

**TIEDOLLINEN TUKI GYNEKOLOGISEN SYÖPÄPOTILAAN
SOLUNSAALPAAJAHOITOJEN ALOITUKSESSA**

Kyselylomake naistentautien poliklinikalle



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Lahdensivu, Hoitotyö

Kevät, 2017

Tiija Takanen

Hoitotyö
Lahdensivu

Tekijä	Tiija Takanen	Vuosi 2017
Työn nimi	Tiedollinen tuki gynekologisen syöpäpotilaan solunsalpaaja-hoitojen aloituksessa	
Työn ohjaaja	Kaisa Seppälä	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kirjallisuuskatsauksen perusteella kyselylomake Kanta-Hämeen keskussairaalan naistentautien poliklinikan yhteydessä toimivan syöpäpoliklinikan Check-list -projektille. Projektilla toteutetaan syöpäpoliklinikan kehittämistyötä, jonka tarkoituksena on parantaa ja yhtenäistää gynekologisen syöpään sairastuneiden potilaiden ohjausta ennen ensimmäisen solunsalpaajahoidon aloitusta. Lisäksi opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää opetus- ja ohjausosaamista syöpätautien hoitotyössä, sekä vahvistaa ammatillista tutkimus- ja kehittämisosaamista.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys koostui keskeisistä tiedollisen tuen teemoista gynekologista syöpää sairastavalle potilaalle annettavassa ohjauksessa rajautuen vaiheeseen ennen ensimmäisen solunsalpaajahoidon aloitusta. Näitä olivat sairauteen ja hoitojen toteuttamiseen liittyvä tieto, ammatillisen ja käytännöllisen tuen saamiseen liittyvä tieto, solunsalpaajahoidon sivuvaikutuksiin liittyvä tieto sekä sairauden vaikutukset potilaan seksuaalisuuteen. Teoreettisessa viitekehyksessä käsiteltiin myös psyykkisen tuen merkitystä sairastuneen tukemisessa sekä tiivistetysti sairastumisen kriisiä, mikä heijastuu merkittävästi potilasohjaukseen.

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena syntyi kyselylomake, joka annettiin syöpäpoliklinikan Check-list -projektin käyttöön. Kyselylomake laadittiin yhteistyössä syöpäpoliklinikan vastuusairaanhoitajan kanssa. Lomakkeen tekemiseen käytettiin Helena Leino-Kilven (1994) HYVÄ HOITO -mittaria, joista valittiin kysymyksiä lomakkeeseen siten, että valmis lomake soveltuisi Check-list -projektin tarkoitukseen. Check-list -projekti toteuttaa kyselyn syksyllä 2017.

Avainsanat Tiedollinen tuki, gynekologiset syövä, potilaan ohjaaminen, hoitotyö
Sivut 39 sivua, joista liitteitä 6 sivua

Degree programme in nursing
Lahdensivu

Author	Tiija Takanen	Year 2017
Subject	The support of knowledge on starting of the cytostatic treatment for patients with gynecological cancer	
Supervisor	Kaisa Seppälä	

ABSTRACT

The aim of this thesis was to produce a questionnaire based on a literature review. The idea was to afford the completed questionnaire to the outpatient clinic for gynecological cancer which is a part of the outpatient clinic of gynecological diseases at Kanta-Häme central hospital. The outpatient clinic is working on a development project called The Checklist. The purpose of their project is to ameliorate and standardize the counselling of the patients with gynecological cancer before their first cytostatic treatment. The aims of the thesis were also to improve the competence of guidance and counselling in the nursing of cancer patients and fortify the professional competence of research and development.

The theoretical part of the thesis was composed of the essential themes of the support of knowledge in counselling patients with gynecological cancer with relation to the counselling before starting the first cytostatic treatment. The four themes were the knowledge of disease and the implementation of treatment, the knowledge of having professional and practical support, the knowledge of the side effects of treatment and the knowledge of the sexual effects of disease. The theoretical part of the thesis was concerned with the meaning of emotional support in supporting a patient. Also, the crisis of having the diagnosis of cancer has a significant effect on counselling, in other words the crisis was discussed briefly in the theory section.

The product of the practice based thesis was the questionnaire which was given to the Checklist -project. The questionnaire was prepared in co-operation with an authorized nurse of the outpatient clinic of gynecological cancer. The questionnaire was compiled by using the scale of HYVÄ HOITO of Helena Leino-Kilpi (1994). The questions were selected from HYVÄ HOITO -scale so the qualified questionnaire would be appropriate to Checklist-project. The survey is going to be carried out in the fall 2017.

Keywords Support of knowledge, gynecological cancers, patient counselling, nursing
Pages 39 pages including appendices 6 p

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	GYNEKOLOGISET SYÖVÄT	2
2.1	Kohdunrunkosyöpä	2
2.2	Munasarjasyöpä	3
2.3	Muut sukuelinten syövät.....	5
3	GYNEKOLOGISEN SYÖVÄN HOITO	7
3.1	Leikkaushoito	7
3.2	Solunsalpaajahoito	8
3.3	Sädehoito	10
3.4	Hormoni- ja vasta-ainehoidot	10
3.5	Palliativinen hoito.....	11
4	GYNEKOLOGISEN SYÖPÄPOTILAAN TUKEMINEN SYÖPÄPOLIKLINIKAN ENSIKÄYNNILLÄ.....	12
4.1	Tiedollinen ja emotionaalinen tuki	12
4.2	Sairastuminen elämäntilanteisiin	15
4.3	Sairauteen ja hoitojen toteuttamiseen liittyvä tieto	16
4.4	Ammatillisen ja käytännön tuen saamiseen liittyvä tieto.....	17
4.5	Solunsalpaajien sivuvaikutuksiin liittyvä tieto	17
4.6	Seksuaalisuuteen liittyvät tiedon tarpeet	21
5	TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	22
5.1	Työn tarkoitus ja tehtävä	22
5.2	Työelämäyhteistyö ja teoreettisen viitekehyksen kokoaminen	23
5.3	Tutkimusmenetelmän valinta	24
5.4	Kyselylomakkeen laatiminen ja sen luotettavuuden arviointi.....	26
5.5	Valmis opinnäytetyö ja siitä saatu palaute	28
6	POHDINTA.....	28
6.1	Tutkimusetiikka opinnäytetyössä.....	29
6.2	Opinnäytetyön aiheen tärkeys ja ajankohtaisuus.....	29
	LÄHTEET	31

1 JOHDANTO

Gynekologiset syövät eli naisen sukuelinten pahanlaatuiset kasvaimet ovat lisääntyneet suomalaisten naisten keskuudessa viimeisten vuosikymmenten aikana. Suomen syöpärekisterin mukaan vuonna 2014 diagnosoitiin 1675 uutta gynekologista syöpätapausta, kun taas vielä 1970-luvulla kyseistä syöpää diagnosoitiin vuosittain reilu 500 tapausta vähemmän. (Suomen syöpärekisterin tilastot 2017). Gynekologiset syövät käsittävät kohdunrunko-, kohdunkaula-, munasarja-, munanjohdin-, ulkosynnytin-, emätin-, sekä istukkasyövät. (Puistola, Leminen & Rosenberg 2015, 5.)

Hoitohenkilökunnan tuella on keskeinen merkitys sairauteen sopeutumisessa sekä hoidoista selviytymisessä. Tiedollinen tuki auttaa sairastunutta ja hänen omaisiaan selviytymään sairauden aiheuttamasta kriisistä syöpädiagnoosin saatuaan, sekä auttaa sopeutumaan sairauden ja hoitojen aiheuttamiin elämänmuutoksiin. Lisäksi tuki vähentää potilaan psykososiaalista stressiä. Tiedollisen tuen lisäksi sairauteen sopeutumisessa ja sairaudesta ja sen hoidoista selviytymisessä emotionaalisella tuella on keskeinen merkitys. (Hautamäki-Lamminen 2012, 39; Mattila 2011, 19–22; Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari, & Uski-Tallqvist 2012, 162.)

Tiedollisella tuella tarkoitetaan potilaalle annettavaa tietoa ja neuvoja, joissa olennaista on niiden liittyminen potilaan yksilölliseen tilanteeseen (Mattila 2011, 18–19). Lisäksi Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785 § 5) määrää potilasta hoitavaa henkilökuntaa antamaan potilaalle tietoa hänen terveydentilasta, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista, hoidon merkityksestä sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista.

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää kirjallisuuskatsauksen perusteella gynekologista syöpää sairastavalle potilaalle annettavan tiedollisen tuen teemoja ja sisältöä ennen ensimmäisen solunsalpaajahoidon aloitusta. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin alueella gynekologista syöpää sairastavat potilaat tulevat ennen solunsalpaajahoidon aloitusta naistentautien poliklinikan yhteydessä toimivan syöpäpoliklinikan ensikäynnille. Tuolloin potilas saa ohjauksen ja suunnitelman ensimmäisestä hoidosta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa kyselylomake Kanta-Hämeen keskussairaalan naistentautien syöpäpoliklinikan Check-list -projektin käyttöön. Projektilla tehdään syöpäpoliklinikan kehittämistyötä, jonka tavoitteena on parantaa ja yhtenäistää gynekologiseen syöpään sairastuneille potilaille annettavaa ohjausta ennen ensimmäisen solunsalpaajahoidon aloitusta. Lisäksi opinnäytetyön tarkoituksena on sekä syventää omaa opetus- ja ohjausosaamista hoitotyössä, että vahvistaa hoitotyön tutkimus ja kehittämisosaamista, mitkä molemmat määritellään kuuluviksi sairaanhoitajaksi valmistuvan osaamisvaatimukseen (Paltta 2005).

2 GYNEKOLOGISET SYÖVÄT

Tässä luvussa esitellään gynekologiset syövät eli naisten sukuelinten pahanlaatuiset kasvaimet. Yleisimmät gynekologiset syövät ovat kohdunrunkosyöpä eli kohdun limakalvon syöpä sekä munasarjasyöpä. Harvinaisempia gynekologisia syöpiä sen sijaan ovat ulkosynnytin-, emätin-, munanjohdin- sekä istukkasyöpä. Kohdunkaulasyövän ilmaantuvuus Suomessa on vähentynyt suuresti viime vuosikymmenten aikana 1960-luvulla aloitettujen irtosoluseulontojen ansiosta. (Ihme & Rainto 2015, 218; Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 92–95; Puistola ym. 2015, 5.)

Syöpä syntyy solun perintötekijöiden vaurioitumisen seurauksena, mikä muuntaa solun pahanlaatuiseksi. Tämä muuntuminen on monivaiheinen prosessi. Pahanlaatuinen solu alkaa jakaantua hallitsemattomasti, koska muutokset syöpää aiheuttavan solun perimässä eivät enää korjaannu. Syöpäsolut ovat jakautuneet jo moninkertaisesti, ennen kuin terveydentilassa huomataan muutosta. Kun pahanlaatuinen solu tuottaa poikkeavasti kasvavia soluja solurykelmäksi, puhutaan kasvaimesta. Pahanlaatuinen solu ei enää kykene suoriutumaan alkuperäisestä tehtävästään. Syövän kehittyminen voi kestää vuosia, tai se voi ilmetä nopeastikin. (Ihme & Rainto 2015, 218–219; Syöpäjärjestöt nd.)

Suomen syöpärekisterin mukaan vuonna 2014 Suomessa diagnosoitiin 1675 gynekologista syöpää. Vuosittain gynekologiseen syöpään kuolee noin 600 naista. Gynekologisten syöpien määrä on kasvanut suuresti viimeisten vuosikymmenten aikana. Määrän kasvun syynä pidetään etenkin suomalaisten pidentynyttä elinikää, sillä gynekologista syöpää esiintyy tyypillisesti vaihdevuosi-ikä ohittaneilla naisilla. Vuonna 2014 Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä diagnosoitiin vuonna 83 uutta gynekologisten syöpätapausta. (Suomen syöpärekisteri 2017; Ihme & Rainto 2015, 218.)

2.1 Kohdunrunkosyöpä

Kohdunrunkosyöpä (carcinoma corporis uteri, carcinoma endometrii) on gynekologisista syövistä yleisin, ja vuonna 2014 Suomessa diagnosoitiin 835 uutta kohdunrunkosyöpää. Kohdunrunkosyöväällä tarkoitetaan yleensä kohtuontelon limakalvon syöpää. Kyseinen syöpä on naisten viidenneksi yleisin syöpä Suomessa. Kyseinen syöpä on yleistynyt viime vuosina, minkä arvellaan johtuvan naisten ylipainon lisääntymisestä, sekä elinikä pidentymisestä. Vielä 1990-luvun alussa diagnosoitiin vuodessa noin parisataa tapausta vähemmän. Keskimääräinen kohdunrunkosyövän sairastumisikä on 60–75 vuotta. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä kohdunrunkosyöpiä diagnosoidaan vuosittain noin 30 uutta syöpätapausta. Kohdunrunkosyövän ennuste riippuu pitkälti kasvaimen levinneisyydestä. Ennuste alkuvaiheen kasvaimissa on jopa 80 prosenttia. (Puistola ym. 2015, 20, 24; Grénman & Leminen 2013, 634; Suomen syöpärekisterin tilastot 2017; Heinonen 2009, 1297.)

Riskiä sairastua kohdunrunkosyöpään lisäävät ikä, ylipaino, diabetes, verenpainetauti, aikaisin alkaneet ja myöhään päättyneet kuukautiset, kuukautiskierto ilman ovulaatiota, myöhäinen vaihdevuosi-ikä, lapsettomuus, hormonikorvaushoidot, etenkin ilman keltarauhashormonia toteutettava hormonikorvaushoito, sekä antiestrogeenihoito. Lisäksi geeniperimä, munasarjojen monirakkulatauti sekä rintasyövän hoidossa käytettävä Tamoksifeeni-hormonihoito altistavat kohdunrunkosyöpään sairastumiselle. (Puistola ym. 2015, 20; Heinonen 2009, 1297; Grénman & Leminen 2013, 634.)

Kohdunrunkosyövän tyypillinen oire on poikkeava verenvuoto emättimestä. Tällä tarkoitetaan vaihdevuosien jälkeistä odottamatonta verenvuotoa tai ennen vaihdevuosi-ikää ilmenevää runsasta tai tihentynyttä, poikkeavaa kuukautisvuotoa. Usein poikkeavaa veristä vuotoa ilmenee jo taudin varhaisessa vaiheessa, mikä helpottaa taudin toteamista jo varhain. Joskus iäkkäimmillä potilailla kohdun märkäinen tulehdus on merkki kohdunrunkosyövästä. Tällöin kasvaimesta tuleva vuoto ei pääse ulos ahtautuneen kohdunkaulakanavan vuoksi. Levinneen taudin tyypillisiä oireita ovat kohdun koon kasvaminen, virtsarakon tai suoliston oireet, sekä kipu alavatsalla. (Heinonen 2009, 1296–1297; Grénman & Leminen 2013, 635; Puistola ym. 2015, 21.)

Kohdunrunkosyövän diagnosoinnissa tärkein tutkimus on kohdun limakalvolta otettava näyte. Emättimen kautta tehtävällä ultraäänitutkimuksella voidaan havaita poikkeavan paksu limakalvo, mikä usein viittaa pahanlaatuisuuteen. Kuitenkaan pelkkä ultraäänitutkimus yksinään ei riitä syövän diagnosoimiseen. Kohdusta otetaan limakalvonäyte aspiroimalla. Tarvittaessa tehdään kohduntähystys tai kohdun kaavinta. Kohdunrunkosyövän paikallisen levinneisyyden määrittämisessä käytetään emättimen kautta tehtävää ultraäänitutkimusta, ja tarvittaessa magneettikuvausta. Muun levinneisyyden selvittämiseen käytetään vatsan ultraäänitutkimusta, keuhkojen röntgentutkimusta, sekä vartalon tietokonetomografiatutkimusta. (Puistola ym. 2015, 21–22; Heinonen 2009, 1296–1297; Grénman & Leminen 2013, 635–636.)

2.2 Munasarjasyöpä

Munasarjasyöpä (carsinooma ovarii) on toiseksi yleisin, mutta kaikkein huonoennusteisin gynekologinen syöpä. Sukuelinten syöpää sairastavista ihmisistä eniten kuolee munasarjasyöpään. Vuosittain munasarjasyöpään sairastuu Suomessa noin 450–470 naista, kun mukaan lasketaan myös harvinaiset taudin muodot. Vuonna 2014 Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin alueella diagnosoitiin 26 uutta munasarjasyöpätapausta. Kuitenkin 2008–2012 tilastoituihin tapausten mukaan vuosittainen keskimäärä on ollut 15 tapausta. (Puistola ym. 2015, 5; Suomen syöpärekisteri 2017; Suomen syöpärekisteri 2014; Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 93; Munasarjasyöpä: Käypä hoito -suositus 2012.)

Munasarjasyöpään sairastumisen riskejä ovat ikä, hormonaaliset tekijät sekä geeniperimä. Suurin osa munasarjasyöpään sairastuneista ovat iältään 60–70-vuotiaita, mutta munasarjasyöpää esiintyy kaikenikäisillä naisilla. Lapsettomuus, endometrioosi, vaihdevuosien hormonihoito, sekä erilaiset munasarjojen toimintahäiriöt lisäävät sairastumisen riskiä. Noin 10 prosenttia taudista on periytyviä, esimerkiksi geenimuutos BRCA1/2 altistaa munasarjasyövälle. (Puistola 2015, 7; Grénman & Leminen 2013, 644–645.)

Munasarjasyövän ennusteeseen vaikuttavat hoitojen onnistumisen lisäksi kasvaimen erilaistuminen ja levinneisyys, sekä potilaan ikä. Munasarjasyövän viiden vuoden elossa-oloennuste on 45–49 %. Alkuvaiheen taudissa hoitotulokset ovat hyviä, paikallisesti rajoittuneessa taudissa viiden vuoden elossa olo luku on 84 %. Pitkälle levinneessä taudissa kyseinen luku on vain 20 %. Hoitotulokset ovat muutaman viimevuosikymmenen aikana parantuneet huomattavasti. Munasarjasyöpään kuolee vuosittain kuitenkin noin 350 naista. (Leminen & Loukovaara 2011, 240, 250; Puistola 2015, 5; Suomen syöpärekisteri 2017.)

Munasarjasyövällä ei ole spesifejä oireita. Tauti on alkuvaiheessa varsin oireeton. Munasarjasyöpä pääsee kasvamaan huomaamattomasti ja kivuttomasti vatsaontelon alueella. Yleensä oireet ilmenevät myöhään tai ovat epämääräisiä, jolloin hoitoon hakeutuminen viivästyy. Usein tauti todetaankin vasta, kun se on ehtinyt levitä ja lähettää etäpesäkkeitä. Kolme neljästä munasarjasyövästä todetaan vasta, kun syöpä on levinnyt vatsaonteloon. Munasarjasyöpä: Käypä hoito -suositus 2012.; Puistola ym. 2015, 8; Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 93; Heinonen 2009, 1298.)

Epämääräisinä oireina voi ilmetä pahoinvointia, vatsakipua, lämmön nousua, heikotusta, laihtumista tai väsymystä tai ruokahaluttomuutta. Tyypillinen potilaan tuntema oire, ja oireiden aiheuttaja on lantion, tai vatsan kasvain. Kasvain voi suurentuessaan aiheuttaa paineen tunnetta, kipua, tai virtsa- tai ulostamisvaivoja. Erittäin suuret kasvaimet voivat aiheuttaa vatsan turpoamista, mikä johtuu askites-nesteen kertymisestä vatsaonteloon. Suurikokoinen kasvain voi aiheuttaa myös alaraajojen turvotusta tai kohdun laskeuman. (Puistola ym. 2015, 8; Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 93; Leminen & Loukovaara 2011, 246; Heinonen 2009, 1298.)

Munasarjasyövän diagnosoinnin perustana ovat esitiedot ja kliininen tutkimus sekä histopatologiset kudokset. Munasarjasyövälle ei ole seulontamenetelmää, millä pystyttäisiin tehokkaasti toteamaan sairaus jo varhaisessa vaiheessa. Oireeton varhaisvaiheen tauti havaitaan usein satunallisuudenäytteenä gynekologisen tutkimuksen yhteydessä. Taudin diagnosoinnissa ja levinneisyyden määrittämisessä voidaan käyttää kasvainmerkkiainetutkimuksia, esimerkiksi seerumin merkkiaineen CA 12-5 määrittämistä, ultraäänitutkimusta, sekä tietokonetomografiatutkimusta. Erotusdiagnosi hyvänlaatuisesta kasvaimesta on tärkeää, sillä 85 % munasarjakasvaimista on hyvänlaatuisia. Kasvain voi olla myös borderline-kasvain eli kasvain sijoittuu kudostyyppiltään hyvän- ja pahalaatuisen välille. (Leminen

& Loukovaara 2011, 246–247, 243; Puistola ym. 2015, 5, 8; Grénman & Leminen 2013, 644–648; Munasarjasyöpä: Käypä hoito -suositus 2012.)

2.3 Muut sukuelinten syövät

Muita sukuelinten syöpiä ovat kohdunkaulasyöpä, ulkosynnyttinsyöpä, emätinsyöpä, munanjohdinsyöpä, sekä istukkasyöpä. Kohdunkaulasyöpä on gynekologisista syöivistä kolmanneksi yleisin ja siihen sairastuu Suomessa vuosittain noin 150 ja kuolee noin 50 naista. Maailmanlaajuisesti kohdunkaulasyöpään sairastuu vuosittain noin 500 000 ja kuolee 250 000 naista. Lähes 80 prosenttia kohdunkaulasyöivistä esiintyy kehitysmaissa. (Puistola ym. 2015, 5, 14; Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 93; Grénman & Leminen 2013, 629.)

Kohdunkaulasyövän merkittävin riskitekijä on Human Papilloma Virus, HPV. HPV-viruksia on yli 100, joista alle 20 tiedetään olevan korkean riskin viruksia syöpää sairastumisen suhteen. Myös toistuvat sukupuolielinten tulehdukset lisäävät riskiä sairastua kohdunkaulasyöpään. Lisäksi tupakoinnin on osoitettu olevan yksi riskitekijä kyseiseen syöpään sairastumiselle. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 9; Puistola ym. 2015, 14; Grénman & Leminen 2013, 629–630.)

Kohdunkaulasyöpää pystytään ehkäisemään tehokkaalla papa-seulonalla, jolloin kohdunsuulta otettavalla irtosolunäytteellä syövän oireettomia esiasteita voidaan todeta ja hoitaa jo ennen syöväksi kehittymistä. Sairastetuista HPV-tulehduksista vain noin 10 prosenttia jää pysyviksi solumuutoksia aiheuttaviksi tulehduksiksi, mutta edelleen seulontoja suositellaan 30–60-vuotiaille naisille viiden vuoden välein. Vuonna 2013 aloitettiin HPV-rokotusten antaminen 11–12-vuotiaille tytöille. Rokotukset kehitettiin HPV-virustyyppijä 16 ja 18 vastaan, mitkä ovat tavallisimmat kohdunkaulasyöpää aiheuttavat virukset. (Puistola ym. 2015, 14–15; Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 93.)

Kohdunkaulasyövän oireita ovat poikkeava gynekologinen vuoto tai verinen vuoto emättimestä esimerkiksi ponnistamisen yhteydessä tai yhdynnän jälkeen. Vuoto voi muuttua jatkuvammaksi, ja siihen voi liittyä tulehduksen oireita. Pidemmälle edenneen taudin oireita ovat tavallisimmin lantionpohjan sekä alaselän kipu, väsymys, voimattomuus, anemia, painon lasku sekä virtsaamis- ja ulostamisongelmat. (Puistola ym. 2015, 15; Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 93; Grénman & Leminen 2013 631–632.)

Kohdunkaulasyöpä todetaan joko gynekologisen tutkimuksen yhteydessä sattumalöydöksenä tai papakokeessa ilmenneiden solumuutosten perusteella. Diagnoosi varmistetaan kohdunsuun mikroskooppitähystyksen yhteydessä otettavilla koepaloilla. Syövän levinneisyyttä selvitetään tietokonetomografiatutkimuksella ja tarvittaessa magneettikuvauksella. Toisinaan joudutaan myös selvittämään kasvaimen levinneisyyttä suoleen tai

virtsarakkoon kyseisiin elimiin tehtävillä tähystystoimenpiteillä. (Puistola ym. 2015, 16; Grénman & Leminen 631–632; Aalto 2017.)

Ulkosynnyttinsyöpä on selvästi muita gynekologisia syöpiä harvinaisempi. Sitä todetaan Suomessa vuosittain alle 100 tapausta. Riskiä ulkosynnyttinsyöpään sairastumiseen lisäävät toistuvat ja kroonistuneet tulehdukset, etenkin HPV -infektio, sekä Lichen sclerosus eli valkojäkälätauti. Syövän esiasteet eli dysplasiat lisäävät selvästi riskiä sairastua ulkosynnyttinsyöpään. Selvää syytä ulkosynnyttinsyövälle ei kuitenkaan tunneta. (Puistola ym. 2015, 26; Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 95; Grénman & Leminen 2013, 624.)

Ulkosynnyttinsyövän diagnoosi perustuu oireisiin sekä muutokohdasta otettavaan koepalaan. Tyypillisiä oireita ovat kutina, kirvely, kipu sekä ulkosynnyttimissä esiintyvä kasvainmainen verta vuotava muutos tai tulehtunut ja epätarkkarajainen haavauma. Muutokset oireilevat usein kipeinä, jolloin hoitoon hakeudutaan usein jo taudin alkuvaiheessa, ennen kuin kasvain on ehtinyt levitä. (Puistola ym. 2015, 26–27; Grénman & Leminen 2013, 625.)

Ulkosynnyttinsyövän ennuste riippuu kasvaimen levinneisyydestä. Kasvain voi levitä virtsaputken, emättimen sekä peräaukon seutuun, sekä nivusten ja lantion imusolmukkeisiin. Veriteitse tauti leviää lähinnä keuhkoihin. Levinneisyyttä selvitetään tietokonetomografiatutkimuksella, sekä tarvittaessa magneettikuvauksella. Paikallisen taudin ennuste on jopa 90%, mutta mikäli imusolmukkeissa todetaan tautia, on taudilla kohonnut uusiutumisen riski, ja ennuste laskee huomattavasti. (Puistola ym. 2015, 27, 30.)

Emätinsyöpä todetaan Suomessa vuosittain ainoastaan 10–15 tapausta. Kyseiseen syöpään sairastuvat usein 50–60-vuotiaat naiset. Usein emätinsyöpä on alussa oireeton ja tyypillisesti kasvain on jo lähettänyt etäpesäkkeitä, kun se todetaan. Emättimen syövän esiasteita voidaan kuitenkin todeta ja hoitaa ennen syöväksi kehittymistä. Esiasteet voidaan havaita papa-kokeessa, ja niitä voidaan hoitaa joko laservaporisaatiolla tai kirurgisesti. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 95; Grénman & Leminen 2013, 254–255.)

Emätinsyövän diagnoosi perustuu oireiden selvittelyksi otetun koepalan kudostutkimukseen ja taudin hoito ja ennuste riippuvat taudin levinneisyysasteesta. Emätinsyövän oireena voi olla verinen vuoto, lisääntynyt valkovouto, tai se voi olla täysin oireeton, jolloin se voidaan todeta sattumalöydöksenä. Levinneisyyden määrittämisessä käytetään tarvittaessa gynekologisen tutkimuksen ja emättimen ja kohdunsuun tähystyksen lisäksi virtsarakon ja peräsuolen tähystystä tai ylä- ja alavatsan ultraääni- tai tietokonetomografiatutkimusta. (Leminen & Loukovaara 2011, 244; Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 95.)

Munanjohdinsyöpä ja istukkasyöpä ovat myös harvinaisia gynekologisia syöpiä. Munanjohdinsyöpää todetaan vuosittain 60–80 uutta tapausta ja

istukkasyöpää ainoastaan muutama uusi tapaus vuosittain. Munanjohdinsyöpien määrä on kuitenkin hieman lisääntynyt viime vuosina. Munanjohdinsyöpään sairastuneet ovat yleensä iältään 50–60-vuotiaita. Kuten munasarjasyöpä, on munanjohdinsyöpä usein varhaisessa vaiheessa oireeton, ja levinneen syövän oireet ovat pitkälti samat kuin munansarjasyövässä. Munanjohdinsyöpä todetaan usein vatsan avoleikkauksessa, tai vatsaontelon täyhystyksen yhteydessä. Sairauden hoito noudattaa samoja periaatteita kuin munasarjasyövän hoito, mutta yleensä ennuste on kuitenkin huonompi. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen, 2016, 94. Grénman & Leminen 2013, 642–643; Pakarinen 2011, 258.)

3 GYNEKOLOGISEN SYÖVÄN HOITO

Tässä luvussa käsitellään gynekologisten syöpien hoitomuodot. Gynekologista syöpää hoidetaan pääosin operatiivisesti. Hoito voi olla myös konservatiivista. Operatiivisella hoidolla tarkoitetaan syövän leikkaushoitoa, johon liitetään yleensä lääkehoito tai sädehoito tai tarvittaessa molemmat. Konservatiivisella hoidolla taas tarkoitetaan sairastuneen voinnin ja tilan seuraamista ja potilaan psyykkisiin, fyysisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin vastaamista. Konservatiivisessa hoidossa korostuvatkin potilaan hyvä kivunhoito, henkisen tuen tarjoaminen sekä vertaistuen mahdollistaminen. Potilaan hoitosuunnitelma laaditaan tutkimustulosten perusteella yhdessä potilaan kanssa. Palliatiivinen hoito tarkoittaa potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa jolloin kuolemaan johtava sairaus ei ole parannettavissa. (Ihme & Rainto 2015, 227; Joensuu 2013b, 132; Grénman & Leminen 2013, 624; Saarto 2013, 915.)

Syövän varhainen toteaminen ja nopea hoitoon pääsy parantavat huomattavasti potilaan ennustetta. Gynekologisten syöpien sekä niiden esiasteiden hoito tulisi hoitotulosten parantamiseksi keskittää keskussairaaloihin, joissa on mahdollista toteuttaa asianmukainen hoito. Syövän koko ja levinneisyys vaikuttavat potilaan hoidon suunnitteluun ja taudin ennusteeseen. Syöpä luokitellaan kasvaimen erilaistumisen mukaan pahanlaatuisuusasteisiin eli graduksiin, mitkä ilmoitetaan roomalaisina numeroina. Syövän levinneisyys ilmoitetaan tyyppillisesti Kansainvälisen syöpä-unieron julkaiseman TMN-luokituksen mukaan. Tässä luokituksessa T (tumour) kuvastaa primaarikasvaimen laajuutta, N (node) alueellisesti imusolmukkeiden määrää, jossa esiintyy kasvainta, ja M (metastasis) kauempana sijaitsevia etäpesäkkeitä. (Ihme & Rainto 2015, 219; Aalto 2017; Grénman & Leminen 2013, 624; Roberts & Joensuu 2013, 83; Ristimäki, Franssila & Kosma 2013, 93.)

3.1 Leikkaushoito

Kohdunrunkosyövän ensisijainen hoitomuoto on leikkaus. Leikkauksessa poistetaan kohtu, munasarjat ja munanjohdot. Leikkaus voidaan tehdä täyhystys- tai avoleikkauksena. Ennen leikkausta ja myös leikkauksen aikana arvioidaan kasvaimen laajuus ja syvyys kohdun seinämässä. Jos syöpä

kasvaa syvälle kohdun lihaskerrokseen, poistetaan leikkauksessa myös lantion ja tarvittaessa aortan viereiset imusolmukkeet. Leikkauksen aikana otetaan myös useita näytteitä, esimerkiksi vatsaontelosta, levinneisyyden selvittämiseksi. (Puistola ym. 2015, 23; Heinonen 2009, 1297; Grénman & Leminen, 2013, 637.)

Munasarjasyöpää hoidetaan pääosin leikkauksella, jolla pyritään kasvaimen täydelliseen poistamiseen vatsaontelosta. Leikkaus tehdään avo-, tähytys- tai robottileikkauksena. Leikkauksessa poistetaan kohtu sivueliminen, lantion ja aortan viereiset imusolmukkeet, umpilisäke sekä vatsapaita. Leikkauksessa määritellään myös taudin levinneisyys solu- ja kudonäytteitä ottamalla. Leikkauksessa voidaan tarvita gynekologin lisäksi gastrokirurgia tai urologia, mikäli kasvain on levinnyt hankalasti suoliston tai virtsaelinten alueelle. Tällöin saatetaan joutua poistamaan ohut- tai pakusuolta tai tekemään avanne. Mikäli tauti on rajoittunut ainoastaan toiseen munasarjaan, voidaan tehdä hedelmällisyyden säästävä leikkaus. Munasarjasyövän leikkaus voi olla myös palliatiivinen eli potilaan oireita lievittävä. Tällöin esimerkiksi suolenvetovaikeutta tai runsasta askites-nesteen eritystä pyritään lievittämään. (Leminen & Loukovaara 2011, 248–249; Aalto 2017; Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 94; Munasarjasyöpä: Käypä hoito -suositus 2012; Puistola ym. 2015, 9.)

Myös muut gynekologiset syövät eli emätin-, kohdunkaula- ja ulkosynnytinsyöpä pyritään hoitamaan ensisijaisesti leikkauksella. Leikkaushoidon mahdollisuus arvioidaan aina tapauskohtaisesti potilaan kunnon, syövän levinneisyyden ja erilaistumisasteen mukaan. Kohdunkaulasyövän hoidossa pyritään huomioimaan, toivooko potilas vielä saavansa lapsia. Se voidaanko kasvain leikata siten, että kohtu säästetään, riippuu pitkälti kasvaimen rajoittuvuudesta ja levinneisyydestä. (Puistola ym. 2015, 17–18; Aalto 2017.)

Ulkosynnytinsyövän leikkauksessa poistetaan osa ulkosynnyttimistä tai koko ulkosynnyttimien alue, josta käytetään nimitystä vulvektomia. Ulkosynnytin syövän leikkaushoito vaikuttaa voimakkaasti sairastuneen seksuaalisuuteen, sillä leikkauksen jälkeen ulkosynnyttiminen ulkonäkö muuttuu ja joissain tapauksissa voidaan joutua poistamaan leikkauksessa myös häpykieli eli klitoris. Edenneissä kasvaimissa voidaan ulkosynnyttimien lisäksi joutua poistamaan myös virtsaputki, virtsarakko ja peräsuoli, jotta kaikki kasvainkudos saadaan poistetuksi. (Puistola ym. 2015, 28–29; Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 95.)

3.2 Solunsalpaajahoito

Solunsalpaajat eli sytostaatit ovat syövän hoidossa käytettäviä lääkkeitä, joiden tarkoitus tuhota syöpäsoluja. Niiden vaikutus perustuu solujen jakaantumisjärjestelmän vahingoittamiseen, jolloin solujen kasvu ja lisääntyminen estetään. Lääkeaine kulkeutuu verenkierron mukana kaikkialle eli

mistöön, joten solunsalpaajilla saadaan tuhottua sekä erilaisissa tutkimuksissa näkyvät syöpäkasvaimet, että myös pienempiä syöpäsolurykelmiä, joita ei ole tutkimuksin mahdollisuus havaita. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 5–7; Ihme & Rainto 2015, 227; Puistola ym. 2015, 11.)

Solunsalpaajat annostellaan yleensä suonensisäisesti, mutta jotkin lääkkeitä on mahdollista ottaa myös tabletteina. Suonensisäinen lääkehoito toteutetaan polikliinisesti. Tällöin potilas viipyy poliklinikalla hoidon, sekä pienen seurannan ajan. Yleensä paranemiseen tähtäävä hoito-ohjelma on hyvin potilaalle ennakkoon kerrottavissa. Hoidon pituutta on kuitenkin vaikea arvioida, sillä hoito-ohjelmaa voidaan joutua muuttamaan hoitojen kuluessa tai käytettäviä solunsalpaajia saatetaan joutua vaihtamaan mahdollisten yliherkkyyksireaktioiden vuoksi tai kasvainsolujen tullessa vastustuskykyiseksi käytettäville solunsalpaajille. (Lappalainen 2017b; Aalto 2017; Ihme & Rainto 2015, 227; Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 6, 8–10; Puistola ym. 2015, 11.)

Solunsalpaajilla on sivuvaikutuksia, koska vaikutus kohdistuu myös terveiden kudosten solujen kasvuun ja uudistumiseen. Erityisesti lääke vaikuttaa nopeasti uusiutuviin soluihin, joita on esimerkiksi limakalvoilla ja karvatupeissa. Suurin osa elimistön soluista on kuitenkin vähemmän herkkiä solunsalpaajille kuin syöpäsolut. Sivuvaikutusten laatu ja voimakkuus riippuvat käytettävistä lääkkeistä ja annosten suuruudesta, sekä potilaan yleiskunnosta ja elimistön yksilöllisestä herkkyydestä sivuvaikutuksille. Ajan myötä sivuvaikutukset helpottuvat ja usein häviävät muutaman kuukauden kuluessa hoitojen päätyttyä. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 7, 11; Ahonen ym. 2012, 139–140; Ihme & Rainto 2015, 229.)

Solunsalpaajahoitoa voidaan antaa joko ennen leikkausta tai sen jälkeen. Heti leikkauksen jälkeen annettavasta liitännäishoidosta käytetään nimitystä adjuvanttihoito. Tällöin pyritään poistamaan paikallishoidon jäljiltä mahdolliset elimistöön jääneet syöpäsolut. Ennen leikkausta annettavalla hoidolla, neoadjuvanttihoitolla pyritään kasvaimen pienentämiseen ennen leikkausta. Solunsalpaajahoitoa voidaan käyttää myös pitkälle edenneen syövän ensisijaisena hoitomuotona jarruttamaan kasvaimen etenemistä sekä lievittämään oireita. (Joensuu 2013a, 132; Puistola ym. 2015, 11.)

Gynekologisten syöpien hoidossa solunsalpaajahoito suunnitellaan aina potilaalle yksilöllisesti. Tyypillisesti potilaan ensimmäinen sytostaattihoido alkaa noin kuukauden kuluttua leikkauksesta. Esimerkiksi munasarjasyövän hoidossa leikkaushoitoon liitetään usein ensivaiheen solunsalpaajahoito. Solunsalpaajia antaa myös ennen leikkausta, etenkin pidemmälle levinneessä taudissa. Mikäli syöpä on rajoittunut vain toiseen munasarjaan, ja sen on todettu olevan solutyypiltään hyvin erilaistunutta, ei solunsalpaajahoitoja tarvita. Kohdunrunkosyövän hoidossa solunsalpaajahoitoa käytetään valikoidusti. Edenneessä taudissa solunsalpaajahoito voi hidastaa syövän etenemistä, ja tällöin suositellaankin yhdistettävän solunsalpaajahoitoa sädehoitoon, etenkin mikäli kasvain on lähettänyt etäpesäkkeitä.

(Aalto 2017; Puistola ym. 2015, 10–11, 23; Munasarjasyöpä: Käypä hoito -suositus 2012; Grénman & Leminen 2013, 637, 649.)

3.3 Sädehoito

Sädehoito on suurienergistä, ionisoivaa säteilyä. Sitä kutsutaan myös radioaktiiviseksi säteilyksi, jonka tarkoituksena on paikallisesti tuhota syöpäkudosta. Sädehoidon vaikutus syövän hoidossa perustuu siihen, että jakautumisvaiheessa olevat solut tuhoutuvat. Jotta sädehoidolla saavutettaisiin parantava hoitotulos, tavallisesti sädehoitoa annetaan yhdessä leikkaus- ja solunsalpaajahoidon kanssa gynekologisen syövän hoidossa. Ennen leikkausta annettavalla sädehoidolla pyritään kasvaimen pienentämiseen ennen leikkausta. Tavallisimmin sädehoitoa annetaan kuitenkin leikkauksen jälkeen. Tällöin pyritään tuhoamaan leikkaus- ja imusolmukealuille jäänyttä kasvainkudosta, sekä estämään elimistöön jääneiden syöpäsolujen lisääntyminen. (Kouri & Tenhunen 2013, 149–150; Aalto 2017; Ihme & Rainto 2015, 231–232; Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 4.)

Sädehoitoa voidaan antaa potilaalle joko ulkoisesti sädehoitolaitteesta tai sisäisesti kudoksen sisälle asetettavan säteilylähteen avulla. Sädehoidon määrä sekä hoitojen pituus ovat yksilöllisiä ja riippuvat hoidettavasta syövästä, sädetettävää aluetta ympäröivien kudoksen herkyydestä sekä sädetettävän annoksen suuruudesta. Hoito annetaan yleensä polikliinisesti sille tarkoitettussa sädetyshuoneessa, tyypillisesti kerran päivässä useamman viikon ajan. Sädehoito on kivutonta, eikä potilas säteile hoitojen jälkeen. (Ihme & Rainto 2015, 232.)

Sädehoidolla on sekä välittömiä, hoidon aikana ilmaantuvia, että myöhäisiä sivuvaikutuksia. Sädehoidon sivuvaikutusten ilmaantuminen on yksilöllistä, mutta niistä tyypillisimpiä ovat väsymys, pahoinvointi, ruokahaluttomuus, virtsavaivat, ilmavaivat sekä ripuli. Sädetys vaikuttaa myös sädetetyn alueen ihoon sekä limakalvoihin. Sekä iho että limakalvot korjaantuvat yleensä hoitojen jälkeen muutamassa viikossa mutta voivat jäädä normaalia ohuemmiksi ja herkemiksi. Emättimeen annettava sädetys voi aiheuttaa lievää verenvuotoa. (Ihme & Rainto 2015, 232.)

3.4 Hormoni- ja vasta-ainehoidot

Gynekologisten syöpien hoidossa voidaan käyttää valikoidusti hormoni- ja vasta-aine lääkitystä. Monien syöpäkasvainten kasvu on hormoneista riippuvaisia. Hormonilääkityksellä tarkoitetaan lääkitystä, jolla pyritään muuttamaan elimistön hormonasapainoa tai pyritään estämään elimistön omien hormonien erityksen tai niiden vaikutus. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 22.)

Kohdunrunkosyövän hoidossa voidaan käyttää hormonaalista hoitoa. Tällöin hoito on estrogeenin kumoavaa hoitoa, joko progesteronilla eli kelta-

rauhashormonilla, tai muilla vastaavalla tavalla vaikuttavilla hoidoilla. Hormonihoito voi olla myös palliatiivista hoitoa potilaille, joille ei voida käyttää muita hoitomuotoja. Hoito lopettaa verenvuodon, ja sillä voidaan saada tauti vakaaksi useiden vuosien ajaksi. (Puistola 2015, 24.)

Munasarjasyövän hoidossa voidaan käyttää hormonihoitoa ja vasta-ainehoitoa. Hormonihoitoa voidaan käyttää uusiutuneen taudin hoidossa, kun potilas on oireeton, ja CA 12-5 -taso nousee, mutta kasvainta ei kuitenkaan kuvantamistutkimuksin havaita. Hormonihoitoa voidaan käyttää myös silloin, mikäli solunsalpaajahoito ei ole mahdollinen. Hoitotulokset ovat kuitenkin pääosin taudin etenemistä hidastavia. (Grénman & Leminen 2013, 651.)

Uusimpana hoitomuotona munasarjasyövän, kuten myös kohdunkaulan syövän, hoitoon on tullut kasvaimen verisuonitusta estävä vasta-aine, bevatsitsumabi. Tutkimuksissa on todettu, että bevatsitsumabin antaminen on erityisen hyödyllistä silloin, kun munasarjasyövällä katsotaan olevan suuri uusitutumisen riski. Vasta-aine lääkitystä voidaan käyttää joko yhdistettynä solunsalpaajahoitoon, tai yksinään. Kohdunkaulasyövän hoidossa bevatsimabi solunsalpaajahoitoon yhdistettynä lisää jonkin verran hoidon tehoa. Lääkityksen mahdollisuus arvioidaan yksilöllisesti jokaisen potilaan kohdalla. (Puistola ym. 2015, 11–12, 18; Grénman & Leminen 2013, 651.)

3.5 Palliatiivinen hoito

Palliatiivisessa eli oireenmukaisessa hoidossa keskeisintä on potilaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin sekä parhaan mahdollisen elämänlaadun turvaaminen, vaikka sairaus ei olekaan parannettavissa. Palliatiivisen hoidon tarkoituksena on sekä helpottaa potilaan oireita että ehkäistä ja lievittää sairauden aiheuttamaa fyysistä, psyykkistä, sosiaalista sekä olemassa oloon liittyvää kärsimystä. Palliatiivisessa hoidossa korostuu myös potilaan läheisten huomioiminen. Saattohoidolla tarkoitetaan kuolevan potilaan hoitoa. (Saarto 2013, 915; Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 94.)

Palliatiivisessa hoidossa keskitytään potilaan kivun ja pahoinvoinnin lievittämiseen. Henkisellä ja vertaistuellalla on suuri merkitys. Tarvittaessa tehdään potilaan oloa helpottavia toimenpiteitä. Palliatiivisena hoitona voidaan antaa myös solunsalpaaja- tai sädehoitoa. Tällöin hoidon tavoitteena on taudin etenemisen hidastaminen, oireiden vähentäminen, sekä potilaan elinajan pidentäminen. Palliatiivisena hoitomuotona annettavassa solunsalpaaja- tai sädehoidossa on huomioitava kuitenkin hoidoista aiheutuva hyöty verrattuna hoidosta aiheutuviin sivuvaikutuksiin sekä potilaan yleisvointi ja elämänlaatu. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 93–94; Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 5–6, 9.)

4 GYNEKOLOGISEN SYÖPÄPOTILAAN TUKEMINEN SYÖPÄPOLIKLINIKAN ENSIKÄYNNILLÄ

Tässä luvussa käsitellään gynekologiseen syöpään sairastuneelle potilaalle annettavaa tiedollista tukea siinä vaiheessa, kun potilas on toipunut syöpäleikkauksesta, ja hänelle ollaan aloittamassa solunsalpaajahoidot oman alueensa keskussairaalassa. Tällöin potilas elää sairastumisen sokkivaihetta. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä hoitojen aloitukseen kuuluu ensikäynti naistentautien syöpäpoliklinikan vastaanotolla, jonka jälkeen aloitetaan solunsalpaajahoidot päiväsairaalassa. (Lappalainen 2017b; Aalto 2017.) Luvussa kuvataan myös syöpään sairastumista elämänkriisinä Cullbergin (1991) kriisiteorian mukaisesti, sillä sairastumisen kriisi heijastuu potilaalle annettavaan ohjaukseen.

Syöpäpoliklinikan ensikäynti valmistaa potilasta tuleviin hoitoihin. (Lappalainen 2017b). Potilaiden yleisimmät tiedon tarpeet kohdistuvat tietoon sairaudesta, sen asteesta, levinneisyydestä ja ennusteesta, sekä sairauden hoidosta ja sivuvaikutuksista. Tietoa tarvitaan syöpäsairauteen sopeutumisesta, hoidoista selviytymisestä ja toipumisesta, oman terveyden edistämisestä ja itsehoidosta, sairauden vaikutuksesta arkeen, kuten sosiaaliseen elämään ja harrastuksiin, sekä tietoa taloudellisista kysymyksistä. Potilaat odottavat saavansa tietoa myös syövän vaikutuksesta mielialaan, ulkonäköön, minäkuvaan sekä ihmissuhteisiin ja seksuaalisuuteen. Ensikäynnillä korostuu myös potilaan emotionaalisen tuen tarve. Etenkin sairaanhoitajan rooli vastaanotolla kohdentuu paljolti potilaan emotionaalisen tuen tarpeisiin vastaamiseen. (Ahonen ym. 2012, 162; Lappalainen 2017b; Mattila 2011, 25; Hautamäki-Lamminen 2012, 36, 39, 60; Hautamäki-Lamminen, Lipiäinen, Åstedt-Kurki & Lehto 2011, 14; Ihme & Rainto 2015, 219; Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 95.)

4.1 Tiedollinen ja emotionaalinen tuki

Mattilan (2011) mukaan tuki on käsitteenä monimuotoinen, ja sen määritelmä tai sisältö ei ole yksiselitteisesti kuvattavissa, vaan riippuu näkökulmasta, mistä käsitettä tarkastellaan. Tuen käsite voidaan määritellä esimerkiksi ihmisten välisten vuorovaikutussuhteiden luonteen sekä niissä tapahtuvan käyttäytymisen perusteella, tuen tavoitteen ja tarkoituksen, tai sosiaalisten verkostojen laajuuden ja sisällön avulla. Mattilan (2011) mukaan tuen muodot ovat erilaisia tuen sisällön muodostavia funktioita, mikä ilmenee tuen antajan ja tuen saajan välisessä vuorovaikutuksessa. Täten tuen muodoiksi muodostuvat tiedollinen, emotionaalinen sekä instrumentaalinen tuki. Potilaiden tuen tarpeet ovat pääasiallisesti tiedollisia sekä emotionaalisia. Myös sosiaalisen tuen teoria määrittelee edellä mainitut keskeisiksi tuen muodoiksi. (Mattila 2011, 16–18; Ahonen ym. 2012, 163.)

Potilaan oikeus tiedon saantiin on määritelty Suomen laissa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrää, että potilaalle tulee antaa selvitys hänen

terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, sekä tietoa eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Lisäksi potilaalle tulee antaa kaikki muu tarvittava tieto, millä katsotaan mahdollisesti olevan merkitystä potilaan hoitoa koskevassa päätöksen teossa. Määräyksestä poiketaan silloin, mikäli potilas ei itse edellä mainittua tietoa halua, tai mikäli tiedolla katsotaan olevan vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Potilaalle tulee antaa tieto sellaisessa muodossa, että potilas ymmärtää sen riittävän hyvin. Tarvittaessa käytetään tulkkia. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 : 5 §)

Tiedollinen tuki on potilaalle annettavaa tietoa ja neuvoja, jossa tuen sisältö ja hyödyllisyys liittyvät potilaan yksilölliseen tilanteeseen. Hoitotyössä tiedollisella tuella tarkoitetaan potilasohjausta, mikä on yksi keskeinen hoitotyön osa-alue ja osa turvallista hoitotyötä. Usein potilaat toivovat, että myös heidän läheisensä olisivat ohjaustilanteissa mukana. (Mattila 2011, 18–19, 25; Ahonen ym. 2012, 34.)

Tiedon saaminen helpottaa potilaasta sopeutumaan sairauteensa. Lisäksi se vähentää potilaan kokemaa psykososiaalista stressiä. Tutkimusten mukaan tiedollinen tuki auttaa potilasta synnyttämään uusia voimavaroja, sekä mahdollistaa potilasta muuttamaan terveyskäyttäytymistään sekä selviytymään kriisi- ja elämänmuutostilanteista. Nämä syntyneet voimavarat tukevat potilasta ajatusten ja tunteiden käsittelyssä, sekä mahdollistavat potilaalle uusien selviytymiskeinojen työstämisen, ja täten muuttuneeseen elämäntilanteeseen sopeutumisen. (Hautamäki-Lamminen 2012, 39; Mattila 2011, 19–20.)

Tiedollinen tuki motivoi potilasta itsehoitoon ja vahvistaa itseluottamusta itsensä hoitamisessa, sekä vahvistaa päätöksentekotaitoja. Se auttaa potilasta sietämään sairauden aiheuttamaa epävarmuuden tunnetta, sekä lisää potilaan toivon, sisäisen kontrollin sekä itsekunnioituksen ja arvokkuuden tunteita. Tutkimuksin on osoitettu, että potilaalle annettava tuki lisää tyytyväisyyttä hoitoon sekä yhteistyöhön eri hoitotahojen välillä. (Mattila 2011, 20–21.)

Potilaalle annettavan tiedollisen tuen tulee olla rehellistä, avointa ja selkeästi ilmaistua informaatiota, jonka potilas kykenee ymmärtämään. Lisäksi potilaalle ja hänen perheenjäsenille on annettava mahdollisuus kysymysten esittämiseen. Hoitohenkilökunnan tulee varmistaa, että potilas ja perheenjäsenet ymmärtävät saamansa tiedon ja osaavat soveltaa sitä omaan tilanteeseensa oikealla tavalla. Tarvittaessa tulee järjestää aikaa myös jo annetun tiedon kertaamiselle. (Mattila 2011, 36.)

Suullisen ohjauksen lisäksi potilaalle tulee antaa myös kirjallisia ohjeita ja materiaalia. Lisäksi tulisi antaa tietoa siitä, kuinka he voivat itse hakea tietoa sairaudestaan. Internetissä on saatavilla runsaasti tietoa, mutta olennaista on se, että potilas tietää, mitkä internetin tietolähteistä ovat luotettavia. On olemassa esimerkiksi asiantuntijoiden laatimia tietoväyliä, joita

potilas voi hyödyntää. Sairaalassa voi myös olla tarjolla ryhmäohjausta syöpäpotilaille eri teemojen mukaisesti. (Mattila 2011, 25; Ahonen ym. 2012, 165.)

Syöpäpoliklinikalla suullisen ohjauksen tueksi potilaalle annetaan opaskansio, johon on koottu potilaan kannalta tärkeimmät solunsalpaajahoitoon liittyvät asiat. Opaskansion on laatinut syöpäpoliklinikan vastuusairaanhoitaja yhdessä poliklinikan erikoislääkärin kanssa. Kansion lisäksi ensikäynnillä potilaalle annetaan myös syöpäpotilaat ry:n kustantamia opasvihkoja, jotka sisältävät muun muassa tietoa syövästä ja seksuaalisuudesta, selviytymisestä sekä toivosta. (Lappalainen 2017b; Aalto 2017.)

Syöpää sairastava potilas ja hänen läheisensä tarvitsevat myös emotionaalista eli psyykkistä tukea sairaudesta ja hoidoista selviytymisessä ja uuteen elämäntilanteeseensa sopeutumisessa. Yleensä gynekologiset syöpäpotilaat toipuvat leikkauksesta hyvin, mutta etenkin henkinen toipuminen voi olla raskasta. Emotionaalisen tuen lähtökohtana ovat niin ikään potilaan yksilöllinen tilanne sekä hänen yksilölliset tuen tarpeet ja toiveet. Joidenkin tutkimusten mukaan emotionaalista tukea pidetään tärkeimpänä tuen muotona, sillä sen on osoitettu olevan selvimmin yhteydessä terveyteen. Useiden tutkimusten mukaan potilaat kokevat emotionaalisen tuen tärkeimmäksi tuen osa-alueeksi. (Ihme & Rainto 2015, 219–220; Ahonen ym. 2012, 162–163; Mattila 2011, 18–20.)

Syöpää sairastavan potilaan tukeminen on moniammatillisen hoitotiimin yhteistyötä. Hoitavan lääkärin ja sairaanhoitajien lisäksi tärkeitä potilaan tukijoita esimerkiksi fysioterapeutit ja sosiaalihoitajat. Myös vertaistuella voi olla suuri merkitys tuen antajana. Syöpäjärjestöt tarjoavat potilaille ja heidän läheisilleen tukea neuvontapalveluiden ja tukihenkilötoiminnan avulla. Sopeutumisvalmennuskursseilla potilaat läheisineen saavat tietoa vertaistuen mahdollisuuksista sekä syöpä- ja potilasjärjestöistä. Potilas voi hyötyä myös keskusteluryhmistä sekä psyko- ja taideterapioista. (Ihme & Rainto 2015, 220; Ahonen ym. 2012, 162.)

Emotionaalista tukea voidaan kuvata vuorovaikutukseksi, jossa tuki kohdentuu tunteiden huomioimiseen ja käsittelemiseen. Emotionaalisen tuen menetelmiä ovat välittäminen, huolenpito, myötäeläminen, kuuntelu, kunnioitus, hyväksyntä, läsnäolo, rohkaisu sekä tunteiden huomiointi ja tunteista keskusteleminen. Lisäksi emotionaalisen tuen menetelmiä ovat potilaan ja perheenjäsenen mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun, sekä tukeminen päätöksenteoissa. (Mattila 2011, 19, 35–36.)

Yksinkertaisia tapoja, joilla hoitohenkilökunta voi tukea potilasta ja hänen perheenjäseniään emotionaalisesti, on esimerkiksi potilaan ja hänen perheenjäsenten miellyttävä vastaanotto hoitoyksikköön, potilaan puhutteleva nimellä sekä hoitajan itsensä esittelevä nimellä ensikoh- taamisissa potilaan kanssa. Emotionaalisen tuen kannalta tärkeää on, että hoitohenkilökunta on aloitteellinen vuorovaikutustilanteissa. (Mattila 2011, 35.)

4.2 Sairastuminen elämänkriisinä

Syöpään sairastuminen pysäyttää ja vaikuttaa potilaan koko elämään asettaen vaatimuksen sairaudesta selviämiseen. Potilas on uudessa tilanteessa, jossa yhtäkkiä tulevaisuus onkin epävarmaa. Sairastuneen arkielämä muuttuu, ja potilas käy läpi monenlaisia tunnereaktiota. Potilas kokee epävarmuutta, niin sairauden ja elinajan ennusteesta kuin tulevista hoidoista ja niiden vaikutuksesta elämään. Tyypillistä on myös toivotonmuuden ja yksinäisyyden tunteet, sosiaalinen eristäytyminen ja kontrollin menettämisen pelko. Syöpä herättää väistämättä myös kuoleman ajatuksia. On otettava huomioon, että syöpään sairastuminen ei kosketa ainoastaan potilasta itseään, vaan se vaikuttaa myös potilaan läheisiin ja ystäviin. (Ahonen ym. 2012, 161–162; Ihme & Rainto 2015, 219; Mattila 2011, 23–24.)

Vakavasti sairastumista voidaan kuvata elämänkriisinä. Cullberg (1991) kehitti kriisiteorian, jossa traumaattista kriisiä kuvataan neljän eri vaiheen kautta. Nämä vaiheet ovat sokkivaihe, reaktiovaihe, psyykkisen työskentelyn vaihe sekä uudelleen suuntautumisen vaihe. Muun muassa Turun yliopistollisessa keskussairaalassa on kehitelty syöpäpotilaan hoidon malli sairastumisen kriisin teoriaan perustuen, jossa sairastumisen vaiheita kuvataan potilaan ja hänen läheisten sopeutumisen ja selviytymisen näkökulmasta. (Ahonen ym. 2012, 34, 161–162; Junno 2015, Ihme & Rainto 2015, 220.)

Jokaisella potilaalla on yksilöllinen tausta sekä keinot uudesta tilanteesta selviämiseen. Potilasohjauksessa tulee huomioida potilaan kyky vastaanottaa ja ymmärtää hänelle annettavaa informaatiota tiedon antamisen hetkellä. Yhdessä potilaan kanssa arvioidaan hänen sen hetkinen tiedollisen tuen tarve ja pohditaan mitä tietoa olisi hyvä antaa vasta myöhemmin. Myös potilaan halu saada tietoa riippuu sairauden vaiheesta. (Ahonen ym. 2012, 34, 161.)

Traumaattisen kriisin sokkivaihe sekä reaktiovaihe muodostavat yhdessä traumaattisen kriisin akuutin vaiheen. Sokkivaiheessa eli traumaattisen kriisin ensimmäisessä vaiheessa tyypillistä tapahtuneen torjuminen, koska ihmisellä ei tällöin ole mitään mahdollisuuksia tapahtuneen käsittelemiseen. Psyykkinen sokki suojaa ihmisen mieltä sellaiselta tiedolta tai tapahtumalta, jota mieli ei kykene vastaanottamaan. (Junno 2015; Ihme & Rainto 2015, 220.)

Traumaattisen kriisin toinen vaihe kestää yleensä muutamista viikoista kuukausiin. Cullberg kuvaa reaktiovaiheen alkavan silloin, kun ihmisen täytyy väistämättä kohdata todellisuus. Tapahtuminen tiedostaminen ja tunteiden kohtaaminen alkavat pikkuhiljaa. Ihminen voi olla tuskainen, jopa toimintakyvytön. Kriisiin joutunut ihminen koittaa löytää edes jotakin merkitystä kaoottisessa tilanteessa. Tyypillisiä ovat toistuvat ”Miksi” -kysymykset sekä voimakkaat tunteet, kuten suru, pelko, viha ja syyllisyys. Nämä tunteet tulisikin uskaltaa kohdata ja käsitellä. (Junno 2015.)

Sairastumiskriisin akuuttivaiheen päätyttyä alkaa psyykkisen työskentelyn vaihe, joka kestää yleensä muutamista kuukausista vuosiin. Tämän jälkeen alkaa kriisin viimeinen vaihe, uudelleen suuntautuminen. Työskentelyvaiheessa sairastunut käy läpi monia, myös ristiriitaisiakin tunteita epätoivon ja parantumisen välillä. Tyypillisiä ovat muun muassa vihan, ahdistuksen ja masennuksen tunteet, jotka saattavat ilmetä myös fyysisinä oireina. Kun sairastunut kykenee käsittelemään tunteitaan, ajatuksiaan ja kokemuksiinsa, alkaa tapahtuma realisoitua, ja sairastunut alkaa päästä selviytymisen alkuun. Hän alkaa hyväksymään uuden tilanteensa, ja palautua kriisistä hyväksymällä sairastumisen osana itseään. Sairastunut alkaa pikkuhiljaa päästää irti tapahtuneesta, ja jatkaa elämäänsä uusien kokemusten kera. (Junno 2015; Ihme & Rainto 2015, 220.)

4.3 Sairauteen ja hoitojen toteuttamiseen liittyvä tieto

Syöpöpoliklinikan ensikäynnillä potilaan hoidosta vastaava lääkäri antaa potilaalle tietoa syövän diagnoosista ja ennusteesta, sekä kertoo aloitettavista liitännäishoidosta tai antaa tietoa eri hoitovaihtoehdoista. Hoidosta vastaava lääkäri tutkii potilaan ensikäynnillä, leikkauksesta toipuminen ja haavojen paraneminen varmistetaan. Mahdolliset leikkauskomplikaatiot pyritään tunnistamaan ja hoitamaan. Tutkimukset osoittavat syöpöpotilaiden tiedon tarpeiden kohdistuvan tässä vaiheessa tietoon sairaudesta, eri hoitovaihtoehdoista, sekä hoidon etenemisestä ja hoitoprosessista varmistuneen diagnoosin jälkeen. (Ahonen ym. 2012, 162–163 Aalto 2017; Lappalainen 2017b; Hautamäki-Lamminen 2012, 39; Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 95.)

Hoitosuunnitelma on laadittu yhteistyössä potilaan kanssa leikkauksella varmistetun diagnoosin sekä leikkauksen yhteydessä otetuista näytteistä saadun pad-vastausten perusteella. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin alueella tämä tarkoittaa sitä, että suunnitelma potilaalle annettavasta hoidosta tulee Tampereen yliopistollisesta keskussairaalaista PAD- meetingin pohdinnan tuloksena syöpä leikkauksen jälkeen. (Ihme & Rainto 2015, 227, Lappalainen 2017b; Aalto 2017.)

Potilaalle annetaan tietoa siitä, miksi ja miten hoito toteutetaan ja millaisella aikataululla. Potilas saa vastaanotolta sairaslomatodistuksen. Tietoa annetaan myös valitun hoitomuodon haasteita ja riskeistä. Potilaan tulee saada tietoa toimintaohjeista mahdollisille hoitojen aikana ilmeneville komplikaatioille. Potilaalle annetaan yhteistiedot, mihin hän voi ottaa yhteyttä hoitoihin liittyvien akuuttien ongelmien ilmaantuessa. Kysymysten varalle potilas saa myös sairaanhoitajan päivittäisen puhelinvastaanoton numeron. Lääkäri selvittää potilaan mahdollisen päihteiden sekä luontais- tuotteiden käytön ennen hoitojen aloitusta. (Ahonen ym. 2012, 164–165; Aalto 2017; Lappalainen 2017b; Ihme & Rainto 2015, 228.)

Ensikäynnillä potilaalle annetaan tietoa solunsalpaajahoidon lisäksi oheislääkehoidosta, sekä lääkehoidon toteutukseen liittyvistä asioista. Oheislääkitys koostuu solunsalpaajahoitojen aikaisesta esi- ja pahoinvointilääkityksestä, mikä tarkoittaa muun muassa suurta määrää kortisonia. Nämä potilas ottaa itse kotona. Hoidosta vastaava lääkäri kirjoittaa potilaalle reseptit kyseisiin lääkkeisiin, sekä laatii B-todistuksen erityiskorvattavia lääkkeitä varten. Potilasta informoidaan korvausten hakemisesta. Lisäksi hän huolehtii maksusitoutumisesta peruukin hankintaa varten. Potilas saa lääkehoidon toteutuksesta ja aikataulusta tarkat kirjalliset ohjeet. Potilaan kanssa läpi myös hänen muu lääkitys ja sen toteutus solunsalpaajahoidon aikana. (Aalto 2017, Lappalainen 2017b, Ihme & Rainto 2015, 228.)

4.4 Ammatillisen ja käytännön tuen saamiseen liittyvä tieto

Ensikäynnillä annetaan tietoa muista potilaan käytettävissä olevista ammattilaisista. Vastaanotolla arvioidaan yhteydenoton tarve fysioterapeuttiin, psykiatriin ja ravitsemusterapeuttiin. Potilaalle kerrotaan myös kuntoutusohjaajan tapaamisesta. Kuntoutusohjaaja antaa ohjausta kelan etuuksiin ja sosiaaliturvaan liittyvissä asioissa. Potilas saa kuntoutushoitajan kirjallisen ohjeen hänelle annettavan opaskansion mukana. Kanta-Hämeen keskussairaalaassa kuntoutushoitajan tapaaminen järjestetään päiväsairalaan ensimmäisenä hoitopäivänä. Potilaan toivomuksesta voidaan potilaalle järjestää tapaaminen sairaalapastorin kanssa. Ensikäynnillä voidaan antaa potilaalle tietoa myös syöpäyhdistyksen tarjoamista tukipalveluista. (Ahonen ym. 2012, 165; Ihme & Rainto 2015, 220–221. Aalto 2017; Lappalainen 2017b.)

Ensikäynnillä tulee selvittää myös potilaan käytännön tuen tarve arjessa selviytymisessä syöpähoitojen aikana. Arjen selviytymistä helpottaa toimiva sosiaalinen verkosto, missä potilasta tuetaan ja autetaan arjessa konkreettisesti. On mahdollista, että sairastuminen vakavasti johtaa työn menettämiseen, tai ystävien ja tuttavien karsiutumiseen. Yleensä ystävien tuki ja läheisyys ovat tärkeitä huomion ja hyväksymisen osoituksia sairastuneelle, mutta on myös potilaita, jotka eristäytyvät ystävistään ja läheisistään. (Ihme & Rainto 2015, 221; Lappalainen 2017b.)

4.5 Solunsalpaajien sivuvaikutuksiin liittyvä tieto

Solunsalpaajahoitoa saavat potilaat tarvitsevat tietoa hoitoon liittyvistä asioista syövästä ja hoidoista selviytymiseksi. Tieto solunsalpaajahoidon sivuvaikutuksista, niiden ehkäisemisestä, lievittämisestä ja hoitamisesta on syöpäpotilaiden keskeinen tiedontarve-alue hoitoprosessin aikana ja on näin tärkeä potilas-ohjauksen osa-alue ennen solunsalpaajahoitojen aloitusta. (Ahonen ym. 2012, 140; Hautamäki-Lamminen 2012, 39; Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 10–11.) Potilaiden tulee tietää ja tunnistaa solunsalpaajahoitojen aiheuttamat oireet, osata toimia oikealla tavalla, tai ainakin pyytää apua. Tällöin olennaista on tietenkin tietää mihin ottaa yhteyttä tarvittaessa. (Lappalainen 2017b.)

Solunsalpaajat aiheuttavat muutoksia potilaan verenkuvassa, sillä verta muodostava solukko on nopeasti jakautuvaa solukkoa. Muutokset ilmenevät veren valkosolujen, punasolujen sekä verihiutaleiden vähenemisenä. Punasolujen tuotanto hidastuu ja sairaus hoitoineen saattaa lisätä niiden kulutusta. Punasolujen huomattava väheneminen laskee hemoglobiinia, sekä huonontaa hapen kulkeutumista elimistöstä. Tästä voi seurata anemiamia, jota voidaan hoitaa punasolutiputuksella tai punasolukasvutekijällä. Verihiutaleiden huomattava väheneminen voi aiheuttaa verenvuototaipumusta. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 12–14; Ihme & Rainto 2015, 229.)

Tyypillisesti solunsalpaajat aiheuttavat potilaalle neutropeniaa eli veren valkosolujen, neutrofiilien määrän liiallista alenemista. Valkosolut ovat elimistön puolustajasoluja tulehduksia vastaan. Mikäli valkosolujen määrä laskee huomattavasti, potilaan riiksi vakavienkin infektioiden saamiseen kasvaa. Potilaalta tuleekin ottaa säännöllisesti verikokeita hoitojaksojen aikana, joilla seurataan valkosolujen määrää veressä. Valkosolut ovat alhaisimmillaan yhdestä kahteen viikkoa hoidon antamisesta, josta ne pikkuhiljaa nousevat normaaliin tasoonsa ennen seuraavan hoitojakson alkamista. Tarvittaessa valkosolujen määrän liiallista alenemista voidaan hoitaa valkosolukasvutekijällä, mikä kiihdyttää elimistön valkosolujen tuotantoa. Valkosolujen kasvutekijä annostellaan pistoksina potilaalle. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 11–12; Ihme & Rainto 2015, 229.)

Suurentuneen infektiovaaran vuoksi potilasohjauksessa ohjataan solunsalpaajahoitoa saavaa potilasta välttämään suuria väkijoukkoja sekä infektiota sairastavia ihmisiä tartunnan välttämiseksi. Tämä on erityisen tärkeää flunssa-aikoina. Potilasta neuvotaan seuraamaan infektion merkkejä ja ohjata häntä ottamaan välittömästi ottavaan yhteyttä päivystävään hoitoyksikköön, mikäli hän sairastuu kuumeiseen infektiin. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 12; Ihme & Rainto 2015, 229.)

Solunsalpaajat aiheuttavat limakalvoilla ärsytystä, kuivuutta, kipua ja haavaumia. Tyypillisesti suussa ja nenänielussa ilmenee haittavaikutuksia ja infektioherkkyyttä, ja näille altistaa myös syljen erityksen vähentyminen. Kipeä ja kuiva suu vaikeuttavat syömistä sekä edistävät hampasongelmia. Hoitojen yhteydessä suun hygienian hoito on erityisen tärkeää. Saatavilla on ärtyneille limakalvoille tarkoitettuja välineitä ja valmisteita. Hampaat tulee tarkastuttaa ja hoitaa kuntoon ennen hoitoja. Suun ja nielun limakalvojen ongelmia voi lievittää juomien ja ruokien valinnalla. Ruokavaliossa suositellaan viileitä, mietoja, helposti nieltäviä ja ei-mausteisia vaihtoehtoja. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 7, 13–14.)

Solunsalpaajahoidojen keskeinen sivuvaikutus on pahoinvointi. Se voi ilmetä kuvotuksena, pahana olona tai oksenteluna. Pahoinvoinnin todennäköisyys, määrä sekä voimakkuus ovat kuitenkin yksilöllisiä ja käytettävistä solunsalpaajista riippuvaisia. Pahoinvointia voi ilmetä välittömänä pahoinvointina, eli se alkaa muutaman tunnin kuluessa hoitojen aloituksesta ja sen kesto on yleensä alle vuorokauden, tai se voi olla viivästynyttä, jolloin

pahoinvointi alkaa noin vuorokauden kuluttua hoitojen aloituksesta ja kestää noin kahdesta neljään vuorokauteen. Syövän hoidossa käytettävät lääkkeet voivat muuttaa sekä haju- että makuaistia, mikä voi lisätä pahoinvoinnin tunnetta. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 15–16.)

Pahoinvoinnin ehkäisyyn ja hoitamiseen on useita erilaisia keinoja. Lääkehoito on yksi tehokas keino pahoinvoinnin helpottamiseen. Pahoinvointia voi ehkäistä myös ruokailuun liittyvillä tavoilla ja ruokavalion sisällöllä. Useiden pienempien aterioiden syöminen päivän aikana on suositeltavaa. Ruokailutilanteista suositellaan luomaan miellyttäviä ja rauhallisia, ja leppäämistä suositellaan syömisen jälkeen. Runsaiden nestemäärien nauttimista kannattaa välttää ruokaillessa. Myöskin ennen hoitoja on syytä välttää raskaita aterioita. Ruokavaliossa kannattaa suosia happamia, ja viileitä vaihtoehtoja. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 15–16; Ihme & Rainto 2015, 229.)

Solunsalpaajat voivat aiheuttaa myös ruokahaluttomuutta. Riittävä nesteiden ja ravinnon saaminen on erittäin tärkeää hoitojen ja sairauden aikana. Potilasta kannustetaan terveelliseen ja monipuoliseen ruokavalion noudattamiseen, mutta on sallittua syödä hoitojen aikana sitä mitä tekee mieli. Ruokahaluttomuutta aiheuttavat sekä hoidot, että syöpään sairastumiseen liittyvät pelot ja masennus. Mikäli potilaan paino laskee huomattavasti hoitojen aikana, tulee ruuan sisältää runsaasti energiaa ja tarvittaessa lisäravinteita. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 15–16; Ihme & Rainto 2015, 229.)

Osalla etenkin suun kautta otettavista solunsalpaajista on myös suolistoon vaikuttavia sivuvaikutuksia. Tarvittaessa annetaan ohjausta ripulin ehkäisyyn ja hoitoon. Ohjauksessa korostuu juomisen merkitys nestehukan ehkäisemiseksi sekä ruokavalio-ohjaus. Potilaalle kerrotaan, milloin tulee ottaa yhteyttä hoitopaikkaan ripulin jatkuessa. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 17–18; Ihme & Rainto 2015, 229; Lappalainen 2017b.)

Ummetuksen syynä sen sijaan voi olla solunsalpaajien lisäksi kipu- tai pahoinvointilääkitys, liikunnan puute, liian vähäinen nesteiden tai kuitujen saanti ruokavaliossa. Ummetusta voidaan hoitaa lääkkeellisesti, mutta ensisijaisesti potilasohjauksessa korostetaan oikeanlaisen ruokavalion sekä liikunnan tärkeyttä ummetuksen ehkäisyssä ja hoidossa. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2015, 18; Ihme & Rainto 2015, 230.)

Solunsalpaajien kenties tunnetuin sivuvaikutus on hiusten ja muiden ihokarvojen lähteminen. Lääkkeet voivat vaikuttaa myös kynsiin. Osa solunsalpaajista aiheuttaa hiusten ja ihokarvojen kasvun häiriintymisen, jolloin hiukset ja mahdollisesti silmäripset, ja kulma-, ja häpykarvat lähtevät joko osittain tai kokonaan hoidon aikana. Hiukset voivat lähteä nopeasti hiusukkoina tai vähitellen. Hiusten lähtöä voidaan yrittää hidastaa jäämyssyhoidolla. Hiukset kasvavat kuitenkin takaisin hoitojen päätyttyä. Solunsalpaajahoidoa saavat potilaat ovat kuitenkin oikeutettuja peruukkiin, johon

he saavat maksusitoumuksen sairaalasta. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 18–19; Lappalainen 2017b; Ihme & Rainto 2015, 230.)

Osa solunsalpaajista aiheuttaa potilaalle häiriöitä tuntohermojen toimintaan eli neuropatiaa, jonka oireena ilmenee käsien ja jalkaterien puutumista ja pistelyä. Lisäksi solunsalpaajien vaikutukset voivat ilmetä iho-oireina. Ilmiöstä käytetään myös nimitystä käsi-jalkaoireyhtymä. Mikäli oireyhtymä pääsee kehittymään vaikeaksi, voi ilmetä esimerkiksi sormien kömpelyyttä tai tasapainon vaikeutumista jalkaterien puutumisen vuoksi. Potilasta ohjataan kertomaan oireistaan jo varhaisessa vaiheessa, ennenkö oireyhtymä kehittyy vaikeaksi ja mahdollisesti pysyväksi. Oireita aiheuttava lääkitystä voidaan täten vähentää tai tarvittaessa lopettaa kokonaan. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 20; Lappalainen 2017b.)

Solunsalpaajahoidot vaikuttavat myös potilaan seksuaalisuuteen ja minäkuvaan. Lääkkeiden sivuvaikutukset, kuten hiusten lähtö, ihon kuivuminen ja painon lasku saattavat muuttaa naisen kehonkuvaa. Seksuaalista halukkuutta vähentävät hoidoista aiheutuneet intiimialueen toiminnalliset ongelmat, kuten kuivat ja ärtyneet emättimen limakalvot, kuukautishäiriöt, yhdyntäkivut sekä inkontinenssivaivat ja mahdollinen ennenaikainen vaihdevuosien käynnistyminen. Emättimen limakalvojen kuivuminen aiheuttaa intiimialueelle kutinaa, kirvelyä, kipua ja haavaumia, mikä tekee yhdynnän kivuliaaksi. Apteekissa on saatavilla kuivien limakalvojen hoitoon tarkoitettuja valmisteita. Yhdynnän helpottamiseksi suositellaan käytettäväksi liukuvoiteita. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 14–15; Hautamäki-Lamminen 2012, 41–42; Ihme & Rainto 2015, 227, 230.)

Syöpä ja siihen annettavat hoidot vievät potilaan voimavaroja ja vaikuttavat potilaan jaksamiseen kokonaisvaltaisesti niin psyykkisesti, fyysisesti kuin sosiaalisestikin. Syöpäpotilaan uupuminen, väsymys ja mielialamuutokset ei ole harvinaisia, sillä jo itse sairastuminen aiheuttaa usein voimakkaita pelon, epätoivon ja masennuksen tunteita. Myöskään ärtymyksen ja katkeruuden tunteet eivät ole epätavallisia, sillä sairastunut saattaa verrata elämäänsä terveiden elämään. Lisäksi sairastunut voi kokea ulkonäön ja minäkuvan muutokset voimakkaina tunteina. Edellä mainitut asiat vaikuttavat luonnollisesti myös naisen seksuaalisuuteen. (Ihme & Rainto 2015, 229; Bono & Rosenberg-Ryhänen 2015, 19.)

4.6 Seksuaalisuuteen liittyvät tiedon tarpeet

Gynekologiseen syöpään sairastuminen sekä sairauden hoito vaikuttavat naisen seksuaalisuuteen. Vaikutukset ovat yksilöllisiä ja riippuvat sairastuneen persoonasta, sairauden luonteesta, sekä siihen käytettävistä hoitomuodoista. Myös seksuaalisuuden kokeminen on jokaisen kohdalla yksilöllistä. Syöpään sairastuneiden seksuaalisuuteen liittyviä tiedontarpeita on tutkittu paljolti kansainvälisesti, ja tutkimukset osoittavat, että sairastuneilla on myös seksuaalisuuteen liittyviä tiedontarpeita. Gynekologiset syöpäpotilaat odottavansa saavansa tietoa hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen jo sairauden diagnoosivaiheessa sekä hoitojen aikana, vaikkakin tässä vaiheessa annettua tietoa voi olla vaikea ymmärtää ja muistaa. (Hautamäki-Lamminen 2012, 19, 41–43; Rosenberg 2010, 4.)

Potilaiden parisuhdetilanne on hyvä selvittää ja puolison mukana oloa suositellaan parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen liittyvissä keskusteluissa. Sairastumisen aiheuttama kriisi saattaa vaikuttaa naisen seksuaaliseen halukkuuteen. Parisuhde saattaa hajota, tai vaihtoehtoisesti sairastuminen voi vahvistaa sitä. (Hautamäki-Lamminen 2012, 25, 44, 19; Ihme & Rainto 2015, 221; Rosenberg 2010, 45.)

On tärkeää, että potilas kokee hoitohenkilökunnan hyväksyvän potilaan seksuaalisuuden. Potilaiden tulee saada avoimesti puhua seksuaalisuudesta ja seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista. Potilaille tulee antaa mahdollisuus kertoa peloista, sekä toteutuneista ja kuvitelluistakin muutoksista omassa parisuhteessaan ja seksuaalisuudessaan. Hoitohenkilökunnan tulee tukea potilasta tunteiden ja kokemustensa käsittelyssä, sekä pyrkiä normalisoimaan potilaan kokemuksia sekä oikaista syöpään ja seksuaalisuuteen liittyviä väärinkäsityksiä. (Hautamäki-Lamminen 2012, 25, 44.)

Lisääntymisterveyteen vaikuttava syöpä hoitoinen aiheuttaa pysyviäkin muutoksia potilaan kehonkuvassa ja naiseuden kokemisessa ja vaikuttaa myös seksuaalisuuteen. Kehonkuvalla tarkoitetaan mielikuvaa omasta kehosta, ulkonäöstä, terveydentilasta, eheydestä, normaalitoiminnoista ja seksuaalisuudesta. Esimerkiksi kohdunpoiston jälkeen sairastunut voi kadottaa seksuaalisen identiteettinsä sekä kokea itsensä rikkinäiseksi ja silvotuksi. Kohdun poistaminen voi aiheuttaa myös häpeän tai pelon tunteita. Hoidoista aiheutuva kehon toiminnan menettäminen tai ulkonäön muutokset voivat vaikuttaa ratkaisevasti sairastuneen kehon kuvaan ja seksuaali-identiteettiin. (Ihme & Rainto 2015, 219; Hautamäki-Lamminen 2012, 31–32; Rosenberg 2010, 20, 22.)

Potilaalle tulee antaa tietoa ja ohjausta seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Hoitohenkilökunnan tulee tunnistaa potilaan seksuaalisuuteen liittyvät tiedontarpeet ja epävarmuustekijät. Aloite seksuaalisuuteen liittyvälle keskustelulle on hoitohenkilökunnan tehtävä. Lisäksi luottamuksellisen keskusteluilmapiirin luominen on tärkeää. Potilailla, joilla sairaus kohdistuu suoraan sukuelimiin ja aiheuttaa seksuaalisia toimintahäiriöitä, on suurentunut tiedollisen tuen tarve seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä.

(Hautamäki-Lamminen, 2012, 44, 41–42; Hautamäki-Lamminen ym. 2011, 15, 19.)

Potilaalle sekä mahdollisesti hänen puolisolleen kerrotaan rehellisesti sairauden ja hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen ja seksuaalisiin toimintoihin, sekä annetaan käytännön neuvoja ja henkistä tukea siihen, kuinka elää intiimien seksuaalisten muutosten sekä muuttuneen minäkuvan kanssa, ja kuinka selviytyä sairaudesta pariskuntana. Ohjausta tulee antaa sekä suullisesti että kirjallisesti. (Hautamäki-Lamminen 2012, 41–43; Hautamäki-Lamminen ym. 2011, 15.).

5 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tässä luvussa kuvataan toiminnallisen opinnäytetyön prosessi. Toiminnallisella opinnäytetyöllä tarkoitetaan opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on tuottaa yksilöllinen ja persoonallinen konkreettinen tuote, joka suunnataan työelämän käyttöön. Tarve tuotokselle on työelämälähtöinen ja tuotoksen sisällön tulee pohjautua kyseisen alan teoretietoon. Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselle opinnäytetyölle. (Vilka & Airaksinen 2003, 9–10, 53.) Tämän työn konkreettinen tuotos on työelämäyhteistyökumppanin kanssa yhteistyössä laadittu kyselylomake, jonka sisältö rakentuu tämän työn teoreettiselle viitekehykselle.

5.1 Työn tarkoitus ja tehtävä

Idea opinnäytetyöhön saatiin Kanta-Hämeen keskussairaalan naistentautien poliklinikan osastonhoitajalta, joka toivoi opinnäytetyötä gynekologisen syöpäpotilaan potilasohjaukseen kohdistuvista tiedontarpeista. Myöhemmin aihe tarkentui gynekologiselle syöpäpotilaalle annettavaan tiedolliseen tukeen syöpäpoliklinikan ensikäynnillä poliklinikalla käynnissä olevan Check-list -projektin myötä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kirjallisuuden perusteella selvittää, millaisia tiedon tarpeita gynekologisella syöpäpotilaalla on silloin, kun hänelle ollaan aloittamassa ensimmäinen solunsalpaajahoito syöpäleikkauksen jälkeen. Tämän tiedon pohjalta tuli laatia työn teoreettinen viitekehys, mikä sisältää ensikäynnin potilasohjauksen tiedollisen tuen eri osa-alueet. Työn aiheen rajausta perustuu työelämäyhteistyökumppanin tarpeeseen.

Check-list -projekti on erikoislääkäri Anu Aallon ja poliklinikan vastuusairaanhoidtaja Hanna Lappalaisen toteuttama projekti, jonka tarkoituksena on kartoittaa potilasohjauksen laatua ja potilastyytyväisyyttä naistentautien syöpäpoliklinikan ensikäynnillä sekä tutkia Check-listin eli suomennettuna tarkistuslistan vaikutusta tähän. Tarkistuslistan käyttö pyrkii varmistamaan laadukkaan ja tasavertaisen ohjauksen kaikille potilaille riippumatta, kenen lääkäri-hoitaja -työparin vastaanotolla potilas ohjauksen saa. Projektin suunnittelu alkoi keväällä 2016. (Lappalainen 2017b; Aalto 2017.)

Opinnäytetyön tavoite oli tuottaa konkreettisenä tuotoksena kyselylomake, jolla voidaan mitata potilasohjauksen laatua ja potilastyytyväisyyttä syöpäpoliklinikan ensikäynnillä. Tarkoituksena oli antaa valmis kyselylomake Check-list -projektin käyttöön muokausoikeuksineen, jotta poliklinikka voi halutessaan tarkentaa ja täydentää kyselylomaketta tutkimusta tehdessään. Täten varmistetaan kyselylomakkeen paras mahdollinen hyöty käytännössä. Lisäksi opinnäytetyön tarkoituksena oli, että syöpäpoliklinikka voisi hyödyntää työn teoreettista viitekehystä tutkimuslupaa anoessaan eettiseltä toimikunnalta.

Syöpäpoliklinikan Check-list -projekti toteuttaa kyselytutkimuksen syksyllä 2017 lähettämällä 20 kyselylomaketta potilaille, jotka ovat käyneet syöpäpoliklinikan ensikäynnillä ennen tarkistuslistan käyttöönottoa, sekä lähettämällä toiset 20 lomaketta potilaille, jotka ovat käyneet ensikäynnillä tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen. Check-list -projektilla osallistutaan Kanta-Hämeen keskussairaalan vuoden 2017 laatupalkintokilpailuun. (Lappalainen 2017b; Aalto 2017.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisäksi oman ohjausosaamisen vahvistaminen syöpätautien erikoisalalla sekä tutkimus- ja kehittämisosaamisen harjaannuttaminen tulevaa työelämää ja mahdollisia jatko-opintoja silmällä pitäen. Sekä hoitotyön opetus- ja ohjausosaaminen, että ammatillinen tutkimus- ja kehittämisosaaminen määritellään molempien kuuluvan valmistuvan sairaanhoitajan osaamisvaatimukseen (Paltta 2005).

5.2 Työelämäyhteistyö ja teoreettisen viitekehksen kokoaminen

Opinnäytetyön yhteistyökumppani on Kanta-Hämeen keskussairaalan gynekologinen syöpäpoliklinikka, joka toimii Naistentautien poliklinikalla. Vuosien 2010–2016 aikana tilastoitujen tapausmäärien mukaan syöpäpoliklinikalla hoidetaan vuosittain noin 40–60 gynekologista syöpäpotilasta. Vuonna 2014 jälkeen myös Riihimäen alueen gynekologiset syöpäpotilaat siirtyivät Kanta-Hämeen keskussairaalan syöpäpoliklinikalle hoidettaviksi. Tavallisin potilaan diagnoosi on kohdun limakalvon syöpä, ja toiseksi yleisin munasarjasyöpä. Syöpäleikkaukset on keskitetty valtakunnallisten hoitosuosittelujen mukaisesti Tampereen yliopistolliseen keskussairaalaan. Potilaat tulevat ensikäynnille tavallisesti syöpäleikkauksen jälkeen. Ensikäynnillä potilaat saavat hoidon ohjauksen Check-listin mukaisesti, jonka jälkeen he aloittavat solunsalpaajahoidot päiväsairaalassa. Gynekologisen syövän hoitamiseksi annettiin vuonna 2016 Kanta-Hämeen keskussairaalassa 422 hoitokertaa. (Aalto 2017; Lappalainen 2017a; Lappalainen 2017b.)

Check-list, suom. tarkistuslista, on työväline syöpäpoliklinikalla työskentelevälle lääkäri-sairaanhoitaja -työparille. Lista on koottu asiat, jotka tulee ohjata potilaalle syöpäpoliklinikan ensikäynnillä. Listan tarkoituksena on taata jokaiselle gynekologista syöpää sairastavalle potilaalle tasavertai-

nen ja laadukas ensikäynnin potilasohjaus lääkäristä tai hoitajasta riippumatta. Kanta-Hämeen keskussairaalassa pyritään kuitenkin siihen, että gynecologisia syöpäpotilaita hoitaisi vakituinen lääkäri-sairaanhoitaja -työpari. Listaa voi myös hyödyntää uusien sairaanhoitajien ja lääkärien työhön perehdytyksessä. (Lappalainen 2017b; Aalto 2017.)

Työelämäyhteistyö syöpäpoliklinikan kanssa alkoi vastuusairaanhoitaja Hanna Lappalaisen yhteydenotolla helmikuussa 2017. Sovimme tapaamisen Kanta-Hämeen keskussairaalan naistentautien poliklinikalle, jossa esiteltiin Check-list -projektin tausta ja tarkoitus sekä esiteltiin tarve toiminnalliselle opinnäytetyölle. Tapaamisessa käytiin läpi opinnäytetyön tarkoitus, aiheen rajaus sekä työn osuus projektissa. Poliklinikalta saatiin kirjallista materiaalia, muun muassa syöpäpoliklinikan laatima tarkistuslista. Materiaalin käyttämiseen opinnäytetyön lähdekirjallisuutena saatiin lupa.

Teoreettisen viitekehyksen kokoaminen alkoi tiedonhaulla. Ensisijaisena tietokantana käytettiin HAMK:n FINNA-tietokantaa, josta löytyvät kaikki HAMK:n kirjaston kokoelmat. Hoitotyön perusteokset löytyivät helposti FINNA-tietokannasta. Hoitotieteellisten tutkimusten, kuten väitöskirjojen ja pro-gradujen hakuun käytettiin pääosin Melindaa, kirjastojen yhteistietokantaa, sekä Medic-tietokantaa, mikä on kotimainen terveystieteiden tietokanta. Google scholar osoittautui myös hyödylliseksi verkossa julkaistun aineiston hankkimiseen. Asiasanojen hakuun käytettiin kotimaista YSA-asiasanastoa.

Yhteydenpito työelämäyhteistyökumppanin kanssa tapahtui pääosin sähköpostitse. Tiivis yhteistyö, sekä teoreettisesta viitekehyksestä saatu säännöllinen palaute mahdollistivat teoreettisen viitekehyksen sujuvan etenevän, ja auttoivat aiheen rajauksessa pysymisessä. Lisäksi sähköpostitse oli mahdollista kysyä asiantuntijoilta kirjatiedon sovellettavuudesta syöpäpoliklinikan käytännön hoitotyössä. Asiantuntijalähteiden käyttö myös lisää opinnäytetyön luotettavuutta (Vilka & Airaksinen 2003, 58). Aiheen lopullisen rajautumisen jälkeen teoreettinen viitekehys valmistui noin kahdessa kuukaudessa.

5.3 Tutkimusmenetelmän valinta

Hoitotieteellistä tutkimusta tehdessä voidaan käyttää useita tutkimusstrategioita eli tutkimustyyppejä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa yhtenä perinteisenä tutkimustyyppinä pidetään survey-tutkimusta, suom. kyselytutkimusta. Survey-tutkimusta on käytetty useimmiten tutkimusmenetelmänä potilastyytyväisyyttä tutkittaessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 191–193; Saarinen 2007.)

Kun tutkimustehtävä on määritetty ja tutkimusstrategia on selvillä, tulee valita sopiva tutkimusmenetelmä. Tällä tarkoitetaan sääntöjen ohjaamaa menettelytapaa, jolla tieteessä tavoitellaan ja etsitään tietoa ja jonka

avulla pyritään ratkaisemaan käytännön tutkimusongelma. Tutkimusmenetelmällä tarkoitetaan niitä tapoja ja käytänteitä, joilla havainnot kerätään. (Hirsjärvi ym. 2009, 183–185.)

Menetelmän valintaa ohjaa se, millaista tietoa, keneltä ja mistä tietoa etsitään. Kun halutaan saada selville, mitä ihmiset ajattelevat, tuntevat, kokevat tai uskovat, suositellaan käytettävän kyselylomaketta, mikä onkin keskeinen menetelmä survey-tutkimuksessa. Tutkimusmenetelmän valintaan vaikuttavat myös tutkimukseen käytettävä aika ja voimavarat. Lisäksi tutkimusetiikka vaikuttaa menetelmän valintaan. Aineistoa tulee kerätä sellaisin menettelyin, mitkä eivät loukkaa tutkittavien yksityisyyttä tai identiteettiä. (Hirsjärvi ym. 2009, 184–186.)

Aineisto, joka kerätään kyselyllä, käsitellään usein kvantitatiivisesti. Tutkimuksen tavoitteena on saada tulokseksi päätelmiä, mitkä ovat yleistettävissä. Tutkimuksessa on kuitenkin lähes mahdotonta käyttää vastaajina kaikkia mahdollisia tutkimukseen soveltuvia henkilöitä, jolloin tutkijan tulee kokonaistutkimuksen sijaan kerätä aineistoa standardoidusti. Tällöin tutkijan valitsevat kohdehenkilöt eli vastaajat muodostavat tietyn edustavan otoksen tietystä tutkijan valitsemasta perusjoukosta. Standardoituus tarkoittaa, että tutkittavaa asiaa on kysyttävä kaikilta vastaajilta samalla tavalla. Tutkimuksella joka perustuu otosaineistoon, on tarkoitus tehdä päätelmiä koko perusjoukosta, eli tutkija tekee yleistyksiä otoksesta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 193–194.)

Menetelmän valinnassa tulee punnita kyselyn etuja ja haittoja. Kyselytutkimuksen etuna on, että sen avulla on mahdollista kerätä laajaa tutkimusaineistoa. Kyselyyn voidaan saada paljon vastaajia, ja kysyä monia asioita. Huolellisesti laaditulla kyselylomakkeella kerätty aineisto voidaan muuttaa helposti tallennettuun muotoon ja analysoida se tietokoneella tilastolliseksi. Kyselyllä kerättävän aineiston käsittelyyn on kehitetty tilastolliset analyysitavat ja raportointimuodot, joten tutkijan ei tarvitse itse kehittää niitä. Kyselymenetelmää pidetään tehokkaana, sillä se ei vie tutkijalta kohtuuttomasti aikaa ja työtä. Myös tutkimuksen aikataulu ja kustannukset voidaan arvioida melko tarkasti. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Kyselylomaketutkimuksella on myös haittapuolia. Kyselylomakkeella hankittua aineistoa saatetaan pitää pinnallisena ja tutkimuksia teoreettisesti vaatimattomina. Kyselylomaketta käytettäessä ei voida olla täysin varmoja, että vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen vakavasti, sekä vastanneet huolellisesti ja rehellisesti. Ei voida myöskään varmistua siitä, kuinka onnistuneita vastausvaihtoehdot ovat olleet vastaajien näkökulmasta, ja aiheuttaako se väärinymmärryksiä. Täysin varmoja ei voida myöskään olla, kuinka perehtyneitä vastaajat ovat asiaan, josta heiltä kysytään. Joskus vastaajien kato voi olla suuri. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

5.4 Kyselylomakkeen laatiminen ja sen luotettavuuden arviointi

Kyselylomake laadittiin yhteistyössä työelämäyhteistyön edustajan eli syöpöpoliklinikan vastuusairaanhoidtaja Hanna Lappalaisen kanssa. Lomakkeen laatimiseen päätettiin käyttää jo valmista hyväksi havaittua mittaria. Esimerkiksi Saarinen (2007) tutki pro gradu -tutkielmassaan hoidon laatua päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Saarinen keräsi tutkimusaineiston kyselyllä, jonka hän oli laatinut Helena Leino-Kilven (1994) HYVÄ HOITO -mittarin pohjalta ja muokannut sen sopivaksi mittaamaan juuri päivystyksen hoidon laatua. Saarinen (2007) toteaa, että aloittelevan tutkijan suositellaan käytettävän valmista mittaria. Itse laadittu mittari on työläs, sillä se vaatii aikaa sekä sen kehittelemiseen, että mittarin luotettavuuden arvioimiseen.

Tässä työssä kyselyn laatimiseen käytettiin Leino-Kilven (1994) kehittelemää HYVÄ HOITO -mittaria, jota on sittemmin käytetty useissa suomalaisissa hoidon laatua mittaavissa tutkimuksissa ja on näin useissa yhteyksissä todettu hyväksi mittariksi. Lomakkeen rungon rakentamiseen otettiin mallia myös Saarisen (2007) kyselystä. HYVÄ HOITO -mittari kehitettiin 1990-luvulla laajan tutkimustyön tuloksena. Tutkimuksessa oli mukana useita hoitotyön edustajia, tutkijoita, potilaita sekä opiskelijoita. Mittari sisältää väittämiä, jotka käsittelevät hyvää hoitoa eri näkökulmista. Alkuperäinen HYVÄ HOITO -mittari koostuu seuraavista osa-alueista: potilaan taustatiedot, hoitavan henkilön ominaisuudet, hoidon ympäristö, hoitoprosessin eteneminen sekä potilaan omat hallintastrategiat. (Saarinen 2007; Leino-Kilpi ym. 1994, 94–99.)

Leino-Kilven (1994) kehittämän HYVÄ HOITO -mittarin käyttöä modifioidusti kyselylomakkeen laadinnassa voidaan perustella sillä, että Hyvä hoito -mittari täyttää luotettavuuden kriteerit. Tutkimuksen luotettavuuden ja pätevyyden arvioiminen on yksi tärkeimpiä tehtäviä tutkimuksen tekemisessä. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida useilla mittaus- sekä tutkimustavoilla. Valmista mittaria käytettäessä, tulee mittarin soveltuvuutta tutkimukseen arvioida kriittisesti ennen mittarin käyttöönottoa. Luotettava mittari mittaa juuri sitä, mitä sen on tarkoitettukin mitata, eikä tuota sattumanvaraisia tuloksia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231–232; Saarinen 2007.)

Kyselytutkimusta käytettäessä sen luotettavuuden arvioinnissa olennaiseksi nousevat käsitteet reliabelius ja validius. Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta. Tällöin kyselyllä on kyky antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimus voidaan todeta reliabeliksi esimerkiksi siten, että kaksi arvioijaa saavat mittauksesta saman tuloksen, tai jos samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja tulos on molemmilla kerroilla sama. Kvantitatiivisissa tutkimuksissa on kehitetty tilastollisia menetelytapoja, joilla voidaan todeta tutkimuksen luotettavuutta. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä. Tutkimusmenetelmän tai mittarin tulee mitata juuri sitä asiaa, mitä sillä on tarkoituskin mitata. Tällöin sekä

vastaajan, että tutkijan tulee ymmärtää kyselylomakkeen kysymykset samalla tavalla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231; Saarinen 2007.)

HYVÄ HOITO -mittarin käyttöä on tutkittu, ja tulokset puoltavat kyseisen mittarin käyttöä hoidon laatua mittaavissa tutkimuksissa. HYVÄ HOITO -mittaria on käytetty useissa suomalaisissa hoidon laatua mittaavissa tutkimuksissa sekä useissa erilaisissa hoitoympäristöissä. Kyseinen mittari on useissa yhteyksissä osoitettu reliabeliksi ja validiksi. HYVÄ HOITO -mittaria laadittaessa sen reliabiliteettia arvioitiin Cronbachin alfa-kertoimella, jolloin tulokseksi saatiin suurelta osin tavoiteltavana pidetty alfa-kertoimen arvo 0.8. Tämä tukee mittarin reliabiliteettia. Hyvä hoito -mittari on myös todettu validiksi. (Leino-Kilpi ym. 1994, 163; Saarinen 2007.)

Kysymysten muokkaamisessa noudatettiin kyselylomakkeen laadintaan perustuvia yleisiä ohjeita. Nämä yleiset ohjeet sisältävät muun muassa ohjeita liittyen kyselyn pituuteen, rakenteeseen, selkeyteen ja loogisuuteen kyselyä laadittaessa, sekä sisältävät myös kysymysten muotoiluun ja niiden yksinkertaisuuteen liittyviä ohjeita. (Hirsjärvi ym. 2009, 202–203.) Eri-tyistä huomiota kiinnitettiin sanavalintoihin. Osa alkuperäisen Hyvä hoito -mittarin sanavalinnoista tuntuivat vanhahkoilta, joten ne korvattiin paremmin nykyaikaan soveltuvilla ilmaisuilla.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena syntynyt kyselylomake koostuu kolmesta osiosta, joita ovat taustatiedot (A), tiedollisen tuen osuus (B), sekä emotionaalisen tuen osuus (C). Taustatietoihin valikoitui kuusi kysymystä, joiden katsottiin olevan olennaisia Check-list -projektin kyselytutkimuksessa. Kyselylomakkeen osiot B ja C koostuvat monivalintakysymyksistä, joiden sisältö perustuu opinnäytetyön teoreettiseen viitekehukseen. Tiedollisen tuen osuus laadittiin teoreettiseen viitekehukseen pohjautuen, kooten kysymykset tiedollisen tuen eri osa-alueiden mukaisesti. Kysymykset laadittiin HYVÄ HOITO -mittarin pohjalta. Lomakkeen osioihin A ja C otettiin pääosin kysymyksiä HYVÄ HOITO -mittarista sellaisenaan, tai hieman muokattuna mutta osion B kysymykset laadittiin soveltaen HYVÄ HOITO -mittaria Check-list -projektin tarkoitukseen sopiviksi.

Osioiden B ja C kysymyksille laadittiin valmiit vastausvaihtoehdot 5-portaisella Likertin asteikolla. Tyypillisesti Likertin asteikot ovat 5- tai 7- portaisia, ja vaihtoehdot muodostavat nousevan tai laskevan skaalan (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 200). Alkuperäisen Hyvä Hoito -mittarin 7- portainen asteikko muutettiin 5-portaiseksi, sillä tämän katsottiin olevan selkeämpi myös tulosten analysoinnin kannalta. Vastausvaihtoehdoiksi valikoituivat *Täysin samaa mieltä, Jokseenkin samaa mieltä, ei mielipidettä, Jokseenkin eri mieltä ja Täysin eri mieltä*. Vaihtoehtoa *ei mielipidettä* suositellaan. Usein oletetaan ihmisillä olevan käsitys tai mielipide asioista, ja on havaittu, että ihmiset vastaavat, vaikka heillä ei olisikaan kantaa asiaan. Kuitenkin 12–30 prosenttia vastaajista valitsevat vaihtoehdon 'ei mielipidettä', jos lomakkeessa sellainen vaihtoehto on. (Hirsjärvi ym. 2009, 203.)

Lomakkeen osion B loppuun laadittiin yksi avoin kysymys. Avointen kysymysten ajatellaan antavan vastaajalle mahdollisuuden sanoa, mitä hänellä on todella mielessään, kun taas monivalintakysymykset kahlitsevat vastaajan valmiiksi rakennettuihin vaihtoehtoihin. Avointen kysymysten antamia vastauksia on kuitenkin haastavaa käsitellä (koodata). (Hirsjärvi ym. 2009, 201.)

Tässä työssä kyselylomakkeen ulkoasun suunnitteluun ja laatimiseen ei paneuduttu. Kun lomake otetaan käyttöön syöpäpoliklinikan Check -list projektissa, se muokataan lopulliseen muotoonsa Kanta-Hämeen keskussairaalaassa asiantuntijan toimesta. Tällöin siihen lisätään myös Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin logo sekä sairaalan viralliset tunnukset ja sitaatit, ja muokataan ulkoasultaan sairaalan käytäntöjen mukaiseksi. (Lappalainen 2017b). Todellinen työelämän tarve liittyi kyselylomakkeen sisältöön. Lomakkeen ulkoasun laatiminen, samoin kuin lomakkeen saatekirje vastaajille jäävät Check-list -projektin hoidettaviksi.

5.5 Valmis opinnäytetyö ja siitä saatu palaute

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena syntyi teoreettisen viitekehyksen pohjalta kyselylomake, joka soveltuu aineistonkeruumenetelmäksi tutkittaessa potilasohjauksen laatua ja potilastyytyväisyyttä naistentautien poliklinikan syöpäpoliklinikan ensikäynnillä. Valmis kyselylomake annettiin Kanta-Hämeen keskussairaalan naistentautien poliklinikan syöpäpoliklinikan käyttöön muokkausosoikeuksineen. Aallon (2017) mukaan kyselytutkimukselle aiotaan anoa tutkimuslupaa eettiseltä toimikunnalta mahdollisimman pian tämän opinnäytetyön valmistumisesta. Tarkoituksena on, että kyselyt saadaan lähetettyä vastaajille elokuussa 2017.

Opinnäytetyön työelämäyhteistyökumppanilta saatiin suullinen sekä kirjallinen vapaamuotoisesti laadittu palaute opinnäytetyön valmistuttua. Palautetta toki annettiin tiiviisti jo teoreettisen viitekehyksen kirjoituksen aikana. Palautteessa korostui työn ajankohtaisuus ja tärkeys, aiheen rajauksessa pysyminen, perusteellinen aiheeseen perehtyminen ja hyvä raportointi. Kaiken kaikkiaan työelämäyhteistyökumppani on hyvin tyytyväinen opinnäytetyöhön. Saatua palautetta hyödynnettiin työn Pohdinta -osuuksessa.

6 POHDINTA

Tässä luvussa pohditaan eettisyyden toteutumista osana opinnäytetyöprosessia, sekä opinnäytetyön aiheen tärkeyttä ja ajankohtaisuutta käytännön työelämässä. Lisäksi tässä luvussa tarkastellaan omien opinnäytetyölle asetettujen tavoitteiden täyttymistä opinnäytetyöprosessin aikana. Vaikka prosessi oli kaiken kaikkiaan pitkä ja haastava, voidaan itselle asetettujen tavoitteiden katsoa täyttyneen erittäin hyvin.

6.1 Tutkimusetiikka opinnäytetyössä

Tutkimuksen tekemiseen kuuluu olennaisena osana sen eettisyyden arviointi. Vaikka tämän työn tarkoitus ei olekaan toteuttaa itse tutkimusta, voidaan tutkimuseettisen pohdinnan ajatella kuitenkin olevan osa opinnäytetyöprosessia. Etiikalla tarkoitetaan käsitystä moraalista. Etiikka pohtii kysymyksiä hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä. Tutkimuksen katsotaan täyttävän eettisyyden kriteerit silloin, kun se on laadittu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 23.) Seuraavassa tarkastellaan hyvän tieteellisen käytännön periaatteita siltä osin, kuin ne soveltuvat tähän opinnäytetyöhön.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkija noudattaa työssään rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä. Lisäksi tutkija käyttää tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimustapoja. Tutkijan tulee ottaa muiden tutkijoiden työt ja saavutukset huomioon asianmukaisella tavalla, sekä kunnioittaa heidän työtään ja antaa heidän saavutuksille niille kuuluvan arvo ja merkitys omassa tutkimuksessaan. Tutkimuksen tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–24.)

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin alun alkaen vuonna 2014, jolloin työn aihe kohdistui koko gynekologisen syöpäpotilaan hoitoprosessia koskevaan ohjaukseen. Työelämäyhteistyökumppanilta ei saatu tuolloin tarkempaa määritelmää sille, millaiselle opinnäytetyölle olisi todellinen tarve käytännön hoitotyössä. Jo tuolloin alkoi aktiivinen tiedonhaku aiheesta, ja työn teoreettista viitekehystä varten luettiin useita alan oppikirjoja sekä tutkimuskirjallisuutta. Suurin osa tuosta aineistosta soveltui lähdekirjallisuudeksi opinnäytetyölle, kun aihe rajattiin nykyiseksi, huomattavasti selkeämmäksi.

Tämän opinnäytetyön teoreettisen viitekehukseen voidaan siis katsoa olevan laadittu huolellisesti ja tarkasti laajan ja monipuolisen lähdeaineiston pohjalta. Opinnäytetyö on laadittu rehellisesti. Lähdekirjallisuutta on hyödynnetty eettisiä tiedonhankintatapoja käyttäen ja toisten laatimaa tekstiä kunnioittaen. Opinnäytetyön raportointi on toteutettu asianmukaisin ja oikeaoppisin viittauksin plagiointiin syylistymättä.

6.2 Opinnäytetyön aiheen tärkeys ja ajankohtaisuus

Tutkimuksen aiheen valinnan katsotaan myös oleva eettinen ratkaisu. Tutkimuskohdetta tai ongelmaa valitessa tulee pohtia, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. (Hirsjärvi ym. 2009, 24–25.) Tämä työn aihe on tärkeä ja ajankohtainen. Työlle oli käytännön työelämässä suuri tarve, sillä ennen Check-list -projektia syöpäpoliklinikan työntekijät kokivat, että potilaiden ohjaamiseen hoitoja aloitettaessa ei ol-

lut ajantasaista eikä yhtenäistä ohjeistusta. Gynekologista syöpää sairastavien potilaiden tiedon tarve leikkauksen jälkeen on kuitenkin erittäin suuri ja hoitohenkilökunnan sekä tiedollisella että psyykkisellä tukemisella on erittäin tärkeä rooli potilaan sairautteen sopeutumisessa ja hoidoista selviytymisessä.

Gynekologista syöpää sairastavaa potilasta tulee tukea hoitotyössä psyykkisellä, fyysisellä ja sosiaalisella osa-alueella. (Ihme & Rainto 2015, 219). Siksi viitekehyksessä ei katsottu aiheelliseksi käsitellä tiedollista tukea yksinään irrallisena tuen muotona, vaan emotionaalinen tuki esiteltiin osana potilasohjauksessa annettavaa tukea. Myös sairastumisen vaikutus puolisoon ja läheisiin sekä muihin ihmissuhteisiin kulki osana teoreettista viitekehystä useissa tuen annon osa-alueissa. Syöpä ja sen hoidot eivät kosketa ainoastaan potilasta itseään vaan vaikuttavat myös läheisiin.

Opinnäytetyöprosessi vahvisti ammatillista tutkimus- ja kehittämisosaamista, sekä etenkin syöpätautien erikoisalan opetus- ja ohjausosaamista, vaikkakin prosessi oli pitkä ja haastava. Ennen syöpäpoliklinikan vastuusairaanhoitajan yhteydenottoa johdonmukaisen kokonaisuuden hahmottaminen oli mahdotonta selkeän aiheen rajauksen ja työelämän konkreettisen tarpeen puuttuessa. Selkeä tarve käytännön työelämässä, tiivis yhteistyö poliklinikan kanssa, sekä rehellinen ja säännöllinen palaute puolin ja toisin saivat aikaan kattavan ja johdonmukaisen viitekehysten työlle, sekä selkeän ja ytimekkään kyselylomakkeen. Sekä työn toimeksiantaja että laatija olivat erittäin tyytyväisiä lopputulokseen. Mikäli aikataulullisesti olisi ollut mahdollista, olisi työn viitekehystä voinut vielä tiivistää ytimekkäämmäksi kokonaisuudeksi ja täten lukijan kannalta paremmin jäseneläksi.

Syöpää sairastavien potilaiden tuen tarpeiden tunnistamisessa etenkin sairaanhoitajan asema on keskeinen. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan alansa vahvaa asiantuntemusta ja herkkyyttä aistia ne osa-alueet, joissa potilas kaipaa eniten tukea. Syöpäsairauksien hoito-ajat lyhentyvät ja muuttuvat yhä enemmän polikliiniksiksi. (Mattila 2011, 33; Lappalainen 2017b; Ihme & Rainto 2015, 219–220.) Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää ohjaamisosaamisessa poliklinikoilla ja osastoilla, joissa annetaan ohjausta solunsalpaajahoitoihin liittyen. Opinnäytetyö auttaa ymmärtämään sairautta elämänsä kriisinä ja ohjauksen haasteellisuutta potilaan kriisin ja tunnemyrskyn keskellä. Opinnäytetyö muistuttaa siitä, että aidolla, kiireettömällä ja läsnä olevalla kohtaamisella saattaa olla sairastuneen elämässä suurempi arvo kuin usein ajatellaan. Hoitohenkilökunnan tulee kohdata syöpää sairastava potilas ajattelevana ja tuntevana arvokkaana yksilönä, sen sijaan että syöpään hoidossa keskityttäisiin vain ongelman eli kasvaimen poistamiseen.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S. Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. (2012). *Klininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia ja syöpätauteja sairastavan hoito*. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro oy.

Bono, P. & Rosenberg-Ryhänen, L. (2014). *Ohjeita sinulle joka saat syöpälääkehoitoa. Tietoa syöpälääkkeistä ja hoitojen toteutuksesta, sivuvaikutuksista ja niiden hoidosta, sairastamisesta ja tunteista*. Julkaisu: Suomen syöpäpotilaat ry yhteistyössä syöpäklinikoiden ja syöpätutkimuksen tuki ry:n kanssa. 3. uud. painos.

Botha, E. & Ryttyläinen-Korhonen, K. (2016). *Naisen hoitotyö*. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Grénman, S. & Leminen, A. (2013). Luku 34. Gynekologiset syövät. Teoksessa H. Joensuu, P.J. Roberts, P-L. Kellokumpu-Lehtinen, S. Jyrkkiö, M. Kouri & L. Teppo. (toim.) *Syöpätaudit*. Helsinki: Duodecim. 621–656.

Hautamäki-Lamminen, K., Lipiäinen, L., Åstedt-Kurki, P. & Lehto, J. (2011). Syöpäpotilaat ja seksuaalisuuteen liittyvät tiedontarpeet. *Tutkiva Hoitotyö* vol. 9 (3), 14–21.

Hautamäki-Lamminen, K. (2012.) *Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa. Tiedontarpeet ja tiedon saanti*. Väitöskirja. Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. Acta Electronica Universitatis Tampereensis. Viitattu 12.1.2017 <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8760-6>

Heinonen, P.K. (2009). Gynekologiset kasvaimet. Ajankohtaista lääkärin käsikirjasta. *Duodecim lääketieteellinen aikakausikirja* 125 (12), 1295-1299. Viitattu 6.3.2014. Saatavissa Medic-tietokannan kautta.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. osin uud. p. Helsinki: Tammi.

Ihme, A. & Rainto, S. (2015). *Naisen terveys*. Helsinki: Edita Prima.

Junno, L. (2015). *”ELÄMÄ ON ELÄMISEN ARVOISTA” Rintasyövän aiheuttamasta sairauskriisistä toipuvien naisten kokemuksia*. Pro gradu -tutkielma. Kasvatustiede. Lapin yliopisto. Viitattu 26.3.2017 <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ula-201504171063>

Joensuu, H. (2013a). Syövän liitännäishoito. Teoksessa H. Joensuu, P.J. Roberts, P-L. Kellokumpu-Lehtinen, S. Jyrkkiö, M. Kouri & L. Teppo. (toim.) *Syöpätaudit*. Helsinki: Duodecim, 132.

Joensuu, H. (2013b). Syövän tärkeimmät hoitomuodot. Teoksessa H. Joensuu, P.J. Roberts, P-L. Kellokumpu-Lehtinen, S. Jyrkkiö, M. Kouri & L. Teppo. (toim.) *Syöpätaudit*. Helsinki: Duodecim, 132.

Kouri, M. & Tenhunen, M. (2013). Säteilylajit ja -lähteet. Teoksessa H. Joensuu, P. J. Roberts, P-L. Kellokumpu-Lehtinen, S. Jyrkkiö, M. Kouri & L. Teppo. (toim.) *Syöpätaudit*. Helsinki: Duodecim, 149–154.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Viitattu 20.3. 2015. Osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lappalainen, H. (2017a.) Hoitojen määrät tilastoina. Sähköpostiviesti tekijälle. 22.3.2017.

Leino-Kilpi, H., Walta, L., Helenius, H., Vuorenheimo, J. & Välimäki, M. (1994). *HOIDON LAADUN MITTAAMINEN. Potilaslähtöisen Hyvä hoito -mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset*. Stakes. Raportteja 151.

Leminen, A. & Loukovaara, M. (2011). Munasarja- ja Munanjohdinkasvaimet. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. 5. uud. p. Helsinki: Duodecim. 240–253.

Mattila, E. (2011). *Aikuispotilaan ja perheenjäsenen tiedollinen ja emotionaalinen tuki sairaalahoidon aikana*. Väitöskirja. Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. Acta electronica Universitatis Tamperensis. Viitattu. 5.5.2015. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8541-1>

Munasarjasyöpä: Käypä hoito -suositus (2012). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 21.10.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=4FC7A7D4F09FEB88FFD242367E855FCD?id=hoi25050>

Pakarinen, P. 2011. Trofoblastisairaudet. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. 5. uud. p. Helsinki: Duodecim, 254–259.

Paltta, H. 2005. Työelämän osaamisvaatimukset sairaanhoitajakoulutuksen lähtökohtana. Turun ammattikorkeakoulu. Kehittämistehtävän raportti. Viitattu 16.3.2015. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9525596214.pdf>

Puistola, U., Leminen, A. & Rosenberg, L. (2015). *Gynekologisen syöpäpotilaan opas*. Julkaisu: Suomen Syöpäpotilaat ry. Painotalo Redfina Oy.

Ristimäki A., Franssila, K. & Kosma, V-M. (2013). Kasvainten histologinen tyypitys. Teoksessa H. Joensuu, P.J. Roberts, P-L. Kellokumpu-Lehtinen, S. Jyrkkiö, M. Kouri & L. Teppo. (toim.) *Syöpätaudit*. Helsinki: Duodecim. 92–95.

Roberts, P.J. & Joensuu, H. (2013). TNM-levinneisyysluokittelu. Teoksessa H. Joensuu, P.J. Roberts, P-L. Kellokumpu- Lehtinen, S. Jyrkkiö, M. Kouri & L. Teppo. (toim.) *Syöpätaudit*. Helsinki: Duodecim. 83–85.

Rosenberg, L. (2010). *Syöpä ja seksuaalisuus*. Julkaisija: Suomen Syöpäpötilaat ry & Mainostoimisto Contra Oy.

Saarinen, S. (2007). *Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta*. Pro gradu -tutkielma. Hoitotiede. Tampereen yliopisto. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78272/gradu02020.pdf?sequence=>

Saarto, T. (2013) Oireenmukaisen hoidon ajoitus syöpätaudissa. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P.J., Kellokumpu-Lehtinen P-L., Jyrkkiö., S. Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) *Syöpätaudit*. Helsinki: Duodecim. 915.

Suomen syöpärekisteri (2014). Syöpätapauksien määrät ja diagnoosin tekotapojen1 jakaumat (prosentteina) primaaripaikoittain keskimäärin vuosina 2008–2012, NAISSET, Kanta-Hämeen shp. Viitattu 29.8.2014. <http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0516i0.html>

Suomen syöpärekisteri (2017). Suomen syöpärekisterin tilastot. Viitattu 2.5.2017. <https://www.cancer.fi/syoparekisteri/?x52393114=120327171>

Syöpäjärjestöt (n.d.). Tietoa syövästä. Mikä on syöpä. Viitattu 29.8.2014. <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopa/>

Vilka, H. & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Tammi.

HAASTATTELUT

Aalto, A. (2017). Syöpäpoliklinikan erikoislääkärin haastattelu. 1.3.2017. Kanta-Hämeen keskussairaala. Naistentautien poliklinikka.

Lappalainen, H. (2017b.) Syöpäpoliklinikan vastuusairaanhoidajan asiantuntijahaastattelu. 1.3.2017. Kanta-Hämeen keskussairaala. Naistentautien poliklinikka.

Hyvä vastaaja,

Vastatkaa ystävällisesti seuraaviin kysymyksiin rengastamalla mielestänne sopivin vastausvaihtoehto tai kirjoittamalla vastauksenne siihen varattuun tilaan. Pyydämme teitä ystävällisesti lukemaan kysymykset ja vastausvaihtoehdot huolellisesti ennen vastauksenne antamista.

A. TAUSTATIEDOT

1. Ikänne (vuosina) ____ vuotta
2. Pohjakoulutuksenne:

kansa-/peruskoulu	1
keskikoulu	2
ylioppilas	3
ammattillinen tutkinto	4
korkeakoulututkinto	5
3. Oletteko tällä hetkellä:

työelämässä	1
työtön	2
eläkkeellä	3
4. Siviilisäätynne:

naimaton	1
naimisissa/avoliitossa	2
eronnut	3
leski	4
5. Milloin teille aloitettiin ensimmäinen solunsalpaajahoido?
 _____ kuussa, vuonna 20____
6. Miten kuvaatte vointianne tällä hetkellä?

erinomainen	1
hyvä	2
kohtalainen	3
huono	4

B. TIEDOLLINEN TUKI SYÖPÄPOLIKLINIKAN ENSIKÄYNNILLÄ

Seuraavat kysymykset käsittelevät naistentautien poliklinikan hoitohenkilökunnan teille antamaa TIETOA JA OHJAUSTA leikkauksen jälkeisellä syöpäpoliklinikan ensikäynnillä Kanta-Hämeen keskussairaalassa ennen ensimmäisen solunsalpaajahoidon aloitusta.

Vastatkaa ystävällisesti seuraaviin kysymyksiin ympäröimällä mielestänne sopivimman vastausvaihtoehdon numero, kun vastausvaihtoehdot ovat: 1 = Täysin eri mieltä, 2 = Jokseenkin eri mieltä, 3 = Ei mielipidettä, 4 = Jokseenkin samaa mieltä, 5 = Täysin samaa mieltä.

Sairauteen ja solunsalpaajahoidojen toteuttamiseen liittyvä tieto

1. Hoidosta vastaava lääkäri antoi riittävästi tietoa sairauteni diagnnoosista.
1 2 3 4 5
2. Hoidosta vastaava lääkäri keskusteli kanssani minulle tehdystä syöpäleikkauksesta ja vastasi mahdollisiin leikkauksesta toipumiseen liittyviin kysymyksiin.
1 2 3 4 5
3. Hoidosta vastaava lääkäri antoi riittävästi tietoa minulle annettavan solunsalpaajahoidon tarkoituksesta ja merkityksestä kasvaimeni hoidossa.
1 2 3 4 5
4. Hoidosta vastaava lääkäri antoi minulle riittävästi tietoa myös muista sairauteni hoitovaihtoehdoista
1 2 3 4 5
5. Sain riittävästi tietoa hoitojen aikataulutuksesta.
1 2 3 4 5
6. Sain riittävästi tietoa hoidon toteutuksesta käytännössä.
1 2 3 4 5
7. Minulle kerrottiin hoitojen ajan sairauslomasta ja sen pituudesta.
1 2 3 4 5
8. Sain riittävästi tietoa itse otettavista kortisoni- ja pahoinvointilääkkeistä hoitojen aikana.
1 2 3 4 5
9. Sain selkeät ohjeet itse otettavien lääkkeiden toteutuksesta ja aikataulusta kotona (milloin, mitä, ja kuinka paljon).
1 2 3 4 5
10. Minulle kirjoitettiin B-todistus ja sain riittävästi tietoa lääkekorvauksien hakemisesta.
1 2 3 4 5
11. Hoidosta vastaava lääkäri antoi riittävästi tietoa muun lääkitykseni sekä luon-
taistuotteiden käytöstä hoitojen aikana.
1 2 3 4 5
12. Sain riittävästi ohjeistusta verikokeissa käymisestä ja kokeiden ottamisen aika-
taulusta.
1 2 3 4 5
13. Sain riittävästi tietoa välittömästä yhteydenotosta päivystävään hoitoyksik-
köön kuumeen noustessa.
1 2 3 4 5

14. Sain riittävästi tietoa yhteydenotosta syöpäpoliklinikan hoitajaan (soittoaika arkipäivisin)
- a. mahdollisten kipujen ilmetessä.
1 2 3 4 5
 - b. pahoinvoinnin ilmaantuessa.
1 2 3 4 5
15. Hoitohenkilökunta antoi tietoa päihteiden (tupakka ja alkoholi) käytöstä hoitojen aikana.
1 2 3 4 5
16. Sain riittävästi tietoa yhteydenoton mahdollisuudesta psykiatrisen sairaanhoitajaan tai sairaalapastoriin.
1 2 3 4 5
17. Hoitohenkilökunta kertoi yhteydenoton mahdollisuudesta myös muihin hoitoa koskeviin tahoihin, kuten ravitsemusterapeuttiin tai fysioterapeuttiin.
1 2 3 4 5
18. Hoitohenkilökunta antoi riittävästi tietoa mahdollisuudesta saada ulkopuolista tukea arjessa selviytymiseen hoitojen aikana.
1 2 3 4 5
19. Hoitohenkilökunta kertoi minulle kuntoutusohjaajan tapaamisesta 1. päiväsaيراalakäynnillä. (Kuntoutusohjaaja antaa tietoa sosiaaliturvaan ja Kelan etuuksiin liittyvissä asioissa).
1 2 3 4 5

Hoitojen sivuvaikutuksiin liittyvä tieto

20. Hoitohenkilökunta antoi minulle riittävästi tietoa suurentuneesta infektiorisistä valkosolujen eli elimistön puolustajasolujen ollessa matalalla.
1 2 3 4 5
21. Sain hoitohenkilökunnalta riittävät ohjeet infektioiden välttämiseksi matalasoluvaiheen aikana. (Ohjeita käsihygienian noudattamiseen, väkijoukkojen ja tulehdustautia sairastavien välttäminen.)
1 2 3 4 5
22. Hoitohenkilökunta antoi riittävän ohjeistuksen kuumeisen infektion oireiden tunnistamiseen (kuume >38, kipu, tulehduksen merkit)
1 2 3 4 5
23. Sain hoitohenkilökunnalta selkeät ohjeet päivystysyksikköön hakeutumiseen välittömästi kuumeisen infektion ilmaantuessa
1 2 3 4 5
24. Hoitohenkilökunta kertoi minulle mahdollisuudesta aloittaa valkosolukasvutekijä-pistoslääkitys tarvittaessa
1 2 3 4 5

25. Hoitohenkilökunta antoi riittävästi tietoa hoitoihin liittyvän pahoinvoinnin ilmenemisestä
1 2 3 4 5
26. Hoitohenkilökunta antoi minulle riittävästi ruokavalio-ohjausta pahoinvoinnin ehkäisemiseksi, esimerkiksi happamien ja viileiden ruokien käyttöä ruokavaliossa.
1 2 3 4 5
27. Hoitohenkilökunta antoi riittävästi tietoa ruokailutapojen merkityksestä pahoinvoinnin ehkäisyssä, kuten useiden pienten aterioiden syöminen päivän aikana, raskaiden aterioiden välttäminen ennen hoitoja ja ruokailuiden tekeminen miellyttäväksi.
1 2 3 4 5
28. Hoitohenkilökunta antoi riittävästi tietoa pahoinvoinnin ehkäisyyn ja hoitoon tarkoitetuista lääkkeistä.
1 2 3 4 5
29. Hoitohenkilökunta antoi minulle riittävästi tietoa oikeanlaisen ravitsemuksen merkityksestä hoitojen aikana.
1 2 3 4 5
30. Hoitohenkilökunta antoi minulle riittävästi tietoa riittävän nestemäärän nauttimisesta hoitojen aikana.
1 2 3 4 5
31. Hoitohenkilökunta antoi minulle riittävästi tietoa solunsalpaajien aiheuttamasta
- a. suun, nenän ja nielun limakalvojen kuivuudesta, ärtyvyydestä ja kipeytymisestä.
1 2 3 4 5
 - b. silmien kuivuudesta ja valoherkkyydestä.
1 2 3 4 5
 - c. genitaalialueen limakalvojen kuivuudesta, ärtyvyydestä ja mahdollisista haavaumista.
1 2 3 4 5
32. Hoitohenkilökunta antoi minulle riittävästi
- a. tietoa suun ja hampaiden hoidon tärkeydestä infektioiden ehkäisemisessä solunsalpaajahoidojen aikana.
1 2 3 4 5
 - b. ohjeita suun ja hampaiden hoitamiseen solunsalpaajahoidojen aikana.
1 2 3 4 5
 - c. ohjeita nielemistä helpottavien ruoka-aineiden ja juomien käyttämisestä ruokavaliossa nielun kivun helpottamiseksi.
1 2 3 4 5
 - d. tietoa suun ja nielun kivun lievittämiseen käytettävistä kipulääkkeistä ja puudutegeeleistä
1 2 3 4 5

- e. ohjeita kuivien silmien hoitoon.
1 2 3 4 5
- f. ohjeita genitaalialueen limakalvojen kunnossa pitoon ja hoitamiseen.
1 2 3 4 5
33. Hoitohenkilölunta antoi minulle riittävästi tietoa solunsalpaajien aiheuttamasta
- a. käsi-jalka-oireyhtymästä eli käsien ja jalkaterien puutumisesta ja piste-lystä.
1 2 3 4 5
- b. iho-oireista.
1 2 3 4 5
34. Hoitohenkilökunta antoi riittävästi tietoa käsi-jalka-oireyhtymän oireiden tunnistamisesta ja ohjeisti kertomaan näiden ilmenemisestä hoitohenkilökunnalle.
1 2 3 4 5
35. Hoitohenkilökunta antoi mielestäni riittävästi tietoa hoitojen aiheuttamasta uupumuksesta, mielialanvaihteluista ja alakuloisuudesta.
1 2 3 4 5
36. Hoitohenkilökunta antoi mielestäni riittävästi tietoa solunsalpaajien vaikutuksesta hiusten, silmäripsien ja muiden ihokarvojen lähtemiseen
1 2 3 4 5
37. Hoitohenkilökunta kertoi mielestäni riittävästi solunsalpaajien vaikutuksista kynsiin.
1 2 3 4 5
38. Hoitohenkilökunta kertoi minulle mahdollisuudesta maksusitoumukseen peruukin hankkimista varten.
1 2 3 4 5
39. Hoitohenkilökunta antoi riittävästi tietoa hoitojen minäkuvaan ja seksuaalisuuteen kohdistuvista vaikutuksista, kuten
- a. ulkonäköön kohdistuvista sivuvaikutuksista, esimerkiksi ihon kuivumisesta, painon laskemisesta hiusten ja ihokarvojen lähtemisestä.
1 2 3 4 5
- b. seksuaalisesta haluttomuudesta.
1 2 3 4 5
- c. intiimialueen toiminnallisista ongelmista, joita ovat genitaalialueen kuivuus, kuukautishäiriöt, ennenaikaiset vaihdevuodet ja virtsankarkailu.
1 2 3 4 5
40. Sain mielestäni vastaanottokäynnillä riittävästi kirjallista materiaalia kotiin luettavaksi suullisen ohjauksen lisänä.
1 2 3 4 5

41. Oliko jokin asia, jota ei tässä lomakkeessa mainittu, mistä olisit toivonut saavasi lisää tietoa?

C. PSYKKINEN TUKI SYÖPÄPOLIKLINIKAN ENSIKÄYNNILLÄ

Seuraavat kysymykset koskevat syöpäpoliklinikalla teitä hoitanutta henkilökuntaa. Vastatkaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä mielestänne sopivimman vastausvaihtoehdon numero, kun 1 = Täysin eri mieltä, 2= Jokseenkin eri mieltä, 3 = Ei mielipidettä, 4 = Jokseenkin samaa mieltä ja 5 = Täysin samaa mieltä.

42. Hoitohenkilökunta suhtautui minuun ystävällisesti ja lämpimästi vastaanottokäynnillä.
1 2 3 4 5
43. Hoitohenkilökunta vaikutti olevan kiinnostunut minusta ja voinnistani vastaanottokäynnillä.
1 2 3 4 5
44. Hoitohenkilökunta osasi vastata esittämiini kysymyksiin hoitoa koskevissa asioissa.
1 2 3 4 5
45. Hoitohenkilökunta vastaanottokäynnillä oli kohteliasta ja miellyttäväkäytöksistä.
1 2 3 4 5
46. Hoitohenkilökunta kuunteli toiveitani ja mielipiteitäni vastaanottokäynnin aikana.
1 2 3 4 5
47. Hoitohenkilökunta kunnioitti minua ja mielipiteitäni.
1 2 3 4 5
48. Hoitohenkilökunnasta välittyi rehellinen ja luotettava kuva vastaanottokäynnillä.
1 2 3 4 5

Tämän lomakkeen laati HAMKin sairaanhoitajaopiskelija Tiija Takanen osana AMK-tutkinnon opinnäytetyötä. Lomake laadittiin yhteistyössä naistentautien poliklinikan kanssa, jolle annettiin myös lupa lomakkeen muokkaamiseen.

Kiitos vastauksistanne, ja kaikkea hyvää jatsoon!