

# Vaihtoehtohoitojen merkitys syöpäpotilaille

Kirjallisuuskatsaus

Viljami Mathlein

OPINNÄYTETYÖ  
Helmikuu 2020

Sairaanhoitajakoulutus

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitajakoulutus

MATHLEIN VILJAMI:  
Vaihtoehtohoitojen merkitys syöpäpotilaille  
Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 37 sivua, joista liitteitä 4 sivua  
Helmikuu 2020

---

Opinnäytetyö selvittää kirjallisuuskatsauksen keinoin kuinka yleistä täydentävien ja vaihtoehtoisten hoitojen (CAM) käyttö on syöpäpotilaiden keskuudessa sekä miten ohjata syöpäpotilasta niihin liittyen.

Teoriaosuuden aluksi käsitellään termit; lääketieteen näkemys syövästä, vaihtoehtohoidot sekä ohjaus suhteessa syöpäpotilaisiin. Tiedonhaku tehtiin molempiin tutkimuskysymyksiin erikseen, käyttäen useita hakukoneita. Tuloksista valtaosa on englanninkielisiä ja kansainvälisiä, sillä Suomessa aihetta ei ole liiemmästi tutkittu. Tuorein kotimainen lähteeni on vuodelta 2005. Tuloksista piiryy silti selkeä kuva, CAM-menetelmien käyttö on yleistä potilaspopulaatiossa, keskimäärin noin joka kolmas on käyttänyt jotain menetelmää. Yleisin käytetty menetelmä on erilaiset kasvipohjaiset lisäravinteet/tabletit.

Ohjaukseen suoria, valmiita malleja oli vaikea löytää. Kuitenkin kirjallisuuskatsauksen analysoinnissa löytyi tutkimuksista ohjaukseen sopivia periaatteita - ja lauseita, joiden pohjalta tehtiin esimerkkikaavake CAM-kartoitusta varten. Periaatteena tulisi olla avoin, tasa-arvoinen keskustelu potilaan kanssa häntä tuomitsematta mutta niin, että potilas saisi halutessaan oikeaa, tutkittua tietoa eri menetelmien mahdollisista riskeistä tai sivuvaikutuksista. Tärkeää olisi myös saattaa valmistaiden käyttö myös hoitavan lääkärin tietoon jotta asia osataan ottaa huomioon potilaan lääkeshoidossa. CAM-kartoitus olisi myös tarkoituksen mukaista tehdä useassa eri vaiheessa potilaan hoitopolulla, koska osa potilaista saattaa aloittaa niiden käytön ollessaan tyytymätön saamaansa hoitoon, jolloin on tärkeää myös selvittää, voidaanko niihin seikkoihin puuttua virallisen lääketieteen keinoin.

---

## **ABSTRACT**

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

MATHLEIN VILJAMI:

Importance of Alternative medicines for Cancer patients  
A literary review

Bachelor's thesis 37 pages, appendices 4 pages  
February 2020

---

This bachelor's thesis aims through literary analysis to clarify how common complementary and alternative medicine (CAM) is among cancer patients and how to approach patient education in regard to it.

This study begins with defining the terms used; cancer as seen through the medical perspective, what complementary and alternative medicine is and how patient education is conducted vis-à-vis cancer patients. The systematic database enquiries were made separately to each study question by using several databases. Most of the results were in English and were international, because the subject is rather unresearched in Finland. The most recent Finnish study was conducted in 2005. However, the results were clear: a significant part of cancer patients did use CAM, with an average of one in three patients. The most common of these were plant-based products such as pills or supplements.

Existing models of patient education in regard to CAM were hard to find. In the analysis of the selected studies appropriate sentences and principles were found which were turned to a questionnaire to map out CAM usage. As a principle, the conversation regarding CAM should be open and equal without judgment towards the patient but so, that the patient can if he chooses to receive up-to-date, researched information about the risks and side-effects involved in CAM. Of importance is also to let the physician know of any possible products that the patient uses so that the treatment plan can be reviewed.

Mapping out CAM should be done in different stages of treatment because some patients can begin to use CAM during the treatment if they are unsatisfied with their treatment and to address the source of this malcontent through medical means.

---

Key words: CAM, nursing, nursing interventions, ethics

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
	3.1 Etiikka ja ohjaus hoitotyössä .....	7
	3.2 Syöpä sairautena ja syövän lääketieteellinen hoito.....	9
	3.3 Vaihtoehtohoito .....	11
4	METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT .....	17
	4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.....	17
	4.2 Aineistolähtöinen analyysi.....	19
5	TULOKSET .....	22
	5.1 CAM-hoitojen käytön yleisyys tutkimusten valossa .....	22
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	28
	6.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	28
	6.2 Tulosten tarkastelu .....	29
	6.2. Pohdinta ja jatkotutkimusehdotukset.....	31
	LÄHTEET .....	32
	LIITTEET .....	38

## 1 JOHDANTO

Nykyajan yhteiskuntamme on erittäin tiedekeskeinen. Kuitenkin samaan aikaan erilaiset vaihtoehtohoidot elävät nykyajassamme ja tämä ristiriita innoitti tutustumaan aiheeseen. Tästä muodostuivat opinnäytteen kysymykset: kuinka moni syöpäpotilas käyttää vaihtoehtohoitoja lääketieteellisen hoidon ohessa, mitä eri hoitomuotoja käytetään ja miksi, sekä miten sairaanhoitajan tulisi asiaa lähestyä potilaan kanssa?

Tutkimusten perusteella ilmiö on laaja, mutta myös tuntematon. Suomessa arviolta jopa puolet syöpäpotilaista on kiinnostunut vaihtoehtoisista ja täydentävistä hoidoista ja noin kolmasosa käyttää niitä virallisten hoitojen rinnalla. Samaan aikaan aiheesta lääkärin kanssa on keskustellut vain noin 25%, joka taas altistaa potilaat mahdollisille yhteisvaikutuksille virallisten lääkkeiden kanssa (Salmenperä 2005). Hoitohenkilökunnalta asiaa kysyttäessä huomattiin, että asiaan ei juurikaan säännönmukaisesti puututa eikä siitä välttämättä kysytä eikä aiheeseen tunnu olevan valmiita ohjeistuksia sen käsittelemiseksi potilaan kanssa.

Suomessa asiaa on tutkinut Liisa Salmenperä vuonna 2005 julkaisussa väitöskirjassaan, joka kuvaa tilannetta niin potilaan, lääkärin kuin myös hoitajan näkökulmista ja heidän asenteitaankin kartoittaen. Relevantteja aikaisempia tutkimuksia väitöskirjatasolla ei juurikaan ole, ja täten verrokiksi haettiin lähteitä ulkomailta ja verrataan niitä kotimaiseen aineistoon.

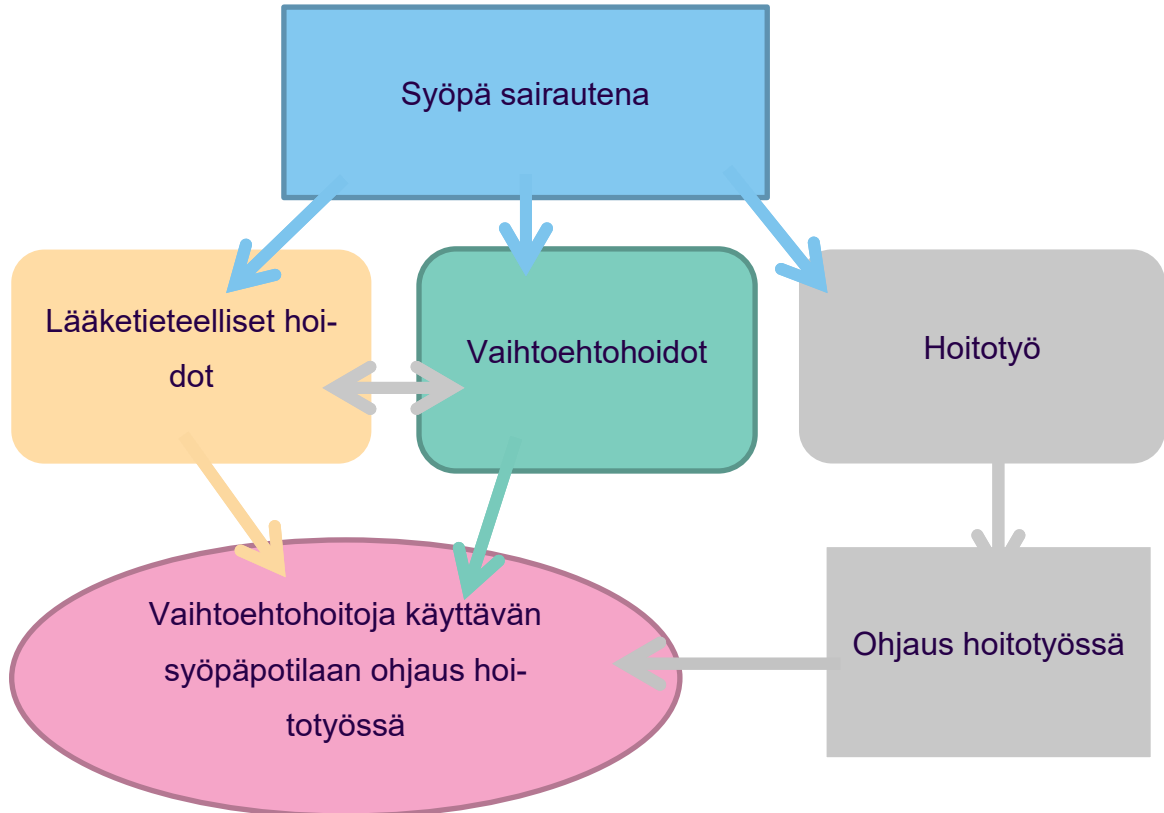
## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa vaihtoehtohoitojen käyttöä ja niitä käyttävän syöpäpotilaan ohjausta.

Opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Selvittää vaihtoehtohoitojen käyttöä syöpäpotilaiden keskuudessa.
2. Hoitotyön menetelmät vaihtoehtohoitoja käyttävän syöpäpotilaan ohjauksessa.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena luoda tietoisuutta vaihtoehtohoitojen yleisyydestä syöpäpotilailla ja selvittää, onko olemassa jo hyväksi todettuja malleja hoitajien käyttöön syöpäpotilaan ohjauksessa. Kysymyksinä ovat ”mitä ovat vaihtoehtohoidot?” ”käyttävätkö syöpäpotilaat vaihtoehtohoitoja?” ja tärkeimpänä ”millaista syöpäpotilaan ohjaus on suhteessa vaihtoehtohoitoihin?”.



Kuvio 1. Teoreettinen viitekehys

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

#### 3.1 Etiikka ja ohjaus hoitotyössä

Etiikalla tarkoitetaan hyvää, oikeaa ja hyväksyttävää (Eloranta ja Virkki 2011, s 11). Toisaalta hyvä on myös arvo, joka peilaa ”haluttua, toivottua tai yleensä positiiviseksi katsottua”. Arvoina taas pidetään asioita, joita pidetään tärkeinä ja hyödyllisinä toiminnan kannalta. Tärkeä erotus on kuitenkin se, että se, mitä pidetään hyvänä, ei silti vastaa välttämättä käsitystä siitä, mikä on oikeaa (Molander 2014, s 28-30).

Leino-Kilven ja Välimäen kirjassa hoitaminen itsessään nähdään inhimillisenä toimintana, jonka avulla pyritään hyvään. Täten hoitotyöllä on jo perustoimintonaan korkean eettinen lähtökohta. Ammatillinen hoitaminen kuvataan heidän kirjassaan alan koulutuksen saaneiden ammattihenkilöiden toimintaan, jossa käytetään ammatillisiin tietoihin pohjaavia auttamismenetelmiä terveystalveluiden käyttäjän terveyshyvän lisäämiseksi. (Leino-Kilpi, Välimäki 2012)

Terveyshyvän käsitettä Leino-Kilpi ja Välimäki kuvaavat sitä ei-yleistettäväksi ja erittäin yksilökohtaiseksi näkemykseksi hyvästä terveydestä ja siitä, mitä se pitää sisällään. Keskeisenä pidetään kykyä arvioida sitä, mitä terveys ihmiselle merkitsee (s.25). Peruselementteinä kuvataan kahta vastuuta; vastuuta ihmisestä kattaen kyseenomaisen ihmisen näkemykset arvoihin, terveyteen ja hoitoon sekä tuntemusta ihmistä kunnioittavista toimintamenetelmistä ja hänen asioidensa ajamiseen tarvittavista menetelmistä.

Ihmisvastuun lisäksi on myös vastuu tehtävästä, joka edellyttää tietoa toisaalta terveydestä ja terveysongelmista yleisellä tasolla kuin myös yksilötasolla. Yksilötasolla tärkeänä pidetään myös terveyden hoitamiseen liittyvistä näkemyksiä, eli kuinka potilas/asiakas itse näkee terveytensä ja sen edistämisen. Näiden seikkojen lisäksi tehtävävastuu kattaa myös tiedon ammatillisesti pätevistä auttamismenetelmistä ja niiden tuloksellisuudesta (Leino-Kilpi, Välimäki s.27-28).

Elorannan ja Virkin teoksessa Ohjaus hoitotyössä (2011) etiikka näyttäytyy moniulotteisena alueena, jonka osina ovat eettinen tietoisuus arvoista ja moraaleista, eettinen toiminta, joka näyttäytyy hoitotyössä siinä, että työn perustana oleva tieto on ajanmukaista ja luotettavaa sekä perustuu näyttöön ja hyviin käytäntöihin. Lisäksi eettiseen toimintaan lukeutuu vaatimus ammattitaidon ylläpitämisestä. Eettisyyden yhdeksi osa-alueeksi lasketaan myös eettisen vastuu, jossa sairaanhoitaja osaa ottaa huomioon omat ja potilaan voimavaransa sekä sen rajoitteet sekä toimintaa koskevat lait ja velvoitteet, kuten lain potilaan oikeuksista (Eloranta ja Virkki 2011).

Suorimman vastauksen siitä, miten vaihtoehtoihin hoitoihin tulisi suhtautua lääketieteellisten hoitojen parissa antaa Suomen Lääkäriliiton julkaisu Lääkärin etiikka. Potilaan tulisi uskaltaa kertoa lääkärille kaikista käyttämistään mahdollisista hoidoista, joten häneen ei pidä suhtautua kielteisesti, vaan pyrkiä avoimeen vuoropuheluun. Avoimen keskustelun kautta on helpompaa tunnistaa se, jos potilas esimerkiksi aikoo luopua lääketieteellisistä hoidoista vaihtoehtohoitojen vuoksi, ja sen kautta voidaan myös ohjata potilasta eri vaihtoehtojen riskeistä selkeästi. Lääkärinvalan ja lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä mukaan lääkärin tulee käyttää vain kokemuksen tai lääketieteellisen tutkimustiedon hyödylliseksi osoittamia menetelmiä (Saarni 2013. s. 72).

Ohjaus hoitotyössä on hoitotyön auttamismenetelmä, jossa hoitaja vuorovaikutuksen avulla tukee potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä. Ohjaus nähdään tietojen, taitojen ja selviytymisen yhteisenä rakentamisena, joka ilmenee tasa-arvoisena dialogina. Olennaisena pidetään potilaan tai asiakkaan kannustamista auttamaan itseään. Tärkeäksi on myös koettu se, että ohjattava ymmärtää ohjattavan asian kuten hoidon, palvelun tai muutoksen merkityksen tilaansa. Ohjattavan tulisi myös kokea olevansa osallinen päätöksenteossa. Kääriäinen ja Kyngäs taas kuvaavat ohjausta asiakkaan ja hoitajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, mikä on sidoksissa molempien osapuolten taustaan ja joka tapahtuu vuorovaikutuksessa näiden kahden välillä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005).



Ohjauksen mahdollisuuksina nähdään potilaan itsensä hoitamisen edistyminen, eli myös kotona pärjäämisen mahdollistuminen sekä hoitotyytyväisyyden kohentuminen. Ohjaus toimintana hoitotyössä pohjautuu lainsäädäntöön, kuten lakiin potilaan oikeuksista ja etenkin sen pykäliin 4,5 ja 6 eli oikeuteen hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun, oikeuteen tiedonsaantiin ja itsemääräämisoikeuteen. (Laki potilaan oikeuksista §4, §5, §6).

Lisäksi ohjaukselle antavat perustaa erilaiset laatu- ja hoitosuositukset sekä erilaiset terveys- ja hyvinvointiohjelmat. Yhteistä ohjaukselle ja muille hoitotyön auttamismenetelmille on niiden perustuminen tieteelliseen näyttöön ja hyviin hoitokäytäntöihin sekä parhaaseen ajanmukaiseen tietoon (Eloranta & Virkki 2011).

### **3.2 Syöpä sairautena ja syövän lääketieteellinen hoito**

Syöpä (lat. *Cancer*, saks. *Krebs*, **rapu**) juontaa sanana juurensa antiikin aikaisesta käsityksestä syövästä ravunkaltaisena oliona, joka kuluttaa ihmistä. Ajatus tähän tuli ihosyövän muodostamista kasvaimista, jotka nähtiin ravun (lat. *cancer*) selkäkuoren muotoisina. Taudit koettiin jumalan tai jumalten rangaistuksina, kostoina pahoista teoista yms. kunnes tiede 1900-luvulla alkoi valottaa syövän yhteyttä soluihin ja niiden monistumiseen (Mukherjee 2010). Vuonna 2018 koko maailmassa syöpä todettiin 18 miljoonalla ihmisellä, ja samana vuonna siihen kuoli 9,6 miljoonaa ihmistä, ja WHO:n ennusteen mukaan uudet tapaukset tulevat nousemaan 14 miljoonasta 22 miljoonaan seuraavan kahden vuosikymmenen aikana. (WHO 2018). Suomessa vuodelta 2010 vastaavat luvut ovat yli 37 000 uutta tapausta ja 11 000 syöpään liittyvää kuolemaa. Elossa samaan aikaan joko syövän kanssa tai siitä parantuneena oli lähes 225 000 ihmistä (Joensuu 2013).

Syöpä tarvitsee lähtöpisteekseen vain yhden solun, jonka kasvunsäätely vaurioituu ja joka alkaa siis jakaantua hallitsemattomasti. (Joensuu 2013). Uu- sissa tytärsoluissa nämä vauriot toistuvat ja lisääntyvät samalla kun solutkin lisääntyvät ja näin sairas solukko alkaa vallata tilaa terveiltä soluilta. Vaurion voi

aiheuttaa säteily, esim. radonkaasu, ultraviolettisäteily tai altistus suurelle määrälle ionisoivaa säteilyä kuten ydinonnettomuudessa, viruksen aiheuttamat vauriot tai kemiallinen rasitus kuten tupakansavu, asbesti, teolliset tai biologiset kemikaalit (WHO 2018).

Ihmisen elimistössä kantasoluilla on tärkeä rooli muun muassa elimistön omissa korjaustoimissa, sillä kantasoluilla on mahdollisuus erikoistua erilaisiksi soluiksi tarpeen mukaan jakaantuessaan. Myös syöville on kantasoluja, jotka joko ovat entisiä terveitä kantasoluja tai kantasolun kaltaisiksi mutatoituneita syöpäsoluja. Merkittävänä erona tavallisen syöpäsolun ja kantasolun välillä onkin jakaantumisenopeus. Siinä, missä syöpäsolu on yleensä nopeasti jakaantuvaa, jakaantuvat kantasolut hitaasti, millä on suuri merkitys syövän uusiutumisen sekä hoitoresistenssin kehittymiselle. Syöpäsolu siis toisaalta kehittää omat kasvusignaalinensa ja vastustaa ulkopuolelta tulevia kasvua hillitseviä signaaleita, eikä sen kasvulla ole rajaa, niin kauan kun kudoksensa saa happea ja energiaa. (James 2011)

Kasvun hillittömyyden ohella syöpäsolu ohittaa apoptoosin, eli solukuoleman. Siinä, missä terve solu on ohjelmoitu tuhoamaan itsensä tietyissä tilanteissa (hormonien vaikutus, tulehdus yms.) ei syöpäsolu toimi näin ilman ulkoista kannustinta, kuten syöpälääkkeen tai sädehoidon aiheuttama DNA-vauriota. Olenaista syöpien kasvuun on myös angiogeneesi, eli verisuonituksen kasvattaminen ruokkiakseen erittäin happi- ja ravinneahnetta syöpäsolukkoa. Se tapahtuu syöpäsolukon erittämällä kasvutekijöillä, jotka saavat aikaan verisuonten pintasolukon vaelluksen lähemmäksi kasvainta ja niiden monistumiseen, minkä lopputuloksena kasvaimen tulee uutta verisuonitusta, jonka kautta kasvain saa lisää ravinteita kasvuun. (Joensuu 2013)

Kasvettuaan riittävästi syöpä voi myös aloittaa sivukasvainten, eli metastaasien kasvattamisen, joiden sijainti ja koko voi vaihdella suurestikin eri syöpien välillä. Leviäminen tapahtuu joko verenkierron tai imuteiden kautta. Ratkaisevaa metastaasissa on se, onko alkuperäinen kasvainsolukko erilaistunut vai erilaistumaton. Kärjistäen asia voidaan esittää lyhyesti niin, että erilaistunut solukko pysyy alkuperäisen elimistön lähellä kun taas erilaistumaton solukko on sopiva leviämään useampaan kohteeseen. Tyypillinen yhdessä elimessä yleensä pysyttelevä syöpä on esimerkiksi kilpirauhassyövän papillaarinen muoto, joka leviää lähinnä ympäröivään imusolmukeistoon. Tämä näkyy myös hoitotuloksissa, kahdenkymmenen vuoden seurannan jälkeen vain viisi prosenttia on kuollut sairautteen. (Pelttari 2016)

Hoitoina syöpiin lääketiede tarjoaa leikkausta, sädehoitoa ja sytostaatteja. Kaikkiin syöpiin ei voida käyttää kaikkia johtuen esim. kasvaimen sijainnista, jolloin syvällä vaikkapa vatsassa oleva kasvain ei saisi tehokasta annosta säteilyä verrattuna ympäröivään, terveeseen soluksoon (Joensuu ym. 2002 s.5). Toisaalta osa syövistä ei tarvitse kuin yhtä hoitomuotoa, kuten kirurginen poisto paikallisessa, selkeästi erottuvassa tapauksessa mutta myös sädehoidolla tai lääkkeillä voidaan menestyksekkäästi hoitaa varhaisessa vaiheessa havaittuja sairauksia. Suurissa kasvaimissa parantava hoito on leikkauksella tapahtuva syöpämangan poisto, jonka liitännäis- eli adjuvanttihoitoina annetaan lääkeaineisiin perustuvia sytostaattihoidoja, joilla pyritään hävittämään elimistöön mahdollisesti jääneitä syöpäsolukkoja (Joensuu 2013) Muita liitännäishoitoja ovat hormonaaliset hoidot sekä joissain tapauksissa immunologiset hoidot. (James 2011)

Liitännäishoitoja annetaan myös ennen leikkausta tai sädehoitoa, jolloin niitä kutsutaan neoadjuvanttihoidoiksi. Tällöinkin pyrkimyksenä on hoitaa mahdollisia, huomaamattomia metastaaseja itse pääkasvaimen ohella, jota pienennetään itse leikkausta tai sädehoitoa ennen. (Elonen & Tolonen 2015 s.16 - 22) Tällöin myös pystytään selvittämään lääkityksen tehoa sairauteen. Joissain syövässä tätä hoitoa voidaan antaa myös hormonein, mikäli syöpä on havaittu herkäksi niille. (Joensuu 2013)

### **3.3 Vaihtoehtohoito**

Lääketieteen juuret ovat pitkässä traditiossa, joka on saanut alkunsa egyptiläisten, kreikkalaisten ja roomalaisten säilyneistä teksteistä. Moderni lääketiede sellaisena kuin me sen nykyään yleisesti ymmärrämme, on kuitenkin syntynyt vasta 1800-luvun jälkipuolella bakteeriopin, lääketieteellisuuden nousun ja tieteellisyyden myötä (Bivins 2007 s.9). Ennen nykyaikaa lääkitseminen perustui pitkälti samoihin keinoihin kuin kansanlääkintäkin (eri kasvien käyttö) tai toimiviksi koettuihin ratkaisuihin (esim. elohopean antaminen syfilispotilaalle). On yleisesti tunnettua ja tunnustettua, että iso osa nykyäänkin käytössä olevista lääkeaineista on kasvipäisiä (Singh 2008, s.196) Yleisesti voidaan sanoa, että monesti hoito saattoi olla pahempi kuin itse tauti.

Aiemmin lääkintää opetettiin hyvin dogmaattisesti suuriin oppimestareihin kuten Hippokrates ja Galenos, sekä vallalla oleviin teorioihin kuten miasmaoppiin ja humoraalioppiin vedoten. (Bivins 2007) Monissa vaihtoehtohoidoissakin toiminta perustuu auktoriteettiin, kuten Hahnemann homeopatiassa, Steiner antroposofisessa lääkinnässä tai Palmer kiropraktiikassa (Saano & Vertio s 10, Singh 2008 s.95,157).

Humoraalioppi esimerkkinä on tautien selityksenä hyvin lähellä esim. perinteistä kiinalaista lääkintää ja Ayurveda-lääkintää. Humoraaliopin mukaan eri sairauksien syyt johtuvat eri nesteiden epätasapainosta kehossa. Eri nesteillä nähdään olevan myös erilaiset ilmitulemiset ihmisen ulkonäössä, eli esimerkkinä punakka/verevä, vahvarakenteinen ja äkkipikainen ihminen on *sangviininen* jolloin hänen elimistössään on paljon verta. Luonnollisesti tällöin hoitona on veren laskeminen joko laskimoa avaamalla tai verijuotikkailla. Laiska, kellertävä, saamaton ihminen taas on nykykielestäkin tunnetulla termillä *flegmaattinen*, jolloin häntä autetaan parhaiten vähentämällä liman (phlegma) määrää hänen kehossaan. (Bivins 2007, 10) s Vaihtoehtohoidoissa sairauksilla voi olla monia syitä tai vain yksi; riittämätön veden juonti, käsittelemättömät tunteet, kehon nesteiden epätasapaino, energioiden virtauksen estyminen, kuonan kertyminen elimistöön ja lukuisia muita seikkoja tai niiden yhdistelmiä. (Singh 2008 s.95,157.) On kuvaavaa, että vaihtoehtohoidoissa tuodaan ilmi anekdootillista, eli yhteen yksittäistapaukseen perustuvaa yleistystä, kuten yksittäisen, dokumentoimattoman paranemisen esittäminen yleistettävänä sääntönä.

Vaihtoehtohoito terminä antaa ymmärtää, että kyseessä on uskottava ja pätevä vaihtoehto näyttöön perustuvalla hoidolla. Täydentävä hoito taas sisältää ajatuksen siitä, että lääketieteellistä hoitoa tulisi aina täydentää ja lisätä näillä hoidoilla. Ennen kaikkea nimitykset vihjaavat, että vaihtoehtolääkinnän hoidoilla tuo tarpeellinen ja hyödyllinen lisä saataisiin, mikä on kyseenalaista. (Saano ja Vertio) Kansainvälisesti yleisin kattotermi suhteessa vaihtoehtohoitojen nimikkeeksi on CAM, eli Complementary and Alternative Medicine; täydentävä ja vaihtoehtoinen lääkintä. Lyhenteenä CAM on saamassa jalansijaa myös Suomessa kuten CAM-tutkimusseminaari Tampereen yliopistollakin 13.11.2015 todistaa.

Suomessa Lääketieteen sanastolautakunta suosittaa edelleen uskomuslääkintä-termiä joka voitti nimityksenä aiheesta järjestetyn kilpailun vuonna 1995. Tarkentavana kuvauksena tälle uskomuslääkintä kuvataan lääketieteen ulkopuolelle jäävistä hoidoista, joiden maailmankuva ja suhtautuminen sairauksiin, niiden syihin ja niiden hoitoihin on perustavasti erilainen. Termin väritynyttä "uskomus" osaa puolustetaan sillä, että sitä ei ole tarkoitettu loukkaavaksi tai negatiiviseksi, vaan sitä että uskomuksella tarkoitetaan yleisestikin perinnäistä uskoon perustuva käsitystä jostakin, mikä on yliluonnollista (Lääketieteen sanastolautakunta 2016;132:1389-90).

CAM-nimitystäkin pidetään ongelmallisena (Louhiala 2015 CAM- seminaarissa, Lääketieteen sanastolautakunta 2016) johtuen sen epämääräisyydestä. Isossa-Britanniassa täydentävät hoidot tunnetaan myös *Integrated Medicinenä*, eli vapaasti kääntäen "osaksi otettua" lääkintää (Ernst 2008, s123).

Riskit CAM-menetelmissä tulevat diagnoosien vääristymisestä tai jos käyttö hidastaa hoitojen aloittamista. Myös rohdosvalmisteet ovat potentiaalisesti vaarallisia johtuen niiden yhteisvaikutuksista ja siitä, että potilaat ovat yleensä haluttomia kertomaan näiden käytöstä lääkärilleen (Ernst 2008, s10)

Tässä työssä käytän termiä CAM, koska se oli ehdottomasti yleisin lähteissä ilmenevä termi ja sen saavuttama jalansija tieteellisissä teksteissä on ilmiselvä.

Yhdysvalloissa vaihtoehtoiset hoidot on otettu osaksi sikäläistä terveysministeriötä niiden tutkimista ja hallinointia varten. Tämä valtiollinen kattojärjestö NCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine), on luonut seuraavanlaisen jaottelun eri vaihtoehtohoidoista:

Vaihtoehtoiset lääkinälliset järjestelmät	-kuvaavaa että ovat kokonaisia, täydellistettyjä järjestelmiä, millä on omat teoriansa ja käytäntönsä- -esim. homeopatia, ayurveda, perinteinen kiinalainen lääkintä
Mieli – ruumis interventiot	-tuetaan mielen mahdollisuuksia ja voimavaroja vaikuttaa ruumiin toimintoihin ja oireisiin -aiemmin esim. vertaistuki ja kognitiivinen terapia laskettiin näihin. -nykyään meditaatio, rukoilu ja taide-terapiat
Biologiaan perustuvat terapiat	-luonnosta löytyvät aineet, yrtit, erilaiset ruoat ja vitamiinit
(Kehon)Manipulaatioon ja ruumiiseen perustuvat menetelmät	-kiropraktiikka ja osteopatia -hieronta
Energiaterapiat	-energiakenttiin perustuvat menetelmät -biokentät: qigong, reiki -bioelektromagneettiset menetelmät

NCCAM 2004

Jaottelua eri kategorioihin vaikeuttaa se, ettei ole olemassa mitään kansainvälistä tahoja, joka voisi luokitella nämä kaikki hoidot niin, että ne muodostaisivat järjestelmän, jota noudatettaisiin joka puolella samalla tavalla. Selkeimmin CAM-hoitosten ja lääketieteellisten hoitojen välisen rajanvedon tekee niiden suhde tieteelliseen maailmankuvaan ja tutkimukseen. Karkeasti tämä voidaan rajata akselille, jossa toisessa päässä on lääketiede kaksoissokkotutkimuksineen, välissä täydentävät hoidot, joista tehdään ja joista osalla on tieteellistä pohjaa ja vaihtoehtohoidot, joiden maailmankuva ei sovi yhteen tieteen kanssa eikä niillä ole mitään näyttöä toimivuudestaan. (Ernst 2008) Kuten Lääketieteen sanastolautakuntakin toteaa, jos näillä lääketieteen ulkopuolisilla menetelmillä löydetään tieteellisen tutkimuksen kautta luotettavasti tehoa ja turvallisuutta, siirtyvät ne osaksi virallista lääketiedettä. (Duodecim 2016;132:1389-90).

### 3.4. Vaihtoehtohoitoja käyttävän syöpäpotilaan ohjaus hoitotyössä

Syöpäpotilaan ohjauksesta juuri vaihtoehtohoitojen saralla on vähäisesti kirjallisuutta saatavilla suomeksi, mutta siihen voidaan soveltaa samoja sääntöjä kuin yleisessä ohjauksessa. Potilaalla on oikeus tietoon, ja häntä tulisi hoitaa yhteisymmärryksessä hänen itsensä kanssa. (Juvonen ja Lauri 1994, Kyngäs ym. 2007). Ensisijalla on kognitiivinen tieto, eli tieto diagnosoista, hoidosta ja siitä mitä tulee seuraavaksi tapahtumaan. Ohjauksen perustana ovat ne asiat, mitä potilas itse nostaa esille puheessaan (Kyngäs ym. 2007. s26).

Ohjauksen aloituksessa voidaan käyttää valmiita lomakkeita, tai vaikkapa pyydetään potilasta kertomaan kolmesta häntä mietityttävästä asiasta, ja joihin hän itse kokee tarvitsevänsä ohjausta. Avoimet kysymykset voivat myös tuottaa hyvää tietoa (Kyngäs ym. 2007. s27-32). Tärkeää on huomioida myös se, että ymmärtääkö potilas saamaansa tietoa. Tunnemyrskyssä olevalta potilaalta jää helposti annettu tieto saamatta tilanteesta johtuen. Tällöin ratkaisuksi nousee kirjallinen, annettava materiaali ja se, että tietoa annetaan potilaalle vaiheittain sekä mikäli mahdollista niin että potilaan omainen on mukana tietoa annettaessa. Tällöin ehkäistään myöhempää epävarmuutta siitä, mitä ohjauksessa kerrottiin ja samalla pidetään myös omaisia ajan tasalla (Vainio, A. Hietanen, P. Palliatiivinen hoito 2000 s.235).

Tiedonannon työnjaossa spesifiä, tautia koskevan tietoa tulee saada ensisijaisesti lääkäriltä, mutta myös hoitajilla on keskeinen rooli syöpäpotilaan informoinnissa. Vaikkei hoitaja tuntuksikaan juuri tarkkoja tautiin liittyviä kysymyksiä, on hänellä mahdollisuus ja velvollisuus välittää tietoa kysymyksistä asiantuntijoille, hankkia tietoa potilaille tai ohjata potilas luotettavien tietolähteiden äärelle. Tästäkin on suositeltavaa muistaa yksilöllisyys, selkeys ja ymmärrettävyys kaikessa potilaalle kerrottavassa tiedossa. (209)

Toistuvassa kontaktissa on hyvä varmistaa potilaan aikaisemmin saaman tiedon paikkansapitävyyttä eli vielä varmistaa, ettei potilaalle jää vääriä käsityksiä hoidostaan. (210)

Hyvänä periaatteena myös hoitajille voidaan pitää psykiatri Matti Huttusen ohjetta lääkäreille; älä nolaa, älä paheksu, älä mitätöi (Hietanen 2000 s 236). Hoitajalla ohjauksessa on ammatillinen ja eettinen vastuu; ohjauksen tulisi olla eettisesti kestävä, oikeaa toimintaa, mikä perustuu tutkittuun tietoon (Kyngäs ym. 2007. s 154).



## 4 METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Opinnäyte toteutettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmin. Sen käyttäminen voidaan jakaa kolmeen erilliseen vaiheeseen, jotka ovat: 1.katsauksen suunnittelu, 2. katsauksen tekeminen tiedonhakuineen, analysointineen ja synteeseineen sekä lopulta 3. katsauksen raportointi (Johansson ym 2007, 5).

Ensimmäiseen vaiheeseen sisältyy katsauksen suunnittelu. Suuressa merkityksessä on seikkaperäisen tutkimussuunnitelman laadinta, mikä luonnollisesti ohjaa koko tutkimusprosessia ja sen etenemistä. Tutkimussuunnitelmasta tulisi käydä ilmi tutkimuskysymykset, jotka tulisi ilmaista mahdollisimman selkeästi yhdellä- kolmella kysymyksellä. Näissä kysymyksissä määritellään ja rajataan ne asiat, joihin itse tutkimuksella pyritään löytämään vastaus. (Kääriäinen & Lahtinen 2005, 39). Kysymysten asettamisen jälkeen seuraava vaihe on tiedonhaun strategian tekeminen, joka sisältää menetelmien valinnan. Menetelmät taas sisältävät muun muassa niin tietokantojen kuin myös hakutermien valinnan. Jotta tutkimusten valinta olisi mielekästä ja päämäärää palvelevaa, tulee siihen laatia tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Tässä työssä käytettiin seuraavia:

Sisäänottokriteerit	Ulossulkukriteerit
-alkuperäistutkimus liittyen kysymyksen käytön yleisyydestä*	-Vanhempi kuin 2003
-käsittelee syöpäpotilaiden ohjausta suhteessa vaihtoehtohoitoihin	-ei täyttä tekstiä saatavilla ilmaiseksi
-koko teksti saatavilla	-kieli muu kuin suomi, englanti, ruotsi tai saksa
-kielinä suomi, englanti, ruotsi tai saksa	

*\*poikkeuksena tähän käytetty myös kirjallisuuskatsauksia, silloin kun on etsitty mahdollisia malleja ja ehdotuksia syöpäpotilaan ohjaukseen suhteessa vaihtoehtohoitoihin*

Sisäänotto – ja ulossulkukriteerit voidaan esimerkiksi kohdistaa halutessa interventioon, tuloksiin, kohdejoukkoon tai tutkimusasetelmaan. Tässä työssä käytettiin seuraavia hakukoneita:

	Käytetyt hakusanat	Tulokset/osu- mat	Valitut tutkimukset, kriteerit sul- kemiselle/valinnalle
Ebscohost	Nursing Oncology CAM	48	11 jatsoon otsikon perusteella
Cochrane	Nursing Oncology CAM	4	Ei täysiä tekstejä, 0 jatsoon
PubMed	Nursing AND oncol- ogy AND CAM	138	Otsikkojen perusteella: 18 Koko tekstin perusteella: 5
Joanna Briggs	Nursing AND oncol- ogy AND cam	162	Otsikon perusteella jatsoon 5, Koko tekstin perusteella jatsoon 4

Toisen vaiheen aikana mukaan otettavat tutkimukset hankitaan ja valikoidaan, ja niiden sisältö analysoidaan laadullisesti ja sisällöllisesti verraten niitä tutkimuskysymyksiin. Tietokannoista tehtävät haut taas perustuvat aiemmin tehtyihin hakustrategioihin. Kaikkiin tutkimuskysymyksiin määritellään eri hakusanat, rajaukset ja termit. Kattavuuden nimissä on hyvä käyttää myös manuaalista tiedonha-  
kua tietokantahaun lisäksi. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttävien ja hylättyjen alkuperäistutkimuksien valinta tehdään vaiheittain ja se perustuu sisäänottokriteerien vastaavuuteen. Vastaavuus tehdään portaittain; tutkimuksista luetaan otsikot, ja niiden perusteella hyväksytään ne, jotka parhaiten vastaavat sisäänottokriteerejä. Jos otsikko ei kuvaa riittävästi vastaavuutta, tehdään se abstraktin, tai ääritapauksessa koko tekstin perusteella. Tässäkin vaiheessa tulee kirjata tarkasti niin hyväksytyjen, että myös hylättyjen aineistojen määrät sekä syy hylkäykseen tai hyväksyntään. Arvioitaessa tutkimusten laatua tulee käyttää aiemmin tehtyä kriteeristöä. Menetelmään hyväksytyjen alkuperäistutkimusten määrä selviää vasta valinnan ja laadun arvioinnin teon jälkeen, ja ne muodostavat analysoitavan aineiston (Kääriäinen & Lahtinen 2005, 40-43).

Tässä työssä valtaosa aineistoista valittiin abstraktin perusteella, tosin myös koko tekstin perusteella tapahtui myös karsiutumista (1 tutkimus), kun itse tutkimus ei vastannutkaan tutkittavia aiheita riittävästi.

Kolmannessa ja viimeisessä vaiheessa raportoidaan tutkimusten tulokset, ja niistä tehdään johtopäätökset sekä mahdolliset suositukset. (Johansson ym 2007, 6-7) Aineiston analysoinnin ja tulosten tarkoitus on vastata niin kattavasti ja objektiivisesti kuin ymmärrettävästi ja selkeästi tutkimuskysymyksiin kuin on mahdollista. (Kääriäinen & Lahtinen 2005, 43. Stolt, M. Axelin, A. Suhonen, R. 2015)

Tutkimuksen laadun arvioinnin merkitystä tuskin voi myöskään aliarvioida. Tähän olennaiseen työhön on käytettävissä apuna erilaisia kriteeristöjä ja mittareita. (Johansson ym 2007, 5-6). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus noudattaa tieteellisen tutkimuksen periaatteita, eli kaikkien vaiheiden täsmällinen ja läpinäkyvä raportointi on erittäin oleellista. Tämä koskee myös mahdollisia poikkeamia itse tutkimussuunnitelmasta, jotta katsauksen toistettavuus säilyisi (Kääriäinen & Lahtinen 2005, 39). Tässä työssä konkreettisin poikkeama tutkimussuunnitelmasta oli se, että aineistoon otettiin mukaan myös kirjallisuuskatsauksia, huolimatta alkuperäisestä pyrkimyksestä ottaa mukaan vain alkuperäistutkimuksia. Syynä tähän oli se, että muuten toisen tutkimuskysymyksen tulokset olisivat jääneet erittäin vähäisiksi, koska useimmat mahdollisia malleja kartoittavat julkaisut olivat järjestään kirjallisuuskatsauksia.

## **4.2 Aineistolähtöinen analyysi**

Laadullisissa tutkimuksissa yksi perusanalyysimenetelmistä on sisällönanalyysi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 11), joka koostuu kahdesta erilaisesta muodosta eli deduktiivisesta ja induktiivisesta analyysistä. Induktiivisessä analyysissä tulkinta liikkuu yksittäistasolta yleiselle tasolle, kun taas deduktiivisessä tulkinta on päinvastainen, yleiseltä tasolta yksittäiselle. Tämän lisäksi analyysiä voidaan jakaa myös teorialähtöiseen, teoriaohjaavaan ja aineistolähtöiseen analyysiin jolloin

itse analyysissä voidaan ottaa paremmin huomioon myös analyysin tekoa ohjaavia tekijöitä. Teorialähtöisessä analyysissä nojataan tiettyyn malliin tai teoriaan, teoriaohjaavassa analyysissä on teoreettisia kytkeitä niin, että ne eivät kuitenkaan suoraan pohjautu mihinkään teoriaan ja aineistolähtöisessä analyysissä pyritään luomaan teoreettisia kokonaisuuksia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95-98, 103).

Kirjallisuuskatsauksissa valittujen tutkimusten kokoamiseen ja tiivistämiseen käytetään usein aineistolähtöistä sisällönanalyysiä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123). Tavoitteena on saada sellainen käsittelyosa, jossa aineiston sisäinen vertailu, olemassa olevan tiedon heikkouksien ja vahvuuksien analysointi kuin myös laajempien päätelmien tekeminen itse aineistosta on mahdollista. (Kangasniemi ym. 2013, 296). Aineiston pelkistämistä määrittävät tutkimustehtävät. Ryhmittelyssä, eli klusteroinnissa otetaan aineistosta alkuperäisilmaisuja, käydään ne läpi tarkasti ja niistä pyritään löytämään eroavaisuuksia tai samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samankaltaiset käsitteet ryhmitellään, ja näistä muodostetaan luokkia, ja nämä nimetään sisältöä kuvaavilla käsitteillä. Käsitteiden ryhmittelystä käytetään nimitystä alaluokka, alaluokkien ryhmittelystä taas yläluokka ja lopulta yläluokkien ryhmittelystä saadaan pääluokka. Ryhmittelyn nähdään olevan osa käsitteellistämistä, ja sitä jatketaan yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin se on sisällön kannalta suinkin mahdollista (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-111).

Ryhmittelyn jälkeen seuraa aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä kolmas vaihe, eli teoreettisten käsitteiden luominen. Tätä kutsutaan myös nimellä abstrahointi, ja siinä valitaan itse tutkimuksen kannalta olennainen tieto, ja tämän valitun tiedon mukaan muodostetaan sitten teoreettisia käsitteitä. On tärkeää huomioida, että nämä saadut luokat eivät ole itse katsauksen tulos, vaan vain apukeino tai työkalu tarkastella tutkimuksista noussutta tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-111, 124). Tässä opinnäytteessä ryhmittely suoritettiin nostamalla teksteistä kysymyksiin liittyviä, olennaisia lauseita, jotka muodostivat selkeitä kokonaisuuksia, joista päästiin pääluokkatasollekin, kuten liitteenä olevista kaavioista on nähtävissä (liitteet 2 ja 3).

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymyksen ohjaamassa kuvailun rakentamisessa on monesti osia eri aineiston analysointimenetelmistä, kuitenkin niin että aina johtavana päämääränä on synteesin luominen. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa itse kuvailun kokoamisessa analysoidaan ja yhdistetään aineiston sisältöä kriittisesti ja liitetään tietoa eri tutkimuksista niin että saadaan jäsentynyt kokonaisuus. Periaatteeltaan kuvaileva kirjallisuuskatsaus ei referoi, siteeraa, tiivistä tai raportoi alkuperäisaineistoa sellaisenaan, vaan sen päämääränä on luoda valitun aineiston tiedon heikkouksien ja vahvuuksien analysointia, sisäistä vertailua ja laajempien päätelmien tekemistä valitusta aineistosta (Kangasniemi ym. 2007, 296-297). Tähän työhön valikoitunut aineisto oli vaihtelevaa laadultaan monessakin mielessä; tutkimuskysymykseen siitä, kuinka yleistä CAM-hoitojen käyttäminen löytynyt aineisto oli laadukasta niin otannoiltaan kun lopputuloksiltaan ja valtaosaksi hyvin yksimielistäkin. Tähän verrattuna toiseen tutkimuskysymykseen mahdollisista malleista syöpäpotilaiden ohjauksesta suhteessa CAM-hoitoihin tulokset jäivät selkeästi laihemmaksi, mutta analyysin kautta siitäkin saatiin esityskelpoisia tuloksia sekä kokoavaa, konkreettista tietoa.

## 5 TULOKSET

Tulokset on jaoteltu kahteen osaan, ensimmäiseen missä tarkastellaan itse ilmiön yleisyyttä tilastollisten alkuperäistutkimusten valossa, ja toisessa, missä tarkastelun kohteena ovat tarjotut mallit asian käsittelyyn potilaiden kanssa nimenomaan sairaanhoitajien taholta. Löydetyistä lähteistä johtuen suurin osa tutkimuksista, joissa pyrittiin selvittämään erilaisten mallien tehoa tai ylipäättään ideoita ohjauksen mahdollisuuksiin olivat kirjallisuuskatsauksia, joten nekin sisällyttiin osaksi aineistoa huolimatta pyrkimyksestä suosia alkuperäistutkimuksia. Kuten tutkimuskysymyksiä esittelyssä kuvattiin, tärkeimpänä tutkimuskysymyksenä etsittiin tietoa nimenomaan ohjauksesta ja mahdollisista malleista siihen.

### 5.1 CAM-hoitojen käytön yleisyys tutkimusten valossa

Katsaukseen valitut kansainväliset tutkimukset piirtävät hyvin samansuuntaisen kuvan CAM-hoitojen käytöstä niin meillä kuin muualla. Huolimatta kulttuurisista eroista eri maiden välillä tietyt tulokset toistuvat tutkimuksissa: tyypillinen CAM-hoitojen käyttäjä on korkeasti koulutettu nainen, joka on ennen diagnoosiakin käyttänyt k.o. hoitoja elämässään (Molassiotis ym. 2005, Salmenperä 2005). Maiden väleillä luonnollisesti on kuitenkin jonkin verran eroja, varsinkin kun konsensus siitä, mitä kuuluu täydentäviin ja vaihtoehtoisiin hoitoihin puuttuu isolta osin. Esimerkkinä kulttuurisesta vaikutuksesta on Saksa ja Sveitsi, jossa CAM-menetelmien käyttö on yleisempää kuin muissa Euroopan maissa johtuen juuri niiden kulttuurisesta suosiosta. (Horneber, Bueschel, Dennert et al. 2012.) Taiwanissa tehdyssä tutkimuksessa peräti 98,1% käytti CAMia, yleisimpinä biologiaan perustuvat terapiat ja keho - mieli interventiot. 15% käytti mahdollisesti lääkkeiden kanssa kontraindikoituja tuotteita (greipinsiemen ja ginseng). 14% ei tiennyt käyttämiensä tuotteiden sisältöä. Yleisin syy käyttää oli immuunijärjestelmän tukeminen ja stressinlievennys. 66% ei myöskään kertonut CAM-käytöstä lääkärilleen. (Yang, C. Chien, L-Y. Tai, CJ. 2008.)

Yleiseurooppalaisessa tutkimuksessa käyttö jopa kolminkertaistui diagnoosin jälkeen (Molassiotis 2005), mutta toisaalta diagnoosin jälkeen käyttö saattaa jopa vähentyä (Corner 2009). Salmenperän tutkimuksessa molemmat mahdollisuudet toteutuivat, kuitenkin niin, että valtaosalle potilaista aikaisempi käyttö suoraan

korreloi käyttöä myös diagnoosin jälkeen. (Salmenperä 2005, s 58). Korkeampi koulutus lisäsi myös miesten todennäköisyyttä käyttää CAM-hoitoja. Maantieteellisestikin käyttö on yleistä niin Euroopassa (40%) (Molassiotis ym. 2005), kuin muuallakin (67% Yhdysvalloissa, 85% Pakistanissa ja 98,1% Taiwanissa) Suomen (1/3 osallistuneista potilaista) sijoituessa lähelle eurooppalaista keskiarvoa 40% (Bauml ym. 2015, Somani ym. 2014, Yang ym. 2008, Salmenperä 2005). Suomalaisia tutkimuksia aiheeseen ei ole juurikaan tehty, Salmenperän vuoden 2005 väitöskirjan edustaen kotimaisen tiedon tasoa.

Yhteistä tutkimuksille oli myös se, että samat CAM-menetelmät toistuvat eri tutkimusten välillä, suosituimpana yleisesti erilaiset kasvipohjaiset lisäravinteet (Templeton ym 2013). Syitä käytölle on monia, joskin niissäkin toistuvat samat syyt; halutaan tehdä kaikki mahdollinen/parantaa mahdollisuuksia, selviytyä pitempään, parantaa vointia tai hoitaa virallisten hoitojen sivuvaikutuksia tai vain hallita stressiä/lisätä hallinnan tunnetta suhteessa tilanteeseen. Mielenkiintoisesti jos potilas oli tyytyväinen hoitoihinsa ja/tai lääkäriinsä, niin se vähensi CAM-menetelmien käyttöä. Syitä olla käyttämättä CAM-menetelmiä oli edellä mainitun tyytyväisyyden lisäksi se, ettei ollut tietoa CAM-menetelmistä tai kiinnostusta niihin ja koska hoitoalan ammattilaiset eivät tue niiden käyttöä. Myös virallisten hoitojen tehoaminen itse syöpään toivotulla tavalla vähensi halukkuutta käyttää CAM-hoitoja, kuten myös potilaan rahapula (Salmenperä 2005). Käyttö itsessään voi viestiä vaikeuksista pärjätä taudin kanssa, tai ongelmista hoidon kanssa ja potilas voi tarvita enemmän tukea näissä asioissa (Wanchai 2010). Tietoa näistä hankitaan yleisemmin perheeltä ja ystäviltä sekä nykyisemmin internetistä. Toisaalta Verhoefin (2009), Salmenperän (2005) ja Sainin (2010) kuin myös Munstedtin (2014) tutkimuksissa lääkärit ja syöpäosastot olivat suosittuja tiedonlähteiksi, mutta harvat saivat tietoa CAM:sta tätä kautta. Usein potilaat myös toivoivat saavansa myös CAM-hoitoja osastojen kautta. Suomessa potilailla oli selkeätä halua saada CAM-hoitoja sairaaloista ja terveyskeskuksista (miltei 2/3 osallistuneista), sekä usko CAM hoitojen virallisia hoitoja täydentävään vaikutukseen sekä että niiden sisällyttämiseen virallisiin hoitoihin oli myös yleistä. (n. 50%).

Suomessa potilaat itse suhtautuvat CAM:n melko positiivisesti, joskin meilläkin naiset suhtautuvat avoimemmin niiden tehoon, ja jälleen vanhemmat potilaat taas suhtautuvat niihin negatiivisemmin. Kiinnostavimpina menetelminä Suomessa koettiin erilaiset ruokavaliot, vitamiinit, hivenaineet ja luonnon tuotteet. Jo ennen diagnoosia CAM:ia käyttäneet käyttivät myös sen jälkeenkin, erityispiirteenä se, että käyttö ei rajaudu vain yhteen menetelmään, vaan niitä yhdistellään. Heikko terveys ja metastaasit lisäävät käyttöä (Salmenperä 2005).

## **5.2. Mallit CAM-hoitoihin liittyvään ohjaukseen sairaanhoitajien toimesta**

Tutkimuksista nousi esille kaksi konkreettista tapaa kartoittaa ja ohjata syöpäpotilasta CAM- hoitojen suhteen; keskustelu ja jaettavat materiaalit. Keskustelun aikaansaanniksi suositellaan esimerkiksi ajanvarauksen kautta varattavaa keskustelutilaisuutta, jossa käsitellään CAM:in liittyviä asioita ja jossa luodaan suunnitelma lääketieteellisistä hoidoista ja mahdollisesti myös CAM- hoidoista mikä annetaan myös potilaalle ja tähän suunnitelmaan palataan myöhemmin potilaan kanssa ja sitä muokataan tarpeen mukaan säännöllisesti. Tällä pyritään kannustamaan potilasta osallistumaan hoitoihinsa ja niistä tehtäviin päätöksiin ja olemaan aktiivinen osapuoli niissä. Näitä asioita suositellaan myös käymään läpi viikoittaisissa hoitoneuvotteluissa moniammatillisesti (Chong 2005) Dialogin aloittaminen potilaan kanssa on kuitenkin ensisijaista ei vain suhteessa yksittäisiin hoitomenetelmiin, vaan myös jotta voidaan tukea hoitopäätösten tekoa tavalla, joka ottaa huomioon niin tieteellisen näytön kuin myös potilaiden uskomukset, arvot ja sosiokulttuuriset kontekstit. Ihanteellinen dialogi näistä aiheista tulisi olla jatkuvaa ja reagoida potilaan hoitojen edistymiseen (diagnoosi, hoitojen lopettaminen, taudin uusiutuminen). Tärkeää on myös selvittää se, kuinka paljon potilas tarvitsee ja haluaa apua hoitopäätöksissään. Osa potilaista uskoo voitavansa parantua CAM-menetelmien kautta, mutta osalle kyse on vain toivon säilyttämisestä silloin, kun mitään ei ole enää tehtävissä (Balneaves, Weeks, Seely 2008). Yhdysvalloissa hoitajat usein osallistuvat keskusteluihin CAM:sta potilaiden kanssa, koska ottavat ylös potilastietoja ja lääkehistoriaa tulohaastatteluissa. Keskustelun käyminen on kannatettavaa myös, jotta mahdollisilta interaktioilta voitaisiin välttyä, varsinkin koska harva kysyy nimenomaan CAM:sta potilailta. (Spencer ym 2016.)



Konkreettisia esimerkkejä kysymyksistä, joilla herättää keskustelua ovat esimerkiksi ”käytätkö vaihtoehtohoitoja”, ”mitä niistä käytät”, ”koska aloit käyttämään niitä” ja ”mistä saat tietoa niistä”. Keskustelun tulisi olla avointa turvallisen ja kokonaisvaltaisen hoidon mahdollistamiseksi. Käytännössä keskustelua ei vaikuta yleisesti tapahtuvan, Salmenperän väitöskirjan mukaan vain noin ¼ oli keskustellut lääkärin kanssa CAM:sta, ja vain harva kertoi keskustelleensa hoitajan kanssa. Ristiriitaisesti 1/3 hoitajista kuitenkin raportoi keskustelelevansa potilaiden kanssa CAM:sta joko usein tai kohtuullisen usein. Noin puolet potilaista ajatteli terveydenhuollon ammattilaisten suhtautuvan kielteisesti CAM:in käyttöön. (Salmenperä 2005) Wangin ja Yatesin tutkimuksessa havaittiin avoimen keskustelun puuttumisen olevan esteenä asian käsittelemiselle, isolta osin koska hoitajat eivät kysy asiasta potilailta (Wang & Yates 2006)

Myös O'Dowdin mallissa (2015) esitetään useiden kysymysten esittämistä mahdollisesta käytöstä potilaalle sen luotettavammaksi kartoittamiseksi, jonka jälkeen voidaan antaa luotettavia tietolähteitä vaihtoehtoisista ja täydentävistä hoidoista ja näitä voidaan seuraavalla tapaamisella käydä läpi yhdessä (O'Dowd, J. 2015.). Chong (2005) suosittelee seuraavaa suhtautumista eri hoitoihin: suositellaan niiden menetelmien käyttöä, joiden turvallisuudesta ja tehokkuudesta on näyttöä, tai vähintäänkin siitä, ettei niistä ole vahinkoa potilaalle. Tällaisesta esimerkkinä nostetaan akupunktio sytostaattipahoinvoinnin hoidossa. Seuraavana kategoriana Chong nostaa menetelmät, joiden turvallisuus on todistettavissa, mutta tehokkuudesta ei ole näyttöä, näitä pidetään suhteellisen hyväksyttävänä. Esimerkkinä tällaisesta on rasvan välttäminen syöpäpotilaan ravitsemuksessa. Vältettävänä kolmantena kategoriana pidetään taas niitä menetelmiä ja hoitoja, joiden tehokkuudesta ei ole näyttöä, ja joiden turvallisuuskin on kyseenalainen, kuten vitamiinien tai yrttien käyttäminen yli suositeltujen annosten ilman terveydenhuollon ammattilaisen valvontaa (Chong 2005) Myös Wang ja Yates tuovat ilmi, että haastattelemiensa hoitajien ajattelumaailmassa yleistä oli se, että jos menetelmästä ei ole haittaa, se voidaan hyväksyä ja että käyttäminen on potilaiden oma valinta. (Wang & Yates 2006). Ongelmaksi ohjauksen antamisessa nostetaan ilmiön laajuus ja muuttuvuus ja sitä kautta sen perinpohjaisen tuntemisen vaikeus (Hök, ym. 2008). Hoitohenkilökunnalla on vaikeuksia ohjata CAMin suhteen, koska on vain vähän tutkimusnäyttöä hoitojen tehokkuudesta ja turvallisuudesta ja koska aiheita ei opeteta juurikaan osana koulutusohjelmia. (Balneaves,

Weeks, Seely 2008) Hoitajat myös raportoivat epämukavuuttaan aiheesta keskustelemisen kanssa, selkeä enemmistö suhtautui asiaan epämieluisana (95 vs 35 osallistujaa). Harvalla oli myöskään koulutusta aiheesta, mikä korreloi myös halukkuuden keskustella asiasta kanssa. (Spencer, ym. 2016.)

Truant ym (2015) suosittelivat, että kaikille potilaille pitäisi antaa tietoa CAMin perusteista, ja Kanadassa on jo olemassa jaettava perustietopaketti aiheesta diagnoosin aikaan. Luotettavan tiedon lisäksi tulisi antaa myös tukea päätösten teossa (hoitohenkilökunnan taholta) jotta potilas ja hänen omaisensa voisivat tehdä mahdollisimman valistuneen päätöksen. Suositeltavaa olisi myös luoda ohjenuoria ja arviointityökaluja, jotta CAMin käyttöä voidaan arvioida tehokkaasti ja dokumentoida se (Truant, Balneaves, Fitch 2015). Chong taas suosittelee valmiiden täytettävien kaavakkeiden käyttöä missä kysytään suoraan eri menetelmien käytöstä. Ohjauksessa kannustetaan noudattamaan Hippokrateen valan ”älä vahingoita”- periaatetta. (Chong 2005). Esimerkkinä jaettavan infopaketin sisällöstä voisi olla se, että potilaat kaipaavat lisätietoa CAM:n turvallisuudesta, kuinka ne toimivat ja mahdollisista sivuvaikutuksista. (Verhoef ym 2009)

Tuloksia hoitajien antamasta ohjauksesta ei liiemmästi ole, mutta Parker ym (2013) tarkasteli hoitajien antamaa ohjausta lyhytkestoisen tutkimusjakson aikana. Osa potilaista raportoi, että käyttämillään CAM-hoidoilla ei ole vaikutusta lääketieteellisiin hoitoihin, eikä täten ole pitänyt tärkeänä mainita niistä hoitohenkilökunnalle. Saadut tulokset jakaantuvat kahtaalle; toisaalta tutkimukseen osallistuminen helpotti aiheesta kysymistä potilailta, ja hoitajat raportoivat kysyvänsä asiasta useammin. Toisaalta potilaat eivät raportoineet hoitajien kysyvän asiasta merkittävästi enenevissä määrin tutkimuksen aikana. Tähän selitykseksi epäiltiin tutkimuksen lyhyttä ajallista kestoa, ja ennustettiin että pitemmässä aikavälissä myös potilaat huomaisivat eron tässä. Itse ohjaus oli 20 minuuttia kestävä keskustelu kasvotusten, missä käsiteltiin CAM-hoitoja ja niihin liittyviä ilmiöitä. Merkittävää oli myös hoitajien tekemä aliarviointi sen suhteen, kuinka paljon potilaat käyttävät näitä menetelmiä. (Parker, Urbauer, Fisch ym. 2013)

Koska potilaat pelkäävät hoitohenkilökunnan tuomitsevan CAM:in käyttöä, opinnäytteeseen valittiin myös tutkimuksia, jotka kartoittivat henkilökunnan, varsinkin sairaanhoitajien asenteita niihin. Yleisesti voidaan sanoa, että maailmalla hoitajat suhtautuvat CAM:n avoimemmin kuin lääkärit (Kolstad ym

2004, Hirschhorn & Bourgeault 2007, Rojas-Cooley ym 2006, Orkaby & Greenberger 2015), mutta Salmenperän tutkimus taas sai täysin päinvastaisen tuloksen; hoitajat suhtautuivat selkeän kielteisesti CAM- hoitoihin. Vain 11% vastanesta hoitajista kannatti niitä, ja 88% oli sitä mieltä, että CAM- hoitojen käyttö sisältää tuntemattomia riskejä ja voi viivästyttää hoitoon hakeutumista (Salmenperä 2005). Yleistä kuitenkin on, että hoitajien tuntemus CAM-menetelmistä on rajallinen ja että lisäkoulutusta tarvitaan, ja täten myös termin CAM määrittäminen on vaikeaa, puhumattakaan sen sisällöstä. (Laurensen ym 2006, Hirschhorn & Bourgeault 2007, Salmenperä 2005, Bauer-Wu, Decker 2012, Fouladbaksh, Balneaves, Jenuwine 2013). Vaikka hoitajien mielipiteet maailmalla saattavat olla positiivisiakin CAM-hoitoihin, niin niiden sisällyttäminen virallisiin hoitoihin ei saa välttämättä kannatusta (Hirschhorn & Bourgeault 2007, Salmenperä 2005). Toisaalta myös CAM-menetelmät sairaanhoitajan antamana nähdään mahdollisuutena ”palata” käytännön työhön, antaa kokonaisvaltaisempaa hoitoa ja että ne nostavat hoitajan autonomiaa (Fountouki A. Theofanidis D. 2009). Yhdysvalloissa, Kanadassa, osin Iso-Britanniassa ja Saksassa sekä Sveitsissä on mahdollista saada vakuutuksen tuki myös CAM-hoitoihin ja näistä maista olevissa lähteissä myös korostui positiivinen suhtautuminen aiheeseen ja CAM-hoitojen liittämisen virallisiin hoitoihin kannustaminen. (Fouladbaksh, Balneaves, Jenuwine 2013)

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyys on olennainen osa tutkimusta ja on suoraan tieteellisen toiminnan ytimessä. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen luettelevat tutkijan eettisiksi vaatimuksiksi mm. aidon kiinnostuksen aiheesta, tunnollisuuden, rehellisyyden, vaaran eliminoimisen, ihmisarvon kunnioittamisen, sosiaalisen vastuun, ammatinharjoituksen edistämisen ja kollegiaalisen arvostuksen. (2013). Tässä työssä kiinnostus nousi johdannossa mainitusta ristiriidasta, ja se on kantanut työn loppuun asti. Tunnollisuudesta työssä kuvastaa muun muassa se, että tiedonhakuja tehtiin useampia pitkän prosessin aikana useilla eri tietokantoja hyödyntäen. Rehellisyys työssä yksinkertaisuudessaan tarkoitti sitä, että mukaan otettuja lähteiden sisältöä ei alettu muuttelemaan tai muuten yhdistelemään, vaan lauseet on otettu suorina lainauksina. Vaaraa kirjallisuuskatsauksessa ei juurikaan voi syntyä tutkimuskohteelle, kunhan lopputuloksissakin on pysytty rehellisenä aineistolle. Ihmisarvon kunnioittaminen on tälle työlle ollut hyvin tärkeää jo aiheen ja etiikan käsittelynkin kannalta. Sosiaalista vastuuta työssä on edustanut se, miten tässä työssä on käytetty tutkijoiden tuottamaa tietoa aineistossa; eli eettisten vaatimusten mukaisesti. Opinnäytteen vaatimattomana toiveena on, että tämä päättyisi mahdollisesti vielä joskus käytännön työtä edistämään jo aiheen tärkeyskin huomioiden, eli tämä työ on tehty ammatinharjoituksen edistämistäkin silmällä pitäen.

Opinnäytteen tarpeellisuus monista muista poiketen ei noussut työelämästä suoraan tulleesta ehdotuksesta aiheeksi, vaan tekijän yksityiselämässä tapahtuneesta kiinnostumisesta syöpäpotilaisiin ja monen mutkan kautta vaihtoehtoihin ilmiönä. Perehtyminen aiheeseen ja varsinkin tutkimuksiin osoittivat, että tarvetta lisätutkimuksiin ja -huomioon on.

Luotettavuudesta työssä on myönnettävä, että suuri osa lähdetutkimuksista on kyselyitä, jolloin täytyy luottaa siihen, että ihmiset ovat vastanneet totuudenmukaisesti ja siihen, että kysymysten muotoilu on ollut osuvaa. Kirjallisuuskatsauksissa taas on täytynyt luottaa siihen, että ne on tehty hyvin ja luotettavasti. Lisäksi

iso osa lähteistä on englanninkielisiä, joten niitä joudutaan kääntämään suomeksi, ja varsinkin termistön kääntäminen on ajoittain tuottanut työtä.

## 6.2 Tulosten tarkastelu

Tulosten valossa täydentävien ja vaihtoehtoisten hoitomenetelmien käytön yleisyys on selkeää kautta maailman, vaikka mentäisiin varovaisimpien arvioiden mukaan (7%). Yhteistä ilmiölle on myös se, että samat menetelmät toistuvat maantieteellisistä alue-eroista huolimatta kuitenkin niin, että tietyissä maissa tietyt menetelmät voivat olla suositumpia kuin toisessa. Yleistä kuitenkin on erilaisen yrtti- ja kasvivalmisteiden käyttö luonnonlääkintänä tai lisäravinteina, jolle syyksi tarjotaan esimerkiksi sitä, että sen saatavuus on hyvä, tuotteet ovat tuttuja ja tunnettuja (Kolstad et al 2004).

Tarjolla olevia suoria ja selkeitä malleja ei juurikaan tässä opinnäytetyössä tullut vastaan. Useasti esteeksi tuli myös selkeä maakohtaisuus, esimerkiksi Suomessa ei ainakaan toistaiseksi ole mahdollisuutta saada KELA-korvausta CAM-hoitoihin, mikä tekee rinnastamisen Yhdysvaltojen ja Kanadan malleihin haasteelliseksi. Näissä maissa CAM-hoitojen käyttöön on olemassa rahallista tukea,

ja osa lääketieteellisen hoidon tarjoajista on ottanut joitakin menetelmiä osaksi tarjoamiaan palveluita.

Mainituista malleista mukaan on otettu ne osat, mitkä parhaiten soveltuvat myös meidän terveydenhuoltojärjestelmäämme, ja tämä on kiteytetty seuraavaan huoneentauluun.



Kuvio 2. Tiivistys vaihtoehtohoitojen ohjaamisesta

## 6.2. Pohdinta ja jatkotutkimusehdotukset

Voiko CAM todella yhdistyä ”virallisiin” hoitoihin? Ongelmana siinä ensisijaisesti on niiden tarjoaman maailmankuvan täysi poikkeavuus luonnontieteiden kanssa ja että placebo - hoitoja ei nykyisellään voida käyttää ihmisten hoidossa ainakaan Suomessa johtuen siitä, että se loukkaisi potilaan itsemääräämisoikeutta ja tietoisuuden suostumuksen periaatetta (Saarni 2013 s.73).

Kannattaako sairaanhoitajan perehtyä erilaisiin vaihtoehtohoitoihin juurta jaksuen ja perin pohjin? Tuskin, ellei koe suurta mielenkiintoa näihin, mutta pelkästään jo interaktioiden vuoksi perustietämys tulisi ainakin omalta erityisosaamisalueelta olla hallussa. Tutkimukset kautta maailman osoittavat, että CAM- hoitoja käyttävät keskiluokkaiset, korkeasti koulutetut ihmiset, eli kyseessä tuskin on tiedon puute, vaan pohjalla enemmänkin lienee se, että näihin hoitoihin tarttuvat ihmiset hakevat sieltä jotain sellaista, mitä he eivät saa sairaalasta. Onko kyseessä sitten ”aidon kohtaamisen” puute, tunne siitä, ettei tule kuulluksi tai se, että haluaa ”tehdä kaiken, mikä on tehtävissä” on ehdottomasti mahdollisen jatkotutkimuksen paikka, ja myös haaste meille jokaiselle, joka työskentelemme potilaiden kanssa. Mikä meille on rutiinia, on toiselle ensimmäinen kerta sytostaattihoidossa, tai ensimmäinen leikkausta edeltävä haastattelu.

Selkeätä on kuitenkin se, että ihmiset todellakin käyttävät näitä hoitoja ja se, että niistä tulisi puhua huomattavasti enemmän potilaiden kanssa. Ymmärtämällä ilmiön perusasioita pystyy tarjoamaan potilaalle edes vähän ”kättä pidempää” asian käsittelyssä, vaikka se vain olisi käydyn keskustelun kirjaaminen ja ohjaaminen lääkärille, jolla oletettavasti on asiasta yksityiskohtaisempi tuntemus. Wangin ja Yatesin tutkimuksessa suositellaan potilaan näkökulmaan perehtymistä (Wang & Yates 2006), ja tähän voin puolestani yhtyä täysin. Mielestäni jokaisen hoitohenkilökunnan jäsenen tulee ainakin olla valmis keskustelemaan asiasta ilman pelkoa tai potilaan tuomitsemista ja ottamaan joko itse selvää asiasta tai ohjaamaan potilaan parempien lähteiden äärelle, kuten Syöpäjärjestöjen sivut aiheesta:

<https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-ja-kuntoutus/syovan-vaihtoehtohoidot/>

## LÄHTEET

Bivins, Roberta. 2007. *Alternative medicine?* Oxford University Press. New York.

Balneaves, L.G. Weeks, L. Seely, D. 2008. Patient decision-making about complementary and alternative medicine in cancer management: context and process. *Current Oncology* vol 15, sup 23

Bauer-Wu S. Decker, G.M. 2012. Integrative Oncology Imperative for Nurses. *Seminars in Oncology Nursing*, Vol 28, No 1. 2012: pp 2-9.

Bauml, J.M. Chokshi, S. Schapira, M. Im, E-O. Li, S. Langer, C. Ibrahim, S. Mao, J. 2015. Do Attitudes and Beliefs Regarding Complementary and Alternative Medicine Impact Its Use Among Patients With Cancer? A Cross-Sectional Survey. *Cancer*. July 15, 2015.

Corner, J. Yardley, J. Maher, E.J. Roffe, L. Young, T. Maslin-Prothero, S. Gwilliam, C. Haviland, J. Lewith, G. 2009. Patterns of complementary and alternative medicine use among patients undergoing cancer treatment. *European Journal of Cancer Care* 18, 271-279.

Elonen, E & Tolonen, H. 2015. *Syöpälääkkeet*. Kustannus OY Duodecim, Helsinki.

Eloranta, T. Virkki, S. 2011. *Ohjaus hoitotyössä*. Sanoma Pro Oy.

Enkovaara, AL. 2008. Mikä on kasvirohdosvalmiste. Pääkirjoitus. *Duodecim* 2008;124-2288-9

Ernst, E. 2008. *Healing, Hype, or Harm? A critical analysis of complementary or alternative medicine*. Societas Imprint Academic. Exeter, Yhdistynyt Kuningaskunta.



Fouladbakhsh, J.M. Balneaves L. Jenuwine, E. 2013. Understanding CAM Natural Health Products: Implications of Use Among Cancer Patients and Survivors. *Journal of the advanced practitioner in Oncology*. 2013 Sep-Oct: 4(5): 289-306

Fountouki A. Theofanidis D. 2009. Nurses' attitudes towards complementary therapies. *Health Science Journal*. 2009; 3(3):pp 149-157

Heller, Tom et al. (toim). 2005. *Perspectives on Complementary and Alternative Medicine*. Routledge, Taylor & Francis. Oxford.

Hessig RE, Arcand, LL. Frost, MH. 2004. The effects of an educational intervention on oncology nurses' attitude, perceived knowledge, and self-reported application of complementary therapies. *Oncology Nursing Forum*. Jan/Feb2004;31(1): 71-78. 8p.

James, N. 2011. *Cancer. A Very Short Introduction*. Oxford University Press. Oxford.

Joensuu, H. Kouri, M. Ojala, A. Tenhunen, M. Teppo, L (toim.) 2002. *Kliininen sädehoito*. Kustannus OY Duodecim, Helsinki.

Joensuu, H. Roberts, P. Kellokumpu-Lehtinen, P-L. Jyrkkiö, S. Kouri, M. Teppo, L (toim.) 2013. *Syöpätaudit*. Kustannus OY Duodecim. Helsinki. 5. uudistettu painos.

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M., Ääri, R-L (toim.). 2007. *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. *Hoitotieteen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007*. Turku: Turun yliopisto.

Juvonen, Soile – Lauri, Sirkka 1994: *Uusien syöpäpotilaiden tiedonsaanti ja tiedontarve sekä osallistuminen omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon*. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:3/1994*. Turun yliopisto.

Kangasniemi, M. Utriainen, K. Ahonen, S-M. Pietilä, A-M. Jääskeläinen, P. Liikainen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Artikkel. Hoitotiede-lehti. 25 (2013) : 4, s 291-301

Kyngäs, H. Kääriäinen, M. Poskiparta, M. Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Sanoma Pro Oy.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2005. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Artikkel. Hoitotiede-lehti 18, no 1/-06

Laurenson, M. MacDonald, J. McCready T. Stimpson, A. 2006. Student nurses' knowledge and attitudes toward CAM therapies. British Journal of Nursing. 6/8/2006; 15(11): 612-615. 4p.

Laki potilaan oikeuksista 1992. §4-6. Noudettu internetistä 13.4.2018  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P9>

Leino-Kilpi H. Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. 7 painos. Sanoma Pro OY

Molander, Gustaf. 2014. Hoidanko oikein? Eettinen kuormitus hoito- ja hoivatyössä. PS-kustannus Juva 2014.

Molassiotis, A. Fernández-Ortega, P. Pud, D. Ozden, G. Scott, J.A. Panteli, V. Margulies, A. Browall, M. Magri, M. Selvekerova, S. Madsen, E. Milovics, L. Bruyns, I.Gudmundsdottir, G. Hummerston, S. Ahmad, A. M.-A. Platin, N. Kearney, N. Patiraki, E. Use of Complementary and Alternative medicine in cancer patients: a European Survey. 2005. Annals of Oncology 16: 655-663, 2005.

Mukherjee, S. 2010. Sairauksien keisari. Syövän elämäkerta. Suom. Kimmo Pietiläinen. Terra Cognita. Helsinki. Painettu Helsingissä.

Munstedt, K. Vogt, T. Rabanus, M-E. Hubner, J. 2014. Wishes and beliefs of cancer patients regarding counselling on Integrative medicine. Breast Care (Basel) 2014 Dec; 9(6):416-420.

O'Dowd, J. 2015. Increasing the Oncology Nurses' Knowledge Base of Complementary and Alternative Medicine May Lead to Increased Patient Advocacy and Support: A Rural Setting. American College of Healthcare Sciences.

Orkaby, B. Greenberger, C. 2015. Israeli Nurses Attitudes to the Holistic Approach to Health and Their Use of Complementary and Alternative Therapies. *Journal of Holistic Nursing*. Mar 2015; 33(1): 19-26

Parker, P. Urbauer, D. Fisch, M. Fellman, B. Hough, H. Miller, J. Lanzotti, V. Whisnant, M. Weiss, M. Fellenz, L. Bury, M. Kokx, P. Finn, K. Daily, M. Cohen, L. 2013. A multisite, community oncology based randomized trial of a brief educational intervention to increase communication regarding complementary and alternative medicine. *Cancer*. 2013 Oct 1;119 (19):3514-22

Pelttari, H. 2016. Haimasyöpä. Duodecim. Terveyskirjasto. Noudettu 20.5.2017.

Rojas-Cooley, T. Grant, M. 2006. Complementary and alternative medicine (CAM): Most frequent requests by cancer survivors. *Oncology Nursing Forum* Mar2006; 32(2)461-461. 1p.

Saarni, S. (toim). 2013. Lääkärin etiikka. 7 painos. Suomen Lääkäriliitto. Lahti.

Saini, A. Berruti, A. Capogna, S. Manuela, N. Sguazzotti, E. Picci, R.L. Campagna, S. Dongiovanni, V. Dogliotti, L. Furlan, P.M. Ostacoli, L. 2010. Prevalence of complementary/alternative medicines (CAMs) in a cancer population in northern Italy receiving antineoplastic treatments and relationship with quality of life and psychometric features. *Quality of Life Research*. 2011. 20:683-690

Salmenperä, L. 2005. Complementary and Alternative Medicine; attitudes of cancer patients, nurses and physicians, the use of complementary and alternative medicine by cancer patients. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos, lääketieteellinen tiedekunta, Turun yliopisto 2005. Painosalama Oy, Turku 2005.

Somani, S. Ali, F. Ali, T.S. Lalani, N.S. 2014. Complementary and alternative medicine in oncology nursing. *British Journal of Nursing*. 2014. Vol 23, No 1.

Spencer, CN. Lopez, G. Cohen, L. Urbauer, DL. Hallman, DL. Fisch, MJ. Parker PA. 2016. Nurse and patient characteristics predict communication about complementary and alternative medicine. *Cancer*. 2016. May 15;122(10): 1552-9

Stolt, m. Axelin, A. Suhonen, R. (toim) 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Turun yliopisto. Painosalama Oy, Turku.

Templeton, A. Thurlimann, B. Baumann, M. Mark, M. Stoll, S. Schwizer, M. Dietrich, D. Ruhstaller, T. 2013. Cross-sectional study of self-reported physical activity, eating habits and use of complementary medicine in breast cancer survivors. *BMC Cancer* 2013;13:153

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki. Tammi.

Vainio, A. Hietanen, P. 2004. Palliatiivinen hoito. Toinen painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Verhoef, MJ. Trojan, L. Armitage, GD. Carlson, L. Hilsden, RJ. 2009. Complementary therapies for cancer patients: assessing information use and needs. *Chronic Dis. Canada* 2009; 29(2):80-8

Wanchai, A. Armer, J.M. Stewart, B.R. 2010. Complementary and Alternative Medicine Use Among Women With Breast Cancer: A Systematic Review. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Vol 14, no 4.

WHO World Health Organization. 2018. Cancer Factsheet. Julkaistu 2018. Noudettu 12.1.2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Yang, C. Chien, L-Y. Tai, CJ. 2008. Use of complementary and alternative medicine among patients with cancer receiving outpatient chemotherapy in Taiwan. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2008;14(4) pp 413-416.



## LIITTEET

Liite 1. CAM-käytön kartoituslomake-esimerkki (1)

CAM-käytön kartoituslomake v.0.1. Päivämäärä 02/01/2020

Nimi: \_\_\_\_\_

Hoitojen vaihe (ympyröi):

Ensikäynti -hoidot jatkuvat- hoitojen lopettaminen

Kysymykset:

Oletko kuullut täydentävistä ja vaihtoehtohoidoista (CAM, integratiivinen, uskomushoidot)?

Kyllä \_\_\_\_\_ Ei \_\_\_\_\_

Oletko mahdollisesti kiinnostunut niistä?

Kyllä \_\_\_\_\_ Ei \_\_\_\_\_

Jos vastaus on kyllä, käytätkö mahdollisesti jotain niistä?

Vaihtoehtoiset lääkinnälliset järjestelmät	-kuvaavaa että ovat kokonaisia, täydellistettyjä järjestelmiä, millä on omat teoriansa ja käytäntönsä- -esim. homeopatia, ayurveda, perinteinen kiinalainen lääkintä
Mieli – ruumis interventiot	-tuetaan mielen mahdollisuuksia ja voimavaroja vaikuttaa ruumiin toimintoihin ja oireisiin -aiemmin esim. vertaistuki ja kognitiivinen terapia laskettiin näihin. -nykyään meditaatio, rukoilu ja taideterapiat
Biologiaan perustuvat terapiat	-luonnosta löytyvät aineet, yrtit, erilaiset ruoat ja vitamiinit
(Kehon)Manipulaatioon ja ruumiiseen perustuvat menetelmät	-kiropraktiikka ja osteopatia -hieronta
Energiaterapiat	-energiakenttiin perustuvat menetelmät -biokentät: qigong, reiki -bioelektromagneettiset menetelmät

(2)

Jos käytät, kuinka usein ja mitä?

---

---

---

Jos käytät, mihin käytät niitä?

- oireet
- toivon ylläpito/stressin hallinta
- mahdollisuuksien parantamiseen
- muu, mikä?

---

Jos käytät, mistä saat tietoa niistä?

- perhe/ystävät
- Internet
- muu, mikä?

---

---

---

(3)

Haluatko lisätietoa täydentävistä ja vaihtoehtohoidoista?

Kyllä

Ei

Jos vastaus on kyllä, mistä erityisesti olet kiinnostunut saamaan lisätietoa?

---

---

---

Haluatko keskustella niistä lääkärin kanssa?

Kyllä

Ei

---

Liite 2. Sisällönanalyysi, tutkimuskysymys ” vaihtoehtohoitojen käyttö syöpäpotilaiden keskuudessa”

Potilasryhmässä 18,1% käytti CAM-hoitoja	Kuinka moni käyttää?	CAM- hoitojen käytön piirteitä	
Harvat potilaat olivat keskustelleet käytöstä lääkärin kanssa (10,8%)			
Jopa 67% syövästä selvinneistä (survivors) käyttävät täydentäviä ja vaihtoehtoisia hoitoja			
35,9% käytti jotain muotoa CAM:sta.			
32,9% käytti ennen diagnoosia			
22,2% potilaista käytti CAMia.			
Yrtit yleisin hoitomuoto (47,1%)			
Edeltävä, aikaisempi diagnoosi ennusti myöhempää käyttöä	Kuka käyttää		
Nuoremmat potilaat ovat 2,1 kertaa todennäköisemmin CAM:n käyttäjiä			
Miehillä korkea koulutus korreloi CAM-käyttöä			
Hyvinvoinnin lisäämiseen 40,6%			
Nuori, korkeastikoulutettu nainen tyypillinen käyttäjä			
Naispotilaat 1,8 kertaa todennäköisempiä käyttäjiä kuin miehet	Mistä saa tietoa		
Perheet ja ystävät yleisin tiedonlähde			
Jotkin potilaat ottivat CAM:n käyttöön... parantaakseen koululääketieteen hoitoja	Sytä käyttää		
Selviytyäkseen syövän aiheuttamasta stressistä			
Tunteakseen olevansa rentoutuneempia ja tilanteen hallinnassa.			
Vähentääkseen syöpähoitojen sivuoireita			
Lisää vaihtoehtoja hoitoihin.			
Toivon menettäminen konventionaalisiin hoitoihin			
Tyytyväiset (lääkəriin) potilaat olivat vähemmän todennäköisiä käyttämään			
Kehon vastustuskyvyn vahvistamiseen 50,7%			
alakategoria		yläkatgoria	pääloukka



Liite 3. Sisällönanalyysi, tutkimuskysymys ”hoitotyön menetelmät vaihtoehtohoi-  
toja käyttävän syöpäpotilaan ohjauksessa.”

on tärkeää, että (terveydenhuol- lon ammattilaiset) selvittävät po- tilaiden CAM-käyttöä ja osaavat ohjata	Terveystietovaatimukset	Vaatimukset ohjaajalle
Kriittisen tärkeää olla tietoinen CAM:sta		
CAM-käytöstä tulee keskustella tukevasti ja positiivisesti		
Tietojen tulee olla ajankohtaisia ja tarkkoja mitä tulee vaikutuk- siin, turvallisuuteen ja tutkittuun näyttöön		
Ammattilaisten tulee jakaa poti- laille tämänhetkistä empiiristä tietoa		
Potilaita tulee rohkaista puhu- maan CAM:in käytöstä	Ohjaajan asennevaatimukset	
Lääkäreiden tulee tietää jos po- tilaat käyttävät CAM:ia mahdol- listen sivuvaikutusten vuoksi		
Täyttymättömien tarpeiden ja toiveiden hallinta sekä potilaan turvallisuuden käsityksen (CAM- tuotteista) on ensisijaista		
Keskustelun (CAM:sta) tulee olla avointa turvallisen ja koko- naisvaltaisen hoidon vuoksi	Koska ohjataan ja miten	
Käytön kartoitus on hyvä aloittaa diagnoosin jälkeen		
CAM voi auttaa oireiden kanssa, mutta ei paranna tai hidasta tau- din etenemistä		
CAM-käyttöä tulee arvioida ja seuloa jokaisen potilaan koh- dalla	Potilaan oikeudet	Miten ohjataan
Kaikkien potilaiden ja perheiden tulisi saada perustietoa CAM:sta		
Potilaan haluama määrä oh- jausta päätöksenteossa		
"kerro mitä pidät CAM:sta"	Suorat kysymykset	
"millaisia menetelmiä olet käyt- tänyt"		
"milloin aloit käyttämään"		
"mistä saat tietoa"		
"miksi olet kiinnostunut CAM:sta"		
alakategoria	yläkatgoria	pääloukka

