



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

RINTASYÖPÖPOTILAAN RADIKAALIN RINNANPOISTON JÄLKEINEN LÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS

Linnea Aarinen

Kaisa Saarinen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Akuutti- ja pitkäaikaishoitotyö

AARINEN LINNEA & SAARINEN KAISA

Rintasyöpäpotilaan radikaalin rinnanpoiston jälkeinen lääkinällinen kuntoutus

Opinnäytetyö 86 sivua, joista liitteitä 20 sivua
Marraskuu 2017

Opinnäytetyön aihe käynnistyi opinnäytetyöntekijöiden omista mielenkiinnon kohteista ja Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen tarpeista. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä tietoa radikaalin rinnanpoiston jälkeisestä lääkinällisestä kuntoutuksesta ja kerätyn teorian avulla koota aiheeseen soveltuva potilasopas. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, min-kälaisia seuraamuksia radikaali rinnanpoisto aiheuttaa, mitä kuuluu radikaalin rinnanpoiston hoitoon ja lääkinälliseen kuntoutukseen, millä tavoin hoitohenkilökunta voi helpottaa radikaalin rinnanpoiston jälkeistä tilannetta sekä selvittää hyvän potilasoppaan ominaisuudet. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitohenkilökunnan ammattitaitoa ja lisätä tietoa rintasyövästä, radikaalista rinnanpoitosta, leikkauksen jälkeisestä hoidosta sekä lääkinällisestä kuntoutuksesta. Oppaaseen kerättiin tietoa Pirkanmaan alueella saatavilla olevista lääkinällisen kuntoutuksen eri muodoista. Tämän yhteydessä hyödynnettiin Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen yhteistyökumppaneita.

Opinnäytetyössä käsitellään rintasyöpä, radikaali rinnanpoisto, lääkinällinen kuntoutus ja potilasopas jotka ovat opinnäytetyön lähtökohtia. Opinnäytetyön ensimmäinen osa koostuu teorian tiedosta, jossa tarkastellaan teoreettisia lähtökohtia laajemmin. Radikaalin rinnanpoiston jälkeen lääkinällisen kuntoutuksen tarve korostui, etenkin lymfaterapian osuus. Selvitysten mukaan kuntoutuksen onnistumisen kannalta on tärkeää motivoida kuntoutujaa itsenäisesti tekemään harjoitteita, noudattamaan annettuja henkilökohtaisia ohjeita sekä aktiivisesti käyttämään apuvälineitä. Sairaanhoidajan rooli kuntoutuksessa on hoidon hyvän laadun takaamiseksi neuvoa, tukea ja kannustaa potilasta hoitopolun eri vaiheissa. Toisena osana opinnäytetyötä tuotettiin potilasopas, joka on opinnäytetyön liitteenä.

Radikaalin rinnanpoiston aiheuttamat seuraamukset ovat yksilöllisiä. Jotta potilas olisi mahdollisimman motivoitunut kuntoutukseen, on hänelle kerrottava lääkinällisestä kuntoutuksesta tarkasti. Potilaalle tulisi selvittää mahdollisen kuntoutuksen laiminlyönnin aiheuttamat pitkäaikaiset ja vakavat seuraamukset. Lääkinällinen kuntoutus ymmärretään usein terminä väärin. Kuntoutus sisältää fyysistä hoitoa, johon ei kuulu lääkkeelliset menetelmät. Kehittämisehdotuksia työelämälle, manuaalisen lymfaterapian yhteydessä käytettyjen tukitoimien hyödyt ja niillä aikaansaatu tuloksien selvittäminen. Lisäksi voitaisiin tutkia kuntoutujan motivoituneisuutta kuntoutuksen aikana. Mielenkiintoista olisi selvittää myös, onko psyykkistä tukea tarjottu riittävästi potilaalle sekä omaisille.

Asiasanat: rintasyöpä, radikaali rinnanpoisto, lääkinällinen kuntoutus, potilasopas

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Nursing of Acute and Long-Term Illnesses

AARINEN LINNEA & SAARINEN KAISA
Breast Cancer Patient, Radical Mastectomy and Medical Rehabilitation

Bachelor's thesis 86 pages, appendices 20 pages
November 2017

The topic of this study was selected based on writers' own interests and the needs of Pirkanmaan Syöpäyhdistys. The purpose of the study was to provide a guide for radical mastectomy patients. The study presents forms and effects of radical mastectomy and the related treatments. The objective was to develop the nursing personnel's competence and knowledge of the condition and the procedure required, as well as post-operative care and rehabilitation.

In the theoretical framework of this study there is information on breast cancer, radical mastectomy, and medical rehabilitation of breast cancer requiring radical mastectomy. Besides, the characteristics of a good patient guide are discussed. Medical rehabilitation means physical treatment. The information was gathered from professional health care sites, nursing publications, patient guides of different associations, and specialist interviews. The interviewees were a nurse at Pirkanmaan Syöpäyhdistys, a lymph therapist, and a physiotherapist.

The study shows that the consequences of the radical mastectomy are individual. Detailed information can motivate patients with their medical rehabilitation. The most important medical rehabilitations are lymph therapy and active self-treatment, among other rehabilitation forms.

The findings indicate that the patients must follow instructions and they should be better informed of the fact that neglecting their rehabilitation may cause further chronic symptoms. Potential further study could concentrate on the benefits and results of support provided in connection with manual lymph therapy. Other potential topics could be patients' motivation during rehabilitation, or sufficiency of mental support from the perspective of patients and family members.

Key words: Breast Cancer, Radical Mastectomy, Medical Rehabilitation, Patient Guide

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE.....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
	3.1 RINTASYÖPÄ.....	7
	3.2 RADIKAALI RINNANPOISTO.....	10
	3.2.1 Leikkauksen jälkeinen hoito	11
	3.2.2 Leikkauksen jälkeiset seuraamukset	13
	3.3 LÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS	18
	3.1.1 Sairaanhoidajan vastaanotto.....	20
	3.1.2 Lymfaterapia	23
	3.3.1 Fysioterapia.....	33
	3.1.3 Apuvälineet	34
	3.4 POTILASOPAS.....	39
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	41
5	TOTEUTUS	44
6	PÄÄTÄNTÄ	48
	6.1. Opinnäytetyön eettisyys.....	48
	6.2. Opinnäytetyön luotettavuus	50
	6.3. Pohdinta	52
	6.4. Kehittämisehdotukset.....	58
	LÄHTEET	59
	LIITTEET	67
	Liite 1. Sairaanhoidajan haastattelulomake.....	67
	Liite 2. Fysioterapeutin haastattelulomake.....	68
	Liite 3. Lymfaterapeutin haastattelulomake	69
	Liite 4. Tietoinen Suostumuslomake.....	70
	Liite 5. Aikaisemmat tutkimukset	72
	Liite 6. Potilasopas	79

1 JOHDANTO

Rintasyöpä on maailmanlaajuisesti yksi yleisimmistä syöpäsairauksista (Suomen Rintasyöpäryhmä ry 2015, 6). Vuonna 2015 Suomessa rintasyöpään sairastui noin 5000 naista (Suomen Syöpärekisteri 2017b). Rintasyöpään sairastutaan yleisimmin yli 60 ikävuoden jälkeen. Kehittyneiden hoitojen ansiosta eloonjäämisprosentti on 90% viiden vuoden päästä diagnoosista. (Syöpäjärjestöt 2017a.) Leinon (2011) väitöskirjassa tulee ilmi hoitavan henkilökunnan merkitys sairastuneen paranemisprosessissa ja sairaudesta toipumiseen. Vaikka sairastuneen läheisillä on iso rooli paranemisessa, on hoitavalta henkilöstöltä saatu huolenpito tärkeää. (Leino 2011, 6.)

Opinnäytetyön aihe syntyi omista mielenkiinnonkohteista sekä Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen tarpeista tukea jäseniään rintasyöpään sairastumisen jälkeen. Potilasopas tulee olemaan yhdistyksen henkilöiden ja jäsenten käytettävissä. Aiheen valintaa tukivat yhdistyksen tarve oppaalle, opinnäytetyöntekijöiden kiinnostus aiheeseen ja mahdollisuus asiaa tutkimalla syventää omaa ammattitaitoa aiheeseen liittyen.

Tämän opinnäytetyön aiheena on rintasyövän radikaalin leikkaushoidon jälkeinen lääkinällinen kuntoutus. Rinnankorjausleikkaus eli rintarekonstruktio on rajattu pois opinnäytetyöstä. Tässä opinnäytetyössä tuodaan esille rintasyöpä sairautta yleisellä tasolla, sen oireita, esiintyvyyttä ja hoitoa. Opinnäytetyön lopputuotoksena on potilasopas rintasyöpään sairastuneen kuntoutusmahdollisuuksista, kuntoutuksen vaiheista ja vaihtoehdoista hoitojen jälkeisten seuraamusten hallitsemiseksi.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyvä potilasopas tehdään Pirkanmaan Syöpäyhdistykselle ja opinnäytetyössä tarkastellaan Pirkanmaan alueen tarjoamia mahdollisuuksia. Yhdistyksen tavoitteena on tukea syöpään sairastuneita ja heidän läheisiään, tarjota tietoa, erilaista toimintaa sekä jäsenetuja rintasyöpään sairastuneille. (Pirkanmaan Syöpäyhdistys vuosikertomus 2016, 4, 8–9.)

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen käyttöön potilasopas, johon on koottu tietoa rintasyöpään sairastuneelle Pirkanmaalla saatavilla olevista lääkinällisen kuntoutuksen hoitomuodoista.

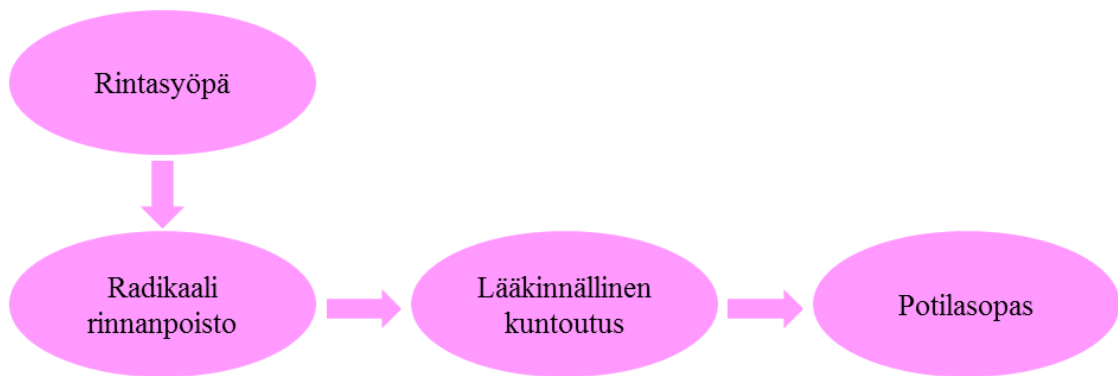
Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää:

1. Minkälaisia seurauksia radikaali rinnanpoisto aiheuttaa potilaalle?
2. Mitä kuuluu radikaalin rinnanpoiston jälkeiseen hoitoon ja lääkinälliseen kuntoutukseen?
3. Millä tavoin terveydenhuollon hoitohenkilökunta voi auttaa helpottamaan potilaan radikaalin rinnanpoiston jälkeisiä oireita?
4. Millainen on hyvä potilasopas?

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitotyöhön osallistuvien osaamista rintasyövän osalta ja lisätä tietoa leikkaushoidon jälkeisistä seuraamuksista sekä potilasoppaan avulla kertoa rintasyöpään sairastuneelle kuntoutusmahdollisuuksista Pirkanmaalla. Oppaassa kerrotaan, millaisilla kuntoutuskeinoilla erinäisiä oireita on mahdollisuus lievittää ja hoitaa sekä millaista kuntoutusta Pirkanmaan alueella on saatavilla.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön aiheena on rintasyöpäpotilaan radikaalin rinnanpoiston jälkeinen lääkin­näellinen kuntoutus, jolla pyritään helpottamaan ja hoitamaan leikkauksesta aiheutuvia seuraamuksia. Opinnäytetyön teoreettisena viitekehys­enä ovat seuraavat käsitteet: rin­tas­yöpä, radikaali rinnanpoisto, lääkin­nä­linen kuntoutus ja potilasopas (Kuvio 1).



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys

3.1 RINTASYÖPÄ

Naisen rinnan rakenne muodostuu rauhasista, rasvakudoksesta ja rauhasen yhdistämistä tiehyistä. Rintamaito kehittyy rintarauhas­kudoksessa siirtyen yhdistymistiehyiden kautta nänniin. Kainalon alueella sijaitsee imusolmukkeet, joihin imusuonisto kuljettaa imunesteen. (Yleistä tietoa rintasyöpään sairastuneelle 2017.) Rinnan rauhasen määrä vaihtelee 15-20 välillä. Rauhasia kutsutaan lobuluksiksi ja rinnan tiehyitä duktuksiksi. (Syöpäjärjestöt 2017a; Yleistä tietoa rintasyöpään sairastuneelle 2017.)

Aiemmin rintasyövän hoitosuosituksista vastasi *Käypä hoito*, mutta nykyisin se on siirtynyt *Suomen Rintasyöpäryhmä Ry*:lle, jonka mukaan rintasyöpä on eniten todettu syöpä­sairaus naisilla. Rintasyöpään sairastuu Suomessa vuosittain keskimäärin 5000 naista. Vuosittain myös miehiä sairastuu rintasyöpään, mutta määrät ovat pieniä. Syöpämuo-

doista invasiivinen syöpä on yleisimmin esiintyvä ja niin sanotusti varsinainen syöpämuoto, jonka yleisin esiintymismuoto on duktaalinen karsinooma eli DCIS. (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2015, 5–6, 15; Suomen Rintasyöpäryhmä ry 2015, 6, 17; Vehmanen 2017c.) Rintasyöpää esiintyy tavallista enemmän Pohjoismaissa (Suomen Rintasyöpäryhmä ry 2015, 6).

Duktaalinen karsinooma on tiehytperäinen, tiehyen sisäinen rintasyövän muoto, jossa syöpäsolut eivät varsinaisesti kulkeudu rintakudokseen. Tätä muotoa kutsutaan myös intraduktaaliseksi rintasyöväksi ja joskus DCIS voidaan luokitella rintasyövän ensimmäiseksi asteeksi. ILC eli lobulaarinen karsinooma voidaan luokitella myös invasiiviseksi karsinoomaksi, jota esiintyy noin yhdellä kymmenestä lobulaarisessa syövässä. (American Cancer Society 2017.) Alle 30-vuotiailla naisilla rintasyöpään sairastuminen on harvinaista, mutta sairastumisen riski kasvaa 50-ikävuoden jälkeen. Tilastollisesti rintasyöpään sairastutaan yleisimmin yli 60-vuotiaana. Korkea ikä lisää rintasyöpään sairastumisen riskiä, mutta kehittyneiden hoitojen ansiosta rintasyöpädiagnoosin saaneiden naisten eloonjäämisprosentti on nykypäivänä jopa 90 %. (Syöpäjärjestöt 2017a.)

Rintasyövän hormonaalisia riskitekijöitä voivat olla nuorena alkaneet kuukautiset, myöhäisen iän vaihdevuodet, lapsettomuus ja ensimmäisen synnytyksen ajoittuminen yli 30 vuotiaana. Rintasyövän riskiä kasvattavat myös hormonikorvaushoidossa käytettävät estrogeeni ja keltarauhashormoni. Muita rintasyöpään sairastumisen riskitekijöitä ovat ylipaino, ionisoiva säteily, perinnöllisyys ja päihteiden käyttö. Rintasyövälle ehkäiseviä tekijöitä voivat olla ensimmäinen synnytys nuorena, täysiaikaiset raskaudet, liikkuminen sekä painonhallinta. (Syöpäinfo 2014; Huovinen 2017.) Sairastumisriskiin eivät vaikuta rinnan vammat, rinnan tulehdukset tai ehkäisytabletit. Rintasyöpään voi kuitenkin sairastua, vaikka yllä lueteltuja riskitekijöitä ei olisikaan. (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2015, 7.)

Rintasyövän perinnöllisyyttä on tutkittu viimeisten vuosien aikana. Tulokset kertovat, että noin 5-10 % sairastumisista johtuisi perinnöllisyydestä. (Syöpäinfo 2014.) Mutaatioista esimerkiksi BRCA1:n ja BRCA2:n osuuden on arvioitu olevan noin viidesosa perinnöllisten rintasyöpien synnystä ja noin 15 % kaikkien rintasyöpien synnystä (National

Cancer Institute 2015). Perinnöllisissä rintasyövissä voidaan hoitona käyttää ennaltaehkäisevää rinnanpoistoa, joka pienentää riskiä sairastua rintasyöpään yli 90 %. Myös munasarjojen poisto puolittaa sairastumisriskin. (Suomen rintasyöpäryhmä ry 2015, 8.)

Joissakin tilanteissa rintasyövän oireet saattavat jäädä havaitsematta, esimerkiksi silloin kun oireet ovat tavallisten yleisoireilun tapaisia kuten väsymys (Ahonen ym. 2016, 143). Rintasyövän yleisimpiä oireita ovat rinnassa tai kainalossa paljastuva kyhmy, joka on useimmiten aristamaton. Myös kipua, pistelyä ja painontunnetta voi ilmentyä rinnassa. Muita oireita voivat olla nännistä valuva erite, nännin tai ihon vetäytyminen tai jokin muu ihomuutos, erityisesti nännin läheisyydessä. (Syöpäinfo 2014; Huovinen 2017.)

Naisen tulisi tutkia rintansa usein ja erityisesti kuukautisten loputtua, kun kuukautisten aiheuttama turvotus on laskenut ja rintakudos pehmentynyt. Terveystieteiden ammattilaiselta kannattaa pyytää neuvoa omatoimiseen rintojen tutkimiseen. (Mehiläinen 2015.) Rintojen tutkiminen voidaan karkeasti jakaa kahteen erilaiseen vaiheeseen. Näitä vaiheita ovat silmin katseleminen ja palpaatio eli tunnusteleminen. Rinnan muutoksia tapahtuu kuukautiskierron aikana ja ikääntyessä. Nämä muutokset eivät aina tarkoita pahanlaatuisuutta. On kuitenkin tärkeää, että muutoksen havaittuaan henkilö käy terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolla varmistamassa tilanteen. (Tunne rintasi ry n.d.) Rintojen tutkiminen on tärkeää, koska yksi yleisin rintasyövän muutoksien löytyminen tapahtuu rintoja tutkiessa (Ahonen ym. 2016, 587).

Leino (2011) tekemässä tutkimuksessa selvisi, että naiset olivat reagoineet eri tavalla löytäessään tai havaitessaan rinnassaan muutoksen. Monenlaisia oireita ja syitä pohdittiin. Lääkärin vastaanotolle hakeuduttiin oireiden perusteella selvittääkseen epäilyttävän muutoksen. Lisäksi Leino kertoo, että osa tutkimukseen osallistuneista naisista löysi rinnastaan patin sattumalta. Naiset olivat kuvailleet patin olevan liikkuva ja käsin tunnistettava kyhmy. Osa naisista koki rinnan arkuutta ja kipua. (Leino 2011, 100–101.)

Rintasyövän toteamisessa käytetään kolmea erilaista tutkimusmenetelmää; rintojen kliininen tutkimus eli rintojen tunnustelu käsin, mammografia ja paksuneulanäytteen ottaminen (Joensuu ym. 2013, 596; Ahonen ym. 2016, 616; Huovinen 2017).

Seulonta-asetuksen mukaan kuntien on järjestettävä maksuttomia mammografiaseulontoja 50-69-vuotiaille naisille kahden vuoden välein (Suomen Syöpärekisteri 2017a). Leino (2011) kertoi väitöskirjassaan, että seulontatutkimuksissa esille tulleet muutokset tulivat naisille arvaamattomana ja jatkotutkimukset herättivät naisille epäilyksen mahdollisesta pahanlaatuisesta kasvaimesta. Tutkimuksesta ilmeni myös, että rintasyöpädiagnoosista kertominen ja sen ymmärtäminen olivat vaikeaa lääkärin ammatillisen sanaston vuoksi. (Leino 2011, 102.) WHO - World Health Organization on mukana parantamassa ja kehittämässä rintasyöpäpotilaille käytettävää seulontaa ja syövän torjuntaa, johon kuuluvat ennaltaehkäisy, aikainen toteaminen, diagnoosi, hoito, kuntoutus ja oireita lievittävä vaihe (WHO 2017).

Moniammatillisen työryhmän toiminnan on oltava mahdollisimman mutkatonta ja sujuvaa potilaan yksilöllisen hoidon saavuttamiseksi (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 264). Hoitotyön pääpiirteinä on ylläpitää sairastuneen yleistilaa, ohjeistaa sairastunutta oikeanlaiseen ruokavalioon sekä painottaa liikunnan ja levon merkityksestä. Lisäksi tärkeää on huomioida ihonhoito, puhtaus, rintasyövän aiheuttamat muut seuraamukset ja niiden hoito. Näitä edellä mainittuja hoitotyön vaiheita kutsutaan interventioiksi. (Lauri 2003, 56–57.) Leino (2011) kuvasi tutkimustuloksissaan, että potilaiden mielestä henkisesti raskainta oli odottaa ensimmäistä keskustelua syövän vaikeusasteesta ja tulevasta leikkauksesta sairaalassa. Syöpäsairauden laajuus sisäistettiin vasta leikkaavan kirurgin tapaamisessa. (Leino 2011, 103–104.) Rintasyövän hoitoprosessi lähtee liikkeelle tavallisimmin leikkauksella, joka voidaan suorittaa rintaa säästävällä menetelmällä tai poistamalla rinta kokonaan (Syöpäinfo 2014; Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2015, 12).

3.2 RADIKAALI RINNANPOISTO

Radikaali rinnanpoisto eli mastektomia (Duodecim Terveyskirjasto 2017c) on leikkaus, jossa poistetaan koko rintarauhaskudos. Leikkaukseen päädytään, kun kasvain on suuri-kokoinen, kasvain on multifokaalinen eli kasvaimia on useita tai säästävä leikkaus ei tule kyseeseen. (Vehmanen 2017a.) Radikaalissa rinnanpoistossa koko rintaa ympäröivä iho ja rintarauhanen nänniä myöden poistetaan yhdessä kainaloiden imusolmukkeiden kanssa (Davidson, Lester & Routt 2014, 88). Periaatteena rinnanpoistossa on saavuttaa rinnan

seinämän ihon tasaisuus, sillä silloin se kestää paremmin mahdollisen sädetyksen ja irto-
proteesiliivin hankaamisen. Rinnanpoistoon päätyy noin 40 % sairastuneista. (Jahkola
ym. 2016, 7–8.)

Leikolan (2008) väitöskirjassa tutkittiin vartijaimusolmukkeen yhteyttä rintasyövän le-
viämiseen. Pahanlaatuiset solut kulkeutuvat ensimmäisenä vartijaimusolmukkeeseen. Tä-
män vuoksi voidaankin todeta, että tauti leviää tätä kautta. Vartijaimusolmukkeesta ote-
taan biopsia eli koepala, jonka avulla saadaan tarkka kuva rintasyövän levinneisyydestä
kainalonimusolmukkeisiin. (Leikola 2008.) Tämä koepala on kainalontyhjennystä lie-
vempi muoto, joka tehdään selvittääkseen taudin leviämisen kainalon muihin imusolmuk-
keisiin. Tässä vaiheessa kainalon imusolmukkeita ei vielä poisteta. (Joensuu ym. 2013,
606–607; Suomen Rintasyöpäryhmä ry 2015, 31.) Vartijaimusolmukebiopsiankin jälkeen
potilas voi kokea samoja oireita kuin kainaloevakuaation jälkeen, mutta pidempi ai-
kaiseille oireille altistuu yleensä vain muutama prosentti (Leidenius 2017).

Kainalon imusolmukkeiden tyhjennys eli kainaloevakuaatio tehdään, kun kainalosta to-
detaan taudin leviäminen kainalon imusolmukkeisiin. Mikäli etäpesäkkeitä ei todeta var-
tijaimusolmukkeessa, potilas ei tarvitse kainaloevakuaatiota. Jos kainaloevakuaatio on
tarpeellinen, imusolmukkeet leikataan kainalon keski- ja alaosasta. Kainalon yläosassa
syvemmällä olevat imusolmukkeet leikkautetaan, jos siellä sijaitsevien imusolmukkeiden
metastasoitumista ei voida sulkea pois. (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2015, 12.) Tämä
lisää riskiä erilaisille oireiluille leikatun puoleisessa kädessä (Leidenius ym. 2010).

3.2.1 Leikkauksen jälkeinen hoito

Leino (2011) kertoi väitöskirjassaan tutkittujen henkilöiden kokemuksista leikkauksen
jälkeen. Kainaloevakuaation jälkeen tuntemuksena nousi esille nesteen kerääntyminen
käteen ja kainalon alueelle. Leikkauksesta parantuminen kesti kauemmin, koska kaina-
lossa oli turvotusta ja mahdollisesti myös kipua, joiden seurauksena käden toimivuus
heikkeni. (Leino 2011, 121.)

Leikkauksesta palautumiseen vaikuttaa tehty leikkaus ja sen laajuus. Leikkausalueetta seurataan tiheästi, jotta huomataan ajoissa mahdolliset komplikaatiot. Leikkausalueelle asetettu dreeni eli kudoksenesteiden poistoputki poistetaan haavaerityksen vähennyttyä. Toipilaana tulee noudattaa fysioterapeutin tarjoamia liikuntaharjoituksia, joilla voitaisiin välttyä mahdollisilta arpikiristykseltä, turvotuksen syntymiseltä sekä lisätä leikatun alueen liikkuvuutta. (Jahkola ym. 2016, 31–32.)

Haavalaput voi irrottaa, kun leikkauksesta on kulunut vuorokausi. Haavalla käytettävää teippiä kannattaa pitää pidempään. Saunaa potilaan tulee välttää kahden viikon ajan. Kevyt liikunta on suositeltavaa, mutta yli 3kg:n painoja on syytä välttää ensimmäisen muuttaman viikon ajan. Leikkauksissa käytetään usein sulavia ompeleita, joten niitä ei tarvitse poistattaa. Potilasohjauksessa potilaan kotiutuessa käydään läpi muun muassa dreenin kanssa toimiminen, sen tyhjentäminen ja haava-alueen tarkkailu. Ylimääräinen neste voi edesauttaa infektion kehittymistä. (Ahonen ym. 2016, 119, 618.) Nesteen kertyminen saattaa aiheuttaa turvotuksen kehittymistä, kiristuksen tunnetta ja joissakin tilanteissa myös arkuutta (Haavanhoito-ohje rintaleikatulle 2013).

Leino (2011) kuvaili väitöskirjassaan naisten kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Naiset olivat kokeneet saaneensa liian vähän tietoa ja ohjausta. Dreenin kanssa oleminen kotioloissa jäi monelle epäselväksi. Naiset olisivat halunneet sairaalassa tutustua dreeniin paremmin, mutta olivat kuitenkin selviytyneet ongelmatilanteissa omin avuin kotioloissa. Paniikinomaisia tunteita olivat aiheuttaneet dreenin irtoaminen liian aikaisin ja epäselvyys siitä, minne pitäisi ottaa kyseisessä tilanteessa yhteyttä. (Leino 2011, 121.) Helpot kotityöt, kuten ruuanlaitto, kevyt liikunta ja muut pienehköt askareet ovat sallittuja ja jopa suositeltavaa leikkauksen jälkeen. Liikkuminen edesauttaa kudoksien hapettumista, estää nestekertymien muodostumista ja nopeuttaa haavan paranemista. Muutamien viikkojen ajan leikkauksesta on syytä jättää raskaat liikuntamuodot pois. Myös riuhtaisevia liikkeitä kannattaa välttää. Paranemista edesauttaa riittävän monipuolinen ravinto, lepo ja tasapainoinen liikunta. (Haavanhoito-ohje rintaleikatulle 2013.)

3.2.2 Leikkauksen jälkeiset seuraamukset

Radikaalin rinnanpoiston jälkeen voi esiintyä seroomaa eli kudostenestekertymää. Imunesteen kertyminen saattaa aiheuttaa turvotuksia, arkuutta, paineen tunnetta. Lisäksi hematoomaa, flebiittiä ja kainalo-olkavarren arkuutta saattaa esiintyä. (Huovinen 2017.) Kiristuksen tunne voi tuntua käsivarressa ja rinnan alueella, mikä johtuu kudoksien liiallisesti nestekertymästä (Breast Cancer Care 2017a). Flebiitti eli laskimotulehdus kainalon alueella voi olla yksi leikkauksen jälkeinen hoitoa vaativa tila, joka ilmenee kiristuksen tunteena olkavartta nostettaessa (Huovinen 2017). Jos kiputila luokitellaan hermokivuksi, ovat tyypilliset kipulääkkeet hyödyttömiä (Leidenius 2017). Haavan reunoilla voi esiintyä epämuotoisuutta joka syntyy, kun haavan sivuja ei saada ommeltua yhteen tai leikkausalueella syntyy kiristystä ommeltaessa (Ahonen ym. 2016, 617). Kun leikkausalueella esiintyy pullistumaa, arkuutta tai paineen tunnetta, voi kysymyksessä olla verenvuoto. Verenvuoto leikkausalueella voi vaatia uutta leikkausta. (Aarnio 2016.)

Tutkimuksessaan Kärki (2005) teki havaintoja, että potilaat olivat kokeneet työkykynsä heikentyneen leikkauksen jälkeen, kotitöiden teko oli vaikeampaa, mutta yksikään potilas ei ollut kokonaan jättänyt kotitöiden tekoa (Kärki 2005, 58). Muurinen (2009) kertoi tutkimustuloksissaan, että osa potilaista joutui toisinaan ottamaan päiväunia, jotta kykenivät selviytymään arjen askareista (Muurinen 2009, 32). Kärki (2005) tuli siihen tulokseen, että kyseiseen leikkauksen jälkeiseen seuraukseen vain totuttiin. Tutkimuksessa ilmeni, että kolmasosalla potilaista oireet häiritsivät yöunta ja ylipainoisilla oli enemmän niska-hartiaseudun vaivoja. (Kärki 2005, 58.) Uneen vaikuttivat muun muassa eriaisteiset kivut ja vaihdevuosisoireet. Öinen hikoilu keskeytti unen ja potilaan oli mentävä viilentävään suihkuun ja vaihdettava lakanat. (Muurinen 2009, 28, 32.)

Imunestjärjestelmän tarkoituksena on huolehtia elimistön nesteiden kulusta kudoksesta pois. Järjestelmä vastaa myös osaltaan elimistön puolustusjärjestelmästä. Imusuonisto järjestelmän heikentyessä, neste pääsee kertymään kudokseen, jonka seurauksena alkaa muodostua turvotusta eli lymfaturvotusta. Turvotus on havaittavissa palpoimalla eli tunustelemalla ja silmin nähtävillä. Tämä tarkoittaa, että imunestjärjestelmä ei pysty huolehtimaan tehtävästään toivotulla tavalla. Turvotus ei aina aiheuta kipua, sillä elimistö

turpoaa yleensä ulospäin. Imusuonisto koostuu pienistä ja isoista imusuonista sekä imusolmukkeista. (Faktoja Lymfasta n.d; Väisänen 2015b, 5, 8, 12; Rintasyöpäyhdistys Europa Donna Finland ry 2017b.)

Leikkauksen jälkeistä tai sädehoidon aiheuttamaa lymfaturvotusta voidaan kutsua toissijaiseksi lymfaturvotukseksi. Ensisijaisena lymfaturvotuksena voidaan pitää esimerkiksi ihmisen synnynnäistä immuunijärjestelmän heikkoutta. (National Lymphedema Network 2017.) Sädehoidon seurauksena imusuonisto vaurioituu ja seurauksena sen puolen raajan imusolmukkeiden kapasiteetti kuljettaa nesteitä alentuu, tämän johdosta leikatulle alueelle kerääntyy nesteitä. Rintasyöpäleikkauksen jälkeen yläraajan lymfaturvotusta ilmaantuu noin 30 %:lla potilaista sekä kainaloimusolmukepoiston ja vartijaimusolmukepoiston jälkeen 4-10 %:lla potilaista. (Hyks Syöpäkeskus 2017, 3.)

Yleisemmin lymfaturvotus alkaa kahden kuukauden kuluttua toimenpiteestä, mutta se voi alkaa vielä kahden vuoden päästäkin leikkauksesta. Riski lymfaturvotuksella kuitenkin säilyy leikkauksen jälkeen loppuelämän. Lievä lymfaturvotus voidaan todeta painamalla 30 sekuntia voimakkaasti ihoa. Jos ihoon jää väliaikaisesti kuoppa, on lymfaturvotusta kehittynyt. Diagnoointiin riittää usein kliininen tutkimus ja terveen puolen raajaan vertaaminen. (Hyks Syöpäkeskus 2017, 3.) Syrjälän (2013) mukaan jopa 46 % naisista kärsii lymfaturvotuksesta radikaalin rinnanpoiston jälkeen (Syrjälä 2013, 20). Lymfaturvotuksen hoitovaihtoehtoista ja hoidosta kerrotaan tarkemmin opinnäytetyön kappaleessa 3.3.

Anttila, Kärki, Rautakorpi (2007) mukaan lymfaturvotus voidaan jakaa kolmeen ja Väisänen (2015b) mukaan jopa neljään etenemisvaiheeseen. Latenssivaiheessa (0-vaiheessa) imusuonisto on syöpähoidoista vaurioitunut, mutta havaittavissa olevaa turvotusta ei ole. Potilaat, jotka ovat käyneet läpi syöpähoidot, ovat latenssivaiheessa. Latenssi vaihe loppuu, kun ensimmäiset turvotukset havaitaan eikä imusuoniston kapasiteetti enää riitä. (Väisänen 2015b, 14.) Turvotus on 1-vaiheessa vielä vähäistä ja tunnusteltaessa turvotus on pehmeää. Palpoitaessa turvotus kohtaa syntyy kuoppa, joka häviää hetkisen kuluttua. Lymfaturvotusta ei voida parantaa, liikuntaterapian aloittaminen voi edesauttaa palautumista takaisin 0-vaiheeseen. Kohoasennolla voidaan helpottaa turvotusta, mutta ei poistaa sitä kokonaan. Turvotuksen toisessa vaiheessa turvotuksen määrä on suurentunut ja kudot

on muuttunut kovaksi. Paikoitellen turvotusalueelta on tunnusteltaessa fibroottista kudosta. Toisessa vaiheessa infektioiden riski on suurentunut. (Anttila, Kärki, Rautakorpi 2007, 18; Väisänen 2015b, 15.) Lylyn (2011) mukaan fibroottinen kudos tarkoittaa arpi-kudosta, muodostumisen tarkoituksena on korjata kudovauriota (Lyly 2011).

Toisessa vaiheessa kuopan painaminen turvotusalueelle ei enää onnistu tai se on vaikeampaa eikä kohoasennolla ole enää vaikutusta raajan turvotukseen yhtä hyvin kuin aikaisemmin. Turvonneen raajan koostumusta ja laajuutta ei voida enää normalisoida, mutta liikuntaterapian avulla sitä voidaan pehmentää ja pienentää. Kolmannessa vaiheessa raajan mittasuhteet ovat tavallista suuremmat ja kasvu johtuu rasva- ja/tai sidekudoksesta. Lymfaterapialla pystytään kohottamaan raajan liikkuvuutta ja pienentämään turvotukselle tyypillistä infektioriskiä. (Antti, Kärki, Rautakorpi 2007; Väisänen 2015b, 14–15.)



KUVA 1. Kolmannen asteen lymfaturvotus (Väisänen 2015b, 15)

Lymfaturvotukselle altistavia tekijöitä ovat ylipaino, suuri kasvaimen koko, gradus eli syövän pahalaatuisuusaste, sytostaatti- ja sädehoito sekä kainalon imusolmukkeiden poiston laajuus (Syrjälä 2013, 21). Lymfaturvotus voi johtaa elefanttitaudin kehittymiseen eli elefantiaasiksi, jossa potilaan ihon koostumus muuttuu. Iho paksunee ja taudin edetessä iho muuttuu kilpimäisen kovaksi ja paksuuntuu edelleen. Syyllän tapaisten muodostelmien ilmestyminen kasvattaa infektioherkkyyttä. (Suhonen & Cajanus 2007; Saarikko, Viitanen & Hartiala 2014.)

On tärkeää tiedottaa potilasta riittävästi, korostaa painonhallinnan tärkeyttä ja painottaa varhaisen kuntoutuksen merkitystä. Potilaille on hyvä kertoa erilaisista riskitekijöistä, jotka voivat edesauttaa lymfaturvotuksen kehitystä. (Saarikko, Viitanen & Hartiala 2014.) Esimerkiksi rintaliiveistä ei saa jäädä painaumuksia iholle. Lisäksi potilasta kannustetaan käyttämään leveäolkaimisia rintaliivejä, laukkuja ja reppuja. Potilaan tulisi välttää tapaturmia, terävien esineiden käyttämistä, haavojen syntymistä, fyysistä kuormitusta, lämpöä ja riskialueen hierontaa. Jatkossa verikokeet ja verenpaine on syytä ottaa terveestä yläraajasta. Liikuntaa tulee harrastaa normaalisti, omia tunteuksia tarkkaillen ja lisätä rasiutusta vähitellen. (Väisänen 2015a, 1–2.)

Kärjen (2005) tutkimuksen mukaan potilaat kokivat saavansa vähiten ohjausta yläraajan turvotuksen ehkäisyyn ja hoitoon sekä voimaharjoittelun ohjeistukseen. Eniten potilaat kokivat saaneensa ohjeita yläraajan liikkuvuuden parantamiseen. Potilaiden kertomuksissa oli ollut ristiriitoja ohjeistuksessa, sillä toisille oli ohjeistettu käyttämään yläraajaa normaalisti ja toisille korostettu varovaisuutta esimerkiksi raskaan työn tekemisessä. (Kärki 2005, 57.)

Serooma on tyypillinen seuraus radikaalin rinnanpoiston jälkeen (Leidenius 2017). Serooman alue voidaan steriilin neulan avulla punktoida, eli puhtaan neulan avulla imetään kertynyt kudokseneste leikkausalueelta (Kunnamo & Pohjonen 2007; Huovinen 2017). Kainalokuopan imunestepunktiolla pystytään varmistamaan, että poistettava neste on puhdasta eikä siinä ole tulehdusta. Kudostenestekertymän paikannukseen voidaan myös käyttää kaikututkimusta. Toimenpide suoritetaan steriilisti kohdistamalla neula kertymän alosaan potilaan ollessa istuma-asennossa. Neulan avulla neste imetään ruiskulla tai nesteen

annetaan valua itsekseen pois. Jos nesteen annetaan valua, toimenpiteen suorittaja saattaa kevyesti painaa serooman ympäriltä nopeuttaakseen valumista. Jos poistettavan nesteen väri on samea tai epäiltäessä tulehdusta, tehdään nesteestä bakteeriviljely. (Kunnamo & Pohjonen 2007.) Punktiolle on monia merkityksiä alkuvaiheessa haavan paranemisessa. Serooman tyhjennyksellä voidaan välttyä haavan repeytymiseltä, kiihdyttää leikkaushaavan onkalon arpeutumista sekä välttyä mahdolliselta serooman kroonistumiselta. (Leidenius 2017.)

Hematoomaa eli verenpurkaumaa voidaan hoitaa punktoimalla tai asettamalla dreeni, jota pitkin ylimääräinen neste voi poistua potilaan kehon ulkopuolelle pussiin (Laato & Kössi 2010; Huovinen 2017). Tarvittaessa haava avataan steriileissä olosuhteissa ja verenpurkauma poistetaan. Hematooman syynä on verenkierron heikkous verikertymä alueella. Verenpurkauman saattaa aiheuttaa haavojen reunojen irtaantumisen toisistaan. Jopa 30 % haavan infektoitumisista katsotaan johtuvan verenpurkaumista. (Laato & Kössi 2010.) Lievemmissä tilanteissa hematooma voidaan jopa jättää resorboitumaan eli imeytymään itsestään kudoksista pois (Huovinen 2017).

Leikkausalueelle ja leikkauksen puoleiseen yläraajaan voi muodostua kipuoireyhtymä, joka voi esiintyä kroonisena ja pitkäaikaisena. Tulehduskipulääkkeet eivät tehoa neuroopaattiseen eli hermoperäiseen kipuun. Kivun jatkuessa on syytä kääntyä kipuasiantuntijan puoleen, sillä kipuoireyhtymä ei helpotu omatoimisilla liikeharjoituksilla, vaan potilas tarvitsee fysioterapeutin palveluita. (Leidenius 2017.) Myös olkanivelen kiputilaa ja liikkuvuutta on tärkeä hoitaa, koska haavan arpeutuessa liikkuvuutta ei voida enää parantaa. Tähän avuksi ovat fysioterapeutin laatimat liikeharjoitukset, joita tulee suorittaa kivun sallimissa rajoissa. Liikeharjoitukset edesauttavat olkanivelen liikkuvuuden palautumista, nopeuttaa verenkiertoa, estävät niska-hartiaseudun jännitystä ja parantavat potilaan ryhtiä. (Ahonen ym. 2016, 617–618.)

Fibroosi eli toimenpidealueen arpeutuminen ja sidekudoksen muodostuminen (Duodecim Terveyskirjasto 2017a) alkavat, kun fibroblastit aktivoituvat valkuaisaineiden kokoontumisesta soluvälitilassa ja heikentävät siten kudoksen tehtäviä (Appelqvist 2017b). Erilai-

silla tekniikoilla voidaan vähentää sidekudoksen määrää ja ehkäistä sen lisääntymistä hoitokeinoksi kehitellyn LPG-tekniikan avulla (Niskanen 2017), josta kerrotaan myöhemmin sivulla 28. Lisäksi hoitokeinoksi on kehitetty kompressiohoitoon yhdistetty pehmenystekniikka (Suomen käsiterapiayhdistyksen jäsenlehti 2011, 8–9), josta kerrotaan lisää tämän opinnäytetyön kappaleessa 3.3.

Lisäksi leikkausalueella voi esiintyä hyperkeratoosia eli hyperkeratinisaatiota, joka tarkoittaa liikasarveistumista, ihon päällimmäisen kerroksen, sarveiskerroksen paksuuntumista (Duodecim Terveyskirjasto 2017b). Sarveiskerros koostuu kuolleista sarveissoluista, joista syntyy ihon päällisin osa. Tämä osa alkaa hilseillä ja uusiutuminen on jatkuvaa. Kun potilaalle on kehittynyt lymfaödeema eli lymfaturvotus, riski sarveiskerroksen paksuuntumiselle kasvaa. Tämä johtaa hyperkeratoosiin eli kerroksen paksuuntumiselle, joka tulee esille ihon kovettumisena erityisesti raajojen ääriosat. Lymfakysta muodostuu, kun imusuonikapillaareihin eli imusuoniston hiussuoniin kohdistuu takaisinvirtausta. Tämän jälkeen iholle voi muodostua nesterakkuloita. Yleisesti lymfakystoja ilmenee kolmannen vaiheen lymfaturvotuksen seurauksena. (Väisänen 2015b, 17.)

3.3 LÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS

Lääkinnällinen kuntoutus luokitellaan lääketieteellisesti todetun sairauden tai vamman aiheuttaman heikentyneen toimintakyvyn parantamiseksi, turvaamiseksi ja tukemiseksi erilaisten kuntoutustoimenpiteiden avulla. Kuntoutus on olennainen osa syöpäpotilaan hyvää hoitoa, jonka tarkoituksena on tukea potilasta terveellisiin elämäntapoihin ja hyvinvoinnin ylläpitämiseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Lääkinnällisen kuntoutuksen avulla pyritään parantamaan ja auttamaan kuntoutujaa ylläpitämään ja/tai parantamaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyään (Kuntoutusportti 2016; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016). Lääkinnälliseen kuntoutukseen sisältyy kuntoutukseen liittyvän neuvonnan ja ohjauksen lisäksi kuntoutuksen tarpeen selvittely, mahdolliset apuvälineet ja niiden käyttöopastus. Lisäksi siihen sisältyvät sopeutumisvalmennuskurssit, jotka ovat tarkoitettu kuntoutujille ja heidän omaisilleen. (Kuntoutusportti 2016.)

Lääkinnälliseen kuntoutukseen voi kuulua kuntoutusjaksoja tai muuta tukitoimintaa. Kuntoutuksen tavoitteet ovat työ- ja toimintakyvyn palautuminen ennalleen tai osittain syövän hoidon eri vaiheissa. Suomessa syöpäpotilaiden kuntoutusta järjestävät Syöpäjärjestöt ja Kansaneläkelaitos. Raha-automaattiyhdistys tukee Syöpäyhdistystä tarjoamalla sopeutumisvalmennustoimintaa. Sairaanhoidopiirit ovat myös osa kuntoutustoiminnan järjestämistä. Syöpäpotilaista kuitenkin hyvin harva hakeutuu kuntoutuksen piiriin ja sopeutumisvalmennuksiin, koska heillä ei ole riittävästi tietoa kuntoutustuen mahdollisuuksista. (Kuntoutusportti 2016; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Vuonna 2013 syöpäjärjestöjen tekemän kyselyn perusteella oli todettava, että lähes neljännes vastanneista ei ollut saanut mitään tietoa kuntoutuksesta (Syöpätautien asiantuntijaryhmä 2014, 75).

Jokaiselle syöpään sairastuneelle tulisi tehdä kuntoutussuunnitelma, jossa käsitellään potilaan henkilökohtaiset kuntoutustarpeet, -tavoitteet ja -muodot (Peltonen 2016, 19–21; Pirkanmaan Syöpäyhdistys 2017b). Kuntoutussuunnitelman laatimisesta on olemassa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 4a §, jossa sanotaan, että suunnitelma tulisi laatia yhdessä potilaan sekä omaisen tai laillisen edustajan kanssa. Lääkinnällisen kuntoutuksen vaihtoehtoja on runsaasti. Potilasta hoitava sairaala on velvollinen ohjaamaan potilas lääkitäntällisen kuntoutuksen piiriin. Kuntoutukseen vaaditaan lääkärin lähete ja yksityisessä hoitopaikassa tapahtuvaan fysioterapiaan on mahdollista saada korvauksia Kelasta. Vertaistuki, kuntoutuskurssit, liikuntaryhmät ja sairauskohtaiset tietopäivät ovat myös lääkitäntällisen kuntoutuksen muotoja. (Peltonen 2016, 19–21; Pirkanmaan Syöpäyhdistys 2017b.) Lisäksi kuntoutukseen voi kuulua kuntoutusohjausta, tutkimuksien avuin selvitetään kuntoutus tarvetta, kuntoutusjaksoja, apuvälinepalveluita, hoitojen avulla pyritään parantamaan työ- ja toimintakykyä, sopeutumisvalmennusta sekä kuntoutusneuvontaa (Sosiaali- ja terveystministeriö n.d).

Rintasyöpäpotilaat voivat osallistua kuntoutuskursseille ja myös heidän perheilleen järjestetään sopeutumisvalmennuskursseja. Näistä kursseista saa lisätietoa esimerkiksi Syöpäjärjestöjen ja hoitavan sairaalan kautta. (Kuntoutuskurssit 2017.) Lääkitäntällisen kuntoutuksen apuvälineitä ovat rintaproteesi, peruukki ja tukihaha. Rinnan poiston jälkeen

apuvälineeksi tarvitaan rintaproteesi, sytostaattihoitojen aiheuttaman hiustenlähdön jälkeen peruukki ja lymfaterapian apuvälineeksi tukihaha. Nämä apuvälineet ovat käyttäjälleen ilmaisia terveydenhuollon asiakasmaksulain mukaan. (Peltonen 2016, 21.)

Rintasyöpädiagnoosin saaminen ja sairauden hoitaminen poikkeuksetta väärentää potilaan omaa kehonkuvaa. Voimakkaimpina vaikuttavina tekijöinä ovat esimerkiksi rinnanpoisto, solunsalpaajahoidojen seurauksena hiustenlähtö ja pelko syövän leviämisestä. Hoidoista ja sairaudesta toipuva kehittää vähitellen uutta tasapainoa elämälleen. (Vehmanen 2017b.) Tavoitteena on, että potilas tunnistaa lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvat lymfaterapia, fysioterapia sekä apuvälineet rintaproteesi, peruukki ja tukihaha (Pirkanmaan Syöpäyhdistys 2017b). Edellä mainittujen seikkojen vuoksi on tärkeää korostaa lääkinnällisen kuntoutuksen tärkeyttä.

Potilaan osallistuminen kuntoutukseen on tärkeää, koska esimerkiksi lymfaterapiassa parhaiden tuloksien edellytys on, että siihen sisältyviä osa-alueita harjoitetaan tehokkaasti. On tärkeää, että potilas suhtautuu hoitoihin myönteisesti ja hänellä on motivaatiota hoidolle ja kuntoutumiselle. Radikaalin rinnanpoiston jälkeen potilaan tulee olla aktiivinen kuntoutuja, jolle hoitajat, fysioterapeutit ja muut ammattihenkilöt antavat tukea ja ohjeistusta. Lymfaterapiaa voivat antaa sairaanhoitaja ja fysioterapeutti, jolla on lisäkoulutus lymfahieronnasta. Lymfaterapiahoito suunnitellaan jokaiselle potilaalle yksilöllisesti ja potilaan oireiden voimakkuuden mukaisesti. Hoidot pyritään aloittamaan ajoissa, kuitenkin vasta saatujen syöpähoitojen jälkeen. Lymfaturvotusta aiheuttavat kainaloevaku-aation lisäksi sytostaattit ja sädehoito. Lymfaterapian kesto vaihtelee potilaiden välillä, riippuen turvotuksen määrästä, imusolmukkeiden poistosta, hoitojen voimakkuudesta ja henkilön yksilöllisestä nestekierrosta. (Väisänen 2015b, 12–13, 18, 21; Niskanen 2017.)

3.1.1 Sairaanhoitajan vastaanotto

Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen sairaanhoitaja Ritva Lahdenperän (2017) kertoman mukaan potilaat ottavat yhteyttä yhdistykseen yleensä heti rintasyöpädiagnoosin saatuaan. Ennen leikkausta potilaalla on mahdollisuus tavata sairaanhoitaja ja käydä läpi ajatuksi-

aan rintasyövistä sekä saada tietoa tulevasta hoitopolusta. (Lahdenperä 2017.) Tutkimuksen mukaan potilaat olisivat kaivanneet enemmän keskustelua terveydenhuollon henkilön kanssa leikkauksensa odotellessaan, jotta ahdistuneisuus olisi helpottanut. Tutkimukseen vastanneet kertoivat ongelmaksi nousseen tiedon puutteellisuus, koska eivät tieneet kehen olla yhteydessä. (Leino 2011, 104.) Yleisimmin potilaat pääsevät leikkaukseen noin kahden viikon kuluttua diagnoosin saamisesta. Sinä aikana potilaat ovat suurien tunteiden myllerryksessä ja heille tulisi tarjota vertaistukihenkilöä. (Lahdenperä 2017.)

Vertaistukihenkilö on itse käynyt läpi rintasyöpään liittyvän prosessin ja yleensä vertaistukihenkilöksi valikoituu iältään ja hoitopolultaan potilaan kaltainen henkilö. Kaikki potilaat eivät halua vertaistukihenkilöä, kun taas osa potilaista tapaa vertaistukihenkilöään viisikin kertaa vuoden aikana. (Lahdenperä 2017.) Vertaistuki on toimintaa, joka perustuu samanvertaisuuteen, myötämielisyyteen, kuulluksi ja ymmärretyksi tulemiseen. Vaihtoehtona voidaan käyttää myös vertaistukiryhmään osallistumista. (Rintasyöpäyhdistys Europa Donna Finland ry 2017c.)

Tukihenkilö on salassapito velvollinen ja sitoutunut järjestön sääntöihin ja periaatteisiin. Syöpäjärjestöt järjestävät vertaistukihenkilökoulutuksia ja potilaan tarpeiden mukaista maksutonta vertaistukitoimintaa. Vertaistuki toiminnan hyötynä on, että tukihenkilö muistaa oman sairautensa, tunnistaa sairaudesta johtuvat tunteet ja ajatukset. (Syöpäjärjestöt 2017b.) Maukosen ym. (2011) tutkimuksen mukaan merkityksellisintä tukea potilaat kokivat saaneensa puolisoiltaan, lapsiltaan ja ystäviltään. Tutkimukseen osallistuneista kolmannes oli kuitenkin hyödyntänyt mahdollisuutta vertaistukihenkilön käyttämiseen. Tutkimustuloksia vertaistuen tarpeellisuudesta rintasyöpäpotilaan hoidossa on edelleen vähän. (Maukonen ym. 2011, 282.)

Rinnanpoistoleikkauksen jälkeen potilas pääsee kotiin yleensä jo leikkauksesta seuraavana päivänä. Mikäli leikkauksessa on käytetty sulamattomia ompeleita, ne poistetaan sairaanhoitajan toimesta noin viikon kuluttua leikkauksesta. Samoin drenit voidaan poistaa keskimäärin viikon kuluttua leikkauksesta. Ompeleiden ja drenien poisto onnistuu omalla terveysasemalla, mutta potilas voi varata ajan myös syöpäyhdistykseltä ja saada

käynnillään myös muuta kaipaamaansa tukea. Käynnillä tarkistetaan leikkaushaavan parantuminen ja vaihdetaan puhtaat haavateipit. Sairaanhoidajan kanssa keskustellaan liikeharjoitusten tekemisestä ja tarkistetaan liikkeiden oikea suorittaminen. Sairaanhoidaja kuuntelee potilaan sen hetkisiä tunteita ja ajatuksia leikkauksesta ja rinnan menettämisestä. (Lahdenperä 2017.)

Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen sairaanhoidajan vastaanotolle voi hakeutua esimerkiksi, jos lääkeinjektion omatoiminen pistäminen ei onnistu. Erilaisia pistoksia leikkauksen jälkeen voivat olla kasvutekijät tai hormonitoiminnan estolääkkeet. Lisäksi potilaat voivat hakeutua yhdistyksen vastaanotolle keskustelemaan, tutustumaan kuntoutuspalveluihin tai saadakseen apua kuntoutusavustushakemusten täyttämässä. Yleisin syy hakeutua sairaanhoidajan vastaanotolle leikkauksesta toipumisen jälkeen on rintaproteesin sovittaminen. (Lahdenperä 2017.)

Syöpäjärjestöjen nettisivuilla on listattu eri kuntoutusmahdollisuuksia syöpäkohtaisesti (Sopeutumisvalmennuskurssit 2017). Kuntoutuskurssien tavoitteena on parantaa sairastuneen ja heidän läheistensä elämänlaatua sekä tukea muuttuvaa arkea. Lisäksi kurssien tavoitteena on parantaa fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä, siksi kurssit sisältävät muun muassa liikuntaa, keskustelua, vertaistukea ja virkistystoimintaa. Kurssivalikoima on laaja ja kurseille voi osallistua yksin tai yhdessä omaisen kanssa. Etupainotteisesti kuntoutukseen otetaan henkilö, joka hakeutuu ensimmäistä kertaa kurssille. (Kuntoutuskurssit 2017.) Kuntoutushakemukset toimitetaan Kelaan, jossa päätös tehdään hakemuksen ja mahdollisen haastattelun perusteella. Kuntoutus on potilaalle maksutonta. (Kela 2017.)

Syöpäjärjestöt järjestävät syöpäkohtaisia tietopäiviä. Näissä tilaisuuksissa ovat paikalla lääkäri, sairaanhoidaja, fysioterapeutti, psykologi ja vertaistukihenkilö. Rintasyöpöpotilaille järjestetään myös virkistyspalveluita, joihin voi osallistua oman jaksamisensa ja halukkuutensa mukaan. (Lahdenperä 2017.) Suosituksena on, että sopeutumiskurssille mentäessä syöpähoidoista on kulunut vähintään vuosi ja enintään viisi vuotta (Peltonen 2016, 24). Sopeutumisvalmennuskursseilla kuntoutujalle annetaan tukea selviytyä arjesta sairaudesta tai vammasta huolimatta (Kela 2017). Kelan kuntoutukset keskittyvät toimintakyvyn ja työkyvyn hoitoon, kun taas sopeutumisvalmennuskurssin tarkoituksena on saada

kuntoutuja sopeutumaan sairauteensa. Syöpäjärjestön pitämät sopeutumisvalmennuskurssit pyrkivät tukemaan potilasta ja hänen perhettään arjessa, lisätä tietoa sairaudesta ja kannustaa terveellisiin elintapoihin. (Syöpätautien asiantuntijaryhmä 2014, 75.)

3.1.2 Lymfaterapia

Suomeksi lymfaterapia tarkoittaa turvotuksen hallintaa (Väisänen 2015b, 18). Lymfaterapia aloitetaan, kun syöpähoidot ovat loppuneet ja haava-alue on sulkeutunut. Alkuvaiheessa lymfaterapiassa käydään yleensä muutaman kerran viikossa ja muokataan sitten käyntejä yksilöllisen suunnitelman mukaisesti. Lymfaturvotus on yleensä krooninen eli on normaalia, että lymfakuntoutus jatkuu jopa vuosia. Joskus asiakkaalle riittävät turvotuksen hallintaan saadut kotiohjeet ja apuvälineet. Turvotusta voi olkavarren alueen lisäksi esiintyä kyljessä, kainalossa ja selän alueella. Lymfaterapiahoidon jälkeen potilaalle voi ilmestyä erilaisia oireita, kuten kylmyys, virtsamäärän lisääntyminen ja hikoilu. (Rappeli n.d., 7; Väisänen 2015b, 18–21; Niskanen 2017.)

Lymfaterapiaa ei voida tehdä, jos hoidolle on vasta-aiheita kuten äkillinen ja voimakas infektio, syvä laskimotukos tai jos syöpä kasvaimeen on vielä hoidot menossa. Lymfaterapiaa hyödynnetään myös arpien hoidossa, säärihaavoissa, kroonisissa sairauksissa kuten esimerkiksi reumassa ja ruusuinfektioissa. Lymfaterapiaan kuuluvat manuaalisen lymfaterapian lisäksi itselymffaus, kompressioterapia, liikehoito, liikunta ja ihonhoito. (Lymfaterapia n.d.) Voimakkaassa lymfaturvotuksessa lääkäri kirjoittaa lähetteen lymfaterapiaan ja ohjaa käyttämään myös fysioterapeutin palveluita. Lymfaturvotuksen ilmentessä tulee aina tutkia laskimotukoksen mahdollisuus. (Nieminen 2016, 33.)

Manuaalinen lymfaterapia herättelee asiakkaan imusuoniston toimintaa ja ylläpitää imunestekiertoa. Terapiassa käytetään helliä otteita ja liikkeitä myötäisevät tasaisesti imusuoniston supistumistoimintoja ja kulkusuuntaa. (Lymfaterapia n.d.; Väisänen 2015b, 18; Niskanen 2017.) Imusuonien kuljetuskapasiteetin suurentuessa, kudoksien ja solujen välitiloissa oleva ylimääräinen neste ja valkuaisaineet kulkeutuvat kudoksesta ulos, ja turvotus vähenee (Lymfaterapia n.d). Lymfan kiertoa voi tehostaa kotona tehtävillä pumpaavilla, pyörivillä ja työntävillä liikkeillä. Lymfaterapeutti neuvoo liikkeitä, joiden avulla

lymfan virtausta voi itse tehostaa. Lymfaterapian tulee olla potilaalle kivuton. (Niskanen 2017.)

Turvotuksien hoidossa olennainen osio on raajan sitominen, mikä tehdään jokaisen lymfaterapian jälkeen. Turvonneesta raajasta puuttuu kudospaine, jonka tehokas ja oikein asetettu sidos korvaa. Kompressiosidoksen tarkoituksena on ylläpitää hoidon tuloksia sekä lisätä lihas- ja nivelpumpun toimintoja. (Faktoja lymfasta n.d; Lymfaterapia n.d; Väisänen 2015b, 20–22; Niskanen 2017.) Sidoksena käytetään yleensä vähäelastista sidettä, joka pehmustetaan esimerkiksi vaahtomuovilla. Paremman kompressiovahvuuden takaa vähäelastisemmat, taso- ja loimikudotut sekä paksummat kompressiosidokset, joten niiden käyttöä suositellaan. (Väisänen 2015b, 20, 23). Tukihihassa laakakudottu malli on hintavin, mutta sen on myös todettu toimivan tehokkaimmin (Niskanen 2017).

Kompressiosidoksia on tarkoitus pitää täysipäiväisesti ja potilas voi itse opetella tekemään sidokset. Lymfaterapian toinen vaihe eli ylläpitovaihe koostuu itse- ja ylläpitohoidosta. Olennaista kakkosvaiheessa ovat kompressioterapia ja ihon kunnosta huolehtiminen. Toiseen vaiheeseen voidaan edetä, kun lymfaterapialla on päästy tyydyttävään tulokseen yhdessä asiakkaan sekä lymfaterapia-ammattilaisen mielestä. Ylläpito-hoidossa lymfaterapeutilla käyminen loppuu. Joskus kuitenkin ylläpitohoito voi vaatia muutamia lymfaterapiakäyntejä tai käyntejä voidaan lisätä, jos turvotus lisääntyy. (Faktoja lymfasta n.d; Lymfaterapia n.d; Väisänen 2015b, 20–22; Niskanen 2017.)

Toisessa vaiheessa oleellisinta on noudattaa saatuja ohjeita kompressiotuotteen käytössä. Tuotetta ei tarvitse pitää öisin, koska makuulla ollessa turvotus ei yleensä suurene. Jokainen potilas on kuitenkin yksilöllinen ja turvotuksien määrä voi vaihdella. Huolellinen ihonhoito on edelleen tärkeää ja ihonhoidon periaatteet ovat lähes samanlaiset kuin ensimmäisessä vaiheessa. Iho kuivuu aktiivisen kompressiotuotteen käytön vuoksi ja ihoa tulee rasvata, jotta sen kunto ja suojaus pysyvät hyvänä. Imusuonten toiminnan heikkeneminen vaikuttaa immuunipuolustuksen toimintaan, tästä syystä voivat pienetkin ihorikot aiheuttaa tulehduksen. Ihorikkoumien desinfiointi kannattaa suorittaa heti niiden ilmaantuessa. (Väisänen 2015b, 22, 25–27; Niskanen 2017.)

Lymfaterapian yleisimpien tukimuotojen eli kompressiosidonnan, tukihihan, lymfateipauksen, lymphatouchin, LPG-laiteen käytön, fysioterapian ja faskiakäsittelyjen lisäksi voidaan hyödyntää Hivamat Deep Oscillation -hoitoa, intermittoivaa ilmapainekompressiota eli kompressiopumppua ja kirurgisia menetelmiä. On huomioitava, että tukimuodot eivät kuitenkaan korvaa manuaalista lymfaterapiaa, vaan toimivat sen tukimuotoina. (Väisänen 2015b, 22, 25–27; Niskanen 2017.)

Kompressioterapiaa suoritetaan saadulla kompressiotuotteella eli kompressiosidoksen, tukihihan tai tukihanskan avulla, näitä tuotteita voidaan kutsua lääkinälliseksi kompressiotuotteeksi. Tukihaha on valmistettu niin, että hihan paine muodostuu käden alaosaan kohti käden yläosaan. Henkilökohtainen tukihaha valmistetaan tarkkojen ympärysmittojen mukaisesti. (Lymed Oy 2015, 4–5; Väisänen 2015b, 19–21; Niskanen 2017.) Tuotetta on käytettävä päivittäin parhaan tuloksen saamiseksi. Itselymffausta voidaan poikkeustilanteissa suorittaa terapeutin ohjeistuksien mukaisesti. Itsehoidossa tulee tarkkailla turvotuksia säännöllisesti ja hakeutua lymfaterapian ensimmäisen vaiheen hoitoihin heti, jos turvotusta esiintyy enemmän huolimatta aktiivisesta ja oikein suoritetusta itsehoidosta. (Väisänen 2015b, 21–22; Niskanen 2017.) Kompressiosidonnan yhteydessä voidaan hyödyntää fibroosin pehmentämiseen tarkoitettua tekniikkaa. Aaltomaisen vaahtomuovin tapainen muotti asetetaan halutulle kohdalle myötäilemään imunestekiertoa ja muotin päälle asetetaan kompressiotuote. (Suomen käsiterapianyhdistyksen jäsenlehti 2011, 8–9.)

Kompressiosidoksessa iho suojataan sideharsoputkella. Tämän jälkeen myös sormet sidotaan sideharsolla. Kompressiosidoksen pehmusteena käytetään joko vaahtomuovilevyä tai kipsinalusvanua. Pehmusteen avulla mahdollistetaan, että sidos on paksuudeltaan sama joka kohdassa ja paine jakautuisi tasaisesti. Lopuksi sideharsojen ja pehmusteiden päälle kiedotaan vähäelastinen kompressiosidos. Paineen määrä saadaan säädeltyä sidekierroksien määrällä. Tarkoituksena on sitoa alhaalta ylöspäin kierroksia vähentäen, jolloin paine pienenee ylöspäin mentäessä. (Anttila, Kärki & Rautakorpi 2007, 19.)



KUVA 2. Käden kompressio (Physiofile 2017)

Lymfateippaus suoritetaan kinesioiteipin avulla ja sen tarkoituksena on nopeuttaa imusuoniston toimintaa. Tukimuodosta ei kuitenkaan ole vielä riittävästi kokemusta ja tieto rajautuu yksittäisiin tapauksiin. Imusuoniston toimintaa aktivoiva lymfateippaus edellyttää potilaan aktiivista liikkumista ja teippaus suoritetaan aina lymfaterapian yhteydessä. (Väisänen 2015b, 25; Niskanen 2017.) Yleensä teippaus yhdistetään muihin hoitoihin. Joissakin tilanteissa teippausta saatetaan käyttää yksinään esimerkiksi rinnan ja rintalastan alueen turvotukseen tai fibroosin helpottamiseksi. (Breast Cancer Care 2017b.)

LymphaTouch eli PhysioTouch on tukihoitomuoto, jossa alipainetta muodostava laite, johon lisätään erilaisia suutinosia. Painetta voidaan kohdistaa tietyille turvotusalueille. Laitteella on saatu hyviä tuloksia esimerkiksi tiukan ja fibroottisen kudoksen turvotuksen helpottamisessa. (Väisänen 2015b, 25.)



KUVA 3. LymphaTouch (Healthy Life Devices n.d.)

LPG-laite eli imurullaustekniikka (Väisänen 2015b, 26) on tarkoitettu lymfaturvotuksen hoitoon, lisäksi sitä käytetään erilaisiin kiputiloihin. Hoito koetaan yleensä miellyttäväksi ja rentouttavaksi. LPG-laitetta voidaan hyödyntää myös fysioterapiassa. Se on tarkoitettu erilaisten kudoshaittojen hoitoon ja sen toimintaperiaate perustuu alipaineeseen, jossa motorisoidut pyörät vaikuttavat sidekudokseen. Pyörien toiminta elvyttää neste- ja verenkiertoa eli turvotusalueen aineenvaihduntaa. (FysioSporttis 2014.) LPG-laitteen ja LymphaTouch:n avulla tehtävät hoidot toimivat samalla periaatteella. LPG-laitteen käytöstä on jonkin verran kokemustietoa, mutta käytön laajenemista rajaavat laitteen suuri koko ja korkea hinta. (Väisänen 2015b, 26.)



KUVA 4. LPG-hoitomenetelmä (Appelqvist 2017a)

Faskiakäsittely eli faskiamanipulaatio on hoitomuoto, jonka tavoitteena on vaikuttaa siidekudoksien rakenteiden toimintaan ja liikkuvuuteen. Liikkuminen on erityisen tärkeä tukimuoto, jolla ylläpidetään imusuoniston toimintoja ja siten vaikutetaan turvotuksen ehkäisyyn. Jotta imusuonisto ja nestekierto toimisivat mahdollisimman hyvin, on nivelien ja pehmytkudoksien toimittava oikein. Lihaspumpputoiminta on verisuonten ja imusuonten edellytyksenä nesteiden virtauksessa. Turvotus vaikeuttaa nivelien liikkumista ja siidekudoksien rakenteiden liikehdintää toisiinsa kohden. (Väisänen 2015b, 26–27.)

Hivamat Deep Oscillation -hoitoa käytetään, kun fibroosi on tiukkaa. Hoidon avulla pehmennetään fibroosikudosta. Hoidossa käytetään käsin käytettävää applikaattoria, joskus myös hoidon toteutukseen tarkoitettua hanskaa. Hoidon avulla potilaan kudoksien välitiloihin muodostetaan sähköistä aluetta, joka saa aikaan värähtelyä iholla, kudoksissa, lihaksistossa ja suonistossa. Aineenvaihdunta vilkastuu ja vähentää turvotusta, punoitusta ja potilaan tuntemaan kipua. Hoidon on todettu tehoavan myös hematoomaan. (Niskanen 2017.)



KUVA 5. Hivamat Deep Oscillation (Pirkanmaan Syöpäyhdistys 2017a)

Intermittiivinen ilmapainekompressio tunnetaan myös nimellä kompressiopumppu, jota on käytetty kymmeniä vuosia. Laitteen tarkoituksena on poistaa turvotusta. Kompressio-

siopumpussa on mansetti, jossa on vaihtelevasti ilmalla täyttyviä onteloita. Toimintaperiaatteena on, että mansetti täyttyy alhaalta ylös täyttäen yksitellen jokaisen ontelon. Tämän avulla raajassa oleva turvotus suuntautuu pois päin. Aikaisemmin on kyseenalaistettu turvotuksen mahdollista kasaantumista turvotusta hoidettaessa raajan tyvessä, mutta nykyaikaisempien laitteiden avulla on saatu hyviä tuloksia yhdessä manuaalisen lymfaterapian kanssa. (Väisänen 2015b, 26.) Vasta-aiheita laitteen käytölle ovat ateroskleroosi eli suonien kalkkeutuminen, erysipelas eli ruusuinfektio, keuhkoödeema, hoitamaton sydämen vajaatoiminta, kudoksessa on iskemia eli hapen puute, korkea verenpaine joka ei ole hoitotasapainossa, veritulppa tai sen epäily, äskettäin tehty ihonsiirto, hoidon aikana ilmentyvä äkillinen kipu tai tunnottomuus. (Steripolar Oy n.d.)



KUVA 6. Lympha Press -järjestelmä (Steripolar Oy n.d.)



KUVA 7. Lympha Press -järjestelmä. (Steripolar Oy n.d.)

Kompressiohoito on lymfaturvotuksen hoidon perusta. Joissakin tilanteissa lymfaturvotusta joudutaan kuitenkin hoitamaan kirurgisin menetelmin. Lymfaturvotus on riski rasvakudoksen lisääntymiselle ja se voi yhdessä fibroosin kanssa muodostaa suuren volyymin raajaan. Jos rasvakudos häiritsee potilaan normaalia toimintaa, on syytä pohtia liiallisen rasvakudoksen poistamista. Poistaminen tapahtuu rasvaimulla, mikä mahdollistaa raajan volyymin palautumisen normaaliksi. Kirurginen toimenpide vaatii potilaalta sitoutumista jatkuvaan kompressiosidoksen käyttämiseen. Jos kompressiohoitoa ei noudata aktiivisesti, voi lymfaturvotus kehittyä uudelleen, sillä rasvaimu ei hoida imusuonistossa olevia vahinkoja. (Väisänen 2015b, 27–28.)

Alkuvaiheen lymfaturvotuksessa saatetaan pohtia imusuonten yhdistämistä laskimosuoniin tai imusuonisiirtoa. Vaikka toimenpiteitä on tehty suhteellisen pitkään, tehdään niitä edelleen harvoin. Kirurgisena toimenpiteenä voidaan käyttää myös imusolmukesiirtoa, jossa potilaan alavatsalta siirretään imusolmukkeita sisältävä rasvakieleke. Nämä imusolmukkeet istutetaan kainaloon elvyttämään poistettujen imusolmukkeiden tehtäviä. Rasvakielekkeen verisuonet kiinnitetään kainalossa sijaitseviin verisuoniin, mutta imusuonia ei yhdistetä, sillä niiden pitäisi kasvaa uudelleen ja kiinnittyä kainalossa olevaan imusuonistoon. Tätä toimenpidettä voidaan hyödyntää rinnan rekonstruktion yhteydessä. Kun kasvutekijähoidot yhdistetään imusolmukesiirtoon, saadaan todennäköisesti parempia tuloksia. (Väisänen 2015b, 27–28.) Viitanen (2014) selvitti tutkimuksessaan imusolmukesiirron hyötyjä ja turvallisuutta. Tutkimuksen mukaan osalla potilaista imuneste-kierto parantui imusolmukesiirron johdosta ja potilas pystyi vähentämään tai lopettamaan

kokonaan kompressiohoitonsa jonkin ajan kuluttua siirrosta. Kaikille potilaille imusolmuke siirto ei kuitenkaan tuottanut haluttua tulosta. (Viitanen 2014, 4.)

Lymfaturvotuksen itsehoito perustuu päivittäin tapahtuviin toimintoihin. Kompressio- ja arven hoidon, liikunnan ja yläraajaliikkeiden lisäksi imusuoniston toimintaan vaikuttaa potilaan painonhallinta. (Hyks Syöpäkeskus 2017, 7–8.) Lymfaturvotuksen itsehoidossa painonhallinta onkin turvotuksen ehkäisy ja hoidon kulmakivi, koska ylipainolla on taipumusta lisätä lymfaturvotusta (Breast Cancer Care 2017a). Painonhallintaa edistäviä tekijöitä ovat kuitupitoisen ruoan nauttiminen, suolan käytön vähentäminen ja veden juonin lisääminen. Vettä tulisikin juoda 1,5-2 litraa päivän aikana. (Rintasyöpäyhdistys Europa Donna Finland ry 2017a.)

Ihohoito on erittäin tärkeä osa lymfaturvotuksen hoitoa. Suihkussa käynnin jälkeen lymfaraaja tulee kuivata huolellisesti ja iho tulee rasvata päivittäin. (Rapeli n.d., 7.) Ihon rasvaukseen sopivat normaalit ihoa pehmentävät ja joustavuutta lisäävät perusvoiteet. Tunnollinen rasvaaminen estää ihon kuivumisen ja ehkäisee haavaumien syntymistä. Ihonhoidon tavoitteena ovat ihon oman toiminnan ylläpitäminen ja infektioiden ehkäiseminen. (Breast Cancer Care 2017a.) Rasvaus kannattaa tehdä iltaisin, jotta rasva saa imeytyä yön aikana ja riisuttu tukihaha on turvassa tahriintumiselta ja mahdolliselta vaurioitumiselta. Suositeltavaa on käyttää peseytymiseen lämmintä tai haaleaa vettä, koska kuuma vesi lisää turvotusta ja kuivattaa ihoa. Lymfaraaja pestään ja rasvataan alhaalta-ylös-liikkeellä. (Niskanen 2017; Rintasyöpäyhdistys Europa Donna Finland ry 2017a.)

Lymfaturvotuksen myötä ihossa saattaa ilmetä erilaisia muutoksia kuten ihon ohenemista, jolloin päivittäinen ihon kunnon tarkastelu on tärkeää. Ihon ohenemisessa on huomioita, että aurinko polttaa ihon herkemmin ja haavoja syntyy helpommin. Aurinkovoiteen suojakerroin tulee olla vähintään 25. Kainalon alueella saattaa ilmetä tuntopuutoksia, jolloin iho karvojen ajeleminen tulee tehdä erittäin varovasti. Kuumuus saattaa pahentaa turvotusta, joten saunassa on hyvä käyttää kostutettua kylpypyyhettä lymfaraajan viilentämiseksi. (Niskanen 2017; Rintasyöpäyhdistys Europa Donna Finland ry 2017a.)

Lymfakädellä ei tule kantaa painavia kasseja, verikokeet ja verenpaineen mittaukset tulisi suorittaa terveestä kädestä eikä alueella kannata käyttää kiristäviä vaatteita. Esimerkiksi puutarhatoissa käsi suojataan haavoilta infektoriskin välttämiseksi. Mikäli haavoja kuitenkin tulee, puhdistetaan ne välittömästi ja huolellisesti. (Rapeli n.d., 7; Niskanen 2017.) Suositeltavaa on, että puhdistuksen jälkeen haavaan levitetään antibakteerista voidetta ja tarvittaessa haava peitellään steriilillä taitoksella. Kynsinauhojen ja kynsiä ympäröivän ihon pitäminen pehmeänä ja puhtaana on tärkeää, koska kädet ovat suuri infektioportti iholle. (Rintasyöpäyhdistys Europa Donna Finland ry 2017a.)

Itsehoidolla on suuri merkitys turvotuksen hillitsemiseksi. Potilaalle ohjataan pumppausliike, jolla voidaan tehostaa kainalon imusuonitoimintaa. Harjoitus on hyvä aloittaa hengittämällä ensin muutaman kerran rauhallisesti ja on muistettava, että liikkeet eivät saa aiheuttaa kipua. Pumppausliike tehdään sormilla ja apuna voidaan käyttää jotakin esinettä. Kynärpäätä koukistetaan ja ojennetaan rauhallisesti, samalla tehdään pumppausliikettä laittamalla sormet nyrkkiin ja auki. Pumppausliikettä tehdessä käden lihakset eivät juurikaan liiku ja pumppausliike suoritetaan sydämen lyöntitiheyden tahtiin. Suosituksena on, että liikeharjoitukset kestäisivät vähintään 30 minuuttia. Liikkeitä voidaan tehostaa nostamalla kättä koholle esimerkiksi tyynyä apuna käyttäen. (Hyks Syöpäkeskus 2017, 7; Rapeli n.d., 7.) Ohjeita itsehoitoon saa hoitavalta taholta, lymfa- ja fysioterapeutilta. Pirkanmaan syöpäyhdistyksen fysioterapeutti Liehu (2017) ja lymfaterapeutti Niskanen (2017) muistuttavat, että kannattaa rohkeasti pyytää apua, jotta liikkeet tulisivat tehtyä oikein ja ne edistäisivät parhaiten kuntoutumista. (Niskanen 2017; Liehu 2017.)

Liikunta on myös iso osa itsehoitoa, koska se ylläpitää raajan liikkuvuutta ja auttaa painonhallinnassa. Liikunta aloitetaan maltillisesti, tunnustellen omaa kehoa ja sen antamia viestejä. Hyviä liikuntamuotoja ovat esimerkiksi vesiliikunta ja kuntosali. (Niskanen 2017; Hyks Syöpäkeskus 2017, 8.) Kuntosalilla on muistettava aloittaa maltillisesti ja pienillä, maksimissaan 2,5 kilon painoilla. Pitkään jatkuva ja useaan kertaan toistuva liike voi aiheuttaa turvotuksen pahenemista, siksi esimerkiksi sauvakävelyä ei suositella liikuntamuodoksi. Kättä rasittavissa liikuntamuodoissa on hyvä käyttää tukihihaa. (Rapeli n.d., 8.) Säännöllisellä liikunnalla turvataan raajan liikkuvuus, parannetaan lymfanesteen virtausta ja tehostetaan imusuoniston toimintaa (Väisänen 2015b, 32).

Leikkauksen jälkeen on tärkeää kiinnittää huomiota rintaliiveihin sekä reppujen ja laukujen hihnoin. Rintaliivien olkaimien tulee olla leveitä ja liiviosan tukeva, jotta iholle ei jää painaumuksia. Sormukset ja kello kannattaa laittaa terveeseen käteen. (Väisänen 2015a, 1; Niskanen 2017.) Pitkillä lentomatkoilla suositellaan käytettäväksi tukihiaa lennon aikana ja kaksi tuntia lennon jälkeen. Lennon aikana lymfaraajan tulisi olla pienessä kohoasennossa ja rajalla kannattaa tehdä pumppausliikettä säännöllisin väliajoin (Rapeli n.d., 9). Lymfaraajan puolelle ei saa ottaa tatuointia ja solariumin käyttö on kielletty (Rintasyöpäyhdistys Europa Donna Finland ry 2017a).

3.3.1 Fysioterapia

Fysioterapeutti Liehu (2017) painottaa fysioterapian luonteen vaihtelevan potilaan tarpeiden mukaan. Yleensä lymfaterapeutti, sairaanhoitaja tai lääkäri ohjaavat potilaan fysioterapeutille, jolle pääsee ilman lähetettä. Ajan voi varata Pirkanmaalla esimerkiksi Syöpäyhdistyksen fysioterapeutille. Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen fysioterapeutin ohjauskerta maksaa 20 euroa tunnilta. Leikkauksen jälkeen hoitavalta taholta saa alkuohjeet fysioterapeuttisiin harjoitteluihin, joiden jälkeen potilaan olisi hyvä saada jatkosuunnitelma. Alkuohjeistusta on tärkeä noudattaa aktiivisesti, jotta arpikiristykseltä, suurimilta turvotuksilta ja olkanivelen kiristyksiltä vältyttäisiin. Fysioterapeutin ohjauskerralla tehdään henkilökohtainen liikuntaohjelma, jossa otetaan huomioon potilaan turvotukset, arpikiristys, niska- ja hartiasseudun kiputilat sekä ryhti. Fysioterapia on yhteydessä lymfaterapiaan, sillä tarkoituksena on parantaa potilaan immunestekiertoa yksilöllisesti valituilla liikkeillä. Potilas voi hakeutua fysioterapeutin palveluihin heti leikkauksen jälkeen tai vasta syöpähoitojen jälkeen. Edellytyksenä aloittamiselle on, että haava on umpeutunut ja parantunut. Fysioterapia yhdistetään lymfaterapiaan, kompressiohoitoon ja muihin koti-ohjeisiin, jotta saavutetaan mahdollisimman hyviä tuloksia. (Liehu 2017.)

3.1.3 Apuvälineet

Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet ovat asiakasmaksulain mukaan potilaalle maksuttomia. Myös asiantuntiatyö ja apuvälineiden huolto ovat potilaalle maksuttomia. (Laki Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas maksuista 734/1992.) Apuvälineiden tarve arvioidaan jokaiselle yksilöllisesti. Arvioinnissa tarkastellaan potilaan toimintakykyä, elämäntilanne, apuvälineen käytön toimintaympäristö ja tavoite apuvälineen käytölle. (Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri 2016, 9, 14.) Lisäksi apuvälineiden käytöstä säädetään erikoissairaanhoidolaissa ja kansanterveyslaissa. Apuvälineen hankkimisen lisäksi sen sovitusta, seuranta, käytön ohjaus ja hoito-ohjeet kuuluvat apuvälineprosessiin. (Nieminen 2016, 32.) Rintasyöpäpotilaan leikkauksen ja hoitojen jälkeen tarvitsemat apuvälineet kuuluvat lääkinällisen kuntoutuksen piiriin. Apuvälineiden saantiin vaaditaan lääkärin tai terveydenhuollon ammattilaisen antama lausunto. Yleisiä rintasyöpäpotilaan apuvälineitä ovat radikaalin rinnanpoiston jälkeen irtoproteesi, turvotusta hillitsevä tukihaha ja hiusten lähdön ajaksi peruukki. Hoitava yhteystaho vastaa maksusitoumuksesta. (Pirkanmaan Syöpäyhdistys 2017b.)

Muurisen (2009) tutkimuksessa ilmeni, että rintasyöpäpotilaat kokivat tärkeäksi, että **rintaproteesi** näytti ulospäin luonnolliselta. Osalle potilaista rintaproteesin käyttö oli tuottanut hankaluuksia. (Muurinen 2009, 37–38.) Radikaalin rinnanpoiston jälkeen, ennen mahdollista rintarekonstruktiota, voi käyttää niin sanottua ensiproteesia (Kuva 8). Ensiproteesia suositellaan käyttämään ensimmäisien viikkojen ajan, jotta haava-alue saa rauhassa parantua. Kevyt ja ihoa ärsyttämätön ensiproteesi on käytännöllinen sädehoitojen ajan, kun sädetetyn alueen iho on erityisen herkkä. (Proteesit n.d.; Lahdenperä 2017.) Ensiproteesi eli vanuproteesi saadaan leikkauksen jälkeen sairaalasta. Ensimmäistä proteesia käytetään haavan parantumisen ajan, keskimäärin neljä viikkoa. (Lahdenperä 2017.)

Kun haava on parantunut, voidaan siirtyä käyttämään erityisrintaliiveihin asetettavaa silikonista irtoproteesia (Kuva 9). Uimapuvun kanssa voidaan käyttää uimapuvun taskuun asetettavaa kevyttä ja vedenkestävää proteesia (Kuva 10). Uimaproteesin materiaali on

kirkasta erikoissilikonia ja proteesin hankinnasta vastaa potilas itse. (Proteesit n.d.; Jahkola ym. 2016, 37.) Hoitava sairaala antaa maksusitoumuksen ensimmäistä irtoproteesia varten ja myöhemmin maksusitoumuksella vastaa hoitava terveyskeskus. Radikaalin rinnanpoiston jälkeen on suositeltavaa käyttää irtoproteesia, sillä se vähentää olkapäiden rasitusta, hartiaseudun kipuja ja symmetrisyys kehossa säilyy. (Huovinen 2017.)



KUVA 8. Kevyt ensiproteesi (Proteesit n.d.)



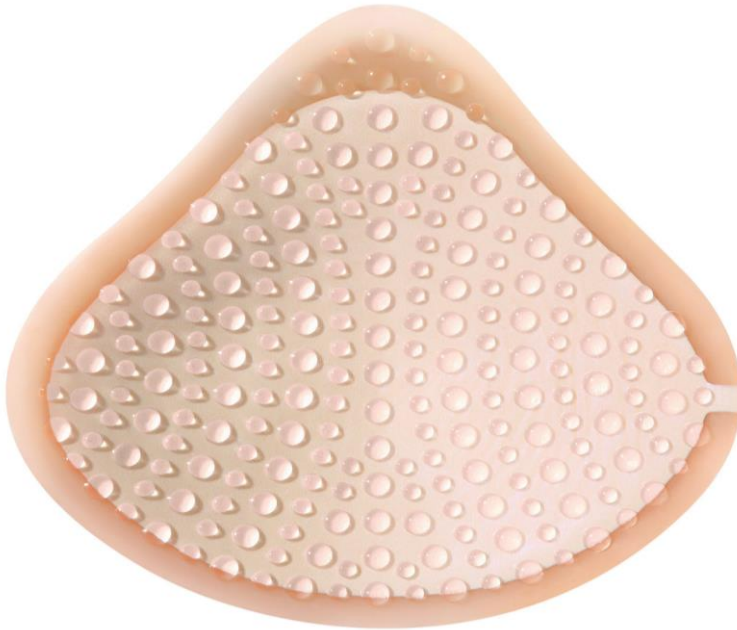
KUVA 9. Irtoproteesi erikoisliiveihin (Proteesit n.d.)



KUVA 10. Uimaproteesi (Proteesit n.d.)

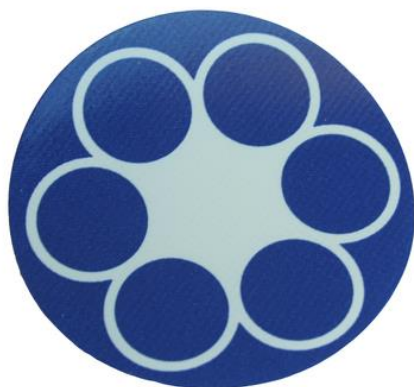
Pirkanmaalla rintaproteesin hankkiminen ja sovitus hoidetaan Pirkanmaan Syöpäyhdistyksessä (Tays 2017). Ennen rintaproteesin sovitusta tarkastetaan leikkaushaavan paraneminen. Ensimmäisen rintaproteesin ja siihen kuuluvat taskulliset rintaliivit saa maksusitoumuksella oman kunnan syöpäyhdistykseltä. Rintaproteesia valittaessa otetaan huomioon toisen rinnan koko ja muoto. Sovitukseen on hyvä varata mukaan istuva, yksivärinen t-paita, jotta rintojen symmetrisyyttä on helppo verrata. Sovituksen yhteydessä neuvotaan proteesin käytöstä ja pesuohjeista, jotka löytyvät myös proteesin pakkauksesta. Rintaproteesi tulisi vaihtaa noin kahden vuoden välein ja potilas tarvitsee aina uuden maksusitoumuksen hoitavalta taholta. Tarvittaessa proteesin voi uusia aikaisemminkin, jos proteesi kuluu, vaurioituu tai kiinteän rinnan koko muuttuu esimerkiksi laihtumisen myötä. Jos huomaa noin kahden viikon sisällä uuden proteesin olevan sopimaton, voi sen käydä vaihtamassa vanhalla maksusitoumuksella. (Lahdenperä 2017.)

Ensimmäinen proteesi on rintaliiveihin asetettava rintaproteesi, mutta proteesia uusittaessa potilaalla on mahdollisuus valita rintakehän ihoon kiinnittyvä rintaproteesi (Kuva 11). Ihoon kiinnitettävää rintaproteesia ei voida valita ensimmäiseksi proteesiksi, koska rintakehän iho saattaa vielä hilseillä sytostaattien ja sädehoidon vuoksi eikä leikkaushaava ole välttämättä vielä täysin parantunut. Rintakehään kiinnittyvän rintaproteesin kanssa voidaan käyttää tavallisia rintaliivejä. (Proteesit n.d.)



KUVA 11. Ihoon kiinnittyvän rintaproteesin kiinnityspinta (Proteesit n.d.)

Tavallisen rintaproteesin kanssa saa käydä saunassa ja uimassa. Potilas saa rinnanpoistopotilaille tarkoitetun merkin, joka oikeuttaa käyttämään uimapukua yleisissä saunoissa. Merkki kiinnitetään uimapukuun joko ompelemalla tai hakaneulalla. (Lahdenperä 2017.) Käyttöoikeusmerkkejä (Kuva 12) voi tilata internetistä, mutta esimerkiksi Pirkanmaan Syöpäyhdistys tarjoaa merkin potilaalle veloitusetta (Suomen Uimaopetus- ja hengenvastusliitto ry 2017; Lahdenperä 2017). Rintaproteesin valintaan vaikuttavat potilaan toiveet, työ, harrastukset ja mahdolliset muut sairaudet. Virheellisen kokoinen proteesi saattaa johtaa selkä, niska- hartiaseudun vaivoihin ja sen vuoksi proteesin koko ja sopivuus ovat erityisen tärkeitä. (Meritta Bra Oy 2016.)



KUVA 12. Käyttöoikeusmerkki (Suomen Uimaopetus- ja Hengenpelastusliitto)

Peruukki on yksi lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineistä. Esimerkiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiiri tarjoaa maksusitoumuksen peruukkiin 300 euroon asti. Erikoissairaanhoito tarjoaa potilaille syöpähoitojen jälkeen ensimmäisen peruukin ja potilaalla on oikeus saada uusi maksusitoumus, mikäli syöpä uusiutuu tai jos uudet hoidot annetaan kahden vuoden jälkeen uudelleen, jolloin syöpä todetaan uudeksi sairaudeksi. Tarpeen vaatiessa toiseen peruukkiin on mahdollista hakea maksusitoumusta omasta terveyskeskuksesta. Hoitavalta taholta saa lisätietoa Pirkanmaan alueella toimivista peruukkiliikkeistä. Peruukki kannattaa käydä valitsemassa jo ennen hiusten lähtöä. (Nieminen 2016, 32–33.)

Peruukkien materiaali on kuituhiusta, joka muistuttaa aitoa hiusta. Peruukit seuraavat ajassa hiustyylejä ja niitä on saatava eri pituisina, suorana, taipuisana ja kihara mallina sekä monissa eri väreissä. Peruukki voidaan muotoilla potilaalle sopivaksi tai tarvittaessa teettää mittatilaustyönä. Peruukin hoito on helppoa, sillä kuituhiuksille on olemassa omat hiustenhoitotuotteet, shampoot, hoitosuihkeet ja hoitoaineet. Pesun jälkeen peruukista puristetaan ylimääräinen vesi ja se laitetaan kuivumaan pyyheliinan päälle tai peruukkitelineeseen. Peruukki harjataan ja kampaus palautuu alkuperäiseen muotoonsa. Ainoa asia, jota tulee varoa peruukin käytössä, on korkea lämpötila. (Kinnunen 2017.) Erilaiset huivit tai päähineet ovat vaihtoehto peruukille. Esimerkiksi Amoena tarjoaa erilaisista materiaaleista valmistettuja eri tilanteeseen sopivia päähineitä. (Huivit ja päähineet n.d.)

Muurinen (2009) toi tutkimuksessaan esille, että kokemus hiusten lähtemisestä oli rintasyöpäpotilaille haastava, koska se muutti ulkonäköä ja muistutti koko ajan rintasyövästä.

Peruukin käyttö koettiin vaikeaksi, koska se ei tuntunut eikä näyttänyt oikealta. Peruukin käyttäjät pelkäsivät esimerkiksi peruukin putoamista päästä julkisella paikalla. Kotona potilaat käyttivät usein peruukin sijasta huivia. Osa potilaista ei hankkinut peruukkia lainkaan, vaan käyttivät mieluummin huivia. (Muurinen 2009, 36–37.)

Tukihaha on henkilökohtainen ja osa lymfaterapiaa, mutta se on myös lääkinällisen kuntoutuksen apuväline, jonka potilas voi hankkia maksusitoumuksella. Maksusitoumuksen voi yleensä saada kerran vuodessa, mutta työssä käyvät ja aktiivisesti liikkuvat voivat poikkeuksellisesti saada useamman maksusitoumuksen kerralla. Kun potilas käyttää avo-terveydenhuollon palveluita, terveystakeskus vastaa maksusitoumuksien kirjoittamisesta omalla paikkakunnalla. (Nieminen 2016, 33.) Tukihaha voidaan kutsua myös lääkinälliseksi kompressiotuotteeksi. Tukihaha on valmistettu niin, että hihan paine muodostuu käden alaosaan kohti käden yläosaa. Tukihaha valmistetaan potilaalle henkilökohtaisesti mittatilaustyönä. (Lymed Oy 2015, 4–5.)

3.4 POTILASOPAS

Nykypäiväisessä hoitotyössä kirjallisten hoito-ohjeiden tarjoaminen on tärkeää, koska lyhyiden hoitoaikojen vuoksi potilasohjauksella ei jää riittävästi aikaa. Lisäksi kirjalliset ohjeet tukevat suullisesti saatua tietoa. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Potilasoppaiden avulla pystytään lisäämään potilaiden ja omaisten tietoa sairaudesta (Suomen Syöpäpotilaat 2017). Potilasoppaan tulee olla ulkoasultaan selkeä ja helposti luettavaa, jotta tekstin sisältö on helppo hahmottaa ja ymmärtää. Oppaan sisällysluettelo on merkittävässä osassa ja sivuotsikot, jotta lukijan olisi helpompi löytää etsimänsä asia. Otsikot nimetään tekstin sisältöä kuvaavasti ja ulkoasussa kiinnitetään huomiota fonttiin, kirjaisinkokoon ja kappalejakoon. Tekstin tulee edetä loogisesti, jotta sitä on helppo ja mukava lukea. Lukijalle on oleellista, että tärkeät seikat ovat selkeästi korostettuna oppaassa. (Leino-Kilpi & Salanterä 2009, 6–7.) Loogisella järjestyksellä tarkoitetaan, että teksti etenee aihepiireittäin sekä tärkeys- tai aikajärjestyksessä (Hyvärinen 2005, 1).

Hyvässä potilasoppaassa asioita havainnollistetaan kuvilla ja taulukoilla. Potilasoppaassa käytetään selkeitä käsitteitä ja vältetään terveydenhuollon ammattisanastoa. (Leino-Kilpi & Salanterä 2009, 6–7.) Tekstin sisältö voidaan käsittää eri tavalla kuin on tarkoitettu, jos teksti on vaikealukuista (Kynäs ym. 2007, 125). Tekstin tulee olla potilasta kannustavaa ja sen tulee olla kohdistettu juuri tietyille potilasryhmälle tai omaisille, ei syöpähoiton asiantuntijoille (Hyvärinen 2005, 1). Potilasoppaasta tulee ilmetä, mille potilaskohderyhmälle opas on tarkoitettu ja millaisessa tilanteessa sitä tulee käyttää. Tekstin tulee kiinnostaa lukijaa ja kirjoitustyyli voi olla myös humoristista. Tärkeää olisi, että oppaan lukija osaisi soveltaa tietoa omaan tilanteeseensa sopivaksi. (Leino-Kilpi & Salanterä 2009, 6–7.) Oppaassa tulee perustalla, miksi jokin asia on potilaalle hyväksi, jotta potilas omaksuisi asiat muuttuvaan arkeensa (Hyvärinen 2005, 2).

Ohjauksen ajankohtaan tulee kiinnittää huomiota, jotta potilas saa oikeaan ajankohtaan oleellimmän tiedon. Ohjeistuksessa tulee havainnollistaa käytännön toimet, joilla hän pääsee lähemmäksi toivottua tulosta. Oppaassa olisi hyvä tuoda esille, miten asiayhteydet vaikuttavat potilaan psyykkiseen vointiin ja päivittäisiin suhteisiin. Kirjallisissa ohjeistuksissa olisi hyvä tuoda esille oppaasta esiin tulleiden kysymyksien varalta yhteystiedot, joihin potilas voi olla tarvittaessa yhteydessä. (Kynäs ym. 2007, 124–126.)

Tämän opinnäytetyön tuotoksena tehtävän potilasoppaan tarkoituksena on käsitellä Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen tarjoamia lääkinnällisen kuntoutuksen muotoja radikaalin rinnanpoiston sekä muiden leikkausmuotojen jälkeen. Oppaan avulla potilasryhmä saa tietoa, kuinka kuntoutuksen pariin pääsee sekä missä ja miten kuntoutusta järjestetään. Opas tehtiin palvelemaan laadukasta ohjaustilannetta hoitotilanteissa. Kynäksen (2007) mukaan ohjaustilanteille ei jää riittävästi aikaa, jonka vuoksi kirjallisten ohjeiden tarpeellisuus korostuu (Kynäs ym. 2007, 124). Potilasoppaassa tuodaan otsikossa selkeästi esille kohderyhmä. Asia etenee oppaassa hoitopolkua myötäillen. Pääkohdat on alaotsikoitu, jotta lukijan on helppo nopealla silmäyksellä löytää etsimänsä tieto. Oppaaseen on yritetty kuvien avulla luoda visuaalisuutta ja herätellä lukijan kiinnostus. Jokaisessa kohdassa perustellaan, miksi kyseinen kuntoutusmuoto on tärkeä. Opinnäytetyön tuotos toimitettiin Pirkanmaan Syöpäyhdistykselle kirjallisena versiona ja mahdollisesti myös sähköisessä muodossa heidän kotisivuilleen päivittämistä varten.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Toiminnallinen opinnäytetyö tunnetaan myös nimityksellä kehittämistyö, joka tehdään työelämää palvelemaan ja kehittämään käytännön toimintaa (Tuomi & Latvala n.d.; Liukko 2012). Kehittämistyö on vaihtoehtoinen mahdollisuus ammattikorkeakoulussa tehtävään opinnäytteeseen. Toiminnallisen opinnäytetyön päämääränä on luoda konkreettinen tuotos eli produkti, kuten ohjekirja, opas tai video. (Tuomi & Latvala n.d.; Vilka & Airaksinen 2003, 9; Vilka & Airaksinen 2004, 6.) Kysymyksessä ei siis ole varsinainen tutkimus (Vilka & Airaksinen 2004, 6). Toiminnallinen opinnäytetyö eroaa tutkimuksellisesta opinnäytetyöstä kehittämismenetyksessä, aineiston keruu ja analysoinnissa ja tuloksien hyödyntämisessä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä syntyy jotain konkreettista, kun taas tutkimuksellisessa syntyy uutta tietoperustaa. (Salonen 2013, 5–6.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on kaksi osaa, joista ensimmäinen on toiminnallinen osuus eli tuotos. Toisena osana on prosessin dokumentointi ja arviointi tutkimusviestinnän keinoin eli opinnäytetyöraportti. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on jonkin käytännön ajankohtaisemmaksi kehittäminen. (Vilka & Airaksinen 2003, 9, 65; Vilka & Airaksinen 2004, 6; Liukko 2012.) Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksen tarkoituksena on ratkaista määritelty ongelma sekä kuvailla sitä prosessin ja analysoinnin keinoin tai kehittää työhön liittyvää alan käytäntöä (Metropolia 2012). Tuotos voi olla tietoa sisältävä kansio, joka on luotu monipuolisten lähteiden avulla. Tuotoksessa tulee kertoa potilasoppaan tavoitteet, millaista tietoa opas tuottaa ja millaiselle potilasryhmälle opas on osoitettu. Lukijalle kannattaa kertoa opinnäytetyön kulusta ja liittää raporttiin esimerkiksi oppimispäiväkirja. (Lapin amk n.d.)

Toiminnallisen opinnäytetyön eteneminen voidaan jakaa kuuteen vaiheeseen, joita ovat aloitus, suunnittelu, kentälle siirtyminen, tuotoksen toteuttamisen vaihe, arviointi sekä työn ja tuotoksen viimeistely. Aloitusvaiheessa lähdetään työstämään työlle asetettua kehitettävää kohdetta. Erityisen tärkeitä on keskustella yhteistyötahon sekä muiden työhön liittyvien tahojen kanssa työhön liittyvistä asioista, jotka voivat vaikuttavaa työn onnistumiseen. Näitä ovat esimerkiksi työn rajaaminen, yhteistyötahon osallistuminen ja tuki

opinnäytetyön prosessin ajan. Lisäksi on tärkeätä kirjata nämä asiat selkeästi muistiin. Suunnitteluvaiheessa tehdään opinnäytetyön suunnitelma. Suunnitelmassa tulee käydä ilmi muun muassa työn tavoite, kenelle työ tehdään, työn aikataulu, vaiheet, opinnäytetyön keskeiset tekijät sekä aineiston keruun menetelmät. Huolellisesti tehty työn suunnitelma edesauttaa työn onnistumista ja sujuvuutta. Kentälle siirtyminen tarkoitetaan vaihetta, jossa työn tekijät toimivat konkreettisesti siinä työympäristössä, jossa työstäminen tapahtuu. (Salonen 2013, 16–20.)

Työstämisvaihe on suunnitelman tekemisen jälkeen tärkein osa. Tämä vaihe koostuu työstämisestä työn päämäärää eli tavoitteita ja suunniteltua tuotosta kohtaan. Tässä vaiheessa korostuu opinnäytetyön tekijöiden itsenäinen työskentely, vuorovaikutustaidot, suunnitelmallisuus, kehittyminen sekä kärsivällisyys. Työstämisvaiheessa ohjaus ja palaute ovat työn onnistumisen ja kehittymisen kannalta oleellista. Arviointivaiheessa arvioidaan tehtyä tuotosta ja tarvittaessa sitä muutetaan vielä ennen viimeistelyvaihetta. Viimeistelyvaiheeseen kuuluu raportin sekä tuotoksen viimeistely, joten tämän vaiheen ajankäyttö kannattaa ennakoita. Esittelyvaiheessa valmis tuotos esitellään ja julkaistaan. Toiminnallisen opinnäytetyö prosessin aikana osallistutaan lisäksi erilaisiin seminaareihin koko prosessin ajan. (Salonen 2013, 16–20.)

Opinnäytetyön avulla opiskelija todistaa ammattikorkeakoulutasoisen osaamisen oman toimialan puitteissa. Lisäksi tekijät todistavat kriittisyytensä ja oma-aloitteisen sekä aktiivisen työskentelyn taitoja opinnäytetyön prosessin ajalta. Työn myötä tekijät pystyvät ilmaisemaan myös suullisia ja kirjallisia työskentelytaitojaan. (Tuomi & Latvala n.d.) Tämä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, jonka tavoitteena oli kehittää työelämää ja radikaalin rinnanpoiston jälkeisen lääkinnällisen kuntoutuksen käytäntöä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa potilasopas Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen käyttöön. Tietoa kerättiin haastattelemalla Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen asiantuntijoita ja haastateltavat allekirjoittivat tietoisesti suostumuslomakkeen (Liite 4). Teoreettiseen tietoon tutustuttiin kotimaiseen ja kansainväliseen alan ammattikirjallisuuteen sekä verkkolähteisiin perehtymällä. Haastatteluissa kerätyn tiedon ja monipuolisista kirjallisista lähteistä sekä verkkolähteistä kerätyn tiedon avulla pyrittiin kokoamaan kattavasti

materiaalia Pirkanmaalla tarjolla olevasta lääkinällisen kuntoutuksen palvelutarjonnasta.

5 TOTEUTUS

Opinnäytetyöprosessi on edennyt myötäillen Salosen (2013) kirjoittamaa opasta. Aluksi kehiteltiin opinnäytetyön aihe, jonka jälkeen työtä lähdettiin suunnittelemaan tarkemmin yhdessä Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen tarpeista potilasopasta kohtaan. Opinnäytetyön suunnitelman hyväksynnän jälkeen aloitettiin kentällä työskentelyn vaihe, jossa tutustuttiin Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen toimintaan ja asiakaskuntaan. Haastateltiin Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen asiantuntijoita ja etsittiin erilaisista lähteistä lisää tietoa ja vertailukohteita. Näiden materiaalien pohjalta alettiin työstää potilasopasta, jossa yhteistyötahon osastonhoitaja ja sairaanhoitaja olivat tiiviisti yhteistyössä.

Opinnäytetyölle suunniteltiin aikataulu, vaiheet ja eteneminen, jotka kuvattiin taulukkomuodossa (Taulukko 1). Opinnäytetyön projekti alkoi marraskuussa 2016 aihevalinnalla. Aihe syntyi opinnäytetyön tekijöiden omasta mielenkiinnosta ja halusta syventää omaa tietoperustaa rintasyövästä ja radikaalin rinnanpoiston jälkeisestä lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Yhteyttä otettiin eri tahoihin ja tarkistettiin mahdollisuuksia yhteistyöhön. Pirkanmaan Syöpäyhdistys kiinnostui opinnäytetyön aiheesta ja käsitteli aihevalintaa omassa kokouksessaan. Kokouksen jälkeen kokoonnuttiin yhteiseen työelämäpalaveriin. Työelämäpalaveri pidettiin joulukuussa 2016 ja siihen osallistuivat opinnäytetyön tekijät, ohjaaja ja Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen osastonhoitaja, joka toimi opinnäytetyön työelämän yhteyshenkilönä.

Palaverissa keskusteltiin avoimesti sekä keskinäistä osaamista ja yhteistyötä kunnioittaen opinnäytetyön teoreettisista lähtökohdista sekä potilasoppaan sisällöstä ja tarkoituksesta. Oppaaseen haluttiin koota tietoa Pirkanmaan alueen kuntoutusmuodoista ja vaihtoehdoista hyödyntäen Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen yhteistyötahoja. Jaettavan oppaan lisäksi tehtiin sähköinen versio Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen nettisivuille. Keskustelussa sovittiin, että opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen ja potilasoppaan sisällön muokkaamiseen hyödynnettäisiin Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen henkilökunnan haastatteluita.

Rintasyövästä löytyi monenlaisia potilasoppaita, joissa keskityttiin sairauteen, sairauden hoitoon ja potilaan psyykkiseen jaksamiseen. Sen sijaan radikaalin rinnanpoiston jälkeisestä lääkinnällisestä kuntoutuksesta ei opasta löytynyt. Erilaisissa oppaissa kyllä mainittiin kuntoutus, mutta tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä lääkinnällisen kuntoutuksen eri muodot yhteen oppaaseen. Toiminnallisen opinnäytetyön, jonka tuotoksena syntyi uusi opas, katsottiin palvelevan parhaiten asetettuja tavoitteita. Potilasoppaan sisältöä ja ulkoasua muokattiin, koska oppaassa tuotiin lopulta esille lääkinnällisen kuntoutuksen lisäksi muitakin kuntoutusmuotoja ja kuntoutustarpeita. Tämä mahdollisti oppaan hyödyntämisen ja kohdentamisen useampaan potilasryhmään.

Opinnäytetyön aikataulusuunnitelma tehtiin tammikuussa 2017. Maaliskuussa pidetyt palaverit opinnäytetyönohjaajan kanssa tarkensivat työn tavoitteita oikeaan suuntaan. Opinnäytetyön lupaprosessi käynnistyi huhtikuussa lupahakemuksella ja suunnitelman hyväksyttämällä Pirkanmaan Syöpäyhdistyksellä. Toukokuussa aloitettiin aktiivinen tietopuustaan tutustuminen ja sen kirjoittaminen raporttimuotoon. Toukokuussa haastateltiin Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen sairaanhoitajaa, fysioterapeuttia ja lymfaterapeuttia. Huolellisesti suunnitellut haastattelukysymykset (Liitteet 1, 2 & 3) mahdollistivat oikean ja kattavan tiedon keräämisen haastatteluista. Kysymykset lähetettiin haastateltaville etukäteen, jotta heillä oli mahdollisuus valmistautua haastattelutilaisuuteen. Asiantuntijahaastattelut tehtiin kahden päivän aikana Pirkanmaan Syöpäyhdistyksellä. Toukokuussa kokoonnuttiin osastonhoitajan ja opassuunnittelijan kanssa keskustelemaan oppaan oikeista sanamuodoista ja ulkoasusta. Syyskuussa tuotoksesta keskusteltiin Pirkanmaan Syöpäyhdistyksessä yhdessä osastonhoitajan ja sairaanhoitajan kanssa. Palaverissa hienosäädettiin oppaan sisältöä ja saatiin sekä suullista että kirjallisesti palautetta.

TAULUKKO 1. Opinnäytetyön prosessisuunnitelma

Marraskuu 2016	Opinnäytetyön aihevalinta
Joulukuu 2016	Ideaseminaari, työelämäpalaveri
Tammikuu 2017	Opinnäytetyön suunnitelma
Helmikuu 2017	Metodiopinnot, palaveri opettajan kanssa
Maaliskuu 2017	Suunnitelmaseminaari, palaveri opettajan kanssa Lupaprosessi
Toukokuu 2017	Sairaanhoitajan, lymfa- ja fysioterapeutin haastattelut Suunnittelua Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen osastonhoitajan sekä opassuunnittelijan kanssa Teoriatiedon keruu
Kesä-heinäkuu 2017	Opinnäytetyön teoriatiedon hankintaa ja kirjoittamista Oppaan suunnittelua ja kirjoittamista
Elokuu 2017	Opinnäytetyön teorian kirjoittamista Oppaan tekstinsisällön hienosäätöä Käsikirjoitusseminaari
Syys-lokakuu 2017	Opinnäytetyön johtopäätösten kirjoittamista sekä työn viimeistelyä
Marraskuu 2017	Työn viimeistelyä ja oikolukua Esitysseminaari TAMK tutkii & kehittää -päivä Opinnäytetyön viimeinen palautuspäivä
Joulukuu 2017	Valmiin opinnäytetyön julkaisu Theseuksessa

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa opas, joka vastaisi kysymykseen, millaista kuntoutusta ja apua potilas ja hänen läheisensä voivat saada ja mistä sitä voi hakea. Uuden oppaan sisällön asettelussa avustusta saatiin opassuunnittelijalta ja uusi opas muistuttaa Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen muita potilasoppaita. Oppaasta tehtiin kahdeksan sivuinen ja A5-kokoinen lehtinen, joka sisällöltään kattaa rintasyöpään sairastumisen jälkeisen kuntoutuksen tärkeimmät kuntoutuksen vaiheet ja apuvälineet sekä yhteystiedot lisäkysymyksiä varten. Oppaan tietosisältö on johdettu opinnäytetyön lähdemateriaalista ja asiantuntijahaastatteluiden tuloksista. Tiedon on tarkistanut Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen osastonhoitaja, sairaanhoitaja ja suunnittelija.

Opinnäytetyön raportissa tulee esille opinnäytetyön tarkoitus, tehtävä ja tavoite. Raportin teoriaosuudessa pohjustetaan oppaan teoriatietoa, tuodaan esille tutkimustietoa sekä avataan teoreettisia lähtökohtia muiden lähteiden avulla. Raportissa tuodaan tarkasti esille

suunniteltu aikataulus sekä miten opinnäytetyö on päästy toteuttamaan. Lopussa tuodaan esille luotettavuutta ja työn eettisyyttä. Viimeisenä pohdittiin löydettyjä tuloksia ja johtopäätöksiä. Opinnäytetyöprosessin aikana osallistuttiin erilaisiin seminaareihin, jossa kerrottiin työn etenemistä.

Opinnäytetyö arvioitiin Tampereen ammattikorkeakoulun opinnäytetyölle asetettujen arviointikriteerien mukaisesti ja opinnäytetyö julkaistiin Theseuksessa. Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen kanssa pidetyssä työelämäpalaverissa sovitun mukaisesti potilasopas toimitettiin yhdistyksen yhteyshenkilölle kirjallisena. Lisäksi yhdistykselle toimitettiin oppaan sähköinen versio yhdistyksen kotisivuille päivittämisen mahdollistamiseksi. Opinnäytetyön tekijät vastasivat oppaan tuottamisen käytetyn ajan kustannuksista eli omasta ajankäytöstään. Opinnäytetyön tuloksia esitellään keväällä 2018 Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen järjestämällä sairauskohtaisilla tietopäivillä sekä yhdistyksen henkilökunnalle.

6 PÄÄTÄNTÄ

Opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden pohtiminen vahvistavat opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden toteutumista. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Eettisyyttä ja luotettavuutta on tarkasteltu teorian ja tuotoksen näkökulmasta. Lisäksi pohdinta kattaa sekä teorian että tuotoksen asioita. Opinnäytetyön tärkein tavoite oli luoda kattava potilasopas rintasyöpöpotilaan leikkauksen jälkeiseen hoitoon ja kuntoutukseen, rohkaista potilasta hakeutumaan niihin sekä lisätä hoitohenkilökunnan osaamista aihealueesta. Henkilökunnan tiedon lisäämiseksi työn raporttiosiota tehtiin mahdollisimman kattava. Oppaan avulla potilaan on helpompi löytää tarpeelliset yhteystiedot kuntoutuksen piiriin pääsemiseksi. Työn aihe koettiin hyödylliseksi, koska potilasryhmä on suuri ja kuntouksesta annettava informaatio saattaa unohtua, koska sairauden alkuvaiheessa ajatukset myllertävät ja tietoa on paljon.

6.1. Opinnäytetyön eettisyys

Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu kahdesta osasta, teorian tiedosta ja tuotoksesta (Vilka & Airaksinen 2003, 9, 65; Vilka & Airaksinen 2004, 6). Opinnäytetyön tietoperustaa kerätessä on tärkeää huomioida haastateltavien osaaminen ja kokemus. Haastateltavilla tulee olla henkilökohtainen perehtyneisyys tutkittavaan aiheeseen. (Vilka 2015, 135.) Haastattelun hyötynä pidetään sitä, että haastattelumateriaalia voidaan käyttää joustavasti ja tutkimuksen tarpeiden mukaisesti. Pääperiaatteena opinnäytetyössä on tiedon oikeellisuus ja ihmisarvon kunnioitus. Lisäksi plagiointi, tuloksien muokkaaminen, tuloksien kritisoinnin unohtaminen tai teorian vajaavaisuus tekevät työstä epäeettisen. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 25-27.)

Opinnäytetyön tarkoituksena ei ollut tuottaa tutkimusta, vaan kehittää radikaalin rinnanpoiston jälkeisen lääkinnällisen kuntoutuksen käytäntöä ajankohtaisemmaksi. Opinnäytetyöprosessin alussa laadittiin suunnitelma opinnäytetyön aikataulusta, tarvittavasta teoriasta, lopullisesta tuotoksesta ja prosessin vaiheista. Suunnitelmaa muokattiin Tampereen ammattikorkeakoulun edustajalta ja Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen yhteyshenkilöltä

saadun palautteen mukaisesti. Opinnäytetyön suunnitelmassa tulee esille tarkoituksien, tehtävien ja tavoitteiden tärkeys sekä niiden merkitys työn etenemiselle. Vilkan ja Airaksisen (2003, 2004) mukaan toiminnallinen opinnäytetyö koostuu kahdesta osasta, jotka toteutuvat tässä työssä raportointiosiona ja potilasoppaan muodossa. Potilasopas tulee Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen hyödynnettäväksi. Pirkanmaan Syöpäyhdistykseltä on saatu lupa yhdistyksen mainostamisesta.

Opinnäytetyössä esitettiin radikaalin rinnanpoiston jälkeiseen lääkinälliseen kuntoutukseen liittyvät asiat loogisesti aikajärjestyksessä, mikä tahditti asioiden kuvaamista ja helpotti raportin rakentumista. Työssä hyödynnettiin Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjeita. Lisäksi prosessin aikana Tampereen ammattikorkeakoulun kielipalvelun lehtori ohjeisti tarkemmin lähteiden merkitsemisessä ja lähdeviittauksissa. Opinnäytetyössä hyödynnettiin opinnäytetyöohjaajan opastusta ja ohjeistusta. Potilasopas toteutettiin yhteistyötahon Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen toiveiden ja tarpeiden mukaiseksi.

Hirsijärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009) mukaan haastattelua pidetään aineistokeuruissa merkittävänä menetelmänä. Ennen haastatteluiden toteuttamista haastattelukysymykset toimitettiin haastateltaville asiantuntijoille, jotta heillä oli mahdollisuus tutustua niihin etukäteen, ja varsinainen haastattelu sujui joustavasti. Haastateltavat allekirjoittivat haastattelua koskevan suostumuslomakkeen (Liite 4). Haastateltavien mahdollisuus tutustua aiheeseen ja haastattelukysymyksiin etukäteen sekä suostumuslomakkeen käyttäminen tukivat työn eettisyyttä ja osoittivat opinnäytetyöntekijöiden kunnioittavan haastateltavien osaamista. Lisäksi haastateltavat ilmoittautuivat itse halukkaiksi yhteistyöhön. Opinnäytetyön haastattelut toteutettiin käytännönläheisen ja mahdollisimman tuoreen tiedon saamiseksi. Haastateltavat työskentelevät kyseisen potilasryhmän kanssa lähes päivittäin, minkä vuoksi heidän ammattitaitoon voidaan pitää luotettavana. Haastatteluilla kerättyä tietoa pyrittiin vahvistamaan mahdollisimman tuoreella lähdeaineistolla. Oppaaseen kerättiin materiaalia kuntoutuksesta ja kuntoutukseen hakeutumisesta huomioimalla Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen yhteistyötahoja.

6.2. Opinnäytetyön luotettavuus

Tiedon keräämisessä käytettyjen lähteiden tulee olla hyödyllisiä opinnäytetyön teorian näkökulmasta. Lähteiden luotettavuudessa tulee ottaa huomioon, että teorian keräämisessä hyödynnetään muuta kuin aiheeseen liittyvän oppikirjan kaltaista teoriaa. Kansainväliset lähteet tuovat opinnäytetyölle lisää luotettavuutta, vaikka aina ei löytyisikään opinnäytetyön tekovuodella tuotettua tietoa tutkittavasta aiheesta. (Kananen 2010, 149.) Opinnäytetyön alussa olisi hyvä löytää vähintään yksi mahdollisimman tuore perusteos, jonka ympärille aletaan rakentaa lisää tietoa (Hakala 2004, 91). Lähteiden laatua ajatellen tärkeää olisi valita alkuperäiset tuotokset (Vilka & Airaksinen 2003, 73).

Tässä opinnäytetyössä tietoa kerättiin kirjallisuudesta, tutkimuksista, verkkolähteistä ja haastatteluista. Työssä hyödynnettiin sekä kotimaisia että ulkomaisia lähteitä. Alussa hyödynnettiin Syöpäyhdistyksen rintasyöpäpotilaisiin liittyviä potilasoppaita ja tämänhetkistä hoitosuositusta, joihin perehtymisen jälkeen tietoa lähdettiin syventämään muiden lähteiden avulla. Verkkolähteissä korostuu asiantuntijatieto. Lähteet ovat rintasyöpään ja sen hoitoon erikoistuneita yhdistyksien sivuja, jonka vuoksi tiedon luotettavuuteen voidaan perustellusti turvautua. Joidenkin lähteiden teoriatietoa sairaanhoitajat sekä lääkärit voivat hyödyntää arkipäiväisessä työssään. Tässä työssä käytetyt rintasyöpää käsittelevät lähteet ovat pääsääntöisesti tuoreita lukuun ottamatta muutamaa lähettä, jotka kuitenkin oli kirjoitettu viimeisen kymmenen vuoden aikana. Tutkimuksien avulla teoriatietoon on saatu koottua potilaskohtaisia kokemuksia, esimerkiksi Muurisen (2009) tutkimuksessa tuotiin esille apuvälineiden käyttöön liittyviä kokemuksia. Toisena esimerkkinä voidaan antaa Leinon (2011) tutkimus, jossa tuotiin esille tilanteita, joissa potilaat olisivat kaivanneet enemmän tukea ja ohjausta.

Teorian keräämisessä käytettiin tutkimuksia, joita löydettiin EBSCO:sta ja CINAHL:sta erilaisia hakusanoja käyttäen. Ennen lähteiden kartoittamista opinnäytetyöntekijät osallistuivat Tampereen ammattikorkeakoulun järjestämälle tiedonhaun kurssille, jossa harjoiteltiin lähdekritiikkiä ja hakukoneiden käyttöä. Kansainvälistä tietoa ja tutkimustuloksia löytyi pääasiassa verkkolähteistä. Työtä tehdessä todettiin, että rintasyöpää on tutkittu

paljon ja että monista eri lähteistä löydetty tiedot vahvistivat toisiaan. Jonkin verran löydettiin myös ristiriitaista, toisistaan poikkeavaa tietoa, jonka käyttämistä tässä opinnäytetyössä vältettiin.

Opinnäytetyössä verrattiin eri lähteiden tietoja keskenään, mikä vahvisti teoriaosuuden luotettavuutta. Yhtenä keskeisimpänä lähteenä käytettiin Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen ja Syöpäjärjestöjen verkkolähteitä, joista löydettiin uusinta ja päivitettyä tietoa. Lähteissä käytettiin myös Duodecim-verkkolähteitä, joka sisältävät runsaasti asiantuntijoiden artikkeleita. Rintasyövän hoitosuosituksista Suomessa on aikaisemmin vastannut Käypä Hoito, mutta nykyään siitä vastaa Suomen Rintasyöpäryhmä ry. Hoitosuositus on luotu vuonna 2015 ja viimeisin päivitys on tehty vuonna 2016. Muita verkkolähteitä käytettiin vähemmän ja niillä lähinnä vahvistettiin päälähteistä kerättyä tietoa.

Oppikirjoista löydettyä tietoa käytettiin opinnäytetyön teorian keräämisessä säästeliäästi. Osa tiedosta tuki toista tietolähdettä tai ne olivat tämän opinnäytetyön näkökulmasta tuoretta ja luotettavaa tietoa ilman ristiriitaa muiden lähteiden kanssa. Potilasoppaista saatua tietoa on verrattu erilaisten Syöpäyhdistysten verkkolähteisiin. Lääketieteellisiä aikakauslehtiä on myös käytetty tukemaan potilaista kerättyä tietoa. Asiantuntijahaastattelusta saatua tietoa on peilattu esimerkiksi potilasoppaisiin ja Duodecim-verkkolähteisiin. Eri asiantuntijahaastatteluiden ilmeni samoja asioita, jonka vuoksi voidaan olettaa tiedon olevan luotettavaa ja ajantasaista.

Asiantuntijahaastatteluilta kerättyä tietoa hyödynnettiin useammassa kohtaa opinnäytetyötä ja kokeneiden ammattilaisten kertomia asioita verrattiin muihin lähteisiin niiden luotettavuuden takaamiseksi. Eroavaisuuksia ei löytynyt ja opinnäytetyöntekijät katsoivat asiantuntijahaastatteluiden antavan erityistä ja luotettavaa painoarvoa työlle. Tutkimukset, joihin työssä tutustuttiin, tukivat osaltaan haastattelujen tuloksia ja tutkimusten kautta löydettiin kehittämiskohteita asiantuntijoiden työskentelemiselle.

Lisäksi teorian kokoamisessa hyödynnettiin Syöpäjärjestöjen ja -yhdistysten potilasoppaita, joista myös otettiin mallia ja parhaita käytäntöjä tämän opinnäytetyön tuotoksena syntyvän potilasoppaan kokoamisessa. Rintaproteesiliike Amoenaa käytettiin lähteenä

siksi, että liikkeen verkkosivuilla kuvattiin ja perusteltiin heidän toimintaansa hyvin ammattimaisesti, asiallisesti ja perusteellisesti. Eettisyys ja luotettavuus vaativat jatkuvaa pohtimista opinnäytetyön edetessä. Niistä kertovaa kirjallisuutta hyödynnettiin eri lähteitä tutkittaessa ja niistä kerättyjä tietoja verrattaessa.

6.3. Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen käyttöön potilasopas, johon koottiin tietoa Pirkanmaalla saatavilla olevista hoitomuodoista ja -keinoista rintasyöpäleikkauksen jälkeisiin seuraamuksiin ja kuntoutukseen. Oppaan suunnitteluun ja teorian kirjoittamiseen kerättiin tietoa laaja-alaisesti eri lähteistä, haastateltiin asiantuntijoita, hyödynnettiin saatavilla olevia yhteistyötahoja ja muokattiin opasta yhdistyksen tavoitteiden ja toiveiden mukaisesti heidän näköisekseen. Teoriatietoon ja kuntoutusmuotoihin tutustuminen vahvistivat käsitystä, että oppaalle oli selkeä tilaus.

Opinnäytetyö otsikoitiin kertomaan kattavasti opinnäytetyön sisällöstä ja teoriaosuus pyrittiin kirjoittamaan hoitopolun etenemisvaiheittain. Työn tarkoituksena oli ohjata lukija syventymään rintasyöpään sairautena, miten leikkauksen jälkeinen kuntoutus tapahtuu ja millaisia erilaisia kuntoutusmuotoja potilaalle on tarjolla. Lukijan on tärkeää ymmärtää ensin itse sairaus, minkä vuoksi työssä kuvattiin rintasyöpää sairautena. Sairauden läpikäyminen ja leikkauksesta kertominen, helpottavat lukijaa ymmärtää kuntoutukseen liittyviä seikkoja. Opinnäytetyön raportin tavoitteena oli, että kuvattua hoitopolkua voidaan soveltaa myös muihin rintasyövän leikkaushoitomuotoihin ja niiden kuntoutuksiin. Raportti ja opas toimivat tukena erilaisiin rintasyöpäleikkauksien jälkeiseen hoitoon ja kuntoutumiseen. Jähkolan ym. (2016) mukaan radikaaliin rinnanpoistoon päätyy noin 40% rintasyöpään sairastuneista ja lisäksi radikaali rinnanpoisto voidaan suuressa rintasyöpäriskitilanteessa tehdä ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä.

Koska suuri osa rintasyöpään sairastuneista päätyy radikaaliin rinnanpoistoon, oli opinnäytetyössä perusteltua käsitellä leikkausta ja leikkausmenetelmän valintaa kasvaimen koon mukaisesti sekä imusolmukkeiden poistoa. Teoriatiedon perusteella rintasyöpä le-

viää ensimmäisenä vartijaimusolmukkeeseen, minkä vuoksi sekin on kuvattu työssä tarkasti. Imusuoniston poisto aiheuttaa pitkäaikaisemmat seuraamukset kuntoutuksen näkökulmasta ja siksi on tärkeää korostaa imusuoniston tehtäviä ihmisen elimistössä.

Opinnäytetyön kappaleissa *Rintasyöpä* ja *Radikaali rinnanpoisto* kuvattiin, minkälaisia seurauksia radikaali rinnanpoisto voi potilaalle aiheuttaa. Potilas ja hänen läheisensä tarvitsevat kattavan tiedon sairaudesta, miksi hoidot ovat tärkeitä ja mitä kuntoutuksella voidaan saada aikaan. Kun potilas saa heti rintasyöpädiagnoosin jälkeen riittävästi tietoa, lievittää se hänen olotilaansa ja mahdollistaa lisäkysymyksien esittämisen sekä antaa terveydenhuollon henkilöstölle enemmän aikaa ja työkaluja potilaan tukemiseen. Riittävä tiedonsaanti tukee potilaan sitoutumista hoitoihin ja kuntoutukseen sekä palvelee kaikkia osapuolia paremmin.

Potilaan tulisi tiedostaa radikaalin rinnanpoiston vaiheet ja seuraamukset, mikä helpottaa häntä keskittymään radikaalin rinnanpoiston jälkeiseen hoitoon ja lääkinälliseen kuntoutukseen. Potilaan on helpompi ymmärtää hänelle suunniteltu hoito- ja kuntoutussuunnitelma sekä valmistautua mahdollisiin leikkauksen aiheuttamiin seuraamuksiin. Hänellä annetaan mahdollisuus ymmärtää, että hyvällä kuntoutuksella työkyky voidaan palauttaa lähes ennalleen. Leikkauksen jälkeinen kuntoutus onkin tärkeää aloittaa ennaltaehkäisevänä muotona, jolla voidaan ehkäistä mahdollisia tulevia leikkauksen jälkeisiä seurauksia ja niiden voimakkuutta.

Niskanen (2017) ja Väisänen (2015) korostivat, että leikkauksesta ja hoidosta seuraa yksilöllisiä seurauksia, joihin voidaan vaikuttaa erilaisin hoidoin ja apukeinoin. Hoitamatta jättäminen voi sen sijaan aiheuttaa pidempiaikaisempia haittoja. Seuraamukset voivat vaikuttaa potilaan elämänlaatuun ja päivittäiseen elämiseen, joten niiden tehokas hoito on erityisen tärkeitä. Seuraamukset ovat hyvin yksilöllisiä jokaisen potilaan kohdalla ja niiden vaikeusasteet voivat vaihdella. Lymfaturvotus on yleensä ainoa leikkauksesta jäävä pidempiaikainen vaikutus. Muut seuraamukset pystytään lähes kaikki hoitamaan tai niiden vaikutus päivittäisiin toimintoihin pystytään minimoimaan. Lymfaterapian osuus opinnäytetyössä korostuu lääkinällisen kuntoutuksen kappaleessa ja opinnäytetyön muussa teorian tiedossa. Lymfaterapian onnistumisen kannalta on tärkeää, että

potilas noudattaa annettuja liikunta-, koti- ja itsehoito-ohjeita tunnollisesti. Olisi tärkeätä, että niistä muodostuisi hänelle loppuelämän päivittäinen aktiviteetti ja liikuntamuoto. Potilaan aktiivisella itseharjoittelulla ja tukihihan käyttämisellä, eli ennakoivalla hoidolla, voidaan ehkäistä tulevaisuuden terveydenhuollon kuluja. Lymfaturvotuksen vuoksi potilaan on kiinnitettävä huomiota arkisiin askareisiin, kuten haavojen välttämiseen leikatun puolen yläraajassa tai terveydenhuollossa tehtävien toimenpiteiden, kuten verikokeiden, kohdentamiseen terveeseen raajaan.

Lymfaturvotuksen hoitamisen merkityksen ymmärtämistä helpottavat kuvaukset immunoniston tehtävistä. Radikaalissa rinnanpoistossa ja imusolmukkeiden poistossa kajoetaan potilaan elimistön kykyyn kuljettaa nesteitä ja toimia puolustusjärjestelmänä. Mahdolliset infektiot, hematoomat ja seroomat hidastavat leikkaushaavojen parantumista, mikä tarkoittaa, että leikkauksesta toipuminen etenee hitaasti. Haavojen parantumisen jälkeen saattaa esiintyä arpikiristystä. Potilaalle on tärkeää kertoa edellä mainituista asioista ja ohjeistaa häntä itse tarkkailemaan aktiivisesti oman kehonsa muutoksia. Potilasta tulee kannustaa ottamaan rohkeasti yhteyttä hoitavaan tahoon, jotta tilanne ei pääsisi pahenemaan. Tutkittua tietoa lymfaturvotuksen seuraamusten laadusta ja määrästä ei juuri löytynyt. Ilmeisesti seuraamukset ovat hyvin yksilöllisiä ja huonosti yleistettäviä.

Lääkinnällinen kuntoutus on kattava käsite ja iso osa potilaan kuntoutumista. Terminä lääkitönnällinen kuntoutus ymmärretään usein väärin. Lääkitönnällisessä kuntoutuksessa oleellista on parantaa potilaan fyysistä toimintakykyä leikkauksen jälkeen. Huomioitavaa on, että kuntoutujan lisäksi lääkitönnällinen kuntoutus on tarkoitettu myös hänen perheelleen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli korostaa fyysistä kuntoutumista, mutta työssä kerrottiin myös psyykkisestä ja sosiaalisesta kuntoutumisesta. Vaikka peruukin saaminen mielletään osaksi psyykkistä kuntoutumista, lasketaan se myös lääkitönnällisen kuntoutuksen apuvälineeksi. Sairaudesta ja leikkauksesta toipuminen on hidasta, joten terveydenhuoltohenkilön antama ohjeistus ja potilaan motivoiminen korostuvat kuntoutuksessa. Opinnäytetyössä korostettiin, että miellyttävä kuntoutuskokemus lisää kuntoutujan motivaatiota ja parantaa ennustetta kuntoutumisesta.

Sairaanhoitajan ja hoitavan tahon merkitys potilaan lääkinällisessä kuntoutuksessa on merkittävä. Sairaanhoitaja kertoo potilaalle mahdollisuuksista fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen. Hoitajan vastaanotolla on toimenpiteiden ohella tärkeää tarjota keskusteluapua, jota syöpädiagnoosista ja leikkauksesta toipuva potilas tarvitsee. Sairaanhoitajan rooli korostuu myös potilaan kuntoutuksen käynnistäjänä sekä apuvälineiden, palveluiden ja kotiohjeiden kertojana.

Kuntoutujalle tulee korostaa ohjeistuksen yksilöllisyyttä. Kuntoutujan on tärkeää ymmärtää esimerkiksi lymfaterapian eri vaiheet ja olla valmis sitoutumaan niihin hoidon onnistumisen takaamiseksi. Vaikka lymfaturvotusta on todettu esiintyvän yli 40 %:lla (Syrjälä 2013) naisista, joille on tehty radikaali rinnanpoisto, on lymfaterapian hyödyllisyyttä tutkittu vähemmän ja tukihoidot ovat manuaalista lymfaterapiaa ja kompressiohoitoa lukuun ottamatta vähäisessä käytössä. Kerätyn tiedon perusteella lymfaterapiassa olennaista on, että kuntoutuja noudattaa annettuja liikunta- ja itsehoito-ohjeita. Terveelliset elämäntavat ovat lymfaturvotuksen ennaltaehkäisyn kannalta olennaista, minkä vuoksi potilaalle on tärkeää kertoa lymfaturvotuksen riskitekijöistä.

Opinnäytetyöraportin tekeminen paljasti, että fysioterapeutin palveluihin hakeudutaan usein vasta toisen terveydenhuollon ammattilaisen kehotuksesta. Fysioterapia on kuitenkin tärkeä osa ja vaihe lääkinällistä kuntoutusta. Fysioterapeutin ja lymfaterapeutin palvelut ovat yhteydessä toisiinsa ja hoitojen vaikutukset vahvistavat toisiaan. Myös fysioterapiaa annetaan yksilöllisesti ja onnistumista tukevat henkilökohtaisten ohjeiden aktiivinen noudattaminen.

Apuvälineiden käyttötarkoitukset tulee perustella potilaalle, jotta motivaatio niiden hankkimiseen kasvaisi. Apuvälineitä on erilaisia ja jokainen potilas löytää varmasti itselleen asianmukaisen välineen, mikä parantaa hänen minäkuvaansa ja edistää kuntoutumista. Käyttöohjeiden noudattaminen lisää välineiden käyttöikä. Apuvälineiden avulla kuntoutujan on mahdollisuus hyväksyä minäkuvansa uudelleen ja ehkäistä kiputilojaan, mitkä parantavat hänen elämänlaatuaan. Ammattilaisen ohjausta on syytä korostaa, jotta kuntoutuja rohkenisi hankkimaan apuvälineitä ja valitsemilleen apuvälineille käyttöopas-

tusta. Apuvälineiden avulla pystytään esimerkiksi auttamaan potilasta unohtamaan sairaus edes hetkeksi, kun ulkonäkömuutokset eivät rintaproteesia käytettäessä tai peruukkia pitäessä ole koko ajan näkyvissä. Apuvälineiden jatkohankinnasta tulisi keskustella potilaan kanssa, jotta niiden hyödyntäminen ei loppuisi liian aikaisin pelkästään tiedonpuutteen vuoksi.

Hoitohenkilökunnan on huomioitava potilas yksilöllisesti tämän oireidensa mukaisesti. Terveystieteiden ammattilaisen rooli korostuu monessa kohtaa rintasyöpään sairastuneen hoitopolussa. Lääkinnällisen kuntoutuksen kaikki eri osa-alueet ovat tärkeitä ja potilaan tulee saada tarvittavat ohjeet päivittäisen asioiden hoitamiseen eri alojen asiantuntijoilta. Lääkinnällisessä kuntoutuksessa korostuu moniammatillisuus. Leikkauksen jälkeisessä lääkitieteellisessä kuntoutuksessa korostuvat siis sairaanhoitajan, fysioterapeutin ja lymfaterapeutin palvelut sekä näiden palvelujen yhdistäminen. Jokaisen potilaan kohdalla edetään yksilöllisten oireiden mukaisesti ja hoitomuodot vaihtelevat. Potilaan ja hoitajan välinen luottamuksellisuus ja turvallisuus korostuvat. Yhteisenä tavoitteena on potilaan kokonaisvaltainen hyvinvointi, toipuminen ja palaaminen työelämään.

Kärjen (2005) tutkimuksessa ilmeni, että kuntoutujat olivat kokeneet saaneensa puutteellista ja ristiriitaista kuntoutuksen kotiohjeistusta. On tärkeää, että ohjeet kerrotaan potilaalle selkeästi ja hänelle annetaan mahdollisuus tehdä tarkentavia kysymyksiä. Lisäksi on tärkeää, että potilas saa ohjeet kirjallisesti, jotta hän voi kotona toimiessaan palata ohjeistukseen. Usein syöpädiagnoosin saaminen johtaa kriisin kohtaamiseen. Alussa potilaalle annetaan paljon tietoa ja ohjeistusta, joista suurin osa unohtuu kriisitilan vuoksi. Tämän opinnäytetyön lopputuloksena tuotetun oppaan avulla potilaalle tarjotaan mahdollisuus tarkistaa käsitellyt asiat uudestaan kuntoutuksen tullessa ajankohtaiseksi.

Terveystieteiden ammattilaisten vastuulla on kertoa kuntoutujalle ohjeita päivittäiseen elämiseen, jotta välttyttäisiin ongelmatilanteilta ja oireiden pahenemisilta. Tämän vuoksi terveystieteiden ammattilaisella on oltava laaja ymmärrys ja tieto rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeisistä rajoitteista sekä kuntoutumisesta ja tukimuodoista. Muurisen (2009) ja Leinon (2011) tekemissä tutkimuksissa ilmeni, että kuntoutujat olisivat kaivan-

neet enemmän keskustelutukea ja ohjeistusta, jonka vuoksi ammattilaisen tulisi aina tarjota aikaa keskustelemiselle ja panostaa potilaan kohtaamiseen. Moniammatillisen työryhmän tulisi toimia yhdessä kattavan kuntoutuksen takaamiseksi. Yhteistyön pitäisi alkaa diagnoosin saannista ja kestää koko kuntoutuksen ajan. Kuntoutuksessa yhteistyötä tekevät julkisen, kolmannen sektorin ja yksityisen puolen palvelun tuottajat. Näiden ammattilaisten on osattava ohjata kuntoutuja oikean avun piiriin. Tuen tarve rintasyöpähoiton jokaisessa vaiheessa on huomioitava ja opastusta tulisi tarjota potilaalle aktiivisesti. Myös tästä syystä kirjallinen potilasopas on sopiva tiedon lisäämisen apukeino vaikeassa tilanteessa. Tiedon lisääminen ja saatavilla olevien palvelujen esille tuominen ovat keskeisiä asioita, joiden avulla voidaan vaikuttaa potilaan hyvinvointiin.

Opinnäytetyöntekijöiden oma tietämys rintasyövästä, hoitopolusta ja kuntoutusmuodoista syventyivät teoriatietoon tutustuttaessa ja ammattilaisten kanssa keskustellessa. Tietoja on mahdollisuus hyödyntää tulevassa sairaanhoitajan työssä. Rintasyövän yleisyys takaa, että sairaanhoitajan työssä työskennellään jatkossakin kyseisen potilasryhmän kanssa ja asiaan perehtyminen opinnäytetyön kautta tulee helpottamaan sairastuneen kohtaamista tulevaisuudessa. Hoitajalla on kykyä kertoa kattavasti kuntoutusmahdollisuuksista eri palveluiden tuottajilla.

Opinnäytetyön lopuksi voidaan todeta, että kuntoutusmuotoja on monia ja niihin on mahdollisuus saada taloudellista tukea. Jokaiselle kuntoutujalle löytyy leikkauksen jälkeisiin seuraamuksiin jokin helpottava keino, joka tulee määritellä hänelle yksilöllisesti. Kuntoutuksessa on panostettava kokonaisvaltaiseen suunnitteluun ja hoitoon heti diagnoosin saamisen jälkeen. Terveystieteiden ammattilaisilla on suuri vastuu tuoda aktiivisesti esille kuntoutuksen eri muotoja ja kuntoutujalla on motivaation kautta merkittävä rooli kuntoutuksen onnistumisessa. Opinnäytetyön tuotoksena julkaistu potilasopas helpottaa kuntoutujaa löytämään omiin oireisiinsa sopivaa apua yhdessä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.

6.4. Kehittämisehdotukset

Opinnäytetyössä selvitettiin, minkälaisia seurauksia radikaali rinnanpoisto aiheuttaa potilaalle. Seurausten todettiin olevan hyvin yksilöllisiä ja samalla niiden todettiin noudattavan pääosin tiettyä kaavaa. Työssä on tuotu esille radikaalin rinnanpoiston jälkeiset hoidot, niiden muodot ja käyttötarkoitukset sekä lääkinnälliseen kuntoutukseen sisältyvät fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tukimuodot. Terveystuonon henkilökunnan tehtävänä on auttaa, neuvoa, ohjata ja tukea potilasta, jotta tämä ymmärtää oman motivaationsa merkityksen lääkinnällisessä kuntoutumisessa onnistumisessa, osaa hakea tietoa ja uskaltaa kysyä häntä mietityttävistä asioista.

Opinnäytetyössä todettiin, että pitkäaikaisin seurauksena radikaalista rinnanpoistosta ja imunestekierron estymisestä on mahdollinen imunesteiden kertyminen leikatun puolen raajaan ja kylkeen. Tämän helpottamiseksi ja vähentämiseksi potilaan tulee elää terveellisesti, liikkua säännöllisesti, hallita painoaan, välttää puristavia vaatteita ja varoa haavoja. Näiden lisäksi apua tuovat fysioterapia ja lymfaterapia. Suomessa lymfaterapia on kuitenkin vähemmän tiedostettu hoitomuoto. Kehittämiseksi nousi tutkimus, jossa selvitettäisiin, onko manuaalisen lymfaterapian yhteydessä käytetyt tukitoimet tuottaneet toivottua tulosta? Jos on niin millaista ja kuinka pitkäksi aikaa? Samoin voisi tutkia, ovatko kuntoutujat olleet motivoituneita ja aktiivisia itsehoidossa sekä tehneet annettuja liikeharjoituksia? Kuinka hyvin sen on todettu edistävän toipumista?

Opinnäytetyössä lähteenä käytetyssä tutkimuksessa todettiin vastaajien kokeneen, että hoitohenkilökunnalla oli puutteita potilaan henkisessä kohtaamisessa ja osaamisessa. Osa vastaajista koki olevansa tyytymättömiä hoitohenkilökunnalta saamaansa psyykkiseen tukeen. Vaikka aiheeseen liittyvää tutkimusta onkin tehty, voisi uudessa tutkimuksessa kartoittaa tilanteen nykytilaa. Millaista apua potilaalle on tarjottu? Onko apua tarjottu sekä potilaalle että hänen perheelleen? Miten psyykkiseen tukeen panostaminen on edistänyt potilaan kokemusta omasta toipumisestaan?

LÄHTEET

Aarnio, T. 2016. Rintasyöpäpotilaan postoperatiivinen hoito. Duodecim terveystori. Sairaanhoidajan käsikirja. Luettu 12.5.2017. Vaatii käyttöoikeuden. <http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/inf04264>

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V., & Uski-Tallqvist, T. 2016. Kliininen hoitotyö: Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 6. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro oy.

American Cancer Society. 2017. Ductal carcinoma in situ (DCIS). Päivitetty 2017. Luettu 24.8.2017. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer>

Anttila, H., Kärki, A. & Rautakorpi, U-M. 2007. Lymfaturvotuksen fysioterapia rintasyöpäpotilailla: Vaikuttavuus, käytännöt ja kustannukset. Finotha-raportti. [pdf]. Luettu 21.8.2017. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75363/r030f.pdf?sequence=1>

Appelqvist. 2017a. LPG. Päivitetty 2017. Luettu 7.8.2017. <http://kinesiopiste.fi/palvelut/lpg>

Appelqvist, S. 2017b. Lymfaterapia. Päivitetty 2017. Luettu 19.5.2017. <http://kinesiopiste.fi/palvelut/lymfaterapia>

Breast Cancer Care. 2017a. Lymphoedema. Päivitetty 2017. Luettu 23.8.2017. <https://www.breastcancercare.org.uk/information-support/facing-breast-cancer/going-through-treatment-breast-cancer>

Breast Cancer Care. 2017b. Treatments for lymphoedema. Päivitetty 2017. Luettu 23.8.2017. <https://www.breastcancercare.org.uk/information-support/facing-breast-cancer/going-through-treatment-breast-cancer>

Davidson, G. & Lester, J. & Routt, M. 2014. Surgical oncology nursing. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.

Duodecim Terveyskirjasto. 2017a. Fibroosi. Luettu 19.5.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00858

Duodecim Terveyskirjasto. 2017b. Hyperkeratoosi. Luettu 19.5.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01213

Duodecim Terveyskirjasto. 2017c. Lääketieteen termit. Luettu 16.11.2017. Vaatii käyttöoikeuden. <http://www.terveysportti.fi/sovellukset/sanakirjat/#/q/ltt13651>

Faktoja lymfasta. N.d. Suomen Vodder-lymfaterapeutit Ry. Luettu 19.5.2017. <http://lymfa.net/faktoja>

FysioSporttis. 2014. LPG-menetelmä. Päivitetty 2014. Luettu 22.5.2017.
<http://www.fysiosporttis.fi/fi/palvelut/fysioterapia/lpg-menetelma>

Haavanhoito-ohje rintaleikatulle. 2013. Ohjelappu. Pirkanmaan Syöpäyhdistys.

Hakala, J. 2004. Opinnäytetyöopas ammattikorkeakouluille. 2. Painos. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Healthy Life Devices Ltd. N.d. Luettu 7.8.2017. <http://physiotouch.com/fi/node/96>

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. Uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Huivit ja päähineet. N.d. Amoena Finland Oy. Luettu 23.5.2017.
<https://www.amoena.fi/epages/amoena.sf/fi>

Huovinen, R. 2017. Rintasyöpä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Luettu 7.2.2017. Vaatii käyttöoikeuden. <http://duodecimlehti.fi/api/pdf/duo13651>

Hyks Syöpäkeskus. 2017. Rintasyövän jälkeinen lymfaturvotus ja sen hoito Syöpätautien klinikan fysioterapiassa. Luettu 23.5.2017.
http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/syopataudit/syopapotilaan-hoitopolku/rintasyopapotilaan_hoitopolku

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Duodecim Terveyskirjasto. [pdf]. Luettu 15.2.2017. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95167.pdf>

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

Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. 2013. Syöpätaudit. 5. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Joensuu, H. & Rosenberg-Ryhänen, L. 2015. Rintasyöpäpotilaan opas. 3.uudistettu painos. Helsinki: Origos Oy.

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön väliopas. Jyväskylä: Taitto & paino, Tampereen Yliopistopaino Oy.

Kela. 2017. Kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit. Päivitetty 24.5.2017. Luettu 23.5.2017. <http://www.kela.fi/kuntoutus-ja-sopeutumisvalmennuskurssit>

Kinnunen, P. 2017. Tietoa peruukista. Rintasyöpäyhdistys Europa Donna Finland ry. Päivitetty 2017. Luettu 18.5.2017.

<https://www.europadonna.fi/tietoa-sairastuneelle/peruukki>

Kunnamo, I. & Pohjonen, S. 2007. Rinnanpoiston jälkeisen serooman tyhjennys. Duodecim Terveysportti. Päivitetty 19.9.2014. Luettu 12.5.2017. Vaatii käyttöoikeuden.
<http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi>

Kuntoutuskurssit. 2017. Syöpäjärjestöt. Luettu 23.5.2017.
<https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-ja-kuntoutus/kuntoutuskurssit>

Kuntoutusportti. 2016. Lääkinnällinen kuntoutus. Päivitetty 18.8.2016. Luettu 12.5.2017.
<https://kuntoutusportti.fi/kuntoutujalle/kuntoutuksen-jaottelut/laakinnallinen-kuntoutus>

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1.Painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Kärki, A. 2005. Physiotherapy for the Functioning of Breast Cancer Patients. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. [pdf]
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13493/951392257X.pdf>

Laato, M. & Kössi, J. 2010. Haavan paranemista huonontavat tekijät. Luettu 30.5.2017. Duodecim Oppiportti. Vaatii käyttöoikeuden.
http://www.oppiportti.fi/op/kia00305/do?p_haku=rinnan%20poisto#q=rinnanpoisto

Lahdenperä, R. Sairaanhoidtaja. 2017. Haastattelu 19.5.2017. Haastattelija Aarinen, L. & Saarinen, K. Tampere.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734

Lapin amk. N.d. Opinnäytetyön toteuttaminen. Luettu 2.4.2017.
<http://www.lapinamk.fi/fi/Opiskelijalle/Opinto-opas,-AMK-tutkinto>

Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. 1. painos. Juva: WS Bookwell Oy.

Leidenius, M. 2017. Rintarauhasleikkausten jälkeiset komplikaatiot ja sairastavuus. Duodecim Oppiportti. Luettu 2.9.2017. Vaatii käyttöoikeuden.
http://www.oppiportti.fi/op/kia20086/do?p_haku=rinnanpoisto#Leideq=rinnanpoisto

Leidenius, M., Tasmuth, T., Jahkola, T., Saarto, T., Utriainen, M., Vaalavirta, L., Tiitinen, A. & Idman, I. 2010. Rintasyövän hoidon aiheuttama pitkäaikainen sairastavuus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Luettu 29.5.2017.
<http://duodecimlehti.fi/duo98827>

Leikola, J. 2008. Vartijaimusolmuketutkimus diagnostisena työkaluna rintasyövän hoidossa. Luettu 4.3.2017.

http://www.tyoterveyskirjasto.fi/terveysportti/uutissorvi_uusi.lue

Leino, K. 2011. Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66806/978-951-44-8555-8.pdf>

Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2009. Hyvä potilasopas edistää potilasturvallisuutta. Suomen potilaslehti. [pdf]. Luettu 15.2.2017. http://www.potilasliitto.fi/lehti/Potilaslehti_2_09.pdf

Liehu, M. Fysioterapeutti. 2017. Haastattelu 19.5.2017. Haastattelija Aarinen, L. & Saarinen, K. Tampere

Liukko, S. 2012. Opinnäytetyön raportointi. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Luettu 12.11.2017. <https://oppimateriaalit.jamk.fi/raportointiohje/tag/kehittamistyö>

Lyly, T. 2011. Syöpäsanasto. Syöpäjärjestöt. Päivitetty 2011. Luettu 4.9.2017. <https://www.kaikkisyovasta.fi/tietoa-syovasta/syopasanasto>

Lymed Oy. 2015. Lymed tuotekuvasto. Päivitetty 2015. [pdf]. Luettu 7.8.2017. http://lymed.fi/wp-content/uploads/2016/12/Kuvasto_Lymed_web_3.1_FI.pdf

Lymfaterapia. N.d. Suomen Vodder-lymfaterapeutit Ry. Luettu 19.5.2017 <http://lymfa.net/>

Maukonen, M., Salonen, P., Rantanen, A., Suominen, T. & Kaunonen, M. 2011. Elämänlaatu vuosi rintasyöpäleikkauksen jälkeen. Hoitotiede 4/2011, 273-284. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro Gradu.

Mehiläinen. 2015. Rintojen omatoiminen tutkimus kannattaa. Luettu 10.5.2017 <https://www.mehilainen.fi/rintojen-omatoiminen-tutkimus-kannattaa>

Meritta Bra Oy. 2016. Amoena ja Anita rintaproteesit. Päivitetty 2016. Luettu 23.5.2017. <https://www.merittabra.fi/Proteesituotteet/Lisaetietoa-proteeseista>

Metropolia. 2012. Toiminnallisen opinnäytetyön ominaispiirteitä. Päivitetty 2012. Luettu 2.4.2017. <https://wiki.metropolia.fi/pages/viewpage.action?pageId=57182852>

Muurinen, K. 2009. Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia elämästä syövän kanssa liitännäishoitojen aikana. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80545/gradu03519.pdf?sequence=1>

National Cancer Institute. 2015. BRCA1 and BRCA2: Cancer Risk and Genetic Testing. Päivitetty 2015. Luettu 25.5.2017. <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/genetics/brca-fact-sheet#q1>

National Lymphedema Network. 2017. What causes lymphedema? Päivitetty 2017. Luettu 23.8.2017.

<https://www.lymphnet.org/overview/what-is-lymphedema/what-causes-lymphedema>

Nieminen, M. 2016. Käsikirja syöpälääkehoitoa saavan potilaan ohjaukseen – opas sairaanhoitajille tarkistuslistan käytön tueksi. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Luettu 30.5.2017. <http://www.pshp.fi>

Niskanen, L. Lymfaterapeutti. 2017. Haastattelu 18.5.2017. Haastattelija Aarinen, L. & Saarinen, K. Tampere

Peltonen, M. 2017. Syöpäpotilaan sosiaaliopas. Espoo: Origos Oy.

Physiofile. 2017. Etäkuntoutus. Luettu 7.8.2017. <https://physiofile.mycashflow.fi/product/30/lymfa-tom-vaisanen>

Pirkanmaan Sairaanhoitopiiri. 2016. Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalvelukäytännöt. [pdf]. Luettu 12.5.2017. https://www.sotesi.fi/sotesi/liitetiedostot/editori_materiaali/25544.pdf

Pirkanmaan Syöpäyhdistys. 2017a. Muut asiantuntijat. Luettu 7.8.2017. <https://www.pirkanmaansyopayhdistys.fi/laakariasema/asiantuntijat>

Pirkanmaan Syöpäyhdistys. 2017b. Syöpäpotilaan kuntoutus. Luettu 7.2.2017. <https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-ja-kuntoutus/kuntoutus>

Pirkanmaan Syöpäyhdistys. 2016. Vuosikertomus. Luettu 20.07.2017.

Proteesit. N.d. Amoena Finland Oy. Luettu 6.8.2017. https://www.amoena.fi/epages/amoena.sf/fi_FI

Rapeli, K. N.d. Opas lymfahoitoa saavalle potilaalle. [Pdf]. Luettu 22.5.2017. http://syopaklinikantukijat.fi/assets/pdf/Opas_lymfahoito_KR.pdf

Rintasyöpäyhdistys Europa Donna Finland ry. 2017a. Lymfaturvotuksen itsehoito. Päivitetty 2017. Luettu 23.5.2017. <https://www.europadonna.fi/tietoa-sairastuneelle/lymfaodeema>

Rintasyöpäyhdistys Europa Donna Finland ry. 2017b. Lymfaturvotus (lymfaödeema) rintasyöpäpotilailla. Päivitetty 2017. Luettu 5.4.2017. <https://www.europadonna.fi/tietoa-sairastuneelle/lymfaodeema>

Rintasyöpäyhdistys Europa Donna Finland ry. 2017c. Vertaistuki. Päivitetty 2017. Luettu 23.5.2017. <https://www.europadonna.fi/vertaistuki>

Saarikko, A., Viitanen, T. & Hartiala, P. 2014. Lymfaturvotus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Luettu 5.4.2017. <http://duodecimlehti.fi/duo11467>

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. [Pdf]. Luettu 13.11.2017. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Sopeutumisvalmennuskurssit. 2017. Syöpäjärjestöt. Päivitetty 2017. Luettu 23.5.2017.
<https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-ja-kuntoutus/kuntoutuskurssit/>

Sosiaali- ja terveysministeriö. N.d. Lääkinnällinen kuntoutus. Luettu 14.2.2017.
<http://stm.fi/laakinnallinen-kuntoutus>

Steripolar Oy. N.d Lympha Press - järjestelmä. Luettu 3.11.2017.
<http://www.steripolar.fi/tuote/413-lympha-press-jaerjestelmae#!product-details>

Suhonen, R. & Cajanus, S. 2007. Elefantiaasi sääressä. Duodecim Terveysportti. Lääkärin tietokannat. Luettu 12.5.2017. Vaatii käyttöoikeuden. <http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi>

Suomen käsiterapiayhdistyksen jäsenlehti. 2011. Lymfaterapiaa käsikuntoutujalle. [pdf]. Luettu 7.6.2017.
<http://kasitera.asiakkait.sigmatic.fi/wpcontent/uploads/2011/06/lunatum-2-2011.pdf>

Suomen Rintasyöpäryhmä ry. 2015. Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus. Päivitetty 7.11.2016. Luettu 13.6.2017.
<https://rintasyoparyhma.yhdistysavain.fi/hoitosuositus>

Suomen Syöpäpotilaat. 2017. Potilasoppaat. Luettu 7.2.2017.
<https://www.syopapotilaat.fi/potilasoppaat>

Suomen Syöpärekisteri. 2017a. Osallistu seulontoihin. Luettu 7.2.2017.
<https://www.ilmansyopaa.fi/tarkkaile-kehoasi/osallistu-seulontoihin>

Suomen Syöpärekisteri. 2017b. Syöpätilastot. Päivitetty 5.10.2017. Luettu 22.8.2017.
<https://syoparekisteri.fi/tilastot/tautitilastot>

Suomen Uimaopetus- ja Hengenpelastusliitto ry. 2017. Mikä on käyttömerkki? Luettu 23.5.2017. <http://www.suh.fi/toiminta/erityisuinti/kayttooikeusmerkki>

Syrjälä, M. 2013. Rintasyöpäpotilaan fysioterapia. [Pdf]. Luettu 5.4.2017.
<http://www.paivakirurginenyhdistys.org/wp-content/uploads/2017/06/Rintasyopapotilaan-fysioterapia.pdf>

Syöpäinfo. 2014. Rintasyöpä. Luettu 7.2.2017.
<http://www.syopainfo.fi/eri-syopamuodot/rintasyopa.html>

Syöpäjärjestöt. 2017a. Rintasyöpä. Luettu 7.6.2017.
<https://www.kaikkisyovasta.fi/tietoa-syovasta/syopataudit/rintasyopa>

Syöpäjärjestöt. 2017b. Vertaistukihenkilöt. Luettu 23.5.2017.
<https://www.syopajarjestot.fi/osallistu/tukihenkilot>

Syöpätautien asiantuntijaryhmä. 2014. Syövän ehkäisy, varhaisen toteamisen ja kuntoutuksen tuen kehittäminen vuosina 2014-2025 – Kansallisen syöpäsuunnitelman osa II. [Pdf]. Luettu 16.11.2017.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116179/URN_ISBN_978-952-302-185-3.pdf

Tays. 2017. Tietoa rintaproteesin hankkimisesta. Päivitetty 15.5.2017. Luettu 10.8.2017. <http://www.pshp.fi/fiFI/Ohjeet/Potilasohjeet/Syopataudit/Rintasyopa>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Kuntoutuksen määritelmä. Päivitetty 16.7.2015. Luettu 10.8.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Syövän hoito. Päivitetty 9.5.2016. Luettu 12.5.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/syopa/syovan-hoito>

Tunne rintasi ry. N.d. Rintojen omatarkkailu. Luettu 24.8.2017. <http://www.tunne rintasi.fi/rintojen-omatarkkailu>

Tuomi, S. & Latvala, E. N.d. Tutkimuksellinen kehittämishanke opinnäytetyönä vs projektityö. Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Luettu 12.11.2017.

<https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/tyoelaman-tutkiva-kehittamistointa/mishanke-opinnaytetyo>

Vehmanen, L. 2017a. Paikallisen rintasyövän hoito. Duodecim Terveyskirjasto. Luettu 13.6.2017. <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto>

Vehmanen, L. 2017b. Rintasyöpä: Seuranta ja kuntoutuminen. Duodecim terveystieteiden kirjasto. Luettu 13.6.2017. <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto>

Vehmanen, L. 2017c. Rintasyöpä: Toteaminen ja ennuste. Duodecim Terveystieteiden kirjasto. Luettu 13.6.2017. <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto>

Viitanen, T. 2014. Lymph node transfer in the treatment of postmastectomy lymphedema. Turun yliopisto. Väitöskirja. [Pdf]

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/94237/AnnalesD1103Viitanen.pdf>

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. Uudistettu painos. Juva: Bookwell Oy.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallisen opinnäytetyön toteutustavat. 1.-2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallisen opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Lahti: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Väisänen, T. 2015a. Ohjeita henkilölle, jolle on tehty rintasyöpäleikkaus. Suomen lymfahoito ry. Luettu 22.5.2017. <https://www.suomenlymfahoito.net>

Väisänen, T. 2015b. Syövänhoidon jälkeinen lymfaturvotus ja sen hoito. Suomen Syöpäpotilaat ry. Origos Oy.

WHO. 2017. Breast cancer: prevention and control. World Health Organization. Luettu 29.5.2017. <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index3.html>

Yleistä tietoa rintasyöpään sairastuneelle. 2017. Rintasyöpä.fi. Luettu. 11.5.2017. <https://rintasyopa.fi/yleista/yleista-tietoa-rintasyopaan-sairastuneelle>

Ylikorkala, O. & Tapanainen, T. 2011. Naistentaudit ja synnytykset. 5. Uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy

LIITTEET

Liite 1. Sairaanhoidajan haastattelulomake

HAASTATTELU KYSYMYKSET

1. Kuinka pian mastektomian jälkeen potilaat hakeutuvat vastaanotolle?
2. Mikä on yleisin syy hakeutua sairaanhoidajan vastaanotolle?
3. Mitä muita syitä on mastektomian jälkeen hakeutua vastaanotolle?
4. Mitä erilaisia hoitomuotoja tarjoat heille?
5. Kuinka useasti potilaat käyvät vastaanotolla?

Liite 2. Fysioterapeutin haastattelulomake

HAASTATTELU KYSYMYKSET

1. Kuinka pian mastektomian jälkeen on hyvä aloittaa fysioterapia?
2. Tarvitaanko lääkärin lähete?
3. Kuinka usein olisi hyvä käydä? (1xvko?)
4. Kuinka pitkä prosessi fysioterapia on?
5. Minkälaisia kotiohjeita potilaat saavat sinulta?
6. Millaisia liikerajoitteita mastektomia asettaa?
7. Kuinka potilaat päätyvät Pirkanmaan syöpäyhdistyksen fysioterapeutille?
8. Kuinka nopeasti vastaanotollesi pääsee?
9. Mitä kustannuksia potilaalle?

Liite 3. Lymfaterapeutin haastattelulomake

HAASTATTELU KYSYMYKSET

1. Millaisen koulutuksen lymfaterapiaan tarvitaan?
2. Tarvitaanko lääkärin lähete?
3. Miten käytännössä lymfaterapia toteutetaan?
4. Mitkä lymfaterapiaa tukevat hoitomuodot?
5. Kuinka ohjata potilasta turvotuksien itsehoitoon?
6. Kauanko keskimäärin lymfaturvotus kestää ja kauanko hoitoa tarvitaan?
7. Miten potilasryhmä hakeutuu lymfaterapiaan?
8. Mitä kustannuksia lymfaterapia aiheuttaa ja kuka ne kustantavat?
9. Vaikuttaako rinnan rekonstruktio lymfaturvotukseen, jos niin miten?
10. Kuinka paljon Pirkanmaalla on lymfaterapeutteja käytettävissä? Kuinka pian pääsee vastaanotolle?

Liite 4. Tietoinen Suostumuslomake

**TIEDOTE****09.02.2017****Hyvä vastaanottaja!**

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömme, jonka tarkoituksena on tuottaa potilas opas Pirkanmaan syöpäyhdistyksen jäsenille, joille on tehty radikaali mastektomia. Oppaan tarkoituksena on kertoa mistä Pirkanmaalla on mahdollista saada radikaalin mastektomian jälkeisiin oireisiin apua, sekä lääkinnällisestä kuntoutuksesta.

Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta, milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan syöpäyhdistykseltä, joka toimii opinnäytetyöyhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla Pirkanmaan syöpäyhdistyksen eri ammattihenkilöitä. Aineistoa tulemme keräämään haastattelemalla Pirkanmaan syöpäyhdistyksellä työskenteleviä henkilöitä, jotka osastonhoitaja on erikseen meille maininnut. Tarkoituksena on kerätä tietoa, miten Pirkanmaalla toteutetaan mastektomian jälkeinen lääkinnällinen kuntoutus. Haastattelemalla ammattihenkilöitä, saamme ajantasaista ja luotettavaa tietoa tämän hetkisistä mahdollisuuksista. Tulemme myös keräämään tietoa erilaisista lähteistä, kuten internet ja kirjallisuus. Olemme etukäteen suunnitelleet kysymyksiä, joita tulemme sinulle esittämään, liittyen omaan työhösi.

Haastattelu kysymykset eivät tule tutkimuskäyttöön, vaan kysymyksiä avulla saadaan tietoa Pirkanmaan radikaalin rinnanpoiston jälkeen tapahtuvasta lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Kysymysten avulla on mahdollista koota Pirkanmaan syöpäyhdistyksen rinta-syöpäpotilaille kattava opas lääkinnällisestä kuntoutuksesta.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus tietokannassa, ellei Pirkanmaan syöpäyhdistyksen kanssa ole muuta sovittu. Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellään.

Opinnäytetyön tekijät
 Linnea Aarinen
 Kaisa Saarinen
 Sairaanhoidajaopiskelija (AMK)
 Tampereen ammattikorkeakoulu
 Yhteystiedot
linnea.aarinen@health.tamk.fi
kaisa.saarinen@health.tamk.fi



SUOSTUMUS

Rintasyöpäpotilaan radikaalin rinnanpoiston jälkeinen lääkinällinen kuntoutus

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on tuottaa potilas opas Pirkanmaan syöpäyhdistyksen jäsenille, joille on tehty mastektomia. Oppaan tarkoituksena on kertoa mistä Pirkanmaalla on mahdollista saada mastektomian jälkeisiin oireisiin apua, sekä lääkinällisestä kuntoutuksesta., sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä, milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Liite 5. Aikaisemmat tutkimukset

TAULUKKO 2. Aiheesta tehtyjä tutkimuksia

Tutkimus	Tarkoitus, tehtävä, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Maukonen, M., Salonen, P., Rantanen, A., Suominen, T. & Kaunonen, M. 2011.</p> <p>Elämänlaatu vuosi rintasyöpäleikkauksen jälkeen.</p> <p>Pro gradu.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata rintasyöpään sairastuneiden elämänlaatua ja siihen liittyviä tekijöitä.</p> <p>Tutkimuskysymykset</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minkälaiseksi naiset kokivat elämänlaatunsa vuosi rintasyöpäleikkauksen jälkeen? 2. Minkälainen oli taustamuuttujien yhteys rintasyöpäleikkattujen naisten kokemaan elämänlaatuun? <p>Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa rintasyöpäleikkattujen kokemasta elämänlaadusta hoitotyön edelleen kehittämiseksi.</p>	<p>Laadullinen, määrällinen?</p> <p>Aineistoa hankittiin kyselykaavakkeiden avulla 2004-2007 aikana. Tutkimukseen suostuneille (N=250) postitettiin kyselykaavakkeet.</p> <p>Elämänlaatua mitattiin QLI-CV:llä eli Ferransin & Powersin Quality of life Index Cancer Versio. Tämä kohdistuu neljään kohde-osioon, joita ovat terveyden ja toimintakyvyn, sosioekonomisen, psykologisen että hengellisen ja perheen osiot.</p> <p>Mittarilla voi lisäksi saada tuloksia henkilökohtaisesta elämänlaadusta.</p> <p>Kerätyt tulokset on analysoitu SSPS-ohjelmalla.</p> <p>Tutkimusmateriaali on kasattu kol-</p>	<p>Elämänlaatu koettiin positiiviseksi vuoden kuluttua leikkauksesta.</p> <p>Tuloksien mukaan perheen sekä sosioekonomisen osat olivat elämänlaatuun parhaiten vaikuttavat osiot. Vähiten koettiin terveyden ja toimintakyvyn sekä psykologisen ja hengellisen osiot elämänlaadun kohenemiseen.</p> <p>Terveyden ja toimintakyvyn osiossa hieman yli 80% vastanneita olivat mielissään kyvykkyydestään huolehtia itsestään ja lähes saman verran vastanneista oli tyytyväisiä omaan elämänhallintaansa.</p> <p>Tyytymättömiä naiset olivat eniten seksuaalisuuteen (19 %) ja elämänhuoliin (18 %).</p> <p>Tärkeimmäksi koettiin oma terveys,</p>

		<p>messa osassa toimien yhteistyössä yliopistollisessa- ja kaupunginsairaalassa.</p> <p>Tutkimukseen osallistumiselle edellytettiin rintasyöpään sairastuminen ensimmäistä kertaa, rintaleikkaus, täysikäisyys, suomen kielen sujuvuus.</p> <p>Vastauksia saatiin takaisin 206.</p>	<p>terveydenhuolto ja voimavarat, taito selviytyä taloudellisista asioista, mielenrauha, elämään tyytyväisyys ja perheen onnellisuus.</p> <p>Vertaistukea elämänlaadun kokeamiseen koettiin negatiivisena verrattuna niihin, jotka vertaistukea eivät saaneet.</p>
<p>Leino, K. 2011.</p> <p>Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä.</p> <p>Akateeminen väitöskirja.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää substantiivinen teoria rintasyöpää sairastavan naisen sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana erikoissairaanhoidossa.</p> <p>Tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa hoitamisessa tapahtuvaan rintasyöpäpotilaiden tukemiseen.</p> <p>Tutkimuskysymykset:</p> <p>Mitä kokemuksia rintasyöpäpotilailta ja hoitohenkilöstöllä on sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana?</p> <p>Mitkä ovat rintasyöpäpotilaan koettua sosiaalista tukea kuvaavat käsitteet hoitoprosessin aikana?</p>	<p>Tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen.</p> <p>Tutkimuksessa käytetty grounded-teoriaa.</p> <p>Haastatteluita on toteutettu yksilömuodossa.</p> <p>Haastateltavana oli 25 naista, jotka olivat käyneet läpi rintasyöpäleikkauksen ja saaduista muista hoidoista oli muutama kuukausi.</p> <p>Lisäksi keruussa hyödynnettiin henkilökohtaisia sairauskohtaisia päiväkirjoja.</p> <p>Sairaan-, ja röntgenhoitajien sekä lääkärin haastatteluja hyödynnettiin.</p>	<p>Hoitohenkilöstön tuki koettiin merkittävänä.</p> <p>Tukea tulee tarjota varsin hoitojen siirtymävaiheissa kuten syöpähoitojen alun sekä lopun vaiheeseen.</p> <p>Tutkimustuloksissa korostui tuen tarve, hoitoprosessin aikainen tuki sekä itsessä tapahtuvien muutoksien puinti.</p> <p>Tutkimuksen avulla pystytään parantaa hoitotyötä, jonka avulla rintasyöpäpotilaita voitaisiin tukea sairauden aikana.</p>

	<p>Miten koettua sosiaalista tukea kuvaavat käsitteet suhteutuvat toisiinsa</p> <p>Millainen substantiivinen teoria koetusta sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana muodostuu?</p>	<p>Aineistoa on hankittu kolmen vuoden aikana vuosien 2007 ja 2009 aikana.</p> <p>Analysointi tapahtui kolmella eri tavalla käyttäen vertailun jatkumoa.</p>	
<p>Kärki, A. 2005.</p> <p>Physiotherapy for the Functioning of Breast Cancer Patients.</p> <p>Väitöskirja.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli ymmärtää fysioterapian käytännön tehokkuus, sen käyttö ja arvioida vaatimukset, sen sisältö ja ajoittaminen rintasyöpä leikkauksen jälkeen. Tutkimuksen pääaiheena on käyttää erilaisia metodeja ja luoda laajempaa käsitystä fysioterapian metodeista ja harjoitteista.</p> <p>Tavoitteena oli tuottaa käytännönläheinen seurantamenetelmä, jonka avulla pyrittiin tuomaan esille terapiamuotojen tehokkuus lymfaturvotuksessa aikaisien hoidon aloittamisen vaiheessa. Tätä oli tarkoitus verrata myöhäisempänä ajankohtana aloitettuun terapiamuotoon.</p> <p>Lisäksi seurantamenetelmän tavoitteena oli kuvata leikkauksen jälkeisen ohjauksen</p>	<p>Väitöskirja koostuu useista eri tutkimusosioista.</p> <p>Ensimmäinen tutkimus koostui kriittisestä kirjallisuuskatsauksesta ja meta-analyysin yhteydestä 80-99-luvuilla tehdyistä tutkimuksista.</p> <p>Toisessa tutkimuksessa selvitettiin vuoden aikana Satakunnassa rintasyöpäleikkattujen naisten (n=105) sairaalassa olon aikana saamia ohjeistuksia liittyen käden turvotuksien ehkäisyyn ja hoitoon. Tässä kohdassa leikkauksesta oli aikaa noin puoli vuotta. Tutkimuksessa tietoja kerättiin kyselyiden avulla.</p> <p>Kolmannessa tutkimuksessa seurattiin 6 ja 12 kuukautta</p>	<p>Meta-analyysi osoittaa, ettei yläraajan harjoittelu ole tarpeen heti leikkauksen jälkeen, sillä se aiheuttaa haavaeritystä.</p> <p>Meta-analyysillä saatiin myös osoitettua, että liikeraajoituksia on todettavissa olkanivelessä, kun liikeharjoitteet aloitetaan myöhemmin.</p> <p>Kriittisen kirjallisuus katsauksen avulla saatiin selville, lymfaturvotuksen hoidossa selvää näyttöä oli yläraajan elastisen tukihihan käytöllä ja tutkimuksen perusteella sitä suositellaan lymfaturvotuksen hoitoon joko yksin tai yhdessä mekaanisen kompressihoidon kanssa.</p>

	<p>sen koulutuksen paljoutta ja sen kattavuutta.</p> <p>Toimintakyvyn vaikutukset arkeen sekä yksilöllisten liikuntaohjeistuksien vaikutukset olkapään liikkuvuuteen, yläraajan lihasvoimaan ja yläraajan ympärysmittaan.</p>	<p>leikkauksesta olevien toipilaiden (n=96) erilaisia oireita kehossa, niiden vaikutuksia arkeen.</p> <p>Neljäs tutkimus koostui koe- (n=11) ja kontrolliryhmäasetelmasta (n=11). Tarkasteltiin liikuntaharjoitteiden vaikutuksia käden liikkuvuuteen, voimaan, turvotukseen. Tutkimuksessa nousee esille myös arviointi oireista, suorituksista ja osallistumisesta sekä näiden eroista harjoitusten aikaansaamisena.</p>	<p>Toinen tutkimus painottui ohjaukseen, josta voitiin todeta potilaiden saaneen vähiten tietoa lymfaturvotuksesta, sen ennaltaehkäisystä ja hoidosta.</p> <p>Ohjaukset oltiin koettu ristiriitaisina.</p> <p>Sairaalasta kotiutumisen jälkeen alle puolet vastanneista oli saanut ohjausta.</p> <p>Kolmas tutkimus oli seurantatutkimus, jonka tuloksena voitiin todeta, että koettujen oireiden määrä oli pysynyt samana 6 ja 12 kuukauden seurannassa. Kipu ei ollut kipujanalla voimakas, mutta kivun vuoksi suoritukset olivat rajoittaneet.</p> <p>Tutkimuksessa todetaan, että henkilöt jotakuinkin totuivat tunnottomuusoireisiin.</p> <p>Ylipainoiset henkilöt kokivat enemmän niskahartiaseudun oireita.</p> <p>Kyselyn mukaan kolmannes heistä</p>
--	---	--	---

			<p>kokivat unihäiriöitä johtuen oireilusta. Kotitöiden teko jäi osalla vastaajista vähemmälle, kuitenkin niistä ei kokonaan luovuttu. Työkyky koettiin alentuneen ja joissakin tilanteissa harrastus oli pitänyt jättää pois oireilujen vuoksi.</p> <p>Työkyky oli koettu alentuneen ja jostakin harrastuksesta oli osa vastaajista luopunut kokonaan.</p> <p>Neljännän tutkimuksen mukaan olkanivelen liikkuvuus parani.</p>
<p>Muurinen, K. 2009</p> <p>Rintasyöpöpotilaiden kokemuksia elämästä syövän kanssa liitännäishoitojen aikana.</p> <p>Pro Gradu</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tuoda esille rintasyöpöpotilaiden kokemuksia leikkausta täydentävien hoitojen myötä.</p> <p>Tutkimuksen päämääränä oli syöpään sairastuneiden hoitotyön parantaminen tutkimuksella lisätyn tiedon myötä.</p> <p>Tutkimuskysymykset:</p> <p>1) Minkälaisia kokemuksia syöpään sairastuneilla esiintyi rintasyövän leikkausta täydentävien hoitojen vaiheessa?</p>	<p>Tutkimus toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena.</p> <p>Tutkimuksessa hyödynnettiin aineistonkeruussa syöpöpotilaiden tuottamia päiväkirjoja.</p> <p>Tutkimukseen valittiin henkilöt tietyn periaatteen. Tutkimukseen soveltuivat henkilöt, jotka olivat sairastuneet rintasyöpään, ne joilla ei ollut aikaisempia syöpäsairauksia, rintasyöpä ei ollut Metastasoitunut,</p>	<p>Tutkimustuloksissa selvisi, että sädehoito miellettiin selvästi lievemmäksi hoitomuodoksi verraten solunsalpaajahoittoon.</p> <p>Solunsalpaajat aiheuttivat monenlaisia vaivoja. Hormonihoitojen vaikutukset tulivat yllätyksenä.</p> <p>Useat osallistuneista kokivat hormonihoidon seuraukset yllätyksenä.</p>

	<p>2) Minkäläistä tukea rintasyöpäpotilaat kokivat saavansa leikkausta täydentävien hoitojen aikana?</p> <p>3) Minkälaisena rintasyöpäpotilaat yhteistyön hoitohenkilökunnan kanssa leikkausta täydentävien hoitojen aikana?</p>	<p>rintasyöpä oli leikkaushoidettu, henkilöt, jotka saivat liitännäishoitoa ja hormonihoitoa rintasyövän uusiutumisen välttämiseksi.</p> <p>Päiväkirjaa kirjoitettiin syöpädiagnoosista hoitojen päättymiseen asti.</p> <p>Osallistuneille annettiin apukysymyksiä kirjoittamisen aluksi.</p> <p>Päiväkirjan kirjoittaminen oli vapaaehtoista.</p> <p>Ajallisesti päiväkirjoja kirjoitettiin vuoden ajan.</p> <p>Tutkimuksessa osana olevuus oli vapaaehtoista ja sen sai keskeyttää missä vaiheessa tahansa.</p> <p>Tutkimusaineisto koostui yhdeksästä (N=9) päiväkirjasta.</p> <p>Tutkija puhtaaksi kirjoitti päiväkirjat ja tuloksena tästä saatiin aineistoa 65 sivua.</p> <p>Analysointi suuntauksi rintasyöpä-</p>	<p>Rintasyöpäpotilaille ilmeni ahdistusta ja masennusta joissakin vaiheissa. Lisäksi kuolemanpelko pystyttiin havaitsemaan.</p> <p>Psyykkisen puolen tuen saanti koettiin laskevan hoitohenkilöstön tiheästä vaihtuvuudesta. Perhettä pidettiin tärkeimpänä tuki-jana.</p> <p>Vertaistuen tarve ja merkitys korostuivat tutkimuksessa.</p> <p>Hiustenlähtö koettiin yhtenä merkittävämpänä seurauksena.</p> <p>Sairaanhoitajat ja sädehoidon hoitajat koettiin ammatitaitoisiksi ja ystävällisiksi.</p> <p>Tutkimuksessa selvisi, että lääkäreiden jatkuva vaihtuminen tuntui erittäin ongelmalliselta.</p>
--	--	---	---

		potilaiden koke- muksiin leikkausta täydentävien hoito- jen aikana.	
<p>Viitanen, T. 2014.</p> <p>Lymph node transfer in the treatment of postmastectomy lymphedema</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Tarkoituksena oli kartoittaa imusolmukkeiden siirron hyötyjä sekä luotettavuutta. Lisäksi imusolmukesiirron biologisia asiayhteyksiä selviteltiin tarkastelemalla imusolmukesiirron jälkeisiä imutiekasvutekijä- ja välittäjäainetuotantoa.</p>	<p>Kasvutekijä- ja välittäjäainetuotannon selvittelyt on tehty leikkausalueelta otettujen verenpurkaumanäytteiden avulla. Selvittelyt on tehty neljää potilasryhmää hyödyntäen, jotka koostuvat kainalontyhjennyksestä, mikrovaskulaarinen rinnankorjauksesta, imusolmukesiirrosta sekä rintarekonstruktiosta ja imusolmukesiirrosta yhdessä.</p> <p>Imusolmukesiirron hyötyjä on tutkittu lymfaturvotusta omaavasta raajasta ja kielekkeen leikkauskohdasta määrittelemällä kliinisiä tunnusmerkkejä, lymfaturvotusraajan mittoja sekä lymfoskintigrafiaa.</p>	<p>19:sta noin seitsemällä henkilöllä imunestekierto aktivoitui leikkauksen jälkeen. Lisäksi noin puolet pystyivät edes minimoimaan kompressiotuotteen käyttöä, kun leikkauksesta oli kulu- nut noin vuosi. Toisinaan potilaat kokivat imunestekierron huonontumista jalassa, josta imusolmukesiirto oli tehty.</p> <p>Laajaa imutiekasvutekijää huomattiin olevan jokaisella siirtoryhmän verenpurkaumatutkimuksissa.</p> <p>Tavoitteena, että mahdollisimman moni lymfaedeema sairastavista saisi tarvitsemansa avun imusolmukesiirrosta.</p>

Liite 6. Potilasopas



PIRKANMAAN
SYÖPÄYHDISTYS

Rintasyöpään sairastuneelle



Sisällys

Henkilökohtainen tuki ja neuvonta	3
Psyykinen tuki	3
Taysin ensitietotilaisuudet syöpään sairastuneille.....	3
Vertaistuki	3
Tietopäivät ja kuntoutuskurssit	4
Rintaproteesi	5
Fysioterapia	6
Lymfaterapia.....	7
Tukihiha	7

Oppaan ovat kirjoittaneet Tampereen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Linnea Aarinen ja Kaisa Saarinen yhteistyössä Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen kanssa. Tampere 2017

Henkilökohtainen tuki ja neuvonta

Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen neuvontahoitajan vastaanotolla saa tietoa ja tukea sairauden eri vaiheissa. Hoitajan vastaanotolle voi varata ajan keskusteluun missä vaiheessa tahansa. Leikkauksen jälkeen voi varata ajan myös sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin, kuten leikkausalueen kudosnestettä poistavan poistoputken ja leikkaushaavan ompeleiden poistoon tai lääkeinjektioiden pistämistä varten.

Psyykinen tuki

Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen lääkäriasemalla on lisäksi psykoterapeutin vastaanotto. Psykoterapeutille voi varata ajan keskusteluun yksin tai yhdessä läheisen kanssa (maksullinen vastaanotto).

Keskustelutukea voi tiedustella myös omasta työterveyshuollosta, Tampereen Kriisikeskus Osviitasta tai oman kotikunnan terveyskeskuksesta.

.....
"Psykoterapeutille voi varata ajan keskusteluun yksin tai yhdessä läheisen kanssa."

Taysin ensitietotilaisuudet syöpään sairastuneille

Pirkanmaan Syöpäyhdistys osallistuu kerran kuussa Taysin järjestämään ensitietotilaisuuteen, joka on tarkoitettu äskettäin syöpään sairastuneille ja heidän läheisilleen. Tilaisuuden tarkoituksena on antaa ajankohtaista tietoa eri asiantuntijoilta ja uusia näkökulmia muuttuneeseen elämäntilanteeseen. Tilaisuus on maksuton ja siihen tulee ilmoittautua etukäteen Taysin kuntoutusohjaajalle.

.....
"Saman kokenut ymmärtää usein parhaiten."

Vertaistuki

Vertaistuen tarkoituksena on, että rintasyöpään sairastunut pääsee halutessaan puhumaan ja jakamaan ajatuksiaan sellaisen henkilön kanssa, jolla on kokemusta samankaltaisesta sairaudesta.

Vertaistukea on mahdollista saada henkilökohtaiselta vertaistukihenkilöltä ja -ryhmästä. Vertaistukihenkilöinä toimivat vapaaehtoiset, jotka ovat itse sairastaneet rintasyövän tai olleet läheisenä rintasyöpään sairastuneen rinnalla. Pirkanmaan Syöpäyhdistys



kouluttaa ja ohjaa vapaaehtoisia vertaistukihenkilöitään.

Vertaistukitoiminnan tavoitteena on tukea sairastuneen ja läheisen selviytymistä ja voimavaroja. Vertaistukihenkilöt ovat vaitiolovelvollisia ja heidän kanssaan voi keskustella esimerkiksi yhdistyksen tiloissa, sairaalassa tai puhelimitse.

Pirkanmaan alueella kokoontuu useita Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen avoimia vertaistukiryhmiä. Ryhmiä ohjaavat koulutetut vertaistukiryhmänohjaajat.

**Vertaistuki-
henkilöpyynnöt**

puh. 050 3270 367
tai www.pirsy.fi

Tietopäivät ja kuntoutuskurssit

Pirkanmaan Syöpäyhdistys järjestää sairauskohtaisia tietopäiviä rintasyövän hoidosta ja toipumisesta. Tietopäivän ohjelmassa on asiantuntijan luento sekä mahdollisuus kysymyksiin ja keskusteluun samankaltaisessa tilanteessa olevien kanssa.

Lisäksi yhdistys järjestää sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskursseja sekä sairastuneille että heidän läheisilleen. Yhdistyksen tarjonnasta löytyy myös erilaisia liikunta- ja -ryhmiä kuntoutumisen tueksi. Lisäksi yhdistys järjestää erilaisia virkistystapahtumia.

Peruukki

Peruukki kuuluu apuvälineisiin, jonka tarve riippuu saaduista syöpähoidoista. Halutessaan asiakas voi hankkia itselleen peruukin tai päähineen.

Peruukkiin ja päähineeseen saa maksusitoumuksen syövän hoidosta vastaavasta yksiköstä. Peruukkia suositellaan sovitettavaksi jo ennen hiustenlähtöä. Peruukkien materiaali on kuituhiusta ja ne muistuttavat oikeaa hiusta. Peruukkien mallit seuraavat aikaa, niitä on mahdollisuus saada eri pituisena, värisenä, suorana, taipuisana tai kiharana. Tarvittaessa peruukki voidaan tehdä myös mittatilaustyönä.

Peruukkiliikkeiden yhteystietoja voi tiedustella Syöpätautien poliklinikalta tai Pirkanmaan Syöpäyhdistykseltä. Vaihtoehtoisesti voi myös valita peruukin sijaan erilaisia huiveja tai päähineitä tai ns. hiuspäähineitä.

Rintaproteesi

Rintaproteesin avulla säilytetään kehon symmetria rinnanpoiston jälkeen ja vähennetään niska-hartia-seudun ryhtivirheitä. Ensiproteesin (vanuproteesin) saa

.....
*”Peruukkien mallit
 seuraavat aikaa, niitä on
 mahdollisuus saada eri
 pituisena, värisenä,
 suorana, taipuisana tai
 kiharana.”*

sairaalasta leikkauksen jälkeen ja sitä käytetään poistetun rinnan alueella haavan paranemisen ajan.

Haavan parannuttua voi varata ajan silikonisen rintaproteesin sovitukseen Pirkanmaan Syöpäyhdistykselle. Sovitukseen varataan aikaa tunti ja mukaan on hyvä ottaa yksivärinen istuva t-paita, joka helpottaa rintojen symmetrian vertailussa. Mukaan otetaan myös leikkausosastolta saatu maksusitoumus. Myöhemmin uuteen rintaproteesiin maksusitoumuksen saa hoitavalta sairaalalta tai terveyskeskuksesta. Silikonisen rintaproteesin kanssa saa maksutta yhden taskuliset rintaliivit.

Sovituskäynnin yhteydessä sairaanhoitaja neuvoo rintaproteesin käytön ja hoito-ohjeet, jotka löytyvät myös pakkauksesta. Rintaproteesi tulisi vaihtaa tarvittaessa, joko hygieniasyistä, rinnan koon tai mallin muuttuessa sekä proteesin rikkoutuessa.

.....

”Uimista ja muuta vesiliikuntaa varten voi halutessaan ostaa ns. uimaproteesin ja taskullisen uimapuvun.”

.....

Uuden rintaproteesin sovituskäynnillä kerrotaan myös suoraan ihoon kiinnittyvästä rintaproteesista, jota ei tuoreen leikkaushaavan vuoksi voida antaa vielä ensimmäisen rintaproteesin sovituksen yhteydessä. Ihoon kiinnittyvää proteesia on mahdollista käyttää normaalin rintaliivin kanssa.

Rintaproteesin käyttäjä saa Pirkanmaan Syöpäyhdistykseltä käyttöoikeusmerkin, joka oikeuttaa käyttämään uimapukuyleisissä saunoissa ja pesutiloissa uimahalleissa ja

kylpylöissä. Uimista ja muuta vesiliikuntaa varten voi halutessaan ostaa kevyemmän ns. uimaproteesin ja taskullisen uimapuvun. Molemmat rintaproteesit kestävät uimisen ja saunomisen. Lisäksi rintaproteesin sovituksen yhteydessä asiakas saa esitteen liikkeistä, joissa myydään taskullisia rintaliivejä sekä uimapukuja.

Fysioterapia

Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen fysioterapeutin vastaanotolle voi varata ajan maksulliseen henkilökohtaiseen liikuntaneuvontaan. Siinä fysioterapeutti kartoittaa mahdolliset turvotukset, arpikiristykset sekä niska- ja hartia-seudun kiputilat. Edellytyksenä fysioterapeuttisen jatkosuunnitelman toteuttamiselle on haavojen



paraneminen ja umpeutuminen. Erilistä lähetettä yhdistyksen fysioterapeutilla käymiseen ei tarvitse.

Lymfaterapia

Rinnanpoistoleikkauksen yhteydessä tehty kainalon imusolmukkeiden poisto sekä sädehoito saattavat aiheuttaa lymfaturvotusta. Lymfaturvotuksen syntyyn ja määrään vaikuttavat käytetyt hoitomenetelmät, jonka vuoksi lymfaterapia ei ole kaikille tarpeen.

Lymfaterapia voidaan aloittaa, kun haava-alue on parantunut ja syöpähoidot ovat päättyneet. Kelalta on mahdollisuus hakea korvausta lääkärin läheteellä tapahtuvasta lymfaterapiasta.

Lymfaterapia toteutetaan turvotuksen määrän ja sijainnin mukaisesti. Hoitoon voidaan liittää lymfateippaus tai kompressiosidos, mikä tarkoittaa, että hoidon jälkeen raaja sidotaan, kokoaikaisesti käytettävällä, vähäelastisella siteellä. Ohjeen kompressiosidontaan saa lymfaterapeutilta. Turvotuksen laskeudessa kompressiosidoksena käytetään tukihiaa. Lymfaturvotus on kroonista, joten on normaalia, että käynnit jatkuvat vuosia.

Tukihia

Tukihia kuuluu lymfaterapiaan, mutta se on myös lääkinällisen kuntoutuksen apuväline. Aktiivisella, päivittäisellä tukihian käytöllä voidaan tehostaa lymfaterapian tuloksia.

Tukihiaan on mahdollista saada maksusitoumus, jota pyydetään erikoissairaanhoidosta leikkauksen jälkeen ja jatkossa seurannasta vastaavasta perusterveydenhuollon yksiköstä. Maksusitoumuksen saaminen on yksilöllistä ja käytäntö vaihtelee kunnittain. Työssäkäyvällä sekä aktiivisesti liikkuvalla on mahdollisuus saada maksusitoumus kerralla useampaankin tukihiaan.

.....
”Päivittäisellä tukihian käytöllä voidaan tehostaa lymfaterapian tuloksia.”

Tukihia valmistetaan mittatilaustyönä ja sen käyttöikä vaihtelee käytön mukaan. Tukihioja valmistavien yritysten yhteystietoja voi tiedustella Pirkanmaan Syöpäyhdistykseltä.



PIRKANMAAN
SYÖPÄYHDISTYS

Hämeenkatu 5 A, 7. krs
33100 Tampere
puh. 03 2499 200



www.pirsy.fi



[PirkanmaanSyopayhdistys](https://www.facebook.com/PirkanmaanSyopayhdistys)



[Pirsyry](https://www.instagram.com/pirsyry)



[@PirSyRy](https://twitter.com/PirSyRy)