



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Marianna Påfs

OPAS KIVESTEN POISTOON TULE- VALLE POTILAALLE

Sosiaali- ja terveysala
2013

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Marianna Påfs
Opinnäytetyön nimi	Opas kivesten poistoon tulevalle potilaalle
Vuosi	2013
Kieli	suomi
Sivumäärä	36 + 2 liitettä
Ohjaaja	Ritva Alaniemi

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas kivesten poistoon tulevalle potilaalle. Oppaan tarkoituksena on toimia potilaan kirjallisena informatiivisena tukena ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. Tavoitteena oli perehtyä kivesten poistoon johtaviin sairauksiin, itse toimenpiteeseen sekä ohjata potilasta sairauteen liittyen.

Opinnäytetyö alkoi aiheen valinnalla keväällä 2012, ja kun aiheelle oli saatu lupa, alettiin työstää itse työtä. Teoriapohja valmistui tammikuussa 2012, ja helmikuussa 2013 alettiin tehdä itse potilasopasta. Potilasoppaan muokkaaminen tapahtui maaliskuussa 2013. Opinnäytetyön teorettinen viitekehys koostuu käsitteistä potilasopas, kivesten poisto, kivessyöpä ja eturauhassyöpä. Teoriapohjan koostaminen tehtiin tietokantahaun ja teemahaastattelun avulla.

Potilasopas sisältää tietoa Vaasan keskussairaalan toimintatavoista liittyen kivesten poistoleikkaukseen tulevaan potilaaseen, tietoa leikkauksesta sekä tietoa toimenpiteeseen johtavista sairauksista. Oppaassa on myös tietoa jälkihoidosta sekä yhteystietoja jatkohoitoon ja vertaistukeen liittyen.

ABSTRACT

Author	Marianna Pääs
Title	A Patient Leaflet For a Testicle Removal Patient
Year	2013
Language	Finnish
Pages	36 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Ritva Alaniemi

The purpose of this bachelor's thesis was to produce a patient information leaflet for a patient who is preparing himself to a testicle removal. The purpose of this leaflet is to be a written, informative support for a patient before and after the surgery. The goal was to be familiarized with the diseases that lead to a testicle removal, the surgery and to educate the patient about the disease.

The bachelor's thesis began with choosing the topic on spring 2012. When the topic had been accepted, the process of writing the bachelor's thesis could start. The theoretical basis was completed in January 2013 and the writing of the leaflet started in February 2013. The editing of the leaflet was done in March 2013. The theoretical framework of the thesis consists of the following concepts: patient leaflet, testicle removal, testicle cancer and prostate cancer. The making of the basis of the theory was done with database search and a theme interview.

The patient leaflet includes information about the procedure used with testicle removal patients in Vaasa Central Hospital. It also includes information about the surgery and information about the diseases that lead to the surgery. The leaflet also includes information about the after-care and the contact information for further care and peer support.

Keywords Patient leaflet, testicle removal, testicle cancer, prostate cancer

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	9
3	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA	10
4	KIRJALLISEN POTILASOPPAAN TUOTTAMINEN	12
	4.1 Potilasoppaan kieli	12
	4.2 Potilasoppaan sisältö.....	12
	4.3 Potilasoppaan ulkoasu.....	13
5	KIVESTEN POISTO JA SIIHEN JOHTAVAT SYYT.....	14
	5.1 Kivessyöpä.....	14
	5.1.1 Kivekset.....	14
	5.1.2 Kivessyövän etiologia ja diagnostiikka.....	14
	5.1.3 Kivessyövän merkkiaineet	16
	5.1.4 Kivessyövän ennuste ja jälkiseuranta.....	17
	5.2 Eturauhassyöpä	19
	5.2.1 Eturauhanen.....	19
	5.2.2 Eturauhassyövän diagnostiikka.....	19
	5.2.3 Eturauhassyövän ennuste ja seuranta	20
6	KIVESTEN POISTO TOIMENPITEENÄ	21
	6.1 Orkiektomia toimenpiteenä.....	21
	6.2 Orkiektomian jälkeinen hoito	21
	6.3 Kivesproteesi.....	22
7	POTILAAN PRE- JA POSTOPERATIIVINEN HOITOTYÖ.....	23
	7.1 Preoperatiivinen hoitotyö.....	23
	7.2 Postoperatiivinen hoitotyö	24
	7.2.1 Orkiektomiapotilaan tuen tarve toimenpiteen jälkeen	24
	7.2.2 Kivesten poiston vaikutus seksuaalisuuteen	25
8	OPINNÄYTETYÖN IDEA JA TOTEUTUS	27

	5
8.1 Työn suunnittelu yhteistyötahojen kanssa	27
8.2 Työn toteutus	27
9 POHDINTA.....	31
9.1 Tavoitteiden saavuttaminen	31
9.2 Etiikka.....	34
9.3 Jatkotutkimusaiheet.....	34
LÄHTEET.....	35
LIITTEET	

KUVIOLUETTELO**Kuvio 1.** Opinnäytetyön SWOT-analyysi

s. 11

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Haastattelukysymykset uroterapeutille**LIITE 2.** Opas kivesten poistoon tulevalle potilaalle

1 JOHDANTO

Kivesten poisto on toimenpide, jossa potilaalta poistetaan suunnitelmasta sekä sairaudesta riippuen toinen kives tai molemmat kivekset. Toimenpide suoritetaan spinaalipuudutuksessa ja kivekset poistetaan nivusviillon tai kivespussin kautta.

Kivesten poistoon johtavista sairauksista kivessyöpä sekä eturauhassyöpä ovat yleisimmät. Kivessyövän ilmaantuvuus on Suomen väestössä pieni, mutta nuorten miesten sairautena se on ilmaantuvuudeltaan yleisin. Eturauhassyöpä puolestaan on Suomessa miesten yleisin syöpä. Kivesten poisto on kivessyövän yleisin hoitomuoto ja sen jälkeen potilaan ennuste on yleensä hyvä. Eturauhasen syövässä kivesten poistoa käytetään esimerkiksi testosteronin ylläpitämisen metastaasin poistossa ja täten potilaan elinaikaa voidaan lisätä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa potilasopas kivesten poistoon tulevalle potilaalle. Opas tulee käyttöön Vaasan keskussairaalan osastolle A3. Potilasopas tullaan antamaan potilaalle ennen leikkausta. Tavoitteena tässä opinnäytetyössä oli perehtyä kivesten poistoon johtaviin sairauksiin sekä itse toimenpiteeseen. Tavoitteena on myös ohjata potilasta toimenpiteeseen liittyvistä asioista.

Opas kivesten poistoon tulevalle potilaalle on tärkeä Vaasan keskussairaallalle, sillä organisaatiolla ei vielä ole kyseistä opasta. Kattava potilasopas informoi potilasta ennen leikkausta ja toimii myös toimenpiteen jälkeen hänen tukena toimenpiteen ohjeiden sekä yhteystietojen avulla.

Tässä opinnäytetyössä käytiin yleisesti läpi myös kirurgisen potilaan pre- sekä postoperatiivista hoitotyötä, sillä siihen perehtyminen sekä siitä informoiminen oli merkittävä osa tämän potilasoppaan koostamista.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Projektille tulee määritellä ennalta tarkoitus eli se, mitä työllä on tarkoitus tuottaa tai toteuttaa sekä tavoitteet eli mitä hyötyä tuotoksesta on sen ollessa valmis. Tavoitteet siis määrittävät sitä tilannetta tai tulosta, joka saavutetaan, kun hanke on valmis. Tavoitteista riippuu myös se, miten projekti toteutetaan ja niiden pohjalta on myös määriteltävä etukäteen projektin tärkeimmät tuotokset. (Silfverberg 2007, 5 – 6.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa informatiivinen potilasopas kivesten poistoleikkaukseen tulevalle potilaalle. Opas tulee käyttöön Vaasan keskussairaalan urologian osastolle A3. Opas annetaan potilaalle kirjalliseksi ohjeeksi ennen kivesten poistoleikkaukseen tuloa.

Työn tavoitteena oli perehtyä orkiektomiaan toimenpiteenä sekä niihin sairauksiin, jotka johtavat kivesten poistoon. Valmiin tuotoksen tavoite oli valmistaa potilasta osastolle tuloon sekä tulevaan toimenpiteeseen. Tavoitteena oli myös ohjeistaa potilasta tulevaisuuteen; mihin potilas voi ottaa yhteyttä, millaisia järjestöjä Suomessa on ja miten orkiektomia vaikuttaa elimistöön sekä seksuaalisuuteen.

3 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA

Projekti eli hanke on laaja-alainen työ, jolla on etukäteen määritelty selkeä aikataulu. Lisäksi projektilla on tietyt resurssit, joilla pyritään saavuttamaan ennalta määritellyt tavoitteet. Projektin toteuttaa tietty henkilö tai tietyt henkilöt, joskus myös mahdollisesti jokin organisaatio, joka on perustettu kyseistä hanketta varten. Projektia varten laaditaan hankesuunnitelma, joka sisältää sen tavoitteet, aikataulun, resurssit sekä organisaation ja johtamismallin. (Silfverberg 2007, 5.)

Projektilla on erilaiset, tietyt vaiheet, joiden mukaan sen kanssa edetään. Tärkein projektin pohjustus on suunnittelu, ja koko opinnäytetyö projektina pohjautuu tehokkaalle suunnittelulle ja sen pohjalta toteuttamiselle. Projektin vaiheet ovat: Suunnittelun organisointi, alustavat taustaselvitykset, alustava rajaus ja lisäselvitykset, yhteissuunnittelu sidosryhmien kanssa, lisäselvitykset ja suunnitelman luonnostelu, suunnitelman arviointi, suunnitelman viimeistely, rahoituksen järjestäminen, toteutuksen käynnistämisestä tiedottaminen, työsuunnittelu ja hankkeen toteutus sekä hankkeen seuranta ja arviointi (Silfverberg 2007, 14).

Kun projektille tehdään alustavaa rajausta, tulee miettiä hankkeen ongelmia ja mahdollisuuksia. Tämän yhteydessä voidaan myös miettiä tavoitteiden sekä alustavan idean suhdetta heikkouksiin tai ongelmiin sekä mahdollisuuksiin ja vahvuuksiin. Tällöin ideaa pohtiessa voidaan käyttää SWOT-analyysiä. SWOT-analyysi eli nelikenttäanalyysi on kuvio, jossa tuodaan esille projektin heikkoudet ja vahvuudet sekä ongelmat ja mahdollisuudet. Silfverbergin (2007, 15) mukaan SWOT-analyysissä S (Strengths) kuvaa kehittämistilanteen ja sidosryhmien vahvuuksia, W (Weaknesses) ongelmia ja heikkouksia, O (Opportunities) toimintaympäristön ja tulevaisuuden tarjoamia vahvuuksia ja T (Threats) niiden luomia uhkia. Vahvuudet ja mahdollisuudet ovat niitä, joille on eniten lupaavia lähtökoh-
tia ja heikkouksia ja uhkia mietittäessä kannattaa ottaa huomioon ne, joihin pitäisi paneutua projektissa tehokkaimmin (Silfverberg 2007, 15 – 16).

Tämän projektin SWOT-analyysissä (Kuvio 1) vahvuutena korostuu aiheen tärkeys ja mahdollisuus tuottaa hyötyä potilaalle, sekä motivoiminen potilasoppaiden tekemiseen. Heikkoutena esille tulee haasteet materiaalin saatavuudesta ja ajankohtaisuudesta. Uhkana nähdään ajan riittävyys.

<p>Vahvuudet</p> <p>Opinnäytetyöllä on tilaaja → työlle on selkeästi työelämälähtöinen tarve</p> <p>Aihe on tärkeä ja ajankohtainen</p>	<p>Mahdollisuudet</p> <p>Työstä saatava hyöty potilaalle</p> <p>Innostaa kehittämään potilasoppaita sekä potilaan ohjausta</p>
<p>Heikkoudet</p> <p>Materiaalin ja erityisesti tutkimuksien löytäminen työn pohjaksi</p> <p>Ajankohtaisen materiaalin löytäminen</p> <p>Materiaali vieraskielistä → ymmärrys</p>	<p>Uhat</p> <p>Aikataulutuksen ja sen onnistumisen, aikataulussa pysyminen</p> <p>Motivaatio</p>

Kuvio 1. Opinnäytetyön SWOT-analyysi

4 KIRJALLISEN POTILASOPPAAN TUOTTAMINEN

Kirjallista potilasopasta suunniteltaessa tulee miettiä, kenelle opas tullaan tuottamaan ja kuka sitä tulee lukemaan. Hyvä kirjallinen potilasopas puhuttelee potilasta ja potilas käsittää sitä lukiessaan, että teksti on kirjoitettu juuri hänelle (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 36).

4.1 Potilasoppaan kieli

Potilasoppaassa potilasta on hyvä puhutella teititellen. Hyvää hoitosuhdetta edistävät perustelut suosituksista, ja täten potilas pääsee toteuttamaan myös itsemääräämisoikeuttaan. Käskymuodossa kirjoitettu ohje saattaa tuoda potilaalle tunteen, että häntä pidetään ymmärtämättömänä, eikä passiivimuodossa kirjoitettu teksti puhuttele potilasta. (Torkkola ym. 2002, 37 – 38.) Potilasohjeen tekstissä kannattaa siis käyttää aktiivimuotoa (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 127).

Potilasopasta tehdessä kannattaa huomioida ymmärrettävyys ja selkeys, sillä huonosti ymmärrettävissä olevat ohjeet voivat heikentää ohjauksen laatua ja potilas saattaa ymmärtää ne väärin (Kyngäs ym. 2007, 125). Potilasohjeissa tulisi välttää vaikeaa sairaalakieltä ja suosia havainnollista yleiskieltä (Torkkola ym. 2002, 42). Erilaiset ammattisanat tulisi aina suomentaa, ja mikäli kyseiselle sanalle ei ole suomennosta, tulee käsite selventää potilaalle (Torkkola ym. 2002, 51).

Torkkolan ym. (2002, 49) mukaan lauseiden ja virkkeiden tulisi potilasohjeissa olla lyhyitä, maksimissaan noin 15 sanaa. Pitkät virkkeet olisi hyvä jakaa useammiksi ja lyhyemmiksi lauseiksi, sillä pitkissä virkkeissä on usein enemmän asioita, ja se tekee niistä hankalampia ymmärtää.

4.2 Potilasoppaan sisältö

Torkkolan ym. (2002, 11) mukaan potilasohjeissa tärkeää on sisällön lisäksi tapa, jolla asiat välitetään potilaalle. Valitsemalla sopiva tyyli asioiden kertomiseen

voidaan potilaalle viestittää tämän asemasta terveydenhuollossa ja rajata käsityksiä eri sairauksista.

Potilasohjeen ensimmäisistä lauseista tulisi käydä ilmi, mitä ohje pitää sisällään (Torkkola ym. 2002, 36). Myös otsikon tulisi kuvata koko oppaan sisältöä – pelkästään hyvä otsikko jo kertoo potilaalle, mistä potilasohjeessa on kysymys. Hyvä otsikko herättää lukijan mielenkiinnon, ja lisäksi väliotsikoilla tekstiä voi jakaa pienempiin yksityiskohtiin, jotka osaltaan johdattavat lukijan lukemaan potilasohjeen kokonaan. (Torkkola ym. 2002, 39 – 40.)

Potilasopasta tehdessä kannattaa muistaa se, että lukija ei välttämättä lue koko tekstiä läpi. Tällöin tärkeimpien asioiden tulisi esiintyä heti potilasoppaan alussa. Lukija on otettava huomioon heti tekstin alusta, ja tämä osoittaa lukijalle, että kyseinen teksti on tarkoitettu hänelle, ja se kannattaa lukea loppuun asti. (Torkkola ym. 2002, 39.) Kyngäksen ym. (2007, 126) mukaan potilasohjeessa ei saa olla liikaa tietoa, vaan asiat on esitettävä pääpiirteittäin. Myös esimerkeillä voidaan selittää ja selkeyttää aihetta.

4.3 Potilasoppaan ulkoasu

Potilasoppaan ulkoasua suunniteltaessa tulee huomioida tekstin ja kuvien tehokas ja taidokas asettelu paperille. Ulkoasussa ei tarvitse välttää tyhjää tilaa, vaan se tuo ohjeeseen lisää ymmärrettävyyttä, sillä liian täyteen ahdettu potilasopas voi tuntua potilaasta sekavalta. (Torkkola ym. 2002, 53.)

Kyngäksen ym. (2007, 127) mukaan kirjallisissa potilasohjeissa tulee ottaa huomioon kirjasimen tyyppi, koko sekä kappalejako. Huomioitavia asioita voidaan painottaa esimerkiksi alleviivauksilla tai tekstiä värittäen. Lisäksi potilasoppaassa otetaan huomioon organisaation potilasoppaan malli, sillä se edistää laitoksen imagoa (Torkkola ym. 2002, 55 – 29).

5 KIVESTEN POISTO JA SIIHEN JOHTAVAT SYYT

Kivesten poisto eli orkiektomia on toimenpide, jossa mieheltä poistetaan toinen kiveksistä tai molemmat kivekset. Kaksi yleisintä sairautta, jotka johtavat kivesten poistoon ovat kivessyöpä ja eturauhassyöpä.

5.1 Kivessyöpä

Kivessyöpää esiintyy yleensä nuorilla (15–34-vuotiailla) miehillä, ja sen ilmaantuvuus on yleisin kaikista muista syövistä tämän ikäisillä miehillä. Kuitenkin vain noin 1 % miehistä Suomessa sairastuu kivessyöpään. (Leskinen, Ala-Lipasti, Marttila, Paaso & Raitanen 2009, 1873.)

5.1.1 Kivekset

Kivesten tehtävä on tuottaa sukupuolihormoneja sekä siittiöitä. Niiden sijainti miehen kehossa on kivespussissa, ja kivespussin sisällä ne roikkuvat siemennuoran varassa. Kivesten sisällä on siementiehytputkia, jotka muodostavat kiveksen suurimman rakenteen, ja niiden tehtävänä on tuottaa siittiöitä. (Hervonen & Virtanen 2002, 34.)

5.1.2 Kivessyövän etiologia ja diagnostiikka

Kivessyöpä on yleisimmin lähtöisin solukosta, joka tuottaa sukusoluja. Tämän perusteella kivessyövät voidaan jakaa kahteen eri tyyppiin: seminoomiin ja nonseminoomiin. Nonseminoomakasvaimet ovat yleisimpiä 30-vuotiailla ja seminoomakasvaimia esiintyy puolestaan eniten 40-vuotiailla miehillä. Metastasoituneita kasvaimia on nonseminoomista 50–70 % tapauksista ja seminoomista kasvaimista 20–30 %. (Raitanen & Hervonen 2005, 743.)

Seminoomakasvaimet eli sukusolukosta lähtöisin olevat kasvaimet jaetaan klassiseen seminoomaan, anaplastiseen seminoomaan ja spermatosyyttiseen seminoomaan. Niiden ilmaantuvuus on 40–65 % tapauksista. Noin 75 % potilaista seminooma on lähettänyt keuhko- ja maksametastaaseja, 50 % tapauksista luusto-

metastaaseja ja 20 % aivometastaaseja. (Laato 2002, 234.) Seminoomat kasvaimet ovat sädeherkkiä kasvaimia, jolloin sädehoito on hyvä vaihtoehto sytostaattihoidolle (Jantunen 2012).

Nonseminoomat kasvaimet ovat muusta kuin sukusolukosta lähtöisin olevia kasvaimia. Niihin luetaan embryonaalinen karsinooma, teratooma, teratokarsinooma, istukkasyöpä sekä ruskuaispussikasvaimet (Laato 2002, 234).

On pidetty todennäköisenä, että kivessyövän muodostumiseen vaikuttavat kehityksen varhaiset vaiheet. Myös piilokiveksisyys saattaa lisätä kivessyövän riskiä, sillä noin 7–10 % henkilöiltä, joilta löydetään kivessyöpä, löydetään myös laskeutumaton kives. Toisaalta varhain havaittu piilokiveksisyys ja kiveksen palauttaminen ja kiinnittäminen kivespussiin ei suojaa kivessyövältä. Riski kivessyöpään on osittain myös perinnöllinen, sillä riski kivessyöpään on nelinkertainen, mikäli se esiintyy isällä, ja yhdeksänkertainen sen esiintyessä veljellä. (Raitanen & Hervonen 2005, 744.)

Yleiset oireet kivessyöväälle ovat toisen kiveksen suureneminen sekä siihen liittyvä kipu. Osalla oireena voi olla myös selkävivot, vatsakivut sekä hengenahdistus (Raitanen & Hervonen 2005, 744).

Raitasen & Hervosen (2005, 744 – 745) mukaan kivessyöpää epäiltäessä tärkeintä on tutkia kivekset tunnustellen, aloittaen terveestä kiveksestä. Kasvain tuntuu yleensä kiinteänä kohtana kiveksen sisällä. Kaikukuvauksella saadaan lisää tietoa kiveksen mahdollisesta syövästä helposti ja nopeasti, ja sitä pidetään luotettavana tutkimuksena. Kivessyövästä ei suositella koskaan otettavan solunäytettä, sillä solunäytteen ottaminen rikkoo tunica albuginean eli vaalean kovakalvon, joka toimii hyvänä ja luonnollisena esteenä kasvaimen leviämislle (Laato 2002, 231).

Kivessyöpä ei pelkkänä sairautena vaikuta miehen hedelmällisyyteen. Kuitenkin syövän leviäminen johtaa yleensä sytostaattihoidon tai sädehoitoon, jotka laskevat hedelmällisyyttä. Tällöin ennen hoitoja on mahdollista ottaa siemennestettä talteen. (Jantunen 2012.)

5.1.3 Kivessyövän merkkiaineet

Laadon (2002, 231) mukaan kivessyöpää sairastavasta potilaasta on löydettävissä merkkiaineita, jotka viittaavat kivessyövän mahdollisuuteen. Näitä merkkiaineita ovat hCG eli koriongonadotropiini, AFP eli alfafetoproteiini, LD eli laktaattidehydrogenaasi sekä NSE eli neuronispesifinen enolaasi. Merkkiaineiden pitoisuuksia potilaan veressä seurataan myös leikkauksen jälkeen jälkikontrolleissa (Laato 2002, 240).

Merkkiaineet ovat käytännöllisiä kivessyövän diagnoosia, luokitusta sekä hoidon tehokkuutta arvioitaessa, ja niillä on myös katsottu olevan merkitystä kivessyöpään sairastuneen potilaan ennustetta mietittäessä (Laato 2002, 231).

HCG eli koriongonadotropiini eli istukkahormoni on normaalisti raskaana olevan naisen kehossa erittyvä hormoni. HCG-hormonia erittyy etenkin troboflastisissa kasvaimissa. Kiveksen kasvaimet ovat troboflastisia soluja tuottavia kasvaimia, joten kivessyöpää sairastavan henkilön elimistössä on usein löydettävissä hCG-hormonia. Ei-semiinoomissa kasvaimissa hCG-hormonia erittyy yli 50 % sairastuneista ja semiinoomissa kasvaimissa hCG-hormonia löydetään noin 10–15 % potilaista. (Lempiäinen 2012, 13.)

Laadon (2002, 232) mukaan hCG-hormonin määrän lasku kertoo onnistuneista syöpähoidoista. Mikäli orkiektomian jälkeen elimistön hCG-pitoisuus on edelleen koholla, saattaa se olla merkki jäännöskasvaimesta tai etäpesäkkeistä elimistössä.

AFP eli alfafetoproteiini on proteiini, jota esiintyy normaalisti sikiön seerumissa. Kivessyöivistä osa erittää alfafetoproteiinia, ja tällöin on 50–70 % tapauksista kyse ei-semiinoomista kasvaimista (Laato 2002, 232).

LD eli laktaattidehydrogenaasi on seerumissa esiintyvä arvo, jonka kohoaminen voi Laadon (2002, 232) mukaan korreloida esiintyvän tuumorin määrään. Mahdollisten laktaattidehydrogenaasilöydösten lisäksi tulee kuitenkin huomioida potilaan yleistila.

NSE eli neuronispesifinen enolaasi on glykolyysin entsyymi, jota esiintyy neuro-neissa sekä neuroendokrinologisissa soluissa. Mikäli kasvain on neuroendokrinologista alkuperää, neuronispesifisen enolaasin määrä seerumissa voi lisääntyä. Seminoomakasvaimet lasketaan neuroendokrinologisiin kasvaimiin. (HUSLAB 2011.)

Jantusen (2012) mukaan Vaasan keskussairaalan urologian osastolla NSE-arvojen mittaaminen on lisääntynyt, kun selvitetään kivessyövän mahdollisuutta.

5.1.4 Kivessyövän ennuste ja jälkiseuranta

Kivessyöpä uusiutuu kolmasosalla potilaista orkiektomian jälkeen. Uusiutumisen riski on suurin 18 kuukauden aikana leikkauksesta ja ensimmäisen vuoden aikana uusiutuminen tapahtuu 80 %:lla potilaista. Merkkiainepitoisuuksien kasvu on merkki syövän uusiutumisesta noin puolella potilaista, ja AFP:n ja hCG:n runsas määrä veressä heikentävät ennustetta. Ennustetta huonontavat myös etäpesäkkeet maksassa, luustossa ja keskushermostossa sekä yli 5 cm:n kasvainmassa välikarsinassa. Ilman edellä mainittuja tekijöitä eloonjäämisen ennuste on viiden vuoden tähtäimellä 92 %. Yhden ennustetta huonontavan tekijän viisivuotisennuste on 71 %, kahden tekijän 48 % ja 26 % kolmen ennustetta huonontavan tekijän kohdalla. Mikäli kivessyöpäpotilaat pysyvät terveinä viisi vuotta taudin hoidosta, katsotaan heidät parantuneeksi. (Laato 2002, 240 – 241.)

Seminoomakasvaimissa seuranta tapahtuu kahden ensimmäisen vuoden aikana joka kolmas kuukausi. Kontrolleissa tutkitaan kasvaimen merkkiaineet, thorax sekä lymfografian jälkikuvat. Kontrollitutkimukset jatkuvat puolivuositain 2 – 5 vuoden aikana sairastumisesta, ja tämän jälkeen 5 – 10 vuoden jälkeen sairastumisesta vuosittain. (Laato 2002, 240.)

Nonseminoomien kasvainten seuranta tapahtuu ensimmäisen vuoden ajan kuukausittain, jolloin otetaan kasvainmerkkiaineet, sekä kahden kuukauden välein TT-tutkimuksin. Hoidon jälkeen kontrollit jatkuvat kahden kuukauden välein seuraavat kaksi vuotta, ja näissä tutkimuksissa seurataan kasvainmerkkiaineita, verikokeita, thorax-kuvaa sekä potilaan yleisstatusta. Kun sairastumisesta on kulunut

2–5 vuotta, kontrollit tapahtuvat neljän kuukauden välein ja tämän jälkeen 5–10 vuotta kontrollit jatkuvat kerran vuodessa. (Laato 2002, 240 – 241.)

5.2 Eturauhassyöpä

Eturauhassyöpä on Suomessa miesten yleisin syöpä, ja sen esiintyvyys väestössä on noin 115/100 000 henkeä kohti. Eturauhassyövälle altistavat ensisijaisesti korkea ikä sekä perinnölliset tekijät. Myös eläinrasvat sekä tietyille raskasmetalleille altistuminen saattavat lisätä eturauhassyövän riskiä. (Pétas 2007.)

Kivesten poisto eturauhassyövän hoitona on vain yksi hoitomuoto. Muita hoitomuotoja ovat esimerkiksi eturauhasen poistoleikkaus, eturauhasen syövän ulkoinen sädehoito, sisäinen sädehoito eli brakyhoito sekä eturauhasen hormonihoito (Pétas 2007).

5.2.1 Eturauhanen

Aikuisen miehen normaalikokoinen eturauhanen on kooltaan noin 4 cm ja painaa 20–25 grammaa. (Hervonen & Virtanen 2002, 37). Sen tehtävänä on tuottaa eritettyä siittiöiden ravinnoksi ja varastoida sitä. Iän kasvaessa eturauhanen kasvaa, ja eturauhasen hyvänlaatuista liikakasvua eli hyperplasiaa todetaan jopa 80 %:lla yli 60-vuotiaista miehistä (Perttilä 2007).

5.2.2 Eturauhassyövän diagnostiikka

Eturauhasen liikakasvu voi aiheuttaa virtsaamisoireita, kuten tiheävirtsaaisuutta, virtsainkontinenssia ja virtsasuihkun hitautta. Kuitenkin noin 80 % eturauhassyövästä kasvaa perifeerisessä vyöhykkeessä, jolloin se ei aiheuta potilaalle ongelmia. Eturauhassyövän diagnosoinnissa käytetään apuna tunnustelua, PSA-merkkiainetta sekä eturauhasen kudoksenäytettä. Eturauhasta tutkittaessa selvitetään sen koko, onko siinä kyhmyjä ja aristaako potilas eturauhasta. Tämän lisäksi selvitetään, onko potilaalla verivirtsaaisuutta, erektio-ongelmia ja tyhjeneekö virtsarakko kunnolla. (Pétas 2007.)

PSA eli prostataspesifinen antigeeni on tärkein merkkiaine eturauhasen hyvänlaatuisen liikakasvun ja eturauhassyövän toteamisessa. Sen pitoisuutta elimistössä mitataan verikokein, sillä se erittyy ihmisen verenkiertoon. PSA-arvojen koho-

minen kertoo joko eturauhasen hyperplasiasta tai karsinoomasta, eikä sitä voida käyttää yksinään määrittämään, kummasta tapauksesta on kyse. Kohonneina arvoina pidetään yli 2 µg/l, ja mikäli arvot ovat yli 20 µg/l, pidetään niitä viitteellisinä eturauhassyövälle. (Pétas 2007.)

TRUS eli transrektaalinen kaikututkimus on kuvantamismenetelmä, joka tehdään peräsuolen kautta. Transrektaalinen kaikututkimus on toistaiseksi tarkin menetelmä eturauhasen kokoa ja muotoa selvitetessä (Lukkarinen 2002, 244).

Eturauhassyövän diagnoosi varmistetaan vielä tutkimalla kudoksenäyte histopatologisesti. Transrektaalisesta kaikututkimuksesta otetaan 6–8 koe-palaa (Lukkarinen 2002, 244).

5.2.3 Eturauhassyövän ennuste ja seuranta

Eturauhassyövän ennusteeseen vaikuttavat kasvaimen levinneisyys sekä sen erilaistumisaste. Mikäli kasvain on paikallinen ja hyvin erilaistunut, 90–94 %:lla kymmenvuotisennuste on hyvä hoidoista riippumatta. Huonosti erilaistuneet kasvaimet hoidetaan yleensä radikaalikirurgialla, ja tällöin saavutetaan paras tulos. Mikäli eturauhassyöpä on levinnyt ja lähettänyt etäpesäkkeitä, elinennuste on 2–3 vuotta. Hormoniresistenttiä eturauhassyöpää sairastavalla potilaalla elinennuste on 0,5–1 vuotta. (Lukkarinen 2002, 250.)

Eturauhassyövän seuranta järjestetään avohoidossa tai terveyskeskuksessa, paitsi luustometastaaseja lähettäneiden kasvaimen seuranta kuuluu urologille. Kontrollit järjestetään määräajoin, yleensä puolen vuoden välein. Kontrollikäynneillä selvitetään oireet, tunnustellaan eturauhanen ja otetaan potilaalta laboratoriokokeita seerumista (hemoglobiini, kreatiniini, PSA sekä alkalinen fosfataasi). (Lukkarinen 2002, 249 – 250.)

6 KIVESTEN POISTO TOIMENPITEENÄ

Laadon (2002, 237) mukaan seminoomakasvainten sekä nonseminoomien kasvainten ensisijainen hoito on radikaali orkiektomia. Toimenpiteessä poistetaan joko toinen kives tai molemmat kivekset (Jantunen 2012).

6.1 Orkiektomia toimenpiteenä

Orkiektomia tehdään spinaalipuudutuksessa. Toimenpide aloitetaan nivusviillolla. Mikäli preoperatiivisesti kasvain on todettu pahanlaatuiseksi tai jääleiketutkimuksen tulos osoittaa kasvaimen pahanlaatuiseksi, siemennuoran verisuonet ja siemenjohdin sidotaan ennen kiveksen poistoa kasvainsolujen leviämisen estämiseksi. Tämän jälkeen siemennuora katkaistaan ja kives poistetaan. (Laato 2002, 237.)

Jantusen (2012) mukaan Vaasan keskussairaalassa eturauhassyöpöpotilaiden hoitaminen orkiektomiolla on vähentynyt, sillä helppohoitoisemmat hormonihoitot ajavat saman asian. Vaasan keskussairaalassa orkiektomioita tehdään pitkälle edenneillä eturauhassyövän sairastajilla 5–10 vuodessa. Orkiektomiolla saadaan nopea vaikutus esimerkiksi testosteronin ylläpitämässä metastaasissa ja toimenpiteellä saadaan usein lisättyä potilaan elinaikaa sekä helpotetaan potilaan oireita (Lukkarinen 2002, 248).

6.2 Orkiektomian jälkeinen hoito

Orkiektomian jälkeinen hoito riippuu Laadon (2002, 237) mukaan kasvaimen tyyppistä ja levinneisyydestä. Seminoomat kasvaimet jatkohoidetaan yleensä seurannalla tai sädehoidolla ja non-seminoomat kasvaimet hoidetaan sytostaateilla.

Orkiektomian jälkeen testosteronin määrän lasku täytyy huomioida. Potilaalle voi ilmaantua naisellisia piirteitä ja usein testosteronin vähentyminen miehen kehossa aiheuttaa myös osteoporoosia, kuumia aaltoja, anemiaa sekä lihassmassan pienenemistä. Näihin oireisiin tulee löytää ratkaisu ja helpotus. (Lukkarinen 2002, 248.)

6.3 Kivesproteesi

Kivesproteesi on silikoninen ja kivespussin mallinen. Se asetetaan potilaalle luonnollisen ulkonäön vuoksi (Lahdes-Vatama 2002, 336 – 337). Potilas keskustelee asiasta leikkaavan lääkärin kanssa ennen leikkausta (Jantunen 2012).

Kivesproteesin asettamisen mahdollisuudesta on hyvä mainita potilaalle ennen leikkausta, vaikka monet eivät välttämättä koe sitä tarpeelliseksi. Kivesproteesi voidaan laittaa potilaalle itse toimenpiteessä tai myöhemmin, joskin kivesproteesin asettaminen leikkauksen yhteydessä saattaa tuoda paremman kosmeettisen lopputuloksen. Mikäli kivesproteesi asetetaan jälkikäteen, voi olla vaikea löytää sille oikeanlaista tilaa. (Oldbring 2006, 350.)

Jantunen (2012) mukaan Vaasan keskussairaalassa kivesproteesia ei aseteta läheskään aina, kun potilaalle tehdään orkiektomia. Usein kuitenkin nuoret miehet haluavat kivesproteesin esteettisistä syistä. Kivesten poistossa, kuten missä tahansa kirurgisessa toimenpiteessä, on riskinä infektio leikkausalueella. Tällöin mikäli potilas saa infektion, ja hänelle on asetettu proteesi, proteesi poistetaan infektion hoidon ajaksi (Juutilainen 2009).

7 POTILAAN PRE- JA POSTOPERATIIVINEN HOITOTYÖ

Ennen potilaan saapumista toimenpiteeseen on tehtävä selvitys hänen terveydentilastaan. Leikkausta edeltävät tutkimukset sekä niissä havaitut muutokset vaativat hoitohenkilökunnalta aikaa sekä hyvää yhteistyötä. (Käypä hoito 2008.)

7.1 Preoperatiivinen hoitotyö

Ennen kirurgista leikkausta arvioidaan kirurgiseen leikkaukseen liittyvä riski. Tämä arviointi liittyy kuolleisuus- ja komplikaatoriskeihin ja se voidaan tehdä erilaisin riskiluokitusmenetelmin riippuen leikkauksesta. (Käypä hoito 2008.)

Potilaan esitarkastus on osa leikkausta edeltävää arviointia. Esitarkastusta varten on perustettu preoperatiivisia poliklinikoita. Käypä hoito -suosituksen (2008) mukaan sen vaikuttavuutta on vaikea arvioida, mutta kyseisellä toiminnalla voidaan nopeuttaa potilaan hoitopolkua sairaalassa ja ehkäistä leikkausten peruutuksia. Potilasta myös rauhoittaa anestesia- ja lääketieteellisen tapaaminen ennen toimenpidettä.

Jantusen (2012) mukaan orkiektomia toimenpiteenä ei rasita potilasta. Terveiden henkilöiden seulontatutkimukset eivät ole yleensä tarpeellisia, kun potilaalla on edessään leikkaus, joka kuuluu pienen riskin luokitukseen. Potilaan iän, leikkauksen vaikeusasteen ja perussairauksien mukaan voidaan preoperatiivisessa seulontatutkimuksessa tutkia EKG, thoraxröntgenkuva, hemoglobiini sekä elektrolyytit ja kreatiniini. (Käypä hoito 2008.)

Esitarkastuksessa selvitetään sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet, hengityselimistön sairaudet, uniapnea, anemia, endokrinologiset sairaudet, munuaissairaudet, maksasairaudet sekä neurologiset sairaudet. Terveystilaa kartoitettaessa otetaan huomioon myös potilaan ylipaino, ikääntymisen vaikutus terveydentilaan ja nautintoaineiden sekä huumeiden käyttö. Potilaan käyttämä lääkitys tarkistetaan ja lääkäri selvittää, voiko lääkitystä jatkua ennen ja jälkeen leikkauksen ja mikäli ei, kuinka sen voi korvata. Spinaalipuudutuksessa tehtävän toimenpiteen vuoksi antitromboottista lääkevalmistetta käyttävän potilaan on tauotettava lääkitys lääkineestä riippuen 4 – 7 päivää ennen leikkausta. (Käypä hoito 2008.)

Mieluiten jo preoperatiivisella käynnillä tai viimeistään potilaan saapuessa osastolle, potilasta informoidaan itse toimenpiteestä, miten leikkaukseen valmistaudutaan, mitä muutoksia ja rajoituksia leikkaus voi aiheuttaa ja koska toimenpide tehdään. Lisäksi potilaalle kerrotaan, ketkä hänen hoitoonsa osallistuvat, miten siirto leikkausosastolle ja takaisin vuodeosastolle tapahtuu sekä millaista kipua leikkauksen jälkeen voi esiintyä ja millä sitä voidaan lievittää. Potilaan ja omaisten niin halutessa omaisille voidaan antaa tietoa potilaan voinnista. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 60.)

7.2 Postoperatiivinen hoitotyö

Leikkauksen jälkeen potilas siirtyy kirurgiselle vuodeosastolle. Vuodeosastolla potilasta tarkkaillaan voinnin mukaan noin 24 tuntia leikkauksesta, tarkoituksena mm. edistää potilaan verenkiertoa, pitää yllä nestetasapainoa, antaa kivunlievitystä sekä edistää potilaan omatoimisuutta ja parantumista. (Holmia ym. 2006, 68.)

Spinaalipuudutuksen jälkeen potilaalla voi olla vaikeuksia virtsaamisessa, sillä spinaalipuudutus aiheuttaa kyvyttömyyttä tuntea rakon täyttymistä. Sairaalaympäristö ja yksityisyyden puuttuminen saattavat vaikeuttaa virtsaamista. Myös virtsan pidätyskyvyttömyys voi olla ongelmana. Nämä asiat tulee huomioida hoitotyössä ja kertoa niistä potilaalle. (Holmia ym. 2006, 70.)

Orkiektomian jälkeen potilaalla on sulavat ompeleet leikkaushaavassaan (Jantunen 2012). Haavanhoidossa tulee huomioida potilaan informointi, yksityisyys sekä riittävä ohjaus kotiutusta ja jatkohoitoa koskien (Holmia ym. 2006, 77).

7.2.1 Orkiektomiapotilaan tuen tarve toimenpiteen jälkeen

Jantusen kokemuksen (2012) mukaan etenkin nuoret kivessyöpäpotilaat kokevat itse sairauden sekä orkiektomian raskaina, ja itse hoidot sekä jälkiseuranta tekevät sairastumisesta pitkän prosessin. Eturauhassyöpäpotilaat ovat vanhempia ja ymmärtävät tilanteen helpommin.

Vaasan keskussairaalassa orkiektomiapotilaan hoitopolku alkaa yleensä nopeasti, ja nopealla tahdilla leikkaus järjestetään jo 1 – 2 viikon sisällä oireista ja taudin

diagnoosista. Lääkäri keskustelee potilaan kanssa ja ohjaa tämän sitten uroterapeutille, joka keskustelee potilaan kanssa sairaudesta, itse toimenpiteestä ja siitä, miten elämä leikkauksen jälkeen jatkuu. Vaasan keskussairaalan onkologian osaston oirehoitaja kertoo onkologisista hoidoista. (Jantunen 2012.) Tämän lisäksi Suomen Syöpäyhdistys tarjoaa Internet-sivuillaan tietoa sekä eturauhassyövästä että kivessyövästä. Kivessyövästä tarjottu tieto on pienimuotoisempaa kuin eturauhassyövästä. Kummankaan sairauden yhteydessä ei ole mainintaa vertaistuesta tai mistä sitä voisi löytää. Syöpäyhdistys kuitenkin tarjoaa esimerkiksi sopeutumiskursseja syöpään sairastuneille. (Suomen Syöpäyhdistys 2009.)

Potilaat tarvitsisivat nykyistä enemmän tukea ja tietoa orkiektomiasta sekä elämästä sen jälkeen. Yleensä etenkin kivessyövän uusiutuessa tuen tarve suurenee, mutta hoitojen jälkeen potilaat yleensä eivät enää ota yhteyttä sairaalaan. Tietoa tarvitaan siitä, mihin ottaa yhteyttä, mikäli haluaa vertaistukea, ja mistä voi kysellä askarruttamaan jääneitä asioita. Tällainen lisäinformaatio lisää hoidon laatua. (Jantunen 2012.)

7.2.2 Kivesten poiston vaikutus seksuaalisuuteen

Hoitotyössä tulisi huomioida, että syövällä sairautena sekä syöpähoidoilla on vaikutusta seksuaalisuuteen ja minäkuvaan. Riittävällä ohjeistuksella potilasta voidaan valmistaa kohtaamaan muutokset omassa kehonkuvassa ja olemuksessa sekä pääsemään niistä helpommin yli. Hoitohenkilökunnan tulisi miettiä, millaista tukea potilaalle annetaan sairauden eri vaiheissa. Potilaan yksityisyyden turvaaminen on huomioitava, vaikka potilasohjauksessa joudutaankin menemään henkilökohtaisiin asioihin. (Hautamäki-Lamminen, Kellokumpu-Lehtinen, Lehto, Aalto & Miettinen 2007, 163.)

Potilaan fertiliteetti sekä ejakulaatio säilyvät Laadon (2002, 237) mukaan 85 % tapauksissa, ja 15 % ejakulaatio muuttuu retrogradiseksi eli virtsarakkoon suuntautuvaksi. Retrogradinen ejakulaatio leikkauksen seurauksena on pysyvä tila, ja siitä tulisikin aina kertoa potilaalle ennen leikkausta (Lukkarinen & Tammela 2001, 1969).

Yleensä, kun potilaalta poistetaan vain toinen kives, kuten kivessyöpää sairastavilla, ei poistolla ole vaikutusta potilaan fyysiseen seksuaalisuuteen, ja potilaan ferti-
liteetti säilyy. Molempien kivesten poisto on yleisempää eturauhasen syövässä, jolloin potilaat ovat vanhempia. Molempien kivesten poistossa potilaan mahdolli-
suus saada jälkeläisiä päättyy. Siemennestettä on kuitenkin mahdollista ottaa tal-
teen ja se voidaan pakastaa. Siemennesteen talteenotto ja pakastaminen on yleistä
etenkin tilanteissa, joissa poistetaan molemmat kivekset tai jäljelle jäävä kives on
surkastunut tai sen voidaan olettaa toimivan muista syistä huonosti. Myös kives-
syöpää sairastava kives voi tuottaa terveitä ja hyvinvoivia siittiöitä, eivätkä sairas-
tuneen kiveksen siittiöt vahingoita mahdollista tulevaa sikiötä. (Oldbring 2006,
348.)

Molempien kivesten poiston jälkeen testosteronin taso laskee aiheuttaen mahdolli-
sesti naisellisia piirteitä sekä osteoporoosia (Lukkarinen 2002, 248). Orkiekto-
miapotilaan hoidossa tulisi huomioida tämä jo ennen kuin potilas lähtee sairaalas-
ta ja ennen kuin potilaalle ilmenee oireita. Lääkäri keskustelee potilaan kanssa
mahdollisista tulevista oireista sekä niiden hoidoista. (Jantunen 2012.)

Potilaille on tarjottava seksuaaliohjausta iästä riippumatta. Seksuaaliohjaus voi
koskea esimerkiksi erektiolääkkeitä tai korjausleikkauksien mahdollisuutta. Tut-
kimuksen mukaan potilaat kaipaavat seksuaaliohjausta osana hoitosuunnitelmaan-
sa jo sairastumisen alussa ja he odottavat, että aloite tulee henkilökunnalta. Poti-
laat odottavat hoitohenkilökunnalta ammatillisuutta seksuaaliohjaukseen liittyen,
ja ammatillisuuteen kuuluu potilaiden mukaan muun muassa helppo lähestyttä-
vyys, asiantuntemus sekä herkkyyys huomata potilaan keskustelutarve (Hautamäki-
Lamminen, Åstedt-Kurki, Lehto, Kellonkumpu-Lehtinen 2010, 285).

Hautamäki-Lammisen ym. (2010, 286) mukaan potilaat kaipaavat myös kirjallista
tukea jo sairastumisensa alkuvaiheessa. Seksuaaliohjauksen sisällöltä potilaat toi-
vovat muun muassa minäkuvan vahvistamista sekä vertaistuen mahdollisuudesta
kertomista. Koska orkiektomialeikkauksen jälkeen erektio-ongelmien ilmenemi-
nen voi olla mahdollista, miehet kaipaavat tietoa niiden hoidoista. Myös esimer-
kiksi uroterapeutin vastaanotolla jälkitarkastuksessa voidaan keskustella erektio-
ongelmien hoitovaihtoehtoista. (Hautamäki-Lamminen ym. 2010, 286.)

8 OPINNÄYTETYÖN IDEA JA TOTEUTUS

Opinnäytetyön idea tuli alun perin työn tekijän kiinnostuksesta urologiaan. Ehdotuksena oli aluksi tehdä Vaasan keskussairaалalle opas virtsarakon höyläysleikkaukseen tulevalle potilaalle, mutta sairaalalta löytyi jo kyseinen opas. Yhteistyössä urologisen osaston A3 osastonhoitaja Bodil Mäen kanssa sovittiin, että osastolle tarpeellinen potilasopas olisi orkiektomiapotilaalle suunnattu opas.

8.1 Työn suunnittelu yhteistyötahojen kanssa

Työn tekijä sopi tapaamisen osasto A3 osastonhoitajan kanssa keväällä 2012. Osastonhoitaja antoi Vaasan keskussairaalan mallipohjan potilasoppaalle ja kertoi alustavasti taustatietoa orkiektomiapotilaista sekä Vaasan keskussairaalan toiveista potilasoppaan suhteen. Osastonhoitaja myös ehdotti osaston uroterapeutin haastattelua opinnäytetyöhön liittyen.

Väliseminaari opinnäytetyöhön liittyen pidettiin syyskuussa 2012. Tuolloin työn tekijä sai kommentteja ja ideoita opinnäytetyöhön ja sen tekemiseen niin opettajilta kuin työn opponentiltakin.

Opinnäytetyön ohjaaja Ritva Alaniemi sekä osastonjohtaja Regina Nurmi hyväksyivät aiheen maaliskuussa 2012. Tämän jälkeen alettiin työstää työsuunnitelmaa toiminnalliselle opinnäytetyölle. Työsuunnitelma hyväksyttiin Vaasan ammattikorkeakoulun puolesta lokakuussa 2012. Tämän jälkeen työsuunnitelma lähetettiin Vaasan keskussairaalan opinnäytetyön lupa-anomuksen kera Vaasan keskussairaalan operatiivisen klinikkaryhmän ylihoitaja Marjo-Riitta Himaselle, joka hyväksyi aiheen kirjallisesti.

8.2 Työn toteutus

Kun työsuunnitelma oli hyväksytty, opinnäytetyön ohjaaja Ritva Alaniemi ehdotti uroterapeutin haastattelua hoidettavaksi mahdollisimman pian. Vaasan keskussairaalan uroterapeutti Sari Jantuseen otettiin yhteyttä sähköpostitse ja myöhemmin

puhelimitse. Haastattelu orkiektomiapotilaan hoitoon liittyen suoritettiin marraskuussa 2012. Tämän jälkeen opinnäytetyön teoriapohjaa alettiin kirjoittaa. Teoriapohjaa varten tehtiin aineistohakua Medicistä suomenkielisillä hakusanoilla kivessyöpä, merkkiaineet, kivekset, kivesten poisto, eturauhasen syöpä, kivessyöpä sekä merkkiaineet. Cinahlista ja PubMedistä haettiin englanninkielisillä hakusanoilla lähteitä, ja seuraavat hakusanat tuottivat hyviä hakutuloksia: testicle, removal, orchiectomy, preoperative care, postoperative care, testicle cancer sekä prostata cancer. Teoriapohjaa valmisteltaessa oli aluksi ollut heikkoutena ja vaikeutena tarpeellisen materiaalin löytyminen, mutta työtä kirjoittaessa huomattiin, että materiaalia teoriapohjalle löytyi yllättävän paljon. Sari Jantusen tiedoista ja vinkeistä oli myös paljon hyötyä, kun pohdittiin, mistä tietoa kannattaisi lähteä hakemaan, ja mitä oppaaseen kaivattiin.

Vaasan Keskussairaalan osastolle A3 pidettiin tasaisin väliajoin yhteyttä sähköpostin välityksellä sekä osastolla työstä keskustellen. Työn tekijä kertoi opinnäytetyön etenemisestä ja antoi teoriapohjan ajoittain osastonhoitajan sekä uroterapeutin luettavaksi.

Itse opasta alettiin kirjoittaa helmikuussa 2013. Oppaan teko tapahtui melko nopealla tahdilla, sillä opinnäytetyön teoria antoi hyvän ja kattavan pohjan oppaan kirjoittamiselle. Oppaan kirjoittamisen tukena käytettiin hyvän potilasoppaan kirjoittamisen ohjeita. Tärkeinä asioina pidettiin tekstin ymmärrettävyyttä, ytimekkyyttä ja helppoa luettavuutta. Oppaaseen oli pyrkimys saada yleiskieltä, eikä vaikeaa ammattikieltä. Potilasoppaassa haluttiin myös puhutella potilasta kunnioittavasti niin, että potilas kokisi itsensä arvostetuksi sairaudestaan huolimatta. Opas koottiin selkeään ulkoasuun ja kappaleet jaettiin niin, että potilaan olisi helppo lukea tekstiä ja etsiä sieltä tarvitsemaansa tietoa. Oppaan kirjoittamisen tueksi sekä mallipohjaksi katsottiin erilaisia potilasoppaita Vaasan keskussairaalan Internet-sivuilta ja tarkasteltiin hyvien potilasoppaiden tuottamisen ohjeita.

Sisältöön valittiin teorian pohjalta tärkeimmät tiedot. Tukea sille, mikä on potilaan kannalta tärkeintä, katsottiin Vaasan keskussairaalan muista potilasoppaista. Lisäksi käytettiin omaa pohdintaa sille, mikä on potilaan kannalta tärkeää tietää. Vaasan keskussairaalan uroterapeutti Sari Jantunen pyysi myös oppaaseen joitakin

kohtia, jotka hän oli todennut potilaille tarpeellisiksi. Oppaaseen valittiin teorian pohjalta tietoa mitä tapahtuu ennen ja jälkeen leikkauksen sekä itse leikkauksesta, sillä ne ovat tärkeitä ja aiheellisia potilaan luettavaksi ennen toimenpiteeseen saapumista. Potilasoppaaseen valittiin myös tietopaketti kivessyövästä sekä eturauhassyövästä, sillä Jantusen mukaan useat potilaat kysyvät sairauksista ja haluavat tietää esimerkiksi merkkiaineista ja tutkimuksista. Oppaassa kerrotaan myös toimenpiteen vaikutuksesta seksuaalisuuteen, sillä teorian mukaan riittävällä ohjaamisella voidaan valmistaa potilasta seksuaalisuudessa sekä kehonkuvassa tapahtuviin muutoksiin.

Opas oli koottu maaliskuussa 2013, ja se vietiin luettavaksi osasto A3 osastonhoitaja Bodil Mäelle sekä uroterapeutti Sari Jantuselle. Jantunen antoi neuvoja, mitä oppaasta kannattaa jättää pois ja millaisessa muodossa asiat kannattaa ilmaista. Jantusen neuvojen avulla opasta hiottiin, ja tämän jälkeen opas annettiin urologi Susanna Hirsimäen luettavaksi. Hirsimäki muutti oppaaseen joitakin termejä ymmärrettävämmiksi, lisäsi joitakin lääkkeitä listaan sekä lisäsi joitakin oireita molemmissa sairauksissa käsittelevään kohtaan.

Kun opas oli Vaasan keskussairaalan yhteistyötahojen kanssa hiottu, annettiin se kahdelle miehelle luettavaksi. Toinen miehistä oli 57-vuotias ja toinen 24-vuotias. Miesten iät olivat sopivat opinnäytetyössä ilmaantuvien sairauksien perusteella, eli he edustivat niitä henkilöitä, jotka voisivat mahdollisesti joskus sairastua jompaan kumpaan tautiin ja täten lukea oppaan. Heiltä pyydettiin kommentteja siitä, onko opasta helppo lukea ja onko se heidän mielestään ymmärrettävä. Kommenttia haluttiin myös siitä, lukisivatko he oppaan loppuun mielenkiinnolla. Joillekin termeille 24-vuotias mies pyysi selityksiä, mutta sanoi jaksavansa lukea sen loppuun asti. Oppaaseen kyseiset termit muutettiin ymmärrettävämpään muotoon. Tiettyihin termeihin puuttui myös 57-vuotias mies, ja pyysi selitystä niille. Hän oli myös sitä mieltä, että opas saattaisi olla hieman liian pitkä, jotta hän lukisi sen loppuun varsinkin sairastumisensa alussa. Miehen mielestä hän saattaisi lukea oppaan tarkemmin läpi myöhemmin. Voidaan siis pitää kyseenalaisena sitä, jaksavatko potilaat lukea opasta kokonaan ja tarkasti läpi.

Miehet, jotka lukivat opasta, ymmärsivät lukemansa ja heidän mielestään siitä olisi heille apua, mikäli he sairastuisivat ja joutuisivat käyttämään opasta informaation lähteenä.

9 POHDINTA

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen potilasopas kivesten poistoon tulevalle potilaalle. Oppaan on tarkoitus tulla käyttöön Vaasan keskussairaalaan osastolle A3. Tässä osiossa pohditaan oppaan tavoitteiden toteutumista. Pohdinnassa käydään läpi myös haasteita sekä onnistumisia, joita työn tekemisessä kohdattiin.

9.1 Tavoitteiden saavuttaminen

Opinnäytetyön tekemisen tavoitteena oli perehtyä kivesten poistoon johtaviin sairauksiin sekä itse toimenpiteeseen. Samalla oli tavoitteena tutustua Vaasan keskussairaalan urologisen potilaan hoitopolkuun sekä kirurgisen potilaan hoitoprosessiin. Tämä tavoite toteutui hyvin ja vahvisti jo olemassa olevaa kiinnostusta urologiaan ja kiinnostusta potilaan hoitotyöhön sekä ohjaamiseen.

Kivesten poistoon tulevan potilaan oppaan tavoite oli valmistaa potilasta leikkaukseen sekä tulevaisuuteen jo ennen toimenpiteeseen tuloa sekä toimia informaatiorähteenä varhaisessa vaiheessa. Tavoitteena oli myös ohjeistaa potilasta siitä, mihin voi leikkauksen jälkeen olla yhteydessä esimerkiksi ongelmatilanteissa tai halutessaan lisätietoa sekä tukea.

Potilasoppaan sisältöön vaikuttivat toimenpide ja sen laatu, teoria hyvän potilasoppaan tekemisestä sekä osastolla A3 tapahtuva hoitotyö ja siihen liittyvät tarpeelliset tiedot. Itse teoriapohjassa on paljon tietoa sairauksista, toimenpiteestä sekä potilaan kirurgisesta hoitotyöstä. Näitä kaikkia asioita ei voitu kuitenkaan laittaa itse oppaaseen selkeyden ja ytimekkyyden vuoksi. Oppaaseen valittiin lyhennettyinä potilaan kannalta tärkeimmät tiedot ja siihen liitettiin potilaan huomiointi ja hyvä puhuttelu. Sisältöön valittiin siis tietoa toimenpiteestä, hoitotyöstä ennen ja jälkeen leikkauksen sekä tietoa seksuaalisuuden muutoksista. Erityisesti tietoon seksuaalisuudesta panostettiin, sillä seksuaaliohjaus saattaa jäädä sairaalassa puutteelliseksi sen arkaluontoisuuden vuoksi. Seksuaalisuuden osiolla lisätään potilaan kokonaisvaltaista ohjausta ja rohkaistaan potilasta pohtimaan omaa seksuaalisuuttaan ja olemaan halutessaan yhteydessä eri tahoihin seksuaalisuu-

teensa liittyvissä asioissa. Oppaan sisältö on siis kokonaisvaltainen ja potilaan huomioiva, ja se sisältää kattavat tiedot koko toimenpiteestä ja siihen liittyvistä asioista.

Oppaaseen tuli paljon tekstiä, ja teksti on melko tiivistä. Potilasoppaan pituus ja tiiviys jäi hieman kyseenalaiseksi, mutta kuitenkin siitä ei olisi voitu jättää enempää tietoja pois, sillä muuten oppaasta ei olisi tullut tarpeeksi kattavaa ja tarpeellista. Opas sisältää kuitenkin tarpeellista tietoa potilaalle ja se vastaa hyvän potilasoppaan ulkoasun kriteerejä lyhyillä lauseilla, teitittelyllä ja kappalejaolla. Oppaan sisältö on vain osa kivesten leikkaukseen tulevan potilaan ohjauksesta, ja potilas saa ohjeet myös suullisesti.

Tavoitteet olivat realistiset ja niiden saavuttaminen onnistui hyvin. Oppaaseen onnistuttiin kokoamaan selkeästi ja jäsennellysti tarvittavat tiedot. Informaatiota tuli oppaaseen melko paljon, ja monia asioita jouduttiin jättämään pois niiden tarpeellisuuden kyseenalaisuuden vuoksi, esimerkiksi silikonisen kivesproteesin asentaminen, joka on Vaasan keskussairaalassa harvinaista. Vaasan keskussairaalan yhteistyötahojen mukaan opas on hyödyllinen ja tulee tarpeeseen osastolla, ja opas vastaa heidän odotuksiaan. Yhteistyö osasto A3:n henkilökunnan kanssa toteutui hyvin ja yhteyttä osastolle pidettiin tasaisin väliajoin. Potilasopas ei vielä ole ollut käytössä osastolla, joten sen tarvetta sekä hyödyllisyyttä kivesten poistoon tulevalle potilaalle ei voida vielä määrittellä. Osaston puolesta valmis opas on kuitenkin heidän tarpeitaan vastaava. Kahden ulkopuolisen miespuolisen lukijan kommentit vaikuttivat oppaan sisällön muodostamiseen niin, että opas soveltuu potilaan luettavaksi ja on helposti ymmärrettävissä, eikä siinä käytetä vaikeaa sairaalakieltä.

Työn tavoitteena oli myös selvittää syöpäpotilaan mahdollisuudet vertaistukeen sekä miten Pohjanmaan alueella Suomen Syöpäjärjestö on ottanut huomioon kives- sekä eturauhassyöpäpotilaat. Tavoite toteutui, mutta työtä tehdessä huomattiin, että potilaan mahdollisuudet vertaistukeen ovat melko vaatimattomat. Potilaiden pitäisi olla todella aktiivisia itse, sillä esimerkiksi Suomen Syöpäjärjestön sivulla pitää etsiä melko pitkään, ennen kuin löytää esimerkiksi kivessyöpään sairastuneelle vertaistukea. Täten myöskään oppaaseen ei voitu kirjoittaa montaa-

kaan tahoja, jonne potilas voisi olla yhteydessä. Tämä koettiin heikkoutena jo opinnäytetyön SWOT-analyysiä tehdessä, sillä tarpeellisen materiaalin löytyminen oli yksi tämän projektin heikkouksista.

SWOT-analyysissä uhkana nähtiin myös aikataulutuksen sekä motivaation riittävyys. Aikataulutuksen oli tavoitteiden mukaisesti melko väljä, ja aikaa työn tekemiseen oli ajallisesti järjestetty paljon. Missään vaiheessa työtä ei tullut kiire, vaikka motivaatio laski välillä muiden koulutöiden sekä työn tekemisen takia. Ajoittain työn tekemisessä oli noin viikon mittaisia taukoja. Oli kuitenkin välillä hyvä miettiä tekemäänsä ja mitä seuraavaksi tekisi, joten pieni etäisyys opinnäytetyön tekemiseen teki välillä hyvää. Aikataulun tekeminen ja sitä seuraaminen oli todella hyvä idea, sillä kun aikataulutuksen tapahtui jo varhaisessa vaiheessa, oli koko ajan käsitys, mitä missäkin vaiheessa pitäisi tehdä. Aikataulussa pysyminen vaati kuitenkin pitkäjänteisyyttä sekä itsekuria, mutta motivaatio sekä kiinnostus opinnäytetyön aiheeseen auttoivat.

Oppaan tekeminen on opettanut hyvää potilasohjausta sekä ohjannut laadukkaaseen potilaan huomioimiseen ja ohjauksen tarpeen tarkkailemiseen. Sairauksiin perehtymisen lomassa on myös muodostunut selkeä kuva potilasoppaan tuottamisesta ja siitä, mitä hyvässä oppaassa tulisi olla. Täten voidaan myös myöhemmin tarkastella kriittisemmin erilaisia oppaita ja miettiä, olisiko niissä parannettavaa tai onko niistä hyötyä potilaalle organisaation haluamalla tavalla.

Tiedonhaku oli tämän opinnäytetyön yksi haastavimmista osista, ja se tuli ilmi jo SWOT-analyysissä yhtenä heikkoutena. Tiedonhaun onnistuminen toi lopulta kuitenkin paljon hyvää materiaalia. Aluksi materiaalia ei tuntunut löytyvän, koska hakusanojen keksiminen oli vaikeaa. Kirjaston informaattikko antoi kuitenkin paljon neuvoja ja etsi yhdessä työn tekijän kanssa oikeat hakusanat, joilla löytyi tarpeeksi tietoa opinnäytetyötä varten. Oikeat hakusanat auttoivat paljon materiaalin löytymisessä ja täten teoriapohjan muodostamisessa. Tiedonhaun lomassa myös uroterapeutin haastattelu toi ideoita opasta varten selvitettäviin asioihin sekä antoi pohjaa Vaasan keskussairaalan toimintatavoille ja opasta koskeville toiveille.

9.2 Etiikka

Opinnäytetyössä etiikka on huomioitu siten, että opasta tehdessä on oltu tietyn väliajoin yhteydessä yhteistyötahon, osasto A3:n henkilökunnan kanssa. Osastolta on pyydetty kommentteja oppaaseen liittyen sekä varmistettu, että opas vastaa heidän odotuksiaan. Osasto A3:n toiveet ja kommentit on huomioitu.

Opinnäytetyössä on käytetty alle 10 vuotta vanhaa lähdemateriaalia. Lähteiden tuoreus ja ajankohtaisuus on huomioitu. Lähteet, niiden kirjoittajat sekä julkaisutavat on valikoitu kriittisesti jo tiedonhausta lähtien.

Potilaan näkökulma on huomioitu opinnäytetyössä pohtimalla potilaan kannalta tärkeimpiä asioita ja sijoittamalla ne oppaaseen. Oppaan on lukenut myös kaksi miestä, jotka voisivat ikänsä puolesta kuulua sellaiseen väestöön, että he sairastuessaan voisivat lukea oppaan. Heidän kommenttinsa ja näkökulmansa oppaasta on otettu huomioon.

9.3 Jatkotutkimusaiheet

Etenkin kivessyöpään sairastuneen syöpäpotilaan mahdollisuudet saada vertaistukea tuntuvat heikoilta, ja sairastuneet ovat usein nuoria miehiä. Jatkotutkimusaiheena syöpään sairastuneiden urologisten potilaiden seksuaaliohjauksen tai tuen tarve voisi olla mielenkiintoinen aihe, sekä miten sitä voisi kehittää.

LÄHTEET

- Eturauhasen syövän hoito. Syöpäjärjestöt. 2005. Viitattu 13.4.2012.
<http://www.cancer.fi/tietoasiovasta/syopataudit/eturauhanen/hoito/>
- HUSLAB. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2011. Neuronispesifinen enolaasi, seerumista. Viitattu 5.12.2012. <http://huslab.fi/ohjekirja/3434.html>
- Hautamäki-Lamminen, K., Kellokumpu-Lehtinen, P., Lehto, J., Aalto, P. & Mietinen, M. 2007. Potilaiden kokemuksia seksuaalisuudesta ja seksuaalisuuden muuttumisesta syöpään sairastumisen jälkeen. *Hoitotiede*. Vol. 20, 3/-08, 151 – 165.
- Hautamäki-Lamminen, K., Åstedt-Kurki, P., Lehto, J. & Kellokumpu-Lehtinen, P. 2010. Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta? *Hoitotiede*. Vol 22, 4/-10, 282 – 290.
- Hervonen, H. & Virtanen, I. 2002. Miehen sukupuolielinten rakenne. Teoksessa *Urologia*, 31 – 41. Nurmi, M., Lukkarinen, O., Ruutu, M., Taari, K. & Tammela, T. Helsinki. Duodecim.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo. WSOY.
- Jantunen, S. 2012. Uroterapeutti. Vaasan keskussairaala. Haastattelu 9.11.2012.
- Juutilainen, T. 2009. Kirurgisten hoitotoimenpiteiden komplikaatiot. *Terveyskirjasto*. Duodecim. Viitattu 5.4.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00141
- Käypä hoito 2008. Leikkausta edeltävä arviointi. Viitattu 10.12.2012.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50066>
- Laato, M. 2002. Kives- ja lisäkiveskasvaimet. Teoksessa *Urologia*, 229 – 242. Nurmi, M., Lukkarinen, O., Ruutu, M., Taari, K. & Tammela, T. Helsinki. Duodecim.
- Lahdes-Vasama, T. 2002. Lasten urologiset sairaudet. Teoksessa *Urologia*, 319 – 344. Nurmi, M., Lukkarinen, O., Ruutu, M., Taari, K. & Tammela, T. Helsinki. Duodecim.
- Lempiäinen, A. 2012. Forms of Human Chorionic Gonadotropin in Serum of Testicular Cancer Patients. Väitöskirja. Helsinki. Helsinki University Print. Viitattu 3.12.2012.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/36773/formsofh.pdf?sequence=1>

- Leskinen, M., Ala-Lipasti, M., Marttila, T., Paaso, I., Raitanen, M. 2009. Kivespussin resistentit aikuisilla. *Lääketieteellinen Aikakauslehti Duodecim*. Viitattu 30.11.2012. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo98273.pdf>
- Lukkarinen, O. 2002. Eturauhassyöpä. Teoksessa *Urologia*, 234 – 251. Nurmi, M., Lukkarinen, O., Ruutu, M., Taari, K. & Tammela, T. Helsinki. Duodecim.
- Lukkarinen, O. & Tammela, T. 2001. Miesten seksuaalitoimintojen häiriöt. *Duodecim*. Viitattu 25.1.2013. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92528.pdf>
- Oldbring, J. 2006. Skrotums sjukdomar. Teoksessa *Urologi*, 343 – 363. Damber, J-E. & Peeker, R. Lund. Studentlitteratur.
- Orkiektomia, LHRH-analogit ja estrogeeni. Suomalainen Eturauhassyöpä. 2012. Viitattu 13.4.2012. http://www.suomalaineneturauhassyopa.fi/sivut/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=52
- Pétas, A. 2007. Eturauhassyöpä. *TherapiaFennica*. Viitattu 25.9.2012. <http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Eturauhassy%C3%B6p%C3%A4>
- Perttilä, I. 2007. Eturauhasen liikakasvu. *TherapiaFennica*. Viitattu 12.12.2012. http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Eturauhasen_liikakasvu
- Raitanen, M. & Hervonen, P. 2005. Kivessyöpä. Viitattu 13.4.2012. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94898.pdf>
- Sairanen, J. 2007. Kivessyöpä. *TherapiaFennica*. Viitattu 25.9.2012. <http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Kivessy%C3%B6p%C3%A4>
- Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Helsinki. Planpoint Oy. Viitattu 8.5.2012. <http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas>
- Suomen Syöpäyhdistys 2009. Potilaat ja läheiset. Kurssit. Viitattu 11.12.2012. <http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/neuvontakuntoutus/kurssit/>
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki. Tammi.

HAASTATTELUKYSYMYKSET UROTERAPEUTILLE

1. Mitä tiettyjä merkkiainekokeita potilaalta otetaan ennen ja jälkeen orkiektomialeikkauksen, ja mitä nämä tulokset kertovat potilaalle?
2. Miten pelkästään toisen kiveksen poisto vaikuttaa miehen hormonitoimintaan?
3. Millainen on kivessyövän uusiutumisen/leviämisen riski?
4. Saako potilas aina halutessaan orkiektomian jälkeen kivesproteesin, ja millainen tämä kyseinen proteesi on?
5. Liittyykö kivesproteesin hoitoon joitain erityisiä asioita?
6. Miten yleinen orkiektomia on toimenpiteenä eturauhassyöpää sairastavilla miehillä?
7. Miten potilaat kokevat mielestänne orkiektomian toimenpiteenä?
8. Minkä verran potilaat tarvitsevat mielestänne tukea leikkauksen jälkeen?
9. Minkälaista tukea potilaat tarvitsisivat?

OPAS KIVESTEN POISTOON TULEVALLE POTILAALLE

Teille on suunniteltu orkiektomia eli kivesten poistoleikkaus. Leikkauksessa teiltä poistetaan toinen kives tai molemmat kivekset aiemmin tehtyjen suunnitelmien mukaisesti.

Preoperatiivinen esikäynti

Ennen leikkausta käynte osastolla A1 preoperatiivisella esikäynnillä. Käynnille on hyvä ottaa mukaan tiedot käytössä olevasta lääkityksestä sekä niiden reseptit.

Preoperatiivisella käynnillä sairaanhoitaja haastattelee teitä ja kartoittaa nykyisen terveydentilanne, jotta saataisiin mahdollisimman tarkat tiedot osastolle sekä leikkaussaliin. Käynnillä saatte kirjallista sekä suullista ohjausta leikkaukseen valmistautumista varten. Tapaatte myös tarpeen mukaan leikkaavan lääkärin sekä anestesia­lääkärin.

Preoperatiivisen käynnin yhteydessä käynte myös tarvittaessa laboratoriossa sekä röntgenkuvauksessa. Yhteensä esikäyntiin on hyvä varata 2–4 tuntia aikaa. Tämän jälkeen saatte lähteä kotiin.

Ennen leikkausta

Mikäli käytätte antitromboottisia lääkkeitä (Marevan, Primaspan, Plavix, Clopidrogel), tulee nämä lääkkeet tauottaa hyvissä ajoin ennen leikkausta. Myös Omega-kapselit tulee tauottaa. Näiden lääkkeiden tauotuksesta sekä mahdollisesta korvaushoidosta saatte tietää preoperatiivisella esikäynnillä. Marevan tulee tauottaa yleensä 3 vuorokautta ja muut antitromboottiset lääkkeet tauotetaan 1 viikko ennen leikkausta.

Ennen leikkausta tulee teidän olla syömättä ja juomatta kello 24 jälkeen. Mikäli otatte aamulla lääkärin ohjeistamat lääkkeet, voitte ottaa ne pienen vesilasin kera.

Sairaanhoitaja soittaa teille sovitusti leikkausta edeltävänä päivänä ja kertoo, milloin saavutte paikalle leikkauspäivänä. Samalla saatte tietää, mitä lääkkeitä voitte ottaa leikkauspäivän aamuna.

Mikäli teiltä poistetaan molemmat kivekset tai leikkauksen jälkeen aloitetaan hedelmällisyyteen vaikuttavat sytostaatti- tai sädehoidot, on teillä mahdollisuus ottaa siemennestettä talteen ennen leikkausta. Voitte keskustella asiasta sairaanhoitajan tai lääkärin kanssa.

Leikkauspäivä

Leikkauspäivänä saavutte preoperatiiviselle klinikalle sovittuun kellonaikaan. Preoperatiivisella klinikalla saatte vaihtaa leikkausvaatteet ylleenne. Omat vaatteenne sekä tavaranne viedään säilytykseen kirurgiselle osastolle A3, jonne siirrytte leikkauksen jälkeen jatkohoitoon.

Saatte odottaa odotushuoneessa, kunnes saatte kutsun leikkaukseen. Sairaanhoitaja saattaa teidät leikkausosastolle.

Leikkaus

Leikkauksessa teiltä poistetaan toinen kives tai molemmat kivekset sairaudestanne riippuen.

Toimenpide suoritetaan spinaalipuudutuksessa. Voitte myös tarvittaessa saada rauhoittavaa lääkettä leikkauksen aikana.

Leikkauksessa teille voidaan asettaa silikoninen kivesproteesi, joka muistuttaa oikeaa kivistä. Lääkäri keskusteleekin kanssanne kivesproteesin asettamisesta ennen leikkausta.

Leikkauksen jälkeen

Leikkauksen jälkeen teidät siirretään heräämöhön, jossa tarkkaillaan jalkojen tunnon sekä liikkeen palautumista. Tämän jälkeen siirrytte osastolle A3.

Leikkaushaavallanne on sulavat ompeleet. Täten ompeleita ei tarvitse käydä poistattamassa.

Leikkauksessa teille on asetettu virtsakatetri, koska virtsaaminen estyy spinaalipuudutuksen johdosta. Virtsakatetrin ansiosta virtsan kulkua on



helpompi seurata, ja mahdollinen verivirtsaisuus saadaan huuhdeltua katetrin avulla. Virtsakatetri poistetaan osastolla sovitusti ja tämän jälkeen spontaania virtsausta seurataan ennen kotiinlähtöänne.

Osastolla vietätte yleensä yhden yön, ja saatte luvan kotiinlähtöön lääkäriltä seuraavana päivänä.

Jälkihoito

Kasvaimen jatkohoito riippuu kasvaimen tyypistä. Seminoomat kasvaimet hoidetaan yleensä sädehoidolla tai pelkällä seurannalla. Ei-seminoomien kasvainten jälkihoito tapahtuu tyypillisesti sytostaateilla.

Kotiinpääsyn jälkeen leikkaushaavan sekä mahdollisen kivesproteesin tarkkailu on tärkeää. Mikäli huomaatte haavassa tulehduksen merkkejä (punoitus, kuumotus, särky, keltainen erite) tai teille nousee kuume ilman flunssan oireita, ottakaa yhteys osastolle.

Voitte harrastaa liikuntaa normaalisti, mutta voimakkaita ponnistuksia ja nostamisia on hyvä välttää muutaman viikon ajan leikkauksen jälkeen.

Mahdollisesta sairaslomasta saatte tietoa osastolta ennen kotiutumistanne.

Jälkitarkastus ja seuranta tapahtuvat lääkärin määräysten mukaan kirurgian poliklinikalla tai osastolla A3.

Leikkauksen jälkeen käynte säännöllisin väliajoin kontrollikäynneillä, jotka määrätään leikkauksen jälkeen.

Molempien kivesten poiston jälkeen miesten testosteronin lasku voi aiheuttaa oireita, kuten osteoporoosia. Voitte keskustella lääkärin tai sairaanhoitajan kanssa oireiden hoidosta.

Kivesten poistoon johtavat sairaudet

Yleisimmät sairaudet, jotka johtavat kivesten poistoon, ovat kivessyöpä sekä eturauhasen syöpä.

Kivessyöpä on yleensä nuorten miesten sairaus (ikähaarukka yleisimmin 15 – 35 vuotta). Sairastuvuusprosentti on väestössä melko pieni, noin 1 %.

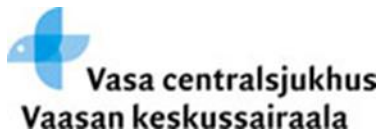
Kivessyövät voidaan jakaa seminoomakasvaimiin (sukusoluista lähtöisin oleviin) sekä ei-seminoomiin (muusta solukosta lähtöisin oleviin) kasvaimiin. Seminoomakasvaimet ovat sädeherkkiä kasvaimia, ja 20 – 30 % tapauksista kasvain on lähettänyt etäpesäkkeitä. Ei-seminoomissa kasvaimissa etäpesäkkeitä ovat lähettäneet 40 – 70 % tapauksista.

Kivessyövän oireet ovat yleensä kiveksen suureneminen sekä siihen liittyvä kipu. Oireita voivat myös olla selkäkipu, vatsakivut tai hengenahdistus. Osalla potilaista on löydettävissä verestä merkkiaineita, jotka kertovat kivessyövän ilmenemisestä. Näitä merkkiaineita ovat hCG, AFP, LD sekä NSE. HCG:tä sekä AFP:tä on löydettävissä etenkin ei-seminoomissa kasvaimissa. Noin kolmasosalla kivessyöpäpotilaista syöpä uusiutuu kivesten poistoleikkauksen jälkeen. Merkkiaineiden nousu veressä ilmoittaa yleensä syövän uusiutumisesta.

Eturauhassyöpä on miesten yleisin syöpäsairaus. Eturauhassyövän riskitekijöitä ovat korkea ikä sekä perintötekijät.

Eturauhassyövän oireita ovat muun muassa virtsaamisvaikeudet, kuten tiheävirtsaisuus, virtsan pidätyskyvyttömyys sekä virtsasuihkun hitaus, myös verivirtsaisuutta voi esiintyä.

Eturauhassyöpää sairastavan potilaan tärkein seurattava merkkiaine on PSA eli prostataspesifinen antigeeni, sillä sen kohoaminen veressä ilmoittaa joko eturauhasen hyvänlaatuisesta liikakasvusta tai eturauhasen syövästä. Eturauhassyövän toteamisessa käytetään myös TRUS-menetelmää eli transrektaalista kaiikutkimusta, joka tehdään peräsuolen kautta. Tutkimuksen avulla eturauhasen muoto voidaan selvittää ja siitä otetaan koepaloja syövän mahdollisuuden selvittämiseksi.



Leikkauksen jälkeen seuranta tapahtuu kontrollikäynneillä tietyin määräajoin. Käynneillä otetaan laboratoriokokeita, ja seurannasta vastaa avoterveydenhuolto tai urologi.

Seksuaalisuus

Syöväällä voi olla erilaisia vaikutuksia seksuaalisuuteen. Muutokset omassa kehokuvassa ja olemuksessa ovat tavallisia.

Kivesten poistoleikkauksen jälkeen lisääntymiskyky sekä siemensyöksy säilyvät 85 % tapauksista. 15 % tapauksista siemensyöksy voi muuttua retrogradiseksi eli virtsarakkoon suuntautuvaksi. Retrogradinen siemensyöksy on pysyvä tila.

Erektio-ongelmia voi ilmetä leikkauksen jälkeen.

Mikäli teiltä poistetaan vain toinen kives, ei se vaikuta lisääntymiskykyyn. Molempien kivesten poisto johtaa kuitenkin lisääntymiskyvyn päättymiseen. Ennen leikkausta on mahdollista ottaa siemennestettä talteen ja pakastaa se. Täten mahdollisuus saada jälkeläisiä säilyy pakastetun siemennesteen kautta.

Hoitohenkilökunta antaa teille mielellään seksuaaliohjausta sitä halutessanne ja tarvitessanne. Voitte myös keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista esimerkiksi uroterapeutin kanssa osastolla ollessanne tai jälkitarkastuksissa.

Mihin voi ottaa yhteyttä

Leikkauksen jälkeen ei kannata jäädä yksin ajatustensa ja ongelmiansa kanssa. Hoitopolku on ollut nopea ja sairastuminen on voinut tapahtua nopeasti, eikä osastolla ole välttämättä ehtinyt kysyä ja pohtia asioita, tai ne tulevat ehkä myöhemmin mieleen.

Voitte ottaa yhteyttä osastolle A3, mikäli haluatte tietoa tai ohjausta sairauteenne liittyen.

Suomen Syöpäyhdistys tarjoaa sopeutumiskursseja sekä infoa syöpään sairastuneille. Pohjanmaan alueella toimivasta Syöpäyhdistyksestä saatte lisätietoa Syöpäyhdistyksen sivulta

<http://www.cancer.fi/syopajarjestot/maakunnat/pohjanmaa/>