



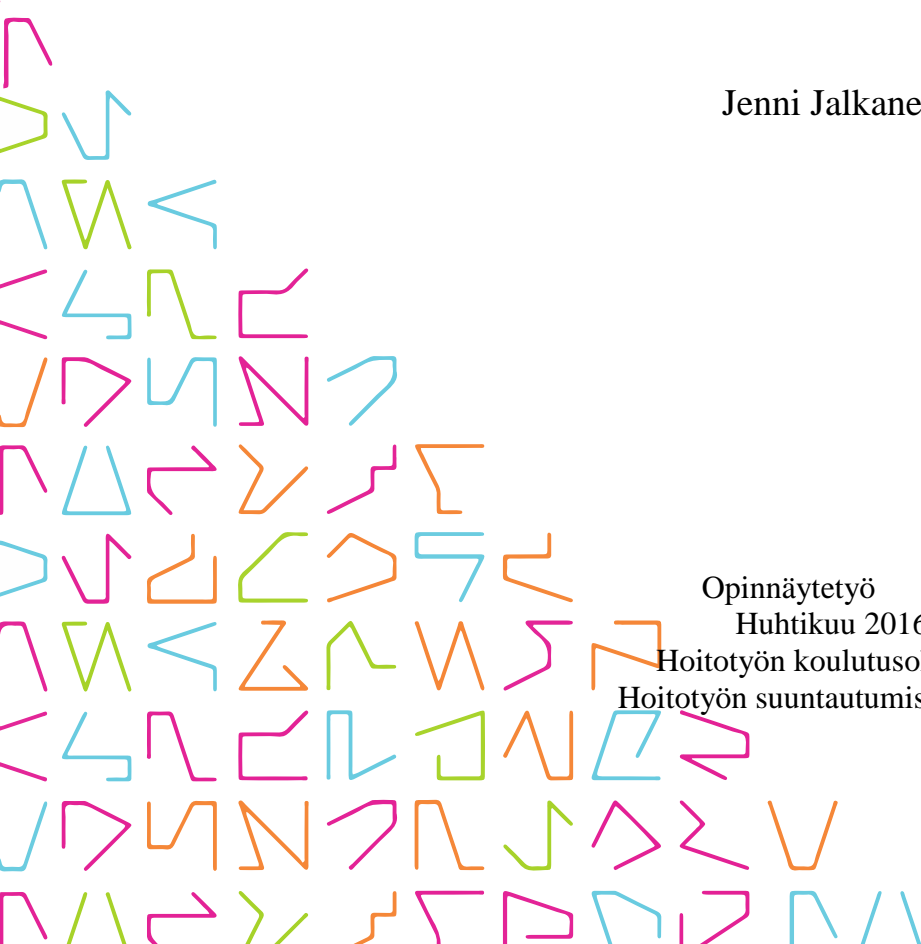
TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPAS RINTALEIKKAUS- POTILAALLE

Potilasohje Tampereen yliopistollisen
sairaalan tuki- ja liikuntaelinkirurgian
poliklinikalle

Jenni Jalkanen

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2016
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

JENNI JALKANEN:

Opas rintaleikkauspotilaalle
Potilasohje Tampereen yliopistollisen sairaalan tuki- ja liikuntaelin-
kirurgian poliklinikalle

Opinnäytetyö 39 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Huhtikuu 2016

Rintasyöpäkirurgia on kehittynyt paljon viime vuosikymmenien aikana ja nykyään suositaan rintaa säästävää leikkausta yhdistettynä onkologisiin hoitoihin. Rintarekonstruktio menetelmät ovat monipuolisia ja niillä saavutetaan hyviä tuloksia. Rintarekonstruktio voidaan tehdä käyttämällä potilaan omaa selkäkielekettä, vatsakielekettä tai implanttia ja pienentämällä toista rintaa symmetrian aikaansaamiseksi.

Rintasyöpäleikkauksen jälkeen imusolmukkeiden poiston jälkeen potilaalle voi tulla lymfaturvotusta, jota on tarpeen hoitaa fysioterapeuttisin keinoin. Erilaiset liikeharjoitukset auttavat monia rintaleikattuja palautumaan leikkauksesta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa potilasohje Tampereen yliopistollisen sairaalan tuki- ja liikuntaelinpoliklinikalle. Opinnäytetyö oli työelämälähtöinen. Ohje suunnattiin rintarekonstruktiopotilaille ja rinnan pienennysleikkaukseen tulijoille. Ohje toteutettiin yhteistyössä poliklinikan henkilökunnan kanssa ja ohjeessa kiinnitettiin erityistä huomiota fysioterapiaan. Ulkoasultaan sairaalan ohjeiden mukainen opas sisältää liikeharjoituskuvat ja ohjeet. Näiden lisäksi oppaassa on tietoa siitä, kuinka leikkaukseen voi valmistautua ja mitä toipumisaikana tulee ottaa huomioon. Potilasohjeen tavoitteena oli vastata potilaan kysymyksiin sekä olla apuna leikkauksen valmistautumis- ja toipumisvaiheessa. Opinnäytetyö tehtiin toiminnallista menetelmää käyttäen.

Asiasanat: potilasohje, potilasohjaus, rintaleikkaus, fysioterapia

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
Option of Public Health Nursing

JENNI JALKANEN:

An Information Leaflet for Breast Surgery Patients in the Musculoskeletal Disease Surgery Outpatient Clinic of Tampere University Hospital

Bachelor's thesis 39 pages, appendices 2 pages
April 2016

Breast surgery techniques have developed a lot during past decades. Reconstructive surgery methods are wide and they have a lot of opportunities. Often the results are really good too. In reconstructive breast surgery the removable flap can be taken either from patient's back muscle or from the patient's lower tummy tissue using fat, muscle and blood veins in that area. Also an implant can be used and the remaining healthy breast can be reduced smaller so the result looks more symmetrical.

If it is necessary to remove lymph nodes in the surgery, it is possible that the patient will suffer of lymph swelling. Swallowing needs to be treated with physiotherapy. Different physiotherapeutic exercises after the surgery help the patient to recover.

The purpose of this thesis was to create a patient leaflet for the Musculoskeletal Disease Surgery Outpatient Clinic in Tampere University Hospital. The leaflet was compiled for patients who have reconstructive surgery or breast reduction. The leaflet was designed and made in co-operation with the workers of the clinic. There are physiotherapeutic exercises in the guide including instructions and drawings. The leaflet also gives information on how to prepare for the surgery and what is important after it. The leaflet will be printed and it will be available for the patients in summer or in autumn 2016.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
4	POTILASOHJE JA POTILASOHJAUS.....	9
	4.1 Potilasohje.....	9
	4.2 Potilasohjaus	11
5	RINTARAUHASKIRURGIA.....	13
	5.1 Onkoplastinen kirurgia eli rintaa säästävä kirurgia	13
	5.2 Mastektomia eli rinnan poisto.....	14
	5.3 Vatsakieleke (TRAM, DIEP, SIEA).....	14
	5.4 Selkäkieleke (LD-kieleke)	15
	5.5 Rintaproteesit	16
6	RINTALEIKKAUKSEEN VALMISTAUTUMINEN JA TOIPUMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	17
	6.1 Tupakointi.....	17
	6.2 Alkoholin käyttö	18
	6.3 Leikkausta edeltävä ja toipumista edistävä ruokavalio.....	18
	7.2. Tauotettavat lääkkeet.....	20
7	RINTALEIKKAUKSESTA TOIPUMINEN	21
	7.1 Kirurgisen haavan hoito.....	21
	7.2 Haavainfektio ja muut komplikaatiot	22
	7.3 Kivun hoito leikkauksen jälkeen.....	23
8	LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN FYSIOTERAPIA JA SEN MERKITYS	25
	8.1 Imutiejärjestelmä	25
	8.2 Lymfaturvotus.....	25
	8.3 Kompressiohoito	27
	8.4 Manuaalinen lymfaterapia	27
	8.5 Terapeuttinen harjoittelu	28
	8.6 Tukiliivit ja liikerajoitteet	28
9	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ	30
10	PÄÄTÄNTÄ	31
	10.1 Opinnäytetyöprosessi.....	31
	10.2 Eettisyys ja luotettavuus	32
	10.3 Pohdinta	33
	LÄHTEET.....	35
	LIITTEET	38

1 JOHDANTO

Rintasyövän leikkausmenetelmät ovat kehittyneet viime vuosikymmeninä paljon, ja jo 1980-luvulta asti on suosittu rintaa säästävää kirurgiaa yhdistettynä onkologisiin hoitoihin. Onkologinen rintaa säästävä kirurgia parantaa lopullista esteettistä lopputulosta, kun rintakudosta ei tarvitse kokonaan poistaa. Usein myös tervettä rintaa täytyy pienentää symmetrian aikaansaamiseksi, ja toisen rinnan korjaus tehdään joko saman leikkauksen yhteydessä tai myöhemmin rintarekonstruktiona (Jahkola, Leidenius & von Smiten, 2015).

Mikrokirurgisen vatsakielekkeen käyttö rinnan rekonstruktiossa on tarpeen etenkin, jos potilaalle rakennetaan suuri rinta. Kieleke otetaan alavatsalta, jossa on yleensä hyvin rasvakudosta siirrettäväksi. Siirre voidaan ottaa myös reiden sisäsyryltä tai pakaroista. Vatsakielekeleikkaus on verisuonisaumojen takia selkäkielekeleikkausta suurempi leikkaus, mutta tulos on luonnollinen ja implanttia ei tarvita (Joensuu, Roberts & Kellokumpu- Lehtinen ym. 2013. 605). Selästä rintaan käännettävä kieleke (=latissimus dorsi) sopii etenkin hoikille ja pienirintaisille naisille. Aina kielekkeen koko ei riitä täyttämään kudospuutosta, jolloin kielekkeen alle laitetaan silikoni-implantti (Jahkola & Kuokkanen, 2007).

Leikkauksessa joudutaan usein poistamaan imusolmukkeita, jolloin elimistön imuneste-kierto häiriintyy ja potilaan yläraajaan ja/ tai ylävartaloon syntyy lymfaturvotusta. Fy-sioterapia, lymfaterapia ja erilaiset liikeharjoitukset ja kompressiosidokset auttavat turvotukseen (Anttila, Kärki & Rautakorpi, 2007.16,18). Vaikka turvotusta ei olisikaan, liikeharjoitukset (liite) leikkauksen jälkeen edistävät kehon palautumista sekä lisäävät liikkuvuutta ja ovat siksi hyödyllisiä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa potilasohje Tampereen yliopistollisen sairaalan tuki- ja liikuntaelinpoliklinikan rintaleikkauspotilaille. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä poliklinikan kanssa ja aihe oli työelämälähtöinen. Ohje tehtiin heidän toiveidensa mukaan. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä potilaiden tietoutta leikkaukseen valmistautumisesta ja leikkauksesta toipumisesta. Ohjeessa oli tarkoituksena tiivistää kaikki oleellinen tieto, jota potilas tarvitsee sekä ohjata potilasta tekemään toipumista edistäviä liikeharjoituksia piirroskuvien avulla. Kirjallisen ohjeen avulla potilas voi

valmistautua toimenpiteeseen jo ennalta ja saada tietoa omaan hoitoonsa liittyvistä seikoista ja onnistuneeseen lopputulokseen vaikuttavista asioista, kuten tupakoimattomuuden ja terveellisen ruokavalion hyödyistä.

Opinnäytetyön kirjallisessa osuudessa on tietoa potilasohjauksesta ja potilasohjeesta sekä leikkaukseen valmistautumisesta. Leikkaukseen valmistautumisessa on otettava huomioon esimerkiksi ruokavalio, terveydentila, tupakoimattomuus ja alkoholin käytön rajoitus, lääkkeiden tauotus ja hankinnat ennen rintaleikkausta, kuten tukiliivit. Lisäksi opinnäytetyössä on asiaa kirurgisen haavan hoidosta, haavakomplikaatioista, postoperatiivisen kivun hoidosta ja tarkkailusta sekä lymfatiejärjestelmästä ja lymfaterapiasta.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa potilasohje rintaleikkauspotilaille Tampereen yliopistollisen sairaalan tuki- ja liikuntaelinkirurgian poliklinikalle.

Opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Mitä potilaiden tulee tietää ennen rintaleikkausta ja leikkauksen jälkeen?
2. Mitä erityispiirteitä rintaleikkauksiin ja leikkauksesta toipumiseen liittyy?
3. Millainen on hyvä potilasohje?

Opinnäytteen tavoitteena oli tarjota tietoa rintaleikkaukseen valmistautumisesta ja oikeanlaisesta jälkihoidosta sekä fysioterapiasta. Potilasohjeen tavoitteena oli vastata potilaan kysymyksiin sekä olla itsehoidon tukena. Potilasohje voi olla potilaalle hyödyksi ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen ja ohjeen avulla leikkaukseen voi valmistautua ajoissa.

Potilasohjeesta voi olla hyötyä myös ohjaavalle sairaanhoitajalle ohjaustilanteessa, sillä ohjeessa on tiivistettynä monta tärkeää leikkaukseen liittyvää asiaa. Potilasohjeen havainnollistavat liikeharjoituskuvat ovat potilaille toipumisvaiheessa hyödyllisiä ja liikeharjoitusten tekeminen edistää kehon palautumista leikkauksesta.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT



Kuvio 1. Teoreettinen viitekehys. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

Teoreettisiksi lähtökohdiksi valikoituivat työn aiheen kannalta oleellimmat avainasiat. Työssä käydään läpi potilasohjeen ja laadukkaan ohjauksen kriteereitä ja edellytyksiä sekä rintaleikkauksen kannalta tärkeitä pre- ja post- vaiheen asioita, jotka potilaan on hyvä tietää. Työssä on tietoa myös yleisimmistä rintarekonstruktioleikkauksista sekä fysioterapiasta.

4 POTILASOHJE JA POTILASOHJAUS

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista toimii arvona myös potilasohjeen laatimisessa ja potilaan ohjauksessa. Hyvä terveyden- ja sairaanhoito tarkoittaa sitä, ettei potilaan ihmisarvoa loukata ja potilaan yksityisyyttä ja vakaumusta kunnioitetaan (Kyngäs, Kääriäinen & Poskiparta ym. 2007. 16-17).

Potilaalla on tiedonsaantioikeus, eli oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan, annettavan hoidon merkityksestä ja hoitovaihtoehdoista sekä muista hoitoon liittyvistä merkityksellisistä seikoista, kun tehdään potilaan hoitoon liittyviä päätöksiä. Potilaan tulee saada tietoa ymmärrettävästi ja selkeästi ja hänen kanssaan tulee keskustella tasa-vertaisesti ja huomioivasti yhteisymmärryksessä. Potilaalla on itsemääräämisoikeus, joka tulee ottaa huomioon hoidossa ja päätöksenteossa (Kyngäs, Kääriäinen & Poskiparta ym. 2007. 16-17).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä painottaa asiakkaan etua ja hyötyä, joita lisäävät asiakkaan mahdollisuus osallistua omaan ohjaukseensa, ohjauksen oikea-aikaisuus ja laatu sekä ohjauksen seuranta ja vaikuttavuuden arviointi (Kyngäs, Kääriäinen & Poskiparta. 2007. 17).

4.1 Potilasohje

Potilasohje on osa terveystietoa, joka on terveyteen, sairauteen, lääketieteeseen tai terveydenhuoltoon liittyvää viestintää. Koska lääketieteellinen teksti on yksi vaikeimmista tekstityypeistä, potilasohjeen laatiminen ei ole helppo tehtävä. Potilasohjeen laatiminen vaatii sekä koulutusta että aikaa (Vikman, 2014. 8).

Potilasohjeen tekemiseen on kaksi lähtökohtaa; hoitavan tahon tarve sekä potilaan tarve. Hoitavan tahon tarve tarkoittaa halua saada potilas toimimaan oikealla ja halutulla tavalla. Potilaalla taas on tarve saada oikeanlaista tietoa (Torkkola, Heikkinen & Tiainen, 2002, 35).

Kirjallisen ohjeen käyttö on kiistatta tarpeellista, etenkin siinä tapauksessa, jos suullisen ohjauksen toteutusaika on vähäistä. Sairaalassaoloajat ovat nykyään lyhyempiä kuin ennen, joten potilaat tarvitsevat erityisen hyvän ohjeistuksen, koska esimerkiksi leikkaukseen tulo suoraan kotoa on yleistynyt (Kyngäs, Kääriäinen & Poskiparta ym. 2007. 124).

Kirjallisen ohjeen avulla potilas voi valmistautua toimenpiteeseen jo ennalta ja saada tietoa omaan hoitoonsa liittyvistä seikoista ja onnistuneeseen lopputulokseen vaikuttavista asioista. Kotiutusohjeet ovat tärkeitä, sillä potilas voi kotiuduttuaan suullisen tiedon lisäksi tarkistaa asiat kirjallisesta ohjeesta ja tukeutua ohjeeseen (Kyngäs, Kääriäinen & Poskiparta ym. 2007. 124).

Potilasohje on sähköisessä tai painetussa muodossa oleva informatiivinen ohje potilaalle tiettyyn aiheeseen liittyen. On tärkeää, että ohje on kirjoitettu juuri potilaalle tai hänen omaiselleen, eikä toiselle ammattilaiselle. Lukija haluaa tietoa, kuinka toimia, jotta oireet lievittyisivät tai tauti ei ainakaan pahene. Tämä tieto tulisi olla ohjeessa yleiskielellä, sanastoltaan ja lauserakenteiltaan selkeästi ilmaistuna (Hyvärinen, 2005).

Hyvässä ohjeessa vastataan kysymyksiin mitä, miksi, milloin, miten ja missä ja kiinnitetään huomiota vain oleellisiin asioihin. Tietoa ei saa olla liikaa, sillä se sekoittaa lukijan (Vikman, 2014. 10).

Hyvässä potilasohjeessa ohje etenee loogisessa järjestyksessä kuin juonena. Ensin voidaan kertoa taudin synnystä, oireista ja sitten diagnosoinnista. Hyvässä potilasohjeessa ohjeet perustellaan. Pelkkä neuvominen ei motivoi toimimaan neuvotulla tavalla, vaan potilaan tulee ymmärtää seuraukset ja oma hyöty jos annettuja neuvoja noudattaa (Hyvärinen, 2005).

Potilasohjeen tulisi olla yleiskieltä, fontin helposti luettavaa ja tekstin sopivan kokoista eikä ohjeessa saa olla kirjoitusvirheitä. Hyvässä potilasohjeessa on pää- ja väliotsikoita eikä asioista kerrota liian pitkästi, mutta silti sanotaan kaikki oleellinen (Hyvärinen, 2005). Vaikeita lääketieteellisiä termejä tulee välttää, jotta potilas ymmärtää lukemansa. Suositellaan, että ohjeen puhuttelutapa olisi teitittely ja passiivimuotoja tulisi välttää. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen, 2002, 36- 38, 46.)

4.2 Potilasohjaus

Nykykäsityksen mukaan potilasohjaus pyrkii edistämään potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa omaa elämäänsä itse haluamallaan tavalla. (Kyngäs, Kääriäinen & Poskiparta ym. 2007. 25).

Potilasohjaus on hoitotieteen määritelmän mukaan ammatillista ja potilaslähtöistä kahden asiantuntijan tasavertaista yhteistyötä. Ohjauksen sisältöä kuvaavat ohjaajan ja ohjattavan konteksti eli vuorovaikutus, ohjaussuhde, sekä tavoitteellisuus ja toiminnan aktiivisuus. Ohjaus on määriteltävissä ammattitaitoisen ohjaajan ja oman tilanteensa asiantuntijan eli potilaan väliseksi aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi (Engström & Jaakkola, 2006, 13).

Potilaan taustatekijöillä on ohjauksessa merkitystä. Fyysisiin taustatekijöitä ovat ikä, sukupuoli, terveydentila ja sairauden tyyppi, ja nämä lähtötekijät vaikuttavat ohjaustarpeisiin. Esimerkiksi ikääntyneen asiakkaan kohdalla ohjausta vaikeuttavia tekijöitä saatavat olla huonontunut näkökyky ja fyysinen kunto tai muistihäiriöt. Taustatekijät tulee aina ottaa huomioon ohjauksessa ja huomioida niiden vaikutus tiedon ymmärtämiseen. Potilaan läheisten osallistuminen ohjaustilanteeseen on myös tilanteen mukaan huomioitava (Kyngäs, Kääriäinen & Poskiparta ym. 2007. 29-30).

”Fyysiset taustatekijät vaikuttavat siihen, miten asiakas kykenee ottamaan ohjausta vastaan, esimerkiksi vältteleekö hän ohjausta, unohtaako hän asioita tai kieltäkö hän niitä” (Kyngäs, Kääriäinen & Poskiparta ym. 2007. 30). Lisäksi tiedon omaksumiseen vaikuttavat muun muassa potilaan oppimisvalmiudet, tiedot ja taidot, persoona sekä potilaan motivaatio (Vikman, 2014. 6).

Onnistunut ja hyvä ohjaustilanne edellyttää ohjaajalta hyvää suunnittelua ja tilanteen valmistelua sekä hyvää toteutusta. Suunnitelman pohjana ovat potilaan elämäntilanne, potilaan tarpeet ja kyvyt sekä toimintakyky. Hoitaja voi saada potilaasta etukäteistietoa esimerkiksi sairaskertomuksista ja näin suunnitella ohjaustilanteen yksilöllisesti ja muodostaa tavoitteita (Vikman, 2014. 6)

Ohjauksessa on oleellista huomioida käytettävissä oleva aika, jotta kaikki tarpeellinen ehditään käymään läpi. Ohjauspaikan on oltava rauhallinen ja yksityinen, jotta potilaan

henkilökohtaiset asiat eivät kuulu muiden korviin. Ohjaustilasta tulee myös löytyä tarvittava ohjausmateriaali. Ohjauksessa käydään läpi potilaan omia tarpeita ja hänen tavoitteitaan, sillä potilaan tarpeiden huomioiminen ja osallistuminen päätöksentekoon lisäävät hoitoon sitoutumista ja hoitotyytyväisyyttä (Vikman, 2014. 6).

5 RINTARAUHASKIRURGIA

Rintasyöpäleikkauksen tarkoituksena on poistaa kasvain ja kainalon imusolmukemetastaasit. Leikkauksessa selviää samalla kasvaimen koko ja imusolmukemetastaasien määrä, joka on tärkeä ennustetekijä taudin hoidossa. Leikkauksen tavoitteena on potilaan kannalta hyvä kosmeettinen ja toiminnallinen leikkaustulos. Leikkausta suunnitellaan potilaan kanssa yhdessä ottaen huomioon taudin laajuus ja levinneisyys sekä potilaan omat toiveet ja tarpeet. Suunnittelussa ovat mukana yhteistyötä tehden kirurgi, onkologi, radiologi, patologi ja sairaanhoitaja. Myös plastiikkakirurgin ja isotooppilääkärin asiantuntemusta tarvitaan (Joensuu, Roberts & Kellokumpu-Lehtinen ym. 2013. 603).

5.1 Onkoplastinen kirurgia eli rintaa säästävä kirurgia

Rintaa säästävä kirurgia on ollut Suomessa vakiintunut hoitomuoto jo 1980-luvulta lähtien ja tätä leikkausmuotoa käytetään potilaan sitä toivoessa ja kun sille ei ole estettä. Useissa pitkäaikaisissa tutkimuksissa vertailtaessa mastektomian eli rinnan poiston ja rintaa säästävän leikkauksen ja sädehoidon lopputuloksia on tullut tulokseen, että eloonjäämisennuste on molemmissa tekniikoissa yhtä hyvä. Säästävään leikkausmuotoon voi kuitenkin liittyä suurempi syövän paikallinen uusiutumisenriski ja siksi säästävään kirurgiaan yhdistetään yleensä sädehoitoa (Jahkola, Leidenius & von Smitten. 2015).

Leikkauksessa kasvain poistetaan niin, että kasvaimen lisäksi mukaan otetaan tervettä kudosta kasvaimen ympäriltä. Leikkauksessa pyritään myös mahdollisimman hyvään esteettiseen lopputulokseen. Leikkauksen esteettiseen lopputulokseen vaikuttavat kasvaimen ja rinnan koko, ja kasvaimen ollessa yli 4cm kokoinen ja monipesäkkeinen, ei lopputulos ole yhtä hyvä (Jahkola, Leidenius & von Smitten 2015).

Nuorilla alle 35-vuotiailla potilailla on todettu olevan suurempi syövän paikallisen riskin uusiutumisprosentti, ja sen vuoksi tälle potilasryhmälle ei säästävää leikkausta suositella vaan päädytään helpommin mastektomiaan. Hyvin nuorilla rintasyöpäpotilailla on useammin myös rintasyöväälle altistava geenimutaatio (Jahkola, Leidenius & von Smitten 2015).

Onkoplastinen kirurgia parantaa lopullista esteettistä lopputulosta, ja suurikokoisesta rinnasta voidaan suurehkokin kasvain poistaa riittävin tervekdosmarginaalein. Tällöin kuitenkin leikattu rinta jää paljon aiempaa pienemmäksi ja usein toista tervettä rintaa pienennetään symmetrian aikaansaamiseksi. Terveen rinnan pienennys tehdään joko saman leikkauksen yhteydessä tai myöhemmin rintarekonstruktiona (Jahkola, Leidenius & von Smitten 2015).

5.2 Mastektomia eli rinnan poisto

Rinnan poisto voi olla tarpeen, kun säästävä leikkaus ei ole mahdollinen esimerkiksi kasvaimen suuruuden ja levinneisyyden takia, tai jos potilas toivoo rinnan poistoa säästävän leikkauksen sijaan. Jos potilas toivoo mastektomiaa tehtäväksi, voidaan myös terve rinta ennaltaehkäisevästi poistaa. Poisto voi olla perusteltu etenkin jos potilaalla on rintasyövälle altistava geenivirhe, tai jos potilas on nuori tai suvussa on paljon rintasyöpää. Mastektomia tehdään noin 40% rintasyöpäpotilaista Suomessa (Joensuu, Roberts & Kellokumpu-Lehtinen ym. 2013. 604).

Mastektomiassa tehtävä viilto ulottuu yleensä nännin ympäri kohti kainaloa. Arvesta tulee viisto ja suhteellisen lyhyt ja myös mahdollinen rinnan korjausleikkaus voidaan myöhemmin toteuttaa. Viillon sijainti tulee suunnitella ensisijaisesti kasvaimen sijaintiin nähden, sillä kasvaimen päällä oleva ihoalue tulee poistaa (Joensuu, Roberts & Kellokumpu-Lehtinen ym. 2013. 604).

5.3 Vatsakieleke (TRAM, DIEP, SIEA)

Mikrokirurgisen vatsakielekkeen käyttö rinnan rekonstruktiossa on tarpeen etenkin, jos potilaalle rakennetaan suuri rinta. Kieleke otetaan alavatsalta, jossa on yleensä hyvin rasvakudosta siirrettäväksi. Siirre voidaan ottaa myös reiden sisäsyryltä tai pakarosta. Vatsakielekeleikkaus on verisuonisaumojen takia selkäkielekeleikkausta suurempi leik-

kaus, mutta tulos on luonnollinen ja implanttia ei tarvita (Joensuu, Roberts & Kellokumpu-Lehtinen ym. 2013. 605).

Vatsakielekesiirre voidaan ottaa eri kohdista. TRAM-leikkauksessa (= transversal rectus abdominis muscle) alavatsan kudosta irrotetaan pienen lihaskappaleen ja verisuonten kanssa ylävatsan ihotaskun kautta rintaan ja verisuonet yhdistetään rintakehän verisuoniin mikrovaskulaarisella tekniikalla. Jos potilaan anatomia sallii, lihasta ei oteta ollenkaan vatsakielekkeeseen mukaan, vaan preparoidaan vain tarvittava verisuoni lihaksen välistä. Tässä tekniikassa poistetaan vähemmän kudosta vatsasta ja toipuminen on nopeampaa ja kivuttomampaa. Tällöin kyseessä on DIEP-kieleke (=deep inferior epigastric perforator). Joillakin ihmisillä vatsan lihaskalvon ulkopuolinen verenkiertojärjestelmä on niin hyvä, että se riittää ylläpitämään alavatsan kudosten hapensaantia. Jos leikkauksen alussa todetaan pinnallisen valtimon olevan noin 1,5mm paksu, voidaan kudoksesta irroittaa tämän valtimon ja viereisen laskimon varassa. Menetelmää kutsutaan nimellä SIEA (=superficial inferior epigastric artery). SIEA- leikkauksesta potilas toipuu nopeasti ja melko kivuttomasti (Jahkola & Kuokkanen, 2007).

Mikrokirurgisesti tehdyn kielekkeen verenkiertoa tulee tarkkailla leikkauksen jälkeen heräämössä seuraavan yön ajan (Koskinen & Majamaa, 2012. 15). Potilaan voinnin lisäksi tarkkaillaan siirretyn kielekkeen verenkiertoa sekä kielekkeen mustelmaisuuksia ja happeutumista. Kieleke peitetään pehmeällä ilmavalla sidoksella, jossa on kurkistusaukko. Kurkistusaukon kautta tarkkaillaan kielekkeen ihon väriä, kielekkeen lämpötilaa sekä haavaa. Kielekkeen verenkierron tulee olla riittävä. Kielekealueelle jäänyt hematooma häiritsee verenkiertoa ja se voidaan poistaa drenien avulla. Riittävä verenkierto ja kudospesuutus turvataan heräämössä huolehtimalla potilaan nesteytyksestä ja verenpaineesta, jonka pitäisi olla vähintään 100/60mmHg (Koskinen & Majamaa, 2012. 21-22).

5.4 Selkäkieleke (LD-kieleke)

Selästä rintaan käännettävä kieleke (=latissimus dorsi) sopii etenkin hoikille ja pienirintaisille naisille. Aina kielekkeen koko ei riitä täyttämään kudospuutosta, jolloin kielekkeen alle laitetaan silikoni-implantti. On myös kehitetty leikkausmuoto, jossa kudossiirteeksi otetaan ihoa, rasvaa ja kudosaluetta ruokkiva valtimo ja sitä seuraava laskimo, ja leikkauksessa siirre preparoidaan latissimus dorsi- lihaksen läpi, mutta lihas jää paikal-

leen. Tätä tekniikkaa kutsutaan nimellä TAP-kieleke (=artery perforator flap) (Jahkola & Kuokkanen, 2007).

On yleistä, että selkäkielekeleikkauksen jälkeen kielekkeen ottokohtaan kerääntyy punktiota vaativaa kudostenestettä viikkojen ajan. LD- leikkaus on kuitenkin vatsakielekeleikkausta helpompi ja potilaalle nopeampi toipua. Yleensä sairausloma kestää neljä viikkoa (Jahkola & Kuokkanen, 2007).

5.5 Rintaproteesit

Rinnan korjausleikkauksissa pyritään yleensä välttämään implantin laittamista kapseliriskin ja uusintaleikkausmahdollisuuden takia, mutta joskus implantti voi olla hyvä vaihtoehto. Silikoniproteeseja käytetään esimerkiksi selkäkielekkeen kanssa tai yksinään korvaamaan menetettyä rintakudosta. Jos implantti laitetaan ilman omaa kudossiirrettä, asetetaan se yleensä rintalihaksen alle. Implantteja on pyöreitä ja anatomisen mallisia ja niiden leveys, pituus ja projektio eli korkeus vaihtelevat. Implanttia valitessa on tärkeää huomioida potilaan mittasuhteet ja halutun rekonstruktiorinnan koko (Jahkola & Kuokkanen, 2007; Joensuu, Roberts & Kellokumpu-Lehtinen ym. 2013. 605).

Ennen silikoniproteesin asennusta voi olla tarpeen venyttää kudosta. Tällöin ensimmäisessä leikkauksessa asennetaan rintalihaksen alle kudostenestevä, joka on keittosuolaa sisältävä silikonipussi. Silikonipussissa on täyttökanaava, joka jää ihon ulkopuolelle. Kudosta venytetään ruiskuttamalla pussiin keittosuolaliuosta 1-2 viikon ajan kuukausien ajan. 3-6 kuukauden päästä kudostenestevä voidaan poistaa ja implantti asennetaan tilalle. Implanttia käytettäessä on riskinä, että myöhemmin implantin ympärille kehittyvä kapseli alkaa kovettua aiheuttaen samalla rinnan kipeytymisen ja muodon muuttumisen. Tällöin implantti tulee vaihtaa tai poistaa (Joensuu, Roberts & Kellokumpu-Lehtinen ym. 2013. 605).

6 RINTALEIKKAUKSEEN VALMISTAUTUMINEN JA TOIPUMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

On tärkeää, että potilaan terveydentila on tasapainossa ennen leikkausta. Jos potilaalla on perussairauksia, tulee niiden hoidon olla hyvällä tasolla. Leikattaessa potilas ei saa olla sairaana, eli potea esimerkiksi hengitystieinfektiota tai virtsatie tulehdusta. Kaikki infektiot on hoidettava pois ennen leikkausta. Leikkausalueen ihon tulee olla siisti ja ehjä infektoriskin minimoimiseksi (Erämies, 2015).

Hyvä yleiskunto ja lihasvoima edistävät leikkauksesta toipumista ja hyvä ravitsemustila vähentää infektoriskiä ja komplikaatioiden määrää sekä edistää haavan paranemista. Krooninen ihosairaus ei yleensä estä leikkausta, mutta ihosairauden tulisi olla mahdollisimman rauhallisessa vaiheessa. Etenkin tekonivelleikkauksissa ja muissa leikkauksissa, joissa potilaalle laitetaan vierasesine, tulisi hampaiston olla kunnossa ja tarkastettu (Erämies, 2015).

Huono terveys ja jotkin sairaudet voivat heikentää kirurgisen haavan paranemismahdollisuuksia. Esimerkiksi diabeetikolla korkea verensokeritaso heikentää haavan tulehdusvastetta eli ensimmäistä paranemisvaihetta, kuten myös kasvutekijöiden muodostusta ja kollageenin muodostumista haavaan (Hietanen, Iivanainen & Seppänen ym. 2002. 35).

6.1 Tupakointi

Tupakointi lisää leikkauksen aikaisia ja jälkeisiä komplikaatioita kuten keuhko- ja sydänkomplikaatioita ja hengitysongelmia. Tupakan sisältämät ainesosat häiritsevät lääkeaineiden vaikutusta elimistössä (PSHP). Tupakan sisältämä häkä vaurioittaa verisuonten seinämiä ja estää hapen sitoutumista veren punasoluihin ja näin ollen elimistön hapensaanti vähenee. Veren vähäisempi happipitoisuus hidastuttaa haavan paranemista, ja erityisesti raajoissa sijaitsevien haavojen paraneminen vaikeutuu, sillä tupakointi heikentää ääreisverenkiertoa (Hietanen, Iivanainen & Seppänen ym. 2002. 43).

Tupakointi olisi hyvä lopettaa viimeistään kaksi viikkoa ennen leikkausta, jotta kudosten happipitoisuus ennen leikkausta olisi paranemisen kannalta optimaalinen (Erämies,

2015). Jo 3-6 viikon tupakoimattomuus vähentää leikkaukseen liittyviä komplikaatioita ja 6 kuukauden tupakoimattomuus pudottaa leikkauksen jälkeiset riskit tupakoimattoman tasolle (PSHP). Tupakoinnin lopettamisen tukena voidaan aloittaa nikotiinikorvaushoito ennen leikkausta potilaan niin toivoessa (Erämies. 2015).

6.2 Alkoholin käyttö

Bachmannin ja Peren (2013) mukaan ”alkoholin vaikutuksen alaisena oleminen on este leikkaukselle ja tutkimukselle. Alkoholin liikakäyttö pidentää sairaalassaoloaika ja lisää tulehdusriskiä sekä uusintaleikkauksien tarvetta.” Runsas ja pitkittynyt alkoholin käyttö voi myös aiheuttaa haitallisia sydänvaikutuksia, kuten korkea verenpainetta, sepelvaltimotautia ja rytmihäiriöitä sekä ei-diabeettista ketoasidoosia, ravitsemuksen häiriöitä kuten B1-vitamiinin puutetta ja elektrolyytti- ja nestetasapainohäiriöitä. Lisäksi alkoholin käytön rasittama maksa voi olla vajaatoimintainen ja näin vaikuttaa veren hyytymiseen (Bachmann & Pere, 2013; PSHP).

Alkoholin runsas käyttö myös heikentää hoitoon sitoutuneisuutta ja leikkauksen jälkeistä kuntoutuksen toteutumista. Pitkään jatkuneen ja runsaan alkoholin käytön äkillinen lopettaminen voi aiheuttaa elimistössä vieroitusoireita ja sekavuustilan eli deliriumin. Delirium on este leikkaukselle (PSHP).

Alkoholin käyttö tulee lopettaa kokonaan ennen leikkausta, sillä alkoholi lisää leikkaukseen liittyviä komplikaatioita. Alkoholia ei saa juoda vuorokautteen ennen leikkausta eikä leikkauksen jälkeen. Alkoholilla on vaarallisia yhteisvaikutuksia lääkkeiden kanssa. Alkoholin suurkuluttajilla alkoholin aiheuttamat haitat normalisoituvat elimistössä vasta 1-2 kuukauden kuluttua alkoholin käytön lopettamisesta (Erämies. 2015).

6.3 Leikkausta edeltävä ja toipumista edistävä ruokavalio

Perusterveen ihmisen leikkaushoito sujuu yleensä ongelmitta, mutta mitä enemmän potilaalla on pitkäaikaisia kuntoa heikentäviä perussairauksia, korostuu hyvän ravitsemustilan merkitys entisestään. Vastustuskyvyn vahvistaminen ennen leikkausta on tärkeää, jotta vältyttäisiin sairaalainfektiolta. Henkilökunnan hyvän aseptiikan noudattamisen

ohella potilaan oma vastustuskyky on tärkeä suojatekijä infektioita vastaan (Jaakkola, 2014. 18).

Leikkausta edeltävän ruokavalion tulisi olla mahdollisimman terveellinen ja monipuolinen. Monipuolinen ruokavalio ja riittävä nesteen juominen edistävät leikkauksesta toipumista. Hyvä ravitsemustila edistää haavojen paranemista sekä elimistön puolustuskykyä infektioita vastaan. Ravitsemuksessa on tärkeää kiinnittää huomiota riittävään kalorimäärään sekä etenkin proteiinin saantiin, ja ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen proteiinia tulisi syödä tavallista enemmän haavojen paranemisen edistämiseksi. Proteiinia saa hyvin esimerkiksi, kalasta, lihasta, kananmunista, maitovalmisteista sekä palkokasveista ja soijasta (PSHP).

Kasvien, hedelmien ja marjojen syöminen on tärkeää, jotta elimistö saa riittävästi vitamiineja ja antioksidantteja; esimerkiksi A-, C-, E-, D- ja B-vitamiineilla ja hivenaineilla, kuten seleenillä, kromilla ja sinkillä on merkitystä yleisvoiminnan ja terveyden kannalta (Jaakkola, 2014).

Leikkauksesta toipumisen kannalta A-vitamiini vaikuttaa solujen kehitykseen kun taas A-vitamiinin puute voi lisätä tulehdusherkkyyttä. D-vitamiinia tarvitaan kalsiumin imeytymiseen ja E-vitamiini on tärkeä osa elimistön antioksidanttijärjestelmää ja vaikuttaa näin vastustuskykyyn. Kaikilla vitamiineilla ja hivenaineilla on tehtävänsä. Monipuolisella, kasviksia, hedelmiä ja marjoja sisältävällä ruokavaliolla voi varmistaa vitamiinien ja hivenaineiden hyvän saannin (Aro, 2009). Myös vitamiinilisiä voi käyttää ruokavalion tukena, mutta vuotoriskin takia ennen leikkausta omega-3- ja kalaöljyvalmisteita ei saa käyttää (Metsämäki, 2013).

Kuusi (6) tuntia ennen leikkausta tulee lopettaa kiinteän ruoan nauttiminen ja nesteen nauttiminen. Kirkkaiden nesteiden paasto aika vaihtelee sairaaloittain. Ravinnotta ololla pyritään vähentämään mahan sisällön ja happamuuden määrää, jotta mahan sisältöä ei nousisi ruokatorveen ja kulkeutuisi keuhkoihin anestesian aikana (Koivusipilä, Tammen & Jalonen, 2015).

7.2. Tauotettavat lääkkeet

Veren hyytymiseen vaikuttavat lääkkeet jätetään yleensä tauolle elektiivisissä leikkauksissa. Esimerkiksi varfariini on antikoagulantti, eli veren hyytymiseen vaikuttava lääke ja se lisää leikkauksen aikaista ja sen jälkeistä verenvuotoriskiä. Varfariini vaikuttaa maksassa estäen K-vitamiinia tarvitsevien hyytymistekijöiden muodostumista. INR-arvo suositellaan otettavaksi viikkoa ennen leikkausta elektiivisissä leikkauksissa ja lääke jätettäväksi tauolle 1-5 vuorokautta ennen leikkausta INR-arvon mukaan. Jos potilaan INR-arvo on kovin matala, eli tukosriski on olemassa, voidaan ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen antaa siltahoitona tukoksen estämiseksi pienimolekyylisiä hepariinihoitoa pistoksina subkutaanikudokseen (Fimea; Lassila, 2015).

Tulehduskipulääkkeiden ryhmään kuuluvat lääkevalmisteet, kuten esimerkiksi asetyylisalisyylihappo, ibuprofeeni, ketoprofeeni, naprokseeni ja meloksikaami lisäävät vuotoa leikkauksen yhteydessä Tulehduskipulääkkeiden käyttö tulisi lopettaa kaksi (2) viikkoa ennen suunniteltua leikkausta (Mustajoki & Ellonen, 2015).

Luontaistuotteet ovat lääkkeen tavoin käytettäviä luontaistuotekaupoissa ja marketeissa myytäviä pillereitä ja puristeita ja valmisteet sisältävät lääkekasveja tai kemiallisia aineita. Luontaistuotteilla voi olla vähäisiä vaikutuksia elimistössä ja luontaistuotteilla on yhteisvaikutuksia lääkkeiden kanssa. Omega-3-valmisteet ja kalaöljyt vaikuttavat veren hyytymiseen ja lisäävät vuotoriskiä leikkauksessa ja veren hyytymiseen vaikuttavat lääkekasvit voivat lisätä tulehduskipulääkkeiden aiheuttamaa vuotoriskiä. Luontaistuotteiden käyttö tulee lopettaa kaksi (2) viikkoa ennen suunniteltua leikkausta (Metsämäki, 2013).

7 RINTALEIKKAUKSESTA TOIPUMINEN

7.1 Kirurgisen haavan hoito

Haavan paranemisessa on kolme vaihetta: tulehdusvaihe, vaihe jossa muodostuu uutta kudosta sekä kypsymisvaihe. Traumaattisissa sekä kirurgisissa haavoissa paraneminen alkaa välittömästi haavan synnyttyä (Hietanen, Iivanainen & Seppänen ym. 2002. 28). Lopullisen vetolujuutensa haava saavuttaa noin 7 viikon kuluttua haavan sulkemisesta (Hietanen, Iivanainen & Seppänen ym. 2002. 109).

Kirurginen haava ommellaan kiinni siististi saattaen haavan reunat vastakkain, jolloin haava paranee reunojen kasvaessa suoraan yhteen. Kirurginen haava on aina peitetty sidoksella, jonka voi poistaa vuorokauden kuluttua leikkauksesta ja haavaa voi suihkuttaa puhtaalla vedellä ja käydä suihkussa normaalisti (Lumio, 2013).

Haavaa ei tarvitse vuorokauden jälkeen enää peittää. Jos haavalle on laitettu ihoteippi, annetaan teipin olla paikoillaan ompeleiden poistoon saakka, mutta jos ihoteippi on likainen tai verinen, sen voi poistaa aiemminkin. Sulamattomat ompeleet poistetaan yleensä 7-14 vuorokauden kuluttua toimenpiteestä ja sulavia ompeleita ei tarvitse poistaa ollenkaan. Ennen ompeleiden poistoa ei saa sauna eikä uida (Lumio, 2013).

Yleensä rintaleikkauksissa leikkausalueelle jätetään laskuputki eli dreeni, jota pitkin ylimääräinen kudospääsee valumaan ulos. Dreeni(t) poistetaan erityksen loppuessa, yleensä viimeistään 1-6 päivän päästä leikkauksesta. Jos dreenieritys on runsasta, voi dreenin kanssa myös kotiutua (Laato & Kössi, 2010; Hietanen, Iivanainen & Seppänen ym. 2002. 110).

Jos potilas kotiutuu dreenin kanssa, tulisi hänen kiinnittää huomiota dreeninesteen väriin, eritteen määrään sekä dreeniaukon ihon ja leikkausalueen ulkonäköön infektion varalta. Dreeniaukon juuri tulee peittää puhtailla taitoksilla. Suihkussa saa käydä, mutta saunominen, kylpeminen ja uiminen on kiellettyä. Dreenipussiin kertyneen nesteen voi tyhjentää esimerkiksi vessanpönttöön päivittäin. Kun dreenieritystä ei enää tule, potilas käy sairaalassa poistattamassa dreenin (Hakala, 2014. 11, 14).

7.2 Haavainfektio ja muut komplikaatiot

Haavainfektio ilmenee paikallisesti, yleisoreina tai molemmissa muodoissa. Haavainfektio ilmenee yleensä aikaisintaan 3 päivää leikkauksesta. Haavainfektion merkkejä paikallisesti ovat haavan reunojen punoitus, haavan turvotus sekä kipu. Haavasta voi tulla eritettä, joka myöhemmin voi olla märkäistä ja haista pahalle. Haavainfektion pahentuessa potilaalle voi nousta kuume, tulla pahoinvointisuutta ja tulehdusarvot voivat kohota (Hietanen, Iivanainen & Seppänen ym. 2002; Saarelma, 2015).

Hoitamattomana haavainfektio voi pahimmillaan johtaa verenmyrkytykseen bakteerien levitessä verenkiertoon, joten siksi haavainfektio tulee aina hoitaa. Kirurgisen haavan infektio jaetaan kolmeen luokkaan: pinnalliseen, syvään ja leikkausalueen infektiin. Haavainfektiota hoidetaan joko antibiootikuurilla tai haava avataan ja puhdistetaan ja mahdollisuuden mukaan suljetaan. Joskus haava jätetään pohjasta auki niin pitkäksi aikaa, kunnes haava on mahdollista sulkea (Hietanen, Iivanainen & Seppänen ym. 2002; Saarelma, 2015).

Kudosnesteen kertyminen haavaan leikkauksen jälkeen on etenkin rinnanpoistoleikkauksissa melko yleistä. Yleensä serooma häviää haavasta itsestään, mutta joskus kudosnestettä täytyy punktoida haavasta. Serooman oireet ovat haava-alueen turpoaminen ja alueen kovettuminen. Haavasta voi myös vuotaa kellertävää hajutonta nestettä (Laato & Kössi, 2010).

Hematooma on verihyytymä, joka pääsee syntymään haavaan etenkin, jos leikkausalueelle on jäänyt paljon verekästä kudosta. Hematooma työntää haavan reunoja erilleen ja on infektioriski. Hematooma voidaan poistaa steriilisti avaamalla haava (Laato & Kössi, 2010; Hietanen, Iivanainen & Seppänen ym. 2002. 110).

Keloidi tarkoittaa arven sairaalloista kasvua ja levittäytymistä terveelle iholle. Keloidi on usein geneettinen ja sillä on taipumus uusiutua. Keloidin synty- ja kehittymismekanismit ovat melko tuntemattomat, eikä keloidi yleensä häviä ilman hoitotoimenpiteitä. Yleensä keloidikudosta poistetaan kirurgisesti noin vuoden kuluttua leikkauksesta. Hypertrofinen arpi eli arven liiallinen kasvu on samantyyppinen kuin keloidi, mutta arpi

jää leikkausalueelle ja saattaa myöhemmin ajan kuluessa pienentyä (Laato & Kössi, 2010).

7.3 Kivun hoito leikkauksen jälkeen

Rintasyöpäleikkauksen jälkeinen kipu on usein hyvin voimakasta. Amerikassa tehdyn tutkimuksen mukaan 54% rintasyövän takia leikatuista potilaista määritteli kokemansa kivun merkittävän suureksi (VAS-asteikolla 0-10 yli 5). Rekonstruktioleikkauksen jälkeistä post-operatiivista kipua pidetään yleisesti voimakkaana ja pitkään jatkuvana (Fumimas, Toyoshi & Akiko, 2015). Leikkauksen jälkeisen kivun hoitaminen on tärkeää, sillä hoitamaton kipu vaikuttaa elimistössä monin eri tavoin. Kipu voi nostaa pulssia ja verenpainetta, lisätä sydänlihaksen hapentarvetta ja aiheuttaa rytmihäiriöitä. Lisäksi kipu voi voimistaa metabolisia, endokriinisia ja inflammatorisia vasteita ja näin vaikeuttaa toipumista. Akuutti kipu voi pahimmillaan myös kroonistua (Kolu & Pirhonen, 2015.14).

USA:ssa tehdyn tutkimuksen mukaan 60% rintasyöpäleikatuista koki huomattavaa kipua vielä kuuden kuukauden jälkeen leikkauksesta. Tutkimuksessa oli mukana 300 potilasta ja se tehtiin 2000-luvulla. Etenkin mastektomia- potilaat kokivat kroonista kipua. Muita riskitekijöitä kroonisen kivun ilmaantumiselle olivat potilaan nuori ikä sekä kainaloimusolmukkeiden poisto leikkauksessa ilman sädehoitoa (Oliveira, Chang & Khan, 2015).

Kivun arvioiminen vuodeosastolla tapahtuu havainnoimalla ja keskustelemalla potilaan kanssa sekä erilaisia kivunarviointimittareita käyttäen. Kirurgisella osastolla kipua tulisi havainnoida ja siitä tulisi kirjata yhtä säännöllisesti kuin potilaan muistakin elintoiminnoista (Somppi, Valkki & Västi, 2010.10-11). Tarvittaessa hoitaja kysyy kollegoidensa mielipidettä ja neuvoja kivun arvioinnissa, mutta myös potilaan omalla kokemuksella tulee olla paljon painoarvoa. Kipua arvioidaan esimerkiksi VAS-mittarilla (visual analogue scale asteikolla 0-10), kipukiilalla ja kipusanastolla (Somppi, Valkki & Västi, 2010.10-11). Kipua tulisi arvioida levossa ja liikkeessä sekä hengittäessä ja yskiessä. Potilaan tulee pystyä hengittämään syvään ja yskimään ilman kipua. Jos potilaan levossa oleva kipu on VAS-asteikolla jatkuvasti 3/10 tai sen yli, kivun hoito on riittämätöntä. Toisaalta ison leikkauksen jälkeen täysi kivuttomuus voi olla mahdottomuus ilman huomattavia sivuvaikutuksia kuten hengityslamaa (Salomaa & Nuutinen, 1998; Somppi, Valkki & Västi, 2010. 10-11). Vuodeosastolla potilaan postoperatiivisen kivun hoitoon käytetään yleensä yhdistelmänä erilaisia lääkkeitä. Usein käytetään parasetamolia ja sen lisäksi opioidia kuten tramadolia ja ko-

deinia tai oksikodonia. Voimakas kipu voi vaatia lisäksi puudutusta (Salomäki & Nuutinen, 1998).

8 LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN FYSIOTERAPIA JA SEN MERKITYS

8.1 Imutiejärjestelmä

Imutiejärjestelmällä on tärkeä rooli elimistön nestekierrossa ja nestetasapainon ylläpidossa. Imutiet kuljettavat nestettä verenkierrosta soluvälitilaan ja takaisin verenkiertoon hiussuonten paineen, kudospaineen ja osmoottisen paineen avulla. Soluvälitilaan suodattuneesta nesteestä noin 90% palautuu lopulta takaisin verenkiertoon ja loppu neste poistuu tiheän imusuoniverkoston kautta imunestekierto (Anttila, Kärki & Rautakorpi, 2007.17; Bjälje, Haug & Sand, 2008. 258-259).

Kun soluvälitilan neste lisääntyy, kudospaine kohoaa ja imuhiussuonten seinämät venyvät jolloin neste ja valkuaisaineet pääsevät imuhiussuonen sisään muodostaen imunesteen. Imuneste kulkee imusolmukkeiden läpi, joita voi olla elimistössä jopa 1000. Imusolmukkeet sisältävät runsaasti esimerkiksi makrofageja ja lymfosyyttejä. Imunestekierto jaetaan pinnalliseen ja syvään imunestekierto (Anttila, Kärki & Rautakorpi, 2007.17; Bjälje, Haug & Sand, 2008. 258-259).

Pinnallisessa nestekierrossa imusuonet keräävät ylimääräisen nesteen ihosta ja rasvakudoksesta ja syvässä nestekierrossa lihaksista, hermoista, nivelistä ja jännetupeista (Jänkälä & Luhtamäki, 2014.18). Yläraajan pinnallisessa imunestekierrossa kainalon imusolmukkeet eli aksillaariset imusolmukkeet keräävät ylimääräistä nestettä käsivarresta sekä vartalosta navan yläpuolelta (Anttila, Kärki & Rautakorpi, 2007.17).

8.2 Lymfaturvotus

Rintasyöpäleikkauksen, imusolmukkeiden poiston ja sädehoidon jäljiltä potilaalle voi jäädä erilaisia oireita. Rinnassa ja yläraajassa voi esiintyä kipua, tuntoherkkyyttä, turvotuksia, lymfaturvotusta ja lihasheikkoutta. Mitä enemmän leikkauksessa on jouduttu imusolmukkeita poistamaan, ja mitä laajemmalle alueelle potilas on sädehoitoa saanut, sitä suuremmat jälkiseuraukset voivat olla. Hoidoista voi tulla arpikudosta sekä hermot ja imutiet voivat vaurioitua. Jälkiturvotuksen riskiä lisäävät potilaan ylipaino sekä kas-

vaimen suuri koko, paha laatu ja levinneisyys (Anttila, Kärki & Rautakorpi, 2007.16,18).

Suomessa on tutkittu yläraajaturvotusta rintasyöpäleikkauksen jälkeen vuoden ajan kahdessa tutkimuksessa, 1990-luvulla ja 2000-luvulla. 90-luvulla tehdyssä tutkimuksessa seuratuista 92 potilaasta 46% todettiin yläraajaturvotusta mastektomian jälkeen ja 27% säästävän leikkauksen jälkeen. 2000-luvulla tehdyssä tutkimuksessa seurattiin 83 potilasta vuoden ajan. Heistä osalta oli poistettu vain vartijaimusolmuke ja osalta kaikki kainalon imusolmukkeet. Tuloksissa näkyi, että yläraajaturvotus lisääntyi molemmissa ryhmissä, mutta vain ne potilaat, joilta oli poistettu kaikki kainalon imusolmukkeet, olivat joutuneet turvautumaan lymfaterapiaan ja osa heistä käytti myös kompressiohihaa (Anttila, Kärki & Rautakorpi, 2007.16,18).

Lymfaturvotus vaikeuttaa pärjäämistä kotona ja töissä. Esineiden nostaminen ja kantaminen voi olla vaikeaa ja elämänlaatu heikkenee enemmän kuin muilla rintasyöpäleikkauksilla, jotka eivät kärsi turvotuksesta. Lisäksi lymfaturvotus voi ennen pitkää heikentää elimistön vastustuskykyä (Anttila, Kärki & Rautakorpi, 2007.16,18).

Lymfaturvotuksen mittariksi ei ole yhteneväistä määritelmää, mutta usein ajatellaan, että potilaalla on lymfaturvotusta, kun turvonneen yläraajan tilavuus on 200 millilitraa suurempi kuin terveessä raajassa. Mittanauhalla mitattuna yli viiden sentin turvotusta pidetään vaikeana turvotuksena. Turvonneessa yläraajassa on muutoksia sekä imusuonien verenkierrojärjestelmässä. Syynä on, että hiussuonista siirtyy kudoksiin enemmän nestettä kuin sitä poistuu. Tämän täytyy jatkua riittävän kauan, jotta turvotusta alkaa näkyä. Syy epätasapainolle johtuu joko hiussuonten kiihtyneestä toiminnasta tai imunesteen hitaasta poistumisesta tai molemmista syistä (Anttila, Kärki & Rautakorpi, 2007.17,18).

Suomessa hoidetaan yläraajaturvotuksesta kärsiviä rintasyöpöpotilaita pääasiassa manuaalisen lymfaterapian, kompressiosidosten sekä – hihojen ja terapeuttisen harjoittelun sekä potilaan ohjauksen yhdistävällä menetelmällä (Jänkälä & Luhtamäki, 2014. 19).

8.3 Kompressiohoito

Hoidon tarkoituksena on saada raajaan aikaiseksi joustamattomalla sidoksella tai hihalla ulkoinen paine, joka vähentää solujen ulkoisen nesteen muodostumista, avustaa lihasten toimintaa ja estää imunesteiden takaisinvirtausta. Kompressiosidoksen aikaansaama paine lisää painetta kudosten sisällä lihasten supistuessa ja tämä lisää imunesteiden virtausta. Lihasten ollessa lepotilassa imusuonet täyttyvät (Jänkälä & Luhtamäki, 2014. 19-20; Anttila, Kärki & Rautakorpi, 2007. 18-19).

Kompressiohoito laskee raajan laskimopainetta ja vähentää kudosten nesteen muodostumista ja näin ollen kompressiohoito myös ehkäisee turvotuksen syntymistä. Kompressiosukkaa voi käyttää päivittäin, mutta päivittäisessä käytössä sukan elastisuus vähenee ja tuote olisi hyvä uusia 3-6kk välein. Hoidon alussa potilaan raajan turvotusaste saattaa olla niin vaihtelevaa, että hoito aloitetaan sidoksilla sukan sijaan (Jänkälä & Luhtamäki, 2014. 19-20; Anttila, Kärki & Rautakorpi, 2007. 18-19). Jos potilaalla on turvotusta sormissa ja kämmenessä, hän voi käyttää kompressiohansikasta, jonka paine on 23-32mmHg (Anttila, Kärki & Rautakorpi, 2007. 19).

8.4 Manuaalinen lymfaterapia

Manuaalinen lymfaterapia on hierontaa, jossa käytetään hitaita, pyöriä ja pumppeavia liikkeitä alkaen vartalon terveistä osista. Hieronta stimuloi imusuijijärjestelmää ja hieronnan tarkoituksena on tuottaa hierottavaan raajaan kevyt ulkoinen paine lymfaturvotuksen poistamiseksi alueelta (Anttila, Kärki & Rautakorpi, 2007. 20).

Hieronnan ajatellaan lisäävän imusuonten supistumista ja parempaa täyttymistä sekä tehostavan imunestevirtausta ja mahdollisesti myös lisäävän uusien imusuonten kehittymistä. Terapeuttisen lymfaterapian katsotaan tehoavan etenkin vartalon turvotukseen, sillä kompressiohoitoa on vaikeaa toteuttaa muualla kuin raajoissa (Anttila, Kärki & Rautakorpi, 2007. 20).

8.5 Terapeuttinen harjoittelu

Liikkumattomuus vähentää lymfanesteen virtausta, joten liikkuminen ja voimaharjoittelu taas päinvastoin lisäävät nesteen virtausta ja vähentävät turvotusta. Lymfaturvotuspotilaille ohjattu terapeuttinen harjoittelu voidaan jakaa neljään osaan: aktiiviseen rytmiseen liikkeeseen, aerobiseen harjoitteluun, voima- ja kestävyysharjoitteluun ja liikkuvuusharjoitteluun. Kevyt, aktiivinen, rytmisen ja pumppaava liike tarkoittaa ilman vastusta, mutta esimerkiksi kompressiohihan ollessa päällä tehtävää harjoitusta. Harjoittelun uskotaan edistävän imusuonten seinämien sileiden lihasten toimintaa (Anttila, Kärki & Rautakorpi, 2007.20)

Aerobinen liikunta kuormittaa isoja lihasryhmiä ja liikunta voi olla esimerkiksi kävelyä, pyöräilyä, soutamista tai vesijumpaa tehtynä kohtuullisella teholla. Aerobisen liikunnan ajatellaan edistävän potilaan vointia sympaattisen hermoston ja hengityksen tehostumisen kautta ja näin vaikuttavan imunestekiertoa sitä tehostavasti. Voima- ja kestävyysharjoittelua suositellaan tehtäväksi 2-3 kertaa viikossa 20- 30 minuuttia kerrallaan voinnin ja oireiden sallimalla tavalla. Voima- ja kestävyysharjoittelun hyöty lymfaturvotuksen suhteen on vielä epäselvää, mutta harjoittelun on todettu lisäävän potilaiden elämänlaatua (Anttila, Kärki & Rautakorpi, 2007.20)

Liikkuvuusharjoituksia (liite) voi tehdä joka päivä, mutta harjoitusten tehoa ainoastaan lymfaturvotukseen liittyen ei ole tutkittu. Liikkuvuusharjoitusten aloittaminen varhain leikkauksen jälkeen voi helpottaa lisäongelmien syntyä. Aikaisin leikkauksen jälkeen aloitettu liikkuvuusharjoittelu parantaa yläraajojen liikkuvuutta sekä toimintaa ja potilaan elämänlaatua. Liikkuvuusharjoitteet eivät ainakaan lisää turvotusta (Anttila, Kärki & Rautakorpi, 2007.20; Jänkälä & Luhtamäki, 2014. 27).

8.6 Tukiliivit ja liikerajoitteet

Rintasyöpäleikkaukseen tulija saa esikäynnillä sairaalassa sopivan kokoiset tukiliivit. Tukiliivejä käytetään yötä päivää neljän viikon ajan tai pidempäänkin. Kun rintojen turvotus vähenee sairaalasta kotiutumisen jälkeen, voi olla tarpeen hankkia uudet ja tukevammat liivit (Suomen Syöpäpotilaat; PSHP).

Rauhallinen liikunta on sallittu heti leikkauksen jälkeen, mutta ylä- ja keskivartaloa runsaasti kuormittava liikunta, kuten hölkkä, uinti, sauvakävely, juoksu, kuntosaliharjoittelu ja raskaat nostot ovat kiellettyjä 4 viikon ajan leikkauksesta (PSHP). Leikatun puolen käden nostorajoitus on noin 2 kiloa sairasloman ajan (Syrjälä, M. 2013.3). Sairaslomaa potilas tarvitsee leikkauksesta ja työstään riippuen yhdestä päivästä kuuteen viikkoa (PSHP).

9 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Toiminnallinen opinnäytetyö on tyypillisesti ammattikorkeakouluissa toteutettava opinnäytetyötyyppi. Opinnäyte on työelämän kehittämistyö, jonka tavoitteena on käytännön toiminnan kehittäminen, ohjeistaminen tai järjeistäminen. Opinnäytetyön aihe tulee työelämän tarpeesta (Pohjannoro & Taijala. 2007. 15).

Toiminnallinen opinnäytetyö on yhdistelmä teoreettista tietoa, käytäntöä, ammatillisuutta ja prosessin raportointia (Vilka & Airaksinen 2003, 9–10, 42). Toiminnallisen opinnäytteen tuloksena on aina jokin konkreettinen tuote, esimerkiksi ohje, dvd, tapahtuma tai projekti. Tuote voi olla monimuotoinen ja periaatteessa mitä vain (Pohjannoro & Taijala. 2007. 15).

Toiminnallisessa opinnäytteessä on kaksi osaa: opinnäyte sisältää toiminnallisen osuuden eli produktin sekä opinnäytetyöraportin jossa kuvataan prosessia, avataan käsitteitä ja arvioidaan työtä. Koska produktin tulee pohjata ammattiteoriaan, tulee raportissa olla teoreettinen viitekehys (Pohjannoro & Taijala. 2007. 15; Vilka & Airaksinen. 2003. 41-43).

Toiminnallisen opinnäytteen tekijän tulee käyttää tutkivaa ja kehittävää otetta ja se näkyy teoreettisen lähestymistavan perusteltuna valintana, työn toteuttamisessa tehtyjen valintojen ja ratkaisujen perusteluina, sekä omaa tekemistä tulee pohtia ja tarkastella kriittisesti (Pohjannoro & Taijala. 2007. 15; Vilka & Airaksinen. 2003. 41-43).

10 PÄÄTÄNTÄ

10.1 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessi alkoi syksyllä 2014. Valitsin aiheen, koska se oli mielestäni kiinnostava. Tapasin työelämän edustajan työelämäpalaverissa ennen joulua 2014 ja lähdimme yhdessä suunnittelemaan ohjetta. Työelämän toiveena oli saada ohje, joka soveltuisi monille eri rintaleikkaustyypeille sisältäen asiaa leikkaukseen valmistautumisesta ja leikkauksesta toipumisesta. Sovimme olevamme yhteyksissä työn edistymisestä.

Kun opinnäytetyöprosessi kunnolla alkoi, olin juuri aloittanut syventävät opinnot ja opinnäytteen tekeminen tuntui työläältä opintojen, työharjoittelun ja viikonlopputyön ohessa. Niinpä työ ei edistynyt, kuten sen olisi pitänyt. Toukokuussa 2015 sain PSHP:n luvan opinnäytteelleni ja kesällä kävin plastiikkakirurgian osastolla ottamassa kuvia juuri leikatusta TRAM- potilaasta. Kuvat eivät kuitenkaan päätyneet oppaaseen, sillä arvelimme yhdessä työelämäyhteyshenkilön kanssa, että kuvat voisivat pelottaa joitakin potilaita.

Minun oli tarkoitus tehdä suurin osa opinnäytetyöstä valmiiksi kesällä 2015, mutta vaativan kesätyön ohessa se ei onnistunutkaan, enkä tehnyt työtä lainkaan. Syksyllä 2015 ymmärsin, ettei työ valmistu lokakuuhun 2015 mennessä, ja sovimme opettajien kanssa, että teen kaiken muun opinnäytetyöprosessiin kuuluvan syksyllä valmiiksi ja työ valmistuisi keväällä. Alkuvuodesta 2016 tapasin vielä poliklinikan fysioterapeutin jonka kanssa sovimme, mitkä fysioterapiaohjeet potilasohjeeseen tulevat. Hän ehdotti, että ohjekuvat voisi joko piirtää tai valokuvata ja päätin piirtää kuvat.

Palautin potilasohjeen raakaversioon sairaalaan maaliskuun lopulla, ja lääkärien antaman palautteen takia oppaan idea meni lyhyellä aikavälillä osittain uusiksi sekä puolet liikeharjoituskuvista jäi oppaasta kokonaan pois. Ohje oli suunniteltu monelle eri rintaleikkaustyyppille, mutta toteutus ei olisi sittenkään toiminut. Esimerkiksi suunnitelluista liikeharjoituksista osa ei olisi sopinut selkäkielekeleikatuille, joille on asennettu silikoni-proteesi. Tämän takia ohjeesta piti jättää joitakin asioita pois. Korjailin potilasohjetta vielä useaan kertaan huhtikuun aikana ennen opinnäytetyöni palautusta. Koin oppaan tekemisen haastavaksi, koska suunnitelma muuttui viime hetkellä, ja palautteen antajia

ja mielipiteitä oppaan sisällöstä, ulkoasusta ja kieliasusta oli monia. Koin kuitenkin yhteistyön sairaalan henkilökunnan kanssa erittäin sujuvaksi. Näimme opinnäytetyön prosessin aikana henkilökunnan edustajien kanssa kasvokkain ja kommunikoimme sähköpostilla ja puhelimitse.

10.2 Eettisyys ja luotettavuus

Toiminnallisen opinnäytetyön eettisyyden toteutumista voidaan tarkastella monella tavalla. On pohdittava, onko työ tehty rehellisesti, tunnollisesti ja vahinkoa aiheuttamatta. Lisäksi aihevalinnan tulee olla hyödyllinen ja vastata sille asetettuihin kysymyksiin. Työn tekijällä tulee olla mielenkiintoa aihetta kohtaan ja kerätä tarpeeksi tietoa aiheesta. Työn tulee aiheuttaa enemmän hyvää kuin huonoa ja tutkittavien yksityisyyttä tulee suojata. Työn luotettavuutta voi tarkastella seuraavien asioiden kautta: aiheen valinta, lähteiden käyttö, prosessin kuvaus, työelämäyhteistyön sujuvuus, ongelmat ja niiden ratkaisut ja tuotteen toteuttamisen juoni, opponenttien ja ohjauksen hyödyntäminen sekä hyvä tieteellinen käytäntö.

Työni on tehty rehellisesti ja kenellekään vahinkoa aiheuttamatta. Työelämäyhteistyshenkilöiden nimiä ei mainita opinnäytetyössä eikä oppaassa heidän omasta pyynnöstään. Mielestäni työn tulos vastaa asetettuihin tarkoitukseen, tehtäviin ja tavoitteisiin. Tarkoitus oli tuottaa potilasohje, josta tuli työelämän toiveiden mukainen. Työssä kerrotaan leikkauksen valmistautumisesta ja toipumisesta, potilasohjeen kriteereistä sekä avataan rintaleikkauksen erityispiirteenä olevaa lymfaturvotusta ja fysioterapiaa. Työ on tehty työelämän tarpeeseen.

Ottamani kuvat TRAM- potilaasta eivät lopulta päätyneet oppaaseen, mutta kuvien ottamiseen ja käyttämiseen poliklinikalla on potilaan lupa. Kuvat on otettu niin, ettei henkilöä voi tunnistaa kuvista. Kasvot on rajattu pois. Kaikki oppaassa käyttämäni kuvat (liite) ovat minun piirtämiäni PSHP:n logoa lukuun ottamatta, ja kuvan alkuperä on mainittu kuvan alapuolella.

Opinnäytetyöni lähteenä on hoitotieteellisiä ja lääketieteellisiä kirjoja, Duodecimin, Terveysportin, sairaanhoitajan tietokannan ja lääkärin tietokannan tekstejä verkosta sekä

muutama ulkomaalainen tutkimus ja opinnäytetöitä. Opinnäytetöiden käyttäminen lähteenä ei ole ihanteellista, ja näitä lähteitä olisin voinut käyttää vähemmänkin. Lähteinä käyttämäni opinnäytetyöt löytyivät Theseus- palvelusta ja vaikuttivat luotettavilta tuotetuksensa ja asiasisältönsä vuoksi.

Käytin työni lähteenä myös Syöpäliiton potilasohjetta ja kahta PSHP:n potilasohjetta, sillä tämäkin opas on tehty PSHP:lle ja täsmällisiä potilasohjeita on vaikeaa tieteellisistä teksteistä löytää. Mielestäni opinnäytetyöni lähteet ovat sopivia tähän työhön, vaikka vielä paljon parempia ja monipuolisempia ne voisivat olla. Mielestäni käyttämäni lähteet vaikuttavat luotettavilta, sillä lähteiden teksti on tunnettujen lääkäreiden ja sairaanhoitajien kirjoittamaa ja muiden asiantuntijoiden tarkastamaa ja päivitettyä sekä melko uutta tietoa. Yhtä lähdettä lukuun ottamatta kaikki lähteeni ovat 2000-luvulta ja moni 2010-luvulta. Ulkomaalaisten lähteiden käyttö olisi voinut olla paljon laajempaa, sillä nyt ulkomaalaisia lähteitä on vain kaksi. Mielestäni tekemäni opas täyttää laadulliset kriteerit ja opas on käynyt läpi lääkärin seulan.

10.3 Kehittämismahdollisuudet ja jatkotutkimusaiheet

Aihetta voisi kehittää tekemällä kyselyn rintaleikkauspotilaille heidän kokemastaan ohjauksesta ja saamastaan potilasohjeesta. Uuden ohjeen voisi tehdä kyselyn tulosten pohjalta. Lisäksi tämän potilasohjeen käyttöönoton jälkeen olisi kiinnostavaa tietää, mitä potilaat ohjeesta ajattelevat. Olisi myös hyvä, jos jokaiselle rintaleikkaustyypille olisi oma selkeä ohjeensa fysioterapiaohjeineen. Näin ohjetta voisi yksilöidä enemmän ja fysioterapiaohjeet olisivat kattavammat.

10.4 Pohdinta

Kaiken kaikkiaan prosessi oli haastava toteuttaa yksin, ja jälkeenpäin mietin, että olisi ollut hyvä tehdä opinnäytetyö toisen henkilön kanssa. Tällöin työtaakka olisi jakautunut tasaisemmin ja aikataulussa olisi ehkä ollut helpompaa pysyä. Oppaan kuvien (liite) piirtäminen oli haastavaa ja aikaa vievää. Lopulta onnistuin ja mielestäni kuvat ovat sopivan yksinkertaiset ja sopivat oppaaseen.

Olen tyytyväinen oppaaseen, mutta en täysin työn kirjalliseen osioon. Kirjallisesta osiosta olisi voinut tulla laajempi, ja lähteiden käyttö olisi voinut olla paljon monipuolisempaa ja tieteellisempää. Olisin voinut käyttää työssäni tutkivampaa työotetta, mutta opinnäytetyötä tehdessä se tuntui haastavalta.

LÄHTEET

Anttila, H., Kärki, A. & Rautakorpi, U-M. ym. 2007. Lymfaturvotuksen fysioterapia rintasyöpäpotilailla. Vaikuttavuus, käytännöt ja kustannukset. *Finohtan raportti* 2007;30. Vaajakoski. Gummerus Kirjapaino Oy.

Aro, A. 2009. Vitamiinit ja kivennäisaineet. Sairauksien ehkäisy. *Terveyskirjasto*. Luettu 12.3.2016. www.terveyskirjasto.fi

Bachmann, M. & Pere, P. 2013. Leikkauskelpoisuuden arviointi ja leikkaukseen valmistautuminen. *Lääkärin tietokannat*. Luettu 12.3.2016. www.terveysportti.fi

Bjälje, J., Haug, E. & Sand, O. ym. 2008. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. Porvoo. WSOY.

Engström, T. & Jaakkola, P. 2006. Potilasohjauksen toteutuminen potilaiden arvioimana Raision sairaalassa. *Hoitotyön koulutusohjelma*. Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäyte.

Erämies, T. 2015. Leikkaukseen odottavan potilaan ohjaus. *Sairaanhoitajan käsikirja*. Sairaanhoitajan tietokannat. Luettu 25.1.2016. www.terveysportti.fi

Fimea. Valmisteyhteenveto. Marevan. Luettu 12.3.2016. www.fimea.fi

Fumimasa, A., Toyoshi, H. & Akiko, O. 2015. Can acute pain treatment reduce postsurgical comorbidity after breast cancer surgery? A literature review. Luettu 13.3.2016. <http://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/641508/>

Hakala, K. 2014. Dreenin kanssa kotiin. *Potilasohje*. Tampereen ammattikorkeakoulu. *Hoitotyön koulutusohjelma*. Opinnäyte.

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. *Haava*. Porvoo. WS Bookwell Oy.

Hyvärinen, R. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. 2005. *Duodecim*. Luettu 7.12.2014. www.duodecimlehti.fi

Jaakkola, K. 2014. Ravitsemushoidon merkitys kirurgisissa sairauksissa. Kirurgian erikoislääkäri Kaarlo Jaakkolan katsausartikkeli. *Terveyskirjat*. *Luontaisterveys-lehti*. Luettu 12.3.2016. www.terveyskirjat.fi

Jahkola, T. & Kuokkanen, H. 2007. Rekonstrukttiivinen rintarauhasleikkaus - yhä useammin rintasyövän varhaisoidossa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Luettu 29.3.2016. www.terveysportti.fi

Jahkola, T., Hietanen, H. & Kauhanen, S. ym. 2016. *Rinnankorjausleikkauksen käsikirja*. (Suomen syöpäpotilaat ry) www.syopapotilaat.fi

Jahkola, T., Leidenius, M. & von Smitten, K. Rintasyöpä. *Duodecim oppikirjat*. Luettu 17.11.2015. www.oppiportti.fi

- Jahkola, T., Leidenius, M. & von Smitten, K. Rintasyövän kirurginen hoito. Duodecim oppikirjat. Luettu 17.11.2015. www.oppiportti.fi
- Joensuu, H., Roberts, P.J. & Kellokumpu-Lehtinen P-L., 2013. Syöpätaudit. Duodecim oppikirjat. Teoksessa Lyly, T.(toim.) Duodecim Kustannus Oy. Helsinki.
- Jänkälä, T. & Luhtamäki, M. 2014. Rintasyöpäleikkauksen jälkeisen lymfaturvotuksen ennaltaehkäisy ja hoito fysioterapian keinoin. Oppaan suunnittelu lymfaturvotuspotilaille. Lahden ammattikorkeakoulu. Fysioterapian ko. Opinnäyte.
- Koivusipilä, A., Tamanen, K, Jalonen, J. & Mattila, V. 2015. Leikkaukseen valmistautuminen –lisätietoa potilaalle. Terveyskirjasto. www.terveyskirjasto.fi
- Kolu, A. & Pirhonen, O. 2015. Sairaanhoidajien ja kättilöiden kipukäsitys –naistentautien leikkausten ja sektioiden postoperatiivisessa kivunhoidossa. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön ko. Opinnäyte.
- Koskinen, L. & Majamaa, J. 2012. Rekonstruktiopotilaan postoperatiivinen hoitotyö. Opetusmateriaalia hoitotyön koulutusohjelmaan. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäyte.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M. & Poskiparta, M. ym. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo. WSOY.
- Laato, M. & Kössi, J. 2010. Haavan paranemista huonontavat tekijät. Duodecim oppikirjat. Luettu 25.1.2016. www.oppiportti.fi
- Lassila, R. 2015. Varfariinihoito. Lääkärin käsikirjat. Luettu 12.3.2016. www.terveysportti.fi
- Lumio, J. 2013. Ommellun haavan hoito kotona. Terveyskirjasto. Luettu 12.3.2016. www.terveyskirjasto.fi
- Metsämäki, H. 2013. Luontaistuotteet ja anestesia. Sairaanhoidajan tietokannat. Luettu 12.3.2016. www.terveysportti.fi
- Mustajoki, P. & Ellonen, M. 2015. Tietoa potilaalle: Verenohennuslääkkeet. Lääkärin tietokannat. Luettu 12.3.2016. www.terveysportti.fi
- Oliveira, G., Chang, R. & Khan, S. ym. 2015. Factors associated with the development of chronic pain after surgery for breast cancer: a prospective cohort from a tertiary center in the United States. Luettu 13.3.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com.elib.tamk.fi/doi/10.1111/tbj.12207/full>
- Pohjannoro, H. & Taijala, B. 2007. Näkökulmia toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Tampereen ammattikorkeakoulu. Ammatillinen opettajakorkeakoulu. Opettajankoulutuksen kehittämishanke
- Saarelma, O. 2015. Tietoa potilaalle –leikkaushaavan tulehdus. Lääkärin tietokannat. Luettu 12.3.2016. www.terveysportti.fi

PSHP. Tiesitkö, että voit itse vaikuttaa toipumiseesi leikkauksesta? Opas tuki- ja liikuntaelinkirurgiseen toimenpiteeseen tulevalle potilaalle.

PSHP. 2012. Opas rintarekonstruktioon tulevalle.

Salomäki, T. & Nuutinen, L. 1998. Leikkauksen jälkeinen kivun hoito. Duodecim. Luettu 13.3.2016. www.duodecimlehti.fi

Somppi, A., Valkki, H. & Västi, M. 2010. Postoperatiivinen kivunhoito kirurgisilla osastoilla. Vaasan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäyte.

Syrjälä, M. 2013. Rintasyöpäpotilaan fysioterapia. Luettu 13.3.2016. Päiväkirurginen yhdistys. www.paivakirurginenyhdistys.net

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

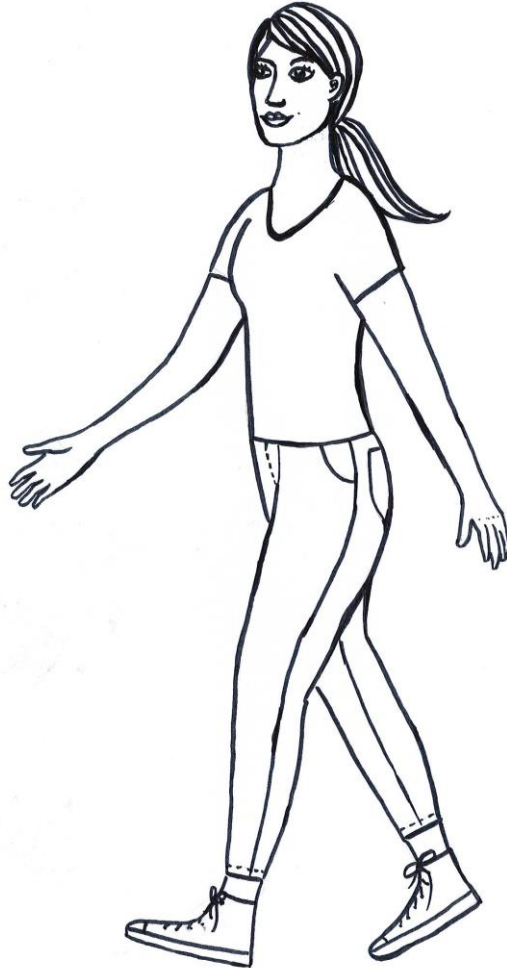
Vikman, S. 2014. Potilasohjeet osana potilasohjausta. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

LIITTEET

Liite. Liikeharjoituspiirroksset.

1 (2)



2 (2)

