

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2011

Ida Skogström & Annette Wikman

SYÖPÄKUNTOUTUJAN MIELIALA RBDI-MITTARILLA ARVIOITUNA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

TIIVISTELMÄ

OPINNÄYTETYÖ (AMK) / TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / Sairaanhoitaja

Toukokuu 2011 / 37 sivua

Ida Skogström & Annette Wikman

SYÖPÄKUNTOUTUJAN MIELIALA RBDI-MITTARILLA ARVIOITUNA

Tämä opinnäytetyö oli osa Syöpäpotilaan hyvä hoitopolku -hanketta, jota tehtiin yhteistyönä Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry:n ja Turun ammattikorkeakoulun kanssa. Tarkoituksena oli arvioida syöpäkuntoutujan mielialaa hänen tullessaan kuntoutukseen. Kysely toteutettiin LSSY ry:n toimesta vuonna 2010 ja aineisto analysoitiin PASW Statistics –ohjelmalla keväällä 2011. Opinnäytetyön tavoitteena oli syöpäkuntoutujien kuntoutustoiminnan kehittäminen.

Tutkimukseen osallistuneet ovat syöpäkuntoutujia, jotka osallistuivat LSSY ry:n kuntoutuskursseille. Kyselyyn vastanneita oli yhteensä 190, joista naisia 163 ja miehiä 27. Tutkimus oli kvantitatiivinen eli määrällinen. Tutkimusmenetelmänä käytettiin luotettavaksi todettua RBDI-kyselyä (Raitasalo's modification of the short form of the Beck Depression Inventory), jossa on 13 mielialaa mittaavaa kysymystä. Lisäksi tarkasteltiin taustamuuttujien (ikä, sukupuoli, syöpälaji, kurssi, uusiutuminen) yhteyttä mielialaan.

Tutkimustuloksista selvisi, että kyselyyn vastanneiden syöpäkuntoutujien mieliala on yleisesti ottaen hyvä, muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta. Kurssikohtaisesti ikääntyneiden rintasyöpäpotilaiden yksilökurssilaisten mieliala oli kaikkein huonoin. Syöpäkuntoutujat kokivat itsensä uupuneiksi ja väsyneiksi, mutta olivat kuitenkin suurimmalta osin tyytyväisiä tilaansa ja suhtautuivat tulevaisuuteensa positiivisesti.

Tulosten tarkastelussa käytettiin tukena lähdekirjallisuutta sekä eri tietokannoista löydettyjä tutkimuksia keskeisiin käsitteisiin liittyen. Analysoitaessa selvisi, että aikaisemmat tutkimustulokset eivät poikkea merkittävästi tässä kyselyssä saaduista tuloksista. Tässä tutkimuksessa saatiin lähinnä käsitys naisten mielialasta, miesten vastausmäärän jäätyä pieneksi. Kehittämissuhteeksi olisi koota suurempi vastausjoukko vastaamaan kyselyyn. Lisäksi tulisi kiinnittää huomio erityisen masentuneiden vastaajien tilanteeseen ja syihin masennuksen taustalla.

ASIASANAT: Mieliala, RBDI-mittari, syöpä, syöpäkuntoutuja

ABSTRACT

BACHELOR'S THESIS / ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing / Registered Nurse

May 2011 / 37 pages

Ida Skogström & Annette Wikman

THE DEPRESSION OF A CANCER PATIENT MEASURED USING THE RBDI-SCALE

This thesis is a part of the Cancer patients good treatment path – project that is carried out by the Cancer Association of South-Western Finland (LSSY) in co-operation with Turku University of Applied Sciences. In the thesis the depression of a cancer patient was measured at the point when they first enter rehabilitation. The questionnaire was carried through by the LSSY in 2010 and the data were analysed using PASW Statistics -programme in spring 2011. The objective of this study was to develop cancer rehabilitation.

The cancer patients, who participated in the research, were all on the LSSY's rehabilitation course. 190 people answered to the questionnaire altogether, 163 of whom were women and 27 of whom were men. The research method was the RBDI-questionnaire and the study was quantitative. The RBDI-questionnaire (Raitasalo's modification of the short form of the Beck Depression Inventory) was used as a method of collecting the data. It includes 13 different questions that measure depression, and is considered reliable. The possible effect of background factors (age, gender, type of cancer, course and relapse) on the results was also examined.

Based on results the depression of cancer patients is generally good with some exceptions. Elderly breast cancer patients in the individual courses were the most depressed. The cancer patients felt tired, but were mainly content and had a positive attitude towards their future.

Relevant literature and surveys were used as support when examining the data. The results received in this thesis do not differ remarkably from the previous research results. In this analysis, however, the results can mainly merely be applied to women as the number of male participants remained small. In the future, it would be adequate to gather bigger group of cancer patients to answer the questionnaire. Attention should be paid to the especially depressed patients.

KEYWORDS: Mood, RBDI-scale, cancer, cancer patient

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 SYÖPÄKUNTOUTUJAN MIELIALA	6
2.1 Tiedonhakuprosessi	6
2.2 Syöpä	6
2.2.1 Yleisimmät syövät	7
2.2.2 Syövän oireet	8
2.2.3 Syövän hoito	8
2.3 Psykososiaalinen syöpäkuntoutus	9
2.4 Syöpää sairastavan mieliala ja siihen vaikuttavat tekijät	11
2.4.1 Masennus ja toimintakyky	12
2.4.2 Ulkonäkö	12
2.4.3 Fyysiset oireet	13
2.4.4 Sosiaalinen elämä ja seksuaalisuus	13
2.4.5 Tulevaisuuden kokeminen ja elämänlaatu	15
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	16
4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	17
4.1 Tutkimusmenetelmä	17
4.2 Aineiston keruu ja kohderyhmä	18
4.3 Aineiston käsittely ja analysointi	20
5 TUTKIMUSTULOKSET	21
6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	32
7 POHDINTA	34
LÄHTEET	36

TAULUKOT

Taulukko 1. Vastanneiden sairastamat syövät	19
Taulukko 2. Osallistujien sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskurssit	20
Taulukko 3. Kuntoutujien mieliala	22
Taulukko 4. Tulevaisuuteen suhtautuminen	22
Taulukko 5. Elämän sujuminen	23
Taulukko 6. Tyytyväisyyden tunne	24
Taulukko 7. Itsensä kokeminen	24

Taulukko 8. Pettymyksen tunteet	25
Taulukko 9. Itsensä vahingoittaminen	26
Taulukko 10. Suhtautuminen vieraiden ihmisten tapaamiseen	27
Taulukko 11. Päätösten tekeminen	27
Taulukko 12. Olemuksen ja ulkonäön kokeminen	28
Taulukko 13. Nukkuminen	29
Taulukko 14. Väsymyksen ja uupumuksen kokeminen	29
Taulukko 15. Ruokahalu	30
Taulukko 16. Ahdistuneisuus ja jännitys	31

1 JOHDANTO

Suomessa noin joka neljännes sairastuu elämänsä aikana syöpään ja sairastuvuus tulee yhä kasvamaan lähivuosien aikana suurten ikäluokkien vanhetessa (Jaatinen ym. 2007, 317). Suomen syöpärekisterin mukaan vuonna 2009 syöpään sairastui 28 736 ihmistä (Suomen Syöpärekisteri 2010a,b) ja maailmanlaajuisestikin syöpä on johtava tautien yleisyyksiä verrattaessa (WHO 2008).

Syöpä tuo mukanaan erilaisia ajatuksia ja tunteita, jotka vaikuttavat potilaiden henkiseen tasapainoon. Syöpäkuntoutus on tärkeä osa syöpäpotilaan hoitopolkua ja sen tulisi olla kiinteästi mukana potilaita hoitavien yksiköiden toiminnassa, sillä Suomessa syöpäkuntoutujien määrä kasvaa koko ajan ja nykyään heitä on maassamme jo yli 215 000 henkilöä (Lipponen 2010). Huolimatta siitä, tutkittua tietoa syöpäkuntoutujan mielialasta on niukasti.

Opinnäytetyö on osa Syöpäpotilaan hyvä hoitopolku -hanketta, jota tehdään yhteistyönä Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry:n ja Turun ammattikorkeakoulun kanssa. Hankkeessa arvioidaan syöpäpotilaiden kuntoutustoiminnan tuloksellisuutta vuosina 2010–2011 ja sen tavoitteena on saada jokaiselle syöpää sairastavalle ihmiselle tämän omaan elämäntilanteeseen ja tarpeisiin sopivaa kuntoutusta (Nurminen 2010).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa syöpäkuntoutujan mielialaa RBDI-mittarilla (Raitasalo's modification of the short form of the Beck Depression Inventory) arvioituna. Tavoitteena on syöpäkuntoutujien kuntoutustoiminnan kehittäminen.

2 SYÖPÄKUNTOUTUJAN MIELIALA

2.1 Tiedonhakuprosessi

Tutkimuksia haettiin CINAHL-, COCHRANE-, MEDLINE-, PUBMED- ja MEDIC-tietokannoista käyttäen hakusanoja: RBDI, syöpä, cancer, kuntoutus, rehabilitation, syöpäkuntoutus ja cancer rehabilitation. Lisäksi hakusanoina käytettiin RBDI-mittarin eri osa-alueisiin liittyviä keskeisiä käsitteitä. Tietokantahaussa eniten tuloksia saatiin käyttämällä yksittäisiä sanoja, mutta yhdisteltäessä eri käsitteitä esimerkiksi syöpäkuntoutuja ja mieliala, tuloksia saatiin melko niukasti. Hakusanalla BDI löytyi tietokannoista runsaasti eri tutkimuksia, mutta RBDI-hakusana tuotti vain yhden tuloksen tietokannoista ja sekin liittyi kouluterveydenhuoltoon.

2.2 Syöpä

Syövän yleisyys on kasvanut ja Suomessa todetaankin vuosittain yli 25 000 uutta syöpätapausta. Koska yli puolet syöivistä todetaan yli 65-vuotiailla, syöpään sairastuvuus tulee yhä lisääntymään iäkkäiden osuuden kasvaessa väestössä. Kuitenkaan syöpäkuolleisuus ei ole noussut samassa tahdissa ilmaantuvuuden kanssa. (Jaatinen ym. 2007, 316–317.) Syöpä on maailmanlaajuisesti suurin kuolemaan johtava syy, sillä kuolemista noin 13 prosenttia eli 7,6 miljoonaa johdetaan syövästä. WHO:n ennusteen mukaan syöpiin liittyvät kuolemantapaukset nousevat yli 11 miljoonaan vuoteen 2030 mennessä. (WHO 2008.)

Syöpä on mutaatiosta riippuvainen geenien vuorovaikutus häiriö, joka saa aikaan kasvaimen (Syöpäjärjestöt 2009a). Se on epänormaalia kudosta, jolle on tyypillistä tunkeutuminen ja kasvaminen ympäröiviin kudoksiin tuhoten niitä. Usein syöpäkasvaimet lähettävät metastaaseja eli etäpesäkkeitä muihin elimiin. (Jaatinen ym. 2007, 316.) Etäpesäkkeet syntyvät, kun syöpäsolut lähtevät liikkeelle emokasvaimesta ja kiinnittyvät muihin elimiin alkaen jakautua niissä valaten tilaa. Suurimmassa osassa tapauksista syövän kasvun jatkuttua jonkin

aikaa muodostuu tuumori eli kyhmy, jonka kasvaminen voi kestää kymmenenkin vuotta. (Syöpäjärjestöt 2009b.) Pahanlaatuisten kasvainten kasvu on nopeampaa kuin hyvänlaatuisten ja ne ovat usein kohtalokkaita potilaalle (Joensuu ym. 2007, 16).

Karsinogeenit, perinnöllinen alttius osassa syövästä, säteily, tietyt virukset ja elämäntavat ovat syövän syntyyn vaikuttavia tekijöitä (Jaatinen ym. 2007, 316). Tupakointi aiheuttaa noin kolmanneksen syöpätapauksista, kolmasosaan liittyy ravintotekijöitä, 10 prosenttiin syövästä liittyy altistava infektio, kuten hepatiitti tai HIV sekä lisäksi UV- ja radioaktiivinen säteily lisäävät selkeästi syöpävaaraa (Eriksson ym. 2000, 15–16). Kuitenkaan aina ei tiedetä syövän aiheuttajaa. Keskeinen tekijä syövän kehittymisessä on myös ikääntyminen, sillä ihmisen vanhetessa solujen korjausmekanismilla on taipumus heikentyä (WHO 2010).

2.2.1 Yleisimmät syövät

Miesten yleisimmät syövät ovat eturauhasen syöpä, keuhkosyöpä sekä paksusuolen syöpä. Naisilla rintasyöpä on yleisin, jonka jälkeen tulevat paksusuolen syöpä sekä kohdunrunnon syöpä. (Syöpäjärjestöt 2010e.) Yleisyys eri kasvainten välillä vaihtelee esimerkiksi iän, sukupuolen, rodun, elintapojen, sosiaaliluokan ja ympäristön altisteiden mukaan. (Joensuu ym. 2007, 19 & 37.)

Suomessa yleisimmäksi syöväksi nopeasti noussut eturauhasen syövän keskimääräinen toteamisikä on noin 70 vuotta (Joensuu ym. 2007, 37–38). Suomen Syöpärekisterin mukaan vuonna 2009 uusien todettujen eturauhassyöpien määrä oli 4604 (Suomen syöpärekisteri 2010b). Rintasyöpä on naisilla 200 kertaa yleisempi kuin miehillä ja noin joka kymmenes nainen sairastuu siihen elämänsä aikana. Sairastumisvaaraa rintasyöpään kasvattavia tekijöitä ovat muun muassa ensimmäinen synnytys yli 30-vuotiaana, lapsettomuus, pitkäaikainen hormonikorvaushoito, ylipaino ja runsas alkoholin käyttö. (Käypähoito 2011.) Vuonna 2009 rintasyöpään sairastui 4461 naista, kun miesten vastaava luku oli 26 (Suomen Syöpärekisteri 2010a,b).

2.2.2 Syövän oireet

Noin puolella syöpäpotilaista on kipuja, jotka voivat olla syövän aiheuttamaa, hoidon aiheuttamaa tai johtua jostain muusta syystä. Yleisiä kipuja syöpäpotilailla ovat selkäkipu, päänsärky ja fibromyalgia eli krooninen kipuoireyhtymä. (Vuorinen 2003, 9.) Vaikka edennyt syöpä aiheuttaa kipua, se ei välttämättä ole taudin ensimmäinen oire. Syövän paikallisia oireita voivat olla epätavallinen kyhmy tai turvotus, verenvuoto ja haavaumat. Etäpesäkkeet voivat aiheuttaa imusolmukkeiden suurenemista, yskää, maksan suurenemista, luukipua ja neurologisia oireita. Muita syövästä johtuvia oireita saattaa olla laihtuminen, ruokahaluttomuus, voimakas hikoilu, anemia ja hormonaaliset muutokset. (News Medical 2011.) Merkkejä syövästä voi olla myös pitkällinen kuumeilu, luomen koon tai pinnan muutos, ruuansulatus- tai nielemisvaivat sekä virtsarakon toiminnan muutokset. Osa syöivistä on myös oireettomia ja ensimmäiset oireet saattavat ilmetä vasta etäpesäkkeistä. (Jaatinen ym. 2007, 317–318.)

2.2.3 Syövän hoito

Potilaan ennusteeseen ja hoitoon vaikuttaa syövän koko ja levinneisyys. Yleisimmin syövän levinneisyysluokittelussa käytetään Kansainvälisen syöpäunionin julkaisemaa TNM-luokitusta. T (tumor) tarkoittaa primaarikasvaimen laajuutta, N (node) imusolmukkeiden määrää ja M (metastasis) etäpesäkkeiden olemassaoloa. TNM-luokituksen perusteella syövästään lajitellaan viiteen levinneisyysasteeseen (0,I,II,III,IV), joista IV tarkoittaa laajalle levinnyttä tai etäpesäkkeistä syöpää. (Joensuu ym. 2007, 79–80.)

Syöpäpotilaan hoidon tavoitteena on mahdollisuuksien mukaan kuratiivinen eli parantava hoito (Jaatinen ym. 2007, 319–320). Syövän hoitomuodoista tärkeimpiä ovat leikkaus, sädehoito ja erilaiset lääkehoidot. Pienten syöpäkasvainien hoidossa käytetään usein pelkkää leikkausta tai sädehoitoa, mutta suurien kasvaimien hoidossa käytetään leikkauksen, sädehoidon ja lääkehoidon yhdistelmiä. Jos syöpä ei ole ehtinyt lähettää etäpesäkkeitä ympäristöönsä, on leikkaus syövän ensihoito. Ennen hoidon aloittamista määritetään syövän levinnei-

syys ja jos syöpä on levinnyt, sairastuneen ihmisen elimistä valitaan ne pesäkkeet, joiden kokoa voidaan seurata hoidon aikana luotettavasti. Hoidon tehon lisäksi on seurattava haittavaikutuksia, sillä syöpähoitojen tärkeä tavoite on mahdollisimman hyvän elämänlaadun säilyttäminen. (Joensuu ym. 2007, 122–127.)

Oireenmukaisella eli palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan kaikkea sellaista hoitoa, joka ei tähtää elinajan pitenemiseen tai syövän paranemiseen vaan oireiden lievittämiseen ja elämänlaadun kohentamiseen. Pitkälle edennyt syöpätauti aiheuttaa usein kipua ja epämukavaa oloa, palliatiivisen hoidon kulmakivi onkin kivunhoito. Palliatiivisella hoidolla pyritään varmistamaan mahdollisimman hyvä elämänlaatu. (Syöpäinfo 2010.)

2.3 Psykososiaalinen syöpäkuntoutus

Kaikkien elämässä on jossain vaiheessa vaikeita vaiheita ja kriisitilanteita, jolloin toimintakyky voi heikentyä. Ihmisillä on erilaisia tapoja suhtautua kriisitilanteisiin, mutta ympäristön tarjoamalla tuella on todettu olevan suuri merkitys koetulle elämäntilanteelle. Kuntoutumisen tarpeen lähtökohtana onkin ihmisen oma kokemus hänen voimavarojensa riittämisestä. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 14–16.) Kuntoutujan psyykkisiin oireisiin kuuluu usein ahdistusta ja masennusta, jotka ovat normaaleja reaktioita suureen elämänmuutokseen liittyen, mutta jatkuesaan pitkään vaikeita ja elämää rajoittavia (Syöpäjärjestöt 2010a).

Syöpäpotilaiden kuntoutustarve kasvaa jatkuvasti, sillä syöpähoitoa saavien ja syövästä selviytyneiden osuus väestöstä kasvaa koko ajan sekä suurella osalla syövästä selvinneistä on ongelmia ja jälkioireita (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010). Sairaus, sen laatu ja sairauden edellyttämä hoito vaikuttavat kuntoutuksen tarpeeseen. Potilas tarvitsee koko hoitojakson ajan psykososiaalista kuntoutumista sekä fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä edistävää kuntoutusta ja tukea. Suomen syöpäjärjestöjen suosituksen mukaan lääkinnällisen kuntou-

tuksen lisäksi psykososiaalinen tukeminen ja kuntoutus ovat keskeisiä kuntoutusmuotoja. (Kela 2005.)

Psyykkinen kuntoutus on tarpeen syöpäpotilaalle, sillä tunteet ovat yhteydessä elintoimintoihin ja kielteisten tunteiden hallitseminen hyvinvoinnin taustalla (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 132). Kaikesta huolimatta psykososiaalisen syöpäkuntoutuksen kehittäminen ja tutkimus ovat jääneet Suomessa vähälle huomiolle ja esimerkiksi kontrolloituja tutkimuksia syöpäkuntoutuksen vaikuttavuudesta ei ole tehty lainkaan. Systemaattisia selvityksiä kuntoutuksen toimitavuudesta ja tuloksellisuudesta on tehty lähinnä rintasyöpäpotilaiden sopeutumisvalmennukseen liittyen. Myös erilaisten psyykkisten tekijöiden merkityksestä ja mahdollisesta muokkaavasta vaikutuksesta kuntoutuksen tuloksiin ei ole juurikaan tutkittua tietoa. On kuitenkin katsottu, että optimismilla, elämänhallinnan tunteella ja sosiaalisella tuella on yhteyttä sairastumisen jälkeiseen psyykkiseen oirehdintaan ja elämänlaatuun. (Julkunen ym. 2010.)

Kuntoutumisen tulee perustua suunnitelmaan ja sen tulee olla monialaista toimintaa, jonka tavoitteena on kuntoutujan auttaminen hänen omien elämäntavoitteidensa toteuttamisessa ja elämänhallinnan ylläpitämisessä. (Kela 2005.) Syöpäpotilaan kuntoutus etenee ennalta asetettuihin tavoitteisiin, kuten oman sairauden laadun ymmärtämiseen, kykyyn irrottautua potilaan roolista, oman elämäntilanteen parempaan hallintaan, selviytymiseen arkielämässä ja ehkä myös palautumiseen takaisin työelämään. Kuntoutuksen on käynnistytävä mahdollisimman varhain lääketieteellisten, psyykkisten ja sosiaalisten syiden vuoksi. Säännöllisen ja suunnitelmallisen ohjauksen on katsottu vahvistavan syöpäpotilaiden tunnetta taistella sairautta vastaan, kohentavan heidän fyysisiä voimavarojaan, lisäävän elämänhallinnan keinoja ja saavan aikaan tunteen, että he saavat riittävästi tietoa. (Joensuu ym. 2007, 241–244.)

Omaiset voivat osallistua kuntoutukseen varsinkin, jos se on tarpeen kuntoutuksen vaikuttavuuden, hyvän kuntoutuksen toteuttamisen ja tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta (Kela 2005). Kuntoutusta toteutetaan yksilö- ja ryhmä-

kuntoutuksena. Kelan toimesta järjestettäviä kuntoutusmuotoja yksilökuntoutuksesta ovat yksilöterapiat ja ryhmäkuntoutuksesta syöpää sairastaville kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit. (Syöpäkäytäntö 2005.)

2.4 Syöpää sairastavan mieliala ja siihen vaikuttavat tekijät

Paineet ja pettymykset vaikuttavat välittömästi itsetuntoon ja mielialaan. Itsetunnon ja mielialan vaihtelut kuuluvat normaaliin elämään. Niiden pitkäaikainen ja haittaava heikkeneminen voivat ennakoida mielenterveyden häiriöiden ilmaantumista. Mielenterveyden häiriöt ovat väestössämme yleisiä. Kansainvälisesti arvioituna ne ovat yleisimpiä työkyvyttömyyden aiheuttajia. Masennus ja mielenterveyden häiriöt eivät tutkimusten mukaan ole lisääntyneet Suomessa, kuitenkin niiden aiheuttamat haitat ihmisille, kansantaloudelle ja sosiaalivakuutukselle ovat kasvaneet ja tulleet selvemmin näkyviin. Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat suuren osan kalliista hoidosta. Tilastojen mukaan masennuslääkkeiden käyttö viisinkertaistui Suomessa 1990-luvulla. Masennus saattaa puhjeta ja edetä elämänmuutosten ja menetysten sekä kriisien, taloudellisten ja ihmissuhdevaikeuksien sekä työn vaatimusten ja paineiden seurauksena. (Raitasalo 2007, 11.)

Potilailla usein esiintyviä tunnetiloja ovat: sokki ja järkytys, epävarmuus, syyllisyys, häpeä ja leimaantuminen, viha, pelko, ahdistus, yksinäisyys ja masennus. (Eriksson ym. 2000, 130–136.) Syöpäkuntoutujan mielialan tarkkailu on erityisen tärkeää, sillä jos se jää lääkäriltä huomioimatta ei potilas välttämättä osaa itsekään kiinnittää siihen kunnolla huomiota. Syövän aiheuttamia psyykkisiä haasteita ovat myönteisen asenteen säilyttäminen sekä tunnetilojen ja stressin hallinta, jotka ovat keskeisessä roolissa potilaan mielenterveyden kannalta. (Rautalahti 2008.) Australiassa tehdyn tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan ja omaisten positiivisuus auttaa potilaita selviytymään tasapainoisemmin arjessa sekä siinä, että potilaat eivät anna syövän vaikuttaa haitallisesti heidän elämänlaatuunsa (O`Baugh ym. 2003).

2.4.1 Masennus ja toimintakyky

Mielialan laskun lisäksi masennus heikentää tarkkaavaisuuden suuntaamista ja ylläpitämistä, keskittymiskykyä sekä muistia ja oppimiskykyä. Opiskelu- ja työkyvyn heikkenemisen lisäksi masennuspotilaan selviytyminen arjessa on vaikeaa. Ilman tarpeenmukaista hoitoa masennus voi uusiutua ja kroonistua helposti. Se lisää itsemurhan ja sydänperäisten sairauksien aiheuttamaa kuolemanvaaraa. Maailman terveysjärjestön, Maailmanpankin ja Harvardin yliopiston toimesta on arvioitu, että vuoteen 2020 mennessä vakava masennus tulee olemaan teollistuneissa maissa sepelvaltimotaudin jälkeen yleisin kansanterveysongelman aiheuttamien ennenaikaisten kuolemien ja toimintakyvyn häiriöiden vuoksi. (Raitasalo 2007, 12.)

Suomessa vuonna 2004 eturauhassyöpään sairastuneista potilaista 50 % osallistui vuonna 2009 viidessä yliopistosairaalaapiirissä tehtyyn kyselytutkimukseen. Noin puolelle tutkituista oli aiheutunut tunne-elämän muutoksia, kuten apeaa ja vaihtelevaa mielialaa (20–30 %) ja ajatusten kiertämistä kehää sekä surua tai katkeruutta (noin 10 %). Usealla potilaalla oli kielteisiä kokemuksia sairastumisvaiheeseen liittyen, jotka myös heijastuivat potilaiden psyykkiseen hyvinvointiin. Psykkisistä oireista ärtyneisyyttä, masentuneisuutta, hermostuneisuutta, epätoivoa tulevaisuuden suhteen, jännitystä, ahdistuneisuutta, keskittymisvaikeuksia ja huolestuneisuutta koki noin puolet vastaajista. 5 % vastaajista oli kokenut itsetuhoajatuksia. Neljäsosalla ei ollut psyykkisiä oireita lainkaan tutkimushetkellä. (Aromaa ym. 2010.)

2.4.2 Ulkonäkö

Syöpä voi aiheuttaa ruumiillisia muutoksia ja myös ruokahalu saattaa kasvaa lääkityksen aikana ja samalla paino nousta tai laskea, jonka potilas voi kokea epämiellyttäväksi. Syöpäpotilas voi myös menettää hiuksensa hoitojen takia ja esimerkiksi rintasyöpä potilas joutuu harkitsemaan rintaproteesin hankintaa. (Syöpäjärjestöt 2010b,c,d). Tutkimukseen, jossa selvitettiin naisten kokemuksia

sairastumisesta rintasyöpään, osallistui 18 rintasyövän sairastanutta naista. Tutkimuksessa kerätyt kertomukset osoittivat, että sairaus aiheutti ahdistusta, pelkoa ja huolta sekä sen, että tunteiden voimakkuus oli yhteydessä kuinka kauan naiset olivat joutuneet elämään epä tietoisuudessa tai odottamaan leikkausta. Naisista suurin osa koki surua ja hämmennystä vartalon muuttumisesta rinnanpoiston seurauksena. (Kovero ym. 2002).

2.4.3 Fyysiset oireet

Usein ilmenevä ruokahaluttomuus johtuu siitä, että joko syöpä itse tai siihen käytettävät hoidot vaikuttavat maku- ja hajuaistiin, joka alentaa kykyä nauttia ruuasta. Kanadassa toukokuusta 2006 joulukuuhun 2008 tehtyyn tutkimukseen osallistui 21 pitkälle edenneen syövän omaavia aikuispotilaita, jotka olivat syöneet vähemmän sairauden vuoksi kaksi viikkoa tai kauemmin. Saatuaan 18 päivää THC (vaikuttava aine kannabis)-kapseli hoitoa 64 prosentilla ruokahalu oli kasvanut sekä heidän unenlaatunsa ja rentoutuminen oli parantunut. (Annals of Oncology 2011).

Väsyminen on hyvin yleinen oire syöpäpotilailla, sitä esiintyy 50–90 % heistä. Se on oire, josta potilaat raportoivat eniten, mikäli kivut ovat kurissa. Aluksi väsymys on mielekäs vaste sairaudelle, mutta myöhemmin se voi kehittyä depressioksi. (Hahka-Kemppainen 2002.) Vuonna 2003 Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että yli puolella syöpäpotilaista oli väsymystä jossain vaiheessa sairautta. Ja vaikka lääkärit kertoivat antaneensa noin puolelle potilaistaan neuvoja aiheeseen liittyen, vain 14 % heistä muisti saaneensa sitä. (Cancer Research UK 2011.)

2.4.4 Sosiaalinen elämä ja seksuaalisuus

Syöpään sairastuminen vaikuttaa monin tavoin yksilön sosiaaliseen elämään. Vakavan sairauden yhteydessä vuorovaikutustaidoilla on erittäin suuri merkitys. Jos vuorovaikutus muiden kanssa on ongelmaton, on potilaan helpompi so-

peutua sairauteen ja keskustella ajatuksistaan, kokemuksistaan ja tunteistaan eri henkilöiden kanssa. Mikäli sosiaalinen kanssakäyminen on vaikeaa ja estynyttä, potilas jää helposti ajatuksineen ja tunteineen yksin. Syöpään sairastunut havahtuu usein sairauden alkuvaiheessa, että ihmiset välttelevät eivätkä oikein tiedä mitä sanoa. Sosiaalisesta lähiverkostosta karsiutuvat pois ne, jotka ovat joko kykenemättömiä, haluttomia tai liian pelokkaita osallistumaan tilanteeseen. Ihmisten suhtautumiseen vaikuttaa keskeisesti se, miten sairastunut itse kokee tilanteen, miten hän ilmaisee tunteensa ja ajatuksensa ympäristölleen. (Eriksson ym. 2000, 160–161.)

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa todettiin, että pelkojen käsittely ja niistä puhuminen auttoi rintasyöpäpotilaita selviytymisessä. Tutkimuksessa todettiin myös, että ulospäin suuntautuneiden potilaiden henkinen toipuminen oli nopeampaa. (Bishop ym. 2000). Kuntoutusportin julkaiseman tutkimuksen mukaan syöpäpotilaiden puolisoilla, varsinkin naisilla, havaittiin tutkimuksessa enemmän masentuneisuus- ja ahdistuneisuusoireita kuin potilailla. Tutkimustuloksista ilmeni myös, että potilaiden psyykkiseen selviytymiseen selvästi vaikuttava tekijä on puolison tuki. (Gustavsson-Lilius 2010.)

Syöpäpotilas joutuu sairauden ja hoitojen vuoksi usein vastakkain hyvin kipeiden, naiseuteen ja miehuuteen liittyvien kysymysten kanssa. Seksuaalisuus on edelleen alue, josta useimpien ihmisten on vaikea puhua. Syövän ja syöpähoitojen vaikutus potilaan seksuaalisuuteen voidaan karkeasti jakaa psyykkisiin ja toiminnallisiin ongelmiin. Sairauden laatu, hoitomuodot, elämäntilanne, suhtautuminen seksuaalisuuteen ja parisuhde sekä selviytymiskyky ovat ratkaisevia. On selvää, että seksuaalisuuteen liittyvien alueiden syövät, kuten eturauhassyöpä, rintasyöpä ja urologiset sekä gynekologiset syövät aiheuttavat suurempia ongelmia. (Eriksson ym. 2000, 172–175.)

Kirurginen hoito poistoleikkauksineen muuttaa voimakkaasti ihmisen sisäistä ja ulkoista minäkuvaa. Potilas voi jopa kokonaan kadottaa seksuaalisen identiteettinsä. Joillekin tukan ja ihokarvojen lähtö, nopea laihtuminen ja turvotukset, nä-

kyvä väsymys ja kalpeus aiheuttavat suuria ongelmia. Joidenkin kohdalla seksuaalisuuteen tulleet haavat ovat niin syviä, etteivät he koskaan kykene kokemaan itseään ehjäksi. (Eriksson ym. 2000, 175.) Tutkimuksessa, johon osallistui eturauhassyöpäkuntoutujia, vastanneista 29 % oli hyvin tyytymättömiä sekä 14 % melko tyytymättömiä seksielämäänsä ja hyvin tyytyväisiä oli vain 6 % (Aromaa ym. 2010). Tutkimustuloksista huolimatta, kuitenkin hyvä itsetunto, tukeva sosiaalinen verkosto tai hyvä parisuhde voivat auttaa selviytymään hyvinkin nopeasti. (Eriksson ym. 2000, 175.)

2.4.5 Tulevaisuuden kokeminen ja elämänlaatu

Syöpä voi aiheuttaa epävarman ja pelottavan tunteen tulevaisuutta kohtaan, sillä muutos arkielämään on niin suuri. Sairastunut voi tuntea menettävänsä elämänhallinnan tullessaan riippuvaiseksi muista. (Munuaissyöpähoito 2010.) Ihmiset kokevat sairautensa eri tavalla, mutta elämänlaatuun liittyy yleisesti fyysinen hyvinvointi, toimintakyky, esteettinen hoitotulos ja syöpää sairastavan omakuva. Syöpäpotilaiden psykososiaalisen toimintakyvyn ja elämänlaadun on onnistuneen hoidon jälkeen katsottu parantuvan asteittain seuraavien kolmen vuoden aikana. (Duodecim 2008.)

Potilas saattaa läheistensä vuoksi kokea syyllisyyttä siitä, että on sairastunut syöpään. Syöpään sairastunut voi syyttää itseään muun muassa terveellisten elämäntapojen laiminlyönnistä ja näin ollen kokea pettäneensä muut. Metastoituneen syövän toteaminen voi saada potilaan syyllistämään itseään siitä, ettei mennyt tarpeeksi ajoissa hoitoon. Syyllisyyteen liittyy kokemus epäonnistumisesta. (Eriksson ym. 2000, 215.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa syöpäkuntoutujan mielialaa RBDI-mittarin avulla. Tutkimusongelmia ovat:

1. Millainen on syöpäkuntoutujan mieliala hänen tullessaan kuntoutukseen?
2. Onko vastaajien taustamuuttujilla yhteyttä vastauksiin ja jos on, niin millälaisia?

4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tämä tutkimus toteutetaan kvantitatiivisella eli määrällisellä lähestymistavalla, jossa pyritään keräämään objektiivista tietoa rajatulta kohderyhmältä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään numeerisia mittauksia ja menetelmiä ja sen tulokset perustuvat yleensä tilastollisiin menetelmiin (Niskanen 2005). Kvantitatiiviset tutkimusmenetelmät sopivat tutkimukseen, jossa aineistoa kuvaillaan numeroina. Se sopii erityisen hyvin käytettäväksi kun tehdään yleistyksiä pienen otannan perusteella. Tavallisimmat aineistonkeruumenetelmät ovat kysely- ja haastattelututkimukset. Kyselylomakkeet ovat ajallisesti helpompia tehdä kuin haastattelut. Hyvä puoli on myös se, että tutkittava voi vastata kyselyyn kun hänelle sopii. Kyselytutkimusten vastausprosentti on yleensä kuitenkin alhaisempi kuin haastattelujen, ja väärinymmärtämisenriski on suurempi. (Eliasson 2006, 28–31.)

Tutkimusaineistoa voidaan hankkia tilastollisella eli strukturoidulla kyselylomakkeella (Eliasson 2006, 21), kuten tässäkin tutkimuksessa on tehty. Strukturoitu kyselylomake sisältää kirjallisessa muodossa olevia kysymyksiä, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot (Niskanen 2005). Tässä työssä käytetty kyselylomake on RBDI-mielialakysely (Raitasalo's modification of the short form of the Beck Depression Inventory). Kyselyn on kehittänyt Raimo Raitasalo 1980-luvun alussa, Aaron Beckin (USA) depressiokyselyn pohjalta. BDI (the Beck Depression Inventory) on yksi maailmalla yleisimmin käytetyistä masennusoireiden arviointikyselyistä. (Raitasalo 2007, 22.) Alun perin BDI-mittari kehitettiin potilaiden kuvaamien oireiden mukaan (Beck ym. 1988).

13-osainen RBDI-mittari sisältää seuraavat osa-alueet: mieliala, tulevaisuus, epäonnistuminen, tyytyväisyys, syyllisyys, itseviha, itsensä vahingoittaminen, sosiaalisuus, päätöksen tekeminen, ulkonäkö, työkyky, väsymys ja ruokahalu (Raitasalo 2007, 20). Jokaisen kysymyksen kohdalla on viisi vastausvaihtoeh-

toa. Masennusta kartoittavien vaihtoehtojen lisäksi on positiivinen vaihtoehto, jonka vuoksi kysely sopii myös muille kuin masentuneille ihmisille. RBDI-kyselyn helppokäyttöisyyttä puoltaa sen helposti ymmärrettävät kysymykset ja lyhyys sekä perinteisiä masennusasteikkoja monipuolisemmat vastausvaihtoehdot. Kysely kehitettiin alun perin viljelijöiden työterveyshuoltokokeilun terveystarkastuksien tarpeita varten ja nykyään sitä on käytetty muun muassa koulu- ja työterveyshuollossa (Kela 2007).

4.3 Aineiston keruu ja kohderyhmä

Aineisto oli kerätty Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry:n toimesta vuonna 2010. Syöpäkuntoutuskursseille osallistuneita oli 787 (=N) ja RBDI-kyselyyn vastasi 190 (=n) henkilöä. Vastausprosentin luotettava laskeminen ei ollut mahdollista, sillä käytössä ei ollut tarkkaa dokumentointia siitä, kuinka monelle lomake jaettiin.

Kuntoutujilta kysyttiin taustatiedoista sukupuoli, syntymävuosi, syöpälaji, kurssi, sairastumisvuosi, uusiutuminen sekä aineiston keräysvuosi. Kyselyyn vastanneista 163 oli naisia (86 %) ja 27 miehiä (14 %). Nuorin vastaaja oli 14-vuotias ja vanhin 88-vuotias. Vastaaajien keski-ikä oli 59 vuotta. Vastanneilla rintasyöpä oli yleisin syöpälaji. Toiseksi suurin ryhmä oli lymfooma ja kolmanneksi suurin gynekologiset syövät. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Vastanneiden sairastamat syövät

Syöpälajit	Frekvenssi	f %
Rintasyöpä	92	48,4
Leukemia	11	5,8
Aivokasvaimet	6	3,2
Vatsasyövät	12	6,3
Muut verisyövät	14	7,4
Lymfooma	25	13,2
Sarkomat	2	1,1
Kilpirauhasen syöpä	2	1,1
Teratooma	1	0,5
Myastenia gravis	1	0,5
Gynekologiset syövät	22	11,6
Yhteensä	188	98,9
Puuttuu	2	1,1

Syöpäkuntoutujat olivat osallistuneet joko murrosikäisten kurssille, nuorten kurssille, yksilö- tai parikurssille. Suurin osa kyselyyn vastanneista oli osallistunut iäkkäiden rintasyöpäpotilaiden yksilökurssille (23,2 %) ja toiseksi eniten osallistuneita oli työssäkäyvien rintasyöpäpotilaiden parikurssilla (18,9 %). (Taulukko 2.) Suurin osa (n=151) kyselyyn vastanneista oli sairastunut syöpään vuosina 2006–2010. Vuonna 2009 sairastuneita oli eniten (44,2 %). Syöpä oli uusiutunut kymmenellä vastaajalla ja kaikki oli rintasyöpiä.

Taulukko 2. Osallistujien sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskurssit

Kuntoutuskurssi	Frekvenssi	f %
Rintasyöpäpotilaan yksilökurssi/sopeutumisvalme.	12	6,3
Työssäkäyvien rintasyöpäpotilaiden parikurssi	36	18,9
Suolistosyöpäpotilaat, parikurssi	12	6,3
Hematologiset- parikurssi	29	15,3
Kantasolusiirtopotilaat, parikurssi	13	6,8
Rintasyöpäpotilaiden yksilökurssi, ikääntyneet	44	23,2
18–25-vuotiaiden nuorten kurssi	7	3,7
14–17-vuotiaan murrosikäisten kurssi	10	5,3
Gynekologisten parikurssi	22	11,6
Yhteensä	185	97,4
Puuttuu	5	2,6

4.4 Aineiston käsittely ja analysointi

Kerätty aineisto oli tallennettu tutkimusassistentin toimesta Excel-taulukkoon, josta tiedot siirrettiin PASW 18 Statistics -tilasto-ohjelmaan analysointia varten. Aineiston siirtämisen jälkeen taustatiedoille ja kysymyksille määriteltiin muuttujat. Jokaisesta mittarin kysymyksestä laskettiin frekvenssit ja frekvenssiprosentit sekä tarkasteltiin minimi- ja maksimiarvoja. Kysymyksiä ristiintaulukoitiin taustamuuttujien kanssa.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Suurin osa vastaajista koki mielialansa melko valoisaksi ja hyväksi tai ei ollut alakuloinen ja surullinen (79,5 %). (Taulukko 3.) Kurssikohtaisesti ikääntyneiden rintasyöpäpotilaiden yksilökurssilaisten mieliala oli kaikkein huonoin. Työssäkäyvien rintasyöpäpotilaiden parikurssilla, suolistosyöpäpotilaiden parikurssilla ja ikääntyneiden rintasyöpäpotilaiden yksilökurssilla oli kaikissa yksi henkilö, joilla oli tarkat suunnitelmat itsemurhasta. 14–17-vuotiaiden murrosikäisten kurssilla kaksi (20 %) vastasi, että olisi parempi jos olisi kuollut. Unettomuutta ja nukahtamisvaikeuksia esiintyi kaikissa muissa ryhmissä, paitsi 18–25-vuotiaiden nuorten kurssilaisilla.

Kuntoutujien yleistä mielialaa selvittävässä kysymyksessä tulos jakautui sukupuolten välillä niin, että naisista 56,5 % ja miehistä 70,4 % koki mielialansa melko hyväksi. Yhteensä kuusi henkilöä vastasi olevansa alakuloinen jatkuvasti. (Taulukko 3.) Naisista kaksi koki olevansa kestäättömän masentunut ja alaviireinen ja nämä kyseiset henkilöt olivat yli 60-vuotiaita gynekologista syöpää sairastaneita. Tutkittaessa syöpälajeittain jatkuvaa alakuloisuutta, sitä esiintyi rintasyöpää (4,3 %), vatsasyöpää (8,3 %) ja gynekologista syöpää (4,5 %) sairastaneilla, mutta ei muilla. Aivokasvainta, kilpirauhasen syöpää tai myastenia gravista sairastaneista kuntoutujista kukaan ei kokenut olevansa alakuloinen tai surullinen.

Taulukko 3. Kuntoutujien mieliala

Mielialanne	Frekvenssi	f %
En ole alakuloinen tai surullinen	41	21,6
Alakuloinen ja surullinen	29	15,3
Alakuloinen jatkuvasti	6	3,2
Kestämättömän masentunut ja alavireinen	2	1,1
Melko valoisa ja hyvä	110	57,9
Yhteensä	188	98,9
Puuttuu	2	1,1

Suurin osa (63,2 %) vastaajista suhtautui tulevaisuuteensa toiveikkaasti, miehet kuitenkin prosentuaalisesti naisia enemmän. Toivottomaksi tulevaisuutensa koki 25,8 % vastaajista (Taulukko 4.) Naisista 4 (2,5 %) koki, ettei heillä ole tulevaisuudelta mitään odotettavaa tai, että tulevaisuus näyttää toivottomalta eikä heillä ole uskoa parempaan, näin kokeneet olivat yli 50-vuotiaita, joko rintasyöpää tai gynekologista syöpää sairastaneita. Toiveikkaimmin tulevaisuuteensa suhtautui aivokasvaimen, muita verisyöpiä, lymfoomaa, kilpirauhasen syöpää tai myastenia gravista sairastaneet kuntoutujat.

Taulukko 4. Tulevaisuuteen suhtautuminen

Suhtautuminen tulevaisuuteen	Frekvenssi	f %
Toivottomasti	49	25,8
Tuntuu melko masentalta	12	6,3
Ei mitään odotettavaa tulevaisuudelta	2	1,1
Toivottamalta, ei uskoa parempaan	4	2,1
Toiveikkaasti	120	63,2
Yhteensä	187	98,4
Puuttuu	3	1,6

Vastanneista 85,2 % kertoi onnistuneensa usein tai ei tuntenut epäonnistuneensa elämässään. Kuntoutujista 13,7 % vastasi elämänsä olleen sarja epäonnistumisia tai koki epäonnistuneensa tavallista useammin. (Taulukko 5.) Naisista 4,3 % koki kuluneen elämän olleen sarja epäonnistumisia ja kaikkien näin vastanneiden ikä oli yli 50 vuotta. Kyseiset naiset olivat sairastaneet joko rintasyöpää, lymfoomaa tai gynekologista syöpää.

Taulukko 5. Elämän sujuminen

Elämän sujuminen	Frekvenssi	f %
En tunne epäonnistuneeni	77	40,5
Olen epäonnistunut tavallista useammin	19	10,0
Elämä ollut sarja epäonnistumisia	7	3,7
Olen onnistunut usein	85	44,7
Yhteensä	188	98,9
Puuttuu	2	1,1

Noin 40 % kaikista vastaajista koki olevansa varsin tyytyväinen elämäänsä (Taulukko 6.) Miesten prosentuaalinen osuus tyytyväisyyttä kysyttäessä oli naisten vastaavaa lukua suurempi. Naisista 30,8 % ja miehistä 23,1 % koki, ettei ole erityisen tyytymätön mihinkään. Vastaajista 25,3 % tunsu, ettei nauti asioista samalla lailla kuin ennen. Miehistä yksikään ei vastannut, ettei saa tyydytystä mistään. Naiset, jotka vastasivat, etteivät saa tyydytystä mistään olivat sairastaneet joko rintasyöpää, lymfoomaa, sarkomaa tai gynekologista syöpää.

Taulukko 6. Tyytyväisyyden tunne

Tyytyväisyys	Frekvenssi	f %
En ole erityisen tyytymätön	55	28,9
En nauti asioista kuin ennen	48	25,3
En saa tyydytystä mistään	7	3,7
Olen varsin tyytyväinen elämäni	75	39,5
Yhteensä	185	97,4
Puuttuu	5	2,6

Yli 80 % vastaajista tunsivat itsensä melko hyväksi tai ei ainakaan huonoksi. (Taulukko 7.) Prosentuaalisesti naisten ja miesten vastaukset vaihtoehdossa melko usein huono ja arvoton olo olivat lähes samoissa lukemissa. Naisista 2, koki itsensä kertakaikkisen arvottomaksi ja huonoksi, molemmat yli 50-vuotiaita, joista toinen oli sairastanut lymfoomaa ja toinen gynekologista syöpää. Vastanneista rintasyöpää sairastaneista kolme (3,4 %), sarkomaa sairastaneista yksi (50 %), teratoomaa sairastaneista yksi (100 %) ja gynekologista syöpää sairastaneista yksi (4,8 %) tunsivat itsensä nykyään arvottomaksi melkein aina.

Taulukko 7. Itsensä kokeminen

Arvokkuus	Frekvenssi	f %
En tunne itseäni huonoksi	88	46,3
Melko usein huono ja arvoton olo	18	9,5
Nykyään tunnen itseni arvottomaksi melkein aina	6	3,2
Olen kerta kaikkiaan arvoton ja huono	2	1,1
Tunnen itseni melko hyväksi	70	36,8
Yhteensä	184	96,8
Puuttuu	6	3,2

Noin puolet kuntoutujista vastasi, ettei ollut pettynyt itseensä. Pettyneensä itseensä koki 13,7 % vastaajista. (Taulukko 8.) Naisista kolme, jotka kaikki olivat yli 60-vuotiaita, koki, että oma itsensä inhottaa heitä. Lähes kaikki alle 20-vuotiaista vastasi, ettei ole pettynyt itsensä suhteen. 20–50-vuotiaista yhä useampi vastasi olevansa tyytyväinen itseensä ja muutama oli pettynyt itsensä suhteen. Valtaosa yli 50-vuotiaista vastasi, ettei ollut pettynyt itseensä ja lähes yhtä suuri osa koki olevansa tyytyväinen itseensä ja suorituksiinsa. Naiset, jotka koki oman itsensä inhottavan heitä, olivat joko rintasyöpää tai gynekologista syöpää sairastaneita kuntoutujia.

Taulukko 8. Pettymyksen tunteet

Pettymykset	Frekvenssi	f %
En ole pettynyt itseeni suhteen	92	48,4
Olen pettynyt itseni suhteen	26	13,7
Minua inhottaa oma itseni	3	1,6
Olen tyytyväinen itseeni ja suorituksiini	65	34,2
Yhteensä	186	97,9
Puuttuu	4	2,1

Yli puolet vastaajista ei ollut koskaan ajatellut itsensä vahingoittamista. Kuntoutujista 37,9 % vastasi, ettei ole ajatellut asiaa, eikä halua vahingoittaa itseään. (Taulukko 9.) Kuitenkin naisista 8 koki, että olisi parempi jos olisi kuollut (heistä kolme olivat alle 22-vuotiaita ja viisi 53–63-vuotiaita) ja tarkat suunnitelmat itsemurhasta oli kahdella naisella ja yhdellä miehellä (55–74-vuotiaita). Heillä, joilla oli tarkat suunnitelmat itsemurhasta, olivat joko rintasyöpää tai vatsasyöpää sairastaneita. Rintasyöpää, leukemiaa, sarkomaa, teratoomaa ja gynekologista syöpää sairastaneista osa koki, että olisi parempi jos olisi kuollut, muita syöpälajeja sairastaneista kukaan ei kokenut näin.

Taulukko 9. Itsensä vahingoittaminen

Itsensä vahingoittaminen	Frekvenssi	f %
En ajattele enkä halua vahingoittaa itseäni	72	37,9
Parempi jos olisin kuollut	8	4,2
Minulla on tarkat suunnitelmat itsemurhasta	3	1,6
Ei koskaan	104	54,7
Yhteensä	187	98,4
Puuttuu	3	1,6

Vieraiden ihmisten tapaamisesta vastasi pitävänsä lähes 60 % kaikista vastaajista. Vastaajista 23,7 % koki, ettei ole menettänyt kiinnostusta muita ihmisiä kohtaan. Yli puolet vastaajista kertoi pitävänsä ihmisten tapaamisesta. (Taulukko 10.) Kuitenkin 14,9 % naisista (47–76-vuotiaita) vastasivat, etteivät toiset ihmiset kiinnosta enää niin paljon kuin ennen, miehillä prosentti oli 11,1 (56–70-vuotiaita). Täysin mielenkiintonsa muihin kertoi menettäneensä yksi mies (72-vuotias). Rintasyöpää sairastaneista kolme (3,3 %) ja vatsasyöpää sairastaneista yksi (8,3 %) koki menettäneensä lähes kokonaan mielenkiinnon toisia ihmisiä kohtaan. Suhtautuminen vieraiden ihmisten tapaamiseen oli mielekkäintä aivo kasvainta, sarkomaa, kilpirauhasen syöpää, teratoomaa ja myastenia gravista sairastaneiden mielestä.

Taulukko 10. Suhtautuminen vieraiden ihmisten tapaamiseen

Vieraiden ihmisten tapaaminen	Frekvenssi	f %
En ole menettänyt kiinnostustani muihin ihmisiin	45	23,7
Toiset ihmiset eivät kiinnosta minua niin paljon kuin ennen	27	14,2
Olen melkein kokonaan menettänyt mielenkiintoni toisia kohtaan	4	2,1
Olen menettänyt mielenkiintoni muihin ihmisiin enkä välitä heistä lainkaan	1	,5
Pidän siitä	111	58,4
Yhteensä	188	98,9
Puuttuu	2	1,1

Päätösten tekeminen oli samanlaista kuin ennen noin puolella vastaajista. Varmuus päätösten teossa oli vähentynyt 23,2 %:lla vastaajista. (Taulukko 11.) Suuria vaikeuksia päätösten teossa koki 6,8 % vastaajista (kaksi oli alle 17-vuotiaista ja loput 53–74-vuotiaita). Kuitenkin helpoksi päätösten teon koki 14,4 % naisista eli 23 henkilöä ja 34,6 % miehistä eli yhdeksän henkilöä (kuusi alle 26-vuotiaista, loput 46–71-vuotiaita). Osalla rintasyövästä, aivokasvaimesta, vatsasyövästä, muista verisyövistä, lymfoomasta ja gynekologisesta syövästä kuntoutuvilla esiintyi suuria vaikeuksia päätösten teossa.

Taulukko 11. Päätösten tekeminen

Päätösten tekeminen	Frekvenssi	f %
Samanlaista kuin ennen	97	51,1
Varmuus vähentynyt, lykkään päätösten tekoa	44	23,2
Minulla on suuria vaikeuksia päätösten teossa	13	6,8
Helppoa minulle	32	16,8
Yhteensä	186	97,9
Puuttuu	4	2,1

Olemustaan ja ulkonäköään melko hyväksi arvioi 31,6 % kuntoutujista. Noin puolet vastaajista kertoi, ettei heillä ole itseään haittaavia piirteitä. Kuitenkin 14,7 % vastaajista oli huolissaan, että näyttää epämiellyttävältä. Vastausvaihtoehdon tuntuu, että näytän rumalta, oli valinnut 3,7 %. (Taulukko 12.) Lisäksi kolme naista oli vastannut, että on varma näyttävänsä rumalta ja vastenmieliseltä (60–70-vuotiaita). Syöpälajeittain rumalta koki näyttävänsä osa rintasyöpä-, leukemia- lymfooma-, sarkoma- ja teratooma- kuntoutujista. Varmuus omasta rumuudesta ja vastenmielisyydestä oli yhdellä rintasyöpää ja kahdella gynekologista syöpää sairastaneella kuntoutujalla.

Taulukko 12. Olemuksen ja ulkonäön kokeminen

Olemus ja ulkonäkö	Frekvenssi	f %
Ei minua haittaavia piirteitä	84	44,2
Olen huolissani, että näytän epämiellyttävältä	28	14,7
Tuntuu, että näytän rumalta	7	3,7
Olen varma, että näytän rumalta ja vastenmieliseltä	3	1,6
Olen melko tyytyväinen	60	31,6
Yhteensä	182	95,8
Puuttuu	8	4,2

Noin 15 %:lla kaikista vastaajista ei ollut vaikeuksia nukkumisessa. Aamuisin väsymystä koki 14,2 %. (Taulukko 13.) Kysymyksessä kävi ilmi, että 46,5 % naisista ja 65,4 % miehistä nukkui yhtä hyvin kuin ennenkin tai eivät kokeneet mitään vaikeuksia siihen liittyen. Unettomuudesta ja nukahtamisvaikeuksista kärsi 25,3 %. Syöpälajeittain kaikilla muilla ryhmillä oli unettomuutta ja nukahtamisvaikeuksia, paitsi aivokasvainta, kilpirauhasen syöpää, teratoomaa tai myastenia gravista sairastaneilla.

Taulukko 13. Nukkuminen

Nukkuminen	Frekvenssi	f %
Samanlaista kuin ennen	63	33,2
Olen aamuisin väsyneempi kuin ennen	27	14,2
Unettomuus haittaa	20	10,5
Minulla on unettomuutta ja nukah- tamisvaikeuksia	48	25,3
Ei vaikeuksia	29	15,3
Yhteensä	187	98,4
Puuttuu	3	1,6

Yli 20 % kuntoutujista ei kokenut tavallisuudesta poikkeavaa väsymystä tai uupumista. Vastaajista 63,2 % koki väsyvänsä nopeammin kuin ennen. (Taulukko 14.) Lymfooma kuntoutujista yksi (4 %) ja gynekologisesta syövästä kuntoutuvista kaksi (9,1 %) koki olevansa liian väsyneitä tehdäkseni mitään. Vähäisenkin työn koki uuvuttavaksi osa rintasyöpää, leukemia, muuta verisyöpää, lymfoomaa, sarkomaa ja gynekologista syöpää sairastaneista kuntoutujista.

Taulukko 14. Väsymyksen ja uupumuksen kokeminen

Väsymys ja uupuminen	Frekvenssi	f %
Ei tavallisuudesta poikkeavaa	40	21,1
Väsyn nopeammin kuin ennen	120	63,2
Vähäisenkin työ uuvuttaa minua	16	8,4
Olen liian väsynyt tehdäkseni mitään	3	1,6
Täysin vierasta minulle	8	4,2
Yhteensä	187	98,4
Puuttuu	3	1,6

Ruokahalun suhteen noin 40 %:lla ei ollut mitään hankaluuksia. Syöpäkuntoutujista 43,7 %:lla ruokahalu on pysynyt ennallaan. (Taulukko 15.) Naisista 12,4 % ja miehistä 23,1 % vastasi ruokahalunsa olevan huonompaa kuin ennen. Rintasyöpä kuntoutujista yksi (1,1 %) vastasi, ettei hänellä ole ruokahalua, muista syöpälajeista näin ei vastannut kukaan. Paljon huonommaksi kuin ennen koki ruokahalunsa 2,1 % (yksi vatsasyöpää ja kolme gynekologista syöpää sairastaneista).

Taulukko 15. Ruokahalu

Ruokahalu	Frekvenssi	f %
Ennallaan	83	43,7
Huonompi kuin ennen	26	13,7
Paljon huonompi kuin ennen	4	2,1
Ei ruokahalua	1	,5
Ei hankaluuksia	73	38,4
Yhteensä	187	98,4
Puuttuu	3	1,6

Vastaajista 65 % piti itseään hyvähermoisena tai ei tuntenut itseään ahdistuneeksi. (Taulukko 16.) Naisista 27,2 % ja 7,7 % miehistä koki ahdistuvansa ja jännittyvänsä melko helposti. Erityisen helposti tuskaiseksi, ahdistuneeksi tai jännittyneeksi koki tulevansa 5,8 %. Naisista kolme vastasi tuntevansa jatkuvasti ahdistusta ja tuskaisuutta (54–60-vuotiaita). Kyseisistä naisista rintasyöpää sairastaneita oli yksi (1,1 %) ja gynekologista syöpää sairastaneita kaksi (9,5 %).

Taulukko 16. Ahdistuneisuus ja jännitys

Ahdistus ja jännitys	Frekvenssi	f %
En tunne itseäni ahdistuneeksi	76	40,0
Ahdistun ja jännityn melko helposti	45	23,7
Tulen erityisen helposti tuskaiseksi, ahdistuneeksi tai jännittyneeksi	11	5,8
Tunnen jatkuvasti ahdistusta ja tuskaisuutta	3	1,6
Pidän itseäni hyvähermoisena, en ahdistu helposti	48	25,3
Yhteensä	184	96,8
Puuttuu	6	3,2

6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen luotettavuuden lähtökohtana on monipuolinen aineiston keruu sekä tutkijan objektiivinen taito vertailla ja soveltaa käyttämäänsä aineistoa (Krause & Kiikkala 1996, 72). Keskeistä on myös, että tutkimuksen analyysi tehdään tieteellisesti luotettavasti hyödyntäen koko kerättyä aineistoa (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 292). Opinnäytetyötä varten anottiin tutkimuslupa Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry:ltä, joka myönnettiin tammikuussa 2011. Opinnäytetyössä käytettiin hyväksi koko aineistoa, joka saatiin valmiiksi tallennettuna.

Kvantitatiivisen tutkimuksen tulokset ovat juuri niin luotettavia kuin siinä käytetty mittari ja luotettavuus tulee säilyä myös aineiston tulkitsemisessä. Mittarin validiteettia tarkasteltaessa keskeistä on se, mittaako mittari todella sitä, mitä sen tulisi mitata. Reliabiliteetilla taas tarkoitetaan mittarin kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Mittarin reliabiliteettia voidaan arvioida mittarin pysyvyytenä, sisäisenä johdonmukaisuutena ja vastaavuutena. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 206–209.) Aineistoa tarkasteltiin objektiivisesti ja tulokset kirjattiin totuuden mukaisesti niitä muuttamatta. BDI-mittari, josta RBDI-mittari on kehitetty, on maailmanlaajuisesti paljon käytetty, testattu ja luotettavaksi todettu.

Tutkimuksen eettisyys edellyttää, että sen kohteena olevia henkilöitä kohdellaan kunnioittavasti ja rehellisesti sekä heillä on oikeus anonymiteettiin koko tutkimusprosessin ajan. Aineiston keruuta varten valitut henkilöt ovat vapaaehtoisia ja heillä on mahdollisuus keskeyttää tutkimus niin halutessaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 290–291). Tutkimus toteutettiin edellä mainittujen eettisten kriteerien puitteissa. Opinnäytetyötä tehdessä emme missään vaiheessa saaneet tietoomme vastaajien henkilötietoja eli anonymiteetti säilyi koko prosessin ajan. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista eikä vastaamatta jättäminen vaikuttanut kuntoutukseen mitenkään. Opinnäytetyötä varten saatua aineistoa ei luovutettu ulkopuolisille ja analysoinnin jälkeen tiedot hävitettiin asianmukaisesti.

Tarkasteltaessa tutkimuksen tulosten yleistettävyyttä on huomioitava, ettei tarkkaa vastausprosenttia tiedetä. Tuloksia voidaan varovasti yleistää koskemaan LSSY:n kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseja, vastanneiden määrän ollessa 190 sekä miesten osallistumisen ollessa vähäistä.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää syöpäkuntoutujan mielialaa hänen tullessa kuntoutukseen ja onko taustamuuttujilla merkitystä siihen. Kyselyyn vastasi vain 27 miestä, joten tulokset eivät välttämättä anna oikeaa kuvaa kokonaistilanteesta. Suurempi vastausjoukko antaisi luotettavamman tuloksen myös miesten osalta. Suurin osa vastaajista koki mielialansa yleisesti ottaen melko hyväksi, mutta kaikissa kysymyksissä oli havaittavissa muutama poikkeus, jotka kokivat olonsa erityisen huonoksi.

Suurin osa vastauksista antoi positiivisen kuvan kuntoutujien mielialasta, poikkeuksena väsymystä ja uupumusta mittaava kysymys, jossa reilu puolet koki väsyvänsä nopeammin kuin ennen. Aikaisemmin tehdyssä tutkimuksessa oli saatu samanlaisia tuloksia (Cancer Research UK 2011), ja niin kuin on yleisesti todettu, lähes kaikilla syöpäpotilailla ilmenee väsymystä jossain sairauden vaiheessa. (Hahka-Kemppainen 2002.)

Yli puolet vastaajista koki ihmisten tapaamisen mielekkäänä, joka on positiivista huomata, sillä aikaisemmassa tutkimuksessa todettiin sosiaalisuuden edistävän henkistä toipumista (Bishop ym. 2000). Syöpäkuntoutuksessa tulisi siis kiinnittää erityistä huomiota potilaan omaan tukiverkoston huomioimalla heidänkin osallisuutensa hoitoprosessiin. Puolisoiden tuki vaikuttaa potilaan psyykkiseen hyvinvointiin merkittävästi ja niin kuin on tutkittu, puoliset voivat kokea enemmän ahdistusta ja masentuneisuutta sairaudesta johtuen kuin itse potilas (Gustavsson-Lilius 2010).

Oli hämmentävää huomata, että kolmella kuntoutujalla oli tarkat suunnitelmat itsemurhastaan ja huomion kiinnittäminen tähän ongelmaan olisi ensisijaisen tärkeää. Tutkimustuloksissa ei käynyt ilmi minkä vuoksi vastaajat kokivat tilanteen näin toivottomaksi ja huonoksi, joten olisi syytä selvittää esimerkiksi kuntoutujien kivun hoidon riittävyys. Vastaavia tuloksia itsetuhoajatuksista on saatu myös aihetta aiemmin tutkittaessa (Aromaa ym. 2010).

Saaduista tuloksista selvisi, että syöpäkuntoutujat suhtautuivat tulevaisuuteensa positiivisesti, kun taas toisessa tutkimuksessa tilanne oli huonompi (Aromaa ym. 2010). Positiivisuuden on todettu vaikuttavan potilaiden kykyyn säilyttää normaali arki (O`Baugh ym. 2003) ja tuloksista voidaankin päätellä, että on onnistuttu luomaan toivoa kuntoutujille heidän jatkoaan ajatellen.

Aineistoa analysoidessamme yllätyimme kuinka hyvin mielialaan liittyvät asiat kaiken kaikkiaan olivat. Vaikka tulokset olivat suurimmalta osin positiivisia, löytyi myös negatiivisia tuloksia, jotka on tärkeää huomioida kuntoutuksen kehittämistä ajatellen. Tavoitteena olisi erityisesti kaikkein masentuneimpien kuntoutujien löytäminen ja auttaminen. Esimerkiksi kahdenkeskeisissä keskusteluissa psykologin kanssa tulisi selvittää masennukseen johtaneet syyt (esimerkiksi kipu) ja pyrkiä tilanteen korjaamiseen mahdollisuuksien mukaan. Jatkotutkimusehdotuksena olisi koota suurempi vastausjoukko ja yhtä paljon kumpaakin sukupuolta vastaamaan kyselyyn, jolloin tutkimuksesta saataisiin luotettavampi tulos kuntoutujien mielialasta.

LÄHTEET

Annals of Oncology 2011. Cannabis ingredient can help cancer patients regain their appetites and sense of taste. Viitattu 27.3.2011 http://www.oxfordjournals.org/our_journals/annonc/press_releases/freepdf/pr_cannabis_chemo_web.pdf.

Aromaa, A.; Helander, S. & Lehto, U. 2010. Eturauhassyöpään sairastunut tarvitsee tietoa ja tukea. Viitattu 27.3.2011 <http://www.eturauhassyopa.info/ajankohtaista.htm>.

Beck, A. T.; Steer, R. A. & Garbin, G. M. 1988. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

Bishop, M.; Cameron, C.; Collins, C.; Danoff-Burg, S.; Kirk, S.; Stanton, A.; Sworowski, L. & Twillman, R. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000. Emotionally Expressive Coping Predicts Psychological and Physical Adjustment to Breast Cancer. Vol. 68, No. 5, 875-882.

Cancer Research UK 2011. Research into cancer fatigue. Viitattu 17.4.2011 <http://www.cancerhelp.org.uk/coping-with-cancer/coping-physically/fatigue/research-into-cancer-fatigue>.

Duodecim 2008. Elämänlaatu. Viitattu 20.4.2011. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00070.

Eliasson, A. 2006. Kvantitatiiv metod från början. Studentlitteratur: Lund.

Eriksson, E. & Kuuppelomäki M. 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Gustavsson-Lilius, M. 2010 Kuntoutusportti: syöpään sairastuminen on puolisolle psyykkisesti potilasta raskaampaa. Viitattu 27.3.2011 <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/ajankohtaista/?id=297&area=4>.

Hahka-Kemppainen, M. 2002. Lääkärit eivät selvitä riittävästi syöpäpotilaan väsymystä. *Suomen Lääkärilehti* vol. 12.

Jaatinen, T. & Raudasoja, J. 2007. *Kansamme taudit*. Helsinki: WSOY.

Joensuu, H.; Roberts, P.; Teppo, L. & Tenhunen, M. 2007. *Syöpätaudit*. Helsinki: Duodecim.

Julkunen, J.; Nilson-Niemi, E.; Saarinen, T. & Turunen, H. 2010. Rinta- ja eturauhassyöpäpotilaiden avokuntoutuksen kehittäminen. Viitattu 26.3.2011 http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2010/artikkeli-saarinen-ym.pdf.

Kela 2005. Kelan järjestämät syöpää sairastavien kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit: hyvä kuntoutuskäytäntö. Viitattu 26.3.2011 [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/\(WWWAllDocsById\)/C70091CB99917AC1C225744A0029D80A/\\$file/Syopakaytanta140405.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/(WWWAllDocsById)/C70091CB99917AC1C225744A0029D80A/$file/Syopakaytanta140405.pdf).

Kela 2007. Mielialakyselyn avulla masennus voidaan tunnistaa ajoissa. Viitattu 29.9.2010 <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/130607102242ML?OpenDocument&year=2007>.

Kovero, C. & Tykkä, E. 2002. Duodecim: rintasyöpään sairastuminen.

Krause K. & Kiiikkala I. 1996. *Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä*. Helsinki: Kirjayhtymä.

- Kähäri-Wiik, K.; Niemi, A. & Rantanen, A. 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY.
- Käypähoito 2009. Rintasyövän diagnostiikka ja seulonta. Viitattu 25.3.2011
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi25030>.
- Lipponen, S. 2010. Kun syöpä onkin pitkäaikaissairaus. Viitattu 27.3.2011
<http://epaperi.luovia.fi/956e2f9f2866fd944da02f90d5bf6d09/>.
- Munuaissyöpähoito 2010. Muutokset arkielämässä. Viitattu 20.4.2011.
<http://www.munuaissyopahoito.fi/elama-munuaissyovan-kanssa/muutokset-arkielamassa.shtml>
- News Medical 2011. Syövän oireet. Viitattu 25.3.2011 [http://www.news-medical.net/health/Cancer-Symptoms-\(Finnish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Cancer-Symptoms-(Finnish).aspx).
- Niskanen, V. 2005. Kohti tutkivaa työtapaa. Viitattu 2.12.2010
<http://www.mm.helsinki.fi/users/niskanen/kotu/sisallys.htm>.
- Nurminen, R. 2010. Syöpäpotilaiden hyvä hoitopolku. Julkaisematon lähde.
- O`Baugh, J.; Wilkes, L.; Luke, S. & George, A. 2003. Being positive: perceptions of patients with cancer and their nurses. *Journal of Advanced Nursing* 44, 262-270.
- Raitasalo, R. 2007. Mielialakysely, Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Rauhalhti, M. 2008. Syöpäkuntoutus. Syöpäsäätiön julkaisusarja. Viitattu 28.3.2011
http://www.cancer.fi/@Bin/52520449/FocusO_2008_verkko.pdf.
- Suomen Syöpärekisteri 2010a. Keskimääräiset syöpätapauksien määrät vuosina 1963–2009 primaaripaikoittain ja kalenterijakoittain, MIEHET. Viitattu 25.3.2011
<http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0003i0.html>.
- Suomen Syöpärekisteri 2010b. Keskimääräiset syöpätapauksien määrät vuosina 1963–2009 primaaripaikoittain ja kalenterijakoittain, NAISET. Viitattu 25.3.2011
<http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0004i0.html>.
- Syöpäinfo 2010. Syövän palliatiivinen hoito. Viitattu 18.5.2011 <http://www.syopainfo.fi/syovan-hoito/syovan-palliatiivinen-hoito.html>
- Syöpäjärjestöt 2009a. Tietoa syövästä: mikä on syöpä. Viitattu 25.3.2011
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopa/>.
- Syöpäjärjestöt 2009b. Tietoa syövästä: vaiheet. Viitattu 25.3.2011
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopa/vaiheet/>.
- Syöpäjärjestöt 2010a. Psykkinen kuntoutus. Viitattu 29.9.2010
<http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/neuvontakuntoutus/psykkinen>.
- Syöpäjärjestöt 2010b. Hyvinvointi. Viitattu 20.4.2011.
<http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/hyvinvointi/>.
- Syöpäjärjestöt 2010c. Ravinto. Viitattu 20.4.2011.
<http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/hyvinvointi/ravinto/>.
- Syöpäjärjestöt 2010d. Rintasyöpäleikkauksen jälkeinen fysioterapia. Viitattu 20.4.2011.
http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/jalkeen/rintasyopaleikkauksen_jalkeinen/.

Syöpäjärjestöt 2010e. Rintasyöpä jälleen yleisin syöpä Suomessa. Viitattu 21.4.2011 <http://www.cancer.fi/tiedotteet/?x33745=51990868>.

Syöpäkäytäntö 2005. Kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit osana laaja-alaista hoitoa ja kuntoutusta. Viitattu 29.9.2010 <http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/syopakaytantomuistio/>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Kuntoutus rintasyövän, paksu- ja peräsuolisyövän sekä eturauhasen syövän jälkeen – terveydenhuollon menetelmä arvio. Viitattu 26.3.2011 <https://fio.stakes.fi/ohtanen/tarkastele.aspx?id=3106>.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Vuorinen, E. 2003. Syöpäpotilaan kivun hoito. Painotalo Auranen Oy.

Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY.

WHO 2008. Cancer. Viitattu 25.3.2011
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>

WHO 2010. Cancer. Viitattu 25.3.2011
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>.