



Roosa Nivala & Agnesa Sallahu

**SYÖPÄPOTILAAN  
MIELENTERVEYDEN TUKEMINEN  
HOITOTYÖSSÄ**

Opetustilaisuus Vaasan ammattiopiston lähihoitajaopiskelijoille

Sosiaali- ja terveysala  
2017

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Roosa Nivala ja Agnesa Sallahu
Opinnäytetyön nimi	Syöpötilaan mielenterveyden tukeminen hoitotyössä. Opetustilaisuus Vaasan ammattiopiston lähihoitajaopiskelijoille.
Vuosi	2017
Kieli	suomi
Sivumäärä	57 + 2 liitettä
Ohjaaja	Paula Hakala

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää opetustilaisuus Vaasan ammattiopiston viimeisen vuosikurssin lähihoitajaopiskelijoille. Työn tavoitteena oli antaa tietoa syöpötilaan kohtaamisesta ja mielenterveyden tukemisesta hoitotyössä, korostaa hoitajan roolia syöpötilaan voimavarojen tukemisessa sekä herättää ajatuksia ja antaa lisää valmiuksia lähihoitajan ammattiin.

Teoriatietoa haettiin alan kirjallisuudesta, tietokannoista ja verkkojulkaisuista. Projektissa käytettiin lähdemateriaalina suomalaisia ja ulkomaalaisia lähteitä. Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään syöpää ja sen vaikutusta mielenterveyteen sekä hoitajan roolia syöpötilaan mielenterveyden tukemisessa hoitotyössä. Teoreettisen viitekehyksen pohjalta tehtiin opinnäytetyön toiminnalliseen osuuteen liittyvä diaesitys.

Projektin toiminnallinen osuus eli opetustilaisuus pidettiin 29.11.2016 Vaasan ammattiopistolla. Opetustilaisuuden lopuksi opiskelijat saivat vastata opetustilaisuutta koskevaan palautekyselyyn. Opetustilaisuus toteutui suunnitellusti ja kaikki osallistuneet vastasivat palautekyselyyn. Palautekyselylomakkeiden tuloksista kävi ilmi, että opetustilaisuuteen osallistuneista opiskelijoista suurin osa koki aiheen mielenkiintoisena ja koki saaneensa uutta tietoa, josta on hyötyä tulevaa ammattia varten.

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES  
Terveydenhoitotyö

## ABSTRACT

Author	Roosa Nivala and Agnesa Sallahu
Title	Supporting the Mental Health of a Cancer Patient in Nursing. An Educational Session for the Practical Nurse Students in Vaasa Vocational Institute.
Year	2017
Language	Finnish
Pages	57 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Paula Hakala

---

The purpose of this practice-based bachelor's thesis was to organize an educational session for the practical nurse students in Vaasa Vocational Institute. The aim of this bachelor's thesis was to give new information about how to encounter cancer patients and mental health support in nursing care. A further aim was to emphasize the role of the nurse in supporting a cancer patient's resources, as well to raise thoughts and give more abilities and skills for the profession of practical nurse.

The theoretical part is based on nursing literature, different databases and internet publications. The source material was from Finnish and foreign sources. The theoretical framework of the bachelor's thesis tells about cancer and its effect to mental health, as well the role of the nurse in supporting a patient's mental health in nursing care. The slideshow of this project was made based on the theoretical framework of this bachelor's thesis.

The practice-based part of this project ie. the educational session was held in Vaasa vocational institute 29 November 2016. After the session, the students got to answer a feedback survey regarding the session. The educational session was carried out as planned and all the participants answered the feedback survey. The results of the feedback survey showed that most of the students that participated felt that the topic was interesting and got new information, which benefits them in the future.

---

Keywords                      Cancer, nurse support, mental health, resources

# SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	10
3	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA .....	11
	3.1 Projektin määritelmä.....	11
	3.2 Projektin vaiheet .....	11
	3.3 SWOT-analyysi.....	12
	3.4 Diaesitys.....	13
	3.4.1 Sisältö ja kohderyhmä .....	14
	3.4.2 Esiintyminen .....	14
4	SYÖPÄ.....	16
	4.1 Syövän esiintyminen.....	16
	4.2 Syövän yleisyys .....	17
5	SYÖPÄTYYPIT.....	18
	5.1 Rintasyöpä.....	18
	5.2 Eturauhassyöpä .....	19
	5.3 Keuhkosityöpä.....	20
	5.4 Suolistosyöpä .....	21
6	SYÖVÄN HOITOMUODOT .....	23
	6.1 Kirurginen hoito.....	24
	6.2 Sädehoito.....	25
	6.3 Syövän lääkehoito .....	26
	6.3.1 Solunsalpaajat .....	26
	6.3.2 Hormonit .....	26
	6.3.3 Biologiset lääkkeet.....	27
7	MIELENTERVEYS JA SYÖPÄ .....	28

7.1	Puolustusmekanismit .....	28
7.2	Puolustuskeinojen riittämättömyys .....	29
7.3	Psyykkiset kriisireaktiot .....	29
7.4	Sopeutumishäiriöt .....	30
7.5	Mielenterveyshäiriöt .....	30
7.5.1	Masennus .....	31
7.5.2	Ahdistus .....	32
7.5.3	Masennuksen ja ahdistuksen hoito .....	32
8	PSYKOSOSIAALINEN TUKI .....	34
8.1	Tiedollinen tuki .....	34
8.2	Emotionaalinen tuki .....	35
8.3	Käytännön tuki .....	36
9	SYÖPÄPOTILAAN TUEN TOTEUTUMINEN .....	37
9.1	Hoitoyhteisö ja syöpäpotilas .....	37
9.1.1	Lähihoitaja tukena .....	38
9.1.2	Voimavarat .....	39
9.2	Empatia ja läsnäolo .....	39
9.3	Kuunteleminen ja havainnointi .....	40
9.4	Keskustelu .....	41
9.5	Ohjaaminen .....	42
9.6	Vertaistuki .....	43
10	OPINNÄYTETYÖN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS .....	44
10.1	Opinnäytetyön aiheen valinta .....	44
10.2	Projektin suunnittelu .....	45
10.3	Projektin toteutus .....	45
10.4	Palautekysely ja sen tulokset .....	46
11	OPINNÄYTETYÖN POHDINTA .....	52
11.1	SWOT-analyysin pohdinta .....	52
11.2	Opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden toteutuminen .....	53
11.3	Luotettavuus .....	53
11.4	Eettisyys .....	54

11.5 Oman oppimisen arviointi.....	55
11.6 Jatkotutkimusehdotukset.....	56
LÄHTEET.....	57

## LIITTEET

**TAULUKKO- JA KUVIOLUETTELO**

<b>Taulukko 1.</b> Projektin SWOT-analyysi.	13
<b>Kuvio 1.</b> Aiheen mielenkiintoisuus (n=22).	47
<b>Kuvio 2.</b> Aiheen ajankohtaisuus (n=22).	48
<b>Kuvio 3.</b> Uuden tiedon saaminen aiheesta (n=22).	48
<b>Kuvio 4.</b> Opetustilaisuuden hyödyllisyys (n=22).	49
<b>Kuvio 5.</b> Uusien ajatusten herääminen (n=22).	50
<b>Kuvio 6.</b> Opetustilaisuuksien järjestäminen jatkossa (n=22).	51

**LIITELUETTELO****LIITE 1.** Diaesitys**LIITE 2.** Palautekysely



## 1 JOHDANTO

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön aiheena oli syöpäpotilaan mielenterveyden tukeminen hoitotyössä. Työn tuotoksena oli opetustilaisuus, mikä järjestettiin Vaasan ammattiopiston lähihoitajaopiskelijoille. Opetustilaisuudessa käytetty materiaali oli tämän opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen pohjalta tehty diaesitys. Opetustilaisuus toteutettiin 29.11.2016. Vaasan ammattiopiston tiloissa.

Maailman terveysjärjestön WHO:n kansainvälisen syöväntutkimuskeskuksen arvioinnin mukaan vuonna 2012 maailmassa todettiin 14 miljoonaa uutta syöpätapausta. Uusien syöpätapausten määrän on odotettavissa nousevan noin 70 % seuraavan kahden vuosikymmenen sisällä. (WHO 2015 a.)

Syöpään sairastuu joka kolmas suomalainen jossakin elämänsä vaiheessa (THL 2014). 50. ikävuoden jälkeen syöpään sairastumisen riski suurenee nopeasti. Syöpään sairastuneiden keski-ikä Suomessa on 67 vuotta. (Sankila 2013, 31.) Väestön ikääntyessä myös uusien syöpätapausten määrä lisääntyy. Kuitenkin syöpäkuolemien määrä lisääntyy vain vähän parantuneiden hoitomahdollisuuksien ansiosta. (THL 2014.)

Tutkimusten mukaan noin kolmasosa syöpäpotilaista kärsii sairautensa aikana psyykkisistä oireista (Idman 2013). Idmanin & Aalbergin (2013, 862.) mukaan sairastuminen syöpään yleensä koetaan uhkaavana menetyksenä, jolloin tämä laukaisee psykofyysisen pelkoreaktion aivoissa, kehossa ja mielessä.

Hoitoyhteisön ja potilaan välille muodostunut suhde vaikuttaa potilaan elämänlaatuun ja vointiin sairauden ja hoidon kaikissa vaiheissa (Idman & Aalberg 2013, 870). Yhteistoiminnallinen työskentely potilaan ja hoitajan välillä tukee potilaan voimavaroja ja itsenäistä selviytymistä (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2012, 154).

Hyvä diaesitys on luennon tukena, mutta ei ole pääosassa. Diaesitys kannattaa jäsentää hyvin, sillä toimiva esitys on lyhyt ja selkeä. (Kupias & Koski 2012, 76-

77.) Esityksen jälkeen ihmiset tietävät jotain, mitä he eivät tienneet ennen sitä. Tämä tieto auttaa heitä esimerkiksi tekemään työnsä paremmin, huolehtimaan terveydestään tai jotakin muuta, tilanteesta riippuen. (Lammi 2015, 21–23)

Tämä opinnäytetyö julkaistaan julkisessa Theseus-verkkopalvelussa, jossa voi selata Suomen ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä sekä julkaisuja. Työn keskeiset avainsanat hoitaja tukena, mielenterveys, voimavarat ja syöpä.

## **2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli pitää opetustilaisuus syöpäpotilaan mielenterveyden tukemisesta hoitotyössä diaesityksen muodossa Vaasan ammattiopiston viimeisen vuoden lähihoitajaopiskelijoille.

Opinnäytetyön tavoitteena oli:

1. Antaa lisää tietoa syöpäpotilaan kohtaamisesta ja mielenterveyden tukemisesta hoitotyössä.
2. Korostaa hoitajan roolia syöpäpotilaan voimavarojen tukemisessa.
3. Herättää ajatuksia sekä antaa lisää valmiuksia lähihoitajan ammattiin.

### **3 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA**

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan opastaminen, ohjeistaminen, järjestäminen tai järjeistäminen. Tuotos voi olla alasta riippuen esimerkiksi käytäntöön suunnattu ohje tai opastus, kuten esimerkiksi perehdyttämisoras. Se voi olla myös jonkin tapahtuman toteuttaminen, esimerkiksi konferenssi tai näyttely koulutusosalta riippuen. Toteutustapana voi olla kohderyhmästä riippuen esimerkiksi opas, kirja, kotisivut tai jokin tapahtuma. (Vilka & Airaksinen 2004, 9.) Tässä opinnäytetyössä toteutustapa on ope-tustilaisuuden pitäminen diaesityksen muodossa Vaasan ammattiopiston lähiohita-jaopiskelijoille.

#### **3.1 Projektin määritelmä**

Projekti voidaan määritellä hankkeeksi, jolla on tarkka tavoite ja aikataulu. Lisäksi sille on määritelty resurssit ja oma projektiorganisaatio. (Rissanen 2002, 14.) Projekti on tehtäväkokonaisuus, jolla on aikataulu ja sen tavoitteena on saavuttaa tuloksia. Lisäksi projektilla on tavoitteet, jotka suuntaavat projektin päämäärään. (Silfverberg 2007, 5.) Tässä opinnäytetyössä tekijät ovat laatineet itselleen aika-tilun päiväkirjan muodossa, jossa he ovat suunnitelleet tavoitteitaan, joiden tulisi toteutua aina tiettyyn ajankohtaan mennessä. Hyvä projektiorganisaatio pyrkii myös hyödyntämään projektin työmenetelmien kautta saavutetun henkilökohtaisen oppimisen. (Rissanen 2002, 14.) Tässä projektissa projektiorganisaatio käsittää kaksi henkilöä.

#### **3.2 Projektin vaiheet**

Projektin alussa kerätään ja analysoidaan tietoja sekä rajataan aihe. Lisäksi otetaan selvää tilaajan toiveet projektin suhteen. Yhdessä tilaajan kanssa mietitään projektin mahdollisuudet, tarpeet ja ongelmat. Projektille asetetaan myös päätavoitteet sekä mietitään mahdollista tuotosta ja sen toteutustapaa. Suunnittelu aloitetaan

silloin, kun aiheen rajausta on valmis. Suunnitelman aikana määrittyy projektin sisältö ja tavoitteet sekä syntyy projektisuunnitelma. (Silfverberg 2007, 11, 14.)

Suunnitteluvaiheen jälkeen alkaa projektin varsinainen toteutus. Silloin kun projektioorganisaatio on perustettu, vuorossa on suunnittelu, toteutus ja tulosten siirto. Projekti päättyy työn päättämiseen ja loppuarvioinnissa arvioidaan tavoitteisiin pääsemistä sekä projektin tuomia vaikutuksia (Rissanen 2002, 16; Silfverberg 2007, 12).

### **3.3 SWOT-analyysi**

SWOT-analyysin lyhenne muodostuu englannin sanoista Strengths (vahvuudet), Weaknesses (heikkoudet), Opportunities (mahdollisuudet) ja Threats (uhat). SWOT-analyysi on suositeltavaa toteuttaa ennen oppimisen suunnitteluvaihetta, jolloin analyysin tulosten avulla voidaan ohjata prosessia. SWOT-analyysi jakautuu sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. SWOT-analyysin avulla voidaan tarkastella projektin sisäisiä tekijöitä, jotka ovat vahvuudet ja heikkoudet sekä ulkoisia tekijöitä, jotka ovat mahdollisuudet ja uhat. (Opetushallitus 2016.)

Työsuunnitelma vaiheessa SWOT-analyysia eli nelikenttäanalyysi käyttämällä määritellään projektin vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Tämän toiminnallisen opinnäytetyön nelikenttäanalyysi sisältää tämän hetkisten vahvuuksien ja heikkouksien sekä tulevaisuuden uhkien ja mahdollisuuksien arviointia. Taulukossa 1. esitellään tämän opinnäytetyön nelikenttäanalyysi (SWOT).

**Taulukko 1.** Projektin SWOT-analyysi.

<p><b>VAHVUUDET (S)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyvä yhteistyö tekijöiden kesken sekä tilaajan kanssa</li> <li>- Kiinnostavuus</li> <li>- Aiheen ajankohtaisuus</li> </ul>	<p><b>HEIKKOUEDET (W)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekijöiden työkokemuksen puute</li> <li>- Aiheen rajaaminen</li> <li>- Tekninen osaaminen</li> </ul>
<p><b>MAHDOLLISUUDET (O)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiedon lisääminen</li> <li>- Valmiuksien lisääminen työelämään</li> <li>- Ammatillinen kasvaminen</li> <li>- Esiintymistaitojen kehittyminen</li> </ul>	<p><b>UHAT (T)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aikataulutuksen epäonnistuminen</li> <li>- Tekijöiden yhteisen ajan puute</li> <li>- Opiskelijoiden mielenkiinnon puute opetustilaisuudessa</li> <li>- Häiriö opetustilaisuudessa</li> </ul>

### 3.4 Diaesitys

Hyvä diaesitys on luennon tukena, mutta ei ole pääosassa. Diaesitys kannattaa jäsentää hyvin, sillä toimiva esitys on lyhyt ja selkeä. Hyvä diaesitys haastaa osallistujia ajattelemaan, pohtimaan sekä ennen kaikkea jättää tilaa myös luennoijan ja osallistujien vuorovaikutukselle. Jos dioja on liikaa tai niissä on liikaa tekstiä, vuorovaikutusta ei synny vaan se kulkee diojen kautta. Diaesitykseen kannattaa laittaa vain tärkeimmät asiat, muuten se ei houkuttele osallistujia. (Kupias & Koski 2012, 76–77.) Projektin diaesitys on tehty tämän opinnäytetyön teoreettisen viitekehysten pohjalta. Diaesitys on liitteenä tässä työssä (LIITE 1).

Tärkeä työvaihe on ydinviestin tarkentaminen, eli haetun tiedon karsiminen ja rajaaminen. Taustatietoa tarvitaan paljon enemmän kuin lopulta esityksessä on näkyvissä. Aihe, kohderyhmä ja esityksen tavoite vaikuttavat siihen, minkä perusteella toteutetaan rajauksen. Tarkoitus on valikoida osallistuvalla ryhmällä hyödyllisiä

simmat asiat. Jokaisella esityksellä on tavoite, joka ei tule ilmi selvästi, mutta se on olemassa. Esityksen jälkeen ihmiset tietävät jotain, mitä he eivät tienneet ennen sitä. Tämä tieto auttaa heitä esimerkiksi tekemään työnsä paremmin, huolehtimaan terveydestään tai jotakin muuta, tilanteesta riippuen. (Lammi 2015, 21–23.)

### **3.4.1 Sisältö ja kohderyhmä**

Kirjoittaessa tyylin ja ulkoasun lisäksi on pidettävä mielessä myös sisältö ja kohderyhmä. Kirjoittaessa käsiteltävä aihe on rajattava ja mietittävä, mitä kirjoituksella haluaa sanoa ja mitkä asiat liittyvät siihen eniten. (Keränen, Lamberg & Penttinen 2003, 53–54)

Teksti on yleensä tehty muiden luettavaksi ja kirjoittaessa kannattaa miettiä kenelle tekstiä on kirjoittamassa, mitä hän tietää jo entuudestaan sekä mitä hyötyä lukijalle siitä (Keränen ym. 2003, 54.) Ihminen omaksuu asioita jotka ovat jollain tavalla mielenkiintoisia, hyödyllisiä tai ylipäätään ymmärrettäviä. Aikaisempi osaaminen vaikuttaa siihen, miten erilaisissa oppimistilanteissa käyttäytyään ja miten osallistujien oppimista voidaan tukea. Osallistujille esille oleva asia voi näyttäytyä eri tavalla. Tieto ei siirry, jos oppija ei ymmärrä asiaa. (Kupias & Koski 2012, 26–28) Tämän projektin kohderyhmä on kolmannen vuoden lähihoitajaopiskelijat, joille pidetään opetustilaisuus diaesityksen muodossa.

### **3.4.2 Esiintyminen**

Hyvästä koulutuksesta puhuttaessa esiintyminen ja esilläolo ovat asioita, joihin keskitytään ja jolle laitetaan paljon panostusta. Hyvällä esiintymisellä voidaan vaikuttaa koulutuksen kannalta olennaisiin asioihin, kuten osallistujien mielenkiinnon herättämiseen, koulutuksen ilmapiiriin sekä asioiden loogiseen ja selkeään esittämiseen. (Kupias & Koski 2012, 142.)

Hyvän esiintymisen mittapuuna pidetään usein esiintyjän karismaa. Karismaattinen ihminen on innostava, miellyttävä kuunnella ja luo hyvän ilmapiirin. Kuten

kaikki muutkin ihmiset, myös kouluttajat usein viestivät enemmän sanattomasti kuin sanallisesti. Kouluttaja viestii sanattomasti kasvojen ilmeillä, eleillä, katsekontaktilla, kosketuksella, kehonsa asennolla, ryhdillä, äänellään, pukeutumiseen sekä tilan ja ajankäytöllä. Tällä tavalla kouluttaja välittää vihjeitä omista ajatuksista, tunteista sekä suhtautumisestaan aiheeseen, osallistujiin ja omaan itseen. (Kupias & Koski 2012, 143–146.)

Koulutustilanteisiin kouluttaja voi valmistautua ajattelemalla omasta perustehtävästään. Perustehtävässä voivat korostua, esiintyminen, tiedon välittäminen tai oppimisen edistäminen. Esiintymistä korostava kouluttaja menee ennen kaikkea esiintymään yleisölle ja asettuu yleisön eteen arvioitavaksi. Tiedon välittämistä painottava kouluttajan huomio keskittyy tietoon, jota hän on välittämässä. Oppimisen edistämistä korostavan kouluttajan huomio kiinnittyy siihen, mitä osallistujissa tapahtuu. Erilaisissa koulutustilanteissa esiintyminen näyttäytyy eri tavoin. (Kupias & Koski 2012, 145–146.)



## 4 SYÖPÄ

Kasvainsairauksille ei ole olemassa täysin tarkkaa määritelmää, mutta siinä on yleensä kyse solukon tai kudoksen epänormaalista kasvusta. Kasvainsairauden jaetaan hyvänlaatuisiin ja pahanlaatuisiin kasvaimiin. Hyvänlaatuiset kasvaimet ovat paikallisia ja hidaskasvuisia, kun taas pahanlaatuiset kasvaimet leviävät ympäristöönsä ja kasvavat nopeammin. (Isola & Kallioniemi 2013, 10.) Pahanlaatuisien kasvainten yleisnimitys on syöpä, ja syöpien yhteisenä ominaisuutena on solujen kontrolloimaton jakautuminen (Salminen 2000, 12).

Syöpä syntyy silloin, kun geenivirheitä tapahtuu useissa sellaisissa geneeissä, joilla on tärkeä asema solujen kasvun ja erilaistumisen säätelyssä (Mikä on syöpä? 2016). Elimistön säätelyjärjestelmä ei pysty hallitsemaan syöpäsoluja, koska ne poikkeavat rakenteeltaan elimistön normaaleista soluista. Näin ollen syöpäsolut kasvavat normaalikudosten kasvusäätelyä piittaamatta, tuhoten ympärillä olevaa tervettä kudosta ja tämä on elimistölle haitallista monella tavalla. (Salminen 2000, 12.)

### 4.1 Syövän esiintyminen

Syöpään sairastuu joka kolmas suomalainen jossakin elämänsä vaiheessa (THL 2014). 50. ikävuoden jälkeen syöpään sairastumisen riski suurenee nopeasti. Syöpään sairastuneiden keski-ikä Suomessa on 67 vuotta. (Sankila 2013, 31.) Voidaan siis sanoa, että syöpä on yleensä ikääntyvien sairaus. Väestön ikääntyessä myös uusien syöpätapausten määrä lisääntyy. Kuitenkin syöpäkuolemien määrä lisääntyy vain vähän parantuneiden hoitomahdollisuuksien ansiosta. (THL 2014.)

Suomessa naisten yleisin syöpä on rintasyöpä, toisena on suolistosyöpä ja kolmanneksi yleisin on keuhkosyöpä. Miesten keskuudessa yleisin syöpä on eturauhassyöpä, toisena keuhkosyöpä ja kolmanneksi yleisin on suolistosyöpä. (Syöpätaudit 2016.) Näitä syöpätyyppejä käsitellään kappaleessa viisi. Syövät luokitellaan sijaintipaikan ja levinneisyyden mukaan eli tehdään niin sanottu TNM- luoki-

tus (Salminen 2000, 13). T (tumor) viittaa emokasvaimen kokoon, N (node) tarkoittaa, missä määrin syöpä on levinnyt läheisiin imusolmukkeisiin ja M (metastaasi) ilmaisee kauempana sijaitsevien etäpesäkkeiden olemassaoloon (Syövän vaiheet, erilaistuminen ja levinneisyys, 2016). Suomen Syöpärekisteri on Suomen Syöpäyhdistyksen osana toimiva tutkimuslaitos, joka ylläpitää Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen virallista syöpärekisteriä (Sankila 2013, 33).

## **4.2 Syövän yleisyys**

Maailman terveysjärjestön WHO:n kansainvälisen syöväntutkimuskeskuksen arvioinnin mukaan vuonna 2012 maailmassa todettiin 14 miljoona uutta syöpätapausta ja syöpään kuoli 8,2 miljoona ihmistä. Uusien syöpätapausten määrän on odotettavissa nousevan noin 70 % seuraavan kahden vuosikymmenen sisällä. (WHO 2015 a.)

Suomen syöpärekisterin viimeisten tilastotietojen mukaan vuonna 2014 syöpätapausten määrät olivat miehillä 16 190 ja naisilla 16 121. Tilastotiedoissa kerrotaan vuonna 2015 elossa olevien syöpäpotilaiden lukumäärät diagnoosista kulu- neen ajan mukaan olleen seuraavat: alle vuosi diagnoosista miehiä oli elossa 12 941, alle viisi vuotta 50 882 ja alle 10 vuotta diagnoosin saatua 81 770. Vastaa- vasti naisia oli elossa alle vuosi diagnoosin saatua 13 294, alle viisi vuotta noin 53 446 ja alle 10 vuotta diagnoosista 88 528. (Suomen Syöpärekisteri 2015.) Kan- sainvälisesti katsoen suomalaisten syöpäsairauksien koskevat luvut ovat tiedossa erinomaisen tarkasti (Sankila 2013, 33).

## 5 SYÖPÄTYYPIT

Syöpäkasvain voi periaatteessa syntyä missä tahansa elimessä. Yleisyydeltään ja taudinkuvaltaan eri elinten syövät poikkeavat kuitenkin niin paljon, että käytännössä syöpiin sisältyy suuri joukko varsin erilaisia sairauksia. (Jussila, Kangas & Haltamo 2010, 19.)

Yleisimmät syöpätyypit ovat karsinoomat jotka saavat alkunsa limakalvoilta ja rauhasista, sarkoomat jotka lähtevät side- ja tukikudoksesta sekä verta muodostavat kudoksesta ja imukudoksesta syntyvät leukemiat ja lymfoomat. Nämä syöpätyypit jakaantuvat eteenpäin lähtökudoksen ja -solukon mukaan kymmeneen eri syöpäsairauksiin. (Jussila ym. 2010, 19.)

### 5.1 Rintasyöpä

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpämuoto Suomessa ja potilaiden keski-ikä taudin toteamishetkellä on noin 60 vuotta (Joensuu & Huovinen 2013, 595). Rintasyöpä alkaa yleistyä vaihdevuosi-ian lähestyessä, sitä todetaan myös nuoremmilla naisilla, mutta alle 30-vuotiailla tauti on hyvin harvinainen (Vehmanen 2012). Suomessa naisten rintasyöpä on yleistynyt jatkuvasti viime vuosien aikana ja ennusteiden mukaan se yleistyy myös tulevaisuudessakin, tämä pitkälti liittyy väestön ikääntymiseen. Taudin ennuste on kuitenkin jatkuvasti parantunut varhaisemman toteamisen sekä tehokkaampien hoitomenetelmien ansiosta. (Joensuu & Huovinen 2013, 595; Vehmanen 2012.)

Rintasyövän vaaraa suurettavat tai pienentävät tekijät liittyvät suurelta osalta hormonaalisiin seikkoihin (Joensuu & Huovinen 2013, 595). Sairastumisvaaraa suurettavia hormonaalisia tekijöitä ovat synnytysten vähäisyys, korkea ensisynnytysikä, varhainen kuukautisten alkamisikä ja myöhään alkavat vaihdevuodet. Muita rintasyöpävaaraa suurettavia tekijöitä on ylipaino vaihdevuosi-ian jälkeen sekä runsas alkoholinkäyttö. Rintasyöpävaaraa pienentäviä tekijöitä ovat imetys, liikunta, rintojen poisto tai munasarjojen poisto periytyvän rintasyövän ehkäisy

yhteydessä. Periytyvään rintasyöpäalttiuteen viittaavat nuorella iällä sairastuminen sekä usealla lähisukulaisella todettu rinta- tai munasarjasyöpä. (Joensuu & Huovinen 2013, 595; Vehmanen 2012.)

Rintasyövän tavallisin oire on rinnassa tuntuva kyhmy, se on useimmiten kivuton, mutta se saattaa myös aiheuttaa rinnassa kipua tai pistelyä. Oireena voi myös olla kirkas tai verinen erite nännistä, nännin tai ihon vetäytyminen, nännin tai nännipihan ihottuma tai muu ihomuutos rinnan alueella. Oireeton rintasyöpä voidaan todeta mammografiassa eli rinnan röntgenkuvauksessa. Ennen hoidon aloittamista rintasyöpä luokitellaan levinneisyyden ja sen biologisten ennustetekijöiden mukaan. (Joensuu & Huovinen 2013, 596, 600; Vehmanen 2012.)

## **5.2 Eturauhassyöpä**

Suomessa yleisin syöpä on nykyisin eturauhassyöpä. Vuonna 2012 todettiin yhteensä n. 4 660 uutta eturauhassyöpätapausta ja määrä on edelleen kasvussa. Eturauhassyövän esiintyvyys alkaa nousta jyrkästi 55. ikävuoden jälkeen, mutta esiintyy erittäin harvoin alle 40-vuotiailla. Eturauhassyöpään keskimääräinen sairastumisikä on yli 70 vuotta, eli se on erityisesti vanhojen miesten sairaus. Ikä on tärkein yksittäinen eturauhassyövän riskitekijä. (Kellokumpu-Lehtinen, Joensuu & Tammela 2013, 562; Terve.fi 2015.)

Eturauhassyöpä on hormoniriippuvainen kasvain, mutta sen aiheuttajat tunnetaan vain osittain. Epäiltyjä vaaratekijöitä ovat ulkoiset tekijät, kuten ravinto, hormonit, ympäristön saasteet ja kemikaalit, mutta näistä laajaa tutkittua tietoa ei toistaiseksi ole. Nykyisen tiedon mukaan perinnöllistä eturauhassyöpää on Suomessa 5–10 % ja perheittäin esiintyvää eturauhassyöpää n. 20 %. (Terve.fi 2015; Syöpäinfo 2016 a.)

Eturauhassyöpä todetaan usein oireettomana PSA:n eli prostataspesifisen antigeenin mittauksen yhteydessä. Taudin ensi oireita voivat olla virtsaamiseen liittyvät vaivat, kuten virtsaamisvaikeus, virtsasuihkun heikentyminen ja tihtynyt virtsaamistarve. Potilaista noin viidesosalla ensimmäiset oireet ovat luuston etä-

pesäkkeistä aiheutuvia, jolloin tavallisin oire on kipu. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2013, 563; Syöpäinfo 2016 a.)

Eturauhassyövän diagnostiikassa käytetään ensisijaisesti peräaukon kautta tapahtuva eturauhasen tunnustelua (tuseeraus), PSA-arvon määrittystä ja koepalan ottoa. Hoidon valintaan vaikuttavat ikä, taudin oireet ja levinneisyys, solukuva, PSA-arvon nousunopeus sekä potilaan muut sairaudet. Hoitolinjasta urologi ja mahdollisuuksien mukaan onkologi neuvottelevat yhdessä potilaan kanssa. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2013, 562–563; Terve.fi 2015)

### **5.3 Keuhkosityöpä**

Keuhkosityövän on todettu olevan maailman yleisin syöpä. Suomessa se on miesten toiseksi ja naisten neljänneksi yleisin syöpä. Miesten keuhkosityöpään sairastuneiden määrä on 1970-luvulta asti vähentynyt tupakoinnin vähentymisen myötä. Sen sijaan naisten sairastuvuus on lisääntynyt heidän tupakoinnin yleistymisen seurauksena. (Mali 2013, 368; Mustajoki 2016.)

Keuhkosityövän vaaratekijöistä tupakka on ylivoimaisesti tärkein vaaratekijä. Keuhkosityöpätapauksista 85–90 % johtuu tupakasta. Vaaratekijöitä on myös työ- ja elinympäristössä, kuten asbesti ja ionisoiva säteily. Suurentunut riski saada keuhkosityöpä on myös keuhkohtaumatautia sairastaville sekä potilailla joilla on tuberkuloosin aiheuttama arpi keuhkoissa. (Mali 2013, 368–369.)

Keuhkosityöpä on alkuvaiheessa oireeton ja etenkin keuhkojen laitaosissa se voi kasvaa kookkaaksi aiheuttamatta mitään oireita. Merkittävimmät oireet ja löydökset ovat yskä, veriyskä, hengenahdistus, kipu, toistuvat keuhkokuumeet, yleisoireet ja varjostuma keuhkon natiiviröntgenkuvassa (thoraxkuva). Keuhkosityövän oireet ovat yleensä epäspesifisiä ja jäävät helposti huomaamatta, kunnes taudin edetessä potilas saa yleisoireita. Yleisoireet eli ruokahaluttomuus, heikkous, väsymys, kuumeilu ja laihtuminen ovat aika yleisiä ja joskus voivat olla pitkään ainoita oireita. Keuhkosityöivistä noin 5 % todetaan sattumalöydöksenä muiden tutkimusten yhteydessä. (Mali 2013, 373–375.)

Keuhkosyöpä todetaan yleensä keuhkojen röntgenkuvalla, syövän tarkempi sijainti ja levinneisyys selvitetään tietokonekerroskuvauksella. Keuhkoputken tähystyksessä (bronkoskopia) tarkoituksena on saada kasvaimesta näytepala mikroskooppista tutkimusta varten. Tutkimuksen avulla syöpä voidaan luokitella tyypeihin, mikä on tarpeen tehokkaimman hoitomuodon valinnan kannalta. (Mustajoki 2016.)

Lopullisen hoidon määräävät histologia, TNM-luokitus sekä potilaan yleiskunto ja leikkauskelpoisuus. Hoitopäätöksen tehdään työryhmässä, jossa ovat mukana keuhkolääkäri, onkologi, thoraxkirurgi, radiologi ja patologi. (Mali, Wigren & Salo 2013, 379.)

#### **5.4 Suolistosyöpä**

Suolistosyöpien tautiryhmän muodostavat paksusuolisyöpä, peräsuolisyöpä sekä myös peräaukon syöpä (Syöpäinfo 2016 b). Suomessa paksu- ja peräsuolensyöpä on kolmanneksi yleisin syöpämuoto rintasyövän ja eturauhassyövän jälkeen. Paksusuolen syöpä on miehillä ja naisilla melkein yhtä yleinen, peräsuolen syövän ilmaantuvuus on miehillä hiukan suurempi. Paksu- ja peräsuolisyöpäpotilaiden keski-ikä on noin 70 vuotta. Tapauksista vain 2–3 % ilmenee alle 40-vuotiailla, mutta jo lähes 10 % alle 50-vuotiailla. Peräaukon syöpä on harvinainen, Suomen Syöpärekisteriin ilmoitetaan vuosittain noin 20 tapausta. (Järvinen, Kouri & Österlund 2013, 483, 507.)

Paksu- ja peräsuolen syövän syntyyn on osuutta sekä ympäristötekijöillä että perinnöllisyydellä. Nämä tekijät selittävät kolmanneksen tapauksista, joten kolmannes suolistosyöivistä syntyy tuntemattomista syistä. Esiintyvyyteen vaikuttaa myös yleiset elintapoihin liittyvät riskitekijät, kuten ylipaino, tupakointi, alkoholi ja vähäinen liikunta. (Järvinen ym. 2013, 483–484.) Suolistosyövän riskiä uskotaan lisäävän runsas eläinrasvojen käyttö, kun taas kuitupitoinen ruokavalio arvelaan vaikuttavan päinvastaisesti (Syöpäinfo 2016 b).

Paksu- ja peräsuolen syövän tyypillisiä oireita ovat vatsakipu, ummetus, ulostamisvaikeus ja veriulosteisuus. Myös raudanpuuteanemia voi olla suolistosyövän oire. Peräsuolisyövässä tavallisin oire on veriulosteisuus. Verta ulosteessa ei tule uskoa pukamista johtuvaksi potilasta tutkimatta. (Järvinen ym. 2013, 491.)

Suolistosyövän diagnosointi perustuu ensisijaisesti kasvaimen näkemiseen joko suolitähystyksen (kolonoskopia) tai röntgentutkimuksen avulla. Tähystyksessä voidaan ottaa tarvittaessa koepaloja suolen sisäpinnalta. Peräsuolen ja peräaukon syövän erottamisessa koepala on hyvin tärkeä, koska peräaukon syövän hoito eroaa suolistosyövän hoitoperiaatteista. Lantion magneettikuvaus tehdään usein peräsuolisyövässä, jotta syövän paikallinen leviäminen olisi mahdollisimman tarkasti tiedossa siinä vaiheessa, kun suunnitellaan sädehoitoa ja leikkausta. (Järvinen ym. 2013, 491; Syöpäinfo 2016 b; Österlund 2012.)

Suolistosyövän ennuste riippuu sen levinneisyysasteesta toteamisvaiheessa. Pinnallisissa kasvaimissa paranemismahdollisuudet ovat yleensä hyvät, kun taas pidemmälle edenneessä syövässä ennuste on huonompi. (Österlund 2012.)

## 6 SYÖVÄN HOITOMUODOT

Syöpien hoito on ryhmätyötä, siihen osallistuu lääketieteen eri alojen asiantuntijoita. Hoitotiimiin kuuluvat onkologin ja kirurgin lisäksi myös syöpädiagnostiikkaan ja hoitotulosten seurantaan perehtynyt radiologi sekä kyseiseen syöpätyyppiin perehtynyt patologi. (Joensuu 2013, 133.)

Yleisimmät syövän hoitomuodot ovat leikkaus, sädehoito ja erilaiset lääkehoidot. Leikkaus on usein syövän ensihoito, sen ohella toinen paikallinen syövänhoitotapa on sädehoito. Harvemmin käytettyjä hoitomuotoja ovat immunologiset hoidot, jäädytyshoito, laserhoito ja kokeelliset hoidot. Nykyään käytetään yhä enemmän hoitomuotojen yhdistelmiä, erityisesti suurikokoisten kasvainten hoidossa. (Joensuu 2013, 132.)

Hoitomuotoja yhdistettäessä, yleensä jokin hoitomuoto on paranemisen kannalta keskeinen, useimmiten leikkaus, ja muut hoitomuodot varmistavat hyvää hoitotulosta. Muita hoitomuotoja kutsutaan liitännäishoidoksi eli adjuvanttihoidoksi. Adjuvanttihoito annetaan yleensä pääasiallisen hoidon jälkeen, mutta se voidaan antaa myös ennen pääasiallista hoitoa. Silloin on kyse neoadjuvanttihoidosta. (Jussila 2010, 20–21.)

Monet syöpähoitot ovat varsin raskaita, siksi potilaan soveltuvuus hoitoon tulee arvioida ennen hoidon aloittamista. Potilaan yleistila on tärkein arviointiperuste, jonka arviointi perustuu ns. suoritusluokitukseen. Maailman terveysjärjestön (WHO:n) mukaista suorituskykyluokitusta käytetään tavallisimmin. (Joensuu 2013, 133.)

Hoitopäätökseen vaikuttavat yleistilan lisäksi syöpätaudin tyyppi, levinneisyysaste ja muut mahdolliset sairaudet sekä potilaan oma mielipide. Jokaiselle potilaalle pyritään valitsemaan sellainen hoitomenetelmä tai hoitoyhdistelmä, jonka avulla saadaan mahdollisimman hyvä hoitotulos mahdollisimman vähillä haittavaikutuksilla. (Jussila 2010, 21.)



Syöpähoidot kehittyvät koko ajan ja tarjolla on yhä tehokkaampia hoitoja syöpää vastaan, joiden ansiosta hoitotulokset ovat parantuneet. Suomessa syövän hoitotulokset ovat kansainvälisesti vertailtuna huippuluokkaa. (Syövän hoito 2016.)

## 6.1 Kirurginen hoito

Kirurginen hoito on ensisijainen vaihtoehto monien kiinteiden syöpäkasvainten kuten rintasyövän, eturauhassyövän, suolistosyövän ja keuhkosityövän hoidossa. Leikkauksessa poistetaan syöpäkasvain sekä tervettä kudosta sen ympäriltä. Tämä toimenpide estää kasvaimen paikallisen leviämisen. Leikkauksen laajuus ja sen onnistuminen ovat riippuvaisia monesta tekijästä, kuten syöpätyypin, syövän kasvutavan, levinneisyyden, koon ja sijainnin mukaan. Hoitotulokset ovat suhteellisen hyvät, kun leikkaus tehdään syövän varhaisessa vaiheessa. (Roberts 2013, 140–141; Syövän leikkaus 2016.)

Leikkauksen pyrkimyksenä ei aina ole koko kasvaimen poistaminen, vaan sen avulla voidaan pienentää kasvaimen kokoa, jotta se saataisiin poistettua solunsalpaajilla tai sädehoidolla. Leikkauksella voidaan poistaa, myös emokasvaimen lähettämiä etäpesäkkeitä. Kasvaimet voivat joskus olla niin vaikeassa paikassa, että niitä ei saa leikattua kokonaan tai ollenkaan. Osaan syöivistä leikkaushoitoa ei voi käyttää, tällaisia ovat esimerkiksi verisyövät. (Syövän leikkaus 2016 d.)

Radikaalileikkauksella tarkoitetaan leikkausta, jossa poistetaan kaikki havaittava kasvainmassa. Radikaalileikkauksella pyritään kuratiiviseen hoitoon eli paranemiseen pyrkivään hoitoon. Palliatiivisen leikkauksen tarkoituksena ei ole radikaalinen poistaminen vaan tavoitteena on syövän aiheuttamien oireiden lievittäminen. (Roberts 143; Syövän leikkaus 2016.) Radikaalinen leikkaus kuuluu esimerkiksi paikallisen eturauhassyövän hoitovaihtoehtoihin (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2013, 566).

Leikkaus voi olla ainoa hoitokeino, mutta usein sen lisäksi annetaan säde- tai sytostaattihoidoita tai molempia. Eri hoitomuotoja yhdistelemällä ja ajoittamalla ne oikein päästään nykyistä parempiin tuloksiin. Kirurgia säilyy varmasti syövän

keskeisenä hoitomuotona. (Roberts 2013, 140–141.) Leikkaushoito on nopea hoito, verrattuna viikkoja kestävään sädehoitoon tai kuukausia kestävään lääkehoitoon (Jussila 2010, 22).

## 6.2 Sädehoito

Kirurgian ohella sädehoidosta on kehittynyt tärkeä syövän paikallinen hoitomuoto (Kouri & Tenhunen 2013, 148). Esimerkiksi peräsuolisyövässä annetaan tyypillisesti sädehoitoa ennen leikkausta (Österlund 2012). Syöpäpotilaista noin puolet saa jossain sairautensa vaiheessa joko paranemiseen tähtäävää tai oireita lievittävää sädehoitoa. Parantuneista syöpäpotilaista melkein 20 % on parantunut sädehoidon ansiosta. (Kouri & Tenhunen 2013, 148.)

Sädehoito perustuu siihen havaintoon, että syöpäsolut ovat usein normaalisolukkoa herkempiä säteilyn aiheuttamille vaurioille (Jussila 2010, 22) Syövän parantamiseen tarkoitettu ulkoinen sädehoito yleensä jaksotetaan 2–8 viikon ajalle antamalla pieni kerta-annos päivittäin viitenä päivänä (Kouri & Tenhunen 2013, 148).

Sädehoidon käytön edellytyksenä kuratiivisessa hoidossa on, että kasvain on sädeherkkä ja rajoittuu niin pienelle alueelle, että koko kasvaimen alue voidaan sädetää riittävän suurella säteilyannoksella ilman, että samanaikaisesti säteilyn kohteeksi joutuvat terveet kudokset vaurioituvat liikaa. Joskus sädehoitoa voidaan käyttää kuratiivisena hoitona myös silloin, kun leikkaushoito ei ole mahdollinen. (Jussila 2010, 22.)

Sädehoidolla ei yleensä voi parantaa laajemmalle levinnyttä syöpää, mutta aika usein sädehoitoa käytetään helpottamaan potilaan oireita. Tällainen niin sanottu palliativinen sädehoito kohdistetaan vain siihen osaan kasvainta, joka aiheuttaa oireen, ja käytettävät annokset ovat huomattavasti pienempiä kuin kuratiivisessa hoidossa. (Jussila 2010, 23.)

### **6.3 Syövän lääkehoito**

Syövän lääkehoito on syövän hoitomuodoista nuorin, mutta tällä hetkellä kehitty nopeimmin. Kirurgiaan ja sädehoitoon verrattuna lääkehoidon suuri etu on se, että lääkkeiden vaikutus ulottuu verenkierron välityksellä kaikkialla elimistöön. Näin ollen lääkehoitoa voidaan käyttää jopa parantavana hoitona myös silloin, kun syöpä on jo levinnyt laajalle. (Jussila ym. 2010, 23.)

Syövän hoidossa käytetyt lääkkeet voidaan jakaa karkeasti kolmeen pääryhmään, perinteiset solunsalpaajat eli sytostaattit, hormonit ja biologiset lääkkeet eli niin sanotut täsmälääkkeet (Jussila ym. 2010, 23).

#### **6.3.1 Solunsalpaajat**

Solunsalpaajat ovat voimakkaita lääkeaineita, jotka jollakin tavalla estävät solujen jakaantumista tai tuhoavat jakaantumisvaiheessa olevien soluja. Nykyisin solunsalpaajia on käytössä muutamia kymmeniä, joista suurin osa annetaan suonensisäisinä injektioina tai infuusioina. (Jussila ym. 2010, 23.) Levinneessä keuhkosyövässä hoitona on vain solunsalpaajahoito, joka lievittää huomattavasti oireita ja pidentää elinaikaa. (Mustajoki 2016.)

Tavallisimmin annetaan paria kolmea eri lääkettä samanaikaiseksi, yhden tai muutaman vuorokauden mittaisina kuureina muutaman viikon välein. Osa solunsalpaajista vaikuttaa samankaltaisella mekanismilla kuin sädehoito, joten niitä voidaan joskus käyttää samaan aikaan sädehoidon kanssa tehostamaan sädehoidon vaikutusta. (Jussila ym. 2010, 23.)

#### **6.3.2 Hormonit**

Syöpäkasvaimista muutamat ovat osittain elimistön hormonaalisen säätelyn alaisia esimerkiksi rintasyöpä, joten tätä riippuvuutta voidaan hyödyntää syövän hoidossa. Hormonien vaikutuksen voimakkuus riippuu syntyneen kasvaimen kehitysvaiheesta ja sen luonteesta. (Jussila ym. 2010, 24; Kataja 2013, 218.)

Potilaalle voidaan antaa suoraan syövän kasvutaipumusta väheneviä hormoneja tai lääkeainetta, jotka estävät tai vähenevät syövän kasvua edistävien hormonien vaikutusta kohdekudoksessa. Voidaan myös estää sellaisten hormonien tuotanto, jotka vaikuttavat positiivisesti syövän ja syöpäsolujen kasvuun. (Kataja 2013, 218.)

### **6.3.3 Biologiset lääkkeet**

Biologiset lääkkeet tai niin sanotut täsmälääkkeet ovat lääkeaineita, jotka vaikuttavat hyvin spesifisesti johonkin yksittäiseen kohtaan syöpäsolun aineenvaihdunnassa tai lisääntymismekanismissa. Näistä lääkkeistä monet ovat vasta-aineita, jotka estävät syöpäsolukon tai syövän kasvulle välttämättömän tukisolukon eli verisuonten kasvutekijän vaikutuksen tumaan solun pinnalla, toiset taas estävät kasvutekijän vaikutuksen tumaan solun sisällä. Täsmälääkkeiden ja solunsalpaajien mekanismit ja haittavaikutukset eroavat toisistaan, joten niitä voidaan käyttää yhdessä samaan aikaan ja näin saada isompi kokonaisteho. (Jussila ym. 2010, 24.)

## 7 MIELENTERVEYS JA SYÖPÄ

Maailman terveysjärjestö on määritellyt terveyden täydellisenä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana eikä vain sairauksien tai vammojen puuttumisena (WHO 2014 b).

Mielenterveys on ihmisen hyvinvoinnin perusta sekä psyykkisiä toimintoja ylläpitävä voimavara. Sen avulla voidaan ohjata elämää, ymmärtää omat kyvyt ja selviytyä elämän normaalista stressistä. Mielenterveydelle on keskeistä kyky ymmärtää ja tulkita ympäristöä, sopeutua siihen sekä muuttaa sitä tarvittaessa. Kielteiset elämäntapahtumat, kuten vakava sairastuminen voi heikentää yksilön mielenterveyttä. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2012, 17–21.)

Sairastuminen syöpään yleensä koetaan uhkaavana menetyksenä. Tämä laukaisee psykofyysisen pelkoreaktion aivoissa, kehossa ja mielessä. Alkuvaiheessa uhka aistitaan epämääräisenä paineisena olona ja ahdistuksena, jonka mieli jäsentelee tarkemmiksi ja sanallisestikin kuvattavissa oleviksi tunteiksi. Syövän kannalta, se mikä vaatii eniten psyykkistä työstämistä, on kuolemanpelko ja siihen liittyvät tunteet. Ihmisen mieli pyrkii suojautumaan pahanolon tunteista automaattisesti toimivien puolustusmekanismien avulla. (Idman & Aalberg 2013, 862.)

### 7.1 Puolustusmekanimit

Puolustusmekanismi toimivat mielen tiedostamattomissa ja esitietoisissa kerroksissa, näitä tiedostamattomia puolustusmekanismeja ovat esimerkiksi kieltäminen, torjunta, tunteiden eristäminen, tapahtuneen merkityksen vähättely sekä projekttiivinen syyllistäminen. (Idman & Aalberg 2013, 862.)

Potilas voi kieltää kokonaan sairastumisensa ja vaikeiden oireiden takia lykätä hoitoon hakeutumista. Hän voi myös ajatella tuloksia kuultuaan, että on tapahtunut erehdys, ettei kyseessä ole hänen tietonsa tai tutkimustuloksissa on tapahtunut virhe. Kun potilas miettii kysymystä, miksi juuri minä sairastuin, hän voi päätyä

itsesyyttelyyn tai etsii syyllisiä ulkopuolelta tai ajautuu hoitosuhteissa vihamieliseen epäluuloisuuteen. (Idman & Aalberg 2013, 862.)

## **7.2 Puolustuskeinojen riittämättömyys**

Sairastuessa psyykinen paine voi olla joskus niin suuri, että normaalisti hyvin toimivat puolustuskeinot eivät kykene käsittelemään ahdistusta, ja ihminen muuttuu levottomaksi, tuskaiseksi tai lomaantuu. Ihmisen elämänhallinta ja mielen taseapaino voivat järkkyyä niin, että hän joutuu kriisiin. (Idman & Aalberg 2013, 862.)

Sairastumisesta johtuvia vaikeimpia psyykkisiä kuormitustiloja voidaan jaotella kolmivaiheisena prosessina. Normaalin sopeutumisen häiriytyttyä ongelmat alkavat yleensä psyykkisenä kriisinä, joka voi jatkua sopeutumishäiriöksi ja siitä vielä vaikeammaksi psykiatriseksi häiriöksi. Potilaalla voi olla psykiatrinen häiriö jo ennen sairastumista ja tällöin hänellä jo yleensä olemassa psykiatrinen hoitokontakti. (Idman & Aalberg 2013, 862, 864.)

## **7.3 Psyykkiset kriisireaktiot**

Psyykinen kriisi on aina yksilöllinen reaktio, joka määräytyy potilaan ulkoisten kuormitustekijöiden lisäksi myös potilaan persoonallisuuden rakenteesta sekä hänen kyvystään käsitellä epävarmuutta. Psyykkisen kriisin kulku voidaan jaotella kahteen vaiheeseen, akuuttivaiheeseen ja jäsentelyvaiheeseen. (Idman & Aalberg 2013, 863.)

Akuuttivaihe alkaa uhkakokemuksella, jota seuraa sokki- ja reaktiovaihe eli varsinainen kriisi. Oireet ovat tunnetilojen vaihtelut, kiihtymys, hämmennys ja lamaannus, oireet voivat esiintyä myös sekamuotoisina, esimerkiksi kiihtymyksen ja lamaannuksen nopea vaihtelua. (Idman & Aalberg 2013, 863.) Tässä vaiheessa potilas elää tässä ja nyt-tilanteessa. Tällöin hän tarvitsee tietoa omasta sairaudestaan ja sen hoidosta sekä aikaa tilanteen käsittelemiseen. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Talqvist 2012, 162.) Idman &

Aalberg (2013, 863) kertovat, että tässä vaiheessa jo olisi suotavaa, että psykiatri tapaisi potilaita ja voisi näin seurata heidän psyykkistä reagointiaan.

Jäsentelyvaiheessa tunnelma on rauhallinen ja tähän sisältyvät käsittely- ja uudelleen suuntautumisen vaiheet. Potilas etsii keinoja selviytyäkseen sairastumisesta ja hoidosta sopeutuakseen niihin. Tässä vaiheessa liittyy epävarmuutta siitä, kuinka hoidot toteutuvat ja millaisia hoidon tulokset ovat. Potilas tiedostaa oman tilanteensa, sopeutuu uuteen elämäntilanteeseen sekä hahmottaa mikä elämässä on muuttunut, mistä hän joutuu luopumaan ja mitä uutta on mahdollisesti tullut tilalle. Omien psykologisten hallintakeinojen avulla ihminen kykenee sitomaan ahdistusta ja säilyttämään mielen tasapainoista tilaa. (Ahonen ym. 2012, 162; Idman & Aalberg 2013, 863.)

#### **7.4 Sopeutumishäiriöt**

Sopeutumishäiriöt ovat tunne-elämän häiriö- ja ahdistustiloja, jotka häiritsevät sosiaalista toimintakykyä. Sopeutumishäiriö johtuu merkittävän elämäntapahtuman tai kuormitustekijän seurauksena. Tällaisena kuormitustekijänä voidaan pitää esimerkiksi sairastumista vakavaan sairauteen. (Idman & Aalberg 2013, 864.)

Psykologiselta näkökulmalta sopeutumishäiriö tarkoittaa psyykkisen kriisireaktion jumiutumisen akuuttivaiheeseen niin, ettei tilanne siirry eteenpäin kriisin jäsen-televään käsittelyyn, läpityöskentelyyn tai korjaamiseen. Sopeutumishäiriö voi esiintyä univaikeuksina, käytöshäiriöinä, masentuneena mielialana, ahdistuneisuutena, tai eri oireiden yhdistelmänä. (Idman & Aalberg 2013, 864.)

#### **7.5 Mielenterveyshäiriöt**

Mielenterveydenhäiriöistä on kyse silloin, kun oireet aiheuttavat ihmisellä psyykkistä kärsimystä tai vajaakuntoisuutta ja oireet voivat rajoittaa myös toiminta- ja työkykyä. Usein mielenterveyden ongelmat ilmenevät voimia vähentävinä asioina ja ne voivat tuntua myös fyysisinä kipuina. (THL 2015 b.)

Syöpäpotilaiden mielenterveyshäiriöille ei ole selkeää yksittäistä syytä, koska jokainen potilas on yksilöllinen ja heidän taustansa on erilainen. On kuitenkin havaittu tekijöitä, jotka lisäävät riskiä sairastua mielenterveyshäiriöön. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi aikaisemmat psyykkiset sairaudet, huono stressinsietokyky, huonot suhteet perheeseen ja läheisiin, aikaisemmat negatiiviset elämäntapahtumat ja huonohoitosuhde henkilökuntaan. (Barraclough 1995, 48–49.)

Psyykkisten oireiden tunnistaminen sekä hoitaminen ovat osa syöpäpotilaan kokonaisuhoitoa somaattisten tutkimusten ja hoidon rinnalla. Hoitorutiiniin kaikissa vaiheissa kuuluvat kysymykset psyykkisestä voinnista ja jaksamisesta. Psyykkisten oireiden ehkäisyssä keskeistä on potilaan kuunteluun perustuva vuorovaikutus sekä potilasohjaus kaikissa vaiheissa syöpähoitoja. Oireiden varhainen tunnistaminen, vaikeusasteen arviointi sekä diagnosoitujen oireiden asianmukainen hoito ovat hoidonkulmakiviä. Syöpäpotilaiden yleisimpiä psyykkisiä oireita ovat masennus ja ahdistus. (Idman 2013.)

### **7.5.1 Masennus**

Masennus on yleisin psyykinen sairaus syöpäpotilailla. Tutkimusten mukaan 50% potilaista on esiintynyt masennukseen liittyviä oireita. Syöpäpotilailla masennusta voi olla vaikea diagnosoida ja se voi helposti jäädä huomaamatta. Keskeistä on erottaa masennus syövän aiheuttamasta huonovointisuudesta ja väsymyksestä sekä tehdä ero surun ja masennuksen välillä. Masennus heikentää potilaan elämänlaatua ja syöpähoitoihin sitoutumista sekä pidentää sairaalahoidon kestoa. (Barraclough 1995, 52; Idman 2013.)

Masennus ilmenee fyysisinä ja psyykkisinä oireina. Psyykkisiä oireita ovat esimerkiksi alakuloisuus, itkuisuus, ärtyneisyys, kiinnostuksen puute, syyllisyys ja tunne olevansa vaivaksi muille sekä sosiaaliset vaikeudet. Osalla masennuksesta kärsivistä on myös itsetuhoisia ajatuksia. Masennuksen fyysisiä oireita ovat esimerkiksi unihäiriöt, väsymys, laihtuminen, muutokset ruokahalussa, kuten ruokahaluttomuus tai ylensyönti, joka voi johtaa painon nousuun. Koska nämä samat



fyysiset oireet ovat usein yhdistetty myös syöpään, ne eivät välttämättä ole avuksi masennuksen diagnosoinnissa. (Barraclough 1995, 53; Käypä hoito 2015.)

### **7.5.2 Ahdistus**

Ahdistuksen riskiä lisäävät esimerkiksi heikkenevä fyysinen terveys, sosiaalisen verkoston pieneneminen ja kognitiivisen kyvyn lasku. Ahdistusta lisääviä tekijöitä ovat stressaavat asiat, jotka koetaan elämää uhkaavina tekijöinä. (Kuhanen ym. 2012, 221.)

Syöpään sairastuessa jotkin potilaat kärsivät enemmän ahdistuksesta, koska heillä on pelko sairautta kohtaan tai tulevat hoitokeinot pelottavat. Usein he eivät uskalla kertoa peloistaan hoitavalle henkilökunnalle. Osa potilaista saattaa etsiä enemmän tietoa kuin mitä he pystyvät käsittelemään, esimerkiksi lukemalla suunnitellun hoitomuodon sivuvaikutuksista. Tämä voi aiheuttaa ahdistusta ja pelkojen vahvistumista. (Barraclough 1995, 56,58.)

Ahdistus ilmenee usein fyysisinä sekä psyykkisinä oireina, ja monella ahdistuneella potilaalla on usein yhdistelmä näistä oireista (Barraclough 1995,56). Tyypillisiä oireita ahdistuksessa ovat tilannesidonnainen, kohtauksittainen tai jatkuva huolestuneisuus ja ahdistus, joka on usein pitkäkestoista ja liiallista tilanteeseen nähden. Yleisimpiä fyysisiä oireita ovat sydämentykytys, hikoilu, vapina, pahoinvointi, ruoansulatushäiriöt, vatsakivut, lihas- ja päänsäryt. Psyykkisiin oireisiin kuuluvat myös erilaiset pelot, levottomuus, keskittymisvaikeudet, jännittyneisyys sekä univaikeudet. (Kuhanen ym. 2012, 220–221.)

### **7.5.3 Masennuksen ja ahdistuksen hoito**

Syöpäpotilaan masennuksen ja ahdistuksen hoidon lähtökohtana on psykiatrinen konsultaatio, jonka perusteella tehdään hoitosuunnitelma ja sitä toteutetaan yhteistyössä hoitavan yksikön kanssa. Hoitosuunnitelmassa usein päädytään psykoterapeuttiseen auttamiseen sekä tarvittavaan lääkehoitoon. (Idman & Aalberg 2013, 871.)

Psykoterapian avulla pyritään lievittämään psyykkisiä häiriöitä ja niiden oireita, vaikuttamaan ajattelumalleihin, toimintatapoihin ja tunne-elämään sekä lisätä potilaan omia valmiuksia ratkaista ongelmia. Psykoterapian tavoitteena on potilaan toipuminen sekä toimintakyvyn paraneminen. Tavallisesti hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen; ensimmäisenä on akuuttivaiheen hoito, tavoitteena on oireettomuus ja sen kesto on tavoitteen saavuttamiseen asti, toisena on jatkohoito, jonka tarkoituksena on estää oireiden paalaaminen ja kolmantena ylläpitohoito, jonka avulla ehkäistään uuden sairausjakson puhkeaminen. (Käypä hoito 2016 a.)

Psykoterapiat ja lääkehoito ovat vaikutukseltaan yhtä tehokkaita oireiden lievittäjinä, erityisesti lievän ja keskivaikean depression hoidossa. On kuitenkin todettu, että niiden yhtäaikainen käyttö on selvästi tehokkaampaa ja siksi se on yleensä suositeltavaa. Kun näitä kahta hoitomuotoa käytetään samanaikaisesti, on tärkeää huolehtia hoidon seurannasta ja kokonaisuuden koordinoinnista. Säännöllisillä seurantatapaamisilla arvioidaan hoidon ja lääkityksen tehoa. Erityisesti lääkehoidossa on yksilöllistä, miten hoito tehoaa sekä millaisia haittavaikutuksia lääkityseen liittyy. (Käypä hoito 2016 b.)

Toimivalla yhteistyösuhteella potilaan ja terapeutin välillä on merkittävä vaikutus hoidon onnistumiseen. Tärkeää on luottamuksellinen hoitosuhde, avoin kommunikaatio sekä realistinen optimistisuus. Potilaan ahdistusta lievittää tieto, että tietty hoitohenkilökunta hoitaa häntä eikä hän jää yksin sairautensa kanssa. (Idman & Aalberg 2013, 866, 869; Käypä hoito 2016 a.)

## 8 PSYKOSOSIAALINEN TUKI

Psykososiaalisen hoidon tavoitteena on tukea potilasta ja hänen perhettään selviytymään elämäntilanteessa, johon kuuluu syöpäsairauteen liittyvät tutkimukset, hoidot ja seurannat. Syöpäpotilaista ja heidän omaisistaan noin kolmasosa kärsii sairauden jossain vaiheessa toimintakykyä heikentävistä psyykkisistä oireista. Hoitamattomina psyykkiset oireet lisäävät kärsimystä, vaikeuttavat somaattisten hoitojen toteuttamista ja voivat kehittyä esteeksi hoitojen jälkeiselle sosiaaliselle kuntoutumiselle. (Idman & Aalberg 2013, 860.)

Psykososiaalista selviytymistä vaikeuttavia tekijöitä ovat sairauteen liittyvät tekijät, kuten pitkälle edennyt sairaus, huono ennuste tai huono hoitosuhde. Psykologiset tekijät vaikeuttavat myös selviytymistä, tähän kuuluu turvattomuuden tunne, huono itsetunto, aikaisemmat psyykkiset sairaudet sekä ongelmainen parisuhde. Näihin tekijöihin liittyy lisäksi sosiaaliset tekijät, johon kuuluu huono sosioekonominen asema, työttömyys, riittämätön sosiaalinen tuki ja yksinäisyys. (Idman & Aalberg 2013, 860.)

Psykososiaalisen tuen perustana ovat potilaan yksilölliset tarpeet ja toiveet sekä hänen kunnioittaminen. Syöpäpotilaan psykososiaalinen tukeminen pohjautuu moniammatilliseen yhteistyöhön, johon kuuluvat lääkärin ja sairaanhoitajan lisäksi myös fysioterapeutit, sosiaalihoitajat ja monet muut. Psykososiaalinen tuki voidaan jakaa tiedolliseen, emotionaaliseen ja käytännön tukeen. (Ahonen ym. 2012, 162–163.)

### 8.1 Tiedollinen tuki

Ahosen ym. (2012, 163.) mukaan tiedollinen tukeminen tarkoittaa tiedon antamista potilaalle sairaudestaan, sen ennusteesta, hoidosta, haittavaikutuksista ja hoidon komplikaatioista. Siihen kuuluu tiedon antaminen, esimerkiksi hoidon etenemisestä käytännössä sekä lääkehoidon ja sen toteuttamisen ohjaaminen. Potilasta oh-

jataan sairauteen ja hoitoon liittyvien haitta- ja sivuvaikutuksien ehkäisyssä ja hallinnassa. Selvitetään myös sosiaaliturvaa sekä taloudellisten tukimahdollisuuksia.

Tutkimusten mukaan potilaat toivovat terveydenhuollon ammattilaisilta tiedollista tukea sekä rohkaisua ja kannustusta. Erityisesti diagnoosivaiheessa potilaalla on vähän lääketieteellistä tietoa ja tämän vuoksi jää paljon tilaa peloille ja epäilyille. (Idman & Aalberg 2013, 860, 865.) Koivisto (2013, 6) kertoo, että oikean tiedon avulla potilas välttää turhia pelkoja ja saa apua selviytymiseen. Pelon tunnetta ei voi kokonaan poistaa, mutta sen hallintaan saaminen antaa voimavaroja sairauden käsittelyyn sekä jaksamiseen.

Lehdon, Helanderin ja Aromaan (2010) tehdyn tutkimuksen mukaan eturauhas-syöpäpotilaiden psyykkinen vointi oli huonompi niillä, joille diagnoosi oli kerrottu puhelimitse, joilla ensikäynnillä ei ollut mukana ketään läheistä ja joiden mielestä tiedon saanti oli ollut riittämätöntä. Kyselytutkimus oli tehty viisi vuotta sairastumisen jälkeen.

Vaikka nykyaikana potilailla on paljon tietoa sairaudesta, se ei kuitenkaan tarkoita tunteiden hyvää hallintaa. Jokaisella potilaalla on oikeus saada tilanteestaan ajantasaiset tiedot ja lääkärillä on velvollisuus kertoa asiat ymmärrettävästi. (Idman & Aalberg 2013, 861, 865.) Myös hoitajan tehtävänä on tällöin tukea potilaan selviytymistä antamalla tietoa ja ohjaamalla hänet tiedon äärelle. Yleensä potilaat haluavat kaiken mahdollisen tiedon käyttöönsä. (Koivisto 2013, 6.)

## **8.2 Emotionaalinen tuki**

Harrisonin ja Maguiren (1993) mukaan potilaan selviytymisen kannalta on merkittävää, tunteeko hän saavansa riittävästi emotionaalista tukea ystäviltä ja sukulaisilta (Faulkner & Maguire 1999, 15). Yksilölliset tekijät kuten persoonallisuuden rakenne, elämäntilanne ja käytettävissä olevan sosiaalisen tuen määrä vaikuttavat psyykkiseen reagointiin, esimerkiksi yksin asuva potilas on usein vaativamassa tilanteessa kuin perheellinen (Idman & Aalberg 2013, 865). Potilas joka kokee toisten välittävän hänestä, selviää paljon paremmin kuin henkilö, jonka lä-

heiset eivät ymmärrä hänen kokemaansa ahdinkoa (Faulkner & Maguire 1999, 15).

Emotionaalisen tuen avulla hoitaja osoittaa potilaalle empatiaa, hyväksyy hänet yksilönä sekä luo turvallisen ja luottamuksellisen hoitosuhteen hänen kanssa. Potilaaseen suhtaudutaan ystävällisesti ja positiivisesti sekä ylläpidetään toivoa. Tukemiseen kuuluvat myös tunteista keskusteleminen, aktiivinen kuuntelu ja kysymysten esittäminen. Tarvittaessa järjestetään psykiatrinen konsultaatio ja lääkehoito. Mahdollistetaan hengellisen tuen saaminen potilaan vakaumuksen mukaan. (Ahonen ym. 2012, 163.)

### **8.3 Käytännön tuki**

Käytännön tuki on myös keskeinen psykososiaalisen tuen muoto. Tavoitteena on tukea potilaan selviytymistä arjesta sekä sairastumiseen liittyvistä käytännön haasteista. Potilaat toivovat apua ja tukea arkielämän järjestämisessä omaisten lisäksi, myös hoitoyksiköiltä ja erityisesti sosiaalityöntekijöiltä. Jos potilas ei itse kykene taitojensa tai tilanteensa vuoksi hoitamaan asioitaan, silloin tulee ammattilaisten auttaa häntä myös käytännön asioiden järjestelyssä. Käytännön tukemiseen kuuluu potilaan auttaminen sosiaaliturvaan liittyvissä asioissa, kuten sairaslomien sekä kuntoutukseen liittyvien asioiden hoitaminen ja järjestely. (Ahonen ym. 2012, 163; Idman ja Aalberg 2013, 861.)

## 9 SYÖPÄPOTILAAN TUEN TOTEUTUMINEN

Syöpädiagnoosi tuo potilaan elämään tietyn epävarmuuden ja hänen minäkuvansa voi muuttua rajustikin hoitojen myötä. Hoidot voivat olla raskaita niin fyysisesti kuin henkisesti. Tässä ajatusten ja tunteiden myrskyssä, potilas kohtaa hoitohenkilökunnan. Jokainen kohtaaminen on erilainen. Kohtaamisessa on kaksi erilaista ihmistä, jotka ovat läsnä omina persooninaan. Toinen on potilas, joka kokee sairauden ainutkertaisessa elämässään ja toinen ammattilainen, jolla on tietoa ja ymmärrystä sairaudesta. (Tolvanen 2011, 17.)

Eturauhassyöpään sairastuneille tehdyn tutkimuksen mukaan vain puolet olivat kokeneet, että heidän henkinen hyvinvointinsa oli otettu riittävästi huomioon ja vain vähän useampi, että heidän kysymyksiinsä oli vastattu riittävän hyvin. Tutkimuksen kyselyyn oli vastannut 73 % niistä, joille lomake oli lähetetty. (Lehto, Helander & Aromaa 2010.)

Potilailla on yksilöllinen tapa reagoida sairauteen ja sen eri vaiheisiin. Jokaisella on oma temperamenttinsa, joka ohjaa sairauteen suhtautumista. Myös ajankohta, jolloin potilas jaksaa sairautta käsitellä psyykkisesti, vaihtelee suuresti. Sairauden vakavuus suuntaa sitä, millaista tukea ja paljonko hän tarvitsee. (Koivisto 2013, 5.)

Maukosen, Salosen, Rantasen, Suomisen ja Kaunosen (2011) tutkimuksessa, jossa käsiteltiin elämänlaatua vuosi rintasyöpäleikkauksen jälkeen, huomattiin, että tärkeimmiksi tuen antajiksi naiset ilmoittivat avio- tai avopuolison (70 %), ystävät (69 %) ja omat lapset (61 %). Terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilöstöltä tukea sai vain 8 % naisista.

### 9.1 Hoitoyhteisö ja syöpäpotilas

Hoitoyhteisön ja potilaan välille muodostunut suhde vaikuttaa potilaan elämänlaatuun ja vointiin sairauden ja hoidon kaikissa vaiheissa. Suhteen laatu näkyy siinä,

kuinka potilas osallistuu ja hyväksyy hoitonsa. Hoitoyhteisö, joka toimii hyvin, pystyy vastaamaan näihin haasteisiin. (Idman & Aalberg 2013, 870.)

Syöpäpotilaan hoitaminen on henkisesti raskasta työtä. Hoitotilanteissa potilas voi olla vaativa, vihainen tai syyttävä. Tällöin henkilökunnan on hyvä tunnistaa potilaan suhtautuminen tilanteeseen kuuluvana reaktiona. Siinä ei ole kyse henkilökohtaisesta syyttämisestä ja jota vastaan ei kannata yksilötasolla puolustautumaan. (Idman & Aalberg 2013, 870, 862.) Faulkner ym. (1994) mukaan potilaan viha on ongelmallista silloin, jos sen taustalla on jokin muu, naamioitunut tunne tai jos se on väärin suunnatulta tai näyttää epäoikeutetulta. Potilas voi suunnata vihansa väärään kohteeseen tai piilottaa vihan takana olevat tunteet. (Faulkner & Maguire 1999, 104–105.)

Lääkäreillä ja hoitajilla ei ole aina tarpeeksi tietoa potilaan odotettavissa olevista psykologisista reaktioista sekä heiltä puuttuu suureksi osaksi koulutusta ihmisen psyykkisen hädän kohtaamiseen (Idman & Aalberg 2013, 870). Australiassa tehdyssä tutkimuksessa, tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia syöpäpotilaiden hoidosta, ei erikoissairaanhoidollisissa yksiköissä. Tutkimuksessa tuli ilmi, että hoitajat halusivat tarjota syöpäpotilaille ja heidän perheille enemmän tukea, mutta sopimaton ympäristö ja puutteellinen koulutus vaikeuttivat hoitajien työtä. (Mohan, Wilkes, Ogun Siji & Walker 2005.)

Hoitojärjestelmässä potilas odottaa henkistä tukea ensisijaisesti lääkäriltä, jota pidetään turvallisuutta antavana auktoriteettina. Hoitaja käyttää kuitenkin enemmän aikaa potilaan kanssa, joten hän voi monesti huomata potilaan psyykkiset ongelmat herkemmin kuin lääkäri. Tämän vuoksi kommunikaatio henkilökunnan kesken on tärkeää ja sen tulisi olla avointa. (Idman & Aalberg 2013, 870.)

### **9.1.1 Lähihoitaja tukena**

Sairauteen sopeutumisessa potilasta auttaa omahoitaja ja muut hoitoon osallistuvat henkilöt (Idman & Aalberg 2013, 870). Hoitaja on yhteistyösuhteessa yksi voimavara, esimerkiksi potilaan tukija sekä yksilön ja ympäristön resurssien käyttämi-

sen mahdollistaja. Hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tulisi olla voimavaralähtöistä. Potilaan omat voimavarat otetaan käyttöön potilaan terveyden edistämiseksi. Yhteistoiminnallinen työskentely potilaan ja hoitajan välillä tukee potilaan voimavaroja ja itsenäistä selviytymistä. (Kuhanen ym. 2012, 154.)

### **9.1.2 Voimavarat**

Voimavara voi olla mikä tahansa asia, jonka ihminen kokee olevan avuksi tai tarpeen. Voimavaralla tarkoitetaan ominaisuuksia, joiden avulla ihminen voi tietoisesti ohjata elämäänsä. Voimavarat voivat olla asenteita, arvoja ja ihmissuhteita tai ne voivat olla tunteisiin perustuvia, älyllisiä tai materiaalisia. Voimavarojen tukeminen vahvistaa ja voimistaa ihmistä. (Kuhanen ym. 2012, 22.)

Voimavarakeskeisessä lähestymistavassa keskitytään ihmisen vahvuuksiin, jolloin ihminen toteuttaa henkilökohtaisia mielenkiinnon kohteita ja panostaa asioihin, jotka tuottavat pitkäkestoista mielihyvää. Ihmisen elämässä voimavarat voivat olla ajoittain hyvinkin vähissä, mutta on tärkeää tiedostaa ja panostaa sellaisiin toimintoihin, joissa on luontaisesti hyvä ja joiden suorittaminen ei vaadi kohtuuttomia ponnistuksia. Ihmisen sairastuessa, hänellä on vielä olemassa olevia voimavaroja. Tutkimusten mukaan ihminen kehittyy enemmän, kun hän panostaa olemassa oleviin vahvuuksiinsa ja kykyihinsä, kuin kehittämällä heikkouksiaan. (Kuhanen 2012, 22; Voimavarat 2016.)

## **9.2 Empatia ja läsnäolo**

Hyvään hoitosuhteeseen kuuluu empatia eli eläytyminen potilaan ainutkertaiseen sekä vaikeaan elämäntilanteeseen (Idman & Aalberg 2013, 870). Empatia edistää hoitosuhdetta, sekä antaa tietoa potilaan tilanteesta. Empaattisella myötäelämisellä ja ymmärtämisellä hoitaja kykenee samaistumaan potilaan tilanteeseen, myös silloin kun potilas ei sitä pysty sanallisesti ilmaisemaan. Empatia jonka hoitaja kokee ohjaa hänen sanojaan, eleitään, ilmeitään ja tunnettaan siitä, milloin on tarvetta keskusteluun ja milloin olla potilaan vierellä hiljaa. (Kuhanen ym. 2012, 156.)



Yhteistyösuhteessa hoitajan aito läsnäolo korostuu ja hän on tilanteessa juuri potilasta varten. Tällä tavalla hoitaja voi välittää potilaalle tunteen, että häntä arvostetaan ja kunnioitetaan sekä viestittää olevansa samanarvoinen ja tasavertainen potilaan kanssa. Läsnä olemisen tasot vaihtelevat, joskus se on enemmän kuuntelemista tai yhdessä tekemistä ja toisinaan koskettamista. Myös se, että hoitaja on saatavilla silloin, kun potilas häntä tarvitsee, on läsnä olemista. Pääasia on kuitenkin se, että kaikessa toiminnassa hoitaja on läsnä. (Kuhanen ym. 2012, 157–158.)

### **9.3 Kuunteleminen ja havainnointi**

Hoitajan perustyön ohessa tarvitaan kohtaamisissa omaa persoonallisuutta ja sosiaalista älykkyyttä. Hoitaja voi tukea potilaan selviytymistä kuuntelemalla mitkä asiat nostattavat tunteita tai kysyä potilaalta, miten hän voi. (Koivisto 2013, 6.) Kuunteleminen on aktiivista toimintaa, jolloin hoitaja keskittyy kuuntelemaan potilasta. Tilanne vaatii aikaa ja keskittymistä potilaaseen. Kuuntelemisella pyritään selventämään potilaan ajatuksia sekä tunteita ja samalla saada tietoja potilaasta, jotta ymmärrys tilanteesta lisääntyisi. (Kuhanen ym. 2012, 159.)

Samanaikaisesti kun potilasta kuunnellaan, tapahtuu havainnointi. Havainnointiin kuuluu potilaan kehon kielen tarkastelu, kuten liikehdintä, katsekontakti ja olemus. Lisäksi äänensävy, puhetapa, puheen rytmi ja hiljaisuus kertovat potilaasta. Näiden sanallisten ja sanattomien viestien yhdenmukaisuus kertoo viestin totuudesta, ei-sanalliset viestit vastaavat yleensä enemmän totuutta, sillä ihminen viestii enemmän sanattomasti kuin sanallisesti. (Kuhanen ym. 2012, 160.)

Hoitajalta vaaditaan taitoa tunnistaa sekä tulkita niin sanallisia kuin sanattomia vihjeitä ja päättää tulisiko asiaan puuttua jollakin tavalla. Esimerkiksi osastohoidossa potilaan eristäytyminen muista, voi olla merkki siitä, että hän ei halua olla tekemisissä muiden potilaiden tai henkilökunnan kanssa. Kyseisessä tilanteessa, jossa potilas käyttäytyy poikkeavalla tavalla, keskustelu ja havainnoiminen ovat tärkeässä asemassa potilaan tilanteen arvioinnissa. Näin voidaan selvittää, johtuu-

ko poikkeava käytös fyysisistä, henkisistä vai psyykkisistä ongelmista. (Faulkner & Maguire 1999, 96–97.)

Havainnoinnin ja kuuntelun tukena hoitaja voi käyttää myös intuitiota. Jolloin pitäisi kuunnella myös niitä tunteita, joita potilaan puhe ja sen sisältö hoitajassa herättävät. Tämä vaatii tarkkavaisuutta, koska pitäisi selvittää ovatko nämä tunteet lähtöisin potilaasta vai heräävätkö ne hoitajasta itsestään. (Kuhanen ym. 2012, 160.)

#### **9.4 Keskustelu**

Potilaan ja hoitajan väliset keskustelut ovat yhteistyösuhteen keskeisin menetelmä, jota hoitaja käyttää tavoitteellisesti hoitotyössä. Potilaan tarpeet määrittelevät keskustelujen sisällön. Hoitaja-potilassuhde on potilaalle tärkeä ihmissuhde ja keskustelut itsessään vievät potilasta eteenpäin. (Kuhanen ym. 2012, 158.) Keskustelun ja puhumisen merkitys on suuri, koska potilas voi käydä läpi omaa tarinaansa ja jäsentää sen helpommin hallittavaksi kokonaisuudeksi (Koivisto 2013, 6).

Keskustelu on yksi vuorovaikutuksellisen tuen muoto, jonka avulla potilas ja hoitaja tulevat tutuksi toisilleen ja hoitaja saa ymmärryksen potilaasta. Keskustelun avulla hoitaja tukee potilaan olemassa olevia voimavaroja sekä auttaa potilasta ratkaisemaan päivittäisiä ongelmia elämässään, mikä synnyttää voimaantumisen kokemuksen. Keskustelujen avulla hoitajalla on mahdollisuus huomata potilaan positiiviset puolet ja näin hän voi antaa aktiivisesti palautetta niistä. Keskusteluhetkien tulisi viestittää, että hoitaja on saatavilla ja näin lisätä potilaan turvallisuuden tunnetta. Kun potilaalla on turvallinen olo, syntyy potilaan ja hoitajan välille luottamus, jolloin potilaan on helpompi avautua keskusteluissa. (Kuhanen ym. 2012, 158–159.)

Hoitajalta vaaditaan taitoa ja kärsivällisyyttä ennen kuin potilas avautuu ja hänen vastaukset muuttuvat pidemmiksi. Potilas reagoi, kun hänen käytöstään ei tuomita ja silloin kun hän kokee, että joku on kiinnostunut hänestä ja hänen huolistaan.

Tällöin avoin ja suora kysymys, joka osoittaa välittämistä, voi paljastaa onko potilaalla ongelmia vai ei. Avoimuutta edistää potilaan rohkaisu täsmällisyyteen, tarkentavien kysymysten avulla. (Faulkner & Maguire 1999, 98, 59.)

## 9.5 Ohjaaminen

Potilasohjaus ja hoitotilanteissa tapahtuva yksilöllinen neuvonta tukevat sopeutumista sekä antavat turvallisuuden tunnetta (Idman & Aalberg 2013, 867). Kuhasen ym. (2012, 160.) mukaan ohjaamisen tavoitteena on potilaan terveyden ja toimintakyvyn edistäminen. Tavoitteena on myös parantaa potilaan elämänlaatua, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa, itsenäistä päätöksentekokykyä sekä selviytymistä elämässä eteenpäin.

Ohjaaminen lähtee potilaan tarpeista ja tavoitteista, jossa käsitellään potilaan tilannetta ja kannustetaan potilasta olemaan itse aktiivinen elämäntilanteensa ratkaisemisessa. Potilaalle ei anneta valmiita vastauksia tai tehdä päätöksiä hänen puolestaan, vaan hän on itse vastuussa oppimisestaan ja tekemistään valinnoista. Päätöksen teossa hoitaja voi toimia tukena ja siinä tulisi korostua jaettu asiantuntijuus. (Kuhanen ym. 2012, 160–161.)

Ohjaussuhteessa olennaista on myös huomioida potilaan ja hoitajan taustatekijöitä, jotta vuorovaikutteinen ohjaussuhde pääse rakentumaan. Taustatekijöitä on erilaisia, ja ne voivat vaikuttaa kuinka potilas pystyy ottamaan ohjausta vastaan. Fyysisiin taustatekijöihin kuuluvat esimerkiksi ikä, sukupuoli ja sairauden vaikutus arkielämään. Hoitajan toimintaan voivat vaikuttaa koulutus ja ikä. (Kuhanen ym. 2012, 161.) Esimerkiksi vastavalmistunut hoitaja tai nuori hoitaja voi kokea epävarmuutta työssään, vähäisen työkokemuksen vuoksi.

Ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat myös psyykkiset tekijät kuten odotukset, motivaatio, tarpeet, terveysuskomukset ja oppimistyyli. Potilaan toimintaan vaikuttavat lisäksi kulttuuriset, uskonnolliset, eettiset ja sosiaaliset tekijät. Esimerkiksi ohjauksessa tulisi huomioida kielierot, kulttuuritausta sekä erilaiset uskomukset. Myös ympäristö jossa ohjaus tapahtuu, vaikuttaa. (Kuhanen ym. 2012,

161.) Ympäristön olisi suotavaa olla rauhallinen, turvallinen, viihtyisä sekä ilman häiriötekijöitä.

## 9.6 Vertaistuki

Vertaistuella voi olla tärkeä merkitys syövän hoidoista selviytymisessä. Tärkeä tuen lähde voivat olla syöpäjärjestöt, joiden kautta potilaalla ja hänen läheisillään on mahdollisuus saada samaa syöpäsairautta sairastanut tukihenkilö vertaistueksi. Potilas voi osallistua myös syöpäjärjestöjen järjestämiin sopeutumisvalmennus- ja kuntoutusjaksoille sekä saada taloudellista tukea syövän hoidon aiheuttamiin kustannuksiin. (Ahonen ym.2012, 162.)

Vertaistuki auttaa sairastunutta elämään sairauden kanssa ja löytämään itsestään voimavaroja. Toiminta perustuu molemminpuoliseen tasavertaisuuteen, keskinäiseen ymmärrykseen ja solidaarisuuteen. Tuettavan ja tukijan keskustelut ovat luottamuksellisia. Hoitoihin tai lääketieteellisiin kysymyksiin tukihenkilöt eivät ota kantaa. (Syöpäjärjestöjen vertaistuki 2016.)

Vertaistukihenkilön voi tavata kahden kesken tai pienryhmässä, häneen on mahdollista olla yhteydessä myös puhelimitse tai verkon kautta. Tapaamisia voidaan järjestää yhdistyksen tiloissa tai esimerkiksi sairaalassa. (Syöpäjärjestöjen vertaistuki 2016.)

Syöpäjärjestöjen jäsenyhdistykset järjestävät myös erilaisia vertaistukiryhmiä, jossa jokainen voi kertoa omasta tai läheisensä sairastumisesta ja siihen liittyvistä kokemuksista. Myöskin vertaistukiryhmien toiminta perustuu avoimuudelle ja luottamukselle. (Syöpäjärjestöjen vertaistuki 2016.)

## 10 OPINNÄYTETYÖN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Ammatillisessa kentässä toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on käytännön toiminnan opastaminen, ohjeistaminen, järjestäminen tai järjeistäminen joka voi olla alasta riippuen esimerkiksi käytäntöön suunnattu ohje tai opastus. Toteutustavasta riippumatta toiminnallisilla opinnäytetöillä yhteinen tekijä on, että viestinnän ja visuaalisiin keinoihin pyritään luomaan kokonaisilme, josta tavoitellut päämäärät voi tunnistaa. Toteutustapaa valittaessa tekijän on pohdittavaa, että millä muodolla idea kannattaa toteuttaa, jotta se palvelisi parhaiten kohderyhmää. Lopullisena tuotoksena toiminnallisessa päättötyössä on jokin konkreettinen tuote. (Vilkka & Airaksinen 2004, 9, 51)

Tämän opinnäytetyön toiminnallinen osio on opetustilaisuuden järjestäminen Vaasan ammattiopiston viimeisen vuoden lähihoitajaopiskelijoille. Opetustilaisuuden luentomateriaalina toimii diaesitys, mikä laadittiin työn teoriaosuuden pohjalta.

### 10.1 Opinnäytetyön aiheen valinta

Toiminnallisen opinnäytetyön ensimmäinen vaihe on aiheanalyysi eli aiheen ideointi. Aiheen on oltava motivoiva ja sen verran ajankohtainen, että se kiinnostaisi mahdollista toimeksiantajaa. (Vilkka & Airaksinen 2004, 23.) Aiheen ideointi sai alkunsa opinnäytetyön tekijöiden kiinnostuksesta aihetta kohtaan ja aikaisemman työkokemuksen kautta.

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa monet opiskelijat ottavat itse yhteyttä alan ihmisiin, entisiin harjoittelupaikkoihin tai nykyiseen työpaikkaan (Vilkka & Airaksinen 2004, 23). Keväällä 2015 opinnäytetyön tekijät olivat yhteydessä Pohjanmaan Syöpäyhdistykseen ja sieltä tekijät saivat vahvistuksen, että aihe on ajankohtainen. Keskustelussa tuli myös ilmi, että potilaiden omien kertomuksien mukaan usein hoitajilla ei ole tarpeeksi valmiuksia kohdata heitä ja tukea heidän mielenterveyttä.

Aiheen valinnan varmistuttua, työn tilaajana toimii Vaasan ammattiopisto. Opinnäytetyön tekijät olivat yhteydessä Vaasan ammattiopiston sosiaali- ja terveysalan koulutuspäällikköön, joka koki aiheen tarpeelliseksi. Opinnäytetyön tekijät saivat itse rajata ja suunnitella esityksen sisällön.

Opinnäytetyön tekijät kokivat tärkeäksi, että lähihoitajaopiskelijoille olisi hyötyä opetustilaisuudesta heidän tulevaa ammattia varten sekä herättää heissä uusia ajatuksia syöpäpotilaan kohtaamisesta hoitotyössä. Projektin ajan tekijöitä motivoi työn tarpeellisuus sekä heidän aikaisempi lähihoitajakoulutus.

## **10.2 Projektin suunnittelu**

Opinnäytetyön aihe hyväksyttiin koulun puolesta syyskuussa 2015, jonka jälkeen työsuunnitelman teko alkoi. Opinnäytetyösuunnitelmassa käsiteltiin opinnäytetyön taustaa, tarkoitusta ja tavoitteita, lisäksi SWOT-analyysin, työn teoreettista viitekehystä sekä opinnäytetyön toteutusta ja aikataulua. Tässä vaiheessa opinnäytetyön teko jäi tauolle muiden opiskeluun liittyvien tehtävien ja työharjoittelujen vuoksi. Maaliskuussa 2016 tekijät kävivät keskustelemassa tilaajan kanssa kohderyhmästä ja aikataulusta. Kohderyhmänä oli viimeistä vuotta opiskelevat lähihoitajaopiskelijat. Opetustilaisuuteen osallistuisi kaksi ryhmää ja ajankohta olisi syyskuu 2016.

Opinnäytetyön tekijät kertoivat, että opetustilaisuuden lopuksi lähihoitajaopiskelijat voivat täyttää palautekyselyn koskien opetustilaisuutta ja sen sisältöä. Palautekyselyn laativat opinnäytetyön tekijät. Opinnäytetyösuunnitelma hyväksyttiin ohjaavan opettajan toimesta toukokuussa 2016. Tämän jälkeen tekijät aloittivat tehdä valmiiksi työn teoreettista viitekehystä ja sen pohjalta diaesityksen.

## **10.3 Projektin toteutus**

Opinnäytetyön tekijät olivat yhteydessä Vaasan ammattiopiston koulutuspäällikköön, jonka kautta saivat lähihoitajaryhmien opettajien yhteystiedot. Tämän jälkeen yhteistyö jatkui opettajien kanssa sähköpostin välityksellä. Osallistuvien

ryhmien opettajien kanssa sovittiin opetustilaisuuden tarkasta ajankohdasta, kestosta ja tilasta, missä opetustilaisuus toteutuisi. Opetustilaisuuden ajankohdaksi sovittiin 29.11.2016 ja sen kestoksi arvioitiin tunti. Osallistujia olisi kaksi ryhmää, joiden oppilasmäärää tekijät eivät tieneet tässä vaiheessa.

Kun teoreettinen viitekehys, diaesitys (LIITE 1) ja palautekysely (LIITE 2) olivat valmiit, tekijät lähettivät ne sähköpostitse ohjaavalle opettajalle arvioitavaksi. Pienten korjausehdotuksien jälkeen ne olivat valmiit opetustilaisuutta varten. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys on koottu alan kirjallisuudesta, hoitotieteellisistä lehdistä, Käypähoitosuosituksista sekä Medic ja Cinahl-tietokannoista.

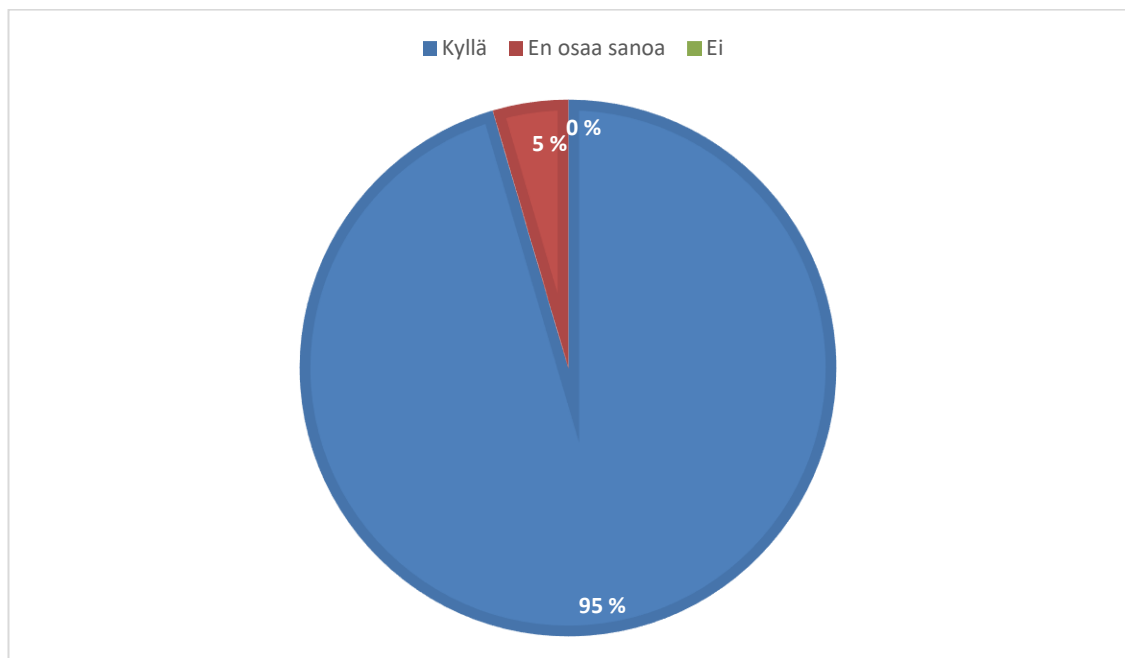
Opetustilaisuus toteutettiin sovittuna ajankohtana Vaasan ammattiopiston tiloissa. Osallistujina oli 22 lähihoitajaopiskelijaa ja kaksi opettajaa. Opinnäytetyön ohjaava opettaja ei päässyt seuramaan opetustilaisuutta. Opetustilaisuuteen tarvittavat välineet löytyivät ammattiopiston tiloista ja niiden kanssa ei esiintynyt mitään ongelmia. Tekijät kertoivat osallistujille esityksen alussa palautekyselystä, johon sai vastata vapaaehtoisesti diaesityksen jälkeen. Alkuperäisen suunnitelman mukaan opetustilaisuuden kestoksi arvioitiin tunti, mutta kestoksi tuli puolitoista tuntia. Osallistajat olivat aktiivisesti mukana esityksen aikana, vastaamalla esitettyihin kysymyksiin sekä osallistumalla keskusteluihin, jotka syntyivät esitykseen liittyvistä aiheista.

Opetustilaisuus onnistui hyvin, osallistajat olivat mukana toivotulla tavalla ja kaikki opiskelijat vastasivat palautekyselyyn. Opetustilaisuuden pitäjille annettiin esityksen jälkeen myös suullista palautetta, mikä oli positiivista.

#### **10.4 Palautekysely ja sen tulokset**

Opetustilaisuuden lopuksi kaikille osallistujille jaettiin palautekysely (LIITE 2). Palautelomakkeessa oli kuusi monivalintakysymystä sekä yksi avoin kysymys. Monivalintakysymysten vastausvaihtoehdot olivat kaikissa kysymyksissä samat, Kyllä, En osaa sanoa ja Ei, vastaukseksi laitettiin rasti ruutuun. Monivalintakysymysten vastaukset on koottu kaavioihin.

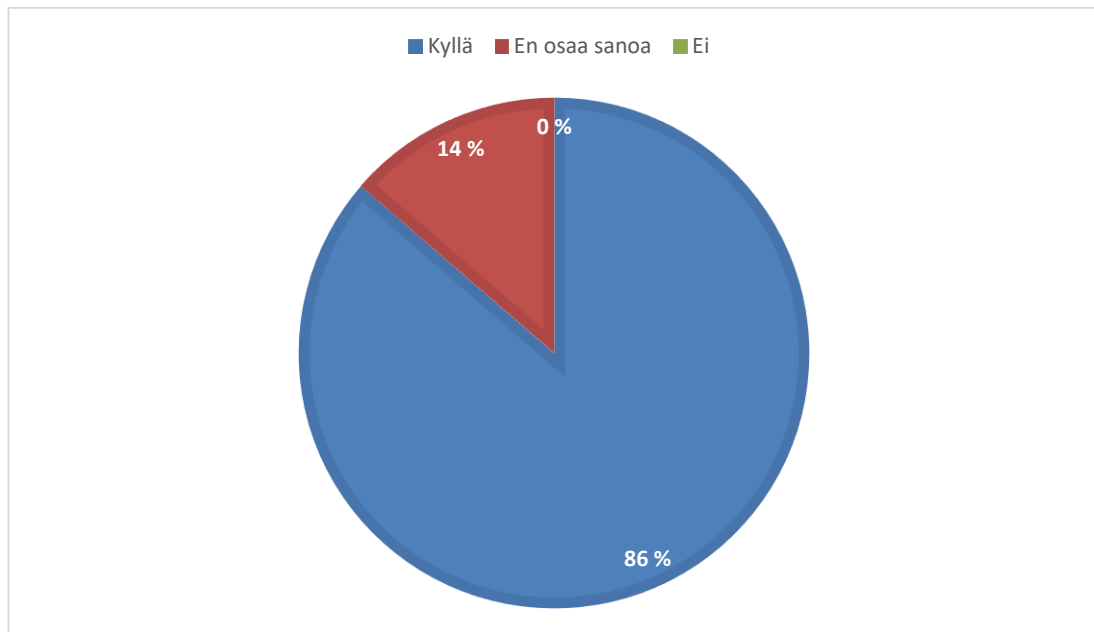
Opetustilaisuuteen osallistui yhteensä 22 opiskelijaa, jotka kaikki vastasivat palautekyselyyn. Ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin, oliko aihe vastaajan mielestä mielenkiintoinen (Kuvio 1). Vastaajista suurin osa eli 95 % oli sitä mieltä, että aihe oli mielenkiintoinen ja 5 % ei osannut antaa kysymykseen vastausta.



**Kuvio 1.** Aiheen mielenkiintoisuus (n=22).

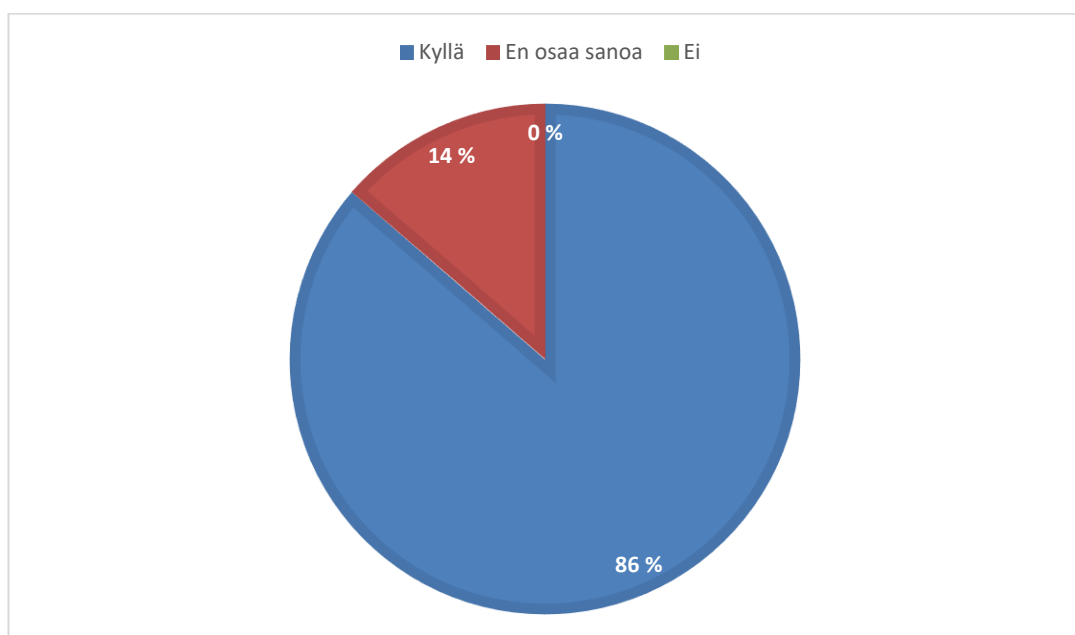
Palautekyselyn toisessa kysymyksessä kysyttiin pitääkö vastaaja aihetta ajankohtaisena (Kuvio 2). Vastaajista suurin osa eli 86 % piti aihetta ajankohtaisena ja 14 % ei osannut vastata kysymykseen.





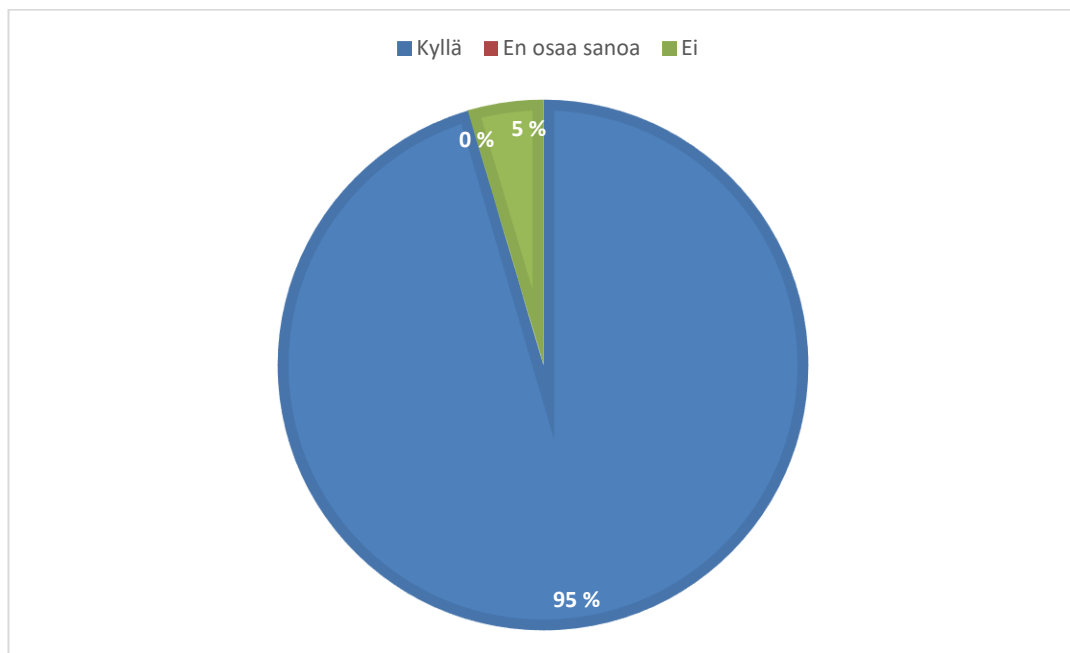
**Kuvio 2.** Aiheen ajankohtaisuus (n=22).

Kolmannessa kysymyksessä kysyttiin, saiko vastaaja aiheesta uutta tietoa (Kuvio 3). Vastaajista 86 % eli suurin osa vastasi saaneensa uutta tietoa aiheesta ja 14 % ei osannut vastata kysymykseen.



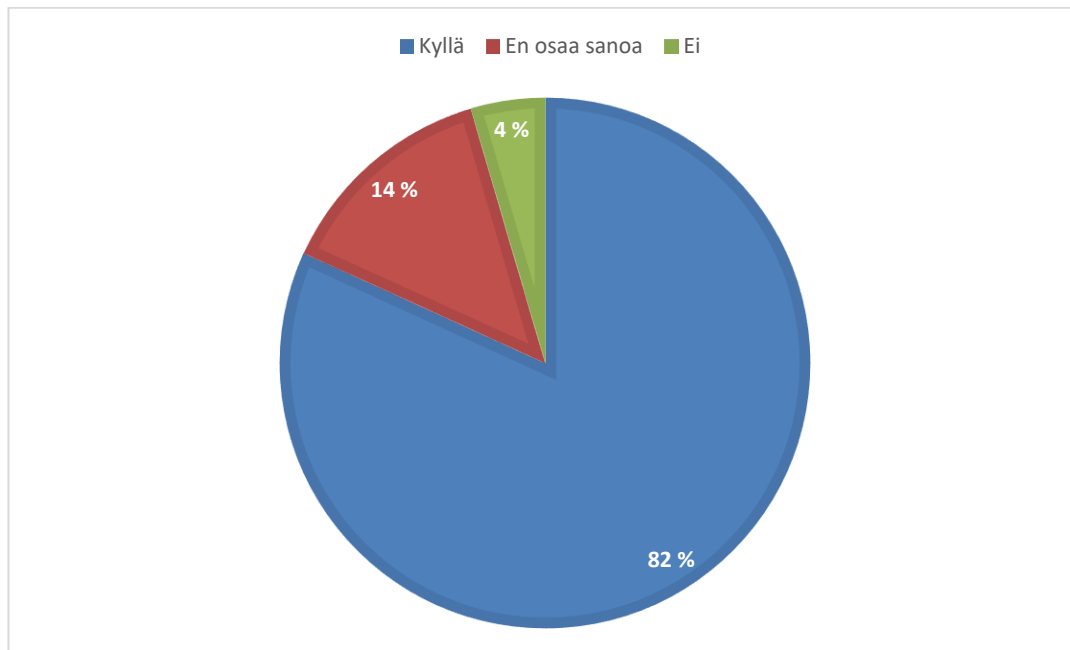
**Kuvio 3.** Uuden tiedon saaminen aiheesta (n=22).

Neljännessä kysymyksessä kysyttiin, oliko opetustilaisuudesta hyötyä vastaajan tulevaa ammattia ajatellen (Kuvio 4). Vastaajista suurin osa eli 95 % koki opetustilaisuuden hyödylliseksi ja 5 % vastaajista ei kokenut opetustilaisuutta hyödylliseksi.



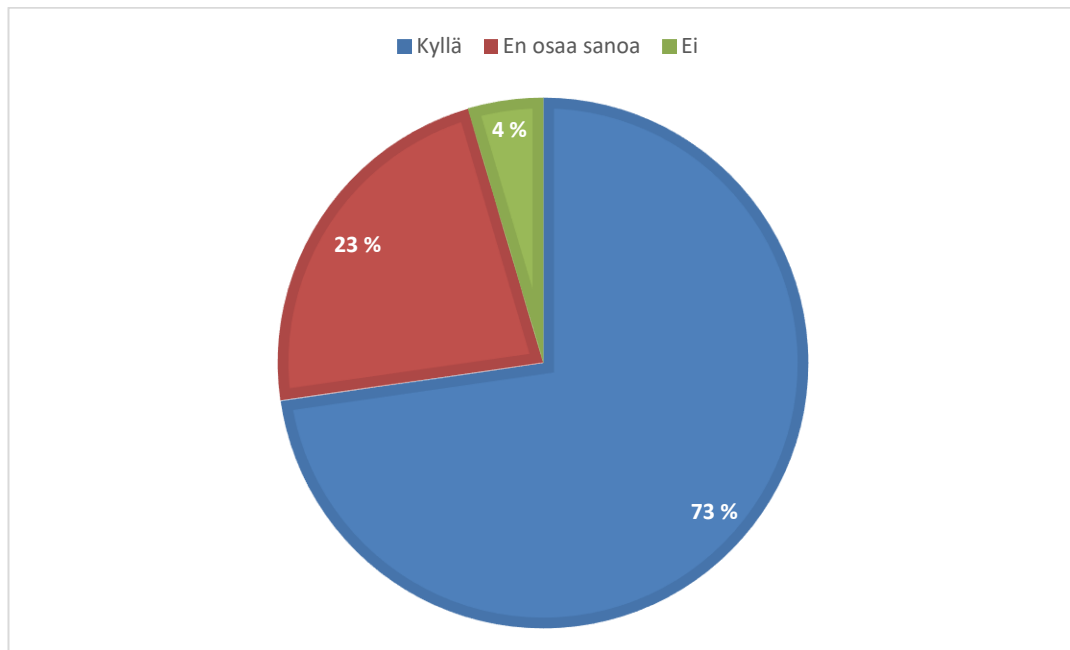
**Kuvio 4.** Opetustilaisuuden hyödyllisyys (n=22).

Palautekyselyn viidennessä kysymyksessä kysyttiin, herättikö tämä esitys vastaajassa uusia ajatuksia syöpäpotilaan kohtaamisesta hoitotyössä (Kuvio 5). Vastaajista suurin osa eli 82 % koki esityksen herättäneen ajatuksia ja 14 % vastaajista ei osannut vastata kysymykseen. Vain 4 % vastaajista koki, että esitys ei herättänyt ajatuksia.



**Kuvio 5.** Uusien ajatusten herääminen (n=22).

Kyselyn viimeisessä monivalintakysymyksessä kysyttiin pitäisikö vastaajan mielestä vastaavia opetustilaisuuksia järjestää myös jatkossa (Kuvio 6). Vastaajista 73 % eli suurin osa oli sitä mieltä, että vastaavia opetustilaisuuksia pitäisi järjestää myös jatkossa. 23 % vastaajista ei osannut vastata kysymykseen ja vain 4 % vastaajista oli sitä mieltä, että vastaavia opetustilaisuuksia ei pitäisi järjestää jatkossa.



**Kuvio 6.** Opetustilaisuuksien järjestäminen jatkossa (n=22).

Avoimessa kysymyksessä kysyttiin haluaisiko osallistuja antaa muuta palautetta esityksestä. Tähän kysymykseen vastasi noin puolet osallistujista. Suurin osa (n=6) vastaajista oli maininnut, että esitys oli hyvä ja laaja sekä sisälsi kattavasti tietoa. Muutama (n=4) vastaaja oli sitä mieltä, että esityksen kesto oli liian pitkä, joka johtui osittain esityksen aikana syntyvistä kysymyksistä ja keskusteluista.

## 11 OPINNÄYTETYÖN POHDINTA

Tässä luvussa käsitellään opinnäytetyön SWOT–analyysin arviointi, työn tarkoituksen ja tavoitteiden toteutumista, opinnäytetyön luetettavuutta ja eettisyyttä, sekä luennon arviointia. Lopuksi arvioidaan oma oppiminen ja esitellään työn jatkokatkimusehdotukset.

### 11.1 SWOT-analyysin pohdinta

SWOT-analyysin avulla kartoitettiin projektin heikkouksia, vahvuuksia, mahdollisuuksia ja uhkia (Taulukko 1). Vahvuuksiksi opinnäytetyön tekijät olivat määritelleet hyvän yhteistyön tekijöiden kesken sekä Vaasan ammattiopiston kanssa. Tekijöiden yhteistyö sujui hyvin koko tämän projektin aikana ja molemmat kykenivät tekemään kompromisseja. Vaasan ammattiopiston kanssa yhteistyö sujui moitteettomasti ja olivat ymmärtäväisiä sekä joustavia aikataulutuksen suhteen. Vahvuuksina olivat myös aiheen kiinnostavuus ja ajankohtaisuus, mikä lisäsi tekijöiden motivaatiota tehdä tätä opinnäytetyötä.

Projektin heikkouksina opinnäytetyön tekijät olivat pitäneet oman työkokemuksen puutetta, aiheen rajaamista ja teknistä osaamista. Vähäinen työkokemus häiritsi tekijöitä, koska he kokivat, että heillä ei ole käytännön kokemusta tarpeeksi. Syöpä on nykyään yleinen sairaus ja siitä löytyy paljon tietoa, mutta oleellisen tiedon poimiminen oli haasteellista. Jälkikäteen mietittynä tekijöiden mielestä aihe oli liian laaja yhteen opinnäytetyöhön toteutettavaksi. Tekijät eivät olleet tehneet vastaavaa työtä aikaisemmin, joten he kokivat, että tekninen osaaminen on puutteellista.

Mahdollisuuksina pidettiin tiedon lisääminen aiheesta, valmiuksien lisääminen työelämää, ammatillinen kasvaminen, sekä esiintymistaitojen kehittyminen. Opetustilaisuuden myötä lähihoitajaopiskelijoiden tieto aiheesta lisääntyy ja he saavat lisää varmuutta tulevaa työtä varten, erityisesti syöpäpotilaita kohdatessa. Tekijöiden näkökulmasta projekti tarjosi myös mahdollisuuden ammatilliseen

kasvuun ja kehitykseen. Opinnäytetyön tuotos eli opetustilaisuuden järjestäminen ja pitäminen olivat mahdollisuus tekijöiden esiintymistaitojen kehittymiselle.

Uhkina voitiin nähdä tekijöiden yhteisen ajan puute ja aikataulutuksen epäonnistuminen. Opinnäytetyön tekijöiden omat velvollisuudet ja muut kouluun liittyvät työt aiheuttivat haasteita yhteisen ajan järjestämisessä. Näin ollen aikataulutuksen epäonnistumisen uhka oli läsnä, ja opetustilaisuuden pitämisen ajankohta siirtyi. Lisäksi uhkina tekijät olivat määritelleet opiskelijoiden mielenkiinnon puutteen ja häiriöt opetustilaisuudessa. Tekijät yllättyivät positiivisesti, sillä opetustilaisuuden aikana lähihoitajaopiskelijat olivat rauhallisia ja kuuntelivat sekä osoittivat kiinnostusta vastaamalla esitettyihin kysymyksiin.

### **11.2 Opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden toteutuminen**

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on pitää opetustilaisuus syöpäpotilaan mielenterveyden tukemisesta hoitotyössä diaesityksen muodossa Vaasan ammattiopiston viimeisen vuoden lähihoitajaopiskelijoille. Tämä tarkoitus toteutui, opetustilaisuus pidettiin Vaasan ammattiopistossa 29.11.2016. Opetustilaisuuden materiaalina käytettiin opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen pohjalta tehtyä diaesitystä (LIITE 1).

Tämän työn tavoitteena oli antaa lisää tietoa syöpäpotilaan kohtaamisesta ja mielenterveyden tukemisesta hoitotyössä, korostaa hoitajan roolia syöpäpotilaan voimavarojen tukemisessa sekä herättää ajatuksia ja antaa lisää valmiuksia lähihoitajan ammattiin. Opetustilaisuuden myötä ja saadun palautteen mukaan nämä tavoitteet ovat toteutuneet.

### **11.3 Luotettavuus**

Tämän työn luotettavuuden lisäämiseksi tekijät ovat pyrkineet käyttämään alle 10 vuotta vanhoja lähteitä ja viimeisimpiä painoksia kirjoista. Vilka ym. (2003, 72-73) mukaan tulisi valita mahdollisimman tuoreet lähteet, koska tutkimustieto muuttuu ja uudistuu nopeasti. Tekijät ovat käyttäneet myös vanhempia julkaisuja,

koska tekijöiden mielestä teorian tieto ei ollut niissä muuttunut ja oli vielä ajankohdasta. Lisäksi on käytetty myös englanninkielisiä lähteitä, jotka on käännetty niin, että sisältö ei ole muuttunut.

Opinnäytetyö on tehty Vaasan ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeen mukaan. Tässä opinnäytetyössä on viitattu lähteisiin ja ne on merkitty Vaasaan ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti, plagiointia ei käytetty. Plagoinilla tarkoitetaan ideoiden ja ajatusten varastamista eli toisen tutkijan ajatusten, ilmaisujen ja tulosten esittäminen omana kertomana. Plagiointia ovat esimerkiksi vaillinaiset tai epäselvät viittaukset, siksi lähteet täytyy merkitä tunnollisesti ja tarkasti. (Vilka ym. 2003, 78).

Kankkunen & Vehviläinen-Julkusen (2013, 198) mukaan tutkimuksen uskottavuutta lisää se kuvaamalla tutkimustulokset selkeästi. Tässä opinnäytetyössä tulokset on esitelty mahdollisimman selkeästi ja kuvaavasti käyttämällä yksinkertaisia Excel-kaavioita. Työn luotettavuutta lisää myös se, että tekijöitä on ollut kaksi, jolloin omalle työlle sokaistumisen mahdollisuus on ollut pieni.

#### **11.4 Eettisyys**

Kaiken tieteellisen toiminnan ydin on eettisyys. Tutkimuksen eettisyys on Suomessa sitouduttu turvaamaan Helsingin julistuksen mukaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkusen 2013, 211–214.) Pietarisen (2002) esittämän kahdeksan eettisen vaatimuksen mukaan tutkijan on aidosti oltava kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta sekä paneuduttava tunnollisesti alansa, jotta hankittu ja välitetty tieto olisi niin luotettavaa kuin mahdollista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkusen 2009, 172.) Opinnäytetyön tekijät olivat aikaisemman koulutuksen ja kokemuksen myötä motivoituneita hankkimaan mahdollisimman uutta tietoa aiheesta.

Pietarisen mukaan ihmisarvon kunnioittaminen on yksi eettisistä vaatimuksista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkusen 2009, 172). Osallistujilla opetustilaisuuteen osallistuminen ja palautekyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja heillä oli mah-

dollisuus kieltäytyä. Kyselylomakkeessa ei tule ilmi vastaajien henkilökohtaisia tietoja ja ne tuhottiin asianmukaisesti tulosten analysointien jälkeen.

Lisäksi eettisiin vaatimuksiin kuuluu kollegiaalinen arvostus. Tekijöiden tulisi suhtautua toisiinsa arvostavasti, eikä vähätellä toista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkusen 2009, 172.) Molemmat tekijät ovat huomioineet toistensa mielipiteet ja ajatukset projektia tehdessä sekä järjestänyt yhteistä aikaa opinnäytetyön tekemiseen.

### **11.5 Oman oppimisen arviointi**

Opinnäytetyö tehtiin Vaasan ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeita noudattaen. Projektin aikana tekijät kokivat kehittyneensä kirjoittamisessa, eri tiedonhakumenetelmien käyttämisessä sekä lähteiden merkitsemisessä. Projektin alussa lähteiden merkitseminen oli vähän hankalaa, mutta helpottui projektin loppua kohden. Parityöskentelytaidot ovat kehittyneet molemmilla tekijöillä projektin aikana. Projektin alussa teoriaosuuden tiedon hankkiminen jaettiin tekijöiden kesken. Tämän jälkeen työtä tehtiin pääsääntöisesti yhdessä. Diaesityksien teko ja esityksien pitäminen olivat opiskelujen kautta jo ennestään tuttuja, mutta opetustilaisuuden pitäminen ja opettajan roolissa toimiminen oli uutta ja jännittävää, mutta siitä suoriuduttiin kuitenkin hyvin.

Ammatillisesti tekijät kokivat kehittyneensä tämän projektin aikana. Tämän projektin tekijät oppivat aikatauluttamaan, suunnittelemaan, ja toteuttamaan projektin. Tekijöiden kesken sekä Vaasan ammattiopiston kanssa yhteistyö ja aikataulutuksen suunnittelu sujuivat alusta asti hyvin. Näiden mainittujen asioiden lisäksi tekijät kokivat oppineensa lisää syöpäpotilaan mielenterveyden tukemisesta hoitotyössä sekä mitä se tarkoittaa käytännössä. Näistä tulee olemaan varmasti hyötyä tulevassa terveydenhoitajan ammatissa ja työssä. Projektin aikana tapahtuneen kehityksen ja oppimisen perusteella tekijät ovat tyytyväisiä valintaansa tehdä tästä aiheesta opinnäytetyön.



## 11.6 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön jatkotutkimusehdotuksia seuraaville projekteille voisivat olla:

- Luennon järjestäminen, jossa käsiteltäisiin syöpää sairastavien omaisten jaksamista ja sen tukemista.
- Ohjeellinen terveystieteiden/syöpäosastolle nuorten syöpäpotilaiden mielenterveydestä ja sen tukemisesta.

## LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012 Kliininen hoitotyö. Sisätauteja kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 1.-2. painos. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Barracough, J. 1995. Cancer and Emotion. 2. painos. WILEY. New York.

Faulkner, A. & Maguire, P. 1999. Vaikeiden tilanteiden tunnistaminen ja kohtaaminen. Teoksessa Vuorovaikutustaidot potilastyössä. Syöpäpotilaan ja hänen omaistensa kohtaaminen, 96-113. Toim. Javanainen, M. Kustannus Oy Duodecim.

Faulkner, A. & Maguire, P. 1999. Potilaan haastatteleminen; tarvittavat tiedot. Teoksessa Vuorovaikutustaidot potilastyössä. Syöpäpotilaan ja hänen omaistensa kohtaaminen, 56-70. Toim. Javanainen, M. Kustannus Oy Duodecim.

Idman, I. 2013. Syöpäpotilaan psyykkisten oireiden hoito palliatiivisessa vaiheessa. Duodecim. 129, 4, 403-408. 2013.

Idman, I. & Aalberg, V. 2013. Syöpään liittyvät psykososiaaliset näkökohdat. Teoksessa Syöpätaudit, 860-872. Toim. Joensuu, H. Roberts, P. Kellokumpu-Lehtinen, P-L. Jyrkkiö, S. Kouri, M. & Teppo, L. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Isola, J. & Kallioniemi, A. 2013. Syövän synty, kasvu ja leviäminen. Teoksessa Syöpätaudit, 10-27. Toim. Joensuu, H. Roberts, P. Kellokumpu-Lehtinen, P-L. Jyrkkiö, S. Kouri, M. & Teppo, L. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Joensuu, H. 2013. Syövän hoidon yleiset periaatteet. Teoksessa Syöpätaudit, 132-138. Toim. Joensuu, H. Roberts, P. Kellokumpu-Lehtinen, P-L. Jyrkkiö, S. Kouri, M. & Teppo, L. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Joensuu, H. & Huovinen, R. 2013. Rintasyöpä. Teoksessa Syöpätaudit, 595-619. Toim. Joensuu, H. Roberts, P. Kellokumpu-Lehtinen, P-L. Jyrkkiö, S. Kouri, M. & Teppo, L. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Jussila, A-L., Kangas, A. & Haltamo, M. 2010. Sädehoitotyö. WSOYpro. Helsinki.

Järvinen, H., Kouri, M. & Österlund, P. 2013. Suoliston syöpä. Teoksessa Syöpätaudit, 483-510. Toim. Joensuu, H. Roberts, P. Kellokumpu-Lehtinen, P-L. Jyrkkiö, S. Kouri, M. & Teppo, L. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kataja, V. 2013. Hormonaalinen hoito. Teoksessa Syöpätaudit, 218-234. Toim. Joensuu, H. Roberts, P. Kellokumpu-Lehtinen, P-L. Jyrkkiö, S. Kouri, M. & Teppo, L. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Joensuu, T. & Tammela, T. 2013. Eturauhassyöpä. Teoksessa Syöpätaudit, 562-592. Toim. Joensuu, H. Roberts, P. Kellokumpu-Lehtinen, P-L. Jyrkkiö, S. Kouri, M. & Teppo, L. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Koivisto, R. 2013. Syöpään sairastuneen selviytymisen tukeminen. Syöpäsairaanhoitaja. Vol. 21, no. 2, s. 5-7.

Kouri, M. & Tenhunen, M. 2013. Sädehoito. Teoksessa Syöpätaudit, 148-172. Toim. Joensuu, H. Roberts, P. Kellokumpu-Lehtinen, P-L. Jyrkkiö, S. Kouri, M. & Teppo, L. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2012. Mielenterveyshoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. 1. painos. Sanoma Pro Oy.

Keränen, V., Lamberg, N. & Penttinen, P. 2003. Digitaalinen viestintä. Porvoo. WS Bookwell.

Käypä hoito 2015. Oireet. Viitattu 23.5.2016  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus;jsessionid=9761CD72B26AA595C524AE3F388F3CCC?id=khp00044#svastuu>

Käypä hoito 2016 a. Psykoterapeuttinen hoito Viitattu 4.8.2016  
[http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50023#s12\\_3](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50023#s12_3)

Käypä hoito 2016 b. Hoidon suunnittelu ja seuranta Viitattu 4.8.2016  
[http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50023#s12\\_1](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50023#s12_1)

Lammi, O. 2015. Viesti ja vaikuta. Jyväskylä. Docendo Oy.

Lehto, US., Helander, S. & Aromaa, A. 2010. Eturauhassyöpään sairastunut tarvitsee tietoa ja tukea. Suomen Lääkärilehti. 65, 48, 3961- 3968.

Mali, P., Wigren, T. & Salo, J. 2013. Keuhkosityöpä. Teoksessa Syöpätaudit, 368-387. Toim. Joensuu, H. Roberts, P. Kellokumpu-Lehtinen, P-L. Jyrkkiö, S. Kouri, M. & Teppo, L. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Maukonen, M., Salonen, P., Rantanen, A., Suominen T, & Kaunonen, M. 2011. Elämänlaatu vuosi rintasyöpäleikkauksen jälkeen. *Hoitotiede*. vol.23, 4,273-283.

Mikä syöpä on?. 2016. Viitattu 15.3.2016. <https://www.kaikkisyovasta.fi/tietoa-syovasta/mika-on-syopa/>

Mohan, S., Wilkes, L.M., Ogun Siji, O. & Walker, A. 2005. Caring for patient with cancer in non-specialist wards: the nurse experience. *European Journal of Cancer Care*. 14, 256-263.

Mustajoki, P. 2016. Keuhkosyöpä. *Terveyskirjasto. Duodecim*. Viitattu 3.5.2016 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00031](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00031)

Opetushallitus. 2016. SWOT-analyysi. Viitattu 13.3.2016. [http://www.oph.fi/saadokset\\_ja\\_ohjeet/laadunhallinnan\\_tuki/wbl-toi/menetelmia\\_ja\\_tyovalineita/swot-analyysi](http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi)

Rissanen, T. 2002. *Projektilla tulokseen*. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Roberts, P. 2013. Kirurginen hoito. Teoksessa *Syöpätaudit*, 140-145. Toim. Joensuu, H. Roberts, P. Kellokumpu-Lehtinen, P-L. Jyrkkiö, S. Kouri, M. & Teppo, L. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Salminen, E. 2000. Syöpä ja sen lääketieteellinen hoito. Teoksessa *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyön*, 12-41. Toim. Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. Porvoo. WSOY.

Sankila, R. 2013. Syövän yleisyys, syyt ja ehkäisy. Teoksessa *Syöpätaudit*, 30-48. Toim. Joensuu, H. Roberts, P. Kellokumpu-Lehtinen, P-L. Jyrkkiö, S. Kouri, M. & Teppo, L. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektin vetäjän käsikirja. Viitattu 26.10.2015. <http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>

Suomen syöpärekisteri 2016. Viitattu 20.11.2016. <http://www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/ajantasaiset-perustaulukot/koko-maa/>

Syöpätaudit. 2016. Viitattu 17.3.2016. <https://www.kaikkisyovasta.fi/tietoa-syovasta/syopataudit/>

Syöpäinfo 2016 a. Eturauhassyöpä. Viitattu 27.4.2016. <http://www.syopainfo.fi/eri-syopamuodot/eturauhassyopa.html>

Syöpäinfo 2016 b. Suolistosyöpä. Viitattu 6.5.2016. <http://www.syopainfo.fi/eri-syopamuodot/suolistosyopa.html>

Syöpäjärjestöjen vertaistuki. 2016. Viitattu 22.9.2016.  
<https://www.kaikkisyovasta.fi/vertaistuki-ja-keskustelut/syopajarjestojen-vertaistuki/>

Syövän hoito. 2016. Viitattu 18.3.2016. <https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-ja-kuntoutus/syovan-hoito/>

Syövän leikkaus. 2016. Viitattu 19.5.2016. <https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-ja-kuntoutus/syovan-leikkaus/>

Syövän vaiheet, erilaistuminen ja levinneisyys. 2016. Viitattu 27.10.2016.  
<https://www.kaikkisyovasta.fi/tietoa-syovasta/syovan-vaiheet-erilaistuminen-ja-levinneisyys/>

Terve.fi 2015. Eturauhassyöpä. Viitattu 27.4.2016.  
<http://www.terve.fi/eturauhassyopa/eturauhassyopa>

THL 2014. Syövän yleisyys. Viitattu 16.3.2016.  
<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/syopa/syovan-yleisyys>

THL 2015. Mielenterveyshäiriöt. Viitattu 20.3.2016.  
<https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>

Tolvanen, E. 2011. Pohdintoja syöpäpotilaan kohtaamisesta ja tukemisesta. Syöpäsairaanhoidaja. Vol. 19, no. 1, s. 17-19.

Vehmanen, L. 2012. Rintasyöpä: toteaminen ja ennuste. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 21.4.2016  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00618](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00618)

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

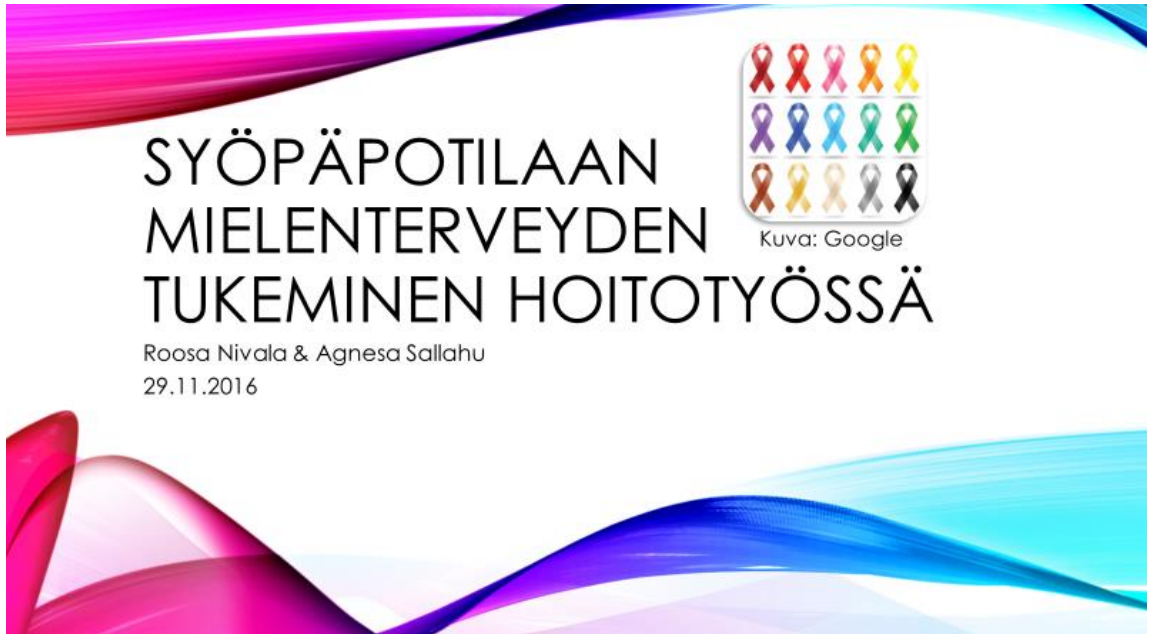
Voimavarat. 2016. Viitattu 22.9.2016.  
[https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/tyokaluja\\_itsehoito/Pages/Harjoitusnro6Lahjasi.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/tyokaluja_itsehoito/Pages/Harjoitusnro6Lahjasi.aspx)

WHO 2015. Cancer. Viitattu 27.10.2016.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>


WHO 2014. Mental health: a state of well-being. Viitattu 27.10.2016.  
[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)

Österlund, P. 2012. Suolistosyöpä (ohutsuolen, paksusuolen ja peräsuolen syöpä). Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 6.5.2016  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00031](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00031)

LIITE 1



**SYÖPÖPOTILAAN  
MIELENTERVEYDEN  
TUKEMINEN HOITOTYÖSSÄ**



Kuva: Google

Roosa Nivala & Agnesa Sallahu  
29.11.2016



## SYÖPÄ

- Kasvainsairauksille ei ole olemassa täysin tarkkaa määritelmää  
→solukon tai kudoksen epänormaalinen kasvu
- Kasvainsairauden jaetaan hyvänlaatuisiin ja pahanlaatuisiin kasvaimiin
- Hyvänlaatuiset kasvaimet: paikallisia ja hidaskasvuisia
- Pahanlaatuiset kasvaimet: leviävät ympäristöönsä ja kasvavat nopeammin
- Pahanlaatuisien kasvainten yleisnimitys on syöpä  
→solujen kontrolloimaton jakautuminen
- Syöpä saa alkunsa geenivirheestä
- Elimistön säätelyjärjestelmä ei pysty hallitsemaan syöpäsoluja  
→syöpäsolut kasvavat normaalikudosten kasvusäätelyä piittaamatta

## LIITE 1



## SYÖVÄN ESIINTYMINEN

- Syöpään sairastuu joka kolmas suomalainen jossakin elämänsä vaiheessa!
  - sairastuneiden keski-ikä Suomessa on 67 vuotta
- Syöpä on yleensä ikääntyvien sairaus
- Syöpätapausten määrä lisääntyy
- Syöpäkuolemien määrä lisääntyy vain vähän parantuneiden hoitomahdollisuuksien ansiosta
- Syövätkä luokitellaan sijaintipaikan ja levinneisyyden mukaan eli tehdään niin sanottu TNM- luokitus
- Suomen Syöpärekisteri on Suomen Syöpäyhdistyksen osana toimiva tutkimuslaitos, joka ylläpitää Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen virallista syöpärekisteriä



## SYÖVÄN YLEISYYS

- Maailman terveysjärjestön WHO:n kansainvälisen syöväntutkimuskeskuksen arvioinnin mukaan vuonna 2012 maailmassa todettiin:
  - 14 miljoonaa uutta syöpätapausta
  - 8,2 miljoonaa ihmistä kuoli syöpään
- Uusien syöpätapausten määrän on odotettavissa nousevan noin 70% seuraavan kahden vuosikymmenen sisällä
- Suomen syöpärekisterin viimeisten tilastotietojen mukaan vuonna 2014 syöpätapausten määrät olivat miehillä 16 190 ja naisilla 16 121

## LIITE 1



## SYÖPÄTYYPIT

- Syöpäkasvain voi periaatteessa syntyä missä tahansa elimessä.
- Yleisimmät syöpätyypit ovat
  - Karsinoomat → saavat alkunsa limakalvoilta ja rauhasista
  - Sarkoomat → lähtevät side- ja tukikudoksesta
  - Leukemiat ja lymfoomat
- Suomessa naisten yleisin syöpä on rintasyöpä, toiseksi yleisin on suolistosyöpä ja kolmanneksi yleisin keuhkosyöpä
- Miesten yleisin syöpä on eturauhassyöpä, toiseksi yleisin on keuhkosyöpä ja kolmanneksi yleisin suolistosyöpä



## SYÖVÄN HOITOMUODOT

- Yleisimmät syövän hoitomuodot:
  - Leikkaus
  - Sädehoito
  - Erilaiset lääkähoidot (solunsalpaajat eli sytostaattit, hormonit ja biologiset lääkkeet)
- Leikkaus on usein syövän ensihoito, sen ohella toinen paikallinen syövänhoitotapa on sädehoito
- Yhä enemmän käytetään hoitomuotojen yhdistelmiä
- Muita hoitomuotoja kutsutaan liitännäishoidoksi eli adjuvanttihoidoksi



## LIITE 1

Potilaan soveltuvuuteen ja hoitopäätökseen vaikuttavat tekijät

- Yleistila
- Syöpätaudin tyyppi
- Levinneisyysaste
- Muut mahdolliset sairaudet sekä potilaan oma mielipide

Suomessa syövän hoitotulokset ovat kansainvälisesti vertailtuna huippuluokkaa!



## MIELENTERVEYS JA SYÖPÄ

- Mielenterveys on ihmisen hyvinvoinnin perusta sekä psyykkisiä toimintoja ylläpitävä voimavara
- Kielteiset elämäntapahtumat, kuten vakava sairastuminen voi heikentää yksilön mielenterveyttä
- Sairastuminen syöpään yleensä koetaan uhkaavana menetyksenä  
→tämä laukaisee psykofyysisen pelkoreaktion aivoissa, kehossa ja mielessä
- Se mikä vaatii eniten psyykkistä työstämistä, on kuolemanpelko ja siihen liittyvät tunteet

## LIITE 1

## PUOLUSTUSMEKANISMIT

- Puolustusmekanismi toimivat mielen tiedostamattomissa ja esitietoisissa kerroksissa
- Tiedostamattomia puolustusmekanismeja ovat esimerkiksi kieltäminen, torjunta, tunteiden eristäminen, tapahtuneen merkityksen vähättely sekä projektiivinen syyllistäminen



## PUOLUSTUSKEINOJEN RIITTÄMÄTTÖMYYS

- Sairauden aiheuttama psyykinen paine voi olla joskus niin suuri, että normaalisti hyvin toimivat puolustuskeinot eivät riitä käsittelemään ahdistusta
- Tällöin ihminen muuttuu levottomaksi, tuskaiseksi tai lamaantuu
- Sairastumisesta johtuvia vaikeimpia psyykkisiä kuormitusfiloja voidaan jaotella kolmivaiheisena prosessina:
  - Psykinen kriisi
  - Sopeutumishäiriö
  - Psykiatrinen häiriö



## LIITE 1

## PSYKKISET KRIISIREAKTIOT

- Psykkinen kriisi on yksilöllinen reaktio
- Määräytyy potilaan ulkoisista kuormitustekijöistä, persoonallisuuden rakenteesta sekä hänen kyvystään käsitellä epävarmuutta
- Psykkisen kriisin kulku voidaan jaotella kahteen vaiheeseen: akuuttivaiheeseen ja jäsentelyvaiheeseen



## Akuuttivaihe

- Alkaa uhkakokemuksella, jota seuraa sokki- ja reaktiovaihe eli varsinainen kriisi
- Oireet ovat tunnetilojen vaihtelut, kiihtymys, hämmennys ja lamaannus, oireet voivat esiintyä myös sekamuotoisina
- Potilas elää tässä ja nyt-tilanteessa

## Jäsentelyvaihe

- Tähän sisältyvät käsittely- ja uudelleen suuntautumisen vaiheet
- Potilas tiedostaa oman tilanteensa
- Hän etsii keinoja selviytyäkseen sairastumisesta ja hoidosta sopeutuakseen niihin

## LIITE 1

## SOPEUTUMISHÄIRIÖT

- Sopeutumishäiriöt ovat tunne-elämän häiriö- ja ahdistustiloja, jotka häiritsevät sosiaalista toimintakykyä
- Psykologiselta näkökulmalta sopeutumishäiriö tarkoittaa psyykkisen kriisireaktion jumiutumista akuuttivaiheeseen
- Voi esiintyä univaikeuksina, käytöshäiriöinä, masentuneena mielialana, ahdistuneisuutena, tai eri oireiden yhdistelmänä



## MIELENTERVEYSHÄIRIÖT

- Mielenterveydenhäiriöistä on kyse silloin, kun oireet
  - aiheuttavat ihmisellä psyykkistä kärsimystä tai vajaakuntoisuutta
  - rajoittavat myös toiminta- ja työkykyä
- Riskiä lisäävät tekijät:
  - aikaisemmat psyykkiset sairaudet
  - huono stressinsietokyky
  - huonot suhteet perheeseen ja läheisiin
  - aikaisemmat negatiiviset elämäntapahtumat
  - huono hoitosuhde henkilökuntaan
- Syöpäpotilaiden yleisimpiä psyykkisiä oireita ovat masennus ja ahdistus

## LIITE 1

## MASENNUS

- Masennus on yleisin psyykinen sairaus syöpäpotilailla
- Syöpäpotilailla masennusta voi olla vaikea diagnosoida ja se voi helposti jäädä huomaamatta
- Masennus ilmenee fyysisinä ja psyykkisinä oireina
- Psyykkisiä oireita ovat esimerkiksi alakuloisuus, itkuisuus, ärtyneisyys, kiinnostuksen puute, syyllisyys ja tunne olevansa vaivaksi muille sekä sosiaaliset vaikeudet
- Fyysisiä oireita ovat esimerkiksi unihäiriöt, väsymys, muutokset ruokahalussa, laihtuminen tai painon nousu



## AHDISTUS

- Syöpään sairastuessa osa potilaista kärsii ahdistuksesta, koska heillä on pelko sairautta kohtaan tai tulevat hoitokeinot pelottavat
- Riskiä lisäävät esimerkiksi heikkenevä fyysinen terveys, sosiaalisen verkoston pieneneminen ja kognitiivisen kyvyn lasku
- Ahdistus ilmenee usein psyykkisinä sekä fyysisinä oireina
- Psyykkisiin oireisiin kuuluvat usein erilaiset pelot, levottomuus, keskittymisvaikeudet, jännittyneisyys sekä univaikeudet
- Fyysisiä oireita ovat sydämentykytys, hikoilu, vapina, pahoinvointi, ruoansulatushäiriöt, vatsakivut, lihas- ja päänsäryt





## LIITE 1



## MASENNUKSEN JA AHDISTUKSEN HOITO

- Syöpäpotilaan masennuksen ja ahdistuksen hoidon lähtökohtana on psykiatrinen konsultaatio
- Hoitosuunnitelmassa usein päädytään psykoterapeuttiseen auttamiseen sekä tarvittavaan lääkehoitoon
- Psykoterapian avulla pyritään lievittämään psyykkisiä häiriöitä, tavoitteena on potilaan toipuminen sekä toimintakyvyn paraneminen
- Psykoterapiat ja lääkehoito ovat vaikutukseltaan yhtä tehokkaita oireiden lievittäjinä, erityisesti lievän ja keskivaikean depression hoidossa
  - Suositeltavaa niiden yhtäaikainen käyttö, koska on selvästi tehokkaampaa
- Hoitamattomina psyykkiset oireet lisäävät kärsimystä, vaikeuttavat somaattisten hoitojen toteuttamista ja voivat kehittyä esteeksi hoitojen jälkeiselle sosiaaliselle kuntoutumiselle



## PSYKOSOSIAALINEN TUKI

- Tavoitteena on tukea potilasta ja hänen perhettään selviytymään elämäntilanteessa, johon kuuluu syöpäsairauteen liittyvät tutkimukset, hoidot ja seurannat
- Psykososiaalista selviytymistä vaikeuttavia tekijöitä ovat sairauteen liittyvät tekijät → pitkälle edennyt sairaus, huono ennuste tai huono hoitosuhde
- Potilaan yksilölliset tarpeet ja toiveet sekä hänen kunnioittaminen ovat tuen perustana
- Pohjautuu moniammatillisen yhteistyöhön
- Psykososiaalinen tuki voidaan jakaa tiedolliseen, emotionaaliseen ja käytännön tukeen

## LIITE 1

## TIEDOLLINEN TUKI

- Tarkoittaa tiedon antamista potilaalle sairaudestaan, sen ennusteesta, hoidosta, haittavaikutuksista ja hoidon komplikaatioista
- Tutkimusten mukaan potilaat toivovat terveydenhuollon ammattilaisilta tiedollista tukea sekä rohkaisua ja kannustusta
- Potilaalla on oikeus saada tilanteestaan ajantasaiset tiedot
- Hoitajan tehtävänä on tällöin tukea potilaan selviytymistä antamalla tietoa ja ohjaamalla hänet tiedon äärelle



## EMOTIONAALINEN TUKI

- Emotionaalisen tukemisen avulla hoitaja osoittaa potilaalle empatiaa, hyväksyy hänet yksilönä sekä luo turvallisen ja luottamuksellisen hoitosuhteen hänen kanssa
- Tukemiseen kuuluvat:
  - tunteista keskusteleminen
  - aktiivinen kuuntelu
  - kysymysten esittäminen
- Potilaan selviytymisen kannalta on merkittävää, tuntee ko hän saavansa riittävästi emotionaalista tukea ystäviltä ja sukulaisilta
- Potilas joka kokee toisten välittävän hänestä, selviää paljon paremmin kuin henkilö, jonka läheiset eivät ymmärrä hänen kokemaansa ahdinkoa



## LIITE 1

## KÄYTÄNNÖN TUKEA

- Tavoitteena on tukea potilaan selviytymistä arjesta sekä sairastumiseen liittyvistä käytännön haasteista
- Käytännön tukemiseen kuuluu potilaan auttaminen sosiaaliturvaan liittyvissä asioissa, kuten sairaslomien sekä kuntoutukseen liittyvien asioiden hoitaminen ja järjestely
- Potilaat toivovat apua ja tukea arkielämän järjestämisessä omaisten lisäksi, myös hoitoyksiköiltä ja erityisesti sosiaalityöntekijöiltä



## SYÖPÄPOTILAAN TUEN TOTEUTUMINEN

- Syöpädiagnoosi tuo potilaan elämään tietyn epävarmuuden ja hänen minäkuvansa voi muuttua rajustikin hoitojen myötä
- Potilas kohtaa hoitohenkilökunnan, kohtaamisessa on kaksi erilaista ihmistä, jotka ovat läsnä omina persooninaan
- Potilailla on yksilöllinen tapa reagoida sairauteen ja sen eri vaiheisiin
  
- Eturauhassyöpään sairastuneille tehdyn tutkimuksen mukaan vain puolet olivat kokeneet, että heidän henkinen hyvinvointinsa oli otettu riittävästi huomioon ja vain vähän useampi, että heidän kysymyksiinsä oli vastattu riittävän hyvin.




## LIITE 1



## HOITUYHTEISÖ JA SYÖPÄPOTILAS

- Hoitoyhteisön ja potilaan välille muodostunut suhde vaikuttaa potilaan elämänlaatuun ja vointiin sairauden ja hoidon kaikissa vaiheissa
- Syöpäpotilaan hoitaminen on henkisesti raskasta työtä
- Lääkäreillä ja hoitajilla ei ole aina tarpeeksi tietoa potilaan odotettavissa olevista psykologisista reaktioista
- Potilas odottaa henkistä tukea ensisijaisesti lääkäriltä, kuitenkin hoitaja käyttää enemmän aikaa potilaan kanssa → hän voi monesti huomata potilaan psyykkiset ongelmat herkemmin kuin lääkäri!

## LÄHIHOITAJA TUKENA

- Hoitaja on yhteistyösuhteessa yksi voimavara
  - Hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tulisi olla voimavaralähtöistä  
→ keskitytään ihmisen vahvuuksiin, jolloin ihminen toteuttaa henkilökohtaisia mielenkiinnon kohteita ja panostaa asioihin, jotka tuottavat pitkäkestoista mielihyvää
  - Potilaan omat voimavarat otetaan käyttöön potilaan terveyden edistämiseksi
    - Voimavara voi olla mikä tahansa asia, jonka ihminen kokee olevan avuksi tai tarpeen
- 

## LIITE 1



## EMPATIA JA LÄSNÄOLO

- Hyvään hoitosuhteeseen kuuluu empatia eli eläytyminen potilaan ainutkertaiseen sekä vaikeaan elämäntilanteeseen
- Empatia jonka hoitaja kokee ohjaa hänen sanojaan, eleitään, ilmeitään ja tunnettaan siitä, milloin on tarvetta keskusteluun ja milloin olla potilaan vierellä hiljaa
- Hoitajan aito läsnäolo korostuu ja hän on tilanteessa juuri potilasta varten
- Läsnä olemisen tasot vaihtelevat, joskus se on enemmän kuuntelemista tai yhdessä tekemistä ja toisinaan koskettamista



## KUUNTELEMINEN JA HAVAINNOINTI

- Kuunteleminen on aktiivista toimintaa, jolloin hoitaja keskittyy kuuntelemaan potilasta
- Kuuntelemisella pyritään selventämään potilaan ajatuksia sekä tunteita ja samalla saada tietoja potilaasta, jotta ymmärrys tilanteesta lisääntyisi
- Samanaikaisesti kun potilasta kuunnellaan, tapahtuu havainnointi
- Siihen kuuluu potilaan kehon kielen tarkastelu, kuten liikehdintä, katsekontakti ja olemus
- Hoitajalta vaaditaan taitoa tunnistaa sekä tulkita niin sanallisia kuin sanattomia vihjeitä
- Havainnoinnin ja kuuntelun tukena hoitaja voi käyttää myös intuitiota

## LIITE 1



## KESKUSTELU

- Hoitaja-potilassuhde on potilaalle tärkeä ihmissuhde ja keskustelut itsessään vievät potilasta eteenpäin
- Keskustelun ja puhumisen merkitys on suuri, koska potilas voi käydä läpi omaa tarinaansa ja jäsentää sen helpommin hallittavaksi kokonaisuudeksi
- Keskusteluhetkien tulisi viestittää, että hoitaja on saatavilla ja näin lisätä potilaan turvallisuuden tunnetta
- Hoitajalta vaaditaan taitoa ja kärsivällisyyttä ennen kuin potilas avautuu ja hänen vastaukset muuttuvat pidemmiksi
- Avoimuutta edistää potilaan rohkaisu täsmällisyyteen, tarkentavien kysymysten avulla



## OHJAAMINEN

- Potilasohjaus ja hoitotilanteissa tapahtuva yksilöllinen neuvonta tukevat sopeutumista sekä antavat turvallisuuden tunnetta
- Tavoitteena on potilaan terveyden ja toimintakyvyn edistäminen
- Ohjaaminen lähtee potilaan tarpeista ja tavoitteista
- Olennaista on myös huomioida potilaan ja hoitajan taustatekijöitä
  - Fyysiset ja psyykkiset tekijät sekä ympäristö

## LIITE 1



### VERTAISTUKI

- Tärkeä merkitys syövän hoidoista selviytymisessä
- Toiminta perustuu molemminpuoliseen tasavertaisuuteen, keskinäiseen ymmärrykseen ja solidaarisuuteen
- Syöpäjärjestöt
  - Sopeutumisvalmennus- ja kuntoutusjaksot
  - Tapaamiset kahden kesken/ pienryhmät
  - Vertaistukiryhmät
- Pohjanmaan syöpäyhdistys

<https://www.pohjanmaansyopayhdistys.fi/>



### LÄHTEET

- Esityksen lähteenä on käytetty opinnäytetyömme teoriaosuutta.
- Kuva: Google, hakusana: cancer ribbons.

## LIITE 2

**Palautekysely**

**RASTITA VASTAUKSESI RUUTUUN.**

---

**1. Oliko aihe mielestäsi mielenkiintoinen?**

- Kyllä  
 En osaa sanoa  
 Ei

**2. Onko aihe ajankohtainen?**

- Kyllä  
 En osaa sanoa  
 Ei

**3. Saitko aiheesta uutta tietoa?**

- Kyllä  
 En osaa sanoa  
 Ei

**4. Oliko opetustilaisuudesta sinulle hyötyä tulevaa ammattiasi ajatellen?**

- Kyllä  
 En osaa sanoa  
 Ei

**5. Herättikö tämä esitys sinussa uusia ajatuksia syöpäpotilaan kohtaamisesta hoitotyössä?**

- Kyllä  
 En osaa sanoa  
 Ei

**6. Pitäisikö vastaavia opetustilaisuuksia järjestää myös jatkossa?**

- Kyllä  
 En osaa sanoa  
 Ei

**Muuta palautetta esityksestä:**

---

---

---

**Kiitos vastauksista! ☺☺**

**Agnesa & Roosa**