
Munasarjasyöpä ja alkuvaiheen potilasohjaus

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus




Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutus

Lahdensivu, syksy 2016

Nina Holmberg ja Emmi Keränen



LAHDENSIVU
Hoitotyön koulutus
Sairaanhoitaja

Tekijät Nina Holmberg & Emmi Keränen

Vuosi 2016

Työn nimi Munasarjasyöpä ja alkuvaiheen potilasohjaus– kuvaileva kirjallisuuskatsaus

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa johdonmukainen ja kattava kooste munasarjasyöpää sairastavan potilaan alkuvaiheen potilasohjauksesta. Työn tarkoituksena oli lisätä yhteistyökumppanin, Kanta-Hämeen keskussairaalan päiväsairaalassa työskentelevän hoitohenkilökunnan valmiuksia ohjata munasarjasyöpää sairastavia potilaita.

Aihe valikoitui Hämeen ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden aihepankista. Työssä käytettiin lähteinä ammatillista kirjallisuutta sekä kolmannen sektorin potilasoppaita, ja se koottiin kuvailevaksi kirjallisuuskatsaukseksi.

Munasarjasyöpä on intiimi sairaus, joka vaikuttaa naisen minäkuvaan. Siihen sairastuminen on aina kriisi, joten hoitajan tulee olla hienovarainen ja empaattinen potilaan kohdatessaan. Syöpäpotilaan ja hänen läheistensä ohjauksessa korostuu kärsivällisyys, yksilöllisyys ja luottamuksellisuus.

Opinnäytetyö muodostui kattavaksi kirjallisuuskatsaukseksi munasarjasyövästä sekä syöpäpotilaan alkuvaiheen potilasohjauksesta. Työtä voi hyödyntää syöpäpotilaan ohjauksessa muuallakin kuin erikoissairaanhoidossa. Munasarjasyövästä ei ole juuri tehty suomenkielisiä tutkimuksia. Aiheesta on tehty paljon vieraskielisiä tutkimuksia, jotka olivat kuitenkin liian lääketieteellisiä tähän selvitykseen, sillä opinnäytetyö tehtiin hoitotyön näkökulmasta.

Avainsanat Munasarjasyöpä, syöpäpotilas, potilasohjaus, hoitotyö

Sivut 24 s.

ABSTRACT

The aim of this Bachelor's thesis was to produce a consistent and extensive documentation about ovarian cancer and how to guide patients who have ovarian cancer. The purpose was to raise the readiness of the staff of Kanta-Häme central hospital day hospital to guide ovarian cancer patients.

This subject was selected from the Häme University of Applied Science thesis subject bank. Professional literature and community sector patient guides were used in this literature review.

The ovarian cancer is an intimate illness which affects on the women's self-images. Developing a cancer is always a personal crisis so the nurse should be discrete and empathetic when encountering a cancer patient. Attention to an individual person, reliability and patience are important when it comes to guiding cancer patients and the people close to them.

The result of the thesis was an extensive literature review of ovarian cancer and it's first stage patient guidance. This thesis can also be utilized in other than special medical care. There is a large amount of foreign studies of ovarian cancer but they were too medically complicated and were not conducted from the nursing perspective.

Keywords ovarian cancer, cancer patient, patient guidance, nursing

Pages 24 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KIRJALLISUUSKATSAUS.....	2
2.1	Kirjallisuuskatsauksen tyypit	2
2.2	Tiedonhaku ja aineiston valintakriteerit.....	3
3	POTILASOHJAUS	3
4	SYÖPÄÄ SAIRASTAVAN POTILAAN OHJAUKSEN TOIMINTAMALLI.....	4
4.1	Ensimmäinen vaihe toimintamallissa.....	4
4.2	Toinen vaihe toimintamallissa	5
4.3	Kolmas vaihe toimintamallissa	5
4.4	Tiedollinen ohjaus toimintamallissa.....	6
4.4.1	Alku- ja tutkimusvaihe	6
4.4.2	Hoitojakson tiedollinen ohjaus	6
4.4.3	Jatkohoito- ja seurantavaiheen tiedollinen ohjaus.....	7
5	GYNEKOLOGINEN SYÖPÄ	7
5.1	Gynekologisen syövän muodot	8
5.2	Syövän kehittyminen.....	9
5.3	Palliativinen ja kuratiivinen hoito	9
6	MUNASARJASYÖPÄ.....	10
6.1	Munasarjasyövän altistavat ja suojaavat tekijät	11
6.2	Oireet.....	11
6.3	Diagnosointi	11
6.4	Levinneisyysaste	12
7	MUNASARJASYÖVÄN HOITO.....	13
7.1	Leikkaushoito	14
7.2	Lääkehoito	15
7.2.1	Lääkehoidon haittavaikutukset.....	15
7.2.2	Lääkehoitoon liittyvä ohjaus	16
7.3	Sädehoito.....	17
7.4	Kipu ja sen hoito	18
7.5	Psyykkinen hyvinvointi.....	20
7.6	Sosiaalinen hyvinvointi	21
7.7	Syöpäpotilaan seksuaalisuus	22
8	POHDINTA.....	22
8.1	Ammatillinen kehittyminen.....	23
8.2	Opinnäytetyöprosessi	23
8.3	Eettisyys ja luotettavuus.....	24
	LÄHTEET	25

1 JOHDANTO

Syöpä on yleisnimitys isolle joukolle erilaisia sairauksia, joiden ilmeneminen ja syyt ovat erilaisia. Syöpä on ennen kaikkea ikääntyvien sairaus. Kun väestö ikääntyy myös syöpää sairastuvien tapausten määrä kasvaa. Suomessa elää kaikkiaan yli 260 000 syöpäpotilasta eli noin joka kolmas suomalainen sairastuu syöpään jossain vaiheessa elämää. (Kaikki syövästä n.d.)

Gynekologinen syöpä on naisen sukupuolielimien alueella esiintyvä syöpä. Suomessa todetaan vuosittain noin 1600 uutta syöpätapausta. Tässä opinnäytetyössä käsitellään munasarjasyöpää, joka on toiseksi yleisin gynekologinen syöpä naisilla. Munasarjasyöpään sairastuu Suomessa vuosittain noin 500–600 naista.

Tässä opinnäytetyössä syöpäpotilaalla tarkoitetaan Kanta-Hämeen päiväsairaalassa sytostaattihoitoa saavia, munasarjasyöpää sairastavia potilaita. Päiväsairaala toimii osana Kanta-Hämeen keskussairaala, joka toimii arkiaikana. Päiväsairaalassa potilaat saavat muun muassa suonensisäisiä lääkityksiä kuten sytostaattihoitoja.

Opinnäytetyö on kuvaileva kirjallisuuskatsaus aiheesta munasarjasyövän oireet ja alkuvaiheen potilasohjaus. Työn painopiste on potilasohjauksessa, ja se on tehty hoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä päiväsairaalan hoitohenkilökunnan valmiuksia ohjata munasarjasyöpää sairastavia potilaita. Työn tavoitteena on tuottaa johdonmukainen ja kattava kooste munasarjasyöpää sairastavan potilaan alkuvaiheen potilasohjauksesta. Kysymyksiä joiden avulla opinnäytetyötä aloitettiin rakentamaan ovat: Minkälaisia asioita tulee ottaa huomioon syöpäpotilaan alkuvaiheen ohjauksessa? Mikä on munasarjasyöpä ja miten sitä hoidetaan?

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

Tämä opinnäytetyö on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on kehittää jo olemassa olevaa tietoa sekä luoda käsitellystä aiheesta uutta tietoa. Sen avulla voidaan arvioida teoretietoja ja rakentaa kokonaiskuvaa tietystä asiakokonaisuudesta. Katsauksella pyritään tunnistamaan ongelmia ja tuomaan mahdollisuuden kuvata tietyn teorian kehitystä historiallisesti. Kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa kolmeen eri tyyppiin jotka ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä meta-analyysi. (Salminen 2011, 3.)

2.1 Kirjallisuuskatsauksen tyypit

Yleisimmin käytetty kirjallisuuskatsauksen perustyyppi on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Sitä luonnehditaan yleiseksi katsaukseksi jossa ei ole tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Kuvaus on laaja-alaisempaa ja tarvittaessa pystytään luokittelemaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa vielä kahteen muotoon, jotka ovat narratiivinen ja integroiva katsaus. Narratiivinen on kevyin katsauksen muoto, jonka avulla pystytään antamaan laajempi kuva käsiteltävästä aiheesta tai sillä voidaan kuvailla aiheen historiaa ja kehityskulkua. Integroiva kirjallisuuskatsaus kuvaa aihetta mahdollisimman monipuolisesti. Tämä on hyvä tapa tuottaa uutta tietoa jo aiemmin tutkitusta aiheesta. (Salminen 2011, 6–8.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tiivistää aiemmin tutkitun tiedon olennaisen sisällön. Katsauksella tuodaan esiin keskustelua ja tieteellisten tulosten kannalta tärkeitä ja mielenkiintoisia tutkimuksia. Se voi tuoda esiin aikaisempien tutkimuksien puutteet ja luoda uusia tutkimustarpeita. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tärkeä ulottuvuus on näyttöön perustuva päätöksenteko, jolla tutkittu tieto tuodaan päätöksenteon tueksi. (Salminen 2011, 9–10.)

Meta-analyysi jaetaan kvalitatiiviseen eli laadulliseen ja kvantitatiiviseen eli määrälliseen suuntaukseen. Kvalitatiivinen meta-analyysi jaetaan kahteen orientaatioon jotka ovat metasynteesi ja metayhteenvedo. Metasynteesi on tulkitsevampi ja kuvailevampi kun taas metayhteenvedo on matemaattisempi ja määrällisempi. (Salminen 2011,12.)

Laadullinen metasynteesi on lähempänä systemaattista kirjallisuuskatsausta. Sen ideana on yhdistää samaa aihetta tarkastelevat tutkimukset ja tarkastella yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia joilla pyritään siihen, että aihealueesta rakentuu silti kokonaiskuva. (Salminen 2011, 12.)

Metayhteenvedo on lähellä kvantitatiivista meta-analyysia. Yhteenvedo sisältää neljä vaihetta joita ovat seulominen, ryhmittely, tiivistäminen ja efektikokojen laskeminen. (Salminen 2011, 13.) Opinnäytetyömme on integroiva kuvaileva kirjallisuuskatsaus, sillä siihen on koottu tietoa monipuolisesti munasarjasyöpästä sekä potilasohjauksesta.

2.2 Tiedonhaku ja aineiston valintakriteerit

Aloimme etsiä tietoa opinnäytetyöhömmme kirjallisuudesta käyttäen avuksi kirjastoa. Haimme tietoa muun muassa hakusanoilla munasarjat, syöpä, hoitotyö, syöpätaudit, potilasohjaus. Käytimme lähteinä pääasiassa kirjoja, jotka olisivat enintään 10 vuotta vanhoja. Lisäksi olemme etsineet tietoa käyttämällä Cochrane Library-, JBI- ja Julkari- tietokantoja.

Opinnäytetyömme aiheesta ei ole kovin paljon suomalaisia tutkimusartikkeleita. Kirjoista kuitenkin löytyy hyvin aiheestamme tietoa. Aineiston valintakriteerinä pidimme aineiston tuoreutta ja aineiston sopivuutta hoitotyöhön. Teemme opinnäytetyötä hoitajan näkökulmasta, joten osan lähteistä hylkäsimme koska aineisto on ollut liian lääketieteellistä. Etsimme tietoa myös internetistä, jossa otimme huomioon lähdekriittisyyden. Olemme hakeneet tietoa luotettavista lähteistä, esimerkiksi Käypä hoito -suosituksista ja Terveysportista.

3 POTILASOHJAUS

Lain mukaan potilasta hoitavan hoitohenkilökunnan on annettava potilaalle ymmärrettävä selvitys hänen terveydentilastaan, hänen saamansa hoidon merkityksestä, erilaisista hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista potilaan hoitoon liittyvistä asioista, joilla on merkitystä hoidosta päätettäessä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Potilaalla on oikeus saada ohjausta, ja hoitohenkilökunnalla on velvollisuus ohjata potilasta. Potilaan tiedonsaamisen oikeus luo potilaan ja häntä hoitavan hoitohenkilökunnan välistä luottamussuhdetta. (Parttimaa 2011, 7–8.)

Ohjaus on yksi hoitotyön auttamismenetelmistä, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen tukee potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä. Ohjausta annetaan kaikenikäisille, sairaille ja terveille, yksilöille ja ryhmille sekä eri kulttuurien edustajille. Ohjaus on menetelmänä haasteellinen, koska ohjaajan tulee hallita keskeinen tietotaito paitsi ohjattavasta asiasta myös ohjauksesta menetelmänä. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007,73.) Tässä opinnäytetyössä potilasohjaus käsittelee munasarjasyöpää sairastavan potilaan ohjausta sairauden alkuvaiheessa.

Potilasohjauksella voidaan vaikuttaa laajasti, myönteisellä tavalla syöpäpotilaan valmiuksiin ja kokemuksiin. Ohjauksen ja riittävän tiedon avulla voidaan potilasta rohkaista osallistumaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon. Sen avulla voidaan edistää potilaan valmiuksia itsensä hoitamiseen, jolloin hänen on mahdollista selviytyä itsenäisesti kotona. Erilaisiin muutostilanteisiin ja sairauksiin liittyvää ahdistusta ja pelkoa voidaan vähentää potilaan ohjauksella. Ohjauksen avulla voidaan siis edistää syöpäpotilaan tyytyväisyyttä hoitoon sekä potilaan hyvinvointi ja elämänlaatu voivat parantua. (Eloranta & Virkki 2011,15.)

Potilaalle sopivimman ohjausmenetelmän valinta vaatii tietämystä siitä, miten hän omaksuu asioita ja mikä on ohjauksen päämäärä. Arvioiden

mukaan potilaat muistavat 75 prosenttia siitä, mitä he näkevät, ja vain 10 prosenttia siitä, mitä he kuulevat. Sen sijaan se, mitä heidän kanssaan on käyty läpi sekä näkö- että kuuloaistia käyttämällä, potilaat muistavat 90 prosenttia. Tämän pohjalta voidaan todeta, että ohjauksen vaikutusten varmistamiseksi tulisi käyttää useita ohjausmenetelmiä. (Kyngäs ym. 2007,73.)

Syöpää sairastavan potilaan ohjaus hoitopolun eri vaiheissa perustuu holistiseen ihmiskäsitykseen. Holistisen käsityksen mukaan yksilö otetaan huomioon kehollisena, tajunnallisena ja situationaalisen kokonaisuutena. Syöpää sairastavan potilaan ohjaus perustuu potilaan yksilöllisiin tarpeisiin ja ohjaus tulee antaa potilaalle suullisena sekä kirjallisena. Potilas ei välttämättä osaa pyytää ohjausta, joten hoitohenkilökunnan tulee antaa ohjausta oma-aloitteisesti. Hoitajalla tulee olla riittävä tieto ohjattavasta asiasta, oppimisen periaatteista ja ohjausmenetelmistä, jotta ohjaus olisi vaikuttavaa. (Kyngäs ym. 2007, 22–23.)

4 SYÖPÄÄ SAIRASTAVAN POTILAAN OHJAUKSEN TOIMINTAMALLI

Tässä luvussa käsitellään syöpää sairastavan potilaan ohjauksen toimintamallia, joka seuraa potilaan hoitopolkua. Hoitopolku on toimintamalli, jossa potilaan hoidon vaativa toiminta muodostaa ajasta, paikasta ja toteutamisorganisaatiosta riippumattoman kokonaisuuden. Keskeisen tehtävän potilaan hoitopolulla muodostuu ammattihenkilöiden verkostomaisesta yhteistyöstä sekä heidän ja potilaan vuorovaikutussuhteesta. Jokaisella syöpää sairastavalla potilaalla on yksilöllinen hoitopolku, jota pitkin potilaan hoito etenee kotoa hoitolaitokseen, hoitolaitosten eri yksiköissä sekä eri laitosten välillä. Syöpää sairastavan potilaan ohjauksen toimintamalli perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa on jaettu kolmeen vaiheeseen. (Parttimaa 2011,10–11.)

4.1 Ensimmäinen vaihe toimintamallissa

Ensimmäisessä vaiheessa potilasohjaus käsittelee hoidon alku- ja tutkimusvaihetta, ja ohjaus voi tapahtua joko perusterveydenhuollon terveyskeskuksessa tai erikoissairaanhoidon keskussairaalassa tai yliopistollisessa sairaalassa. Ohjauksen tavoitteena on se, että tutkimukset ja mahdolliset toimenpiteet sujuisivat asianmukaisesti ja luotettavasti. Tarkoituksena on että, potilas ja hänen läheisensä tietäisivät hoidon kulun ja odottelisivat turvallisista tulevia tutkimuksia ja jatkohoitoa. Hoitohenkilökunnan tulee antaa tässä vaiheessa potilaalle totuudenmukaista tietoa hänen tilanteestaan, rohkaista ja tukea potilasta ja hänen läheisiään. (Parttimaa 2011, 11.)

4.2 Toinen vaihe toimintamallissa

Toisessa vaiheessa potilasohjaus käsittelee hoitoa. Hoito tapahtuu erikoissairaanhoidossa. Ohjaus on jaettu tässä vaiheessa neljään vaiheeseen, jotka ovat hoidon suunnittelu, ensikäynti, hoidon toteutus ja seurantavaihe. Hoitovaiheen ohjauksessa tavoitteena on, että potilas ja hänen läheisensä tietävät hoitokäytännöt ja mahdollinen ahdistuneisuus sekä epätietoisuus lievittyvät. Potilas sitoutuu hänen hoitoonsa ja luottaa siihen, että hänen hoitonsa toteutuu turvallisesti. Potilas tunnistaa sairauden ja hoidon aiheuttamat oireet sekä sivuvaikutukset ja osaa hoitaa myös itseään kotona sekä tietää, miten toimitaan ongelmatilanteissa. (Parttimaa 2011, 11–12.)

4.3 Kolmas vaihe toimintamallissa

Kolmannessa vaiheessa syöpää sairastavan potilaan ohjaus käsittelee jatkohoito- ja seurantavaihetta. Nämä voivat tapahtua perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Jatkohoito- ja seurantavaihe on jaettu neljään osa-alueeseen, jotka ovat jatkokontrollien toteutus poliklinikalla tai terveyskeskuksessa lääkärin vastaanotolla, jatkohoidon toteutus vuodeosastolla tai kotisairaanhoidossa, ja saattohoito vuodeosastolla tai kotona. Poliklinikalla tapahtuvassa ohjauksessa tavoitteena on se, että sairauden jatkohoito ja seuranta toteutuvat suunnitellusti sekä potilas saa riittävästi ohjausta ja tukea terveyden ylläpitämisessä. Hyvällä seurannalla havaitaan mahdollinen sairauden uusiutuminen nopeasti ja hoitomahdollisuudet pystytään arvioimaan viiveettä. Vuodeosastolla syöpäpotilaan ohjauksen tavoitteena on potilas ja hänen läheisensä saavat riittävästi yksilöllistä tukea ja ohjausta terveyden ylläpitämisessä. (Parttimaa 2011, 12.)

Yksilövastuinen hoitotyö luo mahdollisuuden hyvälle ja pitkäkestoiselle hoitajan ja potilaan väliselle vuorovaikutussuhteelle. Nimetty sairaanhoitaja toimii potilaan vastuu- ja omahoitajana niin kauan, kun potilas tarvitsee terveydenhuollon palveluita. Tällä taataan se, että potilas tapaa toistuvilla sairaalakänteillään tutun hoitajan jolloin yksilöllinen hoitotyö jatkuu. Hoitajan ja potilaan hyvä hoitosuhde lisää potilaan luottamusta häntä hoitavaan hoitohenkilökuntaan sekä hoidon onnistumiseen. Koska potilasta hoidetaan niin polikliinisesti kuin myös vuodeosastolla hoitohenkilökunnan välinen yhteistyö on tärkeää yksilöllisen kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamiseksi. (Eskola & Hytönen 2008, 354–355.)

Tärkeää on ohjata potilaan läheisiä siinä, miten he pystyvät osallistumaan halutessaan hoitoon ja miten läheiset selviävät mahdollisimman hyvin eri hoitovaiheissa. Potilaat, jotka ovat kotisairaanhoidossa ovat usein siinä vaiheessa, että syöpä on edennyt parantumattomaan vaiheeseen tai potilaan hoidot on lopetettu. Tavoitteena kotona tapahtuvassa palliatiivisessa hoidossa on syövästä aiheutuvien oireiden hyvä hoito. Syöpää sairastavan potilaan hoito on kokonaisvaltaista, ja sillä tuetaan potilasta siihen, että hän selviäisi mahdollisimman pitkään kotona ja auttaa saattohoitoa onnistumaan kotona. (Parttimaa 2011, 12.)

4.4 Tiedollinen ohjaus toimintamallissa

Tässä alaluvussa tarkastellaan sitä, millaisia asioita tulee hoitajan ottaa huomioon ohjatessaan syöpää sairastavaa potilasta alku- ja tutkimusvaiheessa, hoitajakson aikana sekä jatkohoito- ja seurantavaiheessa. Tiedollisessa ohjauksessa käydään läpi, mikä on potilaan hoidon tarve, mitä tietoa potilas on saanut ja minkälaista tietoa potilas tarvitsee yleisesti sairauteen liittyen.

4.4.1 Alku- ja tutkimusvaihe

Syöpää sairastavan potilaan alku- ja tutkimusvaiheen ohjauksessa selvitetään, mikä on potilaan tiedontarve ja onko potilaalle sopiva tiedonvälitystapa kirjallinen vai suullinen. Hoitaja antaa potilaalle ymmärrettävää ja ajanmukaista tietoa hänelle tapahtuvista toimenpiteistä ja tutkimuksista. Potilaalle tulee selvittää lähetteen kulku ja se, minne potilas voi ottaa yhteyttä, jos tulee ongelmatilanne. Syöpään sairastunut potilas haluaa yleensä tietoa sairaudesta, hoitojen hyödyistä ja niiden mahdollisista sivuvaikutuksista sekä sairauden ennusteesta. Hoitajan ja potilaan välisessä ohjaustilanteessa hyvä tapa on keskustelu, jota tukee ja täydentää kirjallinen tieto. (Partimaa 2011, 13–14.)

Lähete arvioidaan erikoissairaanhoidossa, josta potilas saa ajat poliklinikakäynteihin, tutkimuksiin ja hoitoon. Kun potilas tulee ensikäynnille, arvioidaan potilaan ja hänen läheisensä fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Ohjaus annetaan potilaalle ja hänen läheisille heidän toimintakykynsä mukaan. Potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan hänelle kerrotaan syövästä, sädehoidosta, sytostaattihoidosta, hormoneista, ravitsemuksesta, kivun ja infektioiden hoidosta, potilaan hoitosuunnitelmasta, hoitoaikataulusta, hoitokäytännöistä sekä hoidon tavoitteista. Potilaita, jotka ovat menossa tutkimukseen, ohjataan tutkimusohjeen mukaisesti ja myös tutkimushoitaja antaa potilaalle ohjeita. (Partimaa 2011, 13–14.)

4.4.2 Hoitajakson tiedollinen ohjaus

Erikoissairaanhoidossa hoitokertojen/hoitajaksojen yhteydessä hoitohenkilökunta selvittää potilaan tiedon tarpeen, kerrataan hoidon tavoitteet sekä kerrotaan hoidon riskeistä ja toipumisesta hoidoista. Potilaalle annetaan tällöin tietoa suullisesti, että kirjallisesti hoidon sivuvaikutuksista ja sivuvaikutusten hoidosta sekä lääkehoidosta. Esimerkiksi solunsalpaajahoidot aiheuttavat paljon sivuvaikutuksia kuten pahoinvointia, väsymystä sekä ahdistusta ja näissä tilanteissa sairaanhoitajan antama ohjaus potilaalle korostuu. Hoidoista aiheutuvat sivuvaikutuksen saattavat olla joillekin potilaille todella ahdistavia ja ylitsepääsemättömän vaikeita, tällöin hoitaja voi ohjata potilasta hallitsemaan sivuvaikutuksia esimerkiksi rentoutumiskeinojen avulla. (Partimaa 2011, 14.)

Hoitohenkilökunnan aktiivisuudella on iso rooli syöpäpotilaan hoitotyössä. Hoitajien ja lääkäreiden on omalla aktiivisuudellaan otettava potilasta mukaan häneen liittyvään päätöksentekoon. Potilas ei välttämättä itse ky-

kene tai jaksaa ottaa selvää asioista tai kysyä hoitohenkilökunnalta. (Parttimaa 2011, 14.)

4.4.3 Jatkohoito- ja seurantavaiheen tiedollinen ohjaus

Syöpää sairastavan potilaan jatkohoidon ja seurantavaiheen potilasohjaus voidaan toteuttaa perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Vastaanotolla selvitetään potilaan tämänhetkinen elämäntilanne, sairauden luonne ja sen nykytila. Hoitaja kysyy potilaalta, mitä potilas tietää sairaudesta ja mitä sairaus merkitsee potilaan elämässä, millaista ohjausta potilas on aikaisemmin saanut ja keneltä sekä minkälaista ohjausta potilas tarvitsee ja itse toivoo. Potilaalle kerrotaan vastaanotolla hänen hoidon/seurannan tavoitteista ja hänelle valituista hoitolinjoista ja käydään potilaan kanssa läpi kaikki mahdolliset sivuvaikutukset, joita hoidoista saattaa hänelle tulla. Lisäksi potilaan kanssa käydään läpi sairauden jatkohoito. Tärkeää ohjauksessa on se, että potilas ymmärtää hänelle annetut ohjeet ja potilas pystyy myös noudattamaan niitä. (Parttimaa 2011, 14.)

Jatkohoidon ja sairauden seurantavaiheen tapahtuessa vuodeosastolla selvitetään potilaan ja hänen läheistensä tiedon tarve. Potilaan läheisten kanssa olisi hyvä sopia siitä, miten ilmoitetaan potilaan voinnin huonontumisesta. Vuodeosastolla hoitohenkilökunta tarkkailee potilaan päivittäisiä toimintoja ravitsemusta, liikuntaa, eritystä, lepoa, ihon kuntoa sekä kipua. Osastolla pystytään myös tarvittaessa toteuttamaan neutropenisien potilaan suojaeristys. Syöpäpotilaalle kerrotaan eri ammattiryhmien palveluista kuten sosiaalityöntekijän, fysioterapeutin sekä kolmannen sektorin palveluista kuten syöpäjärjestöt. Potilaalle tulisi myös kertoa hoitotahdosta/hoitotestamentista sekä siitä mitä ne käytännössä tarkoittavat ja miten ne tehdään. (Parttimaa 2011, 14.)

Kotihoidossa tehtävässä syöpäpotilaan jatkohoito- ja seurantavaiheessa selvitetään, mikä on potilaan hoidon tarve ja kirjataan se hoitosuunnitelmaan. Potilaalle ja hänen läheisilleen annetaan kirjallisia sekä suullisia ohjeita ja varmistetaan että ohjeet on ymmärretty. Lisäksi kotihoidossa syöpäpotilasta hoitava hoitaja toimii potilaan viestinviejänä ja huolehtii että potilas tulee asioidensa kanssa kuulluksi ja saa tarvittaessa esimerkiksi lääkärin palveluita. (Parttimaa 2011, 14–15.)

5 GYNEKOLOGINEN SYÖPÄ

Gynekologia eli naistentautioppi on lääketieteen alue, joka käsittelee naisen sukupuolielinten tauteja ja niiden hoitoa. Suomessa todetaan vuosittain noin 1600 gynekologista syöpätapausta. Gynekologinen syöpä voi sijaita kohdunrungossa ja -kaulassa, munasarjoissa, ulkosynnyttimissä, emättimessä tai istukassa. Lisäksi vatsakalvon syöpä luetaan gynekologisiin syöpiin. Yleisin gynekologinen syöpä on kohdunrunkosyöpä, jota on noin puolet kaikista syövistä. Kuviossa 1 havainnollistetaan uusien syöpien määrää. Gynekologista syövistä noin 10 prosentin arvellaan olevan perinnöllistä. Perinnöllistä syöpää sairastaville on tyypillistä niiden esiintymi-

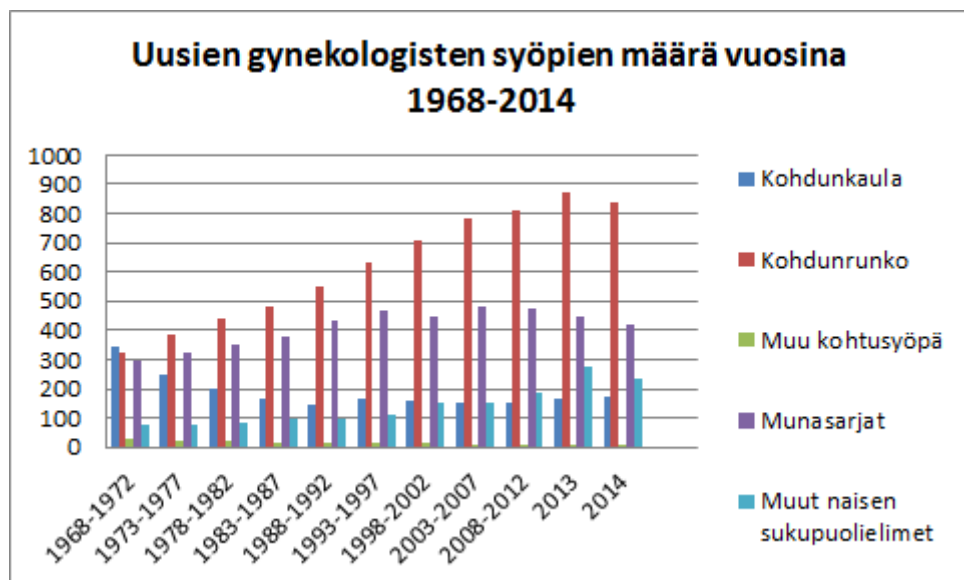
nen tavallista nuoremmalla iällä. (Joensuu, Roberts, Kellokumpu-Lehtinen, Jyrkiö, Kouri & Teppo 2013, 623–624.) Tämä opinnäytetyö käsittelee munasarjasyöpää, joka on toiseksi yleisin gynekologinen syöpä.

5.1 Gynekologisen syövän muodot

Hyvänlaatuisia gynekologisia kasvaimia ovat esimerkiksi kohdunkaulan solumuutokset, kohdun myomat eli lihaskasvaimet, kohdunlimakalvon polyyppit ja munasarjojen toiminnalliset nesterakkulat eli kystat. Ennusteeltaan parhaimpia ovat kohdunrunгон ja kohdunkaulan syövät. Munasarjasyövän ”huono maine” perustuu pääasiassa siihen, että se todetaan vähäisten oireiden takia useimmiten vasta levinneessä vaiheessa. (Joensuu ym. 2013, 623–624.)

Gynekologisen syövän riskitekijät poikkeavat toisistaan. Yhteistä niille on kuitenkin potilaan korkea ikä: lähes kaikissa gynekologisissa syövyissä eniten tapauksia todetaan 60–65-vuotiailla. Myös sukurasituksella on merkitystä. (Joensuu ym. 2013, 623–624.)

Hoitomuotoina ovat leikkaushoito, solunsalpaajahoidot, sädehoito ja hormonihoitot, joissakin tapauksissa käytetään myös täsmälääkkeitä. Leikkaushoidossa mini-invasiiviset leikkaustekniikat eli laparoskopia ja robottiavusteinen laparoskopia sekä hedelmällisyyden säilyttävät leikkaukset ovat lisääntyneet. Lääketieteellisen hoidon tukena on yksilöllinen hoitotyö ja potilaista huolehtiminen. Hoitotulosten parantamiseksi, potilaat pyritään keskittämään sairaaloihin, joissa on paras mahdollinen osaaminen syövän hoidosta. (Joensuu ym. 2013, 623–624.)



Kuvio 1. Kuvio Uusien gynekologisten syöpien määrä vuosina 1968-2014 (Syöpärekisteri 2014)

5.2 Syövän kehittyminen

Kasvain eli neoplasia syntyy, kun solu tai kudosis kasvaa epänormaalisti. Tämä kasvu on isäntäelimistölle tarkoituksetonta ja haitallista. Kasvain voi olla hyvänlaatuinen eli beningi- tai pahanlaatuinen eli malignikasvain. Hyvänlaatuiset kasvaimet ovat hidaskasvuisia sekä paikallisia, ja johtavat harvoin potilaan kuolemaan. Pahanlaatuiselle kasvaimelle on tyypillistä nopea kasvu ja sen kontrolloimattomuus, metastasoituminen eli etäpesäkkeiden luominen sekä infiltraatio eli kasvaimen tunkeutuminen ympäröiviin kudoksiin. Pahanlaatuiset kasvaimet ovat yleensä potilaalle hengenvaarallisia. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 131.)

Syöpäkasvain muodostuu syöpäsoluista, jotka ovat alkuperäisen pahanlaatuisiksi muuttuneen solun jälkeläisiä. Syöpäkasvaimet tunkeutuvat ulokkeidensa avulla sisälle ympäröivään kudokseen. Etäpesäkkeitä muodostamalla kasvainsolut voivat levitä elimistöön myös imu- ja veriteitse. Syöpäsolut eivät kuitenkaan aina muodosta tiivistä kasvainta. Syövän synty eli karsinogeneesi tapahtuu, kun mutaatiota sattuu useissa sellaisissa geeneissä, joilla on tärkeä asema solujen kasvun ja erilaistumisen säätelyssä. (Ahonen ym. 2012, 131.)

Kasvaimet luokitellaan kudospillisen tyyppin mukaan, mikä vaikuttaa hoidon valintaan sekä ennusteeseen. Kudostyyppejä ovat epiteliaalinen, sidekudos, lihakset ja hermokudos. Monissa elimistön osissa esiintyy useaa kudosta samanaikaisesti. Epiteelisessä kudoksessa hyvänlaatuinen kasvain on papilloomia ja pahanlaatuinen kasvain karsinooma. (Ahonen ym, 2012, 132) Epiteelikudos peittää koko kehon pinnan sekä verhoaa kehon sisäiset pinnat ja ontelot. Esimerkkejä epiteelikudoksesta ovat iho, maha-suolikanavan pinta. (Kaikki syövästä n.d.)

Sidekudoksessa esiintyvä hyvänlaatuinen kasvain on fibrooma ja pahanlaatuinen kasvain fibrosarkooma (Ahonen ym, 2012, 132). Selkäydin, aivot ja hermot koostuvat hermokudoksesta. Hermokudoksessa sijaitsevilla kasvaimilla ei ole yleisnimeä. Kasvainten nimeäminen tapahtuu solujen mukaan. Ne kasvaimet jotka sijaitsevat hermokudoksessa ovat usein hyvänlaatuisia kasvaimia. (Kaikki syövästä n.d.) Syövät nimetään emokasvaimen sijainnin ja kasvinkudoksen rakenteen perusteella (Ahonen ym. 2012, 133).

5.3 Palliatiivinen ja kuratiivinen hoito

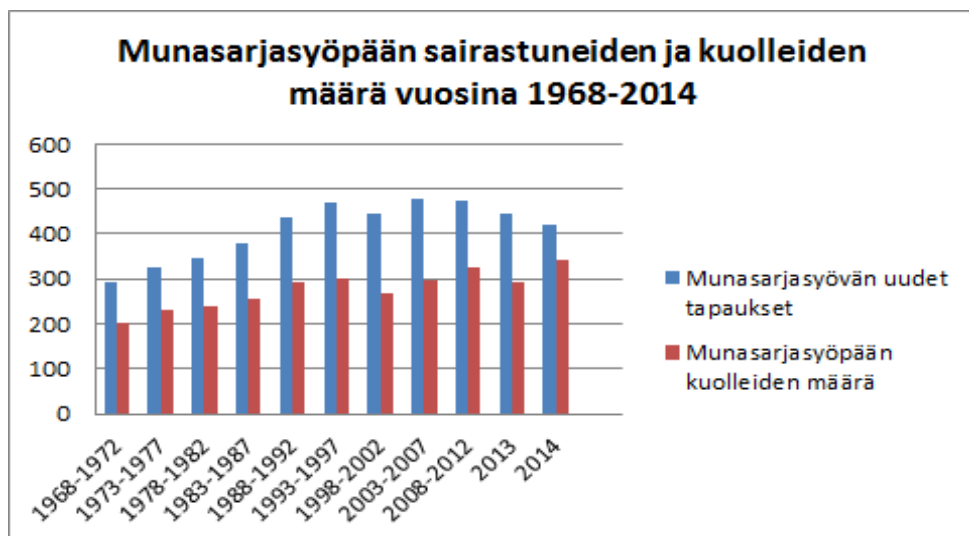
Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan ihmisen kokonaisvaltaista hoitoa siinä vaiheessa, kun parantavaa hoitoa ei enää pystytä antamaan tai hoidon päämääränä ei ole enää elämän pidentäminen. Palliatiivinen hoito on siis oireita lievittävää hoitoa, ja voi olla pitkäaikaista, jopa vuosiakin kestävää. Hoidon päämääränä on kuolevan ja hänen läheistensä mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Palliatiiviseen hoitoon siirtyminen on potilaslaissakin kirjoitettu päätös, josta keskustellaan lääkärin, potilaan, läheisten tai laillisen edustajan kanssa. (Palliatiivinen hoito 2015.)

Kuratiivinen hoito tarkoittaa taudin parantamiseen pyrkivää hoitoa. Kun tauti diagnosoidaan, selvitetään sen yhteydessä tarkka levinneisyysaste, jonka perusteella määritetään potilaan tarvitsemat hoidot. (Palomäki 2013, 13)

6 MUNASARJASYÖPÄ

Munasarja (ovarium) eli munarauhanen on kooltaan muutaman senttimetrin pituinen ja yhden senttimetrin paksuinen parillinen rauhallinen. Munasarja kiinnittyy lantioon ripustinsiteellä ja kohtuun munasarjan siteillä. Munasarjat erittävät suurimman osan naisen sukupuolihormoneista ja ne toimivat munasolujen kypsympaikkana. Naissukupuolihormoneja ovat estrogeeni ja progesteroni. Estrogeeni on rakkulahormoni ja progesteroni on keltarauhashormoni. Granuloosisolut ja teekasolut syntetisoivat näitä hormoneja kolesterolista. Munasarjojen hormonituotantoa säätelevät hypotalamus ja aivolisäkkeen etulohko. Hypotalamuksessa ja aivolisäkkeen etulohkossa syntyy säätelyyn tarkoitettuja hormoneja. (Leppäluoto ym. 2013, 353–355.)

Munasarjasyöpä (carcinoma ovarii) on neljänneksi yleisin syöpä naisilla. Munasarjasyöpään sairastuu vuosittain 500–600 naista (Syöpärekisteri 2014). Suomessa seurannassa tai hoidossa olevia munasarjasyöpäpotilaita on noin 4000 (Puistola, Leminen & Rosenberg 2012, 5). Sitä esiintyy eniten 50–60-vuotiailla, vaihdevuodet ohittaneilla naisilla. Syöpä voi kuitenkin kehittyä jo alle 20-vuotiaille eli 1 prosentilla ja 10 prosenttia sairastuneista on alle 40 vuotiaita. (Ihme & Rainto, 2014, 222; Eskola & Hytönen 2008, 352.). Munasarjasyöpä on gynekologisista syövästä kohdunrunnon syövän jälkeen yleisin ja pahamaineisin. Munasarjasyöpään kuolee naisia yhtä paljon kuin muihin gynekologisiin syöpiin yhteensä (Kuvio 2.). Munasarjasyöpään ei tietävästi ole esiasteita. (Eskola & Hytönen 2008, 352.)



Kuvio 2. Kuvio Munasarjasyöpään sairastuneiden ja kuolleiden määrä vuosina 1968-2014 (Syöpärekisteri 2014)

6.1 Munasarjasyövän altistavat ja suojaavat tekijät

Perinnöllinen alttius sairastua munasarjasyöpään on todettu noin 5-10 prosenttia munasarjasyöpätapauksissa. Riskiryhmään kuuluvat ne naiset, joiden suvussa esiintyy muun muassa rintasyövällekin altistava geenimutaatio BRCA1 tai BRCA2. Naisille, joiden geneeissä löytyy edellä mainittu mutaatio, suositellaan vuosittaista tutkimusta, jossa tehdään gynekologinen sisätutkimus ja emättimen kautta tehtävä ultraäänitutkimus, samalla tutkitaan myös veren kasvainmerkkiaineet. (Riskitekijät 2012.)

Lapsettomuus on itsenäinen munasarjasyövän riskitekijä. Useissa tutkimuksissa myös endometrioosi on liittynyt kohonneeseen syöpäriskiin. Vaihdevuosien hormonikorvaushoidon on todettu lisäävän riskiä sairastua syöpään. (Tiitinen 2015.)

Yhdistelmäehkäisytablettien käytön on todettu pienentävän munasarjasyöpäriskiä. Useita lapsia synnyttäneellä naisella riski sairastua munasarjasyöpään on puolet pienempi kuin synnyttämättömällä naisella. Myös sterilisaation ja kohdunpoiston jälkeen riski vähenee noin kolmanneksen, sillä munasolun irtoaminen estyy, mikä suojelee munasarjaa. (Riskitekijät 2012.)

6.2 Oireet

Munasarjasyöpä voi varhaisvaiheessa olla pitkään oireeton ja toteamisvaiheessakin vähäoireinen. Ensioireet ovat tyypillisimmin epämääräisiä yleisoireita, kuten lievät vatsavaivat, ruokahaluttomuus ja yleinen väsymys. Oireettomuuden ja epämääräisten oireiden takia munasarjasyöpä huomataan usein vasta liian myöhäisessä vaiheessa. Syöpä todetaan usein vasta sen levittyä muihin elimiin. (Munasarjasyöpä n.d.)

Pidemmälle edennyt munasarjasyöpä voi aiheuttaa vatsan turvotusta, täyteläistä oloa, paineoireita sekä maha- tai alaselkäkipua. Kasvaimen painaessa viereisiä elimiä, voi esiintyä suoliston toiminnan häiriöitä, tihentynyttä virtsaamisen tarvetta, ruokahaluttomuutta, laihtumista, yhdyntäkipuja ja muita kipuja. Joskus ensioireena saattaa esiintyä myös hengenahdistusta, yskää tai rintakipua. (Munasarjasyöpä n.d.) Munasarjasyöpä todetaan usein vasta myöhäisessä vaiheessa, kasvain on silloin levinnyt munasarjojen ulkopuolelle tai syöpä löydetään sattumalta muun toimenpiteen tai tutkimuksen yhteydessä (Eskola & Hytönen 2008, 352.)

6.3 Diagnostiikka

Munasarjasyöpä pyritään löytämään mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jolloin sen ennuste on parempi. Munasarjasyövän vähäisten oireiden tai oireettomuuden vuoksi, se todetaan yleensä gynekologisen sisätutkimuksen yhteydessä, jolloin tarkastetaan silmämääräisesti ulkosynnyttimet, emätin ja kohdunkaula sekä tunnustellaan kohtu ja munasarjat. (Puustola, Leminen & Rosenberg 2015, 8–9.)

Munasarjasyöpä voidaan myös diagnosoida kuvantamistutkimuksia avuksi käyttäen. Tutkimukset voidaan tehdä emättimen kautta tehtävänä ultraäänikuvauksena, tietokonekerroskuvauksena, magneettitutkimuksena sekä vatsanontelon tähytyksen eli laparoskopian avulla. (Puistola ym. 2015, 8–9.)

Verikokeiden avulla seurataan kasvainmerkkiaineita, joista selvimmäksi merkkiaineeksi on osoittautunut veren CA 125, jonka pitoisuus on noussut noin 80 prosenttia kaikista munasarjasyöpäpotilaista. Pitoisuuksia seuraamalla voidaan myöhemmin arvioida, onko hoito tehonnut. Lopullinen diagnoosi voidaan kuitenkin todeta vasta leikkauksessa otetun histologisen näytteen avulla. PAPA-kokeessa munasarjasyöpä ei näy. (Puistola ym. 2015, 8–9.)

6.4 Levinneisyysaste

Munasarjasyöpä luokitellaan levinneisyysasteen mukaan. (Taulukko 1) Leikkausta suunniteltaessa on tärkeää saada mahdollisimman tarkka tieto taudin levinneisyydestä. Kun kyseessä on levinnyt tauti, voidaan potilaalta joutua poistamaan leikkauksen yhteydessä esimerkiksi osa suolta tai peräna.

Taulukko 1. Taulukko Munasarjasyövän levinneisyysaste (Eskola & Hytönen 2008, 353)

Aste I	Syövän kasvu on rajoittunut munasarjoihin.
Ia	Syöpäsolujen kasvua on vain toisessa munasarjassa, askiteksesta ei löydy kasvainsoluja. Munasarjan kapseli on ehjä, eikä kapselin pinnalla ole kasvua.
Ib	Syöpäsolujen kasvua on molemmissa munasarjoissa, askiteksesta ei löydy kasvainsoluja. Munasarjojen kapselit ovat ehjät eikä kapselin pinnalla ole kasvua.
Ic	Syöpäsolujen kasvua on yhden tai molempien munasarjojen pinnalla. Kapseli on revennyt tai askiteksesta löytyy kasvainsoluja, huuhtelunäytteestä löytyy kasvainsoluja
Aste II	Syöpäsolujen kasvua on yhdessä tai molemmissa munasarjoissa ja lantiossa.
IIa	Syöpäsolujen kasvu on levinnyt kohtuun tai munanjohtimiin.
IIb	Syöpäsolujen kasvua on muissa lantion kudoksissa.
IIc	Syöpäsolujen kasvua on yhden tai molempien pinnalla, kapseli on revennyt, askiteksesta löytyy kasvainsoluja tai huuhtelunäytteestä löytyy kasvainsoluja.
Aste III	Syöpäsolujen kasvua on yhdessä tai molemmissa munasarjoissa. Lantion ulkopuolella syöpäsolujen kasvua on vatsakalvolla, nivusseudussa tai vatsakalvon takaisissa imusolmukkeissa tai molemmissa paikoissa. Maksassa on vain pinnalla olevia etäpesäkkeitä.
IIIa	Munasarjoissa oleva alkuperäinen kasvain on rajoittunut lantion alueelle. Imusolmukkeissa ei ole syöpäsolujen kasvua mutta kudoksenäytteellä (histologisesti) varmennettua kasvua on vatsakalvolla

IIIb	Syöpäsolujen kasvua on yhdessä tai molemmissa munasarjoissa. Vatsaontelossa olevat etäpesäkkeet ovat > 2 cm. Imusolmukkeissa ei ole syöpäsolujen kasvua.
IIIc	Vatsaontelon alueella sijaitsevat etäpesäkkeet ovat < 2 cm. Tämän lisäksi tai sen sijaan nivusseudun tai vatsakalvon takaisissa imusolmukkeissa on kasvua.
Aste IV	Syöpäsolujen kasvua on yhdessä tai molemmissa munasarjoissa. Kaukaisia etäpesäkkeitä, pleuranesteestä löytyy syöpäsoluja sekä maksakudoksessa on etäpesäkkeitä.

7 MUNASARJASYÖVÄN HOITO

Syövän hoito voidaan jakaa paikalliseen hoitoon (leikkaus- ja sädehoito) sekä systeemiseen hoitoon (solunsalpaajahoito, hormoni- ja immunologinen hoito). Tärkeimmät syövän hoitomuodot ovat kuitenkin leikkaus, sädehoito ja erilaiset lääkehoidot. Syöpähoitojen tavoitteena on parantava hoito joka vaikuttaa eloonjäämiseen ja elämänlaatuun ja palliatiivinen hoito jolla pyritään vaikuttamaan elämänlaatuun. Syövän hoidossa hoitoon liittyvät päätökset tekevät aina potilasta hoitava lääkäri yhdessä potilaan kanssa. Hoitopäätökseen vaikuttaa lääketieteellinen tilanne, millainen sairaus ja oireet, missä vaiheessa sairaus on ja mikä on ennuste, mitä potilas hyötyy ja mikä hoidon vaikuttavuus, mahdolliset haittavaikutukset ja mitkä ovat toteuttamismahdollisuudet sekä mitkä ovat potilaan omat inhimilliset, eettiset tai uskonnolliset toiveet ja myös potilaan omaisten ehdotukset. (Mustajoki ym. 2013, 338.)

Munasarjasyöpää sairastavan hoidossa korostuu naisen kokonaisvaltainen psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen hoitaminen ja tukeminen. Vakavasti sairastuminen on aina kriisitilanne, ja asettaa selviytymisvaatimuksen. Tieto syövästä herättää pelkoa ja ajatuksia kuolemasta. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvään syöpään sairastuminen muuttaa naisen käsitystä ja kokemusta omasta kehostaan, sillä se aiheuttaa muutoksia seksuaalisesti herkällä alueella. Naisella on oikeus saada riittävästi ja hänelle sopivimmalla tavalla tietoa sairaudesta, hoitomuodoista- ja mahdollisuuksista sekä hoitojen vaikutuksista elimistöön ja arkeen. Psykkisen tuen tarve korostuu syöpäpotilaan hoidossa. (Ihme & Rainto 2014, 219.)

Potilasta hoitavan henkilökunnan tärkeä tehtävä on tukea potilasta hoitopäätöksissä. Potilaan tarvitseman tuen tarve vaihtelee. Potilaat saattavat haluta tietää heti kaiken mahdollisen tiedon tai tiedon tarve voi valikoitua sairauden eri vaiheissa tai potilas ei tahdo laisinkaan tietoa. Potilaan tiedon tarve kohdistuu sairauteen, oireisiin, hoidon vaikutuksiin taudin paranemisen kannalta sekä hoidon tavoitteisiin. Potilas saattaa haluta tietää hoitomahdollisuuksista eli minkälaisia hoitovaihtoehtoja on ja missä potilaalla on mahdollisuus valita, minkälaisia haittavaikutuksia hoidolla on ja minkälaisia riskejä on sekä mikä hoitojen merkitys on ja vaikuttavuus, mikä sairauden vaihe on tällä hetkellä ja tulevaisuuden ennuste. Kysymyksiä saattaa olla myös siitä, kuinka kauan hoidetaan ja missä sekä mikä on todennäköisyys, että potilas paranee ja mikä on syövän uusiutumisen mahdollisuus. (Mustajoki ym, 2013, 338.)

Potilas saattaa tarvita hoitajan tukea omassa oikeusturvassaan sekä hengellisissä asioissa. Hoitajan vastaaminen potilaan esittämiin kysymyksiin vähentää potilaan riippuvuutta hoitajasta ja rauhoittaa myöskin potilasta. Jotta potilas pystyy osallistumaan hänen hoitoon liittyvään päätöksentekoon, tulee potilaan pystyä kertomaan mitä hän toivoo hoidoilta ja mitkä ovat sellaiset asiat mistä hän ehdottomasti kieltäytyy. Potilaan tulisi arvioida, mitkä ovat mahdolliset haittavaikutukset ja mitä hän on valmis kestämään, Potilaan tulee ymmärtää se informaatio, joka hänelle annetaan sekä päättämään ja harkitsemaan vaihtoehtoisia hoitoratkaisuja. (Mustajoki ym, 2013, 338.)

7.1 Leikkaushoito

Leikkaushoito on munasarjasyövän hoidon perusta. Leikkauksen avulla diagnoosi pystytään varmistamaan lopullisesti. Sen avulla voidaan myös määrittää syövän levinneisyys, poistaa kasvain tai vähentää tuumorimassaa. Jatkohoidon suunnittelun kannalta on tärkeää saada määritellä oikein syövän levinneisyys. (Joensuu ym. 2013, 648.)

Leikkauksen yhteydessä otetaan runsaasti kudokset lantiosta ja vatsaontelon alueelta, palleasta sekä lantion- ja para-aortaalialueen imusolmukkeista. Näytteiden avulla saadaan oikea tieto syövän levinneisyydestä. Primaari- eli ensileikkauksen tarkoituksena on poistaa syöpäkudosta niin paljon kuin mahdollista, sillä sen avulla syövän levinneisyys voidaan estää ja potilaan ennuste parantua suurenee. (Joensuu ym. 2013, 648.)

Leikkaustulos katsotaan optimaaliseksi, jos jäännöskasvainta ei jää lainkaan. Tämän vuoksi kasvaimen lisäksi potilaalta poistetaan usein myös kohtu, kohdun sivuelimet, umpilisäke ja vatsapaita, jossa usein on mikroskooppisia etäpesäkkeitä. Lisäksi aortan ja lantion alueen imusolmukkeet poistetaan aina, kun tauti on paikallinen. (Joensuu ym. 2013, 648.) Munasarjasyövän uusiutumisen riski on valitettavasti suuri. Hynnisen havainnot osoittavat, että tauti leviää ajateltua useammin vatsaontelon ulkopuolelle, leikkauksen ulottumattomiin. (Hynninen 2015, 17.)

Naiselle, jolla on realistiset mahdollisuudet saada vielä lapsia, voidaan tehdä vain sairaan munasarjan poisto, jos tauti on levinnyt vain toiseen munasarjaan. Jos syöpä todetaan molemmissa munasarjoissa, voidaan tarkoin harkituissa tapauksissa poistaa munasarjat ja säästää kohtu mahdollista keinotekoista hedelmöitystä varten. (Joensuu ym. 2013, 648.)

Syöpäpotilaat toipuvat leikkauksesta fyysisesti hyvin, mutta toipuminen ja liitännäishoidot leikkauksen jälkeen voivat olla psyykkisesti hyvin raskaita (Ihme & Rainto, 2014, 220). Hankalimpina fyysisinä ongelmina potilaat pitävät ruokahaluttomuutta, pahoinvointia, suun limakalvon kuivumista ja rikkoutumista ja puhumisen vaikeutumista. (Mustajoki ym. 2010, 300–303.)

7.2 Lääkehoito

Leikkaushoitoa täydentämään aloitetaan lähes aina solunsalpaajahoito. Solunsalpaajat eli sytostaatit ovat lääkkeitä, jotka hidastavat tai estävät syöpäsolujen jakautumista ja kasvua. Solunsalpaajahoidon vaikutus erityisesti kohdistuu jakautuviin soluihin, joita on paljon tavallisesti kasvaimissa. Yleensä solunsalpaajahoito tehoaa sitä paremmin mitä enemmän jakautuvia soluja kasvaimessa on. Solunsalpaajat aiheuttavat muutoksia DNA:han tai solun tärkeisiin rakenteisiin, näin ne estävät solujen lisääntymisen. (Saano & Taam-Ukkonen, 2013, 598) Jos munasarjasyöpä on potilaalla rajoittunut, keskikorkealle tai korkealle erilaistunut munasarjasyöpä (aste IA-B ja gradus 1-2), ei radikaalileikkausta täydentävää solunsalpaajahoitoa enää tarvita (Joensuu ym. 2007, 477).

Solunsalpaajahoito annetaan laskimoon 3–4 viikon välein. Jos potilaalla on todettu munasarjoihin rajoittuva hyvin erilaistunut munasarjasyöpä, on ennuste hyvä eikä solunsalpaajahoidolla saavuteta lisähyötyä. Solunsalpaajahoitoa annetaan primaarihoitona syövän levinneisyydestä ja hoitovasteesta riippuen 6–10 kertaa, ja joskus laajasti levinneen taudin ensihoitona. Solunsalpaajien vaikutukset kohdistuvat myös terveisiin soluihin, mutta terveillä soluilla on voimakkaampi vastustuskyky, joten ne toipuvat hoidosta helpommin. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 248.)

Munasarjasyövän ensihoitona käytetään yleensä paklitakselin ja karboplaatiinin yhdistelmää. Suomessa ensivaiheen hoitona munasarjasyövässä, joka on pitkälle edennyt, on vakiintunut kuusi tai kahdeksan solunsalpaajakuuria. Ongelmana esiintyy monilääkeresistenssi, jonka vuoksi jatkohoito muillakin solunsalpaajayhdistelmillä voi epäonnistua. Solunsalpaajahoidon tulisikin olla alusta alkaen mahdollisimman intensiivistä, jotta haluttu vaikutus ehditään saada ennen kuin vastustuskyky kerkeää kehittymään. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 249.)

7.2.1 Lääkehoidon haittavaikutukset

Munasarjasyövän lääkehoitoon liittyy monia haittavaikutuksia. Yksi niistä on hiustenlähtö parin viikon kuluttua hoidon aloituksesta. (Ylikorkala & Tapanainen, 2011, 249.) Hiusten, kulmakarvojen sekä niiden myötä rip-sien ja häpykarvojen lähtö tapahtuu useimmiten toisen hoitokuurin jälkeen. Hoitavasta sairaalasta potilas saa maksusitoumuksen peruukin ostamiseen jonka avulla potilas pystyy hankkimaan peruukin johonkin tiettyyn hintakattoon asti. Hoitajan kannattaa potilaalle ohjeistaa peruukin hankkiminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta peruukista saisi omien hiusten tyyllisen. Hiukset kuitenkin kasvavat takaisin hoidon päätyttyä. (Puistola ym. 2015, 33.)

Gynekologisen syövän solunsalpaajahoidossa käytettävät lääkkeet aiheuttavat sivuvaikutuksena lähes aina pahoinvointia. Pahoinvointiin käytetään lääkkeitä, jotka ovat yhden tai kolmen lääkkeen yhdistelmä. Tällä taataan se, että lääkkeiden teho on tarpeeksi riittävä. Tavallisimpia pahoinvointiin käytettäviä lääkkeitä ovat kortikosteroidit, metoklopramidit, aprepitantit sekä setronit. Potilaalle ohjeistetaan, että pahoinvointi ja huonovointisuus

saattavat jatkua pari, kolme päivää hoidon jälkeen. Tärkeää on kertoa potilaalle, että potilas huolehtisi riittävästä nesteytyksestä ja pyrkisi syömään pieniä annoksia kerralla. Tärkeää on syödä niitä ruoka-aineita, jotka maisuttavat potilaalle. (Puistola ym 2015, 33)

Kasvaimet ja pitkäaikainen hoito lisäävät anemiaa eli hemoglobiinin vähyisyyttä. Pitkittynyt anemia lisää uupumisoireita. Tällä tarkoitetaan sitä, kun hemoglobiini on alle 100 U/L. Anemiaa voidaan korjata punasolusiirroilla tai erytropoteiiniilla eli epo- hoidoilla. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 249; Puistola ym. 2015, 32.)

Lähes kaikissa solunsalpaahoitojen sivuvaikutuksissa yleisin on potilaan yleinen väsymys, uupumisen tunne sekä voimattomuus. Nämä asiat johtuvat siitä, kun kasvainsoluja tuhoetaan hoitojen avulla ja elimistö käyttää voimavarojaan syöpäsolujen tuhoamiseen sekä terveiden solujen uusimiseen. Hoitajan tulisi ohjeistaa potilaalle riittävästä levosta, maltillisesta liikunnasta sekä monipuolisesta ravinnosta. (Puistola ym. 2015, 31–32.)

Solunsalpaajat aiheuttavat myös valkosolujen katoa eli leukopeniaa, jota voidaan hoitaa valkosolujen kasvutekijöillä. Potilaalle on hyvä kertoa hyvästä hygieniasta, varsinkin neutropeniavaiheen aikana. Neutropenia tarkoittaa veren neutrofiinien vähyyttä, mikä aiheuttaa immuunipuutosta. Neutrofiilisten granulosityttien tehtävä on huolehtia ensivasteesta tulehduksia aiheuttavien bakteerien torjunnassa. Neutrofiilisiä granulosityttejä on valkosoluissa eniten ja ne ovat aktiivisia liikkumaan sekä fagosytoimaan bakteereja ja muita mikrobeja (Leppäluoto ym, 2013, 133). Tämän takia puhtaus on erityisen tärkeää, jotta bakteerit eivät pääse leviämään elimistöön. Potilaan olisi hyvä peseytyä päivittäin ja huolehtia puhtaista vaatteista. Ihoa tulisi rasvata päivittäin ja sen kuntoa tarkkailla. Hampaat hoidetaan aina ennen solunsalpaajahoidoa, ja suu tulisi puhdistaa jokaisen aterian jälkeen vähintään huuhtomalla suu huolellisesti. Suun kuivumista pyritään ehkäisemään oliivi- tai parafiiniöljyllä tai keinotekoisella sylkivalmisteella. (Mustajoki ym. 2010, 299.)

7.2.2 Lääkehoitoon liittyvä ohjaus

Potilaalle on hyvä kertoa, että tyydyttävä ravitsemustila takaa sen, että potilas kestää paremmin hoitoja ja suuremmat solunsalpaaja-annokset ovat mahdollisia. Munasarjasyöpää sairastavalle riittää tavallinen monipuolinen ruokavalio. Syöpähoidot voivat aiheuttaa ruokahaluttomuutta, joten potilaan olisi hyvä syödä sellaista ruokaa mistä itse pitää. Ylisuuret vitamiini- ja hivenaineannokset aiheuttavat pahoinvointia, ripulia ja voivat rasittaa maksaa. Solunsalpaajat herkistävät maksaa antabuksen tavoin suurentaen veren asetaldehydi-pitoisuutta, joten tämän vuoksi alkoholia tulisi välttää ainakin hoidon jälkeisinä päivinä. Ruuan oikeita valmistus- ja säilytyslämpötiloja tulisi noudattaa, ja ottaa hygienia huomioon mikrobin kasvun ehkäisemiseksi. (Mustajoki ym. 2010, 300.)

Potilaan ohjauksessa on tärkeää ottaa huomioon jokaisen yksilöllinen tiedon tarve ja vastaanottokyky. Potilaalle tulisi kertoa hoidoista ja niiden aiheuttamista muutoksista arkielämään. Potilaan suostumuksen mukaan oh-

jausta annetaan myös läheisille. Ohjauksen avulla lisätään potilaan turvallisuuden tunnetta, itsenäistä toimintaa ja hoitoon sitoutumista. (Mustajoki ym. 2010, 299.)

Syöpähoidot vaativat potilaalta hoitoon sitoutumista. Lääkehoidossa asia korostuu vielä enemmän. Hoitajan yksi tärkeimpiä tehtäviä on tukea potilasta parhaalla mahdollisella tavalla. Potilaan hoitoon sitoutumista voidaan edistää siten, että tunnistetaan hoitoa haittaavat tekijät ja pyritään mahdollisuuksien mukaan ratkaisemaan ne. Hoitoa haittaavia tekijöitä ovat tietämättömyys kivunhoidosta, potilas ymmärtää lääkkeiden käytöstä kerrotut ohjeet väärin, tehdään hoito-ohjeista liian monimutkaisia, potilas saattaa pelätä lääkkeiden haittavaikutuksia, hoitohenkilökunnalla on väärät käsitykset lääkkeiden käyttöön liittyvästä riippuvuudesta tai hoitopaikkaan tulee liian pitkä matka. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 611.)

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa se, että potilaan ja hoitajan välinen hoitosuhde on luottamuksellinen. Potilaan tulee luottaa häntä hoitaviin ammattihenkilöihin, jotta hän pystyy sitoutumaan hoitoon. Sairaanhoitajan tärkeä tehtävä on rakentaa luotettava hoitosuhde hänen potilaaseen. Sairaanhoitaja ohjaa potilasta lääkehoitoon liittyvissä asioissa, ohjeiden tulee olla selkeät ja lääkehoidon tulisi olla mahdollisimman yksinkertainen. Lääkehoidossa tulisi käyttää kerran tai kaksi päivässä otettavia lääkkeitä. Potilaalla on oikeus keskustella omista lääkitykseen liittyvistä asioista lääkärin kanssa. Lääkehoitoon liittyvissä päätöksissä tulisi ottaa huomioon potilaan elämäntavat sekä potilaan omat toiveet. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 611.)

Syöpätauteja sairastavan potilaan kanssa sairaanhoitajan työ on ohjata potilasta. Ohjattavan tiedon vastaanottamiskykyyn vaikuttaa se missä selviytymisprosessin vaiheessa potilas sillä hetkellä on. Potilasta ohjattaessa ohjaustilanteessa tulisi korjata potilaan mahdolliset väärät käsitykset eikä potilaan pelkoja tulisi sivuuttaa. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 611.)

7.3 Sädehoito

Munasarjasyövän hoidossa sädehoidon osuus on vähäinen, sillä sädehoitokenttä kasvaa liian suureksi. Kasvaimen tuhoava sädeannos ylittäisi normaalikudoksen sietorajan, sillä munasarjasyöpä leviää yleensä pinnallisesti vatsaontelon alueella suolistoon, palleaan, maksaan ja munuaisiin. (Jonsuu ym. 2013, 650.) Lantion ulkoista sädehoitoa käytetään lähinnä syövän uusiutuessa ja silloin, kun solunsalpaajahoito on muodostanut resistenssin tai on vasta-aiheinen. Sädehoitoa voidaan tarvita myös oireilevien etäpesäkkeiden palliatiiviseen hoitoon. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 249.) Sädehoidon hoitosuunnitelman laatii ryhmä, johon kuuluu erikoislääkäreitä ja fyysikko. Ryhmän tehtävä on suunnitella yksilöllisesti hoitotavat, niiden järjestyksen ja sädeannosten määrällisen ja ajallisen jakautumisen. Simulaattorikuvauksella varmistetaan, että hoito varmasti kohdistuu sille toivotulle tarkoin rajatulle alueelle. (Eskola & Hytönen 2008, 356.)

Portal eli konekuvaus on sädehoidon varmuusmenetelmä, jonka avulla tarkistetaan että, meneekö sädehoito oikeaan paikkaan. Kuvauksessa käytetään sädehoidossa käytettävän laitteen hoitosäteitä, jonka tuloksena syntyy sädehoidon aikainen kenttäkuva eli portal-kuva. (Vänskä & Järvenranta 2009, 6) Gynekologista syöpää sädehoidettaessa, erityisessä vaarassa vahingoittua ovat virtsarakko ja peräsuoli. (Eskola & Hytönen 2008, 356).

Sädehoidon mahdolliset haittavaikutukset riippuvat hoitoalueesta ja säteilyannoksista. Haittavaikutukset ovat yksilöllisiä ja useimmiten ohi meneviä. Vaikutukset alkavat pari viikkoa hoidon aloituksesta ja rajoittuvat vain hoidettavalle alueelle. Lantion alueen sädehoito voi aiheuttaa potilaalle ripulia, ummetusta ja peräaukon ärsytystä. Ihon poimu- ja taivealueet voivat ärtyä. Myös ulkosynnyttimien iho voi kutista ja emättimen limakalvot kuivua. Munasarjojen alueelle annettava sädehoito voi aiheuttaa kuumakautisten loppumisen ja aloittaa ennenaikaiset vaihdevuodet. Sädehoidon aiheuttama väsymys, sairauden aiheuttama henkinen paine ja limakalvojen kuivuus ja arkuus voivat aiheuttaa ohimenevää seksuaalista haluttomuutta. (Mustajoki ym. 2010, 297–299.)

Ongelmia saattavat aiheuttaa myös sädehoidosta johtuvat ihovauriot ja erilaiset raajojen puutumis- ja kiputilat, jotka vaikeuttavat potilaan liikkumista. Muita fyysisiä ongelmia syöpäpotilailla ovat hengenahdistus, hengitysteiden ongelmat, yskä, ulkonäön muutokset, hiusten lähtö ja sytostaattihoidojen aiheuttamat vastustuskyvyn alenemisesta johtuvat infektiot. Hoitohenkilökunnan tulee tarkkailla potilaan yleistilaa koko hoitojakson ajan, jotta potilasta voitaisiin auttaa parhaalla mahdollisella tavalla. (Mustajoki ym. 2010, 300–303.)

Sädehoidon ohjauksessa pyritään lievittämään potilaan pelkoa, ennakkoluuloja sekä ahdistuneisuutta keskustelemalla potilaan kanssa. Lisäksi olisi hyvä käydä läpi hoitojen käytännön järjestelyä. Potilaalle, kerrotaan missä hoitoa annetaan ja miten sen voi yhdistää arkeen ja työssäkäyntiin. Potilaan kanssa tulisi keskustella säteilyn vaikutuksesta potilaaseen ja sädehoitojen merkityksestä taudin hoidossa. (Mustajoki ym. 2010, 297.)

Normaali elämä hoitojen välillä on mahdollista. Potilas voi liikkua oman jaksamisensa mukaan, kunhan muistaa huolehtia levosta, monipuolisesta ravinnosta sekä hoitoalueen suojaamisen auringolta, tuulelta ja pakkaselta. Seksuaalisissa ongelmissa korostetaan potilaalle rakkauden osoittamista ja läheisyyden tärkeyttä. Rohkaistaan potilasta avoimeen ja rehelliseen keskusteluun. (Mustajoki ym. 2010, 297.)

7.4 Kipu ja sen hoito

Syövän hoidossa erillinen kivunhoito on tärkeä asia. Syövän loppuvaiheessa yleinen oire on kipu. Syöpäkivun hoidossa tärkeä asia on tehokas kivunhoito. Tehokkaalla kivunhoidolla on elämänlaatua ylläpitävä tekijä. Kun kivunhoito aloitetaan tehokkaasti, saadaan paremmin kipu hallintaan. Syöpäkivun porrasasteisesta kivunhoidosta Maailman terveysjärjestö WHO on antanut suosituksen. Suosituksessa on, että syöpäkivun voimak-

kuus määrittää kipulääkkeen valinnan. (Saano & Taam- Ukkonen 2013, 609)

Kivunhoitoon käytetään tarvittaessa eri mekanismeilla vaikuttavia kipulääkkeitä yhtä aikaa. Kipulääkitys aloitetaan tulehduskipulääkkeillä, joita ovat esimerkiksi ibuprofeeni, naprokseeni, diklofenaakki ja etorikoksidi. (Vuorinen 2015, 13–14.) Kipulääkitystä mietittäessä potilaalle tulee ottaa huomioon potilaalla ennestään oleva lääkitys, mahdolliset yliherkkyydet, lääkkeen vaikutus verihytaleiden toimintaan, munuaisten ja mahanlimakalvon verenkiertoon. Joidenkin solunsalpaajien käytön aikana on turvallista käyttää ainoastaan parasetamolia. Muun muassa metotreksaatti on sellainen lääke. (Saano & Taam -Ukkonen 2013, 609.)

Tulehduskipulääkkeiden lisäksi syöpäpotilas tarvitsee useimmiten lisälääkitystä. Tämän vuoksi potilaalle aloitetaan opioidilääkitys. Potilaiden herkkyys morfiinille voi vaihdella paljon, joten yleensä lääkityksen annos titrataan potilaan vasteen mukaan. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 609.)

Syöpäkipua voidaan hoitaa heikoilla, keskivahvoilla tai vahvoilla opioideilla. Opioideista käytetään nimitystä euforisoivat analgeetit. Heikkoja opioideita ovat muun muassa ramadoli, kodeiini kauppanimellä Tramal, Panacod. Keskivahvat opioideita joita ovat muun muassa buprenorfiini. Vahvat opioideita joita ovat muun muassa fentanyyli, hydromorfon, metadoni, morfiini ja oksikodoni. (Vuorinen 2015, 15–16.) Yleensä potilas ottaa kipulääkkeen niellen suun kautta. Suun kautta otettava kipulääke on helppo ja edullinen tapa. Joissakin tilanteissa potilas ei pysty nielemään lääkkeitä, tällöin tasainen kipulääkitys saadaan ihonalaisen (s.c = subkutaaninen) infuusion avulla. Infuusiona ihon alle voidaan antaa morfiinia ja oksikodonia. Ihon alle laitettavaan infuusioon voidaan tarvittaessa lisätä pahoinvoinnin estämiseen olevaa lääkettä esimerkiksi haloperidolia. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 609–610.)

Vaihtoehtona opioidilääkityksen antamiseen on transdermaalilaastari (TD = ihon läpi) esimerkiksi fentanyyli, buprenorfiini. Laastarien vaikutus kestää monta vuorokautta. Tarvittaessa opioideja voidaan antaa oraalinesteenä. Potilaalle voidaan tarvittaessa yhdistellä kipulääkkeitä, että potilas saa peruskipulääke annoksena pitkävaikutteisen tabletin ja ottaa esim. liikkeen aiheuttamaan läpilyöntikipuun lyhytvaikutteisen kipulääkeannostuksen. Potilaskohtaista kipupumppua (PCA) käyttävä syöpäpotilas voi itse ottaa tarvittavan lisäannoksen painamalla pumpun annospainiketta. Kipulääkepumppuun on ohjelmoitu annosväli ja kerta-annos, tämä ohjelmointi estää yliannostuksen ottamisen. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 609–610.)

Vahvojen lääkkeiden kuten opioidien vaikutukseen kehittyä toleranssi. Tällöin opioidien pitkäaikaisessa käytössä joudutaan vähitellen annoksia suurentamaan. Opioidien haittavaikutuksena saattaa esiintyä hengityslamaa. Kipu kuitenkin stimuloi hengityskeskusta, joten opioideja pitkään käyttäneellä kivuliaalla potilaalla on pieni riski hengityslamaan. Erikseen omana ryhmänä ovat uniapneaa sairastavat potilaat, joilla on suurempi riski. Kivuttomalla potilaalla, joka ei ole saanut opioideja on suurin riski hengityslamaan. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 610.)

Opioidilääkitystä lopetettaessa lopettaminen johtaa aina vieroitusoireisiin. Vieroitusoireita ovat ahdistus, hikoilu, vapina, levottomuus ja sydämen nopealyöntisyys. Morfiinin käytön jälkeen vieroitusoireet alkavat parissa päivässä ja metadonin käytön jälkeen noin viikossa. Vieroitusoireet saattavat kestää 8-10 vuorokautta, psyykkistä riippuvuutta opioidit eivät aiheuta, kun käyttötarkoitus on kivun hoitoon. Opioidilääkitys aiheuttaa ummetusta. Ummetuksen hoito tulee aloittaa heti opioidihoidon aloituksesta. Vahvat kipulääkkeet saattavat alussa aiheuttaa pahoinvointia, jota voidaan lääkittää erikseen, yleensä pahoinvointi menee ohitse muutamassa päivässä. Opioidit saattavat aiheuttaa harhojen eli hallusinaatioiden näkemistä. Jos näitä esiintyy, lääke voidaan tällöin vaihtaa toiseen opioidivalmisteeseen. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 610.)

Lääkehoidon lisäksi potilaan kipua voidaan lievittää lääkkeettömästi. Hoitajan tulee hallita käytettävät menetelmät, jotta voi suositella niitä potilaille. Osa hoitomenetelmistä vaatii hoitajalta erityiskoulutusta, esimerkkinä akupunktio. Fysikaalisia kivunlievitysmenetelmiä ovat hieronta, kylmähoito sekä asento- ja liikehoidot. Kipua voi hallita käyttämällä musiikkia, rentoutusmenetelmiä, huomion suuntaamista pois kivusta sekä ohjattua mielikuvittelua. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013.)

7.5 Psyykkinen hyvinvointi

Potilaat, jotka sairastuvat syöpään, ovat hyvin usein sairaalan pitkäaikaisia potilaita. Syöpää sairastavan potilaan hoito jaetaan jaksoihin, joissa käytetään erilaisia hoitomenetelmiä. Taudin määritysvaiheeseen liittyy poliklinikkakäyntejä joista seuraa useimmiten sairaalanvaihe leikkaushoidon takia. Syövän sädehoito ja lääkehoito toteutetaan polikliinisesti ja sairauden jälkiseuranta tapahtuu useita vuosia vielä tervehtymisen jälkeenkin. Huonossa tapauksessa sairaus saattaa uusiutua jolloin potilas tarvitsee sairaalahoitoa ja palaa vuodeosaston ja poliklinikan potilaaksi. (Eskola & Hytönen, 354–355.)

Syöpään sairastuminen herättää usein voimakkaita tunnereaktioita. Reagointi voi olla voimakasta sen vuoksi, että syöpä nähdään usein kuolemaan johtavana sairautena, vaikka hoitomuodot ovat vuosien aikana kehittyneet valtavasti. Syövän hoitajaksot alkavat usein hyvin pian diagnoosin varmistuttua, jolloin nainen elää vielä psyykkisen kriisin sokkivaihetta. Muut kriisin vaiheet ovat ensirektio, psyykkinen työskentely ja sairauteen sopeutuminen. Vaiheiden kesto on yksilöllistä, ja niihin vaikuttavat sairauden luonne, käytettävissä olevat hoitomuodot, sairauden aiheuttamat tunteet, ikä, elämäntilanne, muu terveydentilanne sekä muut naisen kokeamat sairaudet ja sairaalassaolojaksot. (Ihme & Rainto 2014, 219–220.)

Munasarjasyöpään sairastuminen saattaa aiheuttaa naiselle syyllisyyden tunteita: miksi juuri minä sairastuin tai olenko tehnyt jotain väärin, että olen syöpään sairastunut? Itsensä syyttäminen on kuitenkin tarpeetonta koska munasarjasyöpä ei johdu esimerkiksi vilkkaasta seksielämästä tai

siitä, että liian hiljainen seksielämä olisi vaikuttanut taudin syntymiseen. (Puistola, Leminen & Rosenberg 2015, 7.)

Naisen liitännäishoidot leikkauksen jälkeen voivat olla raskaita, jolloin psyykkinen toipuminenkin kärsii. Naisen sopeutumista vakavaan sairauteen voidaan helpottaa oikein ajoitetulla psyykkisellä tuella. Psykososiaalisen tuen tulisi alkaa heti, kun naiselle kerrotaan syöpäkasvaimesta. Tuki ja ohjaus kuuluvat koko hoitotyön prosessiin. (Ihme & Rainto 2014, 220.)

Potilaan ohjauksessa on tärkeää luoda luottamuksellinen hoitosuhde, jossa potilas voi käsitellä kokemuksiaan ja tunteitaan. Henkisen terveyden ylläpitämisessä auttavat oikea-aikaisen tiedon antaminen ymmärrettävässä muodossa, potilaan kuunteleminen ja kuuleminen, keskustelu muustakin kuin sairauteen liittyvistä asioista sekä hoitajan aito läsnäolo. Hoitajan tulisi tukea potilasta mielekkääseen elämään, löytämällä yhdessä asioita, jotka saavat potilaan aktivoitumaan omien voimavarojen mukaan. (Mustajoki ym. 2010, 300.)

7.6 Sosiaalinen hyvinvointi

Arjessa selviytyäkseen nainen usein tarvitsee toimivan sosiaalisen verkoston, konkreettista tukea ja auttavia käsiä. Vakavasti sairastuminen voi johtaa helposti esimerkiksi työn, ystävien tai tuttavien menetykseen. Ihmisen tuki ja läsnäolo voivat olla hyväksymisen osoitus naiselle, toki tässäkin tulee ottaa huomioon naisen yksilöllisyys. (Ihme & Rainto 2014, 221.)

Läheiset on hyvä ottaa mukaan hoitoon ja ohjaustapahtumiin, sillä se voi auttaa heitä suhtautumaan sairastuneeseen paremmin. Hoitajan tulisi rohkaista potilasta ylläpitämään perhe- ja ystävyys-suhteita. Potilaan yksinäisyyttä on hyvä havainnoida, sillä hoitohenkilökunnan merkitys potilaan tukijana korostuu tällöin. (Mustajoki ym. 2010, 300.)

Naisen saama psykososiaalisen tuen kirjo voi olla laaja. Halutessaan nainen voidaan ohjata vertaistuen piiriin. Syöpään sairastuneille naisille ja heidän perheilleen järjestetään sopeutumisvalmennuskursseja, joilla he saavat tarvitsemaansa tukea ja tietoa vertaistuesta sekä syöpä- ja potilasjärjestöistä. (Ihme & Rainto 2014, 220–221.)

Gynekologisia syöpiä sairastavan potilaan keski-ikä on yleensä korkea ja heillä on useimmiten muitakin sairauksia, joka taas edellyttää yhteistyötä eri asiantuntijoiden kanssa. Potilas tarvitsee myös usein sosiaalityöntekijän apua selvitellessä hänen oikeuksia erilaisiin tukimuotoihin. Syöpää sairastavat potilaat odottavat hoitajilta ennen kaikkea aikaa, sosiaalista tukea, empaattista suhtautumista potilaaseen, tietoa sekä rohkaisua. Potilasta hoitavan hoitohenkilökunnan tulisi tukea potilaan henkisiä voimavaroja ja auttaa potilasta löytämään ongelmiin erilaisia ratkaisuja. (Eskola & Hytönen 2008, 354–355.)

7.7 Syöpäpotilaan seksuaalisuus

Naiseuteen liittyvä menetys ja kasvaminen uudelleenlaiseen naiseuteen on aikaa vievä prosessi. Munasarjan tai kohdun poistaminen voi aiheuttaa naiselle pelkoa ja häpeää, ja nainen voi kokea itsensä rikkonaiseksi. (Ihme ja Rainto 2014, 221.) Minäkuvan muutokset ovat yleisiä, ja jokainen potilas suhtautuu niihin yksilöllisesti (Mustajoki ym. 2010, 317).

Jokaisella potilaalla on oikeus parhaaseen mahdolliseen seksuaalisuuteen, toimivaan parisuhteeseen sekä elämään naisena syövästä huolimatta. Hoitajan on tärkeää ottaa seksuaalisuuteen liittyvät asiat puheeksi, sillä keskustelun avulla potilas kokee, että asia on tärkeä ja siitä on sallittua puhua. (Mustajoki ym. 2010, 317.)

Syöpään sairastuminen ja hoidot voivat vaikuttaa potilaan parisuhteeseen. Sairastumisen aiheuttamat tunteet voivat olla vaikeita ymmärtää ja kehon muutokset tuntua pelottavalta. Seksuaalinen haluttomuus on yksi yleisimpiä syövän ja sen hoitojen haittavaikutuksia ja luonnollinen seuraus sairastumisen kriisistä. (Rosenberg 2015, 11.) Hoitajan tulisi kertoa potilaalle ja mahdollisesti myös hänen kumppanilleen haluttomuudesta ja sen yleisyydestä. Tiedon avulla voidaan lievittää mahdollisia parisuhdeongelmia. (Mustajoki ym. 2010, 318.)

Hoitaja voi tukea potilaan parisuhdetta kuuntelemalla ja kysymällä avoimesti tilanteesta. Potilaan ohjauksessa on hyvä korostaa, että seksuaalisuutta voidaan osoittaa myös lähellä olemisella ja muilla hellyydenosoituksilla. Naiselle on tärkeää, että hänet hyväksytään sellaisena kuin hän hoitojen jälkeen tulee olemaan. (Ihme & Rainto 2014, 221.)

8 POHDINTA

Aloitimme opinnäytetyöprosessin syksyllä 2015. Löysimme aiheen Hämeen ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden aihepankista. Suoritimme samana syksynä opinnäytetyöhön liittyvän valmentavan kurssin, jonka aikana teimme aiheesta ideapaperin. Aiheemme hyväksyttiin samana syksynä ja aloitimme teoritiedon etsimisen sekä opinnäytetyön suunnitelman työstämisen. Työn varsinaisen kirjoittamisen aloitimme kesällä 2016.

Teoritietoa etsiessämme kiinnitimme huomiota aiheen vähäiseen tutkimustietoon. Haastavaa oli löytää tutkimuksia, jotka liittyivät munasarjasyöpään. Löytämämme tutkimukset olivat hyvin lääketieteellisiä, joten jouduimme hylkäämään niitä, sillä halusimme tehdä työn enemmän hoitotyön näkökulmasta.

8.1 Ammatillinen kehittyminen

Työtä tehdessämme olemme saaneet paljon lisätietoutta syöpäpotilaan hoidosta ja ohjauksesta. Lisäksi syöpäpotilaan hoitopolku on tullut tutuksi. Olemme saaneet varmuutta syöpää sairastavan potilaan ohjaukseen sekä siihen, minkälaisia asioita tulee ottaa huomioon ohjaustilanteessa. Ihminen, joka sairastuu syöpään, kokee elämässään aina kriisin. Hoitajan rooli syöpäpotilaan hoidossa on erittäin tärkeä. Hoitajan tulee olla tukena ja ohjauksessa ottaa huomioon sairauden herkkyys sekä olla empaattinen potilasta kohtaan. Munasarjasyövällä on usein huono ennuste, ja siihen menehtyy potilaita yhtä paljon kuin gynekologisiin syöpiin yhteensä. Hoitajan tulee pystyä puhumaan myös vaikeista aiheista potilaiden kanssa, ja antaa toivoa ja voimaa sairauden kanssa elämiseen. On tärkeää, että potilasta kuunnellaan ja hän tulee kuulluksi.

Opinnäytetyö on kehittänyt ammatillista osaamistamme syöpäpotilaan kohtaamisessa ja ohjauksessa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä päivasairaan henkilökunnan valmiuksia ohjata munasarjasyöpää sairastavia potilaita. Uskomme, että työn avulla henkilökunta saa lisävalmiuksia kohdata potilas sekä miten ja minkälaista ohjausta antaa potilaalle sairauden alkuvaiheessa. Työn tavoitteena oli tuottaa kooste munasarjasyöpää sairastavan potilaan alkuvaiheen potilasohjauksesta, jossa mielestämme onnistuimme hyvin. Työmme teoretieto on käypä työväline hoitajalle myös avohoidon puolelle eikä pelkästään erikoissairaanhoidossa syöpäpotilaiden kanssa työskenteleville.

8.2 Opinnäytetyöprosessi

Aloitimme opinnäytetyön tekemisen syksyllä 2015. Teoriatiedon kirjoittamisen aloitimme kesällä 2016. Emme ole alussa aikatauluttaneet työn vaiheita, vaan työstäminen on edennyt omalla painollaan. Keväällä 2016 meillä oli opintoja, joita oli jäänyt äitiyslomiemme takia suorittamatta, joten kiirehdimme niiden kanssa ja jätimme opinnäytetyön tekemisen takalalle.

Olemme kirjoittaneet opinnäytetyötämme yhdessä sekä erikseen, ja olemme jakaneet työtä tasapuolisesti molemmille. Työtä on ollut mukava tehdä yhdessä ja sen avulla olemme oppineet parityöskentelyä. Aiheemme on ollut molempien mielestä kiinnostava ja teoriatiedon kirjoittaminen on tuntunut helpolta. Teoriatietoa on löytynyt helposti, mutta olisimme halunneet enemmän tutkimuksellista tietoa työhömmme. Suomenkielisiä tutkimuksia ei löytynyt juurikaan ja englannin kieliset tutkimukset olivat liian lääketieteellisiä työhömmme.

Olemme saaneet työssämme kartoitettua tietoa tiiviisti, mutta kuitenkin kattavasti. Aiheemme on hyvin rajattu ja oleellinen tieto tulee työssämme selkeästi esille. Olemme pyrkineet ottamaan huomioon asioita, joita hoitajan olisi hyvä tuoda potilaalle esiin munasarjasyövästä sekä sairastamisen prosessista.

Olisimme toivoneet opinnäytetyön valmentavalta kurssilta enemmän tietoa kirjallisuuskatsauksen tekemiseen. Työtä tehdessämme olemme joutuneet käyttämään paljon aikaa siihen, miten kuvaileva kirjallisuuskatsaus rakentuu, ja mitkä ovat ne olennaiset asiat työssä. Vastoinkäymisistä huolimatta olemme tyytyväisiä työn lopputulokseen.

8.3 Eettisyys ja luotettavuus

Koulutuksen aikana olemme harjoitelleet tiedonhakua sekä oikeaoppista kirjoittamista. Tätä työtä tehdessä lähdekriittisyys on kehittynyt paljon. Emme ole etsineet tietoa sopimattomista lähteistä, vaan olemme käyttäneet työssämme hoitotyöhön soveltuvaa tietoutta. Työssä on käytetty enintään kymmenen vuotta vanhoja lähteitä, jotta tieto olisi mahdollisimman tuoretta. Olemme merkanneet käyttämämme lähteet työhön, jotta lukija voi halutessaan löytää aiheesta lisää tietoa.

Työmme aihe liittyy olennaisesti sairaanhoitajan työnkuvaan. Syöpäpotilaita kohtaa missä vaan työskenneltäessä ja potilaan ohjausta sairaanhoitaja tekee kaikilla sairaanhoitajan työalueilla. Työn avulla voi saada lisätietoa munasarjasyövästä ja syöpäpotilaan ohjauksessa huomioon otettavista asioista.

Työmme antaa hyvin teoretietoa munasarjasyövästä ja potilasohjauksesta. Mielestämme aiheesta saisi uusia opinnäytetyön aiheita, jotka voisivat olla tutkimuksia esimerkiksi hoitajan tai potilaan kokemuksia munasarjasyövän potilasohjauksesta. Munasarjasyöpä on hyvin intiimi sairaus naiselle ja voi muuttaa naisen minäkuvaa ja seksuaalisuutta. Jatkossa olisi mielenkiintoista lukea tutkimuksia siitä, miten munasarjasyöpään sairastuminen vaikuttaa naisen seksuaalisuuteen.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus. 2013. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 12.10.2016. http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf

Eloranta, T., & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hynninen, J. 2015. Advanced epithelial ovarian cancer – studies on pre-operative [18F] FDG PET/CT and HE4 profile during primary chemotherapy. Väitöskirja. Turun yliopisto. <http://www.doria.fi/handle/10024/103052>

Ihme, A. & Rainto, S. 2014. Naisen terveys. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. 2013. Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Järvenranta, H., & Vänskä, N. 2009. Säteihoidon osuvuuden mittaaminen portal-kuvista. Opinnäytetyö. Radiografian ja säteihoidon koulutusohjelma. Savonia ammattikorkeakoulu. Viitattu 27.9.2016. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4737/Niina_Vanska.pdf?sequence=1

Kaikki syövästä. n.d. Viitattu 27.9.2016. <https://www.kaikkisyovasta.fi/tietoa-syovasta/mika-on-syopa/>

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. 17.8.1992. Finlex. Viitattu 12.10.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki, H., Vakkuri, O., Vierimaa, H., Lätti, S. 2013. Anatomia ja Fysiologia rakenteesta toimintaan. Helsinki: Sanoma pro oy.

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. 2010. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. 2013. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Munasarjasyöpä. n.d. Viitattu: 19.6.2016.
<https://www.kaikkisyovasta.fi/tietoa-syovasta/syopataudit/munasarjasyopa/#munasarjasyovan-oireet>

Neutropenia. n.d. Viitattu 5.9.2016.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02305

Palliatiivinen hoito .2015. Valvira. Päivitetty 10.10.2016. Viitattu 19.7.2016
http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/palliatiivinen-hoito

Palomäki, S. 2013. Potilasohjaus-DVD:n tuottaminen satakunnan keskussairaalan hematologisen osaston lymfooma-potilaille. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Satakunnan ammattikorkeakoulu Viitattu 27.9.2016.
http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/60749/susanna_palomaki.pdf;jsessionid=63DAF38EC45AC00861BB588A3607EFF5?sequence=1

Parttimaa, S. 2011. Ohjauksen toimintamalli syöpäpotilaan hoitopolulla perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyö. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma. YAMK. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Viitattu 5.9.2016.
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/28336/Parttimaa_Sinikka.pdf?sequence=1

Puistola, U., Leminen, A. & Rosenberg, L. 2015. Gynekologisen syöpäpotilaan opas. Syöpäpotilaat.fi Viitattu 22.7.2016.
http://www.syopapotilaat.fi/@Bin/278694/Gynekologinen_2015.pdf

Riskitekijät. n.d Käypä hoito. Viitattu 27.6.2016
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi25050>.

Rosenberg, L. 2015. Seksuaalisuus ja syöpä. Suomen syöpäpotilaat ry. Viitattu 12.20.2016. http://syopapotilaat-fi-bin.directo.fi/@Bin/a7f595fd6f08f63a8d672c05b67bc4a9/1476281324/application/pdf/322373/SeksuaalisuusJaSyopa2015_netti.pdf

Tiitinen, A. 2015. Munasarjasyöpä. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 27.6.2016.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00156

Vuorinen, E. 2015. Syöpäpotilaan kivun hoito- opas potilaalle. Viitattu 12.10.2016. http://syopapotilaat-fi-bin.directo.fi/@Bin/bcb38ee8a71d2f24c89b46689913c35b/1476279316/application/pdf/28850/Kipuopas2015_netti.pdf

Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. 2011. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.