

Hannu Kivisaari ja Erno Mäkinen

Keuhkosityöpöpotilaan hoitohenkilökunnalta ha- luama tuki hoidon akuuttivaiheessa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Lokakuu 2016

Tekijät Otsikko	Hannu Kivisaari, Erno Mäkinen Keuhkosityöpöpotilaan hoitohenkilökunnalta haluama tuki hoidon akuuttivaiheessa
Sivumäärä Aika	36 sivua + 3 liitettä Lokakuu 2016
Tutkinto	Sairaanhoidtaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja	Minna Elomaa-Krapu, TtT, sh, lehtori Marja Salmela, FT, lehtori
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata keuhkosityöpöpotilaan haluamaa henkistä tukea hoidon akuuttivaiheessa. Tavoitteenamme oli, että opinnäytetyöstämme saadaan hyödyntämiskelpoista tietoa sekä uusia näkökulmia hoidon kehittämiseksi. Toteutimme opinnäytetyön systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin. Katsauksessa käytetyt artikkelit etsimme hoitotieteellisistä julkaisuista ja analysoimme ne induktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä.</p> <p>Sisällönanalyysin tulokset jaoin neljään yläluokkaan, jotka olivat tuki sairauteen liittyvissä tunteissa ja niiden käsittelyssä, tiedollinen tuki, tuki muuttuneen elämäntilanteen omaksumisessa sekä yksilöllinen ja luotettava hoitosuhde potilaan ja henkilökunnan välillä. Yläluokat jakautuivat edelleen tarkempiin alaluokkiin, jotka muodostuivat pelkistyksistä. Tuloksista kävi ilmi, että potilaat kaipasivat henkilökunnalta tukea erityisesti sairaudesta johtuvassa ahdingossa ja sairauteen liittyvissä peloissa. Myös tiedollinen tuki oli olennaisessa osassa: potilaat halusivat tietoa monessa sairauteen ja sen hoitoon liittyvässä osa-alueessa. Henkilökunnalta toivottiin potilaslähtöistä työskentelytapaa, jossa ammattiapua olisi aina saatavilla tarvittaessa. Varsinkin hoitohenkilökunnan ja potilaiden välisen kommunikation merkitys korostui.</p> <p>Opinnäytetyömme tulokset osoittivat puutteita keuhkosityöpöpotilaiden henkisen tuen tarjonnassa ja toteuttamisessa. Kattavasta tiedonhausta huolimatta löysimme vain kahdeksan sisäänottokriteerit täyttävää artikkelia, mikä osoittaa selkeän lisätutkimuksen tarpeen. Opinnäytetyömme tuloksista on mahdollista muodostaa suuntaa-antavia johtopäätöksiä sekä kehitysehdotuksia keuhkosityöpöpotilaiden hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa.</p>	
Avainsanat	Keuhkosityöpä, henkinen tuki, potilaan kokemukset

Authors Title Number of Pages Date	Hannu Kivisaari, Erno Mäkinen Lung cancer patients' desired support from health care professionals during acute phase of treatment 36 pages + 3 appendices October 2016
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and health care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Minna Elomaa-Krapu, PhD, RN, Senior Lecturer Marja Salmela, PhD, Senior Lecturer
<p>The purpose of this thesis was to describe lung cancer patients' desired support from health care professionals during the acute phase of their treatment. Our objective was to create usable information and new aspects to improve lung cancer patients' treatment via systematic literature review. The articles we used in our thesis were taken from nursing science publications and analyzed via inductive content analysis.</p> <p>We divided the results of our content analysis to four main categories that were: support in feelings related to lung cancer, informational support, support with adopting to one's condition and trustworthy care relationship between staff and patient. These categories were made of more specific segments that consisted of subcategories, comprised of simplifications. The results indicated patients needed staff's support especially in handling feelings related to their illness. Other frequently occurred themes were staff's patient-centered approach and patients' high need of information related to their illness.</p> <p>The results of our thesis indicated that both resources and implementing of emotional support were lacking. Despite a thorough research of databases, we only found eight articles that matched the set requirements. This clearly marks a need for further research. Regarding planning and implementation of treatment, it is possible to form general conclusions and suggestions for improvement based on our thesis.</p>	
Keywords	Lung cancer, emotional support, patient's experiences

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Keuhkosityöpä sairautena	2
2.1	Keuhkosityövän taustatekijät, esiintyvyys ja ennuste	2
2.2	Keuhkosityövän oireet ja diagnosointi	3
2.3	Keuhkosityövän hoitomenetelmät	4
3	Henkinen hyvinvointi sairauden aikana	5
3.1	Hoitomenetelmien vaikutus mieleen ja kehoon	5
3.2	Potilaan henkinen tuki	7
4	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	10
5	Tutkimuksen toteutusmenetelmä	10
5.1	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	10
5.2	Tiedonhaun kuvaus	13
5.3	Aineiston analysointi	15
6	Tutkimuksen tulokset	17
6.1	Tuki sairauteen liittyvissä tunteissa ja niiden käsittelyssä	18
6.2	Tiedollinen tuki	19
6.3	Tuki muuttuneen elämäntilanteen omaksumisessa	20
6.4	Yksilöllinen ja luotettava hoitosuhde potilaan ja henkilökunnan välillä	21
7	Pohdinta	22
7.1	Tulosten pohdinta	22
7.2	Luotettavuuden pohdinta	27
7.3	Eettinen pohdinta	30
7.4	Tulosten hyödynnettävyys ja tulevaisuuden kehittämishaasteet	31
	Lähteet	33
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhakupöytäkirja	
	Liite 2. Tutkimusaineiston kuvaus	
	Liite 3. Sisällönanalyysin havainnollistus	

1 Johdanto

Syöpä on yksi yleisimmistä sairauksista maassamme. Se sitoo potilaan voimakkaasti pitkäksi aikaa hoitoihin, jotka kustantavat yhteiskunnalle satoja miljoonia euroja vuosittain (Mäklin – Rissanen 2006: 19). Keuhkosyöpä on maailman yleisin kuolemaan johtava syöpä ja sen pääasiallisiin hoitomuotoihin kuuluvat kemoterapia, leikkaushoito ja sädehoito (Xu ym. 2015: 1). Siksi on perusteltua kartoittaa sitä tukea, jonka varassa potilaat elävät näiden vaativien ja raskaiden hoitajaksojen aikana: nykyisessä hoitotyön ajattelussa potilas on oman elämänsä ja kehonsa asiantuntija, joka toimii yhteistyössä terveysalan ammattilaisten kanssa. Ihminen on psyko–fyysis-sosiaalinen kokonaisuus (Riikonen 2008), joten hoidossa tulee huomioida fyysisen sairauden ohella myös potilaan henkinen tuki. Tässä opinnäytetyössä tarkastelemme, millaisissa asioissa keuhkosyöpäpotilaat haluavat hoitohenkilökunnalta tukea hoidon akuuttivaiheessa: käsittelemme aihetta nimenomaan henkisen tuen näkökulmasta. Akuuttivaiheeksi määrittelemme hoitojen vaiheen, jossa hoidetaan keuhkosyövän somaattisia oireita joko parantavasti tai oireita lievittävästi. Emme kuitenkaan käsittele keuhkosyöpäpotilaan saattohoitovaihetta.

Keuhkosyövän hoitojen aikana potilaat joutuvat syövän tyypistä riippuen läpikäymään monia raskaita hoitoja. Nämä hoidot ovat joko parantavia tai oireita lievittäviä, ja vaikuttavat niin potilaan fyysiseen kuin henkiseen hyvinvointiin sekä toimintakykyyn. (John 2010: 339–346.) Syöpähoitojen eri vaiheissa potilaat käyvät läpi monenlaisia tunteita sekä psykologisia haasteita. Budjettien kiristyessä hoitajilla jää entistä vähemmän aikaa potilaan psykologisten tarpeiden tunnistamiseen ja hoitamiseen – moni potilas jääkin ilman tarvitsemaansa tukea. (Middleton 2014: 39–40.)

Toteutamme opinnäytetyön kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, ja sen tarkoituksena on selvittää, millaista tukea keuhkosyöpäpotilaat haluavat hoidon akuuttivaiheessa. Keskitymme nimenomaan hoitohenkilökunnan tarjoamaan henkiseen tukeen, jonka menetelmiksi määrittelemme läsnäolon ja tunteista keskustelun, välittämisen ja huolenpidon, potilaan kuuntelemisen ja kunnioittamisen, hyväksynnän ja asemaan eläytymisen, rohkaisun ja tunteiden huomioimisen (Mattila 2011: 35). Lisäksi määrittelemme henkiseksi tukeksi tiedollisen tuen, sillä juuri diagnoosin saaneet potilaat kokevat sairautta koskevan tiedon parantavan elämänlaatua (Pardon ym. 2011: 66–67). Kartoitamme potilaiden ko-

kemuksia tieteellisten tutkimusten avulla. Tavoitteenamme on, että hoitoalan henkilökunta ja potilas itse saisivat opinnäytetyöstämme hyödyntämiskelpoista tietoa hoidon kehittämiseen.

2 Keuhkosityöpä sairautena

2.1 Keuhkosityövän taustatekijät, esiintyvyys ja ennuste

Keuhkosityöpä on yleisin syöpä maailmassa, ja useimmiten syy sen syntyyn on tupakointi: noin yhdeksässä tapauksessa kymmenestä taustalla on tupakkatuotteiden käyttö. Tupakoitsijalla on henkilöstä riippuen noin 15–30-kertainen riski sairastua keuhkosityöpään. Suomessa keuhkosityöpä on naisten neljänneksi ja miesten toiseksi yleisin syöpä. Tupakansavulle altistumisen ohella myös työ- ja elinympäristö vaikuttavat sairastumisen todennäköisyyteen: asbesti sekä radon-kaasu korottavat selkeästi tätä riskiä. (Mustajoki 2014.)

Keuhkosityövän neljä yleisintä tyyppiä ovat levyepiteelikarsinooma, adenokarsinooma, pienisolainen karsinooma ja suurisolainen karsinooma. Suomessa keuhkosityöivistä 40 % on levyepiteelikarsinoomaa, 26 % adenokarsinoomaa, 24 % pienisoluista karsinoomaa ja 4 % suurisoluista karsinoomaa. (Jekunen ym. 2016.) Adenomarsinooma jakautuu vielä kolmeen ja suurisolainen karsinooma kahteen alaluokkaan. Eri keuhkosityöpätyypit eroavat toisistaan histologisesti eli kudospillisesti. (Lappi-Blanco – Mäkinen – Jartti – Mali – Kaarteenaho 2012: 2225.)

Suomessa miesten tupakointi on vähentynyt 1970-luvulta lähtien, mikä on vähentänyt keuhkosityöpien esiintyvyyttä miehillä. Naisten tupakointi on kuitenkin yleistynyt ja sitä kautta nostanut keuhkosityöpien määrää naisilla. (Mustajoki 2014.) Vuonna 2013 Suomessa diagnosoitiin uusia keuhko- tai henkitorvisyöpiä yhteensä 2591 kappaletta. Naisilla uusia diagnooseja tehtiin 890 kappaletta ja miehillä 1701. Kaikista Suomessa todetuista syöivistä keuhko- tai henkitorvisyöpien osuus oli naisilla 5,6 prosenttia ja miehillä 10,2 prosenttia. Naisille diagnosoiduissa keuhko- tai henkitorvisyöissä on havaittavissa selkeä ero verrattessa vuotta 2013 esimerkiksi vuosiin 1967–1971, jolloin vuosittain keskimäärin diagnosoitiin 163 uutta tapausta – samalla aikavälillä miesten vuosittainen keskiarvo on 1839 uutta keuhko- tai henkitorvisyöpää. Naisilla on siis huomattavissa selkeä

kasvu uusissa keuhko- tai henkitorvisyövissä. Vaikka uusien tapausten määrä vaihtelee vuositasolla, on miehille tehtyjen diagnoosien määrä laskussa pitkällä aikavälillä. Tuoreimpien tilastojen mukaan naiset sairastuvat keuhko- tai henkitorvisyöpään useimmiten 65–69-vuotiaana, miehet 70–74-vuotiaana. (Suomen Syöpärekisteri.) Keuhkosyöpien seulonnalla ei ole todettu olevan vaikutusta kuolleisuuteen (Mali ym. 2009: 315–316).

2.2 Keuhkosyövän oireet ja diagnosointi

Epäily keuhkosyövästä alkaa yleensä perusterveydenhuollossa, kun potilaalla todetaan siihen viittaavia oireita tai kun syöpä löydetään oireettomalta potilaalta muiden tutkimusten yhteydessä. Usein potilas kuitenkin seuraa oireitaan muutaman viikon ajan ja hakeutuu vasta sitten lääkärin vastaanotolle. Syy tähän voi olla, että potilas luulee oireiden olevan tupakoinnista johtuvia tai potilas pelkää saavansa diagnoosin keuhkosyövästä. (Nieminen – Nores 2012: 1905–1906.)

Keuhkosyövän oireita aiheuttavat primaarikasvaimen ohella mahdolliset etäpesäkkeet eli metastaasit. Primaarikasvaimen oireita ovat yskä tai tupakoivalla muuttunut yskä, veriyskä, kipu, äänen käheys, hengenahdistus, toistuva keuhkokuume, nielemisvaikeudet, laihtuminen, väsymys ja lämpöily. Etäpesäkkeiden oireet riippuvat aina niiden sijainnista. Luuetäpesäkkeiden oireena voivat olla patologiset luunmurtumat, keuhko- ja sydänpuussin etäpesäkkeillä hengenahdistus, keskushermoston etäpesäkkeideillä sekavuus, näköhäiriöt ja kouristukset. Vatsan alueen etäpesäkkeet voivat aiheuttaa erilaisia vatsavaivoja. Yleinen oire kaikille etäpesäkkeille on kipu. (Nieminen – Nores 2012: 1905–1906.)

Keuhkosyövän diagnosoinnissa yksi ensimmäisistä ja tärkeimmistä tutkimuksista on keuhkojen röntgenkuva. Mikäli keuhkokuvassa näkyy syöpään viittaavia muutoksia ja potilaan oireet ovat keuhkosyövän mukaiset, on hänet lähetettävä jatkotutkimuksiin erikoissairaanhoidon diagnoosin varmistamiseksi. Näistä tärkeimpiä ovat keuhkojen ja ylävatsan varjoainetietokonetomografia, keuhkoputken täyhystys sekä koepalojen ottaminen primaarikasvaimesta ja mahdollisista metastaaseista. PET-TT:n eli merkkiainetomografian ja tietokonetomografian yhdistelmän avulla on mahdollista kartoittaa syöpäkasvain-ten levinneisyyttä. Syövän tyyppiä selvitetessä tutkitaan keuhkojen arpi- ja infektiomuutoksia sekä muiden mahdollisesti pahanlaatuisten kasvaimien metastaaseja. (Knuutila 2015: 878.)

Keuhkosityövän luustometastaasia epäiltäessä tehdään luuston isotooppitutkimus. Oikean hoitomuodon valitsemisessa on erittäin tärkeä tietää syövän tyyppi, ja sen selvittämiseksi tutkitaan irtosolu- ja kudoksenäytteitä. EKG eli sydänfilmi, valtimoverikaasumittaus ja keuhkojen toimintaa mittaavat kokeet ovat tutkimuksia, jotka tehdään oikean hoitomuodon selvittämiseksi. Keuhkoputken tähystys ja koepalojen ottaminen antavat tietoa syövän paikallisesta levinneisyydestä. Koepaloja voidaan ottaa myös imusolmukkeista. Jos potilaalla on pleuranestettä, punktoidaan siitä näyte. Myös potilaan verenkuvan määrittäminen on tärkeää keuhkosityöpää epäiltäessä. Joissakin tapauksissa joudutaan tekemään torakotomia eli rintaontelon avoleikkaus syövän laajuuden ja luonteen selvittämiseksi. (Mäkitaro 2007: 1356–1357.)

2.3 Keuhkosityövän hoitomenetelmät

Keuhkosityöpäpotilaan hoitomuotoa valittaessa on huomioitava potilaan yleiskunto ja muut sairaudet, syövän levinneisyysaste, sen mikroskooppinen tyyppi sekä keuhkojen toimintakyky. Keuhkosityövän ollessa paikallinen ja ei-pienisolainen, on ensisijainen hoitomenetelmä kirurginen. Mikäli leikkausta ei ole mahdollista tehdä, annetaan potilaalle parantavaa sädehoitoa – jos syöpä on levinnyt välikarsinan imusolmukkeisiin, suositellaan kemoterapiaa. Tämän esteenä voi kuitenkin olla potilaan yleiskunnon lasku, keuhkojen huono kunto tai syövän paikallisesti laaja levinneisyys. (Mali ym. 2009: 315–316.)

Hyväkuntoisille potilaille, joilla ei-pienisolainen keuhkosityöpä on laajalle levinnyt, voidaan elinikää pidentävänä, oireita lievittävänä ja elämänlaatua parantavana hoitona antaa solunsalpaajia eli sytostaatteja. Ensisijainen hoito on neljän hoitokuurin solunsalpaajalääkitys, joka on platinayhdisteen ja jonkin toisen sytostaatin yhdistelmä. Potilaille, joiden toimintakyky on heikko tai joilla on korkea ikä, on suositeltavaa käyttää vain yhtä solunsalpaajaa. Hoidon tehoa on arvioitava noin kahden kuukauden välein. Toimintakyvyn ollessa huomattavasti heikentynyt on pyrkimyksenä toteuttaa oireenmukaista hoitoa mahdollisimman kattavasti: tällaisissa tapauksissa solunsalpaajahoidosta ei ole todistettu olevan hyötyä. Oireita voidaan myös hoitaa palliatiivisella sädetyksellä. (Mali ym. 2009: 315–316.)

Pienisoluinen keuhkosyöpä on usein nopeakasvuinen ja lähettää etäpesäkkeitä jo varhaisessa vaiheessa. Rajoittuneen pienisoluisen keuhkosyövän ensisijainen hoito on solunsalpaajahoito sädehoitoon yhdistettynä. Sädehoito on todennäköisesti tehokkaimmillaan silloin, kun sitä annetaan sytostaattihoidon alussa. Jos syöpä on levinnyt, käytetään pelkästään solunsalpaajia. Potilasta hoidetaan sytostaateilla kolmen viikon välein 4–6 syklin erissä. Potilailla, joilla on hyvä vaste solunsalpaajahoidoista, on suositeltavaa antaa aivometastaaseja ennaltaehkäisevää sädetystä. Joillakin potilailla syöpä jatkaa leviämistään ensimmäisen hoitovasteen jälkeen ja näille potilaille onkin harkittava toisen vaiheen solunsalpaajalääkitystä. (Mali ym. 2009: 315–316.)

Pienisoluisissa keuhkosyöväissä vain noin 4 % on pieniä ja rajautuneita kasvaimia: näissä tapauksissa ne hoidetaan kirurgisesti. Jotta syöpä voidaan hoitaa kirurgisesti, on edellytyksenä syövän täydellinen poisto. Ennen kirurgista hoitoa potilaalle on kuitenkin suositeltavaa tehdä keuhkojen välikarsinan invasiivinen eli kajoava tutkimus. (Mali ym. 2009: 315–316.) Leikkauksessa poistetaan keuhkosta yksi lohko, kaksi lohkoa tai koko keuhko. Näin varmistetaan koko syöpäkasvaimen poisto. (Anttila – Rimpiläinen – Toikkanen 2007: 1368–1369.) Kirurgisen toimenpiteen jälkeen potilasta hoidetaan solunsalpaajilla ja aivojen kasvaimia ennaltaehkäisevällä sädetyksellä. (Mali ym. 2009: 315–316.)

3 Henkinen hyvinvointi sairauden aikana

3.1 Hoitomenetelmien vaikutus mieleen ja kehoon

Keuhkosyövän hoidossa yhtenä hoitomenetelmänä käytetään kemoterapiaa, jonka yleisimmät haittavaikutukset ovat voimakas oksentaminen ja pahoinvointi: näitä oireita voi ilmetä myös leikkauksen jälkeen. Kemoterapiasta johtuvaa huonovointisuutta pidetään kuitenkin kaikista vaikeimpana ja ahdistavimpana pahoinvoinnin muotona, ja sen on todettu huonontavan potilaan fyysistä, emotionaalista, kognitiivista ja sosiaalista toimintakykyä sekä elämänlaatua. Tämän vuoksi pahoinvointia ja oksentamista ehkäisevästä lääkityksestä on todettu olevan hyötyä. Silti noin 50 prosenttia potilaista kärsii kemoterapiaan liittyvästä pahoinvoinnista. Haittavaikutusten voimakkuuden vuoksi niiden vaikutus päivittäiseen elämään, aktiviteetteihin ja yleiseen jaksamiseen on huomioitava. Pahoinvoinnilla on haitallisempi vaikutus potilaaseen kuin oksentamisella, joten elämänlaatua

voidaan parantaa parhaiten ehkäisemällä ja minimoimalla kemoterapiasta johtuvaa huovointisuutta. Hoitohenkilökunnan on muistettava, että vaikka pahoinvointi ja oksentaminen liittyvät usein toisiinsa, ne ovat kaksi eri asiaa – lääkkeet, jotka hoitavat oksentamista, eivät välttämättä hoida pahoinvointia. Syöpähoitoihin liittyvää pahoinvointia ja oksentamista voidaan ehkäistä muillakin tavoilla kuin lääkkeillä. On todettu, että akupunktiosta ja akupainannasta voi olla apua oireiden hoidossa. Myös musiikkiterapian, rentoutumisharjoitusten, mielikuvituksen, häiriötekijäteknikoiden, hypnoosin ja selviytymisvalmisteluiden vaikutuksia on tarkasteltu monissa tutkimuksissa. (Moradian – Howell 2015: 216, 219, 223.)

Keuhkosyövän kirurgisen hoidon jälkeen potilaan yleisimmät leikkauksesta aiheutuvat haittavaikutukset ovat kipu, väsymys, univaikeudet, ahdistus, ruokahaluttomuus ja hengenahdistus. Moni kärsii myös surusta. Kaikki postoperatiiviset oireet vaikuttavat potilaan elämänlaatuun ja toimintakykyyn. Erään tutkimuksen mukaan noin neljäsosa potilaista pystyi hoitamaan suurimman osan henkilökohtaisista tarpeistaan leikkauksesta kulueneen viikon aikana. Loput potilaista tarvitsivat huomattavaa apua ja toistuvaa sairaanhoitoa. (Lin – Chen – Yang – Zhou 2013: 1281–1284.)

Keuhkosyövän kirurgisen hoidon yhteydessä tehdystä torakotomiasta on todettu aiheutuvan yli puolelle potilaista toimenpiteen jälkeinen kipusyndrooma. Tässä syndroomassa potilaalla esiintyy kipua rintaontelon avauksesta johtuen ainakin kahden kuukauden ajan. Torakotomian jälkeinen kipu voi olla hermoperäistä tai muusta syystä johtuvaa ja se voi kroonistua, minkä vuoksi sen tunnistaminen varhaisessa vaiheessa on erittäin tärkeää. Potilaat eivät välttämättä tunnista kipua itse vaan tuntevat sen esimerkiksi arkuutena tai puutumisenä. Hoitohenkilökunnan on oltava tietoinen kyseisen kipusyndrooman oireista, jotta potilas saa mahdollisimman aikaisessa vaiheessa oikean diagnoosin. Ongelmana asian yleiseen tiedostamiseen on se, että suurin osa keuhkosyövän kivuista tehdyistä tutkimuksista rajoittuu potilaisiin, joilla syöpä on metastasoitunut. Tällöin leikkauksen läpikäyneet potilaat jäävät helpommin vähäisemmälle huomiolle. Osa potilasta, jotka kärsivät torakotomian jälkeisestä kipusyndroomasta, kärsii samanaikaisesti hengenahdistuksesta tai masennuksesta vielä kuusi kuukautta leikkauksen jälkeen. Ensisijainen lääkeryhmä kipusyndrooman hoidossa on opiaatit. Jos opiaateilla ei saavuteta haluttua hoitovastetta, kokeillaan steroideja, tulehduskipulääkkeitä, masennuslääkkeitä, epilepsialääkkeitä tai gabapentiiniä. Myös akupunktiota ja kylkiväli–hermo-blokkia suositellaan hoitona. (Hopkins – Rosenzweig 2011: 365–369.)

3.2 Potilaan henkinen tuki

Potilaat käyvät läpi monenlaisia tunteita ja psykologisia haasteita syöpähoitojen eri vaiheissa. Rajalliset budjetit ja taloudelliset paineet terveydenhuollossa vähentävät hoitajien aikaa tunnistaa ja hoitaa potilaan psykologisia tarpeita ja monet psykologista hoitoa vaativat potilaat jäävätkin ilman tarvitsemaansa apua. (Middleton 2014: 39–40.) Potilaat joutuvat läpikäymään syövän tyypistä riippuen erilaisia raskaita hoitoja syövän parantamiseksi tai oireiden lievittämiseksi. Esimerkiksi ei-pienisoluisen keuhkosyövän yhtenä hoitomuotona käytetään sädehoitoa, jonka on todettu huonontavan potilaan elämänlaatua varsinkin hoitajaksojen aikana. Syöpähoidot vaikuttavat niin fyysiseen kuin henkiseen hyvinvointiin sekä toimintakykyyn, ja potilaiden mukaan yksi tärkeimmistä hyvään elämänlaatuun vaikuttavista asioista onkin itsenäisyyden säilyttäminen. Potilaat kokevat myös erittäin tärkeäksi perheen ja läheisten läsnäolon ja tuen. Suurimmaksi elämänlaatua huonontavaksi tekijäksi syöpäpotilaat kokevat uupumuksen ja väsymyksen: tehokain tapa tämän hoitamiseksi on tasapainon löytäminen levon ja aktiveettien välillä. Myös sosiaalisen tuen saaminen auttaa arjessa selviytymisessä, ja sen saamisen on todettu parantavan elämänlaatua monissa tutkimuksissa. (John 2010: 339–346.)

Syöpähoidon läpikäyneet potilaat toivovat terveydenhuollon ammattilaisilta vahvaa läsnäoloa hoitajaksojen aikana (Taskila ym. 2006: 103), ja hoidosta vastaavan tiimin tulisi kyetä tarjoamaan potilaille psykososiaalista tukea. Tulevaisuudessa sairaanhoitajilla on merkittävä rooli korkealaatuisen syöpähoidon toteuttamisessa, joten hoidon tulisi olla mahdollisimman kokonaisvaltaista, moniammatillista ja potilaslähtöistä. (Ferrell – McCabe – Levit 2013: 603–605.) Hoitajan välitön läsnäolo ja potilaan yksilöllinen kohtaaminen on erittäin tärkeää, varsinkin jos syövän parantamisesta luovutaan ja siirrytään palliatiiviseen hoitoon. Potilaat arvostavat heidän kanssaan vietettyä aikaa ja sitä, että hoitajan ja potilaan välillä on läheinen suhde. Kosketus tuo turvallisuuden tunnetta varsinkin nuorille potilaille. On muistettava, että kulttuuri, elämäkokemukset, henkilökohtaiset erot ja monet muut asiat vaikuttavat siihen, miten potilas kohtaa sairautensa. (Iranmanesh – Axelsson – Sävenstedt – Häggström 2009: 1301–1305.)

Syöpäpotilaan hoidossa tärkeimmäksi työkaluksi potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä muodostuu kommunikointi. Syövän diagnosoinnin jälkeen ensimmäinen keskustelu potilaan sekä hoitohenkilökunnan välillä on tärkein, ja sillä on todettu olevan suuri vaikutus potilaan hoidon, masennuksen ja ahdistuksen kannalta. On erittäin tärkeää, että potilas

ymmärtää saamaansa tietoa: ymmärtämättömyydestä voi seurata tyytymättömyyttä, ahdistusta, masennusta ja stressiä, jotka huonontavat potilaan sitoutumista hoitoon ja vaikuttavat varsinkin pitkällä aikavälillä hoidon tuloksiin. Henkisen tuen ja hyvän lääkehoidon on todettu vähentävän potilaan ahdinkoa ja parantavan hoitoon sitoutumista. Saa-vutettavissa olevien ja toivoa luovien tavoitteiden asettaminen hoidolle on erittäin tärkeää. Tavoitteita on muokattava tilanteen mukaiseksi hoidon edetessä. Hoitajan on aina oltava tietoinen potilaan tavoitteista ja niiden muuttumisesta. (Middleton 2014: 39–42.)

Hiljattain diagnoosin saaneista potilaista valtaosa kaipaa tietoa sairauden ennusteesta, ja tiedon saaminen parantaa heidän elämänlaatuansa. Kuitenkin vain noin puolet potilaista saa ennusteeseen liittyvää tietoa. (Pardon ym. 2011: 66–67.) Koulutustason on todettu vaikuttavan siihen, kuinka paljon potilas kokee tarvitsevansa tukea. Korkeasti koulutetut henkilöt ovat useammin tyytymättömämpiä saamaansa tiedolliseen tukeen, ja he kokevat yleensäkin enemmän puutteita tarpeidensa kohtaamisessa. Koulutustas-tasta riippumatta tieto ennusteesta, hoidon kulusta, selkokieline sairaudesta kertomi-nen ja mieltä askarruttaviin kysymyksiin vastaaminen koetaan tärkeiksi. (Jacobs-Lawson – Schumacher – Hughes – Arnold 2009: 349.) Diagnoosi pitkälle edenneestä keuhko-syövästä voi saada potilaassa aikaan kieltämisen, epävarmuuden tai toivon tunteita. Myös tietoisuus kuolemasta voi lisääntyä. Hoitohenkilökunnan on pystyttävä hyödyntä-mään ja vahvistamaan potilaan toivoa tulevaisuudesta, mikä auttaa potilasta selviämään tuntemuksiensa kanssa ja lisää luottamusta hoitosuhteeseen. (Borneman – Irish – Sidhu – Koczywas – Cristea 2014: 271–277.)

Kaikille potilaille on tarjottava mahdollisuus henkiseen ja hengelliseen tukeen, vaikka kaikki eivät kokisikaan sille tarvetta. Sairaus tai sairaalaan joutuminen tekee kuitenkin potilaasta vastaanottavaisemman henkiselle tuelle. Potilaat toivovat hoitajilta huolehti-vaa ja arvostavaa asennetta, kuuntelemista, auttamista epätoivon kanssa ja potilaan mahdollisen uskonnollisuuden kunnioittamista. Hoitajan onkin aina kunnioitettava poti-laan uskonnollisia tarpeita ja uskonnollista vakaumusta. Välillä henkinen tuki on enem-minkin läsnäoloa kuin tekemistä. Joskus myös normaali potilaan hoitaminen hyväntah-toisella asenteella on henkistä tukea. (Johnston Taylor 2003: 585–589.)

Mosherin ym. (2014: 817–818) tutkimuksen mukaan kolmasosa keuhkosityöpöpotilaista saa mielenterveydellistä hoitoa diagnoosin jälkeen. Suurin osa mielenterveyshoitoa saa-neista potilaista ilmoitti saaneensa mielialaan vaikuttavia lääkkeitä – vain harva oli osal-

listunut tukiryhmiin tai psykoterapiaan. Alle puolet potilaista, joilla ahdistukseen tai masennukseen viittaavat oireet ovat lisääntyneet diagnoosin jälkeen, saavat mielenterveydellistä hoitoa. Yleisin syy mielenterveyspalveluiden käyttämättömyyteen on, ettei potilas mielestään ole avun tarpeessa tai hän haluaa huolehtia asioistaan itse. Monet potilaat kertovat, etteivät ole käyttäneet mielenterveyspalveluita koska he eivät ole tiedäneet mahdollisuudesta hyödyntää niitä. Kolme neljäsosaa tutkimukseen osallistuneista potilaista kertoi mieluummin puhuvan huolistaan hoidosta vastaavan lääkärin kanssa, puolet halusivat puhua hengellisen johtajan kanssa ja vajaa puolet halusi hoitaa henkiset huolensa itse. Noin kolmasosa potilaista halusi vain odottaa, että huoli omasta tilanteesta väistyy itsestään.

Moni leikkaushoidon läpikäyneistä keuhkosyöpäpotilaista kokee ahdistuneisuuden ja masennuksen tunteita toimenpiteen jälkeen. Tämä voi huonontaa potilaan elämänlaatua ja jopa lyhentää elinajanennustetta. Kirurgit keskittyvät todennäköisemmin syövän poistamiseen ja parantamiseen kuin potilaan henkisiin tarpeisiin, jolloin psykologisen hoidon tarve voi jäädä huomioimatta. Lääkäreiden pitäisikin tarkkailla potilaan henkisen tuen tarvetta koko hoitoprosessin ajan ja tarvittaessa ohjata hänet psykologin vastaanotolle, jossa potilaalle tarjotaan ammattitaitoista mielenterveydellistä hoitoa. (Park ym. 2016: e16–e17.)

Monet potilaat odottavat helppoa toipumisaikaa, mutta joutuvat usein huomaamaan ettei sen sujuminen vastannutkaan odotuksia. Hoitohenkilökunnan tulisikin keskustella potilaiden kanssa toipumiseen liittyvistä odotuksista sekä suunnitelmista: tällaisessa tilanteessa on hyvä tehdä selväksi, että rankoista hoidoista ja vakavasta sairaudesta elpyminen on vaativaa ja vie aikaa. Tässä vaiheessa on myös järkevää neuvoa potilaita niistä tahoista, joihin he voivat ottaa yhteyttä mikäli toipumisprosessi käy liian vaativaksi ja ulkopuolisen avun hankkiminen on perusteltua. (Winterling – Sidenvall – Glimelius – Nordin 2009: 591–592.)

Potilaiden psyykkisessä tuessa tulee huomioida myös syöpähoitojen jälkeinen aika. Mikäli potilaan hoidot ovat tuloksekkaita ja syöpä katsotaan hoitojakson päätteeksi hoideksi, on potilaan kanssa hyvä käydä läpi paranemisprosessiin liittyviä tuntemuksia. Syöpähoitojen jälkeen on tyypillistä, että potilaat ajattelevat elämän jatkuvan samanlaisena kuin ennen – toisaalta myös sairauden uusiutumisen pelko on yleistä. Töihinpaluu on nopeampaa sellaisilla potilailla, jotka kokevat hoitojen jälkeisen toipumisajan sujuvana.

Vastaavasti toipumisaika on pidempi, mikäli potilaan fyysisen kunnon palautuminen kestää oletettua kauemmin tai hän on huolestunut paranemisprosessin etenemisestä. (Winterling – Sidenvall – Glimelius – Nordin 2009: 588–589.)

Potilaat saavat eniten tietoa sairauteensa liittyen hoitohenkilökunnalta, painettuna tietona ja internet-lähteistä. Ikä tai sukupuoli eivät vaikuta siihen, millaisessa muodossa potilaat haluavat saada tietoa. Eniten potilaat haluavat tietoa lääkitykseen ja ravitsemukseen liittyen. Myös psyykkeeseen, syöpään ja fyysiseen toimintaan liittyvää tietoa pidetään tärkeänä – palliatiiviseen hoitoon liittyvää tietoa haluaa vain harva. Potilaat, jotka kokevat hallitsevansa sairautensa, hakevat aktiivisesti tietoa ja ovat kiinnostuneita lisätiedosta. Samantyyppinen tiedonsaannin tarve on huomattu omatoimisten potilaiden kohdalla: kuitenkin vain puolet potilaista on tyytyväisiä saamaansa tiedon määrään. Hoitohenkilökunnan on siis parannettava kommunikointiaan potilaan kanssa ja tietoa on annettava potilaalle koko syövän hoidon ajan sekä jatkohoidossa. Kaikkea tietoa ei kuitenkaan kuulu antaa hoitojen alussa, kun potilas kuulee diagnoosista ensimmäistä kertaa. (Keinki ym. 2016: 612–615.)

4 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Tässä opinnäytetyössä on tarkoituksena kuvata keuhkosityöpöpotilaan haluamaa tukea hoidon akuuttivaiheessa. Tavoitteenamme on, että hoitoalan henkilökunta ja potilas itse saavat opinnäytetyöstämme hyödyntämiskelpoista tietoa hoidon kehittämiseen.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymys on: millaisissa asioissa keuhkosityöpöpotilaat haluavat henkilökunnan tukea hoidon akuuttivaiheessa?

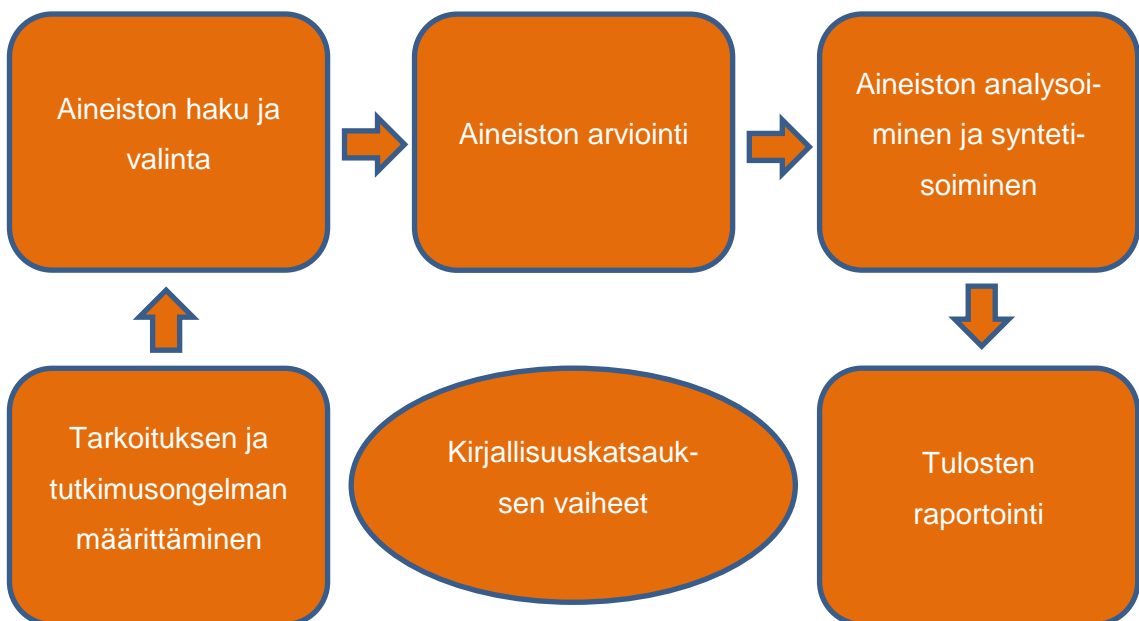
5 Tutkimuksen toteutusmenetelmä

5.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on arvioida ja tiivistää tutkimuskysymyksen kannalta merkityksellinen tieto yhteen siten, että eri lähteistä sekä tutkimuksista saatu ai-

neisto olisi helpommin lähestyttävää. Useiden tutkimusten tulosten yhdistäminen kohen-
taa kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta, sillä saatu tieto on koottu monesta eri lähteestä.
Mikäli kirjallisuuskatsaus perustuu ennalta määriteltyihin, toistettavissa oleviin menetel-
miin, on sen tuottama tieto totuudenmukaista ja perustellut johtopäätökset paikkansa pi-
täviä. Kirjallisuuskatsaus ei välttämättä kuvaa pelkästään tiettyä ilmiötä, vaan sen avulla
voidaan myös määritellä aihealueita jotka kaipaavat jatkotutkimusta. (Systematic Re-
views 2008: 5.) Kokoavalla kirjallisuuskatsauksella on tyypillisesti laaja tutkimuskysy-
mys, jonka perusteella tarkastellaan tutkittavaa ilmiötä. Tämän menetelmän käyttäminen
mahdollistaa sekä teoreettisen että empiirisen aineiston hyödyntämisen osana opinnäy-
tetyömme lähdemateriaalia. (Stolt – Axelin – Suhonen (toim.) 2015: 13, 111; Johansson
– Axelin – Stolt – Ääri (toim.) 2007: 84–85.)

Prosessina kirjallisuuskatsaus rakentuu viidestä vaiheesta, jotka on havainnollistettu ku-
viossa 1. Ensimmäisenä määritellään katsauksen tarkoitus sekä tutkimusongelma.
Tämä vaihe on erittäin tärkeä, koska se asettaa rajat käytettävälle aineistolle ja ohjaa
näin koko tutkimusprosessia: myös näkökulma tutkittavaan ilmiöön ja aiheeseen liittyvät
käsitteet profiloituvat ensimmäisen työvaiheen aikana. Laadittaessa tutkimuskysymystä
on toimittava suunnitelmallisesti ja huolellisesti, sillä liian laajasti määritelty tutkimuskysy-
mys mahdollistaa tarpeettoman suuren määrän hakuosumia aineistoa etsittäessä.
Vastaavasti liian suppea kysymys vaikeuttaa käyttökelpoisen aineiston löytämistä. (Stolt
ym. 2015: 24.)



Kuvio 1. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet.

Kirjallisuuskatsauksen toinen vaihe koostuu aineiston hausta sekä tutkimuskysymysten kannalta relevantin aineiston valitsemisesta. Hakuprosessi on työn luotettavuuden kannalta erittäin tärkeä vaihe, sillä huolimaton tai puutteellinen haun suunnittelu sekä toteutus altistavat virheelliseen tiedonhakuun ja väärin painottuneeseen tutkimusaineiston valintaan. Tällaisessa tilanteessa aineiston yksipuolisuus saattaa korostua, jolloin myös tulokset ja johtopäätökset rakentuvat suppealle tietopohjalle. Ennalta määritellyistä hakukriteereistä huolimatta tietokantahauissa tulee usein suuri määrä hakutuloksia, joista kaikki eivät sovellu katsauksessa käytettäväksi aineistoksi. Tämän vuoksi hakuprosessin tarkka dokumentointi on tärkeitä, jotta se olisi toistettavissa ja sitä kautta altistettavissa jälkikäteen tapahtuvalle kriittiselle tarkastelulle. Aineistoa voidaan hakea tietokantahaun ohella manuaalisesti esimerkiksi katsaukseen valittujen artikkeleiden lähdeluetteloista. (Stolt ym. 2015: 25–27.)

Aineiston hakemisen ja valinnan jälkeen siirrytään arvioimaan hakuprosessissa valittuja tutkimuksia. Tarkoituksena on tutkia hakutulosten kattavuutta ja edustavuutta. Arvioinnissa pohditaan sitä, miten käyttökelpoisia ja yleistettäviä aineiston tulokset ovat tutkimuskysymyksen kannalta. Arvioinnissa on huomioitava käytettävien tutkimusten otoskoko, tutkimusasetelma, keitä on tutkittu sekä miten ja millä perusteella tutkittavat on valittu. Lisäksi aineistoa voidaan arvioida julkaisuvuoden, -foorumien, -maan tai kirjoittajan perusteella. Luotettavuuden lisäämiseksi arvioinnit olisi hyvä suorittaa itsenäisesti vähintään kahden henkilön voimin. (Stolt ym. 2015: 28–30.)

Neljännessä vaiheessa aloitetaan aineiston analysointi ja syntetisoiminen, jossa tarkoituksena on tehdä yhteenveto kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten tuloksista. Aineiston analysoinnissa lähdeaineistosta nimetään erilaisia käsiteluookia, joiden avulla lähdeaineiston eroavaisuuksia sekä yhtäläisyyksiä on mahdollista ryhmitellä, vertailla ja tulkita. Erityistä huomiota tulee kiinnittää käytettyjen tutkimusten johtopäätöksiin ja tuloksiin. Käsiteluookit laaditaan yhdistämällä samankaltaisia teemoja ja nimeämällä ne niiden sisältöä kuvaavaksi. (Stolt ym. 2015: 30–31.) Tämän jälkeen muodostetaan synteesi: valittujen tutkimusten tulokset kerätään ja yhdistetään yhdeksi kokonaisuudeksi, joka kertoo olennaisen ja tutkimuskysymysten kannalta merkityksellisen tiedon tiivistetyssä muodossa (Systematic Reviews 2008: 45). Yleisen kuvan ohella esitetään myös mahdolliset ristiriitaiset tulokset (Stolt ym. 2015: 32).

Kirjallisuuskatsauksen viidennessä eli viimeisessä vaiheessa tulokset raportoidaan muodostettujen käsiteluokkien mukaisesti sekä työ kirjoitetaan lopulliseen muotoonsa. Raportoinnissa tulee pohtia tulosten hyödynnettävyyttä ja tarkastella kriittisesti kirjallisuuskatsauksen tuloksia sekä työn prosessia. Tässä vaiheessa on tähdellistä, että katsauksen johtopäätökset sekä tulokset eivät tee perusteettoman pitkälle vietyjä johtopäätöksiä aineiston pohjalta. (Stolt ym. 2015: 32–33.)

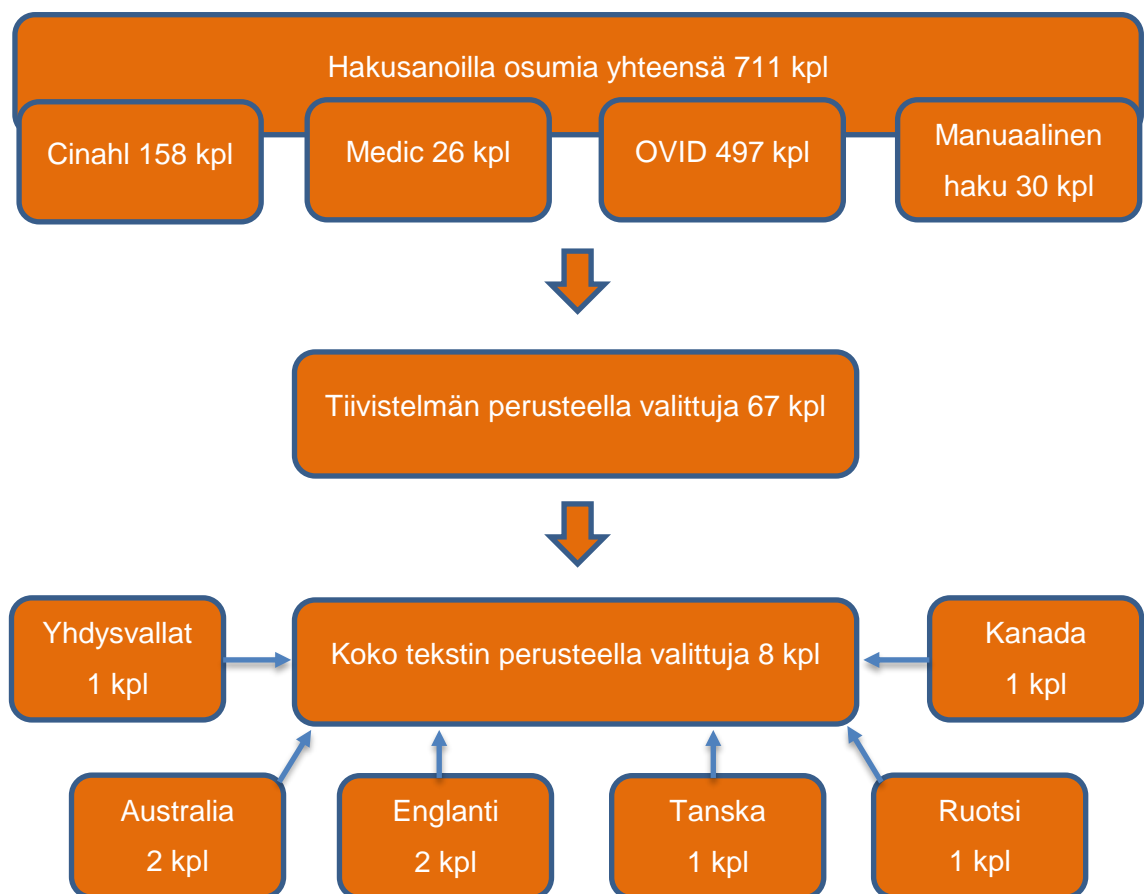
5.2 Tiedonhaun kuvaus

Tiedonhaun tarkoituksena on löytää riittävä määrä tutkimuskysymyksen kannalta merkityksellisiä tutkimuksia, ja sitä ohjaavat käytettävissä olevat tietokannat sekä resurssit. Hakuprosessi on kuvailtava huolellisesti, sillä sen tarkka dokumentoiminen edesauttaa tiedonhaun toistettavuutta, haun laajuuden riittävyyden arviointia sekä mahdollisesti myöhempää tietoperustan päivittämistä. (Systematic Reviews 2008: 22.) Toteutimme aineiston haun systemaattisesti siten, että rajasimme ensin julkaisuja pelkän otsikon perusteella. Koottuamme riittävän määrän sopivalta vaikuttavia artikkeleita siirryimme sulkemaan tutkimuksia pois tiivistelmien perusteella. Tästä jäljellejääneet artikkelit luimme kokonaan ja valitsimme tutkimuskysymykseen vastaavat julkaisut. Tiedonhaun luotettavuuden parantamiseksi haimme kumpikin artikkeleita itsenäisesti toisistamme riippumatta - tällöin relevantteja tutkimuksia jää vähemmän huomaamatta (Systematic Reviews 2008: 24).

Haimme tieteellisiä artikkeleita OVID-, Medic- ja Cinahl-tietokannoista. Käytimme erilaisia hakusanoja ja sanayhdistelmiä sekä suomen että englannin kielellä. Hakusanoja olivat esimerkiksi keuhkosityöpä, hoitohenkilökunta, henkinen tuki, lung neoplasm, mental health, emotional, nurse, support ja patient. Käytimme edellä mainittuja ilmaisuja ja muita hakusanoja osana erilaisia hakusanayhdistelmiä. Käytimme kaikkia hakusanoja ja niiden yhdistelmiä sekä suomeksi että englanniksi. Tarvittaessa katkaisimme sanoja lisäosumien löytymiseksi. Teimme tiedonhakua myös Terveystieteiden kirjastossa etsimällä aihepiiriin soveltuvia julkaisuja, oppaita, suosituksia sekä tilastoja.

Tiedonhaun teimme huhti-kesäkuun 2016 aikana. Huomioimme tiedonhaussa käytetyn materiaalin julkaisuvuoden vanhentuneen tiedon välttämiseksi. Haimme julkaisuja myös ilman rajauksia vähäisten osumien vuoksi. Etsimme joitakin hakuja Cinahl-tietokannassa

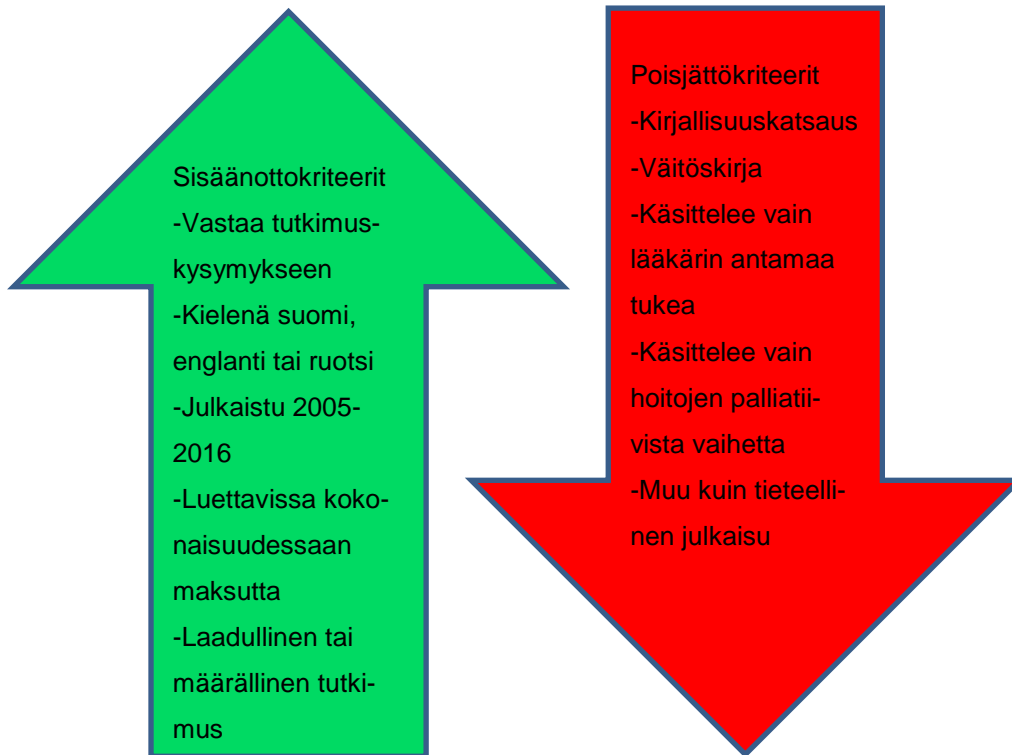
full text -rajauksella maksullisten ja vaikeasti saatavien julkaisujen välttämiseksi. Etsimme ainoastaan vuonna 2005 tai sen jälkeen julkaistuja tutkimusartikkeleita, jotta käytössämme olisi mahdollisimman ajantasaista tietoa. Haimme Cinahl-tietokannasta yleisesti hakusanoilla lung cancer ja lung neoplasm*, jolloin kummallakin haulilla osumia tuli miltei 10 000. Tarkensimme hakua lisäämällä hakusanoja, jolloin lung neoplasm* AND emotional -hakuyhdistelmällä saimme 64 osumaa. OVID-tietokannassa käytimme original article -rajausta alkuperäistutkimusten löytämiseksi. Osan artikkeleista haimme manuaalisesti etsimällä hakukriteerit täyttäviä julkaisuja artikkelien lähdeluetteloista. Kaikki hakusanat ja käyttämämme tietokannat löytyvät liitteestä 1. Hakuprosessin kuvaus on havainnollistettuna kuviossa 2.



Kuvio 2. Artikkelien hakuprosessin kuvaus.

Ennen tutkimusartikkelien etsimistä määrittelimme sisäänotto- ja poisjättökriteerit. Hyväksyimme artikkelin, mikäli se vastasi tutkimuskysymykseen, oli suomen-, englannin- tai ruotsinkielinen tieteellinen julkaisu ja julkaistu vuosien 2005–2016 aikana. Artikkelin piti olla luettavissa kokonaisuudessaan maksuttomana joko sähköisessä tai paperisessa muodossa. Hyväksyimme sekä laadulliset että määrälliset tutkimukset. Emme ottaneet

käyttöön kirjallisuuskatsauksia tai väitöskirjoja. Suljimme pois myös julkaisut, jotka käsitelivät pelkästään lääkärin toimintaa tai syöpähoitojen palliativista vaihetta. Edellä mainitut kriteerit on esitelty kuviossa 3.



Kuvio 3. Sisäänotto- ja poisjättökriteerit.

Luimme molemmat itsenäisesti artikkelin otsikon ja päätimme yhdessä, vaikuttaako tutkimus tarkoitukseemme soveltuvalta. Samalla tavalla toimimme sekä tiivistelmän että koko tekstin lukemisessa. Jouduimme hylkäämään useita artikkeleita niiden vaikean tai mahdollottoman saatavuuden vuoksi. Analyysiin valitut tutkimukset on esitelty liitteessä 2.

5.3 Aineiston analysointi

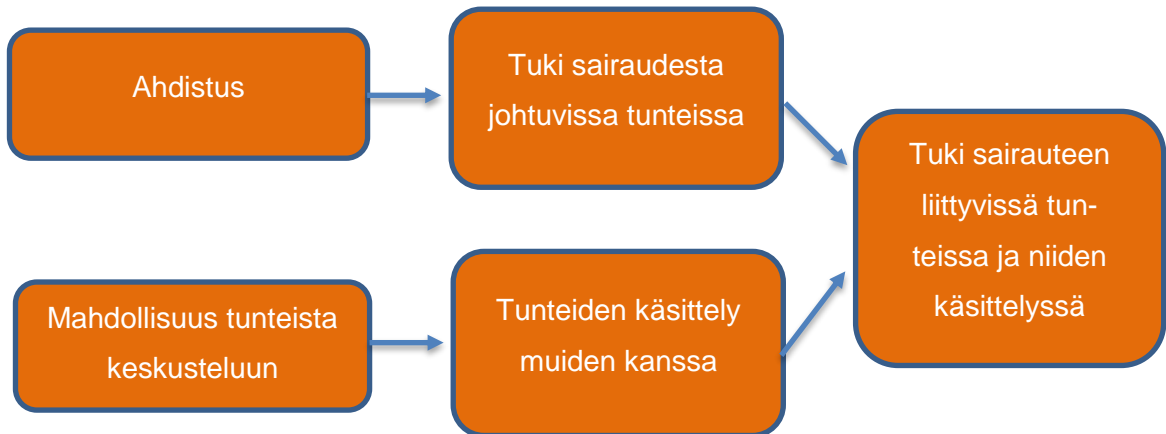
Sisällönanalyyssissä tutkitaan kirjoitettua kommunikaatiota: sen avulla on mahdollista tutkia erilaisten ilmiöiden merkityksiä, niiden välisiä suhteita ja seurauksia. Käsitteenä sisällönanalyysi tarkoittaa kerätyn aineiston tiivistämistä siten, että tutkittavat ilmiöt ja asiat ovat kuvattavissa lyhyesti yleisellä tasolla. Menetelmän avulla on mahdollista tehdä havaintoja sekä analysoida erilaisia dokumentteja systemaattisesti. (Janhonen – Nikkonen (toim.) 2003: 21–23.) Tutkimuksen aihepiiriin liittyvät ennako-oletukset, jotka olivat muodostuneet aiemmin omien kokemustemme perusteella, otettiin huomioon tiedostamalla niiden olemassaolo. Näiden esioletusten perusteella ei ollut myöskään suotavaa

luoda hypoteeseja siitä, millaisia tuloksia tutkimuksesta saadaan: aineistolähtöisen analyysin mukaisesti tarkastelimme tuloksia neutraalisti. (Eskola – Suoranta 1999: 19.)

Etsimme potilaiden kokemuksista kerätystä aineistosta tutkimusongelman kannalta merkitykselliset aihealueet. Näitä analysoimalla sekä havaintoja yhdistämällä saimme aihepiirikohtaisia vastauksia ja tuloksia, jotka valottivat tutkittavaa ilmiötä: sanoja ja ilmaisuja luokittelimme niiden teoreettisen merkityksen pohjalta. (Kylmä – Juvakka 2012: 112–113.) Päätimme tarkastella erityisesti ajatuksellisia kokonaisuuksia, jotka voivat koostua kokonaisista virkkeistä: myös lausumat eli useasta sanasta koostuvat ajatusteemat olivat tarkastelun kohteena (Janhonen – Nikkonen (toim.) 2003: 26). Näin toimimalla löysimme aineistosta tutkimuskysymyksiin vastaavaa tietoa ja vältimme pitkälle vietyjen oletusten tekemisen yksittäisten sanojen perusteella.

Analyysin vaiheet voidaan jakaa kahteen osaan, analyysi- ja tulkintavaiheeseen. Analysoinnissa tarkastelimme tutkimuksen aineistoa tietyn näkökulman kautta eli pelkistimme havaintoja: tässä vaiheessa etsimme vastauksia määrittelemäämme tutkimuskysymykseen (Kylmä – Juvakka 2012: 113). Eri näkökulmia käyttämällä sekä yhteisten teemojen, piirteiden ja nimittäjien avulla muodostimme pelkistyksistä samaa aihepiiriä käsitteleviä kategorioita, alaluokkia. Alaluokat nimesimme niiden sisältöä kuvaavilla nimillä. Tämä vaihe oli kriittinen, sillä tutkijoina määrittelimme itse mitkä pelkistykset kuuluivat mihinkin kategoriaan. Seuraavaksi yhdistimme samaa aihepiiriä käsitteleviä alaluokkia suuremmiksi yläluokiksi, jotka nimesimme jälleen niitä kuvaavilla nimillä. Lopuksi yhdistimme kaikki yläkategoriat yhdeksi, kaikkia niitä kuvaavaksi pääluokaksi, jonka avulla vastasimme tutkimuskysymykseen. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 101.) Luokkien jakautuminen on havainnollistettu kuviossa 4.

Meidän oli mahdollista yhdistää havaintoja, sillä ne edustivat samaa ilmiötä. Tästä saatu kokonaisuus vastasi tutkimuskysymykseen ja sitä kautta kuvasi tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa. Tulkintavaiheessa teimme päätelmiä saatujen havaintojen perusteella. (Kylmä – Juvakka 2012: 113.)



Kuvio 4. Esimerkki, miten pelkistyksistä muodostuu alaluokkien kautta yläluokka.

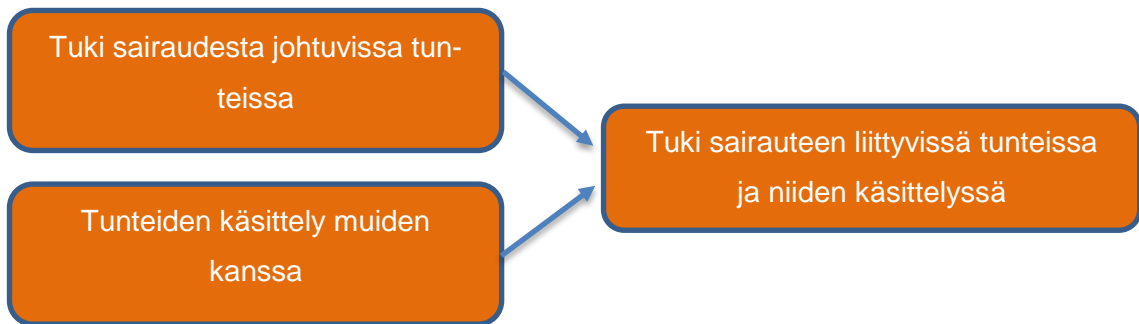
6 Tutkimuksen tulokset

Jaoimme aineiston analyysistä saadut pelkistykset alaluokkiin, joista muodostimme neljä yläluokkaa. Yläluokat muodostivat yhden pääluokan. Tässä luvussa esittelemme tutkimuksen tulokset yläluokittain jaettuna: alalukujen alussa on havainnollistettu, miten yläluokka muodostuu alaluokista. Suomenkielisten pelkistysten havainnollistamiseksi osan perään on liitetty alkuperäinen englanninkielinen ilmaisu. Kuviossa 5 on havainnollistettu, miten pääluokka muodostuu yläluokista.



Kuvio 5. Pääluokan muodostuminen yläluokista.

6.1 Tuki sairauteen liittyvissä tunteissa ja niiden käsittelyssä

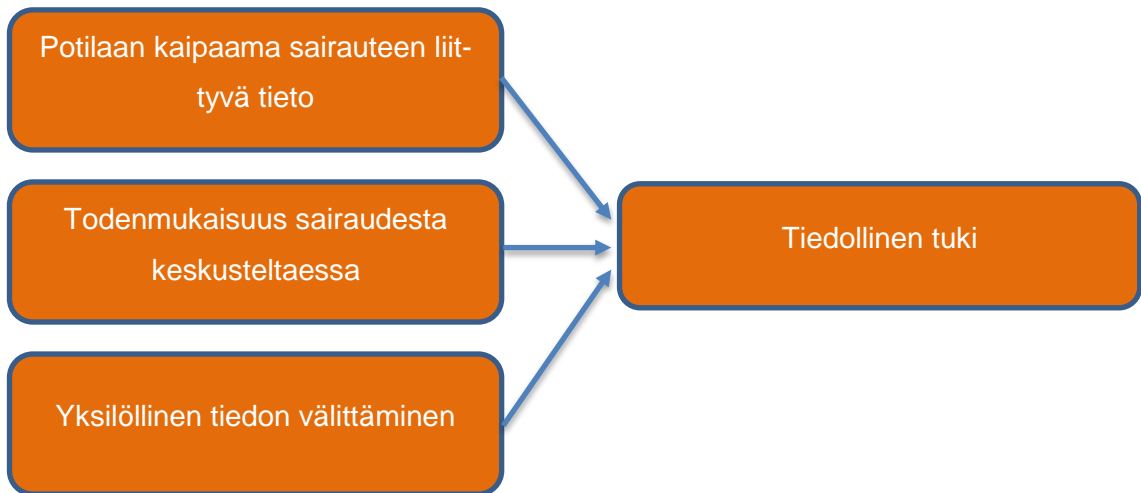


Kuvio 6. Tuki sairauteen liittyvissä tunteissa ja niiden käsittelyssä.

Keuhkosyöpöpotilaat kaipaavat hoitohenkilökunnalta tukea sairauteen liittyvissä tunteissa ja niiden käsittelemisessä. Tämän yläluokan muodostuminen alaluokista on esitetty kuviossa 6. Hoidon aikana potilaat kokivat erityisesti ahdistusta (*"Anxiety"*) (3, 7) sekä surua (*"Feelings of sadness"*) (3, 7) – itse syövän hoidonkin koettiin aiheuttavan ahdistusta (3). Myös kuolemaan liittyviä tuntemuksia (7) ja hämmennystä sairauden osumisesta omalle kohdalle (3) esiintyi ja diagnoosin viivästymisen koettiin aiheuttavan ahdistusta (2). Surun, ahdistuksen ja alakulon (3) ohella sairaus ja sen hoito herättivät erilaisia pelkoja, huolenaiheita sekä tylsistymisen ja hyödyttömyyden tunnetta (3). Varsinkin huoli siitä, ettei omalla toiminnalla voi vaikuttaa hoidon tuloksiin (*"Worry that the results of treatment are beyond your control"*) (3, 7), epävarmuus tulevaisuudesta (*"Uncertainty about the future"*) (3, 7) sekä huoli omaisten jaksamisesta (3) ja huolesta (3) vaikuttivat potilaiden elämänlaatuun ja he kaipasivat niiden käsittelyssä henkilökunnan apua. Potilaat kokivat myös pelkoa syövän leviämisestä (3) ja uusimisesta (3), kivuista (3), itsenäisyyden menettämisestä ja fyysisen toimintakyvyn heikkenemisestä (3).

Potilaiden mielestä mahdollisuus puhua tunteistaan oli tärkeää (8). Hoitohenkilökunnan osalta tätä kuitenkin vaikeutti se, että potilaat olivat usein varautuneita keskustellessaan tuntemattomien kanssa (*"Many were wary about discussing their thoughts and feelings with counsellors -- who some referred to as 'strangers'."*) (1) koska he pelkäsivät leimautuvansa (1, 5) ja kokivat, etteivät muut voi ymmärtää heidän tuntemuksiaan (1). Mahdollisuutta keskustella jonkun kanssa, joka tiesi ja ymmärsi millaisia asioita potilas käy läpi sairauden aikana (3), arvostettiin. Useimmiten tunteita käsiteltiin kuitenkin yksin tai läheisten kanssa (1).

6.2 Tiedollinen tuki



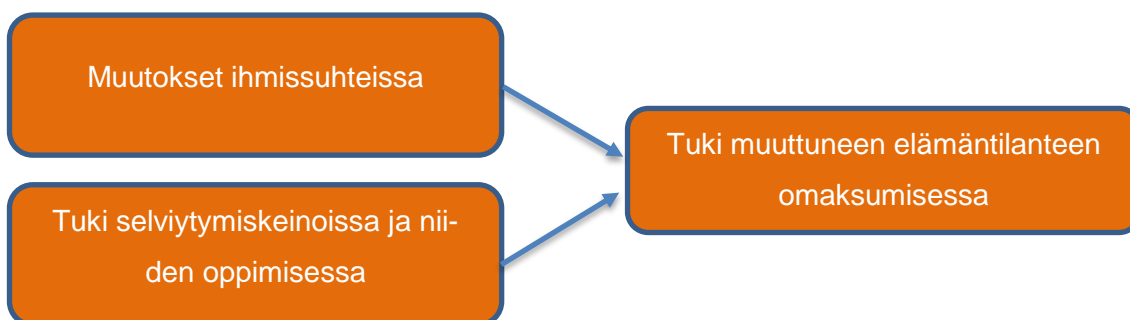
Kuvio 7. Tiedollinen tuki.

Potilaiden tiedollisen tuen tarve oli suuri ja nousi keskeiseksi aiheeksi tuloksissa. Tiedollisen tuen muodostuminen alaluokista on esitelty kuviossa 7. Tieto hoidon hyödyistä ja haitoista (*“To be adequately informed about the benefits and side effects of treatment”*) (3), sairauden ja hoidon sivuoireiden hallitsemisesta (*“To be given information about aspects of managing your illness and side effects of treatment”*) (3) sekä seksuaalisuuteen liittyvän tiedon antaminen (*“To be given information about sexual relationships”*) (3) olivat olennaisia asioita, joissa potilaat kaipasivat hoitohenkilökunnan tukea ja apua. Tärkeää oli myös varmistaa potilaan tietoisuus hänelle suunnatuista palveluista (1) ja vertaistuesta (3). Hallinnassa olevasta sairaudesta tiedottaminen (3) koettiin arvokkaaksi. Fyysisen toimintakyvyn ylläpitoon liittyvä tieto (7) ja kertominen asioista, joilla helpottaa kuntoutumista (3) olivat potilaiden mielestä hyödyllisiä. Vaikka henkilökunnalta saatu ajankohtainen tieto vahvistikin potilaiden kokonaiskuvaa hoidosta (8), oli potilaiden yksilöllinen tiedon tarve huomioitava: osa potilaista ei välttämättä halunnut tietää kaikkea (1) kun taas osa ilmaisi halunsa saada lisää tietoa sairauteen liittyen (7) ja selvennystä asioihin, jotka kiinnostivat heitä (3).

Sairaudesta keskusteltaessa ja tiedotettaessa todenmukaista ja rehellistä tietoa arvostettiin (*“Honest and straightforward information was highly valued among this group --”*) (1). Myös ennusteesta keskusteltaessa rehellisyys koettiin tärkeäksi (*“Honesty was particularly important in discussions about prognosis --”*) (1) – potilaan kokemus siitä, että epämiellyttävää tietoa pimitettiin, aiheutti turhautumista (1). Sairauteen liittyvistä asioista

tiedottamisen toivottiin olevan mahdollisimman nopeaa (3) ja mieluisimmaksi tiedonlähteeksi potilaat nimesivät lääkärin (1). Monien mielestä potilaan tiedottaminen olikin lääkärin vastuulla (1). Lääkärin rehellisyys sairauden suhteen koettiin tärkeäksi (1). Potilaat kokivat suullisesti annetun tiedon mielekkäimmäksi (1), mutta myös kirjallisen tiedon antamista pidettiin tärkeänä (3). Kokonaisuutena hoitoon liittyvien asioiden läpikäyminen henkilökunnan kanssa oli puutteellista (7).

6.3 Tuki muuttuneen elämäntilanteen omaksumisessa



Kuvio 8. Tuki muuttuneen elämäntilanteen omaksumisessa.

Keuhkosityöpään sairastuneet potilaat kaipasivat tukea muuttuneen elämäntilanteen omaksumisessa (yläluokan muodostuminen on esitelty kuviossa 8). He kokivat muutoksia seksuaalisuudessaan (*“Changes in sexual relationships”*) (3) ja muiden ihmisten asenteissa heitä kohtaan (*“Changes in people’s attitudes and behaviors towards you”*) (3). Sairauden ja sen hoitojen aiheuttamat muutokset loivat tarpeen selviytymiskeinoille, joiden oppimisessa ja omaksumisessa potilaat kaipasivat henkilökunnan tukea. Selviytymiskeinoja olivat syövästä keskusteleminen (3), tarkoituksen löytäminen sairaudesta (3) ja myönteinen elämänsenne (3). Osa potilaista koki jo pelkän huolistaan kertomisen helpottavan heidän oloaan (5) ja ahdingon itsehallinnan vähentävän tarvetta ammatilavulle (5). Myös tehokas ajankäyttö (3, 7), tilanteen hallinnan oppiminen (3, 7) ja ulkoisen olemuksen muuttumisen hyväksyminen (3) olivat potilaiden käyttämiä selviytymiskeinoja.

6.4 Yksilöllinen ja luotettava hoitosuhde potilaan ja henkilökunnan välillä



Kuvio 9. Yksilöllinen ja luotettava hoitosuhde potilaan ja henkilökunnan välillä.

Merkittävä osa keuhkosyöpäpotilaan henkisen tuen tarpeen täyttämisestä tapahtui potilaan ja hoitohenkilökunnan välisen vuorovaikutuksen kautta (yläluokan muodostuminen on esitelty kuviossa 9): tällainen kontakti koettiin tärkeäksi (*"Meeting the health-care professional and the nursing staff were also important encounters."*) (8). Henkilökunnalta toivottiin empaattista asennetta (*"Hospital staff to acknowledge and show sensitivity to your feelings"*) (3) potilaan kohtaamisessa. Yksilöllinen kohtaaminen (3), mahdollisuus kysyä mistä tahansa asiasta (8) ja oireiden tiedostaminen (2) olivat potilaille merkityksellisiä osa-alueita. Omaisten pääsyn salliminen potilaan luokse ajasta riippumatta (3), yksityisyyden turvaaminen sairaalassaolon aikana (3) ja kokemus siitä, että henkilökunta välittää toivoa (3) sekä tukee potilasta tuntemuksiensa kanssa (3) olivat myös olennaisia esille nousseita teemoja. Ajatus siitä, että hoitohenkilökunta työskentelee potilaiden hyväksi (8) ja tekee kaikkensa heidän eteensä (2) koettiin tärkeäksi.

Hoitohenkilökunnasta välittyvä asenne vaikutti potilaan ahdinkoon (2). Sairauden oireiden sivuuttaminen aiheutti potilaissa ahdistusta (2), ja henkilökunta jätti oireista johtuvan ahdingon usein huomiotta (2). Psykologiset palvelut kiinnostivat useita (7), mutta tukea ei tarjottu kaikille kiinnostuneille (6). Hoitohenkilökunnan saatavuus korostui: potilaat toivoivat, että ammattiapua olisi tarvittaessa saatavilla (3), hoitohenkilökunta olisi aina tavoitettavissa (8) ja valmis keskusteluun (3). Myös se, että hoitohenkilökunta vietti aikaa potilaan kanssa (8) ja kuunteli häntä koettiin tärkeäksi (8). Ammattitaitoinen tuki loi turvaa (*"Support, which is based on both medical knowledge and interpersonal support, is vital*

for promoting the feeling of being cared about.”) (8), ja henkilökunnan kunnioittava kohtaaminen sekä laadukas hoito vahvistivat potilaan luottamusta hoitoon kokonaisuutena (8). Luottamus hoitosuhteeseen tuki potilasta (8). Hyvä suhde henkilökuntaan (8), hoidon jatkuvuudesta huolehtiminen (4) sekä miellyttävä hoitoympäristö (3) vahvistivat turvallisuuden tunnetta.

7 Pohdinta

7.1 Tulosten pohdinta

Tuloksissa ilmeni, että henkisen tuen kannalta erityisesti yksilöllinen kohtaaminen hoidon aikana oli potilaille tärkeää. Kokemus siitä, että hoitohenkilökunta kuunteli ja oli aidosti paikalla potilasta varten merkitsi huomattavan paljon ja tuli aineistossa usein esille. Middletonin (2014: 39–45) mukaan kommunikointi hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä oli yksi tärkeimmistä tekijöistä potilaan henkisen jaksamisen kannalta, ja aihepiiristä saatujen pelkistysten määrä viittasi tuloksissamme samaan päätelmään. Hoitohenkilökunnan ja potilaan välisen suhteen mutkattomuus sekä välittömyys edesauttoivat selkeästi kokemusta yksilöllisesti räätälöidystä hoidosta, joka puolestaan vahvisti yleistä hoitoon liittyvää turvallisuuden tunnetta. Potilaiden näkökulmasta myös hoitohenkilökunnan kunnioittava asenne ja toivon ylläpitäminen vaikeassa elämäntilanteessa olivat merkittäviä tekijöitä, mikä ilmeni myös Johnston Taylorin (2003: 585–589) tutkimustuloksissa: potilaat kokivat heille osoitetun empatian myönteiseksi ja olennaiseksi osaksi ammattilaisten antamaa henkistä tukea.

Henkisen tuen tarjoamisessa tulisi huomioida, että monet kaipasivat henkilökunnalta läsnäoloa ja herkkyyttä tunnistaa heidän ahdistuksensa, mutta toisaalta osa koki, ettei halua keskustella asiasta lähipiiriinsä kuulumattomien henkilöiden kanssa. Myös Taskilan ym. (2006: 103) mukaan potilaat kaipasivat hoitohenkilökunnalta läsnäoloa hoidon aikana, joten tulosten valossa voidaan päätellä, että osalle potilaista riittää pelkkä ajatus siitä, että henkilökunta on tarvittaessa saatavilla. Tällaiset potilaat käsittelevät sairauttaan luultavimmin yksin tai läheistensä kanssa, mutta mikäli sairauden tuoma henkinen taakka käy liian raskaaksi lähipiirissä käsiteltäväksi, he kokevat mahdollisuuden ammattilaisen puoleen kääntymisestä lohduttavaksi.

Uutena asiana tuloksista ilmeni, että osa potilaista ei kuitenkaan halua keskustella sairaudestaan sellaisten henkilöiden kanssa, jotka eivät itse ole läpikäyneet keuhkosityöpähoitoja. Toisaalta osa koki mahdollisuuden henkilökunnan kanssa keskusteluun hyvin tärkeäksi, eli kaiken kaikkiaan sairaudesta keskusteleminen tapahtui varsin vaihtelevilla tavoilla. Tämä johtui todennäköisesti siitä, että vakavan sairauden käsittelyssä henkilökohtaiset mieltymykset korostuvat voimakkaasti – yksi kokee vertaistuen hyödylliseksi, toinen käy läpi tuntemuksiaan läheistensä kanssa ja kolmas kokee hallitsevansa tilanteen parhaiten yksin. Sairautensa hallitsemiseksi potilaat käyttävät siis tehokkaimmaksi kokemaansa ja parhaimmaksi havaitsemaansa kriisinhallinnan menetelmää, joka vaihtelee henkilökohtaisesti. Toisaalta analysoiduissa tutkimuksissa ei ollut kartoitettu potilaiden sosiaalisia verkostoja, mikä vuorostaan olisi helpottanut muodostamaan kokonaiskuvaa siitä, miten esimerkiksi läheiseksi koettujen omaisten määrä vaikuttaa henkiseen tukeen ja siihen liittyvien palveluiden tarpeeseen. Sairaalan ulkopuolisten ihmisten merkitys henkiseen tukeen jäi muutenkin vähälle huomiolle analysoiduissa tutkimuksissa: selvittämättä jäi, kuinka läheisten tarjoama tuki vaikuttaa hoitohenkilökunnan antaman tuen tarpeeseen.

Yksilöllisen kohtaamisen ohella tiedollisen tuen merkitys korostui tuloksissa: tarve oli potilaskohtaista, mutta yhdeksi yhdistäväksi tekijäksi nousi rehellisyys tietoa annettaessa. Vaikka tuloksissa ilmeni myös, ettei osa potilaista halua tietää kaikkea hoidostaan ja sairaudestaan, ei se tarkoita, että esimerkiksi tuloksista kerrottaessa olisi sallittavaa antaa potilaalle valheellista tietoa tai jättää kertomatta olennaisia sairauteen liittyviä asioita. Diagnoosin saatuaan useimmat ovat luultavasti shokkitilassa ja tiedon vastaanottaminen on haastavaa, joten tärkeintä olisi taata potilaan tietoisuus hoidon olennaisista asioista, kuten ennusteesta sekä hoidon tavoitteista. Vaikka aineiston analysoimisen seurauksena saimme luokiteltua runsaasti erilaisia osa-alueita joissa potilaat haluavat selvityksiä, ei näistä kuitenkaan ilmennyt missä vaiheessa hoitoa mitään tietoa kaivattiin – esimerkiksi fyysisen toimintakyvyn ylläpitoon liittyen olisi ollut mielenkiintoista saada selville, halusivatko potilaat tietoa jo hoidon alkuvaiheessa vai vasta myöhemmin. Kaikkea tietoa ei kuulu antaa välittömästi diagnoosin saamisen jälkeen (Keinki ym. 2016: 612–615), sillä tällöin potilas ei välttämättä ole vastaanottavainen suurelle määrälle tietoa eikä välttämättä kykene käsittelemään sitä. Tämän pohjalta tietoa olisikin soveliasta antaa hoidon ja paranemisen tai tilanteen huononemisen mukaan, jotta potilaalla olisi käytössään juuri hänen sairautensa tilaan ja elämäntilanteeseensa sopivaa tietoa – tällainen lähestymistapa jäi vähälle huomiolle niin analysoiduissa kuin teoriapohjassa käytetyissä tutkimuksissa.

Tuloksissa ja teoretiedossa molemmissa ilmeni, että potilaat haluavat tietoa hoitohenkilökunnalta suullisesti, kirjallisesti tai molempien yhdistelmänä (Keinki ym. 2016: 612–615). Syitä siihen, miksi potilaat suosivat suullista tai kirjallista tietoa voi olla useita. Potilaan ja hoitohenkilökunnan välisen kommunikoinnin etu on, että molemmat osapuolet voivat esittää tarpeen mukaan lisäkysymyksiä tiedon sisällön ollessa lähtöisin potilaan tarpeista. Luonnollisesti tähän vaikuttaa myös hoitotyön ammattilaisen ote potilastyöhön – sairaudesta kertominen on potilaslähtöistä vain, jos henkilökunta antaa potilaalle mahdollisuuden pohtia tilannettaan rauhassa. Holhoava ote potilaaseen tuskin edistää voimaannuttavaa hoitotyötä, sillä tällöin potilaalla ei ole mahdollisuutta tarkastella sairautta omista lähtökohdistaan: kaikki tapahtuu vain hoitohenkilökunnan laatimien toimintamallien mukaisesti, ja potilaalle ei jää tilaa kysyä häntä askarruttavista asioista. Osan mielestä suullinen tieto saattaa kuitenkin tuntua keksityltä tai tunnepohjaiselta, kun kirjallinen tieto vuorostaan tuntuu luotettavammalta painetun formaatin vuoksi. Kirjalliseen tietoon palaaminen on myös helpompaa silloin, kun hoitohenkilökuntaa ei ole saatavilla. Tämän vuoksi paras tapa lienee molempien tiedottamismuotojen yhdistelmä, jolloin kaikki potilaat saavat sekä kirjallista tietoa että yhtäläiset mahdollisuudet keskustella mieltään askarruttavista seikoista. Tulosten perusteella hoitoon liittyvien asioiden läpikäyminen oli kuitenkin potilaiden mielestä puutteellista, mikä on linjassa Keinkin ym. (2016: 610–616) tutkimuksen kanssa.

Tuloksissa painottui selkeästi potilaiden halu kuulla sairauteensa liittyvää tietoa heitä hoitavalta lääkäriltä, mikä ei kuitenkaan suoraan ilmennyt aiemmin. Syy siihen, että potilaat halusivat kuulla tiedon lääkäriltä voi olla, että lääkäreillä on takanaan pitkän koulutuksen tuoma tietotaito sekä auktoriteetti. Nämä herättävät varmasti monissa luottamusta. Myös yhteiskunnan luoma kuva siitä, että lääkärit ovat hoitoalalla parhaita osaajia ja alansa ammattilaisia riippumatta työkokemuksen määrästä voi vahvistaa tätä tunnetta. Tämä asettaa varmasti haasteita sairaanhoitajille, joiden antamaan tietoon ei välttämättä luoteta ilman lääkärin vahvistusta.

Riittävä tiedollinen tuki mahdollistaa potilaan omatoimisuuden ja omien asioiden ajamisen. Potilas voi oppia hallitsemaan uutta elämäntilannettaan, kun hänelle annetaan luotettavaa ja ajankohtaista tietoa. Tämä lisää potilaan itseluottamusta ja tilanteen hallinnan tunnetta. Potilaan on jatkettava elämäänsä jossakin muodossa riippumatta siitä, onko keuhkosityöpä parannettu kokonaan vai onko sairauden etenemistä vain hidastettu. Jos

potilaalla ei ole tietoa omasta sairaudestaan, sen luomista rajoitteista tai mahdollisuuksista, hänen on haastavaa tehdä rationaalisia päätöksiä oman elämänsä suhteen. Esimerkiksi hoidon alkuvaiheessa annettu tieto vertaistuesta ei välttämättä kiinnosta potilasta juuri kyseisellä hetkellä, mutta vuosien päästä potilas voi kokea vertaistuen hyödylliseksi, jolloin tieto sen olemassaolosta on erittäin tärkeää.

Middletonin (2014: 39–40) mukaan taloudelliset tekijät rajoittivat hoitohenkilökunnan mahdollisuuksia tunnistaa potilaan henkisen tuen tarve sekä puuttua siihen. Sisällönanalyyssissä vuorostaan ilmeni, että kiinnostusta psykologisia palveluita kohtaan esiintyi jonkin verran, mutta henkilökunta ei välttämättä ohjannut kaikkia halukkaita tällaisen tuen piiriin. Syy henkisen tuen tarpeen sivuuttamiseen ei analysoiduista tutkimuksista selvinnyt, mutta taustalla saattoivat vaikuttaa monet eri tekijät: kiire, henkilökunnan liian suuri kuormitus sekä mahdollinen haluttomuus tai kyvyttömyys käsitellä vakavaan sairauteen liittyvää ahdistusta potilaan kanssa. Toisaalta hoitoon ohjauksen puutteissa tulee huomioida myös henkilökunnan erikoisala: syöpäosastolla hoitohenkilökunta voi olla orientoitunut hoitamaan nimenomaan syöpää ja sen aiheuttamia somaattisia oireita, jolloin potilaan henkisten oireiden tiedostaminen saattaa jäädä taka-alalle. Yksiselitteistä syytä sille, miksi psykologisista palveluista kiinnostuneita ei ohjattu erikoistuneen avun piiriin, ei kuitenkaan selvinnyt.

Middleton (2014: 39–40) esitti yhdeksi potilaan toimintakykyä vaalivaksi tekijäksi tavoitteiden asettamisen, joiden toteutuminen ylläpiti toivoa. Tulosten perusteella potilaat halusivat, että henkilökunta välittäisi toiminnallaan myönteistä asennetta ja toivoa. Tämän perusteella olisi tärkeää, että hoitohenkilökunta asettaisi yhdessä potilaan kanssa mahdollisia tavoitteita hoidon eri vaiheissa ja tukisi potilasta parhaansa mukaan tavoitteisiin pääsyssä. Esimerkiksi tavoitteen asettamisen sellaiselle potilaalle, joka ei kykene nousemaan vuoteesta ylös, olisi lähdettävä suhteellisen pienistä asioista: päivä kerrallaan edetessä realistinen tavoite voisi olla, että potilas kävelisi itsenäisesti kahden viikon kulluttua. Tämä loisi toivoa potilaalle ja saisi hänen mielensä kohenemaan, kun ajatus mahdollisesta itsenäisestä toiminnasta sekä liikkumisesta konkretisoituisi lähitulevaisuudessa. Realististen tavoitteiden asettamisessa hoitohenkilökunnan ammattitaidolla olisi käyttöä potilaalle, jotta tavoitteet olisivat aidosti saavutettavissa: todenmukaisen ja järkevän tavoitteen toteutuessa potilasta olisi mahdollista motivoida positiivisen voimaantumisen kautta. Tällainen tavoitteellisuuden oppiminen jo sairaalassaolon aikana mahdollistaisi saman toiminnan jatkamisen potilaan kotiuduttua – samalla potilas oppisi uuden, henkistä hyvinvointia ylläpitävän työkalun käytön. Myös hoidon lopussa olisi hyvä

asettaa tällaisia tavoitteita ja tarkastella niissä etenemistä mahdollisilla jälkitarkastuskäynneillä. Näillä käynneillä henkilökunta tukisi sekä seuraisi potilasta, tämän jaksamista sekä tavoitteiden toteutumista ja mahdollisesti muokkaisi niitä yhdessä potilaan kanssa.

Keuhkosityövän hoidoilla on monia, niin henkisiä kuin fyysisiä haittavaikutuksia (Moradian – Howell 2015: 216, 219, 223; Hopkins – Rosenzweig 2011: 365–369). Fyysiset ja henkiset muutokset ovat usein kytköksissä toisiinsa, koska henkinen pahoinvointi aiheuttaa negatiivisia muutoksia myös fyysisellä tasolla ja toisinpäin. Henkisellä hyvinvoinnilla on yhteys fyysisen kipuun ja pahoinvointiin, jonka vuoksi sen edistämiseen olisi tärkeää keskittyä. Tuloksissa ilmeni monia erilaisia selviytymiskeinoja, jotka auttoivat potilasta. Jos hoitohenkilökunta tukee potilasta näiden selviytymiskeinojen hyödyntämisessä ja potilas oppii käyttämään niitä, on niistä kauaskantoista hyötyä myös hoidon loppumisen jälkeen. Henkilökunnalla on siis suuri rooli siinä, miten potilas omaksuu ja sopeutuu uuteen elämäntilanteeseensa. Nykyään hoitoyksiköt näyttävät erikoistuvan yhä tarkemmin tiettyjen sairauksien hoitoon, jonka seurauksena niiden osaaminen keskittyy esimerkiksi sairauden fyysisiin oireisiin. Tässä muutoksessa olisi kuitenkin muistettava, että potilaan liikkumisen erikoisalojen välillä tulisi olla mahdollisimman helppoa, vaivatonta sekä tarkoituksenmukaista. Samalla eri erikoisalojen välistä kommunikaatiota tulisi tehostaa, jotta potilaita ei jäisi vailla tarvitsemaansa hoitoa.

Johnin (2010: 339–347) mukaan uupumus sekä väsymys vaikuttivat eniten potilaiden toimintakykyyn, ja tehokkaimmaksi hoitokeinoksi koettiin tasapainon löytäminen levon ja aktiviteetin välillä. Tätä tukevat myös tulokset, joista ilmeni, että yksi potilaiden käyttämistä selviytymiskeinoista oli tehokas ajankäyttö. Myös itsenäisyyden säilyttäminen oli yksi elämänlaatua ylläpitävistä tekijöistä, ja tulosten mukaan potilaat pelkäsivätkin sen menettämistä sairauden seurauksena. Näillä edellä mainituilla asioilla on selkeä kytkös toisiinsa: suurin elämänlaatua huonontava tekijä oli hoidettavissa tehokkaalla ajankäytöllä, joka vuorostaan auttoi arjen tasapainon löytämistä sekä ylläpitämistä. Itsenäisyyden säilyttämiseksi potilaalla tulisi siis olla riittävästi uuteen elämäntilanteeseen vaadittavaa tietoa esimerkiksi hoidon kulusta, sen tuomista hyödyistä ja rajoitteista sekä vertaistuen mahdollisuuksista. Kaikessa tässä korostuukin henkilökunnan kyky tunnistaa potilaan henkiset tarpeet hoidon aikana: tulosten perusteella pelkkä fyysisen sairauden hoitaminen ei ole riittävää. Henkiseen tukeen olisi keskityttävä potilaan hoidossa nykyistä enemmän ja se olisi nostettava yhtä tärkeäksi osaksi potilaan hoitotyötä kuin itse fyysisen sairauden hoitaminen. Tässä hoitohenkilökunta tarvitseekin varmasti lisäkoulu-

tusta – ennen sitä alkuun päästäisiin jo asian tiedostamisella ja huomioimisella. Kokonaisuutena potilaan henkinen tuki ja siihen vaikuttavat asiat näyttävät pitävän sisällään paljon enemmän osa-alueita kuin monet aikaisemmat tutkimukset ovat tunnistaneet.

7.2 Luotettavuuden pohdinta

Tieteellistä tutkimusta tehtäessä tavoitteena on tuottaa mahdollisimman todellisuudenmukaista tietoa ilmiöstä, jota tutkitaan (Kylmä – Juvakka 2012: 127). Laadullista tutkimusta tehtäessä tulosten analyysin laajuus, toteuttamisessa tehdyt ratkaisut sekä tutkimuksen luotettavuus ylipäättään ovat jatkuvan tarkastelun alaisia. Tutkija on omalta osaltaan tutkimusväline, jonka avoimen ajatusmaailman tulisi toimia työkaluna mahdollisimman todenmukaisten tulosten saamiseksi. Tutkijan vahvan roolin sekä läsnäolon vuoksi koko tutkimusprosessin luotettavuutta ja lähtökohtia on tärkeää pohtia perusteellisesti: tutkimuksen refleksiivisyys edellyttää sitä, että tutkija arvioi vaikutustaan aineistoon sekä tutkimusprosessiin. (Eskola – Suoranta 1999: 209–212; Kylmä – Juvakka 2012: 129.)

Jotta tutkimuksemme tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia eikä tulkinnanvaralle jäisi sijaa, etsimme tutkimusartikkeleita yhdessä. Ristiriidan ilmetessä keskustelimme aiheesta kehittävästi, jonka jälkeen teimme päätöksen tutkimuksen käyttämisestä. Teimme sisällönanalyysin kaksinkertaisena ja toisistamme erillään – luimme kaikki artikkelit itsenäisesti, jonka jälkeen vaihdoimme tutkimukset päittäin. Tämän jälkeen kumpikin kävi läpi toisen merkinnät ja teki omat lisähuomionsa artikkeleihin. Nämä merkinnät kävimme vielä yhdessä läpi ja keskustelimme niiden merkityksellisyydestä. Tällä toimintatavalla pyrimme minimoimaan ristiriitaiset aineistoon liittyvät tulkinnat. On kuitenkin huomioitava, että kaikki tutkimusartikkelimme olivat englanninkielisiä – vaikka luemme englantia sujuvasti, aiheuttivat tieteellinen sanasto sekä akateeminen kirjoitusasu ajoittaisia haasteita kokonaisuuden ymmärtämisessä. Luimme artikkelit erityistä tarkkuutta noudattaen ja käytimme sanakirjaa erittäin matalalla kynnyksellä. Kävimme artikkeleita läpi niin pitkään kunnes koimme ymmärtävämmme niiden sisällön.

Kylmän ja Juvakan (2012: 128–129) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta pitää arvioida neljän eri kriteerin avulla, jotka ovat tutkimuksen vahvistettavuus, uskottavuus, siirrettävyys ja refleksiivisyys. Tutkimuksen vahvistettavuus tarkoittaa, että prosessi on kuvattu riittävän tarkasti siten, että toinen tutkija kykenee seuraamaan prosessin etene- mistä pääpiirteissään. Tämän seurauksena pitäisi käydä ilmi, miten tutkimuksen laatija

on päätynt kerätyn aineiston avulla johtopäätöksiinsä. Tämä ei kuitenkaan edellytä sitä, että toinen tutkija päätyisi samaan lopputulokseen kuin alkuperäinen tekijä: laadullisen tutkimuksen ominaisuuksiin kuuluu tulosten tulkinnanvaraisuus, jolloin eri henkilöt voivat tehdä samasta aineistosta toisistaan eriäviä tulkintoja. Lisäksi tutkimuksen toteutuksen taustalla olevien ilmiöiden ja niiden esilletuonnin tekstimuodossa tulisi vastata toisiaan mahdollisimman paljon. Tällaisen täsmällisen prosessinkuvauksen pitäisi sisältyä kaikkien tutkimuksen tekoon liittyvään toimintaan aineistonkeruusta lähtien. Tutkimuksen sekä tulosten uskottavuutta voidaan parantaa keskustelemalla havainnoista ja tutkimusprosessista muiden tutkijoiden kanssa. Uskottavuutta parantaa myös aika, jonka tutkija käyttää tutkittavan ilmiön parissa: ajan myötä aihe tulee tutummaksi ja siihen saattaa avautua uusia näkökulmia.

Aineistonkeruun prosessinkuvauksessa pyrimme mahdollisimman suureen tarkkuuteen, jotta toimintamme olisi läpinäkyvää ja hyvän tutkimuskäytännön mukaista. Tutkimuksen vahvistettavuuden takaamiseksi laadimme aineiston analysointivaiheessa taulukon, johon sijoitimme pelkistettävien tutkimusten alkuperäiset englanninkieliset ilmaisut ja niiden suomenkieliset pelkistykset: taulukko löytyy liitteestä 3. Merkitsimme jokaisen pelkistykseen artikkelikohtaisilla numeroilla, jotta julkaisuihin palaaminen olisi mahdollisimman helppoa ja pelkistystä olisi mahdollista tarkastella niiden alkuperäisessä asiayhteydessä (numeroa vastaavat artikkelit on esitetty liitteessä 2). Tämä mahdollistaa myös analysointiprosessin kriittisen tarkastelun muiden tutkijoiden toimesta: aineiston tulkinnan vaiheet ovat näin mahdollisimman läpinäkyviä ja kattavasti dokumentoituja. Tutkimuksen uskottavuuden lisäämiseksi kysyimme pelkistyksistä ja niiden luokittelusta mielipidettä opinnäytetyömme ohjaajalta. Näin saimme tarkennettua näkökulmaamme aiheeseen ja muokattua havaintojen luokittelua siten, että ne vastasivat tutkimuskysymykseemme tarkemmin. Aineiston analyysi tapahtui kesän ja syksyn 2016 aikana, jonka myötä aihe tuli meille varsin tutuksi. Palasimme analyysiin useaan otteeseen varmistaksemme, että aineiston tulkinta on totuudenmukaista.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä muihin samanlaisiin tilanteisiin. Tämä edellyttää riittävää kuvailevan tiedon määrää tutkimuksen aineistosta. Refleksiivisyys vuorostaan tarkoittaa tutkijan pohdintaa siitä, miten hän vaikuttaa omalla toiminnallaan ja lähtökohdillaan käytössä olevaan aineistoon sekä tutkimusprosessiin. (Kylmä – Juvakka 2012: 128–129.) Valitsemamme tutkimukset olivat peräisin Yhdysvalloista, Länsi-Euroopasta sekä Australiasta. Edellä mainittujen maiden

elintaso ja kulttuuri ovat melko samankaltaisia Suomeen verrattuna, joten tutkimustulokset ovat todennäköisesti vertailu- ja soveltamiskelpoisia. Tämä vaikuttaa tutkimustulosten siirrettävyyteen, sillä esimerkiksi Kaukoidän kulttuureissa käsitys kunniaista vaikuttaa tuen tarpeeseen: jouduimmekin hylkäämään erään aasialaistutkimuksen siksi, että tutkimuksen tekijä huomautti paikallisen kulttuurin vaikuttaneen voimakkaasti keuhkosityöpöpotilaiden ilmoittamaan tuen tarpeeseen. Tällainen tutkimus olisi tuonut vääristävää hajontaa aineistonanalyysimme tuloksiin.

Käytettyjen tutkimusten valintaan vaikutti myös se, että pyrimme lähtökohtaisesti luomaan Suomessa soveltamiskelpoista tietoa. Tämä luonnollisesti johti siihen, että analysoitujen tutkimusten alkuperän painopiste oli oloiltaan Suomea vastaavissa länsimaissa. Jouduimme hylkäämään joitakin artikkeleita myös kielimuurin vuoksi: vaikka tutkimus olikin julkaisumaan, englanninkielisen tiivistelmän ja otsikon perusteella käyttöömme soveltuva, tutkimus itsessään oli saatavilla ainoastaan alkuperäisellä, sisäänottokriteerien vastaisella kielellä. Tällaisia artikkeleita olisi ollut mahdollista hyödyntää käyttämällä erillistä tietokoneohjelmaa tutkimuksen kääntämiseen toiselle kielelle, mutta koneen tekemä käännös olisi saattanut tulkita sanoja kontekstiin nähden väärin ja olla siten virheellinen. Suhtautumisemme keuhkosityöpään ja keuhkosityöpöpotilaisiin oli neutraalia, sillä meillä ei ole kummallakaan kokemuksia keuhkosityöpää sairastavien kohtaamisesta tai hoitoprosessissa mukanaolosta. Näin meillä ei ollut minkäänlaisia ennako-oletuksia siitä, millaista tukea potilaat kaipaavat, saavat tai ovat saamatta. Toisaalta keuhkosityövän hoitoon liittyvä kokemus olisi luultavasti auttanut luomaan tulosten pohdinnassa useampia näkökulmia aineiston tulkintaan ja johtopäätösten vetämiseen. Myös opinnäytetyömme lopussa esitetyt kehitysehdotukset ja tulevaisuuden tutkimusaiheet olisivat hyötäneet siitä, että tuntisimme keuhkosityöpöpotilaat paremmin potilasryhmänä: näin olisimme voineet ehdottaa mahdollisesti vielä tarpeellisempia kehitys- ja tutkimuskohteita jatkoa varten.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös kerätyn aineiston kattavuus ja analyysin monipuolisuus. Analyysi on tehtävä järjestelmällisesti, jotta se olisi luotettavaa: sitä ei saa perustaa satunnaisiin otteisiin aineistosta. Aineiston kattavuudesta kertoo vuorostaan sen saturaation, eli analyysiä tehtäessä saatu tieto alkaa toistamaan itseään. (Eskola – Suoranta 1999: 216–217.) Opinnäytetyössämme ei tullut esiin merkittävää saturaatiota sisällönanalyysin aikana, sillä käytettyjä tutkimuksia oli kahdeksan. Tämä johtui todennäköisesti siitä, että keuhkosityöpöpotilaan henkilökuntaan kohdistamia odotuksia on tutkittu ilmeisen vähän niin Suomessa kuin maailmallakin. Tämän vuoksi haimme

tutkimusartikkeleita eri tietokannoista laajalla skaalalla ja kävimme läpi myös sellaiset julkaisut, jotka osittain sivusivat aiheitamme. Etsimme tutkimuksista järjestelmällisesti kaiken tutkimuskysymykseen vastaavan tiedon, jolloin tuloksiin ei päässyt syntymään minkäänlaista satunnaisotantaa. Kirjoittamisvaiheen valmistuttua ajoimme tekstin vielä Turnitin-ohjelman kautta varmistuaksemme siitä, ettei opinnäytetyössämme ole plagioitua sisältöä.

7.3 Eettinen pohdinta

Tiedonhankinnan, tutkimisen ja arvioinnin metodien pitää olla tieteellisen tutkimuksen vaatimusten mukaisia ja eettisesti kestäväällä pohjalla. Tutkimuksen kulku pitää olla etukäteen suunniteltu, huolellisesti toteutettu ja seikkaperäisesti kuvattu. Tekijöiden vastuualueet sekä aineiston säilyttämistä koskevat tiedot tulee olla määritelty sekä dokumentoitu kaikkia osapuolia tyydyttävästi. (Kuula 2011: 34–35.)

Tutkimusten eettistä oikeellisuutta ohjaa ensisijaisesti lainsäädäntö, joka määrittelee ehdot sekä puitteet tutkimusten toteuttamiselle (Kylmä – Juvakka 2012: 139). Tutkimuksen eettisyyden kannalta hyvä tieteellinen toiminta sisältää useita osa-alueita. Tutkimusta tehtäessä tulee olla huolellinen, tarkka ja rehellinen sekä tulosten hankinnassa että käsittelyssä. (Kuula 2011: 34–35.) Haimme tietoa opinnäytetyötämme varten luotettavilla ja tunnistetuilla hakukoneilla. Tämän lisäksi keskustelimme jokaisen tutkimukseen valitun artikkelin kohdalla sen luotettavuudesta ja sopivuudesta tutkimusaineistoomme.

Sairautta käsittelevissä tutkimuksissa on noudatettava erityistä herkkyyttä tutkimukseen osallistuvien henkilöiden haavoittuvuuden vuoksi (Kylmä – Juvakka 2012: 144–145). Opinnäytetyössämme käytetyt tutkimukset etsimme kansainvälisesti tunnetuista julkaisuista. Vastuu tutkimuksiin osallistuneista potilaista oli luonnollisesti tutkimusten tekijöillä, ja useissa haastattelututkimuksissa olikin erikseen mainittu, että paikallinen eettinen toimikunta on hyväksynyt tutkimuksen sisällön ja toteuttamistavan. Tutkimusartikkeleissa oli myös kuvattu tarkasti prosessi, jolla julkaisun tiedot hankittiin: tämän perusteella meille ei herännyt epäilystä siitä, että potilaita olisi asetettu vaaraan tai vahingoitettu tiedonkeruun aikana.

Kylmän ja Juvakan (2012: 144) mukaan tutkimuksella on oltava yhteiskunnallinen ulottuvuus, eli siitä on oltava hyötyä. Tavoitteemme mukaisesti loimme uutta tietoa liittyen

potilaiden hoitoon, jolloin toimimme tämän eettisen käytännön mukaisesti. Työn lopuksi arvioimme myös tulosten hyödynnettävyyttä ja merkitystä hoitotyön kannalta. Eettisen tutkimuksen periaatteet (Kylmä – Juvakka 2012: 147) eli haitan välttäminen, oikeudenmukaisuus, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, luottamus sekä rehellisyys toteutuivat työprosessimme aikana. Luonnollisesti ihmisoikeuksien kunnioittaminen sekä haitan välttäminen olisivat saaneet erilaisen painotuksen, mikäli olisimme haastatelleet potilaita: kirjallisuuskatsausta tehdessämme pyrimme huomioimaan tämän edellisessä kappaleessa kuvatulla tutkimusartikkelien valinnalla. Pyrimme tekemään aineiston analyysin mahdollisimman aineistoa kuvaavasti, jolloin saadut tulokset heijastivat suoraan tulkintaamme käsiteltävästä aiheesta. Tutkimuksen raportoinnissa huomioimme oikeudenmukaisuuden raportoimalla olennaiset tutkimustulokset, ja lopuksi arvioimme opinnäytetyömme luotettavuutta työn eettisyyden ohella (Kylmä – Juvakka 2012: 154–155).

7.4 Tulosten hyödynnettävyys ja tulevaisuuden kehittämishaasteet

Opinnäytetyömme nosti esiin joitakin teemoja, jotka tulisi huomioida keuhkosityöpotilaan henkisessä tuessa hoidon aikana. Aiheen tutkimista rajoitti kuitenkin se, että tutkittua tietoa potilaiden henkilökuntaan kohdistamista odotuksista löytyi melko vähän. Eri tietokantojen huolellisen ja systemaattisen läpikäymisen jälkeen löysimme kahdeksan tieteellistä tutkimusartikkelia, jotka täyttivät hakukriteerimme. Tämän vuoksi sisällönanalyysissä ei päässyt syntymään varsinaista aineiston saturaatiota, vaikka eräät teemat toistuivatkin muita useammin. Useimmissa tutkimuksissa potilaan henkilökunnalta kaipaama henkinen tuki ei ollut varsinaisesti artikkelin pääaihe, jolloin tutkimuksessa ei välttämättä syvennytty aiheeseemme sen kaipaamalla tarkkuudella. Tämän vuoksi opinnäytetyömme on eräänlainen pintaraapaisu aiheeseen, joka kaippaa tulevaisuudessa selkeästi lisää tutkimusta. Pelkistyksistä muodostettujen yläluokkien avulla on kuitenkin mahdollista muodostaa suuntaviivat sille, millaista tukea potilaat hoitohenkilökunnalta haluaavat. Tulosten perusteella avoimeksi jäivät seuraavat kysymykset, joita olisi perusteltua tutkia tulevaisuudessa:

1. Kuinka kattavasti hoitohenkilökunta kokee vastaavansa potilaiden henkisen tuen tarpeeseen?
2. Millaista tietoa potilas kaippaa tietyssä hoidon vaiheessa?
3. Millainen hoitohenkilökunnan toiminta tukee potilaan henkistä hyvinvointia?
4. Miten tehostaa tiedonkulkua potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä?

5. Miten hoidon jatkuvuus ja hoitoyksikön pysyminen samana vaikuttavat hoidon luotettavuuteen sekä turvallisuuden tunteeseen?

Varsinkin Suomessa tehtyjä ja suomenkielisiä tutkimuksia aiheesta on tehty erittäin vähän. Opinnäytetyömme tulokset osoittivat, että tarve henkiselle tuelle on suuri, mutta jää usein täyttämättä tai jopa kokonaan huomiotta. Yksi tapa tutkia aihetta tarkemmin olisi haastatella Suomessa hoidon saaneita keuhkosityöpöpotilaita ja kartoittaa heidän odotuksiaan sekä ajatuksiaan henkisestä tuesta.

Vastaavasti myös hoitohenkilökunnan näkemyksiin potilaiden tuen tarpeesta sekä auttamiskeinoista olisi hyvä perehtyä. Näitä aiheita tutkimalla olisi mahdollista luoda tietoa, joka loisi uusia työkaluja sekä mahdollistaisi vaihtoehtoisia toimintamalleja terveydenhuollon ammattilaisille potilaan lähestymisessä. Tämä vuorostaan auttaisi luomaan entistä potilaslähtöisempää hoitoa sekä tukisi voimaannuttavaa hoitotyön otetta, jolloin potilaiden olisi mahdollista elää entistä tasapainoisempaa arkea sairautensa kanssa.

Tutkimuksemme tuloksia on mahdollista hyödyntää keuhkosityöpöpotilaiden hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Julkaisemme opinnäytetyömme tulokset posterin muodossa Metropolia Ammattikorkeakoulun Tukholmankadun toimipisteellä. Hoitotyössä on aina muistettava ihminen sairauden takana - vaikka hoidollisesti tärkeintä olisikin itse sairauden parantaminen tai oireiden lievittäminen, on muistettava, että potilas elää kokemustensa kanssa lopun elämäänsä. Tämän vuoksi henkisen tuen tarjoaminen hoidon akuutivaiheessa on ensiarvoisen tärkeää.

Lähteet

Anttila, Vesa – Rimpiläinen, Jussi – Toikkanen, Vesa 2007. Keuhkosyövän kirurginen hoito. Suomen Lääkärilehti 62 (13). 1367–1371.

Borneman, Tami – Irish, Terry – Sidhu, Rupinder – Koczywas, Marianna – Cristea, Mihaela 2014. Death awareness, feelings of uncertainty, and hope in advanced lung cancer patients: can they coexist? *International Journal of Palliative Nursing* 20 (6). 271–277.

Brown, Natasha M. K. – Lui, Chi-Wa – Robinson, Peter C. – Boyle, Frances M. 2015. Supportive care needs and preferences of lung cancer patients: a semi-structured qualitative interview study. *Support Care Cancer* 23 (6). 1533–1539.

Ellis, J. – Lloyd Williams, M. – Wagland, R. – Bailey, C. – Molassiotis, A. 2013. Coping with and factors impacting upon the experience of lung cancer in patients and primary carers. *European Journal of Cancer Care* 22 (1). 97–106.

Eskola, Jari – Suoranta, Juha 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 3. painos. Tampere: Vastapaino.

Ferrell, Betty – McCabe, Mary – Levit, Laura 2013. The Institute of Medicine Report on High-Quality Cancer Care: Implications for Oncology Nursing. *Oncology Nursing Forum* 40 (6). 603–609.

Fitch, Margaret I. – Steele, Rose 2010. Supportive care needs of individuals with lung cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal* 20 (1). 15–22.

Hopkins, Kathleen Garrubba – Rosenzweig, Margaret 2011. Post-Thoracotomy Pain Syndrome: Assessment and Intervention. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 16 (4). 365–370.

Iranmanesh, Sedigheh – Axelsson, Karin – Sävenstedt, Stefan – Häggström, Terttu 2009. A caring relationship with people who have cancer. *Journal of Advanced Nursing* 65 (6). 1300–1308.

Jacobs-Lawson, Joy M. – Schumacher, Mitzi M. – Hughes, Travonia – Arnold, Susanne 2009. The Relationship Between Lung Cancer Patients' Educational Level and Evaluation of their Treatment Information Needs. *Journal of Cancer Education* 24 (4). 346–350.

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Jekunen, Antti – Ahvonen, Jarkko – Gunn, Jarmo – Hetemaa, Tiina – Jartti, Airi – Kajander, Sami – Koivunen, Jussi – Kouri, Mauri – Lehto, Juho – Lappi-Blanco, Elisa – Saariaho, Taneli – Sioris, Thanos – Salo, Jarmo – Sihvo, Eero – Vaalavirta, Leila – Vuorela, Piia 2016. Keuhkosyöpä. Käypä hoito -suositus. Verkkodokumentti. Luettu 11.9.2016.

Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto.

John, Lauri D. 2010. Self-Care Strategies Used by Patients With Lung Cancer to Promote Quality of Life. *Oncology Nursing Forum* 37 (3). 339–347.

Johnston Taylor, Elizabeth 2003. Nurses Caring for the Spirit: Patients With Cancer and Family Caregiver Expectations. *Oncology Nursing Forum* 30 (4). 585–590.

Keinki, C. – Seilacher, E. – Ebel, M. – Ruetters, D. – Kessler, I. – Stellamanns, J. – Rudolph, I. – Huebner, J. 2016. Information Needs of Cancer Patients and Perception of Impact of the Disease, of Self-Efficacy, and Locus of Control. *Journal of Cancer Education* 31 (3). 610–616.

Krishnasamy, Meinir – Ugalde, Anna – Carey, Mariko – Duffy, Mary – Dryden, Tracey 2011. Patient expectations and preferences for follow-up after treatment for lung cancer: A pilot study. *European Journal of Oncology Nursing* 15 (3). 221–225.

Knuutila, Aija 2015. Keuhkosityöpä. *Duodecim* 131. 877–879.

Kuula, Arja 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2012. Laadullinen terveystutkimus. 2. painos. Helsinki: Edita.

Lappi-Blanko, Elisa – Mäkinen, Johanna M. – Jartti, Airi – Mali, Pekka – Kaarteenaho, Riitta 2012. Keuhkosityöpien tarkentuva diagnostiikka. *Duodecim* 128. 2225–2235.

Lin, Shuanglan – Chen, Yanhan – Yang, Liu – Zhou, Jianrong 2013. Pain, fatigue, disturbed sleep and distress comprised a symptom cluster that related to quality of life and functional status of lung cancer surgery patients. *Journal of Clinical Nursing* 22. 1281–1290.

Lynch, Johanna – Goodhart, Frances – Saunders, Yolande – O'Connor, Stephen J. 2011. Screening for psychological distress in patients with lung cancer: results of a clinical audit evaluating the use of the patient Distress Thermometer. *Support Care Cancer* 19 (2). 193–202.

Mali, Pekka – Helppi, Henni – Jartti, Airi – Jousilahti, Pekka – Knuutila, Aija – Mäkitaro, Riitta – Pääkkö, Paavo – Riska, Henrik – Sioris, Thanos – Tengström, Maria – Toikkonen, Vesa 2009. Keuhkosityövän hoito. *Duodecim* 125. 315–316.

Mattila, Elina 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Missel, Malene – Schønau, Mai Nanna – Pedersen, Jesper Holst – Pedersen, Preben Ulrich 2015. Transition from Hospital to Daily Life: A Pilot Study. *Rehabilitation Nursing* 40 (1). 20–29.

Middleton, RJ 2014. Meeting the psychological care needs of patients with cancer. *Nursing Standard* 28 (21). 39–45.

Moradian, Saeed – Howell, Doris 2015. Prevention and management of chemotherapy-induced nausea and vomiting. *International Journal of Palliative Nursing* 21 (5). 216–224.

Mosher, Catherine E. – Winger, Joseph G. – Hanna, Nasser – Jalal, Shadia I. – Fakiris, Achilles J. – Einhorn, Lawrence H. – Birdas, Thomas J. – Kesler, Kenneth A. – Champion, Victoria L. 2014. Barriers to mental health service use and preferences for addressing emotional concerns among lung cancer patients. *Psycho-oncology* 23 (7). 812–819.

Mustajoki, Pertti 2014. Keuhkosityöpä. Duodecim. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00031>. Luettu 17.9.2015.

Mäkitaro, Riitta 2007. Keuhkosityövän oireet ja diagnostiikka. *Suomen Lääkärilehti* 62 (13). 1355–1357.

Mäklin, Suvi – Rissanen, Pekka 2006. Syöpätautien aiheuttamat kustannukset. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Saatavilla myös sähköisesti <https://cancer-fi.directo.fi/@Bin/52456232/image_13_3.pdf>.

Nieminen, Eeva-Maija – Nores, Marja 2012. Keuhkosityöpäpotilas terveystieteessä. *Suomen Lääkärilehti* 67 (24). 1905–1910a.

Pardon, Koen – Deschepper, Reginald – Vander Stichele, Robert – Bernheim, Jan – Mortier, Freddy – Schallier, Denis – Germonpré, Paul – Galdermans, Daniella – Van Kerckhoven, Willem – Deliens, Luc 2011. Are patients' preferences for information and participation in medical decision-making being met? Interview study with lung cancer patients. *Palliative Medicine* 25 (1). 62–70.

Park, Samina – Kang, Chang Hyun – Hwang, Yoohwa – Seong, Yong Won – Lee, Hyun Joo – Park, In Kyu – Kim, Young Tae 2016. Risk factors for postoperative anxiety and depression after surgical treatment for lung cancer. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery* 49 (1). e16–e21.

Riikonen, Eero 2008. Mielenterveysongelmat ja kuntoutus. Terveysportti. Verkkodokumentti.

Ruusuvuori, Johanna – Tiittula, Liisa (toim.) 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

Sanders, Sharon L. – Bantum, Erin O. – Owen, Jason E. – Thornton, Andrea A. – Stanton, Annette L. 2010. Supportive care needs in patients with lung cancer. *Psycho-Oncology* 19 (5). 480–489.

Sjölander, Catarina – Berterö, Carina 2008. The significance of social support and social networks among newly diagnosed lung cancer patients in Sweden. *Nursing and Health Sciences* 10 (3). 182–187.

Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen, Riitta (toim.) 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto.

Suomen Syöpärekisteri. Päivitetty 08.10.2015. Verkkodokumentti. Luettu 14.10.2015.

Systematic Reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care 2008. University of York: Centre for Reviews and Dissemination. Verkkodokumentti. Luettu 25.4.2016.

Taskila, Taina – Lindbohm, Marja-Liisa – Martikainen, Rami – Lehto, Ulla-Sisko – Hakkanen, Jari – Hietanen, Päivi 2006. Cancer survivors' received and needed social support from their work place and the occupational health services. Teoksessa Taskila, Taina (toim.) 2007: Cancer survivors at work – Work related problems and factors associated with their employment, work ability and social support from the work community. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health. 97–105.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Winterling, J. – Sidenvall, B. – Glimelius, B. – Nordin, K. 2009. Expectations for the recovery period after cancer treatment – a qualitative study. *European Journal of Cancer Care* 18. 585–593.

Xu, Feng – Han, Ji-Chang – Zhang, Ya-Jun – Zhang, Yi-Jei – Liu, Xiao-Chun – Qi, Guan-Bin – Liu, Dan – Chen, Yan-Zhi – Zhao, Yu-Xia – Bai, Lu 2015. Associations of LIG4 and HSPB1 Genetic Polymorphisms with Risk of Radiation-Induced Lung Injury in Lung Cancer Patients Treated with Radiotherapy. *BioMed Research International*. 1–6.

Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Osu- mat	Otsikon pe- rusteella vali- tut	Tiivistelmän pe- rusteella valitut	Koko tekstin pe- rusteella valitut
Cinahl	lung neoplasm* AND emotional	64	35	22	1
	lung neoplasm* AND mental support	2	1	1	0
	lung neoplasm* AND mental health	21	2	1	0
	lung neoplasm* AND nurse AND support	31	14	3	1
	lung neoplasm* AND patient* AND mental*	40	11	4	0
Medic	keuhkosityö* AND henk*	4	1	0	0
	keuhkosityö* AND hen- kinen tuki	1	0	0	0
	keuhkosityö* AND hen- kinen hyvinvointi	0	0	0	0
	keuhkosityö* AND mie- lenter*	0	0	0	0
	keuhkosityö* AND hoi- tohenk*	0	0	0	0
	keuhkosityö* AND hoita*	3	0	0	0
	keuhkosityö* AND hoit* AND tuki	0	0	0	0
	keuhkosityö* AND po- til*	18	0	0	0
OVID	lung neoplasm* AND emotional	216	18	4	2
	lung neoplasm* AND mental support	0	0	0	0
	lung neoplasm* AND mental health	95	13	5	0
	lung neoplasm* AND nurse AND support	81	14	6	1

	lung neoplasm* AND patient* AND mental*	105	5	1	0
Manuaalinen haku			30	20	3

Tutkimusaineiston kuvaus

Tekijät, vuosi, artikkelin nimi, lehti, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Kohde-ryhmä ja otos	Aineiston keruumenetelmä ja analysointi	Tärkeimmät tulokset
1. Brown, Natasha M. K. – Lui, Chi-Wa – Robinson, Peter C. – Boyle, Frances M. 2015. Supportive care needs and preferences of lung cancer patients: a semi-structured qualitative interview study. Support Care Cancer 23. Australia.	Tarkoitus tutkia keuhkosityöpöpotilaiden tuen tarvetta ja tukipalveluiden käyttöä.	10 keuhkosityöpöpotilasta.	Puolistrukturoitu haastattelu, kvalitatiivinen analyysi.	Hoidossa oli tärkeää omaksua voimaannuttava ja potilaslähtöinen lähestymistapa, joka vahvisti potilaan itsenäisyyttä.
2. Ellis, J. – Williams, M. Lloyd – Wagland, R. – Bailey, C. – Molassiotis, A. 2013. Coping with and factors impacting upon the experience of lung cancer in patients and primary carers. European Journal of Cancer Care 22. Englanti.	Tarkoitus tutkia miten potilaat ja heidän omaishoitajansa pärjäävät keuhkosityöpädiagnoosin kanssa sekä kuvailla tekijöitä, jotka aiheuttavat heille ahdistusta.	37 potilasta ja 23 omaishoitajaa.	Puolistrukturoitu haastattelu, kvalitatiivinen analyysi.	Osallistujat muokautuivat tilanteeseensa erilaisten henkisten ja ongelmakeskeisten selviytymisstrategioiden avulla.
3. Fitch, Margaret I. – Steele, Rose 2010. Supportive care needs of individuals with lung cancer. Canadian Oncology Nursing Journal. Kanada.	Tarkoitus tunnistaa polikliinisten keuhkosityöpöpotilaiden henkisen tuen tarve ja sen laajuus.	86 potilasta.	Kyselylomake, kuvaava analyysi.	Keuhkosityöpöpotilaille on useita huomiotta jääviä fyysisiä ja henkisiä tarpeita.
4. Krishnasamy, Meinir – Ugalde, Anna – Carey, Mariko – Duffy, Mary – Dryden, Tracey 2010. Patient expectations and preferences for follow-up after treatment for lung cancer: A pilot study. European Journal of Oncology Journal 15. Australia.	Tarkoitus määrittää keuhkosityöpöpotilaiden hoidon jälkeiseen seurantaan liittyviä odotuksia sekä toiveita.	31 hoidon läpikäynyttä potilasta.	Kyselylomake, kuvaava analyysi.	Potilaat toivoivat intensiivistä seuranta hoidon jälkeen. Jälkiseurannan aikaiset tapaamiset tuttujen hoitohenkilökunnan jäsenten kanssa koettiin erittäin tärkeiksi.
5. Lynch, Johanna – Goodhart, Frances – Saunders, Yolande – O'Connor, Stephen J. 2011. Screening for psychological distress in patients with lung cancer: results of a clinical audit evaluating the use of the patient Distress Thermometer. Support Care Cancer 19. Englanti.	Tarkoitus tutkia potilaiden ahdistuneisuutta mittaavan työkalun toimivuutta.	33 potilasta.	Tutkimusmittari ja kyselylomake.	Mittari auttoi tunnistamaan potilaiden henkisen tuen tarpeen ja mahdollisti näin sopivan lisäavun tarjoamisen.

<p>6. Missel, Malene – Schönau, Mai Nanna – Pedersen, Jesper Holst – Pedersen, Preben Ulrich 2015. Transition from Hospital to Daily Life: A Pilot Study. Rehabilitation Nursing 40. Tanska.</p>	<p>Tarkoitus arvioida kotiutusta edeltävän hoitajatapaamisen toimivuutta potilaan huolien ehkäisyssä.</p>	<p>51 potilas kontrolliryhmässä ja 47 tutkimusryhmässä.</p>	<p>Kyselylomake, tilastoanalyysi.</p>	<p>Hoitajaohitoisen kotiutumistapaamisen seurauksena potilaat olivat tietoisempia mistä etsiä apua kotiutuksen jälkeen ja kokivat saavansa tukea päivittäisiin rutiineihin palaamiseen. Kontrolliryhmään verrattuna useammalle potilaalle oli tarjottu fyysisistä kuntoutusta.</p>
<p>7. Sanders, Sharon L. – Bantum, Erin O. – Owen, Jason E. – Thornton, Andrea A. – Stanton, Annette L. 2010. Supportive care needs in patients with lung cancer. Psycho-Oncology 19. Yhdysvallat.</p>	<p>Tarkoitus kuvata tuen tarpeen yleisyyttä ja niihin kohdistuvaa kiinnostusta keuhkosyöpöpotilaiden keskuudessa.</p>	<p>109 potilasta.</p>	<p>Kyselylomake, tilastoanalyysi.</p>	<p>Osallistujat kokivat tarvitsevansa eniten tukea fyysisissä ja päivittäisissä toiminnoissa. Näitä seurasivat psykologinen sekä tiedollinen tuki.</p>
<p>8. Sjölander, Catarina – Berterö, Carina 2008. The significance of social support and social networks among newly diagnosed lung cancer patients in Sweden. Nursing and Health Sciences 10. Ruotsi.</p>	<p>Tarkoitus tunnistaa ja kuvata sosiaalisen tuen sekä verkoston vaikutusta keuhkosyöpöpotilaisiin.</p>	<p>10 potilasta.</p>	<p>Haastattelu, kvalitatiivinen analyysi.</p>	<p>Potilaan itseluottamus parani kun hänet kohdattiin yksilöllisesti ja kunnioittavasti.</p>

Sisällönanalyysin havainnollistus

Alkuperäiset ilmaisut	Pelkistykset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
“Our data clearly show that this (delays in diagnosis) caused significant ongoing distress --”	Diagnoosin viivästymisestä johtuva ahdinko 2	Tuki sairaudesta johtuvissa tunteissa	Tuki sairauteen liittyvissä tunteissa ja niiden käsittelyssä	Henkinen tuki hoitosuhteessa
“Anxiety”	Ahdistus 7			
“Feelings about death and dying”	Kuolemaan liittyvät tuntemukset 3			
“Anxiety about having any treatment”	Hoidosta aiheutuva ahdistus 3			
“Feeling of sadness”	Surullisuus 3			
“Feeling bored and/or useless”	Tylsistymisen ja hyödyttömyyden tunne 3			
“Anxiety”	Ahdistus 3			
“Feeling down or depressed”	Alakulo 3			
“Confusion about why this has happened to you”	Hämmennys sairauden osumisesta omalle kohdalle 3			
“Feelings of sadness”	Surullisuus 7			
“Worry that the results of your treatment are beyond your control”	Huoli, ettei omalla toiminnalla voi vaikuttaa hoidon tuloksiin 3			
“Worry that the results of treatment are beyond your control”	Huoli, ettei omalla toiminnalla voi vaikuttaa hoidon tuloksiin 7			
“Uncertainty about the future”	Epävarmuus tulevaisuudesta 7			
“-- some may not want to be referred because of the stigma associated with ‘mental health problems’ --”	Leimautumisen pelko 5			
“Concerns about the worries of those close to you”	Huoli omaisten huolesta 3			
“Concerns about the ability of those close to you to cope with caring for you”	Huoli omaisten jaksamisesta 3			
“Uncertainty about the future”	Epävarmuus tulevaisuudesta 3			
“Fears about physical disability or deterioration”	Pelko fyysisen toimintakyvyn heikkenemisestä 3			
“Fears about cancer spreading”	Pelko syövän leviämisestä 3			
“Fears about losing your independence”	Pelko itsenäisyyden menettämisestä 3			

"Fears about cancer returning"	Pelko syövän uusimisesta 3		
"Fears about pain"	Pelko kivuista 3		
"-- 'even if a member of the family, if you say, oh I feel like this. They say, oh yes. But they never ever understand what you go through.'"	Muut eivät voi ymmärtää potilaan tuntemuksia 1	Tunteiden käsittely muiden kanssa	
"I can speak about how I feel."	Mahdollisuus tunteista keskusteluun 8		
"-- they tended to manage their emotions alone or with close family."	Tunteita käsitellään usein yksin tai läheisten kanssa 1		
"The opportunity to talk with someone who understands and has been through similar experience"	Mahdollisuus keskustella jonkun kanssa, joka tietää mitä potilas käy läpi 3		
"Many were wary about discussing their thoughts and feelings with counsellors -- who some referred to as 'strangers'."	Varautuneisuus tuntemattoman kanssa keskustellessa 1		
"They were sensitive to stigma and misunderstanding and did not feel comfortable opening themselves up to people that they did not know well."	Potilaat pelkäävät leimautumista eivätkä halua siksi avautua tuntemattomille 1		
"Ensuring that patients have a good understanding of existing services is also important --"	Potilaan tietoisuus palveluista 1		Potilaan kaipaama sairauteen liittyvä tieto
"To be adequately informed about the benefits and side effects of treatment"	Tieto hoidon hyödyistä ja haitoista 3		
"To be given information about sexual relationships"	Seksuaalisuuteen liittyvän tiedon antaminen 3		
"To be given explanations of those tests for which you would like explanations"	Potilasta kiinnostavan tiedon selventäminen 3		
"To be given information about aspects of managing your illness and side effects of treatment"	Tieto sairauden ja hoidon sivuoireiden hallitsemisesta 3		
"--additional information about their disease or treatment -- would be helpful."	Sairauteen liittyvän lisätiedon antaminen 7		
"To be informed about support groups in your area"	Vertaistuesta tiedottaminen 3		
"--approximately half of all participants indicated that exercise-related information and support -- would be helpful."	Fyysisen toimintakyvyn ylläpitoon liittyvä tieto on hyödyllistä 7		
"To be informed about cancer that is under control or diminishing (In remission)"	Hallinnassa olevasta sairaudesta tiedottaminen 3		

"To be informed about the things you can do to help yourself get well"	Kertominen asioista, joilla potilas voi helpottaa kuntoutumistaan 3		
"-- but it is important to recognise that some patients may prefer not to know."	Osa potilasta ei välttämättä halua tietää kaikkea 1		
"Receiving information from the staff about the current status of their illness helped guarantee that the cancer patients had better control over their own situation --"	Henkilökunnalta saatu ajankohtainen tieto vahvistaa potilaan kokonaiskuvaava hoidosta 8		
"Honest and straightforward information was highly valued among this group --"	Todenmukaista ja rehellistä tietoa arvostetaan 1	Todenmukaisuus sairaudesta keskusteltaessa	
"Participants preferred their doctors to discuss their condition in an honest and upfront manner."	Lääkärien rehellisyys sairauden suhteen on tärkeää 1		
"Honesty was particularly important in discussions about prognosis --"	Rehellisyys ennusteesta keskusteltaessa on tärkeää 1		
"A few recalled feeling frustrated or disgruntled when they believed that information had been withheld to shield them from an unpleasant truth."	Epämiellyttävän tiedon pimentäminen aiheuttaa turhautumista 1		
"Many believed it was doctor's responsibility to inform patients."	Monien mielestä potilaan tiedottaminen on lääkärin vastuulla 1	Yksilöllinen tiedon välittäminen	
"To be informed about test results as soon as possible"	Mahdollisimman nopea tiedottaminen 3		
"To be given written information about important aspects of your care"	Kirjallisen tiedon antaminen 3		
"-- with having one member of the medical staff available to talk about all aspects of one's condition, treatment, and follow-up being the most common unmet need --"	Hoitoon liittyvien asioiden läpikäymisen henkilökunnan kanssa on puutteellista 7		
"Most stated that their doctor was their preferred information source."	Lääkäri on toivotuin tiedon lähde 1		
"Participants in this study preferred verbal information from their doctors over printed or online information."	Suullisesti annettu tieto on mielekkäintä 1		
"Changes in sexual relationships"	Muutokset seksuaalisuudessa 3	Muutokset ihmis-suhteissa	Tuki muuttuneen elämäntilanteen omaksumisessa
"Changes in people's attitudes and behaviors towards you"	Asenteiden muuttuminen potilasta kohtaan 3		

		Tuki selviytymiskeinoissa ja niiden oppimisessa	
"Finding meaning in this experience"	Tarkoituksen löytäminen sairaudesta 3		
"Keeping a positive outlook"	Myönteinen asenne 3		
"Talking to other people about the cancer"	Syövästä keskusteleminen 3		
"Making the most of your time"	Tehokas ajankäyttö 3		
"Making the most of your time"	Tehokas ajankäyttö 7		
"Learning to feel in control of your situation"	Tilanteen hallinnan oppiminen 3		
"Learning to feel in control of the situation"	Tilanteen hallinnan oppiminen 7		
"Accepting changes in your physical appearance"	Ulkonäön muuttumisen hyväksyminen 3		
"When asked why they did not wish to take up referral to the psychology service, they indicated they had a good understanding of their distress and how best to manage it."	Ahdinon itsehallinta vähentää tarvetta ammattiavulle 5		
"Perhaps one reason why patients did not feel the need to accept further help was because the tool had allowed them to express their concerns sufficiently."	Huolista kertominen helpottaa 5		
"-- 72% of the intervention group patients claimed that they may have needed the assistance were not offered referral for this."	Psykologista tukea ei tarjota kaikille, jotka saattavat haluta sitä 6	Henkilökunnan potilaslähtöinen työskentelytapa	Yksilöllinen ja luotettava hoitosuhde potilaan ja henkilökunnan välillä
"-- it is also important for health professionals to acknowledge symptoms that patients/carers find distressing --"	Oireiden tiedostaminen on tärkeää 2		
"Distress appeared to be compounded in those cases where health professional were perceived not to acknowledge the extent of their symptom distress --"	Oireiden sivuuttaminen aiheuttaa ahdinkoa 2		
"Hospital staff to convey a sense of hope"	Hoitohenkilökunta välittää toivoa 3		
"To be treated like a person, not just another case"	Yksilöllinen kohtaaminen 3		
"Family and friends to be allowed with you in hospital whenever you want"	Omaisten pääsyn salliminen potilaan luokse ajasta riippumatta 3		
"-- I had the possibility to ask about everything."	Mahdollisuus kysyä mistä tahansa asiasta 8		

"The perceived attitude of health professional was also a factor that was seen to mediate patient/carer distress, particularly in relating to the management of distressing symptoms."	Henkilökunnasta välittyvä asenne vaikuttaa potilaan ahdinkoon 2	
"Meeting the health-care professional and the nursing staff were also important encounters."	Kontakti henkilökuntaan on tärkeää 8	
"More fully protected rights to privacy when you are at the hospital"	Yksityisyyden turvaaminen sairaalassaolon aikana 3	
"Reassurance by the medical staff that the way you feel is normal"	Hoitohenkilökunta tukee potilasta tunteuksiansa kanssa 3	
"Hospital staff to acknowledge and show sensitivity to your feelings"	Henkilökunnalta toivotaan empatiaa 3	
"-- 36% of the intervention group were still not offered this opportunity even though they answered that they would have needed it."	Psykologista tukea ei tarjota kaikille halukkaille 6	
"The perception was that health professionals often ignored symptom distress --"	Henkilökunta sivuuttaa usein oireista johtuvan ahdingon 2	
"Especially the opportunity to talk to and to be listened to by the staff."	Potilaan kuunteleminen on tärkeää 8	
"You don't think about it when you are healthy, but then later on you think more about it, that there are people who are there for you."	Hoitohenkilökunta työskentelee potilaan hyväksi 8	
"Approximately half (51,4%) of participants endorsed interest in receiving at least one psychological service --"	Psykologiset palvelut kiinnostavat potilaita 7	Ammattiavun saatavuus potilaan tarpeiden mukaan
"To have access to professional counseling if you -- need it"	Ammattiapua on tarvittaessa saatavilla 3	
"To have one member of hospital staff with whom you talk"	Henkilökunta on saatavilla keskustelua varten 3	
"These doctors made their round and there they were, sitting and talking a lot with me, and the nurses talked to me and so on."	Henkilökunta viettää aikaa potilaan kanssa 8	
"--knowing that I'm able to call any time and they listen directly."	Hoitohenkilökunta on aina tavoitettavissa 8	

"To be treated in hospital or clinic that is pleasant"	Miellyttävä hoitoympäristö 3	Turvallinen ja luotettava hoitosuhde		
"-- continuity and coordination of care across this transition are particularly important. This includes being able to see the same doctor or health care professional at each follow-up visit --"	Hoidon jatkuvuudesta huolehtiminen 4			
"Support, which is based on both medical knowledge and interpersonal support, is vital for promoting the feeling of being cared about."	Ammattitaitoinen tuki luo turvaa 8			
"To be met with respect for their dignity and to be received with kindness and offered high-quality treatment from the medical services strengthened their confidence."	Kunnioittava kohtaaminen ja laadukas hoito vahvistavat potilaan luottamusta hoitoon 8			
"-- because these people who are working in these places (hospitals), they're not going to leave you to cock your toes up (die) -- They're going to do everything they can to keep you going --"	Henkilökunta tekee kaikkensa potilaan eteen 2			
"Reliability and trust in relationships with -- the hospital staff made the participants feel confident in their daily life."	Luottamus hoitosuhteeseen tukee potilasta 8			
"Then, I go to the medical services where I get support. Very good relationships."	Hyvä suhde hoitohenkilökuntaan 8			