



samk



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

IDA SAARI

Rintasyöpäpotilaan kokemuksia fy- sioterapian riittävydestä JouKo- toiminnassa

FYSIOTERAPIAN KOULUTUSOHJELMA
2020

Tekijä(t) Saari, Ida	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Marraskuu 2020
	Sivumäärä 45	Julkaisun kieli Suomi
Julkaisun nimi Rintasyöpäpotilaan kokemuksia fysioterapian riittävydestä JouKo-toiminnassa		
Tutkinto-ohjelma Fysioterapian koulutusohjelma		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Rintasyöpä on yksi maailman yleisimmistä naisten syövästä ja Suomessa todetaan noin 5000 tapausta vuosittain. Määrän ennustetaan vielä kuitenkin nousevan noin 6000 tapaukseen vuoteen 2035 mennessä. Suomessa hoito on laadukasta ja tämänhetkinen viiden vuoden suhteellinen elossaololuku onkin 91 %. Hoidoista voi seurata potilaalle joi-takin haittavaikutuksia ja niitä pyritään minimoimaan, ennaltaehkäisemään ja hoitamaan monin keinoin, kuten fysioterapialla.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa rintasyöpäpotilaiden kokemuksia fy-sioterapian hoitopolusta Satasairaalan joustavan kotiutumisen toiminnassa ja tavoitteena oli selvittää hoitopolun sujuvuutta potilaiden näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin poi-kittaistutkimuksena, joka sisälsi sekä laadullisia että määrällisiä kysymyksiä mahdolli-simman monipuolisen näkökulman saamiseksi. Tutkimus toteutettiin kirjallisesti kyse-lylomakkeella, joka sisälsi monivalintakysymyksiä, sekamuotoisia kysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Satasairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston kanssa, jossa tutkimukseen osallistuneita potilaita hoidettiin.</p> <p>Kysely kesti 7 viikkoa ja kyselyn ajankohdan aikana osallistujakriteerit täyttäviä poti-laita oli yhteensä 3. Pienen otoksen vuoksi saatuja tuloksia ja johtopäätöksiä ei voida yleistää. Tuloksissa tuli kuitenkin esille potilaiden yksilölliset toiveet hoitopolun suh-teen, joten suuremmalla otoksella voitaisiin saada kattavampi näkökulma, joka voisi an-taa yleistettävämmän kokemuksen hoitopolusta.</p>		
Asiasanat Rintasyöpä, fysioterapia, ohjaus		

Author(s) Saari, Ida	Type of Publication Bachelor's thesis	Date November 2020
	Number of pages 45	Language of publication: Finnish
Title of publication Breast cancer patients' experiences of the adequacy of physical therapy in JouKo		
Degree program Degree Programme in physiotherapy		
Abstract <p>Breast cancer is one of the most common cancer of women in the world, and each year around 5,000 cases are diagnosed in Finland. However, the number is predicted to rise to 6,000 cases by 2035. In Finland, the treatment and care are high quality and currently the 5-year survival rate is 91 %. Treatments can cause some side effects for the patient and those are attempted to be minimized, prevented, and treated by a variety of means, such as physiotherapy.</p> <p>The purpose of this thesis was to chart experiences of breast cancer patients on the critical pathway of physiotherapy in Satasairaala's activities of flexible discharge from the hospital and the goal was to determine the functionality of the critical pathway from the patients' perspective. The study was conducted as a cross-sectional study which included both qualitative and quantitative questions to obtain the most comprehensive perspective as possible. The study was conducted in writing with a questionnaire which included multiple-choice questions, mixed-format questions, and open-ended questions. The thesis was executed in collaboration with Satasairaala's surgery and anesthesia unit where the patients were treated.</p> <p>The survey lasted 7 weeks and during the time of the survey there were a total of 3 patients who met the participant criteria. Due to the small sample, the results and conclusions cannot be generalized. However, the results highlighted patients' individual desires regarding the critical pathway, so a larger sample could provide a more comprehensive perspective that could provide a more generalized experience of the critical pathway.</p>		
<u>Key words</u> Breast cancer, physiotherapy, guidance		

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 RINTASYÖPÄ	6
2.1 Rintasyövän ennaltaehkäisy ja riskitekijät	7
2.2 Rintasyövän oireet	9
2.3 Rintasyövän seulonta	9
2.4 Rintasyövän hoito	11
2.5 Rintasyöpä hoitojen haittavaikutuksia	13
3 RINTASYÖPÄPOTILAAN HOITOPOLKU	17
3.1 Rintasyöpäpotilaan hoitopolku yleisesti	17
3.2 Satasairaalan JouKo-toiminta ja rintasyöpäpotilaan hoitopolku	19
4 RINTASYÖPÄPOTILAAN FYSIOTERAPIA	20
4.1 Leikkauksen jälkeiset rajoitukset	22
4.2 Harjoittelu leikkauksen jälkeen	24
4.2.1 Liikeharjoitteet	26
4.2.2 Ihon ja arven hoito	28
4.2.3 Lymfaturvotuksen ja lymfastrangin fysioterapia	29
4.3 Liikunta ja terveelliset elämäntavat	31
4.4 Fysioterapiaohjauksen ajankohta ja kustannustehokkuus rintasyöpäpotilaan kuntoutuksessa	33
5 TARKOITUS JA TAVOITE	35
6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT JA AINEISTON KÄSITTELY	36
6.1 Kyselylomake	36
6.2 Kyselyn anonymisointi	38
6.3 Eettinen arviointi ja tutkimuslupa	38
6.4 Kyselyn toteutus käytännössä	39
6.5 Tutkimushenkilöt	40
6.6 Analysointi	40
7 TULOKSET	40
7.1 Ennen leikkausta tapahtuva fysioterapeutin ohjaus	41
7.2 Leikkauksen jälkeinen fysioterapeutin ohjaus	41
7.3 Yleiset kysymykset	41
8 TULOSTEN JOHTOPÄÄTÖKSET	42
9 POHDINTA	42
LÄHTEET	
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Eri ammattiryhmien yhteisenä tavoitteena on antaa potilaalle mahdollisimman hyvä kokemus hoidosta. Yksi hoidon vaiheista on kotiutuminen. Kotiutumiseen on nykyään erilaisia toimintatapoja, sillä potilas voi olla osastolla leikkauksen jälkeen muutamiakin päiviä. Joustava kotiutuminen mahdollistaa potilaan kotiutumisen jo samana päivänä ilman, jos hänen vointinsa sallii kotiutumisen. Joustava kotiutuminen lisää potilaiden tyytyväisyyttä ja mukavuutta. Satasairaalassa aloitettiin vuonna 2015 toteuttamaan rintasyöpäpotilaille 23H potilastoimintaa eli potilaat yöpyvät heräämössä, jonka jälkeen kotiutuvat ja vuonna 2016 alkoivat rintasyöpäpotilaiden kotiuttamiset samana päivänä eli HerKo-toiminta (heräämöstä kotiin). Vuonna 2017 aloitettiin toiminnasta käyttämään nimikettä JouKo eli joustava kotiutuminen, joka siis sisältää sekä 23H potilaat että HerKo potilaat. (Klimoff 2017).

Joustava kotiutuminen tuo kuitenkin omat haasteensa toimintaan, sillä potilaat ovat lyhyemmän aikaa sairaalassa, mutta tarvittavat toimenpiteet pysyvät yhä samana. Esimerkiksi fysioterapeutille tämä tuo haasteen, sillä ohjausta tarvitaan kuntoutumiseen, mutta potilaiden ollessa alle vuorokauden sairaalassa, sopivan välin ohjauksen löytämiseen voi olla haastavaa. Tähän on erilaisia ratkaisuja sairaaloiden välillä, sillä osassa ohjaus toteutetaan preoperatiivisesti ja osassa postoperatiivisesti ennen kotiutumista. Kuitenkaan virallista ohjeistusta ei ole.

Opinnäytetyön tilaajana toimii Satasairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto. Satasairaala on maakunnallinen keskussairaala ja sen toimialueena on koko Satakunnan maakunta. Satasairaalan omistaa Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja se toimii TYKS:in erva-alueella. Sairaala tarjoaa erikoissairaanhoidon 17 jäsenkuntansa alueella. (Satasairaala.fi, 2020) Sairaalan toimialue on laaja ja vaikka se toimiikin yhteistyössä kuntien perusterveyden huollon kanssa, päätoimipisteinä isommille operatiiville on Satasairaala.

Opinnäytetyössä pohditaan joustavan kotiutumisen haasteita ja selvitetään potilaiden kokemuksia siitä, miten he kokevat oman tarpeensa fysioterapian suhteen. Toiminnan kehittämisen kannalta potilaiden kokemukset ovat tärkein tieto ongelmakohtien löytämiseen, jolloin toimintaa voidaan kehittää vastaamaan paremmin potilaiden tarpeita.

2 RINTASYÖPÄ

Rintasyöpä on yksi maailman yleisimmistä naisten syöivistä ja yleisin naisilla kuolemaan johtava syöpä. Arvioidaan, että vuonna 2018 627,000 naista kuoli rintasyöpään ja tämä luku on 15 % kaikista naisten syöpäkuolemista (WHO:n www-sivut 2020). Suomessa todetaan uusia rintasyöpätapauksia lähemmäs 5000 kappaletta vuodessa. Vuosina 2016–2018 todettujen rintasyöpätapausten keskiarvo on 4 952 uutta tapausta vuodessa (Suomen Syöpärekisteri, Syöpä 2016, Syöpä 2017 ja Syöpä 2018). Tapauksien lisäksi rintasyövän esiasteita (intraduktaalinen karsinooma, DCIS) todetaan yli 600 naisella (Vehmanen 2020). Rintasyöpä onkin Suomessa naisten yleisin syöpä ja se ilmenee myös prosenteissa, sillä uusista todetuista naisten syöpätapauksista rintasyövän lukumäärä on 30 % (Suomen Syöpärekisteri, Syöpä 2017). Vuonna 2017 Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella todettiin 264 uutta rintasyöpätapausta, kun taas vuonna 2018 todettiin 215 uutta rintasyöpätapausta (Suomen Syöpärekisteri-tilastot 2020).

Rintasyöpätapausten määrän ennustetaan kuitenkin vielä nousevan. Pitkän aikavälin seurannassa (1953–2018) rintasyöpätapausten ilmaantuvuus on kasvanut koko tarkastelujakson ajan, mutta kuolleisuus on kääntynyt laskuun 1990-luvulla. Ennusteen mukaan uusien rintasyöpätapausten määrä kasvaa 4 934 tapauksesta noin 5 990 tapaukseen vuoteen 2035 mennessä. (Suomen Syöpärekisteri, Syöpä 2018)

Vaikka syöpädiagnoosi on aina iso henkilökohtainen kriisi, joka tulee vaikuttamaan potilaan elämään suuresti, on rintasyöpäpotilaiden tilanne Suomessa hyvä. Suomessa hoidolla saavutetut tulokset ovat huippuluokkaa niin Euroopan mittakaavalla kuin koko maailmassa, sillä vuosina 2011–2013 viiden vuoden suhteellinen elossaololuku on 91 prosenttia (Seppä 2016). Viiden vuoden suhteellista elossaololukua käytetään

parantumisen epäsuorana mittarina, ja se kertoo kuinka suuri prosentti sairastuneista on elossa viiden vuoden päästä syövän toteamisen jälkeen. Tämän lisäksi suurin osa potilaista pystyy elämään normaalia elämää syöpädiagnoosin ja sen hoidon jälkeen (Seppä 2016).

2.1 Rintasyövän ennaltaehkäisy ja riskitekijät

On arvioitu, että noin 43 % kaikista uusista syöpätapauksista olisi mahdollista ennaltaehkäistä yksilön omalla vaikutuksella riskitekijöihin (Pukkala, Pitkäniemi & Heikkinen 2016). Kaikkiin riskitekijöihin ei kuitenkaan pystytä vaikuttamaan, mutta yksilön omat valinnat ja elinympäristöön liittyvät tekijät ovat merkittävässä roolissa syövän synnyssä. Yksilön peritty alttius syöpään ei pelkästään riitä, vaan syövän syntymiseen tarvitaan lähes aina ulkoisia tekijöitä. (Pukkala, Pitkäniemi & Heikkinen 2016). Syöpäriskiä lisääviä tekijöitä tunnetaan monia, mutta yksilön kohdalla on mahdotonta arvioida syytä sairastumiselle, sillä rintasyövän syntyyn vaikuttavat monet eri tekijät (Vehmanen 2020).

Yleisesti syöpien riskitekijät voidaan karkeasti jaotella erilaisiin luokkiin, kuten sisäiset tekijät (ikä, sukupuoli, periytyvät geenivirheet, ihotyyppi), elintapoihin liittyvät tekijät, työperäiset altisteet (kemikaalit, radioaktiiviset materiaalit, asbesti) ja ympäristö altisteet (radon- ja UV-säteily, pienhiukkaset) (Pukkala, Pitkäniemi & Heikkinen 2016). Rintasyövän viisi merkittävä riskitekijää ovat ikä, perimä, lisääntymistekijät, estrogeeni sekä elämäntavat (Sun ym. 2017).

Ikä on merkittävin riskitekijä sukupuolen ohella ja rintasyövän ilmaantumisen lisääntyminen liittyykin väestön ikääntymiseen (Vehmanen 2020; Sun ym. 2017). Ikääntymisen tuoma riski perustuu siihen, että mitä pidempään ihminen elää, sitä suurempi todennäköisyys on, että yksilön soluihin kertyy syöpää synnyttäviä vaurioita sekä solujen kyky torjua ja korjata näitä vaurioita heikentyy (Pukkala, Pitkäniemi & Heikkinen 2016). Pahanlaatuisten kasvaimien riski lisääntyykin 40 ikävuoden jälkeen (Tiitinen 2020).

Arvioidaan, että noin 5–10 % rintasyövistä selittyy geenivirheillä (Vehmanen 2020). Kaikkien naisten riski sairastua rintasyöpään on noin 12,5 prosenttia, mutta jos naisella on yksi lähisukuun kuuluva henkilö, joka on sairastunut rintasyövän, riski nousee noin 20 prosenttiin (Pitkäniemi, Heikkinen & Rantanen 2016). Useampi sairastunut lähisukulainen nostaa riskiprosenttia lisää. Perinnöllinen alttius rintasyöväälle johtuu osittain geneettisestä virheestä kromosomissa 17 (BRCA1 ja BRCA2), joka suurentaa geenivirhettä kantavien naisten riskiä sairastua rintasyöpään nuorena jopa 60–80 % (Pitkäniemi, Heikkinen & Rantanen 2016). Todetun geenivirheen vuoksi osa naisista voi ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä poistattaa rinnat ja on arvioitu, että tämä leikkaus voi vähentää riskiä 90 prosenttisesti. Mitä suurempi leikkaus, sitä paremman suojan se antaa, mutta mastektomialla ei kuitenkaan voida taata maitorauhasen täydellistä poistamista, sillä sen koko on yksilökohtainen ja se voi ulottua esimerkiksi kainaloon asti. (Costa & Saldanha 2017) Munasarjojen poistolla rintasyövän riskiä voidaan vähentää 50 % niiden kohdalla, joilla on periytyvä syöpä (Suomen rintasyöpäryhmä ry 2019, 7–8).

Hormonaaliseen raskauden ehkäisyyn liittyvä riski on ilmeisesti melko pieni, mutta ehkäisypillerien käyttö lisää rintasyöpäriskiä hieman. Vaihdevuosisoireiden hormonihoito lisää riskiä sairastua rintasyöpään, jos hoito jatkuu yli viisi vuotta ja sisältää estrogeeniä ja progestiinia. Yhdistelmävalmisteisiin verrattuna pelkkään estrogeeniä sisältävä korvaushoidon riski lienee pienempi, mutta estrogeenihoito ilman progestiinia lisää kohtusyövän riskiä. (Suomen rintasyöpäryhmä ry 2019, 7–8) Lisääntymistekijöillä rintasyövän riskitekijöissä tarkoitetaan varhaista sukukypsyyttä, myöhäisiä vaihdevuosisia, synnytysten vähyyttä ja ensisynnytystä yli 30 vuoden iässä, jotka kaikki lisäävät sairastumisriskiä rintasyöpään. (Vehmanen 2020)

On arvioitu, että elintavoilla voidaan selittää noin 30 % rintasyöpätapauksista (Vehmanen 2020). Elintapojen vaikutusta ja merkitystä syöpiin on tutkittu paljon ja erityisesti vahvaa näyttöä on siitä, että fyysinen aktiivisuus vähentää riskiä sairastua rintasyöpään sekä runsas alkoholin ja tupakan käyttö lisää riskiä sairastua rintasyöpään (World Cancer Research Fund 2018, 7–8). Lisäksi normaalipaino ja terveellinen ruokavalio vaikuttavat jonkin verran suojaavan sairastumiselta (Vehmanen 2020).

2.2 Rintasyövän oireet

Suuri osa rintasyövistä löytyy naisen itsensä epäilemän muutoksen tai tekemän tutkimuksen perusteella. Yleisin rintasyövän oire on kyhmy tai patti rinnassa, joka on kiinteä, aristamaton ja ympäristöönsä kiinnittynyt. (Tiitinen 2020). Kyhmy voi havaita silmin tai se voi tuntua vain käsin tutkiessa. Joskus ensimmäinen oire on kainalo imusolmukkeen etäpesäke, joka tuntuu kyhmyinä kainalossa (Rintasyöpä.fi www-sivut 2020). Vaikka kyhmy on yleensä kivuton, se voi aiheuttaa kipua tai pistelyä rinnan ja kainalon alueella, kosketusarkuutta ja toisinaan syöpä voi oireilla rinnan kuumoituksena, kihelmöintinä tai kutinana (Vehmanen 2020; Rintasyöpä.fi www-sivut 2020).

Äkilliset muutokset rinnan koossa, muodossa tai kimmoisuudessa, voivat olla merkki rintasyövästä, kuin myös rinnassa oleva kivistävä alue tai tiivistymä (Rintasyöpä.fi www-sivut 2020) Rintasyöpä voi aiheuttaa myös muutoksia ihossa tai nännissä. Rintasyövän aiheuttamia ihomuutoksia ovat muun muassa niin sanottu appelsiini-iho, parantumaton haavauma tai sitkeä ihottuma rinnassa. Ihon sävyyn voi myös tulla muutoksia tai iho voi punoittaa. (Vehmanen 2020; Rintasyöpä.fi www-sivut 2020) Rintasyöpä voi oireilla ihon tai nännin sisään vetäytymisellä tai muilla nännin alueen muutoksilla, kuten eritteenä nännistä. Erite voi olla kirkasta, veristä tai maitomaista. (Rintasyöpä.fi www-sivut 2020).

Nykyään on harvinaista, että rintasyöpä todetaan vasta syövän leviämisen jälkeen. Rintasyöpä voi kuitenkin levittäytyä etäpesäkkeillä muualle kehoon, kuten luustoon, keuhkoihin tai maksaan (Vehmanen 2020). Tällöin rintasyövän oireet vaihtelevat etäpesäkkeiden sijaintien mukaan, esimerkiksi luustossa olevat etäpesäkkeet aiheuttavat kipua luihin ja maksassa olevat etäpesäkkeet puolestaan painontunnetta, ruokahaluttomuutta, pahoinvointia sekä laihtumista (Kaikki syövästä www-sivut 2020).

2.3 Rintasyövän seulonta

Parhaimman hoitotuloksen ja selviytymisprosentin saavuttamiseksi rintasyövän varhainen havaitseminen on tärkeää. Varhaisen diagnosoinnin tavoitteena on lisätä rintasyöpien tunnistamista varhaisessa vaiheessa, jolloin hoidon ennuste on parempi ja mahdollisuus hoitoon, joka säästää rintakudosta, on suurempi (Sosiaali- ja

terveysministeriön www-sivut 2020). Tehokkaalla hoidolla pyritään vähentämään rintasyövän aiheuttamia kuolemia sekä muita haittoja. Varhaisen diagnoosin strategiassa pyritään mahdollistamaan aikainen pääsy syöpähoitoon vähentämällä hoidon esteitä sekä parantamalla tehokkaiden diagnoosipalvelujen saatavuutta (WHO:n www-sivut 2020).

Seulonnalla tarkoitetaan testaamista, jolla pyritään havaitsemaan syöpä ennen oireiden ilmenemistä. Rintasyövän seulontatyökaluja ovat mammografia sekä kliininen rintojen tutkiminen, niin lääkärin toimesta kuin itsenäisesti kotona. (WHO:n www-sivut 2020; Tiitinen 2020). Rintasyöpäseulontojen merkittävin etu on rintasyöpäkuolemien vähentyminen varhaisen löytymisen ansiosta, mutta seulontojen haittana ovat yli-diagnosointi ja ylihoitaminen sekä turhat epäilyt poikkeavuudesta. Kaikkia syöpiä ei kuitenkaan seulonnasta huolimatta aina tunnisteta. Nainen voi sairastua rintasyöpään kahden vuoden mammografiakuvausvälin aikana, vaikka olisi edellisestä seulonnasta saanut normaalin tuloksen. Myös rintaimplanti voi peittää rintakudosta ja siten haitata rintasyövän toteamista. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2020)

Suomessa mammografiaseulontoihin kutsutaan 50–69-vuotiaita naisia kahden vuoden välein ja lähes 90 prosenttia kutsun saaneista tulee seulontaan. Suomessa todettavista rintasyövistä 40 % löytyy mammografiaseulontojen avulla ja vuosittain seulonnalla estetään Suomessa noin 50 rintasyöpäkuolemaa. (Vehmanen 2020; Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2020). Suomen toimintatapa vastaa WHO:n antamaa kannanottoa mammografiaseulontoihin. WHO suosittelee, että 50–69-vuotiaille tehdään systemaattinen, väestöpohjainen mammografiaseulonta, jos ennalta määritellyt ehdot ohjelman toteuttamiselle täyttyvät, kuten potilaiden tutkimiseen vaadittavat resurssit. Resurssien ollessa vähäiset, WHO suosittelee heikoille terveydenhuoltojärjestelmille rintasyövän tietoisuuden parantamista, sillä mammografian käyttö ei ole kustannustehokasta rajoitetuissa resursseissa. (WHO:n www-sivut 2020)

Kuitenkin iso osa syövistä ilmaantuu seulontaiän ulkopuolella oleville naisille ja tämä voidaan todeta myös tilastoista, sillä Suomen Syöpärekisterin tilastojen mukaan vuonna 2018 rintasyöpään sairastui 152 alle 40-vuotiasta naista (Tiitinen 2020). WHO suosittelee 40–49-vuotiaille tai 70–75-vuotiaille naisille systemaattista mammografian

seulontaa vain perusteellisen tutkimuksen yhteydessä ja terveydenhuolloissa, joissa resursseja on paljon käytettävissä (WHO:n [www-sivut](http://www.who.int) 2020).

2.4 Rintasyövän hoito

Yleisimpiä syövän hoitomuotoja ovat leikkaus, sädehoito ja erilaiset lääkehoidot eli liitännäishoidot. Tavallisesti rintasyöpäpotilaan hoito aloitetaan leikkauksella, jos syöpä ei ole metastasoitunut imusolmukealueiden ulkopuolelle. (Joensuu 2013, 132; Joensuu, Leidenius & Huovinen 2013, 602) Potilaalle voidaan myös antaa neoadjuvanttihoitoa, kuten solusalpaajahoitoa, ennen leikkausta, jos syöpä on edennyt paikallisesti rinnan tai kainalon alueella tai kyseessä on inflammatorinen rintasyöpä tai kyseessä on suuri kasvain, jolloin rinnan säästävä leikkaus ei onnistu, ilman kasvaimen pienentämistä. Neoadjuvanttihoito on todettu olevan teholtaan yhtä hyvä hoitokeinoa kuin adjuvanttihoito (liitännäishoidot). (Suomen rintasyöpäryhmä ry 2019, 42)

Leikkaushoidon laatu ja lopputulos vaikuttavat potilaan eloonjäämisennusteeseen sekä elämänlaatuun. Leikkaushoidon tavoitteena on poistaa kasvain rinnasta riittävän tervekudsmarginaalein sekä mahdolliset imusolmukemetastaasit kainalosta. Leikkauksen avulla pyritään vähentämään kasvaimen uusiutumisen riskiä rinnan ja kainalon alueella sekä selvittämään kasvaimen laajuus ja taudin levinneisyys rinnassa, kainalossa ja imusolmukkeissa. Leikkauksessa pyritään siihen, että lisäresektioiden, korjausleikkausten tai paikallisten uusiutumien riski olisi mahdollisimman vähäinen ja lisäksi pyritään mahdollisimman hyvän toiminnalliseen ja kosmeettiseen tulokseen. (Suomen rintasyöpäryhmä ry 2019, 24)

Leikkausmenetelmiä on useita ja leikkaus voi olla joko rinnan säästävä leikkaus tai koko rinnan poistava leikkaus eli mastektomia, joita tehdään noin 40 prosentille potilaista (Leidenius & Joensuu 2013, 604). Rinnan säästävä leikkaus tarkoittaa sitä, että vain osa rinnasta poistetaan ja se on mahdollinen suurelle osalle potilaista (Vehmanen 2020). Säästävissä leikkauksessa syöpäkasvain poistetaan niin, että sen ympärille jää tervettä kudosta ja saadaan puhdas poistomarginaali. Jos puhtaita poistomarginaaleja ei saavuteta, tai kasvain on suuri tai kasvaimia on useita, päädytään koko rinnan

poistoon. Koko rinnan poistoleikkauksessa poistetaan koko rintarauhaskudos joko ihon kanssa tai niin, että iho säästetään. (Kaikki syövästä www-sivut 2020)

Rintasyöpäpotilaalle voidaan tehdä myös kainalon tyhjennys eli evakuaatio. Evakuaatio tarkoittaa kainalon imusolmukkeiden poistamista. Leikkauksen tavoitteena on tyhjentää kainalo kainalorasvasta ja imukudoksesta (Kaikki syövästä www-sivut 2020). Evakuaatio tehdään, jos potilaalla on ennen leikkausta neulanäytteellä todettu kainalometastasointi, vartijasolmukebiopsiaa ei voi tehdä tai kainalosta ei löydy vartijasolmuketta. (Suomen rintasyöpäryhmä ry 2019, 35)

Leikkausta suunniteltaessa potilaan toiveet rinnan säästämisestä tai poistamisesta otetaan huomioon, sillä osa potilaista voi poistaa myös toisen, terveen rintansa ennalta ehkäisevänä toimenpiteenä. (Leidenius & Joensuu 2013, 604) Terveen rinnan poisto ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä onnistuu seuraavissa tilanteissa: potilas on rintasyöpälle altistavan geenimutaation kantaja, potilas on nuori ja suvussa on paljon rintasyöpää, rinnassa on aiemmin todettu kohonneeseen syöpäriskiä viittaavia kudostuutoksia ja rintaa on sen kudostuutuksen takia vaikea seurata kuvantamalla (Suomen rintasyöpäryhmä ry 2019, 27).

Koko rinnan poiston jälkeen potilaalle voidaan rakentaa uusi rinta korjausleikkauksella, joka yleensä tehdään kahden vuoden kuluttua rintasyöpän hoidosta, mutta on mahdollista tehdä heti syöpäleikkauksen yhteydessä (Kaikki syövästä www-sivut 2020; Vehmanen 2020). Uusi rinta voidaan rakentaa potilaan omista kudoksista vatsa- tai selkälihaksen siirteellä, implantilla tai näiden yhdistelmällä (Vehmanen 2020).

Yleensä potilaat, joille on tehty mastektomia, ovat sairaalassa 1 tai 2 yötä, jonka jälkeen kotiutuvat. Se, kuinka kauan toipuminen leikkauksesta kestää, riippuu toimenpiteistä, joita potilaalle on tehty. Jotkut potilaista saattavat tarvita apua kotona, joka vaikuttaa myös kotiutumiseen. (American Cancer Society 2019, 19) Rinnanpoistosta toipuminen on hieman nopeampaa. Osapoiston jälkeen potilaat eivät välttämättä ole yötä sairaalassa, vaan kotiutuvat nopeasti (American Cancer Society 2019, 12)

Postoperatiivista sädehoitoa annetaan lähes aina kaikille rintasyöpäpotilaille. Sädehoito vähentää paikallisia uusiutumisia 65–75 %, pidentää tautivapaata elinaikaa sekä

alentaa rintasyöpäkuolleisuutta (Suomen rintasyöpäryhmä ry 2019, 38). Sädehoito aloitetaan vasta leikkausarven parannuttua. Sädehoidossa riskielimien, kuten keuhkojen ja sydämen, saamat sädeannokset on pyrittävä minimoimaan. Nykyaikaisen annosuunnittelun ja sädehoitotekniikan avulla tämä onnistuu. (Suomen rintasyöpäryhmä ry 2019, 38)

Rinnan säästävän leikkauksen jälkeen sädehoitoa annetaan lähes aina, sillä tarkoituksena on tuhota mahdolliset jääneet syöpäsolut ja näin ehkäistä paikallinen uusiutuma (Joensuu & Huovinen 2013, 610). Masektomian jälkeen sädehoitoa annetaan yleensä potilaille, joilla on todettu kainalometastasointi sekä potilaille, joilla todetaan T4 luokan kasvain (ihoinvaasio), vaikka kainalometastaaseja ei ole todettu (Suomen rintasyöpäryhmä ry 2019, 39). Leikkausmuodosta riippumatta sädehoitoa annetaan lähi-seudun imusolmukealueille, jos kainalossa on todettu syöpää (Vehmanen 2020).

Rintasyöpää voidaan hoitaa leikkauksen ja sädehoidon lisäksi liitännäislääkehoidolla ja nämä lääkehoidot pyritään aloittamaan noin 4–6 viikkoa operaation jälkeen. Lääkehoidot määräytyvät syövän biologisen alatyypin sekä uusiutumisen riskin mukaan. Solusalpajahoito vähentää uusiutumisen riskiä kaikissa biologisissa alatyypeissä, mutta hoitojen aiheuttamat haittavaikutukset rajoittavat käyttöä muun muassa iäkkäiden ja monisairaiden potilaiden kohdalla. Hormonaalinen liitännäishoito on usein toteutettavissa kaikille potilaille, mutta valintaan vaikuttavat lääkkeiden potentiaaliset haitat. Liitännäishoitojen riskejä ovat muun muassa tamoksifeenillä laskimotukokset ja endometriumsyöpä, aromataasinestäjillä osteoporoosi ja nivelvaivat (nivelkipu, niveljäykkyys). Kaikki hormonaaliset lääkkeet aiheuttavat vaihdevuosisoireita, mutta lääke voidaan tarvittaessa vaihtaa toiseen ilman taukoa. (Suomen rintasyöpäryhmä ry 2019, 47–48, 50–51)

2.5 Rintasyöpä hoitojen haittavaikutuksia

Rintasyöpähoidot voivat vaikuttaa olkapään ja ylävartalon lihaksiin, hermoihin ja imusolmukkeisiin. Tämä voi aiheuttaa tuki- ja liikuntaelimistön ongelmia, kuten rajoittunutta liikelaajuutta olkapäässä, lihasheikkoutta, jatkuvaa kipua, aistimusten muuttumista, leikkausalueen kipua ja kiristystä sekä lymfaturvotusta leikatun puolen

yläraajassa. (Khan ym. 2019; Suomen rintasyöpäryhmä ry 2019, 83). Rintasyöpähoitojen mahdollisia muita sivuvaikutuksia ovat esimerkiksi enneaikainen menopaussi, hormonaalisten liittämissäkkeiden haittavaikutukset, vaihdevuosisoireet, väsymys, depressio ja osteoporoosi (Suomen rintasyöpäryhmä ry 2019, 83).

Nykyään invalidisoivat yläraajaturvotukset sekä liikerajoitukset ovat harvinaistuneet, sillä leikkausten laajuudet ovat pienentyneet sekä varhaisen fysioterapian merkitys on korostunut (Joensuu, Leidenius & Huovinen 2013, 619). Rintasyöpäpotilaille suositellaan postoperatiivista käyntiä fysioterapeutilla rinnan ja kainalon alueen leikkauksen jälkeen mahdollisen lymfaturvotuksen vuoksi, sillä kainalon tyhjennyksen yhteydessä käden imunestekierto voi häiriintyä ja tämän seurauksena käsi voi turvota (Kaikki syövästä www-sivut 2020).

Mahdollisten haittavaikutusten määrää ja voimakkuutta on vaikea arvioida etukäteen. On oletettu, että iällä olisi merkitystä postoperatiivisten komplikaatioiden saamiseen ja se on vaikuttanut iäkkäämpien potilaiden hoitomuotoihin. Hollantilaisen tutkimuksen mukaan postoperatiivisten komplikaatioiden määrä ei ole merkittävä nuorempien ja iäkkäämpien potilaiden välillä, vaan eniten komplikaatoriskiin vaikuttaakin käytetty leikkaustekniikka. (ten Wolde ym. 2017)

Suhteellisen yleisiä rintasyöpähoitojen komplikaatioita ovat esimerkiksi lymfaturvotus sekä lymfastrangi. Yhden meta-analyysin mukaan on arvioitu, että kroonisen käsivarren turvotuksen esiintyvyys rintasyövän jälkeen on noin 21,4 %. Tämä tarkoittaa, että lymfaturvotus on ongelma, joka vaikuttaa yhteen viidestä potilaasta rintasyövän hoidon jälkeen. Yhtenäisten diagnostisten kriteerien puuttumisen vuoksi ilmoitettu esiintyvyys vaihtelee kuitenkin alle 5 prosentista yli 50 prosenttiin, mikä vaikuttaa tilastoihin. Lymfaturvotuksen kehittymisen todennäköisyys riippuu kuitenkin potilaan yksilöllisistä riskitekijöistä ja riskit voidaan jakaa hoitoon tai ei-hoitoon liittyviin riskitekijöihin. (Gillespie ym. 2018)

Lymfaturvotuksella tarkoitetaan lymfakierron eli imunestekierron häiriötä, joka aiheuttaa epänormaalia turvotusta hoidettavan puolen rinnassa, ylävartalossa tai yläraajassa (Saarto 2013, 275–276; Gillespie ym. 2018). Riippuen turvotuksen laajuudesta, potilaan kokemia oireita voivat olla käsivarren kireys, painontunne, kipu ja raajan

toiminnanvajaus. Lymfaturvotus vaikuttaa negatiivisesti potilaan elämänlaatuun ja fyysisen toimintavajauden lisäksi, se lisää riskiä sairastua masennukseen ja ahdistuneisuuteen verrattuna potilaisiin, joilla ei ole lymfaturvotusta. (Gillespie ym. 2018) Turvotusta ja olkanivelen liikerajoituksia pyritään ehkäisemään kuntoutuksella. Lymfaturvotus kehittyy vähitellen tai nopeasti ja usein lymfaturvotus ilmenee 2 kuukauden – 2 vuoden kuluttua leikkauksesta, mutta riski lymfaturvotuksen muodostumiseen säilyy kuitenkin koko loppuelämän ajan (TAYS Potilasohje Hasa.70.32, 2019).

Yleisimpiä riskitekijöitä ovat kainalon imusolmukkeiden leikkaus ja kainalon imusolmukkeiden sädetys (Gillespie ym. 2018). On myös todettu, että poistettujen imusolmukkeiden määrä voi vaikuttaa lymfaturvotuksen riskiin. Yhden tutkimuksen mukaan, potilailla, joilta oli poistettu yli viisi tai useampi imusolmuketta, ilmaantuvuus oli 18,2 prosenttia, kun taas potilailla, joilta oli poistettu alle viisi solmuketta, esiintyvyys oli 3,3 prosenttia (Kilbreath ym. 2016). Ei-hoitoon liittyviä riskitekijöitä ovat esimerkiksi painoindeksi (BMI) diagnoosin aikaan, subkliininen turvotus ja selluliitti (ihon sidekudoskerroksen tulehdus) hoidettavalla puolella (Gillespie ym. 2018).

Lymfastrangi (axillary web syndrome, AWS) eli imusuonen kovettuminen, esiintyy keskimäärin noin 35.9 %:lla rintasyöpäpotilaista, joilla on tehty yhden tai useamman imusolmukkeen poisto (Mikä on lymfastrangi?, Terveyskylä, Kuntoutumistalo 2020; Harris 2018). Lymfastrangille ei ole virallista standardimääritelmää, mutta sitä kuvataan oireyhtymänä, jolle on tunnusomaista kainalokipu, joka säteilee saman puolista käsivartta pitkin, olkanivelen liikerajoitus sekä mahdolliset narumaiset, noin 1 mm leveät, lineaarisena singulaarinauhana tai useina kudossnauhoina ihonalaisessa kudoksessa esiintyvät muutokset (Harris 2018; Koehler ym. 2018). Nauhat ovat nähtävissä ja/tai palpoitavissa, kun käsivarsi on täysin ojennettu suoraksi ja abduktoituna. Lymfastangi rajoittaa yläraajan liikkeitä ja eniten rajoitusta tulee olkanivelen abduktion aikana. Se aiheuttaa kipua tai epämukavuutta aina, kun käsivarren liike lisää jännitettä lymfastangissa. (Koehler ym. 2018)

Yleensä lymfastrangi diagnosoidaan ensimmäisten kahdeksan viikon aikana leikkauksen jälkeisen, mutta myöhäinen kuukausien tai jopa vuosien jälkeinen ilmestyminen on mahdollista (Yeung, McPhail & Kuys 2015; Koehler ym. 2018). Tämän vuoksi on suositeltu, että arviointia suoritettaisiin usein ensimmäisten 3–6 kuukauden aikana

leikkauksen jälkeen ja sen jälkeen harvemmin, mutta säännöllisesti 3 vuoden ajan (Koehler ym. 2018).

Lymfastangin riskitekijöistä on saatu ristiriitaista tutkimustietoa. On tutkittu, että nuori ikä olisi riskitekijä, mutta iän suhteen on myös tutkimustuloksia, että lymfastrangin muodostumisen todennäköisyys mahdollisesti olisi korkeampi yli 60-vuotiailla (Harris 2018; Ryans ym. 2020). Nuoren iän merkitystä riskitekijänä on pohdittu BMI:n merkityksen kautta, sillä usein nuoremmilla naisilla, joilla on rintasyöpä, on tyypillisesti matalampi BMI ja normaalipainoisuus on yksi lymfastrangin riskitekijä (Harris 2018; Koehler ym. 2018). Kuitenkin poistettujen imusolmukkeiden määrä ja kainalokirurgian laajuus ovat merkittävimmät lymfastrangin kehittymisen riskitekijät, kuten myös leikkauksen laajuus, sädehoito ja sytostaattihoidot (Harris 2018; Koehler ym. 2018).

Lymfastangin yhteyttä lymfaturvotukseen on myös tutkittu ja siitä on saatu ristiriitaista tietoa. Yhden tutkimuksen mukaan, lymfastrangi voisi lisätä lymfaturvotuksen riskiä jopa 44 prosentilla ensimmäisen postoperatiivisen vuoden aikana (Ryans ym. 2020). Tutkimuksessa kerrottiin myös havainnosta, että jos lymfastangi kehittyi ensimmäisen postoperatiivisen kuukauden aikana, tällöin potilaalla oli melkein kolminkertainen todennäköisyys lymfaturvotukseen kolmen ensimmäisen postoperatiivisen kuukauden aikana verrattuna muihin naisiin, joilla oli lymfastrangi (Ryans ym. 2020).

Mutta tutkimuksista on myös saatu tuloksia, ettei lymfastrangin ja lymfaturvotuksen välillä ole tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ja 10 vuoden seurannassa todettiin, ettei lymfastrangin esiintyminen ollut lymfaturvotuksen riskitekijä (Koehler ym. 2018; Warriss ym. 2017). Esiintymisen yhteneväisyyksiä voi selittää yhteiset riskitekijät, kuten poistettujen imusolmukkeiden määrä, leikkauksenlaajuus sekä sädehoito. On siis mahdollista, että potilaalla on sekä lymfastrangi että lymfaturvotusta, sillä ne eivät pois-sulje toisiaan.

3 RINTASYÖPÄPOTILAAN HOITOPOLKU

3.1 Rintasyöpäpotilaan hoitopolku yleisesti

Alkututkimusten ja rintasyöpädiagnoosin saamisen jälkeen, potilaan hoitosuunnitelman suunnittelu alkaa. Lääkäri luo alustavan, yksilöllisen hoitosuosituksen, jonka jälkeen rintahoitaja ottaa potilaaseen puhelimitse yhteyttä potilaaseen ja sopii vastaanoton ajankohdan sekä kertoo puhelimesta alustavasta hoitosuunnitelmasta, suunnitellun leikkausajankohdan, mahdolliset tarvittavat lisätutkimukset sekä muuta potilaalle tarpeellista tietoa. (HUS.fi; VSSH.P.fi; TAYS.fi)

Poliklinikkakäynnillä potilas tapaa kirurgin sekä sairaanhoitajan hoitoneuvottelussa, sekä tarvittaessa myös anestesia­lääkärin, jos potilaalla vakavia perussairauksia tai muuta anestesiaan vaikuttavaa. Vastaanotolla lääkäri käy potilaan kanssa tutkimusten tulokset läpi ja kertoo niiden merkityksen sekä kertoo alustavan hoitosuunnitelman ja kertoo hoitoon liittyvät riskit sekä hyödyt. Potilas ja lääkäri tekevät hoitosuunnitelman yhdessä huomioiden potilaan omat toiveet. Potilaan läheinen voi tulla potilaan kanssa vastaanotolle. (VSSH.P.fi; TAYS.fi)

Hoitosuunnitelman lisäksi potilas saa tietoa rintasyövästä ja sen hoidosta suullisesti sekä kirjallisesti hoitajalta, kuten leikkaukseen tuloa koskevat ohjeet ja käy läpi nuku­tuksen kannalta keskeiset asiat. Sairanhoitaja voi vielä soittaa potilaalle ennen leikkausta ja ohjata potilasta leikkaukseen valmistautumisessa. Usein vastaanottokäynnin yhteydessä potilaalla on laboratorionkäyntejä, jotka määrittyvät iän ja mahdollisten perussairauksien mukaan. (VSSH.P.fi; TAYS.fi)

Sairaalaan potilas saapuu leikkauspäivän aamuna. Ennen leikkausta potilas voi tavata kirurgin, joka käy leikkaukseen liittyvät asiat lävitse ja piirtää leikkauslinjat, jos ne ovat tarpeen. (VSSH.P.fi; TAYS.fi) Potilas voi myös tavata fysioterapeutin, joka ohjaa potilaalle leikkauksen jälkeiset hengitys - ja liikeharjoitteet, joita avulla potilas toipuu nopeammin nukutuksesta (TAYS.fi).

Leikkaus tehdään yleensä yleisanestesiassa eli nukutuksessa, ja se kestää tavallisesti noin 1–2 tuntia. Leikkauksen jälkeen potilas siirtyy heräämöhön, jossa henkilökunta seuraa potilaan vointia. Leikkauksesta toipuessa kivunhoito on tärkeää ja potilaan tulisi kertoa tuntemuksistaan henkilökunnalle. Potilaan virkistyessä, potilas saa juotavaa ja syötävää, jos hänellä ei ole pahoinvointi tai leikkausalueella ei ole vuotoa. (VSSH.fi; TAYS.fi)

Potilas kotiutuu joko samana päivänä muutaman tunnin seurannan jälkeen saattajan kanssa tai seuraavana aamuna, jolloin potilas voi kotiutua ilman saattajaa. Tärkeää on, että potilaalla olisi seuralainen leikkauksen jälkeisen yön ajan. Jatkohoidon tarve vuodeosastolla arvioidaan yksilöllisesti potilaan voinnin ja toiveiden mukaan, pääsääntöisesti potilas on osastolla tarvittaessa yhden yön. (VSSH.fi; TAYS.fi) Ennen kotiutumista, leikkaava kirurgi käy potilaan kanssa läpi leikkauksen kulun ja löydökset sekä alustavan jatkohoito suunnitelman (TAYS.fi).

Kotiutumisen yhteydessä potilaalle annetaan kirjalliset ohjeet haavan hoitoon, dreenin (leikkausalueen laskuputki) hoitoon, kivunhoitoon ja päivittäisiin toimintoihin. Fysioterapeutti ohjaa potilaalle leikkauksen jälkeiset liikeharjoitteluohjeet. (HUS.fi, VSSH.fi, TAYS.fi) Mahdollisesti, potilaalle varataan aika fysioterapeutille kahden viikon päähän leikkauksesta, jos potilaalle on tehty kainalon imusolmukkeiden poisto (TAYS.fi).

Leikkauksen jälkeen, ennen potilaan jälkitarkastusta, lääkäreillä on hoitokokous, jossa potilaan jatkohoitoa suunnitellaan yksilöllisesti. Kokoukseen osallistuvat kirurgien lisäksi syöpälääkäri, röntgenlääkäri, patologi ja rintahoitaja. Kokous on noin kahden viikon jälkeen leikkauksesta ja siellä käsitellään leikkauksesta poistettujen kudosten vastauksia. Potilaan jatkohoito (syöpälääkkeet, hormonaalinen hoito, sädehoito) määräytyy saatujen vastausten perusteella. Kokouksessa arvioidaan myös tehdyn rinta-syöpäleikkauksen riittävyys. (HUS.fi; VSSH.fi; TAYS.fi)

Leikkauksen jälkitarkastus on noin 3–4 viikon päästä leikkauksesta. Kirurgi tarkastaa potilaan voinnin, haavojen paranemisen ja olkanivelen liikkuvuuden. Samalla potilas saa tiedon leikkauksen laajuuden riittävydestä ja patologian tutkimustuloksista. Vastaanotolla potilas, lääkäri ja hoitaja käyvät läpi jatkohoitojen hoitosuunnitelmaa,

toteutusta ja hoidon sivuvaikutuksia. Tarvittaessa potilaasta otetaan laboratoriokokeita tai kuvantamistutkimuksia jatkohoitoja varten. Jälkitarkastuksen jälkeen potilas kutsutaan vielä syöpälääkärin vastaanotolle, jossa potilaalle kerrotaan tarkemmin, mitä leikkauksen jälkeisiä liitännäishoitoja hänelle suositellaan. (HUS.fi; VSSHP.fi)

Hoitojen jälkeen potilaan toipumista seurataan muutaman vuoden ajan esimerkiksi säännöllisillä mammografiatutkimuksilla. Seurantakäynneillä huomioidaan ja seurataan hoitojen aiheuttamia mahdollisia jälki-vaikutuksia, kuten hormonaalisten hoitojen aiheuttamia haittoja ja tarvittaessa tehdään muutoksia hoitoihin, jos se on mahdollista (VSSHP.fi)

Seurantakäynneillä olisikin tärkeää huomioida hoidon mahdollisten sivuvaikutusten lisäksi potilaan psyykkinen jaksaminen ja tarjota potilaalle apua, jos hän kokee tarvetta käsitellä tuntemuksiaan ja ajatuksiaan ammatti-ihmisen kanssa (Vehmanen 2017). Potilaalla voi olla huoli syövän uusiutumisriskistä ja potilas voi olla myös huolissaan leikkausalueen tuntemuksista. Hyvin harvoin nämä tuntemukset ovat merkki syövän uusiutumisesta, sillä esimerkiksi säästävästi leikatussa rinnassa on mahdollista palpoida arpikyhmyjä tai rasvanekroosikyhmyjä. (Suomen rintasyöpäryhmä ry 2019, 83)

3.2 Satasairaalan JouKo-toiminta ja rintasyöpäpotilaan hoitopolku

Satasairaala pyrkii hoitamaan rintasyöpäleikkaukset joustavan kotiutumisen toiminnan alla, eli potilas kotiutuu mahdollisimman nopeasti hänen oman vointinsa sallimissa rajoissa. Joustavan kotiutumisen periaate on toimintatapa, jonka avulla pyritään pienentämään sairaalassa vietettyä aikaa ja sitä kautta pyritään vähentämään kustannuksia. Myös potilaan toipuminen on usein mukavampaa omassa kodissa kuin sairaalan osastolla.

Satasairaalassa rintasyöpäpotilaan hoitopolku (kuviot 1) ennen leikkausta alkaa plastiikkakirurgin ja rintahoitajan vastaanotolla. Tämän jälkeen tulee laboratorio tutkimukset sekä kuvantaminen ja juuri ennen leikkausta fysioterapeutin käynti sekä päiväkirurgian vastaanotolla käynti. Leikkauksen jälkeen asiakas siirtyy heräämöhön ennen kotiutumista. Kotiutumisen jälkeen hoitopolun lopussa on vielä tarvittava jatkohoito,

esimerkiksi lymfaterapia, onkologian poliklinikka (sädehoito, sytostaattihoidot) sekä plastiikkakirurgin vastaanotto. (Klimoff 2017)



Kuvio 1. Kuvaus Satasairaalan rintasyöpäpotilaan hoitopolusta (Klimoff 2017)

Satasairaalassa fysioterapeutin ohjaus tapahtuu ennen leikkausta preoperatiivisesti ja käynnillä fysioterapeutit käyvät potilaiden kanssa liikeharjoitteet, ohjeistavat kuntoutuksessa sekä kannustavat omatoimiseen kuntoutumiseen (Klimoff 2017).

4 RINTASYÖPÄPOTILAAN FYSIOTERAPIA

Rintasyövän leikkauksen ja hoitojen jälkeen naiset voivat kokea haittoja, kuten yläraajan voiman heikentyminen, olkanivelen liikkuvuuden rajoittuminen, arven kireys (rinta ja/tai kainalo), yläraajan kipu, lymfaturvotus, neuropaattinen kipu, tuki- ja liikuntaelinten kipu (rinta, kainalo ja/tai niskahartia seutu) sekä krooninen kipu

(Physiopedia contributors 2020). Näihin potilaan elämänlaatuun ja arkeen vaikuttaviin haittoihin pyritään kuntoutuksella, kuten fysioterapialla, vaikuttamaan. Annettujen ohjeiden noudattaminen ja säännöllinen harjoittelu auttaa potilaita toipumaan leikkauksesta. American Cancer Society 2019, 3 1)

Useimmilla mastektomia potilailla on melko normaali toimintakyky kotiutuessaan ja potilaat voivat usein palata normaaliin arkeensa noin 4 viikon sisällä. Palautumisaika on pidempi, jos rintojen rekonstruktio on tehty saman leikkauksen yhteydessä. Palautuminen täyteen, normaaliin toimintakykyyn voi kuitenkin kestää kuukausia joidenkin toimenpiteiden jälkeen. Osapoiston jälkeen kuntoutuminen on nopeampaa ja potilaat usein voivatkin palata normaaliin arkeensa noin 2 viikon jälkeen leikkauksesta. (American Cancer Society 2019, 12, 19)

Rintasyöpäpotilaan jatkohoidot määräytyvät yksilöllisesti, sillä jokainen tarvitsee erilaisia kuntoutuksen muotoja avukseen. Rintasyöpä diagnoosin saaminen sekä rintasyövän hoito voivat muuttaa sairastuneen kehonkuvaa suuresti ja näin saattavat aiheuttaa potilaalle henkistä kuormitusta. Esimerkiksi mahdollinen rinnan menetys, hiusten lähtö ja hormonaaliset muutokset saattavat aiheuttaa ahdistusta, kuten myös pelko syövän uusiutumisesta. Tämän muutoksen myötä, sairastunut etsii itselleen uutta tasapainoista arkea ja jokainen potilas käy läpi sairastumisen, hoidot ja toipumisvaiheen omalla tavallaan. (Vehmanen 2017)

Rintasyöpäpotilaiden lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluu neuvontaa, kuntoutustarvetta- ja mahdollisuutta selvittävät tutkimukset, terapiat ja kuntoutusjaksot, apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennukset sekä kuntoutusohjaukset (Saarto 2013, 273). Kuntoutus tapahtuu moniammatillisesti, sillä syöpä ei vaikuta ihmiseen pelkästään fyysisesti vaan myös henkisesti ja sosiaalisesti.

Rintasyöpäpotilaan fysioterapiaan haastetta kuitenkin tuo se, ettei ole standardoitua toimintatapaa, jolla kuntoutuksen voisi toteuttaa. Tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että fysioterapialla saavutetaan positiivisia vaikutuksia potilaan elämään. Esimerkiksi postoperatiivisten hättävaikeuksien hoitamisella ja vähentämisellä, erityisesti kivun ja toiminnallisen liikerajoituksen vähentämisellä, potilaat toipuivat nopeammin ja

saivat kokonaisvaltaisemman fyysisen ja psykososiaalisen palautumisen leikkauksesta, joka taas vaikuttaa elämän laatuun. (Testa, Iannace & Di Libero 2014)

Ennusteiden mukaan, rintasyöpätapauksia tulee tulevaisuudessa olemaan enemmän ja kehittyneiden hoitojen ansiota myös eloonjääneiden määrä on vuosien aikana lisääntynyt. Tämä tarkoittaa, että kuntoutuksen rooli on entistä tärkeämpi, jotta rintasyöpäpotilaat voivat toimia normaalissa arjessaan mahdollisimman hyvin. Kuntoutumisen tavoitteina onkin muun muassa potilaiden kannustaminen päivittäisten toimintojen pariin palaamiseen, haittavaikutusten ennaltaehkäiseminen ja lieventäminen sekä elämän laadun parantaminen. (Giovanni ym. 2019)

Fysioterapeutin ohjauksessa potilaan tulisikin saada tietoa omatoimiseen harjoitteluun, jolla muun muassa ehkäistään lymfaturvotusta sekä yläraajan liikerajoitteita. Potilas voi saada vastauksia kysymyksiinsä jo aikaisemmin lääkäriltä tai rintahoitajalta, jos nämä asiat ovat häntä mietityttäneet. Fysioterapeutin olisi kuitenkin hyvä antaa vastauksia esimerkiksi seuraavanlaisiin kysymyksiin: onko käden käytössä rajoitteita (esimerkiksi arkikäyttö), kuinka pitkään mahdolliset rajoitteet kestävät, millaisia yläraaja-harjoitteita potilaan tulisi tehdä ylläpitääkseen olkanivelen liikkuvuutta, onko liikunnan (ulkoilu, kuntosali, uinti, jne.) harrastamisessa rajoitteita sekä mitä hyötyä ko-hoasennolla ja pumppaavilla harjoitteilla on (American Cancer Society 2019, 20; VSSHP.fi; HUS.fi; TAYS.fi).

4.1 Leikkauksen jälkeiset rajoitukset

Rintasyöpäleikkauksen, osa- ja kokopoiston sekä kainalon imusolmukkeiden poiston, jälkeen raskaamman nostamisen, kantamisen sekä nopeiden ja iskevien yläraaja liikkeiden välttämistä (työntäminen, vetäminen) suositellaan ensimmäisten kahden viikon ajan. Kantaminen tulisi aloittaa pienistä kilomääristä (1–2 kg) ja muutaman viikon jälkeen kuormitusta voi alkaa lisäämään asteittain tuntemusten mukaan. Tämän ohjeistuksen tarkoituksena on esimerkiksi estää potilaita ylikäyttämästä kättään, jotta kudokset voivat rauhassa parantua leikkauksesta, sillä esimerkiksi haavan alueen liike lisää riskiä haavan uudelleen aukeamiseen ennen kuin se on parantunut. (TAYS Potilasohje

Hasa.70.28, 2020; Demark-Wahnefried 2009; Scmitz ym. 2009; American College of Surgeons 2018, 14)

Kaikki arjen normaali toiminta, mikä ei aiheuta kipua, on sallittu, kuten käden käyttö hiusten harjaamisessa, pukeutumisessa ja syömisessä. Kevyitä kotitöitä saa tehdä heti leikkauksen jälkeen oman voinnin mukaan, kuten pölyjen pyyhkimistä, mutta arjen-toimissa on kuitenkin hyvä ottaa huomioon 1–2 kg nostorajoitus, joka voi vaikeuttaa osaa arjen puuhia, kuten kaupassa käymistä. Tärkeää kuitenkin on, että potilas uskaltaa käyttää leikatun puolen yläraajaa alusta asti mahdollisimman paljon kevyissä päivittäisissä toimissa, sillä täysi käden käyttämättömyys johtaa muun muassa liikkuvuuden rajoittumiseen. (American Cancer Society 2019, 32; Schmitz 2010)

Yleensä leikkauksen jälkeen sekä solunsalpaaja- ja/tai sädehoitojen hoitojen aikana rasituksen sieto on alentunut. Tämä tulee ottaa huomioon harjoitteluohjelmaa ja harjoittelua suunniteltaessa, sillä harjoittelun tulee tapahtua potilaan voimavarojen mukaan. Suositeltavaa on, että potilas lepäisi hoitopäivinä. Akuuttien sivuvaikutusten väistyttyä, potilas voi liikkua pieniä määriä kevyttä liikuntaa vointinsa mukaisesti. (Saarto ym. 2020) Haavojen parannuttua, liikunnan määrää ja sen tehokkuutta voi asteittain lisätä. Liikkumisen voi aloittaa rauhallisella kävelyllä, jonka jälkeen matkaa ja vauhtia voi voinnin mukaan lisätä tai kuntosaliharrastusta voi jatkaa maltillisilla painoilla. Aktiivisemmän ja kuormittavamman liikkumisen voi aloittaa esimerkiksi vähitellen sairausloman jälkeen. (Rintasyöpäleikkauksen jälkeen-potilasohje, VSSH.fi)

Kuitenkin uimista tulisi välttää siihen asti, että haava-alue ovat täysin parantuneet eli noin 2–3 viikkoa leikkauksesta. Myös sytostaatti- ja/tai sädehoitojen aikana vesiliikuntaa sekä ryhmäliikuntaa suositellaan välttämään kohonneen tulehdusriskin vuoksi. (HUS.fi; American College of Surgeons 2018, 12). Suihkussa potilas saa käydä normaalisti eikä leikkaushaavaa tarvitse suojata vedeltä ja haava onkin hyvä puhdistaa vedellä mutta ensimmäisen kerran suihkuun suositellaan menemään vasta 24–48 tunnin kuluttua leikkauksesta, kun haava umpeutuu. Avonaisen haavan puhdistamiseen ei suositella desinfiointiaineen tai antiseptisten aineiden käyttöä, sillä ne voivat vahingoittaa kudoksia parantumisen sijaan. Saunaan tai kylpyyn suositellaan menemään vasta haavojen täysin parannuttua. (American College of Surgeons 2018,12)

4.2 Harjoittelu leikkauksen jälkeen

On havaittu, että yläraajan harjoittelu (esim. olkanivelen liikkuvuusharjoitteet ja venytykset) auttavat palauttamaan yläraajan liikkuvuutta leikkauksen jälkeen. Aikaisin aloitetulla harjoittelulla (1–3 päivää leikkauksesta) voidaan saavuttaa parempi liikkuvuus lyhyellä aikavälillä, mutta se saattaa kuitenkin myös johtaa haavan lisääntyneeseen eritykseen verrattuna siihen, jos harjoittelua viivästytetään viikolla. (McNeely ym. 2010) Aikaisin aloitetulla kuntoutusohjelmalla on myös saavutettu positiivisia tuloksia kivun vähentämisessä sekä elämän laadun parantamisessa (Testa, Iannance & Di Libero 2014).

Fysioterapia harjoitteiden soveltaminen ensimmäisen viikon aikana leikkauksesta on kuitenkin tärkeää, sillä se osoittaa potilaille, että he saavat käyttää operoidun puolen yläraajaa. Välittömät leikkauksen jälkeiset komplikaatiot kuitenkin voivat estää täysien harjoitusten suorittamisen ja ensimmäisten kuukausien jälkeen sädehoidon ja lymfastangiin aiheuttamat haitat rajoittavat kuntoutumista. (Lauridsen, Christiansen & Hesso 2005) Erityisen tärkeää harjoittelu onkin sädehoitojen jälkeen, sillä harjoitukset auttavat pitämään olkanivelen ja käsivarren joustavana (American Cancer Society 2019, 31).

Käden käytön rohkaisulla potilaita myös kannustetaan olemaan tottumatta hoitojen aiheuttamiin rajoitteisiin. Potilaat voivat hyväksyä sivuvaikutuksista aiheutuneet liikkuvuuden rajoitteet ja alkavat käyttää kompensoivia keinoja, kuten toista kättään tai muuttamalla toimintatapojaan, jotta selviäisivät yhä arjen toimistaan. Esimerkiksi lymfastrangiin ja kireän arpikudoksen aiheuttama kipu, voi olla yksi syy miksi potilaat voivat aristella käden normaalia käyttöä. (Lauridsen, Christiansen & Hesso 2005)

Yleensä rintasyöpöpotilaiden liikeharjoitusohjelmiin sisältyy harjoitteita, joiden tavoitteena on estää, minimoida ja/tai parantaa olkanivelen liikelaajuutta, yläraajojen voimaa sekä toimintaa, kipua ja lymfaturvotusta. Harjoitusohjelma voi sisältää aktiivisia, avustettuja aktiivisia ja/tai passiivisia liikkuvuusharjoitteita, venytys- ja liikeharjoituksia, yläraajan vahvistusharjoituksia, ryhtiharjoitteita sekä lymfaturvotusta estäviä harjoitteita. (McNeely ym. 2010; De Groef ym. 2015) Kipua sekä lihasspasmeja, jotka liittyvät kaularankaan, voidaan hoitaa muun muassa mobilisoivilla harjoitteilla,

joiden avulla pyritään saavuttamaan normaali pään ja niskan linja (Testa, Iannace & Di Libero 2014). Lisäksi fysioterapeutti voi ohjata arven venyttämisen sekä käsittelyohjeita ihon liikkuvuuden lisäämiseksi rintalihaksen ja kainalon alueella. (Lauridsen, Christiansen & Hessov 2005).

Koska harjoitteisiin ei ole standardoituja ohjeita, rintasyöpäpotilaiden harjoitusohjelmat voivat sen vuoksi vaihdella. Chan ym. (2020) tekemään aasialaiseen prospektiiviseen kohorttitutkimukseen oli osallistunut 41 tutkittavaa ja intervention pituus oli 6 viikkoa. Tutkittavien aktiivinen liikelaajuus oli parantunut harjoittelun myötä; abduktion lähtötason keskiarvo oli 157° ja lopussa keskiarvo oli 175°, mutta fleksio suuntaan parantumista ei tullut. Kyseisessä tutkimuksessa käytetyssä harjoitusohjelmassa sisälsi erilaisia harjoitteita, jotka on kuvattu taulukossa 1. Potilaita oli ohjattu tekemään näitä harjoitteita päivittäin. (Chan ym. 2020)

Taulukko 1. Chan ym. (2020) tutkimuksen harjoitusohjelman harjoitteet.

Olkapäiden pyörittely molempiin suuntiin	
Käden avustettu nosto etukautta	Potilas avustaa liikettä terveellä kädellä, peukalon johtaa liikettä ylöspäin.
Olkapäntakakapselin venytys	Potilas laittaa operoidun käden vastakkaisen olkapään yli ja työntää kyynärpäätä toisella kädellä, kunnes tuntee venytyksen
Pendulum-harjoite molempiin suuntiin	Potilas nojaa pöytään ei-operoidulla kädellä ja rentouttaa operoidun puolen. Potilas ”piirtää” lattialle ympyrän
Käsi selän takana -harjoite (hand behind back)	Potilas seisoo ja laittaa operoidun käden vyötärön tasolle selän taakse ja vetää kättä vartalon poikki ylöspäin
”Seinäkävely”	Potilas ”kävelee” sormillaan seinää pitkin ylös, kunnes tuntee venytyksen.

Kun taas Lauridsenin, Christiansenin ja Hessovin (2005) tekemän satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen otoskoko oli 139 osallistujaa, jotka jaettiin kontrolliryhmään sekä tutkimusryhmään. Tutkimusryhmäläiset saivat yhteensä 12 fysioterapiaa kertaa kaksi kertaa viikossa, jotka olivat kestoaltaan 60 min. Tutkittavien harjoitusohjelma koostui venytysrentoutukseen perustuvista harjoituksista (”exercises based on extension and relaxation”) voimaharjoittelusta, verenkiertoa aktivoivista pumppaavista harjoitteista sekä arpikudoksen venytysohjeista. Potilaita kannustettiin harjoittelemaan säännöllisesti kotona. Tutkimus kesti ensimmäisen postoperatiivisen vuoden ja potilailla oli neljä seurantatutkimusta ensimmäisen postoperatiivisen vuoden aikana (6, 12, 26 ja 56 viikon jälkeen). Kolmannen seuranta käynnin jälkeen myös kontrolliryhmä sai samanlaista fysioterapiaohjausta kuin terapiaryhmä. (Lauridsen, Christiansen & Hessov 2005)

Ensimmäisen seurantakäynnin kohdalla, 6 viikkoa leikkauksesta, tutkimusryhmällä oli huomattavasti parempi olkanivelen toiminnallisuus kontrolliryhmään verrattuna. Merkittävä ero oli myös havaittavissa kolmannessa seurannassa kuuden kuukauden kohdalla leikkauksen jälkeen. Neljännen seurantakäynnin kohdalla, kun molemmat ryhmät olivat saaneet fysioterapiaa, ryhmien välillä ei ollut havaittavissa merkittävää eroa olkanivelen ja käden toiminnallisuudessa. (Lauridsen, Christiansen & Hessov 2005)

4.2.1 Liikeharjoitteet

Harjoittelu suositellaan aloittamaan malalla intensiteetillä, jotta vältetään muun muassa serooman muodostuminen sekä haavan erityksen lisääntyminen, mutta postoperatiivista fysioterapiaa suositellaan silti aloitettavaksi ensimmäisenä päivänä leikkauksen jälkeen. Ensimmäisten päivien aikana harjoittelun tulisi olla hellävaraisia aktiivisia ranteen ja kyynärpään liikeharjoitteita, kuten koukistaminen, ojentaminen, pronaatio sekä supinaatio, sekä pumppaavia harjoitteita. Lisäksi kohoasentoa tulisi hyödyntää. (De Groef ym. 2015; Harris ym. 2012) Myös kyynärnivelen koukistaminen ja olkapään koskettaminen samalle ja vastakkaiselle puolelle ovat sopivia alkuvaiheen harjoitteita. (American Cancer Society 2019, 32)

Alkuvaiheessa potilaan on hyvä myös toteuttaa syvennettyä hengitystä yhtenä harjoittelumuotona. Tämä harjoitus auttaa ylläpitämään olkanivelen ja rintakehän normaalia liikelaaajuutta, joka taas helpottaa keuhkojen tuulettumista. Harjoituksessa potilas maaka selällään ja hengittää syvään rauhallisessa tahdissa. Tarkoituksena on hengittää niin paljon ilmaa kuin pystyy laajentamalla rintakehää ja vatsaa eli viemällä napaa pois päin selkärangasta ja antaen vatsan pyöristyä. Sisäänhengityksen jälkeen potilas rentoutuu ja hengittää ulos. (American Cancer Society 2019, 32)

Noin viikon jälkeen eli 7–10 päivää leikkauksesta, kun haava on parantunut tai kun mahdollinen dreeni poistetaan, ohjelman intensiteettiä voidaan lisätä asteittain. Potilaille tulisi myös ohjata arven käsittelyä. Aktiiviset venytykset voidaan aloittaa ensimmäisen viikon jälkeen ja niitä tulisi jatkaa noin 6–8 viikkoa tai siihen asti, kunnes koko liikelaaajuus saavutetaan operoidussa yläraajassa. (Harris ym. 2012; De Groef ym. 2015) Suositeltavaa on, että harjoitusohjelma koostuisi passiivisista liikkeistä sekä manuaalisten venytysten ja aktiivisten harjoitusten yhdistelmästä, sillä se on yksi tehokkaimmista tavoista parantaa olkanivelen liikkuvuutta rintasyövän leikkauksen ja hoitojen jälkeen. Harjoitukset ovat tehokkaita myös yläraajan leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa. Passiivisia mobilisointitekniikoita suositellaan muun muassa nivelen liikkuvuuden palauttamiseksi sekä lihasten lyhentymisen estämiseksi, kun taas manuaalisia venytyksiä suositellaan rintalihasten kireyden helpottamiseen. (De Groef ym. 2015)

Tähän vaiheeseen sopivia harjoitteita ovat esimerkiksi passiivinen avustettu käden nosto etukautta, jonka tavoitteena on avata olkanivelen liikerataa sekä toinen sopiva harjoite on käsien vienti niskan taakse, jolloin liike venyttää rintalihasta sekä avaa olkanivelen ulkokiertoa. Tämä auttaa lisäämään rintakehän ja olkanivelen liikettä. Potilaalle on kuitenkin hyvä kertoa, että täyden liikeradan saavuttaminen voi viedä viikkoja, riippuen leikkausalueen kireydestä ja kivusta. (Rintasyöpäleikkauksen jälkeenkpotilasohje, VSSHP.fi; American Cancer Society 2019, 35)

Sopivia avustettuja harjoitteita ovat myös esimerkiksi kepin kanssa tehtävät harjoitteet, kuten sivunosto sekä nosto etukautta. Sivunostossa kepeistä potilas ottaa kepeistä leveän otteen ja vie keppiä rauhallisessa tahdissa sivulta toiselle mahdollisimman ylös. Tarvittaessa ei-operoidulla kädellä voi kevyesti auttaa operoidun puolen liikettä. Kepin kanssa voi myös harjoitella etunostoa, jolloin operoidun käden ote on kepin päästä

ja ei-operoidulla kädellä työnnetään keppiä vartalon edestä ylöspäin. (Rintasyöpäleikkauksen jälkeen-potilasohje, VSSHP.fi)

Kolmas esimerkki avusteista harjoitteista ovat seinää apuna hyödyntävät harjoitteet, joilla voi korvata esimerkiksi kepin kanssa tehtävät harjoitteet, jos sopivaa keppiä ei ole käytettävissä. Etukautta nostossa kädet ovat seinää vasten ja potilas joko liu'uttaa käsiään tai ”sormi kävelee” seinää pitkin ylöspäin, kunnes tuntee venytyksen. (TAYS Potilasohje Hasa.70.28 2020; American Cancer Society 2019, 40) Tämä harjoite oli muun muassa Chan ym. (2020) tekemän tutkimuksen harjoitusohjelmassa. Sama harjoite voidaan toistaa myös sivuttain, kylki seinää kohden. Kättä liu'utetaan rauhallisesti seinää pitkin ylös ja alas. Liikerataa on mahdollista lisätä vähitellen astumalla lähemmäksi seinää. (TAYS Potilasohje Hasa.70.28 2020)

Noin 4–6 viikon kuluttua leikkauksen jälkeen progressiiviset vastusharjoitukset, eli voimaharjoitukset, voi aloittaa kevyillä painoilla. Ensimmäiset painot voivat olla 0,5 kg–1 kg, jonka jälkeen vastusta voi lisätä asteittain tuntemusten mukaan. (Harris ym. 2012) Voimaharjoituksilla pyritään muun muassa käsivoimien palauttamiseen ja jokapäiväisen toiminnan suorittamisen vaikeuksien estämiseen (De Groef ym. 2015). Yksi esimerkki voimaharjoituksesta on pystypunnerrus, jonka voi toteuttaa istuen tai seisuen. Harjoittelun voi kuitenkin aloittaa ilman painoa. (TAYS Potilasohje Hasa.70.28 2020)

4.2.2 Ihon ja arven hoito

Ihon hoitoon ja hygieniaan on hyvä kiinnittää huomiota, kun kyseessä on leikkaushaava. Rintasyöpäpotilailla, joilla on lymfaturvotusta, ihon hoitoon on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota, sillä imusuoniston toiminnan häiriintyessä, kehon immuunipuolustus heikentyy tällä alueella. Tämä tarkoittaa, että pienetkin haavaumat voivat tulehtua herkästi ja pahimmassa tapauksessa ihovaurio voi johtaa tulehdukseen. Ihon hoito onkin tärkeä osa lymfaturvotuksen hoitoa, sillä se optimoi ihon kuntoa ja estää muun muassa selluliitin eli ihon sidekudoskerroksen tulehduksen muodostumista sekä infektioita, jotka ovat lymfaturvotuksen yleisimpiä komplikaatioita. Leikkausalueen

puhtaana pitäminen auttaa estämään infektioiden muodostumista ja edistää parane-
mista. (Fu 2014; BCI Westmead Breast Cancer Institute 2016) Lymfaturvotus voi ai-
heuttaa ihon kuivumista ja ärsyntyntymistä, joka taas lisää selluliitin ja ihoinfektioiden
riskiä (Fu 2014).

Arven rasvaaminen on todettu auttavan ehkäisemään arven kuivumista ja kutiamista,
mutta se voi myös vähentää arven kokoa ja kipua, arprien aiheuttamaa epämukavuutta
sekä parantaa arven ulkonäköä (Monstrey ym. 2014). Rasvaaminen pitää myös arven
joustavana, sillä rasva pehmittää arpikudosta. Rasvaamisen avulla arpi on myös helppo
totuttaa kosketukseen, sillä arpi tai arven alue voi herkistyä kosketukselle. Tämän
vuoksiarven hieronta tulee aloittaa kevyesti, vaikka se tuntuisikin epämiellyttävältä.
(Keinoja arven itsehoitoon, Terveyskylä, Kuntoutumistalo 2019) Hieronta auttaa ar-
ven liikkuvuuden lisäämisen lisäksi myös poistamaan ylimääräistä nestettä (BCI West-
mead Breast Cancer Institute 2017).

Kiristävä arpikudos voi rajoittaa esimerkiksi yläraajan liikkuvuutta, mutta arpea voi
käsitellä, jolloin kudoksesta tulee joustavampi. Arven hoitoon sopivat muun muassa
olkanivelen liikeharjoitteet, käden tavallinen käyttö arjessa sekä ihon kevyt liikuttelu
arven ympärillä (TAYS Potilasohje Hasa.70.32 2019). Arven hoidon voi aloittaa, kun
haavan alueelle ei enää muodostu kudostenestettä, haava on hyvin parantunut ja rupi on
irronnut, mikä on yleensä vähintään kaksi viikkoa leikkauksen jälkeen (BCI Westmead
Breast Cancer Institute 2017).

4.2.3 Lymfaturvotuksen ja lymfastrangin fysioterapia

Lymfaturvotuksen hoito tulisi aloittaa mahdollisimman ajoissa, kun oireet ovat vielä
vähäiset. Varhaisella hoidolla pyritään ehkäisemään turvotuksen muuttumista vaikea-
asteiseksi sekä estämään mahdollisten muutosten syntyminen ihoon ja kudoksiin. Sa-
tasairaalassa lymfapotilas ohjataan lymfaterapeutin arvioon matalalla kynnyksellä,
mutta sairaalassa ovat tietyt kriteerit ensimmäiselle lymfaterapiajaksolle: raajan turvo-
tus tulisi olla vähintään 2 cm terveeseen puoleen verrattuna, turvotusta on vartalon
alueella, turvotusta on vähintään 1 cm ranteen, kämmenen tai sormien alueella

verrattuna terveeseen puoleen sekä kudosuutosten toteaminen (Syöpätautien poliklinikka 2020).

Lymfaturvotuksen hoito sisältää usein kompressiotuotteen käyttöä, mutta myös muita kuntoutusstrategioita, kuten terapeuttisia harjoituksia, manuaalista lymfaterapiaa ja puristussidontaa. (Amatya, Khan & Galea 2017) Kompressiotuote, kompressiohiha tai kompressiohansikas, jota käytetään kämmenien ja sormien turvotuksen hoitoon, on tiukka kangas, joka peittää joko koko käsivarren tai osan siitä. Kompressiotuotteen toiminta perustuu ulkoisen paineen luomiseen turvonneeseen kudokseen ja sen avulla imunesteen virtauksen edistämiseen. Jotta hoito olisi tuloksellista, tulisi kompressiosidosten tai -tuotteita käyttää säännöllisesti päivittäin, aamusta iltaan. (Harris ym. 2001) Suositeltavaa on, että kompressiotuotteen käytön lisäksi potilaalle annettaisiin terapeuttisia harjoitteita tai manuaalista lymfaterapiaa (Amatya, Khan & Galea 2017). Lymfahoitojen ja fysioterapian tavoitteena on auttaa nesteen poistumista ja näin vähentää turvotusta. Fysioterapiassa tärkein osuus on kompressiotuotteiden mittaaminen ja tilaus, mutta fysioterapiassa toteutetaan myös terapeuttista harjoittelua sekä mahdollisesti myös sidontaa. (Harris ym. 2001)

Lymfaturvotuksen hoitaminen vaatii lymfaterapian lisäksi myös potilaan itsehoitoa. Optimaalisen hoidon ylläpitämiseksi, potilaan itsehoito on välttämätöntä muun muassa tulehdusten ja infektioiden estämiseksi. Itsehoitoon sisältyy tyypillisesti riskien vähentämiskäyttäytymisen noudattaminen, optimaalinen painonhallinta, kompressiotuotteen käyttö, terveelliset elämän tavat, yläraaja harjoitteiden suorittaminen, asentohoito (ko-hoasento), ihon ja arven hoito sekä avun hakeminen lymfaturvotukseen liittyviin ongelmiin. (Fu 2014; Harris ym. 2001) Erityisesti vesiliikunta ja uinti ovat hyviä lymfaturvotukseen soveltuvia liikuntamuotoja, sillä veden paine toimii kompressiohoidon tavoin. (TAYS Potilasohje Hasa.70.32 2019) Lymfaturvotuksen helpottamiseen potilas voi käyttää esimerkiksi olkanivelen liikeharjoituksia. Yksi lymfaturvotuksen hoitoon soveltuva harjoite on esimerkiksi pehmeä pallon puristelu nyrkissä, mutta harjoitteen voi myös tehdä pelkästään sormia ojentamalla ja koukistamalla. Pallo tuo liikkeen vastusta. (Yläraajan lymfaattisen turvotuksen liikeharjoitteet -potilasohje, VSSHP.fi) Harjoitteiden lisäksi potilas voi toteuttaa omatoimista lymfasivelyä. (TAYS Potilasohje Hasa.70.30 2020)

Esimerkiksi Satasairaalassa annettava manuaalinen lymfaterapia sisältää sidonnat jokaisen käsittelyn jälkeen sekä kompressiotuotteen mittaaminen, joka toteutetaan lymfaterapiajakson loppuvaiheessa. Kompressio tuote on yksilöllinen ja se tilataan potilaan mittojen mukaisesti. Ensisijaisesti lymfaterapiaa annetaan Satasairaalassa, mutta palvelunostosopimus voidaan laatia, jos käynnit sairaalassa ovat haastavia esimerkiksi matkan tai töiden vuoksi. Jatkohoito tapahtuu potilaan omassa terveyskeskuksessa. Jatkohoito, eli kompressiotuotteiden uusinta (6 kk välein) sekä uuden lymfaterapiajakson arviointi, tapahtuu potilaan omassa terveyskeskuksessa. Terapiajakson uusimisen kriteerit ovat kudosuutokset sekä turvotuksen lisääntyminen viimeksi saatuun kompressiotuotteeseen verrattuna. (Syöpätautien poliklinikka 2020).

Lymfastrangin hoidossa suositellaan fysioterapiaa ensisijaiseksi hoitomuodoksi sen tehokkuuden ja turvallisuuden vuoksi. Fysioterapian tavoitteena on vähentää kipua sekä lisätä liikkuvuutta. Käytettäviä keinoja ovat tiedonanto potilaalle, kotiharjoitukset, joiden tavoitteena on muun muassa liikkuvuuden parantuminen sekä manuaalinen hoito, jota fysioterapeutti toteuttaa vastaanotollaan. Manuaalinen hoito sisältää pehmytkudoskäsittelyä, myofaskiaalista käsittelyä sekä lymfastrangien manipulointia ja venytystä käden ollessa abduktiossa. (Koehler ym. 2018)

Pehmytkudoskäsittelyn suositellaan olevan kevyttä. Käsittelyn avulla voidaan saavuttaa positiivisia tuloksia olkanivelen liikkuvuudessa fleksiosuunnassa sekä abduktiosuunnassa, yläraajan käytettävyydessä arjentoimissa sekä kivun hoidossa (Shim, Chae & Park 2016; Koehler ym. 2018). Arven ja arven kiinnikkeiden manipuloinnilla voidaan vapauttaa ”liimakudosta” (eng. “adhesive” tissue), joka vaikuttaisi olevan olennainen osa lymfastrangeja. Nivelten mobilisoinnilla voidaan taas vähentää toissijaisia nivelrajoituksia olkapään, lapaluun, kylkiluiden, solisluun ja yläselän alueella. Venytely- ja vahvistusharjoitusten avulla voidaan parantaa liikelaajuutta sekä lihasvoimaa. (Koehler ym. 2018)

4.3 Liikunta ja terveelliset elämäntavat

Liikunnan harrastaminen rintasyöpähoitojen aikana on osa rintasyöpäpotilaan kuntoutusta, sillä liikunnan avulla voidaan vähentää rintasyövän uusiutumiseriskää, mutta

myös vähentää riskiä sairastua muihin sairauksiin (Physical Acticity Guidelines Advisory Committee 2018). Potilaiden tulisi kuitenkin kuunnella omia tuntemuksiaan hoitojen mahdollisten sivuvaikutusten vuoksi sekä antaa haavan parantua rauhassa. Liikunta kannattaa myös aloittaa rauhassa, vaikka potilaalla olisikin ollut aktiivinen liikuntatausta ennen rintasyövän leikkausta ja hoitoja.

Rintasyöpäpotilaan liikuntasuositus vastaa normaalia UKK-instituutin aikuisten liikuntasuositusta (Runowicz ym. 2016). Reipasta, aerobista liikuntaa (sydämen sykettä kohottavaa) tulisi harrastaa 2 tuntia ja 30 minuuttia viikossa, mutta samat terveyshyödyt saa rasittavasta liikunnasta 1 tunnissa ja 15 minuutissa. Reipasta liikuntaa on esimerkiksi uinti, sauvakävely, jumppa sekä tanssi ja raskasta liikuntaa on esimerkiksi juoksu, pyöräily, hiihto ja pallopelit. Rasittavampi kestävyysliikunta kehittää erityisesti sydän- ja verenkiertoelimistön terveyttä. Lisäksi lihaskuntoa (esimerkiksi kuntosaliharjoittelu) ja liikehallintaa tulisi harjoitella vähintään kaksi kertaa viikossa. Erityisesti voimaharjoittelua suositellaan potilaille, joita hoidetaan adjuvanttihoidolla tai hormonihoitolla. Nämä harjoitukset vahvistavat tuki- ja liikuntaelimiä. Arki- (kuten kävely kauppaan), hyöty- ja työmatkaliikunnalla on myös positiivisia vaikutuksia terveyteen ja niillä on hyvä tauottaa esimerkiksi istumista Pienillä muutoksilla ja päätöksillä arki- ja hyötyliikuntaa saa lisättyä päivään, kuten valitsemalla portaat hissiin sijaan, bussista poisjääminen aikaisemmalla pysäkillä tai auton jättäminen kauemmas parkkipaikalla oven läheisyyden sijaan. (UKK-instituutin www-sivut 2019; Runowicz ym. 2016)

Liikuntaharjoittelu parantaa fyysistä toimintakykyä, ylläpitää kuntoa sekä vähentää syöpähoitojen haittavaikutuksia, esimerkiksi nopeuttamalla niiden selviytymisestä. Riittävän monipuolisella liikunnan potilas voi kasvattaa lihasvoimaa ja lisätä nivelten liikkuvuutta, kehittää hengitys- ja verenkiertoelimistön kuntoa, joka on mahdollisesti hoitojen aikana heikentynyt. Lisäksi liikunta hidastaa luukatoa ja ehkäisee murtumia, sillä monet liitännäishoidot heikentävät luustoa. (Suomen rintasyöpäryhmä ry 2019, 53; UKK-instituutin www-sivut 2019; Saarto ym. 2020) Yleisesti säännöllinen liikunnan hyötyjä ovat parempi unenlaatu, yleisesti parempi olo, päivittäisten toimien helppompi suorittaminen, masennus- ja ahdistuneisuusoireiden vähentyminen, väsymyksen vähentyminen sekä elämänlaadun parantuminen (Physical Acticity Guidelines Advisory Committee 2018). Nämä yleiset hyödyt pätevät myös rintasyöpäpotilaisiin.

Rintasyöpäpotilaita suositellaan noudattamaan ruokavaliota, joka sisältää paljon vihanneksia, hedelmiä, täysjyvätuotteita sekä palkokasveja mutta vähän tyydyttyneitä rasvoja. Alkoholinkäyttöä suositellaan kohtuullisissa rajoissa, mutta tupakoinnin lopettamista suositellaan. (Runowicz ym. 2016) Rintasyöpäpotilaalle suositellaan kuitenkin kalsium- ja D-vitamiinilisää (vähintään 1000 mg kalsiumia ja 20 ug D-vitamiinia/vrk) hoitojen aiheuttamien sivuvaikutusten, kuten osteoporoosin, ehkäisemiseksi (Suomen rintasyöpäryhmä ry 2019, 74).

4.4 Fysioterapiaohjauksen ajankohta ja kustannustehokkuus rintasyöpäpotilaan kuntoutuksessa

Rintasyöpään käytettävät hoidot voivat aiheuttaa kroonisia tuki- ja liikuntaelinten ongelmia ja rintasyöpäpotilaan fysioterapian tavoitteena onkin vähentää hoidoista johtuvien fyysisten oireiden ja toiminnallisten rajoitusten riskiä (Khan ym. 2019). Fysioterapian tehokkuutta sivuvaikutusten lieventämiseen on tutkittu muun muassa useilla järjestelmällisillä kirjallisuuskatsauksilla. Kirjallisuuskatsaukset viittaavat siihen, että fysioterapiainterventiot ovat kliinisesti tehokkaita, mutta niiden kustannustehokkuudesta on vielä vähän tietoa (Khan ym. 2019).

Khanin ym. (2019) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa fysioterapian kustannustehokkuudesta päädyttiin lopputulokseen, että fysioterapian kustannustehokkuutta tulisi tutkia enemmän tiedon vähyyden ja ristiriitaisten tulosten vuoksi. Kirjallisuuskatsauksessa mukana olleiden 7 tutkimuksen tulos oli ristiriitainen. Kolmen tutkimuksen perusteella fysioterapian toimenpiteet olivat kustannustehokkaita, kun taas neljässä muussa tutkimuksessa oli havaittu, etteivät fysioterapian toimenpiteet olleet kustannustehokkaita laatu-painotetuiden elinvuosien (englanniksi quality-adjusted life-year, QALY) perusteella (Khan ym. 2019). Ristiriitaisten tulosten perusteella on vaikea sanoa johtopäätöksiä fysioterapian kustannustehokkuudesta rintasyöpäpotilaan kuntoutuksessa.

Myös fysioterapian ohjauksetojen määrää rintasyöpäpotilailla on tutkittu kustannustehokkuuden ja tarpeen vuoksi. Usein ajatellaan useampien terapiakertojen vastaavan parempia tuloksia, mutta singaporelaisessa tutkimuksessa osoitettiin, ettei

mahdollisesti näin aina ole. Su & Remedios (2015) tutkivat 24 rintasyöpäpotilasta, joille tehtiin masektomia. Potilaat satunnaistettiin tutkimusryhmään ja kontrolliryhmään. Kontrolliryhmälle annettiin tavanomainen fysioterapia eli yksi pre- ja yksi postoperatiivinen fysioterapiaistunto ja tutkimusryhmä sai kaksi ylimääräistä postoperatiivista fysioterapiaistuntoa sekä kaksi puhelua viikossa 4 viikon aikana harjoitusten jatkamisen kannustamiseksi. (Su & Remedios 2015)

Tutkimuksessa fysioterapian tuloksellisuutta arvioitiin VAS:in (visual analogue scale), olkanivelen liikelaaajuuden sekä toiminnallisuuden rajoitusten mukaan, joiden mukaan tutkimusryhmän ja kontrolliryhmän tuloksia voidaan vertailla. 4 viikkoa leikkauksen jälkeen ryhmien välillä ei ollut merkittäviä eroja olkanivelen liikkeissä, yläraajojen toimintakyvyssä tai kipupisteissä. (Su & Remedios 2015) Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että muutama terapia kerta riittää saamaan yhtä tehokkaita tuloksia kuin monet käynnit ja tämän tutkimuksen mukaan yksi pre- sekä yksi postoperatiivinen ohjaus riittävät rintasyöpäpotilailla olkanivelen kuntoutukseen ja näin ollen, se on sairaalalle kustannustehokkain vaihtoehto. Tämä tutkimus on kuitenkin vain yksi tutkimus, eikä sen perusteella voi tehdä lopullisia johtopäätöksiä ohjauskertojen määrästä, sillä esimerkiksi potilaiden oma motivaatio harjoitteluun vaikuttaa lopputulokseen.

Tutkimuksissa käytetyt interventiot ovat kuitenkin usein hyvin intensiivisiä ja ne vaativat usein paljon aikaa sekä resursseja, jolloin niissä on usein korkeat kustannukset. Kuitenkin varhaisen kuntoutuksen merkitys on vuosien aikana korostunut ja siihen on pohdittu muun muassa vaihtoehtoiksi video-ohjausta, jolla korvattaisiin fysioterapeutin henkilökohtainen ohjaus. Videoissa tulisi keskittyä harjoitteiden oikeaoppiseen suorittamiseen ja kuinka välttää virheellisiä suorituksia. Näin kustannuksia voitaisiin pienentää, mutta samalla potilaille voidaan mahdollistaa riittävä ohjauksen saaminen terapeuttisten harjoitteiden oikeaan suorittamiseen. (Testa, Iannace & Di Libero 2014)

Fysioterapian ohjauksen ja aloituksen ajankohtaa on myös tutkittu. Kärjen (2005) väitöskirjan osatutkimuksen perusteella rintasyöpäpotilaiden suositellaan aloittavan harjoittelu vasta 5–7 päivän kuluttua leikkauksesta, sillä liikkuvuusharjoitteet lisäävät haavaerityksen määrää. Tätä näkemystä tukee myös muut tutkimukset, kuten Shamley ym. (2005) ja Todd ym. (2008). Tutkimusten mukaan myöhemmin aloitettu

kädenharjoitteluohjelma vähentää serooman muodostumisen riskiä sekä vähentää haavan erittämistä (Shamley ym. 2005: McNeely ym. 2010). Kuten aikaisemmin mainittiin, aikaisin aloitetulla, 1–3 päivää leikkauksesta, harjoittelulla on saavutettu nopeampia tuloksia olkanivelen liikkuvuuden palauttamiseksi normaaliin liikelaajuuteen lyhyessä tähtäimessä, mutta nämä ero usein tasoittuvat ajan kuluessa (McNeely ym. 2010).

Lisäksi harjoitteluohjelmaa, jossa olkapään täydellinen mobilisointi aloitetaan vasta viikon päästä leikkauksesta, on suositeltu kainaloimusolmukkeiden leikkauksen jälkeen invasiivisen rintasyövän hoidossa. Tähän tutkimukseen osallistui 116 naista, joille 22 naiselle (19 %) kehittyi lymfaturvotusta yhden vuoden aikana leikkauksesta. Tästä 22 naisesta 16 oli kuulunut aikaiseen, täyteen olkapään mobilisaatio ryhmään ja 6 viivästettyyn mobilisaation ryhmään. Lymfaturvotuksen (200 ml tai enemmän) ilmaantuvuus lisääntyi merkittävästi naisilla, jotka olivat aloittaneet varhaisen täyden olkapään mobilisoinnin ja kehittymisen suhteellinen riski varhaisen mobilisoinnin jälkeen oli 2,7 (Todd ym. 2008). Mutta McNeelyn ym. (2010) tekemän katsauksen perusteella ei kuitenkaan löytynyt todisteita siitä, että yläraajojen harjoittelu leikkauksen jälkeen tai muiden syöpähoitojen aikana tai niiden jälkeen, johtaisi siihen, että useammalle potilaalle kehittyisi lymfaturvotusta. Schmitz (2010) tekemän tutkimuksen mukaan ylävartalon harjoitteet on turvallista potilaille, joilla on lymfaturvotusta sekä joilla on riski lymfaturvotukseen.

5 TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa rintasyöpäpotilaiden (kokorinnanpoisto) kokemuksia fysioterapian hoitopolusta Satasairaalan joustavan kotiutumisen toiminnassa. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää fysioterapian hoitopolun sujuvuutta potilaiden näkökulmasta. Tutkimushypoteesina on, että osa potilaista jättää tulematta fysioterapian ohjaukseen ennen leikkausta, jolloin heidän saama ohjaus jää vähäiseksi. Tämän vuoksi halutaan selvittää, että miksi näin käy. Kyselyn avulla halutaan saada vastaus tutkimuskysymyksiin, joita ovat:

1. Miten rintasyöpäpotilaat kokivat preoperatiivisen fysioterapian ohjauksen riittävyyden valmistautumisessa omatoimiseen kuntoutumiseen?
2. Millaisena rintasyöpäpotilaat kokevat preoperatiivisen ohjauksen?
3. Millainen on rintasyöpäpotilaiden toive postoperatiivisen fysioterapian tarpeellisuudesta?

6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT JA AINEISTON KÄSITTELY

Tutkimus on poikittaistutkimus, joka sisältää määrällisiä sekä laadullisia kysymyksiä ja se toteutetaan kirjallisesti kyselylomakkeen avulla (liite 1). Kyselylomaketutkimus on soveltuva tähän opinnäytetyöhön, sillä tällä tavalla voidaan saavuttaa suurikin kohdejoukko, vaikka he olisivat hajallaan sekä voidaan käsitellä arkaluonteisia aiheita (Vilkkä 2015, 61). Kyselytutkimuksen riskinä on kuitenkin se, että kuinka vastaajat suhtautuvat tutkimukseen eli ovatko he rehellisiä ja huolellisia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 195). Valmis opinnäytetyö julkaistaan Theseuksessa ja Satakunnan sairaanhoitopiiri saa raportin käyttöönsä.

6.1 Kyselylomake

Kyselylomake (liite 1) sisältää monivalintakysymyksiä, sekamuotoisia kysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä. Kysymykset ovat strukturoituja eli jokainen vastauslomake sisältää samat kysymykset samassa järjestyksessä. Lomakkeen toimivuuden vuoksi kaikkia kysymysmuotoja on käytettävä, jotta saadaan selville haluttua tietoa tarpeeksi laajasti. Avoimet kysymykset antavat vastaajille mahdollisuuden ilmaista asiaa omin sanoin, kun taas monivalintakysymykset antavat vastauksia, joita on helpompi vertailla keskenään sekä joita on helpompi käsitellä ja analysoida (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 201).

Kyseylä suunniteltaessa perehdyttiin opinnäytetöihin, jotka keskittyivät tutkimaan potilaiden kokemuksia sekä kotiohjausta, kuten esimerkiksi Hartikainen Juho & Hännikäinen Ville (2011, Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu) ”Päiväkirurgisten

potilaiden kokemuksia saamastaan kotiutumisen ohjauksesta”, Jääskeläinen Hanni & Roos Johanna (2018, Laurea) ”Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeisestä fysioterapiasta” sekä Oksanen Katja & Västi Marleena (2010, Vaasan ammattikorkeakoulu) ”Leikkauspotilaiden tyytyväisyys saamaansa kotihoito-ohjaukseen naisentautien osastolla”. Opinnäytetöihin perehtyessä keskityttiin kyselylomakkeissa käytettyihin kysymyksiin sekä niiden muotoiluun. Perehtymisen jälkeen opinnäytetöiden kyselylomakkeen kysymyksiä muotoiltiin tutkimuskysymysten perusteella.

Vastausten luomisessa hyödynnettiin asteikkoja, joilla vastaaja voi valita, kuinka voimakkaasti hän on samaa mieltä tai erimieltä annetuista väittämistä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 200). Tämän kyselyn lomakkeessa asteikkona käytettiin apuna Likertin asteikkoa. Likertin asteikko on usein 5- tai 7 portainen asteikko, jossa vaihtoehdot muodostavat nousevan tai laskevan skaalan (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 200). Tässä kyselyssä käytettiin 5-portaista skaalaa, mutta neutraalin kannan lisäksi kyselyyn lisättiin vaihtoehto ”en osaa sanoa/ei koske minua” (EOS), joka on hyvin samankaltainen kuin neutraali kannanotto ”ei samaa eikä eri mieltä”, mutta voi sen sijaan olla hyvinkin kaukana neutraalista. Lisätyllä vaihtoehdolla vastaajille tarjottiin mahdollisuus vastata ilman vastausta, sillä vastaaja ei välttämättä ole ymmärtänyt kysymyksen sisältöä riittävän hyvin ottaakseen siihen kantaa, tai on mahdollisesti ymmärtänyt, mutta ei halua tuoda kantaansa ilmi. EOS-vastaukset eivät kuulu varsinaiseen asteikkoon, joten tämä on muistettava analyysivaiheessa. EOS tarjotaan vaihtoehtona asteikon viimeisenä/ulkopuolisena. (Vehkalahti 2008)

Riskinä kyselylomaketutkimuksille on, että vastausprosentti jää alhaiseksi tai vastauslomakkeiden palautuksessa on viiveitä (Vilkkä 2015, 61). Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeisiin vastaaminen tapahtuu sairaalassa ennen potilaan kotiutumista, joten lomakkeet palautetaan heti vastaamisen jälkeen hoitohenkilökunnalle, näin riski lomakkeiden palautuksen viiveille on poistettu.

Kyselylomake pilotoitiin ennen tutkimussuunnitelman hyväksyttämistä. Pilotointi tehtiin viidelle vastaajalle, jotka olivat taustoiltaan erilaisia. Pilotointia pyydettiin lukemaan kysely ja kertomaan, miten he tulkitsevat kysymykset ja onko heidän mielestään kysymykset sekä vastausohjeet tarpeeksi selkeitä. Pilotoinnin tarkoituksena oli myös selvittää, saadaanko lomakkeen kysymyksillä haluttua tietoa ja halutaan vähentää riskiä

väärinymmärryksille. Samalla varmistetaan kyselylomakkeen vastaamiseen vaadittava aika, tavoitteena vastausajaksi olisi maksimissaan 10 minuuttia.

6.2 Kyselyn anonymisointi

Kyselylomakkeen avulla vastaaminen tapahtuu anonymisti eikä vastauksia voida jäljittää tiettyyn henkilöön. Vastattavilta kysytään ainoastaan ikä täysinä vuosikymmeninä sekä asuinpaikka. Muita henkilökohtaisia tietoja tutkimuksessa ei selvitetä. Asuinpaikat ovat ryhmitelty etäisyyksien mukaan Porista, joten yksittäinen vastaaja tietystä paikkakunnasta ei ole tunnistettavissa. Vastaaminen on vapaaehtoista, mutta jätettyä vastauslomaketta tullaan hyödyntämään tutkimuksessa, sillä yksittäistä lomaketta ei voida tunnistaa aineistosta. Kyselylomake palautetaan henkilökunnalle kirjekuoressa, jolloin henkilökunta ei näe vastauksia.

6.3 Eettinen arviointi ja tutkimuslupa

Tutkittavia sekä hoitajia informoidaan opinnäytetyöstä kirjallisesti. Kirjallisessa informoinnissa kerrotaan vapaaehtoisuudesta, vastaamisesta anonymisti ja osallistumisen perumisesta, ennen kyselylomakkeen palauttamista. Palautettua kyselylomaketta ei voida poistaa tutkimusaineistosta, sillä yksittäinen vastauslomake ei ole tunnistettavissa. Informoinnin lisäksi tutkittavilta pyydetään suostumus aineiston keräämiseen, analysointiin ja julkaisuun. Tutkittaville kerrotaan aineiston säilyttämisestä ja tuhoamisesta asianmukaisesti.

Anonymiteetin takaamiseksi tutkittavilta ei tarvita tarkkoja henkilötietoja, ainoastaan ikä täysinä vuosikymmeninä ja asuinpaikan etäisyys Porista. Vaihtoehdot ovat ryhmitelty etäisyyksien mukaan Porista, joten yksittäinen vastaaja tietystä paikkakunnasta ei ole tunnistettavissa. Ennen tutkimuksen toteuttamista, haetaan SATSHP:n tutkimuslupa ja haetaan eettisen toimikunnan lausunto, sillä opinnäytetyössä tehdään kyselyjä potilaiden keskuudessa.

Kysely toteutetaan osastolla ennen potilaan kotiutumista. Kipulääkityksen vuoksi potilaat voivat kokea olonsa väsyneeksi, jolloin keskittyminen vastaamiseen voi olla haastavampaa. Tämä voi vaikuttaa vastauksiin.

Tutkimussuunnitelma on lähetetty eettisen toimikunnan johtajalle Anne Kärjelle eettiseen ennakoarviointiin. Hänen mukaansa kyseessä on kyselytutkimus ja aineisto kerätty anonyyminä (ei sisällä henkilötunnisteita), joten eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvita (Kärki 2020). SATSHP:n tutkimuslupa opinnäytetyölle myönnettiin kesäkuussa ja kysely päästiin aloittamaan sairaalalla elokuussa.

6.4 Kyselyn toteutus käytännössä

Aineistoa kerättiin 7 viikkoa ajan syksyllä (elokuu-lokakuu). Kestoon vaikutti potilaiden määrä sekä aloitusajankohta tutkimusluvan saamisesta. Tavoitteena oli saada vastauksia maksimissaan noin 30 kappaletta. Aineisto keräämisen jälkeen syksyn aikana aineisto analysoitiin, tulkittiin sekä raportoitiin.

Tutkittavia informoitiin opinnäytetyöstä (liite 2) ja siihen vastaamisesta kirjallisesti. Informoinnissa kerrottiin vastaamisen vapaaehtoisuudesta, aineiston säilyttämisestä ja hävittämisestä sekä opinnäytetyön julkaisemisesta Theseuksessa. Informointilappu tuli antaa vastaajalle ennen lomakkeen antoa ja vastaajan tuli allekirjoittaa suostumuksensa vapaaehtoiseen osallistumiseen. Hoitajia informoitiin opinnäytetyöstä kirjallisesti (liite 3) ja sen toivotusta toteuttamistavasta osastolla. Tutkimukseen vastattiin osastolla ennen potilaan kotiutumista. Henkilökunta jakoi kyselylomakkeen sekä kirjekuoren tutkittavalle ennen hänen kotiutumistaan. Vastattuaan tutkittava laittoi kyselylomakkeen kirjekuoreen, jonka hän palautti henkilökunnalle.

Kirjalliset kyselylomakkeet säilytettiin Satasairaalan tiloissa aineiston keräämisen ajan, jonka jälkeen aineisto haettiin pois. Kirjallista sekä sähköistä aineistoa säilytetään opinnäytetyön ajan ja opinnäytetyön valmistuttua molemmat aineistot tuhotaan. Sähköistä aineistoa säilytetään salasanan takana.

6.5 Tutkimushenkilöt

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Satasairaalan rintasyöpäpotilaat, joille on tehty koko rinnan poisto sekä, joilla tutkittiin ja/ tai tyhjennettiin kainalon imusolmukkeet ja joita hoidettiin leikkaus- ja anestesiaosastolla. Kohderyhmän potilas myös kotiutui samana päivänä tai seuraavana aamuna eli hän oli joustavan kotiutumisen potilas. Tutkimushenkilöiksi valikoituvat kriteerit täyttävät vapaaehtoiset, jotka olivat kyselynajankohtana hoidossa Satasairaalassa.

Kyselyn ajankohdan aikana Satasairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla hoidettiin kolme kyselyn osallistujakriteerit täyttävää potilasta. Kaikki heistä osallistuivat tutkimukseen.

6.6 Analysointi

Aineiston käsittely aloitettiin tekemällä aineiston tarkistus. Aineiston tarkistuksella katsotaan, liittyykö aineistoon selviä virheellisyyksiä ja puuttuuko siitä tietoja. Tämän perusteella tehdään päätös, onko joitakin vastauslomakkeita hylättävä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 221) Koska kukaan kyselyyn osallistuneista ei ollut käynyt ennen leikkausta tapahtuvassa fysioterapeutin ohjauksessa, kyselylomakkeiden vastaukset preoperatiivista ohjausta koskien hylättiin. Vähäisen vastausmäärän vuoksi havainnollistavia taulukoita ja kaavioita ei voida tehdä, jotta tutkittavien anonymiteettiä säilyy. Tutkittavat eivät vastanneet laadullisiin kysymyksiin, joten teemoittelua ei ollut tarvetta tehdä. Kerätystä aineistosta koottiin tekstianalyysi.

7 TULOKSET

Kyselylomakkeessa oli neljä aihepiiriä: perustiedot, preoperatiivinen ja postoperatiivinen ohjaus sekä yleiset kysymykset. Kyselyn perustiedoista saatiin selville kyselyyn vastanneiden taustaa ja tähän kyselyyn vastanneet tutkimushenkilöt ovat yli 60-vuotiaita ja asuvat yli 40 kilometrin päässä Porista.

7.1 Ennen leikkausta tapahtuva fysioterapeutin ohjaus

Kyselyssä kysyttiin ennen leikkausta tapahtuvan fysioterapeutin ohjauksessa käymistä sekä kokemuksia ohjauksen sisällöstä. Koska yksikään tutkimukseen osallistuneista ei ollut käynyt preoperatiivisessa fysioterapeutin ohjauksessa, tämän vuoksi kyselylomakkeen preoperatiivisen osion kysymyksiin ei vastauksia saatu. Vastauksissa ei myöskään annettu syitä, miksi potilaat eivät olleet osallistuneet preoperatiiviseen ohjaukseen.

7.2 Leikkauksen jälkeinen fysioterapeutin ohjaus

Kyselyn postoperatiivisessa pyrittiin selvittämään potilaiden mahdollisia toiveita postoperatiivisen fysioterapian tarpeellisuudesta. Kysymyksessä numero 7 kysyttiin kumman ohjauksen, preoperatiivisen vai postoperatiivisen, potilaat kokivat itselleen paremmaksi. Tähän kysymykseen ei potilaiden keskuudessa ollut yhtenevää mielipidettä. Myöskään perusteluja valinnoille ei saatu.

Kysymys 8 oli väittämä ”koen, että leikkauksen jälkeen tapahtuvasta ohjauksesta olisi minulle enemmän hyötyä kuin ennen leikkausta tapahtuvasta ohjauksesta”, johon ei myöskään potilaiden keskuudessa ollut yhdenmukaista mielipidettä. Mutta kysymykseen numero 9 eli väittämään ”haluaisin ennen leikkausta tapahtuvan ohjauksen lisäksi vielä leikkauksen jälkeen tapahtuvaa ohjausta”, potilaiden keskuudessa oli positiivisempaa näkökulmaa.

7.3 Yleiset kysymykset

Kyselyn viimeiseen avoimeen kysymykseen potilaat eivät vastanneet, joten se ei tuottanut potilaiden näkökulmasta kehittämisehdotuksia rintasyöpäpotilaan fysioterapialle.

8 TULOSTEN JOHTOPÄÄTÖKSET

Pienen otoksen vuoksi kyselyn perusteella ei voida luoda yleistettäviä johtopäätöksiä potilaiden kokemuksista masketomia potilaan fysioterapiasta tai siihen liittyvistä toiveista. Vastauksissa oli laaja kirjo, mutta toisaalta se korostaa potilaan hoitopolkujen yksilöllisyyttä, sillä se mikä toimii toiselle, ei välttämättä sovi toiselle yhtä hyvin. Hoitopolkujen yksilöllinen suunnittelu potilaan kanssa onkin tärkeä osa hoitoa, jotta potilas kokee itsensä kuunnelluksi eikä vain yhtenä potilaana muiden joukossa.

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ei tämän kyselyn perusteella voida vastata, sillä yksikään kyselyyn vastanneista potilaista ei ollut käynyt preoperatiivisessa fysioterapeutin ohjauksessa. Vastausten perusteella potilaiden kokemuksia preoperatiiviseen fysioterapian ohjaukseen ja sen sisältöön ei voida luoda.

Heti leikkauksen jälkeen potilailla ei ole yhteneväistä toivetta postoperatiivisen fysioterapian tarpeellisuudesta, mutta jos kysely olisi toteutettu myöhemmin leikkauksen jälkeen, mahdollisesti vastaukset voisivat olla erilaisia ja täsmentyneet paremmin, kun potilaat ovat palanneet arkeensa. Kuitenkin postoperatiivisen ohjauksen lisääminen hoitopolkuun, on potilaiden näkökulmasta positiivisempaa kannanottoa.

9 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tutkimushypoteesina oli, että potilaat jättävät käymättä preoperatiivisessa fysioterapeutin ohjauksessa ja kyselyn vastausten perusteella tämä voitaisiin vahvistaa. Yksikään tutkimukseen osallistuneista ei ollut käynyt preoperatiivisessa fysioterapeutin ohjauksessa. Tutkimukseen osallistuneet asuvat kuitenkin Porin ulkopuolella, joten mahdollisesti vastaukset olisivat voineet olla erilaisia, jos tutkimukseen olisi myös osallistunut lähempänä asuvia henkilöitä. Toisaalta matkan merkittävyyttä on vaikea arvioida, sillä kyselyyn osallistuneet eivät olleet kertoneet, miksi olivat jättäneet osallistumasta ohjaukseen. Etäisyyden on oletettu olevan vaikuttava tekijä, sillä esimerkiksi tunnin ajomatka yhteen suuntaan ei välttämättä motivoi tulemaan

sairaalalle, jos kyseisenä päivänä ei ole muuta. Sattumalla oli kuitenkin tässä tutkimuksessa hyvin iso rooli, sillä tutkittavien määrä oli hyvin matala eikä yleistäviä vastauksia voida tehdä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa rintasyöpäpotilaiden kokemuksia fysioterapian hoitopolusta Satasairaalan joustavan kotiutumisen toiminnassa. Tutkimuksen pienen osallistujamäärän sekä preoperatiiviseen neuvontaan osallistumatta jättämisen vuoksi potilaiden kokemuksia fysioterapian hoitopolusta ei tutkimuksessa saatu selville. Koska kukaan tutkimukseen osallistuneista ei ollut käynyt ennen leikkausta tapahtuvassa fysioterapeutin ohjauksessa, jouduttiin sen vuoksi preoperatiiviseen osion vastuksen hylkäämään. Hylätyissä vastauksissa potilaat olivat vastanneet kokemuksiansa saamastaan tiedosta kuntoutumiseen, jolloin tulee ilmi, että potilaat saavat kyllä tietoa kuntoutumiseensa muiltakin hoitohenkilökunnalta kuin fysioterapeutilta. Potilaat eivät siis jää täysin ilman kuntoutuksen ohjausta, mutta saatuja vastauksia ei opinnäytetyössä voitu käyttää sen vuoksi, ettei tiedonantajasta ollut tietoa.

Myös opinnäytetyön tavoite jäi toteutumatta. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää fysioterapia hoitopolun sujuvuutta potilaiden näkökulmasta. Potilaille annettiin kyselylomakkeessa muun muassa mahdollisuus tuoda omia kehittämisen tarpeessa olevia kohtia ilmi sekä fysioterapia ohjauksen sisältöön liittyviä toiveita. Tässä kyselyssä potilaat eivät vastanneet avoimiin kysymyksiin, joilla olisivat voineet tuoda esille omia mielipiteitään ja kokemuksiaan omin sanoin.

Kuitenkin potilaiden vastausten perusteella postoperatiivisen ohjauksen tarpeellisuudesta voidaan päätellä, että potilailla positiivisempi kanta siihen. Otos on kuitenkin pieni, joten tätä johtopäätöstä ei myöskään voida yleistää. Jos postoperatiivinen ohjaus hoitopolkuun lisättäisiin, sen ajankohtaa tulisi harkita. Tutkimusten perusteella (Kärki, 2005; Shamley ym. 2005; Todd ym. 2008) harjoitteet olisivat suositeltavaa aloittaa vasta viikon kuluttua leikkauksesta, jolloin fysioterapeutin ohjauskin voisi olla myöhemmin, kuten esimerkiksi leikkauksen jälkitarkastuksen yhteydessä, joka on noin 2 viikkoa leikkauksen jälkeen. Esimerkiksi TAYS:issa on järjestetty fysioterapeutin ohjaus kahden viikon jälkeen leikkauksesta, jos potilaalle on tehty imusolmukkeiden poisto.

Positiivista on, että kaikki kriteerit täyttäneet potilaat, olivat osallistuneet tutkimukseen. Yleisesti vähäiseen leikkausmäärään voi vaikuttaa muun muassa se, että nykyään tavoitteena on tehdä mahdollisimman matala invasiivisiä leikkauksia, eli rinnan osapoistoja, jotta leikkauksen jälkeiset komplikaatiot olisivat mahdollisimman vähäiset. Myös seulonnat sekä naisten oma tietoisuus rintasyövästä nopeuttavat rintasyövän löytymistä, jolloin syöpäkasvain on pienempi eikä tällöin ole tarvetta koko rinnan poistolle. Tämä vaikuttaa siihen, ettei masketomia leikkauksia tehdä niin paljoa kuin rinnan osapoistoleikkauksia.

Osastolta tuli toive kohderyhmän rajaukseen, jolloin osapoistoleikatut potilaat suljettiin kohderyhmän ulkopuolelle ja tämä vähensi mahdollisten osallistujien määrää. Yhteistyö osaston kanssa vaikutti myös kyselyn ajankohtaan. Kysely toteutettiin osastolla, ennen potilaiden kotiutumista, leikkauksen jälkeen. Potilaat olivat siis heränneet nukutuksesta jonkin verran aikaisemmin, ennen kuin heidän tuli täyttää kyselylomake ja tämä saattoi vaikuttaa kyselyn täytön keskittymiseen. Myös potilaiden mahdollinen väsymys sekä kipulääkkeet voivat vaikuttaa keskittymiseen. Tämä riski oli tiedostettu ennen kyselyn toteuttamista ja sen mahdollinen riski vastausten laatuun oli tiedostettu. Vastaamistilanteessa vaikuttaa myös potilaiden kiinnostus aiheeseen, sillä jos aihe ei ole heille kiinnostava, suuremmalla todennäköisyydellä he eivät keskity vastaamiseen. Myös tilanne vaikuttaa ja sairaalan olosuhteet eivät välttämättä ole parhaimmat, sillä potilailla voi olla paljon muutakin mielessä.

Kysely olisi voinut olla parempi toteuttaa erilaisessa muodossa myöhemmin leikkauksen, kuten postikyselynä tai sähköisesti, jolloin potilaat olisivat voineet vastata myöhemmin leikkauksen jälkeen, jolloin heidän oma kokemuksensa arjesta olisi jo muodostunut sekä kokemus fysioterapiassa annetun omatoimisen kuntoutuksen ohjauksen riittävydestä olisi myös selkeytynyt jo. Osastolla toteutetulla kyselyllä pyrittiin kuitenkin minimoimaan postituksen aiheuttama mahdollinen kato. Postikysely olisi myös vaatinut mahdollisesti hieman pidemmän kyselyajan, mitä tällä kertaa oli mahdollista toteuttaa. Myös rintasyöpäpotilaiden kokemusten selvittäminen laajemmin Satasairaalassa eli otokseen voisi ottaa sekä osittain että kokopuolista potilaan, varsinkin kun nykyään pyritään mieluummin osapoistoon, jos se vain on mahdollista. Nämä ovat esimerkkejä sopivista jatkotutkimusehdotuksista.

Kyselyn vastauksissa ilmenneiden ristiriitojen vuoksi, myös kysymysten muotoilua ja selkeyttä tulee pohtia. Jokaisessa kysymyksessä ei ollut mainittu erikseen fysioterapiaa eri muodoissa, kuten fysioterapeutin ohjaus, joten joissakin kysymyksissä sekoittaminen muihin potilaiden saamiin ohjauksiin oli mahdollista. Potilaille oli kuitenkin pyritty osoittamaan mahdollisimman selkeästi viitekonteksti fysioterapiaan, kuten esimerkiksi potilaita ohjeistettiin siirtymään kysymykseen numero 7, jos he eivät olleet käyneet fysioterapeutin preoperatiivisessa ohjauksessa. Kysymysten muotoiluun olisi voinut mahdollisesti tuoda vielä selkeämmin ilmi keskittyminen fysioterapeutin näkökulmaan.

Osa tutkimuksista on myös vanhoja, mutta näihin tutkimuksiin viitattiin monissa uudemmissakin tutkimuksissa, mikä tuo ilmi, ettei asiaa ole mahdollisesti tutkittu tai tutkimukset eivät ole olleet luotettavia. Yleisesti aiheeseen perehtyessä korostui se, että monissa tutkimuksissa nostettiin tarve lisätutkimuksille ja tätä myös korosti tutkimusten ristiriitaiset tulokset. Yhdessä tutkimuksessa suositellaan harjoittelun aloittamista heti ja toisessa taas sitä suositellaan viivästyttämään. Varmasti myös tutkimusten näkökulma vaikuttaa suosituksiin yleisesti. Ristiriitaiset tulokset vaikeuttivat kuitenkin omalta osaltaan teoriapohjan rakentamista, varsinkin, jos jatkotutkimuksia ei ollut monia. Ehkä hieman yllättävää onkin, ettei standardoitua toimintatapaa ei ole fysioterapian näkökulmasta, vaikka kyseessä onkin yksi maailman yleisimmistä syövistä. Kirurginen hoito on kehittynyt paljon ja muuten hoitopolussa on suositeltuja toimintatavoille, mutta fysioterapialle ei ole yhtä ja oikeaa ratkaisua. Ehkä vielä mahdollisesti tulevaisuudessa tällainen toteutuu.

LÄHTEET

Amatya, B., Khan, F., & Galea, M. P. 2017. Optimizing post-acute care in breast cancer survivors: a rehabilitation perspective. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 10, 347–357. Viitattu 29.10.2020 <https://doi.org/10.2147/JMDH.S117362>

American Cancer Society. 2020. Treating Breast cancer, pdf-tiedosto. Päivitetty 18.9.2020. Viitattu 14.10.2020 www.cancer.org. 12, 19–21, 31–32, 35–36, 40

American College of Surgeons. 2018. Surgical Wounds -pdf tiedosto. Viitattu 4.11.2020. <https://www.facs.org> 12, 14

BCI Westmead Breast Cancer Institute. 2017. Shoulder Care. Päivitetty 7.9.2017. Viitattu 4.11.2020. <https://www.bci.org.au/>

BCI Westmead Breast Cancer Institute. 2016. Wound Care. Päivitetty 17.8.2016. Viitattu 4.11.2020. <https://www.bci.org.au/>

Costa, M., & Saldanha, P. 2017. Risk Reduction Strategies in Breast Cancer Prevention. *European journal of breast health*, 13(3), 103–112. Viitattu 30.9.2020 <https://doi.org/10.5152/ejbh.2017.3583>

Chan, K.S., Zeng, D., Leung, J.H.T., Ooi, B.S.Y, Kong, K.T., Yeo, Y.H., Goo, J.T.T. & Chia, C.L.K. 2020. Measuring upper limb function and patient reported outcomes after major breast cancer surgery: a pilot study in an Asian cohort. *BMC Surg* 20, 108. Viitattu 28.10.2020 <https://doi.org/10.1186/s12893-020-00773-0>

De Groef, A., Van Kampen, M., Dieltjens, E., Christiaens, M. R., Neven, P., Geraerts, I., & Devoogdt, N. 2015. Effectiveness of postoperative physical therapy for upper-limb impairments after breast cancer treatment: a systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 96(6), 1140–1153. Viitattu 29.10.2020 <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.01.006>

Demark-Wahnefried, W. 2009. A Weighty Matter — Lifting after Breast Cancer. *N Engl J Med* 2009; 361:710-711. Viitattu 4.11.2020. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe0905623>

Fu M. R. 2014. Breast cancer-related lymphedema: Symptoms, diagnosis, risk reduction, and management. *World journal of clinical oncology*, 5(3), 241–247. Viitattu 30.10.2020 <https://doi.org/10.5306/wjco.v5.i3.241>

Gillespie, T. C., Sayegh, H. E., Brunelle, C. L., Daniell, K. M., & Taghian, A. G. 2018. Breast cancer-related lymphedema: risk factors, precautionary measures, and treatments. *Gland surgery*, 7(4), 379–403. Viitattu 12.10.2020 <https://doi.org/10.21037/gs.2017.11.04>

Giovanni, S., Capobianco, S.V., Bonifacino, A., Santilli, V. & Paolucci, T. 2019. Breast Cancer Rehabilitation: A Critical Review of Clinical Practice Guidelines and Evidence-based Medicine in Literature. *J Rehab Therapy*. 2019;1(1):11–20. Viitattu 27.10.2020 <https://www.rehabiljournal.com/articles/breast-cancer-rehabilitation-a-critical-review-of-clinical-practice-guidelines-and-evidence-based-medicine-in-literature.html>

Harris, S.R. 2018. Axillary Web Syndrome in Breast Cancer: A Prevalent But Under-Recognized Postoperative Complication. Viitattu 12.10.2020 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5981636/>

Harris, S.R., Hugi, M.R., Olivotto, I.A. Levine, M. & The Steering Committee for Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer. 2001. Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: 11. Lymphedema. *CMAJ* January 23, 2001 164 (2) 191–199. Viitattu 29.10.2020 <https://www.cmaj.ca/content/164/2/191.long#sec-3>

Harris, S. R., Schmitz, K. H., Campbell, K. L., & McNeely, M. L. 2012. Clinical practice guidelines for breast cancer rehabilitation: syntheses of guideline recommendations and qualitative appraisals. *Cancer*, 118(8 Suppl), 2312–2324. Viitattu 29.10.2020 <https://doi.org/10.1002/encr.27461>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.–16. painos. Hämeenlinna. Kariston Kirjapaino Oy. 195, 200–201, 221

HUS.fi. 2020. Hoidot ja tutkimukset: Rintasyöpäpotilaan hoitopolku. Viitattu 23.10.2020 www.hus.fi

Joensuu, H. 2013. Syövän tärkeimmät hoitomuodot. Kirjassa: Joensuu, H., Roberts P. J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L., toim. Syöpätaudit. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 132

Joensuu, H. & Huovinen, R. 2013. Rintasyövän postoperatiivinen sädehoito. Kirjassa: Joensuu, H., Roberts P. J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L., toim. Syöpätaudit. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 610–611.

Joensuu, H., Leidenius, M. & Huovinen, R. 2013. Rintasyöpäpotilaiden ennuste, seuranta ja kuntoutus. Kirjassa: Joensuu, H., Roberts P. J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L., toim. Syöpätaudit. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 619.

Joensuu, H., Leidenius, M. & Huovinen, R. 2013. Rintasyövän hoidon periaatteet. Kirjassa: Joensuu, H., Roberts P. J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L., toim. Syöpätaudit. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 602

Kaikki Syövästä www-sivut. 2020. Rintasyöpä. Julkaisuajankohta tuntematon. Viitattu 6.10.2020 www.kaikkisyovasta.fi

Keinoja arven itsehoitoon. 2019. Terveyskylä, Kuntoutumistalo. Päivitetty 11.10.2019 Viitattu 21.10.2020. <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/>

Khan, K.A., Mazuquin, B., Canaway, A., Petrou, S. & Bruce, J. 2019. Systematic review of economic evaluations of exercise and physiotherapy for patients treated for

breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 176, 37–52. Viitattu 10.10.2020.
<https://doi.org/10.1007/s10549-019-05235-7>

Klimoff, S. 2017. Joustava kotiutumisen -toiminnan pilotointi – rintasyöpä ja melanooma potilaiden kotiutusprosessin pilotointi LEIKI-yksikössä. Esitelmä Turun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen kurssilla 3.5.2017.

Koehler, L. A., Haddad, T. C., Hunter, D. W., & Tuttle, T. M. 2018. Axillary web syndrome following breast cancer surgery: symptoms, complications, and management strategies. *Breast cancer* (Dove Medical Press), 11, 13–19. Viitattu 12.10.2020.
<https://doi.org/10.2147/BCTT.S146635>

Kärki, A. 2020. Opinnäytetyön eettinen arviointi. Sähköposti viesti 13.5.2020. Vastaaottaja: I. Saari. Satakunnan korkeakoulujen ihmistieteiden eettinen toimikunta puheenjohtajan lähettämä vastaus opinnäytetyön eettiseen ennakoarviointiin SAM-Kin fysioterapeuttiopiskelijalle.

Kärki, A. 2005. Physiotherapy for the functioning of breast cancer patients: studies of the effectiveness of physiotherapy methods and exercise, of the content and timing of postoperative education and of the experienced functioning and disability. University of Jyväskylä.

Lauridsen, M.C., Christiansen, P. & Hessov, I. 2005. The effect of physiotherapy on shoulder function in patients surgically treated for breast cancer: A randomized study, *Acta Oncologica*, 44:5, 449-457. Viitattu 28.10.2020
<https://doi.org/10.1080/02841860510029905>

Leidenius, M. & Joensuu, H. 2013. Mastektomia. Kirjassa: Joensuu, H., Roberts P. J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L., toim. Syöpätaudit. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 604

McNeely, M.L., Campbell, K., Ospina, M., Rowe, B.H., Dabbs, K., Klassen, T.P., Mackey, J. & Courneya, K. 2010. Exercise interventions for upperlimb dysfunction due to breast cancer treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 6. Art. No.: CD005211. Viitattu 28.10.2020.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005211.pub2>

Mikä on lymfastrangi?, Terveyskylä, Kuntoutumistalo. Päivitetty 10.2.2020. Viitattu 12.10.2020. <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo>

Monstrey, S., Middelkoop E., Vranckx, J., Bassetto, F., Ziegler, U., Meaume, S. & Téot, L. 2014. Updated Scar Management Practical Guidelines: Non-Invasive and Invasive Measures. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 67. Viitattu 30.10.2020. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2014.04.011>

Physiopedia contributors. Breast Cancer. Päivitetty 7.9.2020. Viitattu 14.10.2020
https://www.physio-pedia.com/index.php?title=Breast_Cancer&oldid=247345.

Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Washington, DC: U.S. Department of

Health and Human Services, 2018. Viitattu 29.10.2020 <https://health.gov/our-work/physical-activity/current-guidelines/scientific-report>

Pitkaniemi, J., Heikkinen, S. & Rantanen, M. 2016. Syöpä suvussa, Syöpä Suomessa 2016. Viitattu 30.9.2020. <https://www.syopajarjestot.fi/julkaisut/raportit/syopa-suomessa-2016/syopa-suvussa/>

Pukkala, E., Pitkaniemi, J. & Heikkinen, S. 2016. Syövän riskitekijät, Syöpä Suomessa, 2016. Viitattu 30.9.2020. <https://www.syopajarjestot.fi/julkaisut/raportit/syopa-suomessa-2016/>

Rintasyöpäleikkaus-potilasohje, VSSH.fi Pdf-tiedosto. Julkaisuaikajankohta tuntematon. Viitattu 21.10.2020. www.hoito-ohjeet.fi

Rintasyöpäleikkauksen jälkeen-potilasohje, VSSH.fi Pdf-tiedosto. Julkaisuaikajankohta tuntematon. Viitattu 21.10.2020. www.hoito-ohjeet.fi

Rintasyöpä.fi www-sivut. 2020. Rintasyövän oireet. Viitattu 6.10.2020. www.rintasyopa.fi

Runowicz, C.D., Leach, C.R., Henry, N.L., Henry, K.S., Mackey, H.T., Cowens-Alvarado, R.L., Cannady, R.S., Pratt-Chapman, M.L., Edge, S.B., Jacobs, L.A., Hurria, A., Marks, L.B., LaMonte, S.J., Warner, E., Lyman, G.H. and Ganz, P.A. 2016. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 66: 43-73. Viitattu 4.11.2020. <https://doi.org/10.3322/caac.21319>

Ryans, K., Davies, C.C., Gaw, G., Lambe, C., Henninge, M. & VanHoose, L. 2020. Incidence and predictors of axillary web syndrome and its association with lymphedema in women following breast cancer treatment: a retrospective study. Support Care Cancer. Viitattu 14.10.2020. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05424-x>

Saarto, T., Mattson, J. Pyykönen, T., Ristimäki, K., Syrjälä, M., Myllymäki, I., Heikkilä, K-T & Nikander, P. Terveiden elämäntapojen merkitys rintasyöpäleikkauksen jälkeen. HUS.fi. Julkaisuaikajankohta tuntematon. Viitattu 21.10.2020. www.hus.fi

Saarto, T. 2013. Erityisryhmät ja -ongelmat syöpäpotilaan kuntoutuksessa. Kirjassa: Joensuu, H., Roberts P. J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L., toim. Syöpäaudit. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 275–276

Saarto, T. 2013. Syöpäpotilaan lääkinällinen kuntoutus. Kirjassa: Joensuu, H., Roberts P. J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L., toim. Syöpäaudit. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 273

Satasairaala.fi. 2020. Palvelut/ Kirurgia/ Kirurgian osasto 3. Julkaisuaikajankohta tuntematon. Viitattu 24.1.2020. <https://www.satasairaala.fi/palvelut/kirurgia/kirurgian-osasto-3>

Satasairaala.fi 2020. Satasairaala/Organisaatio. Julkaisuaikajankohta tuntematon. Viitattu 24.1.2020 Saatavilla internetissä: <https://www.satasairaala.fi/satasairaala/satakunnan-sairaanhoitopiirin-kuntayhtyma>

Seppä K. 2016. Syöpäpotilaiden eloonjääminen. Syöpä Suomessa 2016. Viitattu 14.1.2020. <https://www.syopajarjestot.fi/julkaisut/raportit/syopa-suomessa-2016/syopapotilaiden-eloonjaaminen/>

Shamley, D.R., Barker, K., Simonite, V. & Beardshaw A. 2005. Delayed versus immediate exercises following surgery for breast cancer: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat* 90, 263–27. Viitattu 10.10.2020. <https://doi.org/10.1007/s10549-004-4727-9>

Schmitz K. H. (2010). Balancing lymphedema risk: exercise versus deconditioning for breast cancer survivors. *Exercise and sport sciences reviews*, 38(1), 17–24. Viitattu 4.11.2020 <https://doi.org/10.1097/JES.0b013e3181c5cd5a>

Schmitz, K.H., Ahmed, R.L., Troxel, A. Cheville, A. Smith, R., Lewis-Grant, L., Bryan, C.J., Williams-Smith, C.T. & Greene, Q.P. 2009. Weight Lifting in Women with Breast-Cancer-Related Lymphedema. *Journal Article. New England Journal of Medicine* August 13, 2009 361(7):664. Viitattu 4.11.2020. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0810118>

Shim, Y.H., Chae, Y.W. & Park J.W. 2016. Effectiveness of Physical Therapy Management of Axillary Web Syndrome following Sentinel Lymph Node Biopsy in Breast Cancer Patients: Case Study. *J Kor Phys Ther* 2016;28(2):142-148. Published online April 30, 2016. Viitattu 4.11.2020. <https://doi.org/10.18857/jkpt.2016.28.2.142>

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön www-sivut. 2020. Rintasyövän seulonta. Julkaisuaikojen kohtatuntematon. Viitattu 26.9.2020. <https://stm.fi/etusivu>.

Su, C.C. & Remedios, C. 2015 Clinical and cost effectiveness of additional post-operative physiotherapy on enhancing shoulder range and functional arm use in breast cancer patients. *Physiotherapy journal*. Viitattu 10.10.2020. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2015.03.1181>

Sun, Y. S., Zhao, Z., Yang, Z. N., Xu, F., Lu, H. J., Zhu, Z. Y., Shi, W., Jiang, J., Yao, P. P., & Zhu, H. P. 2017. Risk Factors and Preventions of Breast Cancer. *International journal of biological sciences*, 13(11), 1387–1397. Viitattu 30.9.2020. <https://doi.org/10.7150/ijbs.21635>

Suomen Syöpärekisteri-tilastot. 2020. Datan päiväys 02.10.2020, sovelluksen versio 2020-10-29-002. Viitattu 3.11.2020 <https://tilastot.syoparekisteri.fi/syovat>.

Suomen Syöpärekisteri, Syöpä 2016. Julkaistu 8.2.2019. Viitattu 25.11.2019. https://syoparekisteri.fi/assets/files/2019/02/vuosiraportti_2016.pdf

Suomen Syöpärekisteri, Syöpä 2017. Julkaistu 24.10. 2019. Viitattu 25.11.2019. https://syoparekisteri.fi/assets/files/2019/10/sy%C3%B6p%C3%A42017_raportti.pdf

Suomen Syöpärekisteri, Syöpä 2018. Päivitetty 27.5.2020. Viitattu 24.9.2020 https://syoparekisteri.fi/assets/files/2020/05/Syopa2018_raportti.pdf

Suomen rintasyöpäryhmä ry, Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus. 2019. Viitattu 6.10.2020. <https://rintasyoparyhma.yhdistysavain.fi/hoitosuositus/>. 7–8, 24, 27, 35, 38–39, 42, 47–53, 74, 83

Syöpätautien poliklinikka. 2020- Lymfaturvotuspotilaan jatkohoitosuositus/ohjeistus perusterveydenhuoltoon -potilasohje, pdf-tiedosto. Satasairaala, Satakunnan sairaanhoitopiiri. Viitattu 22.10.2020 www.hoito-ohjeet.fi

TAYS.fi. Rintasyöpäpotilaan hoitopolku. Päivitetty 19.5.2020. Viitattu 23.10.2020. www.tays.fi

TAYS Potilasohje Hasa.70.28. TAYS Hatanpää / fysiatria. Rintasyöpäleikkaus: Kuntoutusohjeita kotiin kainalon imusolmukepoiston sekä rinnan osa- tai kokopoiston jälkeen. Päivitetty 26.6.2020. Viitattu 19.10.2020. www.tays.fi

TAYS Potilasohje Hasa.70.30. TAYS Hatanpää / fysiatria. Rintasyöpäpotilaan lymfasivelyohje. Päivitetty 23.6.2020. Saatavilla internetissä: www.tays.fi Viitattu 22.10.2020

TAYS Potilasohje Hasa.70.32. TAYS Hatanpää / fysiatria. Rintasyöpähoitoihin liittyvä lymfaturvotus ja sen itsehoito. Päivitetty 16.10.2019. Viitattu 19.10.2020. www.tays.fi

Testa, A., Iannace, C., & Di Libero, L. 2014. Strengths of early physical rehabilitation programs in surgical breast cancer patients: results of a randomized controlled study. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 50(3), 275–284. Viitattu 27.10.2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24518147/>

Tiitinen, A. 2020. Kyhmy rinnassa. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Päivitetty 28.9.2020. Viitattu 20.9.2020. www.terveyskirjasto.fi

Todd, J., Scally, A., Dodwell, D., Horgan, K. & Topping, A. 2008. A randomised controlled trial of two programmes of shoulder exercise following axillary node dissection for invasive breast cancer. *Physiotherapy journal*. Viitattu 10.10.2020. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2008.09.005>

Turvallinen liikunta syöpähoitojen aikana -potilasohje, yhteinen. Sairaanhoitopiirien (Satakunnan, Vaasan ja Varsinais-Suomen) yhteinen potilasohje. Julkaisuajankohta tuntematon. Saatavilla internetissä: www.hoito-ohjeet.fi Viitattu 22.10.2020

UKK-instituutin www-sivut. 2019. Liikkumalla terveyttä – askel kerrallaan. Viikoittainen liikkumisen suositus 18–64-vuotiaille. UKK-instituutti. Viitattu 22.10.2020. <https://www.ukkinstituutti.fi/liikkumisensuositus/aikuisten-liikkumisen-suositus>

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Tammi. 36

Vehmanen, L. 2020. Rintasyövän hoito. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Päivitetty 16.9.2020. Viitattu 24.9.2020. www.terveyskirjasto.fi

Vehmanen, L. 2017. Rintasyöpä: seuranta ja kuntoutuminen. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Päivitetty 8.4.2017. Viitattu 8.10.2020. www.terveyskirjasto.fi

Vehmanen, L. 2020. Rintasyövän toteaminen, alatyypit ja ennuste. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Päivitetty 16.9.2020. Viitattu 24.9.2020. www.terveyskirjasto.fi

Vilkka H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä. PS-kustannus. 61

VSSH.fi Rintasyöpöpotilaan hoitopolku. Julkaisunajankohta tuntematon. Viitattu 23.10.2020. <https://www.vssh.fi/fi/Sivut/default.aspx>

Wariss, B.R., Costa, R.M., Pereira, A.C.P.R., Koifman, R.J & Bergmann, A. 2017. Axillary web syndrome is not a risk factor for lymphoedema after 10 years of follow-up. Support Care Cancer 25, 465–470. Viitattu 12.10.2020. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3424-7>

WHO:n www-sivut, 2020. Geneva, Switzerland. Breast cancer. Viitattu 24.8.2020. <http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>

World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. 2018. Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity, and breast cancer. Viitattu 6.10.2020. www.dietandcancerreport.org. 7–8

ten Wolde, B., Kuiper, M., de Wilt, J.H.W. & Strobbe L.J.A. 2017. Postoperative Complications After Breast Cancer Surgery are Not Related to Age. Ann Surg Oncol 24, 1861–1867. Viitattu 10.10.2020. <https://doi.org/10.1245/s10434-016-5726-x>

Yeung, W. M., McPhail, S. M., & Kuys, S. S. 2015. A systematic review of axillary web syndrome (AWS). Journal of cancer survivorship : research and practice, 9(4), 576–598. Viitattu 12.10.2020. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0435-1>

Yläraajan lymfaattisen turvotuksen liikeharjoitteet -potilasohje, VSSH.fi Pdf-tiedosto. Julkaisunajankohta tuntematon. Viitattu 22.10.2020. www.hoito-ohjeet.fi

Kokemuksia fysioterapian hoitopolusta

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kokemuksia fysioterapian hoitopolusta Satasairaalan joustavan kotiutumisen toiminnassa. Tämä kysely keskittyy vain fysioterapian kokemuksiin.

Henkilökohtaisia tietoja kyselyssä ei tarvita kuin ikä ja asuinpaikkakuntasi etäisyys Porista. Kysymyksiin vastaaminen on vapaaehtoista ja kaikkiin kysymyksiin ei ole pakko vastata. Täytettyäsi kyselylomakkeen, laitathan sen kirjekuoreen anonymiteetin säilymiseksi. Näin myös varmistamme, etteivät kyselyä vastaanottavat henkilöt näe vastauksia. Kirjekuoret avataan vasta, kun kyselyn aineistoa käsitellään.

Perustietoja

Kysymys 1

Ikä vuosina

- Alle 40 vuotta
- 41–50 vuotta
- 51–60 vuotta
- 61–70 vuotta
- Yli 71 vuotta

Kysymys 2

Asuinpaikkakunnan etäisyys Porista
(Valitse asuinpaikkasi etäisyys Porista.
Etäisyys on n. x kilometriä Porista)

- 0–20 km Porista
- 21–40 km Porista
- 41–60 km Porista
- Yli 61 km Porista

Ennen leikkausta tapahtuva fysioterapeutin ohjaus

Kysymys 3

Kävittekö ennen leikkausta tapahtuvassa
fysioterapeutin ohjauksessa?

- Kyllä
- En

Jos vastasit ei, miksi?

Jos vastasit edelliseen kysymykseen ei, voit siirtyä kysymykseen numero 7

Kysymys 4

Sain tarpeeksi tietoa omatoimiseen kuntoutumiseeni ennen leikkausta tapahtuvassa ohjauksessa (esimerkiksi: sain tietoa yläraajan kohoasennosta, sain tietoa yläraajan liikeharjoitteista, sain tietoa rajoitteista, sain tietoa liikunnasta)

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa/ei koske minua

Kysymys 5

Koin ennen leikkausta tapahtuvan ohjauksen itselleni hyödylliseksi

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa/ei koske minua

Kysymys 6:

Millaista tietoa tai mitä olisitte halunnut vielä lisää ennen leikkausta tapahtuvassa ohjauksessa? Tai oliko ohjauksessa mielestänne jotakin turhaa tietoa?

Leikkauksen jälkeen tapahtuva fysioterapeutin ohjaus

Kysymys 7

Jos vaihtoehtona olisi ennen leikkausta tapahtuva ohjaus tai leikkauksen jälkeen tapahtuva ohjaus, kumman koette olevan itsellenne parempi vaihtoehto?

- Ennen leikkausta tapahtuva ohjaus
- Leikkauksen jälkeen tapahtuva ohjaus
- En osaa sanoa

Perustele valintanne lyhyesti

Kysymys 8

Koen, että leikkauksen jälkeen tapahtuvasta ohjauksesta olisi minulle enemmän hyötyä kuin ennen leikkausta tapahtuvasta ohjauksesta

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa/ei koske minua

Kysymys 9

Haluaisin ennen leikkausta tapahtuvan ohjauksen lisäksi vielä leikkauksen jälkeen tapahtuvaa ohjausta

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä
- En osaa sanoa/ei koske minua

INFORMOINTI TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJALLE

Tietoa tutkimukseen osallistuvalla

Olet osallistumassa Satakunnan ammattikorkeakoulun opintoihin kuuluvan opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen. Tämä seloste kuvaa, miten henkilötietojasi käsitellään tutkimuksessa.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voit myös halutessasi keskeyttää osallistumisesi tutkimukseen. Jos keskeytät osallistumisesi, ennen keskeytystä kerättyä aineistoa voidaan kuitenkin käyttää tutkimuksessa. Tässä tietosuojaselosteessa kerrotaan tarkemmin, mitä oikeuksia sinulla on ja miten voit vaikuttaa tietojesi käsittelyyn.

1. Opinnäytetyön rekisterinpitäjä

Opiskelija: Ida Saari

Yhteyshenkilö tutkimusta koskevissa asioissa: Ida Saari tai opinnäytetyönohjaaja
XXXX (XXXXX)

Rekisterin ylläpitäjä: Ida Saari

Osoite: XXXXX

Puhelinnumero: XXXXX

Sähköpostiosoite: XXXXX

2. Kuvaus tutkimuksesta ja henkilötietojen käsittelyn tarkoituksesta

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää rintasyöpäpotilaiden kokemuksia fysioterapian hoitopolusta Satasairaalan joustavan kotiutumisen toiminnassa. Lisäksi selvitetään fysioterapian hoitopolun sujuvuutta potilaiden näkökulmasta.

Tutkimuksen tekijänä toimii Ida Saari, kolmannen vuoden fysioterapeuttiopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulusta, ja toimeksiantajana toimii Satasairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto. Tutkimus on kyselytutkimus, ja aineisto kerätään kirjallisella lomakkeella. Lomakkeen kysymyksiin vastaamiseen menee aikaa noin 10min. Täytettyäsi kyselylomakkeen, palautahan sen osaston henkilökunnalle. Kirjallinen aineisto siirretään tietokoneelle sähköiseksi ja analysoidaan. Kirjallista sekä sähköistä aineistoa säilytetään opinnäytetyön ajan ja opinnäytetyön valmistuttua molemmat aineistot

tuhotaan. Valmis opinnäytetyö julkaistaan Theseuksessa ja Satakunnan sairaanhoitopiiri saa raportin käyttöönsä.

3. Yhteistyöhankkeena tehtävän tutkimuksen tai kehittämistoiminnan osapuolet ja vastuunjako

Opinnäytetyön tilaajana toimii Satasairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto. Osaston vastuulla on huolehtia, että kaikilta kyselyn kriteerit täyttävät potilaat saavat tiedot kyselyyn osallistumisesta. Muu vastuu on opinnäytetyön tekijällä. Osasto ei käsittele henkilötietoja.

4. Opinnäytetyön tekijä

Nimi: Ida Saari

Osoite: XXXXX

Puhelinnumero: XXXXX

Sähköpostiosoite: XXXXXX

5. Tietosuojavastaavan yhteystiedot

Satakunnan ammattikorkeakoulun tietosuojavastaava on XXXXX. Häneen saa yhteyden sähköpostiosoitteesta tietosuojavastaava@samk.fi

6. Tutkimuksen tai kehittämistyön suorittajat

Opinnäytetyön tekijällä on oikeus käsitellä rekisterin tietoja.

7. Opinnäytetyön aihe ja kesto

Opinnäytetyön nimi: Rintasyöpäpotilaan kokemuksia fysioterapian riittävydestä JouKo-toiminnassa

Opinnäytetyö on kertatutkimus.

Henkilötietojen käsittelyn kesto: Aineistoa kerätään kesän ajan 1–2 kuukautta, jonka jälkeen aineistoa käsitellään ja analysoidaan. Opinnäytetyö esitetään viimeistään marraskuussa 2020. Tämän jälkeen aineisto tuhoetaan.

8. Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste

Henkilötietoja käsitellään seuraavalla yleisen tietosuojasetuksen 6 artiklan 1 kohdan mukaisella perusteella:

Käytännössä tieteellisessä tutkimuksessa käsittelyperuste on lähes aina joko tutkittavan suostumus tai yleisen edun mukainen tieteellinen tai historiallinen tutkimus. Jos et ole varma käsittelyperusteesta, ota yhteyttä tutkimusetiikan tukeen tutkimusetiikka@samk.fi

Tässä opinnäytetyössä käytetään tutkittavan suostumusta.

9. Mitä tietoja kerätään ja tallennetaan

Opinnäytetyössä kerätään ikä täysinä vuosikymmeninä sekä asuinpaikan etäisyys Porista. Asuinpaikkakunnat on jaoteltu ryhmiin, jolloin anonymisuus säilyy. Opinnäytetyössä ei käsitellä arkaluonteisia henkilötietoja.

10. Mistä henkilötietoja kerätään

Tiedot saadaan opinnäytetyön kyselylomakkeesta.

11. Tietojen siirto tai luovuttaminen muille

Henkilötietoja ei luovuteta muille.

12. Tietojen siirto tai luovuttaminen EU:n tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle

Ei siirretä.

13. Automatisoitu päätöksenteko

Automaattisia päätöksiä ei tehdä.

14. Henkilötietojen suojauksen periaatteet

Tiedot ovat salassa pidettäviä.

Manuaalisen aineiston suojaaminen: Manuaalista aineistoa säilytetään lukkojen takana. Tietojärjestelmissä käsiteltävät tiedot säilytetään salasanan takana. Opinnäytetyössä ei käytetä tunnistetietoja eri vastausten välillä. Lomakkeet numeroidaan, kun tuloksia siirretään sähköiseen muotoon.

15. Henkilötietojen käsittely tutkimuksen tai kehittämistyön päättymisen jälkeen

Kirjallista sekä sähköistä aineistoa säilytetään opinnäytetyön ajan ja opinnäytetyön valmistuttua molemmat aineistot tuhotaan.

16. Mitä oikeuksia sinulla rekisteröitynä/tutkittavana on ja oikeuksista poikkeaminen

Yhteyshenkilö tutkittavan oikeuksiin liittyvissä asioissa, johon voi ottaa yhteyttä on Ida Saari (XXXXXX)

Suostumuksen peruuttaminen (tietosuoja-asetuksen 7 artikla)

Sinulla on oikeus peruuttaa antamasi suostumus, mikäli henkilötietojen käsittely perustuu suostumukseen. Suostumuksen peruuttaminen ei vaikuta suostumuksen perusteella ennen sen peruuttamista suoritettujen käsittelyjen lainmukaisuuteen.

Lomakkeet ja tiedot ovat anonymoituja, joten yksittäisen palautetun lomakkeen poistaminen aineistosta on vaikeaa, sillä lomakkeet eivät ole tunnistettavissa. Jos suostumus perutetaan ennen lomakkeen palautusta henkilökunnalle, vastauslomake tuhoetaan.

Valitusoikeus

Sinulla on oikeus tehdä valitus tietosuojavaltuutetun toimistoon, mikäli katsot, että henkilötietojesi käsittelyssä on rikottu voimassa olevaa tietosuojalainsäädäntöä.

Yhteystiedot:

Tietosuojavaltuutetun toimisto

Käyntiosoite: Ratapihantie 9, 6. krs, 00520 Helsinki

Postiosoite: PL 800, 00521 Helsinki

Vaihde: 029 56 66700

Faksi: 029 56 66735

Sähköposti: tietosuoja@om.fi

INFORMOINTI OSASTON HENKILÖKUNNALLE

Hei!

Olen Ida Saari, kolmannen vuoden fysioterapeuttiopiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulusta, ja teen opinnäytetyötä rintasyöpäpotilaiden kokemuksista fysioterapian hoitopolusta Satasairaalan joustavan kotiutumisen toiminnassa. Tutkimuksen kohdeyryhmänä ovat potilaat, joille on tehty koko rinnan poisto sekä, joilla tutkitaan ja/ tai tyhjennetään kainalon imusolmukkeet. Kohdeyryhmän potilas myös kotiutuu samana päivänä tai seuraavana aamuna eli hän on joustavan kotiutumisen potilas.

Tutkimus on kyselytutkimus, ja aineisto kerätään kirjallisella lomakkeella. Lomakkeen kysymyksiin vastaamiseen menee aikaa noin 10 minuuttia. Tutkittavalla on oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen koska tahansa ennen lomakkeen palauttamista henkilökunnalle. Tutkimus tehdään täysin anonymisti, ja osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Valmis opinnäytetyö julkaistaan Theseuksessa.

Käytännössä tutkimus toteutetaan osastolla ja vastaaminen tapahtuu ennen potilaan kotiutumista. Ennen kyselylomakkeen antamista tutkittavalle, tutkittavan tulee lukea informointi tutkimukseen osallistumisesta ja antaa suostumus osallistumiseen. Täytetty kyselylomake palautetaan osaston henkilökunnalle suljetussa kirjekuoressa. Tutkimuksen kokonaiskesto on 1–2 kuukautta, riippuen tutkittavien määrästä. Tavoitteena olisi saada n. 30 vastausta. Osastolle tuodaan kansio, josta löytyvät kyselylomakkeet, kirjekuoret ja tutkittavien informointilaput. Kansiossa on erilliset osat tyhjille ja täytetyille kyselylomakkeille. Täytetyt kyselylomakkeet vastaanotetaan ja säilytetään kirjekuoressa anonymiuden takaamiseksi. Vastausten määrän tai tutkimuksen keston tullessa täyteen, kansio noudetaan osastolta pois.

Jos sinulle tulee kysymyksiä, voit ottaa yhteyttä tutkijaan (Ida Saari: XXXX) tai opinnäytetyön ohjaajaan XXXXX (XXXXX)