



RINTASYÖPÄ JA SEN HOITO

Kirjallinen ohje rintasyöpäleikatulle ompeleiden poiston jälkeen

Veera Huotari

Linda Kaaresmaa

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HUOTARI, VEERA & KAARESMAA, LINDA:

Rintasyöpä ja sen hoito

Kirjallinen ohje rintasyöpäleikatulle ompeleiden poiston jälkeen

Opinnäytetyö 51 sivua, joista liitteitä 9 sivua

Maaliskuu 2013

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen käyttöön kirjallinen kotihoito-ohje annettavaksi asiakkaille, jotka tulevat rintasyöpäleikkauksen jälkeiseen ompeleiden ja/tai dreenin poistoon. Työmme tehtävinä oli selvittää rintasyöpäpotilaan hoitoa, millaisia kotihoito-ohjeita asiakas tarvitsee dreenin ja ompeleiden poiston jälkeen sekä millainen on kattava ohje. Opinnäytetyömme tavoitteena oli tehdä kirjallinen kotihoito-ohje, joka tukee asiakkaan hoitajalta saamaa suullista ohjausta.

Opinnäytetyömme koostuu teoriaosasta sekä siihen liitetystä kotihoito-ohjeesta. Opinnäytetyömme teoriaosuudessa käsitelimme rintasyöpää ja sen yleisimpiä hoitomuotoja, asiakkaan ohjausta, havainnointia, potilasohjetta sekä kirjalliseen kotihoito-ohjeeseen valikoituneita aiheita.

Opinnäytetyötä varten kävimme havainnoimassa Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen sairaanhoitajien pitämiä ohjauskeskusteluja, joihin sisältyi dreenin ja/tai ompeleiden poisto asiakkaalta. Kirjallisen kotihoito-ohjeen sisällön laadinnassa käytimme hyväksi sekä havainnoinneista saamaamme tietoa että keräämäämme teoriatietoa. Kotihoito-ohjeeseen pyrimme valitsemaan asiakkaan kannalta oleelliset asiat. Jos asiakkaalle ohjaustilanteen jälkeen herää kysymyksiä liittyen leikkaushaavaan ja sen hoitoon, hän löytää tiedon kotihoito-ohjeesta. Tämän odotetaan vähentävän asiakkaiden yhteydenottoja Pirkanmaan Syöpäyhdistykselle. Ohje on Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen toiveiden mukainen yksipuolinen A4-paperiarkki, joka sisältää tietoa haava-alueen hoidosta, peseytymisestä, liikunnasta, haavakivusta sekä siitä, mihin tulee ottaa yhteys ongelmatilanteissa.

Työn tekemisen myötä kehittämissuositukseksi nousi Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen sairaanhoitajille tehtävä tarkistuslista, joka sisältää asioita, joista sairaanhoitajan tulisi keskustella asiakkaan kanssa tämän saapuessa ompeleiden ja dreenin poistoon. Tämä yhdenmukaistaisi hoitajien pitämiä ohjaustilanteita ja tukisi hoitajan antamaa suullista ohjausta. Toinen kehittämissuosituksemme on Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen asiakkaille annettava leikkauksen jälkeinen kirjallinen liikuntaohje.

Asiasanat: rintasyöpä, rintasyövän hoito, kotihoito-ohje, ohjaus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

HUOTARI, VEERA & KAARESMAA, LINDA:
Breast Cancer and Treatment
Written Home Care Instruction

Bachelor's thesis 51 pages, appendices 9 pages
March 2013

The purpose of this thesis was to make a written home care instruction for the clients of Pirkanmaan Syöpäyhdistys who come to have stitches or a drain removed after a breast cancer surgery. The research objectives of the thesis were to clarify the treatment of breast cancer patients, what kind of home care instructions a client needs after her stitches and drain have been removed and what a good written home care instruction should be like. The overall aim of the thesis was to make a written home care instruction which supports the nurse's guidance.

Nurses of Pirkanmaan Syöpäyhdistys were observed when they removed clients' stitches and drains and gave them guidance. The information gained from those situations was used in the making of the written home care instruction. It is also based on the theoretical part of our thesis. The goal was to select the most important things to the home care instruction so that clients can find the information they need in it. The home care instruction includes information about the care of the wound area, wound pain, bathing and where to contact if any problems appear.

A "check-list" that contains the things nurses should discuss with the clients during the guidance situation is proposed as a subject for a follow-up project. That would support and unify nurses' guidance practices. Another subject for a follow-up project is to make an exercise instruction for the clients of Pirkanmaan Syöpäyhdistys.

Key words: breast cancer, breast cancer treatment, home care instruction, guidance

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	RINTASYÖPÄ JA SEN HOITO	7
	3.1 Rintasyöpä	7
	3.2 Rintasyövän hoito	12
	3.2.1 Leikkaushoito	13
	3.2.2 Sädehoito.....	16
	3.2.3 Solunsalpaajahoido	18
	3.2.4 Hormonihoito	19
	3.2.5 Palliativinen hoito	20
4	OHJAUS, HAVAINNOINTI JA POTILASOHJE	22
	4.1 Ohjaus	22
	4.2 Havainnointi.....	23
	4.3 Potilasohje.....	25
5	TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ.....	26
6	HAVAINNOINNIN TULOKSET JA TUOTOKSEN SISÄLTÖ.....	27
	6.1 Havainnoinnin tulokset	27
	6.2 Tuotoksen sisältö	29
	6.2.1 Haava-alueen hoito.....	29
	6.2.2 Peseytyminen	30
	6.2.3 Liikunta	30
	6.2.4 Haavakipu	31
	6.2.5 Yhteydenotot ongelmatilanteissa	32
7	PÄÄTÄNTÄ	33
	7.1 Eettisyys ja luotettavuus	33
	7.2 Pohdinta ja johtopäätökset	34
	7.3 Kehittämisehdotukset.....	38
	LÄHTEET.....	39
	LIITTEET	43
	Liite 1. Aikaisemmat tutkimukset	43
	Liite 2. Asiakkaan tiedottaminen ajanvaraustilanteessa.....	48
	Liite 3. Tiedote Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen asiakkaalle	49
	Liite 4. Suostumus	50
	Liite 5. Haavanhoito-ohje rintaleikatulle.....	51

1 JOHDANTO

Rintasyöpä on Suomessa ylivoimaisesti yleisin naisten syöpätyyppi. Vuonna 2010 rintasyöpä diagnosoitiin 4673 naisella. (Suomen Syöpärekisteri 2012.) Sairaudesta parantumisen ennuste on kuitenkin hyvä. Vuosina 2007–2009 tehdyn tutkimuksen mukaan vuoden kuluttua sairastumisesta elossa oli 97 % ja viiden vuoden päästä 89 % sairastuneista. (Suomen Syöpärekisteri.) Rintasyövän ensisijainen hoito on leikkaus. Rinta voidaan poistaa kokonaan tai tehdä rinnan säästävä leikkaus. (Leikkaus 2008.) Kirurgisen hoidon lisäksi käytetään liitännäishoitoja eli säde- ja lääkehoitoja (Riikola & Huovinen 2008). Mahdollista on tehdä myös operoitavan rinnan korjausleikkaus, jos potilaan yleiskunto on hyvä eikä rintasyöpä ole uusiutunut (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 619).

Syöpään sairastuminen on pysäyttävä kokemus. Elämäntilanne muuttuu odottamatta ja yhtäkkiä tulevaisuus on epävarmaa. Potilas tulee tällöin kohdata yksilönä ja huomioida hänen tarpeensa ja toiveensa kokonaisvaltaisesti. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 161.)

Turvallisen hoidon edellytyksenä on hyvä potilaan ohjaus. Suullisen ohjauksen lisäksi potilaalle annetaan myös kirjallista materiaalia. (Ahonen ym. 2012, 34.) Jotta potilas noudattaisi annetun ohjeen sisältämiä neuvoja, ohjeen tulee olla riittävän kattava, selkeä ja helppolukuinen (Hyvärinen 2005, 1769–1772). Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi ohjeistusta rintasyöpäpotilaiden hoitokäytännöistä tulee lisätä perus-, työterveys- ja yksityissektorin terveydenhuollon toimijoille (Leino 2012).

Teimme opinnäytetyömme tuotoksena kirjallisen kotihoito-ohjeen rintasyöpään sairastuneelle drenin ja/tai ompeleiden poiston jälkeen annettavaksi. Työelämäyhteytemme on Pirkanmaan Syöpäyhdistys. Opinnäytetyömme aihe lähti heidän tarpeestaan ja omasta mielenkiinnostamme syöpäsairauksia kohtaan. Opinnäytetyömme koostuu teoriaosasta sekä siihen liitetystä kotihoito-ohjeesta. Teoriaosassa käsittelemme rintasyöpää ja sen hoitoa. Olemme rajanneet aiheen naisten rintasyöpään ja sen yleisimpiin hoitomuotoihin. Lisäksi tarkastelemme teoriaosassa tuotoksen työstämiseen liittyviä asioita, muun muassa havainnointia, ohjausta ja kattavan ohjeen kriteereitä.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen käyttöön kirjallinen kotihoito-ohje rintasyöpään sairastuneelle drenin ja/tai ompeleiden poistossa annettavaksi.

Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää

1. Miten rintasyöpää hoidetaan?
2. Millaisia kotihoito-ohjeita asiakas tarvitsee drenin ja ompeleiden poiston jälkeen?
3. Millainen on kattava ohje?

Opinnäytetyön tavoitteena on auttaa Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen hoitajia ja asiakkaita kirjallisen kotihoito-ohjeen avulla. Opinnäytetyön tuotoksena tekemämme kotihoito-ohje tukee hoitajan antamaa suullista ohjausta. Tavoitteena on, että asiakas saa kaiken tarvittavan ohjauksen sekä suullisesti ohjaustilanteessa että kirjallisessa muodossa hoito-ohjeella. Jos asiakkaalle ohjaustilanteen jälkeen herää kysymyksiä, hän löytää etsimänsä tiedon hoito-ohjeesta. Tämän odotetaan vähentävän asiakkaiden yhteydenottotarpeita, joka taas palvelee sekä työntekijää että asiakasta. Tavoitteena on myös oppia opinnäytetyön tekemisen kautta rintasyövästä ja sen hoidosta, asiakkaan ohjauksesta sekä siitä, millainen on hyvä kotihoito-ohje.

3 RINTASYÖPÄ JA SEN HOITO

Opinnäytetyömme aiheena on Rintasyöpä ja sen hoito – Kirjallinen ohje rintasyöpäleikatulle ompeleiden poiston jälkeen. Työmme keskeisiä käsitteitä ovat rintasyöpään sairastunut, rintasyövän hoito, asiakkaan ohjaus sekä kirjallinen kotihoito-ohje (kuvio 1).



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

3.1 Rintasyöpä

Rintasyövän incidenssi eli ilmaantuvuus on Suomessa noin 4000 uutta tapausta vuodessa. Se on yleisin pahanlaatuinen kasvain naisilla. (Roberts, Alhava, Höckerstedt & Lepäniemi 2010, 772.) Sairastumisriski kasvaa iän myötä. Keski-ikä taudin toteamishetkellä on 60 vuotta, mutta sitä todetaan myös nuoremmilla. Alle 30-vuotiailla tauti on harvinainen. (Ahonen ym. 2012, 584.)

Duktaalinen ja lobulaarinen karsinoma ovat rintasyövän päätyyppejä (Ahonen ym. 2012, 584). Duktaalinen rintasyöpä on tiehytperäistä ja lobulaarinen rintasyöpä on rauhasperäistä. Rintasyöivistä noin 70 % on duktaalisia. Duktaalisessa rintasyövässä syöpä on alkanut rintatiehyistä ja syöpäsolut tunkeutuvat tiehyistä niitä ympäröiviin kudoksiin. Jos syöpä ei ole vielä levinnyt rintatiehyiden ulkopuolelle, luokitellaan se syövän esias- teeksi. Lobulaarisella eli rinnan rauhasrakenteesta alkaneella syövällä on suurempi tai- pumus esiintyä molemmissa rinnoissa kuin duktaalisella rintasyövällä. (Rintasyövän eri tyytit 2012.) Muita harvinaisempia rintasyövän tyyppieitä ovat tubulaarinen, medullaari- nen ja musinoottinen karsinoma ja nännissä esiintyvä Pagetin tauti (Ahonen ym. 2012, 584).

Hoitomenetelmien kehittymisen ja varhaisemman toteamisen johdosta rintasyövän en- nuste on jatkuvasti parantunut. Nykyään rintasyöpäpotilaista jopa yhdeksän kymmenes- tä on elossa viiden vuoden kuluttua sairauden toteamisesta. (Vehmanen 2012b.) Rin- tasyövän toteamiseen käytetään niin sanottua kolmoisdiagnoosiikkaa, johon kuuluu in- spektio eli tutkimus, palpaatio eli tunnustelu, kuvantamistutkimukset ja paksuneulanäy- te. Jos potilaalla on ilmennyt rintalöydös, useimmiten diagnosointiin riittävät toimet ovat rintojen tunnustelu, mammografia, ultraäänitutkimus ja tarvittaessa neulanäyt- teenotto. Tarvittaessa voidaan käyttää myös muita tutkimuksia, kuten rinnan magneetti- kuvausta tai maitotiehyen varjoainekuvausta. (Ahonen ym. 2012, 587.)

Suuri osa sairastuneista paranee taudista kokonaan, mutta rintasyöpä voi uusiutua (Vehmanen 2012b). Vajaalla 20 % sairastuneista rintasyöpä uusiutuu ensimmäisten vii- den vuoden aikana. Tämän jälkeen uusiutuminen on harvinaista. (Syöpäjärjestöt: Rin- tasyövän uusiutuminen.) Rintasyöpä voi myös levitä tai olla jo diagnoosivaiheessa le- vinnyt. Etäpesäkkeitä voi olla muun muassa luustossa, keuhkoissa, maksassa tai kes- kushermostossa. (Vehmanen 2012c.) Levinneisyyttä tutkitaan leikkauksen yhteydessä vartijaimusolmuketutkimuksella. Etäpesäkkeiden etsimisessä voidaan käyttää luuston gammakuvausta tai keuhkokuvaa, jos potilaalla on oireita. Tarvittaessa voidaan käyttää muitakin tutkimuksia. (Ahonen ym. 2012, 587.) Rintasyövän mahdollinen leviäminen todetaan yleensä muutaman vuoden kuluttua rintasyöpään sairastumisesta (Vehmanen 2012c). Uusiutumista ja leviämistä voi kuitenkin ilmetä jopa yli kymmenen vuoden ku- luttua diagnoosista (Rintasyöpä (hoito ja seuranta): Käypä hoito -suositus 2007). Le- vinnyttä tautia ei pysyvästi pystytä parantamaan, mutta eri hoidoilla pyritään hidasta-

maan syövän etenemistä ja helpottamaan sen aiheuttamia oireita. Näin voidaan pidentää elinaikaa ja parantaa elämänlaatua. (Vehmanen 2012c.)

Kyhmy rinnassa on rintasyövän tavallisin oire. Useimmiten kyhmy on kivuton, mutta voi joissain tapauksissa aiheuttaa oireita kuten kipua tai pistelyä. Kyhmyt voidaan todeta mammografiassa eli rinnan röntgenkuvauksessa. Suurin osa rintasyöivistä todetaan siten, että nainen on itse hakeutunut jatkotutkimuksiin löydettyään kyhmy rinnastaan. (Vehmanen 2012b.) Rinnasta voidaan löytää myös hyvänlaatuisia muutoksia, kuten kystia eli nesterakkuloita tai sidekudoskasvaimia eli fibroadenoomia. Rintasyövän muita oireita voivat olla kipu, pistely tai painon tunne rinnassa, ihon tai nännin vetäytyminen sisään, ihottuman tapainen muutos nännin seudussa, kyhmy kainalossa tai erite nännistä. Oireina voi olla myös jo levinneen rintasyövän muodostamien etäpesäkkeiden aiheuttamat oireet. (Ahonen ym. 2012, 587.)

Varhaisvaiheen rintasyöpä on usein oireeton ja seulontojen avulla pyritään löytämään oireeton rintasyöpä sen alkuvaiheessa. Suomessa rintasyöpää seulotaan kaikilta 50–69-vuotiailta naisilta mammografialla kahden vuoden välein. Seulonta vähentää väestön sairastavuutta ja kuolleisuutta rintasyöpään. Varhaisen syövän löytämisen myötä taudista parantumisen ennuste paranee. Varhaisvaiheessa todettu tauti ei käyttäydy niin aggressiivisesti kuin jo levinnyt tauti. (Ahonen ym. 2012, 585–587.)

Rintojen tutkituttaminen omalla terveydenhoitajalla tai lääkäriellä kannattaa tehdä säännöllisesti sekä myös silloin, jos on itse huomannut rinnoissaan muutoksia. Paras aika tutkia rinnat on noin 10 päivää kuukautisten jälkeen. (Ahonen ym. 2012, 585.) Terveydenhuollon ammattilaisen tekemä rintojen tutkiminen tehdään istuen ja makuulla myös kädet nostettuina ylös. Tutkimuksen tarkoituksena on löytää mahdollisia ihoreaktioita, värimuutoksia ja muutoksia nännissä, kuten vuotoa, ihottumaa ja sisäänvetäytymiä. Rintojen tutkimisen lisäksi samalla palpoidaan myös kainalot ja soliskuopat. (Rintasyöpä (diagnostiikka ja seulonta) 2009.)

Yksittäisen potilaan kohdalla rintasyövän syytä on mahdotonta selvittää. Sairastumisriskiä lisääviä tekijöitä tunnetaan kuitenkin useita. Tällaisia ovat muun muassa perinnöllinen alttius sairastua, varhainen kuukautisten alkamisikä, myöhään alkavat vaihdevuodet, synnytysten vähäisyys, korkea ensisynnytysikä, ylipaino vaihdevuosi-ien jälkeen sekä runsas alkoholinkäyttö. (Vehmanen 2012b.)

Rintasyövistä 5–10 % on perinnöllisiä. Rintasyöpään liittyviä geenejä on tällä hetkellä tiedossa kaksi, BRCA1 ja BRCA2. Osa tunnetuista geenivirheistä voidaan jo määrittää verikokeilla. Myös naisten taustatietojen perusteella voidaan todeta perinnöllinen taipumus sairastua rintasyöpään. Tällaista voidaan epäillä esimerkiksi, jos kolmella tai useammalla naisen lähisukulaisista on todettu rintasyöpä. (Syöpäjärjestöt: Rintasyövän perinnöllisyys.) Sairastuminen nuorella iällä viittaa yleensä periytyvään rintasyöpäalttiuteen (Vehmanen 2012b). Riskiryhmään kuuluville suositellaan tehtävän tarkempi sukutaustan kartoitus. Jos perinnöllisyys on ilmeistä, suositellaan normaalia useampia ja tiheämpään tehtäviä tutkimuksia, kuten esimerkiksi aina 1–2 vuoden välein mammografiaa ja rintojen kaikututkimusta. (Syöpäjärjestöt: Rintasyövän perinnöllisyys.)

Raskauden aikana rintasyöpää on usein vaikea löytää, koska rinnat ovat raskauden vuoksi turvonneet ja röntgenkuvauksia pyritään välttämään. Taudin ennuste on jonkin verran huonompi, jos diagnoosi on tehty raskauden aikana, sillä hoitoa ei pystytä ennen raskauden päättymistä toteuttamaan normaalisti. Solunsalpaajat voivat haitata sikiön kehitystä, joten näitä ei raskauden aikana suositella. Leikkaus voidaan tehdä raskauden aikana. (Syöpäjärjestöt: Rintasyöpään liittyviä erityiskysymyksiä.) Jos päädytään leikkaukseen raskauden aikana, suositellaan mastektomiaa eli koko rinnan poistoa, koska sädehoitoa ei liitännäishoitona voida raskauden aikana käyttää sikiön saaman hajasäteilyannoksen vuoksi (Joensuu, Roberts, Teppo & Tenhunen 2007, 505).

Riskiryhmään kuulumattomilla naisilla imetyksellä ei ole vaikutusta riskiin sairastua rintasyöpään. Riskiryhmään kuuluvien naisten rintasyöpään sairastumiseen imetys voi vaikuttaa. Imettäneillä riskiryhmään kuuluvilla naisilla on pienempi alttius sairastua rintasyöpään kuin niillä, jotka eivät ole koskaan imettäneet. (Kulonen 2009.) Jos rintaa on leikattu tai sädehoidettu, ei siitä enää yleensä tule maitoa. Terveestä rinnasta imettäminen kuitenkin yleensä sujuu normaalisti. (Suomen Syöpäpotilaat: Rintasyöpäopas.)

Syöpään sairastuminen vaikuttaa koko potilaan elämään. Se tuo mukanaan epävarmuutta tulevastakin ja muuttaa jokapäiväistä arkielämää. Ihmisillä on erilaisia tapoja selvitä elämässä eteen tulevista kriiseistä. Sairaanhoidajan tulee kohdata potilas yksilönä ja huomioida hänen tarpeensa kokonaisvaltaisesti. Tulee muistaa, että sairaus ei kosketa vain potilasta vaan myös hänen läheisiään ja heidät tulee ottaa huomioon uudessa elämäntilanteessa selviytymisen tukemisessa. (Ahonen, ym. 2012, 161–163.) Merkittävimm-

piä tukijoita rintasyöpään sairastuneille suurimmalla osalla naisista ovat puoliset, ystävät ja lapset (Salonen 2011).

Syöpää sairastavan potilaan tukeminen voi olla tiedollista, emotionaalista, psykososiaalista tai käytännön tukea. Tiedolliseen tukemiseen liittyy esimerkiksi kertominen sairaudesta ja senhetkisestä tilanteesta, lääkehoidon ohjaaminen sekä taloudellisten tukimahdollisuuksien selvittäminen. Emotionaalinen tuki on luottamuksellisen hoitosuhteen luomista, aktiivista kuuntelua ja keskustelua tunteista ja hengellistä tukemista. Psykososiaalisella tukemisella tarkoitetaan muun muassa läheisten kannustamista osallistumaan hoitoon, läheisten huomioimista sekä harrastusten jatkamisen tukemista. Myös vertaistuki on psykososiaalista tukea. Käytännön tukeminen voi olla auttamista peruekin hankinnassa, lääkehoidon toteuttamista kotona sekä tiedon antamista esimerkiksi sairauslomaan liittyvissä asioissa. (Ahonen ym. 2012, 163.)

Rintasyöpään sairastuminen vaikuttaa potilaan tunteeseen fyysisestä ja psyykkisestä eheydestä. Noin joka kolmannella rintasyöpäpotilaalla esiintyy ahdistuneisuutta, masennusta tai muuta merkittävää psyykkistä oireilua jossakin sairauden vaiheessa. Potilaan hoidon ja mahdollisen terapian tarve arvioidaan yksilöllisesti. Varsinkin diagnoosivaiheessa keskustelumahdollisuuden järjestäminen on tärkeää, koska potilas tarvitsee tällöin tietoa ja hyötyy sen saannista. Rintasyöpäpotilaan selviytymisen kannalta hyvä hoitosuhde on merkityksellinen. Potilaan kanssa on tärkeää keskustella eri hoitovaihtoehtoista. Rintasyöpäleikkaus muuttaa potilaan kehonkuvaa, joten potilaalle kerrotaan mahdollisesta rintarekonstruktiosta ja rintaproteesista. Hoitohenkilökunnan olisi hyvä ottaa puheeksi myös parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen liittyvät asiat. (Ahonen ym. 2012, 589.)

Leino (2012) tutki väitöskirjassaan rintasyöpään sairastuneiden naisten saamaa sosiaalista tukea. Tutkimukseen osallistuneiden naisten mukaan hoitohenkilökunnalla oli usein niin kiire, etteivät he ehtineet keskustella syvemmin potilaiden kanssa näiden mieltä askarruttavista asioista, kuten esimerkiksi kuolemanpeloista. Naiset kokivat tärkeäksi keskustella syistä, jotka mahdollisesti olivat johtaneet sairastumiseen, sillä se auttoi heitä ymmärtämään sairastumisen sekä sopeutumaan siihen. Naisten mukaan heidän ja hoitohenkilökunnan välisessä vuorovaikutuksessa tulisi myös olla aikaa keskustella. He kokivat tärkeänä sen, että tulevat kuulluiksi ja että heillä on mahdollisuus ker-

toa huolistaan ja tunteistaan. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstöltä odotettiin myös seksuaaliasioiden huomioimista.

Potilaan tukeminen perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön. Lääkärin, sairaanhoitajien, fysioterapeuttien ja sosiaalihoitajien lisäksi potilaan hoitoon osallistuvat monet muut. Syöpäjärjestöt ovat yksi merkittävä mahdollinen tuen lähde. Niiden kautta on mahdollista saada taloudellista tukea syövän hoidon aiheuttamiin kustannuksiin, osallistua sopeutumisvalmennus- ja kuntoutusjaksoille ja saada vertaistukea. Syövän hoidoista selviytymisessä vertaistuella voi olla tärkeä merkitys. (Ahonen ym. 2012, 162.)

Vertaistuki on keskinäistä tukea ja kokemusten jakamista niiden ihmisten välillä, jotka ovat samassa elämäntilanteessa tai jotka ovat kokeneet saman elämänkohtalon. Vertaistuella on erilaisia muotoja, on yksilöllistä vertaistukea sekä vertaistuen ryhmätoimintaa. Parhaassa tapauksessa vertaistuki edistää kuntoutumista ja arjessa selviämistä sekä toimimista. Vertaistuen tarkoitus on antaa tietoa, tukea ja voimavaroja jokapäiväiseen elämään. (Yli-Pirilä 2012.)

Muurinen (2009) tutki pro gradu –tutkielmassaan rintasyöpäpotilaiden kokemuksia elämästä syövän kanssa. Vertaistuen merkitys koettiin tärkeänä. Tutkitut potilaat kokivat, että ihminen, joka on käynyt läpi saman prosessin kuin he, ymmärsivät parhaiten heidän tuntemuksiaan ja kokemuksiaan. Vertaistuki koettiin voimia antavana ja siitä sai uskoa paranemiseen.

3.2 Rintasyövän hoito

Rintasyövän hoidon tavoitteena on vähentää syövän aiheuttamia oireita ja kuolleisuutta. Potilasta tuetaan sairauden aiheuttamissa psyykkisissä ja fyysisissä muutoksissa. Ensimmäinen rintasyövän hoito on leikkaushoito. Tämän lisäksi käytetään säde- ja liitännäislääkehoitoja. Syövän liitännäislääkehoitoja kutsutaan adjuvanttihoitoiksi. Näitä rintasyövän hoidossa ovat solunsalpaaja- eli sytostaattihoito ja hormonihoito. Jos kasvain on suuri, voidaan solunsalpaajia käyttää leikkausta edeltävästi. Tällöin puhutaan neoadjuvanttihoitosta eli alkuhoidosta. Sen tavoitteena on saada syöpäkasvain pienenemään, jotta se saataisiin leikkauksessa poistettua kokonaan. (Ahonen ym. 2012, 137, 587.)

Rintasyöpähoitojen jälkeen potilas käy seurannassa perusterveydenhuollossa. Seurannan tavoitteena on havaita ja hoitaa hoidon mahdollisesti aiheuttamat haitat sekä todeta rintasyövän uusiutuminen tai mahdollinen toisen rinnan syöpä. Seurantakäynnillä tehdään kliininen tutkimus ja selvitetään potilaan mahdolliset oireet. Koko potilaan loppuelämän ajan tehdään mammografia 1–2 vuoden välein. (Ahonen ym. 2012, 590.)

3.2.1 Leikkaushoito

Leikkaushoito on paikallisen rintasyövän ensisijainen hoito (Ahonen ym. 2012, 587). Leikkausmuotoja on erilaisia. Rinta voidaan poistaa joko kokonaan tai osittain. (Syöpäjärjestöt 2008b.) Leikkaustapa harkitaan aina jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti. Leikkaustavan valintaan vaikuttavat esimerkiksi kasvaimen koko, sijainti ja leviämistapa. (Syöpäinfo 2010a.) Leikkaustapaa valittaessa arvioidaan uusiutumiskiriski, joka vaihtelee muun muassa syöpätyypin ja iän mukaan. Nuorilla potilailla uusiutumiskiriski on suurempi pidemmän jäljellä olevan eliniän vuoksi. Nuorilla myös tavataan useammin herkästi uusiutuvia syöpätyyppejä ja syöpä voi tulla toiseenkin rintaan. Näin ollen nuorille turvallisin vaihtoehto voi olla molemminpuolinen rinnanpoisto. Perinnöllisistä syistä johtuvassa rintasyövässä myös usein poistetaan koko rinta tai molemmat. (Jansson 2009.) Leikkauksen laajuus riippuu kliinisestä löydöksestä, kuvantamistutkimusten ja kasvaimen histologisen määrityksen tulosten perusteella (Ahonen ym. 2012, 587). Leikkauksen tavoitteena on poistaa kaikki syöpäkudos rinnasta sekä kainalosta (Rintasyöpä (hoito ja seuranta): Käypä hoito -suositus 2007). Sen vuoksi leikkauksessa poistetaan myös tervettä kudosta kasvaimen ympäriltä syövän paikallisen leviämisen estämiseksi (Syöpäjärjestöt: Leikkaus). Jos kirurgisella poistolla ei saada kaikkea syöpäsolumukkoa poistettua, uusiutuminen on usein vaikeasti hoidettavissa, sillä jäljelle jäänyt syöpäsolumukko saattaa kasvaa ja leviää nopeammin kuin varsinaisen kasvaimen solut (Ahonen ym. 2012, 138).

Ensisijaisesti rintasyövän hoidossa pyritään aina rinnan säästävään leikkaukseen, koska rintaleikkaus vaikuttaa naisen elämänlaatuun (Syöpäjärjestöt 2008a). Rinnan säästävä leikkaus on yhtä turvallinen henkiin jäämisen kannalta kuin koko rinnan poisto, mutta riskinä on joutuminen uusiin toimenpiteisiin (Jansson 2009). Rinnan säästävässä leikkauksessa rintakudosta jää jäljelle. Kasvain poistetaan 1–2 cm:n tervekkudostamarginaalilla. Jos rinnassa on useita kasvainalueita, kasvaimen läpimitta on suuri, säästävä leikkaus ei

ole riittävä tai potilas itse toivoo rinnan poistoa, poistetaan koko rinta. (Ahonen ym. 2012, 587–588.) Leikkaushoitoa voidaan käyttää myös pienentämään suurta kasvainta, jotta se muiden hoitojen, kuten säde- tai lääkehoitojen avulla saataisiin poistettua kokonaan (Syöpäjärjestöt: Leikkaus).

Jos epäillään, että syöpä on levinnyt kainalon imusolmukkeisiin, ne voidaan poistaa leikkauksen yhteydessä. Mahdollinen leviäminen selvitetään vartijaimusolmuketutkimuksella. (Rintasyöpä (hoito ja seuranta): Käypä hoito -suositus 2007.) Se tehdään rintasyöpäleikkauksen yhteydessä. Vartijaimusolmukkeita ovat kasvaimesta imunestettä keräävät kainalon ja rintakehän seinämän imusolmukkeet. Ne etsitään leikkauksen yhteydessä ruiskuttamalla syöpäkasvaimen siniväriä ja etsimällä ne mahdolliset imusolmukkeet, joihin väriaine on hakeutunut. Niitä voidaan etsiä myös mittaamalla imusolmukkeiden radioaktiivisuutta. Jos tutkimuksessa löytyy vartijaimusolmukkeita, ne poistetaan samassa yhteydessä. Poistetut imusolmukkeet tutkitaan, ja jos niistä löytyy syöpäkudosta, potilaalle tehdään kainalon tyhjennys. Jos tutkituissa imusolmukkeissa ei ole syöpäkudosta, todennäköisesti muutkin kainaloimusolmukkeet ovat terveitä. (Ahonen ym. 2012, 138.)

Jos rinta poistetaan kokonaan, voidaan tehdä myös rinnan korjausleikkaus eli rintarekonstruktio. Tämä voidaan tehdä joko rinnanpoiston yhteydessä tai myöhemmin. (Syöpäinfo 2010a.) Se ei huononna ennustetta eikä haittaa rintasyövän seurantaa. Välitöntä rintarekonstruktiota suositellaan potilaille, joilla on hyvä ennuste ja joilla epätodennäköisesti tulee olemaan liitännäishoitoja. Välittömässä rintarekonstruktiossa rinta poistetaan ihoa säästäen ja tarvittaessa leikkauksen yhteydessä tehdään vartijaimusolmuketutkimus. (Roberts ym. 2010, 780–782.) Rinnan korjaus voidaan tehdä käyttämällä potilaan omaa kudossiirrettä, proteesilla tai näiden kahden menetelmän yhdistelmällä. Korjausmenetelmä valitaan yksilöllisesti potilaan mukaan. Päätökseen vaikuttavat muun muassa potilaan ruumiinrakenne ja hänen omat toiveensa. (Ahonen ym. 2012, 588.) Välitön rintarekonstruktio ei ole este syöpähoidoille, mutta kudossiirre saattaa kärsiä niistä, jolloin tästä on lähinnä esteettistä haittaa. Myöhäisrekonstruktio on mahdollista tehdä vuoden kuluttua liitännäishoitojen loppumisesta, jolloin kudokset ovat toipuneet annetuista hoidoista. Myöhäisrekonstruktiota suositellaan lykkäämään kolmella vuodella syöpäleikkauksesta, jos rintasyöpä on ollut huonoennusteinen, kainalossa on ollut enemmän kuin kolme imusolmukemetastaasia tai jos myös kainaloalue on saanut sädehoitoa. (Roberts ym. 2010, 780–782.) Nänni rakennetaan paikallisen ihokielekkeen

avulla polikliinisesti yleensä 6-12 kuukauden kuluttua leikkauksesta. Kun haava-alue on parantunut, nänni ja nännipiha tatuoidaan. (Ahonen ym. 2012, 588.)

Rintasyöpäleikkauksessa on riski jälkikomplikaatioihin. Haavaonteloon voi kertyä seerumaa eli kudostenestettä. Se poistetaan punktoimalla. Jos haavaa ommeltaessa haavan reunoja ei saada vastakkain tai syntyy kiristystä, voivat haavojen reunat epämuodostua. Suurin osa näistä paranee itsestään, mutta laajemmat alueet peitetään ihosiirteen avulla. Olkanivelen liikkuvuudesta on huolehdittava leikkauksen jälkeen liikeharjoitusten avulla, jotka ohjataan potilaalle ennen tämän kotiutumista. Jos liikkuvuudesta ei ole huolehdittu riittävästi, voi olkaniveleen tulla liikerajoituksia. Liikkuvuutta on mahdotonta lisätä enää sitten, kun haava on täysin arpeutunut. Leikattu raaja voi turvota. Se johtuu usein leikkauksessa vaurioituneista imusuonista. Turvonneella alueella voi tuntua kiristystä, kipua ja painavuutta. Turvotus voi ilmetä heti leikkauksen jälkeen tai vasta vuosienkin kuluttua. Turvotuksen riskiä lisää leikkauksen jälkeinen sädehoito. Turvotuksen aiheuttamia oireita helpottaa esimerkiksi käden kohoasento, liikehoito, liikunta ja tukihiha. (Ahonen ym. 2012, 588.)

Jos epäillään, että leikkauksen jälkeen haavaonteloon kertyy verta tai veriheraa, jotka ovat mikrobeille oivallisia kasvualustoja, asetetaan haavaan laskuputki eli dreeni (Holmia ym. 2008, 76). Dreeni on pehmeä muoviputki, joka laitetaan haavaonteloon. Sen kautta veri ja kudosteneste pääsevät poistumaan. (Rintakorjausleikkauksen käsikirja, 33.) Dreeni kiinnitetään haavaompeleella, jotta se ei pääse liikkumaan edestakaisin tai luiskahtamaan pois haavaontelosta (Holmia ym. 2008, 76). Yleensä haavadreeni poistetaan syöpäpoliklinikalla 5–7 vuorokauden kuluttua leikkauksesta. Dreeni pyritään poistamaan mahdollisimman pian, koska dreeni on vierasesine ja näin ollen voi altistaa infektioille. (Ahonen ym. 2012, 113, 588.) Jos nestettä kertyy haava-alueelle dreenin poistamisen jälkeen, se voidaan poistaa neulan ja ruiskun avulla (Rintakorjausleikkauksen käsikirja, 33). Aseptiikan noudattaminen on aina tarkkaa hoidettaessa potilasta, jolla on dreeni, sillä sen käyttö kaksinkertaistaa haavatulehduksen riskin (Holmia ym. 2008, 77).

Rintasyöpäleikkauksen jälkeen asiakkaan on mahdollista saada rintaliiveihin laitettava rintaproteesi. Yleensä proteesin sovitus ja jakelu järjestetään syöpäyhdistysten poliklinikoiden kautta. Proteesi on asiakkaalle maksuton, se kuuluu leikkaavan sairaalan tai kotipaikkakunnan terveyskeskuksen ostopalveluihin. (Rintasyöpä (hoito ja seuranta): Käypä hoito -suositus 2007.)

3.2.2 Sädehoito

Sädehoito on syövänhoidossa vakiintunut hoitomuoto. Sitä käytetään yleensä leikkauksen liitännäishoitona. Sädehoito vahingoittaa solujen perimäainesta eli DNA:ta. Syöpäsolut ovat herkempiä sädehoidolle kuin muut solut, koska ne jakautuvat nopeammin. (Syöpäinfo 2010b.) Sädehoitoa saa noin puolet syöpäpotilaista jossain sairautensa vaiheessa, joko kuratiivisesti (=parantava) tai palliatiivisesti (=oireenmukainen) (Ahonen ym. 2012, 149). Sädehoito on paikallishoitoa, joka kohdistetaan tarkasti hoidettavalle alueelle (Syöpäinfo 2010b). Leikkausta edeltävän sädehoidon tavoitteena on pienentää kasvainta, jotta se olisi mahdollista poistaa kokonaan leikkauksessa. Sädehoitoa voidaan antaa myös leikkauksen jälkeen, jolloin sen tarkoituksena on poistaa mahdollisesti jäljelle jääneet syöpäsolut. (Ahonen ym. 2012, 149.)

Sädehoitoa voidaan antaa joko ulkoisesti tai sisäisesti. Ulkoinen sädehoito on yleisempää. Sisäisessä sädehoidossa sädetettävänä olevalle kohdealueelle asetetaan säteilylähde, esimerkiksi säteilevä jodijyvä. (Ahonen ym. 2012, 149.) Säteilylähde asetetaan kudoksen sisään (Syöpäjärjestöt 2008b). Toinen tapa sisäisessä sädehoidossa on laskimon sisäisesti annettavat radioaktiiviset lääkkeet, jotka potilaan oman metabolian mukana jakautuvat tämän elimistöön (Ahonen ym. 2012, 149). Sisäistä sädehoitoa käytetään täydentävänä hoitona (Syöpäjärjestöt 2008b).

Sädehoito suunnitellaan jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti (Syöpäinfo 2010b). Potilaalle tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma, josta selviävät käytettävä hoitokone, hoitokenttien koko, sijainti, suojaus, tarvittavat hoitoajat, kerta-annos ja suunniteltu kokonaisannos. Sädehoidossa potilaan tulee olla liikkumatta. Asento suunnitellaan tarkasti ja sen varmistamiseen voidaan käyttää erilaisia apuvälineitä. (Ahonen ym. 2012, 149.)

Sädeannokset riippuvat esimerkiksi kasvaimen tyypistä ja sijainnista. Ne on suunniteltava tarkasti, koska aina myös hoidettavan alueen lähialueiden normaalit solut saavat pienen osan säteilyä ja eri elimet sietävät vain tietyn määrän säteilyä. Sädehoitoa annetaan kerralla vain pieni annos. Yksittäinen hoitokerta on muutaman minuutin pituinen, mutta kokonaisuudessaan hoito kestää tyypillisesti 5–7 viikkoa. (Syöpäinfo 2010b.)

Parantamiseen tähtäävän sädehoidon lisäksi sitä voidaan käyttää myös palliatiivisessa hoidossa lievittämään syövän aiheuttamia oireita. Esimerkiksi luustoetäpesäkkeiden

aiheuttamia luustokipuja voidaan tällä lievittää tehokkaasti tai helpottaa keuhkokasvaimen aiheuttamaa hengenahdistusta. (Syöpäinfo 2010b.)

Usein sädehoidon kanssa käytetään samanaikaisesti myös solunsalpaajahoitoa. Tällaista yhdistelmähoitoa kutsutaan kemosädehoidoksi. (Ahonen ym. 2012, 149.) Kemosädehoitoa käytetään useimmiten esimerkiksi ruokatorvi- tai mahasyövän hoidossa, kun taas rintasyövän hoidossa säde- ja solunsalpaajahoidot annetaan yleensä perättäisesti. (Syöpäinfo 2010b.)

Sädehoito on yleensä hyvin siedettyä, koska se on paikallista hoitoa (Syöpäjärjestöt: Sädehoito). Itse hoito on potilaalle kivutonta. Sädehoidolla on kuitenkin sivuvaikutuksia. Ne rajoittavat hoidon kokonaisannosta. Väsymys ja voimattomuuden tunne ovat yleisimmät sädehoitoon liittyvät oireet. Sivuvaikutusten ilmenemiseen vaikuttavat hoidon kokonaisannos ja jaksotus, hoitoaika, sädetetyn alueen tilavuus ja kudosten sädeherkkyys. (Ahonen ym. 2012, 149–150.) Sivuvaikutukset voivat olla joko välittömiä tai myöhäisiä ja ilmaantuvat tällöin vasta kuukausien tai vuosienkin kuluttua hoidosta. Yleensä ne ovat kuitenkin ohimeneviä. (Syöpäjärjestöt: Sädehoito.) Rintasyövän hoidossa käytetyn sädehoidon sivuvaikutukset ovat lähinnä paikallista ihoärsytystä kuten punoitusta, aritusta tai joskus ihorikkoa (Vehmanen 2012a). Perusvoiteen käyttö hoidettavalla alueella aina sädehoitokerran jälkeen auttaa ihon ärtymiseen (Ahonen ym. 2012, 151).

Välittömästi ilmenevät sivuvaikutukset tulevat esiin nopeasti jakautuvia soluja sisältävissä kudoksissa, kuten iholla, limakalvoilla ja luuytimessä. Esimerkiksi keuhkoissa, hermokudoksessa ja munuaisissa sivuvaikutukset taas ilmaantuvat vasta myöhään koska niissä kudokset ovat hitaasti jakautuvia tai jakautumattomia. (Ahonen ym. 2012, 150–151.) Välittömästi ilmaantuvia sivuvaikutuksia sädehoidolla ovat esimerkiksi suun ja nielun alueen limakalvovauriot, kuiva suu, ruokatorven vauriot, suolistovauriot, pahoinvointi, virtsarakon ärtyminen ja ennenaikaiset vaihdevuosisoireet. Sivuvaikutukset ovat kuitenkin useimmiten ohimeneviä. (Syöpäjärjestöt: Sädehoidon välittömät sivuvaikutukset.)

Myöhäissivuvaikutuksia voivat olla tihentynyt virtsaamistarve, kipu virtsatessa, yskä, rintakipu, hengenahdistus, suolen kuroutuminen tai fisteli. Kaikkia sivuvaikutuksia ei kuitenkaan kaikilla potilailla ilmaannu ja sivuvaikutuksiin vaikuttaa se, mille alueelle

sädehoitoa on annettu. (Holmia, ym. 2008, 115–116.) Verrattuna solunsalpaajahoitoihin sädehoidon sivuvaikutukset ovat yleensä lievempiä, koska hoito on paikallista. (Ahonen ym. 2012, 150.)

3.2.3 Solunsalpaajahoito

Solunsalpaajat eli sytostaatit ovat lääkeaineita, jotka tuhoavat syöpäsoluja vaikeuttamalla solujen kasvua ja jakautumista (Solunsalpaajahoito 2008). Näin ne aiheuttavat solun kuoleman. Niiden vaikutus kohdistuu pääosin nopeasti jakautuviin soluihin, joita ovat myös syöpäsolut. Yleensä solunsalpaajahoitoa toteutettaessa yhdistellään useaa eri solunsalpaajaa. (Ahonen ym. 2012, 138.) Potilas voi saada solunsalpaajahoidon joko suun kautta tai suonensisäisesti (Solunsalpaajahoito 2008). Suun kautta otettavat solunsalpaajat voi potilas itse ottaa kotona (Syöpäjärjestöt: Syövän hoidot). Suonensisäinen solunsalpaajahoito voidaan yhä useammin antaa polikliinisesti, mutta osa hoidosta edellyttää osastohoitoa (Ahonen ym. 2012, 139). Solunsalpaajahoitojen pituus riippuu sen tehosta ja potilaan yleiskunnosta (Syöpäjärjestöt: Solunsalpaajat eli sytostaatit). Yleisimmin solunsalpaajia käytetään yhtenä tai useampana päivänä peräkkäin, jonka jälkeen on 1–4 viikkoa taukoa ennen seuraavaa hoitajaksoa (Suomen Syöpäpotilaat: Rintasyöpäopas).

Verenkierron mukana solunsalpaajat kulkeutuvat kaikkialle elimistöön, ja näin ollen sitä voidaan käyttää hoitona myös levinneeseen rintasyöpään. Jos kasvaimeen liittyy uusiutumisen riski, voidaan solunsalpaajahoitoa antaa ehkäisemään rintasyövän uusiutumista. (Solunsalpaajahoito 2008.) Solunsalpaajahoitoa käytetään usein myös silloin, kun syöpä ei ole enää parannettavissa, jolloin tavoitteena on eliniän pidentäminen ja oireiden vähentäminen (Syöpäjärjestöt: Solunsalpaajat eli sytostaatit).

Potilaalle tehdään yksilöllinen hoito-ohjelma, josta selviävät hoidon annokset, nestehoito ja mahdolliset lisälääkkeet. Nestehoito on tärkeä osa solunsalpaajahoidon toteutusta. Solunsalpaajien annoksiin vaikuttavat potilaan pinta-ala, ikä, kunto ja hoidon tavoitteet. (Ahonen ym. 2012, 139, 147.)

Solunsalpaajat vaikuttavat muuhunkin kuin pelkästään syöpäsolukkoon, ja usein ne vahingoittavat myös elimistön normaaleja kudoksia (Solunsalpaajahoito 2008). Solunsalpaajien vaikutuksille herkimpiä ovat nopeasti jakautuvat solut. Tavallisimpia sivuvaiku-

tuksia ovat hiustenlähtö, limakalvovauriot, pahoinvointi, ruokahaluttomuus, ripuli ja veriarvojen muutokset joihin liittyy anemiaa, väsymystä ja infektioherkkyyttä. (Ahonen ym. 2012, 140.) Yleensä sivuvaikutukset loppuvat hoitojen päätyttyä, ja solunsalpaaja-hoitojen aikanakin niitä voidaan hoitaa (Solunsalpaajahoito 2008). Esimerkiksi hoitojen aiheuttamaa pahoinvointia voidaan hyvin estää ja hoitaa lääkkeillä. Sivuvaikutuksien ilmenemiseen vaikuttaa käytetty lääke ja sen pitoisuus, hoidon kesto ja potilaan yleistila. (Ahonen ym. 2012, 139.) Kaikille ei tule samoja sivuvaikutuksia ja niiden voimakkuus voi vaihdella suuresti eri ihmisillä (Suomen Syöpäpotilaat: Rintasyöpäopas).

Hoitojen takia potilas voi menettää hiuksensa. Peruukin hankintaa varten potilas saa sairaalasta maksusitoumuksen. Eri sairaanhoitopiireillä on eri käytännöt peruukkeihin liittyvissä käytännöissä – toisissa sairaanhoitopiireissä potilaan pitää valita peruukki tietystä valikoimasta, kun taas toisessa potilas saa valita peruukin itse. (Syöpäjärjestöt: Peruukki.)

3.2.4 Hormonihoito

Syöpäsolujen kasvuun vaikuttavat ympäristön solut ja elimistön hormonit. Hormonit voivat vaikuttaa syöpäsoluihin joko niiden kasvua edistävästi tai estävästi. Tähän perustuu syövän hormonaalinen hoito. Hoidossa voidaan käyttää hormoneja, jotka estävät syöpäsolujen kasvua tai vaihtoehtoisesti haittaavat syövän kasvua edistäviä hormoneja. Ikääntyneellä potilaalla hoito voidaan aloittaa hormonihoitolla. (Ahonen ym. 2012, 152, 587.) Joissain syöpätaudeissa syöpäsolut käyttävät kasvussaan hyväksi elimistön omia hormoneja. Tällöin hormonihoitolla pyritään tämän toiminnan estämiseen. Hormonihoitoa voidaan käyttää muun muassa rintasyövän, kilpirauhassyövän, eturauhassyövän ja kohdun runko-osan syövän hoidossa. (Syöpäjärjestöt: Hormonihoito.)

Jos syöpäsoluissa on hormonireseptoreita, hormonaalisilla lääkkeillä on usein voimakas vaikutus niihin. Hormonireseptoriposiitiivisen rintasyövän hoidossa käytetään liitännäishoitona tamoksifeeni- tai aromataasin estäjähoitoa. Tätä voidaan käyttää joko solunsalpaajahoidon kanssa yhdessä tai yksinään. Estäjähoito kestää yleensä viisi vuotta, joskus enemmänkin. (Ahonen ym. 2012, 152, 587.)

Hormoneista estrogeeni ja progesteroni ovat sellaisia, jotka edistävät syöpäkasvaimen kasvua. Hormonihoidoista voi olla hyötyä, jos potilaan syöpäsoluissa esiintyy paljon estrogeeni- ja progesteronireseptoreita. Tällöin käytettävät hormonihoidot perustuvat siihen, että estrogeenin ja progesteronin toimintaa joko estetään tai niiden muodostumista häiritään. Näin syöpäsolujen kasvu ja jakautuminen voivat hidastua. (Hormonihoito 2008.)

Yleensä hormonilääkkeet ovat hyvin siedettyjä ja niiden mahdolliset sivuvaikutukset ovat lieviä. Yleisimpiä sivuvaikutuksia ovat painonnousu, limakalvojen kuivuus, ihottuma, rintojen arkuus, libidon heikkeneminen ja masennus. (Ahonen ym. 2012, 152.) Myös vaihdevuosisoireita muistuttavia sivuvaikutuksia saattaa ilmaantua, kuten hikoilua, ärtymystä ja kuumia aaltoja (Hormonihoito 2008). Harvinaisissa tapauksissa saattaa esiintyä vatsavaivoja (Ahonen ym. 2012, 152).

Yleensä hormonihoidot otetaan suun kautta tabletteina (Hormonihoito 2008). Lääkkeiden lisäksi hormonihoidoa voidaan toteuttaa poistamalla tai säätämällä hormonia erittävä rauhanen. (Ahonen ym. 2012, 152.) Umpirauhasten poistoleikkaukset olivat ensimmäisiä hormonaalisia hoitomuotoja. Tällaisia ovat muun muassa munasarjojen ja lisämunuaisten poisto rintasyövässä ja kivesten poisto eturauhassyövässä. Poistoleikkaukset ovat edelleen täysin vartenotettavia vaihtoehtoja ja maailmanlaajuisestikin yleisiä. Nykyään kun lääketeollisuus on kehittynyt, on myös poistoleikkausten määrä vähentynyt. Lääkevalmisteiden etu on se, että niiden käytön jälkeen hormonitoiminta palautuu. (Joensuu ym. 2007, 192.)

3.2.5 Palliatiivinen hoito

Palliatiivinen hoito on parantumattomasti sairaan ja kuolevan kokonaisvaltaista hoitoa. Siinä tavoitellaan mahdollisimman hyvää elämän loppuvaihetta. Tärkeää on kivun ja muiden oireiden lievittäminen. Näiden lisäksi kiinnitetään huomiota myös psykologisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin asioihin. (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry 2012.) Jos sairaus on edennyt pitkälle, voi potilaalla olla huoli tulevasta. Se voi esimerkiksi olla pelkoa tulevasta oireista tai huolta omaisten pärjäämisestä. Hoidon tavoitteena on muodostaa turvallinen hoitosuhde ja ylläpitää potilaan kokonaisvaltaista hyvinvointia. (Ahonen ym. 2012, 162.)

Potilasta voi tukea eri tavoin. Häntä tuetaan antamalla tietoa syöpäsairaudesta, sen hoidosta, ennusteesta, lääkehoidosta ja muista hoitoon liittyvistä asioista. Emotionaalista tukea on esimerkiksi tunteista keskustelu ja toivon ylläpitäminen. Potilasta tulee tukea normaalin elämän ja harrastusten jatkamisessa sekä käytännön asioissa, esimerkiksi antamalla tietoa sosiaaliturvaan liittyvistä asioista kuten maksukatosta. (Ahonen ym. 2012. 163.)

Palliatiivinen hoito on oireenmukaista, tuskaa lievittävää ja vähentävää sekä helpottavaa hoitoa (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry 2012). Se voi kestää päiviä, kuukausia tai jopa vuosia. Kun elämä lähestyy loppuaan, puhutaan terminaali- eli saattohoidosta (Ahonen ym. 2012, 137).

Palliatiivisen hoidon tarkoituksena ei ole nopeuttaa eikä hidastaa potilaan kuolemista. Se lievittää kipua sekä muita oireita, joita sairaus aiheuttaa. Hoito keskittyy pääosin juuri oireiden lievittämiseen ja potilasta pyritään tutkimaan mahdollisimman vähän. Palliatiivisessa hoidossa voidaan tilanteen vaatiessa käyttää myös erikoishoitoja, joita ovat esimerkiksi sädehoito, lääkehoito ja palliatiivinen kirurgia. Näitä voidaan käyttää, jos ne lievittävät potilaan kipua ja oireita, eivätkä aiheuta lisähaittoja potilaalle. (Holmia ym. 2008, 146–147.)

Palliatiiviseen hoitoon kuuluu olennaisena osana myös omaisten tukeminen. Omaisille kerrotaan, että halutessaan he voivat osallistua hoitoon. Heillä on aina myös mahdollisuus keskustella hoitohenkilökunnan kanssa mieltä painavista ja askarruttavista asioista. (Kokkinen 2012.) Omaisia ja heidän jaksamistaan voidaan tukea myös siten, että sairastuneelle järjestetään kotihoidon aikana intervallihoidon paikka esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastolta. Tällöin omaiset voivat hetkeksi luopua hoitovastuusta ja levätä itse. (Lindström 2012.)

4 OHJAUS, HAVAINNOINTI JA POTILASOHJE

4.1 Ohjaus

Potilaan hyvä ohjaus on turvallisen hoidon edellytys. Hoitoaikojen lyhetyssä ohjaamisen merkitys korostuu entisestään. (Ahonen ym. 2012, 34.) Ohjaus perustuu useimmiten suulliseen viestintään, mutta myös kirjallista materiaalia voidaan käyttää apuna (Laine, Ruishalme, Salervo, Sivén & Välimäki 2010, 244–245).

Ohjaustilanne perustuu hoitajan ja ohjattavan asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen. Hoitajan on tärkeää kunnioittaa asiakkaan autonomiaa ja osoittaa kiinnostusta, arvostusta ja luottamusta tätä kohtaan. Onnistunut ohjaus vaatii riittävät taustatiedot asiakkaasta ja hänen tarpeistaan. Ohjauksen onnistuminen edellyttää myös kummaltakin osapuolelta halua työskennellä yhdessä ja samoja odotuksia, tavoitteellisuutta ja uskoa auttamisen mahdollisuuksiin. (Kygäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 26, 47–48.)

Ohjaustilanteita voi olla hyvin erilaisia, esimerkiksi ohjausympäristö sekä ohjausmenetelmät voivat vaihdella. Ohjausympäristö voi olla esimerkiksi erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa tai vaikka potilaan kotona. Paras tilanne luottamuksellisen keskustelun luomiseksi on rauhallinen tila, jossa ei ole muita ihmisiä. Eri ohjausmenetelmiä ovat esimerkiksi yksilö- ja ryhmäohjaus. Ryhmäohjauksessa potilas saa ammattilaisten antaman ohjauksen lisäksi vertaistukea samassa tilanteessa olevilta ihmisiltä. Potilaan henkilökohtainen tiedontarve vaikuttaa myös ohjaustilanteen kulkuun. (Ahonen ym. 2012, 34–35.)

Sairaanhoitajan on tärkeää arvioida yhdessä potilaan kanssa hänen tiedon tarvettaan. Hoitotyön ammattilaisen ammattitaitoon kuuluu arvioida mitä ohjausta potilas on valmis ottamaan vastaan ja mitä tietoa on hyvä antaa vasta myöhemmin. Tämä on huomioitava varsinkin akuutissa tilanteessa, kun potilas käy läpi kriisiä, esimerkiksi kuultuaan vakavasta sairaudesta. (Ahonen ym. 2012, 34.)

Ohjauksen tavoitteena on auttaa asiakasta hänen elämäntilanteessaan ja elämänmuutoksessa tai muutokseen sopeutumisessa. Asiakasta autetaan selviytymään itsenäisesti elä-

mässään sekä löytämään voimavarojaan ja vahvuuksiaan. Ohjaus sisältää asiakkaan kuuntelemista, paneutumista hänen asioihinsa, keskustelemista, tukemista, kannustamista ja tiedon antamista. (Laine ym. 2010, 244–245.) Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi potilasta pitää tarpeen mukaan auttaa löytämään oikea terveydenhuollon yksikkö jatko- hoitoa varten (Ahonen ym. 2012, 35).

Leikkauksen jälkeistä kotona selviytymistä voidaan tukea hoitohenkilökunnan ohjauksella. Tutkimuksen mukaan potilaat toivoivat hoitajilta riittävästi aikaa ohjaukseen ja että heidän elämäntilanteensa otetaan huomioon ohjausta annettaessa. (Palokoski 2007, 74.)

Salonen (2011) tutki väitöskirjassaan rintasyöpäpotilaiden elämänlaatua. Tutkimuksen tulosten mukaan niillä rintasyöpäpotilailla oli vähemmän yläraajan oireita, jotka olivat saaneet kasvokkain henkilökohtaista ohjausta hoitohenkilökunnalta, kuin niillä potilailla, jotka tätä ohjausta eivät olleet saaneet. Rintasyöpäpotilailla, jotka olivat saaneet puhelinohjausta, oli parempi kehonkuva, vähemmän leikkauksen jälkeisiä sivuvaikutuksia ja myönteisempi suhtautuminen tulevaisuuteen verrattuna niihin, jotka puhelinohjausta eivät olleet saaneet.

Työmme yhtenä keskeisenä käsitteenä oli ohjaus. Kävimme havainnoimassa sairaanhoitajien ja rintasyöpään sairastuneiden välisiä ohjaustilanteita, jotta pystyimme siitä saamaamme tietoa hyödyntämään työssämme. Käsittelimme työssämme teoretietoa ohjauksesta, joka korosti ohjauksen tärkeyttä potilaan hoidossa ja hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.

4.2 Havainnointi

Havainnointia käytetään tiedonkeruumenetelmänä. Havainnoija voi pysyä tilanteessa joko täysin ulkopuolisena tai olla osallistuvana osapuolena. (Hirsjärvi, Remes & Saja- vaara 2009, 213). Osallistuvassa havainnoinnissa tyypillistä on tutkijan osallistuminen tutkittavaan toimintaan. Tutkija toimii tutkittavan ryhmän ehdoilla ja pyrkii pääsemään tämän osaksi. Tällaisissa tapauksissa tutkijalle muodostuu usein jokin rooli ryhmässä. Jos taas tutkija haluaa tarkkailla tilannetta siten, että tutkittavat eivät välttämättä ole tietoisia hänen läsnäolostaan, käytetään systemaattista eli suoraa havainnointia. Tutkijan

kätkeytyessä tutkittavilta kyseessä on piilohavainnointi. Jos havainnointitilanteessa tarkkailtavat tietävät tutkijan läsnäolosta, on kyseessä avoin suora havainnointi. Suora havainnointi tehdään yleensä luonnollisissa tilanteissa, mutta tarkasti rajatuissa tiloissa. (Opinnäytetyöpakki: Havainnointi.)

Havainnointi on työläs ja aikaa vievä menetelmä. Havainnointia toteutettaessa on tärkeää tutkijan muistaa pitää erillään havainnot ja omat tulkintansa näistä. Havainnointi on oiva tiedonhankintamenetelmä silloin, jos tutkittavat eivät halua suoraan kertoa tutkijalle tämän etsimää tietoa tai jos tutkittavilla on kielellisiä vaikeuksia. (Opinnäytetyöpakki: Havainnointi.)

Havainnointi on hyväksi koettu menetelmä vuorovaikutuksen tutkimisessa. Havainnointitilanteessa havainnoija pystyy tarkastelemaan asioita niiden luonnollisessa ympäristössä. Havainnoija saattaa vaikuttaa tilanteeseen läsnäolollaan ja näin ollen muuttaa tilanteen kulkua. (Opinnäytetyöpakki: Havainnointi.) Havainnoinnin avulla saadaan välitöntä ja suoraa tietoa havainnoinnin kohteesta, sen toiminnasta ja käyttäytymisestä. Havainnointi voi kohdistua tutkittavien kielelliseen vuorovaikutukseen. (Hirsjärvi ym. 2009, 213, 215.)

Havainnoija voi havainnointitilanteessa asettua tutkimuskohteeseen nähden ulkopuoliseksi tarkkailijaksi. Tällöin hän ei osallistu tutkimuskohteensa toimintaan. Tätä kutsutaan tarkkailevaksi havainnoinniksi. Luottamuksen luomiseksi tulee kertoa havainnoinnin kohteelle mahdollisimman pian tutkimuksen luonne ja tutkijan kiinnostuksen kohde. (Vilka 2006, 43, 57.)

Havainnoimalla Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen hoitajien pitämiä ohjauskeskusteluita saimme tietoa siitä, mitä asioita ohjaustilanteissa käsitellään. Havainnoimme hoitajan ja asiakkaan välistä kielellistä vuorovaikutusta. Tämän avulla saimme paremman kokonaiskäsityksen siitä, mitä kattavan kotihoito-ohjeen tulee sisältää. Käytimme havainnoinneista saamaamme tietoa hyväksi kotihoito-ohjeen sisällön valinnassa. Havainnoimalla useampaa ohjauskeskustelua saimme laajemman käsityksen mahdollisista mieltä askarruttavista asioista, kuin tarkkailemalla vain yhtä asiakastapausta.

4.3 Potilasohje

Pääsääntöisesti suullisen ohjauksen yhteydessä annetaan potilaalle myös kirjallista materiaalia. Polikliinisessa potilaan ohjauksessa olennaista ovat kirjalliset potilasohjeet. (Ahonen ym. 2012, 34, 36.) Hyvän potilasohjeen edellytyksenä sisällön tulee olla kattavaa ja helposti ymmärrettävää. Myös asioiden esittämisjärjestys ja -tapa on tärkeää. Oikeinkirjoituksen tulee olla kunnossa, koska se saattaa vaikuttaa lukijan tekstinymmärtämiseen. Lauserakenteisiin tulee kiinnittää huomiota, liian pitkät ja yksityiskohtaiset lauseet saattavat sekoittaa lukijaa. Koko potilasohjeen tekemisessä tulee muistaa kohde-ryhmä, eli kuka sitä tulee käyttämään. (Hyvärinen 2005, 1769–1772.)

Potilasohjeen sisältämät ohjeet tulee perustella. Perusteltua ohjetta noudatetaan todennäköisemmin kuin perustelematonta. Pelkkä neuvominen ei motivoi potilasta noudattamaan ohjeita, vaan hänen on saatava ohjeesta myös tieto mitä hyötyä siitä on. Hyvässä potilasohjeessa asiat etenevät loogisesti ja kerrottavat asiat liittyvät luontevasti toisiinsa. Asioiden esittämisjärjestys tulee valita potilaan näkökulmasta tärkeysjärjestykseen. Ohjeesta riippuen muitakin esittämismahdollisuuksia on, esimerkiksi asiat voidaan esittää aikajärjestyksessä tai aihepiireittäin. Ohjeessa olevia asioita on hyvä jäsenellä ohjeen ymmärrettävyyden parantamiseksi. Tässä apuna ovat otsikot ja kappalejaot, joilla on selkeyttävä vaikutus. Niiden avulla on helppo etsiä ohjeesta tarvitsemansa tieto. (Hyvärinen 2005, 1769–1772.)

5 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallinen opinnäytetyö tuottaa aina jonkin konkreettisen tuotoksen, kuten esimerkiksi ohjeistuksen, kirjan tai tapahtuman. Tuotoksen lisäksi opinnäytetyön raportissa on käsiteltävä asioita, joiden pohjalta tuotos on tehty. Tavoite on, että opinnäytetyönä tehty tuotos on yksilöllinen ja erottuu muista vastaavanlaisista tuotteista. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 51–53.)

Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön tarkoitettu ohje, ohjeistus tai opastus. Se voi olla myös jonkin tapahtuman järjestäminen. Toteutus- tapoja on monia. Se valitaan kohderyhmän mukaan ja voi olla esimerkiksi kirja, kansio, vihko, opas, kotisivut tai johonkin tilaan järjestetty näyttely tai tapahtuma. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tärkeää, että siinä yhdistyy sekä käytännön toteutus että sen raportointi tutkimusviestinnällisin keinoin. Opinnäytetyön tulisi olla työelämälähtöinen ja käytännönläheinen. (Vilkkä ym. 2004, 9–10.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei ole aina välttämätöntä analysoida laadullisella tutkimusmenetelmällä hankittua tietoa. Laadullisen tutkimusmenetelmän käyttämisen lähtökohtana voi olla tilanne, jossa halutaan selville kirjoittamatonta faktatietoa. (Vilkkä ym. 2004, 63–34.)

Opinnäytetyömme on tuotokseen painottuva opinnäytetyö. Se on työelämälähtöinen ja työelämäyhteytemme on Pirkanmaan Syöpäyhdistys. Työmme tuotoksena olemme tehneet heidän käyttöönsä kotihoito-ohjeen rintasyöpään sairastuneelle leikkauksen jälkeisten dreenin ja ompeleiden poiston jälkeen annettavaksi. Ohjeen on tarkoitus tukea hoitajan suullisesti antamaa tietoa ja ohjausta dreenin ja ompeleiden poiston yhteydessä. Ohje on yksipuoleinen A4-paperiarkki. Tavoitteena oli saada tehtyä ohjeesta mahdollisimman selkeä ja helposti ymmärrettävä sekä keskeisimmät asiat sisältävä. Ohje sisältää tärkeimmät tiedot haavan hoitoon liittyen sen jälkeen kun ompeleet ja dreeni on poistettu. Näitä ovat muun muassa haava-alueen hoito, peseytyminen, liikunta, haavakipu sekä yhteydenotot mahdollisissa ongelmatilanteissa.

6 HAVAINNOINNIN TULOKSET JA TUOTOKSEN SISÄLTÖ

Kävimme havainnoimassa Pirkanmaan Syöpäyhdistyksellä sairaanhoitajien pitämiä toimenpide- ja ohjaustilanteita, joissa rintasyöpään sairastuneelta poistettiin leikkauksen jälkeen ompeleet ja/tai dreeni. Lisäksi asiakkaita ohjattiin haavan hoidossa sekä leikkauksesta kuntoutumisessa. Kävimme molemmat havainnoimassa kahta ohjaustilannetta, kahden eri hoitajan pitämänä. Kiinnitimme huomiota siihen, mitä asioita hoitaja otti puheeksi ja mitä kysyttävää asiakkaalla oli. Tarkoituksena oli saada käsitys siitä, mitkä asiat ja ohjeet olisivat tärkeimpiä asiakkaan saada myös kirjallisessa muodossa. Kattava kotihoito-ohje turvaa hoidon jatkuvuutta, kun asiakkaalla on tarvittava tieto myös kirjallisessa muodossa kotonakin.

6.1 Havainnoinnin tulokset

Ohjaustilanteet olivat aina asiakaslähtöisiä. Hoitaja aloitti tilanteen kysymällä, kuinka asiakas voi ja mitä hänelle kuuluu. Ohjaustilanne eteni asiakkaan mukaan. Kaikille asiakkaille annettiin kuitenkin pääpiirteittäin sama ohjaus ja kerrottiin samat perusasiat. Hoitaja käsitteli ohjauksessaan esimerkiksi haava-alueen hoitoa, peseytymistä, liikuntaa, kipuun liittyviä asioita ja mahdollisia ongelmatilanteita. Nämä aiheet muodostuivat tärkeimmiksi kokonaisuuksiksi asiakkaan ohjauksessa ja päättyivät kirjalliseen kotihoito-ohjeeseen. Koko ohjaustilanteen ajan hoitaja otti huomioon myös asiakkaan psyykkisen voinnin ja jaksamisen.

Poistaessaan ompeleita ja dreeniä, hoitaja kertoi koko ajan, mitä on tekemässä. Hän kertoi, että laittaa haavalle tukiteipit, jotka tukevat haavaa. Tukiteipit saa ottaa pois haavalta viikon päästä. Jos ne lähtevät sitä ennen itsestään, niitä ei kuitenkaan tarvitse vaihtaa uusiin. Jos asiakkaalta poistettiin myös dreeni tai haava oli suuri tai runsaasti erittävä, laitettiin haava-alueelle sidokset. Asiakkaille ohjattiin, että sidoksia voi tarpeen mukaan vaihtaa, jos haava erittää. Hoitaja antoi asiakkaille muutaman sidoksen mukaan. Sidoksista ohjeistettiin, että niiden ei tarvitse olla steriilejä.

Hoitaja kertoi, että suihkuun voi mennä seuraavana päivänä ompeleiden ja/tai dreenin poistosta, saunaan, kylpyyn ja uimaan viikon päästä tästä. Haava-alue tulee pitää puh-

taana suihkuttamalla alue kerran päivässä vedellä, välttämällä haava-alueen hankausta. Liikuntaa ei saa harrastaa samana päivänä, kun dreeni ja ompeleet on poistettu, vaan seuraavasta päivästä alkaen oman voinnin mukaan ja kivun sallimissa rajoissa. Rehkimistä pitää välttää ainakin seuraavan kuukauden ajan. Voimakas rehkiminen saattaa aiheuttaa turvotusta haava-alueella. Riippuen siitä, missä asiakas oli leikattu, osa oli saanut jo leikkaavasta yksiköstä hyvät liikuntaohjeet. Riippumatta tästä kaikille asiakkaille ohjattiin käden pumppausliike, joka vähentää nesteenkertymistä ja turvotusta.

Asiakkaalle kerrottiin, että haavalla on aina tulehduksen riski. Tulehduksen merkkejä ovat punoitus, kuumotus, turvotus ja lämmön nousu. Tällaisissa tilanteissa tulee arkisin ottaa yhteyttä hoitaneeseen poliklinikkaan tai osastoon ja muina aikoina päivystävään terveystieteiden keskukseseen. Haava-alueelle saattaa kertyä kudosten nestettä, joka ilmenee alueen turvotuksena, kiristyneen tunteena tai kipuna. Vähäinen kudosten nesteen kertyminen ja turvotus leikkauksen jälkeen on normaalia. Haava-alueella voi esiintyä myös jonkin verran kipua. Kipulääkityksestä tulee huolehtia oman tarpeen ja tuntemuksen mukaan. Asiakkaita ohjattiin välttämään nukkumista leikatulla puolella ja muutenkin välttämään käden joutumista puristuksiin. Verikokeita tai verenpainetta ei leikatulta puolelta myöskään saisi ottaa.

Ohjauksen lisäksi tilanteissa keskusteltiin muistakin asioista asiakkaan kanssa. Koko ohjaustilanteen ajan huomioitiin asiakkaan jaksamista ja tuntemuksia. Eri asiakkailta saattoi suurimpana ja päällimmäisenä murheena olla eri asiat kuin toisilla. Toinen esimerkiksi saattoi miettiä sitä että parantuuiko sairaudesta, toinen taas murehti sitä, että joutuu olemaan poissa töistä. Eri asiakkaat olivat eri vaiheessa sairauden käsittelyssä. Hoitaja kyseli asiakkaalta muun muassa miten arki sujuu, kykeneekö asiakas hoitamaan päivittäiset askareet ja onko hänellä tarvittavasti tukiverkostoa ympärillään. Asiakkaille kerrottiin erilaisista Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen palveluista, kuten vertaistukiryhmästä ja tukihenkilöistä. Palvelut ovat saatavilla myöhemminkin, jos tulee tarvetta näille. Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen hoitajapalvelut ovat maksuttomia. Asiakkaita kehoitettiin lepäämään sairaslomansa loppuun saakka, vaikka vointi tuntuisikin jossain kohtaa jo paremmalta. Syöpään sairastuminen on suuri asia ihmisen elämässä ja sairaus- ja hoitoprosessi on edennyt nopeasti, joten ihminen tarvitsee riittävästi lepoa.

Mahdollisuudesta rintaproteesin hankkimiseen keskusteltiin. Proteeseja on mahdollista saada Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen kautta. Asiakkaan kanssa sovittiin proteesin sovi-

tusaika noin kuukauden päähän ompeleiden ja/tai dreenin poistosta. Myös rintarekonstruktioita eli rinnan korjausleikkausta sivuttiin keskustelussa.

Asiakkaat esittivät myös hoitajille omia kysymyksiään. Näitä olivat esimerkiksi, että onko käden puutuminen, kipu, tunnottomuus tai pistely normaalia, voiko autolla ajaa normaalisti, paljonko dreeneritettä normaalisti vuotaa ja mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa viikonloppuaikaan. Asiakkaat saattoivat myös kysyä kysymyksiä, joihin Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen hoitajat eivät osanneet vastata, esimerkiksi juuri omaan leikkaukseensa tai tuleviin lisähoitoihin kuten sädehoitoon liittyviä asioita. Tällöin hoitajat ohjeistivat asiakkaat kysymään näitä asioita heitä hoitavalta lääkäriltä. Asiakkaille suositeltiin, että mieleen tulevia asioita kannattaa kirjoittaa ylös paperille, jotta tavatesaan lääkärin he muistavat kysyä kaikki mieltä askarruttaneet asiat. Ohjaustilanteet kestivät yleensä noin tunnin. Aikaa niihin oli varattu riittävästi. Asiakkailta oli kysytty etukäteen lupa opiskelijan osallistumiselle ohjaustilanteeseen.

6.2 Tuotoksen sisältö

Olemme käsitelleet työssämme rintasyöpää ja sen hoitoa. Tämän teorian tiedon ja havainnointien tulosten perusteella valikoitui kotihoito-ohjeen lopullinen sisältö. Lähdemateriaaleista hankkimamme teorian tieto ja havainnointien kautta saamamme tieto tukevat toinen toisiaan. Kotihoito-ohjeen lopullinen muoto ja ulkoasu päätettiin yhteistyössä Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen kanssa. Teimme luonnoksia hoito-ohjeesta ja yhdistyksen sairaanhoitajat ja henkilökunta esittivät niihin muutosehdotuksiaan ja lisäyksiään.

6.2.1 Haava-alueen hoito

Keskeisiä periaatteita haavan hoidossa ovat potilaslähtöisyys, hoidon kokonaisvaltaisuus, hoidon jatkuvuus ja hoitolinjojen yhdenmukaisuus. Haavanhoidossa on aina muistettava tehokas kivunhoito. Jos haava sijaitsee kehon liikkuvassa osassa, kuormituskohdassa tai venytykselle alttiissa paikassa, se saattaa vaikeuttaa haavan paranemista. Jos haava sijaitsee kudoksessa, jossa on hyvä verenkierto, edistää se taas haavan paranemista. (Hammar 2011, 25, 32.) Tärkeää on pitää haava-alue puhtaana. Jos haava erittää, peitetään se puhtaalla taitoksella. Jos haava ei eritä, sitä ei tarvitse peittää. Tarvitta-

essa sidoksen voi vaihtaa useamman kerran vuorokaudessa, jos se likaantuu, kostuu tai haava erittää paljon. (Ahonen ym. 2012, 117.)

Ravitsemuksella on suuri merkitys haavan paranemiseen. Potilaan tulee saada ravinnosta tarpeeksi hiilihydraatteja, proteiineja, rasvoja, sinkkiä, rautaa sekä A-, B-, C- ja E-vitamiineja. On todettu, että ennen leikkausta annetut täydennysravintovalmisteet nopeuttavat sekä leikkaushaavan että haavainfektioiden paranemista. (Ahonen ym. 2012, 117.)

Palokoski (2007) käsitteli tutkimuksessaan kirurgisen potilaan leikkauksen jälkeistä kotona selviytymistä ja ohjauksen vaikutusta tähän. Tutkimukseen osallistuneet potilaat toivoivat enemmän tietoa haavanhoidosta ja sen mahdollisista komplikaatioista. Suuri osa leikkauksen jälkeisistä yhteydenotoista liittyi haavanhoitoon. Haavanhoidosta toivottiin konkreettisia ohjeita, kuten esimerkiksi mitä siihen liittyen pitää tarkkailla.

6.2.2 Peseytyminen

Leikkauksen jälkeen suihkuun voi mennä 24 tunnin kuluttua. Suihkun jälkeen haava-alue tulee kuivata kevyesti taputellen. Haava-alueen hankausta tulee välttää. Saunaan, kylpyyn ja uimaan on sallittua mennä seuraavana päivänä ompeleiden poiston jälkeen. Jos haavan ompelussa on käytetty sulavia ompeleita, saunominen, kylpeminen ja uiminen ovat sallittua 12 päivän kuluttua haavan ompelemisesta. (Ahonen ym. 2012, 117.)

6.2.3 Liikunta

Liikunta voi parantavasti vaikuttaa syöpään sairastuneen elämänlaatuun sekä tehostaa selviytymistä sairaudesta. Liikunta on keino, jonka avulla ahdistuneisuus ja sivuoireet voivat vähentyä. Se vahvistaa elimistön puolustusjärjestelmää, aineenvaihduntahormonien toimintaa sekä edesauttaa painonhallintaa. (Syöpäjärjestöt: Liikunta.)

Usein syöpäpotilaat tuntevat väsymystä ja uupumusta. Tutkimusten mukaan lepo ei ole tällaisen uupumuksen paras hoitokeino. Liikunnan harrastaminen kannattaa myös sellaisina päivinä, jolloin tuntee väsymystä. Liikunta kannattaa ajoittaa sellaiseen ajankoh-

taan vuorokaudesta, jolloin uupumusta on mahdollisimman vähän. (Syöpäjärjestöt: Liikunta.)

Rintasyöpäleikkauksen jälkeen kevyiden kotiaskareiden tekeminen on sallittua, mutta nostamista ja kantamista tulee välttää. Myös kovaa rasitusta ja hikoilua tulee välttää ainakin kuukauden ajan leikkauksesta. Tällaisia ovat muun muassa pallopelit, sauvakävely sekä hiihtäminen. Leikkauksen jälkeen liikunnan harrastaminen tulee aloittaa kevyesti ja varovasti. (Rintakorjausleikatun käsikirja, 40.)

6.2.4 Haavakipu

Hyvä kivun hoito on jokaisen potilaan eettinen ja juridinen oikeus. Sairaanhoitajalla on laillinen velvoite auttaa potilasta kivunlievityksessä. Kivun kokeminen on hyvin yksilöllistä ja siihen vaikuttavat potilaan kasvatusta, persoonallisuus, sosiaalinen ja kulttuuristausta sekä leikkaustyyppi. Ensimmäisinä leikkauksen jälkeisinä päivinä kipu on pahimmillaan. Hyvä kivun hoito edistää toipumista, vähentää komplikaatioita, lisää tyytyväisyyttä hoitoon ja näin parantaa hoidon laatua. (Ahonen ym. 2012, 109.)

Kiristystä ja arkuutta saattaa tuntua leikkaushaava-alueella. Lisäksi ensimmäisen viikkojen aikana voi tuntua kirvelyä, pistelyä ja kosketusarkuutta. Usein nämä oireet häviävät muutaman viikon kuluessa. Leikkausalueelle saattaa ilmaantua myös turvotusta joko heti leikkauksen jälkeen tai jopa vuosien päästä. Oireita on kivun, kiristyneen ja painavuuden tunne turvonneella alueella. Helpottavia toimenpiteitä ovat käden kohoasento, liikunta, lymfaterapia, liikehoito, tukihaha ja jaksottainen painepuristushoito. (Ahonen ym. 2012, 588.) Kotona voi käyttää reseptivapaita kipulääkkeitä (Rintakorjausleikkauksen käsikirja, 34).

Dreenin poiston jälkeen kudosnestettä saattaa kertyä kainalon alueelle. Tämä voi ilmetä kiristyneen ja turvotuksen tunteena tai kipuna. Ylimääräinen neste saadaan poistettua neulalla ja ruiskulla. (Rintakorjausleikkauksen käsikirja, 34.)

6.2.5 Yhteydenotot ongelmatilanteissa

Haavainfektion merkkejä ovat kuumotus, turvotus, punoitus ja kipu. Haavasta saattaa myös erittyä pahanhajuista ja märkäistä nestettä. Yleensä potilailla on kuumetta. Laboratorioverikokeissa valkosoluarvo (B-Leuk) sekä C-reaktiivinen proteiini (P-CRP) ovat suurentuneet. Punoitus, kuumotus ja turvotus kuuluvat myös haavan normaaliin paranemisvaiheeseen, eikä niitä tule sekoittaa haavatulehduksen oireisiin. (Hammar 2011, 30.)

Lääkäriin tulee ottaa yhteyttä, jos haava vuotaa runsaasti verta, haavakipu voimistuu, haavasta tulee märkäistä eritystä, haava-alueen turvotus lisääntyy tai potilaalle ilmaantuu tulehduksen merkkejä. Näitä ovat haavan punoitus ja kuumotus sekä lämmön nousu ja tähän liittyen vilunväristykset. (Ahonen ym. 2012, 117.)

7 PÄÄTÄNTÄ

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä. Tutkijan on otettava huomioon tutkimuseettiset periaatteet, jotka ovat yleisesti hyväksytyjä. On tutkijan vastuulla toimia näiden periaatteiden mukaisesti. Periaatteisiin kuuluu muun muassa noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta, tarkkuutta, ja huomioida muiden tutkijoiden työ ja saavutukset. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–24.)

Opinnäytetyötä työstäessämme pyrimme noudattamaan tutkimuseettisiä periaatteita olemalla huolellisia ja johdonmukaisia. Pyrimme esittämään asiat työssämme siten, että ne etenevät loogisesti. Otimme työtä tehdessämme huomioon sekä Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjeet, työelämäyhteyden asettamat vaatimukset ja toivomukset että ohjaavan opettajan palautteen.

Teimme opinnäytetyön suunnitelman, jossa kuvasimme työn teoreettiset lähtökohdat sekä tutkimuksen tavoitteet, tehtävät ja tarkoituksen. Toimitimme tämän työelämäyhteydelle Pirkanmaan Syöpäyhdistykselle ja haimme lupaa opinnäytetyölle. He tahtoivat muutaman korjauksen tekemiimme tiedote- ja suostumuslomakkeisiin. Tehtyämme korjaukset saimme luvan opinnäytetyöllemme. Näin saimme työelämäyhteyden hyväksynnän työllemme.

Tutkijan on pyrittävä lähdekriittisyyteen. Tutkimuksessa käytettävän kirjallisuuden käyttämisestä tulee harkita ja arvioida niiden luotettavuutta. Tätä varten on kiinnitettävä huomiota kirjoittajan tunnettavuuteen, lähteen ikään ja tiedon alkuperään, lähteen uskottavuuteen, totuudellisuuteen ja puolueettomuuteen. (Hirsjärvi ym. 2009, 113–114.) Lähteistä tulee valita mahdollisimman tuoreet, koska tutkimustieto voi muuttua nopeasti. Alkuperäisiä lähteitä tulee suosia. Toissijaiset lähteet ovat joka tapauksessa tulkintaa ensisijaisesta lähteestä, jolloin tiedon muuttumisen mahdollisuus kasvaa. (Vilkkä & Airaksinen, 2003, 72–73.)

Pyrimme käyttämään omassa työssämme mahdollisimman monipuolisesti lähteitä. Käyttämämme lähteet ovat kirjallisuutta, tutkimuksia ja verkkolähteitä. Työssämme on

sekä lääketieteen että hoitotyön kannalta asioita tarkastelevia lähteitä. Työssä käyttämämme lähteet käsittelevät rintasyöpää ja sen hoitoa sekä muita työmme tekemiseen liittyviä asioita. Näitä ovat muun muassa ohjaaminen, havainnointi ja potilasohje sekä tuotokseen painottuva opinnäytetyö, joka oli työssä käyttämämme menetelmä. Koimme käyttämämme lähteet eettisesti luotettaviksi. Yritimme valita uusimmat lähteet käytettävissä olevista vaihtoehdoista ja vältimme käyttämästä toissijaisia lähteitä.

Ihmisarvon kunnioittaminen tulee olla lähtökohta tutkimuksessa. Ihmisille annetaan mahdollisuus itse päättää tahtovatko he osallistua tutkimukseen. Tulee selvittää, millaista tietoa heille annetaan ja miten heidän suostumuksensa hankitaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 25.)

Osallistuimme ohjaustilanteisiin, joissa käsitellään asiakkaalle henkilökohtaisia ja arkaluontoisia asioita. Asiakkailta kysyttiin hyvissä ajoin lupa opiskelijan ohjaustilanteeseen osallistumiseen. Heille kerrottiin, että tarkoituksenamme oli havainnoida hoitajan työskentelyä ohjaustilanteessa. Asiakkaille kerrottiin heti alussa, että osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistuminen tapahtuu anonyyminä. Asiakkailta pyydettiin suullinen suostumus opiskelijan osallistumiseen heidän varatessaan ajan puhelimitse dreenin ja/tai ompeleiden poistoon. Ohjaustilanteen alussa heille annettiin kirjallinen tiedote, jossa kerrottiin minkä vuoksi osallistumme ohjaustilanteeseen ja pyydettiin kirjallinen suostumus, jotka opinnäytetyön valmistumisen jälkeen hävitetään asianmukaisesti. Havainnoinneista saadun tiedon avulla saimme käsityksen siitä, mitä asioita kannattaa käsitellä kotihoito-ohjeessa. Koska ohjaustilanne on asiakkaalle arkaluontoinen tilanne, yhdessä työelämäyhteyden kanssa päätimme, että osallistumme ohjaustilanteisiin kumpikin yksin. Asiakkaalle saattaa olla jo suuri asia, että tilanteeseen liittyy kolmas osapuoli, saati neljäs. Tavoitteena oli, ettei asiakas kokisi opiskelijan osallistumista ohjaustilanteeseen negatiivisena asiana. Ne asiakkaat, joilta kysyttiin lupaa osallistumisellemme ohjaustilanteeseen, olivat kaikki siihen suostuvaisia. He kokivat hyväksi ja hyödylliseksi asiaksen, että teemme kirjallisen hoito-ohjeen.

7.2 Pohdinta ja johtopäätökset

Valitsimme opinnäytetyömme aiheen tammikuussa 2012. Molempien aikaisempi työharjoittelu syöpätautien vuodeosastolla herätti kiinnostuksen syöpätauteihin. Toi-

veenamme oli löytää aihe, jonka myötä voisimme tehdä opinnäytetyön tuotoksena jonkin konkreettisen ohjeen tai oppaan, joka tulisi työelämäyhteyden käyttöön. Olimme yhteydessä Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen osastonhoitajiin ja sähköpostitse kysyimme heidän tarvettaan jollekin kirjalliselle hoito-ohjeelle. Saimme heiltä aihe-ehdotuksen tehdä kotihoito-ohje asiakkaalle, joka tulee rintasyöpäleikkauksen jälkeen poistattamaan ompeleita ja dreeniä. Päädyimme valitsemaan tämän aiheen.

Helmikuussa 2012 oli työelämäpalaveri, johon osallistuivat meidän lisäksi opinnäytetyön ohjaava opettaja sekä työelämäyhteyden yhdyshenkilöt eli Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen osastonhoitaja ja yksi sairaanhoitajista. Työelämäpalaverissa opinnäytetyömme aihe tarkentui. Siellä sovimme, että teemme kirjallisen kotihoito-ohjeen, ja siihen liittyen käymme molemmat Pirkanmaan Syöpäyhdistyksellä havainnoimassa sairaanhoitajia ja heidän antamaa suullista ohjausta asiakkaille. Havainnoinnin käyttäminen opinnäytetyön tiedonhankintamenetelmänä oli ohjaavan opettajan ehdotus. Työelämäpalaverin jälkeen aloitimme tiedonhankkimisen ja aloimme kerätä lähdemateriaalia. Haimme lupaa opinnäytetyölle keväällä 2012 ja se myönnettiin heinäkuussa 2012. Syyskuussa ja joulukuussa 2012 havainnoimme Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen hoitajien ja asiakkaiden välisiä ohjaustilanteita. Havainnoinneista saamamme tiedon avulla pyrimme valitsemaan kotihoito-ohjeeseen keskeisimmät asiat, jotka asiakkaiden olisi hyvä saada ohjaustilanteesta mukaansa myös kirjallisessa muodossa. Opinnäytetyö valmistui maaliskuussa 2013. Tarkoituksena on esittää työ Tampereen ammattikorkeakoulussa huhtikuussa 2013 ja Pirkanmaan Syöpäyhdistykselle toukokuussa 2013.

Koimme havainnoinnin hyvänä menetelmänä työtä tehdessämme. Se auttoi hyvin hahmottamaan millaisia ohjauskeskustelut ovat ja mitä asioita niissä käsitellään. Niistä saamamme tieto tuki hankkimaamme teoriatietoa. Hankittuamme riittävästi tietoa lähdemateriaaleista ja havainnoinneista, aloimme työstää hoito-ohjetta ja teimme ensimmäisen luonnoksen tammikuussa 2013. Lähetimme ohjeen Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen yhdyshenkilöillemme. He välittivät viestimme myös kaikille muille ohjauksia pitävälle sairaanhoitajille. Pyysimme heidän mielipidettään senhetkisestä ohjeesta ja kertoamaan meille, jos jokin heidän mielestään tärkeä asia kotihoito-ohjeesta puuttui. Olimme tiiviisti yhteydessä työelämäyhteyden ohjeen lopullisen sisällön ja ulkoasun tiimoilta. Teimme heille muutaman eri vaihtoehdon ohjeesta, ja he valitsivat niistä parhaiten heitä palvelevan. Tätä vielä yhteistyössä työstettiin ja viimeisteltiin ja maaliskuussa 2013 päädyttiin ohjeen lopulliseen versioon.

Tarkoituksena oli alun perin, että käymme molemmat havainnoimassa useamman kerran, mutta lopulta kummatkin kävivät havainnoimassa kahta ohjaustilannetta. Oli hankalaa löytää sopivia aikoja mennä havainnoimaan, sillä ohjausajat ovat aina arkipäivinä, jolloin yleensä olimme joko koulussa tai harjoittelussa. Ajoittain ongelmia aiheutti myös asiakkaiden vähäisyys, kun vapaana olevia drenin ja ompeleiden poistoajoja ei ollut varattu. Jos olisimme käyneet havainnoimassa useampia ohjauskeskusteluja, olisi niistä voinut nousta esille vielä lisää asioita. Mielestämme olemme kuitenkin saaneet hyvin koottua kotihoito-ohjeeseen tärkeimmät asiat ja tiivistettyä tiedon työelämäyhteyden toiveiden mukaiseen muotoon. Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen toiveena oli, että kotihoito-ohje on yksipuolinen A4-paperiarkki, joka on mahdollisimman selkeä, josta tieto on helposti löydettävissä ja joka sisältää kaikki tärkeimmät asiat. Ohje on helposti muokattavassa muodossa, joten tarvittaessa sitä voidaan myöhemmin päivittää tai muuttaa. Keskustelimme Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen yhteyshenkilöidemme kanssa ohjeen sisällöstä ja he olivat samaa mieltä siihen tulevista asioista kanssamme. Pyrimme tekemään kotihoito-ohjeesta mahdollisimman hyvin asiakasta palvelevan. Tässä käytimme hyväksi teorian tietoa sekä havainnoinneista saamaamme tietoa, jotka tukevat toisiaan.

Työmme tehtävänä oli selvittää miten rintasyöpää hoidetaan. Tätä olemme käsitelleet työmme teoriaosassa ja sen myötä olemme oppineet paljon rintasyövästä sekä sen yleisimmistä hoidoista. Tämä teorian tieto toimi hyvänä perustana tuotoksen tekemiselle ja työmme toiselle tehtävälle, joka oli selvittää millaisia kotihoito-ohjeita asiakas tarvitsee drenin ja ompeleiden poiston jälkeen. Tätä selvitimme teorian tiedon lisäksi havainnointien kautta. Työmme tehtävänä oli myös ottaa selvää millainen on kattava ohje. Tästä hankimme työhön teorian tietoa, jonka lisäksi työelämäyhteyden kanssa yhteistyössä mietimme, miten ohjeesta saataisiin mahdollisimman hyvin heidän asiakkaitaan palveleva. Ohjeen tärkeimmiksi vaatimuksiksi nousivat selkeys, tiedon helposti löydettävyys ja tärkeimpien asioiden sisältyminen siihen.

Käytimme työssämme aikaisempia tutkimuksia tukemaan käyttämäämme teorian tietoa. Tutkimuksista saamamme tieto tuki hoitajien antaman ohjauksen merkitystä potilaan selviytymisessä kotona. Tutkimuksista nousi esiin potilaiden tiedon tarpeet ja toiveet koskien haavanhoitoa. Siihen liittyen toivottiin konkreettisia ohjeita, mitä haavanhoidossa pitää tarkkailla kotona. Näitä ohjeita on tekemässämme kotihoito-ohjeessa. Kotihoito-ohjeessa on myös asiaa haavakivusta, joka oli tutkimusten mukaan toinen yleisin syy haavanhoidon lisäksi potilaiden yhteydenottoihin leikkauksen jälkeen. Työmme

yhtenä tavoitteena oli kirjallisen hoito-ohjeen avulla vähentää asiakkaiden yhteydenotto-tarpeita ohjaustilanteiden jälkeen. Tutkimukset vahvistivat myös sitä tietoa, että hoitajien tuki edistää potilaiden psyykkistä selviytymistä. Tekemämme kotihoito-ohje tukee hoitajan antamaa suullista ohjausta ja näin turvaa hoidon jatkuvuutta.

Koimme opinnäytetyön tekemisen yhdessä hyvänä asiana. Näin saimme aiheisiin erilaisia näkökulmia sekä tukea ongelmatilanteissa ja päätöksenteossa. Keskinäinen yhteistyö meillä sujui hyvin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Suurimmaksi osaksi teimme opinnäytetyötä yhdessä, mutta ajoittain jaoimme aihealueita, joista kumpikin tahollaan olemme kirjoittaneet.

Yhteistyö työelämätahon kanssa sujui hyvin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Olimme heihin yhteydessä suurimmaksi osaksi sähköpostin välityksellä, mutta myös puhelimitse ja kasvokkain. He olivat kannustavia ja kiinnostuneita työstämme ja saimme heiltä tarvittavaa ohjeistusta silloin, kun sitä tarvitsimme. Opinnäytetyön ohjaavan opettajan ohjausta käytimme hyväksi työmme eri vaiheissa. Opettajan kanssa kävimme työtä läpi ja hän esitti omia huomioitaan siitä sekä muutos- ja kehitysehdotuksiaan. Saimme opettajalta vastauksia työhön liittyviin kysymyksiin.

Aikataulujen sovittamisessa oli ajoittain ongelmia. Välillä oli hankaluuksia yhdistää opiskelu, työnteko ja henkilökohtaiset menot opinnäytetyön tekemisen kanssa. Opinnäytetyön työstämisen aikataulun olisi voinut suunnitella alusta lähtien paremmin. Näin olisi välttytty viime hetken kiireiltä ja työn tekemisen aiheuttamalta stressiltä.

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme oppineet paljon uutta rintasyövästä sekä sen hoidosta. Halusimme ottaa työhön mukaan myös teoretietoa näistä, jotta saisimme käsityksen siitä, mitä asiakkaat ovat sairautensa vuoksi käyneet läpi tai tulevat käymään. Olemme myös saaneet käsityksen, miten tärkeää hyvä ohjaus on hoitotyössä sekä ymmärtäneet kirjallisen materiaalin merkityksen ohjauksen tukemisessa. Varsinkin elämän kriisitilanteessa potilaan resurssit ottaa tietoa vastaan ovat usein rajalliset. Hyvä potilaan ohjaus takaa hoidon jatkuvuutta ja näin ollen myös potilasturvallisuutta.

7.3 Kehittämisehdotukset

Kehittämisehdotukseksi on työn tekemisen myötä noussut tarkistuslista Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen käyttöön, joka sisältäisi dreenin ja ompeleiden poiston yhteydessä hoitajan pitämän ohjauksen sisältämät asiat. Tämä yhtenäistäisi hoitajien pitämiä ohjauskeskusteluja. Tarkistuslista toimisi hoitajan tukena hänen työskentelyssään sekä turvaisi sitä, että kaikki asiakkaat saisivat yhdenvertaista ohjausta.

Toinen kehitysehdotus on Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen käyttöön tuleva liikuntaohje. Rintasyöpäleikatuille ohjataan leikatun raajan liikuntaohjeet leikkauksen jälkeen, mutta riippuen hoitopaikasta toiset ovat saaneet siitä kirjalliset ohjeet, toiset eivät. Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen oma liikuntaohje yhtenäistäisi asiakkaiden saamaa ohjausta ja turvaisi sen, että kaikki saisivat suullisen ohjauksen lisäksi myös kirjalliset liikuntaohjeet.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoma, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. 1. painos. Helsinki: SanomaPro.

Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. 1. painos. WSOYpro.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.–6. painos. Porvoo: WSOY.

Hormonihoito. 2008. Roche. Päivitetty 8.10.2008. Luettu 27.11.2012.
http://www.rintasyopa.fi/rintasyovan_hoitaminen/hormonihoito

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2005;121(16): 1769–1772.

Jansson, M. 2009. Säästävä rintasyöpäleikkaus ei käy kaikille. Lääkärelehti. Julkaistu 12.11.2009. Luettu 5.12.2012.
http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=8072/type=1

Joensuu, H., Roberts, P.J., Teppo, L. & Tenhunen, M. 2007. Syöpätaudit. 3. painos. Jyväskylä: Duodecim.

Kulonen, S. 2009. Imetys voi vähentää rintasyöpäriskiä. Suomen Lääkärelehti. Julkaistu 11.8.2009. Luettu 3.12.2012.
http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=7569/type=1

Kokkinen, J. 2012. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. Päivitetty 18.9.2012. Luettu 4.12.2012.
http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=palliatiivinen%20hoito

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. WSOY.

Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Sivén, T. & Välimäki, P. 2010. Opi ja ohjaa sosi-aali- ja terveysalalla. 9. painos. Helsinki: WSOY.

Leino, K. 2012. Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä: Substantiivinen teoria rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66806/978-951-44-8555-8.pdf?sequence=1>

Leikkaus. 2008. Roche. Päivitetty 8.10.2008. Luettu 4.12.2012.
http://www.rintasyopa.fi/yleista/rintasyovan_hoitaminen/leikkaus

- Lindström, R-L. 2012. Saattohoito. Päivitetty 21.9.2012. Luettu 4.12.2012.
http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=palliativinen%20hoito
- Muurinen, K. 2009. Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia elämästä syövän kanssa liitännäishoitojen aikana. Tampereen yliopisto. Pro gradu.
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03519.pdf>
- Opinnäytetyöpakki. Havainnointi. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Luettu 23.5.2012.
<http://193.167.122.14/Opari/ontTukiKeruuHavainnointi.aspx>
- Palokoski, M-R. 2007. Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. Tampereen yliopisto. Pro gradu. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01622.pdf>
- Riikola, T. & Huovinen, R. 2008. Rintasyövän hoito ja seuranta. Päivitetty 30.12.2008. Luettu 4.12.2012.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../khp00027>
- Rintasyöpä (diagnostiikka ja seulonta). 2009. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Rintasyöpäryhmä ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Päivitetty 29.10.2009. Luettu 3.3.2013.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi25030>
- Rintasyöpä (hoito ja seuranta). 2007. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Rintasyöpäryhmä ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Päivitetty 1.11.2007. Luettu 3.5.2012.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi25001>
- Rintasyövän eri tyypit. 2012. Roche. Luettu 27.2.2013.
<http://www.rintasyopa.fi/yleista/rintasyovan-eri-tyypit/>
- Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) 2010. 2., uudistettu painos. Kirurgia. Porvoo: Duodecim.
- Salonen, P. 2011. Quality of Life in Patients with Breast Cancer. A prospective intervention study. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66789/978-951-44-8549-7.pdf?sequence=1>
- Solunsalpaajahoito. 2008. Roche. Päivitetty 8.10.2008. Luettu 20.11.2012.
http://www.rintasyopa.fi/rintasyovan_hoitaminen/solunsalpaajahoito
- Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry. 2012. Mitä on palliatiivinen hoito? Päivitetty 2012. Luettu 22.10.2012. http://www.sphy.fi/mita_on_palliatiivinen_hoito/
- Suomen Syöpärekisteri. 2012. Yleisimmät syövät vuonna 2010, NAISSET. Päivitetty 1.3.2012. Luettu 3.5.2012. <http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0021i0.html>
- Suomen Syöpärekisteri. Syöpäpotilaiden eloonjäämisluvut. Luettu 31.5.2012.
<http://www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/syopapotilaiden-eloonjaamisluvut/>
- Suomen Syöpäpotilaat. Rintasyöpäopas. Luettu 27.11.2012.
<http://www.syopapotilaat.fi/pdf/rintasyopaopas.pdf>

Syöpäinfo. 2010a. Rintasyöpä. Luettu 27.11.2012. Päivitetty 2010.
<http://www.syopainfo.fi/eri-syopamuodot/rintasyopa.html>

Syöpäinfo. 2010b. Sädehoito. Luettu 27.11.2012. Päivitetty 2010.
<http://www.syopainfo.fi/syovan-hoito/sadehoito.html>

Syöpäjärjestöt, Chirurgi Plastici Fenniae, Suomen kirurgiyhdistyksen rintarauhaskirurginen sektio & Mainostoimisto Contra. Rintakorjausleikatun käsikirja. Luettu 19.2.2013. www.syopapotilaat.fi/pdf/rinnankorjaus.pdf

Syöpäjärjestöt. Hormonihoito. Luettu 22.11.2012.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/hoidot/hormonihoito/>

Syöpäjärjestöt. Leikkaus. Luettu 27.11.2012.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/hoidot/leikkaus/>

Syöpäjärjestöt. Liikunta. Luettu 20.2.2013.
<http://cancer.fi/potilaatjalaheiset/hyvinvointi/liikunta/>

Syöpäjärjestöt. Peruukki. Luettu 31.1.2013.
<http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/hyvinvointi/peruukki/>

Syöpäjärjestöt. Rintasyöpään liittyviä erityiskysymyksiä. Luettu 3.12.2012.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/erityiskysymyksia/>

Syöpäjärjestöt. Rintasyövän perinnöllisyys. Luettu 3.12.2012.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/perinnollisyys/>

Syöpäjärjestöt. Rintasyövän uusiutuminen. Luettu 3.12.2012.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/uusiutuminen/>

Syöpäjärjestöt. Solunsalpaajat eli sytostaatit. Luettu 20.11.2012.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/hoidot/solunsalpaajat/>

Syöpäjärjestöt. Syövän hoidot. Luettu 5.12.2012.
http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/ensitieto/kysymyksia_syovasta/syovan_hoidot/

Syöpäjärjestöt. Sädehoidon välittömät sivuvaikutukset. Luettu 27.11.2012.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/hoidot/sadehoito/valittomat/>

Syöpäjärjestöt. Sädehoito. Luettu 27.11.2012.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/hoidot/sadehoito/>

Syöpäjärjestöt. 2008a. Rinnan säästävä leikkaushoito yleistyy edelleen. Päivitetty 6.2.2008. Luettu 3.5.2012. <http://www.cancer.fi/?x27306=12618419>

Syöpäjärjestöt. 2008b. Rintasyövän hoito. Päivitetty 30.9.2008. Luettu 27.4.2012.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/rintasyovan-hoito/>

Vehmanen, L. 2012a. Paikallisen rintasyövän hoito. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Päivitetty 10.4.2012. Luettu 4.12.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00468

Vehmanen, L. 2012b. Rintasyöpä: toteaminen ja ennuste. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Päivitetty 10.4.2012. Luettu 3.5.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00618

Vehmanen, L. 2012c. Rintasyövän uusiutuminen. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Päivitetty 10.4.2012. Luettu 3.12.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00467

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

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

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Yli-Pirilä, P. 2012. Vertaistuki. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim.
http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=vertaistuki

LIITTEET

Liite 1. Aikaisemmat tutkimukset

TAULUKKO 1. Aiheeseen liittyvät tutkimukset

Tutkimus	Tarkoitus, tehtävät, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Leino, Kaija</p> <p>2012</p> <p>Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä. Substantiivinen teoria rintasyöpöpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana.</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää substantiivinen teoria rintasyöpöpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana erikoissairaanhoidossa.</p> <p>Tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa hoitamisessa tapahtuvaan rintasyöpöpotilaiden tukemiseen.</p> <p>Tutkimuskysymykset:</p> <p>1) Mitä kokemuksia rintasyöpöpotilailla ja hoitohenkilöstöllä on sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana?</p> <p>2) Mitkä ovat rintasyöpöpotilaan koettua sosiaalista tukea kuvaavat käsitteet hoitoprosessin aikana?</p> <p>3) Miten koettua sosiaalista tukea kuvaavat käsitteet suhteutuvat toisiinsa?</p> <p>4) Millainen substantiivinen teoria koetusta sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana muodostuu?</p>	<p>Tutkimusmenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä, straussilaisiin lähtökohtiin perustuvaa grounded-teoriaa.</p> <p>Tutkimusaineistona käytettiin rintasyöpöpotilaiden (n=25) haastatteluita leikkauksen jälkeen ja kolmen kuukauden kuluttua syöpähoitojen päättymisestä. Tämän lisäksi aineistona käytettiin potilaiden päiväkirjoja (n=21) noin vuoden mittaiselta ajanjaksolta hoitoprosessin aikana sekä rintasyöpöpotilaita hoitavien hoitajien ja lääkäreiden ryhmähaastatteluja.</p> <p>Aineistot kerättiin vuosien 2007-2009 aikana. Ne analysoitiin jatkuvan vertailun metodilla avoimella, aksiaalisella ja selektiivisellä koodauksella.</p>	<p>Hoitohenkilöstön huolenpito ja tuki edistää rintasyöpövästä selviytymistä ja on merkityksellistä naisena eheytyamisen kokemuksessa.</p> <p>Vuorovaikutuksen kautta luodaan voimaantumisen kokemusta.</p> <p>Hoitohenkilöstöltä odotetaan seksuaalisuuteen liittyvien ongelmien huomioimista.</p> <p>Ilman huolenpittämistä potilas juuttuu epävarmuuteen eikä hänellä ole luottamusta elämän kantamiseen.</p> <p>Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi rintasyöpöpotilaiden hoitokäytäntöiden ohjeistusta tulee lisätä perus-, työterveys- ja yksityissektorin terveydenhuollon toimijoille.</p> <p>Tutkimuksen tulokset vahvistavat</p>

			<p>sekä täydentävät aikaisempaa tietoa rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta.</p> <p>Tutkimustulosten avulla on mahdollista kehittää hoitamisen käytäntöjä, jotka auttavat rintasyöpään sairastuneita naisia selviytymään sairaudestaan ja naisellisuutta uhkaavista tekijöistä.</p>
<p>Muurinen, Katja 2009</p> <p>Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia elämästä syövän kanssa liitännäishoitojen aikana</p> <p>Pro gradu</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus on kuvata rintasyöpäpotilaiden kokemuksia syövän liitännäishoitojen aikana.</p> <p>Tutkimuksen tavoite on syöpäpotilaiden hoitotyön kehittämisen tutkimuksella saadun tiedon avulla.</p> <p>Tutkimuskysymykset:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minkälaisia kokemuksia syöpäpotilaille esiintyi rintasyövän liitännäishoitojen aikana? 2. Minkälaista tukea rintasyöpäpotilaat kokivat saavansa liitännäishoitojen aikana? 3. Minkälaisena rintasyöpäpotilaat kokivat yhteistyön hoitohenkilökunnan kanssa liitännäishoitojen aikana? 	<p>Tutkimus oli laadullinen. Aineistona käytettiin rintasyöpään sairastuneiden päiväkirjoja (n=9). Päiväkirjojen sisältö liitännäishoitojen ajalta analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>Tutkimustulosten perusteella lääkkeelliset hoidot koettiin fyysisesti ja psyykkisesti rasittavina.</p> <p>Rintasyöpään sairastuneet kokivat saaneensa fyysisesti korkeatasoista hoitoa, mutta psyykkisen hyvinvoinnin huomioidemisessa oli puutteita.</p> <p>Perheeltä ja verstaistuelta saatiin arvokasta tukea ja he myös auttoivat selviytymisessä raskaista hoidoista.</p>

<p>Palokoski, Marjo-Riitta</p> <p>2007</p> <p>Kirurgisen potilaan selviytyminen kotona leikkauksen jälkeen</p> <p>Pro gradu</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten sairaalassa annettu ohjaus tukee potilaan selviytymistä kotona ja kuvata miten kirurgiset potilaat selviytyvät kotona leikkauksen jälkeen.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää käytännön hoitotyötä käyttäen hyväksi tutkimuksen tuloksia.</p> <p>Tutkimusongelmat:</p> <p>1. Millaisia kokemuksia potilailla on kotona selviytymisestäään leikkauksen jälkeen?</p> <p>1.1 Miten potilaat kuvaavat selviytyvänsä tiedollisesti leikkauksen jälkeen?</p> <p>1.2 Miten potilaat kuvaavat selviytyvänsä toiminnallisesti leikkauksen jälkeen?</p> <p>2. Millaisia kokemuksia potilailla on sairaalassa annetusta ohjauksesta?</p> <p>2.1 Millaisia kokemuksia potilailla on tiedonsaannista ohjauksessa?</p> <p>2.2 Millaisia kokemuksia potilailla on ohjaustilanteista?</p> <p>3. Millainen on sairaalassa annetun ohjauksen yhteys potilaan kotona selviytymiseen?</p> <p>3.1 Miten kokemuksen tiedonsaannista ohjauksessa ovat yh-</p>	<p>Tutkimusmenetelmänä tutkimuksessa käytettiin puhelinhaastattelua.</p> <p>Tutkimusjoukko oli 103 tavallisella kirurgisella vuodeosastolla hoidossa olleita potilaita. Heille soitettiin 3-14 vuorokauden kuluttua kotiutuksesta.</p> <p>Tutkimuksessa käytettiin strukturoitua mittaria, joka koostui neljästä osiosta. Niissä esitettyihin väittämiin vastattiin kouluarvosanoilla 4-10. Osiot olivat tiedollinen ja toiminnallinen selviytyminen, sairaalassa annettu ohjaus potilaan tiedonsaantiin ja potilaiden kokemukseen hoitohenkilökunnan toiminnasta.</p>	<p>Potilaiden tiedollinen ja toiminnallinen selviäminen sekä sairaalassa annettu ohjaus ovat hyvän tasoista.</p> <p>Hoitohenkilökunnan antamalla ohjauksella voidaan tukea potilaiden kotona selviytymistä.</p> <p>Potilaat toivoivat hoitajilta enemmän aikaa ohjaukseen.</p> <p>Hoitajien toivottiin ottavan ohjauksessa paremmin huomioon potilaan elämäntilanne.</p> <p>Haavahoidon tarkkailusta toivottiin enemmän tietoa.</p> <p>Tavallisimmat syyt kotiutumisen jälkeisiin yhteydenottoihin olivat kivun- ja haavanhoitoon liittyvät ongelmat.</p> <p>Enemmän tietoa toivottiin haavahoidon komplikaatioista, liikkumisen rajoituksista leikkauksen jälkeen ja kipulääkityksestä.</p> <p>Haavanhoitoa koskien potilaat toivoivat konk-</p>
---	---	--	---

	<p>teydessä kotona selviytymiseen? 3.2 Miten kokemukset ohjaustilanteista ovat yhteydessä kotona selviytymiseen?</p> <p>4. Miten puhelinhaastattelu soveltuu potilaiden hoitokokemusten tutkimiseen?</p>		<p>reettista tietoa, mitä pitää tarkkailla haavanhoidossa.</p>
<p>Salonen, Päivi 2011 Quality of Life in Patients with Breast Cancer. A prospective intervention study. Väitöskirja</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää interventioiden vaikutusta rintasyöpöpotilaiden elämänlaatuun ja sosiaalisen tuen roolia.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa ja syventää terveydenhuollon ammattilaisten ymmärrystä elämänlaatuun ja sosiaaliseen tukeen liittyvistä asioista.</p> <p>Tutkimuskysymykset:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mikä vaikutus puhelininterventiolla viikon kuluttua rintasyöpöleikkauksesta oli rintasyöpöpotilaiden elämänlaatuun? 2. Mikä vaikutus kasvokkain annettulla ohjauksella kuuden kuukauden kuluttua rintasyöpöleikkauksesta oli rintasyöpöpotilaiden elämänlaatuun? 3. Miten elämänlaatu muuttui interventio- ja kontrolliryhmillä viikosta kuuteen kuu- 	<p>Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla viikon ja puolen vuoden päästä rintasyöpöleikkauksesta tutkimukseen suostumuksensa antaneilta.</p> <p>Tutkimuksessa käytettiin kolmea eri analysoitavaa aineistoa. Ensimmäisessä vaiheessa potilaat osallistuivat puhelininterventioon, toisessa vaiheessa kasvokkain annettuun ohjaukseen ja kolmanteen aineistoon kuuluivat ne rintasyöpöpotilaat, jotka osallistuivat sekä puhelimesta että kasvokkain annettuun ohjaukseen.</p> <p>Aineisto muodostui interventioryhmästä (n=85) ja kontrolliryhmästä (n=79).</p>	<p>Tutkimustulokset osoittivat että viikon päästä leikkauksesta fysioterapeutin antamasta tuesta ja ohjauksesta sekä fysioterapeutin kuuden kuukauden päästä antamasta henkilökohtaisesta ohjauksesta oli hyötynyt rintasyöpöpotilaille.</p> <p>Puhelininterventioon osallistuneilla rintasyöpöpotilaille oli parempi kehonkuva, vähemmän leikkauksen jälkeisiä sivuvaikutuksia ja he suhtautuivat myönteisemmin tulevaisuuteen verrattuna kontrolliryhmään.</p> <p>Kasvokkain annettuun henkilökohtaiseen ohjaukseen osallistuneilla rintasyöpöpotilaille oli vähemmän yläraajan oireita verrattuna kontrolliryhmään.</p>

	<p>kauteen rintasyöpäleikkauksesta?</p> <p>4. Mikä vaikutus sosiaalisella tuella on rintasyöpäpotilaiden elämänlaatuun?</p> <p>5. Miten sosiodemografia, lääketiede ja hoito vaikuttavat rintasyöpäpotilaiden elämänlaatuun?</p> <p>6. Mitkä tekijät ennustavat huonoa elämänlaatua rintasyöpäpotilailla?</p>		<p>Kuuden kuukauden seuranta-aikana sekä interventio- että kontrolliryhmässä rinnan alueen ja yläraajan oireet vähentyivät. .</p> <p>Kuuden kuukauden seuranta-aikana molemmissa ryhmissä kehonkuva huononi ja hoitojen sivuvaikutukset lisääntyivät merkittävästi.</p> <p>Merkittävimpiä tukijoita rintasyöpään sairastuneille olivat puoliso, lapset ja ystävät.</p>
--	---	--	--

Liite 2. Asiakkaan tiedottaminen ajanvaraustilanteessa

Asiakkaan tiedottaminen ajanvaraustilanteessa

Asiakkaalta kysytään suullinen lupa sairaanhoitajaopiskelijoiden osallistumiseen ohjaustilanteeseen, kun he soittavat Pirkanmaan Syöpäyhdistykselle ja varaavat aikaa dreenin ja ompeleiden poistoon. Tällöin heille kerrotaan asiasta suullisesti seuraava info:

Kaksi kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijaa tekevät opinnäytetyönään kotihoito-ohjeen rintasyöpään sairastuneelle dreenin ja ompeleiden poiston jälkeen. Tätä varten he havainnoivat sairaanhoitajan ja asiakkaan välisiä ohjaustilanteita, jotta kotihoito-ohjeesta saataisiin mahdollisimman hyvin asiakasta palveleva. Dreenin ja ompeleiden poistotilanteessa olisi siis mukana myös yksi sairaanhoitajaopiskelija, joka ei osallistu muutoin ohjaustilanteeseen kuin havainnoimalla sitä. Ohjaustilannetta havainnoimalla saatavat tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömänä ja aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytettävissä.

Tullessanne poistattamaan dreeniä ja ompeleita, saatte tästä vielä kirjallisen tiedotteen sekä suostumuslomakkeen liittyen sairaanhoitajaopiskelijoiden läsnäoloon ohjaustilanteessa. Halutessanne voitte esittää lisäkysymyksiä opinnäytetyön tekoon liittyvistä asioista sairaanhoitajaopiskelijoille.

Liite 3. Tiedote Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen asiakkaalle

Tiedote Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen asiakkaalle

Olemme kaksi kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijaa Tampereen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jonka aiheena on rintasyöpään sairastuneen ohjaaminen dreenin ja ompeleiden poiston yhteydessä. Opinnäytetyön tavoitteena on tehdä asiakkaille annettava kotihoito-ohje Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen käyttöön. Sen on tarkoitus sisältää tarvittavaa tietoa, jos asiakkaalle ohjaustilanteen jälkeen herää kysymyksiä.

Jotta saisimme tehtyä kotihoito-ohjeesta mahdollisimman hyvin asiakkaan tarpeita palvelevan, meidän toiveenamme on perehtyä hoitajan ja asiakkaan välisiin ohjauskeskusteluihin. Näissä havainnoimme hoitajien työskentelyä ja keskusteluissa käsiteltäviä asioita. Havainnointien perusteella saamme käsityksen siitä, mitä asioita kotihoito-ohjeen olisi hyvä sisältää.

Havainnoinnista saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai peruuttaa suostumuksenne milloin tahansa, eikä se vaikuta Teidän hoitoonne Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen poliklinikalla. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan Syöpäyhdistykseltä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Mikäli teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Veera Huotari
Sairaanhoitajaopiskelija
Tampereen ammattikorkeakoulu
veera.huotari@health.tamk.fi
0405646353

Linda Kaaresmaa
Sairaanhoitajaopiskelija
Tampereen ammattikorkeakoulu
linda.kaaresmaa@health.tamk.fi
0401868688

Anne-Marie Lehtonen
Opinnäytetyön ohjaava opettaja
Tampereen ammattikorkeakoulu
anne-marie.lehtonen@tamk.fi
0503119656

Tarja Kangassalo
Osastonhoitaja
Pirkanmaan Syöpäyhdistys
tar-
ja.kangassalo@pirkanmaansyopayhdistys.fi
03 2499500

Liite 4. Suostumus

Suostumus

Annan suostumukseni rintasyöpäleikkaukseni jälkeisen ompeleiden ja dreenin poiston / ohjaustilanteen havainnointiin sairaanhoitajaopiskelijoille.

Olen saanut tietoa havainnointiin liittyvästä opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on tuottaa kotihoito-ohje rintasyöpään sairastuneelle dreenin ja ompeleiden poiston yhteydessä annettavaksi. Olen saanut myös mahdollisuuden esittää kysymyksiä opinnäytetyöstä sen tekijöille.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Asiakkaan allekirjoitus

Nimenselvennys

Henkilötunnus

Suostumuksen
vastaanottaja:

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimenselvennys

Liite 5. Haavanhoito-ohje rintaleikatulle



PIRKANMAAN
SYÖPÄYHDISTYS

HAAVANHOITO-OHJE RINTALEIKATULLE

- Jos haavalle on laitettu tukiteipit ompeleiden poiston jälkeen, ne voi poistaa viikon kuluttua. Teipit tukevat haavaa. Mikäli teipit irtoavat itsestään, niitä ei tarvitse uusia.
- Dreeniaukon päälle laitetun taitoksen saatte poistaa seuraavana päivänä ennen suihkuun menoa. Taitoksen voitte vaihtaa tarpeen mukaan aiemminkin, jos aukko erittää tai vuotaa.

PESEYTYMINEN

- Haava-alueen puhtaudesta on hyvä huolehtia seuraavasti:
 - Suihkutus kerran päivässä (välttää haava-alueen hankausta pesuaineella ja huuhdelkaa shampoovesi haavan alueelta suihkun lopussa)
 - Haava-alue kuivataan pyyhkeellä kevyesti taputellen
 - Haava-alueen ympäröivää ihoa voi rasvata ihon normaalilla kosteusvoiteella
- Suihkuun, saunaan tai uimaan voitte mennä ompeleiden poiston jälkeisenä päivänä
- Deodoranttia saa käyttää, ellei kainalon alueella ole avonaisia haavoja

LIIKUNTA

- Normaali liikkuminen ja kevyet kotityöt ovat sallittuja (esim. ruoanlaitto, käsityöt)
 - Kevyt liikunta parantaa kudosten hapensaantia ja nopeuttaa paranemista sekä ehkäisee nesteen kertymistä (esim. käden pumppaus)
 - Voimakas rasitus voi aiheuttaa turvotusta haava-alueella
- Alla lueteltuja on hyvä välttää n. 1 kuukauden ajan leikkauksesta
 - Hikiliikunta (esim. sauvakävely, pyöräily, hiihto)
 - Nopeat ja iskevät liikkeet (esim. mattojen tamppaus)
 - Raskaat kotityöt (esim. painavien kauppakassien kantaminen)

HAAVAKIPU

- Haava-alueelle saattaa kertyä kudosnestettä, joka ilmenee alueen turvotuksena, kiristykseenä tai kipuna.
- Haava-alueen ja kainalon alla sekä hoidetun puolen olkavarren alueella saattaa leikkauksen jälkeen tuntua lievää kiristystä ja tuikkimista, vetämisen tunnetta. Ne ovat normaaleja tuntemuksia leikkauksen jälkeen. Huolehtikaa ohjeenmukaisesta kipulääkityksestä oman tarpeenne ja tuntemuksenne mukaan.

YHTEYDENOTOT ONGELMATILANTEISSA

- Arkisin klo 8-15 Teitä hoitaneeseen poliklinikkaan tai osastoon
- Muina aikoina ottakaa yhteyttä päivystävään terveyskeskukseen
- Jos haava-alue tai kainalon alusalue on voimakkaasti turvoksissa ja/tai erittäin arka
- Jos haavalle tulee tulehduksen oireita (punoitusta, kuumotusta, lisääntynyttä paikallista kipua, lisääntynyttä haavaeritystä) tai jos teille nousee kuume

**Muistattehan monipuolisen ravitsemuksen, riittävän levon
ja liikunnan merkityksen osana paranemistanne!**