

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Anne Eskelinen
Virpi Hiltunen

RINTASYÖPÄLEIKKAUKSEN JÄLKEINEN SEROOMA
– Potilasohje tunnistamiseen ja omaseurantaan

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2014



OPINNÄYTETYÖ
Huhtikuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijät
Anne Eskelinen, Virpi Hiltunen

Nimeke
RINTASYÖPÄLEIKKAUKSEN JÄLKEINEN SEROOMA
– Potilasohje tunnistamiseen ja omaseurantaan

Toimeksiantaja
Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä,
kirurgian ja naistentautien osasto 1G

Tiivistelmä

Rintasyöpäleikkauksen jälkeen potilailla on riski komplikaatioihin, jotka saattavat ilmaantua vasta potilaan kotiutumisen jälkeen. Serooma on yleisin rintasyöpäkirurgisten hoito- toimenpiteiden viivästynyt komplikaatio ja se on määritelty kudostenesteeseen kertymäksi haavaonteloon. Nykyään ainoa tehokas serooman hoitokeino on ihon läpi tapahtuva punktoiminen. Serooman riski on suuri, jos potilaalta on poistettu leikkauksessa rinta ja/tai kainalon imusolmukkeita. Leikkauspotilaat kotiutuvat nykyisin yhä aikaisemmassa vaiheessa, minkä takia potilasohjauksen ja potilaille annettavien ohjeiden merkitys on korostunut.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää rintasyöpäleikatun potilaan seroomaohjausta tuottamalla potilasohje serooman tunnistamiseen ja omaseurantaan. Potilasohje tehtiin sähköiseen muotoon, jotta tietojen päivittäminen, ohjeen muokkaaminen ja tulostaminen olisi helppoa.

Potilasohjeessa määritellään serooman oireita, ohjeistetaan omaseurannan toteuttamisesta sekä kerrotaan serooman hoidosta punktoimalla. Potilasohjetta voidaan käyttää suullisen seroomaohjauksen tukena. Jatkossa ohjetta voisi kehittää tekemällä siitä esimerkiksi englanninkielisen version, tai opetusvideon serooman omaseurantaan.

Kieli
suomi

Sivuja 47
Liitteet 4
Liitesivumäärä 7

Asiasanat
serooma, rintasyöpä, postoperatiiviset komplikaatiot, potilasohjaus, potilasohje, omaseuranta



THESIS
April 2014
Degree Programme in Nursing
Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 50 405 4816

Authors

Anne Eskelinen, Virpi Hiltunen

Title

SEROMA FORMATION AFTER BREAST CANCER SURGERY
– Patient Instructions for Recognition and Following Up at Home

Commissioned by

The Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia, Surgical and Gynecological Diseases Ward 1G

Abstract

There is risk of complications after breast cancer surgery that might appear after patient discharge. Seroma is the most common delayed complication of breast cancer surgery and it is defined as a collection of lymphatic fluid in wound cavity. The current treatment of seroma formation is puncture through the skin. The risk of seroma is high when the patient's breast or/and axillary lymph nodes have been surgically removed. The present trend of early patient discharge has highlighted the importance of patient guidance and instructions.

The aim of this thesis was to improve seroma guidance by creating patient instructions for patients who have gone through the breast cancer surgery. With the instruction, patients can recognize the symptoms of seroma and observe the wound in case of seroma formation. The product has been made in electronic form, thus it can be updated, edited and printed effortlessly.

The patient instructions describes the symptoms and treatment of seroma formation, and also advises how to observe the wound. Instructions can be used to support verbal patient guidance. A future improvement of seroma instruction could be to make an English version of the instructions or by making an educational video about self-observation of seroma.

Language
Finnish

Pages 47
Appendices 4
Pages of Appendices 7

Keywords

seroma, breast cancer, postoperative complications, patient guidance, patient instruction, self- observation

Sisältö

1	Johdanto.....	5
2	Rintasyöpä.....	6
2.1	Rintasyövän yleisyys, hoito ja rintasyöpätyypit	6
2.2	Rintasyövän leikkaushoito	7
2.3	Leikkauksen jälkeiset komplikaatiot	9
2.4	Imukudoksen ja imutiejärjestelmän merkitys syövän levinneisyydelle ja serooman muodostumiseen.....	9
3	Serooma	12
3.1	Serooman syntyyn vaikuttavat tekijät.....	12
3.2	Serooman ennaltaehkäisy ja hoito	14
3.3	Serooman haittavaikutukset.....	17
4	Serooman omaseuranta kotona.....	18
4.1	Haavan paranemisen vaiheet	18
4.2	Puhtaus.....	19
4.3	Kipulääkitys.....	20
4.4	Liikunta kotona.....	21
5	Potilasohjaus.....	22
5.1	Potilaan ohjaaminen omahoitoon.....	22
5.2	Syöpäpotilaan ohjauksen erityispiirteitä	24
5.3	Potilaan motivointi haavan hoitoon	25
5.4	Kirjallinen potilasohje	26
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä.....	29
7	Opinnäytetyön toteutus	30
7.1	Toiminnallisen opinnäytetyön lähtökohdat	30
7.2	Opinnäytetyön suunnittelu	30
7.3	Potilasohjeen toteutus.....	31
7.4	Potilasohjeen arviointi	33
7.5	Opinnäytetyön päiväkirja.....	34
8	Pohdinta.....	34
8.1	Opinnäytetyön tarkastelu	34
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	36
8.3	Asiantuntijuus ja ammatillinen kasvu	38
8.4	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehitysmahdollisuudet.....	39
	Lähteet.....	41

Liitteet

Liite 1	Ammattisanasto
Liite 2	Kuvat rinnan anatomiasta ja seroomasta
Liite 3	Opinnäytetyön toimeksiantosopimus
Liite 4	Potilasohje

1 Johdanto

Rintasyöpä (cancer mammae) on naisten yleisin syöpä maailmassa. Nykyään 23 prosenttia kaikista naisten syöivistä on rintasyöpiä. Suomessa rintasyövän ilmaantuvuus on muiden Pohjoismaiden ohella yksi mailman korkeimmista, sillä noin joka yhdeksäs nainen sairastuu rintasyöpään jossain vaiheessa elämäänsä. (Joensuu 2013, 6.) Vuosina 2007–2009 rintasyöpään sairastuneiden suhteellinen viisivuotiselossaololuku Suomessa oli 89 prosenttia normaaliväestöön verrattuna (Suomen syöpärekisteri 2014). Erittäin hyvästä ennusteesta huolimatta rintasyöpä aiheuttaa edelleen suurimman osan naisten syöpäkuolleisuudesta (Jahkola, Leidenius & Von Smitten 2010, 772).

Rintasyövän hoidossa käytetään lääkehoitoa, sädehoitoja ja leikkausta. Rintasyövän kirurgisella hoidolla tarkoitetaan joko rinnan poistoa eli mastektomiaa, tai rintarauhasta säästävää leikkausta eli resektiota. (Heikkilä 2012, 880.) Rintasyövän leikkaushoidon tarkoitus on poistaa kasvain ja mahdolliset kainalon etäpesäkkeet (Jahkola, Joukainen & Leidenius 2013, 21). Kirurgisten hoitotoimenpiteiden yhteydessä potilaalla on riski komplikaatioihin joko toimenpiteen aikana, tai toimenpiteen jälkeen. Imunesteen kertymä, eli serooma on yksi tavallisimmista kirurgisten hoitotoimenpiteiden viivästyneistä komplikaatioista. (Juutilainen 2003, 554.) Tämä opinnäytetyö keskittyy vain rinnan, rintakehän ja kainalon seroomaan rintasyöpäleikkauksen jälkeen.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän osasto 1G:llä on käytössään kotihoito-ohje potilaalle rintaleikkauksen jälkeen. Siinä on osio, jossa potilaalle kerrotaan seroomasta. Osasto tarvitsi kuitenkin seroomasta oman potilasohjeen, jonka täytyi olla Valviran (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) vuonna 2012 sairaanhoitopiireille antaman ohjeistuksen mukainen. Tämän opinnäytetyön tuotoksena tehtiin 1G:lle potilasohje serooman oma- seurantaan kotona.

2 Rintasyöpä

2.1 Rintasyövän yleisyys, hoito ja rintasyöpätyypit

Rintasyöpä on ollut vuodesta 1960 lähtien suomalaisnaisten yleisimmin sairastama syöpätauti (Puhakkala, Sankila & Rautalahti 2011, 54). On arvioitu että vuoteen 2015 mennessä 42 % naisten syövän kokonaisilmaantuvuudesta on rintasyöpää (Puhakkala, Dypa, Hakulinen & Sankila 2006, 8).

Keskimäärin puolet Suomen uusista rintasyöpätapauksista löydetään yli 60-vuotiailta naisilta (Syöpäjärjestöt 2013a). Rintasyöpään sairastuminen alle kolmekymmentävuotiaana on harvinaista, ja yleisyys kasvaa selkeästi 45 ikävuo- den jälkeen (Huovinen 2009, 2745). Rintasyövän riskiä suurentavia tekijöitä ovat muun muassa menopaussi ja sukurasite. Riskiä kasvattaa myös se, jos ruokavalio sisältää runsaasti eläinperäistä ravintoa. (Bower & Waxman 2010, 89–90.)

Myös miehillä voi olla rintasyöpää. Vuonna 2007 Suomessa löydettiin rintasyöpä kuudeltatoista mieheltä. (Huovinen 2009, 2745.) Miesten ja naisten rintasyöpien hoito ei periaatteessa poikkea toisistaan (Jahkola, Leidenius & Von Smitten 2010, 772).

Rintasyövän kaksi yleisimmin esiintyvää tyyppiä ovat lobulaarinen eli rauhaspe- räinen ja duktaalinen eli tiehytperäinen. Molemmilla syöpätyypeillä on myös harvinaisemmat alatyypinsä. (Jahkola ym. 2010, 772.) Rintatiehyestä (Liite 2, Kuva 1.) alkunsa saaneita kasvaimia on 85 % kaikista rintasyövistä, näistä 80 % on lisäksi *invasiivisia* (Tadman & Roberts 2007, 310).

Duktaalisten karsinooma in situ (DCIS) osuus on 10 % rintasyöpien kokonais- määrästä. Nämä rintasyöpätyypit paljastuvat useimmin mammografiaseulon- noissa, mutta voivat harvemmin ilmetä myös tunnettavissa olevana kyhmyinä. Duktaalinen in situ karsinooma ei määritelmien mukaan lähetä etäpesäkkeitä, jonka vuoksi se ei myöskään ole levinnyt läpi tyvikalvosta. Usein duktaalinen in

situ- kasvain muuttuu ajan kuluessa invasiiviseksi kasvaimeksi. (Jahkola ym. 2010, 772–773.)

Lobulaarinen karsinoma in situ, eli *LCIS* ei ole syöpä, vaan se kertoo kasvaneesta riskistä sairastua myöhemmässä vaiheessa invasiiviseen rintasyöpään (Jahkola ym. 2010, 770). Lobulaarisen karsinoman osuus invasiivisista rinnan karsinoomista on eri määritelmien mukaan noin 5-15 %. Muita syöpämuotoja tyypillisemmin invasiivinen lobulaarinen karsinoma esiintyy molemmissa rinoissa. Se on silmämääräisesti vaikeasti erotettavissa ja muodoltaan epätarkkarajainen. Se muodostuu usein solujonoina rinnan tiehyiden ympärille. (Heikkilä 2012, 887.)

Rintamuutosten diagnosoimisessa käytetään kolmoisdiagnostiikan periaatetta: *inspektiota* ja *palpaatiota*, kuvantamistutkimuksia sekä neulanäytteiden *histopatologisia* tutkimuksia. Jos yhdessäkään kolmoisdiagnostiikan osa- alueessa löydös viittaa *malignisuuteen*, tai tulos jää epäselväksi, suoritetaan muutoksen kirurginen poisto. Jos taas muutos osoittautuu kaikissa kolmoisdiagnosoinnin vaiheissa hyvänlaatuiseksi, muutosta seurataan. (Sudah 2013, 9.)

Mammografian tulee olla ensisijaisesti käytettävä kuvantamismenetelmä rintaoireita ja löydöksiä arvioitaessa. Nuorten, alle 30-vuotiaiden naisten rintalöydöksiä tutkittaessa käytetään ultraäänitutkimusta. Kaikille potilaille tehdään ennen rintasyöpäleikkausta, ja epäiltäessä pahanlaatuisuutta löydöksessä, täydellinen mammografiatutkimus. (Sudah 2013, 9.)

2.2 Rintasyövän leikkaushoito

Kirurgisella rintasyövän hoidolla pyritään poistamaan rinnan kasvain. Rinnan kasvain poistetaan terve kudospäänteen marginaalein, ja lisäksi poistetaan kirurgisesti mahdolliset etäpesäkkeet. Leikkauksessa selvitetään kasvaimen levinneisyys imusolmukkeisiin ja sen laajuus rinnassa. Tavoitteena on pienentää kasvaimen uusiutumisen riskiä rinnan ja kainalon alueella. (Jahkola, Joukainen & Leidenius 2013, 21.)

Koko rinnan poisto eli mastektomia on yleensä aiheellinen rintasyöpäpotilaille, joilla on suuri riski syövän uusimiseen muun muassa perinnöllisen riskin ja nuoren iän perusteella. Mastektomia on yleinen toimenpide myös potilaille, joilla on laaja tai monipesäkkeinen rintasyöpä tai sen esiaste (*DCIS*). (Jahkola ym. 2010, 778–779.)

Rintatiehyen sisäinen varhaisvaiheen syöpä voidaan leikata säästävasti, jos kasvaimen läpimitta on alle kolme senttimetriä ja leikkauspinnat on mahdollista saada kasvaimesta puhtaaksi. Tällöin kainalon rasvan ja imusolmukkeiden poistosta ei ole potilaalle hyötyä. Jos taas kasvain on yli 3 cm, tarvitaan koko rinnan poisto. (Syöpäjärjestöt. 2008.)

Suurikokoisista rinnoista on käytännössä mahdollista poistaa säästävällä leikkaustekniikalla suurempia kasvaimia, kuin pienikokoisista rinnoista. Pieniin ja keskisuuriin rintoihin kohdistuva säästävä leikkaus onkin mahdollista suurimmillaan kahden senttimetrin läpimittaisiin kasvaimiin. (Syöpäjärjestöt. 2008.) Säästävä leikkaus tehdään potilaille, jotka sitä toivovat, eikä sille ole estettä. Kasvain pitää kuitenkin saada poistettua riittäväillä tervekkudsmarginaaleilla. Jos säästävä leikkaus tehdään, potilas saa tällöin myös sädehoitoa, koska se vähentää paikallisen uusiutumisen riskiä. Säästävässä leikkauksessa potilaan rinnan muoto pyritään säilyttämään, koska sädehoitojen jälkeisessä rinnan korjausleikkauksessa voi olla riskejä. (Jahkola ym. 2013, 21.)

Rinnan korjausleikkauksella voi olla potilaan elämänlaatua parantava vaikutus. Korjausleikkaus on mahdollista tehdä samalla kun syöpäkudos poistetaan, mutta se voidaan tehdä myös syöpäleikkauksen jälkeen. (Roberts 2010, 95.) Myöhäistetty rinnankorjausleikkaus tehdään aikaisintaan puolen vuoden kuluttua viimeisimmistä *onkologisista* hoidoista tai 2-3 vuotta rintasyöpäleikkauksen jälkeen (Hammar 2011, 214).

Välitön korjausleikkaus voidaan tehdä rinnan poiston yhteydessä, kun potilaalla on pieni syöpäkasvain tai *DCIS* (Hammar 2011, 213). Tällöin voidaan mastektomian eli koko rinnan poiston yhteydessä tehdä omakudossiirteellä rinnankor-

jaus. Siinä käytetään yleisimmin potilaan omaa selkäkielekettä (*LD-kieleke*) tai vatsakielekettä (*TRAM-kieleke*), tai sen muunnelmia (*DIEP, SIEA*). Tavoitteena on, että potilaalle tehdään kerralla kaikki tarvittavat rinnan toimenpiteet. Jos mahdollista, potilaan omat toiveet otetaan myös huomioon leikkaushoitoa suunniteltaessa. (Jahkola 2008, 56.)

2.3 Leikkauksen jälkeiset komplikaatiot

Kirurgisista toimenpiteistä voi seurata komplikaatioita. Komplikaatiot voivat olla joko välittömiä tai viivästyneitä. Toimenpiteen aikana tai heti sen jälkeen ilmenevät komplikaatiot ovat välittömiä. Välittömien komplikaatioiden lukumäärää voidaan vähentää kouluttamisella, koska niiden syy on toimenpiteen epäonnistuminen, tai kokonaan väärä toimenpide. Viivästyneet komplikaatiot ilmenevät välittömiä myöhemmin. Tällaisia komplikaatioita ovat verenpurkauma, pinnallinen tai syvä infektio, laskimotukos, **serooma** (Liite 2, Kuva 2.), tai hoidetun ongelman pikainen uusiutuminen. (Juutilainen 2009, 554.)

Rintaleikkauksessa poistetaan usein imusolmukkeita, ja leikkaukset saattavat olla kestoaltaan pitkiä. Muun muassa sen takia rintaleikkauksista seuraa suhteellisen usein haavaongelmia. Myös haavapintojen laajuus vaikuttaa haavaongelmien syntyyn. (Jahkola ym. 2010, 794.)

2.4 Imukudoksen ja imutiejärjestelmän merkitys syövän levinneisyydelle ja serooman muodostumiseen

Imukudos koostuu kehon puolustusjärjestelmän osista, joita ovat nielurisat, perna, kateenkorva ja imusolmukkeet (Syöpäjärjestöt 2013b). Elimistön lymfaattinen järjestelmä eli imusuoniverkosto peittää koko kehon. Tämä verkosto kokoaa kudoksista hitaasti vuotavaa nestettä, ja vie sen puhdistettavaksi. Puhdistettava neste on lymfaa. (Opas anatomiaan 2009, 289.)

Lymfasta poistuu imusolmukkeessa bakteereja, vieraita aineita ja solujäämiä. Elimistön lymfaattisella järjestelmällä on tärkeä rooli ihmisen terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämisessä. (McLafferty, Hendry & Farley 2012, 37.) Imusolmukkeet keräävät suodatukseen myös syöpäsoluja sisältävää lymfaa, ja näin ne vaikeuttavat syövän leviämistä ihmisen kehossa (Opas anatomiaan 2009, 290).

Imusolmukkeet ovat muodoltaan pavun kaltaisia ja kooltaan vaihtelevia. Jotkut imusolmukkeet ovat kooltaan huomaamattoman pieniä, ja jotkut taas jopa pähkinän kokoisia. Myös solmukkeiden syvyys vaihtelee. Osa niistä on aivan ihon alla, kuten kurkun ja kaulan lähistön imusolmukkeet. Myös kainalon imusolmukkeet ovat pinnallisia. (Opas anatomiaan 2009, 289; Hiltunen, Holmberg, Jyväskylä, Kaikkonen, Lindblom-Yläne, Niensted & Wähälä 2007, 208.)

Alueelliset imusolmukkeet ovat syövälle reittiä levitä. Useimmiten nämä alueelliset imusolmukkeet sijaitsevat kainalossa (Tadman & Roberts 2007, 311). Merkittävimpänä rintasyövän ennustetekijänä pidetään kainalon imusolmukkeiden *metaastaasi* esiintymistä (Jahkola ym. 2010, 784). Imusolmukkeiden poistolla pyritään estämään syövän uusiutuminen kainalon alueella. Lisäksi poisto parantaa syövän ennustetta. (Leidenius & Joensuu 2013, 606.) Kun kainalon imusolmukkeita poistetaan, kehittyy haavaan tyypillisesti serooma (Jahkola 2009, 11).

Kainalo on pyramidin mallinen, yläraajan ja rinnan seinän välissä sijaitseva tila, jossa sijaitsevat imusolmukkeet jaetaan kolmeen tasoon niiden sijainnin mukaan. On tavallista, että rintasyöpäleikkauksen yhteydessä poistetaan kirurgisesti kahden ensimmäisen tason solmukkeet. Jos myös kolmannen tason solmukkeet näyttävät sisältävän syöpäsoluja, nekin poistetaan. (Jahkola ym. 2010, 785–786.)

Kasvaimesta levinneet syöpäsolut kulkeutuvat yleensä ennen toisia solmukkeita vartijaimusolmukkeisiin. Nämä solmukkeet sijaitsevat yleensä kainalossa (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 617–618.) Joskus vartijaimusolmukkeet voivat kuitenkin olla esimerkiksi rintalastan läheisyydessä sijaitsevia solmukkeita. Näitä imusolmukkeita voi olla myös useampia kuin yksi, ja niiden

sijainti on tavallisimmin samalla puolella kehoa kuin kasvain. (Leidenius & Jonsuu 2013, 606–607.)

Kainalon alueen imusolmukkeiden poistaminen ei ole hyödyllistä rintasyöpäpotilaille, joilla ei ole *metastaaseja* imusolmukkeissa. Imusolmukkeiden tilan selvittäminen on kuitenkin tarpeen, ja siksi imusolmukebiopsia on yleistynyt. *Biopsiaan* liittyy vähemmän oheissairastavuutta kuin kainalon imusolmukkeiden poistoon. (Leidenius & Vaalavirta 2010, 1198–1199.)

Vartijaimusolmukebiopsiassa imusolmukkeeseen kulkeutuvaa merkkiainetta ruiskutetaan kasvaimen lähelle ihon läpi (Holmia ym. 2004, 618). Tämä aine hakeutuu imunesteen mukana vartijaimusolmukkeeseen, jonka jälkeen vartijaimusolmukkeen paikallistaminen ja leikkausta helpottavan imusolmukekartan tekeminen mahdollistuu (Von Smitten, Jahkola, Peltoniemi & Asko - Seljavaara 2004, 654).

Patologi voi tutkia poistetut vartijaimusolmukkeet jo syöpäleikkauksen aikana, ja jos ne osoittautuvat syöpäsoluista vapaiksi, potilaan kainaloa ei tarvitse tyhjentää imusolmukkeista. Jos taas vartijaimusolmukkeessa on etäpesäke, tai vartijaimusolmuketta ei löydy, potilaan kainalon imusolmukkeet poistetaan samassa leikkauksessa. Joskus vartijaimusolmukkeen sisältämät etäpesäkkeet löydetään vasta leikkauksen jälkeen histologisissa tutkimuksissa. Tällöin potilas joutuu uuteen leikkaukseen, jossa tehdään *kainaloevakuaatio*. (Leidenius 2004, 1384.)

Gardnerin, Pass'n ja Prancen (2005, 141) mukaan tulevaisuudessa lisääntyväällä vartijaimusolmukebiopsian käytöllä voidaan joissain tapauksissa välttää kainalon alueen täydellinen tyhjennys imusolmukkeista, ja näin mahdollisesti vähentää serooman kehittymisen todennäköisyyttä.

3 Serooma

Serooma on yleisin rintasyöpäkirurgiaan liittyvä komplikaatio. Se on määritelty lymfanesteen kertymäksi, joka voi tulla minkä tahansa kirurgisen toimenpiteen seurauksena leikkausalueelle. Yleisimmin serooma muodostuu rintaleikkauksen jälkeen, jolloin sen ilmaantuvuus vaihtelee 10–85 %:n välillä. (Szecsi, Larsen, Hørby & Axelsson 2012, 11.) Rinnan serooma sijaitsee rinnanseinämän ja iholäppien välissä ja sen voi tunnistaa loiskumisesta haavaontelossa (Warren, 2008, 959). Leikkaushaavassa olevan serooman voi havaita myös siitä, jos haavassa on kipua, pullistuma ja paineen tunnetta (Forsström 2013, 587). Chand, Aertssen ja Royle (2013, 1) toteavat, että serooma ei ole kovinkaan vakava sivuvaikutus, koska se aiheuttaa potilaalle lähinnä epämukavuutta ja ahdistusta.

3.1 Serooman syntyyn vaikuttavat tekijät

Gardner ym. (2005, 141) toteavat, että serooman muodostuksen *patofysiologia* ja *etiologia* ovat edelleen huonosti ymmärrettyjä. Heidän mukaansa suuri osa seroomaan liittyvien tutkimusten tuloksista on keskenään ristiriidassa.

Srivastava, Basu ja Shukla (2012, 377) toteavat, että kasvaimeen ja potilaaseen liittyvillä seikoilla on hyvin vähän merkitystä serooman muodostumisessa mastektomian ja/tai kainalon tyhjennyksen jälkeen. Ainoastaan potilaan suurella kehon painolla ja BMI:llä (body mass index) voi olla vaikutusta serooman muodostuksessa, sillä mitä suurempi BMI ja paino potilaalla on, sitä suurempi riski hänellä voi olla serooman kehittymiseen.

Myös Zielińskin Jaworskin, Irgan, Kruszewskin ja Jaskiewiczin (2011, 86) mukaan mastektomian jälkeen seroomaa ennustavia tekijöitä ovat potilaan ikä ja liikalihavuus. Loo ja Chow (2007, 99) toteavat, että korkea verenpaine yli 45-vuotiaalla potilaalla voi ennustaa seroomaa, etenkin jos seroomanestettä on tullut ensimmäisien kolmen post-operatiivisen päivän aikana yli 500 millilitraa.

Rinnan poiston jälkeinen serooma on edelleenkin ratkaisematon pulma, koska sen riskitekijöitä ei tunneta tarkasti (Sampathraju & Rodrigues 2010, 328). Mastektomian, eli rinnan poiston jälkeisen serooman muodostumisen todennäköisyys voi olla jopa 80 % (Axelsson, Quamme, Lanng Szecsi, Mortensen, Wegeberg, Arpi, Lingskov, Puglich & Okholm 2012, 1).

Eichler, Dahdouh, Sauerwald ja Warm (2013,1) toteavat, että serooman riski on suuri erityisesti mastektomiapotilailla, joille on tehty aiemmin rinnan leikkauksia. Myös aikaisemmat sädehoidot ja kemoterapiat rinnan alueella lisäävät tällöin serooman riskiä.

Kainalon ensimmäisen ja toisen tason imusolmukkeiden tyhjennys säästävän rintasyöpäleikkauksen yhteydessä voi aiheuttaa komplikaatioita, joista yleisimmin esiintyvä on serooma (Andeweg, Schriek, Heisterkamp & Roukema 2011, 359). Myös pelkkä rintarauhasen säästävä leikkaus eli resektio voi aiheuttaa kudoksen kertymistä haavaonteloon. Tätä pyritään ehkäisemään leikkauksen päälle laitetulla pehmustetulla sidoksella. (Hammar 2011, 216.) Agrawal, Ayantunde ja Cheung (2006, 1092) toteavat, että rintaa säästävissä leikkauksissa seroomaa pyritään välttämään myös käyttämällä leikkauksen lähikudoksia haavaonkalon täyttämiseen. Heidän mukaansa painesidosten käyttö on laajalti hylätty serooman ehkäisykeino.

Serooma voi syntyä myös paikkoihin, jossa ihoa on nostettu alustastaan, kudossirteiden ottokohtaan vatsaan (TRAM), tai selkään (LD) kielekkeen ottokohtaan (Jahkola, Hietanen, Kuokkanen, Rosenberg & Rautalahti 2013, 33). Kehon kohtaan, josta kieleke on otettu, saattaa kehittyä kudosten kertymistä vielä useinkin viikon kuluttua leikkauksesta. Myös kielekkeen ottokohdan kudosten kertymistä hoidetaan punktoimalla. (Jahkola ym. 2010, 784.)

Kuroi, Shimosuma, Taguchi, Imai, Yamshiro, Ohsumi ja Saito (2005, 292) toteavat kirjallisuuskatsauksensa tulosten pohjalta, että laajan tyhjän tilan haavassa rintasyöpäleikkauksen jälkeen voidaan olettaa edistävän serooman kerääntymistä haavaonteloon, joten tyhjää tilaa voidaan pienentää leikkauksessa kiinnittämällä ihokielekkeet alla oleviin kudoksiin. Myös Sakkary (2012,

5) toteaa, että mastektomiassa tämä tekniikka voi vähentää merkittävästi serooman muodostumisen mahdollisuutta. Lisäksi se lyhentää serooman kestoa ja vähentää seroomanesteen määrää. Silti ompelutekniikan hyödyllisyydestä tarvitaan lisää tutkimuksia varmistamaan näyttöä.

Rinnan poistossa käytettyjen leikkauslaitteiden välillä on eroja, ja leikkauslaitteen valinnalla voi olla vaikutusta serooman kestoon ja seroomanesteen kokonaismäärään (Dogan, Gulcelik, Yuksel, Uyar, Erdogan & Reis 2013, 198). Leaper ja Harding (2006, 18) toteavat, että on olemassa monia eri ompelutekniikoita, joita eri leikkauksissa käytetään. Patjaompeleiden käytöllä voidaan ennaltaehkäistä hematooman ja serooman syntymistä leikkausalueelle. Tämä johtuu siitä, että haavan reunat saadaan optimaalisesti toisiinsa kiinni ja ompeleet ulottuvat oikeaan syvyyteen.

Inflammaatio on paikallinen kehon reaktio infekioon tai vammaan (Widmaier, Raff & Strang 2004, 699). Serooman muodostuminen mastektomian jälkeen saattaa olla proinflammatorinen prosessi. Tiedossa on, että inflammatoriset prosessit myötävaikuttavat serooman muodostumiseen, joten inflammaation eli tulehdusprosessin hillitseminen saattaisi olla mahdollinen keino ehkäistä seroomaa. (Szecsi, Larsen, Hørby & Axelsson 2012, 15.)

3.2 Serooman ennaltaehkäisy ja hoito

Seroomanestettä kertyy, kunnes haavan alla olevaan kudokseen muodostuu negatiivinen paine, iho ja alla olevat kudokset kiinnittyvät toisiinsa (Harmer 2010, 92). Axelssonin ym. (2012, 1) mukaan seroomaa ennaltaehkäiseviin menetelmiin tarvitaan tulevaisuudessa parannusta. Rintasyöpäleikkauksen jälkeisen serooman muodostuminen vaikuttaa olevan ennustamattomissa oleva asia. Silti aspiraatio vaikuttaa olevan tehokas hoito seroomaan. (Gonzalez, Saltztein, Riedner & Nelson 2003, 388.)

Dreeni on laskuputki, joka asetetaan steriilisti haavaan leikkauksessa, kun leikkaus on tehty syviin kudoksiin asti, tai jos se on jättänyt suuren alueen raaka-

pintaa. Dreenin tarkoitus on poistaa kudostenestettä ja verta sekä vähentää turvotusta. (Hietanen 2010, 207; Naylor 2006, 544.) Ensimmäisinä leikkauksen jälkeisinä päivinä serooma hoidetaan dreenin avulla (Jahkola 2009, 10–12).

Kainalon imusolmukkeiden poiston jälkeen voidaan kainaloon jättää tyhjiömullinen dreeni. Dreenin poistoajankohta on viimeistään viidentenä päivänä sen asettamisesta. Se voidaan myös poistaa aikaisemmin, jos dreeniin kertyneen imunesteen määrä on alle viisikymmentä millilitraa vuorokaudessa. (Von Smiten ym. 2004, 655.) Jahkolan ym. (2010, 794.) mukaan alipaineisen laskuputken käyttö on yleistä. Laskuputken poiston jälkeen noin 50 %:lla potilaista serooman muodostuminen jatkuu, ja joudutaan turvautumaan punktioon. Monesti muutama punktiokerta riittää poistamaan ongelman.

Thomson, Sadideen ja Furniss (2013, 4) toteavat, että laadukasta todistusaineistoa siitä, että dreenit vähentäisivät serooman todennäköisyyttä imusolmukkeiden poiston jälkeen, on rajallisesti. Samoin laadukasta tutkimustietoa puuttuu siitä, vähentääkö dreenit tällöin serooman aspirointikertojen määrää. Ennen kuin potilaalle laitetaan dreeni, sen hyödyllisyys pitäisi suhteuttaa siihen, että dreenien asettaminen voi pidentää potilaan sairaalassaoloaikaa.

Dreeni on vierasesine haavassa, joten se lisää infektion riskiä. Tämän vuoksi se poistetaan niin pian kuin mahdollista (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Eskola, Partamies, Sulosaari & Uski- Tallgvist 2012, 113; Kuokkanen 2012, 246). Suomessa kuitenkin jotkut hoitotahot kotiuttavat rintaleikkauspotilaita toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä laskuputken kanssa (Schening 2006, 3074). Srivastavan ym. (2012, 373) mukaan voidaan olettaa, että dreenien määrällä tai sillä, onko niissä imua, ei ole merkittävää vaikutusta serooman riskiin. Heidän mukaansa aikainen dreenien poisto vähentää seroomanesteen määrää, vaikkakin alle vuorokauden päästä tapahtuvalla dreenien poistolla voi olla päinvastainen vaikutus. Seroomanesteen määrällä ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä saattaa olla ennusteellista merkitystä serooman kokonaiskeston ja seroomanesteen kokonaismäärään rinnanpoiston jälkeen. Potilailla, joilla nestettä kerääntyi paljon ensimmäisen postoperatiivisen vuorokauden aikana, myös serooman

kesto oli pidempi ja seroomanesteen kokonaismäärä suurempi. (Zieliński, Jaworski, Irqa, Kruszewski & Jaskiewicz 2013, 89.)

Serooman punktio, eli ihon läpi tapahtuva (*transkutaaninen*) tyhjennys vaikuttaa olevan ainoa menestyksenkäs hoito kudostenestekertymään (Strivastava ym. 2012, 373). Kun dreeni on poistettu, serooma hoidetaan aspiroimalla neulan ja ruiskun avulla. Punktio on potilaalle suhteellisen kivuton menetelmä, jonka lisäksi se on helppo suorittaa. (Jahkola 2009, 10–12.) Punktoiminen on steriilisti suoritettava toimenpide (Kunnamo & Pohjonen 2007). Iho puhdistetaan kohdasta, johon punktio tehdään (Jahkola ym. 2010, 794). On tärkeää noudattaa aseptiikkaa tarkasti, koska haavaonteloon ei saa päästä bakteereita (Hammar 2011, 31).

Serooman tyhjennyskohta on ontelon alaosassa (Kunnamo & Pohjonen 2007). Tyhjennyksen aikana potilas on istuallaan, koska näin punktoiminen onnistuu parhaiten (Sailas & Leinonen 2012, 1901). Neula työnnetään onteloon, ja vedetään neste ruiskuun, tai annetaan sen tippua. Pieni painaminen nopeuttaa seroomanesteen tippumista ulos ontelosta. (Kunnamo & Pohjonen 2007.)

Punktiossa voidaan käyttää 20–60 ml:n ruiskua (Jahkola 2009, 10–12). Toimenpide suoritetaan tarpeen vaatiessa yleensä kerrasta kahteen kertaan viikossa. Punktoimista voi helpottaa, jos seroomakohdan päälle laitetaan napakka sidos. Jos punktio ei kuitenkaan onnistu, tai ulostuleva neste on toistuvasti veristä, sakkaita tai nesteen tulo alkaa lisääntyä, potilas on ohjattava rintaleikkauksen suorittaneeseen yksikköön. (Sailas & Leinonen 2012, 1901.) Jos potilaalla on infektio-oireita, nesteestä otetaan bakteeriviljely (Von Smitten ym. 2004, 654). Joissain tapauksissa serooman muodostus ei ole lähtenyt vähenemään, ja potilas on joutunut käymään läpi useampia aspiraatioita (Kuroi ym. 2005, 288). Punktioita tehdään, kunnes nestettä ei enää kerry. Jos neste kuitenkin jatkaa kertymistään edelleen toistuvasti, eikä sen määrä vähene, voidaan punktoituun onkaloon ruiskuttaa kortisonia. (Kuokkanen 2012, 246.)

3.3 Serooman haittavaikutukset

Chand ym. (2013, 1) toteavat, että serooma aiheuttaa potilaalle useimmiten pelkkää epämukavuutta ja ahdistuksen tunnetta. Vakavampia seuraamuksia seroomasta ovat iholäppien *nekroosi*, haavan repeäminen, ja infektion kehittyminen serooman sisään.

Infektion riski kasvaa, ja haavan paraneminen hidastuu, koska serooma vetää haavan reunoja kauemmas toisistaan (Ahonen ym. 2012, 118). Jos serooma infektoituu, se saattaa aiheuttaa oheissairastavuutta ja voi näin ollen vaatia muun muassa sairaalahoitoa ja antibioottilääkitystä (Chand, Aertssen & Royle 2013, 1). Tyypillisiä haavan infektion oireita ovat lämmön nousu, haavan seudun punoitus, turvotus ja alueen lisääntynyt kipu (Papp & Härmä 2005, 241). Infektioilanteessa seroomaa voidaan huuhdella toistetusti keittosuolaliuoksella ja jättää haavaan laskuputki (Jahkola 2009, 11). Serooman ollessa sitkeä tai jos haava alkaa vuotaa usean leikkauksen jälkeisen päivän kuluttua, se voidaan avata leikkauksessa ja tutkia (Doherty ym. 2003, 23). Axelssonin ym. (2011, 4) mukaan mastektomian jälkeen voi olla vaikeaa huomata haavaonkalossa oleva infektio. Siksi tarvittaisiin helppo ja nopea menetelmä, jolla voitaisiin havaita infektioita seroomanesteestä.

Haavan repeäminen on mahdollista, kun potilaalla on serooma (Hammar 2011, 31). Dohertyn ym. (2003, 23–24) mukaan noin puolet haavoista, jotka repeävät, ovat infektoituneita. Normaalisti paranevaan haavaan muodostuu ensimmäisen leikkauksen jälkeisen viikon lopussa käsin tunnettavissa oleva paksuuntuma molemmin puolin viiltokohtaa. Tämä paksuuntuma on laajuudeltaan noin puolen senttimetrin kokoinen. Paksuuntuma puuttuu usein haavoista, jotka repeävät.

Jos mahdollista, syöpähoitoon kuuluvat liitännäishoidot pyritään tekemään kahdeksan viikon kuluessa rintasyöpäleikkauksesta. Tämä edellyttää sitä, että haavaongelmiin tartutaan ajoissa ja hoidetaan ne pois. Rintaleikkauksen jälkeiset haavapinnat ovat monesti laajoja, minkä takia ne ovat myös alttiita serooman kehittymiselle. (Jahkola 2009, 11–12.) Leikkauksen jälkeistä mahdollista sädehoitoa ei voida aloittaa ennen kuin serooma on hävinnyt, ja siksi serooman hoito

on erityisen tärkeää (Holmia ym. 2004, 622). Serooma vaikeuttaa haavan normaalia paranemisprosessia mekaanisesti, ja se voi joskus muuttua myös krooniseksi (Lagus 2012, 47).

Ihokielekkeiden nekroosi, on mahdollinen rinnan kokopoiston jälkeen potilailla, joilla on haavassaan serooma. Tällöin myös sitkeän kivun riski lisääntyy. (Sakary 2012,1.) Ihonekroosilla tarkoitetaan ihoalueen kuolioitumista. Tämä johtuu alueen riittämättömästä verenkierrosta. Joskus nekrotisoitunut iho joudutaan poistamaan kirurgisesti ja asentamaan paikalle uudet siirteet. (Harmer 2010, 92.)

4 Serooman omaseuranta kotona

Haavan normaalissa paranemisessa on vaihteita, joiden tunteminen auttaa haavan seurannassa (Iivanainen & Syväoja 2012, 342). Hoitajan lisäksi myös potilaan on tärkeää tunnistaa merkit, jotka kertovat normaalista haavan paranemisesta. Potilaan on mahdollista sitoutua hoitoonsa paremmin, jos hän tietää, minkä vuoksi haavaa hoidetaan ja millä tavalla. (Kyngäs & Kääriäinen 2005, 211.)

4.1 Haavan paranemisen vaiheet

Naylorin (2006, 540) mukaan haavan normaali paraneminen jaetaan neljään eri vaiheeseen: haavavuodon tyrehtymisvaiheeseen ja haavan tulehdusvaiheeseen (inflammaatiovaihe), sekä haavan uudelleenmuodostumisvaiheeseen (proliferaatiovaihe) ja haavan kypsymisvaiheeseen (maturaatiovaihe). Hietanen, Iivanainen, Seppänen ja Juutilainen (2002, 28) kuvaavat, että haavassa tapahtuvat paranemisvaiheet ovat osittain limittäin tapahtuvia ja toisistaan riippuvaisia tapahtumia. Yhdessä ne muodostavat saumattoman prosessin (Naylor 2006, 540).

Haavan paranemisen ensimmäisessä vaiheessa haavavuodon tyrehtyminen alkaa heti kudosisaurion jälkeen. Tämä vaihe kestää viidestä kymmeneen minuuttia. Vahingoittuneet verisuonet supistuvat vähentääkseen verenvuotoa, ja hyytymistapahtuma alkaa reaktiona verihiutaleiden vapauttamille kemiallisille välittäjäaineille. *Fibriinit*, verihiutaleet ja punasolut muodostavat stabiilin tulpan, joka sulkee haavan ja pitää haavan reunoja yhdessä. Tulppa kuivuu ajan kanssa ja muodostaa haavalle ruven. (Naylor 2006, 540.)

Haavan inflammaatiovaihe alkaa heti kudosisaurion jälkeen ja kestää keskimäärin kolme vuorokautta. Keston pituus riippuu haavan kudosisaurion määrästä sekä haavan mikrobi- ja vierasesinekontaminaatiosta. Tulehdusvaiheessa tyypillisiä oireita haavalla ovat punoitus, kuumotus, turvotus, epämukavuus ja rajoittunut käyttö. (Naylor 2006, 540.) Edellä mainitut tyypilliset tulehduksen merkit eivät ole merkki haavan infektiosta, vaan normaaliin haavan paranemisprosessiin liittyvästä tulehdusreaktiosta. Haavan oireet aiheuttavat sen että haavaa tai sen ympäristöä ei haluta liikuttaa, mikä taas edesauttaa haavan paranemista. (Hietanen ym. 2002, 30.) Sekä ompeleet että serooma pitkittävät haavan inflammaatiovaihetta (Iivanainen & Syväoja 2012, 343). Lisäksi potilaan mahdollisen perustaudin hyvällä hoitamisella voidaan myötävaikuttaa haavan paranemiseen (Haukipuro & Wiik 2005, 238).

4.2 Puhtaus

Aseptiikasta ja käsien hygieniasta huolehtiminen ovat olennainen osa hyvää haavan hoitoa (Iivanainen & Syväoja 2012, 342). Tartunnat voivat levitä suoraan tai epäsuorasti. Käsien välityksellä ihmiseltä ihmiselle tapahtuva tartunta on suoraa, ja esimerkiksi hoitovälineiden kautta ihmiseen tapahtuva tartunta on epäsuoraa. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 90.)

Ihon pesun seurauksena bakteerien määrä vähentyy vain muutamiksi minuuteiksi, eikä liiallinen ihon peseminen ole hyödyllistä. Emäksisellä saippualla on taipumus vähentää ihon *epidermistä lipidimassaa*, ja tämän seurauksena bakteerien tunkeutuminen syvälle mahdollistuu. (Hiltunen ym. 2007, 200.) Saippuan

valuminen haavan yli ei haittaa, mutta haavaa ei kannata saippuoida. Suihkussa voi käydä noin vuorokauden kuluttua leikkauksesta. (Kuurne & Erämies 2012.)

4.3 Kipulääkitys

Potilas tarvitsee muun muassa tietoa sairautensa vaikutuksista elimistöön, jotta hän voisi hoitaa itseään. Kivusta aiheutuu fyysistä ja psyykkistä kärsimystä, joka saattaa heikentää potilaan normaalia kykyä toimia. Kivun hoito kotona eroaa erikoissairaanhoidossa tapahtuvasta kivunhoidosta. Onkin tärkeää, että kivun hoito kotona on suunniteltu siten, että potilas kykenee itsehoitoon. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 15–16.)

Leikkauksen jälkeiseen kipuun vaikuttaa leikkauksen tyyppi, vaikka saman operaation läpikäyneet voivat kokea eritasoista leikkauksen jälkeistä kipua. Kulttuuriset, emotionaaliset ja psyykkiset tekijät vaikuttavat kivun kokemukseen. (Doherty, Mulvihill & Pellegrini 2003, 19.) Leikkauksen jälkeen kipuja voi olla vielä potilaan kotiuduttuakin (Salanterä ym. 2006, 20). Fyysinen kipu johtuu kudosa-vauriosta, joka on lähtöisin elimistön ulkoisesta tai sisäisestä tekijästä. Akuutti-kipu eli lyhytaikainen kipu ei aiheuta pysyviä muutoksia hermostoon. Kivun aiheuttaja on tällöin tiedossa, joten hyvän kivunhoidon oletetaan auttavan potilasta. (Sailo 2000, 31, 34.)

Reseptilääkettä otetaan lääkärin määräyksen mukaan, koska kipua lievittävä teho ei aina lisäännä annoksen suurentuessa, ja pienemmällä annoksella voidaan saavuttaa riittämätön teho. Potilasta ohjataan ottamaan lääkettä oikea määrä ja oikealla tavalla. Myöskään kahden eri tulehduskipulääkkeen käyttö samanaikaisti ei ole hyödyllistä lääkitykseen liittyvien haittavaikutuksien takia. (Salanterä ym. 2006, 114.)

Hyvässä kivunhoidossa potilas on aktiivinen tunnistamaan, arvioimaan, ja hoitamaan kipua. Syöpäpotilaalle annetaan tietoa kivunhoidosta sekä suullisen ohjauksen keinoin että kirjallisina ohjeina. Vaikka syöpä paranisi tai se olisi hallin-

nassa, potilaalla saattaa olla kipuja hoitojen takia. Kun potilas ymmärtää kipuaan ja kykenee hallitsemaan sitä itse, vahvistuu hänen riippumattomuutensa ja hallinnan tunteensa. (Salanterä ym. 2006, 3,186.)

Kipuun liittyvässä potilasohjauksessa potilaalle sekä hänen läheisilleen annetaan riittävästi tietoa kivusta ja kivunhoitomenetelmistä. Pelko riippuvuudesta tai vaikeista haittavaikutuksista saattaa johtua tiedonpuutteesta. (Salanterä ym. 2006, 91.) Kipulääkkeitä käytetään tarpeen mukaan ja ne lopetetaan, kun kudosvauriota ei enää ole (Kalso 2011, 781).

4.4 Liikunta kotona

Kun potilasta ohjataan liikkumaan, hänelle annettujen liikuntaohjeiden pitää olla yksilöllisiä, jolloin huomioidaan myös muun muassa aikaisemmat liikuntatottumukset ja suunnitellun liikuntamuodon vaativuus. Syöpähoidot voivat vaikeuttaa liikunnan aloittamista. (Rintala 2005, 463.) Hoitotyöntekijän tavoitteena on ohjata potilasta aktiivisesti liikkumaan tämän sairauden ja vammojen sallimissa rajoissa. Iän tai sairauden perusteella annetut ohjeet liikunnan välttämiseksi voivat johtaa potilaan passiivisuuteen ja toimintakyvyn heikkenemiseen sekä ylimääräiseen oireiluun. Moniammatillista terveydenhuollon henkilökuntaa apuna käyttäen suunnitellaan potilaalle tavoitteet liikkumisesta yksilöllisesti. Lisäksi huomioidaan potilaan terveydentilan ja toimintakyvyn vaikutus liikunnan tavoitteisiin. (Iivanainen ym. 2001, 177.)

Syöpähoidon aiheuttamat kudosvauriot määräävät fyysisen vammautumisen laadun, joka puolestaan aiheuttaa toimintakykyyn monenlaisia muutoksia (Risänen, Vertio & Lanning 2008, 126). Silti myös fyysisesti toimintakykyinen ihminen voi kokea olevansa toimintakyvytön, ja päinvastoin ihminen voi kokea olevansa täysin liikuntakykyinen fyysisistä vammoistaan huolimatta (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 137).

Liikunnan harrastamisen vaikutukset syöpää sairastavan ihmisen elimistöön ovat riippuvaisia syövän tyypistä ja syöpähoidoista, sekä muista samanaikais-

ta sairauksista. Liikunnalla on voitu todistaa olevan kohentava vaikutus ainakin sydän- ja verenkiertoelimistöön, lihasvoimaan ja kehon koostumukseen. Lisäksi liikunnalla on positiivinen vaikutus minäkuvaan ja muihin elämänlaadun fyysisiin, toiminnallisiin sekä tunne-elämän osatekijöihin. (Rintala 2005, 460–463.)

Henkilölle, joka ei ole harrastanut liikuntaa, täytyy antaa tarkat *mobilisaatio*-ohjeet, jotta *immobilisaatiota* seuraavilta haitoilta välttyttäisiin (Kujala & Järvinen 2005, 513). Yläraajan liikuttamattomuudesta ei ole tutkimusten mukaan rintaleikkauksen jälkeen potilaalle hyötyä. Kuitenkin myöhäistetty fysioterapia voi vähentää seroomanesteen määrää. (Srivastava ym. 2012, 377.)

5 Potilasohjaus

Jokaisella ammattikunnalla on pätevyysvaatimuksia vuorovaikutukseen sekä työtä koskevia lakeja ja säädöksiä, jotka suojaavat sekä asiakasta että työntekijää. Myös vuorovaikutukseen tarvitaan ammatillista etiikkaa, joka on moraalisien tekojen pohdintaa. Kehittyneen ammatin kriteerinä pidetään toiminnan pohjautumista ammattietiikkaan. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2008, 92–93 .)

5.1 Potilaan ohjaaminen omahoitoon

Laadukas ohjaus kuuluu tärkeänä osana potilaan asianmukaiseen ja hyvään hoitoon. Oleellista on, että ohjauksen laatu määritellään, sen toteutumiseksi asetetaan kriteerit ja arvioidaan näiden kriteerien toteutumista. Oma haasteensa on ohjauksen laadun kriteerien sisäistäminen ja niiden systemaattinen toteutus hoitotyössä. (Kääriäinen 2007, 122–123.)

Tieteellisesti tutkittu tieto ja vahva kliininen kokemus ovat tekijöitä, joihin laadukkaaseen ohjaukseen pitää pohjautua. Edellytyksenä tälle on se että hoitaja pitää tietonsa ajan tasalla ja kykenee antamaan potilaalle asianmukaista, päätöksiä tukevaa informaatiota. (Kääriäinen 2008, 13.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 5. §) määrää, että potilaalla on useimmissa tapauksissa oikeus saada selvitys terveydentilastaan. Laki koskee myös muun muassa oikeutta saada tietoa eri hoitovaihtoehdoista ja niiden seurauksista. Potilaalle on informoitava asiat siten, että potilas ymmärtää riittävässä määrin niiden sisällön.

Ohjauksella on keskeinen merkitys hoitotyössä. Jokaisen hoitajan toimenkuvaan kuuluu asiakkaiden ohjaus, joka toteutetaan asiakkaan hoidon tai hoitotoimenpiteen yhteydessä. Ohjauksen tarkoituksena on tukea asiakasta löytämään omat voimavaransa, kannustaa häntä ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoitamaan itseään niin hyvin kuin mahdollista. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5.)

Ohjaus on sekä hoitajan että asiakkaan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, johon vaikuttavat kummankin osapuolen taustatekijät. Ohjaussuhde on vuorovaikutteinen. Sanallisen viestinnän olleessa vain pieni osa ihmisten vuorovaikutusta on viestinnässä keskittyttävä siihen, että se on selkeää ja yksiselitteistä. On myös huomioitava, että sanoilla voi olla eri merkitys jopa saman kielen ja kulttuurin sisällä. Ohjauksen päämääränä on, että asiakas ja hoitaja ymmärtävät käydyn keskustelun samalla tavalla, puhuvat yhteistä kieltä sekä päätyvät yhteisymmärrykseen. Aina tämä ei ole tietenkään mahdollista. (Kyngäs ym. 2007, 25, 38–39, 41.)

Nykykäsityksen mukaan ohjauksen tavoitteena on tukea asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta vaikuttaa omaan elämäänsä, oman tahtonsa mukaan. Ohjaustilanteessa asiakas kuvataan aktiivisena pulman ratkaisijana. Hoitajan tehtävänä on tukea asiakasta päätöksenteossa, ei antaa valmiita vastauksia. Ohjaussuhteen täytyy olla aina tasa-arvoinen. (Kyngäs ym. 2007, 25.)

Hoitotyössä ohjausta tapahtuu hyvin monenlaisissa ympäristöissä ja tilanteissa. Se voi olla suunniteltua tai ohjaustilanne voi tulla hoitajan eteen hyvinkin suunnittelemattomana tilanteena, asiakkaan aloitteesta. Tavoitteena hyvälle ohjaukselle on, että se tukee asiakkaan kotona selviytymistä ja vähentää asiakkaan tarvetta ottaa yhteyttä hoitoyksikköön hoitajakson päätyttyä. (Kyngäs ym. 2007,

6.) Kääriäisen (2008, 14) mukaan hyvin onnistuneella ohjauksella voidaan vaikuttaa potilaan terveyteen, ja sen edistämiseen sekä tehdä kansantaloudellisia säästöjä.

5.2 Syöpäpotilaan ohjauksen erityispiirteitä

Syöpään liitetään usein käsitteet kipu, kärsimys ja kuolema, vaikka syövän hoitotulokset ovat parantuneetkin (Kankaala, Kaukua, Määttä, Simula, Suomela, Virranniemi & Vänttilä 2006, 32). Syöpäpotilaiden ohjauksen ja tiedon tarve liittyy hänen sairastamaansa syöpään, ja sen hoitoon. Hoitajalla on suuri merkitys riittävän tiedon antajana, ja kysymysten, ajatusten sekä tunnereaktioiden vastaanottajana. (Ahonen ym. 2012, 164–165.) Hoitajien on oltava tietoisia potilaan tarpeista, koska monet tekijät vaikuttavat potilaan kykyyn selviytyä rintasyöpähoidoista (Stephens, Osowski, Fidale & Spagnoli 2008, 253).

Stephensin ym. (2008, 253) mukaan tärkeimmät huolet potilailla liittyvät syövän uusiutumiseen sekä rintasyöpäleikkauksen jälkeiseen liitännäishoidosta johtuvaan ahdistukseen. Emotionaaliset, sosiaaliset ja psyykkiset rajoitteet koetaan tärkeimpinä rintasyöpädiagnoosiin sopeutumisen kannalta. Hoitajat pystyvät vaikuttamaan potilaiden ja heidän omaistensa hoidon laatuun tarjoamalla täydentäviä tukipalveluita ja postoperatiivista informaatiota aloitusohjauksessa sekä mahdollisen kontrollisoiton aikana.

Stephensin ym. (2008, 256) tutkimuksessa nousevat esiin naisten kokema rintasyöpäsairauteen liittyvä epävarmuus ja aikaisen ohjauksen tärkeys. Tutkimuksessa korostetaan sosiaalisen, emotionaalisen, psyykkisen ja henkisen tuen yhdistettyä tarvetta, joka hoitohenkilökunnan tulee ottaa huomioon.

Potilasohjaus on erityisen tärkeää syöpään sairastuneille ja potilaille, jotka käyvät läpi elämää mullistavia hoitoja. Ohjaus on muutakin kuin informaation antamista, ja hoitajan tulee harkita, kuinka hän voi tehdä potilaan oppimisen helpommaksi. Vaikka oppimista tapahtuu paljon muun muassa potilaan oman tie-

donhaun sekä luennoille ja vertaistukiryhmiin osallistumisen ansioista, ovat ohjauskeskustelut hoitajien kanssa tarpeellisia. (Price 2013, 33.)

Tutkimuksen mukaan syöpädiagnoosin saaneilta naisilta jää tärkeitä tuentarpeita täyttämättä. Tarpeet liittyvät tiedon saantiin, jokapäiväisen elämän hallintaan, tunteisiin ja seksuaalisuuteen. Kokonaisvaltaista tukevaa hoitoa tulee lisätä näillä osa-alueilla rintasyöpäpotilailla. (Griesser, Vlastos, Morel, Beaume, Sappino & Haller 2011, 473.)

Rintasyöpädiagnoosin saaneet naiset tarvitsevat suuren määrän tukea. Erityisen paljon tukea tarvitsevat nuoremmat naiset kehoonsa liittyviin tuntemuksiin ja naiseuden kokemukseen liittyen. Ohjauksen aikana nousee monenlaisia tarpeita, riippuen potilaan hoidosta. (Voigt, Grimm, LoBack, Shneider & Richter-Ehrenstein 2011, 451.)

Psykososiaalisiin tarpeisiin vastaaminen on mahdollista vuorovaikutuksen avulla. Yksilöillä on tarve tulla kuulluiksi ja nähdyiksi. Vuorovaikutuksesta saatavan tuen tärkeys saattaa korostua aikuisen elämässä silloin, kun kohdataan kriisi, joka vaikeuttaa tunne-elämää, elämänhallintaa ja hyvinvointia. Psykososiaaliset tarpeet saattavat näkyä ihmisen käyttäytymisessä, tai erilaisina tunteina ja ajatuksina. Tunteisiin voidaan vaikuttaa antamalla tietoa. Tiedonannon tärkeys korostuu, kun ihminen on tilanteessa, jossa muun muassa jaksaminen on koetuksella. Terveyttä ja hyvinvointia estäviä tekijöitä voivat olla yksilön tunteiden huomiotta jättäminen, vähätteleminen tai tunteiden ymmärtäminen väärin. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2008, 58.)

5.3 Potilaan motivointi haavan hoitoon

Kyngäs ja Kääriäinen (2005, 208–209) toteavat, että haavan hoitoon sitoutumista edistävänä asiana on pidetty potilaan motivaatiota. Potilas miettii, miksi hoitaisi haavaa, mitä sillä saavuttaa ja onko haavan hoitamisesta mitään haittaa. Tämän takia on tärkeää, että potilas tietää, mitä riskejä haavan hoitamatta jättämisessä on. Lisäksi hänen pitäisi tietää haavan hoidon periaatteita.

Kun haavan hoito on pitkittynyt ja haava on komplisoitunut, hoitohenkilöstön tehtävänä on tukea potilasta ja tiedostaa, että potilaalla voi olla vaikeuksia sitoutua hoitoonsa. Myös huonosti paraneva haava tai muuten huonokuntoinen haava saattaa heikentää hoitoon sitoutumista. Haavan toistuva hoidontarve päivittäin tai potilaasta monimutkaiselta tuntuva haavanhoito voi myös heikentää hoitoon sitoutumista. Tämän takia potilaan omat näkemykset omasta hoidostaan täytyy ottaa huomioon ja ohjauksen pitää olla yksilöllistä. Erityisesti potilasta, jolla on haava, voidaan tukea sitoutumaan hoitoonsa antamalla palautetta toiminnasta. Myös haavanhoidon ohjauksen toimivuuden pohdinnalla ja arvioinnilla voidaan kehittää ohjausta potilaalle olennaisimpiin seikkoihin. (Kyngäs & Kääriäinen 2005, 208–209.)

5.4 Kirjallinen potilasohje

Ohjeiden kirjoittamiseen on kaksi lähtökohtaa, potilaan tarve ja hoitavan laitoksen tarve. Hoito-organisaation tarpeena on saada ohjattua potilas toimimaan oikein ja potilaan tarpeena on saada hoitohenkilökunnalta hoitonsa kannalta oleellista tietoa. (Alaperä ym. 2006, 67.) Potilasohjeessa pitää perustella potilaalle, miksi pitäisi toimia ohjeessa neuvotulla tavalla. Näin potilas ei voi myöhemmin vedota tietämättömyyteensä. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 38.)

Kirjallisten ohjeiden käyttö on lisääntynyt, ja niiden merkityksestä on tullut tärkeä nykyisessä hoitokulttuurissa, jossa hoitoajat ovat lyhyitä ja aikaa henkilökohtaiselle ohjaukselle ei ole kovinkaan paljoa. Kirjallisten potilasohjeiden vahvuus on siinä, että potilas voi perehtyä saamaansa informaatioon ennen ja jälkeen toimenpiteen. (Alaperä, Antila, Blomster, Hiltunen, Honkanen, Honkanen, Holtinkoski, Konola, Leivistä, Meriläinen, Ojala, Pelkonen & Suominen 2006, 66.)

Kirjallinen materiaali on hoitajan tukena ohjauksessa. Näin ollen ohjauksen sisältö on helpommin muistettavissa kuin ilman kirjallista materiaalia. (Eloranta & Virkki, 73–74.) Koti- ja jatkohoito-ohjauksen tarve ja tavoite käydään yhdessä potilaan (ja hänen omaisensa) kanssa läpi, ja suunnitellaan ohjaus tämän tar-

peen mukaan. Hoitajan on varmistettava potilaan jatko- ja kotihoito ja toteutettava tarvittava ohjaus sekä antaa potilaan tarvitsemat kirjalliset materiaalit. Myös tarvittavat kontrolliajat sekä yhteystiedot näihin paikkoihin tulee antaa potilaan kotiutuessa. (Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo, Pohjola & Väänänen 2006, 15.)

Myös Valviran vuonna 2012 sairaanhoitopiireille antamassa ohjeistuksessa painotetaan tarkkojen toimintayksiköiden yhteystietojen merkitystä. Potilaalle täytyy ohjeessa tuoda selkeästi ilmi myös se, mihin kellonaikaan hän voi ottaa yhteyttä ja minne, jos komplikaatioita ilmenee (Valvira 2012, 1-7). Tärkeintä kirjallisessa ohjauksessa on se, että kirjallisen ohjauksen tuotoksessa ohjeet ovat oikeellisia, eikä väärinymmärryksen vaara ole. Tärkeää on myös se, miten asiat potilaalle kerrotaan. (Alaperä ym. 2006, 66.)

Potilaan kotiutuessa on erittäin tärkeää varmistaa potilaan ohjauksen jatkuvuus myös avohoidon puolella. Hyödyksi kannattaa käyttää kirjallisia potilasohjeita, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon verkostoitumista sekä yhteishenkilötoimintaa. Myöskään potilasjärjestöjen merkitystä potilaan ohjauksessa ei pidä unohtaa. (Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo, Pohjola & Väänänen 2006, 15.)

Potilasohjeesta pitäisi selkeästi tulla esille, kenelle se on suunnattu, kuka sen tekijä on ja milloin ja mitä tarkoitusta varten se on tehty (Alaperä ym. 2006, 67). Potilasohje on kirjoitettava potilaalle tai asiakkaalle, ei hoitajille tai lääkäreille, ja sen tavoitteena on neuvoa potilasta ja vastata hänen kysymyksiinsä. (Eloranra & Virkki 2011, 74).

Suoran puhuttelun käytöllä vältetään turha epätietoisuus toimintatavasta. Esimerkiksi ”Ihokarvat ajellaan ennen toimenpidettä – siis kuka ajaa?” (Eloranta & Virkki 2011, 74.) Suoran puhuttelun käyttö ei kuitenkaan tarkoita armeijamaista käskyttämistä, vaan ohjeet on perusteltava ja selitettävä potilaalle, miksi hänen kannattaa toimia niin kuin on ohjeistettu (Alaperä ym. 2006, 67). Kaikista houkuttelevin peruste ohjeiden noudattamiselle on potilaan oma hyöty. Mitä hyötyä hänelle on siitä, että hän noudattaa annettuja ohjeita? Pelkkä hoitohenkilökun-

nan työtaakan väheneminen ei välttämättä kannusta kaikkia potilaita toimimaan ohjeistetulla tavalla. Perustelut kannattaa tarjota potilaalle aivan ohjeistuksen alussa. "Kun teet ohjeen mukaan, olosi helpottuu." (Hyvärinen 2005, 1770.)

Kirjallisten ohjeiden päätavoitteena on vastata potilasta askarruttaviin kysymyksiin ja hänen tiedontarpeeseensa. Kirjallisilla ohjeilla pyritään välttämään väärinkäsityksiä ja korjaamaan niitä. Ohjeiden tarkoitus on myös vähentää potilaan ahdistuneisuutta sekä kertoa potilaan saatavilla olevista palveluista. (Alaperä ym. 2006, 66.)

Potilasohjeen kirjoittamisessa on tärkeää huomioida ohjeen selkeys. Selkeys on riippuvainen ohjeen juonesta. Asiat esitetään ohjeessa loogisessa järjestyksessä, ensin tärkeimmät asiat ja myöhemmin vähemmän tärkeät asiat. (Eloranta & Virkki 2011, 75.)

Huomioitavia osia luettavuuden kannalta ovat pääotsikko sekä väliotsikot. Pääotsikko kertoo oleellisimman asian, ja väliotsikot rytmittävät ja selkeyttävät tekstin loppuosaa. (Alaperä ym. 2006, 67.) Otsikoinnilla on myös tekstiä keventävä vaikutus (Eloranta & Virkki 2011, 75). Kappalejaolla on myös tärkeä merkitys asioiden yhteyden osoittamisen kannalta. Kappaleessa kirjoitetaan vain yhteen teemaan kuuluvista asioista. Ohjeena voi pitää sitä, että jokaiselle kappaleelle tulisi voida nimetä oma otsikkonsa. (Hyvärinen 2005, 1770.)

Hyvä ulkoasu on tärkeä osa ohjetta. Tarkoituksenmukainen kuvien ja tekstien asettelu houkuttelee potilaista lukemaan ja edistää myös ohjeen ymmärrettävyyttä. Tyhjää tilaa ei tarvitse vältellä, sillä ilmava ohjelehtinen on helpompi omaksua kuin sekava ja ahdas ohje. (Alaperä ym. 2006, 68.) Kuvien käyttö on suotavaa, jos ne ovat hyvin valittuja ja tilanteeseen sopivia. Kuvat voivat toimia tekstin täydentäjinä ja selittäjinä. (Torkkola ym. 2002, 40.) Värillisen esitteen huomioarvo on parempi kuin mustavalkoisen. (Eloranta & Virkki 2011, 76).

Potilasohjetta suunnitellessa olisi hyvä huomioida muun muassa ohjeen asettelumalli, tuleeko se vaaka- vai pystysuuntaan, sekä värien käyttö. Ulkoasun

suunnittelussa tekstien kirjasintyyllillä ja koolla, tekstin tasauksella sekä margi-naalilla on myös tärkeä merkitys. (Alaperä ym. 2006, 68.)

Potilasohjeen tekstin viimeistelyyn on hyvä kiinnittää erityisen paljon huomioita, sillä runsaasti kirjoitusvirheitä sisältävä teksti voi pahimmassa tapauksessa aiheuttaa sen, että potilaan luottamus ohjeentekijän ammattitaitoon häviää tai luettu teksti aiheuttaa hänessä ärtymyksen tunteita. Luettua tekstiä on hankala ymmärtää, jos se sisältää paljon kirjoitusvirheitä. Myös ohjelehtisen pituuteen on hyvä kiinnittää huomiota. Potilas lukee ohjeen kokonaisuudessaan todennäköisemmin, jos ohje on kohtalaisen lyhyt. Tekstin määrän on siis oltava sopiva. (Eloranta & Virkki 2011, 76–77.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää rintaleikatun potilaan ohjausta ja edesauttaa kotiutuvien potilaiden serooman tunnistamista ja omaseurantaa. Tarkoitus oli myös tukea potilaan pärjäämistä kotona lisäämällä tietoutta seroomasta ja tilanteista, joissa potilas tarvitsee hoitoa. Heikkilän, Jokisen ja Nurmelan (2008, 109) mukaan olennaista kehittämishankkeessa on käyttää jo olemassa olevaa tietoa ja että hankkeesta tuloksena syntyy esimerkiksi tuotos tai palvelu.

Tämän opinnäytetyön tehtävä oli tuottaa potilasohje serooman tunnistamiseen ja omaseurantaan. Ohjeessa kuvaillaan potilaalle, mikä serooma on, mitkä sen oireet ovat sekä miten toimia serooman omaseurannassa. Potilaan pitäisi erottaa serooman oireet, jotta omaseuranta olisi mahdollista. Lisäksi ohje antaa tietoa mihin ottaa yhteyttä, jos potilas epäilee esimerkiksi tulehdusta haavaonte-
lossa, jossa serooma on.

7 Opinnäytetyön toteutus

7.1 Toiminnallisen opinnäytetyön lähtökohdat

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on käytännön toiminnan ohjeistaminen tai opastaminen. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön liittyy myös aina raportti sekä produkti, jolla tarkoitetaan tuotosta tai toiminnallista osuutta. Opinnäytetyön prosessin raportoinnissa dokumentoidaan ja arvioidaan eri vaiheita. Dokumentointi ja arviointi tapahtuvat tutkimusviestinnän keinoin. Toiminnallisessa opinnäytetyössä kirjoittaminen ja toiminta ovat vuorovaikutuksessa läpi koko prosessin. (Airaksinen 2009, 6–11.)

7.2 Opinnäytetyön suunnittelu

Tämän opinnäytetyön aihe tuli toimeksiantajalta osastolta 1G vuoden 2013 alussa. Työn suunnittelu alkoi aiheeseen perehtymisellä. Lisäksi osaston toiveiden ja Valviran vaatimusten kartoitus potilasohjeen sisällöstä oli tarpeen. Alussa oli vielä epäselvää, mihin aihe rajattaisiin, koska seroomaa voi tulla hyvin erilaisten leikkausten jälkeen. Aihe lopulta rajattiin koskemaan rintaleikkauksen jälkeen ilmenevää seroomaa rinnan ja kainalon alueella, koska maksutonta tutkimustietoa oli näistä aiheista tarpeeksi saatavilla. Aiheen rajaaminen koettiin tärkeäksi myös sen takia, ettei opinnäytetyö lähde ”rönsyilemään” liikaa.

Kevätlukukaudella aloitettua opinnäytetyön suunnitelmaa varten käytiin Pohjois-Karjalan Syöpäyhdistyksellä tapaamassa ammattilaisia, jotka kertoivat syövän vaikutuksista asiakkaisiin. Kevätlukukaudella alkoi myös tiedon kerääminen opinnäytetyön suunnitelmaa varten, ja suunnitelma hyväksyttiin kesäkuussa 2013. Osastolla 1G käytiin tekemässä alkukartoitusta työhön liittyen. Työtä varten luettiin toisia toiminnallisia opinnäytetöitä, joista saatiin vinkkejä opinnäytetyön rakenteen kokoamiseen ja potilasohjeen visuaaliseen suunnitteluun.

Potilasohjeen ulkoasua suunniteltiin pitkään, sillä alussa ajatuksena oli tehdä hyvin virallisen näköinen, A4-kokoinen pelkistetty asiakirjamallinen potilasohje. Tässä vaiheessa tuotoksen suunniteltiin sisältävän runsaasti informaatiota, jota jouduttiin myöhemmin karsimaan. Lopuksi päädyttiin tekemään vapaamuotoisempi ohje, johon haluttiin kuvia.

Potilasohjeeseen suunniteltiin aluksi kuvitus, joka symboloi onnea, muun muassa leppäkerttu oli tällainen, joten valitsimme sen. Leppäkerttu olisi myös ollut neutraali valinta, josta kukaan ei oletettavasti olisi loukkaantunut. Myöhemmin kuvitus vaihdettiin kuitenkin toisenlaiseen.

7.3 Potilasohjeen toteutus

Produktin tekstiosuudessa kielen on oltava kohderyhmää puhuttelevaa sekä sisällön kannalta tarkoituksenmukaista. Produktia tehdessä on otettava huomioon esimerkiksi kohderyhmän jo olemassa oleva tietämys aiheesta sekä tietenkin produktin käyttötarkoitus. (Airaksinen 2009, 22.) Toimivassa potilasohjeessa teksti on suunnattu juuri potilaalle, eikä esimerkiksi hoitohenkilökunnalle. Potilas tarvitsee yleiskielellä kirjoitettua tietoa siitä, kuinka hänen pitää toimia muun muassa oireiden lievittämiseksi ja taudin hallinnassa pitämiseksi. (Hyvärinen 2005, 1769.)

Sanojen valinnassa otettiin huomioon se että potilas ei yleensä osaa ammat-tisanastoa. Hänen on helpompi toteuttaa ohjeistusta kotonaan, kun hän ymmärtää sen sisällön. Asiat on potilasohjeessa selitetty kuin potilaalla ei olisi mitään ennakkotietoutta seroomasta.

Tässä opinnäytetyössä toiminnallisen osuuden tuotos on potilasohje serooman tunnistamiseen ja omaseurantaan. Opinnäytetyön tuotokseen valittiin potilaan tiedontarpeen kannalta olennaisia asioita. Potilaan on tiedettävä, mitkä ovat serooman merkkejä, näin hän tarvittaessa kykenee tunnistamaan sen itsellään. Lisäksi oli hyvä mainita asioista, joita potilaan on vältettävä serooman takia, jotta haavan paraneminen olisi optimaalista. Serooma lisää haavan tulehdusris-

kiä, ja siksi myös serooman seurantaan liittyvässä potilasohjeessa mainittiin tulehduksen merkit, ja se minne ottaa tällöin yhteyttä. Potilasohjeen pitää Valviran mukaan sisältää tarkkoja yhteystietoja ja eritellä kiireelliset tilanteet. Siksi tämän opinnäytetyön tuotoksessa on keskitytty antamaan potilaalle tarkkoja tietoja. Kuitenkin joissain tapauksissa potilaalla on asuinpaikasta johtuvia yksilöllisiä eroja siinä, minne hän ottaa yhteyttä.

Potilasohjeen tekijöiden pitää miettiä missä tilanteessa potilas lukee ohjetta. Potilasohjeen juonen pitää olla loogisesti etenevä tarina, jota potilas kykenee seuraamaan. Virkkeiden ja lauseiden rakenteen on oltava selkeä ja sanoman pitäisi olla ymmärrettävä ensilukemalla. Potilasohjeen otsikoinnilla on merkitystä selkeyden ja hahmottamisen kannalta. Pääotsikoinnista pitää käydä ilmi mistä ohje kertoo. Toteavia, yhden sanan otsikoita voidaan käyttää väliotsikoina. (Hyvärinen 2005, 1769–1171.) Lauseiden rakennetta, otsikointia ja kappaleiden esitysjärjestystä pohdittiin paljon, koska niistä haluttiin tehdä selkeitä. Monet potilasohjeen otsikoista ovat lyhyitä, mutta kuvaavat tarvittavat asiat tulevan kappaleen sisällöstä.

Kokemuksellinen tieto on yksi neljästä tiedon lajista, jotka nykyään on eroteltu hoitotieteessä. Muita tiedon lajeja ovat intuitiivinen tieto, kehittämistoiminnasta saatu tieto ja tieteellinen tieto. Käytännön toiminta lisää kokemuksellista tietoa. Tämä tieto ei aina pohjaudu tieteellisiin menetelmiin. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki 2012, 21.)

Tässä opinnäytetyössä on tuotoksessa hyödynnetty osastolta 1G saatua kokemuksellista tietoa serooman merkkeihin liittyen. Tällaista kokemuksellista tietoa oli myös se, että nykyään potilaat kokevat sinuttelun kohteliaaksi. Tämän opinnäytetyön tuotoksessa eli potilasohjeessa sinuttelulla pyrittiin siihen, että lukija kokisi potilasohjeen olevan suunnattu juuri hänelle.

Tuotos sisältää samoja asioita, joita on tämän opinnäytetyön tietoperustassa. Ohje etenee tärkeimmästä asiasta vähemmän tärkeään tai vähemmän yleiseen

asiaan. Käskyttämistä on vältetty, ja sen sijaan potilasohjeessa perustellaan miksi asiat pitäisi tehdä tietyllä tavalla.

Osaston 1G henkilökunnan toiveesta potilasohjeeseen tehtiin uusi kuva, naisfiguuri, joka on leppäkerttua enemmän aihetta kuvaava. Potilasohjeen kuvien ja tekstin asettelussa kiinnitettiin huomiota siihen, että ne olisivat visuaalisesti selkeitä ja ilmavia, ja ohje olisi mahdollisimman helppolukuinen. Valmis tuotos tehtiin sähköiseen muotoon värillisenä, mutta se oli mahdollista tulostaa myös mustavalkoisena. Näin se on helposti saatavilla ja osasto voi päivittää sitä tarpeen mukaan.

7.4 Potilasohjeen arviointi

Heikkilän ym. (2008, 109) mukaan tuotoksen pitää olla arvioitavissa ja hyödynnettävissä. Olennaista on myös käytännönläheisyys ja tarpeellisuus sekä sovellettavuus.

Potilasohje oli väliluennassa osastolla 1G, jonka jälkeen siihen tehtiin muutoksia henkilökunnan palautteen perusteella. Tuotokseen lisättiin osaston pyynnöstä henkilökunnalta tullutta kokemukseräistä tietoa muun muassa serooman merkeistä. Alussa potilasohjeen teksti koettiin osastolla etäiseksi, lähinnä teittelyn takia, siksi päädyttiin sinutteluun. Myös joitain lauseita poistettiin, koska ne koettiin osaston henkilökunnan mielestä tarpeettomiksi. Tämä oli lopulta myös työn tekijöiden mielestä selkeästi hyvä ratkaisu potilaan tiedontarvetta ajatellen.

Tuotos annettiin luettavaksi ystäville ja tuttaville, jotka huomasivat muutamia korjausta vaatineita kohtia ja kirjoitusvirheitä. Korjausten jälkeen potilasohjeesta saatu palaute oli positiivista. Tuotoksen luki myös yksi rintasyöpäleikkauksen läpi käynyt henkilö, jolla on ollut serooma. Hän piti potilasohjetta ymmärrettävänä ja kuvia tarpeeksi havainnollistavina.

7.5 Opinnäytetyön päiväkirja

Opinnäytetyön prosessin aikana on tärkeää kirjata opinnäytetyön päiväkirjaan tehdyt työt ja niiden ajankohta, koska opinnäytetyön prosessin loppusuoralla niitä ei enää ilman muistiinpanoja kykene muistamaan (Vilkka & Airaksinen 2003, 19). Vilkkan ja Airaksisen (2003, 19, 43) mukaan toiminnallisen opinnäytetyön päiväkirja on hyödyllinen teorian hahmottelussa. Päiväkirja auttaa teorian laajuuden ja olennaisten asioiden hahmottamisessa. Hyvä tietoperusta toimii apuvälineenä opinnäytetyössä. Opinnäytetyön päiväkirja voi olla sanallisessa tai kuvallisessa muodossa. Dokumentointi helpottaa muistia. Toiminnallisesta opinnäytetyön osuudesta tulee tehdä muistiinpanoja, koska ne helpottavat varsinaisen raportin tekemistä.

Opinnäytetyön prosessin alkuaikana kirjoitettiin opinnäytetyöpäiväkirjaa, johon kirjattiin kaikki tunnit, jotka käytettiin opinnäytetyön kirjoittamiseen ja tiedonhakuun. Päiväkirjaan merkittiin mielenkiintoisia lähteitä ja ideoita. Tärkeimpänä päiväkirjaan kirjoitettiin muistiin omia tavoitteita ja pohdintoja. Lisäksi ohjauskeskusteluissa ilmi käyneet asiat ja sieltä saadut inspiraatiot kirjattiin muistiin, samoin, kuin raportin eri kirjoitusvaiheissa saadut palautteet esimerkiksi kaverilta ja henkilöiltä, jotka ovat itse tehneet opinnäytetyötä.

8 Pohdinta

8.1 Opinnäytetyön tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää rintasyöpäleikatun potilaan ohjausmateriaalia ja edesauttaa kotiutuvien potilaiden serooman tunnistamista ja omaseurantaa. Tarkoitus oli myös tukea potilaan pärjäämistä kotona lisäämällä tietoutta seroomasta ja tilanteista, joissa potilas tarvitsee hoitoa. Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa potilasohje serooman tunnistamiseen ja omaseurantaan. Tarkoitus ja tehtävä on saavutettu hyvin, koska tuotos on saatu valmiiksi ja palautteen perusteella se on hyvin käyttökelpoinen. Tuotos on tarpeellinen, koska

osastolla ei ole aikaisemmin ollut käytössä erillistä potilasohjetta seroomaohjauksen tukena. Ohjeesta on etua erityisesti potilaalle, koska hänen on sen avulla helpompi muistaa osastolta hänelle ohjatut asiat seroomaan liittyen.

Ohjauksella on keskeinen merkitys hoitotyössä (Kyngäs ym. 2007, 5). Hoitajan velvollisuus on ohjata potilasta ottaen huomioon muun muassa lait, asetukset ja suositukset. Potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja laadukkaaseen ohjaukseen. Laadukkaassa potilasohjauksessa potilaalle annetaan asianmukaista ja päätöksiä tukevaa informaatiota. (Kääriäinen 2008, 10–13.) Rintasyöpäpotilaan ohjauksista on kehitetty, koska hän saa tuotoksen avulla myös kotonaan tarvitsemaansa yksityiskohtaista tietoa. Potilasohjetta muokattiin nykyiseen malliinsa osaston toiveiden ja ohjetta lukeneiden läheisten suoran palautteen perusteella. Tämän ansiosta potilasohjeesta tuli tekijöidenkin mielestä hyvä.

Serooman syntyyn vaikuttavat tekijät ovat edelleen huonosti ymmärrettyjä ja suuri osa seroomaan liittyvistä tutkimusten tuloksista on keskenään ristiriidassa (Gardner ym. 2005, 7). Tästä huolimatta opinnäytetyön tietoperustasta onnistuttiin kokoamaan tiivis ja informatiivinen suomenkielinen tietopaketti seroomasta. Opinnäytetyön tietoperustasta tuli kattava koska lähteinä käytettiin tieteellisiä englanninkielisiä tutkimuksia monipuolisesti. Aiheen rajaus oli oikea päätös, koska teoriaosuuden koko saatiin näin pidettyä sopivana.

Kehittämishankkeessa suunnitteluvaiheen jälkeen tärkeintä on työstämisvaihe, jossa työskennellään, jotta saavutettaisiin tavoitteita ja lopulta saataisiin tuotos valmiiksi (Salonen 2013, 18). Tämän opinnäytetyön aihe on osoittautunut ennalta arvattua vaikeammaksi, koska tutkimuksista työhön löytynyt tieto on ollut hajanaisista ja serooma on useissa tutkimuksissa ollut vain sivumainintana. Lisäksi vain harvoissa työhön löytyneissä tutkimuksissa tutkimusnäytön aste oli vahvaa tai tulokset yhteneväisiä muiden aiheeseen liittyvien tutkimusten kanssa. Myös tuotoksen tekeminen on ollut haastavaa, sillä muutoksia on tehty runsaasti koko prosessin aikana.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Kirjallisuuden käytössä on oltava lähdekriittinen. Myös lähteiden tulkinnassa on käytettävä harkintakykyä. Alan asiantuntijan voi tunnistaa muun muassa siitä, että nimen löytää arvostettujen kirjoittajien lähteistä. Lisäksi julkaisijan arvostettavuus on tärkeää mietittäessä lähteen luotettavuutta. Uusien lähteiden käyttäminen on järkevää, koska useilla aloilla tieto on jatkuvasti muuttuvaa. Alkuperäiset lähteet lisäävät luotettavuutta, koska tieto ei ole muuttunut referoitaessa. Lähteiden pitää lisäksi olla puolueettomia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 109–110.) Työssä vältettiin sekundäärilähteiden käyttöä, vaikka joitain sekundäärilähteitä on käytetty, kun alkuperäisen lähteen etsimiseen olisi kulunut suhteettoman paljon rahaa. Myös sekundäärilähteitä arvioitiin sen perusteella, kuka ne on kirjoittanut, milloin ja missä ne on julkaistu. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 231) mukaan tutkimustulosten luotettavuutta lisää se, jos ne on voitu osoittaa uudelleen todenmukaisiksi toisissa tutkimuksissa. Vilkka (2010, 43) korostaa että toiminnallisessa opinnäytetyössä lähteiden määrä ei ole olennainen seikka, vaan niiden laatu.

Työhön käytettiin yleisesti asiantuntijoiksi hyväksytyjen henkilöiden kirjoittamia artikkeleita lähteinä, joita olivat esimerkiksi kokoneiden lääkärien kirjoittamat artikkelit, sekä tutkimuskatsaukset. Julkaisujen kirjoittajien asiantuntijuudesta kertoi myös se, että samojen tekijöiden julkaisuja löytyi useista eri lähteistä. Lisäksi kirjoittajan toiminta tunnetuissa järjestöissä ja tehtävä niissä kertoi luotettavuudesta.

Vaikka lähteiden määrä ei ole olennaisin seikka opinnäytetyössä, tekijät kokivat että lähteiden monipuolinen käyttö lisäsi tämän työn luotettavuutta. Viittausten ja lähteiden merkinnässä oltiin huolellisia, vaikka niiden suuri määrä aiheutti paljon työtä. Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta ja eettisyyttä lisää se, että lähdeviittaukset, joita työssä on käytetty, on tarkistettu monta kertaa. Systemaattisessa tarkistuksessa löytyi muutamia väärin merkittyjä sivunumeroita, jotka muutettiin oikeiksi.

Tietoa etsittiin luotettavilta julkaisuyhteisöiltä, internetin tieteellisistä lähteistä, esimerkiksi erilaisista tieteellisistä tietokannoista, joihin pääsi koulun tunnuksilla. Etenkin tutkimukset olivat tärkeitä lähteitä tässä työssä. Tähän opinnäytetyöhön suomennettiin tutkimuksia ja kerättiin niistä olennaisia asioita. Joissakin tutkimuksissa tieto oli ristiriidassa toisen tutkimustiedon kanssa, ja tällöin kerrottiin molempien tutkimusten tulokset.

Tutkimuksia läpi käytäessä ilmeni ongelma, sillä myös tutkimuksissa oli teoriaosuudessa käytetty useita toisia tutkimuksia lähteinä. Kaikkea tietoa ei ollut siis mahdollista saada alkuperäislähteestä. Tutkimuksista työhön otetut viittaukset ovat suurelta osin abstrakteista ja päätelmät - osioista, koska näissä teksti oli tutkimuksen tekijöiden omaa. Tietoa etsittiin myös hoitotyön ja lääketieteen lehtien sisällysluetteloita manuaalisesti selaamalla ja käyttämällä suomalaisia artikkeliviitetietokantoja.

Opinnäytetyöhön tarvittiin kuvia, esimerkiksi seroomasta, jotta asioita saatiin havainnollistettua. Kuviin kysyttiin lupa niiden oikeuden haltijoilta, mutta aikataulun puitteissa lupia ei saatu, siksi käytettiin itse tehtyjä kuvia. Kuvat on tietoisesti laitettu liitteeksi, eikä tekstin yhteyteen, jotta lukija voi itse päättää haluaako perehtyä niihin tarkemmin. Tuotoksessa kuvien käyttöä pohdittiin paljon, koska heräsi kysymys oliko potilasohjeeseen sopivaa laittaa esimerkiksi ihmisistä otettuja serooma-aiheisia kuvia. Lisäksi rinnan alueelta otettujen kuvien käyttäminen työssä oli muutoinkin kyseenalaista muun muassa eettisistä syistä. Työssä käytetyistä piirretyistä kuvista pyrittiin tekemään mahdollisimman neutraaleja.

Tässä työssä on käytetty lähteenä myös hoitotyön kirjoja, koska tutkimuksista saatu tieto oli pääosin lääketieteellistä, ja työhön haluttiin lisää hoitotyön näkökulmaa. Lisäksi potilasohjeesta haluttiin tehdä helposti ymmärrettävä, ja myös tämän takia tietoperustassa käytettiin oppikirjalähteitä.

Osaston 1G hoitajilta saatiin suullista palautetta valmiista potilasohjeesta. Hoitajien mielestä potilasohje oli käyttökelpoinen ja palvelee tarkoitustaan. Työtä varten ei saatu osastolta lupaa palautteen kysymiseen lomakkeella suoraan potilailta, siksi koettiin tärkeäksi myös niin sanotun maallikkopalautteen saaminen

työn ymmärrettävyydestä ja ulkoasusta. Jos työtä varten oltaisiin saatu potilailta palautetta heidän tiedontarpeestaan, se olisi lisännyt työn luotettavuutta. Tutkimuksista ja kirjoista etsittiin myös potilaan näkökulmasta tarpeellisia asioita, mutta sopivaa kirjallisuutta tähän tarkoitukseen ei löytynyt riittävästi.

8.3 Asiantuntijuus ja ammatillinen kasvu

Työstäminen voi olla pitkä, raskas ja vaativa prosessi. Se on hyvin tärkeä vaihe, koska siinä opitaan ammatillisuutta. Tässä vaiheessa on tärkeää muun muassa saada palautetta, ohjausta ja vertaistukea. (Salonen 2013, 18.) Vilenin ym. (2008, 77) mukaan asiantuntijuus on osa ammatillisuutta, joka kehittyy koulutuksen ja kokemuksen myötä. Motivaatio kehittää itseään sekä kokemuksista oppiminen ovat olennainen osa asiantuntijuutta.

Teoriapohjan kartoittaminen oli opinnäytetyössä tärkeää, koska se kehitti tekijöiden omaa asiantuntijuutta tutkimusaiheesta. Asiantuntijuutta sovellettiin opinnäytetyön tekemiseen ja kirjallinen tuotos syntyi pohjautuen muun muassa tieteellisiin lähteisiin. Yhteistyö toimeksiantajan ja opinnäytetyönohjaajan kanssa oli tärkeää, koska saimme näiltä ammattilaisilta mielipiteitä potilasohjeen ja koko työn kehittämistarpeista. Vertaistuki koettiin koko opinnäytetyön prosessin aikana erittäin tärkeäksi, ja siksi keskustelut opinnäytetyön pienryhmäohjauksissa toisten opinnäytetyötä tekevien oppilaiden kanssa auttoivat työn etenemisessä. Ideat työn kehittämiskohteista otettiin vastaan avoimin mielin, ja niistä pyrittiin oppimaan.

Opinnäytetyöprosessin aikana tekijöiden tutkimustiedon etsimis- ja hyödyntämistaito kehittyi runsaan tiedonhaun ansiosta. Lähdekriittisyys oli tärkeää näyttöön perustuvan hoitotyön teoretiedon etsimisessä. Oman tekstin kirjoittamisessa ja arvioimisessa oltiin kriittisiä. Erityisesti tutkimustiedon suomentamisessa pyrittiin siihen, ettei sanojen merkitys muuttuisi. Teoretiedon määrä rintasyövästä ja seroomasta sekä niiden hoidosta kasvoi.

Tietoisuus potilaan oikeuksista ja potilasta suojaavista laeista sekä Valviran suosituksista kehittyi, kun teoriapohjaan etsittiin tietoa. Potilasohjauksen laadun

ja yhtenäisyyden tärkeys korostui tekijöille työskentelyn aikana. Potilaiden oikeus samanarvoisuuteen, oikeus kotihoito-ohjeisiin ja yhdenvertaiseen ohjaukseen riippumatta asuinkunnasta olivat tärkeitä ohjauksen teemoja, joiden merkitystä pohdittiin paljon. Potilasohjeiden yhdenmukaisuutta on tässä opinnäytetyössä huomioitu muun muassa hyödyntämällä Valviran sairaanhoitopiireille antamaa ohjetta potilasohjeisiin liittyen. Lisäksi työtä tehdessä rintasyöpä- ja serooma potilaiden ohjauksen erityispiirteiden tunnistaminen ja huomioiminen hoitotyössä kehittyi.

Tämä opinnäytetyön yhteydessä tehty opinnäytetyön päiväkirja auttoi oman toiminnan suunnittelun ja aikatauluttamisen kehittämässä. Yleinen järjestelmällisyys lisääntyi myös materiaalin lajittelusta ja säilyttämisestä johtuen. Myös opinnäytetyön ohjeen mukaisessa kirjoittamisessa on tapahtunut paljon kehitystä.

8.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehitysmahdollisuudet

Tämän opinnäytetyön aihe tulee jatkossakin olemaan esillä, koska rintasyöpä on naisilla yleinen ja serooma on enemmän kuin todennäköinen, jos rinta joudutaan poistamaan tai kainalon imusolmukkeita poistetaan. Potilaat tarvitsevat jatkossakin tietoa serooman omaseurantaan liittyen, koska sairaalasta kotiudutaan nykyään aiempaa aikaisemmin.

Potilasohjeelle on varmasti tarvetta, myös koska toimeksianto tuli kirurgiselta osastolta, jossa serooman omaseurannan ohjaaminen tapahtuu. Tuotos auttaa potilasta saamaan oikean tiedon kotonaan ja näin helpottaa tunnistamaan tilanteet, joissa tulee hakea hoitoa.

Tulevaisuudessa seroomasta tiedetään ehkä nykyistä enemmän, jos aiheen tutkiminen jatkuu entiseen tapaan. Seroomasta löytyneet tutkimukset olivat pääasiassa kansainvälisiä ja lääketieteellisiä, siksi mielenkiintoinen jatkotutkimus olisi se, mihin elämän osa-alueisiin seroomalla on vaikutusta. Lisäksi voisi kartoittaa rintasyöpäpotilaiden ennakkotietoutta seroomasta, koska suomenkie-

listä ja kaikkien saatavilla olevaa tietoa on ollut rajallisesti, ja siksi myös potilaan oma tiedonhaku voi olla hankalaa. Hoitotyön ja lääketieteen ammattikirjallisuudessa seroomasta on löytynyt suhteellisen vähän tietoa, jota potilas voisi hyödyntää itsenäisen tiedonhaun keinoin.

Jatkossa rintasyöpäleikatun potilasohjausta voisi kehittää lisää tekemällä opetusvideo serooman seurannasta kotona ja tekemällä selkokielistä versiota potilasohjeesta henkilöille, joilla on haasteita luetunymmärtämisen kanssa. Jatkokehitysmahdollisuus olisi myös tehdä potilasohje esimerkiksi ruotsin-, englannin, venäjän- tai saamenkielisenä.

Lähteet

- Agrawal, A., Ayantunde, A.A. & Cheung, K.L. 2006. Concepts of seroma formation and prevention in breast cancer surgery. The royal Australasian college of surgeons. 76, 1088–1095.
<http://web.a.ebscohost.com>. 2.1.2014.
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Eskola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Airaksinen, T. 2009. Toiminnallisen opinnäytetyön kirjoittaminen. Toiminnallinen opinnäytetyö tekstinä diasarja. Slide Share.
<http://www.slideshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallinen-opinnytety-tekstin>. 8.4.2012 .
- Alaperä, P., Antila, E., Blomster, K., Hiltunen, H., Honkanen, A., Honkanen, R., Holtinkoski, T., Konola, A., Leiviskä, H., Meriläinen, S., Ojala, H., Pelkonen, E. & Suominen, A. 2006. Kirjallinen potilasohjaus. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. 65–76.
- Andeweg, C. S., Schriek, M. J., Heistercamp, J. & Roukema, J. A. 2011. Seroma Formation in Two Cohorts after Axillary Lymph Node Dissection in Breast Cancer Surgery: Does Timing of Drain Removal Matter? The breast journal 4 (17), 359–364. <http://web.ebscohost.com>. 26.11.2013 .
- Axelsson, C.K., Quamme, G.M., Lanng, C., Szecsi, P.B., Mortensen, M.B., Wegeberg, B., Arpi, M., Lingskov, M., Puglich, M.S. & Okholm, M. 2012. Local injection of methylprednisolonacetat to prevent seroma formation after mastectomy. Danish medical journal 59 (9), 1–4.
http://www.danmedj.dk/portal/page/portal/danmedj.dk/dmj_forside/PAST_ISSUE/2012/DMJ_2012_09/A4482. 29.11.2013.
- Bower, M. & Waxman, J. 2010. Lecture notes: Oncology. Wiley –Blackwell: Chichester.
- Chand, N., Aertssen, A. M. & Royle, G. T. 2013. Axillary “Exclusion” – A Successful Technique for Reducing Seroma Formation after Mastectomy and Axillary Dissection. Advances in Breast Cancer Research 1 (2), 1–6.
<http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?paperID=27248#.UxDL5oUrqVp>. 20.11.2013.
- Dogan, L., Gulcelik, M. A., Yuksel, M., Uyar, O., Erdogan, O. & Reis, E. 2013. The Effect of Plasmakinetic Cautery on Wound Healing and Complications in Mastectomy. Journal of Breast Cancer 16 (2) 198–201.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3706866/>. 19.11.2013.

- Doherty, G.M., Mulvihill, S.J. & Pellegrini, C.A. 2003. Postoperative care. Teoksessa Lawrence, W.W. & Doherty, G.M. (toim.) Current surgical diagnosis & treatment. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill, 14–22.
- Eichler, C., Dahdouh, F., Sauerwald, A. & Warm, M. 2013. Seroma suppression using TissuGlu in high-risk patient post mastectomy: a case report 138 (7), 1. <http://www.jmedicalcasereports.com/content/7/1/138>. 17.9.2013.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U. Å., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2012. Hoitotiede. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Forsström, S., 2013. Rintasyöpäleikkaus. Teoksessa Mustajoki, M., Pellikka, M., Alila, A., Rasimus, M. & Matilainen, E. (toim.) Sairaanhoitajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 586–587.
- Gardner, A., Pass, H.A. & Prance, S. 2005. Techniques in the prevention and management of breast seroma: An evaluation of current practice. The Women's Oncology Review 5 (3), 135–143. <http://web.ebscohost.com>. 28.12.2013.
- Griesser, A. -C., Vlastos, G., Morel, L., Beaume, C., Sappino, A.-P. & Haller, G. 2011. Socio-demographic predictors of high support needs in newly diagnosed breast cancer patients. European journal of cancer care. 20. 466–474. <http://web.ebscohost.com>. 9.1.2014.
- Hammar, A.M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Harmer, V. 2010. Surgery for breast cancer. Teoksessa Harmer, V. Breast cancer nursing care and management. 18, 81–102. books.google.fi/books. 20.11.2013.
- Haukipuro, K. & Wiik, H. 2005. Haavan paraneminen ja siihen vaikuttavat tekijät. Teoksessa Hellstén, S.(toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 235–238.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Heikkilä, P. 2012. Rinta. Teoksessa Mäkinen, M., Carpén, O., Kosma, V-M., Paavonen, T. & Stenbäck, F. (toim.) Patologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 871–890.
- Hietanen, H. 2010. Kudoseheys. Teoksessa Saastamoinen, T., Hietanen, H., Juvonen, A. & Monto, R. (toim.) Hoitotyön toiminnot. Helsinki: Kirjapaja, 207–215.
- Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. Helsinki: WSOY.
- Hiltunen, E., Holmberg, P., Jyväsjärvi, E., Kaikkonen, M., Lindblom-Yläne, S., Nienstedt, W. & Wähälä, K. (toim.) 2007. Galenos, Ihmiselimistö kohtaa ympäristön. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, Kirurgisten Sairauksien ja Syöpätautien Hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.
- Huovinen, R. 2009. Rintasyöpä. Lääketieteellinen Aikauskirja Duodecim 125 (24). 2745–2748. www.duodecimlehti.fi. 2.12.2013.

- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? 16(121). 1769–1773.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Hoitamisen taito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 4/2006. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. 10–18.
- Jahkola, T. 2008. Focus Oncologiae. Onkoplastinen kirurgia. Syöpäsäätiön julkaisusarja 2008:9, 54–57. http://cancerfi-bin.directo.fi/@Bin/bb52cbc6fc5b25719084efd6864fa102/1370337072/application/pdf/52520449/FocusO_2008_verkko.pdf. 4.6.2013.
- Jahkola, T. 2009. Rintaleikkauksen jälkeiset haavaongelmat. Haava, Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu 4.
- Jahkola, T., Hietanen, H., Kuokkanen, H., Rosenberg, L. & Rautalahti, M. Rinnan korjausleikkauksen käsikirja. <http://www.syopapotilaat.fi/potilasoppaat/rinnankorjausleikkauksen-kasikir/>. 24.3.2014.
- Jahkola, T., Joutainen, S. & Leidenius, M. 2013. Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus. <http://rintasyoparyhma-yhdistysavain-fi-bin.directo.fi/@Bin/4f7c0272dec8f0b9a9890a6d5d6fc5c8/1390918723/application/pdf/171266/www.terveysportti.fi-rintasyovanvaltakunnallinenendiagnostiikka-jahoitosuositus2013.pdf>. 28.1.2014. 21–28.
- Jahkola, T., Leidenius, M. & Von Smitten, K. 2010. Rintarauhanen. Teoksessa Roberts, P.J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) Kirurgia. Helsinki: Duodecim, 758–795.
- Joensuu, H. 2013. Rintasyövän yleisyys, ennuste, riskitekijät ja ehkäisy. Teoksessa Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus. 6-8. <http://rintasyoparyhma-yhdistysavain-fi-bin.directo.fi/@Bin/4f7c0272dec8f0b9a9890a6d5d6fc5c8/1390918723/application/pdf/171266/www.terveysportti.fi-rintasyovanvaltakunnallinenendiagnostiikka-jahoitosuositus2013.pdf>. 28.1.2014.
- Juutilainen, T. 2003. Kirurgisten hoitotoimenpiteiden komplikaatiot. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 554–560.
- Kalso, E. 2011. Kipu. Teoksessa Neuvonen, P. J., Backman, J. T., Himberg, J – J., Huupponen, R., Keränen, T. & Kivistö, K. T. (toim.) Kliininen Farmakologia ja Lääkehoito. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy, 781–789.
- Kankaala, J., Kaukua, I., Määttä, M., Simula, M., Suomela, A., Virranniemi, S. & Vanttilla, P.L. 2006. Sosiaalinen tuki potilasohjauksessa. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.). Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 4/2006. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. 32–43.

- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutuksen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY/Oppimateriaalit.
- Kujala, U. & Järvinen, M. 2005. Liikunta vamman tai kirurgisen toimenpiteen jälkeen. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) Liikuntalääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 513–524.
- Kunnamo, I. & Pohjonen, S. 2007 Rinnanpoiston jälkeisen serooman tyhjennys, Lääkäriin tietokannat.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=vid00015&p_haku=serooman%20tyhjennys. 3.6.2013.
- Kuokkanen, H. 2012. Akuutti haava. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 234–246.
- Kuroi, K., Shimozuma, K., Taguchi, T., Imai, H., Yamashiro, H., Ohsumi, S. & Saito, S. 2005. Pathophysiology of seroma in breast cancer. *Breast Cancer. The Japanese Breast Cancer Society* 4 (12) 288-293.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jbcs/12/4/12_4_288/_article. 30.12.2013.
- Kuurne, S. & Erämies, T. 2012. Leikkaushaavan hoito. Sairaanhoitajan käsikirja. <http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>. 21.11.2013.
- Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2005. Haavapotilaan hoitoon sitoutuminen ja ohjaus. Teoksessa Hietanen, H. & Iivanainen, A. (toim.) Haavanhoidon vuosikymmen. Espoo: Suomen haavanhoitoyhdistys, 207–212.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Rensfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala.
<http://jultika.oulu.fi/Record/isbn978-951-42-8498-4>. 9.1.2014.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva Hoitotyö* 4 (6), 10–15.
- Lagus, H. 2012. Haavan paraneminen. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 29–53.
- Leaper, D.J. & Harding, K.G. 2006. Traumatic and surgical wounds. Teoksessa Grey, J.E. & Harding, K.G. (toim.) ABC of wound healing. Malden: Blackwell publishing, 17–20.
- Leidenius, M. & Joensuu, H. 2013. Kainaloevakuaatio ja vartijaimusolmuketutkimus rintasyövässä. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P.J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S. Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 606–607.
- Leidenius, M. & Vaalavirta, L. 2010. Kohti rintasyövän säästävää leikkaus- ja sädehoitoa. *Duodecim* 10 (126), 1198–1203.
<http://www.terkko.helsinki.fi.tietopalvelu.karelia.fi>. 28.12.2013.
- Leidenius, M. 2004. Rintasyövän leikkaushoito. *Suomen lääkirilehti* 13 (59), 1381–1385.
- Loo, W.T. & Chow, L.W. 2007. Factors predicting seroma formation after mastectomy for Chinese breast cancer patients. *The Indian journal of cancer* 3 (44), 99–103.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18250530>. 3.1.2014.

- McLafferty, E., Hendry, C. & Farley, A. 2012. The lymphatic system, *Art & science. Nursing Standard* 15–17 (27), 37–42.
<http://web.ebscohost.com>. 18.12.2013.
- Naylor, W. A. 2006. *Skin and Wound Care*. Teoksessa Kearney, N. & Richardson, A. (toim.) *Nursing patients with cancer. Principles and practice*. Edinburgh: Elsevier, Churchill Livingstone, 527–558.
- Okholm, M. & Axelsson, C.K. 2011. No effect of steroids on seroma formation after mastectomy. *Danish medical bulletin* 58 (2), 1–5.
http://www.danmedj.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=6628849.PDF. 30.12.2013.
- Opas anatomiaan. 2009. Königswinter: Ullman.
- Papp, A. & Härmä, M. 2005. Haavan hoito. Teoksessa Hellstén, S.(toim.) *Infektioiden torjunta sairaalassa*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. 239–245.
- Price, B. 2013. Six steps to teaching cancer patients. *Cancer nursing practice* 11 (6), 25–33. <http://web.ebscohost.com>. 20.12.2013.
- Puhakkala, E., Dypa, T., Hakulinen, T. & Sankila, R. 2006. Syöpä sairautena. Syövän ilmaantuvuus, syöpäpotilaiden ennuste ja syöpäkuolleisuus. Syöpäjärjestöt.
http://www.cancer.fi/@Bin/52456271/image_61_2.pdf. 2.12.2013.
- Puhakkala, E., Sankila, R. & Rautalahti, M. 2011. Syöpä Suomessa 2011. Syöpäjärjestön julkaisuja 2011. <https://cancer-fi.directo.fi/syoparekisteri/tutkimus/syopa-suomessa-2011/>.
- Rintala, P. 2005. Syöpä. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) *Liikuntalääketiede*. Helsinki: Duodecim. 460–463.
- Rissanen, P., Vertio, H. & Lanning, M. 2008. Syöpä. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) *Kuntoutus*. Helsinki: Duodecim. 121–137.
- Roberts, P.J. 2010. Kirurginen onkologia. Teoksessa Roberts, P.J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) *Kirurgia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 89–95.
- Sailas, L. & Leinonen, P. 2012. Rintasyöpäpotilaan seuranta terveyskeskuksessa. *Lääkärilehti* 24 (67), 1900–1903.
http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2012/nosto24_1.pdf. 4.6.2013.
- Sailo, E. 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, E. & Varti, A-M. (toim.) *Kivunhoito*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 30–38.
- Sakkary, M. A. 2012. The value of mastectomy flap fixation in reducing fluid drainage and seroma formation in breast cancer patients. *World Journal of Surgical Oncology* 10 (8), 1–6.
<http://www.wjso.com/content/10/1/8>. 29.11.2013.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. *Kivun hoitotyö*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf. 12.3.2014.
- Sampathraju, S. & Rodrigues, G. 2010. Seroma formation after mastectomy: Pathogenesis and prevention. *Indian Journal of Surgical Oncology* 1 (4), 328–333.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3244263/>. 30.12.2013.
- Schening, T. 2006. Mikä auttaa rintasyöpäleikkauksen jälkeiseen serooman muodostukseen. *Suomen lääkärilehti* 32 (61), 3074.

- Srivastava, V., Basu, S. & Shukla, V.K. 2012. Seroma Formation after Breast Cancer Surgery: What We Have Learned in the Last Two Decades. *Journal of breast cancer* 15 (4), 373–380.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/issues/218096/>. 29.11.2013
- Stephens, P.A., Osowski, M., Fidale, M.S. & Spagnoli, C. 2008. Identifying the educational needs and concerns of the newly diagnosed patients with breast cancer after surgery. *Clinical journal of oncology nursing* 2 (12), 253–258. <http://web.ebscohost.com>. 20.12.2013.
- Suomen syöpärekisteri. 2014. Tilastot. Syöpäpotilaiden eloonjäämisluvut. <http://www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/syopapotilaiden-eloonjaamisluvut/>. 28.1.2014.
- Syöpäjärjestöt. 2008. Tietoa syövästä. Rintasyövän hoito. <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/rintasyovan-hoito/>. 26.11.2013.
- Syöpäjärjestöt. 2013a. Tietoa syövästä. Rintasyöpä. <http://cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/>. 31.5.2013.
- Syöpäjärjestöt. 2013b. Tietoa syövästä. Imukudossyövät <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/imukudossyovat/>. 31.5.2013.
- Szecszi, P. B., Larsen, J., Hørby, J. & Axelsson, C. K. 2012. Seroma Production After Breast Cancer Surgery has a Pro-Inflammatory Component. *The Open Breast Journal* (4), 11–17.
<http://benthamscience.com/open/tobcanj/V004-GenArt.htm>. 28.11.2013.
- Tadman, M. & Roberts, D. 2007. *Oxford handbook of cancer nursing*. Oxford: Oxford university press.
- Thomson, D. R., Sadideen, H. & Furniss, D. 2013. Wound drainage after axillary dissection for carcinoma of the breast. *The Cochrane Library*. 10. <http://www.thecochranelibrary.com>. 20.11.2013.
- Torkkola, S., Heikkinen, H & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammi Oppimateriaalit.
- Valvira. 2012. Ohje Sairaanhoidopiireille 14/2012. http://www.valvira.fi/files/tiedostot/v/a/Valvira_ohje_14_2012.pdf. 11.11.2013.
- Warren, M. 2008. Collaboration in developing a protocol for nurse-led seroma aspiration. *British Journal of Nursing* 15 (17), 956. <http://web.ebscohost.com>. 19.11.2013.
- Widmaier, E.P., Raff, H. & Strang, K. T. 2004. Vander, Sherman, & Luciano's Human physiology. The mechanisms of body function. Boston: McGraw-Hill.
- Vilen, M., Leppämäki, P & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Vilkka, H. 2010. Toiminnallinen opinnäytetyö. Pdf-tiedosto. http://vilkka.fi/hanna/Toiminnallinen_ont.pdf. 8.4.2013
- Voigt, B., Grimm, A., LoBack, M., Klose, P., Schneider A. & Richter-Ehrenstein C. 2011. The breast care nurse: the care specialist in breast centres. *International Nursing Review* 58, 450–453. <http://web.ebscohost.com>. 8.1. 2014.

- Von Smitten, K., Jahkola, T., Peltoniemi, H. & Asko – Seljavaara, S. 2004. Rintarauhanen. Teoksessa Roberts, P. J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Kivilaakso, E. (toim.). Kirurgia. Helsinki: Duodecim, 638–658.
- Zieliński, J., Jaworski, R., Irqa, N., Kruszewski, J. W. & Jaskiewicz, J. 2011. Analysis of selected factors influencing seroma formation in breast cancer patients undergoing mastectomy. Archives of Medical Science 9 (1), 86–92.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3598126/>. 16.11.2013.

Ammattisanasto

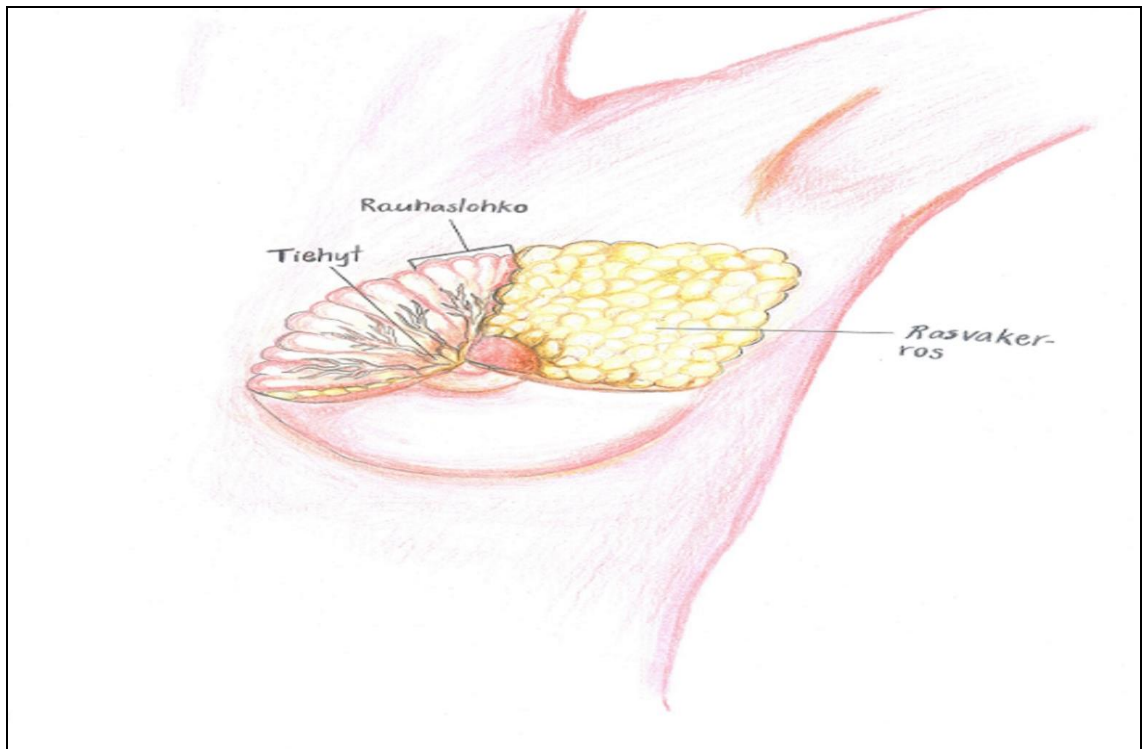
Rinnan korjausleikkauksessa käytettyjä iho-lihaskielekkeitä:

Poikittaisesta vatsalihaksesta otettu kieleke, transverse abdominis muscle (TRAM) kieleke.

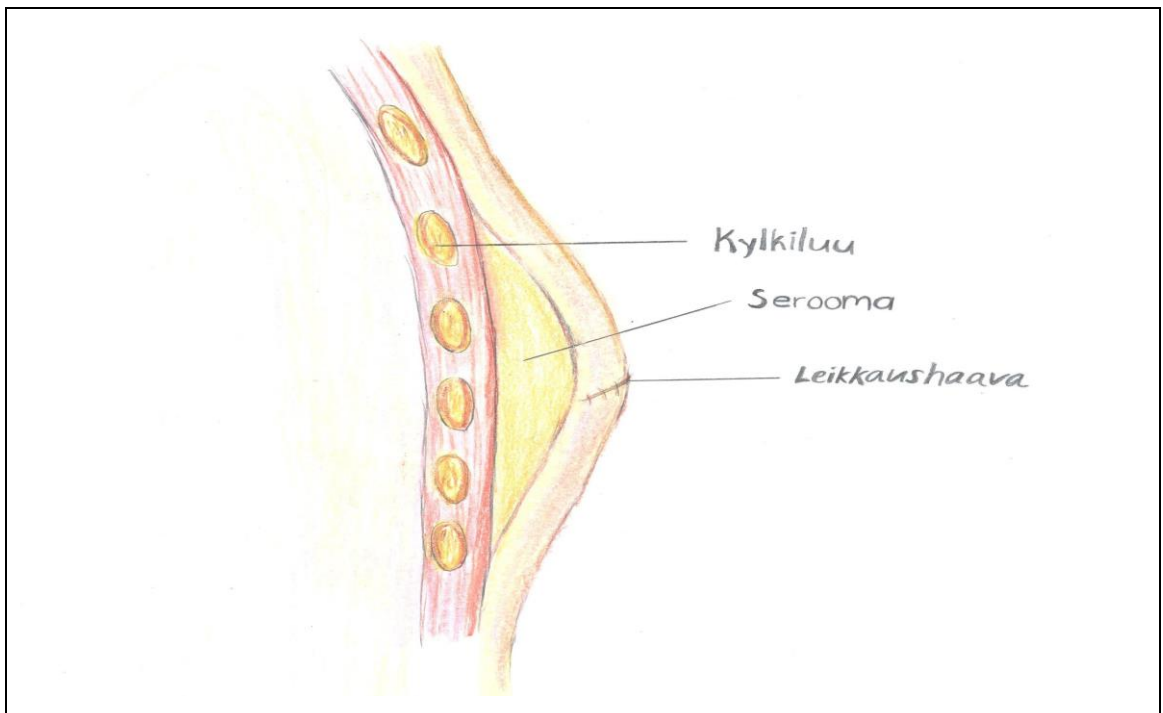
Leveästä selkälihaksesta otettu kieleke, latissimus dorsi (LD) kieleke.

biopsia	neulanäytteen otto
epidermis	ihon ylin kerros
fibriini	veren hyytymistekijä
histopatologinen	sairauksien mikroskooppisia kudostou- toksia koskeva tai kuvaileva
immobilisaatio	liikkumattomaksi tekeminen
invasiivinen	tunkeutuva, leviävä
kainaloevakuatio	Axillary lymph node dissection (ALND)
lipidi	rasva-aine
maligni	pahanlaatuinen
metastaasi	syövän etäpesäke
nekroosi	kudos kuolema
palpaatio	tunnusteleminen käsin
syövän liitännäishoidot	sädehoito ja/tai lääkehoito
tiehyen sisäinen varhaisvaiheen kas- vain	ductal carcinoma in situ (DCIS)
transkutaaninen	ihon läpi tapahtuva
patofysiologia	oppi sairaan elimistön toiminnasta ja häiriöiden synnystä
etiologia	taudin syyt ja niiden tutkiminen

Kuvat rinnan anatomiasta ja seroomasta



Kuva 1. Rintarauhasen anatomia (Kuva: Virpi Hiltunen)



Kuva 2. Poikkileikkaus rinnan seroomasta (Kuva: Virpi Hiltunen)



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä
Toimeksiantajan edustaja:	Osastonhoitaja (1G) Päivi Sinkkonen
Osoite:	Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu
Puhelinnumero:	
Sähköposti:	

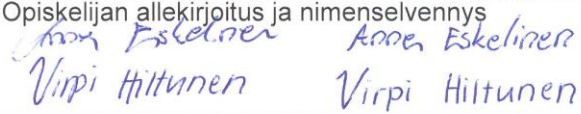

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	Anne Eskelinen 0900019 Virpi Hiltunen 1100132
Puhelinnumero:	Anne Eskelinen, Virpi Hiltunen (
Sähköposti:	Anne.M.Eskelinen@edu.karelia.fi, Virpi.Hiltunen@edu.karelia.fi

Toimeksiantajan sitoumukset	
Toimeksiantaja tukee opiskelijaa opinnäytetyön suorittamisessa antamalla työn suorittamiseen tarvittavia tietoja. Valmis tuotos on sähköisessä muodossa, tulostettavissa, eikä siten aiheuta kustannuksia kummallekaan osapuolelle. Tekijänoikeudet jäävät opinnäytetyön tekijöille. Toimeksiantajalla on ohjeen käyttö- ja päivitysoikeus.	

Opiskelijan sitoumukset	
Opiskelijat laativat osasto 1G:lle potilaan ohjevihkosen rintasyöpäleikkauksen jälkeisen serooman omaseurantaan. Toimeksiantaja saa oikeudet käyttää serooman omaseurantavihkosta sisäisessä ohjaamistyössään ja päivittää sitä muuttuvien tarpeiden mukaan.	

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	Erja Moore

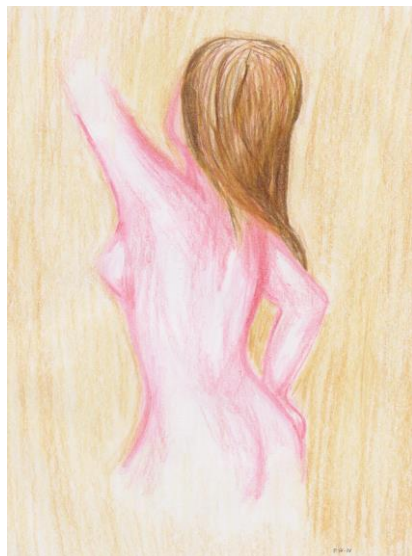
Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

Allekirjoitukset	
Päiväys 5.9.2013	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys  Anne Eskelinen Virpi Hiltunen
Päiväys 6.9.13	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys  PÄIVI SINKKONEN



POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITO-
JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ

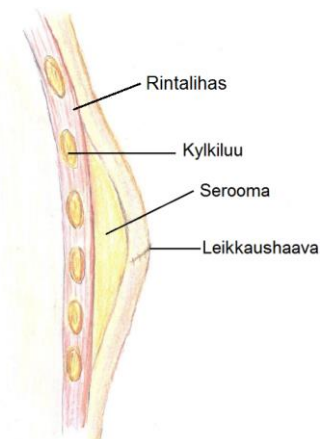
Potilasohje rintaleikkauksen jälkeisen serooman omaseurantaan



Serooma

Leikkauksessa sinulle asetettiin haavaan laskuputki, jonka tehtävänä oli poistaa haavaontelon sisälle kertyvää kudostenestettä. Joillakin potilailla kudostenesteen kertyminen haavan sisään jatkuu kun laskuputki on poistettu. Tätä kudostenestekertymää kutsutaan **seroomaksi**. Serooman kehittyminen on yleistä rintaleikkauksen jälkeen.

Poikkileikkauspiirros rinnan seroomasta



Serooman tunnistaminen leikkaushaavasta

Jotta voisit tunnistaa, onko haava-alueella seroomaa, sinun pitäisi tarkistaa haavan ympäristö kotiutumisen jälkeen päivittäin. Normaalisti paraneva haava, jossa ei ole seroomaa, tuntuu kiinteältä. Serooman havaitsemisessa auttaa haava-alueen tunnustelu, joka tehdään hellästi, puhtain ja pestyin käsin. Puristelua pitää välttää, jotta haava ei ärtyisi.

Serooman voit tunnistaa seuraavista merkeistä leikkausalueella:

- loiskuminen haavaontelossa
- kipu
- pullistuma
- paineen tunne haavassa
- nesteen tihkuminen haavasta

Serooma voi kehittyä muun muassa seuraavien leikkausten jälkeen:

- kainalon imusolmukkeiden poisto
- rinnan poisto
- rinnan osapoisto
- iho-lihaskielekeleikkaus

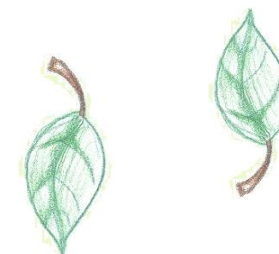
Serooma kannattaa hoitaa

Serooma pitkittää toipumista, haavan paranemista ja voi myöhästyttää mahdollisia syövän liitännäishoitoja. Serooma lisää riskiä haavatulehdukselle ja altistaa haavan aukeamiselle.

Serooman hoito punktoimalla

Kudosnesteen kertymä haavaonteloon hoidetaan tyhjentämällä neste neulan ja ruiskun avulla ihon läpi. Toimenpiteen suorittaa lääkäri. Nesteen tyhjentäminen on pieni toimenpide, joka ei yleensä aiheuta kipua. Tyhjennys tehdään tarvittaessa 2-3 kertaa viikossa, kunnes nesteen kertyminen loppuu.

Serooman tyhjennykseen varataan aika soittamalla ensisijaisesti oman kotikunnan terveyskeskukseen. Jos et pääse kotikuntasi terveyskeskukseen, ota yhteyttä kirurgian poliklinikalle tai osastolle 1G.



Kipulääkitys kotona

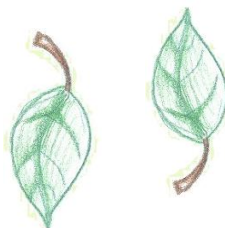
Serooma voi aiheuttaa kipua ja epämukavaa tunnetta. Voit käyttää kivunhoitoon osastolta sinulle määrättyjä kipulääkkeitä lääkärin antaman ohjeistuksen mukaan.

Hygienia

Voit käydä suihkussa vuorokauden kuluttua leikkauksesta. Saippuavesi saa valua haavan päältä, mutta leikkaushaavaa ei kannata saippuoida, koska se vähentää bakteerien määrää vain hetkellisesti. Saunomista ja kylpemistä pitäisi välttää, koska ne lisäävät muun muassa haavan tulehdusriskiä.

Liikkuminen

Liikunnan harrastamisessa kannattaa noudattaa osastolta saamiasi neuvoja, koska liikumisohjeet riippuvat leikkauksen tyypistä. Rintaleikkauksen jälkeen haava-alueen venytystä ja voimakasta rasitusta pitäisikin välttää, jotta haavan paraneminen ei häiriintyisi.



Jos havaitset itselläsi seuraavia tulehduksen oireita, ota ensisijaisesti yhteys oman kotikuntasi terveyskeskukseen. Toissijaiset yhteydenotot osastolle 1G tai yhteispäivystykseen.

- Haavan alueella on lisääntyntä kuumotusta, turvotusta ja kipua.
- Sinulle nousee yli 38 asteen kuume.
- Haava alkaa vuotaa, esimerkiksi verta tai märkää.
- Haavan reunojen väri muuttuu voimakkaasti.
- Haava aukeaa.

Haava voi erittää hieman kellertävää tai kirkasta kuodosnestettä ja punoittaa arven reunoilta kapearajaisesti. Tämä ei vielä ole merkki haavan tulehduksesta.



Muistiinpanoja

Tämä potilasohje on osa opinnäytetyötä, jonka toimeksiantaja on Pohjois-Karjalan keskussairaalan osasto 1G. Opinnäytetyön voi lukea kokonaisuudessaan osoitteesta www.theseus.fi.

Potilasohjeen päivitysoikeudet ovat osastolla 1G. Sen on tarkastanut ja hyväksynyt yleiskirurgian ylilääkäri Eeva-Kaisa Titov 19.2.2014.

Karelia-ammattikorkeakoulu
 Hoitotyön koulutusohjelma
 Kevät 2014
 Anne Eskelinen ja
 Virpi Hiltunen
 Kuvat V. Hiltunen



Serooman hoitoon liittyvät yhteydenotot seuraavassa järjestyksessä:

Ensisijaisesti yhteydenotto oman asuinkuntasi terveyskeskukseen.

PKSSK:n kirurgian poliklinikka:

013 171 3070 (ma-pe klo 8-14)

PKSSK:n kirurgian ja naistentautien vuodeosasto 1G:

013 171 2520

Jos epäilet leikkaushaavan tulehtuneen, yhteydenotot seuraavassa järjestyksessä:

Ensisijaisesti yhteydenotto oman asuinkuntasi terveyskeskukseen.

PKSSK:n kirurgian ja naistentautien vuodeosasto 1G:

013 171 2520

PKSSK:n yhteispäivystyksen puhelinneuvonta:

013 171 6161. Puhelinpalvelu toimii päivittäin klo.7-23, muina aikoina puhelut ohjautuvat ensiapuun