
KILPIRAUHASSYÖPÄÄ SAIRASTAVAN POTILAAN OHJAUS



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna ja Valkeakoski
kevät 2014

Jenni Heino

Sonja Mäkelä



HÄMEENLINNA & VALKEAKOSKI

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

Tekijät

Jenni Heino & Sonja Mäkelä

Vuosi 2014

Työn nimi

Kilpirauhassyöpää sairastavan potilaan ohjaus

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kehittää kilpirauhassyöpä potilaan ohjausta Kanta - Hämeen keskussairaalassa selvittämällä miten kilpirauhassyöpäpotilaita ohjataan Kanta - Hämeen keskussairaalassa? sekä miten Kilpirauhassyöpäliiton uusi julkaisu: Kilpirauhassyöpäpotilaan opas palvelee työntekijöitä potilasohjauksessa.

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisin eli laadullisin tutkimusmenetelmin kyselylomaketta käyttäen. Kysymykset esitettiin vastaajille avoimilla kysymyksillä, johon he saivat vastata omin sanoin. Kysymykset olivat laadittu tutkimustehtävän mukaan eri aihealueille, jossa halusimme saada selville ohjausympäristöä, ohjausprosessia ja hoitajien kokemuksia omista ohjausvalmiuksista sekä kilpirauhassyöpä oppaan toimivuutta. Toteutimme haastattelut Kanta - Hämeen keskussairaalassa eri osastoille ja poliklinikoille, jossa työskentelee kilpirauhassyöpää sairastavien ohjauksessa mukana olevia hoitajia. Kyselylomakkeiden vastaukset käytiin läpi sisällönanalyysia käyttäen.

Tutkimuksesta kävi ilmi, että hoitajan ohjauspaikan valinta ja ohjaustilanteisiin valmistautuminen olivat hyvää. Ohjaukselle hoitajat voisivat asettaa tavoitteet yhdessä potilaan kanssa ennen ohjausta, joka on tärkeää ohjauksen onnistumisen kannalta. Ohjauksessa käytettiin eniten suullista ohjausta ja kirjallista materiaalia sen tukena. Eri ohjausmenetelmien käytössä ja niiden hyödyntämisessä oli parantamisen varaa. Kirjallista materiaalia hyödynnettiin hyvin ja sen merkityksen hoitajat olivat ymmärtäneet hyvin. Potilasohjauksen kehittämisen kannalta olisi tärkeää, että hoitajat arvioisivat ohjaustilanteita potilaan kanssa ohjauksen jälkeen ja näin kehittäisivät omaa potilasohjaustaan.

Avainsanat Potilasohjaus, kilpirauhassyöpä.

Sivut

24 s. + liitteet 3 s.

HÄMEENLINNA & VALKEAKOSKI

Degree Programme in Nursing

Nursing

Authors

Jenni Heino & Sonja Mäkelä

Year 2014

Subject of Bachelor's thesis

Education of patients with thyroid cancer

ABSTRACT

The purpose of the study was to develop education of thyroid cancer patients in Kanta - Häme Central Hospital by clarifying how thyroid cancer patients are educated in Kanta - Häme Central Hospital and also how Suomen Kilpirauhassyöpäliitto's (Finnish Thyroid Association) new release "A guide for thyroid cancer patients" helps professionals in patient education.

The study was conducted as a qualitative research using a questionnaire. The questions were presented to the interviewees as open-ended questions to which they could answer in their own words. In accordance with the research task, the questions were divided to different thematic areas: education environment, education process, nurses' experience of their own preparedness and functionality or usefulness of the thyroid cancer guide. The interviews were carried out in Kanta - Häme Central Hospital's various wards and outpatient clinics in which there are nurses educating thyroid cancer patients. The answers were reviewed using content analysis.

The study revealed that the selection of location for patient education and preparation were good. Nurses could set objectives together with the patient before the education which is important to the success of the patient education. The most used methods of patient education were oral guidance and written materials to support it. Using different patient education methods could be improved. Written material was utilized well and the nurses had understood its importance. For the development of patient education, it would be important that nurses evaluated patient education situations with the patient after the education and thus develop their own patient education skills.

Keywords Thyroid cancer, patient education.

Pages 24 p. + appendices 3 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	POTILASOHJAUS	2
2.1	Suullinen potilasohjaus	3
2.2	Kirjallinen potilasohjaus	5
2.2.1	Kirjallisen potilasoppaan kokoaminen	5
2.3	Potilasohjausta määrittävät lait.....	6
3	TUTKIMUSTULOKSIA POTILASOHJAUKSESTA.....	7
4	KILPIRAUHASSYÖPÄ	8
4.1	Kilpirauhanen	8
4.2	Oireet.....	9
4.3	Diagnostiikka	9
4.4	Kilpirauhassyöpätyypit.....	10
5	KILPIRAUHASSYÖVÄN HOITO JA OHJAUS KANTA-HÄMEEN KESKUSSAIRAALASSA	11
5.1	Leikkaushoito	11
5.2	Tyrokseen hoito	12
5.3	Radiojodihoito ja gammakuvaus.....	13
5.4	Kilpirauhassyöpä potilaan seuranta.....	14
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	15
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	15
8	TUTKIMUKSEN ANALYSOINTI JA TUTKIMUSTULOKSET	16
8.1	Ohjausympäristö.....	16
8.2	Ohjausprosessi.....	17
8.3	Hoitajien ohjausvalmiudet.....	18
9	TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	19
10	POHDINTA.....	21
	LÄHTEET	23
Liite 1	Saatekirje	
Liite 2	Kyselylomake	

1 JOHDANTO

Kilpirauhassyöpä on sairautena harvinainen, mutta lisääntyneiden kaulan ultraäänitutkimusten myötä niitä todetaan nykyään useammin. Vuosittain todetaan Suomessa 400 uutta kilpirauhassyöpä tapausta. Kaikista kilpirauhassyöpä diagnooseista todetaan pahanlaatuisiksi kasvaimiksi vain 5 %. Suurin osa eli noin 90 % kilpirauhassyöpäkasvaimista ei ole pahanlaatuisia. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 580 – 581; Soppi 2013, 59; Lautala 2013, 2183.)

Potilasohjauksella on suuri merkitys potilaan laadukkaaseen hoitoon ja potilaan hoitotyytyväisyyteen. Useiden toimenpiteiden ja sairauksien jälseuranta ja omahoito on tärkeä osa hoitoa ja edellytys hoidon onnistumiselle. Lyhyet hoitoajat ja nopeat kotiutumiset lisäävät ohjauksen merkitystä ja erityisesti kirjallisen ohjeistuksen merkitystä. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5; Ahonen ym. 2012, 34.)

Eri ohjausmenetelmiä tulisi käyttää ohjaustilanteissa monipuolisesti, koska ihmiset oppivat eritavoin asioita. Ohjausmenetelminä voidaan käyttää yksilö- tai ryhmäohjausta sekä ohjauksen tukena voi olla videot, dvd:t sekä kirjallinen materiaali. Ohjausympäristöt ja ohjaustilanteet vaihtelevat yksilöllittäin hyvinkin paljon. (Kyngäs ym. 2007, 5–6, 25, 41 – 42; Ahonen ym. 2012, 34.)

Ohjaustilanteita tulee jatkuvasti arvioida. Hoitaja voi yksin tai potilaan kanssa yhdessä miettiä toteutuiko ohjaukselle asetetut tavoitteet, millaista ohjaus oli, toteutuiko asiakaslähtöisyys, oliko ohjaus yksilöllistä ja riittävää. Arviointi on tärkeää, jotta hoitaja pystyy kehittymään ohjaajana. Tutkimuksien mukaan potilaat ovat kokeneet vajavuutta ohjauksessa juuri niissä kohdissa ohjauksessa missä hoitajalla on ollut epävarmuutta tai tiedon puutetta. (Kyngäs ym. 2007, 45.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kehittää kilpirauhassyöpä potilaan ohjausta Kanta - Hämeen keskussairaalassa selvittämällä miten kilpirauhassyöpäpotilaita ohjataan Kanta - Hämeen keskussairaalassa? sekä miten Kilpirauhassyöpäliiton uusi julkaisu: Kilpirauhassyöpäpotilaan opas palvelee työntekijöitä potilasohjauksessa.

2 POTILASOHJAUS

Potilaan ohjaaminen on tärkeä osa hoitotyötä. Ohjausta toteuttaa jokainen hoitaja työssään osana kokonaisvaltaista hoitoa. Ohjauksessa tulee ottaa huomioon potilas ja hänen omaisensa. Ohjauksen tarkoituksena on antaa tietoa potilaalle sairaudesta, jota hän sairastaa sekä kannustaa potilasta hoitamaan itseään ohjeiden mukaisesti ja ottamaan itse vastuuta omasta hoidostaan ja terveydestään. Potilas voi käyttää saamaansa tietoa myös oman sairauden ja terveyden arviointiin. Potilaalla on kuitenkin mahdollisuus tehdä ristiriitaisia valintoja hoidon suhteen hoitajan mielipiteistä huolimatta. Ohjauksessa tiedonsaannin lisäksi oleellista on potilaan tarpeiden huomioiminen. Ohjaustilanteissa potilaan emotionaalisiin tarpeisiin tulee vastata. Emotionaalinen huomioiminen näkyy ohjauksessa potilaan asioiden välittämisenä, arvostamisena ja myönteisten tunteiden osoittamisena. Myös käytännön asioihin tulee antaa opastusta kuten mistä erilaisia tarvikkeita ja palveluja saa. Potilaan ohjaus luo turvallisen hoidon potilaalle. (Kyngäs ym. 2007, 5; Ahonen ym. 2012, 34.)

Ohjausta annetaan erilaisissa tilanteissa hoitotyössä ja ohjaustilanteet voivat olla sisällöltään hyvinkin erilaisia. Ohjausympäristönä voivat olla erikoissairaanhoito tai perusterveydenhuolto. Erikoissairaanhoidossa ohjauspaikkoina voivat olla sairaalan osastot, poliklinikat, päiväosastot tai päiväkirurgiset osastot. Perusterveydenhuollossa ohjausta voidaan antaa esimerkiksi asiakkaan kotona, työpaikalla tai koulussa. (Kyngäs ym. 2007, 5–6, 25, 41 – 42; Ahonen ym. 2012, 34.)

Ohjausmenetelminä voidaan käyttää yksilö- tai ryhmäohjausta. Ohjausta voi tapahtua kasvokkain, puhelinohjauksena tai internetin välityksellä. Apuvälineinä ohjaukseen voivat olla esimerkiksi videot, dvd:t tai pelit ja kirjallinen materiaali. Arvioiden mukaan 75 % ihmisistä muistaa näkemällä asioita ja 10 % muistaa kuulemansa tiedon. Yhdistämällä nämä molemmat on muistamisen havaittu olevan 90 %. Ohjauksessa tulisikin käyttää siksi eri ohjausmenetelmiä. (Kyngäs ym. 2007, 5–6, 25, 41 – 42; Ahonen ym. 2012, 34.)

Sairaalassa ohjaus keskittyy potilaan saamaan tietoon sairaudesta, tutkimuksista, sairauden hoidosta, lääkityksestä ja leikkausta edeltävistä toimista sekä leikkauksen jälkeisistä tapahtumista. Lisäksi ohjauksessa keskittyy paljon kivun hoidon ohjaukseen, toimenpiteisiin liittyvien rajoitusten ja oireiden kertomiseen. Potilaat itse pitävät myös juuri näitä asioita tärkeänä tietona. Näiden lisäksi tärkeänä potilaat pitävät omahoitoa sekä miten sairaus vaikuttaa heidän vapaa-aikaansa ja kuinka sairaudesta kuntoudutaan. Potilaat kaipaavat usein tietoa mahdollisista tukimahdollisuuksista ja järjestöjen toiminnasta sekä sosiaaliturvasta ja taloudellisista asioista. (Ahonen ym. 2012, 35–36.)

Sairaus tai juuri saatu tieto voi ajaa potilaan kriisiin ja silloin oppiminen sekä tiedon sisäistäminen voi olla vaikeaa. Tilanteissa joissa potilas ei pysty sairauden tai muun syyn takia omaksumaan ohjausta annetaan se omaiselle. Potilaat eivät aina välttämättä hyväksy sairauttaan ja siksi ota vastaan ohjausta. Tällaisissa tapauksissa potilaan itsemääräämisoikeutta on

noudatettava, mutta pitää myös miettiä onko ohjausta annettu oikeassa tilanteessa ja oliko ohjaaja ammattitaitoinen tehtävään. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 31.)

Potilasohjauksella on suuri merkitys potilaan laadukkaaseen hoitoon ja potilaan hoitotyytyväisyyteen. Useiden toimenpiteiden ja sairauksien jälkiseuranta ja omahoito on tärkeä osa hoitoa ja edellytys hoidon onnistumiselle. Lyhyet hoitoajat ja nopeat kotiutumiset lisäävät ohjauksen merkitystä ja erityisesti kirjallisen ohjeistuksen merkitystä. Myös potilaiden hoidon laadun vaatimustaso on noussut, joka lisää potilasohjauksen merkitystä. (Kyngäs ym. 2007, 45.)

Ohjaustilanteita tulee jatkuvasti arvioida. Hoitaja voi yksin tai potilaan kanssa yhdessä miettiä toteutuiko ohjaukselle asetetut tavoitteet, millaista ohjaus oli, toteutuiko asiakaslähtöisyys, oliko ohjaus yksilöllistä ja riittävää. Arviointi on tärkeää, jotta hoitaja pystyy kehittymään ohjaajana. (Kyngäs ym. 2007, 45.)

Potilaalle annettu ohjaus on tärkeä kirjata ylös. Kirjauksessa tulisi tulla esille ohjaukselle asetetut tavoitteet, ohjauksen suunnitelma, toteutunut ohjaus sekä arviointi. Vain hyvä kirjaaminen takaa hyvän ohjauksen. Potilaan soittaessa ohjauksen jälkeen voi hoitaja tarkistaa kirjauksesta mitä on ohjattu ja tarkentaa annettuja ohjeita. Hyvän ohjauksen merkkeinä ovatkin, että potilas on pystynyt saavuttamaan hänelle asetetut tavoitteet ja täten pärjäämään kotona ilman yhteydenottoja hoitopaikkaan hoitajakson jälkeen. (Kyngäs ym. 2007, 6, 46; Torkkola ym. 2002, 32–33; Ahonen ym. 2012, 34.)

2.1 Suullinen potilasohjaus

Ohjausta annetaan useimmiten suullisesti. Suullinen ohjeistus mahdollistaa potilaan tarkentavat kysymykset, väärinkäsityksien minimoimisen ja hoitajan antaman tuen. Suullista ohjausta voidaan antaa yksilöllisesti tai ryhmänä ja tukena on usein ohjausmateriaali. Yksilöohjaus lähtee potilaan tarpeista, aktiivisuudesta ja ilmapiiristä. Yksilöohjaus on usein oppimisen kannalta tehokkainta. Ryhmäohjauksessa voidaan hyödyntää osallistujien omia kokemuksia. (Kyngäs ym. 2007, 74; Torkkola ym. 2002, 27.)

Ohjaustilanteissa potilas on asiantuntija elämästään ja hoitajan tehtävä on olla asiantuntijana ohjattavasta asiasta. Hoitajan tulee olla etukäteen hyvin valmistautunut ohjattavaan asiaan, jotta ohjaus luonnistuu sujuvasti. Ohjauksen tulee rakentua asioille, joita potilas tuo esille ohjauksen aikana, jotta ohjaus muodostuu juuri kyseiselle potilaalle parhaimmaksi. Ohjauksen tarve kullekin potilaalle riippuu potilaan tilanteesta. Hoitajan tulee arvioida ohjauksen aikana potilaan mahdollisia tarpeita ohjauksen suhteen yhdessä potilaan kanssa. (Kyngäs ym. 2007, 26–27; Ahonen ym. 2012, 36.)

Suullisen ohjauksen tavoitteena on antaa ohjausta sanattoman ja sanallisen viestinnän avulla. Sanallinen viestintä koostuu potilaan ja hoitajan vuorovaikutussuhteesta ja sanaton viestintä eleistä, ilmeistä, teoista ja kehonkie-

lestä. Ilmeet ja eleet kertovat potilaan psyykkisestä tilasta, kuten ahdistuneisuudesta, jännittyneisyydestä, kiinnostuksesta ja ohjeiden omaksumisesta. Ohjaajan käyttäytyminen vaikuttaa myös ohjaus tilanteeseen, jos ohjaaja ei havainnoi potilaan sisäistämistä ohjattavaan asiaan ei hän voi olla varma onko potilas ymmärtänyt ja ohjaus on epäonnistunut. Havainnollistamiset ovat hyviä keinoja saada potilas ymmärtämään asioita. Hoitaja voi näyttää potilaalle esimerkiksi haavahoidon, jonka jälkeen potilas voi tehdä saman itse. (Kyngäs ym. 2007, 38–39, 48; Torkkola ym. 2002, 26–28.)

Hoitajan ja potilaan välinen suhde tulee olla luottamuksellinen molemmin puolin. Molemmilla tulee olla halu työskennellä toistensa kanssa ja löytyä uskoa auttamisen mahdollisuuteen. (Kyngäs ym. 2007, 38–39, 48; Torkkola ym. 2002, 26–28.)

Ohjaustilanteissa on monia vaikuttavia tekijöitä. Erilaiset fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristökulttuurilliset tekijät vaikuttavat potilaan ohjaamiseen. Ohjauksen onnistumisen kannalta onkin tärkeää ottaa selville potilaan taustatekijät, jonka mukaan ohjausta annetaan. (Kyngäs ym. 2007, 31.)

Fyysisinä tekijöinä huomioon tulee ottaa ohjauksessa potilaan ikä, joka vaikuttaa paljon millä tavalla ohjaus annetaan ja tarvitseeko mukana olla mahdollisesti omainen esimerkiksi muistisaira potilaan tukena. Myös sukupuoli ja sairauden luonne tulee ottaa huomioon. (Kyngäs ym. 2007, 28–29.)

Kaikilla potilailla on oma oppimistyyli ja jokainen potilas oppii asioita eritavalla. Psyykkisinä tekijöinä on tärkeitä havainnoida ohjaustilanteissa potilaiden oppimistyyliä. Motivaatio hoidon suhteen on myös tärkeää, jos potilaalla ei ole motivaatiota hoidon suhteen on hyvä yrittää asettaa selkeät tavoitteet hoidolle ja pyrkiä toimimaan sen mukaisesti. Erilaiset mieltymykset sekä aiemmat kokemukset saamasta ohjauksesta voivat vaikeuttaa ohjausta, koska potilaan voi olla vaikea luopua omista mieltymyksistään. Tällöin hoitajan ja potilaan on yhdessä etsittävä vaihtoehtoisia ratkaisuja ohjaukselle. (Kyngäs ym. 2007, 32 – 34.)

Ohjauksessa tulee tarkastella potilaan sosiaalisia tekijöitä, kuten potilaan erilaiset kulttuuritaustat, sosiaalisuus sekä eettisyys, joilla on vaikutus potilaan toimintaan ohjaustilanteissa. Hoitajan ottaessa nämä huomioon täytyy hänen miettiä miten hän kohtaa potilaan ja miten hän asiat potilaalle esittää. (Kyngäs ym. 2007, 35 – 36)

Ohjausympäristöllä ja ohjauskulttuurilla on merkitystä potilaan suhtautumiseen ohjaustilanteissa. Paras mahdollinen tila ohjaukselle on rauhallinen, jotta potilas pystyy rauhassa keskittymään ohjaukseen ja intimitteetti säilyy. Potilasohjausta hankaloittava tekijä on kiire. Se voi viedä ohjaukselta suunnitelmallisuuden sekä vuorovaikutuksen laadun. (Kyngäs ym. 2007, 36 – 37; Ahonen ym. 2012, 36.)

2.2 Kirjallinen potilasohjaus

Kirjallisena materiaalina käytetään erityyppisiä ohjeita ja oppaita, jotka voivat olla kooltaan sekä sivumääriltään hyvinkin erilaisia. Potilasohjeiden tarkoitus on neuvojen ja tiedon lisäksi määrittää potilaalle hänen paikkansa terveydenhuollon järjestelmässä. (Kynäs ym. 2007, 73, 124 – 125.)

Kirjallista materiaalia käytetään erityisesti ohjausajan ollessa lyhyt, mutta kirjallista materiaalia ei tulisi antaa potilaalle vain sen takia, että sellainen löytyy. Kirjallista materiaalia tulisikin hyödyntää ohjauskeskusteluissa tukena käytävälle keskusteluille. Myös kirjallisen materiaalin anto aika ja paikka tulee miettiä tarkkaan. Ennen leikkausta vaadittavat ohjeistukset tulee antaa potilaalle ennen leikkausta, jotta hän pystyy valmistautumaan leikkaukseen. Kotihoito-ohjeet tulisi saada hyvissä ajoin ennen kotiutumista, jotta ne ehditään käymään läpi ja tarvittaessa harjoitella niitä. (Kynäs ym. 2007, 73, 124 – 125.)

Yhä enemmän potilaat etsivät tietoa sairaudestaan internetistä. Internetin tieto ei kuitenkaan ole aina kovin luotettavaa, joten potilaita on tärkeä ohjata oikean ja luotettavan tiedon pariin. Luotettavina lähteinä voidaan pitää kansalaisten terveystietoporttia, terveyskirjastoa, lääkepakkausten valmisteyhteenvetoja sekä pakkausselosteita. Potilasjärjestöjen sivuilla on tietoa hoitajille ja potilaille sekä sieltä löytyy vertaistukea. (Ahonen ym. 2012, 36.)

2.2.1 Kirjallisen potilasoppaan kokoaminen

Potilasohjeiden tekoon ei ole varsinaisia sääntöjä. Jokainen organisaatio tekee itselleen sopivan näköisen, mutta on olemassa erilaisia suuntaviivoja minkä mukaan voi potilasohjetta alkaa työstämään. (Torkkola ym. 2002, 34.)

Potilasohjetta kirjoittaessa tulee miettiä miten asian potilaalle kertoisi kasvotusten ja samalla tavalla kirjoittaa tekstiä. Tekstissä ei tule olla liikaa sairaalasanastoa, jotta potilas ymmärtää asian. (Torkkola ym. 2002, 42.)

Hyvä potilasohje alkaa pohdinnalla, jossa kerrotaan kenelle ohjetta ensisijaisesti kirjoitetaan. Ohjeen lukijan tulee heti alussa tulla tietoiseksi, että opas on tarkoitettu hänelle. Otsikon lisäksi tekstin ensimmäisissä virkkeissä tulee ilmetä mistä asiassa on kyse. (Torkkola ym. 2002, 36.)

Ohjeisiin on hyvä kirjoittaa tärkein asia ensin ja vähemmän tärkeä viimeiseksi. Ohjeiden tärkeimmät osat ovat otsikot, jotka herättävät lukijan mielenkiinnon, mutta ei kuitenkaan aina johda lukemaan koko tekstiä. (Torkkola ym. 2002, 39.)

Asiat tulee ohjeistuksissa kertoa aikajärjestyksessä. Tautien syistä ja hoidoista kertovissa ohjeistuksissa käytetään usein kysymysrunkoa apuna. Kysymyksiä joiden avulla voi lähteä miettimään kirjoittamaansa tekstiä ovat mitä, miten, missä, milloin, millä seuraamuksella ja kuka. Näiden perusteella voi tehdä kysymyksiä, joihin oppaasta tulisi löytyä vastaus. Hy-

viä kysymyksiä ovat Mistä taudista on kyse? Miten sitä hoidetaan? Missä sitä hoidetaan? Mitä seuraamuksia hoidosta on? Kuka hoidon antaa? (Torkkola ym. 2002, 42–43.)

Ohjeiden viimeisenä ovat yhteystiedot ja tiedot ohjeiden tekijöistä sekä viitteitä lisätietoihin. Taudeissa kertovissa ohjeistuksissa ei aina näistä tarvita. Kaikissa ohjeissa joissa potilasta käsketään tekemään jollain tietyllä tavalla, tulee olla yhteystiedot johon potilas voi ottaa yhteyttä epäselvissä tilanteissa. Ohjeen marginaaliin on silti hyvä piilottaa päivästiedot sekä tekijätiedot, josta tulee ilmi yksikkö, joka ohjeen on tehnyt sekä milloin se on viimeksi päivitetty. (Torkkola ym. 2002, 44–45.)

Ohje ei pysty vastaamaan kaikkiin kysymyksiin, joten ohjeessa tulee olla vinkkejä mistä tietoa löytyy lisää. Erityisesti taudeista ja hoidoista kertovat ohjeet tarvitsevat näitä. Tällaisia ovat erilaiset www sivut, kirjat ja artikkelit. Hyvänä esimerkkinä ovat erilaiset potilasjärjestöjen sivujen mainitseminen. (Torkkola ym. 2002, 44.)

Kirjallinen ohjeistus on koottu usein liian laajasti ja yleisesti. Ohjeistusta tehtäessä tulisikin kiinnittää huomiota sen sisältöön. Mitkä asiat koskevat juuri tätä potilasta tässä hoitopaikassa? Potilasohjeissa tulee huomioida myös, että ne eivät ole ristiriidassa suullisen ohjauksen kanssa. (Torkkola ym. 2002, 29; Kyngäs ym. 2007, 125.)

2.3 Potilasohjausta määrittävät lait

Ohjaustyötä määrittävät erilaiset lait, ammattikäytännöt sekä erilaiset suositukset. Keskeisimmät ohjaustyötä määrittävät lait ovat Suomen perustuslaki, Kuntalaki, Kansanterveyslaki ja Erikoissairaanhoidonlaki. Lakien tarkoitus on taata riittävä palvelujen määrä, riittävyys ja laatu. Asiakkaan asemasta ja oikeuksista on määritelty myös laki, jonka tarkoitus on taata potilaalle hyvä kohtelu, oikeuden saada tieto hänen terveydentilastaan, sen merkityksestä hoitoon ja mitä mahdollisia hoito vaihtoehtoja hänellä on ja niiden vaikutuksista hänelle sekä itsemääräämisoikeus. Näiden avulla potilas ja hoitaja pääsevät hyvin yhteisymmärrykseen. (Kyngäs ym. 2007, 13–15, 17; Torkkola ym. 2002, 8–9, 12, 24 – 25; Ahonen ym. 2012, 35; Oh-tonen 2006, 3.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista luvussa 2:5 § säädetään, että "Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Terveysdenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä taikka potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta." (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2:5 §.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista luvussa 2:6 § sanoo, että ”Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.” (laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2:6 §.)

3 TUTKIMUSTULOKSIA POTILASOHJAUksesta

Kääriäinen ym. (2006) on tutkinut terveydenhuoltohenkilöstön käsityksiä ohjauksesta sairaalassa. Tutkimuksessa arvioitiin terveydenhuolto henkilöstön ohjausvalmiuksia jossa tuli esille, että tiedolliset taidot olivat selvästi parempia poliklinikoilla työskentelevillä kuin osastolla. Tiedolla käsitettiin sairauteen liittyvät tiedot, hoitoihin liittyvä tieto, tieto hoidon jälkeisestä voinnista sekä kuntoutumisesta. Parhaimmat tiedot hoitajilla oli sairauteen liittyvissä tiedoissa. Heikoimmat tiedot potilailla olivat hoitovaihtoehtoista ja sairauden vaikutuksista perheeseen, kuntoutumismahdollisuuksista sekä sosiaalisista etuuksista. Henkilöstö koki eri ohjausmenetelmien käytössä hallitsevansa hyvin suullisen yksilöohjauksen ja kirjallisen ohjauksenkin hallitsi suurin osa, mutta vajavuutta ohjauksessa oli muiden ohjausmenetelmien käyttö ja niiden hyödyntäminen. Henkilöstö käytti niitä ohjausmenetelmiä, jotka he itse hallitsivat, mutta harvemmin sellaisia ohjausmenetelmiä, jotka olivat heille itselleen vieraampia. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola, & Torppa, 2006, 4–8.)

Kääriäinen ym. (2005) ovat toisessa tutkimuksessa tutkineet potilaiden käsityksiä saamastaan ohjauksesta. Potilaat kokivat ohjauksen olleen riittävää hoidon oireiden osalta, mutta riittämätöntä sairauden syiden, ennusteen ja vaaratekijöiden sekä hoitovaihtoehtojen osalta. Ohjaus koettiin hyväksi tutkimusten ja toimenpiteiden osalta, mutta riittämättömäksi hoidon jälkeisissä ongelmissa sekä tutkimustuloksien tiedon saannissa. Puutteellisinta ohjaus oli sosiaalisten etuuksien osalta. Potilaat kokivat hoitajien ohjaustaidoissa asennoitumisessa ohjaukseen puutteita. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa, 2005, 10–14.)

Lipponen ym. (2006) ovat tutkineet henkilöstön käsityksiä potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa, jossa tutkittiin hoitajien omia käsityksiä ohjaustaidoistaan ja parhaimmaksi ohjaustaitonsa arvioivat hoitajat jotka käyttivät ohjaukseen vuorokauden aikana yli neljä tuntia ja huonoimmaksi ne hoitajat jotka olivat ohjanneet alle tunnin päivän aikana. Hoitajat kokivat ohjaustaitonsa olevan parhaimmat ohjattaessa potilaita tulevaan hoitotoimenpiteeseen, itsehoitoon ja huonon vertaistuen pariin. Tässä tutkimuksessa hoitajat kokivat asennoitumisensa ohjaukseen myönteisiksi. Ohjausmenetelmistä suullinen yksilöohjaus koettiin hallitsevan parhaiten. Kirjallisten ohjeiden hyödyntäminen katsottiin toiseksi parhaimmaksi hallitsevaksi ohjausmenetelmäksi. Ohjauksen laatuun vaikuttaa paljolti Kääriäisen ym. mukaan ohjausmenetelmien hyvä hallinta. Ohjauksen laatu vaihteli paljon eri hoitolaitoksien välillä ja laatu oli sidoksissa paljolti ohjaajasta ja paikasta ohjata. Ohjaustaitoja tulisi vahvistaa koulutuksilla, hoito-ohjeilla ja erilaisilla hoitosuosituksilla.

la sekä toimintatapoja yhtenäistämällä. (Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukola 2006. 121–133.)

Eri tutkimuksista pystyy hyvin havaitsemaan, että potilaat ovat kokeneet niillä ohjauksen osa-alueilla puutetta mistä hoitohenkilökunta on itse kokenut oman tiedon puutteita. Tutkimuksissa tuli myös ilmi, että poliklinikkalla ohjausvalmiudet olivat paremmat kuin osastolla työskentelevillä ja siksi potilaatkin kokivat ohjauksen olleen parempaa poliklinikoilla kuin osastolla. Potilasohjaukseen aikaa käytettiin enemmän poliklinikkalla kuin osastolla. Henkilökuntaan kohdistuneessa tutkimuksessa hoitajat kokivat asennoitumisensa ohjaukseen myönteisiksi, mutta potilaisiin kohdistuneessa tutkimuksessa potilaat kokivat hoitohenkilökunnalla olevan parantamisen varaa omassa asennoitumisessaan ohjaukseen. (Kääriäinen ym. 2005, 10–14; Kääriäinen ym. 2006, 4–8; Lipponen ym. 2006. 121–133.)

4 KILPIRAUHASSYÖPÄ

Kilpirauhassyövän synty tunnetaan vielä huonosti. Kaulan alueelle annettu sädehoito on yksi kilpirauhassyövän riskitekijöistä. Ydinkatastrofin aikana tulleen ionisoivan säteilyn tiedetään jonkin verran lisänneen kilpirauhassyövän esiintyvyyttä. Liikatoimintaa sairastavan ei tarvitse huolestua annetusta radiojodihoidosta, koska se ei lisää syöpäriskiä. (Ahonen ym. 2012, 580.)

Kilpirauhassyöpä on sairautena harvinainen, mutta lisääntyneiden kaulan ultraäänitutkimusten myötä niitä todetaan nykyään useammin. Vuosittain todetaan Suomessa 400 uutta kilpirauhassyöpä tapausta. Naisilla sitä esiintyy kolme kertaa useammin kuin miehillä. Sairastumisikä yleisemmin on 25–65 vuotta. Kaikista kilpirauhassyöpä diagnooseista todetaan pahanlaatuisiksi kasvaimiksi vain 5 %. Suurin osa eli noin 90 % kilpirauhassyöpäkasvaimista ei ole pahanlaatuisia. (Ahonen ym. 2012, 580 – 581; Soppi 2013, 59; Lautala 2013, 2183.)

4.1 Kilpirauhanen

Kilpirauhanen eli glandula thyreoidea. Se on kaulan alaosassa sijaitseva umpieritysrauhanen. Kilpirauhasessa on kaksi lohkoa, jotka ovat molemmin puolin henkitorvea. Lohkot yhdistyvät toisiinsa kannaksen avulla. Lohkot koostuvat nesteen täyttämistä rakkulamaisista kudoksista ja ovat normaalisti luumun kokoisia. Normaali aikuisen kilpirauhanen painaa noin 20g. (Ahonen ym. 2012, 577.)

Kilpirauhasen toimintaa ohjaa aivolisäke eli hypofyysi, joka erittää Thyroid stimulantin hormonia eli TSH hormonia, sekä hypotalamus, joka erittää Thyrotropin-releasing hormonia eli TRH hormonia. TRH saa aikaan aivolisäkkeen etuosan tuottamaan TSH hormonia, joka puolestaan edesauttaa kilpirauhasta erittämään kahta hormonia tyroksiinia eli T4 hormonia sekä trijodityroniinia eli T3 hormonia. Nämä hormonit säätelevät koko elimistön aineenvaihduntaa. Kilpirauhasella on tärkeä tehtävä

myös elimistön jodiaineenvaihdunnassa. (Ahonen ym. 2012, 577; Tietoa hormoneista 2010.)

Kilpirauhasen säätelyjärjestelmään tulevasta häiriöistä voi seurata kilpirauhasen vajaatoiminta tai liikatoiminta. Kilpirauhaseen voi muodostua kasvaimia tai kyhmyjä tai kilpirauhanen voi myös tulehtua. (Ahonen ym. 2012, 577.)

4.2 Oireet

Yleisin oire on kaulalta löytynyt kyhmy. Usein kyhmy on oireeton, mutta siinä saattaa esiintyä aritustusta ja kipua sitä tunnusteltaessa. Kaulalla oleva kyhmy havaitaan usein jo varhaisessa vaiheessa, jonka vuoksi syöpädiagnosi saadaan myös aikaisessa vaiheessa tietoon. Kyhmy kehittyy ja kasvaa hitaasti useiden kuukausien aikana. Nopeakasvuisessa syövässä on usein kipua ja myöhemmässä vaiheessa oireisiin saattaa liittyä äänen käheyttä, hengitys- ja nielemisvaikeuksia. (Ahonen ym. 2012, 581.)

Syöpä voi löytyä vasta myöhäisvaiheessa, jolloin kasvain on ehtinyt levittää etäpesäkkeitä. Myöhäisvaiheen syöpä oireet ovat usein luustoperäisiä. (Ahonen ym. 2012, 581.)

4.3 Diagnostiikka

Kilpirauhassyöpää epäiltäessä potilaalta selvitetään taustatiedot. Taustatietoina on hyvä ottaa selville onko potilas sairastanut aiemmin pahanlaatuisia kasvaimia ja onko hänellä ollut kilpirauhasen toimintahäiriöitä sekä onko hän saanut aiemmin sädehoitoa kaulan tai pään alueelle sekä onko potilas saanut luuydinsiirtoja, jonka vuoksi hänelle olisi annettu vartalosädetystä. Suvun aikaisemmat kilpirauhassairaudet on hyvä ottaa selville, koska suvussa voi esiintyä harvinaista MEN1 tai MEN2 oireyhtymää. Potilaan lääkitys on tärkeä ottaa selville ja varsinkin luontaistuotteiden käyttö, josta on voinut tulla mahdollinen jodi altistus. (Ahonen ym. 2012, 578; Kiviniemi & Mäkelä 2010, 1425–1429.)

Lääkäri tekee alkuselvittelyiden jälkeen kliinisen tutkimuksen, jossa hän tunnustelee kilpirauhasen ja arvioi sen mahdollista kokoa, muotoa ja kiinteyttä. Lisäksi on hyvä tunnustella imusolmukkeet ja niiden muutokset kaulalta, soliskuopista, nivusista ja kainaloista. Kiinteät ja rypälemäiset kyhmyt voi olla merkki etäpesäkkeistä. Lisäksi tulee tutkia leikkausarvet ja vatsa palpoida. Kilpirauhaseen etäpesäkkeitä voi lähettää myös muualla kehossa olevat kasvaimet. (Ahonen ym. 2012, 578; Kiviniemi ym. 2010, 1425–1429.)

Syöpäkasvain voidaan havaita joskus sattumalta suurentuneen kilpirauhasen poistoleikkauksessa eli struuma leikkauksessa. Struumaleikkauksessa löydetty kasvain on usein varhaisvaiheen löydös ja kuuluu laadultaan hitaasti eteneviin kasvaimiin. (Ahonen ym. 2012, 581.)

Laboratoriotutkimuksista ei ole useinkaan apua syövän toteamisessa, mutta laboratoriotutkimuksilla voidaan selvittää muuten kilpirauhasessa olevia toimintahäiriöitä. Ennen poistoleikkausta medullaarisessa karsinoomassa voidaan tutkia vuorokausivirtsan metanefriini ja normetanefriini, jotta varmistutaan onko kyseessä MEN2- oireyhtymään kuuluva feokromosytooma. (Soppi 2013, 56; Joensuu, Roberts, Teppo, & Tenhunen 2007, 517.)

Kilpirauhanen tutkitaan ultraäänitutkimuksella ja ohutneulabiopsialla, jolloin varmistutaan diagnoosista. Ultraäänitutkimus selvittää kyhmyjen määrää, tiiviyttä ja verenkiertoa, mutta sillä ei pystytä erottamaan hyvän- ja pahanlaatuisia kasvaimia toisistaan. Ohutneulabiopsian avulla pystytään tämentämään kasvaimen laatu. Ensimmäinen biopsia tulos ei aina ole tarkka, joten se voidaan joutua varmuuden vuoksi uusimaan 6 kuukauden kuluttua. Kyhmyn poistoleikkauksella on kuitenkin kaikista varmin tapa saada selville kyhmyn luonne. (Vauhkonen & Holmström 2012, 275; Ahonen ym. 2012, 578; Soppi 2013, 55.)

4.4 Kilpirauhassyöpätyypit

Kilpirauhasessa esiintyviä kasvaimien eri tyyppejä ovat papillaarinen, follikulaarinen ja medullaarinen sekä anaplastinen. Lisäksi kaikista syöpämuodoista on erotettavissa mikroskooppisesti ja molekyylibiologisesti monia alamuotoja. (Soppi 2013, 59.)

Papillaarinen karsinooma on yleisin syöpämuoto. Se kehittyy kilpirauhasoluista ja kasvaa hitaasti ja leviäminen tapahtuu imusuonten ja imusolmukkeiden kautta. Ensimmäisinä oireet näkyvät suurentuneina imusolmukkeina kaulalla. Löydös tehdään useimmiten ohutneulabiopsian avulla jo varhaisessa vaiheessa tai muun kilpirauhasleikkauksen yhteydessä. Papillaarisen kilpirauhassyövän ennusteet ovat hyvät, vaikka etäpesäkkeitä löytyisi kaulalta. Suurin osa potilaista on elossa vielä kymmenenkin vuoden päästä. Kilpirauhasen totaalipoisto vähentää uusiutumisriskiä. (Soppi 2013, 60; Vauhkonen ym. 2012, 274.)

Follikulaarinen karsinooma on toiseksi yleisin ja se on aggressiivisempi kuin papillaarinen karsinooma. Se on kuitenkin vähentynyt lähivuosina Suomessa. Follikulaarista kasvainta on välillä vaikea nähdä ohutneulanäytteestä, koska se muistuttaa paljon tavallista kilpirauhaskudosta. Sitä voi esiintyä verisuonissa ja se voi levittää etäpesäkkeitä luustoon sekä keuhkoihin. (Vauhkonen ym. 2012, 274–275; Soppi 2013, 61)

Medullaarinen karsinooma on harvinaisempi. Medullaarinen karsinooma on lähtöisin C-soluista, jotka sijaitsevat kilpirauhasrakkuloiden välissä. C-solut ovat kalsitoniinia tuottavia soluja, joita käytetään syöpäkasvaimen merkkiaineena. Kalsitosiinin suurentuessa veriarvoissa viittaa se medullaarisen syövän uusiutumiseen. Medullaarinen kilpirauhassyöpä saattaa olla perinnöllinen. Suomessa perinnöllinen medullaarinen syöpämuoto on harvinainen. Periytyvä muoto voi löytyä jo lapsena. Ennusteen medullaarisessa syövässä ovat hyvät. (Soppi 2013, 61–62.)

Anaplastinen kilpirauhassyöpä on harvinainen. Se kasvaa aggressiivisesti kilpirauhasen lähellä oleviin kudoksiin sekä levittää etäpesäkkeitä veriteitse herkästi ympäri kehoa. Yleisimmin anaplastinen syöpämuoto esiintyy iäkkäillä naisilla. Ensihoitona käytetään leikkausta ja muina hoitoina sädehoitoa sekä solunsalpaajia. Tässä syöpämuodossa ennuste on kovin huono. (Soppi 2013, 62; Vauhkonen ym. 2012, 275.)

5 KILPIRAUHASSYÖVÄN HOITO JA OHJAUS KANTA-HÄMEEN KESKUSSAIRAALASSA

Potilaan käytyä ultraäänitutkimuksessa hän tulee kuulemaan vastauksia kahden viikon kuluttua tutkimuksen jälkeen kirurgian poliklinikalle. Poliklinikalla lääkärin tehtävä on kertoa potilaalle syöpädiagnoosista ja tulevasta hoidosta. Kirurgian poliklinikalla sairaanhoitajan rooli on tukea potilasta, kun hän on saanut syöpädiagnoosin sekä kertoa potilaalle tulevasta leikkauksesta. Leikkausaika postitetaan potilaalle kotiin, jonka mukana on myös ohjeet leikkaukseen valmistautumiseen ja siitä toipumiseen. Hoitokontakti jää ainutkertaiseksi tällöin kirurgian poliklinikalla, koska potilas siirtyy tämän jälkeen syöpätautien poliklinikan potilaaksi. (Pelkonen, haastattelu 21.3.2014.)

5.1 Leikkaushoito

Kilpirauhassyövän hoitona ensisijaisesti jokaisessa syöpätyypissä on kilpirauhasen täydellinen poistaminen eli totaali tyreoidectomy. Hoito leikkauksen jälkeen määräytyy eri syöpätyyppien mukaan. Kilpirauhassyövän hoito voi erota eri ihmisillä. Kaikki hoidot eivät toimi toisella, kun taas toisella ne toimivat paremmin. (Soppi 2013, 62; Vauhkonen ym. 2012, 275.)

Leikkauksessa kilpirauhanen poistetaan kokonaan ja sen ympäröivä kasvainkudos sekä sairaat imusolmukkeet poistetaan mahdollisimman hyvin. Papillaarisessa syöpämuodossa, jossa syöpä on löytynyt sattumalta ja on laadultaan hyvänlaatuinen ja pieni, riittää leikkauksena kyhmy ja kilpirauhasen ympäröivän lohkon poisto. Poistaessa vain toista kilpirauhasen lohkoa voi se vahingoittaa kuitenkin toistakin lohkoa ja aiheuttaa kilpirauhasen vajaatoimintaa. Tämä voi korjaantua puolen vuoden kuluessa leikkauksesta, mutta osalla se voi jäädä pysyväksi. (Soppi 2013, 63; Vauhkonen ym. 2012, 275.)

Kilpirauhasleikkaukseen voi liittyä komplikaatioita, mutta ne ovat harvinaisia. Komplikaatioina voi esiintyä leikkauksen jälkeistä verenvuotoa, äänihuuli-hermon vaurioitumista, äänen käheyttä, kilpirauhasen vajaatoimintaa ja lisäkilpirauhasen vaurioitumista. (Kortelainen & Kainulainen 2013a.)

Potilas saapuu vuodeosastolle ennen leikkausta. Vuodeosastolla leikkaava lääkäri käy tapaamassa potilasta ja kertoo leikkauksesta. Sairaanhoitaja tekee potilaalle esihaastattelun. Potilaan kanssa on tärkeää myös käydä läpi käytännön asioita, joita tulee ottaa huomioon leikkauksen jälkeen. Leikka-

uksen jälkeisestä kivusta on hyvä puhua ja miten sitä voidaan lievittää. Liikkuminen leikkauksen jälkeen saattaa olla rajoittunutta varsinkin päännliikuttelu ja sängystä ylösnousu voi olla rajoittunutta. Leikkauksen jälkeen onkin hyvä olla vuodelevossa seuraavaan aamuun asti. Leikkauksen jälkeen saattaa tulla kalsiumin tuotantoon häiriöitä, joka voi aiheuttaa potilaalla pistelyä ja puutumista kasvoilla sekä raajoissa. Potilaalta seurataan leikkauksen jälkeen verikokeilla kalsium arvoa tarvittaessa. Potilas viipyy leikkauksen jälkeen osastolla 1-2 päivää. Potilaan kotiutuessa annetaan hänelle kotihoito-ohjeet, jotka sisältävät ohjeet haavanhoidosta, jälkitarkastuksesta sekä lääkityksestä. Ohjeet käydään osastolla potilaan kanssa suullisesti läpi. Potilas voi olla yhteydessä vuodeosastolle myös ennen leikkausta, jos hänellä on mieltä askarruttavia kysymyksiä leikkaukseen liittyen. (Kortelainen & Kainulainen 2013b.)

Leikkauksen jälkeen potilas saa ajan syöpätautien poliklinikalle. Poliklinikalla hoitaja käy potilaan kanssa läpi suullisesti kilpirauhassyöpää sairautena ja sairauteen liittyvistä hoidoista sekä erilaisia käytännön asioita sairastuessa syöpään. Potilas saa myös suullisesti käytäviä asioita kirjallisesa muodossa, jotta potilas voi muistella käytyjä asioita myöhemmin uudestaan. Käynnillä suunnitellaan leikkauksen jälkeistä radiojodihoidon toteuttamista. (Pelkonen, haastattelu 21.3.2014.)

5.2 Tyroksiini hoito

Kanta-Hämeen keskussairaalassa potilas pitää taukoa kilpirauhashormonilääkityksestä thyroxinista kaksi viikkoa leikkauksen jälkeen, jonka aikana potilaalle annetaan korvaavana lääkityksenä liothyronin lääkitystä. Potilaan saatua korvaavaa lääkitystä jatkaa hän vielä lääketaukoa kolmen viikon ajan, jonka jälkeen potilaalle tehdään radiojodikokehonkuvaus. Lääketaukojen tarkoituksena on saada elimistö tarkoituksella hypotyreosiin ennen radiojodikehonkuvausta ja radiojodihoitoa. Hypotyreosi kasvattaa veren TSH- pitoisuutta ja radiojodi hakeutuu tällöin paremmin jäljelle jääneisiin kudoksiin ja metastaaseihin. Tyroksiinin puute hoitojen välillä voi aiheuttaa väsymystä, turvotusta käsissä ja luomissa, palelua, ummetusta sekä mielialan vaihteluja. (Vauhkonen ym. 2012, 275; Soppi 2013, 63–64; Ahonen ym. 2012, 581–582; Nevala & Kallava 2012.)

Tyroksiini aloitetaan radiojodihoidon jälkeen pienellä annoksella, koska potilaalla on voimakas hypotyreosi. Lääkitystä nostetaan asteittain, jotta saadaan THS:n erityis loppumaan. Jos THS:n erityis jatkuu voi se lisätä syövän uusiutumista. Tavallisin käytettävä tyroksiini annos on 150–250 qg/vrk. Tyroksiini lääkitystä potilas tarvitsee läpi elämänsä. Tyroksiinin puutteesta johtuvat oireet vaihtelevat yksilöllisesti. Pahimmat oireet häviävät 1-2 viikon kuluessa tyroksiinilääkityksen aloittamisesta. (Vauhkonen ym. 2012, 275; Soppi 2013, 63–64; Ahonen ym. 2012, 581–582.)

Joissain sairaaloissa on käytössä kilpirauhashormia stimuloivaa pistos hoitoa. Potilas voi ottaa normaalisti kilpirauhashormonilääkitystä, mutta kahdena peräkkäisenä päivänä ennen radiojodihoitoa annetaan pakaralihakseen pistoksena kilpirauhasta stimuloivaa thyrogeen pistosta. Kolmantena päivänä mitataan TSH- pitoisuus, jolla varmistetaan stimulaation onnistuminen eli

TSH- arvon nouseminen ja radiojodihoidon hyödyn tehostaminen. Tällä hoitomekanismilla estetään potilaalle tulevat haitat kilpirauhashormoni lääkitys tauon johdosta. Pistoshoito on myös perusteltua potilaan muiden perussairauksien takia, joissa tyreksiini tauko pahentaisi heidän muita sairauksia. Tällaisia sairauksia ovat sydämen vajaatoiminta, aivoverenkiertohäiriöt, vaikea diabetes tai vaikea psykiatrinen sairaus. Pistoshoito on todella kallis lääke ja siksi sitä ei ensisijaisesti kaikille anneta. (Soppi 2013, 64; Joensuu ym. 2007, 516.)

5.3 Radiojodihoito ja gammakuvaus

Kanta - Hämeen keskussairaalassa potilaalle toteutetaan radiojodi kokokehonkuvaus viiden viikon kuluttua leikkauksesta tiistaina. Potilas tulee sairaalan isotooppilaboratorioon, jossa hänelle annetaan radiojodi 5mCi kapseli. Potilaan tulee olla ravinnotta 2 tuntia ennen radiojodi kapselin ottamista. Potilas menee kotiin kolmeksi vuorokaudeksi ja saapuu sen jälkeen uudestaan perjantaina kuvaukseen. Kuvauksen perusteella hoitava lääkäri määrää ensimmäisen saatavan radiojodihoidon ja saatavan radiojodi annoksen, joka annetaan potilaalle viikon päästä kuvauksesta. Potilas saapuu uudestaan radiojodihoidon jälkeen viikon päästä perjantaina radiojodi kokokehonkuvaukseen, jossa katsotaan onko syöpäkudokset hävinnyt. (Nevala & Kallava 2012; Nevala & Parviainen 2012.)

Papillaarisessa ja follikulaarisessa syöpämuodossa leikkauksen jälkeen jäljelle jäänyt kilpirauhaskudos tuhotaan radiojodiablaatiohoidolla. Hoito toteutetaan viiden viikon kuluttua leikkauksesta. Radiojodihoitoa suositellaan ensisijaisesti potilaille, joilla tuumori on läpimitaltaan yli 1 cm kokoinen. Radiojodihoidon tarkoitus on vähentää taudin uusiutumista ja helpottaa jatkossa seurantaa. Kilpirauhaskudoksen ollessa kokonaan pois kehosta voidaan jatkossa seurata veren tyreoglobuliinipitoisuutta syövän uusiutumisen seurannassa. Tyreoglobuliini arvon ollessa matala viittaa se ettei kilpirauhasta enää ole ja ei todennäköisesti kilpirauhassyöpääkään. Sädetyks annos on 30 -120 mCi kapseli ja harvoin hoitona voi olla 150mCi. Hoidossa käytettävän sädetysannoksen määrä riippuu taudin vaikeusasteesta ja sen levinneisyydestä. (Vauhkonen ym. 2012, 275; Soppi 2013, 63; Ahonen ym. 2012, 581.)

Tavallisimmin radiojodihoitoa tarvitsee antaa potilaalle 1-2 kertaa. Radiojodihoidon uusimisen tarvetta arvioidaan viikon kuluttua hoidosta kokokehokartta kuvauksella. Metastasoineessa syövässä radiojodia voidaan joutua antamaan useamman kerran, mutta yli 500mCi ylittävistä annoksista ei ole katsottu olevan hyötyä. Yli 1000mCi ylittävistä annoksista on havaittu olevan sekundaarisyövän vaara. Osalla potilaista kilpirauhanen lakkaa keräämästä radiojodia muutaman hoitokerran jälkeen ja viimeistään kuuden hoitokerran jälkeen kaikilla potilailla kilpirauhanen ei enää kerää radiojodia. (Joensuu ym. 2007, 516; Ahonen ym. 2012, 582.)

Radiojodihoidosta ei yleisesti tule haittavaikutuksia, mutta joillakin saattaa esiintyä lievää pahoinvointia ja kaulan turvotusta. Myöhemmin voi ilmaantua sylkirauhasen ärtymistä ja makuhaittoja, mutta nämä menevät ohi

itsellään. (Vauhkonen ym. 2012, 275; Soppi 2013, 63; Ahonen ym. 2012, 581.)

Potilas saapuu viikon päästä radiojodi kokokehonkuvauksesta perjantaina sairaalan vuodeosastolle, jossa hänelle annetaan radiojodikapseli. Kapselin tulee antamaan isotooppilaboratorion hoitaja. Potilas on viikonlopun osaston lyijyeristys huoneessa. (Nevala & Kallava 2012.)

Potilaalla on eristys huoneessa oma wc ja suihku. Poikkeustapauksissa samaan huoneeseen voidaan sijoittaa kaksi potilasta, mutta heidän on oltava mahdollisimman kaukana toisistaan. Potilas ei saa poistua huoneesta. Vierailuja huoneessa voidaan sallia vain erityistapauksissa. Lapset ja rasakaana olijat eivät saa mennä huoneeseen, jossa on radiojodin saanut henkilö. Potilas voi ruokailla huoneessa normaalisti radiojodi hoidon saatuaan. Wc- käyntien yhteydessä potilaiden on käytettävä erityistä hygieniää, koska virtsassa on mukana säteilevää radiojodia. Miespotilaiden tulisi virtsata istualleen. Potilaan virtsatessa vaatteisiinsa ei vaatteita saisi tuoda huoneesta pois eristyksen aikana. (Nevala & Parviainen 2012.)

Maanantaina huoneessa käydään mittaamassa potilaasta tuleva säteily, jonka perusteella arvioidaan potilaan turvallinen kotiuttaminen. Tarvittaessa eristystä jatketaan, jos säteily on vielä liian suurta. Kotiutumisen rajana on 21 mCi säteilyn määrä. (Nevala & Kallava 2012.)

5.4 Kilpirauhassyöpä potilaan seuranta

Papillaarisen ja follikulaarisen kilpirauhassyövän seuranta hoitojen jälkeen potilaan tulee käydä säännöllisesti seurantakäynneillä keskussairaalan poliklinikalla, jotta syövän uusiutuminen voidaan havaita ajoissa. Seurantakäyntejä leikkauksen jälkeen on 3, 6 ja 12 kuukauden välein ensimmäisen vuoden ajan, jonka jälkeen käynnit riittävät vuoden välein. Kahden vuoden kuluessa seurannat muuttuvat terveyskeskuksen puolelle, jos merkkejä syövän uusiutumisesta ei ole. Seurantakäynneillä mitataan verestä tyreoglobuliinipitoisuutta S-Tygl, kilpirauhasarvot S-T4v ja S-TSH sekä palpoidaan kaula ja tehdään kaulan ultraäänitutkimus. Keuhkokuva on aiheellista ottaa seurantojen yhteydessä, jos epäily keuhkoihin leviämisestä nousee esille. (Soppi 2013, 65; Ahonen ym. 2012, 583.)

Tyreoglobuliinipitoisuudella seurataan mahdollista syöpäkudoksen uusiutumista ja sen ollessa koholla seurannan aikana tulee tyreksiinihoito tautottaa. Kuukauden kuluttua otetaan uusi kontrollikoe, jolloin tehdään myös kokokehokartoitus radiojodilla. Kuvauksen avulla selvitetään onko kudokseen kerääntynyt radiojodia. Uusi radiojodihoito tehdään, jos huomataan radiojodin kertymistä kudoksiin. Joissain paikoissa tyreksiiniä ei tautoteta vaan annetaan Thyrogen pistos kaksi päivää ennen kuvausta ja tyreoglobuliinipitoisuuden ottamista. Thyrogen kumoo tyreksiinin vaikutuksen ja lääketaukoa ei tarvita. (Soppi 2013, 65; Ahonen ym. 2012, 583.)

Tyreoglobuliinipitoisuuden ollessa koholla ei radiojodia aina kerääntynyt kudoksiin, mutta tauti voi olla silti uusiutunut. Tällöin tulisi potilaalle tehdä kaulan ultraäänitutkimuksen lisäksi kaulan ja ylävartalon tietokoneto-

mografia. Keuhkokuva on aiheellista ottaa, jos epäily keuhkoihin leviämisestä nousee esille. (Soppi 2013, 66.)

Kilpirauhasarvojen S-T4v ja S-TSH seuraamisen tarkoituksena on mitata tyreksiini lääkityksen oikeanlaista annostusta. Tarvittaessa lääkityksen annostusta muutetaan. (Ahonen ym. 2012, 583.)

Medullaarisen kilpirauhassyövän seuranta toteutetaan ensimmäisen vuoden aikana 3, 6 ja 12 kuukauden välein ja sitten vuosittain. Seuranta toteutetaan yliopistollisen keskussairaalan poliklinikalla tai suurien keskussairaaloiden poliklinikalla. Seurantakäynneillä tärkeää on kaulan huolellinen tunnusteleminen sekä kaulan ultraäänitutkimus. Lisäksi käynneillä kontrolloidaan seerumin kalsitoniini ja seerumin karsioembryonaalinen anti-geeni eli CEA. Laboratorioarvojen ollessa koholla tehdään potilaalle kaikututkimus ja vartalon tietokonetomografia syövän uusiutumisen varmistamiseksi. (Soppi 2013, 65–66; Ahonen ym. 2012, 583.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kehittää kilpirauhassyöpä potilaan ohjausta Kanta - Hämeen keskussairaalassa selvittämällä miten kilpirauhas-
syöpäpotilaita ohjataan Kanta - Hämeen keskussairaalassa? sekä miten Kilpirauhassyöpäliiton uusi julkaisu: Kilpirauhassyöpäpotilaan opas palvelee työntekijöitä potilasohjauksessa.

Tavoitteenamme on opinnäytetyön avulla antaa hoitajille tietoa heidän antamastaan ohjauksesta kilpirauhassyöpäpotilaille. Opinnäytetyöstä saaduilla vastauksilla he voivat kehittää omaa toimintaansa.

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyössämme halusimme saada uusia näkökulmia kilpirauhas-
syöpää sairastavan potilaan ohjaukseen Kanta - Hämeen keskussairaalassa ohjaavien sairaanhoitajien kokemana. Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmenetelmän tarkoituksena on tutkia ihmisten kokemuksia, käsityksiä ja motivaatioita tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksella halusimme saada aikaan uusia näkökulmia jo olemassa olevaan tietoon. Tutkittavaa tietoa voidaan käsitellä useilla eri traditioilla, lähestymistavoilla, aineistonkeruulla ja analyysimenetelmillä. (Kananen 2010, 36–43.)

Opinnäytetyössämme keräsimme teoretietoa potilaan ohjauksesta ja kilpirauhassyöpäpotilaan hoitomenetelmistä joulukuun 2013 ja maaliskuun 2014 välisenä aikana. Tutkimuksen aineistonkeruu menetelmänä käytimme kyselylomaketta (liite 2), jonka kysymykset pohjautuivat tutkimusongelmaamme, koottuun teoretietoon ja aiempiin tutkimuksiin. Kysymykset esitettiin vastaajille avoimilla kysymyksillä, johon he saivat vastata omin sanoin. Kysymykset olivat laadittu tutkimusongelman mukaan eri aihealueille, jossa halusimme saada selville ohjausympäristöä, ohjausprosessia ja hoitajien kokemuksia omista ohjausvalmiuksista sekä kilpirauhassyöpä oppaan toimivuutta. Toteutimme kyselyt Kanta-Hämeen keskussairaalassa

eri osastoille ja poliklinikoille, jossa hoidetaan kilpirauhassyöpä potilaita. Haastatteluun valitsemamme hoitajien määrä oli pieni, koska halusimme rajata vastaajiksi vain ne hoitajat, jotka ovat mukana kilpirauhassyöpäpotilaan ohjauksessa, jotta pystymme tutkimaan tutkimusaihettamme kokonaisvaltaisesti. Kyselyiden jakamisen vastaajille toteutti osastojen ja poliklinikoiden osastonhoitajat. Kyselyitä jaettiin yhteensä seitsemän kappaletta, joihin vastaukset saatiin kuudelta. Kokonaisuudessaan vastaukset olivat kattavia sekä vastasivat kysymyksille aiemmin asettamiamme tavoitteita.

Kyselylomakkeen mukana annoimme tutkimukseen vastaajille mukana saatekirjeen (liite 1), jossa kerroimme tutkimuksesta ja sen vapaaehtoisuudesta sekä mainittiin opinnäytetyön tekijät ja heidän yhteystiedot. Kyselyn toteutimme huhtikuussa 2014 aikana, jota ennen haimme tutkimuslupaa Kanta- Hämeen keskussairaalan ylihoitajalta. Tutkimuslupan saimme 9.4.2014. Kyselyyn vastaajilla oli aikaa kaksi viikkoa vastata kyselyyn, jonka jälkeen analysoimme vastaukset.

8 TUTKIMUKSEN ANALYSOINTI JA TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimusta tarkasteltiin sisällönanalyysillä, jota käytetään laadullisen tutkimuksen analysoinnissa. Sisällönanalyysillä voidaan tarkastella kirjallista ja suullista kieltä. Analyysin tarkoituksena on kertoa tutkittavasta asiasta ja sen merkityksestä (Tuomi & Tarajärvi 2003, 93–119). Sisällönanalyysissä ensimmäinen vaiheemme oli tutkimusaineistoon tutustuminen ja vastausten jakaminen neljään eri teemaan, jonka mukaan tarkastelimme vastauksia. Teemoinamme käytimme ohjausympäristöä, ohjausprosessia ja hoitajien kokemuksia omista ohjausvalmiuksista sekä kilpirauhassyöpä oppaan toimivuutta.

Seuraavaksi pelkistimme aineistosta alleviivaamalla ne sanat ja sanaparit, jotka antoivat vastauksia kysymyksiin: Miten kilpirauhassyöpäpotilaita ohjataan Kanta - Hämeen keskussairaala? sekä miten Kilpirauhassyöpäliiton uusi julkaisu: Kilpirauhassyöpäpotilaan opas palvelee työntekijöitä potilasohjauksessa. Tämän jälkeen haimme yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia alleviivatuista sanoista ja sanapareista, jotka kokosimme tiivistetysti teemojen ohjausympäristö, ohjausprosessi sekä hoitajien ohjausvalmiuksien alle.

8.1 Ohjausympäristö

Halusimme selvittää ohjausympäristöön liittyvillä kysymyksillä onko ohjaukseen käytettävät tilat sopivat ja mahdollistavatko ne ohjauksen kiireettömäksi ja rauhalliseksi. Ohjausympäristöllä ja sen kulttuurilla onkin suuri merkitys miten potilas suhtautuu ohjaukseen (Kyngäs ym. 2007, 36–37; Ahonen ym. 2012, 36). Vastauksista ilmeni, että ohjausympäristönä käytetään potilashuoneita, jotka pääsääntöisesti ovat kahden tai neljän hengen huoneita. Lisäksi ohjauksessa käytetään useimmiten ohjaukselle varattua erillistä huonetta, joka on pyritty saamaan kodinomaiseksi ja viihtyisäksi. Vastaanottohuonetta ja erillistä hoitajan huonetta käytetään myös ohjauk-

sisä. Ohjausta annetaan myös käytävällä, mutta pyrkimyksenä on löytää aina rauhallinen tila ohjaukselle, jotta ohjaustilanne pysyy rauhallisena sekä intymiteetti suojaa säilyy. Ohjaustilanteiden muodostuessa kiireellisiksi vie se ohjaukselta suunnitelmallisuuden sekä vuorovaikutuksen laadun (Kyngäs ym. 2007, 36–37; Ahonen ym. 2012, 36). Tarvittaessa ohjaukseen otetaan mukaan omainen, mutta muita ulkopuolisia ei ohjaukseen mukaan oteta.

”Haastattelu pääsääntöisesti tehdään pienessä huoneessa, vältetään haastattelua osaston käytävillä, jotta haastattelutilanne on rauhallinen, kiireetön ja huomioiden potilaan tietosuoja/intymiteetti.”

”Huone pyritty luomaan kodinomaiseksi tai viihtyisäksi”

”..tai käytävällä, jos erillinen huone varattu.”

8.2 Ohjausprosessi

Ohjausprosessia tarkastellessa halusimme saada selville ohjaustilanteeseen valmistautumiseen liittyviä fyysisiä tekijöitä. Huomioimme ottaako hoitaja potilaan taustatiedot etukäteen selville ja tarvitseeko omaisen olla läsnä ohjauksessa ja asetetaanko ohjaukselle tavoitteet.

Kyselyistä selviää, että hoitajat valmistautuvat ohjaukseen tutustumalla potilaan taustatietoihin potilastietojärjestelmän kautta. Useimmiten hoitajat selvittävät ennen ohjausta potilaan iän, aiemmat sairaudet ja lääkityksen sekä perhesuhteet. Hoitajat koki tärkeänä selvittää myös onko potilaalle annettu aiemmin ohjausta. Hoitajat valmistautuivat ohjaukseen olemalla lääkärin vastaanotolla mukana ja tekemällä havaintoja samalla mitkä asiat potilasta huolestuttaa. Ennen ohjaustilanteita hoitajat keräsivät ohjausmateriaalit valmiiksi ja osa hoitajista tutustui myös niihin etukäteen. Hoitajat kokivat ohjaamiseen valmistautuessa tärkeäksi kartoittaa kokonaisuus ja katsoa kaikkia tarvittava materiaali valmiiksi. Näillä asioilla onkin suuri merkitys miten ohjaustilanne muodostuu ja onnistuu (Kyngäs ym. 2007, 31). Missään vastauksissa ei ilmene asetetaanko potilaan kanssa yhdessä tavoitteet ohjaukselle, joka olisi todella tärkeää potilaan kannalta, jotta hän tietää mitä ohjauksen on tarkoitus hänelle antaa ja sisältää etukäteen ennen ohjausta. Tavoitteiden asettaminen on myös tärkeää koko ohjausprosessin kannalta.

Ohjausprosessissa selvitimme myös hoitajien käyttämiä ohjausmenetelmiä ja ottavatko hoitajat huomioon potilaan oppimistyyliä valitessaan ohjausmenetelmää sekä ottavatko he huomioon sosiaaliset tekijät ja kulttuuritaustan esittäessään asiat potilaalle (Kyngäs ym. 2007, 32–34). Eniten käytettiin suullista potilasohjausta ja valmiita kirjallisia materiaaleja. Ohjaustilanteissa huomioitiin potilaan sen hetkinen tila oliko potilas ahdistunut, pelokas tai ylipirteä ja sen mukaan ohjaustilanteissa edettiin potilaan tarpeiden mukaan. Ohjaustilanteissa hoitajilla oli tärkeää kuunnella potilasta ja vastata hänen kysymyksiin. Ohjaustilanteissa kartoitettiin potilaan mahdollinen tukiverkosto ja psyykkinen tila näiden havaintojen perusteel-

la potilas ohjattiin psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle sekä kannustettiin vertaistukiryhmiin.

”Potilastiedoista Efficasta katsotaan potilaan taustatiedot.”

”Kartoitan kokonaisuuden.”

Ohjausprosessin kartoittamiseen kuului kirjallisen materiaalin arviointi ja hyödyntäminen. Halusimme selvittää hyödynnetäänkö kirjallista materiaalia ohjauksen tukena, eikä sitä anneta potilaalle vain näön vuoksi (Kyngäs ym. 2007, 73, 124–125). Halusimme tutkia myös hoitajien mielipidettä ja toimivuutta Kilpirauhassyöpäliiton uudesta oppaasta: Kilpirauhassyöpäpotilaan opas.

Suurin osa hoitajista koki uuden kilpirauhassyöpäoppaan hyväksi ja kattavaksi, mutta osan vastaajien mielestä oppaassa oli liikaa tietoa tiiviissä paketissa. Tiedot oppaassa koettiin olevan selkeässä muodossa, jotta potilaskin ymmärtää sekä huomioitu potilaan henkistä jaksamista. Oppaassa tärkeinä pidettiin potilaiden omia tarinoita. Osalle vastaajista opas oli täysin uusi tai sitä ei ole otettu vielä käyttöön ja ei osattu perustella sen toimivuutta. Hoitajat kokivat kuitenkin innostusta uudesta oppaasta ja olivat valmiita heti tutustumaan siihen ja ottamaan sen käyttöön. Muina kirjallisina materiaaleina hyödynnettiin sairaalan omia valmiita potilas ohjeita, kuten ohje kilpirauhasleikkaukseen tulevalle potilaalle ja kilpirauhasleikkauksen jälkeinen kotihoito. Suurin osa hyödynsi kirjallista materiaalia ohjauksen tukena ja oppaasta kerrottiin pääpiirteittäin asioita. Hoitajat kokivat oppaan tarkoituksena olevan asioiden muistelu ohjaustilanteen jälkeen mieleen tuleville kysymyksille. Potilasopasta hyödynnettiin lukemalla itse ja antamalla opiskelijoille luettavaksi sekä annettiin potilaan omaisille antamaan tietoa läheisen sairaudesta. Potilasopasta kootessa keskeisiä asioita ovat miten asiat on kirjoitettu potilasoppaaseen ja ettei ole käytetty liikaa sairaalasanastoa ja että ne on kirjoitettu ymmärrettävästi sekä suullista ohjausta tukien (Torkkola ym. 2002, 42). Keskeisiksi asioiksi nousivat juuri samat asiat, joita hoitajatkin ovat kokeneet tärkeänä asiana uudessa kilpirauhassyöpäpotilaan oppaassa.

”Kirjallinen materiaali on hyvä antaa, koska potilas unohtaa osan puhutun asian.”

”Opas vastaa myös jälkeinpäin tuleviin kysymyksiin.”

”Tulostaneet netistä jotain kilpirauhassyöpään liittyvää infoa. Tämä tulee todellakin tarpeeseen!”

8.3 Hoitajien ohjausvalmiudet

Selvitimme kyselyllä hoitajien omaa mielipidettä omista ohjausvalmiuksistaan. Kyselyllä halusimme saada selville onko ohjaajan teoriatieto riittävä ja ajan tasaista sekä käydäänkö ohjaustilanteita jälkeinpäin läpi.

Ohjaaminen koettiin tärkeäksi ja rikkaaksi työksi sekä kynnys ohjata syöpäpotilaita koettiin matalaksi. Käytännön kokemuksen myötä koettiin ohjaukselle tulleen varmuutta ja ihmistuntemusta. Ohjaustilanteet koettiin pääsääntöisesti luonteviksi ja potilaslähtöisiksi. Suurin osa koki omat ohjausvalmiutensa hyväksi ja aiempi työkokemus muilta osastoilta ja poliklinikoilta koettiin eduksi. Vastauksista ei näkynyt käydäänkö ohjaustilanteita jälkikäteen läpi tai arvioidaanko ohjaustilanteita potilaiden näkökulmasta mitenkään. Ohjaustilanteita tulisi käydä läpi jälkikäteen ja arvioida sen jälkeen ohjauksen onnistumista, joko potilaan kanssa yhdessä tai hoitaja yksin ohjauksen jälkeen (Kyngäs ym. 2007, 45). Kilpirauhassyöpäpotilaan sairaus ja hoito koettiin kokonaisuudessaan monimutkaiseksi ja siksi koettiin tärkeänä perehtyä kunnolla sairauteen ja siihen liittyvään hoitoon ennen ohjaamista. Osa hoitajista kokikin lisäkoulutuksen tarvetta, koska potilaita on harvemmin ohjattavana vaikka kokivat kuitenkin viime aikoina potilasryhmän lisääntyneen. Hoitajat kokivat myös lisäkoulutuksen tarvetta, jotta ei sokaistuisi omiin tapoihin liikaa.

”Koulutusta tarvitaan lisää ettei sokaistu omiin tapoihin.”

”Mielestäni minulla on perusohjaustaito hallinnassa. Osaan kysyä oleelliset asiat ja antaa tarvittavat tiedot potilaalle.”

”Käytännön kokemus tuo varmuutta ja lisää ihmistuntemusta.”

9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Hyvään tieteelliseen käytäntöön ja tutkimus etiikkaan kuuluu yhteisten toimintatapojen noudattaminen, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, joita on pyritty tässä opinnäytetyössä noudattamaan. (Tuomi ym. 2003. 131; Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009. 175.)

Tutkimuseettisesti on myös tärkeää, että tutkimusaihe on valittu oman mielenkiinnon mukaan, jotta tutkimusaineistoa kerätään kattavasti ja täten aineistosta muodostuu luotettava (Kankkunen ym. 2009. 172, 176–177; Tuomi ym. 2003. 126). Tutkimusaihe oli alusta asti mielestämme mielenkiintoinen ja halusimme kehittää kilpirauhassyöpäpotilaan ohjausta. Tutkimuseettisesti on myös tärkeää, että aihe on yhteiskunnallisesti merkityksellinen.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kehittää kilpirauhassyöpä potilaan ohjausta Kanta - Hämeen keskussairaalassa selvittämällä miten kilpirauhassyöpäpotilaita ohjataan Kanta - Hämeen keskussairaalassa? sekä miten Kilpirauhassyöpäliiton uusi julkaisu: Kilpirauhassyöpäpotilaan opas palvelee työntekijöitä potilasohjauksessa. Toteutimme kyselyn henkilökunnalle, jossa selvitimme näitä asioita.

Tavoitteenamme on opinnäytetyön avulla antaa hoitajille tietoa heidän antamastaan ohjauksesta kilpirauhassyöpäpotilaille. Opinnäytetyöstä saaduilla vastauksilla he voivat kehittää omaa toimintaansa.

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa oleellisinta on tutkimusaineiston laatu toisin kuin tutkittavien määrä. Laadullista tutkimusta voidaan arvioida tutkimusaineiston keräämisellä, aineiston analysoinnilla ja tutkimuksen raportoinnilla. Aineiston luotettavuudessa tulee ottaa huomioon miten tutkittavat valitaan tutkimukseen ja ettei heidän henkilöllisyys paljastu. Tutkimuksen eettisyyden kannalta tärkeää on myös tutkimuksen vapaaehtoisuus sekä ettei se vahingoita fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti tutkittavaa ihmistä (Kankkunen ym. 2009. 177; Krause & Kiikkala 1996. 64–65; Kuula 2006. 117). Tutkimukseen osallistujille ilmoitettiin saatekirjeen avulla työn tarkoituksesta ja sen vapaaehtoisuudesta. Tutkimusaineiston analysoinnin jälkeen ne hävitettiin asianmukaisesti.

Opinnäytetyössämme tutkimus annettiin Kanta - Hämeen keskussairaalan osastoille ja poliklinikoille, jossa hoidetaan kilpirauhassyöpäpotilaita, jotta vastauksista tulisi mahdollisimman kattavia. Tutkimusta ei voitu kuitenkaan eritellä annettavaksi erikseen poliklinikoille tai osastolle, ettei vastaajien henkilöllisyys paljastu. Tavoitteeksi asetettiin, että tutkimukseen vastataisi viisi. Kyselyitä lähetettiin seitsemän ja osastonhoitajille painotettiin, että jakaisi kyselyjä sellaisille vastaajille, jotka ovat motivoituneita vastaamaan, jotta vastausprosentti saadaan mahdollisimman ylös. Tutkimuskyselyt vastaajat lähettivät suljetussa kirjekuoressa tutkimuksen tekijöille. Näin taattiin myös vastaajan nimettömänä pysyminen.

Jokaiseen kyselyyn oli vastattu kattavasti ja niistä oli helppo analysoida tutkimustuloksia. Tutkimustulokset nousivat tarkoin aineistosta, joka on tutkimuksen luotettavuuden kannalta oleellista.

Haastattelemalla olisimme voineet tarkentaa kysymyksiä entisestään ja saada vielä kattavampia vastauksia. Haastattelut olisivat vienneet kuitenkin paljon aikaa ja kiireiset hoitajat eivät välttämättä olisi osallistuneet tutkimukseen näin hyvin kuin kyselyllä.

Tutkimuksen raportointia voidaan arvioida sen selkeydellä. Raportin tulee olla selkeästi luettavissa ja lukija tulee saada tekstillä vakuuttuneeksi, että ratkaisut ovat olleet oikeita. Hyvään tutkimusraporttiin kuuluu, että käytetty aineisto on tuoretta, siinä on uusia näkökulmia ja kirjoitustyyli on hyvää. Laadullisen tutkimuksen raportoinnissa tulee näkyä tutkimuksen eri vaiheet, jotta lukija pystyy ymmärtämään tutkimuksen kulun (Tuomi ym. 2003. 93–119, 112–125). Raportissamme kerrotaan miten tutkimus on toteutettu ja miten sisällönanalyysi tehtiin. Aineiston käytössä mietittiin tarkoin mitä lähteitä käytettiin. Raportin lähteinä on pyritty välttämään yli kymmen vuotta vanhoja aineistoja luotettavuuden takaamiseksi. Tutkimuksien avulla on pyritty tuomaan uusia näkökulmia. Kirjoitustyyli on pyritty pitämään asiatekstinä.

10 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kehittää kilpirauhassyöpä potilaan ohjausta Kanta - Hämeen keskussairaalassa selvittämällä miten kilpirauhassyöpäpotilaita ohjataan Kanta - Hämeen keskussairaalassa? sekä miten Kilpirauhassyöpäliiton uusi julkaisu: Kilpirauhassyöpäpotilaan opas palvelee työntekijöitä potilasohjauksessa.

Vastauksien perusteella ohjauksessa hyvää oli, että hoitajat pyrkivät aina etsimään ohjaukselle kiireettömän ja rauhallisen ympäristön, vaikka sitä ei aina kuitenkaan pystytty toteuttamaan. Hyvää oli myös, että hoitajat huomioivat potilaan tarpeen tarvittaessa ottaa omaisen mukaan ohjaustilanteeseen.

Hoitajien valmistautuminen ohjaukseen oli hyvää. He tutustuivat aina potilaan taustatietoihin etukäteen ja osasivat poimia oleelliset asiat koskien potilasta ja hänen ohjaamistaan. Valmistautumisessa hyvää oli myös, että ohjausmateriaali kerättiin etukäteen valmiiksi sekä hoitaja tutustui itse myös materiaaliin huolellisesti ennen ohjauksen antamista. Tutkimusvastauksista ei tullut ilmi asettavatko hoitajat ohjaukselle tavoitteet yhdessä potilaan kanssa ennen ohjausta, joka on tärkeää potilaan kannalta, jotta potilas tietää mitä hän odottaa ohjauksen sisällöltä ja että mitä hänen tulee ohjauksen jälkeen sisäistää. Ohjaukselle asetetut tavoitteet mahdollistaa ohjauksen jälkeen arvioimaan onnistuiko ohjaus tavoitteiden mukaan ja saiko potilas kaiken tarvitsemansa tiedon, jottei hänen tarvitse jälkikäteen ohjauksen jälkeen soittaa ohjauspaikkaan tarkentamaan vastauksiaan.

Eniten ohjauksessa käytettiin suullista ohjausta ja valmista kirjallista materiaalia, mutta muiden ohjausmenetelmien käytöstä ei ollut merkkejä tutkimustuloksissa kuten ryhmäohjauksesta ja erilaisien ohjauksen apuvälineiden käytöstä. Tämä toisi ohjaukseen monipuolisuutta. Ryhmäohjauksella voitaisiin tuoda samassa tilanteessa olevia ihmisiä lähemmäksi toisiaan sekä hyödyntää hoitajien ajankäyttöä. Vaikkakin suullinen yksilöohjaus on tärkein ohjausmenetelmä potilaan kannalta ja se mahdollistaa henkilökohtaisien kysymysten huomioonoton.

Ohjaustilanteessa huomioitiin potilaan tarpeet ja sen mukaan hoitajat toteuttivat ohjauksen kulkua eikä niistä muodostunut kaavamaisia. Hoitajat hyödynsivät ohjauksessa kirjallista materiaalia ja oivalsivat sen merkityksen ohjauksen tukena. Kirjallinen materiaali käytiin aina potilaan kanssa läpi ennen kuin se annettiin hänelle. Kirjallinen materiaali onkin tärkeä antaa potilaalle kotiin ohjauksen jälkeen, jotta hän voi muistella ohjauksessa käytyjä asioita kotona läpi.

Kyselyn vastauksista ei ilmennyt käydäänkö ohjaustilanteita jälkikäteen läpi potilaan kanssa tai ilman. Tämä olisi tärkeää potilasohjauksen kehittämisen kannalta. Täten saataisiin selville potilaan kokemuksia ohjauksesta ja mitä hoitaja voisi seuraavalla kerralla tehdä toisin. Lisäksi hoitaja voisi miettiä pystyikö hän välittämään potilaalle kaiken haluamansa tiedon. Suurin osa hoitajista arvioi omia ohjaustaitojaan hyväksi, mutta varsinaista kerrontaa ei ollut siitä miten he pitivät ohjaustaitojaan yllä muuta

kuin tekemällä ohjaustyötä säännöllisesti. Kyselystä ilmeni, että osalla vastaajista olisi halua osallistua koulutuksiin, jotta voisi kehittää omia ohjaustaitojaan ja ei sokaistuisi liikaa omiin tapoihin.

Jatkossa hoitajien olisi hyvä pitää yhteisiä palavereja vaikka vuosittain osastojen ja poliklinikoiden välillä, jossa mukana kilpirauhassyöpäpotilaita ohjaavia hoitajia. Palavereissa voitaisiin käydä yhdessä läpi potilastapauksia ja mitä mahdollista kehitettäviä asioita kyseisen potilasryhmän ohjauksessa on ilmennyt. Osa hoitajista koki kyselyssä hyötyä olleen aiempi työkokemus muusta paikasta missä hoidettiin kilpirauhassyöpäpotilaita. Työnkierto olisikin varmasti rikastuttava asia ja täten pystyttäisiin hahmotamaan mitä toisen työnkuvaan kuuluu toisessa toimipisteessä.

LÄHTEET

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma pro oy.
- Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenhunen, M. 2007. Syöpätaudit, Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen – Julkunen, K. 2009, Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kiviniemi, H. & Mäkelä, J. Kilpirauhaskyhmyn tutkimukset ja leikkausaiheet. Suomen lääkärilehti 2010/16.
- Kortelainen, K. & Kainulainen, J. 2013a. Kilpirauhasleikkauksen jälkeinen kotihoito. Kanta-Hämeen keskussairaala.
- Kortelainen, K & Kainulainen, J. 2013b. Ohje Kilpirauhasleikkaukseen tulevalle potilaalle. Kanta-Hämeen keskussairaala.
- Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimukset peruskysymyksiä. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen Hoitotyössä. Helsinki: Wsoy.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö 3 (1).
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystienhuoltohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede 18.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista nro 785/1992. 17.8.1992. Viitattu 1.3.2014.
- Lautala, T., 2013, Vähäriskisiä kilpirauhassyöpiä ylihoitetaan. Suomen lääkärilehti. Helsinki: PunaMusta.
- Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2006. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteen aikakauslehti.
- Nevala, M. & Kallava, A. 2012. Toiminta ohje yleistä radiojodihoidosta. Kanta- Hämeen keskussairaala.

Nevala, M. & Parviainen, H. 2012. Sisätautien toimintaohje-radiojodihoidot. Kanta- Hämeen keskussairaala.

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjauksen punainen lanka. Sairaanhoitajalehti.

Pelkonen, M. 2014. Sairaanhoitaja. Kanta-Hämeen keskussairaala. Haastattelu 21.3.2014.

Soppi, E. 2013. Kilpirauhanen ja kilpirauhassairaudet. Kirja potilaalle. Lahti: Kirjapaino Markprint Oy.

Tietoa hormoneista 2010. Aivolisäkeyhdistys. Viitattu 10.1.2014. <http://www.sellanet.com/index.php/hormonit.html>

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi - Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Tuomi, J. & Tarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2012, Sisätaudit. 4. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro.

SAATEKIRJE

Arvoisa vastaaja!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita ja opiskelemme hoitotyötä Hämeen ammattikorkeakoulussa Hämeenlinnassa ja Valkeakoskella. Olemme nyt tekemässä opinnäytetyötä, joka kuuluu tutkintoomme. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kehittää kilpirauhassyöpäpotilaan ohjausta Kanta-Hämeen keskussairaalassa. Tavoitteenamme on selvittää miten kilpirauhassyöpäpotilaita ohjataan Kanta - Hämeen keskussairaalassa? sekä miten Kilpirauhasliiton uusi julkaisu: Kilpirauhassyöpäpotilaan opas palvelee työntekijöitä potilasohjauksessa.

Keräämme aineistoa Kanta-Hämeen keskussairaalasta. Kyselyyn valitut henkilöt työskentelevät kilpirauhassyöpää sairastavien potilaiden kanssa.

Osallistuminen tutkimukseemme on vapaaehtoista. Vastaaminen tapahtuu nimettömästi ja saatu aineisto käsitellään luottamuksellisesti. Valmis opinnäytetyömme ja tutkimus tulokset löytyvät Hämeen ammattikorkeakoulun kirjastosta Hämeenlinnan toimipisteestä työn valmistuttua. Osallistumisesi kyselyyn on meille tärkeää ja vastaamalla voit vaikuttaa potilasohjauksen kehittämiseen, joten toivomme sinun ystävällisesti vastaavan kyselyymme.

Liitteenä Kilpirauhasliiton uusi julkaisu: Kilpirauhassyöpäpotilaan opas, jota voitte käyttää esitettyjen kysymyksien tukena.

Kiitos mielenkiinnostanne ja yhteistyöstä!

Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot:

Jenni Heino (Sairaanhoitajaopiskelija AMK)
jenni.heino@student.hamk.fi

Sonja Mäkelä (Sairaanhoitajaopiskelija AMK)
sonja.makela@student.hamk.fi

