



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeisen ohjauksen prosessikuvaus

Eronen, Varpu

Romppanen, Liisi

2011 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeisen ohjauksen prosessikuvaus

Varpu Eronen
Liisi Romppanen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2011

Eronen Varpu
Romppanen Liisi

Rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeisen ohjauksen prosessikuvaus

Vuosi	2011	Sivumäärä	61
-------	------	-----------	----

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS), HYK-Sin (Helsingin seudun yliopistollinen keskussairaala) Operatiivisen tulosityksikön sekä Laurea-ammattikorkeakoulun kanssa. Opinnäytetyön varsinaisena yhteistyökumppanina toimi Nais-tenklinikan rintarauhaskirurginen vuodeosasto.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Naistenklinikan rintarauhaskirurgiselle vuodeosastolle prosessikuvaus rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeisestä ohjauksesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeistä ohjausta kyseisellä osastolla, jossa prosessikuvausta voidaan hyödyntää paitsi ohjauksen kehittämisessä myös uusien työntekijöiden perehdyttämisessä.

Opinnäytetyössä tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla, jotka toteutettiin haastattelemalla yksilöhaastattelulla rintasyöpähoitajaa ja fysioterapeuttia sekä ryhmähaastattelulla kahta sairaanhoitajaa. Haastattelun teema-alueet muodostettiin opinnäytetyön tutkimuskysymysten perusteella, jotka olivat: mitkä ovat rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeisen ohjauksen sisällöt, mitkä ammattiryhmät osallistuvat rintasyöpäpotilaan ohjaukseen ja millaisia ohjausmenetelmiä rintasyöpäpotilaan ohjauksessa käytetään. Aineisto analysoitiin aineistonlähtöisellä sisällönanalyysillä. Analyysin pohjalta ohjauksesta muodostettiin QPR Process-Guide -ohjelman avulla prosessikuvaus.

Opinnäytetyön tuloksista selviää, että rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeinen ohjaus muodostuu kolmesta vaiheesta: ohjaukseen tarpeen määrittelystä ja ohjauksen valmistelusta, ohjauksen toteutuksesta sekä ohjauksen jatkuvuudesta. Ohjaukseen osallistuvat ammattiryhmät ovat lääkäri, sairaanhoitaja, rintasyöpähoitaja, fysioterapeutti sekä tarvittaessa sosiaalihoitaja. Ohjausmenetelmänä käytetään yksilöohjausta ja ohjaus toteutetaan pääasiassa suullisena ohjauksena. Suullisen ohjauksen tukena käytetään kirjallista ohjausmateriaalia, demonstrointia sekä puhelinohjausta.

Eronen Varpu
Romppanen Liisi

A process description of post-operative guidance for a breast cancer patient

Year	2011	Pages	61
------	------	-------	----

The thesis was carried out in a collaboration project between the hospital district of Helsinki and Uusimaa, Operative unit at HUCH (Helsinki University Central Hospital) and Laurea University of Applied Sciences. The actual collaboration partner in the thesis was the breast surgical ward in Women's hospital.

The purpose of the thesis was to produce a process description of post-operative guidance for breast cancer patients for the breast surgical ward in Women's hospital. The new process description can be utilized not only to develop guidance, but to orientate new staff.

Qualitative method was used as a research method. The data was gathered by theme interviews, which were carried out by interviewing a breast cancer nurse and physiotherapists in individual interviews and two ward nurses in a group interview. The interview themes were formed based on the thesis research questions which were: what are the contents of post-operative guidance for breast cancer patients, which are the professionals giving post-operative guidance for breast cancer patients and what guidance methods are used in breast cancer patients' guidance. The data was analyzed by using material-based content analysis. On the basis of the analysis the process description was created using the QPR-Process Guide programme.

Based on the analysis of the thesis, breast cancer patients' guidance can be divided into three different stages: determining and preparing the guidance, implementing the guidance and the continuity of the guidance. The professionals that participate in patient guidance are a doctor, a nurse, a breast cancer nurse, a physical therapist, and if necessary, a social worker. The main guidance method used in patients' guidance is oral guidance. Oral guidance is supported by written guidance material, demonstrations and telephone guidance.

Keywords: Breast cancer patient, patients guidance, process description

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Rintasyöpä	8
2.1	Oireet, diagnostiikka ja syöpätyypit	8
2.2	Rintasyövän leikkaushoito	10
3	Rintasyövän psyykkiset ja fyysiset vaikutukset	12
3.1	Psyykkiset vaikutukset	12
3.2	Fyysiset vaikutukset	13
4	Potilasohjaus	14
4.1	Ohjauksen lähtökohdat	14
4.2	Ohjausmenetelmät	17
5	Prosessikuvaus	18
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	19
7	Opinnäytetyön tutkimusmenetelmälliset ratkaisut	19
7.1	Tutkimusmenetelmä	19
7.2	Aineistonkeruumenetelmä	20
7.3	Aineiston analysointi	21
8	Opinnäytetyön tulokset	24
8.1	Ohjauksen sisällöt	25
8.1.1	Ohjauksen tarpeen määrittely ja ohjauksen valmistelu.....	25
8.1.2	Ohjauksen toteutus	25
8.1.2.1	Ohjaus leikkauspäivänä.....	25
8.1.2.2	Ohjaus sairauden kanssa selviytymisestä ja sen vaikutuksesta arkielämään ..	26
8.1.2.3	Ohjaus sairauden vaikutuksesta henkiseen hyvinvointiin	28
8.1.2.4	Tukipalveluiden ohjaus	29
8.1.3	Ohjauksen jatkuvuus.....	29
8.2	Ohjaukseen osallistuvat ammattiryhmät	31
8.3	Ohjauksessa käytettävät ohjausmenetelmät	32
9	Pohdinta	32
9.1	Luotettavuus.....	32
9.2	Eettisyys	35
9.3	Opinnäytetyön tulosten tarkastelu	36
9.4	Kehittämisideat ja jatkotutkimusaiheet	38

Lähteet	39
Taulukot	45
Liitteet	42
Liite 1 Haastattelun teema-alueet	42
Liite 2 Saatekirje tutkimukseen osallistuville	43
Liite 3 Suostumuslomake opinnäytetyöhön osallistuville	44
Liite 4 Analyysitaulukko	46
Liite 5 Prosessikuvaus	60

1 Johdanto

Rintasyöpä on maailmanlaajuisesti naisten yleisin syöpä ja Suomessa siihen sairastuu arviolta elämänsä aikana joka kymmenes nainen. Vaihdevuosi-ien lähestyessä riski sairastua rintasyöpään kasvaa, mutta rintasyöpää esiintyy myös nuorilla alle 30-vuotiailla naisilla. Rintasyövän aiheuttajia ei suurelta osin tiedetä, mutta hormonaalisten tekijöiden, kuten kuukautisten varhaisen alkamisiän katsotaan lisäävän sairastumisriskiä. Lisäksi elintapojen ja perinnöllisyyden tiedetään vaikuttavan rintasyövän sairastumisriskiin. Yleensä sairastumisen syitä on kuitenkin vaikea määrittää taudin aiheuttajien moninaisuuden ja niiden tuntemattomuuden vuoksi. Useimmiten rintasyöpä todetaan rinnassa esiintyvän kyhmyn perusteella. Nykypäivänä rintasyövän hoito perustuu leikkaus-, säde- ja lääkehoitoihin. Hoitomuodot määräytyvät jokaisen rintasyöpäpotilaan kohdalla yksilöllisesti. Rintasyövän aikaisen toteamisen sekä seulonta- ja hoitomenetelmien kehittymisen myötä rintasyövän paranemisennuste on parantunut merkittävästi. Viiden vuoden kuluttua yhdeksän kymmenestä rintasyöpä potilaasta on elossa. (Vehmanen 2009a; Vehmanen 2009b; Sankila 2010, 1191; WHO 2008.)

Potilaan laadukas ohjaus on osa hyvää hoitoa. Ohjauksen merkitystä hoitotyössä korostetaan nykyään, sillä potilaiden hoitopäivien määrät ovat lyhentyneet ja potilaiden ongelmat ovat moninaisempia kuin ennen. Ohjaus käsitetään potilaan ja hoitajan väliseksi vuorovaikutteiseksi toiminnaksi, jossa potilas ja hoitaja ovat tasa-arvoisia. Potilaan roolina on olla aktiivinen omaan hoitoonsa osallistuja ja hoitajan tehtävänä on tukea potilasta päätösten teossa antamalla valmiita ratkaisuja. Ohjauksella tuetaan potilaan autonomiaa, ja onnistuneella ohjauksella voidaan vaikuttaa potilaiden ja heidän omaistensa terveyteen sekä sitä edistäviin toimiin. (Kääriäinen 2007, 10.)

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä HUS-kuntayhtymän Operatiivisen tulosityksikön sekä Laurea-ammattikorkeakoulun kanssa. Naistenklinikan rintarauhaskirurginen vuodeosasto on opinnäytetyön varsinainen yhteistyökumppani. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa kyseiselle osastolle prosessikuvaus rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeisestä ohjauksesta. Prosessikuvausten avulla potilaiden ohjausprosessia voidaan kuvata tarkasti, ja siten se palvelee niin henkilökuntaa kuin potilaita ja heidän omaisiaan ohjauksen kokonaisuuden ymmärtämisessä. Prosessikuvaus tuo esiin ohjausprosessin mahdollisia kehittämiskohteita, joita voidaan tulevaisuudessa parantaa. Opinnäytetyön aiheen valinta perustui sen ajankohtaisuuteen ja opinnäytetyön tekijöiden mielenkiintoon rintasyöpäpotilaiden ohjaukseen ja sen merkitykseen leikkauksen jälkeisen hoidon osana.

2 Rintasyöpä

Rintasyöpä on maailmanlaajuisesti naisten yleisin syöpä. WHO:n tilastojen mukaan vuonna 2008 rintasyöpään sairastui arviolta 1,38 miljoonaa ja kuoli arvioita 458 000 naista (WHO 2008). Tilastojen mukaan Suomessa rintasyöpään sairastui vuonna 2008 noin 4 700 naista (Suomen syöpärekisteri 2010). Arviolta joka kymmenes suomalainen nainen sairastuu rintasyöpään jossain elämänsä vaiheessa (Sankila 2010). Rintasyöpään sairastuminen yleistyy vaihdevuosi-ikä lähestyessä ja taudin toteamisen keski-ikä on 60 vuotta. Rintasyöpää esiintyy myös nuoremmilla naisilla, mutta alle 30-vuotiailla tauti on harvinainen. Rintasyövän paranemisennuste on parantunut syövän varhaisemman toteamisen ja hoitomenetelmien kehittymisen myötä. (Vehmanen 2009b.) Suomessa rintasyöpäpotilaista on viiden vuoden kuluttua sairauden toteamisesta elossa noin 89 %, mikä on Euroopan suurimpia lukuja (Käypähoito 2010, 1183).

Rintasyövän syyt ovat suurelta osin tuntemattomat, mutta joitain sairastumisriskiä lisääviä tekijöitä tunnetaan. Vehmanen (2009b) mukaan rintasyövän riskitekijät liittyvät paljolti hormonaalisiin tekijöihin. Kuukautisten varhainen alkamisikä, myöhäinen menopaussi ja pitkäaikainen hormonikorvaushoito sekä lapsettomuus ja myöhäinen ensisynnytyksikä lisäävät sairastumisriskiä. Myös yksilölliset tekijät, kuten ylipaino vaihdevuosien jälkeen ja runsas alkoholin käyttö, ovat rintasyövän riskitekijöitä. Lisäksi Sankilan (2010, 1191) mukaan korkeasti koulutetuilla naisilla on suurempi riski sairastua rintasyöpään. Tämän voidaan ajatella johtuvan juuri myöhäisistä ensisynnytyksistä. Rintasyövän altistavista geenimutaatioista on tunnistettu kaksi, BRCA1 ja BRCA2, jotka aiheuttavat noin 5 - 10 % rintasyöivistä. Pieni osa rintasyöivistä johtuu perinnöllisestä syöpäalttiudesta. (Käypähoito 2010, 1183; Vehmanen 2009b.)

2.1 Oireet, diagnostiikka ja syöpätyypit

Rintasyövän tavallisin oire on rinnassa tuntuva kyhmy, joka voi olla joko aristava tai aristamaton. Muita oireita voivat olla nännin tai ihon vetäytyminen, erilaiset ihomuutokset - erityisesti nännin tai nännipihan ihottuma ja rinnan tulehdusmainen punoitus. Myös rinnan koon kasvu ja nännistä tuleva kirkas tai verinen erite voivat olla rintasyövän oireita. (Joensuu, Roberts, Teppo & Tenhunen 2007, 485; Vehmanen 2009.) Lisäksi erilaiset yleisoireet kuten laihtuminen, väsymys tai tuki- ja liikuntaelinperäinen kipu voivat olla rintasyövän ensimmäiset oireet. Rintasyöpä voidaan todeta myös oireettomana sattumalöydöksenä esimerkiksi mammografiasa. (Joensuu ym. 2007, 485; Reinikainen, Rissanen & Pääkkö 2004, 1373.)

Rintasyövän diagnostiikka perustuu kolmoisdiagnostiikkaan, johon sisältyy rintojen kliininen tutkimus, kuvantamismenetelmät sekä neulanäytteet (Reinikainen ym. 2004, 1373).

Rintojen kliinisessä tutkimuksessa on keskeistä rintojen ja kainaloiden palpaatio eli tunnustelu sekä inspektio eli tarkastelu. Rinnat ja kainalot tunnustellaan, ja huomiota kiinnitetään rintojen epäsymmetriaan, ihon kuntoon ja mahdolliseen ihottumaan, haavaumiin sekä nännieritteeseen. (Joensuu ym. 2007, 485 - 486.)

Rinnan kuvantamisen perusmenetelmä on mammografia, jossa rinta puristetaan kahden levyn väliin ja kuvataan, jolloin syöpäkasvaimen liittyvät kovettumat ja kalkkeumat näkyvät (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 613. Mammografia soveltuu rintasyövän seulontamenetelmäksi, mutta sillä on myös rajoituksia. Mammografian sensitiivisyys eli herkkyys riippuu rinnan rakenteesta, johon vaikuttavat esimerkiksi potilaan ikä ja aikaisemmat rintaan kohdistuneet toimenpiteet. Näin ollen mammografia ei välttämättä yksin riitä diagnoosin tekemiseen. (Reinikainen ym. 2004, 1373 - 1374.)

Kaikukuvaus on tärkeä mammografiaa täydentävä kuvantamismenetelmä rintasyövän diagnostiikassa. Sitä käytetään esimerkiksi nuorien tai raskaana olevien potilaiden kohdalla sekä rinnassa kliinisesti tai mammografiassa todettujen muutosten jatkoselvityksissä. Magneettikuvaus on herkkä menetelmä rintasyövän diagnostiikassa ja soveltuu hyvin käytettäväksi esimerkiksi nuorille naisille, joiden rintasyöpää ei havaita mammografiassa tai kaikukuvauksessa nuoren rinnan tiiviin rauhaskudoksen vuoksi. Rajoituksia magneettikuvauksen käytössä aiheuttaa sen kalleus. (Reinikainen ym. 2004, 1374 - 1375; Joensuu ym. 2007, 486 - 488.)

Rinnasta löydetystä muutoksesta otetaan neulanäyte ohut- tai paksuneulalla. Neulanäytteillä saadaan tietoa muutoksen solujen laadusta. Mikäli neulanäytteillä ei päädytä diagnoosiin, poistetaan muutos diagnostista histologista tutkimusta varten, jolla saadaan selville lopullinen diagnoosi. (Reinikainen ym. 2004, 1375 - 1376; Joensuu ym. 2007, 489.)

Rintarauhanen koostuu rintarauhaslohkoista, joita sidekudos erottaa toisistaan. Rintarauhaslohkoja yhdistävät pienet tiehyet. Rintasyöpätyypit voidaan jakaa lähtökohtansa mukaisesti tiehytperäiseen eli duktaaliseen ja rauhaslohkoista lähtevään eli lobulaariseen. Molemmissa muodoissa esiintyy invasiivisen muodon lisäksi *in situ* -muoto. Näiden lisäksi esiintyy myös harvinaisempia rintasyövän muotoja. Duktaalinen invasiivinen karsinooma kasvaa maitotiehyiden ulkopuolella ja on yleisin rintasyövän muoto. Duktaalinen karsinooma *in situ* on muoto, jossa syöpäsolut ovat tiehyiden sisällä eivätkä syvemmillä rintarauhaskudoksessa. Tämän vuoksi se on syövän varhainen muoto eikä varsinainen syöpä. Lobulaarinen invasiivinen karsinooma on maitorauhasen syövästä toiseksi yleisin.

Lobulaarinen karsinoma *in situ* todetaan yleensä sattumalöydöksenä ja sitä pidetään syövän vaaratekijänä, jolloin se ei ole varsinainen syövän muoto. (Holmia ym. 2007, 611 - 612; Joensuu ym. 2007, 490 - 492; Roberts, Ahava, Höckerstedt & Kivilaakso 2004, 650 - 651.)

2.2 Rintasyövän leikkaushoito

"Rintasyövän hoidon tavoitteena on taudin aiheuttaman kuolleisuuden vähentäminen. Näin ollen rintasyöpä potilaiden hoito tulisi keskittää yksikköihin, joissa radiologian, patologian, kirurgian, plastiikkakirurgian ja syöpätautien erikoisalueilta koottu hoitotiimi ja riittävä potilasmäärä takaavat osaamisen ylläpidon." (Käypähoito, 2007.)

Rintasyövän hoito koostuu leikkaus- ja sädehoidosta sekä lääkehoidosta, joka voi olla hormonihoidoa, solunsalpaajaa eli sytostaattihoidoa tai vasta-ainehoidoa. Rintasyövän hoito määrittyy taudin luonteen mukaan, joten hoitona voidaan käyttää edellä mainittujen hoitojen yhdistelmiä tai vain yhtä hoitomuotoa. (Vehmanen 2009; Suomen syöpäpotilaat 2001, 10 - 11.)

Leikkaushoidon tavoitteena on poistaa kasvain rintakudoksesta, tutkia kainaloimusolmukkeiden tilanne ja tarvittaessa poistaa kainalossa olevat syövän lähettämät etäpesäkkeet. Syövän uusiutumiskriisi niin rinnan kuin kainalonkin alueella pyritään myös minimoimaan. Leikkauksen jälkeinen liitännäishoitojen tarve arvioidaan kasvaimen koon ja tyypin sekä mahdollisten kainalon etäpesäkkeiden perusteella. (Leidenius 2004, 1381; Vehmanen 2009.) Leideniuksen (2004, 1381) mukaan leikkaushoidon tavoitteena on mahdollisimman hyvä kosmeettinen ja toiminnallinen tulos, jolloin voidaan sanoa leikkaushoidon vaikuttavan potilaan eloonjäämisennusteeseen sekä elämänlaatuun.

Sädehoidolla pyritään poistamaan leikkausalueelle tai sen läheisyyteen jääneet syöpäsolut ja näin vähentämään paikallisen syövän uusiutumisen mahdollisuutta. Lääkehoidolla pyritään tuhoamaan elimistössä mahdollisesti olevia syöpäsoluja ja estämään metastaasien eli etäpesäkkeiden syntyminen. Lääkehoidolla voidaan myös pyrkiä jo olemassa olevien metastaasien tuhoamiseen. (Vehmanen 2009a; Syöpäjärjestöt 2008; Suomen syöpäpotilaat 2001, 10 - 11.)

Rintasyövän hoito perustuu siis leikkauksen, sädehoidon ja lääkityksen yhdistelemiseen. Hoito alkaa useimmiten leikkaushoidolla, jonka jälkeen liitännäishoidot suunnitellaan yksilöllisesti edellä mainittujen periaatteiden mukaisesti. Tässä opinnäytetyössä keskitytään hoitomuotona leikkaushoitoon ja sen vaikutuksista rintasyöpäpotilaan elämään.

Leikkausmuoto valitaan yksilöllisesti huomioiden kasvaimen koko sekä potilaan tarpeet ja toiveet. Rintasyövän leikkaushoitona käytetään joko rinnan osapoistoa tai kokopoistoa. (Vehmanen 2009; Joensuu ym. 2007, 492.) Rinnan osapoiston eli resektion tarkoituksena on poistaa kasvain siten, että vältetään koko rinnan poistolta. Rinnan osapoistolla pyritään hyvään esteettiseen tulokseen ja näin ollen parantamaan potilaan elämänlaatua. Osapoistoleikkauksen tekemiseen vaikuttavat kasvaimen koko ja sijainti sekä rinnan koko. Oleellista on, että poistettavaa kasvainta ympäröi riittävästi tervettä kudosta. Kasvaimen ollessa yli nelisenttinen tai monipesäkkeinen, rinnan osapoistoleikkauksella päästään harvoin hyvään kosmeettiseen lopputulokseen. Lisäksi rinnan osapoistoleikkaus ei sovellu pienirintaiselle. Suuririntaiselta potilaalta voidaan poistaa suurikin kasvain säästävällä tekniikalla siten, että myös tervettä rintaa pienennetään hyvän symmetrian saavuttamiseksi. Säästävään kirurgiaan liittyy rinnan kokopoistoa suurempi paikallisen syövän uusiutumisen vaara, ja tämän vuoksi sädehoito on tärkeä osa rinnan säästävässä hoidossa. (Leidenius 2004, 1381; Vehmanen 2009; Joensuu ym. 2007 492 - 493, Roberts ym. 2004, 652.) Leideniuksen (2004, 1381) mukaan lukuisissa tutkimuksissa on todettu potilaan nuoren iän olevan yksi suuri riskitekijä paikallisen syövän uusiutumisessa. Siksi säästävää kirurgiaa ei suositella leikkaushoidoksi alle 35-vuotiaille potilaille. Nuorilla potilailla on huomioitava myös mahdollisten rintasyöväälle altistavien geenien esiintyminen, jotka puoltavat rinnan kokopoistoa leikkaushoitona. Lisäksi potilaan korkea ikä, yleistila ja perussairaudet sekä aikaisemmin rinnan alueelle saatu sädehoito voivat olla esteenä säästävälle leikkaukselle. (Leidenius 2011, 1530 - 1531; Leidenius 2004, 1381; Roberts ym. 2004, 652.)

Rinnan kokopoisto eli mastektomia valitaan leikkaushoidoksi, kun säästävä leikkaus ei tule kyseeseen tai jos potilas toivoo tätä. Rinnanpoisto on potilaalle suuri elämänmuutos ja potilaan halutessa voidaan myös terve rinta poistaa samassa leikkauksessa symmetrian vuoksi. Rinnanpoisto voidaan myös tehdä ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä tapauksissa, joissa potilas on nuori, kantaa geenimutaatiota ja hänen suvussa on rintasyövän esiintymisluku on korkea. Lisäksi kudostyypit - kuten DCIS ja LCIS, jotka voivat enteillä rintasyöpää, ovat syitä rinnanpoistoleikkaukselle. (Leidenius 2004, 1382; Joensuu ym. 2007, 494.)

Rintasyövän ennusteeseen oleellisesti vaikuttava tekijä on kainalon imusolmuketilanne. Kasvaimesta lähtevät syöpäsolut kulkeutuvat imunesteen mukana ensimmäiseksi vartijaimusolmukkeisiin, joita voi olla yksi tai useampia. Rintasyövässä vartijaimusolmukkeet sijaitsevat tyypillisesti saman puolen kainalossa. Näin ollen metastasoinnin voidaan olettaa tapahtuvan ensimmäiseksi kainalon imusolmukkeisiin, jolloin tilanteen tutkiminen on merkittävä tekijä taudin ennusteessa. Vartijaimusolmukkeen ollessa terve voidaan olettaa, että myös muut imusolmukkeet ovat terveitä, jolloin näitä ei tarvitse poistaa. Jos etäpesäkkeitä todetaan, kainalon alueen imusolmukkeet poistetaan eli tehdään kainalon evakuaatio.

Kainalon lopullinen tilanne selviää leikkauksen jälkeisessä histologisessa tutkimuksessa. Jos etäpesäkkeitä löydetään ja kainalon evakuaatio todetaan aiheelliseksi, potilas joutuu uusinta-leikkaukseen. Kainalossa esiintyvien metastaatististen imusolmukkeiden määrä on tärkein yksittäinen ennustetekijä rintasyövän hoidossa, ja määrän perusteella suunnitellaan liitännäishoitojen tarve. Evakuaatio estää tulevaisuudessa syövän uusiutumisen kainalossa. Imusolmukkeiden poistaminen aiheuttaa joissakin tapauksissa potilailla yläraajan turpoamista, kipua ja tuntohäiriöitä. Tämän vuoksi kainaloiden imusolmukkeiden suoraa poistoa vältetään vartijaimusolmuketutkimuksen avulla, jolloin voidaan vaikuttaa potilaiden elämänlaatuun positiivisesti. (Leidenius 2004, 1383 - 1384; Joensuu ym. 2007, 495 - 496; Roberts ym. 2007, 653 - 654.)

3 Rintasyövän psyykkiset ja fyysiset vaikutukset

3.1 Psyykkiset vaikutukset

Tieto syöpään sairastumisesta herättää voimakkaita tunteita. Aluksi kaikki voi tuntua epätoimelliselta ja tunteet voivat vaihdella aina sairauden kiistämisestä vihaan, pelkoon, avuttomuuteen, suruun, masennukseen, syyllisyyteen ja yksinäisyyteen. (Kallio & Rosenberg 2008, 50 - 56, 73 - 75, 92.) Sairastuessaan syöpään ihminen joutuu kohtaamaan elämän rajallisuuden sekä kuolemaan liittyvät kysymykset elämän ja olemassaolon tarkoituksesta (Idman 2009). Giese-Davis ym. (2006, 1014.) toteavat tutkimuksessaan, että naiset kokevat tarvitsevänsä ammatillista neuvontaa erityisesti taudin toteamishetkellä. Tämän vuoksi onkin tärkeää, ettei potilas jää yksin ajatustensa kanssa vaan hänelle tarjotaan tukea. Giese-Davis ym. (2006, 1014.) toteavat myös, että rintasyöpää sairastavat naiset haluaisivat puhua jonkun kanssa, joka on sairastanut saman syövän ja selvinnyt siitä. Rintasyöpää sairastaville suositellaankin tukipalveluiden, kuten vertaistuen käyttöä (Syöpäjärjestöt 2010).

Psyykkistä oireilua esiintyy noin joka kolmannella syöpäpotilaalla jossain sairastuminen vaiheessa. Tavallisimpia psyykkisiä oireiluja ovat sopeutumishäiriöt, ahdistuneisuus ja paniikkihäiriöt, traumaperäiset stressireaktiot ja masennusoireyhtymät. Potilas voi ajautua psyykkiseen kriisiin missä tahansa sairauden vaiheessa. Esimerkiksi seurantavaiheeseen siirryttäessä potilaiden kanssa keskeisin keskustelua vaativa asia on taudin uusimispelko. (Leidenius, Tas-muth, Jahkola, Saarto ym. 2010, 1218.) Tärkeää on, että potilaita informoidaan hyvin, muutoksia ja uhkia käsitellään ajallaan sekä annetaan keskustelutukea. Potilaalle täytyy välittyä tunne, että hän ei ole yksin. Psyykkistä tukea antamalla varmistetaan, että potilas kuntoutuu syöpähoitojen jälkeen toimintakyvyltään fyysisen voinnin ja jaksamisen mahdollistamalle tasolle. (Idman 2009.)

3.2 Fyysiset vaikutukset

Rintasyövän leikkaushoito aiheuttaa muutoksia potilaan ulkonäössä oli kyseessä sitten rinnan osapoisto tai kokopoisto. Rinnan puuttuminen aiheuttaa kosmeettisten haittojen lisäksi toiminnallisia haittoja epäsymmetrian vuoksi. (Leidenius ym. 2010.) Se, kuinka potilaat kokevat ja käsittelevät kehoonsa ja minäkuvaan liittyviä muutoksia, on hyvin yksilöllistä. Suomessa vuonna 2000 tehdyssä tutkimuksessa haastateltiin 18 rinnankorjausleikkaukseen tulevaa naista, joista suurin osa oli kokenut hämmennystä ja surua rinnanpoiston seurauksena. (Kovero & Tykkä 2002, 239.)

Leidenius ym. (2010) viittaavat Montazerin (2008) tekemään tutkimukseen, jossa todetaan kokemuksien omasta kehosta ja sukupuolisuudesta olevan huonompia potilailla, joilta rinta on poistettu kokonaan, säästävän rintaleikkauksen potilaisiin verrattuna. Tämä on ymmärrettävää, sillä syövän negatiiviset vaikutukset naisen seksuaalisuuteen yhdistetäänkin usein ulkonäön muutoksiin kuten rinnan poistoon ja arpeutumiseen. Kehon muutoksilla on suuri merkitys naisellisuuden, minäkuvan ja omanarvontunteen kokemisessa sekä niiden säilyttämisessä ja kuntoutuksessa. Masennuksen ja muiden psyykkisten oireiden ehkäisyn kannalta oleellista on, että potilas oppii tuntemaan kehonsa ja hyväksymään siinä tapahtuneet muutokset. Potilaan ollessa kyvytön tähän voi minäkuva muuttua negatiiviseksi ja synnyttää itseinhoa. (Leidenius ym. 2010.)

Seksuaalisuus sekä siihen liittyvät tunteet ja ajatukset ovat yksilöllisiä ja sidoksissa potilaan elämäntilanteeseen. Parisuhteessa elävät voivat miettiä kehon muutosten vaikutusta kumppaniin ja muodostaa kumppanin meilikuvan oman mielikuvan mukaan, jolloin saattaa esiintyä ajatuksia oman viehätysvoiman ja naisellisuuden vähäisyydestä. Potilaat, jotka eivät elä parisuhteessa, voivat kärsiä yksinäisyydestä sairauden vaikeina aikoina ja sairaus voi myös asettaa portaita tuleville ihmissuhteille. Rintasyövän yhteydessä seksuaalisuus voi lamaantua ja muuttaa pitkäksi ajaksi sekä psyykkisellä että fyysisellä tasolla. Seksuaalisuuteen liittyvää hämmennystä ja pelkoa voi esiintyä, ja niiden käsitteleminen kuuluu hyvään ja kokonaisvaltaiseen hoitosuhteeseen. (Suomen Syöpäpotilaat 2001, 30 - 35; Suomen Syöpäpotilaat 12 - 13.) Leideniuksen ym. (2010) mukaan Montazeri (2008) toteaa tutkimuksessaan, että erityisesti nuorten naispotilaiden kohdalla esiintyi seksuaalisia toimintavaikeuksia, jotka vaikuttivat negatiivisesti heidän elämänlaatuunsa. Tutkimuksessa todetaan myös, että potilaan elämänlaadun kannalta seksuaalisuuteen liittyviä asioita tulisi huomioida hoitosuhteessa enemmän.

4 Potilasohjaus

4.1 Ohjauksen lähtökohdat

Laadukkaan ohjauksen antaminen kuuluu tänä päivänä oleellisesti potilaan hoitoon. Potilaalla on oikeus saada ohjausta ja sairaanhoitajan tulee antaa ohjausta lakien, asetusten, suositusten, ohjeiden ja hyvien ammattikäytänteiden mukaisesti. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, laatuun vaikuttavat tekijät). Ohjauksesta puhuttaessa ymmärtämistä vaikeuttavat ohjaus käsitteeseen liittyvät monet eri määritelmät ja käsitykset. Perinteisesti on voitu ajatella, että ohjauksessa potilaalla on passiivinen rooli ja hoitaja toimii ohjausta antavana asiantuntijana. Kuitenkin nykäsityksen mukaan ohjauksessa pyritään edistämään potilaan kykyä ja aloitteellisuutta elämänmuutoksiin haluamallaan tavalla. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25.)

Kääriäinen ja Kyngäs (2005) määrittelevät ohjauksen potilaan ja hoitajan väliseksi aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa ja on sidoksissa potilaan ja sairaanhoitajan taustatekijöihin. Ohjauksessa potilas nähdään aktiivisena subjektina, toimijana ja vastuunkantajana, jota hoitaja tukee päätöksien teossa antamalla valmiita ratkaisuja. (Kääriäinen 2008, 10 - 11; Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs. 2005, 27.) Ohjaussuhde perustuu tasa-arvoon potilaan ja hoitajan välillä, jolloin potilas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja ohjausprosessin asiantuntija. Ohjauksen merkitystä hoitotyössä korostetaan, sillä hoitopäivien määrät ovat vähentyneet ja potilaiden moninaiset ongelmat lisääntyneet. Onnistuneella ohjauksella on positiivisia vaikutuksia potilaiden ja heidän omaistensa terveyteen ja näin ollen voidaan sanoa, että ohjauksella on myös kansantaloudellisia vaikutuksia. (Kääriäinen 2008, 10 - 11; Kyngäs ym. 2007, 25.) Potilasohjauksen kehittämisessä on oleellista tunnistaa, mitä laadukas ohjaus on.

Kääriäisen mukaan (2008, 10 - 11) laadukas ohjaus perustuu hoitajan ammatilliseen vastuuseen edistää potilaan valintoja, mikä edellyttää hoitajalta filosofisten ja eettisten arvojen pohdintaa sekä hyviä ohjaustaitoja. Hoitajan antamaa ohjausta ohjaavat taustalla olevat filosofiset lähtökohdat. Ohjauksessa sairaanhoitajan tulee kunnioittaa potilaan yksilöllisyyttä, itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Lähtökohtaisesti potilaalla on vastuu valinnoistaan, toiminnastaan ja päätöksenteosta. Potilaalla on myös oikeus päättää hoidostaan ja halukkuudestaan ohjaukseen. Mahdollisuudet päätöstentekoa varten tarvittavaan tietoon on kuitenkin annettava potilaille. (Kääriäinen 2008, 11.)

Ohjauksen taustalla ovat lisäksi sairaanhoitajan eettiset lähtökohdat, johon kuuluvat ammattilisten ja henkilökohtaisten uskomusten sekä ennakkoluulojen tarkastelu. Nämä ilmenevät sairaanhoitajan asennoitumisena potilaan ohjaukseen. (Kääriäinen 2008, 11.) Kääriäisen (2007, 81) mukaan sairaanhoitajat arvioivat oman asennoitumisensa ohjaukseen positiiviseksi, vaikka potilaiden mielestä siinä on kehittämistä. Sairaanhoitajan eettistä toimintaa ohjaavat terveydenhuollon eettiset periaatteet ja ammattietiikka, joiden mukaan toimiminen on hoitajan vastuu. (Etene 2001, 3 - 6; Sairaanhoitajaliitto 1996.) Sairaanhoitaja on ohjaussuhteessa ohjausprosessin asiantuntija, mikä edellyttää tietoa ja taitoa ohjattaviin asioihin, oppimisen periaatteisiin ja ohjausmenetelmiin. Ohjausvalmiudet ovat oleellinen osa laadukasta ohjausta ja sairaanhoitajalla on vastuu päivittää tietoaan ja taitojaan hyvien ohjausmenetelmien taakamiseksi. (Kääriäinen 2007, 11 - 12.)

Potilaan ja sairaanhoitajan taustatekijät ovat ohjauksen lähtökohta. Potilaiden erilaisuus ja erilaiset tarpeet luovat hoitajalle haasteita ohjauksen toteuttamiseen. Tämän vuoksi onkin tärkeää, että sairaanhoitaja tunnistaa omat ohjaukseen vaikuttavat taustatekijänsä ja perehtyy myös potilaan taustatekijöihin. Jos sairaanhoitaja ei perehdy taustatekijöihin, ohjataan kaikkia potilaita aina samoilla menetelmillä. (Kyngäs ym. 2007, 26 - 27.)

Kääriäinen (2007, 12) esittää, että ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät voidaan jakaa yksilöllisiin, fyysisiin, psyykkisiin sekä sosiaalisiin tekijöihin. Oulun yliopistollisessa sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa kerättiin palautetta ohjauksen laadusta noin 840 potilaalta. Tutkimuksesta ilmenee, että suurimmalle osalle potilaista ohjaustoiminta oli potilaslähtöistä, mutta viidennekselle ei. Erityisesti taustatekijöiden, kuten potilaan tunteiden, pelkojen, toiveiden, ongelmien, omaisten ja elämäntilanteen huomioinnissa esiintyi puutteita. (Kääriäinen 2007, 82.)

Fyysiset taustatekijät vaikuttavat potilaan kykyyn vastaanottaa ohjausta. Potilaan käydessä läpi vaikeita asioita voi ohjauksen vastaanottaminen olla vaikeaa. Sairaanhoitajan onkin oleellista tunnistaa miten ja milloin voidaan ohjata. (Kyngäs ym. 2007, 29 - 31.) Koveron ja Tykän (2002, 244) tekemässä tutkimuksessa todetaan, että monet rintasyövän sairastaneista kokivat mielentilan vaikuttavan mahdollisuuksiin vastaanottaa tietoa ja pitivät parempana tiedon vastaanottamista leikkauksen jälkeen. Psykkisiä tekijöitä ovat esimerkiksi käsitys omasta terveydestä, omat kokemukset ja mieltymykset sekä oppimistavat ja motivaatio. Sosiaalisia tekijöitä ovat myös kulttuuriperäiset tekijät, jotka vaikuttavat potilaan suhtautumiseen käsiteltäviä asioita kohtaan. (Kyngäs ym. 2007 32 - 35.) Omaiset ovat merkittävä taustatekijä ja heidän läsnäolonsa ohjauksessa auttaa tiedon käytössä ja väärinymmärrysten välttämässä (Kääriäinen 2008, 12.)

Resurssit ohjauksen antamiseen ovat välttämättömiä laadukkaan ohjauksen kannalta. Ohjauksen onnistuminen vaatii rauhallista, kiireetöntä ympäristöä ja riittävää henkilökunnan määrää sekä ajan tasalla olevaa ohjausmateriaalia ja välineistöä. (Kyngäs ym. 2007, 37; Kääriäinen 2007, 12.) Kääriäinen (2007, 80) toteaa tutkimuksessaan, että kymmenesosa potilaista piti ohjausaikaa riittämättömänä ja viidesosan mukaan hoitohenkilöstön valmiudet ohjauksessa tarvittavan välineistön käyttämiseen olivat puutteelliset.

Ohjaus syntyy hoitajan ja potilaan välisessä vastavuoroisessa sanallisessa ja sanattomassa vuorovaikutussuhteessa, jossa hoitaja on vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntija. (Kääriäinen 2008, 12; Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 25.) Lipponen ym. (2006, 23) määrittelevät vuorovaikutuksen tavoitteeksi ohjaussuhteen muodostumisen, jolla voidaan tukea potilaan hoitoon sitoutumista. Vuorovaikutuksessa merkityksellistä ovat kohtelu, ymmärtäminen, empatia, tukeminen ja yhteistyö sekä luottamuksellisuus. Luottamuksellisen ohjaussuhteen rakentuminen mahdollistuu vuorovaikutuksessa, jossa potilasta kannustetaan osallistumaan keskusteluun, esittämään kysymyksiä ja hänelle annetaan palautetta. Nykyään kiire luo haasteita luottamuksellisen ohjaus-suhteen syntymiselle. (Lipponen ym. 2006, 30.)

Potilaan ja sairaanhoitajan tulisi pystyä suunnittelemaan ohjauksen sisältöä ja tavoitteita yhdessä, mikä edellyttää molemmin puoleista kunnioitusta, kiinnostusta toisen asioita kohtaan, asiallisuutta, havainnointikykyä, kuuntelutaitoa ja taitoa ilmaista omia ajatuksia sekä kykyä kysyä lisäkysymyksiä. (Kääriäinen 2008, 12; Lipponen ym. 2006, 25.) Koveron ja Tykän (2002, 244) tutkimuksessa todetaan, että vuorovaikutustaitoja olisi kehitettävä ja keskusteluille varattava enemmän aikaa. Tutkimuksessa ilmenee, että epäonnistunut vuorovaikutus henkilökunnan kanssa lisäsi rintasyövän sairastaneiden potilaiden ahdistusta ja pelkoa. Osalla potilaista keskustelut hoitohenkilökunnan kanssa lisäsivät turvallisuuden tunnetta.

Ohjauksessa tärkeää on huomioida potilaan tarpeet ja tukea häntä aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen. Aktiivisuudella pyritään tukemaan potilasta ottamaan vastuuta omasta toiminnastaan. (Kyngäs ym. 2007, 40.) Koveron ja Tykän (2002, 244) tutkimuksessa todetaan, että potilaat kokevat tärkeänä mahdollisuuden osallistua päätöksien tekoon.

Tavoitteellinen ohjausprosessi syntyy, kun potilas ja hoitaja ovat aktiivisia ohjaussuhteessa. Tavoitteiden asettamisen lähtökohtana ovat potilaan taustatekijät eli mitä potilas tietää, mitä hänen tulee tietää ja mikä on paras ohjausmenetelmä näiden tavoitteiden saavuttamisessa. Koko ohjausprosessin ajan tulee arvioida ohjauksen onnistumista ja tavoitteiden saavuttamista. (Kääriäinen 2007, 12 - 13; Kyngäs ym. 2007, 41 - 43.)

4.2 Ohjausmenetelmät

Ohjausmenetelmää valitessa sairaanhoitajan tulee ottaa huomioon monia asioita. Jokaisella ihmisellä on oma tapa omaksua asioita: toiset oppivat parhaiten kuuntelemalla eli saamalla sanallista ohjausta, toiset puolestaan kokevat visuaalisuuden tärkeänä, jolloin ohjauksessa tulisi hyödyntää kuvien käyttöä. Ohjauksessa on hyvä huomioida, että ihmisen kyky muistaa ja vastaanottaa asioita on rajallista ja tämän vuoksi asioiden kertaaminen on tärkeää. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta ym. 2007, 73.)

Ohjaus voi olla suullista, kirjallista tai audiovisuaalista ohjausta. Suullinen ohjaus on yleisintä ja se koetaan hyödyllisimpänä, sillä siinä korostuu ohjauksen tärkein elementti eli vuorovaikutus. Suullinen ohjaus jaetaan yksilölliseen ja ryhmäohjaukseen. Potilaat arvostavat erityisesti yksilöllistä ohjausta, mikä ilmenee muun muassa Koveron ja Tykän (2002, 243) tekemästä tutkimuksesta, jossa haastateltiin rintasyöpään sairastuneita naisia. Yksilöohjaus vaatii hoitajalta paljon aikaa ja paneutumista potilaan tilanteeseen, mutta antaa mahdollisuuden vastavuoroiseen, vapaamuotoiseen keskusteluun. Tutkimuksessa, jossa tutkittiin potilaiden käsityksiä saamastaan ohjauksesta, terveydenhuollonhenkilöstö hallitsi hyvin vain yksilöohjauksen. (Kääriäinen, Kyngäs, Kukkola & Torppa 2005, 13.)

Ryhmäohjaus on yksilöllisenohjauksen lisäksi paljon käytetty ja hyväksi todettu ohjausmenetelmä. Ryhmiä voi olla monen kokoisia ja niitä muodostetaan monista eri syistä.

Ryhmäohjauksen avulla pyritään pääsemään eroon sairauden myötä tulleesta minäkeskeisyydestä ja yksinolon tunteesta. Ryhmäohjaus antaa potilaalle mahdollisuuden purkaa tunteitaan ja vertailla niitä. (Kyngäs ym. 2007, 104 - 107.) Lipponen ym. (2006, 86) toteavat tutkimuksessaan ryhmäohjauksen hyväksi puoleksi juuri potilaiden mahdollisuuden keskustella toisten samassa tilanteessa olevien kanssa. Tutkimuksessa todetaan myös kuinka syöpäpotilaan ohjauksessa saatavan sosiaalisen tuen on todettu helpottavan kriiseissä ja muutokseen sopeutumisessa (Lipponen ym. 2006, 33.)

Audiovisuaalisessa ohjauksessa asiakkaalle tarjotaan tukea teknisten laitteiden kuten videoiden, äänikasettien, tietokoneohjelmien ja puhelimen avulla. Audiovisuaalisen ohjauksen avulla voidaan korjata väärinkäsityksiä, virkistää muistia ja ohjata omaisia. Tällainen ohjaus on taloudellista ja tukee potilaan itsehoitoa. (Kyngäs ym. 2007, 116 - 117.) Kääriäisen (2007, 11.) tutkimuksessa todetaankin, että potilaat ja omaiset toivovat audiovisuaalisen ohjauksen käyttöä yhdessä suullisen ohjauksen kanssa.

Demonstraatio eli näyttämällä oppiminen on suullisen ohjauksen kanssa paljon käytetty menetelmä. Sen avulla asiakkaalle opetetaan konkreettisesti, miten jokin asia tehdään, jolloin asiakas voi toteuttaa hoitoa kotona itsenäisesti. (Kyngäs ym. 2007, 128 - 129.)

Kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö potilaiden ohjauksessa on lyhyiden sairaalassaoloaikojen vuoksi yleistynyt. Se toimii hyvänä tiedonlähteenä potilaille, ja sen avulla he pystyvät keräämään asioita kotona ja myös omaiset saavat tietoa potilaan hoidosta. Kirjallisen ohjauksen ei kuitenkaan tule korvata suullista ohjausta vaan tukea sitä. Kirjallista ohjausmateriaalia voidaan käyttää apuna esimerkiksi sairaalasta kotiutuvien potilaiden ohjauksessa. (Kyngäs ym. 2007, 124 - 125.)

5 Prosessikuvaus

Prosessi voidaan käsittää monella eri tapaa: se voidaan ymmärtää jonkin asian muutoksena tai kehityksenä, ja myös mitä tahansa toimintaa voidaan kutsua prosessiksi. Prosessi-käsitteeseen sisältyy oletus jatkuvuudesta ja toistosta. Ajatellaan, että on olemassa jotakin pysyvää ja toistuvaa, jota voidaan mallintaa ja kehittää. Prosessit auttavat ihmisiä ymmärtämään sekavalta tuntuvia asioita tekemällä niistä ymmärrettäviä prosesseja. (Laamanen 2002, 19 - 21; Lillrank, Kujala & Parvinen 2004, 95.)

Toimintaprosessissa joukko loogisesti toisiinsa liittyviä toimintoja yhdessä tarvittavien resursien kanssa aikaansaavat toiminnan tuloksen, esimerkiksi potilaan hoitoprosessin terveydenhuollossa. Prosessi voi olla olemassa ilman sen olemassa olon tiedostamista. Onkin tärkeää, että prosessit määritellään, kuvataan ja mallinnetaan esimerkiksi prosessikarttojen avulla. Vasta kuvattua prosessia pystytään tarkastelemaan kriittisesti ja järjeistämään, jolloin siitä hyödytään. (Laamanen 2002, 19; Lillrank ym. 2004, 94 - 95.)

Prosessiajatellussa lähdetään liikkeelle potilaasta ja hänen tarpeistaan. Parhaimmillaan prosessit parantavat potilaiden tyytyväisyyttä ja auttavat työntekijöitä ymmärtämään kokonaisuutta ja omaa rooliaan siinä, mikä mahdollistaa työn kehityksen. Näin prosessit tuovat selkeyttä toimintaan ja tyydyttävät niin potilaan kuin organisaation työntekijöidenkin tarpeita. Prosessien kuvaaminen johtaa myös usein työtovereiden osaamisen arvostamiseen ja monitaitoisuuteen. Prosessikuvausten avulla organisaation käytännöntyötä pystytään esittämään ja tarvittaessa kehittämään sen kautta. (Laamanen 2002, 21 - 23.)

Prosessiorganisaatiossa asiat ryhmitellään asiakkaalle arvoa tuottavien prosessien ympärille. Prosessikeskeisyyttä ajatellaan siis myös asiakaskeisyytenä. Pyrkimyksenä on saavuttaa kokonaisuuden sujuvuus. Prosessiorganisaatio jaetaan ydin- ja tukiprosesseihin. (Lillrank ym. 2004, 92 - 94.) Laamasen (2002, 55 - 57) mukaan ydinprosesseilla on välitön yhteys asiakkaaseen, ja tukiprosessit ikään kuin luovat edellytyksiä ydinprosessin toteuttamiseen. Lillrank ym. (2004, 92 - 94) nimeävät esimerkissään sairaalan ydinprosessiksi hoitoprosessin ja sen tukiprosessiksi ruokahuollon. Ruokahuolto tukiprosessina siis tukee ydinprosessin eli hoitoprosessin toimivuutta.

Tässä opinnäytetyössä prosessikuvausten avulla voidaan tarkastella ja kuvata ohjausprosessia mahdollisimman tarkasti ja kokonaisvaltaisesti. Käytimme QPR ProcessGuide -ohjelmistoa opinnäytetyömme ohjausprosessin mallintamisessa. (QPR Software Oy 2011).

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Naistenklinikan rintarauhaskirurgiselle vuodeosastolle prosessikuvaus rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeisestä ohjauksesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeistä ohjausta kyseisellä osastolla, jossa prosessikuvausta voidaan hyödyntää paitsi ohjauksen kehittämisessä, myös uusien työntekijöiden perehdyttämisessä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat

- Mitkä ovat rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeisen ohjauksen sisällöt
- Mitkä ammattiryhmät osallistuvat rintasyöpäpotilaan ohjaukseen
- Millaisia ohjausmenetelmiä rintasyöpäpotilaan ohjauksessa käytetään

7 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmälliset ratkaisut

7.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on kuvata todellista elämää, ja tutkittavaa kohdetta pyritään kuvaamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, mikä on oleellista tässä opinnäytetyössäkin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tyypillistä on myös, että aineisto kerätään todellisista tilanteista suosien ihmisiä tiedon lähteenä. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2008, 157.) Käytetäessä kvalitatiivisia tutkimusmenetelmää Eskolan ja Suorannan (1998, 15 - 16) mukaan tutkimuksen suunnitelma elää tutkimushankkeen mukana ja kvalitatiivisilla menetelmillä saavutetaan ilmiöiden prosessiluonne. Tyypillistä on tutkijan pyrkimys keskittyä tutkittavan ilmiön pieneyteen ja analysoida sitä mahdollisimman tarkasti. Näin ollen voidaan sanoa, että aineiston analysointi ja tulokset perustuvat niiden laatuun eivätkä määrään. Lisäksi hypoteesittomuus on laadullisen tutkimuksen tunnuspiirre. Hypoteesittomuudella tarkoitetaan, että tutkijalla ei saisi olla ennako-oletuksia tutkimuskohteesta tai tuloksista. Oleellista on tunnistaa tällaiset ennako-oletukset ja pyrkiä oppimaan uutta tutkimuksen edetessä. (Eskola & Suoranta 1998, 16 - 20.)

7.2 Aineistonkeruumenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla rintarauhaskirurgisen vuodeosaston kahta sairaanhoitajaa ryhmähaastattelussa. Lisäksi yksilöhaastatteluilla haastateltiin fysioterapeuttia sekä rintasyöpähoitajaa. Haastattelumenetelmiä on olemassa useita ja tässä opinnäytetyössä menetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Teemahaastattelu on strukturoidun ja avoimen haastattelun välimuoto, jossa haastattelua ohjaavat etukäteen suunnitellut teema-alueet, mutta tarkat kysymysten muodot ja järjestys puuttuvat. (Hirsjärvi ym. 2008, 203 - 204; Aaltola & Valli 2001, 24 - 26; Tuomi ym. 2009, 75.) Haastattelu on vuorovaikutustilanne, jossa usein tutkija ohjaa tilannetta ja pyrkii saamaan vuorovaikutuksessa vastauksia tutkittaviin aihepiireihin. Tässä opinnäytetyössä teema-alueet muodostuivat teorian ja tutkimuskysymysten perusteella, ja tarkoituksena oli kerätä aineistoa, jonka avulla saatiin opinnäytetyöstä sen tarkoitusta vastaava. (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2009, 96 - 97; Tuomi & Sarajärvi 2009, 75; Aaltola & Valli 2001, 24 - 25.)

Haastattelussa on oleellista kaikkien teema-alueiden läpikäyminen. Tässä opinnäytetyössä ne olivat rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeisen ohjauksen sisältö, ohjaukseen osallistuvat ammattiryhmät sekä ohjauksessa käytettävät ohjausmenetelmät. Teemahaastattelun muotoina käytettiin ryhmähaastattelua ja yksilöhaastattelua. Ryhmähaastattelun tarkoituksena on kerätä aineistoa useammalta henkilöltä teema-alueiden mukaisesti. Ryhmähaastattelulla säästetään näin ollen aikaa ja se on tehokasta. Lisäksi ryhmähaastattelun etuna on, että haastateltavat pystyvät auttamaan toisiaan muistamaan tutkimuksen kannalta oleellisia asioita ja auttamaan mahdollisten väärinymmärrysten korjaamisessa. (Ojasalo ym. 2009, 100 - 102; Hirsjärvi ym. 2008, 204 - 207; Hirsjärvi & Hurme 2001, 47 - 48.)

Rintasyöpähoitajaa sekä fysioterapeuttia haastateltaessa haastattelumuodoksi valittiin yksilöhaastattelu. Yksilöhaastattelussa haastateltavia on yksi kerrallaan, jolloin muut henkilöt eivät voi vaikuttaa haastateltavan vastauksiin (Vuorela 2005). Tähän opinnäytetyöhön yksilöhaastattelu valittiin rintasyöpähoitajan ja fysioterapeutin haastattelumuodoksi, sillä näin he pystyivät tuomaan erikoisosaamisensa ja olennaisen informaation opinnäytetyöhön juuri heidän näkökulmastaan ilman, että muut ammattiryhmien edustajat esittivät omia näkemyksiään samassa haastattelussa.

Tutkimusluvan hyväksymisen jälkeen rintarauhaskirurgisen vuodeosaston osastonhoitajalle lähetettiin haastattelun teema-alueet sisältävä haastattelulomake (Liite 1) sekä saatekirje tutkimukseen osallistuville (Liite 2). Osastonhoitaja kertoi osaston henkilökunnalle opinnäytetyöstämme ja sen tarkoituksesta sekä haastattelusta ja sen teema-alueista. Henkilökunnalla oli näin aikaa tutustua haastattelun teema-alueisiin ennen haastattelutilannetta.

Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja osastonhoitaja valitsi haastateltavat sairaanhoitajat. Haastateltavien valinnassa korostettiin työkokemusta rintarauhaskirurgiselta alalta, mikä oli oleellista opinnäytetyön tulosten laadun ja luotettavuuden kannalta. Haastattelut toteutettiin syyskuussa 2011. Ennen haastattelujen tekemistä harjoiteltiin teemahaastattelun runkoa, kysymysten muotoa sekä lisäkysymysten esittämistä tehden kaksi esihaastattelua. Lisäksi esihaastattelun tarkoituksena oli varmistaa nauhureiden asianmukainen toimiminen.

Varsinaisen haastattelun alussa haastateltaville kerrottiin vielä opinnäytetyön tarkoituksesta ja haastattelusta aineistonkeruumenetelmänä. Haastateltavien vapaaehtoista osallistumista sekä oikeutta haastattelun keskeyttämiseen korostettiin ennen haastatteluiden aloittamista. Lisäksi jokainen haastateltava allekirjoitti suostumuslomakkeen haastatteluun osallistumisesta (Liite 3). Haastattelu aloitettiin ensimmäisestä teema-alueesta, joka oli ohjauksen sisältö ja haastattelun aikana edettiin muihin teema-alueisiin.

Ensimmäisenä haastateltiin fysioterapeuttia yksilöhaastattelulla ja haastattelu tehtiin fysioterapeutin työhuoneessa. Rauhallinen haastatteluympäristö varmistettiin informoimalla osaston muuta henkilökuntaa haastattelusta. Haastattelu kesti 43 minuuttia ja se nauhoitettiin kahdella nauhurilla. Osaston kahta sairaanhoitajaa haastateltiin ryhmähaastattelulla. Haastattelu ympäristönä oli rintasyöpähoitajan työhuone. Haastattelu kesti 81 minuuttia ja se toteutettiin samoin periaattein kuin fysioterapeutin haastattelu. Rintasyöpähoitajaa haastateltiin myös yksilöhaastattelulla ja haastattelu ympäristönä käytettiin hänen omassa työhuoneessaan. Haastattelu kesti 19 minuuttia ja se toteutettiin samoin periaattein kuin edelliset haastattelut. Haastatteluista saatiin paljon aineistoa teema-alueidemme mukaisesti. Kaikki haastattelut etenivät luonnollisesti ja haastateltavat osoittivat kiinnostusta opinnäytetyötä kohtaan.

7.3 Aineiston analysointi

"Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä" (Tuomi ym. 2009, 108). Aineiston keräämisen jälkeen aineisto analysoitiin käyttäen aineistonlähtöistä sisällönanalyysiä, jonka tarkoituksena on tiivistää hankittu aineisto tiiviiksi kokonaisuudeksi kadottamatta sen informaatiota. Opinnäytetyössä prosessikuvaus muodostui haastattelun analysoinnin tuloksena. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107 - 113).

Aineiston analysointi aloitettiin litteroimalla haastattelusta saatu aineisto, eli kirjoittamalla haastattelut auki sanasta sanaan. Litteroinnin jälkeen aineiston sisältöön perehdyttiin lukiemalla se useaan otteeseen läpi, jonka jälkeen aineistosta alettiin alleviivata teemahaastattelun kysymyksiin ja tutkimuskysymyksiin vastaavia ilmaisuja.

Tämän jälkeen sisällönanalyysin teoriaa kerrattiin ja aloitettiin aineiston pelkistäminen eli redusointi. Redusoinnin tarkoituksena on selkeyttää ja tiivistää aineistoa karsimalla tutkimukselle epäoleellinen pois. Alleviivatut alkuperäisilmaisut pelkistettiin yksinkertaisempaan ja selkeämpään muotoon ja kaikista pelkistetyistä lauseista tehtiin lopullinen lista tietokoneelle. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–110.)

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
...et jos koko rinnan poisto ni sit ne saa sen kevytproteesin se ensirinta ja sit ohjataan et otetaan ne omat liivit ja katotaan sitä proteesin kokoa ja sovitaan sitä oikein kunnolla liivien kanssa ja asetetaan niin et ois mahdollisimman luonnolliset...	Sairaanhoitaja katsoo ja sovittaa yhdessä potilaan kanssa sopivan kevytproteesin
... ne saa sen maksusitoumuksen mukaan ja sit kerrotaan siitä silikoniproteesin hakemisesta minkä voi hakea ku haavat on ihan parantuneet ja sit vielä ohjeistus et mistä haetaan...	Sairaanhoitaja antaa potilaalle maksusitoumuksen silikoniproteesia ja liivejä varten ja ohjaa niiden hankinnassa
...kotiaskareista ni ei mitään suursiivoista mut semmosii pieniä askareita niinku keittiö ja semmosta...	Sairaanhoitaja ohjaa kotiaskareisiin liittyvissä asioissa ja rajoituksissa

Taulukko 1: Esimerkki pelkistämisestä

Aineiston tiivistäminen toteutettiin tunnistamalla siinä esiintyviä samankaltaisia ja erilaisia pelkistettyjä ilmauksia. Tämän jälkeen samankaltaiset pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin eli klusteroititiin värien avulla ja yhdistettiin sisältöä kuvaavalla nimellä alaluokiksi. Ryhmittely osoittautui aikaa vieväksi ja kokonaisuuden muodostaminen haasteelliseksi aineiston laajuudesta johtuen. Ryhmittelyn tuloksena alaluokkia muodostui 48. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–110.)

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Sairaanhoitaja kertoo haava-alueen nestekertymän oireista	Haavapunktion ohjaus
Sairaanhoitaja ohjaa potilasta käymään punktiopoliinikalla tarvittaessa	
Sairaanhoitaja informoi punktiopoliinikan aukioalojoista	

Taulukko 2: Esimerkki alaluokan muodostumisesta

Luokittelussa aineisto tiivistyy ja aineiston informaatioarvo kasvaa. Ryhmittelyn jälkeen aineisto abstrahoitettiin eli erotettiin tutkimuksen kannalta oleellinen tieto ja muodostettiin teoreettinen käsitteistö. Kirjoitetut alaluokat tulostettiin paperille ja yhdistettiin numeroimalla ne samankaltaisuutensa mukaan. Abstrahointia jatkettiin yhdistelemällä luokkia niin kauan kun se oli mahdollista aineiston kannalta. Näin muodostuivat sisältöä kuvaavat seitsemän yläluokkaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111.)

Alaluokka	Yläluokka
Järjestöjen ohjaus	Tukipalveluiden ohjaus
Vertaistuen ohjaus	
Rintasyöpähoitaja ohjaa tukihenkilön saamisesta	
Potilaan ohjaaminen tarvittaessa psykiatrian poliklinikalle	
Potilaan ohjaaminen tarvittaessa sosiaalityöntekijälle	
Lymfaterapien ohjaus ja hoito	

Taulukko 3: Esimerkki yläluokan muodostumisesta

Yläluokista ryhmiteltiin kokonaisuutta kuvaavat pääluokat. Pääluokkia muodostui kolme, ja ne ovat 1) ohjauksen tarpeen määrittely ja ohjauksen valmistelu, 2) ohjauksen toteutus sekä 3) ohjauksen jatkuvuus. Opinnäytetyön tulokset näkyvät luokitteluista muodostuneissa ala-, ylä-, ja pääluokissa sekä niiden sisällöissä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112.)

Yläluokka	Pääluokka
Tukipalveluiden ohjaus	Ohjauksen toteutus
Ohjaus sairauden kanssa selviytymisestä ja sen vaikutuksesta arkielämään	
Ohjaus sairauden vaikutuksesta henkiseen hyvinvointiin	
Ohjaus leikkauspäivänä	

Taulukko 4: Esimerkki pääluokan muodostumisesta

Opinnäytetyön tulosten perusteella tehtiin prosessikuvaus rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeisestä ohjauksesta, joka kuvattiin QPR Process Guide -ohjelmaa hyödyntäen. (Ojasalo ym. 2009, 123 - 125; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108 - 113; Hirsjärvi ym. 2008, 216 - 217.)

8 Opinnäytetyön tulokset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa prosessikuvaus rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeisestä ohjauksesta HYKS:in Naistenklinikan rintarauhaskirurgiselle vuodeosastolle. Aineisto kerättiin haastattelemalla vuodeosaston henkilökuntaa teema-haastatteluilla, joiden aiheet muodostuivat opinnäytetyön tutkimuskysymysten ja teoreettiseen viitekehyksen perusteella. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeisen ohjauksen sisällöt, rintasyöpäpotilaan ohjaukseen osallistuvat ammattiryhmät ja rintasyöpäpotilaan ohjauksessa käytettävät ohjausmenetelmät. Seuraavissa kappaleissa käsitellään tarkemmin opinnäytetyön tuloksia.

8.1 Ohjauksen sisällöt

Analyysin perusteella rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeinen ohjaus muodostuu kolmesta vaiheesta: ohjauksen tarpeen määrittelystä ja ohjauksen valmistelusta, ohjauksen toteutuksesta sekä ohjauksen jatkuvuudesta.

8.1.1 Ohjauksen tarpeen määrittely ja ohjauksen valmistelu

Potilaan ohjaustarpeen määrittely alkaa sairaanhoitajan ja fysioterapeutin perehtymisellä potilaan taustoihin. Sairanhoitaja perehtyy ensin potilaaseen leikkauslistan avulla, josta ilmenee tietoa potilaan taustoista, kuten iästä, diagnoosista ja suunnitellusta operaatiosta. Potilaspapereiden avulla sairaanhoitaja perehtyy potilaan taustoihin syvemmin sekä huomioi rintasyöpähoitajan kirjoittaman yhteenvedon potilaan alkutilanteesta ennen leikkausta. Alkutilanteesta selviää, kuinka potilas on suhtautunut syöpädiagnoosiin sekä millainen tukiverkosto hänellä on. Potilaan taustoihin sekä alkutilanteeseen perehtyminen auttaa sairaanhoitajaa määrittelemään ohjauksen tarvetta. Sairanhoitaja määrittelee ohjauksen tarvetta myös tutustumalla potilaaseen kysymällä vointia ja antamalla sen mukaista ohjausta. Fysioterapeutti perehtyy etukäteen potilaan taustoihin ja tehtyyn operaatioon potilastietojärjestelmän kautta ja tapaa potilaan ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Fysioterapeutti määrittelee ohjauksen tarvetta ja suunnittelee sen toteutusta näiden perusteella. Sairanhoitaja valmistelee potilaan ohjausta tutustumalla potilaan taustoihin potilaspapereiden avulla ja varaa tarvittavat kirjalliset ohjausmateriaalit potilaspapereiden väliin valmiiksi ohjausta varten.

8.1.2 Ohjauksen toteutus

Rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeisen ohjauksen toteutus on suuri kokonaisuus, joka koostuu analyysin mukaan neljästä osa-alueesta. Osa-alueita ovat: ohjaus leikkauspäivänä, ohjaus sairauden kanssa selviytymisestä ja sen vaikutuksesta arkielämään, ohjaus sairauden vaikutuksesta henkiseen hyvinvointiin ja tukipalveluiden ohjaus. Seuraavissa kappaleissa kerrotaan näiden osa-alueiden sisällöstä.

8.1.2.1 Ohjaus leikkauspäivänä

Analyysin perusteella rintasyöpäpotilaan ohjaus leikkauspäivänä muodostuu leikkauksen jälkeisestä potilaan tarkkailuun liittyvästä ohjauksesta, liikkumisen ohjauksesta, haavan- ja kivunhoidon ohjauksesta sekä leikkauksesta ja siihen sisältyvästä ohjauksesta informoimisesta.

Leikkauksen jälkeen sairaanhoitaja huomioi ohjauksessa potilaan yksityisyyden ja pyrkii hoitamaan ja ohjaamaan potilasta rauhallisessa ympäristössä. Leikkauksen jälkeinen ohjaus alkaa, kun sairaanhoitaja hakee potilaan heräämöstä osastolle. Sairanhoitaja huomioi potilaan liikkumiskyvyn ja varaa tarvittavat apuvälineet potilaan liikkumisen tukemiseksi. Hän ohjaa ja tukee potilasta liikkeelle lähdössä sekä kertoo aikaisen liikkeelle lähdön merkityksestä ja ohjaa veritulppien ehkäisyssä kehottamalla liikuttelemaan nilkkoja vuoteessa ollessa. Sairanhoitaja arvioi potilaan liikkumiskykyä ja kannustaa liikkumaan omien voimavarojen mukaisesti sekä auttaa liikkumisessa apua tarvitsevaa potilasta.

Sairanhoitaja kysyy ja arvioi potilaan kipulääkityksen tarvetta leikkauksen jälkeen. Hän kannustaa ja ohjaa potilasta kipulääkkeiden oikeanlaisessa käytössä ja korostaa niiden merkitystä paranemisen aikana. Sairanhoitaja tarkkailee potilaan leikkaushaavaa useasti leikkauspäivänä ja huomioi siinä mahdollisesti tapahtuvia muutoksia. Lääkäri tapaa potilaan ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä, jolloin sairaanhoitaja poistaa haavasidokset ja leikkaustopin. Lääkäri arvioi haavan paranemista ja kertoo potilaalle leikkauksen kulusta sekä leikkauksen perusteella alustavasti suunnitellusta jatkohoidosta. Potilasta kannustetaan haavan katsomiseen ja korostetaan katsomisen merkityksestä ennen kotiutumista, jolloin potilaan on helppompaa tarkkailla haavan paranemista kotona ja huomata mahdolliset paranemisprosessin ongelmat.

Osalle potilaista laitetaan leikkauksen yhteydessä haava-alueelta tuleva haavadreeni. Sairanhoitaja seuraa haavadreeniin tulevan erityksen määrää ja laatua, huomioi siinä tapahtuvat poikkeukset sekä konsultoi tarvittaessa lääkäriä. Sairanhoitaja ohjaa potilasta toimimaan haavadreenin kanssa osastolla.

8.1.2.2 Ohjaus sairauden kanssa selviytymisestä ja sen vaikutuksesta arkielämään

Ohjaus sairauden kanssa selviytymisestä ja sen vaikutuksesta arkielämään perustuu potilaan ohjaamiseen yksilöllisesti. Sairanhoitaja suunnittelee ohjauksen sisältöä potilaan tarpeiden mukaan ja niiden perusteella varaa myös ohjaukselle riittävästi aikaa. Yksilöllisyyden huomiointi ohjauksessa ohjaa potilaan ohjausprosessia. Analyysimme perusteella ohjaus sairauden kanssa selviytymisestä ja sen vaikutuksesta arkielämään koostuu neljästä osa-alueesta, jotka ovat haavan hoidon ohjaus, liikkumiseen liittyvä ohjaus, arkielämään ja potilaan selviytymistä tukeva ohjaus sekä ohjaus eri leikkausten tuomista erityispiirteistä.

Sairanhoitaja ohjaa potilasta haavan kotihoidossa ja antaa potilaalle kirjallisen haavanhoito-ohjeen. Hän ohjaa potilasta seuramaan haavaa kotona päivittäin ja kertoo haavainfektion oireista. Hän antaa potilaalle osaston yhteystiedot ja näin varmistaa, että potilas tietää mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa.

Sairaanhoitaja ohjaa potilasta haava-alueelle mahdollisesti tulevasta nestekertymästä ja kertoo sen oireista sekä ohjaa potilasta tulemaan punktiopoliklinikalle osastolle, mikäli haava-alueelle kerääntyy nestettä.

Mahdollisen haavadreenin pitoaika riippuu potilaalle tehdystä leikkauksesta ja lääkäri päättää ajan pituudesta. Haavadreeni voidaan poistaa osastolla ennen kotiutumista tai tarvittaessa potilas voi kotiutua sen kanssa. Potilaan kotiutuessa haavadreenin kanssa lääkäri päättää haavadreenin poistoaikajankohdan ja sairaanhoitaja sopii tästä potilaan kanssa. Potilaan kotiutuessa haavadreenin kanssa sairaanhoitaja ohjaa ja kannustaa potilasta haavadreenin käytössä kotona sekä pyytää ottamaan yhteyttä osastolle, jos haavadreenin kanssa ilmenee ongelmia. Sairaanhoitaja antaa kirjallisen haavadreenin käyttöoppaan ja opettaa potilasta mittamaan haavadreeniin tulevan erityksen määrän kerran vuorokaudessa.

Sairaanhoitaja kannustaa potilasta liikkumaan leikkauksen jälkeen omien voimavarojen mukaisesti. Hän ohjaa kevyen liikunnan, kuten kävelyn harrastamiseen, ja kehottaa välttämään raskasta liikuntaa sairausloman ajan. Fysioterapeutti tapaa potilaan ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Fysioterapeutti huolehtii potilaan olkanivelen liikkuvuudesta olkanivelen liikkuvuutta ylläpitävällä harjoitusohjelmalla ja antaa tästä kirjallisen ohjeen sekä demonstroi ohjelman potilaalle. Fysioterapeutti korostaa harjoitusten tekemisen tärkeyttä, minkä tarkoituksena on ehkäistä jälkikomplikaatioita. Fysioterapeutti ohjaa potilasta jälkikomplikaationa ilmenevän imusuonten kovettumien hoidossa, jotka ilmenevät usein 2 - 4 viikon kuluttua leikkauksesta. Hän kertoo imusuonten kovettumien aiheuttamista oireista, jotka yleensä ilmenevät kiristyksen tunteena, mikä vaikeuttaa liikeharjoitusten tekemistä. Fysioterapeutti käsittelee manuaalisesti imusuonten kovettumia vastaanotollaan ja ohjaa potilasta ottamaan yhteyttä, jos olkanivelen liikkuvuudessa esiintyy ongelmia.

Sairaanhoitaja ja fysioterapeutti tukevat ohjauksessa potilasta arkielämään liittyvissä asioissa ja niissä selviytymisessä. Sairaanhoitaja ohjaa ja kannustaa arkeen palaamisessa ja kotiaskareiden tekoon liittyvissä asioissa ja rajoitteissa. Tutkimustulosten perusteella fysioterapeutti keskittyy ohjauksessa leikkauksen tuomiin rajoitteisiin, kuten kolmen kilogramman nosto- ja kantorajoituksiin sekä liikkumiseen liittyviin rajoituksiin.

Sairaanhoitaja tukee potilaan selviytymistä kotona kartoittamalla potilaan tukiverkoston ja pärjäämistä kotiolosuhteissa. Sairaanhoitaja kartoittaa myös omaisten osallistumista potilaan hoitoon ja korostaa heidän rooliaan toipumisen aikana. Tarvittaessa potilaan selviytymistä kotona tuetaan tekemällä yhteistyötä omaisten kanssa. Sairaanhoitaja kannustaa potilasta yhteydenottoon ongelmatilanteissa sekä huolehtii, että potilaalla on osaston yhteystiedot ja näin tukee potilaan selviytymistä.

Rintasyöpäpotilaiden eri leikkaukset tuovat ohjaukseen erityispiirteitä, riippuen siitä onko potilaalle tehty rinnan osa- vai kokopoistoleikkaus ja onko potilaan kainalon imusolmukkeet jouduttu tyhjentämään leikkauksessa. Rinnan osapoistopotilasta sairaanhoitaja ohjaa käyttämään rintaliivejä kahden viikon ajan yötä päivää, minkä tarkoituksena on tukea leikkaushaavoja paranemisprosessin aikana. Rinnan kokopoistopotilasta sairaanhoitaja ohjaa kevyt- ja silikoniproteesiin liittyvissä asioissa. Sairaanhoitaja katsoo ja sovittaa yhdessä potilaan kanssa sopivan kevytproteesin osastolla. Kevytproteesin tarkoituksena on toimia väliaikaisena proteesina ennen proteesiliiveihin laitettavan silikoniproteesin hankintaa. Sairaanhoitaja ohjaa ja tukee potilasta kevytproteesin käytössä ja siihen liittyvissä asioissa, kuten sen pesemisessä. Lääkäri kirjoittaa potilaalle maksusitoumuksen silikoniproteesia ja proteesiliivejä varten. Sairaanhoitaja antaa maksusitoumuksen potilaalle ja ohjaa silikoniproteesin ja proteesiliivien hankintaan noin kuukauden kuluttua leikkauksesta eli haavojen parannuttua täysin. Sairaanhoitaja kertoo maksusitoumuksen uusimisesta jatkossa omalla terveysasemalla kahden vuoden välein.

Analyysin perusteella fysioterapeutti ohjaa potilasta kainalon imusolmukkeiden tyhjennysleikkauksen jälkeen leikkauksen vaikutuksista ja aiheuttamista rajoitteista potilaan arkielämään. Fysioterapeutti kertoo infektioiden ehkäisyn merkityksestä kainalon imusolmukkeiden tyhjen-nyksen jälkeen ja ohjaa niiden ehkäisyssä korostaen erityisesti hyvää käsihygieniaa. Fysio-terapeutti kertoo potilaan arkielämään liittyvistä rajoitteista, kuten esimerkiksi verinäyt-teidenoton välttämisestä leikatulta puolelta loppuelämän ajan. Fysioterapeutti ohjaa potilas-ta myös mahdollisista jälkikomplikaatioista kuten yläraajaturvotuksesta ja sen hoidosta.

8.1.2.3 Ohjaus sairauden vaikutuksesta henkiseen hyvinvointiin

Opinnäytetyön tulosten perusteella ohjaus sairauden vaikutuksesta henkiseen hyvinvointiin perustuu potilaan, rintasyöpähoitajan sekä sairaanhoitajan väliseen vuorovaikutukseen ja kes-kusteluun. Rintasyöpähoitaja tapaa potilaan ennen leikkausta ja vain tarvittaessa sen jälkeen. Sairaanhoitaja ottaa ohjauksessa huomioon potilaan henkisen hyvinvoinnin kysymällä ja kes-kustelemalla potilaan kanssa hänen jaksamisestaan.

Sairaanhoitajan tehtävänä on arvioida potilaan henkistä hyvinvointia ja tarvittaessa konsul-toida rintasyöpähoitajaa ja ohjata potilas rintasyöpähoitajan luokse, joka tukee potilaan jak-samista keskustelemalla.

Rintasyöpähoitaja korostaa omaisten roolia potilaan toipumisessa ja hoitoon osallistumisessa. Sairaanhoitaja konsultoi myös tarvittaessa lääkäriä potilaan jaksamisesta, jolloin lääkäri arvi-oi potilaan henkistä hyvinvointia ja ohjaa tarvittaessa jatkohoitoon.

Sairaanhoitajalla on tärkeä rooli potilaan minäkuvan muutokseen liittyvässä ohjauksessa. Sairaanhoitaja tukee potilasta katsomaan leikattua rintaa ensimmäisten kertaa ja keskustelee sen tuomista tuntemuksista ja ajatuksista. Potilaalla on mahdollisuus keskustella seksuaalisuuteen liittyvissä asioista sairaanhoitajan ja rintasyöpähoitajan kanssa. Rintasyöpähoitaja antaa potilaalle lisäksi kirjallista ohjausmateriaalia seksuaalisuuteen liittyvistä asioista.

8.1.2.4 Tukipalveluiden ohjaus

Analyysistä ilmenee, että potilaan ohjaaminen tukipalveluihin alkaa jo ennen leikkausta, kun potilas tapaa rintasyöpähoitajan. Rintasyöpähoitaja antaa kirjallista materiaalia Syöpäjärjestöjen ja Rintasyöpäyhdistyksen toiminnasta. Analyysistä käy myös ilmi, että ennen leikkausta rintasyöpähoitaja antaa kirjallista materiaalia vertaistuesta ja ohjaa vertaistuen saamisessa, sekä erilaisista vertaistukiryhmistä. Rintasyöpähoitaja ohjaa lisäksi tukihenkilön saamisessa Syöpäjärjestön kautta. Leikkauksen jälkeen sairaanhoitaja ohjaa tukipalveluiden toiminnasta potilaan tarpeiden mukaan. Koska potilaat ovat saaneet rintasyöpähoitajalta kirjallista materiaalia ja ohjausta erilaisista tukipalveluista ennen leikkausta, ei sairaanhoitaja automaattisesti ohjaa näistä.

Potilaalla osastolla on mahdollisuus tavata sosiaalityöntekijä. Sosiaalityöntekijä tapaa potilaita, joilla on taloudellisia ja asumiseen liittyviä ongelmia. Sairaanhoitaja huomioi potilaan kokonaistilanteen hoidossa ja ottaa tarvittaessa yhteyttä sosiaalityöntekijään, joka tulee tapaamaan potilasta. Analyysissä ei käynyt ilmi, että sairaanhoitaja ohjaisi potilaita muille eri ammattiryhmille. Potilaan tarpeen mukaan hänet voidaan ohjata psykiatrian poliklinikalle, jonne lääkäri kirjoittaa lähetteen.

Fysioterapeutti ohjaa potilaan tarvittaessa lymfaterapiaan. Analyysissä ei käynyt ilmi tehdäänkö potilaalle lähete lymfaterapiaa varten. Fysioterapeutti antaa potilaalle maksusitoumuksen lymfaterapiaa varten, mutta epäselväksi jäi myös maksusitoumuksen kirjoittaja. Fysioterapeutin vastuulle kuuluu lymfaturvotuksesta kärsivän potilaan ohjaus lymfaterapiasta, sen merkityksestä sekä aloittamisesta. Hän myös tilaa lymfaterapiaa varten tarvittavat kompressiotuotteet potilaalle. Ennen kompressiotuotteiden saamista fysioterapeutti tekee potilaalle kinesioteippausta, jonka tarkoituksena on vähentää turvotusta.

8.1.3 Ohjauksen jatkuvuus

Lääkäri arvioi ja päättää, milloin potilas voi kotiutua ja informoi tästä potilasta hoitavaa sairaanhoitajaa, joka alkaa suunnitella kotiuttamista. Lääkäri kirjoittaa potilaalle tarvittavat lääkeresepit sekä sairauslomatodistuksen. Sairaanhoitajan kotiuttaessa potilasta hän antaa lääkeresepit ja ohjaa potilasta lääkkeiden oikeanlaisessa käytössä.

Leikkauksen jälkeen potilas kotiutuu omaan kotiinsa tai jatkohoitopaikkaan. Lääkäri ja sairaanhoitaja arvioivat potilaan pärjäämistä kotona, ja jatkohoitopaikka tai kotona selviytymistä tukeva kotihoito järjestetään jos potilas ei pärjää kotona. Jatkohoitopaikkaa varten lääkäri tekee potilaasta jatkohoitolähetteen. Potilaan siirtyessä jatkohoitoon tai kotihoidon asiakkaaksi sairaanhoitaja huolehtii potilaan hoidon jatkuvuudesta olemalla yhteydessä jatkohoitopaikkaan puhelimitse ja antamalla potilaasta raportin. Sairanhoitaja myös informoi jatkohoitopaikkaa potilaalle sovituista jälkitarkastusajasta sekä mahdollisista kontrollikäynneistä osastolla. Sairanhoitaja ja jatkohoitopaikka tekevät yhteistyötä suunniteltaessa potilaan siirtymistä jatkohoitopaikkaan sekä hoidon jatkumisesta siellä. Sairanhoitaja kirjoittaa potilaan hoidosta osastolla hoitotyönyhteenvedon ja huolehtii, että tämä sekä potilaan jatkohoitoon liittyvät muut paperit, kuten lääkeresepit, toimitetaan jatkohoitopaikkaan.

Lääkärin jälkitarkastusaika on noin kahden viikon kuluttua leikkauksesta. Tavoitteena on, että potilaan jälkitarkastusaika varataan hänet leikanneelle kirurgille. Sairanhoitaja informoi osastonsihteerä jälkitarkastuksen ajankohdasta ja osastonsihteerä varaa potilaalle ajan. Jälkitarkastuksen jälkeen kahden viikon kuluttua lääkäri tekee potilaasta lähetteen syöpätautienklinikalle, jonka jälkeen potilas siirtyy syöpätautien klinikan potilaaksi.

Potilaan kotiutuessa fysioterapeutti sopii fysioterapian jatkohoidosta potilaan kanssa varamalla jälkitarkastusajan. Jälkitarkastusaika varataan potilaalle, jolle on tehty rinnan kokopistoleikkaus sekä potilaalle, jolta on tyhjennetty kinalon imusolmukkeet. Jälkitarkastusaika on kahden viikon kuluttua leikkauksesta eli samana päivänä kuin lääkärin jälkitarkastus. Jälkitarkastuksessa fysioterapeutti arvioi potilaan kuntoutumista ja fysioterapian tarvetta jatkossa sekä päättää fysioterapian lopettamisesta, kun potilas ei sitä enää tarvitse. Potilas voi kuitenkin olla yhteydessä fysioterapeuttiin jatkossa ongelmien ilmetessä, vaikka potilaan hoito siirtyykin lääkärin jälkitarkastuksen jälkeen syöpätautien klinikalle.

Rintasyöpähoitaja ei tapaa potilasta leikkauksen jälkeen, mutta huolehtii potilaan hoidon jatkuvuudesta antamalla yhteystietonsa ennen leikkausta. Rintasyöpähoitaja kannustaa potilasta ottamaan yhteyttä tarpeen tullen ja korostaa, että potilaan ja rintasyöpähoitajan välinen hoitosuhde voi jatkua vielä potilaan siirtyessä syöpätautien klinikan potilaaksi, jos potilas niin toivoo.

8.2 Ohjaukseen osallistuvat ammattiryhmät

Potilaan ohjaukseen osallistuvat analyysin perusteella pääasiassa lääkäri, sairaanhoitaja ja fysioterapeutti sekä tarvittaessa sosiaalityöntekijä. Aineistoa kerättyä haastateltiin osastolla työskentelevää rintasyöpähoitajaa ja analyysissä ilmeni, että rintasyöpähoitaja osallistuu potilaan ohjaukseen ja tukee erityisesti potilaan henkistä jaksamista, mutta ohjaus tapahtuu pääasiassa ennen leikkausta ja vain tarvittaessa sen jälkeen. Rintasyöpähoitaja kirjoittaa potilaspapereihin yhteenvedon potilaan alkutilanteesta, mikä ohjaa sairaanhoitajaa potilaan ohjauksessa myöhemmin.

Lääkäri vastaa potilaan hoidosta ja näin ollen potilaan ohjauksesta, mikä edellyttää yhteistyötä potilasta hoitavien muiden ammattiryhmien edustajien kanssa. Lääkäri tapaa potilaan ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä osastolla, arvioi ja päättää milloin potilas voi vointinsa puolesta kotiutua ja kirjoittaa potilaalle lääkereseptit sekä sairauslomatodistuksen. Lääkärin jälkitarkastus on kahden viikon kuluttua leikkauksesta, jolloin lääkäri tapaa potilaan uudelleen ja tekee jatkohoitolähetteen syöpätautienklinikalle, jonka potilaaksi potilas siirtyy.

Sairaanhoitajalla on suurin rooli potilaan ohjauksessa. Ohjaus alkaa, kun sairaanhoitaja hakee potilaan leikkauksen jälkeen osastolle. Ennen ohjauksen aloitusta sairaanhoitaja on perehtynyt potilaan taustoihin ja tavatessaan potilaan sairaanhoitaja tutustuu häneen ja määrittelee näin ohjauksen tarvetta. Ohjauksen toteutus on sairaanhoitajan antaman ohjauksen suurin kokonaisuus. Sairaanhoitaja ohjaa potilasta leikkauksen jälkeen aina hänen kotiutumiseensa saakka. Analyysin perusteella sairaanhoitaja ohjaa rintasyöpäpotilasta monipuolisesti ja kokonaisvaltaisesti konkreettisista arkielämään ja selviytymiseen liittyvistä asioista aina henkiseen hyvinvointiin ja minäkuvanmuutokseen liittyviin asioihin asti.

Analyysin perusteella fysioterapeutin rooli potilaan ohjaamisessa painottuu rintasyöpäleikkauksen jälkeisten komplikaatioiden ennaltaehkäisyyn, tunnistamiseen ja hoitamiseen sekä tarvittaessa potilaan ohjaamiseen tukipalveluihin. Analyysin perusteella fysioterapeutti tapaa potilaan ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä ja seuraavan kerran fysioterapeutin jälkitarkastuksessa kahden viikon kuluttua leikkauksesta, jolloin hän arvioi potilaan fysioterapian tarvetta jatkossa tai päättää sen lopettamisesta.

8.3 Ohjauksessa käytettävät ohjausmenetelmät

Opinnäytetytön tulosten perusteella ohjausmenetelmänä käytetään yksilöohjausta ja ohjaus toteutetaan pääasiassa suullisena ohjauksena. Suullisen ohjauksen lisäksi potilaan ohjauksessa käytetään kirjallista ohjausmateriaalia sekä demonstraatiota eli näyttämällä oppimista. Sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja rintasyöpähoitaja antavat potilaalle tarvittaessa puhelinohjausta hänen kotiutumisen jälkeen.

Rintasyöpähoitaja käyttää ohjauksessaan suullista ohjausta keskustelemalla potilaan kanssa ennen leikkausta ja tarvittaessa leikkauksen jälkeen. Rintasyöpähoitaja ohjaa ja antaa kirjallista ohjausmateriaalia Syöpäjärjestöjen ja Rintasyöpäyhdistyksen toiminnasta. Rintasyöpähoitaja antaa lisäksi kirjallista materiaalia vertaistuesta sekä seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Rintasyöpähoitaja tukee potilaan jaksamista jatkossa antamalla yhteystietonsa ongelmatilanteita ja puhelinohjausta varten.

Potilaan ohjauksessa sairaanhoitaja käyttää suullista ohjausta, jota tuetaan kirjallisella ohjausmateriaalilla sekä demonstraatioilla. Lisäksi sairaanhoitaja ohjaa potilasta tarvittaessa antaen puhelinohjausta. Tutkimustulosten perusteella sairaanhoitaja antaa kirjallista ohjausmateriaalia haavanhoidosta ja haavadreenin käytöstä. Sairaanhoitaja käyttää demonstraatiota ohjattaessaan potilasta käyttämään haavadreeniä ja mittamaan siihen tulevaa erityksen määrää kotona. Potilaan kotiutumisen jälkeen sairaanhoitaja antaa tarvittaessa puhelinohjausta, jota varten hän antaa potilaalle osaston yhteystiedot.

Fysioterapeutti käyttää potilaan ohjauksessa samoja ohjausmenetelmiä kuin sairaanhoitajakin. Fysioterapeutti ohjaa potilaalle olkanivelen liikkuvuutta ylläpitävän harjoitusohjelman, josta hän antaa potilaalle kirjalliset ohjeet. Suullisen ja kirjallisen ohjauksen lisäksi fysioterapeutti demonstroi potilaalle liikeharjoitusten tekemisen. Fysioterapeutti antaa potilaalle yhteystietonsa ongelmatilanteita varten, jolloin hän antaa puhelinohjausta.

9 Pohdinta

9.1 Luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi perustuu koko tutkimusprosessin teon eri vaiheisiin ja luotettavuuden tärkein kriteeri on tutkija itse. Erittäin oleellista onkin, että tutkija arvioi luotettavuutta jatkuvasti jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla ja perustaa toimintansa rehellisyyteen koko tutkimusprosessin ajan. (Vilkka 2005, 158 - 160, Eskola & Suoranta 1998, 211.)

Luotettavuutta voidaan arvioida neljän eri tekijän perusteella Eskolan ja Suorannan (1998, 212 - 213) mukaan. Ensimmäisellä tekijällä, uskottavuudella, tarkoitetaan tutkijan ja tutkittavien käsitysten samanlaisuutta. Opinnäytetyössä uskottavuutta parannettiin näyttämällä valmis prosessikuvaus rintarauhaskirurgisen vuodeosaston henkilökunnalle arvioitavaksi. Näin saatiin varmistus käsitystemme samankaltaisuudesta. Osastolla oltiin tyytyväisiä prosessikuvaukseemme, eikä sisältöä jouduttu muuttamaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 142.)

Toisella tekijällä eli siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirtämistä tietyin ehdoin toiseen kontekstiin. Tutkimustulosten vertailu aikaisempiin tutkimuksiin edellyttää, että tutkija on kuvannut tarkkaan tutkimukseen osallistujat, aineistonkeruun sekä analyysin ja niiden perusteella lukija voi itse arvioida siirrettävyyttä johonkin toiseen kontekstiin. Opinnäytetyössä on ilmoitettu tarkasti tutkittava potilasryhmä (rintasyöpäleikattu potilas), tutkimukseen osallistuva yksikkö (Naistenklinikan rintarauhaskirurginen vuodeosasto), opinnäytetyössä haastateltavat henkilöt (vuodeosaston kaksi sairaanhoitajaa, rintasyöpähoitaja ja fysioterapeutti) sekä opinnäytetyön toteutuksen kuvaus vaiheittain (aineistonkeruumenetelmä ja analysointi). (Eskola & Suoranta 1998, 212.)

Kolmannella tekijällä, varmuudella, tarkoitetaan, että otetaan huomioon tutkimukseen enustamattomasti vaikuttavat ennakkoehdot. Opinnäytetyössä perehdyttiin rintasyöpäpotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon jo ennen haastattelujen tekemistä ja lähdemateriaalin perusteella muodostui ennakkokäsityksiä ohjauksesta ja sen sisällöstä, mutta ne kuitenkin pyrittiin sivuttamaan haastattelujen ajaksi luotettavan aineiston saamiseksi. Ennakkotieto rintasyöpäpotilaiden hoidosta auttoi haastattelun aikana esittämään tarkentavia kysymyksiä, mikä taas vahvistaa aineiston luotettavuutta. (Eskola & Suoranta 1998, 213.)

Neljäntenä tekijänä Eskola ja Suoranta (1998, 213) esittävät vahvistuksen, jolla tarkoitetaan saatujen tulosten ja tulkintojen saamaa tukea toisista vastaavista tutkimuksista. Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että opinnäytetyön teoreettinen viitekehys ja tulokset ovat yhtenäiset.

Opinnäytetyömme lähdemateriaalina käytettyyn teoriaan suhtauduttiin kriittisesti luotettavuutta ajatellen. Tutkimuksiin perustuvaa tietoa etsittiin niin suomalaisista kuin kansainvälisistäkin tietolähteistä. Lähdemateriaalina pyrittiin käyttämään mahdollisimman uutta tutkimustietoa ja näin lisäämään luotettavuutta. Lähteitä käytettiin kunnioittaen niiden alkuperää ja kirjoittajia sekä heidän esittämiään tuloksia. Opinnäytetyössä merkittiin asianmukaisesti ne lähteet, joita referoitiin.

Valittaessa tutkimus- ja analysointimenetelmiä pohdittiin tarkasti kyseisten menetelmien soveltuvuutta opinnäytetyöhön. Niiden periaatteisiin ja käyttöaiheisiin perehdyttiin hyvän ja luotettavan toiminnan noudattamiseksi opinnäytetyöprosessissa. Koko opinnäytetyöprosessin ajan arvioitiin tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä poistaen negatiivisesti vaikuttavia. Opinnäytetyössä pyrittiin tutkimuksen pätevyteen kuvaamalla tarkasti kaikki tutkimuksen eri vaiheet. Laadullisen tutkimuksen periaatteita noudatettiin ja toiminta perustui rehellisyyteen, huolellisuuteen ja tarkkuuteen koko prosessin ajan.

Opinnäytetyössä tutkittava aineisto kerättiin haastattelemalla rintarauhaskirurgisen vuodeosaston kahta sairaanhoitajaa, fysioterapeuttia sekä rintasyöpähoitajaa. Osastonhoitaja teki valinnan sairaanhoitajista ja korostimme heidän valinnassaan kokemusta rintarauhaskirurgiselta alalta, mikä lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Ennen haastattelujen toteuttamista tehtiin esihaastattelut kahdelle henkilölle. Esihaastattelun tarkoituksena on käydä läpi haastattelun teema-alueet ja arvioida niiden toimivuutta ja kattavuutta. Lisäksi esihaastattelun tarkoituksena on harjoitella haastattelutilannetta huomioiden haastattelun onnistumisen kannalta merkittäviä tekijöitä, kuten oikeaa nauhoitusäisyyttä haastateltaviin ja nauhurin asianmukaista käyttöä. Oleellista esihaastatteluiden tekemisessä oli, että siihen valittavat henkilöt pystyivät antamaan vastauksia teema-alueisiimme. Esihaastatteluun valittiin kaksi sairaanhoitajaa, joilla oli kokemusta kirurgisella vuodeosastolla työskentelemisestä ja potilaiden ohjaamisesta kirurgisessa ympäristössä. Esihaastattelun avulla saatiin varmuutta teema-alueiden sisällön kattavuuteen ja haastattelun johdonmukaiseen etenemiseen. Haastattelujen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä, kuten nauhureiden asianmukaista toimimista ja nauhoitusäisyyttä, voitiin myös harjoitella esihaastatteluissa. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää esihaastatteluiden tekeminen, joiden tarkoituksena oli varmistaa varsinaisten haastattelujen onnistuminen. (Hirsjärvi & Hurme. 2001, 72 - 73.)

Aineistonkeruumenetelmä-kappaleessa on kuvattu tarkasti haastattelujen olosuhteet ja haastattelutilanteet. Haastatteluista saadun aineiston luotettavuutta parantaa kaksi haastattelijaa, jolloin varmistettiin tutkimuksen objektiivisuus. Sairaanhoitajia haastateltiin ryhmähaastattelun muodossa ja aineiston luotettavuutta lisää se, että haastateltavia oli kaksi, jolloin he pystyivät tukemaan toistensa antamia vastauksia.

Haastatteluaineiston arvioinnissa kiinnitettiin huomiota aineiston riittävyteen, kattavuuteen ja merkittävyyteen. Aineiston riittävyden arvioinnissa käytettiin saturaatiota, jolla tarkoitetaan aineiston keruun lopettamista siinä vaiheessa, kun haastattelulla ei saada enää uutta tietoa. Haastattelun aikana kerätty aineisto on luottamuksellista ja aineistoa käsiteltiin sen mukaisesti. Haastattelut nauhoitettiin ja nauhat hävitettiin raportoinnin jälkeen.

Aineiston analysointi -kappaleessa on kuvattu tarkasti aineiston analysoinnin toteutus eri vaiheissa. Ennen aineiston analysointia tutustuttiin lähdemateriaaliin aineistonlähtöisestä sisällön analyysistä, mikä lisää opinnäytetyön analyysin luotettavuutta.

9.2 Eettisyys

Tutkimuksen eettisyys on sidoksissa tutkimuksen uskottavuuteen, jonka saavuttaminen edellyttää tutkijoilta hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut yhteistyössä suomalaisen tiedeyhteisön kanssa ohjeet hyvästä tieteellisestä käytännöstä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2001). "Neuvottelukunnan laatimat tutkimuseettiset ohjeet pyrkivät määrittelemään hyvää tieteellistä käytäntöä ja sen loukkauksia monitieteisestä näkökulmasta" (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2001).

Luotettavuuden kohdalla mainitaan rehellisyyden lisäksi se, että opinnäytetyössä noudatettiin huolellisuutta ja tarkkuutta koko prosessin ajan. Ennen haastatteluiden toteuttamista haettiin tutkimuslupaa opinnäytetyölle Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä. Tutkimuslupa hyväksyttiin kesäkuussa 2011. Tämän jälkeen rintarauhaskirurgisen vuodeosaston osastonhoitajalle lähetettiin teema-alueet sisältävä haastattelulomake (Liite 1) ja tutkimukseen osallistuville saatekirje (Liite 2). Osastonhoitaja kertoi osaston henkilökunnalle opinnäytetyöstä ja sen tarkoituksesta sekä haastatteluista ja sen teema-alueista. Henkilökunnalla oli näin aikaa tutustua haastattelun teema-alueisiin ennen haastattelutilannetta. Saatekirjeessä tuotiin esille, että tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja että sen pystyi keskeyttämään missä vaiheessa tahansa. Lisäksi kerrottiin, että kerätty aineisto käsitellään luottamuksellisesti, eikä haastatteluun osallistuvien henkilöllisyyttä tuoda esille missään vaiheessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132 - 133.)

Ennen haastattelujen toteutusta kaikille haastateltaville kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta ja haastattelusta aineistonkeruumenetelmänä. Haastateltavien vapaaehtoinen osallistuminen haastatteluun varmistettiin allekirjoittamalla suostumuslomake opinnäytetyöhön osallistujilta. (Liite 3.)

Opinnäytetyön tutkimusaineiston käsittelyssä noudatettiin hyvän tieteellisen käytännön periaatteita ja näin ollen aineiston tuloksia ei väärennely tai muutettu, vaan esitettiin tarkasti ja juuri niin kuin ne oli saatu. Tutkimuksen tarkasta raportoinnista huolehdittiin aina suunnitelmasta tutkimuksen tuloksiin asti. Opinnäytetyön tekijöinä vastaamme vilpittömyydestä opinnäytetyössä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132 - 133.)

9.3 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys ja tulokset ovat yhtenäiset, mikä voidaan todeta opinnäytetyön tulosten perusteella. Giese-Davis ym. (2006, 1014.) totesivat tutkimuksessaan, että sairastuneet naiset kokevat tarvitsevansa ammatillista neuvontaa erityisesti taudin toteamishetkellä. Tutkimuksessa todettiin myös, että rintasyöpää sairastavat naiset haluaisivat puhua rintasyövästä selvinneen naisen kanssa, minkä vuoksi tukipalveluiden - kuten vertaistuen - käyttöä suositellaankin. (Syöpäjärjestöt 2010). Opinnäytetyön tulokset tukevat tätä, sillä analyysin perusteella rintasyöpähoitajalla on tärkeä rooli potilaan ohjauksessa. Rintasyöpähoitaja ohjaa potilasta vertaistuesta ja erilaisista tukipalveluista sekä tukee potilaan jaksamista leikkausta edeltävästä ajasta lähtien potilaan tarpeiden mukaan. Idmanin mukaan (2009) psyykkisen tuen antaminen potilaalle on tärkeää. Potilaalle tarjotaan keskustelutukea ja hänelle tulee välittyä tunne, ettei hän ole yksin sairautensa kanssa. Opinnäytetyön tulosten perusteella psyykkistä tukea antavat potilaalle hänen hoitoonsa osallistuvat eri ammattiryhmien edustajat kannustamalla, keskustelemalla ja kysymällä potilaan jaksamisesta hoidon aikana.

Rintasyövän leikkaushoitoon liittyvät potilaan kokemat keholliset sekä minäkuvaan ja seksuaalisuuteen liittyvät muutokset. Leideniuksen ym. (2010) mukaan on tärkeää, että potilas oppii tuntemaan ja hyväksymään kehossa tapahtuneet muutokset mahdollisten psyykkisten oireiden ennaltaehkäisemiseksi. Hyvään ja kokonaisvaltaiseen hoitosuhteeseen kuuluu seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittely. (Suomen Syöpäpotilaat 2001, 30 - 35; Suomen Syöpäpotilaat 12 - 13.) Opinnäytetyön tuloksista selviää, että potilaalle annetaan ohjausta minäkuvan muutokseen sekä seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Sairaanhoitaja tukee ja rohkaisee potilasta leikatun rinnan katsomisessa ja tarjoaa keskustelutukea minäkuvan muutokseen ja seksuaalisuuteen liittyen. Rintasyöpähoitaja tukee ja ohjaa potilasta seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa hyödyntäen eri ohjausmenetelmiä.

Potilaan ohjauksessa sairaanhoitajan tulee kunnioittaa potilaan yksilöllisyyttä, itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Yksilöllisyys ohjaa sairaanhoitajaa ohjausprosessissa, ja sairaanhoitajan tulee perehtyä potilaan taustatekijöihin, jottei kaikkia potilaita ohjattaisi samoin tavoin. (Kyngäs ym. 2007, 26 - 27.) Opinnäytetyön tulosten mukaan sairaanhoitaja ohjaa potilasta yksilöllisesti, mikä edellyttää potilaan ohjauksen tarpeen määrittelyä ja ohjauksen suunnittelua. Sairaanhoitaja perehtyy potilaan taustoihin käyttäen hyödyksi potilaspapereita sekä tutustumalla potilaaseen. Ohjauksen toteuttamiseen sairaanhoitaja varaa potilaan ohjaustarpeiden perusteella riittävästi aikaa. Sairaanhoitaja pyrkii ohjaamaan potilasta rauhallisessa ympäristössä hänen hoitonsa aikana ja näin huomioi potilaan yksityisyyden.

Kääriäinen (2008, 12) korostaa omaisten merkitystä ja läsnäoloa ohjauksessa, mikä auttaa tiedon käytössä sekä väärinymmärrysten välttämiseksi. Opinnäytetyön tuloksista selviää, että eri ammattiryhmän edustajat huomioivat potilaan ohjauksessa omaisten roolin. Sairaanhoitaja ja rintasyöpähoitaja korostavat omaisten merkitystä toipumisen aikana. Sairaanhoitaja tukee potilaan selviytymistä kotona tarvittaessa antaen ohjausta myös omaisille.

Opinnäytetyön tuloksissa ilmenee, että rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeiseen ohjaukseen osallistuvat ammattiryhmät käyttävät ohjauksessa erilaisia ohjausmenetelmiä. Koveron ja Tykän (2002, 243) tekemässä tutkimuksessa todetaan, että potilaat arvostavat erityisesti yksilöllistä ohjausta, joka antaa mahdollisuuden vastavuoroiseen keskusteluun. Opinnäytetyön tulokset tukevat tätä, sillä ohjaus toteutetaan yksilöohjauksena, joka tapahtuu vuorovaikutuksessa potilaan ja hänelle ohjausta antavan ammattiryhmän edustajan välityksellä.

Kääriäisen mukaan (2008, 10 - 11) laadukas ohjaus perustuu hoitajan ammatilliseen vastuuseen edistää potilaan valintoja, joka edellyttää hoitajalta filosofisten ja eettisten arvojen pohdintaa, sekä hyviä ohjaustaitoja. Tämän perusteella Naistenklinikan rintarauhaskirurgisen vuodeosaston ohjauksen voidaan sanoa olevan laadukasta, sillä ohjaukseen vaikuttavat filosofiset tekijät, kuten potilaan yksilöllisyyden ja yksityisyyden huomioiminen toteutuvat potilaan ohjauksessa. Ohjaus perustuu yksilöllisyyteen ja jokaisen potilaan henkilökohtaisiin tarpeisiin ja niiden määrittämiseen. Eettisiä tekijöitä, kuten hoitajien omaa suhtautumistaan ja asennoitumistaan potilaan ohjaukseen on vaikea tarkastella, sillä opinnäytetyön tutkimuskysymykset eivät käsitelleet ohjauksen arviointia, jolla olisi voitu saada vastauksia eettisiin tekijöihin. Kääriäinen (2008, 10 - 11) mainitsee laadukkaana ohjauksen määrittelyssä hyvien ohjaustaitojen hallinnan. Rintarauhaskirurgisella vuodeosastolla potilaan ohjaamista toteutetaan käyttäen hyödyksi eri ohjausmenetelmiä yksilöllisesti kunkin potilaan kohdalla, joka kertoo laadukkaasta ohjauksesta.

Laamasen mukaan (2002, 21 - 23) prosessiajattelussa lähdetään liikkeelle potilaasta ja hänen tarpeistaan. Opinnäytetyön tulokset ovat yhtenäiset tämän kanssa, sillä opinnäytetyön tulosten perusteella muodostettu prosessikuvaus muodostuu potilaan ohjauksen kolmesta vaiheesta, joka alkaa ohjauksen tarpeen määrittelyllä ja ohjauksen valmistelulla. Prosessikuvauksessa potilaan ohjaus etenee potilaan tarpeiden mukaan ohjauksen toteutukseen, joka on ohjauksen suurin kokonaisuus. Ohjauksen toteutus sisältää potilaan ohjauksen leikkauksen jälkeisestä tarkkailusta ja sen merkityksen kertomisesta aina tukipalveluiden ohjaamiseen asti. Potilaan ohjaus etenee jatkohoidosta huolehtimiseen jolloin ohjauksessa korostuvat potilaan kotona selviytymisen tukeminen. Prosessikuvauksessa näkyvät ohjaukseen osallistuvat eri ammattiryhmät, jotka ovat pääasiassa sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja rintasyöpähoitaja. Lääkäri vastaa potilaan kokonaishoidosta ja näin ollen ohjauksesta.

9.4 Kehittämisideat ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Naistenklinikan rintarauhaskirurgiselle vuodeosastolle prosessikuvaus rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeisestä ohjauksesta, jonka avulla voidaan kuvata tarkasti ohjausprosessia ja näin ollen kehittää sitä tulevaisuudessa. Prosessikuvausta voidaan käyttää hyödyksi osastolla uuden henkilökunnan ja opiskelijoiden perehdyttämisessä ohjauksen sisällöistä. Prosessikuvaus voi myös palvella potilaita ja heidän omaisiaan ohjauksen kokonaisuuden hahmottamisessa.

Opinnäytetyön tulosten tarkastelussa huomataan, että ne ovat yhtenäiset teoreettisen viitekehyksen kanssa, jolloin ohjauksen voidaan sanoa olevan laadukasta ja kokonaisvaltaista. Haastatteluissa ilmeni, että minäkuvan muutokseen ja seksuaalisuuteen liittyvä ohjaus koettiin vaikeimmaksi ja herkimmäksi ohjauksen sisällöksi. Esille tuotiin, että ohjauksen antaminen alkaa usein potilaan aloitteesta ja vaikeaksi koettiin aiheista ohjaaminen automaattisesti. Opinnäytetyön lähdemateriaalina käytetty teoria korostaa minäkuvan muutokseen ja seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyn tärkeyttä hoitosuhteessa. Jatkotutkimusaiheeksi ehdottaisimme opinnäytetyötä tämän aiheen tarkastelusta lähemmin, jolla voitaisiin kehittää potilaan ohjausta minäkuvan muutokseen ja seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. (Leidenius ym. 2010; Suomen Syöpäpotilaat 2001, 30 - 35; Suomen Syöpäpotilaat 12 - 13.)

Käytetty lähdemateriaali korostaa myös psyykkisen tuen antamisen tärkeyttä ohjauksessa. Opinnäytetyön tulosten perusteella potilaan ohjauksessa eri ammattiryhmien edustajat huomioivat hyvin potilaan henkisen hyvinvoinnin. Haastatteluissa ilmeni kuitenkin, että vaikeaksi koettiin erityisesti kovin ahdistuneen tai masentuneen potilaan ohjaaminen jatkohoitoon. Kysyimme haastattelussa, mihin potilas ohjataan tarvittaessa ja kuten tuloksista ilmenee, potilas ohjataan tarvittaessa lääkärin läheteellä psykiatrian poliklinikalle. Jatkossa ehdottaisimme kehittämisideaksi selkeämpää suunnitelmaa potilaan mahdollisesta ohjaamisesta psykiatrian poliklinikalle, kattavampaa tietoa muiden tukipalveluiden olemassaolosta sekä ohjauksesta niiden piiriin psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseksi. (Giese-Davis ym. 2006, 1014; Idman. 2009; Leidenius, Tasmuth, Jahkola, Saarto ym. 2010, 1218.)

Rintasyöpäpotilaan ohjaaminen on suuri kokonaisuus ja jatkotutkimusaiheiksi ehdottaisimme lisäksi tutkimusta siitä, mitä rintasyöpäpotilaan ohjaamiseen kuuluu hänen siirtyessään syöpätautien klinikan potilaaksi. Kiinnostava jatkotutkimusaihe olisi myös rintasyöpäpotilaiden kokemukset heidän saamastaan ohjauksesta leikkauksen jälkeen. Näin ohjausta voitaisiin kehittää entistä potilaslähtöisemmäksi.

Lähteet

- Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Eskola, J. & Suoranta J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Etene. 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset arvot ja periaatteet. Viitattu 4.4.2011. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf.
- Fanns, J., Thomas-Rich, A., Katon, W., Cowley, D., Pepping, M., McGregor, B. & Gralow, J. 2007. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *General Hospital Psychiatry* 30/2008, 112 - 126.
- Giese-Davis, J., Bliss-Isberg, C., Carson, K., Star, P., Donaghy, J. & Gordova, M. ym. 2006. The effect of peer counseling on quality of life following diagnosis of breast cancer: an observational study. *Psycho-Oncology* 15/2006, 1014 - 1022.
- Hirsjärvi, S & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Idman, I. 14.10.2009. Syöpäpotilaan psykososiaalinen tukeminen. Lääkäriin Käsikirja
- Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenhunen, M. 2007. Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kovero, C. & Tykkä, E. 2002. Rintasyöpään sairastuminen. *Aikakauskirja Duodecim* 3/2002, 239 - 244.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY.
- Käypä hoito -suositusten päivitystivistelmä .2010. Rintasyövän diagnostiikka ja seulonta. *Aikakauskirja Duodecim* 10/2010, 1183 - 1185.
- Käypä hoito. 2007. Rintasyöpä (hoito ja seuranta). Viitattu 17.2.2011. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi25001?hakusana=RI NTASY%C3%96P%C3%8>.
- Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva hoitotyö* 3/2005, 27 - 31.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* 4/2008, 10 - 15.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Kukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamistaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö* 3/2005, 10 - 16.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs H. 2005. Potilasohjaus vuosina 1995 - 2003 tehtyjen hoitotieteellisten tutkimusten mukaan. *Hoitotiede* 4, 250 - 258.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilas ohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Viitattu 7.3.2011. <http://herkules oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>.

Laamanen, K. 2002. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona. Helsinki: Laatuokeskus.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 6.2.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Leidenius, M. 2004. Rintasyövän leikkaushoito. Suomen Lääkärilehti 13/2004, 1381 - 1385.
 Leidenius, M., Tasmouth, T., Jahkola, T., Saarto, T., Utriainen, M., Vaalavirta, L., Tiitinen, A & Idman, I. 2010. Rintasyövän hoidon aiheuttama pitkäaikainen sairastavuus. Aikakausikirja Duodecim 10/2010, 1217 - 1225.

Leidenius, M. 2001. Säästävää rintasyöpäkirurgia. Aikakausikirja Duodecim 15/2001, 1530 - 1537.

Lillrank, P., Kujala, J. & Parvinen, P. 2004. Keskenikäinen potilas. Talentum: Helsinki.

Lipponen K., Kyngäs H & Kääriäinen M. 2006. Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja. 4/2006. Oulu: Oulun Yliopistopaino.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2010. Kehittämistyön menetelmät. Porvoo: WSOY-pro.

QPR Software Oy. 2011. Prosessimallinnustyökalu QPR ProcessGuide. Viitattu 10.4.2011.
<http://www.qpr.fi/ohjelmistot/qpr-processguide.htm>

Reinikainen, H., Rissanen, T & Pääkkö, E. 2004. Rintasyövän diagnostiikka. Suomen Lääkärilehti 13/2004, s1373 - 1378.

Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Kivilaakso, E. 2004. Kirurgia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 4.4.2011.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/.

Sankila, R. 2010. Kuka sairastuu rintasyöpään. Aikakausikirja Duodecim 10/2010, 1191 - 1193.

Suomen Syöpäpotilaat. 2011. Rintasyöpäpotilaan opas. Viitattu 17.2.2011.
<http://www.syopapotilaat.fi/pdf/rintasyopaopas.pdf>.

Suomen Syöpäpotilaat. Seksuaalisuus ja syöpä. Viitattu 17.2.2011.
<http://www.syopapotilaat.fi/pdf/syopajaseksuaalisuus.pdf>.

Syöpäjärjestöt. Rintasyövän perinnöllisyys. Viitattu 1.3.2011.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/perinnollisyys/>

Syöpäjärjestöt. 2008. Rintasyövän hoito. Viitattu 5.4.2011.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/hoito/>.

Syöpäjärjestöt. 2010. Rintasyöpä haastaa psyykeen. Viitattu 18.4.2011.
<http://www.cancer.fi/tiedotteet/?x33745=55005365>.

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

Tutkimuseettinen lautakunta. 2001. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 9.4.2011. <http://optima.discendum.com/learning/id74/bin/user?rand=10148>.

Vehmanen, L. 2009a. Tietoa potilaalle: rintasyövän hoito. Lääkärikirja Duodecim.

Vehmanen, L. 2009b. Tietoa potilaalle: rintasyöpä: toteaminen ja ennuste. Lääkärikirja Duodecim.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vuorela, S. 2005. Haastattelumenetelmät. Viitattu 10.5.2011.
<http://www.cs.uta.fi/usabsem/luvut/3-Vuorela.pdf>.

World Health Organisation. 2008. Breast Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008 Summary. Viitattu 1.3.2011. <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/breast.as>.

Liitteet

Liite 1 Haastattelun teema-alueet

Haastattelun teema-alueet

1. Rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeisen ohjauksen sisältö
 - Mitä rintasyöpäpotilaan ohjaus sisältää?
 - Mitkä ovat ohjauksen eri vaiheet?
 - Apukysymyksillä tarkennetaan tilanteen mukaan ohjauksen sisältöä sekä sen eri vaiheita.

2. Rintasyöpäpotilaan ohjaukseen osallistuvat ammattiryhmät
 - Ketkä osallistuvat rintasyöpäpotilaan ohjaukseen?

3. Rintasyöpäpotilaan ohjauksessa käytettävät ohjausmenetelmät
 - Millä menetelmillä rintasyöpäpotilasta ohjataan?

Liite 2 Saatekirje tutkimukseen osallistuville

Saatekirje tutkimukseen osallistuville

Hyvä rintarauhaskirurgisen vuodeosaston sairaanhoitaja/fysioterapeutti/rintasyöpähoitaja
Olemme kaksi sairaanhoidon opiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoulusta ja olemme tekemässä
opinnäytetyötä aiheesta Rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeisen ohjauksen prosessikuvaus.
Tavoitteena on, että ohjauksen prosessikuvausta voidaan hyödyntää ohjauksen kehittämiseen.
Opinnäytetyö toteutetaan haastatteleamalla osastonne sairaanhoitajia ja fysioterapeuttia sekä
rintasyöpähoitajaa. Toteutamme haastattelut ryhmähaastatteluina sekä yksilöhaastatteluina,
jotka nauhoitetaan kasettinauhureilla. Haastattelut kestävät noin tunnin ja ne toteutetaan
kesän 2011 aikana.

Pyydämme Sinua ystävällisesti osallistumaan opinnäytetyömme toteutukseen. Tutkimukseen
osallistuminen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Kerätty aineis-
to käsitellään luottamuksellisesti, eikä haastatteluun osallistuvien henkilöllisyyttä tuoda esille
missään vaiheessa. Opinnäytetyön valmistuttua haastatteluista saadut materiaalit tuhotaan.
Jos teillä on jotain kysyttävää, vastaamme mielellämme kysymyksiinne.

Helsingissä 11.5.2011

Varpu Eronen, Sairaanhoitajaopiskelija
varpu.eronen@laurea.fi
040 - 547 52 03

Liisi Romppanen, Sairaanhoitajaopiskelija
liisi.romppanen@laurea.fi
041 - 431 35 36

Liite 3 Suostumuslomake opinnäytetyöhön osallistuville

Suostumuslomake opinnäytetyöhön osallistuville

Suostumus opinnäytetyöhön osallistuvilta

Minulle on selvitetty yllä mainitun opinnäytetyön tarkoitus ja opinnäytetyössä käytettävät tutkimusmenetelmät. Olen tietoinen, että opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista. Olen tietoinen myös siitä, että opinnäytetyöhön osallistuminen ei aiheuta minulle minkäänlaisia kustannuksia, henkilöllisyyteni jää vain tutkijan tietoon ja minua koskeva aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Suostun siihen, että minua haastatellaan ja haastattelussa antamiani tietoja käytetään kyseisen opinnäytetyön tarpeisiin. Voin halutessani keskeyttää opinnäytetyöhön osallistumisen milloin tahansa ilman, että minun täytyy perustella keskeyttämistäni.

Päiväys

Tutkittavan allekirjoitus ja nimenselvennys

Taulukot

Taulukko 1: Esimerkki pelkistämisestä	22
Taulukko 2: Esimerkki alaluokan muodostumisesta	23
Taulukko 3: Esimerkki yläluokan muodostumisesta.....	23
Taulukko 4: Esimerkki pääluokan muodostumisesta	24

Liite 4 Analyysitaulukko

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat	Pääloukat
Rintasyöpähoitaja antaa ennen leikkausta kirjallista ohjausmateriaalia ja ohjausta Syöpäjärjestöjen ja Rintasyöpäyhdistyksen toiminnasta	Järjestöjen ohjaus	Tukipalveluiden ohjaus	Ohjauksen toteutus
Sairaanhoitaja ohjaa tarvittaessa Syöpäjärjestöjen ja Rintasyöpäyhdistyksen toiminnasta			
Rintasyöpähoitaja antaa ennen leikkausta kirjallista ohjausmateriaalia ja ohjausta vertaistuesta	Vertaistuen ohjaus		
Sairaanhoitaja ohjaa vertaistuesta tarvittaessa			
Rintasyöpähoitaja ohjaa tukihenkilön saamisesta Syöpäjärjestön kautta	Rintasyöpähoitaja ohjaa tukihenkilön saamisesta		
Lääkäri tekee tarvittaessa lähetteen psykiatrian poliklinikalle	Potilaan ohjaaminen tarvittaessa psykiatrian poliklinikalle		
Sairaanhoitaja ottaa yhteyttä tarvittaessa sosiaalityöntekijään	Potilaan ohjaaminen tarvittaessa sosiaalityöntekijälle		
Potilas tapaa tarvittaessa sosiaalityöntekijän			

Fysioterapeutti ohjaa potilaan lymfaterapiaan tarvittaessa	Lymfaterapien ohjaus ja hoito		
Fysioterapeutti ohjaa lymfaterapian merkityksestä ja sen aloittamisesta			
Fysioterapeutti antaa lymfaturvotus potilaalle maksusitoumuksen lymfaterapiaan			
Fysioterapeutti tilaa lymfaturvotus potilaille kompressio tuotteet			
Fysioterapeutti tekee lymfaturvotus potilaille kinesioiteippausta ennen kompressio tuotteiden saamista			
Sairaanhoitaja antaa kirjallisen haavanhoito ohjeen	Haavan hoidon ohjaus	Ohjaus sairauden kanssa selviytymisestä ja sen vaikutuksesta arkielämään	
Sairaanhoitaja ohjaa haavan puhtaana pidossa			
Sairaanhoitaja ohjaa tarkkailemaan haavaa kotona päivittäin			
Sairaanhoitaja ohjaa haavaan liittyvistä rajoitteista			
Sairaanhoitaja kertoo haava infektion oireista ja ohjaa yhteydenottoon ongelmatilanteissa			

Sairaanhoitaja kertoo haava-alueen neste- kertymän oireista	Haavapunktion ohjaus		
Sairaanhoitaja ohjaa potilasta käymään punktiopoliklinikalla tarvittaessa			
Sairaanhoitaja informoi punktiopolikli- nikan aukioloajoista			
Fysioterapeutti ohjaa olkanivelen liikku- vuutta ylläpitävän harjoitusohjelman en- simmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä	Liikeratojen toiminnan ylläpitämisen ohjaus		
Fysioterapeutti ohjaa ehkäisemään ol- kanivelen liikkuvuus ongelmia korostamal- la harjoitusten merkitystä			
Fysioterapeutti antaa liikeharjoituksista kirjalliset ohjeet			
Fysioterapeutti demonstroi liikeharjoitus- ten tekemisen			
Sairaanhoitaja tukee ja kannustaa fysio- terapeutin antamien liikeharjoitusten to- teuttamisessa			
Fysioterapeutti ohjaa imusuonten kovettumien havaitsemisessa ja hoidossa	Imusuonten kovettumien ohjaus ja hoito		
Fysioterapeutti käsittelee manuaalisesti imusuoni kovettumia			

Sairaanhoidaja ohjaa rinnan osapoisto potilaita rintaliivien käytössä kahden viikon ajan yöstä päivää	Rinnan osapoisto potilaiden ohjauksen erityispiirteet		
Sairaanhoidaja ohjaa rinnan koko poisto potilaita kevytproteesin käytössä	Rinnan koko poisto potilaiden ohjauksen erityispiirteet		
Sairaanhoidaja katsoo ja sovittaa yhdessä potilaan kanssa sopivan kevytproteesin			
Lääkäri allekirjoittaa maksusitoumuksen silikoniproteesia ja liivejä varten			
Sairaanhoidaja antaa potilaalle maksusitoumuksen silikoniproteesia ja liivejä varten ja ohjaa niiden hankinnassa			
Sairaanhoidaja ohjaa maksusitoumuksen uusinnasta omalla terveysasemalla jatkossa kahden vuoden välein			
Fysioterapeutti ohjaa kainalonimusolmukkeiden tyhjennys potilaita yläraajaturvotuksen esiintymisestä			
Fysioterapeutti ohjaa kainalonimusolmukkeiden tyhjennys potilaita infektioiden ehkäisyyn liittyvissä asioissa ja korostaa hyvää käsihygieniaa			
Fysioterapeutti ohjaa kainalonimusolmukkeiden tyhjennys potilaita verinäytteiden otossa terveeltä puolelta			

Fysioterapeutti ohjaa kainalonimusolmukkeiden tyhjennys potilaita sytostaattihoidoista terveelle puolelle			
Sairaanhoitaja ohjaa kotiaskareisiin liittyvissä asioissa ja rajoituksissa	Arkielämään liittyvä ohjaus		
Sairaanhoitaja kannustaa aktiivisuuteen arkielämässä			
Fysioterapeutti ohjaa leikkauksen tuomista rajoitteista arkielämään			
Fysioterapeutti ohjaa leikkauksen tuomista toiminnallisista esteistä ja rajoitteista			
Fysioterapeutti kertoo kolmen kilon nosto- ja kantorajoituksesta leikatulla puolella			
Sairaanhoitaja kartoittaa potilaan tukiverkostoa	Potilaan selviytymistä tukeva ohjaus		
Sairaanhoitaja ottaa huomioon potilaan pärjäämisen kotiloissa			
Sairaanhoitaja korostaa omaisten merkitystä toipumisen aikana			

Sairaanhoitaja antaa ja ohjaa kotihoito ohjeet tarvittaessa omaisille			
Sairaanhoitaja kannustaa ottamaan yhteyttä osastolle ongelmatilanteissa			
Sairaanhoitaja kertoo mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa päivystysaikana			
Sairaanhoitaja kertoo haavadreenin merkityksestä	Haavadreenin käytön ohjaus		
Sairaanhoitaja ohjaa ja kannustaa haavadreenin käytössä			
Sairaanhoitaja antaa ohjekirjan haavadreenin käytöstä			
Sairaanhoitaja ohjaa potilasta seuraamaan haavadreenin erityistä			
Sairaanhoitaja ohjaa potilasta mittaamaan erityksen kerran vuorokaudessa			
Sairaanhoitaja ohjaa haavadreenin käyttöön liittyvistä rajoitteista			
Sairaanhoitaja demonstroi haavadreenin käytön kotona			
Lääkäri päättää haavadreenin poistoajan		Haavadreenin poiston ohjaus	
Sairaanhoitaja sopii potilaan kanssa haavadreenin poisto ajankohdan			
Sairaanhoitaja ohjaa potilasta tulemaan osastolle haavadreenin poistoon			

Sairaanhoitaja ohjaa potilasta yksilöllisesti	Yksilöllisyyden huomioiminen ohjauksessa	Ohjaus sairauden vaikutuksesta henkiseen hyvinvointiin
Sairaanhoitaja määrittelee ohjauksen sisällön potilaan tarpeiden mukaan		
Sairaanhoitaja suunnittelee ohjauksen potilaan tarpeiden mukaan		
Sairaanhoitaja varaa aikaa ohjaukseen potilaan tarpeiden mukaan		
Sairaanhoitaja ohjaa ja kannustaa liikkumaan	Liikunnan ohjaus	
Sairaanhoitaja kertoo liikuntaan liittyvistä rajoitteista toipumisen aikana		
Sairaanhoitaja ohjaa välttämään raskasta liikuntaa sairasloman ajan		
Sairaanhoitaja kannustaa potilasta	Potilaan motivointi ja kannustus	
Fysioterapeutti kannustaa potilaita olkanivelen liikeharjoitusten tekemisessä		
Rintasyöpähoitaja kirjoittaa yhteenvedon potilaan alkutilanteesta potilaspapereihin	Rintasyöpähoitaja tukee potilaan jaksamista	
Rintasyöpähoitaja keskustele potilaan kanssa hänen voinnistaan		
Rintasyöpähoitaja korostaa omaisten merkitystä toipumisessa		
Rintasyöpähoitaja tukee potilaan jaksamista toipumisen aikana		

Sairaanhoitaja tukee ja rohkaisee potilasta leikatun rinnan katsomisessa	Minäkuvan muutokseen liittyvä ohjaus		
Sairaanhoitaja kuuntelee ja keskustelee seksuaalisuuteen ja minäkuvan muutokseen liittyvissä asioissa			
Rintasyöpähoitaja tukee ja ohjaa potilasta seksuaalisuuteen ja minäkuvan muutokseen liittyvissä asioissa			
Rintasyöpähoitaja antaa kirjallista materiaalia ja ohjausta seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa			
Sairaanhoitaja huomioi ohjauksessa potilaan henkisen tilan	Henkisen hyvinvoinnin huomiointi ohjauksessa		
Sairaanhoitaja kysyy ja arvioi potilaan henkistä hyvinvointia			
Sairaanhoitaja keskustele potilaan kanssa hänen jaksamisesta			
Sairaanhoitaja huomioi ohjauksessa potilaan yksityisyyden	Yksityisyyden huomioiminen	Ohjaus leikkauspäivänä	
Sairaanhoitaja pyrkii hoitamaan potilasta rauhallisessa ympäristössä			
Sairaanhoitaja pyrkii toteuttamaan ohjauksen rauhallisessa ympäristössä			

Sairaanhoitaja kertoo leikkauksen jälkeisen tarkkailun merkityksestä	Leikkauksen jälkeinen tarkkailu		
Sairaanhoitaja tarkkailee potilaan vitaelielintoimintoja leikkauksen jälkeen			
Sairaanhoitaja ohjaa potilasta lepäämään			
Sairaanhoitaja ohjaa pahoinvoinnin ehkäisyssä			
Sairaanhoitaja arvioi ja ohjaa leikkauksen jälkeisessä ravitsemuksessa			
Sairaanhoitaja ohjaa tukisukkien käytössä	Laskimotukosten ehkäisyyn liittyvä ohjaus		
Sairaanhoitaja ohjaa jalkojen liikuttelemisessä leikkauksen jälkeen			
Sairaanhoitaja arvioi potilaan liikkumiskyvyn	Liikkumiskyvyn arviointi		
Sairaanhoitaja arvioi apuvälineiden käytön tarpeen			
Sairaanhoitaja kertoo varhaisen liikkeelle lähdön merkityksestä	Liikkeelle lähdön ohjaus leikkauksen jälkeen		
Sairaanhoitaja tukee liikkeelle lähdössä			
Sairaanhoitaja ohjaa potilasta nousemaan sängystä ylös terveen puolen kautta			
Sairaanhoitaja kannustaa potilasta liikkumaan itsenäisesti			

Sairaanhoitaja tarkkailee haavaa leikkauksen jälkeen	Haavan seuranta leikkauksen jälkeen		
Sairaanhoitaja poistaa haavasidokset ja leikkaustopin ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä			
Lääkäri katsoo ja arvioi leikkaushaavan paranemista ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä			
Sairaanhoitaja tukee ja kannustaa potilasta haavan katsomisessa			
Sairaanhoitaja seuraa haavadreenin erityksen määrää ja laatua	Haavadreenin erityksen seuranta		
Sairaanhoitaja mittaa haavadreenin erityksen kerran vuorokaudessa			
Sairaanhoitaja konsultoi lääkäriä tarvittaessa			
Sairaanhoitaja ohjaa potilasta toimimaan haavadreenin kanssa osastolla			
Sairaanhoitaja ohjaa ja tukee kipulääkkeen käytössä	Kivunhoidon arviointi ja ohjaus		
Sairaanhoitaja kertoo kipulääkkeen tärkeydestä			
Sairaanhoitaja kannustaa potilasta kipulääkkeiden käytössä			

Lääkäri tapaa potilaan ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä	Leikkauksesta informointi		
Lääkäri kertoo potilaalle leikkauksesta			
Lääkäri kertoo alustavasti jatkohoidosta			
Lääkäri arvioi ja päättää kotiutumisaikakohdan	Potilaan kotiutuminen	Hoidon jatkuvuuden varmistaminen	Ohjauksen jatkuvuus
Sairaanhoitaja ja lääkäri arvioivat potilaan pärjäämistä kotona			
Sairaanhoitaja suunnittelee ja valmistelee potilaan kotiutumista			
Lääkäri määrää säännöllisen ja tarvittavan kipulääkityksen	Lääkäri määrää potilaan kipulääkityksen		
Lääkäri kirjoittaa lääkeresepit	Läakeresepien kirjoittaminen ja lääkkeiden käytön ohjaus		
Sairaanhoitaja antaa potilaalle lääkeresepit ja ohjaa lääkkeiden käytössä			
Lääkäri kirjoittaa ja antaa potilaalle sairaslomatodistuksen	Sairaslomatodistuksen kirjoittaminen		
Osastonsihtööri varaa lääkärin jälkitarkastusajan kahden viikon päähän	Lääkäri ja sairaanhoitaja sopivat jatkohoidosta potilaan kanssa		
Sairaanhoitaja antaa potilaalle lääkärin jälkitarkastusajan kahden viikon päähän			
Lääkäri tekee lähetteen jatkohoitopaikkaan	Potilaan ohjaus jatkohoitopaikkaan		
Sairaanhoitaja on yhteydessä jatkohoitopaikkaan puhelimitse			

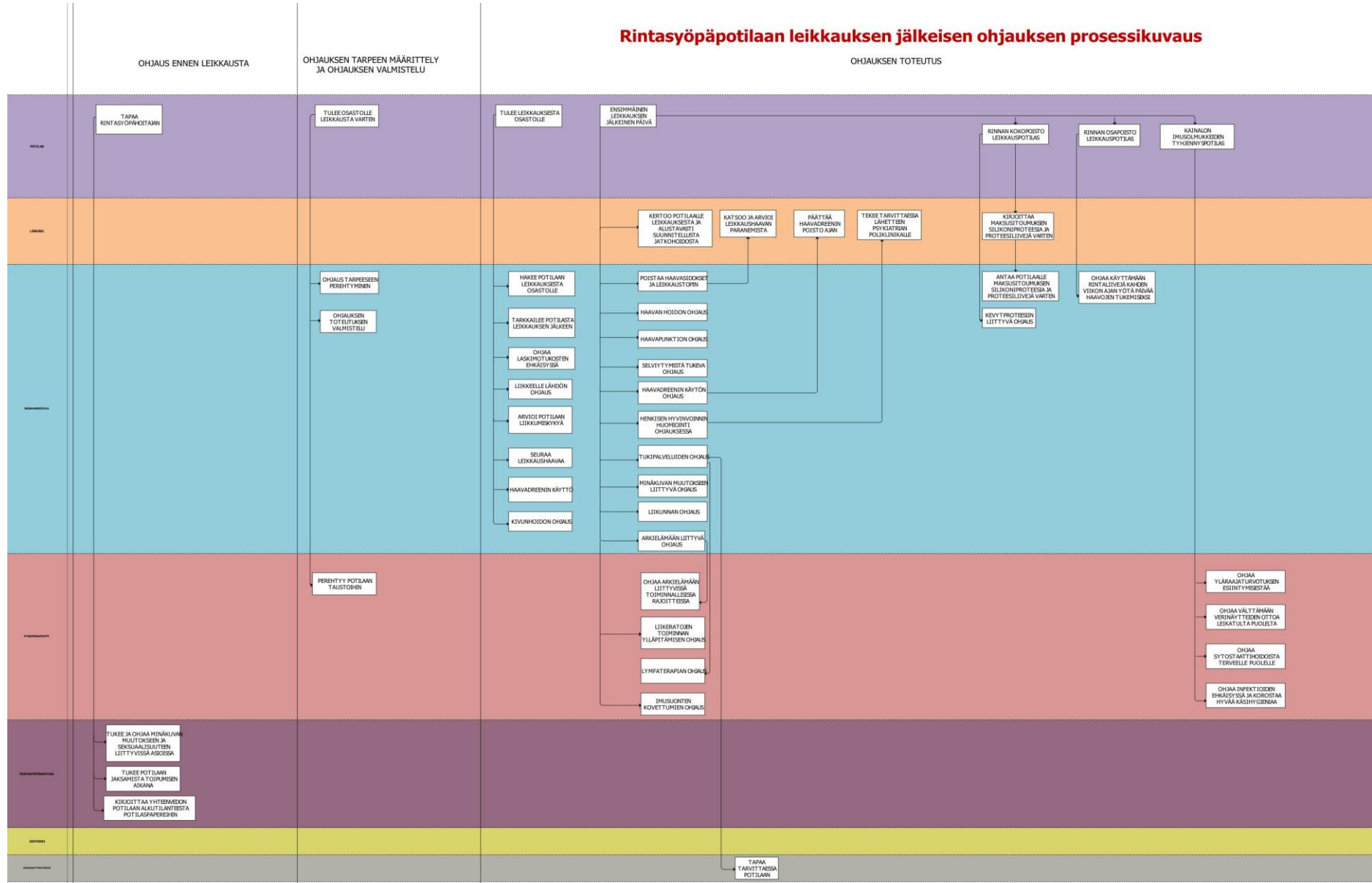
Sairaanhoitaja antaa potilaasta raportin jatkohoitopaikkaan			
Sairaanhoitaja suunnittelee ja järjestää jatkohoitoa yhteistyössä jatkohoitopaikan kanssa			
Sairaanhoitaja tekee potilaan hoidosta hoitotyöyhteenvedon			
Sairaanhoitaja järjestää potilaalle kotihoidon kotona selviytymisen tukemiseksi	Potilaan ohjaus kotihoidon asiakkaaksi		
Sairaanhoitaja suunnittelee potilaan jatkohoitoa kotihoidon kanssa			
Lääkäri tekee lähetteen syöpätautienklinikalle	Potilaan ohjaus syöpätautienklinikalle		
Potilas siirtyy lääkärin jälkitarkastuksen jälkeen syöpätautienklinikan potilaaksi			
Fysioterapeutti arvioi fysioterapian tarvetta	Fysioterapian tarpeen ja jatkuvuuden arviointi		
Fysioterapeutti päättää fysioterapian lopettamisesta			
Fysioterapeutti varaa rinnan koko poisto potilaille jälkitarkastusajan kahden viikon päähän	Fysioterapeutti sopii jatkohoidosta potilaan kanssa		
Fysioterapeutti varaa kainalon imusolmukkeiden tyhjennys potilaille jälkitarkastusajan kahden viikon päähän			

Fysioterapeutti antaa yhteystietonsa	Fysioterapeutti tukee potilaan selviytymistä antamalla yhteystiedot		
Fysioterapeutti kannustaa potilasta ottamaan yhteyttä ongelmatilanteissa			
Fysioterapeutti antaa puhelinohjausta tarvittaessa			
Rintasyöpähoitaja antaa yhteystietonsa	Rintasyöpähoitaja tukee potilaan selviytymistä antamalla yhteystiedot		
Rintasyöpähoitaja kannustaa potilasta yhteydenottoon ongelmatilanteissa			
Rintasyöpähoitaja antaa puhelinohjausta tarvittaessa			
Rintasyöpähoitaja korostaa yhteydenoton mahdollisuutta vielä potilaan siirtyessä syöpätautienklinikalle jatkohoitoon			
Sairaanhoitaja perehtyy potilaan taustoihin leikkauslistan avulla	Sairaanhoitaja perehtyy potilaan taustoihin		
Sairaanhoitaja perehtyy potilaspapereihin			
Sairaanhoitaja lukee rintasyöpähoitajan yhteenvedon potilaan alkutilanteesta			
Sairaanhoitaja kysyy potilaan voinnista ja ohjaa sen mukaisesti	Sairaanhoitaja tutustuu potilaaseen	Potilaan ohjaus tarpeeseen perehtyminen	Ohjauksen tarpeen määrittely ja ohjauksen valmistelu
Fysioterapeutti perehtyy potilaan taustatekijöihin potilastietojärjestelmän kautta	Fysioterapeutti perehtyy potilaan taustoihin		
Fysioterapeutti perehtyy potilaalle tehtyyn operaatioon potilastietojärjestelmän kautta			
Fysioterapeutti suunnittelee ohjausta potilaan taustatietojen mukaan			

Sairaanhoitaja varaa tarvittavan kirjallisen ohjausmateriaalin valmiiksi	Sairaanhoitaja valmistelee potilas ohjausta	Ohjauksen toteutuksen valmistelu	
Sairaanhoitaja tutustuu potilaan taustoihin potilaspapereiden avulla			

Liite 5 Prosessikuvaus

Rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeisen ohjauksen prosessikuvaus



Tekijä: Ennen Varpu & Romppanen Lili

OHJAUksen JATKUVUUS

