

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
2012

Saija Meskanen ja Reetta Rantanen

MASENTUNEEN SYÖPÄKUNTOUTUJAN HOITOTYÖ



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidtaja

2012 | Sivumäärä: 47 + 6

Ohjaaja: Tuija Leinonen

Saija Meskanen ja Reetta Rantanen

MASENTUNEEN SYÖPÄKUNTOUTUJAN HOITOTYÖ

Syöpä on maailmanlaajuisesti yleistynyt sairaus. Samanaikaisesti syöpähoidot kehittyvät ja syöpäkuntoutujien määrä tulee lisääntymään, mikä luo tarpeen kuntoutustoiminnan kehittämiseksi ja lisäämiselle. Masennus on yleistä sekä syöpäpotilailla että –kuntoutujilla. Masennuksen tunnistamiseen ja mittaamiseen on olemassa monenlaisia menetelmiä, mutta syöpäkuntoutujien kanssa työskentelevät sairaanhoitajat tarvitsevat enemmän tietoa syöpäkuntoutujan masennuksen erityispiirteistä ja auttamismenetelmistä.

Opinnäytetyö on toteutettu systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, johon valikoitui tiivistelmien perusteella 33 artikkelia viimeisen 10 vuoden ajalta. Opinnäytetyö tehdään osana Turun Ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalueen ja Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen (LSSY) Syöpäkuntoutujien kuntoutustoiminnan tuloksellisuuden arviointi – tutkimus- ja kehittämishanketta. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tietoa masentuneesta syöpäkuntoutujasta ja hänen hoidostaan. Opinnäytetyön tavoitteena on tutkitun tiedon pohjalta kartoittaa hoitotyön keinoja syöpäkuntoutujan elämänlaadun parantamiseksi ja kuntoutuksen kehittämiseksi.

Syöpäkuntoutujan masennuksen erityispiirteinä on sen esiintyminen väsymyksen ja ahdistuneisuuden yhteydessä lähes poikkeuksetta. Sairauteen asennoituminen myönteisellä tavalla voi ehkäistä masennusta tai lieventää sen oireita. Masennuksen tunnistaminen on haasteellista, koska sen aiheuttamat oireet ovat samankaltaisia syöpähoitojen aiheuttamien haittavaikutusten kanssa. Masennuksen tunnistamiseen ja mittaamiseen on olemassa kattavasti erilaisia mittareita. Auttamismenetelmiä on monia, ne vaativat hoitajalta hyvää perehtymistä niiden käyttöön ja kuntoutujan yksilöllisiin tarpeisiin.

Masentunut syöpäkuntoutuja tarvitsee paljon monenlaista tukea. Kuntoutumista edistämään voidaan käyttää psykoterapiaa, kuntoutusta, seurantaa, yksilöllistä informaatiota, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, kognitiivis-behavioraalista terapiaa, stressin lievityskeinoja, lääkehoidon ja käyttäytymisterapioiden yhdistelmää, hoitosuunnitelmaa sekä jatkoseurantasuunnitelmaa. Hänellä on usein monia psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia ongelmia. Hänellä on useita elämänlaatua heikentäviä tekijöitä ja riskialttiutta vakaville ongelmille, kuten itsemurhaan. Ajan kulumisen ei vaikuta masennuksen ilmenemiseen syöpäkuntoutujalla, vaan masennuksen oireita voi esiintyä vuosienkin kuluttua hoitojen päättymisestä.

ASIASANAT:

syöpä, syöpäkuntoutuja, masennus, elämänlaatu, kuntoutus, kuntoutuja, syöpäsairaanhoitaja

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Registered nurse

2012 | Total number of pages: 47 + 6

Instructor: Tuija Leinonen

Saija Meskanen ja Reetta Rantanen

THE NURSING CARE OF THE DEPRESSED CANCER SURVIVOR

Cancer rates are increasing globally. At the same time, cancer treatments are being improved, which will increase the number of cancer survivors in the future. This is why there is a need to develop and increase rehabilitation. Depression is common with cancer patients and cancer survivors. There are many methods of recognizing and measuring depression, but oncology nurses need more information on cancer survivors' depression and relevant nursing methods.

This bachelor's thesis is a systematic literature review and 33 articles were chosen based on their abstracts from the last 10 years. This paper is part of the Turku University of Applied Sciences' and the Southwestern Finland Cancer Society's project, "The effectiveness of rehabilitation with cancer patients and their significant others". The purpose of this thesis is to review information of cancer survivor and their nursing care. The aim of this thesis is to review the nursing methods to improve the cancer survivors' quality of life and rehabilitation.

The special characteristics of cancer survivors' depression are fatigue and anxiety in most cases. A positive attitude may prevent and reduce symptoms of depression. Though it can be challenging to recognize cancer survivors' depression due to the symptoms of depression being very similar to impairments from cancer treatments, there are many methods available for recognizing and measuring depression. There are also many nursing methods, but they require that the oncology nurse orientate well to them and to survivors' individual needs.

The depressed cancer survivor needs many different kinds of support to promote rehabilitation: psychotherapy, rehabilitation, follow-up, individual information, promoting health and well-being, cognitive-behavioral therapies, stress relieving methods, combination of medication and behavior therapies, care plan and follow-up care plan. Survivors often have many psychological, physical and social problems. They have many factors debilitating their quality of life and risk factors for severe problems, like suicide. The time since diagnosis has no effect on cancer survivors' depression. The symptoms of depression may emerge years after cancer treatments.

KEYWORDS:

cancer, survivor, depression, quality of life, rehabilitation, rehabilitee, oncology nurse

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 MASENTUNUT SYÖPÄKUNTOUTUJA	6
2.1 Syöpä ja sen hoito	6
2.2 Syöpään sairastuminen	9
2.3 Masennus	10
2.4 Kuntoutus ja kuntoutuminen	11
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TOTEUTTAMISMENETELMÄ	14
4 TULOKSET	17
4.1 Masentuneeseen syöpäkuntoutujaan liittyvät julkaisut	17
4.2 Masentunut syöpäkuntoutuja	24
4.3 Syöpäkuntoutujan masennuksen erityispiirteet	27
4.4 Syöpäkuntoutujan masennuksen tunnistaminen ja mittaaminen	31
4.5 Masentuneen syöpäkuntoutujan tukeminen ja hoidossa huomioitavia asioita	31
4.6 Syöpäkuntoutujan elämänlaatu	36
5 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	39
6 POHDINTA	40
LÄHTEET	44

LIITTEET

Liite 1. Depressiomittarit

TAULUKOT

Taulukko 1. Ensimmäinen hakupolku	15
Taulukko 2. Systemaattisen haun hakutulokset	17
Taulukko 3. Yhteenvedo analyysiin valituista julkaisuista	18

1 JOHDANTO

Vuonna 2009 Suomessa diagnosoitiin uusia syöpätapauksia yhteensä 28518 ja samana vuonna syöpään kuoli 11095 suomalaista (Finnish Cancer Registry - Institute for Statistical and Epidemiological Cancer Research 2011). Syöpään sairastuminen aiheuttaa kriisitilanteen, joka tuo mukanaan monenlaisia tunteita: surua, ahdistusta, kateutta, pelkoa, häpeää, katkeruutta, yksinäisyyttä, jopa vihaa. (Suomen Syöpäpotilaat ry 2010, 26-71). Syöpäkuntoutuja tarvitsee psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista tukea sekä kattavan hoitosuunnitelman vielä pitkään varsinaisten syöpähoitojen jälkeenkin (Morgan 2009, 429). Syöpäsairaanhoitajalla on keskeinen rooli syöpäkuntoutujan hoitoprosessissa ja syöpäkuntoutumisen edistymisessä. Sairaanhoitajan merkitys korostuu erityisesti syöpäkuntoutujan tukijana ja tarpeiden tulkitsijana. (Vivar & McQueen 2005, 520.) Syöpäkuntoutujien määrä lisääntyy tulevaisuudessa, mikä luo tarpeen kehittää syöpäkuntoutujien hoitoa sekä lisätä syöpäsairaanhoitajien koulutusta ja määrää (Watts 2011).

Masennusta on tutkittu runsaasti viimeisen 40 vuoden aikana. Syöpäpotilaan masennuksen tutkiminen on aloitettu 1980-luvulla, mistä lähtien aihetta on tutkittu varsin paljon. Syöpäkuntoutujan masennuksen tutkiminen on aloitettu noin 10 vuotta myöhemmin, 1990-luvulla, ja sitä on toistaiseksi tutkittu huomattavan paljon vähemmän.

Tämä opinnäytetyö tehdään osana Turun Ammattikorkeakoulun Terveysalatalosalueen ja Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen (LSSY) Syöpäpotilaiden hyvä hoitopolku – tutkimus- ja kehittämishanketta. Projektin avulla tuotetaan tietoa syöpäpotilaiden ja -kuntoutujien elämänlaadusta ja –hallinnasta. (Lounais-Suomen Syöpäyhdistys 2012.) Opinnäytetyö toteutetaan systemaattisena kirjallisuuskatsauksena ja tarkoituksena on kartoittaa tietoa masentuneesta syöpäkuntoutujasta ja hänen hoidostaan. Opinnäytetyön tavoitteena on tutkitun tiedon pohjalta kartoittaa hoitotyön keinoja syöpäkuntoutujan elämänlaadun parantamiseksi ja kuntoutuksen kehittämiseksi.

2 MASENTUNUT SYÖPÄKUNTOUTUJA

2.1 Syöpä ja sen hoito

Syöpä tarkoittaa kasvainta, joka on pahanlaatuisten solujen muodostama kudos. Syövän muodostumisen aiheuttaa solun perimäaineen vaurioituminen ja sen syntyyn vaikuttavat perimään liittyvät tekijät yhdessä elintapojen ja -ympäristön kanssa. (Holmia ym. 2008, 93-96.) Vuonna 2009 Suomessa diagnosoitiin uusia syöpätapauksia 14 731 miehellä ja 13 787 naisella; 302,2 miestä ja 252,0 naista sairastui syöpään 100 000 oman sukupuolen edustajaa kohti. Vuonna 2009 Suomessa kuoli 5839 miestä ja 5256 naista syöpään; 110,1 miestä ja 74,1 naista 100 000 oman sukupuolen edustajaa kohden kuoli syöpään. (Finnish Cancer Registry - Institute for Statistical and Epidemiological Cancer Research 2011.)

Syöpää hoidetaan kirurgisesti, sädehoidolla, solusalpaajilla, hormonihoidoilla ja biologisella hoidolla. Usein hoito toteutetaan yhdistelemällä erilaisia hoitomuotoja. Hoitoa suunniteltaessa määritellään hoidolla tavoiteltava hyöty. Hoito voi olla joko kuratiivista eli parantumiseen tähtäävää tai palliativista eli oireita lievittävää. (Holmia ym. 2008, 107.)

Sädehoito on syövän paikallista hoitoa, jossa syöpäkasvaimeen kohdistetaan ionisoivaa säteilyä, jonka avulla syöpäkasvain tai sen etäpesäkkeet saadaan pienenemään tai syöpään liittyvät oireet lieventyvät. Sädehoitoa käytetään sellaisten kasvainten hoitoon, joiden leikkaaminen ei onnistu tai joita ei voi hoitaa syöpälääkkeillä. Sädehoidon vaikutus perustuu sen syöpäsoluja vaurioittavaan ominaisuuteen, kun solua on vaurioitettu riittävästi, se ei pysty korjautumaan vaan kuolee. (Johansson 2011.)

Yksi syövän tärkeimmistä hoitomuodoista on kirurgia, joka on viime vuosikymmeninä kehittynyt nopeasti menetelmien paranemisen myötä. Parhaiten kirurgia soveltuu paikallisiin, kiinteisiin kasvaimiin, mutta ennen kaikkea sen teho riippuu syövästä ja sen levinneisyysasteesta. Monissa

syöpäsairauksissa esiintyy etäpesäkkeitä, jolloin usein kirurginen hoito yhdistetään lääke- tai sädehoitoon. Leikkausta suunniteltaessa on tärkeää huomioida taudin levinneisyysaste ja määritellä kirurgisen hoidon tavoite, eli onko tarkoituksena poistaa kasvain kokonaan vai vain osittain, oireita lievittävästi. Kuratiivisella eli parantavalla leikkauksella pyritään kasvaimen täydelliseen poistoon. Kun syöpäkasvain ei ole kokonaan poistettavissa, voidaan tehdä palliatiivinen eli oireita lievittävä leikkaus. Yhdistettäessä kirurginen hoito lääke- tai sädehoitoon voidaan säästävällä leikkauksella vähentää kasvainkudoksen määrää ja näin edesauttaa muiden hoitomuotojen tehoa. (Holmia ym. 2008, 108-109.)

Sädehoidolla voi hoitaa useita erityyppisiä kasvaimia ja sitä voidaan yhdistää muihin hoitomenetelmiin. Sädehoidon haittavaikutukset voivat ilmetä jo hoidon aikana tai vasta vuosien päästä hoitojen jo päätyttyä. Sädehoito voi vaurioittaa sädetettyjen alueiden läheisyydessä ollutta limakalvoa tai ihoa. Hoidot voivat aiheuttaa ripulia, kipuja tai kirvelyä. Myöhäishaittoja voi ilmetä mm. keuhkoissa, sydämessä, sydänpussissa, sisäelimissä sekä keskus- ja ääreishermostossa. Pahimpana sädehoidon haittavaikutuksena potilaalle voi tulla sädehoidon aiheuttama syöpä, sädehoitotekniikan parantumisen myötä tämä mahdollisuus on kuitenkin hyvin pieni (1-3%). (Johansson 2011.)

Solunsalpaajat eli sytostaatit ovat syövän hoidossa käytetty kemiallinen hoitomuoto. Syöpäkasvaimessa on runsaasti soluja, jotka jakautuvat epänormaalisti ja sytostaattien tehtävänä on tuhota tai vaurioitettava näitä soluja estäen niitä jakautumasta. Solunsalpaajien vaikutuksen on tarkoitus kohdistua yksinomaan jakautuviin syöpäsoluihin, säästämällä elimistön terveitä jakautuvia soluja esimerkiksi luuytimessä tai limakalvoilla. (Johansson 2011.)

Solunsalpaajat annostellaan tavallisimmin laskimonsisäisesti, mutta joitakin niistä voidaan annostella myös suunsisäisesti tablettimuotoisena, erityismekanismien valtimonsisäisesti tai suoraan elinten nestetilään. Päästessään elimistöön solunsalpaajat levittäytyvät lähes kaikkialle, vaurioittaen suuria kasvaimia ja tuhoten pienempiä syöpäpesäkkeitä. Solunsalpaajahoidon suunnitellaan aina yksilöllisesti ja, potilaan voinnin ja

syöpäkasvaimen laadun mukaan. Joissakin syöpätaudeissa on myös havaittu tehokkaaksi yhdistää solunsalpaajahoito sädehoitoon, jolloin lääke ja sädetys tehostavat toistensa vaikutusta solujen vaurioittamisessa omalla mekanismillaan. (Johansson 2011.)

Syöpäkasvain voi olla hormonaaliselle säätelylle herkkä, jolloin sen hoidossa voidaan hyödyntää tätä seikkaa käyttämällä hoitoon hormonaalista lääkehoitoa. Oikeanlaisella hormonihoidolla voidaan vähentää tai estää syöpäkasvaimen kasvutaipumusta, mutta sillä ei voida parantaa syöpää. Syövän hormonaalinen lääkehoito voi toisinaan aiheuttaa sekavuutta tai psykoottisia tiloja. (Holmia ym. 129.)

Immuunihoito hyödyntää elimistön omaa puolustusmekanismeja syövän hoidossa. Niin kutsutuista immunoterapeuttisista aineista ovat tällä hetkellä käytössä alfa-interferoni ja interleukiini. Inteferoni-hoidon alkuvaiheessa haittavaikutuksina voi ilmetä erilaisia flunssaoireita ja pitkällä aikavälillä potilailla saattaa ilmetä ruokahaluttomuutta ja painon laskua. Myös interleukiini-hoidossa esiintyy monenlaisia sivuvaikutuksia, esimerkiksi kuumeilua, ruokahaluttomuutta sekä maksan, munuaisten ja hermoston toimintahäiriöitä. (Holmia ym. 2008, 129.)

Kipu on subjektiivinen kokemus, joka koostuu fysiologisista ja psykososiaalisista osatekijöistä. Syöpäpotilaan kipu aiheutuu ensisijaisesti syöpäkasvaimen aiheuttamasta kudonvauriosta ja kivun asteeseen vaikuttaa olennaisesti kasvaimen laatu, levinneisyys ja sijainti. Kivun kokemiseen vaikuttavat myös monet ulkoiset ja sisäiset tekijät, joita ovat muun muassa pelko, ahdistuneisuus, masennus, turvattomuus ja yksinäisyys. (Holmia ym. 2008, 130.) Toisaalta myös kipu itsessään voi aiheuttaa vastaavanlaisia psyykkisiä ongelmia (Vuorinen 2008, 9). Syöpäpotilas kärsii usein kroonisesta kivusta, joka heikentää potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua. Solunsalpaajahoito, sädehoito, hormonihoito ja kirurginen hoito helpottavat syöpäkasvaimen aiheuttamaa kipua ja ovat niin sanottuja kausaalisia eli kivun syyhyn vaikuttavia hoitoja. Niiden lisäksi tarvitaan lääkkeellistä kivun hoitoa. Kivun hoito etenee portaittain siten, että hoito aloitetaan tulehduskipulääkkeillä tai parasetamolilla,

josta edetään kipujen pahenemisen myötä opiaatteihin. Jokaisessa vaiheessa voidaan kipulääkkeen rinnalle lisätä myös jokin tietty lääkevalmiste tehostamaan kivunlievitystä tai lievittämään mahdollisia haittavaikutuksia. (Holmia ym.2008, 131-135.)

Kausaalisen ja lääkkeellisen kivunhoidon lisäksi kipua voidaan lievittää erilaisilla psykososiaalisilla ja fysiologisilla menetelmillä. Kipua voidaan helpottaa huomioimalla ympäristön viihtyvyystekijät, kiinnittämällä huomio pois kivusta ja tekemällä mielikuvaharjoituksia. Fysiologisina menetelminä voidaan käyttää rentoutusta, hierontaa, parantavaa kosketusta sekä lämpö- ja kylmäkäsitteilyä. (Holmia ym. 2008, 133.)

2.2 Syöpään sairastuminen

Sairastuminen aiheuttaa kriisitilanteen, johon jokainen sairastunut reagoi omalla, yksilöllisellä tavallaan. Syöpä ja sen hoidot voivat aiheuttaa muutoksia ulkonäössä, ulkonäön muutokset voivat vaikuttaa minäkuvaan ja itsetuntoon. Syöpään sairastuminen aiheuttaa monenlaisia tunteita: surua, ahdistusta, kateutta, pelkoa, häpeää, katkeruutta, yksinäisyyttä jopa vihaa. Samalla se saa potilaan suuntaamaan ajatuksensa mahdolliseen kuolemaan. Syöpään sairastuminen ei vaikuta vain potilaaseen itseensä vaan myös omaisiin ja lähipiiriin. Parisuhde voi joutua koetukselle sairastumisen ja raskaiden hoitojen myötä. Syöpään sairastuminen voi vaikuttaa ihmissuhteisiin monella tavalla; esim. suhteen roolijako voi muuttua. Lisäksi sairastumisen aiheuttama kriisi ja hoidot itsessään voivat vaikuttaa seksuaalisuuteen. Potilas voi kokea itsensä seksuaalisesti haluttomaksi pelkojen ja ahdistuksen myötä, lisäksi hoidot itsessään voivat aiheuttaa toiminnallisia häiriöitä. Syöpähoitojen päätyttyä alkaa potilaan elämässä uusi haastava aika, johon kuuluu jälkiseurannat ja niiden aiheuttama epävarmuus. (Suomen Syöpäpotilaat ry 2010, 26-71.)

Syövän jälkeinen masennus ja muut sairauden aiheuttamat tuntemuksen ovat herättäneet paljon keskustelua sairastuneiden keskuudessa, näistä tuntemuksista sairauden kokeneet ovat keskustelleet muun muassa

Syöpäjärjestön Keskustelufoorumilla (2012) ja tällä tavoin tarjonneet vertaistukea toisille samassa tilanteessa oleville.

Syöpäsairaus ja sen hoidot aiheuttavat väsymystä. Väsymyksen oireina voivat olla esimerkiksi elämänhalun väheneminen, tunneherkkyys ja keskittymisvaikeudet. Toisaalta väsymys itsessään voi aiheuttaa masennusta ja ahdistuneisuutta. (Tuominen & työryhmä 2008, 8-9.)

2.3 Masennus

Masennus eli depressio on vähintään kahden viikon ajan jatkunut selkeä masennusjakso. Masennustila luokitellaan oireyhtymäksi, jonka oirekuvan tulee sisältää vähintään kaksi tautiluokitus ICD-10:n mukaista masennustilan oirekriteeriä. Vaikeusaste arvioidaan ICD-10:ssä oireiden mukaan, jonka lisäksi masennusta voi arvioida muun muassa erilaisten depressioasteikkojen kautta sekä arvioimalla masentuneen ihmisen toimintakyvyn heikkenemistä. Masennustilat jaetaan tautiluokitus ICD-10:ssä masennustiloihin ja toistuvaan masennukseen. Joissakin tapauksissa somaattisesti sairaan potilaan somaattisia oireita voi olla vaikea erottaa depressiosta, koska vegetatiiviset oireet (kuten väsymys, ruokahaluttomuus, laihtuminen, psykomotorinen hidastuneisuus) voivat olla osa molempien sairauksien taudinkuvaa. Somaattisesti sairaan potilaan kohdalla tulisi seurata kognitiivisia ja affektiivisia oireita (esimerkiksi masentunut mieliala, keskittymisvaikeudet, itsetuhoajatukset), jotka ovat tyypillisempiä tunnusmerkkejä depressiolle kuin somaattiselle sairaudelle. Depression syntyyn vaikuttavat keskeisesti perinnöllinen taipumus, altistavat persoonallisuuden piirteet ja laukaisevat kielteiset elämäntapahtumat. Väestötutkimusten perusteella vuosittain noin 5 % aikuisväestöstä sairastaa kliinisesti merkittävän masennustilan. Perusterveydenhuollon asiakkaista arvioidaan noin joka kymmenennellä olevan depressio, jonka vuoksi seulonta on keskeisessä asemassa. Naisilla sairastuminen on n. 1,5-2 kertaa miehiä yleisempää. Kuitenkin vain pieni osa

depressiota sairastavista hakee aktiivisesti apua terveydenhuollosta. (Käypä hoito 2010.)

Puolella syöpäpotilaista ilmenee jokin psyykkinen häiriö. Masennus tai masentuneisuus on näistä yleisin syöpäpotilailla ilmenevä psyykkinen häiriö. Häiriöt yleistyvät syövän vaikeusasteen kasvaessa. Masennus aiheuttaa kärsimyksen lisäksi monia potilaan ja hänen läheistensä elämään vaikuttavia ongelmia. Masennus heikentää potilaan elämänlaatua ja syöpähoitoihin sitoutumista, lisää itsemurhariskiä, rasittaa potilaan perhettä ja läheisiä sekä pidentää sairaalahoidon kestoja. (Akechi ym. 2010, 1-12.)

2.4 Kuntoutus ja kuntoutuminen

Kuntoutus on toimintaa, jolla pyritään lisäämään ihmisen voimavaroja sekä vähentämään sairauden tai vammaisuuden aiheuttamia mahdollisia haittoja. Kuntoutuksen tavoitteena on yksilön toimintakyvyn parantuminen, työkyvyn lisääminen ja yhteiskunnallinen toimeentulo sekä kyky mahdollisimman itsenäiseen elämään ja hyvään elämänlaatuun. Joidenkin pitkäaikaissairauksien kohdalla kuntoutuksella pyritään hidastamaan sairauden aiheuttamaa toimintakyvyn ja voinnin heikkenemistä. (Holmia ym.2008, 46.)

Kuntoutus tarkoittaa erilaisia ulkopuolisia toimenpiteitä ja palveluja, joilla kuntoutumista tuetaan. Tällaisia ovat muun muassa neuvonta, ohjaus ja psykososiaalinen tuki sekä erilaiset terapiat, koulutukset ja arkielämän liittyvät tukipalvelut. Lisäksi kuntoutuksen piiriin kuuluvat erilaiset liikkumista ja päivittäistä toimimista tukevat apuvälineet ja niihin liittyvä ohjaus. (Holmia ym. 2008, 47.)

Kuntoutuksen järjestäminen kuuluu monelle eri viranomaistaholle, joilla jokaisella on omat, kuntoutusta koskevassa lainsäädännössä määritellyt, kuntoutustehtävänsä. Näitä tahoja ovat sosiaali- ja terveydenhuolto, opetustoimi ja työhallinto. Lisäksi muita merkittäviä kuntoutuksen järjestäjiä ovat sosiaalivakuutuslaitokset, Kansaneläkelaitos (Kela) sekä lakisääteistä

vakuutusta hoitavat työeläkelaitokset ja vakuutuslaitokset. (Holmia ym. 2008, 47.)

Tärkeä merkitys kuntoutuksen palvelujen tuottajana on myös erilaisilla vammaisjärjestöillä, joita Suomessa on hyvin kattavasti eri sairausryhmille. Järjestöjen toiminnan tavoitteena on tukea ja rohkaista saman sairauden tai vamman kokeneita ihmisiä sekä auttaa heitä keskinäiseen vuorovaikutukseen ja vertaistukeen. (Holmia ym. 2008, 47.)

Kuntoutuksen saamisen edellytyksenä on yksilöllisesti todettu tarve kuntoutukseen. Tarve voi syntyä, kun sairaus tai vamma aiheuttaa vaikeuksia ja haittaa ihmisen kyvyssä selviytyä työssä, opiskelussa tai päivittäisessä elämässä. Kuntoutus toteutuu yksilöllisesti lääkinnällisenä, ammatillisena ja sosiaalisena toimintana asiakkaan tilanteen ja tarpeiden mukaan. (Holmia ym. 2008, 47.)

Lääkinnällisen kuntoutuksen tavoitteena on ylläpitää ja edistää kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä tukea ja edistää hänen elämäntilanteensa hallintaa ja kykyä selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Lääkinnällisen kuntoutuksen palveluihin kuuluvat muun muassa erilaiset terapiat, apuvälinepalvelut sekä sopeutumisvalmennus. (Holmia ym. 2008, 49.)

Ammatillisella kuntoutuksella tarkoitetaan ihmisen työkykyä säilyttävää ja parantavaa toimintaa, jonka tavoitteena on edistää kuntoutujan pärjäämistä työelämässä tai tukea kuntoutujan työelämään pääsyä tai sinne paluuta. Ammatillinen kuntoutus on aiheellista, kun ihmisen sairaus tai vamma on heikentänyt hänen työkykyään ja ansiomahdollisuuksiaan olennaisesti. Ammatilliseen kuntoutuksen palveluja ovat muun muassa ammatinvalinnanohjaus, työhön ja ammattiin johtava koulutus sekä työkykyä ylläpitävä ja parantava valmennus. (Holmia ym. 2008, 49-50.)

Sosiaalisella kuntoutuksella pyritään parantamaan ja tukemaan kuntoutujan sosiaalista toimintakykyä, sosiaalisista tilanteista suoriutumista ja pärjäämistä yhteiskunnassa. Sosiaalinen kuntoutus on ohjattua toimintaa, joka perustuu aina yksilön vapaaseen tahtoon. Lähtökohtana onkin yksilön oma halu ja tahto

kehittää itseään sekä oppia ja saavuttaa jotain uutta ja parempaa. Toiminnan tarkoituksena on kuntoutujan itsetunnon parantaminen, henkisen tasapainon saavuttaminen sekä uskaltautuminen oppimaan uusia asioita tai taitoja. Sosiaalisen kuntoutuksen tarkoitus keskittyy vahvasti ihmisen hyvinvoinnin tukemiseen yhteisönsä jäsenenä ja sen myös yhtenä tavoitteena on katkaista mahdollinen syrjäytymisen kierre tai sen riski. Sosiaalisen kuntoutuksen muotoja ovat esimerkiksi erilaiset harraste- ja virkistystoiminnot. (Holmia ym. 2008, 50-51.)

Kuntoutus itsessään on useimmiten kuntoutujalle täysin maksuton. Sosiaaliturvalla kuitenkin taataan potilaan tehokas hoito sekä turvataan potilaan ja hänen perheensä toimeentulo työ- ja toimintakyvyttömyyden tai sairauden aiheuttaessa kustannuksia ja ansionmenetyksiä. Sosiaaliturvalainsäädäntöön kuuluvia korvausmuotoja ovat esimerkiksi lääke- ja apuvälinekorvaus, sairaanhoito- ja kuntoutuskulujen korvaus, kuntoutukseen liittyvät matkakustannukset, sairauspäiväraha ja työkyvyttömyyseläkkeet. (Holmia ym. 2008, 51.)

Kuntoutuminen voidaan nähdä eräänlaisena kasvu- ja oppimistapahtumana, jonka myötä kuntoutuja oppii hyväksymään muuttuneen elämäntilanteensa, sairauden tai vamman ja sen mukanaan tuomat rajoitukset sekä löytämään uusia mahdollisuuksia ja keinoja tulevaisuuden rakentamiselle käytössä olevilla voimavaroilla. (Holmia ym. 2008, 51.)

Sairaudesta tai vammasta riippumatta kuntoutujalla itsellään on tärkeä rooli omassa kuntoutumisprosessissaan. Kuntoutumisen onnistumisen kannalta onkin tärkeää, että kuntoutuja tiedostaa oman aktiivisuutensa ja toimintansa vaikuttavan merkittävästi hänen elämäänsä. (Holmia ym. 2008, 51.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TOTEUTTAMISMENETELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tietoa masentuneesta syöpäkuntoutujasta ja hänen hoidostaan. Kirjallisuudesta haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Kuinka paljon on tieteellisiä julkaisuja viimeisen kymmenen vuoden ajalta liittyen syöpäkuntoutujan masennukseen?
- 2) Millainen on masentunut syöpäkuntoutuja?
- 3) Millaisia erityispiirteitä syöpäkuntoutujan masennukseen liittyy?
- 4) Miten syöpäkuntoutujan masennus voidaan tunnistaa ja miten masennusta voidaan mitata?
- 5) Miten voidaan tukea masentunutta syöpäkuntoutujaa ja mitä asioita masentuneen syöpäkuntoutujan hoidossa tulee huomioida?

Opinnäytetyö on toteutettu systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on esittää aiheesta jo olemassa olevaa tutkimustietoa ja näkökulmia sekä tekeillä olevan tutkimuksen suhdetta aiempiin tutkimuksiin (Hirsjärvi ym. 2007, 117). Sen avulla voidaan arvioida olemassa olevaa teoretietoa. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on luoda uusia teorioita ja kehittää vanhoja. Kirjallisuuskatsaus antaa mahdollisuuden jäsentää kokonaiskuvan käsiteltävästä asiasta. (Leary 1997, Salmisen 2011, 3 mukaan.)

Kirjallisuuskatsausta varten on etsitty tutkimusartikkeleita kansainvälisistä ja suomalaisista tieteellisistä tietokannoista. Hakutermeinä käytettiin ”cancer survival”, ”cancer survivor” ja näiden termien muunnelmia. Osaan sanoja on liitetty termejä kuten ”nursing”, ”depression”, ”mood” ja ”psychosocial”, erilaisine muunnelmineen. Hakusanoista on laadittu hakutulostaulukko (Taulukko 1), josta ilmenee kaikki käytetyt hakusanat ja tietokannat. Hakutulokset on rajattu, siten

että artikkelit on julkaistu kymmenen vuoden sisällä sekä artikkeli löytyy kokonaisuudessaan tietokannasta.

Taulukko 1. Ensimmäinen hakupolku

Tietokanta	Hakusana(t) and asiasana(t) ja niiden yhdistelmät	”Osumien” määrä	Valitut viitteet
MEDIC	syöpäkuntou*	0	0
CINAHL	cancer patient AND depression AND nursing	6	0
	cancer rehabilitatee	0	0
	cancer rehabilitate,	0	0
	cancer rehabilitated	0	0
	cancer rehabilitates	0	0
	cancer rehabilitation	45	0
	cancer rehabilitation AND depression	1	0
	cancer rehab* AND depression	1	0
	cancer patient AND depression	13	0
	cancer AND rehab* AND nurs*	31	0
	cancer AND rehab* AND depres*	10	0
	cancer AND surviv* AND nurs*	354	0
	cancer surviv* AND depres*AND nurs*	22	9
	cancer survivor AND depres*	3	0
	cancer survival AND nurs*	31	0
	cancer surviv* AND mood	10	0
	cancer surviv* AND mood AND nurs*	4	0
	cancer surviv* AND psychosoci* AND nurs*	95	9
	cancer surviv* AND mental health*	11	0
	cancer surviv* AND nurs	293	5
Cochrane	cancer surviv* AND depres* AND nurs*	186	1
	cancer surviv* AND psychosoci* AND nurs*	2	0
	cancer surviv* AND nurs*	6	0
Medline	cancer surviv* AND depres*	324	0
	cancer surviv* AND depres* AND nurs*	5	2
	cancer surviv* AND psychosoci* AND nurs*	19	0
	cancer surviv* AND nurs*	122	0
PubMed	cancer AND rehabilitee	27	0
	cancer rehabil* AND nurs*	16	0
	cancer AND nurs* AND depress*	116	0
	cancer surviv* AND depres*AND nurs*	10	5
	cancer surviv* AND nurs*	84	0
	cancer surviv* AND psychosoci* AND nurs*	8	1
	cancer surviv* AND mood	91	0
Manuaalinen haku			1

Lewin (1967) mukaan ”survivor”-sanaa on lääketieteen kirjallisuudessa ensimmäisen kerran käytetty 60-luvulla, jolloin se liitettiin sydäninfarktipotilaisiin (ks Doyle 2008, 501-502). Kirjallisuudessa on edelleen epäselvää, milloin potilasta aletaan kutsua termillä ”survivor” (Rendle 1997, Doylen 2008, 501-502

mukaan). Toiset kirjoittajat katsovat, että potilaan tilaa voidaan määritellä termillä "survivorship" diagnoosin saamisesta alkaen (Mullan 1985; Dow 1990; Ferrell & Dow 1996; Breaden 1997; Little ym. 2000, Doylen 2008, 501-502 mukaan), kun taas toiset määrittelevät sen alkavan vasta 5-vuotta aktiivisten syöpähoitojen jälkeen (Carter 1989, Carter 1993, Doylen 2008, 501-502 mukaan).

Kirjallisuushakua tehtiin aluksi käyttäen hakutermiä "rehabilitee" ja "rehabilitation" yhdessä "cancer" termin kanssa. Kyseinen hakusana ei kuitenkaan tuottanut juurikaan tietoa psyykkiseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen liittyen. Saadut julkaisut koskivat pääosin fyysistä kuntoutusta ja päihdevieroitushoitoa. Erään tieteellisen julkaisun kautta päädyttiin kokeilemaan hakutermiä "survivor" sekä sen eri muunnelmia ja yhdistelmiä. Kyseinen hakutermi tuotti huomattavasti paremmin hakutuloksia useissa eri tieteellisissä tietokannoissa, jolloin sitä päädyttiin käyttämään systemaattisesti seuraavissa hauissa.

Systemaattisen kirjallisuushaun rajaukset olivat julkaisut viimeisen kymmenen vuoden ajalta, englannin ja suomen kieli, ihmisiä käsittelevät tutkimukset ja ilmaiset tekstitiedostot julkaisuista. Sanojen esiintyvyys tekstissä rajattiin siten, että ne esiintyvät Medline-tietokannassa tiivistelmässä ja Cochrane-tietokannassa otsikossa, avainsanoissa tai tiivistelmässä. Opinnäytetyössä käytettävät artikkelit valittiin tiivistelmien perusteella. Kirjallisuushaut toteutettiin toukokuussa 2012.

4 TULOKSET

4.1 Masentuneeseen syöpäkuntoutujaan liittyvät julkaisut

Depressioon liittyviä artikkeleita ja kirjallisuutta on runsaasti. Depressio on sairautena hyvin tutkittu aihe ja siitä löytyy kattavasti ja monipuolisesti tietoa. Cinahl -hakujärjestelmä antaa hakusanalla ”depres*” tulokseksi 42491 artikkelia viimeisen kymmenen vuoden ajalta. Cinahl -hakujärjestelmän mukaan ensimmäiset masennusta koskevat artikkelit vuodelta 1971 koskevat depressioasteikkoja. Depressioasteikkoja käytetään masennuksen syvyyden arvioinnissa (Käypä hoito 2010). Masentunutta syöpäpotilasta käsitteleviä artikkeleita löytyi Cinahlista 2063 vuodesta 1984 alkaen, käytettäessä hakusanoja depres* AND cancer patient*. Masentunutta syöpäkuntoutujaa koskevia artikkeleita löytyi Cinahlista 441 vuodesta 1992 alkaen hakusanoilla depres* AND cancer surviv*. Taulukossa 2 on esitetty opinnäytetyössä käytetyt hakusanat ja tietokannat sekä työhön valitut julkaisut. Opinnäytetyöhön valittiin yhteensä 33 artikkelia. Taulukossa 3 on esitetty työhön valitut artikkelit tiivistettynä.

Taulukko 2. Systemaattisen haun hakutulokset

Hakutermit	cancer surviv* AND depres* AND nurs*		cancer surviv* AND psychosoci* AND nurs*		cancer surviv* AND nurs*	
	osumien määrä	valitut viitteet	osumien määrä	valitut viitteet	osumien määrä	valitut viitteet
Cinahl	24	9	106	9	293	5
Cochrane	3	1	2	0	6	0
Medline	5	2	19	0	122	0
Pubmed	13	5	11	1	110	0
Medic	0	0	0	0	1	0
Manuaalinen haku	1					

Taulukkoon 3 on koottu kaikki opinnäytetyön tuloksissa esitetyt julkaisut ja tiivistetysti niiden keskeiset tulokset.

Taulukko 3. Yhteenveto analyysiin valituista julkaisuista

Tutkimuksen tekijät, nimi ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja menetelmä	Keskeiset tulokset
Morgan, M. 2009. Cancer survivorship: History, Quality Of Life Issues and the Evolving Multidisciplinary Approach to Implementation of Cancer Survivorship Care Plans.	Tarkastella syöpäkuntoutumista, elämänlaatua ja syöpäkuntoutujan hoitosuunnitelmaa.	Kirjallisuuskatsaus	Syöpäkuntoutujalla on kokonaisvaltaisen tuen ja hoitosuunnitelman tarve vielä pitkään syöpähoitojen jälkeen.
Heidrich, S.; Brown, R.; Egan, J.; Perez, O.; Phelan, C.; Yeom, H., & Ward, S. 2009. An Individualized Representational Intervention to Improve Symptom Management (IRIS) in Older Breast Cancer Survivors: Three Pilot Studies.	Testata IRIS-ohjelman käytettävyyttä rintasyövän sairastaneiden naisten elämänlaadun parantamisessa ja oireiden hallinnan hoidossa.	n=41, 65 vuotiaita rintasyövän sairastanutta naista. Kaksi satunnaistettua koeasetelmaa ja yksi esikoe.	Paransi naisten kykyä hallita reaktiota muutoksiin ja siten myös edisti elämänhallintaa.
Rabin, E.; Heldt, E.; Hirakata, V.; Bittelbrunn, A.; Chachamovich, E. & Fleck, M. 2009. Depression and Perceptions of Quality of Life of Breast Cancer Survivors and Their Male Partners.	Selvittää rintasyövän sairastaneiden naisten ja heidän kumppaneidensa käsityksiä sairastaneen elämänlaadusta.	n=73, naisia, joilla tyyppi I-III syöpä ja heidän puolisonsa. Läpileikkaus tutkimus	Rintasyövän sairastaneilla naisilla ja heidän kumppaneillaan on hyvin samanlainen käsitys sairastaneen elämänlaadusta. Arvioitaessa syöpäkuntoutujan elämänlaatua, voidaan luotettavasti hyödyntää kumppanin arviota elämänlaadusta. Ainoa osa-alue, jota kumppanit eivät osaa luotettavasti arvioida on kuntoutujan masentuneisuus.
Fox, S. & Lyon, D. 2006. Symptom Clusters and Quality of Life in Survivors of Lung Cancer.	Tutkia keuhkosityövän sairastaneiden kuntoutumisprosessissa ilmenevien oireiden ja haittojen yhteisesiintyvyyttä.	n=51 keuhkosityöpäpotilasta. Strukturoitu kyselytutkimus	Lähes kaikilla keuhkosityövän sairastaneilla esiintyy väsymystä, masennusta ja kipua, joilla on havaittu olevan yhteys toistensa esiintyvyyteen ja voimakkuuteen. Väsymyksen ja masennuksen välillä on merkittävä korrelaatio, mutta ne myös sellaisenaan ovat elämänlaatua heikentäviä tekijöitä.
Heidrich, S.;	Selvittää	18	Ikääntyneiden rintasyövän sairastaneiden

Egan, J.; Hengudomsb, P. & Randolph, S. 2006. Symptoms, Symptom Beliefs and Quality of Life of Older Breast Cancer Survivors : A Comparative Study.	ikäntyneiden rintasyövän sairastaneiden naisten elämänlaatua ja siihen liittyviä tekijöitä.	rintasyöpä kuntoutujaa ja 24 naista, joilla ei ole rintasyöpää, naisten ikä yli 64. Strukturoidut haastattelut.	naisten elämänlaatuun vaikuttaa heidän uskomuksensa syövän jälkeisten oireiden syntyperästä. Oireet liitetään usein johonkin krooniseen sairauteen. Kun oireiden syytä ei tiedetä, heikentää se sosiaalista ja psyykkistä tilannetta ja elämän merkityksellisyyden tunnetta. Kuntoutujat voivat kokea myös voimattomuutta, masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta.
Clemmens, D.; Knafl, K.; Lev, E. & McCorkle, R. 2008. Cervical Cancer: Patterns of Long-Term Survival.	Tutkia kohdunkaulansyövän kuntoutuvien kuntoutumisprosessia ja selviytymiskeinoja.	19 naista, joilla diagnosoitu kohdunkaulansyöpä vuosina 1975-1995. Puolistrukturoidut haastattelut.	Syöpä kuntoutujan elämänlaatuun vaikuttaa kuntoutujan kyky suhtautua ja kuvailla sairauskokemuksensa uudella tavalla. Elämänlaadun ja depression mittaaminen eivät paljasta syvempiä merkityksiä kuntoutujan kokemuksista kuntoutumisprosessissa. Hoitajat ovat keskeisessä asemassa syöpä kuntoutujan yksilöllisten kokemusten kuuntelemisessa ja niihin vastaamisessa.
Boyajian, R. 2010. Depression's Impact on Survival in Patients with Cancer.	Tutkia masennuksen esiintyvyyttä syöpäpotilaille ja syöpä kuntoutujilla sekä sen vaikutuksia kuntoutumisprosessiin ja selviytymiseen.	Kirjallisuuskatsaus.	Masennus on huomattavan paljon yleisempää syöpä kuntoutujilla kuin muulla väestöllä. Masennus syöpäsairauden yhteydessä saattaa vaikuttaa elämänlaatuun. Masentuneilla on myös kohonnut riski sairastua sydänsairauksiin. Hoitajilla on keskeinen asema masennuksen tunnistamisessa. Varhainen tunnistaminen tärkeää, sillä se voi parantaa elämänlaatua ja pienentää sairastumisriskiä sydänsairauksiin.
Carpenter, J.; Elam, J.; Ridner, S.; Carney, P.; Cherry, G. & Cucullu, H. 2004. Sleep, Fatigue, and Depressive Symptoms in Breast Cancer Survivors and Matched Healthy Women Experiencing Hot Flashes	Vertailla rintasyöpä kuntoutujien ja terveiden vaihdevuosisoireisten naisten unen, väsymyksen ja masennuksen suhteen.	15 rintasyöpä kuntoutujaa ja 15 tervettä naista verrokiryhmässä. Strukturoitu kysely.	Molemmilla ryhmillä uniongelmat ovat yleisiä. Uniongelmissa on havaittu olevan yhteys väsymykseen ja masennukseen. Hoitajien on tärkeää tunnistaa vaihdevuosisoireisten rintasyöpä kuntoutujien merkkejä väsymyksestä, unen riittävyydestä ja masennuksesta.
Vivar, White & McQueen. 2010. 'Again': the Impact of Recurrence on Survivors of Cancer and Family Members.	Selvittää syövän uusiutumisen vaikutusta syöpä kuntoutujien ja heidän perheenjäseniensä.	15 syöpä kuntoutujaa, 13 omaista ja 14 hoitajaa. Haastattelu.	Useimmille perheille syövän uusiutuminen on järkyttävämpää kuin diagnoosin kuuleminen ensimmäisen kerran. Kokemukseen vaikuttavat eniten hoidoista kulunut aika ja kuntoutujan ikä. Suhtautuminen on parempaa mitä enemmän hoidoista on kulunut aikaa ja nuorille suhtautuminen on vanhempiä kuntoutujia vaikeampaa. Läheisten huomioimisen tärkeys korostuu syövän uusiutumisvaiheessa.
Anguiano, L.; Mayer, D.;	Tarkastella syöpäpotilaiden	Kirjallisuuskatsaus.	Syöpä kuntoutujilla on suurentunut itsemurhariski. Altistavia tekijöitä ovat

Piven, M. & Rosenstein, D. 2011. A Literature Review of Suicide in Cancer Patients	itsemurhia.		syöpätyyppi, sukupuoli, ikä, masennus ja diagnoosista kulunut aika. Hoitohenkilökunnan on tärkeää tiedostaa riskit ja altistavat tekijät. Oireiden tunnistaminen ja varhainen puuttuminen parantavat elämänlaatua ja siten pienentävät itsemurhariskiä.
Li, H.; Chung, J.; Ho, K.; Chiu, S. & Lopez, V. 2012. A Descriptive Study of Psychosocial Well-Being and Quality of Life of Childhood Cancer Survivors in Hong Kong.	Selvittää ja kuvailla lapsisyöpäkuntoutujien psykososiaalista ja hyvinvointia ja elämänlaatua.	n=137, 9-16 -vuotiasta syöpäkuntoutujia a. Läpileikkaustutkimus.	Lapsuudessa sairastetulla syövällä on yhteys nuoruudessa ilmenevään heikentyneeseen itsetuntoon ja masennukseen. Huonolla itsetunnolla on yhteys masennukseen, ahdistuneisuuteen ja elämänlaadun huononemiseen. Hoitajien on tärkeää tukea kuntoutujan itsetuntoa.
Büssing & Fisher. 2009. Interpretation of Illness in Cancer Survivors is Associated with Health-Related variables and Adaptive Coping Styles.	Selvittää, miten syöpäkuntoutujan käsitys omasta sairaudestaan on yhteydessä terveyteen ja selviytymismekanismeihin.	387 syöpäpotilasta. Haastattelu.	Negatiivinen suhtautuminen syöpäsairauteen laskee elämänlaatua ja psyykkistä hyvinvointia. Lisää myös välttely-selviytymisstrategian käyttöä sekä masennusta ja ahdistusta. Positiivinen suhtautuminen on yhteydessä arempaan tilanteeseen sopeutumiseen.
Doyle, N. 2008. Cancer Survivorship: Evolutionary Concept Analysis	Tutkia ja analysoida syöpäkuntoutumisprosessia kokonaisuutena.	n=43, vuosina 1994-2006 julkaistua kirjallista tuotosta. Kirjallisuuskatsaus.	Syöpäkuntoutujilla on kaksijakoinen tapa suhtautua syöpähoitojen jälkeiseen elämään; toiset ovat kiitollisia elämästään kun taas toisille sairaus on loppuelämä järkevä kriisitilanne. Yhteiskunnan asenteet voivat aiheuttaa syöpäkuntoutujalle sosiaalista eristäytymistä. Syöpäkuntoutujalle on tärkeää järjestää sosiaalista tukea ja mahdollisuus keskusteluun hoitohenkilökunnan kanssa. Kuntoutumisprosessi on aina yksilöllinen. Kuntoutumisprosessia käsittelevä tieto auttaa hoitajia ymmärtämään paremmin kuntoutujaa ja kuntoutumisprosessiin liittyviä tarpeita.
Dirksen, S. & Epstein, D. 2007. Efficacy of an Insomnia Intervention on Fatigue, mood and Quality of Life in Breast Cancer Survivors.	Tutkia, miten unettomuuden hoito vaikuttaa rintasyöpäkuntoutujan väsymykseen, mielialaan ja elämänlaatuun.	n=72, naisia, joiden hoito loppunut 3 kuukautta sitten ja tauti ei ole relapsissa. Strukturoitu kysely.	Rintasyöpäkuntoutujilla esiintyy paljon unettomuutta. Se vaikuttaa elämänlaatuun ja sen yhteydessä voi esiintyä väsymystä, ahdistuneisuutta ja masennusta.
Von Ah, D.; Russell, K.; Storniolo, A. & Carpenter, J. 2009. Cognitive Dysfunction and It's Relationship	Tutkia rintasyöpäkuntoutujilla esiintyviä kognitiivisia häiriöitä ja niiden	n= 134, rintasyöpäkuntoutujia, 32-79 -vuotiaita. Kyselykaavake.	Valtaosa rintasyöpäkuntoutujista kärsii kognitiivisten kykyjen heikentymisestä ja keskittymiskyvyn häiriöistä – yhteydessä huonontuneeseen elämänlaatuun, mukaan lukien masennukseen liittyvien oireiden lisääntymisen. Hoitajien arvioitava yhdessä

to Quality of Life in Breast Cancer Survivors.	vaikutuksia rintasyöpäkunto utujan elämänlaatuun.		elämänlaadun arvioinnin kanssa myös keskittymiskykyä –mikäli alentunut, tarve arvioida masennustilanne, kokonaisvaltainen hyvinvointi, fyysinen toimintakyky ja väsymys perusteellisesti.
Brem, S. & Kumar, N. 2011. Management of Treatment-Related Symptoms in Patients with Breast Cancer: Current Strategies and Future Directions.	Tutkia rintasyöpää sairastavien naisten selviytymiskeinoja syöpähoitoihin liittyvien oireiden kanssa.	Kirjallisuuskatsaus.	Rintasyöpäkuntoutujilla esiintyy enemmän masennusta kuin muista syövästä kuntoutuvilla. Siihen vaikuttavat vaihdevuosioreet ja estrogeenitason lasku. Masennus ja ahdistuneisuus esiintyvät usein yhdessä. Kipu vaikuttaa psyykkiseen kuormitukseen ja kivuista kärsivät kokevat usein myös masennusta ja ahdistusta. Lääkehoidon ja käyttäytymisterapian yhdistelmä on tehokkaampi hoitomuoto kuin yksistään toteutettuna. Hoitajat ovat keskeisessä asemassa potilaan oireiden arvioinnissa ja hoidossa – hoitajien tulee tuntee arviointimenetelmiä, joilla tunnistaa oireiden yhteisesiintyvyyttä.
Foster, C.; Wright, D.; Hill, H.; Hopkinson, J. & Roffe, L. 2009. Psychosocial Implications of Living 5 Years or more Following a Cancer Diagnosis: A systematic Review of the Research Evidence.	Selvittää syöpädiagnoosin psykososiaalisia vaikutuksia viisi vuotta syöpädiagnoosin saamisen jälkeen.	n=43, aiheeseen liittyviä tutkimuksia. Kirjallisuuskatsaus.	Viiden vuoden kuluttua syöpähoidoista, 20-30% syöpäkuntoutujista syöpään tai sen hoitoihin liittyvistä ongelmista. Negatiiviset tunteet, kuten masennus ja viha, ovat yhteydessä kipuun, fyysisiin poikkeavuuksiin, sosiaaliseen eristäytymiseen ja huonontuneeseen elämänlaatuun. Uusiutumisen pelko voi kestää pitkäänkin, mikä aiheuttaa kuntoutujalle masennusta ja ahdistusta. Terveystilan huononeminen on yhteydessä masennukseen. Naisilla esiintyy enemmän masennusoireita, mikä on yhteydessä roolimutoksiin elämässä.
Bennett, J.; Cameron, L.; Brown, P.; Whitehead, L.; Porter, D.; Ottaway-Parkes, T. & Robinson, E. 2010. Time since Diagnosis as a Predictor of Symptoms, Depression, Cognition, Social Concerns, Perceived Benefits and Overall Health in Cancer Survivors.	Tutkia syöpädiagnoosista kuluneen ajan vaikutusta syöpäkuntoutujan elämään ja hyvinvointiin.	n=835, aikuisia, syöpäkuntoutujia, joilla sairaudesta kulunut aika 0,5-43 vuotta. Strukturoitu kysely.	Diagnoosista ja hoidoista kuluneella ajalla ei ole havaittua vaikutusta syöpäkuntoutujan kokemiin oireisiin ja elämänlaatuun, ainoastaan kognitiivisten ongelmien vähenemiseen. Varhainen oireisiin ja ongelmiin puuttuminen on tärkeää ja huomioitava hoitotyössä.
Thompson, P. 2007. The Relationship of Fatigue and Meaning in Life in	Tutkia rintasyöpäkuntoutujien kokeman väsymyksen ja	n=34, naisia, joiden rintasyöpähoitot päättyneet 16 kuukautta sitten.	Väsymystä ja siihen yhteydessä olevia psyykkisiä oireita esiintyy vielä pitkään syöpähoitojen jälkeenkin, mikä vaikuttaa myös fyysiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin.

Breast Cancer Survivors.	elämän merkityksellisuuden välistä yhteyttä.	Strukturoitu kysely.	Hoitajien tulee tunnistaa väsymykseen yhteydessä olevia tekijöitä, kuten masennusta.
Akechi, T.; Okuyama, T.; Onishi, J.; Morita T. & Furukawa T. 2010. Psychotherapy for depression among incurable cancer patients (Review).	Tutkia psykoterapian käyttöä masennuksen hoitomuotona parantumattomasti sairailta syöpäpotilailta.	Kirjallisuuskatsaus.	Psykoteraapia on toimiva hoitomuoto masennuksen kaltaisten häiriöiden hoidossa – ei kuitenkaan tutkittua tietoa sen tehokkuudesta diagnosoidun masennuksen hoidossa.
Vivar, C. & McQueen, A. 2005. Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer.	Tutkia rintasyöpäkuntoutujien tiedon ja tuen tarvetta.	Kirjallista aineistoa vuosilta 1985-2004. Kirjallisuuskatsaus.	Rintasyöpäkuntoutujien tiedon ja tuen tarve liittyy selkeästi kuntoutujan ikään ja kulttuuritaustaan.
Watts, T. 2011. Caring for cancer survivors.	Tutkia syöpäkuntoutujien hoitoa, hoidon tarvetta ja hoitajan työnkuvaa kuntoutuksessa.	Kirjallisuuskatsaus.	Sairaanhoitajan työnkuva syöpäkuntoutujan hoidossa painottuu kuntoutujan ja tämän perheen tukemiseen, kuntoutujan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja tukemiseen, seurantaan ja relapsin varhaiseen tunnistamiseen sekä kuntoutujan päätökseentekoon osallistumisen tukemiseen.
Badger, T. 2008. Depression Assessment and Psychosocial Interventions for Cancer Survivors and Their Partners.	Selvittää depression arvioinnin ja psykososiaalisen intervention käyttöä syöpäkuntoutujien ja heidän kumppaneidensa kanssa.	Kirjallisuuskatsaus.	Hoitokontaktissa tulee arvioida syöpäkuntoutujan emotionaalinen tila. Hoitajan ja kuntoutujan välillä tulee olla avoin keskustelu, joka helpottaa myös masennuksen käsittelyä hoitokontaktissa.
Oleske, D.; Cobleigh, M.; Phillips, M. & Nachman, K ym. 2004. Determination of Factors Associated With Hospitalization in Breast Cancer Survivors.	Selvittää ja määrittää tekijöitä, jotka ovat yhteydessä rintasyöpäkuntoutujien sairaalahoitoon.	n=123, rintasyövän sairastaneita naisia. Strukturoitu kysely.	Masennuksen on todettu lisäävän rintasyöpäkuntoutujien todennäköisyyttä joutua sairaalahoitoon. Aiheetonta sairaalahoitoa voidaan vähentää tehokkaalla ja varhaisella puutumisella syöpäkuntoutujan menopausaalisiiin ja depressiivisiin oireisiin.
Husson, O.; Mols, F. & Van de Poll-Franse, L. 2011. The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and de-	Tutkia syöpäkuntoutujalle annetun informaation ja syöpäkuntoutujan kokeman elämänlaadun, ahdistuksen ja masennuksen yhteyttä.	n=25, kirjallisuuskatsaus.	Informaation määrällä ei ole havaittua yhteyttä elämänlaadun paranemiseen tai potilaan tyytyväisyyteen, tärkeämpää ovat informaation laatu ja yksilöllisyys. Tyytyväisyys ja tunne riittävän tiedon saannista voivat vähentää potilaan ahdistusta ja masennusta.

pression among cancer survivors: a systematic review			
Freeman, L.; Cohen, L.; Stewart, M.; White, R.; Link, J.; Palmer, L.; Welton, D.; McBride, L. & Hild, C. 2008. The Experience of Imagery as a Post-Treatment Intervention in Patients With Breast Cancer: Program, Process, and Patient Recommendations.	Tutkia kuvakielen aktivointimenetelmää rintasyöpäkuuntujien hoidossa.	n=10, naisia, joilla tehty syöpädiagnoosi. Haastattelu.	Hoitokontaktissa hoitajan sanavalinnoilla, kehonkielellä ja ilmeillä on tärkeä merkitys, niillä voi olla potilaan stressiä, ahdistusta ja masennusta lievittävä vaikutus. Kuvakielen aktivointimenetelmä voi olla toimiva tunteiden käsittelyssä – korvaa potilaan häiritsevät tunnekuvat. Menetelmä vaatii hyvää perehtymistä potilaalta ja hoitajilta.
McDougall, G.; Becker, H.; Acee, T.; Vaughan, P. & Delville, C. 2012. A pilot study to compare the effect of memory training and health training interventions on affective and cognitive function with a group of cancer survivors.	Vertailla muistiharjoitusten ja terveystoimien vaikutuksia syöpäkuuntujien kognitiiviseen toimintakykyyn.	n=8 tutkimusryhmä, n=14 vertailuryhmä. 2-vuotinen seurantatutkimus.	Yli 65-vuotiailla syöpäkuuntujilla on todettu olevan syöpähoitojen jälkeistä muistin heikkenemistä. – muistiharjoituksilla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia muistiin ja sekä masennuksen ja ahdistuksen esiintyvyyteen.
Johnson, P. 2002. The Use of Humor and Its Influences on Spirituality and Coping in Breast Cancer Survivors.	Tutkia huumorin käyttöä syöpäkuuntujien hoidossa ja sen vaikutuksia potilaan henkisyteen ja selviytymiseen.	n=9, naisia, joilla rintasyöpädiagnoosi. Avoin haastattelu.	Huumori auttaa sairaanhoitajia vaikeiden potilastapausten kanssa sekä parantaa hoitajan ja potilaan välistä yhteyttä. Se on itsessään tehokas terapiamuoto hoitosuhteessa. Huumori on tärkeä osa potilaan henkisyttä ja kokemusta elämän merkityksellisyydestä.
Miller, R. 2008. Implementing a Survivorship Care Plan for Patients With Breast Cancer.	Testata kuntoutussuunnitelman käyttöä rintasyöpäkuuntujien hoidossa.	n=148 avohoito potilasta. Kliininen tutkimus.	Syöpäkuuntujilla esiintyy huolta hoitonsa jatkuvuudesta aktiivisten syöpähoitojen päätyttyä, kun hoito siirtyy erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Hoitosuunnitelman laatiminen tärkeää hoidon jatkuvuuden kannalta.
Fong, D.; Ho, J.; Hui, B.; Lee, A.; Macfarlane, D.; Leung, S.; Cerin, S.; Chan, W.; Leung, I.; Lam, S.; Taylor, A. &	Tutkia fyysisen aktiivisuuden merkitystä syöpäkuuntujien alle.	n=34, kirjallisuuskatsaus.	Fyysisellä aktiivisuudella on myönteinen vaikutus syöpäkuuntujan fyysiseen toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Fyysinen aktiivisuus vähentää merkittävästi kuntoutujan masennusta Beckin-mittarilla mitattuna.

Cheng, K 2012. Physical activity for cancer survivors: meta-analysis of randomised controlled trials.			
Simonelli, L.; Fowler, J.; Maxwell, L. & Andersen, B. 2008. Physical Sequelae and Depressive Symptoms in Gynecologic Cancer Survivors: Meaning in Life as a Mediator.	Selvittää, millaisia fyysisiä seurauksia ja masennuksen oireita gynekologisen syövän sairastaneilla esiintyy.	n=260, gynekologisista syöivistä kuntoutuvia. Seurantatutkimus.	Syövän jälkeiset pitkäaikaishaitat voivat aiheuttaa masennusta. Gynekologisen syövän sairastaneilla esiintyy seksuaalisuuteen liittyviä pitkäaikaishaittoja, jotka heikentävät elämänlaatua ja hyvinvointia sekä aiheuttavat merkityksettömyyden tunteita – nämä voivat aiheuttaa kuntoutujalle masennusoireita.
Becker, H.; Kang, S. & Stuijbergen. 2012. Predictors of Quality of Life for Long-Term Cancer Survivors With Preexisting Disabling Conditions.	Tutkia elämänlaatua ennustavia tekijöitä syöpäkuntoutujilla, joilla on syövän lisäksi jokin muu terveyshaitta.	n=145, syöpäkuntoutujia, pääasiassa rintasyöpäkuntoutujia. Strukturoitu kysely.	Monilla syöpäkuntoutujilla esiintyy muita hyvinvointia heikentäviä terveyshaittoja, jotka on huomioitava kuntoutumisprosessissa. Masennukseen liittyvät oireet lisääntyvät muiden oireiden lisääntyessä. Hoitajat voivat parantaa syöpäkuntoutujan hyvinvointia kehittämällä keinoja vähentää masennusoireita ja tukemalla kuntoutujaa oman terveytensä edistämässä.
Carpenter, K.; Andersen B.; Fowler J. & Maxwell, L. 2009. Sexual Self Schema as a Moderator of Sexual and Psychological Outcomes for Gynecologic Cancer Survivors.	Tutkia syöpäkuntoutujan käsitystä omasta seksuaalisuudestaan.	n=175, gynekologisista syöivistä kuntoutuvia. Läpileikkaustutkimus.	Positiivinen käsitys omasta seksuaalisuudesta voi suojata gynekologisen syövän sairastaneita masennuksen oireilta. Negatiivinen käsitys omasta seksuaalisuudesta yhdistettynä vähäiseen seksuaaliseen tyytyväisyyteen voi aiheuttaa psyykkisiä ongelmia ja masennusoireistoa.

4.2 Masentunut syöpäkuntoutuja

Masennuksen esiintyvyys syöpään sairastuneilla on huomattavan yleistä, 2-5 kertaa yleisempää kuin muulla väestöllä Amerikan Yhdysvalloissa. Masentuneilla on todettu olevan kohonnut riski sairastua iskeemiseen sydänsairauteen. Sydänsairauksien riskiin vaikuttavia tekijöitä ovat syöpään

liittyvät hoidot ja lääkitykset sekä masennuksen ja stressin aiheuttama kohonnut verenpaine ja pulssitaajuus. (Boyajian 2010, 649-651.)

Lähes kaikilla keuhkosyövän sairastaneilla esiintyy väsymystä, masennusta ja kipua, joista kipua ilmenee vähiten. Oireilla on havaittu olevan yhteys toistensa esiintyvyyteen ja voimakkuuteen, esimerkiksi masennuksen ja väsymyksen välillä on todettu olevan merkittävä korrelaatio. Syövän sairastaneiden oireiden yhteisesiintyvyys vaikuttaa selkeästi elämänlaatuun. Lisäksi masennus ja väsymys sellaisenaan ovat elämänlaatua heikentäviä tekijöitä. (Fox & Lyon 2006, 931, 934-935.)

Kohdunkaulansyövästä toipuvilla naisilla on todettu olevan kolme erilaista tapaa suhtautua syövän tuomiin muutoksiin kuntoutumisprosessissa. Jotkut naiset kokevat päässeensä elämässään eteenpäin ja syövän jääneen menneisyyteen, jotkut kokevat arvostavansa elämäänsä uudella tavalla syöpäkokemuksen jälkeen ja toiset taas kokevat syövän jälkeisen elämän ikään kuin jatkuvana kamppailuna ongelmien ja muutosten kanssa. Huolimatta naisten hyvin erilaisista suhtautumistavoista, heillä on paljon yhteisiäkin tekijöitä, kuten syöpädiagnoosin aiheuttama sokki, kokemus hoitohenkilökunnan keskeisestä roolista ja läheisten tuen tärkeydestä. Yleisesti ottaen jokainen kohdunkaulansyövästä kuntoutuva nainen kuvailee jonkin kohdunkaulan syövästä kuntoutumiseen liittyvän muutoksen tai vaikeuden. Naisen elämänlaatuun vaikuttavat naisen kyky ja päätös suhtautua ja kuvailla syöpäkokemuksensa uudella tavalla. Elämänlaadun ja depression mittaaminen yksistään ei paljasta syvempiä merkityksiä naisen kokemuksista pitkäaikaiskuntoutumisprosessissa. Hoitajat ovat keskeisessä asemassa syöpäkuntoutujien yksilöllisten kokemusten kuuntelemisessa ja niihin vastaamisessa. (Clemmens ym. 2008, 897-902.)

Masennus, kipu, oman aseman heikentyminen ja mielenterveysongelmat ovat asioita, jotka naiset yhdistävät liittyviksi krooniseen sairauteen tai rintasyöpään. Kun naiset eivät tiedä oireidensa syytä, se voi heikentää heidän sosiaalista kyvykkyyttään, psyykkistä tilannettaan ja elämän merkityksellisyyttään. Lisäksi

naiset voivat kokea tällöin voimattomuutta, masennusta ja ahdistuneisuutta. (Heidrich ym. 2006, 315, 320-321.)

Rintasyövän sairastaneilla naisilla ja heidän miespuolisilla elämänkumppaneillaan on keskenään hyvin samankaltainen käsitys sairastaneen elämänlaadusta. Rintasyövän sairastaneiden naisten elämänkumppanit olivat kuitenkin kyvyttömiä arvioimaan luotettavasti sairastaneen masentuneisuutta. (Rabin ym. 2009, 153-157.)

Vertailtaessa rintasyöpäkuntoutujien ja vaihdevuosisoireisten, terveiden naisten unen saantia ja laatua, väsymystä ja masentuneisuutta havaittiin, että uniongelmia olivat yleisiä vaihdevuosisoireisilla naisilla, sekä rintasyövästä kuntoutuvilla että terveillä. Unen kesto on merkittävästi lyhyempi rintasyöpäkuntoutujilla kuin terveillä naisilla. Uniongelmissa on todettu olevan yhteys väsymykseen ja masennukseen. On tärkeää, että hoitajat tunnistavat ja huomioivat vaihdevuosisoireisten rintasyöpäkuntoutujien merkkejä väsymyksestä, unen riittävyydestä ja masennuksesta. (Carpenter ym. 2004, 591, 596-597.)

Syöpäkuntoutujilla on suurentunut itsemurhariski ja syöpädiagnoosin saaneilla jopa kaksinkertainen muuhun väestöön verrattuna. Riski on suurimmillaan ensimmäisenä vuonna syöpädiagnoosin saamisesta. Etenkin tietyt syöpätyypit lisäävät osaltaan itsemurhariskiä. Lisäksi miehet ovat naisia itsemurha-alttiimpia. Merkittävimmät itsemurhalle altistavat tekijät ovat syöpätyyppi, sukupuoli, ikä, masennus ja diagnoosista kulunut aika. Näistä suurin yksittäinen tekijä on masennus. Masentunut syöpäpotilas on neljä kertaa alttiimpi itsemurhalle kuin syöpäpotilas, jolla ei ole masennusta. Myös lapsena sairastettu syöpä altistaa itsemurhalle. On tärkeää, että hoitohenkilökunta tietää suurentuneen itsemurhariskin ja osaa tunnistaa siihen vaikuttavat tekijät. Syöpäpotilaan masennuksen tunnistaminen voi olla haastavaa, sillä masennuksen oireet ovat hyvin samankaltaisia kuin syöpähoitojen aiheuttamat haittavaikutukset, kuten painon ja vireystilan lasku sekä univaikeudet (Anguiano ym. 2011, 1-2, 10-12.)

Lapsuudessa sairastettu syöpä aiheuttaa nuorelle syöpäkuntoutujalle heikentyneitä itsetuntoa ja masennusta. Mitä enemmän nuorella syöpäkuntoutujalla on masennuksen oireita, sitä enemmän hänellä ilmenee myös ahdistusta sekä heikentyneitä itsetuntoa ja elämänlaatua. Syövällä ja syöpähoidoilla on todettu olevan heikentävä vaikutus nuoren syöpäkuntoutujan psykososiaaliseen hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Hoitajien tulisi kehittää ja arvioida menetelmiään, joilla parantaa näitä tekijöitä nuoren syöpäkuntoutujan elämässä. Lapsisyöpäkuntoutujilla esiintyvällä huonolla itsetunnolla on yhteys masennukseen, ahdistukseen ja huonontuneeseen elämänlaatuun. Tukemalla lapsen tai nuoren myönteistä itsetuntoa pystytään parantamaan hänen hyvinvointiaan ja mahdollisuuksiaan terveelliseen elämään. (Li ym. 2012, 1, 6-8.)

Suurin osa syöpäkuntoutujista suhtautuu sairauteensa haasteena, osa pitää sairauttaan painoarvoltaan merkittävänä. Joidenkin mielestä se on elämän pysäyttävä asia, heikkous tai rangaistus. Negatiivinen suhtautuminen sairauden vaikutuksesta elämään huonontaa elämänlaatua psyykkisen hyvinvoinnin kannalta ja tyytyväisyyttä sekä lisää välttely-selviytymisstrategian käyttöä, masennusta ja ahdistusta. Positiivinen suhtautuminen sairauteen on yhteydessä tilanteeseen sopeutumisen kanssa. (Büssing & Fischer 2009, 1,7,8,10.)

4.3 Syöpäkuntoutujan masennuksen erityispiirteet

Syövästä kuntoutumiseen liittyy kaksijakoinen suhtautumistapa syöpähoitojen jälkeiseen elämään. Moni syöpäkuntoutuja kokee kiitollisuutta selviytyttyään hengissä syövästä, toisaalta moni kokee syövän koko loppuelämää järkyttäväksi kriisitilanteeksi. Syöpäkuntoutumiseen liittyy positiivisia puolia, kuten itsensä kehittäminen, henkilökohtainen kasvu, elämän arvostaminen ja ihmissuhteiden kehittäminen. Syövästä kuntoutumiseen liittyy myös negatiivisia puolia. Ne ovat yhteydessä lääketieteellisiin ja fyysisiin ongelmiin, kuten masennukseen, väsymykseen, kipuun, dyspneaan eli hengenahdistukseen,

kognitiivisiin häiriöihin, hedelmättömyyteen ja sukupuolielämän menettämiseen. Syöpäkuntoutujan kuntoutumisprosessiin liittyy monenlaisia ongelmia yhteiskunnan ja sosiaalisten kontaktien suhtautumistavan muuttuessa. Yhteiskunnan stereotypiat syöpäkuntoutujista saattavat leimata hänet tietynlaiseksi ja luoda häneen ennakoasenteita, mikä vaikeuttaa syöpäkuntoutujan paluuta entisiin sosiaalisiin piireihinsä, kuten työyhteisöön. Sosiaalisen eristäytymisen pelko ja tärkeiden ihmissuhteiden menettäminen vaikuttavat merkittävästi syöpäkuntoutujan kykyyn kehittää positiivisia käyttäytymismalleja kuntoutumisprosessissaan. Sosiaalinen tuki ja mahdollisuus keskustella hoitohenkilökunnan kanssa tarvittaessa ovat tärkeässä roolissa syöpäkuntoutujan selviytymisessä. (Doyle 2008, 499-509.)

Rintasyöpäkuntoutujilla esiintyy paljon unettomuutta. Unettomuus vaikuttaa merkittävästi elämänlaatuun ja sen yhteydessä esiintyy väsymystä, ahdistuneisuutta ja masennusta. Oireita ilmenee erityisesti syöpähoitojen jälkeen. (Dirksen & Epstein 2007, 670-673.)

Valtaosa rintasyöpäkuntoutujista kärsii kognitiivisten kykyjen heikentymisestä (Jenkins ym. 2006, Von Ah 2009, 326 mukaan) ja keskittymiskyvyn häiriöistä (Cimprich ym. 2005, Von Ah 2009, 326 mukaan). Huonontuneen keskittymiskyvyn on havaittu olevan yhteydessä huonontuneeseen elämänlaatuun mukaan lukien masennukseen viittaavien oireiden lisääntymiseen, hyvinvoinnin vähentymiseen, liikuntakyvyn heikentymiseen sekä väsymyksen pahenemiseen. Erityisesti nuoret naiset kokevat keskittymiskyvynsä häiriintyneen syöpähoitojen myötä. (Von Ah ym. 2009, 326-333.)

Rintasyöpäkuntoutujilla esiintyy masennusta enemmän kuin muilla syöpäkuntoutujilla, tämä vaikuttaisi johtuvan vaihdevuosisoireista ja estrogeenitason laskusta (Fann ym. 2008, Bremin & Kumarin 2011, 64 mukaan). Masennus ja ahdistus esiintyvät usein yhdessä (Van den Beuken-van Everdingen ym. 2009, Bremin & Kumarin 2011, 65 mukaan). Kipu vaikuttaa syöpäkuntoutujan kokemaan psyykkiseen kuormitukseen (Fann ym. 2008, Bremin & Kumarin 2011, 66 mukaan), kivusta kärsivät syöpäkuntoutujat kokevat

samanaikaisesti myös ahdistusta tai masennusta (Kenne Sarenmalm ym. 2007, Bremin & Kumarin 2011, 66 mukaan).

Viisi vuotta syöpädiagnoosin saamisen jälkeen syöpäkuntoutujista 20-30% kärsii syöpään tai sen hoitoihin liittyvistä ongelmista kuten, fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista, seksuaalisista tai taloudellisista ongelmista tai elämänlaadun huonontumisesta (Foster ym. 2009, 223). Syöpäkuntoutujan diagnoosiin ja hoitoihin liittyvät negatiiviset tunteet kuten masennus ja viha ovat yhteydessä hänen tuntemaansa kipuun, fyysisiin poikkeavuuksiin, sosiaaliseen eristäytymiseen ja alentuneeseen elämänlaatuun. (Foley ym. 2006, Fosterin ym. 2009 241 mukaan). Syövän uusiutumisen pelkoa voi ilmetä pitkään ja se voi niin ikään aiheuttaa masennusta ja ahdistusta (Weitzner ym. 1997, Fosterin ym. 2009 241 mukaan). Keuhkosyöpä- sekä pään ja niskan alueen syöpäkuntoutujat, vaikuttaisivat olevan herkempiä ongelmille, 31% keuhkosyöpäkuntoutujista kärsii masennuksesta (Maliski ym. 2003, Fosterin ym. 2009 241 mukaan). Kohdunkaulansyöpäkuntoutujista 21% ilmoittaa kärsivänsä kliinisesti merkittävästä masennuksesta (McCorkle ym. 2006 Fosterin ym. 2009 241 mukaan). Terveystilan huonontuminen ja koetut fyysiset oireet liittyvät masennuksen ilmenemiseen (McCorkle ym. 2006 , Fosterin ym. 2009 241-242 mukaan). Masennuksen riskiä lisäävät paksusuolensyöpäkuntoutujilla erilaisten liittännäissairauksien ilmeneminen (Ramsey ym. 2002, Fosterin ym. 2009 242 mukaan). Naisilla on enemmän masennusoireita, jotka ovat seurausta syöpähoitojen aiheuttamasta roolimuuoksista heidän elämässään (Matthews ym. 1999, Fosterin ym. 2009 242 mukaan).

Diagnoosista ja hoidoista kuluneella ajalla ei havaittu olevan vaikutusta syöpäkuntoutujan kokemiin oireisiin ja elämänlaatuun. Varhainen puuttuminen on tärkeää ja se tulisi huomioida hoitotyössä, jotta kuntoutuja pystyisi jatkamaan mahdollisimman normaalia elämää.(Bennett ym. 2010, 331, 335-337.)

Potilaille kerrotaan usein, että syöpään liittyvät oireet vähenevät tai katoavat hoitojen päätyttyä. On tutkittu, miten ajan kulumisen vaikuttaa syövän ja syöpähoitojen aiheuttamiin fyysisiin oireisiin ja masennukseen

syöpäkuntoutujien elämässä. Masennusta ilmenee kuitenkin sekä niillä syöpäkuntoutujilla jotka ovat saaneet diagnoosinsa 6 vuotta sitten että niillä jotka ovat saaneet diagnoosinsa 43 vuotta sitten. Syöpäkuntoutujat kokevat että diagnoosin saamisesta kulunut aika ei vaikuta heidän kokemaansa fyysiseen tai emotionaaliseen terveyteensä, masennukseensa tai fyysisiin oireisiinsa kun taas ajan kulumisen vaikuttaa kognitiivisten ongelmien vähenemiseen ja sosiaalisten huolenaiheiden ilmenemiseen. (Bennett ym. 2010, 331-335.)

Vielä pitkään syöpähoitojen jälkeen kuntoutujilla esiintyy yleisesti väsymystä ja monia muita siihen yhteydessä olevia psyykkisiä oireita, jotka vaikuttavat monin tavoin kuntoutujan fyysiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Hoitomahdollisuuksien parantamiseksi on hoitajien tunnistettava väsymykseen yhteydessä olevia tekijöitä. Näitä tekijöitä ovat syöpähoitot, masennus, ahdistus ja univaikeudet. Puolen vuoden aikana hoitojen päättymisestä tulisi arvioida niiden syöpäkuntoutujien kokemaa elämän merkityksellisyyttä, jotka käyttävät antidepressantteja tai joille hormonihoitot eivät sovellu hoidoksi. (Thompson, P. 2007, 653.)

Useimmille syöpäsairaana henkilön perheille syövän uusiutuminen on järkyttävämpi kokemus kuin syöpädiagnoosin saaminen ensimmäistä kertaa. Syövän uusiutumiseen kokemuksena vaikuttaa eniten syöpähoidoista kulunut aika ja syöpäkuntoutujan ikä. Pitkäaikaikuntoutujat pystyvät suhtautumaan syövän uusiutumiseen paremmin kuin ne, joilla syöpähoidoista on kulunut vasta lyhyt aika. Lisäksi nuoret syöpäpotilaat ottavat tiedon syövän uusiutumisesta raskaammin kuin vanhemmat potilaat. Puolison ja muiden läheisten huomioimisen tärkeys korostuu potilaan hoidossa syövän uusiuduttua. (Vivar ym. 2010, 2048-2049, 2051-2055.)

Gynekologisen syövän sairastaneilla esiintyy monia seksuaalisuuteen liittyviä pitkäaikaishaittoja, jotka heikentävät heidän elämänlaatuaan ja hyvinvointiaan. Pitkäaikaishaitat aiheuttavat myös merkityksettömyyden tunteita, jotka puolestaan voivat aiheuttaa masennusoireita. (Simonelli ym. 2008, 281-282.) Positiivinen käsitys omasta seksuaalisuudesta voi suojata gynekologisen syövän sairastaneita masennusoireilta. Kun taas negatiivinen käsitys omasta

seksuaalisuudesta yhdistettynä vähäiseen seksuaaliseen tyytyväisyyteen voivat aiheuttaa psyykkisiä ongelmia ja masennusoireistoa. (Carpenter ym. 2009, 828.)

4.4 Syöpäkuntoutujan masennuksen tunnistaminen ja mittaaminen

Syöpäpotilaan masennuksen tunnistaminen voi olla haastavaa, sillä masennuksen oireet ovat hyvin samankaltaisia kuin syöpähoitojen aiheuttamat haittavaikutukset, kuten painon ja vireystilan lasku sekä univaikeudet. Syöpäpotilaiden masennuksen arviointiin on olemassa erilaisia työkaluja ja mittareita. Yksinkertaisimmillaan sairaanhoitaja voi arvioida potilaan masennusta, kysymällä tältä, onko hän masentunut. Syöpäpotilaan masennuksen tunnistaminen ja hoito vähentävät itsemurhariskiä ja parantavat elämälaatua. (Anguiano ym. 2011, 1-2, 10-12.)

Depressiomittareita voidaan käyttää apuna masennuksen tunnistamisessa ja arvioinnissa. Depressiomittareita on erilaisiin käyttötarkoituksiin, toisten avulla haastatellaan potilasta ja toisten avulla tulkitaan käyttäytymistä ja siinä ilmeneviä masennuksen piirteitä. (Käypähoito 2010.) Liitteessä 1 on esitetty erilaisia depressiomittareita.

4.5 Masentuneen syöpäkuntoutujan tukeminen ja hoidossa huomioitavia asioita

Syöpäkuntoutuja on henkilö, jolla on diagnosoitu syöpä. Syöpäkuntoutuksen keskeisiä huomioitavia asioita ovat syövän uusiutumiskilp, sekundaari maligniteetit ja pitkäaikaishoitojen seuraukset, jotka vaikuttavat elämänlaatuun. Kuntoutumisprosessissa neljä merkittävää tekijää ovat ennaltaehkäisy, seuranta, interventio ja yhteistyö. Syöpäkuntoutuja tarvitsee psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista tukea ja kattavan hoitosuunnitelman vielä pitkään varsinaisten syöpähoitojen jälkeenkin. Erityisesti hoidossa keskitytään tukemaan potilaan hyvinvointia ja terveyttä. (Morgan 2009, 429, 431-435.)

Syöpäkuntoutuminen on prosessi, joka aiheuttaa suuren elämänmuutoksen ja paljon epävarmuutta. Jokainen kuntoutumisprosessi on yksilöllinen, mutta niissä on myös yhdistäviä tekijöitä. Sen katsotaan alkavan syöpädiagnoosista ja vaikuttavan yksilön fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja hengelliseen terveyteen. Kuntoutumisprosessia käsittelevä tieto auttaa syöpäkuntoutujien kanssa työskenteleviä hoitajia ymmärtämään ja tukemaan potilaiden kokemuksia paremmin ja tukemaan heitä yksilöllisesti. (Doyle 2008, 499-509.)

Rintasyövästä kuntoutuneiden naisten tiedon ja tuen tarve liittyvät selkeästi kuntoutujan ikään ja kulttuuristaan. Syöpäsairaanhoitajalla on keskeinen rooli syöpäkuntoutujan hoitoprosessissa ja syöpäkuntoutumisen edistymisessä. Hoitajan merkitys korostuu erityisesti syöpäkuntoutujan tukijana ja tarpeiden tulkitsijana. Tarvitaan kuitenkin vielä enemmän tietoa syöpäkuntoutujien tarpeista ja toiveista sekä tutkimustietoa hoitajille käytännön hoitotyön kehittämistä varten. (Vivar & McQueen 2005, 520-526.)

Syöpäkuntoutujien määrä tulee lisääntymään tulevaisuudessa, mikä tuo tarpeen kehittää syöpäkuntoutujien hoitoa sekä lisätä syöpäsairaanhoitajien koulutusta ja määrää. Syöpäsairaanhoitajan työnkuva painottuu vahvasti syöpäkuntoutujan ja hänen perheensä tukemiseen, syöpäkuntoutujan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja tukemiseen, seurantaan ja relapsin varhaiseen tunnistamiseen, ajankohtaisen tiedon antamiseen sekä kuntoutujan päätöksentekoon osallistumisen tukemiseen. (Watts 2011.)

Hoitotyössä sairaanhoitajan tehtävä on yhdistää psykososiaalinen arviointi ja tuki laadukkaaseen ja kokonaisvaltaiseen syövän hoitoon. Erilaisilla järjestöillä ja yhdistyksillä on tarjolla monipuolista materiaalia ja ohjeistusta sairaanhoitajille psykososiaalisen hoidon tiedon ja osaamisen lisäämiseksi. Jokaiseen hoitokontaktiin tulisi kuulua rutiininomaisesti emotionaalisen tilanteen arviointi haastattelemalla ja havainnoimalla. Hoitajien tulisi avoimesti puhua potilaan sairaudesta ja siihen mahdollisesti liittyvästä masennuksesta yleisesti esiintyvinä ilmiöinä, jotta masennuksen vaietusta ja häpeällisestä leimasta päästäisiin. Näin potilas voi itsekkin helpommin pystyä käsittelemään masentuneisuuttaan tai mahdollista masennustaan. (Badger 2008, 76-80.)

Psykoterapia on toimiva hoitomuoto masennuksen kaltaisten häiriöiden hoidossa, mutta toistaiseksi ei ole olemassa tutkittua tietoa sen tehokkuudesta diagnosoitua masennusta hoidettaessa (Akechi ym. 2010, 1-2).

Masennuksen on todettu lisäävän rintasyöpäkuntoutujien todennäköisyyttä päätyä sairaalahoitoon. Aiheetonta sairaalahoitoa voidaan vähentää tehokkaalla ja varhaisella syöpäkuntoutujien menopausaalisiiin ja depressiivisiin oireisiin puuttumisella. (Oleske ym. 2004, 1081, 1086.)

Potilaalle annetun informaation määrällä ei ole havaittu olevan merkittävää yhteyttä elämänlaadun parantumiseen tai potilaan tyytyväisyyteen. Sen sijaan merkityksellistä on informaation laatu ja määrä potilaskohtaisesti, potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Potilaan tyytyväisyys ja henkilökohtainen kokemus riittävästä tiedon saannista parantavat hänen elämänlaatuaan sekä vähentävät ahdistusta ja masennusta. (Husson ym. 2011, 761, 769-771.)

Hoitajat pystyvät lievittämään potilaiden kokemaan syöpähoitojen jälkeistä stressiä, masennusta ja ahdistusta kiinnittämällä huomiota hoitokontaktissa käyttämäänsä viestintään. Hoitaja voi sanavalinnoillaan, ilmeillään, äänensävyllään, kehonkielellään helpottaa psyykkisesti herkässä tilassa olevan potilaan oloa herättelemällä potilaan kuvakieltä. Kuvakielen aktivoimisen tarkoituksena on korvata potilasta häiritseviä tunnekuvia. Kuvakielen käyttö on tehokkaimmillaan, kun potilas hyödyntää kaikkia aistejaan sen käytössä. Menetelmä vaatii perehtymistä ja harjoittelua sekä potilaalta että hoitohenkilökunnalta. (Freeman ym. 2008, 120.)

Yli 65-vuotiailla syöpäkuntoutujilla on todettu olevan syöpähoitojen aiheuttamaa muistin heikkenemistä. Vertailtaessa muistiharjoitusten ja terveystieteellisen vaikutuksia syöpäkuntoutujan kognitiiviseen toimintakykyyn, on havaittu, että muistiharjoituksilla on monipuolisia positiivisia vaikutuksia muistikykyyneen ja lisäksi ne vaikuttavat jonkin verran syöpäkuntoutujien masennukseen ja ahdistuneisuuteen myönteisesti. (McDougall ym. 2012, 24.)

Unettomuus on yleistä rintasyöpäkuntoutujilla sekä hoitojen aikana että niiden päätyttyä. Univaikeudet aiheuttavat väsymystä, stressiä ja mielialan muutoksia.

Kognitiivis- behavioraalista terapiaa on käytetty unettomuuden hoidossa maailmanlaajuisesti. Terapia koostuu kolmesta eri terapiaosa-alueesta. Yhdessä niistä ohjataan hallitsemaan ärsykyksiä, toinen terapia keskittyy rajoittamaan unta ja kolmas terapia sisältää unikoulutusta ja perehtymistä unihygieniaan. (Dirksen & Epstein 2007, 666.)

Syöpäkuntoutujan keskittymiskyvyllä on merkittävä yhteys elämänlaatuun. Hoitajien on tärkeää arvioida syöpäkuntoutujan keskittymiskykyä yhdessä elämänlaadun kanssa. Potilaat, jotka ilmaisevat keskittymiskykynsä alentuneen, tarvitsevat masennustilanteen, kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin, fyysisen toimintakyvyn ja väsymyksen perusteellista arviointia, mikäli aika ja resurssit riittävät. (Von Ah ym. 2009, 326-333.)

Huumori auttaa merkittävästi hoitajia käsittelemään vaikeita tilanteita ja potilaita, se parantaa hoitajien ja potilaiden välistä yhteyttä. Sitä voidaan käyttää tehokkaana terapiamuotona hoitosuhteessa. (Tatano-Beck 1997, Johnson 2002, 691 mukaan.) Rintasyöpädiagnoosin saaneet naiset pitävät huumoria merkittävänä syövästä selviytymisen keinona. Huumori on tärkeä osa potilaan henkisyttä ja kokemusta elämän merkityksellisyydestä. (Johnson, 2002, 691-694.)

Masennuksen hoitomenetelminä käytetään stressin lievityskeinoja, kuten hengitysharjoituksia, meditaatiota, rentoutumismenetelmiä ja lihasrentoutusharjoituksia sekä kognitiivis- behavioraalisia menetelmiä (McGregor & Antoni, 2009, Bremin & Kumarin 2011, 65 mukaan). Antidepressantteja käytetään rintasyöpäpotilaiden masennuksen tehokkaaseen hoitoon. Käytettäviä antidepressantteja ovat selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät, adrenaliini- ja histamiiniagonistit, ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät, joiden käyttö voidaan yhdistää kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan. Lääkehoidon ja käyttäytymisterapioiden yhdistelmä on todettu tehokkaammaksi kuin käyttäytymisterapia yksistään käytettynä. Estrogeenin käytöllä voidaan vähentää masennuksen oireita vaihdevuotuisilla naisilla, mutta sitä ei kuitenkaan voida käyttää naisilla, joilla on diagnosoitu rintasyöpä. (Fann ym. 2008, Bremin & Kumarin 2011, 65 mukaan.) Sairaanhoitajat ovat

keskeisessä roolissa potilaiden oireiden arvioinnissa ja hoidossa. Sairaanhoitajien tulisi tuntea ja hyödyntää arviointimenetelmiä, joiden avulla voidaan tunnistaa oireiden yhteisesiintyvyyttä, sen sijaan, että he keskittyisivät yksittäisiin oireisiin. (Brem & Kumar 2011, 68-69.)

Syöpäkuntoutujat ovat huolissaan hoitonsa jatkuvuudesta aktiivisten syöpähoitojen loputtua (Lewis, 2006, Millerin 2008, 479 mukaan). Hoito siirtyy tällöin erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, mikä voi olla syöpäkuntoutujalle vaikea tilanne (Institute of Medicine [IOM] & National Research Council [NRC], 2006, Millerin 2008, 479 mukaan). Syöpäkuntoutujille voidaan laatia hoitosuunnitelma parantamaan hoidon jatkuvuutta ja palvelujen saatavuutta, jotta syöpäkuntoutujan jatkohoito toteutuisi hänen tarpeidensa mukaan. Syöpäkuntoutujan jatkoseurantasuunnitelmassa esitetään esitiedot sekä diagnoosiin ja hoitoon liittyvä informaatio. Siinä esitetään myös jatkoseurannalle määritellyt tavoitteet ja suositukset. (Miller 2008, 479-481.)

Diagnoosista ja hoidoista kuluneella ajalla ei ole havaittu olevan vaikutusta syöpäkuntoutujan kokemiin oireisiin ja elämänlaatuun. Hoitohenkilökunnan tulisi tiedostaa, että masennus ei vähene vuosien kuluessa diagnoosin saamisesta. Varhainen puuttuminen on tärkeää ja se tulisi huomioida hoitotyössä, jotta kuntoutuja pystyisi jatkamaan mahdollisimman normaalia elämää. (Bennett ym. 2010, 337)

Fyysisellä aktiivisuudella on myönteinen vaikutus syöpäkuntoutujan fyysiseen toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Etenkin rintasyöpäkuntoutujilla fyysinen aktiivisuus vaikuttaa myönteisesti lisäksi kehon koostumukseen ja psyykkiseen selviytymiseen. Fyysinen aktiivisuus vähentää merkittävästi syöpäkuntoutujan masennusta, Beckin depressioasteikolla mitattuna. (Fong ym. 2012, 1,11.)

Syövän jälkeiset fyysiset pitkäaikaishaitat voivat aiheuttaa masennusoireita (Simonelli ym. 2008, 275). Useilla syöpäkuntoutujilla on syövän lisäksi muita hyvinvointia heikentäviä terveysongelmia, jotka edellyttävät erityishuomiota kuntoutumisprosessissa. Masennukseen liittyvät oireet lisääntyvät muiden terveysongelmien myötä. Hoitajat voivat parantaa kuntoutujan hyvinvointia

kehittämällä keinoja vähentää masennuksen oireita ja tukemalla kuntoutujaa oman terveytensä edistämiseksi. (Becker, Kang & Stuifbergen, 2012, 122.)

Kirjallisuuden perusteella ei saada suoraan vastausta kysymykseen, miten syöpäkuntoutusta tulisi kehittää. Sen sijaan kirjallisuus antaa vastauksia siihen, millaisia asioita kuntoutuksessa tulisi huomioida. Kuntoutuksessa voidaan käyttää psykoterapiaa, kuntoutusta, seurantaa, yksilöllistä informaatiota, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, kognitiivis-behavioraalista terapiaa, stressin lievityskeinoja, lääkehoidon ja käyttäytymisterapioiden yhdistelmää, hoitosuunnitelmaa sekä jatkoseurantasuunnitelmaa.

4.6 Syöpäkuntoutujan elämänlaatu

Syöpäkuntoutujan elämänlaatua ei ole määritelty opinnäytetyön kysymykseksi. Aihe kuitenkin esiintyi toistuvasti masentunutta syöpäkuntoutujaa käsittelevissä julkaisuissa oleellisena osana, jonka vuoksi aiheesta päädyttiin luomaan oma kokonaisuutensa.

Masennuksen esiintyvyys syöpään sairastuneilla on huomattavan yleistä, 2-5 kertaa yleisempää kuin muulla väestöllä Amerikan Yhdysvalloissa. Masennus syöpäsairauden yhteydessä saattaa vaikuttaa potilaan elämänlaatuun. Masentuneilla on todettu olevan kohonnut riski sairastua iskeemiseen sydänsairauteen. Sydänsairauksien riskiin vaikuttavia tekijöitä ovat syöpään liittyvät hoidot ja lääkitykset sekä masennuksen ja stressin aiheuttama kohonnut verenpaine ja pulssitaajuus. Sairaanhoitajat ovat keskeisessä asemassa masennuksen tunnistamisessa. Varhainen tunnistaminen on tärkeää, jotta voidaan parantaa potilaan elämänlaatua ja pienentää riskiä sairastua sydänsairauksiin. (Boyajian 2010, 649-651.)

Useissa tutkimuksissa on käsitelty syöpää sairastavien ja syöpähoitojen aktiivivaiheesta selvinneiden elämänlaatua ja sairauden vaikutusta siihen. Vuonna 2009 julkaistiin tutkimusartikkeli, joka käsittelee rintasyövän sairastaneiden käsitystä omasta elämänlaadustaan ja oireiden hallinnasta.

Tutkimuksessa testattiin IRIS-ohjelman käytettävyyttä rintasyövän sairastaneen naisen elämänlaadun tukijana ja sairauden tuomien muutosten hallinnassa. Tutkimus koostui kolmesta eri pilottitutkimuksesta. Tutkimuksen tärkein havainto oli, että IRIS-ohjelma paransi naisten kykyä hallita omaa reaktiotapaansa syövän tuomiin muutoksiin ja sitä myötä myös elämänhallintaansa. (Heidrich ym. 2009, 133,141.)

Rintasyövän sairastaneilla naisilla ja heidän miespuolisilla elämäkumppaneillaan on keskenään hyvin samankaltainen käsitys sairastaneen elämänlaadusta. Syövän sairastaneen elämänlaatua arvioitaessa voidaan luotettavasti huomioida myös elämäkumppanin käsitys tilanteesta. Ainoa osa-alue, jota syövän sairastaneen elämäkumppani ei luotettavasti pysty arvioimaan, on sairastaneen masentuneisuus. (Rabin ym. 2009, 153-157.)

Ikääntyneillä rintasyövän sairastaneilla naisilla elämänlaatuun vaikuttaa heidän uskomuksensa syövän jälkeisten oireiden syntyperästä. He arvioivat oirekuvansa ja elämänlaatunsa hyvin samankaltaiseksi, kuin muista kroonisista terveysongelmista kärsivät sekä kuin ikääntyneet naiset yleensä ottaen. Rintasyövän sairastaneet naiset uskovat oireidensa liittyvän ikääntymiseen tai johonkin krooniseen sairauteen, mutta vain harvoin he yhdistävät ne rintasyöpään. Masennus, kipu, oman aseman heikentyminen ja mielenterveysongelmat ovat asioita, jotka naiset yhdistävät liittyviksi krooniseen sairauteen tai rintasyöpään. Kun naiset eivät tiedä oireidensa syytä, se voi heikentää heidän sosiaalista kyvykkyyttään, psyykkistä tilannettaan ja kokemustaan elämänsä merkityksellisyydestä. Lisäksi naiset voivat kokea tällöin voimattomuutta, masennusta ja ahdistuneisuutta. (Heidrich ym. 2006, 315, 320-321.)

Lapsuudessa sairastettu syöpä aiheuttaa nuorelle syöpäkuntoutujalle heikentynyttä itsetuntoa ja masennusta. Mitä enemmän nuorella syöpäkuntoutujalla on masennuksen oireita, sitä enemmän hänellä ilmenee myös ahdistusta sekä heikentynyttä itsetuntoa ja elämänlaatua. Syövällä ja syöpähoidoilla on todettu olevan heikentävä vaikutus nuoren syöpäkuntoutujan

psykososiaaliseen hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Hoitajien tulisi kehittää ja arvioida menetelmiään, joilla parantaa näitä tekijöitä nuoren syöpäkuntoutujan elämässä. Lapsisyöpäkuntoutujilla esiintyvällä huonolla itsetunnolla on yhteys masennukseen, ahdistukseen ja huonontuneeseen elämänlaatuun. Tukemalla lapsen tai nuoren myönteistä itsetuntoa pystytään parantamaan hänen hyvinvointiaan ja mahdollisuuksiaan terveelliseen elämään. (Li ym. 2012, 1, 6-8.)

Suurin osa syöpäkuntoutujista suhtautuu sairauteensa haasteena, osa pitää sairauttaan painoarvoltaan merkittävänä. Joidenkin mielestä se on elämän pysäyttävä asia, heikkous tai rangaistus. Negatiivinen suhtautuminen siihen, miten sairaus vaikuttaa elämään, heikentää tyytyväisyyttä ja huonontaa elämänlaatua psyykkisen hyvinvoinnin osalta sekä lisää välttelyselviytymisstrategian käyttöä, masennusta ja ahdistusta. Positiivinen suhtautuminen sairauteen on yhteydessä tilanteeseen sopeutumisen kanssa. (Büssing & Fischer 2009, 1,7,8,10.)

Diagnoosista ja hoidoista kuluneella ajalla ei havaittu olevan vaikutusta syöpäkuntoutujan kokemiin oireisiin ja elämänlaatuun. Varhainen puuttuminen on tärkeää ja se tulisi huomioida hoitotyössä, jotta kuntoutuja pystyisi jatkamaan mahdollisimman normaalia elämää.(Bennett ym. 2010, 331, 335-337.)

Syöpäkuntoutujan keskittymiskyvyllä on merkittävä yhteys elämänlaatuun. Hoitajien on tärkeää arvioida syöpäkuntoutujan keskittymiskykyä yhdessä elämänlaadun kanssa. Potilaat, jotka ilmaisevat keskittymiskykynsä alentuneen, tarvitsevat masennustilanteen, kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin, fyysisen toimintakyvyn ja väsymyksen perusteellista arviointia, mikäli aika ja resurssit riittävät. (Von Ah ym. 2009, 326-333.)

5 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Luotettavuuden ja eettisyyden takaamiseksi, tiedonhaku suoritettiin systemaattisesti käyttäen yhtenäisiä hakutermejä kaikissa käytettävissä tieteellisissä tietokannoissa. Käytettävien tieteellisten julkaisujen sisältö pyrittiin ilmaisemaan muuttumattomana raportoimalla se tarkasti ja objektiivisesti. Raportointi suoritettiin rehellisesti sekä alkuperäismateriaalia ja hyvää tieteellistä käytäntöä kunnioittaen. Luotettavuutta heikentävinä tekijöinä saattoivat olla hakutermin valinnat ja rajaukset, jonka vuoksi jokin tärkeä lähde on saattanut jäädä huomioimatta. Opinnäytetyön kirjoittajat eivät ole äidinkieleltään englanninkielisiä, joten oikeiden hakutermin määrittäminen ja tutkimustulosten suomentaminen saattavat olla puutteellisia.

Opinnäytetyön kirjoittajat eivät ole itse valinneet aihetta. Tämä ei kuitenkaan ole vähentänyt kirjoittajien kiinnostusta aiheen käsittelyyn, sillä aihe on kirjoittajien mielestä tärkeä ja ajankohtainen. Opinnäytetyö on tilaustyö, joten tieto sen hyödynnettävyydestä käytännössä on motivoinut kirjoittajia. Opinnäytetyön kirjoittajilla ei ole aikaisempaa kokemusta aiheesta, mikä saattaa vaikuttaa osaltaan työn luotettavuuteen.

Opinnäytetyön aihe on intiimi, minkä vuoksi sitä oli syytä käsitellä kirjallisuuskatsauksena, kartoittaen jo olemassa olevaa tietoa. Tämän pohjalta voidaan jatkossa käsitellä aihetta ja lähestyä syöpäkuntoutujia esimerkiksi haastattelumenetelmillä. Termien ”syöpäkuntoutuja” (cancer survivor) ja ”syöpäpotilas” välinen ero ei ole tarkkaan määritelty ja se vaihtelee kirjallisuudessakin varsin paljon. Joissakin tapauksissa syöpäkuntoutuja on henkilö, joka on sairastunut syöpään, kun taas joissakin tapauksissa ”syöpäkuntoutuja”-termiä käytetään syöpähoitonsa lopettaneista.

6 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa tietoa masentuneesta syöpäkuntoutujasta ja hänen hoidostaan. Tavoitteena oli tutkitun tiedon pohjalta kartoittaa hoitotyön keinoja syöpäkuntoutujan elämänlaadun parantamiseksi ja kuntoutuksen kehittämiseksi.

Masennus esiintyy useimmiten rinnakkain muiden ongelmien, kuten väsymyksen ja ahdistuneisuuden kanssa (Carpenter ym. 2004, 591; Dirksen & Epstein 2007, 670-673; Thompson 2007, 653). Syöpäkuntoutujan tilaa arvioitaessa hoitajan tulee kiinnittää huomiota oireiden yhteisesiintyvyyteen ja kuntoutujan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin, enemmän kuin pelkästään yksittäisiin oireisiin. Syöpäkuntoutujan tilanteen hoitaminen kokonaisvaltaisesti luo kuntoutumisprosessille kestävyttä ja jatkuvuutta.

Syöpäkuntoutujan ongelmat ovat psyykkisiä ja sosiaalisia ja fyysisiä. Fyysisistä tekijöistä syöpähoitojen aiheuttamat pitkäaikaishaitat lisäävät psyykkisiä ongelmia, kuten masennusta. Fyysisen hyvinvoinnin ylläpitäminen ja terveyden edistäminen edesauttavat myös psyykkistä hyvinvointia. (Fong ym. 2012, 1,11.)

Syöpähoitojen päättymisestä kuluneella ajalla ei ole juurikaan vaikutusta masennuksen ja muiden psyykkisten ongelmien esiintyvyyteen syöpäkuntoutujalla (Foster ym 2009, 223). Ajan kulumisella on kuitenkin myönteinen vaikutus siihen, miten kuntoutuja ja hänen läheisensä suhtautuvat syövän uusiutumiseen (Vivar ym. 2010, 2048-2049, 2051-2055). Kuntoutujan psyykkisen tuen tarve jatkuu pitkään (Morgan 2009, 429, 431-435). Hoitajan tulee olla psyykkisenä ja sosiaalisena tukena kuntoutumisprosessissa. Kuntoutujan emotionaalinen tila ja tuen tarve tulisi arvioida jokaisessa hoitokontaktissa.

Kuntoutumisprosessissa ja syöpäkuntoutujan hoidossa on tärkeää huomioida syöpäkuntoutujan yksilölliset tarpeet ja ominaisuudet. Hoitajalla on merkittävä rooli näiden tarpeiden kuuntelijana ja tulkitsijana sekä yksilöllisen hoidon

toteuttajana (Clemmens ym. 2008, 897-902; Doyle 2008, 499-509.) Syöpäkuntoutujan hoidon jatkuvuuden ja yksilöllisen hoidon toteutumisen kannalta on oleellista tehdä syöpähoitonsa päättäneelle potilaalle hoitosuunnitelma kuntoutumisprosessia varten (Miller 2008, 479-481; Morgan 2009, 429, 431-435). Syöpäkuntoutujalla on suuri tiedon ja tuen tarve kuntoutumisprosessissaan. Syöpäkuntoutujan saamalla tiedon laadulla ja yksilöllisyydellä on tiedon määrää suurempi merkitys (Vivar & McQueen 2005, 520-526 ja Husson ym. 2011, 761, 769-771).

Käyttäytymisterapiat ovat tutkittu ja käytetty hoitomuoto masennuksen hoidossa. Niiden rinnalla olisi kuitenkin hoidossa hyvä käyttää lääkettä paremman hoitotehon saamiseksi (Brem & Kumar 2011, 64-66.)

Hoitosuhteella on suuri merkitys syöpäkuntoutujan elämänlaadulle ja selviytymiselle. Sairaanhoidaja on tärkeässä asemassa laadukasta hoitosuhdetta muodostettaessa. Sairaanhoidaja hyödyntää omaa persoonallisuuttaan ja tilannetajuaan potilaan kohdatessaan. Sairaanhoidajan on tärkeää huomioida ja kehittää aktiivisesti omassa ammatillisuudessaan kehonkieltään ja viestintätaitojaan (Freeman ym 2008, 120). Huumorinkäyttö hoitokontaktissa voi parhaimmillaan syventää hoitosuhdetta ja toimia terapiana syöpäkuntoutujalle (Johnson 2002, 691-694). Kuitenkin huumoria käytettäessä korostuu sairaanhoidajan tilannetajun ja kuntoutujan yksilöllisyyden huomioimisen tärkeys. Avoimuus on tärkeää hoitosuhteessa. Sairaanhoidajan epäillessä masennusta, tulisi erilaisten arviointimenetelmien ja mittareiden lisäksi keskustella masennuksesta sekä kysyä suoraan syöpäkuntoutujan kokemusta omasta psyykkisestä hyvinvoinnistaan.

Syöpäkuntoutuja kokee monenlaisia sosiaalisia haasteita. Kuntoutujien elämänkumppaneilla on hyvä käsitys kuntoutujan elämänlaadusta, mikä osoittaa, että heidät voidaan ottaa osallisiksi hoitokontakteihin (Rabin ym. 2009, 153-157). Perhe ja läheiset ovat tärkeä tuki syöpäkuntoutujalle (Rabin ym. 2009, 153-157). Kirjallisuus kuitenkin jättää tämän aiheen melko vähälle huomiolle kuntoutujan selviytymisen kannalta. Sairaanhoidajan on tärkeää

huomioida hoidossa myös kuntoutujan sosiaalisen elämän ja toimintakyvyn tukeminen.

Masentunut syöpäkuntoutuja tarvitsee paljon monenlaista tukea. Hänellä on usein monia psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia ongelmia. Hänellä on useita elämänlaatua heikentäviä tekijöitä ja riskialttiutta vakaville ongelmille, kuten itsemurhaan (Anguiano ym. 2011, 1-2, 10-12). Ajan kulumisen ei vaikuta masennuksen ilmenemiseen syöpäkuntoutujalla, vaan masennuksen oireita voi esiintyä vuosienkin kuluttua hoitojen päättymisestä (Foster ym. 2009 241-242).

Syöpäkuntoutujan masennuksen erityispiirteenä on sen esiintyminen väsymyksen ja ahdistuneisuuden yhteydessä lähes poikkeuksetta (Fox & Lyon 2006, 935-935). Sairauteen asennoituminen myönteisellä tavalla voi ehkäistä masennusta tai lieventää sen oireita (Clemmens ym. 2008, 897-902; Doyle 2008, 499-509 ja Büssing & Fisher 2009, 1,7,8,10). Etenkin gynekologiset syövät vaikuttavat kuntoutujan seksuaalisuuteen ja käsitykseen omasta seksuaalisuudestaan (Carpenter ym. 2009, 828). Syöpäkuntoutujan keho saattaa muuttua hoitojen ja sairauden myötä ja käsitys omasta kehosta saattaa muuttua samalla. Itsetunnon ja myönteisen minäkuvan säilyttäminen tällaisessa elämänmuutoksessa saattaa osoittautua haasteelliseksi. Masennuksen tunnistaminen on haasteellista, koska sen aiheuttamat oireet ovat samankaltaisia syöpähoitojen aiheuttamien haittavaikutusten kanssa (Anguiano ym. 2011, 1-2, 10-12). Masennuksen tunnistamiseen ja mittaamiseen on olemassa kattavasti erilaisia mittareita.

Auttamismenetelmiä on monia, ne vaativat hoitajalta hyvää perehtymistä niiden käyttöön ja kuntoutujan yksilöllisiin tarpeisiin. Kuntoutumista edistämään voidaan käyttää psykoterapiaa, kuntoutusta, seurantaa, yksilöllistä informaatiota, omaisten huomioimista, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, kognitiivis-behavioraalista terapiaa, stressin lievityskeinoja, lääkehoidon ja käyttäytymisterapioiden yhdistelmää, hoitosuunnitelmaa sekä jatkoseurantasuunnitelmaa. Kuntoutusta voitaisiin kehittää huomioimalla näitä menetelmiä ja osa-alueita kuntoutujan hoidossa.

Kirjallisuudesta selvisi, mitkä ovat syöpäkuntoutuksessa keskeisiä asioita, mikä on hoitajan rooli kuntoutuksessa sekä miten hoitoa ja eri arviointimenetelmiä tulisi käyttää. Kirjallisuuden perusteella ei kuitenkaan voida suoranaisesti päätellä, miten varsinaista syöpäkuntoutustoimintaa tulisi kehittää. Tästä syystä, jatkotutkimusaiheeksi soveltuu järjestöpohjaisen syöpäkuntoutustoiminnan kehitystarpeiden, -mahdollisuuksien ja –menetelmien selvittäminen. Tämän opinnäytetyön pohjalta jatkotutkimusaiheeksi sopisi myös aiheen tutkiminen kyselykaavakkeella tai haastattelulla.

LÄHTEET

Akechi, T.; Okuyama, T.; Onishi, J.; Morita T. & Furukawa T. 2010. Psychotherapy for depression among incurable cancer patients (Review). The Cochrane Library. 11: 1-23.

Anguiano, L.; Mayer, D.; Piven, M. & Rosenstein, D. 2011. A Literature Review of Suicide in Cancer Patients. *Cancer Nursing*. Vol. 00, No 0, 1-13.

Badger, T. 2008. Depression Assessment and Psychosocial Interventions for Cancer Survivors and Their Partners. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 35, No 5, 76-82.

Becker, H.; Kang, S. & Stuijbergen, A. 2012. Predictors of Quality of Life for Long-Term Cancer Survivors With Preexisting Disabling Conditions. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 39, No 2, 122-131.

Bennett, J.; Cameron, L.; Brown, P.; Whitehead, L.; Porter, D.; Ottaway-Parkes, T. & Robinson, E. 2010. Time Since Diagnosis as a Predictor of Symptoms, Depression, Cognition, Social Concerns, Perceived Benefits, and Overall Health in Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 37, No 3, 331-338.

Boyajian, R. 2010. Depression's Impact on Survival in Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Vol. 14, No 5, 649-652.

Brem, S. & Kumar, N. 2011. Management of Treatment-Related Symptoms in Patients With Breast Cancer: Current Strategies and Future Directions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Vol. 15, No 1, 63-71.

Büssing, A. & Fischer, J. 2009. Interpretation of illness in cancer survivors is associated with health-related variables and adaptive coping styles. *BMC Women's Health*. Vol. 9, No 2, 1-11.

Carpenter, J.; Elam, J.; Ridner, S.; Carney, P.; Cherry, G. & Cucullu, H. 2004. Sleep, Fatigue, and Depressive Symptoms in Breast Cancer Survivors and Matched Healthy Women Experiencing Hot Flashes. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 31, No 3, 591-598.

Carpenter, K.; Andersen B.; Fowler J. & Maxwell, L. 2009. Sexual Self Schema as a Moderator of Sexual and Psychological Outcomes for Gynecologic Cancer Survivors. *Arch Sex Behav*. Vol. 38, 828-841.

Clemmens, D.; Knafel, K.; Lev, E. & McCorkle, R. 2008. Cervical Cancer: Patterns of Long-Term Survival. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 35, No 6, 897-903.

Dirksen, S. & Epstein, D. 2007. Efficacy of an insomnia intervention on fatigue, mood and quality of life in breast cancer survivors. *JAN: ORIGINAL RESEARCH*. 664-675.

Doyle, N. 2008. Cancer survivorship: evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 62, No 4, 499-509.

Finnish Cancer Registry - Institute for Statistical and Epidemiological Cancer Research. 2011. Cancer in Finland 2008 and 2009. Cancer Statistics of the National Institute for Health and Welfare (THL). Cancer Society of Finland Publication No. 84. Viitattu 16.2.2012
www.cancer.fi > Syöpärekisteri > Tilastot > Cancer in Finland 2008 and 2009.

Fong, D.; Ho, J.; Hui, B.; Lee, A.; Macfarlane, D.; Leung, S.; Cerin, S.; Chan, W.; Leung, I.; Lam, S.; Taylor, A & Cheng, K. 2012. Physical activity for cancer survivors: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Research*. Vol. 344, No e70, 1-14.

Foster, C.; Wright, D.; Hill, H.; Hopkinson, J. & Roffe, L. 2009. Psychosocial implications of living 5 years or more following a cancer diagnosis: a systematic review of the research evidence. *European Journal of Cancer Care*. Vol. 18, 223–247.

Fox, S. & Lyon, D. 2006. Symptom Clusters and Quality of Life in Survivors of Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 33, No 5, 931-936.

Freeman, L.; Cohen, L.; Stewart, M.; White, R.; Link, J.; Palmer, L.; Welton, D.; McBride, L. & Hild, C. 2008. The Experience of Imagery as a Post-Treatment Intervention in Patients With Breast Cancer: Program, Process, and Patient Recommendations. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 35, No 6, 116-121.

Heidrich, S.; Brown, R.; Egan, J.; Perez, O.; Phelan, C.; Yeom, H., & Ward, S. 2009. An Individualized Representational Intervention to Improve Symptom Management (IRIS) in Older Breast Cancer Survivors: Three Pilot Studies. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 36, No 3, 133-143.

Heidrich, S.; Egan, J.; Hengudomsab, P. & Randolph, S. 2006. Symptoms, Symptom Beliefs, and Quality of Life of Older Breast Cancer Survivors: A Comparative Study. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 33, No 2, 315-322.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holmia, S.; Murtonen, I.; Myllymäki H. & Valtonen K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-6. painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Husson, O.; Mols, F. & Van de Poll-Franse, L. 2011. The relation between information provision and healthrelated quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. *Annals of Oncology*. Vol. 22, No 4, 761–772.

Johansson, R. 2011. Tietoa potilaalle: Solunsalpaajat eli sytostaatit. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 20.2.2012
www terveysportti.fi > Tietoa potilaalle > Syöpä > Solunsalpaajat eli sytostaatit.

Johansson, R. 2011. Tietoa potilaalle: Sädehoito. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 20.2.2012
www terveysportti.fi > Tietoa potilaalle > Syöpä > Sädehoito.

Johnson, P. 2002. The Use of Humor and Its Influences on Spirituality and Coping in Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*. 29(4), 691-695.

Kustannus Oy Duodecim. BDI. Viitattu 13.2.2012
www terveyskirjasto.fi > Apuohjelmat > BDI

Kustannus Oy Duodecim. DEPS. Viitattu 13.2.2012
www terveyskirjasto.fi > Apuohjelmat > DEPS

Kustannus Oy Duodecim. GDS. Viitattu 13.2.2012
www terveyskirjasto.fi > Apuohjelmat > GDS

Kustannus Oy Duodecim. MADRS-depressioasteikko. Viitattu 13.2.2012
www terveyskirjasto.fi > Käypä hoito > MADRS-depressioasteikko

Kustannus Oy Duodecim. PHQ-9. Viitattu 13.2.2012
www terveyskirjasto.fi > Apuohjelmat > PHQ-9

Kustannus Oy Duodecim. RBDI. Viitattu 13.2.2012
www terveyskirjasto.fi > Apuohjelmat > RBDI

Li, H.; Chung, J.; Ho, K.; Chiu, S. & Lopez, V. 2012. A Descriptive Study of the Psychosocial Well-Being and Quality of Life of Childhood Cancer Survivors in Hong Kong. *Cancer Nursing*. Vol. 00, No 0, 1-9.

Lounais-Suomen Syöpäyhdistys 2012. Kuntoutus. Viitattu 12.4.2012
www.lssy.fi > Potilaille ja läheisille > Kuntoutus

McDougall, G.; Becker, H.; Acee, T.; Vaughan, P. & Delville, C. 2012. A pilot study to compare the effect of memory training and health training interventions on affective and cognitive function with a group of cancer survivors. *Arch Psychiatr Nurs*. Vol. 25, No 1, 24–35.

Miller, R. 2008. Implementing a Survivorship Care Plan for Patients With Breast Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Vol. 12, No 3, 479-487.

Morgan, M. 2009. Cancer Survivorship: History, Quality-of-Life Issues and the Evolving Multi-disciplinary Approach to Implementation of Cancer Survivorship Care Plans. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 36, No 4, 429-436.

Oleske, D.; Cobleigh, M.; Phillips, M. & Nachman, K. 2004. Determination of Factors Associated With Hospitalization in Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 31, No 6, 1081-1088.

Rabin, E.; Heldt, E.; Hirakata, V.; Bittelbrunn, A.; Chachamovich, E. & Fleck, M. 2009. Depression and Perceptions of Quality of Life of Breast Cancer Survivors and Their Male Partners. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 36, No 3, 153-158.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? - Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan Yliopisto. Viitattu 2.3.2012

Simonelli, L.; Fowler, J.; Maxwell, L. & Andersen, B. 2008. Physical Sequelae and Depressive Symptoms in Gynecologic Cancer Survivors: Meaning in Life as a Mediator. *Ann Behav Med*. Vol. 35, No 3, 275–284.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Käypä hoito 2010. Depressio. Viitattu 16.2.2012
www.kaypahoito.fi > Suositukset > Depressio

Suomen Syöpäpotilaat ry 2010. Selviytyjän matkaopas. 5. painos. Helsinki: Suomen Syöpäpotilaat – Cancerpatienterna i Finland.

Syöpäjärjestöt
www.cancer.fi > [Etusivu](#) > [Keskustelut](#) > [Keskustelufoorumi](#) > Yleistä syövästä
www.cancer.fi > [Etusivu](#) > [Keskustelut](#) > [Keskustelufoorumi](#) > Elämä syövästä jälkeen

Tuominen, T. & työryhmä. 2008. Suomen Syöpäpotilaat ry yhteistyössä Janssen-Cilag:n kanssa. ”Kun mitään en jaksa”- Fatigue eli hoitoväsymys. Kotka: Painokotka Oy.

Thompson, P. 2007. The Relationship of Fatigue and Meaning in Life in Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 34, No 3, 653-660.

Vivar, C. & McQueen, A. 2005. Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 51, No 5, 520–528.

Vivar, C.; Whyte, D. & McQueen, A. 2010. ‘Again’: the impact of recurrence on survivors of cancer and family members. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 19, 2048–2056.

Von Ah, D.; Russell, K.; Storniolo, A. & Carpenter, J. 2009. Cognitive Dysfunction and Its Relationship to Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 36, No 3, 326-334.

Vuorinen, E. 2008. Suomen Syöpäpotilaat ry. Syöpäpotilaan kivun hoito. Helsinki: Painotalo Auranen Oy.

Watts, T. 2011. Caring for cancer survivors. Practice Nurse. Vol. 41, No 12.

Liite 1. Depressiomittarit

BDI , Beck Depression Inventory, Beckin depressioasteikko	21-kohtainen itse täytettävä kyselylomake, nuorille ja aikuisille
<p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En ole surullinen - Olen alakuloinen ja surullinen - Olen tuskastumiseen asti surullinen ja alakuloinen - Olen niin onneton, etten enää kestä <p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tulevaisuus ei masenna eikä pelota minua - Tulevaisuus pelottaa minua - Minusta tuntuu, ettei tulevaisuudella ole tarjottavanaan minulle juuri mitään - Minusta tuntuu, että tulevaisuus on toivoton. En jaksa uskoa, että asiat muuttuvat tästä parempaan päin <p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En tunne epäonnistuneeni - Minusta tuntuu, että olen epäonnistunut useammin kuin muut ihmiset - Elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia - Minusta tuntuu, että olen täysin epäonnistunut ihmisenä <p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En ole erityisen haluton - En osaa nauttia asioista niin kuin ennen - Minusta tuntuu, etten saa tyydytystä juuri mistään - Olen haluton ja tyytymätön kaikkeen <p>5.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En tunne erityisemmin syyllisyyttä - Minusta tuntuu, että olen aika huono ja kelvoton - Nykyään tunnen itseni huonoksi ja kelvottomaksi melkein aina - Tunnen olevani erittäin huono ja arvoton <p>6.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En koe, että minua rangaistaan - Tunnen, että jotain pahaa voi sattua minulle - Uskon, että kohtalo rankaisee minua - Tunnen, että olen tehnyt sellaista, josta minua on syytäkin rangaista <p>7.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En ole pettynyt itseeni - Olen pettynyt itseeni - Inhoan itseäni - Vihaan itseäni <p>8.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tunnen, että olen yhtä hyvä kuin muutkin - Kritisoin itseäni heikkouksista - Moitin itseäni virheistäni - Moitin itseäni kaikesta, mikä 'menee pieleen' <p>9.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En ole ajatellut vahingoittaa itseäni - Olen joskus ajatellut itseni vahingoittamista, mutten kuitenkaan tee niin - Mielessäni on selvät itsemurhasuunnitelmat - Tapan itseni, kun siihen tulee tilaisuus <p>10.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En itke tavallista enempää - Itken nykyään aiempaa enemmän - Itken nykyään jatkuvasti - En kykene enää itkemään, vaikka haluaisin 	

11.

- En ole sen ärtyneempi kuin ennenkään
- Ärsynnyn aiempaa herkemmin
- Tunnen, että olen ärtynyt koko ajan
- Minua eivät enää liikuta asiat, joista aiemmin raivostuin

12.

- Olen edelleen kiinnostunut muista ihmisistä
- Muut kiinnostavat minua aiempaa vähemmän
- Kiinnostukseni ja tunteeni muita kohtaan ovat miltei kadonneet
- Olen menettänyt kaiken mielenkiintoni muita kohtaan, enkä välitä heistä enää lainkaan

13.

- Pystyn tekemään päätöksiä, kuten ennenkin
- Yritän lykätä päätöksentekoa
- Minun on hyvin vaikeata tehdä päätöksiä
- En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä

14.

- Mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut
- Olen huolissani siitä, että näytän vanhalta tai etten näytä miellyttävältä
- Minusta tuntuu, että ulkonäköni on muuttunut pysyvästi niin, etten näytä miellyttävältä
- Tunnen olevani ruma ja vastenmielisen näköinen

15.

- Työkykyni on säilynyt ennallaan
- Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia
- Saadakseni aikaan jotakin minun on suorastaan pakotettava itseni siihen
- En kykene lainkaan tekemään työtä

16.

- Nukun yhtä hyvin kuin ennen
- Olen aamuisin väsyneempi kuin ennen
- Herään nykyisin 1-2 tuntia normaalia aikaisemmin enkä nukahda enää uudelleen
- Herään aikaisin joka aamu, enkä pysty nukkumaan viittä tuntia pitempään yhtäjaksoisesti

17.

- En väsy sen nopeammin kuin ennen
- Väsyn nopeammin kuin ennen
- Väsyn lähes tyhjästä
- Olen liian väsynyt tehdäkseni mitään

18.

- Ruokahaluni on ennallaan
- Ruokahaluni on huonompi kuin ennen
- Ruokahaluni on nyt paljon huonompi kuin ennen
- Minulla ei ole lainkaan ruokahalua

19.

- Painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan
- Olen laihtunut yli 2,5 kg
- Olen laihtunut yli 5 kg
- Olen laihtunut yli 7,5 kg

20.

- En ajattele terveyttäni tavallista enempää
- Kiinnitän tavallista enemmän huomiota särkyihin ja kipuihin, vatsavaivoihin ja ummetukseen
- Tarkkailen ruumiintuntemuksiani niin paljon, ettei muille ajatuksille jää aikaa
- Terveyteni ja tuntemusteni ajattelu on kokonaan vallannut mieleni

21.

- Kiinnostukseni sukupuolielämään on pysynyt ennallaan
- Kiinnostukseni sukupuolielämään on vähentynyt
- Kiinnostukseni sukupuolielämään on huomattavasti vähäisempää kuin aikaisemmin
- Olen menettänyt kaiken mielenkiintoni sukupuolielämään

RBDI

BDI-13-masennusoirekyselystä muokannut
professori Raimo Raitasalo**1. Minkälainen on mielialasi?**

- Mielialani on valoisa ja hyvä
 - En ole alakuloinen tai surullinen
 - Tunnen itseni alakuloiseksi ja surulliseksi
 - Olen alakuloinen jatkuvasti enkä pääse siitä
 - Olen niin masentunut ja alavireinen, etten kestä enää
- 2. Miten suhtaudut tulevaisuuteen?**
- Suhtaudun tulevaisuuteen toiveikkaasti
 - En suhtaudu tulevaisuuteen toivottomasti
 - Tulevaisuus tuntuu minusta melko masentavalta
 - Minusta tuntuu, ettei minulla ole tulevaisuudelta mitään odotettavaa
 - Tulevaisuus tuntuu minusta toivottomalta, enkä jaksakaan uskoa, että asiat muuttuisivat parempaan päin
- 3. Miten katsot elämäsi sujuneen?**
- Olen elämässäni onnistunut huomattavan usein
 - En tunne epäonnistuneeni elämässä
 - Minusta tuntuu, että olen epäonnistunut pyrkimyksissäni tavallista useammin
 - Elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia
 - Tunnen epäonnistuneeni täydellisesti ihmisenä
- 4. Miten tyytyväiseksi tai tyytymättömäksi tunnet itsesi?**
- Olen varsin tyytyväinen elämäni
 - En ole erityisen tyytymätön
 - En nauti asioista samalla tavalla kuin ennen
 - Minusta tuntuu, etten saa enää tyydytystä juuri mistään
 - Olen täysin tyytymätön kaikkeen
- 5. Minkälaisena pidät itseäsi?**
- Tunnen itseni melko hyväksi
 - En tunne itseäni huonoksi ja arvottomaksi
 - Tunnen itseni huonoksi ja arvottomaksi melko usein
 - Nykyään tunnen itseni arvottomaksi melkein aina
 - Olen kerta kaikkiaan arvoton ja huono
- 6. Onko sinulla pettymyksen tunteita?**
- Olen tyytyväinen itseäni ja suorituksiini
 - En ole pettynyt itseni suhteen
 - Olen pettynyt itseni suhteen
 - Minua inhottaa itseni
 - Vihaan itseäni
- 7. Onko sinulla itsesi vahingoittamiseen liittyviä ajatuksia?**
- Minulla ei ole koskaan ollut itsemurha-ajatuksia
 - En ajattele enkä halua vahingoittaa itseäni
 - Minusta tuntuu, että olisi parempi, jos olisin kuollut
 - Minulla on tarkat suunnitelmat itsemurhasta
 - Tekisin itsemurhan, jos siihen olisi mahdollisuus
- 8. Miten suhtaudut vieraitten ihmisten tapaamiseen?**
- Pidän ihmisten tapaamisesta ja juttelemisestä
 - En ole menettänyt kiinnostustani muihin ihmisiin
 - Toiset ihmiset eivät enää kiinnosta minua niin paljon kuin ennen
 - Olen melkein kokonaan menettänyt mielenkiintoni sekä tunteeni toisia ihmisiä kohtaan
 - Olen menettänyt mielenkiintoni muihin ihmisiin, enkä välitä heistä lainkaan
- 9. Miten koet päätösten tekemisen?**
- Erilaisten päätösten tekeminen on minulle helppoa
 - Pystyn tekemään päätöksiä samoin kuin ennenkin
 - Varmuuteni on vähentynyt ja yritän lykätä päätösten tekoa
 - Minulla on suuria vaikeuksia päätösten teossa
 - En pysty enää lainkaan tekemään ratkaisuja ja päätöksiä
- 10. Minkälaisena pidät olemustasi ja ulkonäköäsi?**
- Olen melko tyytyväinen olemukseeni ja ulkonäköni
 - Ulkonäkössäni ei ole minua haittaavia piirteitä
 - Olen huolissani siitä, että näytän epämiellyttävältä

<ul style="list-style-type: none"> - Minusta tuntuu, että näytän rumalta - Olen varma, että näytän rumalta ja vastenmieliseltä <p>11. Minkälaista nukkumisesi on?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minulla ei ole nukkumisessa minkäänlaisia vaikeuksia - Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin - Herätessäni aamuisin olen paljon väsyneempi kuin ennen - Minua haittaa unettomuus - Kärsin unettomuudesta, nukahtamisvaikeuksista tai liian aikaisin kesken unien heräämisestä <p>12. Tunnetko väsymystä ja uupumusta?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Väsyminen on minulle lähes täysin vierasta - En väsy helpommin kuin tavallisestikaan - Väsyn nopeammin kuin ennen - Vähäinenkin työ väsyttää ja uuvuttaa minua - Olen liian väsynyt tehdäkseni mitään <p>13. Minkälainen ruokahalusi on?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ruokahalussani ei ole mitään hankaluuksia - Ruokahaluni on ennallaan - Ruokahaluni on huonompi kuin ennen - Ruokahaluni on paljon huonompi kuin ennen - Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua 	
DEPS	Vastausvaihtoehdot: <ul style="list-style-type: none"> - En lainkaan - Jonkin verran - Melko paljon - Erittäin paljon
<p>Viimeksi kuluneen kuukauden aikana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kärsin unettomuudesta. 2. Tunsin itseni surumieliseksi. 3. Minusta tuntui, että kaikki vaati ponnistusta. 4. Tunsin itseni tarmottomaksi. 5. Tunsin itseni yksinäiseksi. 6. Tulevaisuus näytti toivottomalta. 7. En nauttinut elämästäni. 8. Tunsin itseni arvottomaksi. 9. Tunsin, että kaikki ilo on hävinnyt elämästäni. 10. Minusta tuntui, ettei alakuloisuuteni hellittänyt edes perheeni tai ystäväni avulla. 	
PHQ-9 terveystarkastus	Vastausvaihtoehdot: <ul style="list-style-type: none"> - Ei ollenkaan - Useina päivinä - Enemmän kuin puolet ajasta - Lähes joka päivä
<p>Kuinka usein viimeisen kahden viikon aikana ovat seuraavanlaiset ongelmat vaivanneet Sinua?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vain vähäistä mielenkiintoa tai mielihyvää erilaisten asioiden tekemisestä 2. Alakuloisuutta, masentuneisuutta, toivottomuutta 3. Vaikeuksia nukahtaa, pysyä unessa tai liiallista nukkumista 4. Väsymystä tai voimattomuutta 5. Ruokahaluttomuutta tai liiallista syömistä 6. Huonommuuden tai epäonnistumisen tunteita tai tunne siitä, että olet tuottanut pettymyksen itsellesi tai perheellesi 7. Vaikeutta keskittyä asioihin kuten sanomalehden lukemiseen tai television katseluun 8. Puhumisen tai liikkumisen hitautta, jonka muutkin voisivat huomata tai vastakohtaisesti rauhattomuutta tai liikehtimistä paljon tavallista enemmän 9. Ajatuksia, että olisi parempi jos olisit kuollut tai että haluaisit vahingoittaa itseäsi jotenkin 	
GDS, Geriatric depression screening scale - kysely	Kysely suunnattu ikääntyneille. Kyllä/Ei -vastaukset
1. Oletteko pohjimmiltanne tyytyväinen elämäänne?	

2. Oletteko luopunut monista toiminnoistanne, kiinnostavista asioista tai harrastuksistanne?
3. Tuntuuko elämäne tyhjältä?
4. Tunnetteko olonne usein kyllästyneeksi?
5. Oletteko toiveikas tulevaisuuden suhteen?
6. Vaivaavatko Teitä jatkuvasti päässänne pyörivät ajatukset?
7. Oletteko enimmäkseen hyvällä tuulella?
8. Pelkäätkö, että jotain pahaa tulee tapahtumaan Teille?
9. Oletteko useimmiten onnellinen?
10. Tunnetteko usein itsenne avuttomaksi?
11. Oletteko usein levoton ja hermostunut?
12. Jäättekö mieluummin kotiin sen sijaan että lähtisitte ulos ja tekisitte uusia asioita?
13. Oletteko usein huolissanne tulevaisuudestanne?
14. Onko Teillä mielestänne enemmän muistivaikeuksia kuin useimmilla muilla?
15. Onko mielestänne ihanaa elää juuri nyt?
16. Tuntuuko Teistä usein synkältä ja alakuloiselta?
17. Tunnetteko itsenne arvottomaksi?
18. Kannatteko paljon huolta menneestä?
19. Onko elämä mielestänne innostavaa?
20. Onko Teidän vaikea aloittaa uusia asioita?
21. Tunnetteko itsenne tarmokkaaksi?
22. Tuntuuko tilanteenne toivottomalta?
23. Tuntuuko Teistä, että useimpien muiden asiat ovat paremmin kuin Teidän?
24. Saavatko pienet asiat Teidät usein pois tolaltanne?
25. Itkettääkö Teitä usein?
26. Onko Teillä keskittymisvaikeuksia?
27. Onko mielestänne mukavaa nousta aamuisin?
28. Välttelettekö toisten tapaamista?
29. Onko Teidän helppo tehdä päätöksiä?
30. Onko ajatusmaailmanne yhtä selkeä kuin ennenkin?

MADRS-depressioasteikko, Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale	Pisteitä vaihtoehdoista 0-6.
--	------------------------------

1. Huomioitu alakuloisuus (Tarkoittaa synkkyyttä raskasmielisyyttä ja epätoivoa, jotka heijastuvat puheeseen, kasvojen ilmeeseen ja asentoon. Arvioidaan sen mukaan, kuinka syvää alakuloisuus on ja voidaanko potilasta piristää.)

- Ei surullisuutta.
- Näyttää alakuloiselta, mutta voi tilapäisesti piristyä.
- Näyttää jatkuvasti surulliselta ja onnettomalta.
- On jatkuvasti äärimmäisen synkkä ja raskasmielinen

2. Ilmoitettu alakuloisuus (Tarkoittaa masennuksen tunnetta, huolimatta siitä näkyykö se päällepäin vai ei. Käsittää murheellisuuden, onnettomuuden, raskasmielisyyden, toivottomuuden ja avuttomuuden tunteet. Arviointi perustuu tunteen voimakkuuteen ja kestoon sekä siihen, kuinka paljon ulkoiset tekijät vaikuttavat mielentilaan.)

- Neutraali mielentila. Voi tuntua sekä tilapäistä hilpeyttä että apeutta olosuhteisen mukaan, ilman painoa kumpaankaan suuntaan.
- Enimmäkseen alakuloinen, mutta valoisampiakin hetkiä on välillä.
- Jatkuvasti alakuloinen ja synkkämielinen. Ulkoiset olosuhteet vaikuttavat kuitenkin mielentilaan.
- Jatkuva, erittäin syvä masennus.

3. Ahdistuksen tunteet (Tarkoittaa epämääräistä, psyykkisen pahanolon tunnetta, epämiellyttävää sisäistä jännitystä, ahdistusta, kauhua tai sisäistä levottomuutta, joka voi kehittyä paniikiksi. Arviointi perustuu tunteen voimakkuuteen ja kestoon sekä avun tarpeen suuruuteen. Pidettävä erillään alakuloisuudesta, huolestuneisuudesta ja lihasjännityksestä.)

- Enimmäkseen rauhallinen.
- Tilapäisiä epämiellyttävän psyykkisen jännityksen tunteita.
- Jatkuva sisäisen levottomuuden tunne, joka toisinaan kehittyy paniikiksi ja joka vain vaivoin on hillittävässä.
- Pitkäaikaisia paniikinomaisia ahdistuskohtauksia. Vallitseva kauhun tunne tai ahdistava

kuolemanpelko, jota potilas ei yksin pysty hallitsemaan.

4. Vähentynyt yöuni (Tarkoittaa lyhentynyttä tai liiaksi keventynyttä unta tavallisiin nukkumatapoihin verrattuna.)

- Nukkuu tavalliseen tapaan.
- Kohtuullisia vaikeuksia päästä uneen tai lyhyempi, pinnallisempi tai rauhattomampi uni kuin tavallisesti.
- Lyhentynyt nukkumisaika (vähintään 2 tuntia vähemmän kuin tavallisesti). Herää usein yön aikana myös ilman ulkoisia häiriöitä.
- Nukkuu öisin vähemmän kuin 2-3 tuntia kaiken kaikkiaan.

5. Vähentynyt ruokahalu (Tarkoittaa sitä, että ruokahalu tuntuu huonommalta kuin tavallisesti.)

- Normaali tai lisääntynyt ruokahalu.
- Huono ruokahalu.
- Ruokahalu puuttuu melkein kokonaan, ruoka ei maistu; täytyy pakottaa itsensä syömään.
- Ei syö mitään, ellei joku maanittele. Kieltäytyy kokonaan syömästä.

6. Keskittymisvaikeudet (Tarkoittaa vaikeuksia koota ajatuksensa ja keskittyä. Arviointi perustuu voimakkuuteen, taajuuteen sekä siihen, missä määrin eri toiminnat vaikeutuvat. Pidettävä erillään muistihäiriöstä ja häiriöstä ajatuksen juoksussa.)

- Ei keskittymishäiriötä.
- Tilapäisiä vaikeuksia pitää ajatuksensa koossa.
- Selviä keskittymisvaikeuksia, jotka vaikeuttavat lukemista ja keskustelua.
- Jatkuvia invalidisoivia keskittymisvaikeuksia.

7. Aloitekyvyttömyys (Tarkoittaa vaikeuksia ryhtyä toimiin tai hitautta jokapäiväisten tehtävien suorittamisessa. Pidettävä erillään päättämättömyydestä ja väsymisestä.)

- Ei minkäänlaisia vaikeuksia käydä uusiin toimiin käsiksi. Ei saamattomuutta.
- Aloittamisvaikeuksia.
- Vaikea ryhtyä yksinkertaisiinkin rutiinitehtäviin, nämä vaativat suuria ponnistuksia.
- Kyvytön ryhtymään yksinkertaisimpiinkin puuhiin. Ei pysty aloittamaan mitään toimintaa omin neuvoin.

8. Tunnekyvyttömyys (Tarkoittaa sitä, että potilas on omakohtaisesti kokenut kadottaneensa mielenkiintoa ulkomaailmaa tai sellaisia toimintoja kohtaan, jotka tavallisesti tuottavat iloa. Tunnereaktiot ympäristöön tai ihmisiin ovat heikentyneet. Pidettävä erillään aloitekyvyttömyydestä.)

- Normaalisti kiinnostunut ulkomaailmasta ja muista ihmisistä.
- Vaikea tuntea iloa siitä, mikä tavallisesti kiinnostaa. Vähentynyt kyky suuttua.
- Mielenkiinto ulkomaailmaa kohtaan puuttuu. Ystävät ja tuttavat tuntuvat samantekevilta.
- Tunteiden "halvaantuminen", kyvytön tuntemaan vihaa tai surua ja täydellinen tai jopa tuskallinen välinpitämättömyys läheisimpiä ihmisiä kohtaan.

9. Pessimistiset ajatukset (Tarkoittaa itesyytöksiä, alemmuudentunnetta, syyllisyydentunteita, kuvitelmia synnistä, katumusta ja kuvitelmia perikadosta.)

- Ei pessimistisiä ajatuksia.
- Silloin tällöin ajatuksia epäonnistumisesta, itesyytöksistä ja itsensä aliarvioimista.
- Jatkuvia itesyytöksiä. Selkeitä mutta ei kohtuuttomia mietteitä synnistä tai syyllisyydestä. Selvästi ilmaistu pessimistinen näkemys tulevaisuudesta.
- Harhakuvitelmia perikadosta, katumuksesta ja anteeksiantamattomista synneistä. Absurdeja itesyytöksiä.

10. Itsemurha-ajatukset (Tarkoittaa elämään kyllästymistä, luonnollisen kuoleman toivomuksia, itsemurha-ajatuksia sekä itsemurhavalmisteluja. Mahdolliset itsemurhayritykset eivät sinänsä vaikuta arviointiin.)

- Nauttii elämästään. Tavanomainen elämänhalu.
- Elämään kyllästynyt. Vain ohimeneviä itsemurha-ajatuksia.
- Parempi olisi kuolla. Itsemurha-ajatukset ovat yleisiä ja itsemurha on ajateltavissa oleva ratkaisu, mutta selkeitä suunnitelmia tai aikeita ei ole.
- Selvästi harkittuja aikeita tehdä itsemurha tilaisuuden tullen. Aktiivisia itsemurhavalmisteluja.