kysymystä mahdolliseen psyykkiseen oireiluun, ahdistuneisuuteen, psykiatriseen apuun ja keskustelutarpeen saamiseen, sairaudesta lisätiedon saamiseen ja jatkohoitoon liittyen. Oppaassa luetellut auttamisen keinot koettiin tarpeellisiksi, joten ne ovat oppaassa edelleen. Neljännellä eli viimeisellä sivulla kerrotaan tekijän nimi ja yhteistyötahot. Tällä sivulla on oppaan ainoa kuva naiseutta kuvaamaan.



## 6 POHDINTA

Opinnäytetyö oli mielenkiintoinen ja työtunteja vaativa prosessi. Teoriatietoa oli mielekästä koota, sillä se yhdisti minua kiinnostavat gynekologiset syövät sekä psyykkisen tuen huomioimisen hoitotyössä. Aiheesta oli tietoa, joskin yleisimmin oppaita oli tehty potilaille eikä henkilökunnalle. Haasteena olikin saada tarpeellinen tieto tiivistettyä oppaaseen. Löydetty teoriatieto ei vanhene yhtä nopeasti kuin esimerkiksi teknologiaan liittyvä tieto.

Kirjoittaminen sinällään on tuntunut aina mukavalta, mutta siihen liittyvä ajatustyö kysyi ajoittain voimavaroja. Silti prosessin edetessä ja valmista tuotetta miettiessäni tunsin mielihyvää. Tätä ehkä voi kuvailla ammattiympäryydeksikin. Tieto ja kokemus itselleni tärkeiden aihealueiden käsittelystä myös antoivat voimaa jatkaa. Koin olevani itselleni ja arvomaailmalleni tärkeiden asioiden äärellä.

Psyykkisen tuen saaminen ei potilaan näkökulmasta ole aina itsestäänselvyys. Ajattelen kuitenkin niin että olemme tulevaisuudessa astumassa yhä lähemmäs ymmärrystä, jossa käsitämme ihmisen aivotoimintaa ja psyykkisen hyvinvoinnin suuruutta yhä paremmin. Psyykkisen tuen saamista ja psyykkisen ensiavun tärkeyttä ei ehkä täysin vielä tiedosteta, niin ihmeellinen kokonaisuus ihminen on. Kuitenkin jokaisella on oikeus saada somaattisten hoitojen lomassa psyykkistä apua ja tukea. Näkisin tämän olevan merkityksellistä sekä yksilöihmisen että yhteiskunnan kannalta. Vain kokonaisesti hoidettu, fyysisesti parantunut ja psyykkisesti eheytynyt ihminen voi jatkaa mielekästä elämää ja kokea sen arvokkaaksi.

Arviointikyselyyn vastausten saaminen kuten yleensä palautteen saaminen ei ollut itsestäänselvyys ja omalla tavallaan sitä jännittikin. Olinkin kiitollinen sekä osaston- että apulaisosaston hoitajille että naistenosaston henkilökunnalle täytetyistä arviointikyselyistä. Kiitollinen olen myös opettajille, jotka työtäni ohjasivat ja arvioivat sekä antoivat selkeitä neuvoja, ohjeita ja tukea prosessin aikana.

Oppaan rakentaminen oli haasteellista ja tunsin kunnioitusta hoitajia kohtaan, sillä tiesin heillä olevan tietoa ja taitoa gynekologisten syöpäpotilaiden hoidosta sekä tarve saada jotakin konkreettista työnsä tueksi. Koin että olisi ollut helpompaa ajatella oppaan tulevan potilaan luettavaksi ja käyttöön. Koska opas tuli suullisen ohjauksen ja hoidon tueksi, jouduin miettimään sisältöä myös tästä näkökulmasta. Hoitotyö ei tapahdu pelkästään oppaaseen perustuen, vaan se toimii suullisen tuen apuna ja ohjaajana. Käärin haasteen positiivisuudella ja ajattelin että jos yksikin hoitaja kokee oppaasta hyötyvänsä ja tätä kautta potilas saa tarvitsemansa psyykkisen avun, opas on tehtävänsä täyttänyt.

## 6.1 Luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereinä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 197). Opinnäytetyön tekijä on itsessään tärkein tekijä, joka voi vaikuttaa opinnäytetyön luotettavuuteen. Tekijän erilaiset valinnat voivat vaikuttaa tutkimustuloksiin esimerkiksi aineiston keruussa. (Kananen 2015, 338.) Tutkimuksen luotettavuutta pyritään arvioimaan kaikissa tutkimuksissa, sillä tulosten pätevyys ja luotettavuus vaihtelevat, vaikka tutkimuksessa pyritään välttämään erehdyksien syntymistä. Tutkimusta pystytään arvioimaan erilaisilla tutkimus- ja mittaustavoilla (Hirsjärvi & Remes 2009.)

Asetelma vaiheessa kriteereinä ovat metodin ja asetelman selkeys sekä loogisuus tutkimuksen tarkoituksen kanssa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 202). Jos aihetta on tutkittu aikaisemmin, on lähdeaineistoa tarjolla monenlaista. Opinnäytetyön tekijä tarvitsee taitoa lähteiden valinnassa, sillä tulokset on saatu eri menetelmin ja tämän on suhtauduttava lähteisiin kriittisesti. Seuratessa oman alan kirjallisuutta tulee käytettyä ajantasaisia lähteitä. (Vilka & Airaksinen 2003.) Opinnäytetyössäni sopiva aineisto muodostuu uusimmasta ja aihetta käsittelevästä teorian tiedosta ja on näin kvalitatiivista tutkimusta. Lähteet tulee kuvata selkeästi ja niiden tulee olla luotettavia, sillä tästä teorian tiedosta koostuu tuote eli opas. Lähteissä pyrin tieteellisen tiedon etsintään sekä lähdekriittisyyteen. Olen pyrkinyt käyttämään mahdollisimman primaaria eli

alkuperäisiä lähteitä ja varmistunut että julkaisun iästä riippumatta tieto ei ole aihepiiriltään vanhentunutta. Lähteen luotettavuudesta kertoi myös se, kenelle aineistoa on julkaistu.

Analyysi vaiheessa kriteereinä ovat asianmukaisen analyysimenetelmän käyttäminen. Analysoin löydettyä teorian tietoa siten, että käytin aiheen kannalta vain merkityksellistä tietoa oppaan koostamisessa. Hoitajien subjektiiviset mielipiteet ja näkökulmat otin huomioon oleellisen tiedon päätymiseksi oppaaseen. Tulkinta vaiheessa kriteerit muodostuvat kontekstin kuvauksesta ja käytöstä tutkinnassa, tutkimusprosessin kuvauksesta ja aineiston tutkinnan tukena olemisesta. Kuvasin työssäni tutkimusprosessin eri vaiheet mahdollisimman tarkasti, samoin aineiston käytön.

Refleksiivisyyden vaiheessa kriteerinä on tutkijan refleksiivisyys. Tutkijan roolissa pyrin arvioimaan itseäni ja siihen että olen tehtävässä objektiivinen. Relevanssi ja siirrettävyys vaiheessa kriteerinä ovat evidenssi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 203-204.) Tämä tarkoittaa opinnäytetyössäni sitä, että käytän aiempaa tietoa työssäni, teen järkeviä tulkintoja, esitän käytännön merkityksiä ja pyrin työlläni saavuttamaan sille asetetut tavoitteet.

Siirrettävyydellä ymmärretään tutkimustulosten siirron mahdollistamista uuteen toimintaympäristöön. Siirrettävyyden varmistaminen edellyttää tutkimusympäristön huolellista kuvaamista sekä kerätyn aineiston kuvaamista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 198.) Olen työssäni aiemmin kuvannut missä ja miten opinnäytetyötä olen tehnyt, kenelle työ suunnattu ja miten aineistoa kerätty.

Uskottavuus tarkoittaa tulosten selkeää kuvaamista ja tutkimusanalyysin tekemisestä kertomista siten, että lukija voi sen ymmärtää. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 198). Tuotantosuunnitelmassa pyrin oppaan suunnitteluprosessin mahdollisimman selkeään kuvaamiseen, mikä tekee vaiheiden ymmärtämisen helpommaksi. Olen pyrkinyt käymään työni vaiheet ja oppaan tekemisen prosessiin kuvaamisen mahdollisimman tarkasti läpi. Näin lukijan on helpompi ymmärtää vaiheet sekä niiden sisällön. Tämä tekee myös tulosten käsittelemisen yksinkertaisemmaksi.

Kvalitatiivisen tutkimuksen arvioinnissa kuvataan kahdeksan eri vaihetta, joissa jokaisessa on omat kriteerinsä. Tutkimuksen tarkoitus vaiheessa kriteereinä ovat tutkimuskysymysten selkeys ja perustelut sekä tutkimuskontekstin perustuminen kirjallisuuteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 202.) Opinnäytetyössäni olen pyrkinyt kuvaamaan mahdollisimman selkeästi tutkimuskysymykset ja perustelemaan niiden käytön.

## 6.2 Eettisyys

Tieteellisen toiminnan ytimenä nähdään tutkimuksen eettisyys. Normatiivinen etiikka eli tutkimusetiikka vastaa kysymyksiin oikeista säännöistä, joita tutkimuksessa noudatetaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211.) Eettiset lähtökohdat hoitotieteellisessä tutkimuksessa ovat potilaiden ja asiakkaiden itsemääräämisoikeus, osallistumisen vapaaehtoisuus, tietoinen suostumus, oikeudenmukaisuus, anonymiteetti, haavoittuvat ryhmät, lapset tutkimukseen osallistujina sekä tutkimuslupa. Edellä mainitut tekijät luovat haasteen tutkimusten kohteisiin ja osallistujiin. Myös tutkimusraportin kokoamiseen liittyy seuraavia tekijöitä kuten plagiointi, tulosten vääristäminen, puutteellisuudet raportoinnissa, toisten tutkijoiden vähättely sekä tutkimusapurahojen väärinkäyttäminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211.) Työlleni hain asiaan kuuluvan tutkimusluvun. Opinnäytetyön eri vaiheisiin osallistuminen on ollut vapaaehtoista ja hoitajille kerrottiin etukäteen mihin he ovat osallistumassa. Kaikkien osallistujien anonymiteetti suojattiin eikä kenenkään henkilötietoja tuoda julki työn missään vaiheessa. Opinnäytetyön raportoinnissa sekä oppaan tuottamisessa käytin tutkimuksen luotettavuus- ja arviointikriteerejä ja vältin tekstin plagiointia.

Tutkijalta odotetaan kiinnostusta aiheeseen, tunnollisuutta, rehellisyyttä, vaarojen eliminoimista, ihmisarvon kunnioittamista, sosiaalista vastuuta, ammatinharjoituksen edistämistä ja kollegiaalisuuden arvostamista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211-212). Opinnäytetyön aihe oli minua kiinnostava ja tiedon hankinta aiheesta oli mielekästä. Olin työssäni tunnollinen enkä loukannut kenenkään ihmisarvoa.

Eettisen näkökulman vaiheessa kriteerinä on tutkijan eettinen vastuunotto. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 203). Sitouduin opinnäytetyöni tekemiseen ja tein työtä luottamuksellisesti.

### 6.3 Ammatillinen kehittyminen

Sairaanhoitajan tulee kunnioittaa ihmisoikeuksia, noudattaa lainsäädäntöä ja varmistua siitä, että potilaan oikeudet hoitotyössä toteutuvat. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 64.) Opinnäytetyönä valmistuva opas henkilökunnalle osaltaan varmistaa sen, että jokainen gynekologiseen syöpään sairastunut saa samanlaisen psyykkisen tuen ja ohjauksen sairaanhoitajilta. Opastuksen ja ohjauksen myötä potilaita kunnioitetaan ja pidetään tasa-arvoisina.

Sairaanhoitaja edistää toiminnallaan terveyttä ja hyvinvointia sekä tunnistaa terveysongelmia ja -uhkia. Yksilön perhettä ja yhteisöä pyritään tuen avulla ottamaan vastuuta omasta terveydestään, sekä voimavarojen ja toimintakyvyn ylläpitämisestä ja edistämisestä. Keskeisiin sisältöihin kuuluvat perheen, ehkäisevän mielenterveystyön sekä seksuaaliterveyden hoitotyön sisällöt. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 64.) Terveyden edistämisen näkökulmasta saan lisätietoa asiakkaan voimavarojen tukemisesta, gynekologisista syövästä ja niiden hoitomuodoista sekä psyykkiseen avun tarpeeseen vastaamisesta. Psyykkisen avun opas tukee sekä yksilön psyykkistä terveyttä ja hyvinvointia sekä ennalta ehkäisee mahdollisesti myös syöpään sairastuneiden läheisten terveysongelmia ja voimavarojen kohtuutonta vähenemistä. Näkisin oppaan myös aktivoivan sairastunutta itseään hakemaan tarvittaessa konkreettista apua ja ottamaan sitä vastaan. Psyykkisen avun saaminen voi lieventää sairastuneen epätietoisuutta ja vähentää pelkoja. Tämä osaltaan lisää mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyä. Psyykkisten voimavarojen säästyessä on sairastuneen helpompi pitää toimintakykyään yllä ja edistää sitä. Käsitykseni ihmisen kokonaisvaltaisesta hoitamisesta vahvistuu.

Hoitotyö perustuu näyttöön ja vuorovaikutukseen yksilön ja yhteisön kanssa. Työssä tarvitaan kriittistä ajattelua ja päätöksentekokykyä. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 65.) Opinnäytetyössä joudun ratkaisemaan eteen tulevia haasteita, kuten tiedon löytämisen, joka vastaa tutkimuskysymyksiin. Tämä osaltaan kehittää ongelmanratkaisutaitojani. Kriittistä arviointia tarvitaan sekä oman työn arvioinnissa että opinnäytetyön teoretiedon kokoamisessa.

Potilaan itsehoitoa tuetaan sekä autetaan terveysongelman hallinnassa. Sairaanhoidaja tuottaa ja käyttää ohjausmateriaalia ohjauksensa tukena. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 65.) Asiakslähtöisyyttä voidaan ajatella olevan sen, että opas lisää hoitajien mahdollisuuksia kiinnittää huomiota myös psyykkisen avun antamiseen. Opinnäytetyöni tukee minun asiakkuusosaamistani auttamalla hahmottamaan entistäkin paremmin hoitotyössä merkityksellisen holistista ihmiskäsitystä. Psyykkisen tuen oppaan tekeminen on ohjausmateriaalin tuottamista hoitohenkilökunnan käyttöön.

Sairaanhoidajan työ edellyttää yhteistyötä potilaan/asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Sairaanhoidaja toimii yhteistyössä kollegoiden ja moniammatillisten tiimien kanssa. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 66.) Moniammatillista yhteistyötä olen työelämässä tehnyt ja ollut vuorovaikutuksessa eri tahojen kanssa, mutta nyt yhteistyötaho oli minulle aivan uusi, samoin roolini siinä tilatun työn tekijänä. Opinnäytetyön prosessin aikana tein yhteistyötä naistenosaston henkilökunnan kanssa ja olin vuorovaikutuksessa sekä heihin että opettajiini. Palautteen antaminen ja sen saaminen myös opinnäytetyössäni auttoivat kehittämään vuorovaikutustaitojani sekä itseni kehittämistä. Sekä opinnäytetyön tekemisessä että työelämässä tarvitsen asiantuntijuutta ja taitoa perustella valintojani, joita opinnäytetyön tekeminen osaltaan tukee.

Sairaanhoidajan kliinisen hoitotyön osaaminen perustuu vahvaan teoreettiseen osaamiseen ja on potilaan kokonaishoidon hallintaa. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 68). Oppaan kokoamisessa opin lisää uusimman teoretiedon tärkeydestä ja sen hyödyntämisestä. Uutena tietona pidetään myös tuotteen persoonallista muotoa, vaikka itse tieto olisikin jo olemassa. Tämä voi

avartaa ammattilaisen näkemyksiä erilaisista mahdollisuuksista, jotka auttavat kyseisten asioiden toteuttamisessa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 69.)

#### 6.4 Tulokset ja johtopäätökset

Millaista psyykkistä tukea gynekologiseen syöpään sairastunut tarvitsee?

Sairastuminen on useimmille kriisi eli tapa reagoida menetykseen tai sen uhkaan. Kriisit aiheuttavat voimavarojen vajeen, jonka täyttämiseen tarvitaan psykososiaalista tukea. Kolmasosa sairastuneista ja heidän läheisistään reagoi psyykkisesti siten, että somaattisten hoitojen antaminen vaikeutuu ja hoitojen jälkeen kuntouttaminen estyy. Hoitohenkilökunnan tarjoama psykososiaalinen tuki ja ohjaus ovat tärkeässä roolissa potilaan selviytymisen, kuntoutumisen ja voimaantumisen kannalta.

Hoitajan antama tuki vahvistaa sairastuneen omia voimavaroja ja selviytymiskykyä. Psyykkisen tuen antamiseen liittyvät vahvasti vuorovaikutuksellisuus, läsnä oleminen ja kuunteleminen. Turvallinen ja auttava ilmapiiri luovat psyykkisen tuen antamiselle hyvän pohjan. Psyykkinen hoitaminen somaattisten hoitojen ohella sisältää hoitajan keinoja ja annettua apua sekä tunnetilojen huomioimista. Tällä on suuri vaikutus potilaan sairastumisen todennäköisyyteen, emotionaaliseen tasapainoon, toipumiseen, jäljellä olevaan elinaikaan ja sen laatuun.

Psyykkinen tuki on nimenomaan elämäntilanteessa selviytymisen tukemista, johon sairauden tutkimukset, hoidot ja seurannat liittyvät. Hyvä hoito ja psyykkisen tuen antaminen on tiedollisen tuen antamista, jolloin hoitaja ohjaa potilaan oikean tiedon luo oikeaan aikaan. Tuki pitää sisällään myös emotionaalisen tuen eli huolenpitoa, rohkaisua, voimavarojen ja toivon vahvistamista, läsnäoloa, koskettamista, myötäelämistä ja lohduttamista.

Vakava sairaus ja raskaat hoidot vaikuttavat potilaan minäkuvaan naisena, seksuaaliseen identiteettiin, parisuhteeseen ja perhe-elämään. Sopeutumiseen vaikuttavat ratkaisevasti taudin luonne, kulku, ennuste, potilaan ikä ja

elämäntilanne ja aiemmat psyykkiset voimavarat. Psykososiaalisen tuen ja kuntoutuksen perusta ovat hoitohenkilökunnan ja perheen antama tuki, syöpäjärjestöjen ylläpitämät neuvontapalvelut (puhelinpalvelut, vastaanotot), ensitietokurssit, sopeutumisvalmennuskurssit ja kuntoutuspalvelut. (Suositus - Käypä hoito - Munasarjasyöpä 2012.)

Etsin myös tietoa potilaan ja hoitajan välisestä vuorovaikutuksesta sekä ammatillisesta osaamisesta. Sairaanhoidajan on pyrittävä vahvistamaan potilaan omia voimavaroja, tuettava ja pystyttävä tekemään päätöksiä. Tehtävänä on myös ohjata avun tarvitsijaa löytämään omat selviytymiskeinonsa. Ihmisten yksilöllisyyden ymmärtäminen kriisien käsittelyssä on tärkeää, läheisten huomiointi, looginen työskentely epävarmoissa olosuhteissa sekä kyky kohdata kuolemaa ja olla lähellä surevia. (Kiiltomäki & Muma 2017, 29, 46-51.)

Sairaanhoidajalta tarvitaan kriisityön onnistumiseksi hyviä vuorovaikutustaitoja, läsnäoloa ja kuuntelemista. Tärkeään on luoda turvallinen ympäristö ja auttamisilmapiiri. Sairaanhoidajan suhtautumistavan tulee olla eettinen. Ihmisen itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa, samoin kulttuuriin kuuluvia arvoja ja tapoja tulee huomioida. Hienotunteisuus ja rohkeus kysyä asioita kulkevat käsi kädessä. Oma persoona on auttamisen työkaluna ja persoonallinen suhtautuminen näkyy aitona kanssakäymisenä. (Kiiltomäki & Muma 2007, 29, 46-51.)

Millainen opas tukee hoitohenkilökuntaa psyykkisen tuen antamisessa gynekologiseen syöpään sairastuneelle?

Oppaan rakennetta miettiessäni tulivat mieleeni kriisin vaiheet. Ajattelin hoitotyön psyykkisestä näkökulmasta kriisin vaiheiden tuovan pohjan avun antamiselle. Hoitajan on hyvä tiedostaa missä vaiheessa kriisin käsittely potilaalla on. Vain tällöin hoitaja voi antaa oikeaa tietoa oikeaan aikaan ja esittää tarvittaessa tilanteeseen sekä vaiheeseen sopivia kysymyksiä. Tässä vaiheessa opasta kuvasin muutamalla sanalla potilaan tarpeiden erilaisuutta kunkin kriisin vaiheessa. Näitä asioita psyykkisen tuen näkökulmasta hoitajan on hyvä ottaa työssään huomioon.



Hyvä opas on selkeä, tiivis ja helppolukuinen. Hoitajilta saatu palaute vahvisti tätä näkemystä. Selkeän ja tiivistetyn sekä auttamiskeinoja sisältävän oppaan nähtiin tukevan ja muistuttavan psyykkisen tuen antamisessa hoitajia parhaiten. Tämän vuoksi päädyin siihen, että ydinasiat psyykkisen tuen antamisesta tulisivat esille eikä lähteitä mainita itse oppaassa. Työtä tehdessä esille tulivat myös rohkeus esittää tärkeitä kysymyksiä potilaalle hänen psyykkisestä voinnistaan. Tämän vuoksi oppaassa on kysymyksiä.

Johtopäätöksenä on että oppaasta on hyötyä etenkin vähemmän työkokemusta omaaville hoitajille. Toisaalta myös pidempään alalla töitä tehneet saavat oppaasta muistia ja käytännön työtä tukevia näkökulmia. Tällöin psykososiaalisen tuen antaminen toteutuu tasapuolisesti ja yksilöllisesti kaikkien hoidettavien potilaiden kohdalla.

Jatkotutkimuksen aiheena voi olla oppaan toimivuuden selvittäminen pidempiaikaisen käytön jälkeen henkilökunnalle tehtävällä kyselyllä tai haastattelulla. Uutta näkökulmaa voisi saada myös hoidettuja potilaita haastatteleamalla, jolloin heidän tyytyväisyytensä saatuun psyykkiseen tukeen tulisi ilmi. Oppaan käyttöä voisi kokeilla myös naistentautien poliklinikalla, jonne gynekologiseen syöpään sairastuneella voi olla hoitokontakti eri vaiheissa sairastumis- ja hoitoprosessiaan.

## LÄHTEET

Aalberg, V. & Idman, I. 2010. Syöpään liittyvät psykososiaaliset näkökohdat. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts, J.P., Lyly, T. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit. 787. 4. painos. Helsinki: Duodecim.

Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. 2006. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. 64–68. Opetusministeriö. Viitattu 28.3.2016 <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Anttila, P. 2008. Onko opinnäytetyöstä kehittämistyöksi? Mistä löytyvät opinnäytetyön metodologiset ratkaisut? Viitattu 19.8.2017. <https://www.chydenius.fi/pdf/anttilan-kalvot>

Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki: WSOY.

Faulkner, A. & Maguire, P. 1999. Vuorovaikutustaidot potilastyössä. Syöpäpotilaan ja hänen omaistensa kohtaaminen. Helsinki: Duodecim.

Hirsjärvi, S, Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi

Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita.

Ihme, A. & Rainto, S. 2014. Naisen terveys. Helsinki: Edita.

Jämsä, K. & Manninen, E. 2013. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tammi.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Suomen yliopistopaino. Juvenes print.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L., Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.

Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt. Sairaanhoidaja tekee kriisityötä. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto.

Kuuppelomäki, M. 2000. Psykososiaalinen selviytyminen. Potilaan tunteet ja emotionaalinen tuki. Teoksessa: Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. 129-157. Helsinki: WSOY.

Loukovaara, M. & Lehtovirta, P. 2014. Trofoblastitaudit – ryhmä harvinaisia sairauksia. Viitattu 4.10.2017. [www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/92663.pdf](http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/92663.pdf)

Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

Naistentaudit. 2013. Viitattu 5.4.2015. <https://www.psshp.fi/hoitopalvelut/naistentaudit>

Pelo, M. 2016. Naisten tarinoita gynekologisista syövistä. Viitattu 28.3.2016. <http://yle.fi/aihe/artikkeli/2016/03/21/radikaalileikkauksen-jalkeen-alkoivat-ennenaikaiset-vaihdevuosisoireet-naisten>

Promama ry. 2015. Viitattu 2.6.2015. <http://www.promama.fi/fi/naiseus/naiseus>.

Ruishalme, O. & Saaristo, L. 2007. Elämä satuttaa. Kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Tammi.

Saari, S. 2003. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Otava.

Salmi, T. & Leminen, A. 2010. Gynekologiset syövät. Teoksessa: Joensuu H., Roberts J. P., Lyly, T. & Tenhunen M. (toim.) Syöpätaudit. 451-483. 4. painos. Helsinki: Duodecim.

Silvennoinen, M. 2014. Vuorovaikutuksen avaimet. Helsinki: Talentum.

Suositus - Käypä hoito - Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012. Viitattu 19.8.17. hoi50063

Suositus - Käypä hoito - Munasarjasyöpä 2012. Viitattu 20.8.2017. hoi25050

Syöpäjärjestöt. 2010. Viitattu 2.6.2015. <http://www.cancer.fi>

Syövän hoito - Kansataudit - THL 2016. Viitattu 20.8.17  
<https://www.thl.fi/fi/web/kansataudit/syopa/syovan-hoito>

Terveiden asiassa. 2015. Viitattu 28.3.2016.  
<http://terveydenasiassa.com/kohdunkauan-syovan-riski-nuorilla-naisilla-suurempitanaan-kuin-koskaan/> 2015

Vilka H. & Airaksinen T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.

OPAS HOITAJILLE



## ***Hoitajana lähellä***

*"Työssä näen ihanimmat ilot  
ja suurimmat surut.  
Tunteet liikkuvat.  
Niin tiukasti elämässä kiinni. "*

- Seija Ojala

- Tiedosta missä vaiheessa potilaan kriisin käsitteleminen on.

**Sokkivaihe (muutamasta tunnista vuorokauteen) :** Tapahtunutta ei uskota todeksi, mielen aikalisä, käsitys ajasta muuttuu. Tunteet ja kivut usein puuttuvat. Aistihavainnot ja flashbackit. Voimakas vaikutus ihmisillä, joita kohdataan ja mitä he sanovat. **OLE RAUHALLINEN JA LÄSNÄ.**

**Reaktiovaihe (2-4 vrk):** Vaiheeseen siirtyminen edellyttää tunnetta turvassa olemisesta. Tunteet kuten suru, epätoivo, ahdistus, itsesyytökset. Somaattiset reaktiot kuten vapina, univaikeudet. Tarve puhumiseen. **KUUNTELE, TARJOA TIETOA.**

**Työstämis- ja käsittelyvaihe (kuukausista vuosiin):** Muisti- ja keskittymisvaikeudet, ärtyvyys sekä yksin olemisen halu. Puhumisen tarve vähenee, asian käsittely kääntyy sisäänpäin. Tapahtuneen vähittäinen hyväksyminen. **TUE PSYYKKISIÄ, FYYSISIÄ JA SOSIAALISIA VOIMAVAROJA. ESITÄ KYSYMYKSIÄ.**

**Uudelleen orientoitumisen vaihe (tapahtuneesta kuukausia tai vuosia):** Luopuminen vaikeaa, suruun voi jäädä kiinni, vähitellen elämänhalu palaa ja kriisi jää osaksi menneisyyttä. **HUOMIO JATKOHOITO, KUNTOUTUMINEN.**



- ❖ Luo turvallinen ilmapiiri. Anna tilaa, älä reagoi kokemuksillasi, neuvoillasi tai lohdutuksella siten, että potilaan reagointimahdollisuudet kapenevat.
- ❖ Kerro sairastumisen olevan aina kriisi ja että sen kokeminen on yksilöllistä.
- ❖ Anna potilaalle tietoa sairaudesta, hoidoista, mahdollisista sairauden aiheuttamista muutoksista, kivun hoidosta, kuntoutuksesta, sopeutumisvalmennuksesta, potilasjärjestöistä ja vertaisryhmistä.
- ❖ Ole läsnä, rauhallinen, kosketa, myötäelä, kuuntele, lohduta. Huomioi sairastuneen toivomukset. Pidä toivoa yllä, se auttaa kohtamaan asioita, joita ei voi muuttaa.
- ❖ Tue mahdollisiin elämänmuutoksiin liittyvissä asioissa.
- ❖ Uskalla esittää kysymyksiä:
  - ✓ Minkälaisia ajatuksia syöpä herättää?
  - ✓ Oletteko kyenneet kertomaan sairastumisestanne läheisillenne?
  - ✓ Kuinka sairaus on vaikuttanut kuvaan itsestänne?
  - ✓ Miten koette saaneenne tukea hoitohenkilökunnalta?
- ❖ Jos syöpä uusii, selvitä mitä potilas jo asiasta tietää ja mihin hän on valmistautunut. Uusimisesta kerrottaessa samat periaatteet pätevät kuin siitä kerrottaessa ensimmäistä kertaa.
- ❖ Anna tietoa myös kuoleman mahdollisuudesta ja että apua on aina saatavilla.



## Selvitä ja kysy...

- ❖ Onko potilaalla psyykkistä oireilua, pelkotiloja, syyllisyyttä, aistiharhoja, ahdistuneisuutta?
- ❖ Onko potilas kertonut mieltä painavista asioistaan?
- ❖ Näetkö ohjauksen tarvetta psykiatriseen tukeen?
- ❖ Tarvitseeko potilas tai läheinen lisätietoa sairaudesta, keskusteluapua?
- ❖ Onko jatkohoito ja sen aikaväli potilaan mielestä riittävää?
- ❖ Muistuta sairauden käsittelemisen merkityksestä

## Huomioita

---

---

---

---

---

---

---

---

Opas on toteutettu yhteistyössä Kuopion yliopistollisen sairaalan Naistenosaston kanssa vuosina 2015-2017.

Tekijä: Sairaanhoidajaopiskelija Henna Tauriainen, Kajaanin ammattikorkeakoulu.



[www.imgrum.co/tag.naiseus](http://www.imgrum.co/tag.naiseus)



Arviointiin liittyvä kysely

1. Miten oppaassa olevat auttamisen ja tukemisen keinot ovat olleet avuksi?
2. Miten opas on auttanut huomioimaan potilaan psyykkisen tuen tarpeen aiempaa paremmin?
3. Mitä kehittämissuhteita näkisit oppaan sisällössä?
4. Mitä kehittämissuhteita näkisit oppaan ulkoasussa?