



Rintarekonstruktiopotilaan postoperatiivinen hoitotyö -kirjallisuuskatsaus

Minna Hakonen
Tiina Karhapää

2020 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Rintarekonstruktiopotilaan
postoperatiivinen hoitotyö
-kirjallisuuskatsaus**

Minna Hakonen & Tiina Karhapää
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2020

Minna Hakonen & Tiina Karhapää

Rintarekonstruktiopotilaan postoperatiivinen hoitotyö -kirjallisuuskatsaus

2020

Sivumäärä 34

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata rintasyöpää sairastaneen rintarekonstruktiopotilaan postoperatiivista hoitotyötä tutkimusnäyttöön perustuen. Taavoitteena oli tuottaa materiaalia rintasyövän sairastaneen rintarekonstruktiopotilaan hoitotyöstä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, tukielin- ja plastiikkakirurgian toimialan, tekeillä olevaa Plastiikkakirurgisen hoitotyön käsikirjaa varten.

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä. Sen ensisijainen hoitomuoto on syöpäkasvaimen kirurginen poisto, joka tapahtuu poistamalla rintarauhanen joko kokonaan tai osittain. Rinnan poisto ja rintasyöpä sairautena vaikuttavat ihmisen kehonkuvaan ja identiteettiin merkittävästi, joten kirurgisen hoidon yhteydessä tehdään päätös mahdollisesta rinnan uudelleen rakentamisesta eli rekonstruktioista. Tämä on mahdollista rintasyöpäleikkauksen yhteydessä tai sen jälkeen myöhäisrekonstruktiona plastiikkakirurgisin menetelmin.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Mukaan valitusta aineistosta haettiin vastausta tutkimuskysymykseen: millaista on rintarekonstruktiopotilaan postoperatiivinen hoitotyö.

Aineistosta nousi esiin monia tutkimuskysymykseen vastaavia, hoitotyön kannalta merkittäviä asioita. Nämä koottiin kahteen pääluokkaan, joita ovat potilaan tuen tarpeisiin vastaaminen sekä kliininen hoitotyö rintarekonstruktion jälkeen.

Tulosten perusteella on nähtävissä, että sairaanhoitajalta vaaditaan laaja-alaista hoitotyön osaamista, vaikuttavat vuorovaikutustaidot ja herkkyyttä tunnistaa potilaan tarpeet rintarekonstruktiopotilasta hoitaessa. Erityisen kiinnostava ja suositeltava jatkotutkimusaihe, joka nousi aineistossakin esiin, olisi preoperatiivisen ohjauksen laadun ja sisällön merkitys potilaan postoperatiivisen hoidon onnistumisen kannalta.

Asiasanat: rintarekonstruktiopotilas, plastiikkakirurginen hoitotyö, postoperatiivinen hoitotyö

Minna Hakonen & Tiina Karhapää

Postoperative care of a breast reconstruction patient -a literature review

2020

Pages

34

The purpose of this thesis was to describe the postoperative care of a breast reconstruction patient, based on research evidence. The objective was to produce material for the handbook on plastic surgery nursing in preparation in the hospital district of Helsinki and Uusimaa (HUS), Department of Musculoskeletal and Plastic Surgery.

Breast cancer is the most common cancer in women. The primary form of treatment is surgical removal of the tumor by removal of the mammary gland, either completely or partially. Breast removal and breast cancer as a disease have a major impact on a person's body image and identity, so a decision is made on a potential breast reconstruction after the breast removal. Breast reconstruction is a plastic surgery operation, which can be made as an immediate or delayed reconstruction.

The method used in this thesis was descriptive literature review. The development task was to discuss postoperative care of a breast reconstruction patient.

The data selected and analysed revealed two main results, which are the patient's support needs and clinical nursing after breast reconstruction.

The results showed that the nurse is required to have extensive nursing skills, impressive communication skills and sensitiveness to identify the patient's support needs when treating a breast reconstruction patient. A particularly interesting and recommended subject for further research, which emerged in the data, would be the importance of the quality and content of preoperative guidance for the success of a patient's postoperative care.

Keywords: breast reconstruction patient, plastic surgery nursing, postoperative care

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Keskeiset käsitteet	7
2.1	Rintasyöpäpotilas.....	7
2.1.1	Rintasyövän syyt ja riskitekijät.....	8
2.1.2	Rintasyövän oireet, tutkimukset ja diagnostiikka	8
2.1.3	Rintasyövän hoito.....	9
2.2	Rintarekonstruktiopotilas	10
2.2.1	Rintarekonstruktio omakudossiirteellä	11
2.2.2	Implanttirekonstruktio.....	13
2.3	Rintarekonstruktiopotilaan kirurgisen hoitotyön prosessit.....	13
2.3.1	Preoperatiivinen hoitotyö	13
2.3.2	Intraoperatiivinen hoitotyö	13
2.3.3	Postoperatiivinen hoitotyö	14
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät	14
4	Menetelmät ja tutkimuksen kulku	14
4.1	Kirjallisuuskatsauksen toteutus	15
4.2	Aineiston analyysi	18
5	Tulokset.....	20
5.1	Potilaan tuen tarpeisiin vastaaminen	20
5.2	Kliininen hoitotyö rintarekonstruktion jälkeen	22
6	Pohdinta	24
6.1	Tulosten pohdinta ja johtopäätökset	24
6.2	Menetelmän pohdinta	26
6.3	Opinnäytetyön eettisyys.....	28
7	Lähteet.....	30
8	Liitteet	35

1 Johdanto

Rintasyöpään sairastuu Suomessa vuosittain noin 5000 naista. Väestön ikääntyessä naisten rintasyöpään sairastuvuus on jatkanut kasvuaan 2000-luvulta asti, 2,5 prosenttia vuodessa. Kansainvälisellä tasolla mitattuna vuonna 2018 uusia rintasyöpätapauksia diagnosoitiin 2 088 849, rintasyövän ollen toiseksi eniten todettu syöpä maailmassa. (Syöpäjärjestöt 2016; GCO 2019.) Rintasyövän ensisijainen hoitomuoto on tuumorin poistaminen kirurgisesti, jolloin tehdään joko rintarauhasen täydellinen poisto eli mastektomia, tai rintarauhaskudosta säästävä leikkaus eli resektio (Heikkilä 2012). Kirurgiseen hoitoon liittyy aina myös monitahoinen ja tunteita herättävä päätös toivooko potilas syöpäleikkauksen lisäksi rintojen uudelleen rakentamista, eli rintarekonstruktiota. Päätöstä tulee harkita lääketieteelliseltä kannalta, kuitenkin potilaan kokonaisvaltainen identiteetti huomioiden. (Miller, Steiner, Barrett, Fingar & Elixhauser 2017.) Kansainvälisesti on tilastoitu rintarekonstruktioiden määrän kasvua viimeisten vuosikymmenten aikana. Tutkimusten mukaan rintarekonstruktiot ovat yleistyneet koko rinnanpoistojen eli mastektomioiden määrän kasvaessa ja toisaalta päiväkirurgisten toimenpiteiden lisääntyessä myöhäisrekonstruktioissa. Rintarekonstruktioiden määrä on kasvanut vuodesta 2005 vuoteen 2016 yli kymmenkertaiseksi. (Yong Hong, Yoosong, Chang & Ung 2018; Miller ym. 2017.) Rintarekonstruktion tekemisellä on todettu olevan myönteinen vaikutus naisen kokemukseen omasta seksuaalisuudestaan ja kehonkuvastaan, sekä vähemmän mielialaoireilua verrattuna pelkän mastektomian läpikäyneisiin potilaisiin (de Cassia Vieira Archangelo, Neto, Veiga, Garcia & Ferreira 2019).

Tämän opinnäytetyön työelämäkumppanina toimii Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS), tukielin- ja plastiikkakirurgian toimiala. HUS on tuottamassa plastiikkakirurgisen hoitotyön käsikirjaa, jonka pohjana käytetään opinnäytetöiden tuottamaa tutkimusmateriaalia hoitosuosituksista. Mallina käsikirjalle on vuonna 2017 julkaistu Neurohoitajan käsikirja. Plastiikkakirurgian alalla ei vielä ole vastaavanlaista käsikirjaa. Käsikirjan on tarkoitus kuvata mitä on sairaanhoitajan työ plastiikkakirurgisen potilaan hoitotyössä. Käsikirja rakennetaan helpottamaan uuden työntekijän tai opiskelijan työn tai harjoittelun aloitusta plastiikkakirurgisessa yksikössä. Tämä opinnäytetyö käsittelee rintasyövän sairastaneen rintarekonstruktiopotilaan postoperatiivista hoitotyötä, sairaanhoitajan näkökulmasta.

2 Keskeiset käsitteet

Keskeisiä käsitteitä opinnäytetyössä ovat rintasyöpäpotilas, rintarekonstruktiopotilas, rintarekonstruktiopotilaan kirurgisen hoitotyön prosessit. Teoreettinen viitekehys rakentuu sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen näkökulmasta.

2.1 Rintasyöpäpotilas

Rintasyöpä on naisten tavallisin syöpä. Syövän esiasteita eli intraduktaalisia karsinoomia (DCIS) todetaan joka vuosi noin 400 naisella. Miehillä rintasyöpä on harvinainen. (Vehmanen 2017.) Arvioiden mukaan rintasyöpään sairastuu jossain elämänvaiheessa joka yhdeksäs nainen (Huovinen 2017). Tilastojen mukaan vuonna 2016 Suomessa rintasyöpään sairastui 4961 naista. Rintasyöpä oli myös naisten yleisin kuolemaan johtanut sairaus, sillä siihen kuoli 888 naista. (Suomen Syöpärekisteri 2016.) Kansainvälisesti vuonna 2018 uusia rintasyöpätapauksia diagnosoitiin 2 088 849, rintasyövän ollen toiseksi eniten todettu syöpä maailmassa (GCO 2019). Rintasyöpä on myös kaikista uusiutuvien naisten syöpä. Lukemien ollessa korkeat kehittyneissä maissa maailman laajuisesti, myös muilla alueilla todetaan koko ajan enemmän rintasyöpää. (WHO 2019.)

Rintasyöpä voidaan jakaa kahteen päätyyppiin, duktaaliseen ja lobulaariseen karsinoomaan, jotka voidaan jaotella edelleen alatyyppeihin (Leidenius 2017). Duktaaliseen ja lobulaariseen karsinoomaan tarkoitetaan rauhastiehyissä olevaa tai niiden solukosta alkunsa saanutta syöpää, tai syöpää, joka on rintatiehyiden sisällä (Lyly 2011). Vailla erityispiirteitä olevan duktaalisen karsinooman osuus rintasyövistä on noin 75 %. Invasiivinen lobulaarinen karsinooma on toiseksi yleisin rintasyöpätyyppi, sen osuus todetuista rintasyövistä on noin 10-15 %. Duktaalisen ja lobulaarisen karsinooman ja niiden alatyyppeiden ohella tavataan useita harvinaisia rintasyöpätyyppejä. (Leidenius 2017.)

Rintasyöpä leviää lymfaattisesti eli imukudosten välityksellä, hematogeenisesti eli plasman tai veren valkosolujen välityksellä sekä kasvamalla ympäröiviin kudoksiin. Tavallisimmin leviäminen tapahtuu lymfaattisesti saman puolen kainalon imusolmukkeisiin. Rintasyöpä voi metastasoida mihin tahansa, yleisimmin metastaaseja löydetään luustosta, keuhkoista ja maksasta. (Heikkilä 2012.)

2.1.1 Rintasyövän syyt ja riskitekijät

Riski sairastua rintasyöpään nousee iän myötä. Sen esiintyminen suurenee selvästi 45. ikävuo-
den jälkeen, ja keskimääräinen ikä rintasyövän toteamishetkellä on 60 vuotta. Rintasyövän
etiologia on monitahoinen, siihen vaikuttavat perimän ohella ruokavalio, lisääntymiseen liitty-
vät tekijät ja siihen liittyvät hormonaaliset vaikutukset. Hormoneista estrogeenia pidetään tär-
keimpänä altistavana tekijänä rintasyövän riskissä, ja riski kasvaa, mitä pidempään rintarauha-
nen on ollut alttiina estrogeenin vaikutukselle. Riski on siis suurempi naisilla, joiden kuukautiset
ovat alkaneet nuorena, jotka ovat lapsettomia tai ovat synnyttäneet ensimmäisen lapsensa yli
35-vuotiaana. Vastaavasti myöhään alkavat vaihdevuodet suurentavat riskiä. Imetyksellä kat-
sotaan olevan rintasyövältä suojaavaa vaikutusta. Ehkäisytablettien käytön ei katsota lisäävän
sairastumisriskiä, mutta pitkäaikaiseen vaihdevuosien jälkeiseen hormonikorvaushoitoon sisäl-
tyy kohonnut riski. Elämäntavoista ylipainolla ja runsaalla alkoholinkäytöllä on riskiä lisäävä
vaikutus. Liikunnan katsotaan olevan suojaava tekijä. Nopealla pituuskasvulla ja suuremmalla
aikuisiän pituudella on mahdollisesti riskiä lisäävä vaikutus. Rintarauhasen hyvänlaatuiset muu-
tokset lisäävät riskiä. Ionisoivalle säteilylle altistuminen lisää myöhemmin syöviksi kehittyvien
solumuutosten riskiä rintarauhasessa. Noin 5-10 % rintasyöivistä voidaan pitää perinnöllisinä, ja
niiden taustalta on löydetty kaksi suuren penetranssin geeniä BRCA1 ja BRCA2. Nämä mutaatiot
selittävät noin 20 % suvuittain esiintyvistä rintasyöivistä, ja BRCA-geenimutaation kantajilla riski
sairastua rintasyöpään on 60-85 %, ja diagnoosin saadessaan he ovat keskimäärin 20 vuotta
nuorempia kuin he, joilla mutaatiota ei ole. Myös muita perinnöllisiä mutaatioita on löydetty
CHEK2-geenistä, ja tämä selittää noin 5 % perinnöllisistä rintasyöivistä. Kolmanneksessa perin-
nöllisiä rintasyöpiä ei kuitenkaan löydy selittävää geenimutaatiota. (Heikkilä 2012.)

2.1.2 Rintasyövän oireet, tutkimukset ja diagnostiikka

Tavallisin rintasyövän oire on kivuton kyhmy rinnassa. Se voi myös aiheuttaa kipua, pistelyä,
ihomuutoksia tai nännieritettä. Joskus ensimmäisenä oireena huomataan kyhmy kainalon
imusolmukkeessa, tai metastaasin aiheuttama oire taudin levittyä jo laajalti. Tämä on kuiten-
kin harvinaisempaa. Myös rinnan koon tai muodon muutos, sekä imetykseen liittymätön tuleh-
dus, joka ei helpotu mikrobilääkityksellä, voivat olla merkki rintasyövästä. Oireeton rintasyöpä
voidaan havaita mammografiatutkimuksessa. Suomessa mammografiatutkimuksella toteutetta-
vat rintasyöpäseulonnat tehdään kahden vuoden välein 50-69-vuotiaille naisille, ja seulonnan
tavoitteena on havaita syöpiä jo varhaisvaiheessa. Suurin osa rintasyöivistä kuitenkin löydetään
sitien, että nainen havaitsee rinnassaan kyhmyä, ja hakeutuu sen myötä jatkotutkimuksiin. (Lei-
denius 2017; Vehmanen 2017.)

Rintasyöpää epäiltäessä perustutkimuksiin kuuluu lääkärin tekemä rintojen kliininen tutkimus, mammografia ja ultraäänitutkimus. Kliininen tutkimus koostuu inspektiosta eli ulkoisesta tarkastelusta sekä rintojen, kainaloiden ja solisalueiden palpaatiosta eli käsin tunnistelusta. Rinnat tutkitaan sekä potilaan istuessa, seistessä, että ollessa selinmakuulla. Mammografia on röntgensäteeseen perustuva rintakuvantamisen perusmenetelmä. Ultraääni on olennainen, mammografiaa täydentävä perustutkimus, jolla saadaan tietoa myös kainaloiden imusolmukkeiden tilanteesta. Mikäli näissä tutkimuksissa saadaan viitteitä löydöksen pahanlaatuisuudesta, otetaan neulanäyte. Diagnostiikan ja hoidon suunnittelun apuna voidaan lisäksi käyttää magneettikuvausta ja maitotiehyen varjoainekuvausta eli duktografiaa. Magneettikuvaus tarkentaa varsinkin kasvaimen laajuutta ja sijaintia. Lopullinen tieto syöpäkasvaimen laajuudesta ja levinneisyydestä saadaan vasta leikkauksen jälkeen, kun poistettu kudos tutkitaan patologian laboratoriossa. (Leidenius 2017; Vehmanen 2017; Jahkola ym. 2016, 6.)

2.1.3 Rintasyövän hoito

Rintasyövän hoitomuotona käytetään ensisijaisesti leikkaushoitoa, ja hoitokokonaisuus perustuu tuumorin kirurgiseen poistoon. Leikkaushoidolla pyritään poistamaan alue, jolla kasvain sijaitsee ja mahdollisesti metastasoituneet imusolmukkeet. Rintasyöpää hoidetaan kirurgisesti joko poistamalla koko rinta eli mastektomialla, tai rintakudosta säästävällä leikkauksella eli resektiolla. Leikkaustavan valintaan vaikuttavat useat eri tekijät, ja hoito suunnitellaankin jokaiselle potilaalle aina yksilöllisesti ja mielellään moniammatillisen työryhmän yhteistyönä. Säästävään leikkaukseen liitetään aina sädehoito, koska se vähentää rintasyövän paikallisen uusiutumisen riskiä. Lääkehoidon keinoja ovat antiestrogeni ja solunsalpaajat, joiden käytöstä päätetään kasvaimen koon, biologisten ominaisuuksien ja kainalometastasoinnin perusteella. (Heikkilä 2012; Leidenius & Meretoja 2017; Jahkola ym. 2016, 7.)

Joskus rintasyöpä on jo ehtinyt levitä paikallisesti esimerkiksi kasvamalla ihoon tai aiheuttamalla tulehduksen kaltaisen punoituksen koko rintaan. Tällöin aloitetaan neoadjuvanttihoito, eli jo ennen syöpäleikkausta aloitettu solunsalpaajalääkitys. (Jahkola ym. 2016, 6.)

Leikkausta edeltävänä päivänä tai leikkauspäivän aamuna potilaalle tehdään imusolmukekartta, jonka avulla vartijaimusolmuke tai -solmukkeet paikannetaan. Ne sijaitsevat tavallisesti kainalossa tai joskus rintalastan vieressä. Vartijaimusolmukkeet ovat niitä imusolmukkeita, joihin syöpäkasvain yleensä lähettää ensimmäiseksi syöpäsoluja. Leikkauksessa vartijaimusolmukkeet poistetaan ja tutkitaan kudostutkimuksella, löytyykö niistä syöpäsoluja. Mikäli syöpäsoluja löytyy, tehdään yleensä kainaloevakuatio, jossa myös muut kainalon imusolmukkeet leikataan pois. Kainaloevakuatio tehdään joka tapauksessa ilman edeltävää vartijaimusolmuketutkimusta siinä tapauksessa, mikäli neulanäytteillä on jo löydetty syöpäsoluja myös kainalosta. (Jahkola ym. 2016, 7; Goldhirsch ym. 2013.)

Resektio eli rintaa säästävä leikkaus voidaan tehdä yli puolelle kaikista sairastuneista naisista. Toimenpiteen edellytyksenä on, että kasvain on niin pieni, että se voidaan poistaa turvallisesti ja silti saada jäljelle jäävästä rinnasta rakennettua esteettisesti hyväksyttävän näköinen. Leikkauksessa pyritään saamaan kasvaimen ympärille puhtaat, syöpäsoluista vapaat reunat, eli marginaalit. Kasvaimen sijaintia voidaan tarkistaa vielä leikkauksen ajanakin kuvantamalla. Käytämällä rintasyöpäleikkauksissa plastiikkakirurgisia menetelmiä eli onkoplastisia leikkaustekniikoita, voidaan säästävän rintasyöpäkirurgian osuutta lisätä ja siten vähentää myöhemmin tehtävien rintarekonstruktioiden tarvetta. Tavoitteena on mahdollisimman symmetrinen leikkaustulos, jotta uusia korjausleikkauksia ei tarvittaisi. Useimmiten myös tervettä rintaa muokataan symmetrian saavuttamiseksi. (Jahkola ym. 2016, 7-8.)

Mastektomia tehdään noin 40 prosentille rintasyöpäpotilaista. Se on suositeltavin vaihtoehto, jos syöpäkasvain on laaja. Se on yleensä paras vaihtoehto myös alle 35-vuotiaille, naisille, joilla on perinnöllinen alttius rintasyövälle, tai niille, joille on aiemmin annettu sädehoitoa rinnan alueelle. Mastektomiassa poistetaan koko rintarauhanen, nänni ja nännipiha, sekä rinnan ihoa niin paljon, että rinnanseinä jää sileäksi. Mikäli samassa leikkauksessa tehdään välitön rintarekonstruktio, rinnan iho voidaan pääosiltaan säästää verhoamaan kudossiirrettä tai proteesia. Tällöin myös nännin säästämistä voidaan tapauskohtaisesti harkita. (Jahkola ym. 2016, 7-8.)

Terveen rinnan poistoa rintasyöpää ehkäisevänä toimenpiteenä voidaan harkita, jos naisella on huomattavan suuri riski sairastua elämänsä aikana rintasyöpään. Tämän edellytyksenä ovat aina perinnöllisyyslääkärin tutkimukset. (Jahkola ym. 2016, 12.)

Rintasyöpäpotilaiden leikkaushoito on Suomessa HUS:n alueella pitkälti keskitetty Rintarauhas-kirurgian yksikköön, joka toimii Kirurgisessa sairaalassa. Syöpätautien klinikka vastaa liitännäishoitojen suunnittelusta ja toteutuksesta, potilaiden seurannasta ja levinnyttä syöpää sairastavien hoidosta. (HUS b.)

2.2 Rintarekonstruktiopotilas

Rintarekonstruktioilla tarkoitetaan rinnan rakentamista uudelleen rinnan poiston eli mastektomian jälkeen. Rekonstruktio voidaan tehdä joko rinnan poiston yhteydessä, eli välittömänä rekonstruktiona, tai myöhemmin potilaan jo toivuttua syöpähoidoista, eli myöhäisrekonstruktiona. Rekonstruktioilla ei ole vaikutusta rintasyövän ennusteeseen, eikä se vaikeuta syövän seuranta. (Kauhanen 2017c.) Rintarekonstruktion tekemisellä on todettu olevan myönteinen vaikutus naisen kokemukseen omasta seksuaalisuudestaan ja kehonkuvastaan, sekä vähemmän mielialaoireilua verrattuna pelkän mastektomian läpikäyneisiin potilaisiin (de Cassia Vieira Archangelo, Neto, Veiga, Garcia & Ferreira 2019).

Rintarekonstruktio voidaan tehdä joko käyttämällä potilaan omaa kudosta siirteenä, silikoni-implantilla tai näiden menetelmien yhdistelmällä. Käytettävä menetelmä valitaan potilaan terveydentilan, kehonrakenteen, ihon laadun ja henkilökohtaisten toiveiden ja harrastuksien mukaan yksilöllisesti. Jotta voidaan käyttää potilaan omaa kudosta siirteenä, siirrettävää kudosta on oltava riittävästi saatavilla, eikä kudossiirteen ottaminen saa aiheuttaa merkittävää haittaa potilaalle. Siirrettävän kudospalan verenkierron tulee olla riittävän hyvä ja ihosaarekkeen hyvässä kunnossa. Sidekudossairaudet, ihosairaudet, aiemmat leikkausarvet, potilaan tupakointi ja yleissairauksien aiheuttamat verenkiertohäiriöt voivat estää tai rajoittaa mahdollisuutta käyttää kudossiirrettä. (Kauhanen 2017c; Jahkola ym. 2016, 15.)

Leikkauksella on tavoitteena rakentaa tervettä rintaa kooltaan ja muodoltaan vastaava rinta, joka on mahdollisimman luonnollinen ja pysyvä, sekä sallii potilaalle normaalin ja vaivattoman pukeutumisen ja liikkumisen. Myös tervettä rintaa voidaan joutua muokkaamaan symmetrian saavuttamiseksi. Mamillarekonstruktio eli nännin rakentaminen tehdään 6-12 kuukauden kuluttua rintarekonstruktion jälkeen, käyttäen tavallisesti paikallista ihokielekettä, harvemmin toisen nännin jakamista vapaana kudossiirteenä. Mamillarekonstruktio on polikliininen toimenpide. Haavojen parannuttua nänni ja nännipiha vielä tatuoidaan luonnollisen lopputuloksen saavuttamiseksi. (Kauhanen 2017c.)

Rintarekonstruktio potilaan omaa kudosta siirteenä käyttäen pitää sisällään mikrokirurgiset rintarekonstruktiot (alavatsakielekkeet, reisikielekkeet, pakaran ja alaselän kielekkeet), varrelliset rintarekonstruktio-kielekkeet (selkäkieleke, rintakehän paikalliset kielekkeet ja toisen rinnan kudoksen jakaminen) ja vapaan rasvansiirron. Implanttirintarekonstruktio tehdään silikoni-proteesia käyttäen joko yksinään, tai potilaan oman kudossiirteen kanssa. (Kauhanen 2017c.)

Rintarekonstruktiot ovat plastiikkakirurgisia leikkauksia. HUS:n alueella plastiikkakirurginen toiminta on keskitetty HYKS Tukielin- ja plastiikkakirurgian tulosyksikköön Töölön ja Jorvin sairaaloihin, joka vastaa vaativimmista toimenpiteistä, sekä muualla HUS-alueella Hyvinkään, Lohjan, Porvoon ja Raaseporin sairaaloihin. (HUS a.)

2.2.1 Rintarekonstruktio omakudossiirteellä

Vatsakielekettä käytettäessä potilaan alavatsalta otetaan ihoa ja ihonalaisrasvaa, joista rakennetaan luonnollisen näköinen ja tuntuinen rinta. Leikkauksen edellytys on riittävä kudospoimu alavatsalla. Leikkaustekniikoita on erilaisia, ja ne riippuvat potilaan anatomisista olosuhteista. Lopullisesti tekniikka yleensä valikoituu vasta leikkauksen aikana. TRAM -kielekkeeseen (transverse rectus abdominis muscle) tulee mukana osa suoraa vatsalihasta, DIEP -kielekkeessä (deep inferior epigastric perforator flap) vatsalihas säästyy. Kieleke muotoillaan rinnaksi ja vatsan

haava suljetaan. Iholle jäävät arvet alavatsalle ja navan ympärille. (Jahkola ym. 2016, 15-16; Kauhanen 2017b.)

Reisikielekettä käytettäessä otetaan kudossiirteeksi reiden sisäsyryltä nivuseen ja pakara-poimuun rajautuva ihopoimu. Tältä alueelta saattaa hoikaltakin naiselta löytyä riittävästi ihonalaista rasvakudosta ja löyhää ihoa rinnan rakentamista varten. Näkyvät arvet jäävät huomaamattomaan kohtaan nivusen ja pakaran poimuun. Reisikieleke kutistuu jonkin verran ensimmäisten kuukausien aikana, ja lopputulosta voi arvioida vasta noin 6-12 kuukautta leikkauksen jälkeen. Rintoja voi tarvittaessa myös suurentaa rasvansiirrolla. (Jahkola ym. 2016, 18-19; Kauhanen 2017b.)

Muita mahdollisia kielekkeiden ottopaikkoja ovat alaselästä lantion yläpuolelta, tai pakarasta otettavat kielekkeet. Nämä tekniikat ovat harvemmin käytettyjä, mutta voivat olla ensisijaisia yksittäisille potilaille. Selän puolelta otettavien kielekkeiden heikkoutena on rintarekonstruktiossa se, että potilas joudutaan leikkauksen aikana kääntämään ympäri. (Jahkola ym. 2016, 22; Kauhanen 2017b; Mujtaba 2019.)

Varrellisista kielekkeistä yleisimmin käytetty on selästä käännettävä iho-lihaskieleke eli LD-kieleke. Kielekkeen etuna on sen luotettavuus ja lyhyempi leikkaus- ja toipumisaika verrattuna mikrokirurgisiin kielekkeisiin. Kieleke saa verenkiertonsa verisuonivarren kautta. Tällä tekniikalla ei saada aikaan kovin suurta rintaa, mutta tarvittaessa kielekettä täydentämään voidaan käyttää proteesia tai vapaata rasvansiirtoa. (Kauhanen 2017e.)

Vapaata rasvansiirtoa potilaan omalla rasvalla käytetään rintarekonstruktioissa yleensä kieleke- ja proteesirekonstruktioiden täydentäjänä, sekä näiden jälkeisten arpi-, kipu- ja symmetriaongelmien korjaukseen. Se soveltuu joissain tapauksissa myös koko rinnan korjaukseen, mutta rasvansiirtoja tarvitaan silloin useita kertoja. Siirron edellytyksenä on, että potilaalla on riittävästi rasvakudosta. Rasvansiirto voidaan tehdä joko nukutuksessa tai paikallispuudutuksessa. Rasvanottokohtaan ruiskutetaan ensin adrenaliinipitoista liuosta, joka saa rasvasolut irtoamaan toisistaan. Sen jälkeen rasva imetään talteen ja ruiskutetaan sijoituskohtaan kudoksen eri kerroksiin useasta pienestä pistoskohdasta. Vain osa, noin 50-70 prosenttia siirretystä rasvasta säilyy. Uusi rasvansiirto voidaan tehdä 3-6 kuukauden kuluttua. (Kauhanen 2017d; Jahkola ym. 2016, 22-23, Kauhanen & Peltoniemi 2012.)

2.2.2 Implanttirekonstruktio

Implanttirekonstruktiossa potilaan rinta korjataan silikoniproteesilla, joita voidaan käyttää niin yksinään, kuin omakudossiirteen ohella. Ilman kudossiirrettä silikoniproteesi sijoitetaan yleensä rintalihaksen alle. Leikkauksen voi tehdä yksi- tai kaksivaiheisena. Kaksivaiheisessa leikkauksessa rintalihaksen alle asennetaan ensin kudostenvenytin, joka on keittosuolaliuoksella täytettävä silikonipussi. Pussia täytetään polikliinisesti 1-3 viikon välein, jolloin kudokset venyvät. Toisessa leikkauksessa kudostenvenytin poistetaan ja tilalle laitetaan lopullisen kokoinen silikoniproteesi. Implanttirekonstruktion etuna on erityisesti kudossiirteen ottokohdan ongelmien välttäminen. (Kauhanen 2017a.)

2.3 Rintarekonstruktiopotilaan kirurgisen hoitotyön prosessit

Kirurgisen hoitotyön kokonaisuutta kutsutaan perioperatiiviseksi hoitoprosessiksi. Perioperatiivinen hoitotyö jaetaan kolmeen osioon, joista jokainen sijoittuvat ajallisesti eri vaiheisiin. Näitä ovat preoperatiivinen eli ennen leikkausta suoritettava hoitotyö, intraoperatiivinen eli leikkauksen aikana tapahtuva hoitotyö sekä leikkauksen jälkeiseen aikaan sijoittuva hoitotyö eli postoperatiivinen hoitotyö. Perioperatiivisen hoitotyön vaiheet eroavat työnkuvaltaankin toisistaan. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007.)

2.3.1 Preoperatiivinen hoitotyö

Preoperatiivinen toiminta alkaa potilaan saatua päätöksen leikkauksesta, ja se päättyy potilaan siirtyessä leikkaussaliin. Se sisältää leikkaukseen valmistavan ohjauksen, esitietojen keräämisen ja tarvittavien tutkimusten tekemisen. Potilaan toipumista leikkauksesta ja anestesiasta edistävät leikkausta edeltävä potilaan fyysisen suorituskyvyn ja leikkaurisikin arviointi, leikkauksenkelpoisuutta heikentävien sairauksien hyvä hoitotasapaino, sekä potilaan saama ohjaus ja informointi. (Erämies 2017b.)

2.3.2 Intraoperatiivinen hoitotyö

Intraoperatiivinen hoitotyö tarkoittaa leikkauksen aikaista hoitotyötä (Lukkari ym. 2007). Kielekkeleikkauksissa erityisen tärkeää on turvata kielekkeen elinkelpoisuus leikkauksen aikana varmistamalla sen riittävä verenkierto. Anestesian aikaisia keinoja tähän ovat potilaan hyvä lämpötila, optimaalinen nesteytys ja riittävä verenpaine. (Hirvi, Alakoski & Torppa 2013.)

2.3.3 Postoperatiivinen hoitotyö

Postoperatiivinen hoitotyö alkaa, kun potilas siirretään leikkaussalista heräämöhön, ja päättyy, kun potilas toipuu tai kotiutuu leikkauksen jälkeen. Postoperatiivisen hoidon tavoitteita heräämövaiheessa ovat seurata potilaan toipumista toimenpiteestä ja anestesiasta, varmistaa ja hoitaa potilaan vitaalielintoimintoja, sekä hoitaa postoperatiivista kipua. Vuodeosastolla keskeisiä tavoitteita ovat potilaan peruselintoimintojen vakauttaminen ja leikkauksen jälkeisten komplikaatioiden ehkäisy. (Erämies 2017a; Lukkarinen, Virsiheimo, Savo, Hiivala, Salomäki & Hoikka 2013.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata rintasyöpää sairastaneen rintarekonstruktiopotilaan postoperatiivista hoitotyötä tutkimusnäyttöön perustuen.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa materiaalia rintasyövän sairastaneen rintarekonstruktiopotilaan hoitotyöstä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, tukielin- ja plastiikkakirurgian toimialan, tekeillä olevaa Plastiikkakirurgisen hoitotyön käsikirjaa varten. Käsikirjan on tarkoitus tulla sairaanhoitajien ja opiskelijoiden käytännön työn ja perehdytyksen tueksi. Opinnäytetyön tavoitteena on siten omalta osaltaan parantaa hoitotyön laatua ja turvallisuutta, sekä tukea työelämän muutosta kohti yhtenäisten, tutkimustietoon perustuvien prosessien käyttöönottoa ja hoitotyön käytänteiden tuomista näkyviksi.

Tutkimuskysymyksenä opinnäytetyössä on:

Millaista on rintarekonstruktiopotilaan postoperatiivinen hoitotyö?

4 Menetelmät ja tutkimuksen kulku

Opinnäytetyön menetelmänä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta käytetään yhtenä yleisimpänä kirjallisuuskatsaus- tyyppinä (Salminen 2011, 6). Kirjallisuuskatsaus menetelmänä on prosessimaiseen tieteelliseen toimintaan perustuva, merkittävä tutkimustyön väline. Sen tärkein tehtävä on kehittää tieteenalan teoreettista ymmärrystä ja käsitteistöä, kehittää uutta tai arvioida olemassa olevaa teoriaa. Sen avulla voidaan muodostaa kokonaiskuva tietyistä aihealueesta tai asiakokonaisuudesta, kerätä yhteen useiden tutkimusten tuottama tieto. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 7; Aveyard 2010, 6.) Riippumatta katsaustyyppistä, kirjallisuuskatsaus toteutetaan samankaltaisin perusvaihein, joita ovat tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen, kirjallisuushaku, aineiston valinta, tutkimusten arviointi, aineiston analyysi ja synteesi, sekä tulosten raportointi. (Stolt ym. 2016, 33.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus perustuu tutkimuskysymykseen ja tuottaa siihen valikoidun aineiston perusteella kuvailevan, eli laadullisen vastauksen. Sen vaiheina on tutkimuskysymyksen muodostaminen, kirjallisuushaku ja aineiston valinta, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013.) Kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen on tämän tutkimuksen osalta päädytty siksi, että se antaa mahdollisuuden käyttää aineistoa laaja-alaisesti, ilman tiukkoja rajoja ja sääntöjä. Kuvailevan katsauksen avulla voidaan rajata aineistoa tarpeen ja tutkimuskysymyksen vaatimalla tavalla. Myös tutkimuskysymyksiä on mahdollisuus olla asettamatta liian yksityiskohtaisiksi. (Salminen 2011, 7; Kangasniemi ym. 2013.)

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston valintaprosessi voidaan toteuttaa joko implisiittisellä tai eksplisiittisellä valinnalla. Molemmissa tavoissa aineistot haetaan relevanteista lähteistä, mutta implisiittisellä valinnalla toteutettuna aineiston hankintaprosessia, eli valittuja tietokantoja tai sisäänotto- ja poissulkukriteerejä, ei erikseen raportoida. Eksplisiittisellä valinnalla toteutettuna aineiston valintaprosessi raportoidaan kuten systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Tällä pystytään lisäämään kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta ja eettisyyttä menetelmänä. (Kangasniemi ym. 2013.)

Aineisto analysoidaan kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa laadullisen eli kvalitatiivisen analyysin menetelmällä. Kvalitatiivisessa analyysissä tutkittavaa aineistoa pyritään tutkimaan ja tarkastelemaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja löytämään suhteita ja yhteyksiä aineistosta, jonka pohjalta voidaan tehdä lopullinen synteesi eli yhteenveto tutkittavasta aiheesta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2012, 160-166.)

4.1 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

Kirjallisuuskatsauksen tekeminen aloitettiin hakemalla osaamista tiedonhakuun ja tutkimusmenetelmään tiedonhaun- ja kirjallisuuskatsauksen työpajoista.

Ennen tiedonhakuja aloittamista määriteltiin alustavat sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka tarkentuivat suunnitelmavaiheessa. Lopulliset kriteerit määriteltiin tutkimuskysymyksen mukaisesti, kohdentaen aineiston mukaanottoa juuri hoitotyölähtöiseksi (taulukko 1).

Taulukko 1: Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaisuvuosi 2014-2020	Julkaistu ennen vuotta 2014
Kieli suomi/englanti	Muut kuin suomen- tai englanninkieliset julkaisut
Hoitotyön näkökulma	Ei hoitotyön näkökulmaa
Koko teksti saatavilla	Vain otsikko, abstrakti tai osa tekstistä nähtävissä
Maksuttomuus	Teksti luettavissa vain maksullisena
Sisältö vastaa tutkimuskysymykseen	Sisältö ei ole tutkimuksen kannalta merkittävä
Tieteellinen artikkeli, tutkimus tai tieteellisessä lehdessä julkaistu artikkeli	Muu kuin tieteellinen tutkimus, artikkeli tai tieteellisessä lehdessä julkaistu artikkeli

Alustavia hakuja lähdettiin kokeilemaan jo varhaisessa vaiheessa eri tietokannoista. Ensimmäiset kokeilut hakusanoiksi ja näiden yhdistelmiksi olivat ”breast cancer”, ”breast reconstruction”, ”plastic surgery”, ”nursing”. Opinnäytetyöaiheen rajauduttua tarkemmin käsittelemään nimenomaan rintarekonstruktiopotilaan postoperatiivista hoitotyötä, jätettiin hakusanoista pois rintasyöpä- osuus. Hakuja kokeiltiin erilaisilla yhdistelmillä ja variaatioilla sanoista ”breast reconstruction”, ”postoperative” ja ”nursing”.

Alustavien hakujen perusteella lopulliseksi hakusanayhdistelmäksi valikoitui

- **breast reconstruction AND postop* AND nurse or nurses or nursing**

Lopullisiksi aineistohaun tietokannoiksi valikoitui ohjauskeskusteluiden pohjalta Cinahl, ProQuest, Medic, PubMed ja Cochrane. Lisäksi hakuprosessin aikana tehtiin manuaalisia hakuja lähinnä Google Scholarin avulla.

Hakuja pyrittiin olemaan rajaamatta liian tiukasti, jottei potentiaalista aineistoa vahingossaakaan rajata ulkopuolelle. Lopullinen aineistohaku suoritettiin tammikuussa 2020. Sisäänottokriteereiksi aineistolle asetettiin julkaisuvuosi 2014 tai sen jälkeen julkaistut suomen- tai englanninkieliset tieteelliset artikkelit, tutkimusartikkelit ja tieteellisissä lehdissä julkaistut artikkelit, joiden koko teksti on saatavilla maksuttomana. Vuosilukurajaukseen päädyttiin ohjauskeskustelujen pohjalta. Lisäksi tekstissä tuli olla nähtävillä hoitotyön näkökulma, ja sen oli sisällöllisesti vastattava tutkimuskysymykseen. Koska tutkimusmenetelmänä käytettiin kuvailevaa

kirjallisuuskatsausta, saatiin valittu aineisto koskemaan parhaiten tutkimuskysymykseen ja kriteereihin soveltuvaan materiaaliin. Näin hakutuloksiin valikoitui mahdollisimman laajasti aineistoa, päämääränä saada mukaan ennen kaikkea hoitotyön näkemys. Näin pysyttiin tuoreimassa katsauksessa, eikä vuosilukukriteereitä tarvinnut venyttää. Aineiston tietokantahaut tuloksineen on kuvattu taulukossa 2.

Taulukko 2: Aineiston haku

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulokset	Valittu otsikon perusteella	Valittu tiivistelmän perusteella	Valittu sisällön perusteella
Cinahl (EBSCO)	breast reconstruction AND postop* AND nurse or nurses or nursing	2014-2020 Full text	125	13	8	5
ProQuest	breast reconstruction AND postop* AND nurse or nurses or nursing	2014-2020 Full text	176	8	0	-
Medic	breast reconstruction AND postop* AND nurse or nurses or nursing	2014-2020 Vain koko tekstit, asiasanojen synonyymit käytössä, kielet kaikki	1	-	-	-
PubMed	breast reconstruction AND postop* AND nurse or nurses or nursing	2014-2020 Free full text	6	4	3	0
Cochrane	breast reconstruction AND postop* AND nurse or nurses or nursing	2014-2020	17	7	0	-
Manuaaliset haut (Google Scholar)	breast reconstruction AND postop* AND nurse or nurses or nursing	2014-2020	-	-	2	2

4.2 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan menettelytapaa laadullisten tutkimusten analysointia varten. Näin voidaan analysoida tutkimuksia ja aineistoja systemaattisesti. Sisällönanalyysi voidaan tehdä joko induktiivisesti tai deduktiivisesti. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa aineisto käytiin läpi induktiivisella sisällönanalyysillä.

Aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen. Nämä vaiheet ovat aineiston pelkistys eli redusointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi ja teoreettisten käsitteiden luominen aineistosta eli aineiston abstrahointi. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin pyrkimys on luoda kokonaisuus haetusta aineistosta. Ensimmäinen vaihe on pelkistäminen, jossa tiivistetään tai jaotellaan saatu tieto pienempiin osiin. Pelkistämisen pohjana toimii tutkimuskysymys, joka toimii perustana aineistosta poimittaville, tutkimukselle olennaisille alkuperäisilmauksille. (Tuomi ym. 2009, 95; 108-109.)

Aineiston klusteroinnissa on tarkoitus tarkastella aineistosta havaittuja ja poimittuja redusoituja ilmauksia. Nämä ilmaukset voidaan ryhmitellä luokittain, jolloin samaa tarkoittavat tai samankaltaiset ilmaukset laitetaan samaan luokkaan. Tällä keinoin pelkistetyt alkuperäisilmaukset saadaan jaoteltua ensin alaluokkiin, jotka yhdistyvät yläluokiksi ja edelleen pääluokiksi. (Tuomi ym. 2009, 110.)

Aineiston abstrahointi on prosessin viimeinen vaihe, jonka tarkoituksena on aineiston käsitteellistäminen. Abstrahoinnin tarkoituksena on erotella tutkimusta hyödyttävien olennainen tieto, josta muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnin tarkoituksena on muodostaa tutkijalle kattava kuva tutkimukselle olennaisesta tiedosta, ja samaan aikaan on mahdollista vertailla saatua tietoa sekä niistä tehtyjä päätelmiä. Samaan aikaan on tarkoitus muodostaa tutkimukseen liittyvää, uutta teoretietoa. Abstrahoinnilla pyritään yhdistelemään luokituksia mahdollisimman pitkälle. (Tuomi ym. 2009, 111.)



Kuvio 1: Induktiivinen sisällönanalyysi vaiheittain

Mukaan valikoitunut aineisto luettiin ensin molempien tekijöiden toimesta useampaan kertaan, ja erityistä aikaa käytettiin sisällön suomentamiseen ja ymmärtämiseen. Aineistojen keskeinen sisältö kiteytettiin tutkijan taulukkoa hyödyntäen (liite 1.), ja samalla käytiin vielä kriittistä pohdintaa aineiston luotettavuudesta. Tämän jälkeen aineistoa alettiin käymään läpi ja keräämään tutkimuskysymykseen vastaavia analyysiyksiköitä, jotka tässä opinnäytetyössä olivat virkeitä tai niiden osia.

Analyysiyksiköiden keräämisen jälkeen alkoi pelkistäminen eli redusointi. Alkuperäisistä lauseista pyrittiin tiivistämään olennainen merkitys, joka vastasi tutkimuskysymykseen (taulukko 3).

Taulukko 3: Esimerkki aineiston pelkistyksestä

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys
One participant wished she had been better informed about "how to care for herself after the surgery".	Tiedon saaminen leikkauksen jälkeisestä itsehoidosta on tärkeää.
Nurses are ethically responsible for pain management, which means the patient's pain should be managed regardless of their socioeconomic status, culture, ethnicity, sex or history.	Sairaanhoidajilla on eettinen vastuu kivunhoidosta.

Pelkistämisen jälkeen aineistoa alettiin ryhmittelemään eli klusteroimaan. Samaa tarkoittavia tai samankaltaisia ilmaisuja koottiin yhteisten alaluokkien alle, jotka jaoteltiin edelleen yläluokkiin (taulukko 4).

Taulukko 4: Esimerkki aineiston ryhmittelystä

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
Tiedon saaminen leikkauksen jälkeisestä itsehoidosta on tärkeää.	Sairaanhoidajan antama ohjaus	Sairaanhoidajan ohjausosaaminen
Sairaanhoidajilla on eettinen vastuu kivunhoidosta.	Sairaanhoidajan kivunhoidon osaamisen merkitys	Sairaanhoidajan kliininen osaaminen

Viimeisenä vaiheena oli aineiston abstrahointi, jossa aineistosta muodostettiin teoreettisia käsitteitä. Näistä käsitteistä muodostuivat kirjallisuuskatsauksen tulokset.

5 Tulokset

Tässä opinnäytetyössä etsittiin vastausta kysymykseen, millaista on rintarekonstruktiopotilaan postoperatiivinen hoitotyö. Vastauksia tutkimuskysymykseen haettiin seitsemästä tähän opinnäytetyöhön mukaan valikoituneesta tutkimuksesta tai artikkelista (liite 1: Tutkijan taulukko). Sisällönanalyysiä tehdessä tutkimuskysymykseen vastaavien analyysiyksiköiden avulla löydettiin tuloksiksi kaksi pääluokkaa, jotka olivat potilaan tuen tarpeisiin vastaaminen sekä kliininen hoitotyö rintarekonstruktion jälkeen. Nämä osa-alueet ovat kuitenkin myös tiiviissä yhteydessä toisiinsa. Potilaan tuen tarpeisiin vastaaminen pitää sisällään sairaanhoitajan laaja-alaisen ymmärryksen rintasyövän ja rintarekonstruktion vaikutuksista naisen psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin, sairaanhoitajan vuorovaikutustaidot, roolin informaation antajana, ohjausosaamisen ja kokonaisvaltaisen hoitotyön. Sairaanhoitajan kliininen osaaminen rintarekonstruktiopotilaan postoperatiivisessa hoitotyössä koostuu kivun hoidosta, potilaan seurannasta ja mahdollisten komplikaatioiden varhaisesta tunnistamisesta, akuutin haavan hoidon osaamisesta ja potilaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin turvaamisesta erilaisin hoitotyön keinoin, mikä pitää sisällään ymmärryksen ravitsemuksen, liikunnan ja levon merkityksestä potilaan paranemisprosessille. Molemmilla osa-alueilla sairaanhoitajan rooli näyttäytyi merkittävänä.

5.1 Potilaan tuen tarpeisiin vastaaminen

Rintarekonstruktiopotilaan hoitotyössä korostuu ymmärrys rekonstruktiopotilaan tuentarpeista ja tietämys sairastetun rintasyövän ja sen jälkeisen rekonstruktion kokonaisvaltaisesta vaikutuksesta potilaaseen. Potilaalla saattaa olla kuolemanpelkoa, huolta muuttuneesta ulkonäöstä, ongelmia kehonkuvan, seksuaalisuuden ja sosiaalisten suhteiden osa-alueilla. Leikkauksen jälkeiset ahdistus- ja masennusoireet ovat tavallisia. Sairaanhoitajan rooli fyysisen-, psyykkisen- ja emotionaalisen osa-alueiden arvioinnissa on merkittävä. (Carr, Groot, Cochran, Vancouvernett & Holtslander 2018; Claassens 2017; Gultas & Neriman 2017; Leslie 2018.)

Potilaiden tuentarpeet koostuvat useasta näkökulmasta. Näitä ovat emotionaalisen tuen tarve, informatiiviset eli tiedonantoon ja -saantiin liittyvät tarpeet, sekä konkreettisen avun tarve. Sairaanhoitajan tulee ymmärtää tuentarpeet ja omata riittävän laaja-alainen tietämys voidakseen tarjota potilaan tarvitsemaa tukea. Näin hoitajalla on mahdollisuus antaa tietoa myös

hoitokäytänteistä. Oleellista on myös kyetä tunnistamaan ja mukautumaan potilaiden vaihteleviin tuentarpeisiin. Tutkimuksista kävi ilmi, että tuentarpeiden tehokkaalla hoitamisella parannetaan potilaiden kokemusta rintarekonstruktioista. (Carr ym. 2018.)

Vuorovaikutus hoitajan kanssa muokkaa rintarekonstruktiopotilaiden kokemuksia myös tuensaannista. Potilaan kanssa tulee keskustella rohkeasti, ja hänelle on annettava mahdollisuus ilmaista tunteensa ja huolenaiheensa. (Carr ym. 2018; Claassens 2017; Gultas & Neriman 2017.) Carr ym. (2018) tutkimuksesta nousee esille, että sairaanhoitajan asenne potilaan avunpyyntöön on merkityksellinen ja hoitajan nopea reagointi potilaan huolenaiheisiin on arvokasta. Mahdollisuus kysyä hoitajalta toipumiseen liittyvistä asioista lisää potilaan mielenrauhaa. On tärkeää muistuttaa potilaita, ettei ole tyhmiä kysymyksiä, eikä väärää hetkeä niitä kysyä.

Potilaat kaipaavat sairaanhoitajalta ennen kaikkea informatiivista tukea, jonka antajana sairaanhoitajan rooli on keskeinen. Konkreettinen apu ja tunne-elämän tuki koettiin yhtä merkittäväksi perheenjäseniltä, kuin hoitotyön ammattilaisilta saatuna. Leikkaus lisää potilaiden epävarmuutta ja haavoittuvuutta, joten sairaanhoitajan antama tuki lisää psyykkistä selviytymistä. Luottamus hoitajaan on tärkeää. (Carr ym. 2018.)

Potilaan saaman tiedon määrä ja laatu vaikuttavat niin potilaiden päätöksiin hoidosta, kuin itsehoidon tehokkuuteen. He sitoutuvat hoitomenetelmiin paremmin, ja esimerkiksi noudattavat lääkettä paremmin, mikäli ovat saaneet edeltävästi näistä ohjausta sairaanhoitajalta. (Carr ym. 2018; Gultas & Neriman 2017; Claassens 2017.) Tiedonsaannin vähyyks on yhteydessä potilaan lisääntyneeseen ahdistukseen (Carr ym. 2018; Gultas & Neriman 2017.), kun taas sairaanhoitajan antama ohjaus hoidon kaikissa vaiheissa on merkittävää potilaan paranemisen kannalta (Leslie 2018). Ohjausta antaessa hoitajan tulee varmistaa, että potilas on ymmärtänyt mitä hänelle sanotaan ja miten häntä ohjeistetaan. Hoitajan tulee myös arvioida, millä osalueilla potilas ohjausta kaipaa. Rekonstruktiopotilaan kohdalla erityisesti seksuaalisuuteen ja omakuvaan liittyvä ohjaus ja tiedonanto on ensiarvoisen tärkeää. Nämä kuitenkin saattavat vaatia herkkyytensä vuoksi potilaskohtaista arviointia, haluaako potilas lainkaan ohjausta naiseuteen ja seksuaalisuuteen liittyen. (Carr ym. 2018; Gultas & Neriman 2017.) Ohjaustarpeet on kuitenkin aina arvioitava potilaskohtaisesti (Leslie 2018).

Rekonstruktiopotilaan hoitotyössä vaaditaan tietämystä rintasyövän eri hoitomuodoista ja niiden lyhyt- ja pitkäkestoisista seuraamuksista. Potilaan kokonaistarpeiden ymmärtäminen ja niihin vastaaminen vaatii sairaanhoitajalta tietoa rintasyöpähoitojen jälkiseurauksista ja rintarekonstruktioista toimenpiteenä. (High, Bohnenkamp & Mulligan 2019; Leslie 2018.) Rintasyöpä ja rintarekonstruktio vaikuttavat paitsi psyykkiseen hyvinvointiin ja ahdistuneisuutta lisäävästi, myös sosiaalisuuteen ja ne lisäävät riskiä yksinäisyyteen. Hoitotyössä on osattava huomioida seuraamukset, ja tiedettävä kuinka ohjata ja auttaa potilasta näissä hoitojen jälkiseurauksien,

kuten lymfaturvotuksen, unettomuuden ja psyykkisten seuraamusten hoidossa. (Gultas & Neriman 2017, High ym. 2019; Leslie 2018.)

Kokonaisvaltainen, systemaattinen ja suunnitelmallinen lähestymistapa hoitotyössä parantaa rintarekonstruktiopotilaiden tavoitteiden saavuttamista ja lisää potilaiden tyytyväisyyttä (Claassens 2017; Gultas & Neriman 2017; Leslie 2018). Se voi lyhentää potilaan sairaalahoidon kestoa ja vähentää ahdistus- ja masennusoireita (Gultas & Neriman 2017), nopeuttaa potilaan paranemisprosessia (Claassens 2017; Leslie 2018) sekä vähentää keskushermostoon vaikuttavien kipulääkkeiden kulutusta (Leslie 2018). Aineistosta nousseita esimerkkejä sairaanhoitajan työkaluksi toteuttaa rintarekonstruktiopotilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä, ovat hoitotyön prosessimallin mukainen hoidon suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi (Leslie 2018), sekä Roper, Logan & Tierneyn malli (Gultas & Neriman 2017). Tärkeintä on, että kaikki potilaan tarpeet käydään lävitse. Sairaanhoitajan tehtävä on arvioida potilaan toivomat tavoitteet ja mahdollistaa tarvittavat toimenpiteet. Systemaattisella tarkastelulla ongelmiin päästään puuttumaan varhain, tai voidaan välttää ne kokonaan. (Gultas & Neriman 2017; Leslie 2018.)

5.2 Kliininen hoitotyö rintarekonstruktion jälkeen

Sairaanhoitajan rooli rintarekonstruktiopotilaan postoperatiivisessa hoitotyössä nähtiin merkittävänä myös kliinisen hoitotyön osaamisalueella. Sairaanhoitajat ovat avainroolissa kielekkeen postoperatiivisessa tarkkailussa ja potilaan seurannassa (Nahabedian & Nahabedian 2016; Del Rosario & Barkley Jr. 2017), potilaan kivun hoidossa (Claassens 2017; Gultas & Neriman 2017; Leslie 2018) ja potilaan paranemisprosessin tukemisessa erilaisin hoitotyön keinoin (Gultas & Neriman 2017; Leslie 2018; Nahabedian & Nahabedian 2016).

Potilaan postoperatiivinen tarkkailu rintarekonstruktion jälkeen on oleellista komplikaatioiden varhaisessa tunnistamisessa (Leslie 2018; Nahabedian & Nahabedian 2016; Del Rosario & Barkley Jr. 2017), ja sairaanhoitajan ajantasainen tieto niin oireista, kuin tarkkailun menetelmistä on tärkeää. Leikkauksen jälkeisiä mahdollisia komplikaatioita ovat verenvuoto, hematooma, serooma, haavainfektio ja syvä laskimotukos, sekä erityisesti omakudossiirteellä tehdyn rintarekonstruktion jälkeen huomioitavia ovat verisuoniongelmat, kielekkeen puristuminen, turmeltuminen ja nekroosi. Ensisijainen syy kielekkeen turmeltumiseen on sen heikentyneestä verenkierrosta johtuva hapenpuute. (Leslie 2018; Nahabedian & Nahabedian 2016; Del Rosario & Barkley Jr. 2017.) Sairaanhoitajan osaamiseen kuuluu tunnistaa komplikaatioiden merkit välittömästi (Nahabedian & Nahabedian 2016; Del Rosario & Barkley Jr. 2017). Kriittisintä aikaa ovat ensimmäiset 24 tuntia leikkauksen jälkeen, jolloin kielekettä tyypillisesti tarkkaillaan tunnin välein, tämän jälkeen toisena ja kolmantena postoperatiivisena päivänä riittää yleensä tarkkailu 2-4 tunnin välein, tai kirurgin ohjeen mukaan (Nahabedian & Nahabedian 2016). Kielek-

keen fyysisessä tarkkailussa sairaanhoitaja arvioi ihon väriä, lämpötilaa, kapillaaritäyttöä, kudosten nestetäyteisyyttä ja ihon lämpötilaa. Valtimoiden vajaatoiminnassa kudosis on kalpea, turvonnut ja viileä, kapillaaritäyttö on hidastunut tai puuttuu, kun taas laskimoiden vajaatoiminnassa kudosis on purppuranvärinen, nestetäyteinen, pingottunut ja lämmin, kapillaaritäyttö on nopeaa (Nahabedian & Nahabedian 2016; Del Rosario & Barkley Jr. 2017). Fyysisen arvioinnin lisäksi kielekkeen verenkierron tarkkailussa käytetään apuna Doppler-laitetta, jonka käytössä oleellista on osata tunnistaa valtimo- ja laskimosignaalit (Nahabedian & Nahabedian 2016; Del Rosario & Barkley Jr. 2017). Potilaan haava-alueiden turvotusta ja dreeniaukkoa sairaanhoitajan tulee tarkkailla tiiviisti hematooman tai serooman kehittymisen, sekä kielekkeen heikentyneen perfuusion merkkien varalta. (Gultas & Neriman 2017; Leslie 2018; Nahabedian & Nahabedian 2016; Del Rosario & Barkley Jr. 2017)

Potilas kokee akuuttia kipua rintarekonstruktioleikkauksen jälkeen (Claassens 2017; Gultas & Neriman 2017; Leslie 2018). Voidakseen tarjota tehokasta, turvallista ja vaikuttavaa kivunhoitoa, sairaanhoitajalla tulee olla ajantasainen ymmärrys ja osaaminen niin kivun taustalla olevista syistä, kuin käytettävistä akuutin kivun hoidon ja arvioinnin keinoista (Claassens 2017). Rintaleikkauksen jälkeinen kipu voi olla hyvin monimuotoista. Sairaanhoitajan tulee selvittää, minkälaisena potilas kivun kokee ja arvioida kivun voimakkuutta. Kivun arviointiin on olemassa erilaisia mittareita, mutta on otettava huomioon, että niiden avulla on mahdollisuus tulkintavirheisiin. Sairaanhoitaja voi aliarvioida kipua, eikä potilas osaa välttämättä mittareiden avulla sanoittaa kipuaan. Kirjaamisen merkitys on tärkeä myös kivunhoidossa. Hyvä kivun hallinta on tärkeää toipumisen kannalta, sillä potilaan kipu hidastaa paranemisprosessia. (Claassens 2017; Del Rosario & Barkley Jr. 2017; Gultas & Neriman 2017.) Rintarekonstruktion jälkeisessä kivunhoidossa on myös huomioitava psykososiaaliset seikat, sillä kipua lisääviä tekijöitä ovat operatiivisen aiheuttamat haitat itsetunnolle ja kehonkuvalle. Olennainen osa kivun hallintaa onkin myös potilaan psyykkisen ja emotionaalisen puolen huomioiminen. (Claassens 2017.)

Rintarekonstruktiopotilaan postoperatiivisessa hoitotyössä oleellisen tärkeää on myös sairaanhoitajan ymmärrys ja taito tukea potilaan paranemisprosessia leikkauksen jälkeen erilaisin hoitotyön keinoin. Asentohoidon keinot, akuutin haavan hoidon osaaminen, potilaan tehostetun ravitsemuksen tarpeen huomioiminen, liikunnan ja levon osa-alueet, hygienian toteuttaminen, pahoinvoinnin ja ummetuksen hoito, sekä potilaan itsehoitohoidon ohjaus ja tuki nousivat esille aiheistosta.

Mikäli rinta on tehty vatsakielekkeellä, potilaan sängyn päädyn tulee olla vähintään 30-45 asteen kulmassa tai korkeammalla, jotta vatsa ei veny (Leslie 2018; Nahabedian & Nahabedian 2016). Rinnalle ei saa kohdistua painetta, eikä kieleke saa joutua puristuksiin (Nahabedian & Nahabedian 2016; Del Rosario & Barkley Jr. 2017). Mikäli rinta on tehty LD-kielekkeellä tai

kieleke on otettu pakarasta, voi potilas maata osittain toisella kyljellään (Nahabedian & Nahabedian 2016). Haavojen hoito tapahtuu akuutin leikkaushaavan hoidon periaatteiden mukaisesti. Dreenit poistetaan yleensä viikon kuluttua. Potilasta tulee ohjata olemaan tupakoimatta. Haavakohtaa tulee arvioida myös, jotta voidaan varmistaa, että kipu ei johdu infektoituneesta haavasta, vaan operaatiosta. (Leslie 2018; Nahabedian & Nahabedian 2016; Del Rosario & Barkley Jr. 2017; Claassens 2017.)

Hoitajan tulee olla tietoinen levon ja liikunnan merkityksestä toipumisen aikana. Potilas tarvitsee riittävästi lepoa parantuakseen ja liikkumiseen tulee rajoituksia toimenpiteen tekniikasta riippuen. Kevyt liikunta kuitenkin parantaa verenkiertoa, ennaltaehkäisee syvää laskimotukosta ja parantaa hengityselimistön toimintaa. Se myös vähentää turvotusta ja lievittää kipua sekä edistää normaalia vatsantoimintaa. (Leslie 2018.) Potilasta ohjataan aloittamaan istumaan nousulla ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä, jonka jälkeen päivittäiset, rauhalliset kävelylenkit, joiden pituutta potilas lisää pikkuhiljaa, ovat suositeltavia. Mikäli kieleke on otettu vatsasta, muutaman ensimmäisen päivän ajan potilasta ohjataan seisomaan ja kävelemään kevyesti kumarassa, jotta vatsan alueelle ei kohdistu venytystä. Potilas käyttää leikkauksen jälkeen tukitekstiilejä, joiden käytössä sairaanhoitaja ohjaa. (Gultas & Neriman 2017; Leslie 2018; Nahabedian & Nahabedian 2016; Del Rosario & Barkley Jr. 2017.)

Potilas tarvitsee monipuolista ravintoa parantuakseen ja nestevajaus on tavallista leikkauksen jälkeen (Leslie 2018). Ummetus on leikkauksen jälkeen tavallinen oire (Leslie 2018) ja pahoinvointia saattaa esiintyä kipulääkkeiden sivuvaikutuksena (Claassens 2017). Toipumista ajatellen pahoinvointilääkkeiden tarjoaminen on yhtä tärkeää, kuin kivun hoito (Claassens 2017). Suihkuun saa mennä yleensä viimeistään kolmantena postoperatiivisena päivänä (Nahabedian & Nahabedian 2016). Potilaalla saattaa olla aluksi myös vaikeuksia suoritua hygienian hoidosta itse (Leslie 2018).

6 Pohdinta

6.1 Tulosten pohdinta ja johtopäätökset

Tulosten luotettavuutta heikentää melko vähäinen tutkimusaineisto, seitsemän artikkelia. Nämä olivat myös jonkin verran vaihtelevia laadultaan, sillä kolme artikkeleista olivat kliinisiä artikkeleita, eivätkä itsenäisiä tutkimuksia. Kolme artikkeleista oli tapaustutkimuksia, ja tapaustutkimus menetelmänä perustuu vain yhden tapauksen tutkiskeluun. Tapaustutkimus kuitenkin on tieteellisesti hyväksyttävä laadullisen tutkimuksen menetelmä ja katsotaan, että siinä löydetty tulokset ovat yleistettävissä. Edelleen kaikki lähteet olivat myös vertaisarvioituja ja tieteellisissä julkaisuissa julkaistuja.

Tuloksien luotettavuutta voi katsoa heikentävän tekijöiden kokemattomuus aineiston analyysissä. Tulosten luotettavuutta kuitenkin edistää, kun tekijöitä on kaksi. Tulokset kirjoitettiin pitäen mielessä objektiivisuus, eli tekijöiden omat ennako-odotukset pyrittiin rajaamaan mielestä. Tuloksia hakiessa aineistosta tapahtui ainakin jossain määrin saturaatiota, eli aineistoa lisäämällä ei olisi saanut enää uutta tietoa.

Tuloksissa on havaittavissa paljon yhteneväisyyksiä ja toisiaan täydentäviä seikkoja. Carr ym. (2018) tutkimuksessa tuodaan esiin tuen tarpeita, jotka ovat todella suuressa osassa rintarekonstruktiopotilaan hoitotyötä. Nämä ovat kartoitettavissa Leslien (2018) ja Gultas & Neriman (2017) tutkimuksissaan esiin tuomilla kokonaisvaltaisen hoitotyön malleilla. Näissä on yhteys toisiinsa, sillä hoitotyössä vaaditaan ymmärrystä ihmisestä kokonaisuutena.

Hoitajan työssä on hyvin todennäköistä kohdata rintasyöpää sairastanut henkilö, joten on tärkeää, että hoitohenkilökunnalla on tietoa rintasyövästä sairautena ja sen eri hoitomuodoista. Nämä aiheuttavat väistämättä erilaisia lyhyt- ja pitkäkestoisia haittoja, joista potilaat kaipaavat tietoa ja ohjausta. On yhtä tärkeää omata ymmärrystä psyykkisistä ja sosiaalisista haitoista, kuin hoitojen vaikutuksesta fyysiseen vointiin. Potilaat tarvitsevat ohjausta myös perustoimintojen suhteen, joten on tärkeää huomioida leikkauksen jälkeen myös jokapäiväisiltä tuntuvat seikat.

Rintarekonstruktiopotilas on yleisesti ottaen hyvin herkässä ja haavoittuvassa tilassa oleva potilas. Heitä hoitavilta sairaanhoitajilta tarvitaan tilannetajua, empaattiset vuorovaikutustaidot ja herkkyyttä tunnistaa potilaan tuen tarpeet, koskien myös niitä tarpeita, mitä potilas ei välttämättä uskalla tuoda itse esille.

Kouluttautuneen, laaja-alaiset teoreettiset- ja käytännön taidot omaavan sairaanhoitajan roolin merkittävyys rintarekonstruktiopotilaan onnistuneelle postoperatiiviselle hoidolle nousi esille kaikista aineistoista. Pystyäkseen vastaamaan potilaan tarpeisiin, sairaanhoitajan tulee kyetä sekä kokonaisvaltaiseen, ihmisläheiseen ajatteluun hoitotyössä, että omata riittävä määrä teoretietoa, käytännön kliinistä osaamista ja vaikuttavat vuorovaikutustaidot onnistukseen potilaan ohjaamisessa. Nämä tulokset ovat yleistettävissä myös muiden potilasryhmien hoidossa.

Opinnäytetyötä tehdessä esiin nousi aineistolähtöisesti myös tutkimusideoita. Jatkotutkimuksena aihetta voisi syventää esimerkiksi hoitohenkilökunnan kokemuksiin rintarekonstruktiopotilaiden hoidosta ja -hoitotyöstä. Myös potilaiden näkemys ja omakohtainen kokemus leikkaukseen liittyvästä ohjauksesta ja kohtaamisesta sekä leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä antaisi arvokasta tietoa hoitotyön kehittämistä varten. Erityisen kiinnostava ja suositeltava jatkotutkimusaihe, joka nousi aineistossakin esiin, olisi preoperatiivisen ohjauksen laadun ja sisällön merkitys potilaan postoperatiivisen hoidon onnistumisen kannalta.

6.2 Menetelmän pohdinta

Menetelmä toi mukanaan haasteita, sillä tutkimustapa ei ollut ennalta tuttu. Prosessin aikana tuli olla tarkka, ja sen aikana oli noudatettava tiettyä kaavaa, jotta kirjallisuuskatsaus tulisi olemaan laadullisesti hyvä ja kestäisi eettisen tarkastelun.

Arvioitaessa opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta, keskeiseksi tekijäksi muodostuu kirjallisuuskatsaukseen valitun aineiston perusteiden kuvaus. Luotettavuutta heikentää aineiston valinnassa tapahtunut tutkijan tiedostettu tai tiedostamaton tarkoitushakuisuus, jota ei ole raportoitu tai eritelty. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013.) Tämän vuoksi aineiston valinnan perusteltavuuteen paneuduttiin erityisesti. Työn edessä kirjattiin kaikki havainnot ja perustelut ylös, jonka avulla tutkimukseen saatiin lisää tarkkuutta, avoimuutta ja voitiin vähentää virheiden riskiä. Näin oli mahdollisuus myöhemminkin palata aiempiin vaiheisiin, ja tarvittaessa tarkastaa askarruttamaan jääneitä kohtia. Perustelut eivät siten myöskään jääneet muistin varaisiksi. Tämä osoittautui hyödylliseksi, sillä perusteluihin joutui palaamaan useampaankin kertaan.

Aineistoa hakusanoilla hakiessa eri tietokannoista, merkittävä osa tuloksista karsiutui jo otsikon perusteella. Otsikoista havaittiin, että artikkelit koskevat täysin muita aiheita, esimerkiksi ortopedisia potilaita. Otsikon perusteella mukaan otettiin kuitenkin vielä hyvin väljästi tuloksia, myös sellaisia, joista oli jo havaittavissa, ettei hoitotyön näkökulmaa välttämättä ole tekstissä. Tällä pyrittiin varmistamaan, ettei sopivaa aineistoa rajautuisi pois vahingossa.

Tiivistelmän perusteella karsiutuminen jatkui. Sekä Proquest, että Cochrane -tietokannoista saadut tulokset karsiutuivat kaikki tiivistelmän perusteella. Tiivistelmistä kävi ilmi, etteivät tulokset vastanneet hakusanoja eivätkä tutkimuskysymykseen, tai hoitotyön näkökulma selkeästi puuttui. Cinahl -tietokannasta otsikon perusteella valikoituneista artikkeleista karsiutui tiivistelmän perusteella pois viisi artikkelia ja Pubmed -tietokannasta haetuista yksi artikkeli, joista kävi ilmi, etteivät ne vastanneet tutkimuskysymykseen, tai niistä selkeästi puuttui hoitotyön näkökulma. Tutkimuskysymykseen vastaamattomuus ja hoitotyön näkökulman puuttuminen tarkoitti käytännössä sitä, että artikkelit käsittelivät jotain muuta kuin rintarekonstruktiopotilaan postoperatiivista hoitotyötä. Esimerkiksi artikkeli käsitteli profylaktisia antibiootteja rintasyöpäkirurgiassa, puudutteiden käyttöä kivunhoidossa lääketieteellisestä näkökulmasta, tai vaikka ainoastaan mastektomiaa, eikä rintarekonstruktiota. Tässä vaiheessa oltiin kuitenkin vielä varovaisia hoitotyön näkökulmaa arvioidessa.

Koko tekstin perusteella karsiutui vielä muutama artikkeli, jotka osoittautuivat ainoastaan lääketieteellisiksi, eivät käsitelleet lainkaan postoperatiivista hoitotyötä, tai eivät täyttäneet luotettavan aineiston kriteerejä. Yksi artikkeli esimerkiksi osoittautui hoitovälinetuotteen valmistajan tuottamaksi ja yksi oli sairaanhoitajan haastattelu.

Manuaalisten hakujen kohdalla aineiston valikoitumiseen vaikutti muiden poissulkukriteerien ohella varsinkin aineiston osoittautuminen maksulliseksi. Artikkelit saattoi vielä tiivistelmän perusteella olla sopiva, mutta se jouduttiin hylkäämään maksullisuuden vuoksi. Manuaalisia hakuja tehtiin pääasiassa Google Scholarilla, jolla otsikon perusteella valikoitui alle kymmenen artikkelia ja tiivistelmän perusteella kaksi. Nämä otettiin mukaan myös koko tekstin perusteella ja siten valikoituivat lopulliseen aineistoon. Loput olivat joko maksullisia julkaisuja tai eivät vastanneet hakusanoja. Manuaaliseen hakuun kokeiltiin myös Googlea ja Finna -tietokantaa, mutta näistä ei saatu hakusanoja vastaavia tuloksia.

Kriittistä pohdintaa jouduttiin käymään myös valikoituneen aineiston osalta. Aluksi ajatuksena oli hyväksyä aineistoksi ainoastaan tieteellisiä artikkeleita. Tätä määritelmää jouduttiin laajentamaan, koska hoitotyön näkökulmasta tehtyjä ja aikarajaukseen sopivia tutkimuksia aiheesta ei yksinkertaisesti löytynyt riittävästi. Mukaan hyväksyttiin myös tieteellisessä julkaisussa julkaistut vertaisarvioidut artikkelit aiheesta, sekä tapaustutkimukset. Pohdintaa käytiin myös aikarajauksen väljentämisestä, mutta koska hoitotyön tulisi perustua uusimpaan mahdolliseen tietoon, päädyttiin pitäytymään alkuperäisessä rajauksessa, joka sulki pois ennen vuotta 2014 julkaissut tutkimukset.

Kielitaito oli yksi huomionarvoinen haaste tutkimusta tehtäessä. Aineistoa ei käytännössä löytynyt lainkaan suomeksi, mikä kävi ilmi jo koehakuja tehdessä. Kaikki hakutulokset olivat lopulta englanninkielisistä lähteistä. Tämän vuoksi erityisen kriittisen tarkastelun kohteeksi oli otettava suomentamisessa mahdollisesti tapahtuva tiedon muuttuminen. Luotettavuutta lisäsi, kun molemmat tekijät lukivat kaiken aineiston läpi, ja suomennokset mietittiin yhdessä. Erityistä huomiota oli kiinnitettävä termeihin, joille oli olemassa jokin vakiintunut suomenkielinen vastine, esimerkiksi ”evidence-based practice” eli ”näyttöön perustuva hoitotyö”, tai ”nursing process” eli ”hoitotyön prosessimalli”.

Vahvuutena tutkimusmenetelmässä oli tekijöiden mielenkiinto tutkimustyöhön, ja erityisesti kirjallisuuskatsaukseen menetelmänä. Tekijöiden korkea tahtotila tehdä hyvää ja huolellista työtä olivat vahvuuksia, samoin innokkuus tekemiseen ja kiinnostus aihetta kohtaan. Hyvä ohjaus, yhteistyö tekijöiden välillä ja luottamus toiseen lisäsivät tutkimuksen luotettavuutta.

6.3 Opinnäytetyön eettisyys

Sairaanhoitajan työtä ohjaavat eettiset ohjeet. Tärkeä osa sairaanhoitajan työtä on pohtia mitkä arvot ohjaavat toimintaa, ja millä perusteilla päätöksiä tehdään. Myös oikean ja väärän tunnistaminen, sekä toisen kunnioitus korostuvat eettisessä pohdinnassa. Hoidon on pohjaututtava tutkittuun tietoon, omassa työssään on muistettava salassapitovelvollisuus ja huolehdittava työnsä laadusta. (ETENE 2001.)

Opinnäytetyössä joudutaan pohtimaan etiikkaa sairaanhoitajan työn näkökulmasta, ja erityisesti tutkimusetiikan näkökulmasta. Opinnäytetyöprosessia ohjaa tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistukset, joiden avulla opinnäytetyö noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimus tulee suorittaa näitä noudattaen, jotta se voi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava. Näin myös tutkimustuloksista saadaan uskottavia. (TENK 2012.) Eettinen pohdinta käynnistyy jo opinnäytetyöaihetta valittaessa, sillä päätöksessä otetaan huomioon, miksi aihe valitaan ja mitkä asiat ajavat tutkimuksen aloituksen puolesta. Aiheen valinnassa on otettava huomioon sen vaikuttavuus ja merkityksellisyys tutkimuksen tilaajalle ja yhteiskunnallisestikin, mutta myös aiheen merkitystä tekijöilleen. Tällöin on pohdittava ja punnittava omia arvoja. Tehdäänkö tutkimus, koska aihe on helppo, mutta ei merkittävä tutkijoille, ja voiko aiheen merkitys kasvaa tutkimuksen edetessä laadukkaana lopputuloksen saavuttamiseksi. (Hirsjärvi ym. 2012, 24-25.)

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimus tulee tehdä noudattaen rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta niin tutkimustyössä, kuin tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tulosten arvioinnissa. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Viestinnän tulee olla avointa ja vastuullista tuloksia julkistettaessa. Muiden tutkijoiden työtä tulee kunnioittaa asianmukaisin lähdeviittauksin ja antamalla tutkimustyössä käytetyille aiemmille tutkimusjulkaisuille niille kuuluvan arvon ja merkityksen työn tuloksia julkistaessa. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Jos tutkimuslupia tarvitaan, ne tulee hankkia ja tehdä eettinen ennakoarviointi. (TENK 2012.)

Plagiointi eli kopiointi tai tiedon suora, luvaton lainaus ei kuulu hyvään tieteelliseen käytäntöön (TENK 2012.) Työssä pyritään huomioimaan tiedon ajantasaisuus ja paikkaansa pitävyys. Lähteiden tulee olla luotettavia, ja vain työtä varten pohdittuihin hakukriteereihin vastaavia (kts. taulukko 2). Lähdekriittisyys on tärkeä osa tutkimusta. Tutkimuksessa pyritään käyttämään ensisijaisia, alkuperäisiä lähteitä. Näin voidaan lisätä tutkimuksen uskottavuutta. Aineistoa valitessa tulee tarkoin harkita sen soveltuvuus tutkimukseen, jotta lopputuloksesta saadaan luotettava. (Hirsjärvi ym. 2012, 113-114.)

Tässä työssä aihe on paljon tutkittu, mikä mahdollistaa ajantasaisimman mahdollisen tiedon käyttämistä. Aihe on tekijöitään kiinnostava, ja koskettaa yhteiskunnallisesti ja kansainvälisesti monia ihmisiä; sekä sairastuneita että heidän läheisiään. Tutkimuksella pyritään saamaan aiheen tilaajan toivomaa uutta tietoa. Tutkimuksella tulee siis olemaan merkitystä monesta näkökulmasta.

Tutkijoilla ei ole sidonnaisuuksia tutkimuksen tekoon tai työelämäyhteyteen liittyen, mikä osaltaan lisää luotettavuutta ja hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. Tutkimuksessa ei käytetä myöskään haastatteluita, joten tutkimuslupia tai haastatteluihin liittyvää eettistä pohdintaa ei tarvita. (TENK 2012.)

7 Lähteet

Painetut

Aveyard, H. 2010. Doing a literature review in health and social care: A practical guide. USA: Open University Press.

Claassens, T. 2017. Nursing a patient with acute pain. Kai Tiaki Nursing New Zealand. vol 23 no 7. Uusi-Seelanti: New Zealand Nurses Organisation, 15-17; 39

High, B., Bohnenkamp, S. & Mulligan, S. 2019. Cancer Care. What You Need to Know About Caring for Breast Cancer Survivors. MEDSURG Nursing. vol 28 no 3. USA: Jannetti Publications, 189-193; 202.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2012. Tutki ja kirjoita. 15.-17. painos. Helsinki: Tammi.

Jahkola, T., Hietanen, H., Kauhanen, S., Kolehmainen, M., Kuokkanen, H., Rosenberg, L., Suominen, S. & Svarvar, C. 2016. Rinnankorjausleikkauksen käsikirja. Helsinki: Suomen syöpäpotilaat ry.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P., Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede vol. 25 nro 4. Kuopio: Hoitotieteiden tutkimusseura, 291-301.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede vol. 23 nro 2. Kuopio: Hoitotieteiden tutkimusseura, 138-148.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lyly, T. 2011. Suomalainen Syöpäsananasto. Helsinki: Suomen Syöpäyhdistys.

del Rosario, C. & Barkley Jr., T. W. 2017. Postoperative Graft and Flap Care: What Clinical Nurses Need to Know. MEDSURG Nursing. vol 26 no 3. USA: Jannetti Publications, 180-184; 192.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.). 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.

Sähköiset

Carr, T. L., Groot, G., Cochran, D., Vancoughnett M. & Holtlander, L. 2018. Exploring Women's Support Needs After Breast Reconstruction Surgery. Viitattu 5.3.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6392201/>

de Cassia Vieira Archangelo, S., Neto, M. S., Veiga, D. F., Garcia, E. B., Ferreira, L. M. 2019. Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. Viitattu 24.2.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6542498/>

Erämies, T. 2017a. Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 7.1.2020. <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

Erämies, T. 2017b. Preoperatiivinen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 19.10.2019 <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

ETENE. 2001. Ammattietiikka. Julkaisu 1. Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Viitattu 20.10.2019. <https://etene.fi/ammattietiikasta>

GCO. 2019. Cancer today-International Agency for Research on Cancer. Viitattu 10.11.2019. <https://gco.iarc.fr/>

Goldhirsch, A., Winer, EP., Coates, AS., Gelber, RD., Piccart-Gebhart, M., Thürlimann, B. & Panel members. 2013. Personalizing the treatment of women with early breast cancer: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2013. *Annals of Oncology*. Volume 24, Issue 9, 2206-2223. Viitattu 7.1.2020. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt303>

Gultas, M. & Akansel, N. 2017. Nursing Care of the Patient after Breast Conserving Surgery According to Life Model: A Case Study. Viitattu 5.3.2020. http://www.internationaljournalofcaringciences.org/docs/48_akansel_casestudy_10_2.pdf

Heikkilä, P. 2012. Rintasyöpä. Patologia. Helsinki: Duodecim. Viitattu 19.10.2019 https://www.oppiportti.fi/op/pat00596/do?p_haku=rintasyöpä#q=rintasyöpä

Hirvi, S., Alakoski, T. & Torppa, L. 2013. Mikrovaskulaaristen toimenpiteiden anestesia. Anestesiahoitotyön käsikirja. Viitattu 7.1.2020. <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

Huovinen, R. 2017. Rintasyöpä. Lääkäriin käsikirja. Viitattu 11.10.2019. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/ykt00620>

HUS.a. Plastiikkakirurgia. Viitattu 7.1.2020. <https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/plastiikkakirurgia/Sivut/default.aspx>

HUS.b. Rintarauhaskirurgia. Viitattu 26.11.2019. <https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/rintarauhaskirurgia/Sivut/default.aspx>

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M. & Jääskeläinen, P. 2013. Kuvailtava kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Viitattu 10.10.2019. <https://search.proquest.com/open-view/ed57a64622d13d705c3b8500b77e5af0/1?pq-origsite=gscholar&cbl=406341>

Kauhanen, S. 2017a. Implanttirintarekonstruktio. Kirurgia. Helsinki: Duodecim. Viitattu 7.1.2020. <https://www.oppiportti.fi/op/kia20391/do>

Kauhanen, S. 2017b. Mikrokirurgiset rintarekonstruktiot. Kirurgia. Helsinki: Duodecim. Viitattu 15.11.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/kia20388/do>

Kauhanen, S. 2017c. Rintarekonstruktio. Kirurgia. Helsinki: Duodecim. Viitattu 19.10.2019 <https://www.oppiportti.fi/op/kia20387/do>

Kauhanen, S. 2017d. Vapaa rasvansiirto rintarekonstruktiossa. Kirurgia. Helsinki: Duodecim. Viitattu 7.1.2020. <https://www.oppiportti.fi/op/kia20390/do>

Kauhanen, S. 2017e. Varrelliset rintarekonstruktioleikkeet. Kirurgia. Helsinki: Duodecim. Viitattu 7.1.2020. <https://www.oppiportti.fi/op/kia20389/do>

Kauhanen, S. & Peltoniemi H. 2012. Rasvansiirto -korjaavan kirurgian yleistyvä työkalu. Viitattu 24.2.2020. <https://www-terveysportti-fi.nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo10578.pdf>

Leidenius, M. 2017. Rintasyöpä. Kirurgia. Helsinki: Duodecim. Viitattu 19.10.2019 <https://www.oppiportti.fi/op/kia20071/do>

Leidenius, M. & Meretoja, T. 2017. Rintasyöpäleikkauksen suunnittelu. Kirurgia. Helsinki: Duodecim. Viitattu 19.10.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/kia20073/do>

Leslie, J. L. 2018. Employment of the Nursing Process to Facilitate Recovery from Surgery: A Case Study. Viitattu 5.3.2020. <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-23-2018/No2-May-2018/Articles-Previous-Topics/Nursing-Process-to-Facilitate-Recovery.html>

Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Savo, M., Hiivala, K., Salomäki, T. & Hoikka, A. 2013. Postoperatiivisen hoidon yleisperiaatteet. Anestesiahoitotyön käsikirja. Viitattu 7.1.2020. <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

Miller, A., Steiner, C., Barrett, M., Fingar, K. & Elixhauser, A. 2017. Breast Reconstruction Surgery for Mastectomy in Hospital Inpatient and Ambulatory Settings, 2009-2014. Viitattu 9.1.2020. <https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb228-Breast-Reconstruction-For-Mastectomy.pdf>

Mujtaba, B., Hanafy, A. K., Largo, R. D., Taher, A., Madewell, J. E., Costelloe, C., Layman, R. R. & Morani, A. C. 2019. The lumbar artery perforator flap: clinical review and guidance on image reporting. Viitattu 15.11.2019. <https://doi.org/10.1016/j.crad.2019.05.032>

Nahabedian, M. Y. & Nahabedian, A. G. 2016. Autologous microvascular breast reconstruction Postoperative strategies to improve outcomes. Viitattu 5.3.2020. https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2016/12000/Autologous_microvascular_breast_reconstruction_.8.aspx

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Viitattu 18.10.2019. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Syöpäjärjestöt. 2016. Tietoa syövästä. Rintasyöpä. Viitattu 11.10.2019. <https://www.kaikki-syovasta.fi/tietoa-syovasta/syopataudit/rintasyopa/>

Syöpärekisteri. 2019. Syöpä 2016. Viitattu 11.10.2019. https://syoparekisteri.fi/assets/files/2019/02/vuosiraportti_2016.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 14.11.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vehmanen, L. 2017. Rintasyöpä: toteaminen ja ennuste. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 10.10.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00618

WHO. 2019. Cancer. Breast cancer. Viitattu 4.11.2019. <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>

Ki Yong Hong, Yoosung Son, Hak Chang & Ung Sik Jin. 2018. Trends in breast reconstruction: Implications for the National Health Insurance Service. *Archives of Plastic Surgery* 2018 May; 45(3): 239-245. Viitattu 9.1.2020. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5968321/#__ffn_sectitle

8 Liitteet

Liite 1: Tutkijan taulukko

Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja julkaisuvuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen aineisto ja tutkimusmenetelmä	Keskeisimmät tutkimustulokset
Carr, Tracey L.; Groot, Gary; Cochran, David; Vancoughnett Mikaela & Holtslander, Lorraine Kanada, 2018	Tutkimuksen tarkoituksena on saada ymmärrys, millä keinoin voidaan parantaa rekonstruktion jälkeistä potilastyötä ja tunnistaa potilaan operaation jälkeisiä tuentarpeita.	Laadullinen haastattelututkimus. Tutkimusta varten haasteltiin 21 kokemusasiantuntijaa heidän kokemuksistaan rintarekonstruktion jälkeisestä ajasta, koskien erityisesti heidän saamaansa tukea. Haastattelussa käytettiin osittain strukturoitua haastattelurunkoa, litterointi analysoitiin laadullisen analyysin keinoin teemoittelua käyttäen.	Tutkimuksen perusteella tunnistettiin tuen tarpeen eri osa-alueita, kuten emotionaalinen tuki ja tiedonsaanti. Keskittämällä huomiota tuentarpeeseen, voidaan parantaa hoitotyötä ja potilaan kokemuksia rekonstruktiosta. Sairaanhoidajat ovat keskeisessä roolissa rintarekonstruktiopotilaita koskevassa tiedonannossa ja ohjauksessa.
Claassens, Talitha Uusi-Seelanti, 2017	Tarkoitus on tuoda esille kivunhoidon merkitys potilaan toipumisprosessissa.	Case study/ Tapaustutkimus	Kivunhoito on keskeisessä roolissa rintaleikkauksesta toipumisessa. Sairaanhoidajan kivunhoidon osaamisella (arviointi, kivunhoidon toteutus, kivun dokumentointi) voidaan ratkaisevasti vaikuttaa toipumisprosessiin.
Gultas, Muhammed & Akansel, Neriman Turkki, 2017	Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää hoidon vaikutavuutta rintarauhas-kirurgisen potilaan hoidossa, jos se toteutetaan keskittymällä potilaan henkilökohtaisiin tapoihin ja ominaisuuksiin elämässä.	Case study / Tapaustutkimus Tutkimus kohteena 42-vuotias nainen, jonka hoitotyö suunniteltiin ja toteutettiin nk. Roper, Logan, Tierney -mallin mukaan, eli kohdentuen hoitotyö päivittäisen elämisen toimintoihin sekä siihen vaikuttaviin tekijöihin. Tutkimustietoa kerättiin tuon mallin kahden toista kohdan mukaisesti, selvittäen potilaan taustan, hoitotyön tavoitteen, hoitajan näkemyksen selviytymisestä ja keinot, joilla tavoite saavutetaan.	Sairastuminen ja tieto tulevasta operaatiosta aiheuttavat yleisesti huolta ja pelkoa. Kipu ja verenvuoto nousivat esiin, mutta enemmän ahdistusta aiheuttivat tiedonsaannin vähäisyys, mahdolliset muutokset kehossa, toimintakyvyn mahdollinen menetys, kuoleman pelko sekä yksinäisyyden pelko. Hoitotyön malli nähtiin tehokkaana lähestymistapana, sillä systemaattisella ja kokonaisvaltaisella hoitotyöllä voidaan parantaa kirurgisen potilaan hoidon laatua ja tyytyväisyyttä siihen.

<p>High, Beth; Bohnenkamp, Susan & Mulligan, Shawn</p> <p>USA, 2019</p>	<p>Artikkelin tarkoituksena on tuoda esille tärkeitä, huomioitavia asioita rintasyövistä selvinneiden hoitotyössä.</p>	<p>Kliininen artikkeli</p>	<p>Missä tahansa hoitotyön alueella työskennellessä on melko suuri todennäköisyys kohdata rintasyöpähoitettu henkilö. Sairaanhoidajan tulee olla tietoinen rintasyövän eri hoitomuodoista, sekä niiden lyhyt- ja pitkäkestoisista vaikutuksista ymmärtääkseen potilasta paremmin ja voidakseen vastata paremmin potilaan kokonaisvaltaisiin tarpeisiin.</p>
<p>Leslie, Jamie L.</p> <p>USA, 2018</p>	<p>Artikkelissa tutkija tarkastelee hoitotyön prosessimallin käyttöä sairaanhoidajien näyttöön perustuvan hoitotyön työkaluna niiden potilaiden hoidossa, joille tehdään rintarekonstruktio DIEP -tekniikalla, ja sen keinoja edistää potilaan toipumista.</p>	<p>Case study/ Tapaustudkimus</p> <p>Tapauksena potilaat, joille tehdään rintarekonstruktio DIEP-tekniikalla.</p>	<p>Hoitotyön prosessimallin kokonaisvaltainen käyttö rintarekonstruktiopotilaan hoitopolun kaikissa vaiheissa edistää niin potilaan nopeampaa toipumista leikkauksesta, kuin pienempää keskushermostoon vaikuttavien kipulääkkeiden kulutusta.</p>
<p>Nahabedian, Maurice Y. & Nahabedian, Anissa G.</p> <p>USA, 2016</p>	<p>Artikkelin avulla pyritään tuomaan esille hoitotyön merkitystä mikrokirurgisissa rekonstruktioissa, sekä hoitotyön keinoja, joiden avulla voidaan vaikuttaa olennaisesti potilaan kannalta onnistuneeseen postoperatiiviseen lopputulokseen.</p>	<p>Kliininen artikkeli</p>	<p>Sairaanhoidajien rooli on olennainen mikrokirurgisten kielekeleikkausten postoperatiivisen hoidon onnistumisessa. Sairaanhoidajan osaamista on seurata kielekkeen kuntoa niin fyysisen arvioinnin, kuin erityisten valvontatekniikoiden avulla. Verenkierron häiriöiden varhainen tunnistaminen on kriittisessä asemassa potilaan kielekkeen pelastamiseksi.</p>
<p>Del Rosario, Chessa & Barkley Jr., Thomas W.</p> <p>USA, 2017</p>	<p>Artikkelin tarkoituksena on tuoda esille sairaanhoidajan osaamisen ja asiantuntemuksen merkitystä, ja käytettävissä olevia keinoja niiden potilaiden hoidossa, joille on tehty ihosiirre tai kielekeleikkaus.</p>	<p>Kliininen artikkeli</p>	<p>Sairaanhoidajat ovat avainroolissa ennaltaehkäisemään kielekkeiden ja ihosiirteiden komplikaatioita tehokkaalla ja vaikuttavalla postoperatiivisella hoidolla. Sairaanhoidajilla tulee olla tieto ja osaaminen kriittisestä arvioinnista, laitteista, hoitomuodoista ja saatavilla olevista tekniikoista potilaiden ihosiirteiden ja kielekeleikkausten jälkeisessä hoidossa.</p>