



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

TUKENASI LÄHISÄDEHOIDOSSA

Potilasopas gynekologista syöpää sairastavalle ja hänen läheisilleen

TE -

Sini Kuusinen

KIJÄ/T:

Asta Lehtola

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Kättilön tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Sini Kuusinen, Asta Lehtola	
Työn nimi Tukenasi lähisädehoidossa. Potilasopas gynekologista syöpää sairastavalle ja hänen läheisilleen	
Päiväys	17.11.2016
Sivumäärä/Liitteet	55/22
Ohjaaja(t) Kättilötyön lehtori Päivi Hoffrén	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala, naisten osasto 2304	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Syöpä on kansantauti, jonka yleisyys on kasvanut diagnosoinnin kehityksen sekä väestön ikääntymisen seurauksena. Arviolta puolet syöpää sairastavista potilaista saa sädehoitoa. Lähisädehoito on yksi sädehoidon muoto, jossa sädetys annetaan ontelon- tai kudoksensisäisesti asettimen avulla. Säteilyn vaikutus muihin elimiin on huomattavasti pienempi kuin ulkoisessa sädehoidossa, sillä lähisädehoidossa säteily pystytään suuntaamaan haluttuun kohteeseen. Lähisädehoitoa käytetään maailmalla yleisesti syöpien hoidossa. Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS) käyttää lähisädehoitoa ainoana sairaalana Suomessa myös gynekologisten syöpien hoidossa. Gynekologiisiin syöpiin sairastuu Suomessa arviolta 1500 henkilöä joka vuosi.</p> <p>Tämä opinnäytetyö oli kehittämistyö, jonka tarkoituksena oli tuottaa kokonaisvaltainen opas lähisädehoitoa saavalle naiselle, joka tulee hoitoon Kuopion yliopistolliseen sairaalaan. Opas on suunnattu myös lähisädehoitoa saavan läheisille sekä hoitajien tukimateriaaliksi. Oppaan tarkoituksena on tukea lähisädehoitoon tulevaa naista sekä hänen läheisiään. Opas toteutettiin yhteistyössä KYSin naisten osasto 2304 kanssa. Valmistunut opas julkaistaan sähköisesti KYSin internetsivuilla, josta potilas voi itse lukea tai tulostaa sen. Lähisädehoidosta ei ole aikaisemmin tehty potilasopasta suomeksi, joten tuotos on ensimmäinen laatuaan.</p> <p>Opinnäytetyönä tuotettu opas on tehty kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla. Näyttöön perustuvaa tietoa on etsitty sekä suomalaisista että kansainvälisistä lähteistä. Opinnäytetyön teoriaosuus sisältää myös asiantuntijoilta saatua tietoa. Oppaassa käsiteltävät teemat valikoituivat tutkittuun tietoon, kirjallisuuteen sekä yhteistyökumppanin toiveisiin perustuen. Potilasoppaan kehitysprosessin aikana opasta arvioi yhteistyökumppanin lisäksi ohjaava opettaja sekä kaksi kättilöopiskelijaa. Opas oli koekäytössä kolme viikkoa syksyllä 2016. Palautetta oppaasta saatiin yhteistyökumppanilta sekä kolmelta neljästä kyseisenä ajankohtana lähisädehoitoa saaneelta potilaalta. Opas oli yhteistyökumppanin sekä potilaiden mielestä tärkeä ja sisällöltään kattava. Muutoksia oppaaseen ei koekäytön jälkeen tullut muutamaa sanavalintaa lukuun ottamatta.</p> <p>Opas on tehty kronologisessa järjestyksessä potilaan hoitopolun mukaisesti. Ensimmäisenä oppaasta löytyy tietoa lähisädehoidosta sekä potilaalle että hänen läheisilleen. Sen jälkeen on kuvattu lähisädehoitopäivä KYSissä tulopäivästä kotiutumiseen asti, sekä kerrottu jatko-ohjeista ja hoidon jälkeisestä seurannasta. Oppaasta löytyy tietoa myös ravitsemuksesta ja liikunnasta sekä hoidon fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja seksuaalisista vaikutuksista. Oppaan lopussa on yhteystietolista tahoista, joihin voi tarvittaessa ottaa. Lisäksi oppaassa on oma sivu läheiselle, josta löytyy tietoa, miten tukea lähisädehoitoa saavaa naista.</p> <p>Jatkokehittämissideana on luoda paperiversio oppaasta, jolloin sen saatavuus paranee entisestään. Toisena kehittämisisideana on tehdä matkapuhelinsovellus, johon voisi ladata KYSin kaikki potilasoppaat. Videon tuottaminen potilaan hoitopäivästä voisi olla myös varteen otettava kehittämisisidea. Lisäksi oppaan voisi kääntää englanninkieliseksi jotta se tavoittaisi myös ulkomaalaiset käyttäjät. Viimeisenä kehittämisisideana olisi kyselyn luominen siitä, miten oppaan käyttö on toteutunut.</p>	
Avainsanat Gynekologinen syöpä, lähisädehoito, potilasohjaus, potilasopas, kehittämistyö	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Midwifery			
Author(s) Sini Kuusinen, Asta Lehtola			
Title of Thesis Supporting you in brachytherapy – Patient guide for a woman diagnosed with a gynecological cancer and for her next of kin			
Date	17.11.2016	Pages/Appendices	55/22
Supervisor(s) Lecturer of midwifery Päivi Hoffrén			
Client Organisation /Partners Kuopio University Hospital, womens ward 2304			
<p>Abstract</p> <p>Cancer is a national disease, the prevalence of which has increased as a result of diagnosing development and aging. It is estimated that half of the cancer patients are treated with radiation therapy. Brachytherapy is one form of radiation therapy, wherein the irradiation is given cavity or tissue internally. Brachytherapy is used widely around the world in the treatment of cancers. The University hospital of Kuopio (KYS) is the only hospital in Finland that uses brachytherapy in the treatment of gynecological cancers. In Finland an estimated 1,500 people are diagnosed with gynecological cancer every year.</p> <p>This thesis is a development work. The purpose was to produce a comprehensive guide for the woman receiving brachytherapy at the University hospital of Kuopio. The guide is also made for her next of kin as well as a support material for the nurses. The intention of the guide is to support the woman who is coming to receive brachytherapy and also for her next of kin. The guide was made in cooperation with the women's ward 2304. The completed guide will be published electrically in KYS's Internet page. It is easy for the readers to find or print it. In Finland this guide is one of its kind.</p> <p>The guide is developed based on a literature survey. Evidence-based knowledge has been collected from both Finnish and international sources. The theory of the thesis includes information from specialists. The themes of the guide has been chosen based on evidence-based knowledge, literature and the cooperation partner's suggestions. During the development process the guide was several times assessed by the partner in cooperation, thesis supervisor and two midwife students. The guide was used in a trial period for three weeks in autumn 2016. Feedback was given by the partner in cooperation and three out of four patients who were treated with brachytherapy during that time. Feedback was positive and the guide was found important and the content extensive. There were no significant changes done after the trial.</p> <p>The guide is made in a chronological order following the patient's clinical pathway. This guide deals with patient's physical, psychological, social and sexual aspects. The first theme is information of the brachytherapy for both the patient and her next of kin. After that there is a description about the day in KYS from the entry to the hospital until the patient is discharged. The guide also provides information of further care instructions and follow-ups, nutrition and physical activity. In addition the guide contains a page for the woman's next of kin. In this page you can find information on how to support woman receiving brachytherapy. At the end of the guide there is a contact list that contains useful telephone numbers.</p> <p>One development idea for the thesis is to create a paper version of the guide. The second idea is to create a mobile application in which all the patient guides of KYS could be downloaded. It could also be a good idea to make a video about the brachytherapy patient's day in the hospital. The guide could also be translated in English so that it would reach also the foreign patients and the people who don't speak Finnish. The last idea is to create an enquiry about the usage of the guide and how it was realized.</p>			
Keywords Gynecological cancer, brachytherapy, patient education, patient guide, development work			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	GYNEKOLOGISET SYÖVÄT.....	8
2.1	Gynekologisten syöpien hoitomuodot	9
2.2	Syövän vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin	9
2.3	Syöpäkiput	11
2.4	Syöpäpotilaan ravitseminen ja liikunta	12
3	LÄHISÄDEHOITO.....	13
3.1	Sädehoito	13
3.2	Mitä lähisädehoito on?.....	14
3.3	Potilaiden kokemuksia sädehoidosta ja lähisädehoidosta	18
3.4	Lähisädehoito Kuopion yliopistollisessa sairaalassa	20
3.5	Lähisädehoidon seuranta ja potilaiden matkakorvaukset.....	24
3.6	Seksuaalisuuden huomiointi lähisädehoidossa	24
4	LÄHISÄDEHOITOOON TULEVAN OHJAAMINEN JA TUKEMINEN.....	26
4.1	Potilaslähtöinen ohjaus.....	26
4.2	Seksuaalisuuden huomiointi potilasohjauksessa	27
4.3	Voimavarojen ja voimaantumisen huomiointi potilaan ja hänen läheistensä tukemisessa	27
5	LÄHISÄDEHOITO-OPPAAN TOTEUTTAMINEN OPINNÄYTETYÖPROSESSINA.....	29
5.1	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	29
5.2	Toiminnallinen kehittämistyö	29
5.3	Aineistonkeruu ja analysointi	30
5.4	Hyvän potilasoppaan kriteerit	31
5.5	Lähisädehoito-oppaan kehittäminen kriteerien mukaisesti	33
5.5.1	Aloitutus	33
5.5.2	Suunnittelu	34
5.5.3	Toteutus.....	35
5.5.4	Arviointi.....	37
6	OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	39
7	POHDINTA.....	41
7.1	SWOT-analyysi	45

7.2	Ammatillinen oppiminen	46
7.3	Kehittämissideat	47

LIITE 1. GYNEKOLOGISIIN SYÖPIIN JA SÄDEHOITON LIITTYVIÄ TUTKIMUKSIA

LIITE 2. AIKATAULU

LIITE 3. SWOT-ANALYYSI

LIITE 4. SAATEKIRJE - PALAUTTEEN SAAMISEKSI

LIITE 5. TUKENASI LÄHISÄDEHOIDOSSA -OPAS

1 JOHDANTO

Syöpä ei ole vain yksi sairaus, vaan monta sairautta yhdessä. Termi ”syöpä” on yleiskäsite, jota on hankala määrittää, sillä sairaus ilmenee ja etenee jokaisella yksilöllisesti. (Suomen Syöpäyhdistys 2015.) Karhu-Hämäläisen (2002, 8) mukaan syöpäsairaudet yleistyvät ja arvioiden mukaan neljännesosalta suomalaisista diagnosoidaan syöpä. Suomen Syöpäyhdistys (2015) puolestaan arvioi, että kolmasosa suomalaisista sairastuu syöpään. Gynekologisia syöpiä eli synnyttelinten syöpiä diagnosoidaan Suomessa vuosittain noin 1500 (Leminen 2009). Noin puolet diagnosoiduista gynekologisista syövistä on kohdunrunkosyöpiä. Toiseksi yleisin gynekologinen syöpä on munasarjasyöpä. (Grénman ja Leminen 2013, 623.)

Noin 50 % syöpää sairastavista saa sädehoitoa (Kouri ja Tenhunen 2013, 148). Sädehoidon vaikutus syöpäsoluihin perustuu syöpäsolujen normaaleja soluja nopeampaan jakaantumiseen (Suomen Syöpäyhdistys 2016a). Sädehoidossa käytettävä säteily on ionisoivaa, eli se muuttaa solun DNAta, jolloin solun toiminta häiriintyy (Paile 2012). Sädehoito saa syöpäsoluissa aikaan soluvaurioita. Solu kuolee, kun siihen kohdistuu niin paljon sädevaurioita, ettei se pysty enää korjaamaan itseään. (Johansson 2015.) Sädehoidon suunnittelu tehdään radiologisen kuvantamisen perusteella. Kuvantamismenetelminä ovat tietokonetomografiakuvaus tai magneettitutkimus. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2013a.)

Tässä työssä käsitellään lähisädehoitoa, joka tarkoittaa ontelon- ja kudoksensisäistä sädehoitoa asettimen eli kohdennetun laitteen avulla (Ojala 2010, 24). Lähisädehoitoa kutsutaan myös tykösädehoidoksi, brakyhoidoksi ja intrakavitaariseksi sädehoidoksi (Anttila 2015-10-22). Lähisädehoito on maailmalla syöpähoitojen eturintamassa. Hoitomuotoa käytetään gynekologisten syöpien lisäksi esimerkiksi eturauhas-, iho- ja rintasyövän hoidossa. (Brachy Academy 2014a.) Suomessa lähisädehoitoa käytetään gynekologisten syöpien ja eturauhassyövän hoidossa. Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS) on tällä hetkellä ainoa sairaala Suomessa, joka toteuttaa lähisädehoitoa gynekologisten syöpien hoidossa. (Anttila 2015-10-22.) Lähisädehoitoa voidaan käyttää ainoana hoitomuotona tai yhdistettynä leikkaus-, sytostaatti- tai ulkoiseen sädehoitoon (Brachy Academy 2014b).

Syövän hoitoa luonnehtii epävarmuus sairaudesta selviytymisestä (Idman ja Aalberg 2013, 860). Syöpään liittyy vahvoja mielikuvia ja uskomuksia, joita potilas joutuu kohtaamaan ja pohtimaan (Karhu-Hämäläinen 2002, 10). Tämä aiheuttaa haasteita sekä potilaille, heidän läheisilleen että hoitavalle henkilökunnalle. Idman ja Aalberg (2013, 860) kirjoittavat, että syövästä paraneminen voitaisiin taata 50 %:lle potilaista. Etukäteen ei kuitenkaan voida tietää, kuuluuko potilas tähän ryhmään. Suomen Syöpäyhdistyksen (2015) mukaan syöpään sairastuvien kasvavasta määrästä huolimatta kaksi kolmasosaa parantuu eli paranemisprosentti on suurempi kuin Idmanin ja Aalbergin (2013, 860) mukaan. Kuitenkin gynekologisissa syövässä kuolleisuus on korkea, sillä usein syöpä havaitaan vasta, kun se on edennyt pitkälle. Toimivat hoitomuodot edistävät paranemismahdollisuuksia sekä elämänlaatua. (Brachy Academy 2014c). Näistä syistä opinnäytetyön aihe on yhteiskunnallisesti merkittävä ja ajankohtainen.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785 §5) takaa potilaalle oikeuden saada tietoa terveydentilastaan, hoitovaihtoehdoista sekä hoidon merkityksistä. Tämä laki huomioiden kehitettävä opas on merkittävä, koska se tuo potilaille tietoa tästä kyseisestä hoidosta sekä siitä, miten hoito vaikuttaa hänen ja läheistensä elämään.

Opinnäytetyön tarkoituksena on potilasoppaan tuottaminen gynekologista syöpää sairastavalle naiselle. Opas kohdentuu myös naisen läheisille ja sen on tarkoitus olla laadukas, ajantasainen ja luotettava. Kehitettävän oppaan tavoitteena on tukea lähisädehoitoon tulevaa naista ja hänen läheisiään heidän valmistautuessaan hoitoon. Tarkoituksena on antaa tukea selviytymiseen niin tiedollisesti kuin emotionaalisesti. Tämä tarkoittaa tiedon antamista ja potilaan rohkaisemista kaikissa hoidon vaiheissa. (Jussila, Kangas ja Haltamo 2010, 206.) Opas on tarkoitus julkaista PDF-tiedostona Kuopion yliopistollisen sairaalan internetsivuilla, josta sen voi myös tulostaa. Oppaan avulla hoitoon tuleva potilas voi etukäteen itsenäisesti tutustua hoitoon ja esittää siihen liittyviä kysymyksiä ennen hoitajaksoja tai niiden jälkeen. Oppaan tarkoituksena on myös toimia hoitajien ohjauksen välineenä. Oppaan ansiosta hoitajien työ helpottuu, kun tällä hetkellä käytettävän puhelinohjauksen tueksi saadaan kirjallista lisämateriaalia.

Suomessa on viisi yliopistosairaala, joista yksi on Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS). KYS on terveydenhuoltoalan opetussairaala, Suomen suurin lääkäreiden kouluttaja sekä yksi Suomen tuottavimmista yliopistosairaaloista. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2013b; Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2013c.) KYS kuuluu Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin ja sen palveluihin kuuluu lääketieteen jokainen erikosisala. KYS on saanut kansainvälisen laatusertifikaatin. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2013c.) Potilaita sairaalassa hoidetaan vuosittain 90 000 (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2013b).

KYSissä yhteistyökumppanimme on Naisten osasto 2304. Opinnäytetyön tavoitteena yhteistyökumppanin näkökulmasta on saada kokonaisvaltainen opas lähisädehoitoon tulevalle. Opinnäytetyössä kehitettävästä oppaasta on yhteistyökumppanille hyötyä, koska kohdennettua opasta hoitoon ei tällä hetkellä ole. Hoidosta ei ole saatavilla juurikaan suomenkielistä tietoa internetistä.

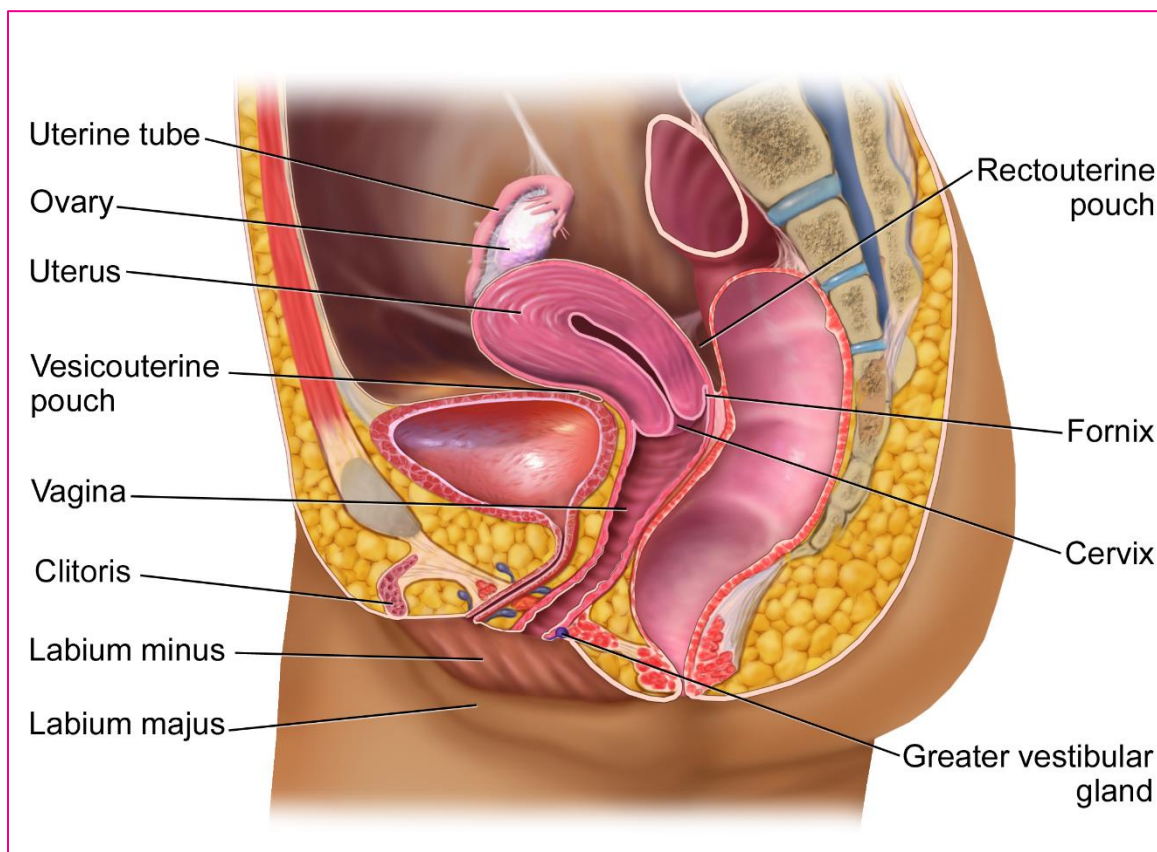
Aihe kiinnostaa meitä, koska olemme kättilöopiskelijoita ja naistentaudit kuuluvat tulevaan ammatilliseen erikosisalaamme. Tarkoituksena on oppia gynekologisista syövistä ja niiden hoitomuodoista, erityisesti lähisädehoidosta, sekä hoitoon liittyvästä potilasohjauksesta. Tämä työ kehittää meitä ammatillisesti, sillä kättilötyön ja palvelurakenteiden muuttuessa laajemmaksi kokonaisuudeksi on myös tietämyksen laajennuttava. Käytänteet hoitotyössä muuttuvat jatkuvasti, joten ammatillista osaamista tulee päivittää niiden mukaisesti. Työ antaa meille valmiuksia tulevaan ammattimme, mutta myös kättilötyön opiskeluun, sillä sekä naistentaudit että potilasohjaus ovat keskeisiä käsitteitä opinnoissamme.

2 GYNEKOLOGISET SYÖVÄT

Kudokset ja elimet koostuvat soluista. Syövän kehittyminen liittyy solujen ja elinten uusiutumisprosessiin ja perimän vaurioitumiseen soluissa. Solut uusiutuvat jatkuvasti elimistössä ja uudet, syntyvät solut korvaavat kuolleet. Uusien solujen syntyessä jokin solutyyppeistä saattaa lisääntyä hallitsemattomasti nopeammin kuin vanhoja soluja kuolee. Tämä voi johtaa epänormaalin solukertymän eli kasvaimen muodostumiseen. Solukertymät voidaan jakaa hyvänlaatuisiin eli benigneihin ja pahanlaatuisiin eli maligneihin kasvaimiin. Hyvänlaatuiset kasvaimet jäävät kudokseen, johon ovat muodostuneet, kun taas pahanlaatuiset kasvaimet voivat levitä kaikkialle elimistöön. Pahanlaatuisesta kasvaimesta käytetään nimitystä syöpäkasvain. (Sand, Sjaastad, Haug ja Bjålie 2012, 59.) Ensimmäiseksi muodostunutta kasvainta kutsutaan primäärikasvaimeksi (Lyly 2011). Primäärikasvaimen muualle elimistöön lähettämiä solukertymiä kutsutaan metastaseiksi eli etäpesäkkeiksi (Sand ym. 2012, 59).

Solun perimäaineen vaurioitumisen seurauksena solu voi muuttua vuosien aikana pahanlaatuiseksi kasvaimeksi. Syövän muodostumisen eli karsinogeneesin taustalla ovat perimän solussa aiheuttamat vauriot. Näitä vaurioita voivat olla esimerkiksi solujen kasvun tai jakautumisen häiriö. (Holmia, Murttonen, Myllymäki ja Valtonen 2004, 95.) Syövän syntymiseen on olemassa monia selittäviä tekijöitä eli karsinogeneenejä. Yleisimpiä näistä ovat röntgensäteet ja tietyt virukset, kuten esimerkiksi papilloma-virus. (Sand ym. 2012, 59; Isola ja Kallioniemi 2013, 13 - 15.) Elimistön oman immuunijärjestelmän toiminnassa normaalisti se kykenee tunnistamaan sekä eliminoimaan syöpäsoluja. Ihmisen vanheudessa immuunijärjestelmän toiminta heikkenee. Tämä on yksi selitys sille, miksi vanhemmilla ihmisillä esiintyy syöpää enemmän kuin nuorilla. (Sand ym. 2012, 59.) Väestön ikärakenteen muutos sekä taudin määrityksen kehittyminen ovat johtaneet syöpädiagnoosien lisääntymiseen (Jussila ym. 2010, 250 - 251).

Naisen sukuelimistä (Kuva 1, sivu 9) isoja ja pieniä häpyhuulia (labius minus ja majus) sekä häpykieltä eli klitorista (clitoris) kutsutaan ulkoisiksi sukuelimiksi eli ulkosynnyttimiksi. Sisäiset sukuelimet ovat emätin (vagina), kohtu (uterus), munanjohtimet (uterine tube) ja munasarjat (ovary). Kohtu jaetaan kohdunkaulaan, kohdunrunkoon sekä kohdunpohjaan. Emätin toimii sisäisten ja ulkoisten synnyttimien yhdistäjänä. (Sand ym. 2012, 495 - 497.) Gynekologisia syöpiä ovat ulkosynnyttimien syövät, emätinsyöpä, kohdunkaulan syöpä, kohdunrunгон syöpä, kohdun sarkoomat, kohdun limakalvon syöpä, munasarjasyöpä sekä munanjohdinsyöpä (Grénman ja Auranen 2011, 231 - 238; Leminen ja Loukovaara 2011, 243 - 253; Mäenpää ja Pakarinen 2011, 221 - 223).



Kuva 1. Naisen sukupuolielimet. (Blausen gallery 2014.)

2.1 Gynekologisten syöpien hoitomuodot

Hoitomuotoja syöpään on monenlaisia syövän levinneisyydestä riippuen (Sand ym. 2012, 59). Hoidon tavoitteena voi olla syövän hallinta, siitä parantuminen, oireiden lievittyminen tai sairauden uusiutumisen ennaltaehkäisy (Suomen Syöpäyhdistys 2016b). Ajoissa huomattu syöpä, joka ei ole vielä ehtinyt levitä, voidaan hoitaa leikkaushoidolla. Lääkkeellistä hoitoa, esimerkiksi solunsalpaajia eli sytostaatteja sekä sädehoitoa voidaan käyttää, jos syöpä on levinnyt elimistöön. Sytostaattien vaikutukset perustuvat niiden kykyyn estää soluja jakautumasta, jolloin kasvain ei pääse kasvamaan. (Sand ym. 2012, 59.)

Hoitomuotoja voidaan käyttää myös yhdessä. Gynekologisen syövän hoito koostuu tavallisesti sytostaattihoidosta, sisäisestä sädehoidosta, kuten lähisädehoidosta ja ulkoisesta sädehoidosta sekä leikkaushoidosta. (Karhu-Hämäläinen 2002, 8.) Esimerkiksi leikkaushoitoa ja sädehoitoa käytetään usein kohdunkaulan syöpien hoidossa (Ojala 2010, 28).

2.2 Syövän vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin

Syöpä on sairaus, joka kuluttaa potilaan ja hänen läheistensä voimavaroja (Johansson 2015). Voimavaroilla tarkoitetaan jokaisen yksilöllisiä piirteitä ja ominaisuuksia, jotka auttavat kuormittavista fyysisistä ja psykososiaalisista tekijöistä selviytymisessä (Holmia ym. 2004, 34). Psykososiaalisiksi tekijöiksi kutsutaan yksilöön sosiaalisesti ja henkisesti vaikuttavia tekijöitä (Olobot, Suomen lääkäri-

keskus 2014). Voimavarat voivat olla esimerkiksi arvoja ja asenteita, tunteisiin liittyviä ominaisuuksia, sekä ihmissuhteita, joiden avulla yksilö voi ohjata omaa elämäänsä. Sairastuminen ja sairaus vaikuttavat negatiivisesti potilaan voimavaroihin. Esimerkiksi kivut, pelko, tietämättömyys, ahdistus, pahoinvointi ja levon puute ovat voimavaroja vähentäviä tekijöitä. Vaikutukset ovat kuitenkin yksilöllisiä ja potilaskohtaisia. (Holmia ym. 2004, 34.)

Jopa kolmasosa syöpää sairastavista ja heidän läheisistään kokee psyykkisiä oireita, jotka tuovat haasteita sairaudesta selviytymiseen (Idman ja Aalberg 2013, 860). Väsymys ja uupumus voivat olla syövän sekä syöpähoitojen aiheuttamia sivuvaikutuksia (Johansson 2015; Suomen Syöpäyhdistys 2016c). Hoitoväsymys eli fatigue tarkoittaa jatkuvaa väsymystä. Tyypillinen piirre hoitoväsymykselle on, että potilas ei tunnista, mistä väsymys johtuu. Jokainen kokee hoitoväsymyksen ja sen oireet yksilöllisesti. Oireita ovat esimerkiksi voimattomuus, keskittymisvaikeudet sekä elämänhalun katoaminen. (Tuominen ja työryhmä 2015, 5, 8.) Sairastunut voi itse kokeilla helpottaa väsymystään ottamalla lyhyitä päiväunia silloin, kun siltä tuntuu. Päiväunet eivät kuitenkaan saisi sekoittaa normaalia päivärytmiä. Yöunet olisi hyvä saada säilytettyä katkeamattomina, jotta yleinen vireystila säilyy hyvänä. Unen häiriöihin sekä väsymykseen voi saada apua lääkäriltä. (Suomen Syöpäyhdistys 2016c.)

Syöpään voi liittyä myös masennusta ja ahdistuneisuutta. Ihminen voi kokea tarpeelliseksi psyykkisen tuen saamisen. Psykkistä tukea voi saada esimerkiksi omalta sairaalalta, auttavasta puhelimesta tai syöpäjärjestöjen neuvontapalveluista. Evankelisuterilainen kirkko tarjoaa puhelinapua hengellisyyteen liittyvissä asioissa. (Suomen Syöpäyhdistys 2016d.)

Syöpään sairastuminen tuo esiin erilaisia tunteita kuten ahdistus, kieltäminen, syyllistäminen, kuolemanpelko ja viha. Näihin tunteisiin hoitohenkilökunnan on syytä varautua hoitaessaan syöpään sairastunutta, sillä erilaiset reaktiot ovat normaaleja, kun elämässä tapahtuu suuri muutos. (Idman ja Aalberg 2007, 789.) Kaikilla ihmisillä on erilainen tapa reagoida tilanteisiin sekä käsitellä tunteitaan. Näin ollen voidaan sanoa, että ei ole olemassa yhtä oikeaa tai väärää tapaa tuntea ja käsitellä tilanteita. Tunteiden käsittely on tärkeää sairauden hyväksymisen prosessissa. (Suomen Syöpäyhdistys 2016e.)

Elämässä tapahtuvat suuret muutokset saavat aikaan kriisin. Näin tapahtuu usein, kun ihminen sairastuu syöpään. Kriisi voidaan jakaa neljään vaiheeseen, jotka ovat shokkivaihe, reaktiovaihe, käsittelyvaihe ja uudelleen suuntautumisen vaihe. Shokkivaiheelle tyypillistä on sairauden kieltäminen, tilanteen käsittämisen vaikeus sekä voimakkaat tunnepurkaukset, kuten itku ja huuto. Reaktiovaiheessa ihminen voi kokea tarvetta etsiä syyllistä tai syytä sairastumiselleen ja kärsiä fyysisistä oireista, kuten pahoinvoinnista. Käsittelyvaiheessa ihminen tiedostaa sairautensa, eikä yritä kieltä sitä. Tässä vaiheessa hän voi vetäytyä läheisistään ja kokea negatiivisia tuntemuksia, kuten ärtyisyyttä ja vihaa. Viimeisessä vaiheessa, eli uudelleen suuntautumisen vaiheessa ihminen kykenee hyväksymään sairautensa ja sen tuomat rajoitteet. Tähän vaiheeseen tultuaan ihminen voi löytää voimavaroja sairaudestaan huolimatta ja pystyy kokemaan elämäniloa. (Suomen mielenterveysseura 2016.)

2.3 Syöpäkiput

Kivulla tarkoitetaan ihmisen kokemaa tuntemusta mahdollisen tai diagnosoidun kudosaaurion yhteydessä. Kivun aistiminen on yksilöllistä, sillä jokainen kokee kudosaauriosta johtuvan kivun omakohtaisesti. (Holmia ym. 2004, 130.) Kivun tunne saa aikaan stressihormonien vapautumisen, mikä johtaa usein muun muassa kivun voimistumiseen. Pelko, ahdistus ja jännitys ovat esimerkkejä kivusta lähtöisin olevista tunteista, jotka usein myös voimistavat kipukokemusta. (Suomen Syöpäyhdistys 2016f.)

Syöpäkipuksi kutsutaan syövästä aiheutuvaa hermo- tai kudosaauriosta peräisin olevaa kipua, johon vaikuttaa syöpäkasvaimen sijainti ja tyyppi, kasvunopeus sekä leviäminen (Holmia ym. 2004, 130; Suomen Syöpäyhdistys 2016f). Syövän levitessä kivun tunne voimistuu ja pitkään jatkuessaan se voi muuttua krooniseksi (Suomen Syöpäyhdistys 2016f). Krooninen kipu tarkoittaa pitkäaikaista kiputilaa, joka ei ole kuuden kuukauden kuluessa helpottunut. Kiputila voi johtua myös pitkäaikaisesta sairaudesta, joka ei ole parantunut. (Paakkari 2013.)

Syöpäkiput voidaan jakaa kolmeen ryhmään kivun lähteiden perusteella. Suurin osa kiputiloista, noin 75 %, johtuu syövästä. 15 % kivuista on peräisin hoidoista ja hoitoon liittyvistä komplikaatioista. Loput 10 % aiheutuvat syöpään liittymättömistä kivuista. (Kalso 2013, 877.) Hoitomuodoista aiheutuvia kipuja ovat leikkaus-, säde- ja sytostaattihoidosta aiheutuvat toimenpiteiden jälkeiset kivut (Holmia ym. 2004, 131). Syöpään liittymättömiin kiputiloihin lukeutuvat muun muassa päänsärky ja selkäkiput (Suomen Syöpäyhdistys 2016f). Läpilyöntikipua eli äkillistä kiputilan voimistumista kutsutaan syöpäpotilaan peruskivuksi. Läpilyöntikipua voi kokea esimerkiksi liikkeessä tai yskiessä. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2016a; Kalso 2013, 874.)

Riittävä kivunhoito on yksi potilaan perusoikeuksista terveydenhuollossa. Hoitaja on tärkeässä roolissa potilaan kivunlievityksen onnistumisessa, sillä hän on henkilö, jolle potilas kertoo kipukokemuksistaan. Hoitohenkilökunnan ja potilaan välinen suhde tulee olla vuorovaikutteinen, kuunteleva ja avoin. Potilaan kipuja ei tule vähätellä. (Holmia ym. 2004, 132.)

Syöpäkipun hoidon tavoitteena on kivun aiheuttajan eliminointi. Jos kivun lähdettä ei voida poistaa, tulee pitää huolta riittävästä kivun lievityksestä. (Holmia ym. 2004, 132; Suomen Syöpäyhdistys 2016c.) Kasvaimen ollessa operoimaton, sitä yritetään monissa tapauksissa pienentää säde- ja sytostaattihoidon avulla, jolloin kasvaimesta johtuva kipu lievittyy (Suomen Syöpäyhdistys 2016f).

Lääkkeelliseen kivunhoitoon voidaan käyttää esimerkiksi suun kautta otettavia tulehduskipu- ja opioidilääkkeitä. Opioidilääkkeet ovat vahvoja kipulääkkeitä, jotka vaikuttavat keskushermoston kautta. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2016a; Saano & Taam-Ukkonen 2013, 572 - 573.) Muita kivunlievitysmenetelmiä ovat esimerkiksi kipupumppu, fysioterapia ja erilaiset kivunhallintamenetelmät (Suomen Syöpäyhdistys 2016f). Kipupumppu eli PCA-kipulääkeannostelija tarkoittaa laitetta, joka on kiinnitetty potilaan laskimokanyyliin. Se annostelee opioidia yksilöllisesti suunnitellun annosohjelman mukaisesti. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2016a.)

2.4 Syöpäpotilaan ravitsemus ja liikunta

Ravitsemuksesta huolehtiminen on yksi huomioitava osa syöpäpotilaan hyvinvoinnin edistämässä. Syöpä sairautena tuo haasteita ravitsemukseen liittyen. Haasteita ovat laihtuminen, ruokahaluttomuus sekä energiantarpeen kasvu. Lisäksi potilas voi kärsiä ruoansulatusongelmista, jotka voivat johtua lääkityksestä, liikunnan puutteesta, ummetuksesta tai kasvaimen aiheuttamasta täyden olon tunteesta. (Viitala ja Bingham 2014, 3 - 4, 18.)

Laihtuminen voidaan liittää mielialoihin ja joissakin tapauksissa masennukseen, kun ei tee mieli syödä. Syöpäkiput voivat myös aiheuttaa laihtumista ja ruokahaluttomuutta. Laihtumisen sijasta osalla potilaista tapahtuu painonnousua, joka johtuu hormoni- ja kortisonilääkityksestä. Syövän hoitojen seurauksena myös ravintoaineiden imeytymisprosessi voi kärsiä. Näin ollen syöpään sairastunut voi tarvita enemmän ravintoaineita kuin yleensä. Ravintoaineita tarvitaan esimerkiksi haavojen parantumisen ja kudosten uusiutumisen edistämiseksi. (Viitala ja Bingham 2014, 3 - 4.)

Ruokaillessa syöpäpotilasta suositellaan syömään pieniä annoksia kerrallaan välttääkseen huonoa oloa. Ruoista kannattaa valita ne, mitä tekee mieli ja syödä hyvin silloin, kun ruoka maistuu. Vaikka ruokahalua ei olisikaan, kannattaa silti yrittää syödä pieni annos jaksamisen tueksi. (Viitala ja Bingham 2014, 7.) Ravitsemukseen liittyvistä ongelmista kannattaa puhua avoimesti hoitohenkilökunnan kanssa (Palva, Rosenberg ja Saarilahti 2015, 15).

Liikunta edesauttaa potilaan kuntoutumista syöpähoitojen jälkeen, sillä se lisää energian määrää ja kehittää lihasvoimaa (Suomen Syöpäyhdistys 2016c). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (2016b) mukaan liikunta auttaa syöpähoitojen aiheuttamaan väsymykseen ja lievittää hoitojen sivuvaikutuksia. Liikunnan vaikutuksesta mieliala kohenee, kun endorfiinin erityös aivoissa lisääntyy. Endorfiinin vaikutuksesta kipu lieventyy ja hyvän olon tunne lisääntyy. (Suomen Syöpäyhdistys 2016c.) Liikunta myös tehostaa verenkiertoa, jolloin haavat parantuvat paremmin ja veritulppariski vähenee (Jääskeläinen 2016-08-31). Syöpä ja syöpähoitot rasittavat elimistöä, joten potilaan tulee kuitenkin kiinnittää huomiota siihen, ettei rasita kehoaan liikaa. Tämän vuoksi liikunta suositellaan aloitettavan kevyesti. Hyviä liikunnan muotoja ovat esimerkiksi kävelylenkit, pyöräily ja arjen askareet. (Suomen Syöpäyhdistys 2016c.)

3 LÄHISÄDEHOITO

3.1 Sädehoito

Sädehoito on kehittynyt teknologian, tutkimustiedon ja potilasmäärän vaikutuksesta. Lyhyessä ajassa sädehoitopotilaiden määrä on kasvanut merkittävästi ja yhä useamman syöpäpotilaan hoidossa käytetään sädehoitoa. (Jussila ym. 2010, 250 - 251.)

Sädehoito on kivuton hoitotoimenpide (Johansson 2015; Suomen Syöpäyhdistys 2015e). Sädehoitoa voidaan käyttää kuratiivisena eli parantavana hoitomenetelmänä, jolloin tavoitteena on syöpäkasvaimen ja metastaasien eliminointi. Kuratiivinen hoito on onnistunut, kun syöpäsoluja ei enää ole potilaassa. Toinen sädehoidon käyttömuoto on palliatiivinen eli oireita lievittävä hoitomuoto. Palliatiivista hoitomenetelmää käytetään siinä vaiheessa, kun syöpää ei voida parantaa. Sädehoidon näkökulmasta palliatiivisen hoidon tavoitteena on potilaan elinajanodotteen pidentäminen hidastamalla syöpäkasvaimen kasvua. Joihinkin syöpiin muut hoitomuodot kuten leikkaushoito eivät tehoa, jolloin sädehoito on ainoa hoitokeino. (Ojala 2010, 20 - 21, Johansson 2015.) Yksi sädehoidon haittavaikutuksista on, että se vaikuttaa syöpäsolujen lisäksi terveisiin soluihin riippuen kohdealueesta ja säteilyannoksesta (Ojala 2010, 30).

Sädehoito on kehittynyt vuosien varrella. Kehityksen myötä sädehoito voidaan jakaa ulkoiseen ja sisäiseen sädehoitoon. Nämä eroavat toisistaan sillä, että ulkoisessa sädehoidossa säteilylähde on elimistön ulkopuolella. Sisäisessä sädehoidossa säteilylähde on asetettu elimistön sisään. (Ojala 2010, 24.) Nykyään säteily pystytään kohdentamaan haluttuun kehon osaan. Tällä tavoin minimoidaan altistuminen säteilylle sekä siitä johtuvat haittavaikutukset (Liikanen 2015, 16).

Jokaiselle potilaalle laaditaan yksilöllinen sädehoitosuunnitelma. Suunnitelma pohjautuu syövän taustatietoihin sekä eri kuvantamismenetelmillä saatuihin tuloksiin. Kvanttamismenetelminä käytetään röntgen-, magneetti- sekä tietokonetomografiakuvauksia. Sädehoitoa käytetään myös muiden hoitomuotojen tukena. Esimerkiksi ennen leikkaushoitoa annettavaa sädehoitoa kutsutaan preoperatiiviseksi ja leikkaushoidon jälkeen saatavaa sädehoitoa postoperatiiviseksi sädehoidoksi. Sädehoitoon voidaan yhdistää syöpälääkkeitä hoidon vaikutuksen tehostamiseksi. Tätä hoitomuotoa kutsutaan kemosädehoidoksi. (Ojala 2010, 25 - 26.)

Sädehoidon sivuvaikutukset ovat yksilöllisiä ja ne voidaan jakaa potilaslähtöisiin ja potilaasta riippumattomiin tekijöihin. Potilaslähtöisiä tekijöitä ovat esimerkiksi ikä ja muut sairaudet. Iäkkäillä on todettu esiintyvän enemmän sivuvaikutuksia kuin nuoremmilla potilailla. Potilaasta riippumattomia tekijöitä ovat esimerkiksi sädehoitotekniikka, sädehoidon jaksotus ja kokonaisannos. (Jussila ym. 2010, 212.)

Potilas voi kokea haittavaikutuksia välittömästi sädehoidon aikana, hoidon jälkeen tai vuosien päästä. Ihossa, limakalvoilla ja luuytimessä on nopeasti jakautuvia kudoksia. Näissä kudoksissa sädehoidon vaikutus näkyy hoitojakson aikana. Hoidon kohdistuessa naisen sukuelimiin, voi sädehoito

aiheuttaa virtsaamisongelmia sekä haavaumia ihoon tai limakalvoille. (Johansson 2015; Suomen Syöpäyhdistys 2016a.) Vuosien päästä ilmeneviä haittavaikutuksia voivat olla esimerkiksi sädehoidon vaikutuksesta muodostuva uusi syöpäkasvain, sekä sidekudoksen lisääntyminen kohdealueella, mikä voi aiheuttaa toiminnan rajoituksia (Johansson 2015). Myös Jussila ym. (2010, 211) jakavat sädehoidon sivuvaikutukset varhaisiin ja myöhäisiin sivuvaikutuksiin. Heidän mukaansa myöhäisiä sivuvaikutuksia esiintyy lisäksi keuhkoissa, munuaisissa ja hermokudoksessa, sillä ne ovat hitaasti jakautuvia kudoksia.

3.2 Mitä lähisädehoito on?

Lähisädehoito on sisäistä sädehoitoa, jota annetaan ontelon- tai kudoksensisäisesti suoraan kasvaimen (Anttila 2015-10-22). Lähisädehoito eli brakyterapia tulee kreikankielisestä sanasta "brachy", joka tarkoittaa lyhyttä välimatkaa. Nimensä mukaisesti hoidossa käytettävä säteilylähde on lyhyen etäisyyden päässä tai suoraan kohteessaan. (Brachy Academy 2014a.) Hoidon kohdistuksesta päättää hoitava lääkäri. Lähisädehoito arvioidaan aina potilaskohtaisesti ja jokaisen hoitokerran jälkeen uudestaan. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2016; Särkkä 2016-03-23.) Esimerkiksi kohdunkaulan syövän hoidossa yksilöllinen lähisädehoitosuunnitelma on laajasti käytöön otettu menetelmä ympäri maailmaa (Vordermark 2016, 518). Lähisädehoitoa annetaan kertahoitona tai fraktioituna hoitona, jolloin hoitokerrat on jaettu tasaisesti kahdelle viikolle (Lahtinen, Hietanen ja Tenhunen 2002, 39).

Brachy Academyn (2014b) mukaan lähisädehoidon hoitomuotoja on kolme erilaista: HDR eli high dose rate, LDR eli low dose rate ja PDR eli pulsed dose rate. Kaikki kolme hoitomuotoa ovat yhtä tehokkaita syöpäsolujen tuhoamisessa. Hoitomuotojen ero näkyy esimerkiksi kerralla saatavan annoksen määrässä ja antoajassa. HDR-sädehoidossa sädetys kestää vain joitakin minutteja, kun LDR- muodossa sädeannos annetaan hitaasti 2-3 päivän aikana ja PDR-muodossa yhden päivän aikana lyhyinä sykäyksinä. Samaa teemaa käsitellään Reszitynkin (2011) LDR- ja HDR-hoitojen eroja vertailevassa tutkimuksessa, jonka mukaan hoitomuodot ovat yhtä tehokkaita gynekologisen syövän hoidossa. Tutkimuksen mukaan huolimatta siitä, että LDR-hoidolla on saatu aikaan hyviä tuloksia, HDR-hoito on maailmanlaajuisesti käytetympi. HDR-hoito antaa joustavuutta hoidon suunnitteluun: siinä pystytään tekemään yksilöllisiä sädehoitosuunnitelmia 3D-tekniikan, kuten magneettikuvauksen perusteella. Tämän kehityksen on todettu lisäävän potilaiden hyviä hoitotuloksia. (D'Alimonte ja Leung 2015, 323.) KYSissä käytetään HDR-hoitomuotoa (Miettinen 2016-02-24).

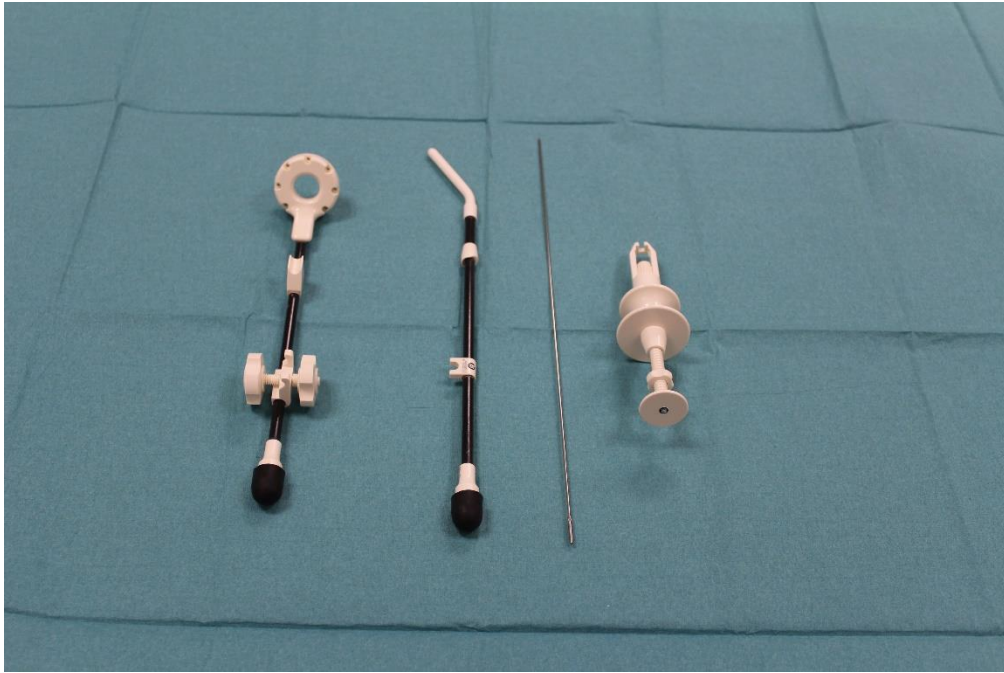
Lähisädehoidon etuja ovat Brachy Academyn (2014c) mukaan parempi selviytymismahdollisuus, vähäiset sivuvaikutukset, lyhyemmät hoitokaudot sekä uusi jatkuvasti kehittyvä teknologia. Hoitomuodon kehittyminen on tuonut hyviä tuloksia hoitolaitoksista, joilla on paljon kokemusta lähisädehoidosta (Vordermark 2016, 518). Lähisädehoidossa huomioidaan potilaan anatomia ja minimoidaan hoidon vaikutus muihin elimiin (Anttila 2015-10-22). Hoidon kohdistuessa vain tiettyyn haluttuun kohteeseen voidaan potilaalle antaa suurempia sädeannoksia, mikä tekee hoidosta tehokkaan, turvallisen ja yksilöllisen (Lahtinen, Hietanen ja Tenhunen 2002, 38 - 39). Etenkin gynekologisissa syöväissä lähisädehoidon käyttö on perusteltua. Riski muiden lähellä olevien elinten, kuten suoliston ja

virtсарakon vahingoittumiseen on pienempi kuin muun tyyppisellä sädehoidolla. (Brachy Academy 2014b.) Lähisädehoidon aiheuttamia komplikaatioita asettimen laittoon liittyen ovat esimerkiksi koh-
tuperforaatio, rakkoperforaatio ja suoliperforaatio (Anttila 2015-11-10). Perforaatiolla tarkoitetaan
puhkaisua tai lävistämistä (Terveyskirjasto 2016). Myöhemmin ilmenevä komplikaatio on esimerkiksi
vaginan ahtauma (Anttila 2015-11-10).

D'Alimonten ja Leungin (2015, 323) mukaan kudoksensisäisen lähisädehoidon on todettu olevan te-
hokas hoitomuoto. Se toimii hyvin etenkin potilailla, joilla gynekologinen syöpä on uusiutunut tai le-
vinnyt paikallisesti. Lähisädehoitoa saatetaan antaa ainoana hoitomuotona, mutta useissa tapauk-
sissa potilas on ensin saanut ulkoista sädehoitoa (Brachy Academy 2014c). Esimerkiksi Kuopion yli-
opistollisessa sairaalassa potilas on usein saanut ensin ulkoista sädehoitoa. Osa potilaista saa ulkois-
seen sädehoitoon lisättyä sytostaatteja, jolloin hoitoa kutsutaan kemosaädehoidoksi. (Jääskeläinen
2016-08-31.) Lähisädehoitoa käytetään hoitomuotona, kun kasvainta ei pystytä leikkaamaan. Kas-
vaimet, joita ei pystytä leikkaamaan, ovat usein kookkaita sekä paikallisesti levinneitä. (Anttila 2016-
09-28.)

Gynekologisen syövän lähisädehoitoa toteutetaan nepparihoidolla, sekä Ring®-asettimen avulla.
Nepparihoitoa käytetään esimerkiksi silloin, kun potilaalla on metastaasi kohdunkaulan tai ulkosyn-
nyttimien seudulla. Useissa tapauksissa käytetään Ring®-asetinta, joka asetetaan kohtuun. Ring®-
asetinta voidaan käyttää joko yhdessä kudoksensisäisten neulojen kanssa tai ilman. (Anttila 2015-
10-08; Anttila 2016-09-28.) Kudoksensisäisten neulojen käyttö on suositeltavaa potilailla, joilla on
suuri levinnyt syöpäkasvain (D'Alimonte ja Leung 2015, 323). KYSissä kudoksensisäisiä neuvoja käy-
tetään, kun kemosaädehoito ei ole pienentänyt kasvainta tai sen levinneisyyttä. Kudoksensisäisiä neu-
loja käytetään myös esimerkiksi kasvaimen sijainnin ollessa toispuoleinen. (Anttila 2016-09-28.) KY-
Sissä suurin osa hoidoista toteutetaan Ring®-asettimella (Anttila 2015-10-08). Tästä syystä tämä
opinnäytetyö käsittelee lähisädehoitoa Ring®-asettimen avulla.

Ring®-asetin (kuvat 2 - 4, sivut 16 ja 17) on gynekologiseen lähisädehoitoon valmistettu laite. Aset-
timeen kuuluvat yhteen liitettävät Ring®-rengas sekä IU-kärki, eli intrauteerinen hoitokärki (kuvat 2
ja 4, sivut 16 ja 17). Ring®-asettimeen mahdollisesti asetetut muoviset neulat työnnetään neulan-
työntimellä metallimadrillien avulla kohdun kannatinkudoksiin. (kuvat 3 ja 4 sivut 16 ja 17). Madrillit
laitetaan neulojen sisälle ennen niiden paikalleen asetusta. Madrillien tarkoituksena on pitää muovi-
neulat jäykkinä, jotta ne saadaan neulantyöntimellä paikoilleen (kuvat 2 ja 3, sivu 16 ja 17). (Anttila
2015-10-08; Särkkä 2016-03-23; Anttila 2016-09-28.)



Kuva 2. Kuvassa vasemmalta oikealle: Ring®-rengas, IU-kärki, metallimadrilli sekä neulatyönnin.
(Kuva: Asta Lehtola 2016.)



Kuva 3. Kuvassa havainnollistetaan, miten muovineulat kiinnittyvät Ring®-renkaaseen metallimadrillien avulla. (Kuva: KYS kuvapankki 2015.)



Kuva 4. Kudoksensisäisten neurojen paikoilleen lukitus neulantyöntimellä. Kuvassa Ring®-rennas on yhdistetty IU-kärjen kanssa paikoilleen kohtuun. (Kuva: KYS kuvapankki 2015.)

Ring®-asetin asetetaan paikoilleen spinaali- eli selkäydinpuudutuksessa tai nukutuksessa. Yleisimmin käytetty anestesiamuoto on selkäydinpuudutus. Toimenpiteen suorittaa potilasta hoitava lääkäri. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2016.) Ennen Ring®-asettimen asetusta emätintä dilatoidaan eli laajennetaan siihen tarkoitetuilla leikkaussalin instrumenteilla. Toimenpiteen lopussa emättimeen asetetaan sideharsotamponi, joka tukee hoitolaitteistoa ja estää sitä liikkumasta pois paikoiltaan. (Jääskeläinen 2016-08-16.)

Asettimen asennuksen jälkeen otetaan magneettikuva, jolla varmistetaan asettimen sekä mahdollisten neurojen oikea sijainti ja syvyys. Ennen magneettikuvan ottoa potilaan virtsarakko täytetään magneettivarjoaine-keittosuolaliuoksella. Virtsarakon lisäksi varjoainetta on emättimeen asetetussa sideharsotamponissa sekä katetria virtsarakossa pitävässä ballongissa. (Pohjois-Savon Sairaanhoitopiiri 2016; Miettinen 2016-09-01.) Mikäli hoidossa käytetään kudoksensisäisiä neuroja, metallimadrillit otetaan pois niiden sisältä ennen kuvausta. Paikoilleen jäävät vain osat, joiden kautta sädehoito annetaan. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2016; Särkkä 2016-03-23.)

Magneettikuvauksen jälkeen lääkäri määrittää potilaalle annettavan hoitoannoksen ja piirtää hoitoalueen magneettikuviin. Näiden tietojen pohjalta fyysikko tekee sädehoitosuunnitelman. Fyysikon laskettua sädeannokset otetaan tietokonetomografia eli TT-kuva asettimen ja mahdollisten muovineurojen paikallaolon varmistukseksi. Ennen TT-kuvan ottamista potilaan virtsarakko ja peräsuoli täytetään jodivarjoaine-keittosuolaliuoksella. TT-kuvan ottamisen jälkeen fyysikko tekee vielä tarvittaessa muutoksia suunnitelmaan. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2016; Särkkä 2016-03-23.)

Lähisädehoito annetaan jälkilatauslaitteella (kuva 5, sivu 18) (Jussila ym. 2010, 25). Jälkilatauslaite yhdistetään muovisilla katetreilla sekä Ring®-asettimeen, IU-hoitokärkeen että mahdollisiin neuloihin. Säteilylähteenä on HDR-jälkilatauslaitteen sisällä sijaitseva iridiumjyvänen, joka on radioaktiivinen -192 isotooppi. Lähisädehoidon aikana jyvänen käy jokaisessa hoitokärjessä. Fysikko määrittää, kuinka kauan jyvänen viipyy jokaisessa kohteessaan. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2016; Särkkä 2016-03-23.) Jälkilatauslaitteen lähetyvillä on oltava hätävarasäiliö (kuva 5, sivu 18) jota käytetään, jos säteilylähde jumiutuu (Särkkä 2016-03-23).



Kuva 5. Kuvassa microSelection HDR-jälkilatauslaite sekä hätävarasäiliö. (Kuva: Asta Lehtola 2016)

3.3 Potilaiden kokemuksia sädehoidosta ja lähisädehoidosta

Sädehoidosta sekä lähisädehoidosta on tehty väitöskirjoja ja tutkimuksia potilaiden kokemuksiin liittyen. Monien tutkimusten tuloksissa on paljon yhtäläisyyksiä. Suurin yhtäläisyys löytyy sädehoidon fyysisten sivuvaikutusten tuloksista. Christman, Cronin ja Oakley (2001, 93 - 96) ovat tehneet vuonna 2000 julkaistun tutkimukseen perustuvan artikkelin, jossa käsitellään yleisimmin koettuja sädehoidosta johtuvia sivuvaikutuksia. Tähän artikkeliin oli haastateltu potilaita, jotka olivat saaneet sädehoitoa kohdunkaulan- ja kohdun syöpään. Potilaiden kokemia sivuvaikutuksia sädehoidosta olivat sukuelimiin liittyvien vaivojen lisäksi univaikeudet, ripuli, anoreksia sekä virtsaamisvaivat. Myös Curi de Barros ja Curi Labate (2008, 1050) sekä Velji ja Fitchin (2001, 743) mainitsevat tutkimusartikkeleissaan samat sivuvaikutukset. Edellä mainittujen lisäksi kipua mainitaan sivuvaikutukseksi Veljin ja Fitchin vuonna 2000 tehdyssä tutkimuksessa, jonka aiheena oli lähisädehoitoa gynekologisiin syö-

piin saaneiden naisten kokemukset. Suomalainen väitöskirja (Karhu-Hämäläinen 2002, 13 - 17) tukee kansainvälisiä lähteitä, sillä myös sen mukaan yleisimpiä sädehoidon fyysisiä haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, kipu, sekä limakalvo- ja ihoreaktiot.

Ravitsemukseen liittyvistä ongelmista kirjoitettiin Christmanin ym. (2001, 95) tutkimusartikkelissa, jonka mukaan lähisädehoito voi lisätä ruokahaluttomuutta ja pahoinvointia. Myös Viitalan ja Binghamin (2014, 3, 7, 9, 18) mukaan sädehoitoa saavat potilaat voivat kokea sädehoidon haittavaikutuksena pahoinvointia, ripulia tai muutoksia haju- sekä makuaistissaan. Tämä voi vaikuttaa ruokahaluttomuutena tai muina syömiseen liittyvinä ongelmina.

Velji ja Fitch (2001, 743), Karhu-Hämäläinen (2002, 16, 19) sekä Curi de Barros ja Curi Labate (2008, 1050) nostivat esille potilaiden kokemat psyykkiset haittavaikutukset, kuten negatiiviset ajatukset, pelon, ahdistuksen, masennuksen ja väsymyksen. Esimerkiksi Karhu-Hämäläisen mukaan vialliset hoitolaitteet sekä virheet annoslaskennoissa olivat herättäneet pelkoa potilaissa. Sädehoitopotilaat olivat pelänneet, että iho palaa ja heistä tulee hoidon vaikutuksesta radioaktiivisia. Tutkimuksissa ja väitöskirjassa todettiin, että pelot lieventyivät potilaan päästessä tutustumaan hoitoympäristöön, välineisiin, sekä henkilökuntaan.

Veljin ja Fitchin tutkimusartikkelista (2001) sekä Karhu-Hämäläisen väitöskirjasta (2002) nousi esiin, miten hoitajien rooli vaikuttaa potilaiden kokemuksiin hoidostaan. Potilaan tapojen ja arkirutiinien huomiointi henkilökunnan toimesta vaikuttavat myönteisesti potilaan kokemukseen. Hoitohenkilökunnan tulisi osata ottaa huomioon potilaiden yksilölliset tarpeet. Potilaat kokevat tärkeäksi sen, että heitä kohdellaan aikuisina ihmisinä ja että hoitotilanteessa vallitsee turvallinen sekä tukea antava ilmapiiri. (Karhu-Hämäläinen 2002, 51.) Veljin ja Fitchin (2001, 743) tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat stressaavaksi sen, että heidän avun tarpeisiinsa ei vastattu. Heidän mukaansa soittokelloon ei vastattu riittävän nopeasti ja hoitajat eivät pitäneet lupauksiaan huoneissa käynneistä.

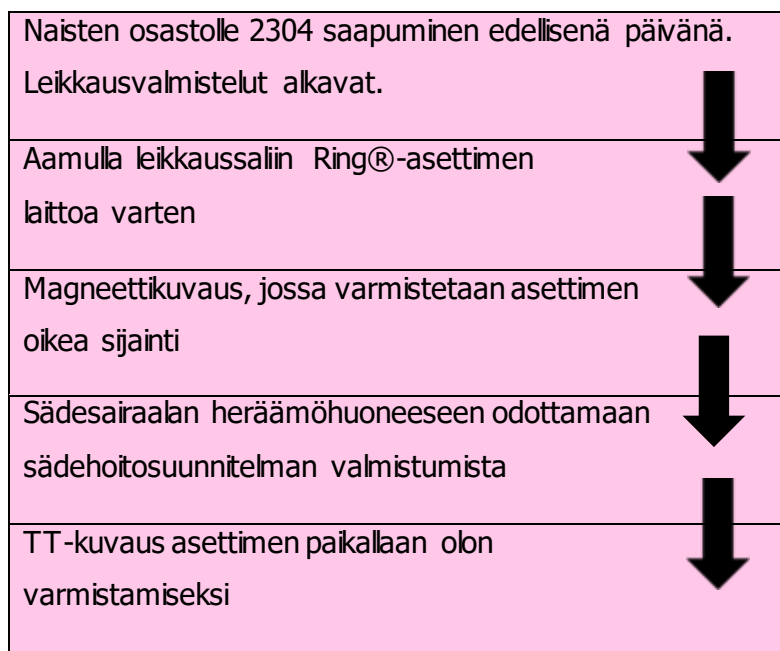
Karhu-Hämäläisen (2002, 4, 19, 79) väitöskirjan mukaan sädehoito ei askarruttanut tutkimukseen osallistuneita syöpäpotilaita. He kokivat ennemminkin tarvitsevansa hoidollista tukea. Tämä tuen muoto tarkoittaa potilaslähtöistä hoitotyötä, jossa potilaalle annetaan mahdollisuus osallistua hoitoonsa. Myös Veljin ja Fitchin tutkimuksessa (2001, 743) tuotiin esille, että hoitajien on tärkeää osata tukea hoitoa saavaa potilasta. Hoidollisen tuen antamisella varmistetaan potilaan osallistuminen hoitoon ja näin hänen itsemääräämisoikeutensa huomioiminen. Potilaan itsemääräämisoikeus tarkoittaa sitä, että hän saa osallistua hoitoonsa liittyviin päätöksentekoihin. Kaikkiin hoitotoimenpiteisiin tulee olla potilaan suostumus. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2015.)

Potilaiden saamaa tietoa käsiteltiin sekä Karhu-Hämäläisen väitöskirjassa (2002, 86) että Veljin ja Fitchin tutkimusartikkelissa (2001, 743). Molempien lähteiden mukaan potilaiden saama tieto sairaudestaan ja sädehoidosta oli riittämätöntä. Tulosten mukaan potilaat halusivat ennen sädehoitojakson alkamista tietoa hoidon aiheuttamista sivuvaikutuksista sekä hoidon paranemista edesautta-

vista vaikutuksista. Hoitojakson aikana ja sen jälkeen potilaat toivovat tietoa sädehoidon jatkosuunnitelmista. Useat potilaat saivat negatiivisen kuvan sädehoidosta, sillä myös hoitajien tieto kyseisestä hoidosta oli puutteellista.

3.4 Lähisädehoito Kuopion yliopistollisessa sairaalassa

Kuviossa 1 ja 2 (sivu 20 - 23) havainnollistetaan lähisädehoitoon tulevan potilaan hoitopolku sädehoitopäivänä Kuopion yliopistollisessa sairaalassa.



Kuvio 1. Ennen lähisädehoitoa (Pohjois-Savon Sairaanhoidopiiri 2016).

Potilas saapuu naisten osastolle 2304 sädehoitoa edeltävänä päivänä kello 12 - 14 (Jääskeläinen 2016-08-31). Potilaalle on tehty tulohaastattelu etukäteen puhelinsoitolla potilaan täyttämän sähköisen esitietolomakkeen avulla (Poutiainen 2016-08-24). Esitietolomakkeella on selvitetty hänen allergiansa, perussairautensa sekä mahdollinen lääkitys. Erityisen tärkeää on varmistaa, ettei potilas ole allerginen lääkeaineille, kumille tai esimerkiksi jodille, jota käytetään varjoaineena. (Pohjois-Savon sairaanhoidopiiri 2016.)

Osastolle saapumisen jälkeen lääkäri tutkii potilaan ja keskustelee hänen kanssaan suunnitellusta hoidosta. Potilaalle aloitetaan leikkausvalmistelut, joihin kuuluvat verikokeiden ja virtsanäytteen otto sekä suolen tyhjennys. Verikokeet, jotka potilaalta otetaan, ovat PVK+ne, eli perus verenkuvaa, trombosyytit ja neutrofiilit, kalium, natrium, kreatiini ja veriryhmä. Potilaan ollessa iäkäs tai monisairas verikokeet otetaan usein viikkoa ennen suunniteltua hoitojaksoa. (Pohjois-Savon sairaanhoidopiiri 2016; Miettinen 2016-09-01.) Tässä tapauksessa potilaalta otetaan myös EKG eli sydänfilmi, joka kartoittaa sydämen sähköistä toimintaa (Miettinen 2016-09-01; Mustajoki ja Kaukua 2008).

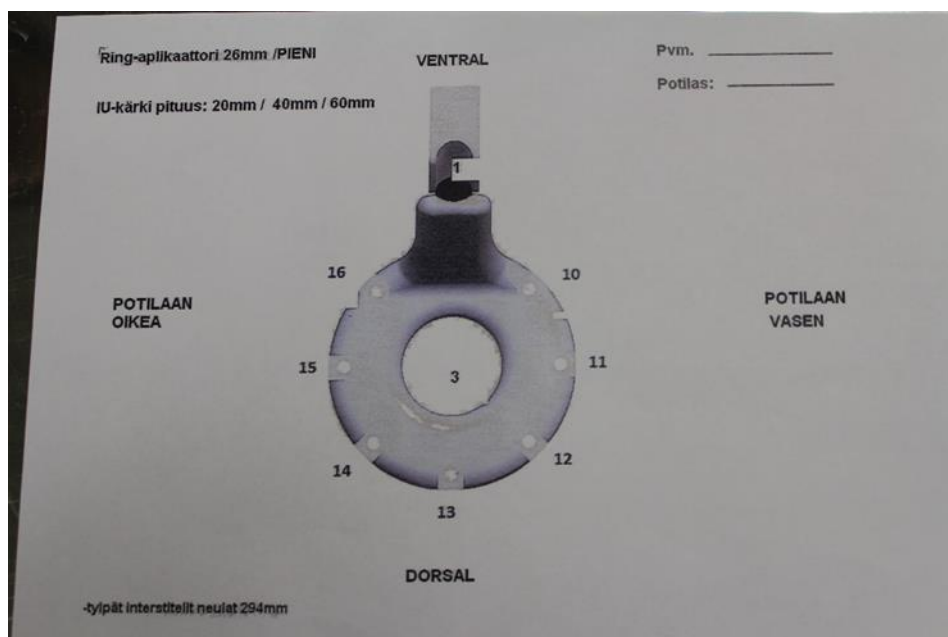
Mikäli laboratoriokokeiden perusteella potilaan valkosolujen arvo on matala, hänelle annetaan osastolla valkosolukasvutekijää subcutikseen eli ihonalaiskudokseen. Valkosolujen matala pitoisuus voi

johtua ulkoisesta kemosädehoidosta, jota potilas on saanut edeltävästi. Jos hemoglobiinitaso ei täytä lähisädehoidon antamiseen asetettuja rajoja, potilaalle tiputetaan punasoluja suonensisäisesti. (Jääskeläinen 2016-08-31.)

Hoitoa edeltävänä päivänä potilas juo suolentyhjennyslääkkeen, joka on sekoitettu veteen (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2016). Suolen tyhjentymisen jälkeen potilaalle tarjotaan päivällinen ja ilta-pala nestemäisenä, jotta välttyttäisiin kaasua muodostavilta ruoka-aineilta (Jääskeläinen 2016-08-31; Miettinen 2016-09-01). Keskiyön jälkeen tulee olla ravinnotta seuraavan päivän hoidon loppuun saakka (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2016; Anttila 2016-08-31).

Sädehoitopäivän aamuna potilas käy suihkussa ja vaihtaa ylleen puhtaat vaatteet, jotka hän saa henkilökunnalta. Suihkussa käynnin jälkeen potilaalle annetaan etukäteen määrätyt esilääkkeet ja mahdolliset kotilääkkeet. Tämän jälkeen potilas viedään leikkaussaliin. Leikkaussalissa anestesia- ja leikkauksen kardi laittaa potilaan selkään spinaalipuudutuksen toimenpidettä ja epiduraalikatetrin kivun hoitoa varten. Lisäksi potilaalle asetetaan katetri virtsarakkoon virtsaamisen turvaamiseksi sekä perifeerinen laskimokanyyli esimerkiksi kämmenselän verisuoneen nestehoitoa varten. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2016.)

Toimenpidettä tulee seuraamaan sädesairaalan lähisädehoitaja, joka tuo mukanaan potilaalle valitun Ring®-asettimen sekä tarvittaessa kudoksensisäisiä neuloja ja suunnitelman neulojen asettamisesta (Kuva 6, sivu 20). Ensimmäiseksi hoitava lääkäri dilatoi potilaan emätintä. Dilatoinnin jälkeen hän asettaa Ring®-asettimen ja IU-katetrin alateitse potilaan kohtuun ja mahdolliset kudoksensisäiset neulat kohdunkaulan kannatinkudokseen. Lääkäri ja lähisädehoitaja varmistavat yhdessä, että laite asetetaan suunnitelman mukaisesti. Neulat ja niitä vastaavat merkinnät suunnittelukaavakkeella merkitään värikoodein, jotta neulat pystytään erottamaan toisistaan. (Jääskeläinen 2016-08-16; Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2016.)



Kuva 6. Ring®-asetinhoidon suunnitelmakaavake. (Kuva: Asta Lehtola 2016)

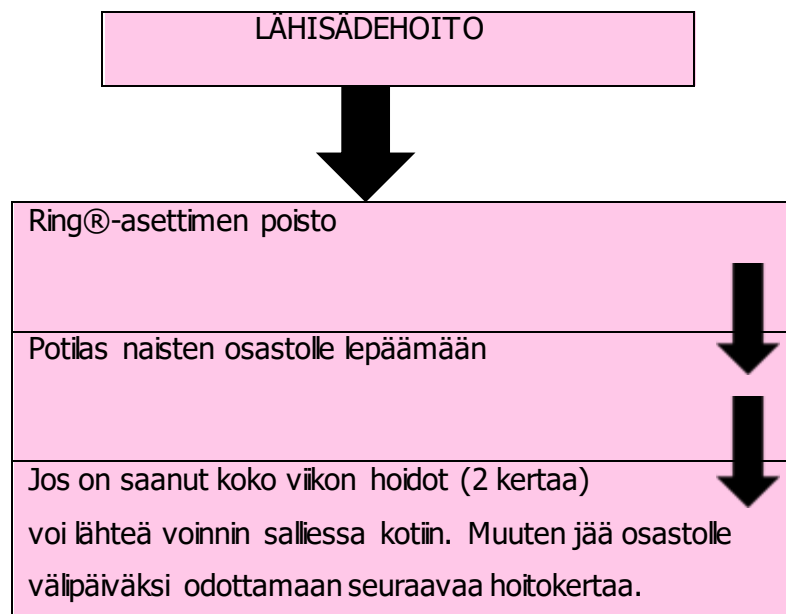
Asettimen asetuksen jälkeen potilas viedään kuvantamisyksikköön magneettikuvaukseen. Mikäli hoidossa on käytössä kudoksensisiä neuloja, lähisädehoitaja ottaa metallimadrillit pois muovineulojen sisältä kuvantamisyksikössä ennen magneettikuvan ottoa. Tämän jälkeen potilas siirretään magneettikuvaustasolle. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2016; Särkkä 2016-03-23.) Potilaan on oltava yhteistyökykyinen, sillä asettimen asennuksen jälkeen hän on vuodepotilaana lähisädehoitokerran päättymiseen asti. Tämä tarkoittaa sitä, että hänen tulee välttää lantion liikkumista, jotta neulat eivät siirry paikoiltaan. Esimerkiksi käsiä saa kuitenkin liikuttaa hoitopäivän aikana. (Miettinen 2016-09-01.)

Magneettikuvauksen jälkeen potilas viedään sädesairaalan heräämöhön, jossa hän odottaa sädehoito-suunnitelman valmistumista 2 - 4 tuntia. Tuona aikana potilaasta huolehtii leikkaussalista mukaan lähtenyt anestesiahoitaja tai naisten osaston sairaanhoitaja, joka on potilaan mukana koko hoitopäivän ajan. Hoitaja tarkkailee potilaan vitalelintoimintoja ja huolehtii riittävästä kivunlievityksestä. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2016; Miettinen 2015-10-22.) Kipulääkkeistä tärkeimmät ovat hoidon aikana epiduraalikatetrin kautta menevät lääkkeet. Lisäksi potilaalle voidaan antaa suun kautta otettavia kipulääkkeitä, esimerkiksi parasetamoli- ja ibuprofeenivalmisteita, kuten Para-tabsia® sekä Buranaa®. (Miettinen 2016-09-01.)

Fyysikon laskettua sädeannokset potilas viedään sädesairaalan toimenpidehuoneeseen (Kuva 7, sivu 22), missä hänet siirretään sädehoitotasolle. Toimenpidehuoneessa hänestä otetaan TT-kuva, jonka jälkeen fyysikko tekee tarvittaessa muutoksia annoslaskelmaan. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2016; Särkkä 2016-03-23.)



Kuva 7. KYSin sädesairaalan lähisädehoitohuone. (Kuva: Asta Lehtola 2016)



Kuvio 2. Lähisädehoidon jälkeen (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2016).

Sädeannoslaskelman valmistuttua potilas saa lähisädehoidon, joka kestää normaalisti 5 - 30 minuuttia. Potilas on hoidon ajan yksin sädehoituhuoneessa ja voi halutessaan kuunnella musiikkia. Potilaan vointia seurataan videokameran avulla ja häneen voidaan olla puheyhteydessä mikrofonin välityksellä. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2016.)

Lähisädehoidon jälkeen hoitava lääkäri ottaa Ring®-asettimen pois ja potilas pääsee osastolle lepäämään. Hänelle annetaan juotavaa ja nestemäistä ruokaa. Puudutuksen hävittyä jaloista potilaalta poistetaan virtsakatetri ja hän voi vointinsa rajoissa liikkua normaalisti osastolla. (Miettinen 2016-09-01; Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2016.) Ensimmäisen hoitokerran iltana potilaalle aloitetaan veritulpan ehkäisemiseksi tarkoitettu pistohoito, joka jatkuu lähisädehoitokertojen välillä sekä 10 päivää viimeisen hoitokerran jälkeen (Jääskeläinen 2016-08-31).

Mikäli potilas on saanut koko viikon sädehoitoannoksen, hän voi vointinsa mukaan kotiutua jo samana iltana tai seuraavana aamuna. Jos viikon toinen hoitoannos on vielä saamatta, potilas jää välipäiväksi naisten osastolle odottamaan seuraavaa hoitokertaa. Välipäivänä potilas voi halutessaan ja vointinsa mukaan käydä ulkona kävelyllä. Viikon toista hoitokertaa edeltävänä päivänä hänelle aloitetaan samat leikkausvalmistelut kuin sairaalaan tullessa. Potilaan kotiutuessa toisen hoitokerran jälkeen häneltä poistetaan epiduraalikatetri sekä laskimon sisäinen verisuonikanyyli. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2016; Miettinen 2016-09-01.)

Lähisädehoitajaksoilta kotiutumisen jälkeen potilaalla voi olla epätavallisia oireita, kuten runsasta vuotoa tai voimakasta ripulia. Tällöin potilaan tulee ottaa yhteyttä hänet hoitoon lähettäneeseen gynecologian polikliinikkaan, mikäli hän kokee tarvitsevansa lääkäriä tai lisälääkitystä. Kotona ollessaan potilas voi sauna. Uimassa voi myös käydä, jos veristä vuotoa ei esiinny. Lähisädehoitajaksojen välissä kotona potilas voi syödä tavallista ruokaa. (Miettinen 2016-05-26.)

3.5 Lähisädehoidon seuranta ja potilaiden matkakorvaukset

Syöpää sairastaneelle järjestetään seurantaa, jonka tavoitteena voi olla esimerkiksi hoidon haittavaikutusten lievittäminen, mahdollinen syövän uusiutumisen huomaaminen sekä psyykkisen tuen varmistaminen. Jokaisen potilaan seuranta riippuu syövän laadusta ja levinneisyydestä. (Holli ja Wikström 2007, 246 - 247.)

KYSin ohjeiden mukaan (Jääskeläinen 2016-08-31) lähisädehoitoa saanut potilas käy kontrollikäynnillä hoitoon lähettäneessä sairaalassa kolmen kuukauden päästä hoitajakson päättymisestä. Kontrollin yhteydessä otetaan uudet magneettikuvat hoitoa saaneesta alueesta.

Syöpää sairastava voi saada Kelalta tukea taksimatkoihin, jotka aiheutuvat syöpähoidosta (Suomen Syöpäpotilaat ry 2016, 11 - 12, 14 - 17). Lähisädehoidossa käyvät potilaat tulevat monilta paikkakunnilta ja he ovat oikeutettuja hakemaan Kelalta korvausta matkakuluista (Jääskeläinen 2016-08-31). Syöpäpotilaiden erityistuista, matkoista tai fysioterapiasta saa lisätietoa Kelan internetsivuilta (Suomen Syöpäpotilaat ry 2016, 11 - 12, 14 - 17).

3.6 Seksuaalisuuden huomiointi lähisädehoidossa

Seksuaalisuus on jokaisen perusoikeus ja -tarve, joka liittyy ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin (Ryttyläinen ja Valkama 2010, 11). Jokainen kokee seksuaalisuuden yksilöllisesti, sillä seksuaalisuus mielletään luontaiseksi ominaisuudeksi (Rosenberg 2015, 7). Seksuaalisuuden kokemiseen liittyy erilaisia tekijöitä. Näitä ovat esimerkiksi sosiaaliset, kulttuuriset, poliittiset sekä uskonnolliset tekijät. (Ryttyläinen ja Valkama 2010, 12.)

Seksuaalisuus ei katoa ihmisestä, vaikka hän sairastuisi vakavasti. Sen kokeminen voi kuitenkin muuttua henkisten ja fyysisten muutosten yhteydessä. (Bildjuschkin ja Ruuhilahti 2010, 13; Ryttyläinen ja Valkama 2010, 203 - 204; Rosenberg 2015, 11.) Syövän vaikutus seksuaalisuuteen on yksilöllistä. Yleisesti syöpähoidot vaikuttavat seksuaalisuuteen, koska hoidot ovat raskaita kokemuksia fyysisesti ja psyykkisesti. Gynekologisella syövällä on suuri vaikutus seksuaalisuuteen, koska kasvain sijaitsee naisen genitaalili- eli sukuelinalueella. (Rosenberg 2015, 4, 15.)

Naiset, jotka saavat lähisädehoitoa gynekologiseen syöpään, kokevat muutoksia fyysisissä ja seksuaalisissa toiminnoissa. Muutokset ovat negatiivisia ja niihin liittyy usein naisen kehonkuvan muuttuminen sairauden ja hoitojen vaikutusten myötä. (Velji ja Fitch 2001, 743.) Lähisädehoito on paikallista ja kohdennettua hoitoa, joten sen fyysiset sivuvaikutukset kohdistuvat hoitoa saavalle alueelle (Johansson 2015). Sukuelimiin ja hedelmällisyyteen vaikuttavat sivuvaikutukset pyritään ehkäisemään, mutta niiltä ei aina vältytä. Mahdollisia sivuvaikutuksia voivat olla kuukautisten poisjäänti ja ennenaikaisten vaihdevuosien alkaminen. Sädehoito voi aiheuttaa myös limakalvojen kuivumista ja arpeutumista sekä emättimen kutistumista. Sädehoidon lisäksi myös muut syövän hoitomuodot voivat aiheuttaa muutoksia seksuaalisuuden kokemisessa. Esimerkiksi tiettyihin lääkkeisiin saattaa liittyä seksuaalisen haluttomuuden lisääntymistä. (Rosenberg 2015, 16 - 17.)

Gynekologista lähisädehoitoa saavan syöpäpotilaan on tärkeää muistaa limakalvojen päivittäinen hoito. Genitaalialueiden pesuun voi käyttää vain siihen tarkoitettuja tuotteita. Limakalvojen kosteuteen ja haavaumien ehkäisyyn voi hankkia voiteita, geelejä tai puikkoja apteekista. Yhdynnässä tulee käyttää liukuvoiteita tai -geelejä kipujen ja limakalvovaurioiden ehkäisemiseksi. Lantion alueen sädehoito saattaa johtaa emättimen tiukentumiseen. Sitä voidaan ehkäistä dilatoimalla hoitajaksojen jälkeen. Yksilölliset ohjeet dilatoinnin toteuttamiseksi antaa sairaalan hoitohenkilökunta. (Rosenberg 2010, 33 - 35.) Yhdyntä on suositeltavaa dilataatiomielessä lähisädehoidon aikana ja sen jälkeen (Miettinen 2016-09-01).

4 LÄHISÄDEHOITOON TULEVAN OHJAAMINEN JA TUKEMINEN

4.1 Potilaslähtöinen ohjaus

Potilasohjaus on hyvän hoitamisen lähtökohta (Jussila ym. 2010, 182). Ohjauksen tulisi olla vuorovaikutuksellista, tavoitteellista ja potilaan tarpeiden mukaista, sillä ohjauksen tavoitteena on potilaan terveyden edistäminen (Lipponen, Kanste, Kyngäs ja Ukkola 2008, 122). Potilaslähtöisessä hoidossa potilas tekee yhteistyötä hoitohenkilökunnan kanssa osallistumalla hoitoaan koskeviin päätöksiin suunnittelusta arviointiin. Potilaslähtöisen hoidon onnistuminen edellyttää potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioimista, hyvää vuorovaikutusta potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä, sekä yhteisymmärrykseen pääsyä hoitoon liittyvistä tavoitteista ja menetelmistä niiden saavuttamiseksi. (Kuhanen ja Kanerva 2013, 153 - 155.)

Syöpää sairastavan ohjaus on sairaanhoitajalle haaste. Hoitajan tulee tiedostaa, missä vaiheessa sairastava on selviytymisprosessiaan. Tiedon vastaanottamiskyky voi olla erilainen riippuen siitä, onko potilas esimerkiksi shokkivaiheessa vai hyväksymisvaiheessa. Sairanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu esimerkiksi terveyden edistäminen ja ylläpitäminen sekä käsimyksen lievittäminen. Sairanhoitajan tulee tukea potilasta sekä lisätä hänen voimavarojaan. (Saano ja Taam-Ukkonen 2013, 611, 703.)

Luottamuksellinen suhde potilaaseen liittyy jokaisen hoitajan ammattietiikkaan (Leino-Kilpi ja Välimäki 2014, 3). Syöpädiagnoosin saanut potilas, jonka elämä on murrosvaiheessa, tarvitsee erityistä huomiota ammattilaisilta. Kun elämässä tapahtuu muutos, siitä aiheutuvat reaktiot voivat olla hyvin kielteisiä sekä syyllistäviä kohdistuen muihin ihmisiin. Hoitajan tulee suhtautua näihin reaktioihin ammatillisesti sekä yrittää etsiä potilaan voimavaroja, jotta potilas ajattelee hoitajien olevan hänen puolellaan. Näin saadaan luotua luottamuksellinen ja vuorovaikutuksellinen suhde, jossa potilas ymmärtää hoitajan haluavan hänen parastaan ja tekee kaikkensa hänen hyväkseen. (Idman ja Aalberg 2007, 789.)

Sädehoitopotilaan ohjaaminen on moniammatillista työtä, joka vaatii hyviä vuorovaikutustaitoja hoitohenkilökunnalta. Moniammatilliseen hoitotiimiin kuuluvat esimerkiksi lääkäri, röntgenhoitaja ja sairaanhoitaja. Jokaiselle potilaalle määritellään yksilölliset tavoitteet ja tarkoitukset ohjaukseen liittyen. Potilaan tavoitteet huomioon ottaen voidaan tarvita myös muita hoitoalan ammattilaisia kuten fysioterapeuttia, ravitsemusterapeuttia, seksuaalineuvojaa tai sosiaalityöntekijää. (Jussila ym. 182 - 183.)

Yleisesti ohjausmenetelmiin kuuluvat esimerkiksi kirjallinen ohjaus, puhelinojaus, demonstraatio, audiovisuaalinen ohjaus, suullinen ohjaus ja ryhmäohjaus (Jussila ym. 2010. 186 - 195). KYSillä ohjausmenetelmänä lähisädehoitoon tulevalle on käytetty kirjallista, suullista, sekä puhelinohjausta (Miettinen 2015-10-22).

4.2 Seksuaalisuuden huomiointi potilasohjauksessa

Kuten aikaisemmin on mainittu, lähisädehoidon vaikutukset kohdistuvat potilaan sukuelimiin ja muu-
toksia tapahtuu fyysisissä ja seksuaalisissa toiminnoissa (Velji ja Fitch 2001, 743). Tämän vuoksi
seksuaalisuuden huomiointi potilasohjauksessa on perusteltua.

Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan seksuaaliterveys pohjautuu jokaisen kokonaisvaltaiseen
hyvinvointiin. Tähän kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tilaan kuuluvat toisen ihmisen kunnioitus, koske-
mattomuus ja turvallisuus. (Bildjuschkin ja Ruuhilahti 2010, 19.)

Seksuaalisuuteen liittyy vahvasti yksityisyys, mikä tuo haasteita hoitohenkilökunnalle, sillä aiheesta
puhuminen voi olla potilaalle kiusallista. Seksuaalisuus ymmärretään monesti vain seksuaaliseksi toi-
minnoiksi, kuten yhdynnäksi, vaikka se on paljon muutakin. Se tarkoittaa läheisyyttä, itsensä ja tois-
ten hyväksymistä sellaisina kuin he ovat, iloa, surua, yhteenkuuluvuutta ja turvaa. (Ryttyläinen ja
Valkama 2010, 11; Rosenberg 2015, 7.)

Hoitohenkilökunnan tulee suhtautua seksuaalisuuteen ammatillisesti ja siitä pitää pystyä puhumaan
potilaiden kanssa. Seksuaalisuudesta puhuminen tulee olla yksilöllistä ja potilaslähtöistä sekä poti-
laan taustat huomioon ottavaa. Potilaan ja hoitajan välillä tulee vallita luottamus ja hoitajan tulee
taata potilaalle aikaa asioista keskustelemiseen. Hoitajan tulee olla sinut oman seksuaalisuutensa
kanssa, jotta hän kykenee tukemaan potilasta hänen seksuaalisuuteensa liittyvissä asioissa. (Rytty-
läinen ja Valkama 2010, 7 - 8.)

4.3 Voimavarojen ja voimaantumisen huomiointi potilaan ja hänen läheistensä tukemisessa

Potilasohjauksessa on tärkeää potilaan ja hänen läheistensä voimavarojen huomioon ottaminen. Voi-
mavaralähtöinen ohjausmenetelmä perustuu potilaan ehdoilla etenemiseen. Potilaslähtöisyys vahvis-
taa potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista. Hoitohenkilökunnan rohkaiseva ohjausote vaikut-
taa myönteisesti potilaan hoitoon osallistumiseen. (Jussila ym. 2010, 182, 184.) Hoitohenkilökunnan
kyky arvioida potilaan voimavaroja on hieno asia, mutta vielä tärkeämpää on antaa potilaalle mah-
dollisuus määrittellä ne itse (Vilén, Leppämäki ja Ekström 2008, 54 - 55).

Voimaantumisella (empowerment) tarkoitetaan prosessia, jonka aikana potilas oppii tunnistamaan
omia voimavarojaan ja rajoituksiaan. Tämä on edellytys arjesta selviytymiselle. Voimaantumisen
prosessi voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa potilas ja hoitaja miettivät
yhdessä potilaan yksilöllisiä voimavaroja, joiden avulla hän aktivoituu hoitoonsa osallistumisessa.
Toisen vaiheen aikana potilaan omien, yksilöllisten piirteiden hallinnan tunne kasvaa ja kolmannessa
vaiheessa hän tiedostaa ympäristönsä ja kykenee liittämään itsensä siihen. Neljännen vaiheen ai-
kana potilas on tullut siihen pisteeseen, että hän on sinut itsensä kanssa. Tämä tarkoittaa sitä, että
hänen yksilölliset voimavaransa ja rajansa konkretisoituvat. Hoitaja luetaan yhdeksi potilaan voima-
varoista, sillä hän kuuntelee, tukee ja auttaa potilasta ammatillisesta näkökulmasta. Potilaan tuen

tarpeisiin vastaaminen vaatii hoitajalta kykyä tunnistaa potilaan voimavarat. (Kuhanen ja Kanerva 2013, 158.)

Vilén ym. (2008, 24) kirjoittavat, että voimaantumisen syntyyn vaikuttavat erilaiset tekijät. Näitä tekijöitä ovat tunne turvallisuudesta, luottamuksesta sekä avoimuudesta. Voimaantuminen voi tarkoittaa yksinkertaisuudessaan sitä, että potilas ei koe oloaan enää ahdistuneeksi. Voidaan sanoa, että vaikeudet ovat helpommin kohdattavissa, kun potilas tuntee voimaantuneisuutta.

Sädehoitoon tulevaa potilasta voidaan tukea erilaisista lähtökohdista. Näitä voivat olla tiedon lisääminen, voimavarojen ja yksilöllisyyden turvaaminen sekä potilaan osallistaminen hoitoonsa. Yksilöllisyyden turvaaminen on tärkeä lähtökohta, jotta potilas kokee tulevansa kohdelluksi yksilönä. (Jussila ym. 2010, 206, 210.) Hoitohenkilökunta voi tukea potilasta myös psykososiaalisen tuen lähtökohdista, joka tarkoittaa potilaan tukemista sekä psyykkisesti että sosiaalisesti (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2016c). Tarkoituksena on tukea syöpäpotilasta ja hänen läheisiään päivittäisissä toiminnoissa sekä sairauden hoidossa. Osa potilaista selviää syövän aiheuttamista psyykkisistä vaikutuksista läheistensä avulla, mutta osa tarvitsee myös ammattilaisten apua jaksamiseen. Ammattiapua tarjotaan sairaalan puolesta. (Idman ja Aalberg 2013, 860 - 861.)

Sädehoitajakson aikana ohjauksen tavoitteena on sosiaalisen tuen edistäminen potilaan ja hänen läheistensä tarpeiden mukaisesti. Sosiaalisen tuen muotoja ovat emotionaalinen, konkreettinen sekä tiedollinen tuki. (Jussila ym. 2010, 182.) Tuen muodot auttavat lievittämään potilaan terveydentilaan ja hoitoon liittyviä pelkoja ja niillä edistetään potilaan ja hänen läheistensä selviytymistä jokapäiväisessä elämässä (Holmia ym. 2004, 34; Jussila ym. 2010, 182).

Emotionaalinen tuki luo hyvää ja luottamuksellista ilmapiiriä potilaan sekä hoitohenkilökunnan välille. Tuen muotoja ovat esimerkiksi kuuntelu ja kannustus, jotka tukevat potilaan voimavarojen löytämistä ja kokemusten käsittelyä. Konkreettinen tuki tarkoittaa avun tarpeiden määrittämistä ja hoidon suunnittelua potilaan tarpeiden pohjalta. Esimerkiksi kotihoidon ja jatkohoidon koordinointi ovat konkreettista tukemista. Tiedollinen tukeminen kattaa suullisen ja kirjallisen tiedottamisen. Tiedollinen tuki edistää potilaan ja hänen läheistensä turvallisuuden tunnetta, kun he saavat informaatiota sairaudesta ja hoidosta. Potilaan saadessa oikeanlaista tiedollista tukea on hänen helpompi osallistua hoitoonsa koskeviin päätöksiin. (Jussila ym. 2010, 182,185.) Holmian ym. (2004, 35) mukaan sosiaalisen tuen muotoja ovat edellä mainittujen lisäksi aineellinen ja henkinen tuki. Aineellista tukea ovat muun muassa potilaan tarvitsemat lääkkeet ja apuvälineet. Uskonto ja filosofia ovat puolestaan esimerkkejä henkisen tuen muodoista.

Syöpää sairastavaa voi tukea kuuntelemalla ja olemalla läsnä. Läheisten tulee muistaa, että osia syöpää sairastavan kanssa ei voi vaihtaa, eikä omasta terveydestä tule tuntee syyllisyyttä. (Rosenberg 2015, 28.) Läheisten osallistuminen hoitoprosessiin tuo potilaalle turvaa. Hoitohenkilökunnan tulee kuitenkin muistaa ottaa huomioon myös läheisten jaksaminen ja heidän selviytymisensä tukeminen. (Jussila ym. 2010, 206.)

5 LÄHISÄDEHOITO-OPPAAN TOTEUTTAMINEN OPINNÄYTETYÖPROSESSINA

5.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on potilasoppaan tuottaminen Kuopion yliopistollisen sairaalan naisten osastolle 2304. Potilasopas on tarkoitettu gynekologista syöpää sairastavalle naiselle, joka on tulossa lähisädehoitoon. Opas on kohdennettu myös naisen läheisille sekä hoitavalle henkilökunnalle. Oppaassa on tarkoitus käsitellä potilaan hoitopolkua kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin lähtökohdista. Aiheet liittyvät ihmisen fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja seksuaalisiin tarpeisiin.

Opinnäytetyön tuotoksena valmistuvan oppaan tavoitteena on tukea lähisädehoitoa saavaa naista sekä hänen läheisiään. Tavoitteena on tuen antaminen tiedollisesti ja emotionaalisesti. Vaikka oppaan tavoitteena on olla ensisijaisesti lähisädehoitoa saavan ja hänen läheistensä tukimateriaali, niin tavoitteena on myös kehittää henkilökunnan ohjausta. Opas toimii ohjauksen välineenä henkilökunnan sekä potilaan ja läheisten välillä.

Yhteistyökumppanimme toiveena on saada lähisädehoitoon tulevalle ja hänen läheisilleen laadukas opas, jossa hoitoprosessi kuvataan kokonaisvaltaisesti. Yhteistyötahon kanssa on keskusteltu siitä, että oppaassa käsiteltävät aiheet voivat muuttua prosessin edetessä. On myös sovittu, että he arvioivat opasta sen eri vaiheissa ja antavat palautetta sekä mahdollisia lisätoiveita, jotta oppaasta saadaan sekä potilaiden että yhteistyökumppanin tarpeiden mukainen.

Tavoitteena työn tekijöille on saada uutta tietoperustaa ammatillisen kasvun tueksi. Opinnäytetyö tuo tietoa potilasohjauksesta, potilaan ja hänen läheistensä tukemisesta sekä gynekologisen syövän yhdestä hoitomuodosta.

5.2 Toiminnallinen kehittämistyö

Kehittämistyö on tavoitteellinen prosessi, jolla pyritään tulosparannuksiin. Lähtökohtana on se, että käytännössä huomataan jokin ongelma, johon lähdetään etsimään ratkaisua. Kehittämistyöksi voidaan määritellä niin suuren organisaation sisäinen hanke kuin yksittäisen henkilön toteuttama kehittämistyö. Kehittämistöiden yhteisiä ominaispiirteitä ovat muun muassa käytännönläheisyys, tarpeellisuus, innovatiivisuus sekä hyödynnettävyys. Työn perustana olevat tavoitteet voivat olla aineellisia tai aineettomia. Tavoitteena voi olla esimerkiksi potilasoppaan kehittäminen, asiakaspalvelun parantaminen tai toimintamallin luominen. (Anttila 2007, 12 - 14.)

Toiminnallisessa kehittämistyössä on kaksi osuutta: kerätyn aineiston pohjalta tehtävä produkti eli tuotos sekä raportti tuotoksen tekoprosessista. On tärkeää huomioida produktin ja raportin välinen yhtenäisyys. Raportti on kattava kuvaus produktin prosessin vaiheista. Siinä kuvataan keskeisimpiä tavoitteita, sekä mitä on tehty ja miksi. (Vilkka ja Airaksinen 2003, 83.)

Opinnäytetyö, joka tehdään ammattikorkeakoulussa, on eräänlainen opiskelijan näyttö taidoistaan. Hyvässä opinnäytetyössä opiskelija yhdistelee teoretietoansa käytäntöön sekä kehittää tietojensa pohjalta oman ammattialansa käytäntöjä. Opiskelijan tulee teorian kautta perustella toiminnallisen opinnäytetyön sisältöä ja muita valintoja. (Vilka ja Airaksinen 2003, 43 - 44.)

Hyvässä opinnäytetyössä näkyy kohderyhmän huomiointi, käytettävyys, houkuttelevuus sekä johdonmukaisuus. Opinnäytetyön raporttiosuus mukailee työprosessin vaiheita. Raportissa tulee kertoa, miten aiheeseen päädyttiin, mitä ongelmia tekoprosessin eri vaiheissa oli sekä kuvata niiden ratkaisuja. Tärkein osa opinnäytetyötä on kuitenkin raportin sekä tuotetun produktin yhteenkuuluvuus. (Vilka ja Airaksinen 2003, 53, 82.)

5.3 Aineistonkeruu ja analysointi

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen kehittämistyö, jonka tuotoksena kehitettiin opas lähisädehoidosta. Opinnäytetyö ja siinä tuotettava opas toteutettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen pohjalta, joka on käytetyin kirjallisuuskatsauksen muoto. Menetelmässä ei määritellä tulosten tarkkaa rajauksia. (Salminen 2011, 6). Opinnäytetyö toteutettiin hyödyntämällä näyttöön perustuvaa kirjallisuutta, tutkimuksia ja niihin pohjautuvia artikkeleita. Lisäksi hyödynnettiin yhteystyökumppanilta saatuja asiantuntijoiden suullisia tiedonantoja sekä sähköpostiviestejä.

Käytimme tiedonkeruussa apuna Savonia-ammattikorkeakoulun kirjastoinformaattikkoa. Informaation avulla löytyi kansainvälisiä tutkimuksia ja artikkeleita. Tiedonhakulähteinä käytettiin Nelli-portaalien kautta Medic-, Cinahl- ja PubMed-tietokantaa, terveystietoa sekä Cochrane-arkistoa. Hakusanoina käytettiin esimerkiksi "brachytherapy", "tykösä*" ja "genital neoplasms, female". Myös suomenkielisiä hakusanoja kokeiltiin, mutta ne eivät tuottaneet haluttua tulosta. Lisäksi tietoa etsittiin internetistä ja kirjallisuudesta. Naisten osaston ylilääkäri neuvoi etsimään tietoa internetistä hakusanoilla "Pötter" ja "University of Wien".

Tiedonkeruussa etsittiin kaikkea mahdollista aiheeseen liittyvää tietoa, sillä opinnäytetyön aiheeseen soveltuvaa tutkimustietoa oli hyvin vähän. Tietoa etsittiin itse hoidosta, sen vaikutuksista sekä potilaiden kokemuksista. Tiedonkeruun pohjalta löytyneitä tuloksia luettiin ja arvioitiin kriittisesti miettien, mitä niistä voidaan käyttää hyödyksi opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa. Opinnäytetyöhön pyrittiin aluksi löytämään tuoreita lähteitä, mutta niistä ei löytynyt tarpeeksi olennaista tietoa. Tästä johtuen teoriaosuudessa on käytetty vanhempiakin lähteitä, sillä niiden on katsottu soveltuvan olennaisesti opinnäytetyön aiheeseen ja sisältöön. Hakutuloksista suurin osa liittyi lähisädehoidon käyttöön eturauhassyövän hoidossa, jolloin ne eivät olleet tähän opinnäytetyöhön soveltuvia lähteitä. Lopputuloksena päädyttiin valitsemaan viisi tulosta Cinahl-tietokannasta, sekä yksi tulos PubMed-tietokannasta. Opinnäytetyössä käytetyt keskeiset tutkimukset on koottu taulukoksi (Liite 1, sivu 57 - 58).

Valmistunut opas rakentui kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla. Yhteistyökumppanilta saatiin myös tietoa siitä, mitä kohderyhmään kuuluvat olisivat halunneet tietää ennen hoitoon tuloa. Prosessin aikana käytiin seuraamassa lähisädehoitopotilaan hoitopäivän kulkua. Hoidon kulun seuraaminen toi sekä lisätietoa että selvyyttä aiheeseen.

Prosessin aikana opasta arvioi ennalta päätetty seitsemän hengen ryhmä, johon kuului yhteistyökumppanin taholta osaston ylilääkäri, erikoislääkäri, apulaisosastonhoitaja ja hoidon suunnittelija. Lisäksi ryhmään kuului ohjaava opettaja sekä kaksi kättilöopiskelijaa. He arvioivat oppaan ennen koe-käyttöä sekä koekäytön jälkeen. Opas oli koekäytössä kolme viikkoa syksyllä 2016, jonka aikana neljästä lähisädehoitoa saaneesta potilaasta kolme antoi palautetta saatekirjeen (Liite 4, sivu 62) pohjalta. Palautteiden pohjalta opasta muokattiin potilaiden ja tilaajan tarpeiden mukaisesti.

5.4 Hyvän potilasoppaan kriteerit

Potilasoppaalla on kaksi tärkeää tavoitetta, jotka ovat tilaajan sekä potilaan tarpeiden huomiointi. Tilaajalla on usein ongelma, joka luo tarpeen kehittää ratkaisuksi kohdennetun oppaan esimerkiksi toimenpiteeseen valmistautumisesta. Potilasoppaan teossa tulisi tiedostaa potilaan tarpeet ja luoda oppaasta väline, jota asiakas voi käyttää itsenäisesti. Potilaan tietäessä mahdollisimman paljon hoidostaan hän kykenee olemaan itsenäisempi ja vastaamaan hoitonsa päätöksenteosta. Sähköiset materiaalit ovat monikäyttöisempiä kuin paperiset, sillä ne ovat helpommin saatavissa ja niitä on helppo muokata ajantasaiseksi. (Torkkola, Heikkinen ja Tiainen 2002, 35 - 36, 60.)

Hyvä potilasopas on looginen, potilaslähtöinen ja kannustava. Potilasoppaan tulisi olla tiivis ja perusteleva. Kieliasun tulisi olla yleiskielinen, jotta sanoma tulee oppaan käyttäjälle selväksi. Potilaan kokonaisvaltainen huomiointi näkyy hyvässä potilasoppaassa aiheen kattavana käsittelynä. Tämä tarkoittaa esimerkiksi toiminnallisuuden, sosiaalisuuden, eettisyyden ja kokemuksellisuuden sisällyttämistä työhön. (Hyvärinen 2005; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen ja Renfors 2007, 125 - 127.)

Potilasopasta kirjoittaessa tulee pohtia asioiden tärkeysjärjestystä. Tärkein asia tulee ilmaista ensin, sillä kaikki eivät välttämättä lue koko opasta läpi. Käsiteltävien aiheiden tärkeysjärjestyksen laatiminen on lukijan arvostamista. Selkeässä potilasoppaassa, joka käsittelee valmistautumista toimenpiteeseen tai tutkimukseen, kappaleet ovat jaettu teemoittain. Esimerkiksi erillisiksi kappaleiksi on jaettu esivalmistelut, toimenpiteen kulku sekä jälkihoito. Näiden kappaleiden sisältö perustuu otsikon herättämiin kysymyksiin. (Torkkola ym. 2002, 39, 63 - 65.)

Oppaan tekijöiden tulee pohtia, sinutellaanko vai teititelläänkö lukijaa. Oikeanlaisen puhuttelumoodon löytäminen on tärkeää, jotta potilas kokee, että opas on kirjoitettu juuri hänelle ja hänen tarpeitaan varten. Potilasohje on hyvä silloin, kun se puhuttelee lukijaansa. Esimerkki tästä on lukijan toimittaminen tervetulleeksi toimenpiteeseen. Kun kyseessä on ohje, joka valmistaa tiettyyn toimenpiteeseen, tulee huolehtia siitä, että lukija tietää heti, mistä on kyse lukiessaan ohjeen ensisivuja. (Torkkola ym. 2002, 27, 36 - 37.)

Jussilan ym. (2010, 189) mukaan yksi hyvän potilasoppaan kriteereistä on ajantasainen yhteystietolista. Myös Torkkola ym. (2002, 44 - 45) kirjoittavat samasta teemasta. Potilasoppaassa tulisi olla yhteystietoja, joihin potilas voi ottaa yhteyttä, jos annetut ohjeet jäävät epäselviksi tai hänellä on lisäkysymyksiä niihin liittyen. Potilaalle tulee tarjota vinkkejä lähteistä, joista hän voi etsiä luotettavaa tietoa. Tuoreen ja oikeanlaisen tiedon tarjoamisella vältetään vanhentuneisiin tietoihin uskominen.

Potilasopasta tekevän tulee muistaa suunnitella oppaan ulkoasu tarkkaan. Havainnollistavat kuvat ja kaaviot lisäävät ymmärrettävyyttä ja herättävät kiinnostusta. (Hyvärinen 2005; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen ja Renfors 2007, 125 - 127.) Potilasoppaassa kuvat täydentävät tekstiä sekä edesauttavat sen ymmärrettävyyttä. Kuvituskuvien käyttöä tulee pohtia tarkkaan, sillä ne voivat aiheuttaa eri ihmisissä erilaisia ajatuksia. Tyhjä sivu voi olla parempi vaihtoehto kuin huono kuvituskuva. Esimerkiksi kukka voi toiselle tuntua piristykseksi, mutta toinen voi ajatella sen onnen toivotukseksi, joka herättää ristiriitaisia tunteita sairaudesta kertovaa ohjetta kohtaan. (Torkkola ym. 2002, 39 - 41.)

Otsikoihin ja väliotsikoihin on syytä kiinnittää huomiota, sillä ne kertovat tulevan tekstin sisällöstä. Esimerkiksi potilasoppaan käsitellessä toimenpidettä tai tutkimusta, pääotsikossa tulee mainita kyseisen toimenpiteen tai tutkimuksen nimi. Lukija pystyy etsimään haluamansa tiedon helposti, kun teksti on jäsennelty otsikoiden avulla. Otsikoiden tulee erottua tekstistä selkeästi. Hyviä keinoja ovat lihavointi, alleviivaus sekä suurempi fonttikoko. Otsikoiden tulee kuitenkin olla koko oppaan läpi samanlaisia, jotta oppaasta ei tule sekava. (Torkkola ym. 2002, 59, 63.)

Hyvän oppaan kokoa tulee myös tarkastella monesta eri näkökulmasta, koska fonttien koko, väri ja tekstien asettelu riippuvat luodun oppaan koosta. Valittu koko on tärkeä, sillä se määrittelee, miten helppo luettavuus luodulla oppaalla on. (Vilka ja Airaksinen 2003, 52.) Torkkola ym. (2002, 58 - 59) kirjoittavat samasta aiheesta. Tärkeintä on, että tekstiä on helppo lukea ja kirjaimet eivät sekoitu keskenään. Esimerkiksi käytettäessä fonttikokoa 12, rivivälin on hyvä olla 1,5. Fonttikoon merkitystä pohtivat samalla tavalla myös Hyvärinen (2005) sekä Kyngäs ym. (2007, 125 - 127).

Annettaessa kirjallisia ohjeita potilaalle, tulisi tiedostaa, mitä mahdollisia kysymyksiä ohje herättää potilaassa. Esimerkiksi kun ohjeessa kerrotaan verikokeen ottamisesta, tulisi tällöin avata, miksi verikokeita otetaan. Pelkkä tieto verikokeesta on epämääräinen. Potilas luultavimmin haluaa tarkennusta, minkä takia verikoe otetaan. (Torkkola ym. 2002, 42.)

5.5 Lähisädehoito-oppaan kehittäminen kriteerien mukaisesti



Kuvio 3. Kehittämispöytäselitys (Salonen 2013).

Kehittämisprosessi etenee nelivaiheisesti (Kuvio 3, sivu 33). Prosessin vaiheet ovat aloitusvaihe, suunnitteluvaihe, toteutusvaihe sekä arviointi. (Salonen 2013, 15; 20.)

5.5.1 Aloitus

Salosen kehittämisprosessin vaiheiden (Kuvio 3, sivu 33) mukaisesti ensimmäinen vaihe on aloitusvaihe. Tässä vaiheessa valittiin opinnäytetyön aihe sekä asetettiin työn tarkoitus ja tavoitteet. Työn tekijöiden toiveena oli aiheen liittyminen gynekologiaan ja tästä syystä otettiin yhteyttä omaan tutoropettajaan. Tutoropettaja otti selvää, onko KYSillä gynekologiaan liittyviä opinnäytetyöaiheita ja ehdotuksena saatiin potilasoppaan tekeminen lähisädehoitoon tulevalle. Yhteistyökumppaniksi saatiin KYSin naisten osasto 2304.

Aiheen valinnan jälkeen käytiin keskustelua yhteistyökumppanin kanssa naisten osastolla heidän toiveistaan ja tavoitteistaan työtä kohtaan. Toiveena oli, että saisimme yhdessä tuotettua mahdollisimman ajantasaisen ja käytännönläheisen tietopaketin, jossa potilaan terveys olisi huomioitu kokonaisvaltaisesti. Osastonhoitaja kertoi aiheesta ja antoi materiaalia tutkittavaksi, sillä hoitomuoto oli tuntematon opinnäytetyön tekijöille. Tässä vaiheessa prosessia lukittiin aiheen valinta osastonhoitajan kanssa ja aloitettiin aiheeseen perehtyminen. Oppaan kohderyhmäksi mietittiin alustavasti potilaan lisäksi hänen läheisiään sekä naisten osaston henkilökuntaa.

Aloitusvaiheessa määriteltiin työn keskeiset käsitteet, joihin valikoituivat gynekologinen syöpä, lähisädehoito, potilasohjaus ja -opas sekä tukeminen. Tässä vaiheessa tavattiin koko yhteistyötiimi, joka koostui osaston ylilääkäristä, osastonhoitajasta sekä apulaisosastonhoitajasta. Aikataulullisesti sovittiin, että työssä edetään opiskelijoiden aikataulun mukaisesti. Päätettiin kuitenkin, että työ valmistuisi viimeistään joulukuussa 2016. Sovittiin myös, että aiheen rajausta ei vielä tehdä tarkasti, sillä se muokkautuu helpoiten kirjoitusvaiheessa.

Tapaamisessa yhteistyökumppanin kanssa saatiin tietoa lähisädehoidosta, sen välineistöstä sekä potilaan hoitopolusta. Saatiin myös vinkkejä, mistä etsiä teoretietoaa aiheesta, sillä jo tässä vaiheessa oltiin tietoisia aiheen kirjallisen tiedon rajallisuudesta. Tapaamisen jälkeen saatiin vielä sähköpostitse lisämateriaalia aiheesta. Ennen tapaamista tuntui vaikealta kirjoittaa teoretieto aiheesta, kun lähteitä ei omin avuin löytynyt.

Valitun aiheen tärkeys näkyy sekä Karhu-Hämäläisen (2002) tutkimuksen sekä Veljin ja Fitchin vuonna 2001 julkaistun tutkimuksen tuloksissa. Molemmissa kirjoitettiin, miten hoitohenkilökunnalla

on suuri vaikutus potilaan kokemukseen sädehoidosta. Etenkin hoitohenkilökunnan tietotaito sädehoidosta vaikuttaa potilaan turvallisuuden tunteeseen. Tehtävän oppaan yhtenä tarkoituksena on vahvistaa naisten osaston henkilökunnan tietoa lähisädehoidosta, joten oppaan tekeminen näiden tutkimustulosten pohjalta on perusteltua.

5.5.2 Suunnittelu

Seuraava vaihe oli kuvion 3 (sivu 33) mukaisesti suunnitteluvaihe. Suunnitteluvaiheessa pohdittiin, miten asetettuihin tavoitteisiin päästään ja mitä keinoja käyttäen. Tässä vaiheessa etsittiin lisää tutkittua ja näyttöön perustuvaa tietoa aloitusvaiheessa määritellyistä käsitteistä. Tietoa etsittiin Medic-, PubMed- ja Cinahl-tietokannasta sekä Cochrane-arkistoista ja kirjallisuudesta.

Suunnitteluvaiheessa käytiin tutustumassa lähisädehoitoon Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Lähisädehoitoon tutustuminen konkretisoi hoidon sekä potilaan hoitopolun sairaalassaolon aikana. Ymmärsimme moniammatillisen yhteistyötiimin merkityksen hoidon onnistumisen kannalta. Hoitopolun näkeminen auttoi hahmottamaan, mitä kaikkea potilaan ja hänen läheistensä tulisi tietää hoidosta ja sen vaikutuksista.

Työstä esitettiin sekä aihekuvaus että työsuunnitelma tässä vaiheessa prosessia. Aihekuvaus hyväksyttiin joulukuussa 2015. Ennen työsuunnitelman esitystä tavattiin ensimmäisen kerran ohjaavan opettajan kanssa. Työsuunnitelmaa muokattiin ohjaavan opettajan palautteiden pohjalta ennen työsuunnitelman hyväksymistä ja esitystä helmikuussa 2016. Aihekuvaus ja työsuunnitelma lähetettiin arvioitavaksi myös yhteistyökumppanille. Työstä saatiin hyvää palautetta ja neuvottiin jatkamaan samaan malliin.

Palautteiden jälkeen saatiin apulaisosastonhoitajan kautta tietoa potilaiden toiveista potilasopasta kohtaan. Potilaat olivat kertoneet, että ovat saaneet hyvin tietoa hoidosta. Osa potilaista oli sitä mieltä, että hoidon liian yksityiskohtainen kuvaaminen aiheutti pelon tunteita hoitoa kohtaan. Potilasoppaan tuottaminen koettiin positiiviseksi asiaksi. Uutena tietona saatiin, että useat potilaat pohtivat, miksi hemoglobiini ja leukosyytit laskevat sädehoidon aikana. (Miettinen 2016-01-24.) Vastaus tähän kysymykseen päätettiin sisällyttää oppaaseen.

Tässä vaiheessa työlle haettiin tutkimuslupaa. Luvan hakua viivästytti osastonhoitajan vaihdos, sillä lupahakemukset jouduttiin tekemään uudelleen. Tutkimuslupa saatiin maaliskuussa 2016. Samoihin aikoihin yhteistyökumppanilta saatiin viestiä hoidon terminologian varmistuksesta. Tähän vaiheeseen asti oli pohdittu, käytetäänkö työssä termiä tykösädehoito vai brakyterapia. Vaikka KYSissä on käytetty termiä brakyhoito ja intrakavitaarinen hoito, termille on haluttu suomenkielinen vastine. Aluksi sovittiin työssä käytettävän termiä tykösädehoito.

5.5.3 Toteutus

Kolmantena vaiheena kuvion 3 (sivu 33) mukaisesti tuli toteutusvaihe, jossa työtä työstettiin kohti tavoitteita. Työn teoreettista osuutta täydennettiin tutkimustiedolla ja syventämällä jo aihekuvauksessa ja työsuunnitelmassa käsiteltyä tietoa. Tässä vaiheessa käytiin valokuvaamassa sädesairaalassa hoitolaitteistoa sekä toimenpidehuonetta. Samassa yhteydessä tavattiin sädesairaalan apulaisosastonhoitaja, joka avasi lisää sädehoito-osuutta sekä siinä käytettyä välineistöä ja termistöä.

Työn edetessä mietittiin läheisten huomioon ottamista oppaassa. Jussila ym. (2010, 206) toivat ilmi potilaiden läheisten osallistumisen hoitoprosessiin. Jussilan ym. mukaan läheisten osallistuminen tuo potilaalle turvaa. Tämä huomio sovittiin otettavaksi mukaan opasta tehdessä. Potilaan läheinen tietäisi, millaiseen hoitoon potilas on menossa ja osaisi tukea häntä.

Hyvärinen (2005) sekä Kyngäs ym. (2007, 125 - 127) kirjoittavat, että potilasoppaan tulee olla ennen kaikkea potilaslähtöinen. Potilaan kokonaisvaltaisen terveyden huomioivassa potilasoppaassa aiheet ovat heidän mukaansa jaettu teemoittain ja niitä tarkastellaan toiminnallisuuden, sosiaalisuuden, eettisyyden sekä kokemuksellisuuden näkökulmasta. Aihekokonaisuuksiksi valikoituivat lähisädehoito hoitomenetelmänä, hoitoon liittyvät valmistelut, hoitopäivän kulku, hoidon vaikutus fyysisesti, psyykkisesti, sosiaalisesti ja seksuaalisesti sekä ravitsemus ja liikunta.

Toteutusvaiheessa pohdittiin, mikä oppaalle tulisi teemaksi. Oppaan yhtenä tavoitteena on tukeminen, joten teeman pitäisi soveltua tavoitteeseen. Teema ei voisi olla liian iloinen eikä myöskään liian surullinen, kun ajattelee työn aihetta. Lopulta päädyttiin valitsemaan oppaan teemaksi suomalainen metsä, sillä se tuo monille turvaa, rauhaa ja voimavaroja. Metsää pidetään suomalaisten voimavarana, koska Taaleritehtaan (2016) mukaan Suomi elää metsästä. Metsää luonnehditaan myös tuen ja turvan paikaksi, josta saa lohtua (Taaleritehdas 2016; Myyryläinen 1998). WWF Suomen (2016) sekä Koposen (2011) mukaan metsästä on rakentunut osia suomalaiseen identiteettiin. Myös Myyryläinen (1998) on samaa mieltä kuin WWF Suomi, että suomalaiset eivät olisi sellaisia kuin ovat nyt, jos metsää ei olisi. Metsäteema näkyy oppaassa kuvina sekä otsikoiden vihreinä väreinä.

Metsä lievittää ahdistusta ja siellä voi ratketa ongelmat. Metsässä saa olla oma itsensä ja se hyväksytään. Luonnon vaikutusta mielialoihin on tutkittu useasti ja todettu, että se rauhoittaa ja voimaannuttaa. (Kaukonen 2012, 25.) Kaukonen (2012, 26) kirjoittaa, että on tehty tutkimuksia, joiden mukaan luontokuvien näkemisellä on positiivinen vaikutus ihmisiin, vaikka he eivät sitä heti tiedostaisikaan. Positiiviset vaikutukset voivat olla fysiologisia, esimerkiksi jännittyneisyys tai verenpaine saattavat laskea. Oppaassa on muutamia kuvia hoitolaitteistosta ja välineistöä. Nämä kuvat voivat joistakin potilaista ja läheisistä tuntua pelottavilta. Tämän takia oppaaseen valittiin myös rauhoittavia elementtejä metsäkuvien ja voimaannuttavien runojen muodossa. Tarkoituksena on rauhoittaa lukijaa ja antaa hänelle turvaa. Koettiin myös, että tällä teemalla kyetään tukemaan potilasta visuaalisesti.

Opasta hahmotellessa pohdittiin, miten asiat jäsenellään työhön. Kansilehden jälkeen tulee hyvässä potilasoppaassa olla tervetuloa-toivotus sekä tieto siitä, mihin potilas on tulossa. (Torkkola ym. 2002, 63.) Tässä lähisädehoito-oppaassa tervetuloa-toivotus on sivun kaksi otsikossa sanoin ”Hyvä lähisädehoitoon tuleva”. Otsikossa tulee sekä tervetuloa-toivotus, että tieto siitä, mihin potilas on tulossa.

Torkkolan ym. (2002, 27, 37) mukaan potilasopasta tehtäessä on tärkeää miettiä, sinutteleeko vai teititteleeko oppaan lukijaa. Oppaan puhuttelutavaksi valittiin sinuttelu, sillä tuntui, että sinutellessa ollaan lähempänä lukijaa. Teitittelyä pidetään yleisesti kohteliaampana tapana, mutta silti koettiin, että sinuttelu sopii oppaaseen paremmin. Lisäksi käytännön työssä on huomattu, että potilaat pyytävät sinuttelemaan, joten tämänkin huomion pohjalta lukijan sinuttelu tuntui luontevammalta.

Torkkolan ym. (2002, 44 - 45) mukaan potilasoppaaseen on hyvä liittää tietoja lähteistä ja yhteystietoja tahoista, joista potilaat tai heidän läheisensä voivat halutessaan etsiä tai kysyä lisätietoa. Näiden tietojen pohjalta oppaan loppuun on koostettu ”Yhteystietoja”-sivu, johon on kerätty keskeisimpiä puhelinnumeroita ja Internetsivustoja.

Potilasoppaan kieliasu, teema sekä visuaalisten elementtien valinta tehtiin tässä vaiheessa. Oppaan fonttikooksi valittiin 12 ja riviväliksi 1,5, joka Torkkolan ym. (2002, 58 - 59) mukaan on luettavuuden kannalta paras vaihtoehto. Heidän mukaansa myös otsikoiden lihavointi ja alleviivaus sekä niiden suurempi fonttikoko selkeyttävät opasta. Tämän prosessin kautta valmistuvassa oppaassa otsikot ovat lihavoituja, osa alleviivattuja ja niissä on suurempi fonttikoko kuin itse kappaleissa.

Potilasoppaasta kirjoitettiin ensimmäinen versio teoriaosuuden pohjalta. Tämä versio lähetettiin arvioitavaksi ennalta sovitulle seitsemän hengen ryhmälle. Palautteiden mukaan opas oli hyvässä alussa ja näytti hienolta. Oppaan metsä-teema sopi yhteistyökumppanille. Kansikuvaksi sovittiin kuvattavan Kuopion yliopistollisen sairaalan Kaarisairaalan julkisivu. Palautteen pohjalta opasta muokattiin luettavammaksi. Lisäksi avaamattomia termejä ja vaikeasti ymmärrettäviä virkkeitä korjattiin. Palautteiden pohjalta oppaan terminologiaa muokattiin jälleen. Terminologiaa kysyttiin kielenhuollon tiedotuslehti Kielikellosta ja lopulta päädyttiin vaihtamaan käsitteet tykösädehoito lähisädehoidoksi sekä applikaattori asettimeksi.

Opasta muokattiin vielä muutamaan kertaan yhteistyökumppanin kanssa sähköpostitse ennen oppaan koekäyttöä. Oppaaseen lisättiin vielä sivunumerot, jotta lukija voi löytää haluamansa kohdan helposti, eikä tarvitse käydä läpi koko opasta. Lisäksi oppaaseen lisättiin yksi kuva Ring®-asettimesta.

Opas lähetettiin syksyllä 2016 kolmeksi viikoksi koekäyttöön ja sen mukana lähti saatekirje (Liite 4, sivu 62), jolla pyydettiin palautetta oppaan käyttäjiltä. Saatekirjeessä toivottiin kaikkea mieleen tulevaa palautetta, jotta opasta pystyttäisiin muokkaamaan mahdollisimman tarpeita vastaava. Tässä vaiheessa sovittiin ohjaavan opettajamme kanssa, että työ esitetään joulukuun 2016 seminaarissa. Tämä tarkoitti sitä, että tavoite työn valmistumisesta konkretisoitui.

Oppaan ollessa koekäytössä opinnäytetyön raporttia muokattiin ja avaamattomia käsitteitä sekä asiavirheitä etsittiin uusin silmin. Tässä vaiheessa käytiin uudelleen katsomassa tieteellisiä artikkeleita ja huomattiin, että niitä on ilmestynyt muutama kesän jälkeen. Yksi artikkeli oli tehty juuri tästä hoidosta, joten sen otto mukaan vielä tässä vaiheessa tuntui täysin perustellulta, vaikkakin tuntui, että työ laajenee entisestään. Loppuraporttia työstettiin käsi kädessä oppaan kanssa, sillä näin ne tukevat toisiaan. Näin täyttyy yksi hyvän opinnäytetyön kriteereistä, joka oli Vilkan ja Airaksisen (2003, 82) mukaan raportin sekä tuotetun produktin yhteenkuuluvuus.

Oppaaseen lisättiin koekäytön jälkeen lähisädehoito-termin perään sulkuihin termi tykösädehoito. Tämä johtui siitä, että osassa muita kaupunkeja, joista potilaat tulevat hoitoon, käytetään tätä termiä. Koekäytön jälkeen oppaasta korjattiin vielä muutama sanavalinta.

5.5.4 Arviointi

Toiminnallisen opinnäytetyön arvioinnissa tarkastellaan työssä tehtyjä valintoja. Arviointiin kuuluu arvio työn ideasta sekä tavoitteesta. Työn tavoitteiden arvioissa peilataan onnistumista alussa asetettuihin tavoitteisiin. Opiskelijan tulee myös kriittisesti tutkia saavuttamattomia tavoitteita ja syitä, miksi näin tapahtui. (Vilka ja Airaksinen 2003, 154 - 155.)

Opinnäytetyön lähtökohtaisena tarkoituksena oli tuottaa opas gynekologista syöpää sairastavalle naiselle, joka on tulossa lähisädehoitajaksoille Kuopion yliopistolliseen sairaalaan. Oppaan oli tarkoitus kohdentua myös hoitoon tulevan läheisille ja hoitavalle henkilökunnalle. Oppaan tavoitteena oli alusta asti se, että se toimisi niin tiedollisen kuin emotionaalisen tuen tietolähteenä sekä hoitohenkilökunnan ohjausmateriaalina. Opinnäytetyön tekijöiden mielestä potilasoppaan tarkoitus täyttyi ja tavoitteisiin päästiin, sillä opinnäytetyön teoriaosuus ja potilasoppaan sisältö ovat muodostuneet niiden lähtökohdista. Prosessin edetessä on jatkuvasti peilattu aloitusvaiheessa määriteltyjä tarkoitusta ja tavoitetta työn sisältöön, jotta työstä tulisi tarkoituksensa ja tavoitteidensa mukainen.

Koekäytössä opas oli kolme viikkoa ja sinä aikana hoidossa kävi neljä potilasta. Kolme heistä vastasi saatekirjeeseen antaen palautetta. He kokivat oppaan tarpeelliseksi ja hyvin toteutetuksi. Palautteissa oli, että potilaat olisivat itsekin kaivanneet tällaista opasta ennen ensimmäiseen lähisädehoitokertaan tuloa. Potilaiden mielestä kuvat olivat hyviä ja ne selvensivät tietoa.

Kaksi palautteen antajaa oli sitä mieltä, että he eivät muuttaisi oppaasta mitään. Heille jäi hyvä yleisvaikutelma ja he kokivat, että sisältö on laadukas. Yhden palautteen antajan mielestä laitteen pois oton aiheuttama kipu tulisi mainita. Hän lisäisi myös sen, että kipuun saa lääkkeitä. Pohdittiin, että oppaassa on mainittu potilaalla olevan epiduraalikatetri kivunhoitoa varten sekä hoitaja huolehtimassa hänestä. Oppaassa on myös kerrottu, että kivusta tulee kertoa hoitohenkilökunnalle ja siihen saa lääkettä. Näistä syistä johtuen koettiin, että asiaa ei lisätä oppaaseen.

Kätilöopiskelijan mielestä oppaan kokonaisuus oli parempi kuin ensimmäisessä versiossa. Hänen mielestään työ on yhtenäinen ja looginen. Runot ja kuvat saivat myös hyvää palautetta. Ainoastaan

etusivun kuva Kaarisairaalan julkisivusta oli herättänyt kysymyksiä. Hänelle ei ollut selvää, miten se liittyy oppaaseemme. Perustelemme Kaarisairaalan kuvan valintaa oppaan kansikuvaksi sillä, että yhteistyökumppanimme toivoi sitä. Kaarisairaala on uusi ja lähisädehoidon asettimen asetus tapahtuu Kaarisairaalan leikkaussalissa. Kätilöopiskelija nosti esiin sanan "sädetys" ja pohti sen oikeakielisyyttä. Mietimme asiaa, mutta totesimme, että sädetys on sivistyssana, jota käytetään yleisesti hoidotyössä ja oppikirjoissa. Näin ollen sanan käyttö raportissa sekä oppaassa on perusteltua.

Valmiin työn arviointi monipuolistuu sekä tulee arvokkaammaksi, kun siihen sisällytetään myös produktin toimeksiantajan palaute (Vilka ja Airaksinen 2003, 97). Oppaan koekäytön jälkeen saatiin palaute yhteistyökumppanilta. Työn kerrottiin olevan merkittävä sekä hyvin tehty. Yhteistyökumppani oli tyytyväinen työn tulokseen. Heidän mielestään Tukenasi lähisädehoidossa -opas on heidän tavoitteitaan ja toiveitaan vastaava.

6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Etiikka tarkoittaa moraalifilosofiaa, jonka tarkoituksena on ohjata ihmisiä esimerkiksi päätöksenteossa ja toimintatapojen arvioinnissa. Etiikka perustuu erilaisista periaatteista ja arvoista, joiden pohjalta perustellaan, millainen toiminta on suotavaa, mikä on oikein ja mikä väärin. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2001; Leino-Kilpi ja Välimäki 2012, 36 - 37.)

Etiikan keskeisimpänä asiana terveydenhoitoalan näkökulmasta voidaan pitää potilaan hyvää hoitoa ja sen edistämistä (Leinokilpi ja Välimäki 2014, 3). Pidimme tämän mielessämme opinnäytetyötä tehdessämme. Tehtävänäimme oli luoda opas, joka edistäisi mahdollisimman hyvää hoitoa. Tämän vuoksi opasta arvioivat myös potilaat, koska he tietävät parhaiten, mitä olisivat ennen hoitoa halunneet tietää ja mitä taas eivät. Saimme jo oppaan hahmotteluvaiheessa tietoa, mitä potilaat kaipaisivat. Työn eettisyyttä lisäsi myös se, että potilaat vastasivat nimettömästi oppaan mukana lähetettyyn saatekirjeeseen. Heidän henkilöllisyytensä ei tullut palautteista ilmi.

Kehittämistyön prosessin aikana pääsimme pohtimaan monia eettisiä kysymyksiä aiheeseemme liittyen. Esimerkiksi gynekologinen syöpä ja seksuaalisuus voivat olla joidenkin mielestä intiimejä ja arkaluontoisia asioita. Jussila ym. (2010, 219) mukaan potilaat tarvitsevat hoitajan tukea seksuaalisuudesta puhumiseen. Seksuaalisuuden puheeksiottamisen vaikeuden vuoksi meidän tuli pohtia aiheen käsittelyä tarkasti ja monesta näkökulmasta. Pohdimme, miten ilmaista asiat selkeästi, mutta kunnioittavasti toista ihmistä kohtaan ilman, että kenenkään tarvitsee häpeillä aiheita. Tulevaisuudessa työskentelemme kättilöinä. Kättilöt toimivat seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijoina, joten seksuaalisuuden käsittely ja puheeksiotto kuuluvat ammattiimme (Savonia-ammattikorkeakoulu 2016).

Kättilötyön eettiset ohjeet (2004) määrittävät kättilöiden tehtävät ja työn laatukriteerit. Kättilöiden tulee osata synnytysten lisäksi naistentautien hoitotyö. Kättilön tulee osata kohdata potilaat sekä hänen läheisensä yksilöllisesti. Eettisesti toimivat kättilöt ottavat huomioon jokaisen potilaan kokonaisvaltaisen terveyden hoidolliset erityispiirteet. (Sirviö, Aumo, Korkiamäki, Lunabba, Nurminen, Närvä, Pajukangas ja Palmqvist 2004.) Olemme ottaneet nämä eettiset ohjeet huomioon opinnäytetyötä tehdessämme. Esimerkiksi potilaan terveyden kokonaisvaltainen huomiointi näkyy tuotetun oppaan sisällyksessä.

Etiikan ja luotettavuuden pohtiminen on osana opinnäytetyön tekoa koko prosessin ajan. Kaikkea käytettävää materiaalia tulee arvioida eettisyyden ja luotettavuuden kannalta ja tämä on kirjoittajan vastuulla. Suomessa on tutkimuseettinen neuvottelukunta. Lisäksi lainsäädäntö ja erilaiset eettiset toimikunnat säätelevät tutkimusetiikkaa ja sen toteutumista. (Leino-Kilpi 2014, 363 - 364.) Opinnäytetyön luotettavuutta vahvistavat esimerkiksi rehellisyys, huolellisuus sekä käytettyjen lähteiden kirjoittajien työn kunnioitus asianmukaisten viittausten avulla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Tavoitteenamme oli luoda luotettava ja ajantasainen työ. Olemme arvioineet jokaisen käyttämämme lähteen, ja valinneet niistä luotettavimmat sekä oleellisimmat opinnäytetyön kannalta. Lähdeviittauksemme ovat ohjeiden mukaiset ja rehelliset.

Potilasoppaamme on luotettava, sillä se on tehty yhteistyössä alan ammattilaisten kanssa. He ovat saaneet muokata termistöä sekä sisältöä. Työmme luotettavuutta lisää se, että työhön on sisällytetty eri tahoilta saamamme palaute. Siihen nähden, että potilasmäärää on vaihtelevaa syöpien esiintyvyyden mukaan, mielestämme kolme palautetta on hyvä tulos. Olisi voinut käydä niin, että koekäytön aikana potilaita ei olisi ollut, jolloin heidän mielipiteitään ei olisi saatu mukaan potilasoppaan kehittämiseen.

7 POHDINTA

Työn tuloksena valmistunut Tukenasi lähisädehoidossa -opas on merkittävä, koska tämä lähisädehoito gynekologisen syövän hoitomuotona on Suomessa uusi. Opasta pystyy soveltamaan ja työn tuotos eli opas on suoraan hyödynnettävissä yhteistyökumppanille ja potilaille. Potilaat ohjataan jatkossa oppaan pariin tulohaastattelun tai muun aikaisemman yhteydenoton yhteydessä.

Terveydenhuollon kehittyessä siirtyminen sähköisiin palveluihin kasvaa (Jussila ym. 2010, 252). Tiedämme, että yhä useammat terveystalot ovat siirtyneet sähköisiin palveluihin. Esimerkkeinä uusista sähköisistä palveluista voimme mainita Kanta-arkiston ja e-reseptin. Näin ollen voimme sanoa, että työemme on ajankohtainen, koska kehityksen mukana kulkeminen on yksi hyvän ammattitaidon kriteeri. Vuonna 1996 julkaistujen sairaanhoitajan eettisten ohjeiden (Välimäki 2014, 168) mukaan ammattitaitoinen hoitohenkilökunnan jäsen kehittää jatkuvasti osaamistaan. Mielestämme ammattitaitoinen henkilökunta ottaa myös huomioon terveysalan uudet suunnat, joista yksi on tällä hetkellä sähköisen potilasohjausmateriaalien luominen.

Terveydenhuollon palveluiden sähköistyminen on yksi syy sille, miksi oppaamme on sähköisessä muodossa. Tällöin opas on helposti luettavissa ja tulostettavissa KYSin internetsivuilta. Jussilan ym. (2010, 253) mukaan internetin käyttäminen potilasohjauksessa on kannattavaa, sillä nykyään useat potilaat käyttävät internetiä tiedonhakuun. Olemme itse todenneet, että yhä useammalla vanhemmallakin henkilöllä on käytössään tabletti tai muu älylaite, jolloin sähköinen opas saavuttaa myös heidät. Potilasohjeiden löytyminen internetistä tuo potilaille joustavuutta sekä itsenäisyyttä. Potilaiden omatoimisuuden lisääntyminen vähentää hoitohenkilökunnan tiedonjaon tarvetta, sillä potilaat ovat tietoisempia hoidostaan. Hoitajien rooli on enemmänkin olla tukena ja vastata lisäkysymyksiin. Pohdimme tietenkin myös niitä potilaita, joilla ei ole pääsyä internetiin, mutta he ovat vähemmistö nyky-yhteiskunnassa. He kuitenkin saavat tarvittaessa tulostettua oppaan hoitoyksikössä tai läheisten avulla.

Mietimme myös sitä, että nykyaikana internet ei ole aina luotettava lähde, koska sieltä potilas voi löytää kaikenlaista tietoa. Esimerkiksi monilla keskustelupalstoilla on ristiriitaista tietoa. Potilaat tulee ohjata etsimään tietoa yleisesti luotettaviksi luokitelluista lähteistä. Tällaisia ovat esimerkiksi Duodecimin Terveyskirjasto sekä potilasjärjestöjen internetsivut. Toisena ajatuksena tuli mieleen, että ammattilaiset voisivat kehittää luotettavan internet -alustan, josta potilaat saisivat oikeaa tietoa sairauksista ja niiden hoidosta. Internet -alustalla tulisi myös kertoa, mistä saa luotettavasti vertaistukea. Näiden tietojen pohjalta oppaamme on mielestämme luotettava internetlähde, koska tieto on ajatasaista ja se on koottu luotettavista lähteistä. Oppaasta löytyy myös tiedot vertaistuen antajista.

Mielestämme aiheen rajaus oli hankalaa, koska aihe on laaja ja vaativa. Aiheeseemme kuului isoja käsitteitä, kuten gynekologinen syöpä, tukeminen, sädehoito sekä lähisädehoito. Koska oppaasta haluttiin tehdä mahdollisimman monipuolinen ja kokonaisvaltainen, raportissa tuli olla teoriaa kaikista osa-alueista, joita oppaassa käsiteltiin. Oppaan pohjautuessa työn raporttiin on jokainen asia oltava perusteltuna. Muiden aihealueiden, kuten esimerkiksi ravitsemuksen mukaan otto oppaaseen

on perusteltua. Ravitsemus on tärkeä ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kannalta ja esimerkiksi Christman ym. (2001, 95) tutkimuksen tuloksissa näkyi, että 40 % naisista, jotka saivat sädehoitoa, kärsivät ruokahaluttomuudesta. Myös hoitoväsymyksen ja lepäämisen mukaan otto oppaaseen on perusteltua, koska Christman ym. (2001, 95) tutkimuksen mukaan 50 % potilaista kärsi hoitoväsymyksestä hoidon ensimmäisten viikkojen aikana.

Tekstin rakennetta ajatellen meillä oli ongelmia otsikoiden kanssa. Oli vaikeaa muodostaa otsikoita, jotka vastaisivat alla olevaa tekstiä. Teemoja piti yhdistellä ja oli hankala hahmottaa, mihin mikään kokonaisuus tulee, kun esimerkiksi sädehoito ja lähisädehoito ovat niin lähellä toisiaan. Pohdimme kaikkien kappaleiden sijoitusta sekä otsikoita tarkasti ja mielestämme lopulta saimme koottua hyvän kokonaisuuden, jota on helppo lukea ja teksti nivoutuu yhteen punaisen langan avulla.

Opinnäytetyön johdannon tulee olla tiivis, aiheen merkityksen perusteleva sekä herättää kiinnostusta työtä kohtaan. Aiheen merkitys pitäisi pystyä perustelemaan oman ammattialan kautta. Johdannossa tulee myös esitellä perustellen tekeillä oleva työ. (Vilka ja Airaksinen 2003, 93 - 94.) Johdantomme muokkautui työtä tehdessä useaan otteeseen. Johdannossa kerroimme, mikä on aiheemme, mitä työ käsittelee sekä miksi aiheemme on merkityksellinen. Perustelimme aiheemme merkitystä terveyden näkökulmasta, sillä syöpä on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2014) mukaan suomalaisten kansantauti ja Karhu-Hämäläisen (2002, 8) sekä Suomen syöpäyhdistyksen (2015) mukaan suuri osa suomalaisista sairastuu syöpään.

Terminologian muuttuminen prosessin aikana toi haastetta työn tekemiseen. Hoidon nimi vaihtui työn teon aikana kolme kertaa. Ensimmäisenä terminä oli brakyterapia, joka vaihdettiin yhteistyökumppanin pyynnöstä termiin tykösädehoito. KYSillä oli käytössä eri osastoilla samanaikaisesti kolmesta neljään termiä. Yhteistyökumppanimme halusi oppaaseen suomenkielisen termin, johon kaikki siirtyisivät. Lopulta päädyttiin vaihtamaan termi lähisädehoidoksi. Yhteisen termin löytyminen on tärkeää ja helpottaa hoitavaa henkilökuntaa, koska prosessi on moniammatillinen. Potilas voi myös kokea sekavaksi, jos lähettävä hoitotaho, potilasopas sekä hoitohenkilökunta puhuvat hoidosta eri nimillä. Oppaaseen lisättiin prosessin loppupuolella vielä tykösädehoito-termi sulkeisiin lähisädehoidon perään, sillä osassa hoitoon lähettävistä kaupungeista käytetään käsitettä tykösädehoito.

Termistöön liittyviin ongelmiin kuului myös lähisädehoitolaitteiston käsitteet. Prosessiin loppuvaiheessa applikaattori -sana vaihdettiin asettimeksi ja tämä toi meille vaikeuksia ymmärtää, miksi kutsutaan mitään hoitolaitteiston osaa ja miksi sen kokonaisuutta. Saimme onneksi apua yhteistyökumppanilta ja termistö selkeytyi.

Sanavalintoihin liittyen pohdimme, käytämmekö työssä termiä läheinen vai omainen. Sana "omainen" kattaa yleisesti perheen ja sukulaiset. Läheinen -sana kattaa suuremman joukon, sillä siihen mahtuu ystävät, tuttavat ja mahdollisesti työkaverit. Tästä syystä valitsimme käyttöön sanan läheinen, sillä kaikilla ei välttämättä ole omaisia tai he eivät ole heidän kanssaan tekemisissä, mutta useimmiten kaikilla on joku läheinen ihminen.

Lähteitä valittaessa tulee ottaa huomioon esimerkiksi, onko lähde tuore ja kenen tekemä se on. Tunnetun asiantuntijan tekemä lähde on luotettava. (Vilka ja Airaksinen 2003, 72.) Vilka ja Airaksinen (2003, 72) kirjoittavat, että lähteiden valinnasta pystytään myös näkemään opiskelijoiden oman alan tietämyksen taso. Käyttämämme lähdeaineisto on monipuolinen sekä kansainvälinen. Lähteiden etsimiseen käytettiin paljon aikaa itsekseen sekä apua pyydettiin Savonia-ammattikorkeakoulun kirjastoinformaatikolta. Löysimme aluksi neljä tutkimusta, jotka käsittelivät lähisädehoitoa. Tutkimukset oli tehty vuosina 2000 (Velji ja Fitch ja Christman, Oakley ja Cronin), 2008 (Curi le Barros ja Curi Labate) ja 2011 (Reszinyk). Kaksi tutkimusta löytyi myöhemmin vuosilta 2015 (D'Alimonte ja Leung) ja 2016 (Vordermark).

Lähdekritiikistämme esimerkkinä ovat vanhempien tutkimusten mukaan ottaminen. Podimme niiden luotettavuutta ja totesimme, että ne voidaan sisällyttää työhön, sillä tutkimuksia aiheesta ei ole monia ja nämä tutkimukset olivat lähisädehoitoon sekä aihealueeseen sopivia. Sekä Curi de Barrosin ja Curi Labaten (2008, 1050 - 1051) että Veljin ja Fitchin (2001, 743) tutkimusartikkelissa kerrotaan, että tutkittua tietoa hoidosta on vähän, koska hoito on vasta kehittymässä. Karhu-Hämäläisen väitöskirja (2002) on myös vanha lähde. Perustelemme sen mukaan ottamista sillä, että se oli ainoa suomenkielinen näyttöön perustuva lähde syöpäpotilaiden kokemuksista. Siitä saimme paljon ideoita, mitä oppaaseen tulisi sisällyttää. Meillä on työssä käytettynä paljon vanhoja 2000 - luvun alussa tehtyjä lähteitä. Perustelemme niiden käyttöä sillä, että uudempia aiheeseen liittyviä lähteitä ei löytynyt. Koimme, että ilman näiden lähteiden käyttöä, emme olisi saaneet perusteltua kaikkea oppaan sisältöä. Myös kuvaileva kirjallisuuskatsaus tuki lähteiden käyttöä, sillä menetelmä ei edellyttänyt esimerkiksi vuosilukujen rajaamista.

Lähteistä nostaisimme esiin kaksi, jotka auttoivat oppaan teossa merkittävästi. Toinen on Karhu-Hämäläisen vuonna 2002 julkaistu väitöskirja syöpäpotilaiden kokemuksista. Toinen merkittävä lähde on Veljin ja Fitchin 2001 julkaistu tutkimusartikkeli lähisädehoitoa saavien naisten kokemuksista. Näistä lähteistä löysimme tietoa, mitä naiset olisivat halunneet tietää etukäteen hoidosta, miten he kokivat hoitohenkilökunnan tietopohjan vaikutuksen, sekä miten seksuaalisuus on tärkeää huomioida potilasohjauksessa. Nostaisimme lähteistä esiin myös suulliset asiantuntijoiden tiedonannot ja sähköpostiviestit. Työn laatua lisää se, että työssä on käytetty asiantuntijoiden tietämystä. Asiantuntijoiden tiedoissa sekä käytetyissä tutkimuslähteissä oli paljon samankaltaisuuksia. Näin myös vanhempiakin lähteitä pystyi pitämään luotettavina ja sisällyttämään opinnäytetyöhön.

Seksuaalisuuden huomioon ottaminen kuuluu jokaiselle hoitohenkilökunnan jäsenelle. Lähisädehoidossa ollaan jatkuvasti intiimialueilla, mikä voi olla potilaalle kiusallista. Erytisen tärkeää on aina kertoa mitä ollaan tekemässä, kun työskennellään potilaan intiimialueilla, sekä välttää turhaa koskettamista ja paljastamista. On todettu, että toimenpiteen selostaminen voi rauhoittaa potilasta. (Ryttyläinen ja Valkama 2010, 46.)

Seksuaalisuus on otettu huomioon opasta tehdessä omana osa-alueenaan, koska se on keskeinen asia lähisädehoidossa. Seksuaalisuuden käsittely oppaassa tuo tietoa potilaille, jotka eivät uskalla

puhua seksuaalisuudesta hoitohenkilökunnalle. Toisena perusteluna aiheen käsittelylle on, että se rohkaisee potilaita ottamaan mahdollisia seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia esille.

Pohdimme opasta tehdessä, miten saada potilas tuntemaan olonsa turvalliseksi ja mahdollisimman hyväksi hoitopäivän aikana. Potilas on koko päivän sängyssä, hänen tulee olla liikuttamatta lantioitaan ja häntä viedään ympäri sairaalaa erilaisiin toimenpiteisiin ja tutkimuksiin. Mietimme miten tehdä potilaan olo luottavaiseksi, että hän uskaltaa sanoa, jos hänellä on kipuja tai muita tuntemuksia tai ajatuksia. Oppaassamme on kehoitettu kertomaan mahdollisista kivuista ja muista huolista hoitohenkilökunnalle. Toimimme esille, että hoitava henkilökunta on potilasta varten.

Oppaamme teemaksi valikoitui metsä, koska metsää kuvataan rauhalliseksi paikaksi, jossa voi kerätä voimia ja rentoutua (Myyryläinen 1998). Myös Koposen (2011) mukaan metsä voi olla pois pääsy arjen askareista. Usein metsästä kuullaan puhuttavan äidillisin termein. Tällaisia termejä ovat esimerkiksi metsän syli. (Myyryläinen 1998.) Metsää kuvaillaan myös esimerkiksi liikuttajaksi, ravitsijaksi, työllistäjäksi ja luontokokemusten lähteeksi. Tästä voidaan tehdä johtopäätös, että luonto on monipuolinen ja jokaiselle hieman erilainen kokemus. (Koponen 2011.)

Metsä on suomalaisille ollut aina kansallisaarre, jota on tuotu paljon esille eri taiteenlajeissa. Suomaisten tunnetut taiteilijat esimerkiksi kirjailija Elias Lönnrot yhdisti suomalaisen kulttuurin ja luonnon yhteen. Hänen kokoamansa kansalliseepos Kalevala toi metsät tutuksi suomalaisille. Lisäksi Runebergin runot, Topeliuksen Maamme -kirja, Aleksis Kiven Seitsemän veljestä sekä Akseli Gallen-Kallelan maalaukset nostivat esiin metsän merkitystä suomalaisuudessa omien aatteidensa kautta. (Keto-Tokoi ja Kuuluvainen 2010, 34 - 41.) Vaikka lähisädehoito on maailmanlaajuinen hoitomuoto ja potilaat ovat monikansallisia, tahdoimme tuoda oppaassa esiin suomalaisuutta.

Oppaassa käytettyjä kuvia otettiin itse metsässä. Yhteen kuvaan yhdistettiin metsä ja oppaaseen haluttu tukeminen. Tässä kuvassa työn tekijät ovat käsi kädessä metsässä. Käsi kädessä olo symboloi tukemista ja sitä, että potilas ei ole asian kanssa yksin. Mielestämme löysimme hyvin ja tarpeeksi perusteluja teemamme valintaan ja olemme siihen tyytyväisiä. Oppaan kuvat ovat mielestämme teemaan sopivia ja ne tuovat esiin tukemista ja voimaantumista.

Oppaaseen on valittu kaksi runoa, joissa käsitellään sekä tukemista että läheisyyttä. Molemmat runot ovat mielestämme voimaannuttavia. Ensimmäisessä runossa rohkaistaan pyytämään apua ker-toen, että ympärillä on ihmisiä jotka ymmärtävät ja välittävät. Toisessa runossa puhutaan siitä, kuinka jokaisen tulee kulkea oma tiensä. Tämä liittyy oppaamme läheiselle rakennettuun sivuun, jossa kerrotaan, että sairautta ei voi sairastaa toisen puolesta, mutta läheisen mukana olo auttaa jaksamaan. Toisaalta voisi ajatella, että hoitava henkilökunta on runojen kautta liitettävissä potilaan voimavaroihin.

7.1 SWOT-analyysi

Suunnitteluvaiheessa tehtyyn SWOT-analyysiin (liite 3, sivu 61) listasimme opinnäytetyöhömmen ja sen tekoon liittyvät vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Työn teon vahvuuksiin kuuluvat parin toimiva yhteistyö, aito kiinnostus aiheeseen sekä molempien halua saada tehdyksi mahdollisimman hyvä työ. Nämä ominaisuudet ovat näkyneet prosessin aikana esimerkiksi siten, että työtä tehtiin paljon yhdessä. Lisäksi se, että toinen meistä on jo aikaisemmin tehnyt opinnäytetyön, auttoi meitä alusta asti hahmottamaan opinnäytetyöprosessia.

Opinnäytetyöprosessissa oli toimiva yhteistyö sekä ohjaavan opettajan, että yhteistyökumppanin kanssa. He ovat olleet meille tärkeä voimavara, sillä opinnäytetyöprosessin aikana olemme saaneet heiltä säännöllisesti rakentavaa palautetta ja korjausehdotuksia. Yhteistyökumppanilta olemme myös aina saaneet vastauksia ja tarkennuksia askarruttaviin kysymyksiin.

Ammattitaitoisten osaajien apu on näkynyt siinä, että olemme saaneet moniammatillista näkemystä hoidosta. Se, että pääsimme seuraamaan hoitoa sekä avustamaan hoidossa, oli silmiä avaava kokemus. Hoidon näkeminen konkretisoi hoitoa sekä hoitopolkua. Tämän avulla voidaan sanoa, että tiesimme, mistä kirjoitamme.

Viimeiseksi työn vahvuudeksi listattiin hyvä kielitaito. Prosessin aikana olemme huomanneet, miten paljon englannin kielen taidosta on ollut hyötyä. Suomenkielistä kirjallisuutta tai tutkimustietoa emme lähisädehoidosta ole juurikaan löytäneet, joten teorianäkökulmaa vahvistaaksemme olemme käyneet läpi paljon englanninkielistä lähdemateriaalia. Lisäsimme näin jälkikäteen ajatellen vahvuudeksi myös asiantuntevan kirjastoinformaattikon. Ilman hänen apuaan emme välttämättä olisi löytäneet kaikkea sitä teoria- ja tutkimustietoa, mikä mahdollisti aiheen monipuolisen käsittelyn.

Opinnäytetyön heikkouksiin olimme listanneet suomenkielen kielioopin, terminologian sekavuuden. Kielellisiin heikkouksiin liittyen olemme kuitenkin yhteistyöllä saaneet tehtyä opinnäytetyöstä yhtenäisen ja kattavan tekstikonaisuuden. Tällä hetkellä lisäsimme opinnäytetyön heikkouksiin ajoittaisen tekstin tuottamisen ongelman ja asiatekstin kirjoittamisen vaikeuden. Lisäksi opinnäytetyön heikkoutena oli, että emme välttämättä saa potilaiden ja heidän läheistensä mielipiteitä avuksi oppaan tekoon. Lähisädehoito on useasti kausiluontoista. Tämä oli yksi syy siihen, miksi suunnitteluvaiheessa ei ollut varmaa, saammeko lähetettyä potilasopasta koekäyttöön hoitoon tuleville ja heidän läheisilleen. Syyskuussa 2016 potilasopas kuitenkin saatiin kolmeksi viikoksi koekäyttöön saatekirjeen kera (Liite 4, sivu 62).

Työn mahdollisuuksiin kuuluvat aiheen työelämälähtöisyys, tietotaidon kasvu sekä se, että kehitettävästä potilasoppaasta on apua kohderyhmälle ja yhteistyökumppanille. Potilasoppaan kehittäminen kättilöiden erikoisalaan kuuluvasta aiheesta on mahdollistanut oppia tulevaan ammattiimme liittyvästä potilasohjauksesta ja tukemisesta. Lisäksi olemme oppineet moniammatillisen työryhmän merkityksestä potilaan hoitopolussa ja uudesta hoitomenetelmästä gynekologisten syöpien hoidossa.

Työn uhaksi määriteltiin aiheen rajaamisen hankaluus. Laaja aihekokonaisuus ja käsitteistö aiheuttivat ongelmia, sillä jossakin vaiheessa tuntui siltä, että työ paisuu liian pitkäksi. Tämä johtui siitä, että oli vaikeaa määritellä, mikä tieto on lähisädehoito-opasta ajatellen oleellista ja mikä epäoleellista tietoa. Toinen opinnäytetyön uhka oli lähisädehoitoon liittyvän teoria- ja tutkimustiedon vähäinen määrä. Kolmanneksi uhaksi määrittyi tiivis aikataulu ja sen sovittaminen muuhun koulunkäyntiin ja vapaa-aikaan. Työn kirjoittaminen sujui helpoiten yhdessä, mutta yhteisen ajan järjestäminen tuntui välillä haastavalta.

7.2 Ammatillinen oppiminen

Ammatillisena tavoitteenamme oli kehittää tietotaitoamme gynekologiasta ja naistentaudeista ja näin kehittyä tulevana kättilöinä. Tavoitteenamme oli oppia myös potilasohjauksesta ja tukemisesta, jotta pystymme toimimaan paremmin tulevaisuuden työssämme. Gynekologia ja naistentaudit ovat yksi kättilöiden ammattiala ja gynekologisten syöpien yleisyys tuo haasteensa myös kättilöille.

Tavoitteenamme oli oppia myös potilasohjauksesta ja tukemisesta, jotta pystymme työssämme ymmärtämään paremmin potilaiden ohjauksen sekä tuen tarpeita. Ammatillinen oppimisemme kehittyi opinnäytetyöprosessin edetessä. Prosessissa kehittyivät sekä kirjoitustaito että ammatillinen tietotaito.

Alussa oli hankala päättää, mistä aloittaa, sillä aihe tuntui monimutkaiselta. Alkuun päästyämme kuitenkin huomasimme, että aihe on opettava ja tiedon syventäminen gynekologiasta on tärkeää. Opimme kättilön tutkinto-ohjelmaan sisältyviä asioita ja laajensimme osaamisalueitamme. Tähän liittyen sovimme kättilötyön lehtorin kanssa, että kättilöopintoihin liittyvällä naistentautien kurssilla esitelmme lähisädehoitoa muille opiskelijoille.

Opimme tukemisesta, sairauden psyykkisistä vaikutuksista sekä selviytymiskeinoista. Opimme, että hoitohenkilökunnalla on suuri merkitys siinä, minkälaisen kokemuksen potilas saa hoidosta. Tämä tulee muistaa tulevaisuudessa. Hyvä hoitaja osaa kohdata potilaan empaattisesti omana itsenään sekä antaa myös tilaa. Hoitajan tulee tuntea oma työyksikkönsä sekä siellä annettavat hoitotoimenpiteet, jotta potilaan hoidossaolo tuntuu turvallisemmalta. Tätä toteamusta tukee Veljin ja Fitchin (2001, 747) tutkimuksen artikkelin mukaan se, että potilaita hermostutti hoitajien huono tietotaito hoidosta ja hoitolaitteistosta.

Moniammatillisesta yhteistyöstä opimme, miten se toimii potilaan hyödyksi. Opinnäytetyöprosessissa oli mukana osastonhoitajia, sairaanhoitajia, lääkäreitä, fyysikoita, anestesiahoitajia sekä röntgenhoitajia. Tulemme muistamaan, että jokaisen ammattialan työskennellessä yhteistyössä potilaan hyväksi, työn jälki on parempi. Kaikkien tulee osata oma osa-alueensa ja auttaa toisiaan luomaan potilaalle hyvä, kokonaisvaltainen hoitopolku.

Vuonna 2004 julkaistujen kättilön eettisten ohjeiden mukaan kättilö kehittää osaamistaan ja toimintatapojaan, käyttää luovuuttaan sekä pysyy ajan hermoilla (Välimäki 2014, 168). Mielestämme kehityksen mukana kulkeminen on eettisten ohjeiden noudattamista, koska hoitoala muuttuu jatkuvasti uusien tutkimusten ja kehitysideoiden pohjalta potilaiden hoidon parantamiseksi. Tässä työssä kättilön eettiset ohjeet toteutuvat, sillä työ on tehty huomioiden hoitoalan kehitys sähköistymiseen ja olemme käyttäneet työn teossa omaa luovuutta. Esimerkkinä luovuutemme käytöstä on metsäteema. Kävimme itse luonnossa valokuvaamassa potilasoppaan teemaan sopivat kuvat. Luovuutemme näkyy erityisesti oppaan takakannen kuvassa, jossa yhdistimme sekä metsän että kädestä pitämisen, jota pidetään tukemisen symbolina.

7.3 Kehittämisideat

Mahdollisesti kehitettäviä ideoita olisi tehdä opas myös paperisena versiona tuotettavaksi, jolloin se saavuttaisi myös ne, joilla ei ole tietokonetta tai internetyhteyttä. Ajattelemme kuitenkin, että jos potilaalla ei näitä ole, voi oma kotikunnan sairaala tai KYS tulostaa hänelle tämän oppaan. Tällä tavalla tulee huomioitua eri kohderyhmiä, kuten esimerkiksi ikääntyneet potilaat.

Toisenlaisena ideana on matkapuhelinsovelluksen kehittäminen. Tämä tarkoittaisi sitä, että kehitettäisiin mobiilisovellus, jonka kautta voisi lukea kaikkia KYSissä saatavissa olevia potilasoppaita. Nykypäivänä moni käyttää kaikkeen internetiä ja älypuhelinia. Uskoisimme, että tällöin potilasoppaat olisivat helpoimmin saatavissa ja luettavissa milloin vain. Tällöin tulisi kuitenkin muistaa myös ne kohderyhmän jäsenet, joilla ei Internetiä tai älypuhelinia välttämättä ole.

Mieleemme tuli myös videon tuottaminen potilaan hoitopäivästä. Potilas näkisi itse, miten kaikki tapahtuu ja missä. Silmillä näkeminen on kuitenkin havainnollistavampaa kuin lukeminen. Tämä perustelu siksi, että itsekkin koimme, että ymmärrys hoidosta ja hoitopolusta jäsentyi vasta, kun näimme itse hoitopäivän kulun potilaan mukana. Tällainen video tulisi kuitenkin pohtia tarkkaan, jotta siitä ei tulisi pelottava tai ahdistava. Pitäisi pohtia, mistä näkökulmasta asioita kerrottaisiin ja mitä siinä näytettäisiin. Pohdimme, että videolla voisivat näkyä hoituhuoneet ja osa välineistöstä sekä joku kertomassa, mitä kussakin huoneessa tapahtuu.

Englanninkielistä tiivistelmää kirjoittaessamme tuli mieleen, että oppaasta voisi tehdä englanninkielisen version, sillä kaikki potilaat eivät välttämättä osaa suomenkieltä. Tämä mahdollistaisi informaation saatavuuden suuremmalle käyttäjäryhmälle. Englanninkielisiä oppaita lähisädehoitoon löytyy internetistä, mutta ne ovat suunniteltu oman maan sairaaloihin ja niissä ei ole tietoa, miten hoitopäivä ja itse hoito tapahtuu KYSissä. Muissa maissa saatetaan käyttää eri hoitoannoksia, hoitojakson pituuksia sekä valmistautumishojeita.

Viimeisenä mieleen tulleen kehittämiseksi ideana olisi kyselyn toteuttaminen siitä, miten oppaan käyttö on toteutunut. Kyselyssä voisi tutkia, onko oppaasta ollut hyötyä käyttäjäryhmilleen.

LÄHTEET

ANTTILA, Maarit 2015-10-08. Osaston ylilääkäri. [Suullinen tiedonanto.] Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala.

ANTTILA, Maarit 2015-10-22. Osaston ylilääkäri. [Suullinen tiedonanto.] Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala.

ANTTILA, Maarit 2015-11-10. Osaston ylilääkäri. [Sähköpostiviesti.] Vastaanottaja Sini Kuusinen.

ANTTILA, Maarit 2016-09-28. Osaston ylilääkäri. [Sähköpostiviesti.] Vastaanottaja Sini Kuusinen ja Asta Lehtola.

ANTTILA, Pirkko 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: AKATIIMI Oy.

BILDJUSCHKIN, Katriina ja RUUHILAHTI, Susanna 2010. Puhutaan seksuaalisuudesta. Ammatillisia kohtaamisia sosiaali- ja hoitotyössä. Helsinki: Kirjapaja.

BLAUSEN GALLERY 2014. The female reproductive system [verkkajulkaisu]. Saatavissa: https://en.wikipedia.org/wiki/Female_reproductive_system#/media/File:Blausen_0400_FemaleReproSystem_02.png

BRACHY ACADEMY 2014a. About brachytherapy [verkkosivu]. [Viitattu 2016-01-20.] Saatavissa: <https://www.brachyacademy.com/about-brachytherapy/>

BRACHY ACADEMY 2014b. Patient guide. Brachytherapy: the precise answer for tackling gynecological cancers [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-09-20.] Saatavissa: <https://www.brachyacademy.com/wp-content/uploads/2014/05/888.00182MKT01-Patient-Guide-GYN.pdf>

BRACHY ACADEMY 2014c. Healthcare professional guide. Brachytherapy: the precise answer for tackling gynecological cancers [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-01-20.] Saatavissa: <https://www.brachyacademy.com/wp-content/uploads/2014/05/888.00183MKT01-HCP-Guide-GYN.pdf>

CHRISTMAN, Norma J. CRONIN, Sherill N. ja Oakley, Marsha G. 2001. Developing and using preparatory information for women undergoing radiation therapy for cervical or uterine cancer. *Oncology Nursing Forum* 28 (4), 743 - 751.

CURI DE BAROS, Gisele ja CURI LABATE, Renata 2008. Psychological repercussions related to brachytherapy treatment in women with gynecological cancer: analysis of production from 1987 to 2007. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 16 (6), 1049 - 1053.

D'ALIMONTE, Laura ja LEUNG, Eric 2015. Interstitial brachytherapy in gynecological malignancies: Improving patient outcomes. *Journal of Pain Management* 8 (4), 323 - 330.

GRÉNMAN, Seija ja AURANEN, ANNIKA 2011. Kohdun limakalvon ja kohtulihaksen kasvaimet. Teoksessa: YLIKORKALA, Olavi ja TAPANAINEN, Juha. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 227 - 239.

GRÉNMAN, Seija ja LEMINEN, Arto 2013. Gynekologiset syövät. Gynekologisten syöpien yleisyys ja hoitoperiaatteet. Teoksessa: JOENSUU, Heikki, ROBERTS, Peter J., KELLOKUMPU-LEHTINEN, Pirkko-Liisa, JYRKKIÖ, Sirkku, KOURI, Mauri ja TEPPÖ, Lyly (toim.) Syöpätaudit. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 623 - 624.

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI 2016a. Sairaanhoito. Sairaanhoitopalvelut. Kivun hoito. Kivun hoito leikkauksen jälkeen. Kivun hoitoon liittyvää sanastoa [verkkosivu]. [Viitattu 2016-05-03.] Saatavissa: http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/kivun-hoito/kivun-hoito-leikkauksen-jalkeen/kivun_hoitoon_liittyvaa_sanastoa/Sivut/default.aspx

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI 2016b. Sairaanhoito. Sairaanhoitopalvelut. Syöpätaudit. Tuki ja hyvinvointi. Liikunta [verkkosivu]. [Viitattu 2016-09-09.] Saatavissa: http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/syopataudit/tuki_ja_hyvinvointi/Sivut/Liikunta.aspx

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI 2016c. Sairaanhoito. Sairaanhoitopalvelut. Syöpätaudit. Tuki ja hyvinvointi. Psykososiaalinen tuki [verkkosivu]. [Viitattu 2016-03-01.] Saatavissa: www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/syopataudit/tuki_ja_hyvinvointi/Sivut/Psykososiaalinen-tuki.aspx

HOLLI, Kaija ja WIKSTRÖM, Juhani 2007. Syöpäpotilaan kuntoutus ja seuranta. Teoksessa: JOENSUU, Heikki, ROBERTS, Peter J., TENHUNEN, Mikko ja TEPPÖ, Lyly (toim.) Syöpätaudit. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 241 - 249.

HOLMIA, Silja, MURTONEN, Irja, MYLLYMÄKI, Hannele ja VALTONEN, Katariina 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

HYVÄRINEN, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-01-14.] Saatavissa: http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=Millainen+on+toimiva&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo95167

IDMAN, Irja ja AALBERG, Veikko 2014. Syöpään liittyvät psykososiaaliset näkökohdat. Psykososiaalisen tuen tarve ja toimintamallit. Teoksessa: JOENSUU, Heikki, ROBERTS, Peter J., KELLOKUMPU-LEHTINEN, Pirkko-Liisa, JYRKKIÖ, Sirkku, KOURI, Mauri ja TEPPU, Lyly (toim.). Syöpätaudit. 5. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 860 - 872.

ISOLA, Jorma ja KALLIONIEMI, Anne 2013. Syövän synty, kasvu ja leviäminen. Kasvainsairauksien määritelmä ja jaottelu. TEOKSESSA: JOENSUU, Heikki, ROBERTS, Peter J, KELLOKUMPU-LEHTINEN, Pirkko-Liisa, JYRKKIÖ, Sirkku, KOURI, Mauri ja TEPPU, Lyly (toim.) Syöpätaudit. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 10 - 27.

JOHANSSON, Risto 2015. Sädehoito [verkojulkaisu]. [Viitattu 2016-03-29.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01078

JUSSILA, Aino-Liisa, KANGAS, Anne ja HALTAMO, Mikko 2010. Sädehoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

JÄÄSKELÄINEN, Ester 2016-08-16. Erikoislääkäri. [Sähköpostiviesti.] Vastaanottaja Sini Kuusinen ja Asta Lehtola.

JÄÄSKELÄINEN, Ester 2016-08-31. Erikoislääkäri. [Suullinen tiedonanto.] Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala.

JÄÄSKELÄINEN, Ester 2016-09-12. Erikoislääkäri. [Sähköpostiviesti.] Vastaanottaja Sini Kuusinen ja Asta Lehtola.

KALSO, Eija 2013. Syöpäpotilaan kipu. Teoksessa: JOENSUU, Heikki, ROBERTS, Peter J., KELLOKUMPU-LEHTINEN, Pirkko-Liisa, JYRKKIÖ, Sirkku, KOURI, Mauri ja TEPPU, Lyly (toim.) Syöpätaudit. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 873 - 896.

KAUKONEN, Maija 2012. Luonto elvyttää kehoa ja mieltä. Teoksessa: BORG, Pekka (toim.) Polkuja metsään. Helsinki: Into kustannus Oy.

KARHU-HÄMÄLÄINEN, Anita 2002. Syöpää sairastavan potilaan odotuksia ja kokemuksia hoidosta sädehoitojakson aikana. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Turun yliopisto.

KETO-TOKOI, Petri ja KUULUVAINEN, Timo 2010. Suomalainen aarniometsä. Helsinki: Maahenki.

KOPONEN, Matti 2011. Luonto-Outa. Minun metsäni [verkkosivu]. [Viitattu 2016-09-13.] Saatavissa: http://outa.fi/joomla3/?option=com_content&view=article&id=410

KOURI, Mauri ja TENHUNEN, Mikko 2013. Sädehoidon merkitys ja säteilylajit. Syövän sädehoito. TEOKSESSA: JOENSUU, Heikki, ROBERTS, Peter J, KELLOKUMPU-LEHTINEN, Pirkko-Liisa, JYRKKIÖ,

Sirkku, KOURI, Mauri ja TEPPU, Lyly (toim.). Syöpätaudit. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 148.

KUHANEN, Carita ja KANERVA, Anne 2013. Potilaan ja hoitajan hoidollinen yhteistyösuhde. Yhteistyösuhteen elementit. TEOKSESSA: KUHANEN, Carita, OITTINEN, Pirkko, KANERVA, Anne, SEURI, Tarja ja SCHUBERT, Carla. Mielenterveyshoitotyö. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 152 - 179.

KYNGÄS, Helvi, KÄÄRIÄINEN, Maria, POSKIPARTA, Marita, JOHANSSON, Kirsi, HIRVONEN, Eila ja RENFORS, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

LAHTINEN, Tapani, HIETANEN, Tenho ja TENHUNEN, Mikko 2002. Sisäisen sädehoidon suunnittelu ja tekninen toteuttaminen. TEOKSESSA: JOENSUU, Heikki, KOURI, Mauri, OJALA, Antti, TENHUNEN, Mikko ja TEPPU, Lyly (toim.). Kliininen sädehoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 37 - 46.

LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA L 17.8.1992/785. Finlex. Lainsäädäntö [verkkosivu]. [Viitattu 2016-01-26.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>

LEINO-KILPI, Helena 2014. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa: LEINO-KILPI, Helena ja VÄLIMÄKI, Maritta. Etiikka hoitotyössä. 8. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 361 - 378.

LEINO-KILPI, Helena ja VÄLIMÄKI, Maritta 2014. Lukijalle. Teoksessa: LEINO-KILPI, Helena ja VÄLIMÄKI, Maritta. Etiikka hoitotyössä. 8. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 3 - 6.

LEINO-KILPI, Helena ja VÄLIMÄKI, Maritta 2012. Etiikka hoitotyössä. 5. -7. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

LEMENEN, Arto 2009. Gynekologiset syövät [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2015-11-17.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00106

LEMENEN, Arto ja LOUKOVAARA, Mikko 2011. Munasarja- ja munanjohdinkasvaimet. Teoksessa: TAPANAINEN, Juha ja YLIKORKALA, Olavi (toim.). Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 240 - 253.

LIIKANEN, Ilkka 2015. Combining oncolytic immunotherapy with conventional cancer treatments. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/152972/combinin.pdf?sequence=1>

LIPPONEN, Kaija, KANSTE, Outi, KYNGÄS, Helvi, ja UKKOLA, Liisa 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-01-31.] Saatavissa: <http://www.ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/597/2239>

LYLY, Teppo 2011. Tietoa syövästä. Syöpäsananasto [verkkosivu]. [Viitattu 2016-2-23.] Saatavissa: <https://www.kaikkisyovasta.fi/tietoa-syovasta/syopasanasto/#p>

MIETTINEN, Elina 2015-10-22. Apulaisosastonhoitaja. [Suullinen tiedonanto.] Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala.

MIETTINEN, Elina 2016-01-24. Apulaisosastonhoitaja. [Sähköpostiviesti.] Vastaanottaja: Sini Kuusinen.

MIETTINEN, Elina 2016-02-24. Apulaisosastonhoitaja. [Sähköpostiviesti.] Vastaanottaja: Sini Kuusinen ja Asta Lehtola.

MIETTINEN, Elina 2016-05-26. Apulaisosastonhoitaja. [Sähköpostiviesti.] Vastaanottaja: Asta Lehtola.

MIETTINEN, Elina 2016-09-01. Apulaisosastonhoitaja. [Sähköpostiviesti.] Vastaanottaja: Sini Kuusinen ja Asta Lehtola.

MUSTAJOKI, Pertti ja KAUKUA, Jarmo 2008. EKG (Sydänfilmi) [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-04-27.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03210

MYRYLÄINEN, Heikki 1998. Opintojaksot. Historia. Metsähistoria. Metsien kulttuurinen ja henkinen merkitys [verkkosivu]. [Viitattu 2016-09-13.] Saatavissa: http://materiaalit.internetix.fi/fi/opintojaksot/9historia/metsahistoria/metsien_kulttuurinen_ja_henkinen

MÄENPÄÄ, Johanna ja PAKARINEN, Päivi 2011. Ulkosynnyttimien, emättimen ja kohdunkaulan kasvaimet. Teoksessa: TAPANAINEN, Juha ja YLIKORKALA, Olavi (toim.). Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 216 - 226.

OJALA, Antti 2010. Sädehoidon lääketieteellis-fysiologis-biologiset perusteet. Sädehoito osana syövän hoitoa. Teoksessa: JUSSILA, Aino-Liisa, KANGAS, Anne ja HALTAMO, Mikko. Sädehoitotyö. Helsinki: WSOY, 18 - 31.

OLOBOT, SUOMEN LÄÄKÄRIKESKUS 2014. Eturauhassyöpä. Eläminen ja eturauhassyöpä. Psykososiaaliset tekijät [verkkosivu]. [Viitattu 2016-05-04.] Saatavissa: <http://z.cotot.com/artikkeli/psykososiaaliset-tekijat>

PAAKKARI, Pirkko 2013. Krooninen (pitkäaikainen) kipu – lääkehoito [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-05-04.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00939

PAILE, Wendla 2012. Säteily ja terveys [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2015-11-01.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01082

PALVA, Tiina, ROSENBERG, Leena ja SAARILAHTI, Kauko 2015. Ohjeita sinulle, joka saat sädehoitoa. Tietoa sädehoidosta ja sen toteuttamisesta. Sivuvaikutuksista ja niiden helpottamisesta. Sairastamisesta ja tunteista [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-04-25.] Saatavissa: http://www.syopapotilaat.fi/@Bin/413351/Sadehoito_04122015_Netti.pdf

POHJOIS-SAVON SAIRAANHOITOPIIRI 2013a. Hoitopalvelut. Syöpätaudit. Sädehoito [verkkosivu]. [Viitattu 2016-09-09.] Saatavissa: <https://www.pssh.fi/hoitopalvelut/syopataudit/sadehoito>

POHJOIS-SAVON SAIRAANHOITOPIIRI 2013b. Sairaanhoidopiiri [verkkosivu]. [Viitattu 2015-11-07.] Saatavissa: <https://www.pssh.fi/sairaanhoitopiiri>

POHJOIS-SAVON SAIRAANHOITOPIIRI 2013c. Ammatillaiset [verkkosivu]. [Viitattu 2015-11-07.] Saatavissa: <https://www.pssh.fi/ammattilaiset>

POHJOIS-SAVON SAIRAANHOITOPIIRI 2016. Ontelon- ja/tai kudoksensisäinen sädehoito gynekologisessa syövässä. Potilasohje. [Viitattu 2016-09-01.] Saatavissa: http://verkkoinfo.kuh.fi/ohjeet/wwwOhjeet.asp?service=Naistentaudit_ja_synnytykset

POUTIAINEN, Kaisa 2016-08-24. Kätilö ja hoidonsuunnittelija. [Sähköpostiviesti.] Vastaanottaja Sini Kuusinen ja Asta Lehtola.

RESZITNYK, Janet 2011. Comparison of LDR and HDR brachytherapy for gynecological cancer. Radiation Therapist 20 (2), 108 - 114.

ROSENBERG, Leena 2015. Seksuaalisuus ja syöpä [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-02-29.] Saatavissa: http://syopapotilaat-fi-bin.directo.fi/@Bin/f94a3c72c93f30260d61ed8c5edc0cb4/1456735270/application/pdf/322373/SeksuaalisuusJaSyopa2015_netti.pdf

RYTTYLÄINEN, Katri ja VALKAMA, Sirpa 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita Publishing.

SAANO, Susanna ja TAAM-UKKONEN, Minna 2013. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

SALMINEN, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-11-16.] Saatavissa: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

SALONEN, Kari 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI – henkilöstölle [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-01-19.] Oppimateriaali. Turun Ammattikorkeakoulu. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

SAND, Olav, SJAASTAD, Øystein V., HAUG, Egil ja BJÅLIE, Jan G. 2012. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. 8. -9. uudistettu painos. Helsinki: WSOY pro Oy.

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2016. Opiskelijalle. Opetussuunnitelmat. TK14K Kätilön tutkinto-ohjelma. Lähtökohdat [verkkosivu]. [Viitattu 2016-10-14.] Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yks=KS&krtid=421&tab=1>

SIRVIÖ, Eeva-Liisa, AUMO, Oili, KORKIAMÄKI, Kirsi, LUNABBA, Mirja, NURMINEN, Leena, NÄRVÄ, Helena, PAJUKANGAS, Maija ja PALMQVIST, Siv 2004. Laatusäätöjä - kättilötyöhön - kättilötyön eettiset ja laadulliset perusteet [verkkosivu]. [Viitattu 2016-10-14.] Saatavissa: https://asiakas.kotisivukone.com/files/suomenkatiloliitto.kotisivukone.com/tiedostot/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf

SOSIAALI- JA TERVEYSALAN LUPA- JA VALVONTAVIRASTO (VALVIRA) 2015. Terveystietoa. Potilaan asema ja oikeudet. Potilaan itsemääräämisoikeus [verkkosivu]. [Viitattu 2016-05-04.] Saatavissa: <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaramisoikeus>

SUOMEN MIELENTERVEYSSEURA 2016. Vaikeat elämäntilanteet. Kriisit. Traumaattisen kriisin vaiheet [verkkosivu]. [Viitattu 2016-05-19.] Saatavissa: <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/kriisit/shokista-uuteen-alkuun>

SUOMEN SYÖPÄPOTILAAT RY 2016. Syöpäpotilaan sosiaaliopas 2016 [verkkosivu]. [Viitattu 2016-05-10.] Saatavissa: http://www.syopapotilaat.fi/@Bin/450076/Sosiaaliopas_2016_Netti.pdf

SUOMEN SYÖPÄYHDISTYS 2015. Tietoa syövästä. Mikä on syöpä? [verkkosivu]. [Viitattu 2015-10-09.] Saatavissa: <https://www.kaikkisyovasta.fi/tietoa-syovasta/mika-on-syopa/>

SUOMEN SYÖPÄYHDISTYS 2016a. Hoito ja kuntoutus. Sädehoito [verkkosivu]. [Viitattu 2016-02-26.] Saatavissa: <https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-ja-kuntoutus/sadehoito/>

SUOMEN SYÖPÄYHDISTYS 2016b. Hoito ja kuntoutus. Syövän hoito [verkkosivu]. [Viitattu 2016-05-04.] Saatavissa: <https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-ja-kuntoutus/syovan-hoito/>

SUOMEN SYÖPÄYHDISTYS 2016c. Elämä syövän kanssa. Syöpään sairastavan hyvinvointi [verkkosivu]. [Viitattu 2016-04-26.] Saatavissa: <https://www.kaikkisyovasta.fi/elama-syovan-kanssa/syopaa-sairastavan-hyvinvointi/#syopa-ja-liikunta>

SUOMEN SYÖPÄYHDISTYS 2016d. Hoito ja kuntoutus. Syöpäpotilaan kuntoutus [verkkosivu]. [Viitattu 2016-04-25.] Saatavissa: <https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-ja-kuntoutus/kuntoutus/>

SUOMEN SYÖPÄYHDISTYS 2016e. Elämä syövän kanssa. Syöpä ja jaksaminen [verkkosivu]. [Viitattu 2016-03-01.] Saatavissa: <https://www.kaikkisyovasta.fi/elama-syovan-kanssa/syopa-ja-tunteet/>

SUOMEN SYÖPÄYHDISTYS 2016f. Hoito ja kuntoutus. Syöpä ja kipu [verkkosivu]. [Viitattu 2016-04-12.] Saatavissa: <https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-ja-kuntoutus/syopakipu/>

SÄRKKÄ, Ritva 2016-03-23. Apulaisosastonhoitaja. [Suullinen tiedonanto.] Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala.

TAALERITEHDAS 2016. Metsä. Suomen voimavara [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-09-13.] Saatavissa: <http://thalerfactory.com/fi/campaign/metsa-suomen-voimavara.html>

TERVEYSKIRJASTO 2016. Perforaatio [verkkosivu]. [Viitattu 2016-11-10.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02558

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS 2014. Kansantaudit. Syöpä [verkkosivu]. [Viitattu 2016-10-06.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/syopa>

TORKKOLA, Sinikka, HEIKKINEN, Helena ja TIAINEN, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

TUOMINEN, Taija ja työryhmä 2015. "Kun mitään en jaksaa". Fatigue eli hoitoväsymys [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-05-18.] Saatavissa: http://www.syopapotilaat.fi/@Bin/27607/Fatigue_2015_netti.pdf

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-01-31.] Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut

VALTAKUNNALLINEN TERVEYDENHUOLLON EETTINEN NEUVOTTELUKUNTA (ETENE) 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-01-31.] Saatavissa: <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>

VELJI, Karima ja FITCH, Margaret 2001. The experience of women receiving brachytherapy for gynecologic cancer. *Nursing Forum* 28 (4), 743 - 751.

VIITALA, Hanna ja BINGHAM, Clarissa 2014. Syöpäpotilaan ravitsemusopas. Käytännön ohjeita syövän hoidon aikana. Reseptejä [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2016-04-25.] Saatavissa: http://www.syopapotilaat.fi/@Bin/125134/Ravitsemusopas_netti.pdf

VILÉN, Marika, LEPPÄMÄKI, Päivi ja EKSTRÖM, Leena 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

VILKKA, Hanna ja AIRAKSINEN, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.

VORDERMARK, Dirk 2016. Radiotherapy of Cervical Cancer. *Oncology Research Treatment* 39 (9), 515 - 520.

WWF SUOMI 2016. Alueet. Suomi. Suomen metsät [verkkosivu]. [Viitattu 2016-09-13.] Saatavissa: <http://wwf.fi/alueet/suomi/suomen-metsat/>

VÄLIMÄKI, Maritta 2014. Eettiset ohjeet osana ammatillista etiikkaa. Teoksessa: LEINO-KILPI, Helena ja VÄLIMÄKI, Maritta. *Etiikka hoitotyössä*. 8. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro OY, 164 - 182.

LIITTEET

Liite 1. GYNEKOLOGISIIN SYÖPIIN JA SÄDEHOITON LIITTYVIÄ TUTKIMUKSIA

TUTKIMUSARTIKKE- LIT/ KIRJALLISUUS- KATSAUKSET	TEKIJÄT	AIHE	TULOKSET
Developing and using preparatory information for women undergoing radiation therapy for cervical or uterine cancer. Julkaistu 2001.	Norma J. Christman, Marsha G. Oakley ja Sherill N. Cronin	Tutkimusartikkelin tarkoituksena oli kuvata sädehoitoon liittyviä sivuvaikutuksia ja kehittää annettavaa informaatiota sivuvaikutuksista kohdunkaulan ja kohtusyöpää sairastaville. Tutkimus on toteutettu haastattelemalla kohderyhmiä sekä tutustumalla jo tutkituun tietoon.	Tulokset vahvistivat yleisesti sädehoitoon liitetyt sivuvaikutukset.
The experience of women receiving brachytherapy for gynecologic cancer. Julkaistu 2001.	Karima Velji ja Margaret Fitch	Tutkimuksen pohjalta tehty artikkeli kuvasi naisten kokemuksia lähisädehoidosta ja saamastaan hoidon laadusta.	Tuloksena on, että naiset ovat huolissaan hoidon laadusta. Tulosten mukaan hoitohenkilökunnan tulisi osata tukea hoitoa saavia naisia.
Psychological repercussions related to brachytherapy treatment in women with gynecological cancer: analysis of production from 1987 to 2007. Julkaistu 2008.	Gisele Curi de Barros ja Renata Curi Labate	Kirjallisuuskatsaus käsittelee lähisädehoitoa gynekologiseen syöpään saaneiden naisten psyykkisiä seurauksia hoidosta.	Tuloksena oli, että lähisädehoidon saamiseen liittyy psyykkisiä vaikutuksia. Tuloksena oli myös, että hoitohenkilökunnan olisi tärkeää ottaa huomioon sekä hoidon fyysiset että psyykkiset vaikutukset.

Comparison of LDR and HDR brachytherapy for gynecological cancer. Julkaistu 2011.	Janet Reszityk	Kriittinen kirjallisuus katsaus LDR (Low dose rate) ja HDR (High dose rate) lähisädehoidon vertailusta.	Tulosten mukaan HDR-lähisädehoito on yhtä pätevä hoitomuoto kuin LDR-lähisädehoito
Interstitial brachytherapy in gynecological malignancies: Improving patient outcomes. Julkaistu 2015.	Laura D'Alimonte ja Eric Leung	Artikkelissa kuvattiin kudoksensisäisen lähisädehoidon tuomia hyviä hoitotuloksia potilailla, joilla on gynekologinen syöpä.	Kudoksensisäisen lähisädehoidon todettiin olevan hyvä hoitovaihtoehto suuriin levinneisiin gynekologisiin syöpäkasvaimiin.
Radiotherapy of cervical cancer. Julkaistu 2016.	Dirk Vordermark	Tutkimusartikkeli kohdunkaulansyövän hoidossa käytettävästä lähisädehoidosta.	Yksilöllinen lähisädehoito antaa enemmän hyviä hoitotuloksia syövän hallinnassa.

Liite 2. OPINNÄYTETYÖN AIKATAULU

Syyskuu 2015:

18.9.2015 Aloituspalaveri naisten osaston 2304 osastonhoitajan kanssa.
Aihekuvauksen kirjoituksen aloitus.

Lokakuu 2015:

8.10.2015 Sähköpostiviestittelyä aiheen tarkennuksesta naisten osaston osastonhoitajan kanssa.
22.10.2015 Opinnäytetyötapaamiset KYSissä yhteistyökumppanin kanssa. Paikalla osastonhoitaja, lääkäri sekä hoitaja.
Aihekuvauksen kirjoittamista.

Marraskuu 2015:

10.11.2015 Lääkäriltä sähköpostilla materiaalia lähisädehoidosta.
20.11.2015 Sähköposti osastonhoitajalta; uusittu potilasohje.
Aihekuvauksen viimeistely ja lähetys koulun yliopettajalle.

Joulukuu 2015:

Aihekuvauksen korjausta palautteen pohjalta.
9.12.2015 Lähisädehoidon seuraaminen laitteen asetuksesta sädehoidon saamiseen.
18.12.2015 Aihekuvauksen esitys.

Tammikuu 2016:

14.1.2016 Aihekuvauksen esittely yhteistyökumppanille sähköpostilla ja palautteen saaminen työstä.
Työsuunnitelman kirjoitusta.
26.1.2016 Ensimmäinen tapaaminen ohjaavan opettajan kanssa.

Helmikuu 2016:

8.2.2016 Työsuunnitelman esitys seminaarissa koululla.
26.2.2016 Tutkimusluvan hakemuksen allekirjoitus, opinnäytetyön ohjaus- ja hankkeistamissopimuksen allekirjoitus sekä työsuunnitelman esitleminen yhteistyökumppanille.
Opinnäytetyön teoriaosuuden kirjoitusta.

Maaliskuu 2016

Opinnäytetyön teoriaosuuden kirjoitusta.
15.3.2016 Tapaaminen sädesairaalassa apulaisosastonhoitajan kanssa. Keskustelua välineistä sekä varattiin aika valokuvaamiseen.
23.3.2016 Kuvaamassa sädesairaallalla.

Huhtikuu 2016

Opinnäytetyön raportin kirjoitusta.
Potilasoppaan ensimmäisen version kirjoituksen aloittaminen.

Toukokuu 2016

Opinnäytetyön raportin kirjoitusta.
3.5.2016 Potilasoppaan ensimmäisen version lähetys ohjaavalle opettajalle.
19.5.2016 Opinnäytetyön ohjaajan tapaaminen.
20.5.2016 Valmiin opinnäytetyön seminaarin seuraaminen koululla.
25.5.2016 Potilasoppaan ensimmäisen version lähetys yhteistyökumppanille sekä kahdelle opiskelutoverille, jotka arvioivat oppaan elokuun alkuun 2016 mennessä.

Elokuu 2016

Potilasoppaan korjausta saatujen palautteiden pohjalta.
Opinnäytetyön raportin kirjoitusta.

Syyskuu 2016

Potilasoppaan korjausta saatujen palautteiden pohjalta.
Opinnäytetyön raportin kirjoitusta.

Lokakuu 2016

Vko 38 - 40 Oppaan koekäyttö potilailla KYSissä.
13.10.2016 Opinnäytetyön ohjaajan tapaaminen.
13.10.2016 ABC-pajaan osallistuminen.
Oppaan muokkaamista koekäytön palautteen pohjalta.
Työn lähtetys arviointiin äidinkielen opettajalle
Tiivistelmien lähetys arvioitavaksi englannin kielen opettajalle.

Marraskuu 2016

17.11.2016 Valmiin opinnäytetyön palautus esitarkastukseen.
Kypsyysnäytteen antaminen

Joulukuu 2016

8.12.2016 Valmiin työn ja oppaan esitys seminaarissa.

Tammikuu 2017

Valmiin työn ja oppaan esittely yhteistyökumppanille.

Liite 3. Swot-analyysi

SWOT-analyysi

<p>Vahvuudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Parin toimiva yhteistyö ➤ Aktiivinen ja asiantunteva yhteistyökumppani ➤ Hyvä ja asiantunteva ohjaaja ➤ Toinen parista on jo tehnyt aiemmin opinnäytetyön ➤ Aito kiinnostus aiheeseen ➤ Molemmilla halu saada tehdyksi mahdollisimman hyvä työ ➤ Hyvä kielitaito, joten voimme käyttää ulkomaisia lähteitä 	<p>Heikkoudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Heikko suomenkielen kielioppi ➤ Ei saada välttämättä potilaan ja läheisten ääntä avuksi oppaan tekoon ➤ Terminologian sekavuus
<p>Mahdollisuudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Työelämälähtöisyys ja jalkaa oven väliin ➤ Tietotaito kasvaa ➤ Tehdystä työstä apua kohderyhmälle ja yhteistyökumppanille 	<p>Uhat:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aiheen rajaaminen voi olla hankalaa ➤ Teoriatietoa aiheesta on vähän ➤ Tiivis aikataulu ja sovittaminen muuhun koulunkäyntiin

Liite 4. Saatekirje – palautteen saamiseksi

Hei,

Olemme kaksi kättilöopiskelijaa Savonia-ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä lähisädehoidosta gynekologisen syövän hoidossa. Opinnäytetyömme pohjalta valmistuu opas, joka kantaa tällä hetkellä nimeä ”Tukenasi lähisädehoidossa -opas gynekologista syöpää sairastavalle ja hänen läheisilleen”. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä KYSin naistenosasto 2304 kanssa.

Opinnäytetyön tuotoksena valmistuvan oppaan tavoitteena on tukea lähisädehoitoa saavaa naista sekä hänen läheisiään. Tavoitteena on tuen antaminen tiedollisesti ja emotionaalisesti. Vaikka oppaan tavoitteena on olla ensisijaisesti lähisädehoitoa saavan ja hänen läheistensä tukimateriaali niin tavoitteena on myös kehittää henkilökunnan ohjausta. Opas toimii ohjauksen välineenä henkilökunnan sekä potilaan ja läheisten välillä.

Oppaasta on tarkoitus tulla ajantasainen, luotettava sekä kattavasti tietoa antava. Oppaassa on tarkoitus käsitellä potilaan hoitopolkua kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin lähtökohdista. Aiheet liittyvät ihmisen fyysiseen, psyykkisiin, sosiaalisiin ja seksuaalisiin tarpeisiin.

Toivomme, että saisimme palautetta oppaan sisällöstä, ulkoasusta sekä kaikesta muusta mitä sinulle tulee mieleen. Sinun vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömästi. Olemme erittäin kiitollisia palautteestasi.

1. Millainen yleisvaikutelma oppaasta jäi?
2. Mitä muuttaisit oppaassa? (Esimerkiksi sisältö, kuvat, väritys, fontit)
3. Jäitkö kaipaamaan jotakin lisätietoa? Jos jäit, niin mitä lisäisit?

Ystävällisin terveisin

Sini Kuusinen ja Asta Lehtola TK14K



Opinnäytetyön ohjaavana opettajana toimii Savonia-ammattikorkeakoulun kättilötyön lehtori Päivi Hoffrén.



TUKENASI LÄHISÄDEHOIDOSSA

Opas gynekologista syöpää sairastavalle ja hänen läheisilleen



Kuvassa Kaarisairaalan julkisivu

*”Ihmisen läheisyys voi lämpöä antaa,
kauniit sanat voivat tyyntyttää,
lämmin katse herkkää tunnetta kantaa,
on joku, joka sinua ymmärtää”
– Tuntematon*



Hyvä lähisädehoitoon tulija

Olet tulossa lähisädehoitoon (tykösädehoitoon) Kuopion yliopistolliseen sairaalaan.

Tämä opas on tehty juuri sinua ja läheisiäsi varten. Oppaasta löydät tietoa lähisädehoidosta, siihen valmistautumisesta sekä hoidon vaikutuksista jokapäiväiseen elämääsi.

Oppaaseen on koottu tietoa myös kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tueksi. Tietoa löytyy hoidon lisäksi psyykkisiin, sosiaalisiin sekä seksuaalisiin asioihin liittyen.

Muista, ettet ole yksin. Hoitohenkilökunta on yksi voimavaroistasi, sillä he kuuntelevat, tukevat ja auttavat sinua tarpeidesi mukaisesti.

Oppaan viimeiselle sivulle on koottu yhteystietoja tahoista, joista voit halutessasi pyytää lisätietoja hoidosta tai apua mieltäsi askarruttaviin asioihin.

Hyvä lähisädehoitoon tulevan läheinen

Tästä oppaasta löydät tietoa, miten voit tukea lähisädehoitoon tulevaa läheistäsi. Oppaasta löydät myös tietoa, miten hoito voi vaikuttaa sinun ja lähisädehoitoa saavan läheisen elämään.

Sisällysluettelo

Mitä gynekologinen lähisädehoito on?	5
Miten valmistaudun hoitoon?	6
Mitä tapahtuu hoitopäivän aikana KYSillä?	7
Miten lähisädehoito vaikuttaa kokonaisvaltaisesti minuun?	10
• Fyysisesti	10
• Psyykkisesti	10
• Sosiaalisesti	10
• Seksuaalisesti	11
Ravitsemus ja liikunta lähisädehoitajaksojen aikana	12
Läheiselle -Miten tuen lähisädehoitoa saavaa läheistäni?	13
Lopuksi	14
Yhteystietoja	15

Mitä gynekologinen lähisädehoito on?

- Lähisädehoito tarkoittaa ontelon- ja kudoksensisäistä sädehoitoa Ring®-asettimen eli kohdennetun laitteen avulla, joka asetetaan alateitse kohtuusi. Toimenpide tehdään tavallisimmin spinaali- eli selkäydinpuudutuksessa.
- Lähisädehoitoosi osallistuu moniammatillinen ryhmä, johon kuuluvat muun muassa hoitava lääkäri, anestesiahoitaja, fyysikko, röntgenhoitaja sekä naisten osaston henkilökunta.
- Saamasi hoito on juuri sinulle yksilöllisesti suunniteltua. Hoito on jaettu kahdelle peräkkäiselle viikolle. Hoitokerrat ovat kahtena päivänä viikossa ja näiden hoitokertojen välissä on yksi välipäivä, jonka vietät osastolla.
- Tulet sairaalaan hoitoasi edeltävänä päivänä ja pääset lähtemään kotiin voinnistasi riippuen, kun olet saanut viikon molemmat sädehoitoannokset.
- Lähisädehoito on kivuton toimenpide, mutta laitteen asetukseen ja hoitoasentoon voi liittyä kivun tunteita. Mahdollisia kipuja ei tarvitse pelätä. Niihin saat apua, sillä tukenasi kulkee hoitaja, joka huolehtii voinnistasi koko hoitopäivän ajan. Kipulääkkeinä käytetään tilanteiden mukaan joko suun kautta tai suonensisäisesti tulehduskipulääkkeitä, parasetamolia sekä opioideja. Opioidit ovat vahvoja kipulääkkeitä, jotka vaikuttavat keskushermoston kautta.

Miten valmistaudun hoitoon?

- Ennen ensimmäisen hoitojakson alkua hoidonsuunnittelija soittaa sinulle puhelimitse. Hän selvittää kanssasi perussairautesi sekä lääkityksesi täyttämäsi sähköisen esitietolomakkeen mukaisesti.
- Saavut naisten osastolle 2304 viikon ensimmäistä hoitokertaa edeltävänä päivänä sovittu kello 12 - 14. Osastolla sinulle aloitetaan toimenpidevalmistelut. Ensimmäiseksi voitisi kartoitetaan tulohaastattelussa.
- Lääkäri tutkii sinut ja sinulta otetaan verikokeita, jos niitä ei ole aikaisemmin samalla viikolla jo otettu. Sinulta otetaan myös virtsanäyte sekä mahdollisesti EKG eli sydänfilmi, joka kuvaa sydämen sähköistä toimintaa.
- Sinulle saatetaan antaa osastolla ihon alle injektiona valkosolukasvutekijää, jos laboratoriotestien perusteella valkosolujen arvo on matala. Valkosolujen matala pitoisuus voi johtua ulkoisesta (kemo)sädehoidosta, joka tarkoittaa yhdistelmähoitoa, jota olet saanut edeltävästi. Mikäli hemoglobiinitaso ei täytä lähisädehoidon antamiseen asetettuja rajoja sinulle tiputetaan suonensisäisesti punasoluja.
- Saat osastolla juotavaksi veteen sekoitettua lääkettä, joka tyhjentää suolen. Tämän jälkeen et saa kiinteää ravintoa seuraavan päivän lähisädehoitokerran loppuun asti. Nestettä saat juoda kello 24.00 asti.

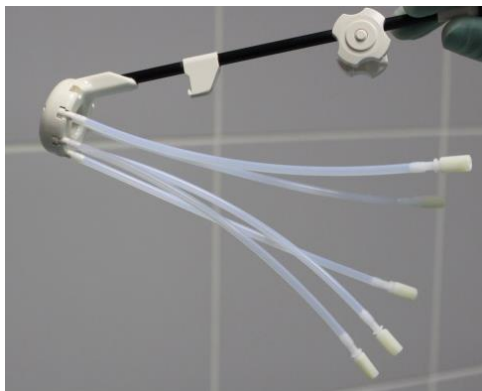
Mitä tapahtuu hoitopäivän aikana KYSillä?

Aamulla osastolla

- Aamulla käyt suihkussa ja vaihdat ylllesi puhtaat vaatteet, jotka saat hoitohenkilökunnalta.
- Hoitaja antaa sinulle anestesia­lääkärin ohjeiden mukaisesti mahdolliset käyttämäsi lääkkeet sekä esilääkkeet.
- Aamu­valmisteluiden jälkeen sinut saatetaan leikkaussaliin.

Leikkausyksikössä

- Sinulle laitetaan laskimoverisuoneen kanyyli, jonka kautta voidaan antaa nesteitä ja lääkkeitä. Tämä verisuonikanyyli voidaan laittaa esimerkiksi kämmenselkääsi.
- Anestesia­lääkäri laittaa selkäydinpuudutuksen ja epiduraalikatettrin selkääsi. Selkäydinpuudutus on toimenpidettä ja epiduraalikatetri kivunhoitoa varten.
- Virtsan erityksesi turvataan virtsarakkoon asetettavan virtsakatettrin avulla.
- Kun selkäydinpuudutus on alkanut vaikuttaa, hoitava lääkäri asettaa Ring®-asettimen alateitse kohtuusi ja kudoksensisäiset neulat kohdunkaulan kannatinkudokseen.



(Kuvissa Ring®-asetin.)

- Ring®-asettimen laitton jälkeen olet vuodepotilaana tämän päivän lähisädehoitokerran päättymiseen asti. Tämä tarkoittaa lähisädehoidon kohdalla sitä, että lantiosi tulee pysyä paikoillaan, mutta esimerkiksi käsiäsi saat liikuttaa.

Magneettikuvauksessa

- Röntgenyksikössä sinut siirretään tasolle magneettikuvausta varten. Magneettikuvauksessa tarkastetaan Ring®-asettimen ja kudoksensisäisten neulojen sijainti. Tätä kuvaa käytetään hoitoalueen suunnitteluun.
- Voit halutessasi kuunnella musiikkia magneettikuvauksen ajan.

Sädesairaalassa

- Magneettikuvauksen jälkeen sinut viedään sädesairaalaan odottamaan sädehoitosuunnitelman valmistumista.
- Lääkäri piirtää magneettikuviin tarvittavat sädehoitoalueet ja fyysikko laskee yksilöllisen hoitosuunnitelman. Suunnitelmassa määritellään, kuinka kauan säteilylähde on kussakin ennalta määritellyssä kohteessa. Hoitosuunnitelman teko vie 2 - 4 tuntia.
- Sädehoitosuunnitelman valmistuttua sinut viedään sädesairaalan lähisädehoituhuoneeseen. Sinusta otetaan vielä TT- eli tietokonetomografiakuva, jonka tarkoituksena on vielä kerran varmistaa Ring®-asettimen oikea sijainti.



(Kuvassa sädesairaalan lähisädehoituhuone ja hoitotaso)

- Sinulle annetaan lähisädehoito, joka kestää 5 - 30 minuuttia. Sädehoidossa sädehoitolähde viedään Ring®-asettimeen ja kudoksensisäisiin neuloihin suunnitelman mukaisesti. Sädetyt itse on kivutonta.
- Hoidon jälkeen hoitava lääkäri poistaa Ring®-asettimen ja neulat kohdustasi ja sinut siirretään sädesairaalasta naisten osastolle.

Lähisädehoidon jälkeen

- Kun olet saanut viikon ensimmäisen sädehoitokerran, jätät välipäiväksi osastolle odottamaan seuraavaa hoitokertaa. Jos koko viikon sädehoitokertasi ovat täynnä, voit vointisi mukaan kotiutua samana iltana tai seuraavana aamuna.
- Osastolla saat välipäivänä juotavaa sekä kevyttä nestemäistä ruokaa. Kahden hoitajakson välillä kotona voit syödä tavallista ruokaa.
- Voit liikkua normaalisti vointisi mukaan, kun puudutus häviää jaloistasi. Tällöin otetaan myös virtsakatetri pois.
- Välipäivänä osastolla ollessa voinnin salliessa voi käydä ulkona kävelyllä.
- Ensimmäisen hoitokerran iltana aloitetaan veritulpan ehkäisemiseksi tarkoitettu pistoshoito, joka jatkuu lähisädehoitokertojen välillä kotona sekä 10 päivää viimeisen hoitokerran jälkeen.
- Mikäli kotiutumisesi jälkeen tunnet epätavallisia oireita, kuten esimerkiksi runsasta vuotoa tai voimakasta ripulia ja koet tarvitsevasi lääkäriä tai lisälääkettä, ota yhteys siihen gynekologian poliklinikkaan, josta sinut on hoitoon lähetetty.
- Tavallisesti noin kolmen kuukauden kuluttua lähisädehoitajaksojen jälkeen käyt kontrollikäynnillä hoitoon lähettäneessä sairaalassa. Kontrollin yhteydessä otetaan uudet magneettikuvat.

Miten lähisädehoito vaikuttaa kokonaisvaltaisesti minuun?

Fyysisesti

- Lähisädehoidon sivuvaikutukset pyritään minimoimaan, mutta siitä huolimatta niitä saattaa yksilöllisesti esiintyä. Mahdollisia sivuvaikutuksia voivat olla esimerkiksi pahoinvointi, ummetus, ripuli, ruokahaluttomuus, rakon ärsytysoireet sekä iho- ja limakalvoalueiden haavaumat. Sädehoidon jälkeen voi esiintyä emättimen arpeutumista ja ahtautumista, jonka takia sinulle opastetaan osastolla emättimen dilataatio- eli laajennushoito.
- Hoidot voivat aiheuttaa väsymystä, joka on täysin normaalia. Jos koet väsymyksen ongelmaksi tai sinulla on uniongelmia, voit keskustella niistä hoitohenkilökunnan kanssa.
- Syöpä ja syöpähoidot saattavat vaikuttaa vartaloosi. Osa laihtuu esimerkiksi ruokahaluttomuuden, alakuloisuuden tai kipujen takia. Painonnousu on myös normaalia, sillä se voi johtua hormoni- ja kortisonilääkityksestä.

Psyykkisesti

- Hoito saattaa aiheuttaa erilaisia tunteita, kuten pelkoa tai ahdistusta. Kaikki tunteesi ovat hyväksyttäviä eikä niitä tarvitse hävetä.
- Sinun tulee kuunnella itseäsi ja vaatia myös omaa aikaa, jos koet sen tarpeelliseksi.
- Syövän sekä syöpähoitojen aiheuttama väsymys voi tuntua raskaalta. Väsymys on kuitenkin normaalia ja siitä kannattaa puhua avoimesti.
- Jos koet tarvetta keskustella tunteistasi tai ajatuksistasi ulkopuolisen henkilön kanssa, voit pyytää apua hoitohenkilökunnalta tai ottaa rohkeasti yhteyttä eri tahoihin. Tukipalveluja kannattaa kysellä oman paikkakunnan syöpäyhdistykseltä.

Sosiaalisesti

- Olet oikeutettu erilaisiin sosiaalisiin tukiin, kuten lääkinnälliseen kuntoutukseen. Siihen sisältyy muun muassa fysioterapiaa ja toimintaterapiaa. Sosiaalisista tuista saat lisätietoa esimerkiksi Kuopion yliopistollisen sairaalan tai oman kotisairaalan sosiaalityöntekijöiltä.
- Lääkityksiin, apuvälineisiin ja matkoihin liittyvistä tuista saat tietoa Kansaneläkelaitokselta (Kela), jonka yhteystiedot löydän tämän oppaan lopusta.

Seksuaalisesti

- Seksuaalisuus ei katoa ihmisestä, vaikka hän sairastuisi. Sen kokeminen voi kuitenkin muuttua psyykkisten ja fyysisten muutosten yhteydessä.
- Syöpähoidot vaikuttavat seksuaalisuuteen, koska hoidot ovat raskaita kokemuksia. Seksuaalinen haluttomuus on yleistä. Omaa kehoaan ja tuntemuksiaan kannattaa kuunnella.
- Yhdynnät ovat hoitajakson aikana sallittuja ja myös suositeltuja dilataatiohoitomielessä. Yhdynnässä on suositeltavaa käyttää liukuvoiteita tai -geelejä kipujen ja limakalvovaurioiden ehkäisemiseksi.
- Mahdollisia sädehoidon sivuvaikutuksia seksuaalisuuden kannalta ovat limakalvojen kuivuus, kuukautisten poisjäänti, ennenaikaiset vaihdevuodet sekä emättimen ahtautuminen. Näihin ongelmiin saat apua hoitohenkilökunnalta, joten ota rohkeasti asiat esille.
- Sinun olisi tärkeää muistaa limakalvojen päivittäinen hoito. Genitaalialueiden pesuun tulee käyttää vain siihen tarkoitettuja tuotteita. Limakalvojen kosteutukseen ja haavaumien ehkäisyyn voi hankkia voiteita, geelejä tai puikkoja apteekista.

Ravitsemus, liikunta ja lähisädehoito

- Saatat kokea ruokahaluttomuutta. Olisi tärkeää kuitenkin syödä, vaikka et kokisi nälän tunnetta. Syö juuri sitä, mitä tekee mieli.
- Syöpä ja syöpähoidot lisäävät energian sekä ravintoaineiden tarvetta. Tarvitset erilaisia ravintoaineita yleiseen jaksamiseen, kudosten uusiutumiseen sekä haavojen parantumiseen.
- Suosi pieniä annoksia useasti, sillä suuret annokset voivat aiheuttaa huonoa oloa.
- Vointisi mukaan kannattaa liikkua, sillä liikunta edesauttaa kuntoutumista. Se lisää energian määrää ja kehittää lihasvoimaa. Suosi kevyitä liikuntamuotoja, joita ovat esimerkiksi kävely ja arkiaskareet.
- Liikunnan vaikutuksesta mieliala kohenee. Liikunta lisää endorfiinien eritystä aivoissa, jolloin kivut lieventyvät ja hyvän olon tunne lisääntyy. Liikunta myös tehostaa verenkiertoa, jolloin haavat parantuvat paremmin ja veritulppariski vähenee.
- Saunomiselle ei ole estettä ja uintia voi harrastaa, jos veristä vuotoa ei esiinny.
- Muista kuitenkin myös levätä ja kerätä voimia, kun siltä tuntuu.

Läheiselle

– Miten tuen lähisädehoitoa saavaa läheistäni?

- Et voi sairastaa syöpää toisen puolesta, etkä vaihtaa osia hänen kanssaan. Voit tukea kuuntelemalla ja olemalla läsnä. Älä tunne syyllisyyttä omasta terveydestäsi.
- Sinun läsnäolosi ja läheisyytesi tuo turvaa läheisellesi. Auta läheistäsi hyväksymään itsensä sellaisena kuin hän on.
- Sairastuneen tuen tarve voi vaihdella tilanteiden mukaan. Muista antaa myös aikaa ja tilaa. Kysy rohkeasti sairastuneelta, millaista tukea hän tarvitsisi.
- Muista myös pitää huolta itsestäsi ja jaksamisestasi. Läheisille tarkoitettuja tukiverkostoja löytyy ja niihin voi rohkeasti ottaa yhteyttä. Tukiverkostoja löydät oman paikkakuntasi syöpäyhdistyksen kautta.
- Arkirutiinien ja mieleisten harrastusten jatkaminen ovat tärkeitä asioita jaksamisen kannalta teille molemmille.
- Jos koet tarvitsevasi apua omaan jaksamiseen tai läheisesi vointiin liittyen, ota asia puheeksi hoitohenkilökunnan kanssa, sillä he ovat läsnä teitä molempia varten.

Lopuksi

*”Jokaisen on omat tiensä kuljettava,
mutkaiset ja kivisetkin,
ja omat läksyt opittava,
vaikeat ja kipeätkin.*

*Jos on läheinen, joka ymmärtää,
se taakkaa paljon keventää.”*

- Tuntematon



Yhteystietoja:

Naisten osasto 2304 sijaitsee KYSin pääsairaalan S-aulassa kuudennessa kerroksessa. Osaston puhelin: 017-172 372

Kuopion yliopistollisen sairaalan vaihde: 017-173 311

Naisten osaston sosiaalityöntekijät: 017-173 575

KYSin johtava sairaalateologi: 040-484 8484

Pohjois-Savon syöpäyhdistys: 017-580 1801. Internetsivut: <http://www.pohjois-savonsyopayhdistys.fi/>

Kansaneläkelaitoksen (Kela) tuet: Tietoa löydät Internetsivuilta www.kela.fi tai puhelimitse numerosta: 020 692 204.



Tämä opas on tuotettu Savonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä. Opas on tehty yhteistyössä Kuopion yliopistollisen sairaalan naisten osasto 2304 kanssa. Tekijöinä kättilöopiskelijat Sini Kuusinen ja Asta Lehtola. Kuvat Ring®-asettimesta on ottanut Ester Jääskeläinen©. Muut kuvat: ©Sini Kuusinen, Taneli Kuusinen ja Asta Lehtola.