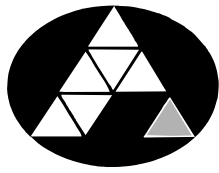


POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU
Fysioterapian koulutusohjelma

Katri Maria Tiirikainen

RINTASYÖPÄLEIKATTUJEN KOKEMUKSIA FYSIOTERAPIASTA

Opinnäytetyö
Lokakuu 2011



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Lokakuu 2011
Fysioterapian koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. (013) 260 600

Tekijä
Katri Maria Tiirikainen

Nimeke
Rintasyöpäleikattujen kokemuksia fysioterapiasta

Toimeksiantaja
Keskisuuri sairaala

Tiivistelmä

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä Suomessa ja muissa länsimaissa. Suomalaisista naisista joka kymmenes sairastuu rintasyöpään elämänsä aikana. Vuonna 2007 Suomessa todettiin 4 140 uutta rintasyöpätapausta. Tämän opinnäytetyön tutkimustehtävänä oli kuvata, millaisia ovat rintasyöpäleikattujen naisten kokemukset leikkauksen jälkeisestä fysioterapiasta keskisuudessa suomalaisessa sairaalassa.

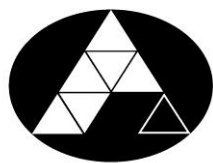
Tutkimus on laadullinen eli kvalitatiivinen. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla toukokuussa 2011. Haastatteluihin osallistui viisi rintasyöpäleikattua naista. Heille kaikille oli tehty koko rinnan poisto sekä kainaloevakuatio. Heillä oli fysioterapeutin postoperatiivinen ohjaus osastoaikana sekä kontrollikäynti kaksi viikkoa leikkauksen jälkeen. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysi-menetelmällä.

Tutkimuksen haastatteluteemat olivat fysioterapia ja potilasohjaus. Tutkimustulokset osoittavat että postoperatiivinen ohjaus oli tietoa antava sekä ohjasi kotona kuntoutumiseen. Kirjalliset ohjeet koettiin erityisen tärkeiksi. Kontrollikäynti rohkaisi potilaita ja antoi varmuutta kuntoutumisesta. Vuorovaikutus fysioterapeutin kanssa todettiin luontevaksi ja luotettavaksi. Kokonaisuudessaan potilaat kokivat fysioterapian ja ohjauksen turvallisuutta antavaksi. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia, milloin potilas on leikkauksen jälkeen valmis vastaanottamaan ohjausta.

Kieli
suomi

Sivuja 46
Liitteet 2
Liitesivumäärä 2

Asiasanat
rintasyöpä, fysioterapia, potilasohjaus



NORTH KARELIA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS
October 2011
Degree Program in Physiotherapy
Tikkarinne 9
FIN 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. + 358-13-260 600

Author
Katri Maria Tiirikainen

Title
Experiences of Post-surgery Breast Cancer Patients in Physiotherapy

Commissioned by
Medium-size Finnish hospital

Abstract

Breast cancer is the most common cancer among women in Finland and in other western countries. Every tenth woman in Finland will go through breast cancer during her life. In 2007 there were 4140 new breast cancer incidents in Finland. The purpose of this thesis was to find out what kind of experiences breast cancer operated women have about physiotherapy after surgery in mid-sized Finnish hospital.

The research method was qualitative interview study. The material was collected by interviewing five breast cancer patients during May 2011. They had all gone through mastectomy and axillary lymph node dissection. They had met with physiotherapists for postoperative physiotherapy at the ward with a subsequent control visit two weeks after surgery. The data was analyzed using an inductive content analysis.

Themes of the interviews were physiotherapy and patient counselling. The results of this research showed that postoperative physiotherapy is informative and gives instructions for further rehabilitation. Written instructions were experienced to be very important. Significance of the control visit is encouraging and it gives sureness about the rehabilitation. Interaction with the physiotherapist was experienced to be natural and trustworthy. Patients experienced that physiotherapy and patient counselling gave a feeling of security. A follow up research topic could show when a patient is ready to receive instructions from a physiotherapist post-surgery.

Language
Finnish

Pages 46
Appendices 2
Pages of Appendices 2

Keywords
Physiotherapy, patient counselling, breast cancer

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT

SISÄLTÖ	4
1 JOHDANTO	5
2 RINTASYÖPÄ	6
2.1 Oireet ja diagnostiikka	8
2.2 Leikkaus ja liitännäishoidot	8
2.3 Rintasyöpäleikkauksen vaikutukset toimintakykyyn.....	11
2.4 Rintasyövän fysioterapia.....	13
2.5 Rintasyöpäfysioterapia toimeksiantajasairaalassa	16
3 POTILASOHJAUS	18
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	20
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	21
5.1 Menetelmä.....	21
5.2 Tutkimukseen osallistujat	21
5.3 Aineiston hankinta	22
5.4 Aineiston analyysi.....	24
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	25
6.1 Toimintakyvyn kokeminen rintasyöpäleikkauksen jälkeen.....	26
6.2 Postoperatiivisen terapian kokeminen.....	28
6.3 Varmuutta kontrollista	30
6.4 Vuorovaikutussuhde fysioterapeutin kanssa	31
6.5 Yhteenveto	32
7 POHDINTA	34
7.1 Sisällön ja tulosten tarkastelu.....	35
7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	38
7.3 Oma oppiminen.....	42
7.4 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	42
LÄHTEET	44

LIITTEET

Liite 1. Suostumus tutkimukseen

Liite 2. Haastattelurunko

1 JOHDANTO

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä Suomessa sekä myös muissa länsimaissa. Rintasyöpä on yleistynyt huomattavasti viime vuosikymmenien aikana, ja ennusteiden mukaan rintasyövän yleisyys lisääntyy tulevaisuudessakin. (Joensuu, Leidenius, Huovinen, Smitten & Blomquist 2007, 484.) Suomalaisista naisista joka kymmenes sairastuu rintasyöpään elämänsä aikana (Vaalavirta, 3). Vuonna 2007 Suomessa esiintyi uusia naisten rintasyöpätapauksia 4 140, ja sairastuneiden keski-ikä oli 87,5 vuotta. Vuonna 2008 rintasyöpä oli toiseksi yleisin 15–64-vuotiaiden naisten kuolinsyy. Vuonna 2008 rintasyöpään kuoli noin 300 naista. Miehillä todetaan Suomessa rintasyöpää vuosittain noin 10–15 tapausta. (Tilastotietokeskus 2009.)

Tässä laadullisessa tutkimuksessa selvitettiin, millaisia kokemuksia koko rinnan poiston ja kainalotyhjennyksen kokeneilla rintasyöpäpotilailla on saamastaan fysioterapiasta sekä siihen kuuluvasta fysioterapeuttisesta ohjauksesta. Tarvittava tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla rintasyöpäleikkattuja naisia. Haastattelut tehtiin teemahaastatteluina toukokuussa 2011. Pääteemoina haastatteluissa olivat rintasyöpäleikkattujen kokemus fysioterapiasta ja fysioterapeuttinen potilasohjaus. Kerätty aineisto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä. Rintasyövästä ja sen hoidosta on tehty paljon tutkimuksia. Kuitenkaan potilaiden kokemuksia rintasyöpäleikkauksen jälkeisen fysioterapian ja potilasohjauksen näkökulmasta ei tiettävästi ole vielä tutkittu.

Tutkimus tehtiin keskisuuren suomalaisen sairaalan fysioterapiaoastolle. Tutkimuksen tarkoituksena on antaa sairaalalle tietoa, mitä mieltä potilaat ovat saamastaan hoidosta. Tutkimuksen tuloksien avulla voidaan kehittää rintasyöpäleikkattujen fysioterapiaa ja potilasohjausta. Työ on ajankohtainen rintasyöpädiagnoosin yleisyyden sekä yleistyvyyden vuoksi. Myös huomio potilasohjaukseen on lisääntynyt viime aikoina ja aiheesta on tullut uusia tutkimuksia myös fysioterapian alueelta.

2 RINTASYÖPÄ

Syöpä on sairaus, joka saa alkunsa yksittäisestä vaurioituneesta solusta. Vaurioitunut solu alkaa jakautua kontrolloimattomasti ja muodostaa toisia samanlaisia tai sitä muistuttavia soluja. Kasvaimen solut muistuttavat tavallisesti sen elimen tai kudoksen soluja, joiden joukkoon se on syntynyt. Kasvain nimetään myös tämän kudoksen mukaan. (Isola 2007, 22; Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 93.)

Karsinogeneesi eli syövän synty on prosessi, joka voi kestää vuosia tai vuosikymmeniä. Tällä hetkellä tiedetään, että syövän syntymekanismina ovat erilaiset häiriöt solujen kasvun, jakautumisen ja perimän eheyttä ylläpitävien rakenteiden toiminnassa. Syöpä voidaan todeta potilaassa yleensä vasta silloin, kun vaurioitunut solu on jakautunut vuosia ja kasvain on biologiansa kannalta elinkaarensa loppuvaiheessa. Noin yhden senttimetrin läpimittainen kasvainsolukko on jakautunut 25–30 kertaa. (Isola 2007, 95; Holmia ym. 2004, 17.)

Nainen voi sairastua rintasyöpään jo alle 30-vuotiaana. Rintasyöpä yleistyy 45. ikävuoden jälkeen, ja yleisin diagnoosi-ikä on noin 60 vuotta. (Joensuu ym. 2007, 484.) Suomessa kutsutaan kahden vuoden välein rintasyöpäseulontaan kaikki 50–69-vuotiaat naiset, jotka ovat syntyneet vuonna 1947 tai myöhemmin. Noin 90 prosenttia kutsutuista tulee seulontaan. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010.)

Rintasyövän ennuste on vuosien aikana parantunut liitännäishoitojen kehittymisen vuoksi. Viiden vuoden kuluttua diagnoosista noin 85 prosenttia on elossa, ja pysyvästi parantuneita on 75 prosenttia. Tämä ennuste voi vielä tulevaisuudessa parantua. Jos syöpä ei ole levinnyt imusolmukkeisiin, viiden vuoden elossaoloennuste on 90 prosenttia. (Joensuu ym. 2007, 507.)

Suoraa syytä syövän syntyyn ei tunneta. Rintasyöpään sairastuminen on monen tekijän summa. Monet sairastumisen vaaraa suurentavat tai pienentävät tekijät liittyvät hormonaaliseen toimintaan. Synnyttämättömien naisten riski sairastua on suurempi kuin synnyttäneiden. Mitä useampi täysiaikainen raskaus on takana, sitä pienempi sairastumisriski on. Ensisynnytys nuorella iällä pienentää rintasyöpäriskiä. Aikainen

kuukautisten alkaminen murrosiässä sekä myöhäinen vaihdevuosi-ikä sekä niiden myötä häiriintymättömien kuukautiskiertojen suuri elämänaikainen määrä ovat rintasyövän riskitekijöitä. Pitkäaikainen ehkäisytablettien käyttö voi lisätä rintasyöpäriskiä. (Joensuu ym. 2007, 484–485.)

Rintasyöpäriskiä nostavat myös ionisoivalle säteilylle altistuminen, ylipaino, pitkäkestoinen nuorena aloitettu tupakointi sekä alkoholin käyttö. Rintasyöpäriski voi periytyä myös geneeissä. Rintasyöpäriskiä pienentävät imetys, liikunta sekä runsaasti vihanneksia sisältävä dieetti. (Joensuu ym. 2007, 484–485; Abeloff, Weber, Wolff, McCormick, Zaks & Sacchini, 2008, 1877.)

Rinnan muodostavat maitorauhaset ja maitotiehyet, jotka ovat jakautuneet pieniin lohkoihin, niitä on rinnassa 15–20 kappaletta. Ohuet sidekudosmuodostumat liittävät rinnan osat toisiinsa. Yksittäisiä maitorauhasia sekä lohkoja ympäröi rasvakudos, jota on myös rintalihaksen sekä rinnan ja ihon välissä. Rinnassa on tiivis veri- ja imusuoniverkosto. Imusuonisto on yhteydessä kainaloiden imusolmukkeisiin. (Gästrin 2004, 32, 36.)

Rintasyöpä voidaan jakaa kahteen tyyppiin sen lähtökudoksen mukaan: duktaalinen karsinooma alkaa maitotiehyistä ja lobulaarinen karsinooma maitorauhasen asinuksista eli rauhasrakkuloista. 70 prosenttia rintasyövästä on duktaalista karsinoomaa, jossa kasvain kehittyy maitotiehyen epiteelisoluista. (Joensuu 2007, 490.)

Kainalossa sijaitsevat imusolmukkeet saatetaan joutua poistamaan, jos niistä löydetään syöpäsoluja rintasyöpäleikkauksen yhteydessä (Käypä hoito -suositus 2007, 2). Imunestjärjestelmän tiheä verkosto kerää nestettä (partikkeleja ja proteiineja) elimistöstä hiussuonten ja imusuonista imusolmukkeiden läpi kahteen imunestetiehyeseen: oikeaantiehyeseen ja rintatiehyeseen. Tiehyistä imuneste virtaa laskimoverenkiertoon. Kainalon imusolmukkeet keräävät nestettä yläraajan ja ylävartalon alueelta. (Bjålie, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 1999, 258–259.)

2.1 Oireet ja diagnostiikka

Usein rintasyöpätutkimukset aloitetaan potilaan itsensä löytämän kivuttoman rinnassa tuntuvan kyhmy seurauksena tai rintasyöpäseulonnan yhteydessä. Muita oireita voivat olla kirkas tai verinen erite nännistä, nännin vetäytyminen, ihomuutokset nännin alueella tai nännipihan ihottuma. Syövän oireina rinnan koko voi myös kasvaa, ja siinä voi esiintyä tulehdusmaista punotusta, joka ei helpotu antibiooteilla. Rintasyöpä voi löytyä myös sen etäpesäkkeiden kautta. Tällöin oireet voivat olla moninaisia, kuten kyhmy kainalossa, yskä, hengenahdistus, tuki- ja liikuntaelimestön kipu, patologinen murtuma, keltaisuus ja vatsaoireet. (Joensuu ym. 2007, 485.)

Rintasyöpä diagnosoidaan kolmella erillisellä tutkimuksella: rintojen kliinisellä tutkimuksella, mammografialla sekä kuvantamistutkimuksella, jonka yhteydessä otetaan neulanäyte. Vaikeammissa tapauksissa saattaa magneettitutkimus antaa mammografiaa tarkempia tuloksia. Radiologisesti epäilyttävä muutos poistetaan aina, vaikka neulanäyte ei antaisikaan viitettä syövästä. Palpoitava kyhmy poistetaan myös melkein aina, vaikka neulanäyte olisikin hyvänlaatuinen. (Joensuu ym. 2007, 487–489.)

Rintasyöpä voi lähettää etäpesäkkeitä kaikkiin elimiin, ja 10 prosentilla potilaista etäpesäkkeitä löytyy diagnoosihetkellä. Syöpäkasvaimesta irtoaa syöpäsoluja, ja ne leviävät muualle elimistöön verenkierron tai imusolmukkeiden ja imunestekierron kautta. Useimmiten etäpesäkkeitä löytyy luusta, ihosta, imusolmukkeista, aivoista, maksasta, ihosta tai keuhkoista. Levinneisyystutkimukset tehdään potilaille, joilta löytyy yli kolme alueellista imusolmukemetastaasia. Levinneisyystutkimukset sisältävät luuston isotooppikuvauksen ja vartalon tietokonetomografian. (Joensuu ym. 2007, 489; Salminen 2000, 12.)

2.2 Leikkaus ja liitännäishoidot

Paikallisen rintasyövän yleisin hoitomuoto on leikkaus. Leikkauksen lisäksi potilas voi saada neoadjuvanttihoitoa eli leikkausta edeltävää lääkehoitoa tai sädehoitoa. Lääke- tai sädehoito voidaan antaa myös leikkauksen jälkeen. Kasvaimen koosta riippuen sekä potilaan toiveista leikkaus voi olla koko rinnan poisto eli mastektomia tai säästävä leikkaus, jossa vain osa rintaa poistetaan. Rinnan säästävissä leikkauksessa hoito

voidaan aloittaa sytostaattihoidolla, jonka tarkoitus on pienentää kasvainta ennen leikkaushoitoa. Useassa seurantatutkimuksessa on todettu, että säästävän leikkauksen sekä sen kanssa annetun sädehoidon elossaoloennuste on yhtä hyvä kuin koko rinnan poistoleikkauksella. Säästävässä leikkauksessa paikallisen uusiutumisen vaara on suurempi. (Joensuu ym. 2007, 492; Käypä hoito -suositus 2007, 5, 7.)

Jokaisen potilaan hoito ja leikkaus suunnitellaan yksilöllisesti yhteistyössä kirurgin, radiologin, patologin ja onkologin kesken. Lisäksi mukana voi olla isotooppilääkäri sekä plastiikkakirurgi. Leikkauksen aikana selviää kasvaimen koko ja mahdollisten metastaattisten imusolmukkeiden määrä. (Joensuu ym. 2007, 492.)

Koko rinnan poistoon joutuu noin 40 prosenttia rintasyöpäpotilaista. Säästävä leikkaus ei ole mahdollinen, kun kasvain on iso, kasvaimia on useita eri puolilla rintaa, tervekudsmarginaaleja ei saada (1–2 cm tervettä kudosta kasvaimen ympärillä), syöpä on tulehduksellinen, potilaalle ei voida antaa liitännäishoitoja tai kun potilas itse toivoo koko rinnan poistoa. Joissakin tapauksissa myös toinen, terve rinta poistetaan ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä, jos potilaalla on rintasyövälle altistava geenivirhe. (Joensuu ym. 2007, 494; Käypä hoito -suositus 2007, 5–6.)

Rintasyöpäleikkauksen yhteydessä voidaan joutua tekemään kainaloevakuaatio eli imusolmuketyhjennys. Näin selvitetään metastaattisten imusolmukkeiden määrä ja estetään syövän uusiutuminen kainalossa. Kainaloevakuaatiosta seuraa usein haittoja, joista hankalin on yläraajan krooninen lymfedeema eli imunesteen virtauksen estymisestä johtuva jatkuva turvotus yläraajassa. (Joensuu ym. 2007, 495.)

Vartijasolmukebiopsialla selvitetään, onko syöpä levinnyt kainalon imusolmukkeisiin ja tarvitseeko potilas kainaloevakuaation. Tutkimuksessa etsitään väriaineen avulla vartijasolmuke eli imusolmuke, johon imuneste virtaa suoraan rinnan kasvaimesta. Vartijasolmukkeita voi olla useampia. Tutkimuksen oletuksena on, että kun vartijasolmukkeessa ei ole syöpää, muutkin imusolmukkeet ovat terveitä. Jos taas niistä löydetään yksittäisiäkään syöpäsoluja, kainaloevakuaatio on suositeltava. (Joensuu ym. 2007, 495; Käypä hoito -suositus 2007, 6.)

Ennen leikkausta rintaan injisoidaan merkkiainetta, joka värjää vartijasolmukkeet, jolloin ne ovat helpommin tunnistettavissa. Leikkauksessa vartijasolmukkeet poistetaan, ja patologi tutkii ne leikkauksen aikana. Jos niitä ei löydetä tai solmukkeissa löytyy yksittäisiäkään syöpäsoluja, kainalo evakuoidaan rintasyöpäleikkauksessa. 10 prosentille potilaista kainalon tyhjennyksessä on löytynyt etäpesäkkeitä, kun vartijasolmukkeesta on löytynyt kasvainsolu. (Joensuu ym. 2007, 496; Käypä hoito -suositus 2007, 6.)

Säästävän leikkauksen käyttöön vaikuttavat kasvaimen koko ja sijainti sekä rinnan koko. Säästävässä leikkauksessa poistetaan kasvain sekä tervettä kudosta kasvaimen ympäriltä 1–2 cm. Leikkauksessa otetaan mukaan rintalihaksen faskiaa sekä ihosuikale kasvaimen päältä. Säästävässä leikkauksessa rinnan koko pienenee selvästi, mutta leikkauksessa aina kuitenkin tähdätään myös hyvään kosmeettiseen tulokseen. Säästävän leikkauksen jälkeen tai sen yhteydessä voidaan tehdä reduktiomammoplastia, eli tervettä rintaa pienennetään leikatun rinnan kokoon tai leikatun rinnan kudospuutos korvataan kehon omalla kudoksella tai silikoniproteesilla. (Joensuu ym. 2007, 493–494.)

Sädehoito on paikallinen hoitomuoto, joka annetaan jaksoissa. Sädehoidossa tuhoetaan näkymättömän säteilyenergian avulla syöpäsoluja ja estetään niiden jakautuminen ja kasvaminen. Hoidon edellytyksenä on, että syöpä on rajoittunut tietylle alueelle ja syöpätauti on riittävän sädeherkkä. Syöpäsolukon täytyy olla alueella, jolle voidaan kohdistaa riittävän suuri sädeannos ilman, että tervettä solukkoa tuhoutuu liikaa ja että potilaan yleiskunto kestää hoidon ja sen sivuvaikutukset. Sädehoitoa annetaan kerrallaan muutamia kymmeniä sekunteja, viitenä päivänä viikossa 2–8 viikon ajan. Hoidon aikana potilas voi elää melko normaalia elämää. (Holmia ym. 2004, 110–114.)

Sytostaatti- eli solunsalpaajahoito on lääkehoito, jolla on sytotoksinen vaikutus (solulle myrkyllinen). Hoidon vaikutus kohdistuu nopeasti jakautuviin soluihin. Lääkkeen vaikutus kohdistuu normaaliin kudokseen sekä syöpäkudokseen. (Holmia ym. 2004, 118–119.) Sytostaattihoito on usein usean lääkkeen yhdistelmähoito, jolloin hoidolla pyritään tavoittamaan eri jakautumisvaiheessa olevat syöpäsolut niiden lääkeaineelle herkässä vaiheessa. Hoito annetaan potilaalle useana kuurina. Sitä jatketaan senkin jälkeen, kun taudista ei ole enää merkkejä, sillä yksi sytostaattihoito ei tehoa

kaikkiin kasvaimen soluihin. Hoito annetaan potilaalle usein suonensisäisesti, harvemmin ruiskeena lihakseen, ihon alle tai suun kautta tabletteina. (Holmia ym. 2004, 119; Elonen & Elomaa 2007, 163–164.) Solunsalpaajahoitoa annetaan potilaille, joiden kainalosta löytyy yksikin metastaasi, tai jos kasvaimen koko on yli 2 cm, vaikka kainalossa ei olisi metastaaseja. Hormonihoitoa annetaan, jos kasvain on läpimitaltaan 1 cm:n ja siinä on hormoni reseptoreja. (Joensuu ym. 2007, 502.)

Sädehoito leikkauksen jälkeen vähentää syövän uusiutumisen riskiä. Jos potilas saa lisäksi solunsalpaajahoitoa, sädehoito annetaan niiden jälkeen. Säästävän leikkauksen jälkeen potilaalle annetaan usein sädehoitoa koko rinnan alueelle. Koko rinnan poiston sekä kainalontyhjennysleikkauksen jälkeen annetaan sädehoitoa, jos imusolmukkeista on löytynyt yli neljä etäpesäkettä tai jos kasvain on suuri. Muissa tapauksissa sädehoitoa annetaan aina harkinnan mukaan. Sädehoito aloitetaan, kun leikkaushaavat ovat parantuneet eli noin 4–8 viikkoa leikkauksesta. Hoitojakso suunnitellaan jokaisen potilaan kohdalla henkilökohtaisesti. Se kestää 3–6 viikkoa. (Käypä hoito -suositus 2007, 8–9; Vaalavirta, 6.)

2.3 Rintasyöpäleikkauksen vaikutukset toimintakykyyn

Toimintakyky jaetaan **fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin** ominaisuuksiin. Toimintakyvyn voi määrittää henkilöön kohdistuvien odotusten kautta, kuten työpaikalla tai kotona selviytymisen kautta. (Lehto 2004, 18.)

Rintasyöpäleikkauksen seurauksena leikatun puolen yläraajaa voi turvottaa, olkanivelen liikelaajuus voi olla heikentynyt, ja jos leikkauksesta on seurannut hermovaurioita, yläraajassa voi ilmetä tunnottomuutta tai motorisia häiriöitä (Kärki 2005, 16). Koko rinnan poistoleikkauksessa voidaan poistaa myös osa pectoralis majorista, mikä vaikuttaa yläraajan fleksioon ja kiertoon. Leikatun puolen yläraajan voima voi heikentyä, sillä raajaa ei pysty käyttämään kuten ennen. Rintasyöpäleikkauksen jälkeen ryhti voi muuttua leikattua aluetta suojelevaksi siten, että olkapäät kiertyvät eteen ja nousevat ylös sekä pää työntyy eteenpäin. Myös koko asento voi muuttua etukumaraksi. (Kaelin & Gardiner 2006, 69.)

Koko rinnan poiston jälkeen humeroscapulaarinen rytmi on usein häiriintynyt kaikilla liikkeen tasoilla. Useinkaan heti leikkauksen jälkeen potilas ei erota olkanivelen liikettä, vaan olkapää ja koko lavanseutu liikkuvat yhtenä alueena. Vuonna 2010 *Physical Therapy*-lehdessä julkaistun tutkimuksen mukaan leikatuilla kivuttomilla potilailla humeroscapulaarinen rytmi oli häiriintynyt vielä vuoden kuluttua leikkauksesta, vaikka liikelaajuus olikin lähes täysi. (Crosbie, Kilbreath, Dylke, Refshauge, Nicholson, Beith, Spillane & White 2010, 679–691.)

Kärjen, Simosen, Mälkiän ja Selfen 2005 (180, 186) tekemän tutkimuksen mukaan yleisimmät rajoitukset kuusi kuukautta rintasyöpäleikkauksen jälkeen ovat rinnan- ja kainalonarven kireys, turvotus sekä niska- ja olkapääkipu. Nosto-, kanto- ja kurotusliikkeet tuottavat kipua yli puolelle rintasyöpäleikatuista vielä kuusi kuukautta leikkauksen jälkeen. Kahdentoista kuukauden kuluttua leikkauksesta arven kireys ja käden turvotus sekä erityisesti yläraajan särky ovat lisääntyneet. 25–26 prosentilla rintasyöpäleikatuista naisista yläraajan turvotus on lähes jatkuvaa vielä 12 kuukautta leikkauksen jälkeen. Kolmasosa rintasyöpäleikatuista naisista on tuntenut ajoittaisia kipuja yläraajassa vielä viiden vuoden kuluttua leikkauksesta (Kärki 2005, 18).

Psyykkisten oireiden osalta ei voi tarkalleen erottaa, mikä oire johtuu mistäkin. Jokainen potilas käsittelee asiat omalla tavallaan, ja jokaisen käsittelyprosessi on yksilöllinen. Kuntolan ja Raukolan tutkimuksessa ”Naisen kokemuksia minäkuvan muuttumisesta rinnan poistoleikkauksen jälkeen” haastateltavat kertoivat, että masentuneisuuden, vahvistumisen ja pelon tuntemuksien heränneen rinnan poiston jälkeen. Myös fyysisen kokemuksen naiseudesta koettiin muuttuneen. Toisen rinnan puuttuminen vaikutti ylävartalon asentoon siten, että poistettua rinnan kohtaa ei haluttu paljastaa. Rinnan puuttuminen peiteltiin myös pukeutumisella. (Kuntola & Raukola 2003, 22–24.)

Rammo ja Saastamoinen ovat opinnäytetyössään tutkineet rintasyöpään sairastuneiden naisten kokemuksia naiseudestaan. Tutkimuksessa haastatellut naiset kertoivat naiseuden muodostuvan synnynnäisistä ominaisuuksista, ulkomuodosta ja odotetuista rooleista. Sairaus toi haastatelluille riittämättömyyden tunteita naiseuteensa, mutta he myös kokivat eheytymistä naiseudessaan, sitä myötä kun pystyivät hyväksymään sairauden. Haastattelussa naiset totesivat, että nuorempana sairastuva nainen kokee

rankemman kolhun naiseudessa kuin vanhempana sairastuva. (Rammo & Saastamoinen 2009, 19, 22, 29.)

Rintasyöpädiagnoosin saaneen rooli muuttuu yhtäkkiä naisen roolista potilaan rooliin. Mielessä voivat pyöriä vihan ja pelon tunteet sekä kysymykset: kuolenko minä, miksi juuri minä, mitä olen tehnyt väärin. Itku tulee varmasti jokaiselle. Vähitellen hyväksymisen kautta alkaa sopeutuminen tilanteeseen. (Kaulio & Rosenberg 2008, 21.)

Kuntolan ja Raukolan tutkimuksessa naiset kertoivat myös sosiaalisen minäkuvan muuttuneen. Tutkimuksen naiset kokivat, että heidän ystävänsä ja tuttavansa kaikkoavat ja että he itse saivat toimia lohduttajana ja tukijana sukulaisilleen. Työpaikalla naiset kokivat, että työkaverit eivät muistaneet aina leikatun puolen käden rajoittuneisuutta. Rinnan poistoleikkauksen jälkeen myös harrastukset vähenivät, etenkin uinti- ja tanssiharrastukset. Tilanteessa naiset kokivat auttavana tekijänä joidenkin ystävyysuhteiden lähentymisen ja parisuhteen ja perheen merkityksen voimavarana. Myös muiden saman kokeneiden tuki koettiin tärkeänä. (Kuntola & Raukola 2003, 28–31.)

Kärjen ym. (2005, 180) mukaan moni rintasyöpäpotilas on rajoittuneen fyysisen toimintakyvyn seurauksena luopunut myös sosiaalisesta toiminnasta. Potilaat eivät ole luopuneet kotitöiden tekemisestä, mutta ovat luopuneet vapaa-ajan menoista fyysisen rajoitteen vuoksi. He ovat myös kokeneet työkykynsä laskeneen.

2.4 Rintasyövän fysioterapia

Preoperatiivisesti ohjatut perifeeriset veren- ja imunestekiertoa vilkastuttavat kevyet ranteen ja sormien koukistus- ja ojennusliikkeet vähentävät turvotusta yläraajassa. Harjoitusten tekeminen säännöllisesti on hyvä aloittaa heti toipilasvaiheessa. Hengityslihasten voimaa ja dynamiikkaa parantavat harjoitteet ohjattuna ennen leikkausta vähentävät keuhkokomplikaatioiden esiintyvyyttä leikkauksen jälkeen (Käypä hoito -suositus 2008).

Venyttely lisää liikelaajuutta, nivelen toimintaa, jänteiden joustavuutta sekä parantaa lihasten toimintaa. Kärki ja Kautoniemi ovat tutkineet vuonna 1999 tehokkaan terapeuttisen harjoittelun vaikutusta rintasyöpäleikatuilla ja todenneet, että harjoittelu lisää liikelaajuutta, voimaa ja olkapään toiminnallista liikkuvuutta. Harjoittelu ei lisännyt yläraajan turvotusta, vaan vähensi sitä. Tutkimuksessa harjoittelu tehtiin submaksimaalisella tasolla 50–60 prosenttia, ja sitä nostettiin 65–70 prosenttia tutkimuksen aikana. Tutkimus tehtiin pienellä ryhmällä, ja Kärki toteaa väitöskirjassaan, että aihe kaipaa lisätutkimusta. (Kärki 2005, 20.)

Tutkimuksessa, jossa tehtiin kahdeksan viikon harjoitteluohjelma perustuen erityisesti lapaluun liikkeeseen ja olkapään liikkuvuuteen rintasyöpäleikatuille naisille todettiin, että harjoittelulla oli kipua alentava, elämän laatua parantava, väsymystä vähentävä ja voimaa lisäävä vaikutus. Harjoittelu auttoi lisäämään liikelaajuutta ja leikatun käden voimaa. (Lee, Kang, Kim, An, Kim, Kim & Lim 2010, 610–612.)

Moni potilas on epävarma siitä, millaista liikuntaa keho kestää leikkauksen jälkeen. On tärkeää, että rintasyöpäleikatulle potilaalle kerrotaan hänen tilanteestaan. Leikkauksen jälkeen leikatun puolen yläraajaa turvottaa. Turvotusta voivat helpottaa raajan kohollapito, lymfahieronta ja tukihihan käyttö. Potilas voi hieroa itse raajaa sekä leikkausaluetta. Hieronnassa ei saa käyttää rasvaa, mutta hieronnan on oltava niin voimakasta, että iho liikkuu. Punotusta on kuitenkin vältettävä. (Lehti 2000, 86.)

Aikaisin aloitetulla harjoittelulla on merkittävä vaikutus olkapään liikelaajuuteen. Kuitenkin haavan vuotamista on tarkkailtava, sillä harjoittelu voi lisätä vuotoa ja sen voimakkuutta. Harjoittelun ei ole todettu lisäävän käsivarren turvotusta. (Mc Neely, Campbell, Ospina, Rowe, Dabbs, Klassen, Mackey & Courneya 2010, 2.) Rintasyövän käypä hoito -suositus sekä Joensuu ym. kirjassa Syöpätaudit suosittelevat liikehoitoa heti leikkauksen jälkeen, sillä se estää olkapään kangistumista ja leikkausalueen ja kainalon kiristystä (Käypä hoito -suositus 2007, 17; Joensuu ym. 2007, 508).

Väitöskirjassaan ”Fysioterapia ja harjoittelu auttavat rintasyöpäleikattuja toipumaan” Kärki ei löydä perusteluja aikaisessa vaiheessa aloitetulle liikehoidolle, sillä se lisää haavaerityksen määrää enemmän kuin 5–7 postoperatiivisen päivän jälkeen aloitetut

liikehoidot. Hänen tutkimuksensa perusteella myöhemmin aloitetut harjoitteet eivät lisää olkapään liikerajoitusten määrää. (Kärki 2005, 57.)

Japanilaisessa tutkimuksessa verrattiin kahta ryhmää, toisessa naiset aloittivat harjoittelun ohjelman mukaan heti ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä ja toisessa ryhmässä harjoittelu aloitettiin kolmantena tai neljäntenä postoperatiivisena päivänä. Mittaukset ryhmille tehtiin postoperatiivisilla viikoilla 1, 2, 4 ja 12. Ryhmissä ei ollut havaittavissa suuria eroja. Heti ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä aloitettu harjoittelu kuitenkin vähensi olkaniveltä ympäröivien lihasten jäykkyyttä paremmin ja auttoi säilyttämään lihasten joustavuuden. (Morimoto, Tamura, Tamura, Minakawa, Kuwamura, Miki & Sasa 2003, 275–281.)

Australiassa vuonna 2002 tehdyssä tutkimuksessa on verrattu kahden rintasyöpäleikatun ryhmän olkanivelen liikelaajuutta 5 päivää ennen leikkausta sekä 1, 3, 6, 12 ja 24 kuukautta leikkauksen jälkeen. Toinen ryhmistä sai leikkauksen jälkeen kirjalliset harjoitteet ilman ohjausta ja toinen fysioterapeutin henkilökohtaisen opastuksen. Naiset kokivat 2 vuoden kuluttua olkanivelen liikelaajuuden palautuneen melko samalla tavalla. Suurin ero tutkimuksessa osoittautui 3 kuukautta leikkauksen jälkeen. Fysioterapeuttista ohjausta saaneet naiset kuntoutuivat kirjalliset ohjeet saanutta ryhmää nopeammin liikelaajuuksia mitattaessa. Naisilta kysyttiin myös, miten he selviytyivät jokapäiväisistä askareista, kuten pyykkien ylös ripustamisesta, hiusten harjaamisesta sekä paidan pukemisesta tai riisumisesta pään yli. Yksilöllisen terapiaohjelman saanut ryhmä kertoi selviävänsä tehtävistä paremmin 3 kuukautta leikkauksen jälkeen, sen jälkeen ryhmissä ei ollut eroa. Suurin ero ryhmien välillä oli abduktio liikkeen suunnassa. Fysioterapeutin laatima ja valvoma harjoitusohjelma nopeuttaa olkapään liikelaajuuden palautumista rintasyöpäleikkauksen jälkeen. (Box, Reul-Hirche, Bullock-Saxton & Furnival 2002, 35–44.)

Potilaan kotiutuessa sairaalasta on tärkeää, että potilas käyttää leikatun puolen yläraajaa normaalisti. Ainoastaan raskaiden taakkojen nostamista on vältettävä. Leikkauksen jälkeen aloitettuja liikeharjoitteita on hyvä jatkaa kotona. Tämä lisää yläraajan toimintakykyä leikkauksen jälkeen. (Lehti 2000, 86.) Arkiset toiminnot, kuten hiusten kampaaminen, hampaiden harjaus ja syöminen, ovat hyviä harjoitteita leikatulle puolelle. (Dell 2001, 50.)

Sopivasti mitoitettu terapeuttinen harjoittelu edesauttaa lymfahavirtausta. Lisäksi se vaikuttaa lihasvoimaan, kestävyYTEEN, liikkuvuuteen, kipuun sekä tietoiseen kuntoutumiseen. Terapeuttinen harjoittelu voi myös parantaa potilaan omaa käsitystä toimintakyvystään, mahdollisuuksistaan ja rajoistaan. (Finohtan raportti 2007, 49–50.)

Rintasyövän jälkeinen fyysinen aktiivisuus voi lisätä elämänlaatua. Naisilla, jotka lisäsivät liikuntaa rintasyövän jälkeen, oli pienempi riski kuolemaan. Rintasyöpäleikkauksen läpikäynyt liikunnallinen nainen tuntee itsensä hyväntuulisemmaksi, hänellä on parempi kehonkuva ja itsetunto. Fyysinen aktiivisuus myös alentaa riskiä sairastua muihin sairauksiin. (Holmes 2009, 106–107.)

2.5 Rintasyöpäfyysioterapia toimeksiantajasairaalassa

Rintasyöpäleikatun fysioterapia on osa moniammatillista hoitokokonaisuutta. Jokaiselle leikkaukseen tulevalle nimetään oma hoitaja, jolta hän saa neuvontaa, opaslehtisiä sekä tiedon tukihenkilötoiminnasta. (Väisänen 2009.) Rintasyöpäleikkaukseen tuleva potilas saa sairaalassa kaksi tai kolme erillistä fysioterapiaohjausta rintasyövän hoidon eri vaiheissa. Ensimmäisen kerran potilas saa preoperatiivisen ohjauksen fysioterapeutilta sairaalassa tutkimuksissa käydessään päivää ennen leikkausta, jos ohjaus koetaan tarpeelliseksi. Postoperatiivinen fysioterapeutin antama ohjaus on osastolla ensimmäisenä tai toisena päivänä leikkauksen jälkeen. Kontrolliaika fysioterapeutille on usein 2–3 viikon kuluttua leikkauksesta. Fysioterapian tavoitteena on toimintakyvyn palaaminen leikkausta edeltävälle tasolle. Fysioterapian avulla pyritään palauttamaan leikatun puolen yläraajan toimintakyky, liikkuvuus ja lihasvoima sekä ehkäisemään ja vähentämään turvotusta sekä parantamaan haavan elastisuutta. Potilaita ohjataan itsenäisiin harjoituksiin. (Fysioterapiaosasto/Kirurgian työryhmä 2006.)

Potilas tulee käymään osastolla leikkausta edeltävänä päivänä, jolloin hän tapaa lääkärin, ja sairaanhoitaja haastattelee häntä. Potilaalle tehdään vartijasolmukebiopsia sekä muut tarvittavat tutkimukset. Yleensä potilas menee tutkimusten jälkeen kotiin yöksi. Samalla käynnillä potilas saa fysioterapeutilta preoperatiivisen ohjauksen, mikäli koetaan, että potilas erityisesti tarvitsee ohjausta ja fysioterapeutti tavoittaa potilaan osastolta tutkimusten välillä. (Venäläinen 2010.)

Preoperatiiviseen fysioterapiaan kuuluvat potilaan haastattelu, ryhdin, toimintakyvyn sekä yläraajojen liikelaajuuksien ja lihasvoiman tutkiminen. Potilaalle ohjataan suullisesti veren- ja imunestekiertoa vilkastuttavat liikkeet, leikatun puolen kohoasento, vuoteesta nouseminen ja vuoteeseen meno sekä tarvittaessa hengitysharjoitukset. Potilaat saavat myös kirjallisen ohjeistuksen heti leikkauksen jälkeisiin harjoitteisiin ja heitä kannustetaan omatoimiseen harjoitteluun. Potilaalle annetaan myös tietoa leikkauksen jälkeisestä tilanteesta. (Fysioterapiaosasto/Kirurgian työryhmä 2006.)

Potilaat saapuvat osastolle leikkauspäivän aamuna. Potilaat toipuvat leikkauksesta yleensä hyvin ja käyvät usein jo leikkauspäivänä itse vessassa. (Venäläinen 2010.) Postoperatiivisen fysioterapian tavoitteena on edistää veren- ja imunestekiertoa leikatun puolen yläraajassa, vähentää ja estää turvotusta yläraajassa sekä edistää normaalia liikkuvuutta, hartiaseudun rentoutumista ja hyvää ryhtiä. (Fysioterapiaosasto/Kirurgian työryhmä 2006.)

Postoperatiivista fysioterapiaa annetaan usein ensimmäisenä tai toisena postoperatiivisena päivänä riippuen potilaan voinnista. Fysioterapiassa voidaan käydä tarvittaessa läpi hengitysharjoitukset, trombiprofylaktiset harjoitukset, leikatun puolen yläraajan kohoasento sekä vuoteesta nousu ja vuoteeseen meno. Osastolla jo aloitettava ja kotona jatkettava yläraajan liikeharjoittelu ohjataan potilaalle. Ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä harjoituksia voidaan tehdä selin makuulla, istuen tai seisten. Liikkeet suoritetaan maksimissaan 90 asteen kulmaan saakka. Toisena postoperatiivisena päivänä potilaalta usein poistetaan dreenit, jolloin hän pääsee liikkumaan vapaasti omien voimiensa mukaan. Dreenien poiston jälkeen harjoiteltaessa voidaan toistojen määrää lisätä. Potilas kotiutuu osastolta usein aika pian dreerien poiston jälkeen, usein toisena postoperatiivisena päivänä. Potilas saa fysioterapeutilta myös kirjalliset ohjeet kotona jatkettaviin harjoituksiin. Harjoitteita jatketaan, kunnes yläraajan liikkuvuus ja toimintakyky on palautunut. (Fysioterapiaosasto/Kirurgian työryhmä 2006; Venäläinen 2010.)

Potilasta neuvotaan liikkumaan ja käyttämään leikatun puolen yläraajaa välittömästi leikkauksen jälkeen kevyissä päivittäisissä toiminnoissa pyrkien normaaliin käden käyttöön. Raskaammat nostamiset (useita kiloja) sekä kantamiset voi aloittaa noin kuukauden kuluttua leikkauksesta. (Fysioterapiaosasto/Kirurgian työryhmä 2006.)

Kontrollikäynti fysioterapian osastolla on 2–3 viikon kuluttua leikkauksesta. Tässä vaiheessa leikkausarvet eivät ole täysin parantuneet, ja iho kiristää vielä. Potilasta on kuitenkin kehoitettu toimimaan kotona normaalisti leikatulla puolella ja tekemään olkapään liikkuvuutta palauttavia harjoitteita kivun sallimissa rajoissa useita kertoja päivässä. Fysioterapiakäynnillä keskustellaan potilaan voinnista, testataan ja mitataan yläraajan liikelaajuudet. Yläraajan ympärysmitta mitataan seitsemästä kohtaa. Fysioterapeutti voi ohjata asiakkaalle lisäharjoitteita ja ohjeistusta jatkoon. Fysioterapian jälkeen samana päivänä potilas menee vielä käymään kirurgian poliklinikalla, jolloin kirurgille lähetetään tieto mahdollisesta turvotuksesta. Potilas voi itse ottaa yhteyttä fysioterapeuttiin vielä myöhemmin puhelimitse jatkohoitojen aikana, jos kokee tarvitsevänsä neuvoja. (Venäläinen 2010.)

Potilas saa leikkauksen jälkeen osastolla vierailevalta sosiaalihoitajalta tietoa taloudellisiin asioihin liittyvistä seikoista. Ensiliivit potilas saa sairaanhoitajalta osastolla. Hoitajat auttavat potilasta varaamaan ajan syöpäyhdistykseen, mistä potilas saa tarvittavat rintaproteesit. Jos yläraajassa on lympheemaa eli turvotusta, kirurgi tai lääkäri voi ohjata tukihihan hankintaan tai lymfahoitoon. (Fysioterapiaosasto/Kirurgian työryhmä 2006; Venäläinen 2010.)

3 POTILASOHJAUS

Potilasohjausta fysioterapiassa käsittelevissä tutkimuksissa potilasohjaus on jaettu viiteen eri alueeseen: opetukseen ja tiedonantoon sairaudesta, kotiharjoitteiden ohjaukseen, neuvojen ja opastuksen antamiseen, terveystietoon ja stressin käsittelyyn neuvontaan. Gahimerin ja Domholdtin tutkimuksen mukaan suurin osa fysioterapeutin potilasohjausta painottuu tiedonantoon sairaudesta ja kotiharjoitteiden ohjaukseen. (Gahimer & Domholdt 1996, 1089–1092.)

Potilasohjauksen toteutustavoista suullinen ohjaaminen ja näyttö ovat yleisimmät ohjauksen menetelmät. Toiseksi yleisin on kirjallinen ohjaus, ja vähiten käytetty on audiovisuaalinen ohjaus, mikä tarkoittaa teknisten laitteiden, videon, ääninauhujen tai puhelimen välityksellä ohjaamista. (Kääriäinen 2007, 34–35.)

Potilasohjaamista sekä potilaan ja hoitohenkilön suhdetta on viime aikoina tutkittu ja siihen on kiinnitetty huomiota. Arja Piirainen kertoo väitöskirjassaan Asiakkaan ja asiantuntijan pedagoginen suhde, että yhteys asiakkaaseen syntyy spontaanina yhteytenä, joka taas synnyttää turvallisuutta ja luottamusta (Piirainen 2006, 199).

Potilasohjauksella pyritään fysioterapiassa vuorovaikutuksen keinoin asiakkaan aktivoimiseen, motivoimiseen sekä ohjattavan asian oppimiseen ja soveltamiseen arkielämään. Ohjaaminen ja neuvonta tulee tehdä yksilöllisesti jokaisen asiakkaan käsitysten, kokemusten ja arkielämän mukaan. Samanlainen toimintakaava ei toimi kaikkien kanssa. Vuorovaikutuksen kautta terapeutti saa kuunnellen ja havainnoiden selville, kuinka toimia kyseisen asiakkaan kanssa. Asiakkaan oppimisen edistämiseen ja ymmärtämiseen vaikuttavia keinoja voivat olla sopivan kielen ja esimerkkien käyttö. (Kukkohovi 2005 13–15.)

Potilaan henkinen ja fyysinen tila ja se, kuinka hän saavuttaa tasapainon sairastumisen tai vammautumisen jälkeen, vaikuttaa terapian rakentamiseen. Potilas voi kehittää omia selviytymiskeinoja, kuten uusia toimintatapoja. Terapeutti voi auttaa ymmärtämään uutta tilannetta ja suhtautumaan siihen oikein. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 53.)

Terapiasuhteessa kommunikointi on monitasoista. Siinä on mukana fyysisen ohjauksen lisäksi tiedollisia ja sosiaalisia tekijöitä sekä tunnetekijöitä. Sosiaalisten tekijöiden ja tunnetekijöiden tavoitteena on luoda myönteinen tunneilmapiiri, antaa sosiaalista tukea sekä houkuttaa yhteistyöhön. Terapeutti voi mukauttaa vuorovaikutustaan puhenopeudella, puheen taukojen kestoilla, äänensävyllä, ilmeillä sekä eleillä vuorovaikutuskumppaniaan mukailen. (Talvitie ym. 2006, 50–53; Kukkohovi 2005, 13–15.)

Kun terapeutti kuuntelee potilasta ja ottaa huomioon hänen toiveensa terapiassa, syntyy dialoginen ja tasavertainen terapiasuhte. Tämä vuorovaikutus ja terapian tavoitteiden suunnitteleminen yhdessä on perusta sille, että potilas sitoutuu terapiaan. Potilaan sitoutuminen terapiaan vaikuttaa kuntoutumisen tuloksellisuuteen. Onnistuneessa terapiasuhteessa terapian edetessä vastuu siirtyy kuntoutujalle, ja terapeutin rooli muuttuu itsehoitoa tukevaksi. (Talvitie ym. 2006, 50–53; Kukkohovi 2005, 13–15.)

Dialogisuus tarkoittaa olemista avoin toiselle persoonalle ja terapian sisällölle. Dialogisen suhteen tavoitteena on parempi ymmärrys itsestä sekä toisesta. Fysioterapeutilla on lääketieteellinen ja ammatillinen tietämys, mutta potilaalla on elämäkokemus ja käsitys omasta tämänhetkisestä tilanteesta. Onnistuneeseen terapiasuhteeseen molempien osapuolien täytyy tuoda oma tietämyksensä ja kokemuksensa. Jos potilaalla ei ole mahdollisuutta osallistua päätöksentekoon, terapia ei välttämättä vastaa potilaan tiedon tarvetta. (Talvitie ym. 2006, 55–56.)

Kääriäisen hypoteettisessa mallissa ohjauksen laatu tarkoittaa, että ohjaus perustuu hoitohenkilökunnan ammatilliseen vastuuseen, se on potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin sidoksissa olevaa, vuorovaikutukseen rakentuvaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on asianmukaisin resurssein toteutettua, riittävää ja vaikuttavaa. Potilaan yksilöllisyys ja itsemääräämisoikeus sekä yksityisyyden tukeminen otetaan ohjauksessa huomioon. Lisäksi työ vaatii eettistä ja omien ammatillisten arvolähtökohtien pohdintaa. (Kääriäinen 2007, 116.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on tuoda tietoa potilaan näkökulmasta, siitä kuinka sairaalan rintasyöpäleikatut potilaat kokivat saamansa pre- ja postoperatiivisen fysioterapian sekä fysioterapian kontrollikäynnin, ja kokivatko he hyötyvänsä fysioterapiasta. Fysioterapian osana tutkimus selvittää myös, millainen on rintasyöpäleikattujen kokemus saamastaan fysioterapeuttisesta potilasohjauksesta. Tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan hyödyntää rintasyöpäleikattujen potilaiden fysioterapian kehittämisessä potilaan tarpeita vastaaviksi.

Tämän työn tutkimuskysymykset olivat:

1. Millaisia ovat rintasyöpäleikattujen kokemukset fysioterapiasta?
2. Millaisia ovat rintasyöpäleikattujen kokemukset fysioterapeuttisesta potilasohjauksesta?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Menetelmä

Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää, koska tarkoituksena oli selvittää henkilöiden kokemuksia. Laadullisessa tutkimuksessa selvitetään laajoja todellista elämää kuvaavia asioita. Siinä tutkijan päämääränä on ymmärtää tutkimuskohdetta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 152, 181.) Tutkijalla ei ole tarkasti määriteltyä olettamusta tutkimuskohteesta tai tutkimustuloksista, vaan tutkija voi yllätyä ja oppia tutkimuksen kuluessa (Eskola & Suoranta 1998, 19–22). Laadullinen tutkimus muodostuu aiemmista tutkimuksista ja teoriasta, empiirisestä aineistosta sekä tutkijan omasta päättelystä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 5).

5.2 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimuksen kohderyhmä olivat toimeksiantajasairaalassa rintasyöpäleikatut naiset, joille oli tehty koko rinnan poisto ja kainaloevakuatio. Haastateltavat tulivat tutkimukseen sairaalan kautta. Keväällä 2011 hoidetuilta potilailta kysyttiin halukkuutta osallistua haastattelututkimukseen. Halukkaisiin otettiin myöhemmin yhteyttä puhelimitse ja sovittiin sopiva haastattelu-aika.

Haastatteluja tutkimukseen tehtiin viisi kappaletta. Haastateltavat olivat 51–70-vuotiaita. Haastatteluhetkellä leikkauksesta oli kulunut aikaa 3–9 viikkoa. Vain yksi potilaista oli saanut preoperatiivisen ohjauksen. Kaikki olivat saaneet postoperatiivisen - ja kontrolliohjauksen sairaalassa.

Potilaille oli kerrottu tutkimuksesta fysioterapian jälkeen. Ennen haastattelun aloittamista haastateltaville kerrattiin tutkimuksen syy ja annettiin mahdollisuus kysyä tutkimuksesta, jonka jälkeen haastateltavat allekirjoittivat suostumuksen haastatteluun ja sen nauhoittamiseen (liite 1).

5.3 Aineiston hankinta

Opinnäytetyön tutkimusaihe muotoutui vuoden 2010 syksyllä. Taustatiedon kerääminen ja kahden potilastilanteen seuraaminen tutkimuksen taustatiedoksi tapahtui syksyllä 2010. Tutkimuslupa työlle myönnettiin tutkimussuunnitelman perusteella keväällä 2011, jonka jälkeen haastattelut aloitettiin toukokuussa.

Tutkimusongelma määrittää, miten tutkimuksen aineisto hankitaan. Yleisimpiä laadullisen tutkimuksen menetelmiä ovat haastattelu ja havainnointi sekä valmiit aineistot. (Saaranen-Kauppinen, Puusniekka, Kuula & Rissanen 2009, 46.) Haastattelua voidaan ajatella keskusteluna, jonka aikana tutkija koettaa selvittää, mitä haastateltavalla on mielessä. Haastattelu tapahtuu tutkijan aloitteesta ja hänen johdattelemanaan, mutta silti molemmat osapuolet vaikuttavat toisiinsa. (Eskola & Suoranta 1998, 86.) Laadullisella haastattelututkimuksella voidaan tutkia vaikeita tai arkoja asioita ja haastattelun aikana asioita voi selventää sekä syventää lisäkysymyksillä. Haastattelussa voidaan nähdä myös haastateltavan eleet ja ilmeet, jotka voivat kertoa enemmän kuin tutkija osaa ennakoida. Haastattelun luotettavuutta voi heikentää se, että haastateltava antaa helposti sosiaalisesti suotavia vastauksia. (Hirsjärvi ym. 2009, 194–195.) Laadullisessa tutkimuksessa haastatteluja jatketaan, kunnes tapahtuu aineiston kylläntyminen. Kylläntyminen eli saturaatio tarkoittaa sitä, että uusi aineisto ei enää tarjoa uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Laadullisessa tutkimuksessa ei ole sääntöjä aineiston koon määrittämiseksi, eikä määrällä ole merkitystä tutkimuksen onnistumiseen. (Eskola & Suoranta 1998, 62.) On vain tärkeää, että tutkimukseen osallistuvat henkilöt tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta asiasta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85).

Laadullinen yksilöhaastattelu sopii syöpäleikattujen kokemusten tutkimiseen. Aihe on henkilökohtainen, koskettava sekä vaikea, ja siitä voi olla hyvä päästä keskustelemaan niin, että lisäkysymysten esittäminen on mahdollista. Haastattelu mahdollistaa sen, että haastateltavat voivat kertoa omin sanoin kokemuksistaan.

Teemahaastattelussa on oletuksena, että haastateltavat ovat kokeneet tietyn tilanteen. Haastattelu suunnataan henkilöiden subjektiivisiin kokemuksiin tilanteesta. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 47.) Teemahaastattelussa aihepiirit ja teemat ovat tiedossa, mutta

kysymyksille ei ole valmista tarkkaa muotoa eikä järjestystä. Kaikki teemat käydään läpi haastattelun aikana, vaikka kaikkien kanssa ei keskusteltaisi aiheista samalla laajuudella. (Hirsjärvi ym. 2009, 197.) Haastattelijalla on tukilista asioista, mutta ei valmiita kysymyksiä (Eskola & Suoranta 1998, 87). Teemahaastattelussa myös haastateltava voi tarkentaa asioita. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 66.)

Teemahaastattelu sopii tähän tutkimukseen, sillä tutkimuksessa haluttiin selvittää tietyt asiat usealta haastateltavalta ja siten löytää yhtenäisiä kokemuksia. Tutkimuksessa selvitettiin kahta yhteenkuuluvaa aihetta, fysioterapiaa sekä fysioterapeuttista potilasohjausta, ja tutkimus jakautui näiden aiheiden mukaan kahteen teemaan. Pääteemana oli rintasyöpäleikattujen kokemus fysioterapiasta ja toisena teemana oli fysioterapeuttinen potilasohjaus.

Kun tutkimussuunnitelma ja haastattelurunko (liite 2) olivat valmiit, tutkimukselle haettiin tutkimuslupa sairaalalta. Haastattelut toteutettiin sairaalan tiloissa ja sovittiin osallistumisen helpottamiseksi samalle päivälle kuin jokin muu hoitotoimenpide. Ensimmäisen sovituista haastatteluista oli tarkoitus olla esihaastattelu, jossa haastattelun toimivuus testataan. Esihaastattelun jälkeen oli kuitenkin vaikea keksiä, miten haastattelua parantaisi, joten siitä tuli osa tutkimusmateriaalia. Neljän haastattelun jälkeen aineisto näytti melko suppealta, ja haastatteluja täydennettiin parilla lisäkysymyksellä soittamalla haastateltaville noin kaksi viikkoa haastattelun jälkeen. Neljä ensimmäistä haastateltavaa olivat selvästi vähäsanaisempia kuin viides haastateltava, joka kertoi aiheista laajasti. Puhelinkeskustelut nauhoitettiin mp3-nauhurilla, kuten aikaisemmat kasvokkain tehdyt haastattelut. Viides haastattelu tehtiin yhdessä osassa. Heti samana tai seuraavana päivänä haastattelusta mp3-muotoon nauhoitettu haastattelu litteroitiin eli auki kirjoitettiin sanasta sanaan tietokoneelle Microsoft Office Word-tiedostoon, ja nauhat siirrettiin koneelle Windows Media Playerillä kuunneltaviksi. Litteroitua tekstiä haastatteluista syntyi 19 Word-tiedostosivua kirjoitettuna fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1. Nauhoitettua haastattelumateriaalia on yhteensä 169 minuuttia.

5.4 Aineiston analyysi

Laadullisen tutkimuksen analyysillä pyritään tiivistämään aineisto kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Analyysin tarkoitus on tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta selkeässä, mielekkäässä ja yhtenäisessä muodossa. (Eskola & Suoranta 1998, 138; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Sisällön analyysissä tutkimusaineistossa tarkastellaan tekstimuodossa olevaa aineistoa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 96). Induktiivinen eli aineistolähtöinen laadullinen aineistoanalyysiprosessi on usein kolmivaiheinen: 1. aineiston pelkistäminen, 2. rymittely ja 3. teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.) Aineiston pelkistämiseksi tai pilkkomiseksi helpommin tulkittaviin osiin se voidaan koodata esimerkiksi eri värein alleviivaten. Tällöin aineisto käydään läpi systemaattisesti. Koodaamisessa tutkija määrittelee tekstistä tekstijaksoja tulkintansa mukaisesti. Koodaamalla aineistosta voidaan koota yhteen kaikki ne kohdat, joissa puhutaan jostain tietystä tutkittavasta aiheesta. Aineistolähtöisessä analyysissä tutkija lukee tekstiään läpi usean kerran ja tarkastelee, millaisia koodauksia tekstistä voisi nousta esiin. Koodausrunko elää usein tutkimuksen aikana, ja ensimmäinen koodausrunko ei yleensä ole lopullinen. (Eskola & Suoranta 1998, 155–158.)

Tutkimustehtävä ja analyysin laatu ohjaavat analyysiyksikön löytämistä. Analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana, lause tai ajatuskokonaisuus, määritetään ennen analyysin aloittamista. Aineiston ryhmittelyssä koodatuista ilmaisuista etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Käsitteet ryhmitellään luokiksi. Ryhmittelyssä syntyy pohja tutkimuksen perusrakenteelle. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä käsitteitä yhdistelemällä etsitään vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–112.)

Aineiston analyysi aloitettiin lukemalla tekstiä läpi usean kerran. Vähitellen tekstistä nousseita aiheita alettiin alleviivata eri värein. Tämän jälkeen samanväriset osiot koottiin yhteen ja verrattiin toisiinsa. Samaan aikaan vähitellen kirjoitettiin, miten eri haastateltavat kertoivat asiasta, ja etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavuuksia. Välillä yhden aiheen tai merkityksen ympärille etsittiin muiden haastateltavien lausumia

samasta aiheesta. Vähitellen aiheiden ryhmittäessä tutkimuksen luokat alkoivat muodostua ja haastateltujen kertomuksista löytyä yhtenäisiä merkityksiä.

Analyysiesimerkki: haastateltavien puheesta poimittiin ensin yhdistäviä sanoja ja teemoja. Haastateltavat kuvailivat monin tavoin kontrollikäynnin antavan varmuutta omasta kuntoutumisesta. Tästä voi päätellä, että kontrollin merkitys on monelle vahvasti myös psyykinen (taulukko 1).

Taulukko 1. Taulukossa on esitettyä tutkimuksen tuloksien analyysiä. Kontrollikäynnin merkitys osoittautui tutkimuksen perusteella tärkeäksi psyykkisesti.

Kontrollissa korostui	Kontrollin merkitys	Jatko ajatus
Varmistuminen oikein harjoittelusta/ kehon käytöstä	Varmuutta kontrollista	Tärkeä psyykinen vaikutus
Jatko harjoitteet		
Näkee oman edistymisen		
Huolehtimisen tunne		
Kysymisen mahdollisuus		
Varmistuminen omasta kuntoutumisesta		
		Mikä on rohkaisun merkitys kuntoutumiseen?

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kertomuksissaan haastateltavat kertoivat rintasyöpäleikkauksen jälkeisistä tuntemuksista, leikkauksen vaikutuksista kehoon ja arkeen, terapian vaikuttavuudesta sekä kohtaamisesta fysioterapeutin kanssa. Toimintakyvystä puhuttiin enimmäkseen fyysisen toimintakyvyn osalta, mutta haastatteluissa oli huomattavissa se, että toimintakyvyn psyykkistä ja sosiaalista puolta ei voi erottaa pois. Tulososiossa tekstiin on kirjoitettu joitakin lainauksia haastatteluista tulosten selventämiseksi sekä luotettavuuden lisäämiseksi. Suorat lainaukset ovat tekstissä kursivilla.

6.1 Toimintakyvyn kokeminen rintasyöpäleikkauksen jälkeen

Haastateltavat kertoivat leikkauksen vaikuttaneen rajoittavasti fyysisen toimintakyvyn alueella kotiympäristössä sekä jokapäiväisiin toimintoihin (ADL= Activities of Daily Living). Jokainen haastateltava kertoi leikkauksesta seuranneen kiristystä leikkaushaavaan, rinnan ja kainalon alueelle sekä käsivarteen. Tämän seurauksena kolme haastateltavista koki pukemisen hankalaksi. Rinnan alueelle kertyi myös nestettä, ja kaikilla haastateltavista oli kipuja leikatulla alueella rinnassa ja kainalossa sekä käsivarressa. Kahdella potilaista oli tuntopuutoksia sekä tunnon herkistymää käsivarressa ja kainalon alueella. Tuntopuutosten vuoksi yksi haastateltavista kertoi, että paitaa ei voinut pitää oikein päin päällä, sillä saumat hankasivat liikaa käsivarren ja kainalon alueella. Toisella haastateltavista kipu oli vaikuttanut niin, että sängystä ylös nouseminen oli hankalaa, koska leikatun puolen yläraajalla ei voinut auttaa itseään ylös. Yksi potilaista kertoi leikkauksen vaikuttaneen myös ryhtiin siten, että asento oli selvästi etukumarampi ja kippurampi. Toinen potilaista mainitsi, että autolla ei voinut ajaa leikkauksen jälkeen. Myös kotityöt hankaloituivat monella leikkauksen seurauksena, leivän leikkaaminen ei onnistunut tai astioiden laitto tai otto pesukoneeseen tai astiakaappiin oli kivuliasta.

”..se tietenkun ei voinu leikata leipää ja tämmösiä äkäsemiä töitä tehdä..”

Vaikka rintasyöpäleikatuilla potilailla oli arjen vaikeuksia ja leikkauksesta seurasi kaikille kipuja, kaksi potilasta kertoi aluksi, etteivät he kokeneet, että leikkauksesta olisi ollut hankaluutta. Vasta tarkemmin kysyttäessä hankaluuksia ja kipuja löytyi. Leikkaukseen oli varmasti liittynyt pelkoja, ja syöpä on pysähdyttävä kokemus elämässä. Koska potilaat aluksi kertoivat, että leikkauksesta ei ollut heille haittaa, he varmaankin olivat odottaneet leikkauksen olevan raskaampi kokemus fyysisesti, tai heillä oli pelko suuremmasta fyysisestä haitasta. Myös henkinen selviytymisen tunne leikkauksesta saattoi auttaa sitä, että fyysiset rajoitteet koettiin pieninä asioina.

”Mulla ei kyllä ollu mitään ongelmia tämän käden kanssa”

”Ei minulla mitään vaikeuksia ollu, että minä toivuin siitä leikkauksesta hirveen hyvin.... tuli se hankaluus, että sukkia ei oikein hyvin saanu et se kiristit tätä käsivartta.

Sitten tuonne ylöspäin pysty ihan hyvin tekemään mutta siihen niin haittasi sitten se nesteen kerääntyminen ”

Työssä ei tarkoituksellisesti tutkittu leikkauksen vaikutusta toimintakyvyn **sosiaaliseen** tai **psyykkiseen** puoleen, mutta jotkut haastateltavat spontaanisti puhuivat aiheesta tai sivusivat sitä ohimennen. Yksi haastateltavista kertoi sosiaalisen elämän vilkastuneen rintasyöpäleikkauksen myötä. Hän halusi jakaa ison elämänmuutoksen tuttujensa kanssa, ja sen myötä yhteydenpito lisääntyi. Asiasta puhuminen helpotti prosessia. Sama haastateltava kertoi rintasyöpäleikkauksen lisänneen elämän onnellisuuden tunnetta. Leikkauksen myötä hän muisti elämän hetkellisyyden sekä sen, että asioista täytyy olla kiitollinen, kuinka ne ovat.

”Kyllä tässä on viisastunu ihmisenä.. ..on kiitollinen, kun nyt on hyvin tällä hetkellä, eikä kurkottele sinne kauas jonnekin.”

”.. istuin aijan ulkopuolla ja katoin niitä lehmiä. Ja en minä ole varmasti vuoteen ole ollu näin onnellinen, ku siinäkin olin. Et sellasia onnen tunteita löytyy kummasti enempi kuin ennen.”

Yksi haastateltavista kertoi, että kotona ei voinut tehdä kaikkia samoja asioita kuin ennen. Se vaati eri rooliin, potilaan rooliin asettumista. Aktiiviselle ihmiselle aika käy pitkäksi, kun asioita ei voikaan tehdä kuten ennen ja on pakko pysähtyä. Fyysisten rajoitteiden vuoksi elämä voi rajoittua myös sosiaalisesti, kun ei voi lähteä muualle kuten ennen vaikka autolla. Tämä aiheuttaa turhautumisen tunnetta ja vaikuttaa myös psyykkiseen puoleen.

”Onhan siinä niiku siihen potilaan asemaan aina hankala, ku ei oo tottunu,”

”En minä nyt muuta muista muutakun vaikia olla kun ei saa tehdä mitään. Aika vähä pitkäksi käy.”

6.2 Postoperatiivisen terapian kokeminen

Postoperatiivinen fysioterapia koettiin enemmän neuvonnaksi, sillä monikaan potilas ei tässä vaiheessa pysty vielä liikuttamaan kättä paljoa, ja kivut ovat voimakkaat. Haastateltavat kertoivat, että liikkeet ja ohjeet käytiin läpi yhdessä terapeutin kanssa. Postoperatiivisen fysioterapian ajankohta koettiin aikaiseksi, sen ajankohta yllätti potilaat. He kuitenkin ymmärsivät, että sairaalassa vietetty aika on lyhyt ja totesivat, että myöhemminkään ohjaus ei olisi ollut mahdollinen. Kahdella potilaista oli huonovointisuutta fysioterapeutin vierailun aikana leikkauksesta johtuen, ja he eivät pystyneet tekemään harjoitteita siitäkään syystä. Tästä johtuen kirjalliset kotiohjeet koettiin erittäin tarpeellisiksi. Haastatteluissa ilmeni, että kaksi haastateltavista ei muistanut postoperatiivisen fysioterapian tapahtumia tai he sekoittivat ne kohtaamiseen sairaanhoitajan kanssa. Yksi haastateltavista oli ollut toisen rintasyöpäpotilaan kanssa samassa huoneessa ja saanut postoperatiivisen ohjauksen ja nähnyt myöhemmin toisen potilaan ohjauksen. Hän ehdotti, että terapiat olisivat voineet olla vaikka yhteiset molemmille. Sama haastateltava oli kokenut postoperatiivisen ohjauksen lyhyeksi ja mietti, voisiko ryhmätilanteessa olla enemmän aikaa. Toinenkin haastateltava mainitsi postoperatiivisen terapian lyhyeksi, mutta hän ei myöskään muistanut tilannetta hyvin. Kolmas haastateltava taas ehdotti, että kontrollikäynnin jälkeen olisi kiva harjoitella yhdessä muiden kanssa fysioterapeutin pitämässä ryhmässä.

”Kyllähän ne aika äkkiä tulloo kun ensimmäinen päivä leikkuulla sitten tuota toinen pökkerössä ja oliko sitten kolmas päivä, pakkohan se on tietysti heijänkin käydä.. mieli keritä ennen kun kottiutuu.. sen takkii on hyvä kun on ne kotiohjeet.”

”Hän neuvo mitä kannattaa tehdä ja millä tavalla ite alkaa siedättämään käden tuntoa.. .. mittään näitä en etukätteen olis tienny..”

Potilaat saivat postoperatiivisessa ohjauksessa tiedollista varmuutta sekä ohjausta, siitä miten leikkauksesta lähdetään kuntoutumaan fyysisesti. Ohjaus lisäsi heidän varmuuttaan lähteä toimimaan arjessa. Postoperatiivisen ohjauksen hyöty näkyi potilaiden arjessa siinä, että potilaat tiesivät, mikä kiristykseen auttoi. Yksi haastateltavista kertoi kaivanneensa neuvontaan sekä ohjeisiin lisää konkreettisuutta. Haastateltava jäi pohtimaan annettujen ohjeiden jälkeen ”Mikä on painava kassi?”,

”Onko kolme maitotölkkiä liikaa?” ja ”Mikä ovi on liian painava?” Tämän perusteella ohjaus ei antanut hänelle täyttä varmuutta omasta toimintakyvystä leikkauksen jälkeen.

Kirjalliset ohjeet kaikki haastateltavat kokivat selkeiksi ja erittäin hyödyllisiksi. Ohjeet olivat tärkeitä, sillä potilas pystyi palaamaan niihin kotona. Sairaalassa tapahtuva ohjaus koettiin tarpeelliseksi, mutta kotiin saatavat ohjeet auttoivat muistamaan ohjeet, sillä potilaat eivät juuri pystyneet tekemään harjoitteita vielä osastolla oloaikanaan.

”Sain ne paperit ja kuvat ja kirjoitteli sinne ...Nyt on sitten kotona seinällä ne ohjeet, että ne pistää siitä sitten silimään. Muistaa.”

”Tieto on ollu hyödyllistä ja kirjallinen materiaali hyvää, selkeet ja hyvät”

Harjoitteiden lisäksi kirjallisella materiaalilla on tiedollinen merkitys potilaille. Haastateltavien kertomuksista näkyi, että harjoittelu ja kuntoutumismotivaatio oli korkea ja he tiesivät, että harjoittelusta pitää olla innostunut itse, ja että se todella auttaa potilaan kokemiin rajoitteisiin. Jokainen haastateltavista kertoi tehneensä harjoitteita ja niistä olleen hyötyä myös arjessa, tai arjen askareiden vähitellen helpottuneen harjoittelun myötä. Eniten haastateltavat kokivat kiristyksien helpottuneen harjoittelun ansiosta. Yksi haastateltavista sai lymphaterapiaa sairaalan fysioterapian jälkeen yläraajan turvotukseen. Haastateltavien kertomuksista ilmeni myös se, että ohjaus ja harjoitteet ovat tuoneet rohkeutta ja varmuutta heille käyttää kättä ja leikattua puolta leikkauksen jälkeen.

”..on pakko ihan pitkin päivää (tehdä harjoitteita) ihan kun se ruppee tästä (rinnan kohdalta) kiristämään, nii se helepottuu.”

”Sitä uskaltaa ottaa astioita pesukoneesta ja liikutella, kun tietää, että näin pitää tehäkkiin että ei tarvii arastella.”

”Siihen on ollu tämä, että minä uskallan nostaa tätä kättä, vaikka se kipeesti kävi alakuun. Nyt ei käy edes kipeesti se, että nostan käden ylös. Se on ollu niistä opeista mitä sieltä sain apua.”

6.3 Varmuutta kontrollista

Kontrollikäynnin ajankohta tuntui kaikista haastateltavista sopivalta. Kaikki haastateltavat kokivat käynnin antaneen varmuutta siitä, että liikkeet on tehty oikein. Tämän perusteella kontrollikäynnin merkitys potilaille on vahvasti myös psyykinen. Kontrolli koettiin myös tarkastuksena ja seurantana, mikä vahvistaa potilaalle tunnetta, että heidän kuntoutumisestaan huolehditaan. Potilaat kokivat kontrollin hyödylliseksi ja näkivät tehtyjen harjoitteiden hyödyn myös terapeutin kanssa niitä läpikäydessä. Kontrollikäynti koettiin tarpeelliseksi myös tiedollisesti, silloin terapeutilta pystyttiin kysymään ja varmistamaan mietityttäneitä asioita ja varmistettiin liikkeiden oikein tekemisestä. Käynti rohkaisi ja vähensi pelkoja harjoittelusta sekä käden käytöstä. Osastolla saatujen liikkeiden lisäksi potilaat saivat kontrollissa neuvontaa ja ohjausta lisäharjoitteisiin kepin kanssa. Kontrollikäynnin ajan määrä oli haastateltavien mielestä riittävä.

”Kontrollissa tuli sellanen vahvistus että on tehny liikkeet oikein, hyvään suuntaan on menossa. Et silleen se anto sellasen et on niinku oikein tehny niitä ja hyvältä vaikuttaa ja eiku etteenpäin.”

”..Ja minä kysyin että saapiko niitä tehdä kun koskee ja saapi tehdä. Että pittää kippuu kärsii siinä..”

”.. Kyllä niistä on ollu hyötyä, siitä toisestakin kerrasta vielä enempi varmaan kun näytettiin konkreettisesti ja sitten mitä minä tein väärin tuli siinä sitten samalla.”

”Se oli justiin hyvä kun heti alussa rohkiasti käsketään tehdä niitä niin uskaltaa paremmin mitä omatoimisesti. Eihän sitä tiä minkäverran kärsii tehdä ennen ku joku neuvo.... niin sitä ei tosiaankaan voi luulla että tässä nyt tekkee väärin jos ei oo niitä ohjeita.”

On pitkälti kiinni potilaan omasta kekseliäisyydestä ja motivaatiosta, miten harjoitteita tekee. Yksi haastateltavista oli kaivannut harjoitteisiin käytännönläheisyyttä ja arkeen soveltamista. Toinen haastateltavista kertoi itse soveltaneensa liikkeitä arkeen, ottaneen

harjanvarresta keppijumppavälineen kesken arkiaskareiden. Tietenkin terapeutti voi ohjata käyttämään mielikuvitusta harjoittelussa ja antaa ideoita ja esimerkkejä.

6.4 Vuorovaikutussuhde fysioterapeutin kanssa

Terapiatilanteen fysioterapeutin kanssa potilaat kokivat positiivisena tilanteena. Vuorovaikutus koettiin helpoksi, turvalliseksi ja fysioterapeutin ammattitaitoon luotettiin. Fysioterapeutin koettiin myös osaavan suhtautua oikein, vaikka potilaan mieliala olisi herkkä. Yksi haastateltavista kertoi pelänneensä ammattitermejä, mutta kuitenkin hän ei niitä kohdannut, vaan koki vuorovaikutuksen samantasoiseksi terapeutin kanssa. Terapeutin kanssa oltiin samalla tasolla, ja yhteys toimi hyvin. Fysioterapeutilla oli aikaa kuunnella potilasta osastolla enemmän kuin muulla hoitohenkilökunnalla. Fysioterapeutilta uskalletaan kysyä, ja vastaus oli saatu ymmärrettävästi.

”Aivan ihana ihminen... että meillä oli ihan toimi hyvin.”

”Hän siinä kerkeskin olemaan eniten, istahtaa siihen vuoteen vierelle. Muut ei kerenny. Kaikista silleen niiku varmaan.. mitä siinä nyt oli, niin parraiten tuntu niiku tuo kerkesi vähäniiku perehtyy.”

”Vähä niinku olis vanhat tutut. (nauraa) Äkkiä synkkas, ei jännittäny minnuu”

Fysioterapia ei ollut kaikille potilaille tuttua entuudestaan, ja tämä vaikutti myös kohtaamiseen niin, että fysioterapia tuli osalle potilaista yllätyksenä. Yksi potilas kaipasi tietää, mitä fysioterapia tarkoittaa, mutta tiesi kysyttäessä kuitenkin itsekin. Potilailla on kontrollikäynnin jälkeen mahdollisuus soittaa fysioterapeutille, jos heillä tulee kysymyksiä. Potilaat kertoivat soittomahdollisuudesta, joka tuntui lisäävän potilaan turvallisuuden tunnetta. Kukaan potilaista ei kertonut soittaneensa terapeutille. Käden liikelaaajuuden mittaaminen ja tuntemuksien kysyminen terapiatilanteessa lisäsi potilaille tunnetta, että heistä huolehditaan. Huomioiminen ja huolehtiminen antavat turvallisuuden tunnetta uudessa vieraassa tilanteessa.

”Hän kyseli kaikkea miltä minusta tuntuu kun yritin tehdä niitä kaikkia. Totta kai se tuntuu että tämä katotaan minun takia.”

”..on otettu huomioon varmasti minut, niiku pitäääki.”

Tiedolliset neuvot koettiin tärkeiksi. Kaksi haastateltavista kertoi, että fysioterapeutin rohkaisu tekemiseen ja tekemiseen pienen kivunkin kanssa oli tärkeä, ja ilman neuvoa he eivät olisi osanneet lähteä tekemään harjoitteita.

”Se oli justiin hyvä kun heti alussa rohkiasti käsketään tehdä niitä niin uskaltaa paremmin mitä omatoimisesti. Eihän sitä tiä minkäverran kärsii tehdä ennen ku joku neuvoo”

6.5 Yhteenveto

Rintasyöpäleikkaus on elämää muuttava ja syvältä koskettava kokemus. Se on aistittavissa haastattelutilanteessa naisten herkkyydestä sekä heidän tarinoistaan. Kaikki haastateltavista suhtautuivat tilanteeseen hyvin ja olivat myös tyytyväisiä saamaansa terapiaan. He kokivat, että fysioterapeutti huomioi heidät hyvin ja he saivat terapiasta apua, rohkaisua, ohjausta sekä neuvoa leikkauksen jälkeiseen aikaan, jolloin rinta kiristää, on kipeä ja kättä ei pysty liikuttamaan kuten ennen. Haastateltavat näkivät harjoitteiden tarpeellisuuden ja tekivät harjoitteita kuntoutuakseen. Postoperatiivisen ohjauksen sekä kontrollikäynnin merkitys koettiin tärkeäksi sekä fyysisellä että psyykkisellä tasolla ja molemmista kerroista koettiin saavan hyötyä. Terapeutin ohjauksen potilaat kokivat luontevaksi, luotettavaksi ja potilaat kokivat tullessa huomioiduiksi.

Leikkaus vaikutti potilaisiin fyysisellä, sosiaalisella sekä psyykkisellä alueella. Fyysinen toimintakyvyn rajoittuminen, tietoisuus omasta vakavasta sairaudesta järkyttää ja pysäyttää. Tuntuu puutoksien takia yksi haastateltavista kuvaili omaa kehon aluetta oudoksi. Tämä viittaa siihen, että oman kehon kokee vieraaksi. Kuitenkin seuraavaksi haastateltava totesi, että kai se tunto palaa. Hän siis luotti, että outous on

väliäikaista. Kaikki haastateltavat menettivät toisen rinnan leikkauksessa, mutta kukaan ei kertomuksissaan surkutellut tai maininnut menetystä.

Haastateltavat uskoivat annettujen neuvojen ja harjoitteiden auttavan. Sitkeästi ohjeita noudattaen haastateltavat tekivät annettuja harjoitteita ja näkivät, kuinka ne autoivat ja käsi vertyi. Neuvonnassa annettu rohkaisu koettiin tärkeäksi. Potilaat pitivät tiedollista merkitystä tärkeänä ja mainitsivat kertomuksissaan, että eivät olisi tienneet asioista ennestään mistään muualta ja näkivät siten ohjauksen hyödyllisyyden.

Vuorovaikutussuhteessa (taulukko 2) on tärkeä, että potilaalle tulee varmuus, että hänestä huolehditaan ja että suhde fysioterapeuttiin on luonnollinen. Fysioterapeutilla oli aikaa kuunnella, jutella ja pysähtyä. Ajan antaminen ja rauhallisuus on tärkeä osoitus välittämisestä. Tällöin fysioterapeutti on läsnä sekä helposti lähestyttävä. Tilanteen kuvauksista käy ilmi, että vuorovaikutussuhde on molemminpuolinen eikä pelkkä yksisuuntainen neuvonta tai opastustuokio.

Taulukko 2. Hyvä vuorovaikutus suhde potilaan kanssa vaatii fysioterapeutilta ammattitaitoa osata kuulla potilasta ja löytää yhteys potilaan kanssa.

Ajan antaminen/riittäminen	Hyvä vuorovaikutussuhde
Varmuus että huolehditaan	
Ammattitaitoinen	
Luottamuksellinen	
Helposti lähestyttävä	
Juttelua – tasavertaisuus	
Luonnollinen suhde	

Kirjallisilla ohjeilla koettiin olevan hyvin tärkeä merkitys. Kirjalliset ohjeet varmistavat, että potilas osaa jatkaa harjoittelua kotona. Se, että ohjeissa on kuvat ja että liikkeet käydään yhdessä läpi terapeutin kanssa, varmistaa, että potilas osaa aloittaa harjoittelun itsenäisesti kotona.

Haastateltavien kertomuksissa kontrollikäynnistä annettiin määritteitä varmuus, luottamus, vahvistus, rohkeus ja uskallus. Tämä kertoo, että kontrollin merkitys

potilaalle on antaa varmuutta. Varmuus taas antaa turvaa ja luottamusta, että tilanteesta selvittää ja tulevaisuudessa on toivoa. Tutkimus osoittaa, että fysioterapiassa ja potilasohjauksessa potilaalle on tärkeää turvallisuus ja **turvallisuuden tunne** uudessa tilanteessa kuntoutumiseen liittyen (Taulukko 3). Potilaiden terapiaa kuvailemia asioita olivat muun muassa neuvonta, soitto mahdollisuus fysioterapeutille, tiedonanto, kirjalliset ohjeet, terapeutin ammattitaitoon luottaminen, yhteys ja vuorovaikutus terapeutin kanssa terapian aikana, mittaukset, tunne, että itsestä huolehditaan ja rohkaisu. Nämä kaikki tuovat turvallisuuden tunnetta omasta kuntoutumisesta ja joka tuo toivoa.

Taulukko 3. Tutkimus osoittaa, että fysioterapian ja fysioterapeuttisen potilasohjauksen merkitys potilaalle on turvallisuuden tunteen tuominen. Fysioterapeutin rooli rintasyöpäleikatulle on myös toivon antaja.

Esiinnoussut asia	Merkitys	Laajempi merkitys
Oma varmuus tekemisestä	Turvallisuuden tunne Turvallisuus	Toivo
Neuvonta		
Tiedon saanti		
Yhteys ft:n kanssa		
Ammattitaito		
Huolehtiminen		
Mittaukset ft:n kanssa		
Soitto mahdollisuus		
ROHKAISU		
Kirjalliset ohjeet		

7 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuoda tietoa rintasyöpäleikattujen kokemuksista toimeksiantajasairaalan fysioterapiassa. Tutkimuksen tulokset eivät mielestäni ole yllättäviä, sillä sairaalassa käytettävät fysioterapiamenetelmät pohjautuvat selvästi luotettaviin tutkimuksiin ja henkilökunta on hyvin ammattitaitoista. Tutkimuksen tieto

on kuitenkin kallis arvoista, sillä potilaan antama palaute hoidosta ja sen vaikuttavuudesta on arvokasta, vaikka potilas ei osaisikaan toivoa enempää. Tutkimus vastasi hyvin tavoitteeseen selvittämällä, että fysioterapia on vahvasti turvallisuuden tunnetta, tietoa ja varmuutta antavaa. Tärkeänä koettiin kirjalliset ohjeet sekä liikkeiden ohjaaminen henkilökohtaisesti. Suhde fysioterapeuttiin koettiin luontevaksi ja luotettavaksi.

7.1 Sisällön ja tulosten tarkastelu

Rintasyöpäleikkauksen jälkeistä fysioterapiaa on tutkittu vertaillen terapian aloitusajankohtia kuntoutumisen nopeuden näkökulmasta. Eri tutkimukset ovat päätyneet jopa hieman erilaisiin lopputuloksiin aloitusajankohdasta. Tutkimukset osoittavat, että ero potilaan kuntoutumisessa on kuitenkin pieni, aloitettiinpa harjoittelu heti ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä tai vaikkapa vasta viidentenä postoperatiivisena päivänä. Jokaisen potilaan tilanne ja kunto ovat leikkauksen jälkeen hieman erilaiset, mikä ohjaa sitä, milloin harjoittelun voi aloittaa. Ohjattiinpa harjoitteet potilaalle heti ensimmäisenä tai toisena postoperatiivisena päivänä sairaalassaoloaikana, todellinen harjoittelu alkaa vasta dreerien poiston jälkeen, jolloin potilas pääseeikin jo kotiin. Mielestäni harjoittelun aloituspäivää tärkeämpi merkitys on sillä, mitä opinnäytetyöni tuloksetkin kertoivat: terapian merkitys on antaa potilaalle varmuus harjoittelun aloittamiseen ja leikatun puolen kädellä toimimiseen. Ajankohtaa tärkeämpi on, että potilas saa ohjauksen, ohjeet sekä varmuuden harjoitteluun. Boxin ym. (2002, 35–44) tutkimus osoittaa, että ryhmä, joka sai henkilökohtaista ohjausta harjoitteluun, kuntoutui nopeammin kuin ryhmä, joka sai vain kirjalliset ohjeet. Tämä voi vahvistaa sitä, että rohkaisulla ja neuvonnalla on vaikutusta potilaan kuntoutumisen nopeuteen. Tässäkin opinnäytetyötutkimuksessa haastateltavat kokivat tärkeäksi rohkaisun ja neuvonnan. Kontrollin merkitys sairaalan rintasyöpäleikkattujen kuntoutuksen varhaisessa vaiheessa on tärkeä antamaan varmuutta käden kanssa toimimiseen, harjoitteluun sekä lisäämään tietoa omasta kuntoutumisesta. Jos potilaat jäisivät ilman kontrolliohjausta, kuntoutuminen leikkauksen jälkeen yksin voisi olla hitaampaa sekä epävarmempaa.

Haastateltavat kuvasivat terapiatilannetta jutteluna. Tämä kertoo, että kohtaaminen on ollut dialoginen ja molemmat ovat kuunnelleet ja puhuneet. Potilaat myös kuvasivat suhdetta tasavertaiseksi. Tämä vahvistaa Talvitien ym. (2006, 50–53) sekä Kukkohovin (2005, 13–15) toteamukset siitä, että dialoginen ja tasavertainen terapiasuhte syntyy keskustelun kautta.

Haastateltavat kertoivat pumppaavien liikkeiden auttaneen turvotuksen vähenemiseen. Myös liikehoito koettiin kiristystä vähentäväksi ja liikelaajuutta lisääväksi kuten Käypä hoito -suositus (2008) opastaa. Haastateltavat kokivat, että fysioterapiassa saadut ohjeet auttoivat toimintakyvyn palautumisessa leikkauksen jälkeen.

Mielestäni tärkeänä huomiona nousi se, kuinka kontrollin merkitys on selvästi antaa varmuutta ja sillä on suuri psyykinen merkitys potilaalle. Tämä antaa näyttöä, että fysioterapia ei ole vain fyysisen puolen ja fyysisen toimintakyvyn ohjausta, vaan vaikutus voi olla myös psyykinen. Fysioterapialla ja potilasohjauksella potilas saa turvaa, turvallisuudentunnetta ja tulevaisuuden toivoa omaan kuntoutumiseen. Tämän saavuttamiseen tarvitaan neuvontaa, ohjausta, harjoitteiden opastusta sekä dialogista yhteyttä potilaaseen. Haastateltavien kertomuksista ilmeni, että he tunsivat, että terapia oli onnistunut.

Kukkohovi (2005, 13–15) painottaa artikkelissaan, että ohjaaminen ja neuvonta tulee tehdä yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaan. Jokaisella haastateltavalla leikkauksen jälkeinen kuntoutuminen oli hieman erilainen. Haastateltavien kertomuksista ilmeni, että he saivat samat ohjeet, mutta jokaisella oli kuitenkin hieman erilainen kuntoutumisprosessi. Tämänkin yksilöllinen huomioiminen näkyi haastateltavien kertomuksissa siten, että terapeutti osasi huomioida herkässä mielentilassa olevan potilaan tilan tai ohjata tuntepuutoksista kärsivälle juuri tämän tarvitsemia asioita.

Vuorovaikutussuhteesta nousi haastateltavilla samoja merkityksiä kuin Piiraisen (2006, 199) väitöskirjassa. Opinnäytetyötutkimuksessani haastateltavien mielestä terapiassa tärkeitä asioita olivat turvallisuus ja luottamus. Samat asiat tulevat esiin Piiraisen mukaan onnistuneessa spontaanissa yhteydessä asiakkaaseen. Piiraisen (2006, 61–62) väitöskirjassa turvallisuus tulee myös merkityksinä: fysioterapeutin osaaminen turvana, yhteinen päämäärä turvana, perhe turvana ja huoli turvallisuudesta. Näistä

tutkimuksessani tuli esiin fysioterapeutin ammattitaitoon luottaminen sekä yhteiseen päämäärään eteneminen siten, että kontrollissa näytetään tehdyt harjoitteet.

Jokainen potilaista kertoi saaneensa neuvontaa sairaudesta, neuvontaa ja opastusta sekä opastusta harjoitteiden tekemiseen. Jokainen haastateltavista piti neuvontaa ja harjoitteiden merkitystä tärkeänä ja he olivat huomanneet, että niillä on ollut merkitystä myös fyysiseen toimintakykyyn jokapäiväisissä askareissa. Yksikään haastateltava ei kertomuksessaan viitannut, että terapia olisi sisältänyt aiheita, jotka olisivat oleet luettavissa stressin hallintaan tai terveyskasvatukseen, jotka kuitenkin Gahimer ja Domholdt (1996, 1089–1092) tutkiessaan fysioterapeutista potilasohjausta määrittivät potilasohjauksen osaksi. Tämä johtuu varmaankin siitä, että fysioterapeuttisia terapiatilanteita on monenlaisia, ja rintasyövän fysioterapiassa nämä muut ohjauksen osat painottuvat eniten. Tämän tutkimuksen perusteella stressin hallinnan tilalle potilasohjauksen määritteisiin laittaisin rohkaisun ja motivoinnin, sillä ne ovat tulleet tutkimuksessa vahvasti esille osana fysioterapiaa.

Tutkimuksessa olisin voinut ottaa huomioon kriisiteorian eri vaiheet: miten potilas ottaa vastaan tiedon sairaudestaan ja mikä vaihe on päällä missäkin vaiheessa hoitoa. En kuitenkaan tutkinut asiaa tästä näkökulmasta, koska kriisiteorian ymmärtäminen olisi vaatinut paljon perehtymistä ja olisi ollut vain arvailua, yritystä selvittää haastateltavien vaiheita haastattelun keinoin. Siksi jätin tämän näkökulman pois jo tutkimussuunnitelmavaiheessa.

Tutkimus on vastannut tutkimuskysymykseen ”Millaisena rintasyöpäleikatut potilaat kokivat fysioterapian sekä potilasohjauksen?” Tutkimuskysymyksen ”Miten rintasyöpäleikattujen fysioterapiaa voitaisiin kehittää?” olen jättänyt pois tutkimuksesta, sillä en saanut siihen riittävästi vastauksia. Haastateltavat potilaat eivät juuri osanneet kertoa kehittämideoita fysioterapiaan tai vastauksena tuli yksittäisiä asioita, jotka olen esittänyt sisällytettynä teemaan, mihin ne liittyvät. Haastateltavat olivat hyvin tyytyväisiä saamaansa fysioterapiaan, eivätkä osanneet toivoa mitään enempää.

Mietin kuitenkin vastauksien perusteella, miten toimintaa voisi kehittää. Preoperatiivisesta ohjauksesta on lähes luovuttu sairaalassa. Voitaisiinko preoperatiiviset ohjeet lähettää potilaalle kotiin postissa samalla, kun lähetetään kutsu

leikkaukseen? Tutkimuksesta näkyy ainoan preoperatiivisen potilaan kertomuksesta, että preoperatiivinen ohjaus on pikainen ja potilas ei muiden hoitotoimenpiteiden lomassa kerkeä sisäistää hänelle kerrottavia asioita. Sen sijaan voi miettiä, voisiko potilas lukea ohjeet asentohoidosta sekä käden ja jalkojen pumppaavista liikkeistä jo kotona.

Haastateltavat olivat hyvin tyytyväisiä kirjallisiin ohjeisiin, niiden selkeyteen ja siihen, että saivat fysioterapeutilta opastuksen liikkeiden suorittamiseen. Haastateltavat kertoivat terapeutin tehneen ohjeisiin merkintöjä ja lisäyksiä. Mietin, kertovatko lisäykset siitä, että ohjeiden rakennetta tulisi kehittää, niihin lisätä jotain tai lisätä ohjeisiin osio, johon fysioterapeutti kirjoittaisi potilaskohtaiset lisäykset.

Haastatteluissa tuli esiin myös toive ryhmäharjoittelusta. Mielestäni kontrollikäynnin jälkeisen ryhmän tarvetta voisi kartoittaa laajemmin ja selvittää, kuinka moni hyötyisi ja olisi innokas osallistumaan ryhmään. Mietin voisiko ryhmän järjestäjä olla vaikka syöpäyhdistys, jolloin ryhmä linkittyisi muuhun vertaistoimintaan.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija pohtii ja harkitsee omia ratkaisujaan. Tutkija analysoi materiaaliaan sekä pohtii työnsä luotettavuutta. Luotettavuuden arviointi laadullisessa tutkimuksessa koskee koko tutkimusprosessia. Siksi tutkimus ja analyysi on hyvä avata lukijalle mahdollisimman yksityiskohtaisesti sekä avoimesti. (Eskola & Suoranta 1998, 209–211.)

Uskottavuus laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerinä tarkoittaa sitä, että tutkijan ja tutkittavien käsitteet asioista ovat samanlaiset (Eskola & Suoranta 1998, 212). Tämän en usko olevan heikentävänä tekijänä tutkimuksessa, sillä haastattelussa puhuttiin termeillä, jotka ovat helposti ymmärrettävissä. Jos haastateltavat eivät käsittäneet kysymystä tai puhuivat asian vierestä, koetin ottaa tämän huomioon haastattelun analyysissä. Haastattelutilanteessa koetin käyttää potilaalle ymmärrettäviä termejä. Esimerkiksi en käyttänyt haastatteluissa termiä potilasohjaus, sillä se voisi

tuntua vieraalta haastateltavista, vaan pyysin haastateltavia kuvaamaan tilannetta muuten yleisemmin.

Siirrettävyys laadullisessa tutkimuksessa tarkoittaa sitä, että tulokset voidaan siirtää toiseen kontekstiin tietyin ehdoin. Yleistykset eivät kuitenkaan ole mahdollisia. (Eskola & Suoranta 1998, 212). Uskon tämän olevan mahdollista työssä, vaikka laadullinen työ on aina myös tutkijan oma prosessi. Joku muu tutkija olisi saattanut saada haastateltavilta samat vastaukset ja päästä tutkimuksessa samantyyppisiin johtopäätöksiin. Jos taas haastateltavat olisivat eri henkilöitä, tarinatkin voisivat olla erilaisia, ja niissä olisi erilaisia poikkeamia tai kokemuksia.

Uskon teemahaastattelun olleen sopiva menetelmä tiedonhankintaan tässä tutkimuksessa. Kuitenkin menetelmä toi omat haasteensa, jotka ovat osaltaan voineet vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkimussuunnitelman ja tutkimusmateriaalin hankinnan välillä oli kolmen kuukauden mittainen tauko. Jälkeenpäin katsottuna en osannut syventyä työhön heti tutkimusmateriaalia eli haastatteluja tehdessä ja tuntuu, että siitä syystä osa haastatteluista jäi pinnallisemmaksi. Työ olisi vaatinut enemmän aikaa syventyä siihen tauon jälkeen ennen haastattelujen aloittamista. Toinen syy, mikä voi vähentää tutkimuksen luotettavuutta, on kokemattomuus haastattelujen tekemisessä. Jälkeenpäin ajateltuna olisin antanut haastateltavien kertoa avoimesti enemmän ja johdatellut haastateltavia aiheisiin vähemmän sekä pyytänyt heitä kuvailemaan tilanteita tai ajatuksiaan enemmän ja useammin. Tyydyin haastattelutilanteessa yksiselitteeseen vastaukseen liian usein, eikä minulla ollut aina sopivaa lisäkysymystä. Haastattelujen laajuutta ja syvyyttä lisäsin soittamalla neljälle ensimmäiselle haastateltavalle jälkeenpäin. Ehkä neljän haastateltavan jälkeen osasin antaa enemmän tilaa viidennelle haastateltavalle kertoa vapaasti, tai viides haastateltavista oli eniten avoin kertomaan kokemuksistaan itsenäisesti. Esihaastattelu tehdään haastattelurungon testaamiseksi. Kokemattomuuttani en osannut muuttaa rungossa mitään, vaikka tunsin, että haastatteluista ei tullut aluksi niin syvällisiä kuin kaipasin. Tein siis esihaastattelun, mutta se ei toteuttanut merkitystään haastattelurungon testauksessa, ja siitä tuli osa tutkimusmateriaalia.

Haastateltavia ei valikoitu haastatteluihin muuten kuin tehdyn leikkauksen sekä leikkausajankohdan mukaan. Suunnitellulle haastattelujen toteutusajalle potilaita osui

vähän, mikä osittain määräsi haastateltavien määrän viideksi. Materiaalin kylläisyyttä eli saturaatiota on vaikea arvioida ensimmäistä tutkimusta tehdessä, jokainen kuvaili asiasta oman kokemuksensa kautta. Uskon, että haastattelujen määrä oli sopiva tähän tutkimukseen, sillä kertomuksista pystyi löytämään yhtäläisyyksiä.

Haastattelututkimuksen laatua voi parantaa huolehtimalla siitä, että tekniikka toimii haastattelujen nauhoituksen aikana sekä valitsemalla rauhallisen ympäristön haastattelujen tekoon. Litteroimalla haastattelut samana päivänä tutkimuksen laatu paranee. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 184–185.) Huolehtimalla tekniikasta, ympäristöstä sekä oikeanlaisesta litteroinnista pyrin parantamaan tutkimuksen laatua.

Tulososiossa olen koettanut tuoda esiin haastateltavien lausumia sekä sitä, mitä merkityksiä haastateltavien kertomuksista nousi. Tutkimuksen luotettavuutta olen koettanut parantaa tuomalla tekstiin myös haastateltavien suoria lainauksia. Luotettavuuteen olen myös pyrkinyt selostamalla tutkimuksen toteutuksen mahdollisimman yksityiskohtaisesti sekä avannut analyysia taulukon avulla.

Uskon, että haastateltavat osittain halusivat antaa minulle ”hyviä vastauksia” kysymyksiini, mikä tarkoittaa, että he halusivat antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. En usko, että tämä heikentäisi tutkimuksen luotettavuutta, sillä haastateltavat kertoivat mielestäni rehellisesti kokemuksistaan.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan myös pohtia siltä kannalta, kuinka potilaat todella muistivat tapahtumat, joista heitä haastateltiin. Haastateltavista oli selvästi huomattavissa, että he olivat leikkauksen jälkeen vielä sekaisessa tilassa, eivätkä heistä kaikki olleet varmoja muistikuvistaan, esimerkiksi siitä, kuka heidän luonaan oli käynyt. Haastatteluissa ilmeni, että sairaanhoitajan ja fysioterapeutin käynnit saattoivat mennä sekaisin. Siksi haastattelun aikana oli tärkeää tarkentaa ja selventää tilannetta, josta haastateltavat puhuivat. Koetin varmentaa tilanteita näyttämällä haastateltaville fysioterapeutin jättämiä ohjeita ja kysymällä ”Saitko silloin nämä ohjeet” tai ”Puhutko tilanteesta, jolloin sait nämä ohjeet”. Analysointivaiheessa jätin kahdelta haastateltavista pois postoperatiivisen terapian kertomuksen, sillä potilaat eivät selvästikään olleet varmoja, mistä tilanteesta he puhuivat. Tämä kertoo omalla tavallaan siitä, miten vastaanottavaisia potilaat ovat leikkauksen jälkeen. Mielestäni kuitenkin osasin jättää

pois epäselvän tiedon ja käyttää haastateltavien kertomuksista sen luotettavan osuuden, jossa potilas selvästi muisti tapahtumat. Juuri muistamisen vuoksi kontrollikäynnin kuvailu on luotettavampaa tietoa. Se, että potilaat voivat olla sekaisessa tilassa leikkauksen jälkeen, antaa omat haasteensa fysioterapiaan postoperatiivisessa vaiheessa ja osoittaa, että opastukseen ei välttämättä mene perille, vaikka potilasta ohjattaisiinkin. Tämäkin osoittaa kirjallisen ohjauksen sekä kontrollikäynnin erityisen tarpeelliseksi.

Tärkeimmät eettiset asiat ihmisiin kohdistuvassa haastattelussa ovat, että ihminen tietää mihin haastattelussa suostuu, haastattelun ja tiedon käsittelyn luottamuksellisuus sekä seurauksien ja yksityisyyden huomioiminen (Hirsjärvi & Hurme 2010, 20). Nämä seikat huomioin tutkimuksessa niin, että jokainen haastateltava osallistui tutkimukseen vapaaehtoisesti. Haastateltavien anonymiteettiä olen suojellut siten, että missään tutkimusmateriaalissa haastateltavien henkilöllisyys ei tule esille. Haastateltavat antoivat itse kirjallisen suostumuksen haastatteluun sekä sen nauhoittamiseen. Äänitteissä ja litteroidussa tekstissä haastateltavat on numeroitu Haastateltava 1–5. Poistin äänitteet nauhurista heti litteroinnin jälkeen ja anonyymien materiaalin olen säilyttänyt omalla yksityisellä koneella, johon ulkopuolisilla ei ole pääsyä. Jokainen haastateltava sai tiedon, miksi ja kenelle tutkimus tehdään, kuka sen tekee sekä mahdollisuuden esittää kysymyksiä tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Myöskään toimeksiantajasairaala en tuo työssä esille. Toimeksiantajasairaala ei tule esiin myöskään siksi, että silloin minun on halutessani helpompi lähestyä toimintaa myös kriittisesti. Liitteeksi en ole laittanut toimeksiantosopimusta enkä tutkimuslupaa, sillä siitä ilmenisi toimeksiantaja.

Tässä opinnäytetyössä olen pyrkinyt noudattamaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimia ohjeita hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2002, 4–5) mukaan tieteellisessä tutkimustyössä ei saa ilmetä sepittämistä, vääristelyä, luvaton lainaamista tai anastamista. Työssäni olen pyrkinyt tulkitsemaan tuloksia hyvän tieteellisen käytännön mukaan vääristelemättä ja jättämättä pois tuloksia. Viittaukset lähteisiin olen pyrkinyt esittämään asianmukaisesti, merkitsemään ne ohjeiden mukaan käyttämättä mitään tietoa luvattomasti. Haastateltavien lainaukset tekstissä eivät loukkaa kenenkään yksityisyyttä.

7.3 Oma oppiminen

Olen oppinut paljon opinnäytetyöprosessissa alusta alkaen. Syöpä aiheena ei ollut entuudestaan tuttu, eikä myöskään rintasyöpä. Taustatietoihin perehtyminen oli jo oppimista ja mielenkiintoista. Rintasyöpäleikkauksen fysioterapiaankin sain alkaa perehtyä siitä entuudestaan juuri tietämättä. Tutkimuskysymysten rajautuminen ja löytyminen sekä haastattelurungon suunnittelu ja valmistautuminen olivat suunnitteluvaiheen haastavimpia asioita. Haastattelujen teko oli yllättävän haastavaa: koettaa saada ihmistä kertomaan kokemuksiaan ja kuvailemaan tapahtunutta. Haastatteluja litteroidessa sekä materiaalia läpikäydessä tajusin, että en ole valmis tutkija yhtäkkiä. Tuntuu kuitenkin, että nyt osaisin tehdä haastattelut ehkä paremmin eli opin jotain. Tutkimustulosten tarkastelu, analysointi ja pohdinta harjaannuttivat tutkijan ajatteluun virittäytymistä. Opinnäytetyön teko on kehittänyt minua ammatillisesti monella alueella. Laadullisen tutkimustyön tekeminen oli mielenkiintoista. Jälkeenpäin ajateltuna pidin erityisesti haastattelujen tekemisestä sekä siitä, kuinka sain perehtyä ja keskittyä yhteen osa-alueeseen fysioterapian alueella.

Tämän työ on opettanut ajattelemaan myös fysioterapian laajempaa merkitystä ihmiseen. Tuloksia tarkastellessani päällimmäiseksi asiaksi noussut turvallisuuden tunne ei ole fyysinen asia, vaikka fysioterapia ohjaa fyysisen kunnon palautumiseen. Haastateltavat toivat esiin fysioterapian kokonaisvaltaisuuden. Tutkimuksen, haastattelujen analysoinnin ja pohdinnan kautta olen itse sisäistänyt syvemmin terapian kokonaisvaltaista merkitystä asiakkaan kannalta.

7.4 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimus osoitti, että tällä hetkellä potilaiden saama hoito vastaa heidän tarpeisiinsa toimeksiantajasairaalassa. Tämän tutkimuksen perusteella postoperatiivinen fysioterapia koettiin tarpeelliseksi, mutta tutkimus osoittaa myös, että ohjaus tulee potilaille yhtäkkiä. Tätä tietoa voi hyödyntää terapian ajankohtaa suunniteltaessa. Kirjallisten ohjeiden merkityksen tärkeys voi antaa suuntaa jatkossa niiden kehittämisessä, vaikka kehittämisen tarpeellisuus ei tullut esiin tutkimuksessa. Fysioterapian sisällön vaikuttavuutta en tarkasti tutkimuksessa tutkinut, mutta haastateltavat potilaat kokivat ohjeet vaikuttaviksi ja hyödyllisiksi jokapäiväisessä arjessa rintasyöpäleikkauksen

jälkeen. Tästä tuloksesta voi olla tyytyväinen. Tutkimus vahvistaa, että henkilökohtaiset tapaamiset fysioterapeutin kanssa leikkauksen jälkeen sekä mahdollisuus ottaa terapeuttiin puhelimitse myöhemmin yhteyttä ovat tärkeitä turvallisuuden ja varmuuden tunteen antajia kuntoutumisprosessissa rintasyöpäleikkauksen jälkeen.

Yleisesti terveydenhoitoalalla tämä tutkimus vahvistaa aiempaa tutkimustietoa siitä, kuinka terapia ja potilasohjaus onnistuessaan tuottavat asiakkaalle turvallisuudentunnetta, kun terveys ja oma keho ovat muutoksen tilassa. Työ tuo esiin myös sen, että potilaan ensimmäisenä kertoma asia fysioterapiasta ei välttämättä ole fyysinen käden liikelaajuuden lisääntyminen, vaan varmuuden ja rohkaisun saaminen oman kehon käyttöön. Työn aikana olen itse pohtinut fysioterapian kokonaisvaltaisuutta sekä uskon, että tutkimusta lukiessa jokainen opiskelija ja ammattilainen voi pohtia potilasohjausta ja sen vaikutusta potilaaseen kokonaisuutena. Sen lisäksi, että tutkimus tuo tietoa toimeksiantajalle, työtä voi käyttää oppimateriaalina rintasyöpäfysioterapian sisällöstä.

Koska tutkimus osoitti, että kontrollikäynnin merkitys potilaalle oli vahvasti rohkeutta ja varmuutta antava, jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia, millainen vaikutus rohkaisulla on kuntoutustulokseen. Fysioterapeutin työ on vahvasti myös asiantuntijatyötä ja tiedon antamista potilaalle, mutta kuinka suuri merkitys tiedolla ja motivoinnilla on kuntoutumiseen? Miten erilaiset lähestymistavat rohkaisussa vaikuttavat potilaan motivaatioon ja kuntoutumistulokseen?

Tutkimushaastatteluja tehdessä kävi ilmi, että kaikki potilaat eivät muistaneet postoperatiivista fysioterapeuttista ohjausta selkeästi ja sekoittivat sen muihin tilanteisiin osastolla leikkauksen jälkeen. Toisena jatkotutkimusajatuksena heräsi kysymys, milloin potilas on leikkauksen jälkeen valmis vastaanottamaan ja ymmärtämään ohjausta. Tämä on varmasti hyvin yksilökohtaista ja riippuu henkilön iästä, kunnosta sekä leikkauksesta. Fysioterapeutin on tietenkin huomioitava käytössä oleva aika ja potilaan tila, mutta jos asiasta voisi jonkinlaista tutkimustietoa saada, se voisi auttaa suunnittelemaan postoperatiivisen terapian ajoitusta potilaan vastaanottovalmiuksien kannalta paremmaksi.

LÄHTEET

- Abeloff, M.D., Weber, B.L., Wolff, A.C., McCormick, B., Zaks, T.Z. & Sacchini, V. 2008. Cancer of breast. Teoksessa Abeloff, M.D. *Abeloff's clinical Oncology* 4th edition, 1875–943.
- Bjälle, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, V. & Toverud K.C. 1999. *Ihminen fysiologia ja anatomia*. Porvoo: WSOY.
- Box, R., Reul-Hirche, H.M., Bullock-Saxton J.R. & Furnival C.M. 2002. Shoulder movement after breast cancer surgery: results of a randomised controlled study of postoperative physiotherapy. *Breast Cancer Research and Treatment*. 75. 35–50.
- Crosbie, J., Kilbreath, S.L., Dylke, E., Refshauge, K.M., Nicholson, L.L., Beith, J.M., Spillane, A.J. & White, K. 2010. Effects of mastectomy on shoulder and spinal kinematics during bilateral upper-limb movement. *Physical Therapy* 90 (5), 679–692.
- Dell, D. 2001. Regaining range of motion after breast surgery. *Nursing* 31 (10), 50–52.
- Elonen, E. & Elomaa, I. 2007. Solunsalpaajahoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P.J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) *Syöpätaudit*. Helsinki: Duodecim, 161–190.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Finnish Cancer Registry. 2009. *Cancer in Finland 2006 and 2007*. Helsinki: Cancer Society of Finland Publication 76.
- Finohtan raportti 2007. *Lymfaturvotuksen fysioterapia rintasyöpäpotilaille – Vaikuttavuus, käytännöt ja kustannukset*. Helsinki: Stakes
- Fysioterapiaosasto/Kirurgian työryhmä 12.4.2006, Rintaleikatun potilaan fysioterapia keskussairaalassa.
- Gahimer, J. & Domholdt E. 1996. Amount of Patient Education in Physical Therapy Practice and Perceived Effects. *Physical Therapy* 76 (10), 1089–1096.
- Gästrin, G. 2004. *Terveet rinnat – Rintasyöpä*. Helsinki: Copy-Set Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Holmes, M. 2009. Physical activity and breast cancer survival. *Breast Cancer Research* 11.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. *Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. Porvoo: WSOY.
- Isola, J. 2007. *Syövän synty, kasvu ja leviäminen*. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P.J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) *Syöpätaudit*. Helsinki: Duodecim, 16–33.
- Joensuu, H., Leidenius, M., Huovinen, R., Smitten, K. von & Blomquist, C. 2007. *Rintasyöpä*. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P.J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) *Syöpätaudit*. Helsinki: Duodecim, 484–508.
- Kaelin, C. M., Gardine, J. & Prouty, J. 2006. *Breast Cancer Survivor's Fitness Plan*. McGraw-Hill Professional Publishing.
- Kaulio, P. & Rosenberg, L. 2008. *Nainen ja rintasyöpä Rikottu mutta kokonainen*. Helsinki ja Jyväskylä: Minerva.
- Kukkohovi, K.-M. 2005. Vuorovaikutuksen kohdentuminen tehostaa fysioterapian ohjaustilannetta. *Fysioterapia* 52 (1), 13–15.

- Kuntola, H. & Raukola, H. 2003. Naisen kokemuksia minäkuvan muuttumisesta rinnanpoistoleikkauksen jälkeen. Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu.
- Kärki, A. 2005. *Physiotherapy for the functioning Breast Cancer Patient*. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Kärki, A., Simonen, R., Mälkiä, E. & Selfe, J. 2005. impairments, activity limitations participations 6 and 12 months after breast cancer operation. *Journal of Rehabilitation Medicine* (37), 180–188.
- Käypä hoito -suositus. 2007. Rintasyövän hoito ja seuranta. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Rintasyöpäryhmä ry:n asettama työryhmä.
- Käypä hoito -suositus. 2008. Leikkausta edeltävä arviointi. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnut/kht00086>. 10.1.2011.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulun yliopisto.
- Lee, S., Kang, J., Kim, Y., An, A., Kim, S., Kim, Y. & Lim, J. 2010. Effects of a scapula-oriented shoulder exercise programme on upper limb dysfunction in breast cancer survivors: a randomized controlled pilot trial. *Clinical Rehabilitation* 24 (7), 600–613.
- Lehti, T. 2000. Potilaan fyysinen hoitotyö. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. Porvoo: WSOY, 67–92.
- Lehto, M. 2004. Toimintakyky terveydenhuollon tulomuuttujana. Teoksessa Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. (toim.) *Toimintakyky*. Helsinki: Duodecim, 18–21.
- Mc Neely, M.L., Campbell, K., Ospina, M., Rowe, B.H., Dabbs, K., Klassen, T.P., Mackey, J. & Courneya, K. 2010. Exercise interventions for upper-limb dysfunction due to breast cancer treatment. *Cocraene library*.
- Morimoto, T., Tamura, A., Ichihara, T., Minakawa, T., Kuwamura, Y., Miki, Y. & Sasa, M. 2003. Evaluation of a new rehabilitation program for postoperative patients with breast cancer. *Nursing and Health Sciences* 5, 275–282.
- Piirainen, A. 2006. Asiakkaan ja asiantuntijan pedagoginen suhde. Helsinki: Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitos.
- Rammo, T. & Saastamoinen, R. 2009. Rintasyöpään sairastuneiden naisten kokemuksia naiseudestaan. Savonia ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Saaranen-Kauppinen, A., Puusniekka, A., Kuula, A. & Rissanen, R. 2009. Menetelmä opetuksen tietovaranto KvaliMOTV. Tampere: Tampereen Yliopisto. Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisu.
- Salminen, E. 2000. Syöpä ja sen lääketieteellinen hoito. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. Porvoo: WSOY, 11–42.
- Talvitie, U., Karppi S.-L. & Mansikkamäki, T. 2006. *Fysioterapia*. Helsinki: Edita Prima.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Syövän seulontakutsut [http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketti/seulonntakutsut](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketti/seulonnat/rintasyovan/seulonntakutsut). 10.12.2010.
- Tilastotietokeskus. 2009. 15–64 -vuotiaiden naisten yleisimpien kuolemansyiden kehitys 1988–2008: Alkoholisyyt, rintasyöpä, sepelvaltimotauti ja tapaturmat, Tilastotietokeskus

http://www.stat.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt_2008_2009-12-18_kuv_002.html.
25.11.2010.

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

Vaalavirta, L. Opas rintasyövän sädehoitoa saavalle potilaalle. Helsingin seudun yliopistollinen sairaala – syöpätautien klinikka ja syöpätautien klinikan tuki ry.

Venäläinen, L. Fysioterapeutti. Toimeksiantaja sairaala. Haastattelu 15.12.2010.

Väisänen, S. 2009. Työohje Kir. 1G.

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan Katri Tiirikaisen suorittamaan haastatteluun aiheesta rintasyöpäleikattujen kokemuksia fysioterapiasta. Minulle on selvitetty tutkimuksen tarkoitus ja sen tekemiseen käytettävät menetelmät.

Minulle on kerrottu, että haastattelussa kerättyä tietoa käsitellään luottamuksellisesti. Tiedän myös, että tutkimustuloksia esitettäessä henkilöllisyyttäni haastateltuna ei missään vaiheessa paljasteta.

Osallistun tutkimukseen haastateltavana ja annan luvan nauhoittaa haastattelun.

Paikka Päiväys

Allekirjoitus Nimenselvennys

Haastattelurunko:

Esittäytyminen: Esittäytyminen toisillemme, suostumus haastateltavaksi tutkimukseen ja mahdollisesti tarkempi selostus mikäli haastateltavalla on kysymyksiä. Kirjallisen suostumuslomakkeen täyttö, jossa myös suostumus nauhoittamiseen.

Taustatiedot: ikä, miten syöpä löytyi
rinta vai rinta ja kainalo?

Teema 1. Fysioterapia: Millaiseksi koit fysioterapian?

Pre

Post

Kontrolli

Kerro fysioterapiasta osastolla/kontrollissa?

Kerro miten koit ajankohdan?

Millainen merkitys fysioterapialla/ harjoitteilla?

Kerro oliko tiedolla vaikutusta, millaista?

Millaista tietoa toivot lisää?

Teema 2. Ohjaus: Miten koit ohjauksen?

Kerro vuorovaikutuksesta...

Huomioitiinko omat tarpeet?

Lisäkysymykset osalle myöhemmin

Minkälaisia arjenhankaluuksia? kerro / kuvaile

Oliko kokemusta aiemmin fysioterapiasta?