

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

SOSIAALI- JA TERVEYSALA

SOLUNSAALPAAJAHOITOA SAAVAN GYNEKOLOGISEN
SYÖPÄPOTILAAN HOITOTYÖ
– HOITAJAN OPAS

LÄNSI-POHJAN KESKUSSAIRAALAN NAISTENTAUTIEN OSASTOLLE

Ahokas Miia & Koskenranta Päivi

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

KEMI 2012

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveystieteiden koulutusyksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

MIIA AHOKAS & PÄIVI KOSKENRANTA

SOLUNSAALPAAJAHOITOA SAAVAN GYNEKOLOGISEN SYÖPÄPOTILAAN

HOITOTYÖ – HOITAJAN OPAS

LÄNSI-POHJAN KESKUSSAIRAALAN NAISTENTAUTIEN OSASTOLLE

Opinnäytetyö 52 sivua, 2 liitettä ja opaskansio 62 sivua

Ohjaajat Aija Lämsä & Satu Rainto

9.11.2012

Asiasanat: gynekologiset syövät, solunsalpaajat, potilasohjaus

Gynekologiseen syöpään sairastuneiden naisten määrä on kasvanut eliniän pidentymisen myötä. Korkea ikä on merkittävä riskitekijä sairastua gynekologiseen syöpään. Suomessa naisilla todetaan 13 000 uutta syöpätapausta vuosittain, josta gynekologisten syöpien osuus on 1500. Syövän määrien lisääntymisen vuoksi sairaalan vuodeosastolla tapahtuvan hoidon tarve lisääntyy. Leikkauksien ohella lääkkeellisen hoidon määrä kasvaa. Tästä johtuen yhä useammat sairaanhoitajat kohtaavat työssään solunsalpaajahoitoa saavan gynekologisen syöpäpotilaan.

Projektin tarkoituksena oli tehdä opaskansio hoitajille, jotka hoitavat gynekologiseen syöpään sairastuneita Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osastolla. Tarkoituksena oli tehdä opaskansiosta selkeä ja helppolukuinen, josta tieto on helposti saatavilla. Projektin tavoitteena on kehittää gynekologisten syöpäpotilaiden hoitotyön laatua yhtenäistämällä potilasohjausta Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osastolla.

Projektin teoreettinen viitekehys on rajattu koskemaan solunsalpaajia munasarjasyövän ja kohdunrunnon syövän hoitomuotona sekä potilasohjausta potilaan ja hoitajan näkökulmasta. Opaskansiossa on edellä mainittujen aiheiden lisäksi työvälineitä hoitajille potilasohjauksen toteuttamiseen.

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Social Services and Health Care

Degree Programme in Nursing

MIIA AHOKAS & PÄIVI KOSKENRANTA

THE NURTURE OF GYNECOLOGICAL CANCER PATIENT WHO GETS
CYTOSTATIC TREATMENT -NURSES GUIDE TO LÄNSI-POHJA'S CENTRAL
HOSPITAL'S WOMEN'S DISEASE DEPARTMENT

Bachelor's Thesis 52 pages, 2 appendices and guide 62 pages

Advisors: Aija Lämsä & Satu Rainto

9.11.2012

Key words: gynaecological cancers, cytostatics, patient education

Due to increasing life expectancy also the amount of women suffering from gynaecological cancer has continued to rise. The most significant risk factor for developing gynaecological cancer is age. Each year up to 13 000 new cancer cases are diagnosed in Finland, of which gynaecological cancer comprises 1500. Due to increasing cancer rates there is also a demand for additional nursing at the ward. Along with surgeries the need for medical care is multiplied. Thus more and more nurses face gynaecological cancer patients who are being treated with cytostatic treatment.

The purpose of the project was to make a guidebook for the nurses working with gynaecological cancer patients in the department of women's disease at Länsi-Pohja's central hospital. The intention was to make a guide that is clear and easy to read but also the information should be easily accessible to the nurses. The aim of the project is to improve the quality of additional nursing the gynaecological cancer patients receive by unifying the system of allocating patients in the department of women's disease at Länsi-Pohja's central hospital.

The theoretical framework for this study has been delimited to apply both to the aspect of treating ovarian- and endometrial cancers by cytostatic treatment as well as to the aspect of patient guidance from patients' and nurses' point of view. In addition the guidebook also provides helpful tools which the nurses can utilise when carrying out patient guidance.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 GYNEKOLOGISEN SYÖPÄPOTILAAN HOITOTYÖ VUODEOSASTOLLA.....	7
2.1 Gynekologiset syövät	9
2.2 Munasarjasyöpä.....	10
2.3 Kohdunrunгон syöpä	12
3 SOLUNSALPAAJAT GYNEKOLOGISEN SYÖVÄN HOITOMUOTONA	14
3.1 Solunsalpaajien turvallinen käsittely	15
3.2 Solunsalpaajien haittavaikutukset, ennaltaehkäisy ja hoito	17
3.3 Solunsalpaajahoidon hoitopolku Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osastolla.....	19
3.4 Kriisiteoria.....	22
4 SOLUNSALPAAJAHOITOA SAAVAN NAISEN OHJAUS	24
5 PROJEKTIN TOTEUTUS	31
5.1 Projektin tarkoitus ja tavoitteet	32
5.2 Projektin rajaus, liittymät ja organisointi	32
5.3 Projektin toteuttamisen ja työskentelyn kuvaus	34
5.4 Projektin arviointi	37
5.5 Projektin eettisyys ja luotettavuus.....	40
POHDINTA	42
LÄHTEET	44
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Gynekologiseen syöpään sairastuneiden naisten määrä on kasvanut eliniän pidentymisen myötä (Holmia & Murtonen & Myllymäki & Valtonen 2010, 100- 101; Pukkala & Sankila & Rautalahti 2011, 30). Suomen Syöpärekisterin (2012a) tilaston mukaan 1960-luvulla uusien gynekologisten syöpätapausten määrä oli alle 1100 vuodessa, kun taas 2010 syöpätapausten määrä oli noin 1600. Korkea ikä on merkittävä riskitekijä sairastua gynekologiseen syöpään (Leminen 2009; Salmi & Leminen 2010, 451). 1800- luvulla syntyneistä naisista vain harva eli 100-vuotiaaksi. 1900- luvun puolivälissä syntyneistä tytöistä yhdeksän prosenttia voi odottaa elävänsä 100-vuotiaaksi. Kuolleisuuden vähentyessä samassa suhteessa vuoden 1975 jälkeen syntyneistä tytöistä jo yli viidennes saavuttaa 100 vuoden iän. (Tilastokeskus 2010.)

Suomessa naisilla todetaan 13 000 uutta syöpätapausta vuosittain. Gynekologisten syöpien osuus tästä on 1500 (Suomen Syöpärekisteri 2012b). Noin puolet gynekologisista syövistä on kohdunrunon syöpiä, joka on yleisin gynekologinen syöpä ja kolmanneksi yleisin naisten sairastama syöpä (Suomen Syöpärekisteri 2012b; Grénman & Auranen 2011, 232). Uusia kohdunrunon syöpiä ilmenee vuosittain noin 800. Munasarjasyöpä on toiseksi yleisin gynekologinen syöpä ja kymmenenneksi yleisin naisten sairastama syöpä. Uusia munasarjasyöpiä ilmenee vuosittain 400–500. (Suomen Syöpärekisteri 2012b)

Syövän määrien lisääntymisen vuoksi sairaalan vuodeosastolla tapahtuvan hoidon tarve lisääntyy. Leikkauksien ohella lääkkeellisen hoidon määrä kasvaa. Tästä johtuen yhä useammat sairaanhoitajat kohtaavat työssään solunsalpaajahoitoa saavan gynekologisen syöpäpotilaan. (Hemeilä & Järviluoma & Santonen & Mäkelä & Aalto 2007, 7). Solunsalpaajilla hoidetaan pahanlaatuisia kasvaimia. Solunsalpaajien vaikutus kohdistuu sekä sairaisiin että terveisiin soluihin ja niiden tarkoitus on estää ja hidastaa solujen kasvua. Solunsalpaajista aiheutuvien haittavaikutusten määrä on suuri, koska tehokkaan ja haittavaikutuksia aiheuttavan annoksen ero on pieni. (Elonen & Järviluoma 1998, 20; Elonen & Elomaa 2010, 167; Elonen & Huupponen & Johansson & Pyrhönen 2011, 711; Pesonen 2012, 361). Solunsalpaajahoidon tavoitteena on syövän parantaminen tai sen etenemisen hidastaminen sekä oireiden hoito (Holmia ym. 2010, 107).

Hoitotyö perustuu tutkittuun tietoon, ammattilaisten kokemuksiin ja hyväksi havaittuihin käytänteisiin. Hoitotyötä toteuttavat terveysalan ammattilaiset kuten sairaanhoitajat. (Hautakangas & Horn & Pyhälä-Liljeström & Raappana 2003, 102; Kassara & Paloposki & Holmia & Murtonen & Lipponen & Ketola & Hietanen 2005, 10; Eriksson & Isola & Kyngäs & Leino-Kilpi & Lindström & Paavilainen & Pietilä & Salanterä & Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki 2007, 32) Potilasohjaus on keskeinen osa hoitotyötä. Ohjaus on auttamismenetelmä, jossa hoitaja on vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Ohjauksen tavoitteena on antaa potilaalle eväitä auttamaan itse itseään, ymmärtämään hoidon merkityksen omassa elämässään ja motivoitua sekä sitoutua hoitoon. (Eloranta & Virkki 2011, 7, 19–20.) Hoitoaikojen lyheneminen vaatii ohjaamisen tehostamista, koska potilaiden toipuminen tapahtuu yhä enemmän kotona. Hoitajien antaman ohjauksen merkitys kasvaa entisestään. (Torkkola & Heikkinen & Tiainen 2002; Kyngäs & Kääriäinen & Poskiparta & Johansson & Hirvonen & Renfors, 2007, 5) Gynekologista syöpää sairastavan ja solunsalpaajahoidon saavan naisen ohjauksessa lisähaastetta ohjaukselle tuo syöpään sairastumisesta johtuva kriisi, joka on huomioitava ohjaustilanteessa (Eriksson & Lauri 2000, 47).

Opinnäytetyön aihe on valittu työharjoittelussa syntyneestä mielenkiinnosta gynekologisten syöpäsairauksien hoitotyöhön. Opinnäytetyö on toteutettu työelämälähtöisenä projektina Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osaston kanssa. Työssä on esitelty kaksi yleisintä osastolla solunsalpaajahoidolla hoidettavaa syöpää. Tässä projektissa on keskitytty solunsalpaajiin gynekologisen syövän hoitomuotona. Projektin tarkoituksena oli tehdä opaskansio hoitajille, jotka hoitavat gynekologiseen syöpään sairastuneita naisia Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osastolla. Tarkoituksena oli tehdä opaskansiosta selkeä ja helppolukuinen, josta tieto on helposti saatavilla. Opaskansio on tehty yhteistyössä osaston hoitajien kanssa. Opaskansio tulee käyttöön sekä kirjallisena versiona että muistitikulle, josta opasta on helppo päivittää. Projektin tavoitteena on kehittää gynekologisten syöpäpotilaiden hoitotyön laatua yhtenäistämällä potilasohjausta Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osastolla. Yhtenäinen ohjaus parantaa hoitotyön laatua (Heikkinen & Kivipää & Krook & Kuoppamaa & Saulio & Tainijoki-Lantto & Takalo & Tuohimaa 2006, 20). Hoitajilla tarkoitetaan tässä työssä sairaanhoitajia ja ohjauksella potilasohjausta.

2 GYNEKOLOGISEN SYÖPÄPOTILAAN HOITOTYÖ VUODEOSASTOLLA

Hoitotyöllä tarkoitetaan terveysalan ammattilaisten antamaa hoitoa. Hoitotyössä käytettävät toiminnot ja interventiot perustuvat tutkittuun tietoon, ammattilaisten kokemuksiin ja hyväksi havaittuun käytäntöön. Gynekologisella hoitotyöllä tarkoitetaan naisen sukupuolielinten erilaisten häiriöiden ja sairauksien hoitoa. Käytännön hoitotyössä tällä tarkoitetaan, ettei potilas joudu turhaa paljastamaan sukupuolielimiä ja odottamaan hoitotoimenpiteitä. Gynekologisen hoitotyön erityispiirteisiin kuuluvat hienotunteisuus, yksilöllisyys ja koskemattomuus. (Eskola & Hytönen 1997, 30; Eskola & Hytönen 2002, 21–22.) Hoitamisella tarkoitetaan terveyden edistämistä, joka on inhimillistä toimintaa ja jonka juuret ovat arvoperustassa ja syvällä toisen ihmisen ymmärtämisessä ja kunnioittamisessa. Hoitamisen lähtökohtana ovat ihmiselämän kunnioitus ja rakkaus. (Hautakangas ym. 2003, 102; Kassara ym. 2005, 10–11; Eriksson ym. 2007, 32–33.)

Gynekologista syöpää sairastavat naiset tarvitsevat hoitajalta läsnäoloa ja aikaa luottamuksellisen hoitosuhteen syntymiseen. Empaattinen suhtautuminen potilaaseen lisää luottamuksellista vuorovaikutusta. Lisäksi potilaat odottavat hoitajaltaan tietoa sairaudestaan ja rohkaisua voimavarojen löytymiseen. Yksilövastuullisella hoitotyöllä tarkoitetaan vastuu- tai omahoitajuutta, jossa nimetty hoitaja toimii potilaan kanssa niin kauan kuin potilas on hoidon piirissä. Yksilövastuullinen hoitotyö luo hyvät mahdollisuudet vuorovaikutukselle. Hyvä hoitosuhde lisää potilaan luottamusta ja parantaa hoidon onnistumista. Yhteistyön merkitystä hoitohenkilökunnan kesken ei pidä kuitenkaan unohtaa. Yhteistyöllä turvataan kokonaisvaltainen hoito ja hoidon jatkuvuus. Hoidon jatkuvuuden kannalta myös suullinen ja kirjallinen raportoiminen on tärkeää. Hoidon dokumentoiminen auttaa hoidon laadun arvioimisessa ja kehittämisessä. (Holmia ym. 2010, 107–108, 128; Eskola & Hytönen 2002, 354–355; Aalberg & Idman 2010, 796–797.)

Käytännön hoitaminen ja hoitotyö tarvitsevat rinnalleen hoitotiedettä. Hoitotieteen tarkoituksena on tarkastella maailmaa terveyden ja hoitamisen näkökulmasta. Hoitotiede tieteenalana etsii totuutta. Totuutta etsitään kuvailemalla, ennustamalla, selittämällä ja muuttamalla todellisuutta. (Kassara ym. 2005, 10, 36; Eriksson ym. 2007, 41–42.) Tutkimustiedon hankkimista ja sen systemaattista, kriittistä ja harkittua käyttöä

kutsutaan näyttöön eli tutkittuun tietoon perustuvaksi hoitotyöksi. Tutkimalla saatua tietoa sovelletaan käytäntöön potilaiden, perheiden ja läheisten hoitotyössä. Hoitotyön päätöksenteko, johtaminen ja koulutus hyödyntävät tutkittua tietoa. Lisäksi näyttöä tarvitaan potilaiden ja työntekijöiden kokemuksista hoitotyössä. (Kassara ym. 2005, 34; Eriksson ym. 2007, 118.) Näyttöön perustuvan hoitotyön tavoite on, että potilas saa vaikuttavaa ja parasta mahdollista hoitoa. Tavoitteen tulee olla yhteinen ja siihen on sitouduttava. Potilaan hoidossa ja tämän läheisten huomiointissa käytetään harkiten parasta ajan tasalla olevaa tietoa. Hoidon tulee olla samanlaatuista laitoksissa, jotka antavat samanlaista hoitoa. (Lauri 2003, 151–152; Häggman-Laitila 2009, 9; Pölkki 2010, 3.)

Kvist & Vehviläinen-Julkunen & Kinnunen (2005, 111–112) osoittivat tutkimuksessaan, että solunsalpaajahoidon laatua edistivät **henkilöstön** mielestä henkilökohtaiset voimavarat, ammattitaito, työyhteisö ja kiireettömyys. Hoidon laatua heikensivät eniten kiire ja henkilökunnan puute. Henkilöstöryhmien, joilla tässä tapauksessa tarkoitetaan hoitajia, lääkäreitä ja johtajia, välillä oli eroja hoidon laadun osa-alueissa. Osa-alueita olivat muun muassa ammattitaidon ylläpitäminen ja henkilökohtaiset voimavarat, mutta kokonaisuudessaan hoitotyön laatu koettiin hyväksi. Mäen (2004, 247–248) mukaan henkilöstön näkökulmasta ammattitaito on keskeinen osa hoidon laatua ja kiire suurin hoidon laatua heikentävä tekijä.

Suhonen & Vehmas & Vastamäki & Puro (2007, 18) toteavat, että solunsalpaajahoidossa käyvät **potilaat** kokivat saamansa hoidon laadun erittäin hyväksi. Ihmisarvon kunnioittaminen ja potilaiden hoitajille esittämiin kysymyksiin vastaaminen osoittautuivat parhaiten toteutuneiksi asioiksi. Hoitajat olivat potilaiden mukaan erittäin ammattitaitoisia ja osasivat hoitaa potilaan sairautta. Potilaan ikä korreloi kokemukseen hoidon laadusta. Ikääntyneet kokivat saamansa hoidon laadun paremmaksi kuin nuoremmat potilaat. Sukupuoli tai koulutustaso ei ollut tilastollisesti merkittävä tekijä hoidon laatua mitattaessa. Tutkimuksessa todettiin, että potilaat toivovat hoitoonsa yksilöllisyyttä ja hoitoa toteuttavan hoitajan pysyvän samana koko hoitojakson. Omahoitajuus toteutui tutkimuksen mukaan heikosti. Kvist & Rissanen & Vehviläinen-Julkunen (2006, 464) osoittavat, että yksi hoidon laadun tae on henkilöstön ammattitaito. Hoidon laatua heikensivät kiire ja riittämätön henkilökuntamäärä. Salin & Liimatainen & Holmberg-Marttila & Aalto (2012, 424) käsittelevät

omahoitajajärjestelmää. Heidän mukaansa potilaat arvostavat omahoitajuutta. Hoitaja on potilaan saatavilla ja häntä varten. Hoitaja kohtelee potilasta persoonallisesti sekä arvioi hoidon tarpeen kokonaisvaltaisesti. Terveiden edistäminen, terveysneuvonta sekä yhteistyö lääkärin kanssa tukevat potilaan hoitomyönteisyyttä.

2.1 Gynekologiset syövät

Syövän synnyssä eli karsinogeneesissä solun perimäaines vaurioituu, mikä saa aikaan solun muuttumisen pahanlaatuiseksi. Syöpä johtuu perimäainekseen tulleista muutoksista eli mutaatioista. Syöpä syntyy, kun mutaatioita tapahtuu useissa geeneissä, joilla on merkitystä solujen kasvun ja erilaistumisen säätelyssä. (Holmia ym. 2010, 95-96; Ahonen & Blek-Vehkaluoto & Ekola & Partamies & Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 131.) Jokaisessa solussamme on perintötekijöitä, jotka koostuvat noin 100 000:sta solujen toimintaa ohjaavasta geenistä. Näissä perintötekijöissä tapahtuu muutoksia jatkuvasti useissa soluissa, mutta solujen entsyymit pystyvät korjaamaan syntyneitä mutaatioita. Mikäli tällainen korjaaminen ei onnistu, solu muuttuu pahanlaatuiseksi, jolloin se kopioi itseään ja alkaa jakautua. (Isola 2010, 20.)

Gynekologista syöpää, voi esiintyä ulkosynnyttimissä, emättimessä, kohdunkaulassa, kohdunrungossa, kohdun tukikudoksissa, munanjohtimissa, munasarjoissa ja istukassa. (Salmi & Leminen 2010, 451). Syöpäsairauksien hoidossa on vakiintuneita hoitokäytäntöjä, silti gynekologisten syöpien hoitomuodot valitaan yksilöllisesti (Kuvio 1). Hoitomuotoja valittaessa huomioidaan sairauden levinneisyysaste, potilaan yleiskunto, muut mahdolliset sairaudet sekä potilaan oma mielipide. Hoitomenetelmän valinnalla pyritään parhaaseen mahdolliseen hoitotulokseen huomioiden hoidosta aiheutuvat haittavaikutukset. (Jussila & Kangas & Haltamo 2010, 21.)

<u>GYNEKOLOGISET SYÖVÄT</u>	<u>HOITOMUODOT</u>
Munasarjasyöpä	Solunsalpaajat
Kohdunrunгон syöpä	Sädehoito
Ulkosynnyttimien syöpä	Kirurgia
Emättimen syöpä	Hormonihoito
Kohdunkaulan syöpä	Biologinen hoito
Kohdun sarkoomat	Yhdistelmähoitot
Istukkasyöpä	Vasta-aine hoito
Munanjohtimensyöpä	Täsmälääkehoito

Kuvio 1. Gynekologiset syövät (Salmi & Leminen 2010, 451) ja niiden hoitomuodot (Holmia ym. 2010, 107).

Gynekologisten syöpien riskitekijät vaihtelevat, mutta yhteistä niille on potilaan korkea ikä, poikkeuksena kohdunkaulan syöpä. (Salmi & Leminen 2010, 452, 454, 456, 461, 470, 472.) Yleisimmin gynekologiset syövät todetaan 60–65 vuoden iässä. Sukurasitteella on myös oma vaikutuksensa syövän syntyyn, koska 10 % gynekologisista syöivistä arvioidaan olevan perinnöllisiä. (Leminen 2009.) Usein syöpä saa alkunsa perimän, ympäristön ja elintapojen yhteisvaikutuksesta (Syöpäjärjestöt).

2.2 Munasarjasyöpä

Suomen Syöpärekisterin (2012b) ja NORCANin (2012b) tilastoista käy ilmi, että uusien munasarjasyöpien ilmaantuvuus Suomessa on ollut vuosina 2006–2010 noin 500/vuosi. Tämä on kolme prosenttia kaikista syöivistä. Sairastumisvaara ennen 75 vuoden ikää on 1,2 %. Keskimääräinen vuosittainen ilmaantuvuus on viimeisen kymmenen vuoden aikana muuttunut miinus 1,9 %. Syöpäkuolemien määrä munasarjasyövässä on vuosina 2006–2010 ollut keskimäärin 330 tapausta vuodessa, joka on 6,3 % kaikista kuolemaan johtavista syöivistä. Syöpäkuoleman vaara 75 vuoden ikään mennessä on 0,6 %. Keskimääräinen kuolleisuuden muuttuminen viimeisen kymmenen vuoden aikana on ollut plus 0,2 %. Elossa olevien munasarjasyöpää sairastavien ja sairastaneiden määrä oli 31.12.2010 4541. Suhteellinen elossaoloprosentti on 1999–2003 diagnosoitujen

osalta ensimmäisen vuoden jälkeen 73 % ja vastaava luku viiden vuoden jälkeen on 43 %.

Munasarjasyöpä on toiseksi yleisin gynekologinen syöpä ja kymmenenneksi yleisin naisten sairastama syöpä (Suomen Syöpärekisteri 2012b). Munasarjasyöpää voi esiintyä kaikissa ikäryhmissä, mutta keskimääräinen sairastumisen ikä on 60–70 vuotta. Munasarjasyöpää esiintyy eritoten korkean elintason maissa (Salmi & Leminen 2010, 471). Munasarjoissa esiintyy paljon hyvänlaatuisia kasvaimia ja vain noin 15 % muuttuu pahanlaatuisiksi. Munasarjoissa voi olla niin sanottuja borderline kasvaimia, jotka sijoittuvat hyvän- ja pahanlaatuisen kasvaimen välille. (Leminen & Lehtovirta 2006, 239–240; Tarnanen & Leminen & Vuorela 2012.)

Sairauden vaaratekijöitä ovat lapsettomuus ja siihen liittyvät hormonaaliset hoidot sekä synnyttämättömyys, myöhäinen ensisynnytysikä ja lihavuus (Salmi & Leminen 2007, 472). Tarnanen ym. (2012) mukaan endometriosisilla on merkitystä munasarjasyöpään sairastumisessa. Endometriosisilla tarkoitetaan sairautta, jolloin kudosta, joka muistuttaa kohdunlimakalvoa esiintyy kohdun ulkopuolella (Tiitinen 2012a). Munasarjasyöpää ei varsinaisesti voi ehkäistä, mutta ehkäisy pillereiden käyttö ja synnytykset pienentävät sairastumisriskiä. Perinnöllinen alttius sairastua munasarjasyöpään on mahdollista, mutta harvinaista. (Tarnanen ym. 2012; Tiitinen 2011b; Tiitinen 2012b.)

Munasarjasyövässä oireet ilmaantuvat usein vasta myöhään, kun tauti on jo levinnyt vatsaonteloon. Varhaisvaiheessa taudin löytyminen perustuu sattumalöydökseen gynekologisessa tutkimuksessa. Munasarjasyövän oireina diagnoosihetkellä on kuvattu vatsan turpoamista (70 %), vatsakipuja (50 %), ruoansulatuskanavan oireita (20 %) sekä virtsatieoireita (15 %). Lisäksi oireina voi olla väsymystä, vuotohäiriöitä ja ulostamisvaivoja. Kasvaimen ollessa suuri, se voi aiheuttaa turvotuksia jaloissa ja jopa kohdun laskeuman. Potilaan yleistila ei yleensä heikkene, vaikka kyseessä olisi suurikin kasvain. (Leminen & Loukovaara 2011, 246–248.)

Munasarjasyövän diagnoosi varmistetaan ja mahdollinen levinneisyys selvitetään avoleikkauksessa tai laparoskopiasa otettujen kudoksenäytteiden avulla. Laparoskopialla tarkoitetaan vatsaontelon tähytystä. Kudoksenäytteitä otetaan lantion imusolmukkeista, vatsaontelosta ja palleasta. Kudoksenäytteistä saatujen tuloksien perusteella

avoleikkauksessa tai laparoskopiassa poistetaan kasvaimen lisäksi kohtu, munasarjat, munanjohtimet, umpilisäke ja vatsapaitaa. (Heinonen 2009, 1298; Leminen & Loukovaara 2011, 248.) Leikkaushoitoon liitetään tavallisesti solunsalpaajahoito. Sädehoidoilla saatu hyöty munasarjasyövän hoidossa on vähäinen. (Leminen & Loukovaara 2011, 248–249; Tarnanen ym. 2012.) Yhdistelmähoidolla eli leikkauksella ja solunsalpaajahoidolla saadaan munasarjasyövän hoidossa parhaat tulokset (Salmi & Leminen 2007, 477).

2.3 Kohdunrunгон syöpä

Suomen Syöpärekisterin (2012b) ja NORDCANin (2012a) tilastoista 2006–2010 ilmenee, että vuosittain Suomessa on löydetty noin 800 kohdunrunгон syöpää. Tämä tarkoittaa 6 %:a kaikista syöpäsairauksista. Sairastumisvaara ennen 75:tä ikävuotta on 1,8 %. Keskimääräinen vuosittainen ilmaantuvuus on viimeisen kymmenen vuoden aikana muuttunut miinus 0,2 %. Syöpäkuolemien määrä kohdunrunгон syövässä on vuosina 2006–2010 ollut keskimäärin 170 vuodessa, joka on 3,2 % kaikista kuolemaan johtavista syövästä. Syöpäkuoleman vaara 75 vuoden ikään mennessä on 0,3 %. Keskimääräinen kuolleisuuden muuttuminen viimeisen kymmenen vuoden aikana on ollut plus 0,5 %. Elossa olevien kohdunrunгон syöpää sairastavien ja sairastaneiden määrä oli 31.12.2010 11092. Suhteellinen elossaoloprosentti on 1999–2003 diagnosoitujen osalta ensimmäisen vuoden jälkeen 92 % ja vastaava luku viiden vuoden jälkeen on 83 %.

Noin puolet gynekologisista syövästä on kohdunrunгон syöpiä, joka on naisten kolmanneksi yleisin syöpäsairaus. (Grénman & Auranen 2011, 232). Keskimääräinen kohdunrunгон syövän toteamisen ikä on 65- vuotta (Heinonen 2009; Tiitinen 2011a). Kohdunrunгон syöpää esiintyy enemmän ylemmissä sosiaaliryhmissä, kaupungeissa ja hyvinvointivaltioissa (Grénman & Auranen 2011, 232). Kohdunrunгон syöpä saa useimmiten alkunsa kohdun limakalvon rauhaskudoksesta, jolloin siitä käytetään nimitystä endometriumin adenokarsinooma (Heinonen 2009; Teppo 2011). Kohdunlimakalvon paksuuntuminen eli hyperplasia endometri voi muuttua kohdun limakalvon syöväksi. (Tiitinen, 2011a). Kohdunrunгон syöpä voi saada alkunsa myös lihaskudoksesta, mutta se on hyvin harvinaista (Kääriä 2012).

Kohdunrunгон syövän riskitekijöitä ovat ikä, perinnöllinen alttius, ylipaino, diabetes, monirakkulaiset munasarjat, synnyttämättömyys, myöhäinen menopaussi-ikä, estrogeeniä tuottavat munasarjakasvaimet ja estrogeenihoito ilman progestiinia sekä tamoksifeeni- tai toremifeenihoito. (Grénman & Auranen 2011, 232). Estrogeenihoitoa käytetään vaihdevuosien hormonikorvaushoidossa (Javanainen 2007). Progestiini on synteettinen keltarauhashormoni eli naissukupuolihormoni. (Terminologian tietokannat 2012a) Tamoksifeeni- ja toremifeeni ovat naishormonien vastavaikuttajia eli antiestrogeenejä, joita käytetään esimerkiksi rintasyövän hoidossa. (Terminologian tietokannat 2012b.) Kohdunrunгон syövän ennaltaehkäisykeinoja ovat laihduttaminen, hormonaalisen epätasapainon hoitaminen, hyperplasioiden (kohdun limakalvon liikakasvun) hoito ja riittävä keltarauhashormonien käyttö vaihdevuosien hoidossa. Ehkäisytablettien käyttö auttaa suojautumaan kohdunrunгон syövältä. (Salmi & Leminen 2010, 461.) Kohdunrunгон syövästä 2–5 % on perinnöllisiä. Perinnöllisen syöpämuodon taustalla on sama geenivirhe kuin paksusuolen- ja peräsuolen syövässä. (Salmi & Leminen 2007, 461; Grénman & Auranen 2011, 233).

Kohdunrunгон syövän oireina hedelmällisessä iässä olevilla naisilla esiintyy selvästi runsastunut kuukautisvuoto, johon voi liittyä välivuotoja. Hedelmällinen ikä alkaa kuukautisten alettua ja päättyy vaihdevuosiin. Vaihdevuodet ohittaneilla naisilla voi esiintyä veristä vuotoa. Lisäksi kohtu on usein henkilön ikään nähden poikkeuksellisen pehmeä ja kookas. (Salmi & Leminen 2010, 462.) Kohdun märkäinen tulehdus voi olla ikääntyneillä naisilla ensimmäinen oire kohdunrunгон syövästä (Tiitinen, 2011a). 75–80 % kohdunrunгон syövästä todetaan sen vielä rajoittuessa kohtuonteloon (Salmi & Leminen 2010, 462). Pitkälle edenneessä kohdunrunгон syövässä veristen vuotojen lisäksi ilmenee usein yleiskunnon laskua ja kiputiloja (Grénman & Auranen 2011, 235).

Kohdunrunгон syövässä ensisijainen hoitomuoto on leikkaus. Leikkauksessa poistetaan aina kohtu ja sivuelimet sekä otetaan solunäyte (sytologinen näyte) vatsaontelosta. Imusolmukkeiden poistaminen auttaa arvioimaan syövän levinneisyyttä ja lisähoidon tarvetta. Potilaille, joiden kohdunrunгон syövällä on huono erilaistuminen tai kyseessä on aggressiivinen muoto, annetaan leikkauksen jälkeen lantion ulkoista sädehoitoa. Sädehoito tulee kysymykseen myös niille potilaille, joilla tauti on levinnyt kohdunkaulakanavaan. Sädehoitoa voidaan antaa myös paikallisesti. Paikallinen sädehoito tulee kyseeseen esimerkiksi syövän uusiutuessa. Paikallista ja ulkoista

sädehoitoa voidaan antaa myös yhdistelmähoitona. Syövän lähetettyä luusto etäpesäkkeitä, voidaan hoidoksi antaa palliatiivista eli oireen mukaista sädehoitoa tai bisfosfonaatti lääkitystä tai näitä kumpaakin. Bisfosfonaattia käytetään lääkkeenä luukadon ehkäisyssä ja hoidossa (Lääketieteen sanasto 2012). Maksa- ja keuhkoetäpesäkkeiden hoidossa käytetään solunsalpaaja- tai hormonihoitoa. (Salmi & Leminen 2010, 464.)

3 SOLUNALPAAJAT GYNEKOLOGISEN SYÖVÄN HOITOMUOTONA

Solunsalpaajat ovat syövän hoidossa käytettäviä lääkeaineita (Holmia ym. 2010, 118). Solunsalpaajien tehtävänä on estää ja hidastaa syöpäsolujen kasvamista (Hervonen & Niensted 1992, 154; Nurminen 2007, 314; Johansson 2011). Solunsalpaajat vaurioittavat soluja estäen niiden jakautumisen. Jakautumisen estyminen aiheuttaa solujen kuoleman. (Hemeilä 2007, 9; Johansson 2012.) Solunsalpaajat annostellaan useimmiten laskimon sisäisesti, jolloin solunsalpaajien vaikutus ulottuu verenkierron avulla kaikkialle elimistöön. Tällä tavoin solunsalpaajat pääsevät vaikutuskohteeseen. (Jussila ym. 2010, 23.) Joitakin solunsalpaajia annostellaan oraalisesti eli suun kautta, valtimoverenkiertoon tai suoraan elinten nestetilaan (Johansson 2012). Hoidosta hyötymisen edellytyksenä on, että syöpäsolut ovat herkinä annettavalle solunsalpaajalle. (Pesonen 2012, 357). Solunsalpaajahoidon tarkoitus on tuhota syöpäsoluja, mutta vaikutus kohdistuu myös terveisiin soluihin vaurioittaen niitä. Terveiden solujen vaurioituminen aiheuttaa haittavaikutuksia. (Hemeilä 2007, 9; Elonen ym. 2011, 711; Johansson 2011) Solunsalpaajien terapeutinen leveys on pieni. Pienellä terapeutisella leveydellä tarkoitetaan, että tehokkaimman ja haittavaikutuksia aiheuttavan annoksen ero on pieni. Hoidosta saatavan hyödyn ja hoidosta koituvien haittavaikutusten suhteen arvioiminen on tärkeää. (Elonen ym. 2011, 711.)

Tyypillisesti solunsalpaajat annetaan yhdistelmähoitona, jossa käytetään samaan tautiryhmään vaikuttavia lääkeaineita. Solunsalpaajia käytetään samanaikaisesti tai jaksottamalla niin, että pyritään tavoittamaan eri jakautumisvaiheessa olevat syöpäsolut. Tällä tavoin estetään lääkeresistenssin syntymistä ja minimoidaan elimellisiä haittatekijöitä. Suurimmalla osalla potilaista kerralla annettava solunsalpaaja-annos määräytyy kehon pinta-alan mukaan. Potilaan painon laskiessa annos tulee määrittellä

uudelleen. Muita annosmäärään vaikuttavia tekijöitä ovat potilaan ikä ja yleisvointi. Hoidolle asetetulla tavoitteella on myös merkityksensä annosta määriteltäessä. Pyrittäessä kuratiiviseen eli parantavaan hoitoon käytetään solunsalpaajia mahdollisimman paljon, ottaen huomioon potilaalle mahdollisesti aiheutuvat haittavaikutukset. (Johansson 2011; Pesonen 2012, 358.)

3.1 Solunsalpaajien turvallinen käsittely

Solunsalpaajat ovat sytotoksisia eli soluille myrkyllisiä lääkeaineita (Holmia ym. 2010, 118). Solunsalpaajien käsittelyturvallisuutta on huomioitava lääkkeen, potilaiden, hoitajien ja ympäristön näkökulmasta (Elonen & Järviluoma 1998, 23; Holmia ym. 2010, 124). Solunsalpaajahoitoa toteuttavilla hoitajilla tulee olla riittävästi tietoa solunsalpaajista voidakseen työskennellä turvallisesti. Käsiteltäessä solunsalpaajia suojautuminen on tärkeää, koska monet solunsalpaajat aiheuttavat syöpää, solun perimän muutoksia ja osa solunsalpaajista aiheuttaa sikiövaurioita. Raskauden aikana solunsalpaajia ei saa käsitellä. Useat solunsalpaajat ovat paikallisesti hyvin ärsyttäviä ja herkistävät lääkeaineelle. (Nurminen 2007, 320.)

Hoitaja voi altistua solunsalpaajille monessa eri työvaiheessa. Näitä vaiheita ovat solunsalpaajien kuljetus ja annostelu, potilaiden eritteiden käsittely, solunsalpaajaroiskeiden siivous ja solunsalpaajajätteen käsittely. (Hemeilä ym. 2007, 77–78.) Altistumisella tarkoitetaan henkilön joutumista kosketuksiin solunsalpaajien kanssa, jolloin ainetta voi imeytyä elimistöön ihon, limakalvojen, hengitysteiden tai ruoansulatuskanavan kautta. (Elonen & Järviluoma 1998, 21.) Hoitaja voi altistua solunsalpaajille hakiessaan sairaala-apteekissa valmiiksi laimennetut solunsalpaajat. Apteekissa solunsalpaajainfuusiopussit laitetaan suljettuihin tiiviisiin muovipusseihin. Muovipussit pakataan kuljetukseen tarkoitettuihin sinetöityihin muovilaatikoihin, joiden pohjalle laitetaan imukykyinen alusta. Lähettäjän ja vastaanottajan osoite tulee olla selkeästi merkittynä ja laatikon päällä luettava ”solunsalpaaja”. (Elonen & Järviluoma 1998, 29; Hemeilä ym. 2007, 77.) Kuljetuslaatikkoa purkaessa on suositeltavaa pitää suojavaatteita, koska solunsalpaajainfuusiopussit saattavat olla ulkopinnoiltaan solunsalpaajien saastuttamia (Hemeilä ym. 2007, 80).

Hoitajan on käytettävä suojavaatetusta annostellessa solunsalpaajia ja käsitellessä potilaan eritteitä. Paljaaksi jäävät ihoalueet ovat alttiina solunsalpaajaroiskeille. Työvaatteiden päälle laitetaan pitkähihainen kertakäyttöinen suojatakki ja käsiin suojakäsineet. (Hemeilä 2007 ym. 80.) Potilaan eritteet voivat sisältää runsaan määrän solunsalpaajia. Useimpien solunsalpaajien aineenvaihduntatuotteet erittyvät virtsaan ja ulosteeseen, mutta myös sylkeen, hieken, äidinmaitoon ja hengitykseen. Eritteiset vuodevaatteet ja muut potilaalla käytössä olleet vaatteet laitetaan potilaskohtaisiin pesussa itsestään liukeneviin pesupusseihin. (Honkalatva 2011a, 306–307.)

Jos varotoimenpiteistä huolimatta potilaan tai hoitajan päälle kaatuu tai roiskuu solunsalpaajia, on saastuneet vaatteet riisuttava heti pois. Kontaminoitunut ihoalue huuhdotaan välittömästi runsaalla vedellä. Huuhtomisen jälkeen ihoalue pestään vedellä ja saippualla. Mikäli solunsalpaajia on roiskunut silmiin, huuhdellaan ne huolellisesti ainakin 15 minuutin ajan vedellä tai keittosuolaliuoksella ja tarvittaessa otetaan yhteys silmälääkäriin. (Hemeilä ym. 2007, 87; Honkalatva 2011b, 306.) Sattuneista vahingoista tehdään HaiPro eli kirjallinen raportti. HaiPro on terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä, jolla ilmoitetaan potilas- tai työturvallisuuden vaaratapahtumista. (HaiPro 2012; THL 2012.) Ympäristöön joutuneet solunsalpaajaroiskeet imeytetään kertakäyttöpyyhkeeseen ja roiskeet pyyhitään huolellisesti pois (Holmia ym. 2010, 127). Solunsalpaajaroiskeiden siivoamiseen on käytössä ”roiskepakkeja”, joissa on tarvittavat ohjeet ja välineet roiskeiden siivoamiseen ja suojautumiseen. (Hemeilä 2007, 89; Honkalatva 2011b, 306)

Solunsalpaajajätettä ovat solunsalpaajahoidossa käytetyt kertakäyttövälineet sekä käyttämättä jääneet lääkkeet. Solunsalpaajajäte on käsiteltävä niin, ettei siitä ole vaaraa ympäristölle tai jätteitä käsittelevälle henkilökunnalle. Solunsalpaajajätteet on käsiteltävä muista jätteistä erillään ja jätteitä käsitellessä on ainakin käytettävä suojakäsineitä ja tarpeen vaatiessa suojatakkiä ja hengityksensuojainta. Solunsalpaajajätteet pakataan ja hävitetään sairaalakohtaisten jätteidenkäsittelyohjeiden mukaisesti. (Hemeilä ym. 2007, 91–92.)

3.2 Solunsalpaajien haittavaikutukset, ennaltaehkäisy ja hoito

Kliinisessä tilanteessa haittavaikutusten arviointi voi olla haastavaa. Tämä johtuu siitä, että haittavaikutuksiksi sopivat oireet voivat johtua solunsalpaajien lisäksi perustaudista, infektiosta, muusta sairaudesta tai lääkkeestä. Tehokkaan hoidon vähentäminen haittavaikutusten pelon takia voi vaikuttaa hoitotulokseen vahingollisesti. Potilaan hyötyminen solunsalpaajahoidosta punnitaan säännöllisesti. (Elonen & Järviluoma 1998, 83.) Haittavaikutusten esiintyminen ja voimakkuus riippuvat lääkepitoisuudesta, hoidon kestosta ja potilaan yleisvoinnista. Nopeimmin jakaantuvat solut altistuvat eniten solunsalpaajien haittavaikutuksille. Nopeasti jakaantuvia soluja on suun ja suoliston limakalvoilla, karvatupessa, luuytimessä ja sikiössä. Veriarvomuutokset ovat yleisimpiä haittavaikutuksia. Veriarvomuuutos on esimerkiksi valkosolujen väheneminen eli leukopenia, joka aiheuttaa infektoriskiä. Muita haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, oksentelu, luuydintoksisuus, ruokahaluttomuus, hiustenlähtö, ihon kuivuminen ja herkistyminen sekä limakalvovauriot. (Nurminen 2007, 317–318). Monet solunsalpaajat aiheuttavat haittavaikutuksia, jotka kohdistuvat hermostoon. Usein hermolliset haittavaikutukset ilmenevät varpaiden ja sormenpäiden puutumisenä (Kuvio 2). (Elonen & Elomaa 2007, 171.)

Solunsalpaajahoidot aiheuttavat limakalvojen kuivumista ja ärtymistä, jotka aiheuttavat yhdyntäkipua (Rosenberg 2006, 293). Solunsalpaajahoido voi aiheuttaa naisella muutoksia kyvyssä kiihottua ja saada orgasmi. Lisäksi muutosta voi esiintyä halussa olla yhdynnässä ja seksuaalisessa itsetunnossa. (Kellokumpu-Lehtinen & Väisälä & Hautamäki 2003, 239–240.) Vielä hoitojen loppumisen jälkeenkin on sairauden läpikäyneillä naisilla ilmennyt seksuaalista haluttomuutta, tyytymättömyyttä seksuaaliseen kanssakäymiseen sekä toiminnallisia ongelmia, joilla tarkoitetaan yhdynnän toteuttamiseen liittyviä vaikeuksia. (Hautamäki-Lamminen & Åstedt-Kurki & Lehto & Kellokumpu-Lehtinen 2010, 282–290.) Hedelmällisyyteen vaikuttavat haittatekijät riippuvat solunsalpaajahoidon kestosta, annostuksesta ja iästä. Useat solunsalpaajat aiheuttavat sikiövaurioita. (Johansson 2011; Ahonen ym. 2012, 139–142.)

Hoidon toteuttamisesta aiheutuva haittavaikutus on ekstravasaatio, jossa solunsalpaajaa pääsee verisuonen ulkopuolelle. Ekstravasaatiosta voi aiheutua haitallisia kudosisvaurioita. Kudosisvaurion oireita ovat punoitus, turvotus ja kipu. Kudosalueelle, johon vaurio on syntynyt, muodostuu päivien ja viikkojen aikana kudosiskuolio ja huonosti paraneva haava. (Holmia ym. 2010, 125; Elonen & Elomaa 2007, 172–173) Solunsalpaajia ei saa antaa tulehtuneisiin, mustelmaisiin tai tukkeutuneisiin laskimoihin. Kudosisvaurioita aiheuttavien solunsalpaajien antoa sellaiseen suoneen, johon on äskettäin pistetty, tulee välttää. Ekstravasaation tapahtuessa lääkkeen anto laskimoon keskeytetään välittömästi. Lääkkeen antokanyylin kautta imetään mahdollisimman paljon solunsalpaajaa takaisin. Tämän jälkeen kortisonia annetaan 5 mg saman kanyylin kautta laskimoon. (Elonen & Elomaa 2007, 172–173.)

Solunsalpaajat voivat aiheuttaa anafylaktisen, yliherkkyysoireyksen. Anafylaksia voi alkaa usealla tavalla, kuten käsien ja huulien voimakkaalla kihelmöinnillä ja kutinalla. Iholla voi esiintyä nokkospaukamia. Huulissa ja silmäluomissa voi esiintyä turvotusta, potilaan kurkkua voi kuristaa ja henki vinkua sekä potilaan vatsaa voi kouristella. Yhteistä näille oireille on, että ne alkavat äkillisesti. Vaikeassa anafylaktisessa reaktiossa verenpaine laskee ja sydämeen tulee rytmihäiriöitä. (Hannuksela, 2011.) Potilaan saadessa anafylaktisen reaktion on solunsalpaajien antaminen keskeytettävä välittömästi ja lääkittävä potilas ohjeiden mukaisesti (Karjalainen 2011, 278).

Joitakin haittavaikutuksia voidaan ennaltaehkäistä ja hoitaa (Kuvio 2). Pahoinvointia vastaan käytetään lääkitystä ennen solunsalpaajahoidon aloitusta. Pahoinvointilääkkeiden käyttöä jatketaan myös solunsalpaajahoidon jälkeen. Pahoinvoinnin ennaltaehkäisyssä ja hoidossa käytetään metoklopramidia (Primperan®), granisetronia (Kytril®) ja/tai ondansetronia (Zofran®). Kortikosteroidit (Dexametason®) vähentävät haittavaikutuksia ja tehostavat solunsalpaajien vaikutusta. (Holmia ym. 2010, 121; Nurminen 2007, 225–226.) Hiustenlähtöä voidaan yrittää hidastaa jäädyttämällä päänahkaa jääpähineellä solunsalpaajahoidon yhteydessä (Holmia ym. 2010, 121). Solunsalpaajat voivat aiheuttaa munuaistenvajaatoiminnan, jota ehkäistään potilaan runsaalla nesteytyksellä, koska suuri virtsamäärä pienentää munuaisvaurion mahdollisuutta (Elonen & Elomaa 2007, 171). Ihovaurioita voidaan ehkäistä ja hoitaa käyttämällä perusvoiteita. Suun limakalvot ovat herkästi vaurioituvia.

Hyvällä suuhygienialla voidaan ehkäistä suun tulehdukset ja hampaiden reikiintyminen. (Nurminen 2007, 317–318.)

<u>Haittavaikutukset</u>	<u>Ennaltaehkäisy/hoito</u>
pahoinvointi	pahoinvointilääkkeet
oksentelu	
hiustenlähtö	jääpähine
elintoksisuus	nestehoito
iho- ja limakalvo- oireet	perusvoiteet, hyvä suuhygienia
ekstravasaatio	solunsalpaajan imeminen kudoksesta
	+ kortisoni 5 mg
tulehdukset	antibiootit
veriarvomuutokset (luuydintoksisuus)	valkosolukasvutekijät
väsymys	lepo, ulkoilu, liikunta
ruokahaluttomuus	
sikiövauriot	
hermostovauriot	
anafylaktinen reaktio	adrenaliini, kortikosteroidi

Kuvio 2. Solunsalpaajien haittavaikutukset, ennaltaehkäisy ja hoito. (Elonen & Elomaa 2007, 169–173; Nurminen 2007, 317–218; Holmia ym. 2010, 125)

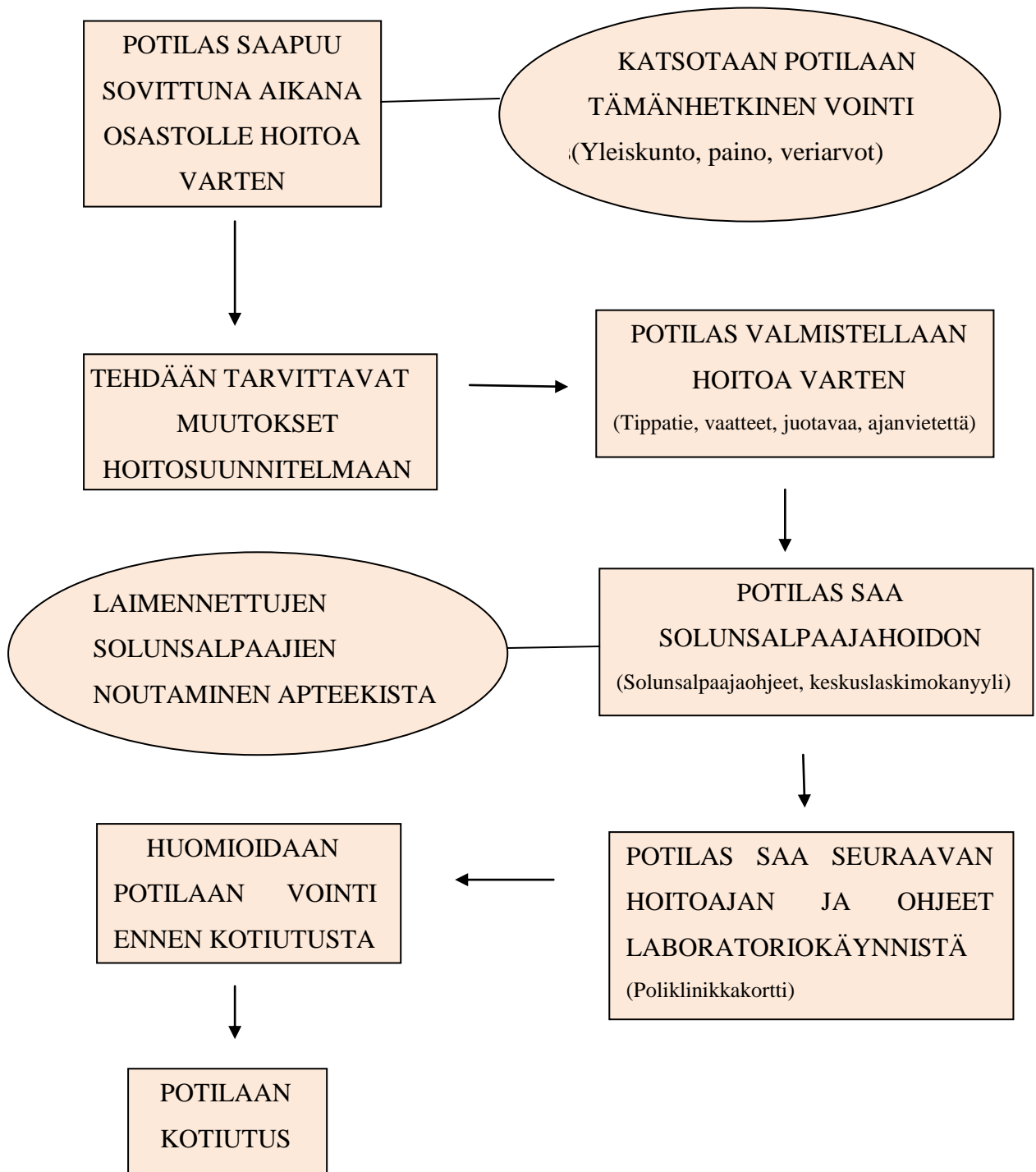
3.3 Solunsalpaajahoidon hoitopolku Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osastolla

Gynekologinen syöpäpotilas saapuu osastolle solunsalpaajahoidon varten käytyään ensin laboratoriossa verikokeissa. Osastolla tarkistetaan potilaan yleiskunto. Potilaalta otetaan lämpö, verenpaine, paino ja pituus. Verikokeiden vastaukset näytetään lääkärille. Lääkäri tekee päätöksen solunsalpaajahoidon toteuttamisesta. (Flink 2012.)

Tietyt veriarvot voivat laskea solunsalpaajien vaikutuksesta. Seurattavia veriarvoja ovat valkosolut (leukosyytit, neutrofiilit), punasolut (hemoglobiini) ja verihiutaleet (trombosyytit). Valkosolun lasku aiheuttaa tulehdusherkkyyttä ja punasolujen lasku heikentää hapen kulkeutumista elimistössä. Verihiutaleiden laskiessa voimakkaasti aiheutuu verenvuotoherkkyyttä. Veriarvoihin potilas ei pysty itse vaikuttamaan. Solunsalpaajahoidon toteuttamiseen luvan saatua hoitaja tilaa solunsalpaajat siihen tarkoitettulla lomakkeella. Hoitaja hakee valmiit solunsalpaajat apteekista (Truhponen-Hellberg 2012.) Jos solunsalpaajahoitoa ei veriarvo muutosten vuoksi pystytä toteuttamaan, varataan potilaalle uusi aika (Flink 2012).

Potilas valmistellaan solunsalpaajahoitoa varten. Potilas ohjataan potilashuoneeseen, jossa hän vaihtaa sairaalavaatteet. Käden laskimoon laitetaan kanyyli tippatietä varten. Potilaalle viedään juomaa ja ajanvietettä. Ennen solunsalpaajahoitoa potilas saa mahdolliset esilääkkeet. Potilas saa solunsalpaajahoidon suonensisäisesti infuusiopumpulla lääkärin määräämällä annosnopeudella. (Flink 2012.) Solunsalpaajahoito toteutetaan sille tarkoitetuilla infuusioletkuilla (Ruth-Salila 2011, 305). Infuusio aloitetaan keittosuolaliuoksella kolmitiehanan kautta. Keittosuolaliuos saa tippua hitaasti koko hoidon ajan. Lisäksi keittosuolaliuoksella huuhdellaan suoni solunsalpaajahoidon jälkeen. Mikäli annetaan kahta eri solunsalpaajaa, suoni huuhdellaan keittosuolaliuoksella solunsalpaajien välillä. Joskus solunsalpaajat aiheuttavat verisuonten ärsytystä, arpeutumista tai verisuonitulehduksia. Näissä tapauksissa voidaan kanyloinnin sijaan laittaa keskuslaskimoportti. Keskuslaskimoportin kautta solunsalpaajat voidaan annostella ilman suoni ärsytystä. (Alanko 2010, 6-7.)

Hoitaja merkitsee solunsalpaajakorttiin annetun lääkeaineen, annoksen ja laboratorio vastaukset. Lisäksi korttiin voidaan merkitä muut tutkimukset, sivuvaikutukset ja hoitovaste. (sytostaatti- ja hormonihoitokortti.) Potilaalle varataan seuraava solunsalpaajahoito ja laboratorioaika, jotka merkitään poliklinikkakorttiin. Potilaalle annetaan lääkärin kirjoittamat reseptit. Potilaan vointi huomioidaan ennen kotiutusta. Potilaan voinnin ollessa hyvä, hänet kotiutetaan. Hoitajaksosta tehdään kotiutusyhteenveto (Kuvio 3). (Flink 2012.)



Kuvio 3. Solunsalpaajahoidon hoitopolku mukailien Flinkiä (2012).

3.4 Kriisiteoria

Syöpään sairastuminen koetaan tyypillisesti uhkana. Vakavaan sairauteen sairastuminen aiheuttaa ihmisessä erilaisia tunnereaktioita. Osa syöpään sairastuneista naisista masentuu. Toiset yrittävät peittää kaikin keinoin tuskan ja pelon. Toiset lamaantuvat ja menettävät elämänhalun. Osalle sairastuminen synnyttää valtavan elämänhalun. Nuoremmilla syöpään sairastuneilla apuna toimii usein perheen ja lasten tuki. Joskus sairaus kielletään niin voimakkaasti, että hoitoon hakeutuminen viivästyy. (Eskola & Hytönen 2002, 354; Kuuppelomäki 2000, 130–136.) Kaikille ihmisille on tärkeää, että saatavilla on ihminen, jolle voi puhua, joka kuuntelee ja antaa tukensa (Haarakangas 2011, 168).

Hoitajan on hyödyllistä tuntea kriisiteoria kohdatessaan syöpää sairastava potilas. Kriisiteoria ja kriisin vaiheiden tunnistaminen on arvokas työväline hoidettaessa syöpään sairastuneita. Kriisiteoria koostuu neljästä vaiheesta, mutta on huomioitava myös, että kriisi ja sen vaiheet ovat yksilöllisiä. (Eriksson & Lauri 2000, 51, 54.) Johan Cullbergin kriisiteoriaa on käytetty yleisesti kuvaamaan syöpään sairastuneen kriisin eri vaiheita. Cullbergin kriisiteorian vaiheet ovat: shokki-, reaktio-, läpityöskentely-, ja uudelleensuuntautumisvaihe. (Cullberg 1986, 133; Cullberg 1999, 141; Saari 2003, 41).

Shokkivaihe kestää hetkistä aina muutamiin vuorokausiin. Shokkivaiheeseen kuuluu hyvin voimakas todellisuuden kieltäminen. Tämä johtuu siitä, ettei ole ollut mahdollisuutta työskennellä tapahtuneen asian kanssa. Ulkopuolisin silmin ihminen voi näyttää hyvin seesteiseltä, vaikka todellisuudessa pinnan alla on pelkkää kaaosta. Tyypillisesti ihminen ei muista tapahtuneita asioita jälkeenpäin oltuaan shokissa. Toisilla shokki näkyy esimerkiksi huutona tai saman lauseen jatkuvana toistamisena. Toiset taas lamaantuvat puhumattomiksi ja liikkumattomiksi. Tavallisimmin kuitenkin potilas on näiden kahden reagoinnin välimaastossa. (Cullberg 1986, 134; Cullberg 1999, 142–143; Saari 2003, 42–49.)

Shokki- ja reaktiovaihe muodostavat yhdessä kriisin akuutin vaiheen. Reaktiovaihe on alkanut silloin, kun potilas alkaa kohdata todellisuutta eli tapahtunutta tai tapahtuvaa. Tämä vaihe kestää tavallisesti noin 4–6 viikkoa. Tässä vaiheessa ihminen asennoituu kriisiin ja sen avulla jäsentää todellisuutta. Ihmisen primitiiviset puolustusmekanismit

lähtevät voimakkaasti liikkeelle ja ihminen pyrkii etsimään merkitystä tapahtuneelle. Kysymys ”miksi?” ja selitykset tapahtuneelle kuuluvat tähän vaiheeseen. Monenlaiset, ulkopuolisista hyvinkin erikoiset kuvitelmat, voivat aktivoitua reaktiovaiheessa. Syyllisyyden tunteminen, oli se sitten realistista tai epärealistista kuuluvat myös reaktiovaiheeseen. (Cullberg 1986, 135–136; Cullberg 1999, 143–144; Saari 2003, 52–60.)

Läpityöskentelyvaiheeseen päästyä on kriisin akuuttivaihe ohi. Ajallisesti tämä tapahtuu arviolta puolen vuoden tai vuoden kuluessa traumaattisen tapahtuman jälkeen. Läpityöskentelyvaiheessa potilas alkaa suuntautua pikkuhiljaa tulevaisuuteen. Vaiheeseen kuuluu myös tapahtuneen hyväksyminen ja totuttelu sen tuomiin muutoksiin elämässä. Vaiheen edistyessä kieltämisen käyttäminen käyttäytymismallina vähentyy. Oireet ja käyttäytymisen muutokset alkavat poistua ja potilas alkaa toimia entiseen tapaan. Ajalla on myös parantava vaikutus syyllisyyden ja vastuun tunteiden käsittelyssä. (Cullberg 1986, 143; Cullberg 1999, 151–152.) Läpityöskentelyvaiheessa käsittelyprosessi hidastuu. Prosessin etenemistä on hankala huomata. Kokemusten käsittely kääntyy sisäänpäin, vaikka voimakkaat tunteet ovat edelleen olemassa. (Saari 2003, 60–61.)

Uudelleensuuntaamisvaihe ei pääty varsinaisesti koskaan. Potilas tiedostaa tapahtuneen, mutta se ei estä elämistä. Elämään tulee uusia kiinnostuksen kohteita. Kolahduksen saaneen itsetunnon ja toiveiden pettämisen aiheuttamat tunteet palautuvat, mikäli potilas ei ole läpikäynyt ja työstänyt kriisin aiheuttamia tunteita. Kriisin aiheuttaneet asiat voivat edelleen aiheuttaa ajoittain tuskaa. Tällä tavoin kriisistä tulee osa elämää, mutta se ei enää saa kosketusta elävään elämään. (Cullberg 1986, 145; Cullberg 1999, 153–154; Saari 2003, 67–68.)

Syöpään sairastuneen kriisireaktioilla voi olla vaikutusta potilaan hoitomyöntyvyyteen ja sen myötä sairaudesta selviämiseen. Rautalahden (2006, 18) tutkimuksesta käy ilmi, että keskimäärin joka toinen sairastuneista kärsii oireiden perusteella vakavaksi luokitellusta psykiatrisesta ongelmasta. Potilas voi käydä yhtä aikaa läpi useampaa vaihetta tai hän voi palata uudelleen esimerkiksi läpityöskentelyvaiheeseen tai hypätä jonkin vaiheen yli. Eri vaiheet sisältävät erilaisia piirteitä, joiden avulla hoitajan on

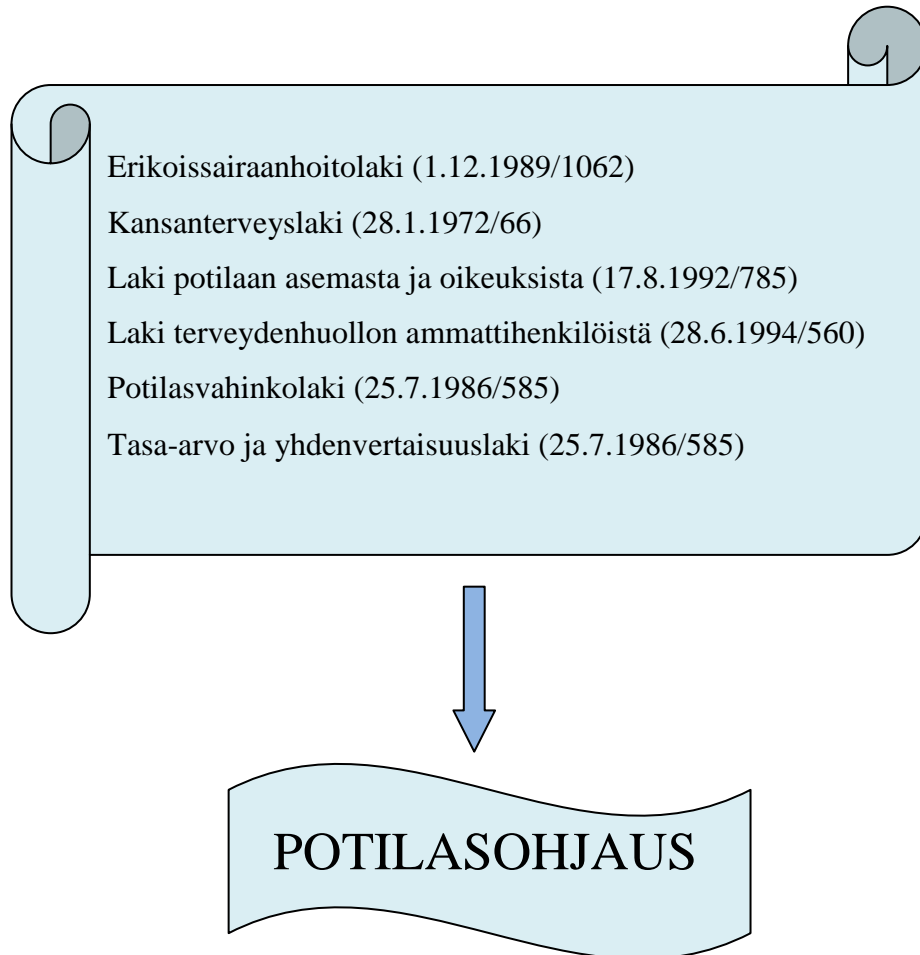
mahdollista tunnistaa kriisiteorian vaihe, jota potilas käy läpi. (Eriksson & Lauri 2000, 54.)

4 SOLUNSAALPAAJAHOITOA SAAVAN NAISEN OHJAUS

Potilasohjaus on keskeinen osa hoitotyötä ja hoitotyön auttamismenetelmä (Eloranta & Virkki 2011, 7). Potilasohjausta tulee toteuttaa suunnitelmallisesti, moniammatillisesti ja näyttöön perustuvasti. Yhteistyöhön kuuluu yhdenmukainen potilasohjaus. Yhtenäistämällä potilasohjausta parannetaan potilaiden omahoitoa. (Sirota 2007, 53–55; Mäkipää & Laaksonen & Saarinen & Miettinen 2012, 1062) Hoitaja on vuorovaikutuksessa potilaan kanssa ja tukee toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä. (Eloranta & Virkki 2011, 7.) Ohjaus on tiedon, taidon ja selviytymisen rakentamista. Ohjaaja ja ohjattava kohtaavat toisensa tasavertaisina vuoropuhujina. Ohjauksella pyritään antamaan eväitä potilaalle auttamaan itseään elämässään omien voimavarojen pohjalta. Sisällön ohjaukseen määrittää ohjattava itse. Ohjauksella halutaan, että ohjattava ymmärtää hoidon, palvelun ja muutoksen merkityksen omassa tilanteessaan. Näiden asioiden ymmärtäminen on oleellista motivoitumisen ja sitoutumisen näkökulmasta. (Kyngäs ym. 2007, 38–40; Eloranta & Virkki 2011, 19–20.)

Ohjauksen perustuskivi on sosiaali- ja terveysalan lainsäädännössä, ammattietikassa, toimintaa ohjaavissa laatu- ja hoitosuosituksissa sekä terveys- ja hyvinvointiohjelmissä. Laissa ja asetuksissa ei suoraan mainita ohjausta, mutta potilaan asema on tarkoin määritelty. Lakien ja asetusten ansiosta ohjaaminen on mahdollista. Näitä lakeja ja asetuksia ovat erikoissairaanhoidolaki, kansanterveyslaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki terveydenhuollon ammattilaisista, potilasvahinkolaki ja tasa-arvo sekä yhdenvertaisuuslaki (Kuvio 4). Laissa sanotaan, että potilaalle on ymmärrettävällä tavalla annettava riittävä tieto. Lisäksi laki sanoo, että ohjaus on tapahduttava potilaan suostumuksella ja yhteisymmärryksessä. (Eloranta & Virkki 2011, 11.) Velvoitenäkökulmasta asetukset ja lait antavat hoitajalle ohjaustilanteesta minimivaatimustason (Lahtinen 2006, 6). Tällä tarkoitetaan sitä, että hoitajan on noudatettava ohjauksen vaatimia laatuksiteereitä, joita ovat potilaslähtöisyys, vuorovaikutteisuus sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta (Kääriäinen 2008, 4).

Laatukriteereitä noudattamalla hoitaja sitoutuu huomioimaan ja kunnioittamaan potilaan ihmisarvoa, vakaumusta sekä yksityisyyttä. (Lahtinen 2006, 6.)

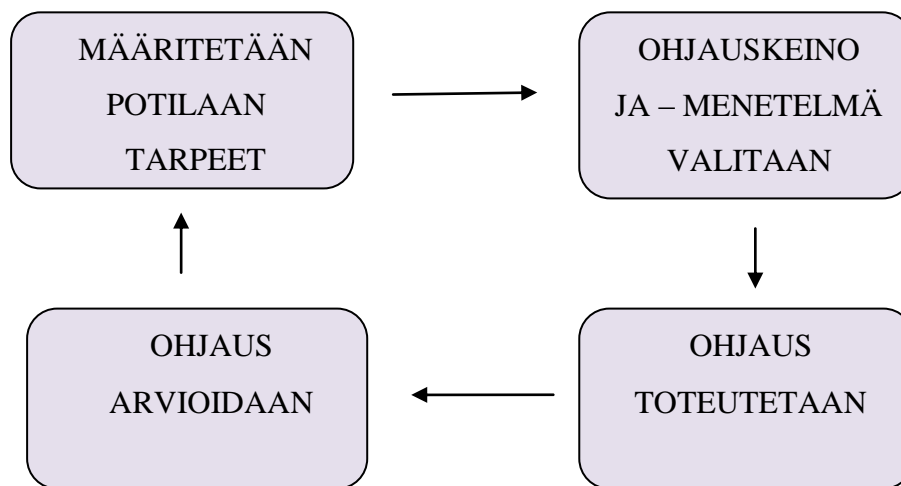


Kuvio 4. Lait ja asetukset ohjaavat potilasohjausta.

Toinen lähtökohta ohjaukselle on etiikka. Terveydenhuollon ammattilaisia ohjaavat terveydenhuollon eettiset periaatteet, joita ovat ihmisarvon kunnioittaminen, oikeus hyvään hoitoon, vahingon välttäminen, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito, hyvinvointia edistävä ilmapiiri, yhteistyö ja keskinäinen arvonta. (ETENE 2011, 5–7.) Jokaisessa hoitoyksikössä tulee olla yhdessä päätetyt eettiset periaatteet, jotka ohjaavat ja tukevat hoitajien antamaa ohjausta. Yhteiset eettiset periaatteet luovat pohjan yhtenevälle ja tasapuoliselle potilasohjaukselle. (Lahtinen 2006, 7.) Hoitajalla on vastuu siitä, että hänen toimintansa on eettisesti kestävä. Luotettavuutta ohjaukselle luo tutkittu ja ajan tasalla oleva tieto. Ohjaustilanteessa

eettisesti toimiminen edellyttää hoitajalta omien voimavarojen tunnistamista ja tiedostamista, jotta potilaan hyvinvointia ja tietämystä voidaan edistää. Eettisesti valveutunut hoitaja pystyy osallistumaan eettiseen keskusteluun. Keskustelun ylläpitäminen ja epäkohtiin puuttuminen ammatillisella ja yhteiskunnallisella tasolla vaikuttavat hoidon ja ohjauksen laatuun. Ohjaustilanteessa lainsäädännön tunteminen helpottaa eettisten asioiden ymmärtämistä. (Kyngäs ym.2007, 154–155.)

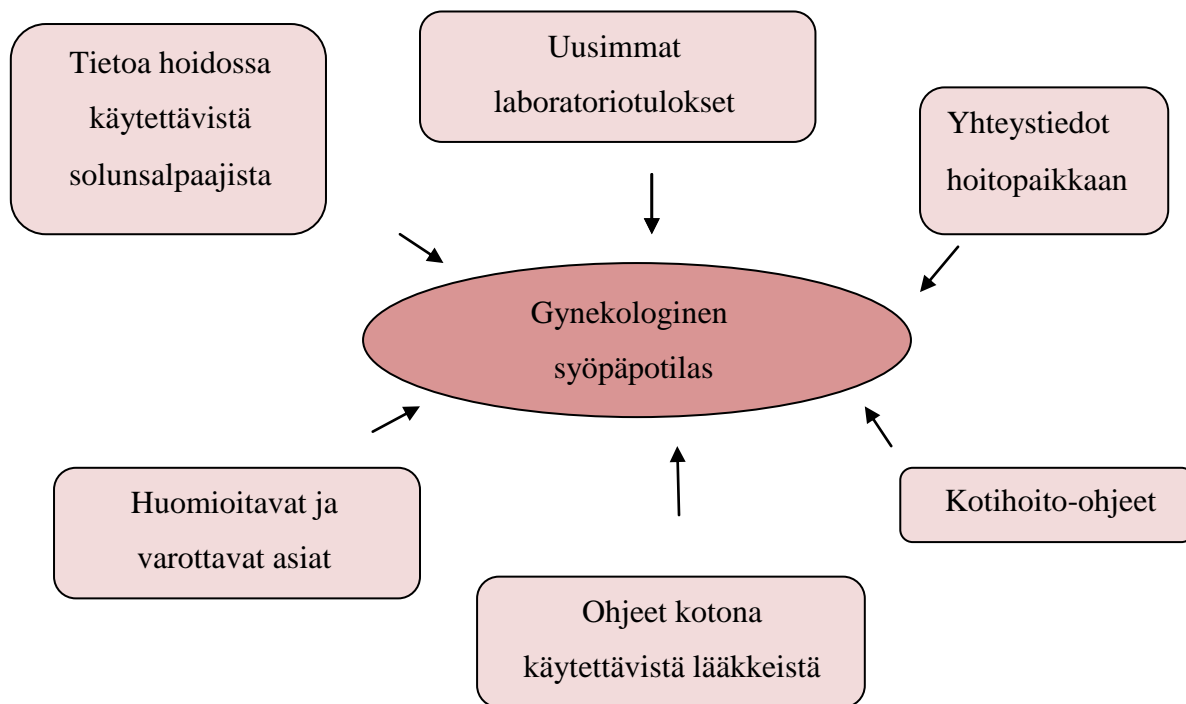
Potilasohjausta suunniteltaessa Hautakankaan ym:n (2003, 63–64; 77–78; 90–91.) mukaan on tärkeää tuntea ohjausprosessi (Kuvio 5). Potilasohjaussuunnitelmassa määritellään huolellisesti potilaan tarpeet, joiden mukaan valitaan ohjauksen sisältö ja tavoitteet. Tämän jälkeen valitaan käytettävä ohjausmenetelmä, joka mahdollistaa potilaan yksilöllisen oppimisen. Ohjausmenetelminä voidaan käyttää kirjallista ohjausmateriaalia, demonstrointia ja suullista ohjausta. Arviointi liittyy kiinteästi ohjausprosessiin. Arvioidaan potilaan oppimista; mitä on saavutettu ja mitä tarpeita on vielä otettava huomioon tulevissa ohjauksissa. Arvioidaan hoitajan toimintaa ohjaustilanteessa, jotta hoitaja saa palautteena tietoa, jonka avulla voi kehittää omaa toimintaansa.



Kuvio 5. Ohjausprosessi (mukaillen Hautakangas ym. 2003, 63).

Solunsalpaajia saavan potilaan ohjauksessa on hoitajalle haasteellista se, että potilas on usein ristiriitaisessa tilanteessa. Ristiriitaisuus syntyy, koska toisaalta potilaalla on pelko elimistönsä myrkyttämisestä ja kovista sivuvaikutuksista. Toisaalta taas solunsalpaajahoidon aloittaminen herättää toivon paranemisesta. Potilas tarvitsee ymmärrettävää tietoa hoidon merkityksestä, sen toteuttamisesta, kestosta ja sivuvaikutuksista. Lisäksi potilas tarvitsee tietoa omaisten ja omasta osallisuudestaan hoitoon. (Holmia ym. 2010, 123.) Hoitaja rohkaisee potilasta pitämään yllä sosiaalisia suhteita. Potilasta voidaan ohjata ottamaan yhteyttä potilasjärjestöihin ja tarvittaessa hänelle hankitaan tukihenkilö. Potilaan ollessa yksinäinen hoitohenkilökunnan tuen tarve lisääntyy. (Ruth-Salila 2010, 299–300.) Solunsalpaajahoidosta mahdollisesti tuleviin pitkäaikaisiin sivuvaikutuksiin on helpompi asennoitua, mikäli ymmärtää hoidon merkitystä kokonaisvaltaisesti. Esimerkiksi niin, että sivuoireita aiheuttaa hoito eikä itse syöpä. (Holmia ym. 2010, 124.)

Potilaskohtaiset ohjeet käydään ohjaustilanteessa suullisesti läpi silloin, kun se on ajankohtaista. Tällä tavoin hoitaja voi varmistaa ohjeiden ymmärrettävyyden. Potilaalle annetaan ohjekirja: Sinulle, joka saat sytostaattihoitoa. Solunsalpaajahoidon saavan potilaan ohjaukseen kuuluu varmistus siitä, että potilas saa sekä **suullisesti** että **kirjallisesti** tiedot käytettävistä solunsalpaajista, uusimmista laboratoriotuloksista, hoitopaikan yhteystiedot, kotihoito-ohjeet, ohjeet kotona käytettävistä lääkkeistä ja huomioitavat sekä varottavat asiat (Kuvio 6). (Holmia ym. 2010, 123–124.)



Kuvio 6. Ohjauksessa potilaalle annetaan suullinen ja kirjallinen tieto (Holmia ym. 2010, 123–124).

Mäkeläinen (2009) kartoittaa potilaiden tietoa sairaudestaan ja siihen liittyvistä hoidoista, hoitajien käyttämistä ohjausmenetelmistä ja näiden edellä mainittujen asioiden vaikutuksesta potilaan omaan hallinnantunteeseen. Hyvä hallinnantunne parantaa elämänlaatua. Tutkimuksessa todettiin, että ohjausmuotona käytettiin useimmiten yksilöohjausta. Potilaiden kokemukset tiedoistaan sairaudesta ja sen hoidosta vaihtelivat vähästä tiedonmäärästä hyvään tietomäärään. Hallinnantunne vaihteli heikosta vahvaan tutkimustulosten mukaan. Hyvä tietämys sairaudesta ei kuitenkaan luonut hyvää hallinnantunnetta, mutta heikko hallinnantunne oli yhteydessä toimintakyvyn alenemiseen. Vaikka potilaiden tieto heikkeni puolen vuoden aikana, vahvistui heidän hallinnantunteensa tuona samana ajanjaksona. 50 % tutkimukseen osallistuneista oli tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen, mutta joka neljäs oli tyytymätön ohjauksen laatuun. Tyytymättömyyttä aiheutti hoitajalta saamatta jäänyt emotionaalinen tuki. Tutkimustulosten mukaan on tärkeää suunnitella ohjausmenetelmät ja ohjauksen sisältö yhdessä potilaan kanssa huomioiden yksilöllinen tiedon ja tuen tarve. Vastasairastuneen potilaan ohjaukseen varataan riittävästi aikaa, jotta potilas ehtii käsitellä sairastumisen synnyttämiä tunteitaan.

Halosen (2006, 34) mukaan potilaat kokivat ohjauksessa hoitohenkilöstön tiedot, taidot ja asenteet hyväksi, mutta Kääriäisen (2007, 35) mukaan hoitohenkilöstön tiedot, taidot ja asenteet on arvioitu kohtalaisiksi. Ohjausmenetelmistä hoitohenkilöstö hallitsi hyvin vain suullisen ohjauksen. Yksilöllisen ohjauksen lisäksi muita ohjausmenetelmiä ei juuri käytetty. Kähkönen & Kankkunen & Saaranen (2012, 201) osoittavat, että potilasohjauksen kehittämisalueita ovat ohjausmenetelmät ja ohjauksen sisältö. Tutkimusten tulokset osoittavat, että ohjausaika koetaan puutteelliseksi. Kokonaisuudessaan potilaat kokivat saamansa ohjauksen myönteiseksi. (Kääriäinen & Kyngäs & Ukkola & Torppa 2005, 10; 2006, 34–35; 2007, 79–80; Kääriäinen & Kyngäs 2010, 548.)

Tärkeä osa solunsalpaajia saavan naisen kokonaisvaltaisessa hoidossa on seksuaalisuuden huomioiminen potilasohjauksessa. Seksuaaliohjaus tapahtuu siellä, missä sairauden hoitovastuu on. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 30.) Seksuaalisuus kuuluu oleellisena osana ihmisyyteen läpi koko elämän, koska se on synnynnäistä (Väestöliitto 2012). Seksuaalisuuteen liittyvistä asioista tulisi puhua potilaan kanssa solunsalpaajahoidon alussa, sen aikana ja lopussa. Potilaan kumppanin mukaan ottaminen on suositeltavaa. Seksuaaliohjauksella parannetaan tiedonsaantia ja potilaan tietoisuutta solunsalpaajahoidon vaikutuksista seksuaalisuuteen. (Susi 2011, 98.)

Ennen seksuaaliohjausta hoitajan on hyvä kohdata oma seksuaalisuus. Apuna oman seksuaalisuuden kohtaamiseen hoitaja voi käyttää esimerkiksi Leslie ja Joseph LoPiccolon lomaketta, jossa kaikki seksuaalisuuteen liittyvät asiat ovat kysymysmuodossa ja teemoittain. (Ilmonen & Nissinen 2006, 414, 416) Tärkeää seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa on esittää kysymyksiä avaavasti, ettei kysymys sulje erilaisia vaihtoehtoja pois (Ilmonen 2006, 52). Kysymyksen voi esittää esimerkiksi näin: pelkäätkö, että sairaus voi vaikuttaa parisuhteeseen? Hoitajan tulee sanoa ääneen asioita, joita potilas ei välttämättä uskalla tai osaa ottaa puheeksi. (Rosenberg 2006, 282.)

Mick & Hughes & Cohen (2004) ovat tehneet syöpää sairastavia hoitavien tueksi BETTER-mallin seksuaalisuuden arvioimiseksi. BETTER-mallin avulla voi hoitaja varmistua, että kaikki oleelliset asiat seksuaalisuudesta on käyty läpi potilaan kanssa.

(Susi 2011, 102.) BETTER-mallissa ”B” tulee sanoista: bringing up the topic, jolla tarkoitetaan seksuaalisuuden puheeksi ottamista. ”E” (explain) velvoittaa hoitajaa kertomaan, että potilaalla on oikeus puhua seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Lisäksi tulee kertoa, että solunsalpaajat vaikuttavat elämänlaatuun. ”T” (tell) tarkoittaa, että potilaalle järjestetään mahdollisuus puhua seksuaalisuuteen liittyvistä huolenaiheista. Aika ei ole aina sopiva potilaalle puhua seksuaalisuudesta, joten ”T” (timing) kuvastaa, että potilas saa aina halutessaan ottaa seksuaalisuuden puheeksi. Potilaille tulee kertoa ”E” (education) sairauden ja solunsalpaajahoidon vaikutuksista seksuaalisuuteen. ”R” (record) muistuttaa hoitajia raportoinnin tärkeydestä. (Mick, Hughes & Cohen 2004, 84–86)

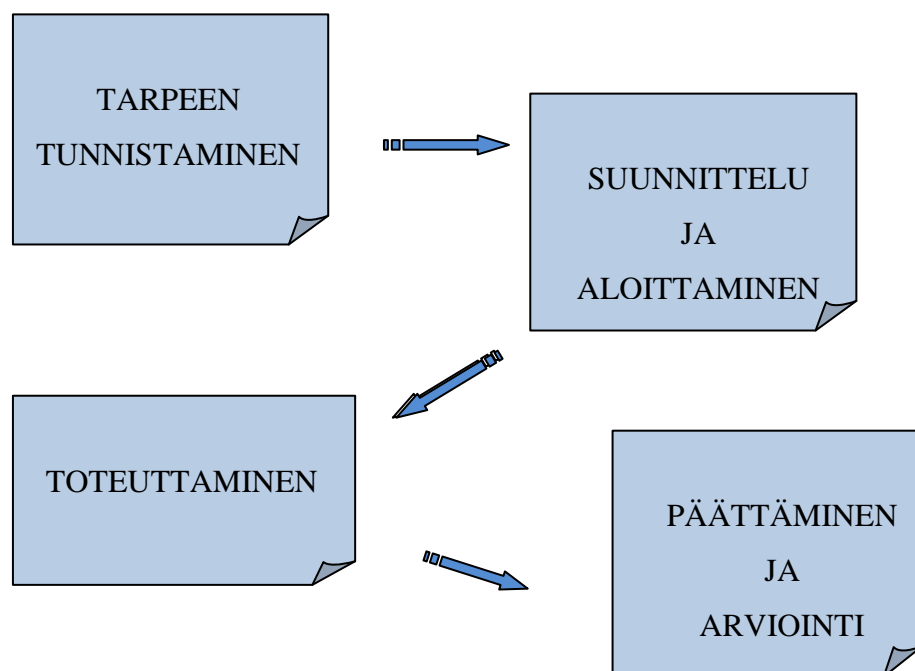
Hautamäki-Lamminen & Lipiäinen & Åstedt-Kurki & Lehto & Kellokumpu-Lehtinen (2011, 19) osoittavat tutkimuksessa, että syöpää sairastavat naiset kokevat tarvitsevansa tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Keskustelussa aloitteenteko aiheeseen kuuluu hoitajalle. Sekä suullisen että kirjallisen tiedon antaminen on tärkeää. Naiset ja miehet tarvitsevat erilaista sisältöä seksuaaliohjauksessa. Minäkuva, mieliala ja ihmissuhteet korostuvat naisten tarvitsemassa tiedossa. Tämä tulee ottaa huomioon potilasohjauksessa. On tärkeää huomioida potilaan ikä. Iäkkäämmillä naisilla voi olla vaikeampaa keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista kuin nuoremmilla. Vaikka seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia oli ollut iäkkäämmillä naisilla jo ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen ongelmat olivat lisääntyneet, kokivat nämä naiset tiedontarpeensa vähäisemmäksi kuin nuoremmat naiset. Siitä huolimatta on kuitenkin huolehdittava, että myös nämä ikääntyneet naiset saavat seksuaaliohjausta.

Hautamäki-Lamminen ym. (2010, 282–283) tutkivat syöpään sairastuneiden odotuksia seksuaaliohjaukselta. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa siitä, mitä odotuksia syöpään sairastuneilla on seksuaaliohjauksen suhteen. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää hoitotyötä ja ohjausta potilaiden tarpeiden mukaisesti. Potilaat odottavat sisällöllisesti ohjaukselta surutyön sallimista, minäkuvan vahvistamista, puolison huomioimista ohjauksessa ja vertaistuen tarjoamista. Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että hyvän ohjauksen kriteerit kohdistuvat potilaslähtöisyyteen, ammatillisuuteen ja suunnitelmallisuuteen.

5 PROJEKTIN TOTEUTUS

Projekti on suunniteltua toimintaa, jolla on selkeä tavoite, aikataulu, voimavarat ja oma organisaatio (Rissanen 2002, 14; Kettunen 2003, 15). Projektissa on tärkeää hyödyntää jo olemassa olevaa tietoa, joten kaikkea ei tarvitse keksiä itse (Paasivaara & Suhonen & Nikkilä 2008, 123). Projektityö on parhaimmillaan sisällöllisesti luovaa ja innovatiivista toimintaa. Kuitenkin se metodeiltaan ja rakenteeltaan noudattaa työtapoja ja muotoja, joita projektityölle on asetettu. Tavoitteiden asettaminen ja määrittäminen on koko projektin ratkaiseva tekijä. Tyypillisesti projektilla on pyrkimys ratkaista jokin ongelma tai ongelmat, saamaan aikaan muutos, parannus tai kokonaan uusi asia.

Projekti on ainutlaatuinen työkokonaisuus, joka on rajattu selkeästi. (Marttala & Karlsson 1999, 10; Rissanen 2002, 44; Kettunen, 2003, 15–16; Sorsa & Venetjoki 2004, 14; Kettunen 2009, 16.) Projektista laaditaan kuvaus ja projektin etenemisestä tiedotetaan asianosaisille. Välitavoitteet ja tarkistuspisteet auttavat projektia pysymään aiemmin määritetyissä rajoissa. Projektityö on hyvin jäsenneilyn prosessin läpikäyntiä ja johtaa onnistuessaan syntyneen idean toteutumiseen. Dokumentointia tulee tapahtua koko projektin ajan. Erityisen tärkeitä vaiheita projektin onnistumiselle ovat suunnittelu-, aloittamis- ja toteuttamisvaihe (Kuvio 7). (Löow 2002, 16–17; Paasivaara ym. 2008, 104.)



Kuvio 7. Projektin vaiheet (Paasivaara ym. 2008, 105).

5.1 Projektin tarkoitus ja tavoitteet

Projektin tarkoituksena on saada vastaukset kysymyksiin miksi tai mitä varten projekti on saanut alkunsa ja minkä takia se täytyy toteuttaa (Löow 2002, 64). Tämän projektin tarkoituksena oli tehdä opaskansio hoitajille, jotka hoitavat gynekologiseen syöpään sairastuneita Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osastolla. Tarkoituksena oli tehdä opaskansiosta selkeä ja helppolukuinen, josta tieto on helposti saatavilla.

Pienissä ja lyhytaikaisissa projekteissa riittää pelkkä kehitystavoite. Kehitystavoitteella kuvataan pitkän ajan muutoksia, johon projektilla pyritään. Voidaankin ajatella, että projekti on kehityksen alullepanija tai se voi tehostaa ja nopeuttaa tavoitteisiin pääsyä. Lopulliset tulokset voivat näkyä vasta pitkän ajan kuluttua projektin päättymisestä. (Silfverberg 1998, 50; Silfverberg 2007, 80–81.) Projektin tavoitteiden asettamisessa keskitytään määrittelemään riittävästi rajattu ongelma, joka voidaan ratkaista yhdellä projektilla. Tuloksia, jotka on saatu, arvioidaan vertaamalla niitä asetettuihin tavoitteisiin. (Heikkilä & Jokinen & Nurmela 2008, 113; Paasivaara ym. 2008, 123.) Tämän projektin tavoitteena on kehittää gynekologisten syöpäpotilaiden hoitotyön laatua yhtenäistämällä potilasohjausta Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osastolla.

5.2 Projektin rajausta, liittymät ja organisointi

Rajauksen tarkoituksena on määritellä ja helpottaa projektin läpivientiä. Rajauksessa määritetään, mitä toimintoja ja tehtäviä projekti vaatii onnistuakseen. Projektia rajatessa on hyvä mainita myös ne asiat, jotka eivät kuulu projektiin. Tämä on tärkeää ainakin silloin, kun väärinymmärrysten mahdollisuus on olemassa. Projektille on tyypillistä, että yksityiskohtia ajatellessa rajausta selkiintyy tuotoksen suunnittelutyön edetessä. Päälinjaukset on tehtävä ja sovittava projektin alussa, sillä projektin tilaaja saattaa esittää lisätoivomuksia ja muutosehdotuksia työn edetessä. Projektin rajauksessa olevat puutokset ja virheet korjataan ja ne huomioidaan aikataulussa. Kokonaan uusien tehtävien mukaanotto kesken projektia on harkittava tarkkaan ja niihin ryhdytään vain silloin, kun se on välttämätöntä. Lisätyö ei välttämättä vaadi montaa lisätyöpäivää,

mutta sillä saattaa olla vaikutusta tuotoksen muihin osiin. (Ruuska 1999, 122–124; Kettunen 2003, 99–100; Ruuska 2008, 42–43.)

Gynekologisten syöpien hoitotyö on laaja kokonaisuus. Selkeä rajaus on ollut tärkeä työvaihe, ettei työ saa liian suuria mittasuhteita. Projekti on rajattu työelämälähtöisesti koskemaan kahta yleisimmin solunsalpaajilla hoidettavaa gynekologista syöpää Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautienosastolla. Projektissa käsiteltävät syövät ovat munasarja- ja kohdunrunгон syöpä. Työssä keskitytään solunsalpaajiin gynekologisen syövän hoitomuotona, mutta kokonaiskuvan saamiseksi työssä sivutaan myös muita syövän hoitomuotoja. Muita gynekologisen syövän hoitomuotoja ovat kirurgia, säde- ja hormonihoito. Gynekologisen syöpäpotilaan potilasohjausta on käsitelty potilaan ja hoitajan näkökulmasta. Hoitajan työvälineenä potilasohjauksessa on Cullbergin kriisiteoria, joka on yleisesti käytössä oleva menetelmä syöpäpotilaan kohtaamisessa.

Projektityön aihe hyväksyttiin koulussa maaliskuussa 2011. Projektin toteuttamiseen saatiin lupa Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautienosaston osastonhoitajalta toukokuussa 2011. Projektin aihetta lähestyttiin tutustumalla kirjallisuuteen, tutkimuksiin ja Internetistä löytyvään materiaaliin. Aineistoa oli paljon saatavilla, joten työssä käytettävän materiaalin valinta muodostui ajoittain haasteelliseksi ja aikaa vieväksi. Tärkeimpänä materiaalin valintakriteerinä oli lähteen luotettavuus. Lähteitä etsittiin kansallisesti sekä kansainvälisesti. Tiedonhaussa käytettiin korkeakoulujen yhteistä Nelli-portaalia. Lisäksi apuna tiedonhaussa käytettiin Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun informaattikkoa. Työtä varten on hankittu julkaisuja Kemi-Tornion ja Rovaniemen ammattikorkeakoulujen kirjastoista, Lapin ja Oulun yliopistojen kirjastoista, Arktisenkeskuksen kirjastosta, Tampereen pääkirjastosta, Tornion kaupunginkirjastosta, Inarin kunnankirjastosta ja Lapin maakuntakirjastosta. Teoreettinen viitekehys on muovautunut lopulliseen muotoonsa työn edetessä ja tekijöiden tiedon ja osaamisen karttuessa.

Projektiin osallistuvat henkilöt kuuluvat projektiorganisaatioon. Organisaatio on väline saavuttaa projektille laaditut tavoitteet. (Ruuska 2008, 126.) Projektille nimitetään ohjausryhmä, joka valvoo ja tukee projektin etenemistä. (Lööw 2002, 29; Ruuska 2008, 144.) Projektiryhmä suunnittelee, vie projektia eteenpäin ja tekee tarvittavat tehtävät, jotta projektin tarkoituksenmukaisuus säilyy. Tärkein tehtävä projektiryhmälle on pitää

kiinni suunnitelmasta ja tiedottaa etenemisestä koko projektiorganisaatiolle. Projektiorganisaatio tekee päätökset aikatauluista, resurssisuunnitelmista ja budjetista. Projektiorganisaatiossa hyväksytetään siirtyminen projektissa vaiheesta toiseen. Organisaation on hyvä tavata projektin alussa, jokaisen vaiheen jälkeen ja projektin lopussa. (Löow 2002, 29–31; Pelin 2009, 68, 72.) Tämän organisaation projektiryhmään kuuluivat Miia Ahokas ja Päivi Koskenranta. Ohjausryhmässä toimivat työelämän yhteistyökumppanina osastonhoitaja Eeva Nahkiaisoja ja koulun edustajat Aija Lämsä ja Satu Rainto. Lisäksi Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osaston henkilökunta osallistui palautteen antamiseen. Projektille on nimetty oponoija, joka on osallistunut työarviointiin sen eri vaiheissa.

5.3 Projektin toteuttamisen ja työskentelyn kuvaus

Tämän projektin idea syntyi keväällä 2011 naistentautien työharjoittelussa syntyneestä kiinnostuksesta gynekologista syöpää sairastavan naisen hoitotyötä kohtaan. Yhteisen mielenkiinnon innoittamana oltiin yhteydessä Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osastonhoitajaan ja kysyttiin mahdollista tutkimus- tai projektintyön tarvetta. Tiedustelun tuloksena selvisi, että naistentautien osastolle tarvittiin opaskansio hoitajille solunsalpaajahoitoa saavan naisen hoitotyöstä. Projektisuunnitelman laatiminen aloitettiin syyskuussa 2011. Opaskansion sisältöä ideoitiin ja sisällysluettelosuunnitelma lähetettiin sähköpostitse Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osastonhoitajalle 7.2.2012, jotta osastolla voitiin miettiä kansioon tarpeellisiksi koettavia asioita. Osastotunti pidettiin henkilökunnalle 6.3.2012. Osallistujat saivat kertoa omat mielipiteet ja toiveet sisällöstä, jonka jälkeen opaskansion lopullinen sisällysluettelo päätettiin. Projektisuunnitelma hyväksyttiin toukokuussa 2012.

Opaskansion tekeminen aloitettiin kartoittamalla jo olemassa olevaa materiaalia elokuun alussa 2012. Naistentautien osastolta löytyi aihetta koskevaa materiaalia paljon, mutta se oli sijoitettuna useaan eri paikkaan. Tämä seikka vahvisti projektin tarpeellisuutta. Apua tiedon kokoamiseen saatiin osastosihteeriltä. Olemassa olevaa materiaalia opaskansiossa ovat potilasoppaat, solunsalpaajahoitokortti, solunsalpaajien tilauslomake ja ilmoitus syöpärekisteriin. B-lausunnon, peruukin maksusitoumuksen- ja

matkakorvaushakemuksen täyttöohjeet on tehty yhteistyössä Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautienosaston osastosihteerin kanssa. Solunsalpaajaohjeet on muokattu yhteneväisiksi ja selkeiksi. Muokatut versiot on tarkistutettu osaston henkilökunnalla ja osastonhoitajalla. Opaskansiossa on ohjausprosessikaavio, jonka tarkoituksena on palauttaa ohjaukseen liittyvä prosessi hoitajien mieleen. Seksuaaliohjaukseen hoitajille on opaskansioon tehty työväline BETTER-mallin mukaisesti.

Olemassa olevan tiedon lisäksi opaskansioon alettiin ideoida uutta Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautienosaston henkilökunnan kanssa sovitun sisällysluettelon mukaisesti. Konkreettisenä työvälineenä opaskansioon on laadittu tarkistuslista. Tarkistuslistaan on koottu asiat, jotka tulee ohjata potilaalle hoitajakson aikana. Hoitaja merkitsee ohjatun asian rastilla ja tarkistuslistaa säilytetään potilaspaperiessa. Tällä tavoin toteutunutta ohjausta pystytään seuraamaan. Henkilökunnan toiveen mukaisesti opaskansioon on laitettu ohjeistus infuusiopumpun käytöstä. Opaskansioon on tehty kooste tärkeistä puhelinnumeroista, joihin hoitaja ohjaa potilaita ottamaan yhteyttä tarvittaessa sekä Internet-osoitteita, joista potilas voi halutessaan hankkia lisää tietoa tai vertaistukea. Kooste puhelinnumeroista ja Internet-osoitteista annetaan potilaalle ohjauksen yhteydessä.

Teoreettiseen viitekehykseen kuuluva kriisiteoria on kuvattu opaskansiossa kriisin portaina. Tämä esitystapa opaskansioon valittiin sen selkeyden perusteella. Osa opaskansion materiaalista toimii välillisesti hoitajan työvälineenä potilasohjauksessa kuten solunsalpaajaohjeet. Opaskansiossa käytettävät kuvat on otettu Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautienosastolla. Kuvien ottamisessa on huomioitu, ettei niissä näy potilaita, heidän omaisiaan tai arkaluonteista tietoa.

Opaskansion ulkoasussa on huomioitu kestävyys valitsemalla laadukas kansio ja muovitaskut. Kansion ja muovitaskujen käyttäminen helpottavat uuden tiedon lisäämistä ja vanhan poistamista. Ulkoasuvalinnassa on kuunneltu osastonhoitajan toivetta. Opaskansion materiaali on painettu A4 kokoiselle arkille yhdelle puolelle per sivu. Opaskansion materiaali on tallennettu muistitikulle, josta opaskansion sisältöä voidaan tarvittaessa muokata. Ajantasainen tieto lisää opaskansion käyttöikä. Kansion etukannessa on tasku muistitikun säilytystä varten. Opaskansiossa olevia valokuvia on

muokattu Microsoft Word ja PowerPoint ohjelmilla. Kuvia on haettu myös google kuvahaulla. Opaskansion piirroskuvat on tehty Microsoft Wordilla.

Ensimmäinen versio teoreettisesta viitekehuksesta valmistui elokuussa 2012. Koululla pidettiin ensimmäinen opinnäytetyön ohjaus 23.8.2012, jossa ilmeni teoreettisen viitekehysten olevan liian lääketiedelähtöinen. Teoreettinen viitekehys työstettiin lähes täysin uudestaan, jolloin keskeisiä sisältöjä jäi puuttumaan. Toisessa opinnäytetyön ohjauksessa 17.9.2012 löydettiin projektin punainen lanka. Ensimmäinen ja toinen versio teoreettisesta viitekehuksesta yhdistettiin ja muokattiin yhdeksi kokonaisuudeksi. Yhdistäminen ja muokkaaminen osoittautuivat erittäin työlääksi ja hitaaksi työvaiheeksi. Olemassa olevan tekstin lisäksi uutta tietoa haettiin koko työvaiheen ajan. Kolmannessa opinnäytetyön ohjauksessa 25.9.2012 teoreettinen viitekehys oli viimeistelyä vaille valmis. Viimeistelyvaiheeseen kuului äidinkielen tarkistus, joidenkin kappaleiden uudelleen sijoittaminen ja lähdeluettelon selkiyttäminen. Seuraava työvaihe oli projektiosuuden syventäminen.

Työn projektiosuudessa oli aiemmissa versioissa hyödynnetty paljon projektisuunnitelmassa käytettyä teoriaa. Projektiosuuden syventämisvaiheessa tekstin käytettävyyttä arvioitiin uudelleen ja aiemmin kirjoitetun teorian soveltuvuus käytiin läpi hyvin tarkasti. Tekstiä päädyttiin poistamaan ja muokkaamaan, jotta teoria vastaa paremmin tätä projektia. Tekstistä luopuminen tuntui vaikealta siihen käytetyn ajan ja vaivan vuoksi, vaikka uuden version tekeminen oli täysin perusteltua. Myös projektiosuuden otsikointia punnittiin uudelleen, mutta niissä muutokset olivat vähäisiä.

Viimeisessä opinnäytetyön ohjauksessa 29.10.2012 tuotiin esiin kieliopillisia asioita, joihin vielä kaivattiin korjauksia. Sisältöön oltiin tyytyväisiä, mutta hoidon laatua käsitteleviin kappaleisiin kaivattiin vielä vahvistusta tutkimuksia lisäämällä. Lähdeluettelossa todettiin muutama puutteellinen lähdemerkintä. Nämä asiat on korjattu. Työssä käytetyistä kuvioista ja lähdeluettelosta saatiin hyvää palautetta ohjaavilta opettajilta. Opinnäytetyön ohjauksen jälkeen menttiin Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautienosastolle näyttämään projektin tuotosta. Opaskansio näytettiin neljälle solunsalpaajahoitoa toteuttavalle sairaanhoitajalle. Opaskansion sisältöön oltiin tyytyväisiä ja se vastasi tilaajan tarvetta. Viimeisten muutosten jälkeen

opaskansio vietiin Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautienosastolle loppuarviointiin.

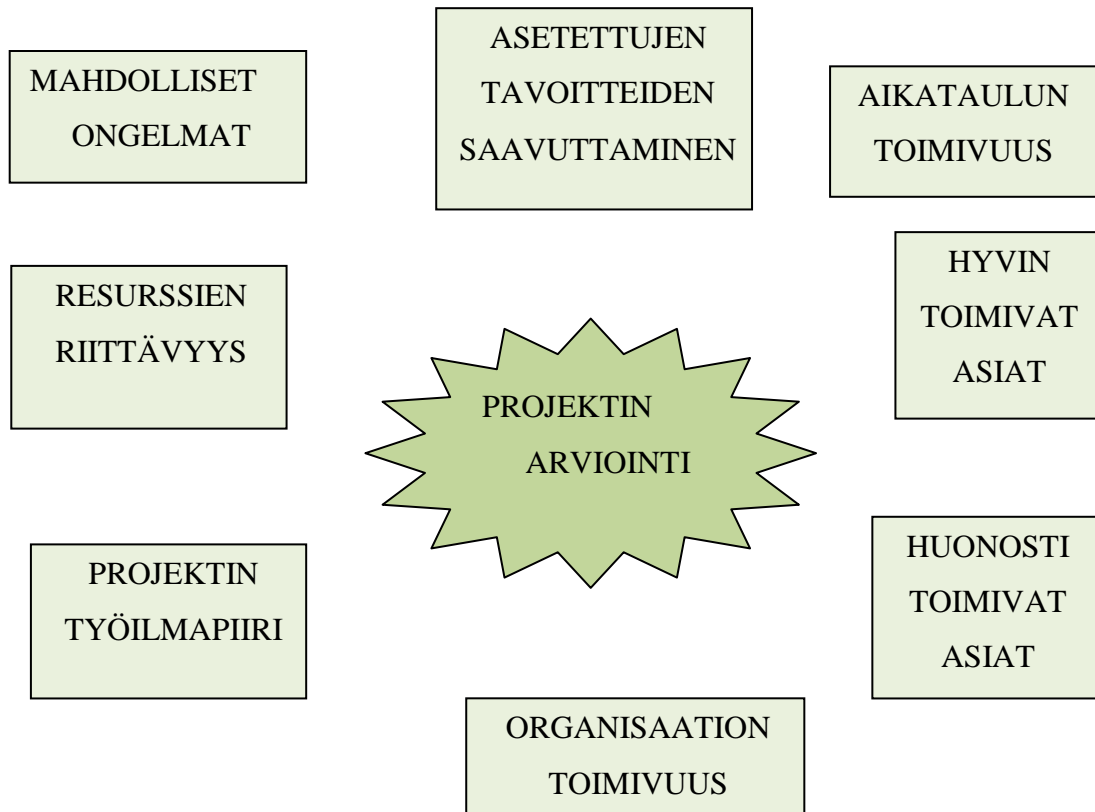
Projektin aikana on tavattu Länsi-pohjan keskussairaalan naistentautienosaston osastonhoitaja muutaman kerran ja muuten on oltu yhteydessä häneen sähköpostitse ja puhelimitse. Projektia on konkreettisesti työstyetty Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautienosastolla, jolloin on saatu välitöntä palautetta henkilökunnalta. Projekti on omakustanteinen. Työtä ei esitellä Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautienosastolla, vaan ainoastaan Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun Terveysalan toimipisteessä. Valmis loppuraportti jää tekijöille ja opaskansio Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautienosastolle. Lisäksi työ tallennetaan ammattikorkeakoulujen Theseus-verkkokirjastoon.

Projektityöskentelyssä voi tulla haasteeksi leipääntyminen. Sillä tarkoitetaan tilannetta, kun joutuu jaksamisen ja tahtomisen umpikujan. Leipääntymistä voi aiheuttaa henkilökohtaiset, yksityiselämään liittyvät asiat. Projektin jäsenillä on vastuu tunnistaa leipääntyminen. (Paasivaara ym. 2008, 100–101.) Innostusta voi sytyttää uudelleen työnsisältöön ja työympäristöön liittyvillä sytykkeillä. Sisällöllisiä sytykkeitä ovat työn monipuolisuus, vaihtelevuus, haasteellisuus, mielekkyys ja itsenäisyys. Työympäristön sytykkeitä ovat palkka, vertaistuki, kiitos ja tunnustus. (Paasivaara ym. 2008, 64–65.) Tämän projektin tekeminen kahdestaan on ollut positiivinen asia, koska toinen on voinut kannustaa jaksamaan projektityössä eteenpäin. Sisältöön liittyvät sytykkeet ovat olleet tämän projektin kantavana voimana. Ohjaavien opettajien, opponoijan ja yhteistyötahon palaute on tuonut työhön lisää motivaatiota ja innostusta.

5.4 Projektin arviointi

Projektiarviointi on systemaattista toimintaa, jolla selvitetään projektin onnistumista. Arvioinnilla saadaan tietoa projektin toteutumisesta ja mahdollisista ongelmakohtista. (Paasivaara ym. 2008, 139–141.) Arviointia voidaan tehdä projektin aikana tai sen valmistuttua. Väliarviointia tehdään projektin aikana, jolloin saatuja tuloksia voidaan hyödyntää ennen projektin saattamista loppuun. (Silfverberg 2007, 43; Paasivaara ym. 2008, 139–141; Heikkilä ym. 2008, 88.) Toiminnan aikaisella arvioinnilla tarkistetaan

asetettujen tavoitteiden saavutettavuus, aikataulussa pysyminen, organisaation toimivuus ja mahdolliset ongelmat. Arvioinnin tehtävänä on parantaa ja kehittää projektin laatua. Arvioinnilla saadaan keinot päästä tavoitteisiin (Kuvio 8). (Heikkilä ym. 2008, 88, 114.)



Kuvio 8. Toiminnan aikainen arviointi (Heikkilä ym. 2008, 114.)

Tämän projektin arviointimenetelmänä on käytetty Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osastonhoitajan konsultoimista työn edetessä. Opaskansiota ovat arvioineet sairaanhoitajat, jotka toteuttavat Länsi-pohjan keskussairaalan naistentautien osastolla gynekologisen syöpäpotilaan solunsalpaajahoidon. Arvioinnissa on tarkastettu, ettei opaskansio sisällä asiavirheitä. Lisäksi on arvioitu, että opaskansio vastaa tilaajan tarvetta. Opaskansiota on arvioinut Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osaston sairaanhoitajat, joilla on vähemmän kokemusta solunsalpaajahoidon toteuttamisesta. Tällä arvioinnilla on pyritty siihen, että opaskansiossa olevat asiat ovat esitetty ymmärrettävästi. Arviointia on pyydetty useita kertoja projektin edetessä. Opaskansion loppuarvioinnissa saatiin Länsi-Pohjan

keskussairaalan naistentautienosaston henkilökunnalta positiivista palautetta ja lopputulokseen oltiin tyytyväisiä.

Projektityön itsearvioinnissa projektiorganisaation jäsenet arvioivat omaa toimintaansa kriittisesti ja sitä tulee suorittaa sekä toteuttamis- että päättämisvaiheessa (Paasivaara ym. 2008, 141). Tässä projektissa itsearviointia on käytetty projektityön edetessä. Itsearvioinnissa on arvioitu tuotettua tekstiä kriittisesti, sisällöllisesti ja äidinkielellisesti. Itsearviointia tehdessä on pohdittu motivaatiota ja työpanosta. Itsearvioinnin avulla on pysytty projektityölle asetetussa tarkoituksessa ja tavoitteessa niin, ettei projektityö lähde rönsyilemään. Itsearvioinnilla on saatu palautetta siitä, mitkä ovat tekijöiden vahvuudet ja kehittämiskohteet projektityöskentelyssä.

Kun halutaan puolueeton näkemys, käytetään ulkopuolista arviointia. Arvioija, joka ei liity projektiin suoranaisesti, voi havaita projektissa heikkouksia tai vahvuuksia, joita projektin parissa säännöllisesti työskentelevät eivät välttämättä kykene näkemään. Arvioinnilla saadaan tietoa onnistumisista tai epäonnistumisista. Saatua tietoa voidaan käyttää projektin kehittämisessä. Arvioinnilla projektin tulokset tuodaan julki ja todistetaan projektin tarpeellisuus. Arvioinnin tulee hyödyttää projektia, eikä sitä tule tehdä vain pelkän arvioinnin vuoksi. (Paasivaara ym. 2008, 141–142.) Tätä projektityötä ovat arvioineet projektiin kuulumattomat henkilöt. Tällöin on saatu arviointia siitä, että projektityössä käytetyt käsitteet ja vierasperäiset sanat on selitetty. Projektityöstä on saatu arviointia projektityön äidinkielellisestä ilmaisusta. Saadun palautteen perusteella tekstiä on muokattu.

Aikataulu on yksi tärkeimmistä mittareista, jolla voidaan arvioida työn onnistumista. Aikataulua suunniteltaessa on pysyttävä realistisena ja otettava huomioon, että jokainen projektin tehtävä ottaa oman aikansa. Hyvä aikataulusuunnitelma pitää sisällään selkeät aloitus- ja lopetusajankohdat. Ilman näitä tavoiteaikoja voi projektin käynnistäminen ja päättäminen olla haasteellista. Projektille on hyvä asettaa päivämääriä välitavoitteiden saavuttamiselle. Tästä toimenpiteestä on apua myös projektin etenemisen seuraamisessa. Aikataulusuunnitelmassa on hyvä huomioida tekijät, jotka vaikuttavat ajankäyttöön, sillä pientenkin aikatauluun vaikuttavien seikkojen huomiotta jättäminen voi vaikeuttaa projektin kokonaisaikataulua. Täytyy huomioida myös muiden samaan aikaan olevien tehtävien ja asioiden kuormitus. Projektin työtehtävien välillä voi olla

riippuvuuksia, seuraavan vaiheen voi tehdä vasta edellisen työvaiheen valmistumisen jälkeen. (Kettunen 2003, 101–102; Ruuska 2008, 188–193.)

Tähän projektin toteuttamiseen on laadittu aikataulu, jossa pysymisestä projektin tekijät ovat pitäneet huolta. Työn edetessä on sovittu päivämääriä, milloin asiat tuli olla valmiina. Tätä kautta pystyttiin arvioimaan, että projekti pysyy sille asetetussa aikataulussa. Aikatauluun toi muutoksia se, että projektityön eteneminen osoittautui välillä oletettua hitaammaksi. Tässä tilanteessa aikataulusuunnitelmaan tehtiin muutoksia lisäämällä työpäiviä, jolloin tavoiteltu aikataulu saatiin kiinni. Työvaiheiden riippuvuus toisistaan on huomioitu projektityön aikataulua suunniteltaessa. Tätä projektia arvioitaessa aikataulu näkökulmasta on onnistuttu.

5.5 Projektin eettisyys ja luotettavuus

Projektin olemassaolo perustuu ensisijaisesti asiakkaan olomassaoloon ja hänen ongelmansa ratkaisuun. Mikäli asiakasta ei ole, on projekti hyödytön. (Marttala & Karlsson 1999, 32.) Kuten etiikka, myös projektietiikka kytkeytyy kysymyksiin oikeasta ja väärästä (Macheridis 2001; 2005, 165; Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2010, 23). Eettisten ohjeiden ei tule kuitenkaan syrjäyttää lakeja ja asetuksia, vaan täydentää niitä (Macheridis 2001; 2005, 171). Projektissa mietitään, mitä päämääriä ja asioita halutaan edistää. Terveystieteissä tämä päämäärä on ensisijaisesti potilaiden hyvä. Erityistä huomiota on kiinnitettävä aiheen valinnan eettisyyteen, tietolähteiden valintaan ja saadun tiedon analyysiin, raportointiin ja luotettavuuden arviointiin. (Heikkilä ym. 2008, 44.) Tässä projektissa potilastietoja ei ole käsitelty missään vaiheessa. Osastokäynneillä ja valokuvauksessa on huomioitu vaitiolovelvollisuus.

Luotettavuuteen kuuluu tietolähteiden huolellinen valinta. Lähteet valitaan sen perusteella, mihin kysymyksiin tai ongelmiin halutaan vastauksia. Tietolähteiden väärä valinta voi ohjata työskentelyä väärään suuntaan. On tarpeen arvioida lähteiden luotettavuutta ja eettisyyttä. Tutkimusaineistosta tehtävien johtopäätösten on oltava luotettavia ja rehellisiä. Johtopäätökset esitetään asiallisesti ja perustellaan huolellisesti. Olemassa olevan tiedon hyödyntämisessä, on aineistoa ja sen soveltamista arvioitava kriittisesti, jotta luotettavuus säilyy. Luotettavien tietolähteiden löytymiseksi, on

osattava tehdä hakuja tietokannoista. (Heikkilä ym. 2008, 44–46, 104, 107; Hirsjärvi ym. 2010, 24.) Tässä työssä tietolähteitä on etsitty useista eri tietokannoista kuten, Medic, Ebsco, Arto, Linda, PubMed ja terveystietokanta. Koulun kirjaston informaatikolta on saatu apua tutkimusten etsimisessä. Projektityössä käytetyt lähteet on tarkasti kirjattu lähdeluetteloon. Lähteinä on käytetty mahdollisimman uutta tietoa sekä etsitty useista lähteistä yhteneväisyyksiä ja eroavuuksia luotettavuuden selvittämiseksi. Projektityön luotettavuutta lisää, että sitä on tehty yhteistyönä Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osaston henkilökunnan kanssa. Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautien osaston osastonhoitaja ja hoitajat ovat tarkastaneet opaskansiossa olevat solunsalpaajaohjeet. Projektityötä ovat lukeneet aiheeseen perehtymättömät henkilöt, ettei tekstissä ei ole selittämätöntä ammattisanastoa. Projektissa on noudatettu ohjaavien opettajien ja yhteistyötahon neuvoja ja ohjeita, jotka osaltaan lisäävät projektin luotettavuutta. Projektityössä käytettävät asiasanat on tarkastettu YSA:sta.

POHDINTA

Korkea ikä on yhteinen riskitekijä gynekologisille syöville. Eliniän pidentymisen myötä gynekologisten syöpien määrä lisääntyy. Tämän vuoksi solunsalpaajahoitoa saavien gynekologista syöpää sairastavien naisten määrä kasvaa. Yhä useampi sairaanhoitaja kohtaa työssään solunsalpaajia saavan gynekologisen syöpäpotilaan. Potilasohjaus on keskeinen osa sairaanhoitajan työtä. Potilasohjaukselle antavat perustan esimerkiksi sosiaali- ja terveysalan lainsäädännöt sekä ammattietiikka. Syöpä on aina vakava ja henkilökohtainen sairaus, mikä on huomioitava hoidettaessa ja ohjattaessa potilasta. Hoitoajat sairaaloissa ovat lyhentyneet, jonka vuoksi potilaan oma osallisuus hoitoonsa lisääntyy asettaen potilasohjaukselle omat haasteensa. Potilaslähtöisessä ohjauksessa on tärkeää, että ohjaus on yhtenäistä koko hoitojakson aikana. Tutkimuksista ja kirjallisuudesta käy ilmi, että yhtenäinen potilasohjaus lisää hoitotyön laatua.

Tutkimuksia ja kirjallisuutta on ollut saatavilla suhteellisen paljon. Aluksi löydetyn tiedon runsaus ilahdutti, mutta haasteelliseksi koitui työhön oleellisen tiedon valinta, jotta työn punainen lanka säilyi. Työn huolellinen rajaus on ollut tiedon määrän vuoksi tärkeää. Kirjojen ja tutkimusten hankkimiseen ja lukemiseen on käytetty paljon aikaa. Tutkimustuloksiin on perehdytty sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Tutkimustuloksia on tarkasteltu kriittisesti. Tällä on tavoiteltu projektin luotettavuutta. Työn edetessä on huomattu, että Suomen hoitotieteen tutkijat ovat tehneet paljon tutkimuksia ja artikkeleita samoista aiheista, mutta eri näkökulmista. Tämä on tullut vahvasti esille etenkin ohjaukseen liittyvistä tutkimuksista ja artikkeleista. On ollut mielenkiintoista havaita, miten ohjaus on muuttunut ja kehittynyt eri vuosina tehdyissä tutkimuksissa. Mielenkiintoista on ollut myös tarkastella tutkimustuloksia potilaan ja hoitajan kokemuksista. Tutkimustuloksista voi päätellä, että muutosta tapahtuu kokoajan, mutta se on hidasta. Projektityötä tehdessä on opittu etsimään ja arvioimaan eri tiedonlähteiden luotettavuutta.

Projektin tekemisen myötä on tapahtunut omaa ammatillista kasvua sairaanhoitajan työhön. Kasvua on tapahtunut yhteistyön, organisoinnin ja tiedon lisääntymisen kautta. Sairaanhoitajan työ on yhteistyötä ja moniammatillista työskentelyä. Projektissa yhteistyötä on tehty projektin tekijöiden ja yhteistyötahon kanssa tiiviisti. Haasteita yhteistyölle on tuonut se, että projektin tekijät asuvat eri paikkakunnilla ja aikataulujen

yhteen sovittaminen on vaatinut organisointia. Omin aikataulujen lisäksi on täytynyt huomioida yhteistyötahon ja ohjaavien opettajien aikataulut. Projektin tekijöiden eri elämäntilanteet ovat tuoneet omat haasteensa projektille. Perheen tuki ja joustavuus on ollut tärkeää työn edistymisen ja onnistumisen kannalta.

Työn mielekkyys on säilytetty yhteisen mielenkiinnon ansiosta, joka on auttanut haasteellisen ajan läpi. Toisen tuki ja kannustus on ollut tärkeää pitkäjänteisyyttä vaativassa työskentelyssä. Tämä projektityö on tekijöidensä ensimmäinen. Usein on jouduttu palauttamaan mieleen, että ollaan opiskelijoita ja vasta harjoitellaan projektin tekemistä. Projekti työskentely on antanut valmiuksia pitkäjänteiseen työskentelyyn ja organisointiin. Erehdyksien ja oppimisen kautta punainen lanka on löytynyt ja säilynyt koko projektin ajan.

Projektin tarkoitus eli opaskansion tekeminen Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentautienosastolle on toteutunut yhteistyötahon toiveiden mukaisesti. Opaskansio sisältää kaiken, mitä sen sisällölle on työelämälähtöisesti suunniteltu. Opaskansiosta tuli helppo ja selkeä lukuinen, josta tieto on helposti saatavilla. Näin ollen projekti on saavuttanut sille asetetun tarkoituksen. Tavoitteena on kehitystavoite, joten tavoitteeseen pääsy näkyy vasta projektin päättymisen jälkeen.

Projektityöskentelyn aikana syntyi ajatus siitä, että tutkimusta voitaisiin tehdä gynekologisten syöpäpotilaiden hoitotyötä tekevien jaksamisesta. Syöpiä hoidettaessa kuoleman mahdollisuus on aina läsnä, joka tuo omat haasteet hoitajan jaksamiselle. Tutkimuksessa voitaisiin tutkia ja kuvata hoitajan jaksamista heikentäviä ja edistäviä tekijöitä.

LÄHTEET

Aalberg, Veikko & Idman, Irja 2010. Syöpään liittyvät psykososiaaliset näkökohdat. Teoksessa Joensuu, Heikki & Roberts, Peter J. & Teppo, Lyly & Tenhunen, Mikko (toim.) Syöpätaudit. 3.–4. painos. Duodecim, Helsinki, 787–797.

Ahonen, Outi & Blek-Vehkaluoto, Mari & Ekola, Sirkka & Partamies, Sanna & Sulosaari, Virpi & Uski-Tallqvist, Tuija 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 1. painos. Sanoma Pro Oy, Helsinki.

Alanko, Tuomo 2010. Opas solunsalpaajahoitoa saavalle potilaalle. Syöpätautien klinikan tuki ry, Helsinki.

Cullberg, Johan 1986. Kris och utveckling- en psykoanalytisk och socialpsykiatrisk studie. Lund.

Cullberg, Johan 1999. Tasapainon järkkyyssä. Psykoanalyttinen ja sosiaalipsykiatrinen tutkielma. Suom. Rutanen, M. Otava, Helsinki.

Duodecim terveyskirjasto 2012. Bisfosfonaatti. Tulostettu 20.9.2012 osoitteesta URL: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00429

Elonen, Erkki & Elomaa, Inkeri 2007. Solunsalpaajahoito. Teoksessa Joensuu, Heikki & Roberts, Peter J. & Teppo, Lyly & Tenhunen, Mikko Syöpätaudit. 3. painos. Duodecim, Helsinki, 161–190.

Elonen, Erkki & Huupponen, Risto & Johansson, Risto & Pyrhönen, Seppo 2011. Syöpätaudit. Teoksessa Neuvonen, Pertti J. & Backman, Janne T. & Himberg, Jaakko-Juhani & Huupponen, Risto & Keränen, Tapani & Kivistö, Kari T. (toim.) Kliininen farmakologia ja lääkehoito. 2. painos. Kandidaattikustannus Oy, Helsinki, 705–730.

Elonen, Erkki & Järviluoma, Eija 1998. Solunsalpaaja hoito-opas. 1. painos. Duodecim, Helsinki.

Eloranta, Tuija & Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Tammi, Helsinki

Erikoissairaanhoitolaki 1989. 1.12.1989/1062. Tulostettu 21.9.2012 osoitteesta URL: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

Eriksson, Elina & Lauri, Sirkka 2000. Potilaan selviytymisprosessi: Hoitotyö selviytymisprosessin eri vaiheessa. Teoksessa Eriksson, Elina & Kuuppelomäki, Merja (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. WSOY, Porvoo, 43–65.

Eriksson, Katie & Isola, Arja & Kyngäs Helvi & Leino-Kilpi, Helena & Lindström Unni. Å & Paavilainen, Eija & Pietilä, Anna-Maija & Salanterä, Sanna & Vehviläinen-Julkunen & Åstedt- Kurki 2007. Hoitotiede. 1. painos. WSOY, Helsinki.

Eskola, Kaarina & Hytönen, Eeva 1997. Naisen elämä ja hoitotyö. WSOY, Porvoo.

Eskola, Kaarina & Hytönen, Eeva 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. WSOY, Porvoo.

ETENE 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE- julkaisuja 32. Tulostettu 2.9.2012 osoitteesta

URL: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf

Flink, Anna-Leena 2012. Puhelin haastattelu 10.10.2012.

Grénman, Seija & Auranen, Annika 2011. Kohdun limakalvon ja kohtulihaksen kasvaimet. Teoksessa Ylikorkala, Olavi & Tapanainen, Juha (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 227–239.

Haarakangas, Kauko 2011. Voimistava läsnäolo. Mielentiet lapsuudesta vanhuuteen. PS-kustannus, Juva.

HaiPro 2012. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Tulostettu 16.10.2012 osoitteesta URL: <http://www.haipro.fi/fin/default.aspx>

Halonen, Johanna 2006. Potilasohjaus naistentautien hoitotyössä potilaiden ja sairaanhoitajien arvioimana. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro-gradu.

Hannuksela, Matti 2011. Anafylaktinen reaktio (äkillinen yliherkkyysreaktio). Tulostettu 18.10.2012 osoitteesta URL:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00201&p_haku=anafylaksia

Hautakangas, Anna-Liisa & Horn, Tarja & Pyhälä-Liljeström, Paula & Raappana, Maarit 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. 1. painos. WSOY, Helsinki.

Hautamäki-Lamminen, Katja & Lipiäinen, Liudmila & Åstedt-Kurki, Päivi & Lehto, Juhani & Kellokumpu-Lehtinen, Pirkko-Liisa 2011. Syöpäpotilaat ja seksuaalisuuteen liittyvät tiedontarpeet. Tutkiva Hoitotyö 9 (3), 14–22.

Hautamäki-Lamminen, Katja & Åstedt-Kurki, Päivi & Lehto, Juhani & Kellokumpu-Lehtinen, Pirkko 2010. Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta? Hoitotiede 22 (4), 282–290.

Heikkilä, Asta & Jokinen, Pirkko & Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. 1. painos. WSOY, Helsinki.

Heikkinen, Merja & Kivipää, Rauni & Krook, Niina-Mari & Kuoppamaa, Sari & Saulio, Salli & Tainijoki-Lantto, Suvi & Takalo, Outi & Tuohimaa, Kirsi 2006. Ohjauksen organisointi. Teoksessa Lipponen, Kaija & Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria (toim.) Potilasohjauksen haasteet Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulu, 19–22.

Heinonen, Pentti K. 2009. Gynekologiset kasvaimet. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 125 b(12), 1295–1299.

Hemeilä, Mervi & Järviluoma, Eija & Santonen, Tiina & Mäkelä, Erja & Aalto, Asko 2007. Solunsalpaajien turvallinen käsittely. 1.–2. painos. Työterveyslaitos, Tampere.

Hervonen, Antti & Nienstedt, Walter 1992. Hoitoalan sanasto. 1. painos. Lääketieteellinen oppimateriaalikustantamo, Tampere.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2010. Tutki ja kirjoita. 15.–16. painos. TAMMI, Helsinki.

Holmia, Silja & Murtonen, Irja & Myllymäki, Hannele & Valtonen, Katariina 2010. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.–7. painos WSOY, Helsinki.

Honkalatva, Kirsi-Marja 2011a. Solunsalpaajien jätehuolto. Teoksessa Mustajoki, Marianne & Alila, Anja & Matilainen, Elina & Rasimus, Mirja (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 5.–6. painos. Duodecim, Helsinki, 306–307.

Honkalatva, Kirsi-Marja 2011b. Toimenpiteet solunsalpaajien kaatumis- ja roiskevahingoissa. Teoksessa Mustajoki, Marianne & Alila, Anja & Matilainen, Elina & Rasimus, Mirja (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 5.–6. painos. Duodecim, Helsinki, 306.

Häggman-Laitila, Arja 2009. Näyttöön perustuva hoitotyötä edistävät tekijät. Systemoitu katsaus hoitotyöntekijöiden käsityksiin. Tutkiva hoitotyö 7 (2), 4–12.

Ilmonen, Tuisku 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa Apter, Dan & Väisälä Leena & Kaimola, Kari (toim.) Seksuaalisuus. 1. painos. Duodecim, Helsinki, 41–59.

Ilmonen, Tuisku & Nissinen, Jussi 2006. Seksuaalianamneesin tai seksuaalihistorian laatiminen. Teoksessa Apter, Dan & Väisälä Leena & Kaimola, Kari (toim.) Seksuaalisuus. 1. painos. Duodecim, Helsinki, 414–420.

Isola, Jorma 2010. Syövän synty, kasvu ja leviäminen. Teoksessa Joensuu, Heikki & Roberts, Peter J. & Teppo, Lyly & Tenhunen, Mikko (toim.) Syöpätaudit. 3.–4. painos. Duodecim, Helsinki, 16–33.

Javanainen, Marika 2007. Hormonikorvaushoito. Tulostettu 20.9.2012 osoitteesta URL: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=avv00026

Johansson, Risto 2011. Solunsalpaajat eli sytostaatit. Tulostettu 20.9.2012 osoitteesta URL: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01077#s10

Johansson, Risto 2012. Solunsalpaajat eli sytostaatit. Tulostettu 12.10.2012 osoitteesta URL: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01077

Jussila, Aino-Liisa & Kangas, Anne & Haltamo, Mikko 2010. Sädehoitotyö. 1. painos. WSOYpro Oy, Helsinki.

Kansanterveyslaki 1972. 28.1.1972/66. Tulostettu 21.9.2012 osoitteesta
URL:<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Karjalainen, Kaisa 2011. Aikuisen anafylaksian hoito. Teoksessa Mustajoki, Marianne & Alila, Anja & Matilainen, Elina & Rasimus, Mirja (toim.) sairaanhoitajan käsikirja. 5.–6. painos. Duodecim, Helsinki, 277–278.

Kassara, Heidi & Paloposki, Sanna & Holmia, Silja & Murtonen, Irja & Lipponen, Varpu & Ketola, Marja-Leena & Hietanen, Helvi 2005. Hoitotyön osaaminen. 1. painos. WSOY, Helsinki.

Kellokumpu-Lehtinen, Pirkko & Väisälä, Leena & Hautamäki, Katja 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. Duodecim 119 (3), 237–246.

Kettunen, Sami 2003. Onnistu projektissa. WSOY, Helsinki.

Kettunen, Sami 2009. Onnistu projektissa. WSOYpro Oy, Juva.

Kuuppelomäki, Merja 2000. Potilaan tunteet ja emotionaalinen tuki. Teoksessa Erikson, Elina & Kuuppelomäki, Merja (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. 1. painos. WSOY, Porvoo, 130–157.

Kvist, Tarja & Vehviläinen-Julkunen, Katri & Kinnunen, Juha 2005. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Hoitotiede 18 (3), 107–119.

Kvist, Tarja & Rissanen, Viljo & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2006. Lääkäreiden ja potilaiden arviot hoidon laadusta -samanlaisuutta ja erilaisuutta? Suomen lääkärilehti 61 (5), 465–470.

Kähkönen, Outi & Kankkunen, Päivi & Saaranen, Terhi 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. Hoitotiede 24 (3), 201–215.

Kääriä, Leena-Kaisa 2012. Tietoa kohdunrunгон syövästä. Tulostettu 11.10.2012 osoitteesta URL: <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/5871/35913/>

Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja.

Kääriäinen, Maria 2008. Potilasohjauksen laatu. Teoksessa Lipponen, Kaija & Ukkola, Liisa & Kanste, Outi & Kyngäs, Helvi (toim.) Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit. 2. uusittu painos. Oulun yliopistopaino, Oulu, 3–7.

Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2010. The quality of patient education evaluated by the health personnel. Scandinavian Journal of Caring Sciences 24, 548–556.

Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi & Ukkola, Liisa & Torppa, Kaarina 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö 3 (1), 10–15.

Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria & Poskiparta, Marita & Johansson, Kirsi & Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. WSOY, Helsinki.

Lahtinen, Mari 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, Kaija & Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria (toim.) Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja (4) Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos, 6–9.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. 18.8.1992/785. Tulostettu 21.9.2012 osoitteesta URL: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994. 28.6.1994/5. Tulostettu 21.9.2012 osoitteesta URL: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940559>

Lauri, Sirkka 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön merkitys ja tulevaisuuden haasteet. Teoksessa Lauri, Sirkka (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. WSOY, Helsinki, 151–156.

Leminen, Arto 2009. Gynekologiset syövät. Sairauksien ehkäisy. Tulostettu 23.4.2012 osoitteesta URL: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti/%5C%5Cwww.ktl.fi/%5C%5Cwww.tohtori.fi/%5C%5Cwww.health.fi/tk.koti?p_artikkeli=seh00106

Leminen, Arto & Lehtovirta, Pentti 2006. Munasarja- ja munanjohdinkasvaimet. Teoksessa Ylikorkala, Olavi & Kauppila, Antti (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistetun painoksen (2004) muuttumaton jatkopainos. Duodecim, Helsinki, 239–256.

Leminen, Arto & Loukovaara, Mikko 2011. Munasarja- ja munanjohdinkasvaimet. Teoksessa Ylikorkala, Olavi & Tapanainen, Juha (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uudistettu painos. Duodecim, Helsinki, 240–253.

Länsi-Pohjan keskussairaala 2012. Naistentautien osasto. Osastotunti 6.3.2012.

Lääketieteen sanasto 2012. Terveyskirjasto. Bisfosfonaatti. Tulostettu 20.9.2012 osoitteesta URL: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00429&p_haku=bisfosfonaatti

Lööv, Monica 2002. Onnistunut projekti projektijohtamisen ja -suunnittelun käsikirja. Suom. Maarit Tillman. WS Bookwell Oy, Helsinki.

Macheridis, Nikos 2001, 2005. Projektaspekter- kunskapsområden för ledning och styrning av projekt. Studentlitteratur, Lund.

Marttala, Anders & Karlsson, Åke 1999. Projektboken. Metod och styrning för lyckande projekt. Studentlitteratur, Lund.

Mick, J. A., Hughes, M. & Cohen, M. Z. 2004. Using the BETTER Model to Assess Sexuality. Clinical Journal of Oncology Nursing 8 (1), 84–86.

Mäkeläinen, Paula 2009. Rheumatoid Arthritis Patient Education and Serf-Efficacy. Kuopion yliopisto, hoitotieteenlaitos. Väitöskirja.

Mäki, Tiina 2004. Laadun informaatio-ohjauksen haasteet. Hoitohenkilökunnan ja laatusuosituksen laadulle antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus. Kuopion yliopisto, terveystieteiden ja -taloudenlaitos. Väitöskirja.

Mäkipää, Sanna & Laaksonen, Katriina & Saarinen, Jari & Miettinen, Merja 2012. Miten terveydenhuoltoalan vetovoimaisuutta voidaan lisätä? Suomen Lääkärilehti 67 (13), 1060–1063.

Nordcan 2012a. Tärkeimpiä tilastoja lyhyesti Suomi. Kohdunrunko. Tulostettu 23.4.2012 osoitteesta URL:

<http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/FI/StatsFact.asp?cancer=202&country=246>

Nordcan 2012b. Tärkeimpiä tilastoja lyhyesti Suomi. Munasarjat. Tulostettu 23.4.2012 osoitteesta URL:

<http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/FI/StatsFact.asp?cancer=222&country=246>

Nurminen, Marja-Leena 2007. Lääkehoito. 7.–8. painos. WSOY, Helsinki.

Paasivaara, Leena & Suhonen, Marjo & Nikkilä, Juhani 2008. Innostavat projektit. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki.

Pelin, Risto 2009. Projektihallinnan käsikirja. 6. uudistettu painos. Projektijohtaminen Oy Risto Pelin, Helsinki.

Pesonen, Kirsi 2012. Syövän lääkehoito. Teoksessa Koskinen, Tiina & Puirava, Alli & Salimäki, Johanna & Puirava, Pauli & Ojala Raimo Lääketietoa ammattilaisille. 1. painos. Sanoma Pro, Helsinki, 357–362.

Potilasvahinkolaki 1986. 25.7.1989/585. Tulostettu 21.9.2012 osoitteesta URL:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>

Pukkala, Eero & Sankila, Risto & Rautalahti, Matti 2011. Suomen Syöpäyhdistyksen julkaisuja nro 82. Suomen Syöpäyhdistys, Helsinki.

Pölkki, Tarja 2010. Näyttöön perustuva hoitotyö -kenen vastuulla? Tutkiva Hoitotyö 8 (3), 3. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Rautalahti, Matti 2006. Syöpä psyykkisenä ja sosiaalisena haasteena. Teoksessa Hakama, Matti & Hakulinen Timo & Johansson, Risto & Rautalahti, Matti & Vertio, Harri Syöpä 2015. Suomen Syöpäyhdistyksen julkaisuja. Syöpäsäätiö, Kuopio.

Rissanen, Tapio 2002. Projektilla tulokseen. Projektin suunnittelu, toteutus, motivointi ja seuranta. Kustannusosakeyhtiö Pohjantähti, Jyväskylä.

- Rosenberg, Leena 2006. Pitkäaikaissairaus, vammautuminen ja seksuaalisuus. Teoksessa Apter, Dan & Väisälä, Leena & Kaimola, Kari (toim.) Seksuaalisuus. 1. painos. Duodecim, Jyväskylä, 281–304.
- Ruth-Salila, Marjatta 2010. Solunsalpaajahoidon saavan potilaanohjaus. Teoksessa Mustajoki, Marianne & Alila, Anja & Matilainen, Elina & Rasimus, Mirja (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 5. uudistettu painos. Duodecim, Helsinki, 299–300.
- Ruth-Salila, Marjatta 2011. Solunsalpaajahoidon toteutus. Teoksessa Mustajoki, Marianne & Alila, Anja & Matilainen, Elina & Rasimus, Mirja (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 5.–6. painos. Duodecim, Helsinki, 305–306.
- Ruuska, Kai 1999. Projekti hallintaan. 3.uudistettu painos. Suomen Atk- kustannus Oy, Jyväskylä.
- Ruuska, Kai 2008. Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. 7. painos. Talentum Media Oy, Helsinki.
- Saari, Salli 2003. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. Otava, Keuruu.
- Salin, Sirpa & Liimatainen, Teija & Holmberg-Marttila, Doris & Aalto, Pirjo 2012. Erikoissairaanhoidon hoitajavastaanottojen hyödyistä kansainvälistä näyttöä. Suomen Lääkärilehti 67 (6), 423–426.
- Salmi, Tuula & Leminen, Arto 2007. Gynekologiset syövät. Teoksessa Joensuu, Heikki & Roberts, Peter J. & Teppo, Lyly & Tenhunen, Mikko (toim.) Syöpätaudit. 3. painos. Duodecim, Helsinki, 449–483.
- Salmi, Tuula & Leminen, Arto 2010. Gynekologiset syövät. Teoksessa Joensuu, Heikki & Roberts, Peter J. & Teppo, Lyly & Tenhunen, Mikko (toim.) Syöpätaudit. 3.–4. painos. Duodecim, Helsinki, 451–483.
- Silfverberg, Paul 1998. Ideasta projektiksi projektisuunnittelun käsikirja. 4. painos. Oy Edita Ab, Helsinki.
- Silfverberg, Paul 2007. Ideasta projektiksi projektinvetäjän käsikirja. 1.painos. Edita Publishing Oy, Helsinki.
- Sirota, Theodora 2007. Nurse/physician relationships Improving or not? Nursing 37 (1), 52–56.
- Sorsa, Mikko & Venetjoki, Klaus 2004. Microsoft Project 2003. Docendo Finland Oy, Jyväskylä.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Suhonen, Riitta & Vehmas, Pirkko & Vastamäki, Ritva & Puro, Markku 2007. Solunsalpaajahoidossa olevien potilaiden arvioima hoidon laatu. Tutkiva hoitotyö 5 (3), 16–21.

Suomen Syöpärekisteri 2012a. Keskimääräiset syöpätapauksien määrät vuosina 1964–2010 primaaripaikoittain ja kalenterijaksoittain, NAISSET. Tulostettu 12.9.2012 osoitteesta URL: <http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0004i0.html>

Suomen Syöpärekisteri 2012b. Syöpätapauksien määrät ja levinneisyyden jakaumat (prosentteina) primaaripaikoittain keskimäärin vuosina 2006–2010, NAISSET. Tulostettu 19.9.2012 osoitteesta URL: <http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0025i0.html>

Susi, Jaana 2011. Gynekologisen syöpäpotilaan seksuaalineuvonta. Teoksessa Ritamo, Maija & Ryttyläinen-Korhonen, Katri & Saarinen, Saana (toim.) Seksuaalineuvonnan tueksi. 2. uudistettu painos. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 98–104.

Syöpäjärjestöt. Tietoa syövästä perinnöllisyys. Tulostettu 19.9.2012 osoitteesta URL: <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/perinnollisyys/>

Sytostaatti- ja hormonihoitokortti. Sädehoidon ja syöpätautien poliklinikka, Oulun yliopistollinen sairaala.

Tarnanen, Kirsi & Leminen, Arto & Vuorela, Piia 2012. Munasarjasyöpä Käypä hoidon potilasversiot. Tulostettu 1.10.2012 osoitteesta URL: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/naytaartikkeli/tunnus/khp00019>

Tasa- arvo ja yhdenvertaisuuslaki 2004. 21.1.2004/21. Tulostettu 21.9.2012 osoitteesta URL: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20040021>

Teppo, Lyly 2011. Syöpäsanasto A-G. Tulostettu 19.9.2012 osoitteesta URL: <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/tiedonlahteita/syopasanasto1/>

Terminologian tietokannat 2012a. Terveysportti. Progestiini. Tulostettu 20.9.2012 osoitteesta URL: http://www.terveysportti.fi.ez.token.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti

Terminologian tietokannat 2012b. Terveysportti. Tamoksifeeni ja toremifeeni. Tulostettu 20.9.2012 osoitteesta URL: http://www.terveysportti.fi.ez.token.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti

THL 2012. HaiPro: Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Tulostettu 16.10.2012 osoitteesta URL: http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/haipro

Tiitinen, Aila 2011a. Kohdunrunkosyöpä. Tulostettu 20.9.2011 osoitteesta URL: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00145

Tiitinen, Aila 2011b. Munasarjasyöpä. Tulostettu 11.8.2012 osoitteesta URL: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00156

Tiitinen, Aila 2012a. Endometrioosi. Tulostettu 19.9.2012 osoitteesta URL:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00119

Tiitinen, Aila 2012b. Munasarjasyöpä. Tulostettu 21.9.2012 osoitteesta URL:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00156

Tilastokeskus 2010. Elämme toistakymmentä vuotta elinajanodotetta pidempään. Tulostettu 4.9.2012 osoitteesta URL:
http://www.stat.fi/artikkelit/2010/art_2010-02-18_001.html?s=0#7

Torkkola, Sinikka & Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tammi, Helsinki.

Truhponen-Hellberg, Jenni 2012. Solunsalpaajahoitoa saavalle potilaalle. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Tulostettu 18.10.2012 osoitteesta URL:
<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/5210/23873/>





Väestöliitto 2012. Tietoa seksuaalisuudesta. Tulostettu 24.10.2012 osoitteesta URL:
<http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/>

YSA 2012. Tulostettu 18.10.2012 osoitteesta URL: <http://vesa.lib.helsinki.fi/ysa/>

OPASKANSION SISÄLLYS

1. Munasarjasyöpä ja Kohdunrunгон syöpä



2. Ohjaus

-  Kriisin portaat
-  Ohjausprosessi
-  Suullinen ja kirjallinen tieto potilaalle
-  Seksuaaliohjaus



3. Tarkistuslista

4. Solunsalpaajahoitopolku



5. Solunsalpaajien turvallinen käsittely

-  toimenpiteet roiskevahingossa
-  solunsalpaajajätteen hävitys

6. Solunsalpaajien annostelu



-  infuusiopumpun ohjeet
-  haittavaikutusten esto/hoito

7. Infuusiokomplikaatiot

-  ekstravasaatio
-  anafylaktinen reaktio

8. Keskuslaskimoportin käyttö

9. Käytössä olevat solunsalpaajat

-  tilauslomake
-  sytostaattikortti

10. Yhteystietoja potilaalle

11. Potilaalle annettavat oppaat

12. Lomakkeita ja täyttöohjeita (hyvä tietää 😊)

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu ja alla mainittu toimeksiantaja sopivat tällä sopimuksella opiskelijatyönä tehtävän hankkeistetun opinnäytetyön tekemisestä.

Toimeksiantaja	
Nimi	Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentauteinosaasto
Osoite	Kauppakatu 25, 94100 KEMI
Puh.	Sähköpostiosoite

Yhdyshenkilö/työelämäohjaaja	
Nimi	Eeva Nahkiaisola
Osoite	Kauppakatu 25, 94100 KEMI Osasto 2C
Puh.	040 481 3970 Sähköpostiosoite

Oppilaitoksen tiedot	
Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu, Terveysala, Meripuistikatu 26, 94100 KEMI	
Opinnäytetyön ohjaajan nimi	
Nimi	Aija Lämsä & Satu Rainto
Osoite	
Puh.	010 383 50 Sähköpostiosoite

Opinnäytetyön tekijä(t) (nimi, koulutusohjema, yhteystiedot)
Milla Ahokas, Sairaanhoidtaja (AMK)
Päivi Koskenranta, Sairaanhoidtaja (AMK)

Opiskelijanatyönä tehtävän opinnäytetyön tiedot:	
Opinnäytetyön nimi/aihe	Solunsalpajaohitoa saavan gynekologisen syöpäpotilaan hoito-ohje - Hoitajan opas Länsi-Pohjan keskussairaalan naistentauteinosaastolla
Työn aikataulu	Syksy 2011 - Syksy 2012
Opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista vastaa	Opiskelijat itse
Tulosten salassapidosta sovitaan seuraavaa	

Opinnäytetyön hankkeistusta koskevat tiedot:

- Toimeksiantaja maksaa joko ammattikorkeakoululle tai opiskelijalle työn tekemisestä ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
- Opinnäytetyön ohjaukseen osallistuu nimetty työelämän edustaja ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
- Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia ja tästä on sovittu kirjallisesti ennen opinnäytetyön aloittamista.

Jos tähän sopimukseen tulee muutoksia, on se jokaisen osapuolen uudelleen hyväksyttävä ja allekirjoitettava.

Tämä sopimus on tehty 3 kappaleena, yksi jokaiselle sopijaosapuolelle.

Paikka Kemi

Aika 1/8 2012

Milla Ahokas / AMK:n edustaja
 Eeva Nahkiaisola / Toimeksiantajan edustaja
 Päivi Koskenranta / Opinnäytetyön tekijä(t)

Opinnäytetyön tekijä(t)