



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Mari-Sofia Jokikokko

NAISTEN SYÖPÄÄ SAIRASTAVAN
POTILAAN TERVEYDEN
EDISTÄMINEN PALLIATIIVISESSA
HOITOVAIHEESSA

Sosiaali- ja terveysala
2010

ALKUSANAT

Tämä on Vaasan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikössä tehty opinnäytetyö, joka toteutettiin tutkimuksena Oulun kaupunginsairaala osasto A2:n hoitohenkilökunnalle. Kiitän osasto A2:n palveluesimiestä Sirkka Viitasta, joka toimi osaston yhteyshenkilönä opinnäytetyöprosessin aikana. Erityisesti esitän kiitokseni osasto A2:n hoitajille, jotka osallistuivat tutkimukseeni. Opinnäytetyötäni ohjasi tutkijatohtori Ulla Isosaari, jota haluan myös kiittää hyvästä ja asiantuntevasta ohjauksesta.

Vaasassa 7.1.2010

Mari Jokikokko

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Mari Jokikokko
Opinnäytetyön nimi	Naisten syöpää sairastavan potilaan terveyden edistäminen palliatiivisessa hoitovaiheessa
Vuosi	2010
Kieli	suomi
Sivumäärä	68 + 4 liitettä
Ohjaaja	Ulla Isosaari

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka Oulun kaupunginsairaalan palliatiivisen hoidon osasto A2:n hoitohenkilökunta edistää palliatiivisessa hoitovaiheessa olevan gynekologisen syöpäpotilaan ja rintasyöpäpotilaan terveyttä. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, mitkä valmiudet hoitohenkilökunnalla on palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistämiseksi.

Tutkimus oli luonteeltaan kvalitatiivinen ja tiedonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta, jossa oli sekä avoimia että strukturoituja kysymyksiä. Tutkimukseen osallistui osasto A2:n hoitohenkilökunnasta kuusi hoitajaa. Avoimien kysymysten osalta vastaukset analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä käyttäen sekä strukturoitujen kysymysten kohdalla käytettiin apuna havainnollistamisessa Microsoft Office Excel 2007-ohjelmaa.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että hoitohenkilökunta edistää palliatiivisessa hoitovaiheessa olevan naisten syöpää sairastavan potilaan terveyttä omatoimisuuteen tukemisella, kokonaisvaltaisesta hoidosta huolehtimisella sekä monipuolisen tuen tarjoamisella. Hoidossa mahdollistetaan potilaan omien voimavarojen käyttö kuntouttavalla työotteella. Seksuaalisuuden ja riittävän kivunhoidon huomiointi sekä virikkeiden järjestäminen ja omaisten huomioiminen nähtiin osana potilaan terveyden edistämistä. Potilaan omaan hoitoon osallistumisen mahdollistaminen, kannustaminen sekä yhteistyö potilaan kanssa ovat eniten käytettyjä menetelmiä terveyden edistämässä. Hoitohenkilökunnan valmiudet edistää palliatiivisen syöpäpotilaan terveyttä olivat hyvät, joskin palliatiivisen potilaan terveyden edistäminen koettiin myös vaikeaksi ja siitä haluttiin lisää tietoa. Ensimmäisessä tietoa haluttiin kivunhoidosta ja eri syöpähoidoista. Osaston osittainen tilojen riittämättömyys, koulutetun henkilökunnan vähyys sekä potilaan huono kokemus omasta voinnistaan vaikeuttivat terveyden edistämistä.

Asiasanat	terveyden edistäminen, syöpätaudit, palliatiivinen hoito, hoitohenkilöstö, valmiudet
-----------	--

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

ABSTRACT

Author	Mari Jokikokko
Title	Health Promotion of a Patient Suffering from a Women's Cancer in the Palliative Phase of Care
Year	2010
Language	Finnish
Pages	68 + 4 Appendices
Name of Supervisor	Ulla Isosaari

The purpose of this bachelor's thesis was to find out how the personnel of the palliative care ward A2 in the Oulu City Hospital promotes the health of a patient suffering from either a gynaecological cancer or breast cancer and being in the palliative phase of care. A further purpose was to find out what kind of abilities and skills the nursing staff has to promote the health of a palliative cancer patient.

The study was qualitative and the data was collected with a questionnaire that had open ended and structured questions. The target group consisted of six nurses in ward A2. Inductive content analysis was used to analyse the answers to open-ended questions. In addition, Microsoft Office Excel 2007- programme was used to illustrate answers to the structured questions.

The results indicate that the nursing staff promotes the health of a palliative care patient suffering from a women's cancer by supporting independent initiative, by offering holistic care and many sided support and help. A rehabilitative approach in nursing enables the use of patient's own resources. Taking notice of sexuality, offering adequate pain management, activating the patient and by letting the relatives to participate in the care were considered to be a part of the health promotion of the patient. The most used methods in health promotion are: enabling the patient to take part in her own treatment, encouraging her, and collaborating with the patient. The nursing staff had the skills and abilities needed in health promotion although they felt it was a demanding and difficult task and more information was needed about promoting health, primarily about pain management and different kinds of cancer treatments. Factors that had a negative influence on health promotion were inadequate premises on the ward, lack of educated staff and the patients' own negative feelings and thoughts about their health status.

Keywords	Health promotion, Cancer diseases, Palliative care, Nursing staff, Preparedness
----------	---

SISÄLLYS

ALKUSANAT	2
TIIVISTELMÄ	3
ABSTRACT	4
LIITELUETTELO	7
1 JOHDANTO	8
2 TERVEYS JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN	10
2.1 Terveyden määritelmä	10
2.2 Terveyskäsitteitä	10
2.3 Terveyden edistäminen.....	11
2.3.1 Promootio.....	12
2.3.2 Preventio	13
2.4 Terveyden edistämisen menetelmät	14
2.5 Terveyden edistämisen aiheet	16
2.6 Terveyden edistäminen valtakunnallisella tasolla.....	17
2.7 Terveyden edistäminen terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan ammattitaitovaatimuksissa	17
3 NAISTEN SYÖVÄT	19
3.1 Syöpätaudit.....	19
3.2 Gynekologiset syövät	19
3.2.1 Kohdunrunгон syöpä	20
3.2.2 Munasarjasyöpä.....	20
3.3 Rintasyöpä	20
4 SYÖPÄPOTILAAN HOITO	22
4.1 Syöpäpotilaan hoidon keskeiset piirteet	22
4.2 Naisten syöpää sairastavan potilaan hoitotyön erityispiirteitä	22
4.3 Syöpäpotilaan yleisimmät fyysiset oireet.....	23
4.3.1 Syövästä tai sen hoidosta johtuva kipu	24
4.3.2 Ravitsemuksesta aiheutuvia ongelmia	24
4.3.3 Huomioitava hygieniassa ja hengityksessä	25
4.3.4 Ongelmat erityyksessä	25
4.4 Syövän psyykkiset vaikutukset naisen elämässä.....	26

4.4.1	Syövän vaikutus naisen seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen.....	27
4.4.2	Syövän vaikutukset sosiaaliseen kanssakäymiseen	27
5	PALLIATIIVINEN HOITO.....	29
5.1	Palliativisen hoidon tavoitteet	29
5.2	Palliativinen hoitopäätös	30
5.3	Palliativinen hoito elämänlaadun ylläpitämisessä.....	30
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	32
6.1	Oulun kaupunginsairaalan osasto A2 tutkimusympäristönä	32
6.2	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat	34
6.3	Tutkimusmenetelmä	34
6.4	Kohdejoukko ja tiedonkeruumenetelmä.....	35
6.5	Tutkimusaineiston analysointi.....	37
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	39
7.1	Vastaajien taustatiedot.....	39
7.2	Hoitajien käsityksiä terveydestä ja terveyden edistämisestä.....	40
7.3	Hoitajien näkemyksiä palliativisen naisten syöpää sairastavan potilaan terveyden edistämisestä.....	41
7.4	Terveyden edistämisen näkyminen osastolla	44
7.5	Terveyden edistämisen vaikeuksia hoitajien kuvaamana.....	46
7.6	Terveyden edistämisen menetelmien käyttäminen hoidossa.....	46
7.7	Hoitohenkilökunnan asenteet ja valmiudet terveyden edistämiseen	47
8	POHDINTA	49
8.1	Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset	49
8.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	54
8.3	Jatkotutkimusaiheita	59
	LÄHTEET.....	61

LIITELUETTELO

LIITE 1 Opinnäytetyön lupa-anomus

LIITE 2 Saatekirje

LIITE 3 Kyselylomake

LIITE 4 Esimerkki sisällönanalyysistä

1 JOHDANTO

Terveyden edistämisestä puhuttaessa kiinnitetään useimmiten huomiota suurimalta osin sairauksien ennaltaehkäisyyn eikä niinkään jo sairastuneiden terveyden edistämiseen. Kuntaliiton ylilääkäri Liisa-Maria Voipio-Pulkki näkee myös ongelmia keskusteluissa terveyden edistämisestä. Hänen mielestään myös sekundaaripreventio on olennainen osa sairauksien hoitoa, koska sairaanakin ihminen voi olla useimmiten täysin toimintakykyinen ja hänen terveyteensä kannattaa panostaa. Ennaltaehkäisystä huolimatta ihmiset tulevat yhä edelleenkin sairastumaan. (Kuronen 2007.)

Tulevina vuosikymmeninä yhteiskuntamme haasteena on väestön ikääntyminen ja siihen vastaaminen terveydenhuollon puitteissa. Vuoteen 2030 mennessä yli 65-vuotiaiden osuudeksi väestöstä onkin ennustettu jo runsaat 26 prosenttia (Väestön ikääntyminen on suhteellista 2003). Väestön vanhenemisen myötä sairaudet lisääntyvät ja näin myös syöpätautien esiintyvyys kasvaa. Entistä tärkeämmäksi kysymykseksi nousee tällöin ikääntyvien terveyden edistäminen ja sen ylläpitäminen sekä elämänlaadun ylläpitäminen mahdollisista sairauksista huolimatta.

Elämänlaadun ylläpitäminen onkin yksi palliatiivisen hoidon peruseriaaiteista. Palliatiivisen hoidon kehittyminen on osaltaan antanut uusia mahdollisuuksia parantumattomasti sairaiden hoitoon. MacDonald määrittelee palliatiivisen hoidon yhdeksi osaksi ennaltaehkäisevää lääketieteellistä toimintaa. Hänen preventiivisessä jaottelussaan palliatiivinen hoito on kärsimyksen ehkäisyä. (Hänninen 2004a, 313.) Tämä on erittäin mielenkiintoinen näkökulma palliatiiviseen hoitotyöhön, jota harvemmin mielletään ennaltaehkäiseväksi toiminnaksi. Ajatusta pohtiessani olen tullut vahvasti siihen tulokseen, että parantumattomasti sairaiden terveyden edistämiseen tulisikin kiinnittää enemmän huomiota.

Valitsin opinnäytetyöni aiheeksi palliatiivisessa hoitovaiheessa olevan naisten syöpää sairastavan, eli gynekologisen syöpäpotilaan ja rintasyöpäpotilaan terveyden edistämisen. Tutkimukseni tarkoituksena oli selvittää, kuinka Oulun kaupunginsairaalan palliatiivisen hoidon osasto A2:n hoitohenkilökunta edistää palliatiivisessa hoitovaiheessa olevan gynekologisen syöpäpotilaan ja rintasyöpäpotilaan

terveyttä. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, mitkä valmiudet hoitohenkilökunnalla on palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistämiseksi. Opinnäytetyön aihe kiinnosti myös palveluesimies Viitasta, jonka mukaan tutkimuksesta saatua tietoa voidaan käyttää hyväksi osaston hoitotyössä palliatiivisten syöpäpotilaiden hoidossa. Juuri samasta aiheesta en ole löytänyt aikaisempia tutkimuksia, joten se toi lisähaastetta tutkimukseni tekemiselle.

Kiinnostukseni syöpäpotilaiden hoitoon on herännyt jo vuosia sitten osittain hoitaja-äitini innoittamana. Äitini, Sirkka Viitanen toimii tälläkin hetkellä Oulun kaupunginsairaalan osasto A2:n palveluesimiehenä, joten se oli myös yksi tärkeimmistä syistä tutkimuksen tekemiselle juuri hänen osastollensa. Opintojeni alussa olen ollut osastolla harjoittelujaksolla sekä myöhemmin myös töissä, joten syöpäpotilaiden hoitaminen on tullut jo jonkin verran tutuksi minulle. Erityinen kiinnostus minulla on juuri naisten syöpiin ja niiden hoitamiseen, joten halusin rajata aiheeni osittain tähän potilasryhmään.

Osastolla on palliatiivisessa hoidossa aika ajoin hyvin nuoriakin, alle 40-vuotiaita syöpää sairastavia naisia, joten erityisesti heidän kohdallaan tulee pohdittua potilaan terveiden puolien huomioimista ja elämänlaadun parantamista. Potilaan terveyden edistämisen halusin ottaa tutkimukseeni mukaan, koska se tuo aivan erilaista näkökulmaa palliatiivisten syöpäpotilaiden hoitamiseen ja toivottavasti antaa hoitohenkilökunnalle mietittävää potilaan kokonaisvaltaisen hoidon toteutumisen kannalta.

2 TERVEYS JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN

2.1 Terveyden määritelmä

Terveys-käsitettä on erittäin hankala määritellä yksiselitteisesti ja siksi siitä on olemassa paljon erilaisia määritelmiä. Terveyttä voidaan tarkastella ihmisen ominaisuutena, toimintakyknä, voimavarana, tasapainona tai kyknä selviytyä asioista. Eräs esimerkki terveyden määritelmästä on WHO:n eli Maailman terveysjärjestön määritelmä vuodelta 1948. Sen mukaan terveys ei ole ainoastaan sairauksien ja toiminnan vajavuuden puuttumista, vaan täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.)

WHO on määritellyt terveyttä myöhemmin hieman realistisemmin vuonna 1986 Ottawan asiakirjassa, jossa terveys nähdään jokapäiväisen elämän voimavarana, eikä elämän päämääränä, jolloin terveys nähdään myönteisenä käsitteenä korostan sosiaalisia ja henkilökohtaisia voimavaroja sekä fyysistä toimintakykyä. Tällöin terveys nähdään toiminnallisena ja soveltuu siten yhteen paremmin terveyden edistämisen kanssa. Tässä opinnäytetyössäni terveydellä tarkoitetaan WHO:n määritelmää vuodelta 1986. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.)

2.2 Terveyskäsitteitä

Terveys-käsitteen määritelmien taustalla on joukko useita *terveyskäsitteitä*, joita voidaan jaotella esimerkiksi tieteenaloittain, voimavarakeskeisesti tai yksilöllisesti sekä yhteisöllisesti. Tieteenaloittain tarkasteltuna näkökulmia on lukuisia teologisesta taloustieteelliseen. Otan työssäni esiin kolme eri tieteenalan määritelmää terveydestä, jolloin määritelmien erot tulevat hyvin esiin. Esimerkkeinä käytän biopsykososiaalista, biolääketieteellistä ja psykologista näkökulmaa.

Biopsykososiaalisessa näkemyksessä korostetaan terveyden yhteyttä ihmisen sisäiseen elämysmaailmaan ja psyykkiseen kehitykseen, elimistön toimintaan sekä vuorovaikutukseen fyysisen ja sosiaalisen ympäristön kanssa. Tämä näkökulma painottaa sitä, ettei terveys ole irrallaan ihmisen elämäntilanteesta tai yhteiskunnallisesta tilanteesta. Biolääketieteellinen näkemys on huomattavasti kapea-

alaisempi. Siinä huomio kiinnittyy pääsääntöisesti sairauksiin, toimintakyvyn heikkenemiseen tai sairauksien puuttumiseen, eli ihmisen elimistön toiminta määrittää terveyttä. Tässä terveyttä tarkastellaan elimistön toimintojen fysiologisena ja psykologisena virheettömyytenä. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.)

Psykologinen terveystiedettä painottaa kolmea terveyden eri ulottuvuutta: hyvää oloa, toimintakykyä sekä turvallisuutta. Hyvään oloon liittyy kunkin sen hetkinen kokemus omasta olostaan ja voinnista. Toimintakykyyn kuuluu suoriutuminen jokapäiväisestä elämästä ja sen toiminnoista, kuten syömisestä ja peseytymisestä. Turvallisuuden tunne kattaa luottamuksen oman olemassaolon jatkuvuuteen, persoonan eheyteen sekä psyykkiseen ja fyysiseen koskemattomuuteen. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.) Palliatiivisessa hoitovaiheessa olevan potilaan hoitotyöhön psykologinen terveystiedettä sopii hyvin, koska se korostaa jokaisen ihmisen omaa kokemusta omasta terveydestään ilman täydellisyyden tavoittelua. Myös palliatiivisella syöpäpotilaalla on voimavaroja ja terveitä piirteitä.

2.3 Terveyden edistäminen

Terveyden edistäminen on käsitteenä niin monimuotoinen, että siitä on annettu useita eri määritelmiä erilaisin painotuksin. Terveyden edistäminen on tavoitteellista toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Tavoitteena on terveyttä suojaavien sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvistuminen, elämäntapojen muutos terveellisempään suuntaan ja terveyspalvelujen kehittyminen. Tässä opinnäytetyössä terveyden edistäminen tarkoittaa seuraavaa määritelmää: terveyden edistäminen voidaan määritellä myös toimintana, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisessa. Terveyden edistäminen nähdään terveyden edellytysten parantamista yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannalta. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.)

Jakartan julistuksessa vuonna 1997 luotiin perusta 2000-luvun terveyden edistämiseksi kansainvälisellä tasolla (Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century 1997). Siinä terveyden edistäminen nähdään muun muassa päämääränä yksilön odotettavissa olevan terveen eliniän pidentämiseen (Kosken-

vuon & Mattila 2009). Terveyden edistämistä voidaan tarkastella promootion tai prevention näkökulmasta, jotka ovat lähtökohtina terveyden edistämisen keinoihin (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005).

2.3.1 Promootio

Promootio tarkoittaa pyrkimystä luoda elinoloja ja kokemuksia, jotka tukevat ja auttavat sekä yksilöä että yhteisöä selviytymään. Promootiolla pyritään vaikuttamaan ennen ongelmien ja sairauksien syntymistä kehittämällä mahdollisuuksia huolehtia omasta ja ympäristönsä terveydestä. Promootion näkökulmasta terveyden edistämisen näkökulmana on ylläpitää ja vahvistaa terveyttä suojaavia tekijöitä. Terveyttä suojaavia tekijöitä ovat sisäiset ja ulkoiset tekijät (ks. taulukko 1). Sisäiset tekijät ovat yksilöllisiä ja sosiaalisia, kuten kyky oppia tai arvostetuksi ja hyväksytyksi tulemisen kokemukset. Ulkoiset tekijät voidaan jakaa yksilöllisten ja sosiaalisten tekijöiden lisäksi myös ympäristöllisiin tekijöihin. Näistä esimerkkejä ovat tiedontarpeen tyydyttyminen, tukevat ja pysyvät sosiaaliset verkostot sekä turvallinen ja luotettava ympäristö. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.) Terveyttä edistävän elinympäristön tulisi olla esteetön, turvallinen, viihtyisä, virikkeinen ja sosiaalista hyvinvointia edistävä (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2006).

Taulukko 1. Terveyttä suojaavat ja vahvistavat tekijät. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005)

Sisäiset suojaavat tekijät	Ulkoiset suojaavat tekijät
<p>Yksilölliset</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terveelliset elämäntavat • Myönteinen elämänsenne • Koherenssin tunne (ymmärrys, merkityksellisyys, suoriutuminen) • Itsetunto, myönteinen kuva itsestä • Kyky ratkaista konflikteja • Kyky oppia 	<p>Yksilölliset</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perustarpeet: ruoka, lämpö, suoja, lepo • Taloudellinen perustoimeentulo • Tiedontarpeen tyydyttyminen
<p>Sosiaaliset</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perusturva varhaisessa vaiheessa • Myönteinen kiintymisen kokeminen • Arvostetuksi ja hyväksytyksi tulemisen kokeminen • Hyvät ihmissuhde- ja vuorovaikutustaidot 	<p>Sosiaaliset</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tukevat ja pysyvät sosiaaliset verkostot • Myönteiset roolimallit
	<p>Ympäristölliset</p> <ul style="list-style-type: none"> • Turvallinen ja luotettava ympäristö • Terveellinen yhteiskuntapolitiikka • Julkiset palvelut

2.3.2 Preventio

Preventiolla tarkoitetaan sairauksien ehkäisyä ja on luonteeltaan ongelmalähtöistä promootion ollessa voimavaralähtöistä. Preventio voidaan jakaa primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventioon. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.) Ainoastaan primaaripreventio on puhtaasti ennaltaehkäisevää (Koskenvuo & Mattila 2009). Prevention periaate perustuu ajatukseen siitä, että nykyisellä toiminnalla voidaan parantaa ihmisen terveyttä ja toimintakykyä tulevaisuudessa niin, että hän säilyt-

tää omatoimisuutensa ja itsemääräämisoikeutensa (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 141). Primaaripreventio on sairauksia ehkäisevää toimintaa, mikä toteutetaan ennen kuin taudin esiaste on alkanut edes kehittyä. Tästä esimerkkeinä ovat terveysneuvonta, rokottaminen, ohjaaminen terveellisiin elämäntapoihin, asianmukainen lääkehoito sekä psyykkis-sosiaalisten ongelmien ehkäisy ja voimavarojen vahvistaminen. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005; Vallejo Medina ym. 2006, 141–142.)

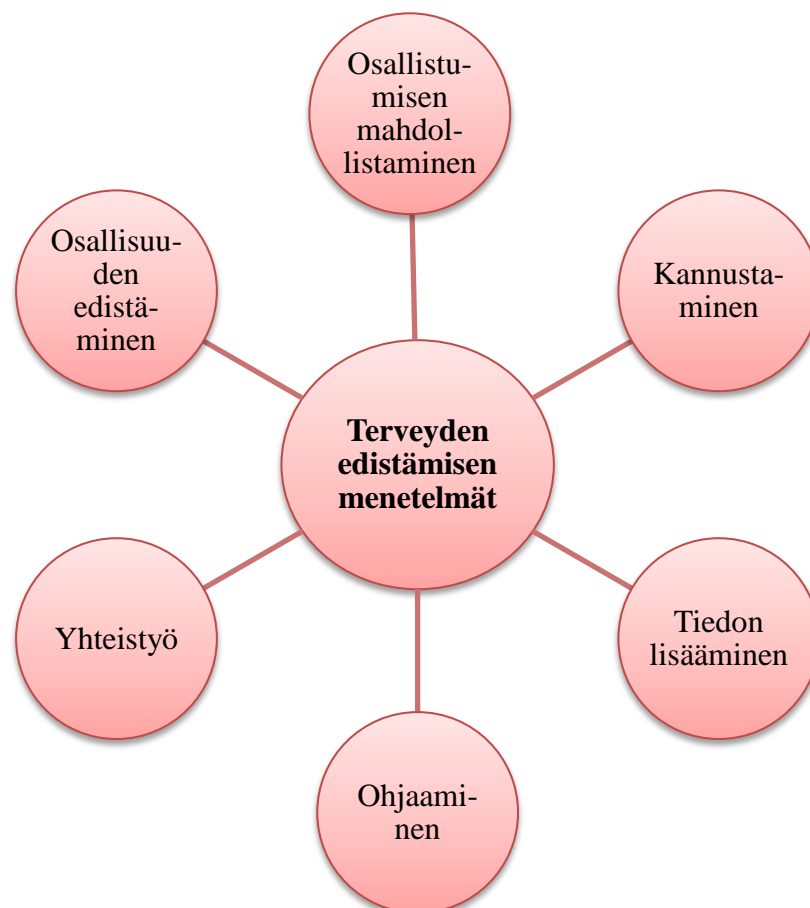
Sekundaaripreventiolla pyritään estämään taudin paheneminen poistamalla riskitekijä tai pienentämällä sen vaikutusta. Esimerkkeinä sekundaaripreventiosta voivat olla muun muassa kaatumisen ehkäisy, syövän uusiutumisen ehkäisy tai syöpäkasvaimen poistaminen ennen sen leviämistä. Tertiaaripreventio ja kuntoutus liittyvät suurelta osin toisiinsa. Tertiaariprevention tarkoituksena on lisätä toimintakykyisyyttä sekä vähentää jo olemassa olevan sairauden ja sen aiheuttamien haittojen pahenemista. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.) Tertiaaripreventio ei kohdistu pelkästään fyysisen toimintakyvyn parantamiseen, vaan myös kognitiivisten toimintojen sekä psyykkisten ja sosiaalisten toimintojen edistämiseen (Vallejo Medina ym. 2006, 142).

2.4 Terveyden edistämisen menetelmät

Menetelmät, joita käytetään terveyden edistämässä, ovat lähtöisin inhimillisen käytännön tarpeista. Terveyden edistämisen menetelmien yhteydessä on mainittuna myös osallisuuden eri tasot, joita tarkastellaan asiakkaan/potilaan lähtökohdista. Esimerkiksi, kuinka aktiivinen potilas on häntä koskevien asioiden käsittelyssä hoitajan kanssa. Hyödynnettävissä olevia työmenetelmiä tutkimusten mukaan ovat hoitajan kannalta esimerkiksi osallistumisen mahdollistaminen, kannustaminen, tiedon lisääminen, ohjaaminen, yhteistyö ja osallistumisen edistäminen (ks. kuvio 1). (Koskinen-Ollonqvist, Aalto-Kallio, Mikkonen, Nykyri, Parviainen, Saikkonen & Tamminiemi 2007.)

Osallistumisen mahdollistamisessa sairaanhoitaja kuuntelee potilasta, vastaa hänen kysymyksiinsä ja keskustelee asioista. Kannustamisessa arvioidaan esimerkiksi potilaan toimintaa ja annetaan hänelle siitä positiivista palautetta. Tiedon

lisäämisessä hoitaja voi kartoittaa potilaan vointia tai toimintatapoja kysymysten esittämisellä. Hän voi tarvittaessa jakaa omia kokemuksiaan potilaan kanssa ja antaa samalla tietoa. Kertauksella varmistetaan, että tietoa omaksutaan paremmin. Ohjaamiseen sisältyy neuvonta ja ohjaus, jolloin käytetään hyödyksi myös interventiota eli toimenpidettä, jolla pyritään vaikuttamaan potilaan terveydentilaan tai käyttäytymiseen. Yhteistyön avulla hoitaja sopii potilaan kanssa yhdessä esimerkiksi hoitolinjoista sekä tekee yhdessä suunnitelmia potilaan kanssa. Osallistumisen edistäminen tarkoittaa hoitajan osalta kysymyksien esittämistä potilaalle ja hänen toimintansa hyväksymistä. Hoitajan tulisi myös antaa positiivista palautetta sekä vastata potilaan esittämiin kysymyksiin. Tärkeää olisi myös vaihtoehtoisten tapojen esittäminen ja myönteisen ilmapiirin ylläpitäminen keskustelutilanteissa. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2007.)



Kuvio 1. Terveyden edistämisen menetelmät.

2.5 Terveyden edistämisen aiheet

Terveyden edistämällä pyritään vaikuttamaan moneen eri elämän osa-alueeseen. Terveyden edistämisen aiheita ovat: ravitseminen, liikunta, tupakka, alkoholi ja huumeet, ihmiskehon rakenne ja toiminta, hyvä olo ja hyvinvointi, uni, lepo ja virkistys, seksuaaliterveys, stressi ja sen hallinta, turvallisuus sekä henkilökohtainen hygienia. (Tuomola, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.) Taulukossa 2 on esitetty terveyden edistämisen osa-alueet ja tavoitteet, joihin tähdätään potilaan/asiakkaan hoidossa.

Taulukko 2. Terveyden edistämisen aiheet. (Tuomola ym. 2005)

Osa-alue	Tavoite
Ihmiskehon rakenne ja toiminta	Ihmiskehon rakenteen ja toiminnan tunteminen, sekä terveyttä edistävän toiminnan tiedostaminen
Hyvä olo, hyvinvointi ja mielenterveys	Subjekttiivinen kokemus mielen ja ruumiin tasapainosta ja hyvinvoinnista, jolloin hyvinvointiin liittyy henkinen, sosiaalinen, aineellinen ja poliittinen ulottuvuus ja kyky elää omien mahdollisuuksien ja toiveidensa rajoissa omasta mielestään tyydyttävää elämää
Uni, lepo ja virkistys	Riittävä uni ja lepo kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin saavuttamiseksi
Seksuaaliterveys	Oman seksuaalisuutensa hyväksyminen ja kyky saavuttaa tyydytystä tuottava seksuaalisuuden ilmenemisen muoto
Stressi ja sen hallinta	Stressin tunnistaminen ja osaava hallinta elämän eri tilanteissa
Ravitseminen	Terveellinen ja tasapainoinen ravitseminen elämänkaaren eri vaiheissa
Liikunta	Terveyttä edistävä riittävä ja monipuolinen liikunta eri elämänkaaren vaiheissa
Tupakka	Tupakoinnin ymmärtäminen sairauksien riskitekijänä ja motivoituminen tupakoimattomuuteen
Turvallisuus	Yksilön turvallisuuden tunnetta edistävä elinympäristö
Henkilökohtainen hygienia	Henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen itsenäisen elämän perustaitona sisältäen suun terveydestä huolehtimisen
Alkoholi	Alkoholin hallittu käyttö ja käyttöön liittyvien terveydellisten riskien tunnistaminen
Huumeet	Huumeiden käyttöön liittyvien terveydellisten riskien tunnistaminen ja käyttöön liittyvien säädösten tunteminen

2.6 Terveyden edistäminen valtakunnallisella tasolla

Tänä päivänä terveyden edistäminen näkyy voimakkaasti terveystoiminnassa linjauksissa niin Suomessa kuin ulkomaillakin. Esimerkiksi tällä hetkellä Suomessa on menossa Terveys 2015-yhteistyöohjelma, joka pyrkii terveyden tukemiseen ja edistämiseen kaikilla yhteiskunnan sektoreilla (Terveys 2015-kansanterveysohjelma 2001). Terveyden edistäminen perustuu Suomessa perustuslakiin (73/1999), kuntalakiin (365/1995) ja kansanterveyslakiin (66/1972, muuttunut 928/2005), joissa kaikissa korostuu kansalaisten terveyden edistäminen sekä hyvinvoinnin lisääminen (Uusimäki 2005). Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut terveyden edistämistä laatusuosituksen, jossa määritellään terveyden edistämistä kunnassa johtamisen kehittämisen, toiminnan suunnittelun ja toteutuksen sekä seurannan ja arvioinnin kannalta. Suositus toimii myös työväliseen kunnan eri hallinnonalojen ammattilaisille ja päättäjille sekä tukee monialaista terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

2.7 Terveyden edistäminen terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan ammattitaitovaatimuksissa

Terveydenhoitajan ammatin edellyttämä osaaminen perustuu suoritettulle sairaanhoitajatutkinnolle sekä siinä valittuun suuntautumisvaihtoehtoon. Työssään terveydenhoitaja ottaa huomioon ihmisen ja hänen elinympäristönsä sekä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden sekä hyvinvoinnin. Terveydenhoitajan ammatinharjoittaminen perustuu muun muassa taitoon ennaltaehkäisevän työtteen keinoin auttaa eri-ikäisiä oman terveyden edistämiseen ja toimintakyvyn, elämänhallinnan ja selviytymisen tukemiseen terveyttä edistävällä ja promotiivisella työllä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.)

Myös sairaanhoitajan osaamisvaatimuksissa terveyden edistäminen tulee oleellisenä mainintana esiin. Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa ensimmäisessä kohdassa kerrotaan, että sairaanhoitajan tehtävä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Ihmisiä hoitaessaan sairaanhoitaja pyrkii tukemaan ja lisäämään heidän omia voimavarojaan sekä parantamaan heidän elämänsä laatua. Lisäksi hän antaa terveyttä koskevaa

tietoa väestölle sekä lisää ihmisten kykyä hoitaa itseään. Nämä eettiset ohjeet koskevat yhtäläillä myös terveydenhoitajia, kättilöitä sekä ensihoitajia. (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996.)

Hoitajien osaamisen vahvistaminen on terveyden edistämisen tietojen, taitojen ja toimintakäytäntöjen kehittämistä strategisella ja ammatillisella tasolla. Strateginen osaaminen sisältää taidon hallinnoida, johtaa toimintaa sekä suunnata voimavaroja oikein. Ammatillinen osaaminen sisältää tutkimukseen perustuvaa tiedon ja menetelmien hallintaa, jolloin henkilöstöllä tulee olla joustavat mahdollisuudet täydentää osaamistaan perus-, täydennys-, tai lisäkoulutuksella. Tietojen ja taitojen lisääntyminen antaa paremmat mahdollisuudet tehdä terveyteen myönteisesti vaikuttavia asioita, ottaa vastuuta omasta, lähiyhteisön ja ympäristön terveydestä sekä kehittää itsehoitovalmiuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

3 NAISTEN SYÖVÄT

3.1 Syöpätaudit

Suomessa syöpätaudit ovat toiseksi yleisin ihmisten kuolin syy heti verisuonisairauksien jälkeen. Vuosittain uusia syöpätautitapauksia todetaan yli 20 000. Syöpään sairastumisen riskiin vaikuttaa useita eri tekijöitä, kuten elintavat ja ympäristötekijät. Näistä voidaan mainita esimerkkeinä tupakoiminen, ravitsemus, alkoholin käyttäminen, seksuaali- ja lisääntymiskäyttäytyminen, mikrobit, työ- ja asuinympäristön kemikaali- ja pölyaltisteet sekä perimä. (Teppo 2005.) Syövän syntyminen on pitkäaikainen, monia vuosia kestävä prosessi. Tässä tapahtumasarjassa alun perin terveen solun perimäaine vaurioituu ja solut muuttuvat useiden välivaiheiden kautta elimistön säätelyjärjestelmistä riippumattomaksi, pahalaatuiseksi solukoksi, joka kasvaessaan aiheuttaa oireita ihmiselle. Koska syöpätaudit ovat niin monimuotoinen ryhmä sairauksia, niiden syyt, kulku, oireet ja hoito saattavat poiketa paljon toisistaan. (Pukkala, Sankila & Rautalahti 2006.) Seuraavassa tarkastellaan hieman tarkemmin naisten syöpiä, joihin kuuluvat sekä gynekologiset syövät että rintasyöpä.

3.2 Gynekologiset syövät

Suomessa todetaan noin 1500 uutta gynekologista syöpää vuodessa. Gynekologisiin syöpiin lukeutuvat ulkosynnyttimien, emättimen, kohdunkaulan, kohdunrungon ja munanjohtimen syövät, munasarjasyöpä sekä kohdun sarkoomat ja trofoblastisairaudet. Trofoblastisairauksia ovat muun muassa istukkasyöpä ja rypälerraskaus. Eri syöpämuotojen esiintyvyys on aikojen kuluessa muuttunut, esimerkiksi 1960-luvulla kohdunkaulan syöpä oli yleisin gynekologinen syöpä, mutta seulontojen ansiosta sen määrä on Suomessa pienentynyt. Tällä hetkellä yleisimmät gynekologiset syövät ovat kohdunrungon syöpä ja munasarjasyöpä, joiden määrä on huomattavasti lisääntynyt. (Salmi & Leminen 2007.) Tässä opinäytetyössä käsitellään teoriaosuudessa tarkemmin vain kahta edellä mainittua gynekologista syöpää, koska ne ovat yleisimpien joukossa myös osasto A2:lla.

3.2.1 Kohdunrunгон syöpä

Suomen Syöpärekisterin (2009) vuosien 2003–2007 tilaston mukaan kohdunrunгон syöpään sairastuu vuosittain noin 780 naista ja siihen sairastuneiden määrä on vuosien kuluessa kasvanut. Alle 40-vuotiailla naisilla syöpä on harvinainen, mutta noin 90 %:ssa tapauksista todetaan jo yli 50-vuotiailla. Fertiili-ikäiselle naiselle kohdunrunгон syövän oireina voi olla kuukautisten selvä runsastuminen tai väli-
vuodot ja postmenopausaalisilla naisilla verisen vuodon esiintyminen sekä ikään nähden kookas ja pehmeä kohtu. Vaihdevuosien jälkeinen märkäinen kohtutulehdus voi olla myös yksi kohdunrunгон syövän oire. (Salmi & Leminen 2007, 461–462.)

3.2.2 Munasarjasyöpä

Munasarjasyöpä on toiseksi yleisin gynekologinen syöpä Suomessa heti kohdunrunгон syövän jälkeen. Vuosittain todetaan noin 500 uutta munasarjasyöpää. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 777.) Sairautta voi esiintyä kaikissa ikäryhmissä, mutta se on harvinainen nuorilla naisilla. Munasarjasyöpä voi olla aluksi oireeton ja myöhemminkin vain vähäoireinen. Oireina voivat olla esimerkiksi epämääräiset yleisoireet, kuten väsymys, vatsavaivat ja ruokahaluttomuus. Kasvaimen kasvaessa alkaa ilmetä virtsapakkoa, ummetusta, alavatsakipuja, vatsan turpoamista ja yhdyntäkipuja. Munasarjasyöpä leviää tavanomaisesti vatsaontelon elimiin, rintakehän puolelle sekä aortan ja lantion imusolmukkeisiin. (Salmi & Leminen 2007, 471–474.)

3.3 Rintasyöpä

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä Suomessa ja sitä todetaan noin 4000 tapausta vuosittain. Tauti on lisääntynyt viimeisten vuosikymmenien aikana ja lisääntyy ennusteiden mukaan myös tulevaisuudessa. Rintasyöpäpotilaiden keski-ikä on taudin toteamishetkellä noin 60 vuotta, mutta sitä todetaan kuitenkin jo myös alle 30-vuotiailla. Rintasyövän oireina on yleensä rinnassa tuntuva kyhmy, joka on useimmiten aristamaton. Muita oireita saattavat olla kirkas tai verinen erite nännistä, ihon tai nännin vetäytyminen, tai muu ihomuutos, erityisesti nännin tai nän-

nipihan ihottuma. Lisäksi rinnan koon kasvu ja tulehdusmainen punoitus voivat olla oireina. Metastaasista johtuvia oireita voivat olla muun muassa kyhmy kainalossa, hengenahdistus tai yskä, tuki- ja liikuntaelinperäinen kipu, keltaisuus, patologinen murtuma, vatsaoireet tai aivometastaasiin liittyvät hermoston oireet. (Jonsuu, Leidenius, Huovinen, von Smitten & Blomqvist 2007, 484–485.)

4 SYÖPÄPOTILAAN HOITO

4.1 Syöpäpotilaan hoidon keskeiset piirteet

Syövän hoitamisen kolmikantana pidetään aggressiivista kuratiivista hoitoa, tehokasta palliatiivista hoitoa ja lempeää saattohoitoa, sillä jokaista syöpäpotilasta voidaan hoidollisesti auttaa. Tärkeää on, että sairauden kaikissa vaiheissa helpotetaan potilaan fyysisiä vaivoja ja autetaan häntä selviytymään henkisesti syövän eri vaiheissa. (Salminen 2000.) Tavoitteena on löytää ratkaisuja, jotka auttavat potilasta vahvistamaan voimavarojaan ja saavuttamaan elämänhallinnan (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 32).

Syövän hoidossa käytetään hyödyksi erilaisia hoitomenetelmiä, kuten kirurgista hoitoa, säde- ja solunsalpaajahoidoita, lääke- ja hormonihoitoa sekä biologisia hoitoja, joiden tarkoituksena on tehostaa elimistön omia puolustusmekanismeja syöpää vastaan (Salminen 2000; Iivanainen ym. 2006, 744). Hematopoeettiset, eli verisoluihin vaikuttavat kasvutekijät, monoklonaaliset eli kasvainsolun antigeenin vasta-aineet, sekä geenihoidot ovat myös käytössä syövän ”muina hoitomuotoina”. Viime vuosina syövän hoitoon mukaan tulleita monoklonaalisia vastaaineita on kliinisessä käytössä muun muassa rintasyövän hoidossa. (Iivanainen ym. 2006, 744–745.)

4.2 Naisten syöpää sairastavan potilaan hoitotyön erityispiirteitä

Syöpäpotilaat odottavat hoitohenkilökunnalta aikaa, empaattista suhtautumista, sosiaalista tukea sekä tietoa ja rohkaisua. Hoitajien tulisi tukea potilaan henkisiä voimavaroja ja auttaa löytämään erilaisia ratkaisuja ongelmiinsa. Yksilövastuinen hoitotyö luo parhaat edellytykset hyvälle ja pitkäaikaiselle potilaan ja hoitajan väliselle vuorovaikutussuhteelle. Hyvä hoitosuhde lisää potilaan luottamusta hoitohenkilökuntaan ja hoidon onnistumiseen. (Eskola & Hytönen 2008, 354–357.) Naisille gynekologisten syöpien kohdalla tiedon saamisen tärkeys korostuu esimerkiksi hoitojen yhteydessä. Kun toimenpiteet kohdistuvat suoraan sukupuolielinten tai rintojen alueelle, tulee potilaalle selittää selkeästi, mitä on tehty ja mitä toiminnallisia muutoksia hänelle on mahdollisesti aiheutunut. Tällä vältytään

potilaan tarpeettomalta epätietoisuudesta johtuvalta ahdistukselta. (Rosenberg 2000, 185.)

Gynekologisen syöpäpotilaan kohtaaminen ja hoitaminen vaativat erityisiä tietoja ja taitoja, jonka vuoksi ammatillinen kehittyminen on tärkeää. Syöpäpotilaan pelon ja epätoivon kohtaaminen ja hoitaminen edellyttävät hoitajalta jatkuvaa ammatillista kasvua. (Eskola & Hytönen 2008, 354–357.) Syöpää sairastavan ihmisen emotionaalinen tukeminen on ensiarvoisen tärkeää hoitotyössä. Emotionaalisen tuen saaminen on todettu vaikuttavan positiivisesti elämänlaatuun. Emotionaalinen tuki vähentää potilaan psyykkisiä ja fyysisiä oireita ja lisää positiivista asennoitumista elämään. Pelkkä potilaan vieressä oleminen voi auttaa potilasta rauhoittumaan ja tuntemaan olonsa turvalliseksi. Siksi hoitajan tasapainoisella, ystävällisellä ja rauhallisella käyttäytymisellä on merkitystä. Myös kosketuksella hoitaja voi viestiä potilaalle myötätuntoa ja ymmärrystä. Syöpäpotilaan fyysisestä hyvästä olostu huolehtiminen, esimerkiksi riittävä kivun lievitys, liikunta ja ulkoilu edistävät osaltaan potilaan emotionaalista hyvinvointia. (Kuuppelomäki 2000a, 139,146.)

Potilaan emotionaalisen ja henkisen hyvinvoinnin edellytyksenä on myös toivon ylläpitäminen potilaassa. Toivo merkitsee tässä yhteydessä tunnetilaa, toiveikasta mielialaa ja tulevaisuuteen kohdistuvia hyvän odotuksia. Toiveikkaan mielialan on havaittu vaikuttavan elimistön fysiologisiin ja immunologisiin toimintoihin ja sen vuoksi sillä on yhteys myös potilaan fyysiseen hyvinvointiin, paranemiseen ja elämän pituuteen. Osalle potilaista toivo merkitsee loppuun asti uskoa paranemiseen, mutta toisille se voi olla toivoa rauhallisesta kuolemasta. (Kuuppelomäki 2000a, 147.) Toivolla on lisäksi vahva uskonnollinen ulottuvuus, koska kristityn voimavarana toivo perustuu Raamatussa oleviin lupauksiin. Potilaan hengellisten kysymysten ammatillinen kohtaaminen kuuluu hoitohenkilökunnalle riippumatta heidän vakaumuksestaan. (Ikola & Kuuppelomäki 2000, 193.)

4.3 Syöpäpotilaan yleisimmät fyysiset oireet

Syöpään sairastuminen horjuttaa ihmisen hyvinvointia, vähentää hänen voimavarojaan sekä aiheuttaa terveydelle erilaisia ongelmia, jotka voivat aiheutua esimer-

kiksi itse sairaudesta tai syövän raskaista hoidoista. Tutkimusten mukaan potilaat pitävät ruokahaluttomuutta, pahoinvointia, suun limakalvon kuivumista ja puhumisen vaikeutumista hankalimpina fyysisinä ongelmina. Muita ongelmia ovat sädehoidosta aiheutuvat ihovauriot, raajojen puutumis- ja kiputilat sekä syövästä johtuvat hengenahdistus, hengitysteiden ongelmat, yskä, ulkonäön muutokset, ummetus tai ripuli, hiusten lähteminen sekä sytostaattihoidoista aiheutuva vastustuskyvyn heikkeneminen. (Lehti 2000, 68.) Syöpäpotilaan yleisimpiä oireita tarkastellessani otan erityisesti esiin naisten syöpiä sairastavien potilaiden oireita ja vaikeuksia.

4.3.1 Syövästä tai sen hoidosta johtuva kipu

Syöpäpotilaista noin kolmasosa kokee kipua ensimmäisen sairastamisvuoden aikana ja taudin loppuvaiheessa rintasyöpäpotilaista 78 prosentilla ja gynekologista syöpää sairastavilla jopa 90 prosentilla on kipuja. Kivut voivat johtua joko itse syöpäkasvaimesta tai syövän hoidoista. Kasvaimet aiheuttavat kipua tulehduksen ja turvotuksen vuoksi, painaen läheisiä kipuherkkiä kudoksia, lähettämällä etäpesäkkeitä, erittämällä kipua aiheuttavia kemiallisia aineita ja tukkimalla esimerkiksi virtsanjohtimia tai verisuonia. Etäpesäkkeet aiheuttavat luustokipuja ja hermokivut voivat johtua kasvaimen painaessa hermoa aiheuttaen hermopinteen. Syöpäkipuja voidaan hoitaa vaihtelevasti käyttäen kipulääkitystä, säde- ja solunsalpaajahoidoa sekä kirurgiaa. (Vainio 2009; Hovi 2000, 114.) Lämpö- ja kylmähoitoja sekä hierontaa on käytetty erityisesti kotioloissa (Hovi 2000, 121).

4.3.2 Ravitsemuksesta aiheutuvia ongelmia

Syöpäpotilaan hoidossa ja terveyden edistämisessä ravitsemuksella on ensiarvoisen tärkeä tehtävä. Tavoitteena olisi aina mahdollisimman hyvän ravitsemustilan saavuttaminen ja ylläpitäminen, joten ruoan tulisi sisältää riittävästi valkuaisaineita, vitamiineja ja kivennäisaineita. Syöpäpotilaan ruokahalu vähentyy yleisimmin sädehoidon, solunsalpaajahoidon tai leikkaushoidon vuoksi. Hoidot aiheuttavat suun limakalvojen rikkoutumisen, tulehtumisen ja kuivumisen, jolloin potilaalle tulee syömis- ja nielemisongelmia. Varsinkin solunsalpaajahoidot aiheuttavat lisäksi pahoinvointia ja oksentelua, jolloin potilas voi laihtua merkittävästi. Ruoka-

haluttomuutta voi aiheuttaa pahoinvointisuuden lisäksi maku- ja hajuaistin muuttuminen tai syövästä johtuva henkinen kriisi. (Lehti 2000, 68–70.) Hyperkalsemia on yleinen syövän komplikaatio, joka voi aiheuttaa häiriöitä muun muassa ruoansulatuskanavan, munuaisten ja keskushermoston toiminnassa. Tavallisimpia oireita ovat pahoinvointi, oksentelu, ummetus, vatsakivut, jano ja sekavuus. Hoidossa potilaan nesteytys on tärkeää. (Saarto 2004, 123.)

4.3.3 Huomioitava hygieniassa ja hengityksessä

Syövän aiheuttamia yleisimpiä iho-ongelmia ovat kutina, etäpesäkkeisiin liittyvät haavaumat, painehaavaumat, hikoilu ja ihoinfektiot (Hänninen 2004b, 128). Etenkin syöpähoitojen aikana potilaan hyvästä ihon hoidosta on huolehdittava, jotta välttyttäisiin ihorikoilta sekä infektioilta. Rintasyöpäpotilaalla erityisesti kainalon iho saattaa punoittaa ja kutista ja hien erityis lakata sädehoitojen aikana. Suun limakalvojen vaurioitumisen ehkäisy tulee aloittaa hyvällä suhygienialla, johon liittyy lisäksi tupakoinnin lopettaminen. Syöpä voi aiheuttaa potilaalle myös hengenahdistusta ja kuivaa yskää. (Lehti 2000, 76–80.) Erityisesti pahanlaatuinen askites eli nesteen kertyminen vatsaonteloon voi aiheuttaa hengenahdistuksen lisäksi myös ummetusta ja pahoinvointia. Pahanlaatuisessa askiteksessä primaarikasvain on naisilla usein munasarja-, kohtu-, tai rintasyöpä. (Saarto 2004, 121.) Rentoutusterapiasta, lääkehoidosta ja asentohoidosta on apua hengenahdistuksessa. Yskän helpottamisessa voidaan käyttää esimerkiksi höyryhengittämistä, lääkehoitoa, oikean yskimistekniikan opettamista ja kylkiasentoa. (Lehti 2000, 80.)

4.3.4 Ongelmat erityksessä

Syöpäpotilaille voi esiintyä ummetusta tai ripulia säde- tai solunsalpaajahoitojen vaikutuksesta. Tämän vuoksi potilaiden hoidossa nestetasapainon tarkkailu on todella tärkeää, jottei potilas kuivuisi eikä laihtuisi liikaa. Varsinkin gynekologisilla syöpäpotilaille alavatsan alueen sädehoito voi aiheuttaa pahoinvoinnin ja ripulin lisäksi virtsarakkoärsytyksestä johtuvaa tihentynttä virtsaamispakkoa ja kirvelyä virtsatessa. Virtsaamispakon hoitamisessa riittävä tulehduskipulääkitys on tärkeää. (Lehti 2000, 81–82.) Ummetusta voivat aiheuttaa vahvemmat kipulääkkeet, esimerkiksi kodeiini sekä morfiini, liian vähäinen nesteiden saanti, poti-

laan huono yleistila sekä liian vähäisestä tai vähäkuituisesta ravinnosta (Lehti 2000, 81; Hovi 2000, 124). Ummetuksen välttämiseksi potilasta tulisi neuvoa muun muassa syömään kuitupitoista ruokaa, nauttimaan nesteitä riittävästi ja liikumaan (Lehti 2000, 81). Pitkälle edenneessä syövässä ummetus voi usein lisätä suolitukoksen riskiä. Erityisesti munasarjasyöpää sairastavilla suolitukokset ovat tavallisimpia. (Saarto 2004, 118.) Ripulia potilas voi ehkäistä esimerkiksi välttämällä liian mausteista ruokavaliota, koska ripuli ärsyttää entisestään peräsuolta ja peräaukon seutua (Lehti 2000, 81–82).

4.4 Syövän psyykkiset vaikutukset naisen elämässä

Syöpä aiheuttaa ihmisessä eriasteisia tunnereaktioita ja sairaus voidaan kokea uhkana. Jotkut naiset voivat masentua ja menettää elämänhalunsa, toiset taas voivat saada sairaudesta voimaa haluta taas elää. (Eskola & Hytönen 2008, 354.) Yleisimpiä tunnekokemuksia syöpäpotilailla ovat sokki, järkytys, epävarmuus, syyllisyys, häpeä ja leimautuminen, viha, pelko, ahdistus sekä yksinäisyyden tunne. Syöpään liittyy sairautena myös kärsimys, jonka herättämät tunteet pohjautuvat erilaisiin fyysisiin muutoksiin, joita syöpä ja sen hoito aiheuttavat elimistössä. Fyysiset muutokset tai niistä johtuva riippuvuus muista, avuttomuuden tunteet, kykenemättömyys toimia sekä oman elämän ja ympäristön hallinnan heikkeneminen aiheuttavat yhdessä kuoleman uhan kanssa emotionaalista kärsimystä, mikä ilmenee negatiivisina tunnereaktioina. (Kuuppelomäki 2000a, 130–139.) Raskaat syöpähoidot voivat aiheuttaa potilaalle sekä psyykkistä että fyysistä hoitoväsymystä, mikä näkyy esimerkiksi voimattomuutena, väsymisenä, passiivisuutena tai ruokahaluttomuutena (Lehti 2000, 83).

Tunteista keskusteleminen on erittäin hyödyllistä hoitajan ja potilaan välillä. Se auttaa potilasta selkeyttämään ajatuksia ja hallitsemaan negatiivisia tunteita, jotka häiritsevät hänen elämäänsä. Esimerkiksi masennusta aiheuttavia ajatuksia voi yrittää välttää tietoisesti. Keskustelemisen lisäksi aktiivinen kuuntelu on potilaan emotionaalisen tilan arvioinnin perusta sekä auttamisen edellytys. Kuuntelu herättää potilaassa tunteen, että hän todella tulee kuulluksi ja ymmärretyksi. (Kuuppelomäki 2000a, 144–146.)

Rintasyöpäpotilaalla rinnan poisto tai sen ulkonäön voimakas muuttuminen, hius-
ten lähteminen sekä muut väliaikaiset muutokset hoitojen aikana voivat muuttaa
naisen minäkuvaa itsestään. Nainen voi tuntea itsensä rikkinäiseksi ja rumaksi.
Minäkuvan muuttumisen vuoksi seksuaalinen identiteetti voi joutua joskus koko-
naan uudelleen tarkasteltavaksi. Elämänkumppanin mielipiteet minäkuvan ja ke-
hon muutoksesta voivat mietityttää. Usein nainen muodostaa itse mielipiteen ja
luulee kumppaninsakin pitävän häntä vastenmielisenä tai outona, vaikei niin to-
della olisikaan. (Oivanen & Rosenberg 2008.)

4.4.1 Syövän vaikutus naisen seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen

Naisen seksuaalisuus ei katoa syöpään sairastumisen jälkeen mihinkään, sillä se
on osana ihmisyyttä ja itsetuntoa. Seksuaalinen haluttomuus saattaa kuitenkin olla
yleistä ja liittyy usein vaikeisiin elämän muutostilanteisiin. Halukkuus palaa
useimmiten ajan kanssa, joskin hormonihoidot voivat lisätä ja pitkittää halutto-
muutta. (Oivanen & Rosenberg 2008.) Hoitojen jatkuessa yhdynnätkään eivät ole
välttämättä aina mahdollisia ja syövän hoito voi aiheuttaa häiriöitä hormonierityk-
seen, mikä saattaa heijastua haitallisesti vuorovaikutussuhteisiin (Eskola & Hytö-
nen 2008, 354–355).

Gynekologista syöpää sairastava nainen voi kokea sukupuolielinten poistamisen
korvaamattomana menetyksenä. Puolison osallistuminen hoitoon jo alkuvaiheessa
lisää parisuhteen avoimuutta ja tarjoaa mahdollisuuden keskustella sairaudesta ja
sen mukana tuomista ongelmista sekä myös seksuaalisuudesta ja sukupuolisesta
kanssakäymisestä. Parisuhde sisältää kuitenkin monia erinaisia yhdessäolon muo-
toja, jotka korostuvat sairauden aikana. (Eskola & Hytönen 2008, 354–355.) Lä-
heisyys, hellyys ja kosketus voivat tuntua hyvältä haluttomuudesta huolimatta ja
tukevat parisuhdetta (Oivanen & Rosenberg 2008).

4.4.2 Syövän vaikutukset sosiaaliseen kanssakäymiseen

Sosiaalisilla vaikutuksilla tarkoitetaan sekä laadullisia että määrällisiä muutoksia,
joita ilmenee vuorovaikutussuhteissa. Sairauden vaikutukset sosiaaliseen elämään
riippuvat sairastuneen iästä, voinnista, hoidoista ja sairauden ennusteesta. Usein

ihmissuhteiden määrä vähenee sairauden vuoksi. Sairastuneen sosiaalisesta lähi-verkostosta karsiutuvat pois ne ihmiset, jotka ovat haluttomia, kykenemättömiä tai pelokkaita kohtaamaan syöpään sairastuneen ystävänsä. Vuorovaikutuksessa korostuu suhde omaan perheeseen sekä muihin läheisiin. Lisäksi vuorovaikutus hoitohenkilökunnan, lääkäreiden ja muiden ammattiauttajien kanssa lisääntyy hoidon aikana ja voi tulla jopa sisällöltään ja laadultaan entistä tärkeämmäksi. Suojellakseen itseään syöpää sairastava saattaa eristäytyä muusta maailmasta, jolloin hän voi ikävystyä ja tuntea yksinäisyyttä. Esimerkiksi huonokuntoisuus ja infektioiden pelko aiheuttavat muutoksia sosiaalisessa käyttäytymisessä. (Kuupelomäki 2000b, 160–161.)

5 PALLIATIIVINEN HOITO

5.1 Palliatiivisen hoidon tavoitteet

Palliatiivisen hoidon juuret ovat jo 1800-luvulta, mutta palliatiivinen lääketiede on kehittynyt vasta viimeisten vuosikymmenien aikana. Palliatiivinen hoito on rantautunut Suomeen saattohoitokotien kautta 1980-luvun lopulla ja vuonna 1999 perustettiin Tampereelle Suomen ensimmäinen palliatiivisen lääketieteen professori. (Palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys 2007.) Palliatiivinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaiden ja kuolevien aktiivista kokonaishoitoa, jossa kivun ja muiden oireiden lievitys sekä psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten ongelmien käsittely on oleellista. Palliatiivinen lääketiede ei ole synonyymi saattohoidolle, joka ymmärretään usein elämän viime vaiheen hoidoksi rajoittuen elämän viimeisiin viikkoihin. (Holli 2002, 4.) Palliatiivisen hoidon käsite ei ole varsinkaan syöpäpotilaiden hoidon kohdalla sidoksissa kuoleman läheisyyteen, koska syöpäpotilailla palliatiivisen hoidon vaihe voi kestää monen vuoden ajan (Leino-Kilpi 2009a, 308–309).

Termi ”*palliatiivinen*” on johdettu englannin kielen sanasta ”*palliate*”, joka tarkoittaa lievittämistä, tuskan vähentämistä ja helpottamista (Kaleva-Kerola 2002). Vastakohtana palliatiiviselle hoidolle käytetään termiä ”*kuratiivinen*”, eli parantavaa tai paranemiseen tähtäävää hoitoa (Iivanainen ym. 2006, 740). Esimerkkejä tällaisesta hoidosta ovat antibioottihoidot, paikallisen rintasyövän hoito sekä monien lymfoomien säde- ja solunsalpaajahoidot sairauden diagnosointivaiheessa (Hietanen 2004a, 19–20).

Oireiden hoito ja potilaan kärsimyksen lievittäminen on osa kokonaisvaltaista hoitoa, joiden merkitys potilaan hoidossa kasvaa, kun mahdollisuudet vaikuttaa taudin etenemiseen vähenevät (Kaleva-Kerola 2002). Hoitotyön toiminnoilla voidaan merkittävästi edistää potilaan elämänlaatua. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on auttaa potilasta elämään mahdollisimman laadukasta elämää loppuun asti ja tukea hänen läheisiään selviytymään. (Leino-Kilpi 2009a, 308.) Palliatiivinen hoito ei sulje pois tiettyjä hoitomuotoja, kuten solunsalpaaja- tai sädehoitoa, joita voidaan käyttää muun muassa hidastamaan taudin etenemistä tai lievittämään po-

tilaan syöpäkipuja (Kaleva-Kerola 2002). Palliativista kirurgiaa voidaan käyttää hyödyksi myös muun muassa ortopediassa, traumatologiassa sekä gastroenterologiassa (Kivioja, Vainio & Halttunen 2004, 141).

5.2 Palliativinen hoitopäätös

Palliativisen hoitotyön kannalta oleellista on, ettei sairauteen ole löydettävissä lääketieteellisesti parantavaa hoitoa. Päätös potilaan aktiivisen lääketieteellisen hoidon lopettamisesta tehdään aina yhteistyössä lääkärin ja potilaan sekä hänen läheistensä kanssa. (Leino-Kilpi 2009a, 309.) Palliativisessa hoidossa kaikki toimenpiteet pyritään käyttämään, joilla voidaan varmistaa, että potilas pystyy elämään sairaudestaan huolimatta mahdollisimman täysipainoista elämää. Kyseessä on aktiivinen kokonaisvaltainen hoito, jolloin myös kuntoutus on aina perusteltua. Tavoitteet vaan on asetettava potilaan tilaa vastaavaksi. Täytyy kuitenkin muistaa, että elämän loppuvaiheessa esimerkiksi akuuttien vointia huonontavien syiden, kuten infektioiden, hyperkalsemian tai anemian hoitaminen voivat olla hyödyttömyyden lisäksi myös potilaalle raskaita. Siksi jokaista hoitopäätöstä tehtäessä tulisikin miettiä hoidosta saavutettavat hyödyt ja haitat potilaan kannalta. (Holli 2002, 3.)

5.3 Palliativinen hoito elämänlaadun ylläpitämisessä

Terveysteen liittyvää elämänlaatua voidaan tarkastella esimerkiksi moniulotteisena ilmiönä, johon kuuluu fyysinen, emotionaalinen, sosiaalinen, yhteisöllinen ja roolitoimintakyky, somaattiset oireet sekä tyytyväisyys elämään (Kuivalainen 2004). Elämänlaatu on lisäksi yksilöllinen käsite, mikä tarkoittaa myös, että tervekin ihminen voi kokea elämänlaatunsa olevan huonompi kuin sairailta verrokeilla. Terveystenhuollossa on yleisesti hyväksytty elämänlaadun ulottuvuuksiksi fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi ja hoidon vaikutus näihin. Useimmat levinneet syövät eivät kuitenkaan ole vielä parannettavissa, ja tällöin palliativisen hoidon päämääränä on säilyttää elämänlaatua ja parhaimmillaan myös pidentää laadukasta elämää. Syövän yhteydessä elämänlaadun mittaamiseen kehitetty lomake sisältää kysymyksiä sairauden oireista, hoidon sivuvaikutuksista, fyysisestä toimintakyvystä, psyykkisestä kuormituksesta, sosiaalisesta vuorovaikutuksesta,

seksuaalisuudesta, potilaan suhteesta ruumiinkuvaansa ja tyytyväisyydestä hoitoon. (Hietanen 2004b, 231–232.)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Oulun kaupunginsairaalan osasto A2 tutkimusympäristönä

Entisessä lääninsairaalassa, Kontinkankaan terveystieteiden keskuksen sairaalassa alettiin 1980-luvun loppupuolella miettiä terminaalivaiheessa olevien potilaiden hoidon keskittämistä sairaalan sisällä. Oulun diakonissalaitoksella oli avattu saattohoitokoti, mutta kaupunki ei myöntänyt potilaille maksusitoumuksia korkean hoitopäivähinnan vuoksi. Osittain laman seurauksena Kontinkankaan sairaalan infektio-osaston B0:n tiloihin avattiin kolmipaikkainen saattohoitoyksikkö kesällä 1991. Lyhyen ajan kuluttua saattohoitoyksikön perustamisesta kävi ilmi, ettei kolme sairaansijaa enää riittänytkaan saattohoitopotilaita varten. Lopulta paikkalukua lisättiin kuuteen ja loput 20 potilaspaikkaa olivat ensisijaisesti pitkäaikaishoitopotilaiden käytössä. 2000-luvun alussa käytännössä jo noin puolet potilaista oli saattohoidon/palliativisen hoidon potilaita. Merkittävää oli lisäksi se, että vuoden 2000 toimintakertomuksessa mainittiin ensimmäisen kerran palliativinen hoito saattohoidon rinnalla. (Kynsilehto & Viitanen 2005, 22–23.)

Oulun kaupunginsairaala valmistui vuoden 2002 syksyllä, jolloin myös Kontinkankaan sairaalan osasto B0 suljettiin. Uuden kaupunginsairaalan tiloissa pääsi avaamaan ovensa palliativisen hoidon osasto A2, jonka potilaspaikkojen määrä vakiintui 30:neen vuonna 2004. Aluksi suunnitelmana oli käyttää potilaspaikoista 15 palliativiseen hoitoon ja loput geriatrialle tutkimuspotilaille, mutta käytännössä palliativisia potilaita voi olla osastolla 15:stä yli 20:neen. Loput osaston potilaista on pääsääntöisesti jatkohoitopaikkaa odottavia potilaita. Heinäkuussa 2009 osastolle lisättiin jälleen potilaspaikkoja, joita on jo yhteensä 36. (Kynsilehto & Viitanen 2005, 22–23; Viitanen 2009.)

Oulun kaupunginsairaala tarjoaa perusterveydenhuollon tasoista lyhytaikaishoitoa pääosin ikäihmisille. Sairaalassa toimii heinäkuusta 2009 alkaen viisi osastoa, joissa sairaansijojen määrä on yhteensä 170. Osasto A2 on erikoistunut hoitamaan palliativisessa hoitovaiheessa ja saattohoidossa olevia oululaisia potilaita, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista sairaalahoitoa. Potilaat tulevat osastolle suoraa kotoaan, muista sairaaloista (pääosin Oulun yliopistollisesta sairaalasta), Oulun kau-

punginsairaalan muilta osastoilta tai kotihoidon ja kotisairaalan lähettäminä. Osastolla on käytössä lupapaikka-järjestelmä, jolloin lupapaikan omaava potilas saa tarpeen tullen tulla kotoaan suoraa osastolle ilman päivystyksessä käyntiä varmistettuaan ensin paikan osastolta. (Oulun kaupunginsairaala 2007; Viitanen 2009.)

Osaston henkilökuntaan kuuluu palliatiiviseen lääketieteeseen erikoistunut osastonlääkäri, palliatiiviseen lääketieteeseen tai geriatriaan erikoistuva lääkäri, palveluesimies, 16 sairaanhoitajaa, 10 perus- tai lähihoitajaa, fysioterapeutti, osastonsihtööri, potilaskuljettaja sekä 2,5 sairaala-apulaista. Tarvittaessa sairaalapastorin, sosiaalityöntekijän ja kotiutuskoordinaattorin palveluja voidaan antaa. Alusta pitäen hoitohenkilökuntaan on valikoitunut työntekijöitä, joilla on ollut motivaatiota kouluttautua aluksi saattohoitoon sekä myöhemmin palliatiiviseen hoitoon. Osastolla toimivat erikoissairaanhoitajat ovat erikoistuneet muun muassa sisätautikirurgiaan ja psykiatriseen hoitotyöhön. Lisäksi osastolla on työskennellyt myös terveydenhoitaja- ja kättilökoulutuksen omaavia sairaanhoitajia sekä diakonissoja. Entisellä osastonhoitaja-nimikkeellä toiminut, nykyinen palveluesimies Sirkka Viitanen on työskennellyt osastolla vuodesta 1988 esimiestehtävissä ja ollut siten kehittämässä osaston toimintaa merkittävästi. (Kynsilehto & Viitanen 2005, 23; Viitanen & Määttä 2009; Viitanen 2009.)

Osaston toiminnan keskeisenä ajatuksena on hoitaa elävää ihmistä eikä kuolevaa potilasta toteuttaen potilaan voimavaroja tukevaa hoitotyötä. Vaikka osalle potilaista tehdäänkin saattohoitopäätös, on osastolla myös paljon niitä potilaita, jotka pystyvät palaamaan takaisin kotiinsa esimerkiksi kotihoidon turvin. Osaston arvot perustuvat Oulun kaupungin vanhustyön eettisiin periaatteisiin. Arvoista korostuvat yksilöllisyys, ammatillisuus, potilaan kunnioittaminen sekä itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Hyvä hoito toteutuu yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa, jolloin potilaan ja omaisten mielipiteitä kuunnellaan hoidon suunnittelussa sekä toteutuksessa. Osastolla järjestetään läheisensä menettäneille syöpäpotilaiden omaisille omaisteniltoja, jossa omaiset saavat osaston henkilökunnan kanssa käydä läpi omia tuntemuksiaan. (Oulun kaupunginsairaala 2007; Viitanen & Määttä 2009.)

Potilaan voimavaroja tukeva hoitotyö perustuu yhteiseen arvioon potilaan terveydestä ja toimintakyvystä. Osastolla motivoidaan, rohkaistaan, tuetaan ja ohjataan omatoimisuuteen. Myös osaston tilat pyritään järjestämään omatoimisuutta tukevaksi. Omahoitaja laatii potilaan kanssa yhdessä henkilökohtaisen hoitosuunnitelman. Tarpeen vaatiessa myös fysioterapeutti on mukana potilaan toimintakyvyn arvioinnissa, kuntoutuksen suunnittelussa sekä toteutuksessa. Moniammatillinen yhteistyö hoitamisessa on ensiarvoisen tärkeää. Sekä potilaille että omaisille annetaan tietoa sairauksista sekä heitä rohkaistaan osallistumaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon. (Oulun kaupunginsairaala 2007.)

6.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tutkimukseni tarkoituksena oli selvittää, kuinka Oulun kaupunginsairaalan palliatiivisen hoidon osasto A2:n hoitohenkilökunta edistää palliatiivisessa hoitovaiheessa olevan gynekologisen syöpäpotilaan ja rintasyöpäpotilaan terveyttä. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, mitkä valmiudet hoitohenkilökunnalla on palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistämiseksi. Tutkimuksen tavoitteena on myös kehittää erityisesti naisten syöpää sairastavien potilaiden hoitotyötä terveyden edistämisen näkökulmasta.

Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Miten hoitohenkilökunta edistää palliatiivisessa hoitovaiheessa olevan gynekologisen syöpäpotilaan ja rintasyöpäpotilaan terveyttä?
2. Mitkä valmiudet hoitohenkilökunnalla on palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistämiseksi?

6.3 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyöni tutkimusmenetelmä on kvalitatiivinen. Valitsin kvalitatiivisen menetelmän siksi, koska mielestäni pelkästään kvantitatiivisella tutkimuksella olisi ollut todella vaikeaa selvittää vastauksia tutkimusongelmiini sekä saatu tieto olisi saattanut jäädä liian pinnalliseksi. Myös osaston hoitohenkilökunnan suhteellisen pienellä määrällä olisi ollut ehkä turhaakin lähteä tekemään kvantitatiivista

tutkimusta, koska tutkimukseni tarkoituksena ei ole varsinaisesti tuottaa yleistettävää tietoa.

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on kuvata todellista elämää, jolloin todellisuutta voidaan pitää moninaisena. Eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa, ja aineisto kootaan luonnollisissa tilanteissa. Tutkija ei voi irrottautua arvolähtökohdista, sillä arvot muokkaavat sitä, miten pyrimme ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Objektiviisuutta ei ole täysin mahdollista saavuttaa laadullisella tutkimuksella, jolloin voimme saada vain ehdollisia selityksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161–164.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia asioita, jonka vuoksi lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesin testaaminen vaan aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Laadullisessa tutkimuksessa ei tehdä päätelmiä ilmiöiden yleistettävyyden vuoksi vaan ajatuksena on se, että tutkimalla yksityistä tapausta kyllin riittävästi, saadaan tutkittavasta asiasta selville sen merkittävyys ja ilmiön toistuvuus yleisellä tasolla. (Hirsjärvi ym. 2009, 161–164, 182.)

6.4 Kohdejoukko ja tiedonkeruumenetelmä

Tutkimusluvan sain kirjallisena huhtikuussa 2009 (ks. liite 1). Tutkimukseni kohdejoukkona oli Oulun kaupunginsairaalan osasto A2:n hoitohenkilökunta, $n=26$. Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta, jossa on sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä (ks. liite 3). Kyselylomakkeen kysymykset muodostettiin teoriaosuutta hyväksikäyttäen. Kyselytutkimukseen päädyttiin sen vuoksi, että kyselylomakkeen täyttäminen säästää hoitajien muutenkin kiireistä työaikaa huomattavasti esimerkiksi haastatteluun verrattuna. Kyselyyn vastaavat voivat itse päättää, milloin kyselyyn vastaavat ja paljonko käyttävät siihen aikaa.

Kvalitatiivinen tutkimus ei välttämättä merkitse läheistä kontaktia tutkittaviin, vaan tutkija voi olla myös etäällä tutkittavasta. Lisäksi kyselytutkimuksen avulla

voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto, koska voidaan kysyä monia asioita usealta eri henkilöltä samanaikaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 194–195.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa avoimet kysymykset kyselylomakkeissa ovat olleet käytössä useiden vuosikymmenien ajan. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden ilmaista todellisen mielipiteensä ja kommentoida kysyttävää asiaa monipuolisemmin. Strukturoidut kysymykset taas vastaavasti helpottavat aineiston käsitteilyä, analysointia ja tutkimustulosten vertailua. (Hirsjärvi ym. 2009, 201.)

Ennen kyselylomakkeiden toimittamista osastolle esitetasin kyselyn osaston palveluesimiehellä, jolla on pitkä kokemus palliatiivisten syöpäpotilaiden hoidosta. Kyselylomakkeet vietiin osastolle syyskuun 2009 lopulla ja vastausaikaa annettiin neljä viikkoa lokakuun loppuun saakka. Lomakkeiden mukana oli saatekirje (ks. liite 2), jossa oli myös ohjeistus kyselyyn vastaamiseen. Osastolle varattiin kirjekuori, mihin täytetyt kyselylomakkeet voitiin palauttaa. Määräaikaan mennessä kyselylomakkeita oli palautettu kuusi kappaletta. Vähäisen vastausmäärän vuoksi annettiin vielä muutama päivä lisääaikaa, muttei vastauksia tullut kuitenkaan enää lisää.

Kyselylomakkeen osittain monivalintaiset kysymykset 1–4 käsittelivät hoitohenkilökunnan taustatietoja. Avoimilla kysymyksillä 5–7 pyrittiin selvittämään hoitohenkilökunnan näkemyksiä terveydestä ja terveyden edistämisestä. Avoimet kysymykset 8–12 liittyivät palliatiivisessa hoitovaiheessa olevan gynekologisen syöpäpotilaan ja rintasyöpäpotilaan terveyden edistämiseen sekä avoimet kysymykset 13–14 käsittelivät terveyden edistämistä osastolla ja palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistämisen vaikeuksia.

Strukturoidulla monivalintakysymyksellä 15 selvitettiin hoitohenkilökunnan terveyden edistämisen menetelmiä. Strukturoiduilla kysymyksillä 16–22 haluttiin tietoa hoitohenkilökunnan valmiuksista ja asenteista palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistämistä kohtaan. Apuna käytettiin 5-portaista Likertin asteikkoa. Kysymyksissä käytettiin väittämiä, joihin oli mahdollisuus vastata joko 1= täysin samaa mieltä, 2= jonkin verran samaa mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4= jonkin verran eri mieltä tai 5= täysin eri mieltä. Lisäksi viimeisessä avoimessa kysy-

myksessä 23 kartoitettiin, minkälaista tietoa hoitohenkilökunta mahdollisesti tarvitsisi lisää palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistämiseksi.

6.5 Tutkimusaineiston analysointi

Kyselylomakkeita palautettiin siis yhteensä kuusi kappaletta. Vaikka vastaajien määrä on melko vähäinen, se ei ole laadullisessa tutkimuksessa ongelma yleistettävyyden kannalta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74). Kyselylomakkeiden analysoimisessa käytettiin avoimissa kysymyksissä induktiivista sisällönanalyysiä, eli aineistolähtöistä analyysiä ja strukturoitujen kysymysten kohdalla käytettiin apuna havainnollistamisessa Microsoft Office Excel 2007-ohjelmaa. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn tietoaineiston tiivistämistä siten, että tutkittavaa ilmiötä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet voidaan saada selkeinä esiin. Sisällönanalyysin avulla voidaan tehdä havaintoja dokumenteista ja analysoida niitä systemaattisesti. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä ja saadaan siten vastaus tutkimuskysymykseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112).

Vastauksien palaututtua ne luettiin läpi useampaan kertaan ja avoimien kysymysten vastaukset kirjoitettiin kunkin kysymyksen osalta sanatarkasti muistiin. Tämän jälkeen avoimet vastaukset kerättiin yhteen aihepiireittäin. Tämän jälkeen aineistoa alettiin pelkistää eli redusoida. Pelkistäminen voi olla joko tiedon tiivistämistä tai pilkkomista osiin, jolloin aineiston pelkistämistä ohjaavat tutkimuskysymykset. Pelkistämisen jälkeen oli vuorossa aineiston klusterointi eli ryhmittely, jossa aineiston alkuperäisilmaukset käytiin läpi ja aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Aineiston ryhmittelyssä voidaan käyttää tulkintaa (Janhonen & Nikkonen 2001, 28).

Klusteroinnissa pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin alaluokiksi ja ryhmittelyä jatkettiin abstrahoinnin avulla vielä yläluokkaan ja lopulta pääluokkaan. Aineiston abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä edetään alkuperäisinformaation käyttämistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Abstrahointia jatketaan niin kauan kuin se on aineiston

sisällön näkökulmasta mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–112.) Esi-merkki sisällönanalyysistä on liitteessä 4.

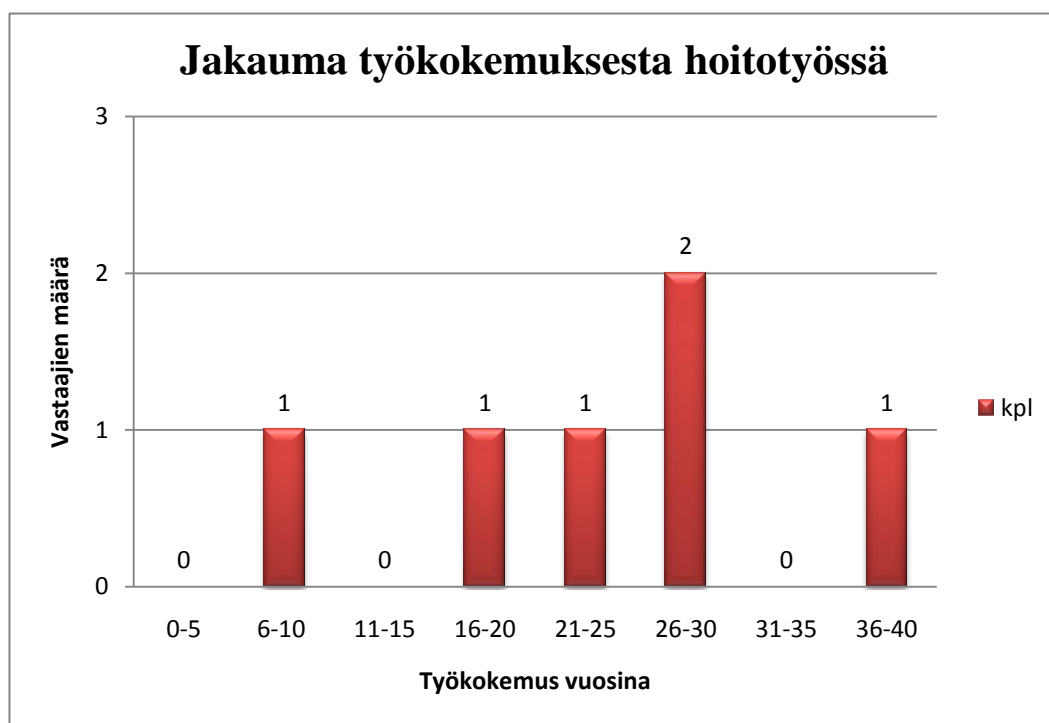
Strukturoitujen monivalintakysymysten osalta vastaukset laskettiin yhteen, esimerkiksi kyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien lukumäärän perusteella. Likertin asteikon vastaukset analysoitiin laskemalla vastaukset ”täysin samaa mieltä” ja ”jonkin verran samaa mieltä” yhteen ja niin ikään myös yhteen laskettiin vastaukset ”täysin eri mieltä” sekä ”jonkin verran eri mieltä”. Näin saatiin selville, kuinka moni vastaajista on asiasta samaa ja kuinka moni eri mieltä. Muutamista strukturoitujen kysymysten vastauksista muodostettiin pylväsdiagrammeja selkeyttämään ja havainnollistamaan aineistoa.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Vastaajien taustatiedot

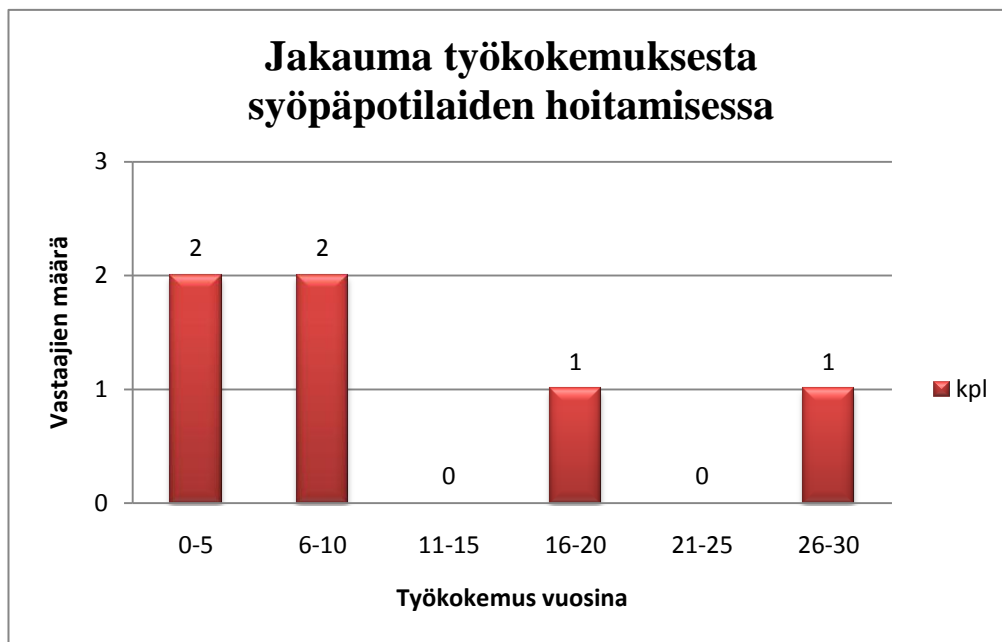
Kyselylomakkeen palautti kaiken kaikkiaan kuusi vastaajaa, joista kaikki olivat naisia. Kolme vastaajista oli 41–50 vuotta ja toiset kolme 51–60-vuotiaita. Koulutukseltaan vastaajista kaksi oli perushoitajaa sekä neljä opistoasteen sairaanhoitajaa, joista kahdella oli erikoissairaanhoitajan pätevyys: toinen sairaanhoitajista oli erikoistunut sisätauti-kirurgiseen hoitotyöhön ja toinen psykiatriseen hoitotyöhön.

Tutkimuksessa haluttiin selvittää, kuinka kauan vastaajat ovat työskennelleet hoitoalalla sekä kuinka pitkä kokemus heillä on syöpäpotilaiden hoitamisesta. Työkokemus hoitotyöstä vaihteli kymmenestä vuodesta 39 vuoteen (ks. kuvio 2).



Kuvio 2. Vastaajien työkokemus hoitotyöstä.

Kuviossa 3 kuvataan vastaajien kokemusta syöpäpotilaiden hoidosta. Kokemus vaihteli puolen vuoden ja 27 vuoden välillä. Ainoastaan kahdella vastaajista kokemus syöpäpotilaiden hoitamisesta oli yli kymmenen vuotta.



Kuvio 3. Työkokemus syöpäpotilaiden hoitamisesta.

7.2 Hoitajien käsityksiä terveydestä ja terveyden edistämisestä

Terveyden ja terveyden edistämisen käsitettä määriteltäessä on olemassa useita erilaisia vaihtoehtoja, joten tutkimuksessa oli hyvä kartoittaa, miten hoitajat itse määrittelisivät terveyden ja terveyden edistämisen. Vastaajat kuvasivat terveyttä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena hyvinvointina ja tasapainoisuutena kaikkien eri osa-alueiden välillä. Terveys määriteltiin myös itsensä terveeksi kokemiseksi, jolloin subjektiivinen kokemus omasta terveydestä nousi esiin. Lisäksi kyky tehdä työtä ja kykenevyys sosiaalisiin suhteisiin tuotiin esille.

Fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia.

Tasapainoa kaikkien osa-alueiden suhteen; yhden osa-alueen järkkäminen vaikuttaa myös toisiin.

Että koen itseni terveeksi.

Ihmisen subjektiivinen kokemus omasta terveydestä...

Terveyden edistämisen vastaajat määrittelivät mahdollisuudeksi vaikuttaa omaan terveyteensä sekä jo sairastuttua tai ennen sitä. Ennaltaehkäiseväksi toiminnaksi miellettiin aktiivinen elämäntapa, itsensä hoitaminen sekä perustoiminnoista, ku-

ten monipuolisesta ravitsemuksesta ja riittävästä unesta huolehtiminen. Täysipainoisen elämän elämistä sairauksista huolimatta pidettiin myös osana terveyden edistämistä. Vastaajat kokivat myös ympäristöstä huolehtimisen, työhyvinvointiin vaikuttamisen sekä saatavilla olevan tiedon hyväksi käyttämisen osaksi terveyden edistämistä.

Mahdollisuutta vaikuttaa omiin asioihin terveyden suhteen, sairastuessa ja työhyvinvointiin vaikuttaminen.

Sairauksista huolimatta voi elää mahdoll. täysipainoista elämää.

Aktiivista elämäntapaa.

Oman terveyden edistämistä on monipuolisesta ravinnosta, riittävästä unesta, liikunnasta ja hygieniasta huolehtimista. Ympäristössä huolehtii omalta osaltaan ettei saastuta luontoa: mm. jätevedet, roskat.

Kysymyksessä 7 pyrittiin selvittämään, miten terveyden edistäminen sopii vastaajien mielestä palliatiivisen syöpäpotilaan hoitotyöhön. Neljä vastaajista ilmoitti suoraan palliatiivisen hoidon sopivan hyvin terveyden edistämiseen ja antoivat myös esimerkkejä siitä, miksi näin on. Kaksi vastaajista ei ilmoittanut kantaansa lainkaan, mutta he antoivat kuitenkin esimerkkejä, miten hoitajana voi terveyden edistämällä auttaa palliatiivista syöpäpotilasta. Vastauksissa korostui elämänlaadun parantaminen sekä voimavarojen ylläpitäminen.

Vaikka ihminen on ”kuoleman porteilla” niin pitää pyrkiä pitämään kiinni/yllä niistä/niitä voimavaroja mitä jäljellä on.

...koska hoidamme elävää ihmistä eikä kuolevaa potilasta.

...syöpäpotilaan kohdalla hoitaa hänen omia oireita kaikin mahdoll. keinoin helpottavasti...

Elämisen laadun kohentaminen/ jäljellä olevia voimavaroja käyttäen.

7.3 Hoitajien näkemyksiä palliatiivisen naisten syöpää sairastavan potilaan terveyden edistämisestä

Kysymyksissä 8–12 haluttiin selvittää, miten hoitohenkilökunta edistää palliatiivisessa hoitovaiheessa olevan gynekologisen syöpäpotilaan ja rintasyöpäpotilaan

terveyttä. Kysymyksessä 8 vastaajien tuli kertoa esimerkein, kuinka he edistävät potilaan fyysistä toimintakykyä. Vastaajien mukaan omatoimisuuteen tukeminen, kokonaisvaltaisesta hoidosta huolehtiminen sekä tuen tarjoaminen ovat keskeisessä asemassa fyysistä toimintakykyä edistettäessä. Vastaajat ilmoittivat tukevansa potilasta päivittäisissä toiminnoissa ja kartoittavansa hänen toimintakykyään. Mobilisointi sekä apuvälineiden hankkiminen tuotiin tässä myös esille. Kokonaisvaltaisen hoidon turvaamiseen nostettiin korostaen erityisesti kivunhoidon huomioiminen hoitotyössä. Ravinnon saannista ja hygieniasta huolehtiminen sekä seksuaalisuuden huomioiminen olivat hoitajien mielestä myös edistämässä potilaan fyysistä toimintakykyä. Vastaajat kokivat, että lisäksi tuen tarjoaminen, esimerkiksi tukihenkilön hankkiminen, vertaistuen tarjoaminen tai keskusteluavun tarjoaminen tukisivat osaltaan potilaan fyysistä toimintakykyä.

Riittävä kivunhoito, jotta esim. käveleminen onnistuu. Tarpeellisten apuvälineiden hankkiminen; vaipat, rollaattori, käsituki (=rintasyöpä potilaalla) pyörätuoli.

...tarjoan apua esim. liikkumisen tukemisessa, pesuissa tarpeiden mukaisesti.

Tukemalla päivittäisiä toimintoja.

...että potilas saa mahdoll. paljon itse suoriutua enkä tee puolesta.

Selvitän potilaan jäljellä olevan toimintakyvyn ja kannustan sen käyttämiseen ...mieluisaa ruokaa ja ravintolisiä.

Psyykkisen hyvinvoinnin edistämistä kartoitettiin kysymyksessä 9. Vastaajien mukaan psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseen kuuluu vuorovaikutus potilaan kanssa, hengellinen tukeminen, omaisten huomioiminen, sosiaalisen tuen sekä omaan hoitoon osallistumisen mahdollistaminen ja virikkeiden järjestäminen. Myös seksuaalisuuden sekä riittävän kivunhoidon huomiointi mainittiin. Psyykkisen hyvinvoinnin edistämällä turvataan potilaan elämänlaadun parantaminen, kärsimyksen lievittäminen sekä omatoimisuuteen tukeminen.

...hänen naisellisuuden kuvaansa tukien esim. peruukit, rintaimpl., vertaistuki mahd. tukihenkilön avulla...

...mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitamiseen.

Kuuntelen potilasta jos hän haluaa puhua esim. sairaudesta, perheestä ym. Potilaan omaisten tukemista ja omaisten mukaan ottaminen päivittäisiin hoitoihin jos he haluavat.

...kysyn haluaisiko hän keskusteluapua esim. sairaalateologi/tukihlö.

Järjestän saataville radion, tv:n, kirjoja ja lehtiä.

Tutkimuksessa haluttiin huomioida myös palliatiivisen naisten syöpää sairastavan potilaan seksuaalisuuden tukeminen, ja kysymyksessä 10 otettiin selvää, kuinka hoitohenkilökunta ottaa potilaan seksuaalisuuden huomioon hoitotyössä. Yksi vastaajista ei vastannut kysymykseen ja yhdelle vastaajista ei ollut sattunut kohdalle potilasta, jonka kanssa asia olisi tullut esille. Neljä vastaajaa oli sitä mieltä, että ottavat naispotilaan seksuaalisuuden hoidossa huomioon mahdollistamalla omaisten vierailuja osastolla, ottamalla potilas yksilöllisesti huomioon, osoittamalla potilaalle välittämistä sekä auttamalla häntä naisellisten piirteiden korostamisessa.

Haluan auttaa naiseuden korostamisessa. Kannustan käyttämään mahd. omia sieviä vaatteita. Autan hygienian ja kauneuden hoidossa esim. hiusten laitossa, ihon hoidossa.

Omaisten vierailut mahdollisia.

Otan potilaan huomioon yksilöllisesti.

...kuunnellen ihon kosketuksena esim. halaamalla tarvitt.

Kysymyksessä 11 vastaajia pyydettiin kertomaan esimerkein, kuinka edistävät palliatiivisen naisten syöpää sairastavan potilaan sosiaalisia suhteita sekä sosiaalista kanssakäymistä. Vastauksista selvisi, että sosiaalisten suhteiden edistäminen tapahtuu potilaan yhteydenpidon mahdollistamisella, keskusteluavun tarjoamisella, potilaan sosiaalisuuden huomioimisena osaston toiminnassa sekä omaisten mukaan ottamisena. Osastolla etenkin tiloihin on panostettu. Vastaajien mukaan läheisillä on mahdollisuus osastolla yöpymiseen eikä osastolla ole tiukkoja vierailu-aikoja. Potilaita myös kannustetaan yhteydenpitoon ja hoitajat avustavat tarvittaessa potilasta, esimerkiksi puhelimen kanssa. Myös kotilomien mahdollistaminen potilaille tukee vastaajien mielestä sosiaalista kanssakäymistä.

Kannustamalla pitämään yhteyttä omaisiin ystäviin; saa käydä osastolla kun vieraille sopii... Tarjoamalla vertaistukea...

Kotilomia potil. voinnin mukaan.

Tuen omaisia ja läheisiä, otan heidät mukaan potilaan hoitoon.

Pyrin järjestämään rauhallisen ympäristön seurusteluun. Tarvittaessa autan yhteydenpitoa omaisiin ja ystäviin...

...on pienempiä oleskelutiloja, joissa potilaat voivat tavata toisiaan ja läheisiään.

Kohdassa 12 selvitettiin, mikä osa-alue (fyysinen, psyykkinen vai sosiaalinen) on kaikkein tärkein naisten syöpää sairastavan palliatiivisen potilaan terveyden edistämässä. Vastaajista viisi oli sitä mieltä, että psyykkinen osa-alue on kaikista tärkein. Yksi vastaaja katsoi sosiaalisen puolen olevan tärkein. Perustelut psyykkisen osa-alueen puolesta vaihtelivat. Yhden vastaajan mielestä ihminen jaksaa paremmin fyysisen ja sosiaalisen osa-alueen kanssa, kun psyykkinen puoli on kunnossa. Myös asioiden käsittelemättömyyden heijastuminen fyysisinä ja sosiaalisina ongelmina tuotiin esiin. Yhden vastaajan mielestä syöpä aiheuttaa merkittäviä muutoksia ulkoiseen olemukseen, joten psyykkisen puolen on oltava kunnossa. Yksi hoitaja perusteli vastaustaan psyykkisen alueen puolesta sillä, että jokaisen ihmisen tulee saada tuntee olevansa rakastettu, ainutkertainen sekä saada kokea turvallisuutta ja rauhaa. Sosiaalisen osa-alueen tärkeimmäksi maininnut vastaaja korosti omaisten läheisyyden tärkeyttä ihmisen loppuvaiheissa.

Psyykkinen osa-alue, koska syöpä naisella aiheuttaa merkittäviä muutoksia ulkoiseen olemukseen.

Sosiaalinen, omaisten läheisyys loppuvaiheessa tärkeä.

Psyykkinen, koska jos hänellä tämä osa-alue on "terve" hän jaksaa paremmin niin fyysisen kuin sosiaalisen osa-alueen kanssa...

7.4 Terveyden edistämisen näkyminen osastolla

Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, miten terveyden edistäminen näkyy vastaajien mielestä heidän osastollaan. Vastauksissa tuli esiin, että osastolla toteutetaan

inhimillistä potilaslähtöistä hoitotyötä, eli potilasta ja hänen omaisiaan pyritään huomioimaan yksilöllisesti hoitotyössä. Potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan sekä toiveita pyritään mahdollisuuksien mukaan toteuttamaan. Osastolla panostetaan oireenmukaiseen hoitoon sekä näin ollen kivunhoito saa suuren painoarvon. Vastaajien mukaan potilaan hoidossa myös mahdollistetaan potilaan omien voimavarojen käyttö kuntouttavalla työotteella.

...kivunhoito hallinnassa, omien voimavarojen käytön mahdollistaminen, asiakkaan omantahdon kunnioittaminen. Erilaisten toiveiden toteuttaminen.

Kipujen lievitykseen panostetaan paljon.

Inhimillinen, yksilöllinen potilaasta lähtevä hoitotyö...

Teemme kuntouttavaa hoitotyötä, pyritään myös yksilölliseen hoitotyöhön.

Potilaan itsemääräämisoikeus. Omaisten huomioiminen, yhteistyö. Hyvä oireenmuk. hoito.

Useat vastaajat toivat myös ilmi, että lisäksi osaston riittävät ja valoisa tilat mahdollistavat potilaan terveyden edistämisen henkilökunnan koulutusta unohtamatta. Osastolla on paljon yhdenhengenhuoneita sekä omaisilla on mahdollisuus yöpyä halutessaan osastolla. Apuvälineitä on saatavilla sekä osastolla on mahdollisuus saunoakin. Myös osaston lupapaikkatoiminnan avulla potilaan on mahdollista päästä kotilomille.

Henkilökunnan koulutus. Yhdenhengen huoneet. Valoisat, tilavat yhteiset tilat.

Osastolla mahdollisuus saunoa. Lupapaikka-toiminta mahdollistaa kotilomat.

Mahdollisuus omaisilla yöpyä osastolla.

Esim. yhden hengen huoneet mahdollistaen potilaan ja hänen läheisten "oman rauhan" halutessaan.

Tilat riittävät, apuvälineitä saatavissa...

7.5 Terveyden edistämisen vaikeuksia hoitajien kuvaamana

Kysymyksessä 14 vastaajia pyydettiin luettelemaan, mitkä asiat vaikeuttavat palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistämistä. Kaksi vastaajista ei ollut ymmärtänyt kysymystä sekä yksi oli jättänyt kokonaan vastaamatta. Kolmen hoitajan vastauksissa ilmeni, että osittainen tilojen riittämättömyys, potilaan huono kokemus omasta voinnistaan sekä kouluttautuneen henkilökunnan vähyys vaikeuttavat terveyden edistämistä. Tilojen riittämättömyyden perusteluina yksi vastaajista esitti apuvälineiden säilytyksen potilashuoneissa, jolloin potilaan kanssa liikkuminen voi muodostua vaivalloiseksi. Potilaan väsymys, kivut, voimavarojen heikkous, lääkitys, huono ruokahalu ja masentuneisuus koettiin vaikeuttavan terveyden edistämistä. Yksi vastaajista koki, ettei hoitajilla ole tarpeeksi aikaa terveyden edistämiseen, mikä liittyy kouluttautuneen hoitohenkilökunnan vähyyteen osastolla.

Osaston ahtaus -> apuvälineiden säilytys potilashuoneissa -> liikkuminen vaivalloista.

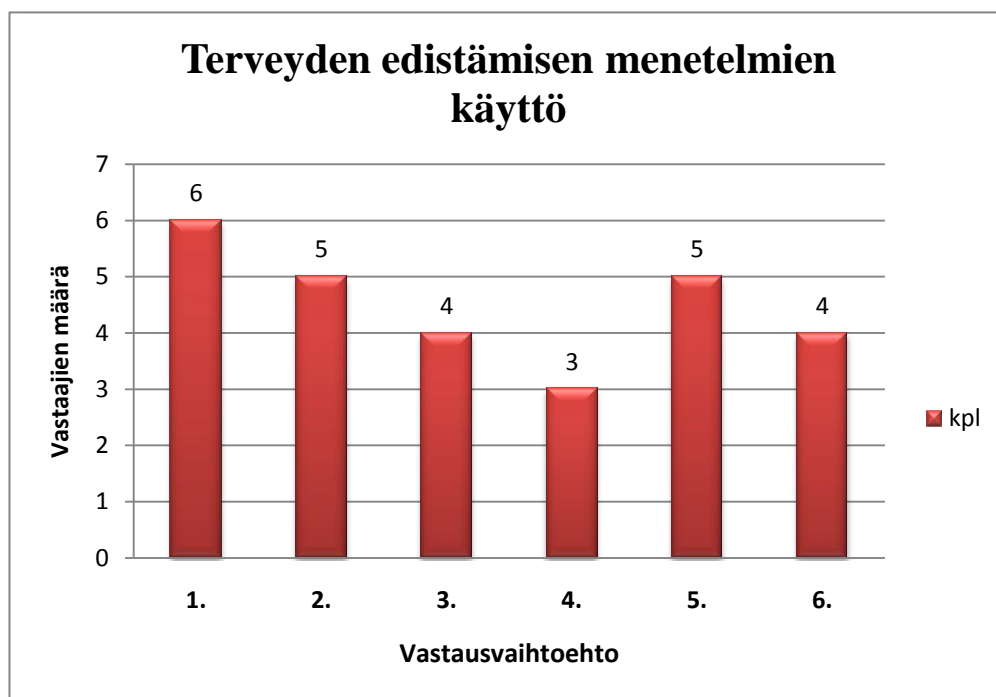
Henkilökunnan vähyys -> ei ole riittävästi aikaa. Kouluttamaton henkilökunta!

Väsymys, voimavarat heikot, kivut ja lääkehoidot, huono ruokahalu, monesti myös masennus.

7.6 Terveyden edistämisen menetelmien käyttäminen hoidossa

Hoitohenkilökunnan käyttämiä terveyden edistämisen menetelmiä palliatiivisen syöpäpotilaan hoidossa kartoitettiin monivalintakysymyksellä 15 (ks. kuvio 4). Vastaajan tuli rastittaa hänelle sopivimmat vastausvaihtoehdot. Vain yksi hoitaja oli rastittanut kaikki kuusi vastausvaihtoehtoa. Vaihtoehtona 1 oli seuraava: hoitotilanteissa hoitaja kuuntelee potilasta, vastaa hänen kysymyksiinsä sekä keskustelee hänen kanssaan mieltä askarruttavista asioista. Vaihtoehtona 2 oli potilaan toiminnan arviointi ja siitä hänelle positiivisen palautteen antaminen. Kolmantena vaihtoehtona oli potilaan voinnin tai toimintatapojen kartoittaminen kysymyksillä sekä tiedon antaminen asiat kerraten. Yksi vastaajista ei osannut vastata toiseen eikä kolmanteen vastausvaihtoehtoon.

Vaihtoehdossa 4 oli kysymys potilaan neuvomisesta ja ohjaamisesta, jotta hänen toimintansa muuttuisi positiivisemmaksi/terveellisemmäksi. Viidennessä vaihtoehdossa oli potilaan kanssa hänen hoitonsa suunnittelu, jolloin asioiden hoito sekä hoitotoimenpiteet toteutuvat yhteistyössä. Viimeisessä eli kuudennessa vaihtoehdossa käsiteltiin potilaan osallistumisen edistämistä omaan hoitoonsa kysymysten esittämisellä. Vaihtoehtoon sisältyi myös potilaan omien näkemysten ja toimintamallien huomioonottaminen sekä niiden hyväksyminen.



Kuvio 4. Terveyden edistämisen menetelmien käyttö palliatiivisen syöpäpotilaan hoidossa.

7.7 Hoitohenkilökunnan asenteet ja valmiudet terveyden edistämiseen

Tutkimuksessa haluttiin selvittää hoitohenkilökunnan valmiuksia palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistämiseen. Lisäksi haluttiin kartoittaa hoitajien asenteita palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistämistä kohtaan. 5-portaisella Likertin asteikolla esitettiin erilaisia väittämiä, joihin hoitajat olivat vastanneet raskittamalla heidän mielestään parhaiten kuvaavaa vaihtoehtoa. Vastausvaihtoehdot ”täysin samaa mieltä” ja ”jonkin verran samaa mieltä” laitettiin tuloksia analysoitaessa yhteen sekä myös vaihtoehdot ”täysin eri mieltä” ja ”jonkin verran eri miel-

tä”. Vastaajista kaikki olivat samaa mieltä siitä, että terveyden edistämisen toimenpiteet parantavat palliatiivisen syöpäpotilaan elämänlaatua. Niin ikään kaikki vastaajista olivat myös samaa mieltä, että he pyrkivät tunnistamaan palliatiivisen syöpäpotilaan vahvuuksia ja löytämään hänen omia voimavarojaan. Selvä enemmistö, eli viisi vastaajaa oli eri mieltä väittämästä, että palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistäminen on hyödytöntä. Yksi vastaaja ei ollut väittämästä samaa eikä eri mieltä.

Väittämään ”Palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistäminen tuntuu vaikealta.” tuli kysymyksistä eniten hajontaa. Vastaajista kaksi oli samaa mieltä väittämän kanssa ja yksi vastaaja ei ollut samaa eikä eri mieltä. Eri mieltä väittämästä oli puolet vastaajista. Suurin osa, eli viisi vastaajaa oli eri mieltä väittämästä, että ”Minulla ei ole tarpeeksi tietoa edistää palliatiivisen syöpäpotilaan terveyttä.” Yksi vastaaja oli väittämän kanssa samaa mieltä. Kaikki kuusi vastaajaa olivat samaa mieltä siitä, että heillä on saamansa koulutuksen pohjalta valmiuksia edistää palliatiivisen syöpäpotilaan terveyttä. Yli puolet vastaajista oli samaa mieltä siitä, että haluaisivat lisää tietoa siitä, miten palliatiivisen syöpäpotilaan terveyttä voitaisiin edistää. Kaksi vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämästä.

Kolme vastaajaa vastasi vielä kysymykseen, jossa tiedusteltiin, minkälaista tietoa vastaaja ensisijaisesti tarvitsisi palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistämiseksi. Yksi vastaaja toivoi lisäkoulutusta kivunhoitoon liittyvistä asioista sekä syöpähoidoista, kuten sytostaatti- ja sädehoidoista. Toinen vastaaja ilmaisi mielenkiintonsa kaikenlaisiin koulutuksiin, mitä asiasta voitaisiin järjestää. Kolmannen vastaajan mukaan voisi kenties olla vielä jotain, mitä hän ei itse tiedä, joten lisäinformaatio olisi tervetullutta.

Esim. kivunhoitoon liittyvistä, syöpähoidoista, sytostaatit, sädehoi-
dot.

Kaikenlaiset koulutukset asiasta olisivat tervetulleita.

Olisiko vielä jotain mitä en kenties tiedä!

8 POHDINTA

8.1 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää palliatiivisessa hoitovaiheessa olevan naisten syöpää sairastavan, eli gynekologisen syöpäpotilaan ja rintasyöpäpotilaan terveyden edistämistä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuksessa selvitettiin myös, miten hoitohenkilökunta edistää kyseessä olevan potilasryhmän terveyttä sekä sitä, mitkä valmiudet hoitajilla on palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistämiseen. Aiheesta en ole löytänyt aikaisempia tutkimuksia, joten tutkimustuloksia vertailllessani käytän hyväksi muun muassa aiempia sekä palliatiivisen hoidon tutkimuksia että syöpäpotilaan hoidosta tehtyjä tutkimuksia. Olen myös ottanut työhöni mukaan tutkimuksia pitkäaikaissairaiden terveyden edistamisestä Suomessa.

Tutkimuksessani selvitettiin, miten vastaajat itse määrittelisivät käsitteitä terveys ja terveyden edistäminen. Halusin tarkastella tätä asiaa, koska se, miten hoitajat mieltävät käsitteet itse, antaa kuvaa heidän arvomaailmastaan ja ohjaa heidän toimimistaan myös potilaiden hoitamisessa. Tutkimustulosteni perusteella voidaan todeta, että usean vastaajan mielestä terveys määriteltiin fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena, jossa korostuu subjektiivinen kokemus omasta terveydestä. Myös WHO:n vuoden 1986 määritelmä terveydestä on lähes samankaltainen. Siinä terveys nähdään myönteisenä käsitteenä korostaen sosiaalisia ja henkilökohtaisia voimavaroja sekä fyysisistä toimintakykyä. Yksikään vastaajista ei ollut terveyden biolääketieteellisen näkökulman kannalla, jossa terveys määritellään elimistön toimintojen fysiologisenä ja psykologisenä virheettömyytenä. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.)

Tässä opinnäytetyössä terveyden edistäminen tarkoittaa toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisessa. Terveyden edistämisen käsitteestä vastaajat olivat tutkimukseni tulosten perusteella myös hyvin selvillä. Terveyden edistäminen nähtiin muun muassa mahdollisuudeksi vaikuttaa omaan terveyteensä sekä jo sairastuttua tai ennen sitä, eli promotiivinen ja preventiivinen näkökulma löytyi molemmat vasta-

uksista, mikä oli ilo huomata. Lisäksi ympäristöstä huolehtiminen mainittiin osana edistävää toimintaa.

Tutkimukseni tulosten mukaan terveyden edistäminen sopii hyvin palliatiivisen syöpäpotilaan hoitotyöhön ja hoitajien vastauksissa korostui potilaan elämänlaadun parantaminen sekä voimavarojen ylläpitäminen. Richardsonin (2002) tutkimuksessa määritelmä terveyden edistämisestä on keskeinen palliatiiviselle hoitotyölle perusterveydenhuollossa. Tämä osoittaa, että kokonaisvaltainen palliatiivinen hoito on potilaille ihanteellinen.

Pitkäaikaissairaiden terveyden edistämistä on kuvattu Kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksen pilottitutkimuksessa potilaan toimintojen vireillä pitämiseksi. Terveyden edistämisen kohteena olivat myös pitkäaikaispotilaiden omaiset, joiden koettiin tarvitsevan läsnäoloa konkreettisen avun ja neuvojen antamaa tukea kotona selviytymiseksi. (Pietilä, Varjoranta & Matveinen 2008.) Laari (2007) on tutkinut ainoana Suomessa pitkäaikaishoidossa olevien dementiapotilaiden terveyden edistämistä. Hänen tutkimuksessaan hoitajat olivat kuvanneet dementiapotilaiden terveyden edistämistä potilaan henkisiin, fyysisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin perustuvana hoitohenkilöstön toimintana. Hoitajien tehtävänä oli Laarin mukaan kuntoutuksen ja terveyttä edistävän toiminnan avulla hidastaa mahdollisuuksien mukaan oireiden pahenemista. Terveyden edistämisen hoitajat liittivät esimerkiksi potilaan perushoittoon, ravitsemukseen, lepoon, liikuntaan, viriketoimintaan, hoitoympäristöön ja ihmisarvoon.

Myös tässä opinnäytetyössä vastaajat kuvasivat naisten syöpää sairastavan palliatiivisen potilaan terveyden edistämistä erikseen potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen osa-alueen kohdalla. Hoitajien vastauksissa tuli esiin sekä promotiivinen että preventiivinen näkökulma potilaan hoitamisessa aivan niin kuin myös terveyden edistämisen määrittelyssä, mikä tuli jo aikaisemmin esiin. Potilaan fyysisistä toimintakykyä vastaajat edistivät omatoimisuuteen tukemisella, kokonaisvaltaisesta hoidosta huolehtimisella sekä tuen tarjoamisella. Kokonaisvaltaisen hoidon turvaamiseen nostettiin korostaen erityisesti kivunhoidon huomioiminen hoitotyössä.

Psyykkistä hyvinvointia hoitajat edistävät tutkimukseni vastausten mukaan vuorovaikutus potilaan kanssa, hengellinen tukeminen, omaisten huomioiminen, sosiaalisen tuen sekä omaan hoitoon osallistumisen mahdollistaminen ja virikkeiden järjestäminen. Syöpäpotilaan selviytymistä tukeva terveyden edistämisen keino on osoittautunut aikaisemman tutkimuksen mukaan tehokkaaksi potilaan mielenterveyden kannalta (Boer, Elving & Seydel 1998). Tutkimuksessani potilaan sosiaalisia suhteita pyrittiin edistämään potilaan yhteydenpidon mahdollistamisella, keskusteluavun tarjoamisella, potilaan sosiaalisuuden huomioimisena osaston toiminnassa sekä omaisten mukaan ottamisena.

Naispotilaan seksuaalisuus otettiin vastaajien mukaan hoidossa huomioon mahdollistamalla omaisten vierailuja osastolla, ottamalla potilas yksilöllisesti huomioon, osoittamalla potilaalle välittämistä sekä auttamalla häntä naisellisten piirteiden korostamisessa. Seksuaalisuus onkin keskeinen osa jokaista ihmistä ja ihmisten perustarpeita, joita ovat muun muassa kaipuu ja halu kontaktiin, läheiseen suhteeseen, tunteiden ilmaisemiseen, mielihyvään, hellyyteen sekä rakkauteen (Seksuaalioikeuksien julistus 1999).

Tutkimukseni tulosten perusteella voidaan todeta, että suurin osa vastaajista piti potilaan psyykkistä osa-aluetta kaikkein tärkeimpänä naisten syöpää sairastavan palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistämisessä. Myös yhdessä vastauksessa sosiaalinen puoli nähtiin tärkeimpänä. Rusin (1997) tutkimuksessa tuli esiin, että aikaisemmin potilaan fyysisen hyvinvoinnin ylläpitäminen on ollut hoitohenkilökunnan mielestä tärkeämpää kuin psyykkis-sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen (Laari 2007, 4–5).

Oulun kaupungin sairaalan osasto A2:n osastoesitteessä mainitaan, että potilaan voimavaroja tukeva hoitotyö perustuu yhteiseen arvioon potilaan terveydestä ja toimintakyvystä. Osastolla motivoidaan, rohkaistaan, tuetaan ja ohjataan omatoimisuuteen. Myös osaston tilat pyritään järjestämään omatoimisuutta tukevaksi. Sekä potilaalle että omaisille annetaan tietoa sairauksista sekä heitä rohkaistaan osallistumaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon. (Oulun kaupunginsairaala 2007.)

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan terveyden edistäminen näkyy palliatiivisen hoidon osastolla juuri samalla tavalla, kuin osaston esittelyssäkin on tuotu esille. Tämä osoittaa sitä, että hoitajat tuntevat osaston hoitotyön arvot ja osaavat hyödyntää niitä käytännössä. Osastolla toteutetaan vastaajien mukaan inhimillistä potilaslähtöistä hoitotyötä, eli potilasta ja hänen omaisiaan pyritään huomioimaan yksilöllisesti. Potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan sekä toiveita pyritään mahdollisuuksien mukaan toteuttamaan. Osastolla panostetaan oireenmukaiseen hoitoon sekä näin ollen kivunhoito saa suuren painoarvon. Vastaajien mukaan potilaan hoidossa myös mahdollistetaan potilaan omien voimavarojen käyttö kuntouttavalla työotteella. Lisäksi vastaajat toivat esiin osaston avarat tilat, jotka auttavat potilaan terveyden edistämässä. Terveyttä edistävän elinympäristön tulisi-kin Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) mukaan olla esteetön, turvallinen, viihtyisä, virikkeinen ja sosiaalista hyvinvointia edistävä.

Laari (2007) on selvittänyt tutkimuksessaan myös dementiapotilaiden terveyden edistämistä estäviä tekijöitä, joita hoitajien mukaan ovat muun muassa riittämätön henkilökuntamäärä sekä henkilökunnan että potilaiden persoonalliset ominaisuudet. Myös tiedon ja koulutuksen puute vaikeuttaa Laarin mukaan terveyden edistämistä. Tutkimuksessani kartoitettiin palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistämisen vaikeuksia, jotka olivat vastaajien mukaan samansuuntaisia kuin Laarin tutkimuksessa. Tutkimukseni tulosten mukaan hoitajat kokivat koulutetun henkilökunnan määrän vähyyden, osittaisen tilojen riittämättömyyden sekä potilaan huonon kokemuksen omasta voinnistaan vaikeuttavan terveyden edistämistä.

Hyödynnettävissä olevia terveyden edistämisen keinoja aikaisempien tutkimusten mukaan ovat hoitajan kannalta osallistumisen mahdollistaminen, kannustaminen, tiedon lisääminen, ohjaaminen, yhteistyö ja osallisuuden edistäminen (Koskinen-Ollonqvist ym. 2007). Tämän tutkimuksen tuloksissa tuli esiin, että osasto A2:n hoitajat käyttivät eniten potilaan osallistumisen mahdollistamista hoitoonsa, potilaan kannustamista sekä yhteistyötä potilaan kanssa terveyden edistämisen välineinä. Kaikista keinoista vähiten käytettiin potilaan ohjaamista.

Palliatiivisten potilaiden havaintoja hoitajien vuorovaikutuksesta on aikaisemmin tutkittu terveyden ja hyvinvoinnin vahvistamisessa. Potilaiden mukaan hoitajien

sekä tasavertainen ja henkilökohtainen että ammatillinen vuorovaikutus johti parantuneeseen tunteeseen fyysisestä ja psyykkisestä terveydestä sekä hyvinvoinnista. Potilaiden mielestä ihmisläheinen, mutta samalla ammatillinen vuorovaikutus on keskeinen osa palliativista hoitotyötä. (Richardson 2002.)

Syövän erilaisten oireiden hoito kehittyy koko ajan, mikä asettaa hoitajille haasteita ja vaatimuksia tietojen ja taitojen suhteen. Palliativisen hoidon perusajatuksena on ottaa ihminen huomioon kokonaisvaltaisesti, joten hoitajat tarvitsevat paljon erilaisiin fyysisiin ja psyykkisiin oireisiin ja sairauksiin liittyvää tietoa. Syöpäpotilaita hoitaville sairaanhoitajille tuleekin järjestää erilaisia kursseja ja täydennyskoulutusta syöpäpotilaan hoitotyön eri osa-alueilta tietojen ja taitojen ajan tasalla pysymisen turvaamiseksi. (Kuuppelomäki & Eriksson 2000, 331–336.) Vain ammattitaitoisen henkilökunnan avulla kokonaisvaltainen hoito voi mahdollistua.

Tämän tutkimuksen tuloksista voidaan päätellä, että hoitajat asennoituvat palliativisen syöpäpotilaan terveyden edistämiseen myönteisesti. Yhdenkään vastaajan mielestä terveyden edistäminen ei ole hyödytöntä palliativisessa hoitotyössä, mikä on merkittävää huomata. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että palliativisen syöpäpotilaan terveyden edistäminen tuntuu vaikealta, mutta kuitenkin tulosten mukaan kaikki kyselyyn vastanneet hoitajat olivat sitä mieltä, että heillä on saamansa koulutuksen pohjalta valmiuksia edistää palliativisen syöpäpotilaan terveyttä. Silti yli puolet vastaajista haluaisi lisää tietoa syöpäpotilaan terveyden edistämiseen liittyen. Hoitajat halusivat ensisijaisesti tietoa kivunhoidosta ja syöpähoidoista, kuten sytostaatti- ja sädehoidosta. Vastaavanlaisia tutkimustuloksia on saatu eräässä pohjoisirlantilaisessa tutkimuksessa, jossa todettiin, että syöpäpotilaita hoitavat sairaanhoitajat toivoivat lisää koulutusta muun muassa syöpäpotilaan hoitojen sivuvaikutusten minimoimisesta sekä kivunhoidosta (McCaughan & Parahoo 2000).

Tutkimustuloksista voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset:

1. Hoitohenkilökunta edistää palliativisessa hoitovaiheessa olevan gynekologista syöpää ja rintasyöpää sairastavan potilaan terveyttä omatoimisuuteen tukemisella,

kokonaisvaltaisesta hoidosta huolehtimisella sekä monipuolisen tuen tarjoamisella. Hoidossa mahdollistetaan potilaan omien voimavarojen käyttö kuntouttavalla työotteella. Myös omaisten ja läheisten, potilaan seksuaalisuuden ja riittävän kivunhoidon huomiointi sekä virikkeiden järjestäminen osastolla on olennainen osa terveyden edistämistä. Potilaan omaan hoitoon osallistumisen mahdollistaminen, kannustaminen sekä yhteistyö potilaan kanssa ovat eniten käytettyjä menetelmiä terveyden edistämässä.

2. Hoitohenkilökunnan valmiudet edistää palliatiivisen syöpäpotilaan terveyttä olivat hyvät, joskin palliatiivisen potilaan terveyden edistäminen koettiin myös vaikeaksi ja siitä haluttiin lisää tietoa. Ensisijaisesti tietoa haluttiin kivunhoidosta ja eri syöpähoidoista. Osaston osittainen tilojen riittämättömyys, koulutetun henkilökunnan vähyys sekä potilaan huono kokemus omasta voinnistaan vaikeuttivat terveyden edistämistä.

Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää hyväksi osaston hoitotyön kehittämisessä erityisesti naisen syöpää sairastavien potilaiden terveyden edistämisen näkökulmasta. Tutkimukseni halusin tehdä mahdollisimman käytännönläheiseksi, jotta se hyödyttäisi käytännön työn lisäksi myös omaa oppimista ja kehittymistäni hoitotyön tulevana ammattilaisena. Opinnäytetyön tekeminen antoi minulle runsaasti tietoa palliatiivisesta hoidosta sekä naisten yleisimmistä syöivistä ja niiden hoitamisesta. Ennen kaikkea opin liittämään terveyden edistämisen näkökulman sairauksien hoitamiseen, mikä on tärkeää terveydenhoitajan työssä. Opinnäytetyön tekemisellä halusin myös oppia, miten tulevana terveydenhoitajana voisi edistää myös jo sairastuneiden ihmisten tai parantumattomasti sairaiden terveyttä. Haluaisin jossain vaiheessa työuraani työskennellä naistentautien osastolla tai naisten syöpäosastolla, joten uskon, että opinnäytetyön tekemisestä on paljonkin hyötyä jo aivan lähitulevaisuudessa.

8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen etiikka alkaa jo tutkimusaiheen valinnasta (Hirsjärvi ym. 2009, 24). Aiheeni valinnassa pyrin miettimään, ettei aiheeni ole liian arka ja ettei tutkimukseni loukkaisi ketään. Tutkimusaihe ja tutkimusongelma eivät saa loukata ketään

eivätkä saa sisältää väheksyntää jostain potilas- tai ihmisryhmästä (Leino-Kilpi 2009b, 365). Sain tutkimukselleni palvelujohtaja Arto Lambergin allekirjoittaman kirjallisen luvan huhtikuussa 2009. Tutkimuslupa-anomuksessa alun perin toisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan valmiuksia palliatiivisessa hoidossa olevan gynekologisen syöpäpotilaan ja rintasyöpäpotilaan terveyden edistämiseen, sekä strukturoidut kysymykset oli tarkoitus analysoida SPSS- ohjelmalla.

Päätin tutkimuksen edetessä kuitenkin muuttaa hieman toista tutkimuskysymystäni yleisempään suuntaan hoitajien valmiuksiin pelkästään palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistämisessä. Ajattelin, että hoitohenkilökunnan valmiuksia potilaan terveyden edistämiseen olisi mielekkäämpää tutkia ottamalla mukaan isompi potilasryhmä, eli palliatiiviset syöpäpotilaat. Muutin myös strukturoitujen kysymysten analyysitapaa, koska huomasin, ettei aineistoni tarvitse SPSS- ohjelman kaltaista tilastointiohjelmaa. Kvalitatiiviselle tutkimukselle tyypillistä onkin, että tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä. Tutkimuksen suunnitelmia muutetaan olosuhteiden mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.) Koska muutokset tutkimukseni kohdalla eivät olleet oleellisesti suuria, päätin ohjaajani kanssa jättää tekemättä uutta tutkimuslupa-anomusta.

Kyselylomakkeiden mukaan laitoin saatteen, jossa vastaajia informoitiin muun muassa tutkimuksen tarkoituksesta, vastaajien anonymiteetin säilyttämisestä, vapaaehtoisesta osallistumisesta sekä annettiin ohjeita kyselyyn vastaamiseen. Annoin vastaajille myös yhteystietoni, jotta he olisivat voineet milloin vain ottaa minuun yhteyttä tutkimukseeni liittyen. Vastausaikaa annoin reilusti, jotta jokainen saisi paremmin itse päättää, milloin kyselyyn vastaisi. Kyselylomakkeiden palauttamista varten palveluesimiehen huoneeseen oli varattu palautuskirjekuori, jolloin varmistettiin, että vastaukset olivat suojassa. Tietystikään ei voi olla täysin varma, ettei joku olisi niitä voinut selaila, koska kirjekuori ei ollut suljettu. Analysointivaiheessa tutkimuksesta saatua aineistoa käsiteltiin luottamuksellisesti sekä aineiston analyysin ja johtopäätösten tekemisen jälkeen kyselylomakkeet hävitettiin asianmukaisesti.

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytetään yleensä kahta käsitettä, joita ovat tutkimuksen reliabelius sekä validius. Reliabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, eli tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validius tarkoittaa vastaavasti mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituksena mitata. Mittarit ja menetelmät eivät kuvaa sitä todellisuutta, mitä tutkija luulee tutkivansa, esimerkiksi kyselylomakkeiden kysymyksiin saadaan aivan toisenlaisia vastauksia, mitä tutkija on itse ajatellut saavansa. Tämä voi johtua muun muassa siitä, että vastaajat ovat saattaneet käsittää monet kysymykset erilailla. Jos tutkija vielä esittää tulokset oman alkuperäisen ajattelutapansa mukaisesti, ei tuloksia voida pitää pätevinä eikä mittaria luotettavana. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–232.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymykset ovat yhteydessä tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin sekä tulosten esittämiseen. Aineiston keräämisessä saatu tieto riippuu siitä, miten tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. (Janhonen & Nikkonen 2003, 36.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta parantaa tutkijan täsmällinen selostus tutkimuksen toteuttamisesta tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Aineiston tuottamisen olosuhteet sekä analyysivaiheen luokittelun perusteet tulisi kertoa selvästi ja totuuden mukaisesti. Olisi myös hyvä kertoa, millä perusteella tutkija esittää tulkintoja ja mihin hän päätelmänsä perustaa. Tässä apuna voivat olla esimerkiksi suorat haastatteluotteet tai muut autenttiset dokumentit. (Hirsjärvi ym. 2009, 232–233.) Tutkimuksestani saadut tulokset olen esittänyt työssäni rehellisesti vastaajien alkuperäisiä vastauksia muuttamatta.

Käytin tutkimukseni avoimissa kysymyksissä analyysimenetelmänä induktiivista sisällönanalyysia, josta esimerkki on liitteessä 4. Tämän avulla pyrin osoittamaan, kuinka saadut vastaukset liittyvät tutkimuksen tuloksiin ja johtopäätöksiin. Lisäksi esitin tutkimustulosten yhteydessä alkuperäisiä ilmauksia, mikä lisää luotettavuutta tutkimuksesta saatujen johtopäätösten osalta. Pyrin selostamaan aineiston analyysin mahdollisimman tarkasti. Sisällönanalyysin haasteena onkin, miten tutkija pystyy pelkistämään aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tutkijan on pystyttävä osoittamaan yhteys tuloksen ja aineiston välillä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 36–37.) Tutkimuksen tulokset antoivat

vastaukset määriteltyihin tutkimusongelmiin, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuus voi kuitenkin hieman kärsiä siitä, että toteutin tutkimukseni yksin, koska en ole voinut verrata esimerkiksi sisällönanalyysistä saamiani tuloksia kenenkään kanssa ja en tiedä, olisiko joku toinen luokitellut ja analysoinut ne merkittävästi erilailla. Sisällönanalyysin luotettavuuden lisäämiseksi suositellaankin esimerkiksi toisen luokittelijan käyttämistä (Janhonen & Nikkonen 2003, 37).

Tässä tutkimuksessa aineiston tiedonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta, jossa oli sekä avoimia että strukturoituja kysymyksiä. Lomakkeen luotettavuutta arvioitaessa pitää huomioida kyselyn haittoja. Kyselytutkimuksen heikkouksina pidetään aineiston pinnallisuutta, vastaamattomuutta sekä vastaajista johtuvia syitä. Hyvän kyselylomakkeen tekeminen voi olla haastavaa, sekä tutkijalta vaaditaan tiedon ja taidon lisäksi aikaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.) Tutkijana ei voi varmistua siitä, kuinka rehellisesti ja huolellisesti vastaajat ovat vastanneet lomakkeeseen, eikä siitä, miten vastaajat ovat ymmärtäneet kysymykset.

Kysely pyrittiin laatimaan mahdollisimman selkeäksi ja ymmärrettäväksi. Kysymysten ymmärrettävyyttä lisäsi se, että muutamia avoimia kysymyksiä taustoitettiin helpottamaan vastaamista. Näin mahdollistettiin kysymyksiin vastaaminen, vaikka aihe olisikin ollut vastaajalle hieman oudompi. Toisaalta voidaan miettiä, johdattelivatko taustoitukset vastaajan vastaamaan tutkijan antaman esimerkin mukaisesti. Avoimet kysymykset lisäävät myös tutkimuksen validiteettia, koska tutkija ei ehdota vastauksia sekä antaa vastaajan itse kertoa, mitä asiasta ajattelee. Monivalintakysymysten laatimisessa käytettiin vastausvaihtoehtoja, joihin vastaaja merkitsee rastin. Rastittaminen on osoittautunut helpommaksi vastaajille, joten sen vuoksi rengastamista ei käytetty (Hirsjärvi ym. 2009, 199). 5-portaiseen Likertin asteikkoon annoin vastaajille mahdollisuuden valita myös vaihtoehdon ”ei samaa eikä eri mieltä”, koska se ei pakota vastaajia valitsemaan annetuista mielipiteistä, jos vastaajalla ei todella ole asiasta mitään mielipidettä (Hirsjärvi ym. 2009, 203).

Esitetasin kyselylomakkeen osasto A2:n palveluesimiehelle, jolla on kokemusta palliatiivisten syöpäpotilaiden hoitamisesta. Lomakkeen esitestaaminen on vält-

tämätöntä, jotta voidaan mahdollisesti tarkistaa näkökohtia ja kysymysten muotoilua (Hirsjärvi ym. 2009, 204). Palveluesimiehen antaman palautteen perusteella hän oli ymmärtänyt kaikki kyselyn kysymykset samalla tavalla kuin minä, mutta kertoi kyselyyn vastaamiseen menevän kuitenkin aika paljon aikaa, noin puoli tuntia. Päätin palautteen perusteella olla kuitenkin muuttamatta kyselylomaketta, koska kysymysten karsimisen vuoksi en olisi saanut mielestäni tarpeeksi kattavaa tietoa tutkimusongelmiini. Lomakkeiden testaaminen olisi ollut kuitenkin varmasti hyödyllisempää isommalla joukolla ja se olisi entisestään lisännyt kyselylomakkeen validiteettia. Kyselylomakkeen kysymyksiä olisi voinut tämän perusteella tarkentaa. Tutkimuksessani kaikki vastaajat eivät ymmärtäneet tulosten mukaan kysymystä, jossa haluttiin saada selville palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistämiseen liittyviä vaikeuksia, joten kaksi kysymyksen vastausta jouduttiin tämän vuoksi hylkäämään kokonaan.

Kyselyyn vastasi osaston reilusta 20 hoitajasta kuusi hoitajaa, joista osa oli perushoitajia, sairaanhoitajia sekä erikoissairaanhoitajia. Eri ammattiryhmät toivat tutkimukseen monipuolisuutta, mikä on hyväksi tutkimuksen luotettavuudelle. Olisi ollut kuitenkin mielenkiintoista nähdä, jos kyselyyn olisi vastannut esimerkiksi terveydenhoitajakoulutuksen saanut henkilö, olisivatko vastaukset olleet merkittävästi erilaisia. Työkokemusta oli osalla myös runsaasti sekä hoitotyöstä että syöpäpotilaiden hoitamisesta, mikä lisää osaltaan tutkimuksen validiteettia.

Vastausmäärä jäi kaiken kaikkiaan melko vähäiseksi, mikä voi vastaavasti huonontaa tutkimuksen validiteettia. Toisaalta kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole tarkoitus tuottaa yleistettävää tietoa, joten se ei ole sen kannalta ongelma. Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia asioita, jonka vuoksi lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesin testaaminen vaan aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu (Hirsjärvi ym. 2009, 164). Tutkimuksen vastauksissa alkoi jo usean kysymyksen kohdalla toistua samantyyllisiä vastauksia, mutta ei voida kuitenkaan varmuudella tietää, olisivatko useammat vastaukset tuoneet lisää merkittävää informaatiota aiheeseen.

Vastauksien vähäinen määrä saattaa osittain johtua aiheen erilaisuudesta ja vaativuudesta. Myös kyselylomakkeen pituus sekä liian pitkä vastausaika ovat voineet

olla syinä vähäisiin vastauksiin. Vastaajat pitivät kysymyksiä vaativina, koska kysymyksissä piti todella pohtia vastauksia. Oli mukava huomata, että vastaajat olivat tosissaan ajatelleet aihetta ja se näkyi myös kysymyksiin annetuista runsaista vastauksista. Voidaan kuitenkin spekuloida, olisiko erilainen tiedonkeruumenetelmä, esimerkiksi haastattelu tuonut tutkimuskysymyksiin erilaisia vastauksia. Uskon kuitenkin, että kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla tuotettu tieto olisi jäänyt liian pintapuoliseksi ja tutkijana olisin liikaa rajoittanut vastaajien omaa sananvaltaa. Jotta vastausmäärä olisi voinut mahdollisesti olla suurempi, olisin voinut itse käydä esittelemässä tutkimukseni osastolla ja lisätä hoitohenkilökunnan osallistumisaktiivisuutta.

Kyselylomakkeen yhteydessä annoin vastaajille mahdollisuuden antaa palautetta tutkimukseeni liittyen. Sain yhdessä vastauksessa hyvää kriittistä palautetta, mitä sain itse tutkimuksessani pohtia. Eräs vastaajista kertoi tutkimuksen käsittelevän liikaa terveyden edistämistä ja kysymysten sisältävän ylimääräistä toistoa. Konkreettisia esimerkkejä oli hänen mukaansa vaikea mainita. Sairauden ja kuoleman kohtaamisen näkökulma puuttui kyselystä, mitä hän piti tärkeänä palliatiivisen hoitotyön kannalta. Edellä mainitut asiat ovat mielestäni myös tärkeitä palliatiivisessa hoidossa, mutta tutkimukseni tarkoituksena olikin kartoittaa pääasiassa terveyden edistämistä ja kehittää syöpäpotilaan hoitoa erityisesti terveyden edistämisen näkökulmasta, mikä tulee ilmi myös kyselylomakkeiden saatekirjeestä. Terveyden edistämisessä ei ole tarkoituksaan sulkea pois sairautta, vaan pyrkiä potilaan sairauksista huolimatta kartoittamaan ja tukemaan hänen voimavarojaan. Voi olla, että tutkimusaihe on vielä niin vieras pitkäaikaissairaiden kohdalla varsinkin palliatiivisessa hoidossa, että hoitajat hoitavat potilasta pitkälti sairauden kautta.

8.3 Jatkotutkimusaiheita

Syöpäpotilaan kokemuksista ja tarpeista on tehty enemmän tutkimusta kuin siitä, miten potilasta voidaan parhaiten auttaa ja tukea hoitotyön eri osa-alueilla. Jatkossa tulisi enemmän keskittyä sellaisiin tutkimuksiin, joissa selvitetään, miten eri interventioilla voidaan vaikuttaa potilaiden ja heidän omaistensa selviytymiseen. (Kuuppelomäki & Eriksson 2000, 338.) Tutkimusaiheeni on sen verran harvinais-

sempi, että siitä riittäisi vielä paljon tutkittavaa. Ylipäänsä pitkäaikaissairaiden terveyden edistäminen on vähän tutkittu alue erityisesti Suomessa, mutta myös ulkomailla, joten olisi hyvä laajentaa terveyden edistämisen tutkimusta rohkeasti primaariprevention näkökulmasta myös sekundaari- ja tertiaariprevention osaluueille.

Tutkimuksessani tuli ilmi, että myös palliatiivisten syöpäpotilaiden omaiset tarvitsevat paljon tukea selviytyäkseen läheisen sairauden kanssa. Tämän pohjalta tutkimusta voisi alkaa työstämään myös omaisten näkökulmasta. Pitkäaikaissairaalan lapsen perheen ja pitkäaikaisspotilaiden omaisten terveyden edistämisestä onkin jo tehty jonkin verran tutkimusta. Opinnäytetyötä tehdessäni tuli mieleeni muutamia tutkimustani sivuavia aihealueita, jotka voisivat olla varteenotettavia jatkotutkimuksien kannalta.

1. Palliatiivisessa hoidossa olevan naisten syöpää sairastavan potilaan terveyden edistäminen potilaan näkökulmasta. Tässä voisi tarkastella, kuinka hoitajien ja potilaiden väliset näkökulmat terveyden edistämisestä kohtaavat.
2. Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan omaisten terveyden edistäminen.
3. Naisten syöpää sairastavan palliatiivisen potilaan terveyden edistäminen poliinisessä hoitotyössä.
4. Terveydenhoitajan valmiudet edistää syöpäpotilaiden terveyttä esimerkiksi hoitajan vastaanotolla tai kotisairaanhoidossa.

LÄHTEET

Boer, H. & Elving, W.J.L. & Seydel, E.R. 1998. Psychosocial factors and mental health in cancer patients: Opportunities for health promotion. *Psychology, Health & Medicine*, Feb98, Vol. 3 Issue 1. [viitattu 8.11.2009] Saatavilla www-muodossa:

<URL:<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=325636&site=ehost-live>>.

Eskola, Kaarina & Hytönen, Eeva 2008. 1.-3. painos. *Nainen hoitotyön asiakkaana*. Helsinki. WSOY.

Hietanen, Päivi 2004a. *Kuraatio vai palliaatio? Näkökohtia hoidon valinnassa*. Teoksessa Vainio, Anneli & Hietanen, Päivi (toim.). 2., uudistettu painos. *Palliativinen hoito*. Saarijärvi. Saarijärven Offset Oy. Kustannus Oy Duodecim.

Hietanen, Päivi 2004b. *Sairaus ja elämänlaatu*. Teoksessa Vainio, Anneli & Hietanen, Päivi (toim.). 2., uudistettu painos. *Palliativinen hoito*. Saarijärvi. Saarijärven Offset Oy. Kustannus Oy Duodecim.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. 15., uudistettu painos. *Tutki ja kirjoita*. Hämeenlinna. Tammi.

Holli, Kaija 2002. *Kansainvälisesti tärkeänä pidettyjä näkökohtia palliativisessa lääketieteessä*. Jäsenlehti nro 14. Suomen palliativisen hoidon yhdistys ry. Painola-Kaarina.

Hovi, Sirpa-Liisa 2000. *Kipua kokevan syöpäpotilaan hoitotyö*. Teoksessa Eriksson, Elina & Kuuppelomäki, Merja (toim.) *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. Porvoo. WSOY.

Hänninen, Juha 2004a. *Palliativinen hoito ehkäisevän lääketieteen osana*. Teoksessa Vainio, Anneli & Hietanen, Päivi (toim.). 2., uudistettu painos. *Palliativinen hoito*. Saarijärvi. Saarijärven Offset Oy. Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, Juha 2004b. Iho-oireet. Teoksessa Vainio, Anneli & Hietanen, Päivi (toim.). 2., uudistettu painos. Palliatiivinen hoito. Saarijärvi. Saarijärven Offset Oy. Kustannus Oy Duodecim.

Iivanainen, Ansa & Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu. Tammi.

Ikola, Tapio & Kuuppelomäki Merja 2000. Potilaan hengellinen tukeminen. Teoksessa Teoksessa Eriksson, Elina & Kuuppelomäki, Merja (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo. WSOY.

Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century 1997.

[viitattu 17.8.2009] Saatavilla www-muodossa:

<URL:http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf>.

Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2001. 2., uudistettu painos. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva. WSOY.

Joensuu, Heikki & Leidenius, Marjut & Huovinen, Riikka & von Smitten Karl & Blomqvist Carl 2007. Rintasyöpä. 3. painos. Teoksessa Joensuu, Heikki & Roberts, Peter J. & Teppo, Lyly & Tenhunen, Mikko (toim.), Syöpätaudit. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy. Kustannus Oy Duodecim.

Kaleva-Kerola, Jaana 2002. Palliatiivinen hoito. Tiivistelmä. Oulun yliopistollinen sairaala. [viitattu 22.5.2009] Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://cc oulu.fi/~sisawww/esit/020418.htm>>.

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

Kivioja, Aarne & Vainio, Anneli & Halttunen, Jorma 2004. Palliatiivinen kirurgia. Teoksessa Vainio, Anneli & Hietanen, Päivi (toim.). 2., uudistettu painos. Palliatiivinen hoito. Saarijärvi. Saarijärven Offset Oy. Kustannus Oy Duodecim.

Koskenvuo, Markku & Mattila, Kari 2009. Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyksen periaatteet. [viitattu 17.8.2009] Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa.com): <URL:http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh0000>.

Koskinen-Ollonqvist, Pirjo & Aalto-Kallio, Mervi & Mikkonen, Nella & Nykyri, Päivi & Parviainen, Heikki & Saikkonen, Paula & Tamminiemi, Kaarina 2007. Rajoilla ja ytimessä. Terveyden edistämisen näyttötyyminen väitöskirjatutkimuksissa. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisu 2/2007. [viitattu 17.8.2009] Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa.com): <URL:<http://www.health.fi/timage.php?i=100542&f=1&name=Rajoilla+ja+ytime+ss%E4.pdf>>.

Kuivalainen, Leena 2004. Eturauhassyöpää sairastavien miesten terveyteen liittyvä elämänlaatu vuoden seuranta-aikana. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. [viitattu 13.8.2009] Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa.com): <URL:<http://www.uku.fi/vaitokset/2004/isbn951-781-954-4.pdf>>.

Kuronen, Maria 2007. Kunnat ja terveyden edistämisen velvoitteet. Kansanterveyslehti nro 1/2008. Päivitetty 28.12.2007. [viitattu 27.10.2009] Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa.com): <URL:http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2008/nro_1_2008/kunnat_+ja_+terveyden_+edistamisen_+velvoitteet/>.

Kuuppelomäki, Merja 2000a. Potilaan tunteet ja emotionaalinen tuki. Teoksessa Eriksson, Elina & Kuuppelomäki, Merja (toim.) *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. Porvoo. WSOY.

Kuuppelomäki, Merja 2000b. Sairauden vaikutukset sosiaaliseen elämään. Teoksessa Eriksson, Elina & Kuuppelomäki, Merja (toim.) *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. Porvoo. WSOY.

Kuuppelomäki, Merja & Eriksson, Elina 2000. *Syöpäpotilaan hoitotyön kehittämishaasteita*. Teoksessa Eriksson, Elina & Kuuppelomäki, Merja (toim.) *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. Porvoo. WSOY.

Kynsilehto, Eija-Anitta & Viitanen, Sirkka 2005. Infektio-osastosta palliatiivisen hoidon yksiköksi. Palliatiivinen hoito nro 21. Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry – Suomen Palliatiivisen Lääketieteen Yhdistys ry. Painola-Kaarina.

Laari, Merja 2007. Pitkääikaishoidossa olevien dementiapotilaiden terveyden edistäminen. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Lehti, Tuija 2000. Potilaan fyysinen hoitotyö. Teoksessa Eriksson, Elina & Kuupelomäki, Merja (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo. WSOY.

Leino-Kilpi, Helena 2009a. Etiikka kuolevan potilaan hoitotyössä. Teoksessa Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta. 5., uudistettu painos. Etiikka hoitotyössä. WSOY.

Leino-Kilpi, Helena 2009b. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta. 5., uudistettu painos. Etiikka hoitotyössä. WSOY.

McCaughan, Eilis & Parahoo, Kader 2000. Medical and surgical nurses' perceptions of their level of competence and educational needs in caring for patients with cancer. *Journal of Clinical Nursing* Vol. 9 Issue 3. [viitattu 6.11.2009] Saatavilla [www-muodossa:](http://www.muodossa:)

<URL:<http://docs.google.com/gview?a=v&pid=gmail&attid=0.1&thid=12338cf5c2099f15&mt=application%2Fpdf&url=http%3A%2F%2Fmail.google.com%2Fmail%2Fui%3D2%26ik%3Db2b3da7c55%26view%3Datt%26th%3D12338cf5c2099f15%26attid%3D0.1%26disp%3Dattd%26zw&sig=AHBy-haGtd4FbZDADmjGMvMwX8vzTKpdA&pli=1>>.

Oivanen, Tiina & Rosenberg, Leena 2008. Rintasyöpäpotilaan opas. Suomen syöpäpotilaat ry. Painotalo Auranen Oy.

Oulun kaupunginsairaala 2007. Osasto A2. Osasto-esite. Oulu.

Palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys 2007. Suomen lääkäriliitto. Päivitetty 29.9.2009. [viitattu 22.11.2009] Saatavilla www-muodossa:

<URL:<http://www.laakariliitto.fi/koulutus/erityispatevyydet/palliatiivinen.html>>.

Pietilä, Anna-Maija & Varjoranta, Pirjo & Matveinen, Mari 2008. Terveyttä edistävän toiminnan haaste on moninaisuus. Sairaanhoidaja-lehti. 11.4.2008. [viitattu 6.11.2009] Saatavilla www-muodossa:

<URL:http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=sle00043#T2>.

Pukkala, Eero & Sankila, Risto & Rautalahti, Matti 2006. Syöpä Suomessa 2006. Suomen Syöpäyhdistyksen julkaisuja nro 71. Suomen Syöpäyhdistys. Helsinki. [viitattu 12.4.2009] Saatavilla www-muodossa:

<URL:http://209.85.129.132/search?q=cache:Yq0V9nAFSA4J:www.cancerregistry.fi/tutkimus/image_40.pdf+sy%C3%B6v%C3%A4n+synty&cd=22&hl=fi&ct=clnk&gl=fi&client=firefox-a>.

Richardson, Jane 2002. Health promotion in palliative care: the patients' perception of therapeutic interaction with the palliative nurse in the primary care setting. Journal of Advanced Nursing, Nov2002, Vol. 40 Issue 4. [viitattu 9.11.2009] Saatavilla www-muodossa:

<URL:<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=7731027&site=ehost-live>>.

Rosenberg, Leena 2000. Syöpä, seksuaalisuus ja parisuhde. Teoksessa Eriksson, Elina & Kuuppelomäki, Merja (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo. WSOY.

Saarto, Tiina 2004. Ruoansulatuskanavan oireet. Teoksessa Vainio, Anneli & Hietanen, Päivi (toim.) 2., uudistettu painos. Palliatiivinen hoito. Saarijärvi. Saarijärven Offset Oy. Kustannus Oy Duodecim.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996. Sairaanhoitajaliitto. [viitattu 14.8.2009] Saatavilla www-muodossa:

<URL:http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_ ja_hoitoty_ on/sairaanhoitajan_ty_ /sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/>.

Salmi, Tuula & Leminen, Arto 2007. 3. painos. Gynekologiset syövät. Teoksessa Joensuu, Heikki & Roberts, Peter J. & Teppo, Lyly & Tenhunen, Mikko (toim.), Syöpätaudit. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy. Kustannus Oy Duodecim.

Salminen, Eeva 2000. Syöpä ja sen lääketieteellinen hoito. Teoksessa Eriksson, Elina & Kuuppelomäki, Merja (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo. WSOY.

Savola, Elina & Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2005. Terveiden edistäminen esimerkein – Käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja –sarja 3/2005. Helsinki. [viitattu 12.4.2009] Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.health.fi/timage.php?i=100311&f=1&name=Terveiden_edistaminen_esimerkein.pdf>.

Seksuaalioikeuksien julistus 1999. World Association for Sexology. Hong Kong. Sexpo-säätiö. [viitattu 10.11.2009] Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.sexpo.fi/index.php?seksuaalioikeuksien_julistus>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. [viitattu 14.8.2009] Saatavilla www-muodossa:

<URL:http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mon20_15/moniste.htm>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveiden edistämisen laatusuositus. [viitattu 29.8.2009] Saatavilla www-muodossa:

<URL:http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9303.pdf>.

Suomen Syöpärekisteri 2009. Syöpätautien määrät ja diagnoosin tekotapojen jakaumat (prosentteina) primaaripaikoittain keskimäärin vuosina 2003–2007, Nais-
set. Päivitetty 23.9.2009 [viitattu 9.10.2009]. Saatavilla www-muodossa:
<URL:<http://www.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0016i0.html>>.

Teppo, Lyly 2005. Syöpätaudit – Suomalaisten terveys. [viitattu 12.4.2009] Saa-
tavilla www-muodossa:
<URL:http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo0003>.

Terveys 2015-kansanterveysohjelma 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. [viitattu
26.7.2009] Saatavilla www-muodossa:
<URL:<http://www.terveys2015.fi/tietoa.html>>.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. 5., uudistettu laitos. Laadullinen tutkimus
ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Tammi.

Tuomola, Päivi & Savola, Elina & Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2005. Terveiden
edistämisen avainsisällöt. Kansalaisjärjestöjen terveyden edistämisen koulutuksen
tukemiseen. [viitattu 14.8.2009] Saatavilla www-muodossa:
<URL:<http://www.tekry.fi/timage.php?i=100290&f=1&name=Avainsis%20E4II%20F6t.pdf>>.

Uusimäki, Mervi 15.9.2005. Kunnan rooli hyvinvoinnin edistäjänä. Terveys 2015-
kansanterveysohjelmalla hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen-seminaari. [vii-
tattu 17.8.2009] Saatavilla www-muodossa:
<URL:[www.intermin.fi/lh/oulu/bulletin.nsf/bydate/6D3A44290915CCA9C225707C0038B0A3/\\$file/uusim%20C3%A4ki%20Mervi%20Kunnan%20rooli%20hyvinvoinnin%20edist%20C3%A4j%20C3%A4n%20C3%A4.ppt](http://www.intermin.fi/lh/oulu/bulletin.nsf/bydate/6D3A44290915CCA9C225707C0038B0A3/$file/uusim%20C3%A4ki%20Mervi%20Kunnan%20rooli%20hyvinvoinnin%20edist%20C3%A4j%20C3%A4n%20C3%A4.ppt)>.

Vainio, Anneli 2009. Syöpään liittyvän kivun hoito. [viitattu 7.8.2009] Saatavilla
www-muodossa:
<URL:http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=kha&p_artikkeli=kha00064>.

Vallejo Medina, Aila & Vehviläinen, Sirpa & Haukka, Ulla-Maija & Pyykkö, Virpi & Kivelä, Sirkka-Liisa 2006. Vanhustenhoito. WSOY.

Viitanen, Sirkka & Määttä, Urpo 2009. Asiakas palliatiivisen verkostotuen keskipisteenä (luento). Sairaanhoitajapäivät 5.3.2009. Helsinki.

Viitanen, Sirkka, palveluesimies 14.7.2009. Oulun kaupunginsairaala osasto A2, Oulu. Haastattelu.

Väestön ikääntyminen on suhteellista 2003. Tilastokeskus. Päivitetty 21.5.2003.

[viitattu 27.10.2009] Saatavilla www-muodossa:

<URL:http://www.stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta_05_03_nieminen.html>.

OPINNÄYTETYÖN LUPA-ANOMUS

27.4.2009

Oulun kaupunginsairaala, osasto A2

Opiskelija	Mari Jokikokko
Osoite	xxx
Puhelin	xxx xxxx xxx
E-mail	e0700058@puv.fi
Ammattikorkeakoulu	Vaasan ammattikorkeakoulu
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja	Ulla Isosaari
Opinnäytetyön nimi	Gynekologisen syöpäpotilaan ja rintasyöpäpotilaan terveyden edistäminen hoitohenkilökunnan näkökulmasta palliativisen hoidon osastolla
Opinnäytetyön tarkoitus	Saada tietoa siitä, miten osaston hoitohenkilökunta edistää palliativisessa hoidossa olevan gynekologisen syöpäpotilaan ja rintasyöpäpotilaan terveyttä. Lisäksi tutkimuksessa pyritään kartoittamaan hoitohenkilökunnan valmiuksia ko. potilasryhmien terveyden edistämiseen.
Kohderyhmä	Osasto A2, hoitohenkilökunta

Tiedonkeruumenetelmä	Kyselylomake
Tiedonkeruun ajankohta	Kesä-syksy 2009
Analyysimenetelmä	SPSS- ohjelma strukturoituihin kysymyksiin ja sisäl- lönanalyysi avoimiin kysymyksiin
Opinnäytetyön arvioitu valmistumis- ajankohta	Joulukuu 2009

Lupa opinnäytetyöhön:

Myönnetty anomuksen mukaan

Hylätty

Myönnetään seuraavin korjauksin

Päivämäärä ja allekirjoitus

LIITE 2

SAATEKIRJE

27.9.2009

Hyvä vastaaja!

Opiskelen Vaasan ammattikorkeakoulussa terveydenhoitajaksi sosiaali- ja terveysalan yksikössä ja teen osastollenne opinnäytetyötä aiheesta ”Palliatiivisessa hoitovaiheessa olevan gynekologisen syöpäpotilaan ja rintasyöpäpotilaan terveyden edistäminen”. Tutkimukseni tarkoituksena on selvittää, miten hoitohenkilökunta edistää edellä mainitun potilasryhmän terveyttä, sekä mitkä valmiudet hoitohenkilökunnalla on palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistämiseksi. Tutkimukseni on kvalitatiivinen ja tiedonkeruumenetelmänä käytän kyselylomaketta, jossa on sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää erityisesti naisten syöpää sairastavien potilaiden hoitotyötä terveyden edistämisen näkökulmasta.

Kyselylomakkeen kysymyksiin vastataan annetun ohjeen mukaisesti joko rastittamalla sopivin vastausvaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun tilaan. Tarvittaessa voi jatkaa paperin toiselle puolelle.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eikä kenenkään henkilöllisyys tule tutkimuksen missään vaiheessa esille. Opinnäytetyötäni ohjaa tutkijatohtori Ulla Isosaari. Vastaan mielelläni kaikkiin tutkimukseeni liittyviin kysymyksiin ja minuun voi ottaa yhteyttä sähköpostilla tai puhelimitse. Tutkimustulokset saatte kirjallisena osastollenne opinnäytetyön valmistuttua viimeistään keväällä 2010.

Täytetyt kyselylomakkeet voitte palauttaa palveluesimiehen huoneessa olevaan kirjekuoreen **viimeistään 25.10.2009** mennessä.

Kiitoksia vastauksista jo etukäteen!

Ystävällisin terveisin:

Mari Jokikokko

puh: xxx- xxxx xxx

e-mail: e0700058@puv.fi

KYSELYLOMAKE

Ole hyvä ja rastita kysymyksiin 1–3 sopivat vastausvaihtoehdot.

1. Sukupuoli

1. Nainen
2. Mies

2. Ikä

1. 21–30
2. 31–40
3. 41–50
4. 51–60
5. 61-

3. Koulutus (Jos sinulla on useampi koulutus, valitse vain korkein.)

1. Sairaanhoidaja (AMK)
2. Sairaanhoidaja (opistoaste)
3. Erikoissairaanhoidaja, erikoisala: _____
4. Terveystenhoitaja
5. Lähihoitaja
6. Perushoitaja
7. Jokin muu, mikä? _____

4. Työkokemus

1. Työkokemus hoitotyöstä vuosina: ____ TAI kuukausina, jos alle vuoden kokemus: ____
2. Työkokemus syöpäpotilaiden hoitamisesta vuosina: ____ TAI kuukausina, (jos alle vuosi): ____

5. Terveyttä on määritelty mm. jokapäiväisen elämän voimavarana. Mitä terveys sinun mielestäsi tarkoittaa?

6. Terveyden edistäminen voidaan määritellä toimintana, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisessa. Mitä terveyden edistäminen sinun mielestäsi on?

7. Sairaanhoidajan osaamisvaatimuksissa terveyden edistäminen on olennainen osa hänen työtään, esimerkiksi väestön terveyden edistämässä ja ylläpitämisessä, sairauksien ehkäisemisessä sekä kärsimyksen lievittämisessä. Myös lähi-/perushoitajan ammattitaitovaatimuksissa terveyden edistäminen tulee esiin. Miten terveyden edistäminen sopii mielestäsi palliativisen syöpäpotilaan hoitotyöhön?

Kysymyksissä 8–12 *naisten syöpä* tarkoittaa gynekologista syöpää ja rintasyöpää.

8. Kerro esimerkkien avulla, miten edistät palliativisessa hoitovaiheessa olevan naisten syöpää sairastavan potilaan fyysistä toimintakykyä.

9. Miten edistät ko. potilasryhmän potilaan psyykkistä hyvinvointia? Anna esimerkkejä.

10. Naisen seksuaalisuus ei katoa syöpään sairastumisen mukana, vaan se on osa ihmisyyttä ja itsetuntoa. Kuinka otat naisten syöpää sairastavan palliatiivisen potilaan seksuaalisuuden huomioon hoitotyössä?

11. Kuinka edistät ko. potilasryhmän potilaan sosiaalisia suhteita ja sosiaalista kanssakäymistä? Kerro esimerkkejä.

12. Mikä seuraavista osa-alueista on mielestäsi kaikkein tärkein juuri naisten syöpää sairastavan palliatiivisen potilaan terveyden edistämisessä: fyysinen, psyykkinen vai sosiaalinen? Perustele.

13. Miten terveyden edistäminen näkyy osastollanne? (Esim. osaston tilat, osaston arvot hoitotyössä ym.)

14. Mitkä asiat vaikeuttavat palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistämistä? Luettele.

15. Mitä seuraavia terveyden edistämisen menetelmiä käytät hoitaessasi palliatiivisia syöpäpotilaita? Voit valita *useamman* vastausvaihtoehdon. Ole hyvä ja rastita sopivimmat vaihtoehdot.

1. Kuuntelen potilasta, vastaan hänen kysymyksiinsä ja keskustelen hänen mieltään askarruttavista asioista.
2. Arvioin potilaan toimintaa (esim. itsenäistä suoriutumista aamutoimissa) ja annan siitä hänelle positiivista palautetta.
3. Kartoitan potilaan vointia tai toimintatapoja kysymyksillä sekä annan hänelle tietoa. Kertaan asiat hänen kanssaan.
4. Neuvon ja ohjaan potilasta, jotta hänen toimintansa muuttuisi positiivisemmaksi/terveellisemmäksi.
5. Suunnittelen potilaan hoitoa yhdessä hänen itsensä kanssa, jolloin asioiden hoito sekä hoitotoimenpiteet toteutuvat yhteistyössä.
6. Edistän potilaan osallistumista hoitoonsa esittämällä hänelle kysymyksiä. Otan huomioon ja hyväksyn myös potilaan omat näkemykset ja toimintamallit.

Seuraavassa on joukko väittämiä. Valitse se vaihtoehto rastittamalla, mikä *parhaiten* kuvaa omaa näkemystäsi asiasta.

- | | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | Täysin samaa mieltä | Jonkin verran samaa mieltä | Ei samaa eikä eri mieltä | Jonkin verran eri mieltä | Täysin eri mieltä |
| 16. Terveyden edistämisen toimenpiteet parantavat mielestäni palliatiivisen syöpäpotilaan elämänlaatua. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 17. Pysin tunnistamaan palliatiivisen syöpäpotilaan vahvuuksia ja löytämään hänen omia voimavarojaan. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 18. Mielestäni palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistäminen on hyödytöntä. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

19. Palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistäminen tuntuu vaikealta. 1 2 3 4 5
20. Minulla ei ole tarpeeksi tietoa edistää palliatiivisen syöpäpotilaan terveyttä. 1 2 3 4 5
21. Saamani koulutuksen pohjalta minulla on valmiuksia edistää palliatiivisen syöpäpotilaan terveyttä. 1 2 3 4 5
22. Haluaisin lisää tietoa siitä, miten palliatiivisen syöpäpotilaan terveyttä voitaisiin edistää. 1 2 3 4 5
23. Jos vastasit kohtaan 22. ”täysin samaa mieltä” tai ”jonkin verran samaa mieltä”, minkälaista tietoa ensisijaisesti tarvitsisit?

Tarkistathan vielä, että olet vastannut kaikkiin kysymyksiin.

Palautetta voit halutessasi kirjoittaa kyselylomakkeen taakse.

Kiitoksia vastauksestasi!

ESIMERKKI SISÄLLÖNANALYYSISTÄ

Kysymys 11. Kuinka edistät naisten syöpää sairastavan palliatiivisen potilaan sosiaalisia suhteita ja sosiaalista kanssakäymistä? Kerro esimerkkejä.

Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>”Tuen omaisia ja läheisiä, otan heidät mukaan potilaan hoitoon.”</p> <p>”Tukien heidän omaisiin/läheisiään kuunnellen, ihminen ihmiselle olemalla läsnä tukien ja mahdoll. kotilomia potil. voinnin mukaan.”</p> <p>”Tukemalla omaisia ja informoimalla potilaan tilasta/sairaudesta.”</p> <p>”Osastolla on tilat huomioitu, että on pienempiä oleskelutiloja, joissa potilaat voivat tavata toisiaan ja läheisiään.”</p> <p>”Pyrin järjestämään rauhallisen ympäristön seurusteluun. Tarvittaessa autan yhteydenpitoa omaisiin ja ystäviin esim. puhelimitse. Kerron omaisen, ystävän mahdollisuudesta yöpyä osastolla.”</p> <p>”Kannustamalla pitämään yhteyttä omaisiin ystäviin; saa käydä osastolla kun vieraille sopii, ei tiukkoja kellonaikoja. Tarjoamalla vertaistukea, mahdollisuutta keskustella sairaalapistarin kanssa. Osallistumalla os:n toimintaan siis mikäli haluaa.”</p>	<p>– yhteydenpitoon kannustaminen →</p> <p>– yhteydenpidossa avustaminen →</p> <p>– vertaistuen tarjoaminen →</p> <p>– sairaalapistarin hankkiminen →</p> <p>– tarjoamalla mahdollisuutta osallistua osaston toimintaan →</p> <p>– rauhallisen ympäristön järjestäminen →</p> <p>– järjestämällä läheisille mahdollisuuden yöpyä osastolla →</p> <p>– mahdollistamalla kotilomia potilaalle →</p> <p>– osaston tilojen huomiointi →</p> <p>– osastolla potilaat voivat tavata läheisiään ja toisiaan →</p> <p>– tukemalla omaisia →</p> <p>– omaisten tiedottaminen →</p> <p>– omaisten mukaanottaminen hoitoon →</p>	<p>Yhteydenpidon mahdollistaminen</p> <p>Keskusteluavun tarjoaminen</p> <p>Potilaan sosiaalisten kontaktien huomioiminen hoidossa</p> <p>Omaisten huomiointi</p>	<p>Vuorovaikutus tilanteiden mahdollistaminen</p> <p>Potilaan sosiaalisuuden huomiointi osaston toiminnassa</p>	<p>Sosiaalinen tukeminen potilaan terveyden edistämässä</p>



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Mari-Sofia Jokikokko

KOHDUNKAULAN SYÖVÄN ENNALTAEHKÄISY

Sosiaali- ja terveysala
2010

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	3
2	KOHDUNKAULAN SYÖPÄ	5
2.1	Yleistä kohdunkaulan syövästä	5
2.2	Kohdunkaulan syövän hoito	7
3	KOHDUNKAULAN SYÖVÄN ENNALTAEHKÄISY	9
3.1	Seksuaaliterveyden edistäminen.....	10
3.2	HPV-rokotteet Gardasil ja Cervarix	11
3.3	Papa-koe	11
4	HPV-ROKOTETUTKIMUS SUOMESSA	16
5	POHDINTA	18
	LÄHTEET.....	20
	LIITE 1	

1 JOHDANTO

Tein laajemman, 15 opintopisteen opinnäytetyöni aiheesta ”Naisten syöpää sairastavan potilaan terveyden edistäminen palliatiivisessa hoitovaiheessa”, jossa tutkimukseni tarkoituksena oli selvittää, kuinka Oulun kaupunginsairaalan palliatiivisen hoidon osasto A2:n hoitohenkilökunta edistää palliatiivisessa hoitovaiheessa olevan gynekologisen syöpäpotilaan ja rintasyöpäpotilaan terveyttä. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, mitkä valmiudet hoitohenkilökunnalla on palliatiivisen syöpäpotilaan terveyden edistämiseksi. Työn teoriaosuudessa tarkastelin lähemmin muun muassa terveyden edistämistä sekä naisten syöpien hoitotyötä ja työnsäni pääpainoalue oli sekundaari- ja tertiäripreventiossa.

Tämä terveydenhoitotyön asiantuntijuuden kehittämistehtävä on osittain jatkoa varsinaiselle opinnäytetyölleni. Vaikka nämä kaksi opinnäytetyötä ovatkin itsenäisiä kokonaisuuksia, liittyvät ne silti aihealueiltaan tiiviisti toisiinsa. Tällä kertaa aiheeni liittyy läheisemmin juuri terveydenhoitajan työnkuvaan, ja terveyden edistämisen teema jatkuu nyt lähinnä primaari- ja sekundaari-prevention kautta. Suosittelen ensin tutustumista laajempaan opinnäytetyöhöni, jotta pystyy paremmin ymmärtämään työn keskeiset käsitteet ja terveyden edistämisen lähtökohdat.

Tässä kehittämistehtävässä tarkoitukseni oli siis selvittää, mitä tarkoitetaan kohdunkaulan syövällä ja miten sitä voidaan ennaltaehkäistä ja hoitaa. Lisäksi tarkoitukseni oli kartoittaa tämänhetkistä papilloomavirusrokotetutkimuksen tilaa Suomessa, joten tutustuin Tampereen yliopiston ja Terveyden ja Hyvinvoinnin laitoksen organisoimiin ihmisen papilloomavirus-, eli HPV-rokotetutkimuksiin. Työni painopistealue on kuitenkin kohdunkaulan syövän ennaltaehkäisyn käsittelyssä, joten syövän syntyminen ja sen hoitaminen jäävät tässä työssä sen vuoksi hieman vähemmälle huomiolle.

Työni idea lähti liikkeelle oikeastaan varsinaisesta opinnäytetyöstäni, jossa halusin selvittää, kuinka parantumattomasti syöpäsairaiden naisten terveyttä voisi tukea. Tämän työn avulla haluan vastaavasti oppia, miten nuoria tyttöjä ja myös aikuisia naisia voisi terveydenhoitajana auttaa ennaltaehkäisemään kohdunkaulan syöpää, mikä voi pahimmassa tapauksessa johtaa parantumattomaan sairauteen.

Lisäksi haluan syventää terveydenhoitajakoulutuksessa saamiani tietoja aiheesta, koska en ole mielestäni saanut siitä tarpeeksi tietoa luennoilla. Tällä hetkellä kohdunkaulan syövän ennaltaehkäisy on yksi ajankohtaisimmista aiheista terveydenhuollon piirissä, joten jokaisella valmistuvalla terveydenhoitajalla tulisi olla hyvät perustiedot siitä työelämään siirtyessään. Uskon, että tämän kehittämistehtävän tekeminen on myös suureksi hyödyksi tulevissa kättilötyön opinnoissani, joissa naistentautien hoitotyö on keskeinen osa koulutusta.

2 KOHDUNKAULAN SYÖPÄ

Suomessa todetaan noin 1500 uutta gynekologista syöpätapausta vuodessa. Eri syöpämuotojen esiintyvyys on aikojen saatossa muuttunut. Esimerkiksi 1960-luvulla kohdunkaulan syöpä oli yleisin gynekologinen syöpä Suomessa, mutta seulon-tojen ansiosta sen määrä on pienentynyt ja on nykyään kolmanneksi yleisin. Vielä maailmanlaajuisesti katsottuna kohdunkaulan syöpä on kaikkein yleisin gynekologinen syöpä. Tällä hetkellä naisten yleisimmät gynekologiset syövä-t Suomessa ovat kohdunrunгон syöpä ja munasarjasyöpä, joiden määrä on selvästi lisääntynyt. (Salmi & Leminen 2007; Kivelä 2007, 580.)

2.1 Yleistä kohdunkaulan syövästä

Kohdunkaulan syöpään sairastuu vuosittain noin 155 naista (Suomen Syöpärekisteri 2010). Nykyään taudin suurin ilmaantuvuus on 35–39-vuotiailla, eli se on suurimmaksi osaksi nuorempien naisten sairaus. Kohdunkaulan syöpä ei ole perinnöllinen sairaus, vaan kuka tahansa voi saada sen HPV-tartunnan kautta. Ihmisen papilloomavirus (HPV) on yleinen kohdunkaulaa infektoiva virus ja näyttää selvästi liittyvän syövän esiasteisiin. Kohdunkaulan syövän esiastemuutoksia ja varhaisvaiheen syöpiä todetaankin yksinomaan seulontaohjelmissa yli 600 kappaletta vuosittain. Kohdunkaulan syövän esiaste on usein oireeton ja se todetaankin yleensä vasta irtosolu-, eli Papa-näytteen perusteella. Näytteen ansiosta syövän esiasteet ja varhaismuodot saadaan selville hyvissä ajoin, jolloin ne ehditään hoitaa ennen kuin tauti on pitkälle kehittynyt. Esiastesolut saattavat muuttua syöpäsoluiksi, mutta ne voivat myös palautua normaaleiksi. (Salmi ym. 2007, 456–458; Nieminen 2007, 595; Kivelä 2007, 581.) Kaikista syöpätaudeista kohdunkaulan syöpä onkin parhaiten estettävissä (Nieminen 2007, 594).

Kohdunkaulan syövästä 85 prosenttia alkaa levyepiteelistä ja 15 prosenttia lieriöepiteelistä. Kohdunkaulan limakalvoa peittävä epiteeli muuttuu kaulakanavan lieriöepiteelistä kerrostuneeksi levyepiteeliksi emättimeen päin mentäessä. Lieriöepiteelistä lähtöisin oleva syöpä kehittyy nopeammin ja sen löytämistä onkin pyritty tehostamaan parantamalla Papa- kokeen ottotekniikkaa soluharjauksella sekä tihentämällä riskiryhmien seurantatutkimuksia. Kohdunkaulan syövän saamisen

riskejä ovat yhdyntöjen varhainen aloittamisikä, seksipartnereiden suuri määrä, partnereiden sukupuolikontaktit, useat raskaudet, yhdistelmäpillereiden pitkäaikainen käyttö, immunosuppressio, eli immuunivasteen heikkeneminen tai HIV-infektio sekä tupakointi. Tulehduksellisista riskitekijöistä tärkein on HPV, jota voidaan löytää lähes jokaisesta levyepiteelistä lähtöisin olevasta syövästä. HPV:n tyypit 16 ja 18 aiheuttavat 70 prosenttia kohdunkaulan syövästä, joiden lisäksi tyypit 31, 33 ja 35 ovat kärjessä pahanlaatuistumisen kannalta. Myös gynekologisilla infektioilla, kuten herpesryhmän viruksilla ja klamydiainfektioilla on merkitystä syövän synnyn kannalta. (Kivelä 2007, 581; Eskola & Hytönen 2008, 347, 349; Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnytinten solumuutokset – diagnostiikka, hoito ja seuranta 2010; Mäenpää & Pakarinen 2006, 224.)

Kohdunkaulan invasiivinen levyepiteelikarsinoma on yleisin kohdunkaulan syöpätyyppi. Se alkaa luultavammin solujen esiasteista ja etenee asteittain vuosien kuluessa carcinoma in situ-vaiheeseen (vaihe, jossa syöpäsolut eivät tunkeudu syvälle kohdunkaulan kudokseen) ja invasiiviseen karsinomaan (vaihe, jossa syöpä on tunkeutunut syvälle kohdunkaulan kudokseen). Invasiivista levyepiteelikarsinomia tavataan yleisimmin vanhemmilla naisilla, mutta nuoret naiset sairastuvat nykyään siihen yhä useammin. Adenokarsinoma on toinen kohdunkaulan syöpätyypeistä ja liittyy pääosin HPV 18-tyyppiin. Se on harvinaisempi, mutta aggressiivisempi muoto ja se on vaikeampi todeta sen sijainnin vuoksi. Sillä on taipumus levitä aikaisemmassa vaiheessa ja aiheuttaa siten kuolleisuutta enemmän kuin levyepiteelikarsinoma. (Kohdunkaulan syöpä ja sen kehittyminen 2010.)

Kohdunkaulan syövän tärkeimmät oireet ovat ylimääräinen verenvuoto, toistuvat epäsäännölliset vuodot ja etenkin yhdynnän jälkeiset verenvuodot emättimestä. Pitkälle edenneissä syövässä voidaan kohdunsuulla havaita selvä kasvain. Yleisimmin kohdunkaulan syöpä löydetään irtosolunäytteen perusteella, jonka jälkeen löydös varmennetaan hysteroskopiolla, eli kohdun tähystyksellä sekä koepaloilla. Syöpäkasvain voi levitä muun muassa emättimen limakalvoon, kohdunkaulan yläosaan sekä kohtulihaksen alaosaan. Levinneisyyden selvittämiseksi käytetään-

kin tietokonetomografiaa sekä magneettitutkimusta. (Kivelä 2007, 581; Salmi ym. 2007, 456–458.)

2.2 Kohdunkaulan syövän hoito

Kohdunkaulan syövän hoitona käytetään leikkausta, jonka laajuuden määrittää taudin levinneisyys. Aivan alkuvaiheen syövässä voidaan hedelmällisyyden säilyttämiseksi päätyä tekemään konisaatio, jolloin poistetaan kartiomainen kudospale kohdunsuulta, useimmiten sähkösilvällä, eli loopilla. Toinen esiasteiden hoidossa käytetty menetelmä on kohdunkaulan laservaporisaatio, jossa kudoksen tuhoamiseen käytetään laservaloa tai kohdunkaulan amputaatiota, jolloin kohdun napukka poistetaan. Amputaatio toteutetaan silloin, kun koko kohdunkaulan muutosalue näkyy. Konisaation indikaationa on vastaavasti se, että osa kohdunkaulan muutosalueesta on näkymättömissä kohdun kaulakanavassa. Näitä toimenpiteitä voidaan tarvittaessa yhdistää. Toimenpiteiden jälkeen alue paranee noin kuukauden kuluessa. Asiallisesti hoidetun esiasteen jälkeen potilaan ennuste on hyvä, ja viiden vuoden elossaololuku on 1980-luvulta alkaen ollut jopa 100 prosenttia. (Kivelä 2007, 581; Eskola & Hytönen 2008, 348.)

Trakelektomia on nimitys kohdunkaulan syövän radikaalileikkaukselle, jossa poistetaan kohdunkaula vieruskudoksineen säästäen kuitenkin kohdunrunko, emätin, munasarjat ja munanjohtimet. Lantion imusolmukkeet ja kohdunkaula poistetaan kohdun sisäsuun alapuolelta. Tämä operaatio sopii naisille, jotka haluavat vielä mahdollisesti saada lapsia. Toimenpide voidaan toteuttaa avoleikkauksena laparotomiana, laparoskooppisen, eli tähystys ja vaginaalisen leikkauksen yhdistelmänä tai kokonaan tähystysleikkauksena. (Pakarinen & Aitokallio-Tallberg 2006, 2374.) Tavallisempaa on kuitenkin koko kohdun poistaminen. Mikäli syöpä on pidemmälle levinnyt, poistetaan kohdun ja munasarjojen lisäksi kohdun vieruskudosta ja lantion alueen imusolmukkeet (Wertheimin leikkaus). Joissakin maissa Wertheimin operaation korvaa Schautan operaatio, jossa kohdunpoisto tehdään yhtä laajana, mutta emättimen kautta (Pakarinen & Aitokallio-Tallberg 2006, 2374).

Leikkauksen jälkeen annetaan tarvittaessa lisä- tai jälkihoitona kemosädehoitoa, jossa annetaan viikoittain solunsalpaajahoito päivittäin annettavan ulkoisen sädehoidon lisäksi. Mikäli leikkaushoito ei tule kysymykseen syövän levinneisyyden tai potilaan huonovointisuuden vuoksi, voidaan joutua turvautumaan paikalliseen sytostaatti- ja sädehoitoon sekä kemosädehoitoon. Kohdunkaulan syövän hoitotulokset ovat olleet varsin hyviä, sillä keskimääräinen viiden vuoden elossaololuku on noin 70 prosenttia ja alkuvaiheen taudissa jopa 90. Jos kohdunkaulan syöpä on pitkälle edennyt, silloin vain enää 10 prosenttia tautiin sairastuneista on elossa viiden vuoden kuluttua. (Kivelä 2007, 581; Eskola & Hytönen 2008, 349.)

3 KOHDUNKAULAN SYÖVÄN ENNALTAEHKÄISY

Kohdunkaulan syövän primaaripreventiota ovat sukupuolikäyttäytymisen muuttamiseen tähtäävä valistus ja HPV-rokotteet, joiden kliiniset tutkimukset ovat parhaillaan käynnissä. Kohdunkaulan syövän ennaltaehkäisemiseksi on kehitetty kaksi erilaista rokotetta, jotka ovat jo markkinoilla. Valitettavasti rokotteet ovat ainakin toistaiseksi omakustanteisia, eli ne eivät kuulu yleiseen rokoteohjelmaan. Ehkäisevät HPV-rokotteet suojaavat tutkimusten mukaan hyvin tartunnoilta, mutta eivät paranna jo saatua infektiota. Rokote olisikin annettava ennen sukupuoliyhdyntöjen aloittamista. (Mäenpää & Pakarinen 2006, 224–225; Eskola & Hytönen 2008, 347.)

Sekundaaripreventiota edustaa yksi tärkeimmistä menetelmistä oleva kohdunkaulan irtosolukoe, eli Papa-koe, johon perustuvan seulonnan avulla voidaan ehkäistä 80 prosenttia kohdunkaulan syöivistä. Organisoitulla seulonnalla, jossa seulotaan keskitetysti ja väestötietojärjestelmää hyödyntäen kaikki seulontaikäiset naiset, voidaan ehkäistä kohdunkaulan syöpätapauksia selvästi enemmän kuin organisoimattomalla seulonnalla. Suomessa on toteutettu organisoitua kohdunkaulan syöpää ehkäisevää seulontaa vuodesta 1963 lähtien ja vuodesta 1992 lähtien seulonta on tullut lakisääteiseksi Kansanterveyslain mukaisesti. Kunnan velvollisuudeksi on tullut tarjota maksutonta kohdunkaulan syövän seulontaa kaikille 30–60-vuotiaille naisille. Joissain kunnissa seulontaa tarjotaan myös hieman nuoremmille tai vanhemmille naisille (25- ja 65-vuotiaat). (Nieminen 2007, 594–595.)

Suomessa kohdunkaulan syöpä-seulontoihin kutsutaan naisia viiden vuoden välein henkilökohtaisella kirjeellä. Monissa kunnissa toteutetaan lakisääteisen seulonnan rinnalla niin sanottua riskiryhmään kohdistuvaa seulontaa. Tämän seulonnan tarkoituksena on taata riittävä seuranta naisille, joilla ikään perustuvalla seulonnalla on todettu lieväasteinen poikkeavuus. (Nieminen 2007, 595.) Seulonnan ansiosta kymmenet tuhannet naiset ovat säilyttäneet terveytensä ja hedelmällisyytensä (Kohdunkaulan syöpää ehkäisevä seulonta 2010).

Uudessa kohdunkaulan syövän käypähoitosuosituksen päivityksessä suositellaan HPV-testin (papilloomavirustesti) ottamista Papa-kokeen rinnalle kohdunkaulan syövän diagnostiikassa. Tämä testi näyttää tutkimusten mukaan olevan vähintäänkin yhtä tarkka tai jopa herkempi kuin Papa-testi. HPV DNA-testillä on muitakin etuja, sillä sitä voidaan käyttää myös hoidon seurannassa sekä 35 vuotta täytäneillä naisilla Papa-muutosten jatkoselvittelyyn. (Käypä hoito -suositus päivitetty: HPV-testi Papa-kokeen rinnalle kohdunkaulan syövän diagnostiikkaan 2010.)

3.1 Seksuaaliterveyden edistäminen

Seksuaaliterveyden edistäminen tarkoittaa sekä terveydenhuollon palvelujärjestelmässä toteutettavaa väestön lisääntymisterveyden edistämiseen liittyvää toimintaa että erilaisin terveydenedistämismenetelmin toteutettavaa seksuaalikasvatusta. Esimerkkinä tästä voidaan mainita yhteiskunnan tarjoamat ehkäisyneuvolapalvelut ja erilaiset seulontatutkimukset, kuten kohdunkaulan irtosolu- ja rintojen mammografiatutkimukset. Kohdunkaulan syövän ennaltaehkäisyssä erityisesti nuoret ovat avainasemassa, joten heidän seksuaaliterveyden edistämiseen tulee kiinnittää huomiota. Nuorten seksuaaliseen kasvuun ovat yhteydessä yhteiskunnassa vallitseva arvomaailma ja sen tuottama seksuaalikulttuuri. Kouluopetuksella ja valistuslehdillä on todettu olevan merkitystä seksuaalisuuteen liittyvien asioiden oppimisessa. (Pietiläinen 2007, 552–554.)

Seksuaalikasvatuksen yhteydessä puhutaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden kannalta tärkeistä aiheista, kuten sukukypsyys saavuttamisesta, raskaaksi tuloista, sukupuolitaudeista ja niiltä suojautumiselta. Seksuaalikasvatus jaetaan usein kolmeen eri osa-alueeseen, kuten seksuaaliopetukseen, seksuaalineuvontaan sekä seksuaalivalistukseen. Seksuaaliopetus sisältää opetussuunnitelmassa olevaa oppilasryhmäkohtaista seksuaaliopetusta, jonka sisältönä on muun muassa biologinen kypsyminen murrosiässä, yhdyntä, hedelmöittyminen, raskauden ehkäisy, sukupuolitaudit sekä terveyttä edistävä käyttäytyminen. Seksuaalineuvonta tukee ammattimaisesti asiakkaan henkilökohtaisia seksuaalisuuteen liittyviä tarpeita, esimerkiksi perhesuunnitteluneuvolassa, äitiysneuvolassa, synnyttäneiden vuodeosastolla ja naistentautien osastoilla. Seksuaalivalistuksesta puhutaan, kun on kyse yksisuuntaisesta suurelle joukolle joukkoviestinnän keinoin kohdistuvasta seksu-

aalikasvatuksesta. Tästä esimerkkinä voidaan mainita nuorille osoitetut valistuslehdet ja kondomit. (Pietiläinen 2007, 553–554.)

3.2 HPV-rokotteet Gardasil ja Cervarix

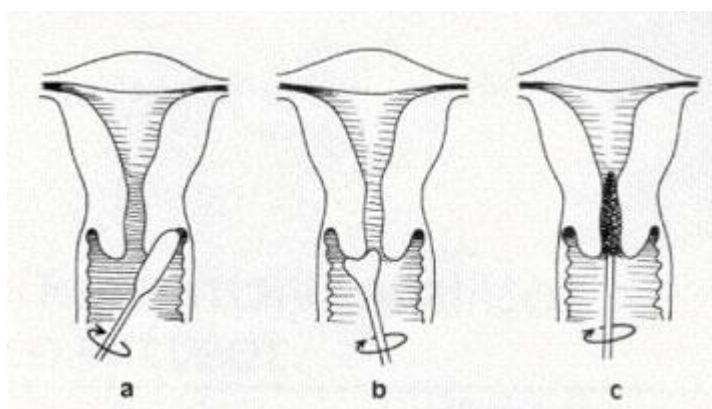
Kohdunkaulan syövän ennaltaehkäisyyn on tällä hetkellä markkinoilla kaksi erilaista rokotetta: Gardasil ja Cervarix. Gardasil suojaa virustyypeiltä 6, 11, 16 ja 18, kun taas Cervarix on kehitetty suojaamaan tyypeiltä 16 ja 18. Alustavan näytön perusteella rokotteet suojaisivat jossain määrin myös muilta HPV-tyypeiltä, joita on arviolta yli sata. Täytyy siis muistaa, etteivät rokotteet suojaa kaikilta HPV-tyypeiltä eikä niitä voi myöskään käyttää jo saatujen tulehdusten hoitoon. Rokotteet näyttävät suojaavan HPV:n aiheuttamilta infektiolta ja solumuutoksilta tehokkaasti. Suoranaista tietoa rokotteen vaikutuksesta syövän ilmaantumiseen ei vielä ole ja selvittämättä on, kuinka paljon rokottaminen vaikuttaa esiasteiden kokonaismäärään. (10 kysymystä HPV-rokotteesta 2010.)

Rokotteen voi ottaa alle 26-vuotias nainen, mutta kaikista parhaimman hyödyn siitä saa, kun sen ottaa ennen 14-vuoden ikää ja mieluiten ennen sukupuolielämän aloittamista. Yli 50 prosenttia nuorista saa HPV-infektion kahden vuoden kuluessa sukupuolielämän alkamisen jälkeen. Rokote aiheuttaa ihmisen oman immuunivasteen heräämisen, jolloin syntyy vasta-aineita rokotteen sisältämille HPV-tyyppien malleille. Rokotteet annetaan kolmena injektiona puolen vuoden sisällä. Tutkimusten mukaan rokotteen antama suoja kestäisi ainakin viisi vuotta. Gardasil-rokotteen kolmen rokotteen hinta on noin 450 euroa ja Cervarixin 380 euroa. Vaikka ottaisikin rokotteen HPV:tä vastaan, tulee silti ehdottomasti osallistua Papa-kokeisiin, koska rokote antaa suojan vain muutamia HPV-virustyypejä vastaan. Rokotteella ei vielä toistaiseksi ole havaittu olevan haittoja. Rokotteen suojasta tai mahdollisista haitoista, jotka ilmenevät yli viiden vuoden kuluttua, ei ole vielä tutkittua tietoa. (10 kysymystä HPV-rokotteesta 2010.)

3.3 Papa-koe

Kohdunkaulan irtosolukokeen kehittäjänä pidetään lääkäri George Papanicolaota, joka alkoi 1920-luvulla hyödyntää aikaisemmin eläinkokeissa käyttämäänsä tut-

kimusmenetelmää naisten kohdunkaulan syöpien diagnosointiin. Tämä perinteinen tutkimusmenetelmä tunnetaan paremmin Papanicolaon kokeena, eli Papa-kokeena. Koe koostuu Suomessa kolmesta osanäytteestä: emättimen pohjukan (fornix) lastanäytteestä, kohdunnapukan (cervix) muuntumisalueen lastanäytteestä sekä kohdunkaulakanavan (servikaalikanava) harjanäytteestä, ks. Kuva 1. Näytteet sivellään ottamisen jälkeen objektilasille odottamaan tutkimusta. Kohdunkaulan irtosolunäytteen tutkimisen on kehitetty paljon vaihtoehtoisia menetelmiä, mutta ainakin toistaiseksi Papa-koe on menetelmistä eniten käytetty ja parhaiten tutkittu. (Nieminen 2007, 595–596.)



Kuva 1. Gynekologinen irtosolututkimus. (Laboratoriotutkimukset - Patologia 2008.)

Irtosolunäytteeksi kerätään kohdunkaulan limakalvon pinnan irrallisia soluja. Hyvä näytteenottotekniikka sekä anatomian tunteminen on välttämätöntä. Ennen tutkimusta tulee tutkittava haastatella, jolloin kerätään Papa-kokeen tulkinnaalle olennaisia tietoja: viimeisten kuukautisten alkamisaika, edellisen irtosolukokeen ajankohta ja tulos sekä mahdolliset aikaisemmin todetut kohdunkaulan muutokset ja niiden hoidot. Irtosolunäytettä ei kannata ottaa kuukautisten aikana, koska verisen irtosolunäytteen analysointi on vaikeaa. Muusta syystä johtuva verinen vuoto ei saa koskaan estää Papa-kokeen ottamista. Irtosolunäytteen ottaminen raskaana olevilta ja imettäviltä naisilta tapahtuu normaaliin tapaan. Ainoastaan loppuras-kaudessa näytettä ei kannata ottaa pienen ennenaikaisen synnytyksen riskin vuoksi. (Nieminen 2007, 597–598.)

Aivan ensimmäinen Papa-näyte kannattaa otattaa muutaman vuoden kuluttua yhdyntöjen aloittamisesta, vaikka alle 20-vuotiailta ei ole aihetta ottaa Papa-näytettä seulontatarkoituksessa. Siihen, kuinka usein irtosolunäytteen otossa tulisi käydä, vaikuttaa yksilölliset tekijät, kuten tupakointi, partnereiden lukumäärä sekä sukupuolitaudit. Yleensä 2–3 vuotta on rutiininomainen suositeltu väli. Myös seulontaiän (60-vuoden) jälkeenkin kannattaa käydä kontrollissa ainakin viiden vuoden välein, mikäli kohtua ei ole poistettu. Jos kohtu on poistettu kohdunkaulan solumuutoksien vuoksi tai Papa-kokeessa on nuorempaan ollut muutoksia, suositellaan kontrollia 2–3 vuoden välein joko emättimen limakalvolta tai kohdunnapukasta, jos se on säästetty toimenpiteessä. (Tiitinen 2009.)

Kohdunkaulan irtosolunäytettä käytetään siis pääasiassa oireettomien naisten seulontaan, jolloin voidaan havaita mahdollisimman varhaisessa vaiheessa kohdunkaulan syövän esiaste tai syöpä. Papa-koetta on pitkään käytetty myös osana rutiinomaista gynekologista tutkimusta. Irtosolunäytteestä voidaan diagnosoida gynekologisia tulehduksia, kuten bakteerivaginoosi, hiivatulehdus, trichomonas, actinomyces, herpes sekä kohdunrungon syöpiä. Papa-näyte on myös hyödyllinen, koska näytettä otettaessa voidaan kohdunkaulalla ja emättimessä havaita silminnähtävien normaalista poikkeavia löydöksiä, kuten esimerkiksi polyyppejä (hyvänlaatuinen limakalvokasvain), kondyloomia (visvasyyliä), haavaumia sekä kasvaimia. (Nieminen 2007, 598.)

Irtosolunäytteen tulkinnassa on Suomessa käytetty kahta erilaista luokittelua, varhaisinta ”Papa-luokitusta” sekä ”Bethesda 2001-luokitusta”. Pääosin Suomessa käytetään nykyisin kansainvälisesti tunnetumpaa Bethesdan luokittelujärjestelmää. Papa-kokeessa näytelasille kiinnitetty ja värjätty irtosolunäyte tutkitaan valomikroskoopin avulla sekä normaalista poikkeavat solut tunnistetaan ja sen jälkeen luokitellaan. Papa-luokituksessa solulöydökset on jaettu viiteen eri luokkaan. Luokka 1 näyte on normaali, luokan 2 näytteessä on lievästi poikkeavaa, mutta hyvänlaatuinen solukuva. Luokan 3 näyte on lievästi epäilyttävä, luokka 4 vahvasti epäilyttävä pahalaatuisen muutoksen suhteen ja luokan 5 näytteessä on selvä syöpälöydös. (Nieminen 2007, 598.)

Bethesda-järjestelmässä solunäytteestä arvioidaan sen tekninen laatu. Näyte on aina uusittava, jos se ei ole teknisistä syistä johtuen lainkaan tulkittavissa. Solulöydös luokitellaan yleisellä tasolla kolmeen luokkaan: solukuvaltaan normaaleihin (ei epiteelisoluatypiaa), solukuvaltaan poikkeaviin (epiteelisoluatypia) ja muita poikkeavia soluja sisältäviin (muu atypia). Solukuvaltaan poikkeavat löydökset luokitellaan tarkemmin lieriö- ja levyepiteeliperäisiin epiteeliatypioihin, joita on useita vaikeusasteita, (ks. LIITE 1). Bethesdan luokitus on Papa-luokitusta kuvaavampi ja tulkinta sisältää aina lausunnon. (Nieminen 2007, 598.)

Suurimmalla osalla tutkittavista solukuva on normaali. Jos kuitenkin poikkeavaa havaitaan, eli todetaan epiteelisoluatypia, kontrollinäytteen ottaminen tai jatkotutkimukset ovat löydöksen vakavuudesta riippuen aiheellisia. Yleisin jatkotutkimus on kolposkopia, eli kohdunkaulan ja emättimen valomikroskopia-tutkimus. Mikäli siinä todetaan hoitoa vaativa esiaste tai varhaisvaiheen syöpä, tavallisimmin hoidoksi riittää konisaatio kolposkopian yhteydessä. Näytteestä voidaan havaita myös normaalista poikkeavia mikrobeja, soluja, limakalvoärsytyksen tai limakalvon korjaantumisen merkkejä. Näissä tapauksissa näytevastauksessa saatetaan suositella lääkehoitoa tai kontrollinäytettä, vaikka näytteen solukuva olisi normaali. (Nieminen 2007, 599.)

ASC-US ja AGC-NOS – tuloksen (ks. LIITE 1) saaneille suositellaan usein uutta irtosolunäytettä ja löydöksen ollessa ASC-US nainen saa seuraavan seulontakutsun vähintään 1–2 vuoden kuluttua. ASC-H, LSIL, HSIL ja AGC-FN merkitsevät vahvempia solumuutoksia, jolloin jatkotutkimukset, yleisimmin kolposkopia, ovat aiheellisia. Mikäli kyseessä on alle 30-vuotias nainen ja löydöksenä on LSIL, kolposkopian sijasta voidaan solumuutosten häviämistä seurata myös uudella irtosolunäytteellä. Jatkotutkimuksista päättää tällöin sytologi, eli soluoppiin erikoistunut henkilö. Jos HPV-testin tulos on positiivinen, riittää yleensä löydöksen mahdollisen häviämisen seuranta. Jos Papa-kokeen tulos on normaali, nainen saa seuraavan seulontakutsun 1–2 vuoden kuluttua. Jos Papa-kokeen tulos on poikkeava, eli näytteessä todetaan solumuutoksia, asiakas ohjataan jatkotutkimuksiin. (Kohdunkaulan syöpää ehkäisevä seulonta 2010.)

HPV-testin mukaantulo kohdunkaulan syövän seulontaan yhdistää osaltaan kumpaakin menetelmää: sekä Papa-koetta että HPV-testiä. 25- ja 30-vuotiaille naisille suositellaan toistaiseksi vain Papa-kokeella tehtävää seulontaa, koska tämänikäisillä HPV-infektion esiintyvyys on suuri (25 % ja 15 %) ja hoidettavia esiasteita vain vähän. HPV-testin toteutuksessa käytetään kohdunkaulan irtosoluja kuten Papa-kokeessakin ja molemmat näytteet otetaan samalla kertaa. Tulosten tutkimassa pätevät seuraavat säännöt: jos HPV-testin tulos on negatiivinen, Papa-näytettä ei tutkita, jos HPV-testin tulos on kuitenkin positiivinen, Papa-näyte tutkitaan. Mikäli Papa-näyte on normaali, kutsutaan asiakas uuteen HPV-testiin 1–2 vuoden kuluttua. Jos HPV-testin tulos on edelleenkin positiivinen, tehdään naiselle kolposkopia. Jos Papa-kokeessa todetaan muutoksia, toimitaan kuten tavallisen Papa-kokeen yhteydessä. (Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnytinten solumuutokset – diagnostiikka, hoito ja seuranta 2010.)

4 HPV-ROKOTETUTKIMUS SUOMESSA

HPV-rokotetutkimuksia on tehty Suomessa jo useita. Aivan ensimmäinen Suomessa toteutettu papilloomavirusrokotetutkimus aloitettiin vuonna 2000. Aikaisemmin tutkimuksissa on osoitettu, että HPV-rokotteet ovat turvallisia sekä suojaavat aikaisemmin HPV16/18 infektiota sairastamattomia nuoria naisia yli 90 prosentin tehokkuudella infektiota ja sen aiheuttamia kohdunkaulan syövän esiaseteita vastaan. Suomalaisesta rokotettujen pitkäaikaisseurannasta saadaan vuosilta 2010–2024 tietoa myös siitä, miten hyvin rokote suojaa paikallisesti rajoittuneelta ja levinneeltä kohdunkaulan syövältä. (HPV-rokotetutkimus 2009.)

Tänä vuonna 2010 on aloitettu myös Tampereen yliopiston sekä Terveyden ja Hyvinvoinnin laitoksen organisoima HPV-rokotetutkimus. Tutkimuksella aiotaan selvittää rokotteen hyötyjä, suotuisinta rokotusikää ja sitä, kannattaako tyttöjen lisäksi rokottaa myös pojat. Tutkimus toteutetaan paikkakuntasatunnaistettuna ja tutkittavat saavat sekä HPV16/18-rokotteen että hepatiitti B-virus (HBV) rokotteet kolmen pistoksen sarjoina. A-kunnissa tytöt sekä pojat saavat yläkouluiässä papilloomaviruksia torjuvan HPV-rokotteen, B-kunnissa tytöt ottavat HPV-rokotteen ja pojat B-hepatiittirokotteen. C-kunnissa kaikille annetaan ensin B-hepatiittirokote. 18-vuotiaina nuorille tarjotaan ”ristiin rokotuksessa” tutkimuksen alussa saamatta jäänyt rokote. (HPV-rokotetutkimus 2009.)

Tutkimukseen osallistui 55 prosenttia tytöistä sekä 30 prosenttia pojista 33 paikkakunnalta. Mukana on vuosina 1992–1995 syntyneitä nuoria. Verrattaessa vuosina 2010–2014 HPV-infektioiden esiintyvyyttä eri tutkimuspaikkakunnilla, selviää, kannattaisiko myös pojat rokottaa tulevaisuudessa. Jos pojatkin rokotettaisiin, eivät hekään levittäisi virusta tyttöihin. Ensimmäisiä tuloksia rokotetutkimuksesta voidaan odottaa parin vuoden sisällä. Silloin nähdään, vähenevätkö virukset rokotepaikkakunnilla. (HPV-rokotetutkimus 2009; Nuoria odotetaan rokotukseen 2010.)

Tampereen yliopiston tutkimusta johtavan professori Matti Lehtisen mukaan HPV-rokotteella pystytään ehkäisemään 90 prosenttia kohdunkaulan syövän esiaseteista. Rokote on tarkoitettu suojaamaan papilloomaviruksen tyypeiltä 16 ja 18,

jotka aiheuttavat suurimman osan kohdunkaulan syövästä Suomessa. Lisäksi rokote ehkäisee ainakin kahta seuraavaksi yleisintä viruksen alatyyppejä. Papilloomavirus on tavallisin sukupuoliteitse tarttuva virus ja noin 10–15 prosentilla sen aiheuttama infektio voi pitkittyä ja aiheuttaa kudosuutoksia. Joka kolmas alle 30-vuotias on jo saanut infektion. HPV-rokote pitääkin ottaa ennen HPV-tartuntaa. (Nuoria odotetaan rokotukseen 2010.) Papilloomavirus voi tarttua sukupuolikontaktissa, vaikka käytettäisiinkin kondomia. Kondomi ei pysty aivan täydellisesti suojaamaan tartunnalta, koska pelkkä genitaalialueen ihokontakti riittää. (Kohdunkaulan syöpää ehkäisevä seulonta 2010.)

Papilloomavirukset voivat aiheuttaa myös peräaukon, peniksen sekä suun ja nielun syöpiä. Ruotsissa ja Yhdysvalloissa kielen tyven ja nielurisojen syövät ovat lisääntyneet nopeasti, johon yhtenä syynä pidetään seksuaalikäyttäytymisen muutosta. Edellä mainittuja syöpiä tavataan nyt jopa kymmenen kertaa enemmän 1970-lukuun verrattuna. Papilloomavirusta tavataan noin viidessä prosentissa miesten ja kymmenessä prosentissa naisten syövästä. Rokote voisi todennäköisesti suojata myös kaikilta näiltä syöviltiltä. Tutkimuksia näiden osalta jatketaan vielä. (Nuoria odotetaan rokotukseen 2010.)

Terveyden ja Hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijatyöryhmä ei ole vielä ottanut kantaa, pitäisikö HPV-rokote ottaa mukaan yleiseen rokotusohjelmaan Suomessa. Moni EU-maa on sen jo reilu vuosi sitten ottanut vain 12–13-vuotiaiden tyttöjen rokotusohjelmiin, mutta osallistuminen on ollut vaisua. Suomen syöpäyhdistyksen asiantuntijaryhmän mielipiteen mukaan papilloomarokotteet tulisi ottaa mukaan kansalliseen rokotusohjelmaan tutkittavaksi. Ryhmä korostaa tarkastelevansa asiaa syöväntorjunnan näkökulmasta, vaikkakin syöpien ehkäisyvaikutus näkyisi tilastoissa vasta 20 vuoden kuluttua. (10 kysymystä HPV-rokotteesta 2010; Nuoria odotetaan rokotukseen 2010.)

5 POHDINTA

Kohdunkaulan syövän ennaltaehkäisyssä siis seksuaaliterveyden edistäminen, rokottaminen sekä säännöllinen Papa-seulontoihin osallistuminen on ensiarvoisen tärkeää. Papilloomavirus (HPV) on yleinen kohdunkaulaa infektoiva virus ja näyttää selvästi liittyvän syövän esiasteisiin, ja on tärkein tekijä kohdunkaulan syövän synnyssä. Kohdunkaulan syövän hoidossa pyritään ensisijaisesti säilyttämään naisen hedelmällisyys, jolloin tehdään vain kohdunkaulaan kohdistuvia leikkauksia. Mikäli syöpäkasvain on jo pidemmälle levinnyt, päädytään tavallisimmin koko kohdun poistoon. Lisäksi hoidossa voidaan tarpeen mukaan käyttää hyväksi sytostaatti- ja sädehoitoa.

Aikaisemmissa HPV-rokotetutkimuksissa on todettu, että papilloomavirusrokotteet ovat turvallisia sekä suojaavat aikaisemmin HPV16/18-infektioita sairastamattomia naisia yli 90 prosentin tehokkuudella infektiota ja sen aiheuttamia kohdunkaulan syövän esiasteita vastaan. Tällä hetkellä menossa olevassa tutkimuksessa halutaan selvittää rokotteen hyötyjä, suotuisinta rokotusikää ja sitä, kannattaako tyttöjen lisäksi rokottaa myös pojat.

Vanhemmat suomalaisnaiset ovat käyneet hyvin Papa-seulonnoissa, toisin kuin nuoremmat. Seksuaalikäyttäytymisen vapauduttua kohdunkaulansyöpä on huolestuttavasti alkanut uudelleen yleistyä alle 40-vuotiailla. Papilloomaviruksen tarttumista voi ehkäistä välttämällä tilapäisiä sukupuoli-suhteita ja käyttämällä yhdynnässä kondomia. (Pakarinen & Aitokallio-Tallberg 2006, 2373; Nuoria odotetaan rokotukseen 2010.) Koska kohdunkaulan syöpä näyttää lisääntyvän nuoremmassa ikäluokassa, tulisi jokaisen terveydenhoitajan ottaa asia puheeksi ja kannustaa nuoria naisia edistämään seksuaaliterveyttään ja käymään myös säännöllisesti Papa-kokeissa. Erityisesti koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa sekä perhesuunnitteluneuvolassa työskentelevillä terveydenhoitajilla on merkittävä rooli kohdunkaulan syövästä informoimiselle ja ihmisten motivoimiselle.

Harjoittelujaksollani äitiysneuvolassa sekä kesätöissä synnyttäneiden vuodeosastolla tuli itselleni vastaan nuoria naisia, joilla oli ollut pahanlaatuisia muutoksia irtosolunäytteessä. Tämän tehtävän jälkeen pystyy paremmin ymmärtämään, mitä

muutokset tarkoittavat ja mitä jatkotoimenpiteitä solumuutosten ilmaantumisissa suositellaan. Kouluterveydenhuollon harjoittelun yhteydessä oli ilo huomata, kuinka moni nuori naisenalku osallistui HPV-rokotetutkimukseen. Keskustelin viime toukokuussa harjoittelujakson yhteydessä HPV-tutkimuksen Oulun alueen vastuuhoitajan Heli Moilasan kanssa. Moilanen kertoi, että he ovat tutkimuksen tiimoilta tehneet paljon työtä, jotta nuoret kiinnostuisivat ottamaan osaa projektiin. Tutkimushoitajat ovat kiertäneet eri kouluilla tiedottamassa asiasta ja jättäneet info-lehtisiä oppilaille. Lisäksi vanhemmille on aktiivisesti kerrottu tutkimuksen hyödyistä nuorille ja koko yhteiskunnalle. Täytyy vain toivoa, että HPV-rokote otettaisiin lähitulevaisuudessa osaksi kansallista rokoteohjelmaa. Koska rokote on tällä hetkellä omakustanteinen, väestöryhmien väliset terveyserot voivat jälleen kasvaa, joka on vastoin Suomen terveystalouden tavoitteita.

Tälle terveydenhoitotyön asiantuntijuuden kehittämistehtävälle asettamani tavoitteet täyttyivät mielestäni hyvin, koska sain vastaukset niihin kaikkiin aiheisiin, mihin halusin selvennystä. Sain myös itselle paremmat valmiudet informoida naisia ja miksei miehiäkin tästä tärkeästä aihealueesta tulevassa työelämässä. Myös varsinaisen opinnäytetyön tekeminen auttoi minua yhdessä käytännön työkokemuksen kanssa ymmärtämään, kuinka gynekologinen syöpä voi edetä parantumattomaksi sairaudeksi jo nuorella iällä. Tällöin täytyy keskittyä niihin terveyden edistämisen keinoihin, joita palliatiivisessa hoitovaiheessa voidaan vielä hyödyntää. Molempien opinnäytetöiden tekemisen avulla olen ymmärtänyt, miten monella eri tavalla ihmisen terveyttä voidaan edistää eri elämänvaiheissa, joten uskon sisäistäneeni ainakin yhden punaisen langan terveydenhoitajan työnkuvassa.

LÄHTEET

Eskola, Kaarina & Hytönen, Eeva 2008. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1.-3. painos. Helsinki. WSOY.

HPV-rokotetutkimus 2009. Tampereen yliopisto & Terveystieteiden tutkimuskeskus. Päivitetty 19.2.2009. [viitattu 25.8.2010]. Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.rokotiitus.net/hpv_rokotetutkimus.html>.

Kivelä, Aarre 2007. Gynekologiset sairaudet ja niiden lääketieteellinen hoito. Teoksessa Paananen, Ulla & Pietiläinen, Sirkka & Raussi-Lehto, Eija & Väyrynen, Pirjo & Äimälä, Anna-Mari (toim.), Kätilötyö. 1.-2. painos. Helsinki. Edita.

Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnytinten solumuutokset – diagnostiikka, hoito ja seuranta 2010. Käypä hoito 14.6.2010. [viitattu 24.8.2010]. Saatavilla www-muodossa:

<URL:<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50049>>.

Kohdunkaulan syöpää ehkäisevä seulonta 2010. Syöpäjärjestöt. [viitattu 24.8.2010]. Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.cancer.fi/syovanehkaisyy/joukkotarkastukset/kohdunkaula/>>.

Kohdunkaulan syöpä ja sen kehittyminen 2010. Päivitetty 18.1.2010. [viitattu 25.8.2010] Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.rokote.fi/hpv/tietoa/kohdunkaulan_syopa.html>.

Käypä hoito -suositus päivitetty: HPV-testi papa-kokeen rinnalle kohdunkaulan syövän diagnostiikkaan 2010. Päivitetty 6.9.2010. [viitattu 21.9.2010] Saatavilla www-muodossa:

<URL:http://www.kaypahoito.fi/web/kh/mediatiedotteet?p_p_id= uutisportlet_WAR_UutistenjulkaisuPortlet_INSTANCE_gU89&p_p_action=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column1&p_p_col_count=1&_uutisportlet_WAR_UutistenjulkaisuPortlet_INSTANCE_gU89_uutis_id=10152>.

Laboratoriotutkimukset - Patologia 2008. [viitattu 24.8.2010]. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.phsotey.fi/tulosryhmat/laaketieteellistenpalvelujenkeskus/tiedot.php?uusiatk=4044&tunniste=1186&haku=&vy=4010)

<URL:<http://www.phsotey.fi/tulosryhmat/laaketieteellistenpalvelujenkeskus/tiedot.php?uusiatk=4044&tunniste=1186&haku=&vy=4010>>.

Mäenpää, Johanna & Pakarinen, Päivi 2006. Ulkosynnyttimien, emättimen ja kohdunkaulan kasvaimet. Teoksessa Ylikorkala, Olavi & Kauppila, Antti (toim.), Naistentaudit ja synnytykset. 4., uudistetun painoksen (2004) muuttamaton jatkopainos. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy. Kustannus Oy Duodecim.

Nieminen, Pekka 2007. Irtosolunäyte kohdunkaulan syövän ehkäisyssä. Teoksessa Paananen, Ulla & Pietiläinen, Sirkka & Raussi-Lehto, Eija & Väyrynen, Pirjo & Äimälä, Anna-Mari (toim.), Kätilötyö. 1.-2. painos. Helsinki. Edita.

Nuoria odotetaan rokotukseen 2010. Sanomalehti Kaleva 21.2.2010. Oulu.

Pakarinen, Päivi & Aitokallio-Tallberg, Ansa 2006. Trakelektomia - raskausmahdollisuuden säilyttävä kohdunkaulan syövän hoito. Gynekologinen syöpä. Duodecim 2006; 122.

Pietiläinen, Sirkka 2007. Seksuaalisuus ja seksuaaliterveyden edistäminen. Teoksessa Paananen, Ulla & Pietiläinen, Sirkka & Raussi-Lehto, Eija & Väyrynen, Pirjo & Äimälä, Anna-Mari (toim.), Kätilötyö. 1.-2. painos. Helsinki. Edita.

Salmi, Tuula & Leminen, Arto 2007. Gynekologiset syövät. Teoksessa Joensuu, Heikki & Roberts, Peter J. & Teppo, Lyly & Tenhunen, Mikko (toim.), Syöpätaudit. 3. painos. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy. Kustannus Oy Duodecim.

Suomen Syöpärekisteri 2010. Syöpätautien määrät ja diagnoosin tekotapojen jakaumat (prosentteina) primaaripaikoittain keskimäärin vuosina 2004–2008, Naiset. Päivitetty 9.6.2010 [viitattu 20.7.2010]. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0016i0.html) <URL:<http://www.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0016i0.html>>.

Tiitinen, Aila 2009. Papa-koe. Terveyskirjasto. Päivitetty 29.9.2009 [viitattu 24.8.2010]. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0016i0.html)

<URL:http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00161&p_haku=irtosolun%E4yte>.

10 kysymystä HPV-rokotteesta 2010. [viitattu 24.8.2010] Saatavilla www-muodossa:

<URL:<http://www.cancer.fi/syovanehkaisy/viruksetjabakteerit/papilloomavirus/hpv-rokote/>>.

Taulukko 1. Bethesda-järjestelmä 2001. (Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosyntyntien solumuutokset – diagnostiikka, hoito ja seuranta 2010)

Luokitus	Vastaus
Näytetyyppi	Sivelyvalmiste, neste-Papa
Näytteen edustavuus	Riittävä
	Riittävä, lieriösolut puuttuvat
	Tulkinta epävarma (syy)
	Ei tulkittavissa (syy)
Yleinen luokitus	Ei epiteelisoluatypiaa
	Epiteelisoluatypia
	Muu muutos, ks. lausunto
Normaalista poikkeavat mikrobit	Bakteerivaginoosi, clue-soluja
	Sekafloora
	Sieni
	Actinomyces
	Trichomonas vaginalis
	Herpes
Reaktiiviset muutokset	Tulehdus
	Regeneraatio
	Sädetysmuutos
	Ehkäisykierukan aiheuttama muutos
Muut ei-neoplastiset muutokset	Endometriaalisia soluja yli 50-vuotiaalla
	Lieriösoluja kohdunpoiston jälkeen
	Atrofia
	Sytolyysi
Levyepiteeliatypia	ASC-US
	ASC-H (HSIL-muutosta ei voida sulkea pois)
	LSIL (lievä epiteelivaurio)
	HSIL (vahva epiteelivaurio)
	Levyepiteelikarsinooma
Lieriöepiteeli	AGC-NOS endoserviksin soluissa, merkitys epäselvä
	AGC-FN endoserviksin soluissa, epäily neoplasiasta
	Endometriumien soluissa, merkitys epäselvä
	Endometriumien soluissa, epäily neoplasiasta
	Alkuperä ei määritettävissä, merkitys epäselvä
	Alkuperä ei määritettävissä, epäily neoplasiasta
	Adenocarcinoma in situ
	Adenokarsinooma
Hormonivaikutus	Kypsyyssindeksi
	Vastaa ikää ja esitietoja
	Ei vastaa ikää ja esitietoja (syy)
	Ei voida tulkita (syy)
Lausunto	