



# RINTASYÖPÄPOTILAAN KIRURGI- NEN HOITOPOLKU JA SELVIITYMI- SEN TUKEMINEN

Elina Katoperä

Airi Pietilä

Opinnäytetyö  
Helmikuu 2013  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

ELINA KATOPERÄ & AIRI PIETILÄ

Rintasyöpäpotilaan kirurginen hoitopolku ja selviytymisen tukeminen

Opinnäytetyö 54 sivua, joista liitteitä 4 sivua  
Helmikuu 2013

---

Tämän tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata rintasyöpäpotilaan kirurginen hoitopolku. Tarkoituksena oli tuottaa yhtenäinen kooste, missä kuvataan potilaan selviytymisen tukemista hoitopolun eri vaiheissa. Opinnäytetyön tuottaman tiedon tavoitteena oli yhtenäistää rintasyöpäpotilaan kirurgisia hoitokäytänteitä ja sitä kautta kehittää rintasyöpäpotilaan kirurgista hoitotyötä.

Opinnäytetyön teoria pohjautuu kirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Teoriaosuudessa käsiteltiin rintasyöpää, rintasyöpään sairastumista, rintasyöpäpotilaan kirurgista hoitopolkua ja potilaan selviytymisen tukemista. Tutkimustietoa tutkittaessa, rintasyöpäpotilaan psyykinen jaksaminen nousi esille useaankin otteeseen. Rintasyövän hoitojen aiheuttamilla kehollisilla muutoksilla on keskeinen merkitys minäkuvan ja naiseuden kokemisessa, omanarvontunnon säilyttämisessä ja kuntoutumisessa. Potilaan selviytymisen tukeminen nousi keskeiseksi aiheeksi rintasyöpäpotilaan hoitotyössä ja se kulkee tärkeänä teemana läpi opinnäytetyön.

Rintasyöpäpotilaat tarvitsevat henkistä tukea ja tietoa sairaudesta erityisesti sairastumisen alkuvaiheessa. Hoitohenkilöstöltä saatu emotionaalinen ja sosiaalinen tuki edistävät rintasyövästä selviytymistä. Erityisesti tiedon saaminen rauhoittaa epätietoista potilasta ja toimii psyykkisenä tukena. Koska hoitoajat sairaalassa ovat lyhyitä se asettaa vaatimuksia suunnitella ja arvioida potilaiden tarpeista lähtevää hoitotyötä uudelleen. Perhekeskeisyys tulee nähdä osana rintasyöpään potilaan hoitoa, perheellä on tärkeä merkitys potilaan rinnalla kuljijana ja tukijana sairausprosessin aikana. Tulevaisuudessa myös kolmannen sektorin tuen tärkeys potilaan selviytymisessä korostuu.

---

Asiasanat: rintasyöpä, kirurginen hoitopolku, selviytymisen tukeminen

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Option of Nursing

**KATOPERÄ ELINA & PIETILÄ AIRI:**  
Breast Cancer Patient`Surgical Care Path and Supporting the Managing

Bachelor's thesis 54 pages, appendices 4 pages  
February 2013

---

The purpose was to produce a compilation of the care given to breast cancer patients. This thesis concentrates on breast cancer, its surgical care path, patients' feelings while falling ill and the way how nurses could better support patients mentally during their treatments.

The theoretical section brings up that women who are suffering from breast cancer need both emotional support and theoretical knowledge about the disease, especially when they have recently found out about their illness.

The physical changes caused by breast cancer treatments play a big role in patients` recovering since it has extensive effects on defining their own femininity and self-image as well as maintaining their dignity.

Since the time spent in hospital during treatments is relatively short, it sets certain demands on planning and re-estimating the patient-focused care in the future. Unfortunately patients often felt that the nurses did not have enough time to discuss with them, even though it's proven that the emotional and social support provided by the nurses is essential in the fight against cancer. It is also very important that the patient's family is taken along in the healing process, as the support received from the family can often ease the patients' pain during their fight against cancer. In the future the importance of the support received from the voluntary workers will also be emphasized.

---

Keywords: breast cancer, surgical care path, supporting the managing

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄ, TAVOITE .....	7
3	RINTASYÖPÄ SAIRAUTENA.....	8
	3.1 Rintasyöpä .....	8
	3.2 Rintasyövän oireet .....	9
	3.3 Rintasyövän diagnoosivaiheen tutkimukset.....	9
	3.4 Rintasyöpätyypit .....	11
	3.5 Rintasyöpään sairastuminen.....	12
4	RINTASYÖPÄPOTILAAN KIRURGINEN HOITOPOLKU.....	14
	4.1 Hoitopolku .....	14
	4.2 Preoperatiivinen hoitotyö .....	15
	4.3 Intraoperatiivinen hoitotyö.....	16
	4.4 Postoperatiivinen hoitotyö.....	19
	4.5 Kivun hoito.....	19
	4.6 Kehon tuntemukset.....	21
	4.7 Potilaan kotiutuminen .....	21
	4.9 Hoidetun rintasyöpäpotilaan seuranta .....	24
5	RINTASYÖPÄPOTILAAN SELVIITYMISEN TUKEMINEN.....	26
	5.1 Sairaanhoidaja potilaan tukena.....	27
	5.2 Tiedollinen tuki.....	28
	5.3 Rintasyöpäpotilaan elämänhallinta ja elämänlaatu .....	30
	5.4 Rintasyöpäpotilas ja seksuaalisuus .....	32
6	TOIVOA VAHVISTAVAT AUTTAMISMENETELMÄT .....	35
	6.1 Toivo.....	35
	6.2 Hengellisyys .....	37
	6.3 Hoidon turvallisuus.....	37
	6.3 Perhe, ystävät ja vertaistuki .....	39
7	TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ .....	41
	7.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö .....	41
	7.2 Opinnäytetyön toteuttaminen vaiheittain .....	42
	7.3 Tuotos .....	43
8	POHDINTA .....	44
	8.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	45
	8.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimukset .....	46
	LÄHTEET:.....	48
	LIITTEET.....	51

Liite 1. Tuotos.....	51
Liite 2. Taulukko.....	53

## 1 JOHDANTO

Rintasyöpään sairastuminen tuo muutoksen naisen elämään: fyysisen kivun, menetyksen ja emotionaalisen tuskan. Tulevaisuus näyttää epävarmalta. Sairausero-  
prosessi on aikaa vaativaa ja stressaavaa aikaa, johon liittyy paljon erilaisia oireita. Naiselle kasvaimen löytyminen ja syöpään sairastuminen sekä rinnan menetys ja sen muodon muuttuminen leikkauksessa on usein vaikea asia. Saira-  
us uhkaa naisen olemassaoloa ja kokemus on shokeeraava ja arjen muuttava. Yhtäkkiä sairaus on uhka naisen koko olemassaololle, itsetunnolle, ruumiin-  
kuvalle ja minäkuvulle. Rinnan poisto voi käynnistää psyykkiset puolustusme-  
kanismit, jotka saattavat olla elämänhallintaa edistäviä tai heikentäviä tekijöitä. (Kääriäinen 2008,15-16.)

Leikkaushoidon aikana potilaat ovat vuodeosastolla vuorokauden tai vähemmän ja suuri osa siitä ajasta kuluu leikkaussalissa tai leikkauksesta heräämisessä. Lyhyen hoitoajan vuoksi potilaat kokevat, että osastolla on liikaa tapahtumia pienellä aikavälillä. Potilaat saavat leikkauksen jälkeen fyysisesti hyvän hoidon, mutta hoitajilla ei ole aikaa paneutua henkiseen hyvinvointiin. Meillä heräsi oma kiinnostus siitä, kuinka hoitajat voisivat lyhyen hoitojakson aikana tukea potilasta emotionaalisesti niin, että potilas selviytyisi sairautensa kanssa. Tiedon ja tuen saanti ovat olennaisia tekijöitä sairauteen sopeutumisessa, toipumisessa ja elämänlaadun edistämässä.

Syövästä selviytyminen on kehittyvä moniulotteinen prosessi, mikä on yksilöllinen ja ainutkertainen. On tärkeää, että rintasyöpäpotilaille luodaan olosuhteet, joiden he ovat sanoneen olevan tärkeitä. Ympäristön tulisi hyväksyä se tosiasia, että rintasyöpäpotilas pitää itseään tärkeänä ja merkittävänä ja terveenä siitä huolimatta, että hän on sairastanut syövän. Ympäristön tulisi tehdä työtä rin-  
tasyöpäpotilaille merkityksellisten heikentävien tekijöiden poistamiseksi ja edis-  
tävien tekijöiden vahvistamiseksi. (Kääriäinen, 2008, 19.)

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ, TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa yhtenäinen kooste rintasyöpäpotilaan kirurgisesta hoitopolusta.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Millainen on rintasyöpäpotilaan kirurginen hoitopolku?
2. Mitä asioita rintasyöpäpotilaan kirurgisen hoitopolun kooste sisältää?
3. Miten tuetaan rintasyöpäpotilasta kirurgisella hoitopolulla?

Opinnäytetyön tuottaman tiedon tavoitteena on yhtenäistää rintasyöpäpotilaan kirurgisia hoitokäytänteitä ja sitä kautta toteuttaa rintasyöpäpotilaan kirurgista hoitoa ja selviytymisen tukemista hoitopolulla.

### 3 RINTASYÖPÄ SAIRAUTENA

#### 3.1 Rintasyöpä

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä Suomessa ja sen esiintyvyys on ollut 60-luvulta lähtien jatkuvassa kasvussa. Vuosittain rintasyöpä todetaan yli 4000 naisella. Suomalaisista naisista noin joka kymmenes sairastuu rintasyöpään elämänsä aikana. Alle 30-vuotiaat naiset sairastuvat harvoin rintasyöpään, mutta tauti yleistyy tuntuvasti 45- ikävuoden jälkeen. Vaikka rintasyöpä on Suomessa naisten yleisin syöpä, sairastui Suomessa vuonna 2007 myös 16 miestä rintasyöpään. Rintasyövän parantumisen ennuste on parantunut huomattavasti varhaisen toteamisen sekä kehittyvien hoitomuotojen ansiosta. (Suomen syöpärekisteri 2009.)

Naisten rintasyövän riskiä lisääviä tekijöitä tunnetaan paljon ja ne liittyvät usein naishormonien tuotantoon, perimään sekä elintapoihin. Riskitekijöitä ovat myöhäinen ensisynnytys, varhainen kuukautisten alkamisikä, myöhäiset vaihdevuodet, imettämättömyys, hormonikorvaushoito, lihavuus sekä suvussa ollut rintasyöpä. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 610-611.)

Rintasyöpään sairastuvat miehet ovat yleensä iäkkäitä. Sairastuneiden keski-ikä on 71-vuotta, mikä on selvästi korkeampi kuin naisilla. Miehillä sairastumisen riskiä lisäävät geenimuutokset, jotka liittyvät yleensä kivesten toimintaan. Yhteisiä rintasyövän riskitekijöitä naisilla ja miehillä ovat ylipaino ja alkoholin lisääntynyt käyttö sekä tietyt kehon estrogeenitasoa nostavat sairaudet, kuten maksakirroosi. Miesten rintasyövän kokonaisennuste on naisiin verrattuna hieman huonompi johtuen siitä, että miehillä tauti diagnosoidaan usein laajemmalle levinneenä. Tästä johtuen myös parantavaan hoitotulokseen pääseminen on jonkin verran harvinaisempaa. (Miesten rintasyöpä – haasteellinen harvinaisuus 2010).



### 3.2 Rintasyövän oireet

Rintasyövän tavallisin oire on kyhmy tai epämääräinen tiivistymäalue rinnassa tai kainalossa, jonka potilas havaitsee itse tai joka havaitaan kliinisessä tutkimuksessa. Kyhmy voi olla kova tai pehmeä, aristamaton tai aristava, liikkuva tai alustaansa kiinnittynyt. Rinnan iholla saattaa olla muutoksia nännin, nännipihan tai muun ihon alueella. Nännin tai ihon vetäytyminen. Nännipihan ihottumaa, nännistä voi tulla myös veristä tai kirkasta eritettä. Kainalon imusolmukkeissa voi tuntua suurenemista. (Ihme & Raento 2008, 255 - 256.)

Rintasyöpä voidaan todeta kuitenkin joskus vasta myöhäisvaiheessa, kun se on lähettänyt etäpesäkkeitä kainaloon, luustoon tai maksaan. Joskus rintasyövän ensimmäinen oire voi olla etäpesäkkeistä johtuva luustokipu tai patologinen murtuma. (Hammar 2011, 204.)

Miehillä rintasyövän oireena on yleensä kyhmy, ihomuutoksen havaitseminen rinnan alueella, kivut ja nännistä vuotava erite. Miesten rintasyövän harvinaisuus aiheuttaa sen, että sitä epäillään hyvin harvoin ensimmäisenä. ( Hammar 2011, 204.)

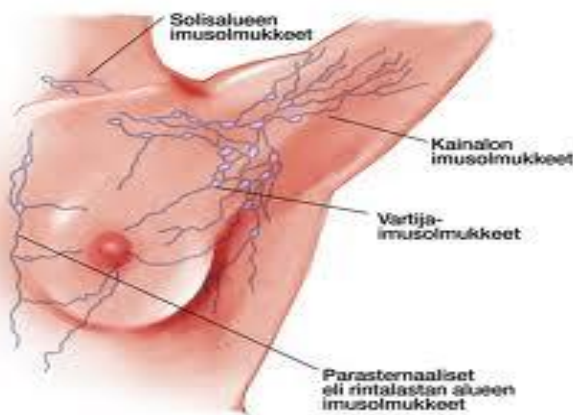
### 3.3 Rintasyövän diagnoosivaiheen tutkimukset

Rintasyövän diagnostiikan kultaisena standardina pidetään ns. kolmoisdiagnostiikkaa: inspektio eli katselu, palpatio eli tunnustelu, kuvantamistutkimukset sekä neulanäytteet. Tämä koostuu 1) rintojen kliinisestä tutkimuksesta 2) mammografiasta ja kaikututkimuksesta eli ultraäänitutkimuksesta sekä 3) kuvantamistutkimuksen yhteydessä otetusta neulanäytteestä. Rintasyöpädiagnoosi varmennetaan aina neulanäytteellä. Neulanäyte voi olla joko ohutneulanäyte tai paksuneulanäyte. Rintatutkimukset aloitetaan rinnan tarkastelulla sekä rintojen ja kainaloiden tunnustelulla. Jos todetaan jotain poikkeavaa tehdään mammografia. Tutkimus täydennetään ultraäänikuvilla. Rinnan magneettikuvaus on herkkä menetelmä rintasyövän toteamisessa, kun halutaan täydentää mammografian antamaa tietoa tutkittaessa rintasyövän kokoa ja paikallista le-

vinneisyyttä ennen leikkausta. ( Joensuu, Roberts, Teppo & Tenhunen 2007, 485-486.)

Kasvaimesta tuleva imuneste menee yleensä ensin yhteen tai muutamaan kainaloimusolmukkeeseen, joita kutsutaan vartijaimusolmukkeiksi (katso alla oleva kuva 1). Vartijaimusolmuketutkimus tehdään, jos potilaalla on havaittu ultraäänellä yksittäinen korkeintaan 3 senttimetrin läpimitaltaan oleva pienehkö kasvain kainalossa eikä hänellä ole epäilyä esimerkiksi kainalon etäpesäkkeistä. Tästä tutkimuksesta on hyötyä myös, jos potilaalla on laaja-alainen intraduktaalinen karsinooma eli rinnan pahanlaatuinen kasvain, joka leikataan niin että koko rinta poistetaan. (Syöpätaudit 2007, 495-496.)

Jos vartijaimusolmukkeessa ei todeta syöpäsoluja, ei syöpäsoluja ole todennäköisesti kainalon muissakaan imusolmukkeissa. Tähän tietoon perustuu vartijaimusolmuketutkimus, joka kuuluu osaksi rintasyövän leikkaushoitoa. Jos leikkauksen yhteydessä otetussa vartijaimusolmukkeessa ei todeta syöpäsoluja, kainaloita ei tyhjennetä muista imusolmukkeista. Jos vartijaimusolmukkeessa ei ole metastoointia, taudin uusiutuminen ei ole todennäköistä 2-5 vuoden seurannassa. Jos vartijasolmuketta ei löydy, tai siinä todetaan metastaasi, kainalo evakuoidaan samassa leikkauksessa. Jos metastaasi löytyy vasta leikkauksen jälkeisessä perusteellisemmassa tutkimuksessa, potilas joutuu uuteen leikkaukseen, jossa kainalo tyhjennetään. ( Syöpätaudit 2007, 495-496.)



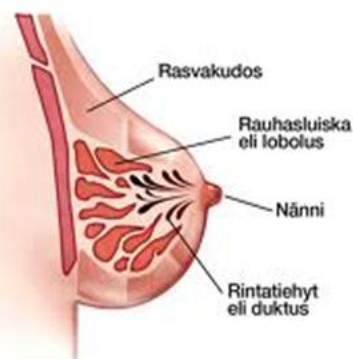
KUVA 1. Ylävartalon imusolmukkeet

### 3.4 Rintasyöpätyypit

Rinnassa on 15-20 rauhasliuskaa (lobulus), joita sidekudos erottaa toisistaan (kuva 2). Rauhasliuskoja yhdistävät pienet tiehyet (ductus). Rintasyövän tavallisin tyyppi alkaa tiehyen soluista ja sitä kutsutaan duktaaliseksi eli tiehytperäiseksi. Duktaalinen invasiivinen karsinooma on yleisin syöpämuoto (70-80%). Tiehytperäisessä rintasyövässä tavataan varhainen, ns. in situ -muoto, jossa pahanlaatuiset solut eivät ole tunkeutuneet syvemmälle rintakudokseen vaan esiintyvät tiehyen sisällä. Tämän on nimeltään duktaalinen karsinooma in situ (DCIS). Tämä alkava syöpä ei lähetä etäpesäkkeitä ja sen ennuste on hyvä. (Rintasyöpä 2010.)

Lobuluksissa esiintyvää muotoa kutsutaan lobulaariseksi. Lobulaarinen in situ karsinooma (LCIS) ei ole varsinainen syöpä, vaan lähinnä syövän vaaratekijä. Tämä ei muodosta tuumoria ja siksi se ei näy mammografiassa, vaan löytyy usein sattumalta. Joka neljännellä naisella, jolla on todettu LCIS, sairastuu rintasyöpään 25 vuoden kuluessa. Tämä syöpätyyppi esiintyy muita useammin molemmissa rinnoissa. Lobulaarinen invasiivinen karsinooma kattaa 10–15 prosenttia kaikista syöpätapauksista. ( Anttila ym. 2006, 461.)

Pagetin tauti, eli inflammatorinen syövän muoto, aiheuttaa syvemmälle rauhaskudokseen tunkeutuvan kasvaimen. Sen oireita ovat vetinen ihottuma nännissä ja usein se aiheuttaa rintarauhasen tulehduksen. (Holmia ym. 2008, 612.) Tämä syöpämuoto voi esiintyä yhdessä duktaalisen tai lobulaarisen syövän kanssa, jolloin sen hoito on hankalampaa kuin muiden syöpätyyppien ( Anttila ym. 2006, 461).



KUVA 2. Rinnan rakenne

### 3.5 Rintasyöpään sairastuminen

Rintasyöpään sairastuminen on suuri muutos, joka vaikuttaa elämänlaatuun sekä psyykkisen ja ruumiillisen eheyden tunteeseen. Syöpään sairastuminen johtaa myös hyvinvoinnin puuttumiseen ja elämänlaadun heikkenemiseen. Aika sairastumisesta leikkaukseen on henkisesti raskas, sillä tässä vaiheessa ei tiedetä lopullista taudin luonnetta tai ennustetta. Tulosten odottamisen vuoksi tiedollisen ja emotionaalisen tuen tarve on suuri, sillä epätietoisuus ja odottaminen aiheuttavat voimakasta ahdistusta sekä psykologista stressiä. Emotionaalisen ja tiedollisen tuen saaminen korostuu myös leikkaushoidon vaiheessa, sillä rintasyöpäleikkaus on lyhytkirurgisena tehtävä toimenpide. (Leino 2011, 38-39.)

Vanhemmille naisille rintasyöpä on sairaus muiden sairauksien joukossa, nuorille naisille syöpään sairastuminen on traumaattinen kokemus ja he tarvitsevat tukea vanhempia naisia enemmän äitiyteen, perheeseen, seksuaalisuuteen ja hedelmällisyyteen liittyvissä asioissa (Leino 2011, 24, 38).

Rintasyöpään sairastumisen psyykkiset vaikutukset ovat aina yksilöllisiä, mutta tutkimuksen mukaan jokaisella potilaalla syöpään sairastuminen aiheuttaa jonkinasteisen kriisin sekä psyykkisiä muutoksia. Jo epäily sairaudesta herättää naisissa psyykkistä oireilua ja pahoinvointia sekä tunteiden myllerrystä. Useimmiten epäilyvaiheessa naiset eivät uskalla kertoa tai halua kertoa kenellekään, edes puolisolle, mahdollisesta sairaudesta. Kertomattomuus kuitenkin aiheuttaa turhaa ahdistusta, pelkoa ja huolta naisille. (Leino 2011, 99-100.)

Leinon (2011) tutkimustuloksen mukaan rintasyöpäpotilaat tunsivat sairastumisen alkuvaiheessa kuolemankauhua. Pääimmäisenä huolena oli uhka elämän päättymisestä ja taudin etenemisestä. Kuoleman kauhun kokemukseen sisältyi myös kuolemaan valmentautuminen, joka tarkoitti ennakoivasti perheen asioiden järjestämistä. Sairauden alkuvaiheessa halu elää oli voimakas, toisaltaan vaikeina hetkinä naiset olivat valmiita luopumaan elämästä. Sairastuttuaan naiset menettivät arjen perusturvallisuuden ja muuttuivat itselleen vieraaksi. Syöpähoidot aiheuttivat naisille voimakasta kehon oirehtimista.

Sairastuminen itsessään on fyysisesti rankka kokemus. Potilaat pitävät hoitoja psyykkisesti raskaina sekä ovat huolissaan itsemääräämisoikeutensa toteutumisesta sekä omatoimisuuden menettämisestä. Potilaat kokevat, että he eivät täytä perheessä heille kuuluvia tehtäviä, mikä puolestaan voi johtaa itsearvostuksen vähenemiseen sekä surun ja masennuksen kokemuksiin. Sosiaalisen verkoston tuki on tärkeä tekijä rintasyöpäpotilaan jaksamisessa. Perheen tuki yhdistää perhettä sekä antaa voimaa jaksamaan eteenpäin. ( Mattila 2011, 22-24.)

## 4 RINTASYÖPÄPOTILAAN KIRURGINEN HOITOPOLKU

### 4.1 Hoitopolku

Potilaan hoidon kulkua kotoa sairaalaan ja etenemistä sairaalan sisällä, eri laitosten välillä ja sairaalasta kotiin kutsutaan hoitopoluksi. Hoitopolun avulla pyritään saamaan tietoa hoidon organisoimiseksi ja parempien hoitokäytäntöjen kehittämiseksi tavoitteena laadukas palvelu. Hoitajan on tärkeää hahmottaa potilaan hoitopolku, jotta hän pystyy omalla työllään huomioimaan potilaan hyvinvoinnin ja edistämään hoidon jatkuvuutta. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 1991, 21.)

Rintasyöpäpotilaan kirurginen hoitopolku sisältää kolme vaihetta: 1) preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä, 2) intraoperatiivinen eli leikkauksen aikainen ja 3) postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen vaihe. Perioperatiivisella hoitopolulla tärkeitä elementtejä ovat potilaskeskeisyyden toteutuminen, potilaan yksilöllisyyden ja eheyden kunnioittaminen sekä turvallisen vuorovaikutussuhteen luominen. Tärkeä osa-alue on hoidon jatkuvuus, johon kuuluvat sekä tiedon kulun jatkuvuus että välitön ja pitkäaikainen toipuminen ja hoidon tulosten seuranta. (Ahonen, ym. 2012, 99.)

Rintasyövän hoito alkaa tavallisesti leikkauksella. Leikkauksessa pyritään poistamaan syöpäkudos rinnan ja kainalon alueelta. Kainalon imusolmukkeiden tutkiminen on tärkeää, koska rintasyöpä leviää ensin imuteitä pitkin kasvaimen puoleiseen kainaloon. Jos kainalon imusolmukkeissa todetaan syöpäsoluja, tiedetään riskin verisuonten välityksellä tapahtuvaan leviämiseen kasvavan. (Rintasyöpä ja sen hoito 2011, 11.)

Rintasyöpäpotilaan kirurginen hoitoprosessi on moniammatillista yhteistyötä ja hyvällä yhteistyöllä pyritään hoitamaan potilas kokonaisvaltaisesti. Rintasyövän hoito suunnitellaan jokaiselle potilaalle yksilöllisesti monialayhteistyössä (kirurgi, onkologi, patologi, radiologi), potilaan oma mielipide tulee ottaa myös huomioon. Leikkauksen laajuus päätetään kliinisen löydöksen, kuvantamistutkimusten (kasvaimen laajuus) ja kasvaimen histologisen määrityksen perusteella. Leikka-

uksia voivat olla säästävä leikkaus (rinnan osapoisto) tai mastektomia eli koko rinnan poisto. (Rintasyöpä ja sen hoito 2011, 12)

#### 4.2 Preoperatiivinen hoitotyö

Preoperatiivisen hoitotyön vaihe alkaa siitä, kun potilaan kanssa on tehty leikkauuspäätös. Leikkaukseen valmistautuminen on yksi tämän vaiheen tärkeimmistä asioista. Leikkaukseen valmistelevan hoidon tarkoituksena on edistää toipumista ja vähentää toimenpiteeseen liittyviä komplikaatioita. ( Ahonen, ym. 2012, 99.) Rintasyöpäpotilas tarvitsee sairastuttuaan hoitoihin liittyvää tiedollista tukea. Rintasyöpäpotilaan suurin tarve sairauden alussa liittyy tietoon taudin luonteesta, sairausprosessin kulusta, leikkauksesta, kivusta ja ennusteesta. Potilaalle on tärkeää saada hoitokäytien päivämäärät ja aikataulut. Tieto hoitojen etenemisestä helpottaa ahdistusta ja epävarmuutta. Tiedon saaminen tässä hoidon vaiheessa on oleellista myös, jotta potilas pystyy osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Leino 2011, 38.)

Potilas tulee esikäynnille hoitajan luokse noin viikko-kaksi ennen leikkausta. Tällöin hoitaja haastattelee potilasta ja täyttää anestesiakaavakkeen ja kirjaa potilaan taustatiedot, sairaudet, lääkkeiden käytön, allergiat ja ruokavalion. Käynnillä käydään läpi preoperatiiviset laboratoriotutkimukset. Hoitaja kyselee tietoa aiemmista sairauksista, leikkauksista ja nykyisen sairauden aiheuttamista oireista. Hoitaja kertoo potilaalle leikkausajan ja hoitoajankohtaa mietittäessä, pyritään ottamaan huomioon potilaan toiveet. Hoitaja kertoo potilaan toimenpiteen luonteen ja anestesiamuodon. Hoitaja kertoo leikkaukseen valmistumisen yksityiskohdat, ja potilaan osuuden siinä. Potilaalle kerrotaan mitä rajoituksia ja muutoksia toimenpide aiheuttaa. Leikkauksen jälkeiset kotihoito-ohjeet annetaan myös kirjallisena. Potilaan on tärkeää saada tietää, kuinka tilanteessa edetään. ( Kuusela 2012.)

Hoitaja ohjaa ja opastaa potilasta sairaalaan tuloon. Potilasta muistutetaan ravinnosta olost, kotilääkkeiden rajoituksista. Potilaalle kerrotaan kotisoitosta kotiutumisen jälkeen, jolloin potilas voi kertoa leikkauksen jälkeisestä kotonaolosta. Hoitajan vastaanoton aikana pitää antaa mahdollisuus mahdollisille kysy-

myksille ja tunteille. Hoitaja kartoittaa ja keskustelee potilaan kanssa henkisestä hyvinvoinnista. Potilaalla on mahdollisuus tavata esikäynnillä myös anestesialääkäri, sosiaalihoitaja ja potilaan leikkaava kirurgi. (Kuusela 2012.)

Mikäli kyseessä on rinnan kokopoisto, näytetään drenin eli laskuputken hoitoon liittyvät asiat potilaalle. Potilaalle annetaan Pirkanmaan Syöpäyhdistyksen ”tukipakettikirjekuori”, joka sisältää tietoa Syöpäyhdistyksen toiminnasta ja palveluista. Potilaalle annetaan kirjallisena ohjeena leikkauksen jälkeinen fysioterapiaohjaus-moniste.(Kuusela, 2012.)

Potilas tulee osastolle leikkauspäivää edeltävänä iltana tai leikkauspäivän aamuna. Potilaan anestesiaomakkeeseen kirjataan hengityksen ja verenkierron tilanne ( verenpaine, pulssi, paino, pituus), ravitsemuksen tarkastus (potilas on ollut syömättä). Lomakkeeseen merkitään tärkeimmät laboratorioarvot ( veriryhmä, hemoglobiini, verensokeri, kalium, natrium), potilaan saama esilääkitys ja lääkkeiden antoaika. Hoitaja tekee verivarauksen verikeskukseen, tarkistaa antibiootti- ja tromboosiprofylaksiat ja potilaan ottamat kotilääkkeet. Kirjataan potilaan rakon tyhjeneminen. Tarkastetaan potilaan leikkausalueen ihon kunto. Potilaan identifiointi tehdään kiinnittämällä tunnistinranneke käteen. Potilas pukee leikkausvaatteet ja antiemboliasukat. (Holmia & Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 59-64).

Potilaalle kerrotaan tulevasta leikkauksesta, aikataulusta, toimenpiteen suorittaja. Potilaalle luodaan turvallisuuden tunne antamalla henkistä tukea ja annetaan aikaa potilaan mahdollisille kysymyksille ja huomioidaan potilasta yksilöllisesti olemalla aidosti läsnä. Tarkoituksena on potilaan jännityksen ja leikkauksen lieveneminen, anestesian onnistuminen ja haavainfektioiden ehkäisy. (Kuusela,2012.)

### **4.3 Intraoperatiivinen hoitotyö**

Intraoperatiivinen hoitovaihe on merkityksellinen potilaalle ja sillä on merkittävä yhteys elämänlaatuun. Intraoperatiivisen hoitovaiheen kokemus säilyy lähes muuttumattomana potilaiden mielessä useita vuosia. Turvallisuutta tai turvatto-



muutta aiheuttavat tapahtumat, kuten leikattavan olo tai vuorovaikutus hoitajien kanssa jäävät potilaille lähtemättömästi mieleen. ( Hankela, 1999, 87.)

Intraoperatiivinen hoitotyö alkaa siitä, kun potilas vastaanotetaan leikkausosastolle. Vuodeosaston hoitaja antaa raportin anestesiahoitajalle. Raportti on selkeä, lyhyt ja ytimekäs selvitys potilaasta, hänen yleistilastaan ja sairaudestaan. Hoitotyö kohdistuu potilaan perus- ja erityistarpeiden tyydyttämiseen. Olennaisia ovat myös potilaan henkinen tukeminen ja potilasturvallisuuden huomioiminen sekä potilaan voinnin ja elintoimintojen tarkkailu ja tajunnantason arvioiminen. (Ahonen, ym 2012, 104.)

Lankamerkkaus suoritetaan leikkauspäivän aamuna. Sen tarkoituksena on mammografialaitteen avulla merkitä kasvain langalla, ja erityisen tärkeää se on silloin, kun kasvainta ei tunne sormella. Leikkausta ennen tehtävä kasvaimen lankamerkkaus tehdään, jotta leikkauksessa kirurgi voi paikallistaa ja poistaa kasvaimen. ( Soikkeli 2011, 20.)

Leikkauksessa pyritään poistamaan syöpäkudos rinnan ja kainalon alueelta. Kainalon imusolmukkeiden tutkiminen on tärkeää, koska rintasyöpä leviää ensin imuteitä pitkin kasvaimen puoleiseen kainaloon. Jos kainalon imusolmukkeissa todetaan syöpäsoluja, tiedetään riskin verisuonten välityksellä tapahtuvaan leviämiseen kasvavan. (Leikkaushoito 2011, 11.)

Rintaa säästävässä leikkauksessa poistetaan itse syöpäkasvain ja sen läheisyydestä riittävä määrä tervettä kudosta. Kainalosta poistetaan ala- ja keskikainalon imusolmukkeet. Syvimmällä yläkainalossa sijaitsevia imusolmukkeita ei poisteta. Päätös kainaloimusolmukkeiden poistamisen tarpeellisuudesta voidaan tehdä vartijaimusolmuketutkimuksen perusteella. (Leikkaushoito 2011,12.)

Koko rinnan poistoa suositellaan, kun syynä on useamman kuin yhden syöpäpesäkkeen toteaminen rinnassa ja/tai kookas syöpäkasvain. Joskus kookasta kasvainta pyritään pienentämään lääkehoidolla (neoadjuvanttihoitolla), jotta välttyttäisiin koko rinnan poistolta. Muita syitä rinnan poistamiseen ovat esimerkiksi harvinainen tulehduksellinen rintasyöpä ja tilanteet, joissa leikkausta täydentävät hoitomuodot olisivat potilaan muiden sairauksien vuoksi hankalia tai

mahdottomia toteuttaa. Potilas saattaa myös itse haluta koko rinnan poistamista. Rinnan poistamisen yhteydessä kainaloimusolmukkeiden poisto tehdään samaan tapaan kuin säästävän leikkauksen yhteydessä. (Leikkaushoito 2011, 12.)

Joissakin tapauksissa voidaan harkita rintarauhasen poiston ja korjausleikkauksen tekemistä samalla kertaa (ns. välitön rintarekonstruktio). Korjausleikkaus voidaan tehdä myös myöhemmässä vaiheessa, jos syöpä ei ole uusiutunut ja jos yleisvointi on hyvä. Jos rinta rakennetaan uudelleen myöhemmässä leikkauksessa, tehdään se aikaisintaan kuuden kuukauden kuluttua hoitojen päättymisestä. Silloin kun rintasyöpään liittyy suuri uusiutumisvaara, rekonstruktio tehdään vasta 2–3 vuoden kuluttua syöpäleikkauksesta. (Leikkaushoito 2011, 13.)

Korjausmenetelmiä on useita. Leikkausmenetelmän valintaan vaikuttaa muun muassa se paljonko rintakehän seinämässä on kudosta, onko annettu sädehoitoa sekä ruumiinrakenne. Uusi rinta voidaan tietyissä tapauksissa muotoilla käyttämällä silikonitäytteistä proteesia. Tavallisimmin uuden rinnan rakentamiseen käytetään omia kudoksia, joko hartian takana sijaitsevaa leveää selkälihasta (LD-tekniikka) tai alavatsalta otettua vatsalihasta (TRAM-tekniikka). Uuden rinnan rakentamisen yhteydessä voidaan myös muokata tervettä rintaa tasapainoisen lopputuloksen saavuttamiseksi. Leikkaushoidon vaatima sairaalasaoloaika vaihtelee tapaus tapaukselta. (Leikkaushoito 2011, 12-13.)

Uusintaleikkaus on tarpeen, jos mikroskooppitutkimuksessa on todettu syöpäkudosta odotettua laajemmalla alueella. Uudessa leikkauksessa rinnasta poistetaan lisäalue tai koko rinta. Uusintaleikkaukseen voidaan päätyä myös, jos leikkauksen jälkeisessä lisätutkimuksessa vartijaimusolmukkeessa todetaan syöpäsoluja. Tällöin kainalosta poistetaan lisää imusolmukkeita tarkempaa tutkimusta varten (Leikkaushoito 2011, 12).

Miesten rintasyövässä koko rintarauhasen poistoa suositellaan leikkaushoidoksi, koska säästävämpi leikkaus on harvoin mahdollinen miehen rinnan pienuuden vuoksi. Leikkauksen jälkeinen sädehoito rintakehään sekä kainalon, soliskuopan ja parasternaalialueen imusolmukkeisiin on olennainen osa hoitoa. Mie-

hen rintasyöpä on hormonireseptoriposiitiivinen, jolloin suositellaan hormonaalista liittämisshoitoa. Seurantaperiaatteet ovat samat kuin naisten rintasyövässä. (Rintasyövän seuranta 2011)

#### **4.4 Postoperatiivinen hoitotyö**

Heräämössä potilaasta raportoidaan vuodeosaston sairaanhoitajalle senhetkinen kunto ja potilaan saama lääkitys ja kerrotaan leikkausdiagnoosi ja toimenpide, anestesia- ja leikkauksen kulku ja sen aikana ilmenneet mahdolliset ongelmat. Kerrotaan hoitajalle potilaan jatkohoidossa vaadittava tarkkailu ja asento- ja haavahoito, haavat, dreenerit, katetrit ja kanyylit sekä hoitomääräykset nesteen- ja verensiirrosta, kipulääkityksestä, haavan hoidosta ja eritteistä. Myös potilaan mieliala ja tuntemukset pannaan merkille. Tavoitteena on potilaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin, kivuttomuuden ja turvallisuuden tunteen saavuttaminen ja ylläpitäminen. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 68.)

Vuodeosastolla seurataan potilaan elintoimintoja (rr, pulssi, lämpö, hengitys), nestetasapainoa, virtsaamista, pahoinvointia, oksennuksia, kipuja, leikkaushaavan eritystä ja haavasidoksia, haavadreeneriä. Osastolla seurataan potilaan mielialaa ja tuetaan potilasta ja omaisia psyykkisesti. Potilaan omatoimisuutta kään-tyimisissä, istumaan ja ylösnousemisissa rohkaistaan ja tuetaan selkein ohjein,. Osastolla ohjataan haavanhoitoa ja näytetään dreeneriin liittyvät asiat, mikäli ky- seessä on koko rinnanpoisto. Omaisille/läheisille annetaan tietoa potilaan tilan- teesta ja osastosta, jolla hän on. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 68-80).

#### **4.5 Kivun hoito**

Kipu tarkoittaa mitä tahansa sellaista kokemusta, jonka yksilö määrittelee kivuk- si. Kipu on yksilöllistä. Se on epämiellyttävä tila tai tunne, jota ei voi verrata toi- sen ihmisen kokemukseen kivusta. Kipu on aina kokijalleen todellista. Ennen leikkaukseen menoa potilasohjauksessa on otettava huomioon leikkauksesta aiheutuva kipu ja kivusta aiheutuva pelko. Potilaan kivun tunnistaminen ja hoito

on tärkeää. Kivun fyysisiä oireita voivat olla esimerkiksi verenpaineen nousu, kylmä hikoilu, uneliaisuus tai tuskaisuus. Hoitajan tulee tunnistaa oireet hyvissä ajoin. Säännöllisellä kipulääkityksellä vältetään potilaan kivun tuntemus. ( Mäkinen, Möttönen 2010, 11.)

Rintarauhasen leikkauksen jälkeinen kipu on yleensä haavakipua ja potilaat voivat selvitä pelkillä tulehduskipulääkkeillä. Syöpäkipun läikehoidossa käytetään tulehduskipulääkkeitä eli särkylääkkeitä tai parasetamolia lievän ja keskivaikean kivun hoidossa. Jos tulehduskipulääke osoittautuu teholtaan riittämättömäksi, siirrytään käyttämään morfiinia tai sen sukulaisvalmisteita eli opioideja. (Rintasyöpäpotilaan kivun hoito 2010)

Onnistuneen kivunhoidon edellytyksenä on motivoitunut ja ajatteleva hoitaja, joka tietää kivunhoidosta. Potilaan kipukokemisen kertomisen lisäksi hoitajalla tulee olla valmiudet toteuttamaan kivunhoitoa. Kivun hoidon ja hoitotyön onnistumista voidaan arvioida mm. kysymällä potilaan tuntemuksia kivusta, hoidoista ja niiden vaikutuksista. Potilaan kivunhoito on osa hänen kokonaisvaltaista hoitoaan. ( Kalso, Haanpää, Vainio 2009, 280, 17.)

Tanskassa vuonna 2008 tehdyssä tutkimuksessa (Gärtner & ym, 2008), johon osallistui 3300 18-39-vuotiasta rintasyöpäleikkauksen läpikäynyttä naista, joka toinen nainen kertoi kivuista vähintään yhdessä kohdassa kehoa. Kivut olivat kovia 13 %:lla, kohtalaisia 39 %:lla ja lieviä 48 %:lla. Vakavista kivuista kärsivillä kivut olivat usein päivittäisiä. Kivut olivat yleisempiä 18-39-vuotiailla kuin yli 60-vuotiailla etenkin, jos leikkaus oli tehty rinnan säästävällä tekniikalla. Kipuja oli enemmän naisilla, jotka olivat saaneet leikkauksen lisäksi sädehoitoa. (Annala 2009, 1828.)

Näiden ja aikaisempien tulosten perusteella rintasyöpäleikkauksen läpikäyneiden kivut ovat usein neuropaattisia ja todennäköisesti seuraus leikkauksessa syntyneistä vaurioista. Tutkijat toivovat uusien hermostoa säästävien leikkauksen menetelmien vähentävän kipuilua. Niiden kehittäminen on kuitenkin vielä varhaisessa vaiheessa. (Annala 2009, 1828.)

Syövän hoidolla ei aina pystytä poistamaan syövän aiheuttamaa kipua, mutta hoitamalla kipua hyvin vältetään tarpeetonta kärsimystä, parannetaan elämänlaatua ja lisätään sairastuneen ihmisen elämänhalua. Joka kolmannen syöpäpotilaan kivunlievitys on riittämätöntä. Syöpäpotilaiden kivunhoidossa löytyy parannettavaa. WHO:n tilastojen mukaan Suomessa käytetään vähiten morfiinin sukuisia kipulääkkeitä Euroopassa. (Vuorinen&Järvimäki,2005.)

#### **4.6 Kehon tuntemukset**

Leikkauksen jälkeen yleinen kokemus on nesteen kertyminen käsivarteen, rintakehään tai kainaloon. Nestettä kertyy varsinkin kainalon imusolmukkeiden poistamisen jälkeen. Kainaloon tulee arkuutta, kipua ja turvotusta, mikä estää leikkauksen jälkeistä käden kuntouttamista ja pahentaa näin ollen käden toimimattomuutta. Potilaalle saattaa myös ilmaantua kiusallista ja erittäin kivuliasta käsivarren särkyä, joka johtuu hermon vaurioitumisesta leikkauksessa. Suurimpana fyysisenä ongelmana leikkauksen jälkeen potilaat pitävät kuitenkin dreenin eli laskuputken jälkeistä rintanesteen kertymistä, josta aiheutui kipua ja turvotusta. Potilaat ovat kuvanneet, että nestettä saatettiin joutua poistamaan viikkoja, mikä aiheutti toistuvia yhteydenottoja lääkäriin ja rajoitti arjen sujumista sekä oli kuormittavaa psyykkisesti. (Leino, 2011, 121.)

#### **4.7 Potilaan kotiutuminen**

Kotiutuminen on prosessi, joka alkaa potilaan tullessa sairaalaan ja jonka tarkoituksena on helpottaa potilaan siirtymistä ympäristöstä toiseen. Prosessiin kuuluvat suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi, ja siinä korostuvat turvallisuuden ja jatkuvuuden periaatteet. (Keskinen 2008, 12.)

Potilaat kotiutetaan yleensä leikkauksen jälkeen seuraavana päivänä, huomioiden jokaisen potilaan yksilöllinen toipuminen. Potilaan kotona selviytymistä arvioitaessa tulee ottaa huomioon potilaan psyykkinen tila, liikkuminen, kivun hallinta, juominen, erityis, sosiaaliset tekijät ja potilaan tiedot omasta hoidostaan. Arviointi onnistuu parhaiten, kun se tehdään yhdessä potilaan kanssa.( Viitamä-

ki 1996, 83). Potilaan kanssa käydään läpi kotihoito-ohjeet, jotka on annettu potilaalle jo esikäynnillä. Jos potilaalla on dreeni I. laskuputki, käydään läpi sen hoito- ja tyhjennysohjeet ja annetaan kirjallinen ohje kotiin. Dreeniä pidetään kainalossa yleensä 5-7 vuorokautta leikkauksesta. (Kuusela , 2012.)

Potilas tapaa fysioterapeutin yleensä leikkausta seuraavana päivänä, jolloin potilaalta on poistettu paksut sidokset leikkausalueelta. Fysioterapeutti testaa leikatun puolen olkanivelen liikeradat ja antaa neuvoja leikkauksesta toipumiseen. Potilas saa fysioterapeutilta harjoitusohjelman, joka tehdään kahdesti päivässä. Liikkeitä, jotka aiheuttavat pistelyä, kirvelyä tai nopeita sähköiskumaisia kipuja ei kuitenkaan kannata tehdä. Mikäli kainalosta on poistettu imusolmukkeet, saattavat kirvely, pistely ja kivut johtua leikkauksen yhteydessä kainaloon asetetusta tyhjiöimusta. (Rintasyöpä 2010.)

Heti leikkauksen jälkeen annettu liikehoito estää olkanivelen kangistumista ja leikkausalueen ja kainalon kiristystä. Harjoittamalla raajaa potilas voi itse lisätä lymfanesteen virtausta. Leikatun puolen yläraajaturvotukseen antaa helpotusta myös lymfahieronta. Lymfaterapiaa tulee käyttää varoen syöpäsairauden alussa ja niillä potilailla, joilla on etäpesäkkeitä. Tukihaha saattaa helpottaa huomattavaa yläraajan turvotusta. Säännöllinen rasvaus ehkäisee ihon halkeilua ja vähentää infektioita. ( Rintasyöpä: Käypähoito –suositus 2007.)

Suihkuun saa mennä toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä ja saunaan ompeleiden poistosta vuorokauden kuluttua. Ompeleet ja dreeni poistetaan viikon kuluttua leikkauksesta oman alueen terveysasemalla, työterveyshuollossa tai Pirkanmaan syöpäyhdistyksessä. Sulavia ompeleita ei tarvitse poistaa. Mikäli haavalla on haavateippiä, se tulee poistaa viimeistään kahden viikon kuluttua leikkauksesta. Jos haavojen paranemisessa ilmenee ongelmia, potilaat ohjataan ottamaan yhteyttä omaan lääkäriin tai hoidon tehneelle osastolle. (Kuusela 2012.)

Rintaliivien käyttö on suositeltavaa rinnan osapoistoleikkauksen jälkeen leikatun rinnan tukemiseksi jo sairaalasta kotiutuessa. Jos on tehty kokorinnan poisto, ensiproteesi haetaan Pirkanmaan syöpäyhdistyksestä leikkauksen jälkeen esimerkiksi ompeleiden poiston yhteydessä ja siellä on myös mahdollisuus tavata

tukihenkilö. Hoitava lääkäri tekee maksusitoumuksen varsinaista rintaproteesia varten jälkitarkastuksen yhteydessä ja proteesin voi hakea Pirkanmaan syöpäyhdistyksestä. (Kuusela 2012.)

Potilaalle annetaan esitteitä: syöpä ja seksuaalisuus, opas syöpäpotilaan läheiselle. Potilas saa yhteystiedot, mihin voi ottaa yhteyttä mikäli tulee ongelmia ennen jälkitarkastusta Sairauslomaa kirjoitetaan 1-2 kuukautta. Jälkitarkastus aika on noin kuukauden kuluttua leikkauksesta. Jälkitarkastuksen yhteydessä lääkäri kertoo potilaalle lopulliset PAD-vastaukset eli patologisanatominen diagnoosi, (kudosnäytteen mikroskooppitutkimuksen perusteella patologi tiivistää havaintonsa muutaman sanan mittaiseksi kudosopilliseksi diagnoosiksi, PAD:ksi). Jatkohoito tapahtuu sairaalaan syöpätautien poliklinikalla tarvittaessa. Potilaan jatkohoidot räätälöidään aina yksilöllisesti. Jatkohoidossa kartoitetaan potilaan ja hänen läheistensä tarpeet ja keskustellaan heidän kanssaan henkisesti jaksamisesta ja hyvinvoinnista. (Kuusela 2012.)

Rintasyöpäpotilaan kokonaiskuntoutus on tärkeää. Tärkeää olisi fyysisen kunnon parantaminen, kivun hoito ja väsymyksen poisto. Säännöllisillä kuntoutuksilla voidaan palautua fyysisesti hoidoista ja potentiaalisesti ehkäistä syövän uusimista. Fyysinen harjoittelu parantaa kuntoa ja vähentää siten sivuvaikutuksia. Fyysistä harjoittelua ja kuntoilua hoidon aikana voidaan pitää tukevana itsehoitomenetelmänä. Säännöllinen kevyt liikunta esimerkiksi kävely on sallittua. Parempi kunto antaa valmiuksia arjen hallintaan. (Kääriäinen 2008, 19.)

Tavallisimpia rintasyövän aiheuttamia psyykkisiä haasteita ovat aktiivisuuden ja riippumattomuuden säilyttäminen, sivuvaikutusten hallinta ja positiivisen asenteen säilyttäminen. Myös lääketieteellisen tiedon hankkiminen, syöpään liittyvien tunnetilojen hallinta, tarvittavan sosiaalisen tuen etsintä ja stressinhallinta ovat yleisiä ongelmia. Rintasyöpään sairastuvat joutuvat sopeutumaan tilanteeseen ainakin kolmella tasolla: elämisen tavan suhde sairauteen, ajattelun suhde sairauteen ja tunteiden suhde sairauteen. Kuntoutuksen tavoitteena on auttaa rintasyöpään sairastunutta toteuttamaan elämänprojektejaan ja ylläpitämään elämäntilanteita, joissa sosiaalinen ja muu yhteisöllinen toiminta ovat uhattuna tai heikentyneet. (Sairaudesta kuntoutuminen.2010.)

Rintasyöpäpotilaan hyvään kokonaishoitoon kuuluu mahdollisuus ryhmäterapiaan tai –neuvontaan tai yksilölliseen terapiaan. Oikein ajoitettu ja suunniteltu lyhytkestoinenkin kriisi-interventio voi parantaa potilaan sopeutumista sairauteensa ja hänen elämänsä laatua. Psykologinen ryhmäterapia saattaa parantaa lyhyeksi aikaa metastasoitunutta rintasyöpää potevan elämänlaatua vaikkei sen ole todettu pidentävän elämää. Osa potilaista voi tarvita psyykelääkkeitä ahdistuneisuuden, masennuksen tai unettomuuden hoitoon. ( Rintasyöpä: Käypä hoito - suositus 2007).

Rintasyöpäpotilaat saavat korvauksetta rintaproteesin joko leikkauksen tehneen sairaalan tai kotipaikkakunnan terveyskeskuksen ostopalveluosoituksella. Proteesin sovitus ja jakelu järjestetään yleensä syöpäyhdistysten poliklinikoiden kautta. Tarvittaessa proteesin voi uusia tai korjauttaa. Jos hoidot aiheuttavat hiustenlähdön, potilas on oikeutettu saamaan peruukin. ( Rintasyöpä: Käypä hoito - suositus 2007).

Rintasyöpäpotilaille ja heidän perheilleen järjestetään erilaisia sopeutumisvalmennuskursseja. Niille hakeudutaan syöpäjärjestöjen tai hoitavan sairaalan kautta. Lääkäri kirjoittaa hakemuksen liitteeksi suosituksen. Kuntoutuskursseilla saattaa olla myönteinen vaikutus rintasyöpäpotilaan elämänlaatuun. ( Rintasyöpä: Käypä hoito – suositus 2007).

#### **4.9 Hoidetun rintasyöpäpotilaan seuranta**

Rintasyöpäpotilaan seuranta on muuttunut siten, että tiheistä ennalta sovituista käynneistä on paljolti luovuttu. Tarkoituksena on, että potilas pääsisi helposti tutkimuksiin, jos hän huomaa uuden oireen. Hoidetun rintasyöpäpotilaan seurannan tavoitteena on rintasyövän mahdollisen paikallisen uusiutumisen ja vastakkaisen rinnan uuden syövän varhainen toteaminen. Oireettomille potilaille ei tehdä mitään diagnostisia tutkimuksia. Seurantakäynnillä pyritään havaitsemaan hoitojen aiheuttamat haitat ja hoitamaan niitä. Haittoja ovat mm. vaihdevuosioireet ja osteoporoosi. Hoidetun puolen käden yllättävä turpoaminen on myös oire, joka on syytä tarkistaa. Hoitamaton lymfaturvotus leikatun puolen



yläraajassa saattaa edetessään aiheuttaa pysyvää kudosisvauriota. (Leikkauksen jälkeiset oireet 2010.)

Mammografian seurannan tavoitteena on todeta rintasyövän paikallinen uusiminen varhain, koska tällöin voidaan hoidolla saavuttaa vielä pysyvä paraneminen. Toisen rinnan seuranta on samasta syystä tärkeää. Mammografiaa suositellaan tehtäväksi vähintään kahden vuoden välein koko loppuelämän ajan. (Rintasyövän seuranta 2010.)

Seurantakäynnillä on tärkeää selvittää, miten potilas on psyykkisesti sairautensa toipunut ja antaa hänelle tukea ja tietoa. 1.käynti on 1-3 kk kuluttua primaarihoitojen päättymisestä hoidosta aiheutuvien mahdollisten haittojen havaitsemiseksi ja potilaan tukemiseksi. Seurantakäynnillä keskitytään anamneesiin ja kliiniseen tutkimukseen. Myöhempiä seurantakäyntejä järjestetään yksilöllisesti potilaan tilanteen mukaan. Potilaat, joiden uusiutumisvaara on pieni, voivat käydä seurannassa perusterveydenhuollossa. Tarvittaessa potilaan on päästävä joustavasti seurantapaikkaan rutiinikäyntien välilläkin. ( Rintasyöpä: Käypä hoito – suositus 2007.)

Tarve leikkauksen jälkeisiin hoitoihin arvioidaan yksilöllisesti erilaisten syöpäkasvaimien ja muun muassa terveydentilaan liittyvien tekijöiden perusteella. Leikkauksen jälkeisiä rintasyövän jatkohoitoja ovat säde-, solunsalpaaja tai hormonihoito tai niiden yhdistelmä. Solunsalpaajahoidot alkavat 12 viikon aikana leikkauksesta. Yleensä on kuusi hoitokertaa kolmen viikon kuluttua. Sädehoito alkaa noin 4-6 viikkoa leikkauksen jälkeen ja hoito kestää kaikkiaan 6-10 viikkoa. Hormonihoito annetaan yleensä tabletteina suun kautta. ( Rintasyöpä: Käypä hoito – suositus 2007.)

## 5 RINTASYÖPÄPOTILAAN SELVIITYMISEN TUKEMINEN

"Valoa kohti  
valoon.  
Mutta ensin pimeän läpi.  
Ensin etsittävä  
pimeälle nimeä,  
ensin etsittävä  
pimeästä ovi  
itsensä kokoinen,  
mentävä läpi  
pimeän puhki.  
Yksin. Yksin,  
itseään kysyen  
pelkonsa nimeä kysyen.  
Mentävä  
pimeän taakse  
kohti  
läpi.

Ja katso: valkenee!  
ja katso:  
eräänä päivänä  
kaikki valoa."

- Maaria Leinonen

## 5.1 Sairaanhoidaja potilaan tukena

Hoitotyön tavoite on potilaan hyvinvoinnin edistäminen ja kärsimyksen lieventäminen. Sana hoitotyö on kehittynyt ajatuksesta, jonka mukaan ihmisen tulee pitää huolta toisesta ihmisestä. Hoitotyöhön kuuluu myös hoitajan ja potilaan välinen suhde. Hoitaja voidaankin nähdä potilaan edustajana terveydenhuollossa. (Muurinen 2009, 6-8.)

Sairaanhoidajan tehtävä rintasyöpäpotilaan hoitotyössä on opettaa, arvioida, hoitaa, koordinoida hoitoja, kiinnittää huomiota oireiden hallintaan sekä tukea rintasyöpäpotilasta. Lisäksi sairaanhoidajalla on merkittävä rooli selvittää, että potilas on ymmärtänyt tulevat hoidot ja niiden toteuttamisen aikataulut, mahdolliset sivuvaikutukset sekä vaikutukset psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Potilaan läheiset ja omaiset huomioidaan sekä heidän tarpeensa, jotta he jaksavat tukea rintasyöpäpotilasta. (Muurinen 2009, 6-7.)

Rintasyöpään sairastuminen vaatii sairaalahoitoa ja useita hoitokäyntejä. Sairausprosessina rintasyöpään sairastuminen on pitkä sekä monivaiheinen ajanjakso, joka aiheuttaa hoidon eri vaiheissa erilaisia tuen tarpeita. Aika sairastumisesta leikkaukseen on henkisesti raskas, sillä tässä vaiheessa ei tiedetä lopullista taudin luonnetta tai ennustetta. Tulosten odottamisen vuoksi tiedollisen ja emotionaalisen tuen tarve on suuri, sillä epä tietoisuus ja odottaminen aiheuttavat voimakasta ahdistusta sekä psykologista stressiä. ( Leino 2011, 38.)

Leinon (2011) tutkimuksessa emotionaalista tukea pidetään sosiaalisen tuen keskeisempänä muotona. Sillä ymmärretään rakastamisen, välittämisen, kannustamisen ja luottamisen sekä arvostamisen tunnetta. Emotionaalista tukea annettaessa kuunnellaan, pyritään myötäelämään tilanteessa ja vahvistetaan tuettavan voimavaroja. Auttamismenetelmänä se sisältää tuettavan arvostamisen, kiinnostuksen osoittamisen, kunnioittamisen ja huolenpidon. Emotionaalisen tuen on katsottu sisältävän myös empatiaa ja tunnetukea.

Hoitohenkilöstöltä vaaditaan herkkyyttä havaita sanomattomia viestejä potilaan tukemiseksi. Potilaat eivät jaksaa sairauden vuoksi olla aktiivisia omassa hoidossaan, vaan tarvitsevat hoitajan aloitteellisuutta hoidon tavoitteiden saavuttami-

sessä. Mikäli hoitohenkilökunta sivuuttaa kuolemanpelon, ahdistus ja epätoivo lisääntyvät entisestään. (Leino 2011, 199.)

Tuen tarpeen tunnistamismenetelmät; hiljaisuuden taakse näkeminen sekä vastavuoroisen hoitosuhteen rakentaminen, vaativat hoitajalta herkkyyttä, läsnäolon taitoa sekä kykyä havaita ja tulkita nonverbaalisia viestejä. (Mattila 2011, 64.) Ei ole olemassa mitään oikeita ensimmäisiä sanoja. Usein pelkkä läsnäolo riittää. Hiljaista hetkeä ei tarvitse väkisin täyttää puheella, mutta tilanteeseen johdatteleva kysymys voi aloittaa keskustelun. Hoitajan on hyvä varmistaa, että potilaalla on mahdollista nähdä pian joku läheisistä (Saari ym. 2009, 27-29).

Leinon( 2011) tutkimuksen mukaan empaattisuuden kokemus syntyy kauniin lauseen lausumisesta tai oikeiden sanojen löytymisestä, jotka hoitohetkessä auttoivat jaksamaan eteenpäin. Potilaat kaipasivat läsnäoloa, auttamishalukkuutta, ja rohkaisevien sanojen kuulemistä. On mahdollista että kaaoksessa oleva potilas tarvitsee selviytyäkseen ulkopuolelta painokasta ja selkeäsanaista tietoa kroonisen sairauden luonteesta. Näin voidaan vaikuttaa myös välittömän kuolemankauhun poistumiseen.

Mattilan (2011) tutkimuksen mukaan tuki synnytti potilaille luottamuksen hyvän arkielämän mahdollisuuteen. Potilaat kuvasivat hoitajilta saadun tuen synnyttävän heille voimavaroja ja elämönhallinnan tunteita, jotka auttoivat selviytymään arkipäivän toiminnoissa, kuten kodinhoidossa. Tuki myös lisäsi potilaiden rohkeutta ajatella tulevaisuutta avoimesti sekä suunnitella työhön paluuta ja harrastusten jatkamista.

## **5.2 Tiedollinen tuki**

Tiedollisen tuen on todettu olevan tärkeimpiä sopeutumis- ja selviytymiskeinoja. Tieto lisää ymmärrystä, auttaa sopeutumisessa sekä vähentää epävarmuutta. Potilaat tarvitsevat tulevaisuuteen katsovaa, toivoa antavaa tietoa sairaudesta, hoidoista, hoitojen vaikutuksesta ja sairauden ennusteesta. Riittävä tiedon ja tuensaanti sekä kuulluksi tuleminen koko sairausprosessin ajan on tärkeää. Myös lähiympäristö kaipaa tietoja tilanteesta. Läheisten tuki on koko sairaus-

prosessin ajan tärkein henkinen ja sosiaalinen selviytymis- ja sopeutumisvoimavara. (Kääriäinen 2008,16.)

Tiedollisesta tuen tarkoitus on tietojen antaminen, tilanteen selvittäminen ja tukeminen erilaisissa muuttuvissa elämäntilanteissa kuten vakavassa sairastumisessa. Tiedollinen tuki on ohjeiden tai neuvojen antamista, jonka avulla yksilö voi selviytyä henkilökohtaisista tai ympäristön asettamista vaatimuksista. (Leino 2011,43).

Tiedon antaminen voi olla hankalaa sairauden aiheuttaman ahdistuksen vuoksi ja tästä syystä ihminen suodattaa tietoa, jotta toivo säilyisi. Tiedon antaminen vaatii herkkyyttä ja joustavuutta hoitavilta henkilöiltä. Kivun hoidon sekä psykososiaalisen tuen ohella myös hengellinen tuki on tärkeää. Hoitotyöntekijöiden ja läheisten huolenpito auttaa rintasyöpään sairastunutta tässä fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja vaativassa prosessissa. (Kääriäinen 2008, 17.)

Rintasyöpäpotilaat tarvitsevat runsaasti tiedollista tukea selviytyäkseen. Tiedollinen tuki muuttui emotionaaliseksi tueksi, kun tietoa saatiin henkilökohtaisten tarpeiden mukaan oikealla hetkellä. Sairastumisen vaiheessa tiedon vastaanottamien oli rajallista ja edellytti välitöntä sekä lyhyen aikavälin tietoa ennusteesta ja leikkauksen ajankohdasta. (Leino 2011, 205.)

Lyhyiden hoitajaksojen vuoksi selviytymistä tukevan informaation ja ohjauksen merkitys korostui. Kyse oli henkilökohtaisen tiedon arvioimisesta. Hoitohenkilöstön haasteena on saada potilaat omaksumaan itsehoitoon vaativaa tietoa, jonka avulla on mahdollista selviytyä kotona. (Leino 2011, 206.)

Maria Kääriäisen (2007) kehittämän potilasohjauksen hypoteettisen mallin mukaan laadukas ohjaus on tasavertaisessa vuorovaikutuksessa tapahtuvaa riittäväillä resursseilla toteutettua aktiivista, tavoitteellista ja vaikuttavaa toimintaa, joka perustuu ohjaajan ammatilliseen vastuuseen sekä ohjattavan taustatekijöiden tuntemiseen ja niiden huomioimiseen. Lyhyessä kontaktissa on luotava potilaaseen luottamuksellinen tasavertainen hoitosuhde, selvitettävä hänen taustatietonsa ja saatava käsitys siitä, mitä ohjausta juuri tämä potilas tarvitsee selviytyäkseen.

### 5.3 Rintasyöpäpotilaan elämänhallinta ja elämänlaatu

Elämänhallinnalla tarkoitetaan ihmisen sisäisen eheyden tunnetta, silloin kun hän selviytyy muutos- ja kriisitilanteista säätelämällä dynaamisessa prosessissa vuorovaikutustaan sisäisen ja ulkoisen ympäristönsä kanssa ja saavuttaa uuden olemisen ja tietoisuuden tason. Elämänhallinta on kykyä käyttää sisäisiä ja ulkoisia voimavaroja tarkoituksen mukaisesti. Elämänhallinta ei ole saavutettu ominaisuus, vaan se vaihtelee elämänvaiheiden mukaan. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 32, 33.)

Kääriäisen tekemän tutkimuksen (2007) mukaan elämänhallinnan kokemukset ovat yhteydessä oman tilanteen ymmärtämiseen, arjen hallintaan sekä elämän mielekkyyden tuntemukseen. Elämänhallinta auttaa ihmistä kohtaamaan vaikeita tilanteita ja ahdistavia kokemuksia. Rintasyöpään sairastuneen elämänhallinta on kykyä kohdata vaikea sairaus ja eläminen sen kanssa sekä sopeutuminen sairauden mukana tuleviin asioihin, jotka vaikuttavat elämänlaatuun.

Elämänhallintaa edistäviä tekijöitä olivat onnistuminen arjessa. Tähän liittyy elämän normalisoituminen, ihmissuhteet, tulevaisuuden miettiminen sekä asioiden avoin käsittely ja tuki eri muodoissaan. Hyvä, nopea, ammattitaitoinen, ja potilasta kunnioittava hoito edistivät elämänhallintaa. Yksilöllisenä koettu hoitotilanne oli myös positiivinen asia. Hoitoketju, johon liittyy hoitoympäristö, hoitohenkilökunta, potilasohjaus ja kontrollit ja hoidon jatkuvuuden tunne, edisti naisen elämänhallintaa. (Kääriäinen 2008, 62-63.)

Elämänhallintaa heikentäviä tekijöitä olivat sairauteen liittyvät asiat, joita olivat diagnoosiin ja ulkonäköön vaikuttavat asiat, yksinäisyys, ahdistus, viha ja raivo, pelko, asioiden läpikäymättömyys, odotusaika hoitoon, ympäristön suhtautuminen sekä muutokset elämässä mm. työn menetys. Potilasohjaukseen liittyviä tekijöitä olivat kipu, hoitojen loppuminen, tiedon saamattomuus, hoitotoimenpiteet. (Kääriäinen 2003, 63.)

Koetut oireet ja niiden määrä ovat yhteydessä elämänlaatuun leikkauksen jälkeen. Rintasyöpäleikatut naiset kärsivät usein väsymyksestä ja uniongelmista.

Sairauden ja hoitojen aikana koetun väsymyksen syyt eivät ole täysin selvillä. Väsymystä on saattanut olla jo ennen sairauden toteamista, se voi aiheutua kasvaimesta tai lääkityksestä. Myös kipu on yleistä leikkauksen jälkeen ja osa rintasyöpäleikatuista kärsii rintojen arkuudesta, kuumista aalloista ja lihasten jäykkyydestä. Nämä eivät voi olla vaikuttamatta myös elämänlaatuun. Leikatun puolen yläraajassa voi lisäksi esiintyä turvotusta. ( Rintasyöpä 2010).

Tutkimusten mukaan rintasyöpäleikattujen naisten elämänlaatu huononee leikkauksesta riippumatta kolmen ensimmäisen vuoden aikana leikkauksesta. Fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn laskua esiintyy kaikissa ikäryhmissä. Elämänlaatu paranee ajan kuluessa mutta jää silti huonommaksi kuin terveellä väestöllä. Myös sosiaalinen ja emotionaalinen hyvinvointi ovat rintasyöpäleikatuilla heikentyneitä. Psykososiaalinen toimintakyky paranee kuitenkin leikkauksen jälkeen iästä riippumatta. ( Mandelblatt 2003, 855-863.)

Rintasyöpäleikatut kokivat kokonaiselämänlaatunsa hyväksi vuosi rintasyöpäleikkauksen jälkeen. Parhaimmaksi elämänlaadun osa-alueiksi koettiin perheeseen liittyvä ja sosioekonominen osa-alue. Elämänlaadun eri osa-alueilla tärkeimmäksi koettiin lapset, perheen terveys ja onnellisuus ja oma terveys. Tyytymättömyyttä elämänlaadun eri osa-alueilla aiheuttivat seksuaalielämä, huolien määrä elämässä ja oma ulkonäkö. Avo- tai aviopuolisoltaan ja lapsiltaan tukea saavat kokivat perheeseen liittyvän elämänalueen paremmaksi. (Kaunonen, Nevalainen & Åstedt-Kurki 2007, 192-207.)

Rintasyöpäpotilaiden psyykkistä hyvinvointia tukee osallistuminen sosiaalisiin tilanteisiin ja tapahtumiin, joissa potilaat tapaavat muita ihmisiä, vaikka useimmat heistä pelkäävät saavansa jonkin infektion. Huumorin avulla monissa vaikeissa tilanteissa on kevennetty tunnelmaa ja luotu uskoa tulevaisuuteen. Arkipäivän rutiineissa kiinnipysyminen tukee myös rintasyöpäpotilaan hyvinvointia, esim. työelämässä pysyminen, harrastuksissa jatkaminen ja arkipäivän eläminen kotona sairaudenkin myötä. ( Muurinen 2009, 30,33.)

Rintasyöpä vaikeuttaa potilaan sosiaalista elämää hoitojen aikana. Rintasyöpäpotilaat, joilla on vahva elämänhallinta pysyvät paremmin sosiaalisessa elämässä kiinni kuin ne, joilla sitä ei ole. Potilaat, jotka ovat sosiaalisesti aktiivisia

ja osallistuvat sosiaaliseen elämään, saavat ajatukset siirtymään pois syövästä ja sairaan ihmisen roolista. Hyvä sosiaalinen elämä saattaa kompensoida menettämisen tunnetta. Fyysinen aktiviteetti, työnteko ja vahva elämänhallinta estävät pelon ja kauhun tunteiden tuloa ja nämä ihmiset pystyvät käsittelemään sairauden aiheuttamia tunteita paremmin. (Henselmans 2010, 1023-40.)

#### **5.4 Rintasyöpäpotilas ja seksuaalisuus**

Seksuaalisuudessa tapahtuu muutoksia ja seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat sekä seksuaalisen aktiivisuuden väheneminen ovat yleisiä huolia. Myös syöpään liittyvät traumaattisen stressin oireet ja oireiden määrä ovat vahva psykisen elämänlaadun ennustaja leikkauksen jälkeen. Leikkaustapa vaikuttaa osaltaan leikkauksen jälkeiseen elämänlaatuun. Toisaalta vastakkaisia tutkimustuloksia on esitetty. Säästävän leikkauksen jälkeen fyysinen toimintakyky on usein parempi kuin rinnan kokopoiston jälkeen. Lisäksi kehonkuva ja seksielämä koetaan tällöin paremmiksi. Korkea koulutustaso vaikuttaa positiivisesti leikkauksen jälkeiseen elämänlaatuun. Myös leikkauksen jälkeinen työkyky ja työssäkäynti tukevat elämänlaatua. (Kellokumpu-Lehtinen, Väisälä, Hautamäki 2003, 237-246.)

Seksuaalisuuden huomioiminen on osa hoitotyötä ja se tulisi huomioida rintasyöpäpotilaan hoitotyössä. Seksuaalisuuteen liittyvistä asioista pitäisi keskustella ennen leikkausta ja sen jälkeen. Sairaanhoidajilla on tärkeä rooli seksuaalisuudesta keskustelemisesta rintasyöpäpotilaan kanssa. Rintasyöpäpotilaat eivät aina itse kehtaa ottaa asiaa puheeksi, jolloin asiasta keskustelu jää sairaanhoidajan vastuulle. (Muurinen, 2009, 7.)

Potilaat kokivat naisellisuuden rikkoutuvan ja itsetunnon murenevan rintasyöpään sairastumisen myötä. Rinnanpoisto merkitsi minuuden ja viehättävyyden menettämistä. Muuttuneen kehon näkeminen ja siihen tottuminen vaativat pitkäaikaista sopeutumista. Hiusten lähteminen oli vaikea asia hyväksyä, sillä hiusten mukana häipyi osa identiteettiä ja sairaus tuli näkyväksi. Tutkimuksen perusteella voidaan olettaa, että juuri hiusten ja rinnan puuttuminen saa aikaan naisellisuuden katoamisen tunteen. (Leino 2011, 201.)



Sairastumisen alkuvaiheessa naisille oli tärkeitä selvittää hengissä, mutta sairausprosessin edetessä kiinnostus kehon kuvaan ja seksuaalisuuteen liittyviin asioihin lisääntyi. Tulokset osoittivat, että seksuaalisuuteen liittyviin ongelmiin ei saada riittävästi apua. Hoitohenkilöstön mukaan seksuaalisuuteen liittyvät asiat tulevat usein ajankohtaisiksi vasta syöpähoitojen loputtua. (Leino 2011, 201-202.)

Rintasyöpään sairastuminen ja sen hoidot herättävät monia seksuaalisuuteen ja naiseuteen liittyviä kysymyksiä. Seksuaalisuus on voimakkaasti ja laajasti naisen elämään liittyvä peruskysymys, jonka jokainen kokee ja toteuttaa eri tavalla ja jossa yksilölliset elämänaikana saadut kokemukset sekä elämykset ja tapahtumat vaikuttavat. Seksuaalisuuteen ja naiseuteen liittyvä kiinteästi kysymys siitä millaisessa elämäntilanteessa nainen on: elääkö parisuhteessa, onko yksinäinen, onko parisuhde tuki vai voimavarojen viejä ja elääkö yksin. (Rintasyöpä ja seksuaalisuus 2011, 32-35.)

Seksuaalisuuteen syövän yhteydessä liittyy paljon tunteita ja pelkoja: olenko enää haluttava, voinko enää nauttia seksuaalisuudesta, voinko antaa ja saada nautintoa, kestävätkö parisuhteeni, löydätkö koskaan kumppania jne. Potilas voi myös kokea itsensä oudon näköiseksi, jopa rumaksi. Uusi keho voi tuntua vieraalta. Joissakin tapauksissa koko seksuaali-identiteetti on kadoksissa, ja oma sukupuoli tuntuu kaukaiselta. Tällaiset tunteet ovat yleisiä. Tavallinen seuraus sekä sairauden aiheuttamasta kriisistä ja hoidoista että minäkuvan muutoksesta on seksuaalinen haluttomuus. Se on rintasyöpäpotilailla erittäin yleistä. Haluttomuusjakso voi kestää jopa kuukausia. Tilanne on useimmiten ohimenevä ja paluu entiseen tapahtuu itsestään. Haluttomuus on normaali ja ymmärrettävä seuraus siitä, että voimavarat tarvitaan muualla tai uusi minäkuva on muodostumatta. Haluttomuus on yleensä herkkä mittari osoittamaan ihmisen pahaa oloa. (Rintasyöpä ja seksuaalisuus 2010.)

Kehon muutokset ja sen aiheuttamat tunteet johtavat moniin portaisiin jotka nousevat yksilöllisesti sekä tavan että ajan suhteen. Alasti näyttäytyminen, rakastelu ja kosketus voivat olla tilanteita, joihin on korkea kynnyks. Naisella on oikeus itse päättää milloin, missä ja kenen kanssa askeleet askeleelta nousee.

Läheisyys, ihon kosketus ja lämpö voivat tuntua hyvältä haluttomuudesta ja muista tunteista huolimatta. Läheisyys ja hellyys tukevat parisuhdetta, lohduttavat ja ovat keino kertoa rakkaudesta. Hoito ei aiheuta minkäänlaisia rajoituksia hellyydelle ja läheisyydelle eikä rakastelulle päinvastoin ne ovat hyvä keino selviytyä, eheytyä sekä vähentää väsymystä ja masennusta. Rintasyöpä, sen sairastaminen tai hoidot eivät poista ihmisestä seksuaalisuutta, mutta ne saattavat muuttaa sen ilmentymistä ja merkitystä väliaikaisesti. (Rintasyöpä ja seksuaalisuus 2011, 32-35.)

Naisilla tavallisimpia toiminnallisia ongelmia ovat emättimen limakalvon kuivuus, yhdyntäkivut, tuntopuutokset emättimen alueella ja orgasmivaikeudet. Miehillä seksin toiminnalliset ongelmat liittyvät yleensä erektioon. Sairauden aiheuttama stressi, pelot, solunsalpaajahoidot, sädehoidot ja muut toimenpiteet sekä seksuaalinen haluttomuus voivat aiheuttaa ohimenevän erektiokyvyttömyyden. Erektiohäiriöt ovat miehillä erittäin yleinen ongelma, ja ikääntyessään jokainen mies joutuu ne jollakin tasolla kohtaamaan. Erektiohäiriöihin liittyvät pelot, tunteet ja suru ovat luonnollisia ja ymmärrettäviä asioita ja olisikin tärkeää pystyä puhumaan näistä tunteista. (Parisuhde/seksi 2010.)

## 6 TOIVOA VAHVISTAVAT AUTTAMISMENETELMÄT

### 6.1 Toivo

Toivo on ihmisen elämään voimaa antava elementti. Toivossa korostuu myönteinen tulevaisuuden näkökulma. Toivo on dynaaminen ilmiö, joka saattaa vaihdella päivänkin aikana heikosta vahvaan. ( Kylmä 2012,4.) Syöpään sairastanut panee toivonsa hoitoon. Hoidon alkaminen saa toivon heräämään. Sairastunut toivoo, että hoidoilla voitaisiin pitää sairaus hallinnassa ja estää sen leviäminen. Toivo parantaa syöpään sairastuneen elämänlaatua ja halua. Tämä ei aina tarkoita parantumista, vaan se voi olla myös kivuttomuutta, hyvää oloa ja läheisten ihmisten kanssa olemista. ( Lindvall 1997, 118-119.)

Leinon 2011, tutkimuksen mukaan toivo auttoi potilaita vahvistumaan ja selviämään rintasyövän kanssa. Toivoa luotiin myös antamalla henkilökohtaista tietoa ja osoittamalla auttavaa asennetta hoitamisessa. Potilaille merkityksellistä oli tapa, miten kohdattiin ja kuunneltiin. Potilaat aistivat ja arvostivat osoitettua läheisyyttä ja kosketusta.

Toivoa vahvistavia auttamismenetelmiä ovat reflektiiviset, toimintaa tukevat; sosiaalista toimintaa ja ympäristöä tukevat, hengelliset, pelkoa ja epävarmuutta poistavat sekä sairaudenhoito. Reflektiivisiä toivoa vahvistavia hoitotyön auttamismenetelmiä ovat keskusteleminen ja tiedonsaannin turvaaminen. Ne edellyttävät hoitajan ja potilaan välistä molemminpuolista vuorovaikutusta ja reflektointia. ( Kohonen 2004, 2.)

Toimintaa tukeviin toivoa vahvistaviin hoitotyön auttamismenetelmiin kuuluvat auttamismenetelmät, jotka edellyttävät potilaalta aktiivista toimintaa. Niitä ovat aktiivinen työskentely potilaan ja läheisten toivon ylläpitämiseksi ja vahvistamiseksi, potilaan omien resurssien hyödyntäminen, selviytymisstrategioiden vahvistaminen sekä tulevaisuuteen suuntautuminen ja tavoitteiden asettaminen. Sosiaalista toimintaa ja ympäristöä tukevia toivoa vahvistavia hoitotyön auttamismenetelmiä ovat sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen, läheisten tukeminen

ja rohkaiseminen osallistumaan hoitoon sekä vertaistuen järjestäminen potilaalle ja omaisille. (Kohonen 2004, 2.)

Potilasta kannattaa rohkaista pelkojen jakamiseen toisten kanssa. Joskus pelkojen käsittely lievittää pelkoja. Itse sairauden fyysinen hoito ja hoivaaminen lisäävät potilaan toivoa. Hänen kaikkia oireitaan hoidetaan ja pyritään takaamaan hänelle fyysinen riippumattomuus. Kivun lievittäminen ja olotilan tekeminen miellyttäväksi helpottavat potilaan tilaa. Pyritään antamaan paras mahdollinen sairauden hoito. (Kohonen 2004, 20-35.)

Aidon kiinnostuksen osoittaminen tuntuu rintasyöpäpotilaasta hyvälle ja inhimilliselle. Luottamuksellisen hoitosuhteen syntymiseen vaikuttaa, miten annamme tilaa keskustelemiselle, tunnekokemuksen jakaminen, sairaus- ja elämäntilanteen hahmottuminen yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Rintasyöpään sairastuminen on ainutlaatuinen kokemus potilaalle. Ihmisenä arvostaminen ja hyväksytyksi tuleminen muodostuvat oleellisiksi asioiksi hoitosuhteen aikana. Potilaat odottavat mahdollisuutta hoitohenkilökunnan kanssa vuorovaikutukseen ja toivovat, että heillä olisi mahdollisuus tunteiden purkamiseen. (Leino 2011, 129, 134-137.)

Potilaat kaipaavat aitoa ymmärrystä, auttamishalukkuutta ja rohkaisevien sanojen kuulemista. Potilaat odottavat ja edellyttävät, että hoitohenkilökunnalla on myös aikaa kuunnella. Kuulluksi tulemisella on vaikutus luottamuksen, toivon ja turvallisuuden tunteen kokemisella. Potilaalle on myös tärkeätä saman lääkärin hoidossa oleminen, turvallisuuden kokeminen ja omahoitajan saaminen. (Leino 2011, 134-137.)

Potilaalle annetaan mahdollisuus osallistua omaan hoitoon, toteutetaan toiveita, säilytetään henkilökohtainen tila, turvataan intimitetti ja arvostetaan potilaan yksityisyyttä. Potilaan lisäksi hoitohenkilöstö huomio perheen ensikäynnillä tai vuodeosastolle tullessa. Läheisille annetaan tietoa tulevista hoidoista potilaan suostumuksella. Läheisistä on suuri apu potilaan tukena olemisessa. (Leino 2011, 129, 148).

## 6.2 Hengellisyys

Hengellisyys voi olla merkittävä toivon lähde rintasyöpäpotilaalle. Hengellinen auttaminen ja tukeminen lisäävät potilaan toivoa. Toivoa voi myös vahvistaa se, että potilasta autetaan löytämään asioiden tarkoituksia ja syitä. Elämän arvoa kannattaa korostaa osoittamalla, että sairaus ei ole ainoa asia elämässä. Hoitaja voi hoitotyössään tukea ja vahvistaa potilaan toivoa auttamalla potilasta löytämään tarkoitus omalle elämälleen. Hoitajan kannattaa korostaa elämänarvoa osoittamalla että sairaus ei ole ainoa asia elämässä. Hengellisyyden tukeminen käytännön hoitotyössä voi merkitä myös sitä, että tuetaan rintasyöpäpotilaan uskoa ja uskonnonharjoittamista. Tarvittaessa hoitaja voi myös rukoilla potilaan kanssa ja näin tukea potilaan uskonnollisia aktiviteettejä. (Holt 2001, 1116-1125.)

Hengellisen hyvänolon tukeminen, hengellisyyden ja arvojen vahvistaminen ja potilaan auttaminen laajentamaan hengellistä tietoisuuttaan vahvistavat rintasyöpäpotilaan toivoa. Suositeltavia auttamismenetelmiä ovat hengellinen keskusteleminen puhuen potilaan tunteista, toivosta, epätoivosta ja toivottomuudesta, potilaan jokapäiväisestä elämästä, normaalista elämänrytmistä ja jokapäiväisen elämän toimintojen ylläpitämisestä. (Kohonen 2004,20, 32.)

Potilaan henkistä tilaa käsitellään potilaan ja perheenjäsenten jaksamisen ja tunteiden käsittelyn avulla. Potilasta autetaan vapautumaan perheenjäsentensä hyvinvoinnin kannattelusta ja luomaan tilaa omien tunteiden käsittelyllä ja sairauskriisin läpikäynnille. Muita henkisen tilanteen käsittelyyn liittyviä asioita ovat omaisten jaksamisen huomioiminen ja omaisten omien tarpeiden tunnistaminen. Potilasta ja omaisia rohkaistaan keskinäiseen läheisyyteen ja molemminpuolisen luottamuksen synnyttämiseen. ( Mattila 2011, 69-70.).

## 6.3 Hoidon turvallisuus

Potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) annetun lain mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon. Hänen hoitonsa on

järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.

Potilasturvallisuus on hyvän hoidon ja laadun perusta. Henkilökunnan riittävä ohjaus takaa potilaan hyvän ja turvallisen hoidon ja on osoitus laadukkaasta hoitotyöstä. Turvallisuuden tunne liittyy usein ihmisen aiempiin elämäkokemuksiin. Turvallisuus on määritetty tunteeksi, joka voidaan käsittää ihmisen olo-tilana, johon ei liity vakavaa uhkaa. Jos ihminen kokee turvallisuuden tunteen, hän kokee olonsa varmaksi oudoissa ja hankalissa tilanteissakin, kuten sairaalaympäristössä. Potilas turvallisuus tarkoittaa periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä estää potilasta vahingoittumasta ja täten se on osa potilaan laadukasta hoitoa. Potilasturvallisuus voidaan jakaa kolmeen kategoriaan, jotka ovat laiteturvallisuus, hoidon turvallisuus ja lääkehoidon turvallisuus. ( Sillanpää, 2009, 8; Sosiaali- terveysministeriön julkaisuja, 2009:3).

Potilaan ohjauksella pystytään vaikuttamaan potilaan turvallisuuden tunteeseen paljon. Potilaan kokemus hoitajan pätevyydestä ja hoitajalta saatu tieto lisäävät potilaan turvallisuuden tunnetta. Potilaan saama tieto auttaa häntä toimimaan oikein ja siten potilas voi myös edesauttaa paranemistaan. Potilasturvallisuudesta huolehtiminen onkin osa turvallista hoitotyötä. ( Leino-Kilpi 2009, 173-176.) Leinon (2011) tutkimuksen mukaan ohjauksessa tulee panostaa itsehoitovalmiuksien lisäämistä ja ohjauksen sisällön tulee olla ymmärrettävää sekä tukea kotona selviytymistä.

Potilaan on tunnettava, että hänet otetaan vakavasti ja hän saa olla päättämässä omasta elämästään. Potilaan autonomiaa, haavoittuvuutta ja koskemattomuutta tulee kunnioittaa. Tapa kohdata potilaat on erittäin merkityksellistä, sillä sairaalassa potilas on kaukana tutusta ympäristöstä. Hoitotyössä turvallisuuden tunne näkyy inhimillisenä tarpeena. Turvallisuuden tunteen luominen on sairaanhoitajalle usein haastavaa, sillä hänen tulisi pystyä omalla persoonallisuudellaan luomaan potilaassa luottamuksen ja turvallisuuden tunnetta.

(Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006. 221,226,239-242.)

### 6.3 Perhe, ystävät ja vertaistuki

Rintasyöpään sairastuminen vaikuttaa sairastuneen naisen lisäksi tämän perheeseen ja perheen sisäiset suhteet ja roolit muuttuvat sairauden myötä. Myös suhde muihin läheisiin, sukulaisiin ja ystäviin muuttuu. Perheen tärkein tehtävä on olla läsnä ja tukena sairastuneelle. (Coyne, Wollin,Creedy, Debra 2012, 124.)

Perheellä on tärkeä merkitys rintasyöpäpotilaan rinnalla kulkijana ja tukijana sairausprosessin aikana. Perhe pitää kiinni normaalissa arjessa ja yhdistää yhteenkuuluvuuden tunnetta. Toisaalta rintasyöpäpotilaat kantavat huolta perheenjäsenistään ja miettivät heidän jaksamistaan sairausprosessin aikana. Perheen selviytyminen kuoleman jälkeen huolestuttaa rintasyöpäpotilaita. (Rintasyöpä: Käypä hoito – suositus 2007.)

Naiset pelkäävät perheestä luopumista. Perheen ahdistuksen näkeminen ja pelko, ettei voi seurata lasten varttumista ja osallistumista heidän elämäänsä, lisäävät naisten ahdistusta. Naiset kaipaavat hoitohenkilöstöltä aktiivista perheen hätään tarttumista ja lasten psyykkisten jaksamisen tukemista. Lasten huomioiminen äidin sairastuessa on tärkeää. Sairaanhoidajat huomioivat osittain syöpäpotilaiden perheiden lapset, mutta eivät tukeneet syöpäpotilasta lasten tunteiden kohtaamisessa. (Leino 2011, 199.)

Leinon (2011) tutkimukseen mukaan useimmat naiset saivat vahvistaa tukea puolisoiltaan. Puolison tuki on merkittävä potilaiden psyykkiseen selviytymiseen vaikuttava tekijä. Miehen fyysisen läsnäolon ja käytännön avun on todettu olevan tärkeä kuormittavien vaiheiden aikana. Perheen läheisyydestä nauttiminen antoi voimaa jaksaa eteenpäin ja syöpäkokemukset myös yhdistivät perhettä. (Leino 2011, 209.)

Tiedon saaminen hoitohenkilöstöltä vahvistaa myös läheisten toivoa. Tiedon avulla läheiset kykenevät jäsentämään ja ymmärtämään potilaan tilannetta sekä omaa rooliaan suhteessa potilaaseen. Hoitohenkilöstön tulee ymmärtää tukea läheisiä oikealla tavalla. (Leino 2011, 210.)

Ystävien tuki on merkityksellistä sairausprosessissa. Ystävät kuuntelevat ja kannustavat lähtemään erilaisiin tapahtumiin ja ulkoilemaan sekä auttavat suunnattamaan ajatukset pois rintasyövästä. Ystävät ovat perheenkin tukena koko sairausprosessin ajan. (Rintasyöpä: Käypä hoito – suositus 2007.)

Naiset arvostavat ystäviä, jotka kulkevat vierellä ja antavat apuaan. Ystävillä on sosiaalistava vaikutus sairausprosessin aikana ja ystävälle on helpompi puhua syvimmistä tunteistaan tai seksuaalisuuteen liittyvistä asioista kuin puolisolle. Potilaita rohkaisevat sosiaaliset yhteydenotot, puhelut, kortit, kirjeet ja vierailut. Ystävät voivat antaa myös hengellistä tukea, joka ylläpitää toivoa lohduttomassa tilanteessa. (Leino 2011, 209.)

Vertaistuki koetaan hyvin tärkeänä. Vertaistuki toimii edistävänä tekijänä sairaudesta selviytymisestä. Hoitajat pyrkivät sijoittamaan rintasyöpäpotilaat samaan huoneeseen ja näin mahdollistuu vertaistuen saaminen huonesijoittelulla. Naiset tutustuvat sairaalahoidon aikana toisiinsa. Kohtalontoverin tapaamista verrataan lähisukulaisen kohtaamiseen ja saman prosessin läpikäynyt ihminen ymmärtää parhaiten omia tuntemuksiaan ja kokemuksiaan. Sairaus toimii yhdistävänä tekijänä aikaisemmin toisilleen vieraiden naisten kesken. (Leino 2011, 134,210.)

Vertaistukea voi hakea myös rintasyöpäpotilaille tarkoitetuista vertaistukiryhmistä sekä internetin keskusteluryhmistä. Rintasyöpäpotilaat kokevat, että muillakin syöpään sairastuneilla tunteet ovat samanlaisia kuin heillä itsellään. Vertaistuki antaa voimia jaksamiseen ja uskoa paranemisesta. (Rintasyöpä:Käypähoito – suositus 2007.)

Vertaistuessa voimaannuttavia tekijöitä ovat vuorovaikutuksessa oleminen ja yhteyteen kuuluminen. Vuorovaikutuksessa oleminen on keskinäisen välittämisen osoittamista, puhumalla jakamista, sairaushistorian tarkastelua ja arjenelämässä tukemista. Voimaantuminen ilmeni tilan löytämisenä omille kokemuksille ja tunteille sekä uskona omiin mahdollisuuksiin ja tulevaisuuteen. Sen seurauksena lisääntyvät itsevarmuus, elämänhallinta ja toivo tulevaisuuteen. ( Jantunen 2008, 85-86.)



## 7 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

### 7.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Vaihtoehto ammattikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle on tuotokseen perustuva opinnäytetyö. Tuotokseen painottuva opinnäytetyön tarkoitus on käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen ja toiminnan järjestäminen. Tuotos voi olla ammatilliseen käyttöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opas. Hyvä opinnäytetyön aihe nousee koulutusohjelman opinnoista ja sen avulla pystyy syventämään tietojaan jostakin itseään kiinnostavasta aiheesta. Kohderyhmän valinta on myös tärkeää opinnäytetyötä suunniteltaessa. Tarkkaan määritetty kohderyhmä rajaa työtä siten, ettei työstä tule liian laaja. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9, 16, 40 & 51.)

Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tekemisen prosessi alkaa aiheen valinnasta ja ideoinnista. Opinnäytetyön prosessin tulee kehittää ja syventää opinnäytetyön tekijän ammatillista osaamista. Hyvän tuotoksellisen opinnäytetyön piirteitä on se, että tuotos vastaa työelämästä lähtöisin oleviin tarpeisiin. (Vilkkä & Airaksinen, 2003, 16,23.)

Tuotoksellisen opinnäytetyöhön kuuluu raportin lisäksi tuotos joka on usein kirjallinen. Tuotoksen lisäksi opinnäytetyössä opiskelijan tulee osoittaa osaavansa yhdistää teoreettisen tiedon ammatillisen käytön. Tuotoksen teksti on usein erilaista kuin itse raportissa, se puhuttelee kohde- ja käyttäjäryhmää ja on tyyllillisesti vapaampaa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä kooste rintasyöpäpotilaan kirurgisesta hoitopolusta, tuen tarpeesta ja auttamismenetelmistä hoitopolun eri vaiheissa. Tämän opinnäytetyön menetelmäksi on valittu tuotokseen painottuva opinnäytetyö. Olimme itse kiinnostuneita tekemään jotain konkreettista, mikä tuki päätöstämme tehdä tuotokseen painottuvan opinnäytetyö. Opinnäytetyön aiheena on rintasyöpäpotilas kirurgisella hoitopolulla ja selviytymisen tukeminen. Teoreettisen tiedon pohjalta teimme koosteen, mihin on koottu rintasyöpäpotilaan kirurginen hoitopolku sekä niitä asioita, miten sairastuminen vaikuttaa naisen elämään. Teimme koosteen hoitotyötä varten. Teoriaosuudessa olemme

keskittyneet käsittelemään rintasyöpäpotilaan kirurgista hoitopolkua, potilaan tunteista ja auttamismenetelmistä. Potilaan kirurgisen hoitopolun aikana hoitajien pitäisi arvioida potilaiden tuen tarvetta yksilöllisesti

## **7.2 Opinnäytetyön toteuttaminen vaiheittain**

Opinnäytetyön prosessi käynnistyi keväällä 2012 aiheen valinnalla ja aineiston keruulla. Opinnäytetyön ensimmäisen suunnitelman esitimme ideaseminaarissa keväällä 2012. Lopullisen suunnitelman saimme valmiiksi syksyllä 2012. Saamamme palautteen perusteella lähdimme rakentamaan opinnäytetyömme sisältöä. Syksyllä 2012 haimme lisää teoreettista tietoa työhömmme väitöskirjoista, hoitoalan ammattikirjallisuudesta, internetistä ja Oma-kirjastotietokannasta. Haastattelimme asiantuntijahoitajaa rintasyöpäpotilaan leikkausta ennen tapahtuvaa prekäyntiä koskien. Teoria-osuutta varten aineistoa oli runsaasti saatavilla ja haastavaksi teoreettisen osion suunnittelemisen teki myös se, kuinka rajata aihe.

Meillä ei ollut opinnäytetyön tekemisessä varsinaista aikataulua, pääosin etenimme opinnäytetyön seminaarien mukaisesti. Syyslukukauden harjoittelujaksoista johtuen meidän oli vaikeata järjestää yhteistä aikaa opinnäytetyön teoria-osuuden hiomiseen ja kirjoittamiseen. Tämän vuoden alusta olemme tehneet opinnäytetyötä ahkerasti ja säännöllisesti. Työ tehtiin yhdessä ja se näkyi työn laadussa, keskustelimme aiheesta ja arvioiden valitsimme mitä asioita halusimme tuoda esille. Näkemyksemme työhön liittyvistä asioista olivat yhteneviä. Keskinäinen yhteistyö opinnäytetyön parissa sujui ongelmitta läpi prosessin. Olemme myös käyneet opinnäytetyön ohjauksessa ohjaavan opettajan luona, jolta olemme saaneet neuvoja opinnäytetyömme tekemiseen.

Keskityimme työssämme vain naisten rintasyöpään, sen hoitoon ja naisten kokemuksiin. Siitä miten miehet kokevat rintasyövän, ei ollut tietoa saatavilla. Opinnäytetyömme rajasimme kirurgisen hoitopolun selvittämiseen, koska opinnäytetyöstä olisi muuten tullut liian laaja.

Vaikeuksia opinnäytetyön tekemisessä oli rungon jäsentelemisessä. Lopulliseen muotoon päädyimme vasta prosessin viime hetkillä. Haasteellista teoreettisen osion suunnittelemisesta teki myös se, kuinka rajata aihe. Lopulliseen teoreettiseen lähtökohtaan päädyttyä, teoreettisesta osiosta tuli selkeämpi ja johdonmukaisempi.

### 7.3 Tuotos

Opinnäytetyön ensisijaisia kriteereitä ovat kuitenkin tuotoksen muoto, käytettävyys kohderyhmässä ja käyttöympäristössä, asiasisällön sopivuus kohderyhmälle, tuotoksen houkutelavuus, informatiivisuus, selkeys ja johdonmukaisuus. Ohjeistusten, oppaiden, käsikirjojen sekä tietopakettien kohdalla on lähdekritiikki erityisessä asemassa. (Vilka & Airaksinen 2003, 53.)

Koosteen lukemista helpottaa, kun kirjasintyyppi valitaan niin, että kirjaimet erottuvat toisistaan. Tekstin ymmärtämistä helpottaa, kun kirjoitetaan yleiskieltä. Sairaalaslangeja ja monimutkaisia lauseita on vältettävä. (Torkkola ym. 2002, 59.) Valitsimme kirjasin tyyppiä Arial, koska koko opinnäytetyö on tehty samalla kirjasintyyppillä. Arial on selkeä ja helppolukuinen. Kirjasinkooksi otsikossa valitsimme Arial 12 lihavoituna, väliotsikot Arial 9 lihavoituna ja teksti laatikoissa ja ympyröissä Arial 10. oska tuolloin kirjoitettu teksti tulee selkeästi esille. Koosteja on kirjoitettu yleiskielellä ja se on helposti ymmärrettävä. Koosteessa käytimme apuna kuvia, jotka helpottavat asiayhteyksiä ja kooste näyttää mielenkiintoiselta. Koosteessa kerromme kirurgisen hoitopolun teoria-osuudesta yhteenvedon.

Teimme opinnäytetyön liitteeksi yksisivuisen koosteen hoitotyöhön. Olemme itse tehneet ja suunnitelleet koosteen, emmekä käyttäneet mitään valmista pohjaa. Kooste on yhteenvedo teoriaosuudesta kerätystä tiedosta, rintasyöpöpotilaan kirurgisesta hoitopolusta ja miten rintasyöpään sairastuminen vaikuttaa potilaan henkisen, fyysisen ja sosiaalisen tuen tarpeisiin. Hoitaja on potilaan vierellä kulkija ja potilaan emotionaalinen tukeminen on yksi tärkeä osa potilaan selviytymistä. Tiedollinen tuki muuttuu emotionaaliseksi kun potilas saa yksilöllistä, potilasta arvostavaa ja kunnioittavaa hoitoa. Myös potilaan perhe, omaiset ovat osana rintasyöpöpotilaan hoitoa ja heidät tulee huomioida hoitopolulla.

## 8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata rintasyöpäpotilaan kirurginen hoitopolku ja emotionaalisen tuen tarve hoitopolulla. Tässä työssä kuvattu hoitopolku vastaa luettua teoretietoa aiheesta. Rintasyöpäpotilaan psyykkisen tuen tarpeen merkitys nousee esille luetuissa tutkimuksissa samoin kuin tässä työssä kuvatussa hoitopolussa. Potilaan tarve keskustella hoitajan kanssa on suuri, mutta resursseja tähän on yleensä hyvin vähän, lyhyestä hoitajaksosta johtuen. Rintasyöpä aiheuttaa naisille myös minäkuvan muutoksen ja siihen sopeutuminen vaatii aikaa. Hoitosuhteessa tulee kiinnittää huomiota naisellisuuden tukemiseen ja auttaa rintasyöpäpotilaita näkemään ulkoisesti muuttuneesta olemuksesta huolimatta naisellisuus ja antaa toivoa sisäisen minäkuvan korjaantumisesta. (Leino 2011, 218).

Opinnäytetyömme aiheesta opimme rintasyöpäpotilaan kokonaisvaltaista hoitoa potilaan kirurgisella hoitopolulla ja uskoimme sen hyödyttävän tulevaa uraamme ammattitaitoisina sairaanhoitajina. Opinnäytetyötä tehdessämme olemme itse oppineet ja saaneet tietoa niistä asioista, mitä rintasyöpäpotilaan kirurgiseen hoitopolkuun sisältyy ja millaista tukea potilas tarvitsee. Olemme oppineet potilaan ja perheenjäsenten tuen tarpeen tunnistamista. Olemme kasvaneet ammatillisesti kohti sairaanhoitajuutta opinnäytetyön prosessin mukana. Olemme valmiimpia kohtaamaan potilas, jolla on todettu jokin vakava sairaus. Potilaat odottavat hoitajan aloittavan keskustelun vaikeista asioista. Olemme oppineet myös kirurgisen potilaan hoitopolun eri vaiheet. Toivomme, että työstämme ja tuotoksestamme olisi hyötyä myös rintasyöpäpotilaita hoitaville hoitajille ja sairaanhoitajaopiskelijoille kohdata potilas ja osata hoitaa potilasta kokonaisvaltaisesti

Oppimisprosessimme sisälsi tehokasta ja luotettavaa tiedonhakuja, tutkimuksien hyödyntämistä sekä tekstin tuottamista. Saimme hyvän käsityksen kuinka opinnäytetyön prosessi etenee. Opinnäytetyön tekeminen on opettanut tuntemaan myös itseämme kuinka voimme omalla toiminnallamme ja tuella edistää lähimmäisten hyvinvointia. Tämä ajatus on ohjannut meitä opinnäytetyömme aiheen valintaan.

## 8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Plagiointi on ajatusten tai ideoiden anastamista: tutkimuksen saralla se on toisen tutkijan ajatusten, ilmaisujen tai tulosten esittämistä omilla nimissään vastoin tutkimuksen eettisiä pelisääntöjä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 78.)

Hyvä tieteellinen käytäntö myös edellyttää, että tutkijan on toimittava vilpittömästi ja rehellisesti toisia tutkijoita kohtaan. Toisten tutkijoiden saavutusten ottaminen huomioon osoitetaan tarkoin lähdeviitteiden tekstissä. Hyvään eettiseen tapaan opinnäytetyötä tehdessä kuuluu lähdeviitteiden merkitseminen asianmukaisesti ja tunnollisesti. (Vilkkä 2007, 30.) Tutkimustulokset esitetään sellaisina kuin ne ovat eikä yleistyksiä tehdä ilman perusteita. Olemme omassa opinnäytetyössämme merkinneet lähdeviitteet tekstiin selkeästi siten, että lukijalle käy ilmi tekstin alkuperäinen kirjoittaja. Luotettavuutta opinnäytetyössämme lisää se, että lukijan on mahdollista tarkistaa lähteiden paikkansapitävyys niiden alkuperäisistä lähteistä.

Riippumatta siitä, onko opinnäytetyö menetelmältään tutkimuksellinen vai toiminnallinen, on työ toteutettava tutkimuseettisiä ohjeita ja sääntöjä noudattaen. Kun kirjallisuutta ja tutkimuksia tutkitaan, ei tule vastaan eettistä ongelmaa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125). Luotettavuudella tarkoitetaan sitä miten hyvin tutkimus tai työ kuvaa tutkittua aihetta.

Työmme on tuotoksellinen ja kaikki tieto perustuu lähteisiin. Olemme tehneet kritiikkiä lähteiden suhteen tarkastelemalla lähteiden ikää. Olemme valinneet lähteiksemme suurelta osin mahdollisimman tuoreet tutkimukset aiheesta ja tutkimukset ovat tunnettujen tekijöiden tekemiä. Saimme työhömme kaksi melko uutta tutkimusta aiheesta. Lisäksi olemme käyttäneet koulussa käytettäviä ammatillisia oppikirjoja, Internet-lähteitä ja teimme yhden haastattelun.

## 8.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimukset

Rintasyöpään sairastuminen vaikuttaa monella tavalla naisen elämään. Terveestä naisesta tulee yhtäkkiä vakavasti sairas ja sairastumisen jälkeen nainen elää sairauden ehdolla. Sairastuminen aiheuttaa aina jonkinasteisen kriisin ja aiheuttaa kuolemanpelkoa. Potilas kokee minäkuvan ja naisen kuvan muutoksen, persoonallisuus katoaa ja nainen tuntee olonsa erilaiseksi kuin ennen sairastumista. Rintasyöpäpotilaat kokevat helpommaksi puhua sairauden merkityksestä naisen elämään liittyvistä asioista hoitajien kuin lääkäreiden kanssa. (Leino 2011, 30, 54.)

Rintasyöpään sairastuu eri-ikäisiä ja erilaisissa elämäntilanteissa olevia naisia ja siksi potilaiden tuen tarve vaihtelee. Pienten lasten äidit tarvitsevat erilaista tukea kuin vanhemmat naiset. Oman sairautensa lisäksi potilaat ovat huolissaan myös perheenjäsentensä selviytymisestä ja tarvitsevat tukea parisuhteen ylläpitämiseen sekä perheen ja erityisesti lasten reaktioiden, tunteiden ja kysymysten käsittelyyn.

Tänä päivänä, kun hoitajakset ovat lyhyitä, (potilas kotiutuu yleensä leikkauksen jälkeisenä päivänä), tuo haastetta hoitotyöhön kohdata rintasyöpäpotilas, arvioida potilaan tuen tarvetta ja suunnitella hoitotyötä uudelleen. Mielestämme yksilövastuisessa hoitotyössä, jossa omahoitaja koordinoi hoitoa koko hoitajakson ajan, ottaa vastuun potilaan hoidosta ja toteuttaa yksilövastuista hoitotyötä on mahdollista saavuttaa potilaan paras. Potilasta hoidetaan kokonaisvaltaisesti ja potilas huomioidaan aktiivisena ja ainutlaatuisena yksilönä, ja hänen tarpeensa ovat hoitotyön lähtökohta.

Omahoitajuus edistää potilaan selviytymistä, koska omahoitaja tutustuu potilaaseen, hänen taustaansa ja tarpeisiinsa, ja antaa ja välittää emotionaalista ja tiedollista tukea. Vuorovaikutuksen avulla annettu ohjaus helpottaa syöpäpotilaan sopeutumista ja ohjauksen merkitys korostuu potilaan voimavarojen löytymisessä. Perheenjäsenet, omaiset ja läheiset huomioidaan myös hoidossa luotamuksellisesti ja tasa-arvoisesti. Hoitohenkilöstön määrä täytyy olla myös oikein mitoitettu, että hoitajilla on riittävästi aikaa toteuttaa omahoitajuutta.

Leinon (2011) tutkimuksen mukaan tiedon saaminen rauhoittaa epätietoista potilasta ja toimii psyykkisenä tukena. Rintasyöpäpotilaille on mahdollisuus eheytyä erityisesti hoitohenkilöstön antaman tiedollisen tuen avulla. Ohjauksessa tulee panostaa itsehoitovalmiuksien lisäämiseen. Potilas tarvitsee rehellistä, avointa, selkeäkielistä ja ymmärrettävää tietoa sairaudestaan, hoidoista ja taudin ennusteesta. Lisäksi on tärkeää vastata potilaiden ja perheenjäsenten kysymyksiin. Ilman riittävää tiedonsaantia ei psyykinen sopeutuminen pääse käynnistymään. Tosiasiat tulee kertoa mitään kaunistelematta. Keskustelemalla, olemalla aidosti läsnä sekä nähdä hiljaisuuden taakse, auttaa hoitajaa arvioimaan potilaan tarpeita.

Rintasyöpään sairastuneet saavat tukea hoitohenkilöstön lisäksi omaisilta ja läheisiltä. Vertaistuki ja erilaiset tukiryhmät ovat sosiaalisen tuen lähteitä. Myös kolmannen sektorin esimerkiksi syöpäjärjestöjen kautta potilaat saavat tarvittaessa luotettavaa tietoa ja keskusteluapua. Tulevaisuudessa kolmannen sektorin merkitys korostuu. Nykyään potilaille on erilaisia blogeja ja keskusteluryhmiä myös netissä. Potilaat hakevat tietoa sairaudestaan myös internetin kautta, ja tiedonhallinnan tukimenetelmät potilaan hoidossa tulevat varmaankin lisääntymään.

Jatkotutkimusaiheeksi ehdotamme, että joku tekisi haastattelututkimuksen rintasyöpäleikkauksessa olleille potilaille ja selvittäisi millaista tukea potilaat ovat saaneet ja onko tuki ollut riittävää? Miten saatu tuki on auttanut selviytymisessä? Milloin on paras ajankohta saada tukea? Millaista tukea potilaat kaipaavat?

**LÄHTEET:**

Ahonen, O., Blek- Vehkaluoto. M., Ekola.S., Partamies. S., Sulosaari. V., Uski-Tallqvist. T. Kliininen hoitotyö 2012. Sanoma Pro Oy.

Annala, P.2009. Rintasyöpäpotilaiden krooninen kipu leikkauksen jälkeen. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim.

Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2006. Sairaanhoido- ja huolenpito. Helsinki: WSOY.

Coyne, E., Wollin, J., Creedy, D. 2012. Exploration of the family`s role and strengths after young woman is diagnosed with breast cancer: views of women and their families. *European Journal of Oncology Nursing* 16 (2). 124.

Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki:WSOY pro.

Hankela,S.1999. Intraoperatiivinen hoitotyö. Empiiriseen aineistoon perustuvan teorian kehittäminen. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Henselmans, I., Fleeer, J., de Vries, J.,Baas PC, Sanderman, R., Ranchor AV 2010. The adaptive effect of personal control when facing breast cancer: cognitive and behavioural mediators. *Psychol Health* Nov;25(9):1023-40.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H., & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Holt, J. 2000. Exploration of the concept of hope in the Dominican Republic. *Journal of Advanced Nursing* 32; 1116-1125.

Jantunen, E. 2008. Osalliseksi tuleminen – masentuneiden vertaistukea jäsentävä substantiivinen teoria. Tampereen Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Lisensiaatin tutkimus. Tampere: Diakonia ammattikorkeakoulu.

Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenhunen, M. 2007. Syöpätaudit. Duodecim. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy.

Kalso,E., Haanpää,M. & Vainio, A.2009.Kipu.Keuruu:Duodecim.

Kassara, H., Paloposki, S.,Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L.& Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.

Kaunonen, Nevalainen & Åstedt-Kurki 2007. Syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saama tiedollinen tuki polikliinisessä hoidossa. *Hoitotiede*, vol.19 no.4, 192-207

Kellokumpu-Lehtinen, P., Väisälä,L. & Hautamäki, K. 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. *Duodecim* 2003 ;119 (3): 237-246



- Keskinen, P. 2008. Hyvä kotiutuminen terveystieteiden keskeisistä sairaalasta- katkeamaton hoitoketju. Stadia Helsingin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Kohonen, M. 2004. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.
- Kuusela, U sairaanhoitaja. 2012. Haastattelu 1.8.2012. Haastattelija Katoperä, E., Pietilä, A. Tampere. Hatanpään sairaala.
- Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (toim.) 2006. Hoitotyön perusteet. Helsinki: Edita.
- Kylmä, J. 2012. Toivo elämän voimana. Rinnakkain. Rintasyöpäyhdistys Europa Donna Finland ry:n tiedostuslehti 2/2012, 4-5.
- Kääriäinen, A-M. 2008. Rintasyöpää sairastavien naisten elämänhallinta. Haastattelututkimus elämänhallinnan kokemuksesta. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun Yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Akateeminen väitöskirja.
- Leikkaushoito. 2011. Rintasyöpäpotilaan opas. Suomen syöpäpotilaat. 2.painos. Redfina Oy.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. Luettu 14.12.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Leino, K. 2011. Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä. Tampereen Yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. WSOY: Porvoo.
- Lindvall, L. 1997. Syöpään sairastuneen kokemuksia toivosta ja toivottomuudesta. Fenomenologinen tutkimus sytostaattihoidon saavien syöpäpotilaiden toivon ja toivottomuuden kokemuksista. Oulun Yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Mandelblatt, J. 2003. Outcomes and quality of life following breast cancer treatment in older women: When, Why, how much and what so women want? Health and quality of life outcomes. 855-863.
- Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampereen Yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja.
- Miesten rintasyöpä – haasteellinen harvinaisuus. 2010. Syöpäjärjestöt. Luettu 18.1.2013. <http://www.rintasyopa.fi/artikkelit/>
- Muurinen, K. 2009. Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia elämästä syövän kanssa liitännäishoidon aikana. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

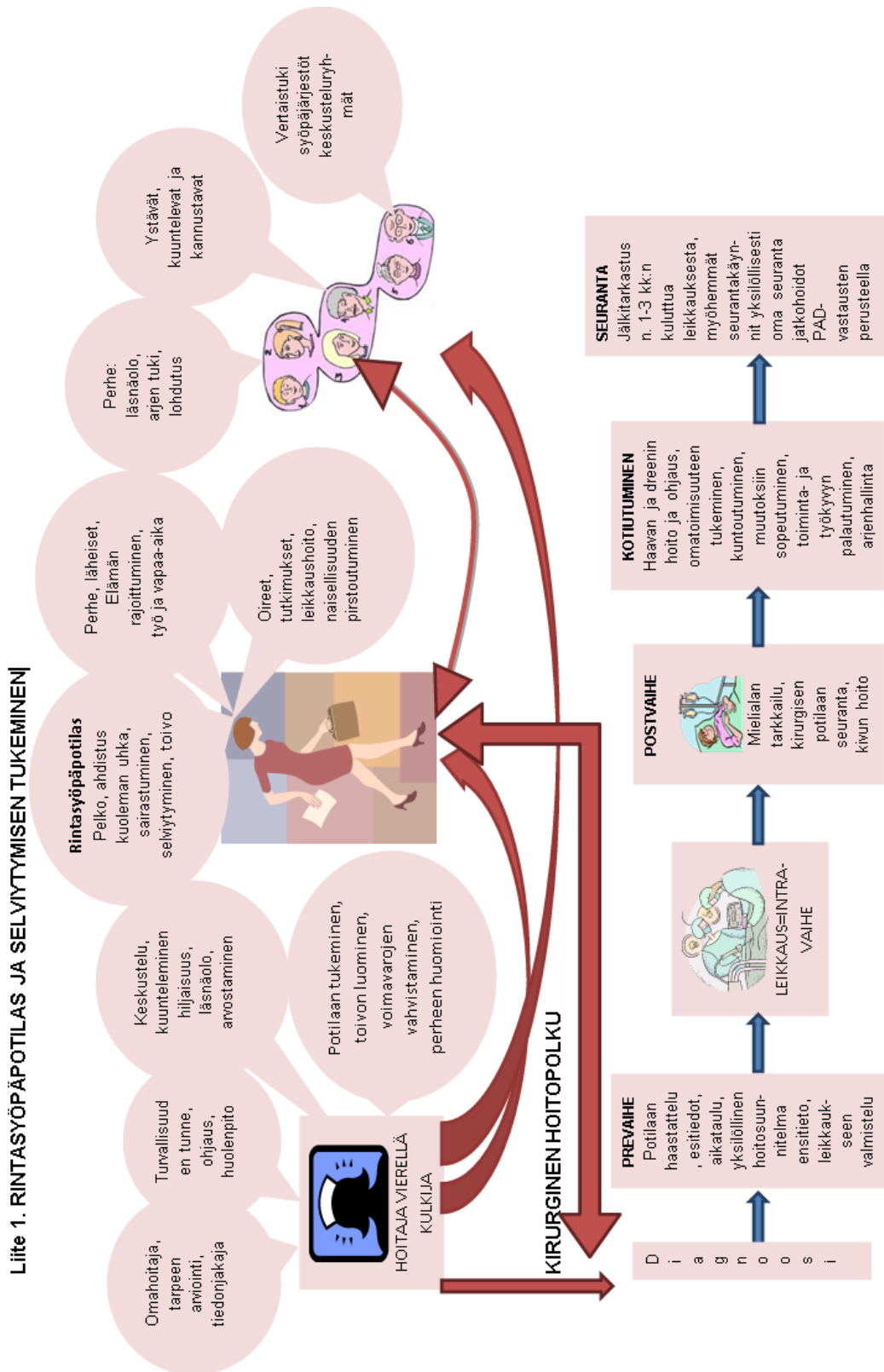
- Mäkinen, H., Möttönen, H. 2010. Potilasohje rintasyöpäleikkaukseen tulevalle naiselle leikkaussali- ja heräämöhoidosta. Hoitotyön koulutusohjelma. Kajaanin Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Parisuhde/seksi. 2010. Syöpäjärjestöt. Luettu 16.1.2013.  
<http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/parisuhde/seksi>
- Rintasyöpä. 2007. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Rintasyöpäryhmä ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 17.1.2013. <http://www.kaypahoito.fi>
- Rintasyöpäpotilaan kivunhoito. 2010. Luettu 16.1.2013.  
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/rintasyopapotilaankivunhoito>
- Rintasyöpä. 2010. Syöpäjärjestöt. Luettu 16.1.2013.  
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/>
- Rintasyöpä ja kuntoutuminen. 2010. Syöpäjärjestöt. Luettu 16.1.2013.  
<http://www.cancer.fi/rintasyopajakuntoutuminen>
- Rintasyöpä ja seksuaalisuus. 2011. Rintasyöpäpotilaan opas. Suomen syöpäpotilaat. 2. painos. Redfina Oy.
- Rintasyöpä/seuranta. 2010. Syöpäjärjestöt. Luettu 16.1.2013.  
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/rintasyopa/seuranta>
- Saari, S. 2009. Hädän hetkellä- psyykkisen ensiavun opas. Helsinki. Duodecim. Sillanpää, 2009,3; Sosiaali- terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja, 2009:3. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. 2.p. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia. 2009-2103. Helsinki. Yliopistopaino
- Soikkeli, M. Rintasyöpäpotilaan kirurginen hoitoprosessi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja. Hoitotyön koulutusohjelma. Saimaan Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Suomen syöpärekisteri. 2009. Syöpäjärjestöt. Luettu 14.4.2012  
<http://www.cancer.fi/suomensyopajarjestot>
- Syöpäkivun hoito. 2008. Luettu 16.1.2013. <http://www.tohtori.fi>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Viitamäki, R. 1996. Päiväkirurginen hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki. Tammi.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki. Tammi.
- Vuorinen, E. & Järvinen, V. 2005. Syöpäkipulääkkeiden hintapolitiikka on epäeettistä. Lääkärilehti. 60;41.

## LIITTEET

Liite 1. Tuotos

Liite 2. Taulukko

## Liite 1. TUOTOS



## Liite 2. Taulukko

Tutkimuksen tekijä ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
<p>Kohonen 2004</p> <p>Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät -metasysteesi kirjallisuudesta ja tutkimuksista</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata toivoa vahvistavia auttamismenetelmiä hoitotieteellisten julkaisujen avulla</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata toivoa vahvistavia auttamismenetelmiä hoitotieteellisten julkaisujen avulla</p>	<p>Tuloksia voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä, opetuksessa ja tutkimuksessa. Kun käytetään mainittuja auttamismenetelmiä, toteutetaan näyttöön perustavaa hoitotyötä, koska auttamismenetelmät ovat koottu tutkimustuloksista.</p>
<p>Kääriäinen 2008</p> <p>Rintasyöpää sairastavien naisten elämänhallinnan kokemuksesta</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata rintasyöpää sairastavien kokemusta elämänhallinnasta ja elämänhallintaa edistävästä ja heikentävistä tekijöistä</p>	<p>Teemahaastattelu, 16 tiedonantajan erään sairaanhoitopiirin yhdeltä sairaanhoitoalueelta. Analyysi sisällönanalyysin menetelmällä</p>	<p>Tuloksia voidaan hyödyntää hoidon ja moniammatilliseen yhteistyöhön perustuvan hoitotyön kehittämisessä. Tulosten perusteella voidaan osaltaan arvioida ja kehittää rintasyöpään sairastuneiden elämänhallintaa tukevia interventioita</p>

<p>Leino 2011</p> <p>Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä</p>	<p>Kehittää substantiivinen teoria rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana erikoissairaanhoidossa</p>	<p>Laadullinen pitkästä tutkimus</p> <p>Grounded-teoria (n=25) naista. Aineistona käytettiin potilaiden päiväkirjoja (n=21). Hoitajien ja lääkäreiden ryhmähaastatteluja.</p>	<p>Tuloksista muodostui kolmiosainen teoria ja sitä täydentävät ja sitä jäsentävät ulottuvuudet ovat tuen tarve, tuki hoitoprosessin aikana, ja itsessä tapahtuva prosessi läpikäymiseen</p>
<p>Mattila 2011</p> <p>Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana</p>	<p>Muodostaa teoreettinen malli potilaan ja perheenjäsenen emotionaalisesta ja tiedollisesta tuesta sairaalahoidon aikana</p>	<p>Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaisesti kootusta ja analysoidusta aikaisemmasta kirjallisuudesta (n=31).. Sairaanhoidajien 2kpl ryhmähaastattelusta n=11 sekä kirjoitelmista n=25. 3kpl potilaiden ryhmähaastattelulla (n=9) sekä kyselylomakkeella (n=731).Perheenjäsenten 1kpl ryhmähaastattelulla n=2, yksilöhaastattelulla n=5. Kyselylomake ( n=353)</p>	<p>Tulokset osoittavat, että tukimenetelmät vaikuttivat positiivisesti perheenjäsenten välisiin suhteisiin, henkiseen hyvinvointiin sekä hoitotaitoihin. Tuella oli myös positiivisia ja negatiivisia vaikutuksia hoitosuhteen vakautumiseen, henkiseen tasapainoon, terveytyksen kokemuksen syntymiseen, luottamukseen ja hoidossa mukana olemiseen.</p>