



”Tämäkin voi kuulua hyvään elämään”

Toiminnallinen ryhmä rintasyövän sairastaneille naisille

**Outi Kivelä, Marja Korhonen,
Leena Kärki, Riina Lipponen**

**Opinnäytetyö
Huhtikuu 2009**

Toimintaterapia & Fysioterapia



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Tekijä(t) KIVELÄ, Outi KÄRKI, Leena, KORHONEN, Marja LIPPONEN, Riina	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 78 + 16	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus Salainen _____ saakka	
Työn nimi ”Tämäkin voi kuulua hyvään elämään” – Toiminnallinen ryhmä rintasyövän sairastaneille naisille		
Koulutusohjelma Hyvinvointiala, Toimintaterapian koulutusohjelma Hyvinvointiala, Fysioterapian koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) ARVEKARI, Hannele HELMINEN, Eeva		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä Opinnäytetyön tavoitteena oli tarjota ryhmämuotoista toiminnallista kuntoutusta 1979 - 1985 rintasyövän sairastaneille naisille, joiden leikatun puolen yläraajan toimintakyky on alentunut. Ryhmätoiminta suunniteltiin ja toteutettiin moniammatillisesti fysioterapian ja toimintaterapian opiskelijoiden yhteistyönä. Tutkimustehtävänä oli selvittää miten ryhmässä käytetyt menetelmät tukevat ryhmäläisten arjessa selviytymistä, miten ryhmä edistää vertaistukea ja jaksamista sekä miten toteutettua ryhmätoimintaa voisi kehittää. Lisäksi opinnäytetyön kirjallisen osan tarkoituksena oli koota yhteen aiheeseen liittyvää materiaalia ja tutkimuksia. Aineistonkeruumenetelminä käytettiin alkuhaastattelua, havainnointia ja kirjallista loppupalautetta. Lisäksi ryhmäläisten leikatun puolen yläraajan toimintakykyä mitattiin standardoiduin mittarein. Viitekehyksinä käytettiin maailman terveysjärjestön kansainvälistä ICF -luokitusta, jonka avulla saadaan kuntoutukselle yhteinen toimintakyvyn käsite sekä kieli toimintakyvyn kuvaamiseen, sekä biomekaanista mallia. Lisäksi työskentelyä ohjasivat moniammatillisuus ja asiakaslähtöisyys. Tutkimuksen tuloksissa tuli ilmi, että ryhmään osallistuneet henkilöt ovat saaneet uutta sisältöä arkeensa. Lisäksi ryhmätoiminta vaikutti ryhmäläisten kokonaisvaltaiseen jaksamiseen positiivisesti ja lisäsi ryhmäläisten kokemaa vertaistukea. Nämä voidaan nähdä muun muassa ryhmäläisten kasvaneena innostuksena liikunnallisiin harrastuksiin, leivontaan ja käsitöihin sekä siinä, että ryhmäläiset kokivat voimaantumista, jolla on vaikutusta heidän kokonaisvaltaiseen jaksamiseensa. Tutkimuksen tulosten ja kokemuksen pohjalta kehitettiin malli vastaavan kuntouttavan ryhmätoiminnan toteuttamiseen.		
Avainsanat (asiasanat) Rintasyöpä, ryhmä, moniammatillisuus, kuntoutus		
Muut tiedot		

Author(s) KIVELÄ, Outi KÄRKI, Leena KORHONEN, Marja LIPPONEN, Riina	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 78 + 16	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title "This can also be part of a good life" – A functional group for women who have had a breast cancer.		
Degree Programme Social and Health Care Occupational Therapy, Physiotherapy		
Tutor(s) ARVEKARI, Hannele HELMINEN, Eeva		
Assigned by The Middle-Finland's Cancer Association		
Abstract <p>The aim of the thesis was to offer group-type functional rehabilitation to women with a history of breast cancer onset between 1979 - 1985. In addition, the functional ability of their upper limb on the operated side had decreased. The group activity was designed and carried out multi-professionally with the cooperation of physiotherapy and occupational therapy students.</p> <p>The purpose of the study was to discover, whether the methods used in the group support these women in managing the Activities of Daily Living (ADLs), whether participating in the group enhances peer support and psychological wellbeing and to further develop the group activity put into practice. Furthermore, the purpose of the written part of the thesis was to review previous studies and material related to the subject. The data of the study was collected through pre-group interviewing, observation and written feedback. In addition, the function of the upper limb was measured with standardized measurement procedures.</p> <p>The contexts used were International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) by the World Health Organization, and Biomechanical model. ICF provided us a multi-professional concept and language for the function in rehabilitation. Furthermore, multi-professionalism and client-orientation guided us throughout the process.</p> <p>The outcome of the study was that the group participants received new contents for their daily life. Furthermore, as experienced by the participants, the group activity affected the managing of ADLs positively and added the peer support. These can be observed through the increased interest in physical activities, baking and creative activities, alongside the fact that the participants experienced empowerment, which has effects in their psychological wellbeing. Based on the results of the study and the experiences from the group, an improved therapeutic model was developed using the similar therapeutic group activity.</p>		
Keywords breast cancer, group, multi-professionalism, rehabilitation		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	2
2 RINTASYÖPÄ.....	3
2.1 Patofysiologia.....	3
2.2 Oireet	4
2.3 Diagnostiikka.....	5
2.4 Rintasyövän hoito	5
2.5 Rintasyöpäleikkauksesta paraneminen	7
2.6 Haavan paraneminen ja hoito.....	8
2.7 Hermokudoksen vaurioituminen ja paraneminen	9
2.8 Syöpään liittyvä kipu ja kivun hoito.....	9
2.9 Kuntoutus rintasyöpähoitojen jälkeen	10
2.10 Psykkisesti kuormittavasta sairaudesta paraneminen.....	12
3 VIITEKEHYKSET	13
3.1 ICF-luokitus.....	13
3.1.1 ICF-luokituksen rakenne	13
3.1.2 ICF-luokituksen käsitteet	14
3.1.3 Toimintakyky ICF-luokituksen mukaan.....	15
3.1.4 Yläraajan alentunut toimintakyky ICF-luokituksessa	16
3.1.5 ICF-luokituksen soveltaminen.....	17
3.2 Biomekaaninen malli	18
3.2.1 Biomekaaninen näkökulma toimintakykyyn.....	18
3.2.2 Kohderyhmä ja tavoitteet.....	18
3.2.3 Terapian suunnittelu ja toteuttaminen	19
3.2.4 Biomekaanisen mallin soveltaminen.....	20
4 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ.....	21

5 ASIAKASLÄHTÖISYYS.....	21
6 VERTAISTUKI.....	22
7 TUTKIMUS.....	24
7.1 Tutkimuksen esittely	24
7.2 Tutkimuskysymykset	25
7.3 Tutkimuksen kulku	25
7.4 Tutkimusmenetelmät	26
8 HERVOTTOMAT-RYHMÄ	26
8.1 Ryhmän esittely	26
8.2 Ryhmäläisten oireet	28
8.2.1 Tapaus A.....	28
8.2.2 Tapaus B.....	29
8.2.3 Tapaus C.....	29
8.2.4 Tapaus D	30
8.3 Yhteenveto tapauksista	30
9 HERVOTTOMAT-RYHMÄN TOTEUTUS	32
9.1 Aikataulu ja aloitus.....	32
9.2 Ryhmäjakson ja -kerran rakenne.....	32
9.3 Alkuhaastattelu ja -arviointi.....	34
9.4 Täydentävät mittaukset.....	36
9.4.1 Kivun arviointi.....	36
9.4.2 Turvotuksen arviointi	37
9.4.3 Olkanivelen liikkuvuuden arviointi.....	38
9.4.4 Yhteenveto mittauksista.....	40
10 HERVOTTOMAT-RYHMÄSSÄ KÄYTETYT MENETELMÄT	40
10.1 Toiminnalliset menetelmät.....	41
10.2 Terapeuttinen harjoittelu	44

10.3 Liikunta osana kuntoutusta.....	47
10.4 Rentoutuminen.....	48
10.5 Tietoiskut.....	50
10.5.1 Peiliterapia.....	50
10.5.2 Apuvälineet.....	52
10.5.4 Nukkuma-asennot.....	53
11 TULOKSET.....	53
11. 1 Loppupalautteen analysointi.....	53
11.2 Teemoittelun johtopäätös.....	57
11.3 Tutkimuskysymyksiin vastaaminen.....	58
12 MALLI TOIMINNALLISESTA RYHMÄSTÄ.....	60
12.1 Ryhmätoiminnan tavoitteet.....	60
12.2 Alkujärjestelyt.....	61
12.3 Ryhmän muodostaminen.....	62
12.4 Ryhmäjakson rakenne.....	62
12.5 Ryhmäkerran rakenne.....	64
12.6 Käytettävät menetelmät.....	65
12.6.1 Terapeuttinen harjoittelu ja liikunnalliset toiminnot.....	66
12.6.2 Toiminnalliset menetelmät.....	67
12.6.3 Tietoiskut.....	67
12.7 Mallin käyttäminen.....	68
13 POHDINTA.....	68
LÄHTEET.....	74

LIITTEET	79
Liite 1. Aloituskirje	79
Liite 2. Alkuhaastattelut	80
Liite 3. Alkuarviointi	84
Liite 4. Loppupalautteen kysymykset.....	85
Liite 5. Jakson suunnitelma.....	87
Liite 6. Esimerkki henkilökohtaisesta harjoitussuunnitelmasta	88
Liite 7. Peiliterapia	91
Liite 7. Peiliterapia	92
Liite 8. Kirjallinen lupalomake.....	94

KUVIOT

KUVIO 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet	14
KUVIO 2. Yläraajan toimintakyvyn aleneminen ICF-luokituksessa	16
KUVIO 3. Siirrottava lapaluu.....	29
KUVIO 4. Esimerkki kipupiirroksesta.....	37
KUVIO 5. Esimerkki turvotuksesta.....	38
KUVIO 6. Savityöt	42
KUVIO 7. Työväline harppuneulontaan, kukantekolaite ja lankakukka	43

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Käden toimintakyvyn mittaukset.....	35
TAULUKKO 2. Yläraajan Ympärysmitat	38
TAULUKKO 3. Oikanivelen liikeratojen mittaustulokset	39
TAULUKKO 4. Rentoutumisen psyykkiset ja fyysiset vaikutukset	50

1 JOHDANTO

Rintasyöpä on Suomessa naisten yleisin syöpäsairaus. Syövän hoito on kehittynyt ja tehostunut ajan kuluessa niin, että hoidoista aiheutuvat vakavat haittavaikutukset ovat melko harvinaisia. On kuitenkin todettu, että joillakin rintasyöpähoitoja läpikäyneillä naisilla esiintyy hoidetun puolen yläraajan toimintakyvyn alenemista. Suomessa tämänkaltaisten potilaiden kuntoutuksesta ei kuitenkaan ole olemassa selkeää ohjetta, ja aiheeseen liittyvää kotimaista kirjallisuutta on olemassa vähän.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tarjota ryhmämuotoista toiminnallista kuntoutusta rintasyövän sairastaneille naisille, joiden leikatun puolen yläraajan toimintakyky on alentunut. Toimintakyvyn aleneminen vaikuttaa päivittäistoiminnoista suoriutumiseen. Alenemisen aiheuttavat muun muassa turvotus, alentunut olkanivelen liikkuvuus, kipu ja epämiellyttävät tuntemukset, heikentynyt puristusvoima sekä alentunut tunto. Suunnitellun ja toteutetun ryhmätoiminnan pohjalta kehitettiin uusi ryhmätoiminnan malli vastaavalle kohderyhmälle. Opinnäytetyön kirjallisen osuuden yhtenä tarkoituksena oli myös koota yhteen aiheeseen liittyvää materiaalia ja tutkimuksia.

Opinnäytetyön kohderyhmälle ei ole aikaisemmin toteutettu Suomessa ryhmämuotoista kuntoutusta, ja siksi toteutettu toiminnallinen ryhmä ja sen pohjalta luotu malli ovat toistaiseksi ainutlaatuisia Suomessa. Aiheesta tehty opinnäytetyö ja uusi malli helpottavat vastaavalle kohderyhmälle järjestettävän kuntoutuksen toteuttamista sekä lisäävät tietoa rintasyövän jälkeisestä yläraajan toimintakyvyn alenemisestä.

Opinnäytetyön aihe nousi kiinnostuksesta syöpäkuntoutusta kohtaan. Keski-Suomen Syöpäyhdistyksen ehdotuksesta kohderyhmäksi valittiin rintasyövän sairastaneet naiset, jotka olivat parin vuoden ajan kokoontuneet itsenäisenä vertaistukiryhmänä Syöpäyhdistyksen tiloissa keskustelun ja kahvittelun merkeissä. Heillä on selkeä toimintakyvyn alenema, johon he eivät ole saaneet kuntoutusta. Kohderyhmää informoitiin tulevasta opinnäytetyöryhmästä Keski-Suomen Syöpäyhdistyksen kautta. Aikaisemmin Syöpäyhdistyksellä kokoontuneista naisista opinnäytetyötä varten järjestettyyn ryhmään osallistui neljä naista.

Ryhmä toteutettiin alkuhaastatteluiden ja -arviointien sekä kahdeksan ryhmäkerran kokonaisuutena. Ryhmätoiminta suunniteltiin ja toteutettiin moniammatillisesti hyö-

dyntäen sekä toimintaterapian että fysioterapian opiskelijoiden osaamista. Opinnäyetyössä puhutaan pääasiassa kuntoutuksesta, eikä erityisesti korosteta, mikä osa tehdystä tutkimuksesta on fysioterapian ja mikä toimintaterapian näkökulmaa, ellei asiayhteyttä tätä erikseen vaadi.

Toiminnallisen ryhmän toteuttamisen kautta tutkittiin ryhmäläisten kokemuksia siitä, edistääkö ryhmätoiminta arjessa selviytymistä ja vaikuttaako se jaksamiseen sekä vertaistukeen. Ryhmätoiminnan tavoitteina olivat edellä mainittujen tutkimuskysymysten toteutuminen. Tutkimuksen tulosten ja kokemuksen pohjalta kehitettiin myös malli vastaavan ryhmän toteuttamiseen.

2 RINTASYÖPÄ

2.1 Patofysiologia

Rintasyöpä eli mammokarsinooma on sairaus, jossa solujen toiminta häiriintyy. Solut ovat elimistön pieniä rakennusosia, joista kaikki elimistön kudokset muodostuvat. Soluille tyypillistä on niiden jakautuminen, mikä normaaleissa kudoksissa on hallittua ja tarkoin säädeltyä. Soluihin voi kuitenkin aiheutua eri syistä johtuvia muutoksia esimerkiksi karsinogeneista eli syöpää aiheuttavista aineista johtuen. Kun järjestelmän tasapaino jostain syystä pettää, alkaa yksi tai useampi solu jakautua ja kasvaa hallitsemattomasti. Syöpä saa aina alkunsa yksittäisestä solusta, joka vaurioituttuaan alkaa jakautua kontrolloimattomasti. Lisääntyvät syöpäsolut vievät terveiltä soluilta elintilan, ja tuloksena on syöpäkasvain eli tuumori (Joensuu, Roberts, Teppo & Tenhunen 2007, 22.)

Rintasyöpää esiintyy tavallisimmin rintatiehyissä tai rintarauhasissa, joista rinnat pääosin koostuvat. Rintatiehyet yhdistävät rintarauhaset toisiinsa. Suuri osa rinnasta on myös rasvakudosta. Kasvain tarvitsee verenkierron kautta happea ja energiaa, kuten mikä tahansa muukin ihmisessä oleva elollinen kudos. Tämä edellyttää verisuoniston normaalia toimintaa rinnan alueella. Syöpäsolut voivat kuitenkin liikkua myös rinnan ulkopuolelle veri-, ja imusuonia pitkin ja muodostaa etäpesäkkeitä. Imusuonten tehtä-

vänä on kuljettaa imunestettä rinnasta imusolmukkeisiin, jotka muodostavat ryppäitä muun muassa rinnan lähelle kainaloon ja solisluukuoppaan. Verenkierron kautta rintasyöpä voi levitä luustoon, maksaan, aivoihin ja keuhkoihin. (Holsti, Lukander, Taskinen & Voutilainen 1986, 230 - 231.)

Suomessa rintasyöpä on naisten yleisin syöpäsairaus. Vuosittain Suomessa todetaan yli 4000 uutta rintasyöpätapausta, joista miehiä on noin 10 - 15. Riski sairastua rintasyöpään kasvaa naisen tullessa keski-ikänsä. Vaihdevuosilla ja hormonaalisilla tekijöillä voi olla merkitystä rintasyövän synnyssä. Alle 30-vuotiaalla naisella kyseinen sairaus on melko harvinainen, mutta mahdollinen. Rintasyövän ennuste on parantunut taudin varhaisemman toteamisen ja hoitomenetelmien kehittymisen ansiosta. Nykyään yhä harvemmin tauti johtaa kuolemaan. Tutkimuksien ja lisääntyneen tiedon ansiosta pystytään paneutumaan entistä enemmän hoitojen sivuvaikutusten ehkäisemiseen sekä kohentamaan syöpäpotilaiden elämänlaatua. (Holsti ym. 1992, 331; Joensuu ym. 2007, 484, 506; Jyrkkiö 2002, 11.)

2.2 Oireet

Rintasyövän yleisin oire on kyhmy rinnassa. Kyhmy on tavallisesti oireeton ja kivuton, mutta voi myös aiheuttaa pistelyä, lievää kipua ja painon tunnetta. Näkyvimpinä oireina voivat olla ihon ja nännipihan vetäytyminen sisään ja pullistuma rinnassa. Nännistä voi tulla verta tai verestävää nestettä sitä painellessa ja kuukautisten yhteydessä. Myös muut nännin alueen oireet ovat mahdollisia. Rinnan turvotus (ödeema) ja paisuminen ovat myös mahdollisia oireita, koska syöpäkasvain vaikeuttaa imunestekiertoa. Syöpämuoto, joka kasvaa tasaisesti kaikkialla rinnassa ja leviää rinnan alueella maitokäytäviä ja rauhasteitä pitkin on vaikeimmin havaittavissa. Tämä on onneksi harvinaisin syöpämuoto. Tyypillisin oire syövästä, joka on levinnyt rintatiehyisiin, on kirkkaan nesteen vuotaminen nännistä. Rintasyövän leviämisestä johtuen oireina voi olla myös yskä, hengen ahdistus, tuki- ja liikuntaelinperäinen kipu, patologinen murttuma, keltaisuus, vatsaoireet ja hermoston oireet. (Holsti ym.1986, 230 - 231; Joensuu ym. 2007, 485.)

2.3 Diagnostiikka

Yleensä nainen hakeutuu rintasyöpätutkimukseen löytäessään itse kyhmyn rinnastaan. Osa rintasyövistä tulee ilmi yleisissä terveystarkastuksissa. Mammografiaseulontojen ansiosta rintasyövän varhaiset toteamiset ovat yleistyneet. Diagnostiikka alkaa kliinillä tutkimuksella, johon ensisijaisesti kuuluu rintarauhasessa esiintyvien kyhmyjen tunnusteleminen (palpaatio) ja toteaminen. Rinta tutkitaan kainaloon ja solisluukuoppaan asti. Rintoja verrataan toisiinsa ja mahdolliset eroavaisuudet, kuten turvotus, värierot ja ihomuutokset, otetaan huomioon. Myös imusolmukkeet tutkitaan. (Joensuu ym. 2007, 485 - 489; Holsti ym.1992, 332 - 334.)

Rintojen kuvantamisen perusmenetelmä on natiiviröntgenkuvaus eli mammografia. Tällä kuvausmenetelmällä on mahdollista erottaa toisistaan hyvänlaatuiset ja pahanlaatuiset kasvaimet. Tarvittaessa mammografiaa voidaan täydentää erilaisilla lisätoimenpiteillä, joita ovat esimerkiksi osa-alueen kuvaus eli spot-kuvaus, suurennuskuvaus, kainalokuvaus, pneumokystografia, jos kyhmyä epäillään kystaksi, sekä maitotiehyiden varjoainekuvaus. Tärkeitä kuvantamismenetelmiä ovat myös kaikututkimus ja termografia eli lämpökuvaus. Kaikututkimus perustuu lähinnä kiinteiden yli 1 cm:n läpimitaltaan olevien kasvaimien erottamiseen kystoista. Termografiassa pystytään havaitsemaan syöpäkasvain sen korkeamman lämpötilan vuoksi. Korkeampi lämpötila johtuu kasvain alueen kiihtyneestä aineenvaihdunnasta ja vilkkaasta solutoiminnasta. Myös ultraääntä voidaan hyödyntää löydöksen kohdentamisessa. (Joensuu ym. 2007, 485 - 489; Holsti ym. 1992, 332 - 334.)

2.4 Rintasyövän hoito

Rintasyövän yleisimpiä hoitokeinoja ovat leikkaus-, lääke-, hormoni-, ja sädehoito/sytostaattihoito. Tässä kappaleessa esittelemme tarkemmin leikkaus- ja sädehoitoa. Hoitopäätökseen vaikuttavat olennaisesti monet yksilölliset seikat, kuten potilaan muu terveyden tila, ikä ja omat toivomukset. Syöpäkasvaimen laatu, koko, sijainti ja levinneisyys täytyy olla tarkasti tiedossa ennen kirurgisia toimenpiteitä. Nykyään käytetään yhä vähemmän ns. radikaalia leikkausta, joissa poistetaan koko rinta, rintalihakset (mm. Pectoralis major ja minor) sekä kaikki kainalon imusolmukkeet. Kirurgisella toimenpiteellä pyritään poistamaan mahdollisimman vähän kudosta, jolloin puhutaan

säästävästä leikkauksesta. Tämän leikkaustavan päätavoitteet ovat kasvainkudoksen poistaminen kokonaan ja rinnan ulkomuodon säästäminen. Lähes kaikkiin rintasyövän takia tehtyihin leikkauksiin kuuluu imusolmukkeiden poisto kainalon alueelta.

Imusolmukkeiden poistamisella eli ns. tyhjennyshoidolla (evakulaatiolla) pyritään välttämään taudin leviämistä imunestekierron välityksellä. (Asko-Seljavaara, Blomqvist & von Smitten 1999, 415 - 420.) Leikkauksen aikana kainalohermoja saatetaan joutua venyttämään, mikä voi aiheuttaa kainalo-, ja olkavarsialueen kiputiloja, pistelyä ja puutumista. Leikkauksen jälkeinen kiristävä tunne kainalossa häviää kuitenkin aikaa myöten itsestään. (Jyrkkiö 2002, 64.)

Mustosen ja Vannisen (2001) artikkelissa käytetään Hladjukin ja muiden (1992) esittämää tietoa siitä, että suuri osa rintasyöpäkirurgian haittavaikutuksista aiheutuukin juuri kainalon imusolmukkeiden poistosta. Haittavaikutuksia voivat olla erilaiset kainalon ja olkavarren alueella esiintyvät kiputuntemukset, tunnottomuus ja vaikeudet käden liikuttamisessa. Mustosen ja Vannisen tutkimuksessa todetaan Maunsellin ja muiden (1993) mukaan leikkauksista johtuvien olkapään virheasentojen, lapaluun siirrottamisen ja potilaan työkyvyttömyyden vähentyneen sen myötä, kun isojen hermojen vauriot leikkauksessa ovat nykyään harvinaistuneet. Vaikeita käden turvotusoireita esiintyy Maunsellin ja muiden mukaan vähintään joka kymmenennellä rintasyövän vuoksi leikatulla potilaalla. (Mustonen & Vanninen 2001, 192 - 199.)

Sädehoidon tarkoituksena on tuhota syöpäsolut. Sädehoito pelkästään hoitotoimenpiteenä tulee kysymykseen silloin, kun syöpäkasvain on levinnyt laajalle alueelle ja kasvainkudos on mahdotonta poistaa kirurgisella toimenpiteellä. Sädehoitoa on mahdollista antaa ennen ja jälkeen kirurgisen toimenpiteen, riippuen syövän levinneisyydestä ja laadusta. (Holsti ym. 1992, 337 - 346.)

Rintasyöpään annettavalla sädehoidolla on todettu olevan välittömiä sivuvaikutuksia suhteellisen vähän. Hoidon lopussa iho voi tulla araksi ja punoittavaksi. Pahoinvoinnin ilmeneminen on tyypillistä sädehoitojen seurauksena. Myös säästävä leikkaus voi aiheuttaa rinnan turvotusta ja aristamista. Jos kainalo on tyhjennetty imukudoksesta, voi siihen kohdistuva sädehoito lisätä imukudoksen arpeutumista ja aiheuttaa käsivarren turvotusta. (Hietanen 1999, 10.) Sädehoito voi lisätä riskiä sairastua sekundärisyöpään useiden vuosien tai vuosikymmenten kuluttua hoidon antamisesta. Sädehoito liittyy myös olkahermopunoksen aiheuttamaan yläraajahalvaukseen, joita kuitenkin

Suomessa on todettu vain yksittäistapauksia. (Joensuu ym. 2007, 500.)

2.5 Rintasyöpäleikkauksesta paraneminen

Leikkaus on usein pakollinen toimenpide rintasyöpäkasvaimen poistamiseksi. Paraneamiseen ja rinnan kosmeettiseen ulkomuotoon vaikuttavat olennaisesti leikkausviiltojen sijainti ja koko. Leikkaushaavan pitäminen puhtaana ja tarkan steriliteetin noudattaminen on ensiarvoisen tärkeää, koska suuri haavaontelo voi helposti infektoitua. (Holsti ym. 1986, 239.)

Asentohoito ja sopiva kipulääkitys tulee huomioida yksilöllisesti jokaisen rintasyöpäpotilaan kohdalla. Leikatun puolen yläraajan turpoaminen, kipeytyminen ja olkanivelen liikkeiden rajoittuminen ovat kirurgisen toimenpiteen jälkeen yleisiä ongelmia. Fysioterapeutin terapeuttisilla harjoitteilla voidaan vähentää leikkauksen jälkeistä turvotusta, mahdollisesti hellittää kipua ja vähentää leikkausarven kiristymistä sekä ylläpitää olkanivelen normaalia liikelaajuutta. Yläraajan hoidossa käytetään turvotusta estäviä ja poistavia menetelmiä, joita ovat esimerkiksi kohoasento, rasituksen välttäminen ja pumpaavat liikkeet. Yläraajaa tulee käsitellä varoen ja välttäen käden vahingoittamista. (Holsti ym. 1986, 240.)

Kolmen tai neljän viikon kuluttua rintasyöpäleikkauksesta haavan arpikudoksen tulisi olla parantunut niin, että yläraajaa on mahdollista liikuttaa leikkausta edeltävällä liikesegmentillä. Yläraajaa pitäisi pystyä rasittamaan normaalisti kuuden viikon kuluttua leikkauksesta. Pienellä osalla potilaista kehittyy yläraajaan turvotusta, kiristäviä arpijuosteita tai lihasheikkouden tunnetta, jotka voivat olla elinikäisiä oireita. Turvotus voi joskus alkaa vasta muutaman vuoden kuluttua hoidosta. Turvotusta voidaan hoitaa mm. liikehoidolla ja lymfahieronnalla. (Paranemaan päin, 1999, 8.)

Invalidisoivat yläraajaturvotukset ja liikerajoitukset ovat harvinaistuneet. Tehostuneet fysioterapian keinot ovat olleet tukemassa tätä kehitystä. Leikatun potilaan on hyvä aloittaa yläraajan ja olkanivelen alueen liikeharjoitukset mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen, ja niitä tulee tarvittaessa jatkaa jokapäiväisenä kuntoutuksena. (Joensuu ym. 2007, 508; Käypähoito 2007.)

2.6 Haavan paraneminen ja hoito

Rintasyöpäleikkauksessa syntynyt haava on tarkoituksellisesti syntynyt syvä suljettu akuutti haava eli vulnus, jonka odotetaan paranevan normaalin paranemisprosessin mukaisesti odotetussa ajassa ilman komplikaatioita. Kirurgisen haavan paraneminen alkaa heti haavan synnyttyä. Haavan paraneminen jaetaan kolmeen vaiheeseen, jotka ovat inflammaatio- eli tulehdusvaihe, uudelleenmuodostumis- eli fibrolasiavaihe sekä kypsymis- eli maturaatiovaihe. Haavan paranemisen kannalta on tärkeää, että jokainen vaihe tulee esiin paranemisprosessin aikana. (Hietanen, Iivanainen, Juutilainen & Seppänen, 2002 19 - 32, 108.)

Inflammaatiovaiheessa elimistö reagoi kudonvauriolla, pyrkii pitämään haavan puhtaana kuolleista soluista ja soluväliaineista sekä estämään lisävaurioiden syntymisen. Haavan puhdistaminen kuolleesta solukosta mahdollistaa uuden kudoksen syntymisen haavan alueelle. Veren hyytymistekijöiden ja verisuonten supistumisen ansiosta verenvuoto haavassa tyrehtyy (homeostaasi). Veren hyytymisen tuloksena syntyy haavaa väliaikaisesti sulkeva arpikudos. Haavaa ympäröivän kudoksen verenkierto vilkastuu, mikä aiheuttaa turvotusta ja lähialueen nivelen toiminnan vaikeutumista. Turvotus estää alueen liikuttamista, mikä edistää haavan paranemista. Haavassa on tällöin tulehduksen merkit: punoitus, turvotus, kuumotus ja kipu. Nämä kuuluvat normaaliin haavan paranemiseen eikä kyseessä ole infektio. (Mts. 19 - 32, 108.)

Proliferaatiovaiheen eli uudelleen muodostumisvaiheen aikana haavan reunat lähentyvät kohti toisiaan. Suljetussa haavassa reunat ovat jo kiinni toisissaan, mikä nopeuttaa paranemista. Epiteelin kasvaminen alkaa pian haavan syntymisestä ja kestää 24 - 48 tuntia. Kontraktiovaiheessa haava kuroutuu umpeen, mikä aiheuttaa haavan kiristämistä. Kun haavan epitelisaatio on päättynyt ja haava on täyttynyt uudella sidekudoksella, alkaa maturaatiovaihe. Tämä vaihe kestää kuukausia, jopa vuosia. Sidekudoksen kollageenimäärä ei enää lisäännä vaan sen rakenne vahvistuu yltäen 60 - 70 % haavan alueella edeltäneestä ihon vetolujuudesta. (Mts. 19 - 32, 108.) Joskus leikkausarpi voi kiristää ja aiheuttaa liikerajoitusta. (Rintasyöpäleikkauksen jälkeinen fysioterapia n.d.).

2.7 Hermokudoksen vaurioituminen ja paraneminen

Lihassolut toimivat hermojen välittämän viestin perusteella sekä päinvastaisesti niin, että solutasolta tulee tietoa aivoille hermoratoja pitkin (esimerkiksi kivun aistiminen). Hermo muodostuu isosta joukosta hermosäikeitä eli aksoneja. Sähköinen aktiopotentiaali, eli hermoissa kulkeva impulssi, etenee hermoratoja pitkin. Motorinen aksoni mahdollistaa lihassyyn toiminnan. Ääreishermorunko sisältää aksonien lisäksi myös verisuonia ja muita sidekudosrakenteita. Hermon vaurioituminen voi johtua leikkauksen ja sädehoidon lisäksi näiden rakenteiden vaurioitumisesta. Paikallinen hermon vaurio voi aiheutua myös lievästä venytys- tai kompressiovammasta. Seurauksena on paikallinen aktiopotentiaalin hidastuminen tai täydellinen estyminen. Toipumisen pitäisi tapahtua päivien tai viikkojen kuluessa. Hermon osittainen tai täydellinen katkeaminen voi aiheuttaa muun muassa lihasten heikkoutta, tuntuu muutoksia ja kipua. Tällaisesta hermovauriosta toipuminen on hidasta. (Valtonen 2003, 253 - 255.)

Rintasyöpä ja sen hoidot voivat joskus aiheuttaa hermovaurion. Muun muassa olkapunos (plexus brachialis) saattaa vaurioitua rintasyövän tai sen hoidon seurauksena. Olkapunos muodostuu hermojuurista C5 - T1 ja siihen kohdistuva vaurio voi aiheuttaa mm. yläraajaa liikuttavien lihasten heikkoutta, atrofiaa ja kipua. (Launes & Soinila 2006, 458 - 459.) Bates ja Evans (1995) totesivat tutkimuksessaan olkahermopunoksen vaurion aiheuttavan hermo-oireita, lihasheikkoutta, kipua ja tuntuu muutoksia. Kyseisen vaurion ensimmäisiä oireita todettiin olevan tuntuu muutokset käden alueella. Osalla tutkimukseen osallistuneista potilaista olkahermopunoksen vaurio oli heikentänyt yläraajan/käden toimintakykyä niin paljon, ettei sitä voinut käyttää päivittäisissä toiminnoissa juuri ollenkaan. (Bates & Evans 1995, 5 -11.)

2.8 Syöpään liittyvä kipu ja kivun hoito

Herralan, Kahrolan ja Sandstömin teoksessa Psykofyysinen ihminen (2008) esitetään kansainvälisen kivuntutkimusseuran (International Association for Study of Pain, IASP) antama kivun virallinen määritelmä. Tämän määritelmän mukaan kipu on kudosaivuriin liittyvä subjektiivinen tunnekokemus ja epämiellyttävä aistimus. Kiputuntemukseen vaikuttavat monet tekijät kuten kivun laatu ja voimakkuus, ikä ja suku-

puoli, oppiminen ja muisti, tunteet, odotukset, perimä ja kivun merkitys. (Herrala ym. 2008, 162 - 164.)

Syöpäpotilailla on paljon erilaisia ja eriasteisia kipuja, jotka voivat aiheutua syöpäkasvaimesta tai syövän hoidosta. Kipua hoidettaessa on tärkeää potilaan perusteellinen tutkiminen oikeaan kipudiagnoosiin asettamiseksi. Syöpäkivun hoidossa pyritään aina syyn poistamiseen, jos se on mahdollista. Syöpäpotilaan kivun kroonistumisen ehkäisyssä on tärkeää, että potilaan kipua hoidetaan tehokkaasti mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Kasvain saattaa painaa hermoa tai kasvaa hermon sisään. Tällöin saattaa syntyä hermovauriosta johtuvaa neuropaattista kipua. (Hamunen 2003, 28 - 30.)

Haanpään (2004) mukaan myös rintasyöpäleikkauksesta voi aiheutua neuropaattista kipua, jonka aiheuttaa vaurio tai toimintahäiriö kipua välittävässä hermojärjestelmässä. Kivun oireina voivat olla jatkuva, särkevä tai polttava kipu, sähköiskumaiset kiputunteukset, eri ärsykkeiden provosoimat kivut ja muut epämiellyttävät tunteukset. (Haanpää 2004, 213 - 220.)

Blomqvist, Kalso, von Smitten ja Tasmuth (1998, 52) tutkivat rintasyöpähoitojen jälkeisen kroonisen kivun esiintyvyyttä. Tähän suomalaiseen tutkimukseen osallistui yhteensä 560 henkilöä, joille oli tehty rintasyöpäleikkaus vuosien 1988 - 1994 välisenä aikana. Tuloksen mukaan lähes puolella tutkituista esiintyi kroonista kipua. Lähempänä vuotta 1994 leikatuilla potilailla esiintyi vähemmän kroonista kipua. Kroonisen kivun riskitekijöiksi havaittiin mm. syövän leviäminen kinalon imusolmukkeisiin, sädehoito sekä säästävä rintasyöpäleikkaus. Tutkimuksessa todettiin myös, että niillä rintasyöpäpotilailla, joilla kipu kroonistuu leikkauksen jälkeen on enemmän ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta.

2.9 Kuntoutus rintasyöpähoitojen jälkeen

Kuntoutuminen rintasyöpäleikkauksen jälkeen on yksilöllistä. Tärkeää on, että potilaalle annetaan tarpeeksi tietoa hänen terveydentilastaan, ja kuntoutumisen tarve arvioidaan yksilöllisesti. Kuntoutuksen tulisi alkaa heti hoitojen jälkeen. Kuntoutus voi olla pitkä prosessi ja jatkua vuosia hoitojen päättymisen jälkeen. Alkuvaiheessa kiinnitetään huomiota psykososiaaliseen tukeen esimerkiksi sopeutumisvalmennuskurssien kautta. Myöhemmässä vaiheessa arvioidaan tarvittaessa entiseen työhön paluun

mahdollisuutta, kotona selviytymistä ja apuvälineiden tarvetta. (Lanning, Rissanen & Vertio 2008, 123 - 128.)

Fysioterapian merkittävydestä rintasyöpäleikkauksen jälkeen on tehty tutkimuksia. Vuonna 2007 ilmestyneen tutkimuksen mukaan rintasyöpäleikkauksen jälkeen annetuilla fysioterapeutin laatimilla harjoitusohjelmilla ja neuvoilla pystyttiin vähentämään leikatun puolen yläraajan ja kainalon alueen kipua. Tuloksessa todettiin myös, että fysioterapialla pystyttiin vähentämään turvotusta, vaikuttamaan olkanivelen liikkuvuuden rajoittumiseen ja parantamaan päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että leikattujen potilaiden elämänlaatu parani annetun fysioterapian myötä. (Beurskens, Oostendorp, Strobbe, van Uden & Wobbes 2007.)

Syöpäjärjestöjen ohjeiden mukaan fysioterapeutti testaa leikatun puolen olkanivelen liikeradat leikkauksen jälkeen ja antaa neuvoja leikkauksesta toipumiseen. Leikatun puolen olkanivelen pitäisi liikkua normaalisti noin kahden viikon kuluttua leikkauksesta. (Rintasyöpäleikkauksen jälkeinen fysioterapia, n.d.) Biomekaanisen mallin mukaan liikkumiskyky vaikuttaa päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen ja siksi on tärkeää ylläpitää potilaan kykyä liikkua, ja ennaltaehkäistä olkanivelen liikkuvuuden rajoittumista. (Kielhofner 2004, 79 - 83). Fysioterapeutti laatii harjoitusohjelman, jolla pyritään estämään leikkausarven kiristäminen ja pitämään leikkausalue mahdollisimman joustavana. Imutiet voivat joskus kovettua kainalon, yläraajan, kylkiluiden ja vatsan alueella leikkauksen jälkeen ja estää yläraajan liikkuvuutta. Tällöin fysioterapian merkitys korostuu. (Rintasyöpäleikkauksen jälkeinen fysioterapia, n.d.)

Poistettaessa kainalon imusolmukkeita imunesteen kulku yleensä häiriintyy leikatun puolen yläraajassa ja voi aiheuttaa turvotusta sekä lisätä tulehdusriskiä. Tutkimusten mukaan liikeharjoitteet yläraajalle, käden pitäminen kohoasennossa tai kohoasennossa tehdyt harjoitteet vähentävät turvotusta. (Lymphedema 2008.) Kevyillä pumppaavilla liikkeillä, kohoasennolla, tukihihalla ja lymfaterapialla voidaan parantaa imunesteen kulkua (Rintasyöpäleikkauksen jälkeinen fysioterapia, n.d.). Lymfaterapia on kansainvälisesti tunnettu turvotuksen vähentämiseen kehitetty hoitomuoto, jonka tarkoituksena on saada kudoksissa oleva ylimääräinen neste imusuonistoon ja sieltä edelleen kehon nestekierto. Tämän pitäisi vähentää turvotusta, lievittää kipua ja rentouttaa. Lymfaterapiassa käytetään kevyitä, rytmikkäitä ja pumppaavia manuaalisia otteita.

Menetelmää käytetään lähinnä silloin, kun imunestejärjestelmän toiminta on häiriintynyt. (Airaksinen & Arponen 2001, 218 - 219).

Fysioterapeutti neuvoo kiinnittämään huomiota ryhtiin etenkin silloin, jos koko rinta on poistettu. Hän neuvoo myös rintaproteesin hankinnassa, jota on mahdollista käyttää, kun haava on parantunut ja kudosturvotus laskenut. (Rintasyöpäleikkauksen jälkeinen fysioterapia, n.d.)

2.10 Psykkisesti kuormittavasta sairaudesta paraneminen

Rintasyöpä voi olla potilaalle psyykkisesti raskas sairaus. Maailman terveysjärjestön ICF- luokituksen (International Classification of Functioning) mukaan ihmisen lääketieteellinen terveydentila vaikuttaa toimintakykyyn ja terveyteen fyysisten tekijöiden lisäksi myös psyykkisellä ja sosiaalisella tasolla. (ICF 2004, 3 - 4, 208 - 210).

Esimerkiksi diagnoosin varmistuminen sekä pelko ja epävarmuus sairaudesta voivat kuormittaa psyykkistä hyvinvointia. Tunne siitä, ettei hallitse sairautta ja omaa elämää voi vaikuttaa henkiseen jaksamiseen. (Lanning ym. 2008, 126.) Kehon kokemukset ja tunteukset vaikuttavat ihmisen jaksamiseen. Muun muassa kipu ja sairaudet muokkaavat kehonkuvaa. (Herrala ym. 2008, 29 - 31.) Rintasyöpä on etenkin naisille usein raskas sairaus, koska se muuttaa kehoa ja kehon kuvaa (Lanning ym. 2008, 127).

Kuntoutuksessa ovat usein mukana syöpäjärjestöt, joiden tarjoamat palvelut vaihtelevat Suomessa eri puolella maata. Tarjolla on erilaisia kuntoutus- ja tukipalveluja kuten keskusteluryhmiä, sopeutumisvalmennuskursseja, puhelinneuvontaa, apuvälineneuvontaa, tukihenkilöpalvelua ja neuvontaa sosiaalipalveluista. (Paranemaan päin 1999, 22.)

Hyvällä hoidolla, johon kuuluvat korkeatasoinen lääketieteellinen hoito, ammattitaitoinen hoitohenkilökunta ja potilasta kunnioittava asenne, vaikutetaan potilaan jaksamiseen. Potilaan omat voimavarat, kuten itsetunto, psyykkiset ominaisuudet, sopeutumiskyky sekä lähiympäristön antama tuki vaikuttavat elämänlaatuun. Vakava sairaus, tieto mahdollisesta rajoitetusta elinajasta ja muut sairauteen liittyvät tekijät voivat muuttaa elämäntilannetta. (Rintasyöpäpotilaan hoidon kehittäminen 1991, 13.)

3 VIITEKEHYKSET

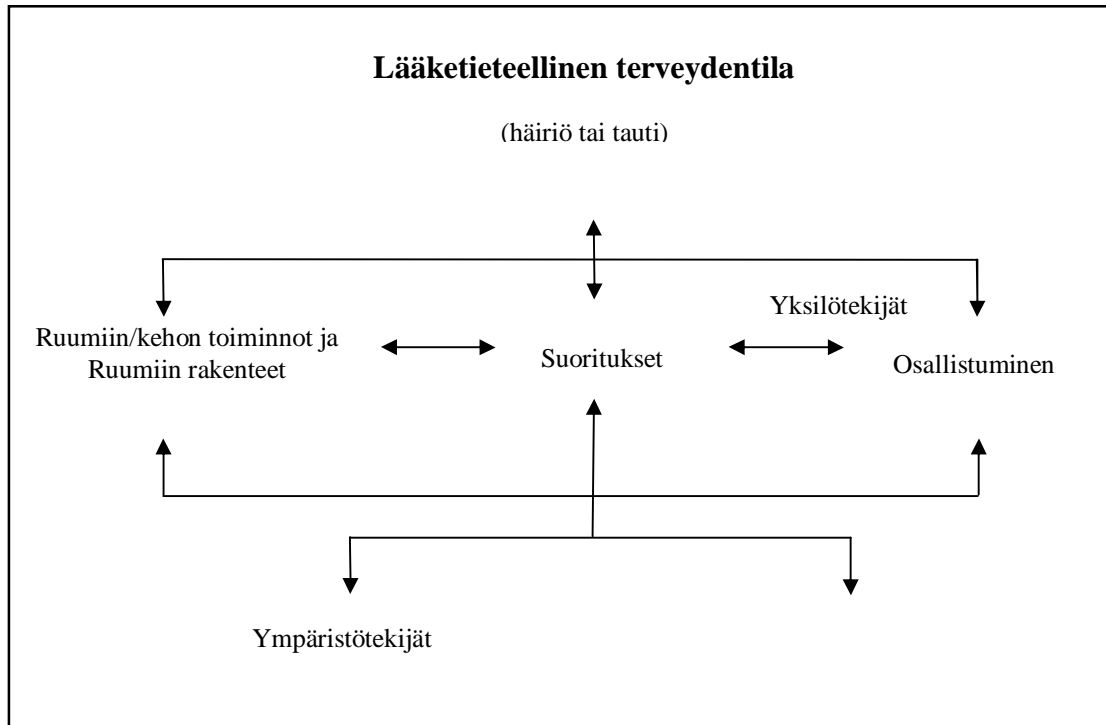
3.1 ICF-luokitus

Maailman terveysjärjestön kansainvälinen ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health) kuvaa toimintakykyä, toiminnanvajautta ja terveyttä. ICF-luokitus tarjoaa kuntoutukselle yhtenäisen kielen ja viitekehysten toiminnallisen terveydentilan kuvaamiseen sekä mahdollistaa toimintakyvyn kansainvälisen vertailun. (ICF 2004, 3 - 4.)

3.1.1 ICF-luokituksen rakenne

ICF-luokituksessa on kaksi osaa, joista kumpikin koostuu edelleen kahdesta osa-alueesta. Ensimmäisen osan muodostavat toimintakyky ja toimintarajoitteet, jonka osa-alueita ovat ruumiin/kehon toiminnot ja rakenteet sekä suoritukset ja osallistuminen. Toinen osa muodostuu kontekstuaalisista tekijöistä, joiden osa-alueisiin kuuluvat ympäristötekijät ja yksilötekijät. Jokainen osa-alue voidaan kuvata sekä myönteisesti että kielteisesti. Voidaan puhua esimerkiksi suorituksesta tai suoritusrajoitteesta. Osat ja osa-alueet ovat vuorovaikutuksessa ihmisen lääketieteellisen terveydentilan kanssa (kuvio 1). Osa-alueita voidaan tarkastella joko ruumiin/kehon, yksilön tai yhteisön näkökulmasta. (ICF 2004, 3 - 4, 10.)

ICF-luokituksen osa-alueet koostuvat edelleen joukosta aihealueita. Aihealueet muodostuvat puolestaan kuvauskohteista, jotka ovat ICF-luokituksen luokitusyksiköitä. Suoritusten ja osallistumisen osa-alueeseen kuuluu esimerkiksi liikkumisen aihealue. Yksi liikkumisen aihealueen kuvauskohteista on esineiden kantaminen, liikuttaminen ja käsitteleminen, jonka tarkempiin luokitusyksiköihin kuuluu käden hienomotorinen käyttäminen. (ICF 2004, 3 - 4, 11, 137 - 141.)



KUVIO 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (ICF 2004, 18).

3.1.2 ICF-luokituksen käsitteet

Toimintakyky on yläkäsite, joka kattaa ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet sekä suoritukset ja osallistumisen. Toimintakyvyllä kuvataan yksilön, hänen lääketieteellisen terveydentilansa sekä häneen liittyvien kontekstuaalisten tekijöiden (ympäristö- ja yksilötekijöiden) välisen vuorovaikutuksen myönteisiä piirteitä.

Ruumiin/kehon toiminnot ovat elinjärjestelmien fysiologiset toiminnot ja psyykkiset tekijät. Ruumiin/kehon toimintojen arvioinnissa käytetään vertailukohteena ihmisten tilastollisia viitearvoja.

Ruumiin rakenteisiin kuuluvat ruumiin anatomiset ja rakenteelliset osat, kuten elimet ja raajat. Arvioinnissa käytetään ruumiin/kehon toimintojen osa-alueen tavoin ihmistä koskevia tilastollisia viitearvoja.

Suorituksella tarkoitetaan yksilön toteuttamaa tehtävää tai toimea. Suoritus edustaa yksilöllistä näkökulmaa toimintakyvyssä.

Osallistuminen kuvaa yksilön osallisuutta elämän tilanteisiin edustaen yhteisöllistä näkökulmaa toimintakyvyssä.

Kontekstuaaliset tekijät ovat yksilön koko elämän ja taustan muodostavat tekijät, joita vasten toimintakykyä ja terveyttä luokitellaan. Kontekstuaaliset tekijät sisältävät yksilö- ja ympäristötekijöiden osa-alueet.

Yksilötekijöitä ovat yksilöön liittyvät kontekstuaaliset tekijät, kuten ikä, sukupuoli, sosiaalinen asema ja elämäkokemus. Näitä tekijöitä ei luokitella suoraan, vaan luokituksen käyttäjät voivat käyttää niitä omiin ICF-sovelluksiinsa.

Ympäristötekijöitä ovat yksilön toimintakykyyn vaikuttavat ulkoisen maailman ja elämän ympäristöjen piirteet, kuten fyysinen maailma, toiset ihmiset, asenteet, politiikka sekä sosiaaliset järjestelmät ja palvelut.

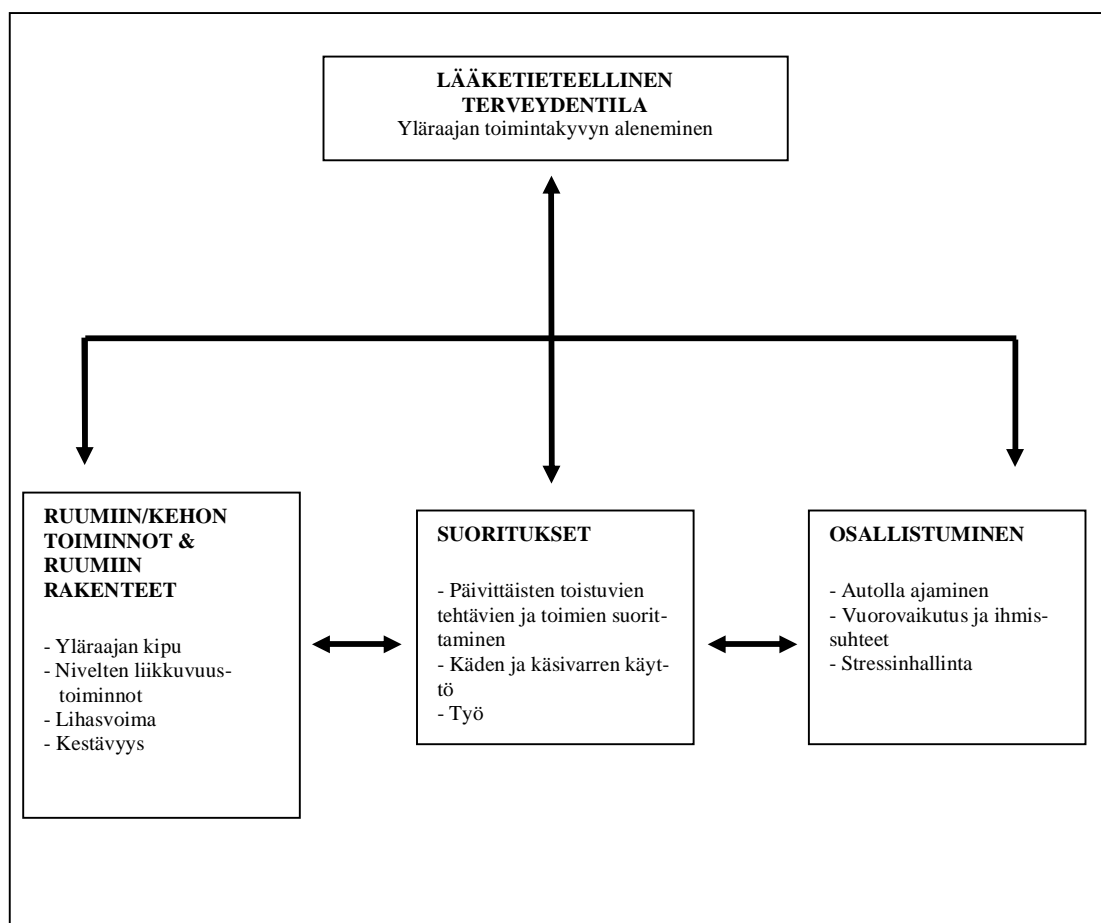
(ICF 2004, 208 - 210.)

3.1.3 Toimintakyky ICF-luokituksen mukaan

ICF-luokituksen mukaan toimintakyky on yläkäsite, joka kattaa ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet sekä suoritukset ja osallistumisen. Luokituksen mukaan yksilön toimintakyky määräytyy yksilön lääketieteellisen terveydentilan ja kontekstuaalisten tekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena. (ICF 2004, 18 - 19.) Pelkästään ihmisen biologista ja patologista tilaa tarkastelemalla ei voida ymmärtää hänen terveydentilaansa, toimintakykyään tai niistä seuraavia psykologisia ja sosiaalisia tekijöitä. Siksi ICF-luokituksessa pyritään tarkastelemaan terveyttä ja toimintakykyä biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden kokonaisuutena. (Drummond, Kirkwood, Mancini, Sampaio & Stamm 2007, 336 - 338.) Tekijöiden välillä vallitsee dynaaminen vuorovaikutus, minkä vuoksi yhteen tekijään kohdistettu interventio voi vaikuttaa myös toimintakyvyn muihin osa-alueisiin. (ICF 2004, 18 - 19.)

3.1.4 Yläraajan alentunut toimintakyky ICF-luokituksessa

Drummond ja muut (2007) ovat tarkastelleet yläraajan toimintakyvyn haasteiden sijoittumista ICF-luokitukseen. Heidän mukaansa lääketieteellinen terveydentila vaikuttaa kaikkien toimintakyvyn osatekijöiden tasolla (Drummond ym. 2007, 336 - 341). Seuraavassa kuviossa kuvataan Drummondin ja muiden (2007) tekstiä soveltaen esimerkkejä siitä, kuinka yläraajan toimintakyvyn aleneminen vaikuttaa ihmisen kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn eri osatekijöiden tasolla.



KUVIO 2. Yläraajan toimintakyvyn aleneminen ICF-luokituksessa. Kuvio on tehty Drummondin ja muiden (2007, 336 - 341) artikkelia mukaillen.

Ruumiin/kehon toimintojen ja ruumiin rakenteen tasolla yläraajan toimintakyvyn aleneminen voi ilmetä esimerkiksi kipuna sekä nivelten liikkuvuuden ja lihasvoiman vä-

henemisenä. Suoritusten ja osallistumisen osatekijöiden aihealueiden ja kuvauskohteiden erottelu on vaikeaa, sillä useimmat suoriutumisen tekijät liittyvät myös osallistumiseen ja päinvastoin. Yläraajan toimintojen ja rakenteiden haasteet voivat vaikuttaa osallistumiseen esimerkiksi liikkumisen vaikeutumisen kautta. Liikkumisen haasteista johtuen ihminen ei välttämättä pääse osallistumaan kaikkiin merkityksellisiksi kokeמיinsa toimintoihin ja tapahtumiin. Liikkumisen haasteet sekä päivittäisten toimintojen vaatima aika ja energia saattavat puolestaan vaikuttaa ihmissuhteisiin osallistumiseen sekä suhteiden ylläpitoon. (Drummond ym. 2007, 338 - 341.)

3.1.5 ICF-luokituksen soveltaminen

Valitsimme ICF-luokituksen opinnäytetyömme viitekehikseksi, koska se kokoaa fysioterapian ja toimintaterapian näkemykset yhteiseksi moniammatillisen kuntoutuksen näkökulmaksi. Lisäksi sen avulla saadaan molemmille aloille yhteinen toimintakyvyn käsite sekä kieli toimintakyvyn kuvaamiseen. ICF-luokituksessa ihmisen toimintakykyä tarkastellaan biopsykososiaalisena kokonaisuutena, johon eri kuntoutuksen alojen terapiassa käyttämät menetelmät kohdistuvat. Alasta riippuen menetelmät voivat kohdistua enemmän tiettyyn toimintakyvyn osa-alueeseen. Alasta riippumatta ICF-luokituksen avulla toimintakyky käsitetään kuitenkin osa-alueidensa dynaamisena kokonaisuutena. Tämä auttaa ymmärtämään ja arvostamaan eri alojen ammattilaisten toteuttamaa kuntoutusta. Toisaalta toimintakyvyn näkeminen dynaamisena kokonaisuutena perustelee opinnäytetyön moniammatillisuutta, sillä moniammatillisuuden kautta pystytään tarjoamaan kokonaisvaltaista kuntoutusta. Luokitus kuvaa hyvin sitä, miten lääketieteellinen terveydentila, esimerkiksi yläraajan toimintakyvyn aleneminen, vaikuttaa kaikkiin toimintakyvyn osa-alueisiin. Toisaalta ICF-luokituksen avulla voidaan perustella, että yhteen toimintakyvyn osa-alueeseen kohdistuva kuntoutus vaikuttaa kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn.

Opinnäytetyön ryhmässä käytettyjen menetelmien kohdistumista toimintakyvyn osa-alueisiin on haastavaa kuvata, sillä monet menetelmät vaikuttavat suoraan useampaan kuin yhteen osa-alueeseen. Fysioterapian menetelmistä esimerkiksi terapeuttinen harjoittelu kohdistuu ruumiin rakenteiden sekä suorituksen osa-alueisiin. Toimintaterapian menetelmistä esimerkiksi toiminnalliset menetelmät (kuten savityöt) kohdistuvat suorituksen osa-alueeseen. Lisäksi terapeuttisella harjoittelulla ja toiminnallisten me-

netelmien käytöllä on vaikutusta ihmisen psyykkiseen toimintakykyyn, joten ne kohdistuvat myös ruumiin/kehon toimintojen osa-alueeseen. Menetelmien toteuttaminen ryhmässä ja jatkuva vertaistuki vaikuttavat myös osallistumisen elementtiin kuuluviin tekijöihin.

3.2 Biomekaaninen malli

3.2.1 Biomekaaninen näkökulma toimintakykyyn

Biomekaniikalla tarkoitetaan elimistöön vaikuttavia ulkoisia (esimerkiksi painovoima ja kitka) ja sisäisiä (esimerkiksi lihasvoima) voimia (Selänne & Virtapohja 2003, 4). Staattinen voima tasapainottaa tai stabiloi kehoa, siinä missä dynaamista voimaa käytetään kehon liikuttamiseen. (Zemke 2005, 405 - 407.)

Biomekaanisen mallin mukaan ihmisen kyky tarkoituksenmukaisesti liikuttaa ja stabiloida kehonosiaan vaikuttaa hänen päivittäiseen toiminnalliseen suoriutumiseensa. Liikkumiskyvyn osatekijöitä ovat nivelten liikelaaajuus, lihasten voima ja kestävyys. Toiminnallisella suoriutumisella tarkoitetaan biomekaanisessa mallissa selviytymistä päivittäisistä askareista, jotka vaativat kykyä liikuttaa ja stabiloida kehoa (esimerkiksi erilaisten välineiden käsittely ja jonossa seisominen). Mallin mukaisen terapian tavoitteena on parantaa ihmisen liikkumiskykyä ja toiminnallista suoriutumista vaikuttamalla nivelten liikelaaajuuteen, lihasten voimaan ja kestävyYTEEN. (Kielhofner 2004, 79 - 80.)

3.2.2 Kohderyhmä ja tavoitteet

Kielhofnerin (2004) mukaan biomekaanista mallia voi käyttää terapian viitekehystenä sellaisten asiakkaiden kanssa, joilla on liikkeiden tuottamisen ja asennon ylläpitämisen ongelmista johtuen haasteita päivittäisessä toiminnallisessa suoriutumisessa. Ongelmat voivat johtua esimerkiksi lihaksiin tai luustoon kohdistuneesta traumasta tai ääreishermoston toiminnan muutoksista. Mallin käyttäminen edellyttää kehon rakenteiden ja liikkeiden tuntemista sekä ymmärrystä siitä, kuinka liikkumiskyky vaikuttaa ihmisen kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn. (Kielhofner 2004, 80 - 83.)

Terapian tavoitteena biomekaanisen mallin mukaan on saada ihmisen kyky liikkua mahdollisimman lähelle hänen päivittäisten toimintojensa edellyttämää liikkumiskykyä. Terapiassa käytettävillä menetelmillä voidaan pyrkiä liikkumiskyvyn rajoitteista riippuen virheasentojen ehkäisemiseen ja nykyisen liikkumiskyvyn ylläpitämiseen, liikkumiskyvyn palauttamiseen tai rajoittuneen liikkumiskyvyn kompensoimiseen. Terapiamenetelmät voivat kohdistua ihmiseen, ympäristöön tai toiminnan suorituspaan ja välineisiin. (Mts. 82 - 83.)

3.2.3 Terapian suunnittelu ja toteuttaminen

Terapiaa suunnitellessa terapeutti arvioi asiakkaan liikkumiskyvyn osatekijöitä, esimerkiksi nivelten liikkelaajuutta goniometrillä mittaamalla ja lihasten voimaa puristustestillä. Mitattua liikkumiskykyä tarkastellaan suhteessa päivittäiseen toiminnalliseen suoriutumiseen. Terapiassa käytettävillä, tarkoituksenmukaisilla toiminnoilla ja harjoitteilla pyritään edistämään ihmisen nivelten liikkuvuutta, lihassupistuksen voimaa sekä kestävyyttä, eli kykyä säilyttää lihasaktiivisuus tietyn toiminnan tarvitseman ajan. (Mts. 82 - 85.)

Terapiassa voidaan käyttää sekä aktiivisia että passiivisia menetelmiä. Aktiivisissa menetelmissä ihminen itse toimimalla, esimerkiksi tarkoituksenmukaiseen toimintaan osallistumalla tai voimaharjoitteita tekemällä, vaikuttaa liikkumiskykyynsä. Passiivisina menetelminä voidaan käyttää muun muassa asento- ja lastahoitoa sekä passiivista venyttelyä ja liikeratojen ylläpitoa. Toimintojen suoritustapoja muokataan ja helpotetaan tarvittaessa siten, että ihminen kykenee suoriutumaan niistä rajoittuneesta liikkumiskyvystään huolimatta. Ympäristön ja sen esineiden muutoksilla voidaan edistää selviytymistä päivittäisistä toiminnoista. Erilaisilla apuvälineillä voidaan myös pienentää liikkumiskyvyn ja toiminnan vaatimusten välistä eroa. (Mts. 82 - 85.)

Toiminta kehittää arkielämän askareista suoriutumisessa tarvittavaa liikkumiskykyä laajalti, ei esimerkiksi vain tietyn lihasryhmän voimaa. Käytettäviä toimintoja valitessa huomioidaan toiminnan tarkoituksenmukaisuuden (vaikutus liikkumiskykyyn) lisäksi toiminnan merkityksellisyys ihmiselle. Merkityksellisyys on vahvasti yhteydessä ihmisen motivaatioon, mikä vaikuttaa keskittymisen ja yrittämisen määrään, vähentää väsymystä ja vetää huomion pois liikkeen suorittamiseen liittyvästä pelosta ja kivusta.

Motivaatioon liittyvät tekijät vaikuttavat liikkumiskyvyn kehittymiseen edistämällä terapian tavoitteiden saavuttamista, minkä vuoksi terapeutin tulee osata toiminnan fyysisten vaatimusten lisäksi analysoida myös toiminnan merkitystä tietylle ihmiselle. (Mts. 85 - 86).

3.2.4 Biomekaanisen mallin soveltaminen

Biomekaaninen malli valittiin opinnäytetyön toiseksi viitekehyyksi, sillä se antaa ideoita kuntoutuksen toteuttamiseen käytännössä ja sopii hyvin käytettäväksi ICF-luokituksen rinnalla. Mallin mukaisilla menetelmillä pyritään ICF-luokituksen ruumiin rakenteiden osa-alueeseen vaikuttamalla parantamaan suorituksen osa-alueen tekijöitä. Esimerkiksi voimaharjoittelulla pyritään parantamaan henkilön lihasvoimalle tasolle, jota hänen päivittäisistä toimista suoriutumisen edellyttää. Toisaalta voidaan myös suoraan vaikuttaa suorituksen osa-alueisiin esimerkiksi käyttämällä apuvälineitä toimintakyvyn kompensoinnissa. Vaikka biomekaanista mallia käytetään sellaisenaan lähinnä toimintaterapiassa, soveltuu se mainiosti myös fysioterapiassa käytettäväksi.

Ryhmäläisten toimintakyvyn haasteena ovat liikkumiskyvyn rajoitteet, joihin biomekaanisen mallin menetelmät kohdistuvat. Mallin mukaisessa terapian tavoitteessa huomioidaan myös kuntoutuksen eri tasot, kuten toimintakyvyn rajoitteiden ennaltaehkäisy, toimintakyvyn ylläpitäminen sekä liikkumisen kompensointi. Ryhmäläisten kohdalla liikkumiskyvyn rajoitteiden ennaltaehkäisyä on esimerkiksi nivelten liikera-tojen ylläpitäminen nivelten jäykistymisen ehkäisemiseksi. Ylisen (2002, 5, 12) mukaan nivelten jäykistyminen voi aiheuttaa tuki- ja liikuntaelinongelmia, esimerkiksi lihasten lyhentymistä. Lihasten lyhentymisen puolestaan altistaa nivelen virheellisille liikeradoille, mikä voi aiheuttaa tulehdusta, räsitustiloja ja kipua. Toiminnallisen suoriutumisen ylläpitämistä ja ongelmien ennaltaehkäisyä ryhmätoiminnassa on myös liikunnallisuuden tukeminen, sillä Karvisen (1999) mukaan liikunnan on todettu vaikuttavan suotuisasti sekä toimintakyvyn fyysisiin että psyykkisiin tekijöihin (mts. 11 - 12). Toiminnallisen suoriutumisen kompensointiin liittyvää toimintaa ovat esimerkiksi apuvälineisiin tutustuminen sekä toiminnan vaihtoehtoisten suoritustapojen käsittely. Biomekaanisen mallin teoria soveltuu siis hyvin ryhmässä käytettyjen menetelmien viitekehyyksi.

4 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

Moniammatillisen yhteistyön käsitettä määritellään monin eri tavoin. Isoherrasen, Nurmisen ja Rekolan (2008) mukaan se on asiakaslähtöistä työskentelyä, jonka avulla eri alojen asiantuntijat voivat tarjota asiakkaalle kokonaisvaltaista palvelua. Moniammatillisessa yhteistyössä asiantuntijoilla on joko yhteinen tehtävä suoritettavana tai ongelma ratkaistavana. Yhdistämällä eri ammattialojen tietonsa ja osaamisensa asiantuntijat pystyvät luomaan yhteisen, kattavan ja kokonaisvaltaisen käsityksen asiakkaan tilanteesta, tarvittavista toimenpiteistä ja ratkaisusta. Isoherranen ja muut (2008) toteavat Sosiaali- terveysministeriön (2003) tavoite- ja toimintaohjelman mukaan, että sosiaali- ja terveysalalla tulee entisestään korostumaan eri ammattiryhmien välinen yhteistyö sekä asiakaslähtöinen ja näyttöön perustuva toimintatapa. (Mts. 11, 33 - 34, 36.)

Tiedon ja osaamisen yhdistäminen sekä yhteisen käsityksen luominen edellyttävät asiantuntijoilta halua oppia muista ammattialoista. Asiantuntijoiden täytyy myös alojensa erilaisuudesta huolimatta saavuttaa yhteiset tavoitteet ja käsitys siitä, mikä kyseisessä asiakastapauksessa on tärkeää. (Mönkkönen 2007, 173, 183.) Isoherranen ja muiden (2008, 16, 39) mukaan ammatilliset rajat tulee tehdä joustaviksi, vaikka kukin ammatillainen tuo esiin oman alansa asiantuntijuutta.

Moniammatillisessa yhteistyössä korostuu asiantuntijoiden avoin kommunikaatio sekä yhteistyö- ja vuorovaikutustaidot. Yhteisen ymmärryksen luomisen yhtenä haasteena on se, että eri ammattialojen käsitteet eroavat toisistaan. Tämän vuoksi asiantuntijoiden tulisi löytää yhteistyölleen yhteiset käsitteet ja kieli. (Mts. 16, 34 - 36.) Kuntoutuksen aloilla yhtenä vaihtoehtona yhteisen kielen löytämiseen on ICF-luokituksen käyttäminen. ICF tarjoaa kuntoutukseen yhteisen kielen ja viitekehyksen ihmisen toimintakyvyn kuvaamiseen (ICF 2004, 3 - 4).

5 ASIAKASLÄHTÖISYYS

Asiakaskeskeisyys on tällä hetkellä yksi kuntoutuksen keskeisiä periaatteita: asiakas voi toiminnallaan, päätöksillään ja valinnoillaan vaikuttaa omaan kuntoutumiseensa.

Asiakaskeskeinen työote on koko työryhmän haaste. (Salo-Chydenius 2004, 29.) Järvikosken ja Härkäpään (2008, 53) mukaan asiakaslähtöisyys merkitsee kuntoutuksen yksilöllisten tavoitteiden ja keinojen määrittelyä asiakkaan lähtökohdista. Kuntoutujan itsemääräämisen ja autonomian tukeminen kuntoutuksessa on sekä toiminnan että sen tulosten kannalta tärkeä kysymys.

Toiminta- ja fysioterapiassa asiakas ja terapeutti työskentelevät keskenään tasavertaisina. Tavoitteet asetetaan ja hyväksytään, sekä terapia toteutetaan asiakkaan kanssa yhdessä alusta loppuun - terapian suunnittelusta toteutuneen terapian arviointiin asti. (Launiainen & Lintula 2003, 8; fysioterapeutti asiantuntijana - kuvaus fysioterapeutin ammatista 2007, 9)

Toimintaterapeutin työssä asiakaskeskeisyys elää voimakkaana teoreettisena mallina. Terapian toteutuksessa asiakaskeskeisyys on asiakkaan ja toimintaterapeutin dialogista vuorovaikutusta, yhdessä harkittua ja tarkoituksenmukaista toimintaa mahdollistavan ympäristön huomioon ottamista. (Salo-Chydenius, 2004, 29) Samoin fysioterapeutin työ on asiakaslähtöistä, ja siinä huomioidaan asiakkaan voimavarat ja palvelujärjestelmien suomat mahdollisuudet. Fysioterapiassa asiakasta ohjataan ottamaan itse vastuuta terveyttään ja toimintakykyään edistävistä valinnoista. (Fysioterapianimikkeistö 2007, 3.)

6 VERTAISTUKI

Vertaistuki tarkoittaa kohdattujen vaikeuksien kuten sairauden, menetyksen ja vaativien elämäntilanteiden keskinäistä jakamista. Vertaistukitoiminnassa keskeistä ovat kokemukset ja niiden jakaminen sekä yhteisöllisyys. (Nylund & Yeung 2005, 214 - 115.) Vertaisuuteen ja keskinäiseen tukeen perustuva apu on tärkeä toiminnan muoto vammais- ja potilasyhdistyksillä. Paikallisyhdistyksissä vertaisuuden tuoma tuki on luonnollinen osa toimintaa (Kittilä 2008, 718). Keski-Suomen syöpäyhdistys edistää vertaistukea muun muassa tarjoamalla tilan vertaistukiryhmien kokoontumisia varten

Vertaistukea voi saada ja antaa usealla eri tavalla. Opinnäytetyössä vertaistuki on ryhmämuotoista mutta se voi olla myös vain kahden ihmisen välistä ja nykyään myös Internetissä tapahtuvaa. Vertaistukeen liittyvä auttaminen on ihmisten välistä kohtaamista ilman asiakas - terapeutti välisiä määrityksiä. Kuitenkin Nylundin ja Yeungin (2005, 214 - 215) mukaan vertaisryhmiä voivat ohjata myös ammattilaiset, jotka voivat auttaa toiminnan kehittämisessä ja tukemisessa. Opinnäytetyön kautta haluttiin kehittää ryhmätoimintaa ja tuoda mm. toiminnallisia menetelmiä tukemaan keskustelua ja vertaistukea. Kittilän (2008, 718) mukaan vertaistuen vaikutukset perustuvat toisilta saatavaan sosiaaliseen tukeen ja sen suotuisiin terveydellisiin vaikutuksiin. Sen kautta saatu toiminta antaa elämälle merkityksellisyyden, kun sairauden tai vamman takia muut elämönhallintakeinot ovat kadonneet. Elämän merkityksellisyys luo motivaatiota oman kunnan hoitamiseen ja tukee sitä kautta kuntoutusta.

Vertaistukiryhmällä tarkoitetaan Nylundin ja Yeungin (2005) mukaan toisen tukemiseen ja auttamiseen tähtäävää vastavuoroista suhdetta, jossa kriittisiä tai kriisiytyneitä elämäntilanteita käsitellään yhdessä. Ryhmässä on tarkoitus jakaa kokemuksia toisten ryhmän jäsenten kesken. (Nylund & Yeung, 2005, 206 - 215.) Opinnäytetyön Hervottomat-ryhmässä oli myös mahdollista nähdä muiden suoriutumista toiminnoista, ja löytää sitä kautta itselle uusia tapoja toimia.

Vertaistukiryhmään ei tulla hakemaan palveluksia, mutta ryhmään voi tukeutua. Vertaistuki ei ole varsinaista terapiaa, koska terapiassa osapuolten roolit ja suhteet ovat määriteltyjä ja rajattuja, kun taas vertaisryhmässä saa vaikka rakastua tai ystäväystyä. Myös oman itsemääräämisoikeuden säilyttäminen on helpompaa vertaisryhmässä kuin tilanteessa, jossa vain ammattilaisella on hallussaan tieto ja taito. Tuki on lähellä arkipäivää, ja se perustuu vastavuoroisuudelle, jolloin tuki ja roolitukset muuttuvat koko ajan. Nämä tukisuhteet vaativatkin vuorovaikutuksen pelisääntöjen tuntemusta. Tuen saamiselle luodaan suotuisat olosuhteet, mutta vertaistukea ei voi tilata. (Nylund, Yeung 2005, 219; Kittilä 2008, 718.)

Till (2003) selvitti tutkimuksiin perustuvassa kirjallisuuskatsauksessaan vertaistuen merkitystä rintasyövän sairastaneiden tukimuotona. Katsauksessa todetaan, että vertaistukiryhmät tarjoavat tukea tunteiden, tiedon sekä käytännön tasolla. Samankaltaisista haasteista selviytyminen luo keskinäistä ymmärryksen tunnetta. Tämä edistää kokemusten ja tunteiden jakamisen kautta emotionaalisen tuen saamista sekä selviy-

tymisen tunnetta. Vertaistukiryhmissä jaetaan kokemusten ja tunteiden lisäksi myös tietoa ja käytännön vinkkejä. Vertaistuen tarjoama psykososiaalinen, tiedollinen ja käytännöllinen tuki useimmiten edistää ryhmäläisten kokemaa terveyttä ja elämänlaatua. (Till 2003.)

7 TUTKIMUS

7.1 Tutkimuksen esittely

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää ryhmään osallistuvien henkilöiden kokemuksia toiminnallisesta ryhmästä. Erityisesti huomiota kiinnitettiin arjessa selviytymiseen sekä vertaistukeen ja jaksamiseen. Ryhmän tavoitteena oli tarjota ryhmäläisille vertaistukea sekä tukea ryhmäläisten arjessa selviytymistä ja jaksamista.

Tutkimuksen aineistonkeruu sisälsi kolme vaihetta: alkuhaastattelu, ryhmän toteutus ja loppupalaute. Alkuhaastattelussa menetelmänä käytettiin strukturoitua haastattelua, ryhmän toteutuksen aikana aineistoa kerättiin osallistuvan havainnoinnin keinoin, ja loppupalaute ryhmäläisiltä kerättiin viimeisellä kokoontumiskerralla avointa kyselylomaketta käyttäen.

Alkuperäisten tutkimushaasteiden lisäksi tutkimusprosessin aikana päätimme kehittää toteuttamamme ryhmän pohjalta mallin vastaavalle kohderyhmälle toteutettavasta ryhmätoiminnasta. Kolmanneksi tutkimuskysymykseksi asetettu mallin suunnittelu nousi opinnäytetyössämme tärkeäksi osa-alueeksi. Tutkimussuunnitelman muotoutuminen tutkimuksen etenemisen myötä onkin Hirsjärven (2009) kirjallisuudesta koostaman luettelon mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen tyypillinen piirre. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimussuunnitelma elää tutkimuksen edetessä, jolloin alkuperäisiä suunnitelmia voidaan muuttaa olosuhteiden mukaisesti. (Hirsjärvi 2009, 164.)

7.2 Tutkimuskysymykset

Tutkimuksella haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten ryhmässä käytetyt menetelmät tukevat ryhmäläisten arjessa selviytymistä?
2. Miten ryhmä edistää vertaistukea ja jaksamista?
3. Miten toteutettua ryhmätoimintaa voisi kehittää?

7.3 Tutkimuksen kulku

Opinnäytetyötä oli aluksi ideoimassa kolme toimintaterapeuttiopiskelijaa. Ryhmään saatiin idea Keski-Suomen Syöpäyhdistykseltä keväällä 2008, kun he ehdottivat kyselyyn opinnäytetyön aiheesta kohderyhmäksi rintasyövän sairastaneita naisia, joilla on leikatun puolen yläraajassa alentunut toimintakyky. Kuulimme, ettei näille naisille ollut tarjolla syöpäyhdistyksen järjestämää kuntoutusta tai vertaistukiryhmää, joten mielestämme he olivat hyvä kohderyhmä opinnäytetyötä varten.

Osa näistä naisista kokoontui omatoimisesti epäsäännöllisin väliajoin Syöpäyhdistyksen tarjoamissa tiloissa. Tapaamiset kuuluivat pääosin vertaistuen ja kahittelun merkeissä. Lisäksi Syöpäyhdistys otti yhteyttä tutkimuksen puitteissa myös niihin, jotka eivät olleet käyneet tapaamisissa.

Saatuamme tietää, että naiset olivat alustavasti kiinnostuneita kuulemaan lisää toiminnallisesta ryhmästä, kohderyhmään kuuluville lähetettiin Syöpäyhdistyksen kautta esittelykirje kesän 2008 alussa. Kirjeessä esiteltiin ryhmän tulevat ohjaajat, ja mitä opinnäytetyöryhmä tarjoaisi osallistujille. Naisia pyydettiin ilmoittamaan Syöpäyhdistykselle, mikäli he edelleen ovat kiinnostuneita osallistumaan opinnäytetyöhön.

Kesän jälkeen olimme taas yhteydessä Syöpäyhdistykseen ja sovimme, että he järjestävät meille tapaamisen opinnäytetyöstä kiinnostuneiden naisten kanssa. Tapaamisessa tarkoitus oli esittää tarkemmin opinnäytetyön aihe, ja millaista ryhmätoimintaa olimme alustavasti suunnitelleet. Osallistujat pystyivät myös samalla esittämään tarkentavia kysymyksiä. Halukkaita osallistujia oli kuusi, joten opinnäytetyö voitiin aloittaa.

Aiheseminaaria ohjaava opettaja ehdotti, että tutkimus hyötyisi fysioterapian näkökulmasta. Lyhyen etsimisen jälkeen löytyi fysioterapeuttiopiskelija, joka oli kiinnostunut aiheesta. Tämän jälkeen suunniteltiin alkuhaastattelu ja -arvioinnit, jotka toteutettiin Syöpäyhdistyksen tiloissa. Niiden perusteella valmisteltiin alustavan ryhmäsuunnitelma. Ryhmäläisiä lähestyttiin kirjeellä (liite 1) vielä ennen ryhmän alkua. Kirjeessä kerrottiin ryhmään liittyvät aikataulut ja tapaamispaikka.

7.4 Tutkimusmenetelmät

Tutkimuksen aineisto saatiin toteuttamalla toiminnallinen ryhmä. Ennen ryhmän alkua osallistujille pidettiin alkuhaastattelu ja -arviointi. Arviointeja täydennettiin myöhemmin ryhmän edetessä. Ryhmäkerroilla tehtiin havaintoja, joista keskusteltiin ryhmänohjaajien kesken aina ryhmäkerran jälkeen. Ryhmän lopuksi ryhmäläisiltä kerättiin kirjallinen palaute, joka analysoitiin laadullisen analyysin teemoittelu-
menetelmällä.

8 HERVOTTOMAT-RYHMÄ

8.1 Ryhmän esittely

Hervottomat-ryhmä koostui neljästä 56 - 75-vuotiaasta naisesta, jotka ovat sairastaneet rintasyövän. Kaikilla naisilla on leikatun puolen yläraajassa eritasoinen toiminnan vajaus. Ryhmäläiset olivat ennen opinnäytetyötä tuttuja keskenään, sillä he olivat kokoontuneet muiden samoja oireita omaavien naisten kanssa syöpäyhdistyksen tiloissa muutaman vuoden ajan. Kokoontumiset ovat toteutuneet noin kuusi kertaa vuodessa vertaistuellisen keskustelun ja kahittelun merkeissä. Näiden kokoontumisten toteutus on ollut naisten omatoimisuuden varassa, ja Syöpäyhdistys on tarjonnut kokoontumisille tilat. Kokoontumiset eivät ole olleet toiminnallisia lukuun ottamatta vierailua apuvälineitä myyvään yritykseen.

Opinnäytetyöhön osallistuva ryhmä koottiin Syöpäyhdistyksellä kokoontuvista naisista siten, että kaikki halukkaat kohderyhmään kuuluvat otettiin mukaan. Vaikka ryhmäläiset tunsivat toisensa etukäteen, ei heille ole ollut aikaisemmin tarjolla ryhmämuotoista kuntoutusta. Toinen perustelu ryhmämuotoisen toimintatavan valinnalle on halun nostaa ryhmäläisten aikaisemmin kokema vertaistuki uudelle tasolle toiminnan kautta.

Alkuhaastattelut järjestettiin Keski-Suomen Syöpäyhdistyksen tiloissa kolme viikkoa ennen ryhmän alkamista. Haastattelut suoritettiin kahdessa osassa (liite 2 & 3). Ensimmäinen osa haastattelusta sisälsi taustatietoja muun muassa sairastumisesta ja hoidoista sekä sen hetkisestä elämäntilanteesta. Alkuhaastattelun toisessa osassa pyrittiin selvittämään asiakkaan toimintakyky sekä haastatellen että toimintakyvyn testeillä. Haastatteluihin ilmoittautui kuusi naista. Terveydellisistä syistä yksi naisista ei päässyt osallistumaan haastatteluihin eikä ryhmään, ja yksi haastatelluista naisista ei aloittanut ryhmää. Alkuhaastatteluihin varattiin aikaa 90 minuuttia/henkilö. Finlayn (1997, 136 - 138) mukaan alkuhaastattelun tarkoitus on saada asiakkaalta esitietoja sekä antaa asiakkaalle mahdollisuus keskustella hänen ryhmään liittyvistä odotuksistaan ja tavoitteistaan. Samalla voidaan tarvittaessa korjata ryhmään liittyviä väärinkäsityksiä tai epärealistisia odotuksia.

Alkuhaastatteluiden perusteella teimme alustavan ryhmäsuunnitelman ja päätimme, että ryhmä on suljettu. Alkuhaastattelujen jälkeen ryhmän tavoitteiksi asetettiin arjen tukeminen sekä jaksamisen ja vertaistuen edistäminen, mistä johtuen suunnitelmassa painotettiin toiminnallisuutta. Howen ja Schwartzbergin (1995, 95, 99) mukaan toiminnallinen ryhmä motivoi jäseniään saavuttamaan adaptaation kautta parhaan mahdollisen toiminnan tason, ja toiminnallisen ryhmän tavoite on edistää terveyttä adaptiivisen toiminnan kautta. Toiminnan on oltava merkityksellistä, eli toiminnan tulee palvella ryhmän jäsenten tavoitteita ja tarpeita. Sen tulee olla myös yksilölähtöistä, eli yksilö vapaaehtoisesti osallistuu ryhmään ja asettaa realistiset tavoitteet ryhmää kohtaan.

Ryhmän aikana fysioterapeuttiopiskelija mittasi ryhmäläisiltä yksilöllisesti yläraajan turvotuksen ja liikeradat. Ryhmäläiset tekivät kipua ja epämiellyttäviä tunteita kuvaavan kipupiirroksen. Subjektiiivista kipua mitattiin myös Vas-kipujanalla.

Ryhmän viimeisellä kokoontumiskerralla ryhmäläiset täyttivät loppupalautteen (liite 4). Loppupalautteen kysymykset valittiin siten, että ne helpottavat arvioimaan ryhmän

vaikutuksia osallistujien arkipäivään sekä toimintojen mielekkyyttä ja tarkoituksenmukaisuutta. Ryhmäläiset maksoivat ryhmään osallistumisesta kuusi euroa materiaa-
limaksua.

8.2 Ryhmäläisten oireet

Ryhmäläisten sairaushistoria sekä oireet on kerätty ryhmäläisiltä avoimen haastattelun keinoin.

8.2.1 Tapaus A

Kyseiseltä henkilöltä leikattiin rintasyöpä vasemmalta puolelta, ja annettiin sädehoito- ja vuonna 1979. Kertomansa mukaan hän ei saanut tällöin fysioterapeutin antamia kuntoutusohjeita. Oireet alkoivat heti leikkauksen jälkeen olkanivelen liikelaajuuden rajoittumisella ja turpoamisena. Turvotuksen paikka on vaihdellut vuosien aikana vasemmassa yläraajassa. Kuumuus on tekijä, joka pahentaa yläraajan oireita. Yläraajan turvotuksen vuoksi hän on käynyt lymfaterapiassa.

Myöhemmin oireet ovat levinneet muualle kehoon kuten selkään ja alaraajoihin. Yläraajan toimintakyky on heikentynyt vähitellen. Vuonna 1997 tai 1998 hän huomasi vasemman puolen lapaluunsa asennon muuttuneen virheelliseksi. Muita hänellä esiintyviä sairauksia ovat atooppinen iho, ruusutulehdukset, huimaus ja ongelmat vasemman silmän näön kanssa. Henkilö kertoo olevansa hyvin väsynyt ja väsyvänsä aiempaa helpommin.



KUVIO 3. Siirrottava lapaluu

8.2.2 Tapaus B

Henkilö B sairastui rintasyöpään vuonna 1984. Vasen rinta poistettiin osittain vuonna 1985. Syöpä uusiutui vuonna 2007, jolloin rinta poistettiin kokonaan. Henkilön kertoman mukaan vasemman puolen yläraajan toimintakyvyn heikkeneminen alkoi vuonna 1987. Vuosina 2004 - 2005 yläraajaa ei voinut enää kunnolla käyttää edes apukätenä. Ensimmäinen oire yläraajassa oli pikkusormen puuttuminen, jonka jälkeen myös muut sormet puutuivat. Sormet alkoivat koukistua ja käsi meni lähes nyrkkiin. Nesteen kertymisen seurauksena sormet ojentuivat, koska turvotus esti sormien koukistumisen. Turvotus alkoi sormista ja on siirtynyt sieltä muualle raajaan. Turvotus on ollut pahimmillaan viimeisten kahden ja kolmen vuoden aikana. Kipua ja tunnottomuutta kädessä/yläraajassa on ollut vuodesta 1986 lähtien. Haavojen paraneminen kädessä/yläraajassa on hidasta heikentyneen verenkierron vuoksi. Henkilö kokee yläraajan toimintakyvyn alenemisen hankaloittavan elämää.

8.2.3 Tapaus C

Henkilö C sairastuminen rintasyöpään, vasemman rinnan leikkaus ja sädehoito tapahtuivat vuosina 1984 - 1985. Henkilön kertoman mukaan leikatun puolen yläraajan

toimintakyvyn ongelmat alkoivat vuonna 2000 sormien puutumisenä. Puutuminen eteni kämmeneen ja koko käden alueelle. Muut oireet kuten kipu, pistely, kihelmöinti ovat tulleet puutumisoireiden jälkeen. Yläraajassa ei ole säteileviä oireita. Yläraajan toimintakykyä saattaa heikentää myös vuonna 2007 tehty olkapääleikkaus.

Noin kolmen vuoden ajan henkilö on toiminut lähes yksikäsisesti. Sormien fleksio eli koukistaminen ei onnistu ollenkaan. Pikkurilliä on mahdollista liikuttaa hieman. Peukaloa ja muita sormia on mahdollista ojentaa, mutta niissä ei ole juuri voimaa. Havainnoiden on nähtävissä, että ranteen liikerata on pienentynyt. Ranteessa on hieman aktiivista liikettä. Hoidoiksi oireisiin on annettu lymfaterapiaa ja manuaalista käsitteilyä. Kiputunteukset helpottuvat henkilön kertomuksen mukaan venytyksen avulla. Yläraajan toimintakyky häiritsee arjessa selviytymistä, mutta henkilö kokee kuitenkin pärjäävänsä.

8.2.4 Tapaus D

Henkilö D sairastui rintasyöpään ja sai hoitoja vuonna 1984. Syöpä leikattiin dominoivan käden puolelta. Yläraajan toimintakyky on alentunut vuodesta 1991 lähtien. Oireet alkoivat yläraajan distaalisisista osista siirtyen vähitellen proksimaalisiin osiin. Ensioireena oli puutuminen sormenpäissä. Toimintakyvyn aleneminen ja epämiellyttävät tunteukset kuten kipu ja pistely tulivat vähitellen alkaen vuosien 1995 ja 1996 aikana. Kädessä/yläraajassa esiintyy kipuja ja viime aikoina yläraajassa on ollut turvotusta. Kosketuskipuja kädessä/yläraajassa ei esiinny. Hoidoksi on annettu lymfaterapiaa. Henkilö oli kahdeksan vuotta töissä leikkauksen jälkeen, jonka jälkeen hän jäi käden toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi eläkkeelle.

8.3 Yhteenveto tapauksista

Ryhmään kuuluvien naisten oireisto ja toimintakyvyn aleneminen leikatun puolen yläraajassa/kädessä on hyvin samantyylinen. Myös muutoksien alkaminen ja eteneminen käden toimintakyvyssä ovat olleet samansuuntaisia. Muutokset ovat alkaneet kaikilla sormista edeten koko yläraajaan vaikuttaen myös olkanivelen toimintaan sekä hartia-seutuun. Yläraajassa/kädessä esiintyviä oireita ovat mm. turvotus, kipu, pistely, puutuneisuus, tunnottomuus, vihlonta, jomotus ja väsymys.

Ryhmän jäsenet kertoivat arjen muuttuneen käden heikentymisen myötä. Esille nousseita arkea hankaloittavia asioita oli mm. kaupassa käynnin vaikeutuminen, koska ostosten kerääminen ja autoon vienti on aiempaa hankalampaa. Päivittäisistä toiminnoista, kuten ruuan laitosta, leipomisesta ja siivoamisesta, suoriutuminen on hankaloitunut. Jokainen ryhmän jäsen kertoi joutuvansa suunnittelemaan arjen toimintoja aikaisempaa enemmän etukäteen sekä varaamaan paljon enemmän aikaa toimintojen suorittamiseen kuin ennen yläraajaongelmia. Myös tavaroiden putoilu ja kömpelyys ovat heidän mielestään arkielämää häiritseviä tekijöitä.

Ryhmän jäsenet kertovat yläraajan toimintakyvyn alentumisen vaikuttaneen myös heidän harrastuksiinsa. He kertoivat muun muassa joutuneensa lopettamaan joitain harrastuksia. Tämän hetkisiä harrastuksia heillä on sauvakävely, lenkkeily, kuntosali, kirjallisuus, elokuvat, musiikki, lastenlasten kanssa touhuilu, tanssi ja kielten opiskelminen.

Alkuhaastattelussa esitettiin kysymyksiä, jotka selvittävät ryhmäläisten nykyistä toimintakykyä. Näillä kysymyksillä haettiin tietoa lähinnä olkanivelen liikkuvuudesta ja toiminnasta sekä lihasten toiminnasta.

Esitetyt kysymykset olivat:

- Saatko laitettua omat hiuksesi?
- Saatko leikattua omat varpaan kyntesi?
- Saatko kiinnitettyä rintaliivit?
- Saatko puettua sukkahousut?
- Saatko napitettua paidan napit?
- Saatko sidottua kengän nauhat?
- Saatko laitettua pyykit ylös narulle kuivumaan?

Vastauksista käy ilmi, että kaksi neljästä saa itse laitettua hiuksensa, mutta se vie paljon aikaa. Osa vastaajista kertoi muuttaneensa hiustyylää toimintakyvyn rajoittumisen vuoksi. Varpaankynsien leikkaaminen tuottaa jokaiselle heille ongelmia ja yksi kertoo pyytävänsä siihen apua. Rintaliivien ja sukkahousujen pukeminen onnistuu heiltä jokaiselta, mutta vie paljon aikaa. Jokainen saa napitettua paidan napit. Kengän nauhojen sitominen onnistuu heistä vain yhdeltä. Pyykin ripustaminen kuivumaan tuottaa hankaluuksia ja vie paljon aikaa. Lisäksi he kertovat vetoketjun käytön olevan äärimmäisen hankalaa.

9 HERVOTTOMAT-RYHMÄN TOTEUTUS

9.1 Aikataulu ja aloitus

Ryhmän ohjaajina toimi kolme toimintaterapeuttiopiskelijaa ja yksi fysioterapeuttiopiskelija. Hervottomat-ryhmä kokoontui Jyväskylän ammattikorkeakoulun hyvinvointiyksikön tiloissa tiistaisin kello 14.30 - 16.00. Viimeinen ryhmäkerta kesti kaksi tuntia päättyen klo 16.30. Ryhmä toteutui 28.10. - 16.12.2008 välisenä aikana. Ryhmäkertoja oli kahdeksan. Kahdella ryhmäkerralla yksi osallistuja oli poissa ja viimeiseen kertaan osallistui vain kaksi ryhmäläistä. Ryhmän nimen Hervottomat, naiset valitsivat ensimmäisellä ryhmäkerralla. Ryhmä kokoontui pääsääntöisesti aina samassa tilassa, mutta ryhmäläisten kanssa oli sovittu, että heitä mennään aina rakennuksen aulaan vastaan.

9.2 Ryhmäjakson ja -kerran rakenne

Kaikilla ryhmäkerroilla struktuuri oli sama: Alussa kokoonnuttiin yhdessä istumaan pöydän äärelle tai tuoleille alkupiiriin. Alkupiirin tarkoitus oli tukea ryhmäytymistä ja orientoida ryhmäläisiä tulevan ryhmäkerran teemaan. Alkupiirissä ryhmäläiset saivat kertoa esimerkiksi menneen viikon tapahtumistaan. Lisäksi kysyimme jokaisen ryhmäkerran alussa teemaan sopivan kysymyksen, joka johdatteli ryhmäkerralla tehtäviin toimintoihin. Kysyimme esimerkiksi mitä asioita edellisellä viikolla ryhmäläisten on

ollut (leikatun puolen yläraajasta johtuen) erityisen hankalaa tehdä. Kysymys johdatte-
li ajatukset päivän aiheena oleviin apuvälineisiin. Alkupiirin lopuksi kävimme läpi
tulevan ryhmäkerran ohjelman ja annoimme tarvittavat toimintaohjeet. Ryhmäkertojen
lopussa pidimme rentoutuksen, jonka toteutimme eri tavoin. Yhdellä ryhmäkerralla
emme ehtineet toteuttaa rentoutusta. Rentoutuksen jälkeen kokoonnuimme vielä lop-
pupiiriin, jossa ryhmäläiset saivat kertoa miltä ryhmäkerta oli heistä tuntunut, ja mitä
mieltä he olivat tehdyistä toiminnoista. Naisia rohkaistiin kertomaan muun muassa
ajatuksiaan käytettyjen toimintojen mielekkyydestä.

Koska ryhmäläisten käden/yläraajan toimintakyky oli eriasteista, oli toiminnoista teh-
tävä sellaisia, että niitä voitiin pilkkoa pienempiin osiin. Tähän käytettiin toiminnan
analyysiä, joka mahdollistaa toiminnan porrastamisen yksilöllisesti, ja toimintaa voi-
daan helpottaa tai vaikeuttaa tarpeen mukaisesti.

Ensimmäisen ryhmäkerran pääpaino oli tutustumisessa ja ryhmäytymisessä. Ryhmä-
läiset saivat jakson suunnitelman (liite 5), ja keskustelimme tulevan jakson toteutuk-
sesta. Ensimmäisellä ryhmäkerralla Hervottomat-ryhmä sai myös nimensä. Ryhmään
osallistuvat naiset ovat käyttäneet tätä nimeä itsestään jo aikaisemmin Keski- Suomen
Syöpäyhdistyksellä kokoontuessaan, ja he kokivat, että tämä nimi kuvaa parhaiten tä-
täkin ryhmää.

Seuraavilla ryhmäkerroilla pääasiallisina toimintoina olivat fyysinen harjoittelu (esi-
merkiksi sulkapallo) ja toiminnalliset menetelmät (esimerkiksi käsityöt). Lisäksi pi-
dimme myös tietoisukuja, jotka käsittelivät muun muassa apuvälineitä, nukkuma-
asentoja ja peiliterapiaa.

Viidennestä ryhmäkerrasta lähtien ryhmäläisiä alettiin valmistella ryhmän päättymi-
seen. Ohjaajat mainitsivat viimeisillä kerroilla, montako kertaa ryhmää on jäljellä, ja
siten varmistivat, että ryhmän päättymisen ei tule yllätyksenä. Viimeisellä kerralla oli
varattu aikaa keskustelulle ja palautteelle. Suullisen palautteen lisäksi ryhmäläiset
täyttivät palautelomakkeen (liite 4). Ryhmän päättyessä naiset saivat ryhmässä teke-
mänsä savityöt, piparkakkulyhdyt sekä alussa kukat mukaansa kotiin.

9.3 Alkuhaastattelu ja -arviointi

Alkuhaastattelussa kysyimme onko yläraajassa/kädessä kipua, millaista kipu on ja milloin kipu esiintyy. Kysyimme myös särkylääkkeiden käyttämisestä. Lisäksi selvitimme, onko yläraajassa/kädessä tunnottomuutta.

Ryhmätapaamiset toteutettiin kahdeksan viikon aikana. Mittauksilla ei ollut tarkoitus saada selville ryhmän aikana tapahtuneita muutoksia käden/yläraajan toimintakyvyssä. Vakioidut mittaukset suoritettiin jokaiselle yhden kerran. Mittauksilla haluttiin osoittaa, että yläraajan/käden toimintakyky on alentunut sekä selvittää vaikuttaako käden/yläraajan toimintakyvyn alentuminen päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Biomekaanisen mallin mukaan päivittäisten suoriutumisten pohjalla on liikkumiskyky, jonka osatekijöitä ovat nivelten liikkuvuus, lihasvoima ja kestävyys. Mikäli näihin osatekijöihin kohdistuu jokin toiminnallinen haitta, on mahdollista, että sillä on vaikutusta päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen.

Kuvauksia ryhmäläisten kivusta ja tunnottomuudesta

Kädessä on voimakasta kipua ja monenlaisia kiputunteuksia. Oireina ovat myös kuumotus ja vihlonta lapaluusta sormiin asti. Rasituksen jälkeen kipua esiintyy enemmän. Yläraajassa esiintyy myös tunnottomuutta ja välillä tunnottomuutta esiintyy myös alaraajoissa. Hän ei käytä särkylääkkeitä, koska eivät tunnu auttavan kipuun. Lääkärin määräämänä hänellä on Trental -lääkitys. (Tapaus A)

Yläraajassa ja kädessä on kipua. Kiputunteet vaihtelevat ja olkanivelen seutu kipeytyy eniten. Kipu säteilee lapaluuhun ja operoitu puoli niskasta on hyvin kipeä. Iltaisin päivän toimintojen jälkeen kipua on eniten. Yläraajan ylöspäin nostaminen, kuivaharjaaminen ja järvessä uiminen helpottavat kipua. Henkilö ei käytä särkylääkkeitä, koska ei tunne niiden auttavan kipuun. Myös tunnottomuus on ongelma ja usein tunto tulee ikään kuin viiveellä. Kynärvarren ja kämmenen alueella tunnottomuutta on eniten. Yläraajassa esiintyy turvotusta, jota rasitus lisää ja harjoittelu vähentää. (Tapaus B)

Kihelmöivää kipua esiintyy kämmenen alueella. Varsinaista särkyä ja säteilyoireita kädessä ei esiinny. Kämmenen alueella on tunnottomuutta ja välillä turvotusta. Kyseisiä oireita esiintyy enemmän olkavarren alueella. Särkylääkkeiden jatkuvan käyttämi-

sen hän on kokenut turhaksi, koska ei tunne niiden auttavan kipuun. Panadol on ainut särkylääke, jota hän käyttää tarvittaessa. (Tapaus C)

Yläraajassa ja kädessä on kipua. Kipu on suurin toimintakyvyn alenemiseen johtava ongelma. Luonteeltaan kipu on polttavaa, sykkivää ja vihlovaa. Kädessä esiintyy päivittäin vaihtelevaa tunnottomuutta, mutta turvotusta ei ole. Erityisesti sormet ovat tunnottomat. Hänelle on määrätty kolme eri särkylääkettä. (Tapaus D)

Käden toimintavalmiuksia arvioimme yläraajan liikerataa, otetta sekä otteen ylläpi-toa arvioivalla Box and Block -testillä, jossa on tarkoitus siirtää minuutin ajan puisia kuution muotoisia palikoita kaksiosaisen laatikon toiselta puolelta väliseinän yli toi-selle puolelle. Käden puristusvoima mitattiin Jamar-puristusvoimamittarilla. Mittauk-sien tulokset ovat alla olevassa taulukossa (Taulukko 1). Neljästä kolme ei pystynyt tekemään puristusvoimatestiä ollenkaan leikatun puolen kädellä, koska asennon vaki-ointi ei onnistunut. He eivät pystyneet pitämään mittaria kädessä ja vartalon vieressä ilman tukea. Samoin Box and block -testin pystyi suorittamaan molemmilla käsillä vain yksi osallistuja.

	JAMAR (kg)			BOX AND BLOCK (kpl)		
	Terve	Leikattu	viitearvo oik./vas.	Terve	Leikattu	Viitearvo
A	29	19	26/ 21	66	43	74,4/ 73,6
B	25	-	25/ 21	63	-	76,1/ 73,6
C	24	-	19/ 17	76	-	65,0/ 63,6
D	27	-	23/ 19	53	-	68,6/ 68,3

TAULUKKO 1. Käden toimintakyvyn mittaukset. Ryhmäläisten tulokset ja ikätasoi-nen viitearvo Jamar-puristusvoimamittarilla sekä Box and Block- arviointimenetel-mällä mitattuna.

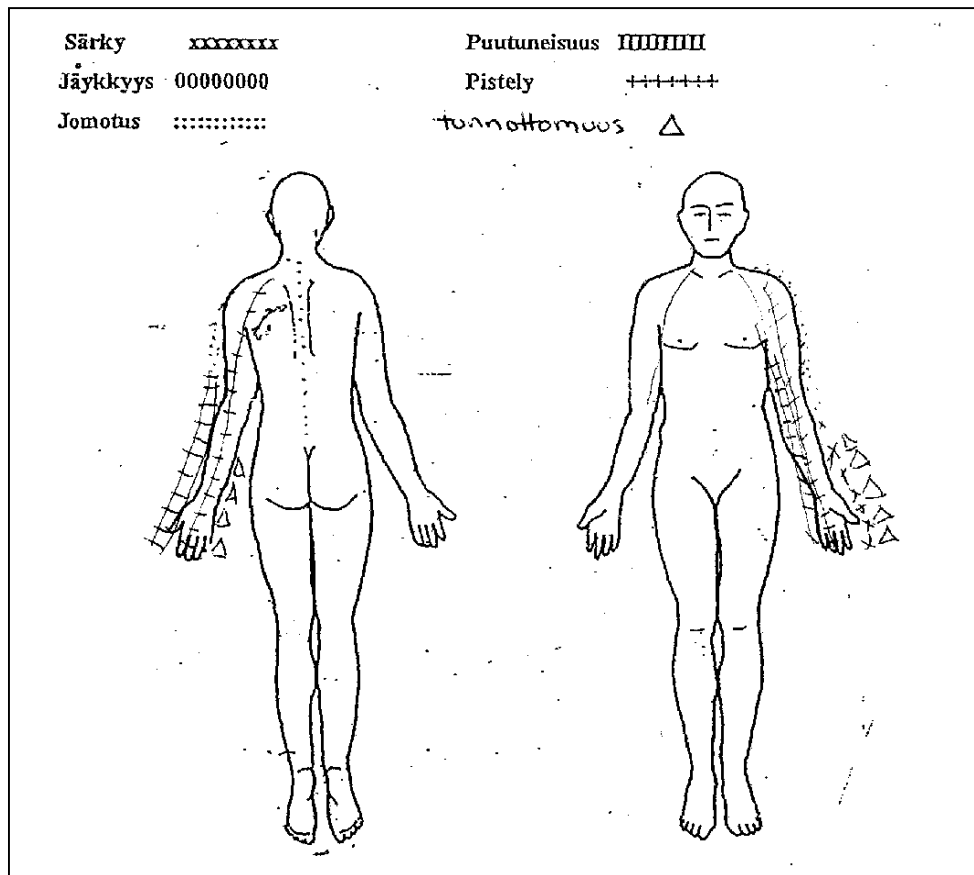
Mittaukset osoittavat, että kaikilla ryhmäläisillä leikatun puolen yläraajan ja käden toimintavalmiudet ja -mahdollisuudet ovat alentuneet. Testitulosten perusteella voidaan havaita muutoksia leikatun puolen käden/yläraajan lihasten toiminnassa terveeseen puoleen verrattuna. Ryhmän jäsenten suorittaessa Box and block -testin tuloksen lisäksi suorituksen aikana voidaan havainnoida asentoa, sekä olkanivelen ja lapaluun toimintaa. Terveen ja leikatun puolen asennossa sekä olkanivelen ja lapaluun toiminnassa huomattiin eroavaisuuksia.

9.4 Täydentävät mittaukset

Alkuhaastatteluiden yhteydessä suoritettuja mittauksia täydennettiin ryhmäkokouksien alkamisen jälkeen. Kipua haluttiin selvittää tarkemmin arvioimalla sitä Vas-kipujanalla ja kipupiirroksella. Turvotusta selvitettiin mittaamalla yläraajan/käden ympärysmittat, jolloin on mahdollista verrata leikatun puolen ja ns. terveeseen puoleen mitaustuloksia toisiinsa. Lisäksi mitattiin olkanivelen liikkuvuudet, jolloin on mahdollista tarkastella, onko leikatun puolen olkanivelen liikkuvuus erilainen ns. terveeseen puoleen verrattuna. Kaikki mittausmenetelmät vakioitiin niin, että ne on mahdollista toistaa. Mittaukset ja arvioinnit suoritti opinnäytetyöryhmän fysioterapeuttiopiskelija.

9.4.1 Kivun arviointi

Kipua arvioitiin Vas-kipujanalla, jossa merkitään kiputuntemus asteikolla 0 - 10. Asteikossa 0 tarkoittaa ei lainkaan kipua ja 10 on maksimaalinen kipu. Mittaushetkellä jokaisella ryhmän jäsenellä oli yläraajassa/kädessä kipua. Ryhmän jäsenet merkitsivät sen hetkisen kiputuntemuksen vaihteluvälillä 1 - 5. Keskiarvo oli 3.25. He kertoivat kiputuntemuksen muuttuvan vaihtaen välillä kivun luonnetta, paikkaa ja vahvuutta. Kaikki ryhmän jäsenet täyttivät kipupiirroksen, jossa merkataan ihmishahmoon ”kipeät” kehon alueet käyttämällä erilaisia merkkejä. Eri merkein kuvataan särkyä, jäykkyyttä, jomotusta, puutuneisuutta, pistelyä. Lisäsimme piirroksen vielä mahdollisuuden merkitä tunnottomuutta. Jokaisesta kipupiirroksesta kivun ja tuntemuksien sijainti viittasi leikatun puolen yläraajaan. Tuntemuksia oli merkattu myös muualle kehoon kuten jalkoihin, alaselkään, rinnan alueelle, niska-hartia seutuun, lapaluiden kohdalle sekä poskiin ja leukaan. Kaikkia merkkejä oli käytetty jokaisessa kipupiirroksessa.



KUVIO 4. Esimerkki kipupiirroksesta

9.4.2 Turvotuksen arviointi

Turvotusta arvioitiin mittaamalla yläraajojen ja käsien ympärysmittat mittanauhalla. Mittauskohdat vakioitiin niin, että mittaukset on mahdollista toteuttaa samalla tavalla uudelleen. Mittaukset otettiin kuudesta eri kohdasta: kainalopaimusta, olkavarresta 10cm olecranonista ylöspäin, kyynärnivelen kohdalta, kyynärvarresta 10cm olecranonista alaspäin sekä ranteesta. Myös kämmenen ympärysmitta mitattiin.

Mittaustuloksista käy ilmi, että kolmella neljästä asiakkaasta yläraajassa esiintyy turvotusta. Yhdellä heistä käden/yläraajan turpoaminen on erittäin suuri ongelma. Henkilöllä D ei esiintynyt raajassa turvotusta mittaushetkellä. Havainnoinnin perusteella voidaan todeta yläraajan lihaksien olevan surkastuneita, ja siksi leikatun puolen- yläraaja oli ympärysmitoiltaan kapeampi kuin terveen puolen raaja (kts. taulukko).



KUVIO 5. Esimerkki turvotuksesta

	kainalopoimu	olkavarsi	kyynärnivel	kyynärvarsi	ranne	kämmen
henkilö A	32/32	28,5/33	25,5/33	25/34,	16,6/18	19,5/19
henkilö B	34/39	32/36,5	26/32	22,5/31	16,5/21,5	20/24,5
henkilö C	31/32	27,5/33	25/27	23/25	16/17	19/19
henkilö D	27/31	25/29	25/26	22,5/24	17/17	19,5/1

TAULUKKO 2. Yläraajan ympäröymittat (cm). Terve puoli/ leikattu puoli

9.4.3 Olkanivelen liikkuvuuden arviointi

Olkanivelen liikkuvuuden tarkat asteluvut mittasimme goniometrillä. Liike alkaa aina nolla-asennosta (0°). Mittausasennot vakioitiin niin, että mittaukset on mahdollista toistaa ja suorittaa samalla tavalla uudelleen. Fleksio eli eteen taivutus, extensio eli taakse taivutus ja abduktio eli sivulle taivutus mitattiin seisoma-asennossa. Jalat olivat 15 cm:n päässä toisistaan. Asennoksi valittiin seisoma-asento, koska kyseinen asento oli ryhmän jäsenille miellyttävien asento mittauksiin. Ulko- ja sisäkierrot mitattiin se-

linmakuu-asennossa, jossa lähtöasentona oli olkanivelen abduktio 90 astetta ja kyy-närnível fleksoituna 90 asteen kulmaan. Selin makuu-asennossa olkavarsi on mahdol-lista saada lepäämään alustaa vasten ja siksi valittiin tämä lähtöasento.

	FLEXIO		EXTENSIO		ABDUKTIO		ULKOKIERTO		SISÄKIERTO	
	Kipu	norm.	Kipu	norm.	Kipu	Norm	Kipu	Norm	Kipu	Norm
A	70/78	170/180	60/60	65/65	70/70	180/180	90 ^a	70/90	^b	90
B	30/40	175/185	0/10	70/70	0/0 ^c	180/185	^d	35/50	^d	90/95
C	110/115	180/180	10/15	60/64	75/75	170/180	40/40	90/95	30/30 ^e	70/80
D	15/20	180/180	10/10	70/90	0/5	180/180	0/0	90/ 95	0	90/93

TAULUKKO 3. Olkanivelen liikeratojen mittaukset. Vasemmanpuoleinen luku kuvaa leikatun puolen yläraajaa, oikeanpuoleinen terveen puolen yläraajaa.

- a. Leikatulla puolella passiivista ulkokiertoa ei voinut tehdä ollenkaan kivun ja hankalan asennon vuoksi
- b. Leikatulla puolella sisäkierto ei onnistunut ollenkaan, vaan teki hyvin kipeää ja kompensoiva liike lähti heti vartalosta ja hartiasseudusta.
- c. Kipu ei sallinut olkavarren liikettä abduktiosuuntaan. Kämmenen asentoa ei voinut kääntää niin, että peukalon olisi saanut ohjaamaan liikettä
- d. Leikatun puolen kierto täysin rajoittunut, joten sen mittaaminen mahdotonta.
- e. Olkanivelen kiertoliike teki hyvin kipeää.

9.4.4 Yhteenveto mittauksista

Kohderyhmäläisten olkanivelen liikkuvuus oli mitattaessa rajoittunut, sekä yläraajaa liikuttavien ja tukevien lihasten voimantuotto oli heikentynyt. Havainnoitaessa hartia-seudun toiminnassa näkyi muutosta. Muutos näkyi erityisesti lapaluun asennossa ja sen liikkumisessa olkaluuhun nähden. Ryhmän jäsenten anatomisessa perusasennossa näkyi muutosta niin, että olkapää saattoivat olla eri tasoilla toisiinsa nähden tai työntyneet eteen (erityisesti operoidun puolen olkanivel sisäkierrossa). Osalla esiintyi lapa-luussa siirrotusta ja pään retraktiota eli eteenpäin työntymistä. Jokaisella esiintyy kipua ja ajoittain turvotusta.

Ryhmän jäsenten toimintakyvyn aleneminen kädessä/yläraajassa näkyy selvästi ja vaikuttaa päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Oireita on paljon, ja ne vaikuttavat myös muuhun kehon toimintaan. Tästä johtuen onkin syytä tarkastella asiakkaita kokonaisvaltaisesti, eikä siis keskittyä ainoastaan leikatun puolen toimintaan. ICF-luokituksen mukaan yhteen toimintakyvyn osa-alueeseen vaikuttaminen voi edelleen vaikuttaa useampiin osa-alueisiin. Kun halutaan vaikuttaa ryhmän jäsenten kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn, tulee näin ollen myös huomioida psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. ICF-luokituksessa suorituksella tarkoitetaan yksilön toteuttamaa tehtävää tai toimea. Suoritusrajoitteita ovat eriaisteiset, määrälliset tai laadulliset haasteet tehtävän tai toimen toteuttamisessa. Ryhmän jäsenillä esiintyy sekä määrällisiä, että laadullisia haasteita suorituksista selviytymisessä. Käden/yläraajan alentuneella toimintakyvyllä on ratkaiseva vaikutus päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen.

10 HERVOTTOMAT-RYHMÄSSÄ KÄYTETYT MENETELMÄT

Ryhmässä käytetyt menetelmät valittiin moniammatillisesti ja asiakaslähtöisesti alkuhaastatteluiden perusteella. Osa valituista menetelmistä on selkeämmin toimintaterapian, osa enemmän fysioterapian käyttämiä menetelmiä. Ensimmäisellä ryhmäkerralla esiteltiin ryhmäsuunnitelma, jota ryhmäläiset saivat kommentoida ja jota oltiin valmi-

ta muuttamaan ryhmäläisten mielipiteiden perusteella. Suunnitelmaa ei tarvinnut muuttaa, mutta saimme ryhmäläisiltä lisäideoita muun muassa piparkakkujen leivontaan.

Tässä luvussa kerrotaan tarkemmin valittuihin menetelmiin liittyvästä teoriasta sekä menetelmän käytöstä ryhmässä

10.1 Toiminnalliset menetelmät

Toiminnalla tarkoitetaan kaikkea, mitä ihmiset tekevät päivittäisessä elämässään (Canadian Association of Occupational Therapists 2003). Toiminnan käyttö on yksi toimintaterapian peruselementeistä. Toiminta on terapeutista, kun se on ihmiselle mielekästä ja tarkoituksenmukaista sekä parantaa hänen toimintamahdollisuuksiaan. (Kotro & Nousiainen 2004.) Toiminta on dynaamisessa vuorovaikutuksessa ihmisen ja ympäristön kanssa, olipa kyse sitten itsestä huolehtimisesta, elämästä nauttimisesta tai sosiaalisesta osallistumisesta. Toiminta tarjoaa valinnan ja vaikuttamisen mahdollisuuksia sekä vaikuttaa elämän merkityksellisyyteen. (Kielhofner 2004, 44, 66 - 70). Lisäksi toiminta tuottaa ihmiselle kokemuksia, jotka vaikuttavat hänen valintoihinsa ja toimintaansa tulevaisuudessa (Harra 2003, 16, 20). Toiminnan terapeutista käyttöä kuvataan tässä opinnäytetyössä toiminnallisen menetelmän käsitteellä.

Toiminnallisessa menetelmässä toimintana voidaan käyttää lähes mitä tahansa toimintaa, joka on asiakkaalle tarkoituksenmukaista ja merkityksellistä (Harra 2003, 16, 20). Tässä työssä käytettiin varsinaisten toimintojen ohella myös projektiivista materiaalia muun muassa tutustumisen ja keskustelun tukena. Vilkkö-Riihelän (2003, 37 - 38) mukaan projektiolla tarkoitetaan itseen liittyvien piirteiden ja tunteiden siirtämistä ulkopuoliseen kohteeseen, projektiiviseen materiaaliin. Koska projektiossa olennaista on ihmisen käsitys itsestään ja tunteistaan, voidaan materiaalina käyttää melkein mitä tahansa, valokuvista luonnonmateriaaleihin.

Toiminnallisina menetelminä Hervottomat-ryhmässä käytettiin runon kirjoittamista kysymysten pohjalta, savi- ja käsitöitä sekä piparkakkujen leipomista ja piparkakku-lyhtyjien rakentamista. Projektiivisena materiaalina alkupiireissä käytettiin ryhmäkerän teemaan liittyen muun muassa kangaspaloja ja piparkakkumuottia. Ryhmäläiset

osallistuivat innokkaasti kaikkiin toiminnallisiin menetelmiin. Ensimmäisellä ryhmäkerralla kirjoitetut runot olivat hyvä esimerkki siitä, kuinka yksilö vaikuttaa toimintaan, sillä samojen ohjeiden pohjalta ryhmäläiset kirjoittivat hyvin erilaisia runoja. Kukin runo kertoi jotain kirjoittajastaan, mikä edisti ryhmäläisten ja ohjaajien tutustumista.

Toiminnallisten menetelmien valinnassa täytyi toiminnan analyysin kautta pohtia, pystyykö toiminnon suorittamaan yhdellä kädellä. Ajatus savi- ja käsitöiden kokeilemisesta (kuvio 6) nousi esiin ryhmäläisten alkuhaastatteluiden pohjalta. Savityökerralla tehtiin kynttilän alusia sekä pieniä koristeita. Savea työstettiin levyiksi yksikäsisillä kaulimilla. Saven pintaa koristeltiin muun muassa painamalla siihen kaulimella erilaisia kakkupaperien pitsikuvioita ja ottamalla savesta kuvioita piparkakkumuoteilla.



KUVIO 6. Savityöt

Käsityökerralla kokeiltiin bunka-kirjontaa, harppuneulontaa sekä lankakukkien valmistusta kukantekolaitteella. Bunka-kirjonnassa kirjottiin yhdellä kädellä käytettävällä neulalla pöytään kiinnitettyssä kehyksessä olevalle kankaalle. Ajatus harppuneulonnan kokeilemisestä syntyi alkuhaastattelujen pohjalta. Tällöin jokainen ryhmäläinen kertoi harrastaneensa neulomista ennen leikatun puolen yläraajan toimintakyvyn alenemista. Harppuneulontaa varten rakensimme vanhojen käsityökirjojen ohjeita soveltaen kaksi

erilaista neulontalaitetta (kuvio 7), joista toinen kuitenkin osoittautui käytännössä toimimattomaksi. Toisella puolestaan pystyi hyvin neulomaan, ja yksi ryhmäläisistä kertoikin ryhmän päätyttyä neuloneensa lainassa olevalla neulontalaitteella jo kaksi kaulahuivia sekä teettäneensä itselleen vastaavan neulontalaitteen.



KUVIO 7. Työväline harppuneulontaan sekä kukantekolaite ja lankakukka

Kaikkien toiminnallisten menetelmien kohdalla ryhmäläiset tuottivat käsillään jotain, jonka he jollakin tavalla, esimerkiksi antamalla muiden nähdä tai kuulla sen, jakoivat toisilleen. Tuotosta tärkeämpää kuitenkin oli yhdessä tekeminen vaikeuksista huolimatta, kannustaminen sekä positiivisen palautteen saaminen muilta. Toiminnallisten menetelmien käyttö ryhmässä sopii hyvin biomekaanisen mallin mukaiseen terapiaan, koska mallin mukaan toiminta tukee liikkumiskyvyn tekijöitä ja kehittää päivittäisistä toiminnoista suoriutumista. Saven työstäminen esimerkiksi kehittää lihasvoimaa ja kestävyyttä. Vaikka ryhmäläiset eivät voineetkaan työstää savea leikatun puolen kädellä, vaikuttaa oireettoman käden vahvistaminen myönteisesti ihmisen kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn. Ryhmäläisiä ohjattiin asettamaan leikatun puolen käsi hyvään

asentoon pöydälle työskentelyn ajaksi. Runon kirjoittamisessa osa ryhmäläisistä käytti leikatun puolen kättä paperin paikoillaan pitämiseen.

Toiminnallisten menetelmien käyttö kohdistuu toimintakykyä kuvaavassa ICF-luokituksessa ensisijaisesti suorituksen osa-alueen edistämiseen. Suoriutumista päivittäisistä toiminnoista voidaan myös pyrkiä edistämään muun muassa vaikuttamalla fyysisiin (ruumiin rakenteet) tai psyykkisiin (ruumiin/kehon toiminnot) suoriutumista rajoittaviin tekijöihin. Erityisesti ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa toiminnallisten menetelmien vaikutus kohdistuu myös osallistumisen elementtiin. ICF-luokituksen (ICF 2004, 18 - 19) mukaan yhteen toimintakyvyn osa-alueeseen kohdistuvalla kuntoutuksella saatetaan vaikuttaa myös muihin osa-alueisiin.

10.2 Terapeuttinen harjoittelu

Terapeuttinen harjoittelu on asiakkaan fyysisten ominaisuuksien ja toimintakyvyn aktiivista harjoittamista. Harjoittelun kautta pyritään ehkäisemään ruumiin toimintojen ja rakenteiden vajavaisuuksia, lieventämään suorituksen rajoitteita ja vähentämään osallistumisen esteitä. Terapeuttiset harjoitteet suunnitellaan asiakkaalle yksilöllisesti ja toteutetaan välineen kanssa tai ilman. Harjoittelu voi tapahtua yksin tai ryhmässä. (Mälkiä, Sjögren & Paltamaa 2003, 353.)

Henkilön (esim. fysioterapeutin), joka laatii rintasyöpäpotilaalle tai syövästä toipuneelle henkilölle terapeuttiset harjoitteet, tulee tuntea sairauden patofysiologia ja paranemisprosessi. Tällöin laaditut ohjeet ovat mahdollisimman hyödylliset ja toteuttamiskelpoiset. Koska rintasyöpää on monenlaista ja paraneminen on yksilöllistä, tulee harjoitteiden laatijan huomioida potilaiden yksilölliset erot. Tästä muistuttavat myös kuntoutussäätiössä ja eri syöpäklinikoilla työskentelevät ammattihenkilöt, joilla on kokemusta rintasyöpäpotilaan kuntouttamisesta. (Mattila 2007.)

ICF-luokituksen mukaan kuntouttamisessa tulee ottaa huomioon yksilön voimavarat ja itsestä lähtevä panostus. Pyrittäessä tiettyihin suorituksiin tulee huomioida yksilöön vaikuttavat näkyvät ja näkymättömät tekijät. Näkyviin tekijöihin kuuluvat anatomiset rakenteet (mm. luut, lihakset ja nivelet) sekä fysiologiset tekijät (mm. syke ja hengi-

tys). Näkymättöminä huomioon otettavina tekijöinä ovat psykologiset seikat kuten ajattelu, tunteet, muistot ja kokemukset. (Herrala ym. 2008, 9 - 11.)

Harjoitteiden tarkoituksena on parantaa verenkiertoa koko kehossa, mikä lisää verenkiertoa myös toimintakyvyltään rajoittuneessa yläraajassa. Verenkierron lisääntyminen vilkastuttaa aineenvaihduntaa ja mahdollisesti vähentää turvotusta. Koko elimistön aineenvaihdunta on kaikkien solujen aineenvaihdunnan summa. (Hiltunen 2002, 27.)

Kotiharjoitusohjelmat perustuvat aerobiseen harjoitteluun, jossa lihastyö tehdään hapen avulla, ja elimistö käyttää energialähteinään sekä glukoosia että rasvoja. Tästä johtuen kotiharjoitusohjelmassa toistomäärät ovat kohtalaisen suuria, ja kestävyysharjoitteet olisi hyvä tehdä päivittäin. Aerobisen harjoittelun vaikutuksesta lihasten kyky käyttää happea paranee, jolloin lihas vahvistuu. Aerobisella liikunnalla on todettu olevan vaikutusta myös keuhkojen tilavuuteen, hapenottokyvyn paranemiseen, sydämen toiminnan vahvistumiseen ja myös luissa tapahtuvaan verenkierron vilkastumiseen. (Mts. 32, 36.)

Yhdellä ryhmäkerralla ohjattiin terapeuttisia harjoitteita, joita ryhmän jäsenet voivat tehdä kotona. Myöhemmin laadimme henkilökohtaiset harjoitusohjelmat (liite 6), jotka lähetettiin ryhmän jäsenille postitse maaliskuussa 2009. Harjoitusohjelmassa oli sekä ala-, että yläraajoille kohdistuvia harjoitteita. Harjoitukset kohdistuivat kuitenkin lähinnä yläraajojen harjoittamiseen. Yhdellä ryhmäkerralla käytiin läpi oman asennon arvioimista, ja kotiharjoitteeksi annettiin oman asennon tarkkailu peilistä.

Kotiharjoitteissa oli kaikille ryhmän jäsenille tarkoitettuja harjoitteita sekä henkilökohtaisia harjoitteita. Harjoitteita laatiessa huomioitiin ryhmäläisen ikä antamalla hänen omaan ikätasoon soveltuvia harjoitteita. Harjoitteet on laadittu yläraajan toimintakyvystä riippuen. Kahden ryhmänjäsenen yläraajan toiminta salli harjoittaa yläraajan toimintaa suuremmalla liikeradalla ja tehdä harjoitteita, joiden tarkoitus on kontrolloida lapaluun asentoa. Myös käden ja sormien toimintaa tukevia harjoitteita oli mahdollista ottaa heille mukaan harjoitusohjelmaan. Ryhmäläisiä muistutettiin, että leikatun puolen yläraajaa on liikuteltava ja käsiteltävä varoen, koska olkaniveltä ympäröivät lihakset voivat olla heikentyneet, ja siksi lihasten antama tuki olkanivelelle voi myös olla heikentynyt. Varovaisuudella voi välttää olkanivelen sijoiltaan menon. Ryhmäläisiä muistutettiin myös kuuntelemaan omaa kehoa ja tekemään harjoitteita oman jak-

samisen mukaan. Heille kerrottiin myös, että harjoitteiden tekeminen ei saa lisätä kipua tai epämiellyttäviä tunteita

Asento, ryhti ja kävely

Ihmisen asento on kokonaisuus, johon vaikuttavat hengitys, eleet, ilmeet, liikkeet, ajatukset, mieliala, tunteet sekä vuorovaikutus ympäristön kanssa. Myös ihmisen päivittäiset tavat toimia vaikuttavat asentoon. Kehon asentoa on mahdollista tarkastella sekä liikkeessä että pysähtyneessä tilassa. Tarkasteleminen tapahtuu eri alkuasunnoissa kansainvälisesti käytössä olevien kehon maamerkkien sekä luotisuoran avulla. (Herrala ym. 2008, 90 - 91, 98.) Hyvä asento on dynaamisesta, liikkuvasta ja joustavasta liikkeestä muodostuva kokonaisuus (Ahonen 1992, 14). Liikkuakseen ja säilyttääkseen hyvän asennon ihminen joutuu tekemään töitä painovoimaa ja ulkoisia kuormituksia vastaan (Viikari-Juntura & Takala 2003, 143). Tasapainoisessa ja ryhdikkäässä asennossa niveliin kohdistuu pienin mahdollinen rasitus, ja sen ylläpitämiseen vaaditaan lihaksilta mahdollisimman minimaalinen aktiviteetti. Asentoa ylläpitävien lihasten tulee kuitenkin toimia aktiivisesti. Nivelten asennot ovat yhteydessä toisiinsa: yhden nivelen ylikuormittuminen tai muuttunut asento/toiminta voi aiheuttaa muutoksen myös toiseen niveleeseen. Tämän seurauksena muutos voi näkyä kaikissa kehon nivelissä. (Magee 2002, 873.) Useimmat tuki- ja liikuntaelimestön toiminnot vaikuttavat myös muualle kehon alueisiin (Ahonen 1998, 138).

Kehon asento vaikuttaa ihmisen liikkumiseen, esimerkiksi kävelyyn. Kävelyä olisi hyvä arvioida, jotta saadaan tietoa siitä, vaikuttaako esimerkiksi yläraajan alentunut toimintakyky liikkumiseen ja kävelyyn. Ahonen ja muut (1998, 149) muistuttavat kävelyn arvioinnissa siitä, että kaikkien kävelyn vaiheiden ja osa-alueiden tulisi toistua syklisesti. Siksi kävelyä tulee arvioida sovelletun biomekaniikan näkökulmasta, ja kiinnittää huomiota siihen, millaista on normaaliksi katsottu kävely sekä mitkä ovat yleisimmät virheet. Jos oikea tai vasen puoli on hallitsevampi, tai toisen puolen toimintakyky on alentunut, liikkuminen on usein epäsymmetristä.

Yhdellä ryhmäkerralla ohjattiin ryhmäläisiä kiinnittämään huomiota oman kehon asentoon ja ryhtiin. Harjoittelimme huomion kiinnittämistä ryhtiin mm. kävelyharjoituksella eri asunnoissa. Asentoa neuvottiin tarkkailemaan kotona peilin edessä.

10.3 Liikunta osana kuntoutusta

Useissa tutkimuksissa on todettu, että liikunnalla on positiivinen vaikutus muun muassa rintasyöpähoitoja saavien, sekä jo rintasyövästä parantuneiden elämänlaatuun. Samoin riski kuolla rintasyöpään vähenee huomattavasti. Liikunta lisää henkistä hyvinvointia parantamalla fyysistä kuntoa ja voi näin ehkäistä sairauden uusiutumista. (ks. Baron, Bersch, Egan, Holick, Newcomb, Titus-Ernstoff, Trentham-Dietz, Stampfer & Willett. 2008; Kalda & McKenzie 2003; Pinto & Trunzo 2004) Vuoden 2007 Käypähoitosuosituksen mukaan 50 - 65 -vuotiaat ja tästä vanhemmat, joilla on jokin krooninen sairaus, tarvitsevat aerobista liikuntaa vähintään viitenä päivänä ja lihasvoimaharjoittelua vähintään kahtena päivänä viikossa. Lisäksi tarvitaan liikkuvuutta sekä tasapainoa ylläpitävää ja kehittävää liikuntaa. Liikunta vaikuttaa positiivisesti verenkierto- ja hengityselimistön kuntoon, fyysiseen toimintakykyyn ja uupumukseen. Liikunnan harrastaminen ennen ja jälkeen rintasyöpädiagnoosin saattaa parantaa rintasyöpäpotilaiden ennustetta. Näille ryhmille suositellaan terveys- ja liikunta-alan asiantuntijoiden laatimaa yksilöllistä liikuntasuunnitelmaa, jonka vaikuttavuutta ammattihenkilökunta yhdessä seuraa. (Mälkiä 2002, 6; Käypähoito 2007.)

Liikunta liittyy kaikkiin kuntoutuksen (lääkinnällisen, sosiaalisen, kasvatuksellisen tai ammatillisen kuntoutuksen) alueisiin. Kuntoutuja ei välttämättä ole tietoinen liikunnan merkityksestä kuntoutumismuotona, tai ei ehkä osaa hakea tukea oikeista paikoista. Näin ollen kuntoutuksen ammattilaiselle jää vastuu arvioida, opastaa ja motivoida pitkäaikaissairasta henkilöä hänen mahdollisuuksiensa ja rajoitustensa tiedostamisessa. (Mälkiä 2002, 6.)

Yhdysvaltojen syöpäyhdistyksen tutkimusten mukaan pitkän aikavälin tavoitteina terveellinen ruokavalio, sopivan painon pitäminen ja liikunnallisesti aktiivinen elämäntapa parantaa elämän laatua ja mahdollisesti pidentää eliniänodotetta. Tämä vähentää myös syövän uusiutumisen riskiä. On huomioitava, että ihmisillä, joilla on kerran diagnosoitu syöpä, on kohonnut riski syövän uusiutumiseen, sydän ja verisuonitauteihin, diabetekseen ja osteoporoosiin. Edellä mainittujen sairauksien ehkäisy on tärkeää syövästä parantuneilla. Yhdistyksen teettämän pilottitutkimuksen mukaan ne henkilöt, joille on syövän seurauksena jäänyt häiriö imunestekiertoon, voivat hyötyä liikunnasta. Tutkimuksissa on todettu, ettei liikunnalla ole negatiivisia vaikutuksia imunestekiertoon. Myös Kanadassa on aloitettu tutkimus ylävartalon progressiivisen liikunta-

ohjelman vaikutuksesta turvotukseen rintasyövän hoidossa. Tutkimuksen mukaan liikunnan tulisi olla säännöllistä. (Baron, ym. 2008; Kalda & McKenzie 2003.)

Karvisen (1999) näkemyksen mukaan liikunta on ihmisen kokonaisvaltaisimpia toimintoja. Hän muistuttaa, että sillä on merkittävä vaikutus myös muille kuin fyysiselle toimintakyvyn osa-alueelle. Liikunnan ansiosta esim. psyykkisellä puolella ihmisen mieliala ja vireys paranevat. Rentoutumisesta tulee helpompaa sopivan rasituksen jälkeen ja stressin tunne vähenee. Liikunnan avulla voidaan tukea myös fyysistä minäkuvaa, jolla on suuri merkitys mielenterveydelle. Liikunnalla voidaan vaikuttaa myönteisesti myös aivoihin ja muistitoimintoihin. (Karvinen 1999, 11 - 12.)

Liikunnalla on siis todettu olevan merkitystä rintasyövästä kuntoutumisessa. Myös Yhdysvaltojen kansallisen syöpäinstituutin tutkimuksesta käy ilmi, että liikuntaa harrastaneilla on todettu olevan vähemmän väsymystä, masennusta ja kokonaisvaltaisia mielialan häiriöitä kuin verrokkiryhmällä. (Pinto & Trunzo 2004.)

Hervottomat-ryhmässä käytimme ryhmäliikuntamuotona sulkapalloa ja siihen liittyviä viitepelejä. Sulkapallo oli ryhmäläisille mielekästä, mikä käy myös ilmi saadusta palautteesta. Laji valittiin, koska se sopii yksikätiseen toimimiseen ja kannustaa käyttämään monipuolisesti yläraajan liikeratoja. Ryhmäkerralle oli varattu toiminnoksi myös boccia, mutta aikaa tähän ei sulkapallon lisäksi lopulta jäänyt. Keskustelimme alkupiirissä liikunnan harrastamisesta ja sen merkityksestä ryhmäläisille. Ryhmäläiset kertoivat omista liikunta tottumuksistaan ja miten ne olivat muuttuneet rintasyöpään sairastumisen ja käden toimintakyvyn alentumisen myötä. Keskustelussa kävi ilmi muun muassa, että innokas naisvoimistelun harrastaja oli joutunut luopumaan harrastuksesta, mutta oli löytänyt tilalle muita liikunnallisia harrastuksia. Ryhmäläisten kertomia liikunnallisia harrastuksia olivat kuntosaliharjoittelu, uinti ja kävely.

10.4 Rentoutuminen

Rentoutuminen on elimistön toiminnan rauhoittamista. Rentoutuminen voi kohdistua sekä mieleen että fyysisiin toimintoihin, erikseen tai samanaikaisesti. Sitä voidaan kuvata tajunnan tilojen vaihteluna, joka löytyy kaikista rentoutumisen muodoista ja tekniikoista. Tietoisien huomion siirtyessä lyhyeksikin ajaksi sivuun, syntyy hetki, jossa

rentoutumiselle otolliset prosessit voivat käynnistyä. Eri alueiden yhteisvaikutuksena rentoutuminen voi avata useita mahdollisuuksia kehittää ihmisen inhimillisiä voimavaroja. Tärkein ihmisen sisäinen edellytys rentoutumiselle on oma motivaatio ja rentoutumiseen suhtautuminen. Hyvillä ulkoisilla tekijöillä, sekä oikealla tiedon jakamisella voidaan lisätä motivaatiota. Tiedon jakaminen madaltaa kynnystä kokeilla rentoutumista. Salliva suhtautuminen asiakkaisiin on myös osaltaan nostamassa motivaatiota. (Kataja 2003, 22 - 23, 34 - 35.)

Rentoutumisharjoitukset opettavat rentoutumistekniikoita myös muita elämäntilanteita varten ja koituvat siten arkielämän hyödyksi (Karvinen 1999, 249). Rentoutumisen onnistumiseksi tulee täyttyä riittävä määrä edellytyksiä. Aloittelijalla tämä määrä on huomattavasti suurempi kuin ihmisillä, jotka jo osaavat rentoutumisen taidon. Rentoutumisen hallinta on oppimisprosessi, johon pätee oppimisen periaatteet. Niistä tärkein on harjoittelu - oppiminen tapahtuu pääosin kokemuksen kautta. Rentoutumista ei pysty oppimaan kirjoja lukemalla. (Kataja 2004, 33, 124.)

Ryhmäkerran loppuun sisältyi aina lyhyt rentoutuminen. Rentoutuminen alkoi aina siitä, että ryhmäläiset etsivät itselleen mahdollisimman miellyttävän asennon. Rentoutukset tapahtuivat joko tuoleilla istuen tai patjoilla maaten. Nukkuma-asentoja käsittelevällä kerralla oli mahdollista hyödyntää myös tyynyjä rentouttavan asennon löytämiseksi.

Rentoutumismenetelminä käytimme mielikuva- ja kosketusrentoutusta sekä musiikin kuuntelua. Mielikuvarentoutuksessa ryhmäläisiä ohjattiin rauhallisen puheen avulla rentouttamaan kehoaan. Kosketusrentoutuksia tehtiin useilla eri tavalla. Ohjaajat rentouttivat ryhmäläisiä hieronnalla, sivelemällä pensseleillä tai painelemalla käsillään ryhmäläisten päätä, hartioita ja käsivarsia. Yhdellä kerralla ryhmäläiset tekivät toisilleen rentoutuksen, jossa he kävivät toistensa kehon läpi käsillä painellen. Rentoutusta tehdessä oli mahdollista ottaa leikatun puolen yläraaja mukaan, jolloin tämä toimi terapeuttisena harjoitteena. Musiikkirentoutus toteutettiin useammalla kerralla. Siinä ryhmäläiset asettuivat pöydän ääreen mukavaan asentoon kuuntelemaan rentouttavaa musiikkia.

FYYSISET VAIKUTUKSET	PSYYKKISET VAIKUTUKSET
Jännityksen lievittyminen	Mielihyvän tunne
Lihasten rentoutuminen	Mielialan rauhoittuminen
Hengityksen tasaantuminen	Virkistytminen
Sydämen lyöntitiheyden väheneminen	Keskittyneisyyden tunne
Pallean rentoutuminen	Myönteinen asennoituminen
Verenpaineen lasku	Tasapainoisuuden tunne
Aineenvaihdunnan hidastuminen	Jännittyneisyyden lieveneminen
Lämmöntunteen kokeminen	Keskittymiskyvyn lisääntyminen
Kivun lievittyminen	Itsetuntemuksen lisääntyminen
Hermojen ja lihasten yhteistyön tehostuminen	Voimavarojen lisääntyminen

TAULUKKO 4. Rentoutumisen psyykkiset ja fyysiset vaikutukset (Kataja 2004, 28; Herrala ym. 2008, 171)

10.5 Tietoiskut

10.5.1 Peiliterapia

Yhdellä tapaamiskerralla ryhmäläisille esiteltiin peiliterapiaa. Esittelyn jälkeen ryhmäläiset saivat lyhyesti kokeilla peiliterapiaa käytännössä. Ryhmäkerran päätteeksi jokainen sai mukaansa kirjallisen ohjeen peiliterapia toteuttamisesta itsenäisesti (liite 7).

Peiliterapia on toiminta- ja fysioterapeuttien käyttämä menetelmä (Bauman 2007, 1; Fysioterapia Erikoiskuntoutuksessa 2008), jota käytetään muun muassa CRPS- (Complex Regional Pain Syndrome) -kipupotilaiden (Bauman 2007, 1, 3) sekä aivoinfarkti- ja amputaatioasiakkaiden kuntoutuksessa (Sathia, Greenspan & Wolf 2000). Peiliterapiaa esiteltiin ryhmäläisille, sillä kansainvälisten tutkimusten mukaan peilite-

rapian on todettu muun muassa vähentävän kipua (Bauman 2007, 1). Neuro Orthopaedic Institute Australasian (2008, 1 - 2) artikkelin mukaan McCaben ja muiden vuonna 2003 ja 2004 julkaisemissa tutkimuksissa peiliterapialla on saatu hyviä tuloksia kivun vähentymisestä CRPS-potilailla. Samassa artikkelissa mainitaan myös Rosenin ja Lundborgin (2005) tutkimus, jonka tulosten mukaan peiliterapiasta hyötyvät myös leikkausten jälkeisistä kivuista kärsivät henkilöt. Sathianin ja muiden (2000) mukaan peiliterapiasta on hyötyä myös aivoinfarkti- sekä amputaatiopotilaiden kuntoutuksessa.

Malin (2007) selittää yläraajan kipua aivojen toiminnan kuvaamisen kautta. Aivoissa on laaja alue, joka säätelee käden toimintaa. Alueen häiriintyminen voi aiheuttaa siedättämiä kivun tuntemuksia koko yläraajaan. Kivut voivat johtua myös itse käden tai aivoista käteen kulkevien hermoratojen vaurioitumisesta. Tehokas kädenkäyttö tarvitsee aivokuoresta ison alueen, joka kuitenkin alkaa supistua, mikäli ihminen lakkaa käyttämästä kättään. Yläraajan kuntoutuksessa peiliterapian avulla tätä aivokuoren aluetta aletaan aktivoida uudelleen. (Malin 2007.)

Baumanin (2007) mukaan peiliterapian käyttö perustuu aivojen plastisiteettiin, kykyyn muovautua uudestaan, sekä niin sanottujen peilisolujen olemassaoloon. Peilisolut ovat neuroneita, jotka aktivoituvat tarkoituksenmukaisista liikkeistä. Aivojen peilisolujärjestelmään kuuluu muun muassa liikeaivokuoren alue. Tämän alueen peilisolut aktivoituvat samalla tavalla kun ihminen liikuttaa itse kipeää kättään tai katsoo terveen käden liikettä peilistä. Katsoessa terveen käden toimintaa peilin kautta näköaivokuorelle tulee viesti siitä, että ihminen liikuttaa kipeää kättään kivuttomasti. Peiliterapiassa aktivoidaan ja muokataan aivojen käden käytön alueita edellä mainittujen viestien kautta. Näiden mukaan toimintakyvyltään rajoittunut yläraaja liikkuu hyvin ja kivuttomasti. (Bauman 2007, 1 - 2.)

Peiliterapian toteuttamista varten tarvitaan peili, joka tuetaan pystyasentoon. Kädet asetellaan kummallekin puolelle peiliä. Henkilö asettautuu niin, että pystyy seuraamaan terveen käden liikkeitä peilistä. Harjoittelutilanteen on oltava rauhallinen, sillä peilikuvan seuraaminen tarkkaan ja ajatuksen kanssa vaatii keskittymistä. Harjoitukset voidaan tehdä molemmilla käsillä yhtä aikaa mahdollisimman symmetrisesti, niin hyvin kuin henkilö toimintakyvyltään rajoittuneella yläraajallaan pystyy. Toinen vaihtoehto on toteuttaa harjoitukset vain terveellä kädellä, toisen käden levätessä peilin

takana hyvässä asennossa. Harjoitusten tulee olla monipuolisia, esimerkiksi erilaisia järjestely- ja lajittelutehtäviä. Harjoitukset eivät saa aiheuttaa kipua. Peiliterapiaa tulisi tehdä kolmesta viiteen kertaa päivässä, vähintään 15 minuutin ajan kerrallaan. Satunnainen peiliterapian kokeilu ei hyödytä kivun lievittämisessä. Ihmisen oma motivaatio peiliterapian toteuttamiseen on tärkeää. (Bauman 2007, 3 - 5.)

10.5.2 Apuvälineet

Biomekaanisen mallin mukaisen terapian tavoitteena on parantaa ihmisen liikkumiskyky sellaiselle tasolla, että hän pystyy suoriutumaan päivittäisistä toiminnoistaan. Toimintakyvyn rajoitteita voidaan kompensoida muun muassa käyttämällä tarkoituksenmukaisia apuvälineitä. (Kielhofner 2004, 80.) Apuvälinepalvelunimikkeistön (2004) mukaan apuväline on väline, laite tai vastaava, joka edistää tai ylläpitää henkilön toimintakykyä ja osallistumista silloin, kun se on vamman, sairauden tai ikääntymisen vuoksi heikentynyt. (Stakes, 2009) Myös ICF- luokituksessa huomioidaan toimintakyvyn rajoitteiden kompensointi apuvälineiden avulla. ICF- luokituksessa voidaan tarkastella esimerkiksi suoriutumista tai osallistumista ilman apuvälinettä tai sen kanssa. (ICF 2004, 208 - 210.)

Hervottomat- ryhmässä apuvälineisiin tutustuttiin osittain toimintojen lomassa, esimerkiksi savitöitä että piparkakkuja tehdessä ryhmäläisillä oli käytössään kaulin, jota voi käyttää yksikäsitsesti. Ryhmäkerralla, jonka teemana olivat apuvälineet, katsottiin tietokoneelta apuvälinekuvastoista koottu PowerPoint- esitys arkipäivän toimintoja tukevista apuvälineistä. Tämän lisäksi ryhmäläiset saivat tutustua apuvälinekuvastoihin sekä terveyskeskuksesta lainattuihin yksikäsitseeseen toimintaan tarkoitettuihin pienapuvälineisiin. Apuvälineiden esittelyn myötä selvisi, että useimmat apuvälineet olivat ryhmäläisille jo ennestään tuttuja. Etenkin ruuanlaiton pienapuvälineet olivat heille tuttuja, ja monilla olikin niitä kotonaan. Apuväline- kerrasta olisi todennäköisesti ollut suurempi hyöty asiakkaille, joiden yläraajan toimintakyky olisi vasta alkanut alenemaan, tai jotka eivät olisi jo aktiivisesti itse tutustuneet erilaisiin apuvälineisiin. Tällä ryhmäkerralla heräsi kuitenkin hyödyllistä keskustelua toimintojen vaihtoehtoisista suoritustavoista, kun ryhmäläiset kertoivat toisilleen toimiviksi kokemiaan keinoja.

10.5.4 Nukkuma-asennot

Unella tiedetään olevan sekä fyysistä että psyykkistä toimintakykyä palauttava ja elvyttävä vaikutus. Jotta unen laatu ja riittävä määrä mahdollistuvat, on hyvä kiinnittää huomiota nukkuma-asentoon. Hyvässä ja rentouttavassa makuuasennossa tukipinta on koko kehon laajuinen ihmisen antautuessa koko painollaan alustan varaan. Tässä avoimessa asennossa, jossa vaaditaan mahdollisimman vähän tasapainoa, olo on luotavainen, ja ihminen lakkaa kannattelemaasta omaa painoaan. (Herrala ym. 2008, 93.)

Ryhmäläisiä opastettiin hyvän nukkuma-asennon löytämiseen hyödyntäen aivoverenkiertohäiriö-kuntoutuksen asentohoito-ohjeita. Apuvälineenä hyvän asennon löytymiseen käytettiin runsaasti tavallisia tyynyjä. Ryhmäläisiä ohjeistettiin myös kiilamaisien asentohoitotyynyjen hankintaan.

11 TULOKSET

11. 1 Loppupalautteen analysointi

Viimeisellä ryhmäkerralla ryhmään osallistuvat vastasivat palautekyselyyn. Kyselyn vastaukset analysoitiin laadullisen analyysin teemoittelun keinoin, eli aineistosta pyrittiin löytämään esiin nousevia teemoja. Analyysin tulosta tukee ryhmäkerroilla tehdyt havainnot.

Kaksi ryhmäläistä, jotka eivät olleet viimeisellä kerralla paikalla, vastasivat kyselyyn myöhemmin ryhmän päättymisen jälkeen. Palautelomake (liite 4) annettiin täytettäväksi siten, että ryhmänohjaaja oli välittömässä läheisyydessä vastaamassa palautelomakkeesta mahdollisesti nouseviin kysymyksiin tai epäselvyyksiin.

Palautelomakkeista saadut vastaukset koottiin siten, että saman kysymyksen alle saatiin kaikkien vastaukset (A-D). Tämän jälkeen vastauksia analysoitiin teemoittelun keinoin. Eskolan ja Suorannan (1998, 226) mukaan aineistosta tulisi osoittaa tutkimusongelmaa valaisevia teemoja. Sitaattien kokoaminen ei itsessään vielä ole teemoit-

telua, vaan niiden kautta voidaan löytää aineistosta uusia merkityksiä ja ne voivat toimia aineistoa kuvaavana esimerkkinä (mts. 176).

Analyysin tarkoituksena oli selvittää ryhmäläisten kokemuksia pilottiryhmästä ja löytää parannusehdotuksia vastaavaa ryhmätoimintaa kuvaavaa mallia varten. Analyysin tuloksena ryhmäläisten kokemuksina Hervottomat -ryhmästä voidaan nostaa neljä teemaa: liikunnallisten harjoitteiden merkityksellisyys, odotusten täyttyminen, vertais-tuen merkityksellisyys sekä positiiviset tai neutraalit fyysiset tuntemukset. Nämä neljä teemaa yhdessä muodostavat viidennen, ns. yläkäsitteeksi nousseen teeman *voimaantumisen*.

Teemoittelu on pyritty tekemään ryhmäläisten antaman loppupalautteen perusteella. Myös ryhmässä tehdyt havainnot vaikuttavat analyysin lopputulokseen, ja ne pääsääntöisesti vahvistavat kirjoitetusta palautteesta nousevia teemoja. Havaintojen käyttäminen ei kuitenkaan vaikuta analyysin luotettavuuteen negatiivisesti. Analyysin tarkoitus on selvittää kokonaisvaltaisesti ryhmään osallistuneiden kokemuksia ryhmästä, eikä paneutua erityisesti loppupalautteeseen.

Seuraavassa esitetään loppupalautteesta nousseet teemat:

Liikunnalliset harjoitteet

Ryhmäpalautteesta nousee selkeästi esille liikunnallisten harjoitteiden mielekkyys ryhmäläisille. Erityisesti sulkapallo oli ollut merkityksellistä ja tarkoituksenmukaista, mutta myös jumppa ja venyttely sekä nukkuma-asentojen harjoittelu olivat olleet hyvin mielekkäitä. Esimerkiksi yksi ryhmäläisistä osti ryhmäkerran jälkeen omat sulkapallomailat, ja muutkin ryhmäkerralle osallistuneet ryhmäläiset mainitsivat palautteessa aikovansa pelata sulkapalloa myös tulevaisuudessa. Nukkuma-asentoja kaikki ryhmäläiset ovat hyödyntäneet arjessaan, ja ryhmäpalautteissa he mainitsevat edelleen harjoittelevansa hyvän nukkuma-asennon löytymistä.

”Kiva todeta, että sulkapallon pelaaminenkin ’onnistui’.”

”Sulkapalloa olisi mukava jatkossakin pelata.”

”Sivuttain nukkuessa laitan selän taakse tyynyjä ja nojaan niihin >> painetta pois käsistä.”

”Parasta olivat juuri tämän (venytys- ja jumppa) kerran ohjeet.”

Odotusten täyttyminen

Alkuhaastatteluissa ryhmäläiset mainitsivat odottavansa tietoa apuvälineistä ja yksi mainitsi haluavansa päivitetyn kuntosaliohjelman. Lisäksi ryhmäläiset odottivat tutkimuksesta lisää tietoa rintasyöpään sairastuneiden jälkioireista sekä tietoa aiheeseen liittyen. Sekä ryhmässä tehtyjen havaintojen että kirjallisen loppupalautteen perusteella voidaan todeta ryhmäläisten olleen tyytyväisiä ryhmään. Osa ryhmäläisistä sanoi odotusten jopa ylittyneen, osaksi toki sen takia, että heillä ei ollut valtavia odotuksia ryhmän suhteen. Toisaalta osa odotuksista kohdistuu myös opinnäytetyön kirjalliseen osuuteen, joten siihen liittyvien odotusten täyttymistä ei voida tässä raportissa mitata.

”Yli odotusten.”

”OK.”

”Kaikenlaista askartelua olisi tietenkin voinut olla: saippuan tekoa/ kynttilöiden valantaa; jumppaa, jos aikaa olisi ollut.”

”Oli tosi virikistävä olla nuorten kanssa tekemisissä. He ’käsittelivät’ meitä kuin prinsessoja.”

”Ei ollut ennakko-odotuksia.”

”Apuvälineet, peiliterapia, sulkapallo, nukkuma-asennot, venyttely, jumppa (olivat minulle mieluisimpia toimintoja) → 1) kiinnostus asioihin, millä voisi selviytyä, 2) liikunta hyödyttää. Uudet vinkit tervetulleita.”

Vertaistuen kokeminen

Hervottomat-ryhmä oli kokoontunut jo muutaman vuoden ajan ennen opinnäytetyöryhmän perustamista. Aikaisemmat tapaamiset olivat pääasiassa keskustelupohjaisia, ja siten toiminnallinen ryhmä tarjosi osallistujille mahdollisuuden löytää vertaistuesta uusia tasoja. Aikaisemmissa tapaamisissa he ovat keskustelleet kotitöistä ja keksimistään apukeinoista ja -välineistä sekä nähneet toistensa fyysistä suoriutumista esimerkiksi takkia ja hanskoja pukiessa. Kuitenkin toiminnallisessa ryhmässä tämänkaltaisen vamman hankaluudet sekä ihmisten voimavarat korostuvat entisestään. Esimerkiksi huomio siitä, että toisetkin joutuvat toimimaan hitaasti tai että turhautuminen on sallittua, antoi ryhmäläisille voimia omassa arjessa pärjäämiseen.

”Nähdä näiden toisten sitkeästi ja iloisesti tekevän hommia.”

”Kyllä (olen saanut tukea arkeeni) - enemmän kuin odotin.”

”Yhdessä unohtaa ’vaivat’.”

Toisaalta ryhmäläiset kokivat, että koska ryhmäläiset olivat kokoontuneet jo aikaisemminkin, ei vertaistuen merkitys korostunut toiminnallisuuden myötä.

”Hervottomat tuttuja ennestään.”

Fyysiset tuntemukset

Ryhmäläiset kokivat, että ryhmässä käymisen seurauksena kipukädessä tai muualla kehossa koetut fyysiset tuntemukset eivät ole muuttuneet. Osa ryhmäläisistä koki, että erityisesti liikunnallisten tapaamisten (sulkapallo, jumppa) jälkeen veri on kiertänyt kehossa paremmin, ja siten kipua ja turvotusta on ollut vähemmän. Toisaalta yksi ryhmäläinen mainitsi, että on kokenut väsymystä joka kerta ryhmän jälkeen. Rentoutusharjoitukset koettiin ristiriitaisesti. Osa osallistujista oli sitä mieltä, että ryhmäkerroilla toteutetut rentoutusharjoitukset olivat ihania. Yksi ryhmäläisistä kertoi, että rentoutusharjoitusten merkitys ei oikein auennut hänelle. Hierontaa sisältävistä rentouksista nauttivat kaikki.

”Huonot tuntemukset eivät ole ainakaan lisääntyneet.”

11.2 Teemoittelun johtopäätös

Ryhmältä saadun palautteen ns. kaiken kokoavaksi teemaksi nousee ryhmäläisissä ja heidän palautteessaan selkeästi näkyvä voimaantuminen. Siitosen (1999, 156, 145) mukaan voimaantuminen on ihmisestä itsestään lähtevä prosessi, jota jäsentävät päämäärät, kykyuskomukset, kontekstiuskomukset ja emootiot sekä näiden keskinäiset merkityssuhteet. Myös ilmapiirin turvallisuus, avoimuus, ennakkoluulottomuus, rohkaistaminen ja tukeminen näyttävät olevan läheisessä yhteydessä voimaantumiseen. Siitosen luoman voimaantumisteorian 4. premissin mukaan voimaantuminen on yhteydessä ihmisen hyvinvointiin. (Siitonen 1999, 162.)

Ryhmäläiset olivat jo valmiiksi hyvin aktiivisia, eikä kukaan heistä ainakaan meidän kuultemme voivotellut omaa tilannettaan. Heidän suhtautumistaan omaan vammaansa kuvastaa hyvin yhden ryhmäläisen toteamus: ”*tämäkin voi kuulua hyvään elämään*”.

Vaikka ryhmäläisillä olikin jo valmiiksi positiivinen asenne elämään, saattoi ryhmän edetessä huomata ryhmäläisten oman fyysisen pystyvyyden vahvistumista. Se näkyi esimerkiksi siten, että ryhmäläiset uskalsivat kokeilla toimintoja, joita he eivät normaalisti olisi uskoneet pystyvänsä tekemään. Samoin ryhmäläiset uskoivat kokeilevansa ryhmässä saadun motivaation voimin muun muassa muitakin käsitöitä ja liikuntamuotoja. Eräs ryhmäläisistä otti käsityö-kerralla esitellyn harppuneulontakoneen kotiinsa lainaksi, ja myöhemmin hän kertoi tehneensä sillä kokonaisen kaulaliinan. Myös se ryhmässä tehty oivallus, että muutkin pystyvät toimimaan vaivastaan huolimatta, oli hyvin merkityksellinen.

”Jotenkin sitä tarttui (toisilta ryhmäläisiltä) jotain sellaista ’tyttömäistä’; halu oppia uutta.”

” (Ryhmä vaikuttanut vointiini) mielialaa kohottavasti.”

Lisäksi ryhmässä käynti on vaikuttanut Hervottomat-ryhmän jatkosuunnitelmiin.

Ryhmän loppumisen aikaan ryhmäläiset ainakin toivoivat, että jatkossa heidän tapamisensa ovat aikaisempaa toiminnallisia. Haasteiksi tälle toiminnallisuudelle he kokivat kuitenkin tarvittavat tilat (esimerkiksi liikunnallisiin tapaamiskertoihin).

”Luulisin - siitä varmaan keskustellaan jatkossa.”

”Toivottavasti, jos löytyy sopiva paikka.”

”Arvelisin että jatkaa.. ehkäpä käynti Peurungassa (sulkapallo, uinti?); pelaamista, esim. Rummikub -peli tai joku uusi peli...”

”Saattaa olla. Suunnitellaan seuraavalla tapaamisella 2/09.”

11.3 Tutkimuskysymyksiin vastaaminen

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli selvittää **miten ryhmässä käytetyt menetelmät tukevat arjessa selviytymistä**. Tutkimuksen tuloksissa tuli ilmi, että ryhmään osallistuneet henkilöt ovat saaneet uutta sisältöä arkeensa. Tämä voidaan nähdä muun muassa ryhmäläisten lisääntyneenä innostuksena liikunnallisiin harrastuksiin, leivontaan ja käsitöihin. Ennen ryhmän alkua tuli ilmi, että muutamalla ryhmäläisellä oli toimintakyvyn ongelmien myötä neulomisharrastus jäänyt kokonaan. Ryhmän jälkeen yksi ryhmäläisistä kuitenkin kertoi tehneensä ryhmässä oppimallaan harppuneulonnalla kaulaliinan ja aikovansa jatkaa uuden työväliseen avulla vanhaa harrastustaan.

Ryhmän aikana ryhmäläisiä ohjattiin huomioimaan vartalon asentoja ja erityisesti leikatun puolen yläraajaa. Toimintoa suoritettaessa terveellä kädellä toimintakyvyltään heikompi käsi jää helposti huomiotta. Esimerkiksi pöydän ääressä toimiessa tulisi molemmat kädet nostaa pöydälle, jolloin muun muassa olkanivel ei rasitu yhtä paljoa, kuin käden roikkuessa vapaasti. Loppupalautteessa kävi ilmi, että naiset oppivat ryhmän aikana huomioimaan asentojaan paremmin, mikä tukee kokonaisvaltaista hyvinvointia.

Johtopäätös I

Ryhmään osallistuneet henkilöt saivat ryhmästä uutta sisältöä arkeensa.

Toisen tutkimuskysymyksen tarkoitus oli **selvittää ryhmän vaikutuksia jaksamiseen sekä koettuun vertaistukeen**. Tutkimustulokseksi saatiin, että ryhmäläiset kokivat voimaantumisen tunteita. Tästä voidaan päätellä, että ryhmällä on ollut vaikutuksia heidän kokonaisvaltaiseen jaksamiseensa. Samoin vertaistuen merkitys nousi ryhmäläisten palautteesta selkeästi esille. Ryhmäläisillä oli jo ennen opinnäytetyötä olleiden kokoontumisten kautta keskinäinen vertaistuki, mutta toiminnallinen ryhmä nosti sen uudelle tasolle. Toisten toiminnan näkeminen on eri asia kuin siitä puhuminen. Ryhmän edetessä ryhmäläiset saattoivat nähdä, miten toiset toimivat hankalilta tuntuissa asioissa. Yhdessä samojen ongelmien kohtaaminen sekä turhautumisen jakaminen on vertaistukea parhaimmillaan.

Osa ryhmäläisistä kertoi kokeneensa väsymystä ryhmäkertojen jälkeen. Kokonaisuudessaan päivittäinen vireystaso ei kuitenkaan laskenut, vaikka hetkellisesti kiputunteukset tai väsymys saattoivat nousta. Muun muassa nukkuma-asentoja ryhmäläiset harjoittelivat vielä ryhmän päätyttyäkin. Paremman nukkuma-asennon löydyttyä päivittäinen vireys todennäköisesti kasvaa, ja siten nukkuma-asentojen oppiminen saattaa nousta merkitykselliseksi elämänlaadun paranemisessa. Ryhmän päätyttyä merkittävästä nukkumisen laadun paranemisesta ei kuitenkaan ollut kokemuksia.

Samoin peiliterapian oppiminen ja siitä innostuminen voi tukea ryhmäläisten toimintakykyä arjessa vähentäen yläraajassa olevia kiputunteuksia. Säännöllisesti toteutettuna peiliterapia voi vähentää kipua. Toisaalta tiedetään myös, että kaikki kivuista kärsivät peiliterapiaa kokeilleet henkilöt eivät hyödy siitä, ja saavutettu hyöty on todennäköisimmin suurimmillaan kuntoutuksen alkuvaiheessa.

Johtopäätös II

Ryhmätoiminta vaikutti ryhmäläisten kokonaisvaltaiseen jaksamiseen positiivisesti ja lisäsi ryhmäläisten kokemaa vertaistukea.

Seuraavassa luvussa esitellään pilottiryhmästä saatujen tulosten ja kokemusten pohjalta suunniteltu malli ryhmätoiminnasta rintasyövän sairastaneille naisille, joilla leikatun puolen toimintakyky on alentunut.

12 MALLI TOIMINNALLISESTA RYHMÄSTÄ

Opinnäytetyön kolmannen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli teoretiedon, tulosten ja kokemusten pohjalta suunnitella malli kuntouttavasta ryhmätoiminnasta rintasyövän sairastaneille naisille, joiden leikatun puolen yläraajan toimintakyky on alentunut. Naisten oirekuva voi jonkin verran vaihdella, mutta yhteisenä tekijänä ryhmäläisillä on yläraajan ja käden alentunut toimintakyky. Tässä luvussa esiteltävän mallin tarkoituksena on esimerkkiryhmän avulla antaa ideoita sekä helpottaa ryhmätoiminnan suunnittelua ja järjestämistä edellä mainitulle asiakasryhmälle.

12.1 Ryhmätoiminnan tavoitteet

Mallin mukaisen ryhmätoiminnan tavoitteena on edistää ja ylläpitää ryhmäläisten toimintakykyä, erityisesti arjessa selviytymistä ja jaksamista. Lisäksi tavoitteena on edistää ryhmäläisten välistä vertaistukea, joka kehittyy kokemusten ja tunteiden jakamisen kautta. Vertaistuen tarjoaman psykososiaalisen, tiedollisen ja käytännöllisen tuen on todettu edistävän ryhmäläisten kokemaan terveyttä ja elämänlaatua. (Till 2003.) Ryhmätoiminnan avulla pyritään vahvistamaan ryhmäläisten arjessa selviytymistä sekä jaksamista myös ryhmätoiminnan päättymisen jälkeen, esimerkiksi apuvälineisiin liittyvää tietoa lisäämällä, erilaisiin harrastusmahdollisuuksiin tutustumalla tai itsenäisesti toteutettavia kuntoutusmenetelmiä esittelemällä.

12.2 Alkujärjestelyt

Esimerkkiryhmämme on suunniteltu siten, että ryhmän ohjaajina toimivat fysio- ja toimintaterapeutti. Mikäli ryhmän ohjaajilla ei ole mallissa esiteltäviin menetelmiin tarvittavaa osaamista, tulisi ryhmätoiminnan suunnitelmaa tehdessä harkita, mihin ohjaajien ammattitaito ja osaaminen riittävät. Tässä ryhmäsuunnitelmassa viitekehyksinä ovat ammattialoille yhteisen kielen tarjoava ICF-luokitus sekä biomekaaninen malli.

Ennen ryhmää päätetään missä, milloin, kuinka usein ja kuinka monta kertaa ryhmä kokoontuu. Ryhmässä käytettävät menetelmät suunnitellaan alustavasti ja niitä varten varataan tarvittavat tilat sekä välineet. Ennalta sovitun jakson keston etuna Finlay näkee sen, että ryhmäläiset saavat tällöin parhaimman hyödyn irti käytetystä ajasta. (Finlay 1997, 131.)

Ennen ryhmän alkua ohjaajat pitävät alkuhaastattelut tuleville ryhmäläisille. Haastattelujen pohjalta ryhmän rakenne voidaan asiakaslähtöisesti suunnitella vastaamaan ryhmäläisten toiveita ja tarpeita. Haastattelussa selvitetään ainakin tulevan ryhmäläisen toimintakyky ja terveydentila. Turvallisuuden vuoksi ohjaajien tulee tietää ryhmään osallistuvien sairaudet ja lääkitykset. Lisäksi nykyisiä ja vanhoja harrastuksia kysellen voidaan saada hyviä ideoita merkityksellisten toimintojen valintaan.

Haastattelun tarkoitus on myös tutustuttaa ryhmäläinen ohjaajaan, jolloin ryhmän alussa osallistujalla on ainakin yksi tuttu henkilö. Haastattelun aikana ryhmäläinen saa informaatiota tulevasta ryhmästä, ja hänellä on mahdollisuus kysyä mieltään askarruttavia asioita. Samalla ohjaaja pystyy korjaamaan tulevan ryhmäläisen odotuksia, mikäli ne ovat epärealistisia. (Finlay 1997, 137.)

Alkuhaastattelun yhteydessä tulisi testata ryhmäläisten toimintakykyä erilaisilla mittareilla ja arviointimenetelmillä. Mittausten tulisi olla toistettavissa. Biomekaanisen mallin mukaisesti mitataan ryhmäläisten yläraajojen nivelten liikelaajuuksia goniometrillä ja lihasvoimaa esimerkiksi Jamar-puristusvoimamittarilla. Yläraajan toiminnallisuutta ja hienomotoriikkaa voidaan testata esimerkiksi Box & Block-testillä tai hienomotorista toimintaa havainnoimalla. Kipua puolestaan voidaan arvioida VAS-kipujanalla ja turvotuksen määrää mittanauhalla mittaamalla. Kokonaisvaltaisempaan toiminnallisen suoriutumisen arviointiin voidaan käyttää esimerkiksi COPM-arviointimenetelmää (Canadian Occupational Performance Measure), jonka avulla tunnistee-

taan asiakkaan haasteellisiksi kokemia päivittäisiä toimintoja sekä selvitetään asiakkaan tyytyväisyyttä omaan toiminnalliseen suoriutumiseensa (Baptiste, Carswell, Law, McColl, Polatajko & Pollock 2005, 1 - 3). Arviointien avulla voidaan esimerkiksi suunnitella ryhmäläisille yksilöllinen terapeuttinen harjoitusohjelma. Ryhmäjakson lopussa suoritettavassa loppuarvioinnissa samoja toimintakyvyn tekijöitä arvioidaan uudelleen.

12.3 Ryhmän muodostaminen

Oman kokemuksemme mukaan suljettu ryhmä, jossa osallistujat eivät vaihdu ryhmän edetessä, toimi hyvin tälle asiakasryhmälle ja edisti vertaistukea. Jossain tilanteessa voi kuitenkin olla perusteltua ottaa ryhmään uusia osallistujia, mikäli heitä ilmaantuu ryhmän alkamisen jälkeen, eikä ryhmän dynamiikka kärsi tästä muutoksesta.

Finlayn (1997, 125) mukaan tehtäväkeskeisessä ryhmässä, jossa ryhmäläiset vaativat yksilöllistä huomiota tai ohjausta, neljästä kuuteen osallistujaa on yleensä ideaalinen koko. Ryhmän koko puolestaan määrää sen, kuinka monta vetäjää ryhmä vaatii. Mikäli osallistujia on alle viisi, kaksi ohjaajaa riittänee. Ryhmän koon kasvaessa tulisi ohjaajien määrää lisätä, jotta yksilöllinen ohjaus on tarvittaessa mahdollista.

12.4 Ryhmäjakson rakenne

Opinnäytetyön ryhmästä saadun kokemuksen pohjalta ryhmäkertojen määräksi suositellaan kymmenestä kahteentoista ryhmäkertaa. Kokoontumiset tulisi järjestää kahden viikon välein. Näin ollen ryhmän kesto on hieman alle puoli vuotta. Viikoittain tapahtuvat ryhmätapaamiset saattavat tuntua liian tiiviiltä ja rasittaa varsinkin pitemmän matkan päästä matkustavia ryhmäläisiä. Toisaalta kuukauden tauko ryhmäkertojen välillä voisi vähentää ryhmän terapeuttisuutta.

Ensimmäisen ryhmäkerran teemana on ryhmäytyminen sekä ryhmäläisten tutustuminen toisiinsa ja ohjaajiin. Keskustelun kautta tapahtuvan tutustumisen lisäksi on hyvä käyttää myös toimintaa. Opinnäytetyön ryhmässä istutettiin ensimmäisellä kerralla

kukkasipuli, jonka kasvun seuraaminen oli osa ryhmän elinkaarta. Ryhmän päättyessä ryhmäläiset saivat kukan mukaansa yhtenä muistona ryhmästä.

Ensimmäisellä ryhmäkerralla voidaan tehdä jotakin, joka sitoo ryhmäläisiä alkaneeseen ryhmään. Esimerkiksi ryhmän nimen päättämisen jälkeen voidaan maalata ja askarrella ryhmän nimen innoittamana yhteinen taulu. Jokainen ryhmäläinen tekee oman osansa tuoden itsestään jotain ryhmäkokonaisuuteen. Yhdessä suoritettu toiminta tukee myös ryhmäytymistä.

Toisella ryhmäkerralla voidaan käyttää enemmän aikaa menetelmien käyttöön, tukien kuitenkin edelleen alkanutta ryhmäytymistä. Toimintana voidaan käyttää yhdessä suoritettavia menetelmiä, kuten sulkapallon pelaaminen.

Seuraavilla ryhmäkerroilla voidaan vaihdellen käyttää terapeutista toimintaa ja harjoitteita tai keskittyä enemmän vertaistukeen sekä vaikeiden asioiden käsittelyyn. Myös tietoisuutta esimerkiksi apuvälineistä, nukkuma-asennoista ja terapeutin harjoittelun merkityksestä on hyvä sisällyttää ryhmäsuunnitelmaan, ryhmäläisten tarpeiden ja toiveiden mukaan. Fysioterapeutin suunnittelemat harjoitusohjeet voidaan antaa ryhmäläisille osana ryhmää.

Ryhmäläisiä aletaan valmistella ryhmän päättymiseen muutamaa kertaa ennen viimeistä tapaamista. Aluksi riittää jäljellä olevien ryhmäkertojen lukumäärän mainitseminen. Kolmella viimeisellä kerralla ryhmäläisten ajatuksia suunnataan tulevaisuuteen: voisiko ryhmä kokoontua jatkossa itsenäisesti? Siirtyvätkö ryhmässä opitut asiat osaksi arkipäivää? Mitä voimavaroja he saavat ryhmästä mukaansa? Kuinka mahdollinen yhteydenpito ryhmäläisten kesken toteutuu ryhmän päättymisen jälkeen?

Viimeisellä ryhmäkerralla ryhmäläisillä tulee olla riittävästi aikaa antaa palautetta ryhmästä ja keskustella ryhmään liittyvistä tunteista. Palautteen anto voi olla joko suullista tai kirjallista, riippuen ryhmässä vallitsevasta ilmapiiristä ja avoimuudesta sekä palautteen tarkoituksesta. Mikäli ryhmän aikana on tehty esimerkiksi savitöitä, saavat ryhmäläiset viimeistään viimeisellä kerralla tuotoksensa mukanaan kotiin.

Käytettyjen alkumittausten mukaiset loppumittaukset voidaan suorittaa ryhmän päättymisen jälkeen tai osana ryhmän viimeisiä tapaamiskertoja. Arviointien tuloksia vertaamalla voidaan tarkastella ryhmän vaikuttavuutta yksilön toimintakykyyn, arjessa

selviytymiseen sekä jaksamiseen. Ryhmän ohjaajat keskustelevat yhdessä osallistujien kanssa ryhmän mahdollisista vaikutuksista mitattuihin asioihin. Myös tavoitteiden täyttymistä tai täyttymättä jäämistä käydään yhdessä läpi.

12.5 Ryhmäkerran rakenne

Opinnäytetyön ryhmässä ryhmäkerran kesto oli 1,5 tuntia. Monesti aika tuntui kuitenkin loppuvan kesken. Tästä syystä uutta ryhmää varten ryhmäkerran kestoksi suositellaan kahta tuntia. Tällöin ryhmän alku- ja loppupiireille sekä keskustelulle ja asioiden käsittelylle jää enemmän aikaa. Ryhmän kokoontumisaikaa päätettäessä tulee huomioida ryhmäläisten päivärytmi (Finlay 1997, 129), mistä johtuen alkuiltapäivä on hyvä vaihtoehto. Liian aikaisin aamulla oleva ryhmä on ryhmäläisille haasteellinen, sillä aamuruutiinit ja herääminen saattavat viedä suuren osan aamupäivästä. Myös matkustamiselle tulee varata riittävästi aikaa. Toisaalta illalla kokoontuva ryhmä saattaa tuntua ryhmäläisistä liian raskaalta, sillä väsymys ja kiputunteukset lisääntyvät usein iltaa kohti.

Ryhmäkerta muodostuu kolmesta osasta: alkupiiri, toiminta ja loppupiiri. Toimintaosio voi sisältää erilaisia toimintoja ja harjoitteita. Niiden tulisi olla esimerkiksi samaa teemaa, jolloin toiminta muodostuu selkeän aiheen ympärille (Finlay 1997, 105). Toimintaosio sisältää toimintojen ja harjoitteiden lisäksi myös niiden purkamisen ja käsittelyn. Tällöin voidaan esimerkiksi keskustellen käydä läpi sitä, miltä toiminta tai harjoite tuntui, kuinka se onnistui ja minkälaisia ajatuksia se herätti.

Alkupiirin tarkoitus on valmistella ryhmäläisiä tulevaan ryhmäkertaan ja sen teemaan. Puheenvuoroa voidaan ilmaista esimerkiksi jollakin ryhmäkerran teemaan liittyvällä esineellä, kuten piirissä kiertävällä kynttilällä tai kivellä. Alkupiirissä keskustelun tukena voidaan käyttää projektiivista materiaalia tai toimintaa. Keskustelun aiheet vaihtelevat ryhmäläisten tarpeiden ja ryhmäkerran teeman mukaan. Aiheina voivat olla muun muassa odotukset ryhmäkertaa kohtaan, kuluneen viikon kohokohta, arjen haasteet tai muut kokemukset. Alkupiirin alussa voi ilmoittaa ryhmälle, kauanko aloitusta varten on varattu aikaa, jolloin ryhmäläiset voivat mitoittaa helpommin oman puheenvuoronsa käytettävissä olevaan aikaan. Opinnäytetyön ryhmässämme huo-

masimme alkupiiriin kuluvaan aikaan kysymyksen asettelusta, ryhmäkerran teemasta ja toiminnoista riippuen 15 - 30 minuuttia.

Ryhmäkerran päättämiseksi tulee myös varata riittävästi aikaa. Ryhmäkerran päättyessä on hyvä, että jokainen ryhmäläinen saa muutamalla sanalla kommentoida tehtyjä toimintoja, harjoitteita sekä sen hetkisiä (fyysisiä ja psyykkisiä) tuntemuksiaan. Lopetus voi sisältää rentoutushetken, jossa voidaan esimerkiksi ryhmäläisten ja avustajien määräästä riippuen toteuttaa hierontaa pallolla tai hiljentyä kuuntelemaan rauhoittavaa musiikkia.

Ensimmäisestä kerrasta alkaen tutuksi tulleen rakenteen ja rutiinin noudattaminen luo turvallisuuden tunnetta. Kun ryhmäläinen tietää missä järjestyksessä asiat tapahtuvat, on hänen helpompi suhteuttaa omaa toimintaansa kokonaisuuteen. Mikäli ryhmäkerran rakenne poikkeaa tutuksi tulleesta rakenteesta, tulisi tästä informoida osallistujia heti ryhmäkerran alusta alkaen, jolloin turvallisuudentunne säilyy.

12.6 Käytettävät menetelmät

Mikäli ryhmän sisältöä ei suhteuteta ryhmäläisten toimintakykyyn ja tarpeisiin, tulee ryhmästä terapeutin ryhmän sijaan aktiviteettiryhmä. Ollakseen terapeutin, ryhmätoimintojen tulee olla valittu siten, että ne ovat merkityksellisiä ja tarkoituksenmukaisia ryhmäläisille. (Finlay 1997, 90.) Biomekaanisen mallin teorian mukaan merkityksellisyys on suorassa yhteydessä motivaation. Motivaatio lisää toimintaan keskittymistä ja yrittämisen määrää, sekä vähentää väsymystä ja liikkeen suorittamiseen liittyviä pelkoja. (Kielhofner 2004, 85–86.)

Ensimmäisillä ryhmäkerroilla on ryhmäläisten tutustumiselle ja ryhmäytymiselle varattava paljon aikaa. On tärkeää, että ryhmäläiset tutustuvat toisiinsa keskinäinen luottamuksen syntymiseksi, sillä se mahdollistaa jatkossa avoimen keskustelemaan ilmapiirin. Tutustumisleikkejä löytyy paljon esimerkiksi toimintaterapian teoksista ja liikuntaan liittyvästä kirjallisuudesta. Myös projektiivisen materiaalin käytöllä voidaan helpottaa itsestä kertomista, mikä edistää tutustumista. Postikortit, lehdistä leikatut kuvat tai vaikka erilaiset pienet esineet auttavat oikein asetetun kysymyksen kanssa ryhmäläistä kertomaan halutusta aiheesta. Ryhmän ohjaajien tulee muistuttaa ryhmäläisiä

siitä, että mitään ei ole pakko kertoa, vaan halutessaan voi vain näyttää valitsemansa esineen ja antaa vuoron seuraavalle.

12.6.1 Terapeuttinen harjoittelu ja liikunnalliset toiminnot

Terapeuttisella harjoittelulla ja liikunnalla on positiivisia vaikutuksia syövän sairastaneiden fyysiseen terveyteen, elämänlaatuun sekä mielenterveyteen ja jaksamiseen.

Liikunta muun muassa vilkastuttaa verenkiertoa, mikä voi vähentää esimerkiksi kipua ja turvotusta. Liikkumiskyvyn ylläpito edistää myös päivittäistä toiminnallista suoriutumista. Ryhmässä liikkuminen edistää ryhmäläisten välillä tapahtuvaa sosiaalista vuorovaikutusta, ja vertaistukea voidaan lisätä valitsemalla liikunnalliset harjoitteet, joissa ryhmän jäsenet ovat kontaktissa toisiinsa.

Ryhmälle, jossa osallistujien toisen puolen yläraajan toimintakyky on alentunut, sopivat liikunnalliset toiminnot, joita voi toteuttaa yhdellä kädellä ja joiden fyysisiä vaatimuksia voidaan porrastaa. Ryhmässä käytettävillä harjoitteilla voidaan pyrkiä esimerkiksi parantamaan asentoa, ryhtiä ja tasapainoa tai lisäämään lihasvoimaa, kestävyyttä ja nivelten liikelaajuutta. Terapeuttisella harjoittelulla voidaan myös pyrkiä tukemaan ryhmäläisten kehon kuvaa. Harjoitteita valitessa tulee miettiä, mihin niillä pyritään. Harjoituksen tavoitteena voi olla esimerkiksi motivoida liikkumaan ja hyödyntämään terveen puolen yläraajan käyttöä tai parantaa toimintakyvyltään alentuneen yläraajan toimintaa. Koska ryhmäläisten toimintakyvyn haasteet ovat yksilöllisiä, hyötyvät he yksilöllisesti suunnitelluista, itsenäisesti toteutettavista harjoitteluohjelmista.

Liikunnallisia toimintoja voivat olla esimerkiksi erilaiset pallopelit ja pelit (sulkapallo, lentopallo, käsipallo, jalkapallo, boccia ja suunnistus jne.), jotka toimivat hyvin aerobisina harjoitteina ja samalla vahvistavat ryhmän yhteishenkeä. Ryhmässä voi käyttää myös ongelmanratkaisua ja ajattelutoimintaa vaativia harjoitteita. Myös tanssi sopii kyseiselle kohderyhmälle. Kaikissa harjoitteissa tulee huomioida kohderyhmän toimintakyky ja varioida sekä porrastaa harjoitteet tälle ryhmälle sopiviksi. Peleissä voi käyttää peliin liittyviä viitepelejä varsinaisen pelaamisen sijasta.

Wolfen (2004, 3 - 4) mukaan vesiliikunta sopii hyvin rintasyövän sairastaneille naisille, sillä vesi helpottaa aktiivista liikkumista mm. vähentämällä painovoiman vaikutus-

ta, antamalla tukea ja liikettä nivelille, sekä vaikuttamalla paineen kautta turvotukseen vähentäen sitä. Vesiliikunnan fyysistä vaatimustasoa on myös helppo porrastaa. Taukojen pitäminen ja liikkuminen oman jaksamisen mukaan on tärkeää.

12.6.2 Toiminnalliset menetelmät

Toimintaa voidaan käyttää terapeuttisesti lukemattomin eri tavoin ja erilaisten tavoitteiden saavuttamisen välineenä. Toiminnot valitaan ryhmäläisten tarpeiden ja toiveiden pohjalta. Haastavia päivittäisiä toimintoja, kuten ruuanlaittoa ja leipomista, voidaan ryhmässä harjoitella apuvälineiden avulla tai toiminnan suoritustapaa muuttamalla. Tällaisissa toiminnoissa ryhmäläisillä on mahdollisuus jakaa toisilleen hyväksi kokemian toimintaa helpottavia keinoja ja kokemuksia. Ryhmään sopivia toiminnallisia menetelmiä ovat muun muassa leipominen, ruuanlaitto, erilaiset pelit sekä savi-, puu- ja käsityöt.

Luovien toiminnallisten menetelmien, kuten kirjoittamisen, maalaamisen tai valokuvan terapeuttisen käytön, kautta voidaan käsitellä erilaisia toimintakyvyn alenemiseen liittyviä tunteita sekä tukea vaikeista asioista keskustelemista. Kaulion ja Rosenbergin (2008) mukaan rintasyöpään ja sairastamiseen voi liittyä muun muassa surun ja väsymyksen tunteita, masennusta sekä minäkuvan muuttumista. Sairastaminen vaikuttaa myös läheisiin ihmissuhteisiin, kuten parisuhteeseen. (Kaulio & Rosenberg 2008, 59 - 61, 76 - 77, 99 - 100, 123.) Tämän mallin kohderyhmäläisillä fyysiset toimintakyvyn haasteet ja kipu ovat luonteeltaan pääosin pysyviä, mikä voi olla psyykkisesti raskasta ja vaatia paljon sopeutumista. Asioiden käsittely, vertaistuen saaminen ja uusien voimavarojen löytäminen edistävät ryhmäläisten kokonaisvaltaista hyvinvointia ja jaksamista.

12.6.3 Tietoiskut

Ryhmäläisten tarpeiden ja toiveiden mukaista tietoa voidaan jakaa heille monin eri tavoin. Tietoiskut voivat teorian tiedon jakamisen lisäksi sisältää toiminnallisen osuuden (kuten nukkuma-asennot) tai täydentää esimerkiksi terapeuttista harjoittelua (itsenäisesti suoritettavat kotiharjoitteet). Ryhmään sopivia tietoiskujen aiheita ovat esimer-

kiksi nukkuma-asennot ja asentohoito, terapeuttisen harjoittelun merkitys, apuvälineet ja niiden hankinta sekä peiliterapia.

12.7 Mallin käyttäminen

Tämän ryhmätoiminnan mallin tarkoituksena on helpottaa toiminnan suunnittelua ja järjestämistä kyseiselle asiakasryhmälle. Mallia ei ole käytännössä tarkoitettu noudattamaan tarkkaan, vaan malli pikemminkin tarjoaa ideoita ja ajatuksia ryhmätoiminnan suunnittelusta ja toteuttamisesta. Mallin esittämää ryhmätoimintaa tulee soveltaa ryhmäläisten tarpeiden, tavoitteiden ja toiveiden pohjalta.

Kohderyhmän ja akuutin vaiheen rintasyöpäkuntoutujien oireiden välillä on jonkin verran yhtäläisyyttä. Alkuvaiheen kuntoutujilla voi olla yläraajan turvotusta, kipuja, nivelten liikelaajuuksien rajoituksia sekä osittain samankaltaisia psyykkisiä haasteita. Tämän vuoksi joitain tässä mallissa esitettyjä ideoita on mahdollista soveltaa alkuvaiheen rintasyöpäkuntoutuksessa. Mallin kohderyhmäläisillä toimintakyvyn haasteet ovat kuitenkin pääosin pysyviä, osin eteneviäkin. Siksi kuntoutuksen tarpeet ja näkökulma ovat erilaisia, ja kuntoutus tulisi järjestää näille ryhmille erikseen. Molemmissa vaiheissa kuntoutuksella voidaan kuitenkin vaikuttaa naisten toimintakykyyn ja parantaa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä

13 POHDINTA

Alun perin opinnäytetyömme tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa toiminnallinen ryhmä sekä selvittää tämän pilottiryhmän kokemuksia järjestämästämme ryhmätoiminnasta. Ajatuksenamme oli muodostaa opinnäytetyön teoriaosuus näiden ryhmäkerrotojen ympärille. Työprosessin aikana saimme kuitenkin paljon uusia ideoita ja kokemuksia, joiden kautta opinnäytetyön aihe laajeni uuden ryhmätoiminnan mallin suunnitteluun. Kehitetty malli lisää opinnäytetyön käytännön sovellusarvoa, sillä malli tarjoaa ideoita ryhmän suunnitteluun ja kenties helpottaa ryhmätoiminnan järjestämistä

tä vastaavalle asiakasryhmälle. Mallin kehittämisen kautta pyrimme myös jakamaan ymmärrystä kohderyhmään kuuluvien naisten kuntoutukseen liittyvistä tarpeista. Opinnäytetyö itsessään tarjoaa suomenkielistä tietoa rintasyövästä ja siihen liittyvästä leikatun puolen yläraajan toimintakyvyn alenemisesta. Tätä tietoa ei suomeksi juuri ole tarjolla, ja ulkomailtakin aiheeseen liittyvien luotettavien lähteiden etsintä oli melko haastavaa.

Tutkimuksen luotettavuus

Työssä käyttämäämme tietoa ja teoriaa pyrimme hakemaan sekä suomalaisista että ulkomaisista lähteistä. Rintasyöpään liittyvää materiaalia on tarjolla runsaasti, mutta rintasyövän sairastaneiden leikatun puolen yläraajan toimintakyvyn alenemisesta löytyy hyvin vähän suomenkielistä materiaalia. Aiheeseen liittyvien tutkimuksien löytäminen oli haastavaa ja vei paljon aikaa. Kirjallisuuden ja tutkimusten luotettavuutta arvioimme kirjoittajien ja tekijöiden asiantuntijuuden sekä materiaalin julkaisuvuoden pohjalta. Monet uusimmat tutkimukset löytyvät Internetistä vain maksullisena. Tästä syystä emme pystyneet hyödyntämään kaikkea saatavilla olevaa materiaalia.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää kahden ammattialan osaamisen yhdistäminen. Ohjausta työn tekemiseen saatiin sekä fysioterapian että toimintaterapian opettajilta. Havainnoinnin kannalta tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että meitä oli ryhmän ohjajina neljä sekä se, että ryhmäkerroista tekemämme havainnot olivat keskenään yhteneviä. Alun perin oli tarkoitus kirjata ryhmästä tehdyt havainnot heti ryhmäkerran jälkeen opinnäytetyötä varten suunnitellulle havainnointilomakkeelle. Ryhmän jälkeen keskustelimme ryhmätoiminnan aikana tehdyistä havainnoista, mutta emme kirjanneet niitä ylös. Raportin kirjoittamisen aikaan ryhmän pitämisestä oli kulunut jo kaksi kuukautta, joten muistinvaraisten havaintojemme luotettavuutta tulee arvioida kriittisesti. Havaintojen kirjaaminen ylös olisi lisännyt työmme luotettavuutta. Toisaalta tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset eivät perustu ryhmäkerroilla tehtyihin havaintoihin. Havainnoilla voidaan kuitenkin tukea tutkimuksen pohjalta tehtyjä päätelmiä.

Tutkimuksessa käytettiin monia eri aineistonkeruumenetelmiä. Aineistoa kartutettiin haastattelun, havainnoinnin sekä kirjallisen palautteen kautta. Lisäksi tarkempaa tietoa ryhmäläisten toimintakyvystä saimme erilaisia standardoituja mittareita käyttämällä.

Mittausten tuloksien pohjalta voidaan todeta ryhmäläisten toimintakyvyn alentuneen, vaikka kaikilla ryhmäläisillä ei olekaan toimintakyvyn alenemisesta diagnoosia tai virallista lausuntoa.

Tutkimuksen luotettavuutta voi vähentää se, ettei meistä kukaan ollut aiemmin tehnyt vastaavanlaista laadullista tutkimusta. Vaikka tutkimuksen aluksi meillä ei ollut paljoa teoretietoa rintasyövästä ja syöpähoidoista, oli meillä kokemusta terapeutin ryhmän ohjaamisesta sekä koulutuksen mukanaan tuoma ammattitaito. Syvempi perehtyminen aiheeseen ennen alkuhaastatteluita olisi kuitenkin voinut ohjata kysymysten asettelua tarkoituksenmukaisemmaksi ja helpottaa kirjallisen työn tekemistä myöhemmässä vaiheessa.

Ryhmä koostui neljästä naisesta, joten on tärkeää pohtia ryhmästä saatujen tulosten sekä aineiston yleistettävyyttä ja merkittävyyttä. Eskolan ja Suorannan (1998, 62) mukaan laadullisessa tutkimuksessa aineiston tehtävänä on toimia tutkijan apuna rakennettaessa käsitteellistä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Sen avulla pyritään kuvaamaan jotakin tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jostakin ilmiöstä sen sijaan, että pyrittäisiin tilastollisiin yleistyksiin. Tutkimuksemme tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta tuovat lisätietoa rintasyövän sairastaneiden leikatun puolen yläraajan toimintakyvyn alenemisesta.

Ryhmäläiset kokivat ryhmän merkitykselliseksi ja tutustuivat jakson aikana meihin hyvin. Tästä johtuen he jakoivat avoimesti monia asioita, mutta saattoivat myös kertoa sen, mitä arvelivat meidän haluavan kuulla. Uskomme kuitenkin, että avoimesta ilmapöydästä johtuen saimme enemmän aineistoa tutkimusta varten.

Eettisyys

Ensimmäisestä kontaktista asti ryhmäläiset ovat olleet tietoisia tutkimukseen osallistumisesta. Pyysimme kaikilta ryhmäläisiltä kirjallisen luvan (liite 8) mittaustulosten ja valokuvien käyttämiseen tutkimuksen raportoinnissa. Opinnäytetyötä tehdessä kiinnitimme huomiota ryhmäläisten anonymiteetin säilyttämiseen ja korostimme vaitiolovelvollisuuttamme, sekä toimintoihin ja harjoitteisiin osallistumisen vapaaehtoisuutta.

Ammattimaisella käytöksellä ja kielellä osoitimme kunnioitusta kaikkia ryhmään osallistuneita kohtaan.

Moniammatillisuus

Nykyään asiakkaiden hoito ja kuntoutus pyritään järjestämään eri ammattiryhmien moniammatillisena yhteistyönä. Toimintaterapeutit ja fysioterapeutit tekevät usein yhteistyötä kuntoutusalan yrityksissä, sairaaloissa ja terveyskeskuksissa. Tästä johtuen tuntui luonnolliselta yhdistää näiden kahden eri ammattialan osaaminen ja hyödyntää tätä osaamista opinnäytetyön tekemisessä. Ryhmän suunnittelussa ja toteutuksessa yhdistimme sekä toimintaterapian että fysioterapian näkökulmat. Moniammatillisen yhteistyön kautta voidaan yhdessä luoda asiakaslähtöisesti kokonaisvaltaisempi käsitys asiakkaan tilanteesta, toimintakyvystä sekä kuntoutuksesta. Moniammatillisuuden lisäksi toteutunut ryhmätoiminta perustui asiakaslähtöiseen toimintatapaan.

Moniammatillisuus on tuonut työprosessiin monipuolisuutta niin asiakkaiden kuin meidän tutkimuksen tekijöiden kannalta. Ryhmäläiset ovat saaneet monipuolisemmin tarpeitaan vastaavaa kuntoutusta, fysioterapiaopiskelija on voinut oppia toimintaterapian menetelmiä ja toimintaterapiaopiskelijat fysioterapian menetelmiä. Raportin kirjoittamisessa moniammatillisuus on tuonut myös lisää töitä, kun molempien alojen vaatimukset on otettava huomioon ja yhteisen kielen löytyminen on välillä vaatinut pitkiä pohdintoja.

Toimintaterapian ja fysioterapian asiantuntemuksen lisäksi opinnäytetyömme tekemisessä on ollut tiiviisti mukana myös ryhmäläisten oma asiantuntemus omasta toimintakyvystään ja siihen liittyvistä rajoituksista sekä mahdollisuuksista. Ryhmäläisten positiivisuus, energisyys ja rehellisyys hämmästyttivät ja ilahduttivat meitä monesti. Mielestämme tiistaisin ei kokoontunut vain neljä ryhmäläistä ja neljä ohjaajaa, vaan kahdeksan oppijaa, jotka saattoivat jakaa asiantuntemustaan ja opastaa toinen toistaan meneillään olevassa prosessissa. Asiakaslähtöisyys on ollut yksi kantava periaate koko opinnäytetyönprosessimme ajan.

Neljän opiskelijan yhteistyö on toiminut koko prosessin ajan hienosti. Mikäli vastaava opinnäytetyö olisi tehty yhden fysioterapian ja yhden toimintaterapiaopiskelijan pari-

työnä, olisi ohjaavien opettajien merkitys korostunut, sillä kollegaalinen tuki on moniammatillisuuden rinnalla tärkeää. Ainoan fysioterapeuttiopiskelijan vastuu muun muassa ammattialansa edustuksesta kuntoutuksessa käytettävistä fysioterapian menetelmiin liittyvistä päätöksistä oli suuri. Koemme, että toisen fysioterapeuttiopiskelijan mukanaolo työtä tehdessä olisi helpottanut ammattialaansa yksin edustavaa fysioterapeuttiopiskelijaa.

Opinnäytetyö oppimiskokemuksena

Opinnäytetyön tekemisen kautta olemme oppineet paljon tieteellistä ajattelusta ja tutkimuksen tekemisestä. Välillä on kulunut paljon aikaa siihen, kun olemme kyseenalaistaneet ajatuskulkuamme ja pohtineet johtopäätöstemme luotettavuutta. Tässä prosessissa neljän henkilön yhteistyö vei paljon aikaa, mutta lopputuloksen kannalta se on ollut palkitsevaa.

Opinnäytetyömme ryhmätoiminnassa on käytetty monipuolisesti erilaisia toimintoja ja harjoitteita. Opimme uusia menetelmiä ja syvensimme tietämystämme ennestään tutuista menetelmistä. Lisäksi uuteen malliin olemme lisänneet ideoita menetelmistä, joita emme pilottiryhmässä toteuttaneet. Vaikka emme esittele näitä menetelmiä kovin tarkasti, olemme tutustuneet myös niihin teoriassa, jotta voimme niitä suositella mallissamme.

Aiheen rajaaminen on useissa tutkimuksissa haasteellinen osuus. Omassa tutkimuksessamme meidän on ollut mahdollista käsitellä aiheitamme suhteellisen laajasti, sillä meitä tekijöitä on ollut tavanomaista enemmän. Meidän lukumäärämme mahdollisti myös tutkimukseen sisältyneiden alkuhaastattelujen pitämisen, ryhmätoiminnan suunnittelun ja toteutuksen, laajan raportin kirjoittamisen sekä uuden ryhmätoiminnan mallin suunnittelun. Monia asioita olisi ollut mielenkiintoista käsitellä tarkemmin, mutta olemme pyrkineet tiivistämään raporttimme selkeäksi ja helposti luettavaksi kokonaisuudeksi, sekä juuri tätä asiakasryhmää koskevaksi informaatioksi.

Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyöprosessin aikana on herännyt monia ajatuksia mahdollisiksi jatkotutkimusaiheiksi. Olisi esimerkiksi tarpeellista selvittää, kuinka paljon tähän kohderyhmään kuuluvia naisia Suomessa on. Lukumäärä ei ole kovin suuri ja rintasyöpähoitojen kehittymisen myötä todennäköisesti enää harvoille rintasyöpäpotilaille kehittyä pysyviä yläraajan toimintakyvyn ongelmia. Kuitenkin ne naiset, joilla yläraajan toimintakyky on alentunut, tulevat elämään alentuneen toimintakykynsä kanssa vielä pitkään. Heidän jaksamistaan ja selviytymistään päivittäisistä toiminnoista voitaisiin tukea kuntoutuksella sekä vertaistuen mahdollistamisella.

Eräs keino aiheeseen liittyvän tiedon lisäämiseksi olisi tehdä tapaustutkimus yhdestä tai kahdesta kohderyhmään kuuluvasta naisesta. Tapaustutkimuksella saataisiin tarkempaa tietoa yläraajan toimintakyvyn alenemisen vaikutuksesta muun muassa arjessa selviytymiseen ja kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn. Tutkimus toisi lisätietoa kohderyhmäläisten toimintakyvystä, ja lisätiedon kautta kuntoutusta voitaisiin paremmin suunnata naisten tarpeiden mukaiseksi.

Yksi jatkotutkimusaihe olisi tässä opinnäytetyössä kehitetyn ryhmätoiminnan mallin testaaminen kohderyhmälle sekä testaamiseen liittyvien kokemusten kerääminen. Eriytyisesti meitä mallin kehittäjinä kiinnostaisi tietää, helpottaako mallin käyttäminen ryhmätoiminnan järjestämistä, tarjoaako malli ideoita ryhmän toteutukseen sekä mitkä ovat mallin vahvuudet ja puutteet. Testaamisen kautta mallia voisi kehittää edelleen.

Lopuksi

Ryhmän toteutus sekä raportin kirjoittaminen on ollut pitkä prosessi. Suurin ilon aihe prosessin aikana on ollut ryhmäläisiltä saatu palaute. Tiedämme, että opinnäytetyömme on täyttänyt ensisijaisen tarkoituksensa, kun olemme voineet tarjota merkityksellistä ja tarkoituksenmukaista ryhmämuotoista kuntoutusta Hervottomat-ryhmälle. Tutkimuksen kannalta onnistunut raportointi sekä sovelluksen hyöty tulevaisuuteen ovat oleellisia, mutta ryhmäläisten tavoitteiden täytyminen on ollut meille kaikkein palkitsevinta.

LÄHTEET

Airaksinen, O. & Arponen, R. 2001. Hoitava hieronta. Lymfaterapia. Porvoo: WSOY.

Asko-Seljavaarat, S., Blomqvist, C. & von Smitten, K. 1999. Rintasyöpä. Teoksessa Syöpätaudit. 2. p. Toim. H. Joensuu, P. Roberts & L. Teppo. Vammala: Duodecim, 409 - 428.

Baptiste, S., Carswell, A., Law, M., McColl, M., Polatajko, H. & Pollock, N. 2005. Canadian Occupational Performance Measure. 4. ed. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.

Baron, J., Bersch, A., Egan, K., Holick, C., Newcomb, P., Titus-Ernstoff, L., Trentham-Dietz, A., Stampfer, M. & Willett, W. 2008. Physical Activity and Survival after Diagnosis of Invasive Breast Cancer. Yhdysvaltojen Syöpäyhdistyksen tukema tutkimus. Viitattu 23.2.2009. [Http://cebp.aacrjournals.org](http://cebp.aacrjournals.org), Select an issue from the Archive, February 2008.

Bates, T. & Evans, R. 1995. Brachial Plexus Neuropathy following Radiotherapy for Breast Carcinoma. Tutkimus. The Royal College of Radiologists. Viitattu 20.2.2009. [Http://www.rcr.ac.uk](http://www.rcr.ac.uk), Clinical oncology, publications and guidance.

Bauman, S. 2007. Peilitterapia toimintaterapeutin työvälineenä yläraajan amputaatio- ja kipupotilailla. Kipuviesti 1, 27 - 31. Viitattu 7.2.2009. [Http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi](http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi), kipuviesti, 1/2007.

Beurskens, C., Oostendorp, R., Strobbe, L., van Uden, C. & Wobbes, T. 2007. The efficacy of physiotherapy upon shoulder function following axillary dissection in breast cancer. A randomized controlled study. BMC cancer 7, 166. Viitattu 9.1.2009. [Http://www.pubmedcentral.nih.gov](http://www.pubmedcentral.nih.gov), Browse PMC journals: [A-B], BMC Cancer, v.7/2007.

Blomqvist, C., Kalso, E., von Smitten, K. & Tasmuth, T. 1998. Rintasyövän hoitojen jälkeinen krooninen kipu ja muut oireet. Duodecim 114, 1, 52. Viitattu 1.12.2009. [Http://www.duodecimlehti.fi](http://www.duodecimlehti.fi), lehti, arkisto, 1998, 1/1998.

Canadian Association of Occupational Therapists. 2003. Occupational therapy - Definition. Viitattu 9.2.2009. [Http://www.caot.ca](http://www.caot.ca), English home page, about CAOT.

Drummond, A., Kirkwood, R., Mancini, M., Sampaio, R. & Stamm, T. 2007. Linking the Disabilities of Arm, Shoulder, and Hand to the International Classification of Functioning, Disability, and Health. Journal of Hand Therapy 20, 4, 336 - 341.

Eskola, J. & Suoranta J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2. p. Tampere: Vastapaino.

Finley, L. 1997. Groupwork in Occupational Therapy. Cheltenham : Stanley Thornes.

Fysioterapia Erikoiskuntoutuksessa. 2008. Kivun hoito ja kuntoutus. Pirkanmaan Erikoiskuntoutuksen ja lääkäriaseman kotisivut. Viitattu 22.2.2009.

[Http://www.erikoiskuntoutus.com](http://www.erikoiskuntoutus.com), palvelut, fysioterapia.

Fysioterapeutti asiantuntijana - kuvaus fysioterapeutin ammatista. 2007. Suomen fysioterapeutit ry. Viitattu 23.2.2009. [Http://www.fysioterapia.net](http://www.fysioterapia.net), Fysioterapia ammattina.

Haanpää, M. 2004. Neuropaattisen kivun näyttöön perustuva hoito. Duodecim 120, 2, 213 - 220. Viitattu 1.1.2009. [Http://www.duodecimlehti.fi](http://www.duodecimlehti.fi), lehti, arkisto, 2004, 2/2004.

Hamunen, K. 2003. Mitä syöpäkipu on? Finnanest 36, 1, 28 - 30. Suomen anesthesiologiyhdistyksen lehti. Viitattu 23.2.2009. <http://Fimnet.fi>, kumppanit, suomen anestesiologyhdistys - Finnanest, lehtiarkisto, 1/2003.

Harra, T. 2003. Toimintaterapianimikkeistön teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Toimintaterapianimikkeistö 2003. Toim. T. Holma. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 16 - 21.

Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY.

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. Helsinki: WSOY.

Hietanen, P. 1999. Paranemaan päin. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Hiltunen, P. 2002. Fyysisen harjoittelun perusteet. 4. p. Helsinki: SLU.

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

Holsti, L., Lukander, E., Taskinen, P. & Voutilainen, A. 1986. Syöpätaudit ja sädehoito. Kliininen onkologia. 3. p. Porvoo: WSOY.

Holsti, L., Roberts, B. & Teppo, L. 1992. Syöpätaudit. Helsinki: Duodecim.

Howe, M. Schwartzberg Sharan, L. 1995. Functional Approach to Group In Occupational Therapy. 2.p. Philadelphia: J.B. Lippincott.

ICF - Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2004. Jyväskylä: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes.

Isoherranen, K., Nurminen, L. & Rekola, L. 2008. Enemmän yhdessä. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

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

Jyrkkiö, S. 2002. Rintasyöpä. Jyväskylä: Duodecim.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa Kuntoutus. Toim. P. Rissanen, T. Kallaranta & A. Suikkanen. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim, 51 - 62.

Kalda, A. & McKenzie, D. 2003. Effect of Upper Extremity Exercise on Secondary Lymphedema in Breast Cancer Patients: A Pilot Study. Journal of Clinical Oncology 21, 3, 463-466. Viitattu 9.2.2009. [Http://jco.ascopubs.org](http://jco.ascopubs.org), Search or Browse JCO, Archive, 2003, February 21 (3).

Karvinen, E. 1999. Iloisesti ikääntyen. Ikääntyvien liikunnalliset harjoitteet. 2. p. Lahti: VK-kustannus.

Kataja, J. 2003. Rentoutuminen ja voimavarat. Helsinki: Edita.

Kaulio, P. & Rosenberg, L. 2008. Nainen ja rintasyöpä. Rikottu mutta kokonainen. Keuruu: Minerva Kustannus.

Kielhofner, G. 2004. Conceptual Foundations of Occupational Therapy. 3. p. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Kotro, U. & Nousiainen, M. 2004. Toimintamahdollisuuksien edistäminen. Etelä-Karjalan keskussairaala. Viitattu 10.2.2009. [Http://www.ekshp.fi](http://www.ekshp.fi), sairaanhoito, fysiatria ja kuntoutus.

Käypähoito 2007. Rintasyövän hoito ja seuranta. Duodecim. Viitattu 8.2.2009. [Http://www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi), erikoisaloittain, syöpätaudit.

Lanning, M., Rissanen, P. & Vertio, H. 2008. Syöpä. Teoksessa Kuntoutus. Toim. T. Kallaranta, P. Rissanen & A. Suikkanen. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim, 121 - 137.

Launes, J. & Soinila, S. 2006. Ääreishermit ja niiden sairaudet. Teoksessa Neurologia. Toim. M. Kaste, S. Soinila & H. Somer. 2. uud. p. Helsinki : Duodecim, 501 - 519.

Launiainen, H. & Lintula L. 2003. Toimintaterapia ja toimintaterapeutit. Teoksessa Toimintaterapianimikkeistö 2003. Toim. T. Holma. Suomen toimintaterapeuttiliitto ry. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 7 - 9

Lymphedema. 2008. Philadelphia: Breastcancer.org. Voittoa tavoittelematon yhdistys, joka tuottaa aktiivisesti tietoa rintasyövästä. Artikkelit päivitetty viimeksi 31.7.2008. Viitattu 20.2.2009 [Http://www.breastcancer.org](http://www.breastcancer.org), Treatment & Side Effects, Treatment Side Effects.

Malin, M.- L. 2007. Peilitterapia huijaa aivoja ja lievittää kipua. IT- Invalidityö 5. Invalidiliiton verkkolehti. Viitattu 7.2.2009. [Http://www.invalidiliitto.fi](http://www.invalidiliitto.fi), mediapalvelu, IT - lehti, vanhat numerot, 2007, toukokuu.

Mattila, M. 2007. Rintasyövästä parannutaan hyvin. Käännekohta 3/2007. Kuntoutussäätiön verkkolehti. Viitattu 20.2.2009. [Http://www.kuntoutussaatio.fi](http://www.kuntoutussaatio.fi), julkaisut, käännekohta, 3/2007.

- Mustonen P. & Vanninen E. 2001. Vartijaimusolmukkeet rintasyövässä. Duodecim 117, 2, 192 - 199. Viitattu 2.2.2009. <http://www.duodecimlehti.fi>, lehti, arkisto, 2001, 2/2001.
- Mälkiä, E. & Rintala, P. 2002. Uusi erityisliikunta. Liikunnan sovellutukset erityisryhmille. Liikuntatieteellisen seuran julkaisu nro 154. Helsinki: Liikuntatieteellinen seura.
- Mälkiä, E., Sjögren, T. & Paltamaa, J. 2003. Liike- ja liikuntahoidot: terapeutinen harjoittelu ja kuntouttava liikunta fysioterapiassa. Teoksessa Fysiatría. Toim. H. Alaranta, T. Pohjolainen, J. Salminen & E. Viikari-Juntura. Helsinki: Duodecim, 353 - 371.
- Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.
- Neuro Orthopaedic Institute Australasia. 2008. Graded Motor Imagery. Viitattu 7.2.2009. <http://www.noigroup.com>, NOI Notes, April 08, NOI Mirror Box, Evidence base document for graded motor imagery.
- Pelkonen, T. 2007. Veltto tai kipeä käsi. YksinYhdessä 4, 12 - 13. Suomen syöpäpotilaiden lehti. Helsinki: Suomen syöpäpotilaat.
- Pinto, B. & Trunzo, J. 2004. Body Esteem and Mood Among Sedentary and Active Breast Cancer Survivors. Yhdysvaltojen syöpäinstituutin teettämä tutkimus. Viitattu 28.2.2009. <http://www.mayoclinicproceedings.com>, Select an issue from the Archive, volume 79.
- Reichert, B. 2005. Käytännön anatomia. Ylä- ja alaraajan tutkiminen palpaation keinoin. Jyväskylä: VK-Kustannus.
- Rintasyöpäleikkauksen jälkeinen fysioterapia. N.d. Suomen Syöpäjärjestöjen kotisivut. Viitattu 20.2.2009. <http://www.cancer.fi>, tietoa syövästä, hoitojen jälkeen.
- Rintasyöpäpotilaan hoidon kehittäminen. 1991. Konsensuskokous 26. - 28.11.1990 Hanasaarella. Helsinki: Suomen Akatemia.
- Salo - Chydenius, S. 2004. Mitä asiakaskeisyys on toimintaterapian mielenterveystyössä? Kuntoutus 27, 2, 29 - 40. Kuntoutussäätiön lehti.
- Sathian, Greenspan & Wolf. 2000. Doing It with Mirrors: A Case Study of a Novel Approach to Neurorehabilitation. Viitattu 7.2.2009. <http://nmr.sagepub.com>, Select an issue from the archive, 2000, January.
- Selänne, H. & Virtapohja, H. 2003. Miten biomekaniikka auttaa ymmärtämään vammojen syntyä ja paranemisprosessia. Viitattu 8.2.2009. <http://www.lts.fi>, koulutus, XII Liikuntalääketieteen Päivät, materiaalisalkku, luentolyhennelmät.
- Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun yliopisto. Viitattu 6.2.2009. <http://herkules oulu.fi>, 1999, 71.

Stakes 2009. Apuväline. Viitattu 19.4.2009. <http://info.stakes.fi/apuvalineet>, oppimateriaali, apuvälinetietoa asiantuntijoille, apuväline.

Till, J. 2003. Evaluation of support groups for women with breast cancer. *Health and Quality of Life Outcomes* 1, 1, 16. Verkkolehti, joka julkaisee asiantuntijoiden kirjoittamia artikkeleita ja tutkimuksia terveydestä sekä elämänlaadusta. Viitattu 28.2.2009. <Http://www.hqlo.com>, Browse articles, May 2003.

Valtonen, E. 2003. Perifeerisen hermoston vammat ja sairaudet. Teoksessa *Fysiatría. Toim.H. Alaranta, T. Pohjolainen, J. Salminen & E. Viikari-Juntura*. Helsinki: Duodecim, 253 - 276.

Viikari-Juntura, E. & Takala E.-P. 2003. Niska-hartiaseudun sairaudet. Teoksessa *Fysiatría. Toim.H. Alaranta, T. Pohjolainen, J. Salminen & E. Viikari-Juntura*. Helsinki: Duodecim, 107 - 119.

Vilkko-Riihelä, A. 2003. *Psykye. Psykologian käsikirja*. Helsinki: WSOY.

Wolfe, P. 2004. Aquatic group exercise a component of breast cancer rehabilitation. Amerikan Fysioterapeuttiliiton Naisten terveyden osaston vuosittaisessa kokouksessa pidetty esitys. Viitattu 14.02.2009. <Http://www.womenshealthapta.org>, CSM/Annual, CSM Archives 2004.

Ylinen, J. 2002. *Venytystekniikat 1. Manuaalinen terapia: lihas-jännesysteemi*. Muurame: Medirehabook.

Zemke, R. 1995. Remediating Biomechanical and Physiological Impairments of Motor Performance. In *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. Ed. by C. Trombly. 4. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 405 - 422.

LIITTEET

Liite 1. Aloituskirje

HEI!

22.10.2008

Aloitamme ensimmäisen ryhmäkerran tiistaina 28.10.2008 klo 14.30–16.00. Paikkana on Jyväskylän ammattikorkeakoulu ja luokka E2.124. Olemme koulun aulassa Teitä vastassa, joten löydätte varmasti perille. Toivomme, että ette käyttäisi ryhmäkerroilla voimakkaita hajusteita.

Kokoontumiskertoja on yhteensä kahdeksan. Ne ovat aina tiistaisin samaan aikaan. Viimeinen ryhmäkerta on 16.12.2008

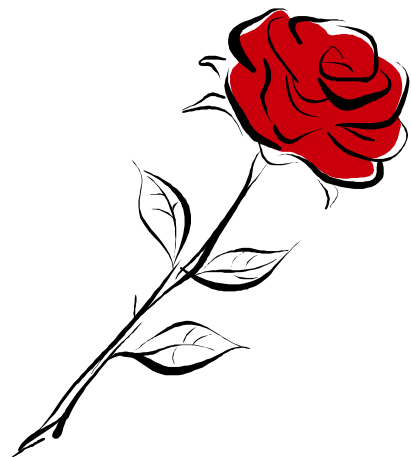
Parkkitilanne on koulullamme huono, eikä koulun pihalle voi jättää autoa ilman lupalappua. Koulumme vieressä on kuitenkin sairaalan parkkitalo, jonne auton voi jättää. Parkkitalo on tuntiveloitteinen. Ohessa on kartta, johon on merkattu koulun sisäänkäynti ja parkkitalo.

Mukaan et tarvitse muuta kuin itsesi ja iloisen mielen!

Tapaamista odottaen,

Jyväskylän ammattikorkeakoulun opiskelijat Outi Kivelä, Marja Korhonen,

Leena Kärki, Riina Lipponen



Liite 2. Alkuhaastattelut

ALKUHAASTATTELU

OSA I

1. SOSIAALISET SUHTEET

- Ketä perheeseesi kuuluu? Asuvatko perheenjäsenesi samalla paikkakunnalla kanssasi?
- Keitä lähipiiriisi kuuluu perheesi lisäksi?

2. TOIMINTAYMPÄRISTÖ

- Millaisessa asunnossa asut? (asumismuoto, piha, kerrokset)
- Käytkö töissä? (palkkatyö, vapaaehtoistyö, järjestötoiminta..)
- Mitä kulkuvälineitä käytät?

3. TERVEYDENTILA

- Onko sinulla allergioita tai muita sairauksia? (mahdolliset lääkitykset?)
- Milloin sairastuit rintasyöpään?
- Minkälaisia hoitoja kävit läpi? (milloin leikkaus oli? sädehoito? uusiutuminen?)

4. ELÄMÄN TILANTEEN MUUTOKSET

- Muuttuiko jokin asia syöpään sairastumisen myötä? Mikä? (työ, harrastukset, ihmissuhteet)
- Mitkä muutokset jäivät pysyväksi?

5. HARRASTUKSET

- Mitä harrastuksia ja mielenkiinnon kohteita sinulla on? (taidot)
- Jäikö jokin harrastus syöpään sairastumisen myötä? Olisitko kiinnostunut kokeilemaan jotain uutta harrastusta tai palaamaan vanhan harrastuksen pariin?

6. RYHMÄTOIMINTA

- Millaisia odotuksia ja toiveita sinulla on ryhmän suhteen?
- Onko sinulla kysyttävää ryhmän toiminnasta?

7. MUUTA

- Haluatko kertoa vielä jotain itsestäsi, mitä emme huomanneet kysyä?

ALKUHAASTATTELU

OSA II

1. TOIMINTAKYKY

- Kerro arjestasi (Kuinka käden alentunut toiminta vaikuttaa arkipäivän toiminnoissa? Missä arkipäivän toiminnoissa käden alentunut toiminta korostuu? Jätätkö joitakin toimintoja tai asioita tekemättä sen takia, koska et pysty?)
- Onko arkesi muuttunut käden heikentymisen myötä? Jos, niin miten?

Saatko laitettua omat hiuksesi?	(Kyllä, vie paljon aikaa, en saa)
Saatko leikattua omat varpaankyntesi?	(Kyllä, vie paljon aikaa, en saa)
Tuottaako rintaliivien pukeminen hankaluuksia?	(Ei, Vie paljon aikaa, en saa)
Saatko puettua sukkahousut jalkaasi?	(Kyllä, vie paljon aikaa, en saa)
Saatko napitettua paidan/takin napit?	(Kyllä, vie paljon aikaa, en saa)
Saatko sidottua kengän nauhat?	(Kyllä, vie paljon aikaa, en saa)

Valitse yksi - kolme arjen toimintaa, jotka ovat sinulle tärkeimpiä ja joissa sinulla on hankaluuksia

Jokaisesta:

Asteikolla 1-10, kuinka tärkeä tästä toiminnosta suoriutuminen on sinulle

Asteikolla 1-10, kuinka hyvin suoriudut tästä toiminnosta

Asteikolla 1-10, kuinka tyytyväinen olet tähän suoriutumiseesi.

SÄDEHOITOA SAANEEN PUOLEN YLÄRAAJAN FYYSISET TUNTEMUKSET

- Onko sinulla kipua kädessä? Minkälaista kipua? Milloin kipu esiintyy?
- Joudutko käyttämään kipuun särkylääkettä? Oletko tänään ottanut kipulääkettä? Jos, niin mitä?
- Onko kädessäsi tunnottomuutta? Aiheuttaako se sinulle ongelmia?

2. APUVÄLINEET

- Käytätkö joitakin apuvälineitä? Mitä?
- Oletko itse kehittänyt itsellesi apuvälineitä?
- Koetko tarvitsevasi lisää tietoa apuvälineistä? Millaista?

3. MUUTA

- Haluatko kertoa vielä jotain itsestäsi, mitä emme huomanneet kysyä?

Liite 3. Alkuarviointi

ALKUHAASTATTELU osa III, TESTIT

PURISTUSVOIMA - JAMAR

	VASEN	OIKEA
1.		
2.		
3.		
keski- arvo		

HIENOMOTORIIKKA JA NOPEUS - BOX & BLOCK

	VASEN	OIKEA
Tulos		

Liite 4. Loppupalautteen kysymykset

Palautelomakkeessa esitetyt kysymykset

Kuinka ryhmä on vastannut odotuksiasi?

Mitä mieltä olet ryhmän aikataulusta? (ryhmäkerran kesto, ryhmäkertojen määrä, ryhmäkertojen rakenne)?

Kuinka ryhmän sisältö ja toiminnot vastasivat odotuksiasi?

Mitä muita toimintoja olisit toivonut ryhmässä toteutuvan?

Olisitko toivonut, että ryhmässä olisi käsitelty enemmän itsellesi vaikeita asioita? Jos niin mitä? (esimerkiksi yksinäisyys, arjen haasteet, ihmisten ymmärtämättömyys..)

Mitä muita asioita olisit toivonut ryhmässä käsiteltävän/tehtävän?

Mitä mieltä olet ryhmän ohjaajista?

Koetko, että olet saanut ryhmässä käymisestä tukea arkeesi?

Koetko, että olet saanut ryhmässä tukea jaksamiseesi? Jos kyllä, niin miten?

Koetko, että olet saanut ryhmässä käymisestä lisää vertaistukea?

Opitko uusia asioita muilta ryhmän jäseniltä?

Millaisia tuntemuksia yläraajassasi on ollut ryhmäkertojen aikana?

Entä sen jälkeen?

Onko särkylääkkeiden käyttösi muuttunut ryhmätoimintojen vuoksi?

Miten ryhmässä toimiminen on vaikuttanut yläraajojen/käsien käyttöösi?

Millä tavalla koet ryhmäkertojen vaikuttaneen vointiisi syksyn aikana? ryhmäkerran aikana?

Saitko ryhmässä tehdyistä liikunnallisista toiminnoista innostusta liikkumiseen?

Kuinka olet hyödyntänyt ryhmässä esiteltyjä nukkuma-asentoja?

Millaisiksi koit rentoutusharjoitukset?

Olisitko kiinnostunut jatkamaan vastaavassa toiminnallisessa ryhmässä käyntiä?

Uskotko, että Hervottomat-ryhmä jatkaa itsenäisiä kokoontumisia aiempaa toiminnallisempänä? Miten?

Mikä tai mitkä ryhmän toiminnoista olivat sinulle mieluisimmat?

Mikä tai mitkä ryhmän toiminnoista olivat sinulle epämieluisimmat?

Mikä tai mitkä ryhmän toiminnoista olivat sinulle tarpeellisimpia?

Mitä toimintoja olet hyödyntänyt arjessasi?

Mitä toimintoja aiot hyödyntää arjessasi?

Mitä muuta haluat kommentoida?

Liite 5. Jakson suunnitelma

ALUSTAVA SUUNNITELMA RYHMÄKERTOJEN AIHEISTA

Tiistai klo 14.30–16.00

- 28.10** Ryhmän aloittaminen, kukkasipulin istutus
- 4.11** Jumppa ja pelit (varaa liikkumiseen sopivat vaatteet mukaan!)
- 11.11** Savityöt
- 18.11** Ryhti, venyttelyt, nukkuma-asennot, rentoutusharjoitus
ja rentoutumisen merkitys
- 25.11** Apuvälineiden esittely
- 2.12** Käsityöt ja aivojumppa
- 9.12** Piparkakkujen leipominen ja lautapelit
- 16.12** Piparkakkutalon rakentaminen ja ryhmän lopettaminen




Liite 6. Esimerkki henkilökohtaisesta harjoitussuunnitelmasta

Henkilökohtainen harjoitusohjelma

Tools RG
Know how to show how


Toimintakykyä alentuneen yläraajan harjoitusohjelma
Pvm: 25.2.2009

Istuen, kyynärvari tuettuna pöytää vasten. Koukista kyynärpäätä ja tuo käsi kohti rantekehää. Ojenna käsivarsi takaisin suoraksi.
10 toistoa.




© PhysioTools Ltd

Istuen, kyynärvari tuettuna pöytään. Peukan puoli kohti kattoa.
Täivuta rannetta ylöspäin. Pidä 3 sekuntia - rentoudu. Toistoja voi tulla useita.





© PhysioTools Ltd

Istuen, kyynärvari tuettuna reileen tai pöytäan/tasoon. Anna käden roikkua alaspäin.
Täivuta rannetta ylöspäin, mahdollisimman pitkälle. Pidä 3 sekuntia. Laseke käsi hitaasti takaisin alkusasentoon.





© PhysioTools Ltd

Istuen, kyynärvari tuettuna pöytää vasten. Pikkusormen puoli on pöytää vasten, sormet koukussa.
Ojenna sormet suoraksi. Yritä saada ne täysin suoriksi. Pataa takaisin alkusasentoon.
Toistoja voi tulla useita.


© PhysioTools Ltd

Istuen, kyynärvari tuettuna pöytää vasten. Pikkusormen puoli on pöytää vasten, käki- ja keskineulat koukussa.
Ojenna sormet suoraksi ja koukista uudelleen.
Toistoja voi tulla useita.


© PhysioTools Ltd

Istuen, kyynärvari tuettuna pöytään. Pikkusormen puoli on pöytää vasten.
Vie peukalo ja ojennettu etusormi yhteen. Sen jälkeen keskisormi, nimeton ja pikkusormi.




© PhysioTools Ltd

Käy tuolilla istumaan yhdessä istuma-asentoon molemmat jalat alustalla.
Jalat: Kosketa kannat vuorotellen eteen. Toista.
Ylävartalo: Molempien hartioiden nosto ja aktiivinen painaminen alas päin.
Toista 15 kertaa.



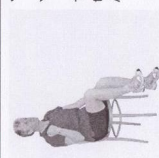
© PhysioTools Ltd

Jalat: Kosketa kannat vuorotellen eteen. Toista.
Ylävartalo: Hartioiden nosto ja aktiivinen alas päin painaminen vuoron perään.
Toista 10 kertaa molemmat puolet.



© CCU

Jalat: Nosta polvia vuoron perään. Toista.
Ylävartalo: Koukista kyynärpäitä vuorotellen.
Toista 20 kertaa.
tai
Alka 1 min.




© CCU


© PhysioTools Ltd
Built on PhysioTools®

25.2.2009


2/7




Jalat: Kosketa kammat vuorotellen eteen. Toista.
 Ylävartalo: Kipeää (KUVITTELTUA) kyytiä ylös ja alas päin.
 n. 30 sekunnin ajan.




Jalat: Nosta polvia vuoron perään. Toista. POLVIEN NOSTAMISEN VOI TASSA HARJOITTESSA JÄTTÄÄ MYÖS POIS!
 Ylävartalo: Pyöritä käsillä ympäryä olkapäiden korkeudella. Toisella kädellä voi tukea leikatun puolen kättä.
 Toista 10 kertaa.




Jalat: Kosketa kammat vuorotellen eteen. Toista.
 Ylävartalo: Pyöritä kasia toistensa ympäri.
 Toista 10 kertaa.




Jalat: Nosta polvia vuoron perään. Toista. POLVIEN NOSTAMISEN VOI JÄTTÄ TASSA HARJOITTESSA POIS.
 Ylävartalo: Nosteje käsivarsia vuorotellen suoraan ylöspäin. Nosta kiipeä kättä vain sen verran kuin se nousee.
 Tämän harjoitteen voi tehdä myös niin, että tukee leikatun puolen yläraajan/käden johonkin "hintaan", kiepsauttaa "hinnan" onkin koukkuun (esim. nauakko) ylä ja terveen puolen yläraajalla liikuttaa leikatun puolen yläraajaa. Hinta voidaan tehdä esimerkiksi iotain hanteeksi nikästä huivista.
 Toista 10 kertaa.




Jalokojen liike. Marssi
 Ylävartalo: Käsivarret sivuilla
 Aika 2 min



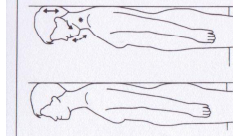
Ylävartalo: Koukista kyynärpäitä vuorotellen
 Aika 2 min.



Kaulan ja niskän sivuosan venytys.
 Katso olkapään yll. istu selkä suorana, hartiat rentoina.
 Pidä venytys 30 sekuntia.
 Toista venytys 2 kertaa molemmille puolille.
 Venytä niin, että venytys tuntuu, mutta välttä kipua. Hengitä rauhallisesti.



Niskän sivuosan venytys.
 Kallista päätä olkapäätä kohti. Istu suorassa, hartiat rentoina.
 Pidä venytys 30 sekuntia.
 Toista venytys 2 kertaa molemmille puolille.
 Venytä niin, että venytys tuntuu, mutta välttä kipua. Hengitä rauhallisesti.



© PhysioTools Ltd

KAULARANGAN ALAOSAN HALLINTA + YLÄNISKAN KOUKISTUS (SEISOMA-ASENNOSSA TUETTUNA)

ALKUASENTO: Asetu seisomaan seinää vasten niin, että takaraivo ja lapaluut ovat kiinni seinässä. Olkapäät ovat rentoina alkiasennossa. Nosta leukaa ylöspäin niin, että kasvot osoittavat hieman ylöspäin. Lantio voi olla 3-5 cm irti seinästä.

TUNNUSTELU/TARKKAILU: Tiedosta kaularangan (niskan) alaosan, leuan ja takaraivon asento. Älä päästä niskan alaosaa liikkumaan suorituksen aikana.

SUORITUS: Liu'uta takaraivoa seinää pitkin, kunnes pää kallistuu eteenpäin ja leuka koskettaa kurkunpäättä. Palaa sitten takaisin alkiasentoon. Liikuta päätä vain sen verran, että takaraivo pysyy koko ajan kiinni seinässä ja leuan lihakset pysyvät rentoina. Suorita liikkeet hitaasti. Älä venytä. Voimakasta jännitystä tai kipua ei saa tuntua.

Toista 10 kertaa

SCAPULAN HALLINTA + KYYNÄRVARSI FLEKSIOSSA 90°

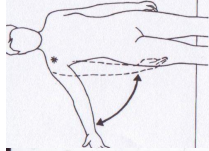
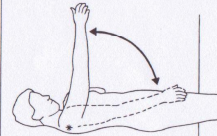
ALKUASENTO: Seiso ryhdikkäästi, pää keskiasennossa ja kaularanka ojennettuna suoraksi. Ylävartalon paino tasaisesti lantion päällä. Käsi suorana vartalon vieressä. Tuo lapaluu 2 cm ylös ja vie 1 cm taakse. Säilytä asento.

TUNNUSTELU/TARKKAILU: Aseta vastakkaisen käden keskisormi olkapään etupuolelle ja etusormi uraan olkaluun ja solisluun pään väliin. Tunnustelee sormilla olkapään liikettä. Varmista, ettei olkapää liiku eteen-, ylös- tai alaspäin suorituksen aikana. Tiedosta lapaluun asento. Se ei saa liikkua suorituksen aikana.

SUORITUS: Kontrolloi lapaluun liikettä. Nosta käsivarsi suorana ylös vaakatasoon (90°). Nosta vain niin ylös, että pystyt kontrolloimaan lapaluuta. Peukalo osoittaa koko ajan kohti kattoa. Palaa sitten alkiasentoon. Huomi! Älä päästä lapaluuta liikkumaan eteen-, ylös- tai alaspäin kun palautat olkavarren alkiasentoon. Tee liike hitaasti, älä venytä.

Toista 10 kertaa molemmilla yläraajoilla.

© PhysioTools Ltd



© Tools Ltd

ALKUASENTO: Seiso ryhdikkäästi, pää keskiasennossa ja kaularanka ojennettuna suoraksi. Ylävartalon paino tasaisesti lantion päällä. Käsi roikkuu rentona vartalon vieressä. Tuo lapaluu 2 cm ylös ja vie 1 cm taakse. Säilytä asento.

TUNNUSTELU/TARKKAILU: Aseta vastakkaisen käden keskisormi olkapään etupuolelle ja etusormi uraan olkaluun ja solisluun pään väliin. Tunnustelee sormilla olkapään liikettä. Varmista, ettei olkapää liiku eteen-, ylös- tai alaspäin suorituksen aikana. Tiedosta lapaluun asento. Kun liike alkaa sujua luontevasti, voit jättää olkapään tunnusteleminen pois.

SUORITUS: Kontrolloi lapaluun liikettä. Nosta käsivarsi sivulle vain niin ylös, että pystyt kontrolloimaan lapaluuta. Nostettaessa käsivartta ylöspäin ranteen tulee kiertyä niin, että peukalo osoittaa kohti kattoa ja on hieman vaakatason yläpuolella. Palaa sitten alkiasentoon. Huomi! Älä päästä lapaluuta liikkumaan eteen-, ylös- tai alaspäin kun palautat olkapään takaisin alkiasentoon. Tee liike hitaasti, älä venytä.

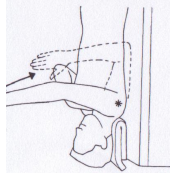
Toista 10 kertaa molemmilla yläraajoilla.

SCAPULAN HALLINTA + KYYNÄRVARSI FLEKSIOSSA 90°

ALKUASENTO: Seiso ryhdikkäästi, pää keskiasennossa ja kaularanka ojennettuna suoraksi. Ylävartalon paino tasaisesti lantion päällä. Käsi vartalon vieressä. Kyynärvarsi 90° asteen kulmassa. Tuo lapaluuta 2 cm ylös ja 1 cm taakse. Säilytä asento.

TUNNUSTELU/TARKKAILU: Aseta vastakkaisen käden keskisormi olkapään etupuolelle ja etusormi uraan olkaluun ja solisluun pään väliin. Tunnustelee sormilla olkapään liikettä. Varmista, ettei olkapää liiku eteen-, ylös- tai alaspäin suorituksen aikana. Tiedosta myös lapaluun asento. Pidä lapaluu paikallaan suorituksen aikana.

SUORITUS: Kontrolloi lapaluun liikettä. Nosta koukistettu kyynärpää ylös vaakatasoon (90°). Nosta vain niin ylös, että pystyt kontrolloimaan lapaluuta. Huomi, että käsi pysyy koko ajan kohtisuorana eteenpäin. Palaa sitten alkiasentoon. Huomi! Älä päästä lapaluuta liikkumaan eteen-, ylös- tai alaspäin kun palautat olkavarren alkiasentoon. Tee liike hitaasti, älä venytä.



ALKUASENTO: Selinmakuulla, käsi vartalon vieressä. Kyynärpää koukussa ja sormet kohti kattoa. Pää pyyhkeellä tuettuna.

TUNNUSTELU/TARKKAILU: Aseita vastakkaisen käden keskisormi olkapään etupuolelle ja etusormi uraan olkaluun ja solisluun pään väliin. Tunnustele sormilla olkapään liikettä. Varmista, ettei olkapää liiku eteen-, ylös- tai alaspäin suorituksen aikana.

© PhysioTools Ltd

SUORITUS: Nosta käsivarsi kohtisuoraan eteen ja kurkotta kohti kattoa. Nosta vain niin korkealle, että lapaluu pysyy paikallaan alustassa (tunnustele sormilla olkapään etuosasta). Palaa sitten alkuasentoon. Huomi! Älä päästä lapaluuta liikkumaan suorituksen aikana. Tee liike hitaasti, älä venytä.

Toista 10 kertaa molemmilla yläraajoilla.

Selinmakuulla, kyynärpäät suorana.

Käytä toista kättä apuna ja vie harjoitettava käsi kyynärpää suorana ylös mahdollisimman lähelle korvaa.

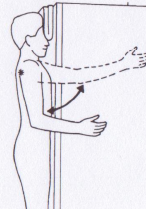
Toista 10 kertaa.



© PhysioTools Ltd

SCAPULAN ELI LAPALUUN HALLINTA + KYYNÄRVARSI FLEKSIOSSA 90°

ALKUASENTO: Painmakuulla alustan reunalla, otsa pyyhkeellä tuettuna. Lantio ja yläselkä rentoina. Leuka vedettyä sisään niin, että kasvot ovat vaakatasossa. Käsi roikkuu alustan reunan yli. Tuo lapaluuta 2 cm ylös ja 1 cm taakse ja säilytä asento.



TUNNUSTELU/TARKKAILU: Tiedosta lapaluun asento. Lapaluu ei saa liikkua suorituksen aikana.

SUORITUS: Kontrolloi lapaluun liikettä. Vedä kyynärpää koukkuun lantion tasolle. Sormet osoittavat eteenpäin kohti lattiaa. Liikuta vain niin pitkälle, että pystyt kontrolloimaan lapaluuta. Palaa sitten alkuasentoon. Huomi! Älä päästä lapaluuta liikkumaan suorituksen aikana. Tee liike hitaasti, älä venytä.

© PhysioTools Ltd

Liite 7. Peiliterapia

PEILITERAPIA

Aivoissa on laaja alue, joka säätelee käden toimintaa. Sen häiriintyminen voi aiheuttaa sietämättömiä kivun tuntemuksia käteen. Toki käden kivut voivat johtua myös itse käden tai aivoista käteen kulkevien hermoratojen vaurioitumisesta tai tulehtumisesta. Tehokas kädenkäyttö tarvitsee aivokuoresta ison alueen, joka kuitenkin alkaa supistua, jos käsi leikkautuu irti tai sitä muusta syystä lakataan käyttämästä. Jotta kivusta voisi parantua, alue täytyy tavallaan vallata takaisin.

Peiliterapiaa käytetään keinona lieventää kipua vaikuttamalla aivojen toimintaan peilin avulla. Peiliterapiassa aivoja huijataan peilin avulla uskomaan, että terveitä, toimivia käsiä on kaksi – kuten kuuluisikin olla. Terapia perustuu aivojen plastisiteettiin, kykyyn muovautua uudestaan ja ns. peilisolujen löytymiseen. Aivojen peilisolut – joilla ei tietenkään ole mitään tekemistä terapiassa käytetyn peilin kanssa – havaittiin ensimmäisen kerran vasta 1990-luvun alkupuolella. Peilisolut havahtuvat nähtyyn toimintaan, mutta ne innostuvat vain tarkoituksenmukaisista liikkeistä. Peiliterapiassa näitä soluja käytetään uudistamaan kehonkuvaa. Peilisolut ”huijataan” peilin avulla uskomaan, että toimintakyvyltään rajoitteinen yläraaja liikkuu hyvin ja kivuttomasti, mikä vaikuttaa aivotoimintaan. Suomessa peilisoluja tutkii akatemiaprofessori Riitta Hari tutkimusryhmineen Teknisen korkeakoulun kylmälaboratorion aivotoiminnan yksikössä, joka on yksi maailman arvostetuimmista. Australialainen G. Lorimer Moseley, joka työskentelee nykyään Oxfordissa, on alan guruja.

Peiliterapian toteuttamista varten tarvitaan peili, joka tuetaan pystyasentoon. Kädet asetellaan kummallekin puolelle peiliä. Henkilö asettautuu niin, että pystyy seuraamaan terveen käden liikkeitä peilistä. Tällöin näyttää siltä, kuin toinen käsi tekisi liikkeet. Harjoittelutilanteen on oltava häiriötön, sillä peilikuvan seuraaminen tarkkaan ja ajatuksen kanssa vaatii keskittymistä. Istumaasennon on myös oltava hyvä. Harjoitukset voidaan tehdä molemmilla käsillä yhtäaikaan, mahdollisimman symmetrisesti, niin hyvin kuin toimintakyvyn rajoitteisella kädellä pystyy. Toinen vaihtoehto on tehdä harjoitukset vain terveellä kädellä, toisen käden levätessä peilin

takana hyvässä asennossa. Harjoitusten tulee olla monipuolisia, esim. erilaisia järjestely- ja lajittelutehtäviä. Harjoitukset täytyy lopettaa, jos kipuja alkaa ilmaantua.

Parhaan tuloksen saamiseksi peiliterapiaa tulisi tehdä 3-5 kertaa päivässä, vähintään 15 minuutin ajan kerrallaan. Peiliterapian satunnainen kokeilu ei hyödytä kivun lievittämisessä, vaan sen on oltava säännöllistä. Lisäksi henkilön on oltava motivoitunut terapian toteuttamiseen. Peiliterapiaa käytetään mm. aivohalvaus- ja amputaatioasiakkailta sekä CRPS- kipupotilailla. Osa asiakkaista kokee vahvasti hyötyvänsä peiliterapiasta, osa ei lainkaan. Kansainvälisiä tutkimuksia on jo jonkin verran olemassa vahvistamassa peiliterapian mahdollisuuksia kivunhoidossa.

Opinnäytetyö 2008, tekijät Outi Kivelä, Marja Korhonen, Leena Kärki ja Riina Lipponen. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala.

Lähteet:

Malin, M.- L. Peiliterapia huijaa aivoja ja lievittää kipua. IT- Invalidityö 5. Verkkolehti. Viitattu 22.11.2008.

<http://www.invalidiliitto.fi/portal/verkkolehti/?a=getArticle&issueId=16&articleId=112&oldIssue>

Bauman, S. 2007. Peiliterapia toimintaterapeutin työvälineenä yläraajan amputaatio- ja kipupotilailla. Kipuviesti 1, 27-31. Viitattu 22.11.2008.

www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi, kipuviesti, 1/2007.

Liite 8. Kirjallinen lupalomake

Sopimus

Pyydämme lupaa käyttää alkuhaastatteluissa, ryhmäkokouksissa, loppupalautteissa sekä mittauksissa saatuja tietoja osana opinnäytetyömme tutkimusraporttia. Raportissamme ei tule ilmi nimiä, asuintietoja eikä syntymäaikoja, ja muutenkin pyrimme säilyttämään raportissamme tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden anonymiteetin sekä noudattamaan yleisiä tutkimuseettisiä periaatteita.

Toimintaterapeuttiopiskelijat Outi Kivelä, Marja Korhonen ja Leena Kärki sekä
fysioterapeuttiopiskelija Riina Lipponen

Annan luvan julkaista minusta kerättyjä mittaustuloksia, havaintoja ja muuta informaatiota, kuten edellä määritelty. Lisäksi annan suostumukseni minusta ryhmän aikana otettujen valokuvien käyttöön em. opinnäytetyössä.

Jyväskylässä 10.02.2009

Allekirjoitus & Nimen selvennys