

Elisa Lakka, Alina Onali, Riikka Viiru

POHJOIS-KYMENLAAKSON RINTA-
SYÖPÄHOITAJAN ANTAMA TIETO JA
OHJAUS VASTAANOTOILLA

Potilastyytyväisyystutkimus

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja

Marraskuu 2016



Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Elisa Lakka, Alina Onali, Riikka Viiru	Sairaanhoitaja AMK	Marraskuu 2016
Opinnäytetyön nimi		
Pohjois-Kymenlaakson rintasyöpähoitajan antama tieto ja ohjaus vastaanotoilla Potilastyytyväisyystutkimus		67 sivua 12 liitesivua
Toimeksiantaja		
Pohjois-Kymen sairaala		
Ohjaaja		
TtM Elisa Marttila		
Tiivistelmä		
<p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten tyytyväisiä potilaat ovat olleet rintasyöpähoitajan vastaanottokäynteihin Pohjois-Kymen sairaalassa ja kartoittaa mahdollisia kehittämisideoita. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimusmenetelmällä, jonka aineisto kerättiin kyselylomakkeilla. Kyselylomakkeeseen tuli yhdeksän taustakysymystä, 13 suljettua kysymystä ja yksi avoin kysymys tarkempien tietojen saamiseksi. Taustatiedot tähän tutkimukseen oli haettu alan kirjallisuudesta, elektronisista lähteistä, ja aiheeseen liittyvistä aiemmista tutkimuksista. Täydentävänä tiedonkeruumenetelmänä toteutettiin rintasyöpähoitajan henkilökohtainen asiahaastattelu, jonka avulla saatiin tarkempaa tietoa hänen työnsä kuvasta.</p>		
<p>Tutkimuksen kohteena eli perusjoukkona toimi rintasyöpähoitajan vastaanotolla käyvät rintasyöpäpotilaat (N=720). Tässä tutkimuksessa ei ollut resursseja tutkia koko perusjoukkoa rajoitetun aikataulun vuoksi, joten tässä tarkasteltiin vain osaa perusjoukosta. Tutkimuksen otantamenetelmänä toimi harkinnanvarainen otanta eli näyte, sillä tähän tutkimukseen havaintoyksiköt valikoituivat perusjoukosta vain kyselyn ajankohdan perusteella. Tämän tutkimuksen otoskoon tavoite oli perusjoukkoon nähden pieni (n=50), mutta tarpeeksi suuri analyysin tekemiseen tilastollista menetelmää käyttäen. Potilaat vastasivat kyselyyn rintasyöpähoitajan vastaanottokäynnin yhteydessä ja postitse loka-marraskuussa 2016 viikoilla 42–44. Kyselylomakkeita laitettiin jakoon 50 kappaletta, vastauksia tuli yhteensä 37, joista kaksi oli hylättävä selkeästi puutteellisten tietojen vuoksi. Vastausmäärä (74 % 50:stä) oli hyvä rajattuun aika-tilaan nähden. Lopullinen aineisto (n=35) analysoitiin tilastollisella SPSS-ohjelmalla.</p>		
<p>Kyselyyn osallistuneet olivat laajalti (46 %) vastanneet kaikkiin lomakkeen väittämiin melko tai täysin samaa mieltä. Kuitenkin suurin osa (54 %) kyselyyn osallistujista vastasi lomakkeessa yhdestä neljään väittämään olleensa melko tai täysin eri mieltä. Kokonaisuudessaan tutkimustulosten mukaan valtaosa (noin 85 %) kyselyyn osallistuneista oli siis tyytyväisiä vastaanottokäynteihin. Tyytymättömyyttä ilmaisi vain pieni osa (noin 15 %) vastaajista. Potilaat kokivat olleensa kaikista tyytyväisimpiä rintasyöpähoitajan antamaan tukeen koskien potilaan omaa päätöksentekoa, saamaansa tietoon liittyen leikkaukseen, vastaanottokäynteihin varattuun aikaan, sekä rintasyöpähoitajan antamaan tietoon jatkohoitoon ja seurantaan liittyvistä asioista. Potilaat olivat tyytymättömiä rintasyöpähoitajan antamaan ohjaukseen liittyen mahdollisiin seksuaalisuuden muutoksiin.</p>		
<p>Luotettavuutta mietittäessä tavoitteeseen päästiin melko hyvin, sillä tutkimusongelmiin saatiin vastaukset. Ainoastaan avoimeen kysymykseen liittyen kehittämisideoihin ei tullut toivottua vastausmäärää. Reliabiliteettia ei ollut tarkoituksenmukaista arvioida, sillä kyselyä ei toistettu eri ajankohtina rajatun aikataulun vuoksi. Kyselylomakkeet esiteltiin terveydenhoitoalan ammattilaisilla ennen aineiston keruuta, jonka myötä kyselylomakkeeseen saatiin lisää tarkkuutta kehittämisideoiden pohjalta. Lopulta tärkeimpänä tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä lisäsi virallisen tutkimusluvan hakeminen Kouvolan kaupungin hyvinvointipalveluiden kautta.</p>		
Asiasanat		
rintasyöpä, rintasyöpähoitaja, vastaanotot, tieto, ohjaus, potilastyytyväisyys		

Authors	Degree	Time
Elisa Lakka, Alina Onali, Riikka Viiru	Bachelor of Health Care	November 2016
Thesis Title		
Information and Guidance Giving by the Breast Cancer Nurse in Pohjois-Kymi hospital Patient satisfaction survey		67 pages 12 pages of appendices
Commissioned by		
Pohjois-Kymi hospital		
Supervisor		
Elisa Marttila, Senior Lecturer		
Abstract		
<p>The purpose of this research was to find out how satisfied patients were with the breast cancer nurse clinic in Pohjois-Kymi hospital. The research was gathered in a quantitative style and materials were brought together in a questionnaire. The questionnaire had nine background questions, 13 closed questions and one open question to gather more specific information. To ensure the quality of the questionnaire it was handed out to medical professionals in Pohjois-Kymi hospital before being released.</p> <p>The breast cancer patients who visited the breast cancer nurse clinic were at the heart of this research (N=720). Because of a lack of time it was not possible to look into all of the cases, therefore only some of them were studied. Enough people (n=50) were chosen to participate in the research so that the end results could be analysed. The patients answered the questionnaire in October-November 2016, in the weeks of 42-44 by post and while visiting the breast cancer nurse clinic. There were 50 questionnaires handed out, but only 37 of them were received back. Two were disqualified because of a lack of information. The number of replies (74 % of 50) was good considering the amount of time. The final materials (n=35) were analysed with the statistic program SPSS.</p> <p>The background information for this study was gathered from professional literature, electrical sources (internet) and previous studies. The breast cancer nurse was also interviewed about her job to gather more specific information for the research.</p> <p>The 46 % of people that were asked answered that they slightly or completely were satisfied with their appointments. Meanwhile the majority 54 % answered with one to four statements from the questionnaire that they were unsatisfied regarding one or more things about their appointment. In its entirety most of the patients (85 %) were satisfied with their appointments. About unsatisfaction some things about the appointment was indicated only from 15 % of people that were asked. The patients were most satisfied about the support given by the breast cancer nurse in making their own decisions, the information given about operations, the time reserved for each appointment and the information given about follow-up treatment. The patients were most unsatisfied about the guidance given of possible sexual changes.</p> <p>The questionnaire gave accurate results. The open question about development ideas was the only question that did not receive enough comments. It is not practical to estimate the reliability of the results because the questionnaire was not repeated. The questionnaire was tested with health care professionals before being used. This was the questionnaire became more specific. Official permits were sought from Kouvola City Council welfare services to ensure the reliability and ethical accuracy of this research.</p>		
Keywords		
breast cancer, breast cancer nurse, receptions, information, guidance, patient satisfaction		

SISÄLLYS

1	TAUSTA JA TARKOITUS.....	6
2	TAUSTATIETOJEN HAKU	7
3	YLEISTÄ RINTASYÖVÄSTÄ.....	8
3.1	Yleistä leikkaushoidosta ja siihen liittyvistä vastaanottokäynneistä	12
3.2	Yleistä solunsalpaajahoidosta, hormonaalisesta hoidosta ja biologisesta hoidosta 17	
3.3	Yleistä sädehoidosta	21
3.4	Yleistä rintasyöpäpotilaan seurannasta.....	22
3.5	Yleistä levinneestä rintasyövästä	22
3.6	Yleistä syövän kivunhoidosta	24
4	RINTASYÖPÄHOITAJAN TOIMENKUVA.....	26
4.1	Tiedon ja ohjauksen merkitys potilastyytyväisyyteen.....	30
5	TUTKIMUSONGELMAT	35
6	KYSELYTUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	36
6.1	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä	36
6.2	Otanta	37
6.3	Kyselylomakkeen laadinta	38
6.4	Aineiston keruu	39
7	AINEISTON KÄSITTELY JA ANALYSOINTI.....	40
8	TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	41
8.1	Vastaajien taustatiedot	41
8.2	Vastaajien tyytyväisyys rintasyöpähoitajan antamaan tietoon ja ohjaukseen	45
8.3	Vastaajien kehittämisideat vastaanottokäynneille.....	57
9	POHDINTA	58
9.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	58
9.2	Vertailu aiempiin tutkimustuloksiin	59
9.3	Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaihe	63
	LÄHTEET	65
	KIRJALLISET LÄHTEET.....	65

ELEKTRONISET LÄHTEET	67
----------------------------	----

LIITTEET

- Liite 1. Tietokantataulukko
- Liite 2. Tutkimustaulukko
- Liite 3. Kyselylomake
- Liite 4. Muuttujaluettelo
- Liite 5. Tutkimuslupapäätös

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Rintasyöpään sairastuu vuosittain noin 5000 naista, se on Suomessa naisten yleisin syöpämuoto. Rintasyövällä tarkoitetaan pahanlaatuista kasvainta rinnan kudoksessa tai kainalon imusolmukkeissa. Myös miehiä sairastuu rintasyöpään vuosittain, vaikka se onkin harvinaista. Suomessa rintasyöpään sairastui vuoden 2014 tilastotietojen mukaan 25 miestä. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2014, 583–584; Jönssu, Roberts, Kellokumpu- Lehtinen, Jyrkkiö, Kouri & Teppo 2013, 595; Suomen syöpärekisteri 2016.)

Rintasyöpäpotilaiden tueksi on ympäri Suomea koulutettu työpaikkakohtaisesti taustaltaan ammattikorkeakoulun käyneitä terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Saamassaan koulutuksessa he ovat perehtyneet nimenomaan rintasyöpäpotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon ja ohjaukseen. Koulutuksen saaneita kutsutaan rintasyöpähoitajiksi, vaikka nimikettä ei ole laillistettu. Rintasyöpähoitajia on Suomessa useita, mutta lähes jokaisella heistä on erilainen työnkuva ja koulutus, tarkkaa lukumäärää rintasyöpähoitajista ei ole tällä hetkellä tiedossa. Kymenlaakson ainoa rintasyöpähoitaja pitää vastaanottoa Pohjois-Kymen sairaalassa. Opinnäytetyön aihe onkin alun perin lähtöisin kyseisen rintasyöpähoitajan kiinnostuksesta kartoittaa rintasyöpäpotilaiden tyytyväisyyttä hänen pitämiin vastaanottoihin. Opinnäytetyön aihe valikoitui lopulta halusta oppia rintasyövän hoidosta enemmän ja kiinnostuksesta aihetta kohtaan. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Pohjois-Kymen sairaala.

Pohjois-Kymen sairaalassa on aikaisemmin tehty kehittämistyö liittyen rintasyöpään ja sen hoidon kehittämiseen, jonka myötä rintasyöpähoitajan työ onkin saanut alkunsa vuonna 2012. Kehittämistyön tuloksia pohjataan tähän työhön pääpiirteittäin. Työn ajankohta ajoittuu loistavasti ajatellen kehittämistyön tekijän toivomia tuloksia potilaiden tyytyväisyydestä, sillä rintasyöpähoitajan vastaanotoilla ensimmäiseksi aloittaneet potilaat ovat nyt viiden vuoden seurantajakson loppupuolella. Tämän tutkimuksen tulokset ovat merkittävä kaikkien rintasyöpähoitajien työn tulevaisuuden kannalta. Tarkoituksena on antaa kattava kuva siitä, miksi rintasyöpähoitajan työ on tärkeää ja merkityk-

sellistä ja tämän kautta antaa perusteita rintasyöpähoitajien kouluttamisen kannattavuuteen jatkossakin.

Tämän työn aihe on rajattu tarkastelemaan Pohjois-Kymen sairaalan rintasyöpähoitajan työnkuvaa sekä kartoittamaan potilaiden tyytyväisyyttä tietoon ja ohjaukseen vastaanottokäynneillä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten tyytyväisiä potilaat ovat olleet rintasyöpähoitajan vastaanottokäynteihin ja kartoittaa mahdollisia kehittämisideoita. Keskeisiä käsitteitä tässä työssä ovat rintasyöpä, rintasyöpähoitaja, vastaanotot, ohjaus ja potilastyytyväisyys. Tutkimus toteutetaan kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä jonka aineisto kerätään kyselylomakkeilla. Aineisto analysoidaan tilastollisella SPSS-ohjelmalla. Täydentävänä tiedonkeruumenetelmänä toteutetaan henkilökohtainen asiahaastattelu, jonka avulla saadaan tarkempaa tietoa rintasyöpähoitajan työnkuvasta.

2 TAUSTATIETOJEN HAKU

Rintasyöpähoitajan koulutukseen ja työnkuvaan liittyvän teoria-aineksen vähäisen saatavuuden vuoksi on tässä työssä aiheellista käyttää täydentävää tiedonkeruumenetelmää. Luontevimmaksi ja hyödyllisimmäksi menetelmäksi on valikoitunut rintasyöpähoitajan henkilökohtainen asiahaastattelu. Haastattelusta saadun aineiston tarkoituksena on toimia tässä työssä ainoastaan jo olemassa olevan teoria-aineksen tukena ja syventävänä materiaalina, joten haastatteluaineistoa ei näin ollen analysoida. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 2000, 35; Kysely- ja haastattelumenetelmät 2016.)

Alkuperäistutkimusten hakuun on määritetty sisäänottokriteerit ennen tutkimusten valintaa. Sisäänottokriteereinä tämän työn alkuperäistutkimuksille on, että tutkimus on pro gradu -tutkielma, väitöskirja tai tieteellinen julkaisu, tutkimus on julkaistu vuosina 2000–2016, koko teksti on saatavilla verkosta tai lähellä olevasta kirjastosta kustannuksitta, tutkimus käsittelee hoitotyötä, on potilaan näkökulmasta ja julkaisukielenä on suomi tai englanti. Julkaisujen vuosiväli on laaja, sillä aihetta ei ole vielä paljoa tutkittu ainakaan Suomessa, opinnäytetöitä lukuun ottamatta.

Tutkimuksia haettiin seuraavista tietokannoista: Academic Search Elite, Cinahl, Medic, Pubmed ja Science Direct, jotka ovat tunnettuja terveysalan tietokantoja. Lisäksi tutkimuksia haettiin manuaalisesti Tampereen yliopiston TamPubj -julkaisuarkistosta, josta löytyi kattavimmin yliopistotason pro gradu -tutkielmia aiheeseen liittyen. Sisäänottokriteerien mukaisia tutkimuksia valikoitui kaikista tietokannoista yhteensä yhdeksän kappaletta. Tietokantojen hakutulokset on esitetty tietokantataulukossa (liite 1). Tutkimusten sisältö on esitetty tutkimustaulukossa (liitteet 2, 2/2, 2/3, 2/4, 2/5, 2/6). Tutkimustaulukkoon on lisätty myös Pohjois-Kymen sairaalassa aiemmin toteutettu kehittämistyö.

3 YLEISTÄ RINTASYÖVÄSTÄ

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä Suomessa. Siihen sairastuu vuosittaisella tasolla noin viisituhatta suomalaista naista. Rintasyöpä yleistyy huomattavasti vaihdevuosi-ien saavuttaneiden naisten keskuudessa, ja potilaiden ikä on keskimäärin noin 60 vuotta. Rintasyöpää todetaan myös alle 30-vuotiailla naisilla, mutta sairaus tässä ikäryhmässä on kuitenkin hyvin harvinainen. Viime vuosikymmenten aikana sairaus on jatkuvasti yleistynyt ja tulee yleistymään jatkossakin, mutta toisaalta myös toipumisen ennusteet paranevat koko ajan. Myös miehillä esiintyy rintasyöpää, mutta miesten rintasyöpä on hyvin harvinainen. Siihen sairastuu vuosittain keskimäärin vain 25 miestä. (Ahonen ym. 2014, 583–584; Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 6; Joensuu ym. 2013, 595; Suomen syöpärekisteri 2016.)

Rintasyövän taustalla olevat syyt ovat hyvin moninaiset, minkä takia on yleensä erittäin vaikeaa arvioida sairauteen johtaneita syitä. Kaikkia syitä rintasyövän synnylle ei tiedetä, mutta useita tiedossa olevia altistavia tekijöitä on kuitenkin tutkittu. Tilastojen mukaan hormonitasapainoon liittyvät syyt, kuten hyvin aikaisin alkaneet kuukautiset sekä toisaalta myöhäiset vaihdevuodet lisäävät riskiä sairastua. Korkeahko ensisynnytyksikä ja synnytysten vähyyys lisäävät riskiä jonkin verran. Vaihdevuosien hoitoon annettu yli viisi vuotta kestänyt estrogeeniä ja progestiinia sisältävä hormonikorvaushoito lisää myös vaaraa sairastua rintasyöpään. On todettu, että vaihdevuosi-ikäisillä naisilla ylipainolla ja runsaalla alkoholin käytöllä, sekä nuorena aloitetulla ja pitkäkestoisella tu-

pakoinnilla olisi myös yhteys rintasyövän puhkeamiseen. Säteilyonnettomuuksien yhteydessä on todettu, että joillakin henkilöillä ionisoiva säteily saattaa aiheuttaa jo kehittymässä olleen rintarauhasen soluissa vaurion, joka altistaa rintasyövän syntymiselle. (Ahonen ym. 2014, 583–584; Joensuu ym. 2014, 7–8; Joensuu ym. 2013, 595.)

Rintasyöpä voi pienehköllä osalla johtua perinnöllisestä alttiudesta (n. 5–10 % rintasyövistä). Periytyvälle syövälle tyypillistä on, että lähisuvussa useammalla ihmisellä on rintasyöpä tai munasarjasyöpä. On myös syytä epäillä perinnöllistä alttiutta, jos suvussa rintasyöpään sairastunut on nuori iältään. Perinnöllisyys rintasyöväälle voidaan todeta geenitutkimuksissa. (Joensuu ym. 2014, 7; Joensuu ym. 2013, 62–63; Joensuu, Roberts, Lyly & Tenhunen 2007, 66–67.)

Pohjois-Kymenlaaksossa rintasyöpähoitaja ei ohjaa potilaita automaattisesti perinnöllisyystutkimuksiin. Mikäli lääkärin mielestä potilaalla on vahva sukura-site syöpäsairauksille, potilaasta tehdään lähete Helsingin yliopiston genetiikan laitokselle, jossa sitten käynnistetään perinnöllisyystutkimukset. Jos terve henkilö haluaa hakeutua perinnöllisyystutkimuksiin, se tapahtuu syöpäliiton kautta. (Haimi 2016.)

Rintasyöpää ei toistaiseksi voida täysin ennaltaehkäistä. On kuitenkin asioita, jotka voivat vaikuttaa rintasyövän puhkeamiseen, esimerkiksi imettäminen pienentää sairastumisriskiä. Ruokavalion tulisi olla pääsääntöisesti terveellistä ja alkoholin käyttö tulisi olla kohtuullista. Riittävän liikunnan harrastaminen voi vähentää sairastumisriskiä. Ylipaino altistaa sairastumiselle, joten painoindeksin olisi syytä olla normaalirajoissa. (Joensuu ym. 2007, 67–69; Rintasyövän synty ja ehkäisy 2016; Sankila & Pukkala 2009.)

Rintasyövän toteamiseksi käytettäviä tutkimuksia ovat mammografia, rintojen ultraäänikuvaus sekä ohut- ja paksuneulanäyte. Mammografialla tarkoitetaan rintojen röntgenkuvausta. Mammografia on yleisin ja luotettavin keino löytää mahdolliset muutokset rinnassa. Mammografiassa rinta painetaan kuvauslaitteella ohueksi, jolloin rinnan kudokset erottuu paremmin ja tarvitaan mahdollisimman vähän röntgensäteitä. Röntgenkuvassa rinnan rasvakudos sekä rauhaskudos saadaan hyvin erottumaan toisistaan. Rinta kuvataan vähintään kahdesta suunnasta ja mikäli huomataan muutoksia, voidaan ottaa lisäksi

kohdennettuja kuvia. Myös rintojen säännöllinen itsenäinen tarkastelu ja tunnustelu on tärkeää. Muutokset rinnan ulkonäössä tai tunnusteltaessa tuntuvat kyhmyt ovat epänormaaleja muutoksia. Rinnat tulisi tarkistaa kuukausittain, jotta mahdolliset muutokset huomattaisiin ajoissa. (Joensuu ym. 2007, 67–68; Rintojen tutkiminen, potilasohje 2010; Mammografia 2008; Rintojen omatarkkailu 2016; Rintasyöpä 2014; Joensuu ym. 2014, 9–10; Rintasyövän seulonta, seulontakutsut 2014; Sankila & Pukkala 2009; Tietoa rintojen terveydestä 2016.)

Mammografia tehdään aina, jos rinnasta löydetään epäilyttävältä näyttävä kyhmy. Suomessa kunnat järjestävät myös 50–69-vuotiaille naisille seulontamammografiatutkimuksia. Alle 50-vuotiaat ja yli 70-vuotiaat naiset seulotaan erityistapauksissa esimerkiksi, jos heillä on vahva perinnöllinen alttius sairastua rintasyöpään. Seulonnassa on tarkoituksena selvittää mahdollinen rintasyöpä aikaisessa vaiheessa, jolloin hoitojen tulokset ovat parempia, kuin ne olisivat myöhemmässä vaiheessa todetussa syövässä. Kutsu seulontatutkimukseen tulee naiselle kirjeitse kotiin joka toinen vuosi, ja lähes 90 % kutsun saaneista noudattaa sitä. Testituloksen ollessa normaali, siitä tulee vastaus kotiin. Muissa tapauksissa tehdään aina jatkotutkimuksia. Noin kaksi naista sadasta saatetaan tuloksien perusteella puhelimitse kutsua jatkotutkimuksiin. (Joensuu ym. 2004, 26; Joensuu ym. 2014, 9–10; Mammografia 2008; Rintasyöpäpotilaan seurantaohjelma 2014; Rintasyövän seulonta 2016.)

Mammografian lisäksi suoritetaan yleensä myös rintojen ultraääni- eli kaiku-kuvaus pääsääntöisesti kaikille alle 45-vuotiaille rintasyöpäpotilaille. Ultraäänitutkimuksen avulla saatetaan joissain tapauksissa löytää helpommin mahdolliset syöpäkasvaimet esimerkiksi, jos rinnan kudokset ovat hyvin tiiviit. Hyvälaatuiset kystarakkulat löytyvät ultraäänessä yleensä mammografiaa helpommin. (Joensuu ym. 2014, 9–10; Joensuu ym. 2004, 26; Mammografia 2008; Rintasyöpä 2014; Rintasyöpäpotilaan seurantaohjelma 2014; Rintasyövän seulonta 2016.)

Mammografian ja ultraäänitutkimuksen lisäksi voidaan ottaa ohut- ja paksuneulanäytteitä eli biopsioita. Näytteiden avulla saadaan selville, onko muutos hyvänlaatuinen vai pahanlaatuinen. Ohutneulanäytteellä tarkoitetaan nimensä

mukaisesti ohuella neulalla otettavaa solunäytettä rintakudoksesta. Neulanäyte otetaan joko ultraäänen avulla tai ilman riippuen rinnassa olevan muutoksen sijainnista ja koosta. Vastaavasti paksuneulanäytteessä voidaan ottaa kudospaloja paksummalla neulalla joko hyvän- tai pahanlaatuisista muutoksista rinnassa. Paksuneulanäyte otetaan useimmiten ultraääniohjauksessa. Sekä ohut- että paksuneulanäytteet tutkii patologi, joka antaa vastaukset tuloksesta hoitavalle lääkärille sekä näytteen ottaneelle radiologille. (Joensuu ym. 2010; Leiviskä 2012; Rinnan paksuneulanäyte 2016.)

Rintasyöpäleikkauksen jälkeen patologi tutkii syöpäkasvaimen ja määrittää, minkä tyyppisestä rintasyövästä on kyse sen kasvutavan perusteella. Syövän tyyppin lisäksi määritellään sen gradus eli erilaistumisaste, HER2-monistuma, hormonireseptorit ja solujen jakautumisnopeus. Rintasyöpä voidaan jakaa syöpäsolukon kasvutavan perusteella duktaaliseen eli tiehytperäiseen (osuus 75–80 %) ja lobulaariseen eli rauhasperäiseen (osuus 10–15 %) karsinomaan. Karsinoma on epiteeliperäinen, eli pintasolukosta alkunsa saanut pahanlaatuinen kasvain, yleisnimitykseltään siis syöpä. Molempien syöpätyyppien ennuste on melko hyvä, mutta jatkohoito valitaan aina henkilökohtaisten ennustekijöiden pohjalta. Näiden rintasyövän alatyyppejen lisäksi on olemassa useita harvinaisempia rintasyöpätyyppejä. (Ahonen ym. 2014, 131–133; Roberts, Alhava, Höckerstedt & Leppäniemi 2010, 772; Roberts, Alhava, Höckerstedt & Kivilaakso 2004, 650; Vehmanen 2012b.)

Syövän erilaistumisasteeseen vaikuttaa muun muassa solujen jakautuminen sekä niiden ulkomuoto. Yleensä hyväennusteisin kasvain on gradus1, joka muistuttaa normaalia rintakudosta. Gradus2-kasvaimissa on hyvä- ja huonoennusteisten kasvainten välimuotoja kun taas gradus3-kasvaimet ovat yleensä ärhäkintä muotoa. HER2-monistuman perusteella syöpä voidaan jakaa HER2-positiiviseen tai HER2-negatiiviseen muotoon. Syövän hoidon kannalta HER2-määritys on tärkeää, jotta potilaalle saadaan tarpeeksi tehokas ja oikea lääkehoito. HER2-positiivisen syövän hoitoon käytetään solunsalpaaja- tai hormonaalisen hoidon lisäksi biologista anti-HER2-lääkitystä. (Ahonen ym. 2014, 131–133; Joensuu ym. 2014, 15–16; Rintasyöpä 2016; Roberts ym. 2010, 772; Roberts ym. 2004, 650; Vehmanen 2012b.)

Hormonireseptoreja eli hormonien vastaanottoaikoja voi löytyä syöpäsolujen pinnalta. Reseptoreja voi löytyä estrogeenille sekä progesteronille, ja näitä löydettyä rintasyöpää kutsutaan reseptoriposiitiviseksi syöväksi. Jomppa-kumpaa hormonireseptoria löytyy yleensä 70 % rintasyövistä, muita rinta-syöpiä kutsutaan hormonireseptorinegatiiviksi syöviksi. Jos syöpä on vahvasti hormonireseptoriposiitivinen, aloitetaan hoito yleensä hormonaalisella hoidolla. (Huovinen & Mattson 2015, 1033–1039; Joensuu ym. 2014, 10; Rintasyöpä 2016.)

Levinneisyystutkimukset voidaan tehdä, jos yhdessä tai useammassa kina-lon imusolmukkeessa löytyy syöpäsoluja, potilaalla on epäilyttäviä oireita tai verikokeiden tuloksissa on ilmennyt poikkeavuutta. Tutkimukset tehdään yleensä leikkauksen jälkeen, mutta ennen liittämissä hoitojen aloittamista. Luus-ton isotooppikuvaus, keuhkokuvaus ja ylävatsan ultraäänitutkimus ovat yleisimpiä levinneisyystutkimuksia. Levinneisyystutkimuksissa selvitetään, onko muualle elimistöön levinnyt etäpesäkkeitä. Rintasyövän levinneisyys arvioidaan tavallisimmin TNM-luokituksella (T= tuumori, kasvain, N= nodus, imusolmuke ja M= metastaasi). Kansainvälistä TNM-luokitusta voidaan käyttää apuna potilaan hoitojen valinnassa, sekä hoitotulosten vertailussa. (Joensuu ym. 2014, 10; Rintasyöpä 2016; Rintasyövän levinneisyystutkimus 2016.)

Ennuste rintasyövälle parantuu jatkuvasti sairauden varhaisen toteamisen sekä kehittyneiden hoitomuotojen ansiosta. Ennusteet perustuvat suurista potilasaineistoista otettuihin tilastotietoihin, mutta yksittäisen potilaan ennustetta niiden perusteella on vaikea määrittää. Viiden vuoden kuluttua taudin toteamisesta yhdeksän kymmenestä sairastuneesta on elossa (89 %), joten moneen muuhun syöpätautiin verrattuna ennuste on hyvä. (Ahonen ym. 2014, 585; Rintasyövän ennuste ja uusiutuminen 2016; Rintasyövän uusiutuminen 2012.)

3.1 Yleistä leikkaushoidosta ja siihen liittyvistä vastaanottokäynneistä

Rintasyövän hoitoon on olemassa useita menetelmiä joista paras hoitomuoto valitaan potilaalle aina yksilöllisesti. Tavoitteena on potilaan kannalta vähentää sairauden aiheuttamia oireita ja kuolleisuutta sekä antaa potilaalle tukea

sopeutua sairauden aiheuttamiin psyykkisiin ja fyysisiin muutoksiin. (Ahonen ym. 2014, 137, 587; Hoitoprosessi 2016; Joensuu ym. 2014, 11.)

Rintasyövän ensisijainen ja yleisin hoitomenetelmä on leikkaus. Leikkauksen hoidon tavoitteena on saada kasvain poistettua, ehkäistä syövän uusiutumista rinnan ja kainalon alueella poistamalla kasvaimen lähettämät mahdolliset etäpesäkkeet kainalosta, parantaa eloonjäämisennustetta ja saavuttaa toiminnallisesti hyvä ja esteettinen lopputulos. Leikkauksen myötä saatava tieto kasvaimen koosta, luonteesta ja imusolmukelevinneydestä on tärkeää eloonjäämisennusteen ja liitännäishoitojen suunnittelun kannalta. (Joensuu ym. 2014, 11–12; Rintasyövän leikkaushoito 2016; Roberts ym. 2010, 774.)

Pohjois-Kymen sairaalassa rintasyöpähoitaja tapaa rintasyöpäpotilaan ensimmäisen kerran pre-poliklinikakäynnillä eli potilaan ensimmäisellä vastaanotokäynnillä. Potilas tulee vastaanotolle esimerkiksi seulontalääkärin tai terveyskeskuslääkärin läheteellä, mikäli potilaalla on vahva epäily rintasyövästä tai rintasyöpä on jo todettu. Kirurgian poliklinikan sihteeri ottaa yhteyttä rintasyöpähoitajaan ja potilaalle varataan aika. (Haimi 2016; Palanne 2011.)

Pre-poliklinikakäynnillä mukana ovat potilas, rintasyöpähoitaja sekä leikkaava lääkäri. Lääkäri tutkii potilaan ja suunnittelee leikkauksen teknisen toteutuksen sekä millainen leikkaus potilaalle tehdään, osapoisto- vai kokopoisto-leikkaus. Lääkäri suunnittelee valmiiksi myös leikkauksen aikana tehtävät tutkimukset kuten vartijaimusolmuketutkimuksen. Rintasyöpähoitajan tehtävänä pre-poliklinikakäynnillä on varata potilaalle leikkausaika, suorittaa leikkaushaastattelu, kertoa leikkaukseen liittyvistä asioista, tilata tarvittavat tutkimukset ja varmistaa, että tarvittavat laboratoriokokeet on otettu. Samalla vastaanotokäynnillä rintasyöpähoitaja käy potilaan kanssa lävitse jatkohoitoon liittyviä asioita. Tämä vastaanottokäynti kestää noin kaksi tuntia. Rintasyöpähoitajan omasta mielestä pre-poliklinikakäynti on tärkein vaihe potilaan hoitopolulla, mutta sitä, minkä potilaat kokevat rankimmaksi hoitopolun vaiheeksi, hän ei osaa eritellä. Jokainen potilas on yksilöllinen ja kokee koko hoitopolun eri tavoin. (Haimi 2016; Palanne 2011.)

Nykyään noin puolet rintasyöpäpotilaista voidaan leikata segmenttireseksiolla eli rinnan osapoistolla, usein kasvaimen varhaisen toteamisen ansiosta. Leik-

kauksen suunnittelussa potilaan omat mielipiteet ovat ratkaisevia sikäli, että osalle rinnan huomattavastikin epämuodostunut ulkoasu ei aiheuta harmia, kun taas toisille on välttämätöntä saada rinta pysymään esteettisesti hyvännäköisenä, jolloin potilas saattaa vaatia rinnan plastiikkakirurgisia eli korjaavia toimenpiteitä. Plastiikkakirurginen korjaus pieneltä alueelta saattaa kuitenkin koitua yhtä suureksi toimenpiteeksi kuin rinnan uudelleen rakentaminen, joten tässä tapauksessa suositellaan suoraan koko rinnan poistoa ja välitöntä uudelleen rakentamista. (Joensuu ym. 2014, 12–13; Rintasyövän leikkaushoito 2016; Roberts ym. 2004, 652–653.)

Jos rintasyöpä tai sen esiaste on laaja tai kasvaimia on useita, on mastektomia eli rinnan kokopoisto usein aiheellinen. Rinnan kokopoistoa suositellaan myös silloin, jos rinnan alueelle on annettu sädehoitoa aiemmin, syöpä on uusiutunut paikallisesti tai potilaalla on suurentunut riski paikalliseen uusiutumaan muun muassa perinnöllisen riskin tai nuoren iän (alle 35-vuotias) vuoksi. Leikkaus voidaan suorittaa myös potilaan omasta toiveesta eri hoitovaihtoehdoista huolimatta. Kokonaisuudessaan rintasyöpäpotilaista noin 40 % tehdään rinnanpoistoleikkaus. (Joensuu ym. 2014, 13; Rintasyövän leikkaushoito 2016; Roberts ym. 2010, 779; Roberts ym. 2004, 655.)

Rinnan kokopoiston vuoksi elämä voi hankaloitua monella tavoin, joten usein suositellaankin rintarekonstruktiota eli rinnan uudelleen rakentamista. Rinnan uudelleen rakentamisen myötä potilaan elämä helpottuu esimerkiksi ulkoisen proteesin käyttöön verrattuna ja rinnattomuus ei enää muistuta syövästä jatkuvasti. Rintarekonstruktioilla ei ole vaikutusta potilaan seurantaan tai ennusteeseen. Koveron ja Tykän vuoden 2002 tutkimuksen tulosten mukaan rintarekonstruktion mahdollisuudesta olisi syytä kertoa ennen rintasyöpäleikkausta. (Joensuu ym. 2014, 13–14; Kovero & Tykkä 2002; Rinnankorjausleikkauksen käsikirja 2016, 9; Rintasyövän leikkaushoito 2016; Roberts ym. 2010, 780–781.)

Herttuaisen, Härmän, Mustosen ja Setälän vuonna 2006 tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää välittömän rinnankorjausleikkauksen läpikäyneiden rintasyöpäpotilaiden (n=61) tyytyväisyyttä käytettyyn menetelmään kolmen vuoden seurantajakson jälkeen. Tulokset osoittivat, että valtaosa potilaista oli

tyytyväisiä korjausleikkaukseen. Potilaat olivat myös kohtalaisen tyytyväisiä esteettiseen lopputulokseen. Kaikki potilaat eivät pitäneet leikkausta edeltävää informaatiota riittävänä ja kokivat, etteivät voineet riittävästi vaikuttaa itse leikkauksen menetelmän valintaan. (Herttuainen, Härmä, Mustonen & Setälä 2006.)

Leikkauksen yhteydessä rintasyöpäpotilaalle tehdään myös vartijaimusolmukkeen tutkimus, jos primaarivaiheessa ei ole todettu etäpesäkkeitä. Vartijaimusolmukkeella tarkoitetaan imusolmuketta, johon kasvaimesta lähtöisin oleva mahdollisesti syöpäsoluja sisältävä imuneste kulkeutuu ensimmäisenä. Vartijaimusolmukkeita voi olla useita lähekkäin, ja rintasyövässä ne sijaitsevat yleensä kainalon alueella, joskus myös sen ulkopuolella, esimerkiksi rintalastan viereisissä solmukkeissa. Koko imusolmukealueen tila voidaan usein päätellä yhden vartijaimusolmukkeen perusteella, eli jos vartijaimusolmuke on tutkimusten perusteella terve, ei silloin imusolmukealuetta todennäköisesti tarvitse poistaa kokonaan. Vartijaimusolmukkeen tutkimus suoritetaan rintaleikkauksen yhteydessä poistamalla löydetyt vartijaimusolmukkeet ja näistä imusolmukkeista tehdään jatkotutkimuksia syöpäsolujen leviämisen selvittämiseksi. Vartijaimusolmukkeen löytämiseksi on olemassa merkkiaineita jotka kulkeutuvat imusolmukkeeseen imuteitä pitkin, yleensä kasvaimen sisään tai sen ympäristöön ruiskuttamalla. Vartijaimusolmukkeen paikka löytyy, kun imusolmukkeeseen kertynyt radioaktiivisuus näkyy gammailmaisimella. (Gammakuvaus 2016; Mustonen & Vanninen 2000; Rinnankorjausleikkauksen käsikirja 2016, 6; Rintasyövän leikkaushoito 2016; Roberts ym. 2010, 786–787; Roberts ym. 2004, 653–654.)

Jos leikatuista vartijaimusolmukkeista löytyy syöpäsoluja, tehdään silloin kainaloevakuaatio eli imusolmukkeiden poistoleikkaus, jossa kainalon imukudos ja kainalorasva poistetaan syövän leviämisen ehkäisemiseksi. Poistetuista imusolmukkeista määritetään mahdolliset etäpesäkkeet ja niitä sisältävien imusolmukkeiden määrä, mikä on liitännäishoitojen suunnittelun kannalta tärkeää. Kainaloevakuaation jälkeisenä haittavaikutuksena noin joka kolmannella potilaalla esiintyy kainalon ja käsivarren alueen turvotusta, johtuen kudoksen kertymisestä alueelle lymfa- eli imujärjestelmän toimintakyvyn alentumisen myötä. Tämän tyyppistä turvotusta kutsutaan siis lymfaödeemaksi, eli lymfaturvotukseksi. (Lymfaturvotus (lymfäödeema) rintasyöpäpotilailla 2016;

Mustonen ym. 2000; Rintasyövän hoito 2016; Rinnankorjausleikkauksen käsikirja 2016, 6; Roberts ym. 2004, 654.)

Lymfaturvotus on usein pitkäaikaista tai toistuvaa jonka seurauksena käden toimintakyky voi rajoittua, esimerkiksi kainalon ja olkavarren alueella voi olla kiputuntemuksia, puutuneisuutta ja käden liikuttamisessa voi olla ongelmia. Lymfaturvotuksen hoitamiseksi on olemassa erilaisia menetelmiä kuten erilaisien kompressiosidosten käyttö, liike- ja ihonhoito sekä lymfaterapia yhdessä muiden hoitojen kanssa. Kompressiosidokseen saa maksusitoumuksen lääkäriltä. Lymfaterapia on kevyttä imusuoniston alueen hierontaa, jonka tarkoituksena on elvyttää imusuonten toimintaa ja tehostaa uusien imusuoniyhteyksien syntyä terveen kehon ja turvotusalueen välillä. (Lymfaturvotus (lymfaödeema) rintasyöpäpotilailla 2016; Mustonen ym. 2000; Rintasyövän hoito 2016; Rinnankorjausleikkauksen käsikirja 2016, 6; Roberts ym. 2004, 654.)

Rinnan alueen leikkauksessa potilaalle laitetaan yleensä dreeni, eli laskuputki jonka avulla leikkausalueen eritteet poistuvat kehosta. Joskus erityis on runsasta vielä pari päivää leikkauksen jälkeen. Jos potilas kotiutuu leikkauksen jälkeen dreenin kanssa, varataan aika rintasyöpähoitajan vastaanotolle dreenin poistoon jo ennen jälkitarkistusta. Dreenin poisto tapahtuu noin viiden vuorokauden kuluttua leikkauksesta. Ennen jälkitarkistusta voidaan varata myös tarvittaessa aika, mikäli ennen tikkien poistoa potilaalle kertyy nestettä leikatun rinnan alueelle. Tällöin potilas voi soittaa ja varata ajan nesteen punktoimiseen. (Haimi 2016.)

Pohjois-Kymen sairaalassa rintasyöpäpotilas tulee jälkitarkastukseen noin kahden viikon kuluttua leikkauksesta. Tällä vastaanottokäynnillä mukana ovat rintasyöpähoitaja, sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti. Jälkitarkastuskäynnillä tarkistetaan haavan kunto ja poistetaan haava-ompeleet. Haavakohta voidaan tarvittaessa punktoida. PAD-vastauksista tarkistetaan marginaalit. Mukana oleva fysioterapeutti opastaa potilaalle keppijumpan, katsoo käden sekä arven liikkeitä ja rinnanpoistopotilaalle hän antaa ensiliivit sekä rintaproteesin. Sosiaalityöntekijä käy potilaan kanssa läpi Kelaan ja syöpäyhdistykseen liittyvät asiat. Vastaanottokäynnillä varmistetaan myös se, että lähete syöpätautien

osastolle Kymenlaakson keskussairaalaan Kotkaan on mennyt perille. (Haimi 2016; Rintasyöpähoitajan toimenkuva 2016.)

3.2 Yleistä solunsalpaajahoidosta, hormonaalisesta hoidosta ja biologisesta hoidosta

Solunsalpaajat eli sytostaatit ovat lääkkeitä, joilla tuhotaan syöpäsoluja. Solunsalpaajien tehtävänä on estää solujen jakaantuminen ja näin ollen aiheuttaa syöpäsolun kuolema. Solunsalpaajahoito tehoaa sitä paremmin, mitä enemmän jakautumisvaiheessa olevia soluja kasvaimessa on. Solunsalpaajat voivat kulkeutua kaikkialle elimistöön verenkierron välityksellä, joten ne yleensä aiheuttavat haittoja muuallekin, kuin syöpäkudokseen mitä tuhotaan. Haittavaikutusten ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi on olemassa suojalääkkeitä. Terveessä kudoksessa olevat jakautuvat solut ovat herkimmin vaarassa, kuten karvatupen, luuytimen sekä limakalvon solut. Solunsalpaajien aiheuttamien terveiden kudosten haitat sekä syöpäkudoksen tuhoaminen riippuvat täysin käytetystä lääkeaineesta sekä syövän laadusta. (Rintasyöpä 2016; Solunsalpaajat eli sytostaatit 2016; Saano & Taam-Ukkonen 2015, 598.)

Solunsalpaajahoito suunnitellaan potilaalle yksilöllisesti ottaen huomioon potilaan sietokyky sekä kasvaimen ominaisuudet. Lääkkeiden annostelu suunnitellaan potilaan koon, maksan ja munuaisten toiminnan sekä muiden sairauksien mukaan. Yleensä solunsalpaajia annetaan yhdistelmänä muutamien lääkkeiden kanssa 2–4 viikon jaksoina 4–6 kuukauden ajan. Sillä pyritään vaikuttamaan eri mekanismeihin syöpäsoluissa. Solunsalpaajia voidaan antaa leikkauksen jälkeen liitännäishoitona, jolloin tuhotaan leikkausalueen ulkopuolella olevia syöpäsoluja. Yhdessä sädehoidon kanssa eli kemosädehoitona voidaan solunsalpaajia käyttää myös, silloin molemmat tehostavat toistensa vaikutuksia tuhoamalla syöpäsoluja eri mekanismeja käyttäen. Solunsalpaajia käytetään usein myös oireita lievittämään eli palliatiivisella tavalla. Usein levinneen rintasyövän hoidossa lääkitystä tehostetaan yhdistämällä solunsalpaajahoito biologisen hoidon kanssa. Solunsalpaajat voidaan antaa potilaalle montaa eri antoreittiä pitkin, yleisimmin ne annetaan annosteluna laskimoon. (Elonen & Tolonen 2015, 123–126; Rintasyöpä 2016; Saano ym. 2015, 599–600; Mitä on solunsalpaajahoito 2016.)

Tavallisimmat haittavaikutukset solunsalpaajia annettaessa kohdistuvat ruu-ansulatuskanavaan. Elimistö yrittää suojautua myrkyllisiä aineita vastaan, jonka seurauksena ihmiselle voi tulla pahoinvointia, kuvotusta ja oksentelua. Tyypillisiä haittavaikutuksia ovat myös iho- ja limakalvovauriot, sillä solujen jakautumista limakalvoilla tapahtuu paljon ja ne vaurioituvat helposti. Potilaalle voi tulla haavaumia, ihon limakalvojen punoitusta ja vatsakipuja. Joissakin tapauksissa vaurioituneen limakalvon kautta voi mennä verenkiertoon bakteereja, jolloin se saattaa aiheuttaa potilaalle sepsiksen. (Rintasyöpä 2016; Saano ym. 2015, 600–602; Solunsalpaajat eli sytostaatit 2016.)

Solunsalpaajahoidon vaikutukset suuntautuvat nopeasti myös luuytimeen. Hoito voi lamata luuytimen toimintaa, jonka seurauksena potilaan valkosolujen määrä voi vähentyä aiheuttaen infektoriskin. Kuumeileva potilas tulisi tutkia heti solunsalpaajahoidon jälkeen ja aloittaa antibioottilääkitys mahdollisen infektion hoitamiseksi. Luuydintoksisuus solunsalpaajissa voi aiheuttaa potilaalle punasolujen tai verihiutaleiden vähenemistä, josta voi seurata vaikea anemia. (Rintasyöpä 2016; Saano ym. 2015, 600–602; Solunsalpaajat eli sytostaatit 2016.)

Hiustenlähtö ilmaantuu pikkuhiljaa yleensä jo viikon kuluttua ensimmäisestä solunsalpaaja-annoksesta. Neuropatiaa eli hermojen toiminnan häiriöitä voivat aiheuttaa jotkin solunsalpaajat. Tämä ilmenee yleensä käsien- ja jalkapohjien tunnottomuutena, hienomotoriikan ja lihasvoiman vähenemisenä ja kylmänarkuutena. Joskus laskimoon annettavat solunsalpaajat saattavat päästä verenkierron ulkopuolelle, jolloin voi aiheutua pahoja kudsvaurioita tai kudsnekroosi eli kuolio. Maksan, munuaisten ja sydämen vauriot voivat olla myös haittavaikutuksia solunsalpaajien käytöstä, jolloin potilaan tilaa tarkkaillaan useasti. Jos on katsottu, että hoito aiheuttaa sukusolujen vaurioitumista, voidaan niitä ottaa talteen ennen hoitojen aloittaista myöhempää käyttöä varten. (Rintasyöpä 2016; Saano ym. 2015, 600–602; Solunsalpaajat eli sytostaatit 2016.)

Kun solunsalpaajahoito aloitetaan, on potilaan ohjaus tärkeässä roolissa. Hoitajan on hyvä kertoa potilaalle solunsalpaajahoitoon liittyvistä tärkeistä ja huomioon otettavista asioista, kuten hoidon aloituksesta, antotavasta, sivuvaikutuksista sekä elämästä hoidon aikana. Potilaan on tärkeää tietää, miten hoi-

toa annetaan juuri hänelle. Solunsalpaajahoidoa voidaan toteuttaa tablettihoitona tai liuksena suoraan suoneen, mikä vaikuttaa oleellisesti potilaan elämään, sillä tablettihoidon voi ottaa kotona mutta liuokset annetaan sairaalassa. Ohjauksessa on tärkeää ottaa huomioon myös sivuvaikutuksien esille tuominen ja niiden helpottaminen, sillä solunsalpaajien vaikutus ei sijoitu pelkästään syöpäsoluihin, vaan ne voivat haitata myös terveiden kudosten solujen uusiutumista ja näinollen tuoda mukanaan huomattavia sivuvaikutuksia. Joskus potilasta saattaa ahdistaa tieto solunsalpaajahoidosta ja epätietoisuus sen kestosta ja hänen on vaikeaa suunnitella tulevaisuuttaan. Hoitajan on hyvä kertoa potilaalle realistisesti, että hoito suunnitellaan aina yksilöllisesti, yleensä paranemiseen tähtäävä hoito kestää noin neljästä kuukaudesta yhteen vuoteen. Potilaan on mahdollista saada keskusteluapua ja purkaa tuntojaan missä tahansa hoidon vaiheessa, esimerkiksi psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla. Pohjois-Kymen sairaalan rintasyöpähoitajan työnkuvaan ei kuulu ohjata potilasta solunsalpaajahoidoissa tarkemmin, vaan rintasyöpähoitajalla käyvät potilaat saavat ohjauksen syöpähoitoja antavassa sairaalassa Kotkassa ennen syöpähoitojen alkua. (Bono & Rosenberg-Ryhänen 2014, 6–21; Haimi 2016; Solunsalpaajat eli sytostaatit 2016.)

Hormonaalisia lääkkeitä käytetään hormonireseptoriposiitiivisen rintasyövän hoidossa, joilla pyritään estämään syöpäkasvaimen kasvua sekä haittaamaan syövän kasvua lisäävien hormonien vaikutusta ja tuotantoa. Niitä käytetään yleensä liitännäishoitona sytostaattien jälkeen tai metastasoituneen syövän hoidossa, kun erityisen nopeaa hoitovastetta ei tarvita. (Rintasyövän hormonihoito 2016; Saano ym. 2015, 606–607; Muut syövän hoitomuodot 2016.)

Potilailla joilla ei ole vaihdevuosisia käytetään hormonaalisena lääkkeenä antiestrogeneja eli estrogeenien vastavaikuttajia. Lääke estää estrogeenien sitoutumista hormonireseptoreihin syöpäsolussa. Haittavaikutuksina voi ilmetä vaihdevuosisioireita, kuten mielialan vaihteluita, kuumia aaltoja, hikoilua ja sydämen tykytystä. Vaihdevuosissa olevilla potilailla käytetään rintasyövän hormonaalisessa hoidossa aromataasin estäjiä, jotka estävät eritoten lihas- ja rasvakudoksessa syntyvän estrogeenin tuotantoa. Naissukupuoli hormoneista käytetään myös progestiini- ja progesteronilääkkeitä. Kaikkiin rintasyöpiin ei hormonaalinen hoito tehoa, mutta jos syöpäsoluissa esiintyy paljon progesteroni- ja estrogee-

nireseptoreita voi hormonaalinen hoito olla tehokkain. Lääke otetaan yleensä suun kautta tablettimuodossa ja valitaan potilaalle yksilöllisesti ottaen huomioon haittavaikutusten riskit, lääkkeen teho ja sietokyky lääkkeelle. (Rintasyövän hormonihoito 2016; Saano ym. 2015, 606–607; Rintasyövän hormonaalinen hoito 2016.)

Solunsalpaajahoidon rinnalle on kehitetty uudempi biologinen lääkehoito, täsmälääkitys, jossa voidaan pidentää levinnyttä rintasyöpää sairastavan elinikää sekä antamaan tautivapaata aikaa jopa useilla kuukausilla. Nämä biologiset lääkehoidot vaikuttavat syöpäsoluun suoraan ja nimenomaan syöpäsolussa tiettyä ainesosaa tai toimintoa vastaan, siksi vaikutukset terveisiin soluihin ovat vähäisemmät. Täsmälääkehoidoissa haittavaikutukset ovat pienempiä, koska lääkkeiden vaikutus kohdistuu pääasiassa syöpäsoluihin. Biologista syöpälääkehoitoa annetaan tavallisimmin solunsalpaajien ja hormonaalisen lääkityksen kanssa yhdessä. Täsmälääkkeitä on erilaisia; vasta-ainelääkkeet, syöpäkasvainten verisuonien kasvua estävät lääkkeet ja lääkkeet, joiden tarkoitus on estää tietyn geenin toimintaa syöpäsolussa. Vasta-ainehoidoissa kehitys on pisimmällä, ja niistä yksi käytetyimmistä lääkkeistä on Trastutsu-mabi, jota käytetään HER2-positiivisissa syövässä. (Rintasyövän biologinen lääkehoito 2016; Muut syövän hoitomuodot 2016; Biologiset lääkehoidot 2016.)

Muurisen vuonna 2009 tekemässä tutkimuksessa oli tarkoituksena kuvata rintasyöpäpotilaiden kokemuksia liitännäislääkehoitojen aikana. Tulosten mukaan solunsalpaajahoidot koettiin huomattavasti raskaammiksi, kuin sädehoito, koska solunsalpaajahoidoilla koettiin olevan paljon vaikeita sivuvaikutuksia. Osa potilaista (n=9) koki hormonihoitot erityisen vaikeina odottamattomien ja rajujen sivuvaikutuksien takia. Rintasyöpäpotilaat eivät saaneet tarpeeksi tukea hoitohenkilökunnalta hoitoprosessin aikana. Hoitohenkilökunnan jatkuva vaihtuvuus koettiin huonona asiana hoitojen aikana, koska se esti luottamuksellisen ja hyvän hoitosuhteen muodostumisen. Rintasyöpäpotilaat kokivat kaiken kaikkiaan saaneensa fyysisesti hyvää ja korkeatasoista hoitoa mutta henkisen puolen tukeminen koettiin erittäin puutteellisena. Perheeltä saatiin arvokasta tukea, mutta hoitohenkilökunnan antama tieto ei aina kohdannut potilaan tarvitseman tiedon kanssa. (Muurinen 2009.)

3.3 Yleistä sädehoidosta

Sädehoito on yksi yleisimmistä rintasyövän hoitomuodoista. Sillä tarkoitetaan röntgensäteiden suuntaamista syöpäkasvaimeen. Noin 50 % syöpäpotilaista saa sädehoitoa jossakin kohtaa. Sädehoito tuhoaa erityisesti jakautumisvaiheessa olevia syöpäsoluja. Sädehoito vaikuttaa syöpäkasvaimeen vaurioittamalla solujen lisääntymiselle tärkeitä molekyyliä. (Joensuu ym. 2007, 137–138; Johansson 2015; Pellinen ym. 2004, 18; Rintasyöpä 2014.)

Sädehoitoa voidaan antaa ennen tai jälkeen leikkauksen. Ennen leikkausta annettavan sädehoidon tarkoitus on pienentää kasvainta, jotta se saataisiin leikkauksessa poistettua kokonaan. Leikkauksen jälkeisellä sädehoidolla pyritään tuhoamaan leikkausalueelle tai sen ympärille jääneet mahdolliset syöpäsolut, mikäli syöpää on todettu myös viereisissä imusolmukkeissa. Käytännössä sädehoitoa annetaan siis aina, kun potilaalle on tehty rinnan osapoisto tai kun imusolmukkeista on löydetty syöpäsoluja. Sädehoitoa annetaan yleisimmin kainalon alueen, soliskuopan tai rintalastan alueen imusolmukkeille. Sädehoitoa ei anneta, jos rinta ja kasvain on poistettu kokonaan eikä kainalosta ole löydetty metastaaseja. (Ahonen ym. 2014, 149; Joensuu ym. 2014, 18; Joensuu ym. 2007, 137–138; Johansson 2015; Rintasyöpä 2014.)

Leikkauksen jälkeistä sädehoitoa voidaan antaa, kun leikkaushaavat ovat parantuneet eli noin 6–10 viikkoa leikkauksen jälkeen. Tavallisesti sädehoitojakso kestää kolmesta viiteen viikkoa. Sädehoitoa voidaan antaa peräkkäisinä päivinä. Mikäli rintasyövän hoidossa annetaan myös solunsalpaajahoitoa, annetaan sädehoito vasta solunsalpaajien jälkeen. Joissakin tapauksissa sädehoitoa ja solunsalpaajahoitoa käytetään samanaikaisesti, jolloin tätä yhdistelmää kutsutaan kemosaadehoidoksi. (Joensuu ym. 2007, 137–138; Johansson 2015; Rintasyöpä 2014.)

Sädehoito suunnitellaan jokaiselle yksilöllisesti hoitoa antavan yksikön lääkärin kanssa. Vastaanotolla lääkäri arvioi sädehoidon tarpeellisuuden, potilaan kelpoisuuden sädehoitoon sekä sairausloman tarpeen. Usein potilaalle järjestetään myös hoitajan vastaanotto, jossa hän saa tarkempaa tietoa sädehoi-

dosta sekä suullisesti että kirjallisesti. Pohjois-Kymen sairaalan rintasyöpähoitaja ei anna vastaanotoillaan yksityiskohtaista neuvontaa sädehoitoon liittyen, vaan neuvonnan antaa sädehoitoa antava yksikkö eli Kotkan keskussairaalan syöpäosaston ja röntgenosaston henkilökunta. (Haimi 2016; Joensuu ym. 2014, 17–19; Ohjeita sädehoidosta ja sen toteuttamisesta 2015, 4–6; Rintasyöpäpotilaan hoito sädehoito-osastolla 2016.)

3.4 Yleistä rintasyöpäpotilaan seurannasta

Seurannan keskeisenä tavoitteena on mahdollisen uusiutuneen rintasyövän varhainen toteaminen, jolloin syöpä on usein vielä parannettavissa. Lisäksi seurantakäynneillä huomioidaan myös potilaan psyykinen hyvinvointi ja pyritään parantamaan elämänlaatua, joskus pelkkä keskusteluapu riittää. Seurantakäynneillä todetaan myös mahdolliset hoitojen haittavaikutukset ja pyritään lieventämään niitä. Käynnit tapahtuvat hoitoa antaneessa yksikössä, jossa seurantaa toteuttaa joko lääkäri tai erityiskoulutuksen saanut rintasyöpähoitaja. (Joensuu ym. 2014, 26; Rintasyöpäpotilaan seurantaohjelma 2014; Vehmanen 2012a.)

Pohjois-Kymenlaaksossa rintasyöpähoitaja ja leikkaava lääkäri tapaavat potilaan uudelleen noin puolen vuoden tai viimeistään vuoden kuluttua jälkitarkastuskäynnistä. Jälkitarkastuskäynnin jälkeen potilas käy saamassa syöpähoitaja tavallisimmin Kotkan keskussairaalassa, sillä Pohjois-Kymen sairaalassa ei ole syöpähoitoihin erikoistunutta yksikköä. Syöpähoidot kestävät yhdestä kuu-kaudesta yhteen vuoteen. Kontrollikäynnit alkavat Pohjois-Kymen sairaalassa vasta syöpähoitojen loppumisen jälkeen. Kontrollikäynnit ovat noin puolen vuoden välein, viiden vuoden ajan. Vastaanottokäynnit ovat hoitajajohtoisia. (Haimi 2016.)

3.5 Yleistä levinneestä rintasyövästä

Paikallisesti uusiutuneella rintasyövällä tarkoitetaan rinnan tai rintakehän alueen uusiutunutta syöpäkasvainta aiemmasta sädehoidosta tai rinnan leik-

kauksesta huolimatta. Rintasyövän mahdollinen uusiutuminen tapahtuu yleensä vain viiden vuoden kuluessa ensihoidosta, joskus kuitenkin jopa yli 20 vuoden jälkeen alkuperäisen kasvaimen poistosta. Uusiutuminen voi kohdistua paikallisesti jo leikattuun rintaan ja kainalon imusolmukkeisiin tai se voi levitä elimistön muihin kudoksiin. Rintasyövän paikallisen uusiutuman toteamisen jälkeen potilaalle tehdään useita tutkimuksia ennen mahdollista leikkausta, jotta voidaan sulkea pois taudin levinneisyys muualle elimistöön. Säästävän leikkauksen jälkeisen paikallisesti uusiutuneen rintasyövän hoidossa päädytään usein koko rinnan poistoleikkaukseen. Syövän uusiutuminen jo aiemmin poistetun rinnan arven alueelle, rintakehälle tai kainaloon pyritään hoitamaan myös radikaalilla leikkauksella ja leikkauksen jälkeisellä sädehoidolla. Lisäsädehoito tulee usein tarpeeseen, etenkin jos kasvain ei ole radikaalisti leikattavissa. (Rintasyövän ennuste ja uusiutuminen 2016; Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus 2015; Roberts ym. 2010, 789; Vehmanen 2012c.)

Joskus uusiutuneen rintasyövän toteamisvaiheessa syöpä on jo lähettänyt etäpesäkkeitä paikallisalueiden, eli rinnan ja kainalon ulkopuolelle, jolloin puhutaan levinneestä rintasyövästä. Hyvistä hoidoista huolimatta levinnyt rintasyöpä on edelleen parantumaton sairaus. Tavallisesti rintasyövän etäpesäkkeet kohdistuvat imusolmukkeisiin, vatsaonteloon, luustoon, keuhkoihin, maksaan, iholle ja keskushermostoon. Levinneisyys todetaan vartalon viipalekuvauksella, laboratoriotutkimuksilla sekä kudospäätteellä, tarvittaessa tehdään tarkentavia kuvantamistutkimuksia. Etäpesäkkeen kohteesta huolimatta syöpää kutsutaan aina levinneeksi rintasyöväksi, sillä etäpesäkkeiden solut ovat aina samanlaisia kuin rinnan alkuperäisen kasvaimen solut. (Huovinen ym. 2015, 1033; Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus 2015; Roberts ym. 2010, 789; Vehmanen 2012c.)

Levinneen rintasyövän hoidon suunnittelussa otetaan huomioon taudin levinneisyys, kasvaimen alatyypit, oireet, aiemmat hoidot ja niiden hoitotulokset ja haittavaikutukset. Tavoitteena on potilaan elinajan pidentäminen, oireiden vähentäminen ja mahdollisimman hyvä elämänlaadun ylläpitäminen. Levinneen rintasyövän hoidossa käytetään yleensä hormonaalisia lääkkeitä, biologisia lääkkeitä ja näiden yhdistelmää sekä solunsalpaajahoitoja. Lisäksi potilaalle

voidaan määrätä tehokkaita oireenmukaisia lääkkeitä. Hoitoja jatketaan niin kauan, kunnes hoidon vaste on suotuista, eli kun etäpesäkkeet pienentyvät tai pysyvät muuttumattomina ja haittavaikutukset pysyvät hallinnassa. Hoitojen tehoa arvioidaan kuvantamistutkimuksilla, laboratoriokokeilla ja potilaan vointia seuraamalla. (Huovinen ym. 2015, 1033; Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus 2015; Roberts ym. 2010, 789; Vehmanen 2012c.)

Mikäli rintasyöpäpotilaalla on todettu luustoon metastasoitunut eli levinnyt syöpä, aloitetaan sarjahoitokäynnit Pohjois-Kymen sairaalassa. Kyseiset potilaat käyvät kerran kuussa pistättämässä luustolääkettä rintasyöpähoitajan vastaanotolla, jottei heidän tarvitsisi lähteä Kotkaan saakka pistättämään lääkettä. Ennen lääkkeen pistämistä potilaalta otetaan verikokeet. Tästä syystä potilaat eivät voi pistää lääkettä itse. (Haimi 2016.)

Levinneen rintasyövän kohdalla on myös huomioitava mahdollinen palliatiivisen eli oireenmukaisen hoidon suunnittelu, ennen kuin suurin osa syövän etenemistä jarruttavista hoidoista on käyty läpi. Jos hoidon vaste näyttää heikolta, on asiasta keskusteltava seurantakäynneillä jo hyvissä ajoin, jotta potilaan on helpompi sopeutua tilanteeseen. Suurin osa potilaista haluaa asua mahdollisimman pitkään kotona, mutta vaihtoehtoina on myös hoitopaikan järjestäminen esimerkiksi kotihoitoon, kotisairaalaan tai saattohoitokotiin. (Joensuu ym. 2014, 26–27; Huovinen ym. 2015, 1033–1039; Rintasyöpä 2016.)

3.6 Yleistä syövän kivunhoidosta

Syöpäpotilaista noin puolet kärsii voimakkaista kivuista taudin aikana. Kipu ei aina johdu itse syövästä, vaan muita syitä ovat esimerkiksi syöpähoidot ja muut ulkoiset tekijät. Syöpäpotilailla esiintyykin usein myös niin sanottua normaalia päänsärkyä, selkäkipuja sekä lihas- ja nivelkipuja. Kiputuntemukseen voi liittyä myös muita oireita kuten pahoinvointia, ahdistusta ja pelkoa. Pitkään jatkuva kipu usein kroonistuu, joten syövän aikainen kivunhoito on tärkeää. (Ahonen 2014, 157; Syöpä ja kipu 2015; Vuorinen 2015, 9–10.)

Syöpäkiput voivat johtua monesta eri tekijästä. Syöpäkipu voi olla esimerkiksi kudonsvauriokipua tai hermovauriokipua. Kasvain voi aiheuttaa kipua venyttämällä sisäelinten ympärillä olevaa kudosta tai painamalla hermoa. Syöpäkiput voivat johtua myös syöpähoidoista kuten leikkauksesta. Syöpäkipuja esiintyy yleisimmin taudin loppuvaiheessa tai mahdollisten metastaasien eli etäpesäkkeiden myötä. Yleisimmin luustometastaasit aiheuttavat kovia kipuja. (Huotari 2016; Syöpä ja kipu 2015; Vuorinen 2015, 9–10.)

Syöpäkipujen hoidossa käytetään useimmiten tulehduskipulääkkeitä ja opioideja eli huumaaviksi luokiteltavia vahvoja kipulääkkeitä. Lääkkeet jaetaan kolmeen pääryhmään: vahvat opioidit, heikot opioidit ja tulehduskipulääkkeet. Tulehduskipulääkkeitä ja opioideja voidaan käyttää rinnakkain. Vahvoja ja heikkoja opioideja ei tule käyttää samanaikaisesti, sillä opioidien vaikutukset voivat kumota toisensa ollen näin tehottomia. Syöpäkipujen hoidon ensimmäinen askel on kuitenkin tulehduskipulääkkeet, seuraava askel heikot opioidit ja viimeinen askel vahvat opioidit. Tulehduskipulääkkeillä ja heikoilla opioideilla on niin sanottu kattovaikutus, eli tietyn pisteen jälkeen ne eivät enää tehoa potilaan kipuihin. Vahvoilla opioideilla ei ole kattovaikutusta. (Ahonen ym. 2014, 158; Perustietoa huumausaineista 2016; Vuorinen 2015, 12–16.)

Syöpäkipunhoidossa on myös eräitä lääkkeitä, jotka vaikuttavat kipuimpulssin kulkuun hermostossa. Nämä lääkkeet eivät varsinaisesti kuulu kipulääkeryhmään, mutta niillä on kivunhoitoa tehostava tai lievittävä vaikutus. Yleisimpiä tähän lääker ryhmään luettavia lääkkeitä ovat eräät masennuslääkkeet, eräät epilepsialääkkeet, eräät hormonaaliset valmisteet sekä kortisonivalmisteet. Näistä lääkkeistä voidaan käyttää nimitystä kipukynnyslääkkeet tai hermokipulääkkeet. (Syöpä ja kipu 2015; Syöpäkipun hoito 2016; Vuorinen 2015; 18.)

Noin kymmenen prosenttia syöpäpotilaista ei saa apua kipuihin pelkistä kipulääkkeistä. Näille potilaille on tarjolla muita menetelmiä kivunhoitoon. Näitä keinoja kutsutaan kivunhoidon erikoistekniikoiksi. Erikoistekniikoiden tarkoituksena on täydentää kivunhoitoa. Yksi erikoistekniikoista on kipupumppu. Kipupumppu annostelee lääkkeen suoraan potilaan ihon alle tai suoneen. Joillakin syöpäpotilailla käytetään selkäydinpuudutusta asettamalla selkäytimen alueelle katetri, jonka kautta lääkettä annostellaan. Muita erikoistekniikoita

ovat hermojen ja hermorunkojen puudutukset, hermojen sähköärsytys eli TNS, akupunktio, antibioottihoito, kuntoutus, fysioterapia, lymfahoito, erilaiset apuvälineet ja joskus jopa psykologinen tuki voi auttaa. (Ahonen ym. 2014, 159; Syöpäkivun hoito 2016; Vuorinen 2015, 19–20.)

Lääkäri suunnittelee potilaan kivunhoidon yksilöllisesti. Tavoitteena kivun hoidossa on tehokkuus, yksinkertainen toteutus, jatkuva tasainen kivunlievitys, kipuhuippujen nopea lievitys, haittavaikutusten minimointi sekä potilaan säännöllinen seuranta. Potilaan tulee olla yhteistyökykyinen hoitohenkilökunnan kanssa, jotta hoito olisi mahdollisimman tehokasta. (Kivunhoito 2016; Syöpä ja kipu 2015; Vuorinen 2015, 3.)

4 RINTASYÖPÄHOITAJAN TOIMENKUVA

Rintasyöpäpotilaiden tueksi on ympäri Suomea koulutettu työpaikkakohtaisesti taustaltaan ammattikorkeakoulun käyneitä terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Saamassaan koulutuksessa he ovat perehtyneet nimenomaan rintasyöpäpotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon ja ohjaukseen. Koulutuksen saaneita henkilöitä kutsutaan rintasyöpähoitajiksi, vaikka nimikettä ei ole laillistettu. Rintasyöpähoitajia on Suomessa useita, mutta lähes jokaisella heistä on erilainen työnkuva ja koulutus, tarkkaa lukumäärää rintasyöpähoitajista ei ole tällä hetkellä tiedossa. Rintasyöpähoitajalla tulee olla pitkä työkokemus erityisesti rintasyöpäpotilaiden hoidosta ja hyvä teoretieto rintasyövästä kokonaisuudessaan. Kymenlaakson ainoa rintasyöpähoitaja pitää vastaanottoaan Pohjois-Kymen sairaalassa. (Rintasyöpähoitajan toimenkuva 2016.)

Pohjois-Kymen sairaalan rintasyöpähoitajan vastaanotolla käy vuoden aikana noin 600 kontrollipotilasta, noin 120 uutta leikkausepotilasta ja muutamia potilaita, joilla on levinnyt rintasyöpä. Kontrollit ovat kaksi kertaa vuodessa viiden vuoden ajan. Rintasyöpähoitajan vastaanotolle tulevat vain leikkaukseen menevät sekä jo leikkauksessa käyneet rintasyöpäpotilaat. Jos rintasyöpä uusii tai on levinnyt niin, ettei leikkausta tehdä, potilas menee Kotkan syöpätautien osaston asiakkaaksi. (Haimi 2016.)

Pohjois-Kymen sairaalan rintasyöpähoitaja on pohjakoulutukseltaan sairaanhoitaja. Hän on valmistunut sairaanhoitajaksi vuonna 1999 ensimmäisestä ammattikorkeakouluryhmästä. Valmistumisen jälkeen rintasyöpähoitaja työskenteli Pohjois-Kymen sairaalassa eri tehtävissä kymmenen vuoden ajan. Lopulta hän lähti opiskelemaan nimenomaan rintasyövän hoitoa. (Haimi 2016; Rintasyöpähoitajan toimenkuva 2016.)

Pohjois-Kymen sairaalassa on tehty kehittämistyö rintasyöpäpotilaiden jatkokontrollikäynneistä, jonka tuloksena selvisi rintasyöpäpotilaiden tyytymättömyys kontrollikäynteihin. Kyseisen työn tuloksena pohdittiin, voisivatko kontrollikäynnit olla hoitajavetoisia eli hoitaja voisi olla ikään kuin koordinaattorina ja kontrollikäyntien vetäjänä. Sen myötä alettiin työstää rintasyöpähoitajan työtä ja työnkuvaa. (Haimi 2016.)

Vuonna 2011 rintasyöpähoitaja sai työpaikkakoulutusta omassa työpaikassaan Pohjois-Kymen sairaalassa. Rintasyöpähoitaja sai opastuksen rintasyöpiä leikkaavan kirurgin valvonnassa rintojen palpatioon sekä seroomapunktion tekemiseen eli onton neulan pistämiseen ihokudokseen poistetun rinnan alueelle nesteen poistamiseksi. Rintasyöpähoitaja osallistui työpaikallaan myös rintasyöpäleikkauksiin kirurgin assistenttina sekä oli patologian laboratoriossa tutustumassa rintasyövän koepaloihin liittyvään toimintaan. Samana vuonna rintasyöpähoitaja kävi erilaisissa rintasyöpään liittyvissä koulutuksissa. (Haimi 2016; Rintasyöpähoitajan toimenkuva 2016.)

Vuonna 2012 rintasyöpähoitaja aloitti kirurgisen hoitotyön kehittäjä – koulutuksen FUAS-liittoumassa eli Hämeen ammattikorkeakoulun, Lahden ammattikorkeakoulun ja Laurea-ammattikorkeakoulun muodostamassa strategisessa liittoumassa. Kirurginen kehittäjä-koulutus sattui alkamaan osuvaan aikaan ajatellen hänen uutta työnkuvansa. Samana vuonna rintasyöpähoitaja osallistui työpaikallaan ensimmäistä kertaa ainoana hoitajana moniammatilliseen ”mammameetingiin”, jonka muut osallistujat olivat lääkäreitä. Rintasyöpähoitaja osallistuu edelleenkin ”mammameetingeihin”. (Haimi 2016; Maksimainen & Tuominen 2011; Rintasyöpähoitajan toimenkuva 2016.)

Rintasyöpähoitaja halusi tehdä Kirurgisen hoitotyön kehittäjä -koulutuksen kehittämistyönsä koskien rintasyöpäpotilaita, sillä hän oli saanut siihen kiinnos-

tuksen jo aiemmin tehdyn kehittämistyön kautta, jonka tuloksena huomattiin potilaiden olevan tyytymättömiä kontrollikäynteihin. Rintasyöpähoitajan oli luontevaa tehdä oma kehittämistyönsä koskien rintasyöpäpotilaita, sillä kyseinen asiakasryhmä on aina ollut hänen sydäntään lähellä. (Haimi 2016.)

Pohjois-Kymen sairaalan rintasyöpähoitaja kuuluu rintasyöpäpotilaan hoitoketju -työryhmään. Muut työryhmän jäsenet ovat eri alojen lääkäreitä: kirurgi, plastiikkakirurgi, onkologi ja patologi. Rintasyöpähoitaja työskentelee siis hyvin monien eri tahojen kanssa. Hän tekee yhteistyötä myös fysioterapeutin, sosiaalihoitajan, syöpäyhdistyksen, psykiatrisen sairaanhoitajan, kotihoidon, kirurgianosaston, patologianosaston, röntgenosaston sekä Kotkan syöpäosaston kanssa. (Haimi 2016; Rintasyöpähoitajan toimenkuva 2016.)

Rintasyöpähoitaja kokee työnsä hyvin vastuulliseksi. Hänen mukaansa hyvä ja huono puoli on työn itsenäisyys. Työpäivät ovat erilaisia ja potilaita kohtaan syntyy hyvä hoitosuhde ja luottamus puolin ja toisin viiden vuoden kontrollien aikana. Työ on kaiken kaikkiaan hyvin kokonaisvaltaista ja antoisaa. Huonoina puolina ovat huono palkkaus ja osittain työn itsenäisyys, sillä rintasyöpähoitaja pyörittää vastaanottoa yksin ja työtä ja muistettavaa on paljon. (Haimi 2016.)

Rintasyöpähoitaja kokee oman työnkuvansa hyvin ainutlaatuiseksi, sillä hänen työnsä on niin kokonaisvaltaista ja täysin samanlaista työnkuvaa ei ole kellään muulla rintasyöpähoitajalla Suomessa. Hän on kuitenkin huolissaan omasta työnkuvastaan tulevaisuudessa, mutta uskoo, että tulevaisuudessa hoitajille annetaan enemmän vastuuta rintasyöpäkontrollien suhteen muillakin paikkakunnilla, sillä syöpätaudit ovat huomattavasti yleistyneet. (Haimi 2016.)

Pohjois-Kymenlaaksossa on tehty neljä aiempaa kehittämistyötä rintasyöpään liittyen. Kehittämistöistä kaksi on ammattikorkeakoulutasoisia ja kaksi yliopistotasoisia. Tässä opinnäytetyössä käsittelemme vain yhtä yliopistotasoisia työtä. Käsiteltäväksi työksemme valikoitui jo aiemmin mainittu kehittämistyö, jonka myötä rintasyöpähoitajan työnkuva on muodostunut ja vastaanottokäynnit alkaneet pyöriä hoitajajohtoisesti. (Haimi 2016.)

Aiemmin tehdyssä kehittämistyössä on tehty kysely rintasyöpäpotilaille vuonna 2011. Kyselyn tarkoituksena oli selvittää rintasyöpäpotilaiden mielipidettä

syövän seurannan suhteen. Kyseisen kehittämistyön mukaan potilaat olivat erittäin tyytymättömiä seurantaan, sillä lääkäri vaihtui jokaisella kontrollivastaanotolla. Potilaiden mielestä lääkärin asiantuntevuus ei ollut riittävää, sillä osa lääkäreistä ei edes tutkinut potilasta tai leikkausarven kuntoa ja osa lääkäreistä kävi lävitse vain laboratoriotuloksia. Tämän vuoksi potilaat kokivat, ettei lääkäri ollut kiinnostunut laisinkaan potilaan voinnista tai kunnosta henkisesti ja fyysisesti. Potilaat eivät tieneet keneen ottaa yhteyttä askarruttavissa asioissa. Kontrollikäyntien vastaanottoajat viivästyivät usein lääkärihuoneeseen vuoksi. (Palanne 2011.)

Aiemmin tehdyn kehittämistyön jatkokehityshaaste on potilaiden tyytyväisyys rintasyöpähoitajan vastaanottokäynteihin. Kehittämistyöstä käy ilmi, että toivottaisi potilaiden mielipiteitä vastaanottokäynneistä vuoden 2012 jälkeen, kun rintasyöpähoitaja on alkanut pitää vastaanottokäyntejä itsenäisesti. Olisi ollut toivottavaa, että olisi saatu myös toinen rintasyöpähoitaja koulutettavaksi. (Palanne 2011.) Näin ei kuitenkaan käynyt ja Pohjois-Kymen sairaalassa työskentelee tällä hetkellä vain yksi rintasyöpähoitaja.

Tässä tutkimustyössä vastataan siis aiemman kehitystyön jatkokehityshaasteeseen eli miten tyytyväisiä rintasyöpäpotilaat ovat olleet rintasyöpähoitajan pitämiin vastaanottokäynteihin. Tämän työn ajankohta ajoittuu loistavasti ajatellen toivottuja tuloksia potilaiden tyytyväisyydestä, sillä rintasyöpähoitajan vastaanotoilla ensimmäiseksi aloittaneet potilaat ovat nyt viiden vuoden seurantajakson loppupuolella. Tämän vuoksi on mahdollisuus saada kyselyyn vastauksia sekä juuri vastaanottokäynnit aloittaneilta rintasyöpäpotilailta, että jo hoitopolun loppuvaiheessa olevilta potilailta sekä tietysti muilta hoitopolun eri vaiheissa olevilta potilailta.

Hardien ja Learyn Lontoossa vuonna 2010 tekemän tutkimuksen tarkoituksena oli verrata potilaiden kokemuksia rintasyövän hoitopalveluista ennen ja jälkeen rintasyöpähoitajan työn perustamista. Tulokset osoittavat, että rintasyöpähoitajan työ paransi vastaajien kokemuksia ja tyytyväisyyttä rintasyövän hoitopalveluihin. Rintasyöpähoitaja oli parantanut potilaiden kokemuksia hoidosta ja potilaat olivat tyytyväisempiä saamaansa palveluun. (Hardie & Leary 2010.)

Carnwellin Pohjois-Walesissa vuonna 2003 tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida rintasyöpähoitajan palveluja potilaiden näkökulmasta. Tutkimus koostui kolmesta osasta, tässä tutkimuksen viimeisessä osassa tutkittiin kokemuksia rintasyöpähoitajan antamista palveluista vain potilaiden näkökulmasta. Tulokset osoittavat, että rintasyöpähoitajan palveluista oli myönteinen käsitys. Potilaat arvostivat etenkin tuen antamista syövän toteamisen aikaan. Puutteina oli rintasyöpähoitajan näkemys potilaan tiedontarpeesta, rintasyöpähoitajan saatavuus ja henkisen tuen anto myös perheenjäsenille ja tuen anto potilaalle myös hoitojen päätyttyä yhtälailla kuin hoitojen aikana. (Carnwell 2003.)

National Breast Cancer Centre's Specialist Breast Nurse Project Team-ryhmän toteuttaman kansallisen monikeskustutkimuksen tarkoituksena oli tutkia rintasyöpähoitajan näyttöön perustuvan hoitomallin toteutettavuutta, täytäntöönpanoa, hyväksyttävyyttä ja vaikutusta Australiassa. Tulosten mukaan lähes kaikki vastaajista (n=300) olivat yhteydessä rintasyöpähoitajaan viisi-osaisten vastaanottokäyntien aikana. 67 % hoidon arviointivaiheessa (n=167) olevista potilaista pyysivät vähintään yhtä lisäkäyntiä rintasyöpähoitajan luona. 98 % vastaajista kertoi, että rintasyöpähoitajan saatavuus vaikuttaisi sairaalan valintaan, heistä 48 % suosittelisi pelkästään sellaisia sairaaloita, joissa rintasyöpähoitaja on saatavilla. Hoitoalan ammattilaisten (n=47) mukaan rintasyöpähoitajan saatavuus paransi hoidon jatkuvuutta, tiedonannon ja tuen antoa potilaille sekä johti paljon tarkoituksenmukaisempiin läheteisiin ja muiden hoitotiimin jäsenten tarkoituksenmukaiseen ajankäyttöön. (Liebert, Parle, Roberts, Redman, Carrick, Gallagher, Simpson, Ng, Khan, White, Salkeld, Lewis, Olver, Gill, Marchant, Coates, North, Akers, Cannon, Gray, Liebelt, Rodger, Henderson, Stoney, Hickey, Archer, Metcalf & Trotter 2003.)

4.1 Tiedon ja ohjauksen merkitys potilastyytyväisyyteen

Kaikilla asioilla potilaan ja hoitajan ohjaussuhteessa on merkitystä potilastyytyväisyyteen. Potilastyytyväisyydellä tarkoitetaan karkeasti potilaan odotusten täyttymistä. Käsitteenä potilastyytyväisyyttä ei ole vielä pystytty määrittämään tarkasti, sillä se koostuu useista vaikeasti mitattavista tekijöistä. Potilastyyty-

väisyyttä voidaan pitää mittarina, kun hoitoa arvioidaan potilaan näkökulmasta. Ohjaamisen tavoitteena on parantaa potilaan elämänlaatua, edistää potilaan terveyttä ja toimintakykyä, hoitoon motivoitumista ja sitoutumista, itsehoitoa, itsenäistä päätöksentekokykyä ja selviytymistä elämässä. Ohjauksessa hoitaja ei tee päätöksiä potilaan puolesta eikä anna valmiita vastauksia, vaan potilas tarkastelee tilannettaan itse, hoitaja tukena. (Ahonen ym., 162–163; Henttonen, Ojala, Rautava-Nurmi, Vuorinen & Westergård 2013, 29; Oittinen, Kanerva, Kuhanen, Seuri & Schubert 2014, 164–165; Prakash 2010, 151–155; Tiirinen 2005, 238–239.)

Potilaan ohjaamisessa on tärkeää huomioida potilaan luonteen ominaisuudet, elämäntausta ja aiempi tieto sairaudesta. Ohjaajana hoitajan toimintaa säätelee hänen oma persoonallisuus, ihmiskäsitys ja minäkuva. Hoitajan tulee ohjata potilasta asiallisesti, totuudenmukaisesti ja rauhallisesti potilaan oikeudet huomioon ottaen. Läheisille tulee tarjota mahdollisuus olla mukana ohjauksessa yhdessä potilaan kanssa, jolloin omaiset saavat saman tiedon kuin potilaskin. (Ahonen ym., 162–163; Henttonen ym., 2013, 29; Oittinen ym., 2014, 164–165; Prakash 2010, 151–155; Tiirinen 2005, 238–239.)

Ohjauksessa tulisi huomioida ainakin tiedon anto sairaudesta, oireista, ennusteesta, hoidoista ja niiden vaikutuksista mahdolliset riskit huomioon ottaen. Potilaalle tulee antaa mahdollisuus vaikuttaa itse hoidon valintaan. Päätöksentekoon osallistuakseen potilaan on kyettävä ainakin kommunikoimaan, ymmärtämään ohjeet, arvioimaan omat voimavaransa ja haittavaikutusten sietokyky. Lisäksi on tärkeää huomioida pienetkin toiveet, jotka voivat parantaa potilaan elämänlaatua. Hoitajan antama tuki on erityisen tärkeää, jos potilaan läheiset ovat ottaneet etäisyyttä sairauden vuoksi. Tällöin hoitajan rooli korostuu. Hoitajan tulee ylläpitää potilaan toivoa, rohkaista pyytämään apua ja vastaanottamaan tietoa. (Ahonen ym., 162–163; Henttonen ym., 2013, 29; Tiirinen 2005, 238–239.)

Hoitajana erilaisten ihmisten kohtaamisen luonne on erityislaatuinen. Asiakkaan, potilaan ja sairaanhoitajan kohtaamiseen liittyy keskeisiä eettisiä kysymyksiä, joita on syytä tarkastella kriittisesti ja rakentavasti. Hoitajan oma minäkuva heijastuu hoitajan vuorovaikutustaitoihin. Jos hoitajan minäkuva on kii-

reinen, uupunut tai väsynyt, muuttuu hänen tapansa kohdata asiakas tai potilas jopa välinpitämättömäksi. Hoitajan on tärkeää olla läsnä kohdatessaan asiakas tai potilas. Ammatillisuus ja erilaisten potilaiden kohtaaminen tasaveraisesti ovat erittäin tärkeitä asioita. Hyvät vuorovaikutustaidot ovatkin hoitajan yksi tärkeimmistä työkaluista erityisesti kohdatessa pelokas tai psykiatrisesti sairas potilas. (Haho 2009; Kollanen 2008; Rantala 2011, 33–36.)

Koveron ja Tykän vuoden 2002 tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, kuinka naiset (n=18) kokivat sairastumisen rintasyöpään. Tutkimuksessa selvitettiin heidän kokemuksiaan diagnoosiin johtavista tutkimuksista, hoitotoimenpiteistä, saadusta tiedosta ja tapaamisista hoitohenkilökunnan kanssa. Tulokset osoittivat, että vakava sairaus aiheutti voimakasta psykologista stressiä. Sairastuminen keskeytti arkipäivän. Epätietoisuus, odottaminen ja epäonnistuneet kontaktit lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan kanssa voimistivat ahdistusta. Huomiota olisi pitänyt kiinnittää tekijöihin, joihin on mahdollista vaikuttaa. Diagnoosiin ja toimenpiteisiin olisi pyrittävä viivytyksettä ja tieto vakavasta sairaudesta tulisi antaa henkilökohtaisesti. Potilaankohtaamistaitoja olisi kehitettävä ja keskusteluille varattava enemmän aikaa. Potilaille annettavan tiedon tulisi olla yksilöllistä ja luotettavaa. (Kovero & Tykkä 2002.)

Vuoden 2003 alkuperäistutkimuksessa ”Rintasyöpäpotilaan ja puolison odotukset sairauteen liittyvästä tiedonsaannista” tavoitteena oli kartoittaa rintasyöpäpotilaan ja hänen puolisonsa tiedon tarvetta ja tiedon saannin lähteitä sairauden ensimmäisten vuosien aikana. Tavoitteena oli myös verrata onkologian klinikan (n=51) ja sopeutumisvalmennusparikurssin (n=45) potilaiden ja puolisoitten tyytyväisyyttä saadun tiedon määrään. Tulosten mukaan valtaosa (80 %) klinikkaryhmän potilaista vastasi olevansa tyytyväisiä aiemmin saamansa tiedon määrään, mutta sopeutumiskurssiryhmässä vain vajaa kolmasosa (31 %). Vastaavasti 6 % ja 49 % oli kokenut tiedon riittämättömäksi ja 14 % ja 20 % ei osannut määrittää kantaansa kysymykseen. Syyksi riittämättömään tiedonsaantiin potilaat olivat kokeneet lääkärin kiireet tai potilaalle tärkeiden kysymysten sivuuttamisen. Lisätiedon tarvetta ilmaistiin sairauteen liittyvistä seikoista yleensä, hoidoista, ennusteesta, ravinnosta, elämäntavoista ja hormonivaikutuksista. Molemmissa ryhmissä 60 % potilaista oli saanut mielestään osallistua riittävästi hoitoon liittyvään päätöksentekoon. Puolisot toi-

voivat lisätietoa sairauden ennusteesta ja sairauden vaikutuksesta potilaan mielialaan ja hyvinvointiin. Lisätieto haluttiin saada lääkäriltä, puolisolta tai sairaanhoitajalta. (Salminen, Soinio, Knif Sund, Poussa & Vire 2003.)

Koinbergin, Holmbergin ja Fridlundin vuoden 2002 pro gradu-tutkielman tarkoituksena oli tutkia, olivatko rintasyöpäpotilaat tyytyväisiä spontaanin järjestelmän tarkastuskäynteihin syöpään erikoistuneella sairaanhoitajalla. Tulosten mukaan haastatellut potilaat (n=19) olivat tyytyväisiä asiantuntevaan ja ammattitaitoiseen sairaanhoitajaan. Vakuuttavuus ja luottamuksellisuus olivat hoitosuhteessa tärkeitä ja välttämättömiä asioita, jotta rintasyöpää sairastavat potilaat tunsivat olonsa turvalliseksi. Potilailla oli eniten tarvetta tiedonsaannille ja itsehoito-ohjeistukselle. Koulutetun henkilökunnan tai syöpään erikoistuneen lääkärin tavoitettavuus ja varhainen arviointi olisi välttämätöntä ilman säännöllisiä tarkastuskäyntejä. (Koinberg, Holmberg & Fridlund 2002.)

Pohjois-Kymen sairaalan rintasyöpähoitaja kulkee potilaan mukana rintasyöpävän toteamishetkestä viimeiseen kontrollikäyntiin asti, eikä hoitaja välissä vaihdu. Tästä syystä potilaan ja rintasyöpähoitajan välinen suhde on ainutlaatuinen ja luottamuksellinen. Rintasyöpähoitajan työnkuvaan kuuluu tärkeänä osana potilaan henkisen puolen huomiointi. Rintasyöpähoitaja ja yleissairaalapsykiatrinen sairaanhoitaja tekevät yhteistyötä. Potilaasta voidaan laittaa lähehe psykiatrian poliklinikalle ja sieltä voidaan sopia nopeallakin aikataululla tapaaminen potilaan kanssa, jos potilas itse niin haluaa ja tuntee siihen tarvetta hoidon vaiheesta riippumatta. (Haimi 2016.)

Rintasyöpän leikkauksesta johtuva mahdollinen rinnattomuus, rintojen epäsymmetrisyys ja arvet voivat vaikuttaa toimintakykyä heikentävästi myös miinäkuvaan, naiseuden kokemiseen ja seksuaalisuuteen. Myös mahdollisen irtoproteesin käyttö koetaan usein hankalaksi. Seksuaalisuus on jokaisen naisen henkilökohtainen asia, ja siihen liittyvät vahvasti elämän aikana saadut yksilölliset kokemukset, elämykset sekä tapahtumat. Jokainen nainen kokee ja toteuttaa seksuaalisuuttaan omalla tavallaan. Tärkeänä osana naiseuteen ja seksuaalisuuteen liittyy sairastuneen oma elämäntilanne. Jos nainen elää parisuhteessa, voi se olla todella suuri voimavara sairastumisen jälkeen. Vapaaehtoisesti sinkkuna elävillä naisillakin saattaa olla todella vahva tukiverkosto,

joka auttaa jaksamaan eteenpäin. Jos kyseessä on kuitenkin kipeä yksinäisyys, voi tällöin sairastuminen pahentaa entisestään vaikeaa elämäntilannetta ja voi silloin nostaa esteitä uusille ihmissuhteille. (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 26–27; Kellokumpu-Lehtinen, Väisälä, & Hautamäki 2003, Leidenius, Tasmuth, Jahkola, Saarto, Utriainen, Vaalavirta, Tiitinen & Idman 2015; Parisuhde ja seksuaalisuus 2016.)

Rintasyöpään sairastuminen voi tuoda naisen ulkonäköön radikaalejakin muutoksia, jotka varmasti pelottavat ja vaikuttavat naiseuteen ja seksuaalisuuteen paljon. Hiusten lähtö, rinnan poisto tai sen ulkonäön muuttuminen ja muut väliaikaiset muutokset kehossa hoitojen aikana vaikuttavat naisen minäkuvaan. Nuorempia naisia saattaa askarruttaa ulkonäön lisäksi myös oma hedelmällisyys ja se, voiko hoitojen jälkeen enää tulla raskaaksi. Nainen saattaa tuntea itsensä puolinaiseksi, rikkinaiseksi tai jopa rumaksi ja miettiä, miten kelpaa enää omalle puolisolleen kehon muututtua hoitojen takia. Hoitojen myötä voi esille nousta myös seksuaalinen haluttomuus, joka on yleistä. Sytostaattihoidot sekä hormonaalinen lääkitys saattavat viedä seksuaalisen halukkuuden pois pitkäksi aikaa, ja tällöin naisesta saattaa olla vastenmielistä näyttäytyä alasti puolison edessä tai epämiellyttävää koskettaa toista. Seksuaalinen haluttomuus voi askarruttaa samaan aikaan myös puolisoa. Onkin tärkeää, että parisuhteessa voi puhua avoimesti ja arvostaa toisen halua ottaa tilaa ympärilleen. (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 26–27; Kellokumpu-Lehtinen, Väisälä, & Hautamäki 2003, Leidenius, Tasmuth, Jahkola, Saarto, Utriainen, Vaalavirta, Tiitinen & Idman 2015; Parisuhde ja seksuaalisuus 2016.)

Rintasyöpään sairastumisen jälkeen on tärkeää, että sairastunut ja hänen puolisonsa saa tarvittaessa tukea ja informaatiota seksuaaliasioissa hoidon eri vaiheissa. Hoitojen aikana tulisi hoitajan vastaanotolla ottaa aihe puheeksi ja antaa asiaankuuluvaa tietoa hoitojen vaikutuksesta seksiin ja seksuaalisuuteen, jos potilas niin haluaa. (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 26–27; Kellokumpu-Lehtinen, Väisälä & Hautamäki 2003; Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen 2016.)

Työnkuvaan kuuluu myös puhuminen seksuaaliasioista potilaan kanssa. Potilas yleensä itse ottaa mieltä askarruttavan asian kontrollikäyntien yhteydessä

esille ja rintasyöpähoitaja pyrkii selvittämään asian yhdessä potilaan kanssa ja näin ollen tarjoamaan avun ongelmaan. Pohjois-Kymen sairaalassa ei ole saatavilla varsinaista seksuaaliterapeutteja. (Haimi 2016.)

Hautamäki-Lammisen vuonna 2012 tekemän tutkimuksen tarkoituksena oli saada uutta tietoa syöpään sairastumisen vaikutuksista seksuaalisuuteen sekä potilaiden seksuaalisuuteen liittyvästä tiedontarpeesta ja tiedonsaannista. Tulokset osoittavat, että syöpään sairastuminen aiheutti muutoksia seksuaalisuuteen, se myös saattaa heikentää tai vahvistaa parisuhdetta. Potilaat kokivat kielteiset vaikutukset kehonkuvassaan, itsetunnossaan ja seksuaalisissa toiminnoissaan. Syöpäpotilaat odottivat terveydenhuollon ammattilaisen tekemän aloitteen seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä keskusteluun. Potilaat odottivat seksuaaliohjaukselta yksilöllisyyttä, suunnitelmallisuutta ja ammatillisuutta. (Hautamäki-Lamminen 2012.)

Leinon vuoden 2011 tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää substantiivinen teoria rintasyöpää sairastavan naisen sosiaalisesta tuesta erikoissairaanhoidossa hoitoprosessin aikana. Tulosten perusteella voitiin osoittaa, että hoitohenkilökunnan tuki oli merkityksellistä naisena eheytyksen saavuttamiseksi. Koettiin, että hoitohenkilökunnan olisi tärkeää suunnata sosiaalista tukea siirtymävaiheisiin syöpähoitojen alku- ja loppuvaiheissa. Katsottiin, että tuen tulisi olla systemaattista, ennaltaehkäisevää ja potilaan tarpeisiin pohjautuvaa. Psykososiaalinen tuki nähtiin merkityksellisenä asiana rintasyöpäpotilaan selviytymisessä ja kokonaisuudessaan. Hoitohenkilöstöltä odotettiin seksuaalisuuden sekä naisellisuuden tukemista hoitoprosessissa. Puolison ja lasten psyykinen tukeminen koettiin hoitoprosessin aikana huonommaksi, kun taas itse potilaan tukemiseen riitti valmiuksia ja osaamista hoitohenkilökunnalla hyvin. (Leino 2011.)

5 TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää miten tyytyväisiä potilaat ovat olleet rintasyöpähoitajan vastaanottokäynteihin ja kartoittaa mahdollisia kehittämisasiideoita. Tutkimusongelmaksi on muodostunut kysymykset:

Miten tyytyväisiä potilaat ovat olleet rintasyöpähoitajan antamaan tietoon ja ohjaukseen?

Miten vastaanottokäyntejä voisi kehittää?

6 KYSELYTUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Tämän tutkimuksen menetelmänä käytetään kvantitatiivista tutkimusmenetelmää, sillä kyseinen menetelmä antaa parhaimman tuloksen selvittäessä melko ison kohderyhmän tyytyväisyyttä. Kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimuksella tarkoitetaan menetelmää, jota käytetään, kun tutkimuksen tieto on jäsenneiltyä, halutaan mitata muuttujien välisiä suhteita ja eroja, mittarilla saatua tietoa tarkastellaan numeerisesti, tutkimustulos on objektiivinen eli tutkija ei vaikuta tutkimustulokseen ja vastaajien lukumäärä on suuri. Määrällistä tutkimusta toteutettaessa keskeisessä asemassa ovat tutkimustyön teoriatieto, käsitteet ja aiheeseen liittyvät aiemmat tutkimukset. (Heikkilä & Edita Publishing Oy 2014; Tutkimusongelmat- ja tehtävät sekä hypoteesit 2016; Vilkkä 2007, 13.)

Määrällisessä tutkimuksessa tutkittavaa kohdetta kutsutaan havaintoyksiköksi. Havaintoyksikkönä voi olla henkilö, ilmiö, tuote, kuva tai teksti. Muuttujalla tarkoitetaan havaintoyksikköä koskevaa asiaa, ominaisuutta tai toimintaa, josta halutaan tietoa. Muuttuja voi olla esimerkiksi henkilön ikä, sukupuoli, mielipide, postinumero, ammattiasema tai muu tutkimuksen kannalta merkityksellinen tieto. Mittarilla tarkoitetaan aineistonkeruumenetelmää, joita voivat olla määrällisessä tutkimuksessa kysely, haastattelu- ja havainnointilomake. Määrällisessä tutkimuksessa mittarilla kerätty aineisto saadaan numeroina tai mahdollinen laadullinen aineisto ryhmitellään numeeriseen muotoon. (Heikkilä & Edita Publishing Oy 2014: Vilkkä 2007, 13–14.)

6.2 Otanta

Tutkimuksen kohteena eli perusjoukkona toimii Pohjois-Kymen sairaalan rintasyöpähoitajan vastaanotolla käyvät rintasyöpäpotilaat (N=720). Tässä tutkimuksessa ei ole resursseja tutkia koko perusjoukkoa rajoitetun aikataulun vuoksi, joten vaihtoehtoisesti tässä työssä tarkastellaan vain osaa perusjoukosta, eli perusjoukosta poimitaan otos. Tämän tutkimuksen otoskoon tavoite on perusjoukkoon nähden pieni (n=50), mutta tarpeeksi suuri analyysin tekemiseen tilastollista menetelmää käyttäen. Tässä tutkimuksessa tyydytään saatuun vastausmäärään vaikka se olisikin alhainen, sillä uusintakyselyn toteuttaminen ei tässä tutkimuksessa tule kysymykseen tiiviin aikataulun vuoksi. (Valli 2001, 13–14; Vehkalahti 2014, 43; Vilkkä 2007, 56–57.)

Menetelmää jolla otos poimitaan perusjoukosta kutustaan otannaksi. Otantamenetelmät voidaan jakaa todennäköisyyteen perustuviin ja harkintaan perustuviin menetelmiin, joiden tuloksena on otos tai näyte. Otos koostuu tutkimuksen havaintoyksiköistä ja edustaa osaltaan perusjoukkoa. Otoksella voidaan saada kokonaiskuva perusjoukosta ja jokaisella perusjoukon havaintoyksiköllä on yhtä suuri mahdollisuus tulla valituksi otokseen. Harkintaan perustuvia menetelmiä ovat harkinnanvarainen otanta ja kiintiöotanta, joiden tuloksena on näyte. Menetelmiä käytetään, jos osajoukko valitaan jollakin muulla tavalla kuin arpomalla tai systemaattisella otannalla. (Heikkilä & Edita Publishing Oy 2014; Holopainen & Pulkkinen 2002, 27–29; Valli 2001, 13–19; Vehkalahti 2014, 43; Vilkkä 2007, 51–57.)

Määrällisestä tutkimusmenetelmästä huolimatta tämän tutkimuksen otantamenetelmänä toimii harkinnanvarainen otanta eli näyte, sillä tähän tutkimukseen havaintoyksiköt valikoituvat perusjoukosta vain kyselyn ajankohdan perusteella. Salassapitovelvollisuuden vuoksi potilastietoja ei ole mahdollista saada tietoon, joten tutkijoiden ei ole mahdollista vaikuttaa havaintoyksiköiden valintaan. Havaintoyksiköitä ei ole ryhmitelty millään tavalla ja kaikilla havaintoyksiköillä ei ole yhtä suurta mahdollisuutta tulla valituksi näytteeseen, jolloin näyte ei välttämättä edusta koko perusjoukkoa. Kuitenkin pyrkimyksenä on saada mahdollisimman objektiivisiä ja tasapuolisia tuloksia. Harkinnanvaraista otantaa käytetäänkin usein esimerkiksi esitutkintaan, näkemysten saamiseen

ja ideoiden kehittelyyn, jolloin tutkimuksesta saadaan tulokseksi lähinnä alustavia tuloksia. Etuna harkinnanvaraisessa otannassa on sen nopeus, joustavuus ja halpuus. (Heikkilä & Edita Publishing Oy 2014; Holopainen & Pulkkinen 2002, 27–35; Valli 2001, 13–19; Vehkalahti 2014, 43; Vilka 2007, 58.)

6.3 Kyselylomakkeen laadinta

Aineistonkeruumenetelmänä tässä tutkimuksessa toimii kysely, sillä tässä tutkimuksessa käsitellään kohderyhmälle henkilökohtaisia ja arkaluonteisia asioita. Kyselylomake on määrällisen tutkimuksen mittari, jota käytetään, kun tutkittavana on henkilö ja häntä koskevat asiat kuten mielipiteet, asenteet tai ominaisuudet. Lomakkeen kysymykset pohjautuvat tutkimustyön teorian tietoon, käsitteisiin ja aiheeseen liittyviin aiempiin tutkimuksiin. Määrällisessä tutkimuksessa lomakkeesta saatujen tietojen on oltava mitattavissa, joten jokaiselle muuttujalle määritetään arvo, joka ilmaistaan tässä työssä numeroina. (Heikkilä & Edita Publishing Oy 2014; Vilka 2007, 13–15, 28.) Muuttujaluettelossa (liite 4) on kerrottu, mikä kysymys mittaa mitäkin käsitettä tässä tutkimuksessa.

Kyselylomakkeen kysymykset laaditaan pohjautuen tutkimustyön teorian tietoon, käsitteisiin ja aiheeseen liittyviin aiempiin tutkimuksiin. Kysymysten sanamuoto muotoillaan vastaajille henkilökohtaisiksi. Kysymykset järjestetään niin, että alkuun tulevat niin sanotusti helpot taustakysymykset ja niiden jälkeen suljetut mielipidekysymykset. Lomakkeesta tehdään sen verran lyhyt, että vastausaika ei venyisi kohtuuttoman pitkäksi ja samalla vastaajan mielenkiinto kyselyä kohtaan säilyisi alusta loppuun. Tavoitteena on saada vastaminen miellyttäväksi ja motivoitukseksi vastaajalle. Kyselylomakkeen alkuun tehdään saatekirje, joka antaa riittävästi tietoa tutkimuksesta, tämän perusteella vastaaja voi päättää halukkuudestaan osallistua tutkimukseen. Saatekirjeen tarkoituksena on motivoida tutkittavaa vastaamaan kyselyyn. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 39; Valli 2001, 28–33; Vehkalahti 2014, 47–48; Vilka 2007, 62–92.)

Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen järjestysasteikkona toimi Likertin asteikko, mikä luokitellaan asenneasteikoksi. Järjestysasteikossa muuttujien arvot laitetaan suuruusjärjestykseen. Asenneasteikolla voidaan mitata esimerkiksi henkilön asennetta tai kokemukseen perustuvaa mielipidettä. Sen perusideana on, että asteikon vastausvaihtoehdoista muodostuu jatkumo ääripäätä toiseen ja asteikon keskelle jää neutraali vaihtoehto. Ääripäät ovat tyypillisesti ”täysin samaa mieltä” ja ”täysin eri mieltä” joihin on helppo vastata, kun omaa selkeän mielipiteen. Keskelle jäävä neutraali vaihtoehto voi olla esimerkiksi ”ei samaa eikä eri mieltä”, tätä ei ole pakko kuitenkaan olla. Myös vaihtoehtojen välien on oltava yhtä suuria ja ne voidaankin esittää tyypillisesti ”melko samaa mieltä” ja ”melko eri mieltä” vaihtoehdoilla. Asteikko voidaan porras-
taa 4-, 5-, 7-, tai 9-portaiseksi. Tässä työssä käytettiin 4-portaista asteikkoa, joka on yleensä määrällisesti sopiva käsitettäväksi yhtä aikaa. Vaihtoehdot suunnattiin lomakkeelle loogisessa järjestyksessä niin, että suurin numero, tässä tapauksessa numero 4, vastasi eniten samaa mieltä olevaa vaihtoehtoa ja numero 1 eniten eri mieltä olevaa vaihtoehtoa. Näin ollen numerot 3 ja 2 vastasivat välivaihtoehtoja. Neutraali vaihtoehto jätettiin tässä kyselyssä kokonaan pois tutkimustulosten selkeyttämiseksi. (Vehkalahti 2014, 35–37; Vilka 2007, 45–46.)

6.4 Aineiston keruu

Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeeseen (liitteet 3, 3/2, 3/3) tuli yhdeksän taustakysymystä, 13 suljettuja kysymystä ja yksi avoin kysymys tarkempien tietojen saamiseksi. Kyselylomakkeen laadun varmistamiseksi lomake testattiin Pohjois-Kymen sairaalassa hoitoalan ammattilaisilla ennen varsinaisen aineiston keräämistä.

Potilaiden on tarkoitus vastata kyselyyn vastaanottokäynnin yhteydessä viikoilla 41–43. Kyselylomakkeet laitetaan vastattavaksi paperiversiona, jotta kaikilla olisi yhtäläiset mahdollisuudet vastata kyselyyn. Vastatut lomakkeet laitetaan nimettömään kirjekuoreen ja palautetaan lukolliseen postilaatikkoon, jonka käyttöoikeudet ovat vain tutkimuksen toteuttajilla. Postilaatikko sijoitetaan rintasyöpähoitajan vastaanoton odotuskäytävälle, jossa myös lomakkeet

on tarkoitus täyttää. Kyselylomakkeen potilas saa rintasyöpähoitajan vastaanottokäynnin loppuksi. Kyselylomakkeita laitetaan jakoon otoskoon tavoitteen mukaisesti 50 kappaletta.

7 AINEISTON KÄSITTELY JA ANALYSOINTI

Aineisto analysoidaan tilastollista menetelmää hyödyntäen, jonka myötä saadut tulokset esitetään numeroina. Tutkimuksesta saatuja tuloksia pyritään yleistämään perusjoukkoon. Analysointi alkaa määrällisessä tutkimuksessa vasta kun koko aineisto on saatu kerättyä ja tarkistettua. Tässä työssä aineisto analysoidaan tilastollisella SPSS-ohjelmalla. Saatu aineisto avataan tekstiksi, jota havainnollisesta lisäksi graafisesti pylväskaaviolla, jolla voidaan antaa nopea kokonaiskuva ilmiöstä. (Ks. Heikkilä & Edita Publishing Oy 2014; Valli 2001, 47–48; Vilka 2007, 13–14.)

Kun aineiston keräämisen määräaika on umpeutunut, voidaan tutkimusaineisto kerätä kasaan ja aloittaa niiden tarkistaminen. Lomakkeista tarkistetaan alkuun, että kaikki tiedot ja vastaukset ovat asiallisesti annettu ja tarpeen vaatiessa poistetaan asiattomasti täytetyt lomakkeet. Tämän jälkeen käydään läpi jäljelle jääneet lomakkeet kohta kohdalta ja tarkistetaan mahdolliset puutteet tiedoissa ja vastauksissa. Selkeästi puutteelliset lomakkeet poistetaan. Tässä vaiheessa voidaan jo arvioida kysymysten onnistumista kohderyhmään nähden. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 44–45; Vilka 2007, 106–107.)

Aineiston tarkistamisessa tärkeintä on arvioida tutkimuksen kato, eli puuttuvien tietojen määrä. Jos tutkimuksessa esiintyy katoa, pitää sen laatu aina arvioida, eli tehdä katoanalyysi. Analyysissä katsotaan, ketkä eivät ole vastanneet kyselyyn, onko kato ollut systemaattista vai ei-systemaattista, millaiset vastanneiden jakaumat ovat verrattuna perusjoukon jakaumiin, onko otos tarpeeksi edustava kadosta huolimatta ja pitääkö tuloksia painottaa joissakin ryhmissä. Kato ei kuitenkaan haittaa tutkimusta, jos se esiintyy suhteellisesti, satunnaisesti jakautuneena ja vähäisesti. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 44–45; Vilka 2007, 106–107.)

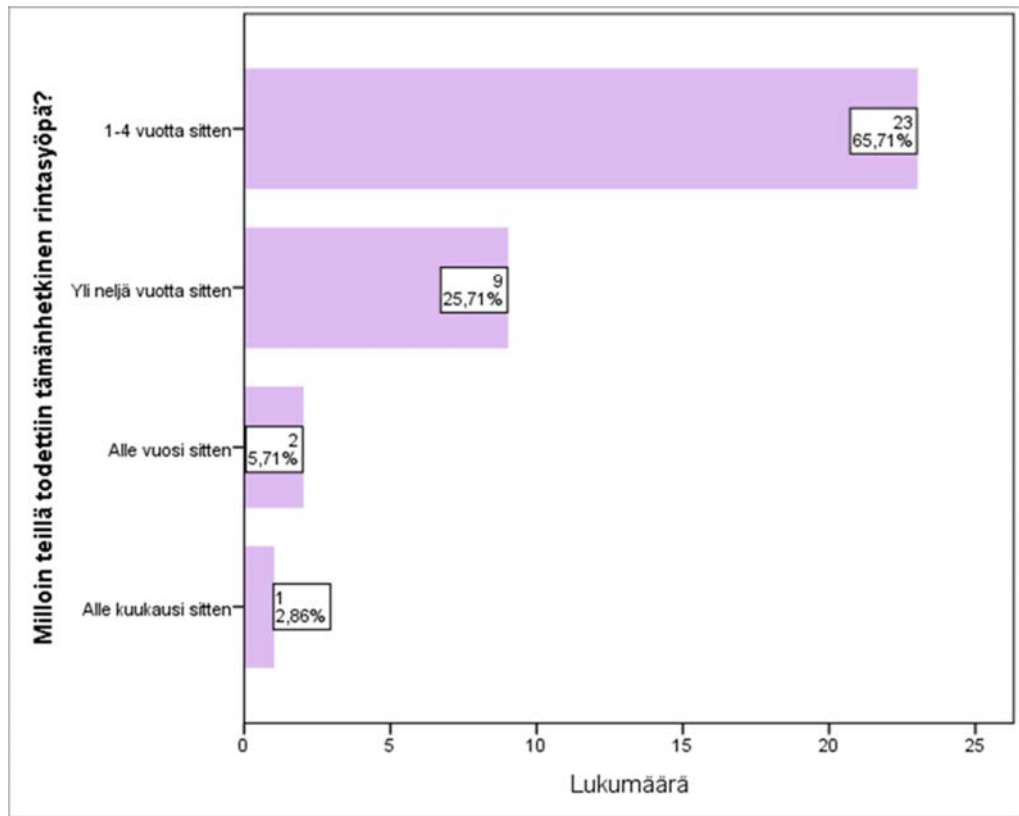
8 TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeita laitettiin jakoon 50 kappaletta, vastausaika oli viikoilla 42–44 vastaanottokäyntien yhteydessä. Lyhyeksi jääneen aikataulun vuoksi rintasyöpähoitaja lähetti kyselylomakkeita potilaille myös kotiin vastattavaksi. Vastauksia tuli yhteensä 37, mutta aineiston tarkastuksessa kaksi lomaketta oli poistettava selkeästi puutteellisten vastausten vuoksi. Lopullinen näyte (n=35) oli kuitenkin riittävä analysoitavaksi tilastollisella ohjelmalla.

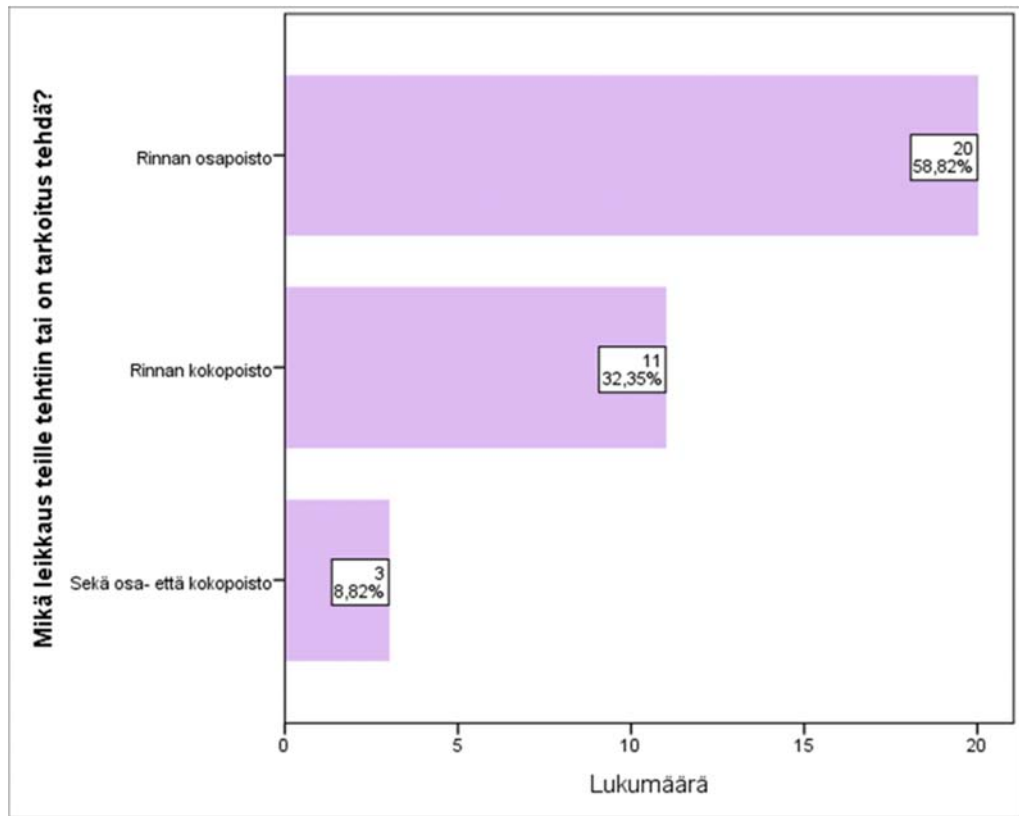
Analyysiin hyväksytyjen lomakkeiden vastaajien ikäjakauma oli alle 40-vuotiaista yli 71-vuotiaisiin. Suurin osa vastaajista oli yli 71-vuotiaita, toiseksi eniten oli 61–70-vuotiaita. Viisi vastaajista oli 51–60-vuotiaita, kaksi oli 41–50-vuotiaita ja vain yksi oli alle 40-vuotias. Yli puolet vastanneista oli koulutustaustaltaan kansa-, perus- tai keskikoulun käyneitä. Ammattioppilaitoksen, lukion tai vastaavan käyneitä oli toiseksi eniten. Vain kuusi vastaajista oli koulutustaustaltaan ammattikorkeakoulu- tai yliopistotasoisia.

Vastaajista suurin osa oli eläkkeellä. Työelämässä oli kahdeksan vastaajaa ja vain yksi oli työtön. Suurin osa vastaajista oli avioliitossa. Leskiä oli kymmenen ja naimattomia oli kuusi. Avoliitossa oli kaksi vastaajaa ja yksi vastaajista oli parisuhteessa. Lähes kaikilla kyselyyn vastanneista oli lapsia ja kaikki lapsista täysi-ikäisiä. Kolmella vastanneista ei ollut lapsia ollenkaan.



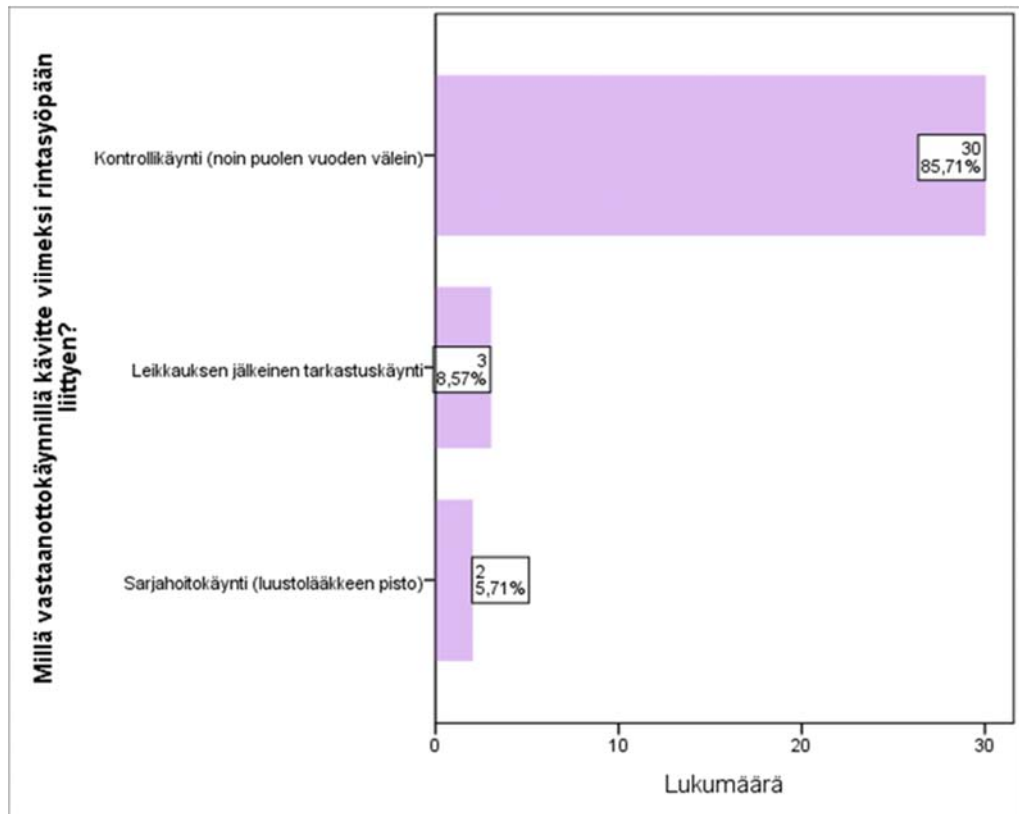
Kuva 1. Vastaajien rintasyövän toteamishetki (n=35)

Kyselylomakkeessa oli kysytty seuraavaksi asioita koskien sairautta. Kysymyksessä liittyen rintasyövän toteamishetkeen (kuva 1), oli yli puolella vastaajalla rintasyöpä todettu 1-4 vuotta sitten, yli neljä vuotta sitten yhdeksällä vastaajalla, alle vuosi sitten kahdella ja alle kuukausi sitten vain yhdellä vastaajalla.



Kuva 2. Vastaajien viimeisin leikkaus (n=34)

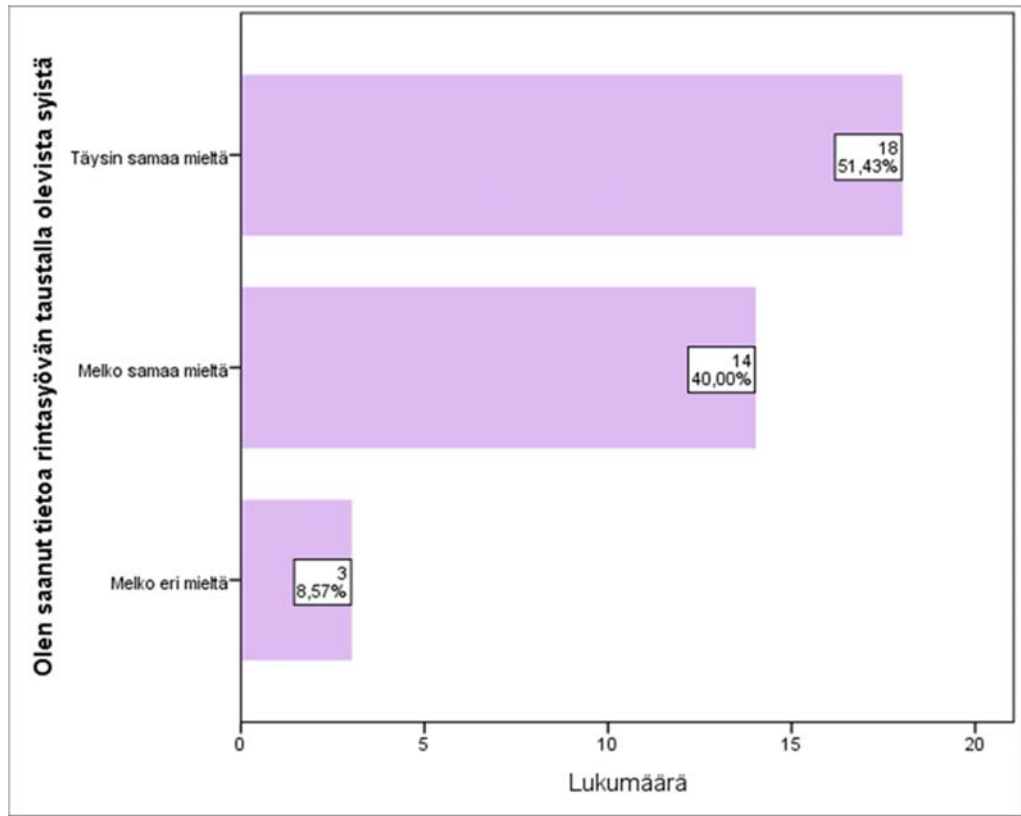
Vastaajien viimeisintä leikkausta (kuva 2) kysyttäessä rinnan osapoisto oli tehty suurimmalle osalle kysymykseen vastanneista. Rinnan kokopoisto oli tehty 11 vastaajista ja kolmelle oli tehty molemmat rinnan leikkaukset. Kyselylomakkeesta uupui vaihtoehto molemmille leikkauksille, joten kyseiselle muuttujalle määritettiin uusi arvo analyysivaiheessa. Yhdessä lomakkeessa oli jätetty vastaamatta kysymykseen.



Kuva 3. Vastaajien viimeisin vastaanottokäynti (n=35)

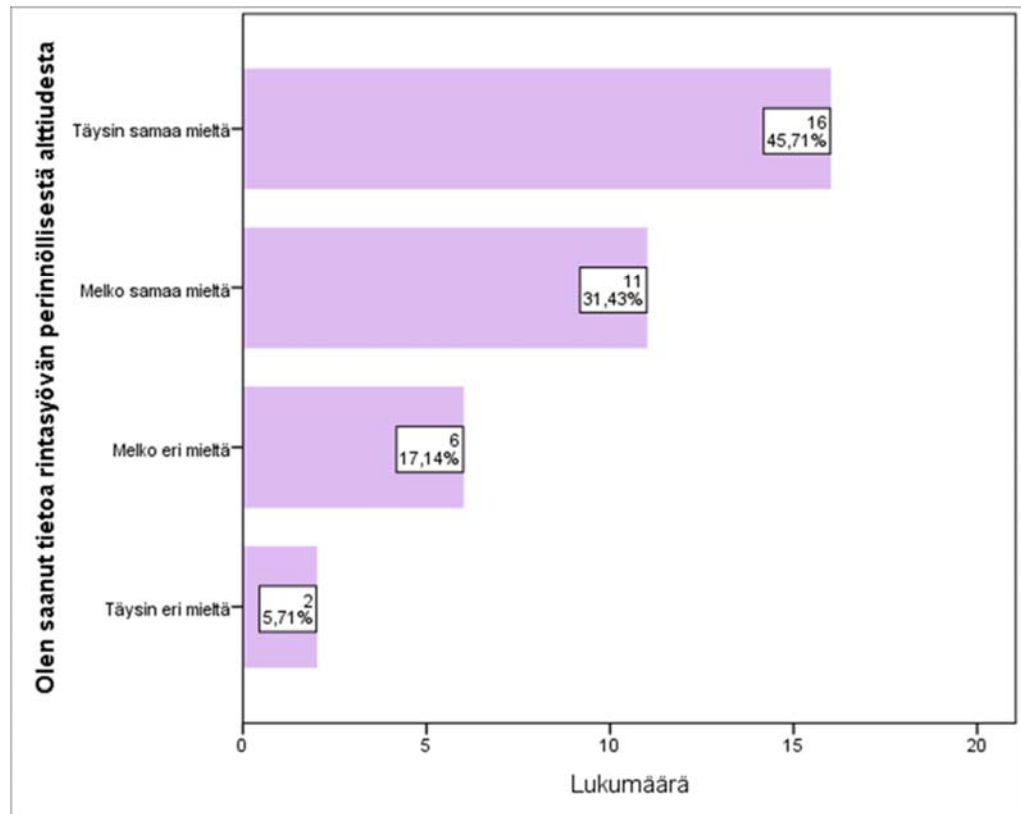
Viimeisintä vastaanottokäyntiä kysyttäessä (kuva 3) lähes kaikki vastanneista olivat käyneet viimeksi kontrollikäynnillä. Leikkauksen jälkeisellä tarkastuskäynnillä oli käynyt vain kolme ja sarjahoitokäynnillä vain kaksi vastaajista.

8.2 Vastaajien tyytyväisyys rintasyöpähoitajan antamaan tietoon ja ohjaukseen



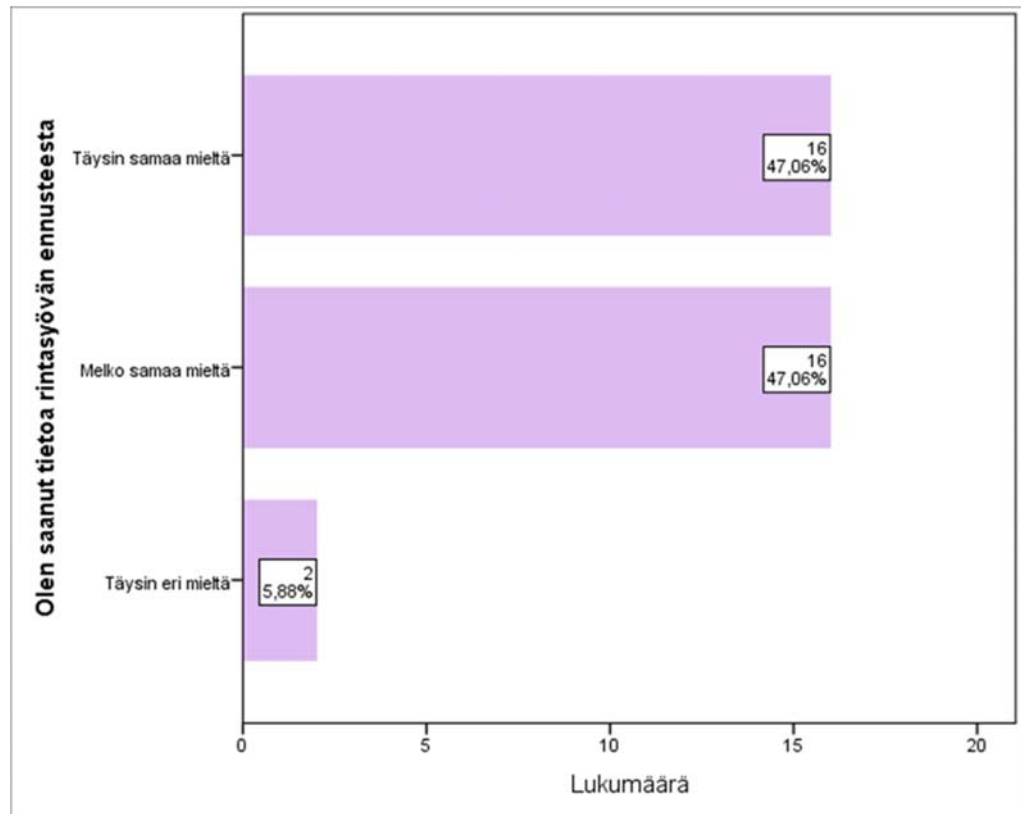
Kuva 4. Vastaajien mielipide tiedonsaannista liittyen rintasyövän taustalla oleviin syihin (n=35)

Tutkimuksessa yli puolet väittämään vastanneista olivat täysin samaa mieltä, että olivat saaneet tietoa rintasyövän taustalla olevista syistä (kuva 4). Vastaa- jista 14 oli melko samaa mieltä ja vain kolme melko eri mieltä saamastaan tie- dosta.



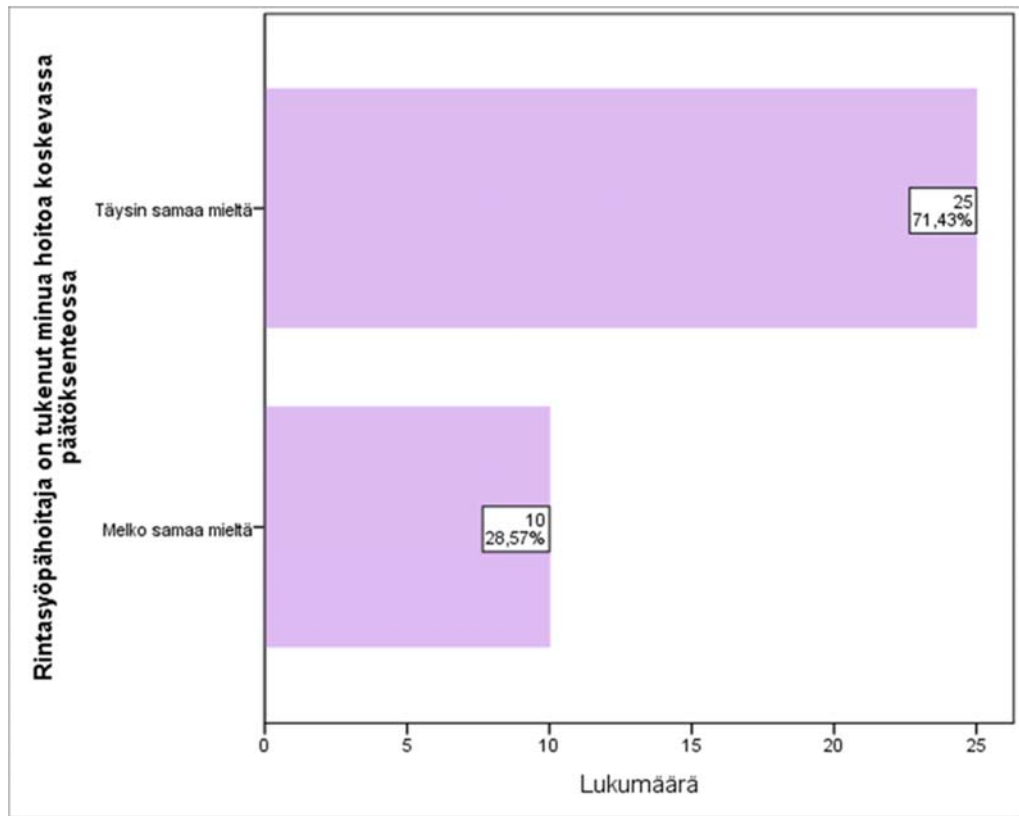
Kuva 5. Vastaajien mielipide tiedonsaannista koskien perinnöllistä alttiutta (n=35)

Vastaajista 16 oli täysin samaa mieltä siitä, että on saanut tietoa koskien rintasyövän perinnöllistä alttiutta ja 11 oli melko samaa mieltä (kuva 5). Melko eri mieltä tiedon saannista oli kuusi ja täysin eri mieltä vain kaksi vastaajista.



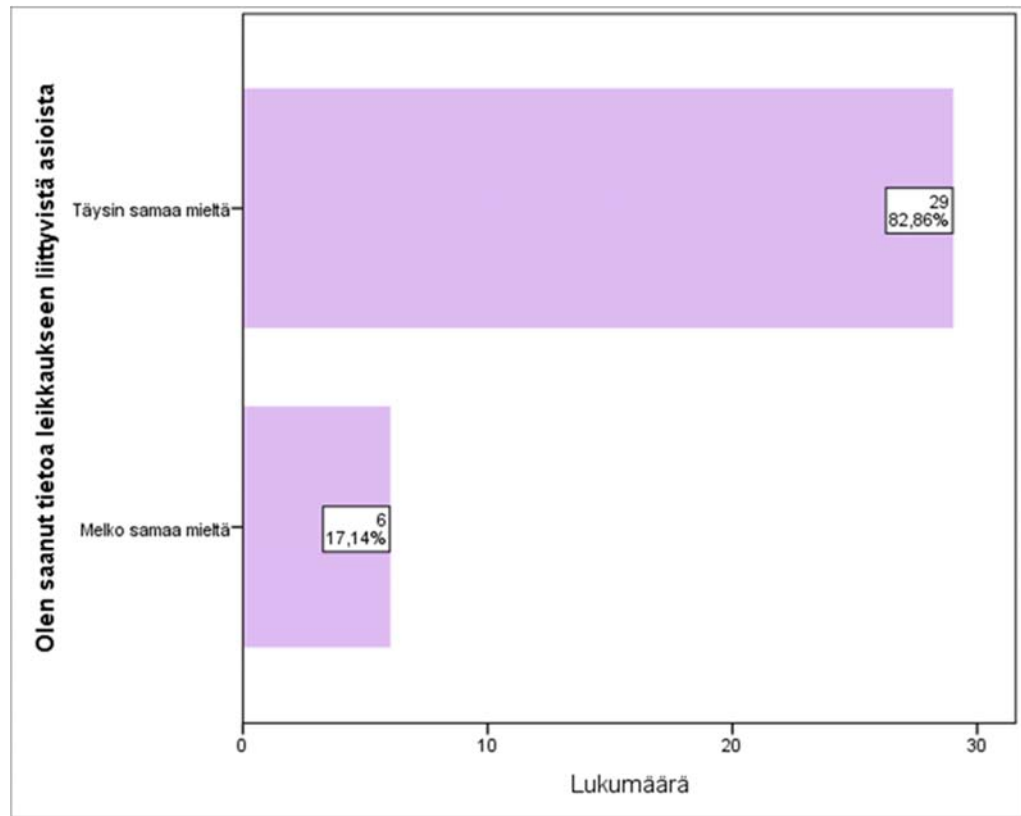
Kuva 6. Vastaajien mielipide tiedonsaannista koskien rintasyövän ennustetta (n=34)

Kysyttäessä vastaajilta mielipidettä siitä, olivatko he saaneet tietoa rintasyövän ennusteesta, olivat tulokset tasaiset (kuva 6). Vastaajista 16 oli täysin samaa mieltä ja 16 melko samaa mieltä asiasta. Toisaalta kaksi oli täysin eri mieltä saamastaan tiedosta. Yksi jätti vastaamatta kysymykseen.



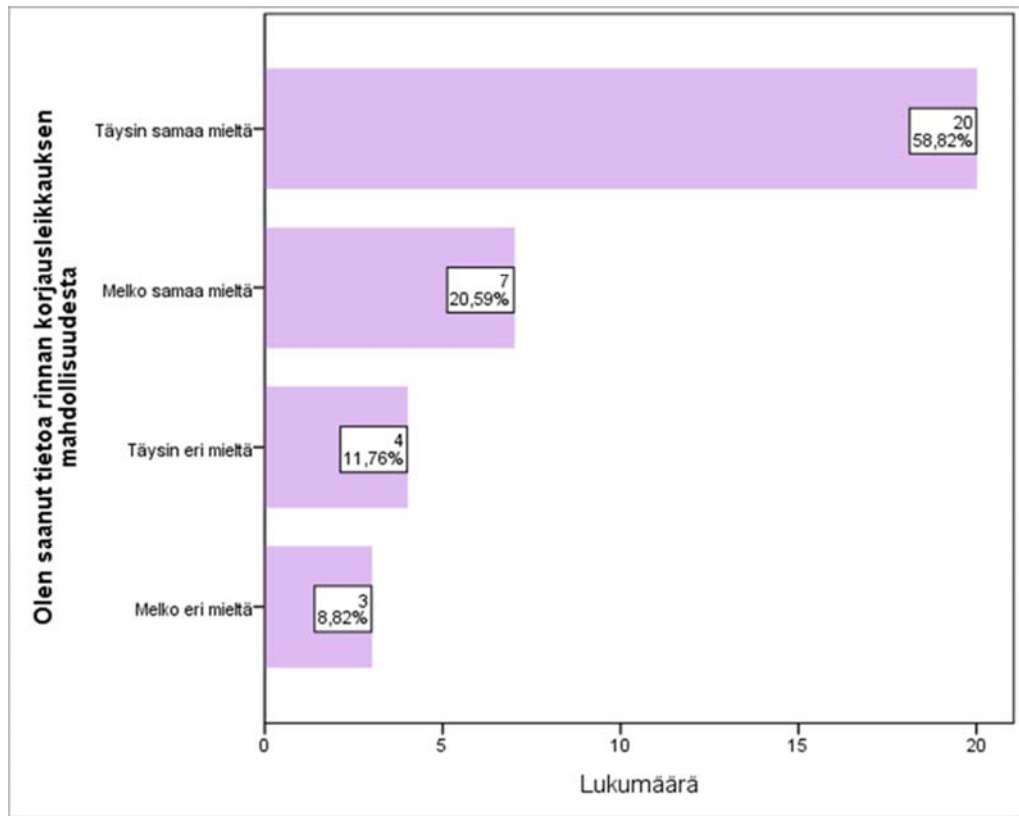
Kuva 7. Vastaajien mielipide koskien rintasyöpähoitajan antamaa tukea hoitoon liittyvässä päätöksenteossa (n=35)

Vastaajista 25 oli täysin samaa mieltä siitä, että rintasyöpähoitaja on tukenut heitä hoitoa koskevassa päätöksenteossa (kuva 7) ja kymmenen oli melko samaa mieltä asiasta.



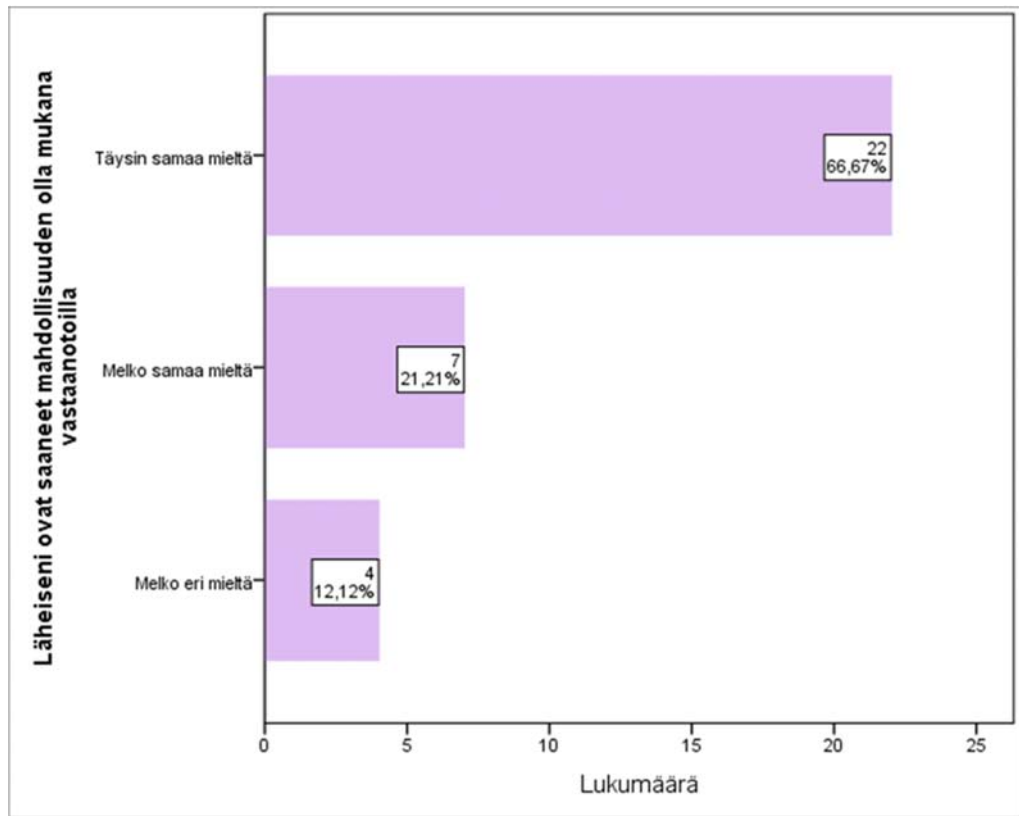
Kuva 8. Vastaajien mielipide koskien leikkaukseen liittyviä asioita (n=35)

Kysyttäessä vastaajilta mielipidettä siitä, olivatko he saaneet tietoa leikkaukseen liittyvistä asioista, oli suurin osa täysin samaa mieltä (kuva 8). Melko samaa mieltä olivat loput vastaajista.



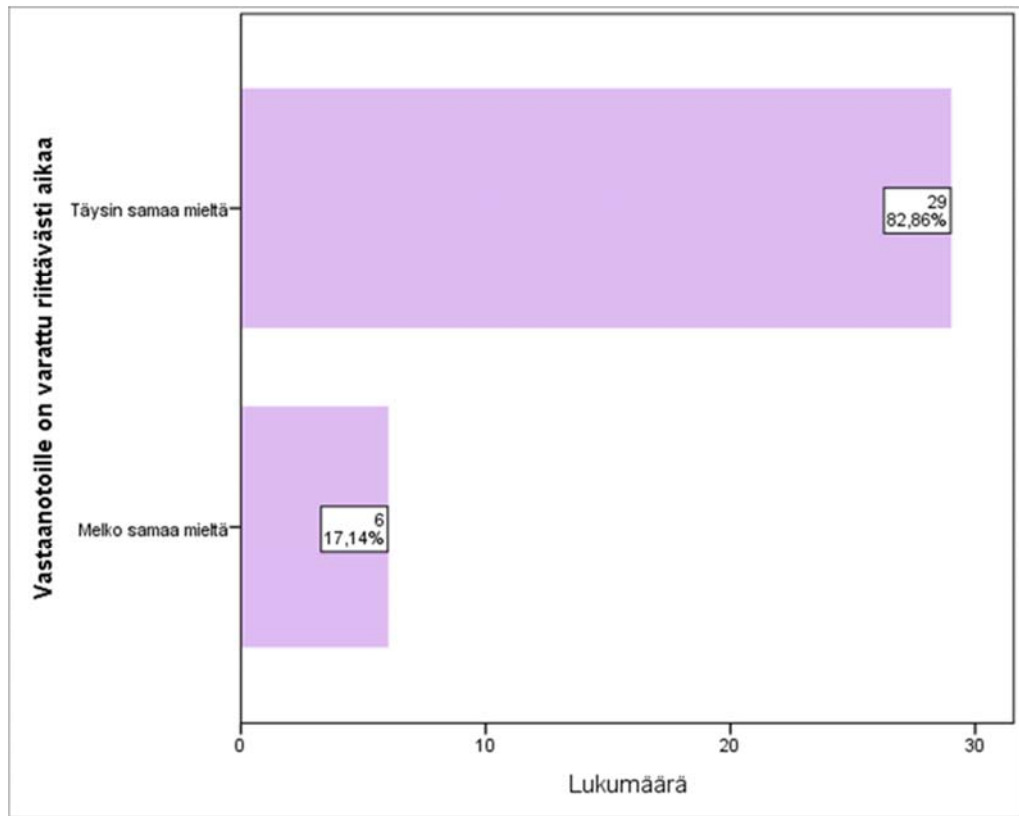
Kuva 9. Vastaajien mielipide tiedonsaannista koskien rinnan korjausleikkauksen mahdollisuutta (n=34)

Väittämässä koskien tiedon saantia rinnankorjausleikkauksen mahdollisuudesta (kuva 9), vastanneista 20 oli täysin samaa mieltä. Melko samaa mieltä oli seitsemän vastaajista ja melko eri mieltä kolme vastaajista. Täysin eri mieltä oli neljä vastaajista.



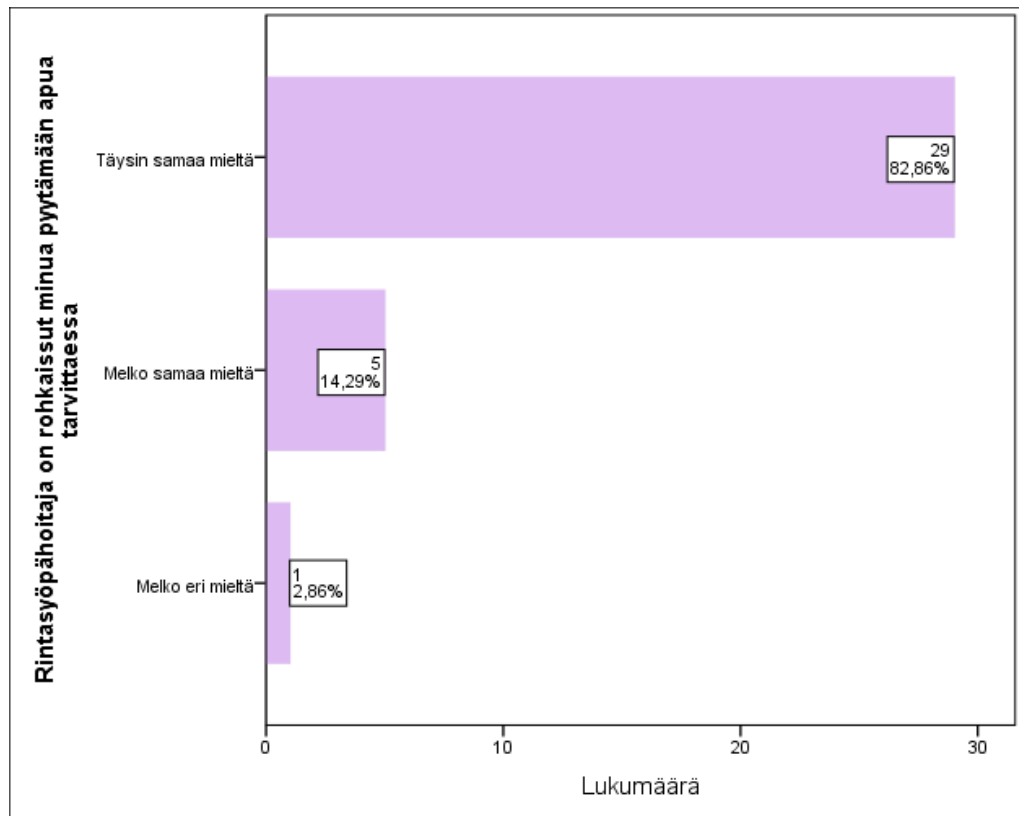
Kuva 10. Vastaajien mielipide liittyen läheisten huomiointiin (n=33)

Tutkimuksessa kysyttäessä vastaajilta mielipidettä siitä, olivatko läheiset saaneet mahdollisuuden olla mukana vastaanotoilla (kuva 10), oli suurin osa täysin samaa mieltä. Melko samaa mieltä oli seitsemän ja melko eri mieltä neljä vastaajista. Kaksi ei vastannut kysymykseen ollenkaan.



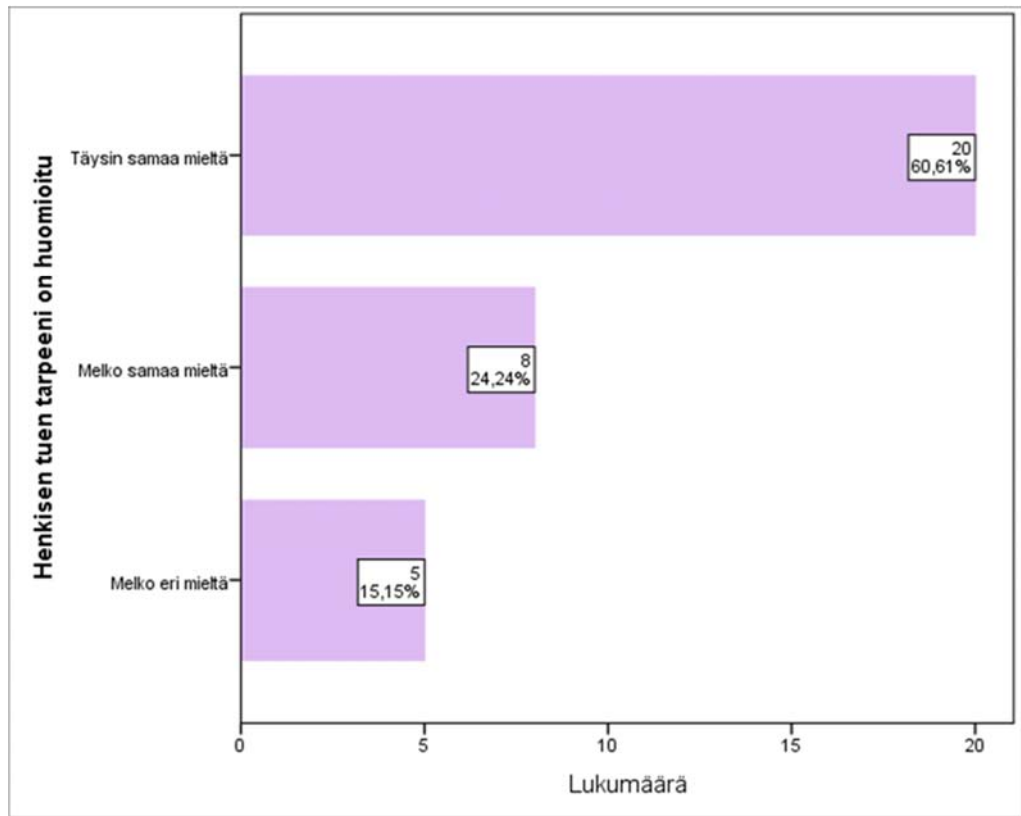
Kuva 11. Vastaajien mielipide vastaanotoille varatusta ajasta (n=35)

Tutkimukseen vastanneista oli 29 täysin samaa mieltä siitä, että rintasyöpähoitajan vastaanotoille on ollut varattuna riittävästi aikaa (kuva 11). Melko samaa mieltä oli kuusi vastaajista.



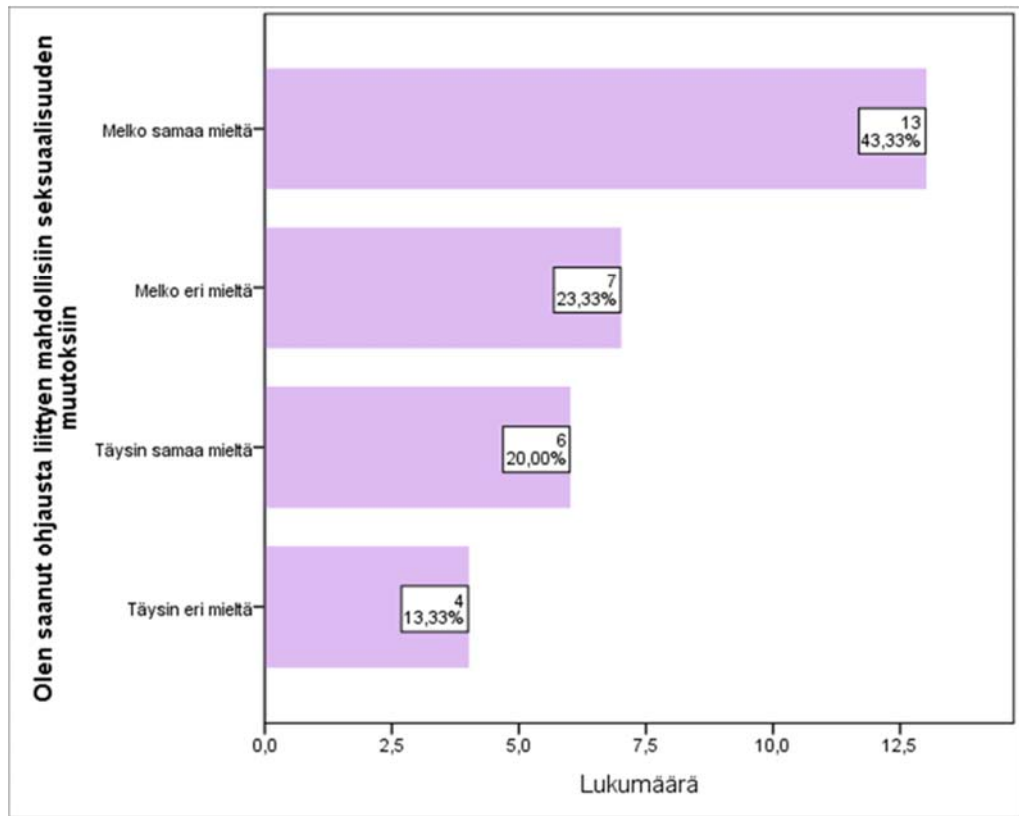
Kuva 12. Vastaajien mielipide rintasyöpähoitajan antamasta rohkaisusta liittyen avunpyyntöön (n=35)

Kysyttäessä mielipidettä siitä, oliko rintasyöpähoitaja rohkaisut pyytämään apua tarvittaessa (kuva 12), oli suurin osa vastaajista täysin samaa mieltä. Melko samaa mieltä oli viisi ja vain yksi vastaajista oli melko eri mieltä.



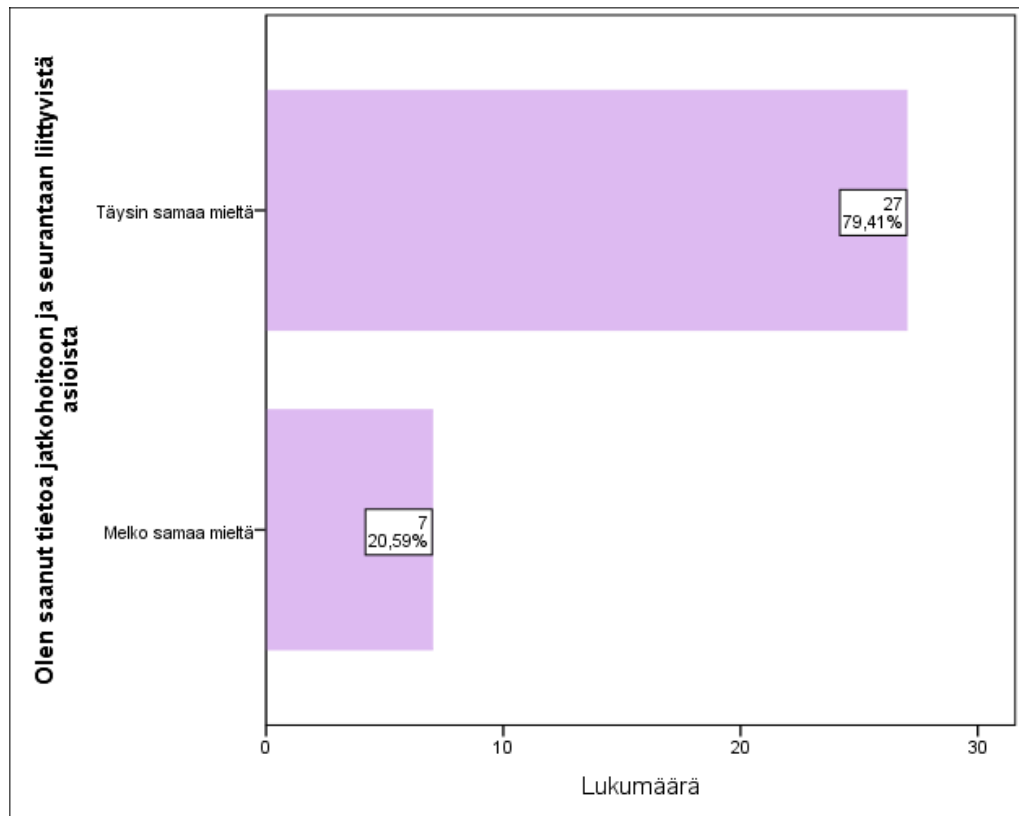
Kuva 13. Vastaajien mielipide henkisen tuen tarpeen huomioimisesta (n=33)

Kysymykseen oliko rintasyöpähoitaja huomionnut henkisen tuen tarvetta (kuva 13), oli vastanneista 20 täysin samaa mieltä siitä. Melko samaa mieltä oli kahdeksan vastaajista ja melko eri mieltä viisi. Kaksi oli jättänyt vastaamatta kysymykseen.



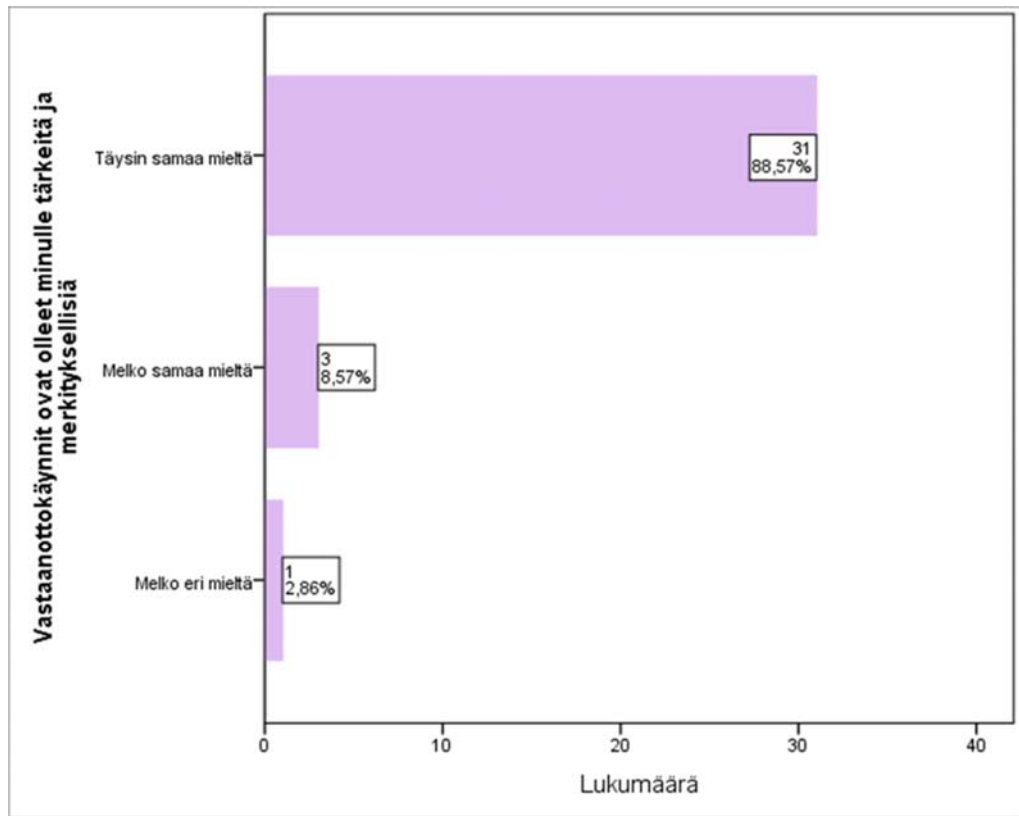
Kuva 14. Vastaajien mielipide ohjauksesta liittyen seksuaalisuuden muutoksiin (n=30)

Kysymykseen oliko rintasyöpähoitaja antanut ohjausta mahdollisista seksuaalisuuden muutoksista (kuva 14), oli vastanneista täysin samaa mieltä vain kuusi vastaajaa ja melko samaa mieltä 13 vastaajaa. Täysin eri mieltä oli neljä vastaajaa ja melko eri mieltä seitsemän. Viisi jätti vastaamatta kysymykseen. Yhdessä lomakkeessa vastaamatta jättämistä oli perusteltu siten, että seksuaaliohjaukselle ei ole ollut tarvetta.



Kuva 15. Vastaajien mielipide tiedonsaannista liittyen jatkohoittoon ja seurantaan (n=34)

Vastaajista 27 oli täysin samaa mieltä siitä, että ovat saaneet tietoa jatkohoittoon ja seurantaan liittyvistä asioista (kuva 15). Melko samaa mieltä oli seitsemän vastaajista. Yksi oli jättänyt vastaamatta kysymykseen.



Kuva 16. Vastaajien mielipide liittyen vastaanottokäyntien tärkeyteen ja merkityksellisyyteen (n=35)

Kysyttäessä mielipidettä siitä, ovatko vastaanottokäynnit olleet tärkeitä ja merkityksellisiä (kuva 16), oli vastaajista täysin samaa mieltä 31 vastaajaa ja melko samaa mieltä 3 vastaajaa. Melko eri mieltä oli vain yksi vastaaja.

8.3 Vastaajien kehittämisideat vastaanottokäynneille

Vain yksi vastaaja antoi oman kehittämisideansa koskien vastaanottokäyntejä. Kommentissaan hän olisi toivonut enemmän ohjausta leikkauksen jälkeen. Hänen mielestään rintasyöpähoitaja oli antanut vain kirjallisia ohjeita ja suullinen ohjaaminen jäi vähemmälle. Vastaaja koki, että hänen oli vaikeaa ottaa asioista selvää itsenäisesti, koska leikkauksen jälkeinen tunne oli sekava.

9 POHDINTA

9.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Määrällisessä tutkimuksessa mittarin luotettavuudesta puhuttaessa käytetään termejä validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetin avulla katsotaan, mittaako mittari, eli tässä tapauksessa kysymyslomake mitä pitääkin ja reliabiliteetti kertoo mittauksen tarkkuudesta ja johdonmukaisuudesta, jolloin mittaustuloksen tulisi olla toistettavissa samanlaisena ajankohdasta riippumatta. Mittarin validiteetti on hyvä, kun kysymykset ovat oikeat kohderyhmään nähden. Reliabiliteetilla ei ole niinkään merkitystä, jos työssä ei mitata oikeaa asiaa. (Hiltunen 2009; Mittaaminen: Mittarin luotettavuus 2008; Vehkalahti 2014, 40–42.)

Tutkimuksen luotettavuuden varmistaminen on tärkeää, jotta tutkimus vastaa hyviin tieteellisiin käytäntöihin, kuten eettisyyteen, rehellisyyteen, tarkkuuteen ja huolellisuuteen. Tämän lisäksi on otettava huomioon voimassa oleva lainsäädäntö ja yksityisyyttä koskevat normit. Luotettavuuden varmistaminen lisää osaltaan myös tutkimuksen uskottavuutta. (Hiltunen 2009; Mittaaminen: Mittarin luotettavuus 2008; Vehkalahti 2014, 40–42; Vilka 2007, 90–91.)

Kyselylomakkeiden kysymysten hyvä operationalisointi on merkityksellistä jotta jokainen vastaaja ymmärtää kysymykset samalla tavalla. Analysointivaiheessa huomattiin, että osaan kysymyksistä olisi voinut lisätä vastausvaihtoehtoja ja likertin asteikkoon olisi voinut jättää myös neutraalin vaihtoehdon. Vastausten kato oli kuitenkin niin vähäistä, että se ei haitannut analyysin tekoa. Kyselyn ajankohdalla oli tässä tutkimuksessa merkitystä vastausprosentin kannalta. Tulokset ovat luotettavuudeltaan sitä paremmat, mitä suurempi vastausprosentti on. Ajankohta muuttui alkuperäisestä suunnitelmasta, mutta vastausprosentista tuli silti hyvä rajattuun aikatauluun nähden (74 % 50:sta).

Tavoitteena oli saada tutkimuksen validiteetti mahdollisimman hyvälle tasolle. Tavoitteeseen päästiin melko hyvin, sillä tutkimusongelmiin saatiin vastaukset. Ainoastaan kehittämisideoihin ei tullut toivottua vastausmäärää. Reliabiliteettia ei ollut tarkoituksenmukaista arvioida, sillä kyselyä ei toistettu eri ajankohtina rajatun aikataulun vuoksi. Luotettavuutta varmistaessa oli myös huomioitava muun muassa tilastolliset, sisällölliset, tekniset, kulttuuriset ja kielelliset seikat.

Alkuperäistutkimusten kuvaus ja kielen kääntö englanninkielisistä tutkimuksista oli rehellisesti tehty, vääristelemättä tuloksia. Tutkimuksen tekijät perehtyivät huolellisesti tutkimuksen eri vaiheisiin kokemattomuuden vuoksi. Myös ohjauksen vastaanottaminen sisällöllisellä ja teknisellä puolella oli tärkeää tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Kyselylomakkeet esitettiin terveydenhoitoalan ammattilaisilla ennen aineiston keruuta, jonka myötä kyselylomakkeeseen saatiin lisää tarkkuutta kehittämissideoiden pohjalta.

Lopulta tärkeimpänä tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä lisäsi virallisen tutkimusluvan hakeminen Kouvolan kaupungin hyvinvointipalveluiden kautta. Tutkimuslupaa (liite 5) varten oli tehty liitteeksi huolellinen tutkimussuunnitelma. Tutkimusluvan myöntävä päätös tuli tiedoksi vasta 21.10.2016, joten kyselylomakkeet saatiin jakeluun vasta tuolloin. Kiireellisen aikataulun vuoksi sovimme rintasyöpähoitajan kanssa, että hän lähettää kyselylomakkeita potilaille myös kotiin. Anonyymius säilyi koko ajan, sillä vain rintasyöpähoitajalla oli potilaiden tiedot ja vastatut lomakkeet oli sovittu lähetettäväksi nimettömänä suoraan yhdelle tutkimuksen tekijöistä. Tutkimuksesta tuli tutkittavien henkilöiden osalta kokonaisuudessaan anonyymi.

9.2 Vertailu aiempiin tutkimustuloksiin

Tämän tutkimuksen tulokset on esitetty vertailussa siten, että ”täysin samaa mieltä” ja ”melko samaa mieltä” olevat vastaukset on yhdistetty kuvaamaan potilaan tyytyväisyyttä. Samoin ”täysin eri mieltä” ja ”melko eri mieltä” olevat vastaukset on yhdistetty kuvaamaan potilaan tyytymättömyyttä. Taustatiedot on kuvattu vain tyytymättömien potilaiden osalta niiden vertailun vuoksi.

Tulosten perusteella potilaat olivat suurimmaksi osaksi tyytyväisiä liittyen rintasyöpähoitajan antamaan tietoon ja ohjaukseen kaikilla osa-alueilla. Vastanneista **91,4 % oli tyytyväisiä** rintasyöpähoitajan antamaan tietoon rintasyövän taustalla olevista syistä. Tyytymättömiä saatuun tietoon oli 8,6 % vastanneista. Vastajaat olivat 51–71-vuotiaita, joista valtaosa työelämässä olevia. Kaikki olivat avioliitossa ja kaikilla oli lapsia. Valtaosan rintasyöpä oli todettu 1–4 vuotta sitten ja heille oli tehty rinnan osapoisto. Vastanneet olivat käyneet sekä leik-

kauksen jälkeisellä tarkastuskäynnillä että kontrollikäynnillä. Koulutustasolla ei ollut merkitystä tulokseen.

Vastanneista **77,1 % oli tyytyväisiä** rintasyöpähoitajan antamaan tietoon rintasyövän perinnöllisestä alttiudesta. Tyytymättömiä saatuun tietoon oli 22,8 %, joista suurin osa oli 61–70-vuotiaita eläkkeellä olevia. Suurimmalla osalla oli lapsia. Valtaosalla vastaajien rintasyöpä oli todettu 1–4 vuotta sitten ja vain pienellä osalla rintasyöpä oli todettu yli 4 vuotta sitten tai alle kuukausi sitten. Suurimmalle osalle oli tehty rinnan osapoisto ja suurin osa oli käynyt viimeisimmäksi kontrollikäynnillä. Suurin osa oli koulutustasoltaan kansa-, perus- tai keskikoulun käyneitä. Siviilisäädyllä ei ollut merkitystä tulokseen.

Vastanneista **94,2 % oli tyytyväisiä** rintasyöpähoitajan antamaan tietoon rintasyövän ennusteesta. Tyytymättömiä saatuun tietoon oli 5,9 %. Vastanneet olivat joko avioliitossa tai naimattomia ja heillä oli lapsia. Vastanneet olivat käyneet kansa-, perus- tai keskikoulun. Heillä oli todettu rintasyöpä 1-4 vuotta sitten ja heille oli tehty rinnan osapoisto. Vastaajat olivat käyneet kontrollikäynnillä viimeksi. Vuoden 2003 alkuperäistutkimuksessa ”Rintasyöpäpotilaan ja puolison odotukset sairauteen liittyvästä tiedonsaannista” tulosten mukaan lisätiedon tarvetta ilmaistiin sairauteen liittyvistä seikoista yleensä, kuten hoidoista ja ennusteesta (Salminen, Soinio, Knifund, Poussa & Vire 2003.)

Vastanneista **100 % oli tyytyväisiä** liittyen rintasyöpähoitajan antamaan tukeen hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Vuoden 2003 alkuperäistutkimuksessa ”Rintasyöpäpotilaan ja puolison odotukset sairauteen liittyvästä tiedonsaannista” tulosten mukaan valtaosa potilaista oli saanut mielestään osallistua riittävästi hoitoon liittyvään päätöksentekoon. (Salminen, Soinio, Knifund, Poussa & Vire 2003.)

Vastanneista **100 % oli tyytyväisiä** rintasyöpähoitajan antamaan tietoon leikkaukseen liittyvistä asioista. Huomioitavaa on kuitenkin, että yksi vastaajista oli vastannut väittämään ”melko samaa mieltä”, mutta kommentissaan (ks. 8.4) hän olisi toivonut enemmän ohjausta leikkauksen jälkeen.

Vastanneista **79,4 % oli tyytyväisiä** rintasyöpähoitajan antamaan tietoon rintasyövän korjausleikkauksen mahdollisuudesta. Tyytymättömiä saatuun tie-

toon oli 20,6 %. Vastajat olivat 51–71-vuotiaita. Suurin osa oli koulutustasoltaan kansa-, perus- tai keskikoulun käyneitä, eläkkeellä olevia ja leskeksi jääneitä. Kaikilla vastanneista oli lapsia. Valtaosalla vastanneista oli todettu rintasyöpä 1–4 vuotta sitten ja suurimmalla osalle oli tehty rinnan osapoisto ja oli käynyt kontrollikäynnillä viimeksi. Alkuperäistutkimuksessa ”Potilastyytyväisyys välittömän rinnankorjausleikkauksen jälkeen” tulokset osoittivat, että valtaosa potilaista oli tyytyväisiä korjausleikkaukseen. Potilaat olivat myös kohtalaisen tyytyväisiä esteettiseen lopputulokseen. Kaikki potilaat eivät pitäneet leikkausta edeltävää informaatiota riittävänä ja kokivat, etteivät voineet riittävästi vaikuttaa itse leikkausmenetelmän valintaan. (Herttuainen, Härmä, Mustonen & Setälä 2006.) Koveron ja Tykän tutkimus osoitti, että rintarekonstruktion mahdollisuudesta olisi syytä kertoa ennen rintasyöpäleikkausta. (Kovero & Tykkä 2002).

Vastanneista **87,9 % oli tyytyväisiä** läheisten huomiointiin vastaanottokäyntien yhteydessä. Tyytymättömiä oli neljä vastanneista (12,1 %), joista suurin osa eläkkeellä olevia. Kaikki olivat avioliitossa ja kaikilla oli lapsia. Suurimmalla osalla vastanneista oli todettu rintasyöpä 1-4 vuotta sitten ja olivat käyneet viimeisimmäksi kontrollikäynnillä. Iällä, koulutuksella, leikkausmuodolla ei ollut merkitystä tulokseen. Leinon vuoden 2011 alkuperäistutkimus osoitti, että puolison ja lasten psyykinen tukeminen koettiin hoitoprosessin aikana huonommaksi, kun taas itse potilaan tukemiseen riitti valmiuksia ja osaamista hoitohenkilökunnalta hyvin. (Leino 2011.)

Vastanneista **100 % oli samaa mieltä** siitä, että vastaanotoille oli varattu riittävästi aikaa. Vastanneista **97,2 % oli tyytyväisiä** rintasyöpähoitajan antamaan rohkaisuun pyytää apua tarvittaessa. Tyytymättömiä tähän oli vain 2,9 %. Alkuperäistutkimuksessa ”Rintasyöpään sairastuminen” tulokset osoittivat, että potilaankohtaamistaitoja olisi kehitettävä ja keskusteluille varattava enemmän aikaa. (Kovero & Tykkä 2002).

Vastanneista **84,8 % oli tyytyväisiä** henkisen tuen tarpeen huomioimiseen. Tyytymättömiä tähän oli 15,2 %. Kaikilla vastanneista oli lapsia. Suurimmalla osalla vastanneista oli todettu rintasyöpä 1-4 vuotta sitten ja suurimmalla osalle oli tehty rinnan kokopoisto. Suurin osa oli käynyt kontrollikäynnillä viimeksi.

lällä, koulutuksella, työtilanteella ei ollut merkitystä tulokseen. Alkuperäistutkimuksessa ”Rintasyöpään sairastuminen” tulokset osoittivat, että vakava sairaus aiheutti voimakasta psykologista stressiä. Epätietoisuus, odottaminen ja epäonnistuneet kontaktit hoitohenkilöstön ja lääkäreiden kanssa voimistivat ahdistusta (Kovero & Tykkä 2002). Muurisen vuonna 2009 tekemä tutkimus osoitti, että rintasyöpäpotilaat kokivat saaneensa kaiken kaikkiaan fyysisesti hyvää ja korkeatasoista hoitoa, mutta henkisen puolen tukeminen oli koettu erittäin puutteelliseksi. Perheeltä oli saatu arvokasta tukea, mutta hoitohenkilökunnan antama tieto ei aina kohdannut potilaan tarvitseman tiedon kanssa. Muurisen tutkimus osoittaa myös, että rintasyöpäpotilaat eivät saaneet tarpeeksi tukea hoitohenkilökunnalta hoitoprosessin aikana. Hoitohenkilökunnan jatkuva vaihtuvuus koettiin huonona asiana hoitojen aikana, koska se esti luottamuksellisen ja hyvän hoitosuhteen muodostumisen. (Muurinen 2009.)

Carnwellin vuonna 2003 tehdyn tutkimuksen tulokset osoittivat, että puutteena oli henkisen tuen anto perheenjäsenille ja tuen anto potilaalle myös hoitojen päätyttyä yhtälailla kuin hoitojen aikana. (Carnwell 2003.)

Vastanneista **63,3 % oli tyytyväisiä** rintasyöpähoitajan antamaan ohjaukseen liittyen mahdollisiin seksuaalisuuden muutoksiin. Tyytymättömiä saatuun ohjaukseen oli 36,6 %, joista suurin osa oli 61–70-vuotiaita. Suurin osa oli koulutustasoltaan kansa-, perus- tai keskikoulun käyneitä. Suurin osa oli avioliitossa ja kaikilla vastanneista oli lapsia. Suurimmalla osalla vastanneista oli todettu rintasyöpä 1–4 vuotta sitten. Suurin osa oli käynyt kontrollikäynnillä viimeksi. Merkitystä tuloksiin ei ollut leikkausmuodolla eikä työtilanteella. Hautamäki-Lammisen vuonna 2012 tekemän tutkimuksen tulokset osoittavat, että syöpään sairastuminen aiheutti muutoksia seksuaalisuuteen, se myös saattaa heikentää tai vahvistaa parisuhdetta. Potilaat kokivat kielteiset vaikutukset kehonkuvassaan, itsetunnessaan ja seksuaalisissa toiminnoissaan. Syöpäpotilaat odottivat terveydenhuollon ammattilaisen tekevän aloitteen seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä keskusteluun. Potilaat odottivat seksuaaliohjaukselta yksilöllisyyttä, suunnitelmallisuutta ja ammatillisuutta. (Hautamäki-Lamminen 2012.)

Vastanneista 100 % oli tyytyväisiä rintasyöpähoitajan antamaan tietoon jatkohoitoon ja seurantaan liittyvistä asioista.

Vastanneista 97,2 % piti vastaanottokäyntejä tärkeinä ja merkityksellisinä. Vain yksin vastaajista oli melko eri mieltä. Koinberg ym. 2002 tutkimus osoittaa, että haastateltujen potilaiden tyytyväisyys asiantuntevaan ja ammattitaitoiseen sairaanhoitajaan oli korkea. Vakuuttavuus ja luotettavuus olivat hoitosuhteessa tärkeitä ja välttämättömiä asioita, jotta rintasyöpään sairastuneet tunsivat olonsa turvalliseksi. (Koinberg ym. 2002.) Liebert ym. vuoden 2003 tutkimuksen tuloksista selviää, että 67 % rintasyöpäpotilaista oli pyytänyt vähintään yhtä lisäkäyntiä rintasyöpähoitajan luona ja 98 % oli sitä mieltä, että rintasyöpähoitajan saatavuus vaikuttaisi oleellisesti sairaalan valintaan. Potilaista 48 % suositteli pelkästään sellaisia sairaaloita, joissa rintasyöpähoitaja on saatavilla. Hoitoalan ammattilaisten näkökulmasta taas rintasyöpähoitajan saatavuus paransi muun muassa hoidon jatkuvuutta sekä tiedonannon ja tuen antoa potilaille. (Liebert ym. 2003.) Carnwellin vuonna 2003 tehdyn tutkimuksen tulokset osoittivat, että rintasyöpähoitajan palveluista oli myönteinen käsitys. Potilaat arvostivat etenkin tuen antamista syövän toteamisen aikaan. (Carnwell 2003.)

Taustatietojen vertailun tuloksena voidaan huomioida, että tyytymättömistä valtaosa oli 51–71-vuotiaita, koulutustaustaltaan kansa-, perus- tai keskikoulun käyneitä, heillä oli lapsia, heidän rintasyöpä oli todettu 1–4 vuotta sitten, heille oli tehty rinnan osapoisto ja he olivat käyneet viimeksi kontrollikäynnillä. Edellä mainittuja taustatekijöitä ei kuitenkaan voida täysin yleistää, sillä hajonta taustatekijöiden kesken eri väittämien välillä oli liian suurta.

9.3 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaihe

Tutkimuksen tuloksista on varmasti hyötyä Pohjois-Kymen sairaalan rintasyöpähoitajalle. Tutkimustuloksia voi hyödyntää myös laajemmin rintasyöpähoitajien kouluttamisessa ja työnkuvan kehittämässä. Tutkimustulosten perusteella rintasyöpähoitaja voi kehittää antamaansa tietoa ja ohjausta vastaanotoilla. Eniten kehitettävää olisi ohjauksessa liittyen mahdollisiin seksuaalisuuden muutoksiin. Enemmän tietoa kaivattaisiin myös rintasyövän perinnöllisestä alttiudesta, sekä rinnankorjausleikkauksen mahdollisuudesta. Tutki-

mustulosten perusteella potilaat olivat kuitenkin niin tyytyväisiä vastaanottokäynteihin yleensä, että kehittämisaalueet jäivät vähäisiksi.

Positiivisten tutkimustulosten perusteella rintasyöpähoitajan koulutusta ja työtä voisi alkaa kehittää myös muissa sairaaloissa. Hoitajavetoiset vastaanottokäynnit voisivat levitä laajemminkin Suomessa eri sairaanhoitopiireihin. Tämän myötä potilastyytyväisyys voisi lisääntyä rintasyöpähoitajan ja potilaan välisen hoitosuhteen ollessa tiivis ja luottamuksellinen, sillä hoitaja olisi sama jokaisella vastaanottokäynnillä. Potilastyytyväisyys voisi lisääntyä hoitajavetoisten vastaanottokäyntien myötä, sillä rintasyöpähoitaja olisi tavoitettavissa aina, kun potilas häntä tarvitsisi ja ammattitaitoinen apu olisi saatavissa läheltä.

Opinnäytetyötä ja sen tuloksia voisi hyödyntää myös kaikissa muissa sellaisissa paikoissa, joissa kohdataan rintasyöpäpotilaita ja ohjataan heitä. Tuloksista voisi olla hyötyä myös eri syöpiä sairastavien potilaiden ohjauksessa ja tiedonannossa.

Tämän työn jatkotutkimusaiheena voisi olla esimerkiksi joihinkin väittämiin täysin tyytymättömien vastausten syyn selvittäminen avoimilla kysymyksillä, joiden perusteella Pohjois-Kymenlaakson rintasyöpähoitaja voisi kehittää työtään vielä tarkemmin.

LÄHTEET

Kirjalliset lähteet

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V., & Uski-Tallqvist, T. 2014. Kliininen hoitotyö. 1.–4. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 130–164, 583–589.
- Elonen, E. & Tolonen, H. 2015. Syöpälääkkeet. 1. Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 2015, 123–126.
- Haimi, T. 2016. Rintasyöpähoitaja. Haastattelu 3.5.2016. Kuusankoski: Pohjois-Kymen sairaala.
- Henttonen, T., Ojala, M., Rautava-Nurmi, H., Vuorinen, S. & Westergård, A. 2013. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 1.–2. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 29.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2002. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY, 27–40, 44–45.
- Huovinen, R. & Mattson, J. 2015. Levinneen rintasyövän hoito. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 11/2015, 1033–1039.
- Joensuu, H., Roberts, P., Lyly, T. & Tenhunen, M. 2007. Syöpätaudit. Duodecim. 3. Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 66–67.
- Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu-Lehtinen, P., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. 2013. Syöpätaudit. 5. Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 62–63, 595–596.
- Joensuu, H. & Rosenberg-Ryhänen, L. 2014. Rintasyöpäpotilaan opas. Espoo: Painotalo Redfina Oy, 6–18, 26–27, 32–24.
- Maksimainen A.-N. & Tuominen M. FUAS-liittouma. 2011. Kirurgisen hoitotyön kehittäjä 30 op -täydennyskoulutusesite.

Oittinen, P., Kanerva, A., Kuhanen, C., Seuri, T. & Schubert, C. 2014. Mielen-terveyshoitotyö. 3.–4. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 164–165.

Palanne, P. 2011. Rintasyöpäpotilaiden seuranta Pohjois-Kymenlaaksossa. Kehittämistehtävä.

Palva, T., Rosenberg, L. & Saarilahti, K. 2015. Ohjeita sinulle joka saat sädehoitoa. Potilasopas. Espoo: Origos Oy, 4–6.

Prakash, B. 2010. Patient Satisfaction. Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery-lehden artikkeli 2010 Sep-Dec; 3(3): 151–155.

Rinnankorjausleikkauksen käsikirja. 2016. Työryhmässä Syöpäjärjestöt, Chirurgi Plastici Fenniae, Suomen kirurgiyhdistyksen rintarauhaskirurginen sektio ja Mainostoimisto Contra. Espoo: Origos Oy, 6–10.

Rintasyöpähoitajan toimenkuva. 2016. Ratamo. Kouvolan terveyspalvelut. Rintasyöpähoitajan toimenkuvaa koskeva esite 2/2016.

Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.). 2010. Kirurgia. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 758–795.

Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Kivilaakso, E. (toim.). 2004. Kirurgia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 638–658.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2015. Lääkehoidon käsikirja. Sanoma Pro Oy, 598–608.

Tiirinen, S. 2005. Syöpäpotilaan päätöksenteon tukeminen. Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Toim. Alila, A., Maanselkä, S., Mustajoki, M. & Rasimus, M., 238–239.

Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus, 13–19, 28–33, 47–48.

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi, 35–36, 40–42, 47–50.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi, 13–15, 28, 45–46, 51–58, 62–92, 106–107.

Vuorinen, E. 2015. Syöpäpotilaan kivunhoito – opas potilaille. Helsinki: Painotalo Redfina Oy, 9–10, 12–20.

Elektroniset lähteet

Biologiset lääkehoidot. 2016. Docrates-syöpäsairaala. Saatavissa: <https://www.docrates.com/nain-hoidamme/syovan-hoitomuodot/laakehoito/biologiset-laakehoidot/> [viitattu 25.10.2016].

Bono, P. & Rosenberg-Ryhänen, L. 2014. Ohjeita sinulle joka saat syöpälääkehoitoa. Elektroninen versio, 6–21. Saatavissa: http://www.syopapotilaat.fi/@Bin/142402/Syopalaakehoito_2014.pdf [viitattu 27.9.2016].

Carnwell, R. 2003. A patient-focused evaluation of breast care nursing specialist services in North Wales. Kunnallinen tutkimus. NEWI, Health and Community Research. Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/science/article/pii/S1361900403000360> [viitattu 15.9.2016].

Gammakuvaus. 2016. Lääketieteen sanasto. Lääkärikirja Duodecimin verkkosivusto. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Ilt00934 [viitattu 8.4.2016].

Haho, A. 2009. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Sairaanhoidaja-lehden elektroninen artikkeli. Saatavissa: <https://sairanhoidajat.fi/artikkeli/asiakkaan-ja-potilaan-kohtaaminen/> [viitattu 10.10.2016].

Hardie, H. & Leary, A. 2010. Value to patients of a breast cancer clinical nurse specialist. Kansainvälinen tutkimus. Cancer Services, University College London Hospitals NHS Foundation Trust. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/ehost/detail/detail?vid=3&sid=0dcfc498-a5a7-492d-b504-6c8b1c0159bf%40sessionmgr106&hid=101&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=105200227&db=cin20> [viitattu 15.9.2016].

Hautamäki-Lamminen, K. 2012. Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66885/978-951-44-8760-6.pdf?sequence=1> [viitattu 15.9.2016].

Heikkilä, T. & Edita Publishing Oy. 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. Verkkomateriaali. Saatavissa: <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf> [viitattu 27.4.2016].

Herttuainen, K., Härmä, M., Mustonen, P. & Setälä, L. 2006. Potilastyytyväisyys välittömän rinnankorjausleikkauksen jälkeen. Alkuperäistutkimus. Suomen Lääkärilehti 23/2006 vsk 61, 2473–2477. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2006/SLL232006-2473.pdf> [viitattu 15.9.2016].

Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Luentosarja. Kevät 2009. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Hoitoprosessi. 2016. Roche Oy Finland:n verkkopalvelu. Saatavissa: <http://www.rintasyopa.fi/rintasyovan-hoito/hoitoprosessi/> [viitattu 21.8.2016].

Huotari, A.-M. 2016. Syöpäkipu ja sen hoito. Oma Terveys Oy. Saatavissa: <http://www.terve.fi/kipu/syopakipu> [viitattu 3.4.2016].

Johansson, R. 2015. Sädehoito. Lääkärikirja Duodecim. Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 26.10.2015. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01078 [viitattu 1.4.2016].

Kellokumpu-Lehtinen, P. Väisälä, L. & Hautamäki, K. 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, elektroninen artikkeli. Saatavissa: http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo93410&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth= [viitattu 15.9.2016].

Kivunhoito. 2015. HUS – Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Saatavissa:

http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/syopataudit/syovan_hoito/Sivut/Kivunhoito.aspx [viitattu 10.10.2016].

Koinberg, I.-L., Holmberg, L. & Fridlund, B. 2002. Breast cancer patients' satisfaction with a spontaneous system of check-up visits to a specialist nurse. Pro gradu-tutkielma. Oncology Clinic, Varberg Hospital, Varberg, Sweden, School of Social and Health Sciences, Halmstad University, Halmstad, Sweden, Department of Surgical Sciences, Division of Surgery, Uppsala University, Uppsala, Sweden and Department of Medicine and Care, Faculty of Health Sciences, Linköping, University Linköping, Linköping, Sweden. Saatavissa:

<http://web.b.ebscohost.com/xhalax-ng.kyamk.fi:2048/ehost/detail/detail?vid=3&sid=4b070e2e-2498-4e37-8467-5a4c8a207b44%40sessionmgr105&hid=101&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=7195337&db=afh> [viitattu 15.9.2016].

Kollanen, S. 2008. Hoitotyö on kohtaamisia. Turun yliopiston elektroninen artikkeli. Saatavissa:

<http://www.utu.fi/fi/Ajankohtaista/Uutiset/arkisto/hoitoty.html> [viitattu 15.9.2016].

Kovero, C. & Tykkä, E. 2002. Rintasyöpään sairastuminen. Alkuperäistutkimus. Duodecim-lehti 2002;118:239–44. Saatavissa:

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo92755.pdf> [viitattu 15.9.2016].

Kysely- ja haastattelumenetelmät. 2016. Haastattelumenetelmät. Liikenteen tutkimuskeskus Verne. Tampereen teknillinen yliopisto. Saatavissa:

<https://www.tut.fi/verne/tutkimusmenetelmat/kysely-ja-haastattelumenetelmat/> [viitattu 22.4.2016].

Leidenius, M., Tasmuth, T., Jahkola, T., Saarto, T., Utriainen, M., Vaalavirta, L., Tiitinen, A. & Idman, I. 2015. Rintasyövän hoidon aiheuttama pitkäaikainen sairastavuus. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecimin julkaisu. Saatavissa:

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Artic

leport-

let&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo98827#s2 [viitattu 11.4.2016].

Leidenius, M. 2001. Säästävä rintasyöpäkirurgia. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, elektroninen artikkeli. Saatavissa:

http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo92403&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth [viitattu 7.9.2016].

Leino, K. 2011. Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä; Substantiivinen teoria rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Saatavissa:

<https://tampub.uta.fi/handle/10024/66806> [viitattu 15.9.2016].

Leiviskä, H. 2012. Rintarauhasen paksuneulanäyte- ohje aikuispotilaalle. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Kuntayhtymän verkkosivusto. Saatavissa:

https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/cec0f94eec71cca2f9f036f9f6df79b85e612278.pdf [viitattu 11.4.2016].

Liebert, B., Parle, M., Roberts, C., Redman, S., Carrick, S., Gallagher, J., Simpson, J., Ng, K., Khan, MA., White, K., Salkeld, G., Lewis, M., Olver, I., Gill, G., Marchant, M., Coates, A., North, R., Akers, G., Cannon, A., Gray, C., Liebelt, J., Rodger, A., Henderson, M., Stoney, D., Hickey, P., Archer, S., Metcalf, C. & Trotter, J. 2003. An evidence-based specialist breast nurse role in practice: a multicenter implementation study. Kansallinen monikeskustutkimus. National Breast Cancer Centre's Specialist Breast Nurse Project Team. Saatavissa: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=An+evidence-](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=An+evidence-based+specialist+breast+nurse+role+in+practice%3A+a+multicentre+implementation+study)

[ba-
sed+specialist+breast+nurse+role+in+practice%3A+a+multicentre+implementation+study](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=An+evidence-based+specialist+breast+nurse+role+in+practice%3A+a+multicentre+implementation+study) [viitattu 15.9.2016].

Lymfaturvotus (lymfaödeema) rintasyöpäpotilailla. 2016. Rintasyöpäyhdistys Europa Donna Finland ry. Saatavissa:

<http://www.europadonna.fi/rintasyopa2/lymfaodeema/> [viitattu 10.4.2016].

Mammografia. 2008. Lääkärikirja Duodecimin verkkosivusto. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk04100 [viitattu 17.7.2016].

Mittaaminen: Mittarin luotettavuus. 2008. Kvantimotv. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html> [viitattu 15.9.2016].

Mitä on solunsalpaajahoito?. 2016. Roche Oy Finland:n verkkopalvelu. Saatavissa: <http://www.rintasyopa.fi/rintasyovan-hoito/solunsalpaajahoito/mita-on-solunsalpaajahoito/> [viitattu 3.4.2016].

Muut syövän hoitomuodot. 2016. Syöpäjärjestöt. Saatavissa: <https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-ja-kuntoutus/muut-hoitomuodot/> [viitattu 25.10.2016].

Mustonen, P. & Vanninen, E. 2000. Vartijaimusolmukkeet rintasyövässä. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecimin julkaisu. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92029.pdf> [viitattu 8.4.2016].

Muurinen, K. 2009. Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia elämästä syövän kanssa liitännäislääkehoitojen aikana. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80545/gradu03519.pdf?sequence=1> [viitattu 15.9.2016].

Ohutneulabiopsia. 2016. Lääkärikeskus Aava. Saatavissa: <https://www.aava.fi/palvelu/ohutneulabiopsia-onb> [viitattu 10.10.2016].

Parisuhde ja seksuaalisuus. 2016. Syöpäjärjestöt. Saatavissa: <https://www.kaikkisyovasta.fi/elama-syovan-kanssa/parisuhde-ja-seksuaalisuus/> [viitattu 15.9.2016].

Perustietoa huumausaineista. 2016. Päihdelinkki. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/sgn/tietopankki/tietoiskut/perustietoa-huumausaineista> [viitattu 3.4.2016].

Rantala, M. 2011. Kompleksinen vuorovaikutus hoitotyön asiakassuhteessa. Vaasan yliopisto. Pro gradu -tutkielma, s.33-36. Saatavissa: <https://www.tritonia.fi/fi/e-opin-naytteet/tiivistelma/4622/Kompleksinen+vuorovaikutus+hoitoty%C3%B6n+asiakassuhteessa> [viitattu 15.9.2016].

Rinnan paksuneulanäyte. 2016. Lääkärikeskus Aava. Saatavissa: <https://www.aava.fi/palvelu/rinnan-paksuneulanayte-pnb> [viitattu 11.4.2016].

Rintasyöpä. 2016. Syöpäjärjestöt. Saatavissa: <https://www.kaikkisyovasta.fi/tietoa-syovasta/syopataudit/rintasyopa/> (viitattu 4.4.2016).

Rintasyöpä. 2014. Pfizer Oy:n verkkopalvelu. Saatavissa: <http://www.syopainfo.fi/eri-syopamuodot/rintasyopa.html> [viitattu 3.4.2016].

Rintasyöpäpotilaan hoito sädehoito-osastolla. 2016. HYKS Syöpäkeskuksen potilasohje. Saatavissa: http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/syopataudit/syopapotilaan-hoitopalvelut/rintasyopapotilaan_hoitopolku/sadehoito/Documents/S%C3%A4dehoitoa%20saavan%20potilaan%20ohje.pdf [10.10.2016].

Rintasyöpäpotilaan seurantaohjelma. 2014. HYKS Syöpäkeskuksen potilasohje. Saatavissa: http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/syopataudit/syopapotilaan-hoitopalvelut/rintasyopapotilaan_hoitopolku/seuranta/Documents/Rintasy%C3%B6p%C3%A4potilaan%20seurantaohje.pdf [viitattu 26.9.2016].

Rintasyövän biologinen lääkehoito. 2016. Roche Oy Finland:n verkkopalvelu. Saatavissa: <http://www.rintasyopa.fi/rintasyovan-hoito/biologiset-hoidot/kayttaja-haittavaikutukset/> [viitattu 4.4.2016].

Rintasyövän ennuste ja uusiutuminen. 2016. Roche Oy Finland:n verkkopalvelu. Saatavissa: <http://www.rintasyopa.fi/yleista/rintasyovan-ennuste-ja-uusiutuminen/> [viitattu 2.4.2016].

Rintasyövän hoito. 2016. Suomen syöpäyhdistys. Saatavissa: <https://www.kaikkisyovasta.fi/tietoa-syovasta/syopataudit/rintasyopa/> [viitattu 8.4.2016].

Rintasyövän hormonaalinen hoito. 2016. HUS – Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Saatavissa: http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/syopataudit/syopapotilaan-hoitopolut/rintasyopapotilaan_hoitopolku/hormonihoito/Sivut/default.aspx [viitattu 26.10.2016].

Rintasyövän hormonihoito. 2016. Roche Oy Finland:n verkkopalvelu. Saatavissa: <http://www.rintasyopa.fi/rintasyovan-hoito/hormonihoito/kaytto-ja-haittavaikutukset/> [viitattu 4.4.2016].

Rintasyövän leikkaushoito. 2016. Saatavissa: <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/rintarauhaskirurgia/rintasyo-rintasyopa/Sivut/default.aspx> [viitattu 21.8.2016].

Rintasyövän levinneisyystutkimus. 2016. Roche Oy Finland:n verkkopalvelu. Saatavissa: <http://rintasyopa.fi/rintasyovan-hoito/levinneisyysluokat/> [viitattu 7.9.2016].

Rintasyövän seulonta, seulontakutsut. 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/terveyden-edistaminen-eritoimialoilla/seulonnat/rintasyovan-seulonta/seulontakutsut> [viitattu 3.4.2016].

Rintasyövän synty ja ehkäisy. 2016. Roche Oy Finland:n verkkopalvelu. Saatavissa: www.rintasyopa.fi/yleista/rintasyovan-synty-ja-ehkaisy/ [viitattu 3.9.2016].

Rintasyövän uusiutuminen. 2012. Terveyskirjasto Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00467 [viitattu 3.9.2016].

Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus. 2015. Suomen Rintasyöpäryhmä ry. Saatavissa: <http://rintasyoparyhma-yhdistysavain-fi-bin.directo.fi/@Bin/964b6a75cdc13a101b83aa6a568c96f9/1459668349/applicati-on/pdf/176829/Rintasy%C3%B6v%C3%A4n%20valtakunnallinen%20diagnostiikka-%20ja%20hoitosuositus%202015.pdf> [viitattu 3.4.2016].

Rintojen omatarkkailu. 2016. Pirkanmaan syöpäyhdistys. Saatavissa: <http://www.pirkanmaansyopayhdistys.fi/neuvonta/rintojen-omatarkkailu/> [viitattu 3.9.2016].

Rintojen tutkiminen, potilasohje. 2010. Oma Terveys Oy. Saatavissa: <http://www.terve.fi/rintasyopa/rintojen-tutkiminen-potilasohje> [viitattu 3.9.2016].

Salminen, E., Soinio, J., Knif Sund, S., Poussa, T. & Vire, J. 2003. Rintasyöpäpotilaan ja puolison odotukset sairauteen liittyvästä tiedonsaannista. Alkuperäistutkimus. Lääkärilehti 44/2003 vsk 58. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2003/SLL442003-4451.pdf> [viitattu 15.9.2016].

Sankila, R. & Pukkala, E. 2009. Sairauksien ehkäisy. Rintasyöpä. Lääkärikirja Duodecimin verkkosivusto. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00009 [viitattu 1.4.2016].

Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen. 2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivusto. Saatavissa: <http://www.slideshare.net/THLfi/seksuaalisuuden-puheeksi-ottaminen> [viitattu 15.9.2016].

Solunsalpaajat eli sytostaatit. 2016. Syöpäjärjestöt. Saatavissa: <https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-ja-kuntoutus/solunsalpaajat-eli-sytostaatit/> [viitattu: 27.9.2016].

Solunsalpaajat eli sytostaatit. 2016. Terveyskirjasto Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01077 [viitattu 26.10.2016].

Suomen syöpärekisteri. 2016. Päivitetty 05.03.2016. Saatavissa:
<http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0004i0.html> [viitattu 24.5.2016].

Syöpä ja kipu. 2015. Syöpäjärjestöt. Saatavissa:
<https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-ja-kuntoutus/syopakipu/> [vitattu 10.10.2016].

Syöpäkivun hoito. 2016. Oma Terveys Oy. Saatavissa:
<http://www.terve.fi/kipu/syopakivun-hoito-0> [viitattu 3.4.2016].

Tietoa rintojen terveydestä. 2016. Promama ry. Saatavissa:
<http://www.rinnat.fi/fi/tietoa-rintojen-terveydesta> [viitattu 3.4.2016].

Tutkimusongelmat- ja tehtävät sekä hypoteesit. 2016. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Saatavissa:
<https://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Tutkimusongelmat> [viitattu 18.9.2016].

Vehmanen, L. 2012a. Rintasyöpä: seuranta ja kuntoutuminen. Lääkärikirja Duodecimin verkkosivusto. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00250 [viitattu 26.10.2016].

Vehmanen, L. 2012b. Rintasyöpä: toteaminen ja ennuste. Lääkärikirja Duodecimin verkkosivusto. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00618&p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4 [viitattu 2.4.2016].

Vehmanen, L. 2012c. Rintasyövän uusiutuminen. Lääkärikirja Duodecimin verkkosivusto. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00467&p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4 [viitattu 2.4.2016].

TIETOKANTATAULUKKO

Tietokanta	Hakulausekkeet	Rajaukset	Hakutulokset yhteensä	Tutkimustaulukkaan hyväksytyt
ACADEMIC SEARCH ELITE	Breast cancer patients experiences AND Specialist breast nurse AND Research	- kokoteksti saatavilla - vuosi 2000-2015 - julkaisukieli englanti - sukupuoli nainen	21	1
CINAHL	Breast cancer patients experiences about specialist breast nurse	- kokoteksti saatavilla - vuosi 2000-2015 - julkaisukieli englanti - sukupuoli nainen	6	1
MEDIC	Breast cancer AND Satisfaction	- vain kokotekstit - asiasanojen synonyymit käytössä	7	3
PUBMED	Breast cancer patients satisfaction AND Specialist breast nurse	- ei rajausta	21	1
SCIENCE DIRECT	Breast cancer patients experiences AND Specialist breast nurse	- vuosi 2000-2016	12	1
TAMPUB	Rintasyöpäpotilaat Rintasyöpäpotilaan hoitopolku Rintasyöpä	- ei rajausta	91	3

TUTKIMUSTAULUKKO

Tekijä / tekijät ja julkaisuvuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet sekä tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Hardie, H. & Leary, A. 2010.</p> <p>Cancer Services, University College London Hospitals NHS Foundation Trust –keskuksen toteuttama kansainvälinen tutkimus.</p>	<p>Value to patients of a breast cancer clinical nurse specialist</p>	<p>Tarkoituksena oli verrata potilaiden kokemuksia rintasyövän hoitopalveluista ennen rintasyöpähoitajan työn perustamista ja vuosi ensimmäisen rintasyöpähoitajan vastaanoton jälkeen. Kvantitatiivinen tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella. Kyselyyn vastasi yli kuuden viikon kyselyajalla 50 potilasta joiden rintasyöpää oli hoidettu jo ennen rintasyöpähoitajan työn perustamista ja heistä 32 potilasta vastasi kyselyyn vuosi ensimmäisen rintasyöpähoitajan vastaanoton jälkeen. Määrällinen aineisto analysoitiin Microsoft Excelillä tehdyllä havaintomatriisilla, laadullinen aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.</p>	<p>Tulokset osoittivat, että rintasyöpähoitajan työ paransi vastaajien kokemuksia ja tyytyväisyyttä rintasyövän hoitopalveluihin. Kyselyn vastauksissa ajalta ennen rintasyöpähoitajaa korostui, että vastaajat halusivat rintasyöpähoitajan olevan tavoitettavissa heti ensimmäisen lääkärin vastaanotokäynnin jälkeen tarkemman tiedon saamiseksi ja poliklinikakäyntien väleissä neuvojen saamiseksi. Vastaajat halusivat rintasyöpähoitajan olevan tavoitettavissa saadakseen asiantuntevaa tietoa, neuvoja ja tukea. Kyselyn vastauksissa vuosi ensimmäisen rintasyöpähoitajan vastaanoton jälkeen ilmeni, että rintasyöpähoitaja oli parantanut potilaiden kokemuksia hoidosta ja vastaajat olivat tyytyväisempiä saamaansa palveluun.</p>
<p>Hautamäki-Lamminen, K. 2012.</p> <p>Akateeminen väitöskirja.</p> <p>Tampereen yliopisto.</p>	<p>Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli saada uutta tietoa syöpään sairastumisen ja syöpähoitojen vaikutuksista syöpäpotilaiden seksuaalisuuteen sekä syöpäpotilaiden seksuaalisuuteen liittyvistä tiedontarpeista ja tiedonsaannista.</p> <p>Tutkimuksen aineistot koostuivat syöpäpotilaiden yksilohaastatteluista (n = 20), syöpäpotilaiden kolmesta ryhmähaastattelusta (n = 10) sekä syöpäpotilaiden (n = 505) ja syöpäpotilaita hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten (n = 215) kyselytutkimuksista.</p>	<p>Tulokset osoittivat, että syöpään sairastuminen aiheutti muutoksia seksuaalisuuteen, se myös saattoi heikentää tai vahvistaa parisuhdetta. Potilaat kokivat kielteisiä vaikutuksia kehonkuvassaan, itsetunnonsa ja seksuaalisissa toiminnoissaan. Naiset odottivat enemmänkin tukea naisena eheytymiseensä, kun taas miehet, etenkin eturauhas-syöpää sairastavat, odottavat tietoa sairauden ja hoitojen vaikutuksista seksuaaliseen kyvykkyyteensä. Syöpäpotilaat odottivat terveydenhuollon ammattilaisen tekevän aloitteen</p>

		Kvalitatiiviset aineistot analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Kvantitatiivisten aineistojen analyysissä käytettiin tilastollisia menetelmiä.	seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä keskusteluun. Syöpäpotilaat odottivat seksuaaliohjaukselta yksilöllisyyttä, suunnitelmallisuutta ja ammatillisuutta. Odotukset kohdistuivat terveydenhuollon ammattilaisen vuorovaikutustaitoihin, asenteisiin, lähestyttävyyteen ja asiantuntemukseen.
Herttuainen, K., Härmä, M., Mustonen, P. & Setälä, L. 2006. Alkuperäistutkimus. Suomen Lääkäri-lehti 23/2006 vsk 61.	Potilastyytyväisyys välittömän rinnankorjausleikkauksen jälkeen	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää syöpäleikkauksen yhteydessä tehtävän välittömän rinnan korjausleikkauksen läpikäyneiden rintasyöpäpotilaiden tyytyväisyyttä käytettyyn leikkausmenetelmään 3 vuoden seurantajakson jälkeen. Kvantitatiivinen tutkimus toteutettiin kyselyllä Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuosina 1998–2001 rinnan välittömässä korjausleikkauksessa olleille potilaille. Seuranta-aika oli 3–6 vuotta. Tuona aikana leikatuista 80 potilaasta 5 oli kuollut taudin edettyä. Kyselylomakkeen saaneista 75 potilaasta vastasi 61 (82 %).	Valtaosa potilaista oli yleisesti hyvin tyytyväisiä korjausleikkaukseen. Potilaat olivat myös kohtalaisen tyytyväisiä esteettiseen lopputulokseen. Ilman sädehoitoa selviytyneet potilaat olivat hiukan tyytyväisempiä kuin sädehoitoa saaneet. Potilaat olivat kohtalaisen tyytyväisiä saamaansa tietoon ennen leikkausta. Toisaalta kaikki potilaat eivät pitäneet leikkausta edeltävää informaatiota kaikilta osin riittävänä ja olivat kokeneet etteivät itse voineet vaikuttaa leikkauksen valintaan riittävästi.
Carnwell, R. 2003. NEWI, Health and Community Research –keskuksen toteuttama kunnallinen tutkimus	A patient-focused evaluation of breast care nursing specialist services in North Wales	Tarkoituksena oli arvioida rintasyöpähoitajan palveluja Pohjois-Walesissa potilaiden näkökulmasta. Tutkimus koostui kolmesta osasta, tässä, tutkimuksen viimeisessä osassa tutkittiin kokemuksia rintasyöpähoitajan antamista palveluista vain potilaiden näkökulmasta. Kvantitatiivinen tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella, johon vastasi rintasyöpähoitajan vastaanotolla käyvät potilaat (n=174). Kysely sisälsi suljettuja ja avoimia kysymyksiä, yhteensä 28 kysymystä jotka mitattiin Likertin 4-portaisella asenneasteikolla.	Tulokset osoittivat, että rintasyöpähoitajan palveluista oli myönteinen käsitys, arvossa oli etenkin tuen antaminen syövän toteamisen aikaan. Puutteina oli rintasyöpähoitajan näkemys potilaan tiedontarpeesta, rintasyöpähoitajan saatavuus ja henkisen tuen anto myös perheenjäsenille ja tuen anto potilaalle myös hoitojen päätyttyä yhtälailla kuin hoitojen aikana. Toistaiseksi voi päätellä, että puutteet korjaantuvat kasvavan rintasyöpähoitajien määrän ja ohjauskoulutusten myötä.

<p>Palanne Päivi. 2011.</p> <p>Kehittämistehtävä, tyytyväisyystutkimus</p>	<p>Rintasyöpäpotilaiden seuranta Pohjois-Kymenlaaksossa</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää Pohjois-Kymenlaakson rintasyöpä sairastavien potilaiden tyytyväisyyttä rintasyöpää koskeviin kontrollikäynteihin. Potilaita haastateltiin vastaanottokäyntien yhteydessä ja kysyttiin heidän mielipidettä sen hetkestä seurannasta.</p>	<p>Potilaat kokivat suurimmaksi ongelmaksi sen, että lääkäri vaihtui jokaisella kontrollikäynnillä. Potilaat kokivat, ettei lääkäri ollut tarpeeksi asiantunteva. Osa lääkäreistä tutki pelkästään leikatun rinnan alueen ja osa keskittyi vain laboratoriotulosten tuloksiin. Osa lääkäreistä ei selvittänyt potilaan taustoja laisinkaan tai huomionnut potilaan henkistä jaksamista. Potilaat kokivat, ettei lääkäri todellisuudessa ollut kiinnostunut potilaan voinnista. Osa lääkäreistä oli ulkomaalaisia ja huonon suomenkielen vuoksi potilaat kokivat, etteivät tule ymmärretyiksi. Potilaiden mielestä oli erittäin epäselvää kehen ottaa yhteyttä, jos ongelmia ilmeni, sillä kirurgian poliklinikalle ei saanut aikaa pelkällä puhe- linsoitolla ja yhteyttä leikkaavaan kirurgiin oli mahdotonta saada. Terveyskeskuksen ruuhkista ja ajoittaisesta lääkäripulasta johtuen osa potilaista ei päässyt kontrollikäynnille ajallaan.</p>
<p>Salminen, E., Soinio, J., Knif Sund, S., Poussa, T. & Vire, J. 2003.</p> <p>Alkuperäistutkimus.</p> <p>Lääkärilehti 44/2003 vsk 58.</p>	<p>Rintasyöpäpotilaan ja puolison odotukset sairautteen liittyvästä tiedonsaannista</p>	<p>Tavoitteena oli kartoittaa rintasyöpäpotilaan ja hänen puolisonsa tiedon tarvetta ja tiedon saannin lähteitä sairauden ensimmäisten vuosien aikana. Tavoitteena oli myös verrata onkologian klinikan (n = 51) ja sopeutumisvalmennusparikurssin (n = 45) potilaiden ja puolisoitten tyytyväisyyttä saadun tiedon määrään. Kvantitatiivinen tutkimus suoritettiin huhtikuun ja elokuun välisenä aikana vuonna 2002 määrällisenä kyselytutkimuksena. Tulokset analysoitiin tilastollisesti SPSS (versio 10.0) –ohjelmalla.</p>	<p>Valtaosa klinikkaryhmän (80 %) potilaista oli tyytyväisiä aiemmin saamansa tiedon määrään, mutta sopeutumiskurssiryhmässä vain vajaa kolmasosa (31 %). Vastaavasti 6 % ja 49 % oli kokenut tiedon riittämättömäksi ja 14 % ja 20 % ei osannut määrittää kantaansa kysymyseen (p < 0,001). Syyksi riittämättömään tiedonsaantiin potilaat olivat kokeneet lääkärin kiireet tai potilaalle tärkeiden kysymysten sivuuttamisen. Lisätiedon tarvetta ilmaistiin sairautteen liittyvistä seikoista yleensä, hoidoista, ennusteesta, ravinnosta, elämäntavoista ja hormonivaikutuksista. Molemmissa ryhmissä 60 % potilaista oli saanut mielestään osallistua riittävästi hoitoon liittyvään päätöksentekoon.</p>

			Puolisot toivoivat lisätietoa sairauden ennusteesta ja sairauden vaikutuksesta potilaan mielialaan ja hyvinvointiin. Lisätieto haluttiin saada lääkäriltä, puolisolta tai sairaanhoitajalta.
<p>Koinberg, I.-L., Holmberg, L. & Fridlund, B. 2002.</p> <p>Pro gradu- tutkielma</p> <p>Oncology Clinic, Varberg Hospital, Varberg, Sweden, School of Social and Health Sciences, Halmstad University, Halmstad, Sweden, Department of Surgical Sciences, Uppsala University, Uppsala, Sweden and Department of Medicine and Care, Faculty of Health Sciences, Linköping, University Linköping, Linköping, Sweden.</p>	Breast cancer patients' satisfaction with a spontaneous system of check-up visits to a specialist nurse	Tarkoituksena oli tutkia olivatko rintasyöpäpotilaat tyytyväisiä spontaanin järjestelmän tarkastuskäynteihin syöpään erikoistuneella sairaanhoitajalla. Kvalitatiivinen tutkimus toteutettiin haastattelemalla 19 rintasyöpäpotilasta. Tutkimus analysoitiin sisällön analyysillä.	Haastateltujen potilaiden tyytyväisyys asiantuntevaan ja ammattitaitoiseen sairaanhoitajaan oli korkea. Vakuuttavuus ja luottamuksellisuus olivat hoitosuhteessa tärkeitä ja välttämättömiä asioita, jotta rintasyöpää sairastavat potilaat tunsivat olonsa turvalliseksi. Potilailla oli eniten tarvetta tiedonsaannille ja itsehoito- ohjeistukselle. Koulutetun henkilökunnan tai syöpään erikoistuneen lääkärin tavoitettavuus ja varhainen arviointi olisi välttämätöntä ilman säännöllisiä tarkastuskäyntejä.
<p>Kovero, C. & Tykkä, E. 2002.</p> <p>Alkuperäistutkimus.</p> <p>Duodecim-lehti 2002;118:239–44</p>	Rintasyöpään sairastuminen	Tavoitteena oli selvittää kuinka naiset kokevat sairastumisen rintasyöpään: heidän kokemuksiaan diagnoosiin johtavista tutkimuksista, hoitotoimenpiteistä, saadusta tiedosta ja tapaamisista hoitohenkilökunnan kanssa. Kvalitatiiviseen tutkimukseen osallistui kahdeksantoista (n=18) rintasyöpään sairastanutta naista, joille oli tehty rinnan myöhäinen rekonstruktio. Tiedot kerättiin potilashaastatteluin keväällä	Tulokset osoittavat, että vakava sairaus aiheutti voimakasta psykologista stressiä. Sairastuminen keskeytti arkipäivän. Epätietoisuus, odottaminen ja epäonnistuneet kontaktit lääkärin ja hoitohenkilökunnan kanssa voimistivat ahdistusta. Huomiota olisi pitänyt kiinnittää tekijöihin, joihin on mahdollista vaikuttaa. Diagnoosiin ja toimenpiteisiin olisi pyrittävä viivytyksettä ja tieto vakavasta sairaudesta tulisi antaa henkilökohtaisesti.

		2000.	Potilaankohtaamistaitoja olisi kehitettävä ja keskusteluille varattava enemmän aikaa. Potilaille annettavan tiedon tulisi olla yksilöllistä ja luotettavaa. Rintarekonstruktion mahdollisuudesta olisi syytä kertoa ennen rintasyöpäleikkausta.
Leino Kaija. 2011. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.	Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä; Substantiivinen teoria rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana.	Tutkimuksen tarkoituksena on ollut kehittää substantiivinen teoria rintasyöpää sairastavan naisen sosiaalisesta tuesta erikoissairaanhoidossa hoitoprosessin aikana. Tavoitteena on ollut tuottaa tutkittua tietoa rintasyöpäpotilaiden tukemisesta hoitojen aikana. Tutkimusmenetelmänä on käytetty aineistolähtöistä grounded- teoriaa, joka on analysoitu avoimella, aksiaalilla ja selektiivisellä koodauksella jatkuvan vertailun metodilla. Aineisto koostui rintasyöpäpotilaiden haastatteluista leikkauksen jälkeen ja 3kk syöpähoitojen päättymisestä. (N= 25) Aineistoon kuului myös potilaiden päiväkirjat (N=21) sekä leikkauksessa (N= 4) ja hoitojen yhteydessä (N= 6) mukana olleiden hoitajien ja lääkärin ryhmähaastatteluita.	Tulosten perusteella voitiin osoittaa, että hoitohenkilökunnan tuki oli merkityksellistä naisena eheytyksen saavuttamiseksi. Koettiin, että hoitohenkilökunnan olisi tärkeää suunnata sosiaalista tukeaan siirtymävaiheisiin syöpähoitojen alku- ja loppuvaiheissa. Katsottiin, että tuen tulisi olla systemaattista, ennaltaehkäisevää ja potilaan tarpeisiin pohjautuvaa. Psykososiaalinen tuki nähtiin merkityksellisenä asiana rintasyöpäpotilaan selviytymisessä ja kokonaisuudessa. Hoitohenkilöstöltä odotettiin seksuaalisuuden sekä naisellisuuden tukemista hoitoprosessissa. Puolison ja lasten psyykinen tukeminen koettiin hoitoprosessin aikana huonommaksi, kun taas itse potilaan tukemiseen riitti valmiuksia ja osaamista hoitohenkilökunnalla hyvin.
Liebert, B., Parle, M., Roberts, C., Redman, S., Carrick, S., Gallagher, J., Simpson, J., Ng, K., Khan, MA., White, K., Salkeld, G., Lewis, M., Oliver, I., Gill, G., Marchant, M., Coates, A., North, R., Akers, G., Cannon, A., Gray, C., Liebelt, J., Rodger, A., Henderson, M., Stonley, D., Hickey,	An evidence-based specialist breast nurse role in practice: a multicenter implementation study	Tarkoituksena oli tutkia rintasyöpähoitajan näyttöön perustuvan hoitomallin toteutettavuutta, täytäntöönpanoa, hyväksyttävyyttä ja vaikutusta Australiassa. Kvantitatiivinen tutkimus toteutettiin strukturoidulla haastattelulla. Haastatteluaineistoa kerättiin yli vuoden ajan rintasyöpäpotilailta neljästä eri rintasyöpävän hoitoa toteuttavasta Australialaisesta hoitokeskuksesta. Haastatteluun valikoitui hoidon arviointivaiheessa olevia	Lähes kaikki vastaajista olivat yhteydessä rintasyöpähoitajaan viisiosaisen vastaanottokäytien aikana. 67 % hoidon arviointivaiheessa olevista potilaista pyysivät vähintään yhtä lisäkäyntiä rintasyöpähoitajan luona. 98 % vastaajista kertoi että rintasyöpähoitajan saatavuus vaikuttaisi sairaalan valintaan, heistä 48 % suosittelisivat pelkästään sellaisia sairaaloita, joissa rintasyöpähoitaja on saatavilla. Hoitoalan ammattilaisten mukaan rintasyöpähoitajan saatavuus paransi hoidon jatkuvuutta,

<p>P., Archer, S., Metcalf, C. & Trotter, J. 2003.</p> <p>National Breast Cancer Centre's Specialist Breast Nurse Project Team – ryhmän toteuttama kansallinen monikeskustutkimus</p>		<p>potilaita (n=167) sekä hoitovaiheen ja kontrollivaiheen välissä olevia potilaita (n=133). Lisäksi haastateltiin hoitoalan ammattilaisia (n=47) ja heidän kokemuksia rintasyöpähoitajan työstä.</p>	<p>tiedonannon ja tuen antoa potilaille sekä johti paljon tarkoituksenmukaisempiin läheteisiin ja muiden hoitotiimin jäsenten tarkoituksenmukaiseen ajankäyttöön.</p>
<p>Muurinen Katja. 2009.</p> <p>Pro gradu- tutkielma.</p> <p>Tampereen yliopisto.</p>	<p>Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia elämästä syövän kanssa liitännäislääkehoitojen aikana</p>	<p>Tutkimuksessa tarkoituksena on kuvata rintasyöpäpotilaiden kokemuksia liitännäislääkehoitojen aikana. Tavoitteena on syöpäpotilaiden hoitotyön kehittäminen tutkimuksesta saadulla tiedolla. Tutkimus on toteutettu laadullisella menetelmällä ja aineistona on käytetty rintasyöpäpotilaiden tuottamia päiväkirjoja (n=9), joiden sisältö on analysoitu induktiivisella sisälönanalyysillä.</p>	<p>Sytostaattihoidot koettiin huomattavasti raskaammiksi, kuin sädehoito, koska sytostaattihoidoilla koettiin olevan paljon vaikeita sivuvaikutuksia. Osa potilaista kokivat hormonihoitot erityisen vaikeina odottamattomien ja rajujen sivuvaikutusten takia. Rintasyöpäpotilaat eivät saaneet tarpeeksi tukea hoitohenkilökunnalta hoitoprosessin aikana. Hoitohenkilökunnan jatkuva vaihtuvuus koettiin huonona asiana hoitojen aikana, koska se esti luottamuksellisen ja hyvän hoitosuhteen muodostumisen. Rintasyöpäpotilaat kokivat kaiken kaikkiaan saaneensa fyysisesti hyvää ja korkeatasoista hoitoa mutta henkisen puolen tukeminen koettiin erittäin puutteellisenä. Perheeltä saatiin arvokasta tukea, mutta hoitohenkilökunnan antama tieto ei aina kohdannut potilaan tarvitseman tiedon kanssa.</p>

SAATEKIRJE

**POHJOIS-KYMENLAAKSON RINTASYÖPÄHOITAJAN ANTAMA TIETO JA OHJAUS
VASTAANOTOILLA – Potilastyytyväisyystutkimus**

Arvoisa vastaaja

Olemme Kymenlaakson ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita ja teemme opin-
näytetyönä tutkimuksen aiheesta ”Pohjois-Kymenlaakson rintasyöpähoitajan antama tieto
ja ohjaus vastaanotoilla”.

Tutkimusaihe on lähtöisin rintasyöpähoitaja Terhi Haimin kiinnostuksesta kartoittaa Teidän
tyytyväisyyttä vastaanottokäynteihin.

Kyselystä saadut vastaukset ovat tärkeitä tulosten hyödyntämisen kannalta, joten toivom-
me, että käyttäisitte hetken aikaa täyttääksenne tämän lomakkeen. Kyselyjen perusteella
saatua tietoa voidaan mahdollisesti käyttää rintasyöpähoitajan työn kehittämiseen tulevai-
suudessa. Vastatessanne Teidän ei tarvitse antaa henkilötietoja, josta Teidät olisi mahdol-
lista tunnistaa.

Kun Olette vastanneet kyselyyn, laittatthan lomakkeen sille tarkoitettuun nimettömään
kirjekuoreen ja kuoren sille tarkoitettuun palautuslaatikkoon. Kyselylomakkeet käsitellään
luottamuksellisesti ja hävitetään asianmukaisesti analysoinnin jälkeen.

Yhteistyöstä kiittäen,

Alina Onali, Elisa Lakka, Riikka Viiru

Kymenlaakson ammattikorkeakoulu

Sairanhoitajaopiskelijat, ryhmä HO14K

Jos Teille jäi kysyttävää tutkimukseen liittyen, voitte ottaa yhteyttä sähköpostin välityksellä:

Alina Onali, e-mail: *alina.onali@student.kyamk.fi*

Elisa Lakka, e-mail: *elisa.lakka@student.kyamk.fi*

Riikka Viiru, e-mail: *riikka.viiru@student.kyamk.fi*

Tai opinnäytetyötämme ohjaavaan opettajaan:

Elisa Marttila, e-mail: *elisa.marttila@kyamk.fi*

A. Taustakysymykset

Ympyröikää kysymyksen kohdalta vastausvaihtoehto (numero), joka kuvaa omaa tilannettasi parhaiten. Ympyröikää jokaisesta kysymyksestä vain yksi vastausvaihtoehto.

Alussa on esitetty kysymyksiä koskien taustatietojanne.

1. Minkä ikäinen olette?

- 1) Alle 40
- 2) 41-50
- 3) 51-60
- 4) 61-70
- 5) Yli 71

2. Mikä on koulutuksenne?

- 1) Kansa-, perus- tai keskikoulu
- 2) Ammattioppilaitos, lukio tai vastaava
- 3) Ammattikorkeakoulu
- 4) Yliopisto

3. Mikä on tämänhetkinen työtilanteenne?

- 1) Työelämässä
- 2) Työtön
- 3) Opiskelija
- 4) Eläkkeellä

4. Mikä on siviilisäätynne?

- 1) Avioliitossa
- 2) Avoliitossa
- 3) Kihloissa
- 4) Parisuhteessa
- 5) Naimaton
- 6) Leski

5. Onko teillä lapsia?

- 1) Kyllä
- 2) Ei

Mikäli vastasitte edelliseen kysymykseen "Ei", voitte siirtyä suoraan kysymykseen numero 7.

6. Minkä ikäisiä lapsenne ovat?

- 1) Alle 7-vuotiaita
- 2) Alle 13-vuotiaita
- 3) Alle 17-vuotiaita
- 4) Yli 18-vuotiaita

Seuraavaksi on esitetty tarkentavia kysymyksiä koskien sairauttanne.

7. Milloin teillä todettiin tämänhetkinen rintasyöpä?

- 1) Alle kuukausi sitten
- 2) Alle vuosi sitten
- 3) 1-4 vuotta sitten
- 4) Yli neljä vuotta sitten

8. Mikä leikkaus teille tehtiin tai on tarkoitus tehdä?

- 1) Rinnan osapoisto
- 2) Rinnan kokopoisto

9. Millä vastaanottokäynnillä kävitte viimeksi?

- 1) Leikkausta edeltävä vastaanottokäynti
- 2) Leikkauksen jälkeinen tarkastuskäynti
- 3) Kontrollikäynti (noin puolen vuoden välein)
- 4) Sarjahoitokäynti (luustolääkkeen pisto)

Seuraavaksi on esitetty tarkentavia kysymyksiä koskien vastaanottokäyntejä rintasyöpähoitajan luona. Lue väittämät ja ympyröi mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto kysymyksen oikealta puolelta. Käytä taulukon ylärivillä olevaa asteikkoa.

B. RINTASYÖPÄHOITAJAN ANTAMA

TIETO, OHJAUS JA NEUVONTA VASTAANOTOILLA

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
10. Olen saanut tietoa rintasyövän taustalla olevista syistä	4	3	2	1
11. Olen saanut tietoa rintasyövän perinnöllisestä alttiudesta	4	3	2	1
12. Olen saanut tietoa rintasyövän ennusteesta	4	3	2	1
13. Rintasyöpähoitaja on tukenut minua hoitoa koskevassa päätöksenteossa	4	3	2	1
14. Olen saanut tietoa leikkaukseen liittyvistä asioista	4	3	2	1
15. Olen saanut tietoa rinnan korjausleikkauksen mahdollisuudesta	4	3	2	1
16. Läheiseni ovat saaneet mahdollisuuden olla mukana vastaanotoilla	4	3	2	1
17. Vastaanotoille on varattu riittävästi aikaa	4	3	2	1
18. Rintasyöpähoitaja on rohkaissut minua pyytämään apua tarvittaessa	4	3	2	1
19. Henkisen tuen tarpeeni on huomioitu	4	3	2	1
20. Olen saanut ohjausta liittyen mahdollisiin seksuaalisuuden muutoksiin	4	3	2	1
21. Olen saanut tietoa jatkohoitoon ja seurantaan liittyvistä asioista	4	3	2	1
22. Vastaanottokäynnit ovat olleet minulle tärkeitä ja merkityksellisiä	4	3	2	1

Voitte halutessanne kirjoittaa kehittämisideoita liittyen vastaanottokäynteihin:

MUUTTUJALUETTELO

Tutkimusongelma	Muuttujat	Kysymys	Teoreettinen tarkastelu
	Taustamuuttujat - ikä - koulutus - työtilanne - siviilisääty - onko lapsia - lasten lukumäärä - milloin rintasyöpä todettiin - mikä leikkaus tehtiin tai tehdään - viimeisin vastaanottokäynti	1 2 3 4 5 6 7 8 9	s. 13-14 s. 13, 16, 22, 24
<i>Miten tyytyväisiä potilaat ovat olleet rintasyöpähoitajan antamaan tietoon ja ohjaukseen?</i>	Rintasyöpähoitajan antama tieto - taustalla olevat syyt - perinnöllinen alttius - ennuste - leikkaukseen liittyvät asiat - rinnankorjausleikkauksen mahdollisuus - jatkohoito	10 11 12 14 15 21	s. 8 s. 9 s. 13 s.13 -17 s. 15 s. 23 - 24
	Rintasyöpähoitajan antama tuki - päätöksenteko - avun pyyntö - henkinen tuki	13 18 19	s. 33 – 34 s. 33 s. 35, 37
	Rintasyöpähoitajan antama ohjaus - seksuaalisuuden muutokset	20	s. 35 - 37
<i>Miten vastaanottokäyntejä voisi kehittää?</i>	Rintasyöpähoitajan vastaanottokäynnit - läheisten huomiointi - riittävä aika - tärkeys ja merkityksellisyys - kehittämisideat	16 17 22 Avoin kysymys	s. 33 - 34 s.34 s. 7 s. 6, 37

TUTKIMUSLUPAPÄÄTÖS

6 Tutkimuksen tekijän/ tekijöiden sitoumus ja allekirjoitukset	Sitoudun siihen, että en käytä saamiini tietoja asiakkaan, hänen läheistensä tai Kouvolan kaupungin vahingoksi enkä luovuta saamiini henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pidän ne salassa. Tutkimustulokset esitän niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä. Noudatan henkilötietolaissa ja muualla lainsäädännössä mainittuja säännöksiä henkilötietojen käsittelystä ja salassapidosta.
	Päiväys Allekirjoitus ja nimeselvennys 10.10.2016 <i>Alina Onali</i> ALINA ONALI
	Päiväys Allekirjoitus ja nimeselvennys 10.10.2016 <i>Elisa Laka</i> ELISA LAKKA
7 Hakemuksen liitteet	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma <input checked="" type="checkbox"/> Kysely-/haastattelu- yms. lomake <input type="checkbox"/> Aineistonkeruulomake <input type="checkbox"/> Muu aineiston keruuseen liittyvä materiaali (esim. yhteydenottokirje) <input type="checkbox"/> Huoltajan suostumus <input type="checkbox"/> Tutkimusrekisteritiedot
8 Hakemuksen palautus	Täytetty ja allekirjoitettu tutkimuslupahakemus liitteineen toimitetaan Kouvolan hyvinvointipalvelujen kirjaamoon. Hyvinvointipalvelut/kirjaamo PL 85, Tonikatu 10 (4. krs) 45101 Kouvola

PÄÄTÖS

Tutkimuslupa-päätös	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin: 1. Tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä noudattamaan henkilötietolain määräyksiä. 2. Tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla. 3. Mahdollisesti tarvittavassa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao. henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessaan. 4. Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan asianomaiselle yhteyshenkilölle ja hyvinvointipalvelujen kirjaamoon. 5. Jos tutkimus keskeytyy, siitä ilmoitetaan yhteyshenkilölle ja tutkimusluvan myöntäjälle. 6. Alaikäisten lasten haastatteluun pyydetään aina huoltajien kirjallinen lupa. 7. Lupa voidaan peruuttaa, jos lupapäätöksen ehtoja rikotaan, jolloin luvansaajan on palautettava tutkimusta varten saamansa tiedot. 8. Lupa on voimassa hakemuksessa määritellyn ajan. Muu, mikä: <input type="checkbox"/> Tutkimuslupaa ei myönnetä seuraavin perusteluin:
Allekirjoitus	Päiväys Päätöksentekijän allekirjoitus, nimeselvennys ja virka-asema 18.10.2011 <i>Taru</i> <i>Taru Jorola</i> vout. ylit Pöytä
Päätöksen jakelu	1. Hakija, lähetetty (pvm.) 2. Yhteyshenkilö 3. Tutkimusluparekisterin pitäjä <i>Kari Kristeri</i> <i>Yllääkäri</i> Vastaanottopalvelut Kouvolan kaupunki
Huomioitavaa	- Tutkimusluvan myöntäminen ei velvoita tutkimuksen kohteita osallistumaan tutkimukseen. - Tutkijan on neuvoteltava aina erikseen tutkimuskohteena olevien organisaatioiden kanssa tutkimukseen osallistumisesta ja kohteen nimen mainitsemisesta tutkimusraportissa. - Tutkimuksen teko ei saa häiritä tutkimuskohteen toimintaa.

18.5.2016

Organisaatioiltaan osallistujien keskeytyminen.
Kysely ei sisällä tunnistettuja, eikä rekisteriä muodosta.