

Satu Tanhua
Emmi Saloranta

Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia sädehoidon hoitoketjun sujuvuudesta

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Röntgenhoitaja

Radiografia ja sädehoito

Opinnäytetyö

Päivämäärä 1.12.2014

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Satu Tanhua, Emmi Saloranta Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia sädehoidon hoitoketjun sujuvuudesta 39 sivua + 3 liitettä 1.12.2014
Tutkinto	Röntgenhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Radiografian ja sädehoidon koulutusohjelma
Ohjaaja(t)	Yliopettaja Eija Metsälä Lehtori Anne Kangas
<p>Rintasyövän hoitoketju perustuu valtakunnallisiin hoitosuosituksiin. Hoitoketjun kehittäminen ja arviointi ovat olleet kansallisen ja kansainvälisen mielenkiinnon kohteina. Suurin osa ketjun kehittämisestä on laadun parantamista, ketjun toimivuuden lisäämistä, hoitokäytäntöjen yhtenäistämistä ja hoidon jatkuvuuden turvaamista. Lisäksi hoitoketjun tarkoituksena on antaa potilaalle kokonaisvaltaista ja yhtenäistä tietoa, jonka avulla hän ymmärtää oman tilanteensa sairauden eri vaiheissa.</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää rintasyöpäpotilaiden kokemuksia hoitoketjusta ja sen sujuvuudesta sädehoitojakson aikana. Tavoitteena on saada tietoa, joka auttaa röntgenhoitajia kehittämään oman työnsä laatua sädehoitoklinikalla potilaiden kokemusten perusteella. Valitsimme tämän aiheen, koska työskentelemme molemmat sädehoidon parissa ja halusimme saada tietoa potilaiden kokemuksista ja kehittää hoitoa potilaslähtöisemmäksi.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja aineisto kerättiin teemahaastattelujen avulla. Tutkimukseemme osallistui viisi rintasyöpään sairastunutta naista, jotka olivat saaneet sädehoitoa. Potilaat olivat eri-ikäisiä naisia ja he olivat käyneet hoidossa vuosien 2010 - 2014 välillä. Aineistoa analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.</p> <p>Hoitoketjussa eteneminen sädehoidon ja suunnittelun aikana oli koordinoitua ja sujuvaa. Tämän lisäksi potilaat kokivat myös mukavan henkilökunnan ja mahdollisuuden vaikuttaa omiin hoitoaikoihinsa positiivisena asiana. Sädehoitoa saaneet naiset kokivat sädehoitojakson henkisesti rankaksi. Kehittämiskohteiksi nousivat henkisen tuen tarve, yksilöllisempi hoito- toiminta ja potilasohjaus.</p>	
Avainsanat	rintasyöpä, hoitoketju, sädehoito, kokemus

Author(s) Title	Satu Tanhua, Emmi Saloranta Breast Cancer Patients Experience of the Pathway Fluency
Number of Pages Date	39 pages + 3 appendices 25 November 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Radiography and Radiotherapy
Instructor(s)	Eija Metsälä, PhD (Principal Lecturer) Anne Kangas, Lecture
<p>The care pathway for breast cancer is based on national guidelines. The development and evaluation of the care pathway have been the subject of national and international interest. The development mainly consists of improving the quality and functionality of the chain, unifying care practices and ensuring continuity of the care provided. Additionally the purpose of the care pathway is to provide patients with holistic and unified information that will help them understand their situation in different stages of their illness.</p> <p>The purpose of this thesis is to investigate how breast cancer patients experience the care pathway during their radiation therapy. The aim is to gather information that will help radiographers develop the quality of the care they give at the radiotherapy ward based on the experiences of the patients. We chose this subject because we both work in the field of radiology and wanted to obtain information about the experiences of patients and to develop (patient) care to be more patient centred.</p> <p>This thesis was a qualitative study and the data was collected through theme interviews. Five breast cancer patients who had received radiation therapy participated in this study. The patients were women of different ages who had received radiation therapy during years 2011-2014. The data was analysed by using the methods of inductive content analyses.</p> <p>The results of this thesis showed that during treatment planning and radiation therapy the care pathway was smooth and coordinated. In addition, patients experienced staff and the ability to influence the treatment period as a positive thing. Women who received radiation therapy felt session emotionally hard. They named main developing tasks. During the treatment there should be more psychological support and more individual care measures and guidance for patients.</p>	
Keywords	breast cancer, care pathway, radiation therapy, experience

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Hoitoketju	2
	2.1 Hoitoketjun toteutumisen ongelmia	3
	2.2 Rintasyövän hoitoketju	4
3	Rintasyöpä	5
4	Hoitoketjun prediagnostinen vaihe	8
	4.1 Oireet	8
	4.2 Kolmoisdiagnoosi	8
	4.3 Seulonta	9
5	Hoitoketjun diagnostinen vaihe	9
	5.1 Kasvain tyypit	9
	5.2 Levinneisyystutkimus	10
6	Rintasyövän liitännäishoitojen vaihe	11
	6.1 Leikkaus	11
	6.2 Solunsalpaajahoito	13
	6.3 Hormonaalinen hoito	14
	6.4 Biologinen hoito	14
7	Seurantavaihe	15
8	Rintasyövän sädehoito	16
	8.1 Ulkoinen sädehoito	17
	8.2 Sisäinen sädehoito	17
	8.3 Sädehoito säästävän leikkauksen jälkeen	17
	8.4 Sädehoito rinnanpoistoleikkauksen jälkeen	18
	8.5 Imusolmukkeiden sädehoito	19
9	Potilasohjaus sädehoitojakson aikana	20
10	Rintasyöpäpotilaan henkinen tasapaino	21

11	Kvalitatiivinen tutkimus	22
	11.1 Kvalitatiivinen tutkimus tutkimusmenetelmänä	22
	11.2 Menetelmät ja aineiston keruu	22
	11.3 Tiedonantajat ja aineiston keruu	23
	11.4 Aineiston analyysi	24
12	Tarkoitus ja tutkimuskysymykset	25
13	Tulokset	25
	13.1 Hoitoketjun sujuvuus	27
	13.2 Potilaslähtöisyys	27
	13.3 Hoitotoiminta	28
	13.4 Hoitoympäristö	29
	13.5 Henkinen jaksaminen	29
14	Pohdinta	29
	14.1 Eettisyys tässä tutkimuksessa	30
	14.2 Luotettavuus	31
	14.3 Oma oppiminen prosessina	32
	14.4 Rintasyövän hoitoketjun kehittäminen	33
	Lähteet	35
	Liitteet	
	Liite 1. Teemahaastattelurunko	
	Liite 2. Saatekirje	
	Liite 3. Suostumuslomake	

1 Johdanto

Rintasyöpä on Suomessa naisten yleisin syöpätauti. Rintasyöpään sairastuu noin joka 9. suomalainen nainen elämänsä aikana ja se on yleisin naisten syöivistä. Syöpärekisterin tietojen mukaan vuonna 2012 naisilla diagnosoitiin 4694 ja miehillä 21 rintasyöpää (Suomen Syöpärekisteri 2014). Miesten rintasyöpä on harvinainen, niitä todetaan noin 15–20 uutta tapausta vuodessa. Suurin osa rintasyöpään sairastuneista paranee varhaisen havaitsemisen ja kehittyneiden hoitojen ansiosta. (Syöpäjärjestöt. 2013.)

Suomenkielisessä kirjallisuudessa hoitoketjusta käytetään myös käsitteitä hoitopolku tai hoitoreitti. Englanniksi hoitoketjuskäsite on clinical/critical/care/patient pathway. Sairaanhoidopiireittäin on luotu alueellisesti toimivia hoitoketjuja, joita kehitetään koko ajan. Hoitoketjun tarkoituksena on turvata potilaalle oikea hoito, ja varmistaa sen sujuvuus eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä. Keskeistä on näyttöön perustuminen esimerkiksi Suomessa Käypähoito-suositukseen. Potilaan hoitoketjun tarkoitus on myös antaa potilaalle kokonaisvaltaista ja yhtenäistä tietoa, jonka avulla hän kykenee ymmärtämään oman tilanteensa sairautensa eri vaiheissa. Ryhäsen mukaan potilaan ketjun tärkein päämäärä on mahdollistaa potilasohjauksen toteutuminen. (Ryhänen 2012: 15.)

Syövän diagnostiikka ja hoito perustuvat valtakunnallisiin hoitosuositukseen. Sekä julkista että yksityistä terveydenhuoltoa koskevat yhtäläiset hoito- ja laatuksiteerit. (Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020.) Rintasyövän hoitoketju perustuu Suomen Rintasyöpäryhmä ry:n antamaan Rintasyövän Valtakunnalliseen diagnostiikka- ja hoitosuositukseen (Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus 2013). Oikein toimiva hoitoketju parantaa hoidon laatua, vähentää kustannuksia, lisää potilastyytyväisyyttä sekä auttaa pysymään hoitotakuussa. Hoitoketjun sujuvuuden tulisi olla saumaton.

Rintasyövän hoitoketjuksi ajatellaan koko potilaan käymä hoitokokonaisuus. Tähän kokonaisuuteen kuuluvat seulonta (kolmoisdiagnostiikka) ja rinnan alueen leikkaukset (koko rinnan poisto tai osapoisto). Näiden jälkeen hoidot voivat jatkua sädehoidolla, hormonihoitolla, solunsalpaajahoidolla, biologisella hoidolla tai yhdistelemällä näitä. Jokaiselle potilaalle suunnitellaan yksilöllinen hoito ja aikataulu, jotta päästään parhaaseen mahdolliseen hoitotulokseen (Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitoasuositus 2013; Rintasyöpä.fi 2013.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää rintasyöpään sairastuneiden potilaiden kokemuksia hoitoketjusta sädehoitojakson aikana. Potilaiden kokemuksista tulisi saada lisätietoa, jotta hoitoketjua voitaisiin kehittää. Tavoitteenamme oli saada tietoa, joka auttaa röntgenhoitajia kehittämään oman työnsä laatua sädehoitoklinikalla.

2 Hoitoketju

Hoitoketju on kirjallinen suunnitelma potilaan hoidosta (Nuutinen 2000). Suomenkielisessä kirjallisuudessa hoitoketjusta käytetään myös käsitteitä hoitopolku ja hoitoreitti. Englanniksi: clinical/critical/care/patient pathway. (Ryhänen 2012 14 -15). Sairaanhoidopiireittäin on luotu alueellisesti toimivia hoitoketjuja, joita kehitetään koko ajan. Hoitoketjulle tärkeitä ominaisuuksia ovat asiakaslähtöisyys, potilaiden itsemääräämisoikeuden tukeminen ja kunnioittaminen, esteetön tiedon kulku ja jatkuva yhteistyö yli organisaatio-rajoiden. Hoitoketjussa potilaan tulee olla keskipisteessä. (Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010 - 2020)

Hoitoketjun tarkoituksena on turvata potilaalle oikea hoito ja varmistaa sen sujuvuus eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä. Keskeistä on näyttöön perustuminen esimerkiksi Suomessa Käypähoitosuosituksiin. Hoito- ja seurantasuositusten tulee perustua tieteelliseen tutkimukseen ja vastata kansainvälisiä hoitokäytäntöjä. (Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010 - 2020). Oikein toimiva hoitopolku parantaa hoidon laatua, vähentää kustannuksia, lisää potilastyytyväisyyttä sekä auttaa pysymään hoitotakuussa. (Ryhänen 2012 14 - 15; Carea; Käypähoito 2014; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2007.)

Hoitosuositusten pohjalta kaikki sairaanhoitopiirit suunnittelevat hoidon toteutuksen ja käytännön järjestelyt, mukaan lukien toimivat hoitoketjut. Hoitoketjua tulee päivittää tarvittaessa ja ylläpitää. Hoitoketjujen ja niiden tietojen tulee olla helposti saatavissa, esimerkiksi Terveysportissa. (Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010 - 2020.) Alueellinen hoitoketju keskittyy hoidon porrastukseen eli työnjakoon perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa käytännön tasolla. Hoitoketjujen tulee palvella potilastyötä ja niiden laadintaan tulisi panostaa. Laadinta toteutetaan usein perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen yhteistyönä. Suunnitteluun tulisi ottaa mukaan kaikki potilaan hoitoon osallistuvat tahot, koska monet sairaudet ja potilastapaukset vaativat

moniammatillista yhteistyötä. (Nuutinen 2000; Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010 - 2020.)

Potilaan hoitoketjun tarkoitus on myös antaa potilaalle kokonaisvaltaista ja yhtenäistä tietoa, jonka avulla hän kykenee ymmärtämään oman tilanteensa sairautensa eri vaiheissa. Potilaan ketjun tärkein päämäärä on mahdollistaa potilasohjauksen toteutuminen (Ryhänen 2012: 14 - 15.) Rintasyöpä on yleinen sairaus ja sen vuoksi hoitoketjun sujuvuus tulisi olla saumatonta. (Careia; Käypähoito 2014; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2007.)

2.1 Hoitoketjun toteutumisen ongelmia

Tiedonkulun puute, joka koskee asiakkaan hoitoja ja palveluja, aiheuttaa monia hoitoketjun jatkuvuuden ongelmia. Kriittisimpiä kohtia, joissa ongelmia ilmenee, ovat siirtymät eri organisaatioiden, kuten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä sekä hoitojen päätyttyä. Monet ennakkoluulot, asenteet, vakiintuneet toimintatavat ja toimintakulttuurit voivat vaikuttaa hoitoketjujen toteutumiseen. Myös muun muassa erikoissairaanhoidon epätietoisuus perusterveydenhuollon toimintamahdollisuuksista ja resursseista vaikeuttavat hoitoketjujen toimintaa. Parhaiten nämä ongelmat voidaan voittaa parantamalla luottamusta, toisten tuntemusta ja yhteistyöhalua eri organisaatioiden välillä (Nuutinen 2000: Perälä - Rissanen - Grönroos - Hammar - Pöyry - Teperi. 2003).

Tiedonsiirtoon liittyvät ongelmat (tutkimustulokset, hoitotiedot) eri hoitoportaiden välillä voi myös aiheuttaa ongelmia hoitoketjun toiminnalle. Parhaiten yhteistyö toteutuu, jos kaikilla hoitoketjuun osallistuvilla tahoilla on pääsy yhteiseen tietoverkkoon. Toimiva tietojärjestelmä mahdollistaa saumattoman, järkevän ja taloudellisen hoitoketjun, jossa potilas liikkuu vain tarvittaessa ja sen sijaan kaikki potilasta koskeva tieto liikkuu digitaalisesti eri tahojen välillä. (Nuutinen 2000.)

2.2 Rintasyövän hoitoketju

Rintasyövän hoitoketjun arviointi ja kehittäminen ovat olleet sekä kansallisen että kansainvälisen mielenkiinnon kohteina ja suurin osa ketjuun liittyvästä kehittämisestä on ketjun toimivuuden lisäämistä, hoidon laadun parantamista, hoitokäytäntöjen yhtenäistämistä ja hoidon jatkuvuuden turvaamista. (Raudasoja - Suominen. 2007:13 - 15.) Hoitoketjussa heikoin osa määrittelee hoidon lopputuloksen ja hoitoketjun sujuvuuden. Parhaiten syövän hoito onnistuu, kun eri alojen edustajat (mm. radiologit, onkologit, kirurgit, patologit, hoitajat) huolehtivat hoidon toteutuksesta. Hoitoketjun pitää toimia niin, että potilas lähetetään viivyttämättä perusterveydenhuollosta eteenpäin hoitoketjun mukaiseen hoitoon, mikäli hänellä todetaan syöpään viittaavaa. (Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010 - 2020.)

Syövän diagnostiikka ja hoito perustuvat valtakunnallisiin hoitosuosituksiin. (Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010 - 2020.) Sekä julkista että yksityistä terveydenhuoltoa koskevat yhtäläiset hoito- ja laatuksiteerit. Hoitoketjun pituus rintasyövässä lasketaan taudin toteamisesta hoitojen päättymiseen ja se kestää noin puolesta vuodesta viiteen vuoteen riippuen syövän kasvaintyyppistä ja hoitomenetelmistä. Rintasyövän hoidossa ketju voidaan karkeasti jakaa neljään eri vaiheeseen. Vaiheet ovat kasvaimen diagnoosinnin aloitus perusterveydenhuollossa, diagnosoinnin mahdollinen täydentyminen erikoissairaanhoidossa, kasvaimen hoito erikoissairaanhoidossa (kirurgian klinikka + sädehoidon klinikka) ja sairauden seuranta joko perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa (alue- ja tapauskohtainen). (Raudasoja - Suominen. 2007:13 -15.)



Kuvio 1. Rintasyövän hoitoketju

3 Rintasyöpä

Rinnan rakenne koostuu rasvakudoksesta, sidekudoksesta, rintarauhasista (lobulus) ja rintatiehyistä (duktus). Rinnassa on lohkoja joita on 15–20 kappaletta, joiden sisällä kulkevat maitotiehyet ja niiden haarat. Tiehyet muistuttavat puun juuristoa. Myös imusuonia sijaitsee rinnassa, joita pitkin imuneste liikkuu imusolmukkeisiin. Imusolmukkeet sijaitsevat rinnan lähistöllä kainalossa sekä soliskuopassa. (Roche 2013. Yleistä tietoa rintasyöpään sairastuneille.)

Syövän syntyyn vaikuttavia tekijöitä on useita. Osa syöivistä syntyy sattumalta soluissa tapahtuvien mutaatioiden seurauksena ja osassa biologisista alatyypeissä syntyyn vaikuttavat tekijät voivat vaihdella (Joensuu-Rintasyöpäryhmä 2013). Käsitukset, mitkä tekijät aiheuttavat syöpää ja erilaiset syövän syntymekanismit perustuvat eri menetelmiä käyttäviin tutkimuksiin. Nämä voidaan jakaa kliiniseen näkökulmaan, epidemiologian näkökulmaan, sekä koe-eläin ja soluviljelytutkimuksen näkökulmaan. Rintasyövän osalta kliininen näkökulma on johtanut perinnöllisten aiheuttajageenien sekä niiden mutaatioiden tunnistamiseen. Epidemiologian näkökulma tarkastelee vaaratekijöitä tilastollisin keinoin. Merkittävimmät syöpää aiheuttavat ympäristötekijät ovat tunnistettu tällä menetelmällä, kuten hormonaaliset tekijät rintasyövässä. Koe-eläin ja soluviljelytutkimuksen näkökannalta rintasyövän syntymekanismeista on löydetty yksittäisiä syöpägenejä ja DNA-vaurioita, jotka vaikuttavat syövän syntyyn. (Isola – Kallioniemi 2013:11.) Miehillä geenimuutokset jotka liittyvät kivesten toimintaan lisäävät sairastumisen riskiä (Miesten rintasyöpä-haasteellinen harvinaisuus 2010). Rintasyövän riskiä voivat suurentaa seuraavat tekijät joita on tutkittu ja joita tutkitaan: hormonaaliset tekijät, alkoholin käyttö, tupakka, liikunta sekä ravinto ja perinnöllisyys. Uusimmissa tutkimuksissa huomio on kiinnittynyt geeneihin, joiden molekyyli rakenne ohjailee taudin kehittymistä. Nämä tunnistamalla voidaan hoitoa suunnitella yksilöllisemmin, koska tiedetään miten kasvain käyttäytyy. (Joensuu – Huovinen 2013:595; Cadoo-Fornier-Morris 2013.) Rintasyövän suurin riski on ikä (Promama 2014).

Rintasyöpään sairastuu noin joka 9. suomalainen nainen elämänsä aikana ja se on yleisin naisten syöivistä. Syöpärekisterin tietojen mukaan vuonna 2012 naisilla diagnosoitiin 4694 rintasyöpää ja miehillä rintasyöpää. (Suomen syöpärekisteri. 2014.) Yleisimmin rintasyöpää esiintyy yli 45-vuotiailla naisilla. Keski-ikä jolloin tauti todetaan, on Suomessa noin 60 vuotta. Alle 30-vuotiaalla rintasyöpä on harvinainen. Miesten, jotka ovat sairastuneet rintasyöpään, keski-ikä on 71 vuotta, joka on selkeästi korkeampi kuin naisilla. (Miesten rintasyöpä-haasteellinen harvinaisuus 2010).

Rintasyöpä on yleistynyt Suomessa viimeisten vuosikymmenten aikana. Viimeisen neljän vuosikymmenen aikana se on ikävakioituna lisääntynyt n. 2,5 kertaisesti. (Joensuu. Rintasyöpäryhmä 2013a; Joensuu - Huovinen. 2013b: 565.) Määrän nousuun saattavat vaikuttaa väestön ikääntyminen, diagnosoinnin paraneminen sekä seulonnassa tapahtuva yli diagnostiikka. (Rintasyöpäryhmä 2013a; Duodecim terveystietokirjasto. 2012.)

Ennuste rintasyöpään sairastuneella naisella Suomessa on viimeisten vuosikymmenten aikana parantunut jatkuvasti. Tärkeimpinä syinä pidetään varhaista toteamista sekä liittäishoitojen tehostumista. (Joensuu - Leidenius - Huovinen 2013: 619.) Miehillä tauti on usein laajalle levinnyt diagnosoidessa, joten ennuste on hieman huonompi. Mikäli ennusteessa huomioidaan potilaiden ikä sekä levinneisyysaste, ei sukupuolten välille tullut eroja. Koska miehillä on vähemmän rintakudosta kuin naisilla, kasvaimen ei tarvitse kasvaa kovinkaan laajalle kun se kattaa jo isomman alueen. Miehillä rintasyöpäkasvaimen taipumus on olla hieman pienempi kuin naisilla, kasvain on useimmiten silti levinnyt läheisiin kudoksiin tai imusolmukkeisiin. (Miesten rintasyöpä - haasteellinen harvinaisuus. 2010.)

Naiset ovat yleensä tietoisia tästä taudista ja sen mahdollisista varoitusmerkeistä. Jotkut miehet sivuuttavat rintojen kyhmyt tai luulevat että ne ovat aiheutuneet infektion tai muun syyn vuoksi (gynekomastia). He eivät saa ajoissa lääketieteellistä hoitoa ja näin kasvaimen on ollut mahdollista kasvaa. Miehet saattavat olla myös hämmentyneitä huomatesaan muutoksia rinnoissa ja huolestua siitä, että joku saattaa kyseenalaistaa heidän maskuliinisuutta. Nämä seikat saattavat myös viivästyttää diagnoosia ja vähentää miehen mahdollisuuksia onnistuneeseen hoitoon (cancer.org 2014.)

4 Hoitoketjun prediagnostinen vaihe

4.1 Oireet

Varhaisessa vaiheessa rintasyöpä on usein oireeton. Yleisin ja ensimmäinen oire voi olla rinnassa tuntuva kyhmy. Aluksi syöpäkasvain on kivuton, mutta se voi myös aiheuttaa tuntemuksia kuten nipistelyä tai kipua. Ihomuutokset, kirkas tai verinen neste nännistä ja nännin vetäytyminen saattavat olla myös oireena rintasyövälle. Muutokset rinnan koossa sekä tulehdus rinnassa, joka ei parane antibiootilla voivat kieliä rintasyövästä. (Leidenius - Joensuu 2013b: 596.)

Ensimmäinen merkki rintasyövästä voi aiheutua oireesta, jonka metastaasi aiheuttaa taudin leviytystä pidemmälle. Yleisimmin rintasyöpä metastasoi aivoihin, luustoon, keuhkoihin tai maksaan. (Vehmanen 2012.) Näitä kutsutaan levinneiksi rintasyöviksi. Etäpesäkkeen solut ovat samanlaisia kuin rinnan solut vaikka ne kasvavat rinnan ulkopuolella. (Europa Donna. 2014).

4.2 Kolmoisdiagnoosi

Osa naisista löytää kasvaimen itse ja osalla se löydetään seulontatutkimuksissa tai muissa omaehtoisissa tutkimuksissa. Rintasyövän hoitoketju alkaa, kun rinnat ensimmäisen kerran diagnosoidaan kolmoisdiagnoosilla. Kasvaimen löydyttyä käynnistyy diagnostinen vaihe kasvaimen tyypin selvittämiseksi.

Rintasyöpää epäiltäessä diagnoosi muodostuu kolmesta tutkimuksesta, tätä kutsutaan kolmoisdiagnostiikaksi. Ensimmäisenä lääkäri suorittaa kliinisen tutkimuksen inspektion sekä palpaation avulla. Inspektiolla katsotaan silmämääräisesti mahdollisia ulkoisia muutoksia. Käsin tehtävän palpaation avulla tunnustellaan rintojen sekä kainaloiden alueet. Toisena menetelmänä suoritetaan kliininen mammografiakuvaus ja sitä voidaan täydentää ultraäänitutkimuksella. Kolmoisdiagnostiikkaan kuuluu ultraääniohjatusti tai stereotaktisesti mammografialaitteella otetut paksuneulanäytteet. Kolmoisdiagnostiikassa, jossa löydökset ovat ristiriidassa, voidaan rinnat kuvata lisäksi magneettikuvauksella.

Galaktografiaa käytetään tutkimusmenetelmänä jos nänni erittää nestettä sekä pneumogystografiaa mahdollisten kystien tyhjennyksissä. (Leidenius – Joensuu 2013:595–599; Halo-katsaus 2012.)

4.3 Seulonta

Rintasyöpäseulonnan tavoitteena on tunnistaa tauti niin varhain, että hoidolla voidaan parantaa taudin ennustetta. (Valtionneuvoston asetus seulonnoista 339/2011.) Suomessa rintasyövän seulonta perustuu terveydenhuoltolakiin mikä on säädetty terveydenhuoltolain (1326/2010) 23 §:n nojalla. Rintasyöpäseulontaan kutsutaan 50 – 69 -vuotiaat naiset joka toinen vuosi (20–26 kuukauden välein). Alle 50-vuotiaat ja yli 70-vuotiaat seulotaan vain erityisluvalla. Riskiryhmään kuuluvat suuren riskin suvuille sekä geenivirheen BRCA1-, BRCA2- tai p53-kantajille suositellaan säännöllistä rintasyöpäseurantaa (Rintasyövän seulontakutsut 2014.) Seulonta toteutetaan mammografia kuvantamisella. Rinnat kuvataan kahdesta suunnasta, etusuunnasta (cranio-caudaalinen CC) sekä viistosuunnasta (mediolateral oblique MLO). (Rintasyövän seulonta 2014.)

5 Hoitoketjun diagnostinen vaihe

Hoitomuodot, jotka potilaalle valitaan, ovat riippuvaisia kasvain tyypistä. Kasvaimet voidaan luokitella kahteen luokkaan kasvutapansa perusteella, joko duktaaliseksi tai lobulaariseksi karsinoomaksi (Leidenius- Joensuu 2013:601). Lisäksi nämä voidaan eritellä vielä useisiin biologisiin alaluokkiin. (Rintasyövän biologiset alatyypit 2013).

5.1 Kasvain tyypit

Duktaalisia eli tiehytperäisiä karsinoomia rintasyöivistä on noin 70 %. Ne voivat olla invasiivisia jolloin syöpäsolut ovat tunkeutuneet rintatiehyttä ympäröivään kudokseen. Tällöin kasvain voi metastasoida lähettämällä etäpesäkkeitä. Kasvaintyyppi, joka ei ole tunkeutunut tiehyessä olevan tyvikalvon läpi kutsutaan carsinoma ductale in situ-muodoksi (DCIS). Tämän syövän esiasteen ei pitäisi lähettää etäpesäkkeitä. (Leidenius – Joensuu 2013:601 ;Syöpäjärjestöt).

Lobulaarisia eli rauhasperäisiä karsinoomia on rintasyövistä noin 10–20%. Lobulaarisen karsinooman in situ -muotoa (LCIS) ei pidetä syöpänä vaan vaaratekijänä joka ennustaa kohonnutta rintasyöpäriskiä. (Leidenius – Joensuu 2013:601; Roche 2013). Leidenius – Joensuu (2013:602) mukaan LCIS muutoksesta tulisi käyttää nimikettä lobulaarinen neoplastia in situ (LIN).

Loput 10 % rintasyöpäkasvaimista kuuluu harvinaisempiin karsinoomiin. Näitä ovat papillaarinen-, medullaarinen-, musinoottinen- ja tubulaarinen karsinooma sekä lisäksi pagetin tauti. Näillä erikoistyyppin kasvaimilla ennuste on tavallisesti parempi kuin duktaalilla tai lobulaarisella karsinoomalla. (Leidenius – Joensuu 2013:602).

5.2 Levinneisyystutkimus

Usein levinneisyystutkimukset tehdään potilaille, joilla todetaan yli kolme alueellista imusolmukemetastaasia. Tutkimus tehdään myös potilaille, joilla on uusiutunut paikallinen syöpä tai oireita jotka viittaavat metastasointiin. Imusolmukkeet sijaitsevat rinnan-alueella kainaloissa. Imusolmuke, johon imuneste ensimmäisenä tulee, kutsutaan vartijaimusolmukkeeksi. Vartijaimusolmukkeesta neste etenee seuraaviin imusolmukkeisiin. Vartijaimusolmukkeita voi olla useampia. Kun metastasoituneet imusolmukkeet poistetaan, niin tällä toimenpiteellä on syövän ennustetta parantava vaikutus. Mahdolliset vartijaimusolmukkeet tutkitaan ja poistot tehdään leikkauksen yhteydessä (Joensuu - Huovinen 2013:600–601 ; Soimakallio - Kivisaari - Manninen - Svedström -Tervonen 2005:700.)

Vartijaimusolmukkeiden merkkäus tapahtuu ennen leikkausta tehtävällä lymfoskintigrafialla (gammakamera). Paikantaminen on monivaiheinen toimenpide. Rintaan injisoidaan sinistä merkkiainetta, joka imunestetiehyitä pitkin kulkeutuu vartijaimusolmukkeisiin. Merkkiaine on Tc99m- isotoopilla merkattua radioaktiivista ainetta. Leikkauksen aikana imusolmukkeet paikannetaan kynämäisen gammakameran tai sinisen merkkivärin avulla. Patologi tutkii leikkauksen aikana poistetut imusolmukkeet alustavasti. Mikäli todetaan metastaasi imusolmukkeessa, voidaan samalla suorittaa kainaloevakuaatio, jossa imusolmukkeet poistetaan. Joillakin potilaista kainaloevakuaatio saatetaan jättää tekemättä, mikäli potilas tulee saamaan sädehoidon paikallisesti sekä liitännäishoidon. Kainaloevakuaatio aiheuttaa usein toiminnallista haittaa, joista vaikein on yläraajan krooninen imunestekierron häiriö eli lymfedeema. (Leidenius - Joensuu. 2013: 606–607.)

Levinneisyysluokituksena käytetään TNM-Luokitusta. Levinneyttä voidaan selvittää käyttäen tietokonetomografiaa sekä luuston isotooppikuvaus menetelmää. (Joensuu - Huovinen. 2013: 600.)

T-luokka kertoo rinnan kasvaimen eli tuumorin koon. T1 tarkoittaa alle 2 cm:n läpimittaista kasvainta, T2 yli 2 cm:n mutta alle 5 cm:n läpimittaista kasvainta ja T3 yli 5 cm:n läpimittaista kasvainta. T4 tarkoittaa ihoon tai rintakehän seinämään kasvavaa kasvainta sen koosta riippumatta.

N-luokka kertoo, minkä verran rintasyöpä on levinnyt imusolmukkeisiin. N0 tarkoittaa, ettei kainalossa ole syöpäkasvua. Hivenen yksinkertaistettuna voidaan sanoa, että N1 tarkoittaa syöpäkasvua 1–3 kainaloimusolmukkeessa, N2 syöpäkasvua 4–9 kainaloimusolmukkeessa ja N3 yli 10:ssä kainalon imusolmukkeessa. Jakamalla N-luokat vielä alatyyppeihin voidaan kuvata tarkemmin levinneyttä muihinkin rinnan läheisiin imusolmukkeisiin.

M-luokka (eli ”metastasis” eli etäpesäke) kertoo, onko kasvain levinnyt muihin elimiin. M0 tarkoittaa, että kasvain ei ole levinnyt ja M1 tarkoittaa, että kasvain on levinnyt muualle elimistöön tai että emäkasvain ei ole poistettavissa. (Roche 2013.)

6 Rintasyövän liitännäishoitojen vaihe

Leikkauksen lisäksi liitännäishoidoiksi voidaan laskea solunsalpaaja-, säde- ja hormonihoito. Ennen hoidon aloittamista arvioidaan jokainen sairaus ja potilas yksilöllisesti. Rintasyövän hoitomuodon valintaan vaikuttavat biologiset ennustetekijät, levinneisyysaste, potilaan ikä ja yleiskunto sekä muut mahdolliset sairaudet ja potilaan oma mielipide. Hoitopäätös tehdään yhteisymmärryksessä potilaan ja hoitavien lääkärien kanssa. Hoitopäätöstä tehtäessä punnitaan hoidosta mahdollisesti saatava hyöty ja siitä mahdollisesti aiheutuvat haitat. (Syöpäjärjestöt. 2013.)

6.1 Leikkaus

Rintasyövän leikkaushoidon päämääränä on poistaa kasvain riittävän suurilla tervekudsmarginaaleilla ja poistaa mahdolliset metastasoituneet kainaloimusolmukkeet. Leikkauksessa selvitetään samalla kasvaimen laajuus ja mahdollinen imusolmukkeisiin leviäminen. Leikkauksessa pyritään mahdollisimman hyvään kosmeettiseen lopputulokseen ottaen huomioon myös ympäröivien kudosten ja rakenteiden toiminnan säilyminen. Yksi leikkauksen tarkoituksista on myös pyrkiä minimoimaan kasvaimen paikallinen uusiutuminen. Leikkauksella ja hoidon laadulla on suuri vaikutus potilaan elämänlaatuun ja

eloonjäämisennusteeseen. Leikkaushoito jaetaan kahteen eri muotoon, säästävään leikkaukseen ja rinnan poistoleikkaukseen. (Suomen Rintasyöpäryhmä ry 2013.)

Rintaa säästävä leikkaus on mahdollinen hoitomuoto jopa yli puolille rintasyöpään sairastuneista (Rinnankorjauksen käsikirja). Säästävä leikkaus eli resektio tehdään potilaan toivomuksesta, mikäli sille ei ole estettä. (Suomen Rintasyöpäryhmä ry 2013). Säästävissä leikkauksessa yleisin menetelmä on segmenttiresektio, jossa kasvain poistetaan vähintään 2cm tervekudosmarginaalein (Syöpäjärjestöt. 2013). Resektiossa pyritään leikkaamaan siten, että rinnan oma muoto säilyy, jolloin pystytään vähentämään mahdollisten korjausleikkausten tarvetta. Potilaalle on mahdollista suorittaa myös terveen rinnan symmetrialeikkaus resektion yhteydessä, jos on epäily, että syöpärinnasta tulee leikkauksen jälkeen selvästi tervettä rintaa pienempi tai selvästi erimuotoinen. Säästävä leikkaus voidaan toteuttaa myös suuriin tai monipesäkkeinen (multifokaalinen) kasvaimiin, jos muutokset ovat samassa neljänneksessä tai lähellä toisiaan. Jos tuumori on kookas, niin sitä voidaan yrittää pienentää ennen leikkausta neoadjuvanttihoitolla (hoito, joka annetaan ennen paikallista hoitoa), jolloin voidaan säästyä rinnan poistoleikkaukselta (noin joka neljäs potilas). Mikäli kasvain ei tunnu eli palpoidu se voidaan merkitä ennen leikkausta joko metallilangoilla tai radioisotoopilla. Säästävään leikkaukseen kuuluu tärkeänä osana postoperatiivinen sädehoito, joka vähentää paikallista uusiutumista. (Suomen Rintasyöpäryhmä ry 2013.) Suomen Rintasyöpäryhmä toteaa, että säästävä leikkaus yhdistettynä sädehoitoon antaa yhtä hyvän eloonjäämisennusteen kuin rinnan kokopoisto. Rinnan säästävään leikkaukseen liittyy muutamia asioita, jotka voivat estää resektion. Näitä esteitä ovat mm. kasvaimen koko suhteessa rinnan kokoon (huono kosmeettinen lopputulos), liian pienet tervekudosmarginaalit, useaan eri lohkoon levinnyt (multisentrisen) tauti, laaja-alaiset pahanlaatuiset, malignit kalkit, aiempi sädehoito, raskauden vaihe (ensimmäinen tai toinen kolmannes), sidekudossairaus, aiemmin saatu sädehoito tai potilaan haluttomuus sädehoitoon. (Suomen Rintasyöpäryhmä ry 2013.)

Jos säästävä leikkaus ei ole mahdollinen voidaan tehdä rinnanpoistoleikkaus eli mastektomia. Mastektomia tehdään noin 40% rintasyöpäpotilaista. Koko rinnan poistoa suositellaan, jos kasvain on laaja. Mastektomia puoltavia syitä ovat myös potilaan nuori ikä, rintasyövän geenimutaatio ja/tai rinnan alueella aiemmin annettu sädehoito. (Rinnankorjauksen käsikirja.) Rinnanpoistoleikkaus voidaan tehdä myös potilaan toivomuksesta. (Suomen Rintasyöpäryhmä ry 2013).

Rinnan poistossa pyritään poistamaan koko rauhaskudos mahdollisimman tarkasti. Poistettavan ihon määrä riippuu siitä, että onko potilaalle suunnitelmassa tehdä rinnan rekonstruktio. Rinnan rekonstruktio voidaan tehdä syöpäleikkauksen yhteydessä (välitön rekonstruktio) tai sitten vasta, kun potilas on toipunut mahdollisesta liitännäishoidosta (myöhäisrekonstruktio). (Suomen Rintasyöpäryhmä. 2013.) Rintarekonstruktio voidaan rakentaa potilaan omasta kudoksesta, implantista tai näiden yhdistelmästä. Rinnan kudossiirteisiin käytetään vatsa- ja selkäkielekkeitä, mutta myös reisien ja pakaroiden alueelta voidaan ottaa kudossiirteitä. Jos potilaalle tehdään välitön rekonstruktio, ihoa poistetaan ainoastaan sen verran kuin syövän turvallinen poisto edellyttää. (Rinnankorjauksen käsikirja.)

Potilaalta voidaan syöpäleikkauksen yhteydessä poistaa myös terve rinta ennalta ehkäisevästi, mikäli potilas on geenimutaation kantaja, potilas on nuori ja suvussa on paljon rintasyöpää, on todettu aikaisemmin rinnan kudosuutoksia tai jos rintaa on vaikea seurata kuvantamalla sen kudoserakenteen takia. Mahdollisesta terveeseen rinnan poistosta ja rekonstruktioista keskustellaan aina lääkärin kanssa ja tilanteita harkitaan tapauskohtaisesti ottaen huomioon syövän kokonaistilanne. (Suomen Rintasyöpäryhmä ry 2013; Rinnankorjauksen käsikirja.)

6.2 Solunsalpaajahoito

Solunsalpaajahoidot ovat syövän hoitomuotoja, joiden tarkoitus on tuhota syöpäsoluja. Solunsalpaajien teho perustuu kahteen eri tapaan, ne tappavat syöpäsoluja ja/ tai estävät niiden lisääntymistä. Lääkeaine pystyy tuhoamaan pieniä kasvaimia ja vaurioittamaan suuria kasvaimia. Solunsalpaajahoitoja voidaan antaa potilaalle joko suonensisäisesti tai tablettihoitona suun kautta. Lääkeaine leviää verenkierron mukana tehokkaasti elimistöön, jonka vuoksi se on tehokas hoitomuoto mm. levinneeseen rintasyöpään. Tehokkaasta leviämisestä johtuen solunsalpaajalääkkeet vaurioittavat myös normaalisoluja, mistä johtuvat hoidon aiheuttamat haittavaikutukset. (Rintasyöpä.fi 2013; Johansson 2012.)

Solunsalpaajahoidot suunnitellaan yksilöllisesti jokaiselle potilaalle kasvaimen ominaisuuksien ja potilaan sietokyvyn mukaan. Kasvainten herkkyys solunsalpaajahoidolle riippuu syövän lähtökudoksesta ja solutyypistä. Annostelussa otetaan huomioon potilaan koko ja muut sairaudet. Tavallisesti hoito annetaan 2-4 viikon jaksoissa toistuvasti 4-6 kuukauden ajan. (Rintasyöpä.fi 2013; Johansson 2012.)

Solunsalpaajahoitoa voidaan antaa leikkauksen yhteydessä tai sen jälkeen jolloin puhutaan adjuvanttihoidosta eli liitännäishoidosta. Leikkauksen jälkeen annettavalla hoidolla pyritään vaikuttamaan mikroskooppisiin kertymiin ja yksittäisiin syöpäsoluihin, joita leikkauksessa ei ole pystytty poistamaan. Kun annetaan sädehoitoa ja solunsalpaajahoitoa samanaikaisesti puhutaan kemosädehoidosta. Kemosädehoito on tutkimuksissa osoittautunut tehokkaaksi moniin eri syöpätyyppeihin. Sädehoito ja solunsalpaajahoito tehostavat toistensa vaikutusta vaurioittamalla syöpäsoluja eri mekanismeilla. Kemosädehoito vaatii huolellista valmistautumista ja osaamista, jotta mahdolliset haitat pysyvät kohtuullisina. (Rintasyöpä.fi. 2013; Johansson 2012.)

6.3 Hormonaalinen hoito

Viisi vuotta kestävä hormonihoidon on todettu puolittavan rintasyövän uusiutumiskäynnin. (Vehmanen 2012). Rintasyövistä noin kolme neljäsosaa on hormonireseptoripositiivisia syöpiä. Elimistössä oleva estrogeeni sitoutuu syöpäsolujen pinnalla oleviin hormonireseptoreihin ja aktivoi syöpäsoluja, mikä lisää niiden jakautumista. (Vehmanen 2012; Rintasyöpäpotilaan hormonaalinen hoito.)

Tavallisesti käytettyjä hormonaalisia lääkkeitä ovat antiestrogeeni Tamoksifeeni ja aromataasestäjät. Tamoksifeeni estää estrogeenin sitoutumisen hormonireseptoriin, kun taas aromataasestäjät estävät estrogeenin muodostumisen munasarjojen ulkopuolella (rasva- ja lihaskudos). Pääsääntöisesti nuorilla käytetään antiestrogeenilääkitystä ja vaihdevuodet ohittaneilla aromataasestäjiä tai yhdistellen molempia. Molemmat lääkkeet voivat aiheuttaa haittavaikutuksia, jotka ilmenevät vaihdevuosioireina mm. hikoiluna, kuumina aaltona ja limakalvojen kuivumisena. (Vehmanen 2012; Rintasyöpäpotilaan hormonaalinen hoito.)

6.4 Biologinen hoito

Syövän hoito on kehittynyt paljon 2000-luvulla. Nykyään tiedetään syöpäsolujen biologista enemmän ja on pystytty kehittämään biologisia lääkkeitä syöpää vastaan. Biologisten lääkkeiden teho perustuu niiden kykyyn tunnistaa erityyppisiä kohdemolekyylejä ja es-

tää niiden toimintaa. Ne estävät joko jakautumisen tai kasvaimen kasvun. Koska biologiset lääkkeet tunnistavat kohdemolekyylinsä, on niiden vaikutus normaaleihin terveisiin soluihin vähäistä. (Biologinen hoito 2013.)

Biologisilla lääkkeillä pystytään pidentämään elinikää tai tautivapaata aikaa useilla kuukausilla levinnyttä syöpää sairastavilla. Biologiset lääkkeet voivat olla joko vasta-aineita tai pienimolekyylisiä yhdisteitä. Näitä lääkkeitä ovat mm. trastutsumabi (vasta-aine) ja labatinibi (pienimolekyylinen lääkeaine). (Biologinen hoito. 2013.)

Syöpäsoluja on sekä HER2 negatiivisia että HER2 positiivisia. HER2 positiivinen syöpä on aggressiivisempi taudinkvaltaan kuin HER2 negatiivinen. (Vehmanen 2012). HER2 positiivisia syöpiä on noin 20 % kaikista rintasyövistä ja HER2 positiivinen syöpätyyppi hyötyy huomattavasti enemmän biologisista lääkkeistä kuin HER2 negatiivinen syöpä. (Biologinen hoito. 2013.)

Biologisia lääkkeitä käytetään yleensä yhdessä solunsalpaajahoidon tai hormonaalisen hoidon kanssa. Biologisilla lääkkeillä on myös haittavaikutuksia, niin kuin kaikilla lääkkeillä. Haittavaikutuksina ovat flunssan kaltaiset oireet kuten kuumeilua, vilutusta, väsymystä ja erilaisia iho-oireita. (Ohjeita sinulle joka saat syöpälääkehoitoa.)

7 Seurantavaihe

Seuranta on tärkeä osa rintasyövän hoitoa. Seurannalla varmistetaan, että syövän mahdollinen uusiutuminen tai uusi rintasyöpä huomattaisiin niin varhaisessa vaiheessa kuin mahdollista. Rintasyövän seurantaan käytetään tavallisemmin mammografiaa ja täydentävänä tutkimuksena voidaan käyttää rinnan ultraäänitutkimusta. Mammografiakuvausta suositellaan kuvattavaksi kahden vuoden välein loppuelämän ajan. (Syöpäjärjestöt). Rintasyövän seuranta kuuluu Syöpätautien klinikalle viiden vuoden ajan sairastumisesta ja tämän jälkeen seuranta siirtyy terveyskeskukseen tai muulle ulkopuoliselle taholle. (Vehmanen 2012.)

Seurannassa olisi hyvä huomioida myös mahdolliset sädehoidon myöhäishaittavaikutukset ja seurata niiden parantumista. Myös potilaan psyykkistä jaksamista tulee tarkkailla seurannassa, koska syöpä ja sen hoito ovat rankka kokemus. Potilaalle on tarpeen vaa-

tiessa tarjottava mahdollisuutta keskusteluun sairauden herättämistä tunteista ja ajatuksista ammatti-ihmisen kanssa. Seurannan yksi tärkeä tehtävä on tarjota potilaalle tietoa sairaudestaan ja neuvoa häntä avun hakemisessa. Potilaalla pitää olla tieto siitä, mistä hän saa apua sekä tietoa häntä askarruttaviin asioihin koskien hänen terveydentilaansa. (Syöpäjärjestöt; Vehmanen 2012.)

8 Rintasyövän sädehoito

Sädehoito on kirurgian ohella muodostunut merkittäväksi paikallisen syövän parantavaksi hoitomuodoksi. Rintasyöpäleikkausten jälkeen annetaan usein sädehoitoa, koska leikkausalueelle tai sitä ympäröiviin imuteihin on saattanut jäädä syöpäsoluja, vaikka kasvain olisi leikattu. Leikkauksen jälkeinen sädehoito tuhoaa näitä mahdollisesti alueelle jääneitä soluja ja vähentää paikallista uusiutumiseriskiä. Sädehoito parantaa myös sairauden kokonaisennustetta. (Syöpäjärjestöt 2013.) Hoitolaitteiden ja kuvantamisen kehittyttyä pystytään sädehoito kohdistamaan tarkasti kasvaimen ja näin ollen saadaan vähennettyä terveiden kudoksien sekä sädeherkkien elimien säderasitusta. (Kouri-Tenhunen 2013:148)

Sädehoitoa annetaan viitenä päivänä viikossa arkipäivisin. Sädehoito on tiimityötä, jossa potilaan hoitoon osallistuvat lääkäri, röntgenhoitajat sekä fyysikko. Hoitoa edeltää yleensä muutama käynti sädehoitopoliklinikalla, jolloin hoito suunnitellaan ja potilaalle kerrotaan sädehoidosta. Hoidon suunnittelukuvaus tapahtuu yleisimmin tietokonetomografialla, joista saatujen anatomisten leikekuvien perusteella tehdään kolmiulotteinen annossuunnitelma, jolla pyritään mahdollisimman tasaiseen annokseen koko rinnan alueella. Annossuunnittelussa otetaan huomioon myös riskielimet ja niiden saama annos. Rintasyövän sädehoidossa riskielimiä ovat mm. keuhkot, sydänlihaksen seinä, sepelvaltimot ja olkanivel. (Suomen Rintasyöpäryhmä. 2013.)

Sädehoidon alussa potilas käy laboratoriotutkimuksissa. Niiden avulla voidaan arvioida sädehoidon vaikuttavuutta. Yleisin laboratoriotutkimus on perusverenkuva. Hoitojen aikana röntgenhoitajat seuraavat sädehoidetun alueen ihon kuntoa sekä potilaan yleistä vointia sekä psyykkistä tilaa. Tarvittaessa järjestetään tapaaminen lääkärin kanssa kesken hoitajakson, jotta terveysongelmiin, jotka johtuvat hoidosta tai ilmaantuvat hoidon aikana, voidaan puuttua. Hoitajakson lopussa on aina lääkärin tapaaminen. (Joensuu –

Kouri – Ojala – Tenhunen – Teppo 2002:36; Jussila – Kangas – Haltamo. 2010: 157–159.)

8.1 Ulkoinen sädehoito

Ulkoinen sädehoito annetaan lineaarikiihdyttimellä. Käytettävä säteily muodostetaan hiukkaskiihdytintä käyttäen. Elektroneja kiihdytetään kiihdytysputkessa käyttäen mikroaaltotehoa. Elektronisuihkun suuntaa muutetaan kääntömagneetilla. Tuotettaessa fotonisäteilyä elektronit törmäävät kohtioon, jossa osa niiden energiasta muuttuu sähkömagneettiseksi jarrutussäteilyksi eli fotoneiksi. Fotonien säteilykentän annosjakaumaa saadaan tasattua tasoitussuotimella, jonka jälkeen se voidaan rajata halutun kokoiseksi hoitokentäksi. Elektronisäteilyä käytettäessä, kohtio poistetaan ja kiihdytysputkesta muodostuva elektronisuihku tasataan sirontakalvolla. Rintasyövän hoidossa käytetään sekä fotonisäteilyä että elektronisäteilyä. Fotonisäteilyn kantamalla hoidetaan syvemmällä olevia kasvaimia. Elektroneilla hoidetaan lyhyen kantamansa vuoksi pinnallisia kohteita. (Kouri - Tenhunen 2013:148–150 ; Tenhunen 2007.)

8.2 Sisäinen sädehoito

Sisäinen sädehoito eli brakyterapia toteutetaan aina polikliinisesti. Syöpäkudoksen tuhoamiseksi käytetään radioaktiivisia lähteitä, joiden avulla tuotetaan kohteeseen joko pysyvästi tai väliaikaisesti haluttu säteilyannos. Rinnan alueen hoito voidaan toteuttaa kahdella eri menetelmällä yhden tai useamman katetrin hoidolla. Kummassakin hoitomuodossa katetrit asetetaan paikoilleen ja niiden kautta viedään säteilylähde jälkilatauslaitteen avulla kohdealueelle. Katetrit poistetaan viimeisen hoitokerran jälkeen. Tämä menetelmä ei ole Suomessa yleisesti käytössä. (Tenhunen. 2007 ; Brachytherapy patient guide .)

8.3 Sädehoito säästävän leikkauksen jälkeen

Säästävän leikkauksen jälkeen annettavan sädehoidon tarkoituksena on tuhota mahdollisesti leikkausalueelle tai imusolmukkeisiin jääneitä syöpäsoluja. Ilman sädehoitoa paikallinen kasvaimen uusiutuminen voi tulla 10–40% potilaista riippuen iästä, kasvaimen koosta sekä seurannan pituudesta. Sädehoidolla pystytään myös pidentämään tautivaapaata elinikää ja vähentää rintasyöpäkuolleisuutta. (Suomen Rintasyöpäryhmä. 2013).

Tähän mennessä tutkimuksissa ei ole osoitettu yhtään ryhmää, joka ei hyötyisi sädehoidosta leikkauksen jälkeen. Säästävän leikkauksen jälkeen annettava sädehoito kohdennetaan koko rintarauhasen alueelle. (Suomen Rintasyöpäryhmä. 2013). Jos imusolmukkeissa todetaan syöpäsoluja, annetaan sädehoitoa myös imusolmukealueelle. (Joensuu- Huovinen 2013:610; Suomen rintasyöpäryhmä. 2013; Syöpäjärjestöt; Rintasyöpäpotilaan opas.)

Hoito aloitetaan kun leikkausarpi on parantunut. Säästävän leikkauksen jälkeinen sädehoito toteutetaan joko 45–50 Gy:n kokonaisannoksena, 1,8–2.0 Gy:n kertafraktioina, viitenä arkipäivänä viikossa tai niin sanottuna hypofraktioituna hoitona. (Suomen Rintasyöpäryhmä. 2013). Hoito voidaan myös antaa hypofraktioidusti, jossa kokonaisannokseksi tulee 42,5 Gy, 16 fraktiota/22 vrk tai 40 Gy, 15 fraktiota/ kolme viikkoa (Joensuu- Huovinen 2013:610). Englannissa tehtyjen tutkimuksien mukaan hypofraktioitu hoito voidaan toteuttaa turvallisesti varhaisvaiheen rintasyöpää sairastaville potilaille. Paikallisten uusiutumien määrissä ei ollut merkittävää eroa tutkimusryhmien kesken. Hypofraktioidun hoidon teho ei ollut huonompi verrattuna ryhmään joka sai 50Gy:tä viiden viikon ajan. Molemmissa tutkimuksissa hypofraktioitu hoito tuotti myös kosmeettisesti paremman tuloksen. (The UK standardisation of breast radiotherapy (START) trials of radiotherapy hypofractionation for treatment of early breast cancer: 10-year follow-up results of two randomised controlled trials. 2013.) Potilaan kannalta hypofraktioitu sädehoito saattaa olla helpompi vaihtoehto, koska silloin sädepoliklinikalla käyntejä ei tule niin montaa kuin tavallisilla fraktioilla. Myös resurssien säästö on merkittävä, jos jokaisen potilaan kohdalta säästyisi 10 hoitokertaa. Rinnan primäärikasvaimen alueelle voidaan antaa myös tehosteannos, jos potilaalla on riskitekijöitä. Niitä ovat ikä (alle 50-vuotias), kainalometastaasit, suoni-invaasio tai positiiviset ja/tai niukat leikkausmarginaalit. (Suomen Rintasyöpäryhmä. 2013.)

8.4 Sädehoito rinnanpoistoleikkauksen jälkeen

Mastektomian eli kokorinnan poiston jälkeen annettava sädehoito vähentää syövän paikallisia uusiutumia noin 65–75%. Sädehoidon kohdealueena on erityisesti leikkausarpi sekä rintakehän etuseinä. Tavallisesti rintakehän iholle annetaan elektronihoidoa ja soliskuopan sekä kainalon alue hoidetaan fotonihoidolla. (Suomen Rintasyöpäryhmä. 2013).

Rinnanpoistoleikkauksen jälkeinen sädehoidon toteutus suunnitellaan samalla tavalla kuin säästävän leikkauksen jälkeinen sädehoito ja hoitoannokset ovat samanlaiset. Yleensä mastektomian jälkeen annetaan sädehoitoa potilaille joiden kasvain on suuri, läpimitaltaan >5cm tai joilla on metastaatteja imusolmukkeita kainalossa. Tämän lisäksi hoito voidaan kohdentaa kainalon sekä soliskuoppien ja rintakehän parasternaalialueelle jossa imusolmukkeet sijaitsevat. Tällöin käytetään usein elektroni sekä fotonihoidon yhdistelmää (Rintasyöpäryhmä 2013; Joensuu – Huovinen 2013:611.)

Sädehoitoa suositellaan kaikille rinnanpoistoleikkauksen jälkeen, joilla on ollut neljä tai useampia metastasoituneita kainaloimusolmukkeita. Jos potilaalla on yhdestä kolmeen kainalometastaasia, harkitaan sädehoito tapauskohtaisesti, ottaen huomioon sekä hyödyt että mahdolliset haitat. T3-4 luokan kasvaimissa suositellaan sädehoitoa leikkauksen jälkeen vaikka ei olisi ollenkaan kainalometastaaseja. Pienissä kasvaimissa sädehoitoa ei anneta, jos ei ole kainalometastaaseja eikä muita riskitekijöitä (positiiviset tai niukat leikkausmarginaalit, suoni-invaasio, alle 35-vuotias tai kasvaimen kolmoisnegatiivisuus). (Suomen Rintasyöpäryhmä. 2013.)

Sädehoidon toteutuksessa voidaan käyttää bolusta, jotta saadaan riittävä ihoannos. Myöskin muiden erityistekniikoiden, kuten intensiteettimuokkauksen käyttö voi olla tarpeen, jotta saadaan optimaalinen annosjakauma. Leikkausarven alueelle voidaan tarpeen mukaan antaa suuren uusiutumisen riskin potilaille 10 Gy:n tehosteannos, joka annetaan 2,0 Gy:n kerta-annoksina. (Suomen Rintasyöpäryhmä. 2013.)

8.5 Imusolmukkeiden sädehoito

Soliskuopan, kainalon ja parasternaalialueen imusolmukkeet suositellaan hoidettavan sädehoidolla, jos potilaalla on todettu olevan neljä tai useampia metastasoituneita imusolmukkeita kainalon alueella. Sädehoitoa annetaan myös tilanteissa missä on vähemmän metastasoituneita imusolmukkeita, mutta on muita syitä antaa sädehoitoa, kuten suoni-invaasio, puutteellinen kainaloevakuatio tai kainalon imusolmukemetastaasi on kasvanut kapselin ulkopuolelle. Parasternaalialueen sädehoito harkitaan aina tapauskohtaisesti. Yleensä sädehoitoa tälle alueelle suositellaan, jos leikkauksessa on todettu parasternaalinen imusolmukemetastaasi tai jos isotooppitutkimuksissa on todettu kertymää parasternaalialueella. (Suomen Rintasyöpäryhmä. 2013.)

9 Potilasohjaus sädehoitojakson aikana

Potilasohjaus on osa hyvää ja laadukasta hoitoprosessia. Potilasohjauksella tarkoitetaan tavoitteellista toimintaa, tiedon antamista, opetusta, neuvontaa, ohjausta sekä informointia. Vuonna 1992 säädetty laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa antamaan potilaille tiedon selkeästi sekä ymmärrettävästi, jotta potilas voi osallistua hoitoaan koskevaan päätöksen tekoon. (Jussila - Kangas - Haltamo. 2010: 182; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Sädehoitoklinikalla sädehoidon suunnittelu ja toteutus jakaantuu usealle ammattiryhmälle. Röntgenhoitajan tehtäviin kuuluu hoidon suunnitteluvaiheeseen kuuluva kuvantaminen, sädehoidon toteuttaminen hoitokoneella, joihinkin annossuunniteluun liittyvien tehtävien hoitaminen. Sädehoidossa työskentelevän röntgenhoitajan työn erityispiirteinä korostuvat hoidon teknisen toteutuksen lisäksi potilaan fyysisen ja henkisen terveydentilan seuranta sekä havainnointi. Hyvät vuorovaikutustaidot auttavat luomaan luottamuksellisen hoitosuhteen. Keskeinen osa on potilaalle annettava ohjaus sekä henkinen tuki. Ohjausta toteutetaan suullisesti sekä kirjallisesti. Sädehoidossa hoitajilla on mahdollisuus joka arkipäivänä kohdata potilas ja toteuttaa ohjausta päivittäin, jolloin tiedon saaminen rauhoittaa hermostunutta potilasta ja toimii henkisenä tukena. (Leino 2011:219) Hoitojärjestelmän luotettavuuteen vaikuttaa se, että hoitopäätökset kyetään perustelemaan ja että päätöksille voidaan hakea tarvittaessa toisen lääkärin mielipide. (Raudasoja - Suominen. 2007:13 - 15.)

Ohjausta tapahtuu potilaan hoitopolun eri vaiheissa ja se on eri ammattiryhmien välistä toimintaa. Potilas saattaa tarvita sädehoitojaksonsa aikana myös ravitsemusterapeuttia, fysioterapeuttia, seksuaalineuvojaa, psykologia, sosiaalityöntekijää tai hengellisen tuen asiantuntijaa. Koska hoito voi jakautua usean eri yksikön osalle, niin röntgenhoitajan tulee informoida potilaan tilasta muita mahdollisia hoitoon osallistuvia tahoja.

10 Rintasyöpäpotilaan henkinen tasapaino

Noin joka kolmas syöpäpotilas kärsii jonkin asteisista psyykkisistä oireista. Näitä oireita ovat ahdistuneisuus, sopeutumishäiriöt, paniikkihäiriöt, traumaperäiset stressireaktiot ja masennusoireyhtymät. Syöpäpotilas voi ajautua psyykkiseen kriisiin missä sairauden vaiheessa tahansa. Useimmiten kriisiin ajaututaan diagnoosivaiheessa, sairauden uusiutuessa tai vaikeiden haittavaikutusten sekä komplikaatioiden yhteydessä. (Leidenius, - Tasmuth - Jahkola - Saarto - Utriainen - Vaalavirta - Tiitinen - Idman.2010. 126(10): 1217 - 25.)

Rintasyöpäpotilailla psyykinen oireilu alkaa useimmiten sekamuotoisena ahdistus- ja mielialaoireiluna. Potilaiden oireet vaihtelevat lievistä ja lyhytkestoisista reaktioista pitkiin ja vaikeisiin kriiseihin. Pitkäaikaisseurannassa noin 5 %:lla rintasyöpäpotilaista on todettu psyykkisiä oireita. Oireet ovat useimmiten seksuaalitoiminnan häiriöitä ja traumaperäisiä stressireaktioon liittyviä oireita, jotka aiheutuvat sairauden aiheuttamista peloista, kuten kuolemanpelosta, sairauden uusimispelosta, hoitoihin liittyvistä peloista, taudin etenemiseen liittyvästä pelosta sekä kunnon huononemisen ja muiden hoidon vaaraan joutumisen pelosta. (Leidenius, - Tasmuth - Jahkola - Saarto - Utriainen - Vaalavirta - Tiitinen - Idman.2010. 126(10):1217 - 25.)

Monet eri tekijät vaikuttavat potilaan elämään syöpäsairauden aikana. Sairaus, epävarma elämäntilanne, huoli tulevaisuudesta ja sädehoito vaikuttavat arkeen monella tavalla. Sädehoitojakson aikana arki joudutaan aikatauluttamaan hoitoaikataulujen mukaan. Muutokset elämässä ja mahdolliset sivuvaikutukset voivat vaikuttaa sairastuneen itsensä lisäksi myös hänen perheeseen, läheisiin ja parisuhteeseen. (Syöpäjärjestöt; Rintasyöpäpotilaan opas.)

Psyykkisen oireilun riski on sitä suurempi, mitä enemmän potilas on saanut hoitoja, joissa on kajottu häneen tai mitä enemmän komplikaatioita hänen hoitoonsa on liittynyt. Oireiden hoidon tärkein asia on oikea-aikainen reagointi ja oireiden kroonistumisen estäminen. Keskeisiä keinoja ovat hyvä potilastiedottaminen, muutosten ja uhkien käsittely, keskustelutuki ja potilaan oman sosiaalisen verkoston antama tuki. (Leidenius, - Tasmuth - Jahkola - Saarto - Utriainen - Vaalavirta - Tiitinen - Idman.2010. 126(10):1217 - 25.)

11 Kvalitatiivinen tutkimus

11.1 Kvalitatiivinen tutkimus tutkimusmenetelmänä

Kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää käytetään, kun tutkitaan muun muassa ihmisiä, merkityksiä ja ihmisten välisiä sosiaalisia suhteita. Tutkimuksen tarkoituksena ei ole löytää totuutta tutkittavasta asiasta vaan kerätä aineistoa, joka mahdollistaa ilmiön tutkimisen monesta eri näkökulmasta. Kvalitatiiviselle aineistolla on ominaista monitasoisuus, ilmaisujen rikkaus ja sen avulla voidaan tutkia asioita ja ilmiöitä, joita ei paljaalla silmällä voida erottaa. Laadullinen tutkimus tuottaa selityksiä erilaisille ilmiöille. Tutkija yrittää ymmärtää haastateltavan henkilön ilmaisuja sekä näkökulmia. Hankittua aineistoa pyritään järkeistämään ja ymmärtämään. Silloin teoria on aineiston lukemisen, tulkinnan ja ajattelun lähtökohta. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 85 - 86; Kananen 2014: 12–16.)

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tavoitteena on saada ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä eikä sillä pyritä tekemään tilastollisia yleistyksiä. Laadullinen tutkimus mahdollistaa sen, että ilmiöstä saadaan syvälinen näkemys. Sillä voidaan kokonaisvaltaisesti tutkia ilmiötä tai yksittäistä tapausta. Laadullisen tutkimuksen tiedonhankinnassa on tyyppillistä, että se tapahtuu aidoissa tilanteissa. Laadullisessa tutkimuksessa on merkittävää, että haastateltavalla on tutkittavasta asiasta mahdollisimman laajasti tietoa tai kokemusta. Laadulliseen tutkimukseen osallistuvat haastateltavat pitää harkita tarkoin ja heidän tulee olla tarkoitukseen sopivia. Laadullisen tutkimukseen sopivat erinomaisesti haastattelut ja havainnoinnit. Keräsimme haastattelun avulla koettua tietoa tutkittavilta ja siinä tutkittavien kokemukset sekä ajatukset pääsivät esille. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 85 - 86; Kananen 2014: 12–16.)

11.2 Menetelmät ja aineiston keruu

Tarkoitus tällä opinnäytetyöllämme oli selvittää teemahaastattelua apuna käyttäen rintasyöpäpotilaiden kokemuksia sädehoidon hoitoketjusta. Tutkittavaksi joukoksi valikoitui Helsingin syöpätautien klinikalla vuosina 2010 - 2014 sädehoidossa käyneitä naisia. Opinnäytetyömme toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Tutkimuksemme perustui potilaiden omiin kokemuksiin hoidon sujuvuudesta sädehoitojakson aikana. Jokaisen potilaan kokemukset ovat aina yksilöllisiä, ja niihin on vaikuttanut hänen koko elämänsä ja aiemmat kokemuksensa.

Käytimme aineiston keruumenetelmänä teemahaastattelua, jossa osallistujat saivat kertoa omakohtaisia kokemuksiaan haluamallaan tavalla. Teemahaastattelussa edetään etukäteen suunniteltujen teemojen ja tarkentavien kysymysten mukaan. Haastattelun teemat pohjautuvat opinnäytetyömme tietoperustaan, jonka avulla olemme miettineet merkityksellisiä asioita hoitoketjun sujuvuuden kannalta. Tässä menetelmässä korostuvat kokemuksellisuus, yksityiskohtaiset muistot, potilaiden tulkinnat ja heidän antamat merkitykset ympärillä tapahtuville asioille sekä yleisemmät havainnot. (Tuomi -Sarajärvi. 2009: 75.)

11.3 Tiedonantajat ja aineiston keruu

Laadullisessa tutkimuksessa kohderyhmä valikoidaan tarkoituksenmukaisesti. Haastateltavat saimme Rintasyöpäyhdistys Ry:n sekä Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen kautta. Tutkittavan joukon valintaan vaikutti se, että potilas on sairastanut rintasyövän sekä käynyt läpi sädehoidon hoitoketjun. Rintasyöpäpotilas käy sädehoidon läpi osana hoitoketjokokonaisuutta, jolloin hän on saanut omakohtaisia ja ainutlaatuisia kokemuksia hoitoketjun toimivuudesta. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt valikoituivat oman aktiivisuutensa ja halukkuutensa mukaan, koska haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista. Tutkittavaksi joukoksi valikoituivat henkilöt jotka olivat saaneet sädehoitoa vuosien 2010–2014 välillä Helsingin sädehoitoklinikalla. Ennen haastattelua he allekirjoittivat suostumuksensa osallistua haastatteluun.

Teemahaastattelun teemojen laatimista varten käytimme apuna Laura Raudasojan Pro Gradua Rintakasvaimen/-syövän hoitoketjun jatkuvuus ja asiakaskeskeisyys -tapaustutkimus. Tämän lisäksi käytimme kirjallisuutta ja artikkeleja, jotka koskivat hoitoketjuja. Ja oimme haastattelun kolmeen teemaan, jonka kautta tutkimme potilaiden kokemuksia hoitoketjun sujuvuudesta. Tarvittaessa teimme tarkentavia kysymyksiä, kuitenkin liikaa ohjailematta haastateltavaa. Nauhoitimme kaikki haastattelut. (Raudasoja. 2009. Rintakasvaimen/-syövän hoitoketjun jatkuvuus ja asiakaskeskeisyys; Hietanen - Simonsuuri - Sorsa - Salmi 1999. Naisen asialla syöpää vastaan; Holli 1998. Rintasyövän hoitoketjun kehittäminen.)

11.4 Aineiston analyysi

Aineiston tulkintaan käytimme induktiivista sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kootun aineiston tiivistämistä, siten että aineistoa pelkistetään ja jaotellaan samankaltaisuuksien ja eroavaisuuksien avulla. Jaottelun avulla voidaan vertailla mielenkiinnon kohteina olevien teemojen esiintymistä aineistossa. Induktiivisella sisällönanalyysillä tarkoitetaan analyysiä, joka etenee yksittäisistä asioista yleisiin kokonaisuuksiin. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 93.)

Teimme haastattelut teemahaastatteluina. Ensimmäisenä kirjoitimme nauhoitetun aineiston puhtaaksi, eli litteroimme sen. Litteroinnin jälkeen aloitimme aineiston käsittelyn poimimalla asioita, jotka liittyivät tutkimusaiheeseemme sekä haastattelumme teemoihin. Jokainen teemoista väritettiin eri väreillä, jotta ne löytyisivät helposti myöhemmin tekstistä. Tärkeät asiat kirjasimme allekkain taulukkoon. Tämän jälkeen redusoimme eli muokkasimme poimimamme asiat pelkistettyyn muotoon, joista selvisi asian pääsisältö. Tarkistimme, että pelkistetty ilmaisu vastaa tutkimuskysymykseemme. Pelkistetyistä ilmaisuista muodostimme alaluokkia. Analyysissämme oli kahden tason alaluokkia. Alaluokista yhdistimme eli abstrahioimme viisi kappaletta yläluokkia. Yläluokista muodostimme pääluokan. Pääluokaksi muodostui yksi kokonaisuus joka vastaa haastattelumme teemoihin. Alla olevassa kaaviossa olemme esitelleet sisällön analyysin etenemisen. Hoitoketjun sujuvuutta arvioimme käsitteellä aikataulut, tiedonkulku. Kokemukset sädehoidosta taas nivoutuivat käsitteisiin asiakaslähtöisyys, hoitotoiminta, yksilöllisyys, henkinen jaksaminen ja hoitoympäristö.

Taulukko 1. Opinnäytetyön sisällönanalyysin eteneminen

1. Aineistoon perehtyminen, haastatteluiden lukeminen, litterointi

2. Aineiston koodaus värein

3. Vastausten pelkistäminen eli redusointi

4. Samankaltaisuuksien etsiminen

5. Alaluokkien muodostus eli klusterointi. Samankaltaiset käsitteet yhdistettiin ja niille annettiin sisältöä kuvaava nimi

6. Yläluokkien muodostus alaluokista eli abstrahointi. Yläluokan nimeäminen sen mukaan, mikä parhaiten kuvasi niitä ja mistä ne muodostuivat.

7. Pääluokan muodostaminen.

12 Tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata rintasyöpäpotilaiden kokemuksia hoitoketjun sujuvuudesta sädehoitojakson aikana. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa jolla voidaan kehittää hoitoketjua sekä tietoa, jolla hoitohenkilökunta voi kehittää omaa ammattitaitoaan sädehoitoklinikalla.

Tutkimuskysymykset:

Millaisia kokemuksia rintasyöpäpotilailla on sädehoidon hoitoketjusta?

Millaisia ovat rintasyöpään sädehoitoa saaneiden kokemukset hoitoon pääsystä?

Millaisia ovat kokemukset sädehoitoon liittyvän tiedon saannista omaan hoitoon liittyen?

Millaisia ovat rintasyöpään sädehoitoa saaneiden kokemukset sädehoidosta?

13 Tulokset

Analysoimme aineistoa käyttäen induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Analyysiä ohjasivat tutkimuskysymykset: millaisia kokemuksia rintasyöpäpotilailla on sädehoidon hoitoketjusta, millaisia ovat rintasyöpään sädehoitoa saaneiden kokemukset hoitoon pääsystä ja millaisia ovat kokemukset sädehoitoon liittyvän tiedon saannista omaan hoitoon liittyen.

Analyysimme perusteella keskeisimmiksi kokemuksiksi hoitoketjusta nousi, rintasyöpäpotilaiden hoitoketjun sujuvuus, potilaslähtöisyys, hoitotoiminta, henkinen jaksaminen ja hoitoympäristö.

Taulukko 2. Sisällönanalyysi

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Hoitoketju ei ollut sujuvaa	Hoitoketjun sujuvuus	Rintasyöpäpotilaan kokemus hoitoketjusta
Hoitoketjun sujuvuus		
Hoitoon liittyvät pelot		
Neutraali hoitokokemus		
Hoitoketjun tekninen sujuvuus		
Aikataulujen sujuvuus		
Positiivinen kokemus hoidosta		
Tiedon kulku		
Henkinen tuki	Potilaslähtöisyys	
Oma hoitaja		
Yksilöllisyys		
Potilaan kohtaaminen		
Läsnäolo		
Ennako-odotukset		
Jännitys	Hoitotoiminta	
Hoidon helppous		
Tekninen toteutus epäloogista		
Potilas ohjaus		
Hoito		
Hoidon tekninen toteutus		
Hoidon suunnittelu		
Hoidon sivuvaikutukset		
Mukava tunnelma	Hoitoympäristö	
Ympäristö		
Pelko	Henkinen jaksaminen	
Fyysiset ja henkiset muutokset		

13.1 Hoitoketjun sujuvuus

Kaikki vastanneet kokivat sädehoidon hoitoketjun sujuvaksi kokonaisuudeksi, jossa eteneminen oli koordinoitua. Aikataulu käsite muodosti yhden alaluokista ja siitä haastateltavat olivat eri mieltä. Osan mielestä aikataulut toimivat hyvin ja hoito eteni aikataulun mukaan, kun taas osa haastateltavista olivat sitä mieltä, että aikataulut eivät pitäneet ja koko hoitajakso venyi sen johdosta. Hoitajakson venyminen koettiin negatiivisena asiana. Lähes kaikki haastateltavat olivat kuitenkin yhtä mieltä siitä, että mahdollisuus toivoa omia hoitoaikojaan ja aikataulujen sovittaminen yhteen muun elämän kanssa toi positiivisen kuvan hoitoketjun sujuvuudesta.

Vastaajat olivat tietoisia siitä, että aikataulumuutoksia voi tulla hoitajakson aikana johtuen sädehoitokoneiden teknisistä ongelmista ja hoitokoneilla hoidettavien suuresta potilasmäärästä johtuen. Negatiiviseksi kuitenkin koettiin se että aikataulumuutoksien aiheuttamaa viivästystä ei osattu kertoa jolloin potilas ei ollut tietoinen milloin oma hoitoaika on. Sujuvuutta oli lisännyt, että myöhästymisistä tiedottaminen olisi ollut selkeämpää ja paremmin suunniteltua.

13.2 Potilaslähtöisyys

Tämä teema nousi vahvasti kaikilla vastaajilla esille. Potilaat olisivat odottaneet yksilöllisempää hoitoa sädehoitajakson aikana. Kaikilla vastaajilla korostui negatiivisena kokemuksena yksilöllisyyden puuttuminen hoitojen aikana tai se ei ollut toteutunut heidän odottamallaan tavalla.

Arvostusta nosti, jos potilaan vointia kysyttiin tai heidän hoitoon liittyviä toiveita noudatettiin. Yleisesti hoitajia pidettiin kuitenkin ystävällisinä.

Toiveena oli, että potilaita kuunneltaisiin enemmän ja heidän tuntemukset ja toiveet otettaisiin huomioon. Myös ohjaukseen sekä potilaan kohtaamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota.

13.3 Hoitotoiminta

Hoitotoimintaan liittyvää arvostusta nosti jos potilaat olivat kokeneet henkilökunnan hoidettavan työnsä huolellisesti. Hyvät sekä huonot työtavat jäivät mieleen hoidon toteutuksessa. Vastaajista osa olisi kaivannut pysyvämpää hoitosuhdetta sädehoitojakson aikana.

Puutteellisista hoidon toteutukseen liittyvistä tiedoista johtuen muutama koki, että hoidon tekninen toteutus tuntui epäloogiselta. Tämä saattoi johtua siitä, ettei ymmärretty tarkasti mihin potilaan asettelulla ja pöydän siirroilla pyritään. Turvallisuuden tunnetta olisi lisännyt, jos hoito olisi toteutettu samalla lailla vaikka olisi ollut eri hoitaja työskentelemässä. Hoitolaitteiden toimimattomuus aiheutti myös epävarmuuden ja turvattomuuden tunteita.

Myös sivuvaikutusten ilmaantuminen aiheutti huolta ja epäilyä siitä, oliko hoito toteutunut suunnitelman mukaisesti. Hoitoasennosta ja hoidon aiheuttamien sivuvaikutusten kivusta aiheutui muutamalle potilaalle myös hyvin negatiivinen kokemus. Olisi toivottu enemmän yksilöllisempää ja potilaan tarpeita huomioivaa hoitotoimintaa.

Potilasohjaus oli yksi hoitotoiminnan sujuvuus -alaluokista. Positiiviseksi koettiin että hoitajat ohjasivat potilaita hoidettavan alueen ihonhoidossa ja kertoivat mahdollisista sivuvaikutuksista. Negatiiviseksi kokemukseksi muodostui, jos tieto, joka ohjauksessa annettiin, ei vastannut potilaan odotuksia tai tietoa ei osattu kertoa selkokielisesti. Kirjalliset ohjeet koettiin tarpeellisena, koska suullisesti kerrottu tieto saattoi unohtua tai sitä ei ymmärretty. Tieto hoidosta, joita potilaat saivat, tuntui riippuvan paljon henkilöstä joka tietoa jakoi. Osa koki saaneensa tarvittavat tiedot ja ohjaukset. Osalle tieto jäi pintapuoliseksi tai sitä ei ymmärretty. Tiedon kulku koettiin osittain yksisuuntaiseksi. Tietoa olisi kaivattu enemmän omaan hoitoon liittyvistä asioista kuten hoidon toteutuksesta, hoitovaihtoehdoista ja hoidon riskeistä. Parempi tietämys olisi luonut turvallisuuden tunnetta sekä lisännyt tietoisuutta omasta hoitosuunnitelmasta.

Hoidon teknisestä toteutuksesta ei ollut ennakkotietoja tai käsityksiä. Vasta ensimmäisen hoitokerran jälkeen muodostui kuva, minkälainen sädehoitokerta oikein on. Muutama koki outona hoidon lyhyen keston sekä sen ettei vaikutusta tuntenut fyysisesti aluksi mitenkään.

13.4 Hoitoympäristö

Fyysinen hoitoympäristö koettiin ankeaksi ja isot hoitokoneet sekä hoituhuone aiheuttivat turvattomuuden tunnetta. Etenkin omaa hoitoaikaa odottaessa ankeaan fyysiseen ympäristöön oli kiinnitetty huomioita.

Hoitokoneella oleva hyvä tunnelma välittyi myös potilaille ja sen koettiin antavan hyvää mieltä. Positiivisena ja voimaannuttavana koettiin, kun hoidon aikana oli saanut kuunnella musiikkia.

13.5 Henkinen jaksaminen

Sädehoidon tekninen toteutus oli koettu sujuvaksi vaikka sädehoidoissa käynnit koettiin raskaaksi. Sädehoito hoitomuotona koettiin helpoimmaksi rintasyövän hoitoketjun hoidoista, koska siitä ei aiheutunut fyysisiä sivuvaikutuksia kuin paikallisesti hoidettavalle alueelle. Hoito koettiin helppona, kivuttomana sekä lyhyenä kestoaltaan. Hoitoväsymystä esiintyi melkein kaikilla vastanneilla ja päivittäinen käyminen sädehoitoklinikalla koettiin raskaana.

Sairauden tuomat fyysiset muutokset näyttäytyivät joka päivä. Saatettiin kokea kuolemanpelkoa sekä osa koki pelkoa sairauden uusimista kohtaan. Hoitajilta olisi kaivattu psyykkisen tuen tarjoamista enemmän. Potilaat arvostivat yksilöllisyyttä, ymmärrettyä tuleamista ja läsnäoloa. Sädehoidon hoitoketjun päättyminen aiheutti kokemuksen yksin jäämisestä.

14 Pohdinta

Hoitoketjun sujuvuus koettiin mutkattomaksi ja selkeäksi hoitojen etenemisen osalta. Vastaajilla oli yhtenäiset kokemukset, että hoitoketjussa eteneminen sädehoidon suunnittelun ja sädehoidon aikana oli koordinoitua ja sujuvaa. Joustava ajanvarausjärjestelmä helpotti hoitojen sovittamista muuhun sen hetkiseen elämään.

Sädehoidon hoitoketjuun kuului monella odottamista. Kuitenkin potilaat ymmärsivät viivästysten syyt. Hoitokoneiden teknisistä ongelmista aiheutuneet aikataulumuutokset pitkittivät sädehoitoklinikalla vietettävää aikaa ja aikataulumuutoksista ajoissa tiedottamiseen olisi toivottu kiinnitettävän enemmän huomiota. Odotusaika ei harmittanut, koska omat hoidot olivat ensimmäisellä sijalla elämässä sillä hetkellä. Hoitolaitteen toimimattomuus aiheutti pelkoa ja hoituhuone koettiin pimeäksi ja kolkoksi.

Hoitotoiminnassa yksilöllisten tarpeiden huomioimista arvostettiin ja hoitohenkilöstön aitoa kiinnostusta potilaan hoidosta. Tyytymättömyyttä aiheuttivat kokemukset joissa hoitotoiminta jäi pinnalliseksi ja persoonattomaksi. Potilaat kaipasivat enemmän potilasohjausta ja yksilöllisempää otetta hoitoon. Sädehoitoa oli ennen hoitoja vaikea ymmärtää ja siihen toivottiin parempaa ohjausta ennen hoitojen alkua. Oman hoitosuunnitelman ymmärtäminen olisi lisännyt myös luottamusta hoidon toteutuksen suhteen. Monet tiesivät kuitenkin keneen voivat olla yhteydessä, jos ongelmia tai kysyttävää olisi ilmennyt.

Sairauden aiheuttamat fyysiset ja henkiset muutokset korostuivat hoidon aikana. Hoitotoiminta keskittyi enemmän fyysiseen hoitoon ja potilaan henkisen tuen tarvetta ei huomioitu tarpeeksi. Vuorovaikutus jäi hoitaja-potilas suhteissa ohueksi.

Fyysiseltä hoitoympäristöltä olisi toivottu viihtyisämpää ja turvallisempaa olemusta. Vastauksista tuli myös ilmi, että sosiaalinen puoli vaikutti myös viihtyvyyteen, jolloin hoitohenkilökunnan hyvä ilmapiiri vaikutti positiivisesti vallitsevaan tunnelmaan.

14.1 Eettisyys tässä tutkimuksessa

Pyrimme tekemään tämän opinnäytetyön noudattaen eettisiä lähtökohtia ja hyvää tieteellistä käytäntöä kunnioittaen (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012). Noudatimme opinnäytetyössämme eettisiä toimintatapoja kuten rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta työtä tehdessämme ja tutkimustuloksia arvioidessamme ja esittäessämme. Huomioimme haastatteluun osallistujien yksilön suojan ja kohtelimme heitä kunnioittavasti.

Olimme yhteydessä sähköpostitse Rintasyöpäyhdistys Ry:n ja Etelä-Suomen Syöpäyhdistykseen, joille toimitimme laatimamme haastattelukutsun. Kutsu laitettiin esille eri sosiaalisiin medioihin sekä yhdistysten nettisivuille. Haastatteluihin vapaaehtoisesti osallis-

tuvat ottivat yhteyttä meihin, jonka jälkeen sovimme haastattelun ajankohdan. Tutkittaville kerrottiin haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Haastateltavien nimiä tai muita tunnistetietoja ei mainita missään vaiheessa tutkimusta. Nauhoitukset purettiin tietokoneelle sanatarkasti ja aineisto on käsitelty luottamuksellisesti. Nauhoitettu aineisto sekä haastatteluihin liittyvä materiaali säilytetään kunnes työ on valmistunut, jonka jälkeen hävitämme kaiken aineiston.

Haastateltavat kirjoittivat suostumuslomakkeen ennen haastattelun alkua. Lomakkeessa selvitettiin, että henkilötiedot jäävät vain haastattelijoiden tietoon. Ennen haastattelua haastateltaville kerrottiin lyhyesti teemahaastattelun aihepiireistä ja heille painotettiin, että he saavat kertoa omista kokemuksistaan mahdollisimman vapaasti ja luottamuksellisesti.

Työtä tehdessämme haimme tietoa useista eri lähteistä. Käytimme runsaasti aikaa tiedon hakuun, jotta löytäisimme luotettavimmat ja ajanmukaisimmat lähteet. Merkitsimme käyttämämme lähteet huolellisesti ja viittasimme aikaisempiin tutkimuksiin asiaan kuuluvalla tavalla.

14.2 Luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuskriteereinä voi olla useita tekijöitä. Prosessi pitää toteuttaa tieteen sääntöjen mukaisesti. Erityisesti korostuvat tutkijoiden työskentelytavat. Pyrimme työssämme objektiiviseen työskentelyyn ja teimme sen mahdollisimman hyvin. Haastattelurungon tulisi olla toimiva ja teemat mietitty kunnolla. Haastatteluaineiston laatu liittyy myös osaltaan luotettavuuteen. Pohdimme yhdessä haastattelun runkoa ja teemoja, jotta ymmärtäisimme sen sisällön keskeisyyden. Osallistuimme molemmat haastatteluiden tekemiseen. Näin saimme säilytettyä yhtenäisen linjan toteutuksessa. Litteroimme haastattelut pian haastattelujen jälkeen. Aineiston analysoimme yhdessä, jotta pystyimme säilyttämään saman linjan ja yhteiset periaatteet. Tutkimuksen vahvistettavuutta voidaan arvioida vertaamalla eri lähteistä saatua tietoa tai tutkimuksia ja katsoa tukevatko tiedot toisiaan (Kananen 2014:152).

Laura Raudasoja Pro-Gradu tutkielmassaan Rintakasvaimen/-syövän hoitoketjun jatkuvuus ja asiakaskeskeisyys - tapaustutkimus oli saanut tulokseksi sen että: tyytymättömyyttä esiintyi sekä tiedon saannissa että tiedon kulussa. Välitöntä odottamista oli ollut vähän, mutta välillistä odottamista paljon. Potilaista odottaminen oli ollut raskasta, mutta

toisaalta se oli antanut aikaa sopeutua. Asiakaskeskeisyys oli ilmennyt potilaille myönteisesti inhimillisen vuorovaikutuksen kautta asiallisena sekä ystävällisenä kohteluna, yksilölliset tarpeet huomioivana hoitotoimintana ja rauhallisena hoitoympäristönä. Raudasoja oli käsitellyt työssään koko rintasyövän hoitoketjun pois lukien sädehoidon. Tutkimuksestamme nousi esille samoja asiayhteyksiä, joissa korostui yksilöllisyys, potilaan ohjaus sekä hyvä hoitotoiminta. (Raudasoja. 2009. Rintakasvaimen/-syövän hoitoketjun jatkuvuus ja asiakaskeskeisyys.)

Uskottavuutta lisää myös se, että teimme tätä työtä pitkän ajan ja olemme kummatkin työskennelleet myös sädehoito-osastolla jolloin käsitteet ja sädehoidon hoitoketju ovat tulleet tutuiksi kummallekin. Olemme kerryttäneet tietoperustaa, joka auttoi ymmärtämään osallistujien näkemyksiä. Valitsimme haastateltaviksi potilaita, joiden hoidosta ei ole kulunut neljää vuotta kauempaa, jotta hoidoista ei olisi liian pitkä aika.

Opinnäytetyömme luotettavuutta arvioitaessa täytyy ottaa huomioon myös rintasyöpäpotilaat, joita haastattelimme. Miten tunteet ja hoidoista kulunut aika ovat vaikuttaneet heidän muistikuviansa ja siihen, kuinka he meille kertovat kokemuksistaan. Kertovatko he omia kokemuksiaan vai asioita, joita he miettivät meidän haluavan kuulla. Hoitojen jälkeen heillä on ollut aikaa miettiä hoitoa ja kaikkia siihen liittyviä muistoja, jolloin jotkut hoidon osa-alueet saattavat tuntua jälkikäteen ajateltuna joko paljon ikävämmältä tai paljon neutraalimmalta. Mutta tämä on luonnollista ja vaikuttaa potilaiden mieleen jäävään kokemukseen.

14.3 Oma oppiminen prosessina

Aiheen työhömmme saimme koululta. Valitsimme aiheen, koska kummatkin olimme meissä töihin sädehoitoklinikalle. Rajasimme aiheen koskemaan vain rintasyövän hoitoketjua sädehoidon osalta, koska tämä osa hoitoketjusta koskettaa nimenomaan meitä röntgenhoitajina.

Opinnäytetyömme aiheen jäsentämisen ja teoreettisen aineiston keruun aloitimme helmikuussa 2014. Kevään aikana etsimme lähdeaineistoa ja keräsimme tietoperustaa työllemme sekä mietimme tutkimusmenetelmiä, joita tulisimme työssämme käyttämään.

Elokuussa 2014 pohdimme mistä hankkisimme tutkimukseemme sopivat haastateltavat. Pohdittuamme vaihtoehtoja päädyimme ottamaan yhteyttä eri syöpäjärjestöihin. Laadimme saatekirjeen, jonka välitimme kahdelle eri järjestölle. Syyskuussa työstimme teemahaastattelurungon, jonka hyväksyimme ohjaavalla opettajallamme. Haastateltavien saamiseen kului odotettua enemmän aikaa. Haastateltavat olivat saaneet haastattelukutsut vain muutamaa päivää ennen haastatteluja ja näin ollen he eivät olleet ehtineet tutustua kutsun mukana tulleeseen teemahaastattelurunkoon.

Laadullisessa tutkimuksessa haastateltavien määrä on riittävä, kun aineistosta ei saada enää uutta tietoa tutkimusongelman kannalta. Tavoitteenamme oli saada tutkimusaineistosta haastateltavien avulla mahdollisimman laaja otos.

Aineiston analysointiin kului yllättävän paljon aikaa koska induktiivinen sisällönanalyysi ei ollut kummallekaan entuudestaan tuttu menetelmä. Pyrimme luokittelussa tarkkuuteen ja lisäksi kiinnitimme huomiota, että toteutimme analysoinnin objektiivisesti. Saimme hyvin kattavan aineiston, josta mielestämme saimme induktiivista sisällönanalyysiä käyttäen mielenkiintoisia tuloksia.

Opinnäytetyömme kautta olemme syventäneet tietoa hoitoketjuista sekä potilaiden kokemuksia sädehoidosta. Voimme hyödyntää saamaamme tietoa omassa röntgenhoitajan työssämme. Opinnäytetyön tekeminen antoi hyvää kokemusta tutkimustyön useista vaiheista sekä ongelmista, joita tutkimusprosessin aikana saattaa kohdata. Työtä tehdessämme opimme käyttämään eri tiedonhakumenetelmiä sekä saimme paljon uutta tietoa, joka liittyi ammattiimme sekä työhömmme sädehoitoklinikalla.

14.4 Rintasyövän hoitoketjun kehittäminen

Henkisen tuen merkitys korostui vastauksista. Jatkotutkimuksena olisi hyvä tutkia onko röntgenhoitajilla riittäviä ammatillisia valmiuksia antaa henkistä tukea hoidoissa käyville potilaille ja kuinka sitä voitaisiin kehittää. Voisiko ammatillinen täydennyskoulutus sädehoitoklinikalla työskenteleville röntgenhoitajille tarjota lisäosaamista päivittäiseen työhön?

Mielenkiintoinen näkökulma saataisiin tutkimalla hoitoketjun sujuvuutta röntgenhoitajien näkökulmasta, jolloin potilaille näkymättömien hoitoketjun osien yhteen nivoutuminen tulisi paremmin esille. Myös organisaation sisällä oleviin solmukohtiin ja koordinaation saataisiin uusia näkökantoja.

Tulevina sädehoidossa työskentelevinä röntgenhoitajina olisimme kiinnostuneita myös kansainvälisestä vertailusta. Kuinka laajasti röntgenhoitajat ovat mukana potilaan hoidossa rintasyövän hoitoketjun aikana ja miten potilaslähtöisesti hoito on muissa Pohjoismaissa toteutettu.

Lähteet

Alasuutari, Pertti. 1994. Laadullinen tutkimus 2. painos. Jyväskylä. Gummerus. 74-79

Biologinen hoito. 2013. Rintasyöpä.fi. Verkkodokumentti. <<http://www.rintasyopa.fi/rintasyovan-hoito/biologiset-hoidot/kaytto-ja-haittavaikutukset/>> Luettu 7.5.2014

Brachytherapy patient guide. Verkkodokumentti. < <http://www.aboutbrachytherapy.com/en-us/patients/resources/Documents/Breast-brachytherapy-patient-guide.pdf>>. Luettu 25.5.2014.

Cadoo,K.A - Fournier,M.N - Morris,P.G. Biological subtypes of breast cancer: current concepts and implications for recurrence patterns. Verkkodokumentti. < <http://www.minervamedica.it/en/freedownload.php?cod=R39Y2013N04A0312>>. Luettu 25.5.2014.

Cancer.org. Can breast cancer in men be found early. Verkkodokumentti <<http://www.cancer.org/cancer/breastcancerinmen/detailedguide/breast-cancer-in-men-detection>>. Luettu 13.5.2014.

Carea. Hoitoketjut. Verkkodokumentti. <http://www.carea.fi/fi/Tietoa%20Careasta/Ammattilaisille/Hoitoketjut/> . Luettu 17.1.2014

Europadonna.Tietoa rintasyövästä. Verkkodokumentti. < <http://www.europadonna.fi/rintasyopa2/>>. Luettu 7.5.2104

Halo- ryhmä 2012. Rintojen magneettikuvaus tarkentavassa diagnostiikassa. Verkkodokumentti. http://www.thl.fi/attachments/halo/SLL_2012_RintojenMagneettikuvausRintasyovanDiagnostiikassa.pdf. Luettu 7.5.2014

Helsti, Hilikka.2005.Hedelmällisen tiedon jäljillä -teemakirjoitukset tutkimuksen lähteinä. Verkkodokumentti.<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10224/4571/helsti148-159.pdf?sequence=1>. Luettu 24.5.2014.

Hietanen, Päivi - Simonsuuri-Sorsa, Marja - Salmi, Tuula. 1999. Naisen asialla syöpää vastaan. Potilaan kokemus syövän hoidosta. Sairauden vaikutus suomalaisen naisen elämään. Verkkodokumentti. <<http://www.fimnet.fi.ezproxy.metropolia.fi/cl/laakari-lehti/pdf/1999/SLL351999-4363.pdf>> Luettu 26.5.2014

Holli, Kaija. 1998. Rintasyövän hoitoketjun kehittäminen. Suomen lääkäri-lehti 41/2002 vsk 57.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvotelukunta. 2012. Verkkodokumentti. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut>

Isola, Jorma – Kallioniemi, Anne 2013. Syöpätaudit 5.painos. Miten syöpä syntyy. Helsinki:Duodecim.

Joensuu, Heikki. 2013. Rintasyövän riskitekijät. Rintasyöpäryhmä. Verkkodokumentti. <http://rintasyoparyhma-yhdistysavain-fi-bin.directo.fi/@Bin/d77d48b9437a7904486aa4ad5e2e8953/1399442233/application/pdf/171266/www.terveysportti.fi-rintasyovanvaltakunnallinenendiagnostiikka-jahoito-suositus2013.pdf>. Luettu 7.5.2014

Joensuu, Heikki. 2013. Rintasyövän yleisyys ja Ennuste. Rintasyöpäryhmä. Verkkodokumentti. <<http://rintasyoparyhma-yhdistysavain-fi-bin.directo.fi/@Bin/d77d48b9437a7904486aa4ad5e2e8953/1399442233/application/pdf/171266/www.terveysportti.fi-rintasyovanvaltakunnallinenendiagnostiikka-jahoito-suositus2013.pdf>>. Luettu 7.5.2014

Joensuu, Heikki – Huovinen, Riikka 2013. Syöpätaudit 5.painos. Rintasyövän yleisyys. Helsinki: Duodecim.

Joensuu, Heikki – Huovinen, Riikka 2013. Syöpätaudit 5.painos. Sädehoito mastektomian jälkeen. Helsinki: Duodecim.

Joensuu, Heikki – Huovinen, Riikka 2013. Syöpätaudit 5.painos. Sädehoito säästävän leikkauksen jälkeen. Helsinki: Duodecim.

Joensuu, Heikki - Kouri, Mauri - Ojala, Antti – Tenhunen, Mikko – Lyly, Teppo 2002. Kliininen sädehoito 1. painos. Sädehoidon toteuttaminen. Helsinki: Duodecim

Joensuu, Heikki – Leidenius, Marjut – Huovinen, Riikka 2013. Syöpätaudit 5.painos. Rintasyöpäpotilaiden ennuste, seuranta ja kuntoutus. Helsinki: Duodecim.

Johansson, Risto 2012. Solunsalpaajat eli sytostaatit. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti.<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01077> Luettu 7.5.2014

Jussila, Aino-Liisa – Kangas, Anne – Haltamo, Mikko 2010. Sädehoitotyö 1. painos. Terveystilan ja sädehoidon sivuvaikutuksien seuranta. Helsinki: WSOY.

Kananen, Jorma 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kouri, Mauri – Tenhunen, Mikko 2013. Syöpätaudit 5.painos. Syövän sädehoito. Helsinki:Duodecim.

Käypähoito. Duodecim. Hoitoketjut ja oppaat käyttöönoton tukena. Verkkodokumentti. Päivitetty 18.3.2014.<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/hoitoketjut-ja-oppaat>>Luettu 14.5.2014

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992L. Annettu Helsingissä 01.03.1993.

Leidenius, Marjut – Joensuu, Heikki 2013. Syöpätaudit 5.painos. Morfologiset rintasyöpätyypit. Helsinki: Duodecim

Leidenius, Marjut - Tasmuth, Tiina - Jahkola, Tiina - Saarto, Tiina - Utrainen, Meri - Vaalavirta, Leila - Tiitinen, Aila - Idman, Irja. 2010. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim. Rintasyövän hoidon aiheuttama pitkäaikainen sairastavuus. Verkkodokumentti. <http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkistop_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo98827> Luettu 26.5.2014.

Leino, Kaija. 2011. Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä. Substantiivinen teoria rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana. Verkkodokumentti. <<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66806/978-951-44-8555-8.pdf?sequence=1>>. Luettu 10.11.2014.

Miesten rintasyöpä-haasteellinen harvinaisuus. 2010. Rintasyöpä.fi. Verkkodokumentti < <http://www.rintasyopa.fi/miesten-rintasyopa-haasteellinen-harvinaisuus/>>. Luettu 8.5.2014.

Ohjeita sinulle joka saat syöpälääkehoitoa. Verkkodokumentti. <http://www.syopapotilaat.fi/@Bin/142402/Syopalaakehoito_2014.pdf>Luettu 12.5.2014.

Perälä, Marja-Leena - Rissanen, Pekka - Grönroos, Eija - Hammar, Teija - Pöyry, Päivi - Teperi, Juha. PALKO- Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito. 2003. Verkkodokumentti. <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75679/Aiheita27-2003.pdf?sequence=1>>. Luettu 15.11.2014.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2007. Mikä on hoitoketju. Verkkodokumentti. Päivitetty 14.2.2014. <<http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=10036>> Luettu 14.5.2014.

Promama 2014. Taustatekijät. Verkkodokumentti. < <http://www.promama.fi/2014-01-20-12-44-39/rintasyoepae/taustatekijaet>>. Luettu 7.5.2014.

Raudasoja, Laura. 2007. Rintakasvaimen/-syövän hoitoketjun jatkuvuus ja asiakaskeisyys - tapaustutkimus.

Raudasoja, Laura - Suominen, Tarja. 2007. Rintasyövän hoitoketjun asiakaskeisyys: sekä myönteisiä että kielteisiä ulottuvuuksia. Syöpäsairaanhoitaja 2007 vol 15 no. 4

Rintasyövän hormonaalinen hoito. Hus. Verkkodokumentti. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/syopataudit/syopapotilaan-hoitopolu/rintasyopapotilaan_hoitopolku/hormonihoito/Sivut/default.aspx>Luettu 12.5.2014

Rintasyöpä.fi. Hoitoprosessi. Verkkodokumentti. <<http://www.rintasyopa.fi/rintasyovan-hoito/hoitoprosessi/>>. Luettu 6.2.2014

Rintasyövän seulonta 2014. Suomen Syöpärekisteri. Verkkodokumentti. < <http://www.cancer.fi/syoparekisteri/joukkotarkastusrekisteri/yleisolle/rintasyovan-seulonta/>>. Luettu 8.5.2014.

Rinnankorjausleikkauksen käsikirja

<<http://syopapotilaat-fi-bin.directo.fi/@Bin/f483ce2b9198bdd127e2d51ab4f3d3ef/1399723957/application/pdf/28821/rinnankorjaus.pdf>> Luettu 10.5.2014

Rintasyöpäpotilaan opas. Verkkodokumentti.

<http://www.syopapotilaat.fi/@Bin/28632/rintasyopa_2013_netti.pdf> Luettu 10.5.2014
Rintasyövän seulontakutsut 2014. Terveiden ja Hyvinvoinnin laitos.

Verkkodokumentti.

<http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/seulonnat/rintasyovan/seulontakutsut>. Luettu 8.5.2014.

Roche 2013. Rintasyövän eri tyypit. Verkkodokumentti. < <http://www.rintasyopa.fi/yleista/rintasyovan-eri-tyypit/>>. Luettu 7.5.2014.

Roche 2013. Yleistä tietoa rintasyöpään sairastuneille. Verkkodokumentti. < <http://www.rintasyopa.fi/yleista/yleista-tietoa-rintasyopaan-sairastuneelle/>>. Luettu 7.5.2014

Roche 2013. Rintasyövän levinneisyysluokat. Verkkodokumentti. <<http://www.rintasyopa.fi/rintasyovan-hoito/levinneisyysluokat/>> . Luettu 13.5.2014

Soimakallio, Seppo – Kivisaari, Leena – Manninen, Hannu – Svedström, Erkki - Tervonen, Osmo 2005. Radiologia 1.painos.Vartijaimusolmukkeen paikantaminen. Helsinki: WSOY.

Sosiaali- ja Terveysministeriö. 2010. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020. Verkkodokumentti. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11085.pdf> Luettu 17.1.2014.

Suomen Rintasyöpäryhmä ry. 2013. Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitoasuositus. Verkkodokumentti.

<<http://rintasyoparyhma-yhdistysavain-fi-bin.directo.fi/@Bin/a0effc7e81fcaa857bf680c1ef721264/1391684966/application/pdf/171266/www.terveysportti.fi-rintasyovanvaltakunnallinendiagnoosiikka- ja hoito-suositus2013.pdf>>. Luettu 6.2.2014

Suomen rintasyöpäryhmä ry. 2013. Rintasyövän biologiset alatyytit. Verkkodokumentti.

< <http://rintasyoparyhma-yhdistysavain-fi-bin.directo.fi/@Bin/d77d48b9437a7904486aa4ad5e2e8953/1399442233/application/pdf/171266/www.terveysportti.fi-rintasyovanvaltakunnallinendiagnoosiikka-jahoito-suositus2013.pdf>>. Luettu 7.5.2014.

Suomen rintasyöpäryhmä ry. 2013.Rinnan poistoleikkauksen jälkeinen sädehoito invasiivisessa syövässä. Verkkodokumentti. < <http://rintasyoparyhma-yhdistysavain-fi-bin.directo.fi/@Bin/d77d48b9437a7904486aa4ad5e2e8953/1399442233/application/pdf/171266/www.terveysportti.fi-rintasyovanvaltakunnallinendiagnoosiikka-jahoito-suositus2013.pdf>>. Luettu 13.5.2014.

Suomen Rintasyöpäryhmä ry. 2013. Rintasyövän postoperatiivinen sädehoito. Verkkodokumentti.

<<http://rintasyoparyhma-yhdistysavain-fi-bin.directo.fi/@Bin/8b1a915a3bc8c57ae12606638f8c8500/1400081451/application/pdf/171266/www.terveysportti.fi-rintasyovanvaltakunnallinenendiagnostiikka-jahoito-suositus2013.pdf>> Luettu 11.5.2014

Suomen Rintasyöpäryhmä ry. 2013. Primääri kirurginen hoito. Verkkodokumentti. <<http://rintasyoparyhma-yhdistysavain-fi-bin.directo.fi/@Bin/8b1a915a3bc8c57ae12606638f8c8500/1400081451/application/pdf/171266/www.terveysportti.fi-rintasyovanvaltakunnallinenendiagnostiikka-jahoito-suositus2013.pdf>> Luettu 11.5.2014

Syöpäjärjestöt. Rintasyöpä. Verkkodokumentti. Päivitetty 21.5.2013. <<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/>>. Luettu 7.5.2014

Suomen Syöpärekisteri, www.syoparekisteri.fi, päivitetty 24.04.2014. Verkkodokumentti. < <http://www.cancer.fi/syoparekisteri/?x52393114=100219354>>. Luettu 7.5.2014.

Tenhunen, Jukka. Sisäisen sädehoidon annoslaskenta. Sädehoidon fysiikka ja tekniikka. Verkkodokumentti. https://noppa.aalto.fi/noppa/kurssi/tfy-99.4271/materiaali/Tfy-99_4271_luentomoniste.4271luentomoniste2009.pdf. Luettu 25.5.2014.

Tenhunen, Mikko 2007. Lineaarikiihdyttimet. Sädehoidon fysiikka ja tekniikka. Verkkodokumentti. https://noppa.aalto.fi/noppa/kurssi/tfy-99.4271/materiaali/Tfy-99_4271_luentomoniste.4271luentomoniste2009.pdf. Luettu 13.5.2014.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010.

The UK standardisation of breast radiotherapy (START) trials of radiotherapy hypofractionation for treatment of early breast cancer: 10-year follow-up results of two randomised controlled trials . Haviland, J- Owen, J;- Dewar, J; Agrawal, R; Barrett, J; Barrett-Lee, P; Dobbs, H; Hopwood, P; Lawton, P; Magee, Brian; Mills, J; Simmons, S; Sydenham, M; Venables, K; Bliss, J; Yarnold, J. Verkkodokumentti. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24055415?dopt=Abstract>>. Luettu 12.5.2014.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi.10. Uudistettu painos. Vantaa: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö. Verkkodokumentti. <<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>>. Luettu 8.11.2014.

Vehmanen, Leena 2012. Duodecim terveyskirjasto. Rintasyöpä: Toteaminen ja ennuste. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00618> Luettu 7.5.2014.

Vehmanen, Leena 2012. Duodecimin terveyskirjasto. Paikallisen rintasyövän hoito. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00468> Luettu 12.5.2014

Vehmanen, Leena 2012. Duodecim terveyskirjasto. Rintasyövän seuranta. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00250> Luettu 14.5.2014

Vilka, Hanna. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi

Teemahaastattelurunko

Tässä ovat haastattelumme pääteemat, joista tulemme kysymään teidän mielipidetänne. Haastattelun aikana saatte kertoa omin sanoin kokemuksistanne liittyen alla oleviin teemoihin.

1. Miten koitte hoitoon pääsyn helppouden/vaikeuden sekä kokemuksen sädehoidon sujuvuudesta sädehoito yksiköissä?
 - Odotusaika
 - Aikataulumuutokset
 - Lääkärin vastaanotot & lääkärin konsultaatio
 - Hoidon yhdistäminen muuhun elämään
 - Ongelmat

2. Minkälaista tietoa saitte henkilökohtaisesta hoitosuunnitelmastanne ennen hoitoa ja hoitajakson aikana?
 - Hoidon pituus
 - Liittännäislääkitys
 - Sivuvaikutukset ja niiden hoito

3. Miten saamanne hoito vastasi ennakkotietojanne ja -odotuksianne?

Suostumuslomake

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan Emmi Salorannan ja Satu Tanhuan suorittamaan haastatteluun aiheesta Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia hoitoketjun sujuvuudesta sädehoitojakson aikana. Minulle on selvitetty, että minusta kerättävä tutkimustietoja käsitellään luottamuksellisesti ja siten että niistä ei voi tunnistaa henkilöllisyyttäni.

Voin keskeyttää osallistumiseni missä vaiheessa tahansa.

Olen saanut tarvittavan tiedon tutkimuksesta ja osallistun haastatteluun vapaaehtoisesti.

____/____20____

Päivämäärä

Allekirjoitus