



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

RINTASYÖPÄPOTILAAN
OSASTOHOIDON OHJEKANSION
TUOTTAMINEN PÄIJÄT-HÄMEEN
KESKUSSAIRAALAN
NAISTENTAUTIEN VUODEOSASTOLLE

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveystalo
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Opinnäytetyö
Syksy 2014
Jaana Oiva
Kukka-Maaria Tapio

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

OIVA JAANA:
TAPIO, KUKKA-MAARIA

Rintasyöpäpotilaan osastohoidon
ohjekansion tuottaminen Päijät-Hämeen
keskussairaalan naistentautien vuode-
osastolle

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 41 sivua, 24 liitesivua

Syksy 2014

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön aiheena on rintasyöpäpotilaan osastohoito. Toimeksianto saatiin Päijät-Hämeen keskussairaalan naistentautien vuodeosastolta. Opinnäytetyön aiheeksi muodostui rintasyöpäpotilaan osastohoito, koska potilasryhmä oli juuri siirtynyt naistentautien vuodeosastolle.

Opinnäytetyö on toiminnallinen ja työelämälähtöinen. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa toimeksiantajalle käytännöllinen ja helppolukuinen ohjekansio. Opinnäytetyön tavoitteena on, että ohjekansio selkeyttää ja auttaa hoitohenkilökuntaa jäsentämään rintasyöpäpotilaan osastohoitoa sekä potilaan tuen tarpeita hoitoprosessin aikana. Ohjekansiosta on hyötyä myös perehdyttäessä uusia työntekijöitä sekä opiskelijoita.

Ohjekansio sisältää lyhyesti tietoa rintasyövästä ja sen hoidosta, keskittyen postoperatiiviseen osastohoitoon. Ohjekansio on tehty yhteistyössä Päijät-Hämeen keskussairaalan naistentautien vuodeosaston kanssa. Ohjekansion sisältö perustuu opinnäytetyön tietoperustaan. Kansiota tehdessä on huomioitu osaston toiveet kansion sisällöstä. Ohjekansio on tehty sähköiseen muotoon, jotta se on helposti päivitettävissä ja tarvittaessa tulostettavissa. Toimeksiantajan mielestä tuotos on todella hyvä ja sisältää juuri sen tiedon, mitä he halusivat.

Asiasanat: rintasyöpä, rintasyöpäpotilas, osastohoito, ohjekansio

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in nursing

OIVA, JAANA:
TAPIO, KUKKA-MAARIA

The production of breast cancer patients' instructions and care guide for the gynecological ward of Päijät-Häme central hospital

Bachelor's Thesis in nursing

41 pages, 24 pages of appendices

Autumn 2014

ABSTRACT

The subject of the thesis is breast cancer patients' inpatient care. The assignment was given by Päijät-Häme central hospital gynecological ward. The subject of the thesis was chosen to be breast cancer patients' inpatient care, because the patient group had recently been moved to the gynecological ward.

The thesis is functional and workplace-orientated. The purpose of the thesis was to produce a practical and easy to read care guide for the commissioner. The objective of the thesis was to clarify and help nursing staff to structure the inpatient care of a breast cancer patient, as well as to understand the patients' needs of support during the care process through the use of the care guide. The care guide is also useful when familiarizing new employees or students with the job.

The care guide contains brief information about breast cancer and its care, focusing on post-operative inpatient care. The guide is made in cooperation with the gynecological ward of Päijät-Häme central hospital. Contents of the care guide are based on the knowledge basis of the thesis. During the making of the guide, the wishes of the ward's employees regarding the contents were taken into account. The guide is made in digital form, so it can be updated easily and printed when necessary. The commissioner is very pleased with the guide as it contains precisely the information that they wanted

Key words: breast cancer, breast cancer patient, inpatient care, care guide

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	RINTASYÖPÄ SAIRAUTENA	6
2.1	Rintasyöpä	6
2.2	Rintasyöpätyypit	7
2.3	Rintasyövän oireet ja tutkimukset	8
3	RINTASYÖVÄN HOITO	10
3.1	Kirurginen hoito	10
3.1.1	Rinnan säästävä leikkaus	10
3.1.2	Rinnan poistoleikkaus	11
3.1.3	Kainaloevakuaatio ja vartijaimusolmuketutkimus	12
3.2	Sädehoito	12
3.3	Rintasyövän uusiutuminen ja seuranta	13
4	RINTASYÖVÄN LIITÄNNÄISHOIDOT	15
4.1	Lääkehoito	15
4.1.1	Solunsalpaajahoito	15
4.1.2	Hormonihoito	16
4.2	Vasta-ainehoidot	17
5	RINTASYÖVÄN PSYKKISET VAIKUTUKSET	18
6	RINTASYÖPÄPOTILAAN POSTOPERATIIVINEN HOITO	20
6.1	Leikkauksen jälkeinen hoito ja tarkkailu	20
6.2	Haavan hoito	20
6.3	Kivun hoito	21
6.4	Dreenin hoito ja -ohjaus	24
6.5	Rintasyöpäpotilaan psyykinen tukeminen	25
7	RINTASYÖPÄPOTILAS PÄIJÄT-HÄMEEN KESKUSSAIRAALAN NAISTENTAUTIEN VUODEOSASTOLLA	27
7.1	Osastokuvaus	27
7.2	Rintasyöpäpotilas naistentautien osastolla	27
8	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	28
9	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	29
9.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	29

9.2	Ohjekansion kuvaus	29
10	POHDINTA	31
	LÄHTEET	34
	LIITTEET	40

1 JOHDANTO

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpäsairaus Suomessa ja siihen sairastuu elämänsä aikana noin joka yhdeksäs nainen (Huovinen 2013). Rintasyöpään sairastuminen on ollut kasvussa 1950-luvulta lähtien ja on arvioitu, että vuonna 2020 rintasyöpään sairastuu vuosittain yli 5 000 naista. Rintasyövän ilmaantuvuuden lisääntyminen johtuu pääasiassa eliniän kohoamisesta. Sairastuvuuden kasvusta huolimatta rintasyöpäkuolleisuus on ollut laskussa viime vuosikymmenten ajan ja aiemmin kuolemaan johtava sairaus on muuttunut yleensä parannettavaksi sairaudeksi. (Leino 2011, 24.) Rintasyövän parantuneen ennusteen tärkeimpänä syynä pidetään liittäishoitojen tehokkuutta ja sairauden varhaista toteamista (Joensuu, Leidenius & Huovinen 2013, 619).

Opinnäytetyössä keskitytään rintasyöpäpotilaan osastohoitoon. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 2§) määrittelee potilaan terveyden- tai sairaanhoitopalveluja käyttäväksi tai muuten niiden kohteena olevaksi henkilöksi. Tässä opinnäytetyössä käsitteellä rintasyöpäpotilas tarkoitetaan rintasyöpää sairastavaa naista.

Rintasyöpään sairastuminen on erittäin voimakas ja mieltä järkyttävä tapahtuma. Rintasyöpä on sairautena aina yksilöllinen kokemus ja se synnyttää usein sairastumisvaiheessa kriisin. Rintasyöpään sairastuminen aiheuttaa fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia vaikutuksia sairastuneen elämään. Hoitohenkilöstöltä saatu tuki rintasyövästä toipumisessa on merkityksellistä. Tutkimusten mukaan on todettu kuitenkin, että hoitohenkilökunta ei tunnista rintasyöpäpotilaan tuen tarpeita riittävän hyvin, vaikka hoitajat ovat keskeisessä roolissa potilaan tukijoina. (Leino 2011, 7, 17, 28, 33.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata rintasyöpäpotilaan osastohoitoa ja tehdä ohjekansio Päijät-Hämeen keskussairaalan naistentautien vuodeosastolle. Kansio kokoaa, yhtenäistää ja tiivistää rintasyöpäpotilaan hoidossa käytettävää tietoa ja tuen tarpeita. Rintasyöpäpotilaat ovat siirtyneet uudelle osastolle, joten kansion tekeminen on perusteltua.

2 RINTASYÖPÄ SAIRAUTENA

2.1 Rintasyöpä

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpäsairaus Suomessa. Vuonna 2012 Suomessa todettiin 4 694 uutta rintasyöpätapausta. Miehillä rintasyöpä on harvinainen sairaus ja Suomessa vuosittain todetaan noin 15–20 uutta tapausta. Syövän ilmaantuvuus on kasvanut, mutta se johtuu enimmäkseen siitä, että naisten elinikä on kohonnut. (Huovinen 2013.) Rintasyövän ilmeneminen alkaa 25. ikävuoden jälkeen ja lisääntyy iän myötä. Vuosittain rintasyöpätapauksia todetaan noin neljännes ikäryhmissä 25–49-vuotiaat, neljännes ikäryhmissä 50–59 ja noin puolet yli 60-vuotiaiden naisten ikäryhmissä. Rintasyövän ennuste on parantunut, koska seulontojen avulla se todetaan yhä varhaisemmin ja hoitomenetelmät ovat kehittyneet. Mammografiaseulontojen avulla on vähennetty erityisesti yli 50-vuotiaiden naisten rintasyöpäkuolleisuutta. (Syöpäjärjestöt 2013a.) Rintasyöpäseulonnat järjestetään kunnittain kahden vuoden välein 50–69-vuotiaille naisille (THL 2012). Rintasyöpäkuolleisuus on laskenut, rintasyöpäpotilaan eloonjäämisprosentti 5 vuoden kuluttua rintasyöpädiagnoosista oli 92 % vuosina 2009–2011 (Suomen syöpärekisteri 2013).

Rintasyöpään sairastumiseen ei tiedetä varmaa syytä, mutta useita rintasyövän riskitekijöitä tunnetaan. Näitä ovat varhainen kuukautisten alkamisikä, lapsettomuus tai ensimmäinen synnytys yli 30-vuotiaana, myöhään alkaneet vaihdevuodet, pitkään jatkuva hormonikorvaushoito estrogeeni-progestiiniyhdistelmällä, ylipaino, ionisoiva säteily sekä runsas alkoholin kulutus. (Huovinen 2013.) Lisäksi vaaraa rintasyöpään sairastumisesta lisää ikä ja tiivis rintakudos, joka todetaan mammografiassa. Nuorena aloitettu säännöllinen tupakointi saattaa suurentaa rintasyöpään sairastumisen mahdollisuutta. Monilla rintasyöpään sairastuneilla ei kuitenkaan tunneta yhtään riskitekijää. Osa syöivistä saattaaakin syntyä sattumalta ilmaantuneiden mutaatioiden seurauksena. (Suomen rintasyöpäryhmä ry 2013, 7.) Noin 5–10 % rintasyöivistä on perinnöllisiä. BRCA1- ja 2 -geenien tiedetään liittyvän rintasyöpään ja jos naisella on BRCA1-geeni, rintasyöpään sairastumisriskin arvioidaan vaihtelevan 35–85 %:iin. (Syöpäjärjestöt 2013b.)

Rintasyöpään sairastumisen riskiä pienentää säännöllinen liikunta ja mahdollisesti runsaasti vihanneksia sisältävä ruokavalio, mikä auttaa normaalipainon säilyttämisessä. Molemminpuolinen rinnanpoisto pienentää rintasyöpävaaraa noin 90 % ja munasarjojen poisto noin 50 %. Imetyksen on havaittu pienentävän rintasyöpärisiä. (Suomen Rintasyöpäryhmä ry 2013, 8.) Rintasyövän vaaraa pienentävät myös ensisynnytys nuorella iällä ja täysiaikaiset raskaudet (Huovinen 2013). Eurooppalaisen syöpäsuosituksen mukaan alkoholin juomista tulee rajoittaa ja syövän ehkäisyyn kannalta on parempi välttää alkoholia kokonaan (European Code Against Cancer 2014).

2.2 Rintasyöpätyypit

Rintasyövässä on kaksi yleisintä tyyppiä, duktaalinen ja lobulaarinen. Duktaalinen eli tiehytperäinen syöpä alkaa rintatiehyistä. Lobulaarinen eli rauhasperäinen syöpä alkaa rinnan rauhasrakenteesta. (Syöpäjärjestöt 2013a; Rintasyöpä.fi 2013a.) Rinnassa on rauhasliuskoja (lobulus), joiden välillä on sidekudosta. Liuskoja yhdistävät tiehyet (ductus). (Syöpäjärjestöt 2013a.)

Noin 75–80 % rintasyöivistä on duktaalisia rintasyöpiä (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 584). Siinä syöpäsolut tunkeutuvat tiehyen sisällä olevaan kudokseen. Kun duktaalinen syöpä ei ole levinnyt rintatiehyiden ulkopuolelle, sanotaan sitä duktaaliseksi karsinoomaksi in situ eli DCIS:ksi. Duktaalinen karsinooma in situ ei ole vielä syöpäkasvain, mutta se on rintasyövän esiaste. (Syöpäjärjestöt 2013a; Rintasyöpä.fi 2013a.)

Rauhasperäinen eli lobulaarinen rintasyöpä on toiseksi yleisin rintasyöpätyyppi. Sillä on taipumus esiintyä molemmissa rinnoissa. Kuten duktaalaisella, myös lobulaarisella rintasyövällä on in situ -muoto eli LCIS. Lobulaarisen rintasyövän in situ -muoto ei kuitenkaan ole rintasyövän esiaste vaan paremminkin rintasyövän vaaratekijä. (Syöpäjärjestöt 2013a; Rintasyöpä.fi 2013a.)

Rintasyövän erikoistyyppit ovat harvinaisia. Ne eivät ala rauhasista tai tiehyistä. Tällaisia syöpiä ovat tubulaarinen, kribriforminen, musinoottinen, medullaarinen ja papillaarinen karsinooma. Erikoistyyppisten syöpien ennuste on yleensä parem-

pi kuin duktaalisen tai lobulaarisen. (Leidenius & Joensuu 2013b, 602.) Medullaarista lukuun ottamatta nämä rintasyöpätyypit uusivat duktaalista ja lobulaarista muotoa harvemmin. Harvinaiseksi rintasyöväksi luetaan myös Pagetin tauti. (Syöpäjärjestöt 2013a.) 1–4 %:ssa rintasyöivistä ensioireisiin kuuluu Pagetin tauti. Suurimpaan osaan eli noin 90 %:iin rinnan Pagetin tautitapauksista liittyy myös rintasyöpä. (Hannuksela 2012.)

Duktaalisen ja lobulaarisen rintasyövän yhteydessä voi olla rintarauhasen tulehdus. Silloin syöpää kutsutaan inflammatoriseksi. Se on muita rintasyöpätyyppejä vaikeampi hoitaa. (Syöpäjärjestöt 2013a.)

2.3 Rintasyövän oireet ja tutkimukset

Usein rintasyöpä on kivuton, mutta joillakin potilailla voi rinnassa ilmetä kipua tai pistelyä (Suomen rintasyöpäryhmä ry 2013, 9). Rintamuutosten diagnosoinnissa käytetään kolmoisdiagnostiikkaa. Siihen kuuluu ensiksi inspektio eli tarkastelu ja palpaatio eli käsin tunnistelu, toiseksi kuvantamistutkimukset ja kolmanneksi histopatologiset tutkimukset neulanäytteistä. Jos jokin tutkimustulos on epävarma tai selvästi viittaa rintasyöpään, poistetaan muutos rinnasta leikkauksella. Jos ne taas viittaavat hyvänlaatuisen muutokseen, voidaan sitä jäädä seuraamaan. (Syöpäjärjestöt 2013a.)

Tavallisesti nainen hakeutuu lääkärin tutkimuksiin huomattuaan kyhmyn rinnassaan. Lääkäri tutkii rinnan ja potilas lähetetään mammografiaan, joka on ensisijainen kuvantamismenetelmä rintaoireiden ja löydösten arvioinnissa. (Suomen rintasyöpäryhmä 2013, 9; Syöpäjärjestöt 2013a.) Tarpeen mukaan voidaan käyttää myös ultraäänitutkimusta, jonka yhteydessä muutoksesta voidaan ottaa biopsia eli koepala (Syöpäjärjestöt 2013a). Alle 30-vuotiailla potilailla rintojen ultraäänikuvaus on ensisijainen perustutkimus rintasyöpää epäiltäessä. Kaikille potilaille tehdään biopsian lisäksi täydellinen mammografia lisäprojektiointeen ennen kirurgisia toimenpiteitä. (Suomen rintasyöpäryhmä 2013, 9.)

Kyhmyn lisäksi rintasyövän oireena voi olla nännistä erittyvä neste. Neste on kirkasta tai veristä ja sen syy selvitetään ruiskuttamalla maitotiehyeseen varjoainetta ja ottamalla sen jälkeen mammografia. Tämä galaktografiaksi tai duktografiaksi

kutsuttu tutkimus voi paljastaa kasvaimia maitotiehyissä. Lisäksi nännin eritteestä voidaan tehdä solututkimus. Solututkimus ei kuitenkaan ole erotusdiagnostisesti luotettava. (Syöpäjärjestöt 2013a.)

Turvotus ja punoitus rintarauhasessa ovat usein mastiitin eli rintarauhasen tulehduksen aiheuttamaa, mutta ne voivat joskus olla myös syövän oire. Nänninpihan ihottuma taas voi olla oire Pagetin taudista, joka diagnosoidaan ihosta otettavalla kudoksenäytteellä. (Syöpäjärjestöt 2013a.) Pagetin tauti on nännin alueen pahanlaatuinen ihomuutos ja siihen liittyy usein karsinooma (Suomen rintasyöpäryhmä 2013, 13).

Kaikista epäilyttävistä rintamuutoksista otetaan kuvantaohjatusi useita pak-suneulanäytteitä. Biopsioiden lisäksi voi kirurgi tarvittaessa ottaa rinnasta isomman näytteen. (Suomen rintasyöpäryhmä 2013, 9–10.) Koepalojen avulla varmistetaan syövän tyyppi ja hormonireseptoristatus (Rintasyöpä.fi 2013b).

Joskus rinnat magneettikuvataan. Se ei kuitenkaan ole rutiinitutkimus kaikille potilaille, joilla on rintasyöpäepäily. Magneettikuvausta käytetään esimerkiksi, kun kolmoisdiagnoosiin löydökset ovat ristiriitaisia tai epäselviä. Siitä on hyötyä kun arvioidaan voidaanko kasvain poistaa rintaa säästävällä leikkauksella. Lisäksi siitä voi olla hyötyä arvioitaessa tuumorin vastetta paikallishoitoa edeltävälle hoidolle eli neoadjuvanttihoitoon. (Suomen rintasyöpäryhmä 2013, 10–11.)

3 RINTASYÖVÄN HOITO

Ennen rintasyöpähoitojen aloittamista sairaus on luokiteltava sen biologisten ennustetekijöiden ja levinneisyyden mukaan. Rintasyövän hoito on valittava potilaalle yksilöllisesti, potilaan yleiskunto, mahdolliset muut sairaudet sekä potilaan mielipide huomioiden. Päätös hoidosta on tehtävä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa punnitsemalla hoidosta mahdollisesti saatavat hyödyt tai siitä aiheutuvat haitat. Rintasyövän hoidossa käytetään leikkaushoitoa, sädehoitoa ja lääkehoitoa useimmiten yhdisteltyinä. (Syöpäjärjestöt 2008.)

3.1 Kirurginen hoito

Rintasyövän leikkaus- eli kirurgisessa hoidossa puhutaan rintaa säästävistä leikkauksesta tai rinnan kokopoistosta. Leikkaushoito on aina ensisijainen hoitomuoto paikallisessa rintasyövässä. Kirurgisen hoidon tavoitteena on poistaa rinnasta syöpäkasvain riittävin terve kudospäänteen sekä mahdolliset etäpesäkkeet kainaloista. Leikkaushoidolla pyritään kasvaimen uusiutumisen pienentämiseen rinnan ja kainalon alueella sekä rinnan kasvaimen laajuuden ja imusolmukemetastasiin selvittämiseen. (Ahonen ym. 2013, 587; Suomen rintasyöpäryhmä ry 2013, 21.) Rintasyöpäpotilaan kirurginen hoito edellyttää moniammatillista yhteistyötä eri asiantuntijoiden kuten kirurgin, radiologin, patologin, onkologin, plastiikkakirurgin ja isotooppilääkärin kesken (Joensuu, Leidenius & Huovinen 2013, 603).

3.1.1 Rinnan säästävä leikkaus

Kirurgisessa hoidossa päädytään usein rintaa säästävään leikkaukseen, jos kasvain saadaan poistettua rinnan ulkomuotoa radikaalisti muuttamatta. Rinnan säästävää leikkausta pidetään rintasyövän eloonjäämisennusteen kannalta yhtä turvallisena hoitomuotona kuin koko rinnan poistoa, jos se yhdistetään sädehoitoon. Rinnan säästävissä leikkauksissa poistetaan rinnan kasvain ja samalla tutkitaan kainalolymphadenien tilanne. Kainalon imusolmukemetastasiin esiintymistä pidetään merkittävimpänä syövän ennustetekijänä. (Vehmanen 2012.)

Rinnan säästävään leikkaukseen pyritään aina potilaan toivomuksesta, ellei sille löydy sellaisia esteitä, kuten kasvaimen laajuus suhteessa rinnan kokoon, leikkaushyödyn pienuus, laajalla alueella esiintyvät malignit eli pahalaatuiset kasvaimet, tai sädehoito ei ole mahdollinen tai suositeltava. Esteenä saattaa olla myös aiempi sädehoito. Muita esteitä ovat raskauden ensimmäinen ja toinen kolmannes, potilaan haluttomuus tai yhteistyökyvyttömyys sädehoitoon ja sidekudossairaus. (Suomen rintasyöpäryhmä ry 2013, 21–22.) Potilaan ikä voi olla myös esteenä säästävälle rintaleikkaukselle, koska hyvin nuorella potilaalla voi olla jopa 50 % mahdollisuus saada paikallinen uusiutuma elämänsä aikana. Tämän vuoksi alle 35-vuotiaille potilaille ei mielellään suositella säästävää rintaleikkausta. (Leidenius & Joensuu 2013c, 603.) Leikkausmuoto valitaan tapauskohtaisesti, yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Rinnan muoto pyritään säilyttämään kasvaimen poiston yhteydessä, jotta jälkikäteen ei tarvitsisi tehdä komplikaatioherkkiä jälkikorjauksia. Tarvittaessa voidaan hyödyntää rintarauhaskirurgiaa. (Suomen rintasyöpäryhmä ry 2013, 21–24.)

3.1.2 Rinnan poistoleikkaus

Osassa rintasyövän leikkaushoidoista päädytään rinnan poistoleikkaukseen eli mastektomiaan. Rinta poistetaan, jos säästävää rintaleikkausta ei voida tehdä tai jos potilas sitä toivoo. Koko rinnan poistoon päädytään, jos potilaalla on normaalia suurempi paikallisen uusiutumisen riski, kuten nuori ikä tai geenimutaation kantajuus. (Suomen rintasyöpäryhmä ry 2013, 25.)

Rinnanpoistopäätöksen yhteydessä on aina mietittävä mahdollisuutta rintarekonstruktioon eli rinnan korjausleikkaukseen. Rintarekonstruktio voidaan tehdä joko rinnanpoiston yhteydessä eli välittömänä rekonstruktiona tai myöhemmin potilaan toivuttua syövästä ja sen hoidoista eli myöhäisrekonstruktiona. Rekonstruktio menetelmä valitaan yksilöllisesti huomioiden potilaan toivomukset, ruumiinrakenne, ihon ja ihonalaisrasvan kunto sekä määrä, perussairaudet, haavan paranemisen riskitekijät kuten diabetes ja tupakointi sekä ammatti ja harrastukset. Rintarekonstruktiossa voidaan käyttää potilaan omia kudoksia, implantteja tai näiden yhdistelmää. Omakudossiirteistä, niin kutsutuista kielekkeistä, käytetyimpiä ovat vatsakieleke (DIEP = Deep Inferior Epigastric Artery Perforator / TRAM = Transverse

Rectus Abdominis Myocutaneous) ja isosta selkälihaksesta otettava selkäkieleke (LD = Latissimus Dorsi). (Suomen rintasyöpäryhmä ry 2013, 25–28.)

3.1.3 Kainaloevakuaatio ja vartijaimusolmuketutkimus

Rintasyöpä voi lähettää etäpesäkkeitä kaikkiin elimiin ja etenkin etäpesäkkeitä on usein kainalon imusolmukkeissa (Joensuu & Huovinen 2013b, 600). Rintasyövän yhtenä tärkeänä ennustekijänä pidetään kainaloiden etäpesäkkeellisten imusolmukkeiden määrää. Vartijaimusolmuke on usein ensimmäinen imusolmuke, johon kasvaimesta imunesteen mukana tulevat syöpäsolut. Oletuksena on, että kainalon vartijaimusolmukkeen ollessa terve, muutkin solmukkeet ovat terveitä. (Leidenius & Joensuu 2013a, 606.)

Kainalon etäpesäkkeellisten imusolmukkeiden tilanne voidaan selvittää kainalon tyhjennyksellä eli kainaloevakuaatiolla tai säästävämällä vartijaimusolmuketutkimuksella. Kainaloevakuaatiossa kainalorasvan mukana poistuu suuri osa alueen imusolmukkeista. (Vehmanen 2012.) Vartijaimusolmuketutkimuksessa rintaan ruiskutetaan merkkiainetta, jonka avulla imusolmukkeet löydetään. Poistetut vartijaimusolmukkeet tutkitaan jäädytetystä leikkeestä leikkauksen aikana. Vartijaimusolmukkeen löytyessä ja sen ollessa puhdas syövästä, kainaloa ei tarvitse tyhjentää ollenkaan tai poistetaan vain kasvaimen alueelta imunestettä keräävät vartijaimusolmukkeet. (Joensuu, Huovinen & Leidenius 2013, 606–607; Vehmanen 2012.)

Vartijaimusolmuketutkimuksen ansiosta potilaat toipuvat nopeammin leikkauksesta, koska yläraajan turvotustaipumus ja tuntohäiriöt ovat lievempiä ja harvinaisempia vartijaimusolmuketutkimuksen yhteydessä kuin kainalon koko tyhjennyksessä. (Leidenius & Joensuu 2013a, 607.)

3.2 Sädehoito

Sädehoitoa annetaan ulkoisesti sädehoitolaitteella. Hoito on paikallishoitoa, joka kohdistetaan laskelmien avulla suoraan hoidettavalle alueelle. Sädehoito siis vaikuttaa vain sädetettävän alueen syöpäsoluihin. (Rintasyöpä.fi 2013c.) Sädehoito on

suurenergistä ionisoivaa säteilyä. Se vaikuttaa syöpäsoluihin estämällä niitä jakautumasta ja kasvamasta. (Syöpäjärjestöt 2008.)

Sädehoidolla yritetään tuhota niitä syöpäsoluja, joita ei saada poistettua kirurgisesti. Yleensä se yhdistetään muihin hoitoihin, kuten leikkaus- ja solunsalpaaja-hoitoihin. Kun sädehoitoa ja solunsalpaajahoidoa annetaan samanaikaisesti, ne voimistavat toistensa tehoa. Sädehoitoa voidaan antaa ennen tai jälkeen leikkauksen. Ennen leikkausta sitä kutsutaan neoadjuvanttihoidoksi, jota käytetään pienentämään syöpäkasvainta leikkauksen helpottamiseksi. Leikkauksen jälkeistä sädehoitoa kutsutaan adjuvanttihoidoksi ja sitä käytetään alueelle mahdollisesti jääneiden syöpäsolujen tuhoamiseksi. (Rintasyöpä.fi. 2013c.) Hoito vähentää rintasyövän paikallisen uusiutuman riskiä (Vehmanen 2012).

Sädehoito on kivutonta, mutta sillä voi olla haittavaikutuksia. Rintasyöpää hoidettaessa ne ovat yleensä paikallisia ihon ärsytysoireita, kuten punoitus ja aristus. Sädehoito lisää sidekudosmuodostusta, joten hoidettu rinta voi jäädä aiempaa tiiviimmäksi. Osa potilaista saattaa sairastaa keuhkotulehduksen. Kainalon ja soliskuopan aluetta hoitaessa voi potilaalle kehittyä turvotustaipumus. (Vehmanen 2012.) Kaikki oireet eivät ole pysyviä ja niitä voidaan tarvittaessa helpottaa lääkähoidolla (Rintasyöpä.fi 2013c).

3.3 Rintasyövän uusiutuminen ja seuranta

Noin 60 % rintasyövän uusiutumisista ilmenee viiden ensimmäisen vuoden kuluessa leikkauksesta. Lähes kaikki uusiutumukset ilmenevät ensimmäisten 15 vuoden sisällä, mutta rintasyöpä saattaa kuitenkin uusiutua jopa yli 20 oireettoman vuoden jälkeen. (Joensuu & Huovinen 2013d, 614.)

Rintasyöpä voi uusiutua paikallisesti, etäpesäkkeinä tai toisen rinnan uutena syöpänä (Huovinen 2014). Rintasyövän uusiutuessa säästävän rintaleikkauksen jälkeen samassa rinnassa hoitona on useimmiten rinnanpoisto sekä liitännäishoidot. Vastakkaisen rinnan syöpää hoidetaan kuten uutta rintasyöpää. Rintasyöpä voi uusiutua rinnanpoiston jälkeen rintakehän seinämässä ja silloin lähes kaikilla potilailla todetaan myös etäpesäkkeitä. Hoitona on tällöin leikkaushoidon ja mahdollisesti annettavan sädehoidon lisäksi liitännäislääkehoito. Tavallisimpia etäpesäke-

keiden paikkoja ovat luusto, rinnan alueen iho ja imusolmukkeet, keuhko, keuhkopussit, maksa ja aivot. Rintasyöpä voi kuitenkin lähettää etäpesäkkeitä lähes kaikkiin elimiin. (Joensuu & Huovinen 2013d, 614.)

Rintasyövän seurannan tarkoituksena on hoitaa primaarihoidon mahdollisesti aiheuttamat haitat ja havaita mahdollinen toisen rinnan syöpä sekä hoidetun rintasyövän uusiutuminen. Seurantaan oleellisesti liittyy myös potilaan selviytymisestä huolehtiminen järjestämällä tarvittaessa kuntoutusta ja psykososiaalista tukea. Rintasyöpäpotilaan seuranta toteutetaan perusterveydenhuollossa erikoissairaanhoidosta annettujen seuranta-ohjeiden mukaan. Oireettomalle potilaalle ei tehdä laajoja kuvauksia etäpesäkkeiden löytämiseksi. Seurannassa kiinnitetään huomiota erityisesti rintasyöpäpotilaan oireisiin, kuten kipuihin ja yleiskunnon huononemiseen, koska ne saattavat olla merkinä etäpesäkkeistä. Mammografia tehdään 1–2 vuoden välein potilaan koko loppuelämän ajan, tarvittaessa ultraääni-tutkimuksella täydennettynä. (Ahonen ym. 2012, 590; Huovinen 2014.)

4 RINTASYÖVÄN LIITÄNNÄISHOIDOT

4.1 Lääkehoito

Rintasyövän hoidossa käytetään liitännäislääkehoitoa eli syövän uusiutumista ehkäiseviä lääkkeitä, joilla pyritään tuhoamaan mahdollisesti elimistöön levinneitä syöpäpesäkkeitä. Joskus rintasyövän hoidossa riittää pelkkä paikallishoito, mutta jos uusiutumisriski on arvioitu korkeaksi, paikallishoidon lisäksi otetaan käyttöön liitännäislääkehoidot. Rintasyövän liitännäislääkehoidoilla tarkoitetaan sytostaatti- eli solunsalpaajahoitoa, hormonihoitoa tai molempia. (Vehmanen 2012.) Liitännäislääkehoitona voidaan myös antaa syövän täsmälääkkeitä eli vasta-aineita (Joensuu & Huovinen 2013c, 611).

Liitännäislääkehoidon tarve arvioidaan aina yksilöllisesti rintasyövän ennustekijöiden avulla, kasvaimen ominaisuudet ja potilaan kokonaistilanne huomioiden. Kaksi tärkeintä ennustustekijää ovat syövän mahdollinen leviäminen kainalon imusolmukkeisiin ja syöpäkasvaimen koko. Muita ennustustekijöitä ovat syöpäsolujen hormoniherkkyys sekä kasvaimen aggressiivisuuteen liittyvä solutason tekijä kuten HER-2-geeni. (Vehmanen 2012.)

Liitännäishoidon eli adjuvanttihoiton antamiseen vaikuttavat myös potilaan ikä ja yleiskunto. Pääsääntöisesti hormonaalista- ja solunsalpaajahoitoa ei anneta samanaikaisesti, koska hormonaalinen hoito saattaa vaikuttaa negatiivisesti solunsalpaajahoidon tehoon ja aiheuttaa laskimotukosten määrän lisääntymistä. (Joensuu & Huovinen 2013c, 611–612.) Nuorille rintasyöpäpotilaille tarjotaan aina liitännäislääkehoitoa muista ennustetekijöistä riippumatta (Vehmanen 2012).

4.1.1 Solunsalpaajahoito

Solunsalpaajat eli sytostaatit ovat syöpäsolujen tuhoamiseen tarkoitettuja lääkeaineita, joita annostellaan suoraan laskimosuoneen (Syöpäjärjestöt 2014a). Solunsalpaajahoitoa annetaan yksilöllisesti syövän levinneisyyden ja potilaan sietokyvyn mukaan. Sytostaattihoidot voidaan aloittaa kasvaimen leikkauksen yhteydessä tai välittömästi sen jälkeen. Osa solunsalpaajista voidaan annostella suun kautta,

valtimoverenkiertoon tai suoraan elinten nestetilaan. Solunsalpaajat leviävät verenkierron mukana kaikkialle elimistöön vaurioittaen isoja syöpäkasvaimia sekä tuhoten pieniä syöpäpesäkkeitä. Solunsalpaajat estävät syöpäsolujen jakaantumisen, jolloin syöpäsolut kuolevat. Solunsalpaajia annetaan useimmiten monien lääkkeiden yhdistelminä mahdollisimman hyvän tehon saavuttamiseksi. (Syöpäjärjestöt 2014a; Johansson 2012.)

Solunsalpaajat tuhoavat myös terveitä soluja, joten hoitojen yhteydessä joillakin potilailla saattaa ilmetä haittavaikutuksia. Haittavaikutukset kohdistuvat nopeasti jakaantuviin soluihin kuten hiuksiin, luuytimeen ja limakalvoihin. Yleisimmät solunsalpaajiin liittyvät haittavaikutukset ovat kuvotus, pahoinvointi ja oksentelu. Solunsalpaajat aiheuttavat usein limakalvovaurioita, joista voi aiheutua ripulia sekä suun, nielun ja ruokatorven tulehduksia. Luuytimen solutuotanto voi heikentyä solunsalpaajahoidon aikana, jolloin valkosolujen määrä laskee ja se altistaa elimistön tulehduksille. Solunsalpaajahoido vaurioittaa karvatupen soluja, jolloin usein ilmenee hiusten ja ihokarvojen lähtöä. Jotkut solunsalpaajat aiheuttavat tunnottomuutta käsissä ja jaloissa, kylmänarkutta, suolilamaa, lihasvoiman heikkenemistä ja hienomotoriikan häiriöitä. Lisäksi solunsalpaajat saattavat aiheuttaa joillekin yliherkkyysoireita ja vaihdevuosien aikaistumista. (Syöpäjärjestöt 2014a; Johansson 2012.)

4.1.2 Hormonihoito

Syöpäkasvaimen kasvua edistävät estrogeeni- ja progesteronihormonit. Hormonihoidoilla voidaan estää estrogeenin ja progesteronin toimintaa tai häiritä niiden muodostumista, jolloin syöpäsolujen kasvu sekä jakautuminen hidastuvat. (Rintasyöpä.fi 2013d.) Hormonaalinen liitännäishoito soveltuu vain potilaille, joiden syövässä on hormonireseptoreja eli hormonivastaanottimia, koska elimistössä oleva estrogeeni sitoutuu hormonireseptoreihin lisäten syöpäsolujen jakaantumista (Joensuu & Huovinen 2013a, 612; HUS 2014). Hormonihoitoa voidaan käyttää liitännäishoitona solunsalpaajien jälkeen tai levinneen rintasyövän hoidossa, jos tilanne ei vaadi nopeaa hoitovastetta. Hormonihoitoon tarkoitettuja lääkkeitä otetaan yleensä suun kautta. (Rintasyöpä.fi 2013d.)

Hormonihoidot jaetaan kahteen päätyyppiin, antiestrogeneihin ja aromataasines-täjiin. Nuorilla naisilla käytetään estrogeenireseptorin toimintaa salpaavaa anti-estrogenejä kuten tamoksifeeniä. Vaihdevuodet ohittaneiden naisten hormonihoidossa käytetään yleensä aromataasines-täjiä kuten letrotsolia, anastrotsolia ja eksemestaania, jotka estävät vaihdevuosien jälkeisen estrogeenin muodostumisen elimistössä. (Vehmanen 2012.)

4.2 Vasta-ainehoidot

Vasta-ainehoidot ovat täsmälääkkeiden ohella uusia syövänhoitomuotoja, jotka kohdistuvat jotakin kasvainsolussa esiintyvää ainesosaa tai toimintaa kohtaan (Syöpäjärjestöt 2014b). Trastutsumabi-nimistä lääkeainetta on käytetty 2000-luvun alusta levinneen rintasyövän hoidossa. Tutkimusten mukaan se pienentää riskiä rintasyövän uusimisesta niillä potilailla, joiden syöpäkasvaimessa on HER-2-proteiini. (Syöpäjärjestöt 2014c.) Lääkkeen vaikutus perustuu siihen, että trastutsumabi on HER-2:n valkuaisaineen tunnistava vasta-aine, joka estää HER-2 valkuaisainetta yli-ilmentävien syöpäsolujen jakautumisen (Pyrhönen 2000, 2850). Trastutsumabi ei ole parantanut levinnyttä rintasyöpää, solunsalpaajahoitoon liitettynä se kuitenkin lisää potilaiden elinaikaa. On myös tutkittu, että trastutsumabi voi pienentää rintasyövän uusiutumisen riskiä. (Syöpäjärjestöt 2014c.)

Trastutsumabia voidaan antaa infuusiona yhden tai kolmen viikon välein. Sillä on vähän haittavaikutuksia; ensimmäisen infuusion aikana potilaalle voi tulla vi-lunväristyksiä tai muita flunssan oireita. Lisäksi harvinaisia oireita ovat pahoinvointi, oksentelu, ripuli ja kipu kasvaimen kohdalla. Trastutsumabi vaikuttaa veriarvoihin; hemoglobiini ja valkosolut laskevat yleensä lievästi. Ennen trastutsumabihoitoa potilaan sydämen tila huomioidaan ja sitä seurataan hoidon ajan, koska lääkkeen vakavin haittavaikutus kohdistuu sydänlihakseen. Sydämen vajaatoimintaa on silti harvinainen haittavaikutus. Sen riski on suurempi, jos trastutsumabia yhdistetään sellaisiin solunsalpaajiin, jotka voivat vaikuttaa sydämeen. (Syöpäjärjestöt 2014c.)

5 RINTASYÖVÄN PSYKKISET VAIKUTUKSET

Leinon (2011, 28, 33, 36) väitöstutkimuksen mukaan rintasyöpään sairastuminen on voimakas ja järkyttävä kokemus, yksi traumaattisimmista tapahtumista, jonka ihminen voi kohdata elämässään. Rintasyöpään sairastuneen elämää hallitsevat rankat syöpähoidot, jotka vievät sairastuneelta tunteen elämähallinnasta. Vakava sairastuminen saa rintasyöpäpotilaan pohtimaan oman olemassaolon merkitystä, kuolemaa, hengellisiä kysymyksiä sekä elämän tärkeysjärjestystä. Rintasyöpään sairastuminen ei ole rankkaa yksin sairastuneelle vaan perheenjäsenen sairastuminen aiheuttaa kriisin koko perheeseen.

Järkytys vakavasta sairastumisesta ja turvallisuuden tunteen menettäminen aiheuttavat rintasyöpäpotilaalle psyykkisiä ongelmia. Rintasyöpään sairastuminen voi aiheuttaa voimakkaita tunteita kuten kateutta, vihaa, häpeää, pelkoa, tuskaa, kaaosta, yksinäisyyttä, toivottomuutta, epävarmuutta ja epätoivoa. Rintasyöpäpotilaille on suuri vaara ahdistua ja masentua ja siksi rintasyöpäpotilaat tarvitsevat paljon emotionaalista ja myönteistä, toivoa ylläpitävää tukea. (Leino 2011, 33, 35, 38.)

Rintasyöpään sairastuminen aiheuttaa minäkuvan muutoksia eli käsitystä itsestä ja omista ominaisuuksista. Sairastunut ei tunne omaa kehoaan enää samaksi kuin ennen rintasyöpään sairastumista. Leikkaushoito ja syöpähoidot aiheuttavat ulkoisia kehonkuvan muutoksia, mikä vaikuttaa naisellisuuden kokemiseen. Naiset kokevat erityisesti hiusten lähtemisen vaikeana, koska sairaus muuttuu kaljun taidia ulkopuolisille näkyväksi. Rinnat liitetään läheisesti seksuaalisuuteen ja naisellisuuteen, joten rinnattomuus aiheuttaa naiselle tunteen naisellisuuden katoamisesta. Rintasyöpä ja sen hoidot aiheuttavat muutoksia myös seksuaalisuudessa kuten seksuaali-identiteetin ja seksuaalisen toimintakyvyn ongelmia. (Leino 2011, 30–33.)

Kaikki rintasyöpään sairastuneet eivät koe psyykkisiä ongelmia, vaan suhtautuvat syöpädiagnoosiin toiveikkaasti (Leino 2011, 35). Potilaan kulttuurista vaikuttaa osaltaan rintasyövän kokemiseen. Arvot ja käyttäytymismallit sekä elämäkokemus, sosioekonominen status ja persoonallisuus vaikuttavat siihen, millainen merkitys rintasyövällä on potilaalle ja tämän omaisille sekä miten sairauden kans-

sa selvittää. (Mystakidou, Tsilika, Parpa, Kyriakopoulos, Malamos & Damigos 2008.)

6 RINTASYÖPÄPOTILAAN POSTOPERATIIVINEN HOITO

6.1 Leikkauksen jälkeinen hoito ja tarkkailu

Rintasyöpäpotilaan postoperatiiviseen eli leikkauksen jälkeiseen hoitoon sisältyy samoja asioita kun muidenkin leikattujen potilaiden hoitoon. Osastohoito koostuu potilaan leikkauksenjälkeisestä tarkkailusta, tutkimuksista ja hoidosta potilaan voinnin mukaan. Ensisijainen tavoite on vakauttaa potilaan vitaalielintoiminnot, jotta potilas toipuisi leikkauksesta ja anestesiasta ilman ongelmia. (Kuurne & Erämies 2012.)

Potilaan tultua heräämöstä osastolle häneltä mitataan heti verenpaine, syke ja saturaatioarvo (Ahonen ym. 2012, 105). Lämpö on hyvä mitata ainakin kerran päivässä (Kuurne & Erämies 2012). Potilaalta kysytään hänen vointiaan ja tarkistetaan haavasidokset, mahdolliset dreeneritykset ja virtsamäärät, infuusionesteet ja annettavat kipulääkkeet. Mittaustulokset ja huomiot potilaan voinnista kirjataan potilasasiakirjoihin. Leikkauspotilasta tarkkaillaan aluksi 15–30 minuutin välein, mutta potilaan voinnin ollessa hyvä, häntä voidaan tarkkailla 1-2 tunnin välein. (Ahonen ym. 2012, 105–106.)

Hoitaja tarkkailee leikkauksen jälkeen potilaan hengittämistä, kuten hengitystaajuutta ja -tapaa, hengitysääniä, ihonväriä ja levottomuutta (Ahonen ym. 2012, 106). Hoitajan on seurattava potilaan kivuliaisuutta ja pahoinvointia (Kuurne & Erämies 2012). Potilaan ravitsemuksesta ja nestetasapainoista on tärkeää huolehtia ja tavoitteena on suun kautta toteutettava ravitsemus mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen potilaan voinnista riippuen. Hoitajan on tarkkailtava myös potilaan eritystoimintaa, koska osalla potilaista voi esiintyä leikkauksen jälkeen virtsaamiseen ja ulostamiseen liittyviä ongelmia. (Ahonen ym. 2012, 107–108.)

6.2 Haavan hoito

Rintasyöpäleikkauksen yhteydessä haavaonteloon usein asetetaan yksi tai useampi dreeni eli laskuputki, joka johtaa leikkausalueelle keräytyviä nesteitä pois elimistöstä. Dreeni voidaan pitää paikallaan kaksi vuorokautta ja se poistetaan yleensä

vuodon vähentyessä 2.–5. päivänä. (Ahonen ym. 2012, 113; Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2009, 620.) Potilaiden hoitoaika sairaalassa on lyhentynyt, koska rintasyöpäleikkaus tehdään usein lyhythoitokirurgisena toimenpiteenä. Potilaat tulevat osastolle leikkauksen jälkeen ja saattavat kotiutua jo leikkauspäivän iltana tai seuraavana päivänä voinnista riippuen. (Leino 2011, 38–39.) Rintasyöpäpotilas voi siis kotiutua haavadreenin kanssa ja siksi potilaalle ja/tai omaisille tulee opastaa imun tyhjennys ja haava-alueen tarkkailu (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2009, 620).

Puhdas kirurginen haava parantuu yleensä ongelmitta. Haavaa tulee kuitenkin hoitaa steriilisti vuorokausi leikkauksesta. Haavasidokset poistetaan yleensä vuorokauden kuluttua leikkauksesta ja haavalle jätetään haavateippi, joka poistetaan viikon kuluttua leikkauksesta. Potilas voi mennä suihkuun vuorokauden kuluttua leikkauksesta ensimmäisen leikkauksen jälkeisenä päivänä varoen haavan hankaamista. Haavadreenin kanssa voi käydä myös suihkussa. Sulavien ompeleiden kanssa voi sauna, uida ja kylpeä aikaisintaan kahden viikon kuluttua. Sulamattomien ompeleiden kanssa uiminen, saunominen sekä kylpeminen mahdollistuvat vasta vuorokauden kuluttua ompeleiden poistosta. Ompeleet poistetaan myöhemmin joko poliklinikkakäynnillä tai avoterveydenhuollossa. (Kuurne & Erämies 2013, 381; Forsström 2012.)

Haava-aluetta ja kainalon ihoa tarkkaillaan ja erityisesti kiinnitetään huomiota haavainfektion oireisiin, kuten haavan punoitukseen, kuumotukseen, turvotukseen, kipuun ja lämmön nousuun. Haavan pullistuessa tai jos haava-alueella on paineen tunnetta tai kipua, viittaa se verenvuotoon tai nestekertymään. Potilaalle annetaan kirjalliset ohjeet nestekertymien varalle ja ne punktoidaan tarvittaessa. (Forsström 2012.)

6.3 Kivun hoito

Kipu määritellään epämiellyttäväksi aistimukseksi tai tunnekokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosaivaurio. Ihmiset kokevat ja aistivat kivun yksilöllisesti, vaikka kivun voimakkuus olisi samanlainen. Kivun hoitotyössä potilas ja hänen kokemuksensa kivusta ovat hoidon lähtökohtana. Potilas itse on paras

kipunsa asiantuntija, mutta sairaanhoitajat ovat keskeisessä roolissa potilaan kivunhoidossa. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013, 4-6.)

Hyvä kivun hoito on potilaalle eettinen ja lakiin pohjautuva oikeus. Sairaanhoitajan tärkeimpiin tehtäviin kuuluu auttaa sekä tukea potilasta selviytymään kivusta. (Ahonen ym. 2012, 109.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 5 §) määrittää, että potilaalle on annettava riittävän ymmärrettävä selvitys terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja eri hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista.

Sairaanhoitajan on arvioitava kipua säännöllisesti ja sopivilla mittareilla. Potilasasiakirjoihin on kirjattava kivunhoitoon oleellisesti liittyvät tiedot kuten kivun voimakkuus, sijainti, kipuun käytetty hoitomenetelmä tai lääkitys sekä kivunhoidon teho. Potilaan kivun voimakkuuden arvioinnissa olisi hyvä käyttää mittarityyppiä, jonka potilas olisi itse valinnut. (Salanterä ym. 2013, 12, 20.) Yleisimmin käytetty kipumittari on VAS (visual analogue scale) ja sen käyttö tulisi opettaa potilaalle (Ahonen ym. 2012, 110).

Syövän hoidolla ei pystytä aina poistamaan syövän aiheuttamaa kipua ja tällöin on tärkeää tarjota kivun oireenmukaista hoitoa. Rintasyöpäpotilaista noin 14 prosentilla on kipua syövän alkuvaiheessa. Taudin edetessä myös kipu yleistyy ja 3 kuukauden jälkeen syöpädiagnoosista 18 prosentilla potilaista on kipua ja 32 prosentilla vuoden kuluttua sairastumisesta. Rintasyövän loppuvaiheessa lievää kipua on 25 prosentilla, kohtalaista kipua 31 prosentilla ja voimakasta kipua 21 prosentilla. (Kalso 2013b, 874.)

Rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeinen kipu ja kipulääkityksen tarve on yksilöllistä. Leikkauskivun kokeminen aiheutuu kudosvaurion aiheuttamasta kipuhermopäätteiden ärsytyksestä ja tämän tiedon välittymisestä keskushermostoon. Potilaan kipukokemukseen vaikuttavat keskushermostoon tallennetut varhaiset muistikuvat ja kipukokemukset. Potilaan yksilölliseen kipukokemukseen vaikuttavat myös tunneperäiset tekijät kuten ahdistus, masennus, pelko ja jännittyneisyys. Leikkauksista edeltävän ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden on todettu suurentavan leikkauksen jälkeisen kivun määrää ja kipulääkityksen tarvetta. (Hamunen & Kalso 2009, 279–281.)

Leikkauksen jälkeiseen kipukokemukseen vaikuttavat psykososiaaliset tekijät ja ympäristötekijät kuten ikä, sukupuoli, koulutustaso, ympäristö ja aiemmat kipukokemukset (Salanterä ym. 2013, 7). Muita kipukokemukseen vaikuttavia tekijöitä voivat olla geneettiset tekijät, lääkkeiden imeytymiseen ja vaikutukseen liittyvät tekijät sekä leikkaukseen, anestesiaan ja kivunhoitoon liittyvät asiat kuten leikkaustyypin ja kivun lievitysmenetelmän. Pintaleikkausten yhteydessä kuten rintarauhasen leikkauksen jälkeen kipu on lähinnä haavakipua ja potilas saattaa selvitä pelkillä tulehduskipulääkkeillä. (Hamunen & Kalso 2009, 279–281.)

Kivun lääkehoidossa sovelletaan WHO:n suosittelemaa kivunhoitomallia. Lievään ja kohtalaiseen kipuun soveltuvat tulehduskipulääkkeet (NSAID) kuten ibuprofeeni, naprokseeni, asetyylisalisyylihappo ja ketoprofeeni. Parasetamoli on myös hyvä vaihtoehto lievään kipuun, koska se ei aiheuta mahaäritystä toisin kuin tulehduskipulääkkeet. Kohtalaisessa kivussa voidaan kipulääkkeenä käyttää heikkoja opioideja kuten kodeiinia, tramadolia tai keskivahvaa opioidia kuten buprenorfiinia. Kovaan kipuun käytetään vahvoja opioideja kuten morfiinia, oksikodonia, metadonia tai fentanyyliä. Kipulääkitys suunnitellaan potilaalle yksilöllisesti ja kivun ollessa voimakasta voidaan WHO:n portaikolta siirtyä suoraan vahvoihin opioideihin. Tulehduskipulääkettä tai parasetamolia voidaan myös käyttää opioidin rinnalla. (Kalso 2013a, 884–887 ; Kotovainio, Mäenpää & Kuusisto 2012.)

Opioidipohjaisten lääkkeiden annostelussa on muistettava niiden aiheuttama hengityslama, mutta toisaalta kipu voi myös estää potilasta hengittämästä tehokkaasti (Hamunen & Kalso 2009, 281–284). Kipu saattaa kohottaa verenpainetta, nopeuttaa sykettä ja lisätä sydänlihaksen hapentarvetta ja rytmihäiriöitä. Lisäksi kipu rajoittaa potilaan liikkumista leikkauksen jälkeen, mikä altistaa laskimotukoksille ja hidastaa leikkauksesta toipumista. (Ahonen ym. 2012, 110.) Haavakipu hidastaa haavan paranemisprosessia ja heikentää potilaan elämänlaatua (Salanterä ym. 2013, 7).

6.4 Dreenin hoito ja -ohjaus

Rintasyöpäleikkauksessa haavaonteloon asetetaan usein yksi tai useampi lasku-putki eli dreeni. Potilaalle kerrotaan jo ennen leikkausta mahdollisista dreeneistä. Dreeni poistaa leikkausalueelle kertyvää eritettä eli verta ja kudostenestettä. (Holmia ym. 2009, 620; Noble 2003, 59.) Veri ja kudosteneste muodostuvat osana elimistön paranemisprosessia ja poistamalla niitä dreeni ehkäisee infektioiden syntyä ja toiminnallisia häiriöitä (Iivanainen & Syväoja 2008, 75).

Leikkauksen yhteydessä ennen haavan sulkemista haavaonteloon asetetaan dreenin pää. Siinä on pieniä reikiä, joista erite pääsee kulkemaan ulos. Haavaontelosta dreeni kulkee kudoksen läpi ulos ja se kiinnitetään ompelein ihoon. (Iivanainen & Syväoja 2008, 500.) Dreeni voi toimia alipaineella (aktiivinen dreneeraus) tai ilman sitä (passiivinen dreneeraus) (Noble 2003, 59). Dreeni on suljettu systeemi yhdistettynä keräyspussiin, joka tyhjenetään sen pohjassa olevan venttiilin kautta (Iivanainen & Syväoja 2008, 500).

Potilaalla voi olla kaksi dreeniä, joista toinen poistetaan usein jo osastolla. Toinen dreeni on imurauhasten poistoalueella ja voi erittää noin viikon. Sen ollessa vielä paikallaan voidaan potilas kuitenkin kotiuttaa ja dreeni poistetaan avoterveydenhuollossa vuodon vähentyessä viimeistään viikon kuluttua leikkauksesta. (ConvaTec 2014.) Dreeni voidaan poistaa osastolla lääkärin määräyksestä. Dreeni poistetaan katkaisemalla dreenin juuressa oleva ommel steriilillä ompelleen katkaisuterällä tai ompelleenpoistosaksilla ja vetämällä dreeni varovasti ulos. Dreenin ulostuloaukon päälle laitetaan taitos suojaksi. (Iivanainen & Syväoja 2008, 502.)

Ennen potilaan kotiutumista dreenin toimintaa ja eritystä seurataan osastolla ja ohjataan potilasta seuraamaan sitä kotiuduttuaan. Eritteestä tarkkaillaan väriä, kirkkautta, hajua ja määrää. Dreenistä vuotava kellertävä ja kirkas erite on kudostenestettä. Verinen erite johtuu aktiivisesta verenvuodosta ja eritteen muuttuessa tummaksi tai ruskeahkoksi ja paksuksi on vuoto tyrehtymässä. Infektioon viittaa paksu, samea ja haiseva erite. (Iivanainen & Syväoja 2008, 502, 75.) Dreenin eritteen keräyspussissa on mitta-asteikko, josta näkee eritteen määrän. Eritteen määrä on hyvä mitata päivittäin, jotta voidaan arvioida haavan paranemista. (ConvaTec

2014.) Jos dreenin poiston jälkeen leikkausalueelle kehittyy nestettä, poistetaan se punktoimalla avoterveydenhuollossa (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2014).

Dreenin juurta voi puhdistaa antiseptiseen aineeseen kostutetuilla taitoksilla pyyhkien pyörivällä liikkeellä juuresta pois päin (Iivanainen & Syväoja 2008, 502). Potilas saa käydä suihkussa rintasyöpäleikkauksen jälkeisenä päivänä, mutta dreeniaukkoihin suihkuttamista on vältettävä (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2014).

Potilaan kotiutuessa annetaan hänelle dreenin kotihoito-ohje. Ohje tukee suullista ohjausta ja se tulee käydä läpi ennen kotiutumista yhdessä potilaan kanssa. (Iivanainen & Syväoja 2008, 540.)

6.5 Rintasyöpäpotilaan psyykinen tukeminen

Kommunikaatio on tärkeä osa laadukasta hoitotyötä ja siksi hoitajalla on oltava hyvät sosiaaliset taidot. Empatia, neuvottelemine ja sosiaalinen tuki ovat tärkeitä erityisesti syövän hoidossa. (Caris-Verhallen ym. 2004, 307.) Rintasyöpäpotilaan hoidossa on erityisen tärkeää tuen saaminen hoitohenkilökunnalta. Potilasta tuetaan perehtymällä tämän tunnetilaan, tunnistamalla herkkyys ja huomioimalla pelkotilat. Yksilöllinen tiedollinen ohjaus kuuluu myös rintasyöpäpotilaan tukemiseen ja rehellisyys sekä toivon antaminen ovat tärkeitä tekijöitä sen rinnalla. (Leino 2011, 49.)

Leinon (2011, 49) väitöstutkimuksen mukaan rintasyöpäpotilas odottaa hoitajalta neuvojen antamista, opastusta, ohjaamista, fyysisen ja psyykkisen tilan arviointia sekä lääkäreiltä saamien epäselvien ohjeiden selventämistä. Potilaan lisäksi myös läheisten tuen tarve on huomioitava ja tarvittaessa heidät ohjattava erityistyöntekijöiden hoitoon. Pölläsen (2006, 37) pro gradu -työn mukaan sairaanhoitajat viestittävät emotionaalista tukea potilaille kuuntelemalla, rohkaisemalla, myötäelämällä, koskettamalla ja läsnäololla. Tuen antamista vaikeuttaa ajan puute.

Muurinen (2009, 45–48) kertoo pro gradussaan, jossa kuvataan rintasyöpäpotilaiden kokemuksia syövän liitännäishoitojen aikana, etteivät rintasyöpäpotilaat tunteet saavansa hoitohenkilökunnalta riittävästi tukea sairausprosessin aikana.

Potilaat kokivat hoidot psyykkisesti ja fyysisesti rasittavina ja kertoivat saaneensa fyysisesti korkeatasoista hoitoa, mutta psyykkisen terveyden huomioinnin puutteellisena. Aina myöskään hoitajien antama tieto, ei kohdannut potilaan tarvitseman tiedon kanssa. Myös Leinon (2011, 50) väitöstutkimuksen mukaan, hoitohenkilöstön tuen antamisessa ja potilaiden koetussa tuessa on todettu olevan puutteita ja ristiriitaisuuksia. Hoitohenkilöstö ja potilas ymmärtävät tuen eri tavoin. Kiire ja hoitoympäristö asettavat myös hoitajille rajoituksia tuen toteuttamiseen. Muurinen (2009, 45- 48) toteaa rintasyöpäpotilaiden kokevan kiireen ja henkilökunnan vaihtumisen negatiivisena asiana. Leikkausvuodeosastoilla kiire näkyi potilaille niin, ettei sairaanhoitajilla ollut niin paljon aikaa heille kuin syöpäklinikan hoitajilla.

Rintasyöpäpotilaat kaipaavat hoitajilta luottamuksellista ja inhimillistä vuorovaikutusta. Tutkimusten mukaan, hoitohenkilöstöltä saatu tuki vähentää potilaan ahdistusta sairastumisen alkuvaiheessa voimakkaammin kuin läheisiltä saatu tuki. Rintasyöpäpotilaille on tärkeää, että hoitohenkilöstö kuuntelee ja kunnioittaa heitä sekä ottaa heidät vakavasti. Rintasyöpäpotilaat haluavat tulla kohdatuksi yksilönä. Eettisen hoitotyön lähtökohtana on, että jokainen potilas huomioidaan ainutkertaisena ja muista erottuvana yksilönä. Toivon vahvistaminen on tärkeä terveyttä edistävä hoitotyön auttamismenetelmä ja se edellyttää hoitohenkilökunnalta potilaan kohtaamisesta ihmisenä, myötäelämistä ja oikeiden sanojen käyttämistä. (Leino 2011, 50–54.)

7 RINTASYÖPÄPOTILAS PÄIJÄT-HÄMEEN KESKUSSAIRAALAN NAISTENTAUTIEN VUODEOSASTOLLA

7.1 Osastokuvaus

Päijät-Hämeen keskussairaalan naistentautien vuodeosasto hoitaa kaikkia gynekologisia sairauksia. Tavallisimmat osastolla hoidettavat sairaudet ovat kohdun lihaskasvain, laskeumat, kohdunulkoinen raskaus, tulehdukset, lapsettomuus, munasarjojen hyvänlaatuisen kasvain sekä kohdun ja munasarjojen pahanlaatuiset kasvaimet sekä uutena potilasryhmänä maaliskuusta 2014 alkaen rintasyöpäpotilaat. Osasto on kehittänyt leikotoimintaa, lyhytjälkihoitoista kirurgiaa ja tähyysty-leikkauksia. (Päijät-Hämeen Sosiaali- ja Terveysyhtymä 2014.)

Naistentautien osastolla on 12 potilashuonetta ja ne ovat kahden hengen huoneita. Yhteen huoneeseen sijoitetaan yleensä rintasyöpäpotilaita. Rintasyöpäpotilaita on keskimäärin viikossa 4-5 ja päivässä voidaan leikata korkeintaan kaksi potilasta. Osastolla työskentelee kättilöitä, sairaanhoitajia ja perushoitajia ja kaikki ammattikunnat osallistuvat rintasyöpäpotilaiden hoitoon. Osastolla pyritään yksilövästuiseen työhön. Aamuvuorossa on yleensä neljä hoitajaa, joista yksi huolehtii rintasyöpäpotilaista. Viikonloppuisin on kolme hoitajaa aamuvuorossa. Naistentautien osastolla pyritään ilta-aamuvuoro jatkuvuuteen, jotta rintasyöpäpotilaalla olisi sama hoitaja kokoajan. (Taiminen 2014.)

7.2 Rintasyöpäpotilas naistentautien vuodeosastolla

Potilas toipuu yleensä sairaalassa 1–2 päivää leikkauksen jälkeen. Tänä aikana potilaalle annetaan tietoa taudista, syöpäyhdistyksen palveluista, potilas tapaa sosiaalihoitajan sekä tukihenkilön ja hän saa fysioterapeutilta kuntoutusohjeet. Mastektomiapotilaille opetetaan ensiproteesin käyttö ja järjestetään maksusitoumus proteesia varten. Potilaille, jotka kotiutuvat dreenin kanssa, opetetaan sen käyttö ja tyhjennys. (Huusari 2013.)

8 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä käytännöllinen ja helppolukuinen ohjekansio Päijät-Hämeen keskussairaalan naistentautien vuodeosaston käyttöön. Ohjekansio on suunnattu rintasyöpäpotilaita hoitavalle hoitohenkilökunnalle.

Opinnäytetyön tavoitteena on, että ohjekansio selkeyttää ja auttaa hoitohenkilökuntaa jäsentämään rintasyöpäpotilaan osastohoitoa ja tuen tarpeita hoitoprosessin aikana. Ohjekansio lisää tietoa rintasyövästä ja auttaa hoitohenkilökuntaa paremmin vastaamaan rintasyöpäpotilaiden tarpeisiin. Ohjekansiosta on hyötyä myös perehdyttäessä uusia työntekijöitä sekä opiskelijoita.

Opinnäytetyön tavoitteena on myös kehittää omaa ammatillista kasvua ja lisätä tietoa rintasyövästä ja sen hoidosta.

9 TOTEUTUS

9.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus on ohjeistaa tai opastaa käytännön toimintaa. Sillä on toimeksiantaja ja tuotoksena on konkreettinen tuote, jota voi hyödyntää työelämässä. Tuote voi olla esimerkiksi kirja, tapahtuma, kansio tai tietopaketti. (Vilka & Airaksinen 2003, 9, 51.) Tässä opinnäytetyössä toimeksiantajana on Päijät-Hämeen keskussairaalan naistentautien vuodeosasto.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä konkreettinen tuote tehdään aina jonkun kohderyhmän käytettäväksi. Toiminnallista opinnäytetyötä tehdessä on hyvä miettiä, mikä on ongelma ja ketä se koskettaa. (Vilka & Airaksinen 2003, 39.) Toiminnallisen opinnäytetyömme kohderyhmä oli helppo määrittää, koska tuotoksemme tuli naistentautien vuodeosaston hoitohenkilökunnan käyttöön. Hoitohenkilökunta käsittää kaikki ne, jotka hoitavat rintasyöpäpotilaita. Ongelmana oli että naistentautien vuodeosastolta puuttui rintasyöpäpotilaan osastohoidosta tehty käytännöllinen, helppolukuinen mutta kattava ohjekansio.

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksen toteutustapaa valitessa on mietittävä, missä muodossa se palvelisi kohderyhmää parhaiten (Vilka & Airaksinen 2003, 51). Opinnäytetyömme tuotoksen muodoksi valitsimme ohjekansion sähköisessä muodossa, koska se on mielestämme sopivin vaihtoehto. Mielestämme ohjekansio selkeä, koska väliotsikot auttavat käyttäjää löytämään tarvitsemansa tiedon helposti ja nopeasti. Lisäksi ohjekansio on helposti saatavissa ja päivitettävissä.

9.2 Ohjekansion tuottamisen kuvaus

Ohjekansio on ajankohtainen, koska rintasyöpäpotilaat ovat siirtyneet uudelle osastolle. Tuotos on tehty sähköiseen muotoon, jotta se on helposti päivitettävissä ja tarvittaessa tulostettavissa. Pyrimme tekemään ohjekansiosta selkeän ja sisälöltään tiiviin. Ohjekansion päivitysvastuu kuuluu naistentautien vuodeosastolle ja osastolla on oikeus muokata sitä haluamallaan tavalla.

Ohjekansion sisältö perustuu opinnäytetyömme tietoperustaan ja aihetta on rajattu toimeksiantajan toiveiden mukaisesti. Opinnäytetyön tietoperustasta on koottu olennaisimmat asiat ohjekansioon. Tuotoksessa kuvaamme lyhyesti rintasyöpää sairautena, sen oireita ja diagnostiikkaa, hoitomuotoja sekä rintasyövän psyykkisiä vaikutuksia. Tuotoksessa keskitymme osastohoitoon, joka sisältää rintasyöpäpotilaan leikkauksen jälkeisen tarkkailun, haava hoidon, kivun hoidon, drenin hoidon ja ohjauksen, psyykkisen tukemisen sekä kotiuttamisen. Ohjekansiosta jätettiin pois rintasyövän uusiutuminen, koska toimeksiantaja ei kokenut sitä tarpeelliseksi.

Halusimme tuotoksessamme korostaa rintasyöpäpotilaan psyykkistä tukemista, koska Leinon (2011, 50) väitöstutkimuksen mukaan rintasyöpäpotilaat ovat kokeneet hoitohenkilökunnan antaman tuen puutteellisena. Lisäksi naistentautien vuodeosasto toivoi tuotokseen liitettävän rintasyöpäpotilaan hoitopolkukuvauksen. Hoitopolkukuvauksessa kuvataan rintasyöpäpotilaan hoitoprosessin kulkua Päijät-Hämeen keskussairaalan osastojen ja avoterveydenhuollon välillä. Kaaviossa kerrotaan, mitä asioita rintasyöpäpotilaan hoidossa kuuluu millekin osastolle tai avoterveydenhuoltoon.

Opinnäytetyön tuotoksen on oltava asiasisällöltään sopivaa kohderyhmälle (Vilka & Airaksinen 2003, 53). Ohjekansio on suunnattu hoitohenkilökunnalle, joten se sisältää ammattisanastoa. Olemme kuitenkin pyrkineet pitämään tekstin muodon selkeänä ja helppolukuisena, välttämällä esimerkiksi liian pitkiä lauseita. Tekstin lukua helpottaakseen lisäsimme tuotokseen tietolaatikoita, jotka sisältävät asiatietoa pähkinänkuoressa. Teksti on helposti löydettävissä eikä se ole liian raskasta luettavaa. Ohjekansio on toteutettu Microsoft Word-ohjelmalla ja se on kokoa A4. Leipätekstin muotona olemme käyttäneet Times New Roman:ia, koska se on selkeä fontti. Väliotsikot ovat lihavoitu, jotta tekstiä on helpompi jäsentää.

Ohjekansio luovutetaan julkaisuseminaarin jälkeen sähköisessä muodossa naistentautien vuodeosaston apulaisosastonhoitajalle. Ohjekansio esitellään hoitohenkilökunnalle osastotunnin yhteydessä.

10 POHDINTA

Tarve opinnäytetyölle syntyi korva-, nenä- ja kurkkutautien osastolla syksyllä 2013. Rintasyöpäpotilaiden hoito oli siirtymässä kyseiselle osastolle Päijät-Hämeen keskussairaalan organisaation muutosten takia. Osaston hoitohenkilökunta ei ollut aikaisemmin hoitanut rintasyöpäpotilaita ja he toivoivat koottua tietoa rintasyöpäpotilaan hoidosta. Joulukuussa 2013 saimme kuitenkin kuulla, että rintasyöpäpotilaat tulevatkin siirtymään naistentautien vuodeosastolle. Tarve opinnäytetyölle säilyi, vaikka toimeksiantaja muuttui. Naistentautien vuodeosaston osastonhoitaja hyväksyi aiheen ja aloitimme opinnäytetyön tekemisen tammi-kuussa 2014.

Opinnäytetyön aiheeksi rajattiin rintasyöpäpotilaan osastohoidon ohjekansio. Siinä keskitytään osastohoitoon, koska naistentautien vuodeosasto toivoi tiivistä tietoa omalla osastollaan toteutettavasta rintasyöpäpotilaan hoitotyöstä. Opinnäytetyön tekeminen oli aiheellista, koska vastaavaa työtä ei ole aikaisemmin tehty. Toiminnallisen opinnäytetyömme aiheita voidaan pitää merkittävänä, koska siitä on selkeää hyötyä toimeksiantajalle, hoitohenkilökunnalle ja sitä kautta rintasyöpäpotilaille sekä meille tekijöille itsellemme. Toimeksiantajaa hyödyttää, että työ kokoaa rintasyöpäpotilaan osastohoidossa käytettävää tietoa, jotta tieto olisi helposti saatavissa. Hoitohenkilökunta löytää tarvittavan tiedon helposti sekä nopeasti ja ehkä tuotoksemme herättää uusia ajatuksia rintasyöpäpotilaan psyykkisessä tukemisessa. Rintasyöpäpotilaat saavat näin entistä laadukkaampaa hoitoa. Aiheen valintaan vaikutti myös oma kiinnostus aiheita kohtaan ja halu oppia rintasyöpästä lisää.

Opinnäytetyön luotettavuutta on lisännyt laadukkaat, mahdollisimman uudet, kansainväliset ja monipuoliset lähteet. Lähteitä valitessa olemme olleet lähdekriittisiä ja valikoimme mahdollisimman uusia julkaisuja. Vilkan ja Airaksisen (2003, 53) mukaan tuotoksen teossa lähdekritiikki on erityisessä asemassa. Lähteinä olemme käyttäneet muun muassa tutkimuksia kuten väitöskirjoja ja pro graduja, eri asiantuntijoiden kirjoittamia tieteellisiä teoksia, haastatteluja ja tieteellisiä artikkeleita. Saimme informaatioteknikolta vinkkejä luotettavista tietokannoista kuten EBSCO, Medic, CINAHL, Google Scholar ja ScienceDirect. Näitä tietokantoja

käyttäessä pyrimme rajaamaan hakutulokset koskemaan rintasyöpää ja rintasyöpäpotilaan osastohoitoa. Vaikka rintasyöpää on tukittu paljon, osastohoidosta ei kuitenkaan löytynyt paljon tutkittua tietoa. Löydettyjen lähteiden tieto oli kuitenkin samankaltaista eikä lähteiden välillä ollut ristiriitaa.

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme olleet tiiviissä yhteistyössä naistentautien vuodeosaston apulaisosastonhoitajan sekä opinnäytetyötä ohjaavan opettajan kanssa. Lisäksi saimme tietoa rintasyövästä kirurgian poliklinikan sekä onkologian poliklinikan osastonhoitajilta. Käytimme hyödyksi myös opponenttejamme ja pyysimme heiltä vinkkejä opinnäytetyön suhteen. Saatu palaute lisää opinnäytetyön luotettavuutta.

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme oppineet paljon uusia asioita rintasyövästä ja sen hoidosta. Opinnäytetyön tekeminen on vaatinut paljon syvällistä ja pitkäjänteistä paneutumista aiheeseen, koska aihe ei ollut aikaisemmin meille kovin tuttu. Kehityimme asiatekstin tuottamisessa sekä tiedonhaussa ja lähdekriittisyydessä. Tehdessämme opinnäytetyötä yhdessä, olemme ymmärtäneet tiimityöskentelytaidon tärkeyden. Opinnäytetyön tekeminen on edistänyt ammatillista kasvuamme sairaanhoitajina. Vilkan ja Airaksisen (2003, 17) mukaan toimeksiannettu opinnäytetyö opettaa projektinhallintaa ja lisää vastuuntuntoa. Motivaatiota on lisännyt se, että tuotoksesta tulee olemaan hyötyä käytännön hoitotyössä.

Rintasyöpäpotilaiden osaston vaihtuminen aiheutti epävarmuutta toiminnallisen opinnäytetyön valmistumisen suhteen. Ensin ei ollut varmaa, että rintasyöpäpotilaat siirtyvät uudelle osastolle. Tämän jälkeen emme voineet olla täysin varmoja siitä, että rintasyöpäpotilaat jäävät naistentautien vuodeosastolle. Osastomuutokset aiheuttivat aikataulullisesti väistämättä viivästystä opinnäytetyön valmistumiseen. Aikataulussa pysyminen sujui kuitenkin muutoksista huolimatta melkein suunnitelmien mukaan.

Olemme mielestämme päässeet tavoitteisiimme opinnäytetyöprosessissa, koska toimeksiantaja on tyytyväinen tuotokseen. Opinnäytetyöprosessin aikana saimme toimeksiantajalta sähköpostitse palautetta tuotoksesta. Lähetimme toimeksiantajalle sähköpostitse useita raakaversioita tuotoksesta, joista pyysimme palautetta ja korjausehdotuksia. Toimeksiantajan mielestä tuotos on todella hyvä ja sisältää

juuri sen tiedon, mitä he halusivat. Lisäksi toimeksiantajan mukaan tuotoksen ulkoasu on siisti ja huoliteltu, hyvin jäsenneily ja asiakokonaisuudet ovat jaoteltu mielekkäästi. Parannusehdotukset koskivat kahden lauseen muokkaamista, tulostussyistä tietolaatikoiden värin muuttamista ja kotiutusrunkoon muutamien asioiden lisäämistä.

Opinnäytetyötä tehdessä olisimme voineet laatia kyselylomakkeen osaston hoitohenkilökunnalle, jolloin olisimme saaneet ehdotuksia ja toivomuksia tuotoksen sisällöstä heiltä suoraan. Nyt toiveita käytiin läpi osastotunnilla ja ne välittyivät meille apulaisosastonhoitaja kautta. Ollisimme voineet testauttaa ohjekansion hoitohenkilökunnalla, jos aikataulu olisi sallinut. Ollisimme voineet käyttää enemmän englanninkielisiä lähteitä, mutta useimpiin tietokantoihin pääsy on maksullista. Lisäksi rintasyöpäpotilaan osastohoidosta oli vaikeaa löytää englanninkielisiä lähteitä.

Jatkotutkimusehdotuksena mielestämme olisi hyvä tutkia, millaiseksi rintasyöpäpotilaat Päijät-Hämeen alueella ovat kokeneet rintasyövän hoitoprosessin. Näin myös työstämäämme ohjekansiota voisi päivittää vastaamaan paremmin rintasyöpäpotilaiden tarpeisiin.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Caris-Verhallen, W., Timmermans, L. & van Dulmen, S. 2004. Observation of nurse–patient interaction in oncology: review of assessment instruments. *Patient Education and Counseling*. 54 (3), 307–320. [viitattu 25.9.2014]. Saatavissa: http://ac.els-cdn.com/S0738399104000060/1-s2.0-S0738399104000060-main.pdf?_tid=cbc186fe-44cc-11e4-8183-00000aab0f27&acdnat=1411660891_0c08adc4e184c2e202fb2a889e9778a6

ConvaTec Oy. 2014. Kotiin HandyVacin kanssa – Kotihoito-ohjeita laskuputken kanssa kotiutuville.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri. Rintasyöpäpotilaan jatkohoito-ohje [viitattu 20.8.2014]. Saatavissa: <http://www.eksote.fi/Fi/Terveyspalvelut/Potilaillejaomaisille/Potilasohjeet/Documents/RINTASY%C3%96P%C3%84POTILAAN%20JATKOHOITO-OHJE%20RINNAN%20KOKOPOISTO.pdf>

European Code Against Cancer. 2014. 12 ways reduce your cancer risk [viitattu 16.10.2014]. Saatavissa: <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/>

Forsström, S. 2012. Rintasyöpäpotilaan postoperatiivinen hoito. Sairaanhoidajan tietokannat [viitattu 3.9.2014]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/shk/koti>

Hamunen, K. & Kalso, E. 2009. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kalso, S., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 278–294.

Hannuksela, M. 2012. Pagetin tauti (nännin ja sen ympäristön syöpä). Lääkärikirja Duodecim [viitattu: 27.9.2014]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00675

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2009. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Huovinen, R. 2013. Rintasyöpä. Lääkärin käsikirja. Lääkärin tietokannat [viitattu 20.9.2014]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/ltk/koti>

HUS. 2014. Rintasyövän hormonaalinen hoito [viitattu 1.10.2014]. Saatavissa: http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/syopataudit/syopapotilaan-hoitopolut/rintasyopapotilaan_hoitopolku/hormonihoito/Sivut/default.aspx

Huusari, H. 2013. Rintasyöpäpotilaan kotihoito-ohje. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Joensuu, H., Leidenius, M. & Huovinen, R. 2013. Rintasyöpäpotilaiden ennuste, seuranta ja kuntoutus. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 619.

Joensuu, H. & Huovinen, R. 2013a. Rintasyövän hormonaalinen liitännäishoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 612.

Joensuu, H. & Huovinen, R. 2013b. Rintasyövän levinneisysselvitykset. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 600-601.

Joensuu, H. & Huovinen, R. 2013c. Rintasyövän liitännäislääkehoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 611-612.

Joensuu, H. & Huovinen, R. 2013d. Rintasyövän uusiutuminen. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 614.

Johansson, R. 2012. Solunsalpaajat eli sytostaatit. Lääkärikirja Duodecim [viitattu 9.4.2014]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk01077

Kalso, E. 2013a. Kivun tutkiminen ja hoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 882–893.

Kalso, E. 2013b. Syöpäpotilaan kipu. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 874–875.

Kotovainio, T., Mäenpää, L. & Kuusisto, P. 2012. Kivun lääkehoito. Sairaanhoidajan tietokannat [viitattu 4.9.2014]. Saatavissa:

<http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/shk/koti>

Kuurne, S. & Erämies, T. 2012. Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. Sairaanhoidajan tietokannat [viitattu 3.9.2014]. Saatavissa:

<http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/shk/koti>

Kuurne, S. & Erämies, T. 2013. Leikkaushaavan hoito. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 381- 382.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. [viitattu 2.10.2014]. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Leidenius, M. & Joensuu, H. 2013a. 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. & Joensuu, H. 2013b. Morfologiset rintasyöpätyypit. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 601–602.

Leidenius, M. & Joensuu, H. 2013c. Rinnan säästävä kirurgia. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 603–604.

Leino, K. 2011. Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä. Substantiivinen teoria rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana. Väitöskirja.

Tampereen yliopisto [viitattu 12.3.2014]. Saatavissa:

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66806/978-951-44-8555-8.pdf?sequence=1>

Muurinen, K. 2009. Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia elämästä syövän kanssa liitännäishoitojen aikana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto [viitattu 10.3.2014]. Saatavissa:

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80545/gradu03519.pdf?sequence=1>

Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Kyriakopoulos, D., Malamos, N. & Damiagos, D. 2008. Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer. *The Breast*. 17 (4), 382–386. [viitattu 26.9.2014]. Saatavissa:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0960977608000714>

Noble, K. 2003. Name that tube. *Nursing*. 33 (3), 56–62. [viitattu 20.8.2014]. Saatavissa:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=73b3db85-35aa-4797-ba37-e649fe20c43f%40sessionmgr115&hid=112>

Pyrhönen, S. 2000. Uudet syöpälääkkeet. *Duodecim* [viitattu 27.9.2014]. Saatavissa: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo91972.pdf>

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijät. 2014. Synnytys- ja naistentaudit [viitattu 24.9.2014]. Saatavissa:

<http://www.photey.fi/sivut/sivu.php?id=1431&vy=2310&ryhma=314>

Pöllänen, H. 2006. Vuorovaikutus hoitotyössä – hoitajan kommunikaatiomenetelmät ja sisältö. Pro-gradu tutkielma. Kuopion yliopisto.

Rintasyöpä.fi. 2013a. Rintasyövän eri tyypit [viitattu 2.3.2014]. Saatavissa:
<http://www.rintasyopa.fi/yleista/rintasyovan-eri-tyypit/>

Rintasyöpä.fi. 2013b. Rintasyövän toteaminen ja tutkiminen [viitattu 12.3.2014].
Saatavissa: <http://www.rintasyopa.fi/yleista/rintasyovan-toteaminen-ja-tutkiminen/>

Rintasyöpä.fi. 2013c. Sädehoito [viitattu 13.2.2014]. Saatavissa:
<http://www.rintasyopa.fi/rintasyovan-hoito/sadehoito/>

Rintasyöpä.fi. 2013d. Rintasyövän hoito. Hormonihoito. Käyttö ja haittavaikutukset [viitattu 9.4.2014]. Saatavissa: <http://www.rintasyopa.fi/rintasyovan-hoito/hormonihoito/kaytto-ja-haittavaikutukset/>

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L.-M. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö-
Hoitotyön suositus. Hoitotyön Tutkimussäätiö [viitattu 2.9.2014]. Saatavissa:
http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf

Suomen rintasyöpäryhmä ry. 2013. Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka-
ja hoitosuositus [viitattu 12.3.2014]. Saatavissa: <http://rintasyoparyhmayhdistysavain-fi-bin.directo.fi/@Bin/d843410ec9927ae84ddea4c757382b14/1394549216/application/pdf/171266/www.terveysportti.fi-rintasyovanvaltakunnallindiagnostiikkajahoitosuositus2013.pdf>

Suomen syöpärekisteri. 2013. Syöpätietoja lyhyesti, lukujen selityksiä [viitattu 13.3.2014]. Saatavissa: <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/FI/StatsFact.asp?cancer=180&country=246>

Syöpäjärjestöt. 2008. Rintasyövän hoito [viitattu 2.3.2014]. Saatavissa:
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/rintasyovan-hoito/>

Syöpäjärjestöt. 2013a. Rintasyöpä [viitattu 2.3.2014]. Saatavissa:
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/>

Syöpäjärjestöt. 2013b. Perinnöllisyys [viitattu 2.3.2014]. Saatavissa:
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/perinnollisyys/>

Syöpäjärjestöt 2014a. Solunsalpaajat eli sytostaatit [viitattu 9.4.2014]. Saatavissa:
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/hoidot/solunsalpaajat/>

Syöpäjärjestöt. 2014b. Uudet hoitomuodot [viitattu 8.4.2014]. Saatavissa:
http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/hoidot/uudet_hoitomuodot/

Syöpäjärjestöt. 2014c. Herceptin eli trastutsumabi [viitattu 8.4.2014]. Saatavissa:
http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/hoidot/uudet_hoitomuodot/herceptin/

Taiminen, M. 2014. Apulaisosastonhoitaja. Päijät-Hämeen keskussairaalan naintentautien vuodeosasto. Haastattelu. 18.9.2014.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Seulontakutsut [viitattu 11.9.2014]. Saatavissa:
<http://www.thl.fi/fi/aiheet/tietopaketit/seulonnat/rintasyovan-seulonta/seulontakutsut>

Vehmanen, L. 2012. Tietoa potilaalle: Paikallisen rintasyövän hoito. Terveyskirjasto. Duodecim [viitattu 12.3.2014]. Saatavissa:
<http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/shk/koti>

LIITTEET

Liite 1. Rintasyöpäpotilaan osastohoidon ohjekansio