

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveys ja hyvinvointi

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2017

Satu Takala

SYÖVÄN EHKÄISY JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN

– osallistavan toimintamallin kehittäminen

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2017 | 63 +4 liitettä (11 sivua)

Ohjaaja: Raija Nurminen

Satu Takala

SYÖVÄN EHKÄISY JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN

- Osallistavan toimintamallin kehittäminen

Terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy ovat Suomen terveystalouden ensisijaisia tavoitteita. Vaikka yleinen ohjauksivastuu terveyden edistämisestä on Sosiaali- ja terveysministeriöllä ja vastuu terveyden edistämisen käytännön toimien toteuttamisesta kuuluu kunnille, on Suomen Syöpäjärjestöillä ja alueellisilla järjestöillä, kuten Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksellä merkittävä rooli syövän ehkäisyssä ja terveyden edistämistyössä.

Terveyden edistämisen mallit korostavat niistä saatujen oletusten hyödyntämistä uusien interventioiden pohjana niiden jäsentämiseksi, tulkitsemiseksi ja arvioimiseksi. Tutkimustiedon valossa käytettäessä teoreettisia malleja terveyskasvatuksen interventioiden pohjalla, parannetaan sekä niiden keskinäistä vertailtavuutta, että tulosten pysyvyyttä.

Projektin tarkoituksena oli kehittää syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen osallistava toimintamalli ja suunnitelma sen implementoimiseksi osaksi tulevaisuuden terveyskasvatustyötä Lounais-Suomen Syöpäyhdistys r.y:lle. Tavoitteena oli edistää osallistavan ja aktivoivan terveyskasvatustutkimuksen avulla ihmisten hyvinvointia ja elämänlaatua tukien elämäntapavalintojen toteuttamista ja muutosten pysyvyyttä. Syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen osallistava toimintamalli kehittyi aikaisemman teoretisen ja systemoidun kirjallisuuskatsauksen ja asianajaneelityöskentelyn synteessä. Kehittämissuunnitelma oli osa Lounais-Suomen Syöpäyhdistys r.y:n ja Turun ammattikorkeakoulun yhteistä tutkimus- ja kehittämishanketta.

Toimintamalli muodostuu viidestä teemasta liittyen tulokselliseen terveyskasvatustyöhön. Teemat ovat johtaminen, osallistaminen, asiakasryhmän määrittely ja tunteminen, interventiot, sekä tulokset ja pysyvyys. Niiden alle ryhmittyvät interventioiden suunnitteluun ja toteutukseen liittyvät yksilöllisesti kunkin intervention mukaan määräytyvät osa-alueet, jotka varmentavat niiden tuloksia ja pysyvyyttä.

Toimintamallin implementointi aloitettiin jo sen kehittämissuunnitelman keuhällä 2016 pilotoimalla kolme AMK-tasoisia opinnäytetyötä aurinkokäyttämistä, nuuskan käytöstä ja nämä aiheet yhdistävänä seminaarina. Kevähällä 2017 on käynnistetty kaksivuotinen syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen toimintamalliin pohjautuva NIKO-terveyden edistämisen hanke nuorten nikotiinituotteiden käytön ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi. Toimintamallia on tarkoitus hyödyntää Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen syövän ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen liittyvien hankkeiden ja projektien taustalla myös jatkossa.

ASIASANAT: Syöpä, ehkäisy, terveyden edistäminen, osallistava, toimintamalli, implementointi

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health and Well-being I Management and Leadership in Health Care

2017 | 63 + 4 appendices (11 pages)

Instructor: Raija Nurminen

Satu Takala

CANCER PREVENTION AND HEALTH PROMOTION

- Creating a participatory approach model

Promoting health and preventing illnesses are the primary goals in the health policy of Finland. Although the general responsibility in controlling health promotion belongs to the Ministry of Social Affairs and Health and the responsibility to accomplish it in practice belongs to the municipalities, the Cancer Society of Finland and local organizations such as the Southwestern Finland Cancer Society still have a significant role in cancer prevention and health promotion.

The assumptions derived from health promotion models can be used to structure, interpret and assess new interventions. Previous research information indicates that the comparability of health promotion interventions and the stability of the results can be improved by using theoretical models from prior research.

The purpose of this project was to create a participatory approach model and its implementation plan for cancer prevention and health promotion work in the Southwestern Finland Cancer Society. The aim was to promote people's well-being and the quality of life by supporting the life style choices and stability of alterations through a participatory approach in health education. The development of the participatory approach model in cancer prevention and health promotion was based on a synthesis of prior theoretical data, systematic literature review and the work of the panel of experts. This project was a part of a research and development project of the Southwestern Finland Cancer Society and the Turku University of Applied Sciences.

The participatory approach model includes five themes related to successful health education. The themes are leadership, participation, defining and knowing the client group, interventions and finally results and continuity. The themes include sub-areas related to the planning and implementation of the interventions which are defined by each intervention and used for confirming the results and their stability.

The implementation started already in the early stages of creating the participatory approach model by launching of three bachelor's degree pilot studies of Turku University of Applied Sciences involving healthy behaviour in the sun, prevention of snuff and a seminar combining these two themes. At the beginning of 2017 the Southwestern Finland Cancer Society started a project called NIKO, to prevent and reduce the use of nicotine products among young people and it is based on the cancer prevention and health promotion participatory approach model. This model is intended to be used systematically as the basis of all projects associated with cancer prevention and health promotion in the Southwestern Finland Cancer Society.

KEYWORDS: Cancer, prevention, health promotion, participatory, approach, model, implementation

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Kohdeorganisaatio	8
2.2 Kehittämiprojektin tausta ja tarve	9
2.3 Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoitteet	9
2.4 Kehittämiprojektin eteneminen	10
3 SYÖVÄN EHKÄISY JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN	13
3.1 Syövän ehkäisy ja altistavat tekijät	13
3.2 Terveyskasvatuksen menetelmät syövän ehkäisyssä	14
4 OSALLISTAMINEN TERVEYSVALINTOIHIIN	17
4.1 Osallistaminen yksilötasolla	17
4.2 Osallistaminen yhteisötasolla	18
5 TERVEYDEN EDISTÄMISEN INTERVENTIOT JA TULOSTEN PYSYVYYDEN VARMENTAMINEN	19
5.1 Terveyden edistämisen toimintamallit	19
5.2 Teoriat, teoreettiset viitekehykset ja teoreettiset lähestymistavat	21
6 SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	23
6.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset	23
6.2 Kirjallisuuskatsaus ja Finckin malli systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteutuksessa	23
6.3 Kirjallisuuskatsauksen tulosten synteesi	26
6.4 Katsausten laadun arviointi	35
7 SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET	38
7.1 Tiedon välittäminen kohderyhmälle	38
7.2 Osallistaminen päätöksentekoon terveysvalinnoissa	40
7.3 Interventioiden pysyvyys	41
8 POHDINTA	43
8.1 Tulosten tarkastelu	43

8.2 Luotettavuus ja eettisyys	44
9 ASIANTUNTIJATYÖSKENTELEY	47
9.1 Fokusryhmät asiantuntijoina	47
9.2 Fokusryhmän tulokset	49
9.2.1 Toimintamallin arviointi	49
9.2.2 Terveyden edistäminen syövän ehkäisyssä	49
9.2.3 Osallistaminen terveystasvatustyössä	50
10 SYÖVÄN EHKÄISYN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN OSALLISTAVA TOIMINTAMALLI	51
11 SYÖVÄN EHKÄISYN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN OSALLISTAVAN TOIMINTAMALLIN IMPLEMENTOINTI LSSY RY:N TOIMINTAAN	53
12 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI	57
LÄHTEET	59

LIITTEET

- Liite 1. Tiedote fokusryhmään osallistuvalla.
- Liite 2. Tietoinen suostumus fokusryhmään osallistuvalla.
- Liite 3. Systemaattisten katsausten metodologisen laadun arviointilomake (AMSTAR).
- Liite 4. Poissuljetut artikkelit

KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämiprojektin eteneminen.	11
Kuvio 2. Kehittämiprojektissa käytetyt hakutermit ja fraasit.	25
Kuvio 3. Katsausten valintaprosessi vaiheittain (Mukaillen Finkin mallia systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa).	26
Kuvio 4. Asiantuntijapaneelityöskentelyn alustavat teemat asiantuntijoille.	48
Kuvio 5. Syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen osallistava toimintamalli.	52
Kuvio 6. Jälkikäteen tehty mallinnos nuuskaprojektista perustuen syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen osallistavaan toimintamalliin.	55

TAULUKOT

Taulukko 1. Sisällytetyt artikkelit	28
Taulukko 2. AMSTAR:n pisteytys katsauksittain.	36

1 JOHDANTO

Suomessa seurataan ja tilastoidaan väestön sairauteen ja terveyteen liittyviä tekijöitä monin eri tavoin, mutta ne eivät tuota tietoa itse terveyden edistämiseen vaikuttavista prosesseista, niiden syistä ja seurauksista (Ståhl ja Rimpelä 2010a, 4). Terveiden elintapavalintojen avulla suurin osa syövästä voitaisiin ehkäistä. Tärkeänä osana syövän ehkäisytyötä ja kuolleisuuden vähentämistä ovat myös erilaiset rokotukset, infektioiden lääkehoito ja syöpäseulonnat. (THL 2016b, Syöpäjärjestöt 2017a.)

Eri toimijoiden ja sektorien yhteistyötä tarvitaan tuottamaan ratkaisuvaihtoehdot tarvittavien palvelujen tuottamiseksi (THL 2016a). Suomessa rekisteröidyistä yhdistyksistä lähes joka kymmenes toimii sosiaali- ja terveysalalla. Järjestötoiminnan onnistumisen haasteena onkin innovatiivisen toiminnan kehittäminen vastaamaan jatkuvasti muutuviin yhteiskunnallisiin tarpeisiin kuuntelemalla ja osallistamalla ihmisiä mukaan toimintaan. (Jalava ym. 2014, 1, 4.)

Kehittämiprojekti tukee Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen terveyden edistämistyötä ja syövän ehkäisevää toimintaa, ja se toteutettiin Turun ammattikorkeakoulun ja Lounais-Suomen syöpäyhdistyksen yhteistyönä. Projektipäällikkönä toimi ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelija. Tarkoituksena oli tunnistaa terveyden edistämässä ja syövän ehkäisyssä käytettäviä osallistavia menetelmiä ja tarkastella niitä suhteessa interventioiden pysyvyyteen. Tutkimustieto hyödynnettiin kehitettäessä syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen osallistavaa toimintamallia ja sen implementointisuunnitelmaa Lounais-Suomen Syöpäyhdistykselle. Sen taustalla huomioidaan syöpäkuuntoutujat, mutta se kohdennettiin ensisijaisesti terveyskasvatusnäkökulmasta palvelemaan syöpään sairastumattomia ihmisiä, sekä tukemaan, aktivoimaan ja osallistamaan heitä mukaan hyvinvointia ja elämänlaatua parantavan toiminnan kehittämiseen ja toteuttamiseen.

Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksessä käynnistettiin keväällä 2017 toimintamalliin pohjautuen NIKO-projekti ehkäisemään nuorten nikotiinivalmisteiden käyttöä ja sitä voidaan käyttää kehyksenä toteutettaessa ja kehitettäessä syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen interventioita.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Kohdeorganisaatio

Syöpäjärjestöt muodostuu kokonaisuudesta, johon kuuluu Suomen Syöpäyhdistys ja Syöpäsäätiö. Syöpäjärjestöjen uusi strategia vuosille 2015-2020 ohjaa Suomen Syöpäyhdistyksen ja Syöpäsäätiön toimintaa. Se sisältää lupauksen toimia terveyden edistämiseksi ja syövän ennaltaehkäisemiseksi. Syövän ennaltaehkäisyssä korostuu syövän riskiä lisäävistä elintavoista tiedottaminen ja ihmisten auttaminen niistä eroon pääsemiseksi. Toiminta-ajatuksena on syövän voittaminen, sekä hyvä elämä ilman syöpää ja syövästä huolimatta. (Syöpäjärjestöt 2017b, Syöpäjärjestöjen strategia 2020, 5, 12.)

Suomen Syöpäyhdistys on Suomen suurimpia potilas-, asiantuntija- ja kansanterveysjärjestöjä. Se koostuu kuudesta valtakunnallisesta potilasjärjestöstä sekä kahdestatoista alueellisesta syöpäyhdistyksestä paikallisosastoineen ja se toimii Suomen Syöpärekisterin -valtakunnallisen tutkimusorganisaation- ylläpitäjänä (Syöpäjärjestöt 2017b).

Lounais-Suomen syöpäyhdistys ry. (Lssy) on aloittanut toimintansa Suomen Syöpäyhdistyksen Turun osastona 65 vuotta sitten ja jatkanut rekisteröitynä Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry:nä vuodesta 1968. Se hallinnoi Lounais-Suomen Saattohoitosäätiötä, Moikoisten Syöväntutkimussäätiötä sekä Varsinais-Suomen Syöväntorjuntatyön tukiyhdistystä muodostaen lisäksi kolmen osakeyhtiön (Matkarin, Moikoisten kiinteistöhuollon ja Karina-Asuntojen) kanssa kokonaisuuden nimeltä Lounais-Suomalaiset Syöpäjärjestöt.

Lssy:n tarkoituksena on toteuttaa syöväntorjunnan valistus- ja ehkäisytyötä, tarjota tukea syöpäpotilaille ja heidän läheisilleen, toteuttaa koulutus- ja kurssitoimintaa sekä tukea syöpätauteihin ja muihin kasvaimiin kohdistuvaa tutkimustyötä Lounais-Suomen alueella yhdessä Suomen Syöpäyhdistyksen kanssa. (Lounais-Suomen Syöpäyhdistys 2017, Lounais-Suomen Syöpäyhdistys 2016, 3, 8, 17).

2.2 Kehittämiprojektin tausta ja tarve

Syövän hoidon kehittämiseksi ja parantamiseksi, sekä vastuualueiden selkiyttämiseksi Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä laati raportin Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2011-2020 esittäen useita eri suosituksia. Näistä syöpäpotilaan ja syövän ennaltaehkäisevään työhön liittyvän kohderyhmän tavoittamiseksi olennaisia ovat sähköisten tietojärjestelmien ja sosiaalisen median hyödyntäminen, sekä osallistavan näkökulman omaksuminen. (STM 2010, 3.) Monien kansansairauksien ohella syöpään sairastuvuuteen vaikuttavat elintapoihin liittyvät asiat ja näistä väestön tulisi saada asianmukaista tietoa (THL 2014, 11-13). Tärkeäksi muodostuu myös terveyden edistämisen arvioiminen, jotta voidaan järjestelmällisesti kerätä tietoa interventioista ja niiden sisällöistä vaikuttavuuden arvioimiseksi, sekä jatkosuositusten ja muutosehdotusten laatimiseksi. (Savola ym. 2005b, 6-7.)

Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen toimintasuunnitelmassa vuodelle 2016 on kirjattu tavoitteeksi syövän ennaltaehkäisytyö, koulutus ja tiedotus sekä toimintamallien ja toiminnan tuloksellisuuden arvioinnin kehittäminen (Lounais-Suomen Syöpäyhdistys 2016, 3, 8, 17). Lähtökohtana kehittämiprojektille oli tarve luoda pohjaa systemaattiselle tutkimukselle, kehittämistyölle ja käytännön toiminnalle syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen alueella, sillä sille on selkeä tarve sekä Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen, että Syöpäjärjestöjen nykyisten strategioiden perusteella.

2.3 Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoitteet

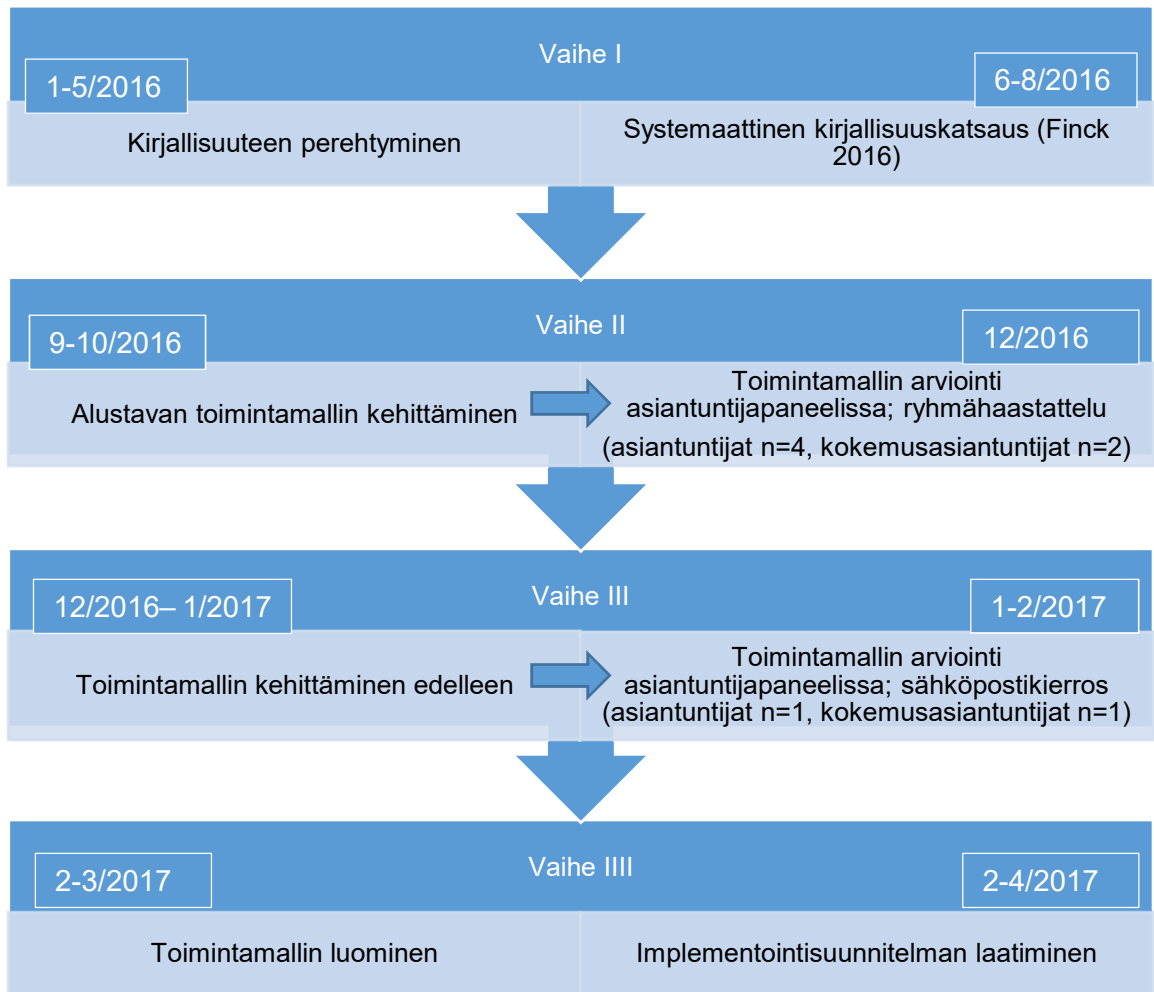
Kehittämiprojektin tarkoituksena oli kehittää syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen toimintamalli, joka on toimintamenetelmiltään syöpäkuntoutujia ja etenkin syöpään sairastumattomia osallistava ja aktivoiva. Kehittämistavoitteena oli tukea toimintamallin avulla syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen tutkimus- ja kehittämistyötä Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry:n toiminnassa ja parantaa näin ihmisten hyvinvointia ja elämänlaatua, sekä tukea heitä elintapamuutosten toteuttamisessa ja säilyttämisessä. Kehittämiprojektin tuotoksena kehitettiin osallistava syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen toimintamalli, joka ottaa huomioon asiakasryhmien tuntemisen ja osallistamisen, interventioiden toimivat sekä tulosten pysyvyyden turvaavat menetelmät sisältäen johtamisen näitä ohjaavina tekijöinä.

2.4 Kehittämiprojektin eteneminen

Kehittämiprojekti eteni neljässä vaiheessa kuvion 1 mukaisesti kirjallisuuteen perehtymisestä ja systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta kaksivaiheisen asiantuntijapaneelin (fokusryhmä) arvioinnin kautta lopulliseen muotoonsa. Keväällä 2016 perehdyttiin kirjallisuuteen ja kesän 2016 aikana toteutettiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus Finckin seitsemänvaiheista mallia mukaillen terveyden edistämisen ja syövän ehkäisyn terveyskasvatustiedon välittämisen osallistavista menetelmistä ja interventioiden pysyvyydestä.

Syys- ja marraskuun 2016 aikana kehitettiin systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen pohjautuen terveyden edistämisen ja syövän ehkäisyn 1. vaiheen toimintamalli, jota arvioitiin joulukuussa 2016 Meri-Karinassa järjestetyssä fokusryhmähaastattelussa (n=6) asiantuntijoiden ja kokemusasiiantuntijoiden toimesta. Asiantuntijoita osallistui n= 4 ja kokemusasiiantuntijoita n= 2.

Asiantuntijoita valittiin ja pyydettiin mukaan Suomen Syöpäjärjestöjen terveyden edistämisen puolelta, Turun AMK:sta, sekä Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen henkilökunnasta mahdollisimman laaja-alaisen näkökulman löytymiseksi toimintamallin tueksi. Valintakriteereinä olivat organisaatioedustuksen lisäksi asiantuntijuus syövän ja/tai terveyden edistämisen alueella. Kokemusasiiantuntijat valikoituivat Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen vertaistukiryhmien aktiivitoimijoista ja kriteerinä oli kokemus syövän sairastamisesta ja/tai syöpää sairastavan läheisenä olemisesta sekä kiinnostus osallistua asiantuntijapaneeliin. Molemmilla kokemusasiiantuntijoilla oli omakohtaista kokemusta syövän sairastamisesta.



Kuvio 1. Kehittämisen eteneminen.

Fokusryhmähaastattelusta saatu tieto analysoitiin ja sen pohjalta muodostui joulukuun 2016 ja tammikuun 2017 aikana 2. vaiheen toimintamalli, jonka sisältö ja muoto varmennettiin ja arvioitiin samalla fokusryhmällä sähköpostitse toteutettuna helmikuussa 2017. Vastausten (n=2) pohjalta kehitettiin helmikuun 2017 aikana terveyden edistämisen ja syövän ennaltaehkäisyn toimintamalli Lssy:n käyttöön ja maaliskuussa 2016 laadittiin implementointisuunnitelma. Lopullinen raportti valmistui huhtikuussa 2017.

Projektipäällikkönä toimi ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelija vastaten projektin linjauksesta, etenemisestä, tiedottamisesta ja aikataulussa pysymisestä. Ohjausryhmään kuuluivat projektipäällikkö, yliopettaja YAMK ja järjestön edustajana työelämämentori/osastonhoitaja. Ohjausryhmä tuki ja arvioi projektin etenemistä, sekä projektipäällikön työtä. Projektiryhmään kuuluivat lisäksi järjestösihteeri ja Lssy:n toimitusjohtaja. Projektiryhmän osuus korostui toimintamallin implementoinnissa.

Lounais-Suomen syöpäyhdistyksen laajempaan YAMK-opiskelijavetoiseen yhteistyöpalaveriryhmään kuului AMK- ja YAMK-opiskelijoiden lisäksi LSSY:n edustajia, Turun AMK:n opettajia ja yliopettajia, sekä Tyksin edustajia. Yhteistyöpalaverissa käytiin 2-4 kertaa lukukaudessa läpi kehittämisprojektien eteneminen asiantuntija- ja vertaistukeen perustuen.

3 SYÖVÄN EHKÄISY JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN

3.1 Syövän ehkäisy ja altistavat tekijät

Suomen Syöpäyhdistyksen ylläpitämän Suomen Syöpärekisterin mukaan syöpään sairastuu tällä hetkellä noin 30 000 ihmistä vuodessa. Ennusteen mukaan vuonna 2025 vastaava luku on noin 40 000. Suomen terveystieteissä tärkeiksi osa-alueiksi määritellään terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy. Näihin pyritään vaikuttamaan positiivisesti ihmisten omiin elintapoihin vaikuttamalla. Ihmisillä tulee olla mahdollisuus saada näistä asioista ajankohtaista informaatiota. (THL 2014, 5-28.)

Syövällä tarkoitetaan solukon epänormaalia kasvua, joka tuhoaa tervettä kudosta ympärillään. Hyvänlaatuiset kasvavat hitaasti, eivätkä yleensä ole hengenvaarallisia. Pahanlaatuiset syöpäkasvaimet taas etenevät nopeasti paikallisen kasvun lisäksi lähettämällä etäpesäkkeitä mm. imuteitä ja verisuonia pitkin. Syöpä voi olla myös ilman kiinteää muotoa kuten leukemiassa, verisolujen tuottavien solujen syöpänä. Geenivirhe aiheuttaa syövän, eikä sen syntymekanismia aina tunneta tai pystytä tarkasti määrittelemään. Tiedetään kuitenkin, että elintavat ja –ympäristö vaikuttavat syövän syntyyn. (Syöpäjärjestöt 2016.)

Lisääntyvä epäterveellisten elintapojen omaksuminen voi johtaa yhä suurempaan epidemiaan ei-tarttuvien tautien kuten diabeteksen, sepelvaltimotaudin, halvausten ja syöpien lisääntymiseen (Yang ym. 2011, 295). Etenkin liikunnan vähyyteen epäterveelliseen ravintoon, sekä tupakointiin ja alkoholinkäytön haittavaikutuksiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota (STM 2011, 7). Lisäksi työperäiset altistukset, tulehdukset ja säteily mainitaan olennaisina syövän ehkäisytyössä (THL 2014, 5, 28-65).

Kuolleisuudella mitattuna tupakkatuotteet ja alkoholi aiheuttavat jopa puolet väestöryhmien terveyseroista (STM 2011, 7). Kolmasosa kaikista syöivistä on tupakoinnin aiheuttamia ja 80-90% käytetyistä tupakkavalmisteista on savukkeita. Muut tupakkatuotteet ovat nyt kasvattaneet suosiotaan, esimerkiksi nuuskan ja sähkötupakan muodossa. Nuuskan käyttö lisää syöpäriskiä, mutta tutkimustulokset vaihtelevat sen suhteen, paljonko ja millä kaikilla tavoilla se vaikuttaa. (THL 2014, 26, 33, 35).

THL:n raportissa vuodelta 2011 15–24-vuotiaista miehistä ja naisista 18 % kertoi polttavansa tupakkaa päivittäin, sen lisäksi nuorista miehistä 6 % ja nuorista naisista 8 % polttaa silloin tällöin (THL 2011, 12-14). Kouluterveyskyselyssä 2015 on näkyvissä tupakointikäyrien lasku ja nuuskan käytön käyrien nousu kaikissa osallistujaryhmissä peruskoulussa ammatilliseen koulutukseen ja lukioon (THL 2015). Kuuntelua, kannustusta ja kehuja –julkaisussa on tutkittu nuorten näkökulmaa tupakointiin, sen aloittamiseen ja lopettamiseen. Siinä korostetaan yksilöllisyyttä ja tarvetta monipuolisuuteen keinoissa lopettamisen suhteen. (Salomäki ja Tuisku 2012, 38-39.)

Nuorten tupakoinnin väheneminen näkyy vasta vuosien kuluttua, mutta ihomelanooman nopea lisääntyminen on jo havaittavissa (THL 2014, 23). Ei melanooma-ihosyöpien suurimpia riskitekijöitä ovat ikä, ihotyyppi ja altistuminen UV-säteilylle auringon tai solariumien kautta. Elintavoilla saattaa myös olla vaikutusta esiintyvyyteen. (Leonardi-Bee ym. 2012, 353, 357.)

Ihosyöpä on selkeästi aurinko- ja solariumkäyttämiseen liittyvä ongelma, joka on huomattavasti yleistymässä, ja ehkäistävissä jopa yli 90-prosenttisesti UV-säteilyltä suojautumalla. Tähän tarvitaan avuksi onnistunut terveyskasvatusta aurinkokäyttämisen suhteen. Ongelmaa ilmenee kaikissa ikäryhmissä, mutta etenkin lasten ja nuorten osalta tiedotusta tarvitaan lisää, sillä toistuva ihon palaminen lapsena tai nuorena lisää ihomelanoomaan sairastumisen riskiä. Ihosyöpiä on kolmea tyyppiä; tyvisolusyöpää, okasolusyöpää ja tummasolusyöpää eli melanoomaa. Melanomalle altistaa tai sen riskiä lisää aurinkoaltistuksen ja solariumin käytön ohella mm. hyvin vaalea iho, runsasluomisuus, useamman lähisukulaisen todettu melanooma. (THL 2014, 26, 62-64.) On epäselvää lisääkö tupakointi riskiä basaliomasolukarsinomaan, mutta sen on todettu lisäävän okasolusyövän riskiä (Leonardi-Bee ym. 2012, 355).

3.2 Terveyskasvatuksen menetelmät syövän ehkäisyssä

Terveyskäsitteen voi määritellä hyvin monella tavalla, se on määrittelijän näkökulmasta riippuvainen ja siksi usein käytetäänkin Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmää (Vertio 2003, 15, 26), jonka mukaan ”terveys on täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, eikä pelkästään sairauden tai heikkouden poissaoloa” (WHO 1948). Tämän määritelmän tasoa on erittäin vaikea saavuttaa, ja sitä onkin myöhemmin

muokattu dynaamisempaan suuntaan, sillä terveys ei koskaan ole staattinen, vaan jokaisen yksilön omista lähtökohdista ja kokemuksen kautta tulkittava tilanne (Huttunen 2015). Tutkimukset koostavat väestön terveydentilasta tietoa pohjautuen juuri näihin yksilöiltä saatuihin tietoihin (Palosuo ym. 2013, 17).

Terveyden edistämisen käsitteen määrittäminen ja sen tietoperustan ymmärtäminen ovat olennaisia hoitotyön asiantuntijuutta pohdittaessa. Määritelmät ovat usein yhteneväisiä, vain keinot ja menetelmät vaihtelevat. (Liimatainen 2002, 18.) Tavoitteena on vaikuttaa yksilön, yhteisön ja/tai ympäristön hyvinvointiin, terveyden parantamiseen tai ylläpitoon, sekä niiden edellytyksiin (Vertio 2003, 29-30, Liimatainen 2002, 18). Siksi se ei aina ole yksilön välittömään käyttäytymismuutokseen tähtäävää toimintaa. Olennaisia ovat myös ratkaisut, jotka tehdään yhteiskunnallisen vaikuttamisen ja päätöksenteon tasolla. (Vertio 2003, 29.)

Terveyden edistämällä tarkoitetaan terveydenhuoltolaissa ”yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen, sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen ja mielenterveyden vahvistaminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen sekä suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista terveyttä edistävällä tavalla” (Terveydenhuoltolaki 2010).

Terveyden sosiaaliset taustatekijät joihin ihmiset syntyvät ja joissa he kasvavat, elävät, työskentelevät ja ikääntyvät määrittyvät rahan, vallankäytön ja resurssien tasolla maailmanlaajuisesti, kansallisesti ja paikallistasolla (WHO 2012). Terveyskäyttäytymisen eri tekijöiden tutkimus on tärkeää, kun mietitään seuluntoihin osallistuvien lukumääriä. Laajempi ymmärrys terveyskäyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä on tärkeää ja voi tuottaa paremmin informoituja terveysohjelmia ja tehokkaampia interventiostrategioita käyttäytymismuutosten aikaansaamiseksi. (Glanz ja Bishop 2010, 399-400.)

Neljääntoista systemaattiseen katsaukseen perustuva raportti tupakoinnin lopettamista koskevista interventioista ja strategioista toteaa, että itsehoitoa ei vahvan tutkimusnäytön perusteella tulisi pitää ensisijaisena hoitomuotona. Jos se on kuitenkin ainoa ratkaisu, tulisi sen aina olla yksilöllisesti räätälöity suunnitelma. Ryhmäterapiat /-interventiot olivat itsehoitoa suositeltavampia ja yhdistettävissä nikotiinikorvaushoitoon. Yksilöterapiat

kahdentoista lyhyen käynnin sarjana nikotiinikorvaushoidon vaihtoehtona oli todettu toimivaksi. Inho- ja vaihtoehdoterapiat eivät olleet suositeltavia. (Lockwood ym. 2008, 91, 93, 105).

Menetelminä syöpädiagnoosien vaikutusten vähentämiseksi ovat aikainen havaitseminen ja syövän esiasteiden hoito, ihmisten tietoisuuden lisääminen syövän merkeistä ja oireista, seulontojen järjestäminen sekä riskitekijöistä ja elämäntapavalinnoista tiedottaminen (Edgar ym. 2013, 1021). Korkeat osallistumisluvut ovat tärkeimpiä seulontakampanjoiden onnistumiseksi ja siksi muuttuvien ja muuttumattomien tekijöiden vaikutus osallistumiseen kussakin väestöryhmässä on tärkeää havaita interventioiden suunnittelussa. Asiakastason osallistamisessa tehokkaimmiksi ovat nousseet henkilökohtaiset tapaamiset tai ryhmäinterventiot, muistutukset osallistumisesta, sekä rakenteellisten esteiden ja välittömien kustannusten vähentäminen. (Gimeno-Garcia ym. 2014, 15.)

Kolmas sektori nähdään keskeisenä toimijana terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä, uusien toimintamallien kehittäjänä, sekä ongelmien ehkäisijänä, kun sosiaali- ja terveyspalveluja siirretään enemmän ehkäisevän toiminnan suuntaan. (STM 2011, 11-13). Veropolitiikalla voidaan edistää tehtäviä terveysvalintoja painopisteen siirtyessä yhä enemmän aktiivisen hyvinvoinnin edistämiseen pelkän sairauden hoidon sijasta. Tavoitteena alkoholi- ja tupakkatuotteiden käyttöasteen laskeminen, sekä huumausaineiden täyskiellon ylläpito. (SMT 2011, 6-7.)

4 OSALLISTAMINEN TERVEYSVALINTOIHIN

4.1 Osallistaminen yksilötasolla

Ison osan terveysongelmistaan ihmiset hoitavat itse. Apua kysellään lähipiiristä ja oireita tarkkaillaan rauhassa. Käytetään nimenä sitten itsehoitoa, oma-apua, omahoitoa tai muuta vastaavaa, on se kuitenkin yksilön valintoja ja vastuuta vaikuttaa omaan elämänsä. Keinot voivat olla käytännön toimia itsensä suojaamiseen vaaratilanteilta, itsehoitolääkkeiden ja vitamiinien ottamista, sekä terveellisiä elämäntapoja esimerkiksi liikunnan ja ravitsemuksen suhteen. (Vertio 2003, 76-81, Savola ym. 2005a, 76.)

Vuonna 2011 julkaistiin sosiaali- ja terveystalitiikan strategia Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Siinä korostetaan puolueettoman ja oikea-aikaisen tiedon välittämistä kohderyhmille hoitovaihtoehtoista ja palvelutarjonnasta. Lisäksi on tärkeää lisätä kansalaisten terveydenlukupaitoa. Näin osallistetaan myös palvelujen käyttäjät vastuullisiksi omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. (STM 2011, 11, Rotko, 38.) Osallistumisen taustalla onkin usein siitä koettu hyöty itselle tai tarve auttaa muita ihmisiä (Jalava ym. 2014, 4).

Terveyden edistämisen prosessissa yksilö muokkaa ja soveltaa oppimaansa uutta tietoa pohjaten sen aiempiin kokemuksiinsa ja tulkintoihinsa. Siksi hänen arvojensa ja käsityksensä, sekä elinympäristönsä tunteminen on tärkeää. (Liimatainen 2002, 23.) Negatiiviset asenteet kuten esimerkiksi pelko ja häpeä saattavat olla jopa tärkeämmässä roolissa terveyskasvatusprosessissa kuin sen saavuttamat hyödyt (Gimeno-Garcia ym. 2009). Totuttujen elämäntapojen muuttamisen vaikeutta ei tule vähätellä, ja yleismaailmallisiksi työkaluiksi itsestä huolehtimisessa voidaan nostaa tietoisuuden kehittyminen omasta itsestä, sekä ulkoisen ja sisäisen maailman tasapainottaminen; mieli, ruumis ja tunteet, sekä niiden suhde ulkoiseen maailmaan. (Godfrey ym. 2010a, 1359, 1376-1377.)

Voimaantumisen käsitettä kroonisten sairauksien yhteydessä tutkivassa systemaattisessa katsauksessa todetaan olevan kolme laajaa interventiokategoriaa. Ne ovat ryhmäohjauksellinen, yksilöohjaus ja näiden yhdistelmä. Monien interventioiden tulokset näkyvät vasta selvästi myöhemmin ja ne lisäsivät tietoa sairaudesta ja kyvystä hallita sitä. Ryhmäinterventiot ja yksilö- + ryhmäinterventiot osoittautuivat yksilöinterventioita tehokkaammiksi. (Chen ym. 2009, 1179-1180, 1184-1185.)

4.2 Osallistaminen yhteisötasolla

Strategian Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 mukaisesti palvelut tulisi uudistaa sekä niiden käyttäjien, että yhteisöjen aktiivisella osallistamisella mukaan kehittämistyöhön. Terveyttä ja hyvinvointia edistävien päätösten strateginen vastuu on kuntien ylimmällä johdolla. Ihmisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen tulisi ottaa osaksi sosiaali- ja terveyspalveluja kaikissa elämänvaiheissa. (STM 2011, 7, Rotko 2016, 38.)

Monien muiden kansansairauksien, kuten sydän- ja verisuonisairauksien, diabeteksen ym. tavoin syöpään sairastuvuuteen vaikuttavat olennaisesti elintapoihin liittyvät asiat, kuten tupakkatuotteiden käyttö, liikkumattomuus, haitallinen alkoholinkäyttö ja ravitsemukseen liittyvät riskitekijät. Siksi eri toimenpiteet sairauksien ehkäisemiseksi suositellaankin toteutettavan monialaisina ja usean eri sektorin toimijoiden yhteistyönä (THL 2014, 11-13). Kunnissa tutkimusta terveyden edistämisen käytännön toimista on hyvin vähän (Ståhl & Rimpelä. 2010b, 135).

Arvioitaessa alkuperäiskansojen yhteisöperustaisia tutkimuksia syövästä, on tullut vastaan kaksi tärkeää löydöstä liittyen taipumukseen tarttua yksilöllisiin näkökulmiin yhteisön osallistamisessa ilman lähestymistavan kattavaa ymmärrystä, sekä mahdollinen linkki yhteisöosallistamisen ja terveysvaikutusten tai kapasiteetin lisääntymisen välillä (Miller ym. 2012, 291). Kulttuuriin sovitetut ja kielellisesti sopivat viestit ja koulutus eivät ehkä ole tarpeeksi ehkäisemään tai kontrolloimaan kroonisia sairauksia, vaan kulttuurisesti herkkää ja sitoutunutta sosiaalista tukea tulisi tarjota käyttäytymismuutosten aikaansaamiseksi ja interventiodien tulosten pysymiseksi. (Heo ja Braun 2014, 64.)

5 TERVEYDEN EDISTÄMISEN INTERVENTIOT JA TULOSTEN PYSYVYYDEN VARMENTAMINEN

Terveyden edistämisen toimet kohdistuvat sekä yksilöön, että yhteiskuntaan. Yksilön valintoihin, asenteisiin ja käytökseen pyritään vaikuttamaan positiivisesti tarjoamalla tietoa, sekä luomalla ympäristöä ja ilmapiiriä otolliseksi sen omaksumiseksi. (Savola ym. 2005b, 6-7.) Ihmisiä kannustetaan osallistumaan syöpää ehkäiseviin ohjelmiin, koska on todennäköistä, että terveystiedon saaminen motivoi osallistujia tekemään suositeltuja, näyttöön perustuvia käyttäytymismuutoksia, joiden pitäisi johtaa syöpään sairastumisen ja kuolleisuuden pienentymiseen (Booker ym. 2013, 233). Seulontakampanjan onnistuminen on suoraan verrannollinen kohdeyleisön asenteisiin, riskiarviointeihin, vastaanottavuuteen ja tietoisuuteen syövästä. Nämä ovat tekijöitä, joihin voidaan vaikuttaa, ja siksi ne ovat interventioille otollisia. (Gimeno-Garcia 2014, 1.)

Tieteellisten tutkimusten tulosten implementointi käytännön toimintaan on haastava ja monimutkainen prosessi (Wood ja Payne 2012, 111). Tupakoimattomuutta edistäviä ohjelmia on ollut paljon, mutta näiden ohjelmien pitkäaikaisvaikutuksista ei ole näyttöä. On todennäköistä, että saavutettu hyöty päättyy intervention kanssa samanaikaisesti. Tämä voi johtua tavasta välittää tietoa, kyvystä vastaanottaa sitä tai sosiaalisesta kontekstista, johon tulisi pyrkiä vaikuttamaan. (USDHHS 2000, Pennanen ym. 2006, Rimpelä 2004, Wiehe ym. 2005 Pro Gradu-tutkielmassa Nurminen 2010, 20.) NodeHealth-hankkeen synteesiraportissa todetaan myös mallintamisen, tuotteistuksen, levikin ja kaupallistamisen jäävän usein vajaiksi ja innovaatioiden jäävän vaille kunnon implementointia (Johansson ym. 2015, 4).

5.1 Terveyden edistämisen toimintamallit

Malli, teoria, teorettinen viitekehys tai teorettinen lähestymistapa muodostuvat käytännön tutkimustyön tuloksena ja niiden avulla tuotetaan tieteellistä tutkimusta ja uutta tietoa. Mallit ovat kuvioita ja hahmotelmia, jotka esittävät kokonaisuudesta näkyville sen tärkeät piirteet ja niiden suhteet toisiinsa. (Vilkkä 2015, 34, 36.)

Yksilöiden/yhteisöjen osallistaminen on olennainen osa interventioiden lähtökohtia kartoitettaessa. Tällöin tulee huomioida myös kulttuurisidonnaisuus ja ympäristön vaikutukset terveyskasvatuksen menetelmien valinnoissa. (Savola ja Koskinen-Ollonqvist 2005, 57.) Olisi kyettävä ennakoimaan tulevaisuutta, ei vain tutkia menneisyyttä ja kartoittaa nykyhetkeä (Sirviö 2010, 138).

Precede-Procede-malli antaa viitekehyksen terveyden edistämisen eri interventioiden suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin (Liimatainen ym. 2010, 117, Savola ja Koskinen-Ollonqvist 2005, 47). Mallin vahvuuksiin kuuluu suunniteltuun interventioon vaikuttavien lukuisten eri tekijöiden ja niihin vaikuttavien osatekijöiden huomioiminen käyttäytymismuutosten aikaansaamiseksi ja ylläpysymiseksi (Green ym. 2015, 163). Mallissa kahteen osioon on luokiteltu kaikkiaan yhdeksän eri vaihetta ja terveyden edistämisen suhteen lähdetään hakemaan vastausta kysymykseen mitä halutaan saavuttaa, miksi ja miten. Precede-osion viisi vaihetta ovat: sosiaalinen arviointi, epidemiologinen arviointi, käyttäytymisen ja ympäristön arviointi, kasvatuksen ja organisaation arviointi sekä hallinnon ja politiikan arviointi. Proceed-osioon kuuluu neljä vaihetta: toteutus, prosessin arviointi, tehokkuusarviointi ja tulosarviointi. Päämäärään johtavat tekijät on löydettävä ja analysoitava ensin, jotta sen perimmäinen syy paljastuisi ja siihen voitaisiin tehokkaimmin vaikuttaa. (Pietilä 2010, 100-103.)

Terveysuskomusmalli (health belief model) on terveyskäyttäytymisen prosessien teoreettisten mallien joukosta yksi käytetyimmistä ja se kuvaa terveysvalintoja, joita tehdään yksilötasolla sairaudelle koetun alttiuden, vakavuuden, uhan, hyödyn, toiminnan esteiden ja vihjeiden sekä pystyvyysodotusten kautta (Strecher ja Rosenstock 1997 teoksessa Savola ja Ollonqvist-Koskinen 2005, 54). Siinä oletetaan, että ihmisten käyttäytyminen suhteessa terveyteen riippuu niistä uskomuksista sairauden vakavuuden ja oman alttiuden suhteen, joita ihmisellä on, sekä käyttäytymisen hyötyjen ja haittojen punnitsemiseen. Myös se piste, joka käyttäytymismuutoksen laukaisee, voi olla iso tekijä kokonaisuudessa, esimerkiksi sairauteen viittaavien oireiden ilmeneminen. (Bowling 2002, 35-36.)

Intervention suunnittelumallia (intervention mapping) voi käyttää päätöksenteon apuna kolmella eri tasolla: arvioidaan tarve, sekä kehitetään ja arvioidaan interventiota viiden eri vaiheen kautta. Luodaan tavoitteet muutokselle, valitaan menetelmät pohjautuen teoriaan ja mietitään käytännön toteutus, suunnitellaan missä laajuudessa ja miten interventio toteutetaan, sekä mahdollisesti testataan ja arvioidaan suunnitelmat. Sen jälkeen

suunnitellaan käytäntö ja toteutus sekä jatkotoimenpiteet ja lopuksi laaditaan arviointisuunnitelma muutosten toteutumasta ja prosesseista (Bartholomew ym. 2001 teoksessa Savola ja Koskinen-Ollonqvist 2005, 49)

Alun perin kaupallista markkinointitekniikoiden voiton lisäämisen ajattelua voidaan hyödyntää sosiaalisen markkinoinnin ajatuksella myös terveyden edistämisen näkökulmaan hyödyttämään yksilöitä/yhteisöjä. Sosiaalisen markkinoinnin viitekehyksessä huomioidaan ja osallistetaan kohderyhmä sen erityispiirteet huomioiden. Tavoitteena on käyttäytymismuutosten saavuttaminen etenkin väestötasolla. (Lefebre ja Rochlin 1997 teoksessa Savola ja Koskinen-Ollonqvist 2005, 56.)

Transtheoretical model and stages of change eli käyttäytymisen muutoksen vaihe- ja prosessimalli koostuu kuudesta eri muutoksen vaiheesta yksilön terveystyöskäytymisen kuvaamisessa. Vaiheet ovat esiharkintavaihe, harkintavaihe, valmistautumisvaihe, toimintavaihe, ylläpitovaihe ja päätösvaihe, jolloin muutos on saavuttanut stabiilin tilan. (Savola ja Koskinen-Ollonqvist 2005, 51.) Terveystyöskäytymisen prosessimalli (Health action process model) tuo lisäksi pystyvyyden käsitteen selittämään aiottuja ja itse käyttäytymismuutoksia sisältäen päätöksenteon tason motivaation näkökulmasta ja toiminnan tason muutoksen pysyvyyden turvaamiseksi (Bowling 2002, 37).

5.2 Teoriat, teoreettiset viitekehykset ja teoreettiset lähestymistavat

Teoriat, teoreettiset viitekehykset tai teoreettiset lähestymistavat ovat aiempien tutkimusten kokoamien tietojen rakennekarttoja, joiden pohjalta käsiteltävää aihetta voidaan jäsentää ja selittää. (Vilkkä 2015, 34, 36, Savola ja Koskinen-Ollonqvist 2005, 47). Itsesäätelyteoriat (self regulatory theories) perustuvat itsensä tarkkailuun, arviointiin ja käytöksen muuttamiseen, kun taas perustellun toiminnan teoria (theory of reasoned action) tutkii ja selittää yksilön asenteita suhteessa aiottuihin käyttäytymismuutoksiin ja uskomuksiin niiden taustalla (Savola ja Koskinen-Ollonqvist 2005, 52, 54).

Suunnitellun käyttäytymisen teoria (theory of planned behaviour) on laajennus perustellun toiminnan teorialle ja sisällyttää käyttäytymisen koetun kontrollintimahdollisuuden ja sen vaikutukset itse käyttäytymismuutokseen, sekä oikean asenteen ja sosiaalisen paineen mukaan. Ansioteorian (attribution theory) mukaan yksilöt tulkitsevat ilmiöiden syitä suhteessa siihen, miten tärkeitä niiden vaikutukset ovat yksilölle, sekä missä suhteessa

yhteisiä muiden ihmisten kanssa ajallisesti ja eri toimintaympäristöissä (Bowling 2002, 36).

Sosiaalis-kognitiivinen teoria on todettu hyväksi interventioissa, joissa tavoitteena on yksilön käyttäytymismuutokset. Kokonaisuuteen vaikuttaa ajatus, että tapahtuu muutos siten yksilössä, hänen käyttäytymisessään tai ympäristössään, sillä on aina vaikutusta näihin kaikkiin osa-alueisiin. (Baranowski ym 1997 teoksessa Savola ja Ollonqvist-Koskinen 2005, 52.) Tutkittaessa ihmisten käyttäytymistä laadullisesti ja sosiaalisissa konteksteissa tullaan filosofiassa fenomenologiaan ja ajatteluun, jossa yksilön tulkinnat ja kokemukset vaikuttavat toiminnan taustalla ja tutkijan on tärkeää ymmärtää ne voidakseen tehdä johtopäätöksiä tutkittavasta aiheesta (Bowling 2002, 18-19).

6 SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa terveyden edistämässä ja syövän ennaltaehkäisyssä käytettäviä osallistavia menetelmiä ja tarkastella niitä suhteessa interventioiden pysyvyyteen. Tutkimustieto hyödynnettiin kehitettäessä syövän ennaltaehkäisyn ja terveyden edistämisen toimintamallia ja sen implementointisuunnitelmaa Lounais-Suomen Syöpäyhdistykselle.

Tutkimusongelmat olivat:

1. Miten syövän ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen liittyvä tieto tulisi välittää kohderyhmälleen?
2. Millä menetelmillä osallistetaan ihmiset mukaan päätöksentekoon terveysvalinnoissaan?
3. Mitkä menetelmät tukevat syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen interventioiden tulosten pysyvyyttä?

6.2 Kirjallisuuskatsaus ja Finckin malli systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteutuksessa

Kirjallisuuskatsaus on systemaattinen, selkeä ja toistettava metodi valmiin ja dokumentoidun materiaalin identifiointiin, arviointiin ja yhdistämiseen (Finck 2016, 3). Se edellyttää tarkkaa tutkijaotetta, sekä prosessin huolellista suunnittelua ja kuvausta, sekä tavoitellaan kattavaa määrää alkuperäistutkimuksia, niiden menetelmällisen laadun selvittämistä ja mahdollisuutta yhdistellä tutkimustuloksia, jotta saataisiin jo olemassa olevat tutkimustulokset mahdollisimman tehokkaasti ja selkeästi hyödynnettyä (Metsämuuronen 2009, 47, Salminen 2011, 11).

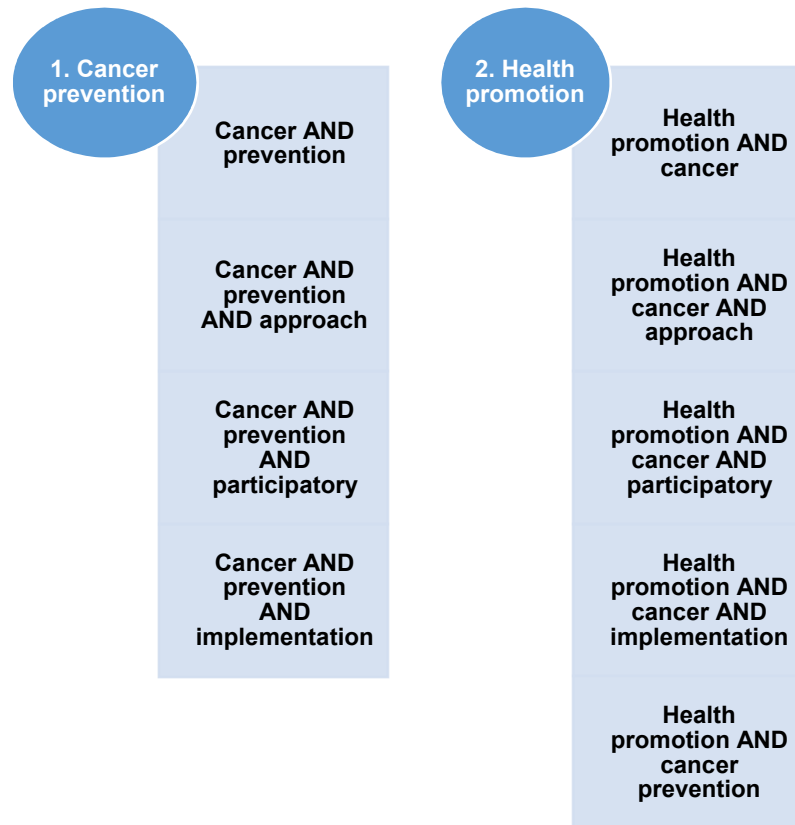
Finckin mukaan kirjallisuuskatsauksen tekeminen voidaan jakaa seitsemään vaiheeseen. Ensin valitaan tutkimuskysymykset, jotka ovat katsausta ohjaavia tarkkaan määriteltyjä kysymyksiä. Toisessa vaiheessa valitaan tietokannat ja muut mahdolliset tiedon

lähteet. Tietokanta on yleensä internetpohjainen kokoelma artikkeleita, kirjoja ja raportteja, jotka voivat tuottaa materiaalia tutkimuskysymyksiin. Muita lähteitä voi olla esimerkiksi asiantuntijalausunnot, internet, tai artikkelien lähdeluettelot. Kolmas vaihe käsittää hakutermien valinnan, joilla tavoitetaan sopivat artikkelit, kirjat ja raportit. Ne pohjautuvat sanoihin ja käsitteisiin tutkimuskysymysten ympärillä. (Finck 2016, 3.)

Neljänneksi lisätään haulle käytännön sisäänotto- ja hylkäyskriteerit, sillä alustava kirjallisuushaku tuottaa aina useita hakutuloksia, joista suurin osa on epäolennaisia. Näitä voi olla esimerkiksi kielen valinta, artikkelin tyyppi, julkaisuaika tai rahoittava taho. Viidennessä vaiheessa lisätään metodologiset hakurajaukset tutkimuksellisen laadun arvioimiseksi. Kuudennessa vaiheessa toteutetaan itse katsaus. Luotettavan ja pätevän katsauksen teko käsittävät usein standardoidun lomakkeen käytön tiedon keräämiseksi, katsausten tekijöiden kouluttamisen siihen, katsauksen laadun tarkkailun ja prosessin pilottitestauksen. Seitsemäs vaihe katsauksessa sisältää tulosten yhdistämisen esimerkiksi kuvailevasti, jolloin ne ovat katsauksen tekijän tulkintoja perustuen hänen kokemuksiinsa ja katsaukseen valikoituneen kirjallisuuden laatuun ja sisältöön tai meta-analyysin keinoin, jolloin käytetään tilastollisia metodeja tutkimusten tulosten yhdistämiseksi. (Finck 2016, 5.)

Tutkimusongelmien asettamisen jälkeen tietokannoiksi valittiin Cinahl Complete ja Ovid-tietokannan Joanna Briggs Institute. Näihin päädyttiin siksi, että ne ovat lääketieteellisiä ja valvottuja tietokantoja, joista uskottiin saatavan hyvätasoista tietoa syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen alueilta. Lisäksi valintaan vaikutti kokotekstien mahdollisuus, sekä niihin pääsy ja saatavuus Turun ammattikorkeakoulun Finnan kautta.

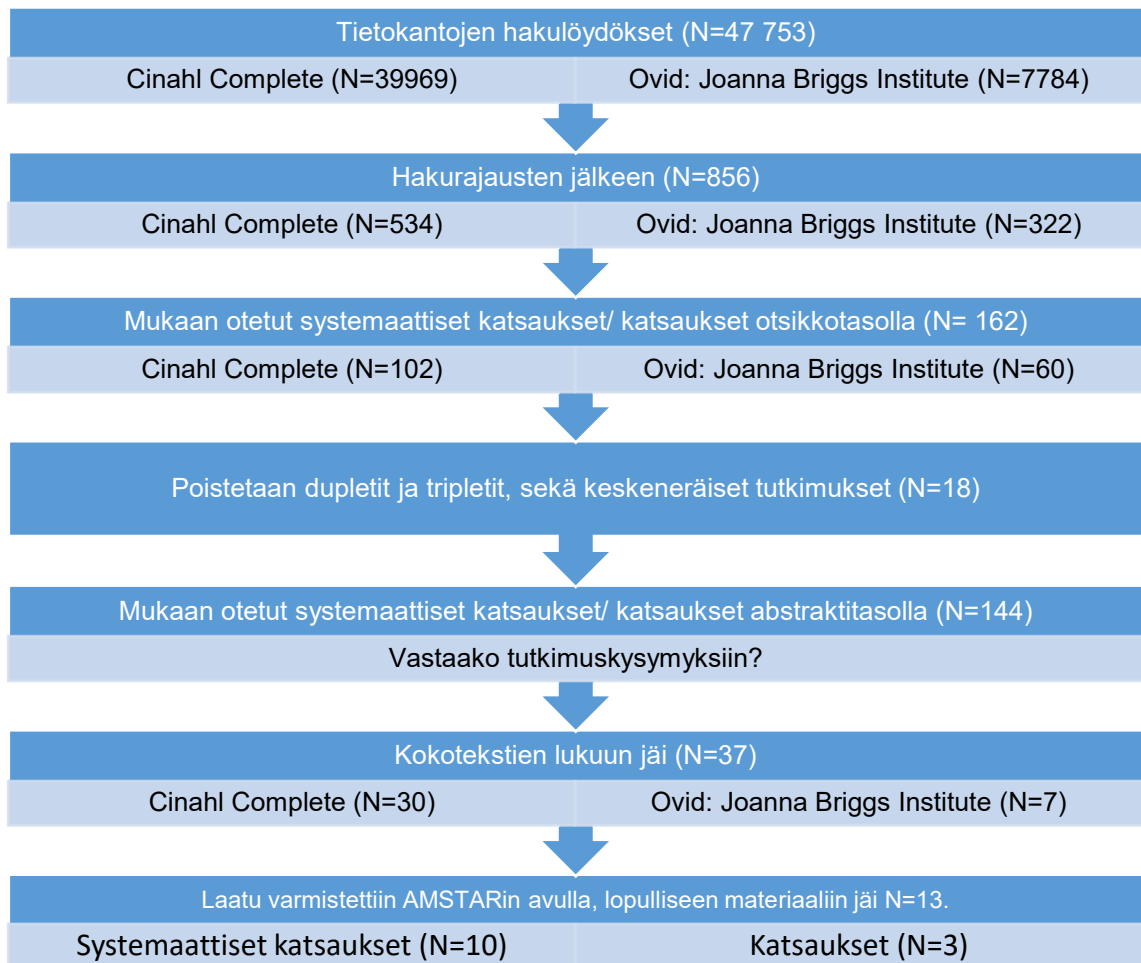
Hakutermeiksi valittiin tutkimuskysymysten pohjalta syövän ennaltaehkäisy, terveyden edistäminen, osallistaminen, implementointi ja toimintamalli. Englanninkielisten hakutermien käsitemaailma testattiin kokeiluhauilla valituista tietokannoista, sekä PubMed-tietokannassa. Englanninkielisiksi hakutermeiksi ja -fraaseiksi valikoitui tämän perusteella cancer prevention, health promotion, participatory, implementation ja approach. Haku-termit ja -fraasit jaksoteltiin kahteen kategoriaan kuvion 2. mukaisesti: 1. cancer prevention ja 2. health promotion.



Kuvio 2. Kehittämiprojektissa käytetyt hakutermit ja fraasit.

Katsausten valintaprosessi eteni kuvion 3 mukaisesti. Cinahl Completestä ja Ovidin Joanna Briggs institutesta tehtyihin hakuihin tuli osumia yhteensä 47753. Tämän jälkeen hakurajaus tehtiin julkaisuvuosiin välille 2010-2016. Hakukielet olivat englanti ja suomi. Käytännössä kaikki osumat olivat englanninkielisiä. Abstrakti ja kokoteksti oli oltava saatavilla. Lisäksi hakurajauksiin otettiin mukaan systematic reviews, reviews, RCT's (Randomized Controlled Trial), koska haluttiin mahdollisimman laaja ja laadukas kartoitus alkuperäistutkimuksista.

Hakurajauksen jälkeen otsikkotason silmäilyyn jäi 162 katsausta ja systemaattista katsausta sekä RCT:a. Otsikkotasolla vaadittiin hakutermi tai viittaus jonkin tutkimuskysymyksen aiheeseen. Tämän jälkeen poistettiin dupletit ja tripletit, sekä evidence summary's. Kokotekstien lukemiseen jäi 37 katsausta, systemaattista katsausta ja RCT'a, joista kahdeksantoista ei vastannut tutkimuskysymyksiin ja loput kuusi eivät läpäisseet AMSTAR:n seulontaa jääden heikko- tai keskitasoiseksi. Lopulliseen tutkimukseen jäi AMSTAR:n luokituksen mukaisia korkeatasoisia (N=13) systemaattisia katsauksia kymmenen, ja katsauksia kolme kappaletta.



Kuvio 3. Katsausten valintaprosessi vaiheittain (Mukaiillen Finkin mallia systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa).

6.3 Kirjallisuuskatsauksen tulosten synteesi

Kokoteksteinä valikoituneet katsaukset ja systemaattiset katsaukset luettiin useaan kertaan läpi ja niistä kirjattiin (Taulukko 1) katsauksen nimi, tekijät ja julkaisupaikka, sekä doi- ja ISSN-tiedot, tutkimuksen tarkoitus, tulokset, johtopäätökset ja tutkimuksen laatu AMSTAR-asteikolla mitattuna.

Tutkimustuloksista laadittiin yhteenveto eli synteesi pohjautuen niiden vastaavuuteen suhteessa tutkimuskysymyksiin. Näin muodostui kolme alaluokkaa, jotka ovat tiedon välittäminen kohderyhmälle, osallistaminen päätöksentekoon terveysvalinnoissa ja inter-

ventioiden pysyvyys. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineistosta kaikki tutkimukset olivat kansallisia. Aineisto koostui kymmenestä systemaattisesta katsauksesta, joista kolme oli Englannista, kolme Amerikasta, kaksi Kanadasta, yksi Etelä-Afrikasta ja yksi Australiasta, sekä kolmesta katsauksesta, joista kaksi oli Amerikasta ja yksi Kanadasta.

Taulukko 1. Sisällytetyt artikkelit.

Artikkeli	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkittavien määrä	Tutkimuksen toteutus	Tulokset	Johtopäätökset	Tutkimuksen laatu
Van Deventer ym. 2015. Patients' involvement in improvement initiatives: a qualitative systematic review. <i>JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports</i> . 13(10):232-290, 2015. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1452.	Tunnistaa esteitä ja tekijöitä jotka hankaloittavat potilaan osallistumisen oman terveydenhoitonsa laadun parantamisyrittäisiin.	n=31 artikkelia	Systematic review Valintakriteerit: Kaikki tutkimukset aikuisista ja lapsista kaikilta terveyden ongelmien eri osa-alueilta, jotka on julkaistu marraskuun 2012 ja toukokuun 2013 välillä PubMedissa, PsycINFO:ssa, Medlinessa, Scopus:ssa, EBSCOhostissa ja CINAHL:ssa.	Kaksi päälöydystä: 1. potilaiden osallistamisessa terveydenhuollon laadun parantamiseksi on esteitä ja tätä on vaikea implementoida käytäntöön 2. Kun potilaat saadaan osallistettua, tulokset terveydenhuollon parantamisen prosessin eri tasoilla ovat usein innovatiivisia ja odottamattomia.	Potilaiden osallistamisessa mukaan prosessiin terveydenhuollon laadun parantamiseksi on olemassa esteitä ja mahdollisuuksia, jotka tulee huomioida interventioiden suunnittelussa. Näiden tulosten pysyvyys on mahdollista taata jatkuvalla yksilöllisellä tai ryhmän tuella.	Good quality. AMSTAR 11/11p.
Ha Dinh ym. 2016. The effectiveness of the teach-back method on adherence and selfmanagement in health education for people with chronic disease: a systematic review. <i>JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports</i> . 14(1):210-247. doi: 10.11124/jbisrir-2016-2296. doi: 10.11124/jbisrir-2016-2296	Tutkia teach-back-metodin käyttöä terveyskasvatusohjelmissa potilaiden omahoidon ja hoitoon sitoutumisen lisääntymiseksi kroonisten sairauksien yhteydessä.	n= 10 artikkelia, osallistuneet potilaat n=1285	Systematic review Valintakriteerit: Kaikki yli 18 vuotiaat potilaat joilla on vähintään yksi krooninen sairaus kuten sydänsairaus, diabetes, verenpainetauti, syöpä, astma, COPD, krooninen munuaissairaus, niveltulehduksia, epilepsia tai mielen-terveysongelmia. Tietokannat: CINAHL, MEDLINE, EMBASE, Cockrane CENTRAL, Web of Science, ProQuest Nursing, Google Scholar databases ja Allied Health Source.	Tutkimukset osoittivat parantuneita tuloksia sairauskohtaisessa tiedossa, hoitoon sitoutumisessa, pystyvyyden tunteissa ja inhalaatiotekniikassa. Tutkimuksessa oli havaittavissa myös positiivinen, muttei järjestelmällinen parannus omahoidossa ja sairaalaan paluun vähentymisessä. Vähäistä näyttöä saatiin myös elämänlaadun parantumisessa ja sairauskohtaisen tiedon säilyttämisessä muistissa.	Menetelmällä voidaan saavuttaa hyviä tuloksia laajasti terveydenhuollossa, vaikka tulokset eivät ole aina tilastollisesti merkitseviä.	Good quality. AMSTAR 11/11p.

(jatkuu)

Taulukko 1 (jatkuu)

<p>Godfrey ym. 2010b. Intervention strategies that support self-care activities: an integrative study across disease/impairment groupings. <i>JBIR Database of Systematic Reviews & Implementation Reports</i>. 8(33):1304-1350. ISSN: 1838-2142.</p>	<p>Tutkia ja arvioida itsehoitoon liittyvien interventioiden näyttöä monialaisella, integroivalla tutkimuksella.</p>	<p>n=30 katsausta, 91 170 osallistujaa</p>	<p>Review. Valintakriteerit: Kaikki systemaattiset katsaukset Cockrane Database of Systematic Reviewsista osallistujista, joilla oli lähiaikoina diagnosoitu tai jotka parhaillaan elävät jonkin sairauden, vamman tai vajaatoiminnan kanssa.</p>	<p>Yleisimmin raportoidut interventiostrategiat olivat koulutustilaisuudet, omahoidon suunnitelmat ja useamman strategian yhtäaikainen käyttö.</p>	<p>Tutkimus identifioi kaksi strategiaa (koulutustilaisuudet ja omahoidon suunnitelmat), joita voi käyttää tukimuotona ammattilaisten toimesta, kun he avustavat asiakkaita/potilaita omahoidossa.</p>	<p>Good quality. AMS-TAR 9/11p.</p>
<p>Godfrey ym. 2010a. The experience of self-care: a systematic review. <i>JBIR Database of Systematic Reviews & Implementation Reports</i>. 8(34):1351-1460. ISSN: 1838-2142.</p>	<p>Tehdä yhteenvetoa osallistumiskokemuksista omahoidon interventioihin, raportojina potilaat tai/ja heidän omaisensa.</p>	<p>n= 50 tutkimusta, 1478 osallistujaa</p>	<p>Systematic Review. Valintakriteerit: laadulliset tutkimukset, joissa henkilöt ja/tai heidän omaisensa, jotka osallistuivat omahoidon aktiviteetteihin tai heitä avustettiin niissä tai antoivat tukea omahoitoon. Tietokannat: CINAHL, Medline, EMBASE, PsycINFO, AMED, Cockrane Library, Scirus ja Mednar.</p>	<p>Omahoitoon osallistuminen on prosessi, joka sisältää tietoisuuden itsestään, tiedon hankkimista ja vastuunottoa kunkin omien hoidollisten tarpeiden täyttymisestä, millä tahansa tasolla ne esiintyvätkin. Toisten asenteet omahoitoon voivat vaikuttaa positiivisesti tai negatiivisesti sen toteutumiseen.</p>	<p>Omahoidon onnistumisessa ja jatkuvuudessa onnistuu paremmin ne henkilöt, jotka onnistuvat antamaan sairaudelle/vammalle symbolisen merkityksen tai järjeistämään sairautensa/vammansa vaikutukset positiivisella tavalla. Jos oireet tai vamma koetaan ylitsepääsemättömiksi tai tuen koetaan puuttuvan, omahoito jää toteutumatta helpommin.</p>	<p>Good quality. AMS-TAR 10/11p.</p>

(jatkuu)

Taulukko 1 (jatkuu)

<p>Truglio-Londrigan ym. 2014. A qualitative systematic review of internal and external influences on shared decision-making in all health care settings. <i>JBIR Database of Systematic Reviews & Implementation Reports</i>. 12(5):121-194. doi: 10.11124/jbisrir-2014-1414</p>	<p>Tunnistaa ja yhdistää parasta saatavilla olevaa tutkimustietoa jaetun päätöksenteon taroituksenmukaisuuden sisäistä ja ulkoisista vaikutuksista aikuisilla potilailla ja terveydenhuollon tuottajilla kaikilla terveydenhuollon osa-alueilla.</p>	<p>n=8 tutkimusta, 61 tutkimuslöydöstä.</p>	<p>Systematic review. Valintakriteerit: Aikuiset potilaat ja terveydenhuollon työntekijät, jotka osallistuvat jaettuun päätöksentekoprosessiin. Marraskuussa 2012 julkaistuja laadullisia tutkimuksia haettiin Pubmedista, CINAHLista, EMBASE:sta, Healthsourcesta, Nursing/Academis Editionista, PsychInfosta, Scopuksesta, sekä julkaisemattomia ProQuestin, Dissertations and Theses Databasen, MEDNARin, Virginia Henderson International Nursingin Libraryn ja New York Academy of Medicinein kautta.</p>	<p>Päätöksinä nousi esiin kolme kategoriaa: 1. Potilaskeskittämisen hoito, 2. Tietokuilun kiinnittäminen ja 3. Päätöksenteon ulottuvuudet.</p>	<p>1. Potilaskeskittämisen hoito sisältää potilas/asiakassuhteen kehittämisen, joka perustuu luottamukselle, jota fasilitoi kommunikaatio potilaan ja hoitajan välillä. 2. Tietokuilun kurominen sisältää potilaan ja hoitajan yhteistyön kunkin potilaan tietotarpeen tunnistamisessa ja huomioiden niihin kohdistuvat esteet. 3. Päätöksenteko voi vaihdella aktiivisesta osallistumisesta holhoavampaan suuntaan tai täysin itsenäiseen päätöksentekoon.</p>	<p>Good quality. AMSTAR 10/11p.</p>
---	--	---	---	--	---	-------------------------------------

(jatkuu)

Taulukko 1 (jatkuu)

<p>Tuong ym. 2014. Videos to influence: a systematic review of effectiveness of video-based education in modifying health behaviors. <i>Journal of Behavioral Medicine. No 37, Vol 2; 218-233. Doi: 10.1007/s10865-012-9480-7</i></p>	<p>Arvioida videoiden tehokkuutta suhteessa muuhun potilas-/asiakasohjaukseen terveyskäyttäytymisen muutoksissa.</p>	<p>n=28 tutkimusta, 12703 osallistujaa</p>	<p>Systematic review. Valintakriteerit: videon käyttö koulutuksellisenä interventiona terveyskäyttäytymiseen vaikuttamiseksi, videottoman vertailuryhmän olemassaolo, englanninkieli, ja ajanjakso 1975-2012. Tietokannat: PubMed, PsycINFO, EMBASE ja CINAHL.</p>	<p>Videointerventiot olivat vaihtelevasti tehokkaita käyttäytymismuutosten aikaansaamiseksi riippuen kohteena olevasta halutusta käyttäytymismuutoksesta. Videot ovat tehokkaita ohjauvälineitä rintojen omatarkkailuun, eturauhassyövän seulontaan, aurinkovoiteen käyttöön, sydänpotilaiden omahoitoon, HIV-testauksiin, hoitoon sitouttamisessa ja naisten kondomin käytön opastamisessa. Positiivisesti esitetyt viestit olivat negatiivisia tehokkaampia. Videoiden ohjauksellista hyötyä ei havaittu addiktioiden yhteydessä, jos interventiota ei ole räätälöity.</p>	<p>Videoiden käyttö potilasohjauksessa saattaa fasilitoida uusien käyttäytymismallien oppimista ja tämä on hyvä huomioida potilasohjausta ja -kontakteja suunniteltaessa ja järjestettäessä.</p>	<p>Good quality. AMSTAR 8/11p.</p>
<p>Luque ym. 2014. Qualitative Systematic Review of Barber-Administered Health Education, Promotion, Screening and Outreach Programs in African-American Communities. <i>Journal of Community Health. No 39, Vol 1; 181-190. doi: 10.1007/s10900-013-9744-3.</i></p>	<p>Yhdistää vertaisarvioitua kirjallisuutta parturien välittämistä terveyskasvatusohjelmista tiedon tuottamiseksi tutkijoille ja ammatinharjoittajille.</p>	<p>n=16 tutkimusta, joista 13 raportoi asiakasmääriä, n=1064</p>	<p>Systematic review. Valintakriteerit: Tutkimuskohteena Amerikassa tehdyt tutkimukset aikuisista Afrikan-Amerikkalaisista miehistä omassa elinympäristöissään. Tietokannat: PubMed, CINAHL (pois lukien MEDLINE), ja PsycINFO (EBSCO). Mukaan otettiin kaikki 2.elokuuta 2012 mennessä julkaistut tutkimukset.</p>	<p>Tutkimuksissa, joissa parturit saivat koulutusta, heidän terveystietonsa lisääntyi huomattavasti ja he säilyttivät tiedon pidemmälläkin aikavälillä mitattuna. Parturit onnistuivat myös lisäämään tietoutta ja edistämään positiivista terveyskäyttäytymistä asiakkaidensa keskuudessa, mutta nämä tulokset vaihtelivat eivätkä olleet systemaattisesti dokumentoituja.</p>	<p>Luotettuina ja kunnioitettuina yhteisön jäsenenä parturit ovat terveysinterventioiden välittäjinä otollinen kanava vähemmistöön kuuluvien miesasiakkaiden tavoittamiseksi.</p>	<p>Good quality. AMSTAR 9/11p.</p>

(jatkuu)

Taulukko 1 (jatkuu)

<p>McWhirter ym. 2012. Visual Images for Skin Cancer Prevention: A Systematic Review of Qualitative Studies. <i>Journal of Cancer Education. No 27, Vol 2; 202-216.</i> doi: 10.1007/s13187-012-0355-y.</p>	<p>1. Määritellä miten visuaalisia mielikuvia ihosyövästä ja rusketuksesta on tutkittu laadullisissa tutkimuksissa ja 2. yhdistää ja keskustella näihin mielikuviin liittyvistä löydöksistä kunnioittaen syöpään liittyvää koulutusta ja kansanterveyttä.</p>	<p>n=8 tutkimusta Seitsemän sisällön analyysiä ja yksi fokus group tutkimus.</p>	<p>Systematic review. Valintakriteerit: Englanninkieliset, vertaisarvioidut, laadulliset tutkimuksen tai metodologian osalta ja jotka käsittelevät ihosyöpää tai UV-altistusta käyttäen visuaalisia keinoja, ja joissa keskiössä oli yleisö tai potilas (ei lääketieteen ammattilaiset). Tietokannat: PubMed-MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, Sociological Abstracts, Social Sciences Full Text, ERIC ja ABI/INFORM.</p>	<p>Tutkimuksissa käytettiin heikosti visuaalisen kommunikaation teorioita eivätkä ne olleet riittävästi yhteydessä visuaalisiin mielikuviiin.</p>	<p>Sisällön analyysi osoitti massamedian esittävän vaaleaihoiset naiset ja miehet auringolta suojaamattomina ja ruskettuneina ja sillä saattaa olla yhteys ihosyöpäriskiä. Lapset esitettiin vaaleampi-ihoisina ja auringolta suojatuimpina. Fokus group tutkimuksen mukaan tietty vähemmistö saattaa hyötyä syöpävalistusmateriaaleihin liitetyistä etnisellä iholla näkyvistä melanoomakuvista. Mielikuvien vaikutus terveydessä ja syöpävalituksessa on tärkeä, eikä siten ohitettavissa.</p>	<p>Good quality. AMS-TAR 8/11p.</p>
<p>Harrop ym. 2012. Translating Cancer Prevention and Control Research into the Community Setting: Workforce Implications. <i>Journal of Cancer Education. No 27; 157-164.</i> doi: 10.1007/s13187-012-0329-0.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli symposiumin avulla kuvata syövän ehkäisyn tasoa ja ohjata työntekijöitä ja opiskelijoita. Lisäksi kirjallisuuskatsauksen avulla kartoitettiin yhteisöperustaisen osallistavan tutkimuksen tilannetta.</p>	<p>n=9 (5= community-based participatory research, 4= dissemination research)</p>	<p>Rewiev. Kaksivaiheinen lähestymistapa. 1. Symposiumi 2.Kirjallisuuskatsaus. Valintakriteerit: Kirjallisuuskatsaus tehtiin vuosilta 1996-2010. Tietokannat: Ovid Medline, TRIP ja AHQR.</p>	<p>Symposiumi: 1) politiikka 2) verkostoitumisen infrastruktuuri 3) tutkimuskulttuuri 4) koulutus. Kirjallisuuskatsaus: vain vähän julkaistu aiheesta. Määritelmien epätarkkuus, useita lähestymistapoja. Syövän ennaltaehkäisyn tutkimuksessa ja sen tuomisessa yhteisön hyödyksi on olemassa selvä kuilu. Kaksi strategiaa tämän kuilun kuromiseksi on yhteisöperustainen osallistava tutkimus ja tutkimus tiedon levittämiseksi.</p>	<p>Vain muutamilla tutkijoilla on taidot, kokemus, tieto tai motivaatio kuilun kuromiseksi tutkimuksen ja implementointiin välillä. Kaikki yhteisöt eivät ole valmiita työskentelemään tutkijoiden kanssa, mikä perustuu epäluottamukseen. Organisaatioiden politiikat saattavat hidastaa ja vaikeuttaa implementointia ja rahoituksen säilymistä tutkimus-yhteisökuilun kuromiseksi, sillä pysyvien muutosten onnistunut implementointi vaatii usein vuosia. Johtaminen kaikilla tasoilla nousi usein pääteemaksi.</p>	<p>Good quality. AMS-TAR 9/11p.</p>

(jatkuu)

Taulukko 1 (jatkuu)

<p>Balmer ym. 2014. A qualitative systematic review exploring lay understanding of cancer by adults without a cancer diagnosis. <i>Journal of Advanced Nursing No 70, Vol 8; 1688-1701. doi: 10.1111/jan.12342.</i></p>	<p>Tutkia syövän perimmäistä ymmärtämistä. Sairauden ymmärtäminen muokkautuu sosiaalisen identiteetin, taustan ja kokemusten kautta.</p>	<p>n= 25 tutkimusta</p>	<p>Systemaattinen katsaus. Valintakriteerit: Tutkimukset keskittyen syövän ymmärtämiseen aikuisilla ilman syöpädiagnoosia, WHO:n määrittelemistä korkeatuloisista maista ja julkaistu ajanjaksolla 1990-2011. Tietokannat: Web of Knowledge, ASSIA, Sociological Abstracts, PsychINFO ja Medline.</p>	<p>Tutkimuksessa nousi esiin kuusi analyttistä teemaa: 1. syövän syyt, 2. syövän tunnistaminen, 3. syövän sosiaalinen imago, 4. tulkinnat henkilökohtaisesta syöpäriskistä, 5. Syövän tietoisuuden kanssa toimeen tuleminen ja 6. tiedon omaksuminen syövästä.</p>	<p>Syövän syiden tutkiminen ja tulkinnat henkilökohtaisesta riskistä dominoivat tutkimuksissa. Ihmisillä ilman syöpää syövän käsittäminen/ymmärtäminen on monimutkaista. Elämäkokemukset vaikuttavat tietoon ja ymmärrykseen. Perityt syövän aiheuttajat ja tulkinnat henkilökohtaisesta riskistä heijastuvat suhteessa pelkoon ja syövän leimaan.</p>	<p>Good quality. AMSTAR 11/11p.</p>
<p>Garside ym. 2010. What influences the uptake of information to prevent skin cancer? A systematic review and synthesis of qualitative research. <i>Health Education Research. No 25, Vol 1; 162-182. doi: 10.1093/her/cyp060.</i></p>	<p>Esittää systemaattisen katsauksen löydökset laadullisista tutkimuksista ihosyövän ennaltaehkäisyssä liittyen UV-altistukseen. Ymmärtää edesauttavia tai haittaavia elementtejä liittyen ihosyövän ehkäisykeinoihin ja niiden vastaanottoon kohdeyleisössä.</p>	<p>n=16 Tautalla Health Belief Model.</p>	<p>Systematic review. Valintakriteerit: englanninkieliset tutkimukset, jotka käyttivät laadullista tutkimusmenetelmää kerätykseen ja analysoidakseen tietoa ihosyövän ehkäisystä kehittyneissä maissa. Julkaistu 1990-2009. Tietokannat: Medline, EMBASE, The Cockrane Library, PsycINFO, ASSIA, CINAHL ja HMIC.</p>	<p>Suurin osa ihmisistä koki alttiutensa ihosyövälle ja/tai ihosyövän vakavuuden matalaksi. Käyttäytymismuutoksen (Uv-altistuksen pienentäminen) hyödyt tiedostettiin, mutta siihen vaikuttivat mm: Positiiviset oletukset rusketuksesta terveyden ja viehättävyyden merkinä, ja aurinkosuojauksen (vaatteet/aurinkorasva) hankaluus. Vanhempien aktiivinen rooli suojauksessa ei aina onnistu. Haittaa spontaania ulkoilua.</p>	<p>Esteet käyttäytymismuutosten tekemiseksi tulee tiedostaa. Vertaistuki, vanhemmat ja media voivat tarjota ärsyksen, joka johtaa suojautumiseen UV-säteilyltä ja lopulta itseriittoisuuteen päätöksissä, tai he voivat vaikuttaa koettuun kykyyn tehdä ko. käyttäytymismuutoksia.</p>	<p>Good quality. AMSTAR 9/11p.</p>

(jatkuu)

Taulukko 1 (jatkuu)

<p>Williams ym. 2013. Appearance-based interventions to reduce ultraviolet exposure and/or increase sun protection intentions and behaviours: A systematic review and meta-analyses. <i>British Journal of Health Psychology</i>. No 18, Vol 1; 182-217. doi: 10.1111/j.2044-8287.2012.02089x.</p>	<p>Tutkia ulkonäköpohjaisten vaikutuskeinojen tuloksia uv-altistuksen vähentämiseksi ja auringolta suojautumiseksi ja/tai lisätä aurinkosuojautumisen aikomuksia ja käyttäytymistä.</p>	<p>n=21 tutkimusta</p>	<p>Systematic Review. Valintakriteerit: englanninkieliset tutkimukset, joissa käytettiin ulkonäköpohjaista interventiota tarkoituksena vähentää UV-altistusta ja/tai lisätä auringolta suojautumisen käyttäytymistä tai aikomuksia. Tietokannat: PsycARTICLES, PsycINFO, PsycBOOKS, Swetswise e-journal Service, UK Data Archive, Web Of Science, Cockrane Library, Proquest Nursing Journals, CINAHL, ZETOC, Index To Theses, Medline, OVID Nursing Collection ja Web of Knowledge</p>	<p>Kaikki tutkimukset raportoivat jonkin tasoisia positiivisia löydöksiä siitä, että ulkonäköpohjaisilla interventiolla olisi huomattava vaikutus osallistujien UV-altistuskäyttäytymiseen ja/tai auringolta suojautumisaikomuksiin ja käyttäytymiseen. Suurimmassa osassa interventiota UV-tekniikan käytöllä oli vaikutusta osallistujien aikomuksiin altistua UV-säteilylle tai suojautua auringolta tulevaisuudessa verrattuna kontrolliryhmiin. Ikääntymisvaikutuksiin perustuvalla informaatiolla todettiin olevan positiivinen vaikutus osallistujien Uv-altistus ja auringolta suojautumisen käyttäytymisaikomuksiin.</p>	<p>Ulkonäköpohjaiset vaikutuskeinot voivat olla tehokkaita UV-altistuksen ja/tai lisääntyneen aurinkosuojautumisen aikomuksien lisäämisessä. UV-valokuvat, työkirjat ja esitelmät, jotka edistävät turvallista aurinkokäyttäytymistä ja fokuoivat henkilökohtaisiin vaikutuksiin, näyttävät olevan tässä avuksi.</p>	<p>Good quality. AMSTAR 9/11p.</p>
<p>Brown ym. 2013. A Review of the Evidence on Technology-Based Interventions for the Treatment of Tobacco Dependence in College Health. <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i>. No 10, Vol 3; 150-162. doi: 10.1111/wvn.12000.</p>	<p>Tutkia tietokonepohjaisten tupakan lopettamiskeinojen/tupakasta pidättäytymisen interventioiden vaikutusta. Taustalla Transtheoretical Model of Change, Health Belief Model, Theory of Social Support ja social cognitive theory.</p>	<p>n=8 tutkimusta; neljä RCT:a ja neljä kohorttitutkimusta. Yhteensä 2860 osallistujaa.</p>	<p>Review. Valintakriteerit: Julkaisuaika tammikuu 1999 - helmikuu 2011. Osallistujat 18-30 vuotiaita. Menetelmät sisälsivät web-sivujen, sähköpostin tai tekstiviestien välityksellä tapahtuvat tupakan lopettamisen/tupakasta pidättäytymisen interventiot.</p>	<p>Kun mitataan tupakasta pidättäytymistä ensisijaisena löydöksenä, huomattiin tilastollisesti merkitsevä muutos tupakkoinnin lopettaneissa. Useiden keinojen yhtäaikaisesta käytöstä, interventioiden erillaisuudesta ja osallistujien määristä ei voida sanoa, mitkä olivat tehokkaimpia keinoja tupakan lopettamiseen tai tupakasta pidättäytymiseen.</p>	<p>Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan olettaa, että tälle kohderyhmälle tietokonepohjaiset keinot ovat sopiva interventiomuoto tupakasta vieroittautumiseen /pidättäytymiseen. Jatkotutkimukset ovat tarpeen.</p>	<p>Good quality. AMSTAR 8/11p.</p>

Systemaattiset katsaukset koostuivat yhteensä 220:stä alkuperäistutkimuksesta ja puolessa oli raportoitu kokonaisosallistujamäärä, joiden yhteenlaskettu summa oli 29233 osallistujaa. Katsaukset koostuivat 30:stä katsauksesta kattaen 91170 osallistujaa ja lisäksi 17:sta alkuperäistutkimuksesta.

Systemaattisissa katsauksissa käsiteltiin mm. asiakkaan osallistumiseen liittyviä esteitä ja terveydenhuollon parantamista hankaloittavien tekijöiden tunnistamista. Pyrittiin ymmärtämään edesauttavia tai haittaavia elementtejä liittyen ihosyövän ehkäisykeinoihin ja niiden vastaanottoon kohdeyleisössä. Tutkittiin ihosyövän ehkäisyä, sekä ulkonäköpohjaisten ja visuaalisten vaikutuskeinojen tuloksia uv-altistuksen vähentämiseksi ja aurinolta suojautumiseksi. Lisäksi tehtiin yhteenvetoa osallistumiskokemuksista omahoidon aktiviteetteihin ja pohdittiin esimerkiksi teach back-menetelmän vaikuttavuutta. Tunnistettiin ja yhdistettiin parasta saatavilla olevaa tutkimustietoa jaetun päätöksenteon tarkoituksenmukaisuuden sisäisistä ja ulkoisista vaikutuksista. Arvioitiin videoiden tehokkuutta suhteessa muuhun mediaan/ohjaukseen terveyskäyttäytymisen muutoksissa. Tutkittiin yhteisön osallistamista mukaan terveystieteeseen, sekä syövän perimmäistä ymmärtämistä sosiaalisen identiteetin, taustan ja kokemusten kautta.

Katsauksissa puolestaan käsiteltiin itsehoidon interventioiden näyttöä monialaisella integroivalla tutkimuksella, sekä kartoitettiin syövän ennaltaehkäisevän tutkimuksen ja sen integroinnin välistä kuilua. Lisäksi tutkittiin tietokonepohjaisten tupakan lopettamiskeinojen/tupakasta pidättäytymisen interventioiden vaikutusta.

6.4 Katsausten laadun arviointi

Lähdekritiikkiä tarvitaan tutkimukseen valikoituvan kirjallisuuden valinnassa. Lähdetiedon alkuperä ja ikä, lähteen uskottavuus ja kirjoittajan sekä julkaisijan arvovalta sekä lähteen totuudellisuus ja puolueettomuus tulisi aina varmentaa (Hirsjärvi ja Hurme 2010, 113-114). Lähdetiedon alkuperä on pyritty varmentamaan käyttämällä tunnettuja tietokantoja ja lähteen tuoreus rajaamalla julkaisuvuodet vuosiin 2010-2016. Totuudellisuutta ja puolueettomuutta katsausten ja systemaattisten katsausten laadun osalta tämän tutkimuksen soveltavassa osuudessa on arvioitu AMSTAR:n avulla (taulukko 2).

Taulukko 2. AMSTARin pisteytys katsauksittain.

Study	1. Was an "a priori" design provided?	2. Was there duplicate study selection and data extraction?	3. Was a comprehensive literature search performed?	4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion?	5. Was a list of studies (included and excluded) provided?	6. Were the characteristics of the included studies provided?	7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented?	8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions?	9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate?	10. Was the likelihood of publication bias assessed?	11. Was the conflict of interest included?	AMSTAR points /11p.
Van Deventer ym. 2015.	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	11/11p.
Ha Dinh ym. 2016.	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	11/11p.
Godfrey ym. 2010b.	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	9/11p.
Godfrey ym. 2010a.	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	10/11p.
Truglio-Londrigan ym. 2014.	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	10/11p.
Tuong ym. 2014.	No	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	8/11p.
Luque ym. 2014.	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	9/11p.
McWhirter ym. 2012.	Yes	No	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	8/11p.
Harrop ym. 2012.	Yes	No	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	9/11p.
Balmer ym. 2014.	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	11/11p.
Garside ym. 2010.	No	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	9/11p.
Williams ym. 2013.	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	9/11p.
Brown ym. 2013.	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	8/11p.

AMSTAR (a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews) on kehitetty systemaattisten katsausten luotettavaksi, päteväksi ja helppokäyttöiseksi työkaluksi. Systemaattisten katsausten käytöstä terveystutkimusten arvioinnissa ja tulosten yhdistelyssä on tullut vakiintunut käytäntö, mutta niiden laatuun ei aina ole kiinnitetty tarpeeksi huomiota. Laatu voidaan määrittää todennäköisyydeksi sille, että systemaattisen katsauksen suunnittelu ja rakenne tuottavat puolueettomia tuloksia. (Shea ym. 2009, 1013-2014.)

AMSTAR sisältää yksitoista arviointikohtaa ja sillä on hyvä maine, luotettavuus ja sisällöllinen laatu systemaattisten katsausten arvioimiseksi rajatuissa testiasetelmissä (Shea ym. 2009, 1018.) Jokainen arviointikohta saa yhden pisteen, jos tarkkaan määritellyt kriteerit täyttyvät ja nolla pistettä, jos kriteerit eivät täyty, ovat epäselviä tai eivät ole sovellettavissa. Katsauksen yhteenlasketut kokonaispistemäärät luokitellaan kolmeen tasoon: 0-3 on heikkotasoisia laatua, 4-7 on keskitasoisia laatua ja 8-11 on korkeatasoisia laatua. Vaikka pisteytyssystemit ovat aina kiistanalaisia, voidaan AMSTARin periaatteita käyttää tuomaan esiin systemaattisten katsausten metodologiat, jotka taas vaikuttavat katsauksen kokonaislaatuun. (Sharif ym. 2013, 11-12.)

Tähän tutkimukseen valikoitui katsaukset ja systemaattiset katsaukset, jotka olivat korkeatasoisia laatua. Ne myös vertaisarvioitiin AMSTAR:in avulla. Kokotekstien lukuun jääneistä 37:stä artikkelista systemaattiseen katsaukseen valikoitumattomat listattiin poissuljetut artikkelit – taulukkoon (Liite 4).

7 SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

7.1 Tiedon välittäminen kohderyhmälle

Positiivisella asenteella esitetty terveystietä, joka tukee ja rohkaisee yksilöjä terveystietä valinnoissaan tiedostaen valintojen vaikeuden, on todettu tehokkaammaksi tiedon vastaanottamisessa ja omaksumisessa kuin negatiivisesti välitetty tieto (Godfrey ym. 2010b, Tuong ym. 2014, Garside ym. 2010). Sairausten ymmärtäminen muokkautuu sosiaalisen identiteetin, taustan ja kokemuksen kautta. Yksilötasolla syövän tietoisuuden kanssa toimeen tuleminen, henkilökohtaisen syöpäriskin tulkitseminen ja informaation saaminen syövästä ovat olennaisia teemoja, kun taas yhteiskuntatasolla teemoina on tunnistettavissa syövän syyt, syövän tunnistaminen ja syövän sosiaalinen imago (Balmer ym. 2014).

Diaesitykset, esittelylehtiset, työkirjat ja esitelmät fokuksittuna henkilökohtaisiin vaikutuksiin edistävät turvallista aurinkokäyttäytymistä (Williams ym. 2013). Etenkin auringolta suojautumisessa ja UV-säteilyvapaiden ruskettumismenetelmien käytön aikomuksiin ihosyövän ehkäisyyn, oman tarkkailun ja toteamisen terveystietäuksessa tehokkaaksi on todettu visuaaliset ja ulkonäköperustaiset menetelmät, kuten UV-valokuvat ja tietokonetekniikalla personoidut ikääntymisvaikutuskuvat. (Williams ym. 2013, McWhirter ym. 2012.)

Myös median on todettu vaikuttavan ihosyövän ehkäisytyössä jatkuvasti muuttuvan materiaalin kautta tarjoamalla ärsykkeen joka johtaa suojautuvaan käyttäytymiseen ja johtaa lopulta itseriittoisuuteen päätöksissä tai vaikuttaa koettuun kykyyn tehdä käyttäytymismuutoksia. (McWhirter ym. 2012, Garside ym. 2010.). Esimerkin voima (Luque ym. 2014) ja roolimallien tärkeys korostui joka ikäryhmässä. Lapsilla etenkin vanhemmat ja opettajat, nuorilla/aikuisilla valmentajat ja vertaistuki, sekä media ja julkisuuden henkilöt vaikuttivat käyttäytymismuutosten omaksumiseen. Myös esimerkiksi ihosyöpäpotilaiden tunteminen lähipiirissä tai ihosyöpää sairastavien julkisuuden henkilöiden tietäminen lisäsi suojautuvaa aurinkokäyttäytymistä. (Garside ym. 2010.)

Terveystiedon luotettavina lähteinä pidetään usein perheenjäseniä, sosiaalisia kontakteja kuten ystäviä, vertaisia tai julkikkia joilla on syöpä. Terveysalan ammattilaiset informaation lähteenä oli selvästi kritisoidumpi ja koettiin vaikeammin tavoitettavaksi. Tämä saattaa johtaa leväperäiseen asenteeseen syöpää kohtaan etenkin nuorilla. (Balmer ym. 2014.). CPG-ohjenuoran mukainen tuen antaminen tupakkatuotteista vieroittumisen valintojen tueksi seuraa kysy käytöstä-, arvioi halukkuutta lopetusyrityksiin-, neuvo lopettamisessa- avusta lopettamisessa järjestämällä neuvontaa ja korvaushoitoa- ja järjestä seuranta-menetelmää (Brown ym. 2013).

Jaetussa päätöksenteossa Potilaskeskeisen hoidon viisi kohtaa IAOP:n mukaan ovat kunnioitus, oikeus osallistua päätöksentekoon, tarkoituksenmukainen ja aktiivinen osallistuminen, turvallisten, laadukkaiden ja asianmukaisten palvelujen turvaaminen ja asiakkaan erityispiirteet huomioivan informaation saaminen oman päätöksenteon tueksi. Huomioidaan asiakkaan pystyvyys ja osallistumisen taso omahoidon päätöksissä yhdessä ammattihenkilöstön kanssa. Tällöin osallistumisessa asiakkaan luottamuksen herääminen ja myötätunnon kokeminen, sekä avoin kommunikaatio ovat tärkeä pohja. (Truglio-Londrigan ym. 2014.)

Monimuotoisten ja innovatiivisten menetelmien käyttö internetin, älypuhelimien, sähköpostin, nettisivujen, videoiden, sosiaalisen median tms. välityksellä yhdessä perinteisempien menetelmien kuten henkilökohtaisen ohjauksen kanssa tuottavat laajempia positiivisia tai vaihtelevasti tehokkaita vaikutuksia ja tukevat muuten vaikeasti saavutettavien ryhmien tavoittamista. Etenkin nuorilla itselle sopivana ajankohtana soveltuvan tiedon hakeminen, self help-ohjelmat ja anonyymisyys on tärkeää. (Brown ym. 2013, Tuong ym. 2014)

Tiedon välittämiseen kohderyhmille vaikuttaa myös sen sopeuttaminen kyseessä olevaan kulttuuriin, sekä omalla kielellä/murteella toteutettava ohjaus ja välitettävän aihealueen onnistunut rajaus (Godfrey ym. 2010a, Truglio-Londrigan ym. 2014). Terveystiedon välittämisessä yhteisön osallistaminen sen jäsenten kouluttamisen kautta ja heidän välittämänsä terveystiedon kautta on todettu lisäävän tietoisuutta ja edistävän positiivista terveyskäyttäytymistä (Luque ym. 2014).

Monien toteutusmenetelmien yhtäaikainen käyttö, esimerkiksi ryhmäperustainen asiakaskeskeinen ohjaus yhdistettynä kasvokkain tapahtuvaan yksilölliseen ohjaukseen tuo tiedon omaksumiseen lisää tehoa (Godfrey ym. 2010a). Hyviä tuloksia on saatu myös akateemisen tutkimushenkilöstön ja yhteisön edustajien yhteistyöllä; verkostoitumisella,

asiakkaiden ja henkilökunnan kouluttamisella, sekä toiminnallisten päällekkäisyyksien vähentämisellä on saatu terveyskasvatustietoa välitettyä onnistuneemmin kohdeyleisölle (Harrop ym. 2012).

Asiakkaiden koulutuksen ja sairaus- tai terveystiedon omahoidon ja valintojen ymmärtämisen tueksi esitetään yhtenä vaihtoehtona teach-back-metodia. Siinä asiakasta pyydetään toistamaan aiemmin kuulemansa informaatio niin moneen kertaan toistossa esiintyneet puutteet aina välissä korjaten, että lopputulos on oikeanlainen. Tällä pyritään ehkäisemään väärinymmärrysten, -muistamisten ja unohdusten määrää. (Ha Dinh ym. 2016.) Terveystiedon ammattilaisten tulisi tiedostaa, miten tärkeä rooli heillä on yksilön tukemisessa ja rohkaisemisessa itsestä huolehtimiseen liittyvän käyttäytymisen omaksumisessa ja säilyttämisessä. (Godfrey ym. 2010b).

7.2 Osallistaminen päätöksentekoon terveysvalinnoissa

Osallistuminen päätöksentekoon vaatii tietoisuuden lisääntymistä omasta itsestään, tiedon hankkimista sairaudesta/vammasta ja vastuunottoa tarpeiden täyttymisestä millä tahansa tasolla ne esiintyvätkin (Godfrey ym. 2010b). Osallistaminen terveysvalintoihin on sitä tehokkaampaa, mitä tarkemmin se on kohdennettu räätälöimällä kulttuuriin, rotuun ja kieleen (Tuong ym. 2014, Luque ym. 2014).

Itsehoidon toteutuminen on sekä todennäköisempää että helpompaa, jos ihminen näkee elämänsä keskiössä itsensä sairauden tai sen riskin sijaan. Yleismaailmalliseksi itsehoiton työkaluiksi nousee tietoisuuden kehittyminen omasta itsestään ja ulkoisen ja sisäisen maailman tasapainottaminen. Hoitohenkilökunnan positiivinen suhtautuminen itsehoiton toteutumiseen ja potilaan tukemiseen, sekä potilaan aito kuuntelu olivat tärkeässä asemassa itsehoiton toteutumisessa. (Godfrey ym. 2010a.)

Tiedostamalla ja tunnistamalla terveysvalintoihin vaikuttavat esteet, luomalla uudenlaista tutkimuskulttuuria ja -ilmapiiriä, sekä kouluttamalla henkilöstöä voidaan tuoda tutkimus syövän ehkäisemiseksi lähemmäs kohdeyleisöään (Harrop ym. 2012). Asiakkaan ja hoitajan yhteistyö tarvittavan tietopohjan ja yksilöllisten koulutustarpeiden identifioimiseksi henkilökohtaiset esteet tunnistaa on osa tätä tietokuilun kuromista (Truglio-Londrigan ym. 2014). Yksilöiden syyt omahoidon toteuttamisessa vaihtelevat eri ikäkausina ja elämäntilanteissa (Godfrey ym. 2010b) ja esteet käyttäytymismuutosten tekemiseksi on hyvä tiedostaa (Garside ym. 2010).

Itsehoitoon sitouttamisessa auttaa sen suunnitelman kirjaaminen myös kommunikatiovälineeksi asiakkaan ja hoitajan välille (Godfrey ym. 2010a), sillä pelkän tiedon välittämisestä ei havaittu hyötyä yhteydessä, jos interventiota ei oltu räätälöity (Tuong ym. 2014). Interaktiiviset interventiot, jotka keräävät osallistujilta tietoa ja ohjaavat räätälöidymmän informaation pariin on osoittautunut toimivaksi ainakin tupakasta vieroittumiseen varhaisaikuisuudessa (Brown ym. 2013). Aikuisilla taas itsesuojeluvaisto ja henkilökohtainen vastuu pienentävät riskikäyttäytymistä mm. auringolta suojautumisessa ja luomien seurannassa (Garside ym. 2010).

Media tavoittaa koulutus- ja tietotaustasta huolimatta ja on ajankohdasta riippumatonta. Videointerventioilla on saatu parempia tuloksia verrokkiryhmiin ilman videon käyttöä nähden, sillä se on järjestelmällisempää ollessaan riippumatonta kertojasta. (Tuong ym. 2014.)

Asiakkaiden osallistaminen laadun parantamiseksi terveydenhuollossa saattaa tuottaa innovatiivisia, odottamattomia ja useiden eri prosessitasojen tuloksia ja pysyvyyttä (Van Deventer ym. 2015). Osallistamisen menetelminä on käytetty mm. focus groupia, itsehavainnoimista, fyysisiä mittauksia ja kyselyjä, jotka ovat ensin haastattelijan hallinnoimia ja myöhemmin itsehallinnoituja (Luque ym. 2014). Myös teach back-menetelmä toistamalla oppimisen kautta on asiakasta osallistava ja varmentaa tiedon oikeaoppista ymmärtämistä (Ha Dinh ym. 2016).

7.3 Interventioiden pysyvyys

Interventioiden pysyvyyteen vaikuttavat monet eri tekijät yhtäaikaaisesti. Teoreettisten mallien ja useamman menetelmän yhtäaikaisen käytön on todettu lisäävät interventioiden pysyvyyttä (Godfrey ym. 2010a., Williams ym. 2013). Toisaalta juuri useamman menetelmän yhtäaikainen käyttö, interventioiden erilaisuudet ja osallistujien määrät vaikuttavat lopputulokseen, eikä aina voida suoraan sanoa, mitkä keinot ovat tehokkaimpia ja vaikuttavimpia (Brown ym. 2013). Esimerkiksi pitkäaikaistutkimuksessa videoiden käytöstä terveysvalintoihin vaikuttamisen keinona ei todettu olevan eroa tuloksissa verrattuna muihin käytettyihin keinoihin, kuten tavalliseen ohjaukseen tai puhelinseurantoihin (Tuong ym. 2014).

Poliittisen ilmapiirin tulisi olla vastaanottavampi tukemaan osallistavaa yhteisöllistä tutkimusta sen integroinnissa ja pysyvyyden säilyttämisessä (Harrop ym. 2012), sekä yhteisöresurssien innovatiivisessa käyttöönotossa (Luque ym. 2014). Asiakkaiden osallistamista terveydenhuollon laadun parantamiseen huomioidaan päättävillä tahoilla lähinnä ajatuksen tasolla implementoinnin jäädessä vajaaksi. Heikko suunnittelun taso sekä osallistamisen ja muutoksen implementoinnin vaikeus näyttäisivät olevan syynä ristiriitaan osallistamishalukkuuden ja heikosti raportoitujen tulosten osalta. (Van Deventer ym. 2015.) Suositeltavaa olisi myös rahoitusmekanismien kehittäminen ja säilyttäminen tukemaan tutkijoiden ja yhteisöjen yhteistyötä, myös kehittämisen osalta (Harrop ym. 2012).

Intervention päätyttyä yksilöllisellä ja/tai ryhmän jatkuvalla tuella ja seurannalla on todettu olevan intervention pysyvyyteen hyvä vaikutus (Van Deventer ym. 2015). Tulosten pysyvyyteen vaikuttaa myös yksilön kyky järjesträätä tilanteensa ja antaa sairaudelle tai vammalle symbolinen merkitys (Godfrey ym. 2010b), eikä mielikuvien tärkeää vaikutusta terveyskasvatuksessa ja syöpävalistuksessa voida sivuuttaa (McWhirter ym. 2012), jolloin sairaustiedon paremmin muistaminen, ymmärrys omasta tilanteestaan ja elämänlaadun parantuminen voivat jatkua (Ha Dinh ym. 2016) intervention jälkeenkin.

Systemaattinen katsaus 52 eri sairausryhmän vastasairastuneiden tai sairauden kanssa elävien itsehoidon implementoinnista käytäntöön identifioi kaksi erillistä strategiaa. Toinen on koulutusilanteet ja toinen itsehoidon toteutussuunnitelman laatiminen. Niiden pohjalta kehitettiin tiedosta toimintaan –implementoinnin viitekehys. Siinä osa-alueina ovat tieto, tiedon adaptointi paikallisiin oloihin, tiedon käytön esteiden määrittäminen, interventioiden räätälöinti, tiedon käytön seuranta, tulosten arviointi ja tiedon käytön jatkuvuuden varmistaminen. (Godfrey ym. 2010b.)

Interventioiden pysyvyyteen vaikuttavat heikentävästi syövän leima ja pelko suorittaa omaa seurantaa, sekä osallistua seulontoihin ja tiedon etsimiseen. Aktiivinen välttely syövän puhumisesta ja tiedostamisesta, oman persoonan etäännyttäminen syöpäriskin ajatuksesta, sekä huonojen elintapojen tasapainottaminen jollain paremmalla elintavalla on myös tavallista. (Balmer ym. 2014.)

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Kirjallisuuskatsauksen tulisi yhdistää tekeillä oleva tutkimus aiempiin aihetta ja kyseistä näkökulmaan koskeviin tutkimuksiin ja näin tuoda lukijan tietoisuuteen se ketju, joka on johtanut saatuihin lopputuloksiin tai tehtyihin johtopäätöksiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 258-259.) Verrattaessa keväällä 2016 kerättyä teoriapohjaa systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valikoituneista tutkimusartikkeleista eriytettyihin teemoihin – johtaminen, osallistaminen, asiakasryhmän määrittely ja tunteminen, interventiot, sekä tulokset ja pysyvyys- löytyy paljon yhteneväisyyksiä tukemaan aiempien terveyden edistämisen mallien linjauksia. Teemoittelu tällaisenaan korostaa erityisesti näiden viiden teeman sisältöä siten, kuin se kirjallisuuskatsauksen aineistosta nousee ja joita etenkin järjestötyössä on hyvä huomioida interventioita suunniteltaessa ja toteutettaessa.

Kerättyyn teoriapohjaan verrattaessa näkyy painotuksen lisääntymistä johtamisen teemassa etenkin interventioiden mahdollistamisen osa-alueella sekä matalan kynnyksen palvelujen järjestämisessä. Nämä yhdessä teoriapohjassakin ilmenneiden verkostoitumisen tärkeyden, koulutussuunnittelun, tutkimuskulttuurin ja -ilmapiirin, sekä valtakunnallisten ja järjestön omien linjausten ja strategioiden kanssa takaavat sitä, ettei toimintaa ja palveluja järjestettäisi vaan niiden itseisarvon vuoksi, vaan systemaattisesti rakentaen toimivia palvelukokonaisuuksia sekä tuoden ne lähelle ihmistä helposti lähestyttävänä ja kiinnostavana palveluina.

Osallistamisen teemassa teoriapohjaan yhteneväisten osa-alueiden lisäksi korostuu roolimallien käytön ja ryhmäytymisen näkökulman tärkeys yksilöiden terveysvalintojen tekemisessä ja niiden tukena. Myös tiedon vahvistaminen, eli oikeanlaisen informaation sisäistämisen varmentaminen näkyy olennaisena osana yksilön terveyskasvatuspolun rakentumista. Asiakasryhmien määrittelyn ja tuntemisen teeman alta teoriapohjan vastaavuuksien lisäksi nousee yksilöllisten koulutustarpeiden identifiointi ja koulutuksen toteuttaminen huomioiden mahdollisuuksien mukaan terveysvalintoja tekevän yksilön ympäriltä löytyvät tukiverkostot osana tätä kokonaisuutta. Lisäksi korotustuu luottamuksellisen suhteen tärkeys tiedon välittäjän ja vastaanottajan välillä, oli kyse sitten ammattilaisesta, vertaisesta, läheisestä tai yhteisön edustajasta tiedon välittäjän roolissa. Myös omahoi-

tosuunnitelmien kirjaaminen nousee erityisen tärkeänä sitouttamisen ja yksilöityjen ratkaisujen menetelmänä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineistosta. Interventioiden teemassa on aineistosta löytynyt etenkin vastaavuutta teoriapohjaan etenkin menetelmien monipuolisen käytön korostumisena interventioissa. Omana lisänä on etenkin syöpäviestintään, mutta myös kaikkeen muuhunkin terveystietoon liittyen tärkeä visuaalisen kommunikaation näkökulma.

Tulosten ja pysyvyyden osalta löytyy teoriapohjasta vähiten vastaavuuksia. Samassa merkityksessä kuin ne on tuotu tähän toimintamalliin, löytyy yhteneväisyyttä tietoisuuden lisäämisessä omasta itsestään ja siten mielikuvien vaikutuksesta terveys- ja syöpävalituksesta, sekä interventioiden käytäntöön viemisen tärkeydessä. Toimintamallissa korostuvat teoriapohjaa voimakkaammin seurannan järjestämisen osuus hyötyjen ylläpysymisen ja parantumisen tueksi interventioiden jälkeen, terveyden edistämisen mallien käyttö interventioiden pohjalla helpottamaan niiden vertailua, jäsentämistä, tulkintaa ja arviointia pysyvämpien tulosten saavuttamiseksi. Lisäksi rutiinien luomisen tärkeyttä korostetaan jo lapsuudesta lähtien, mutta myös aikuisuudessa luotuina, vähentämään yksilötason esteiden vaikutuksia tavoitelluissa tuloksissa ja niiden pysyvyydessä.

Aihealue, jota kirjallisuuskatsaus koskee, olisi hyvä olla tutkijalla hyvin hallussa (Hirsjärvi ym. 2009, 258-259). Tässä kehittämissuorituksissa näin ei kuitenkaan ollut, sillä terveyden edistäminen on niin laaja ja monitahoinen aihealue, ettei sitä lyhyellä tutustumisella pysty sisäistämään kokonaisuutena. Se osoittautui kuitenkin hyväksi asiaksi siltä kannalta, että tämä asian tila oli etukäteen tiedostettu ja tutkijan omat näkemykset terveyden edistämisestä pyrittiin tietoisesti pitämään erillään aineiston analyysivaiheessa, teemojen nousussa kirjallisuuskatsauksen pohjalta ennalta laadittujen ja hyväksytettyjen tutkimuskysymysten pohjalta.

8.2 Luotettavuus ja eettisyys

Ollakseen eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa, tulee tutkimus suorittaa niin kuin hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää. Tästä vastaa jokainen tutkija ensisijaisesti itse. Hyväksyttäviä toimintatapoja ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus itse tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen ja sen tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014, Kananen 2012, 162-163, Viikko 2015, 41-42.)

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen luotettavuutta toi se, että valikoituneet katsaukset ja systemaattiset katsaukset pitivät jo itsessään sisällään tutkimusartikkelien laadun tarkkaa arviointia ja kriteerien määrittelyä. Kirjallisuuskatsaukseen sisällytettiin vain AMSTAR:n mukaan korkealaatuisia (8-11p.) katsauksia ja systemaattisia katsauksia, jotka on julkaistu arvostetuissa tietokannoissa (Cinahl Complete, Joanna Briggs Institute). Jokaisessa niistä sisällytetyjen tutkimusten ominaisuudet ja tieteellinen laatu oli esitelty, dokumentoitu ja arvioitu ja niitä oli käytetty hyväksyttävästi johtopäätöksiä muodostettaessa.

Selkokielellä ja totuudenmukaisesti esitetty tarkka selonteko tutkimuksen toteuttamisesta ja sen vaiheista lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 232). Näin voidaan varmentaa tutkimuksen validiutta, eli pätevyyttä arvioida kohdistuuko tutkimus siihen, mitä on tarkoitus tutkia ja mittaako valittu mittari oikealla tavalla oikeaa asiaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 231-232, Metsämuuronen 2009, 65). Sisäinen validiteetti kohdistuu itse tutkimuksen luotettavuuteen, ulkoinen validiteetti taas siihen, onko tutkimus yleistettävissä ja mihin kaikkeen. (Metsämuuronen 2009, 65.)

Kaikki kirjallisuuskatsauksen vaiheet on dokumentoitu ja esitetty mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Aineiston analyysin luotettavuuteen on pyritty saamaan luotettavuutta keräämällä sitä pohjautuen laadittuihin tutkimuskysymyksiin ja niistä nousseisiin teemoihin. Tutkimuksen toistettavuutta voidaan pyrkiä takaamaan esimerkiksi kahden henkilön itsenäisellä päätymisellä samaan lopputulokseen. (Hirsjärvi ym. 2009, 231-232). Tärkeää luotettavuuden näkökulmasta on tiedon todenmukaisuuden lisäksi sen käytettävyys (Toikko ja Rantanen 2009, 121).

Toistettavuutta on tässä tutkimuksessa pyritty varmistamaan kirjallisuuskatsauksen osalta aineiston keräämisellä luotettavista tietokannoista. Vaikka sen on valinnut ja poisseulonut vain yksi henkilö, on niiden validiteettia ja reliabiliteettia arvioitu jokaisen valitun katsauksen ja systemaattisen katsauksen kohdalla erikseen käyttämällä AMSTARia laadun varmistamiseksi ja vertaisarvioijaa toistettavuuden takaamiseksi valikoituneiden tutkimusten osalta. Tiedon käytettävyyteen pyritään panostamaan kehitetyn toimintamallin implementointisuunnitelmassa.

Muiden tutkijoiden työhön tulee viitata asianmukaisesti ja tarvittavat tutkimusluvut ja mahdolliset eettiset arvioinnit tulee olla hankittuna. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014.) Kaikki viittaukset on pyritty tekemään asianmukaisesti, eikä muiden tekstiä

esitetä tekijän omana. Tutkimuksellisella otteella toteutettavan kehittämistyön tutkimussuunnitelma hyväksyttiin Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen hallituksella, joka pyysi sen asettamista riippumattoman eettisen toimikunnan käsittelyyn ennen lopullista suunnitelman hyväksymistä. Hallitus ei erikseen tarkentanut pyyntöä.

Lssy on käyttänyt Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueellisen eettisen toimikunnan asiantuntijuutta vastaavissa tilanteissa. Opinnäytetyön ohjaaja oli sähköpostitse ja puhelimitse yhteydessä alueellisen eettisen toimikunnan asiantuntijalääkäriin, joka perehtyi haastattelurunkoihin. Hänen lausuntonsa ”Olen perehtynyt lähettämäämme materiaaliin. Kyse on laadullinen hanke, johon liittyy ryhmähaastattelut. Olen perehtynyt haastattelurunkoihin. Mielestäni kyse ei ole tutkimuslain mukaisesta kajoavasta tutkimuksesta. Tämän vuoksi laki ei edellytä alueellisen eettisen toimikunnan arviointia ja lausuntoa tutkimuksen suorittamiseksi” jälkeen hallitus hyväksyi tutkimussuunnitelman.

9 ASIAANTUNTIJATYÖSKENTELEY

9.1 Fokusryhmät asiantuntijoina

Fokus- eli täsmäryhmähaastattelussa osallistujat valitaan tarkasti. Menetelmänä se luokituu ryhmähaastatteluihin. Ryhmähaastattelussa saadaan tietoa isommalta joukolta yksilöhaastatteluja nopeammin niin, että haastattelija puhuu välillä kaikille haastateltaville ja välillä kohdentaa kysymyksenä ryhmän yksittäiselle jäsenelle. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 61-63.) Aihepiirit ja –alueet ovat ennalta määriteltäviä, mutta vastauksissa ei käytetä valmiita vaihtoehtoja tai asteikkoja (Aaltola ja Valli 2001, 24-26). Haastatteluissa painotetaan haastateltavan kokemuksia ja tulkintoja ja antamia merkityksiä (Hirsjärvi ja Hurme 2000, 48) syövän ennaltaehkäisyn ja terveyden edistämisen toimintamallin suhteen. Aineisto analysoidaan sisällön analyysia soveltaen. Kvalitatiivista aineistoa voi analysoida ja tulkita jo aineiston keruun yhteydessä (Hirsjärvi ja Hurme 2000, 136).

Haastattelua käytetään metodina, jolla kartoitetaan tutkittavaa aihetta esimerkein ja ilman objektiivisia testejä ja laatua tavoitellaan laatimalla selkeä haastattelurunko (Hirsjärvi ja Hurme 2000, 184). Haastattelurunko (Kuvio 4) hyväksyttiin ohjaavalla opettajalla ja lähetettiin osallistujille etukäteen tiedotteen (Liite 1) mukana. Fokusryhmähaastattelu nauhoitettiin ja aineisto litteroitiin teemojen mukaan. Fokusryhmähaastatteluihin osallistujille kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja osallistumisen hyödyt. Suostumus haastatteluun osallistumisesta annettiin allekirjoittamalla tietoinen suostumus haastatteluun osallistumisesta-lomake (Liite 2). Tutkimuksiin osallistuminen ei ollut pakollista ja sen sai keskeyttää missä vaiheessa tahansa.

Toimintamalli	Terveyden edistäminen syövän ehkäisyssä	Osallistaminen terveystieteiden tutkimuksessa
<ul style="list-style-type: none"> ○Mitä mieltä Te olette terveyden edistämiseen ja syövän ennaltaehkäisyyn kehitetystä toimintamallista? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Toimivuus; mitä toimintaa ohjaavia vaiheita toimintamallin tulisi sisältää? ▪ Asiasisältö ▪ Käytettävyys; miten se Teidän mielestänne on onnistuttu muokkaamaan järjestöstrategiaan sopivaksi? ○Koetteko Te että toimintamallille on tarvetta? ○Onko toimintamalli Teidän mielestänne helppokäyttöinen ja käytännönläheinen? ○Mitä epäkohtia tai epäolennaisuuksia toimintamalli Teidän mielestänne sisältää? ○Mitä vaatimuksia toimintamallin tulisi täyttää? ○Onko toimintamallia Teidän mielestänne mahdollista soveltaa useammalle toimintasektorille? ○Millaiseksi Te koette toimintamallin taustalle kerätyn kirjallisuuskatsauksen sisällön? 	<ul style="list-style-type: none"> ○Koetteko toimintamallin tarpeelliseksi terveyden edistämisen työssä syövän ennaltaehkäisyn näkökulmasta? ○Mitkä terveyden edistämisen keinot/mallit koet toimiviksi? ○Mitä asioita terveyden edistämistyössä Teidän mielestänne tulisi ottaa huomioon? 	<ul style="list-style-type: none"> ○Millaisiksi Te näette toimintamallin osallistavat menetelmät käytännön työtä ajatellen? ○Mitä menetelmiä Te poistaisitte tai lisäisitte? ○Mitkä keinot Te koette toimivimmiksi osallistaviksi keinoiksi? ○Onko osallistaminen Teidän mielestänne oikea tie interventioiden pysyvyyden kannalta?

Kuvio 4. Asiantuntijaneelityöskentelyn alustavat teemat asiantuntijoille.

Tutkimustulokset kerättiin ja käsiteltiin nimettöminä. Sisällönanalyysin avulla tarkasteltiin litteroitu haastattelumateriaali pyrkien löytämään keskusteluista ydinasiat aineistolähtöisesti (Kananen 2012, 116). Alustavan haastattelurungon pohjalta vastaukset luokiteltiin kolmeen kategoriaan: toimintamallin arviointi, terveyden edistäminen syövän ehkäisyssä ja osallistaminen terveystieteiden tutkimuksessa. Materiaalit ja videoinnit hävitetään asianmukaisesti.

9.2 Fokusryhmän tulokset

9.2.1 Toimintamallin arviointi

Fokusryhmähaastatteluun osallistuneet arvioinneissaan yksimielisiä ja kokivat toimintamallin asiasisällön olennaiseksi syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen työssä, eikä sen rakenteisiin puututtu kuin sana- ja määrittelytasolla tarkentaen. Toimintamallille nähtiin selkeä tarve jatkotoimenpiteiden määrittämiseksi terveyden edistämistyössä Lounais-Suomen syöpäyhdistyksessä. Kohderyhmän määrittelyn sijaan koettiin tärkeäksi puhua ennemminkin kohderyhmän aidosta tuntemisesta ja sosiaalisen markkinoinnin näkökulma ja lähestymistapa nostettiin esille. Arvojen ja esteiden tunnistaminen ja tunnistaminen olivat keskeisiä sekä järjestön linjausten kannalta, että yksilötasolla.

Tärkeänä osatekijänä syövän ehkäisyn näkökulmasta nähtiin interventioiden kohdentaminen, eli oikean kohderyhmän tavoittaminen oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa tiedon vastaanottavuuden parantamiseksi. Syyllistämisen ja syiden etsimisen sekä pelon sijaan korostettiin positiivisuuden ja yllättävyyden kautta vaikuttamista.

9.2.2 Terveyden edistäminen syövän ehkäisyssä

Toimintamalli koettiin menetelmiltään etenkin terveitä ihmisiä osallistavaksi ja aktivoivaksi. Myös syöpään sairastuneen ja/tai siitä parantuneen osalta tärkeäksi nostettiin sairasidentiteetin muokkaaminen kohti ”terve sairastuneena”-ajattelua terveyden edistämisen näkökulmasta hyvinvoinnin ja mahdollisten positiivisten terveysvalintojen vaikutusten korostamisen kannalta. Johtaminen nähtiin tärkeänä osana terveyskasvatustyötä, ohjaamassa kokonaisuuksien muodostamista ja toiminnan mahdollistamista.

Osallistavuus ja yhteistyö sekä koulutuksen että toteutuksen osalta nostettiin esiin terveyden edistämistyössä. Muuna näkökulmana haluttiin tuoda esille terveyden edistämisen miesnäkökulma ja sen monimuotoisuus, sekä jatkotutkimusten tarve aiheen piirissä. Terveyden edistämisen menetelmissä tärkeäksi koetaan matalan kynnyksen palvelujen tarjoaminen non-stop – ajatuksella lähellä kohdeyleisöä ja hyvän tiedottamisen.

9.2.3 Osallistaminen terveystyössä

Osallistamisen näkökulmasta tärkeiksi menetelmiksi nostettiin yksilöllisyyden ja kulttuurisuuden korostamisen, läheisten/muun tukiverkon ja vertaistuen mukaan ottamisen, sekä esimerkin voiman hyödyntämisen esimerkiksi idolien kautta. Asiantuntijatyö paikallistoimijoiden taustalla nähtiin vastuksena oikeanlaisen tiedon parempaan vastaanottavuuteen ja omaksumiseen. Sosiaalisuuden näkökulma ihmisen toiminnassa tuotiin myös osallistamisen näkökulmasta esille.

Tulisi myös huomioida yksilön taipumus tehdä vaihtokauppaa terveysvalinnoillaan oman henkisen hyvinvoinnin tasapainossa pitämiseksi, sekä sen pisteen löytäminen, joka kullakin yksilöllä aiheuttaa halutut käyttäytymismuutokset. Osallistamisen ja sitä kautta etenkin ryhmäytymisen merkitystä korostettiin tulosten pysyvyyden takaamiseksi. Yleisesti minkä tahansa tuen jatkuminen ja jo pelkkä ajatus tuen mahdollisuudesta ja siitä, mistä sen halutessaan löytää, koettiin tärkeäksi interventioiden tulosten jatkuvuuden näkökulmasta.

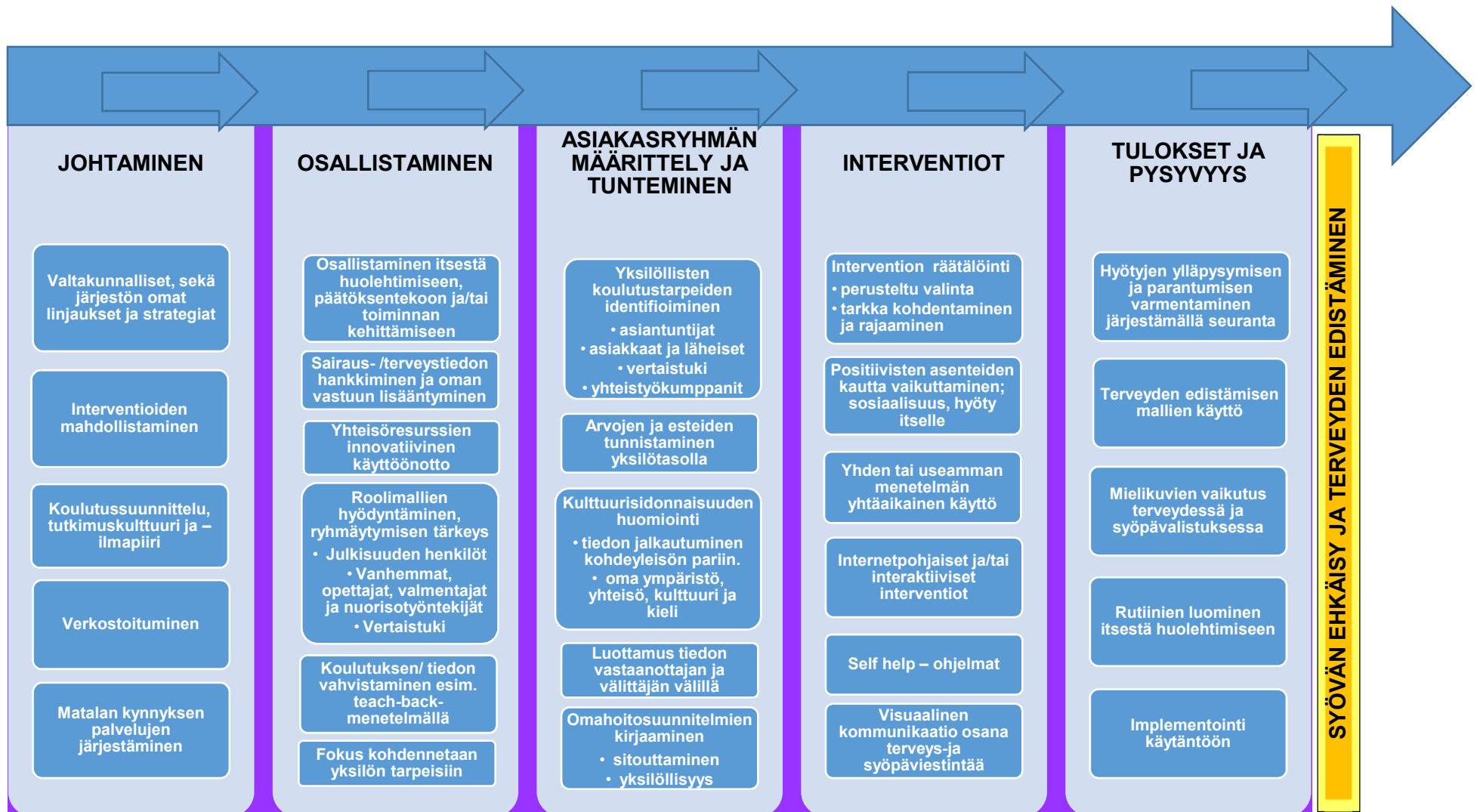
10 SYÖVÄN EHKÄISYN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN OSALLISTAVA TOIMINTAMALLI

Syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen osallistava toimintamalli (kuvio 5) on kehitetty Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen käyttöön käytännön työkaluksi terveyden edistämisen hankkeisiin, projekteihin ja opinnäytetöihin tukemaan elämäntapavalintojen toteuttamista ja muutosten pysyvyyttä sekä edistämään osallistavan, aktivoivan ja positiivisen terveystkasvatuskulman avulla ihmisten hyvinvointia ja elämänlaatua. Toimintamallia voidaan käyttää arvioitaessa toteutuneita interventioita ja niiden tulosten pysyvyyttä, etenkin suunniteltaessa niiden pohjalta jatkotoimenpiteitä. Toimintamalli tähtää osallistamisen kautta tulosten pysyvyyteen ja siten kirjallisuuskatsaukseen pohjautuvat teemat ja niiden eri osat tulisi huomioida jo interventioiden suunnitteluvaiheessa parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen pääsemiseksi. Toimintamallia voidaan käyttää syövän ehkäisyn lisäksi myös muihin terveyden edistämisen projekteihin.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja fokusryhmätyöskentelyn tuottamasta aineistosta eriytettiin viisi teemaa liittyen tulokselliseen terveystkasvatustyöhön. Teemat ovat johtaminen, osallistaminen, asiakasryhmän määrittely ja tunteminen, interventiot, sekä tulokset ja pysyvyys. Niiden alle ryhmiteltiin ne osa-alueet, jotka ovat tärkeitä huomioida interventioiden onnistumiseksi ja tulosten pysyvyyden varmentamiseksi. Yksikään teema tai osa-alue ei ole toistaan tärkeämpi, vaan ne yhdessä vahvistavat tavoitetta, eli syövän ehkäisyä ja terveyden edistämistä.

Terveyden edistämisen interventioita suunniteltaessa ja toteutettaessa tulee kirjallisuuskatsaukseen perustuen varmistaa, että jokaisesta viidestä teemasta tulee osa-alueita mukaan toteutukseen. Moni osa-alue liittyy toisiinsa, sekä useamman teeman alaisuuteen, mutta valintoja tehdessä ne poimitaan mukaan toteutukseen ja hyödynnetään innovatiivisesti osallistava näkökulma huomioiden.

Jokainen terveyden edistämiseen liittyvä interventio voi hyödyntää toimintamallin rakennetta valitsemalla viiden pääteeman alaisuudesta ne osa-alueet, jotka parhaiten palvelevat sen tavoitetta ja tarkoitusta, sekä kuvata ainoastaan ne intervention omaksi mallinnokseksi toimintamallista. Näin sekä toimijoille että lukijoille aukeaa yhdellä katsomalla kunkin intervention rakenne ja ideologia.



Kuvio 5. Syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen osallistava toimintamalli.

11 SYÖVÄN EHKÄISYN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN OSALLISTAVAN TOIMINTAMALLIN IMPLEMENTOINTI LSSY RY:N TOIMINTAAN

Syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen toimintamalli luotiin kirjallisuuden ja systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Se muodostaa teoreettisen perustan syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen tutkimus- ja kehittämistyölle. Sitä kehitettiin edelleen ja varmennettiin fokusryhmätyöskentelyyn osallistuneiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden avulla.

Keväällä 2016 käynnistettiin syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen kolme pilottiprojektia, jotka toteutettiin monimuoto- AMK-opiskelijoiden opinnäytteinä. Näitä olivat toiminnalliset opinnäytetyöt Riikka Maarasen ja Tea Löppösen Ihosyövän ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen – Nuorten aikuisten aurinkokäyttäytyminen (Maaranen ja Löppönen, 2016) ja Johanna Heiskalan ja Milla Salosen Nuuskankäytön ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen nuorilla (Salonen ja Heiskala, 2016), sekä vertaistukikoulutuksen yhteyteen järjestetty seminaari Päivi Rantasen ja Pia Eskolan Nuorten terveyden edistäminen -koulutuspäivä Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksessä (Rantanen ja Eskola, 2016).

Näiden kolmen projektin onnistumisten ja nousseiden kehittämis ehdotusten kautta on voitu peilata syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen toimintamallin käytettävyyttä. Kaikissa projekteissa halutut tulokset ja niiden pysyvyyden varmentamisen huomiointi olisi voinut olla tärkeämmässä roolissa jo intervention suunnitteluvaiheessa. Lähtökohdat, tarve ja tarkoitus kaikille projekteille toimintamallin näkökulmasta lähtee johtamisen teeman tasolla valtakunnallisesta ja Lssy:n omasta strategiasta, yhteistyöstä sekä tutkimus- ja koulutussuunnittelusta Turun Amk:n kanssa interventioiden mahdollistamiseksi.

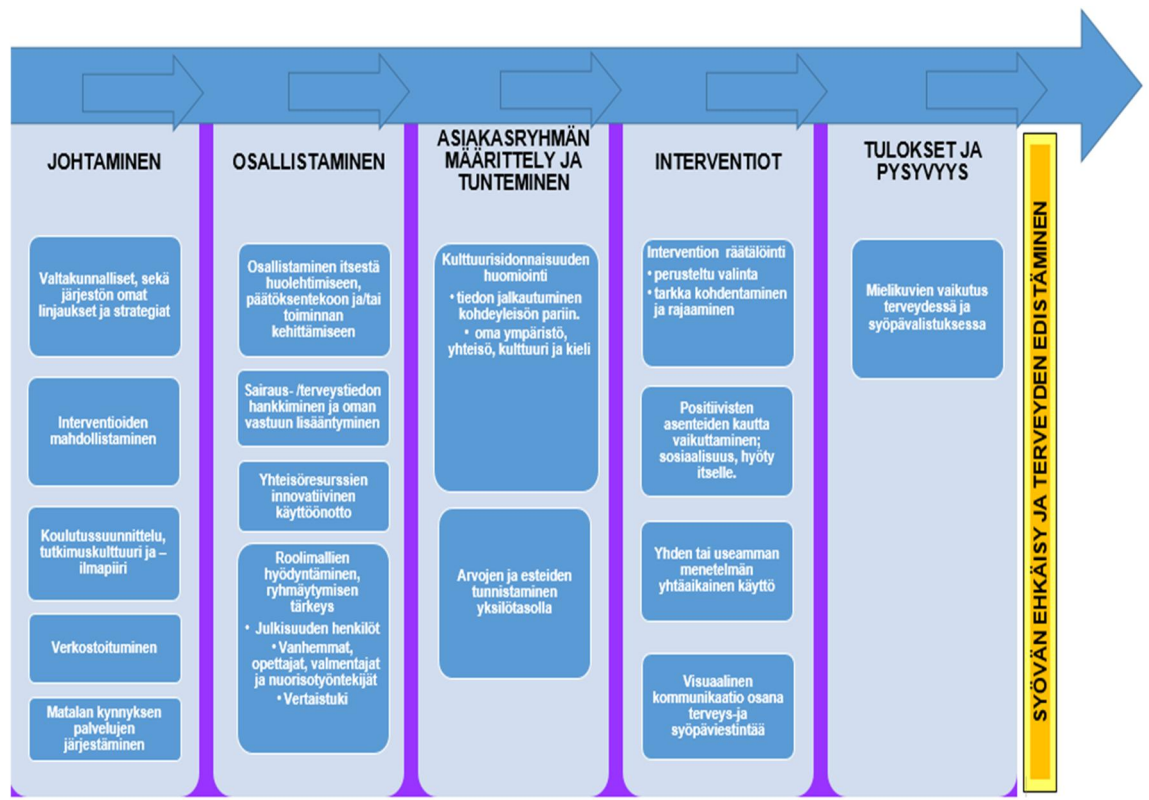
Aurinkoagentit jalkautuivat Lssy:n pitämän perehdytyksen jälkeen Turun kauppatorille Ruisrock-tapahtumaan lähteviin linja-autoihin suuntaavien ihmisten joukkoon selvittämään havainnointilomakkeen ja kysymysten avulla nuorten aikuisten aurinkokäyttäytymistä suhteessa heidän omaamaansa tietoon aiheeseen liittyen, sekä keskustella aurin gon UV-säteilyltä suojautumisesta ja turvallisesta aurinkokäyttäytymisestä.

Aurinkoagenteilla johtamisen teemassa korostuu etenkin matalan kynnyksen palvelun järjestäminen tuomalla tapahtuma keskelle toria. Osallistamisen teema nousee tässä projektissa esille terveystiedon hankkimisen ja oman vastuun lisääntymisen, sekä itsestä huolehtimisesta korostamisen kautta. Yhteisöllisyyden näkökulma löytyy Ruisrockiin suuntaavien ihmisten iloisuudesta. Asiakasryhmän määrittelyn ja tuntemisen teemassa on arvojen ja esteiden tunnistamista yksilötasolla esitettyjen kysymysten, vapaan keskustelun ja taustalla tehtyjen hiljaisten huomioiden kautta, sekä tiedon jalkautuessa kohdeyleisön pariin. Intervention osalta positiivisten asenteiden kautta vaikuttaminen; sosiaalisuuden näkökulma ja hyöty itselle tuotiin vahvasti esille. Lisäksi käytössä oli useampi menetelmä työn tueksi tarvittavan tiedon keräämiseksi. Visuaalista kommunikaatiota tuki aurinkoagenttien oma pukeutuminen. Tulosten ja pysyvyyden teemassa mielikuvien vaikutus ja sitä kautta herättely omaan terveyskäyttäytymiseen vastuuttamisessa oli tärkeässä roolissa.

Nuuskaoprosjekti toteutettiin kesällä valtakunnallisen jääkiekkoleirin yhteydessä ehkäisevästi varhaisnuorille ikäluokassa 11-14 vuotta, joilla oletuksena oli, että he eivät vielä ole aloittaneet nuuskan käyttöä, mutta ovat tietoisia siitä. Yhteistyö järjestävän urheiluseuran kanssa oli olennainen osa projektin onnistumista. Opinnäytetyössä käytettiin kyselyä, sekä learning café-menetelmää osallistamaan nuoret mukaan pohtimaan nuuskaamista, sekä sen aloittamisen ja lopettamisen syitä ja seurauksia. Sen lisäksi käytettiin kolmantena ja viimeisenä menetelmänä perinteistä luentoa varmentamaan nuuskan terveyskasvatustiedon sisäistäminen yhdistämällä se nuorten omiin learning café'n aikana nousseisiin pohdintoihin.

Nuuskaoprosjektin vahvuus löytyy neljän ensimmäisen teeman alta. Johtamisen osalta kaikki toimintamallin osa-alueet ovat toiminnassa mukana. Osallistaminen itsestä huolehtimiseen ja päätöksentekoon näkyi learning café:n toteutuksessa ja samalla lisättiin nuorten terveystietoutta ja vastuuta itsestä huolehtimisesta nuuskan ja nikotiinituotteiden käytön osalta. Yhteisöresurssit saatiin käyttöön jääkiekkoleirin yhteydessä ja samalla hyödynnettiin valmentajat ja ja vertaistuki roolimalleina. Myös vanhemmat olivat mukana tiedotuksen kautta. Asiakasryhmän määrittelyssä ja tuntemisessa yksilöitiin koulutustarpeet asiakasryhmän osalta alkukartoituksen avulla ennen varsinaista toimintaa ja näin voitiin paremmin miettiä toimintaan mahdollisesti vaikuttavia yksilöllisiä arvoja ja esteitä. Toiminta jalkautettiin kohderyhmän pariin, jääkiekon maailmaan ja yhteisöön. Intervention toteutuksessa huomioitiin sen räätälöinti nuorten iän, alkukartoituksen ja aiheen ra-

jauksen puitteissa. Positiivisen kautta vaikuttaminen ja nuorten oman näkökulman ja äänen kuuluviin saattaminen näkyi toiminnan sosiaalisessa luonteessa, osallistamisessa ja yhdessä tekemisessä. Learning café:n toimintapisteiden isot paperit ja nuorten vapaat kädet työn toteutuksessa, sekä lopuksi näihin töihin yhdessä palaaminen ja kertaaminen korostivat visuaalisen viestinnän merkitystä. Tulosten ja niiden pysyvyyden osalta mielikuvien herättely oli vahvinta osa-aluetta. Nuuskaprojektista laadittiin jälkikäteen mallinnos syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen toimintamallista (Kuvio 6).



Kuvio 6. Jälkikäteen tehty mallinnos nuuskaprojektista perustuen syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen osallistavaan toimintamalliin.

Seminaarissa alun perin kohderyhmäksi tavoiteltua koulujen henkilökuntaa ja nuorisoseuratoimijoita ei tavoitettu, joten aihepiiri muokattiin, räätälöitiin ja aikataulutettiin vertaistukihenkilöille soveltuvaksi fokuksen säilyessä kuitenkin nuuskankäytön ehkäisyssä ja turvallisen aurinkokäyttämisen tukemisessa. Seminaarin järjestäjillä oli johtamisen teemassa koulutussuunnittelu vahvuutena. Osallistaminen näkyi yhteisöresurssien hyödyntämisessä vertaistukihenkilöitä kouluttamalla, osallistamalla heitä mukaan toimintaan ja tiedon välittäjiksi lisäämällä heidän terveystietoaan, jolloin voidaan tavoittaa sitä kautta

laajempaakin kohderyhmää. Asiakasryhmän määrittelyn ja tuntemisen osalta koulutuksen räätälöinti tälle kohderyhmälle toteutui hienosti ja seminaari toteutettiin vertaistukihenkilöiden koulutuspäivien sisällä. Intervention sisällä hyödynnettiin visuaalista kommunikaatiota ja internetpohjaisia menetelmiä mm. videoklippejä aiheesta näyttämällä. Myös seminaarin värimaailma oli tarkoin mietitty ja toteutettu. Tulosten ja niiden pysyvyyden osalta mielikuvien vaikutus jäi varmasti päällimmäiseksi.

Toimintamallin avulla on tarkoitus käynnistää Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen terveyden edistämiseen keskittyvä tutkimus- ja kehittämistyö yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun ja muiden yhteistyökumppanien kanssa. Tavoitteena on kohdentaa Lssy:n toimintaa yhä enemmän myös syövän ennaltaehkäisyn suuntaan jo sairastuneiden tuen ja neuvonnan ohella tukemaan neuvontahoitajien pitämien luomihuolipoliklinikoiden jo vakiintunutta toimintaa.

Lounais-Suomen Syöpäyhdistys on jo edennyt syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen tavoitteessaan aloittamalla alkuvuodesta 2017 toimintamalliin pohjautuen kaksivuotisen NIKO-projektin, joka keskittyy nuorten nikotiinikäyttäytymisen terveystasvatukseen ja käytön ehkäisyyn sekä lopettamisen tukemiseen palkatun projektipäällikön johdolla. Tarkoituksena on hyödyntää kirjallisuuskatsaukseen pohjautuvan toimintamallin teemoja ja osa-alueita nuorison tavoittamiseksi heidän omassa ympäristössään hyödyntäen roolimallit, yksilöllisyyden, sosiaalisen median kanavat, ja parhaimmillaan osallistaa ja sitouttaa heidät terveyden edistämisen toiminnan moottoreiksi projektipäällikön ohjauksessa ja Turun AMK:n ja YAMK:n opiskelijoiden toimiessa innovatiivisina ja tärkeinä toiminnan mahdollistajina ja promoottoreina.

12 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

Kehittämiprojekti eteni kokonaisuudessaan projektisuunnitelmaan laaditun aikataulun mukaisesti, vaikka fokusryhmätapaamista jouduttiinkin aikataulusyistä siirtämään suunnitellusta lokakuusta joulukuun alkuun. Projektin tuotoksena syntyi syövän ehkäisyn ja terveyden edistämisen osallistava toimintamalli.

Toimintamallia on esitetty tähän mennessä siihen pohjautuvaan kaksivuotiseen nuorten nikotiinivalmisteiden terveystasvatukseen tähtäävän NIKO-projektin aloituspalaverissa 13.3.2017, sekä Lssy:n, Turun AMK:n ja Tyksin yhteistyöpalaverissa 23.3.2017. Implementointi aloitettiin jo keväällä 2016 lanseeraamalla kolme AMK-tasoista pilottiprojektia nuorten aikuisten aurinkokäyttämistä, varhaisnuorten nuuskan käytöstä, sekä näihin teemoihin sitoutuvassa Lssy:ssä järjestetyssä seminaarissa.

Kehittämiprojektin aiheen valinta on liittynyt Lssy:n strategian mukaiseen linjaukseen toiminnan kehittämisestä myös terveyden edistämisen suuntaan, sekä laajemmin valtakunnallisesti tiedostettuihin ongelmiin syövän ehkäisyyn liittyvän terveystasvatuksen tarpeen ja tehokkuuden kehittämiseen. Lisäksi sote-uudistuksen vastuualueiden uudelleenjärjestelyjen vuoksi kolmannen sektorin osuus terveyden edistämisen sektorilla tulee olemaan erittäin tärkeä.

Projektipäällikkönä kehittämiprojektissa on toiminut YAMK-opiskelija. Projektipäällikkö on vastannut projektin linjauksesta, etenemisestä, tiedottamisesta ja aikataulussa pysymisestä. Ohjausryhmään on kuulunut projektipäällikön lisäksi yliopettajan YAMK, Lssy:n edustajana työelämämentori/osastonhoitaja. Projektiryhmään kuuluivat heidän lisäksi Lssy:n järjestösihteeri ja toimitusjohtaja. Ohjausryhmä on tukenut ja arvioinut kehittämiprojektin etenemistä ja projektipäällikön työtä. Projektiryhmä on ottanut vastuuta toimintamallin implementoinnista ja sen jatkuvuudesta.

Projektikokouksia on järjestetty Lssy:n, Turun AMK:n ja Tyksin opiskelijajohtoisena yhteistyöpalavereina aluksi tiiviimmin noin kerran kuukaudessa ja jatkossa harvemmin tarvelähtöisesti kahden kuukauden välein tiedotuksen ja yhteydenpidon toteutuessa ohjausryhmän välillä sähköpostein ja puheluin. Projektikokouksissa opiskelijajäsenet esittelivät omien kehittämishankkeidensa nykytilaa. Kaikki kokoukseen osallistujat toivat sen jälkeen oman asiantuntijuutensa työtään esittelevän käyttöön ja näin varmensivat osallisuuden suuntaa ja etenemistä.

Kehittämiprojektin menetelmävalinnat osoittautuivat toimiviksi ja toisiaan tukeviksi. Ensin tietopohja oli tarkoitus koota kirjallisuuteen tutustumalla, mutta se ei antanut riittävän varmaa pohjaa toimintamallille, joten päädyttiin systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Fokusryhmätyöskentely muokkasi, varmensi ja todensi mallin käytettävyyttä ja sisältöä.

Kehittämiprojektin tiedottaminen on ollut hieman suunniteltua vähäisempää, mutta projektin etenemisen kannalta riittävää. Yliopettaja on pidetty ajan tasalla lähes viikoittain. Muutoin yhteydenpito projekti- ja ohjausryhmiin on tapahtunut lähinnä yhteistyöpalaverien yhteydessä, sekä työelämämentorin tarveharkintaisesti mentorointisuunnitelman mukaisesti. Suomen Syöpäyhdistystä on tiedotettu neuvontahoitajien koulutuspäivän yhteydessä pilottiprojektien osalta syksyllä 2016 ja fokusryhmätyöskentelyihin liittyen.

Projektipäällikkö on oppinut kehittämisprosessin aikana kokonaisuuksien hallintaa ja ihmishuomioita, projektityön vaatimaa järjestelmällisyyttä, sekä ymmärtänyt tiedottamisen ja projektin tietoperustan tärkeyden. Projektisuunnitelman riskianalyysiin kirjatut toimenpiteet riskin toteutumisen ehkäisemiseksi ovat olleet riittävän käytännönläheisiä ja hyödyllisiä estäen riskejä toteutumasta. Ainoastaan mallin toimivuus muissa ympäristöissä jää nähtäväksi ja työtä jatkavien projektipäälliköiden mietittäväksi ja arvioitavaksi. Toimintamallin toivotaan elävän ja muokkautuvan käytännön työn ja kokeilujen kautta, sekä tarvittaessa vahvistuvan interventioista saatavien kokemusten myötä yhä käyttökelpoisemmaksi.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus. Gummerus Kirjapaino Oy.

Balmer, C., Griffiths, F. ja Dunn, J. 2013. A qualitative systematic review exploring lay understanding of cancer by adults without a cancer diagnosis. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 70, No 8, 1688-1701. United Kingdom: John Wiley & Sons Ltd.

Booker, A., Malcarne, V.L. ja Robins, G. 2014. Evaluating Outcomes of Community-Based Cancer Education Interventions: A 10-Year Review of Studies. *Cancer Education*, 233- 240. Springer Science+Business Media. DOI 10.1007/s13187-013-0578-6

Bowling, A. 2002. *Research methods in health. Investigating health and health services*. Open University Press. United Kingdom.

Brown, J. 2013. A Review of the Evidence on Technology-Based Interventions for the Treatment of Tobacco Dependence in College Health. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. Vol 10, No 3: 150-162.

Chen, Y-C. ja Li, I-C. 2009. Effectiveness of interventions using empowerment concept for patients with chronic disease: a systematic review. *JB Library of Systematic Reviews*. Vol 7, No 27, 1179-1233.

Edgar, L., Glackin, M, Hughes, C., Mary, K. ja Rogers, A. 2013. Factors influencing participation in breast cancer screening. *British Journal of Nursing*. Vol 22, No 17, 1021-1026.

Finck, A. 2014. *Conducting research literature reviews. From the Internet to Paper*. Fourth Edition. London: Sage Publications Ltd.

Garside, R., Pearson, M. ja Moxham, T. 2010. What influences the uptake of information to prevent skin cancer? A systematic review and synthesis of qualitative research. *Health Education Research*. Vol 25, No 1, 162-182. United Kingdom: Oxford University Press.

Gimeno-Garcia, A.Z., Quintero, E., Nicolas-Perez, D., Parra-Blanco, A ja Jimenez-Sosa, A. 2009. Impact of an educational video-based strategy on the behavior process associated with colorectal cancer screening: a randomized controlled study. *Cancer Epidemiology*. Vol 33, No 3, 216-222.

Gimeno-Garcia, A., Hernandez Alvarez Buyla, N., Nicolas-Peres, D. ja Quintero, E. 2014. Public Awareness of Colorectal Cancer Screening: Knowledge, Attitudes, and Interventions for Increasing Screening Uptake. *ISRN Oncology*. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/425787>. Viitattu 2.3.2017 <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=0b802141-e8c5-4837-b186-90649f377c39%40sessionmgr4009&hid=4106>

Glanz, K ja Bishop, B. 2010. The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annual Review of Public Health*. Vol 31: 399-418.

Godfrey. C.M., Harrison, M.B., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I.D., Oaklay, P. 2010a. The experience of self-care: a systematic review. Vol 8, No 34, 1351- 1460. *JB Library of Systematic Reviews*. Viitattu 26.1.2016 http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.turkuamk.fi/sp-3.18.0b/ovid-web.cgi?&S=LCHKPDDIEJHFIFMPFNJKFDBGEILAAA00&Link+Set=S.sh.21%7c1%7csl_190

Godfrey. C.M., Harrison, M.B., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I.D., Oaklay, P. 2010b. Intervention strategies that support self-care activities: an integrative study across disease/impairment grouping. *JB Library of Systematic Reviews*. Vol 8, No 33, 1304-1350.

Green, J., Tones, K., Cross, R. ja Woodall, J. 2015. Health promotion. Planning & strategies. SAGE Publications Ltd. London.

Ha Dinh T.T., Bonner, A., Clark, R., Ramsbotham, J. ja Hines, S. 2016. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports. Vol 14, No 1, 210-247.

Harrop, J.P., Nelson, D.E., Kuratani, D.G., Mullen, P.D. ja Paskett, E.D. 2012. Translating Cancer Prevention and Control Research into the Community Setting: Workforce Implications. J Canc Educ. Vol 27, No 2, S157-S164. New York: Springer Science + Business Media.

Heo, H. ja Braun, K.L. 2014. Culturally tailored interventions of chronic disease targeting Korean Americans: a systematic review. Ethnicity & Health. Vol 19, No 1: 64-85. <http://dx.doi.org/10.1080/13557858.2013.857766>. IJ Routledge.

Hirsjärvi, S. ja Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S, Remes, P. ja Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Huttunen, J. 2015. Mitä terveys on? Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 7.3.2017 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903

Jalava, J., Koskela, T., Pentala, O., Murto, J. ja Kaikkonen, R. 2014. Osallistuminen sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan Suomessa 2013 – ATH-tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 6/2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja. Viitattu 16.3.2017 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116071/URN_ISBN_978-952-302-203-4.pdf?sequence=1

Johanson, J-E., Husman, P. ja Uusikylä, P. 2015. Viisto, väistö ja vuorovaikutus – Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon kanssakäymisen muotoiluja. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Viitattu 17.3.2016 [www.tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98376/viisto vaisto ja vuorovaikutus 2015.pdf?sequence=1](http://www.tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98376/viisto_vaisto_ja_vuorovaikutus_2015.pdf?sequence=1)

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134. Tampereen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print.

Leonardi-Bee, J., Ellison, T. ja Bath-Hextall, F. 2012. Lifestyle factors of smoking, BMI and alcohol on the risk of Non-Melanoma Skin Cancer in adults: a systematic review. JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports. Vol 10, No 6 :352-398. JBI000532 Viitattu 2.3.2017 http://ovidsp.ovid.com.ovidproxy.turkuamk.fi/sp-3.24.0a/ovidweb.cgi?&S=JJPGPDKPPPHF-HEHAFNHKFBPFJKLMAA00&Link+Set=S.sh.21%7c1%7csl_190

Lockwood, C., O'Connell, A. ja Thomas, P. 2008. Smoking cessation interventions and strategies. Technical report. Vol 4, No 8, 91-105. The Joanna Briggs Institute.

Liimatainen, L. 2002a. Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta. ISSN 0356-1070. University Library of Jyväskylä. Viitattu 6.3.2017 <https://pdfs.semanticscholar.org/d95d/02bc920c778a5cf76b776d651bb3037c3dc0.pdf>

Liimatainen, L., Ryttyläinen, K. & Mäkitalo, M. 2010b. Esimerkki Precede-Proceedmallin soveltamisesta: nuorten terveyden edistäminen kouluyhteisössä. Teoksessa Pietilä, A-M. (toim.). Terveiden edistäminen. Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.

Lounais-Suomen Syöpäyhdistys 2016. Toimintasuunnitelma ja talousarvio vuodelle 2016.

Lounais-Suomen Syöpäyhdistys 2017. Nettisivut. Viitattu 30.1.2017 <http://lssy.fi/yhdistysinfo/organisaatio/>

Luque, J.S., Ross, L. ja Gwede, C.K. 2014. Qualitative Systematic Review of Barber-Administered Health Education, Promotion, Screening and Outreach Programs in African-American Communities. *J Community Health*. Vol 39, 181-190. New York: Springer Science + Business Media.

Maaranen, R. ja Löppönen, T. 2016. Ihosyövän ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen: nuorten aikuisten aurinkokäyttäytyminen. Turun AMK:n opinnäytetyö, hoitotyön koulutusohjelma. Theseus. Viitattu 24.3.2017 <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/122490/Aurin-koagentit.pdf?sequence=1>

McWhirter, J.E. ja Hoffman-Goetz, L. 2012. Visual Images for Skin Cancer Prevention: A Systematic Review of Qualitative Studies. *J Canc Educ*. Vol 27, 202-216. New York: Springer Science + Business Media.

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Miller, J., Knott, V.E., Wilson, C. ja Roder, D. 2012. . A review of community engagement in cancer control studies among Indigenous people of Australia, New Zealand, Canada and the USA. *European Journal of Cancer Care*. Vol 21; 283-295. Blackwell Publishing Ltd.

Nurminen, E. 2010. Sosiokognitiivinen toimintamalli nuorten tupakoimattomuuden edistämisessä. Fakta tupakasta tietopäivän arviointitutkimus. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 1.2.2016 <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/24460>.

Palosuo, H., Sihto, M., Lahelma, E., Lammi-Taskula, J. ja Karvonen, S. 2013. Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveyspolitiikassa. *Terveyden ja hyvinvointilaitoksen julkaisuja 14/2013*. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy; Tampere. Viitattu 7.3.2017 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-909-1>

Pietilä, A-M. (Toim.) 2010. Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.

Rantanen, P. ja Eskola, P. 2016. Nuorten terveyden edistäminen: koulutuspäivä Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksessä. Turun AMK:n opinnäytetyö, hoitotyön koulutusohjelma. Theseus. Viitattu 24.3.2017 https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/121856/Rantanen_Paivi.pdf?sequence=1

Rotko, T. ja Kauppinen T. 2016. Terveys 2015 – kansanterveysohjelman loppuarviointi. THL – Työpäpöri 8/2016 ISBN 978-952-302-638-4 Viitattu 8.2.2017 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130313/TY%C3%962016_8_Terveys%202015_WEB_korjattu%20ja%20linkitetty_6.4.16%20%283%29.pdf?sequence=1

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 17.3.2016 www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Salomäki, S-M. ja Tuisku, J. 2012. Kuuntelua, kannustusta ja kehuja. Nuorten näkemyksiä lopettamisesta ja lopettamisen tuesta. Syöpäjärjestöjen raportti. Helsinki: Aldus Oy. Viitattu 5.2.2016 http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/frantic/syopa-jarjestot/Kuuntelua_kannustusta_kehuja.pdf

Salonen, M. ja Heiskala, J. 2016. Nuuskankäytön ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen nuorilla. Turun AMK:n opinnäytetyö, hoitotyön koulutusohjelma. Theseus. Viitattu 24.3.2017 <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/120199/heiskala.johanna.pdf?sequence=1>

Savola, E., Peltö-Huikko, A., Tuominen, P. ja Koskinen-Ollonqvist, P. 2005b. Sata tapaa arvioida terveyden edistämistä. Katsaus terveyden edistämisen arviointitutkimuksiin. *Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja –sarja 6/2005*. Helsinki: Trio-Offset.

Savola, E. ja Koskinen-Ollonqvist, P. 2005a. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. *Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja – sarja 3/2005*. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Sharif, M.O., Sharif, F.N.J., Ali, H. ja Ahmed, F. 2013. Systematic Reviews Explained: AMSTAR—How to Tell the Good From the Bad and the Ugly. *Journal of Oral Health and Dental Management*. Vol 12, No 1, 9-16. Viitattu 27.2.2017 <https://www.omicsonline.com/open-access/systematic-reviews-explained-amstarhow-to-tell-the-good-from-the-bad-and-the-ugly-2247-2452-12-491.pdf>
- Shea, B., Hamel, C., Wells, G., Bouter, L., Kristjansson, E., Grimshaw, J., Henry, D. ja Boeers, M. 2009. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*. No 62, 1013-1020. doi: 10.1016/j.jclinepi.2008.10.009 Viitattu 27.2.2017 <http://amstar.ca/docs/Publication%20-%20AM-STAR%20is%20reliable.pdf>
- Sirviö, K. 2010. Lapsiperheiden terveyden edistäminen – osallistamista ja ennakoitua. Teoksessa Pietilä, A-M. (toim.). *Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan*. Helsinki: WSOYpro Oy.
- STM 2010. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010-2020. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:6. Viitattu 24.2.2017 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112367/selv_2010_6_syovan_hoito_verkko.pdf?sequence=1
- STM 2011. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystieteiden strategia. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:1. ISSN 1797-9854 Viitattu 8.2.2017 <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73418/URN%3aNBN%3afi-fe201504223250.pdf?sequence=1>
- Ståhl, T. ja Rimpelä, A. (toim.) 2010a. Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja. Yliopistopaino. Viitattu 16.3.2017 <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80332/5d1a9fc1-a8f0-4f82-a958-0e93ed98a42f.pdf?sequence=1>
- Ståhl, T. & Rimpelä, M. 2010b. Väestön terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Teoksessa Ståhl, T. & Rimpelä, A. (toim.). *Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena*. THL. Helsinki: Yliopistopaino.
- Syöpäjärjestöjen strategia 2020. Helsinki: Painopaikka Grano Oy. Viitattu 30.9.2016 <http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/frantic/syopa-jarjestot/Syopajarjestojen-strategia-2015-2020.pdf>
- Syöpäjärjestöt 2016. Mikä on syöpä. Viitattu 4.2.2016 <https://www.kaikkisyovasta.fi/tietoa-syovasta/mika-on-syopa/>
- Syöpäjärjestöt 2017a. Ilman syöpää. Nettisivut. Viitattu 16.3.2017 <https://www.ilmansyopaa.fi/>
- Syöpäjärjestöt 2017b. Suomen Syöpäyhdistys. Nettisivut. Viitattu 30.1.2017 <https://www.syopajarjestot.fi/jarjesto/suomen-syopayhdistys/>
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Viitattu 7.3.2017 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- THL. 2011. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010. Raportti 15/2011. Helsinki: Unigrafia Oy. Viitattu 4.2.2016 <https://www.thl.fi/documents/10531/95613/Raportti%202011%2015.pdf>
- THL. 2014. Syövän ehkäisy, varhaisen toteamisen ja kuntoutumisen tuen kehittäminen vuosina 2014–2025. Kansallisen syöpäsuunnitelman II osa. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- THL. 2015. Kouluterveyskysely 2015. Viitattu 4.2.2016 https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset/tulokset-aiheittain/paihteet-ja-riippuvuudet#nuuskaa_paivittain.

THL 2016a. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa on poliittinen valinta. Aineistoa johtajille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja. Viitattu 16.3.2017 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/127161/THL_Tervekunta_esite_22032016_verkko.pdf?sequence=1

THL 2016b. Syövän ehkäisy. Viitattu 16.3.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/syopa/syovan-ehkaisy>

Toikko, T. ja Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy- Juvenes Print.

Truglio-Londrigan, M., Slyer, J.T., Singleton, J.K. ja Worrall, P.S. 2014. A qualitative systematic review of internal and external influences on shared decision-making in all health care settings. JBI Library of Systematic Reviews & Implementation Reports. Vo 12, No 5, 121-195.

Tuong, W., Larsen, E.R. ja Armstrong A.W. 2014. Videos to influence: a systematic review of effectiveness of video-based education in modifying health behaviors. J Behav Med. Vol 37, 218-233. New York: Springer Science + Business Media.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012-2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 6.3.2017 <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Van Deventer, C., McInerney, P. ja Cooke, R. 2015. Patients' involvement in improvement initiatives: a qualitative systematic review. JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports. Vol 13, No 10: 232-290.

Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

WHO 1948. Declaration of Health. International Health Conference 1946. New York. Viitattu 7.3.2017 http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

WHO 2012. The Rio Political Declaration was endorsed by WHO Member States at the Sixty-fifth World Health Assembly (WHA) in Geneva, Switzerland in May 2012. Viitattu 7.3.2017 http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. painos. PK-Kustannus. Bookwell Oy, Juva.

Williams, A.L., Grogan, S., Clark-Carter, D. ja Buckley, E. 2013. Appearance-based interventions to reduce ultraviolet exposure and/or increase sun protection intentions and behaviours: a systematic review and meta-analyses. British Journal of Health Psychology. Vol 18: 182-217.

Wood, S.K., ja Payne J.K., 2012. Implementation of National Comprehensive Cancer Network Evidence-Based Guidelines to Prevent and Treat Cancer-Related Infections. Clinical Journal of Oncology Nursing. Vol 16, No 3, 111-118. Doi: 10.1188/12.CJON.E111-E117 Viitattu 2.3.2017 <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=6a5f17ef-eb5f-49c9-956c-ddc3441bb548%40sessionmgr120&hid=123>

Yang, Z., Yang, Z, Zhu, L ja Qiu, C. 2011. Human Behaviors Determine Health: Strategic Thoughts on the Prevention of Chronic Non-communicable Diseases in China. International Journal of Behavioral Medicine. Vol 18, No 4, 295-301. DOI 10.1007/s12529-011-9187-0 Viitattu 2.3.2017 <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=6a5f17ef-eb5f-49c9-956c-ddc3441bb548%40sessionmgr120&hid=123>

SAATEKIRJE FOKUSRYHMÄHAASTATTELUUN OSALLISTUVALLE

Kohteliaimmin pyydän Teitä osallistumaan fokusryhmähaastatteluun (=asiantuntijapaneeli) koskien syövän ennaltaehkäisyn ja terveyden edistämisen toimintamallin arvioimista. Haastattelu toteutetaan tiistaina 13.12.2016 Meri-Karinassa osoitteessa Seikarin-
katu 35, 20900 Turku. Tavoitteena on kehittää osallistava terveyden edistämistä ja syövän ennaltaehkäisytyötä tukeva toimintamalli Lounais-Suomen syöpäyhdistyksen käyttöön.

Aineiston pohjaksi tehdään soveltava kirjallisuuskatsaus ja fokusryhmähaastattelun avulla on tarkoitus saada käytännön näkemystä alustavasta toimintamallista. Tämän jälkeen jälleen muokatun mallin toivotaan saavan fokusryhmähaastatteluun osallistuneilta vielä tammi- helmikuun vaihteessa toteutettavan sähköpostikierroksen kautta lisäsyvyyttä ja käytettävyyttä. Kehittämiprojekti sisältää lopullisen mallin implementointisuunnitelman.

Teidän osallistumisenne on erittäin tärkeää, koska toivomme ammattilaisten näkemyksiä toimintamallin kehittämisen tueksi. Osallistujien vastaukset käsitellään ja esitetään niin, ettei yksittäisen vastaajan näkemykset ole tunnistettavissa. Haastattelutilanne nauhoitetaan ja kuvataan aineiston purkua varten ja hävitetään tietojen keruun jälkeen asianmukaisesti. Halutessanne Teillä on oikeus keskeyttää haastattelu ja siihen osallistuminen, sekä kieltää käyttämästä Teihin liittyvää materiaalia missä tahansa projektin vaiheessa.

Suostumus haastatteluun osallistumisesta annetaan allekirjoittamalla tämän tiedotteen mukana tuleva Tietoinen suostumus haastatteluun osallistumisesta. Suostumus toimitetaan kehittämisprojektin vetäjälle Satu Takalalle fokusryhmähaastattelupäivänä.

Tämä kehittämisprojekti ja siihen liittyvä aineiston keruu on osa Turun ammattikorkeakoulussa opiskeltavaa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa ja siihen liittyvää opinnäytetyötä. Opinnäytetyön ohjaajana toimii yliopettaja Raija Nurminen.

Osallistumistanne toivoen ja siitä kiittäen,

Turussa 22.11.2016

Satu Takala

Fysioterapeutti, Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen- koulutusohjelma, ylempi ammattikorkeakoulututkinto

TIETOINEN SUOSTUMUS FOKUSRYHMÄHAASTATTELUUN OSALLISTUVALLE

Minua on pyydetty osallistumaan syövän ennaltaehkäisyn ja terveyden edistämisen toimintamallia kehittävän projektin fokusryhmähaastatteluun.

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt tutkimuksesta kertovan saatekirjeen. Olen saanut riittävän selvityksen fokusryhmähaastattelusta ja sen yhteydessä tehtävästä tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on luettu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin asiaa koskeviin kysymyksiini.

Tiedot minulle antoi _____ / ____ / 2016.

Kaikki asiantuntijapaneelin aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina.

Projektissa kerätyt tiedot säilytetään ja hävitetään asianmukaisesti.

Osallistumiseni on täysin vapaaehtoista.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni asiantuntijapaneeliin.

Päiväys:

Allekirjoitus ja nimen selvennys:

Systemaattisten katsausten metodologisen laadun arviointilomake.

AMSTAR – a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews.

1. Was an 'a priori' design provided?

The research question and inclusion criteria should be established before the conduct of the review.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable research objectives to score a "yes."

Note: Need to refer to a protocol, ethics approval, or pre-determined/a priori published

2. Was there duplicate study selection and data extraction?

There should be at least two independent data extractors and a consensus procedure for disagreements should be in place.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: 2 people do study selection, 2 people do data extraction, consensus process or one person checks the other's work.

3. Was a comprehensive literature search performed?

At least two electronic sources should be searched. The report must include years and databases used (e.g., Central, EMBASE, and MEDLINE). Key words and/or MESH terms must be stated and where feasible the search strategy should be provided. All searches should be supplemented by consulting current contents, reviews, textbooks, specialized registers, or experts in the particular field of study, and by reviewing the references in the studies found.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: If at least 2 sources + one supplementary strategy used, select "yes" (Cochrane register/Central counts as 2 sources; a grey literature search counts as supplementary).

4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion?

The authors should state that they searched for reports regardless of their publication type.

The authors should state whether or not they excluded any reports (from the systematic review), based on their publication status, language etc.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: If review indicates that there was a search for "grey literature" or "unpublished literature," indicate "yes." SIGLE database, dissertations, conference proceedings, and trial registries are all considered grey for this purpose. If searching a source that contains both grey and non-grey, must specify that they were searching for grey/unpublished lit.

5. Was a list of studies (included and excluded) provided? A

list of included and excluded studies should be provided.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: Acceptable if the excluded studies are referenced. If there is an electronic link to the list but the link is dead, select "no."

6. Were the characteristics of the included studies provided?

In an aggregated form such as a table, data from the original studies should be provided on the participants, interventions and outcomes. The ranges of characteristics in all the studies analyzed e.g., age, race, sex, relevant socioeconomic data, disease status, duration, severity, or other diseases should be reported.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: Acceptable if not in table format as long as they are described as above.

7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? 'A priori' methods of assessment should be provided (e.g., for effectiveness studies if the author(s) chose to include only randomized, double-blind, placebo controlled studies, or allocation concealment as inclusion criteria); for other types of studies alternative items

- Yes will be relevant.
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: Can include use of a quality scoring tool or checklist, e.g., Jadad scale, risk of bias,

sensitivity analysis, etc., or a description of quality items, with some kind of result for EACH study ("low" or "high" is fine, as long as it is clear which studies scored "low" and which scored "high"; a summary score/range for all studies is not acceptable).

8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions?

The results of the methodological rigor and scientific quality should be considered in the analysis and the conclusions of the review, and explicitly stated in formulating recommendations.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: Might say something such as "the results should be interpreted with caution due to poor quality of included studies." Cannot score "yes" for this question if scored "no" for question 7.

9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate?

For the pooled results, a test should be done to ensure the studies were combinable, to assess their homogeneity (i.e., Chi-squared test for homogeneity, I^2). If heterogeneity exists a random effects model should be used and/or the clinical appropriateness of combining should be taken into consideration (i.e., is it sensible to combine?).

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: Indicate "yes" if they mention or describe heterogeneity, i.e., if they explain that they cannot pool because of heterogeneity/variability between interventions.

10. Was the likelihood of publication bias assessed?

An assessment of publication bias should include a combination of graphical aids (e.g., funnel plot, other available tests) and/or statistical tests (e.g., Egger regression test, Hedges-Olken).

Yes
 No
 Can't answer
 Not applicable

Note: If no test values or funnel plot included, score "no". Score "yes" if mentions that publication bias could not be assessed because there were fewer than 10 included studies.

11. Was the conflict of interest included?

Potential sources of support should be clearly acknowledged in both the systematic review and the included studies.

Yes
 No
 Can't answer
 Not applicable

Note: To get a "yes," must indicate source of funding or support for the systematic review AND for each of the included studies.

Shea et al. *BMC Medical Research Methodology* 2007 **7**:10 doi:10.1186/1471-2288-7-10

Additional notes (in italics) made by Michelle Weir, Julia Worswick, and Carolyn Wayne based on conversations with Bev Shea and/or Jeremy Grimshaw in June and October 2008 and July and September 2010.

Poissuljetut artikkelit	Ei vastaa tutkimuskysymyksiin	Pisteytys (AMSTAR) jää heikko- tai keskitasoiseksi
Benito, L., Binefa, G., Lluch, T., Vidal, C., Mila, N, Puig, M., Roldan, J. ja Garcia, M. 2014. Defining the Role of the Nurse in Population-Based Cancer Screening Programs: A Literature Review. <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i> . Vol 18: 77-83.	x	
Blennerhassett, M. 2012. Breast cancer screening: an ethical dilemma, or an opportunity for openness? <i>Quality in Primary Care</i> . Vol 21, No 1: 39-42.	x	
Booker, A., Malcarne, V.L., Sadler, G.R. 2014. Evaluating outcomes of community-based cancer education interventions: a 10-year review of studies. <i>Journal of Cancer Education</i> . Vol 29, No 2: 233-240.	x	
Bradley, H.B. 2012. Implementation of a skin cancer screening tool in a primary care setting. <i>Journal of the American Academy of Nurse Practitioners</i> . Vol 24, No 2: 82-88.	x	
DeGroff, A., Cheung, K. Dawkins-Lyn, N., Hall, M., Melillo, S. ja Glover-Kudon, R. 2015. Identifying promising practices for evaluation: the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program. <i>Cancer Causes & Control</i> . Vol 26, No 5: 767-774.		x , 3/11p, low quality
Edgar, L., Glackin, M., Hughes, C., Mary, K. ja Rogers, A. 2013. Factors influencing participation in breast cancer screening. <i>British Journal of Nursing</i> . Vol 22, No 17: 1021-1026.		x, 4/11p, medium quality

Finocahario-Kessler, S., Wexler, C., Maloba, M., Mabachi, N., Ndikum-Moffor, F. ja Bukusi, E. 2016. Cervical cancer prevention and treatment research in Africa: a systematic review from a public health perspective. BMC Women's Health. Vol 16: 1-25.	x	
Foran, C ja Brennan, A. 2015. Prevention and early detection of cervical cancer in the UK. British Journal of Nursing. Vol 24: 22-29.	x	
Gimeno-Garcia, A., Hernandez Alvarez Buylla, N., Nicolas-Peres, D. ja Quintero, E. 2014. Public Awareness of Colorectal Cancer Screening: Knowledge, Attitudes, and Interventions for Increasing Screening Uptake. ISRN Oncology.; 1-19. (19p)		x Medium quality 5/11p.
Goelen, G., De Clerck, G. ja Hanssens, S. 2010. A community peer-volunteer telephone reminder call to increase breast cancer-screening attendance. Oncology Nursing Forum. Vol 37, No 4: 312-317.		x, low quality 0/11p.
González-Jiménez, E., Garcia, P.A., Aguilar, M.J., Padilla, C.A. ja Álvarez, J. 2014. Breastfeeding and the prevention of breast cancer: a retrospective review of clinical histories. Source: Journal of Clinical Nursing. Vol 23, No 17/18: 2397-2403.	x	

Henke, R., Goetzel, R.Z., McHugh, J., Gorhas, D., Reynolds, M., Davenport, J., Rasmussen, K. ja Isaac, F. 2013. Employers' Role in Cancer Prevention and Treatment-Developing Success Metrics for Use by the CEO Roundtable on Cancer. Population Health Management. Vol 16, No 5: 296-305.	x	
Heo, H-H. ja Braun, K.L. 2014. Culturally tailored interventions of chronic disease targeting Korean Americans: a systematic review. Ethnicity & Health. Vol 19, No 1: 64-85.		x, 4/11p, low quality
Hodgkinson, B, Tuckett, A., Hegney, D., Paterson, J. ja Kralik, D. 2010. Effectiveness of educational interventions to raise men's awareness of bladder and bowel health: a systematic review. JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports. Vol 8, No 30:1202-1241.	x	
Lee, H.Y. ja Vang, S. 2010. Barriers to cancer screening in Hmong Americans: the influence of health care accessibility, culture, and cancer literacy. Journal of Community Health. Vol 35, No 3: 302-314.	x	
Leonardi-Bee, J., Ellison, T. ja Bath-Hextall, F. 2012. Lifestyle factors of smoking, BMI and alcohol on the risk of Non-Melanoma Skin Cancer in adults: a systematic review. JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports. Vol 10, No 6 :352-398.	x	

Miller, J., Knott, V.E., Wilson, C. ja Roder, D. 2012. A review of community engagement in cancer control studies among Indigenous people of Australia, New Zealand, Canada and the USA. <i>European Journal of Cancer Care</i> . Vol 21, No 3: 283-295.		x, 5/11p, medium quality
Nwogu, C., Mahoney, M., George, S., Dy, G., Hartman, H., Animashaun, M., Popoola, A. ja Michalek, A. 2014. Promoting cancer control training in resource limited environments: lagos, Nigeria. <i>Journal of Cancer Education</i> . Vol 29, No 1: 14-18.	x	
Percac-Lima, S., Benner, C.S., Lui, R., Aldrich, L.S., Oo, S.A., Regan, N. ja Chabner, B.A. 2013. The Impact of a Culturally Tailored Patient Navigator Program on Cervical Cancer Prevention in Latina Women. <i>Journal of Women's Health</i> . Vol 22, No 5: 426-431.	x	
Ravert, P.K. ja Huffaker, C. 2010. Breast cancer screening in women: An integrative literature review. <i>Journal of the American Academy of Nurse Practitioners</i> . Vol 22, No 12: 668-673.	x	
Sokal, R. 2010. A critical review of the literature on the uptake of cervical and breast screening in British South Asian women. <i>Quality in Primary Care</i> . Vol 18, No 4: 251-261.	x	

Wood, S.K. ja Payne J.K. 2012. Implementation of National Comprehensive Cancer Network Evidence-Based Guidelines to Prevent and Treat Cancer-Related Infections. Clinical Journal of Oncology Nursing. Vol 16, No 3: 111-7.	x	
Yang, Z.Y., Yang, Z., Zhy, L. ja Qiu, C. 2011. Human Behaviors Determine Health: Strategic Thoughts on the Prevention of Chronic Non-communicable Diseases in China. International Journal of Behavioral Medicine. Vol 18, No 4: 295-301.	x	
Zhao, H., Tektiridis, J., Zhang, N ja Chamberlain, R. 2012. Cancer Prevention Health Services Research: An Emerging Field. Journal of Cancer Education. Vol 27: 149-156.	x	