

HOITAJIEN VALMIUDET KESKUSTELLA KUOLEMASTA SYÖPÄPOTILAAN JA HÄNEN LÄHEISTENSÄ KANSSA

Salla Salin
Jesse Thulin

Opinnäytetyö
Lokakuu 2010
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

SALIN, SALLA & THULIN, JESSE:

Hoitajien valmiudet keskustella kuolemasta syöpäpotilaan ja hänen läheistensä kanssa

Opinnäytetyö, 44 s., liitteet 10s.
Lokakuu 2010

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien valmiuksia keskustella kuolemasta syöpäpotilaan sekä hänen läheistensä kanssa ja selvittää, millaisia kehitystarpeita hoitajilla on aiheeseen liittyen. Tehtävänä on selvittää millaiseksi hoitajat kokevat valmiutensa, miten valmiudet ovat kehittyneet ja miten niitä voisi hoitajien mielestä kehittää. Tehtävänä on myös selvittää, mitä asioita hoitajat pitävät tärkeinä keskustellessaan kuolemasta.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusotteella. Aineisto kerättiin strukturoimattomilla kyselylomakkeilla syöpätautien vuodeosastolla työskenteleviltä hoitajilta, jotka kokivat opinnäytetyön aiheen itselleen merkitykselliseksi. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä.

Tulosten mukaan hoitajat kokivat valmiutensa keskustella kuolemasta pääosin hyviksi tai melko hyviksi. Valmiuksien muodostumiseen vaikutti eniten työkokemus, mutta myös koulutus työn ohella koettiin tärkeäksi. Kuolemasta keskustelu potilaan läheisten kanssa oli hoitajien mukaan vaikeampaa kuin potilaiden kanssa. Hoitajat odottivat aloitetta keskusteluun usein potilaalta tai läheiseltä itseltään. Omahoitajuus ja työyhteisön tuki koettiin valmiuksia vahvistavina tekijöinä. Hoitajat toivoivat lisäkoulutusta kuolevan potilaan hoitotyöhön. Työnohjauksen hoitajat kokivat tarpeelliseksi ja mahdollisuuksia sen saamiseen tulee korostaa hoitajille.

Koulutusta hoitajat kertoivat tarvitsevansa enemmän. Jatkossa on hyvä selvittää, ovatko hoitajat tietoisia tarjolla olevasta koulutuksesta ja minkä tyyppiset tekijät estävät tai edesauttavat koulutukseen pääsyä. On myös hyvä selvittää vastaako tarjolla olevien koulutusten sisältö hoitajien tarpeita.

Asiasanat: valmiudet, hoitaja, syöpäpotilas, läheinen, kuolema

ABSTRACT

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

SALIN, SALLA & THULIN, JESSE:

Nurses' Abilities to Discuss Death with Cancer Patients and Their Family Members

Bachelor's thesis 44 p., appendices 10p.
October 2010

The aim of this bachelor's thesis is to describe nurses' abilities to discuss death with patients and their family members and to clarify how those abilities can be improved. The thesis aimed at providing working life representatives with possibilities to improve nurses' abilities in those areas where their knowledge was lacking.

This thesis was conducted using qualitative method and the data were collected through non-structured questionnaires from six nurses' working on a cancer ward. The results were analysed by content analysis.

The results show that nurses seemed relatively prepared discuss death but they still hoped to have further education on caring of a dying patient. The results also show that nurses often expect the patients or their family members to take the initiative to discuss death. According to earlier studies patients and their family members hope nurses' to take the initiative.

The nurses felt that experience has improved their abilities the most. Primary nursing and work community had been a great support in improving nurses' abilities.

Keywords: abilities, nurse, cancer patient, closeones, death

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3 SYÖPÄPOTILAAN HOITOTYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	7
3.1 SYÖPÄ JA SYÖPÄPOTILAAN HOITOTYÖ.....	8
3.1.1 Syöpä sairautena.....	8
3.1.2 Syöpäpotilaan hoitotyön erityispiirteet	10
3.2 YKSILOVASTUINEN HOITOTYÖ JA OMAHOITAJUUS.....	12
3.3 PERHEKESKEINEN HOITOTYÖ.....	14
3.4 VUOROVAIKUTUKSELLINEN HOITOSUHDE.....	15
3.5 KUOLEMAN JA MENETYKSEN PELKO	16
3.5.1 Hoitohenkilökunnan kokema kuolemanpelko.....	16
3.5.2 Potilaiden ja läheisten kokema kuolemanpelko	17
3.5.3 Läheisten kokema menetyksen pelko	18
4 TOTEUTUS.....	19
4.1 KVALITATIIVINEN TUTKIMUSOTE	19
4.2 AINEISTON KERUU	20
4.3 AINEISTON ANALYYSI.....	21
5 TULOKSET.....	26
5.1 HOITAJAN VALMIUDET KESKUSTELLA KUOLEMASTA	26
5.1.1 Hoitajan valmiuksien kehittyminen	26
5.1.2 Hoitajan valmiudet.....	27
5.1.3 Hoitajan valmiuksiin vaikuttavia tekijöitä	28
5.1.4 Hoitajan valmiuksien kehittäminen	28
5.2 AMMATILLISUUS SYÖPÄPOTILAAN HOITOTYÖSSÄ	29
5.2.1 Hoitajan ammatillisuus	29
5.2.2 Hoitajan hyvinvointi	30
5.2.3 Perhekeskeisyyden huomioiminen	31
6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	32
6.1 EETTISYYS	32
6.2 LUOTETTAVUUS	33
7 TULOSTEN POHDINTA	36
LÄHTEET.....	40
LIITTEET.....	45

1 JOHDANTO

Terveydenhuollon tehtävänä on sairauksien ennaltaehkäisy ja niiden parantamisen lisäksi lievittää ihmisen kärsimystä sekä auttaa ihmisiä kohtaamaan kuolema mahdollisimman arvokkaalla, turvallisella ja inhimillisellä tavalla (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2004, 28).

Maa­ilman­laajuisesti syöpä on yleisin kuolemansyy (Fact sheet: Cancer 2009). Suomessa lähes joka viides kuolemantapaus on syövän aiheuttama (Pukkala, Rautalahti & Sankila 2006, 11). Suomen yleisin syöpätauti on miehillä eturauhassyöpä ja naisilla rintasyöpä. (Finnish Cancer Registry 2009.)

Potentiaalisesti kuolemaan johtava sairaus herättää potilaassa ja hänen läheisissään pelkotiloja. Pelko kuolemasta on osa ihmisen itsesuojeluvaistoa. (Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa 2004, 12.) Kuoleman ja menetyksen pelko ovatkin oleellinen osa hoitotyötä, joiden kohtaamisen lisäksi hoitaja joutuu myös itse pohtimaan omaa kuolevaisuuttaan. Omien arvojen ja mielipiteiden tutkiminen ja tiedostaminen on tärkeää. Hoitajan on mahdollista pysähtyä kuuntelemaan potilaan kokemuksia. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2002, 35.)

Kuoleman kohtaamista on viime vuosina tutkittu hoitotieteessä paljon. Lipponen (2006) selvittää väitöskirjassaan saattohoitokodissa kuolevien potilaiden ja heidän hoitajiensa välistä vuorovaikutussuhdetta. Saattohoidon ideologia ”kun ei ole enää mitään tehtävissä, on vielä paljon tehtävissä” rakentui juuri omahoitajan valmiuksiin tarkastella kuolevaa potilasta ihmisenä. Kuuppelomäen (2002a, 117) mukaan emotionaalisen tuen antamista kuitenkin hankaloittaa hoitajien kokema avuttomuuden tunne, tietojen ja taitojen puute, ajan riittämättömyys ja potilaan kohtaamisen vaikeus.

Opinnäytetyön työelämätaho on erään sairaanhoitopiirin syöpätautien vuodeosasto. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla hoitajien valmiuksia keskustella kuolemasta syöpäpotilaan ja hänen läheistensä kanssa. Tulevina hoitotyön ammattilaisina koemme aiheen tärkeäksi, sillä kuoleman kohtaaminen hoitotyössä on osa tulevaa työtämme.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien valmiuksia keskustella kuolemasta syöpätautiin sairastavan potilaan sekä hänen läheistensä kanssa ja selvittää millaisia kehitystarpeita hoitajilla on aiheeseen liittyen.

Tutkimustehtävät ovat seuraavat:

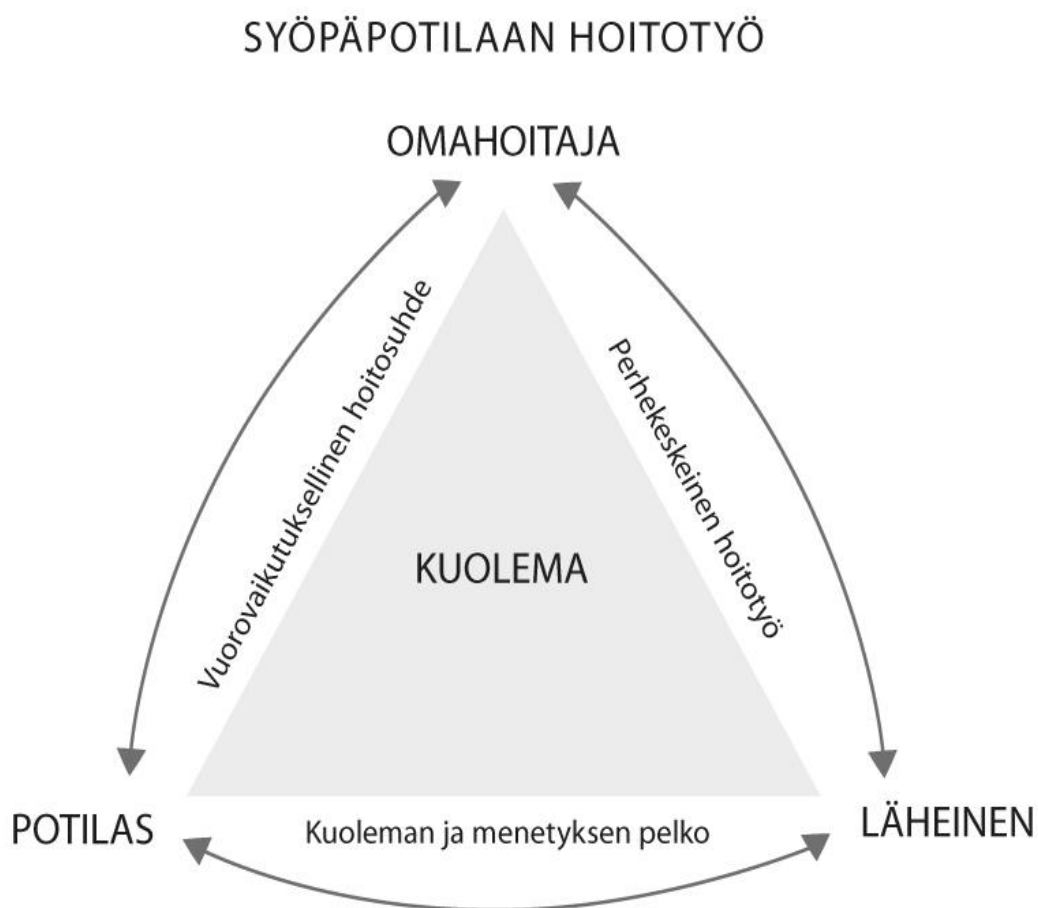
1. Millaiseksi hoitajat kokevat valmiutensa keskustella kuolemasta syöpäpotilaan ja hänen läheistensä kanssa?
2. Miten hoitajien valmiudet ovat kehittyneet ja miten niitä voisi hoitajien mielestä kehittää?
3. Mitä asioita hoitajat pitävät tärkeinä keskustellessaan kuolemasta potilaan ja hänen läheistensä kanssa?

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa hoitotyöntekijöille tietoa hoitajien valmiuksista keskustella kuolemasta syöpäpotilaan ja hänen läheistensä kanssa. Hoitajien kokemuksista ilmenevien kehitystarpeiden avulla heidän ammattitaitoaan on mahdollista kehittää.

Tavoitteena on myös kehittää valmiuksiamme kohdata kuoleva potilas hoitotyössä, kehittää tutkimuksen lukutaitoa sekä työtämme näyttöön perustuvana ammatillisena toimintana.

3 SYÖPÄPOTILAAN HOITOTYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettisen lähtökohdan keskeiset käsitteet ovat havainnollistettuna kuviossa 1. Viitekehyksessä on kuvattuna syöpäpotilaan hoitotyöhön vaikuttavia tekijöitä ja niiden välisiä suhteita. Keskeisiä käsitteitä ovat syöpäpotilaan hoitotyö, yksilövastuinen hoitotyö, perhekeskeinen hoitotyö, vuorovaikutuksellinen hoitosuhde sekä kuoleman ja menetyksen pelko.



KUVIO 1. Syöpäpotilaan hoitotyöhön vaikuttavia tekijöitä ja niiden välisiä suhteita.

3.1 Syöpä ja syöpäpotilaan hoitotyö

Syöpä on yleisnimitys joukolle sairauksia, joissa poikkeavat solut jakaantuvat ja kykenevät leviämään muihin kudoksiin ilman elimistön omaa säätelyä (Pukkala ym. 2006, 10). Syövän hoitomuodon valintaan vaikuttaa muun muassa se, mikä syöpätauti on kyseessä ja hoidon tavoitteet jakautuvat kuratiiviseen, palliativiseen sekä saattohoitoon. (Joensuu 2006, 123; Syövän hoitomuodot 2010.)

Syöpäosastolla työskentelevä hoitaja kohtaa päivittäin syövän hoidon eri vaiheissa olevia potilaita (Watts, Botti & Hunter 2010, 1). Selviytymisprosessi on jokaisen potilaan kohdalla yksilöllinen ja näihin eri vaiheisiin sopeutuminen tekee syöpäpotilaan hoitotyön toteuttamisesta haastavaa. Fyysisten ja henkisten tarpeiden lisäksi syöpäpotilaalla ja hänen läheisillään on usein myös hengellisen tuen tarpeita, joihin vastaaminen on osa syöpäpotilaan hoitotyötä. (Eriksson & Lauri 2000, 51–60; Ikola & Kuuppelomäki 2000, 190.)

3.1.1 Syöpä sairautena

Syöpäpotilaiden määrä on jatkuvasti kasvanut ja tällä hetkellä syöpä on Suomessa peruskuolemansyynä lähes joka viidennessä kuolemantapauksessa. Eliniän pitenemisellä on vaikutusta syöpätapausten lisääntymiseen. (Pukkala ym. 2006, 11.) Vuosina 2004–2008 uusia syöpätapauksia diagnosoitiin Suomessa keskimäärin 26 000 vuodessa. Sairastuneiden keski-ikä Suomessa on yli 65 vuotta. (Finnish Cancer Registry 2009.)

Maaailmanlaajuisesti syöpä on yleisin kuolemansyy. Kuitenkin syöpäkuolemista jopa yli 30 % olisi ehkäistävissä. Tärkein tapa ehkäistä syövän synty on riskitekijöiden minimointi. (Fact sheet: Cancer 2009.) Nykyisten ennusteiden mukaan syöpätautien ilmaantuvuus sekä syöpäkuolleisuus ovat edelleen lisääntymässä. Syövän aiheuttamien kustannusten ennustetaan kasvavan Suomessa vuodesta 2004 vuoteen 2020 kolminkertaisesti eli 1,5 miljardiin vuodessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 89.)

Suomessa yleisimmät naisten sairastamat syöpätaudit ovat rintasyöpä, paksusuolen syöpä, kohdunrungon syöpä ja keuhkosyöpä. Miesten yleisimpiä syöpätauteja ovat eturauhassyöpä, keuhkosyöpä, paksusuolen syöpä ja ihosyöpä. (Finnish Cancer Registry 2009.) Syöpään sairastumisen vaara suurenee nopeasti 50. ikävuoden jälkeen. Suurten ikäluokkien saavuttaessa korkean syöpävaaran ikävuodet syöpätapausten lukumäärä kasvaa nopeasti. Jo pelkästään tämän vuoksi syöpäsairaudet tulevat kuormittamaan terveydenhuoltojärjestelmäämme huomattavasti nykyistä enemmän seuraavien 5–10 vuoden aikana. (Sankila, Lyly & Vainio 2006, 36.)

Yleisimpiä syövän syntyyn vaikuttavia tekijöitä ovat elintapoihin liittyvät tekijät, ympäristötekijät, perinnölliset tekijät sekä eräät virusinfektiot ja hormonaaliset tekijät. Tärkein yksittäinen syövän vaaratekijä on tupakka, jonka on arvioitu aiheuttavan jopa kolmanneksen syöpätapauksista. Myös ravintotekijöillä on katsottu olevan osuutensa syövän synnyssä, mutta niiden merkityksen osoittaminen yksittäisen potilaan kohdalla on yleensä mahdotonta. (Salminen 2000, 15; Pukkala ym. 2006, 10, 17.)

Syöpäkasvain muodostuu, kun jonkin kudoksen solukot alkavat jakautua ja kasvaa epänormaalisti piittaamatta elimistön tavallisista säätelyjärjestelmistä. Kasvaessaan syöpä tuhoaa ympäriltään tervettä kudosta ja suurentuessaan se aiheuttaa kyseisen elimen toiminnan häiriintymisen. Kasvaimesta irronneet syöpäsolut kulkeutuvat verenkiertoa tai imunestekiertoa pitkin muualle elimistöön muodostaen etäpesäkkeitä eli metastaaseja. (Salminen 2000, 12; Pukkala ym. 2006, 10.) Eri syöpätautien syyt, kulku, oireet ja hoito poikkeavat toisistaan hyvin paljon (Pukkala ym. 2006, 10). Syövän luokittelu pääkategorioihin karsinoomat, sarkoomat, leukemiat, lymfoomat, myeloomat sekä glioomat riippuu siitä, millaisesta kudoksesta kasvain on saanut alkunsa. (What is Cancer? 2010.)

Syövän hoitomuotojen valinta on riippuvainen syöpätaudista, sen levinneisyydestä, potilaan yleiskunnosta ja iästä. Tämän vuoksi samaa syöpää sairastavien hoidot voivat poiketa toisistaan suuresti. Eri lääketieteen alojen asiantuntijoista koostuva moniammatillinen ryhmä suunnittelee parhaan mahdollisen hoidon potilaskohtaisesti. Jotkut syövät etenevät niin hitaasti, että tilannetta seurataan ennen kuin hoitomuotoa ryhdytään valitsemaan. Usein paras vaihtoehto on eri hoitomuotojen yhdistelmä. Syövän eri hoitumuu-
toja ovat kirurgia, sädehoito, solunsalpaajahoito, hormonihoito sekä biologinen hoito. (Syövän hoitomuodot 2010.)

Syövän hoidon tavoitteet jakautuvat kuratiiviseen, palliatiiviseen sekä saattohoitoon. Hoidon tavoitetta asetettaessa otetaan huomioon potilaan soveltuvuus hoitoon. Tärkein peruste potilaan soveltuvuudelle on potilaan yleistila, sillä monet syöpähoidot ovat erittäin raskaita. Potilaan soveltuvuuden tavoitteen asettamisessa pyritään arvioimaan myös syövän ennuste. (Joensuu 2006, 123.)

Kuratiivinen hoito on sairauden pysyvään parantamiseen tähtäävää lääketieteellistä hoitoa (Hietanen 2004, 19). Syöpäpotilaan palliatiivinen, eli oireita lievittävä hoito alkaa usein jo kuratiiviseksi tarkoitetun hoidon yhteydessä, ja sen osuus lisääntyy asteittain taudin uusiutuessa tai levitessä laajemmalle. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on edistää parantumattomasti sairaan ja hänen perheensä elämänlaatua. Lähtökohtina hoidolle ovat potilaan ennuste ja potilaan sekä hänen läheistensä hoidon tarve. Syöpään kohdistuvan hoidon ja oireita lievittävän hoidon välillä ei saisi olla jyrkkiä rajoja. (Holli & Saarto 2006, 829.)

Osana palliatiivista hoitoa katsotaan olevan myös saattohoito, joka ajoittuu kuoleman välittömään läheisyyteen. Saattohoito on tärkeää sekä potilaan että läheisen kannalta, sillä sen olennainen osa on kuolemaan valmistaminen. Hoidossa kiinnitetään huomiota erityisesti kivun, pahoinvoinnin ja muiden syövän aiheuttamien oireiden tehokkaaseen lievitykseen. (Salminen 2000, 36; Holli & Saarto 2006, 829.)

3.1.2 Syöpäpotilaan hoitotyön erityispiirteet

Syöpäpotilaan hoitotyössä yhdistyvät fyysinen ja psyykinen hoitotyö, joiden toteuttamisessa sairaanhoitajat ovat avainasemassa. Syöpäosastolla työskentelevä sairaanhoitaja saattaa kohdata työpäivänsä aikana syövän hoidon eri vaiheissa olevia potilaita: juuri diagnoosin saaneita, kuratiivistavoitteisessa hoidossa olevia ja palliatiivisessa sekä saattohoidossa olevia potilaita. Hoidon tarpeet vaihtelevat suuresti riippuen siitä, mitä syöpää he sairastavat ja millä tasolla syövän hoito on. (Watts ym. 2010, 1.)

Syöpään sairastuminen merkitsee potilaalle monen asian muuttumista, ainakin väliaikaisesti. Selviytymisprosessin eri vaiheiden tunnistaminen potilaan käyttäytymisessä auttaa

hoitohenkilökuntaa valitsemaan sopivat hoitotyön auttamiskeinot. Hoitaja ammattilaisena tukee potilasta selviytymisprosessin jokaisessa vaiheessa. (Eriksson & Lauri 2000, 51–60.) Etenkin hoitojen alkuvaiheessa potilas kykenee vastaanottamaan tietoa vain rajallisen määrän. Hoitajan tulee varmistaa potilaan ymmärtäneen mistä sairaudessa on kyse, ja että potilas tietää ja on ymmärtänyt jatkosuunnitelman. (Salminen 2000, 23.)

Selviytymisprosessissa potilaan tiedollista toimintaa ja käyttäytymistä kuvataan toisiaan seuraavina vaiheina. Lähtökohtana selviytymisprosessille on henkilön stressin tai kriisin kokeminen. (Eriksson & Lauri 2000, 44–46.) Määritelmiä selviytymisprosessin eri vaiheille on useita. Kübler-Ross (1973, 44) määrittelee selviytymisprosessin aikana koetut tunteet viisiportaisena: kieltäminen, viha, kaupanteko, masennus ja hyväksyminen. Syöpäpotilaan läpikäymä selviytymisprosessi etenee aina yksilöllisesti. Joskus potilas voi käydä läpi samanaikaisesti useita vaiheita tai jättää jonkin vaiheen väliin. Sopeutuminen eri vaiheissa olevien potilaiden tilanteisiin tekee syöpähoitotyön toteuttamisesta erityisen haastavaa. (Eriksson & Lauri 2000, 51–60.)

Uuden terveydenhuoltolain luonnoksessa (Terveydenhuoltolaki, luonnos 2010) sairaanhoidon tavoitteeksi määritellään ihmisen kokonaishyvintointi. Tavoite sisältää sekä yksilön, perheiden että yhteisön kärsimyksen lievittämisen. Kärsimyksen lievittäminen tulee ottaa huomioon kaikessa sairauden hoidossa ja hoidon kaikissa vaiheissa, myös kuolevien potilaiden hoidossa ja saattohoidossa.

Syöpäpotilaalle kärsimystä voivat aiheuttaa muun muassa kivut, minäkuvan muuttuminen, fyysinen sekä henkinen pahoinvointi tai muut sairauden tuomat haittavaikutukset. (Kuuppelomäki 2000a, 130; Lehti 2000, 68.) Syöpäpotilaan kivun selvittelyssä on otettava huomioon sairauteen liittyviä pelon, masennuksen ja ahdistuksen tunteita, jotka osaltaan vaikuttavat kivun kokemiseen (Vainio 2000, 94). Kivun seurannassa tulisi apuna käyttää kipumittareita. Kivun sijaintia ja voimakkuutta seuraamalla kipua voidaan paikallistaa ja kipumekaniikka pystytään hahmottamaan. Kivut voivat olla lähtöisin kasvaimesta tai johtua syövän hoidosta. (Hamunen 2003, 28–30.) Kivun hoidossa voidaan käyttää esimerkiksi WHO:n porrasteista kivunhoitomenetelmää, jonka mukaan lääkkeen valinnan perustana on kivun intensiteetti: lievä, kohtalainen tai voimakas kipu. (WHO's pain ladder.)

Syöpäpotilaan hoitotyöhön kuuluu myös potilaan ja hänen läheistensä auttaminen hengellisiä tarpeita koskevissa kysymyksissä (Ikola & Kuuppelomäki 2000, 190). Kuuppelomäen (2002b) tutkimuksessa hoitajat ja potilaat kokivat hengellisen tuen erittäin tärkeäksi osaksi hoitoa. Kuitenkin puolet tutkimukseen osallistuneista hoitajista eivät olleet halukkaita antamaan hengellistä tukea ja yli puolet hoitajista pitivät tietojaan ja taitojaan puutteellisina.

Syöpäpotilaan hoidossa tulisi ottaa huomioon sekä fyysiset että psyykkiset, emotionaaliset ja sosiaaliset ongelmat, joten syöpäpotilaan ongelmat eivät ole useinkaan yksiselitteisiä. Näin ollen syöpää sairastavan hoitotyötä toteutetaan terveydenhuollon eri ammattiryhmistä koostuvassa moniammatillisessa työryhmässä. Moniammatillinen yhteistyö monipuolistaa syöpäpotilaan hoidossa ja sen suunnittelussa tarvittavan tiedon ja taidon. Se on myös tehokas ja taloudellinen toimintamuoto potilaan tavoitteiden saavuttamiseksi. Potilaan ja läheisen ollessa mukana päätöksenteossa, he tuovat tilanteeseen omat näkemyksensä ja tietonsa. Onhan potilas kuitenkin oman vointinsa paras asiantuntija. (Lauri 2000, 280–283.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2010, 89) työryhmä on asettanut yhdeksi syöpähoidon tavoitteeksi vuosille 2010–2020 kehittää potilaan polkua syöpäepäilystä hoidon ja seurannan eri vaiheisiin niin, että potilas on selvillä tutkimusten ja hoidon etenemisestä. Potilaan siirtymisestä hoidon vaiheesta toiseen on huolehdittava niin, ettei potilaalle koidu epätietoisuuden vaiheita, ja että potilas tietää mistä hän saa apua tarvittaessa.

3.2 Yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajuus

Yksilövastuisen hoitotyön käsite on suomennos kansainvälisestä termistä Primary nursing, jonka tarkoituksena on lisätä potilaan mahdollisuutta osallistua omaan hoitoonsa ja hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Yksilövastuinen hoitotyö lisää hoitajan vastuuta ja laajentaa sekä selkeyttää tehtäväkuvia. Myös käsite omahoitaja on vakiintunut suomenkieleen kansainvälisestä termistä Primary nurse. (Nyman 2006, 3–4.)

Perusajatus yksilövastuisessa hoitotyössä on, että potilaalle määritellään hoitajakson alkaessa omahoitaja, joka huolehtii potilaan kokonahoidosta kotiinpääsyyn asti. (Koi-vuselkä, Sahlsten & Aalto 2002, 2.) Edellytys yksilövastuisen hoitotyön toteutumiselle on, että potilas tietää kuka on hänen omahoitajansa ja että heidän välilleen muodostuu luottamuksellinen hoitosuhde. Keskeiset periaatteet potilaan kunnioittaminen ja itse-määräämisoikeus ohjaavat yksilövastuisen hoitotyön toteuttamista. (Nyman 2006, 2, 41.)

Omahoitajan vastuulle kuuluu potilaan hoitotyön suunnittelu, toteutus ja arviointi (Koi-vuselkä ym. 2002, 2). Kun omahoitaja ei ole työvuorossa, hoitaa potilaalle nimetty kor-vaava hoitaja hänen tehtäviään. Näin voidaan taata hoidon jatkuvuus. Korvaavien hoita-jien toiminta perustuu omahoitajan laatimaan hoitosuunnitelmaan. Korvaavan hoitajan nimeäminen ei kuitenkaan näytä tapahtuvan säännöllisesti tai johdonmukaisesti. (Ny-man 2006, 5, 40.)

Nymanin (2006, 45) tutkimuksessa potilaat, joilla oli ollut hoitajaksolla omahoitaja, ko-kivat omahoitajan nimeämisen lisänneen turvallisuuden tunnetta hoidossa sekä helpot-taneen asioiden esille ottamista. Potilaat kokivat tärkeänä, että tavoitteet hoitajaksolle tehtäisiin ja arvioitaisiin yhdessä omahoitajan kanssa. Mitä paremmin yksilövastuinen hoitotyö tutkimukseen osallistuneilla osastoilla toteutui sitä enemmän läheiset kokivat tulleensa huomioituksi potilaiden hoidossa.

Hoitotyötä on pyritty muodostamaan entistä potilaskeskeisemmäksi. Yksilövastuinen hoitotyö on koettu parhaimmaksi tavaksi järjestää potilaan hoito ja se onkin ollut kehit-tämisen kohteena Suomessa jo lähes kahden vuosikymmenen ajan. Kehitettävää yksilö-vastuisen hoitotyön toteutumisessa on kuitenkin edelleen. Nymanin (2006, 40) tutki-mustuloksista ilmeni, ettei yli puolella tutkimukseen osallistuneista potilaista ollut oma-hoitajaa nimetty tai potilaat eivät tieneet omahoitajasta. Myös Auran ym. (2010, 17) tutkimuksessa havaittiin, ettei lähes puolella tutkimukseen osallistuneista potilaista ollut nimettyä omahoitajaa ja läheisistä vain 38 % tiesi, että potilaalla on omahoitaja.

3.3 Perhekeskeinen hoitotyö

Syöpään sairastuminen ei vaikuta pelkästään sairastuneeseen yksilötasolla vaan myös hänen perhe- ja ystäväpiiriinsä. Potilaan läheiset ovat merkittävässä roolissa auttamassa ja tukemassa potilasta sairauden eri vaiheissa. Jotta läheiset olisivat kykeneväisiä antamaan parasta mahdollista tukea, tulisi heillä olla myös mahdollisuus saada apua ja tukea omaan jaksamiseensa. (Isaksen, Thuen & Hanestad 2003, 72.) Etenkin potilaiden puoliset ovat erittäin haavoittuvaisia ja hoitohenkilökunnan tulisi käyttää yhtä paljon aikaa heihin kuin potilaisiin (Winterling ym. 2004, 381).

Isaksenin ym. (2003, 68) tutkimuksesta ilmenee, että syöpää sairastavat potilaat ovat huomattavasti tyytyväisempiä hoitajilta saamaansa tukeen kuin heidän läheisensä. Läheiset ovat suuremmissa avun ja tuen tarpeessa kuin hoitajat ja muu hoitotyön ammattihenkilöstö ymmärtääkään. Mikkelsenin, Søndergaardin, Jensenin & Olesenin (2008, 218–220) tutkimuksessa ilmenee samankaltaisia tuloksia; potilaat saattavat kokea taistelevansa ensin elämänsä puolesta, sitten ylläpitääkseen elämäänsä. He tuntevat usein itsensä yksinäisiksi huomattaessaan läheistensä tarvitsevan apua jatkaakseen normaalia elämäänsä. Erityisesti potilaita kuormittaa omien lasten psykologiset ongelmat, jotka vanhemman syöpään sairastuminen on aiheuttanut.

Hodgkinsonin ym. (2006, 409, 413) tutkimuksessa potilaiden ja heidän läheistensä tuen tarpeet osoittautuivat sekä yhteisiksi että molemmille osapuolille yksilöllisiksi. Potilaiden puoliset ilmaisivat vahvasti tarvitsevansa tukea sairauden tuomiin muutoksiin parisuhteessa. Tuen tarvetta ilmeni jopa vuosia syövän diagnosoimisesta, vaikka syöpä olisi saatu hoidettua. Potilaiden tuen tarpeet painoutuivat syövästä selviämiseen. Potilaan ja hänen puolisonsa yhteiset tuen tarpeet liittyvät tutkimuksen mukaan yhteisen tulevaisuuden suunnitteluun sekä arkielämän ylläpitämiseen.

Syöpäpotilaan ja hänen läheistensä tuen tunnistaminen perustuu potilaan ja hänen läheistensä tilanteen ymmärtämiseen. Tämä tarkoittaa yksilöllisen elämäntilanteen selvittämistä, henkisen hyvinvoinnin arviointia, sanojen ja hiljaisuuden taakse näkemistä sekä vastavuoroisen hoitosuhteen rakentamista. Sairaanhoidajat keräävät tietoa tuen tarpeesta nonverbaalisin menetelmin kuten havainnoinnilla. Vaikka tuen tarve tunnistetaan, on

epäselvää kuinka paljon tukea potilaille ja heidän läheisilleen annetaan. (Mattila, Kaunonen, Aalto & Åstedt-Kurki 2010, 31, 36.)

3.4 Vuorovaikutuksellinen hoitosuhde

Potilas-hoitajasuhde on ammatillinen vuorovaikutussuhde, jota määrittää suhteen tavoitteellisuus potilaan hyvinvoinnin edistämiseksi. Vuorovaikutuksellinen hoitosuhde kestää potilaan hoitajakson ajan ja saattaa jatkua sellaisenaan potilaan saapuessa uudelleen hoitoon samalle osastolle. (Mikkola 2006, 154.) Vuorovaikutuksellisen hoitosuhteen tavoitteita ovat hoitosuhteen muodostuminen, potilaan tiedon tarpeiden tyydyttäminen, potilaan kärsimyksen poistaminen tai lievittäminen sekä potilaan hyvä olo. (Mattila 2001, 16–18.)

Mikkolan (2006, 156) tutkimuksen mukaan hoitajien mielestä hoitosuhteen lähtökohtana on potilaan tilanne, joka määrittää sen millaista ohjausta potilas tarvitsee. Hoitajat odottavat potilaan asettavan omat tavoitteensa hoitosuhteelle ja olevan aktiivisia osallistumalla omaan hoitoonsa, jotta myös hoitaja voisi osallistua potilaan yksilöllisten tavoitteiden toteuttamiseen. Passiivisemmat potilaat jäävät helposti vähemmälle huomiolle kuin aktiivisesti omaa hoitoaan ajavat potilaat. Hoitajan rooli on olla ammattilainen, joka tuo hoitosuhteeseen oman tietämyksensä ja osaamisensa.

Hoitosuhteen toimivuus on sidoksissa potilaan ja hoitajan puheessa välittyvään käsitykseen ihmisenä olemisesta. Hyvä hoitosuhde edellyttää hoitajan luottamuksellista, toista ihmistä ja hänen elettyä elämäänsä kunnioittavaa suhtautumista. Hyvä potilas määritellään hoitoon sopeutuvaksi ja häntä jopa rohkaistaan antamaan hyvää palautetta hoitosuhteesta. Henkilökemioiden sekä luonteenpiirteiden yhteensopimattomuus mielletään usein syyksi toimimattomalle hoitosuhteelle, jolloin potilaalta ei edes odoteta palautetta, sillä kuolevan potilaan hoitajaa kritisoiva puhe koetaan hyvin vaikeana. (Lipponen 2006, 159–160.)

Vuorovaikutuksellisessa hoitosuhteessa vastavuoroisuus potilaan ja hoitajan välillä on erittäin merkityksellistä. Yksinkertaisimmillaan se ilmentyy siten, että hoitosuhteen mo-

lemmat osapuolet ovat aktiivisia, mutta myös valmiita joustamaan omista tavoitteistaan yhteistyön onnistumiseksi. (Mikkola 2006, 157.) Potilaan tunteminen sekä aidosti ja avoimesti hoitosuhteeseen antautuminen mahdollistaa hoitajan antamaan emotionaalista tukea potilaalle. (Kuuppelomäki 2002a, 118.)

3.5 Kuoleman ja menetyksen pelko

Kuolemanpelko on negatiivinen tunne-elämän reaktio, joka syntyy sellaisen tilan ennakkoavistuksesta, jossa ihminen lakkaa olemasta, minä häviää. Kuolemanpelossa käsitellään kaipausta menneeseen, kaipausta tulevaan sekä kuoleman mielekkyyttä. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2004, 44.) Läheiset tuntevat menetyksen pelkoa etenkin hoidon alkuvaiheessa (Mok, Chan, Chan & Yeung 2003, 270). Läheiset saattavat pelätä sairauden uusiutumista ja kuolemaa vielä vuosia, vaikka sairaus olisi saatu parannettua. (Mikkelsen ym. 2008, 219.)

3.5.1 Hoitohenkilökunnan kokema kuolemanpelko

Kuuppelomäen (2000b, 39, 45) tutkimuksen mukaan kuolemanpelkoa olisi luultua vähemmän. Tutkimuksen mukaan kuolemanpelko on hieman yleisempää ammattihenkilökunnan kuin potilaiden ja läheisten keskuudessa. Tämä saattaa johtua siitä, että hoitohenkilökunta kohtaa jatkuvasti työssään kuolemaa ja kuolevia ihmisiä. Tutkimuksessa mukana olleet sairaanhoitajat olivat perehtyneet kuolemaan liittyvään kirjallisuuteen. Läheisillä, potilailla tai lääkäreillä ei ollut kiinnostusta perehtyä aiheeseen kirjallisuuden kautta.

Tutkittaessa hoitajien suhtautumista kuolemaan ja kuolevan potilaan hoitotyötä kohtaan on osoitettu, että pidemmän työkokemuksen omaavilla hoitajilla on myönteisempi suhtautumistapa kuoleviin potilaisiin. Nuorempien hoitajien kielteisemmät asenteet heijastuvat siihen, että he pyrkivät välttämään ajatusta kuolemasta. Kokemattomammat hoitajat pelkäävät kuolemaa enemmän. (Lange, Thom & Kline 2008.)

3.5.2 Potilaiden ja läheisten kokema kuolemanpelko

Kuuppelomäen (2000b, 42–43) tutkimuksessa potilaat selittivät kuoleman yleisimmin väistämättömänä asiana, joka tulee loppujen lopuksi olemaan kaikkien kohtalona. Kuolemanpelon puuttumisen toiseksi yleisin syy oli se, etteivät potilaat kokeneet kuolemaa ajankohtaiseksi kyseisessä hetkessä.

Pelon puuttumiseen vaikutti myös henkilön aiemmat myönteiset kokemukset läheisen kuolemasta sekä usko kuoleman jälkeiseen elämään. Kuoleman vieraus sekä tiedonpuute kuolemasta olivat tekijöitä, jotka aiheuttivat kuolemanpelkoa. Vaikka syöpää sairastaneet potilaat eivät kokeneet kuolemanpelkoa, silti he halusivat elää niin pitkään kuin mahdollista. (Kuuppelomäki 2000b, 42–43.)

Potilaat eivät välttämättä halua keskustella kuolemasta hoitajien kanssa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että he eivät haluaisi keskustella vaikeista tunteista lainkaan, vaan suurin osa keskustelee asioista läheistensä kanssa. Potilaat saattavat myös vältellä vaikeista asioista keskustelua ja keskittyä nykyhetkessä elämiseen. Potilaille on tärkeää tulla kohdelluiksi tavallisina ihmisinä eikä pelkästään syöpäpotilaina. He toivovat hoitajien keskustelevan myös arkipäiväisistä asioista. (Kvåle 2007, 323.)

Arantzamendin & Kearneyn (2004, 23) tutkimuksessa syöpäsairaanhoitajat tunnistivat potilaiden hoidossa kuolemanpelon kannalta kaksi tärkeää päävaihetta: hoidon aloitus ja hoidon lopetus. Hoidon alussa potilailla on erityisen vaikeaa, sillä he eivät tiedä mitä odottaa hoidolta. Hoidon loppumisen hoitajat tunnistivat ajaksi, jolloin potilaat menettävät turvallisuuden tunteen, jota he tunsivat hoidon aikana.

Potilaiden tarve kotiutumisen jälkeisestä tuen tarpeesta tuli ilmi myös Mikkelsenin ym. (2008, 219) tutkimuksesta, jonka mukaan potilas kokee usein olonsa yksinäiseksi ja tarvitsee henkilön, johon tukeutua. Potilaat ja läheiset hautovat pelkoa sairauden uusiutumisesta ja kuolemasta. Pelko on läsnä potilaiden ja läheisten keskuudessa vielä kauan hoitojen loppumisen jälkeen. Potilaiden on vaikea uskoa, että he olivat todella selvinneet syövästä.

3.5.3 Läheisten kokema menetyksen pelko

Hodgkinsonin ym. (2006, 405, 414) tutkimuksen mukaan potilaan läheiset eivät ole ainoastaan tuen antajia, vaan myös tuen tarvitsijoita. Läheiset ilmaisivat ahdistusta ja tuen tarvetta jopa 11 vuotta onnistuneiden hoitojen jälkeen. Pelko syövän uusiutumisesta oli merkittävä haitta läheisten sosiaaliselle elämälle vielä pitkään (Mikkelsen ym. 2008, 219).

Mokin ym. (2003, 270) tutkimuksessa ilmeni, että läheiset haluavat olla kuolevan potilaan hoitotyössä mukana potilaan tilanteesta riippumatta. Tutkimuksen mukaan läheiset käyvät läpi neljä vaihetta valmistautuessaan kuoleman kohtaamiseen. Menetyksen pelko on läsnä etenkin ensimmäisessä vaiheessa, jolloin läheiset toivovat ihmeen tapahtuvan vaikka parantavaa hoitoa ei enää ole. Toisen vaiheen aikana läheiset osallistuvat aktiivisesti potilaan hoitamiseen. Kolmannessa vaiheessa alkaa valmistautuminen potilaan tulevaan kuolemaan. Viimeisessä vaiheessa läheinen kykenee ajattelemaan elämää ilman kuollutta läheistään ja orientoituu uuteen elämänvaiheeseen.

4 TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusotteella, jonka lähtökohtana on ihminen, hänen elämänpiirinsä sekä niihin liittyvät merkitykset (Kylmä & Juvakka 2007, 16). Opinnäytetyön aineisto kerättiin syöpätautien vuodeosaston sairaanhoitajilta strukturoimattomilla kyselylomakkeilla. Saatu aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä.

4.1 Kvalitatiivinen tutkimusote

Kvalitatiivinen tutkimusote on tulkitseva ja ymmärtäväinen tiedekäsitys, jossa oletetaan, että todellisuus tavoitetaan kokemuksen kautta. Ilmiöitä kuvataan, selitetään ja pyritään ymmärtämään niiden välisiä suhteita tiedonantajien näkökulmasta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 20.)

Laadullinen tutkimusote ei pyri totuuden löytämiseen tutkittavasta asiasta, vaan tarkoituksena on tutkimisen aikana muodostuneiden tulkintojen avulla näyttää jotakin, joka on välittömän havainnoinnin tavoittamattomissa. Tutkimusotteen tavoitteena ovat ihmisen omat kuvaukset koetusta todellisuudestaan. Tutkimusotteen tärkeä tehtävä on olla emansipatorinen eli lisätä myös tiedonantajien ymmärrystä asiasta ja vaikuttaa positiivisesti heidän ajattelu- ja toimintatapoihinsa. (Vilka 2005, 97–98, 102.)

Yleisimmät aineistonkeruumenetelmät laadullisessa tutkimusotteessa ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja dokumenteista saatu tieto. Silloin, kun halutaan tietää, mitä ihminen ajattelee tai miksi hän toimii niin kuin toimii, on järkevää kysyä asiaa häneltä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71–72.)

Haastattelujen teko edellyttää kouluttautumista haastattelijan rooliin ja tehtäviin, mikä on aikaavievää. Vaaditaan riittävää itseluottamusta ja kykyä kestää tilanteen ennustamaton ja yllätyksellinen kulku niin, että pysytään aiheessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 81.)

Opinnäytetyön aran aihepiirin vuoksi aineiston keruu päätettiin toteuttaa strukturoimattomilla kyselylomakkeilla. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara (2009, 204–206) toteavat, että kokematon haastattelija saattaa aiheuttaa haastattelujen teossa useita virhelähteitä. Tiedonantaja saattaa kokea haastattelun monella tavalla itseään uhkaavaksi tai pelottavaksi tilanteeksi. Haastattelu saattaa myös heikentää luotettavuutta, sillä haastattelemalla vastauksista saattaa muodostua sosiaalisesti suotavia.

Opinnäytetyön aiheen ymmärtämiseen ja kuvaamiseen vaaditaan laadullinen tutkimusote. Näin tiedonantajan mielipiteitä ja kokemuksia voidaan kuvata mahdollisimman luonnollisesti niiden omassa ympäristössä. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 31.)

4.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineisto kerättiin eräässä sairaanhoitopiirissä syöpätautien vuodeosastolla työskenteleviltä hoitajilta. Sairaanhoitopiirin myöntämän tutkimusluvan jälkeen pidettiin osastotunti, jonka aikana hoitajille kerrottiin opinnäytetyön sisällöstä. Tarkoituksena oli motivoida hoitajia osallistumaan opinnäytetyöhön. Kyselylomakkeet (liite 1) luovutettiin osastonhoitajalle osastotunnin yhteydessä.

Osastonhoitaja jakoi kyselylomakkeet kaikille hoitajille. Lomakkeen yhteydessä olleessa saatekirjeessä (liite 2) painotettiin, että kysymyksiin vastaisi vain ne hoitajat, jotka kokivat aiheen itselleen merkitykselliseksi. Tällä pyrittiin saamaan esille niiden henkilöiden kokemukset, joilta oletettiin saatavan parhaiten tietoa tutkittavasta ilmiöstä (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 86).

Strukturoimaton kyselylomake sisälsi kolme avointa kysymystä, jotka muodostettiin opinnäytetyön tutkimustehtävien perusteella. Kysymyksiin pyydettiin vastaamaan mahdollisimman laajasti. Hoitajien toivottiin vastaavan kysymyksiin työaikana, jolloin vastausympäristö olisi tutkimuksen luonteeseen sopien mahdollisimman luonnollinen. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 31).

Kyselylomakkeita jaettiin 25. Vastausajaksi sovittiin alustavasti kolme viikkoa, jonka aikana saatiin kuusi täytettyä kyselylomaketta. Vastausaikaa jatkettiin viikolla lisävastauksien toivossa ja osastonhoitaja muistutti hoitajia kyselylomakkeesta. Tämä ei kuitenkaan tuottanut lisävastauksia. Vastausten määrään voitiin kuitenkin olla tyytyväisiä, sillä kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin vaan kokemusperäisen tiedon tavoittamiseen (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 85).

Saatekirjeessä toivottiin opinnäytetyön aiheen merkitykselliseksi kokevia hoitajia vastaamaan kyselylomakkeisiin. Näin tavoitettiin kokemusperäinen tieto ja saatiin sisällöllisesti rikkaita vastauksia, joihin voitiin olla hyvin tyytyväisiä. Kvalitatiivisen aineiston keruussa käytetään termiä saturaatiopiste, jolloin aineisto kyllääntyy. Tällöin samat asiat alkavat toistua ja aineiston keruun voidaan katsoa olevan riittävä. (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 182.) Opinnäytetyön aineisto saavutti saturaatiopisteen.

4.3 Aineiston analyysi

Aineiston analysointiin on tärkeää valita analyysitapa, joka tuo parhaiten vastauksen tutkittavan ilmiön tutkimustehtäviin. (Hirsjärvi ym. 2009, 224.) Parhaiten tämän opinnäytetyön tutkimustehtävien analysointiin sopi aineistolähtöinen sisällön analyysi, jonka avulla tutkittavasta ilmiöstä pyrittiin saamaan kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Aineistolähtöinen sisällön analyysi sisältää kolme vaihetta: redusointi, klusterointi ja abstrahointi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109.)

Opinnäytetyöhön saatu aineisto kirjoitettiin sellaisenaan tietokoneelle. Jotta hoitajilta saatu aineisto voitiin myöhemmin jäljittää, ne koodattiin tunnuksilla V1, V2, V3, V4, V5 ja V6. Tämän jälkeen tekstistä alleviivattiin kohdat, jotka koettiin merkitykselliseksi työn kannalta. Vaikka tutkimustehtävät ohjasivat merkityksellisten kohtien valintaa, mahdollisten uusien ilmiöiden esiin nouseminen aineistosta haluttiin pitää kuitenkin mielessä. Alleviivatut kohdat redusointiin eli pelkistettiin niiden sisältöä muuttamatta. Samalla aineistosta karsittiin opinnäytetyön kannalta epäolennaiset asiat pois. Pelkistetyt ilmaisut listattiin omaksi asiakirjaksi tietokoneelle. Redusoituja ilmaisuja kerään-

tyi yhteensä kuusi sivua. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 117; Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Esimerkki redusoinnista taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Esimerkki alkuperäisen ilmaisuuden redusoinnista.

Alkuperäinen ilmaisuus	Pelkistetty ilmaisuus
”Mielestäni täytyy olla myös sinut oman kuolemanpelkonsa kanssa.” ”V3”	Oman kuolemanpelon käsittely ”V3”
”Usein hoitajan pitää pystyä reagoimaan nopeastikin potilaan ja omaisten mielialoihin.” ”V4”	Potilaan ja omaisten mielialoihin nopea reagointi ”V4”
”Valmiuksia pitäisi välillä ”päivittää”.” ”V1”	Valmiuksien päivitys ”V1”

Aineiston pelkistetyistä ilmaisuista etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samaa asiaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin, yhdistettiin luokiksi ja luokat nimettiin niiden sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Ryhmittelyä ohjasi opinnäytetyön tekijöiden tulkinta asiasta. Muodostuneet luokat koottiin allekkain uuteen asiakirjaan. Luokille muodostui yläluokkia, joita vertailtiin keskenään ja sisällöllisesti samankaltaiset luokat yhdistettiin. Ryhmittelyssä pyrittiin kokoajan arvioimaan, miten pitkälle aineistoa kannatti ryhmitellä, jottei tulosten informaatioarvo vähenisi. Tätä analyysin vaihetta sanotaan klusteroinniksi. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 118; Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Klusteroinnista esimerkki taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Esimerkki alaluokkien muodostamisesta.

Pelkistetty ilmaisuus	Alaluokka
Hoitajan psyykkinen jaksaminen ”V4” Hoitajan jaksamisen tukeminen ”V5”	Hoitajan hyvinvointi
Voimistava ammattitaito ”V2” Hoitajan ihanneminä ”V3”	Hoitajan ammatillisuus
Kuolema vaikea asia ”V5” Kuoleman ainutlaatuisuus ”V4”	Kuoleman henkilökohtaisuus

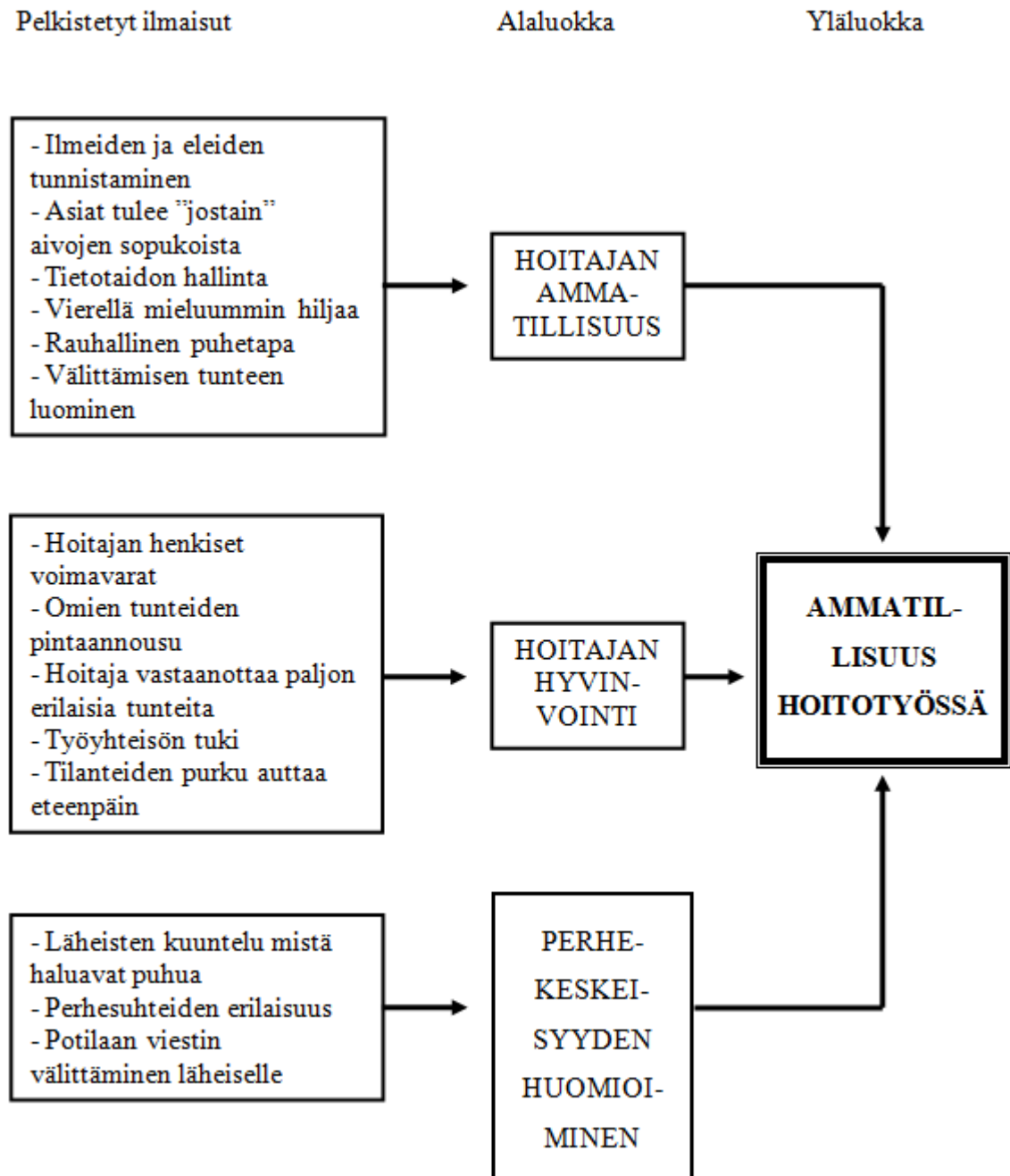
Opinnäytetyön aineistoa abstrahoiitiin eli alkuperäisaineiston käyttämistä kielellisistä ilmauksista edettiin teoreettisiin käsitteisiin. Abstrahointia jatkettiin yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin se aineiston sisällön näkökulmasta oli mahdollista. Aineistoa abstrahoidulla päädyttiin kahteen yläluokkaan: Hoitajan valmiudet ja niiden kehittäminen sekä Ammatillisuus hoitotyössä. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 119; Tuomi & Sara-järvi 2009, 111.) Esimerkki abstrahoinnista taulukossa 3.

TAULUKKO 3. Esimerkki yläluokkien muodostumisesta.

Alaluokka	Yläluokka
Hoitajan valmiudet Hoitotyön valmiuksien kehittyminen Valmiuksien kehittäminen Kuoleman henkilökohtaisuus Yksilöllisyyden vaikutus hoitotyöhön	Hoitajan valmiudet ja niiden kehittäminen
Hoitajan ammatillisuus Hoitajan hyvinvointi	Ammatillisuus hoitotyössä

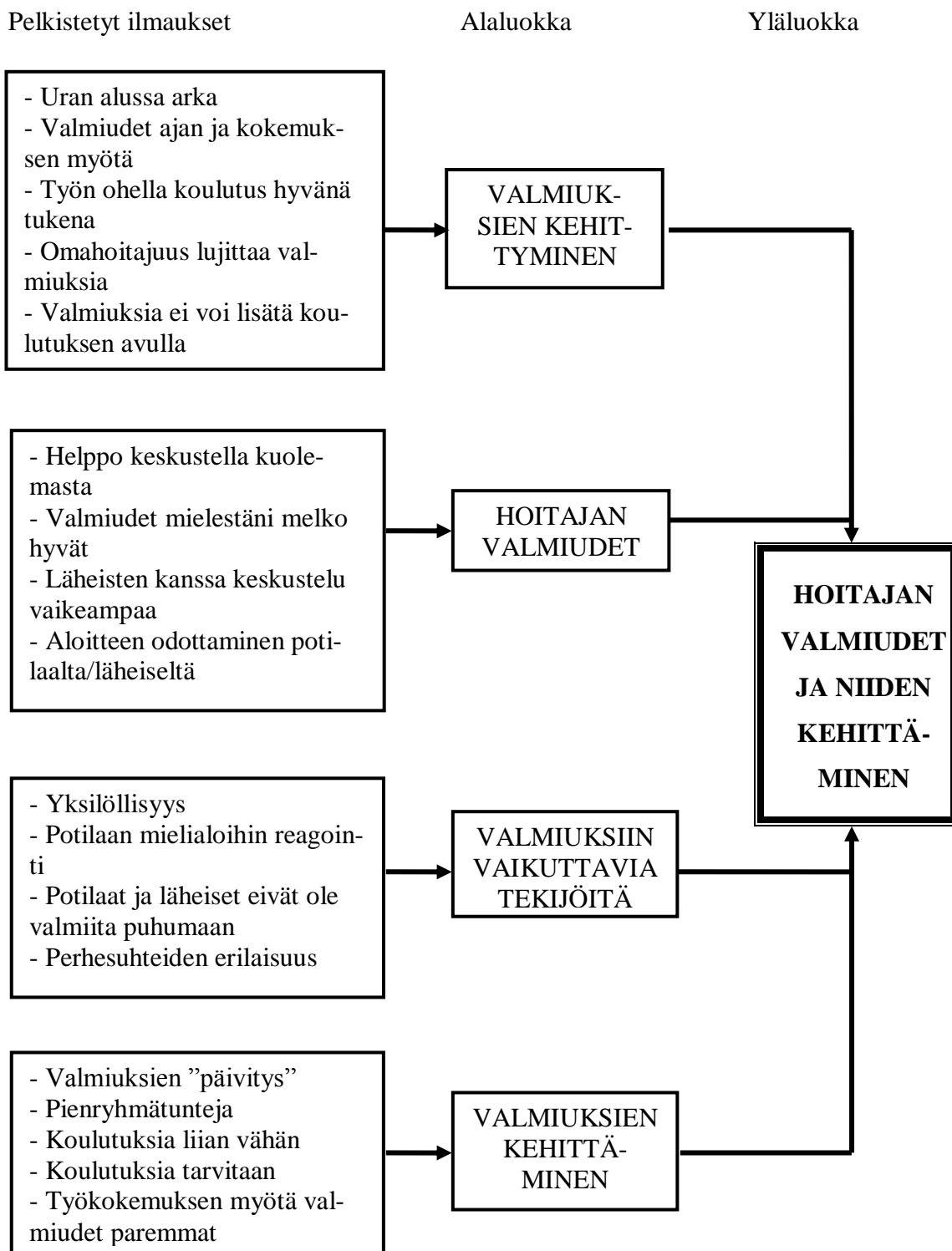
Aineiston analysoiminen aloitettiin heti aineiston keruun jälkeen. Näin voitiin taata aineiston inspiroivan opinnäytetyön tekijöitä mahdollisimman monipuolisesti ja sitä voitiin tarvittaessa täydentää ja selventää. (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 224.) Analyysin aikana aineistosta nousi esiin kolmas tutkimustehtävä: Mitä asioita hoitajat pitävät tärkeinä keskustellessaan kuolemasta potilaan ja hänen läheistensä kanssa? Analyysin vaiheet on esitetty pääpiirteittäin kuvioissa 2a ja 2b.

Kuviossa 2a on havainnollistettu, kuinka aineiston analyysillä on päädytty pelkistetyistä ilmaisuista alaluokkien kautta toiseen yläluokkaan Ammatillisuus hoitotyössä.



KUVIO 2a. Esimerkki aineiston analyysin etenemisestä.

Kuviossa 2b on havainnollistettu, kuinka aineiston analyysillä on päädytty pelkistetyistä ilmaisuista alaluokkien kautta toiseen yläluokkaan Hoitajan valmiudet ja niiden kehittäminen.



KUVIO 2b. Esimerkki aineiston analyysin etenemisestä.

5 TULOKSET

5.1 Hoitajan valmiudet keskustella kuolemasta

Hoitajien mukaan työkokemuksen myötä valmiudet keskusteluun kuolemaa pelkäävän potilaan tai hänen läheisensä kanssa olivat kehittyneet parhaiten. Pääasiassa valmiudet kuolemasta keskusteluun koettiin hyväksi. Työkokemuksen lisäksi työyhteisön tuki, lisäkoulutukset sekä työnohjaus olivat valmiuksia kehittäviä tekijöitä.

5.1.1 Hoitajan valmiuksien kehittyminen

Hoitajat kokivat valmiuksiensa muodostuneen hyvin eri tavoilla. Usein kuitenkin tuli ilmi, että varsinkin uran alussa hoitajat olivat arkoja keskustelemaan kuolemasta potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Varmuutta hoitajat saivat seuraamalla kokeneempien hoitajien toimintatapoja. Tilanteille altistuminen, kuten potilaan kuolemasta ilmoittaminen puolisolle, auttoi hoitajia huomaamaan valmiuksiensa kehittymisen.

”Aluksi seurasin vanhempien kollegojeni käyttäytymistä, tapaa kohdata jne, ja aloin tätä kautta opettelemaan kohtaamista.” ”V2”

Hoitajat olivat yhtä mieltä siitä, että työkokemuksen myötä valmiudet keskusteluun kuolemaa pelkäävän potilaan ja hänen läheisensä kanssa olivat kehittyneet parhaiten. Hoitajat kokivat, että valmiudet kehittyvät ajan ja kokemuksen myötä, eikä potilaan ja läheisten kohtaamista voi opetella koulutusten avulla. Toisaalta toiset hoitajat painottivat koulutusten olevan työn ohella erittäin tärkeitä ja he kokivat saaneensa niistä tukea omaan käytökseensä.

”Kokemus tuo valmiuksia ja koulutuksetkin toki hyödyllisiä, mutta mitään valmista kaavaa ei ole olemassa. Potilaat ja omaiset ovat yksilöitä ja jokaisella erilaiset perhesuhteet ja –siteet, joten valmiudet kasvavat kokemuksen myötä parhaiten.” ”V6”

Työyhteisön tuki koettiin erittäin tärkeänä voimavarana ja valmiuksia kasvattavana tekijänä. Tämä mahdollisti tilanteiden läpikäymisen ja vaikeissa tilanteissa nopea palaute auttoi eteenpäin. Rankkojen tilanteiden läpikäymiseen sairaalapastorin antama työnohjaus koettiin ensiarvoisen tärkeänä.

Hoitajat kokivat omahoitajuuden lujittavan valmiuksiaan keskustella kuolemasta potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Tutun potilaan kanssa vaikeistakin asioista keskusteleminen oli helpompaa. Hoitajat huomasivat myös potilaiden uskaltavan puhua vaikeistakin asioista helpommin tutulle hoitajalle. Mitä paremmin hoitaja tunsi potilaan ja läheiset, sitä helpompi oli keskustella heidän kanssaan.

5.1.2 Hoitajan valmiudet

Hoitajat kuvailivat valmiuksiaan keskusteluun kuolemasta hyvin erilailta, pääasiassa valmiudet kuitenkin koettiin hyviksi. Toisille hoitajille potilaiden ja läheisten kohtaaminen sekä heidän kanssaan keskusteleminen oli helppoa, toiset taas kokivat olevansa kykeneviä keskusteluun ja pohtivat sitä, miten valmiuksien pitäisi kokemuksen myötä olla aiempaa paremmat. Kuoleman läheisyyteen ei kuitenkaan koskaan totu. Osa hoitajista koki kuolemasta keskustelun potilaan läheisten kanssa olevan vaikeampaa kuin potilaiden kanssa. Vaikeuttavana tekijänä pidettiin muun muassa sitä, että läheiset torjuivat sairauden vakavuuden loppuun asti.

”Toiset hoitajat pystyvät aina keskustelemaan asiasta avoimemmin kuin toiset.” ”V3”

Vastauksissa hoitajat kertoivat odottavansa usein aloitetta keskusteluun potilaalta tai läheiseltä. Tällöin he kokivat potilaan tai läheisen olevan valmiita keskustelemaan kuolemasta, jolloin keskustelut olivat antoisia ja onnistuneita. Kaikki potilaat tai läheiset eivät olleet valmiita puhumaan asiasta. Jotkut puhuivat kuolemasta kierrellen ja kaarrellen.

”Yleensä odotan, että aloite kuolemasta puhumisesta tulee potilaalta. Kaikki eivät ole valmiita puhumaan.” ”V5”

5.1.3 Hoitajan valmiuksiin vaikuttavia tekijöitä

Hoitajat ilmaisivat, että pitkän hoitosuhteen aikana he oppivat tulkitsemaan potilaan ilmeistä ja eleistä milloin hänellä on tarvetta keskusteluun. Kaikki potilaat eivät olleet valmiita puhumaan. Mitä paremmin potilaan oppi tuntemaan, sitä helpompi hoitajan oli tunnistaa mistä potilas haluaa puhua. Tällöin hoitaja pystyi myös reagoimaan potilaan yksilöllisiin tarpeisiin sekä mielialoihin. Hoitajat pyrkivät kunnioittamaan potilasta ja hänen toiveitaan, mikäli he kokivat kuolemasta puhumisen ahdistavana.

Hoitajat kokivat potilaan ja läheisen iän vaikuttavan heidän kanssaan kommunikointiin. Hoitajat kokivat, että iäkkäämpien potilaiden kanssa kuolemasta keskustelu oli helpompaa kuin nuorempien potilaiden kanssa. Nuorilla potilailla oli usein pieniä lapsia kotona eikä nuorten potilaiden esittämiin kysymyksiin löytynyt aina vastausta. Suurin osa vanhemmista potilaista osasi keskustella kuolemasta levollisesti ja tällöin hoitajien oli helpompi puhua heidän kanssaan asiasta.

Hoitajan yksilöllisyys ja hänen henkilökohtaiset lähtökohtansa vaikuttivat paljon hänen toteuttamaansa hoitotyöhön. Jokainen hoitaja suhtautui kuolemaan omalla tavallaan ja toiset hoitajat vain pystyivät avoimemmin keskusteluun kuin toiset.

5.1.4 Hoitajan valmiuksien kehittäminen

Hoitajat kertoivat kaipaavansa valmiuksiensa ”päivitystä”. Suurin osa kaipasi lisäkoulutusta ja totesi sen olevan erittäin tärkeä osa valmiuksien kehittämistä. Hoitajat toivoivat muun muassa kuolevan potilaan hoitotyötä ja omaa käytöstä tukevia koulutuksia. Koulutusmuotoina hoitajat toivat esille toiveensa esimerkiksi sairaalapastorin antamista pienryhmätunneista, jossa asiasta keskusteltaisiin. Koulutusta hoitajat kokivat olevan nykyisellään liian vähän, eivätkä he kokeneet saaneensa tukea valmiuksien kehittämiseen koulutusten avulla.

Lisäkoulutuksen tärkeyden ohella hoitajat kertoivat työkokemuksen kuitenkin kasvattaneen valmiuksia parhaiten. Tilanteet, potilaat ja läheiset olivat aina erilaisia ja tilanteille altistuminen oli avainasemassa valmiuksien kehittämisessä.

”Kokemus tuo valmiuksia ja koulutuksetkin toki hyödyllisiä, –. Aito läsnäolo ja omien pelkojen käsittely auttaa hoitajaa kuolevan potilaan hoitotyössä parhaiten.” ”V6”

Hoitajat kuvailivat kuoleman kohtaamista ainutkertaisena ja –laatuisena ja siitä puhuminen oli jokaisen potilaan kanssa erilaista. Tilanteissa toimimiseen ei ole olemassa valmista kaavaa. Kuoleman läheisyyteen hoitajat eivät kokeneet koskaan tottuvansa.

5.2 Ammatillisuus syöpäpotilaan hoitotyössä

Aito kiinnostus syöpäpotilaan hoitotyötä kohtaan oli tärkeä osa hoitajien ammatti-identiteettiä. Kuoleman kohtaaminen oli hoitajille aina vaikea asia, joka vaati paljon henkisiä voimavaroja. Hoitajien mukaan myös perhekeskeisyys oli olennainen osa syöpäpotilaan hoitotyötä. Hoitotyössä oli tärkeää tilanteiden aistiminen milloin ja mistä potilas ja hänen läheisensä halusivat puhua.

5.2.1 Hoitajan ammatillisuus

Hoitajien mukaan valmiudet kuolemasta keskusteluun kehittyvät sitä paremmin, mitä enemmän työhön kykeni heittäytymään. Osa hoitajista koki, että aito kiinnostus syöpäpotilaan hoitotyöhön edellytti kiinnostusta kuolevan potilaan hoitotyöhön.

Hoitajat kokivat tärkeänä osana omaa ammatti-identiteettiään olevan aito kiinnostus syöpäpotilaan hoitotyötä kohtaan. Keskustellessaan potilaan tai läheisen kanssa vaikeista asioista, he huomasivat ajan myötä oikeiden sanojen tulevan ikään kuin itsestään. Ammattitaidon myötä myös tilanteiden aistiminen oli mahdollista. Hoitajat tunsivat omaavansa ikään kuin etanan tuntosarvet, joiden avulla he kykenivät tunnistamaan mitä

potilaan ja läheisen kanssa voi puhua ja kuinka paljon. Tähän kuului oleellisena osana ilmeiden ja eleiden tulkitseminen.

”Yleisesti ottaen kun juttelee potilaan tai omaisen kanssa, niin ne asiat vaan tulee jostain aivojen sopukoista.” ”V2”

Hoitajan roolissa oli tärkeää osata pysähtyä tilanteeseen ja kuunnella mitä potilas ja läheiset halusivat puhua. Heitä oli myös kunnioitettava: jos kuolemasta puhuminen ahdisti, heille oli annettava aikaa. Olennaista oli, että potilaalle ja läheiselle luotiin tunne siitä, että heistä välitettiin. Hoitajat kokivat aidon läsnäolon olleen potilaille tärkeää ja hoitajat usein olivatkin potilaiden vierellä mieluummin hiljaa. Hoitajan oma rauhallisuus, selkeys ja rauhallinen puhetapa auttoivat vaikeiden asioiden kohtaamisessa.

Potilaan kuoleman lähestyessä hoitoon paneutuminen koettiin erityisen merkityksellisenä. Mikäli läheiset eivät olleet paikalla potilaan kuollessa, läheisten kannalta oli tärkeää, että hoitaja pystyi kertomaan pilkun tarkasti potilaan viimeiset hetket. Läheisen ollessa paikalla potilaan kuolinhetkellä, heille oli tärkeää kertoa kuoleman lähestymisen aiheuttamista muutoksista potilaassa. Tämä vaati hoitajalta hyvää tietotaidon hallintaa. Hoitajien olennaisena ominaisuutena pidettiin myötälämistä surun kohdatessa.

5.2.2 Hoitajan hyvinvointi

Vaikka hoitajilla oli kokemusta kuolevan potilaan hoitotyöstä ja he kokivat valmiutensa hyväksi, kuoleman kohtaaminen oli hoitajille aina vaikea asia, joka vaati heiltä paljon henkisiä voimavaroja. Hoitajat kokivat tärkeäksi oman kuolemanpelon käsittelyn. Jotta pystyi kohtaamaan kuolevan potilaan, täytyi olla sinut oman kuolemanpelkonsa kanssa.

Hoitajat kertoivat kohtaavansa työssään monenlaisia tunteita. Esimerkiksi lääkärin kertomat huonot uutiset saattohoidon aloittamisesta herätti potilaissa ja läheisissä tunteita, joita hoitaja otti vastaan. Toisaalta hoidettuaan pitkään potilasta, myös hoitaja saattoi tuntea luopumisen tuskaa ja surua potilaan kuollessa. Tällöin myös hoitajan omat tun-

teet saattoivat nousta pintaan. Surunvalittelujen ja läheisten vastaanoton koettiin vaativan hoitajalta erittäin paljon henkisiä voimavaroja.

”Koskaan kukaan ei ole sitä pahalla katsonut, vaikka hoitaja itkeekin. Aina ei pysty ’skarppaamaan’.” ”V1”

”Joskus pitkän hoitosuhteen päätyttyä kuolemaan, vaatii hoitajalta hyvin paljon. – –. Omatkin tunteet saattavat nousta pintaan omaisten kanssa keskusteltaessa.” ”V4”

Hoitajat kertoivat työyhteisön tuen olleen erittäin tärkeä voimavara työn jaksamisen kannalta. Vaikeissa tilanteissa, joissa hoitajan omat tunteet nousivat pintaan, nopea palaute ja tilanteiden purku koettiin eteenpäin auttavina tekijöinä. Osastolla tietyn väliajoin käyvän sairaalapastorin antama työnohjaus auttoi myös vaikeiden asioiden käsittelyssä.

5.2.3 Perhekeskeisyyden huomioiminen

Hoitajien mukaan perhekeskeisyys oli olennainen osa syöpäpotilaan hoitotyötä. Potilaan läheisten kanssa oltiin tekemisissä koko hoitosuhteen ajan. Hoitajat kokivat tärkeäksi potilaiden ja heidän läheistensä keskinäisten välien seuraamisen. Hoitajan oli kyettävä tunnistamaan mistä he halusivat puhua ja kuinka paljon.

Haastavinta läheisten kohtaaminen oli silloin, kun heille piti ilmoittaa potilaan kuolemasta, etenkin kun kuolema oli yllättävä. Kun potilaan tila oli mennyt huonompaan suuntaan, hän saattoi pyytää hoitajaa kertomaan tästä potilaan läheiselle, koska ei itse siihen kyennyt. Tämän hoitajat kokivat suurena luottamuksen osoituksena potilaalta. Läheisten kanssa keskustellessa tärkeänä hoitajat kokivat empatian osoittamisen, tietotaitojen hallinnan sekä läheisen tilanteen ymmärtämisen. Vastauksissa hoitajat mainitsivat potilaan ja läheisen aina yhdessä.

6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyön luotettavuuden arviointi on välttämätöntä tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta. Opinnäytetyön luotettavuuden tarkastelussa on käytetty uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kriteereitä. Myös eettisyyden pohtiminen on opinnäytetyön kannalta merkittävää, sillä eettisissä kysymyksissä epäonnistuminen saattaa viedä pohjan koko opinnäytetyöltä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127, 137.)

6.1 Eettisyys

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksenteossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Tutkijan on noudatettava rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta työssä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä arvioinnissa. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–25.) Tutkimuksen tekemisen eettiset haasteet eivät koske ainoastaan tutkimuksen toimijoiden asemaa, vaan koko tutkimusprosessia aina suunnittelusta julkaisuun asti. (Kylmä & Juvakka 2007, 137.)

Tutkimuskohdetta valitessa tulee ottaa huomioon kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään (Hirsjärvi ym. 2009, 24–25). Opinnäytetyön aihe valittiin opinnäytetyöntekijöiden oman mielenkiinnon pohjalta ja aihe on muodostunut työelämän kehitystarpeista. Sairaanhoidopiirin opetusylihoitaja myönsi opinnäytetyölle tutkimusluvan tutkimussuunnitelman perusteella keväällä 2010. Tutkimusluvassa oli määriteltynä ja kirjattuna kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla tutkimusryhmän jäsenten asema, oikeudet, osuus tekijyydestä, vastuut ja velvollisuudet sekä tutkimustulosten omistajuutta ja aineistojen säilyttämistä koskevat kysymykset (Hirsjärvi ym. 2009, 24).

Opinnäytetyön aihetta esittelevässä osastokokouksessa hoitajille painotettiin laadullisen tutkimuksen eettisiä periaatteita. Hoitajille kerrottiin opinnäytetyöhön osallistumisen perustuvan vapaaehtoisuuteen ja heille annettiin mahdollisuus vetäytyä opinnäytetyöstä

missä tahansa opinnäytetyön prosessin vaiheessa. Kyselylomakkeiden yhteyteen liitettiin saatekirje (liite 2), jossa kerrottiin edellä mainitut asiat. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 149–150.) Hoitajille luvattiin, että heidän antamiaan vastauksia käsitellään luottamuksellisesti eikä opinnäytetyön tuloksista pysty tunnistamaan yksittäistä vastaajaa. (ks. Janhonen & Nikkonen 2001, 39.)

Opinnäytetyön aineisto kerättiin yhdeltä osastolta muutamalta henkilöltä. Siksi olikin erityisen tärkeää, että tiedonantajille taattiin anonymiteetti. Näin voitiin myös varmistua siitä, ettei tiedonantajia koskevia tietoja voitu käyttää heidän vahingokseen. Hoitajilta saatuja vastauksia käsiteltiin huolellisesti eikä niitä annettu kenenkään ulkopuolisen luettavaksi. Hoitajille luvattu anonymiteetti säilytettiin valmiissa työssä ja vastaukset hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. (ks. Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 28–29.)

Hyvän tieteellisen käytännön mukaista on ottaa huomioon muiden tutkijoiden työ ja saavutukset asianmukaisella tavalla sekä kunnioittaa tutkijoiden työtä tutkimustuloksia julkaistessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 24; Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133.) Kun opinnäytetyössä käytettiin muiden tutkijoiden tutkimustuloksia, lähdemerkinnät merkittiin tekstin perään asianmukaisesti. Näin suljettiin pois mahdollisuus, että opinnäytetyöntekijät esittävät muiden tutkijoiden tutkimustuloksia ominaan. Samalla muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia kunnioitettiin. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 133.)

6.2 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on kaikessa tutkimustoiminnassa olennaista, jotta virheitä voitaisiin välttää (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134). Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin tarkoitus on selvittää, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan tarkka selostus kaikista tutkimusprosessin vaiheista. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.)

Laadullisen tutkimuksen oppaiden luotettavuustarkastelut ovat usein hyvin erilaisia ja painottavat eri asioita (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134). Opinnäytetyön luotettavuuden tarkastelussa on käytetty uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kriteereitä, jotka ovat yhdistelmä useiden eri tutkijoiden näkemyksistä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Tutkimusprosessin uskottavuutta lisää aineiston kerääminen sieltä, missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy (Nieminen 1997, 216). Opinnäytetyön aineisto kerättiin syöpäosastolla työskenteleviltä hoitajilta, jotka jokapäiväisessä työssään kohtaavat kuolemaa pelkääviä potilaita ja heidän läheisiään. Kysymyksiin olivat vastanneet ne hoitajat, jotka kokivat asian itselleen merkityksellisenä ja joilla oli asiasta kokemusta.

Opinnäytetyön uskottavuutta vahvistaa se, että ennen opinnäytetyön aloitusta toinen opinnäytetyön tekijöistä suoritti työharjoittelun osastolla, johon opinnäytetyö tehtiin. Näin opinnäytetyön tekijöillä oli esiyymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 128). Esiyymmärrystä tutkittavaan ilmiöön oli saatu syöpäpotilaan hoitotyöstä myös aiempien opintojen yhteydessä. Uskottavuutta vahvistaa myös se, että opinnäytetyön tulokset tukevat aiempia tutkimustuloksia ja ne ovat esitetty loogisesti ja ymmärrettävästi. Opinnäytetyön uskottavuutta saattaa heikentää se, että opinnäytetyön tekijöillä ei ole laajaa kokemusta kuolemaa pelkävien potilaiden ja heidän läheistensä hoitamisesta (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 128). Uskottavuutta saattaa heikentää myös se, ettei tuloksia ole vahvistettu opinnäytetyöhön osallistuneilta tiedonantajilta jälkikäteen.

Tutkimuksen vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että tulokset perustuvat aineistoon eikä tutkijan omiin käsityksiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Silti tulosten tulkinnassa on aina mukana tutkijan oma näkökulma, tunteet ja intuitionsa. Tulosten ja aineiston välinen yhteys tulee osoittaa luotettavasti. (Janhonen & Nikkonen 2001, 36.) Opinnäytetyön aineiston analyysi ja tulokset ovat helposti ja selkeästi seurattavissa sekä kaikkien luettavissa. Tämä on toteutettu esimerkiksi esittämällä opinnäytetyön tuloksissa suoria lainauksia. Lainauksien perään on kirjattu vastaajan kooditunnus. Näin voidaan vahvistaa, että kaikkien hoitajien vastauksia on käytetty. Aineiston analyysin eteneminen on esitetty

esimerkein taulukoissa 1, 2 ja 3 (ks. sivut 22–23) ja kuvioissa 2a ja 2b (ks. sivut 24–25). Nämä antavat lukijalle mahdollisuuden arvioida analysoinnin onnistuneisuutta. (ks. Nieminen 1997, 219.)

Opinnäytetyöntekijät pyrkivät lisäämään vahvistettavuutta esimerkiksi aineistoa analysoidessa niin, että molemmat opinnäytetyöntekijät analysoivat ja pohtivat yhdessä jokaista vaihetta. Näin varmistettiin, että opinnäytetyöntekijän omat käsitykset aineistosta eivät ohjanneet analyysin kulkua vaan perustuivat mahdollisimman pitkälti aineistoon. (ks. Janhonen & Nikkonen 2001, 36.) Aineiston havainnoinnissa tulisi pyrkiä jatkuvaan objektiivisuuteen (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 218).

Refleksiivisyys edellyttää, että tutkimuksen tekijät ovat tietoisia omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijöinä. Tekijöiden on arvioitava miten he vaikuttavat aineistoonsa sekä tutkimusprosessiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyön aineistonkeruutapa perustui aiheen arkuuteen sekä haastattelijoiden kokemattomuuteen. Näin pyrittiin välttämään virhelähteitä, joita kokematon haastattelijä saattaa haastattelussa tehdä (Hirsjärvi ym. 2009, 206). Omien lähtökohtien tiedostaminen vahvistaa refleksiivisyyden huomioiden opinnäytetyön tekemisessä.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä muihin vastaavanlaisiin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tutkimukseen osallistujista ja tutkimusympäristöstä on annettava riittävästi kuvailevaa tietoa, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Lincoln & Guba 1985, 124.) Opinnäytetyön aineisto hankittiin syöpätautien osastolla työskenteleviltä hoitajilta. Syöpätautien ja syöpäpotilaan hoitotyön ominaispiirteiden selvittämisen avulla lukija voi pohtia tulosten siirrettävyyttä. Siirrettävyyden arvioinnissa on tärkeää huomioida opinnäytetyön toteutusympäristö sekä opinnäytetyöhön osallistuneiden hoitajien ammattitaito syöpätautien hoitotyöstä.

7 TULOSTEN POHDINTA

Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat kokivat valmiutensa keskustella kuolemasta pääasiassa hyväksi. Tämä on erittäin tärkeää, sillä hoitajien tulee olla valmiita käsittelemään syöpää sairastavien potilaiden kuolemanpelkoa koskevia tunteita. Hoitajien tulee pystyä vastaamaan potilaiden kysymyksiin, mutta heidän ei kuitenkaan ole tarkoitus käsitellä potilaiden tunteita liian syvällisesti. (Kvåle 2007, 323.)

Hoitajien kokemuksiin valmiuksistaan saattaa vaikuttaa työympäristö, jossa hoitajat työskentelevät. Arantzamendin & Kearneyn (2004, 28) tutkimuksessa hoitajat kokivat työympäristöllä olevan tärkeä merkitys psykologisen tuen antamisessa potilaalle. Mielenkiintoista olisi vertailla opinnäytetyön tuloksia hoitajien valmiuksiin kuoleman pelkoisen potilaan ja hänen läheistensä kohtaamisessa esimerkiksi kirurgisella osastolla toteutettuun tutkimukseen.

Hoitajilta kysyttiin kuinka kauan he ovat työskennelleet syöpätaudeilla. Vastauksien perusteella vähemmän työkokemusta omaavat hoitajat olivat arempia kohtaamaan kuolevia potilaita. Työkokemusten myötä valmiudet kehittyivät paremmiksi. Myös aiemmat tutkimukset (Mäkinen, Välimäki & Katajisto 1999, 113; Lange ym. 2008) tukevat tätä tulosta. Langen ym. (2008) tutkimuksessa ilmeni, että hoitajat, joilla oli enemmän työkokemusta suhtautuivat kuolevan potilaan hoitamiseen myönteisemmin kuin vähemmän kokemusta omaavat hoitajat.

Hoitajat kertoivat odottavansa yleensä aloitetta keskusteluun potilaalta tai läheiseltä itseltään. Useissa tutkimuksissa (Mattila 2001, 107; Isaksen ym. 2003, 72; Arantzamendi & Kearney 2004, 27; Mattila ym. 2009, 298; Aura ym. 2010, 18) on tullut esille potilaiden ja läheisten kuitenkin toivovan hoitajan tekevän aloitteen. Läheiset kokevat tilanteen vakavuuden vaikuttavan heihin niin, etteivät kykene kysymään henkilökunnalta mitään (Aura ym. 2010, 18). Läheisten henkisen tuen tarvetta saattaa auttaa pelkkä tieto mahdollisesta kuuntelijasta (Kettunen 2007, 83). Hoitajien antaman tuen määrää saattaa vähentää muun muassa suuri potilaskuormitus tai sairaanhoitajien työtuntien väheneminen hoitohenkilökunnan kokonaistyötunteihin nähden. (Mattila ym. 2009, 300.)

Kvålen (2007, 323) tutkimuksen mukaan oli tärkeää, että keskustelu käytiin potilaan ehdoilla: potilaat halusivat hoitajan tekevän aloitteen vaikeista asioista keskusteluun, mutta potilaat halusivat itse päättää mitä keskustelu koski, kenen kanssa ja milloin keskustelu tapahtui. Potilaat ja läheiset tarvitsevat tukea jopa vuosia syövän diagnosoinnin jälkeen, vaikka syöpä olisi saatu hoidettuakin. (Hodgkinson ym. 2006, 414.) Läheiset saattavat pitää kuolemasta keskustelua ja sen järjestelyihin liittyviä asioita hyvin epämiellyttävinä ja saattavat vältellä aihetta siirtämällä sen käsittelyä tuonnemmaksi (Kettunen 2007, 88). Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat kokivat kyseisen välttelyn hankaloittavan kuolemasta keskustelua läheisten kanssa.

Suurena valmiuksia kasvattavana tekijänä hoitajat pitivät työyhteisön tukea. Hoitajat toivoivat esimerkiksi sairaalapastorin antamaa työnohjausta, joissa rankkoja tilanteita pääsisi purkamaan. Hoitajien kannalta olisi tärkeää selvittää kuinka hoitajille tiedotetaan työnohjauksen saatavuudesta ja onko sitä saatavilla. Myös yksilöllisen hoitotyön toteuttaminen koettiin hoitajien mielestä tärkeänä. Aiemmissa tutkimuksissa (Nyman 2006, 40; Aura ym. 2010, 17) on havaittu potilaiden kokevan omahoitajuuden lisäävän turvallisuuden tunnetta. Tutkimuksiin osallistuneilla osastoilla yksilöllisen hoitotyön todettiin toteutuvan potilaiden mielestä hyvin, vaikka suurella osalla potilaista ei ollut tietoa omahoitajastaan tai omahoitajaa ei ollut nimetty. Yksilöllisen hoitotyön toteutumista osastolla olisi hyvä selvittää, jotta sitä voitaisiin mahdollisuuksien mukaan kehittää.

Hoitajat kertoivat koulutuksen olevan työn ohella tärkeää ja he kokivat, että koulutusta on tarjolla liian vähän. Jatkossa on hyvä selvittää, ovatko hoitajat tietoisia tarjolla olevasta koulutuksesta, millaisia koulutuksia on tarjolla ja vastaavatko tarjolla olevat koulutukset hoitajien tarpeita. Myös tekijöitä, jotka estävät tai edesauttavat koulutukseen pääsyä on hyvä selvittää.

Perhekeskeisyyden merkitys syöpäpotilaan hoitotyössä tuli hoitajien vastauksissa hyvin esille. Hoitajien kertoessa potilaiden kohtaamisesta he yleensä kertoivat samassa yhteydessä myös läheisten kohtaamisesta sekä mitä hoitajan tulisi ottaa huomioon kohdatessaan potilaiden läheisiä. Hoitajat kokivat tärkeäksi, että läheisiä kohdatessaan he osoittivat inhimillisyyttä ja empatiaa potilaita kohtaan. Auran ym. (2010, 18) tutkimustuloksissa läheiset odottivat hoitohenkilökunnalta enimmäkseen empatiaa sekä myös asiallista ja kohteliasta käyttäytymistä. Läheiset kokivat tärkeäksi tukea sairastavaa toimimaan

ja elämään kuten ennen sairastumista, ja että syöpää sairastavalle osoitettiin arvostusta ja hänestä pidetään sairaudesta huolimatta. (Kettunen 2007, 59.)

Opinnäytetyöhön osallistuneet hoitajat kertoivat, että potilaan läheisten kanssa oltiin tekemisissä koko hoitosuhteen ajan. He pitivät tärkeänä potilaiden ja heidän läheistensä keskinäisten välien seuraamisen. Mattilan ym. (2010, 34) tutkimuksen mukaan potilaan perheen elämäntilanteeseen, kuten elinympäristöön, perhetilanteeseen ja kotona pärjäämiseen tutustumalla hoitajat saivat parhaan käsityksen potilaan elämästä ja mahdollisista tuen tarpeista. Hoitajat näkivät tärkeänä keskustella kahden kesken perheenjäsenen kanssa. Tällöin pystyttiin paremmin kartoittamaan potilaan läheisen tuen tarpeet, jotka osittain erosivat potilaan tuen tarpeista. (Mattila ym. 2010, 34.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2010, 14) raportin mukaan syövän ilmaantuvuus kasvaa jopa kolmanneksen vuoteen 2020 mennessä. Tämä vaatii muun muassa syöpään perehtyneiden sairaanhoitajien määrän lisäämistä nopeasti. Kuitenkaan pelkkä hoitajien lisäkoulutus ei takaa ammattitaitoisen hoidon toteutumista, vaan henkisesti raskas työ edellyttää psyykkistä tukea ja työnohjausta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 84). Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat kokivat kuoleman kohtaamisen vaativan heiltä paljon henkisiä voimavaroja ja kuoleman kohtaamisen olleen aina vaikea asia. Hoitajat kertoivat kohtaavansa työssään monenlaisia tunteita, joiden purkamiseen työyhteisön tuki ja työnohjaus koettiin tärkeiksi voimavaroiksi. Hoitotyön tulevat haasteet huomioon ottaen näitä voimavaroja tulee vaalia ja kehittää.

Opinnäytetyön tutkimustehtäviä olivat millaiseksi hoitajat kokevat valmiutensa keskustella kuolemasta syöpäpotilaan ja hänen läheistensä kanssa, miten hoitajien valmiudet ovat kehittyneet ja miten niitä voisi hoitajien mielestä kehittää, mitä asioita hoitajat pitävät tärkeinä keskustellessaan kuolemasta potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa hoitotyöntekijöille tietoa hoitajien valmiuksista keskustella kuolemasta syöpäpotilaan ja hänen läheistensä kanssa. Tavoitteina oli myös kehittää opinnäytetyöntekijöiden omia valmiuksia kohdata kuoleva potilas hoitotyössä sekä tutkimuksen lukutaitoa ja työtä näyttöön perustuvana ammatillisena toimintana.

Hoitajien valmiuksista keskustella kuolemasta syöpäpotilaan ja hänen läheistensä kanssa saatiin hyvin tietoa ja opinnäytetyön kaikkiin tutkimustehtäviin saatiin vastattua.

Opinnäytetyön tekijöiden omat valmiudet kohdata kuoleva potilas hoitotyössä kehittyivät. Aiheeseen liittyvään tutkimustietoon perehtymällä lisättiin omaa tietoa asiasta. Proessin aikana opinnäytetyön tekijät pohtivat asiaa myös henkilökohtaisesta näkökulmasta ja näin ollen tiedostivat omat puutteensa ja vahvuutensa valmiuksissaan. Tutkimuksen lukutaidon voidaan myös katsoa kehittyneen, sillä opinnäytetyön tekijät kehittyivät lähdekriittisyydessä ja oppivat etsimään kansainvälisiä tutkimuksia sekä hahmottamaan tutkimuksista aiheen kannalta tärkeitä tutkimustuloksia. Näin ollen opinnäytetyölle asetetut tavoitteet täyttyivät hyvin.

LÄHTEET

Arantzamendi, M. & Kearney, N. 2004. The Psychological Needs of Patients Receiving Chemotherapy: an Exploration of Nurse Perceptions. *European Journal of Cancer Care* (13), 23–31.

Aura, M., Paavilainen, E., Heikkilä, A., Lipponen, V. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. *Tutkiva hoitotyö* Vol. 8(2) 2010, 14–21.

Eriksson, E. & Lauri, S. 2000. Potilaan selviytymisprosessi. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki M. (toim.) *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. Porvoo: WSOY, 43–65.

Fact sheet: Cancer. 2009. World Health Organization. Luettu 24.08.2010. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>

Finnish Cancer Registry. 2009. Cancer in Finland 2006 and 2007. <http://www.cancerregistry.fi>. Päivitetty 09.06.2010. Luettu 24.07.2010.

Hamunen, K. 2003. Mitä syöpäkipu on? *Finnanest* 2003, 36 (1), 28–30.

Hietanen, P. 2004. Kuraatio vai palliaatio? Näkökohtia hoidon valinnassa. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) *Palliativinen hoito*. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 19–21.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Hogdkinson, K., Butow, P., Hunt, G., Wyse, R., Hobbs, K. & Wain, G. 2006. Life After Cancer: Couples' and Partners' Psychological Adjustment and Supportive Care Needs. *Support Care Cancer* 15 (2007), 405–415.

Holli, K. & Saarto, T. 2006. Oireenmukainen hoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) *Syöpätaudit*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 829–846.

Ikola, T. & Kuuppelomäki, M. 2000. Potilaan hengellinen tukeminen. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki M. (toim.) *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. Porvoo: WSOY, 189–201.

Isaksen, A., Thuen, F. & Hanestad, B. 2003. Patients with cancer and their close relatives. *Cancer nursing* Vol. 26, No. 1, 2003, 68–74.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy, 21–43.

Joensuu, H. 2006. Hoidon yleiset periaatteet. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Toppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 122–129.

Kettunen, A. 2007. Suojelemista ja pidättäytymistä. Läheisten kokemuksia tuesta ja valasta vuorovaikutuksessa syöpää sairastavan kanssa. Jyväskylän yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Viestintätieteiden laitos. Pro gradu- tutkielma.

Koivuselkä, J., Sahlsten, K. & Aalto, P. 2002. Omaha-ohjauksen toteutuminen hoitohenkilökunnan arvioimana konservatiivisella tulosalueella v. 2002. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 12/2002.

Kuuppelomäki, M. 2000a. Potilaan tunteet ja emotionaalinen tuki. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY, 129–157.

Kuuppelomäki, M. 2000b. Cancer Patients', Family Members' and Professional Helpers' Conceptions Concerning Death. European Journal of Oncology Nursing No. 4, s. 39–47.

Kuuppelomäki, M. 2002a. Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen – Sairaanhoidajien näkökulma. Hoitotiede 14 (3) 117–128.

Kuuppelomäki, M. 2002b. Spiritual support for families of patients with cancer: A pilot study of nursing staff assessments. Cancer Nursing, Vol. 25, No. 3, 209–217.

Kvåle, K. 2007. Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs. European Journal of Oncology Nursing (2007) 11, 320–327.

Kübler-Ross, E. 1973. On Death and Dying. Routledge ltd.

Kylmä, J. & Juvakka, T., 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lange, M., Thom, B. & Kline, N. 2008. Assessing Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients in a Comprehensive Cancer Center. Luettu 24.6.2010. <http://www.medscape.com/viewarticle/585692>

Lauri, S. 2000. Moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY, 279–288.

Lehti, T. 2000. Potilaan fyysinen hoitotyö. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY, 67–92.

Lincoln, Y S. & Guba, E G. 1985. Naturalistic Inquiry. Beverly Hills: Sage.

Lipponen, V. 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Acta Universitatis Tamperensis; 1161. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P., Ollikainen, J. & Åstedt-Kurki, P. 2009. Sairaala-potilaiden läheisten tuki ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 21(4), 294–303.

Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Syöpäpotilaan ja perheenjäsenen tukeminen sairaalassa: tuen tarpeen tunnistaminen ja tukemisen tavoitteet. *Tutkiva hoitotyö* 2/2010, 31–38.

Mattila, L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista – Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Acta Universitatis Tamperensis; 816. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Mikkelsen, T-H., Søndergaard, J., Jensen, A-B. & Olesen, F. 2008. Cancer Rehabilitation: Psychosocial Rehabilitation Needs After Discharge from Hospital? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*; 26, 216–221.

Mikkola, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. *Jyväskylä Studies in Humanities* 66. Jyväskylän yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Väitöskirja.

Mok, E., Chan F., Chan, V. & Yeung, E. 2003. Family Experience Caring for Terminally Ill Patients With Cancer in Hong Kong. *Cancer Nursing*, Vol. 26, No. 4, 267–275.

Mäkinen, B., Välimäki, M. & Katajisto, J. 1999. Hoitajien käsityksiä kuolemasta ja kuolevan potilaan omaisen tukemisesta. *Hoitotiede* 11(3), 109–119.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY.

Nyman, A. 2006. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY.

Pukkala, E., Sankila, R. & Rautalahti, M. 2006. *Syöpä Suomessa 2006*. Suomen syöpäyhdistyksen julkaisu nro 71. Helsinki: Suomen Syöpäyhdistys.

Salminen, E. 2000. Syöpä ja sen lääketieteellinen hoito. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY, 11–41.

Sankila, R., Lyly, T. & Vainio, H. 2006. Syövän yleisyys, syyt ja ehkäisy. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 34–49.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Syövän hoidon kehittäminen 2010–2020. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:6. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11085.pdf

Syövän hoitomuodot. Syöpäjärjestöt. Päivitetty 6/2010. Luettu 15.09.2010. <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/hoidot>.

Terveydenhuoltolaki, luonnos. 2010. 24§ Sairaanhoido. Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muuttamiseksi 15.06.2010.

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vainio, A. 2000. Kivun lääketieteellinen hoito. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY, 93–112.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2004. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Etene-julkaisuja 4. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vilen, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveystalalla. Juva: WS Bookwell Oy.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Tammi.

Watts, R., Botti, M. & Hunter, M. 2010. Nurses' Perspectives on the Care Provided to Cancer Patients. Cancer Nursing Vol. 33, 2/2010.

What is Cancer? 2010. National Cancer Institute. U.S. National Institutes of Health. <http://www.cancer.gov/cancertopics/what-is-cancer>. Päivitetty 12.07.2010. Luettu 25.8.2010.

WHO's pain ladder. World Health Organization. Luettu 1.10.2010. <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>

Winterling, J., Wasteson, E., Glimelius, B., Sjöden, P-O. & Nordin, K. 2004. Substantial Changes in Life – Perceptions in Patients With Newly Diagnosed Advanced Cancer and Their Spouses. *Cancer Nursing* Vol 27, 5/2004, 381–388.

LIITTEET

LIITE 1

Kyselylomakkeen kysymykset

1. Kuinka kauan olet työskennellyt syöpätaudeilla?
2. Kuvaile mahdollisimman laajasti millaisiksi koet valmiutesi keskustella kuolemasta syöpäpotilaan ja hänen läheistensä kanssa.
3. Miten valmiuksia voi mielestäsi kehittää?

Hyvä hoitaja!

15.02.2010

Opiskelemme sisätauti-kirurgisiksi sairaanhoitajiksi Tampereen ammattikorkeakoulussa ja valmistumme ammattiin joulukuussa 2010. Opinnäytetyömme aihe on työelämälähtöinen ja työn tarkoituksena on kuvata hoitajien valmiuksia keskustella kuolemasta syöpöpotilaan ja hänen läheistensä kanssa.

Toivomme Teidän, jotka koette asian merkitykselliseksi, osallistuvan opinnäytetyöhömme vastaamalla oheiseen kyselylomakkeeseen. Jotta vastausympäristö olisi mahdollisimman luonnollinen, toivomme vastaamisen tapahtuvan työpaikalla. Kyselylomakkeeseen vastaaminen vie työaikaanne noin tunnin verran.

Kyselyyn vastaaminen on Teille täysin **vapaaehtoista** ja voitte vetäytyä opinnäytetyöhön osallistumisesta missä tahansa työn vaiheessa. Vastaaminen perustuu luottamuksellisuuteen ja vastaukset käsitellään niin, ettei Teitä voida valmiista työstä tunnistaa. Opinnäytetyön valmistuttua hävitämme vastaukset asianmukaisesti.

Kyselylomakkeet palautetaan suljettuun kirjekuoreen, jonka sijainnista sovitaan erikseen.

Lomakkeiden palautuspäivämäärä _____ mennessä.

Lomakkeet palautetaan osastonhoitajalle suljetussa kirjekuoreessa.

Mikäli Teillä ilmenee jotain kysyttävää, voitte ottaa meihin yhteyttä etunimi.sukunimi@piramk.fi

Ystävällisin terveisin

sairaanhoitajaopiskelijat

Salla Salin

Jesse Thulin

Tutkija, vuosi, työn nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Keskeisiä tuloksia
<p>Aura ym. 2010</p> <p>Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta.</p>	<p>Kuvata sairaalassa hoidettavana olevien aikuispotilaiden läheisten hoitotyöntekijöiltä saamaa tukea sekä sitä millaista tukea läheiset odottavat.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p> <p>Strukturoitu kyselylomake.</p> <p>Tilastollinen analyysi. N = 218.</p>	<p>Läheiset toivovat niin potilaan kuin läheisten kuulemista, huomioimista, tukemista sekä mahdollisuutta osallistua perheenjäsenen hoitamisen suunnitteluun ja päätöksentekoon.</p> <p>Läheiset odottavat myös hoitohenkilökunnan aloitetta keskusteluun.</p> <p>Tilanteen vakavuus saattaa vaikuttaa läheisiin myös niin, etteivät he välttämättä osaa kysyä henkilökunnalta mitään.</p>
<p>Arantzamendi & Kearney 2004</p> <p>The Psychological Needs of Patients Receiving Chemotherapy: an Exploration of Nurse Perceptions.</p>	<p>Tutkia syöpäsairaanhoitajien asenteita syöpää sairastavien ja sädehoitoa saavien läheisten psykologisista tarpeista ja siitä, kuinka hoitajat ottavat nämä tarpeet huomioon potilaiden hoidossa.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Puolistrukturoitu haastattelu. N = 8</p>	<p>Hoitajat olivat tietoisia, että joillakin fyysisillä sivuvaikutuksilla saattoi olla psyykkisiä vaikutuksia potilaisiin.</p> <p>Hoitajat tunnistivat hoidon aikana kaksi päävaihetta, jolloin potilaat tarvitsivat erityisen paljon psykologista tukea: Hoidon aloittaminen ja lopettaminen.</p> <p>Hoitajat arvioivat potilaiden psykologisia tarpeita puhumalla heidän</p>

			<p>kanssaan, kyselemällä heiltä, istumalla ja kuuntelemalla sekä tarkkailemalla heidän nonverbaalista viestintäänsä.</p>
<p>Hogdkinson ym. 2006</p> <p>Life After Cancer: Couples' and partners' psychological adjustment and supportive care needs.</p>	<p>Ilmaista potilaiden ja heidän puolisoitensa tuen tarvetta sekä saamansa tuen positiivisia vaikutuksia.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p> <p>Kyselylomake.</p> <p>Tilastollinen sisällön analyysi. N = 154.</p>	<p>Puolisot ilmaisivat tarvitsevansa paljon enemmän tukea, koskien usein parisuhteen hyvinvointia sekä syövän vaikutusta suhteeseen.</p> <p>Puolisot tarvitsevat tukea vuosia syövän diagnosoimisen jälkeen vaikka syöpä olisi saatu hoidettua.</p>
<p>Isaksen ym. 2003</p> <p>Patients With Cancer and Their Relatives. Experiences With Treatment, Care and Support.</p>	<p>Tuoda esiin potilaiden ja läheisten sairauden aikaisia tuen ja avun tarpeita.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p> <p>Kyselylomake.</p> <p>Tilastollinen sisällön analyysi. N = 1009.</p>	<p>Potilaat ovat tyytyväisempiä saamaansa tukeen kuin läheiset.</p> <p>Läheiset saavat hoitohenkilökunnalta vähemmän tietoa ja tukea kuin potilaat.</p> <p>Muilta potilailta saatu vertaistuki on potilaille tärkeää.</p>
<p>Kettunen 2007</p> <p>Suojelemista ja pidättäytymistä. heisten kokemuksia tuesta ja vallasta vuorovaikutuksessa syöpää sairastavan kanssa.</p>	<p>Kuvata syöpää sairastavan läheisten käsityksiä ja kokemuksia tuesta ja vallasta niiden ilmenemisestä vuorovaikutussuhteessa.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Sähköpostihaastattelu</p> <p>N = 15.</p>	<p>Läheiset kokivat, että huolenpitoa osoittavan tuen antaminen on syöpää sairastavalle tärkeää.</p> <p>Erittäin tärkeää oli myös osoittaa syöpää sairastavalle arvostusta ja että hänestä pidetään sairaudesta huolimatta.</p> <p>Läheisten mukaan syöpä muuttaa</p>

			vuorovaikutussuhteen valtarakennetta sairastavaa suosivaksi. Valta ilmenee läheisen ja syöpää sairastavan vuorovaikutussuhteessa lähinnä hallintayrityksinä.
Kuuppelomäki 2000b Cancer Patients', Family Members' and Professional Helpers' Conceptions Concerning Death.	Tutkia erilaisten ihmisryhmien asenteita kuolemaa koskien ja heidän mielipiteitään ja uskomuksiaan kuoleman jälkeisestä elämästä.	Kvalitatiivinen tutkimus. Puolistrukturoitu kohdennettu haastattelu. N = 71	Hoitohenkilökunta pelkäsi hieman useammin kuolemaa kuin potilaat ja heidän perheenjäsenensä. Vain hoitajat olivat lukeneet kuolemaa koskevaa kirjallisuutta. Lääkäreiden usko Jumalaan ja kuoleman jälkeiseen elämään oli muita haastateltuja vähempi.
Kuuppelomäki 2002a Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen – Sairaanhoidtajien näkökulma.	Kuvata kuolevan potilaan emotionaalista tukemista ja selvittää tuen antamiseen yhteydessä olevia tekijöitä.	Kvantitatiivinen tutkimus. Puolistrukturoitu kyselylomake N = 328.	Hoitajien kokema avuttomuuden tunne, tietojen ja taitojen puute, ajan riittämättömyys ja potilaan kohtaamisen vaikeus hankaloitti emotionaalisen tuen antamista. Sairaanhoidtajien ikä, työkokemus, ammatillisen koulutuksen pituus, kuolevan potilaan hoitamisen toistuvuus ja kuolevan potilaan hoitotyön kehittäminen osastolla eivät olleet yhteydessä emotionaalisen tuen antamiseen. Hoitajat antoivat mielestään potilaille paljon

			emotionaalista tukea. Potilaat kuitenkin ilmaisivat tyytymättömyyttä hoitajien heille antaman emotionaalisen tuen määrään.
Kuuppelomäki 2002b Spiritual support for families of patients with cancer: A pilot study of nursing staff assessments.	Tuoda esiin hoitajien näkemyksiä hengellisen tuen tärkeyden potilaiden hoidossa ja sen kuinka valmiita ja halukkaita he ovat tarjoamaan potilaille hengellistä tukea.	Kvantitatiivinen tutkimus. Strukturoitu kyselylomake. N = 166.	Yli puolet hoitajista koki, etteivät ole valmiita antamaan potilaille hengellistä tukea. Hoitajat olivat kuitenkin yhtä mieltä hengellisen tuen tarpeellisuudesta.
Kvåle 2007 Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs.	Selvittää haluavatko syöpäosastolla olevat potilaat aina keskustella tunteistaan koskien sairautta ja heidän tulevaisuuttaan.	Kvalitatiivinen tutkimus. Syvähaastattelu. N = 20.	Potilaat eivät aina halunneet keskustella vaikeista tunteista sairaanhoitajien kanssa ollessaan syöpäosastolla. Suurimmat syyt tähän olivat kognitiivinen välttely ja etääntyminen.
Lange ym. 2008 Assessing Nurses' Attitudes Toward Death And Caring for Dying Patients In a Comprehensive Cancer Center.	Arvioida syöpäosastolla työskentelevien sairaanhoitajien tunteuksia ja asenteita kuolemasta ja kuolevan potilaan hoitotyöstä.	Kuvaileva kvantitatiivinen tutkimus. Tilastollinen analyysi. N = 355.	Kokeneemmat hoitajat suhtautuvat kuolemaan neutraalimmin tai positiivisemmin kuin vähemmän kokeneet hoitajat. He myös suhtautuvat potilaiden hoitamiseen kokemattomia hoitajia myönteisemmin. Tulosten perusteella uuden sairaanhoitajan perehdyttämisohjelmaan sekä sairaalan sisäisiin koulutuksiin tulisi sisällyttää osuus palliatiivi-

			sesta hoidosta.
<p>Lipponen 2006</p> <p>Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman läheisyydessä. Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna.</p>	<p>Selvittää miten kuolevat potilaat ja omahoitajat konstruoivat hoidosuhdettaan vuorovaikutuksessa.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Hoitotilanteiden havainnointit, erilliset avoimet haastattelut.</p> <p>Diskurssianalyysimenetelmä. N = 20.</p>	<p>Kuolevan potilaan omahoitajan hoitosuhde, hyvä hoito ja itseyden säilytys syntyivät läheisyyden ja etäisyyden paradoksaalisessa samanaikaisuudessa.</p> <p>Saattohoidon ideologia ”kun ei ole enää mitään tehtävissä, on vielä paljon tehtävissä” rakentui omahoitajan valmiuksiin tarkastella kuolevaa potilasta ihmisenä.</p>
<p>Mattila ym. 2009</p> <p>Sairaalapotilaiden läheisten tuki ja siihen yhteydessä olevat tekijät.</p>	<p>Kuvata aikuispotilaiden läheisten hoitohenkilökunnalta sairaalahoidon aikana saamaa emotionaalista ja tiedollista tukea.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p> <p>Tilastollinen analyysimenetelmä. N = 305.</p>	<p>Läheiset saivat emotionaalista tukea tiedollista tukea paremmin. Poliklinikka- ja elektiiivisten potilaiden läheiset saivat emotionaalista tukea paremmin kuin päivystyspotilaiden läheiset.</p> <p>Tuen saaminen oli yhteydessä vuodeosaston organisaatiomuuttujiin: päivystyspotilaiden määrään, potilaskuormitusasteeseen sekä sairaanhoitajien tekemiin työtunteihin.</p>
<p>Mattila ym. 2010</p> <p>Syöpäpotilaan ja Perheenjäsenen tukeminen sairaalassa: tuen tarpeen tunnistaminen ja tukemi-</p>	<p>Kuvata, miten sairaanhoitajat tunnistavat syöpäpotilaan ja perheenjäsenen tuen tarpeen sairaalahoidon aikana.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Induktiivinen sisällön analyysi. N = 36.</p>	<p>Tuen tarpeiden tunnistaminen perustui tilanteen ymmärtämiseen.</p> <p>Tämä tarkoitti yksilöllisen elämäntilanteen selvittämistä, henkisen hyvinvoinnin arviointia, sano-</p>

sen tavoitteet.			jen ja hiljaisuuden taakse näkemistä sekä vastavuoroisen hoitosuhteen rakentamista.
Mattila 2001 Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. – Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen.	Kehittää käsitejärjestelmä potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksesta	Aineistolähtöinen teoria. Kyselylomake. N = 100.	Vuorovaikutusta kuvattiin seitsemän kategorian kautta: 1. Kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus 2. Aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä 3. Potilaan ja hoitajan läheisyys 4. Välittämisen kokeminen 5. Vahvistuminen 6. Tunnekokemuksen jakaminen 7. Vuorovaikutuksen ympäristö
Mikkelsen ym. 2008 Cancer Rehabilitation: Psychosocial Rehabilitation Needs After Discharge from Hospital?	Tutkia aiemmin syövän sairastaneiden potilaiden psykososiaalisia kuntoutustarpeita sairaalasta pääsyn jälkeen.	Kvalitatiivinen tutkimus. Focus-ryhmähaastattelu. N = 15.	Viisi erilaista pääaihealuetta: 1. Tarve jatkuvaan tukeen ja tietoon kuntoutusmahdollisuuksista 2. Tukea perheelle 3. Psykologista tukea puuttumalla myös syövän uusiutumisen pelkoon 4. Tarve sosiaaliselle tuelle 5. Tarpeita liittyen siihen, kuinka ystävät ja tuttavat samaistuvat potilaaseen.
Mikkola 2006 Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuoro-	Kuvailla ja ymmärtää sosiaalisen tuen merkitystä potilaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutussuhteessa osasto-	Kvalitatiivinen tutkimus. Aineistolähtöinen sisällön analyysi. N = 60.	Hoitosuhteen lähtökohtana on potilaan tilanne, joka määrittää sen millaista ohjausta potilas tarvitsee.

vaikutuksessa.	hoidossa.		Sairaalaan tulosyy ja hoitoaika määrittävät sekä potilaan että hoitajan sitoutumista vuorovaikutussuhteeseen. Hoitajien mukaan hoitosuhteelle on keskeistä se, että potilas asettaa tavoitteensa hoidolle ja toimii niiden suuntaisesti.
Mok ym. 2003 Family Experience Caring for Terminally Ill Patients With Cancer in Hong Kong.	Kuvailla läheisten kokemuksia tuen antamisesta.	Aineistopohjainen teoria. Haastattelu. N = 24.	Läheiset eivät kokeneet tukemista taakana, sen sijaan he tiedostivat antamansa tuen olevan rakkaalleen tärkeää.
Mäkinen ym. 1999 Hoitajien käsityksiä kuolemasta ja kuolevan potilaan omaisten tukemisesta.	Selvittää hoitajien näkemyksiä kuolemaan liittyvistä kysymyksistä sekä kuolevan potilaan omaisille annettua tiedollisesta, konkreettisesta, henkisestä ja hengellisestä tuesta.	Kvantitatiivinen tutkimus. Tilastollinen analyysi N = 127	Huomattava osa tutkimukseen vastanneista koki, ettei ollut saanut riittävästi koulutusta potilaan omaisen tukemiseen. Hoitajan kokema avuttomuuden tunne vaihteli työkokemuksen pituuden mukaan. Kuolema ei ole hoitajille vaikea asia vaikka kuolemapelosta puhuminen ei ole hoitajille helppoa.
Nyman 2006 Yksilövastuisen hoitotyön toteuttaminen potilaiden arvioimana.	Selvittää miten yksilövastuisen hoitotyön periaatteet toteutuvat potilaiden arvioimana sekä miten tarpeellisenä potilaat kokevat	Kvantitatiivinen tutkimus. Kyselylomake. Tilastollinen analyysi. N = 146.	Yksilövastuisen hoitotyön periaatteet toteutuivat hyvin tai kiitettävästi. Vastaajista kolmenjäsenosa oli jäänyt ilman omahoitajaa tai

	yksilövastuisen hoitotyön.		<p>ei ollut tietoinen omahoitajan nimeämisestä.</p> <p>Omaisten mukaan ottaminen potilaan hoitamiseen ei toteutunut vastaajien mielestä hyvin.</p> <p>Omahoitajan nimeäminen lisäsi potilaiden turvallisuuden tunnetta hoidossa.</p>
<p>Watts ym. 2010</p> <p>Nurses' Perspectives on the Care Provided to Cancer Patients.</p>	<p>Tuoda esiin hoitajien käsityksiä kyvyistään tarjota psykososiaalista tukea syöpää sairastaville aikuisille ja osoittaa siitä saadun hyödyn.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Focus-ryhmähaastattelu. N = 10.</p>	<p>Hoitajan kykyihin antaa psykososiaalista tukea vaikutti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hoitajan turhautuminen 2. Itsestä huolehtimisen vaikeus 3. Epäsovinainen kommunikaatio potilaan kanssa 4. Viha
<p>Winterling ym. 2004</p> <p>Substantial Changes in Life – Perceptions in Patients With Newly Diagnosed Advanced Cancer and Their Spouses</p>	<p>Kuvailla juuri syöpädiagnoosin saaneiden potilaiden ja heidän puolisoidensa havaintoja syövän aiheuttamista elämänmuutoksista.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Puolistrukturoitu haastattelu. N = 14.</p>	<p>Sekä potilaat että läheiset kokivat syövän aiheuttaneen merkittäviä muutoksia heidän elämässään.</p> <p>Tapoja elämäntilanteen käsittelemiseen olivat sovinnonteko, vältteleminen, kuolemaan valmistautuminen, avun hakeminen sekä eristäytyminen.</p> <p>Potilaiden puoliset ovat haavoittuvainen ryhmä, johon hoitohenkilöstön tulisi kiinnittää huomiota yhtä paljon kuin potilaisiin.</p>