

**SYÖPÄTAUTIEN HOITAJAN ANTAMAN PSYKOSOSIAALISEN TUEN
VAIKUTUS SYÖPÄÄ SAIRASTAVAN IKÄÄNTYVÄN IHMISEN KOETTUUN
ELÄMÄNLAATUUN**

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Iina Räsänen

Gerontologian ja kansanterveystieteen

kandidaattitutkielma

Jyväskylän yliopiston avoin yliopisto

Kevät 2022

TIIVISTELMÄ

Räsänen, I. 2022. Syöpätautien hoitajan antaman psykososiaalisen tuen vaikutus syöpää sairastavan ikääntyvän ihmisen koettuun elämänlaatuun: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Jyväskylän yliopiston avoin yliopisto, (gerontologia ja kansanterveys) kandidaattitutkielma, 32 s., 3 liitettä.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on selvittää, miten syöpätautien hoitajan antama psykososiaalinen tuki vaikuttaa syöpää sairastavan ikääntyvän ihmisen kokemaan elämänlaatuun. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on lisätä tietoa siitä, vaikuttaako syöpätautien hoitajan antama tuki ikääntyvän ihmisen kokemaan elämänlaatuun. Tässä työssä ikääntynyt ihminen on noin yli 60-vuotias.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tehtiin CINAHL, PubMed, Helli ja PsycINFO viitekantoihin. Sisäänottokriteeriksi määriteltiin englanninkieliset vertaisarvioidut RCT-tutkimukset vuosilta 2011–2021. Katsaukseen hyväksyttiin viisi tutkimusta, joissa EORTC QLQ C-30 elämänlaatumittarin avulla selvitettiin syöpätautien hoitajan antaman psykososiaalisen tuen vaikutusta ikääntyvän syöpäpotilaan kokemaan elämänlaatuun.

Syöpäsairauksien ilmaantuvuus ja syövän kanssa elävien ihmisten määrä kasvaa tulevien vuosien aikana väestön vanhenemisen myötä. Sairauden hoito, hoitojen haittavaikutukset tai sairauden laukaisemat aiemmat kriisit voivat horjuttaa sairastuneen psykososiaalista hyvinvointia. Tämän vuoksi sairastunut tarvitsee psykososiaalista tukea hoitojen aikana, sairauden uusittua tai hoitojen seurantavaiheessa. Erityisesti ikääntyvät ihmiset ovat heterogeeninen joukko, joiden syöpäsairauden hoitoon voivat vaikuttaa yksilön muut sairaudet ja toimintakyvyn muutokset. Terveystieteiden tehtävänä on mahdollistaa yksilölle mahdollisimman pitkä elämä ja parantaa yksilön terveyteen liittyvää elämänlaatua.

Tuloksissa havaittiin, että neljässä tutkimuksessa syöpätautien hoitajan antamalla psykososiaalisella tuella ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta elämänlaatuun. Yhdessä tutkimuksessa interventoryhmän elämänlaatu parani tilastollisesti merkitsevästi kuukauden seurantajakson aikana. Tutkimuksissa havaittiin kuitenkin psykososiaalisella tuella olevan vaikutusta joihinkin elämänlaadun osaluokkiin kuten emotionaaliseen toimintakykyyn ja vastuista suoriutumisen osa-alueeseen sekä pään ja kaulan alueen syöpäpotilaiden oireosa-alueisiin.

Syöpätautien hoitajan antama psykososiaalinen tuki saattaa parantaa joitakin syöpäpotilaan elämänlaadun osa-alueita, mutta ei välttämättä elämänlaatua. Tuen vaikutuksessa saattaa olla syöpäsairauskohtaisia eroja. Jatkossa aihetta tulisi tutkia syöpäsairauskohtaisesti yksittäisiin toimintakyvyn tai oireiden osa-alueisiin keskittyen. Lisätutkimuksissa tulisi huomioida iän vaikutus koettuun elämänlaatuun. Hoitajan antaman psykososiaalisen tuen laadun arviointia tulisi myös kehittää.

Asiasanat: syöpä, psykososiaalinen tuki, elämänlaatu, EORTC QLQ C-30, systemaattinen kirjallisuuskatsaus.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1	JOHDANTO.....	1
2	SYÖPÄSAIRAUKSIEN YLEISYYS JA VAIKUTUS YKSILÖN ELÄMÄÄN.....	2
2.1	Syöpäsairauden hoito ja haittavaikutukset	2
2.2	Ikääntyvä ihminen ja syöpäsairaus	3
3	ELÄMÄNLAATU SYÖPÄÄ SAIRASTAVAN KOKEMANA	6
3.1	Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittaaminen.....	6
3.2	Syöpää sairastavan ihmisen elämänlaadun mittaaminen.....	7
4	SYÖPÄÄ SAIRASTAVAN IHMISEN PSYKOSOSIAALINEN TUKEMINEN.....	9
4.1	Psykososiaalinen tuki syöpää sairastavan ihmisen apuna	9
4.2	Syöpätautien hoitajan antama psykososiaalinen tuki	10
5	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS	12
6	TUTKIMUSMENETELMÄ	13
6.1	Aineistonkeruu	13
6.2	Sisäänotto- ja poissulku kriteerit	13
6.3	Aineiston valinta.....	14
6.4	Aineiston laadun arviointi	16
7	TULOKSET	17
7.1	Aineiston kuvaus	17
7.2	Interventioiden kuvaus	18
7.3	Mittareiden kuvaus	20
7.4	Syöpätautien hoitajan antaman psykososiaalisen tuen vaikutus elämänlaatuun ...	21
8	POHDINTA.....	24
	LÄHTEET	27
	LIITTEET	

Liite 1: Tietokantahaun hakulausekkeet.

Liite 2: Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten laadunarviointi Furlanin ym. (2015) mukaan.

Liite 3: Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten keskeinen sisältö.

1 JOHDANTO

Vuonna 2019 Suomessa todettiin yli 35 000 uutta syöpätapausta, joista suurin osa oli joko rintatai eturauhassyöpää. Syöpäpotilaiden viiden vuoden suhteellinen elossaololuku vuosina 2017–2019 oli jopa 90 prosenttia (Pitkäniemi ym. 2021 ,6, 19, 23). Syöpäpotilas saattaa elää sairauden ja sairauteen liittyvien haittavaikutusten kanssa hyvinkin pitkään (Tarkkanen, 2022). Sairaus voi aktivoida muita aikaisempia kriisejä tai aiheuttaa taloudellisia huolia, jonka vuoksi psykososiaalinen tuki hoitojen aikana, sairauden uusittua tai hoitojen seurantavaiheessa on tärkeää (Tirola ym. 2019, 71,72). Syöpäpotilaan psykososiaalisella tuella tarkoitetaan niitä sairauden eri vaiheen toimia, joiden avulla voidaan parantaa potilaan psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014, 76). Tässä kirjallisuuskatsauksessa keskitytään syöpätautien hoitajan antamaan psykososiaaliseen tukeen.

Tässä työssä ikääntyvät ihmiset ovat noin yli 60-vuotiaita, mutta koska ikääntyminen on mielikuvapohjaista ja ikääntyvän ihmisen kotimaa, kulttuuri, toimintakyky, terveys ja aktiivisuus vaikuttavat iän kokemukseen (Fung 2013; Lumme-Sandt ym. 2020) ikääntyvää ihmistä ei tässä työssä luokitella pelkästään kalenteri-ikä perusteella. Ikääntyvät ihmiset ovat heterogeeninen joukko, joiden syöpähoidoissa huomioidaan enemmän yksilölliset tarpeet kuin kronologinen ikä (Al-Mansour ym. 2018, 2, 4, 5; Mäkelä& Nevala 2013). Kuitenkin iällä on vaikutusta syövän hoidossa, sillä hoitojen toksisuus voi pahentaa aiempia kroonisia terveysongelmia ja voimistaa toiminnallista riippuvuutta (Koll ym. 2016) tai ikääntyvä ihminen voi olla herkempi syöpähoitojen toksisuudelle. Tärkeää olisi säilyttää hyvä elämänlaatu sairaudesta ja hoidoista huolimatta (Al-Mansour ym. 2018, 5; Mäkelä& Nevala 2013) ja mahdollistaa yksilölle mahdollisimman hyvä elämä sekä parantaa yksilön terveyteen liittyvää elämänlaatua. (Rutherford ym. 2018, 111, 116; Sintonen 2013).

Tämän tutkimuksen tarkoitus on selvittää, miten syöpätautien hoitajan antama psykososiaalinen tuki vaikuttaa syöpää sairastavan ikääntyvän ihmisen kokemaan elämänlaatuun. Tässä työssä tutkimusmenetelmänä on systemaattinen kirjallisuuskatsaus.

2 SYÖPÄSAIRAUKSIEN YLEISYYS JA VAIKUTUS YKSILÖN ELÄMÄÄN

Syöpä on yleisnimitys sairauksille, joissa vaurioituneet solut muuttuvat pahanlaatuisiksi ja lisääntyvät ihmisen kehossa hallitsemattomasti (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2020).

Vuonna 2019 Suomessa todettiin 35 327 uutta syöpätapausta. Naisten yleisin syöpä on rintasyöpä ja miesten eturauhassyöpä. Seuraavaksi yleisin syöpä molemmilla sukupuolilla on paksu- ja peräsuolisyöpä. Jossain elämänsä vaiheessa naisista 36,2 prosenttia ja miehistä 38,2 prosenttia sairastuu syöpään (Pitkaniemi ym. 2021 ,6, 19, 23).

2.1 Syöpäsairauden hoito ja haittavaikutukset

Syöpäsairauksien hoidossa on käytössä hyvin laaja kirurgian, solunsalpaajahoitojen, sädehoidon ja täsmälääkehoitojen kokonaisuus (Koivunen ym. 2020, 1547, 1548). Näiden avulla sairastunut voidaan parantaa tai hidastaa sairauden etenemistä. Sairastunut elää syöpäsairauden kanssa tai syöpäsairaudesta parantuneena hyvin pitkän ajanjakson, sillä viiden vuoden suhteellinen elossaololuku vuosina 2017–2019 seuratuilla potilailla oli noin 70 prosenttia ja yleisimpien eturauhas- ja rintasyöpien suhteen jopa 90 prosenttia (Pitkaniemi ym. 2021, 6, 27,33).

Kiinteiden syöpäkasvainten ja alueellisten imusolmukkeiden hoidossa käytetään keskeisenä hoitona kirurgiaa. Kirurgialla on myös merkitys syövän etäpesäkkeiden paikallishoitona (Koivunen ym. 2020, 1547, 1549). Solunsalpaajahoitojen tavoite on vaikuttaa jakautuviin soluihin. Hoidolla pyritään saavuttamaan biokemiallinen reaktio kohdesolun yhdisteiden kanssa ja käynnistämään ohjelmoitu solukuolema (Elonen & Elomaa 2007, 163, 164). Sädehoitoa voidaan käyttää osana primaarista kuratiivista hoitoa tai palliatiivisena hoitona. Sädehoidon vaikutuksesta saavutetaan soluissa DNA-vaurioita, joiden tavoite on solukuolema. Sädehoito voidaan yhdistää syöpälääkkeeseen esimerkiksi sytostaattihoidon, jolloin puhutaan kemosädehoidosta. Kemosädehoito on pelkkää sädehoitoa tehokkaampi hoitomuoto (Mäenpää ym. 2022, 59, 64). Täsmälääkehoitoja esimerkiksi hormonihoidoja, immunologisia- tai biologisia syöpälääkkeitä käytetään syöpäkasvaimen geneettisen poikkeaman hoidossa. Vaikutus perustuu pahanlaatuisen solukon selviämisen ja kasvun kannalta keskeisten signaalireittien estoon. (Koivunen ym. 2020, 1548).

Syöpähoitoihin liittyy haittavaikutuksia, jotka voivat olla välittömiä, viivästyneitä tai myöhäisiä. Syövän lääkehoidon haittoja ovat esimerkiksi pahoinvointi, maha-suolikanavan oireet, veriarvojen muutokset, hiustenlähtö, iho- ja limakalvoreaktiot, neurologiset haitat esimerkiksi neuropatia, luun tiheyden aleneminen, väsymys, uupumus ja kognitiiviset haitat (Tarkkanen 2022). Sädehoito tai kemosaadehoito voi aiheuttaa potilaalle hoitokohteen mukaisesti pahoinvointia, infektiokerkkyyttä tai kipua. Esimerkiksi peräsuolisyövän kemosaadehoito voi aiheuttaa ripulia. Pään ja kaulan alueen kemosaadehoidon akuutteina haittoina taas voi olla suun limakalvovaurio eli mukosiitti, makuaistin muutokset, suun kuivuminen tai ravitsemukselliset ongelmat. Syömiseen ja elämänlaatuun liittyvät pitkäaikaishaitat ovat pään ja kaulan alueen syöpäpotilailla yleisiä. Pään ja kaulan alueen syöville tarkoitetaan kurkunpään, nielun, suuontelon, sylkirauhasten tai nenän ja sivuonteloiden syöpiä (Mäenpää ym. 2022, 61, 64).

Syöpädiagnoosi voi laukaista monia tukea tai tietoa vaativia prosesseja. Syöpäjärjestöjen ammattilaisten mukaan syövästä johtuvat taloudelliset haasteet ovat lisääntyneet, eikä sairastunut välttämättä tiedä hänelle kuuluvista taloudellisista etuuksista. Sairastuminen voi aktivoita myös muita kriisejä, kuten aiemmin tapahtuneiden menetysten tai kriisien esimerkiksi avioeron käsittelyn. Sairastuneen ja hänen läheisensä kyky käsitellä sairautta voi olla eritahtista, jolloin ammattilaisten antama keskusteluapu ja oikean aikainen tieto sairaudesta ja hoidosta on tarpeen. Tämän vuoksi sairastunut tarvitse psykososiaalista tukea hoitojen aikana, sairauden uusittua tai hoitojen seurantavaiheessa (Tirola ym. 2019).

2.2 Ikääntyvä ihminen ja syöpäsairaus

Ikääntyminen on perinteisesti jaettu omiin kategorioihin kuten nuoret-vanhat (young-old) 65–74-vuotiaat, vanhat-vanhat (old-old) 75–84-vuotiaat ja vanhimmat vanhat (oldest-old) yli 84-vuotiaat. Nämä kategoriat määrittelevät ihmisryhmän fyysistä toimintakykyä, sairastuvuutta ja avun tarvetta (Erber 2013, 9, 12). Ikääntymisen voidaan ajatella olevan määriteltävissä yksiselitteisesti kalenteri-iällä, mutta tosiasiallisesti eletyt vuodet kertovat yksilöstä ja hänen kyvyistään hyvin vähän. Toimintakyky, terveys ja aktiivisuus vaihtelevat runsaasti ikäryhmän sisällä, mitä vanhemmista ihmisistä on kyse. Ikääntymisen määrittely saattaa olla mielikuvapohjaista. Kronologisen iän mukaan yli 55-vuotiaista voidaan työelämässä puhua ikääntyvinä työntekijöinä. Kuitenkin 70-vuotias presidenttiehdokas ei välttämättä herätä

mielikuvaa iäkkäästä, vaan mielikuvan kokemuksesta ja viisaudesta (Lumme-Sandt ym. 2020). Perinteinen ikäkausien määrittely ei nykyään vastaa ikääntyvien ihmisten omia tunteja, sillä esimerkiksi eläkkeelle jääminen ei enää nykyään ole vanhuuden alku, vaan odotettu uuden elämän jakso. Voitaisiin sanoa, että yksilön sisäinen suhde elämään ja kuolemaan on ikänumeroita parempi tapa määrittellä ikäkausia. Kuitenkin ikääntyessä sairauksien määrä lisääntyy ja suurella osalla yli 70-vuotiaista on ainakin yksi vakava sairaus (Huttunen 2009). Pohdittaessa ikääntymistä on hyvä huomioida myös eri kulttuurien näkemys, sillä ikääntymiseen liittyy kulttuurisia eroja. Ikääntyvien ihmisten tavoitteet ja ikääntymismallit vaihtelevat eri kulttuureissa etenkin persoonallisuusmallien, sosiaalisten suhteiden ja kognition aloilla (Fung 2013). Myös valtioiden erilainen ikärakenne voi määrittellä ikääntymistä ja mielikuvaa ikääntyvistä ihmisistä. Esimerkiksi Intiassa vain noin 6,6 % väestöstä on yli 65-vuotiaita, kuin vastaava luku Suomessa on 22,6 % (Statista 2022).

Syöpäsairaudet koskettavat ikääntyviä ihmisiä, sillä syövän ilmaantuvuus kasvaa 50-vuotiaasta eteenpäin, mutta eniten syöpäsairauksia on yli 70-vuotiailla (Suomen Syöpärekisteri 2021). Ennusteen mukaan yli 75-vuotiaiden syöpätapausten määrä saattaa kaksinkertaistua vuoteen 2035 mennessä (Pitkäniemi ym. 2021, 44) ja elossa olevien yli 65-vuotiaiden syöpää sairastaneiden määrä tulee erityisesti kasvamaan. Vuoden 2025 ennusteen mukaan syövän sairastaneiden määrä tulee kasvamaan 75–80 % verrattuna vuonna 2011 syövän sairastaneiden määrään (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014, 18, 20).

Ikääntyvät ihmiset ovat heterogeeninen joukko, joiden syövän hoidoissa huomioidaan enemmän yksilölliset tarpeet kuin kronologinen ikä. Kuitenkin hoitojen valintaan vaikuttavat yksilön muut sairaudet, psykososiaaliset tekijät ja se että ikääntyvä ihminen voi olla herkempi syöpähoitojen toksisuudelle kuin työkäinen ihminen. Aktiivinen syöpähoito erilaisten hoitomenetelmien avulla on mahdollista, jos hoitojen haittavaikutusten ei arvioida liikaa heikentävän elämänlaatua tai elinajanodotetta. (Al-Mansour ym. 2018, 2, 4, 5; Mäkelä & Nevala 2013). Syöpään sairastunut ihminen sekä hänen omaisensa tarvitsevat fyysistä, toiminnallista ja psykososiaalista tukea syöpädiagnoosista aina potilaan elämän loppuun saakka. Hoitojen toksisuus voi pahentaa jo valmiiksi olevia kroonisia terveysongelmia ja voimistaa toiminnallista riippuvuutta, aliravitsemusta, depressiota, dementiaa sekä altistaa kaatumistapaturmille (Koll ym. 2016). Ikääntyvien syövästä parantuneiden ihmisten elämänlaadun tiedetään olevan heikompi kuin saman ikäisten syöpää sairastamattomien

elämänlaadun. Syövästä parantuneet raportoivat huonompaa fyysistä ja psyykkistä terveydentilaa kuin syöpää sairastamattomat (Sulicka ym. 2018, 332).

Tässä työssä ikääntyvä ihminen määritellään noin 60-vuotiaaksi, mutta määrittelyssä ei käytetä kalenteri-ikää, koska kotimaa, kulttuuri, aktiivisuus, terveys ja toimintakyky vaikuttavat ikääntymisen kokemukseen.

3 ELÄMÄNLAATU SYÖPÄÄ SAIRASTAVAN KOKEMANA

Elämänlaatu (quality of life, QOL) on yksilön käsitys oman elämänsä laadusta kulttuurin, arvojärjestelmien ja omien tavoitteiden, odotusten, normien ja huolenaiheiden viitekehyksessä. Se pitää sisällään yksilön fyysisen ja psyykkisen terveydentilan, autonomian, sosiaaliset suhteet, ympäristötekijät ja henkilökohtaiset uskomukset (WHO 1996, 355). Terveysteen liittyvä elämänlaatu (health-related quality-of-life, HRQoL) on subjektiivinen elämänlaatu moniulotteisempi käsite ja pitää sisällään sairauden tai hoidon oireet, tyytyväisyyden hoitoon, tukipalvelut ja psyykkisen sopeutumisen sairauteen. Sairastuminen voi olla shokki ja vaikuttaa psyykkiseen hyvinvointiin tai sairastuminen voi aiheuttaa kipua tai fyysisiä muutoksia. Terveysteen liittyvät elämänlaadun muutokset voivat olla niin suuria, että saattavat jopa vaikeuttaa suunniteltujen syöpähoitojen toteuttamista (Rutherford ym. 2018, 109, 112). Syöpään sairastuminen muokkaa ihmisen kokemusta elämänlaadustaan. Sairauden ja sairaushoidon eri ajankohtina ihmisen psyykkisessä, fyysisessä, sosiaalisessa sekä taloudellisessa tilassa tapahtuu muutoksia yksilöllisen kokemuksen mukaan, jotka muokkaavat näiden elämänalueiden laatua sen hetkessä viitekehyksessä (Leventhal & Colman 1997, 759–761).

3.1 Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittaaminen

Väestön tai tietyn sairausryhmän hyvinvointia voidaan arvioida ryhmätason elämänlaatu mittaavilla elämänlaadun mittareilla. Mittari voi olla yleistä elämänlaatu mittaava eli geneerinen mittari tai sairausspesifi, jolloin mittari huomioi sairaudelle tyypillisiä elämänlaatuvaikutuksia (Aalto ym. 2013, 7). Mittarien avulla voidaan saada helposti vertailukelpoisia tuloksia eri tutkimusten välillä ja hankkia tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapojen vaikuttavuudesta ja hoitokäytännöistä (Aalto ym. 2013, 7; Rutherford ym. 2018, 117). Mittarin on oltava laadukas ja täytettävä validiteetti- ja reliabiliteettivaatimukset sekä erotella tarpeeksi herkästi yksilöiden tai ryhmien terveydentilan muutokset tai erot (Sintonen 2013).

Yleisiä laajoissa väestötutkimuksissa käytettyjä elämänlaatumittareita ovat esimerkiksi 15D-elämänlaatumittari, EQ-5D-mittari, RAND-36-mittari, WHOQOL-BREF-mittari ja EuroHIS-8-mittari, jotka kartoittavat kysymysten avulla useita elämänlaadun osa-alueita. 15D- ja EQ-

5D-indeksimittarit ovat kehitetty etenkin terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuden arviointiin. RAND-36- ja WHOQOL-BREF-mittarit ovat profiilimittareita, jotka mittaavat elämänlaadun eri ulottuvuuksia sairauden aikana. EuroHIS-8-mittari on lyhennetty versio WHOQOL-BREF-mittarista ja sisältää piirteitä sekä profiilimittarista että indeksimittarista. Mittareissa huomioidaan fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja ympäristöön liittyviä ulottuvuuksia sekä tunne-elämää, kipua ja työhön liittyviä elementtejä (Aalto ym. 2013, 8, 9).

3.2 Syöpää sairastavan ihmisen elämänlaadun mittaaminen

Syöpähoitojen hyötyjä ja haittoja arvioidessa, on tärkeää hankkia tietoa syöpähoitojen vaikuttavuudesta ja vaikutuksesta potilaan omaan terveydentilan kokemukseen. Terveydenhuollon tehtävä on mahdollistaa yksilölle mahdollisimman pitkä elämä sekä parantaa yksilön terveyteen liittyvää elämänlaatua. Terveydenhuollossa terveyteen liittyvää elämänlaatua voidaan selvittää joko kysymällä, kuinka potilas voi, tai käyttämällä apuna standardoituja kyselylomakkeita (Rutherford ym. 2018, 111, 116; Sintonen 2013).

EORTC QOL-C30 kyselylomake (The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30) on geneerinen ja kehitetty käytettäväksi eri kulttuureissa ja eri syöpätapauksissa. Mittari on käännetty yli sadalle kielelle (Letellier ym. 2015, 758). Potilas vastaa kyselylomakkeen kolmeenkymmeneen kysymykseen, jotka pisteytetään 0–100 pisteen asteikolle. Kysymykset on jaettu kokemukseen toimintakyvystä, oireisiin liittyviin sekä yleiseen elämänlaatuun. Toimintakyvyn asteikot (functional scales) koskevat fyysistä-, emotionaalista-, kognitiivista- ja sosiaalista toimintakykyä sekä vastuista suoriutumisen osaluuetta. Oireasteikot (symptom scales) koskevat väsymystä, kipua, pahoinvointia, hengenahdistusta, unettomuutta, ruokahaluttomuutta, suolen toimintaa ja taloudellisia vaikeuksia. Toiminnallisissa asteikoissa korkeampi pistelukema tarkoittaa potilaan parempaa toiminnallista tasoa. Oireasteikoissa korkeampi pistelukema tarkoittaa enemmän oireita. Yleistä hyvinvointia ja potilaan kokemaa elämänlaatua (global health and quality- of -life) arvioitaessa korkeampi pistelukema tarkoittaa parempaa elämänlaatua (Aaronson ym. 1993, 366, 368; Letellier ym. 2015, 758).

Syöpäpotilaan elämänlaatua voidaan arvioida myös eri syöpäsairauskohtaisilla elämänlaatumittareilla, esimerkiksi rintasyöpäpotilaiden erityispiirteet huomioivalla EORTC

QLQ-C30- BR23- mittarilla, jossa huomioidaan yleisten toiminnallisten ja oireisiin liittyvien kysymysten lisäksi rintasyövän vaikutuksen potilaan kehonkuvaan ja seksuaalisuuteen, sytostaattien aiheuttamat sivuvaikutukset esimerkiksi hiustenlähtö sekä leikkauksen jälkeiset käden- ja rinnanoireet (Letellier ym. 2015 ,758). EORTC QOL-C30-mittari taas huomioi suolistosyöpäpotilaiden erityispiirteet esimerkiksi avanteen vaikutuksen potilaan kehonkuvaan ja seksuaalisuuteen, sytostaattien aiheuttamat sivuvaikutukset tai suolistosairauden vaikutukset suolistoon, virtsaamiseen, ulostamiseen ja mahdolliseen avanteeseen liittyvät asiat (Whistance ym. 2009, 3021). Pään ja kaulan alueen syöpäpotilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun erikoistuu EORTC QLQ-C35- mittari, minkä sairauskohtaiset kysymykset liittyvät iho-ongelmiin, neurologisiin sivuvaikutuksiin, lihasten toiminnallisiin ongelmiin, syömiseen, ja nielemiseen (Singer ym. 2015).

EORTC QOL-C30 kyselylomaketta on käytetty suolistosyöpäpotilaiden elämänlaadun arvioimiseen esimerkiksi Caminitin ym. (2021) tekemässä tutkimuksessa, josta kävi ilmi, että syöpäpotilaiden tarpeiden kartoittaminen ja huomioiminen syöpähoitojen aikana paransi potilaan terveyteen liittyvää elämänlaatua emotionaalisen toimintakyvyn (emotional functioning) osalta. Tabrizin ym. (2016) tutkimus taas havaitsi EORTC QLQ-C30- BR23- mittarin avulla rintasyöpäpotilaiden elämänlaadun parantuneen hoitajan johtaman keskusteluryhmän avulla. Tutkimuksen aikana potilaiden tulokset paranivat yleisen elämänlaadun, emotionaalisen- ja sosiaalisen toiminnan ja tulevaisuuteen suuntautumisen osalta ja väsymys väheni. Tässä tutkimuksessa vertaistuen merkitys koettiin erittäin tärkeäksi.

Blakelyn ym. (2020) tutkimus osoitti, että yli 65-vuotiaiden suolistosyöpäpotilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu on tärkeässä osassa leikkaushoidosta selviytymisen kanssa. Heikko fyysinen ja psyykinen terveys voi heikentää sairastuneen selviytymistä. Toisaalta sairastettu syöpä ei välttämättä muuta yksilön pitkäaikaista elämänlaatua. Moshinan ym. (2021) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa ja meta-analyysiin valituissa tutkimuksissa saattoi ilmetä eri toiminnallisen elämänlaadun komponentteihin liittyvää laskua, mutta sairastettu rintasyöpä ei kuitenkaan vaikuttanut naisten pitkäaikaiseen elämänlaatuun 1–10 vuoden seurannassa.

Tässä työssä elämänlaatua ei tarkastella yksittäin eri toiminnallisten tai oireiden muutosten mukaan, vaan elämänlaatua tarkastellaan yksilön kokemuksena yleisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun tasolla.

4 SYÖPÄÄ SAIRASTAVAN IHMISEN PSYKOSOSIAALINEN TUKEMINEN

Syöpään sairastuminen saattaa muuttaa arjen selviytymistä ja ihmissuhteita. Syöpää sairastavan ihmisen psykososiaalisella tuella tarkoitetaan niitä sairauden eri vaiheen toimia, joiden avulla voidaan parantaa potilaan psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014, 76). Tällaisia tarpeita ovat fyysinen, informatiivinen, emotionaalinen, sosiaalinen, hengellinen ja käytännön tuki. Fyysinen tuki sisältää fyysisen aktiivisuuden lisäksi kivun, ravitsemuksen ja myöhäishaittojen huomioimisen. Informatiiviseen tukeen kuuluvat tiedonantamisen lisäksi mahdollisen hämmennyksen ja ahdistuksen vähentäminen tiedon avulla (Howell 2012, 3345).

4.1 Psykososiaalinen tuki syöpää sairastavan ihmisen apuna

Psykososiaalisen tuen tulee olla yksilöllisesti räätälöityä ja ottaa huomioon sairastuneen henkilökohtaiset tarpeet, arkielämän muutokset, sairauden laukaisemat kriisireaktiot ja psyykkisen kuormittuneisuuden. Sosiaaliseen tukeen kuuluvat esimerkiksi taloudellisen tuen, kotona selviytymisen, työkyvyn ja perheenjäsenten hoivan kartoittaminen. Psykososiaalisen tuen lähteinä toimivat potilaan omaiset, läheiset, vertaistuki tai terveydenhuollon ammattilaiset (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014, 76–78). Etenkin yli 65-vuotiaiden syöpään sairastuneiden ihmisten terveyteen liittyvän elämänlaadun eri osa-alueisiin sairastettu syöpä voi vaikuttaa ja ihmisten hyvinvoinnin turvaamiseksi tarvitaan oireiden ja muiden sairauksien asianmukaista hallintaa (Pisu ym. 2018).

Vertaistuki on psykososiaalista tukea, jota saadaan saman kokeneelta. Tuki voi olla spontaania sairastuneiden keskinäistä keskustelua tai suunniteltua jonkin taustajärjestön järjestämää vertaisryhmätoimintaa. Tuen antaminen voi tapahtua kasvotusten, sähköisesti, puhelimitse tai sairaalan tiloissa. Vertaistuki tarjoaa kiireetöntä kohtaamista ja kuuntelua. Se voi auttaa hyväksymään itsensä, sopeutumaan sairauteen ja havaitsemaan ettei ole yksin (Tuomela ym. 2021, 106, 107, 110). Vertaistuella on havaittu olevan positiivista vaikutusta sytostaattihoidon saavien suolistosyöpäpotilaiden hoitoon sitoutumiseen. Etenkin hyvin toimeentulevat parisuhteessa elävät nuoret potilaat kokivat, että vertaistuki antoi lisää tietoa sairauden ja hoidon sivuvaikutuksista (Kanters ym. 2018). Toisaalta vertaistuella ei välttämättä ole selvää vaikutusta potilaan terveyteen liittyvään elämänlaatuun, kuten Toijan ym. (2018)

rintasyöpäpotilaille tekemä vertailututkimus osoitti. Syöpäsairaanhoitajan antaman tuen ja vertaistuen välistä eroa on tutkinut Gough ym. (2021) tutkimuksessa, jossa vertailtiin gynekologiseen syöpäsairauteen sädehoitoa saavien naisten sitoutuneisuutta syöpäsairaanhoitajan antaman tiedon ja vertaistuen välillä. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan potilaat kokivat syöpäsairaanhoitajan tiedonannon tarpeellisemmaksi kuin vertaistuen antaman tiedon ja tuen. Kuitenkin potilaat, jotka kokivat vähemmän hyvinvointia ja enemmän ahdistusta ennen sädehoidon alkua, hyötyivät enemmän vertaistuesta kuin muut tutkimukseen osallistuneet.

4.2 Syöpätautien hoitajan antama psykososiaalinen tuki

Harjun ym. (2019) haastattelututkimuksen mukaan sairaanhoitajat kokevat psykososiaalisen tuen kartoituksen tärkeäksi syöpäpotilaan hoidon aikana, mutta silti tuki ei ole vakiintunut osaksi potilaan hoitoketjua. Psykososiaalisen tuen antamisen saatetaan ajatella kuuluvan jollekin erityisammattiryhmälle, ei sairaanhoitajien arkityöhön. Kuitenkin syöpäpotilaat arvostavat sairaanhoitajien hoitotyön ohessa antamaa psykososiaalista tukea, jopa enemmän kuin erityisasiantuntijoiden antamaa tukea. Hoitosuhteen luottamuksellisuus ja pituus mahdollistavaa, että potilas tulee kuulluksi yksilönä ja tuen saamisen kynnyks madaltuu (Daem ym. 2019). Sairaanhoitajan suorittama psykososiaalisen tuen arviointi mahdollistaa niiden potilaiden tavoittamisen, jotka voisivat hyötyä laajemmasta tarvittaessa eri ammattiryhmiä hyödyntävästä psykososiaalisesta tuesta (Howell 2012, 3351).

Syöpätautien yksiköissä syöpäsairaanhoitajat ovat tärkeässä roolissa ikääntyneen ihmisen psykososiaalisessa tukemisessa. He ovat useasti tekemisissä potilaan ja hänen omaistensa kanssa ja pystyvät arvioimaan parhaiten potilaan tarpeita ja koordinoimaan muita ammattiryhmiä. Syöpäsairaanhoitajat kokevat, että ikääntyvillä ihmisillä hoidoissa haasteita tuovat liitännäissairaudet, kognitiiviset ongelmat, sosiaalisen tuen puute, taloudelliset ongelmat muistisairaudet ja muutokset aistitoiminnoissa (Puts ym. 2021). Syöpäpotilaan hoitoon saattaa myös kuulua sädehoitajakso, jolloin potilas kulkee kotoa käsin sarjahoitoon sädehoitoyksikköön. Hoitajakson aikana sädehoidon röntgenhoitajan tehtävänä on potilaan ja hänen läheisten psykososiaalisten tarpeiden huomioiminen, tukeminen ja tarvittaessa eri ammattiryhmien konsultointi (Jussila ym. 2010, 207, 209).

Syöpätautien hoitajan antama psykososiaalinen tuki voi olla joko kasvotusten tapahtuvaa tukemista tai esimerkiksi puhelimitse annettua tukea, eikä tuen antamisen tavalla välttämättä ole merkitystä potilaan kokemaan elämänlaatuun. Son ym. (2018) havaitsi kirjallisuuskatsauksessa kasvotusten annettavan psykososiaalisen tuen parantavan suolistosyöpäpotilaiden elämänlaatua kuin taas Suh'n ym. (2017) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa ei havaittu puhelimitse annetun psykososiaalisen tuen vähentävän syöpäpotilaiden elämänlaatua.

Potilaan kohtaaminen ja psykososiaalinen tukeminen sisältää lähes aina potilasohjausta. Asianmukainen potilasohjaus huomioi potilaan omat tarpeet ja auttaa potilasta ennakoimaan tulevat tilanteet ja valmistautumaan niihin. Ohjauksen avulla voidaan lisätä potilaan itsehoitovalmiuksia ja käsitellä uuteen elämäntilanteeseen liittyviä haasteita. Ohjaus suunnitellaan potilaan sen hetkisten tietojen ja vastaanottokyvyn perusteella. Hoitajan on tärkeä arvioida ohjauksen vaikuttavuutta, sillä ohjauksen tulee olla laadukasta (Iso-Kivijärvi ym. 2006). Lehtosen ym. (2017) haastattelututkimuksen mukaan suolistosyöpäpotilaan preoperatiivinen ohjaus keskittyy tiedollisten tarpeiden täyttämisen lisäksi psykososiaaliseen tukeen. Ohjauksen tavoite on tiedon jakaminen syöpäsairaudesta, hoidosta ja sairauteen ja leikkaukseen liittyvien pelkojen käsitteleminen. Tavoite on vahvistaa potilaan turvallisuustunnetta ja luottamusta. Toipumisen läpikäyminen potilaan kanssa tukee potilaan elämää leikkauksen jälkeen ja arjen jatkumista.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa keskitytään syöpätautien hoitajan antamaan psykososiaaliseen tukeen. Tässä työssä syöpätautien hoitaja määritellään syöpätaudeilla toimivaksi sairaanhoitajaksi, syöpäsairaanhoitajaksi tai sädehoidon röntgenhoitajaksi.

5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on selvittää, miten syöpätautien hoitajan antama psykososiaalinen tuki vaikuttaa syöpää sairastavan ikääntyvän ihmisen kokemaan elämänlaatuun. Tutkimuskysymyksenä on miten syöpätautien hoitajan antama psykososiaalinen tuki vaikuttaa syöpää sairastavan ikääntyvän ihmisen kokemaan elämänlaatuun?

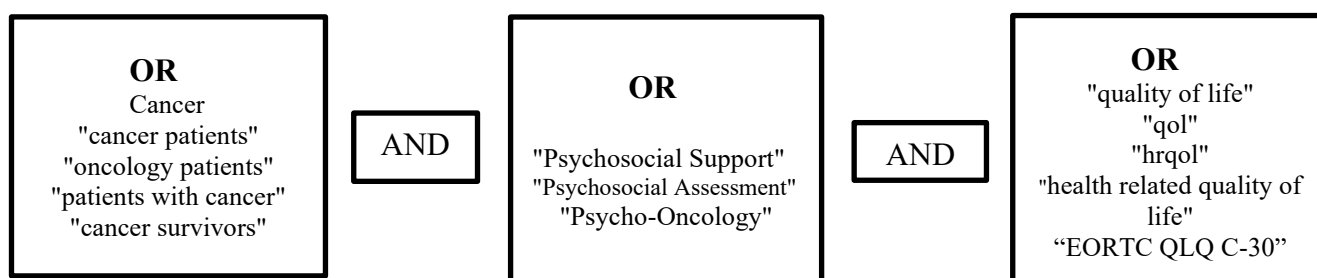
6 TUTKIMUSMENETELMÄ

Tässä työssä tutkimusmenetelmänä on systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jonka avulla etsitään vastausta siihen, miten syöpätautien hoitajan antama psykososiaalinen tuki vaikuttaa syöpää sairastavan ikääntyvän ihmisen kokemaan elämänlaatuun.

6.1 Aineistonkeruu

Systemaattisessa kirjallisuushaussa käytetyt viitekannat olivat CINAHL, PubMed ja PsycINFO ja Helli. Hakusanojen valinnassa hyödynnettiin Mesh-asiasanahakua. Tutkimuskysymyksestä johdetut asiasanat olivat syöpä, psykososiaalinen tuki, elämänlaatu. Haku suoritettiin niistä johdetuilla englanninkielisillä hakusanoilla cancer, psychosocial support, quality of life. Hakulausekkeet muodostettiin yhdistelemällä kirjallisuuskatsauksen asiasanoja. Iän seulominen tehtiin manuaalisesti, koska artikkelimäärä oli kohtuullinen.

Tietokantahaku tehtiin 28.12.2021- 2.1.2022 välisenä aikana. Hakulauseen muodostaminen on kuvattu kuvassa 1. Apuna käytettiin Boolean operaattoria. Haut suoritettiin kaikissa tietokannoissa. Hakulausekkeet on esitelty (liite1) kirjallisuuskatsauksen lopussa.



KUVA 1. Hakulausekkeiden muodostaminen pääsanojen avulla.

6.2 Sisäänotto- ja poissulku kriteerit

Kirjallisuuskatsauksen sisäänottokriteereiksi määriteltiin englanninkieliset vertaisarvioidut tieteelliset tutkimukset vuosilta 2011–2021. Artikkelin tuli olla saatavissa sähköisenä ilman erillistä maksua. Artikkeleiden tuli olla RCT-tutkimuksia ja käsitellä elämänlaatua. Tutkittavien

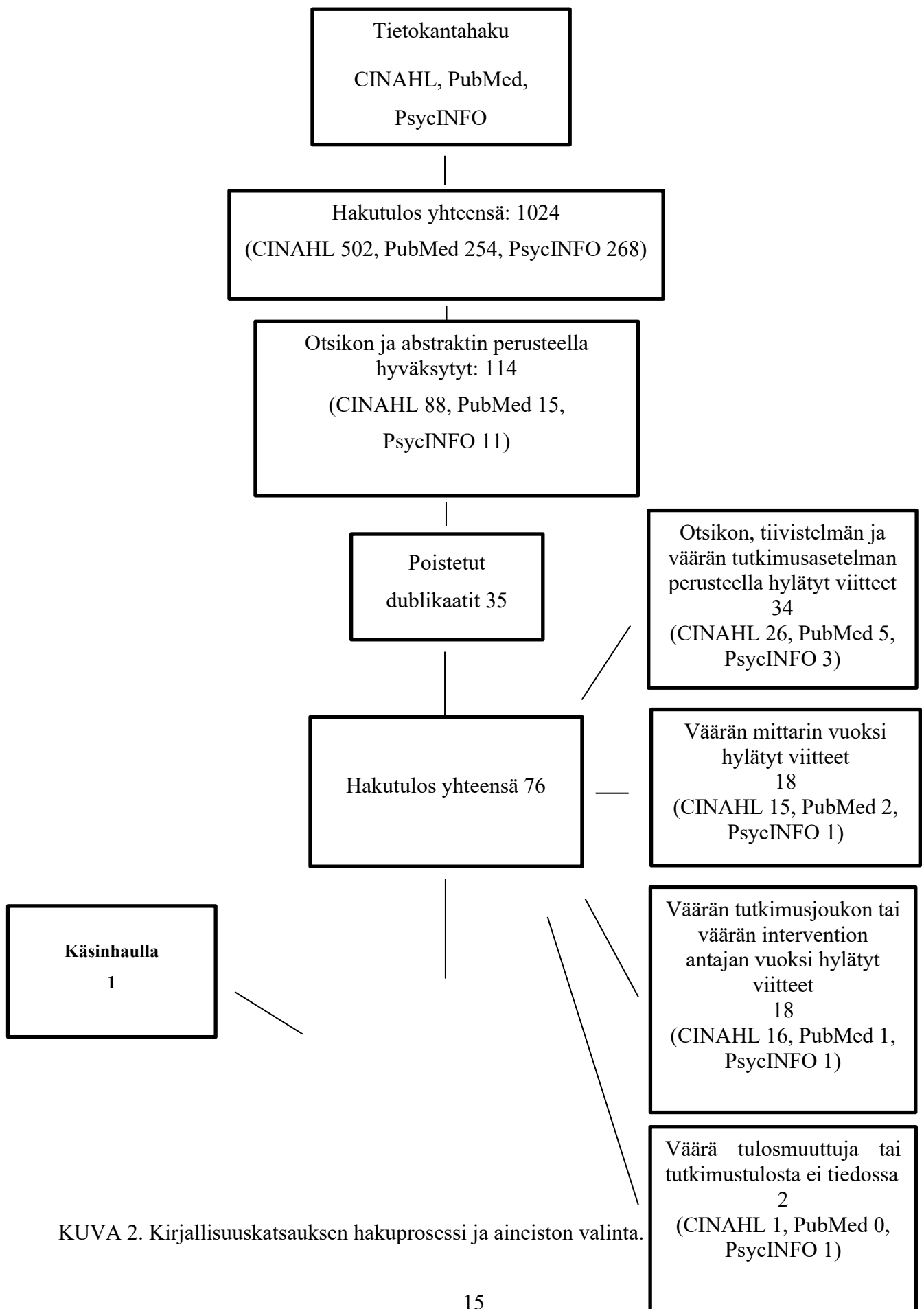
tuli olla aikuisia yli 60-vuotiaita syöpää sairastavia ihmisiä ja intervention antajan tuli olla syöpätautien hoitaja. Kaikissa valituissa tutkimuksissa koettua elämänlaatua tuli mitata EORTC QLQ C-30 syöpäpotilaiden elämänlaatumittarilla.

Kirjallisuuskatsauksesta rajattiin pois lapsia ja nuoria koskevat tutkimukset sekä vertaisen, omaisen tai muun ammattiryhmän antama psykososiaalinen tuki. Myös tietokoneohjelman tai -sovelluksen antama tuki rajattiin pois. Pelkästään hyvinvointiin, hengellisyyteen, fyysiseen aktiivisuuteen tai psyykkisiin vaikeuksiin painottuvat tutkimukset jätettiin huomioimatta. Myöskään ryhmässä toteutettua psykososiaalista tukea, pariskuntien tai omaisten elämänlaatua tutkivia tutkimuksia ei valittu mukaan. Valitut tutkimukset eivät koskeneet palliatiiviseen tai saattohoitoon liittyviä tutkimuksia.

6.3 Aineiston valinta

Tietokantahaussa viitetietokannoista löytyi 1024 aiheeseen liittyvää artikkelia. Artikkeleiden otsikoiden ja abstraktien perusteella valittiin 114 tutkimusta. Duplikaattien poiston jälkeen jäljelle jäi 76 artikkelia. Artikkeleista karsiutui pois tarkemman tarkastelun perusteella 32 artikkelia otsikon, abstraktin tai väärän tutkimusasetelman vuoksi. Tällaisia olivat esimerkiksi pariskuntia koskevat tutkimukset tai mobiilisovellusta hyödyntävät tutkimukset. Väärän mittarin vuoksi hylättiin 17 artikkelia. Näissä tutkimuksissa käytettiin tietyille syöpäsairauksille kehityttyjä elämänlaatumittareita tai yleisiä elämänlaatumittareita. Väärän tutkimusjoukon tai intervention antajan vuoksi hylättiin 21 tutkimusta. Näissä tutkimuksissa tutkimusjoukkona toimi esimerkiksi saattohoitopotilaat tai tutkimuksen toteuttajana oli lääkäri tai muu ammattiryhmä.

Prosessin jälkeen katsaukseen jäi kuusi kriteerit täyttävää artikkelia. Yksi tutkimus löydettiin tietokantahaun ulkopuolelta. Lopullisesta määrästä karsiutui vielä kaksi tutkimusta, sillä toisessa tutkimuksessa terveyteen liittyvää elämänlaatua ei tutkittu kokonaisuutena, vaan pelkästään emotionaalisen ja sosiaalisen funktion kautta. Toinen artikkeli ei ollut tutkimusartikkeli vaan study protocol eikä artikkelissa tämän vuoksi esitelty ollenkaan tutkimuksen tuloksia. Lopulliseen katsaukseen sisältyi viisi tutkimusta. Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessi ja aineiston valinta on kuvattu kuvassa 2.



KUVA 2. Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessi ja aineiston valinta.

6.4 Aineiston laadun arviointi

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen viiden tutkimuksen laatua arvioitiin Furlanin ym. (2015) laadun arviointimittaristolla. Arvioinnin suoritti kirjallisuuskatsauksen toteuttaja. Mittaristolla arvioitiin tutkimuksen satunnaistamiseen, ryhmiin ohjaamiseen, sokkoutukseen, puuttuviin tietoihin ja valikoivaan raportointiin mahdollisesti liittyvää tutkimusharhaa. Luotettavuusominaisuuksia arvioitiin ”Kyllä”, ”Ei tietoa” ja ”Ei”- vastauksilla ja tutkimukset pisteytettiin annettujen ”Kyllä”-vastauksien mukaan (liite 2).

Eniten pisteitä arvioinnissa sai Braeken ym. (2013) 11 pistettä. Jefford ym. (2016) ja Hansson ym. (2017) saivat 10 pistettä ja Kimman ym. (2011) ja Khantwal ym. (2021) saivat 9 pistettä. Eniten arvioinnissa pisteitä laski se, että tutkittavat tai hoidon antaja ei ollut sokkoutettu interventioon (Hansson ym. 2017; Khantwal ym. 2021; Kimman ym. 2011). Koska aineistomäärä oli pieni, kaikki viisi tutkimusta hyväksyttiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen.

7 TULOKSET

Systemaattinen haku tuotti yhteensä 1024 artikkelia, joista kirjallisuuskatsaukseen valittiin 4 tutkimusta. Lisäksi hakua täydennettiin käsihaulla, joka tuotti yhden tutkimuksen. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja niiden keskeisin sisältö on esitelty taulukossa kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten keskeinen sisältö (liite 3).

7.1 Aineiston kuvaus

Tutkimuksiin osallistu yhteensä 2397 syöpään sairastunutta aikuista. Kaikki tutkimukset olivat RCT-tutkimuksia. Tutkimuksiin osallistuneiden ikäjakauma oli nuorimmillaan 48,9 (SD \pm 9,6) (Khantwal ym. 2021) ja vanhimmillaan 63,1 (SD 12) vuotta (Jefford ym. 2016). Khantwalin ym. (2021) tutkimus hyväksyttiin mukaan katsaukseen Intian väestön ikärakenteen vuoksi. Tutkimukseen valittujen artikkeleiden keski-ikä oli kolmessa tutkimuksessa noin 62-vuotta (Braeken ym. 2013; Hansson ym. 2017; Jefford ym. 2016), Kimmanin ym. (2011) tutkimuksessa 55- vuotta ja Khantwalin ym. (2021) tutkimuksessa 49 vuotta.

Interventioryhmän koko oli pienimmillään 32 (Khantwal ym. 2021) ja suurimmillaan 268 osallistujaa (Braeken ym. 2013). Kontrolliryhmän koko oli pienimmillään 64 (Khantwal ym. 2021) ja suurimmillaan 300 osallistujaa (Braeken ym. 2013). Jeffordin ym. (2016) tutkimus oli tehty Australiassa, Khantwalin ym. (2021) tutkimus Intiassa, Hanssonin ym. (2017) tutkimus oli tehty Ruotsissa. Kaksi tutkimusta oli tehty Alankomaissa (Braeken ym. 2013; Kimman ym. 2011), mutta näissä tutkimuksissa oli eri tutkijaryhmät.

Jeffordin ym. (2016) tutkimuksessa osallistujat olivat suolistosyöpäpotilaita, jotka oli hoidettu kuratiivisella leikkauksella sekä tarvittaessa sädehoidolla tai kemosädehoidolla. Khantwalin ym. (2021) tutkimuksessa osallistujat olivat leikkaushoidolla hoidettuja pään ja kaulan alueen syöpäpotilaita. Hanssonin ym. (2017) tutkimuksessa pään ja kaulan alueen syöpäpotilaat olivat joko postoperatiivisia tai pelkästään sairauteen sädehoitoa, sytostaattihoidoita tai kemosädehoitoa saavia potilaita. Kimmanin ym. (2011) tutkimuksessa osallistujat olivat kuratiivisen hoidon saaneita rintasyöpäpotilaita ja Braekenin ym. (2013) tutkimuksessa osallistujat olivat sädehoidolla hoidettavia eri syöpäsairauksia sairastavia potilaita. Tutkimuksissa intervention antajana toimi syöpäsairaanhoitaja (Hansson ym. 2017; Khantwal ym. 2021), sairaanhoitaja

(Jefford ym. 2016), rintasairaanhoitaja (breast care nurse, BCN) (Kimman ym. 2011) ja sädehoidon röntgenhoitaja (Braeken ym. 2013).

Braekenin ym. (2013) tutkimuksessa hoitajan antaman sosiaalisen tuen interventiota ei ole rajattu tiettyyn syöpäryhmään. Jeffordin ym. (2016) tutkimuksessa tutkimusjoukko oli rajattu suolistosyöpäpotilaisiin, Kimmanin ym. (2011) tutkimuksessa rintasyöpäpotilaisiin ja kahdessa muussa tutkimuksessa pään- ja kaulan alueen syöpäpotilaisiin (Hansson ym. 2017; Khantwal ym. 2021). Tutkimuksiin osallistui sekä miehiä että naisia. Eniten miehiä osallistui Khantwalin ym. (2021) (86,6 %) pään ja kaulan alueen syöpäpotilaita koskevaan tutkimukseen 86,6 % ja eniten naisia Kimmanin ym. (2011) rintasyöpäpotilaita koskevaan tutkimukseen, jossa kaikki tutkittavat olivat naisia.

Yksi mukaan valittu tutkimus oli tutkimusasetelmaltaan nelikenttä (2x2) RCT-tutkimus, jossa rintasyöpäpotilaiden sekä koe- että kontrolliryhmä saivat kumpikin ohjauksellisen seuraintervention. Tämän lisäksi koe ja kontrolliryhmät jaettiin puoliksi. Toinen puoli ryhmästä sai kolmen kuukauden aikana aktiivisyöpähoitojen jälkeen kaksi rintasyöpähoitajan pitämää ryhmäohjausta, joissa puolison oli mahdollista olla mukana, toinen puoli tavanomaisen seurannan. (Kimman ym. 2011).

Interventioiden seuranta-aika vaihteli eri tutkimuksissa. Lyhyin seuranta-aika oli Khantwalin ym. (2021), tutkimuksessa, jossa seuranta-aika oli kuukauden ja pisin seuranta-aika oli 12 kuukautta (Braeken ym. 2013; Hansson ym. 2017; Kimman ym. 2011). Jeffordin ym. (2016) tutkimuksessa seuranta-aika oli 6 kuukautta.

7.2 Interventioiden kuvaus

Interventio oli potilailla syöpähoitojen jälkeen (Jefford ym. 2016; Khantwal ym. 2021; Kimman ym. 2011) tai syöpähoidon aikana (Braeken ym. 2013; Hansson ym. 2017). Kaikissa tutkimuksissa syöpätautiin hoitaja antoi psykososiaalista tukea hoitoyksikössä (Braeken ym. 2013; Hansson ym. 2017; Jefford ym. 2016; Khantwal ym. 2021; Kimman ym. 2011). Tämän lisäksi ohjausta annettiin puhelimitse (Jefford ym. 2016; Khantwal ym. 2021; Kimman ym. 2011). Tapaamisissa selvitettiin potilaan psykososiaalisia ongelmia ja tarpeita psykososiaaliseen tukeen (Braeken ym. 2013; Hansson ym. 2017; Kimman ym. 2011) sekä

kerrottiin potilaalle sairauden ja hoitojen yleisistä sivuvaikutuksista ja itsehoidosta (Hansson ym. 2017; Khatwal ym. 2021; Kimman ym. 2011).

Ohjaukseen sisältyi joko potilaalle kotiin annetut kirjalliset ohjeet (Hansson ym. 2017; Jefford ym. 2016) tai yhteystiedot yhteydenottoa varten (Hansson ym. 2017). Jeffordin ym. (2016) tutkimuksessa potilaille annettiin ohjaus-DVD nimeltään Just Take It Day to Day. Kimmanin ym. (2011) tutkimuksessa ohjausta toteutettiin myös interaktiivisena ryhmäohjauksena ja Khantwalin ym. (2021) tutkimuksessa potilaat saivat kestoaltaan yhteensä 12 minuuttia ohjausvideoita WhatsApp-sovellukseen. Ohjausvideot keskittyivät nielemisharjoitteisiin, ravitsemukseen ja kivun hoitoon.

Kaikissa tutkimuksissa psykososiaalinen tuki sisälsi syöpätautien hoitajan antamaa potilasohjausta (Braeken ym. 2013; Hansson ym. 2017; Jefford ym. 2016; Khatwal ym. 2021; Kimman ym. 2011) Tutkimuksissa käytettiin erilaisia psykososiaalisen tuen interventioita. Khatwalin ym. (2021) tutkimuksessa leikkauksen jälkeinen hoitajan ohjaus (nurse-led postsurgical programme) keskittyi WhatsApp-ohjausvideoiden teemoihin. Ohjaus tapahtui pienryhmissä. Hanssonin ym. (2017) tutkimuksessa potilasohjauksessa käytettiin Gothenburg'n person-centred care (PCC)- filosofiaa, jossa korostettiin potilaan omien resurssien vaikutusta kuntoutumiseen. Potilaalle luotiin hoidon aikaiset tavoitteet ja syöpäsairaanhoitaja kannusti potilaita tavoitteiden saavuttamiseen ja kertoi millaisia esteitä tavoitteiden toteutumiseen hoidon aikana saattaa tulla. Jeffordin ym. (2016) tutkimuksessa Survivorship Care Plan (SCP)-ohjauksella autettiin potilasta selviytymään syöpähoitojen jälkeisestä huolenaiheista. Tarkoituksena oli vähentää potilaan psyykkistä kuormitusta ja huolenaiheita esimerkiksi huolta syövän uusiutumisesta.

Kimmanin ym. (2011) tutkimuksessa osa osallistujista sai aktiivisyöpähoitojen jälkeen Educational group programme (EGP) ohjelman avulla interaktiivista ryhmäohjausta, jossa potilaalle ja hänen puolisolleen jaettiin tietoa sairauden fyysisistä ja psykososiaalisista vaikutuksista. Braekenin ym. (2013) tutkimuksessa sädehoidon röntgenhoitaja haastatteli potilaat hoidon alussa ja lopussa käyttäen apuna syöpäpotilaille suunniteltua The Dutch Screening Inventory of Psychosocial Problems (SIPP) psykososiaalisen tuen mittaria. Mittarin avulla selvitettiin potilaan fyysisiä, psykososiaalisia ja seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia. Kartoituksen tulosten perusteella potilas ohjattiin psykososiaalisen tuen asiantuntijoille. Interventioryhmästä psykososiaalisen tuen asiantuntijoita käytti ensimmäisen kolmen

kuukauden aikana 12,7 % (n= 34) osallistujista ja tutkimuksen viimeisen 9 kk aikana 7,1 % (n=19) osallistujista.

Kontrolliryhmät saivat sairauteen liittyvää tavallista hoitoa ja ohjausta (Hansson ym. 2017; Jefford ym. 2016; Khantwal ym. 2021). Braekenin ym. (2013) tutkimuksessa mainittiin, että myös kontrolliryhmän tavalliseen hoitoon kuului tarvittaessa sädehoidon aikainen psykososiaalinen tuki. Psykososiaalisen tuen asiantuntijoita käytti ensimmäisen 3 kuukauden aikana 9,7 % (n=29) ja tutkimuksen viimeisen 9 kuukauden aikana 8 % (n=24) osallistujista.

Syöpätautien hoitajan antaman invention kestossa oli eroja. Jeffordin ym. (2016) interventio sisälsi hoitajakson jälkeisen sairaanhoitajan keskustelun lisäksi sairaanhoitajan puhelinseurannan 1., 3. ja 7. viikolla hoitajakson jälkeen. Hanssonin ym. (2017) tutkimuksessa interventio oli yksi syöpätautien hoitajan vastaanotto viikko lääkärin ensivastaanoton jälkeen. Braekenin ym. (2013) interventiossa sädehoidon röntgenhoitaja teki potilaille psykososiaalisen tuen kartoituksen hoitajakson alussa ja lopussa. Kimmanin ym. (2011) tutkimuksessa hoitaja soitti potilaalle 3 kuukauden, 6 kuukauden, 9 kuukauden, 18 kuukauden kuluttua aktiivihoidosta. Khantwalin ym. (2021) tutkimuksessa sairaanhoitajan ohjaus tapahtui kasvoitusten heti leikkauksen jälkeen, sekä puhelimitse kuukauden ajan leikkauksen jälkeen.

7.3 Mittareiden kuvaus

Kaikissa tutkimuksissa elämänlaatua mitattiin EORTC QLQ-C30-mittarilla (Braeken ym. 2013; Hansson ym. 2017; Jefford ym. 2016; Khatwal ym. 2021; Kimman ym. 2011). Mittaukset tehtiin tutkimusryhmille Kimmanin ym. (2011) ja Hanssonin ym. (2017) tutkimuksissa neljä kertaa ja Braekenin ym. (2013), Jeffordin ym. (2016) ja Khatwalin ym. (2021) tutkimuksissa kolme kertaa.

Tutkimuksissa lyhyen aikavälin elämänlaadun muutosta oli mitattu Khatwal ym. (2021) tutkimuksessa, jossa tarkasteluajanjakso oli 30 päivää. Kaikissa muissa tutkimuksissa seuranta-aika oli pidempi. Jefford ym. (2016) tutkimuksessa kuusi kuukautta ja lopuissa tutkimuksissa vuosi (Braeken ym. 2013; Hansson ym. 2017; Kimman ym. 2011). Jeffordin ym. (2016) tutkimusraportissa ei esitelty EORTC QLQ-C30-mittarin elämänlaadun eri osa-alueisiin

liittyviä tuloksia. Tutkimuksen tuloksissa yhtenä tulosmuuttujana oli kuitenkin terveyteen liittyvä elämänlaatu.

Kahdessa tutkimuksessa käytettiin yleisen EORTC QLQ-C30-mittarin lisäksi pään ja kaulan alueen syöpäpotilaille kehitettyä EORTC QLQ-C35-oiremittaristoa (Hansson ym. 2017; Khantwal ym. 2021) ja Jeffordin ym. (2016) tutkimuksessa EORTC QLQ-CR29-suolistosyöpäpotilaille kehitettyä oiremittaristoa. Tämän katsauksen tuloksessa on huomioitu vain EORTC QLQ-C30-mittarin vaikutus potilaan kokemaan elämänlaatuun.

7.4 Syöpätautien hoitajan antaman psykososiaalisen tuen vaikutus elämänlaatuun

Tarkasteltaessa katsaukseen valittujen artikkelien tuloksia havaittiin, että neljässä tutkimuksessa syöpätautien hoitajan antamalla psykososiaalisella tuella ei ollut lyhyen eikä pitkän aikavälin tilastollisesti merkitsevää vaikutusta ryhmien väliseen elämänlaatuun. Khatwalin ym. (2021) tutkimuksen tuloksissa havaittiin ryhmien välillä tilastollisesti merkitsevää eroa 30 päivän seurannassa.

Braekenin ym. (2013) tutkimuksessa lyhyen aikavälin seuranta-aika oli 3kk ($p=0,14$) ja pitkän aikavälin seuranta-aika 12 kk ($p=0,19$). Interventiolla ei ollut merkitystä ryhmien välisessä terveyteen liittyvässä elämänlaadussa riippumatta siitä oliko seuranta-aika 3kk vai 12kk. Hanssonin ym. (2017) tutkimuksessa seurantaa oli tehty neljä kertaa vuoden sisällä. Neljän viikon kuluttua hoidon alkamisesta ($p=0,74$), 10 viikon kuluttua hoidon alkamisesta ($p=0,74$), 18 viikon kuluttua hoidon alkamisesta ($p=0,13$) ja vuoden kuluttua hoidosta ($p=0,11$). Jeffordin ym. (2016) tutkimuksessa elämänlaadun tilastollista merkitsevyyttä oli kuvailtu sanallisesti. Interventiolla ei ollut merkitsevää vaikutusta koeryhmän elämänlaatuun, mutta potilaat olivat tyytyväisempiä saamaansa syöpähoitoon ja seurantaan. Kimmanin ym. (2011) tutkimuksessa ei havaittu seurantaryhmien välillä tilastollisesti merkitsevää eroa elämänlaadun kokemuksessa ($p=0,42$) eikä myöskään ryhmäohjausta tai ei-ryhmäohjausta saaneiden ryhmien välillä ($p=0,86$). Khantwalin ym. (2021) pään ja kaulan alueen syöpäpotilaille tehdyissä tutkimuksissa interventoryhmän elämänlaatu parani 30 päivän seurannassa tilastollisesti merkitsevästi ($p=0,02$) kun taas hoidon alussa ($p=0,41$) ja 15 päivän seurannassa ($p=0,36$) ei löytynyt tilastollisesti merkitsevää vaikutusta.

Kaikissa tähän systemaattiseen katsaukseen hyväksytyissä muissa tutkimuksissa tutkimusjoukon elämänlaatu parani koko seurantajakson ajan (taulukko 1) paitsi Khantwalin ym. (2021) tutkimuksessa, jossa matalin elämänlaadun arvo kummallakin tutkimusryhmällä oli 15. päivän seurannassa (taulukko 1). Tuolloin interventionryhmän elämänlaatu oli keskimäärin 70,2 ja kontrolliryhmän keskimäärin 68,0 (p=0,36). Sekä Khantwalin ym. (2021) että Hanssonin ym. (2017) tutkimuksissa seurattiin pään ja kaulan alueen syöpäpotilaita. Verrattaessa kuukauden seuranta-ajan tuloksia havaittiin, että ryhmät raportoivat hyvin erilaisesta elämänlaadusta. Kuukauden seurannassa Hanssonin ym. (2017) tutkimuksessa interventioryhmän elämänlaatu kuukauden seurannassa oli 45,0 ja kontrolliryhmän 46,7. Khantwalin ym. (2021) interventioryhmän elämänlaatu kuukauden seurannassa oli 90,7 ja kontrolliryhmän 85,2. Tätä voisi selittää tutkimusryhmien erilaiset syövänhoitomenetelmät. Hanssonin ym. (2017) tutkimuksessa potilailla oli hoitona sivuvaikutuksia aiheuttavat syöpähoidot, kun taas Khantwalin ym. (2021) tutkimuksessa potilaat olivat jo hoidettu leikkaushoidolla.

TAULUKKO 1. Tutkimusten elämänlaadun tulokset lyhyen ja pitkän aikavälin seurannassa.

	Alku	15.päivä	30.päivä/4v	8vko/ 2kk	10vko/ 2,5kk	3kk	18vko/ 4,5kk	6kk	52vko/ 12kk
Kimman ym.	A 70,5					A 74,7		A 76,8	A 77,7
2011	B 67,2					B 74,7		B 74,1	B 78,4
	C 67,3					C 72,2		C 74,2	C 77,2
	D 70,5					D 76,9		D 76,7	D 78,9
Hansson ym.	I ei tietoa		I 45,0		I 49,5		I 66,2		I 76,1
2017	K ei tietoa		K 46,7		K 47,8		K 58,6		K 67,1
Khatwal ym.	I 75,8	I 70,2	I 90,7						
2021	K 77,1	K 68,0	K 85,2						
Braeken ym.	I 72,90					I 72,61			I 75,95
2013	K 73,95					K 71,48			K 76,09

A= Sairaalassa suoritettu seuranta B= Puhelimitse suoritettu seuranta C= Ei ryhmäinterventiota D= ryhmäinterventio
I= interventioryhmä K=kontrolliryhmä

Tässä työssä keskitytään ryhmien väliseen koetun elämänlaadun vertailuun, mutta pään ja kaulan alueen syöpäpotilaille tehdyissä tutkimuksissa havaittiin, että vaikka koetussa elämänlaadussa ei ollut välttämättä eroa ryhmien väleillä, saattoi eroja olla yksittäisissä toiminnallisiin tai oireisiin liittyvissä osa-alueissa. Khatwalin ym. (2021) tutkimuksessa

havaittiin lyhyen aikavälin seurannassa elämänlaadun muutoksen ($p=0,02$) lisäksi ryhmien välillä tilastollisesti merkitsevä ero emotionaaliseen ($p=0,01$) ja vastuisiin ($p=0,02$) liittyvissä toimintakyvyn osa-alueissa sekä pään ja kaulan alueen sairauskohtaisissa osa-alueissa nieleminen ($p=0,01$) ja suun avaaminen ($p=0,02$). Hanssonin ym. (2017) tutkimuksessa havaittiin pitkän ajan seurannassa pään ja kaulan alueen sairauskohtaisissa kysymyksissä ryhmien välillä tilastollisesti merkitsevää eroa oireosa-alueissa nieleminen ($p=0,014$), sosiaalinen syöminen ($p=0,048$) ja itsensä tunteminen sairaaksi ($p=0,021$). Vaikka tutkimuksessa ei ryhmien välillä ollut elämänlaadun kokemuksessa merkitsevää eroa, kuitenkin yleisessä elämänlaadussa (Global health status) oli tilastollisesti merkitsevä ero 18 viikon seurannassa ($p=0,039$). Näiden lisäksi Braekenin ym. (2013) tutkimuksessa havaittiin psykososiaalisen tuen kartoituksen saaneilla potilailta tilastollisesti merkitsevä ero lyhyen aikavälin seurannassa vastuista suoriutumisen osa-alueessa. ($p=0,04$).

8 POHDINTA

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää, miten syöpätautien hoitajan antama psykososiaalinen tuki vaikuttaa syöpää sairastavan ikääntyvän ihmisen kokemaan elämänlaatuun. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten perusteella psykososiaalisen tuen antaminen koettiin tärkeäksi, mutta syöpätautien hoitajan antamalla psykososiaalisella tuella ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta ikääntyvän ihmisen kokemaan elämänlaatuun. Vain yhdessä pään ja kaulan alueen syöpäpotilaita koskevassa tutkimuksessa elämänlaadussa oli tilastollisesti merkitsevä ero kuukauden seurannassa (Khatwali ym. 2021). Kuitenkin joissain elämänlaadun osa-alueissa havaittiin eroja. Hanssonin ym. (2017) tutkimustuloksissa merkitsevää muutosta havaittiin sairauskohtaisissa oireosa-alueissa nieleminen, sosiaalinen syöminen ja itsensä sairaaksi tuntemisessa. Khatwalin ym. (2021) tuloksissa emotionaalisen toimintakyvyn ja vastuista suoriutumisen osa-alueissa oli tilastollisesti merkitsevä ero. Myös Braekenin ym. (2013) tuloksissa havaittiin vastuista suoriutumisen osa-alueessa merkitsevä ero.

Joissakin aiemmissa tutkimuksissa on havaittu myös joidenkin elämänlaadun osa-alueiden eroja. Caminiti ym. (2021) havaitsi suolistosyöpäpotilaiden tarpeiden kartoittamisen ja huomioimisen parantavan syöpäpotilaiden emotionaalista toimintakykyä. Monterossonin ym. (2019) tekemässä meta-analyysissä hoitajan antama hoiva (survivorship care) paransi EORTC-C30-mittaristolla kognitiivista ja sosiaalista toimintakykyä ja vähensi myöhemmin syöpäpotilaiden väsymyksen oireita, vaikka tutkimuksessa ei havaittu hoivan vaikuttavan syöpäpotilaiden koettuun elämänlaatuun. Toisaalta syöpäsairaus ei välttämättä jätä vaikutusta potilaan pitkäaikaiseen elämänlaatuun, sillä Moshina ym. (2021) ei havainnut kirjallisuuskatsauksessa ja meta-analyysissä rintasyöpäpotilaiden pitkäaikaisessa elämänlaadussa eroa verrattuna ei-rintasyöpään sairastuneisiin. Psykososiaalisen tuen vaikutus syöpäpotilaan oireisiin tai muiden sairauksien hallintaa on kuitenkin myös tärkeää (Pisu ym. 2018).

Tutkimustulosten avulla havaitaan, että syöpäsairauden ovat suuri sairausluokka, jossa elämänlaadun muutoksiin saattaa vaikuttaa se mikä syöpäsairaus on kyseessä. Syöpätaudit pitävät sisällään hyvin erilaisia sairauksia erilaisin sivuvaikutuksin (Mäenpää ym. 2022, 61, 64). Tämän vuoksi tutkimustulosten vertailu on vaikeaa, eikä täysin pystytä sanomaan johtuuko vaikutus interventtiosta vai tietystä syöpäsairaudesta. Tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksissa

korostuivat pään ja kaulan alueen syöpähoitojen tutkimukset. Pään ja kaulan alueen syöpäpotilailla voi olla sairauden laadun vuoksi paljon syömiseen ja elämänlaatuun liittyviä pitkäaikaishaittoja (Mäenpää ym. 2022, 61, 64). Syöpätautien hoitajan antamalla psykososiaalisella tuella saattaa olla voimakkaampi vaikutus enemmän haittoja aiheuttaviin syöpäsairauksiin, kuin vähemmän haittoja aiheuttaviin.

Psykososiaalinen tukeminen sisältää lähes aina syöpätautien hoitajan antamaa ohjausta, kuten katsaukseen valitut artikkelit osoittivat. Psykososiaalinen tuki ja potilaan tiedollisten tarpeiden täyttäminen kulkevatkin käsikädessä (Lehtonen ym. 2017). Katsauksen artikkeleissa ei kerrottu kuinka hoitajan antamaa psykososiaalista tuen laatua arvioitiin. Kuitenkin ohjauksen laatua tulisi arvioida (Iso-Kivijärvi ym. 2006) ja psykososiaalisen tuen laatuun olisi hyvä laatia kansainväliset yhtenevät laatusuosituksen.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa luotettavuutta lisäsi se, että kaikissa tutkimuksissa elämänlaatua mitattiin samalla mittarilla, jolloin käytetyn mittariston erot eivät vaikuttaneet katsauksen tuloksiin. Kuitenkin tulosten arviointia heikensi tulosten heterogeenisyys. Tutkimuksissa oli hyvin erilaisia syöpäsairauksia ja syöpäpotilailla oli erilaisia syöpähoitoja. Tutkimuksen tulokseen tulee suhtautua varauksella aineiston pienen koon vuoksi. Kahdessa tutkimuksessa myös tutkimukseen osallistuneiden määrä oli pieni. Pieni otos saattaa tutkimuksessa lisätä tutkimusharhan riskiä. Tuloksissa täytyy huomioida myös se, että elämänlaadun mittaaminen on yksilön omaa arviota sairauden vaikutuksista elämäänsä (Leventhal & Colman 1997, 759).

Tutkimuksen luotettavuutta heikensi yhden ihmisen tekemä haku. Tässä tutkimuksessa ei ollut työparia, jonka arvio artikkeleista olisi lisännyt haun luotettavuutta. Haun luotettavuutta parannettiin tekemällä haku kahden eri yhteisön tietokantoihin. Näin pyrittiin saamaan mahdollisimman laaja määrä artikkeleita mukaan tutkimukseen. Hakutermeihin oltiin tyytyväisiä, sillä tietokantahaussa aineistoa tuloksia ei ollut kovin vähän, mutta toisaalta ei myöskään niin paljon, että hakusanojen tarkennusta olisi täytynyt pohtia.

Näin jälkikäteen voidaan pohtia, olisiko tutkimuksessa pitänyt keskittyä johonkin tiettyyn elämänlaadun osa-alueeseen. Tutkimuksen aikana havaittiin, että syöpäsairauden aikana yleinen elämänlaatu ei välttämättä muutu, vaikka sairaudesta tulisi oireita. Jatkossa aihetta olisi hyvä tutkia syöpäsairauskohtaisesti ja yksittäisiin toimintakyvyn tai oireiden osa-alueisiin keskittyen. Myös sitä, miten hoitajan antaman psykososiaalisen tuen laatua voisi arvioida ja

vaikuttaako psykososiaalisen tuen ja ohjauksen laatu potilaan elämänlaadun kokemukseen tulisi selvittää.

Tähän kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimuksien ikääntyvät ihmiset olivat hyvin nuoria ikääntyviä ihmisiä, eikä kirjallisuuskatsauksen tulosta voi luotettavasti soveltaa kaikkiin ikääntyviin ihmisiin. Tarvitaan lisätutkimusta ikääntyvistä yli 65-vuotiaista. Lisätutkimuksissa olisi hyvä pohtia, vaikuttaako ikä koettuun elämänlaatuun. Ikääntyvien syöpäpotilaiden hyvinvoinnin turvaamiseksi tarvitaan tulevana vuosina kokonaisvaltaisempaa tietoa sairauden vaikutuksesta potilaan kokemaan elämänlaatuun.

LÄHTEET

- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N.J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S.B., de Haes, J.C.J.M., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P.B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M. & Takeda, F. 1993. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *Journal of the National Cancer Institute* 85 (5), 365–376. doi: 10.1093/jnci/85.5.365.
- Aalto, A-M., Korpilahti, U., Sainio, P., Malmivaara, A., Koskinen, S., Saarni, S., Valkeinen, H. & Luoma, M-L. (2013). Aikuisten geneeriset elämänlaatumittarit terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa sekä terveys- ja kuntoutuspalveluiden vaikutusten arvioinnissa. Suositus. TOIMIA työvaliokunta. Viitattu 31.1.2022 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131192/20_Aikuisten%20geneeriset%20elamanlaatumittarit%20terveys%20ja%20hyvinvointitutkimuksessa%20seka%20terveys-%20ja%20kuntoutuspalvelujen%20vaikutusten%20arvioinnissa.pdf?sequence=2
- Al-Mansour, Z., Pang, L. & Bathini, V. (2019). Novel Cancer Therapeutics in Geriatrics: What Is Unique to the Aging Patient? *Drugs & Aging* 36, 1–11. Doi: 10.1007/s40266-018-0619-2.
- Blakely, A.M., Chanson, D., Wong, F.L., Eng, O.S., Sentovich, S.M., Melstrom, K.A., Lai, L.L., Fong, Y. & Sun, V. (2020). Health-related quality of life and oncologic outcomes after surgery in older adults with colorectal cancer. *Supportive Care in Cancer* 28, 2857–2865. Doi: 10.1007/s00520-019-05087-3.
- Braeken, A.P.B.M., Kempen, G.I.J.M., Eekers, D.B.P., Houben, R.M.A., van Gils, F.C.J.M., Ambergen, T. & Lechner, L. (2013). Psychosocial screening effects on health-related outcomes in patients receiving radiotherapy. A cluster randomised controlled trial. *Psycho-Oncology* 22 (12), 2736–2746. doi: 10.1002/pon.3340.
- Caminiti, C., Annunziata, M.A., Verusio, C., Pinto, C., Airoidi, M., Aragona, M., Caputo, F., Cinieri, S., Giordani, P., Gori, S., Mattioli, R., Novello, S., Pazzola, A., Procopio, G., Russo, A., Sarobba, G., Zerilli, F., Diodati, F., Iezzi, E., Maglietta, G. ym. (2021). Effectiveness of a Psychosocial Care Quality Improvement Strategy to Address Quality of Life in Patients with Cancer: The HuCare2 Stepped-Wedge Cluster Randomized Trial. *JAMA Network Open* 4 (10), e2128667–e2128667. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.28667.

- Daem, M., Verbrugghe, M., Schrauwen, W., Leroux, S., Van Hecke, A. & Grypdonck, M. (2019). How Interdisciplinary Teamwork Contributes to Psychosocial Cancer Support. *Cancer Nursing* 42 (3), E11–E20 doi: 10.1097/NCC.0000000000000588.
- Elonen, E. & Elomaa, I. (2007). Solunsalpaajahoito. Teoksessa H. Joensuu, P.J. Roberts, T. Lyly & M. Tenhunen (toim.) *Syöpätaudit*. 3.painos. Helsinki: Duodecim Oy, 161–190.
- Erber, J. T. 2013. *Aging and older adulthood*. 3.painos. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Fung, H.H. (2013). Ageing in culture. *The Gerontologist* 53 (3), 369–377. doi: 10.1093/geront/gnt024.
- Furlan A.D., Malmivaara, A., Chou, R., Maher, C.G., Deyo, R.A., Schone, M., Bronfort, G. & van Tulder, M.W. (2015). 2015 Updated Method Guideline for Systematic Reviews in the Cochrane Back and Neck Group. *SPINE* 40 (21), 1660–1673. doi: 10.1097/BRS.0000000000001061.
- Gough, K., Pascoe, M.C., Bergin, R., Drosdowsky, A. & Schofield, P. (2021). Differential adherence to peer and nurse components of a supportive care package- The appeal of peer support may be related to women’s health and psychological status. *Patient Education and Counseling* 105 (3), 762–768. doi: 10.1016/j.pec.2021.06.020.
- Hansson, E., Carlström, E., Olsson, L-E., Nyman, J. & Koinberg, I. (2017) Can a person-centred- care intervention improve health-related quality of life in patients with head and neck cancer? A randomized, controlled study. *BMC nursing* 16 (1), 9–9. doi: 10.1186/s12912-017-0206-6.
- Harju, E., Hakulinen, A., Jones, M., Ojala, H. & Pietilä, I. (2019). Syöpäpotilaiden psykososiaalinen tuki ja terveydenhuollon yhteistyö järjestöjen kanssa- erikoissairaanhoidon henkilöstön näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 56, 192–203. doi: 10.23990/sa.76164.
- Howell, D., Mayo, S., Currie, S., Jones, G., Boyle, M., Hack, T., Green, E., Hoffman, V. & Collacurtt, V. (2012). Psychosocial health care needs assessment of adult cancer patients: a consensus- based guideline. *Support Care Cancer* 20, 3343–3354. doi: 10.1007/s00520-012-1468-x.
- Huttunen, M.O. (2009). Miesnäkökulma hyvään ikääntymiseen. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 125 (10) 1127–1133. Verkkojulkaisu. Viitattu: 6.3.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98066#s1>.
- Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P. & Olsbo, A. (2006). Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa K. Lipponen, H. Kyngäs, & M. Kääriäinen (toim.) *Potilasohjauksen haasteet: käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit*. Pohjois-

- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu no 4/2006, 10–18. Viitattu 2.4.2022.
<https://docplayer.fi/842430-Potilasohjauksen-haasteet-kaytannon-hoitotyohon-soveltuvat-ohjausmallit.html>
- Jefford, M., Gough, K., Drosowsky, A., Russell, L., Aranda, S., Butow, P., Phipps-Nelson, J., Young, J., Krishnasamy, M., Ugalde, A., King, D., Strickland, A., Franco, M., Blum, R., Johnson, C., Ganju, V., Shapiro, J., Chong, G. Charlton, J., Haydon, A. & Schofield, P. (2016). A Randomized Controlled Trial of a Nurse-Led Supportive Care Package (SurvivorCare) for Survivors of Colorectal Cancer. *Oncologist* 21 (8), 1014–1023. doi: 10.1634/theoncologist.2015–0533.
- Jussila A-L., Kangas, A. & Haltamo, M. (2010). *Sädehoitotyö*. Helsinki. WSOYpro.
- Kanters, A.E., Morris, A.M., Abrahamse, P.H., Mody, L. & Suwanabol, P.A. (2018). The effect of peer support on colorectal cancer patients' adherence to guideline-concordant multidisciplinary care. *Dis Colon Rectum* 61 (7), 817-823. doi: 10.1097/DCR.0000000000001067.
- Khantwal, G., Sharma, S., Rani, R. & Agarwal, S. (2021). Effect of Postsurgical Nurse-led Follow-ups on Quality of Life in Head-and-Neck Cancer Patients: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* 8 (5), 573–580. doi: 10.4103/apjon.apjon-2112.
- Kimman, M.L., Dirksen, C.D., Voogd, A.C., Falger, P., Gijzen, B.C.M., Thuring, M., Lensen, A., van der Ent, F., Verkeyn, J., Haekens, C., Hupperets, P., Nuytinck, J.K.S., van Riet, Y.E.A., Brenninkmeijer, S.J., Scheijmans, L.J.E.E., Kessels, A., Lambin, Ph. & Boersma, L.J. (2011). Nurse-led telephone follow-up and an educational group programme after breast cancer treatment: Results of a 2x2 randomised controlled trial. *European journal of cancer* 47 (7), 1027–1036. doi: 10.1016/j.ejca.2010.12.003.
- Koivunen J.P., Iivanainen, S. & Karihtala, P. (2020). Kohdennetut syövän hoidot- häviääkö syöpäkirurgia? *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim* 136 (13), 1547–1551. Verkkojulkaisu. Viitattu 14.12.2021. <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe202102154867>
- Koll, T., Pergolotti, M., Holmes, H.M., Pieters, H.C., van Londen, G.J., Marcum, Z.A., MacKenzie, A.R. & Steer, C.B. (2016). Supportive care in older adults with cancer: Across the Continuum. *Current oncology reports* 18 (8). 1–10. doi: 10.1007/s11912-016-0535-8.
- Lehtonen, K., Kääriäinen, M. & Elo, S. (2017). Suolistosyöpäpotilaan preoperatiivinen ohjaus: ammattilaisten näkökulma. *Hoitotiede* 29 (4) 302–313.

- Letellier, M-E., Dawes, D. & Mayo, N. (2015). Content verification of the EORTC QLQ-C30/EORTC QLQ-BR23 with the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Quality of life research* 24 (3), 757–768. doi: 10.1007/s11136-014-0791-8.
- Leventhal, H. & Colman, S. 1997. Quality of life: A process view. *Psychology & health* 12 (6), 753–767. doi: 10.1080/08870449708406737.
- Lumme-Sandt, K., Nikander, P., Pietilä, I. & Vakimo, S. (2020). Ikäkäsitteet päätöksenteon taustalla. *Gerontologia* 34 (4), 359–362.
- Moshina N, Falk, R.S. & Hofvind, S. (2021) Long-term quality of life among breast cancer survivors eligible for screening at diagnosis: a systematic review and meta-analysis. *Public Health* 199: 65–76. doi: 10.1016/j.puhe.2021.08.008.
- Mäenpää, H., Aula, H. & Skyttä, T. (2022). Kemosädehoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Verkkojulkaisu. Viitattu: 12.4.2022 <https://www.duodecimlehti.fi/duo16629>
- Mäkelä, S & Nevala, R. (2013). Miten ikääntyneen syöpää tulisi hoitaa. *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim*. 129 (15) 1579–1585. Viitattu 4.9.21. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/15/duo11136>.
- Pisu, M., Azuero, A., Halilova, K.I., Williams, C.P., Kenzik, K.M., Kvale, E.A., Williams, G.R., Meneses, K., Sullivan, M., Yagnik, S.K., Goertz, H-P. & Rocque, G.B. (2018). Most Impactful Factors on the Health-Related Quality of Life of a Geriatric Population with Cancer. *Cancer* 124 (3), 596–605. doi: 10.1002/cncr.31048.
- Pitkaniemi J, Malila N, Tanskanen T, Degerlund H, Heikkinen S, Seppä K. (2021). Syöpä 2019. Tilastoraportti Suomen syöpätilanteesta. Suomen Syöpäyhdistyksen julkaisuja nro 96. Viitattu:4.9.21.https://syoparekisteri.fi/assets/files/2021/07/Syopa_2019_Tilastoraportti_0107.pdf.
- Puts, M., Oldenmenger, W.H., Haase, K.R., Sattar, S., Strohschein, F.J., Baskett, P.S., Nightingale, G., Newton, L., Jin, R., Loucks, A., Fitch, M.I. & Kenis, C. (2021). Optimizing care for older adults with cancer: International Society of Geriatric Oncology Nursing and Allied Health Interest Group and European Oncology Nursing Society survey from nurses regarding challenges and opportunities caring for older adults with cancer. *Journal of Geriatric Oncology* 12, 971-979. doi: 10.1016/j.jgo.2021.02.014

- Rutherford, C., Mercieca-Bebber, R. & King, M. (2018). Health-Related quality of life. The MASCC Textbook of Cancer Supportive Care and Survivorship. 109–125. doi: 10.1007/978-3-319-90990-5_8.
- Singer, S., Araújo, C., Arraras, J.I., Baumann, I., Boehm, A., Brokstad Herlofson, B., Castro Silva, J., Chie, W-C., Fisher, S., Guntinas-Lichius, O., Hemmerlid, E., Irrarázaval, M.E., Jensen Hjermsstad, M., Jensen, K., Kiyota, N., Licitra, L., Nicolatou-Galitis, O., Pinto, M., Santos, M... Hofmeister, D. (2015). Measuring quality of life in patients with head and neck cancer: Update of the EORTC QLQ-H&N Module, Phase III. *Head & neck* 37 (9), 1358–1367. doi: 10.1002/hed.23762.
- Sintonen, H. (2013). Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittaaminen. *Suomen Lääkärilehti* 17, 1261–1266.
- Son, H., Son, Y-J., Kim, H. & Lee, Y. (2018). Effect of psychosocial interventions on the quality of life of patients with colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes* 16, 119. doi: 10.1186/s12955-018-0943-6.
- Statista (2022). Age structure from 2010 to 2020. Verkkójulkaisu. Viitattu 2.4.2022. <https://www.statista.com/>
- Suh, S-R. & Lee, M.K. (2017). Effect of Nurse- Led Telephone-Based Supportive Interventions for Patients with Cancer: A Meta- Analysis. *Oncology Nursing Forum* 44 (4) E168-E184. doi: 10.1188/17.ONF.E168-E184
- Sulicka, J., Pac, A., Puzianowska- Kuźnicka, M., Zdrojewski, T., Chudek, J., Tobiasz-Adamczyk, B., Mossakowska, M., Skalska, A., Więcek, A. & Grodzicki, T. (2018). Health status of older cancer survivors-results of the PolSenior study. *Journal of Cancer Survivorship* 12, 326–333. doi: 10.1007/s11764-017-0672-6.
- Suomen Syöpärekisteri. (2021). Ennakkotilasto 2020 (ilmaantuvuus). Datan päiväys 04.10.2021, sovelluksen versio 2021-10-22-002. Verkkójulkaisu. Viitattu 1.2.2022 <https://syoparekisteri.fi/tilastot/tautitilastot/>
- Tabrizi, F.M., Radfar, M. & Taei, Z. (2016). Effects of supportive- expressive discussion groups on loneliness, hope and quality of life in breast cancer survivors: a randomized control trial. *Psycho- Oncology* 25. 1057–1063. doi: 10.1002/pon.4169.
- Tarkkanen, M. (2022). Syövän lääkehoitoon liittyvät haitat. Lääkärin käsikirja. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Verkkójulkaisu. Viitattu 2.2.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00395>
- Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. (2020). Syöpä. Verkkójulkaisu. Viitattu 14.12.2021. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/syopa>

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2014). Syövän ehkäisy, varhaisen toteamisen ja kuntoutumisen tuen kehittäminen vuosina 2014–2025. Kansallisen syöpäsuunnitelman II osa. Verkkojulkaisu. Viitattu 7.12.2021. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116179/URN_ISBN_978-952-302-185-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Tirola, H., Poutanen, V-M. & Pylkkänen, L. (2019). Syöpään sairastuneet ja heidän läheisensä tarvitsevat tukea ja palveluohjausta- Syöpäjärjestöjen ammattilaisten näkökulma. Sosiaalipedagoginen aikakauskirja 21, 63–86. Viitattu 1.12.2021. <https://journal.fi/sosiaalipedagogiikka/article/view/86871/58859>.
- Toija, A., Kettunen, T. Leidenius, M., Vainiola, T. & Roine, R. (2018). Effectiveness of peer support on health-related quality of life in recently diagnosed breast cancer patients: a randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer* 27 (1) 123–130. Doi: 10.1007/s00520-018-4499-0.
- Tuomela, J., Hirsimäki, A., Toija, A. & Juosila, J. (2021). Toivo ja Helmi- vertaistukijat ja kokemustoimijat sairaalaympäristössä. Teoksessa P. Nieminen & E. Lahikainen (toim.) *Vertaistuen moninaisuus*. Kansalaisareenan julkaisuja 1/2021. 106–122. Viitattu 19.4.2022. https://kansalaisareena.fi/wp-content/uploads/2021/01/Vertaistuen_moninaisuus_WEB1494.pdf
- Whistance, R.N., Conroy, T., Chie, W., Costantini, A., Sezer, O., Koller, M., Johnson, C.D., Pilkington, S.A., Arraras, J., Ben-Josef, E., Pyllyblank, A.M., Fayers, P. & Blazeby, J.M. (2009). *European journal of cancer* (1990) 45 (17), 3017–3026. doi: 10.1016/j.ejca.2009.08.014.
- World Health Organization Quality of Life Assessment Group. (1996). What quality of life? *World Health Forum* 17 (4) 354–356.

LIITE 1. Tietokantahaun hakulausekkeet

Hakulauseke CINAHL:

cancer OR "cancer patients" OR "oncology patients" OR "patients with cancer" OR "cancer survivors" AND (MM "Support, Psychosocial+") AND "health related quality of life" OR hrqol OR "quality of life" OR "qol" OR "EORTC QLQ-C30"

Psychosocial support- termi haettiin CINAHL-asiasanalistasta ja hakuun lisättiin termin alaiheet sekä termi määriteltiin artikkelin yhdeksi pääaiheista.

Hakulauseke psycINFO:

cancer OR "cancer patients" OR "oncology patients" OR "patients with cancer" OR "cancer survivors" AND MM "Psychosocial Assessment" OR "psychosocial support" AND "health related quality of life" OR hrqol OR "quality of life" OR qol OR "EORTC QLQ-C30"

Hakulauseke PubMed:

("cancers" OR "cancerated" OR "canceration" OR "cancerization" OR "cancerized" OR "cancerous" OR "neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms" OR "cancer" OR "cancers" OR "cancer patients" OR "oncology patients" OR "patients with cancer" OR "cancer survivors") AND ("psychosocial support" OR "Psycho-Oncology"[Mesh]) AND ("health related quality of life" OR "quality of life"[MeSH Terms] OR "hrqol" OR "EORTC QLQ-C30")

LIITE 2. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten laadunarviointi Furlanin ym. (2015) mukaan.

	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	11)	12)	13)	PISTEET
Kimman ym. 2011	Kyllä	Ei tietoa	Ei tietoa	Ei tietoa	Kyllä	Kyllä	Ei	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	9/13
Braeken ym.2013	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Ei tietoa	Ei tietoa	Kyllä	Kyllä	11/13
Jefford ym. 2016	Kyllä	Ei tietoa	Kyllä	Ei tietoa	Ei tietoa	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	10/13
Hansson ym. 2017	Kyllä	Kyllä	Ei	Ei tietoa	Ei tietoa	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	10/13
Khantwal ym. 2021	Kyllä	Kyllä	Ei	Ei	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Ei tietoa	Ei tietoa	Kyllä	Kyllä	9/13

- 1) Oliko satunnaistaminen riittävä?
- 2) Tapahtuiko ryhmiin ohjaaminen sokkoutetusti?
- 3) Olivatko tutkittavat sokkoutettu interventioon?
- 4) Oliko hoidon antaja sokkoutettu annetulle interventiolle?
- 5) Olivatko tulosuuttajien mittaajat sokkoutettu intervention suhteen?
- 6) Oliko tutkimuksen keskeyttäneet kuvattu ja raportoitu hyväksyttävästi?
- 7) Analysoitiinko tutkittavat siinä ryhmässä, johon heidät oli satunnaistettu?
- 8) Onko tutkimus vapaa valikoidusta tulosuuttajien raportoinnista?
- 9) Olivatko tutkimusryhmät alkutilanteessa samanlaisia tärkeimpien ennustavien tekijöiden suhteen?
- 10) Saivatko ryhmät samalla tavalla hoitoa, lukuun ottamatta tutkimuksen kohteena olevaa interventiota?
- 11) Oliko hoitomyöntävyys hyväksyttävä kummassakin ryhmässä?
- 12) Oliko mittausten ajoitus sama kaikissa ryhmissä?
- 13) Onko tutkimus vapaa muista harhaa aiheuttavista tekijöistä?

LIITE 3: Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten keskeinen sisältö.

LÄHDE	Ryhmien koko (n, I/K)	Syöpäsairaus	Tutkittavien ikä, vuotta (keskiarvo/keskihajonta SD)	Sukupuoli (naisia%)	Interventio	Mittausaika	Tulosmuuttaja	Yhteenveto elämänlaadun tuloksista
Kimman ym. 2011 Alankomaat	n= 320 A) 79 B) 85 C) 79 D) 77	Rintasyöpä	Kaikki osallistujat 55,8/ SD 9,9	100 %	Nelikenttä RCT-tutkimus BCN*-hoitajan puhelinseuranta 3kk, 6kk, 9kk, 12kk ja 18kk päästä aktiivihoidosta. Seuranta sisälsi oireiden ja hoitojen sivuvaikutusten ja hormonihoidon seurannan. Osalla tutkittavista tämän lisäksi kaksi ryhmäohjausta EGP*-ohjelman mukaan.	Alkukartoitus aktiivihoidojen jälkeen. Seuranta 3kk, 6kk ja 12kk	HRQoL mitattuna EORTC QLQ-C30	alku= A) 70,5 B) 67,2 C) 67,3 D) 70,5 3kk = A) 74,7 B) 74,7 C) 72,2 D) 76,9 6kk= A) 76,8 B) 74,1 C) 74,2 D) 76,7 12kk= A) 77,7 B) 78,4 p= 0,42 C) 77,2 D) 78,9 p= 0,86 Ei tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä pitkän aikavälin seurannassa.
Braeken ym. 2013 Alankomaat	n= 568 I= 268/ K= 300	Keuhko-, iho-, prostata-, rinta-, rakko-, rektum-, kohdunkaulan-, endometriumsyöpä ja non-Hodgkin lymfooma	I= 62,4/ SD10,8 K=62,4/SD10,7	I= 68,3 % K=53,0 %	Sädehoidon röntgenhoitajan tekemä psykososiaalisen tuen kartoitus SIPP*-työkalulla hoitojakson alussa ja lopussa.	Alkukartoitus n.3vko ennen hoidon alkua. Seuranta 3kk ja 12kk.	HRQoL mitattuna EORTC QLQ-C30	alku I= 72,90 K= 73,95 p= 0,70 3kk I= 72,61 K= 71,48 p= 0,14 12kk I= 75,95 K= 76,09 p= 0,19 Ei tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä lyhyen eikä pitkän aikavälin seurannassa.

Jefford ym. 2016 Australia	n= 221 I= 110 /K= 111	Suolistosyöpä	I= 62,1/SD 11,4 K= 63,1/SD 12	I= 47,7 % K= 49,1 %	Hoitojakson jälkeinen sairaanhoitajan ohjaus. Sisältää ohjausmateriaalia, tarvearvio SCP:n*, hoitosuunnitelman, hoidon jälkeisen päätöskeskustelun ja hoitajan puhelinseurannan 1., 3. ja 7. viikolla.	alkukartoitus. Seuranta 8vko, 6kk	HRQoL mitattuna EORTC QLQ-C30	Estimate of mean difference from usual care (95% CI) 8vko 1.9 (-2.9, 6.8) 6kk 4.0 (- 0.9, 9.0) Ei tilastollisesti merkitsevää vaikutusta koeryhmän elämänlaatuun, mutta potilaat olivat tyytyväisempiä saamaansa syöpähoitoon ja seurantaan.
Hansson ym. 2017 Ruotsi	n= 96 I=54/K= 42	Pään ja kaulan alueen syöpä	I= 61,0/SD 7,8 K=62,0/SD 10,5	I= 30 % K= 31 %	Syöpäsairaanhoitajan alkuohjaus ja yhteystietojen antaminen potilaalle noin viikon kuluttua lääkärin ensikäynnistä. Ohjaukseen kuului diagnosista keskustelu, potilaan elämäntapojen kartoitus, hoitojen mahdollisten oireiden ja sivuvaikutusten läpikäyminen. Ohjauksen lisänä PCC*-filosofian mukainen potilaan tavoitteiden kartoitus.	Alkukartoitus. Seuranta 4, 10, 18, 52 viikkoa hoidon alettua.	HRQoL mitattuna EORTC QLQ-C30	alku I= ei tietoa K= ei tietoa 4 vko I= 45,0 K= 46,7 p= 0,74 10 vko I= 49,5 K= 47,8 p= 0,74 18 vko I= 66,2 K= 58,6 p= 0,13 52 vko I= 76,1 K= 67,9 p= 0,11 Ei tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä lyhyen eikä pitkän aikavälin seurannassa.

Khantwal ym. 2021 Intia	n= 64 I= 32/K= 32	pään ja kaulan alueen syöpä	I= 48,9/SD 9,6 K= 49,3/SD 11,6	I= 10,0 % K= 17,0 %	Sairaanhoidajan leikkauksen jälkeinen ohjaus. WhatsApp- sovellukseen lähetettyjä opetusvideoita (yht.12min), hoitajan puhelinsuranta kerran viikossa 1kk ajan.	Alkukartoitus postoper. 4.pvä Seuranta post.oper 15.pvä ja 30.pvä.	HRQoL mitattuna EORTC QLQ-C30	alku I=75,8 K=77,1 p= 0,41 15.pvä I= 70,2 K= 68,0 p= 0,36 30.pvä I= 90,7 K= 85,2 p= 0,02 Tilastollisesti merkitsevä ero 30.päivän seurannassa (p< 0,05)
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	------------------------	--	--	--	---

A= Sairaalassa suoritettu seuranta

B= Puhelimitse suoritettu seuranta

BNC= Breast care nurse

C= Ei EGP- ryhmäinterventiota

D= EGP- ryhmäinterventio

EGP= Educational group programme, interaktiivinen ryhmäohjaus

EORTC QLQ-C30= The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30

HQIS= the Humanization in Cancer Care Quality Improvement Strategy

HRQoL= health-related quality-of-life

I= Interventoryhmä

K= Kontrolliryhmä

PCC= Person-centred care, Gothenburg

SCAN= Supportive Cancer Care Networkers

SCP= Survivorship Care Plan

SIPP= The Dutch Screening Interventory of Psychosocial Problems